

1927

ეროვნული
ბიბლიოთეკა

გამოცემის წელი მეოთხე

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური საგურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 3—4

მარტი—აპრილი

1927



ცვილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებულთა კოლეჯიუმის განყოფილება

ბ ზ ი ლ ი ს ი



მიიღება ხელის მოწერა 1927 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედიცინა მედიცინა“

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა
კოლეგიუმის გამოცემა

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი მედიცინა, პრეპარატიული მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეზუმეები, ბიბლიოგრაფია და
ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები, პროვინციული ექიმები და აგრეთვე მონაწილეობას მიიღებენ საბჭოთა კავშირის და უცხოეთის ექიმ-მეცნიერნი.

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

პასუხისმგებელი რედაქტორები: ივ. ლორთქიფანიძე.
პ. ქავთარაძე. მ. ცხაკაია.
მდივანი ალ. რუხაძე.

რედაქციის მისამართი: ტფილისი. პლენანოვის გამზირი № 58.
ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი — ნერვიულ სნეულ. კლინიკა.

გამოცემის წელი მეოთხე

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

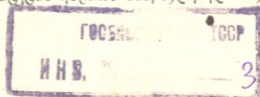
№ 3—4

მარტი—აპრილი

1927



ტფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიუმის გამომცემი



ტფილისი



შ ი ნ ა ა რ ს ი.

83-

I. ნეკროლოგი.

1. პროფ. ვ. ჟღენტი. პროფ. ს. გოგიტიძის ბიოგრაფია 99
2. პროფ. ი. ქუთათელაძე და დოც. ბ. ლოლობერიძე. მოგონებანი
პროფ. ს. გოგიტიძის შესახებ. 111
3. ექ. პ. ნანეიშვილი. პროფ. ს. გოგიტიძე როგორც პედაგოგი 120
4. ექ. მ. უგრელიძე. პროფ. ს. გოგიტიძის შრომები 125
5. პროფ. ა. მაქავარიანი. პროფ. ს. გოგიტიძე. 136

II. თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

6. დოც. ბ. ლოლობერიძე. საშვილოსნოს ადგილის შეცვლის ქირურგიული
წამლობა ჩვენი მასალის მიხედვით. 138
7. ექ. ი. ლორთქიფანიძე. კუჭია phytobezoar-ის ორი შემთხვევა 175
8. ექ. ა. სიჭინავა. აპენდიციტების ეთიოლოგიისათვის. 184
9. მედ. დოქტ. ა. წულუჟიძე. შარდ საწვეთების გაორკაპების საკითხი-
სათვის 190
10. მედ. დოქტ. ი. აბაკელია. კლინიკური მნიშვნელობა Matéfy-ის, Dara-
nyi-ის და ერიტროციტების დალექვის რეაქციებისა ფილტვის ტუბერ-
კულოზის დროს 195

III. მიმოხილვები.

11. ექ. პ. ქავთარაძე. ვეგეტატიური ნერვულ სისტემის რეფლექსები და
დაავადებანი 202

- IV. ქართველ ექიმთა და ბუნების-მეტყველთა საზოგადოების სხდომის
ოქმები 219

- V. რეფერატები. 223

- VI. ქრონიკა. 232

Танамедрове медицина

Содержание 3—4 номеров

I. Некролог.

1. Проф. В. Жгенти. Биография проф. С. Гогитидзе 99
2. Проф. И. Кутателадзе и Доц. Б. Гогоберидзе. Воспоминания о проф. С. Гогитидзе 111
3. Д-р. П. Нанеишвили. Проф. С. Гогитидзе как педагог 120
4. Д-р. М. Угрелидзе. Труды проф. С. Гогитидзе. 125
5. Проф. А. Мачавариани. Проф. С. Гогитидзе. 136

II. Теоретическая и клиническая медицина.

6. Доц. Б. Гогоберидзе. Хирургическое лечение смещений матки. . . . 138
7. Д-р. И. Лордкипанидзе. Два случая желудочного phytobezoar-a . . . 175
8. Д-р. А. Сичинава. К этиологии аппендицитов 184
9. Д-р. мед. А. Цулукидзе. К вопросу о раздвоении мочеточников . . . 190
10. Д-р. мед. И. Абакелия. Клиническое значение реакций осаднения эритроцитов, Matéfy и Daranyí при легочном туберкулезе. . . . 195

III. Обзоры.

11. Д-р. П. Кавтарадзе. Рефлексы и болезни вегетативной нервной системы. 202
- IV. Протоколы заседаний Груз. Медицинского общества 219
- V. Рефераты 223
- VI. Хроника 232

Thanamedrove Medicina

Sommaire

(Médecine contemporaine № 3-4)

I. Necrologie.

1. Prof. V. Jguenti. Biographie du prof. S. Goguitidzé 99
2. Prof. J. Koutatéladzé et Doc. B. Gogobéridzé. A la mémoire du prof. S. Goguitidzé 111
3. D-r. P. Naneischvili. Le prof. S. Goguitidzé comme pédagogue . . . 120
4. D-r. M. Ougrélidzé. Revue des travaux du prof. S. Goguitidzé . . . 125
5. Prof. A. Matchavariani. Prof. S. Goguitidzé 136

II. Le médecine théorique et clinique.

6. Doc. B. Gogobéridzé. Le traitement chirurgical des déviations utérines. 138
7. D-r J. Lordkipanidzé. Deux cas de phytobezoare de l'estomac. . . 175
8. D-r A Sitchinava. Au sujet de l'étiologie des appendicites. 184
9. D-r med. A. Tzouloukidzé. Contribution à l'étude du dédoublement des urètres. 190
10. D-r med. J. Abakella. Signification clinique des réactions de Matéfy, Daranyi et de la réaction de sédimentation des erythrocytes au cours de la tuberculose pulmonaire 195

III. Revue.

11. D-r P. Kavtaradzé. Le système nerveux végétatif 202

- IV. Comptes — rendus des séances de la Société des Médecins et Naturalistes de Georgie 219

- V. Analyses 223
- IV. Chronique 232



პროფ. სიმონ გოგიტიძე.

პროფ. ვლ. ჟღანტი.

პროფესორი სიმონ გოგიტიძე.

ბიოგრაფიული ცნობები*)

პროფესორი სიმონ გოგიტიძე დაიბადა გურიაში, ოზურგეთთან ახლო მდებარე სოფელ ქალაში, 1872 წლის 3 იანვარს.

მამა მისი, კონსტანტინე, ღარიბი აზნაური, ქართული წერა-კითხვის კარგად მცოდნე, სამსახურით ინახავდა ოჯახს. წინად, მანამ საზღვარი ჩოლოქზე იყო და საბაჟო კი ოზურგეთში, იგი ამ საბაჟოში მსახურებდა, შემდეგ კი, როდესაც საზღვარი საგრძნობლად დაშორდა ოზურგეთს და ოზურგეთის საბაჟო გაუქმდა, იგი გადავიდა ოზურგეთის სამაზრო სამმართველოში თარჯიმანად. იგი ცნობილი იყო როგორც ზედმიწევნით პატიოსანი და უანგარო ადამიანი.

სიმონის დედა, ალფესია, ქართული წერა-კითხვის საკმარისად მცოდნე, იყო შვილი ბერძნის, რომელიც ოზურგეთის მკვიდრათ ითვლებოდა და გურული ქალი ჰყავდა ცოლად. სიმონის დედა მუსიკალური ყოველა, ახალგაზრდობაში განთქმული მეჩონგურე, მხიარული და ამავე დროს დიდი შრომის მოყვარე, ოჯახის და ქმარ-შვილის მოსიყვარულე და ერთგული. ალბათ დედიდან მიიღო სიმონმა ზედმიწევნითი მუსიკალური სმენა და ის დიდი სიყვარული საერთოდ მუსიკისადმი და, განსაკუთრებით, ქართულ ეოკალურ მუსიკისადმი, რომელიც მას სიკვდილამდის შერჩა და სიკვდილის წინ, მძიმე ავადმყოფობით ლოგინად ჩავარდნილი, სიმონი არა ერთხელ ნატრობდა მუსიკას, სიმღერას... ჩონგურს...

სიმონის ბაბუა მამიდან, ე. ი. კონსტანტინეს მამა, რომელსაც სიმონი ერქვა, სხვებთან ერთად, გურიის მთავარს, გურიელის ქალს გაჰყვა, როდესაც ეს ქალი ოსმალეთში გაიქცა რუსის ხელმწიფის ხელისუფლების დამყარებისას გურიაში, და მხოლოდ დიდი ხნის შემდეგ დაბრუნდა უკან თავის სამშობლოში.

გოგიტიძეების გვარეულობა საერთოდ ფრიალ მცირე რიცხოვანია, — გურიაში ეხლა მხოლოდ რამოდენიმე მოსახლე **გოგიტიძეა** და საქართველოს სხვა კუთხეებში, ვარდა აჭარისა და ქობულეთისა, სადაც ცხოვრობენ გამაჰმადიანებული **გოგიტიძეები**, **გოგიტიძის** გვარს არ ვხვდებით.

გურიაში მცხოვრებ **გოგიტიძეების** შესახებ არსებობს გადმოცემა, ვითომ, რამოდენიმე მამა **გოგიტიძე** ჩამოსულა გურიაში ახალციხის მხარიდან თუ აჭარიდან, ჩამოუსვენებიათ ხატი ზარზმის მონასტრიდან შემოქმედის მონასტერში

*) შედგენილია ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის დავალებით. მოხსენებულია ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების, განსვენებული პროფ. ს. გოგიტიძის ხსოვნის აღსანიშნავ საგანგებო სხდომაზე 1927 წლის 31 მარტს.



და ჩამოსახლებულან სწორედ იმ სოფელ ქალაში, სადაც პროფ. სიმონ გოგიტიძე დაბადა.

სიმონი მისი მშობლების პირველი შვილი იყო.

ბავშვობაში სიმონი მეტად დინჯი, მშვიდი და წყნარი ყოფილა. შეიძლება ამითი აიხსნებოდეს, რომ მას ოჯახში და ოჯახის გარეთაც, მისი ტოლები და მოზრდილებიც, პატარაობიდანვე სიმონს ეძახოდენ.

სწავლა სიმონს დაუწყია ოზურგეთის სამაზრო სასწავლებელში, სადაც მხოლოდ მოსამზადებელი კლასი დაუმთავრებია. აქედან სიმონის ბიძას, ტარიელ გოგიტიძეს, იგი წაუყვანია ქუთაისში და მიუბარებია პროგიმნაზიისათვის მოსამზადებლად, მაშინ ცნობილ, ეხლა კი დამსახურებულ და მცხოვან პედაგოგისთვის — მიხეილ კალანდარიშვილსთვის.

მ. კალანდარიშვილი ასწავლიდა ქართულს სიმონის შეილებსაც, სიმონის ტფილისში ჩამოსვლის შემდეგ. მას სიმონი იქიდანვე ძლიერ შეუყვარებია, მისი დიდი მეგობარი იყო, ავადმყოფობის დროს, თითქმის დღე და ღამე არ სცილდებოდა მას და უკანასკნელი გამოთხოვების დროს, სამარეში კუბოს ჩასვენებისას, თოვლივით თეთრ წვერიანი, თითქმის 80 წლის მოხუცი, თვალ-ცრემლიანი, ბავშვივით გულმომსკვნილი, ჩაეკრა ტუჩებში თავის ახალგაზრდობის მოწაფეს, უძროოდ დაკარგულს, გაციებულს სიმონს.

1884 წელს თორმეტი წლის სიმონს ჩაუბარებია შესასვლელი გამოცდები და შესულა ქუთაისის პროგიმნაზიის პირველ კლასში.

ამ გამოცდების ჩაბარების განმეულობაში ერთს, პირველი შეხედვით კუროზულს, მაგრამ შემდეგში, უკვე მოზრდილი და მიმწიფებული სიმონის სულიერ-ზნეობრივ თავისებურებების განვითარების უფრო ადვილი გაგებისათვის საჭირო, მოვლენას ჰქონია ადგილი. გამოცდების შუაში სიმონს განუცხადებია ბიძისათვის, რომ იმას სურს დედის ნახვა და თუ მას არ წაიყვანს ბიძა სახლში, მაშინ იგი უარს ამბობს გამოცდების გაგრძელებაზე. ყოველგვარი თხოვნა, ჩაგონება და ბრძანება ბიძის მხრივ უნაყოფო დარჩა. არ გასჭრა არც იმან, რომ ბიძა დაჰპირდა სიმონს სახლში წაყვანას გამოცდების დამთავრებისას. ბიძა იძულებული გახდა წაეყვანა პატარა სიმონი გამოცდების შუაში ქუთაისიდან ოზურგეთში დედასთან. სიმონმა დედასთან მხოლოდ ერთი საღამო დაჰყო და წინა დღით საღამოს ჩამოსული სიმონი მეორე დღის რიჟრაჟზე ხელახლა წაჰყვა ბიძას ქუთაისში და ჩააბარა დარჩენილი გამოცდები. სიმონის ყოფა-ქცევაში აქ ნათლად არის გამოხატული ის ენთუზიუზობა, ხასიათის სიმტკიცე, დიდი ნებისყოფა და შეურიგებლობა კომპრომისებისადმი, რომლებიც მას შემდეგში, უკვე ჩამოყალიბებულ და მომწიფებულ პიროვნებას, ასე ახასიათებდა და ამჟღავნებდა.

პროგიმნაზიაში შესვლის პირველი წლის შემოდგომაზევე 12 წლის სიმონს ბაბა მოუყვდა ფილტვების ანთებით. მას ეს გააგებინეს მხოლოდ სამოსწავლო წლის დამთავრების შემდეგ, ზაფხულში, როდესაც არდადეგებზე სახლში დაბრუნდა. ეს იმიტომ, რომ სიმონს ბაბა ძლიერ უყვარდა, ამავე დროს იგი ძლიერ შთაბეჭდილებიანი იყო, გარდამწყვეტილობითი ხასიათით და გამბედავობით განირჩევიდა.

იგი ზედმიწევნით თავმოყვარე ყოფილა ამ სიტყვის უკეთესი მნიშვნელობით. მამის საკვდილის შემდეგ კი ისედაც ნივთიერად უმწყო მდგომარეობაში მყოფი ოჯახა კიდევ უფრო უმწყო მდგომარეობაში უნდა ჩავარდნილიყო, ეს მით უფრო, რომ მამის სიკვდილის შემდეგ, სიმონის ვარდა, დედას დარჩა კიდევ საზრუნველად და აღსაზრდელად ხუთი მცირე წლოვანი შვილი.

აი სწორედ ეს გარემოებები უკარნახებდა დედას და ბიძას რაც შეიძლება გვიან შეეტყობინებინათ სიმონისათვის მამის სიკვდილი. ამით ისინი ერთის მხრივ ზოგავდნენ შთაბეჭდილებიან სიმონს, მეორეს მხრივ კი უზრუნველყოფდნენ, დროებით მაინც, სიმონის მიერ სწავლის გაგრძელებას, რადგანაც ზევეთაღნიშნულ სიმონის ხასიათის თავისებურებების გამო, შესაძლებელი იყო, რომ სიმონი ვერ შეეუბრებოდა ისეთ მდგომარეობას, როდესაც იგი უმწყოდ დარჩენილ ოჯახს უნდა შეენახა ქუთაისში. იგი არ მოისურვებდა, რომ დედისათვის, იმ დროში სოფლის ქალისათვის, შეუძლებელი მოვალეობა დაედო თავზე, იგი არ მოისურვებდა, რომ სახლში პატარა ძმებს და დებს, ისედაც დიდს სიღარიბეში მყოფთ, მისი ქუთაისში სწავლის გამო, კიდევ მეტი მოკლებოდათ. და თუ სიმონი ერთხელ იტყოდა არას, ეს კარგათ იცოდა დედამ, მერე ამაო იქნებოდა ყოველგვარი სიმონის რწმუნება და არას კი-ზე სიმონი არ შესცვლიდა.

როდესაც სიმონს თითქმის ერთი წლის შემდეგ მოუხდა ქუთაისიდან სახლში უკან დაბრუნება და საყვარელი მამა ცოცხალი აღარ დახვდა, იმან თუმცა სწავლისათვის თავის დანებება არ იფიქრა, მაგრამ გადასწყვიტა — ააშოროს თავიდან დედას და ოჯახს მასზე ნივთიერი და სხვა გვარი ზრუნვა. ჟინუბრელობა და ხასიათის სიმტკიცე აქაც ნათლად გამოიხატა სიმონში და ჯერ სიმონი ეხმარება თავის ზოგიერთ ახანაგებს და ამით ცოტა რაჟეს შოულობს, შემდეგ კი, მესამე კლასიდან გიმნაზიის გათავებამდე იგი გაკვეთილებს აძლევს, სტიპენდიას ღებულობს გიმნაზიიდან ყოველთვიურად 10 მანეთამდე და ოჯახიდან თითქმის სრულიად დამოუკიდებლად ირჩენს თავს.

პროგიმნაზიის გათავების შემდეგ სიმონი ქუთაისის კლასიკურ გიმნაზიის შესაფერის კლასში გადადის. იგი კარგად სწავლობს, განსაკუთრებით კარგად ითვისებს ენებს და გიმნაზიის უკანასკნელ კლასებში განსაკუთრებით შეიყვარებს მათემათიკურ საგნებს.

1892 წელს სიმონი გიმნაზიის ათავებს. მას მაშინდელი კავკასიის სამოსწავლო ოლქი აწოდებს სტიპენდიას იმ პირობით, თუ იგი ფილოლოგიურ დარგს აირჩევს, განსაკუთრებით, თუ ძველ ენებს შეისწავლის. სრულიად უსახსრო ახალგაზრდა სტუდენტისათვის ასეთი წინადადება ბედნიერება უნდა ყოფილიყო, მაგრამ სიმონს გიმნაზიის უკანასკნელ კლასებში აქვს უკვე გადაწყვეტილი ბიოლოგიის და მედიცინის შესწავლა და თუ პატარა სიმონი ჟინუბრელო, უკომპრომისო და დიდი ნებისყოფის მქონე იყო, დედაც კეუბულ სიმონში ეს თვისებები კიდევ უფრო განმტკიცებულია. ის უარს ამბობს სტიპენდიასზე და მხოლოდ გზის ფულით ჯიბეში მიემგზავრება კიევში და 1892 წლის სექტემბერში შედის კიევის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე.

უნივერსიტეტშიაც იგი თითქმის დამოუკიდებლად ინახავს თავს, მხოლოდ დრო გამოშვებით დედა უგზავნის მცირე-მცირე თანხას. უნივერსიტეტში იგი

კარგათ სწავლობს და უკანასკნელ წელს უნივერსიტეტში მას სახაზინო სტიპენდიაც ეძლევა

1897 წლის სექტემბერში და ოქტომბერში სიმონი აბარებს სახელმწიფო გამოცდებს კიევის უნივერსიტეტში და 17 ოქტომბერს საგამოცდო კომისია ანიჭებს მას მკურნალის წოდებას.

ცოდნის შეძენის წყურვილი იმდენად დიდია სიმონში, რომ იგი არ სტოვებს უნივერსიტეტს და 20 ოქტომბრიდანვე იწყებს მუშაობას კიევის უნივერსიტეტის საბავშვო კლინიკაში ექსტერნის სახით. იგი არ ეძებს სარგოიან ადგილს, მოსვენებულ და უფრო მშვიდ მუშაობას, არ თქვამს შემოსავლიან პრაქტიკაზე, არ ეძებს თავის პატივს და ყველა იმ, ამ ქვეყანას ბევრისთვის მომზიბლავ პირობებს, რომლებიც იმ დროში ექიმს თითქმის თავის თავად მოსდიოდა სახლში. სიმონი ყველა ამას ამჯობიანებს სამეცნიერო დაწესებულებაში უვასოდ მუშაობას. სიმონი პატარაობიდანვე შეჩვეულია სიღარიბეს, მან პატარაობიდანვე იგემა თვითარსებობისათვის ბრძოლის სიდუხჭირე და, სხვა ბევრის საწინააღმდეგოთ, იგი უნივერსიტეტის დიპლომს არ უყურებს, როგორც პირადი უზრუნველყოფის იარაღს.

მაგრამ კლინიკაში მუშაობა სიმონის გრძელდება მხოლოდ 1898 წლის მაისამდე, უნივერსიტეტში ყოფნის დროს სახაზინო სტიპენდიის სარგებლობის გამო, სიმონი იძულებულია სახელმწიფო სამსახურით აუნაზღაუროს ხაზინას ვალი და სწორედ 1898 წლის მაისიდან იგი დაინიშნა 176 ფეხოსან პერეველოჩენის პოლკის უმცროს ექიმად. პოლკის ექიმად სიმონი ირიცხებოდა 1900 წლის იანვრამდე. იგი ამ ხნის განმავლობაში არ სწყვეტს კავშირს კლინიკასთან და კიევის დიდ საექიმო დაწესებულებებთან—იგი მუშაობს კიევის სამხედრო ჰოსპიტალში და სხვ.

სავალდებულო სამხედრო სამსახურის ვადის დამთავრების შემდეგ სიმონს ბევრი შრომა სჭირდება სამხედრო სამსახურიდან განთავისუფლებისათვის, რადგანაც წელიწად ნახევარზე მეტი სამხედრო სამსახურის დროს იმან უაღრესი პატივისცემა დაიმსახურა, როგორც პატიოსანმა, ობიექტიურმა და მცოდნე ექიმმა და მას არ უშეგებენ, სთხოვენ დარჩეს, პირდებიან ყოველნაირ შესაძლო უპირატესობას. მაგრამ მას არ ხიბლავს კრიალა პავონები და ჩინები და არც სამხედრო ექიმის კარიერა და ამ კარიერასთან დაკავშირებული პრივილეგიები. მისი არსება პედიატრიას ეკუთვნის და იგი მისწრაფვას ხელახლა საბავშვო კლინიკასკენ.

1900 წლის თებერვლიდან იგი უკვე კლინიკაში მუშაობს შტატის ორდი ნატორის სახით. იგი მთელი თავის ძალ-ღონით ეძლევა მეცადინეობას კლინიკაში პროფ. ჩერნოვის ხელმძღვანელობით. მაგრამ მარტო კლინიკაში მუშაობით სიმონი არ კმაყოფილდება. კლინიკაში მუშაობასთან ერთად, ამავე წლის გაზაფხულის სექტემბერში იგი ისმენს სპეციალურ თეორიულ და პრაქტიკულ კურს ბაქტერიოლოგიისას კიევის ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტში. (პროფ. პავლოვსკა-სთან), იგი არ სარგებლობს კანიკულარი თევებით დასასვენებლად, არამედ 1900, 1901, 1902, 1903 წლებში ზაფხულობით განუწყვეტლივ მუშაობს კიევის ქალაქის საავადმყოფოს ბავშთა საერთო და ინფექციურ განყოფილებაში, ვაშვის სახით.

1901 წელში სიმონი აბარებს სადოქტორო გამოცდებს და 1902 3 წელში სპეციალურ მუშაობას აწარმოებს პროფ. ლინდემანის ხელმძღვანელობით ზოგად პათოლოგიის კათედრასთან და კიევის ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტში. ამ ინტენსიურ სამეცნიერო მუშაობას მალე ნაყოფი მოაქვს. 1903 წ. სიმონი აქვეყნებს თავის პირველ სამეცნიერო ნაშრომს: „О междолевых плевритах“ (Детская Медицина. 1903. № 4 და 5), 1904 წელში კი უკვე რამოდენიმე სამეცნიერო ნაშრომს, როგორც არის მაგ.: К вопросу о всасывающей способности плевры при выпотных плевритах (Врачебн. газета 1904. № 14 და 15). Vom Ubergang des Nahrungsfettes in die Milch (Zeitschr. f. Biologie Bd. 45), О переходе жиров пищи в молоко (Изв. Университета св. Владимира. 1904).

მიუხედავად იმისა, რომ სიმონს ორდინატორობის სამი წლის ვადა დაუმთავრდა 1903 წლის თებერვალში, ნაყოფიერი მუშაობის გამო, იმას კიდევ სტოვებენ ორდინატორად ერთ წელს. კლინიკაში მუშაობასთან ერთად 1904 წლის იანვრიდან ის ახერხებს კიდევ ასისტენტობას კიევის ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტის საექსპერიმენტო-მედიკური განყოფილებისა.

1904 წლის 27 აპრილს სიმონი იცავს საჯაროთ დისერტაციას თემაზე: „О переходе жиров пищи в молоко“ და კიევის უნივერსიტეტი მას ანიჭებს მედიცინის დოქტორის ხარისხს.

1904 წლის ივლისში სიმონმა შეირთო ცოლად ლიდია ორშაივა-ჩიქვესკის ასული, რომლითაც იგი დიდი ხანი გატაცებული იყო და უყვარდა თითქმის 5 წლის განმავლობაში დაქორწინებამდე. ამ დაქორწინებიდან სიმონს სამი შვილი დარჩა.

მაგრამ ამავე წელს, აგვისტოდან, სიმონი იძულებულია ხელახლა დასტოვოს კიევის საბავშვო კლინიკა, ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტის საექსპერიმენტო-მედიკური განყოფილება და სხვა სამეცნიერო და საექიმო დაწესებულებანი, სადაც მას უხდებოდა მუშაობა კიევში, რადგანაც, რუსეთ-იაპონიის ომის დაწყების გამო, იგი გაიწვიეს სამხედრო სამსახურში. ამ სამსახურში იგი ირიცხებოდა 1906 წლის მარტამდე და მთელი ეს დრო გაატარა ციმბირის მე-22 ე სამხედრო სასანიტარო მატარებლის ექიმის თანამდებობაზე შორეულ აღმოსავლეთში (მარშრუტი: ირკუტსკი—ომსკი—ჩელიაბინსკი).

დააღწია თუ არა სიმონმა სამხედრო სამსახურს თავი კვლავ დაუბრუნდა საბავშვო კლინიკას და როგორც სრულიად საიმედო სამეცნიერო და აკადემიურ ასპარეზზე მომუშავე 1906 წლის ოქტომბრიდან დატოვებულ იქმნა კიევის უნივერსიტეტის მიერ ორი წლით საპროფესორო სტიპენდიანტათ.

უნივერსიტეტში იგი აგრძელებს სამეცნიერო მუშაობას, და სხვათაშორის, აქვეყნებს შრომებს: Ist der Ubergang von Nahrungsfetten in die Milch durch die Winternitzsche Jodtettfütterung nachweisbar? (Zeitsch. f. Biologie Bd. 47.) К распознаванию выпотных плевритов (Врачебн. газета 1907). Влияние повышенного противодавления в мочеточнике на мочеотделение (Изв. Унив.-та Св. Владимира. 1907.) Der Einfluss des erhöhten Cogenrückes im Ureter auf die Harnabsonderung (Zeitschr. für Biologie Bd. 51. 1908) (წინა მუშაობა ახალი ცდების დამატებით).

ამას გარდა სიმონი ფართოდ იყენებს შეძენილ ცოდნას და გამოცდილებას პედიატრიაში. იმას უკვე იცნობდნენ როგორც მსწავლულ პედიატრს. 1907 წლიდან იგი განაგებს კიევის საგუბერნიო ერობის მოვლელულ ბავშთა თავშესაფარ-ბავის ჩვილ ბავშთა განყოფილებას, ითვლება პატრონაჟის ხელმძღვანელად და სხ.

1909 წლის მაისში კიევის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტი მას ირჩევს პრიატ-დოცენტად და ამავე წლიდან იგი კითხულობს საეალდებულო თეორიულ პედიატრიას კიევის ქალთა სამედიცინო ინსტიტუტში. იგი კვლავინდებურად აგრძელებს სამეცნიერო მუშაობას და 1909 წლიდან 1912 წლამდე აქვეყნებს მთელ რიგ შრომებისას, როგორც არის: О значении жира в питании грудного ребенка и кормилицы (Врачебная газета, 1909). К казуистике висцеральных кроветечений у новорожденных (Сборник трудов в честь проф. В. К. Линдемана. Киев, 1912). Грудное отделение Киевского Земского приюта „Ясли“ в 1908 г. (Врач.-санит. хроника Киевского Земства, 1912).

იგი რედაქტორობს პროფ. **ლინდემანი**-სადმი მიძღვნილ შრომის 390 გვერდიან კრებულს (1912 წ.) და სხვა.

სიმონ **გოგიტიძის** სააკადემიო და სამეცნიერო საქმიანო მოღვაწეობა კიევში გრძელდება 1912 წლამდე. მან ამ ხნის განმავლობაში დიდი პატივისცემა, ნდობა და სიყვარული დაიმსახურა იქ აკადემიურ და ექიმთა წრეში, როგორც პატიოსანმა აკადემიურმა მუშაკმა, ობიექტიურმა და ნაყოფიერად მომუშავე მეცნიერმა, როგორც პირდაპირმა და გულწრფელმა ანხანაგმა. პატივისცემა და სიყვარული დაიმსახურა მან აგრეთვე კიეველ ქართველთა შორის, როგორც ღირსეულმა მამულისწილმა და თანამემამულეების მიმართ გულშემატკივარმა და ზედმიწევნით გულკეთილმა ქართველმა.

სიმონს უკვე მისი უახლოესი მასწავლებლები პროფესორები **ჩერნოვი** და **ლინდემანი** დამოუკიდებელი კათედრის ხელმძღვანელის და პროფესორობის წოდების ღირსად სთვლიან. მაგრამ მაშინდელი განათლების სამინისტრო არ ამტკიცებს თავისუფალ კათედრებზე უნივერსიტეტის მიერ არჩეულ კანდიდატებს, ან სრულიად არ აძლევს ასეთი არჩევნების უფლებას და თვითონ ნიშნავს პროფესორებს.

სიმონს ყველა სუბიექტიური პირობები უწყობს ხელს დამოუკიდებელი კათედრის დაკავებისათვის, — იგი ცნობილი პედიატრი და მეცნიერია. **ჩერნოვის**, **ლინდემანის** და სხვა პროფესორების რეკომენდაციის მიხედვით სიმონი სრულიად უზრუნველყოფილია, რომ იგი მიიღებს პროფესორობას და საბავშვო კლინიკის ოდესის უნივერსიტეტში სამინისტროს მიერ დანიშვნის საშუალებით, მაგრამ ასეთ დანიშვნაზე იგი უარს აცხადებს. სიმონს დიდი სურვილი ჰქონდა ფართოდ აკადემიური მოღვაწეობის პროფესორის თანამდებობაზე. მას ძლიერ სწყუროდა საკუთარი მასწავლო სამეცნიერო დაწესებულება კლინიკის სახით, სადაც იგი უფრო ფართოდ გამოიყენებდა თავის დიდ ცოდნას და გამოცდილებას და განაგრძობდა სამეცნიერო მუშაობას. მაგრამ იგი კოლეგიალური ადამიანი იყო, მას შეთვითხორცებული ჰქონდა აკადემიზმის საუკეთესო და ძირითადი პრინციპები და თუ იგი არ იქნებოდა მიწვეული იმ მეცნიერთა კოლეგიის მიერ, რომელთა წრეში მას მოუხდებოდა მუშაობა, იმას პროფესორობა არ უნდოდა. ამიტომ სი-



გიორგი ს. გოგოლაშვილი 1882 წ.
(პირველი კურსის სტუდენტი).



გიორგი ს. გოგოლაშვილი 1885 წ.
ახლად კურსის დამთავრებული იქნა.

მონმა წინასწარ გაიგო ოდესის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის წევრების აზრი მისი კანდიდატურის შესახებ, და მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ამ ფაკულტეტის დიდმა უმრავლესობამ გამოსთქვა სურვილი მის საბავშვო კლინიკის გამგეთ და პროფესორად მოწვევის შესახებ, სიმონი დათანხმდა დანიშნულ იქნას აღნიშნულ თანამდებობაზე.

ასე რომ 1912 წლის აგვისტოდან სიმონი უკვე ოდესის უნივერსიტეტის პროფესორი და პედიატრიული კლინიკის გამგეა.

სიმონის ჩამოსვლას ოდესაში ცივად შეხვდა სტუდენტობა და ოდესის პრესა, რომელსაც საპინისტროსთან დაკავშირებული არ სწამდა არაფერი—არც ავი და არც კარგი. ამ ხანაში იმას ხშირად ნახავდით შეუბღვანოვებულს და ჩაფიქრებულს, თუმცა იგი და მისი ამხანაგებიც დარწმუნებული იყო, რომ სიმონს ასეთი ცივად შეხვედრა არ დაუშინებია.

მაგრამ ცივად შეხვედრამ სიმონს არ გაუეცვა გული იმ საყვარელ საქმისადმი, რომელსაც მან მთელი თავისი სიცოცხლე შესწირა. იგი ოდესაში შეუდგა ინტენსიურ შემოქმედებითი აკადემიურ და მეცნიერულ მუშაობას.

მან გაათაროვა და გააღრმავა პედიატრიის სწავლება ოდესის უნივერსიტეტში. მის ჩამოსვლამდე პედატრია და პედიატრიის კლინიკა უმნიშვნელო და მეორე ხარისხივან საგნად იყო მიჩნეული. მხოლოდ პროფ. ს. გოგიტიძემ ჩამოაყალიბა სწავლება ისე, რომ მისი ოდესაში ყოფნის დროს პედიატრიული კლინიკა ისეთივე სერიალულ ანგარიშ ვასაწევ საგნად გადაიქცა, როგორც შინაგანი სწავლებანი, ქირურგია და სხვა. ბევრი შრომა და ცდა დასჭირდა სიმონის მხრივ პედიატრიის სწავლების სათანადო დონეზე დაყენებას. ამას ყოველ მხრივ დაბრკოლებები ეღობებოდა წინ. კლინიკის სივარცოვე და მოუწყობლობა, საათების რიცხვის სიმცირე პედიატრიისათვის, სტუდენტობის შეუჩვევლობა ამ საგნისადმი სერიოზულად მიდგომისა და სხვა. მაგრამ პროფ. ს. გოგიტიძის პედიატრიისადმი დიდმა სიყვარულმა, ორგანიზატორულმა ნიჭმა, ხანგრძლივმა გამოცდილებამ და ხასიათის სიმტკიცემ სძლია ყველა დაბრკოლებებს.— მან ოდესაში ჩამოსვლის შემდეგ მალე კლინიკაში საწოლების რიცხვი თითქმის ორჯერ გაადიდა, მშენებრი ლაბორატორია და მდიდარი წიგნთსაცავი მოაწყო, შესძლო პედიატრიისათვის საათების შესაფერისი რიცხვის დამაგრება და სტუდენტობაც მალე დარწმუნდა იმაში, რომ პედიატრია ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საგანია ექიმისათვის.

სიმონის ყოველივე ლექცია, შემოვლა თუ პრაქტიკული მუშაობა კლინიკაში მაჩვენებელი იყო იმისა, რომ პედიატრია სრულიად თავისებური საგანია, და ბავშვის ორგანიზმის ცოდნას და დაავადებული ბავშვის ექიმობას ესაჭიროება სპეციალური და ხანგრძლივი მომზადება.

ის პირველ წლიდანვე ოდესაში პედიატრიის ანაწილებს და კითხვობს შემდეგი თანდათანობით:

1) მოძღვრება ბავშვის ასაკის ანატომიურ და ფიზიოლოგიურ თავისებურებებზე და ამასთან დაკავშირებით ბავშვის ასაკის ჰიგიენა, ზოგადი ეთიოლოგია და პროფილაქტიკა.

2) ძუძუ—მწოვართა დაავადებანი

3) შემდგომი ასაკის უფრო ხშირი და დამახასიათებელი დაავადებანი— კონსტიტუციონალური, შინაგანი, ნერვების და ქირურგიული.

4) ინფექციური დაავადებანი.

ის განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს და ყოველწლიურად ფართოდ კითხულობს ბავშვის ასაკის ანატომო—ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს და ბავშვის ასაკის ჰიგიენას, პროფილაქტიკას და ზოგად ეთიოლოგიას. მისი აზრით ეს ის მკვიდრი საფუძველია, რომელზედაც შემდეგ შენდება პედიატრიული ცოდნა.

მისი ლექციები, ყოველთვის მდიდრად გაილიუსტრაციებული აუარებელი ციფრებით და სხვა და სხვა გვარ სადემონსტრაციო მასალით, პირველი შეხედვით და ზერულე დაკვირვებით მოსაწყენი იყო. მაგრამ ამავე დროს იგინი ისე მდიდარი და მრავალფეროვანი იყო შინაარსით, რომ მის ლექციებს თითქმის არც ერთი სტუდენტი არ აკლდებოდა და ყველა ცდილობდა ამ ლექციების ჩაწერას.

ის სთხოვდა სტუდენტებს იმას, რისიც ცოდნა მისი აზრით საჭირო და აუცილებელი იყო ექიმისათვის. პედიატრიის ასეთი მოთხოვნის შეუწყველ სტუდენტობას ეს ეუცხოვა და კიდევ პირველ ქანაბში ზოგიერთ უხერხულობებსაც ჰქონდა ადგილი, მაგრამ შემდეგ პროფ. ს. გოგიტიძე ერთ-ერთ ზედმიწევნით ობიექტურ გამომცდელად ითვლებოდა.

ოდესაში ჩამოსვლის მეორე წელსავე, ე. ი. 1913 წელს, სიმონი არჩეულ იქნა აგრეთვე ოდესის ქალთა სამედიცინო ინსტიტუტის პროფესორადაც და კლინიკის გამგეთ. პედიატრიის სწავლება ქალთა ინსტიტუტში სიმონისათვის განსაკუთრებით დამაკმაყოფილებელი უნდა ყოფილიყო, რადგანაც მისი რწმენით ქალს, ბუნებრივი მდგომარეობის გამო, უფრო უნდა ეხერხებოდეს ექიმ—პედიატრობა.

ამრიგად, საერთოდ, ოდესაში ჩამოსვლის პირველ წლებში იგი თითქმის მთლიანად მიეცა საორგანიზაციო და პედაგოგიურ მუშაობას, თუმცა მაინც შოულობს სამეცნიერო მუშაობის დროს და 1913 წელში კიდევ ორ სამეცნიერო ნაკვლევს აქვეყნებს: К физиологии новорожденных (Педиатрия. 1913. № 12). და Еще о Metrorrhagia neonatorum (Педиатрия 1913. № 12).

სიმონი ოდესაში ჩამოსვლისთანავე დაუახლოვდა ოდესის ქართველობას და ოდესის ქართველი სტუდენტობა და აგრეთვე ოდესაში მცხოვრები სხვა ქართველები მას დიდი პატივისცემით უყურებს. ამავე დროს სიმონი თავის ამხანაგებს შორის ფაკულტეტში და უნივერსიტეტში უდიდეს ავტორიტეტს და პატივისცემას იმსახურებს თავის აკადემიური და მეცნიერული კომპეტენტობით, ობიექტივობით, პრინციპიალობით და გულკეთილობით.

მას ფაკულტეტისა და უნივერსიტეტის სინდისს ეძახიან. სტუდენტობაში იგი უკვე ერთ-ერთ საყვარელ მასწავლებლად ითვლება.

1916 წელში მისი ინიციატივით არსდება ოდესაში პედიატრთა საზოგადოება, რომლის თავმჯდომარედ იგი ირჩევა ზედიზედ რანოდენიმე წლის განმავლობაში, ვიდრე საქართველოში წამოვიდოდეს.

თვითმპყრობელობის დამხობის შემდეგ ახალმა სამინისტრომ დაითხოვა სამსახურიდან ყველა დანიშნული პროფესორები. ამათ რიცხვში მოხვდა სიმონიც, მაგრამ ფაკულტეტმა იგი ხელახლა ერთხმად აირჩია პროფესორად და უნივერსიტეტის საბჭომ დაამტკიცა.

რევოლუციის შემდეგ სიმონი ოდესაში არ დარჩენილა გარიყული. იგი გარდა უნივერსიტეტისა, სადაც კვლავინდებურად განაგრძობდა მოღვაწეობას, მუშაობდა ოდესის საგუბერნიო ჯანმრთელობის განყოფილების ბავშვობის და დედობის დაცვის ქვევანყოფილების საბჭოს წევრად, სანიტარულ განათლების საბჭოს წევრად და ლექტორად, სამეანო სკოლის საპედაგოგო საბჭოს წევრად და ლექტორად და სხვა.

რევოლუციის შემდეგ სიმონმა მტკიცედ გადასწყვიტა სამშობლოში დაბრუნება. იგი ამახედ რევოლუციის წინა წლებშიც სწორად ლაპარაკობდა. მაგრამ სიმონის ამნაირ სურვილს ბევრი დაბრკოლებები ელოებოდა წინ.

1919 წლის ნოემბერში სიმონი მიიწვია ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საბჭომ პროფესორად და საბავშვო კლინიკის გამგეთ. სიმონის დიდი ხნის ოცნება სამშობლოში დაბრუნების შესახებ ვითომ და სინამდვილეს უახლოვდება. მაგრამ იგი სამოქალაქო ომის გამო საქართველოში ვერ მოდის. შემდეგში კი, მიუხედავად საქართველოს სახალხო განათლების და ჯანმრთელობის კომისარიატების შუამდგომლობისა 1921 წელში, პროფ. ს. გოგითიძეს ოდესიდან აღარ უშვებენ, როგორც სპეციალისტს და როგორც უნივერსიტეტის მასწავლებელს. მაგრამ სიმონი მიჩვეულებულია დაბრკოლებების გადალახვას, მიჩვეულია სიძნელეებთან ბრძოლას, ალბათ მას მის სიცოცხლეში არც ერთი სერიოზულ სურვილზე და მისწრაფებაზე არ უთქვამს უარი და არ დაუხევია უკან. და თუმცა ბევრი შრომისა და ენერგიის დახარჯვის შემდეგ, მაგრამ ბოლოს მაინც, ოდესის გუბერნოვობრივი სიმონს ნებასართავს საქართველოში წასვლისას დროებით, მხოლოდ ერთი წლის ვადით, მივლინების სახით სპეციალური სამეცნიერო დავალებებით.

1921 წლის 1 სექტემბერს სიმონი სამუდამოთ გამოეთხოვა ოდესის უნივერსიტეტს და მრავალ სამეცნიერო საქმიანობა და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებს, რომლებსაც იგი ასე გულწრფელად და ნაყოფიერად ემსახურებოდა და შავი ზღვით წამოვიდა საქართველოში.

ტფილისში ჩამოსვლის შემდეგ იგი სიკვდილამდე ემსახურებოდა იმ ქართულ უნივერსიტეტს, რომელშიც მუშაობას ის ოცნებობდა არა მარტო დღიდან ამ უნივერსიტეტის დაარსებისა, არამედ მაშინაც კი, როდესაც ქართულ უნივერსიტეტზე ლაპარაკი ოპტიმისტებსაც ოცნებათ მიაჩნდათ. უნივერსიტეტს გარდა ტფილისში იგი 1921 წლიდან სიკვდილამდე იყო ქალაქის საავადმყოფოს საბავშვო პავილიონის გამგეთ, და შემდეგ, ამას გარდა, დამზღვევ სალაროს კონსულტანტად, ჯანმრთელობის კომისარიატის სანიტარ. განათლების საბჭოს წევრად და ამავე საბჭოს სამეცნიერო სექციის თავმჯდომარედ, ჯანმრთელობის კომისარიატის სამეცნიერო საბჭოს წევრად და სხვა.

შარშან ზაფხულში სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-4 კონგრესმა იგი აირჩია მე-5 კონგრესის საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარედ. მაგრამ სიკვდილმა არ დააცალა მას ამ კონგრესის ორგანიზაციის დაბოლოება და კონგრესის მოწყობა.

სიმონის მოღვაწეობის ტფილისის პერიოდზე 1921 წლიდან 1927 წლამდე აქ არ არის საჭირო შეჩერება. უნივერსიტეტის მუშაკებმა კარგათ იციან, რომ სიმონი საბავშვო კლინიკის პირველი დირექტორი იყო და ამ კლინიკის ორგანი-

ხაციაში და სამკურნალო—სადმინისტრაციო და სამეცნიერო წარმატებაში მას დიდი ღვაწლი მიუძღვის. საქართველოს ჯანმრთელობაზე მზრუნველობა იციან, რომ ტფილისში და საქართველოს სხვა და სხვა კუთხეებში არა ერთი, სწორედ ამ კლინიკაში სიმონის ხელმძღვანელობით გაწვრთნილი ექიმი—პედიატრი მოიპოვება სხვა და სხვა საპასუხისმგებლო თანამდებობაზე. ბევრი ახალგაზრდა ექიმი მუშაობდა სიმონის კლინიკაში უკანასკნელ ხანშიაც. სამკურნალო ფაქულტეტმა და ქართველ ექიმთა საზოგადოებამ იცის, თუ როგორი ინტენსიური მეცნიერული მუშაობა სწარმოებდა ამ კლინიკაში სიმონის ხელმძღვანელობით.

ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაქულტეტმა კარგათ იცის—თუ რა დიდი ყურადღებით ექცეოდა სიმონი თავის პედაგოგიურ მუშაობას. იგი ყოველივე ღონისძიებებს ხმარობდა, რომ მომავალი ექიმებისათვის შესაფერისი ცოდნა მიეცა პედიატრიაში. უკანასკნელი წლების განმავლობაში სიმონი არდადეგების დროსაც ვერ ისვენებდა—იგი სწერდა ორიგინალურ სახელმძღვანელოს: „ზავშთა კვება, განსაკუთრებით ყურადღების მიქცევით ჩვილი ბავშვის კვებისადმი“, რომლის ბეჭდვა მან დაიწყო ავად გახდომის წინ, მაგრამ რომლის ბეჭდვის დამთავრება და გამოქვეყნება მას არ დასცალდა.

სამკურნალო ფაქულტეტის საჭმოს წევრებმა კარგათ იციან, რომ თითქმის ექვსი წლის განმავლობაში სიმონის ფაქულტეტის წევრობისას, იმას მუდამ მაღლად ეჭირა აკადემიური დროშა; იგი ყოველთვის მიუდგომელი და პირდაპირი აკადემიური მოღვაწე იყო. სამკურნალო ფაქულტეტის საბჭოს წევრებმა იციან, რომ მან თავის დიდი აკადემიური გამოცდილებით და ცოდნით, და გულწრფელი სიყვარულით ფასდაუდებელი სამსახური გაუწია ფაქულტეტს, რომ სიმონის თვით ყოფნაც კი ფაქულტეტში, ამ ფაქულტეტს ამაგრებდა და ამბლებდა.

1927 წლის 8 თებერვალს სიმონი ავად გახდა ფილტვების ანთებით. რამოდენიმე დღის შემდეგ დაავადებისა იგი მოთავსებულ იქნა ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტის თერაპიულ განყოფილებაში (სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალურ თერაპიულ კლინიკაში). სიმონი გრძნობდა თავის მძიმე მდგომარეობას. იგი დაავადების მეორე დღიდანვე ეუბნებოდა თავის მეგობრებს, რომ ეს დაავადება მისთვის საბედისწერო იქნება. ვიდრე მას ლაპარაკის ღონე ჰქონდა, იგი მუდმივ, დღეში რამოდენიმეჯერ, თავის კლინიკაზე და უნივერსიტეტზე ლაპარაკობდა. იგი განსაკუთრებული გაბედულობით ლაპარაკობდა სიკვდილზე, მას სიკვდილის არ ეშინოდა, იგი სწუხდა მხოლოდ იმაზე, რომ სიკვდილმა არ დააცალა მას მთელი მისი ცოდნის და გამოცდილების გამოყენება კლინიკისათვის და უნივერსიტეტისათვის. იგი სწუხდა განსაკუთრებით იმაზედაც, რომ მისი სიკვდილი უმწეო მდგომარეობაში ჩაავდებს მის უდიდო შვილებს.

დარწმუნებულმა იმაში, რომ იგი უსათუთ მოკვდება. სიმონმა დაავადების მეთე დღეს სრული დამშვიდებით მიმართა თავის მეგობრებს უკანასკნელი თხონით და სხვათა შორის ითხოვა, რომ იგი წასვენებულ იქნას კლინიკიდან პირდაპირ სასაფლაოზე, რომ იგი დასაფლავდეს ან თავის მეუღლის ან და თავის ახალგაზრდობის მეგობრის შიო ჩიტაძის გვერდით, რომ დასაფლავება იყოს რაც შეიძლება უბრალო და არავითარი სიტყვები არ იქნას წარმოთქმული.



ამ ანდერძში გამოიხატა სიმონის ერთგულობა თავის პრინციპებისადმი და მისი წარმოდგენა თავის თავზე. სიმონმა სიკვდილის შემდეგაც — სამარეში — თავის მეგობრებთან ყოფნა მოისურვა. სიმონი უბრალო და თავდაბალი კაცი იყო ცხოვრებაში და მან ამ უბრალოების და თავმდაბლობის შენახვა მოისურვა სიკვდილის შემდეგაც, — სამარეში ჩასვენებამდე. სიმონის სიტყვა საერთოდ ხშირად სრულდებოდა. სიმონის უკანასკნელა სიტყვა მისი სიკვდილის შესახებაც 4 მარტის დღის 4 $\frac{1}{2}$ საათზე, სანწუხაროდ, გამართლდა და სიმონის ბუმბერაზმა ორგანიზმა უდროოდ სანუღამოდ შესწყვიტა ფუნქცია

სიმონის ანდერძი ერთ რამეში ვერ შესრულდა. მისი დაკრძალვა ვერ იყო ისეთი, როგორც უნდა ყოფილიყო იგი თავმდაბალი და უბრალო სიმონის აზრით. უნივერსიტეტმა და ქართველმა საზოგადოებამ სიმონის მოღვაწეობა გაცილებით უფრო მეტად დააფასა, ვიდრე ამას თვით სიმონი აფასებდა. მთელ უნივერსიტეტში, მგლოვიარობის ნიშნად, რამოდენიმე დღით მის დასაფლავებამდე, ყოველგვარი მეცადინეობა შეწყდა. დასაფლავების დღეს კი ცნობილ მეცნიერის, საყვარელი მასწავლებლის, ფრიად სასარგებლო აკადემიურ მოღვაწის, უანგარო და მსწავლულ ექიმის და ღირსეული მოქალაქის ცხედარს ათასობით გაჰყვა სამარემდის მგლოვიარე სტუდენტობა, უნივერსიტეტის მასწავლებლები, ექიმები და მოქალაქენი ქართველი საზოგადოების ყველა ფენებიდან.

სიმონმა მხოლოდ 55 წელიწადი იცოცხლა. ამ 55 წლიდან მან თითქმის 30 წელი შესწირა მეცნიერულ, აკადემიურ, სამკურნალო და საზოგადოებრივ მუშაობას.

როგორც მეცნიერმა, მან გარდა გამოქვეყნებული შრომებისა, დასტოვა კიდევ რამოდენიმე გამოქვეყნებული ხელნაწერი ნაშრომები.

სიმონის გამოქვეყნებულ შრომებს სრულიად გარკვეული მეცნიერული ღირებულება აქვს. ამას მოწმობს ის, რომ მის ნაშრომებზე ხშირად არის მითითება უცხო, განსაკუთრებით, გერმანულ ლიტერატურაში როგორც საინტერესო და ფრიად მნიშვნელოვან გამოკვლევებზე, და სიმონის ზოგიერთი კვლევებიც შედეგები, მაგ., საკპლის ცხიმების რძეში გადასვლის შესახებ, შეტანილია პირდაპირ სპეციალურ სახელმძღვანელოებში. აქ შეიძლება მიუთითდეს პროფ. Arnold-ის სტატიას (Deutsche med. Woch. 1905), Paul Sommerfeld-ის ცნობილ სახელმძღვანელოს (Handbuch der Milchkunde, 1909), Freund-ის გადაამზილველ რეზულტატს (Ergebnisse für innere Medicin u. Kinderheilkunde, 3 ტომი 1909) და ცნობილ ფიზიკის აზრს სიმონის მიერ რძის ცხიმების წარმოშობის შესახებ ნაწარმოებ მუშაობის შედეგებზე.

როგორც მეცნიერი და აკადემიური მოღვაწე სიმონი თავის მუდმივი ობიექტივობით, პრინციპიალობით, უანგარობით ხასიათის სიმტკიცით საუკეთესო მაგალითი იყო ქეშმარატი, იდეალური, მეცნიერის და აკადემიური მუშაის. იგი თავიანთ სცემდა იმ საერთაშორისო მარადიულ სარწმუნოებას, რომელსაც მეცნიერება ეწოდება, და რომელიც მუდმივ სათაყვანებელი იქნება კაცობრიობისათვის.

როგორც ექიმი, სიმონი სრულებით უანგარო, თავის პატარა პაციენტებისადმი უსახლერო მოსიყვარულე, თავის ამხანაგებისადმი ზედმიწევნით კოლეგიალური და კორრექტული იყო.

როგორც მოქალაქეს, სიმონს დიდი საზოგადოებრივი გრძნობა და ალლოჰონდა.

სიმონის ბუმბერაზ ორგანიზმში, პირველი შეხედვით მკაცრ და სასტიკ სახის უკან იფარებოდა ზედმიწევნით ფაქიზი, მგრძობიარე და მოყვარისადმი სიყვარულით აღსავსე გული. სიმონი განირჩეოდა განსაკუთრებითი კეთილშობილებით, გულკეთილობით, თავმდაბლობით და უბრალობით, გულწრფელობით და პირდაპირობით. იგი საიმედო ამხანაგი და მეგობარი იყო ყოველთვის, განსაკუთრებით, გასაქირში.

სიმონის ახოვან გარეგნობას და, ზერეულ დაკვირვებისას, სუსხიან სახეს სრულიად შეეტყვებოდა მისი რაინდული სული, ხასიათის სიმტკიცე, გამბედაობა და უშიშრობა. სიმონი ფოლადი იყო, რომელიც გატყდება, მაგრამ არ მოიდრიკება. გამბედაობა და უშიშრობა შედეგი იყო მისი ძლიერი ბუნების და მის მიერ განვლილ ცხოვრების პირობების.

სიმონის უშიშრობა არ იყო ბრმა და შეუგნებელი, არამედ ლოდიკური შედეგი იმის, რომ სიმონი მიუდგომელი და პირუთენელი მსაჯული იყო ყოველივე საქმის, და თუ საქმის ინტერესები მოითხოვდა, იგი უსათუოდ აღამაღლებდა თავის ავტორიტეტთან ხმას, ასეთ შემთხვევებში მისი იდეალი არ იყო: *fiat iustitia pereat mundus*, სამაგიეროდ მისი მოქმედებიდან და ყოფაქცევიდან ყოველთვის სჩანდა: *fiat iustitia perego*!

სიმონის მიერ განვლილი ცხოვრების გზა, სიმონის ჰარმონიულად განვითარებული და მთლიანი ბუნება, შეთავსება სიმონის პიროვნებაში მრავალ იშვიათ და გამოჩენილ თვისებებისა, სიმონის ხანგრძლივი და ფრიალ სარგებლიანი მოღვაწეობა სხვადასხვა გვარ ასპარებზე—უტყუარად მოწმობს, რომ სიმონი დიდი პიროვნება იყო.

დიდი საგნები შორიდან უფრო კარგათ მოსჩანს და პროფ. ს. გოგიტიძის დიდი პიროვნებაც, საკმარისი დროს განვლის შემდეგ, უფრო დიდად გამოჩნდება, ვიდრე იგი, ამ, აჩქარებულად შეყენებულ, მის ცხოვრების აღწერაში გამოიხატა.

პროფ. ი. ჭუთათელაძე, და დოც. ბ. ლოლობერიძე.

მ რ ბ რ ნ ე ბ ა ნ ი

პროფესორ სიმონ გოგიტიძის შესახებ *)

4 მარტს 4 ¹/₂ საათზე დავკარგეთ მეცნიერებისათვის დიდად ღვაწლადებული იშვიათი ადამიანი, ჯერ კიდევ ახალგაზრდა, ენერგიით სავსე, სახელმწიფო უნივერსიტეტის მშვენიერა, ქართველი ერის სიამაყე, პროფ. სიმონ გოგიტიძე.

შესწყდა მისი კეთილი გულის ცემა, დადუმდა სამუდამოდ მისი ტკბილი ხმა, საუკუნოდ დაიხურა მისი, სიკეთით აღსავსე თვალები.

გვტკივა გული, გული გვიძიმს, საშინელ მწუხარებას ვგრძნობთ, როდესაც გვიელავს აზრი, რომ ჩვენ მეტად ველარ ვიზილავთ ამ, ქალარა თმაწვერიან გიგანტს, ყველასათვის თავგანწირულებით მზრუნავს, ჩვენს ახლო გულწრფელ მეგობარს და ამხანაგს სიმონს.

პროფ. სიმონ გოგიტიძეს იცნობენ, როგორც ექიმს და მეცნიერს არამც თუ საქართველოში, არამედ ის უკრაინაში, რუსეთში და უცხოეთშიაც ცნობილი იყო, მაგრამ მას როგორც ადამიანს იცნობდა კარგად მხოლოდ მცირე რიცხოვანი მის ახლო მდგომი ისეთი მეგობარ-ამხანაგები, რომელნიც ხვდებოდნენ მას როგორც ჩვეულებრივ, ისე აკადემიურ ცხოვრებაშიაც. სააკადემიო ასპარეზზე სხვა მასთან მომუშავე ამხანაგებია კი, სიმონს როგორც ადამიანს სამწუხაროდ, ნაკლებად იცნობდნენ.

ეს აიხსნება იმით რომ ჩვეულებრივ ცხოვრებაში გულთბილი, დამთმობი და ღმობიერი ადამიანი, აკადემიურ მოღვაწეობისას ხშირად იჩენდა სიმკაცრეს და დაუზოგველობასაც მისთვის წმინდაა წმინდა უმაღლეს სასწავლებლის ინტერესების დაცვისას.

ჩვეულებრივ ცხოვრებაში სიმონი გასაოცარი სიყვარულით და მარტივად, ხელგაშლით ხვდებოდა თვითეულს, ვინც კი მიდიოდა მასთან. იგი ყოველთვის თბილ მონაწილეობას ღებულობდა მეგობრებ-ამხანაგებ-ნაცნობთა მწუხარება-უბედურებაში. მისი სიცოცხლის უქანასკნელ წუთამდე, მძიმე ავადმყოფობის დროსაც, ერთი სიტყვით, სანამ მასში ჯერ კიდევ თებებოდა სიცოცხლის ნაპერწკალი, სიმონს მუდამ აინტერესებდა სხვების ყოფა-ცხოვრება, იგი მუდამ ფიქრობდა სხვების ჯანმრთელობა-კეთილდღეობაზე. ჩვეულებრივ ცხოვრებაში სიმონი მთესველი იყო მუდამ სიკეთის, მოწყალების და სიმართლის. მის კრის-

*) მოხსენებულა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში.



ტალღურად წმინდა სულს, ნაზსა, კეთილ და ზედმიწევნით მარჯალ გულს არ შეეძლო მოეთმინა რაიმე უსამართლობა. ყველა მათ, ვისიც სიმართლიანობაში სიმონი ღრმად დარწმუნებული იყო, იქ, სადაც საჭიროება მას მოითხოვდა, მათი თავგამოდებული დამცველი იყო.

ჩვეულებრივ ცხოვრებაში სიმონი მზიარული, მეტად მუსიკალური და სიმღერის მოსიყვარულე ადამიანი იყო. მუსიკა—სიმღერისადმი იმდენად ძლიერი იყო სიყვარული განსვენებულის, რომ უკანასკნელ მძიმე ავადმყოფობის დროსაც კი, როდესაც მან ცხადად იგრძნო თავისი უკანასკნელი დღეების მოახლოება, ერთხელ კიდევ მოისურვა მისი მოსმენა.

შეუსრულეს სურვილი: სიცხით ნახევრად დამწვარ სიმონს მოუტანეს ჩონგური, უმღერეს ნელა და წყნარად.

ნიშნად სრული კმაყოფილები საცოდავმა სიმონმა შესძლო მხოლოდ აცრემლება.

როგორც ექიმი, რომლის ვალდებულებას შეადგენს გაშურება იქეთკენ საიდანაც მოუხარება ისმის იმ მიზნით, რომ შეძლებისდაგვარად შკაპაშუბუქოს მახლობლის ტანჯვა—მწუხარება, სიმონი სწორედ მისთვის ამ მცნებას დიდი ხალისით და ინტერესით ასრულებდა როგორც უანგარო ადამიანი.

იქ კი, სადაც ვაკვირებას დაინახავდა, საექიმო დახმარების გარდა ყოველთვის მის ღარიბ ჯრიბიდან შეჰქონდა სიმონს თავისი წვლილიც.

ბავშვებს, რომლებსაც განსვენებული ექიმობდა, ძლიერ უყვარდათ იგი და უყვარდათ იმიტომ, რომ მასში ისინი გარდა მკურნალისა ხედავდნენ წმინდაზე უწმინდეს, ნაზს, მოსიყვარულე ადამიანს „მამას“.

თვით სიმონსაც მეტის მეტად უყვარდა ბავშვები. მას არ შეეძლო ღიმილით, სიცილით, ხუმრობით და ალერსით არ შეგებებოდა ბავშვებს და განსაკუთრებული მოპყრობით იზიდავდა მათ.

მეტის მეტი ყურადღებით ექცეოდა სიმონი ავადმყოფ ბავშვებს. საკმარისი იყო რომ ერთხელ მხოლოდ ყოფილიყო მაწვეული ავადმყოფ ბავშვთან, მას შემდეგ დაუპატიებლად დადიოდა იგი მუდამ დღე და მანამდე, სანამ უკვე ამაში საჭიროება აღარ იქნებოდა. სწორედ ასეთ ავადმყოფ ბავშვისადმი ყურადღებისა გამო, ყველა მეტის მეტად აფასებდა და პატივს ცემდა მას.

როგორც ექიმი, სიმონი იყო მეტის მეტად დინჯი და მოფიქრებული ადამიანი მიუხედავად იმისა, რომ სიმონში როგორც ექიმში ბევრი საჭიროებდა, მისი აჩქარება არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლებოდა, იგი ყოველთვის დიდის დაკვირვებით და გულმოდგინებით აწარმოებდა გასინჯვას ავადმყოფისა, იგი სცდილობდა მთელი მისი ცოდნა-გამოცდილება გამოეყენებია დაავადებულ ჩვილ ორგანიზმის საწოლთან.

განსვენებული იყო ერთი ისეთ პიროვნებათაგანი, რომელიც ზნეობრივ უმაღლეს კმაყოფილებას პოულობს თავის საქმეში; ის იყო ბავშვთა სწავლების ექიმის სიტყვის საუკეთესო მნიშვნელობით და ამასთანავე ერთად საექიმო ეტიკის მეტის მეტად დამცველი.

ჩვენ გვახსოვს შემთხვევა, როდესაც ერთ-ერთ ავადმყოფ ბავშვის პატრონმა მიმართა განსვენებულს შემდეგი სიტყვებით:

„ბატონო პროფესორო! თუმცა ჩემს ბავშვს სხვა ექიმობს უკვე დიდი ხანია, მაგრამ ვარჩიე ავადმყოფის თქვენთან მოყვანა, რადგან მითხრეს, რომ თქვენ კარგად ექიმობთ ბავშვებს“.

განსვენებული გაწითლდა, მან ჩვეულებრივად ჯერ ამოისვა თვალეში ხელი, მერვე გაისწორა მისი ქალარა წვერი და რამოდენიმე წუთის სიჩუმის შემდეგ უპასუხა შემდეგი:

„თქვენთვის სიმართლე არ გადმოჟციათ, მე სრულებითაც არა ვარ იმ ექიმზე უკეთესი, რომელიც თქვენ ბავშვს წაბლობდა. თქვენი ექიმი ამ შემთხვევაში მოუტანს ავადმყოფს მეტ სარგებლობას, რადგან როგორც აღნიშნეთ. დიდი ხანია ბავშვს ის ექიმობს“.

ასე იქცეოდა სიმონი, როგორც მის სამშობლო-საქართველოში, აგრეთვე იქაც რუსეთში, სადაც უდიდესი წილი თავისი ცხოვრებისა მან გაატარა.

განსვენებულ, ბავშვთ-მოყვარე სიმონს, რა-თქმა უნდა მეტად უყვარდა თავის შვილებიც, მაგრამ აკადემიურ-საზოგადოებრივ სამოქმედო ასპარეზზე მუშაობით დატვირთულს ძალიან ცოტა დრო ჰქონდა მათთან სააღერსოთ, რასაც გულის ტკივილით, ცრემლ-მორთული ხშირად აღნიშნავდა ხოლმე. განსვენებულს მეტად უყვარდა საქართველო. იგი მუდამ, მაშინაც კი, როდესაც არავითარი იმედი არ იყო საქართველოში უნივერსიტეტის დაარსების შესახებ, ოცნებობდა დაბრუნებას რათა მისი მთელი ძალღონე მოეხმარა თავის პატარა ერისათვის. და აი სწორედ, როდესაც მან ოდესაში ყოფნის დროს მიიღო ცნობა საქართველოში უნივერსიტეტის დაარსების შესახებ, ელვისებრ სწრაფად გადასწყობა გამოემგზავრება და ამასთანავე ერთად განიზრახა ყველა იქ მყოფ ქართველი ძალების თან წამოყვანა, რაც სათანადო ზომების მიღების შემდეგ სისრულეში მოიყვანა.

ყველასადმი სიყვარულით აღჭურვილ, სწეულებით გაფართოებულ სიმონის გულში, პირველი ადგილი ეჭირა ჩვენი Alma mater —ისადმი მის გრძნობა—სიყვარულს.

განსვენებული იმდენად გატაცებული იყო უკანასკნელისადმი ამ გრძნობა სიყვარულით, იმდენად ის მოწადინებული იყო მის კეთილდღეობა—აყვავება-აღმშენებლობაში, რომ არ შეეძლო მოეთმინა რაიმე ცუდის გაგონება იმ დიდ დაწესებულების შესახებ, რომელსაც მან მთელი თავისი არსება სიცოცხლე შესწირა. სწორედ ამით აიხსნება ის, თუ რატომ განსვენებული უეცრად უნივერსიტეტში ფეხის შედგმისთანავე იგი საშინელ მეტამორფოზას განიცდიდა.

მას იმდენად წმინდათა წმინდათ მიაჩნდა ეს დაწესებულება, იმდენად მართლაცდა სიმონი დაინტერესებული იყო მის წინსვლა-აყვავებაში, რომ სხდომებზე ფაქულტეტის თუ საბჭოს მაშინ, როდესაც წარმოთქმული იქნებოდა რაიმე აზრი, რომელიც დაწესებულებისათვის განსვენებულის აზრით მიუღებელი იყო, ის ყოველთვის სათანადო პასუხს გასცემდა პირველად და, თუ პასუხის პასუხი მისთვის მიუღებელი იქნებოდა, მაშინ საშინელ მრისხვანე-მღელვარებით იგი ილაშქრებდა მოწინააღმდეგის მიმართ; არ ზოგავდა არავის, ვინც კი არ უნდა ყოფილიყო.

სიმონი მუდამ აკადემიურ ტრადიციების დამცველი იყო და სწორედ ამ ნიადაგზე არა ერთხელ მიუღია უსიამოვნება, არა ერთხელ ტკენია მას გული. სწორედ ამას ვერ ითმენდა განსვენებული. იგი ხშირად მაშინაც კი, როდესაც მთელი ფაკულტეტი ან მთელი საბჭო უნივერსიტეტისა ერთი და იგივე აზრისა იყო, თუ მოყვანილი საბუთები სიმონისათვის დამაკმაყოფილებელი არ იქნებოდა, იგი მოითხოვდა მკრ დაამატკიცებელ საბუთებს და თუ ისეთი წარმოდგენელი არ იქნებოდა, არ გაიზიარებდა საერთო აზრს და დიდი ბრძოლისა და პროტესტის განცხადების შემდეგ შეჭქონდა თ. სი განსაკუთრებული აზრი, რომელშიაც ზედმიწევნით დაწვრილებით და თანდა თანობით გაარჩევდა ყოველივე წარმოდგენილ საბუთს ამა თუ იმ. მისთვის უღებელ გადაწყვეტილების შესახებ და მიუთითებდა საკითხის ამოუწურაობაზე.

განსვენებული იმდენად დიდი ყურადღება-სიფრთხილით ეპყრობოდა უნივერსიტეტის საქმეებს, იმდენად დიდ მნიშვნელობას აძლევდა იგი სხდომაზე ყოველივე წევრის დასწრებას, რომ თუ ვინმეს რაიმე მიზეზისა გამო სხდომის უწყება არ ჩაბარდებოდა და სხდომაზე კი გასარჩევი იქნებოდა მნიშვნელოვანი საკითხი, იგი ამის შესახებ გამოსთქვამდა უკმაყოფილებას, მოითხოვდა, რომ უწყება აუცილებლად ყოფილიყო ყველასათვის ჩაბარებული. რაც შეეხება თვით გასარჩევი საკითხებს, თუ უკანასკნელთ საერთო ხასიათი-მნიშვნელობა ექნებოდა, განსვენებული კატეგორიულად მოითხოვდა, რათა ყველა ასეთი მნიშვნელოვანი საკითხები თანახმად არსებულ ტრადიციისა, უწყებაში ყოფილიყო წინასწარ შეტანილი და თვით უწყებაც ყველა წევრებისათვის ჩაბარებული. ამით სიმონს სურდა ყველა წევრს მიეღო მონაწილეობა საკითხის გადაწყვეტაში, თუ სისათვისაც მისცემოდათ მათ წინასწარ საკითხის გაცნობის შესაძლებლობა და ამ რიგად საკითხის გადაწყვეტილებას არ მისცემოდა შემთხვევითი ხასიათი.

აი რას სწერს განსვენებული უნივერსიტეტის საბჭოს ამ გვარ შემთხვევის შესახებ 1922 წელში.

„ამხანაგებიდან გავიგე რომ 30/IX შემდგარა პროფესორთა საბჭოს სხდომა, რომელზედაც სხვათაშორის მიღებული ყოფილა დადგენილება შესახებ ორი ფაკულტეტის შეერთებისა. მიუხედავად ამ დადგენილების არსებითად დაფასებისა მის კანონიერად ცნობას შეუძლებელ ჰყოფს ის გარემოება, რომ მე საბჭოს წევრი არ ვიყავი თავის დროზე შესაფერი წესით ნაუწყები, არც სხდომის დანიშვნის და არც ორი ფაკულტეტის შეერთების შესახებ. ასეთ პირობებში სააკადემიო კოლეგიის სხდომის წარმოება ფრიალ უსიამოვნო და არასასურველ შედეგებს უქადის მომავალში უნივერსიტეტის ცხოვრებას. ამ შედეგთა თავიდან აცილებაზე ცდა—ზრუნვა მავალებს მე განვაცხადო უსათუოდ სურვილი, რომ საბჭოს ყოველ წევრს თავის დროზე წინასწარ ეცნობოს წერილობითი უწყებით, როგორც დრო კოლეგიის სხდომისა, აგრეთვე მასზე განსახილველ საქმეთა სია. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუძლებელი შეიქნება როგორც სხდომის, აგრეთვე მასზე მიღებულ დადგენილებათა კანონიერად ცნობა“.

საზოგადოთ სიმონი ზედმიწევნით მიუდგომელი პიროვნება იყო, მაგრამ განსაკუთრებულ მიუდგომლობას იჩენდა განსვენებული ყოველივე აკადემიურ საკითხების გარჩევისას. მიუხედავად იმისა თუ ვის შეეხებოდა ესა თუ ის საკითხის



რთის შეხედულებით თუმც უმნიშვნელო, მაგრამ მის გადასაწყვეტად თუ ყველა საჭირო პირობები არ იქნებოდა დატული, სიმონი აუცილებლად საკითხის დადებითად გადაწყვეტისას წინააღმდეგ გაილაშქრებოდა.

როგორც მაგალითი მოვიყვანო შემდეგ: ოდესის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის სხდომაზე დასმული იყო საკითხი ერთ ერთ ქართველ პიროვნების, პროზექტორის თანამემწის თანამდებობაზე მოწვევის შესახებ. მოსმენილი იყო Curriculum vitae და თუმცა უწყებაში კენჭის ყრა არ იყო აღნიშნული, მაგრამ თანახმად წარმდგენ პროფესორის წინადადებისა ფაკულტეტი თანახმა იყო იმავე სხდომაზე ყოფილიყო მონხდარი ფარული კენჭის ყრა მოსაწვევ პიროვნების დასამტკიცებლად.

პროფ. ს. გოგიტიძე კი, მიუხედავად იმისა რომ ლაპარაკი იყო მისი თანამემამულის მოწვევა—დამტკიცებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ განსვენებული მეტის მეტად კარგ განწყობილებაში იყო მოსაწვევე პიროვნებასთან და ძლიერ კარგადაც იცნობდა მას, მიუხედავად იმისა, რომ იქ შორეულ რუსეთში ბუნებრივად მოსალოდნელი იყო ქართველისაგან ქართველისადმი დახმარების აღმოჩენა, მიუხედავად აგრეთვე იმისაც, რომ აღნიშნული პიროვნება იმავე ფაკულტეტის ერთერთ კათედრის ლაბორანტი იყო და მთელი ფაკულტეტიც თანახმა იყო კენჭის ყრისა, მან უნივერსიტეტის ტრადიციები უფრო მალლა დააყენა და მოითხოვა კენჭის ყრის საკითხის შემდეგ სხდომისათვის გადადება.

რატომ ასეთ, ერთის შეხედულებით მარტივ საკითხშიაც არ დაეთანხმა სიმონი ფაკულტეტს? არ დაეთანხმა სწორედ იმიტომ რომ არ ყოფილიყო შექმნილი პრეცედენტი, არ დარღვეულიყო უმაღლეს სასწავლებლის ტრადიციები, მისცემოდა ფაკულტეტის ყოველ წევრს საშუალება შემდეგ სდომამდე შეეკრიბა წამოყენებულ კანდიდატის შესახებ საჭირო ცნობები, მიეღო ყველას მასზე ნათელი წარმოდგენა და ამ რიგად არ მისცემოდა არა ღირსეულთ უმაღლეს სასწავლებლის მასწავლებელთა წრეში შესვლის შესაძლებლობა, რათა მით არ შებღალულ-დაზიანებულიყო უნივერსიტეტის ინტერესები.

საჭიროდ მიგვაჩნია მოვიყვანოთ მეორე მაგალითიც: იმავე უმაღლეს სასწავლებელში ირჩევდნ პრივატ დოცენტად ერთ-ერთ ქართველს, რომელიც უკვე მრავალ წლის განმავლობაში მუშაობდა უნივერსიტეტში და პროფესორა იცნობდა მას როგორც კარგად მომზადებულ პიროვნებას. პრივატ-დოცენტად არჩევისას ფაკულტეტის მთელმა შემადგენლობამ მოისმინა რა წარმოდგენილ პიროვნების დახასიათება და Curriculum vitae, მიიღო რა მხედველობაში მისი მომზადება—გამოცდილება, მოისურვა არჩევა პრივატ-დოცენტად იმ პირობით, რომ განთავისუფლებული ყოფილიყო ფაკულტეტში წასაკითხავ საცდელ ლექციისაგან.

განსვენებული პროფ. გოგიტიძე, თუმცა ზედმიწევნით კარგად იცნობდა საპრივატ-დოცენტო პიროვნებას მის მომზადება-მომწოდებლობის მხრივ, მიუხედავად აგრეთვე იმისაც რომ საუკეთესო განწყობილება იყო მათ შორის, იგი მაინც წინააღმდეგი წავიდა და მოითხოვდა სანიმუშო ლექციის წაკითხვას. ამ შემთხვევაშიაც უნივერსიტეტის ტრადიციების დამცველი სიმონი მეტის მეტად შიშობდა არ შექმნილიყო პრეცედენტი, რასაც შემდეგში შესაძლებელია მოპყლოდა უმაღლეს სასწავლებლისათვის არასასურველი შედეგები.

927117



მრავალი ასეთი მაგალითები მოწმობს, რომ განსვენებული უნივერსიტეტის ინტერესებს ძლიერ მაღლა აყენებდა, იგი მუდამ ფიქრობდა არ შელახულიყო ისინი და საშინელ წინაღმდეგობას უწევდა ყველა მათ, ვინც არსებულ აკადემიურ ტრადიციების დარღვევას შეეცდებოდა. როდესაც პროფ. ს. გოგიტიძე უნივერსიტეტის საკითხების გადაწყვეტაში მონაწილეობას ლებულობდა, იგი ყოველ ღონისძიებას ხმარობდა რაც შეიძლება საკითხი უკეთ გადაწყვეტილიყო და ვერავითარი ნაცნობობა-მეგობრობა—ამხანაგობა-ნათესაობა ვერ დაეხმარებოდა ვერავის, ვისიც საკითხი არ უნდა გარჩეულიყო. ფაქულტეტში და საბჭოში განსვენებული ყველას იფიწყებდა და თუ ახსნა-განმარტება-პასუხი არ იქნებოდა მისთვის სრულიად დამაკმაყოფილებელი, სიმონი დარჩებოდა სრულიად მიუდგომელი.

სხდომიდან გამოსვლის შემდეგ კი, საქმიანობის ნიადაგზე მის გამოსვლებთან დაკავშირებულ ყოველგვარ წყენას იგი მაშინვე იფიწყებდა და ჩვეულებრივ ცხოვრებაში გულის წყრომა არავისზე არ გადაჰქონდა, რაც მის დიდ ღირსებას წარმოადგენდა.

განსვენებული ყოველგვარ ღონისძიებას ხმარობდა, რომ უმაღლეს სასწავლებლის ოჯახის მთლიანობა ყოფილიყო დაცული. უნივერსიტეტის გარეშე, განსვენებული არამც თუ თვითონ ცუდათ არ მოიგონებდა თუნდაც მათ, ვისიც წინაშე გალაშქრება მოუხდებოდა და მასთან ზოგჯერ უსიამოვნებაც, არამედ იგი მუდამ ყოველი წევრის ინტერესების დამცველი იყო, ვინც არ უნდა ყოფილიყო და არ მისცემდა არავის უფლებას კოლეგის ცუდად მოგონების შესახებ.

ჩვენ მოწამენი ვართ იმის, თუ როგორ ერთმა დამსახურებულმა პიროვნებამ ცუდად ასენა განსვენებულთან ერთი მისი კოლეგა. პროფ. ს. გოგიტიძემ ეს ვერ მოითმინა და მოსთხოვა მას შეეწყვიტა ლაპარაკი. თავის მოთხოვნას სიმონი უსაბუთებდა ერთი მით, რომ თვით მხსენებელს ეს არ შემწევროდა და მეორე მხრით კი, ამ გვარ მოგონებას შეეძლო გამოეწვია განხეთქილება მხსენებელსა და მოხსენებულს შორის, რაც თავის მხრივ დაარღვევდა უნივერსიტეტის წევრთა წრის მთლიანობას. განსვენებულმა კოლეგის ასეთი დაცვით გამოიწვია მხსენებლის გულის წყრომა და თითქმის მთელი წლის განმავლობაში სიმონს ის საღამს არ აძლევდა. არა ერთხელ მიუღია განსვენებულს ამ გვარ ნიადაგზე უსიამოვნება, არა ერთხელ მოუპოვნია ზედმეტი უკმაყოფილობა: მაგრამ მიუხედავად ამისა ის მაინც განაგრძობდა ამ ხაზს და თავის ამგვარ შეხედულებას არ ღალატობდა.

პროფ. ს. გოგიტიძეს დიდი ღვაწლი მიუძღვის ბავშვთა სწავლებათა კლინიკის შექმნასა და მის მაღალ დონეზე დაყენების საქმეში, როგორც აქ საქართველოში და ისე ოდესაშიაც.

ოდესის უნივერსიტეტის სამკ. ფაკ. ბავშვთა კლინიკა განსვენებული სიმონის მიერ მიღებისას, ოდნავ ღაფავდა სულს. იგი შეიცავდა მხოლოდ 15 საწოლს, და აკადემიკოსთა რიცხვი კი—მანამდე არასოდეს არ აღემატებოდა 4—5-ს.

განსვენებულის განსაკუთრებული ზრუნვით და ამ ნიადაგზე მრავალი უსიამოვნების მიღების შემდეგ, საწოლთა რიცხვი გადიდებულ იქნა 25-ამდე. რაც

შეეხება ავადმყოფთა რიცხვს, მიუხედავად იმისა, რომ ოდესაში არსებობდა ბავშვთა სპეციალური საავადმყოფო, განსვენებულმა იმდენად დაამსახურა სახელი, რომ კლინიკა მუდამ სავეც იყო ავადმყოფებით. გაამდიდრა მისი წიგნთ-საცავი, გააჩაღა კლინიკური და ლაბორატორიული მუშაობა.

საქართველოში ბავშვთა სნეულებათა კლინიკასთან განსვენებულის ინიციატივით და ზრუნვით მოწყობილ იქნა კლინიკური ლაბორატორია. შექმნილ იქნა აგრეთვე კლინიკასთან სარძეო სამზარეულო, სადაც წარმოებს ავადმყოფ ჩვილ ბავშვთა კვებისათვის საჭირო შენარევთა მომზადება.

განსვენებულს განზრახული ჰქონდა აღნიშნულ სამზარეულოს გაფართოება, იმ მიზნით რომ შესაძლებელი გამხდარიყო სხვადასხვა შენარევებით როგორც ბავშვთა სახლების, ისე კერძო პირების უზრუნველყოფა, მაგრამ დასახულ მიზნის განხორციელება ვერ შესძლო მან თანხის უქონლობის გამო. ბავშვთა სნეულებათა კლინიკას შესძინა რენტგენის კაბინეტი, რომელიც 2 წლის წინეთ, თანახმად ს. უ. ს. ფაქ. დადგენილებისა დროებით გადაეცა ქალაქს ცენტრალურ რენტგენის კაბინეტის მოსაწყობად. შეძენილ იქნა აგრეთვე მრავალი წიგნები და ჟურნალები. ცხადია ფინანსიურ საერთო მდგომარეობის გამო მას არ შეეძლო კლინიკური ლაბორატორიის იმგვარად მოწყობა, როგორც ეს მას განზრახული ჰქონდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა განსვენებულმა შექმნა პირობები და შესაძლებლობა მის თანამშრომლების მიერ მრავალი შრომების დაწერისა, რის მაგალითსაც თვითონ აძლევდა.

რაც შეეხება სწავლა-გადაცემის საქმეს მას სიმონი განსაკუთრებული ყურადღებით ეპყრობოდა. იგი მოწადინებული იყო რაც შეიძლება მეტი ცოდნა მიეღო ახალგაზრდას რომ მომავალი ექიმში საგნის ღირსეული მცოდნე ყოფილიყო. თავის სურვილის განსახორციელებლად იგი თხოულობდა რომ ყველას ევლო მის ლექციებზე რათა შემდეგში პრაქტიკული ვარჯიშობა გაადვილებოდათ მათ. თუ შეხედავდა რომ რიცხვით თუნდაც რამოდენიმე ათეული სტუდენტი აკლდა მის ლექციას განსვენებული ლექციას არ წაიკითხავდა რადგან სურდა ყველასათვის მიეწოდებინა თავისი ცოდნა გამოცდილება.

დაუზოგავი იყო სიმონი როგორც გამომცდელი თავის-კურსზე; თუ სტუდენტი არ მისცემდა მისთვის სრულიად დამაკმაყოფილებელ პასუხს, იგი მას არ გაუშვებდა. განსვენებული ხელმძღვანელობდა იმით რომ თუ რომელიმე ახალგაზრდას მუშაობა სურს ისეთი საპასუხისმგებლო დარგში, როგორიც არის ადამიანის ექიმობა, მას უნდა მოეთხოვოს ზედმიწევნითი ცოდნა იმ საგნის რომელიც ამა თუ იმ კურსზე იკითხება.

ახალგაზრდობას კი, განსაკუთრებით უკანასკნელ წლებში მისი ასეთი მოთხოვნილება არ მოსწონდათ, სთვლიდნენ მას უგულო, მკაცრ ადამიანად და არა ერთხელ ჰქონია ადგილი უსიამოვნებას ამ ნიადაგზე როგორც საქართველოში ისე რუსეთშიაც. ოდესაში ასეთ უსიამოვნებას ადგილი ჰქონდა განსაკუთრებით განსვენებულის მოღვაწეობის პირველ ხანაში, სანამ მას ახალგაზრდობა სათანადოთ გაეცნობოდა. შემდეგ კი—როდესაც ახალგაზრდობა დაუახლოვდა განსვენებულს, გაიცნო მისი მისწრაფება გულის წადილი, მისი უსაზღვრო სიმართლმოყვარეობა, ყოველგვარ პოლიტიკას მოკლებული პირდაპირ-მთქმელობა, მან

ის სათანადოთ დააფასა და, როდესაც სიმონი საქართველოში გამოემგზავრა, სტუდენტობას არა ერთხელ ჩვენს იქ ყოფნისას გამოუთქვამს გულითადი მწუხარება ისეთი კარგი მკოდნე და მათთვის კეთილის მსურველი მასწავლებლის დაკარგვის შესახებ, როგორიც იყო სიმონი.

ყოველდღიური მუშაობით ზედმეტად დატვირთული სიმონი ნახულობდა დროს აგრეთვე საზოგადოებრივი მოღვაწეობისათვის. გარდა იმისა რომ სიმონი ყოველთვის მზურვალე მონაწილეობას ღებულობდა სხვადასხვა საზოგადოებათა კრებებზე მიცნირულ—საზოგადოებრივ მნიშვნელობის საკითხების გადაწყვეტისას, საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების შემდეგ მისი რჩევით და უშუალო მონაწილეობის მიღებით ბევრი რამ გაკეთდა სხვათაშორის დედათა და ბავშვთა დაცვის საქმეში, როგორც ოდესაში ისე საქართველოშიაც. საქართველოში დაარსებულ იქნა ბავშვთა კონსულტაციები, რომელნიც წარმატებით მუშაობენ და დიდ დახმარებასაც უწევენ ხალხს ჩვილ ბავშვთა მოვლის საქმეში. დაარსდა აგრეთვე ორსულ ქალთა კონსულტაციები, რომელთაც უაღრესი მნიშვნელობა აქვთ მათ ჯანმრთელობის დაცვისათვის.

უქანასკნელ 2 წლის განმავლობაში, მიუხედავად იმისა რომ პროფ. ს. გოიგიტიძე დროგამოშვებით ავადმყოფობდა, ის მაინც არამც თუ განაგრძობდა პედაგოგიურ მოვალეობის ასრულებას და თანამშრომლების ხელმძღვანელობას მეცნიერულ მუშაობაში, არამედ თვითონაც აწარმოებდა ასეთს.

სწორედ ამ უქანასკნელი 2 წლის განმავლობაში, განსვენებული აგარაკზე ყოფნისას მთელ თავისუფალ დროს დასვენების მაგიერ ანდომებდა ქართულ ენაზე სახელმძღვანელოს შედგენას, სათაურით: ბავშვთა კვება, განსაკუთრებულ ყურადღების მიქცევით ჩვილ ბავშვისადმი.

განსვენებულს განზრახული ჰქონდა აღნიშნული სათაურით სახელმძღვანელოს 2 ტომით გამოშვება, მაგრამ პირველი ტომის დაწერა მოასწრო, რომლის მხოლოდ 8 ფორმა მან იხილა დაბეჭდილი.

ამრიგად განსვენებულმა არამც თუ ვერ შესძლო მეორე ტომის დაწერა, არამედ ვერ ეღირსა დაბეჭდილ I ტომის ნახვასაც.

სწორედ ავადმყოფობის პირველ დღეებში განსვენებულმა გეტხოვა მიგველო ზრუნვა შრომის ბეჭდვის დამთავრების შესახებ და ეს თხოვნა შემდეგი სიტყვებით გამოხატა: „იქნებ განაგრძოთ ჩემი სახელმძღვანელოს ბეჭდვა, თუმცა სულერთია მაინც მოგიხდებათ მისი დამთავრება, რადგან ვიცი მე არ მოვრჩები. ნეტავ დამცლოდა კიდევ ხუთი წელი რომ ყოველივე საქმე მომეგვარებია ისე, როგორც მე მქონდა გათვალისწინებული; მაშინ გული არ დამწყდებოდა და ეხლა რა ვქნა, მე სიცოცხლეს ვებლაუჭები და სიკვდილი კი—მე ჩამფრენიაო“.

ვინ იცოდა რომ მუდამ სიმართლის მოყვარე სიმონი მართლაც და მართლს გვეუბნებოდა.

აქაც ისე როგორც ყოველთვის სიმონმა ერთხელ კიდევ და უქანასკნელად გაამართლა თავის სიტყვები 4 მარტს 4¹/₂ საათზე, როდესაც სამუდამოდ დაეკარგეთ კარგი ადამიანი, ექიმი, საქართველოს ბავშვთა სწავლების მეცნიერებაში ერთად ერთი დიდი მოღვაწე, ცოდნაგამოცდილებით უზუცესი სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის პროფესორი სიმონ გოგიტიძე.

ძმობასო ჩვეო. Alma mater!

შენ აღარა გყავს ის, ვინც წარმოადგენდა მთლიანად შენს და კერძოთ ერთ-ერთ შენი დაწესებულების სიამაყე სილამაზეს.

შენი კედლები ველარ იხილავს მეტად მას, ვისშიდაც გაერთიანებული იყო უმაღლესი ღირსებანი ადამიანის, ექიმის და მეცნიერის.

შესუსტდა შენი ტრადიციების დამცველთა წრე, მას გამოაკლდა დაუღალავი, მეტად მედგარი მებრძოლი.

შენი სტუდენტობა ველარ მოისმენს სიმონ გოგიტიძის მარტივ, ადვილად გასაგებ შინაარსიან ლექციებს.

აღარ ექნება ადგილი შენს საბჭოს სხდომებზე მისსა გამოსვლებს, ველარ მოისმენს შენი საბჭოს წევრები სიმონის სიტყვებს.

ველარ იხილავს ჩვენი მცირე წრეც ძვირფასს მეგობარს, ერთგულ ამხანაგს.

აღარ არის ჩვენს წრეში სიმონი, დაგვიტოვა სამი შვილი ობოლი, უანდერძა მათ ქონებათ მხოლოდ კეთილი სახელი.

ჩვენ არ ვსტირით მას ვინც კვდება საშუალოდ, მაგრამ ვსტირით მას, ვინც მიდის ჩვენგან და უკან აღარ დაგვიბრუნდება.

იმ ადამიანის ადგილას, რომელიც კვდება, სხვა იბადება, მაგრამ ის ვინც არ კვდება, მხოლოდ გვეშორდება, მიდის შორს ჩვენგან, ის არის შეუნაცვლელი.

ჩვენ განსაკუთრებით ვაფასებთ სიცოცხლისას ყველა ჩვენთვის ძვირფასს მეგობარს სიმონს და უსაზღვროთ ვწუხვართ მასთან განშორებისას.

მაგრამ ვნუგეშობთ მით რომ სანამ ვიცოცხლებთ სიმონი მუდამ ჩვენში იცხოვრებს და ფიზიკური მისი სიკვდილი კი ვერ შესძლებს თან მის სახელის, მის იდეის წაღებას. ისინი უკვდავია.

მე. 3. ნაწილი.

პროფ. სიმონ გოგიტიძე როგორც პედაგოგი*).

დღეს, როცა ჩვენ შევკრებილვართ განსვენებულ პრ. სიმონ გოგიტიძის შესახებ ერთმანერთ შორის მოგონების გასაზიარებლად, ვფიქრობთ მეტი არ იქნება, რამდენიმე სიტყვით შევეჩრდეთ მის პედაგოგიურ მოღვაწეობაზე მით უმეტეს, რომ პრ. სიმონ გოგიტიძე ეკუთვნოდა უნივერსიტეტის პროფესორების იმ ნაწილს, რომელიც თავის სააკადემიო მოღვაწეობაში უპირველეს ადგილს სწორედ პედაგოგიურ მხარეს უთმობს. პრ. გოგიტიძეს ღრმად ქონდა შეგნებული თავისი მოვალეობა საზოგადოების წინაშე და ის ყოველთვის მზად იყო ყოველივე სხვა საქმე, რაც არ უნდა მნიშვნელოვანი ის ყოფილიყო, პირადი იქნებოდა ის, თუ საზოგადო, გადაედო ან სრულებით ენაცვალებინა სტუდენტებისათვის.

ის იყო ნამდვილი შეყვარებული თავისი საგნის და ამავე დროს მას კარგად ჰქონდა გათვალისწინებული პრაქტიკული მნიშვნელობა თავისი სპეციალობის, რომლის დანიშნულება არის უდარაჯოს და თვალყური ადევნოს ყოველი საზოგადოებისათვის უძვირფასესი და ყველაზე უფრო სათუთი ნაწილის—ბავშვების ფიზიკურ განვითარებას, ებრძოლოს მათ ავადმყოფობას და სიკვდილიანობას, რომლებიც პრ. გოგიტიძის სიტყვით წარმოადგენენ ყველაზე უფრო უაზრო და ულოლიკო მოვლენას ადამიანის ცხოვრებაში.

პრ. გოგიტიძე სხვა თანამედროვე გამოჩენილ კლინიკისტებთან ერთად ღრმად იყო დარწმუნებული მასში, რომ ავადმყოფი ბავშვებისთვის რაციონალური დახმარების აღმოჩენა შეუძლია მარტო ისეთ ექიმს, რომელსაც კარგად აქვს გათვალისწინებული ბავშვის ორგანიზმის ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი. ამ თავისებურების კურსი, სრულიად ორიგინალური მასალის დალაგების მხრივ, პრ. გოგიტიძის მიერ ისე იყო შედგენილი, რომ მასში მსმენელი ლებულობდა თეორიულ დასაბუთებას და ვრცელ ახსნა-განმარტებას პედაგოგიისათვის საჭირობოროტო პრაქტიკული საკითხებისას.

ასე, მაგალითად, იმისდამიხედვით, რომ კუჭ-ნაწლავების დაავადებანი ბავშვთა ასაკში თამაშობენ უმთავრეს როლს, პრ. გოგიტიძე კუჭ-ნაწლავების თავისებურებებს და კვების საკითხებს აქცევდა განსაკუთრებულ ყურადღებას, რაც უსათუოდ უადვილებდა სტუდენტებს, გაეგოთ და შეეთვისებინათ, თუ რატომ

*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების განსვენებულ პროფ. ს. გოგიტიძის ხსოვნის აღსანიშნავ საგანგებო სხდომაზე 31/III 27.



გვხვდება ჩვენ ბავშვთა ასაკში ასეთი სიხშირე კვების აშლილობების, და თუ როგორი უნდა იყოს რაციონალური წამლობა ამ აშლილობებისა. პრ. გოგიტიძე ყოველთვის ცდილობდა ღრმად ჩაეხედებინა სტუდენტები საკითხში, განევითარებია მათში დამოუკიდებელი აზროვნება რაც შეიძლება უკეთ შეეთვისებინებია მათთვის პედაგოგიური ცოდნის ძირითადი დებულებები და მას იმედი ჰქონდა, რომ ამნაირად მომზადებული ახალგაზრდა ექიმი ადვილად შესძლებს შემდგომი დამოუკიდებლად გაერკვიოს პრაქტიკულ საკითხებში, შეავსოს წიგნების საშუალებით და ცხოვრების დაკვირვებით უნივერსიტეტში მიღებული ცოდნა, რომელიც, რასაკვირველია, არასოდეს არ შეიძლება იყოს საესე და სრული.

ზოგიერთი უსაყვედურებდა პრ. გოგიტიძეს, რომ მას კლინიკისათვის შედარებით ნაკლები დრო რჩებაო, მაგრამ ცხოვრების მიერ პრ. გოგიტიძის პედაგოგიური შეხედულება გამართლებულად უნდა ჩაითვალოს. რადგან ხშირად ვაგვიგონია მისი პრაქტიკულ ცხოვრებაში გამოსული მსმენელებიდან, თუ რამდენად უადვილებდა მათ პრაქტიკულ საკითხებში გარკვევას უნივერსიტეტში მიღებული საფუძვლიანი თეორიული ცოდნა. პრ. გოგიტიძე დიდ ყურადღებას აქცევდა აგრეთვე პედაგოგიისთან დაკავშირებულ საზოგადოებრივ საკითხებს, როგორიც არიან ბავშვთა სიკვდილიანობა, დედათა და ბავშვთა დაცვის საკითხები და სხვა.

თავის კლინიკურ ლექციებში პრ. გოგიტიძე ცდილობდა, რომ შეეთვისებინებია თავისი მსმენელებისათვის ბავშვის გამოკვლევის თავისებურებები, სწორი ცნობების შეკრება ავადმყოფის საწოლთან. ამიტომაც იყო, რომ პროფესორი გოგიტიძე ხშირად საათებს ანდომებდა ავადმყოფის გამოკვლევას სტუდენტების წინაშე. მიღებული ცნობების შეფასებაში პრ. გოგიტიძე ხომ ნამდვილ ნიმუშებს იძლეოდა სწორი და ობიექტური საექიმო მსჯელობისას. თავის ჩამოვლენებზე პრ. გოგიტიძე ცდილობდა მიეცა საშუალება ყოველი სტუდენტისათვის ენახა ფორმები, რომლებიც ხშირად გვხვდება ბავშვთა პათოლოგიაში. აგრეთვე პრ. გოგიტიძე დიდ ყურადღებას აქცევდა, რომ სტუდენტებს კარგად გამოერკვია და სინდისიერად აეწერა ავადმყოფი, რომელიც მას საკურაციოდ ეძლეოდა. პრ. გოგიტიძე ასწავლიდა, რომ ექიმი მუდამ ავადმყოფის საწოლთან მიღებული ფაქტების ნიადაგზე უნდა იდგეს. ამნაირად სტუდენტი პრ. გოგიტიძის კლინიკაში უსათუოდ ღებულობდა ნამდვილ პრაქტიკულ გაკვეთილებს. ავადმყოფი ბავშვის სწორი გამოკვლევისა და მიღებული გამოკვლევის შედეგების ღირსეული შეფასებისა. სტუდენტების მიერ დაწერილ ავადმყოფობის ისტორიებს, ორდინატორების მიერ გასწორებულებს, უსათუოდ კითხულობდა თვით პროფესორი და თუმცა ამას ბევრი დრო სჭირდებოდა მაგრამ ამას ის არ ნანობდა, რადგან იცოდა, თუ რა სასარგებლო იყო მისი შენიშვნები, როგორც ისტორიის დამწერისათვის, ისე ისტორიის გამსწორებელი ორდინატორისათვის. აგრეთვე პრ. გოგიტიძე ნახულობდა დროს თავისი მსმენელებისათვის გადაეცა, შეეთვისებინებია საექიმო ეთიკის საუკეთესო პრინციპები, რომლებიც ასე ამშვენებენ და ამალლებენ ჩვენ პროფესიას. თვით პრ. სიმონ გოგიტიძის სიტყვა და საქმე ყოველთვის და ყოველგან ერთი იყო, და ამიტომაც არის რომ მის სიტყვებს ექიმის



მოვალეობის და მოწოდების შესახებ მისი მოწაფეები კიდევ დიდხანს დიდი პატივისცემით და სიყვარულით მოიგონებენ. აქვე საჭიროდ მიმაჩნია აღვნიშნო, რომ თუ პრ. გოგიტიძე ასე პირნათლად ასრულებდა თავის მოვალეობას სტუდენტების წინაშე და არ ზოგავდა არც დროს და არც ენერჯიას იმისათვის, რომ რაც შეიძლება მეტი ცოდნა გადაეცა მათთვის, ის ამავე დროს სტუდენტებიდანაც მოითხოვდა, რომ ისინი რაც შეიძლება მეტი ყურადღებით მოაპრობოდნენ მის საგნის შესწავლას.

არაჩვეულებრივი გულკეთილობის ადამიანი, რომლის დახმარებით არა ერთს და ორს ქართველს მიუღია ოდესის უნივერსიტეტში სტიპენდია, სასტიკი წინააღმდეგი იყო სტუდენტის სამსახურის, მას არ სწამდა სტუდენტი, რომელიც 3—4 საათზე გამოდის სამსახურიდან, რადგან ფიქრობდა, რომ ექიმად მომზადება ისეთი მძიმე და საპასუხისმგებლო საქმეა, რომ სტუდენტმა მთელი დრო მარტო ამას უნდა მოანდომოს და თუ ეს მას არ შეუძლია, სჯობს სულ დაანებოს თავი საქეიმო ფაკულტეტს, — ამბობდა განსვენებული.

პრ. გოგიტიძე ითვლებოდა სასტიკ გამომცდელად. ამ ნიადაგზე ხანდახან უსიამოვნებაც კი მოდიოდა, მაგრამ ამ საკითხში მას დათმობა არ უყვარდა, რადგან უღარესად გრძნობდა პასუხისმგებლობას საზოგადოების წინაშე ყოველი ექიმისთვის, რომელიც მისი ხელის მოწერით მიიღებდა დიპლომს უნივერსიტეტიდან.

სტუდენტების დიდი უმრავლესობა კარგად გრძნობდა, თუ რა მალალი მოვალეობის გრძნობით იყო პრ. გოგიტიძის სისასტიკე გამოწვეული და დიდი პატივისცემით ეპყრობოდნენ მას; 8 მარტს კი, როცა ისინი სამუდამოდ ეთხოვებოდნენ თავის პროფესორს, ყველასათვის თვალსაჩინო იყო, თუ რა დიდი სიყვარული დაუწახურებია პატივისცემასთან ერთად თავისი თავგამოდებული მუშაობით პრ. გოგიტიძეს მათ გულში.

როგორც ხელმძღვანელი კლინიკის და შეიძლება ითქვას ერთადერთი საბავშვო საავადმყოფოს მთელ საქართველოში, ის ფართედ უღებდა კლინიკის კარებს ყოველ მსურველს, და მისი კლინიკა ყოველთვის სახსევ იყო ე. წ. მოვარჯიშე ექიმებით, როგორც აქ ჩვენში ისე ოდესაშიც. ღრმად დარწმუნებული იმაში, რომ სათუთი ავადმყოფი ბავშვის ორგანიზმის ექიმობას უნდა ატარებდეს, ამისთვის სპეციალურად მომზადებული ექიმი, ეს ბავშვების მეგობარი განსაკუთრებული სიმწვავეთ გრძნობდა ჩვენს ქვეყანაში პედიატრების ნაკლებობას, და ამიტომ იყო, რომ ის კლინიკის ერთ-ერთ უმთავრეს დანიშნულებად სთვლიდა ჩვენი დარგის პრაქტიკული ექიმების მომზადებას და განსწავლას. ამავე დროს პროფესორი გოგიტიძე ყოველთვის გვაზნებდა და გვაქებდა ჩვენ მის მოწაფეებს მეცნიერული მუშაობისათვისაც, და თავის მდიდარი ერუდიციით, დაკვირვებით და ნამდვილი მეცნიერული ობიექტივობით, ის შეუდარებელი ხელმძღვანელი იყო ჩვენი. მისი მდიდარი ბიბლიოთეკა ყოველთვის ღია იყო ყოველი ჩვენგანისთვის. და საერთო კლინიკის ექიმების კრებებზე ის დიდი გულმოდგინეობით ხან და ხან საათობით ისმენდა სპეციალური ჟურნალებიდან ჩვენს რეფერატებს. ეს კრებები ჩვენთვის ნამდვილი სკოლა იყო, სადაც გამოცდილი და მოსიყვარულე მასწავლებელი გვასწავლიდა, თუ როგორ უნდა კითხვა



მეცნიერულ ნაწარმოებებს, თუ როგორ უნდა გაირჩეს მასში მეცნიერული სინამდვილე გატაცებისაგან, ამ გაკვეთილებს არც ერთი ჩვენგანი არ დაივიწყებს. ჩვენი გულიდან არასოდეს არ ამოიშლება ის მამობრივი სიყვარული და მზრუნველობა, რომელსაც ყოველი ჩვენგანი გრძნობდა კლინიკაში. აქ არ შემძლია არ მოვიგონო ერთი პატარა ფაქტი, რომელიც ამ მხრივ მეტად დამახასიათებელია. ფაკულტეტის კრება გაიხსნება რამოდენიმე წუთში, უწყებაში ერთი ჩვენგანის სადოქტოროანტო გამოცდაა მის საგანში. ამ დროს გამოსაცდელზე არა ნაკლებ ღელავს თვით გამომცდელი პრ. სიმონი. ის ვერ ითმენს, და ხან ადგება, ხან დაჯდება, ბოლოს მოუჯდება ერთ თავის ასისტენტს, უზიარებს თავის მღელვარებას და ეუბნება, რომ მას იმედი აქვს, რომ დღევანდელი გამოცდა კარგად უნდა ჩატარდესო, მაგრამ ვინ იცისო დაუმატა მან, გამოცდაზე ხან და ხან მოულოდნელი რამეებიც ხდებოა.

ასე ღელავდა პრ. გოგიტიძე, როცა რომელიმე ჩვენგანს უხდებოდა გამოსვლა საზოგადოების წინაშე რომელიმე მოხსენებით, მაგრამ ამავე დროს ის შეუბრალებელი და მიუდგომელი შემფასებელი იყო ჩვენი ნაშრომის და ხან და ხან რამდენიმეჯერ გაასწორებდა და გადაგვაწერიებდა ჩვენს ნაწერს, სანამ ნებას დაგვრთავდა საზოგადოების წინაშე გამოვსულიყავით. თვით შრომის შესრულების დროს პრ. სიმონ გოგიტიძე დაუფასებელი ხელმძღვანელი იყო. მისი დიდ ცოდნაზე და გამოცდილებაზე დამყარებული რჩევები ხშირად წყვეტდნენ მუშაობის მიმართულებას. ის ყოველთვის პირადად ცდილობდა დარწმუნებულიყო რომ მის კლინიკაში წარმოებული შრომების გამოკვლევის მეთოდები სწორია და იძლევიან მართლაც საკმარისად უტუტუარ შედეგებს.

საკითხის ლიტერატურული მასალის შესწავლის დროს, პრ. გოგიტიძე გვასწავლიდა, რომ ეს მასალა ყოველთვის კრიტიკულად ობიექტიურად უნდა იქნეს შეფასებული და განხილული, მაგრამ ამავე დროს ის მოითხოვდა, რომ სხვის აზრს და მუშაობას მოვპყრობოდით შესაფერი პატივისცემით, და ყოველთვის თავიდან აგვეცილებია საქმისათვის მავნებელი პირადობა და მასთან დაკავშირებული მეცნიერული მუშაობისთვის შეუფერებელი სიცხარე.

რასაკვირველია, ძნელია აქ დაწვრილებით ჩამოთვლა, თუ რითი და რატომ იყო ჩვენთვის, მისი მოწაფეებისთვის, პრ. გოგიტიძის ხელმძღვანელობა ძვირფასი და დაუფასებელი, ვიტყვი მხოლოდ, რომ ყოველი ჩვენგანი რომელიც აწარმოებს მუშაობას პრ. გოგიტიძის მიერ მოცემულ ამა თუ იმ თემაზე, განსაკუთრებული სიმწვავეთ იგრძნობს სიობლეს და მარტოობას, როცა ეს შრომები დამთავრდებიან.

თვით პრ. გოგიტიძე ავადმყოფობის მეორე დღიდანვე უკვე გრძნობდა სიკვდილის აუცილებლობას და სწუხდა, რომ ის ვერ მოესწრო მის მიერ განზრახული შრომების შესრულებას, რომ ის კლინიკას ვერ ტოვებს ისე მოწყობილს როგორც ეს მას სურდა.

ავადმყოფობის უკანასკნელ დღეებშიც მისი აზრები კლინიკასთან და კლინიკაში იყო, ის კლინიკით ბოდავდა. უღმობელმა სიკვდილმა არ დაგვინდო და არ დააცალა მას კლინიკის სასურველად მოწყობა.

მართალია პრ. იასონ მოსეშვილი, როცა ის თავის ნეკროლოგში სწერს, რომ, „სიმონ გოგიტიძის შემდეგ რჩება სიცალიერე, რომელიც დიდხანს, დიდხანს იქნება მწვავეთ საგრძნობი უნივერსიტეტისა და საზოგადოებისათვის.“, მაგრამ რამდენად ეს სიტყვები შეეხებიან კლინიკას, ჩვენ მის კლინიკაში ყოველდღიური აღმშენებლობითი მუშაობის მოწმენი, ნებას ვაძლევთ თავს ვიფიქროთ, რომ ის მტკიცე საძირკველი, რომელიც ჩვენი უნივერსიტეტის ახალგაზრდა პედიატრიულ კლინიკას მისმა პირველმა დირექტორმა ჩაუყარა, თუმცა შეიძლება სხვებისთვის უჩინარი, ჩვენთვის უტყუარი თავდებია იმისი, რომ ამ მტკიცე საძირკველზე უსათუოდ მტკიცე კედლებიც აშენდება.

მე. მ. უბრალოძე.

პროფესორ სიმონ გოგიტიძის შრომები.

რას წარმოადგენს ძუძუ მწოვარა ბავშვი? ამ კითხვაზე გიპასუხებთ ცნობილ ფრანგ პედიატრის Budin-ის სიტყვებით—მოსანელებელ მილს. „C'est un tube digestif“. ამ მოსანელებელ მილის განსაკუთრებულ თვისებების და იმ საკვებ მასალის, რომელიც შიგ ბუნებრივად ჩადის, ე. ი. რძის, შესწავლისაკენ მიმართულია უმრავლეს პედიატრთა შრომები და ინტერესი.

როგორც ნამდვილმა პედიატრმა, პროფ. სიმონ გოგიტიძემ თავის დისერტაციის თემა: „სწორედ რძე აირჩია“.

დედაკაცის რძე ფიზიოლოგიური ნივთიერებაა და იცვლება როგორც რაოდენობის ისე თვისებების მხრივ სხვა და სხვა მომენტების ზეგავლენით, რომელნიც რძის მომცემ ორგანიზმზე მოქმედობენ.

რძის ზოგიერთი შემადგენლობითი ნაწილები, როგორც მაგ. ცილა, შაქარი, მარილი უცვლელი რჩება პროცენტის და რაოდენობის მხრივ; სხვა და სხვა საკვებადგი მასალის ზეგავლენით ხოლო რძის ცხიმო ცვალებადია რაოდენობის და თვისებების მხრივ.

ცხიმის რაოდენობის და თვისებების ასეთ ცვალებადობას რძეში, დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც სასოფლო მეურნეობაში, აგრეთვე პედიატრიაში.

პროფ. გოგიტიძემ იკისრა ამ უკანასკნელ საკითხის გადამუშავება. მისი დისერტაცია „საქმლის ცხიმის გადასვლა რძეში“ გვაძლევს წარმოდგენას მეცნიერზე, რომელიც წმინდა სამეცნიერო ექსპერიმენტალ მუშაობას ეწეოდა და ძალიან ფრთხილად გამოჰყავდა დასკვნები.

პროფესორის შრომა სამ ნაწილისაგან შედგება:

I. შესავალი. II სალიტერატურო მიმოხილვა და III მისი კერძო ნაშრომი.

შესავალში პროფესორი დაწვრილებით არჩევს იმ დროს არსებულ თეორიებს ცხიმოვან მეტამორფოზის შესახებ. Virchow—Voit-ის თეორიამ ცილიდან ცხიმის შექმნის შესახებ გამოიწვია E. Pflüger-ის კრიტიკა. მაგრამ, ვინაიდან E. Pflüger-მა დაუშვა უჯრედში ნახშირ-წყალიდან ცხიმის შექმნა, ამიტომაც სრული უარყოფა ცილიდან ცხიმის შექმნისა, შეუძლებელია, რადგანაც ეხლა არავინ არ უარყოფს ცილიდან ნახშირ წყალის შექმნის შესაძლებლობას. Pflüger-ის კრიტიკა მიზეზად იქცა ამ საკითხის ხელახლად გადასაშინჯად. Pflüger-ის დიდ მომხრე—Rosenfeld მა მოახდინა ცდები და მივიდა დასკვნამდე, „რომ არავითარი ცხიმოვანი გადაგვარება, როგორც წარმოშობა ცხიმების ცილოვანი შემადგენელი ნაწილებისაგან არ არსებობს და რომ ყოველგვარი მოვ-

ლენები ცხიმის პათოლოგიურ წარმოშობაში და აგრეთვე დაგროვება ცხიმისა ორგანიზმში ფიზიოლოგიურ შემთხვევებში აიხსნება მხოლოდ ცხიმის უბრალო ტრანსპორტით. პროფესორს ნოჰყავს Virchow-ის თეორიის მოწინააღმდეგეთა ცდები და არც თვითონ ეთანხმება ამ უკანასკნელ თეორიას. მაგრამ მას არ სწამს ცხიმის ერთად ერთი წყარო—საქმლის ცხიმი; იგი ამბობს: „რძის ცხიმის შემადგენლობაში არსებობს ისეთი გლიცერიდები, რომელნიც არ მოიპოვებიან არც ცხიმოვან დეპოზი? არც პირუტყვთა საქმელში და ეს გვადიძულებს ვიფიქროთ, რომ შესაძლებელია ცხიმი შეიქმნას სხეულის უჯრედში მის შემადგენელ ნაწილების ხარჯზე“.

ვინაიდან ცხიმის ტრანსპორტი მხოლოდ საქმილიდან სხეულში დამტკიცებული არ არის, პროფესორი, პროფ. ლინდემანის წინადადებით, შეუდგა შესწავლას ტრანსპორტის მნიშვნელობაზე რძის ცხიმის წარმოშობაში.

თავი II სალიტერატურო მიმოხილვა.

თავის დისერტაციის ამ ნაწილში, პროფ. გოგეტიძე მოგვითხრობს რძის ცხიმის შესახებ. Leenwenhøien-მა პირველმა აღმოაჩინა ცხიმის არსებობა რძეში, ხოლო რძის ცხიმის შესწავლა უფრო გვიან დაიწყო. იმავე გენიალურ Virchow-ის თეორიით რძის შექმნის პროცესი დაიყვანება გულ-მკერდის ჯირკვლების ეპიტელიუმის პროტოპლაზმის ცხიმოვან გარდაქმნაზე, გარდაქმნილ უჯრედის შოკლაზე მშობლიურ ნივთიდან და მის დაშლაზე. Coën, Fronmel ამ თეორიის მომხრენი იყვნენ. Wimler, Raubu სთვლიდნენ ცხიმოვან დეგენერაციის შედეგად, დაიბადა მესამე თეორია—სეკრეტორული: რძე წარმოადგენს არა უჯრედების ცხიმოვან გადაგვარების პროდუქტს, რომელიც დაკავშირებულია ამ უკანასკნელების დალუპვასთან, არამედ ჯირკვლების ეპიტელიუმის აქტიურ სეკრეტორულ მოქმედების პროდუქტს, რომელიც იღებს რძის პროდუქციისათვის საჭირო მასალას სხეულიდან. ამასთან ეპიტელიარული უჯრედი სრულიად კი არ ილუპება, როგორც ამას ფიქრობენ დეგენერატიულ თეორიის მომხრენი, არამედ მხოლოდ პატარა მანძილზე და ჩქარა აღიდგინება იმ მასალის ხარჯზე, რომელიც მოაქვს სისხლს. ამ თეორიის მომხრენი იყვნენ Bozzozzo und Vassale, Michaelis და სხვ.

მიუხედავად არსებითი განსხვავებისა შეხედულებებში, მორფოლოგები თანხმა არიან, რომ რძის ცხიმი წარმოსდგება ცილადან.

უფრო საინტერესოა ქიმიური გამოკვლევები. მე-60 წლების ბოლოში აღმოცენდა მკვლევართა შორის განსაკუთრებული ინტერესი უფრო დაწვრილებით შესწავლისადმი და განმარტებისადმი იმ კავშირისა, რომელიც არსებობს რძის თვისებისა და წველელ საქონლის საქმლის შორის. ამ მხრით მოხდენილ ცდებში (სტუბოტინი, Kemmerial, Fleischer Kühn, Voit) სრულიად საწინააღმდეგო შედეგები აღმოაჩინეს, ისე რომ შეუძლებელი შეიქმნა დავასკვნათ საქმლის ცხიმის რძეში გადასვლის შესაძლებლობა.

მაგრამ ერთი და იგივე შედეგებიც რომ ყოფილიყო, ე. ი. ცხიმის სიმრავლე საქმელში გააძლიერებდა რძის პროდუქციას და პროცენტის მხრით გააძლიერებდა რძის ცხიმს, მაინც დაუმტკიცებელი იქნებოდა, რომ რძის ცხიმი წარმოიშვა საქმლის ცხიმიდან.

მრავალი ავტორი, რომელთაც მოახდინეს ცდები, სწორედ ამ აზრს გამოსთქვამენ. მაგრამ ბევრი ხედავდა რძის ცხიმის თვისების გამოცვლას საკმლის ცხიმისაგან დამოკიდებლოვ (ლებედვეი, Falke, Harnoth, Heinrich, Henriques, Hansen, Klien, Rosenfeld და სხვ...). სხვა ავტორები ამ ცვლილებას ვერ პოულობენ (Sebelien, Juretselke).

პროფესორი აკრიტიკებს პირველ ავტორთა ცდებს, ვინაიდან თავის ცდებში ისინი ეყრდნობიან ცხიმის გარეგან თვისებებს (ფერი, სიმკვრივე) და რაოდენობით რეაქციებს, რომლებიც იხმარებიან ტუნჩიკაში ცხიმის ანალიზებისათვის. ხოლო ცხიმის უშუალო ანალიზები მოახდინეს მხოლოდ ლებედვემა, Henriques et Hansen-მა.

ზოგიერთ შემთხვევებში რაოდენობითი რეაქციები მართლაც ამტკიცებენ აღნიშნულ ცხიმოვან სიმეხვის არსებობას ცხიმში. როცა ავტორები წველელ ცხოველებს ცხიმებით კვებავდნენ, მათ შეამჩნიეს რძის ცხიმის გაქაფვის რიცხვის გამოცვლა საკმლის ცხიმის ზეგაულების ქვეშ.

პროფ. გოგიტიძე აკრიტიკებს ზემოდ მოყვანილ დებულებებს მათ საწინააღმდეგო და მცირერიცხოვან დასაბუთების გამო და რადგანაც გაქაფვის რიცხვი არ არკვევს ცხიმის თვისებებს. Reichert-Meissl-ის რიცხვის ცვალებადობაც დაუმტკიცებელია მის მცირერიცხოვანობის და მოწინააღმდეგობის გამო.

პროფესორი მეტად აფასებს დასაბუთებას რძის ცხიმის იოდის რიცხვის შესახებ. ყველა ავტორები ამჩნევენ რძის ცხიმის იოდის რიცხვის გადიდებას, როცა წველელ ცხოველებს ეძლეოდათ მცენარეული მალაღი იოდის რიცხვით. თუმცა კი აქვე უპატებს, რომ ეს გადიდება უმნიშვნელო იყო. საწინააღმდეგოა აგრეთვე დასაბუთება ცხიმის ფიზიკურ თვისებების ცვალებადობის შესახებ. ეს დასაბუთება კიდევ უფრო საწინააღმდეგოა ცხოველების ზეთის ნივთიერებით კვების დროს. პროფესორის აზრით ლებედვეის, Henriques და Hansen-ის დასაბუთებები უფრო დასაჯერებელია. მათ აღმოაჩინეს რძის ცხიმში სელის ზეთი, როცა ისინი ცხოველებს სელის ზეთს აძლევდნენ; მაგრამ ლებედვემა არ გამოარკვია მისი რაოდენობა, ხოლო Henriques და Hansen-მა მხოლოდ მცირე რიცხვი აღმოაჩინეს.

პროფესორი, განიხილავს რა ამ საკითხის შესახებ თანამედროვე ლიტერატურას, შემდეგ დასკვნამდე მიდის: უკვე მოყვანილი ფაქტები სრულიად არ ამტკიცებენ საკმლის ცხიმის რძეში პირდაპირ გადასვლას (სტობტინი, Stohmann, Winhertz), სხვები კი მხოლოდ გაკვრით უთითებენ ამ გადასვლის შესაძლებლობაზე.

მაგრამ, პროფესორის სიტყვებით, კიდევ რომ დაუშვათ საკმლის ცხიმის რძეში გადასვლის შესაძლებლობა, მაინც რჩება გამოსარკვევი შემდეგი საკითხები:

- 1) რამდენად ჩქარა წველელ ცხოველების უცხო ცხიმით კვების შემდეგ იგი აღმოჩნდება რძეში.
- 2) რამდენად ძლიერია საკმლის ცხიმის რძეში გადასვლა.
- 3) ეს გადასვლა უშუალოდ საკმლიდან ხდება თუ ცხიმოვან დეპოს საშუალებით.

4) რამდენად ჩქარა საკმლიდან უცხო ცხიმის გამოყოფის შემდეგ იგი აღ-
 მოჩნდება რძეში

5) როგორი ცვლილებები ხდება რძის ცხიმში და ცხიმის დეპოში ცხოვე-
 ლების უცხო ცხიმებით კვების დროს.

6) გადადის თუ არა საკმლის ცხიმი რძეში in toto, თუ ჯერ თავის კომპო-
 ნენტებზე იშლება და შემდეგ ემორჩილება ხელმორედ სინთეზს რძის ჯირ-
 კვლებში.

სწორედ ზემოთ მოყვანილ საკითხების გამორკვევას მოუხდა პროფესორი
 კიევის უნივერსიტეტის ლაბორატორიაში პროფ. ლინდემანთან.

გამორკვევის მეთოდები.

პროფესორი რძის ცხიმების განმარტებისათვის სარგებლობდა ეგრედ წო-
 დებულ რაოდენობით რეაქტივებით.

ამ რეაქტივების საშუალებით ხდებოდა შემდეგი გამოკვლევები:

- 1) სიმკვების რიცხვის (Säuerzahl),
- 2) გაქაფვის რიცხვის (Vereifungszahl),
- 3) ეთერული რიცხვის (Aetherzahl),
- 4) Reichert - Meissl-ის რიცხვის (ცვალებად კოეფიციენტის გამოსარკვევად),
- 5) Hebner-ის რიცხვის (Hebnersche Zahl) გაუხსნელი კოეფიციენტი),
- 6) აცეტილის რიცხვის (Acetylzahl) და
- 7) იოდის რიცხვის (Jodzahl).

ცდებისთვის პროფესორმა აირჩია მამოვარ ცხოველებიდან წველელი ცხვა-
 რი და თხა, ხორც-მჭამელა ცხოველებიდან კი ძაღლი.

სულ დადგმული იყო ათი ცდა-

წველელ ცხვარის ჩვეულებრივ საკმელს პროფესორი უმატებდა სელის
 ზეთს; ცდის დაწყებამდის იყო გამოკვლევული იოდის რიცხვი რძის ცხიმის 5-6
 დღის განმავლობაში, მერმე 11 დღის განმავლობაში ცხვარს ეძლეოდა სელის
 ზეთი, ამ დროსაც სწარმოებდა ყოველდღიური გამოკვლევა რძის ცხიმის, შემ-
 დგში ესპობოდა მიცემა სელის ზეთის და გრძელდებოდა გამოკვლევა რამდენი-
 მე დღე; რამდენიმე დღის შემდეგ ცხვარს ჰკლავდნენ და იკვლევდნენ კანქვე-
 შა, ბადექონის და ძვლის ტვინის ცხიმებს.

ამ გვარი მეთოდით გამოკვლევა პროფესორმა მოახდინა 3 ცხვარზე, ორ
 ძაღლზე და 5 თხაზე, მარტო ჩვეულებრივ საკმელს სელის ზეთის გარდა ემატე-
 ბოდა სხვა და სხვა ცხიმები.

ნორმალური საკმლის მიცემის დროს ცხვარს ჰქონდა 40 — 46,18
 იოდის რიცხვი, როდესაც კი უმატებდა სელის ზეთს, იოდის რიცხვი იწეოდა
 56,19—99,66-ამდე. ზეთის მოსპობის შემდეგ იოდის რიცხვი ისევ უბრუნდებოდა
 წინანდელ რიცხვს. ცხიმის დეპოშიაც იოდის რიცხვი იყო აწეული 69,08 კანქვეშ,
 70, 81 ბადექონის.

ძალსაც პროფ. აქმევდა სელის ზეთს და მკლე ხორცს ad libitum; იოდის
 რიცხვი ძაღლის რძის ცხიმის აიწია 97,52—119,0.; დეპოს ცხიმი უდრიდა
 79,36, ბადექონის 81,71. ამ ცდაში შესამჩნევლად იყო გამოცვლილი ფიზი-
 კური თვისებანი რძის ცხიმის, იგი ჰგვანდა სელის ზეთს.



ზოგიერთ ცდებში პროფესორმა თხებს აჭამა სელის საპონი და ნახა რომ იოდის რიცხვი რძის ცხიმში იწონია № 6 ცდაში—29% და № 8—56,8%, რადგანაც არ შეიძლებოდა ამ ცდების მიხედვით პროფესორს დაესკვნა, რომ ხდება ცხიმის სინტეზი საპნიდან, ამიტომ აქ მან გამოიკვლია აგრეთვე სიმეფის რიცხვი რძის ცხიმის და ნახა რომ სიმეფის რიცხვი არ გამოიკვალა სელის საპნით კვების ზეგავლენით.

წველელ თხას მიეცა აგრეთვე სტეარინის საპონი, იოდის რიცხვმა შესამჩნევლად დაიკლო, ამგვარად საპნით კვებამ გვიჩვენა, რომ რძის ცხიმმა განიცადა ცვლილება დამოკიდებული გლიცერიდზე იმ სიმეფისა, რომელიც საპნის სახით იყო შეყვანილი საკმელთან ერთად. სად ხდება სინტეზი ცხიმის არ არის გამოკვლეული.

წველელი თხების სპერმატით კვებამ მიიყვანა პროფესორი იმ დასკვნამდე რომ მაღალი ალკოჰოლები საკმლისა არ გოდადიან რძეში, ამიტომ გადასვლა გაუქმებელი ცხიმების არ უნდა მოხდეს სხეულში. ბოლო ცდის გამორკვევა მოხდა აცეტილის რიცხვის გამოკვლევის საშუალებით.

თავის ცდების მიხედვით პროფესორს გამოჰყავს დასკვნა, რომ საკმლის ცხიმში უცვლელად რძის ცხიმში გადადის.

რაც შეეხება გადასვლის სიძლიერეს, პროფესორის აზრით, იგი აღწევს 30% და ამასთან რძის ცხიმში ვაცილებით ადრე იელინთება ვიდრე ცხიმის დეპო.

რძის ცხიმის ცვლებადობა და ფიზიკური თვისებანი ცხოველების სელის ზეთით კვების დროს. რძის ცხიმში თეთრი ფერის მაგიერ ლებულობს ყვითელს და ოთახის სითბოს გავლენის ქვეშ საესებით არ მგარდება.

როდესაც პროფესორმა დაამტკიცა, რომ საკმლის ცხიმში უცვლელად რძეში გადადის, იგი დაინტერესდა საკითხით როგორ იმოქმედებს რძის ცხიმის შემადგენლობაზე, თუ წველელ ცხოველების სხეულში შევა ისეთი ცხიმები, რომლებიც ჩვეულებრივ საკმელში მოიპოვებიან და სხეულის ცხიმის შემადგენლობაში შედიან.

ამ მიზნისათვის პროფესორმა იაპონური წმინდა სანთელი აირჩია, შედეგები საწინააღმდეგო მოჰყვა.

ებლა პროფესორი მოუნდა განორკვევას: შეუძლიან თუ არა გულის ჯირკვლის ეპიტელიუმს სანტეტურად ცხიმის შეჭმენა კომპონენტებიდან.

ამ მხრივ პროფესორის მიერ მოხდენილ ცდებმა აღმოაჩინეს, რომ ძუძუს ჯირკვლებს შეუძლიანთ თავის სეკრეტის მომარაგება არა მარტო საკმლის ნეიტრალურ ცხიმების და დეპოს ხარჯზე, არამედ უნარი აქვთ სინტეტურად შეჭმენ ცხიმში მის კომპონენტებისაგან. ამ რიგად პროფესორი უარჰყოფს—საკმლის ცხიმის ტრანსპორტის ერთად ერთ წყაროს არსებობის შესაძლებლობას; იგი თავის ცდების მიხედვით არკვევს, რომ რძის ცხიში მხოლოდ საკმლის ცხიმიდან არ შეიქმნება, რადგანაც ჩვეულებრივ გლიცერიდებთან ერთად, რომელნიც სხეულის ცხიმის შემადგენლობაში შედიან შეიცავს გლიცერიდებს ზეისის, კაპროლის და კაპრილის სიმეფისას, რაც არც ჩვეულებრივ ცხოველების საკმელში, არც მათ ცხიმოჟიან დეპოში არ მოიპოვება. პროფესორმა მიიღო მხედველობაში,

რომ სხეულში ცხიმი უეჭველად ნახშირ-წყალის ხარჯზე შეიქმნება; აქედან თავის მხრივ გამომდინარეობს ცილის ნივთიერებიდან ცხიმის შექმნის შესაძლებლობა. პროფესორი ჩერდება იმ აზრზე, რომ ერთი სხეულის ცხიმის თვისებების სხვა და სხვა ნაწილების განსხვავება აიხსნება შემდეგით: საკმლის ცხიმს ემატება ისეთი ცხიმები, რომლებიც ადგილობრივ შეიქმნებიან ე. ი. ან ნახშირბადიდან ან ცილიდან, რასაც ადგილი აქვს რძის ცხიმის შექმნის დროსაც.

პროფესორი დიდ პრაქტიკულ მნიშვნელობას აძლევს თავის გამოკვლევების შედეგებს კვების დიეტეტიკის თვალსაზრისით. აქამდის ცხიმის შემადგენლობა ითვლებოდა რძის დაფასების კრიტერიუმით, ეხლა კი, როცა გამოიკვება საკმლის ცხიმის გავლენა რძის ცხიმის თვისებებზე, საჭაროა კვების მასალის არჩევის დროს იზელმძღვანელონ ცხიმის თვისებთაც. რძის ცხიმის თვისებებზე გავლენა აქვს საკმლის ცხიმის რეგულიაციას. პროფესორმა ეს ცხოველებზე დაამტკიცა და მოახდინა აგრეთვე ცდები ქალებზე; იგი აძლევდა მათ 15—40,0 სელის ზეთს და შეამჩნია რძის ცხიმის თვისების გამოცვლა, იოდის რიცხვის გადიდება და ლაქტაციის შემცირება.

ასეთია, მოკლედ გადმოცემული, პროფესორის მეტად საინტერესო შრომა. როგორც ზემოდ მოყვანილიდან სჩანს, პროფესორის მიერ აღძრული საკითხი ჯერ-ჯერობით ღია რჩება, მეტადრე ის ნაწილი, რომელიც შეეხება ცილიდან ცხიმის მეტამორფოზს. რამდენად მეცნიერული მნიშვნელობა აქვს ამ შრომას შეიძლება დავასკვნათ ციტატებიდან: „Handbuch der Milchkunde“, თავი „Allgemeine Chemie der Milch“. იქ, სადაც ცხიმის შესახებ არის საკითხი, ნათქვამია: „Das Milchfett ist eine Verbindung gemischter Triglyzeride, Cholesterin und Fettfarbstoff. Das Vorhandensein andere Alkohloreste als des Glycerins ist bisher nicht gesucht worden; es wäre in der Milch der Waiiere zu erwarten. Dagegen findet ein Übergang von Cetylalkohol in das Milchfett der mit Walrat gefütterten Ziegen nicht statt—Gogitidse“—1909.

რძის ცხიმი არის შენაერთი ტრიგლიცერიდისა, ხოლესტერინისა და შემდეგი ნივთიერებისა. არის თუ არა მასში სხვა ალკოგოლის ნარჩენები გარდა გლიცერინისა ეს არ არის გამოკვლეული. შესაძლებელია ისინი იყვნენ გარეულ ცხოველთა რძეში. წინააღმდეგ არ იყო აღმოჩენილი აკეტლ-ალკოგოლი გოგიტიდის მიერ თხების რძეში, რომელთაც ის კვებავს სპერმაცეტიით.

Walter Freund-ის შრომაში:

„Physiologie und Pathologie des Fettstoffwechsels im Kindesalter“, „Die Zufuhr vom fremden Fetten (Sesamöl), deren Übergang in die Milch schon Bendit, Thimich, Gogitidse gezeigt haben macht sich nach Engel bereits 4 Stunden nach der Aufnahme ander Veränderung der Iodzahl geltend, die nach 6—7 Stunden ihren Höhepunkt erreicht, um nach ca. 24 Stunden wieder zur Norm zurückzukehren“.

უცხო ცხიმით კვება რომლის გადასვლა რძეში დაამტკიცეს Bendit, Thimich და გოგიტიდემ; Engel-ით უკვე 4 საათის საკმლის მიღების შემდეგ ნახა იოდის რიცხვის შეცვლა რძეში, რომელმაც 6—7 საათის შემდეგ მიაღწია უმაღლეს წერტილს და დაახლოვებით 24 საათის შემდეგ ნორმამდე მივიდა.

იგივე ავტორი მეორე ადგილას ამბობს:

„Der auch von Gogitidze bereits gefundene grössere Ölingehalt des Colostrums wird übrigens von Hecht in drei Colostrumproben vermisst ein Zeichen für die Unzuverlässigkeit der Stichprobenuntersuchung in Aubetracht des Umstandes dass derselbe Autor unbevust einen indirekten Beveis für die in Rede stehende Tatsache erbracht hat“.

გოგიტიძის მიერ აღმოჩენილი დიდი რაოდენობა ცხიმის ხსენში Hecht-ის მიერ არ იყო ნანახი იმისი მეთოდის უვარგისობის გამო.

Prof. Arnold თავის შრომაში: „Die Bedeutung der Fettsyntese, Fettphagocytose, Fettsekretion und Fettdegeneration für die Milch und Colostrumbildung“ (München. Med. Vochen. 18—1905) აი რასა სწერს: Zunächst sei die Frage der Herkunft des Milchfettes erwogen. Es muss indieser Hinsicht auf interessanter Beobachtung von Soxlet, Rosenfeld und Gogitidze aufmerksam gemacht werden, welche auf die Abhängigkeit der Zusammensetzung des Milchfettes von derjenigen des Nahrungsfettes schlusses lassen.

პირველად ყოვლისა საკითხია რძის ცხიმის წარმოშობის შესახებ. ამ მხრივ ძლიერ საგულისხმოა დაკვირვება სოკსლეტის, როზენფელდის და გოგიტიძის, რომელნიც მიუთითებენ დამოკიდებულებაზე რძის ცხიმის შემადგენლობის საქმლის ცხიმის შემადგენლობისაგან.

ვათავებ პროფესორის დისერტაციაზე ბაასს, ზემოდ მოყვანილი Freund-ის სიტყვებით:

„Die aufgedecten Beziehungen zwischen Körperfett, Nahrungsfett und Milchfett sind zwar von hohem physiologischen Interesse und nicht nur für die Theorie der Milchbildung“.

გამოკვლევას იმ რთული დამოკიდებულობისა, რომელიც არსებობს ორგანიზმის ცხიმსა, საქმლის და რძის ცხიმთა შორის აქვს არა ვიწრო თეორიული მნიშვნელობა რძის გაიყოფის საკითხისათვის, არამედ ის არ არის მოკლებული საზოგადო ფიზიოლოგიურ ინტერესს.

პროფესორის მეორე ექსპერიმენტალური შრომა არის: „გაძლიერებულ უკუდაწოლის გავლენა შარდზე, შარდსადენში.“

ეს შრომა შეეხება შარდის გამოყოფის საკითხს.

ვინაიდან მზავალ ავტორებმა, რომელთაც მოახდინეს უკუდაწოლის გაძლიერება შარდსადენში და თვალყური ადევნეს შარდის გამოყოფას სხვა და სხვა შედეგები მიიღეს, პროფესორმა ამ მხრივ დაიწყო მუშაობა. ცდებისათვის აირჩია ძაღლები. მოახდინა 10 ცდა. ძაღლებს ნარკოზის ქვეშ ოპერაცია გაუკეთა მუცლის თეთრ ხაზზე გაკვეთით ბოქვენის ზემოდ. გამოიტანა ორივე შარდსადენის ქვედა ბოლოები და წინასწარ შეკვრის შემდეგ შარდის ბუტის შესავალთან გადასჭრა. შარდსადენის პერიფერიულ ბოლოებში მოათავსა შუშის მილები, რომელთაც თავის მხრივ ჰქონდათ რეზინის მილები და ჩაუშვა გაზომილ ცილინდრებში შარდის დასაგროვად. V. cruralis-ში შეუშვა 250 კ. ს. ფიზიოლოგიური ხსნარი. შესხმა ნელ ნელა, 15—30 წ. ხდებოდა. დიურეზი იწყებოდა 3—10 წ. შემდეგ. დაგროვება სწარმოებდა ორივე თირკმლიდან

სხვა და სხვა დროს. პირველ სამ ცდაში უკუდაწოლა შარდსადენში მოახდინა შარდის შეგროვების დაწყებამდე, სხვა ცდებში კი მხოლოდ, თირკმლებიდან საცდელ პორციების წინასწარ მიღების შემდეგ. უკუდაწოლა მოახდინა პროფ. ლინდემანის აპარატით.

პროფესორის ცდებში აღინიშნებოდა:

- 1) უკუდაწოლის სიმაღლე,
- 2) დიურეზის სიჩქარე,
- 3) შარდის საერთო რაოდენობა ე. ი. უკუდაწოლის შარდსადენში მოხდენამდე, უკუდაწოლის მოქმედების დროს და მის მოშორების შემდეგ,
- 4) ქლორიდების პროცენტული რაოდენობა შარდში,
- 5) შარდის გაყინვის წერტილი და,
- 6) შარდიანის პროცენტული შემადგენლობა.

ყველა დებულებები მოყვანილია ცხრილებში. ამ ცხრილებიდან სჩანს, რომ შარდსადენში მოხდენილ უკუდაწოლის გავლენის ქვეშ, დიურეზის სისწრაფე resp. გამოყოფილ შარდის რაოდენობა, ძალიან ნაკლებობს, უკუდაწოლის როგორც მაღალ ისე დაბალ ხარისხების დროს. ასეთივე დასკვნები გამოიყვანეს Hermann, Lepine et Porteret, ე. ი. ლინდემანმა, Jgnatcowsky, Filehne და Bushaupt-მა. რაც შეეხება ზოგიერთ ავტორების—Steyrer, Filehne და Ruschapt-ის მტკიცებას, რომ შარდსადენიდან უკუდაწოლის მოშორების შემდეგ, დიურეზი შესაფერის მხარეზე მატულობს და მოწინააღმდეგე თირკმლის დიურეზს აღემატება, ამას პროფესორი თავის ცდებში არ ხედავდა.

რაც შეეხება ქლორიდების შემადგენლობას, პროფესორმა, როგორც Lepine, Porteret და ლინდემანმა, მიიღო, რომ ქლორიდების პროცენტული შემადგენლობა არ იცვლება უკუდაწოლის ქვეგავლენით; რაც Pfaundler და Schwarz-ის აზრს ეწინააღმდეგება.

შარდიანის შესახებ პროფესორი ამბობს: „მიუხედავად ყველა ჩემ წინამორბედთა დაკვირვებებისა, ჩემი დაკვირვებით იგივეს დავასკენი რასაც ქლორიდებისათვის, ე. ი. უკუდაწოლის გაძლიერება შარდსადენში არ იწვევს შესამჩნევ გავლენას შარდიანის პროცენტულ რაოდენობაზე შარდში“. ეს უკანასკნელი დასკვნა პროფესორმა მხოლოდ აღნიშნა, ვინაიდან მან გამოიკვლია მხოლოდ 4 ძალის შარდიანი.

პროფესორმა დაასკვნა, რომ უკუდაწოლის გაძლიერებას შედეგად მხოლოდ შარდის რაოდენობის შემცირება მოჰყვება, თვისებების მხრივ კი უცვლელი რჩება. ამრიგად, ამბობს პროფესორი „უნდა მივიღოთ, რომ ფილტრაციის და ოსმოზის ნიშნულობა შარდის გამოყოფაში თუ ნოლს არ უდრის, ყოველ შემთხვევაში მეტად მცირეა“.

როგორც ნამდვილ კლინიკისტს, პროფესორს არ შეეძლო უყუარდებოდ დაეტოვებია კლინიკა და თავის დაკვირვებანი დაადასტურა მისთვის დამახასიათებელ სისწორით და სისრულით.

მის კლინიკურ დაკვირვებებს ეკუთვნის შრომა: „ექსპერიმენტური პლევრიტების გამოცნობისათვის; კანქვეშა ქსოვილის შეშუპების დიაგნოსტიური ნიშნულობა გულის ყაფაზის ავადმყოფ ნახევარზე..“ („საექიმო გაზეთი-№ 50.1907).

კანის შეშუპება პლევრატიისაგან დაზიანებულ გულის მხარეზე, ძველათვე ითვლებოდა ჩირქოვან პლევრიტის ნიშნად. პროფ. გოგიტიძემ შეკრიბა მასალა ამ საკითხის შესახებ, თვითონაც მოახდინა დაკვირვებანი და შემდეგი დასკვნები გამოიყვანა: სეროზულ პლევრიტის დროს აღინიშნება აგრეთვე ანთებითი ხასიათის კანის შეშუპება (შეშუპება განიმარტებოდა გულის ორივე მხარის სიმეტრიულ ნაწილების შედარებით პალპაციით ნეკნების გარდი გარდმო და აგრეთვე პალპაციით ნეკნების შუა მდებარე ადგილებისა, რომელნიც პლევრიტის დროს უფრო ვიწრო და ნაკლები სიღრმის არიან).

პროფესორი აყენებს საკითხს: როდის უფრო ხშირია შეშუპება ჩირქოვან თუ სეროზულ პლევრიტის დროს? და თვითონვე გვაძლევს პასუხს, რომ, თეორიულად, ექსუდატურ პლევრიტის დროს სრულიად არ უნდა ჰქონდეს ადგილი: პრაქტიკაში კი აღმოჩნდა, რომ ჩირქოვან პლევრიტის დროს 40,62% შემთხვევა, სეროზულის დროს კი უფრო ხშირიც არის.

რანაირი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ამ ნიშანს? პლევრიტის სხვა ნიშნებთან ერთად—მეტად მნიშვნელოვანი, ვინაიდან თავის სანდო ხასიათით იგი არ ჩამოუვარდება სათითაოდ აღებულ პლევრიტის დამახასიათებელ ნიშნებს და აღემატება იმით, რომ ადრე ჩნდება. პროფესორის დასაბუთება 11 შემთხვევას ეყრდნობა, რომელთა ავადმყოფობის ისტორია აქვე არის მოყვანილი. პერიკარდიტის ორ შემთხვევაშიაც გამოირკვა კანის შეშუპება გულის არეში.

პროფესორის მეორე შრომა არის „პლევრის შეწოვითი უნარი“.

დაკვირვებანი მოხდენილია ჩირქოვან და სეროზულ პლევრიტით ავადმყოფზე. პროფესორს აინტერესებს საკითხი თუ რამდენად არის დაზიანებული პლევრა და რამდენად დაცემული ან მოსპობილი ნისი შეწოვითი უნარი, ამ დასმულ საკითხის პასუხისაგან დამოკიდებულია წამლობის მეთოდი. პლევრის შეწოვითი უნარის გამოსარკვევად, პროფესორს შეაქვს პლევრის ღრუში—საცდელ პუნქციის შემდეგ—2 კ. ს. 5% მეთილენის ლილის ხსნარი. შარდის გამოკვება ყოველ 15 წ. ხდება და პირველივე ლილის აღმოჩენაზე ან უკანასკნელზე, როცა იგი აღარ გამოიყოფა არკვევენ მის შეწოვით უნარს. ამ ცდების მიხედვით აღმოჩნდა, რომ ჩირქოვან პლევრიტის დროს სრულიად არ ხდება, სერო-ფიბრინოზულის დროს დაგვიანებულია, სეროზულ პლევრიტის დროს კი უფრო ძლიერი და ნელია ვიდრე ნორმალურ პლევრის დროს.

პროფესორმა არ დასტოვა უყურადღებოდ აგრეთვე ახალ-დაბადებულთა ავადმყოფობანი და თავის ჩვეულებრივ სისწორით და სისრულით აგვიწერა და სათანადო დაფასება მისცა მათ.

ჰემატომის შემთხვევა (თირკმლის ზედა ჯირკვლის) მან პირველმა აღწერა რუსულ ლიტერატურაში. ეს შრომა „ახალ დაბადებულთა ვისცერალურ სისხლის ღენის კაზუისტიკისასთვის“ მოთავსებულია „კრებულში პროფ. ვ. კ. ლინდემანის 10 წლის სამეცნიერო მოღვაწეობის აღსანიშნავად. 1912“. პროფ. გოგიტიძე ამ კრებულის პასუხისმგებელი რედაქტორი იყო. 2 კვირის ბავშს აღმოუჩინეს მარჯვენა მხარეს სიმსივნე, რომელაც მის სიციცხლის დროს გიდრონეფროზად ჩასთვალეს, ხოლო გაკვეთის დროს აღმოჩნდა თირკმლის ზემოდ მდებარე ჯირკვლის ჰემატომა. პროფესორის მიერ მოყვანილ ლიტერატურიდან

სჩანს, რომ ასეთი სისხლის დენა ხშირია ახალდაბადებულებში. ეთიოლოგია გამორკვეული არ არის. დაუშვებს აზრი, რომ დაზიანებაა მშობიარობის დროს ან საერთო ინფექცია ხდება. პროფესორის შემთხვევა მით არის მნიშვნელოვანი, რომ ლიტერატურაში არსად არ არის აღნიშნული ასეთი სიდიდის სიმსივნე და მით უფრო საინტერესოა, რომ პროფესორის სიტყვებით „უახლოვდება ორგანოს მომხდარ დაშლის რაოდენობით ექსპერიმენტებს ერთმხრივ მოცილებულ თირკმლის ზემოდ მდებარე ჯირკვლისა. ეს თითქმის ამტკიცებს იმ ავტორების განცხადებას, რომელთაც ორგანოს ერთმხრივ ექსტირპაციის დროს აღნიშნეს ცხოველების მდგომარეობაში სერიოზული დაშლა და ზოგჯერ მისი სრული დაღუპვა“.

ახალდაბადებულთა ფიზიოლოგიას ეკუთვნის აგრეთვე მისი შრომა: „ახალდაბადებულ ქალების საშვილოსნოს ფიზიოლოგიური სისხლის დენა“ *Metrorrhagia neonatorum*.

ახალდაბადებული ბავშვები განიცდიან დროებით სქესობრივ სიმწიფეს, რომელიც გამოიხატება გულის ჯირკვლის გასიებაში, *acnœe*-ს გამოჩენით, *prostatata*-ს ჯირკვლის გაბერებაში, საშვილოსნოს ლორწოვან გარსის გასიებაში, სადაც შეიძლება მიკროსკოპიულად აღმოჩენილ იქმნეს სისხლის დენა, ხან და ხან კი ნამდვილი *menses*-ც.

პროფესორს სურს დიფერენციალური დიაგნოზი დასვას *menstruatio praecox* და *metrorrhagia neonatorum*-ის შორის და აგვიწერს 4 შემთხვევას. ვინაიდან საერთო მდგომარეობა და ნაწლავების მოქმედება ნორმალური იყო მის მიერ აღწერილ შემთხვევებში, პროფესორი უმტკიცებს პროფ. უუკოვსკის, რომ მისი აზრი, რომ ასეთი სისხლის დენა გამოწვეულია კუჭნაწლავების დაავადებით, სწორი არ არის, არამედ ეს ფიზიოლოგიური შედეგია. პროფესორის ასეთი აზრი ეთანხმება სხვა უცხოელ ავტორებსაც (*Halban, Renouf, და სხვ.*)

პროფ. უუკოვსკიმ ძალიან ცუდად მიიღო ეს შრომა და პროფ. გოგიტიძეს სიტყვებით „კრიტიკის მაგიერ პოლემიკის გზა აირჩია“.

სტატიაში „კიდევ *metrorrhagia neonatorum*-ზე“ სავესებით გამოიხატება პროფ. გოგიტიძის პასუხი. მეტად თავშეკავებით, მხოლოდ ფაქტებით და მეცნიერულ დასაბუთებით იგი უარჰყოფს თავის მოწინააღმდეგეს აზრს. აქ ნათლად გამოიხატება მთელი მისი ეროდიცია: მას არ მოსდის გული მოწინააღმდეგეზე, რადგანაც ყველა მისი დასაბუთებანი ეყრდნობიან ობიექტიურ ცდებს და თანამედროვე საექიმო დისციპლინებს.

ებლა მივმართოთ პროფესორის უკანასკნელ შრომას—წიგნს, რომელიც მან დასაბუთდა და რომელიც მხოლოდ მის სიკვდილის შემდეგ იქნება გამოქვეყნებული.

სამწუხაროდ, სხვა და სხვა ტექნიკურ პირობების გამო, ეს წიგნი „ბავშის კვება განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევით ჩვილი ბავშვისადმი“ ორი დღე იყო ჩემს განკარგულებაში და მე მხოლოდ მისი გადათვალისწინება მოვასწარი.

ეს წიგნი დიდი განძია ქართულ მედიცინისათვის. ყველა კულტურულ ქვეყანაში შეიმჩნეულია დაბადებების რიცხვის შემცირება და ეს აგვიძულებს უკეთ შევინარჩუნოთ უკვე დაბადებულნი; ჩვენ კი, ექიმებს, ვალდებულია გვაწივს



შეეჭმნათ პროფილაქტიური ზომები და აგრეთვე სწორ გზაზე დაეყენოთ ბავშვის ფიზიკური განვითარება. აქედან გამომდინარეობს ბავშვის, როგორც ანატომიურ ისე ფიზიოლოგიურ განსაკუთრებულ თვისებების შესწავლა. შეიქმნა მთელი საექიმო დისციპლინა, რომელსაც ჰყავს თავისი კორიფეები, გამოიკაცყველა ევროპიულ ენებზე სახელმძღვანელოები, მათში ზოგიერთი კლასიკურიც. პროფესორის სახელმძღვანელო მით არის ორიგინალური, რომ მან მთავარი ყურადღება მიაქცია ბავშვის ფიზიოლოგიურ და ანატომიურ თვისებებს და დაწვრილებით გაარჩია რძის შესწავლის საკითხი. მისი სახელმძღვანელო, ასე რომ ესთქვათ, თეორიული პედიატრიაა, რომელიც სათანადო საუბურზე უნდა იდგეს და მიღებულ იქმნას სახელმძღვანელოდ, უმთავრესად, უმაღლეს სასწავლებლებში.

მთელი წიგნი მიძღვნილია მოსანელებელ ტრაქტის და პედიატრთა მიერ სათაყვანო რძის საკითხებს.

აქ, ჩვენ ვხედავთ ყველა ანატომიურ, ჰისტოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ განსაკუთრებულ თვისებებს პირისა, კუჭისა, საყლაპავი მილის, ნაწლავების და ყველა იმ ჯირკვლებისა, რომლებიც ამ აპარატს ეკუთვნიან. პროფესორმა შეკრიბა ყველა თანამედროვე თეორიები ამ საკითხის შესახებ ზოგიერთ დებულებების კრიტიკის და საკუთარ შენიშვნების დანართით. თუ მოსანელებელ აპარატს მან 100 გვერდი უძღვნა, რძის შესწავლის საკითხს 200 გვერდი ეკუთვნის.

დაწვრილებით გადმოცემულია ქალის რძის შესწავლის საკითხი და აგრეთვე ძროხების და სხვა ცხოველების.

პროფესორის სახელმძღვანელო ცოტა მიაგავს მის მასწავლებლის ჩერნოვის სახელმძღვანელოს, მაგრამ ეს ნახსენები წიგნი უკვე დაძველებულია და მასალა მეტად დაგროვილია. უცხოელ ლიტერატურაში მე არ შემხვედრია ასეთი გამოცემა; ჩვეულებრივ, როგორც ფრანგულ, ისე გერმანულ სახელმძღვანელოებში აღრე ირჩევა ორგანოების ანატომიური და ფიზიოლოგიური თვისებანი, მერმე მათი პათოლოგიური ცვლილებანი..

პროფესორის სახელმძღვანელოს მნიშვნელობის აღსანიშნავად, მე მინდა მოვიყვანო ციტატა „Lesne et Binet: Physiologie normale et pathologique du nourrisson“-ს წიგნის წინასიტყვაობიდან, რომელიც Gh. Richet-ს ეკუთვნის: „დაბადებამდე, ცხრა თვის განმავლობაში, მას ე. ი. ბავშვს არა აქვს სხვა დანიშნულება გარდა თავის დედის არტერიებით მოტანილი სუბსტანციის ასიმილაციისა. დაბადების შემდეგ კი, ცხრა თვის განმავლობაში სხვა არაფერი გარდა რძის ასიმილაციისა, მასხადამე, გასაოცარი არ უნდა იქნას, თუ ამ წიგნის უმეტესი ნაწილი ეხება რძით კვების და მონელების საკითხებს“.

ჩვენც ვუერთდებით Ch. Richet-ს აზრს და არ გვიკვირს, არამედ ალტაცებაში ვართ იმით თუ როგორ შეიმუშავა და შეასრულა უმთავრესი პედიატრული დისციპლინის გეგმა პროფ. გოგიტიძემ. ამასთანავე გამოვთქვამთ ღრმა მწუხარებას, რომ წინასიტყვაობაში დაპირებული მეორე ნაწილი რომელიც შეეხება კვების ტენიკას და თავისებურებას, არასოდეს არ გამოქვეყნდება.

პროფ. ა. მაკავარიანი.

პროფ. სიმონ გოჭიტიძე*).

4 მარტს, ხუთის ნახევარზე ფილტვების ანთებისაგან გარდაიცვალა ჩენი სამკურნალო ფაკულტეტის ერთ-ერთი უხუცესი წევრი, პედიატრიული კლინიკის დამაარსებელი და გამგე, დიდად პატივცემული პროფესორი სიმონ გოჭიტიძე.

თავისი ცხოვრების და აკადემიური მოღვაწეობის უმეტესი ნაწილი განსვენებულმა კიევი და ოდესაში გაატარა, სადაც ადგილობრივ უნივერსიტეტებში მუშაობდა, როგორც მეცნიერი მუშაკი და აკადემიური ცხოვრების აქტიური წევრი. ახლო წარსული სინამდვილის პირობები იმ გვარი იყო, რომ სამშობლოში თავისუფალი საზოგადოებრივი და აკადემიური მოღვაწეობა წარმოუდგენელი იყო. მაშინდელი ცენტრი გასაოცარ ქინიანობით და სიმტკიცით აფერხებდა და აბრკოლებდა საქართველოში უნივერსიტეტის დაარსების საქმეს. მომავალ უნივერსიტეტს იგი უყურებდა, როგორც საზოგადოებრივ სიმაგრეს, რომლის საშუალებით ერი სათანადო წინააღმდეგობას და ბრძოლას გაუწევდა იმ ასიმილიაციის საზიზღარ პოლიტიკას, რომელსაც ხელმწიფის მთავრობა კერძოთ საქართველოშიც ატარებდა. მაგრამ ამოხდა რევოლიუციის ქარიზხალი, დაიმსხვრა ბორკილები, განთავისუფლდა აზრი და სურვილები, და განთავისუფლებული ერის კულტურული მისწრაფებანი, სხვათა შორის, უპირველესად ყოვლისა უნივერსიტეტის დაარსებაში გამოიხატა. განხორციელდა ერის ოცნება და გამსჭვრეტ მშენებლის მიერ თითქოს საგანგებოო აშენებულ შენობაში მოთავსდა მშობლიო alma mater.

დიდი და უსაზღვრო რუსეთის ყოველ კუთხიდან დაიძრნ და გამოემგზავრნ ქართველი მეცნიერნი თავის სამშობლოში. ყველა ისინი ალტურვილი იყვნენ ერთი მხურვალე სურვილით, რათა მშობლიურ უნივერსიტეტში დაეწყოთ ან განეგრძოთ და დაემთავრებიათ აკადემიური მოღვაწეობა და თავიანთი ძალღონე, სწავლა და შექმნილი გამოცდილება მის აყვავებისათვის და განვითარებისათვის გამოეყენებინათ. ყველა, ვინც ამ დრომდე რუსეთის სამკურნალო ფაკულტეტებში მუშაობდა, დაგროვდა აქ და ამგვარად გაჩაღდა გაცხოველებული მუშაობა. მობრძანდა ბატონი სიმონიც. მისი ჩამოსვლა მნიშვნელოვანი იყო. სამკურნალო ფაკულტეტს მოემატა წევრი დიდი საზოგადოებრივი და აკადემიური გამოცდილებისა. განსაკუთრებული ენერგიით და ყმაწვილური ენტუზიაზმით

*) სიტყვა წარმოთქმულია სამკურნალო ფაკულ. დეკანის პროფ. ალ. მაკავარიანის მიერ ფაკულტეტის სხდომაზე.



შეუდგა ბატონი სიმონი პედიატრიული კლინიკის ორგანიზაციას. ფაკულტეტის ყოველ სხდომაზე იგი აქტიურ მონაწილეობას იღებდა და მხოლოდ ავადმყოფობას შეეძლო მისი გაჩერება. ფაკულტეტის ცხოვრების მთელი რიგი წვეწავე საკითხთაგანი ბატონ სიმონის სახელთანაა დაკავშირებული; ეს იყო მისი მხურვალე ბუნების შედეგი, მაგრამ მიზეზი ამისი ყოველთვის წმინდა და ძალაღი იყო. მისი დევიზი იყო საზოგადოებაში ნორჩი ფაკულტეტის ავტორიტეტის ამაღლება და განმტკიცება.

მაგრამ სწორედ მაშინ, როდესაც ჯერ კიდევ ენერგიით სავსე ბატონი სიმონი დულდა, როდესაც ჯერ კიდევ მის ტენ-გონებას მოხუცებულობის საფარი არ გადაფარვია, როდესაც მას კიდევ ბევრი რამ შეეძლო, უღმობელმა სიკვდილმა მისი სიცოცხლის ღერძი მოკვეთა. სწორედ მაშინ, როდესაც ზამთრის ბურუსის შემდეგ ცა გალურჯდა, მაშინ, როდესაც გაზაფხულის თბილმა მზემ მზიარული ღიმილი დააპირა, როდესაც ზამთრის ძილის შემდეგ ბუნება იღვიძებს, სამუდამოთ გამოვიფხოვეთ ბატონ სიმონს. ქართველ მეცნიერთა ოჯახს ერთი წევრი მოაკლდა. არ არსებობს პროფესორი და მასწავლებელი. დაობლდა კლინიკა. ძალა უნებლიე გლოვის გრძნობას შიში ემატება, თუ რა მდგომარეობაში ჩავებრდება პედიატრიული კლინიკის კათედრა.

მაგრამ, როგორც ყოველი უბედურობის დროს, აქაც გლოვის დროს ჩვენ ნუგეშს ვნახულობთ. მართალია, ბევრი კათედრათაგანი მომავლისათვის მეცნიერულ ძალებით ჯერ უზრუნველყოფილი არ არის, მაგრამ რაც შეეხება ძირითად კათედრებს სიამაყით შემოძლია აღენიშნო, რომ ფაკულტეტის რვა წლის არსებობის განმავლობაში უკვე ყმაწვილ მეცნიერთა მთელი რიგი წარმოიშო, რომელთაც პირნათლად შეუძლიათ შეუდგენ დამოუკიდებელი საპასუხისმგებლო საქმეს. ჩვენთან უკვე არსებობს ნორჩ სკოლათა მთელი რიგი, რომელნიც ხასიათდება ოვისი ინდივიდუალობით და მეცნიერული თავისებურებით და თუ ახლო მომავალში ვინმე ჩვენთაგანს ბატონ სიმონის ბედი მოელის, სკოლა ხომ დარჩება, სწორედ ამაზეა ჩემი აზრით დამოკიდებული ფაკულტეტის აყვავება და კერძოთ, ყოველ კათედრის ბედ-იღბალი და კეთილდღეობა. ბატონ სიმონის უდიდესი ღვაწლიც ამაშია; მართალია, იგი სამუდამოთ გაგვშორდა ჩვენ, მაგრამ დაგვიტოვა სკოლა, რომლის ცოცხალი მატარებელი მისი მოწაფეებია.

ამგვარად, მომავალ მემკვიდრის ძეგნისათვის ფარგლები შეიძლება შევავიწროვოთ და ვფიქრობ, რომ ჩვენ ყმაწვილ პედიატრთა და თერაპევთთა შორის ადვილად მოიპოვებიან პირნი, რომელთაც მათი მეცნიერული მომზადების და მომწიფების მიხედვით ფაკულტეტი სამართლიანად ჩააბარებს დაობლებულ კათედრას. მართალია, ივინი ჯერ ვერ შეეძარებიან ბატონ სიმონს, მაგრამ ღირსეულად განავტობენ მის მიერ დაწყებულ საქმეს ad maiorem facultetis gloriam.

დოც. ბ. ლომობერიძე.

საშვილოსნოს ადგილის უმცვლის ქირურგიული წამლობა ჩვენი მასალის მიხედვით.

(ტფილისის ქალაქის I საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკური განყოფილებიდან)

საშვილოსნოს დევიაცია ე. ი. ადგილის მოცულა შეიძლება სხვადასხვა ნაირი იყოს და მრავალი მიზეზით გამოწვეული. საერთოდ ასეთი დაავადება ჩვენ შეგვიძლია დავყოთ ორ ჯგუფად: 1) საშვილოსნოს და საშოს კედლების დაწვევა და 2) საშვილოსნოს უკან გადახნევილობა ან გადაბრუნება (რეტროდევიაციები). თუმცა დასახელებული ავადმყოფობის ორივე ფორმა ზოგჯერ შეიძლება ერთი და იმავე მიზეზით იყოს გამოწვეული, მაგალითად კონსტიტუციის თვალსაზრისით, მაგრამ ოპერატიული წამლობის წესი კი უმეტეს ნაწილად განსხვავდება ერთი მეორისაგან.

საშვილოსნოს დაწვევის და მისი ქირურგიული წამლობის საკითხი საპროგრამო საკითხად იყო დასმული რუსეთის გინეკოლოგთა ყრილობაზე მოსკოვში 1924 წელს. მრავალი სხვადასხვა აზრი გამოითქვა აღნიშნულ ყრილობაზე, დიდი მასალა იყო წარდგენილი, მაგრამ საბოლოო დასკვნა მაინც გამოტანილი არ იქნა. რაც შეეხება საშვილოსნოს რეტროდევიაციებს, მათი ქირურგიული წამლობისათვის იმდენი წესებია მოწოდებული და ეხლაც გვაწვდიან, რომ მარტო ამ წესთა რიცხვი ადასტურებს იმას, რომ არსებული წესები ვერ აკმაყოფილებენ გინეკოლოგებს. თუ გადავსინჯავთ ამ საკითხის ლიტერატურას, დავინახავთ, რომ მართლაც სხვადასხვა შეხედულება არსებობს დევიაციების ქირურგიული წამლობის შესახებ და მიუხედავად დიდი სტატისტიკური მასალისა, დღემდე არ არსებობს ისეთი წესი, რომელიც ყველას აკმაყოფილებდეს. აღნიშნული გარემოება იმედს მაძლევს, რომ არ იქნება ინტერესს მოკლებული კიდევ ერთხელ დაუბრუნდეთ აღნიშნული საკითხის განხილვას, მით უმეტეს, რომ ქართულ ლიტერატურაში ამ საკითხს ეხება მხოლოდ ერთი შრომა პროფ. ი. თიკაძის, და ისიც ნაწილობრივად (ტფილ. სახ. უნივერს. მოამბე ტ. III 1923 წ.). ჩვენი მასალა ეყრდნობა ტფილისის ქალაქის I საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკურ განყოფილებაში გატარებულ ავადმყოფებზე 1923 წლიდან დაწყებული 1926 წლის ენკენისთვემდე, რომელთაც გაუკეთდა ესა თუ ის ოპერაცია საშვილოსნოს დევიაციის გამო. ამ მასალას შე დავუმატებ კიდევ რა-



მოდენიზე შემთხვევა, გატარებული 1925 და 1926 წლის ზაფხულში ქ. ბორჯომის საავადმყოფოში.

ამგვარად ამ მიმოხილვაში მოხდა სულ 102 ავადმყოფი, სხვადასხვა დევიაციებით; მათ შორის საშოს ან საშვილოსნოს დაწვევა და გარეთ გამოვარდნა ჰქონდა 31-ს, რომელთაგან 16-ს მარტო საშოს კედლების დაწვევა ჰქონდა (descensus vaginae) და ამასთან ერთად საშვილოსნოს რეტროდევიაცია ამა თუ იმ სახისა; 15-ს კი საშოს კედლების და საშვილოსნოს დიდი დაწვევა და მათი გარეთ გამოვარდნა (prolapsus vaginae ან uteri), დანარჩენ 71 შემთხვევაში — საშვილოსნოს სხვადასხვა სახის retroversio ან retroflexio. სახელდობრ: retroversio ან flexio uteri mobile 39-ს ჰქონდა და 32-ს retroversio flexio uteri fixata. უკანასკნელ 32 შემთხვევაში საშვილოსნოს დაავადებასთან ერთად ხშირად (თითქმის ყოველთვის) perimetrit-ი perisalpingit-ი, perioophorit-ი, ზოგჯერ salpingo oophorit-იც იყო. ასე რომ, როგორც ჭეშმით მოყვანილ ტაბულიდან სჩანს, ხშირად საშვილოსნოს მღებარეობის შესასწორებელ ოპერაციას დაეურთავდით ხოლმე salpingoectomy ს, oophorectomia-ს, ან ორივეს ერთად. გარდა ამისა არა იშვიათად იყო სხვა დაავადებებიც, როგორც: endometrit-ი, appendicit-ი, და სხვა, რის გამოც კიდევ დაგვჭირდა ესა თუ ის ოპერაცია.

ოპერაციებს უმეტეს ნაწილათ მე ვაწარმოებდი, ზოგჯერ კი ჩემი თანამშრომლებიც ჩემი მონაწილეობით და დახმარებით ანესტეზიისათვის უმეტეს ნაწილათ მე ვხმარობ ლაპარატომიის დროს და აგრეთვე Adams ის ოპერაციის დროსაც ხერხემლის ტვინის ანესტეზიას ან ნოვოკაინით (0,1), ან სტოვანიით (0,05 — 0,075); ზოგჯერ კი უფრო გასწვრივი განაკვეთის დროს, მაგ. Kocher-ის ოპერაციის დროს) ადგილობრივ ანესტეზიას $\frac{1}{2}\%$ ნოვოკაინით. თუ ხერხემლის ტვინის ანესტეზია არ გვაძლევს შედეგს, ან როცა მისი ხმარება შეუძლებელია, ვხმარობთ საერთო ბანგს ან ქლოროფორმის, ან ეთერის სახით. Colpoperrhaphia, როგორც წესი, ყოველთვის კეთდება ადგილობრივი ანესტეზიით $\frac{1}{2}\%$ ნოვოკაინით. მხოლოდ, როცა ძლიერ მშიშარა და ნერვიულ ავადმყოფთან გვაქვს საქმე, მაშინ საერთო ანესტეზიას მივმართავთ ხოლმე.

ოდნავ უნდა შევჩერდეთ ოპერატიულ დახმარების ჩვენებებზე:

საშვილოსნოს დაწვევისა და გამოვარდნის დროს ოპერატიული დახმარება ნაჩვენებია ყოველთვის; ამის მტკიცება ზედმეტად მიმაჩნია, ვინაიდან ამის შესახებ ორი აზრი არ არსებობს. ამ დაავადების დროს საშვილოსნოს პექსიას მე ვაწარმოებდი მხოლოდ მაშინ, თუ საშვილოსნოს დაწვევა ძლიერი იყო. იმ შემთხვევაში კი, როცა საშვილოსნო თავ-ს ადგილზეა, და მხოლოდ ოდნავ ჩამოწეულია საშოს კედლები, მაშინ ჩვენ ვაკეთებთ მხოლოდ მასზე და შორისზე პლასტიურ ოპერაციებს. პირველ შემთხვევაში საშვილოსნოს პექსიის გარდა აგრეთვე პლასტიური ოპერაციები სწარმოებდა საჭიროების და მიხედვით: colporrhaphia anterior, colpoperrhaphia, amputatio colli uteri (ყელის გაგრძელების დროს). საშვილოსნოს გარეთ გამოვარდნის დროს რეციდივის თავიდან ასაცილებლად მაგარი და საიმედო ფიქსაცია საჭირო, რასაც იზიარებს ავტორთა უმეტესი ნაწილი (Федоров, Левкович, Ширшов, Мандельштам, Küstner-ი და სხვა). საშვილოსნოს დასამაგრებლად მე ვაწარმოებდი უმეტეს ნაწი-

ლათ Kocher-ის ოპერაციას, საჭირო შემთხვევაში ფალოპიუსის მიღების სტერილიზაციით. ასეთი ოპერაცია გაკეთებულია 5, და თუ გადავსინჯავთ ქვემოთ დართულ ცხრილს, დავინახავთ, რომ ხუთივე შემთხვევაში იყო prolapsus uteri totalis და ხუთივეში გარდა საშვილოსნოს ფიქსაციისა გაკეთებულია პლასტიური ოპერაციებიც შორისზე. რაც შეეხება დასახელებულ ავადმყოფთა წლოვანებას, 1—37 წლ. იყო, დანარჩენები კი — კლიმაქტერიუმის ხანაში (45, 50, 60, 62 წლ.).

სამ შემთხვევაში საშვილოსნოს გამოვარდნის დროს გაკეთებულია საშვილოსნოს ამოკვეთა საშოდან. ერთ შემთხვევაში ეს იყო გამოწვეული საშვილოსნოს ერთდროული ფიბრომიომით (6), მეორეში (3) კი მით, რომ განზრახული იყო Schauta — Wertheim-ის საშვილოსნოს interpositio, მაგრამ ოპერაციის დროს საშვილოსნოს გარეთ გამოყვანის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ საშვილოსნო ორ რქიანი იყო და ფსკერი იმდენათ განიერი, რომ მისი მოთავსება საშოს კედლის ფურცელთა და შარდბუშტის შორის შეუძლებელი გახდა. მესამე შემთხვევაში კი საშვილოსნოს ამოკვეთა თავიდანვე განზრახული იყო. ავადმყოფთა წლოვანობა უდრის 32, 47, და 52 წლ.

ორ შემთხვევაში, სადაც საშვილოსნო მხოლოდ დაწეული იყო, გარეთ კი გამოსული მხოლოდ საშოს წინა კედელი, (prolapsus vaginae anterior, cystocele) გაკეთებულია interpositio uteri vesico-vaginalis Schauta—Wertheim-ის წესით. ორთავე შემთხვევაში გარდა ამ ოპერაციისა ნაწარმოებია colpoperineorrhaphia-ც. ერთში, ვინაიდან ავადმყოფი კლიმაქტერიუმის ხანაში არ იყო (46 წლ. 9), ნაწარმოებია ფალოპიუსის მიღების სტერილიზაცია, ხოლო მეორეში (10) ეს არ იყო საჭირო. ვინაიდან ავადმყოფი კლიმაქტერიუმს გადაცილებული იყო (50 წლ.). ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ყელის ელონგაციას, რის გამოც მისი მაღალი ამპუტაციაც დასჭირდა.

გარდა ამისა 5 შემთხვევაში (48, 49, 62, 75, 79) საშვილოსნოს დაწევის დროს გაკეთებულია ventrofixatio uteri Doleri—Jilliams-ის წესით, ქვემოთ აღწერილ მოდიფიკაციით. ხუთივეში ამის გარდა ნაწარმოებია პლასტიური ოპერაციები საშო—შორისზე; ერთში დასჭირდა ფალოპიუსის მიღების სტერილიზაცია (78). ოთხში კი, ვინაიდან ავადმყოფთ სურდათ კიდევ შვილის ყოლა, ეს უკანასკნელი არ იყო გაკეთებული; მათი წლოვანობა: 23, 35, 28 და 40 წლ. ამ უკანასკნელ ოთხ შემთხვევაში Kocher-ის ოპერაცია არ იყო გაკეთებული, ვინაიდან ასეთი ოპერაციის შემდეგ ორსულობა და მშობიარობა ხშირად რთულდება, და აღნიშნულ ავადმყოფთ კი კიდევ სურდათ შვილის ყოლა.

დანარჩენ 87 შემთხვევაში საშვილოსნოს retroversio flexio-ს გამო გაკეთებული იყო საშვილოსნოს დამაგრება ამა თუ იმ წესით. საერთოდ უნდა ვსთქვათ რომ ოპერაციისთვის ჩვენებებს ჩვენ ამ გვარად ვაყენებდით: ყველა შემთხვევაში, როცა საშვილოსნო მიხორცებულია უკან და მისი გამოსწორება მასაჟით და სხვა კონსერვატიული წესებით არ ხერხდება, ყოველთვის ნაჩვენებია ოპერაცია, თუ ავადმყოფი კლიმაქტერიუმის ხანაში არ არის ან უკანასკნელს მიახლოებული. უკანასკნელ შემთხვევაში მხოლოდ მაშინ, თუ იწვევს სიმპტომებს. როცა საშვილოსნო მოძრავია, მაშინ ჩვენ მივმართავთ ოპერაციულათ მის გასწორებას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პესარიებით და სხვა კონსერვა-

ტიული წესებით წამლობა არავითარ შედეგს არ იძლევა; და თუ ეს უწესო მდებარეობა რაიმე პათოლოგიურ მოვლენებს იწვევს: ტკივილები, უშვილობა და სხვა. საშვილოსნოს თანდაყოლილი retroversio ანუ retroflexio, როცა უსიმპტომოა, ჩემის აზრით, წამლობასაც არ მოითხოვს. ასეთივე შეხედულების არის ავტორთა უმეტესი ნაწილი (Saenger, Leopold, Kelly, Cohn, Славянский, Döderlein, Reifenstein, Franke, Губарев, Орлов, Мишин, თიკანაძე და სხვა). ცალკეთ სდგას აზრი Писемский-სა და Отт-ის მისი სკოლით, რომელნიც retroversio-flexio-ს დროს არავითარ ოპერაციას არ აკეთებენ, არამედ კონსერვატიულათ სწამლობენ.

როცა საშვილოსნო ადვილად სდგება თავის ადვილზე ე. ი. მოძრავია, და ამავე დროს არავითარი თანდართული სნეულება არ არის, რომელიც მოითხოვს ლაპარატომიას, მე ვაკეთებ Alexander-Adams-ის ოპერაციას (35 შემთხვევა), რომელსაც უფრო ადვილად იტანენ ავადმყოფები. დანარჩენ შემთხვევაში კი — საშვილოსნოს პექსიას per laparotomiam. ამ მიზნისათვის მრავალ მაწოდებულ ოპერაციათგან მე ვსარგებლობდი მხოლოდ რამოდენიმე წესით, სახელდობრ: ყველაზე ხშირად შეცვლილი Doleri-ს წესით (60 შემთხვევა) Leopold-Gzerny-ს წესით — აგრეთვე შეცვლილით (3 შემთხვევა), Baldy ს წესით (2 შემთხვევა) და Dartigues-წესით — (ერთი შემთხვევა).

Alexander-Adams-ის ოპერაციას მე ვაკეთებ ჩვეულებრივი წესით: სახარდულის არხის წინა კედლის (ე. ი. გარეთა ირიბ კუნთის აპონევროზის) გაკვეთით და შემდეგ მისი გაკერვით Bassini-ს წესით. Processur vaginalis peritonei ყოვალთვის იკვეთება მრგვალი იოგის ირგვლივ, და თვით იგი ჩაიკერება აპონევროზის განაკვეთის ნაკერში. გასაკერათ იხმარება უმეტეს ნაწილათ აბრეშუმი ან უბრალო ძაფი, ხოლო უფრო იშვიათად, როცა ეს მისაწვდომია — კეტკუტი. კანზე უმეტეს ნაწილათ ვადებთ აბრეშუმს, ან უბრალო ძაფს; როცა გვაქვს, მაშინ ვხმარობთ Michel-ის სერფინებს. ამ ოპერაციასთან ერთად ხშირად კიდევ სხვა დამატებითი ოპერაციებიც კეთდებოდა საშვილოსნოზე ან საშოს კედლებზე, თუ ამას საჭიროება მოითხოვდა, სახელდობრ: colporthaphia anterior, colpoperineorrhaphia, abrasio mucosae uteri, excisio port.-vag uteri, და სხვა.

ავადმყოფთა წლოვანება შემდეგია:

15 — 20 წლამდე	4	ავადმყოფი
21 — 30	21	"
31 — 40	8	"
და 40 ზე მეტის	2	"

როგორც აღნიშნულია ზემოთ, Doleri-ს წესით ოპერაციებს მე ვაკეთებ ჩვეულებრივ მაშინ, როცა საშვილოსნო უძრავია, ე. ი. შეხორცებულია ახლო მდებარე ორგანოებთან; აქედან ცხადია, რომ ამ ოპერაციას ხშირად უნდა დართოდა სხვა ოპერაციებიც დანამატებზე, სახელდობრ: Salpingo-oophorectomia, Salpnigo-ectomy, ovariectomy ან ერთმხრივი, ან ორივე მხარეზე; ხშირად salpingostomia, არა ერთხელ appendectomy, ზოგჯერ abrasio uteri, excisio colli uteri, operatio Emmet, colporthaphia anterior et colpoperineorrhaphia, ერთხელ — ბუასილის ოპერაცია.

Doler-ის ოპერაციის 61 შემთხვევიდან 21-ში საშვილოსნო მოძრავი იყო; ამ შემთხვევაში Alexander-Adams-ის ოპერაცია არ იყო გაკეთებული ზოგჯერ მიტომ. რომ საჭირო იყო სხვა ოპერაცია მუცლის ღრუში, მაგალითად appendectomy (შემთხვევა 47, 50, 56, 60, 74, 85 იხ. ცხრილი). სხვა შემთხვევებში საშოს კედლების დაწვევის გამო სასურველი იყო საშვილოსნოს უფრო მაღლა აწევა და მიმაგრება, ვიდრე ეს შესაძლოა Alexander-Adams-ის წესით (48, 49, 52, 62, 75, 79). ორ ან სამჯერ ოპერაციის წინ საშვილოსნო ცნობილი იყო, როგორც უძრავი, ვინაიდან მისი რედრესაცია არ ხერხდებოდა, და ამისათვის გაკეთებულა ლაპარატომია, ოპერაციის დროს კი საშვილოსნო თავისუფალი აღმოჩნდა.

ავადმყოფთა წლოვანობა შენდევია:	20 წლამდე	4 ავადმყოფი
	21 — 30	24
	31 — 50	19
	40-ზე მეტი	3

წლოვანობა არაა ნახსენები 1 შემთხვევაში.

ამ გვარად ამ უკანასკნელ ჯგუფში ავადმყოფთა წლოვანობა მეტია, ვიდრე Alexander-Adams-ის ოპერაციითა ჯგუფში; ეს გასაგებია ვინაიდან დანამატებთან შეხორცებები ჩნდება უმეტეს ნაწილად მშობიარობის შემდეგ, Alexander-Adams-ის ოპერაცია კი ხშირად კეთდება უშვილობის გამო. მართლაც რომ გადავსინჯოთ ჩვენი შემთხვევები შვილოსნობის მხრივ, დავინახავთ, რომ ეს მართლაც ასეა: Alexander-Adams-ის ოპერაციის ჯგუფში უშვილო არის 14 (40%) 1-para 6, 2-para 6, 3-para 5, სამზე მეტი — 4. ამავე დროს Doleri-ის ოპერაციითა ჯგუფში 0-para არის 19 (31%), 1-para 9; 2-para 6; 3-para 4, სამზე მეტი — 11.

ოპერაციის ტექნიკა შემდეგი იყო: განაკვეთი ტარდებოდა ჩვეულებრივ Pfannenstiel-ის წესით, რითაც ეს ჩვენი მეთოდისა განირჩევა Doleri-ის მეთოდისაგან. შემდეგ საშვილოსნოს ირგვლივ შეხორცებების ნოშორებისა და დანამატებზე ოპერაციების შემდეგ Kocher-ის პინცეტის საშუალებით მრგვალი იოგები ორივე მხარეზე დაიჭირება 2 სანტიმეტრით საშვილოსნოდან დაშორებით; შემდეგ მეორე წყვილი Kocher-ის პინცეტებისა გამყავს სწორ კუნთების სისქეში და პერიტონეუმში ქრილობის კიდიდან დაახლოვებით 2 სანტიმეტრით დაშორებით, ისე რომ პინცენტების წვერები მუცლის ღრუში იყურებოდნენ. მაშინ მეორე პინცეტი გაიხსნება და მასში მოთავსდება მრგვალი იოგის მარჯულში პირველ პინცეტთან ახლოს, რის შემდეგაც პირველი პინცეტი მოიხსნება. ამ გვარად დაჭერილი მრგვალი იოგის მარჯულში ტარდება პერიტონეუმში და სწორ კუნთში — აპონევროზის ქვეშ. პერიტონეუმის გაიკრვის შემდეგ შეიკრება აპონევროზი და უკანასკნელის ორ ფურცლას შორის ჩაიკრება ორივე მხარეზე მრგვალი იოგების მარჯულში. როცა აპონევროზი გაიკრება მთელ ქრილობის მანძილზე, ამის შემოთ ერთი მეორეს მიეკრება მრგვალი იოგების ორივე მარჯულში. ამის შემდეგ შიკრება კანქვეშა ქსოვილი და კანი. ამგვარად მრგვალი იოგები დამაგრებული რჩებიან აპონევროზის განაკვეთში; და ამ უკანასკნელისა და კანის შორის არიან მოთავსებულნი. ასეთ გადასხვაფერებას იგივე უპირატესობა აქვს



ნამდვილ Doleri-ს მეთოდთან შედარებით, რაც საზოგადოთ გარდვიგარდმო განაკვეთს—გასწვრივ განაკვეთთან. ეს მოდიფიკაცია გამოვიმუშავე მე კიდეც 1912—13 წლებში ოდესის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიურ კლინიკის ასისტენტობის დროს და მის შემდეგ ვხმარობ, ამ ბოლო ხანში მე შემხვედა ლიტერატურაში რამოდენიმე მიფითება ასეთივე წესით ოპერაციის გაკეთებაზე (Pollison et Pellanda, Lague Gotte et Peycelon). ეს სრულიად გასაგებია, ვინაიდან გარდვიგარდმო განაკვეთის გამოსაყენებლათ Doleri-ს ოპერაციისათვის მხოლოდ ეს წესია მისაღები. ასე რომ გასაკვირველი არაფერია, თუ სხვადასხვა ავტორებმა დამოუკიდებლად ერთი და იგივე წესი გამოიმუშავეს.

განაჭერი ჩემს მიერ ჩვეულებრივ იკერება 3 სართულიანი ნაკერით: აბრეშუმი და კანზე — სერუინები. თუ გვაქვს კეტგუტი — ვხმარობთ იმას და აბრეშუქთან შედარებით უპირატესობასაც ვაძლევთ. თუ კან ქვეშა ცხიმი სქელია მაშინ ამ უკანასკნელზე ცალკე სართულია კიდეც საჭირო. თუ სწორი კუნთები დაშორებულია ერთი მეორეს, ერთი ან ორი ძაფით ვუახლოვებთ მათ კიდეებს; ამგვარად ზოგჯერ ნაკერი ხუთ სართულიანიც გამოდის.

თუ დანამატებზე ოპერაციის დროს პერიტონიზაციისათვის მრგვალი იოგი იხმარება, მაშინ საშვილოსნოს დასამაგრებლად მისი გამოყენება აღარ შეიძლება; მაშინ ეს პექსია სხვანაირად უნდა გაკეთდეს, ამ გვარ შემთხვევებში მე ვხმარობდი Leopold Czerny-ს ოპერაციას პროფ. Опиш-ის მოდიფიკაციით, როგორც მას აქვს აღწერილი მის სახელმძღვანელოში: ე. ი. გარდვიგარდმო განაკვეთით. ასეთი ოპერაცია გაკეთებულია 3 და სამივე დასახელებული მიზეზით. სამივეში გაკეთებულია salpingo-oophorectomia (97, 98, 99). ამათში ერთხელ (98) გაკეთებულია autotrasplantatio ovarii dextri in lig. lata sin.

ორჯერ გაკეთებულია Baldy-ს (100, 101), და ერთხელ Dartigyes-ს ოპერაცია (102).

გარდა ჩამოთვლილი ოპერაციებისა ორი შემთხვევაა ისეთი, როცა საშვილოსნოს დასამაგრებლად დაწყებულმა ოპერაციამ მიზანს ვერ მიადგინა (61 და 76). ერთი ეხება 30 წლის O-para-ს, რომელსაც საშვილოსნოსა და დანამატების ირგვლივ ძლიერი შეხორცებები ჰქონდა, განსაკუთრებით საშვილოსნოსა და სწორ ნაწლავს შორის; უკანასკნელის განთავისუფლების დროს დაზიანდა სწორი ნაწლავის სანათური და აღმოჩნდა, რომ შეხორცება ისეთი მჭიდროა, რომ საშვილოსნოს გასანთავისუფლებლად დასკირდებოდა სწორ ნაწლავის რეზექცია; უკანასკნელის გაკეთება კი ჩვენ საჭიროთ არა ვცანით. დაზიანებული ნაწლავი გაკერილი აყო ორ სართულიანი ნაკერით, და საშვილოსნოც დატოვებულია in situ. შემთხვევა კარგად დამთავრდა.

მეორე შემთხვევაში (76) 27 წლის O para-ს დანამატები იმდენად შეკუმშული და შეხორცებული აღმოჩნდა საშვილოსნოსთან ერთის მხრით და მენჯის კედლებთან მეორეს მხრივ, რომ საშვილოსნოს განთავისუფლება და მისი ზემოდ აწევა სავსებით ვერ მოხერხდა. ამისათვის, თუმცა, მრგვალი იოგები დამაგრებული იყო ჩვეულებრივი წესით, მაგრამ საბოლოო შედეგი სრული ვერ გამოდგა. საშვილოსნო დარჩა რეტროპოზიციაში. ეს ავადმყოფი გასინჯული იქმნა 1 წლის შემდეგ, და მას რეციდივი აღმოაჩნდა.

ოპერაციების უახლოესი შედეგების შესახებ უნდა აღვნიშნოთ, რომ არც ერთი შემთხვევა სიკვდილისა ჩვენ არ მიგვიღია. prima intentio მეილეთ: Kocher-ის ოპერაციის შემდეგ 5-დან 4 შემთხვევაში, ე. ი. 80% -ში; ერთში კი მოხდა დაგვიანებული პატარა დაჩირქება კრილოზის განსახლვრულ ნაწილში, და ავადმყოფი გაეწერა განყოფილებიდან მე-29 დღეზე ოპერაციის შემდეგ. Leopold-Czerny-ს ოპერაციის შემდეგ სამივეში შეხორცება per primam მოხდა. Alexander-Adams-ის ოპერაციის შემდეგ სამ შემთხვევაში (13, 24, 35) ცალი განაკვეთის დაჩირქება მივიღეთ, 32-ში კი შეხორცება per primam მოხდა; ე. ი. დაახლოებით 94, 3% -შია. გარდა ამისა 3 შემთხვევაში კრილოზის per primam შეხორცებისას კან ქვეშ პატარა haematoma გაჩნდა (18, 20, 33), რომელსაც ავადმყოფის წოლის ვადა არ გაუგრძელებია. კრილოზის per primam შეხორცების შემდეგ ავადმყოფი საშუალოდ იწერებოდა მე-13 დღეზე; და რომ ვიანგარიშოთ ყველა 35 შემთხვევა — საშუალოდ 14.7 დღე.

Doleri-ის ოპერაციის შემდგომ 51 ოპერაციიდან ნუკლის კრილოზის დაჩირქება 8 შემთხვევაში მივიღეთ (46, 48, 53, 54, 65, 67, 76, 82). ე. ი. prima 84,3% -ში იყო. Alexander-Adams-ის ოპერაციასთან შედარებით ასეთი განსხვავება აიხსნება მით, რომ Doleri-ს ოპერაციის დროს ჩვენ ხშირად დაავადებულ დანამატებთან გვქონდა საქმე, რომელნიც მრავალ ჯერ ამოგვიჭრია კიდევ. სხვა გართულებებიდან უნდა აღვნიშნოთ 4 შემთხვევაში პატარა კანქვეშა haematoma ნაკერების per primam შეხორცების დროს (52, 72, 83, 89). გარდა ამისა 2 შემთხვევაში (71, 85) იყო pneumonia post operationem, რის წყალობითაც ერთი ავადმყოფი განყოფილებაში 25 დღე დარჩა, მეორე კი — 40 დღე. ერთ ავადმყოფს ოპერაციის შემდეგი მსვლელობა გაურთულდა შუა ყურის ანთენით (87), რამაც გაუარა, და მე-21 დღეზე ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული. დასასრულს ერთ ავადმყოფს, რომელსაც გაკეთებული ჰქონდა გარდა ventrofixatio სა კიდევ ბუასილის ოპერაციაც და colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia et salpingostomia sin. ოპერაციის შემდეგ ორივე ფეხზე ტრომბოფლებიტი გაუჩნდა, რამაც ავადმყოფი 139 დღე გააჩერა განყოფილებაში. ესლა ის კარგად არის და მუშაობს.

ერთს კიდევ ოპერაციის შემდეგ ძველმა მალარიამ გაუხსენა (59).

როცა კრილოზა per primam შეხორცდებოდა, ავადმყოფები იწერებოდნენ შინ საშუალოთ მე-16 დღეზე; და რომ ამას დაეფმატოთ დასახელებული გართულებების შემთხვევებიც, მაშინ გამოდის 25 დღე. ასეთი განსხვავება მიტომია, რომ, როგორც აღნიშნულია ზემოთ, ერთმა ავადმყოფმა გაატარა განყოფილებაში 139 დღე (ტრომბოფლებიტის გამო).

რაც შეეხება ოპერაციითა შორეულ შედეგებს, უნდა აღვნიშნოთ, რომ სამწუხაროთ ბევრ ჩვენ ავადმყოფთა შემდეგი მდგომარეობის შესახებ ჩვენ არავითარი ცნობები არა გვაქვს. საერთო რიცხვიდან (102 ავადმყოფი) ცნობა გვაქვს მხოლოდ 61 შესახებ ე. ი. დაახლოებით 60% -ში.

რომ დავეყოთ ჯგუფებად ჩვენი ავადმყოფები, დავინახავთ, რომ საშოს და საშვილ-ოსნოს დაწევის და გარეთ გამოვარდნის შემთხვევა ჩვენ გვქონდა 15. ამათგან ხუთში გაკეთებულია Kocher-ის ოპერაცია; ამ 5 შემთხვევიდან ერთში

ოპერაცია ახალი გაკეთებულია, ასე რომ მის შესახებ შორეულ შედეგზე ლაპარაკი ჯერჯერობით ნაადრევია (5). დანარჩენ 4 შემთხვევაში შედეგი დამაკმაყოფილებლად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან რეციდივი არავის არა ჰქონდა ორ შემთხვევიდან, სადაც გაკეთებულა *interpositio uteri vesico vaginalis*, ერთში (10) ავადმყოფი ჯერ ჯერობით კარგად გრძნობს თავს და რეციდივი არა აქვს, თუმცა დაკვირვება ხან მოკლეა 1926 წლ. 21/1-დან. მეორეში კი (9) 3 წლის შემდეგ ავადმყოფის გასინჯვით აღმოჩნდა, რომ ქინთვის დროს საშოს წინა კედელი ოდნავ იწევა ქვემოთ, ასე რომ პატარა რეციდივს აქვს ადგილი, რომელიც ჯერ-ჯერობით არ მოითხოვს ჩარევას. თუ ასეთი დასკირდება, შეიძლება მოხმარდეს Alexander-Adams-ის ოპერაცია თანახმად A. Paung-ის რჩევისა, რაც ჩემის აზრით სრულებით მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს.

სამ შემთხვევაში გაკეთებულია საშვილოსნოს სრული ამოკვეთა საშოდან და *colpoperineorrhaphia cum colporrhaphiam anteriorem*. ერთ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა 47 წლ. ქალს (6), რომელსაც ჰქონდა პატარა ინტერსტიციალური ფიბრომიომა, საშვილოსნოს და საშოს კედლების გამოვარდნა. 1922 წ. მარტში მას გაუკეთდა საშოდან საშვილოსნოს ამოკვეთა, ხოლო იმავე წლის ნოემბერში გაკეთდა *colporrhaphia anterior* და *colpoperineorrhaphia*. ეს ავადმყოფი დღემდე ჩემი დაკვირვების ქვეშ იმყოფება და აქვს ოდნავი ჩამოწევა საშოს წინა კედლისა, რომელიც ჯერ ჯერობით ოპერატიულ დახმარებას არ მოითხოვს. მეორე შემთხვევაში საშოს და საშვილოსნოს სრული გამოვარდნის დროს გაკეთებულია ერთდროულად 1925 წ. აგვისტოში საშვილოსნოს ამოკვეთა *per vaginam* და *colpoperineorrhaphia cum colporrhaphiam* (7). ამ შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ ხანაში ავადმყოფს განუვითარდა *perimetrit-ი*, რომლის წამლობა ძლიერ გაძნელებული იყო ახალ გაკერილი საშო—შორისის გამო. ამ ემად ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს. მესამე შემთხვევაში ოპერაცია გაკეთებულია 1926 წ. იანვარში საშვილოსნოს სრული გამოვარდნის დროს (*extirpatione uteri per vaginam*) და შემდეგ, როცა პირველი ტრილობა კარგად შეუხორცდა, გაკეთებულია *colpoperineorrhaphia* და *colporrhaphia anterior*. თუმცა არც პირველი, არც მეორე ოპერაციის შემდეგ არავითარი გართულება არ მომხდარა, მაგრამ ავადმყოფი განუყოფილებაში დიდ ხანს დარჩა, სანამ მეორე ოპერაციის შესაძლებლობა იყო. ავადმყოფის შემდეგი ბედი ჩვენ აღარ ვიცით.

დანარჩენ ხუთ შემთხვევაში, როცა საშვილოსნოს გამოვარდნის და დაწევის დროს გაკეთებულია საშვილოსნოს დამაგრება Doleri ს წესით, პლასტიური ოპერაციებით საშო-შორისზე, ჩვენ გვაქვს ცნობა მხოლოდ ერთის შესახებ, რომ ის კარგად გრძნობს თავს 1 1/2 წლის შემდეგ (62), დანარჩენების შესახებ არავითარი ცნობები არა გვაქვს.

ესლა გადვიდეთ შორეულ შედეგების განხილვაზე იმ ოპერაციებისა, რომელთაც საშვილოსნოს *retroversio*-ს ან *retroflexio*-ს გამო იყო გაკეთებული.

Alexander-Adams-ის ოპერაცია, როგორც ნახსენებია ზემოთ, 35 შემთხვევაშია გაკეთებული, ამათგან ჩვენ ვიცით შორეული შედეგი 21-სა ე. ი. დაახლოებით 68% ან 21-დან 7 დაორსულდა და 4-მა მოიწმინდა რაოდენი ბავშვით (11, 17, 24, 36) ორმა — 1 წლის შემდეგ, 1 — 2 წლის შემდეგ და

1 — 1 $\frac{1}{2}$ წლ. შემდეგ; ორმა ხელოვნურად მოიშალა მუცელი 2 თვის ორსულობის დროს (27 და 39); ერთმა — 1 წლის შემდეგ, მეორემაც — 6 თვის შემდეგ. ერთიც 2 $\frac{1}{2}$ წლ. შემდეგ გასინჯვისას 8 თვის ორსული აღმოჩნდა და ორსულობა ნორმალურად მიმდინარეობდა (16). გარდა ამისა ერთ ავადმყოფს $\frac{1}{2}$ წლის შემდეგ გაუჩნდა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა, რის გამოც ჩვენს მიერ გაკეთებულია ოპერაცია და ამოჭრილი მარჯვენა ორსული კვერცხსაველი (12); საშვილოსნო ამის შემდეგ თავის ადგილზე იყო.

იმ 4 შემთხვევაში, სადაც ოპერაციის შემდეგ მშობიარობას ჰქონდა ადგილი, ორსულობაც და მშობიარობაც ნორმალურად მიმდინარეობდა; ერთი მათგანი მშობიარობის შემდეგ დღემდე დაკვირვების ქვეშ იმყოფება და რეციდივი აქვს: საშვილოსნო ისევ უკანა გადახრილი, თუნცა არ აწუხებს მას. ორის შესახებ (12 და 36) ჯერ ჯერობით მშობიარობის შემდეგ არავითარი ცნობები არა გვაქვს, და მეოთხის შესახებ გვაქვს ცნობა, რომ კარგად გრძნობს თავს (24), თვითონ კი მშობიარობის შემდეგ ჩვენ არ გვინახავს. იმ ორ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფებმა ოპერაციის შემდეგ ორსულობა მოიშალეს, ამის შემდეგაც საშვილოსნო თავის ადგილზე დარჩა.

დანარჩენ 13 ავადმყოფზე დაკვირვება გრძელდებოდა 6 — 20 თვემდე. (20, 22, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 35, 37, 38, 41, 42) ოპერაციის შემდეგ გასინჯვამ დაგვანახა, რომ კამეტივე შემთხვევაში საშვილოსნო თავის ადგილზეა და ავადმყოფები კარგად გრძნობენ თავს. გასინჯვის დროს ერთ მათგანს აღმოუჩნდა endometrit-ი და მეორეს — მარჯვენა მხარეზე salpingo-oophorit-ი, ამგვარად იმ შემთხვევებში, სადაც ჩვენ გვაქვს ცნობები ავადმყოფთა შემდეგი ბედ-იღბლის შესახებ, რეციდივი არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა, გარდა ზემოთ მოყვანილ ერთ შემთხვევისა, სადაც რეციდივი განვითარდა მშობიარობის შემდგომ.

Doleri-ს ოპერაცია, როგორც აღნიშნულია ზემოთ, გაკეთებულია 49 შემთხვევაში; ამათგან ხუთში ოპერაცია ახალი გაკეთებულა, ასე რომ შორეულ შედეგებზე ლაპარაკი ნაადრევია (92—96). ორ შემთხვევაში, სადაც ეს ოპერაცია განხრახული იყო ვერ გაკეთდა საშვილოსნოს ძლიერი შეხორცებებისა გამო. ამიტომ ერთში გაკეთებულია მხოლოდ ოპერაციები დანამატებზე, მეორეში კი თუმცა ფიქსაცია გაკეთებულია, მაგრამ საშვილოსნოს არა სრული განთავისუფლების შემდეგ. დასახელებულ ორ ავადმყოფის შესახებ ჩვენ ვიცით, რომ მათი მდგომარეობა იგივეა, რაც ოპერაციის წინ იყო.

აღნიშნულ 49 ავადმყოფისაგან შემდეგი ბედი ჩვენთვის მხოლოდ 26 შემთხვევაშია ცნობილი ე. ი. 53%—ში. ამათგან ერთ შემთხვევაში ოპერაციის 1 წლის შემდეგ ავადმყოფი დაორსულდა და შობა; ორსულობაც და მშობიარობაც ნორმალურად მიმდინარეობდა. ამის ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფი გავსინჯეთ და აღმოვაჩინეთ retroflexio uteri mobile (70) ერთიც (78) ოპერაციის 10 თვის შემდეგ გასინჯვის დროს 2 თვის ორსული აღმოჩნდა.

დანარჩენ 24 შემთხვევაში შემდეგმა გასინჯვამ გვიჩვენა, რომ საშვილოსნო თავის ადგილზეა; დაკვირვება გრძელდება 5 თვიდან 3 წლამდე. გასინჯვის დროს ზოგს მათგანს აღმოუჩნდა მაგალითად ცალ მხარეზე salpingo-oophorit-ი, მაგრამ ეს ოპერაციას ვერ მიეწერება ვინაიდან ჩვენ ზოგჯერ ოპერაციის დროს



ცალ მხარეზე დანამატებს ვტოვებდით, მიუხედავად მათი ზერელე დაზიანებისა ანთებითი პროცესით, მეტადრე, თუ ეს ეხებოდა ახალგაზრდა ქალებს. არაა გასაკვირალი, რომ ასეთი დანამატი ოპერაციის შემდეგაც დარჩა დაზიანებული და გადიდებული, უმეტეს ნაწილად ავადმყოფს ეს დაავადება დანამატებისა არ აწუხებდა და უჩიოდნენ უმთავრესად უშვილობას.

ამავე ჯგუფში მოთავსებულია ერთი შემთხვევა, რომელიც ღირსია ამისა, რომ ის ცალკე აღნიშნოთ. 1926 წლის იანვარში მე მომმართა ავადმყოფმა, რომელმაც ჩემს მიერ 7 წლის წინ ქ. ოდესაში საშვილოსნოს ventrofixatio-ის ოპერაცია ჰქონდა გაკეთებული. ამის შემდეგ მას 2 ჯერ უშობნია დროული ბავშვი, უკანასკნელი 2 $\frac{1}{2}$ წლის წინ, და ერთხელ მუცელი ხელოვნურად მოუშლია 6 თვის წინ. ავადმყოფის გასინჯვის დროს აღმოჩნდა წმინდა ხაზისებური გარდივარდმო ნაწიბური ბოქვენის ზემოდ და ოდნავი ჩამოწევა საშოს უკანა კედლისა (descensus vaginae), საშვილოსნო retroflexio-ის მდებარეობაში; რედრესაცია ხერხდებოდა, მაგრამ ძნელად და ტკივილებით. ავადმყოფს დაენიშნა გინეკოლოგიური მასაჟი და როცა საშვილოსნო თავისუფლად სდებოდა თავის ადგილზე, გაუკეთდა ოპერაცია. ვინაიდან მე არ მახსოვდა დანამდილებით, თუ რა წესით იყო გაკეთებული პირველი ფიქსაცია საშვილოსნოსი, და ავადმყოფობის ისტორიას ვერ ვიშოვნინდით, იმისათვის Alexander-Adams-ის ოპერაციისაგან თავი შევიკავე და გავუკეთე Doleri-ს წესით (29/II 1926 წ.). ოპერაციის დროს აღმოჩნდა, რომ პირველი ოპერაცია ზემოთ აღწერილი Leopold-Czerny-ს წესით იყო გაკეთებული, და საშვილოსნოც სრულებით თავისუფალი და არაფრით შეხორცებული მუცლის წინა კედელთან. გარდა Doleri-ს ოპერაციისა გაკეთებულია კიდევ colpoperineorrhaphia.

რაც შეეხება Leopold-Czerny-ს ოპერაციას, როგორც აღნიშნულია ზემოთ, მხოლოდ სამ ავადმყოფზე იყო იგი გაკეთებული, და ამათგან მხოლოდ ერთი დღემდე ჩენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფება 1 $\frac{1}{2}$ წლის განმავლობაში. საშვილოსნო თავის ადგილზეა და მარცნივ გადაწერგულ საკვერცხის მიდამოში ისინჯება ქათმის კვერცხის ოდენა სიშიგნე (98). დანარჩენ ორ ავადმყოფის შესახებ ჩვენ არავითარი ცნობა არა გვაქვს ოპერაციის შემდეგ.

Baldy-ს ოპერაციის შემთხვევა შემდეგში ჩვენ აღარ გვინახავს, ხოლო Dartigue-ს ოპერაციის შემდეგ, რომელიც გაკეთებულია 12/III—1926 წ. საშვილოსნო ნორმალურ მდებარეობაშია და ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს.

ასეთიან შორეული შედეგები ჩენი ოპერაციებისა. ეხლა მასალის განხილვის შემდგომ, თუმცა მასალა დიდი არ არის, და არც ხანგრძლივი დაკვირვება გვიწარმოებია ოპერაციის შემდეგ, მაგრამ, მე მგონია, მაინც უფლება გვაქვს აღნიშნული განოცდილებისა და ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, შევაფასოთ საშვილოსნოს გასასწორებლად სხვადასხვა ოპერაციითა მეთოდები. მე არ შეგვხვები საშვილოსნოს გასასწორებლად მოწოდებულ მრავალ სხვადასხვა ოპერაციებს, რომელთა რიცხვი 200-ზე მეტია (Томсон), მხოლოდ მინდა შევაფასოთ ის მეთოდები, რომელთაც მე ვსარგებლობდი, იმის აღნიშვნით, თუ რათ ვაძლევ უპირატესობას ერთს მეორესთან შედარებით.

Halban-ის და Tandler-ის გამოკვლევის შემდეგ ცხადია, რომ საშო-საშვილოსნოს დაწვეისა და გამოვარდნის დროს მენჯის დიაფრაგმის და შორისის სიმრთელეს დიდი მნიშვნელობა აქვს, ასე რომ საშო საშვილოსნოს მდგომარეობის გასასწორებლად უდიდესი მნიშვნელობა აქვს საშო-შორისზე პლასტიურ ოპერაციებს (Отт, Федоров, Мишин, Döderlein, Franke და სხვა).

როგორც ზემოდაც აღნიშნულია, ჩვენ ამ ოპერაციებს ვაწარმოებდით ყველა შემთხვევაში, ხოლო არ გვიწარმოებია *m. levatoris ani* ცალკე გაკერვა. მრავალი ავტორის აზრით უბრალო *colpoperineorrhaphia*-თი (მაგ. Hegor-ის წესით) შესაძლოა ლევატორების შეერთება ამავე შედეგით, როგორც კუნთის ცალკე შეკერვით (Guèniot, Fouré, Siredey, Mossabauu, Reifferstein, Отт, Писемский, და მრავალი სხვა). პირადათ მე ზოგ შემთხვევაში გამოიკეთებია ლევატორების ცალკე გაკერვა (ამ ჩვენ მიმოხილვაში ეს შემთხვევები არ მოხვდა), მაგრამ არაერთი უპირატესობა ამ ოპერაციისა არ მინახავს.

მჭიმე შემთხვევაში კი მარტო საშო-შორისის გაკერვა არაა ხოლმე საკმარისი გამოვარდნილ საშვილოსნოს და საშოს თავის ადგილზე დასაქერათ, და ამისათვის ავტორების უმეტესი ნაწილი ხმარობს კიდევ დამატებითი ოპერაციებს საშვილოსნოს ფიქსაციის სახით. ამისათვის დიდი პროლაფსუსის დროს უფრო საიმედო წესათ მიმართია Kocher-ის ოპერაცია, რომლითაც ჩვენ ვღებულობთ მკიდრო და საიმედო ფიქსაციას. თუმცა უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს ოპერაცია ც რეციდივებს იძლევა (Reifferstein-ი, Григорова). საერთოდ უნდა ითქვას, რომ არ არსებობს ისეთი წესი საშვილოსნოს ფიქსაციისა, რომელიც რეციდივს არ იძლეოდეს. თუ ახალგაზრდა ქალებს ეხება საქმე, ამ ოპერაციასთან ერთად უნდა კეთდებოდეს ფალოპიუსის მილების სტერილიზაცია, რათა, თუ დაორსულდა, გართულება არ მოხდეს, ან და, თუ ქალს სურს კიდევ შვილის ყოლა, მაშინ Kocher-ის ოპერაციას, Doleri-ს ან Leopold-Czerny-ს ოპერაცია სჯობს, თუმცა ეს ორი წესი არ იძლევა ისე საიმედო და მკიდრო ფიქსაციას. საერთოთ საშვილოსნოს ფიქსაციის ოპერაციის დროს ყოველთვის უნდა იყოს მიღებული მხედველობაში, რომ მშობიარობის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს რეციდივი, როგორც ჩვენ 3 შემთხვევაში გვქონდა. ზოგი კიდევ Murphi-ს ოპერაციას გვირჩევენ პროლაფსუსის დროს, მაგრამ ჩემის აზრით, ეს ოპერაცია იმდენად ამახინჯებს საშვილოსნოს, რომ მაშინ საშვილოსნოს მთლიანი ამოკვეთა სჯობს.

რაც შეეხება ამ უკანასკნელ ოპერაციას, რომელიც აგრეთვე პროლაფსუსის დროს იხმარება, მე 3 ჯერ გამოიკეთებია იგი, მაგრამ ვერც ერთმა ვერ დამაკმაყოფილა, და ამისათვის ეხმარობ ამას მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევაში. საქმე იმაშია, რომ საშვილოსნოს ექსტრიპაციის შემდეგ მე ჩვეულებრივ ნაკვეთებზე დადებულ ძაფებს ჩაკერავ ხოლმე საშოს ქრილობაში, რაც შემდეგ ამოსადებია. კეტუტი ამ მიზნისათვის არ იხმარება, ვინაიდან *art. uterina*-ზე უფრო საიმედო ნასკვი უნდა იყოს დადებული აბრეშუმით. აბრეშუმის მოხსნა კი რთულდება საშო-შორისის გაკერვის გამო; რთულდება აგრეთვე ვაკერილ საშო-შორისის შეხორცება, ვინაიდან საშოს თაღებში დარჩენილი გადასკვნილი ნაკერების ნეკროტიული პროცესის დროს უხვათ ჩირქიანი შლა უჩნდებათ ვადამყოფებს, რისგანაც შესაძლოა შორისის ან საშოს ნაკერის ინფექცია მოხდეს.



გარდა ამისა ასეთი ოპერაციის შემდეგ გართულებულია აგრეთვე საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ ჭრილობის მოვლა, ვინაიდან ამ ოპერაციის შემდეგ ჭრილობის ღიათ დატოვება და შიგ-მუცლის ღრუში ტამპონის შეტანა სჯობს. ერთ შემთხვევაში, სადაც საშვილოსნოს ამოკვეთაც და საშო-შორისზე პლასტიური ოპერაციაც ერთდროულად გავაკეთე, ოპერაციის შემდეგ ძლიერ გავვირთულდა საქმე, ვინაიდან მუცლის ღრუში ტამპონის გამოცვლა ვერ მოხერხდა. დანარჩენ ორ შემთხვევაში საშვილოსნოს ამოკვეთა გაკეთებულია განსაკუთრებული მიზეზით: ერთში გამოვარდნილ საშვილოსნოზე იყო ფიბრომიომა და ამისათვის ჯერ გაკეთებული იყო საშოდან საშვილოსნოს ამოკვეთა, და რამოდენიმე თვის შემდეგ — colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia. მეორე შემთხვევაში განზრახული იყო interpositio uteri vesicovaginalis, მაგრამ მუცლის ღრუდან საშვილოსნოს გამოყვანის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ ის ორ რქიანია, და ამისათვის მე შეუძლებლად მივიჩნიე ამ ოპერაციის გაკეთება და ამოკვეთე საშვილოსნო. 1¹/₂ თვის შემდეგ ამ ავადმყოფს გაუკეთეთ საშო-შორისზე პლასტიური ოპერაცია. მასასადამე ორივე შემთხვევაში ავადმყოფთა წამლობა ძალიან დიდ ხანს გავრძელდა, რაც სასურველი არ არის. სახელდობრ: Kocher-ის ოპერაციის და საშო-შორისის ერთდროულად გაკერვის შემდეგ ავადმყოფები ოპერაციის შემდეგ საშუალოდ მე-17—18 დღეზე იწერებოდნენ, ექსტირპაციის უკანასკნელ შემთხვევაში კი ავადმყოფი განყოფილებაში 60 დღე დარჩა. შეიძლებოდა, რასაკვირველია, ექსტირპაციის შემდეგ ავადმყოფის გაწერა, და 1—2 თვის შემდეგ ხელმეორეთ მიღება შორისზე პლასტიურ ოპერაციისათვის, მაგრამ ამით მაინც გრძელდება ავადმყოფის განკურნება; და ზოგი უკულტურო ავადმყოფი შეიძლება სულაც არ მოვიდეს მეორეთ (ჩემი განყოფილებისათვის ამ მოსაზრებასაც აქვს დიდი მნიშვნელობა, ვინაიდან ავადმყოფთა უმეტესი კონტინგენტი სწორეთ კულტურის დებალ საფეხურზე მდგომი ხალხია). ამ რიგათ საშვილოსნოს ექსტირპაცია პროლაფსუსის დროს მე გამოსადეგათ მიმიჩნია მხოლოდ განსაკუთრებულ იშვიათ შემთხვევაში.

რაც შეეხება Schauta-Wertheim-ის interpositio-ს ოპერაციას, როგორც აღნიშნულია ზემოთ, ჩვენ მხოლოდ 2 ჯერ გავაკეთეთ იგი. ამათგან ერთს 3 წლის შემდეგ აქვს პატარა რეციდივი. ამიტომ მე მგონია, რომ ეს ოპერაცია შეიძლება ნაჩვენები იყოს მხოლოდ Cystocele-ს დროს და ამასთან როცა დიდი პროლაფსუსი არ არის. Fuchs-ის ცნობით ლიტერატურიდან შეკრებილ მასალის მიხედვით Schauta-Wertheim-ის ოპერაცია რეციდივებს 10% იძლევა. Schauta-ს სტატისტიკით რეციდივის % = 28 ს. Reiffenstein-ის ცნობით ოპერაცია საშიშია მით, რომ დიდ ჭრილობას იძლევა, სადაც შესაძლოა სისხლის დენას ან დაჩირქებას ჰქონდეს ადგილი, გარდა ამისა იძლევა, 3,4—7,5% სიკვდილიანობისა და ავტორის (Wertheim-ის) ხელშიც—6,9%-ია რეციდივებისა; სხვა ავტორების ხელში რეციდივის % = 20—30. რაც შეეხება დასახელებულ ოპერაციების ტენიკას, იგი ადვილია, როგორც Kocher-ის, აგრეთვე Loepold-Czerny-სა და Schauta Wertheim-ისაც.

მოდრავი retro-versio-flexio-ს დროს საუკეთესო წესათ ითვლება Alexander-Adams-ის ოპერაცია (Reiffenstein, Döderlein, Liepmann და სხვა). ოპერა-



ციის უპირატესობა უპირველეს ყოვლისა იმაშია, რომ ანატომიური მდებარეობა ორგანოებისა მუცლის ღრუში არ იცვლება; გარდა ამისა Alexander-Adams ის ოპერაციას უფრო ადვილად იტანს ავადმყოფები, ვიდრე ლაპარატომიას, და როგორც სჩანს ჩვენი ცნობიდან, უფრო მალე ეწყობიან განყოფილებიდან; Alexander-Adams ის ოპერაციის შემდეგ საშუალოდ, მე 14,7 დღეზე და Doleri-ს ოპერაციის შემდეგ მე-25,5 დღეზე. რაც შეეხება ოპერაციის ტენიკას, ის არაა ძნელი; აღნიშნავენ ხოლმე, თითქოს ზოგჯერ ძნელი იყოს საზარდულის არხში მრგვალი იოგის მონახვა. მართალია, მე მქონდა სამიოდე შემთხვევა სადაც მრგვალი იოგი ან ცალ მხარეზე, ან ორივე მხარეზე, ვერ იყო მალე მონახული და მის ძებნას 5—10 წუთი მოვანდომე. ეს ეხებოდა ისეთ შემთხვევებს, როცა მრგვალი იოგი ამა თუ იმ სახით შეცვლილი იყო, მაგალითად: ან ძლიერ სუსტად განვითარებული, ძლიერ მოკლე, ან პირიქით, ფრიალ სქელი და კუნთების ბოქკოებში ჩამალული. მე არც ერთი შემთხვევა არ მქონია, რომ მრგვალი იოგი არ მომენახოს. რაც შეეხება რეციდივებს, ჩვენ ჯერჯერობით არ გვინახავს რეციდივი Alexander-Adams-ის ოპერაციის შემდეგ, მაგრამ ლიტერატურის ცნობის მიხედვით ვიცით, რომ ეს შესაძლოა. მაგალითად Schäfer-ის ცნობით Bumm-ის კლინიკიდან რეციდივი ჩნდება 13,75%, Kienerer ის ცნობით — 8,9%, Reifferstein-ით — 4,5%-ში. ზემოდ აღნიშნულია რეციდივის ჩვენი ორი შემთხვევა მშობიარობის შემდგომ: ერთი Leopold-Czerny ს ოპერაციისა და მეორე Doleri ს წესით ოპერაციის შემდგომ: — ცხადია, რომ მასვე შეიძლება ჰქონდეს ადგილი Adams-ის ოპერაციის შემდეგაც, მაგრამ, მე მგონია, ეს ოპერაციის ნაკლად ვერ ჩაითვლება, ვინაიდან სხვა მეთოდებიც იძლევიან რეციდივებს, მეტადრე ისეთებიც, რომელთა საშუალებით გაცილებით უფრო მაგარი და მჭიდრი ფიქსაცია ხდება საშვილოსნოსი.

ყოველ შემთხვევაში Adams-ის ოპერაციისათვის საჭიროა, რომ საშვილოსნო სრულებით თავისუფლად მოძრაობდეს და ამისათვის ზოგჯერ სასურველია წინასწარი წამლობა ავადმყოფისა მასაჟით. ეს გარემოება უკვე შესაძლებელია ოპერაციის ნაკლად ჩაითვალოს. ზოგი აღნიშნავს აგრეთვე, როგორც ნაკლს ოპერაციისას იმას, რომ განაკვეთი ირივე მხარეზე უნდა იყოს გატარებული; ცხადია ორი განაკვეთი აგრძელებს ოპერაციას, მაგრამ არც ისე ბევრად, რომ მაგალითად ზურგის ტვინის ანესტეზიის ქვეშ შეუძლებელი იყოს ოპერაციის დამთავრება. ჩვეულებრივ ოპერაციას მე ვანდომებ არა უმეტეს $\frac{1}{2}$ საათისა.

Doleri-ს ოპერაციის საწინააღმდეგო ის მოსაზრება მოყავთ, რომ მრგვალი იოგების მდებარეობა ხელოვნური რჩება და სრულებით არ შეეფერება ნორმალურ პირობებს; გარდა ამისა მრგვალი იოგების მარჯულების მუცლის კედელში გამოყვანით მათ ნაწილებს შორის სამი ხერხელი ჩნდება, რომლებშიაც შეიძლება ჩაიჭედოს ნაწლავი, და ამის გამო ილექსი განვითარდეს (Pellanda). ჩვენ ასეთი შემთხვევები თუმცა არა გვქონია, მაგრამ მე მინახავს ერთი ასეთი შემთხვევა, სადაც სწორედ Doleri-ს ოპერაციის შემდეგ მე-4 დღეს ავადმყოფი ნაწლავში განუვალობის ნიშნებით გარდაიცვალა; ამ შემთხვევაში სექცია არ იყო. ამის გამო მე ყოველთვის Doleri-ს ოპერაციას ვაკეთებ Trendelenburg-ის



მდებარეობაში და მაგიდა არ გადაწყვეტს ჰორიზონტალურ მდებარეობაში, სანამ მრგვალი იოგების მარყულები არ იქნება დამაგრებული.

გარდა ამისა აღწერილია შემხვევები (Müller, Gotte et Peycelon), როცა მრგვალი იოგების მარყულების მუცლის კედელში გამოყვანისას მას მოჰყვა ფალოპიუსის მილის მარყუები; ეს შესაძლოა, თუ მილს მოკლე ჯორჯალი აქვს და თუ ამას ოპერაციის დროს არ მიეჭვა ჯეროვანი ყურადღება. ამ ნიაღვრე შეიძლება განვითარდეს ფალოპიუსის მილში განუვალობა და ამის შემდეგ მისი დაჩირქება და სხვა.

სამაგიეროდ Doleri-ს ოპერაციას აქვს ბევრი დადებითი მხარეებიც:

1) საშვილოსნოს ფიქსაცია ხდება საკმარისად საიმედოთ. ჩენი ერთი შემთხვევა რეციდივისა, როგორც აღნიშნულია შემოდ, აიხსნება მშობიარობით, რის შემდეგაც სხვა უფრო მაგარი ფიქსაციის წესებიც იძლევიან რეციდივებს, როგორც ეს სჩანს ჩენი მასალიდან (რეციდივის ერთი შემთხვევა Leopold Czerny-ს ოპერაციის შემდეგ). საერთოდ კი რეციდივებზე არ შეგვიძლია ლაპარაკი, ვინაიდან მშობიარობის გარეშე ჩვენ არა გვაქვს არც ერთი შემთხვევა რეციდივისა. ლიტერატურაში კი მე არსად არ შეხვედრია რეციდივებზე მითითება მშობიარობის შემდეგ. ჩვეულებრივ ავტორები კმაყოფილებიან აღნიშვნით, რომ ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ დაორსულდა და შობა, და არსად არაა ნაჩვენები, თუ როგორ მდგომარეობაში რჩება ასეთი საშვილოსნო მშობიარობის შემდეგ.

2) Doleri-ს წესით ოპერაციის შემდეგ საშვილოსნო მოძრავი რჩება, ასე რომ მისი განვითარება ორსულობის დროს ნორმალურად ხდება და მუცელი აოვრდება ქალს, რასაც ამტკიცებს ერთი ჩენი შემთხვევა, და რაც არ შეიძლება ითქვას Leopold-Czerny-სა და მეტადრე Kocher-ის ოპერაციის შესახებ. აქვე უნდა იყოს აღნიშნული, რომ salpingo-oophorit-ის დროს, რაც ჩვენ მასალაში Doleri-ს ოპერაციისას ხშირად ჰქონდა ადგილი, ზოგჯერ დანამატების ამოკვეთის შემდეგ პერიტონიზაცია მრგვალი იოგის პროქსიმალური ბოლოთი სწარმოებს. ამ გვარ შემთხვევაში მრგვალი იოგების მოხმარება საშვილოსნოს ფიქსაციისათვის შეუძლებელია და მაშინ სჯობს საშვილოსნოს ფიქსაცია Leopold-Czerny-ს ან რაიმე სხვა წესით, რომელშიაც მრგვალი იოგი არაა დაინტერესებული.

Leopold-Czerny-ს ოპერაცია, თუმცა იძლევა კარგ შედეგს საშვილოსნოს მკიდრო ფიქსაციის მხრივ, მაგრამ სამაგიეროდ არ აძლევს საშვილოსნოს თავისუფალ მოძრაობის შესაძლებლობას, რასაც უმთავრესად მნიშვნელობა აქვს ორსულობის დროს (Thorn). მე მინახავს არა ერთი შემთხვევა ბუნებრივი აბორტისა ამ ოპერაციის შემდეგ. აბორტი ხდებოდა ორსულობის 2-3 4-5 თვეზე. მინახავს ისეთი შემთხვევებიც, როცა Leopold-Czerny-ს ოპერაციის შემდეგ, ავადმყოფს 2 და 3 აბორტი ზედიზედ ჰქონდა 3-4 და 5 თვის ორსულობის დროს და მხოლოდ მე-3 ან მე-4 ორსულობა გატარდა ბოლომდე. ასეთი შემთხვევები მინახავს ოდესის უნივერსიტეტის სამედიცინო-გინეკოლოგიურ კლინიკაში, ჩემი ერთი შემთხვევა (86), რომელიც მოყვანილია ცხრილში, ამტკიცებს რომ მშობიარობის შემდეგ შეიძლება რეციდივს ადგილი ჰქონდეს.

რაც შეეხება Leodold-Czerny-ს ოპერაციის ტენიკის გადასხვაფერებას პროფ. Oppian-ის მიერ, უნდა ვთქვა, რომ ამ წესს თუმცა აქვს უპირატესობა იმ თვალსაზრისით, როგორც საერთოდ გარდიგარდმო განაკვეთს უპირატესობა აქვს გასწვრივ განაკვეთთან შედარებით; მაგრამ სამაგიეროდ კიდევ ერთი ნაკლებიც აქვს: ოპერაციის დროს ძაფები გაიყვანება საშვილოსნოს ტანში და მერე პერიტონეუმში და აბონეეროზში, შემდეგ გაიკერება პერიტონეუმი და აბონეეროზი და მხოლოდ ამის შემდეგ აბონეეროზის ზემოთ გადაისკვნება საშვილოსნოს დასამაგრებელი ძაფები, ე. ი. მაშინ, როცა მუცლის ღრუ უკვე დახურულია. სწორედ ამ მომენტში—ძაფების გადასკვნის დროს შეიძლება ძაფმა გასჭრას საშვილოსნოს ტანის ქსოვილი და არამც თუ არ დაიპიროს საშვილოსნო, არამედ დააზიანოს მისი კედლები. რააც შეიძლება მოჰყვეს სისხლის დენა. ერთი ასეთი შემთხვევა პირადად მე მქონდა ქ. ოდესაში. 35 წლის ავადმყოფს მოძრავი retroversio-თი Leopold Czerny-ს განმეორებითი ოპერაცია გავუკეთე. 3 წლის წინ ასეთივე ოპერაცია გაკეთებული ჰქონდა მას პროფ. Oppian-ის მიერ, და ოპერაციის შემდეგ მალე აღმოჩნდა რეციდივი. ჩემი განმეორებითი ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს მუცლის ღრუში სისხლის ჩაქცევის სუსტი ნიშნები ჰქონდა და ოპერაციის შემდეგ ჯერ კიდევ ავადმყოფის სახლში ვაწვრამდე აღმოჩნდა, რომ საშვილოსნო ისევ ისე უკანაა გადახრილი, როგორც ოპერაციის წინ იყო.

ჩამოთვლილი მიზეზებისა გამო მე ვაკეთებ ამ ოპერაციას მხოლოდ მაშინ, თუ მრავალი იოგები ვერ მოხმარდება საშვილოსნოს დასამაგრებლად.

Baldy-ს წესით ოპერაცია ჩვენ ვაკეთებთ მხოლოდ ორჯერ, ასე რომ რაიმე დასკვნის გამოტანა შეუძლებელია, მაგრამ მეთოდის პრინციპისა და ლიტერატურული ცნობების მიხედვით ეს ოპერაცია სრულებით მიზანშეწონილ ოპერაციად უნდა ჩაითვალოს, აგრეთვე როგორც Menge-ს წესით ოპერაცია, მხოლოდ არც ერთი და არც მეორე არ ვაკეთებდა, თუ მრავალი იოგი მოხმარებული იყო პერიტონიზაციისათვის salpingo — oophorectomia-ს შემდეგ.

ყველაზე მიზანშეწონილად უნდა ყოფილიყო retroversio ანუ flexio uteri fixata-ს დროს Dartygue-ის ოპერაცია (ანუ Rumpf-ის და Pam-ის Werth-ის გადასხვაფერებით), როგორც ამას უწოდებენ გერმანელები—Reiferscheid). ოპერაცია მდგომარეობს მუცლის ღრუს დაბალ გარდიგარდმო განაკვეთში, საშვილოსნოს შეხორცებებიდან განთავისუფლებაში და შემდეგ საზარდულის არხში მრავალი იოგების მონახვაში და მათ დამოკლებაში ამა, თუ იმ წესით (ან Adams-ისა და Doleri-ს). მაგრამ ეს ოპერაცია ბევრად უფრო ხანგრძლივი აღმოჩნდა. ეინაიდან გარდა ერთი ძირითადად განაკვეთისა კიდევ ორ დამატებითი განაკვეთს მოითხოვს საზარდულის არხში. ამისთვის მე მაქვს ვაკეთებულ იგი მხოლოდ ერთხელ და მომავალში არა მაქვს განზრახული ამ წესით სარგებლობა,

№ რაგბი, № განკარგ. სტანდონი	შემოსვლის თარიღი	გვარი, სახე- წელი, წილგა- ნობა, შე- ღობობა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზარტება, გართლება	ოპერაციის შემდეგ არის და რის	შორეული შედეგი
1 752	17/VI 1924	გ. ბ. 42 წ. 8—para	Prolapsus uteri et vaginae totalis . . .	Colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia	prima, გართლება არ იყო	15 დღე	ავადმყოფის შევამარტო- ბა შედეგ იყო კარგი 1 წლის შემდეგ გარდაიცვალა ვულის დაშლით.
2 1604	3/IX 1924	გ. ბ. 50 წ. 2—para	Prolapsus uteri et vaginae totalis, elonga- tio colli uteri . . .	colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia, amputatio uteri supravag	შრატელ და- გვიანებითი დარტება ქროილობისა	29 დღე	კარგად არის დღემდე
3 40	6/X 1924	გ. ა. 60 წ. 12—para	Prolapsus vaginae et uteri totalis, elonga- tio colli uteri . . .	Amputatio colli uteri supravag. colporrhaphia anterior et colpoperi- neorrhaphia	prima, გართლება არ იყო	11 დღე	3/VIII 1926 წ. მიღებუ- ლია ცნობა, რომ კარგად გრძნობს თავს.
4 708	15/1 1925	გ. ბ. 37 წ. 5—para	Prolapsus uteri et vag. totalis	Colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia sterilisatio tub. Falop.	prima, გართლება არ იყო	16 დღე	10/VIII მიღებულია ცნო- ბა, რომ კარგად გრძნობს თავს.
5	22/V 1926	გ. ბ. 45 წ. 4—para	Prolapsus uteri et vag. totalis, elongatio colli ut. rectocle . . .	Amputatio colli ut. supravag colporrhaphia ant. et colpoperineor- rhapsia	prima, პატარა კან- ტეზა haema- toma.	18 დღე	კარგად არის ველად

საქართველოს
რევოლუციური
დაჯილდოების
ორდენის
მფლობელია

ავილიან შატალას ქირურგ. წამლ. ჩვენი წამალ. მიხედვ. 153



პ. რიგ. № მ. განყოფ. თარიღი	შვილოსნოს თარიღი	წელი, სიმაღლე, წონი, წელიწადი, წინა, შემოღობვა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზარტება, გართულება	ოპერაციის შედეგად გა- წიხის დღე	შორეუ ო შედეგი
6	1922 წ. მარტი	47 წ. 3—para	Fibromyoma uteri interstitiale, descensus vaginae et uteri, cystocelle	extirpatio uteri cum tumore per vag. colporrhaphia anter et colpoperinorrhaphia . . .	ნორმალურად	22 დღე	ცხელი ავადმყოფის აქტიური ჩამოშვება საშის წინა კედლისა, რაც ემშენება კოთხის დროს.
7	29 VIII 1925 წ.	32 წ. 12—para	Prolapsus uteri et vaginae totalis . .	colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia	გართულება ინფილტრაციით მარტებში ბადურის კვანძში	24 დღე	კარგად გრძობს თავს 15 VII—1926 წ.
8	2 XI 1925	32 წ. 6—para	Prolapsus uteri et vaginae totalis, uterus bicornis	Colporrhaphia anter. et colpoperineorrhaphia. .	Prima. გართულება არ იყო	42 დღე	უცნობა
Interpositio uteri vesico vaginalis Schauta Wertheim-ის წინაშე							
9	მარტი 1924	46 წ. 6—para	Descensus uteri et prolapsus vag. anterior et posterior, cystocelle	colpoperineorrhaphia .	გართულება საშის წინა კედლის კოთხის ბადურის კვანძში ოდნავი დამოკლებით	30 დღე	1926 წ. მარტში ავადმყოფი ავადმყოფი კოთხის დროს საშის წინა კედლი საშვილოსნოთი მდებარეობდა ნაპრალოში. ვერ ოპერაციის არ მოითხოვს
10	20 I 1926	50 წ. 5—para	Ruptura perinei II, prolapsus vaginae anter., evngatio colli ut. descensus uteri	Amputatio colli ut. suprav. colpoperinorrhaphia	prima	21 დღე	8 VII 1926 წ. მოღებულა ცნობა, რომ კარგად გრძობს თავს.

მ. კ. კ. კ. კ. კ.

№ რიცხვითი ან განყოფილების არხის	შემთხვევის თარიღი	ავტორი, სსიპ- ლი, წლები- წინა, შემ- ოცნება	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზარება, გართულება	თანამედროვე ოპერაციის ნაშთი	შორეული შედეგი
11 222	4/III 1923	ფ. ბ. 99 წ. I—para	retroversio ut. mob.	—	prima, გართულება არ იყო	11 დღე	ოპერაციის შემდეგ I შ. მოამზობიარა დიდი დიდი ბავ- შული, ორსულობა და მშობ- ბიარობა მომდინარეობდა წყვიტად 2/VII 1926 ვაი- სინჯა, აღმოჩნდა, რომ საშუალო. თავის ადგილზე.
12 766	25/VI 1923	ბ. ბ. 24 წ. 3—para	Retroversio ut. mob. adnexitis bilater. . .	—	prima, გართულება არ იყო	12 დღე	6 თვის შემდეგ შემოი- და საშვილოსნოს გარეშე ორსულობით მარჯვენა. გაუქმდა ოპერაცია, რომ შემდეგ ნახული არა ერთ- ხელს, კარგად გრძობს თავს.
13 1290	25/X 1923	ბ. ბ. 33 წ. 3—para	Endometritis ruptu- ra perinei II ord. in- veterata, descens. vag. anter. retrover- sio ut. mob. Salpingo- oophoritis dex. . . .	Abrasio mucosae uteri colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia .	გართულება იქნა და ბიჭვით მეტეოს- პილიობის მარჯვენა	17 დღე	უცნობა
14 1400	25/X 1923	ფ. ბ. 28 წ. 2—para	endometritis, des- census vaginae poster. retroversio ut. mob.	Abrasio mucosae ut. colpoperineorrhaphia . .	prima, გართულება არ იყო	13 დღე	უცნობა
15 1750	28/XII 1923	ბ. ბ. 42 წ. 3—para	Endometritis, retro- versio uteri mob. . .	Abrasio mucosae uteri	prima, გართულება პატარა pne- umonia-თი	10 დღე	უცნობა



Alexander Adams-ის ოპერაციები

№ რიგზე, № განყოფი- რებადსა	შემოსვლის თარიღი	განაღობის თარიღი, საბე- ლო, წოდებ- ნისა, შეი- ღობისა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზარტება, გართულება	ოპერაციის შედეგად გა- წევის დღე	შორეული შედეგი
16 218	10 III 1924	ს. პ. 16 წ. 0—para	Retroversio uteri mobile coll. conicum, sterilitas	Abrasio mucosae uteri.	prima, გართულება არ იყო	15 დღე	განაწევლია 10/VIII 1926 წ. აღმოჩნდა 8 თვის იჩნეული.
17 585	25 III 1924	ო. ვ. 17 წ. 0—para	Retroversio ut. mo- bile, sterilitas . . .	Abrasio mucosae uteri, excisio orifit. externi colli uteri	prima, გართულება არ იყო	10 დღე	10. VI 1926 წ. შოიშო- ბიარა ნორმალურად დროულად. იჩნეულობდა შიმ- დინარეობდა წესიერად
18 509	3 III 1924	ა. ნ. 26 წ. 0—para	Retroversio ut. mo- bile coll. conic. oo- phoritis dex.	—	ჰატარა hae- matom-ით შარტენა კრილოზის კანკვეშ	11 დღე	უცნობია
19 570	22 V 1924	კ. ი. 24 წ. 0—para	Retroversio ut. mobil	—	გართულება მარჯვენა კრილოზის დარიტებით	30 დღე	უცნობია
20 168	3 VI 1924	შ. პ. 20 წ. 0—para	Descensus vaginae ant et poster. retro- flexio ut. mobil . .	Colpoperineorrhaphia.	prima, გართულება ტანკვეშა haematom- ით შარტენა კრილოზისა	20 დღე	განაწევლია 20 VII 1926 წ. საშვილოსნო თავის ად- გილებზე ვარგად გრძობს თავს იჩნეულია არ კოფილია

№ პაციენტი	თარიღი	პაციენტის სახელი, გვარი, დაბადების თარიღი	დიაგნოზი	დამატებითი რეზერვები	შეზოცვა, გართულება	პაციენტის შემდეგ შეკითხვა	შორეული შედეგი
21 187	20 IX 1924	გ. ს. 21 წ. 0—para	Retroversio ut. mobil	—	prima, გართულება არ იყო	12 დღე	უკნობა
22 74	10 X 1924	გ. ს. 21 წ. 3—para	Retroversio ut. mob. Saip. oophoritis dex. chr.	—	prima, გართულება არ იყო	14 დღე	28 VI 1926 წ. თავს კარგად გრძობს საშვი- ლოსანი თავის ადგილზე, ჩვიის დისმენორეას შიშ- ვევნი დამატებითი ორჯერ გადიდებული და მკრძან- ობიანე
23 100	22 X 1924	გ. გ. 21 წ. 2—para	Retroflexio ut. mob.	—	prima, გართულება არ იყო	9 დღე	უკნობა
24 184	25 X 1924	გ. გ. 35 წ. 9—para	Endometritis. Descen- sus vag. ant. et poster, retroversio ut. mobile	Abrasio mucosae uteri colpoperineorrhaphia .	გართულება მარჯვენა კოლიკის დისტირქებით	23 დღე	1926 წ. აღწერა იგი მკურნალობდა ნორმალურად მკურნალობდა რეპროდუქციის დასრულებით 2 VII 1926 წ. მკრძან- ობიანე ქმობა რომ კარგად არის.
25 186	25 X 1924	გ. ა. 26 წ. 4—para	Retroflexio ut. mob. Descensus vag. anter et poster	Abrasio mucosae ut. colpoperineorrhaphia et colporrhaphia anterior .	prima, გართულება არ იყო	15 დღე	28 VI 1926 წ. ადამიანი დასრულებული იქნა ჩემს მხრ. საშვილოსნო თავის ადგილზე, ორჯერ შესრულ- და მარჯვენა დამატებით არსებულ და არ არსებულ არსებულს არ ჩვიის.

Alexander-Adams-ის ოპოკანოზი

№ რიგზე, № განყოფილებისა	შემოსვლის თარიღი	გვარი, საბუნების წოდება, წოდება, წინა, გვი- ლისობა	დიაგნოზი	დამატებითი იპერაკციები	შეზორცება, გართულება	იპერაკციის შედეგი გა- წევის დღე	შორეული შედეგი
26 327	20/XI 1924	ფ. გ. 32 წ. 1—para	Endometritis, retro- versio ut. mobile . .	Abrasio mucosae uteri	prima, გართულება არ იყო	16 დღე	29/VII 1926 წ. ავად- მყოფი ენბეთ. საშვილოს- ნო ნორმალურად დედს, ავადმყოფი აღნიშნავს ოდ- ნავ ტკივილებს პატარა მეცლის შიდაპირში
27 424	21/XI 1924	ი. გ. 23 წ. 1—para	Retroversio uteri mob. oophoritis dex.	—	prima, გართულება არ იყო	9 დღე	ავადმყოფი იპოვება დაკვირვების ქვეშ დღემდე 18/IX 1925 წ. გაიკეთა მე- ლონგერო მეცლის მოწილა ფოლტების კატარის გამო, საშვილ. თავის ადგილზე
28 573	15/XII 1924	ი. გ. 23 წ. 0—para	Retroversio uteri mob. coll. conic. ste- rilitas	Abrasio mucosae ut. excisio orifit. externi colli. uteri	prima, გართულება არ იყო	12 დღე	უცნობა
29 842	24/I 1925	ბ. გ. 22 წ. 0—para	Retroflexio ut. mo- bile, oophoritis dex.	—	prima, გართულება არ იყო	12 დღე	გასიწველ ემნა 25/I 1926 წ. საშვილოსნო თავის ადგილზე. აქვს en- dometrit-ი
30 851	27/I 1925	დ. გ. 26 წ. 2—para	Retroversio ut. mob.	—	prima, გართულება არ იყო	12 დღე	გასიწველია 2/VII 1926 წ. საშვილოსნო თავის ადგილზე, თავები თავის- უფალი. აქვს endomet- rit-ი. ჩივის უშვილობას.

Alexander-Adams-ის ოპერაციები

№ რიგში, № განყოფი- ლებულნი	შემოსულის თარიღი	გვარი, სსე- ლი, წიგნი- ლობა, შე- ღობა	დაავნება	დამატებითი ოპერაციები	შეზღუდვა, გართულება	ოპერაციის შედეგი წელი დათ	შორეული შედეგი
31 1146	5 III 1925	მ. გ. 24 წ. 0—para	Retroflexio ut. mo- bile	Abrasio mucosae ut. excisio orifit. externi colli uteri	prima, გართულება არ იყო	12 თვე	აღდგომითი ოპერაცია დავრეულობის ქვეშ. საშვი- ლოსნო თავის აღდგოლა
32 1290	15 III 1925	გ. გ. 20 წ. 1—para	Retroversio uteri mob. Descensus vag. anter. et post. . . .	Abrasio mucosae ute- ri colporrhaphia ant. et colpoperineorrhaphia .	prima, გართულება არ იყო	10 თვე	გავიწვია 15 XII 1925 წ. ქონდა Salpingo-oopho- ritis dex. საშვილოსნო თავის აღდგოლა იყო,
33 1306	26 III 1925	ბ. მ. 32 წ. 5—para	Descensus vag. anter. et poster. Me- tro-endometritis chr. Retroversio ut. mob.	Abrasio mucosae ute- ri colpoperineorrhaphia .	prima, გართულება მარჯვენა ჭრილობის დაჭრა ქა- ნებში hae- matomi-თ	18 თვე	უცნობია
34 1392	6 IV 1925	გ. ა. 37 წ. 3—para	Salpingo-oophoritis sin. chr. Retroflexio uteri mobile	—	prima, გართულება არ იყო	16 თვე	უცნობია
35 326	18 VIII 1925	გ. მ. 32 წ. 2—para	Retroversio uteri mob. descensus vag. poster.	—	მარჯვენა ჭრილობა დაჭრა შეზღუდვა per sec.	3 თვე	3 VIII 1926 წ. გავიწვია ჩემს კლინიკაში colpo- perineorrhaphia საშვილოსნო თავის აღდგოლა

საქართველოს
რევოლუციური
დაჯილდოების
ორდენის
პირველი
დასახელება

საქართველოს ადგილობრივი მკურნალობის მეთოდები. წამლები. ჩვენის მასალა. მისიური. 159

№ რიცხვი, № განვიც ქუჩა-ნომერი	შემოსვლის თარიღი	გვარი, სსმ- ელი, წოდო- ბრძა, შვი- ლობა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეორდება, გართულება	ოპერაციის შემთხვევის წლის დღე	შორეული შედეგი
36 312 ბორჯომ-ში	23.VIII 1925	წ. პ. 30 წ. 2 - para	Retroversio uteri mob., ruptura perin. inverter, descens. vag poster.	—	prima, გართულება არ იყო	9 დღე	13.VII 1926 წ. მომ- შობარა დროული ბავ- შითი, ორსულობაც და მშობიარობაც მიმდინა- რეობდა ნორმალურად.
37 346 ბორჯომ-ში	27.VIII 1925	წ. პ. 30 წ. 3 - para	Retroversio uteri mob., descensus vag. post. endometritis .	—	prima, გართულება არ იყო	7 დღე	15.VII 1926 წ. გასინ- ჯა, საშულომწი თავის ადგილზე, ორსულად არ ყოფილა, აქვს endometrit-
38 1800	16.IX 1925	ბ. წ. 30 წ. 0 - para	Retroversio uteri mob., salp., oophritis sin chr., coll. conic. sterilitas	Abrasio mucosae ut. excisio orifit., external collis ut.	prima, გართულება არ იყო	15 დღე	გასინჯული იქნა 30.VII 1926 წ. საშულომწი თავის ადგილზე, ორსულად არ ყოფილა, გარდა გრძობის თავს
39 550	2.XII 1925	წ. მ. 27 წ. 4 - para	Retroversio uteri mob., endometritis chr.	Abrasio mucosae ut.	prima, გართულება არ იყო	14 დღე	1926 წ. ივნისში გა- მიდგა 2 თვის ორსული, საშულომწი თავის ად- გილზე, გაიკეთა ზღვრე- ნული ამოტეხი.
40 974	20.I 1926	წ. ბ. 28 წ. 0 - para	Retroversio uteri mob., endometritis, coll. conic., sterilitas	Abrasio mucosae ut.	prima, გართულება არ იყო	18 დღე	უცნობია

Alexander-Adams-ის მკვლევარების



საქართველოს ენციკლოპედია, ადგილის შეცვლის ქართულ წიბულ ჩვენს მასალაში მიხედვ. 161

№ რაგბი № განყოფილება	შემთხვევის თარიღი	აღმოჩენის თარიღი, სტრუქტურა, წლი, წლიდან შობის შემდეგ დღისათვის	დაავადება	გამატებითი იშვარებები	შენიშვნა, გართულება	რამდენიმე წელიწად მანძილზე	შორეული შედეგი
41 190	21.1 1924	ბ. ბ. 35 წ. 1—para	Retroversio uteri mob. endometritis .	Abrasio mucosae ut.	prima, გართულება არ იყო	17 წელი	განსივრება 2 VIII 1926 წ. აღმოჩენა: საშუალო სიღრმის მადღებელი — მეტრო- ტროფი, ნორმალური ადგილი, ნივთი თეთრი შლას და შექულობას.
42 1685	7 IV 1926	ბ. ბ. 25 წ. 1—para	Retroversio ut. mo- bil.	—	prima, გართულება არ იყო	16 წელი	განსივრება იქნა 30 VII 1926 წ. საშუალო სი- ღრმის ადგილი. გარდა განსივრებისა, არსებობდა არ არსებობდა
43 1749	14 IV 1926	ბ. ბ. 24 წ. 0—para	Retroversio uteri mob. coll. conic. . .	—	prima, გართულება არ იყო	10 წელი	უცნობა
44 1870	28 VI 1926	ბ. ბ. ბ. 35 წ. 0—para	Retroflexio ut. mo- bil.	—	prima, გართულება არ იყო	12 წელი	უცნობა
45 ბორჯომ- ში	15 VII 1926	ბ. ბ. 36 წ. 2—para	Retroflexio ut. mob. descensus vag. post endometritis	Colpoperineorrhaphia abrasio mucosae uteri	prima, გართულება არ იყო	11 წელი	უცნობა

Doleri-ს შვიცლილი წესით ოპერაციები

№ რიცხვი, № განყოფილება	შემოსულის თარიღი.	ვეჯი, სსე- ლო, წლევა- ნიხა, შე- ღობისა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზღუდვა, გართულება	ოპერაციის შემდეგ გა- წროს დღე	შორეული შედეგი
46 351	30/III 1923	ფ. ტ. 27 წ. 1—para	Salpingo-oophoritis chr. bilater	Salpingo-oophorectomia sin. et Salpingectomia dex.	გართულება კრილოზის დანორტებით პატარა მანძილზე	24 დღე	უცნობა
47 506	28/IV 1923	ბ. ა. ა. 31 წ. 3—para	Retroversio uteri mobil, appendicitis . Retroversio ut. fix.	Appendectomy . . .	prima	20 დღე	გვაქვს ცნობა ავადმყოფის შესახებ, დღემდე კარგად გრძნობს თავს. ორსულად არ ყოფილა.
48 780	8/VI 1923	ბ. ა. 38 წ. 5—para	Descensus vaginae et uteri, retroversio uteri mob.	Colporrhaphia anterior et colpo-perineorrhaphia	გართულება კრილოზის დანორტებით	96 დღე	უცნობა
49 703	17/VI 1923	ბ. კ. 23 წ. 2—para	Prolapsus vaginae et uteri incompletus, laceratio colli uteri. Retroversio ut. mob.	Colporrhaphia anter, colpo-perineorrhaphia, trachelorrhaphia . . .	prima	30 დღე	უცნობა
50 1007	25/VIII 1923	ბ. გ. 28 წ. 0—para	Retroversio ut. fix. appendicitis	Appendectomy . . .	prima	22 დღე	უცნობა

Doleri-ს შემთავი წინით მკურნალობა

№ რეკვი- ზი	№ განყოფი- რების	შემთავის თარიღი	გვარი, სსე- ლა, წიგნი- წიბი, მუ- ღობი	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეორდება, გართულება	ოპერაციის შემდეგ გა- წიხის დღე	შორეული შედეგი
56 224	6 II 1924	ს. ფ. 35 წ. 0—para	Retroversio ut. fix. Metroendometritis chr. appendicitis . .	Appendectomy . . .	prima, გართულება არ იყო	14 დღე	ავადმყოფი იმყოფებოდა დაკვირვების ქვეშ I წლის განმავლობაში, კარგად გრობოდა თავს, მუშაობდა საშუალოდ თავის ად- ვანზე იყო.	
57 352	24 II 1924	ს. ბ. 32 წ. 3—para	Retroversio ut. fix. Salpingo-oophoritis bilat. chron.	Salpingo-oophorectomia dex. Salpingo-stomia sin.	prima, გართულება არ იყო	16 დღე	ცნობა არა გვაქვს	
58 377	2 IV 1924	ა. ა. 25 წ. 0—para	Retroversio ut. fix. Salpingo-oophoritis bilater chr.	Salpingo-oophorectomia dex. Salpingo-stomia dex.	prima, გართულება არ იყო	19 დღე	ოპერაციის შემდეგ ავად- მყოფს ქაინდა ინდივიტუალ- ურ შედეგად დამატებ- ის მიდამოში, უმჯობეს შემდეგ გაუარა და კარ- გად გრობოს თავს.	
59 679	20 IV 1924	რ. ბ. 20 წ. 0—para	Retroflexio ut. fix. Salpingo-oophoritis bil. chr.	—	prima, გართულება არ იყო	10 დღე	ოპერაციის შემდეგ კარ- გად გრობოს თავს I წლის განმავლობაში, შემ- დეგ წავიდა რუსეთში და შემდეგი ცნობები აღარ გვაქვს, თოსილად არ ვუ- ფიქვს.	
60 1007	10 VI 1924	ს. ფ. 36 წ. 1—para	Retroflexio ut. mob descensus vag. an- terior et poster. appendicitis	Appendectomy	prima გართულება არ იყო	12 დღე	ცნობა არ არის	



ბლერი-ს შვიცლილი წესით ოპერაციები

N ბიუტე, N განყოფილება თემატიკა	შვიცლის თარიღი	აგრო, სსრ- ლი, წარდ- ნისა, შვი- ცლილობა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შუბორცვა, გართულება	ოპერაციის შედეგი წუთის დრო	შორეული შედეგი
61 1162	12.IX 1924	ბ. ბ. 30 წ. 0—para	Retroflexio ut. fix. perimetritis adhaesiva post. polypus mucosus uteri, varices haemorrhoidales. Malaria chr.	Ventrifixatio uteri იქნა გაკეთებული ძლიერ შუბორცვებისა და სწორ ნაწლავის დაზიანების გამო polypectomia uretrae, ჰელსოლის ოპერა- ცია	prima, გართულება მღარის შტებებით	22 დღე	ავადმყოფი ნაბეღალი ქრონიკული შიმშილი, სი- მულოვნობა იქვე უკანა- დანამატების და perimet- rium-ის მხრივ status quo ante.
62 48	7.X 1924	ა. ბ. 40 წ. 7—para	Ruptura perinei II ord. decensus vagin- ae anter et poster. prolapsus uteri in- completus	Colporrhaphia anterior et colpepotineorrhaphia	prima, გართულება არ იყო	14 დღე	1926 წ. 3.VIII მიღებულ ია ცნობა ავადმყოფისა- გან, რომ კარგად გროძობს თავს, თვითონ წაყვლა გრეჯანში და ამის გამო ვერც კნაბი.
63 76	10.X 1924	ბ. ბ. 36 წ. 1—para	Retroversio ut. fix. Salpingo-oophoritis bilat.	Salpingo-oophorectom- ia sin.	prima, გართულება არ იყო	20 დღე	გავსიწვა 1926 წ. 3.III სიმულოვნობა თავის ავ- ადმყოფი ასრულება ოდნავ გადიდებული შორეული დანამატები
67 223	30.X 1924	ბ. ბ. 26 წ. 2—para	Retroversio ut. mob. descensus vagin- ae anter. et poster.	Colporrhaphia anterior et colpeperineorrhaphia.	prima, გართულება არ იყო	13 დღე	უცნობა
65 231	31.X 1924	ბ. ბ. 31 წ. 1—para	Retroversio uteri mobil	—	გართულება პროლონგირებული დატარებით	45 დღე	ავადმყოფი ნაბეღალი ქრონიკული შიმშილი, სი- მულოვნობა იქვე უკანა- დანამატების და perimet- rium-ის მხრივ status quo ante.

საქართველოს მედიკოსთა კავშირის შვიცლის შედეგის კარგად გამოქვეყნების მიზნით. 165



№ რიგზე პ. ანუ თ. ანუ თარხანის	უმცლელის თარიღი	გვარი, საბე- ლო, წოდებ- ლობა, შე- ღობობა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზორცება, გართულება	ოპერაციის შემდეგ გა- წერის დღე	შორეული შედეგი
65 571	9/XII 1924	გ. გ. 40 წ. 5—para	Retroversio flexio uteri mob. descensus vaginae	Colpoperineorrhaphia	prima, გართულება არ იყო	19 დღე	საშუალოდ თვის ად- ვირება გრძობს თავს გარეგად.
67 776	13-I 1925	ტ. ნ. 35 წ. 1—para	Retroversio ut. fix. Salpingo-oophoritis bil. chr.	Salpingo-oophorecto- mia sin.	გართულება პრილობის დამორტუბით	47 დღე	17/IV 1926 წ. გასწ- ველ შემთხვევაში, საშუალოდ დღეობს საშუალო მდებარე- ობა ისრულება ძველი პერიმეტრიტის ნაშთები.
68 908	5-II 1925	შ. გ. 27 წ. 0—para	Retroversio uteri fix. Salpingo-oophori- tis bilat. chr.	Salpingo-oophorecto- mia sin.	prima, გართულება არ იყო	14 დღე	გაიწმინდა 19-I 1926 წ. საშუალოდ ნორმალურად დღეობს მარჯვნივ ისრ- ულება კუთხის კუბუკის სი- ვლიდან დამატების სიმარცხე
69 910	5-II 1925	რ. ა. 45 წ. 1—para	Retroversio ut. fix.	—	prima, გართულება არ იყო	15 დღე	გაიწმინდა 11-III 1926 წ. რადი აღარ აქვს, წივის წილის ტივილის საშუ- ალოდ ნორმალურად დღეობს. პატარა ატროფი- ული მის მარჯვნივ კედელ- ზე ისრულება თხილის იფენა ფიბროზა.
70 925	10-II 1925	ლ. თ. 25 წ. 0—para	Retroversio uteri mob. col. conic. ante- flexio ut. congenita	Abrasio mucosae ut. excisio orific. externi colli ut.	prima, გართულება არ იყო	12 დღე	დაიხსნა და მოიბ- შობიარა 9-III 1926 წ. ანის შემდეგ იმყოფება დაკვირვების ქვეშ, საშუ- ალოდ ისევ უნარ ახის retroversio ut. mob.

ბოლერის შვიცხლატისი კლინიკის ოპერაციები



№ რიგში № განყოფილების	შემოსულის თარიღი	წელი, სსრკ-ის წლიური, მთლიანი, მკურნალობის	ღიაგონი	დამატებითი ოპერაციები	შეზღუდვა, გართულება	რამდენი დღე იტყობის	შორეული შედეგი
71 1048	22 II 1925	მ. მ. 27 წ. 0—para	Retroversio ut. fix. coll. conic. Salpingo-oophoritis bilat. chr. endometritis. .	Abrasio mucosae uteri. excisio orific. externi colli ut.	prima, გართულება pneumonით	30 დღე	გულა კარგად გრძობს თავს. სწავილსნო თავის ადგილზეა. თრსულვად არ იცა
72 1308	26 III 1925	ს. ს. 0—para	Endometritis retroversio ut. fix. . .	Abrasio mucosae uteri	prima, გართულება პატარა haematom-ით	27 დღე	უკნობია
73 1350	2 IV 1925	ს. ი. 36 წ. 2—para	Retroversio ut. fix. Solpingo-ophoritis bilater. chr.	Salpingectomy dex. Salpingo-stomia sin. .	prima, გართულება არ იცა	30 დღე	უკნობია
74 1447	12 IV 1925	ს. მ. 30 წ. 0—para	Appendicis. Retroversio ut. mobil . .	Appendectomy	prima, გართულება არ იცა	30 დღე	უკნობია
75 248 ბორჯომში	16 VIII 1925	მ. მ. 32 წ. 4—para	Prolapsus ut. totalis	Amputatio colli ut. supravaginalis, colporrhaphia anter. et colpo-perineorrhaphia	prima, გართულება არ იცა	14 დღე	უკნობია

საქართველოს მედიკოსთა კავშირის ქართულ-წყობის ჩემო. ჩემო მასალ. მიხედვ. 167



№ რიცხვი მ. განყოფილება	შობის თარიღი	დაბადების თარიღი, სახელი, წლები, მამის სახელი	დიაგნოზი	დამატებითი იშვარებები	შეზღუდვა, გართულება	პარტოგრაფიის შედეგის წინასწარი	შორეული შედეგი
26 298	22/VIII 1925	რ. რ. 26 წ. 0—para	Retroflexio ut. fis. perimetritis adhesiva, Salpingo-oophoritis bilater chr.	დამატების ძლიერი შეზღუდვისა გამო მთლიანი განთავსებულება ვერ მოხერხდა, რის გამოც ვერ მოხერხდა სა- შუალოდ მთლიანი გან- თავსებულება.	გართულება დამირტებით	12 დღე	განსჯულია 15/VIII 1926 წ. საშუალოდ უკან იხილება ძალზე შე- ზღუდული დამატები და perimetrit-ი, საშუა- ლოდ წინაა.
77 277	23/VIII 1925	ფ. ა. 26 წ. 3—para	Retroversio ut. mob.	—	prima, გართულება არ იყო	9 დღე	უცნობია
78 1642	27/VIII 1925	ბ. ბ. 23 წ. 7—para	Retroflexio ut. mob.	—	prima, გართულება არ იყო	13 დღე	განსჯულია 20/VI 1926 წ. აღმოჩნდა არი უფრო სუსტი, საშუალოდ თავის ადგილზეა, გრძობს თავს კარგად.
79 1715	5/IX 1925	ს. ა. 38 წ. 2—para	Prolapsus uteri et vaginae incompletus, Retroversio uteri mob.	Colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia, sterilisatio tub. Falop.	prima, გართულება არ იყო	20 დღე	უცნობია
80 1822	18/X 1925	ა. ბ. 25 წ. 2—para	Retroflexio ut. mob.	—	prima, გართულება არ იყო	16 დღე	უცნობია

Doleri ის შემთხვევების დამატებითი მონაცემები

№ პაციენტი № გარდაცვალების თარიღი	შობილური თარიღი	დაავადების ხანობა, სქემა, ფორმის ხარისხი, შემთხვევის ხარისხი	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზღუდვა, გართულება	განმარტვ ის დღეები მკურნალობის	შორეული შედეგი
81 1902	27/IX 1925	4 წ. 10 წ. 0—para	Retroversio ut. mob. coli, conic. sterilitas	Abrasio mucosae uteri, et excisio orific. externi ut.	prima, გართულება არ იყო	10 დღე	გასინჯვლია 10 VIII — 1926 წ. საშუალოდ თა- ვის ადგილზეა, ორსულაა არ დიდებულა.
82 821	3/1 1926	2 წ. 83 წ. 0—para	Retroflexio ut. mob.	—	გართულება კოლიკების დასიკვებით	64 დღე	იმყოფება დაავადების ქვეშ. გარდაცვალება სა- შუალოდ თაის ადგილზეა.
83 921	14/1 1926	2 წ. 42 წ. 5—para	Retroversio ut. mob. appendicitis, endometri- tis haemorrhagica, lace- ratio colli ut.	Abrasio mucosae uteri et excisio orific. externi colli ut.	prima, კანკვეშე პა- ტარია hea- matoma	20 დღე	გასინჯვა 3 თვის შემ- დეგ საშუალოდ თაის ადგილზეა.
84 1412	6/III 1926	2 წ. 35 წ.	Retroversio uteri fix. oophoritis dex. peri- metritis chr. Appendi- citis.	Appendectomy	prima, გართულება არ იყო	14 დღე	უკნობია
85 1522	19/III 1926	1 წ. 5. 23 წ. 0—para	Retroflexio ut. mob.	Perturbatio tub. Falop. ოპერაციის დროს	prima, გართულება pneumoniით და infiltrat-ით მარჯვენა დანაბატების ორგანოზე	25 დღე	უკნობია

საქართველოს
საქართველოს
საქართველოს
საქართველოს
საქართველოს

Doleri-ის შედეგითი ყინით ოპერაციები



№ რიცხვი, მკურნალობის თარიღი	შემოსილის თარიღი	მკურნალობის, სხვა-ნაირი, წესებისა, შემოსილობა	გიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზარტება, გართულება	მკურნალობის ხანგრძლივობა	შინაგვლა შედეგი
86 1617	29 III 1926	ბ. ნ. 35 წ. 3—para	Retroversio uteri mobile (recidivus post operationem Leopold-Czerni-ის წესით), descensus vag. poster	Colpoperineorrhaphia	prima, გართულება არ იყო	20 დღე	უცნობია
87 1171	6 IV 1926	ტ. ა. 42 წ. 4—para	Retroversio ut. fix.	—	prima, გართულება შეგნითა უროს ანთებით	21 დღე	გასინჯულია 26-VI-1926 წელს, საშუალოდ თვის ადგილზე. დანამატები ნორმალურ მდგომარეობაშია.
88 2007	12 V 1926	ბ. ბ. 18 წ. 0—para	Retroversio ut. fix.	—	prima, გართულება არ იყო	11 დღე	უცნობია
89	29 IX 1926	ბ. ბ. 30 წ. 4—para	Retroversio ut. fix. Salpingo-oophoritis bilat.	Salpingo-oophorectomia sin. Salpingo-stomia dex.	prima, გართულება პატარა haematom-ით	20 დღე	უცნობია
90	10 V 1926	ბ. ბ. 18 წ. 0—para	Retroversio ut. fix. cystis ut. dex. Perimetritis adhaesiva.	Salpingo-oophorectomia dex.	prima, გართულება არ იყო	11 დღე	გასინჯულია 25-VI-1926 წელს, მკონდა ინფლტრატო მარჯვენა ადლტის ირგვლივ, საშუალოდ თვის ადგილზე.

Doletri-ის შემთხვევები წესით მოკვანისებრი

ტფილისი № 19.



№ კვანძი № განყოფილება	შემთხვევის თარიღი	აქრო, სიმბოლო, წვრილობა, შეზღუდვა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზღუდვა, გართულება	რამდენჯერ მოკვანიდა	შორეული შედეგი
91	2/VI 1926	ს. ბ. 23 წ. 0—para	Cystis ov. sin. Retroversio ut. fix. perimetritis adhesiva.	Salpingostomia dex. Salpingo-oophorectomia sin.	prima, გართულება არ იყო	II	გასიწყველი I თვის შემდეგ, კარგად არის საშვილოსნო თავის ადგილზე.
92 2204	9/VI 1926	1—para ს. ბ. 30 წ.	Retroversio ut. fix.	—	prima, გართულება არ იყო		უცნობია
93 2806	9/VI 1926	1—para ს. ბ. 23 წ.	Retroflexio ut. fix.	—	prima, გართულება არ იყო		უცნობია
94 2483	27/VI 1926	4—para ს. ბ. 30 წ.	Retroversio ut. mob. Salpingo-oophoritis bilateralis.	Salpingectomy bilateralis cum fundus uteri— ოპერაცია Beutner-ისა	prima, გართულება არ იყო		საშვილოსნო თავის ადგილზე.
95 2888	3/VII 1926	ს. ბ. 23 წ. 4—para	Retroflexio ut. mob.	—	prima, გართულება არ იყო		

საქართველოს ედიკოსთა კავშირის შტაბის ქარაზი. წამლ. ჩუენი მასალ. მიხედვ. 171



Deleri-ის შვიცლილი წესით ოპერაციები

№ ჩოგზე № გამოყენებულია	შემოსვლის თარიღი	ვახი, სსპელო, წიღვიწისა, შვიცლილობა	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შეზორცება, გართულება	ოპერაციის შემდეგ გაწევის დღე	შორეული შედეგი
95 2546	3/VIII	ზ. ბ. 25 წ. ფი	Retroversio ut. fis. Salpingo-oophoritis, perimetritis	Salpingostomia duplex	prima, გართულება არ იყო		საშვილოსნო თავის ადგილზეა.
Leopold-Czerny ხ ოპერაციის მიერ შვიცლილი წესით ოპერაციები.							
96 237	8/II 1923	ბ. ს. 28 წ. 1—para	Retroversio ut. fis. Salpingo-oophoritis chr. bilat.	Salpingo-oophorectomia sin. salpingostomia des.	prima, გართულება არ იყო	29 დღე	უცნობია
97 250	4/XI 1924	ბ. ბ. 30 წ. 4—para	Retroversio ut. fis. Salpingo-oophoritis bil. Appendicitis	Appendectomy. Salpingo-oophorectomia bilater. auto-trasplantatio ov. dextrae in lig. lata sin.	prima, გართულება არ იყო	15 დღე	ავადმყოფი იმყოფება დაცვრების ქვეშ. გადარჩევილ საცერტის მიდამოში იმყოფება ქათმის ცერტის სიფიდის ელასტიური სიმსივნე. საშვილოსნო თავის ადგილზეა. რიგი აქტუ წესითადა. გრძობის თავს კარგად.
98 250	20/III 1926	ბ. ა. 27 წ. 1—para	Retroflexio ut. fis. Salpingo-oophoritis chr. sin.	Salpingo-oophorectomia sin.	prima, გართულება პატარა კანკემა haematom-ით	12 დღე	უცნობია

ა. ცაყაძის კვლევა

Baldy-ის წმინთ ოპერაციები

№ პაციენტი	შემოსტის თარიღი	სქრო, სხეულო, წლოვნობა, მუცლის	დიაგნოზი	დამატებითი ოპერაციები	შროტება, გათილება	მამ ფაქტ-ის დამბე-რის რაოდენობა	შედეგი/შედეგი
100 547	5 XII 1925	4 მ I—para	Retroflexio ut. fix. Salpingo-oophoritis bilater. Appendicitis	Salpingo-oophorectomia dex. Salpingectomy sin. appendectomy.	prima, გათილება არ იყო	16 დღე	უკნობია
101 2482	27/VI 1926	2, 4, 37 წ.	Retroflexio ut. mob.	—	prima, გათილება არ იყო	15 დღე	განხევლია 2 თვის შემდეგ, სოპროლიტის თა-ვის ადგილზეა.
Dartigues-ის წმინთ ოპერაციები							
102 1545	22/III 1926	2, 4, 27 წ. I—para	Retroflexio ut. fix. Cystis ov. dex. Salpingo-oophoritis bil., varices haemor.	Salpingo-oophorectomia dex.	prima, გათილება პატარა კენჭემა haematom-ით	17 დღე	გასიყვანა 3/VII 1926 წ. სოპროლიტის თავის ადგილზეა. ისრუდება პატარა ინფილტრატი ამოღებისთანავე და მისი მოცილება სწამლადის ტალახებით.

საქართველოს
რევოლუციური
მედიკალური
ინსტიტუტი

საქართველოს ადგილის მედიკალური კორპუსი. წამლ. ჩვენი მასალა. მთებუდ. 173

ლიტერატურა

1. Adolph. Die Bedeutung des Levatorspaltes für die Rezidivprognose der prolapsus operation. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. V.—30 N. 3.
2. Елкин М. Оперативное лечение ретроверзий и ретрофлексий по способу автора. Журн. Ак. и Жен. Бол. 1924 № 2, стр. 101.
3. Franke F. Zur operation des Retroflexions und. d. Prolapsus Uteri. Zentralbl. Gyn. 1924 № 26, S. 1428.
4. Fuchs. Gynäkologische Rundschau. 1909 № 7. რეფერ. Журн. Ак. и Женск. Бол. 1910, стр. 1489.
5. Gotte G. et. Peycelon B. A propos de la technique de la fixation ligamentaire de l'utérus suivant le procédé de Doléris. Gynécologie et obstétrique. 1924 № 4. T. XIII.
6. Григорова О. Операции по поводу опущения и выпадения матки и рукава за 11 лет. Журнал Акуш. и Жен. Бол. 1925, кн. 5. стр. 433.
7. Kelly. N. Hysterorrhaphy. The internat. Journ. of the med. Sciences. 1888.
8. Cohn. Zentralbl. f. Gyn. 1889 № 49.
9. Leopold. Ueber die Annäherung des retroflectierten aufgerichteten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand. Samml. kl. Vorträge 1889 № 338.
10. Мишин. В. О задних смещениях матки и их лечении. Одесса 1918.
11. Luque. Gynecologie et ostetrique 1925 № 6 I—XII.
12. Отт. Д. оперативная гинекология. СПб. 1913.
13. Paunz. A. Ein zweites durch Alexander Adams operation mit Erfolg geheilter Fall eines Rezidivw nach interpositio vesico-vaginalis uteri. Zentr. f. gyn 1926 № 3233,
14. Pestudi A. A propos du traitement des retrodewiations utérines. Gynecologie et Obstétrique. 1926 ст. № 5. T. XIII p. 351.
15. Polloson et Bellenda. Revue française de gyn. et d'obstét. 1925.
16. Reiffenstein. Lageferänderungen des Uterus. Kapitel in Halban Seitys Biologie und patologie des Weibes V. III 1924.
17. Славянский К. Hysteropexia abdominalis anterior при задних смещениях матки. Журн. Ак. и Ж. Бол. 1891 г.
18. Saenger M. Uber operative Behandlung des retroversio—flexio uteri. Zentralb. f. Gyn. 1888. № 2 и 3.
19. Torn. W. Gynäkologische Rundschau. 1909 № 6. რეფერ. Ж. Ак. и Жен. Бол. 1910. стр.
20. Schauta F. Gynäkologische Bundschau. 1920. № 20.
21. Федоров В. О выпадениях матки и их лечении Жур. Ак. и Жен. Бол. 1924 г. кн. 4 и 5 стр. 361.

ი. ლორთქიფანიძე.

კლინიკის ასისტენტი.

კუჭის phytobezoar-ის ორი შემთხვევა.

(ტფილისის უნივერ. ბავშთა სნეულების კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. ს. გოგიტიძე).

კუჭის phytobezoar-ის შემთხვევა, რომელიც მე მიიღე დღეს წარმოვუდგინო პატივიცემულ საზოგადოებას, საყურადღებოა, როგორც იშვიათი ხასიათის ავადმყოფობა. ამ ავადმყოფობას ნაკლებად იცნობენ ექიმთა წრეები; მის დროზე გამოცნობას კი აქვს ერთგვარი პრაქტიკული მნიშვნელობა. ეს ავადმყოფობა ჩვენში ალბათ უფრო მეტი რაოდენობით უნდა გვხვდებოდეს, ვიდრე ჩვენ მასზე გავვიგონია. ამას თავდაც ის გარემოება ამტკიცებს, რომ ჩვენს კლინიკაში გარდა ქვემოაღწერილ 2 შემთხვევისა იყო კიდევ 2 შემთხვევა, რომელთაგანაც ერთი მათგანი (ად.ლი 5 წლის) მოთავსებული იყო კლინიკაში პროფ. ს. გოგიტიძის მიერ, მეორე კი მასვე (ს. გოგიტიძეს) უნახავს კერძო ამბულატორიულ მიღების დროს. მაგრამ თუ ჩვენ ამ უკანასკნელ ორ შემთხვევაზე არაფერს ვამბობთ ეს იმიტომ, რომ პირველს, ჯერ სანამ რენტგენოსკოპიას მოვასწრებდით, კლინიკაში ყოფნის დროს კუჭის ქვა დაეშალა. ქვის ნაწილები მომვლელ ქალმა გადაღვარა და ამით საშუალება მოგვისპო შემთხვევის დამტკიცება-დადასტურებისა. მეორე კი სრულად დაგვეკარგა მხედველობიდან, თუმცა გამოგზავნილი იყო აგრეთვე კლინიკაში მოსათავსებლად.

კუჭის უცხო სხეულები სხვადასხვა ჯურისაა. მათა რიცხვი იმდენი შეიძლება იყოს, რამდენიც თვით უცხო სხეულია. კუჭში ნახული ყოვილა სხვადასხვა ავტორთა მიერ კურკები, ძვლის ნატეხები, დანა, ჩანგალი, კოვზი, ფოლაკი, ნემსი და ბევრი სხვა ნივთი. უცხო სხეული შეიძლება უცაბედად მოხვდეს კუჭში, შეიძლება—თავის მოკვლის განზრახვით. Blake მოგვითხრობს ერთ შემთხვევას 16 წლის ქალის შესახებ, რომელსაც თავის მოკვლის განზრახვით ჩაის კოვზი და შუშის ნატეხები გადაუყლაპია; მთელი ეს მასა გამოიშულა per anum მეოთხე დღეს და ავადმყოფი გამოითვლეს. ერთ სულით ავადმყოფს გადაუყლაპია 14 სანტ. სიგრძის კალას ჩანგალი და მხოლოდ 6 წლის შემდეგ გარდაცვლილა; გაკვეთის დროს მის კუჭში უნახიათ ჩანგალი გაშავებული და ზოგადგილას კი დაფარული წითელი ნალექით. ერთ ჯადოსანს გადაუყლაპია 14 დასაკეცი დანა; მეორეს კიდევ ხმალი გადატყდილია და ნაწილი, სიგრძით 20 სანტიმეტრი დარჩენია კუჭში.



ცხადია, რომ მაგარი არაორგანიული ნივთიერებანი, როგორც მაგალითად რკინეულობა, არავითარ ცვლილებას არ განიცდიან საკმლის მოსანელებელ მილში; კარგ შემთხვევაში სტოვებენ მას და გარეთ გამოდიან, უარესში კი რჩებიან ორგანიზმში სიკვდილამდე.

მაგრამ შესაძლებელია, რომ გადაყლაპულ და ზოგჯერ კიდევ შექმულ ნივთიერებამ ცვლილება განიცადოს და სხვადასხვა მექანიზმის გავლენით გაჩნდნენ კუჭში და ნაწლავებში ქვები, რომელთაც ეძახიან ბეზოარებს.

სიტყვა ბეზოარი წარმოდგება არაბულ ბაზედარისაგან და ნიშნავს საწამლაის საწინააღმდეგო ნივთიერებას (gegengift). ზოგიერთ ავადმყოფობის, როგორც მაგალითად ებოლეპსიის დროს, წინედ აძლევენ ბეზოარის გაღვსილ მასას, რომელსაც სხვადასხვა ცხოველების კუჭ-ნაწლავში ნახულობდენ.

ამჟამად არჩევენ tricho (pilo) bezoar-ს და phytobezoar-ს. პირველი ჯურის ბეზოარები წარმოდგებიან თმის, მატყლის ან სხვა ბეწვეულობის გადაყლაპვის გამო. უმთავრესად ეს ავადმყოფობა ნერვულ, სულით ავადმყოფ ქალებში გვხვდება, რადგან ქალებს უფრო გრძელი და მისაწდომი თმა აქვთ და ამგვარ ტიპებს ჩვეულება აქვთ კბილებით თმის ბოლოების მოკვნეების ან დავარცხნის შემდეგ სავარცხელზე დარჩენილ თმის გადაყლაპვის.

Kampmann-ს (Münch. m. V. 1911 წ. № 8) მოჰყავს ერთი შემთხვევა 10 წლის ქალის შესახებ. რომელიც დაბადებიდანვე ძლიერ ნერვული ყოფილა და უკვე 5-6 თვიდან ყლაპავდა მატყლს; ამის გამო მას ვასჩენია კუჭში ნამდვილი ქვა, რომელიც ვასტროტომიის საშუალებით იყო ამოღებული.

Hüttenbach-იც მოგვითხრობს ერთ 18 წლის ქალის შესახებ, რომელიც 4 წლიდან თავის თმებს იკვებდა და ყლაპავდა; სიამოვნებით ყლაპავდა აგრეთვე თავის დედის თმებს, რომელნიც თმის დავარცხნის შემდეგ სავარცხელზე რჩებოდა. ოპერაციით ამოღებული იქნა კუჭიდან ბეზოარი წონით 1170 გრ., სიგრძით 20 სანტიმეტრი, სიფართით 10 სმ., სისქით 8 სმ.; ბავშვი გამოთვლდა. ტრიხობეზოარების შემთხვევა მხოლოდ ლიტერატურაში მოყვანილია 50-მდე.

რაც შეეხება მეორე ჯურის კუჭის ბეზოარებს ე. წ. phyto-ბეზოარებს, რომელთაც ჩვენი შემთხვევები ეკუთვნის, რამდენადაც მე ვიცი, მხოლოდ ლიტერატურაში 2 შემთხვევა უნდა იყოს აღწერილი. ერთი Schreiber-ის მიერ (ციტ. Hüttenbach.), რომელსაც ერთ ქალისათვის კუჭიდან ოპერაციის საშუალებით ამოჰლია შავი ძირის კონგლომერატი (Schwarzwürzeln), რომელსაც თურმე ავადმყოფი ბევრს სჯამდა. ავადმყოფი გამოთვლდა. მეორე შემთხვევა, Kroyker-ის მიერ აღწერილი, 52 წლის მამაკაცს შეეხება, რომლის კუჭში მან ნახა ფიტობეზოარი 885 გრამი წონით.

საკმლის მოსანელებელ მილის სხვა ადგილებშიც, მაგალითად, ნაწლავებშიც უნახავთ ბეზოარები. Broca მიუთითებს ალუბლის კურკების შეწყობების შესაძლებლობას; მისი გადმოცემით Froelich-ს ენტეროტომიით ამოჰლია ნაწლავიდან 120 კურკა. Cruveillier-ს ერთი პირის გაკვეთის დროს უნახავს მსხვილ ნაწლავში ძლიერ დიდი ქვა შემდგარი 617 ალუბლის კურკისაგან.

გადავდივარ ჩვენს შემთხვევებზე.

Anann. შოთა სუ-ლი 4 1/2 წლის, ქართველი, საგურამოდან. შემოვიდა კლინიკაში 2/XII 1925 წელს პირის ლებინების და კუჭის მიდამოში სიმსენეზე ჩივილით. 3 კვირით ადრე კლინიკაში მოსვლამდე ბავშვმა სჯამა ხურმა ბევრი რაოდენობით, რის შემდეგ მას იმავე საღამოს სიციხე მისცა და მუცლის ტკივილი და პირის ლებინება აუტყდა. მეორე დღიდან დღემდე

შეამჩნია ბავშვის მუცლის ზედა ნაწილში რალაც სიმსივნე, რომელიც საფარალათო ზეთის მიცემის და ოუნის გაკეთების შემდეგ მაინც უცვლელი დარჩა.

ბავშვი დაიბადა მეორე ორსულობიდან ჯანსაღი; იკვებებოდა დედის ძუძუთი 2 წლამდე უსისტემოდ. 1 1/2 წლისამ იხდა წითელა ადვილად. 2 წლისას შეზდა ყვიანა ხველა, რის შემდეგ ჰქონდა ფალარათოზა (ულორწოდ და უსისხლოდ) სიცხით სამი თვის განმავლობაში. დედამა ჯანმრთელია; ჰყავთ მარტო ორი ბავში: ერთი 2 წლის ჯანმრთელი ქალი, მეორეც—ჩვენი ავადმყოფი. სხვა ბავშვები არ ჰყოლიათ.

St. Pr. ავადმყოფი წონით 17.300 გრ. სიმაღლით 105,5 სანტიმეტრი, თავის გარშემოწერილობა 50 სტ., გულ-მკერდის—55 სტ., მუცლის ჰიპის დონეზე 54 სტ., მახვილისებრ მორჩისა და ჰიპს შორის 56 სტ., ჰიპს ქვევით 54 სტ.; სწორი აგებულების, ფერმკრთალი ლორწოვანი გარსებით და კანით, ეს უკანასკნელი მთლიანი, სუფთა, მოქნილი. კან ქვეშა ცხიმი და კუნთები ნაკლებ განვითარებული. ლიმფატური ჯირკვლები ილლიის ქვეშ და სახარდულეებში ლობიოს კაკლის ოდენა, კისრის უფრო პატარა. ძვლები მაგარი, სწორი, მხოლოდ ნეკნებზე ემჩნევა ოდნავი რახტიული კრიალოსანი. სახსრები უცვლელი. ნერვიულ სისტემის მხრივ ავადმყოფს ემჩნევა კანის და მყესების რეფლექსების მოღუწება.

მაღა დაკლებული აქვს; პირის ლებინება ერთხელ; არიან ტკივილებზე ბავში არ სჩივის. პირის ლორწოვანი გარსი ცოტა მომწრალო, თითის მიკარება, ღრძილებიდან ადვილად იწვევს სისხლის დენას. კბილები რიკვითი ოცი. ზედა საკებრ კბილებს ფუძესთან მოშორებული აქვს ემალის ნივთიერება. სამ ზედა საკებრ კბილს (მარჯვნიდან) მათ წინა ზედაპირზე ემჩნევა მრგვალი, ქინძისთავის თავზე ცოტა მეტი ამონაქდები. ხახა და ნუშისებრი ჯირკვლები ცვლილებებზე არ განიკლიან. პირიდან ცუდი სუნის ამოსდის. საყლაპავი მილი გამავალია საჭმელისათვის.

მუცელი საშუალო სიდიდის, ის ქვედა ნაწილში გაბრტყელებულია; ზევით, ეპიგასტრიუმის მიდამოში ემჩნევა ამონეჭილობა ცილინდრული ფორმის, ირიბად მდებარე, რომელიც მოძრაობა ზევით და ქვევით დიაფრაგმის სუნთქვითი ექსკურსიის დროს. ზერელე სუნთქვის დროს ის აღწევს თავისი ქვედა კიდიით მახვილისებრ მორჩისა და ჰიპს შუა დონემდე, მუცლის კედლები სრულიად ობილი, უმტკივნელო. პალპაციის დროს ამონეჭილობის ალაგს ვაოვლობთ სიმსივნეს, რომლის კონსისტენცია ბრტილისებრ მაგარია, ზედაპირი ხორკლიანი და უსწორმასწორო აქვს; პალპაციით ამავე არეში გამოიწვევა მხოლოდ გრძობიერება, ტკივილები კი არა. სიმსივნე მარჯვნივ აღწევს მარჯვენა პარასტერნალურ ხახამდე; ამავე ხაზით სცილდება ნეკნთა რკალს ქვევით 4 სანტიმეტრით, მედიალურ ხაზით კი 7 სანტიმეტრით და იმალება მარცხენა ნეკნთა რკალს შიგნით. ამრიგად, სრულიად თავისუფლად შეიძლება მარჯვნიდან და მარცხნიდან ხელით შემაოყოლა, ზედა მხარე კი მიუწოდომელი იყო. სიმსივნის ზევით და მარცხნივ აწევა შესაძლებელია იმდენად, რომ ეპიგასტრიუმის მიდამო მისგან სრულიად თავისუფლდება, მხოლოდ ამ დროს Traube-ს სივრცის პერკუტორული ხმა სრულიად ყრუვდება. სიმსივნის ქვევით ჩამოწევა უფრო განსაზღვრული იყო, მარჯვნივ—კიდევ უფრო მეტად.

დგომის დროს სიმსივნე მდებარეობას არ იცვლიდა თავისთავად. კუჭის ქვედა სახლვარი ერთი თითის დადებით ჰიპს ქვევით; მარცხენა მენჯის ფოსოს მიდამოში ისინჯება S. Romanum-ი შუა თითის სისზო, სადა კედლებით, უმტკივნელო. Coecum-ი ისინჯება ჩვეულებრივ ადგილას ცერის სისზო, შეიცავს გაზებს და სითხეს—აგრეთვე სადა კედლებიანია. გარეთ გაიკიდა 1-ჯერ ფორმიულად, ულორწოდ და უსისხლოდ. მიკროსკოპიულად აღმოჩნდა კვერცხები *Ascaris lumbricoides*.

ღვიძლის ზედა-სახლვარი მამილარულ ხაზ-თ მეხუთე ნეკნის ზედა კიდე. შუა აკსილარულ ხაზით-კი მეექვსე ნეკნი. ქვევით გამოდის 2 სანტიმეტრით (მამილარ. ხაზით) სწორი კიდიანი, საშუალო სიმკვრივის.

ვლენითს ზედა სახლვარს ვლებულობთ შუა აკსილარულ ხაზით წოლის დროს მე 6 ნეკნზე, დგომის დროს კი მე 7 ნეკნზე; ქვევით ტიმპანიური ხმა ისმის და ძნელი გასარჩევია თუ სად თავდება მისი ქვედა სახლვარი, მხოლოდ პალპაციით კი არ იმინჯება ნეკნთა რკალს ქვეშ ღრმა შესუნთქვის დროსაც.

პულსი 100-სი წამში, საშუალო ავსების, რიტმიული. გულის სახლვარი ნორმალურ ფარგლებში. ტონები მთავრებულია.

სუნთქვა 24-ი წამში, საშუალო სიღრმის; ფილტვის სახლერები ნორმალური; მოსმენით პერიოდული სუნთქვა.

გარეგანი სასქესო და საშარდე ორგანოები თვალსაჩინო ცვლილებებს არ განიცდიან. შარდი ჩაღის ფერი, ზვედრითი წონა 1015, რეაქცია მჟავა, ცილა და შაქარი არ არის; ინდიკანი და ურობილინი ნორმას არ აღემატება. ნალღელის პიგმენტი. არ არის; დიაზოზრეაქც. უარყოფითია. ნალღეში შარდ-მჟავას მარილები.

სისხლი გამოკვლეული იყო ორჯერ:

8/XII 1925 წ.

1. წითელი ბურთ—3.800.000.
2. თეთრი ბურთ—10.050.
3. Hb—45%.

ლევიკოციტარული ფორმულა

- | | | |
|----------------------|---|------|
| 1. ნეიტროფილ.—41 % | } | 56 % |
| 2. დიდი ლიმფ.—6 % | | |
| 3. პატ. ლიმფოც. 50 % | | |
| 4. მონონუკლ.—2 % | | |
| 5. ეოზინოფ.—1 % | | |

Wasserman-ის რეაქცია უარყოფითია.

გამოკვლეული იყო კუჭის წვენიც; 15/XII 1925 წ. მიეცით უზნოდ 200 გრ. რძე კუჭის სეკრეციის გამოსარკვევად, მაგრამ 1 საათს შემდეგ კუჭი ცალიერი აღმოჩნდა და წვენი ვერ მივიღეთ. 16/XII ზელმფორედ გამოკვლეული იყო კუჭის წვენი; ბავშს მიცემული ჰქონდა უზნოდ 200 გრ. რძე; 30 წუთის შემდეგ ამოვიღეთ კუჭის წვენი 50 კ. ს. რაოდენობით;

წვენი შეიცავდა ბევრ ლორწოს, მჟავა რეაქციის იყო.

საერთო სიმე.—15,6 °.

შეკვრ. Hcl—0,034—9,6°.

თავისუფალი Hcl—არ არის.

რძის მჟავა არ არის, ნალღელის პიგმენტები არ არის. მიკროსკოპულად ლორწო, ბაქტერიები და უფრო მეტი ბაცილები; ბრტყელი ეპითელიუმი (პირის ღრუს), ცხიმის ბურთულეები და 15—20 ლევიკოციტი მხედველობის არეში.

30/XII ისევ გამოკვლეული იყო კუჭის წვენი; ბავშს მიეცით უზნოდ 200 გრ. რძე; 40 წუთს შემდეგ ამოვიღეთ 60 კ. ს. კუჭის წვენი მჟავა რეაქციის, რომელიც ბევრ ლორწოს შეიცავდა.

საერთო სიმე.—24°.

შეკვრ. Hcl—0,058—16°.

თავისუფალი Hcl—არ არის.

რძის მჟავა და ნალღელის პიგმენტები არ არის მიკროსკოპულად.

განსაკუთრებულ ყურადღების საგნად ჩვენი ავადმყოფის შესწავლის დროს შეიქნა ეპიგასტრიუმის მიდამოში მყოფი ტუმორი. თუმცა მართალია, რომ დაკვირვების პირველ დღეებზე ჩვენ გადაწყვეტით არ გვითქვამს, თუ რა ხასიათის და რომელ ორგანოა იყო წარმომდგარი სიმსივნე, მაგრამ ჩვენთვის ექვს გარეშე იყო, რომ მას არავითარი კავშირი არ ჰქონდა ლეიქთან, ვინაიდან შეესაძლებლით tumor-ის მარცხნივ და ზვეითკენ აწევა და ამრიგად მისი სრულიად გამოცალკეება ლეიქმის მარცხენა წილადისაგან. არ ჰქონდა მას კავშირი აგრეთვე ელენთასთან, რადგანაც აღ შეკანასკნელის ზედა საზღვარი აღინიშნებოდა შუა აქსილარულ ხაზით მე 6—7 ნეკნზე და როდესაც შევეცდებოდით სიმსივნის ქვევით და მარჯვნივ ჩამოწევას და მასასადამე Traube-ს სივრცის ერთგვარად განთავისუფლებას, მაშინ მოყრუება ელენთის ადგილას ისევ უცვლელად რჩებოდა. ამრიგად tumor-ს არ ჰქონდა კავშირი არც ლეიქთან და არც ელენთასთან.

სიმსივნის Colon-თან დამოუკიდებლობა გამოაშკარავდა ამ უკანასკნელის გაბერვის დროს.

სნეულების მიმდინარეობის დაკვირვებამ უფრო დაგვარწმუნა, რომ ჩვენ საქმე გვქონდა არა რომელიმე ორგანოდან წარმომდგარ ტუმორთან, არამედ კუჭში თავისუფლად მდებარე, ხურმის ნივთიერების და მის კურკების შეწყობის გამო შექმნილ უცხო სხეულთან. ამას ამტკიცებდა ჯერ ერთი ის, რომ ბავშვს მართლაც უჭამია და, უკეთ რომ ვსთქვათ, პირდაპირ უყვარია ხურმა ბევრი რაოდენობით; მეორე ის, რომ კლინიკაში შემოსვლის შესამე დღეს ბავშვს აღუვარდა პირის ლებინება და ნასაქმებში ამოაყოლა 1 ხურმის კაკალი. სიმსივნის კუჭში ყოფნას ადასტურებდა სიმსივნის ხელით გამოწვეული მოძრაობა კუჭისვე მიდამოში. უხმოდ მაგალითად ჩვენ ჩამოვსწიეთ სიმსივნი იმდენად, რომ შეიძლებოდა მისი ოთხივე მხრიდან შემოვლა თითებით. ასეთ მდებარეობის დროს მისი ზედა საზღვარი იმყოფებოდა მახვილისებრ მორჩსა და ქიპს შუა დონეზე; მარცხენა—მარცხენა პარასტერნალურ ხაზზე; მარჯვნივ—წინა აკსილარულ ხაზზე, ქვევით ქი 2 თითის დადებით ქიპს ქვევით. მოვახერხეთ სიმსივნის მუცელში გაზომვა: სიგრძე უდრიდა 13 სტ., სიგანე 9 სანტიმეტრს. თუმცა ამგვარად სიმსივნის ქვედა საზღვარი გადასცილდა აღნიშნულს კუჭის საზღვარს ერთი თითის დადებით, მაგრამ ეს ალბათ გამოწვეული იყო კუჭის ქვევით ძალათი ჩამოწევით.

სანამ კუჭი სავსე იყო და საერთოდ შეიცავდა საქმელს, მანამ შეუძლებელი იყო ჩვენი ნებით სიმსივნის ასეთი მოძრაობა, რადგან საქმლის მასსები ყოველთვის იკავებდა უფრო ქვედა მდებარეობას და უცხო სხეული კი ყოველთვის ზევით ასტურდებოდა ხოლმე და მით უფრო მეტად, რამდენად უფრო მეტს საქმელს და სითხეს მიიღებდა ავადმყოფი.

მაშასადამე უფრო დასაბუთებულად მიგვაჩნდა გვეცნო სიმსივნის კუჭში მდებარეობა, რაც საბოლოოდ გამოარკვია რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ბისმუტის ფაფის მიცემის შემდეგ პატივც. ამხან. მიხ. ნემსაძემ.

კუჭის აეთვისებიან წარმოქმნაზე ჩვენ არ ვფიქრობდით, თუმცა როგორც Osler-ი აღნიშნავს, ბეზოარის მაგიერად ხშირად დასმულა დიაგნოზი კუჭის კარცინომისა. მაგალ. Hüttenbach-ის შემთხვევაში მარილ მკეაეს არ ქონება და რძის მკეაეს აღმოჩენა კუჭის წვენიში ლაპარაკობდა ნეოპლაზმის არსებობაზე მით უმეტეს, რომ სიგამზდრე, საერთო ანემია არ გამოორიცხავდა სრულიად ასეთ შესაძლებლობას.

ყველა მოსაზრებების მიხედვით საბოლოო ჩვენი დიაგნოზი იყო კუჭის უცხო სხეული, კუჭის ქვა—შექმნილი ხურმის ნივთიერების და მის კურკების შეწყობებით.

რადგანაც ავადმყოფობა ძლიერ იშვიათია, ამიტომ ჩემის აზრით არ იქნება ზედმეტი ორიოდ სიტყვით მაინც აღვნიშნოთ ის კლინიკური სიმპტომები, რომელნიც ჩვენ მიერ იყო შემჩნეული.

კუჭ-ნაწლავის მხრივ აღსანიშნავი იყო პირის ლებინება თითქმის ყოველ დღე საქმელის მიღების შემდეგ; ამონაღები ბევრ ლორწოს, საფუარის სოკოებს და ბრტყელ ეპითელიუმს შეიცავდა.

ხელოვნურად გამოწვეული უცხო სხეულის (ბეზოარის) მოძრაობა ბავშს არა სასიამოვნო გრძნობას ჰგვრიდა, მხოლოდ ტკივილები კი არავითარი არ ჰქონია. საერთოდ ვიცით ექსპერიმენტიდან, რომ კუჭი უგრძნობია მიკარები-სადმი, მაგრამ ძლიერ გრძნობს გავსებას (Fleiner). კუჭის ლორწოვანი გარსი სრულიად არ არის აღჭურვილი უნარით შეხების, სამტკივნელო და ტემპერატურულ შეგრძნების მისაღებად. კუჭის გაფართოებაც და შესაძლებელია ცოტა-ოდენი პტოზიც, რომელიც აღენიშნეთ ჩვენ ავადმყოფზე შეეძლო გამოეწვია მასში მდებარე ბეზოარს, რომელიც იწონიდა თითქმის $\frac{1}{4}$ გირვანქამდე.

კუჭის მოტორული ფუნქცია ალბათ აწეული იყო, რადგანაც პირველჯერ მიცემული 200 კ. ს. რძე უკვე ერთ საათში კუჭში აღარ იყო. ჰიპერკინეზის დროს, რასაკვირველია, საკმელი ჩქარა გადადის ნაწლავებში, ხშირად არა საკმარისად მომზადებული. მაშინ ნაწლავებს უხდებათ უფრო მეტი მუშაობა.

კუჭის სეკრეტორული ფუნქცია დარღვეული უნდა ყოფილიყო, რადგან ჯერ კუჭის წვეთის გამოკვლევამ გვიჩვენა საერთო სიმეავიანობის ნაკლებობა და თავისუფალ HCl-ის არ ქონება.

ბავშვი საერთოდ ძლიერ ნაკლებად სკამდა; შესაძლებელია იმიტომ რომ ყოველთვის ჰქონდა მაძღრობის გრძნობა, რადგან კუჭში სიმსივნეს დიდი ადგილი ეჭირა. ბევრი ავტორი აღნიშნავს თავიანთ შემთხვევებში ფალარათობას, მაგრამ ჩვენს ავადმყოფს პირიქით ყაბზობა ჰქონდა.

თუმცა ავადმყოფობა არ იყო მაინცა მაინც ხანგრძლივი, მაგრამ ბავშვი დღით დღე სუსტდებოდა და მარტო კლინიკის თერაპევტიულ განყოფილებაში ყოფნის დროს (39 დღეში) წონაში დაკარგა 2 კგ. 350 გრამი. ასეთივე გახდომა აღნიშნული აქვს სხვა ავტორებსაც და ხსნიან მას უმადობით ან პირის ღებინებით. რადგანაც თერაპევტიული ზომებით (მაგალითად ბორჯომის წყლის მიცემით) არავითარი შედეგი არ მივიღეთ, ამიტომ ბავშვი გადავიყვანეთ ქირურგიულ განყოფილებაში საოპერაციოდ 9/1 1926 წელს.

11/1 თევრის ნარკოზის ქვეშ, კლინიკის უფროს ასისტენტის პატივემულ მიხეილ კილო-სანიძის მიერ ბავშს გაუკეთდა gastrotomia და კუჭის ღრუდან ამოღებული იქნა ერთი დიდი, ცილინდრიული ფორმის სხეული და მეორე გაცილებით უფრო პატარა, მომრგვალო და უფრო გაბრტყელებული. ზომები: პირველის სიგრძე 11,3 სტ., სიფართო 6,5 სტ., სისქე 5,4 სტ. მეორეს (პატარა) სიგრძე 6 სტ., სიფართო 5,5 სტ., სისქე 3 სტ. (იხილ. სურ. № 1).

ორივე სხეული ერთი მეორეზე იყვენ მიკედლებულნი სადა ფასეტებით; სხეულები მოშავო ფერის ადგილ ზორჭლიანი, ადგილ კი უფრო სადა, დაფარულნი იყვენ საკმაო რაოდენობის ლორწოვანი რუხი ფერის მასით. მათ კედლებს შეადგენდა გამსხვილებული და ბევრად უფრო გატლენთილი და გაზრდილი ზურმის მარცვლები, რომელნიც ზოგ ადგილას მთლიანად მოსჩანდნენ, ზოგ ადგილას კი მხოლოდ ნაწილობრივ (ნაწილობრივ კი ჩაფლულნი იყვენ ზურმის მასაში). ამოღებულ სხეულების (ფიტარბეზოარების) კონსისტენცია უშუალო შეხებით აღმოჩნდა უფრო რბილი, ვიდრე კუჭში მდებარე ისინჯებოდა.

ბეზოარის პატარა ნაწილი, გაღვსილი ფიზიოლოგიურ ხსნარში, გასინჯული იქნა მიკროსკოპის ქვეშ; აღმოჩნდა აუარებელი საფუარის სოკოები, ბრტყელი ეპიტელიუმი, ერთეული ცილინდრიული ეპიტელიუმი და ბევრი ბაქტერიები.

ოპერაციის დროს საშუალება გვქონდა კუჭი საფუძვლიანად დაგვეთვალიერებინა: მისი ლორწოვანი გარსი ძლიერ ჰიპერემიული და შეშუპებული იყო და ბევრ ლორწოს გამოყოფდა. ზოგ ავტორს უნახია ბეზოარების ზეგავლენის ქვეშ აღმოცენებული იარები კუჭის ლორწოვან გარსზე, რომელნიც დეკუბიტალურ იარებათ არიან ცნობილნი; ზოგს კი არავითარი ცვლილება არ უნახია (Hütten-



bach-ი). ჩვენ შემთხვევაში კედელი გასქელებული იყო, მაგრამ serosa-ს გაღიზიანება არ აღინიშნებოდა.

თავის თავად ცხადია, რომ მიზეზები ამ ბეზოარების წარმოშობის შესახებ საინტერესო საკითხია, მაგრამ საუბედუროთ ამის შესახებ ჩემ ხელთ მყოფ ლიტერატურაში არაფერი არ არის მოხსენებული. მიზეზი tricho (pilo) ბეზოარის შექმნის უფრო გასაგებია, რადგანაც თმა, მატყლი და სხვა ამგვარი ნივთიერება ალბათ გადახლართება ერთი მეორეს და შეიქნება მორგვი, რომლის დაშლა ძლიერ სიძნელეს უნდა წარმოადგენდეს კუჭისათვის.

ჩენს ავადმყოფ ბავშს, როგორც უკვე მოგახსენეთ, ხურმა უყვარდა ბევრი რაოდენობით. რადგან ხურმა ძლიერ წებოვანია, ამიტომ მისი თავიდან მოშორება არ წარმოადგენდა კუჭისათვის ალბათ ადვილ ამოცანას. კუჭის მოტორულ მოქმედებისათვის (деятельности) უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს საჭმელის ფიზიკურ თვისებას, ვიდრე ქიმიურს. მაგალითად ცნობილია, რომ ცხიმოვან ემულსიებში ისინი უფრო ჩქარა სტოვებენ კუჭს, რომელთა წებოვნობაც ნაკლებია. არც ქიმიური გარდაქმნა იყო ადვილი იმ შეკვრულ მასის, რომელსაც ჩაყლაპული ხურმა წარმოადგენდა. შემდეგი გაქვეყნება ამ ხურმის მასის ჩვენ ამგვარად გვაქვს წარმოადგენილი, რომ ის, როგორც უცხო სხეული, იწვევდა კუჭიდან ლორწოს გამოყოფას; ლორწო კი ალბათ ილექებოდა ხურმაში მყოფ ტანინის ნივთიერებით. რომელიც კიდევ უფრო აკავშირებდა მასსას. შემდეგში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდა ინკრუსტაციას არაორგანიულ მარილებით.

ოპერაციის შემდეგ ბავშს თანდათან მოკეთება დაეცყო;

17/1 1926 წ. ნაკერები ახსნილი იქნა, პრილობა შეზორცდა per prim. int.

30/1 მივეცი 200 გრ. რძე კუჭის სეკრეციის გამოსარკვევად. 1/2 საათის შემდეგ ამოვიღეთ 50 კ. ს. კუჭის წვენი მთავე რეაქციის, ძლიერ ნაკლებ ლორწოს შეიცავდა. საერთო სიმკვავე—17,5°, შერული=0,054 %—15°, თავისუფალ Hcl არ არის. მიკროსკოპულად ერთეული ლეიკოციტები, ეპიტელ. უჯრედები და ცხიმის ბურთულები (რძის).

2 თებერვალს 1926 წელს ბავში გაეწერა კლინიკიდან 800 გრამის მომატებით სრულიად გამომრთელებული. როგორც კუროზს ვადმრგვემენ, რომ ავადმყოფის ბაბუას, ის ხურმის ხე, რომლის ნაყოფია წერა კინალამ გახდა პატარა შოთა, ძირიანად მოუჭრია.

ამ შემთხვევის შესახებ ექიმთა საზოგადოებაში მოხსენების გაკეთების შემდეგ, ჩვენ კიდევ მოგვიხდა ამგვარივე ავადმყოფის ნახვა, რომელიც გამოგზავნილი იყო აგრეთვე განსვენებულ პროფ. ს. გოგიტიძის მიერ და მიღებული კლინიკაში 5/1 1927 წელს. ორიოდ სიტყვით ამ ავადმყოფის შესახებაც მინდა ვადმოგეცეთ ჩვენი შთაბეჭდილებანი:

დე - შვილი ოთარი 4 1/2 წლის, ქართველი, სოფელ ვაქირიდან (სიღნაღის მაზრა). ორი თვე ავად სთელიან—მას შემდეგ, რაც ბავშს მეზობლის ეზოში ხურმის დარეკის დროს უჭამია ეს უკანასკნელი ბევრი რაოდენობით. იმავე საღამოს ბავშს ძლიერი ტკივილები აუტყდა მუცლის ზედა ნაწილში და პირის ღებინება; ამოუყოლებია ხურმის ნაწილები, სიციხე არ ჰქონია. მეორე დღიდან დედამ შენიშნა სიმკვრივე მუცლის ზედა ნაწილში. მეორე დღიდანვე ბავშს მისცეს ექიმის დანიშნულებით საფალარათო ხეთი, მაგრამ განავალში ხურმის ნაწილები არ გაუყოლებია.

მესამე დღიდან დაწყებული ბავშს თითქმის ყოველ დღით უზმოვ აქვს პირის ღებინება; საჭმელის კმაშის შემდეგ კი არა. ბავში გახდა და ფერი დაკარგა.

დაიბადა პირველ ორსულობიდან მე-9 თვეზე; იკვებებოდა დედის ძუძუთი I წლამდე; დამატებითი საზრდო 4 თვიდან; ბავში კარგად ვითარდებოდა.

პირველი კბილები 8 თვეზე ამოეჭრა, სიარული 1 წ. და 2 თვისამ დაიწყო. არავითარი სნეულება არ ჰქონია.

St. Pr. ბავში სწორი ტანის აგებულობის, 14 კვგ. და 250 გრ. წონით, 98 სანტ. სიმაღლით; თავის გარშემოწერილობა 47 სტ., მუცლის—58 სტ. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი საშუალოზე ნაკლებ განვითარებული; ნეკნებზე რახიტული კრიალოსანი.

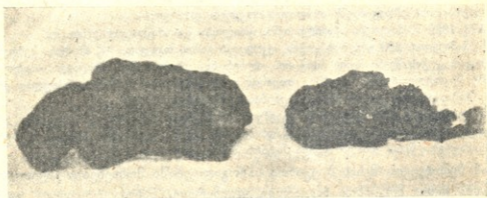
მადა კარგი აქვს; გულის რევა, რწყევა და ტკივილები არ აქვს. ენა ოდნავ შეღესილი; კბილები ყველა მთელი, ნუშისებრი ჯირკვლები ოდნავ შეწითლებული; მუცელი წამოებრილი აქვს მის ზედა ნაწილში; მუცლის კედლები რბილია. კუჭის მიდამოში ისინჯება სიმსივნე ხრტილისებრი კონსისტენციის, უსწორო ზედაპირით, რომლის ხელით გადაწევა-გადმოწევა შეიძლება სრულიად თავისუფლად, როგორც ზევით და ქვევით, ისე მარცხნივ და მარჯვნივ, მხოლოდ კუჭის მიდამოში. კუჭის ქვედა საზღვარი კი იმყოფება ერთი თითის დადებით ტოპს ზევით. ეს სხეული თვით მუცლის ღრუში სიჭრბით გაზომვით უდრის დაახლოებით 11—12 სანტიმეტრს. როცა კუჭი გაზით (acid. tart. და Natr. bicarb.) გავებრეთ, მაშინ სხეული ბავშვის ფეხზე დგომის დროს კუჭის ქვედა ნაწილში მოთავსდა, მხოლოდ, როცა სითხე შევიყვანეთ კუჭში, მაშინ ის ზვეითვე ასცურდა.

Coecum-ი ნეკის სისხო, შეგუმშულია და უმტკივნელო; S. Romanum-ი შუა თითის სისხო, აგრეთვე უმტკივნელო, სადა კედლებით. განავალი ფორმიული I ჯგერ დღეში, მიკროსკოპიულად აღმოჩნდა კვერცხები Asc. lumbricoides.

ღვიძლი და ელენთა ნორმალურ ფარგლებში.

პულსი 103 წ., რიტმიული; გულის საზღვრები ნორმალურია, მოსმენით ოდნავ მოყრუებული ტონები, შუილი არსად არ იმის.

სუნთქვა 26 წ., არსად მოყრუება არ აღინიშნება, მოსმენით პუერილური სუნთქვა. შარდში არაფერი გარდა ზედმეტი რაოდენობის ინდიკანისა.



№ 1. შემთხვ. პირველი

№ 2. შემთხვ. მეორე.

სისხლის ანალიზი:

წითელ ბურთ.—3.500.000

თეთრი ბურთ.—11.300

Hb—51 %

ლეეოციტ. ფორმულა:

1. ნეოტროფ.—57 %
2. ლიმფ. დიდ.—5 %
3. ლიმფ. პატარ.—32 %
4. გარდ. ფორმ. 2 %
5. ეოზინოფ.—3 %
6. ბაზოფილ.—1 %

კუჭის წვენი გამოკვლეული ჰქონდა 200 კ. ს. რძის მიცემის შემდეგ; საერთო სიმკვავიანობა უდრიდა 62°, თავისუფალი HCl—6,14 %—40°, შეკრული HCl—0,073—20°.

14/1-დან ბავშვს დანიშნული ჰქონდა თითო ბოთლი ბორჯომის წყალი გაცხელებული, 15 დღის განმავლობაში, იმ მოსაზრებით, რომ მას უნდა გამოეწევა დალექილ ლორწოს გახსნა და

ამგვარად შეკვრულ-გაქვავებულ ნივთიერების დაშლა. მართლაც ამ ხნის განმავლობაში ბავშმა გააყოლა 38 ხურმის კაკალი და აგრეთვე ცალკე ხურმის ნივთიერება. ამას გარდა ჩვენ შევიყვანეთ უზმოდ კუჭში სულ 4 ჯერ Acid tart. და Natri bicarbon.-ის ხსნარი და ამრიგად ჩვენ ვიწყვედით კუჭის გაზებით გაბერვას. ერთხელ ასეთ ხსნარის შეყვანის შემდეგ ბავშს პირიდან ამოაღებინა ნიგვზის ოდენობის ხურმის ნივთიერება, მეორეჯერ კი ის განავალში გააყოლა.

გაზების წნევის უნდა ჰქონოდა ხურმის ქვაზე გამაფხვიერებელი გავლენა, რადგან გაზი უფრო ადვილად შევიდოდა მასში.

ჩვენი დავირებით ქვა დღითი დღე პატარავდებოდა კუჭში, მაგრამ ბოლოს მისი დაშლა შეჩერდა მიუხედავად იმისა, რომ დრო გამოშვებით მაინც ვაძლევდით ბორჯომის წყალს.

ბოლოს ჩვენ მაინც იძულებული ვიყავით ბავში გადაგვეყვანა ქირურგიულ განყოფილებაში საოპერაციოდ. 16/III პატივე. ექიმ მ. კილოსანიძემ გაუკეთა gastrotomia; ბეზოარი—ქვა ამოღების დროს დაიშალა, მაგრამ ჩვენ ის შევაწებეთ და სურ. № 2 წარმოდგენილია, როგორც მთლიანი ქვა. ქვა ჩვენ გამოვიკვლიეთ მიკროსკოპიულად, მაგრამ შიდ კირის მარილები ვერ ვნახეთ. ხურმის უჯრედთა შორის აღმოჩნდა აუარებელი სარცინები.

ბავშს მხოლოდ ორი დღე ჰქონდა სიცხე 38 ° და მასზე ნაკლები, შემდეგ დღითი დღე მდგომარეობა გაუმჯობესდა და ბავშვი სრულიად გამომრთელებული გაეწერა კლინიკიდან.

ლიტერატურა:

1. Broca A. Chirurgie infantile. 1914.
2. Franke. Münch. m. Wochensh. 1913 № 31.
3. Hüttenbach. Ein fall von Trichobezoar des Magens bei infantilismus
Mitteil. aus der grenzgebieten der Medic. und chirurg. 1911 r. H 1.
4. Kampmann. E. Ein Trichoezoarim Magen. Münch. m. Woch. 1911 № 8.
5. Kaufmann. Lehrbuch für spez. pat.-anatom. 1904.
6. Мари Н. Н. Основы пат. анатом. домашн. животных.
7. Sultan Georg. Учебник и атлас по ч. хирург.
8. Wullstein und Wilms. Lehrbuch d. Chirurgie. 1916.

ა. სიჭინავა.

კლ. ორდინატორი

აპენდიციტის ეტიოლოგიისათვის.

ბავშთა კლინიკის (დირექტორი პროფ. ს. გოგიტიძე) ქირურგიულ განყოფილებიდან. გამგე—ექ. მ. კილოსანიძე.

აპენდიციტის ეტიოლოგია, მიუხედავად ამ სნეულების ძლიერ გავრცელებისა, ჯერ კიდევ მთლიანად შესწავლილი არ არის. ლიტერატურა ამ დაავადების საკითხზე ყოველ მხრივ მრავალი მოიპოვება. მიუხედავად ამისა ის მაინც, როგორც პრ. მაჭავარიანი აღნიშნავს, „დიდი დაკვირების და ნაირ-ნაირი მსჯელობის და ბაასის ობიექტია ეტიოლოგიის და სიმპტომატოლოგიის მხრივ“.

შემთხვევა, რომელიც მე მინდა ავსწერო, ეტიოლოგიის მხრივ არ წარმოადგეს ჩვეულებრივს და ხშირს. ამის გამო მისი გაცნობა ინტერესს მოკლებული არ იქნება. დაკვირვება შეეხება 12 წლის ბავშს ე. ნ.-ს, რომელიც შემოვიდა ბავშთა სნეულებათა კლინიკის ქირურგიულ განყოფილებაში 1926 წ. 7 ნოემბერს.

Anamnesis morbi: აღდგომის წინა დღეს საღამოს 4 საათზე, ავადმყოფს უცებ აუტყდა პირის ღებინება, მისცა თანაც მალალი სიცხე და დაეწყო ტკივილები, კიპის მიდამოში. სამ დღეში სრულად მოკეთდა და 1 კვირაში სიარულიც დაიწყო, ორი თვის შემდეგ ამ გვარი მოვლენები განუმეორდა, რის შემდეგაც ავადმყოფს დაჰყვა დრო გამოშვებით ყრუ ხასიათის ტკივილები კიპის და განსაკუთრებით ილეოცეკალურ მიდამოს. ტკივილები უფრო საგრძნობი ხდება სირბილის (სკოლაში თამაში) და ქამის შემდეგ.

Anamnesis aegroti: ბავშს უავადმყოფნია: ფილტვების ანთებით 6 თვეზე; 2 წელზე ყვიანა ხველით და 4 წელზე კი წითელით, რომელიც გართულებულა ფილტვების ანთებით; ათთქმის ყოველ ზამთრობით აქვს ბრონქიტი და ინფლუენცა. ზემოთ აღწერილი აპენდიციტის პირველ შეტევამდე, რომელიც ავადმყოფს ჰქონდა გასულ წლის 1 მაისს, Influenza-ათი და ბრონქიტით დაავადებას სამი თვის განმავლობაში ავადმყოფი ორჯერ აღნიშნავს—უკანასკნელი თითქმის, რამოდენიმე კვირით ადრე, პირველ შეტევისა. დედ-მამა ჰყავს ჯანსაღი, რომელნიც Lues-ს და TBC-ს ოჯახში და ახლო ნათესავეებში უარყოფენ.

Status praesens: ტანის წონა 24,8 კგ; სწორი მოყვანილობის, საშუალო საზრდოობის. ლორწოვანი გარსები ანემიური. კანი სუფთა და უნაწიბურო, ფერმკრთალი. კან ქვეშა ქსოვილები სუსტად განვითარებული. კუნთები საშუა-



ლოდ. ძვლები წესიერი და კარგად განვითარებულნი. ლიმფატიური ჯირკვლები თითქმის ყველგან ისინჯება, ადგილ-ადგილ ლობიოს კაკლის ოდენობის.

ნერვიული სისტემა—წესიერ მდგომარეობაშია. მადა ცუდი აქვს. გულის რევა აქვს ხშირად, რწყევა კი იშვიათად. გრძობს სიმძიმეს მუცლის მარჯვენა ქვემო ნაწილში. პირის ღრუ ნორმალურ მდგომარეობაშია. ნუშისებრივი ჯირკვლები გადიდებული არა აქვს. მუცელი თანაბრად შებერილი და ოდნავ დაქიმული. მეზენტერიალურა ჯირკვლები არ ისინჯება. ილეოცეკალურ მიდამოში მუცლის კედლის დაქიმულობა ნათლად არის გამოხატული. ხელის დაკერის დროს ეს ადგილი მტკივანია, coecum-ი და appendix-ი არ ისინჯება, რადგანაც ავადმყოფი ღრმა პალპაციის ნებას არ გვაძლევს ტკივილების გამო. აპენდიციტის ნიშნოვანი წერტილები, როგორც არის Mac-Burney-ი, Lanz-ი და Kümmel-ი დადებითი არიან. Frenico-symptom-ი Jliescu-სი უარყოფითია. კარში გადის ორ დღეში ერთხელ, აქვს ხშირად სიყაბზე. ელენტა და ღვიძლი არ ისინჯება. გული წესიერ სახლვრებაშია. პერკუსია და აუსკულტაცია არ იძლევა, რაიმე ცვლილებას. სუნთქვა წუთში 24. Stange-ე—30 წამი. შარდსასქესო ორგანოები სრულიად წესიერ მდგომარეობაშია. სისხლის წითელი ბურთულები 4.500 000; თეთრი ბურთულები კი—9500. Diagn. Appendicitis chronica. ავადმყოფს საერთო ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ 9/X 26 წ. ექ. მიხეილ კილოსანიძის მიერ გაუკეთდა ოპერაცია Appendectomy Lennander-ის განაკვეთით.

ქიაყელა ნაწლავი შეხორცებული ბრმა და მსხვილ ნაწლავებთან, ვენები ჯორჯალზე და ნაწლავებზე გაგანიერებული, დაქიმული. თვით ნაწლავი ძლიერ გაბერილი. ლიმფატიური ჯირკვლები ნაწლავის ჯორჯალზე გადიდებული ნათლად მოსჩანან. ნაწლავის ფრთხილად გამოყოფის შემდეგ, ოპერაცია დასრულდა ჩვეულებრივი წესით. ქიაყელა ნაწლავი 8 სანტ. სიგრძის, განი 1,5 სანტ. ბოლოში ძლიერ შემსხვილებული და გაბერილი, ბოლოდან 2 სანტ. დაშორებით. ნაწლავი შეწებოვებული აღმოჩნდა. გაკვეთით აღმოჩნდა, ბოლოზე ყრუ პარკი ჩირქით სავსე. ნაწლავის ლორწოვანი გარსი ძლიერ ჰიპერემიული, მრავალი სისხლ ჩაქცევებით. ჩირქგროვის არეში კი, ყველა გარსები ძლიერ ატროფიული. ლორწოვანი გარსის ეპიტელიუმი თითქმის ყველგან აცრეცილია. ნაწლავის ჰისტოპათოლოგიური გასინჯვა მოახდინა პრ. ელენტმა. Diagn. Appendicitis phlegmonosa. თვით ჩირქი გასინჯული იყო ჩემ მიერ ქალაქის 1 საავადმყოფოს პროზექტურაში პროფ. ეორონინის ხელმძღვანელობით და ექიმ იოსებ ტიტინიძის დახმარებით ბაქტერიოსკოპიულად და ბაქტერიოლოგიურად. ჩირქში აღმოჩნდა აუარებელი Pfeiffer-ის ჩხირები. პეტრის ფინჯანში ადამიანის სისხლნარეგ აგარზე, მიღებული იქნა კოლონიები, საიდანაც გამოყოფილია და მიღებულია ამ ჩხირების წმინდა კულტურა, რომელიც ინახება ქალაქის 1 საავადმყოფოს პროზექტურაში.

ჩვენი შემთხვევა საინტერესოა, როგორც ზემოთ აღვნიშნე, ეტიოლოგიის თვალსაზრისით. ჩირქში აღმოჩნდა წმინდა კულტურა Pfeiffer-ის ჩხირების. თვით ანამნეზშიაც პირველ შეტევის წინ ორჯერ არის აღნიშნული გრიპოზული ინფექცია. ასე რომ კავშირი გადატანილ ინფექციასა და აპენდიციტს შორის, ჩვენი აზრით. უდავო არის.



თუ გადავავლებთ თვალს ამ საკითხის ლიტერატურას დავინახავთ, რომ არ არის მაინც და მაინც ახალი რაჰ, მაგრამ არც მიღებული, როგორც ჭეშმარიტება ბევრ დიდ ავტორიტეტთა მიერ. Lanz'i სწერს, რომ იფლუნენას აქვს ერთგვარი მნიშვნელობა აპენდიციტის ეტიოლოგიაში, რომელიც დასტურდება იმით, რომ ჰოსპიტალებში ინფლუნენციის ეპიდემიის დროს აპენდიციტიან ავადმყოფთა რიცხვი მატულობს. ამ მოვლენას Lanz'i ამგვარად ხსნის „ინფლუნენცის ნაწლავური ფორმა, იძლევა უჩინარ ქრონიკულ აპენდიციტის გალიზიანებას.“ ასე რომ Lanz'i ინფლუნენცის გამაღიზიანებელ ფაქტორად სთვლის და არა პირდაპირ გამომწვევ მიზეზად.

Kummel'i-კი მწვავე აპენდიციტის მიზეზად სთვლის ინფლუნენცას, ანგინას და სწერს, რომ „მწვავე აპენდიციტი არ არის დასაწყისი, არამედ შეუშინველად მიმდინარე დრამის დაბოლოება.“ ესე იგი მწვავე აპენდიციტის ის სთვლის, როგორც ორგანიზმის გრიპოზულ ინფექციით დაავადების დროს გამოწვეულ ერთ ერთ გართულებათ, ხოლო სხვა ეტიოლოგიურ მიზეზებს ის მეორე ხარისხოვან მნიშვნელობას აძლევს.

ზოგჯერ აპენდიციტი ღებულობს ეპიდემიის ხასიათს, ამ მოვლენამ მიიპყრო ბევრ მკვლევარ ექიმთა ყურადღება, მაგალითად, Sonnenburg-მა შეისწავლა და ასწერა ეპიდემიის ორი შემთხვევა ერთი ფრანკფურტში და მეორე კი ბერლინში.

Fiessinger'-მა 1900 წელს ტიბოლტში გაკეთებულ მოხსენებაში აღნიშნა ანალოგიური ეპიდემიის შემთხვევა დეპარტამენტ de L'Ain'-ში (საფრანგეთი).

Голубев'-ს აქვს აწერილი ეპიდემიის რამოდენიმე შემთხვევა მოსკოვში 1895—1899 წ., ამგვარ ეპიდემიებს ასწერენ: Burne'i, Платонов'-ი, Шахтингер'-ი, Matterstock'-ი, და სხვა.

Ryerson'-მა 1891 წელს გამოსთქვა აზრი, აპენდიციტის გადამდებლობაზე. Голубев'-ი თავის შემთხვევათა გარჩევით მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ აპენდიციტი არის ინფექციური სნეულეა sui generis. 1896 წელს Jalargier'-მა დაუკავშირა აპენდიციტი გრიპოზულ ინფექციას. შემდეგ წელს Merklen'-მა გამოაქვეყნა თავისი სამი შემთხვევა, სადაც აპენდიციტის გამომწვევ მიზეზად სთვლიდა გრიპოზულ ინფექციას. ანალოგიური ორი შემთხვევა აქვს გამოქვეყნებული 1899 წელს Faisan'-ს და Lucas—Championnier'-ს. 1897 წელს პარიზის საექიმო საზოგადოებაში თავის წინეთ გამოთქმულ აზრის დასადასტურებლად Merklen-მა მოიყვანა ერთი შემთხვევა, რომლის ისტორია ასეთია: 13 წლის ვაჟი გახდა ავად 3 იანვარს გრიპოზულ ინფექციით, რის გამო ავადმყოფი ოთახში იყო 4 დღე. ერთი თვის შემდეგ ეს ვაჟი ხელმეორედ ავად გახდა 8 თებერვალს, სიცხე მისცა და თანაც დააწყებინა ხველება, ორი დღე ლოჯინში იწვა და 10 თებერვალს ავადმყოფი უკეთ გახდა, ღამე კარგად გაატარა. მეორე დღეს (11 თებერვალს) ბავშვს უფკრივ მოუვიდა ქვალის მსგავსი ტკივილები ჰიპის ქვემოლ და სალამოს 6 საათზე რამოდენჯერმე წამოაღებინა. სამი დღის განმავლობაში ყველა მოვლენები დაცხრა, ავადმყოფი წამოდგა, მაგრამ დროგამოშვებით აწუხებდა ყრუ ხასიათის ტკივილები ჰიპის ქვემოლ ილიოცეკალურ მიდამოში.

ავტორი ამ შემთხვევას არჩევს, როგორც აპენდიციტს გამოწვეულს გრიპოზულ ინფექციით.

1901 წელს Bulletin medical-ში გამოქვეყნდა Charpentier-ის შრომა, სადაც ის არჩევდა Lucas — Championniere-ის შემთხვევებს და თავის ხუთ შემთხვევათა დამატებით, ადასტურებდა საექიმო აკადემიაში ზემოთ აღნიშნულ ავტორის მიერ გამოთქმულ დებულებას, რომელიც აპენდიციტს უკავშირებდა გრიპოზულ ინფექციას. 1901 წელს გამოქვეყნდა Adrian'-ის შრომა, სადაც ის სწერდა, რომ მან მიიღო ამოკვეთილ აპენდიქსის შიგარსიდან წმინდა კულტურა Pfeiffer'-ის ჩიირების. M-Ile Schoumsky —იმ გამოაქვეყნა შრომა, სადაც ის მიგვიტოთებს Corbelin'-ზე, რომელსაც აგრეთვე მიუღია წმინდა კულტურა Pfeiffer'-ის ჩიირებისა. ყველა ზემო მოყვანილი ავტორები, როგორც აღვნიშნე, კავშირს გრიპოზულ ინფექციასა და აპენდიციტს შორის დადებითად აფასებენ, მიუხედავად ამისა არის მთელი რიგი ავტორებისა, რომელნიც ამ ფაქტს უარყოფითად სთვლიან, ასეთნი არიან: Schultes'-ი, რომელმაც გამოაქვეყნა თავის შრომა 1903 წ. Deutsche med. Wochensch. № 42-ში, არსებულ ლიტერატურის გარჩევის და თავის საკუთარ შემთხვევათა მიხედვით, უარყო კავშირი აპენდიციტს და გრიპს შორის. ასეთივე აზრისანი არიან, Basile'-ი და R. Sheller'-ი. პრ. Ростовцев'-ი თავის მონოგრაფიაში, ეპიდემიების და ლიტერატურის გარჩევის შემდეგ უარყოფითი დასკვნამდე მიდის. ექ. Изаболинский 1913 წელს „Русский Врач“-ში გამოქვეყნებულ შრომაში სწერს, რომ 50 ამოკვეთილ აპენდიქსის გასინჯვისას, არც ერთ შემთხვევაში Pfeiffer'-ის ჩიირები მას არ შეხვედრია. ასეთ სურათს იძლევა მოკლეთ ძველი ლიტერატურის განხილვა.

1921 წელს გამოქვეყნებულ E. Lesne et Binet'-ის შრომაში „Physiologie normale et pathologique du nourrisson“-ში 151 გვერდზე ავტორნი ბავშვთა აპენდიციტის მიზეზად სთვლიან უმთავრესად ინფლუენციით დაავადებას. მეტანიზმს ამდაგვარად ხსნიან. მიკრობებს, ტოქსინებს და სხვადასხვა შხამებს, საერთო ცირკულაციიდან, ნაწლავები გამოყოფენ, ასე რომ ნაწლავები არიან დამცველნი ორგანიზმი, რომელნიც იბრძვიან აქტიურად ბავშვის ორგანიზმიდან მიკრობების გამოსაყვანად. ამ მოვლენით ხსნიან მუცლის აშლილობის სიხშირეს გრიპოზულ და წითელას ინფექციის დროს ბავშვთა ასაკში. მათი აზრით მუცლის აშლილობანი გამოწვეული არის ჰემოტოგენური გზით. ეს დებულება Ch. Richel'-ის შვილმა ასე ჩამოაყალიბა „დაავადება გამოწვეულია მიკრობთა გატარებით“-ო. ამ დებულების დასამტკიცებლად ავტორთ მოყავთ ექსპერიმენტები გაკეთებული Chiarolango'-ს, Triboulet'-ის, L. Ribadeau Dumas'-ს, P. Harvier'-ს, Hess'-ის, Breton'-ის, Brauyant'-ის, Mezie Calmette'-ს და Guerin'-ის — მიერ, რომელთაც შეკყავდათ ცხოველის ვენაში მიკრობები და ისინი გამოიყოფოდნენ ნაწლავის სხვადასხვა სეგმენტებში. ასე რომ, როგორც ზემოთ აღვნიშნე, მათ აპენდიციტი მიაჩნდათ, როგორც გრიპოზულ ინფექციის ნაწლავებში გამოყოფით გამოწვეულ დაზიანებათა შედეგათ. როგორც აღვნიშნავენ „ასეთია ჩვეულებრივი პათოგენები აპენდიციტისა“. პროფ. Волкович'-ი, თავის რამოდენიმე თვის წინ დაბეჭდილ შრომაში, ინფლუენცას აკუთნებს რევიზორის როლს აპენდიციტის ეტი-

ოლოგიაში. ის სწერს „მნიშვნელოვანია არა წარმოშობაში, არამედ მის გამოაშკარავებაში“.

როგორც ზემო ნათქვამიდან ირკვევა აპენდიციტის ეტიოლოგიაში გრიპოზულ ინფექციას მიეკუთვნება აქვს ყურადღება, ზოგნი ამ ფაქტორს ძლიერ აზვიადებენ, პირიქით, ზოგნი კი მესამე ხარისხოვნად სთვლიან. არც ერთ ლიტერატურაში მოყვანილი შენთხვევები, არ იძლევა დამაქეშმარიტებელ საბუთს, გადავწყვიტოთ უარყოფითად, ან დავადასტუროთ მისი მნიშვნელობა. Adrian-ის შემთხვევა, რომელმაც მიიღო წმინდა კულტურა Pfeiffer-ის ჩხირებისა, აპენდიქსის შიგ არსის გამოკლევით, შეიძლება ჩაითვალოს წმინდა და უდავო შემთხვევათ, რომელიც თითქმის ყველა შრომებში არის მოხსენებული.

ჩვენი შემთხვევა, სადაც ანამნეზში გრიპოზული ინფექცია უკავშირდება პირველ შეტევას, არ შეიძლება ჩაითვალოს ერთგვარ შემთხვევითი შეერთებით, მით უფრო რომ, აპენდიქსიდან აღებულ ჩირქში აღმოჩნდა წმინდა კულტურა Pfeiffer-ის ჩხირებისა. ასე რომ, ჩვენი ავადმყოფის, ჩირქოვანი აპენდიციტის მიზეზად გრიპოზული ინფექცია უნდა ჩაითვალოს.

ასეთი უდავო შემთხვევა ლიტერატურაში აწერილი მოიპოვება ორი, თუ რამდენად ის ჩემთვის ხელმისაწვდომი იყო. ამის გამო ჩვენი შემთხვევის აწერა და გამოქვეყნება ჩემი მასწავლებლის ექ. კილოსანიძის და პრ. ვორონინის რჩევით, მივიჩნიე საჭიროდ.

დასასრულს მოვალედ ვრაცხ ჩემს თავს მადლობა გადაეუხადო პატ. პრ. ვორონინის და ექ. მ. კილოსანიძეს შრომის შესრულების დროს ხელმძღვანელობისა და თემის მოცემისათვის, აგრეთვე ამხანაგური მადლობა ექ. ი. ტიტენიძეს, დახმარებისათვის.

ლიტერატურა:

1. **Adrian.** Die Appendicitis als Folge einer Allgemeinerkrankung. Mittee ad. Grenrenbilten—D. Med. und Chir. 1901, Heft. $\frac{1}{3}$ გვერდი 407.
2. **Dr. W. Kolle — Wassermann.** Handbuch pathogenen Microorganismen, ტომი V 1913 წ, გვერდი 1283. **R. Sheller-ის** შრომა.
3. **Basile.** Policlinic Anno B. fasc 38 1906 წ.
4. **Schultes.** Ueber Influenze, Appenicitis und ihre Beziehungen zueinander. Deutsche med. Wochensch. 1903 № 42.
5. **Kummel.** Ueber Appendicitis. Munch. Med. Woch. 1921 № 41.
6. **E. Lesne et L. Binet.** Physiologie normale et pathologie du nourrisson. 1921 წ. გვერდი 151.
7. **Berard et Vignard.** L. Appendicite, etude clinique et critique 1914 წ.
8. **M-elle Schoumsky.** Th. de Paris 1909—1910. Contribution de L'appendicite dans la rangeole et dans les maladies infectieuses, a consulter pour-le bibliographie.



9. ა. მაკავარიანი. ჰიპოქრატის ნაწლავის დაავადების საკითხის შესახებ. „თანამედროვე მედიცინა“ № 9, 1925 წ.
 10. Wullstein u Wilms, Руководство по хирургии, том II, стр. 137 статьи проф. Lanz"-а.
 11. Sonnenburg. Патология и терапия перитифлитов. 1900 г.
 12. Ростовцев. Учение о перитифлитах. 1902 г.
 13. Волкович. Аппендицит (Клиническая монография). Киев. 1926 г. стр. 59.
 14. Изаболинский. К бактериологии аппендицитов. Русский Врач, 1913 г. № 52.
-

მედიკი ა. კ. წულუკიძე.

შარდსაწვეთების გაორკაპების დიაგნოსტიკისათვის.

(სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიის კლინიკის უროლოგიური განყოფილებიდან გამგე პროფ. მუხაძე.)

ორმაგი თირკმლების, მათი მენჯების და შარდსაწვეთების გაორკაპება თავის თავთ წარმოადგენს შედარებით იშვიათ ანომალიას.

Mertz-ის მიერ აქამდე შეკრფილია ლიტერატურაში 276 შემთხვევა შარდსაწვეთების გაორკაპებისა. თავის თავთ ცხადია, რომ ამგვარ ანომალიას, უროლოგთათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც დიაგნოსტიკის მიზნით ისე ოპერატიულ დახმარებისათვისაც.

ლიტერატურის მიხედვით $\frac{1}{6}$ ამგვარ ანომალიებისა უდრის 2—4.

Hocheneg-ის კლინიკას ჰქონდა 15 ამგვარი შემთხვევა, Mayo-ს 144, Brecher 30 და სხვა. აქ უნდა აღვნიშნოთ, რომ უმეტესი ნაწილი მოყვანილ ციფრებისა ეკუთვნის შარდსაწვეთების გაორკაპების სხვადასხვაობას და უმცირესი კი ორმაგ თირკმლებს.

ცისტოსკოპის გაუმჯობესობის შემდეგ, მაშასადამე თვით ცისტოსკოპიურ ტექნიკის გაუმჯობესების შემდეგ და უმთავრესად ურეტერო-პიელოგრაფიის უროლოგიაში შემოღების შემდეგ, ზემოაღნიშნული შემთხვევები უფრო ხშირად იყვნენ ამოცნობილი სიცოცხლის დროს და ოპერაციის გაკეთებამდე. მანამდე კი თითქმის ყველა შემთხვევა იწვევდა ან სასექციო ან საოპერაციო მაგიდებზე.

ჩვენი უნივერსიტეტის ანატომიურ კათედრას აქვს 6 ამგვარი ანომალიების გამოქვეყნებული შემთხვევა 500 გაკვეთილ გვამზე. უროლოგიურ განყოფილებას აქვს აქამდე 3 შემთხვევა, რომელთაც მე დღეს თქვენ წარმოგიდგენთ. სამთავე შემთხვევის დიაგნოზი დასმული იყო ცისტოსკოპის საშუალებით და დადასტურებული ურეტერო-პიელო—რენტგენოგრაფით.

რადგან დღეს ჩვენ გვინტერესებს მხოლოდ ამგვარ ანომალიების დიაგნოსტიკა ჩვენ არ შევეხებით მათ ემბრიოლოგიას, აღვნიშნავთ მხოლოდ მას, რომ შარდსაწვეთების გაორკაპება შესაძლებელია იყოს: ორი თირკმლის არსებობის დროს ან ცალ ან ორივე მხარეზე, ან ერთი ორმენჯიანი თირკმელი ორი შარდსაწვეთით.

უკანასკნელ ანომალის დროს შესაძლებელია სხვადასხვა ვარიაციები, როგორც მაგალითად: ორი მენჯი ორი შარდსაწვეთით პარალელურად მდებარე და მიმართულნი შარდის ბუშტამდე. შარდსაწვეთები შესაძლოა იწყებოდნენ



ორკაპათ და შარდის ბუშტამდე ერთდებოდენ ერთ მილათ, მათი შეერთება კი შესაძლოა ხდებოდეს სხვადასხვა სიმაღლეზე. და ბოლოს ერთმაგათ მენჯიდან დაწყებული შარდსაწვეთი გზაში გაორკაპდეს და ორი ტოტით შევიდეს ბუშტში. ასეთი მოვლენები შესაძლებელია როგორც ცალ ისევე ორივე მხარეზე.

სიცოცხლეში ასეთ ანომალიების გამოსარკვევათ არსებობს ორი მეთოდი: ცისტოსკოპია და ურეტრო-პიელოგრაფია.

ცისტოსკოპით შარდის ბუშტის დათვალიერება იძლევა საშუალებას დავინახოთ ორი შარდსადენის ხერელი ერთ ან ორთავე მხრივ. დეტალურათ გამორკვევა კი შესაძლოა მხოლოდ ურეტრო-პიელოგრაფიით. არსებობა ორი საშარდსაწვეთო ხერელისა ერთ ან ორთავე მხრივ არ აშუქებს საკითხს ორმაგი მენჯის ან ფირკმელების არსებობისას.

თუ კი შევეუშაპუნებთ მენჯში საკონტრასტო სითხეს ერთი შარდსაწვეთის კატეტერის საშუალებით, ორმაგი შარდსაწვეთის სურათს მივიღებთ მხოლოდ მაშინ, თუ არსებობს მათთვის საერთო მენჯი. ასეთ შემთხვევაში საკონტრასტო სითხე ჩამოდინდება საერთო მენჯიდან გაორკაპებულ შარდსაწვეთებში. იმ შემთხვევაში, როდესაც არსებობს ორმაგი თირკმელი და მენჯი, ზემოაღნიშნული მანიპულაცია თავის მიზანს არ აღწევს, მაშინ საჭიროა შარდსაწვეთის კატეტერის ორთავე შარდსაწვეთის ხერელში შეყვანა.

იმ შემთხვევაში როდესაც ბუშტში არსებობს ერთი შარდსაწვეთის ხერელი, ურეტრო პიელო-რენტგენოგრაფია იძლევა ორი შარდსაწვეთის ლანდს მხოლოდ მაშინ, როდესაც არსებობს მათთვის საერთო მენჯი. წინააღმდეგ შემთხვევაში კი საჭიროა მივმართოთ Papin და Boeckel-ის ნაჩვენებ გზაწესს: ოდნავ წინგაწვევა კატეტერისა.

ინდიკატორის ცედა არის დამხმარე ძეგოდი შარდსაწვეთების ხერელების ბუშტში აღმოსაჩენად. Boeckel-ი მიგვითითებს, რომ ორივე თირკმელის გაორკაპებულ შარდსაწვეთის არსებობის დროს ცალმხრივ, საჭიროა შესწავლილი იქნეს თირკმელი მეორე მხარეზე. ჩვენ სავსებით ვეთანხმებით ზემოთმოყვანილ აზრს და ვადასტურებთ, რომ აუცილებელი საჭიროა პიელო-ურეტრო-რენტგენოგრაფიით დადასტურებულ იქნეს არსებობა ჯანსაღი თირკმელისა მეორე მხარეზე, შეცდომის თავიდან ასაცილებლად—შესაძლოა ორთავე ჯანმრთელი თირკმელი მდებარეობდეს ერთ მხარეზე. ასეთი შემთხვევა დაწვრილებით აქვს აწერილი ექ. მაისურაძეს ნორმალურ ანატომიის კათედრის ასისტენტს.—თანდაყოლილი ცალმხრივი თირკმლების დისლოკაცია—ში.

ასეთივე შემთხვევა 1925 წელს აწერილი აქვს Lindbol-ს (ნორვეგია). ავტორისაგან მოყვანილ ისტორიაში აღნიშნულია ის რომ ცისტოსკოპიამ მოიკა შარდსაწვეთის ხერელი ორთავე მხარეზე, პიელოგრაფიამ კი აჩვენა ორთავე თირკმელი მოთავსებული მარცხენა მხარეზე.

Boeckel-ი ასეთ შემთხვევაში გვიჩვენებს უბრალო რენტგენოგრაფიას ანომალიის საწინააღმდეგო მხარისას, მაგრამ ჩვენის აზრით უსათუოთ საჭიროთ მიგვანია პიელო-რენტგენოგრაფია შეცდომის თავიდან ასაცილებლად ისეთ ანომალიის შემთხვევებში, როგორიც აწერილი აქვს ექიმ მაღაევს. ეს შემთხვევა იმდენათ საინტერესოა რომ მსურს მაზე შევაჩერო თქვენი ყურადღება.

ორთავე თირკმელი დაშვებულია და მოთავსებული მენჯში. თირკმელების ნორმალურად მდებარეობის ადგილას კი მოთავსებული არიან glandulae supra-renal, რომლებიც თავის სიდიდით და ფორმით წააგავენ ნორმალურ თირკმელს, რასაკვირველია ასეთ შემთხვევაში უბრალო რენტგენო-გრამა მოიცემა შეცდომას, რასაც ადგილი არ ექნება პიელო-გრამის დროს.

ჩვენ გვაქვს ასეთ ანომალიების სამი შემთხვევა 1925 წ. განმავლობაში 180 სტაციონარულ უროლოგიურ ავადმყოფებიდან.

სამთავე შემთხვევა ეკუთვნის ქალთა სქესს 24—35 წლამდე. ყველა შემთხვევაში ანომალია იყო ცალმხრივი. ორ შემთხვევაში იყო სრული გაორკაპება შარდსაწვეთების თირკმელებიდან დაწყებული შარდის ბუშტამდე. ერთ შემთხვევაში შარდსაწვეთები მიიმართებოდნენ პარალელურად და ერთ შემთხვევაში შარდსაწვეთები ქნნიდნენ სამ ადგილას გადაჯვარიდნებას. მესამე შემთხვევაში იყო შარდსაწვეთის გაორკაპება წელის მეორე მალის დონედან ქვემოთ და ორი ხერელით იხსნებოდა შარდის ბუშტში. Orif extern. uret. ანომალიის მხარეზე მდებარეობდნენ: ერთ შემთხვევაში გვერდით, ორ შემთხვევაში ერთი მეორეს ზემოთ.

ორ შემთხვევაში ანომალია იყო მარცხენა მხარეზე და ერთი მარჯვნივ. ყურადღების ღირსია შარდსაწვეთების შეკუმშვა და გამოყოფა ფეროვან სითხისა (ინდიგო-კარმინი) ანომალიის მხარეზე.

სამივე შემთხვევაში ანომალიის მხარეზე თირკმელები იყო საღი და ეს მოვლენა საინტერესოა მით, რომ შეიძლება აღენიშნოთ ის დეტალი, რომელსაც ჩვენ მივაქციეთ ყურადღება. შესაძლებელია რომ მხოლოდ ფეროვან ხსნარის შეშხაპუნებით გამოვარკვიოთ არის თუ არა შარდსადენის სრული ან მხოლოდ ქვედა ნაწილის გაორკაპება.

საქმე იმაშია, რომ იმ ორ შემთხვევაში, სადაც ჩვენ გვქონდა სრული შარდსაწვეთების გაორკაპება, შეკუმშვა და გამოყოფა ფეროვან ხსნარის ხდებოდა ერთდროულად. იმ შემთხვევაში კი სადაც ჩვენ გვქონდა შარდსაწვეთის ქვედა ნაწილის გაორკაპება, ფეროვანი ხსნარი გამოყოფილი ნორმალურად (4 წუთი) შემდეგში იძლეოდა სითხეს ხან ზევითა და ხან ქვეითა ხერელიდან, მხოლოდ იმ გარჩევით, რომ სითხე, გამოყოფილი 2—3 ჯერ ზედიზედ ზევითა ხერელიდან, შემდეგში გამოიყოფებოდა ქვედა ხერელიდან რამდენიმეჯერ ან კიდევ ორთავე-დან ერთად.

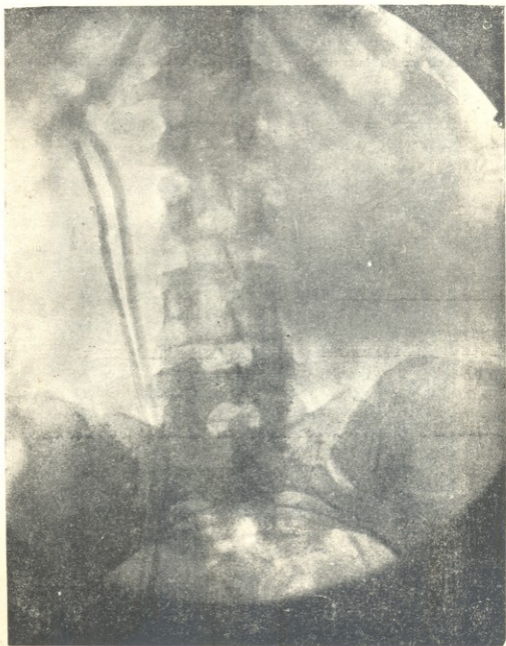
ამ მოვლენას ვხსნით მით რომ მენჯიდან პარალელურად დაწყებული შარდსაწვეთები იძლეოდნენ მენჯიდან ერთდროულ შეკუმშვას. მესამე შემთხვევაში კი შეკუმშვა დაწყებული მენჯში გადადიოდა ხან ერთ და ხან მეორე გაორკაპებულ შარდსაწვეთის ტოტში. უკანასკნელი მოვლენის მიზეზი, ჩვენის ფიქრით, შეიძლება იყოს მწინდა მექანიკური გავლენა.

სამთავე შარდსაწვეთის ხერელში საკონტრასტო სითხის შეშხაპუნების ტენიკა ჩვენთან ასეთია: საკატეტერიზაციო ცისტოსკოპი შეგვყავს შარდის ბუშტში მხოლოდ ერთი შარდსაწვეთის კატეტერით და უკანასკნელი ტარდება იმ შარდსაწვეთში, რომელ მხარეზედაც არ არსებობს ანომალია. შემდეგ შარდის ბუშტიდან გამოვავქვს ცისტოსკოპი, შარდსაწვეთების კატეტერის შიგ დანარჩუნებით. შემდეგ ხელახლა შეგვყავს ბუშტში ცისტოსკოპი ორი შარდსაწვეთის

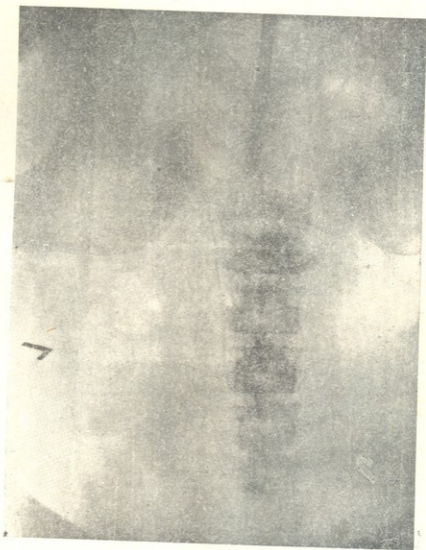


სურ. № 1.





სურ. № 2.



სურ. № 3.





კატეტერთ და უკანასკნელი ტარდება ხერელებში იმ მხარეზე სადაც არსებობს ანომალია.

ქალზე ეს მანიპულაცია ადვილია, რადგან მათი შარდსადინარი მოკლე და ფართოა. შარდსაწვეთების კატეტერის ანომალიის მხარეზე ხერელში შეყვანის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ შემდეგი: როდესაც ხერელები მდებარეობენ ერთი მეორეს ზევით პირველი კატეტერი უნდა იყვეს გატარებული ზევითა ხერელში, წინააღმდეგ შემთხვევაში ქვედა ხერელში გატარებული კატეტერი ასწევს ზევით შარდსაწვეთის ნაოქს და მით დაფარავს ზედა ხერელს. გადავდივარ საკუთარი შემთხვევების აღწერაზე:

შემთხვევა 1: დედაკაცი № 24 წლ. შემოვიდა კლინიკაში მცირედ გამოხატულ პიელო-ციტიტით. ცისტოსკოპია: შარდის ბუშტის ლორწოიანი გარსი ოდნავ ჰიპერემიულია სამკუთხედის არეში. მარცხნივ მოსჩანს ორი რგვალი მოხაზულობის შარდსაწვეთის ხერელი მოთავსებული ერთი მეორეს გვერდით, გაცილებული ერთმანეთიდან ერთი სანტიმ. მათი შეკუმშვა თანაბარი და ერთდროული. ინდიგოკარმინი შემხაპუნებული ვენაში გამოჰყო ორთავე თირკმელმა 4 წუთში, ნაკადი ორთავე მხარეზე საკმაოდ კარგი.

გაკეთებულია პიელოგრაფია ბრომნატრიუმის ხსნარით, შარდსაწვეთის კატეტერი გატარებულია მარცხენა მხარეზე ლატერალურად მდებარე ხერელში. სურათზე მენჯის და შარდსაწვეთის ლანდი სჩანან უფრო დაბლა. შემდეგ გატარებული იქნა კატეტერები ორთავე მარცხნივ მდებარე ხერელში. სურათმა მოგვცა ერთი თირკმელი სამი ფიალით მდებარე წელის მესამე მალის დონეზე, მეორე მსგავსი თირკმელი მოთავსებულია წელის პირველ მალის დონეზე, პირველთან არავითარი კავშირი არა აქვს. შარდსაწვეთები ბუშტში ჩასვლამდე სამჯერ ეჯვარადინებიან ერთმანეთს.

შემთხვევა 2. ავადმყოფი დედაკაცი ც. 35 წ. შემოვიდა ტკივილებით მარჯვენა თირკმელის არეში. ცისტოსკოპია: აღმოჩნდა ორი შარდსაწვეთის ხერელი მარჯვენა მხარეში და ერთი მარცხნივ. მარჯვენა ხერელები ოვალური ფორმისაა და მდებარეობენ ერთი მეორეს ქვევით დაახლოვებით ერთი სანტიმ. მანძილზე. ინდიგოკარმინის ცდამ მოგვცა ნორმალური ფუნქცია როგორც მარცხნივ აგრეთვე ხერელიდან მარჯვნივ.

ბრომნატრიუმის ხსნარმა შეყვანილმა ქვედა ხერელში მოგვცა ნორმალური მენჯი მდებარე ნორმალურ ადგილას შარდსაწვეთით. ორთავე მარჯვენა ხერელში ერთდროულად შემხაპუნებულმა საკონტრასტო სითხემ მოგვცა სურათი ორი პარალელურად მიმავალ შარდსაწვეთისა, რომლებიც იწყებიან ცალ-ცალკე ორი ერთმანეთთან დამოუკიდებელ მენჯისაგან, რომლებიც მოთავსებულია მეთორმეტე ნეკნის არეში.

შემთხვევა 3. ავადმყოფი დედაკაცი ა. 21 წლ. შემოვიდა ჩივილით მარჯვენა თირკმელის არეში. ცისტოსკოპია: მარცხენა მხარეზე ორი შარდსაწვეთის ხერელი მდებარე ერთი მეორეს ზევით და დაცილებული ერთმანეთთან 1 სანტიმეტრით. პიელოგრაფიის დროს აღმოჩნდა რომ შარდსაწვეთი მენჯიდან იწყება ერთი ტოტით და წელის ძეოთხე მალის დონეზე ორკაბდება და ცალ-ცალკე შედიან ბუშტში. ინდიგოკარმინის ცდამ მოგვცა მარჯვენა ორთავე ხერელიდან

კარგი ნაკადი ერთდროულად 5 წუთის შემდეგ. შემდეგში ნაკადი გამოდიოდა 2—3—4 ჯერ ხან ზევითა ხერელიდან და ხან ქვეითა, ხან კი ორთავედან ერთდროულად.

დასასრულ მსურს გამოვიტანო შემდეგი დასკვნები:

1. ორი შარდსაწვეთის ხერელის არსებობის დროს ერთ მხარეზე საჭიროა კატეტერიზაცია და პიელოგრაფია ორთავე ხერელში კატეტეტრის შეყვანით.
2. საჭიროა ურეტერო-პიელო-გრამა მეორე მხარეზე საღი თირკმელისაც.

მედიც. დოქტ. ი. აბაქელია.

კლინიკური მნიშვნელობა Matéfy-ის, Daranyi-ის და ერიტროციტების დაღეჭვის რეაქციებისა ფილტვის ტუბერკულოზის დროს.

აბასთუმნის მე-5-თე სანატორიუმშიდან.

ერიტროციტების დაღეჭვის რეაქცია, მოწოდებული Fahraeus-ის მიერ ათი წლის წინ, ცნობილი იყო ადრეც, და მხოლოდ უკანასკნელ ხანებში მან მოიპოვა მოქალაქეობრიობა ყველა კლინიკებსა და საავადმყოფოებში და იქამდე ამბულატორიებშიც, განსაკუთრებით ტუბერკულოზით დაავადების დროს. Matéfy-ის და Daranyi-ის რეაქციები კი დიდი ხანი არ არის რაც არსებობენ; შეუძლებელია ჩამოთვლა მთელი, თითქმის მიუწდომელ ლიტერატურისა, რომელიც ამჟამად არსებობს, ერიტროციტების დაღეჭვის რეაქციის შესახებ, ლიტერატურა კი, არამც თუ რუსული, არამედ უცხოელების, Matéfy-ის და Daranyi-ის რეაქციების შესახებ, მეტად მცირეა, მეტადრე Daranyi-ის რეაქციის შესახებ. ყველა ეს ბიოლოგიური და სხვა რეაქციები შემოღებული იყო ავტორების მიერ ტუბერკულოზის აქტივობის და არააქტივობის გამოსარკვევად, და რაც მთავარია, ფილტვის ნაადრევი ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისათვის. იმ ლიტერატურის მიხედვით, რომელიც ამჟამად ჩვენ გვაქვს, შეფასება ყველა ამ რეაქციების კლინიკურ მნიშვნელობასა, მართალია, ერთგვარ სინათლესა ჰყენს ტუბერკულოზით დასნეულების ზემოდაღნიშნულ ფორმებს; იმავე დროს ჯერ კიდევ არავის გამოუკვლევია საკმარისად დანალექ რეაქციების ფენომენის წარმოშობაში მიზეზები. ჯერ კიდევ არ არის და არც არსებობს მთლიანი ფრონტი, მთლიანი მიდგომა ამ რეაქციების მიმართ. იმ დროს როდესაც Linzenmeier-ი მოგვითხრობს „კომპლექსურ პროცესზე, სადაც მონაწილეობას იღებენ სხვადასხვა ფაქტორები, ჩვენთვის ზოგადად ცნობილი“, სხვები დაეძებენ მიზეზს დაღეჭვის რეაქციებისას რიცხვითი შეთანხმებაში პლაზმის და სისხლის ბურთულებსა შორის, სისხლის წებოვნებაში, სისხლში ხოლესტერინის გამრავლებაში, წითელ ბურთულების აგლიუტინაციაში და სხვადასხვა. ამჟამად საერთოდ მიღებულია დარღვევა ნორმალურ დამოკიდებულებისა სისხლის პლაზმის ფრაქციათა შორის, ე. ი. ალბუმინებსა და გლობულინების შორის. პათოლოგიურ პროცესების დროს ხდება გამრავლება გლობულინებისა და ფიბრინოგენისა სისხლის შრატში მყოფ ალბუმინების ხარჯზე. მაგრამ რა ახდენს ასეთ დარღვევას და სად არის ეს ფაქტორები, რომელიც ასეთ ძლიერ გავლენას ახდენს სისხლის პლაზმის ცილის ფრაქ-

ციებზე, ეს ჩვენ დღემდე დანამდვილებით არ ვიცით. ფაქტი ისაა, რომ ჯანსაღ ადამიანთა შრატში რეაქტივებს არ იძლევა, მაგრამ დასწრება, ქსოვილების ძლიერი დახრწნის გამო, სპეციალურ გამალიზიანებელის გავლენის ქვეშ, ქმნის ალბუმინის მზრივ გლობულისაკენ ცილოვან ფრაქციის გადახვევის გაძლიერებულ მიდრეკილებას. ამ შემთხვევაში გლობულინებს უნდა უყურებდეთ, როგორც ნაკლებ ქსოვილის ანატომიურად გახრწნისა.

არის მეორე, არა ნაკლებ საგულისხმო გზაც სისხლის შრატში გლობულინების მომატების ასახსნელად, ამას აღნიშნავს თვისი ექსპერიმენტული ცდების საშუალებით ექ. კერნერი ასეთი სიტყვებით: „უცხოელ მოძრავ უჯრედულ პროტოპლაზმაში მუდმივ ნივთიერებათა ცვლას შეუძლია გარკვეული ვითარების დროს იოლად აწარმოოს პროტოპლაზმის გაძლიერება ლაბილურ ცილოვანი ფრაქციით“.

მართლაც გარდა ქსოვილების გახრწნის გავლენისა, უნდა არსებობდენ კიდევ სხვა ფაქტორებიც, ჯერ კიდევ ჩვენ მიერ გამოურკვეველი, მაგრამ რომლებიც იძლევიან განმარტებას ამ ფენომენის წარმოშობაში მიზეზებისას. მთელი რიგი კლინიკურ დაკვირვებებისა გააიძულებენ ჩვენ ვეძებდეთ ამ ფაქტორს ქსოვილის გახრწნის გარეშეც. ასე მაგ. იოლი სურდო, გრიპი, მენსტრუაცია იწვევენ ხანდახან ერიტროციტების დალექვის რეაქციის ძლიერ დაჩქარებას, Mátéfy და Daranyi ის რეაქტივებიც კი ძლიერ დადებით შედეგებს. ერთ ჩვენს ავადმყოფს (tbc pulm fibrosa, A₁) ერიტროციტების დალექვის რეაქციის სიდიდე, რომელიც ადრე უდრიდა 10-ს, გრიპის დროს 5-6 დღის განმავლობაში ერიტროციტების დალექვის რეაქციის სიდიდე უდრიდა 96-ს. შემთხვევა, რომელიც მოყვანილი აქვს თავის შრომაში პრიატ-დოცენტს T. Haselhorst-ს უფრო ზედმეტად გვარწმუნებენ ჩვენ იმაში, რომ ქსოვილის გახრწნა ყოველთვის როდი იწვევს ამ რეაქტივებს. „ამას წინ, ჩვენ შემთხვევით“—ამბობს ის როდესაც ამ შემთხვევაზე მოგვითხრობს „მძიმე მექანიური ileus ventrotixatio-ს შემდეგ, სადაც ჩვენ მოგვიხდა გავვეკეთებია რეაქტია სიგრიდით ერთი მეტრი ნაწლავის განგრეობულ ნაკეთის დიდი სისხლის ღენის დროს—ოპერაციის წინ ჩვენ აქ მივიღეთ ერიტროციტების დალექვის სიდიდე, რომელიც უდრიდა Westergren-ით 1.“

ყველაფერი ზემოაღნიშნული გვარწმუნებს ჩვენ იმაში, რომ ჩვენ ჯერ კიდევ შორსა ვართ დალექვის რეაქციის წარმოშობაში მიზეზების ნამდვილ გამოორკვევისაგან. ამასობაში კი ამ რეაქციაზე ამყარებდნენ და ახლაც ამყარებენ დიდ იმედებს, განსაკუთრებით ტუბერკულოზის აქტივობის და არა აქტივობის და ფილტვის ტუბერკულოზის წინასწარ დიაგნოსტიკის გამოსარკვევად. ამჟამად ერთი შეიძლება მხოლოდ ითქვას, რომ ეს რეაქტივები მაინც საჭირო არიან კლინიკურ გამოკვლევების დროს, თუმცა გადატრიალება მედიცინაში მათ ვერ მოახდინეს. თუ რომ ისინი დიაგნოსტიკისათვის განსაკუთრებით ფილტვის ტუბერკულოზის წინასწარ დიაგნოსტიკისათვის ნაკლებ ღირებულებას წარმოადგენენ, ყოველშემთხვევაში კანტროლისათვის ტუბერკულოზის წამლობის დროს და აგრეთვე ანატომიურ ფორმების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკისათვის დიდ დახმარებას წარმოადგენენ. როგორც წესი შეიძლება ითქვას, რომ ექსულატური ფორმები ფილტვის ტუბერკულოზისა, განსაკუთრებით ქსოვილების გახრწნისა



ლოკიურ ხსნართან შერეული ალკოგოლის 1,1 კ. ს. (ფიზიოლოგიურ ხსნართან შერეულ ალკოგოლის შესამზადებლად იღებენ 1 კ. ს. 96° ალკოგოლს + 4,1 კ. ს. 20° ფიზიოლოგიურ ხსნარს და ურევენ ერთმანეთში). საცდელ შუშებს ამ-
ჯღვრევენ კარგად და დგამენ წყალთბიაზე 60°-ს C. 1/2 საათით, რის შემდეგ საცდელ შუშებს სტოვებენ ოთახის ტემპერატურაში და თვალყურს ადევნებენ მთელი დღის განმავლობაში: 1/2 საათის შემდეგ, ერთი საათის, ორი და 24 სა-
ათის. არის კიდევ სხვა მოდიფიკაცია Daranyi-ის რეაქციის, მოწოდებული Baum
და Schumann-ის მიერ, რომლის მიხედვითაც სისხლის შრატის იღება არა 0,2,
არამედ 0,5; 0,4; 0,2; 0,1 და 0,08 და მათ ემატება 2,75 კ. ს. ფიზიოლოგიურ
ხსნართან შერეული ალკოგოლი. ეს მოდიფიკაცია უკეთესია, რადგანაც ჩვენ
გვაქვს საშუალება თვალყური ვადევნოთ ერთსა და იმავე ავადმყოფის ხუთი სხვა-
დასხვა რიცხვის მიხედვით შრატის რეაქციას, თუმცა ასეთი გამოკვლევა დიდ-
ხანს გვართმევს. სიმძლავრე Daranyi-ის რეაქციისა ისე, როგორც Mátéfy-სა, ირ-
კვევოდა დროთა მიხედვით: ძლიერ დადებითი ინიშნებოდა + + + +, თუ
რომ ფიქტი სცივოდა 1/2 საათის შემდეგ; თუ რომ იგი ხდებოდა ერთი საა-
თის შემდეგ, სიმძლავრე რეაქციისა ინიშნებოდა + + +, ორი საათის შემდეგ + +
და ერთ ნახევარ საათის შემდეგ +. შედეგების მისაღებად ჩვენ ვსარგებლობდით
უბრალო თვალთ. დანახვის დროს საცდელი შუშები გვეკავა ბრუნდით და უყუ-
რებდით ქვევიდან ზევით ფანჯრის მიმართულებით. ამ გზით ადვილად შესაძენ-
ეა ფიქტების ფრიად მკირე დაცვენა. ყურადღება იყო აგრეთვე მიქცეული
შრატის მიღებაზე. რომელშიაც არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ყოფილიყვნენ
სისხლის წითელი ბურთულები, რადგანაც მაათი იქ მკირე რიცხვის ყოფნაც კი
ყოველთვის ხელს უშლიდა რეაქციას. დაღეჭვის რეაქციებს მნიშვნელობის შე-
სასწავლად ჩვენ ვისარგებლეთ აბასთუნის მე-5-თე სანატორიუმის ავადმყოფე-
ბით. ჩვენი მასალა შეეხება 133 ტუბერკულოზით დაავადებულთ, რომლებთაგან
რესპირატორულ ტიპის იყო 44, რესპირატორულ-დიგესტიური 56, დიგესტი-
ურ რესპირატორიული 18 და დიგესტიური—15. აქტიურ პროცესით 100 კა-
ცი და არა აქტიური—33. აქტიურ ტუბერკულოზიან ავადმყოფებს შორის
იყვნენ სუბკომპენსიურები, დეკომპენსიურები და ყველა ღია ტუბერკულოზიანები.
№ 1 ცხრილში ჩამოყალიბებულია დაღეჭვის რეაქციების რიცხვთა შედეგები, მი-
ღებული აქტიურ და არა აქტიურ ტუბერკულოზით დაავადებულებისაგან.

ცხრილი № 1.

	რიცხვი ტუბერ- კულოზით დაა- დებულთა	რ ე ა ქ ც ი ა თ ა რ ი ც ხ ვ ი					
		M. S. R.		Mátéfy		Daranyi	
		დასქარებით დაღეჭვა	ნორმალური დაღეჭვა	დადებითი	უარყოფითი	დადებითი	უარყოფითი
ავადმყოფები აქტიური ტუ- ბერკულოზით	100	69	31	77	23	84	16
ავადმყოფები არააქტიური ტუბერკულოზით	33	7	26	16	17	18	15
სულ . . .	133	76	57	93	40	102	31

ცხრილი № 2.

ფილტვის დაავადებ- თა ფორმები	სმენისა დამარცხდნის	M. S. R.							სილიერე Daranyi-ის რეაქციის							სილიერე Matéfy-ის რეაქციის						
		0-8 8-15 15-30 30-50 50-70							- + ++ +++ +++++							- + ++ +++ +++++						
		16	1	2	-	-	-	-	10	2	4	1	1	1	1	10	2	3	3	3	3	3
A ₁ { fibrosa productiva exsudativa	17	-	1	2	-	-	-	10	2	4	1	1	1	1	10	2	3	3	3	3	3	
	9	-	2	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	5	1	-	-	-	-	-	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
A ₂ { fibrosa productiva exsudativa	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	
	4	-	1	-	-	-	-	1	2	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	2	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
A ₃ { fibrosa productiva exsudativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
B ₁ { fibrosa productiva exsudativa	20	11	5	4	-	-	-	6	2	4	4	8	8	8	8	2	3	7	7	7	7	
	42	16	14	11	1	-	-	8	3	9	22	22	14	3	2	9	14	14	14	14	14	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
B ₂ { fibrosa productiva cavezn. exsudativa	18	-	4	6	4	-	-	1	-	4	13	13	1	1	1	3	13	13	13	13	13	
	11	-	2	4	2	3	1	1	-	2	8	8	-	-	2	2	7	7	7	7	7	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
B ₃ { fibrosa productiva exsudativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	8	-	-	3	4	1	-	-	-	-	2	6	-	-	-	4	4	4	4	4	4	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
C ₁ exsudativa	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
სულ	133	57	30	30	11	5	31	3	7	28	64	40	5	8	27	53	53	53	53	53	53	

№ 1 ცხრილიდან სჩანს, რომ 100 აქტიურ ტუბერკულოზიან შემთხვევიდან დაჩქარებული ერიტროციტების დაღეჟვა მოგვცა 69 ავადმყოფის სისხლმა და ნორმალური 31, მაშინ როდესაც ამავე ავადმყოფის სისხლის შრატმა Mátéfy-ს დადებითი რეაქცია მოგვცა 77 შემთხვევაში, უარყოფითი კი 23. Daranyi-ის რეაქცია მივიღეთ 84 შემთხვევაში დადებითი და 16 უარყოფითი. რაც შეეხება არა აქტიურ ტუბერკულოზით დასნეულებულ ავადმყოფებს, აქაც, როგორც ცხრილიდან სჩანს, ჩვენ გვაქვს შეუთანხმებლობა მიღებულ რეაქციებისა, ავადმყოფობის მიმდინარეობასთან. თანახმად მიღებულ შედეგებისა, ამ რეაქციას, ტუბერკულოზის აქტივობის გამორკვევისათვის, უნდა აძლეოდნენ ნაკლებ მნიშვნელობას, ვიდრე ფიქრობენ. თვითეული, ამ ცალკე განხილულ რეაქციებიდან ჩემს გამოკვლევაში, იძლევა სხვა და სხვა ციფრის, რაც ჩვენთვის აუხსნელია, თუმცა ცოტაოდენი შედარებითი პარალელიზმი მათ შორის ყოველგან არსებობს, განსაკუთრებით აქტიურ ტუბერკულოზის დროს; შეიძლება ყველა ეს რეაქციები გაკეთებული ავადმყოფის საწოლთან, ერთსა და იმავე დროს სხვა კლინიკურ გამოკვლევების მეთოდებთან ერთად, გამოდგებიან როგორც დამხმარე მასალა ფილტვის ტუბერკულოზის აქტივობის გამოკვლევის დროს.

ახლა გავარჩიოთ ფორმებისა და ფილტვში ანატომიურად სნეულების გავრცელების მიხედვით რეაქციების დაღეჟვის სიძლიერე. იხილე ცხრ. № 2.

ამ ცხრილიდან სჩანს. **პირველი:** ფიბროზული ფორმები (A₁ და A₂) იძლევიან ერიტროციტების ნორმალურ დაღეჟვას, მაშინ როდესაც Mátéfy-მ და Daranyi-მ მოგვცა 7 შემთხვევაში ძლიერი დადებითი რეაქცია. რაც შეეხება ფიბროზულ ფორმებისა B₁, აქ 20-ს შემთხვევიდან 11 იძლევა ერიტროციტების ნორმალურ დაღეჟვას და 9 საშუალოს, Mátéfy-ის და Daranyi-ის რეაქციები კი აქაც უმეტეს შემთხვევაში იძლევა ძლიერ დადებითი რეაქციას. აქ ჩვენ უმეტეს შემთხვევაში ვნახულობთ თანხმობასა და პარალელიზმს ფილტვის ტუბერკულოზის ფიბროზულ ფორმებთან და ერიტროციტების დაღეჟვის შორის, მაშინ როდესაც აღვნიშნავთ ერთის მხრივ შეუთანხმებლობას Mátéfy, Daranyi-ის და ერიტროციტების დაღეჟვის სიძლიერეთა და მეორეს მხრივ ფილტვის ტუბერკულოზის ფიბროზულ ფორმებთან შორის. **მეორე:** ამ რეაქციების სიძლიერეთა შესახებ ექსუდატიურ ფორმების დროს (B₁, B₂, B₃ და C₁) არსებობს შედარებითი პარალელიზმი როგორც ერთმანეთში, აგრეთვე დაავადების ფორმებში და განსაკუთრებით B₁, B₂ და C₁-ში. რაც უფრო მძიმეა პროცესი, მით უკრო ძლიერია ამ რეაქციის ძალა.

დასკვნა

1. თვითეულს ამ დაღეჟვის რეაქციებიდან ცალკე აღებულ რეაქციას აქტიურ ტუბერკულოზის ფორმის გამოსაკვლევიად დიდი მნიშვნელობა არა აქვს, მაგრამ გაკეთებულ ერთად, დამატებით სხვა კლინიკურ გამოკვლევასთან, ისინი გაუწევენ ერთგვარ დახმარებას ფილტვის ტუბერკულოზის აქტივობის და არა აქტივობის გამოკვლევისათვის.



2. Matéfy-ის და Daranyi-ის და ერიტროციტების დალექვის რეაქციების სიძლიერე არა ყოველთვის შეედრება ხოლმე, როგორც ფილტვის ტუბერკულოზის ფორმას, ისე ანატომიურად მის გავრცელებას, გარდა მძიმე დასნეულების დროს, როდესაც ეს რეაქციები ძლიერ დადებითია. რაც უფრო მცირეა პროცესი, მით უფრო მეტ შემთხვევაში ეს რეაქციები ძლიერ დადებითია.

3. ამ რეაქციებსა და ფილტვის ტუბერკულოზის დასნეულების ფორმებს შორის, განსაკუთრებით ექსუდატიულ ფორმების დროს, არსებობს შედარებითი პარალელიზმი.

4. ამ რეაქციების ძლიერ დადებითი შედეგები ფიბროზულ და კომპესიურ პროცესების დროს, ცხადად გვიჩვენებენ იმას, რომ დალექვის რეაქციების ფენომენის საფუძვლებში, გარდა ქსოვილის ხრწნისა, არსებობს სხვა ფაქტორებიც, რომლებიც იწვევენ ჯერ ჩვენთვის უცნობ მოვლენებს.

5. დალექვის რეაქციებს, როგორც კონტროლს შეუძლია ითამაშონ დიდი როლი ფილტვის ტუბერკულოზის წამლობის დროს.

3. ჰავთარაქი.

ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სნეულეგანი და რეფლექსები.

ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დაავადებით გამოწვეულმა სნეულებებმა ამ ბოლო დროს მეცნიერთა ყურადღება მიიპყრო და მათი თვისების გამოსარკვევად გაცხოველებული კვლევა-ძიება სწარმოებს. ამჟამად დამტკიცებულად შეიძლება ჩაითვალოს, რომ ვაზო-მოტორული მოშლილობანი, სეკრეტორული ორგანოების ფუნქციის დარღვევა, გულის, კუჭ-ნაწლავის მოძრაობათა თვისებების მოშლილობანი სავსებით დამოკიდებულია ვეგეტატიური ნერვული სისტემის გამოცვლისგან.

ისტორია. პირველი შრომა ვეგეტ. ნერვულ სისტემის შესახებ ეკუთვნის პროფ. Vinslow-ს (1669—1760 წ.) მის მიერ არის შემოღებული სახელწოდება sympathicus-ი რომელიც დღესაც ხმარებაშია. ამ საკითხის შესახებ შრომები აქვს Bichat-საც (1771—1802 წ.) მისი ტერმინები „ორგანიული ნერვული სისტემა და ვეგეტატიური ნერვული სისტემა“ საერთო სახმარებლათაა დარჩენილი. Bichat-ს იდეამ განვითარება მიიღო Claude-Bernard-ის (1813—1878 წ.), Morat-ისა და Dastre-ის შრომებში. Dastre-მა და Morat-მა თავიანთი გამოკვლევების მიხედვით სიმპატიურ ნერვულ სისტემას მიაკუთვნეს ზოგიერთი ტოტები V, VII, IX და X წყვილი თავის ტვინის ნერვებისა და ამით Winslow-ის აზრს დაუახლოვდნენ. Gaskale-მა და Langley-მ თავისი გამოკვლევებით, ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის მორფოლოგიურ სტრუქტურაზე ახალი შეხედულება შეიტანეს. Langley-მ და Dickinson-მა ნიკოტინში აღმოაჩინეს შესანიშნავი საშუალება სიმპატიური სისტემის შესასწავლათ, ნიკოტინის თვისება ფართოდ იხმარეს და ბევრი რამ დებულებები დაამტკიცეს. Langley-მ განგლიონალურ (კვანძოვან) ნერვებს „ავტონომიური ნერვული სისტემა“ უწოდა და სამ ნაწილად გაყო: ტექტალური, ზულბო-საკრალური და სიმპატიური. მანვე აღნიშნა ავტონომიურ ნერვულ სისტემის რეაქციები ფარმაკოლოგიურ შხამებზე და ვეგ. ნერვულ სისტემის კავშირი შიგნითა სეკრეციის ჯირკვლებთან. ფარმაკოლოგიურმა გამოკვლევებმა საშუალება მისცა Langley-ს 1905 წ. ტექტალური და ზულბო-საკრალური ერთად შეერთება და მათ პარასიმპატიური სისტემა დაერქვა. Langley-მ Auerbach-ის და Meissner-ის წინულს „Enteric system“ უწოდა. 1909 წელს Eppinger-ისა და Hess-ის მოხსენებები ვეგეტატიურ ნერვული სისტემის შესახებ დიდი ყურადსაღები შეიქნა. ამ ავტორებმა ფარმაკოლოგიური ხსნარის კანკვეშ შეშაპუნებით დაამტკიცეს ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის განსაკუთრებული



მოქმედება. ავტონომიური სისტემა უწოდეს „გაფართოებულ ცთომილ ნერვს“, სიმპატიური სისტემის გამოკლებით. Karplus-მა და Kreidl-მა 1910 წ. გამოიკვლიეს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ცენტრალური აპარატი. მათი და სხვების ცდებით დამტკიცდა ვეგეტ. ნერვულ სისტემის დამოუკიდებელი—ავტონომიური მოქმედება.

ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სახელწოდება სავსებით ჩამოყალიბებული ჯერ კიდევ არ არის. მაგ. Langley არჩევს: I სიმპატიური სისტემას, II პარასიმპატიური სისტემას, რომლის შემადგენლობაში შედის კრანო-ბულბარული და საკრალური ნაწილი, და III „Enteric system“-ას, რომელიც შესდგება აუერბახისა და მეისნერის წნულისგან. ყველა ამათ ავტონომიურ სისტემას უწოდებს.

Eppinger-ი და Hess-ი კი ორად ყოფენ:

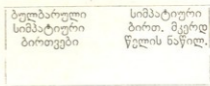
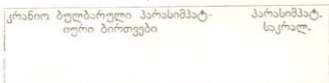
I სიმპატიური სისტემა და II გაფართოებული სისტემა ცთომილი ნერვისა ან ავტონომიური სისტემა. Gottlieb-ი და Meyer-ი მთელ სისტემას ვეგეტატიურს უწოდებენ და სიმპატიური და პარასიმპატიური სისტემად ყოფენ. Laignel-Lavastine-მა ამით დაარქვა გოლო სიმპატიური და ორ ნაწილად 1. ორტოსი მპატიურად და 2. პარასიმპატიურად გაყო. დანარჩენ სხვა სახელებს არ შევებები, ხოლო ვრცლად მოვიყვან Dressel-ის ნომენკლატურას, როგორც უფრო მისაღებს და შემდეგში ამ სახელწოდებით ვისარგებლებთ. Dressel-ი თავის სქემას Corpus striatum-იდან იწყებს და მღშა ორგანოებით ათავებს.

ვეგეტატიური ბირთვები (corpus striatum).

შუამდებარე ტვინის ვეგეტატიური ბირთვები

პარასიმპატიური ბირთვები

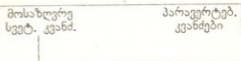
სიმპატიური ბირთვები



პრეგანგლიონალური პარასიმპატიური ბოჭკოები

პრეგანგლიონალური სიმპატიური ბოჭკოები

პოსტგანგლიონალური პარასიმპატიური წნულის



პოსტგანგ. ბოჭკოები

მღშა ორგანო



ანატომია. ვეგეტატიური ნერვული სისტემა ორი დიდ ჯგუფისაგან — პარასიმპატიურისა და თვით სიმპატიური სისტემისაგან შესდგება. პარასიმპატიური სისტემის ბოქკოები წარმოსდგება შუა და მოგრძო ტვინისა და ზურგის ტვინის საკრალური ნაწილისგან. პარასიმპატიური ნერვული ბოქკოები, რომელიც გამოდის შუა ტვინიდან, მიდის თვალის მამოძრავებელი ნერვის საშუალებით *gang. ciliaris*-ამდი და აქედან ტოტებს აძლევს *m. sphincter pupillae*-ს და *m. ciliaris*-ს. მოგრძო ტვინიდან პარასიმპატიური ბოქკოები გამოდის სახის, ენა ხახის და ცთომილი ნერვთან ერთად და ცრემლისა და ნერწყვის ჯირკვლებისკენ მიდის, აგრეთვე ანერვიანებს ყანყრატოს, ფილტვს, გულს, თირკმელს, ღვიძლს, კუჭს, კუჭქვეშა ჯირკველს, წვრილ ნაწლავს და მსხვილის პროქსიმალურ ნაწილს. პარასიმპატიური სისტემის ყველაზე უფრო დიდი ნერვი არის ცთომილი ნერვი, რომელიც გამოდის მოგრძო ტვინიდან და ქმნის ორ კვანძს: *gang. Jugulares*-ს და *gang. nodosum*-ს. ცთომილი ნერვიდან ანასტომოზები მიდის *n. glosso-pharyngeus*-ის, *n. accessorius*-ისა და *gang. cervicale superior nervi sympathici*-სკენ. ცთომილი ნერვი სხვა დანარჩენი თავის ტვინის ნერვებისგან მით განსხვავდება, რომ იგი ანერვიანებს შიგნითა დიდ ორგანოებს: გულს, ფილტვს, კუჭ-ნაწლავს, ღვიძლს და სხ. აგრეთვე მას აქვს მამოძრავებელი, მგრძობიარე და ვეგეტატიური ფუნქციები. საკრალური ნაწილი პარასიმპატიური სისტემისა იწყება ზურგის ტვინის სამართო ნაწილისგან, მიდის პერიუეროისკენ *n. pelvici*-ის სახით და ანერვიანებს სწორ ნაწლავს, შარდის ბუშტსა და სასქესო ორგანოებს.

სიმპატიური ბოქკოები ვეგეტატიური ნერვულ სისტემისა იწყება მოგრძო ტვინში, კვანძოვან უჯრედიდან ცთომილი ნერვის დორსალური ბირთვიდან. დიდი ნაწილი სიმპატიური ნერვების უჯრედებისა იწყობება ზურგის ტვინის რუხი ნივთიერების გვერდითი ნაწილში. თვითონ სიმპატიური ნერვული სისტემა შესდგება ხერხემალზე ორივე მხრივ განწყვირებულ წველისგან და ერთმანეთს უერთდება *rami inter ganglionaris*-ის საშუალებით, მოსაზღვრე სიმპატიური სვეტი თავის 20—25 კვანძებით მოთავსებულია ხერხემლის ორივე მხარეზე. ზედა კვანძი მდებარეობს თავის ქალას ახლო, ქვედა კვანძი დაახლოვებით სამღვთო ძვლის დონეზე. *Ramus communicantes albus*-ით გასული ძაფები ნაწილობრივ თავდება კვანძოვან უჯრედებში, ნაწილობრივ მიდის პარავერტებრალურ კვანძამდე, რომელიც მოთავსებულია მუცლის ღრუში. ამ კვანძებიდან უფრო საგულისხმოა *gang. mesentericum sup. et inf.* სიმპატიური ბოქკოების ის ნაწილი, რომელიც შედის მოსაზღვრე სვეტში და მათ ნერვულ კვანძებში სწყდება *ramus communicantes grisea*-სკენ მიდის, რომ შემდეგ სპინალურ ნერვების მსვლელობას შეუერთდეს. სიმპატიური ნერვული სისტემის ბოქკოები თავის მსვლელობაში ერთხელ მაინც უეჭვოდ გასწყდება კვანძოვან უჯრედათ და შემდეგ უკვე პოსტგანგლიონალური ბოქკოები მიდის პირდაპირ იმ ორგანომდე, რომელსაც ის ანერვიანებს. სიმპატიური ინერვაცია აქვს: თვალს, ნერწყვთა ჯირკვლებს, გულს, სისხლის მილს, ბრონქებს, კუჭს, კუჭ-ქვეშა ჯირკველს, ღვიძლს, თირკმელს, თირკმელის ზედა ჯირკველს, წვრილსა და მსხვილ ნაწლავებს, შარდის ბუშტსა და სასქესო ორგანოებს. ამ ბოქკოებს აქვს სეკრეციის, მამოძრავებელი და შემკავებელი თვი-

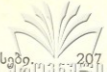
სებები. ზემო თქმულიდან ცხადია, რომ ყველა ვეგეტატიური ორგანოს ორგანიზაციის პარასიმპატიური და სიმპატიური ინერვაცია ჰქონია. (იხ. ნახ. № 1).

რაც შეეხება ვეგეტ. ნერვულ სისტემის ცენტროებს, ამის შესახებ აზრთა სხვადასხვაობა თითქმის არ არსებობს; Dresel-ის აზრით nucleus periventricularis-ი უნდა ვალიაოთ ცენტროთ სიმპატიურსა და პარასიმპატიური სისტემებისთვის. ვეგეტატიური ნერვულ სისტემის ანატომიური შენობის შესახებ, რომ გარკვეული შეხედულება ვიქონიოთ, საკიროთ მიმაჩნია მოვიყვანო Dresel-ის აზრი: „ვეგეტატიური ცენტრიდან, რომელიც მოთავსებულია ზოლ-ზოლი სხეულში, ბოქკოები ჩამოდის შუამდებარე ტვინში, სადაც მოთავსებულია ვეგეტატიურ უჯრედების გროვა, უნდა ვითქვოთ, რომ ამ უჯრედების აქსონები მიდის სიმპატიურ და პარასიმპატიური ცენტროებისკენ შუა, მოგრძო და ზურგის ტვინში. უჯრედების, მოთავსებულის ამ უკანასკნელთა ნაწილებში, ბოქკოები იძლევა ნაწილობრივ თვალის მამოძრავებელი ნერვის, chorda tympani-სა და ცტომილ ნერვთან ერთად მიმავალს, ნაწილობრივ კი ზურგის ტვინის გავის ნაწილიდან n. pelvici-ის შემადგენლობაში. სიმპატიური უჯრედები მოგრძო ტვინის ვეგეტატიური ბირთვების და აგრეთვე სიმპატიური უჯრედები ზურგის ტვინის გვერდითი რქების თავის აქსონს აგზავნის rami communicantes albi-ს საშუალებით და აღწევს მოსაზღვრე სვეტს. ყველა ესენი, როგორც სიმპატიურის ისე პარასიმპატიურის ბოქკოები პერიფერიისკენ მიმავალი სადმე უეჭველად გაწყდება და კვანძოვან უჯრედთან კონტაქტს მოახდენს, მხოლოდ ამის შემდეგ უკვე პოსტანგლიონალური ბოქკოები ბოლო ორგანომდე მიდის. სიმპატიური ბოქკოებისთვის ასეთი კონტაქტი ხდება მოსაზღვრე სვეტსა და პრევერტებრალურ კვანძებში, პარასიმპატიურის — g. ciliare-ში და კვანძებში, რომელიც მოთავსებულია ორგანოზე ან უნდა მოინახოს ორგანოს შიგნით (აუერბახის და მენინგის წნულში).

ფიზიოლოგია. ვეგეტატიური ნერვული სისტემას აქვს მოძრაობითი, მგრძობიარე, ვაზომოტორული, შემკავებელი და გამომყოფელი ფუნქციები, ხოლო მისი მოქმედება ჩვენს ნებისყოფაზე დამოკიდებული არ არის. როგორც სიმპატიური, ისე პარასიმპატიური სისტემა თავის ტოტებს აგზავნის ყველა ვეგეტატიურ ორგანოსკენ და ერთი მეორეს საწინააღმდეგოთ მოქმედებენ. თუ სიმპატიური ნერვი, რომელიც ორგანოში აგზავნის იწვევს, პარასიმპატიური იმავე ორგანოში უსათუოდ შეკავებას იძლევა. მაგ. სიმპატიური სისტემა სისხლის ძარღვს ავიწროებს, გულის ცემას აჩქარებს, თვალის გუგას აფართოვებს, კუჭ-ნაწლავის მოძრაობას ანელებს და ძირითადი ნივთიერებათა ცვლას აძლიერებს, პარასიმპატიური სისტემა პირიქით გულის ცემას ანელებს, თვალის გუგას ავიწროებს, ძირითადი ნივთიერებათა ცვლას ასუსტებს და სხ. მათი მოქმედება ყველა ორგანოზე, რომ ნათლად წარმოვიდგინოთ საკიროა Müller-ის სქემას მივმართოთ.

ვეგეტატიური ნერვულ სისტემის ანატომონოსტური ინერვაცია.

სიმპატიური სისტემა	ორგანოებზე მოქმედება	პარასიმპატიური სისტემა
კისრის სიმპატიური ნერვი	—შეკავება + აგზნება	კრანიალური ავტონომიური სისტემა.
შეკავება (მოდუნება სფინქტერის)	—iris-ის კუნთები +	აგზნება (n. oculomotorius-ის საშუალებით შეკუმშვა)
მოდუნება?	—m. ciliares'-ი +	აგზნება (n. oculomotorius-ის საშუალებით შეკუმშვა)
აგზნება (ეგზოფტალმია)	+ Müller'-ის კუნთი —	მოდუნება (ენოფტალმია)
შეკავება?	—ცრემლის ჯირკვლები +	აგზნება (n. petrosus sup. maior'-ის საშუალებით)
მოდუნება?	—ნერწყვის ჯირკვლები +	აგზნება Chorda tympani)
აგზნება	+ სახის ოფლის ჯირკვ. —	მოდუნება
სისხლის მიღების შევიწროება (ფერმკრთალობა)	+ სახის სისხლის მილები —	სისხლის მიღების გაფართოება (გაწითლება)
აგზნება	+ თავის პილომოტორები —	მოდუნება
სიმპატიური ნერვის მკერდის ნაწილი.		ცთომილი ნერვი
მოდუნება (შესუსტება)	—ბრონქების კუნთები +	აგზნება (შეკუმშვა)
აგზნება (აჩქარება)	+ გულის მოქმედება —	მოდუნება (შენელება)
მოდუნება (გაფართოება)	—საყლაპავი მილი +	აგზნება (შეკუმშვა)
Splanchnicus superior.		ცთომილი ნერვი
პერისტალტიკის (მოდუნება) (სისხ. მიღების შევიწროება)	—კუჭი (მისი კუნთები და ჯირკვლები) +	პერისტალტიკის აგზნება (სის. მიღების გაფართოება)
მოდუნება (?)	—კუჭ-ქვეშა ჯირკველი +	სეკრეციის გაძლიერება
მოდუნება (სისხლის მიღების შევიწროება)	—წერილი ნაწლავები +	აგზნება (სის. მიღების გაფართოება)
მოდუნება შარდის სეკრეციის	—თირკმელები +	აგზნება შარდის სეკრეციის
აგზნება ადრენალინის სეკრეციის	+ თირკმელ-ზედა ჯირკვლები —	შენელება ადრენალინის გამოყოფის Nervus pelvis



სიმპატიური სისტემა	ორგანოებზე მოქმედება	პარასიმპატიური სისტემა
Splanchnicus inferior		
მოდუნება (სისხლის მიღების შევიწროება)	—მსხვილი ნაწლავები S. Romanum. სწორი ნაწლავი+	აგზნება შეკუმშვა და პერისტალტიკა (სის, მიღების გაფართოება)
Plexus hypogastricus'ის. Detrusor'ის მოდუნება. სფინქტერის აგზნება (Retentio-Urinne)	± შარდის ბუშტი ±	Detrusor'ის აგზნება. სფინქტერის მოდუნება (მოშარდვა)
სისხ. მიღების შევიწროება	+ მამაკაცის სასქესო ორგანოები—	Penis'ის სის. მიღების გაფართოება (ერექცია)
სისხ. მიღების შევიწროება. საშვილოსნოს აგზნება	+ ქალის სასქესო ორგანოები—	Clitoris'ის სის. მიღების გაფართოება. საშვილოსნოს მოდუნება
ზურგის ტერძის წინა ფეხების საშუალებით (მკერდისა და წელის ნაწილი)		
შევიწროება	+ სისხ. მიღები ტანისა და კიდურების—	გაფართოება
აგზნება	+ ტანისა და კიდურების ოფლის ჯირკვლები—	მოდუნება
აგზნება	+ ბილომოტორები—	მოდუნება
აგზნება	+ სადა კუნთები. Scrotum—	მოდუნება

ეს ანტაგონისტური მოქმედება არც ისე მარტივია, როგორც პირველ შეხედვით გვეჩვენება. მაგ. სიმპატიური ნერვის გალიზიანების დროს ნაწლავის კედელი მოდუნდება, ხოლო პარასიმპატიურის—გალიზიანებისას კი შეკუმშვა ხდება. მაგრამ სიმპატიკუსი ანელებს თუ არა კუნთების იმავე ტოტებს, რომელიც პარასიმპატიკუსისგან იკუმშება ეს არ ვიცით. Zondek-ის გამოკვლევით სიმპატიური



ნერვის გალიზიანება უდრის კალციუმის, — ხოლო პარასიმპატიურის კი კალიუმის მოქმედებას. სიმპატიური ნერვი ორგანიზმში Ca და K იონების ურთიერთობას კალციუმის იონების სასარგებლოთ სცვლის, პარასიმპატიური კი კალიუმის იონების სასარგებლოთ. ეს გარემოება ყურადსაღებია ვეგეტატიური უჯრედების ფუნქციის გასაგებათ. ყოველ ვეგეტატიურ უჯრედს, Dresel-ის თქმით, თავისი აუტოტონუსი აქვს, რაც თვით უჯრედში კალციუმისა და კალიუმის იონების ურთიერთობით აიხსება. აუტოტონუსის გამოცვლა და მასთან უჯრედულ ფუნქციის რეგულიაცია ხორციელდება ვეგეტატიური ნერვების საშუალებით ესენი იონურ კონცენტრაციას სცვლიან. ამნაირად სიმპატიური და პარასიმპატიური ნერვთა სისტემის მოქმედების ანტაგონიზმი არის უჯრედულ ფუნქციის ცვლილების გამოხატვა — კალციუმისა და კალიუმის იონების მეტნაკლებობაზე დამოკიდებული. თუ სიმპატიკუსი გალიზიანებულია და მისი მოქმედება გაძლიერებულია, მაშინვე ეს აღზნება გადადის პარასიმპატიკუსზე და მუშა ორგანოსკენ მიდის. ხოლო თუ კი პირველად პარასიმპატიკუსში დაიწყო აღზნება იგივე პროცესი მოხდება, მაგრამ ამ შემთხვევაში მოწინააღმდეგე მიმართულებით. Dresel-ი ამ ფაქტს ემყარება და სცნობს ცენტრალურ რეგულიატორულ აპარატის არსებობას.

გული და სისხლის მიღები. პარასიმპატიური ბოჭკოები ცთომილი ნერვისა გულის ყველა ფუნქციას ანელებს, ხოლო სიმპატიური ბოჭკოები კი მოწინააღმდეგე იმპულსებს აგზავნის. სისხლის მილს Müller-ის აზრით ორგანიზმი ინერვაცია აქვს — გამფაროვებელი და შემავიწროვებელი. სისხლის მილების შევიწროება, რომელიც სიმპატიკუსისგან სწარმოებს, იწვევს სისხლის წნევის მომატებას, ცთომილი ნერვის გალიზიანებით კი წნევის დაკლებას ვლდებულობთ.

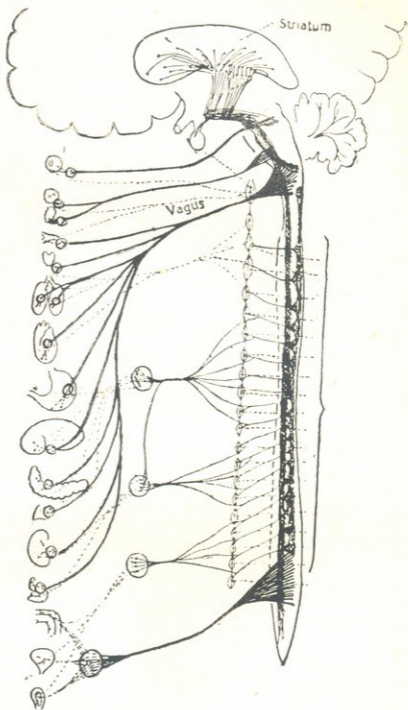
კუჭ-ნაწლავის მოძრაობითი ფუნქციაზე პარასიმპატიკუსი და სიმპატიკუსი ანტაგონისტურად მოქმედებენ, პირველი აძლიერებს, ხოლო მეორე ანელებს მათი ფუნქციებს. ცენტრო ამ ვეგეტატიური ინერვაციისა მოგრობო ტვინშია.

კუჭ-ქვეშა ჯირკვლის სეკრეცია დამოკიდებულია ვეგეტ. ნერვულ სისტემისგან, ცთომილი ნერვი სეკრეციას აძლიერებს. ნაღველის გამოყოფაც სწარმოებს ცთომილი ნერვის მოქმედებიდან, სიმპატიკუსის გალიზიანება პირიქით სეკრეციის შენელებას იწვევს.

შარდის ბუშტიც ინერვაციას ორივე სისტემისგან ღებულობს. პარასიმპატიური ბოჭკოები იწყება მე-2-3 საღეთო სეგმენტისგან და მიდის m. detrusor-სა და m. sphincter vesicae-სკენ. გალიზიანება იწვევს დეტრუსორის შეკუმშვას და სფინქტერის მოღუნებას. სიმპატიური სისტემა კი პირიქით იწვევს დეტრუსორის მოღუნებას და სფინქტერის სპაზმს.

სასქესო ორგანოები. მამაკაცის და ქალის სასქესო ორგანოების ვეგეტატიური ინერვაციის ფიზიოლოგია თითქმის ერთნაირია. ერექცია და ეიაკულაცია სტიმულს ღებულობს პარასიმპატიკუსისგან (n. n. erigentes), ხოლო სიმპატიური ბოჭკოები, მიმავალნი n. hypogastricus-ისა და n. Spermaticus-ის საშუალებით, ამ ფუნქციისთვის შემკავებელ ნერვებს წარმოადგენენ. Müller-ის აზრით, როგორც სიმპატიური, ისე პარასიმპატიური ცენტრებს აქვს თვისება ერექცია — ეიაკულაციის გამოწვევის, მაგრამ ეს მარტო სპინალურ რეფლექსით არ ხდება, სასქესო ორგანო დამოკიდებულია თავის ტვინის პროცესისგან. შეგრძნებები, რომ-

თვალი
 ნერწყვის
 ჯირკვლები
 თავის სის.
 მილები
 ფარისებრი
 ჯირკვლები
 ფილტვები
 გული
 კუჭი
 ღვიძლი
 კუჭქვეშა
 ჯირკვლი
 თირკმელზედა
 ჯირკ.
 თირკმელი
 მლივი ნაწ-
 ლავი
 მსხვილი ნაწ.
 შარ. ბლშტი
 სასქესო
 ორგანოები



ნახ. I ვეგეტ. ინერვაციის საერთო სქემა.

ლებიც აღწევენ თავის ტვინს, ყნოსვის, მხედველობის, სმენის და შეხების ნერვების მეოხებით, იწვევენ სასქესო ორგანოს მოქმედებას. აქ ხდება ცენტრალურ ნერვულ სისტემის გავლენა ვეგეტატიურ სასქესო ფუნქციაზე.

თვალი. ვეგეტატიური ნერვული სისტემა ანერვიანებს თვალის მხოლოდ სადა კუნთებს. როგორც ვიცით გუგა ვიწროვდება *m. sphincter pupillae*-ს მოქმედებისგან, ხოლო რაც შეეხება მის გაფართოებას არ ვიცით მივაწეროთ იგი *m. dilatator pupillae*-ს შეკუმშვას, თუ *m. sphincter*-ის მოღუნებას. პარასიმპატიური სისტემა წარმოსდგება იმ უჯრედიდან, რომელიც შეადგენს მედიალურ ნაწილს თვალის მამოძრავებელ ნერვის ბირთვისას, ამ ნერვთან ერთად მიდის და მისი კოლატერალის საშუალებით *g. ciliares*-ში შედის. პოსტგანგლიონალური ბოჭკოები *n. ciliares*-თან ერთად თვალის კაკლისკენ მიდის და *m. sphincter iridis*-ს და *ciliares*-ს შემკუმშველ იმპულსებს უგზავნის. სიმპატიური ბოჭკოები ცილიო—სპინალური ცენტრიდან მოდის, ის გაივლის მოსაზღვრე სვეტს, საძილე არტერიის წნულს, *n. nasociliares*-ს, გუგის კუნთებისკენ მიემართება და იწვევს გუგის გაფართოებას. ძილის, მორფიუმის და სხვა მიზეზების მოქმედება, რომლის შედეგია გუგის შევიწროება, უნდა აიხსნას დიენცეფალიურ ცენტრის აღგზნების დაკლებით, ამის მეოხებით კი თვალის მამოძრავებელი ნერვის ცენტრი უპირატესობას ღებულობს სიმპატიურ ცენტრზე.

ნივთიერებათა ცვლა. ვეგეტ. ნერვული სისტემისგან არის დამოკიდებული ტანის ტემპერატურა, ორგანიული და არაორგანიული ნივთიერებათა ცვლა. თბილისისხლიანი ცხოველების თვისება, მიუხედავად გარეშე ცვალებადი ტემპერატურისა, ტანის სითბოს განსაკუთრებულ დონეზე შენარჩუნება, საეხებით ვეგ. ნერვულ სისტემის ფუნქციისგანაა დამოკიდებული. სიმპატიური სისტემის გაღიზიანება სითბოს პროდუქციას უმატებს, პარასიმპატიკუსის—კი საწინააღმდეგო მოვლენას გვაძლევს. ცილას ცვლის შესუსტება პარასიმპატიური სისტემისგან ხდება, მისი გაძლიერება სიმპატიური სისტემისგან არის დამოკიდებული. ცთომილი ნერვის გაღიზიანება შარდის სიმჭავის მომატებას იწვევს, ხოლო სიმპატიკუსის—დაკლებას. თავის ტვინში *Dresel*-ის აზრით სამი ცენტრალური სადგურია პერიფერიასთან ფუნქციონალურად დაკავშირებული. პირველი მოგრძო ტვინის ვეგეტატიური ბირთვი, მეორე *hypothalamus*-ის ვეგეტ. ცენტრები და მესამე ზოლ-ზოლი სხეული. ამათი განსხვავება იმაშია, რომ მოგრძო ტვინში ცალკე ორგანოებია წარმოდგენილი, *hypothalamus*-ის სიმპატიური და პარასიმპატიური სისტემა, ხოლო ზოლზოლი სხეული ნივთიერებათა ცვლის რეგულიატორია—სისხლის წნევას, ტემპერატურას და შაქარს სისხლში განსაკუთრებულ *optimum*-ზე აჩერებს.

შიგნითა სეკრეციის ჯირკვლები*) ვეგეტატიური ნერვულ სისტემასთან ორმაგ კავშირში იმყოფება. ა) ვეგეტ. ნერვული სისტემა გავლენას ახდენს შიგნითა სეკრეციის ჯირკვლებზე, თუმცა ეს ჯირკვლები, ნერვებს მოშორებული, თავის სეკრეციის გამოყოფას განაგრძობს, მაგრამ მისი რეგულაცია ნერვულ სისტემას უნდა მიეკუთვნოს. ბ) შიგნითა სეკრეციის ჯირკვლების პორმონები თავის მხრივ მოქმედობს ნერვულ სისტემაზე.

*) შიგნითა სეკრეციის საკითხს შემდეგ ნომერში შევხებით.



ვიგეტატიური ნერვული სისტემის დაავადებანი ორგანო-ორგანიული და ფუნქციონალური. სიმპატიური ნერვის ორგანიულად დაავადებისას უნდა გავარჩიოთ გალიზიანებისა და დამბლის ნიშნები. მაგ. კისრის სიმპატიური ნერვის წმინდა გალიზიანების დროს თვალის კაკალი გამოწეულია, თვალის ნაპრალი და გუგა გაფართოებულია, სახესა და კისერზე ფერი მკრთალია, ნერწყვი სველი და წებოიანი. ამავე ნერვის დაბლისას კი ცნობილია ე. წ. Hörner-ის სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც მდგომარეობს თვალის ნაპრალისა და გუგის შევიწროებაში, თვალის კაკლის ჩაქარდნაში.

რაც შეეხება ცთომილ-ნერვის ორგანიულად დაზიანებას, ეს საკითხი ჯერ კიდევ სავსებით შესწავლილი არ არის. ცთომილი ნერვის გადაჭრისა ან მისი ბირთვის დაზიანებისას კუჭი გაფართოვდება, ხოლო გალიზიანებისას სჭარბობს კუჭის ძლიერი პერისტალტიკა და თუ გალიზიანება დიდხანს გაძელდა მაშინ კუჭში ისეთივე ცვლილებებს ვნახავთ, როგორც არის კუჭის წყლულის დროს ლორწოვან გარსში. გარდა ამ ორისა ვეგ. ნერვული სისტემის ორგანიული დაავადებას ეკუთვნის: Diabetes insipidus-ი, dystrophia adiposa genitalia, არტერიალური ჰიპერტონია, პადაგრა და სხ.

ვიგეტ. ნერვულ სისტემის ფუნქციონალური დაავადებიდან Guillaume-ი არჩევს ვაგოტონიას, სიმპატიკოტონიას და ნერვოტონიას.

ვაგოტონია. ავადმყოფი მიმართავს ექიმს ათასნაირა გამოურკვეველი ხასიათის ჩივილებით, უფრო ხშირათ უჩივის გულისა და კუჭ-ნაწლავის დაავადებას. პირველ გასინჯვისთანავე შეამჩნევთ პარასიმპატიური სისტემის აგზნებას: თვალის გუგა შევიწროებული, ოფლის დენა გაძლიერებული, განსაკუთრებით ბლომათაა ოფლის დენა პილოკარპინის მიღების შემდეგ. Eppinger-მა და Hess-მა შენიშნეს, რომ ვაგოტონიკებს ოფლი, ან მთელ ტანზე სდის, ან ზოგიერთ ადგილზე, თავზე, სახეზე, ზურგზე და ფეხებზე. გასინჯვის დროს ამჩნევთ ხშირათ რომ ოფლი ილლიდან წვეთ-წვეთობით ჩამოდის. მიუხედავად ასეთი ოფლის დენისა ხელები და ფეხები მუდამ ცივია. ნერწყვის დენა მომატებულია, გულის ცემა ნელი, აშკარათ გამობატული ბრადიკარდია, გულის ტონი სუფთაა, გული ხშირად მცირე მოცულობისაა. სუნთქვის რითმი დარღვეულია, ერთი უჩივის ღრმა ამოსუნთქვის შეუძლებლობას, მეორე ჩქარ სუნთქვას, მესამეს არ შეუძლია ღრმა ჩასუნთქვა, მადა ცვალებადი, ხშირათ ბლოკინი, გულის წვა, ხანდისხან გულის რევა, კამის შემდეგ სიმძიმე აწუხებს „საკმელი ქვასავით ძევა“-ო ხშირა ყაბზობა, ფალარათი იშვიათია, ხანდისხან ერთს მეორე მოსდევს. შარდი ბლომათ, მოშარდვის დროს იჭინტება, გათავებისას რამდენიმე წვეთი უნებლიეთ მოსდის. პოლიუცია და ერექცია (არა საქმარისი) ხშირი. მენსტრუაცია ურიგოთ, ძლიერი სისხლის დენა, წელისა და მენჯის არეში ტკივილი.

სიმპატიკოტონია. ამნაირ ავადმყოფთ სრულიად საწინააღმდეგო ნიშნები აქვთ: თვალის გუგა გაფართოებული და ბრწყინვალე, კანი მშრალი, ოფლისა და ცრემლის დენა შემცირებული, სისხლ ნაკლებობა, თვალები ფერმკრთალია. არტერია მკვივი, პულსი დაჭიმული და ჩქარი, სისხლის წნევა მომატებული, გული მომრგვალო, მისი ტონი სუსტი. კუჭი დიდი, ატონიური, პერისტალტიკა ზომიერი, მისი სეკრეცია დაკლებული, მსხვილი ნაწლავი ატონიური, მე-

ტეორიზმი. ვაგოტონია ან პარასიმპატიკოტონია შეიძლება იყოს შედეგი პარასიმპატიური სისტემის ჰიპერტონიის და მაშინ მივიღებთ ჰიპერპარასიმპატიკოტონიას, ან სიმპატიური სისტემის ჰიპოტონიის (ჰიპოსიმპატიკოტონია). აგრეთვე სიმპატიკოტონია გამოწვეულია ან სიმპატიურის ჰიპერტონიით, ან პარასიმპატიურის ჰიპოტონიით (ჰიპოპარასიმპატიკოტონია).

ნე ვ რ ო ტ ო ნ ი ა. ასეთ ავადმყოფთ აქვთ ნიშნები, როგორც ვაგოტონიის, ისე სიმპატიკოტონიის მათ აწუხებთ საქმლის მომწივლებელი ტრაქტის, გულის მოქმედებისა და სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ავადმყოფი დღეს უჩივის კუჭის ტკივილს, ხვალ ნაწლავებისა და ზეგ კი საყლაპავი მილის სპაზმს. გული ხან ჩქარა მოქმედებს და ხან შენელებულია, ბრადიკარდია და ტახიკარდია ერთმანეთს სცვლიან. უბრალო მიზეზის გამო ასეთი ავადმყოფი ხან ფითრდება და ხან წითლდება. ძლიერ ადვილად სუქდება და ხდება, ამ შემთხვევაში დიდი გავლენა აქვს შორალური მიზეზს. ხშირათ აწუხებს ტკივილები ნევრალგიური ხასიათის. ზოგიერთი ფარმაკოლოგიური ნივთიერების თვალში ჩაწვეთებით ვლებულობთ რეაქციას ორივე მიმართულებით, ატროპინი გვაძლევს გულის გაფართოებას და აკომოდაციის მოშლას, პილოკარპინი აკომოდაციის სპაზმს და უსიამოვნო შეგრძნებას. ხანდისხან პილოკარპინი იწვევს ნამდვილ ნევროტონულ შეტევას. ხშირად ვაგოტონია სჭარბობს, რაც გამოიხატება 1. კუჭში ზედმეტი სიმკვავეში და მის სპაზმში, 2. გულის მოქმედების მოშლაში, არიტმია, 3. სუნთქვის მოშლაში, ქოშინი, ასტმა. 4. ნაწლავების ფუნქციის მოშლაში, თვალარათობა. 5. ოფლის, ცრემლის და ნერწყვის დენაში. საერთოთ ნევროტონია ისე, როგორც ვაგოტონია ხანგრძლივი მდგომარეობაა და მის მიერ გამოწვეული ნიშნები იშვიათად დაანებებს ხოლმე თავს. ვაგოტონია და სიმპატიკოტონია ხასიათდება ერთი სისტემის მეორეზე თვალსაჩინოთ გადაჭარბებით, ნევროტონიის დროს ძნელია დამტკიცება ერთი სისტემის მეორეზე გადაჭარბების. აქვე საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ვაგოტონიები ანუ პარასიმპატიკონიები ძლიერ ხშირად გვხვდება, ხოლო წმინდა სიმპატიკოტონიები კი იშვიათად.

A. Martinet კი ორგანო ვეგეტატიური ნერვიულ სისტემაში არჩევს შემდეგ ფუნქციონალურ მდგომარეობებს:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| S | — | V | ფიზიოლოგიური წინასწრობა. (ნორმალ. ტიპი.) |
| S | — | V | ვაგუსის გადამეტებული აგზნებულება — vagotonia. (ჰიპოსთიქსური ტიპი.) |
| S | — | V | სიმპატიკუსის გადამეტებული აგზნებულ. sympathicotonia. (ბახედოვ. ტიპი.) |
| S | — | V | ნევროტონიული აგზნებულების საერთო დაქვეითება Amphotonia negat. (აპატიური, სენილური ტიპი.) |
| S | — | V | ნევროტონიული გადამეტებული აგზნებულება — Amphotonia posit. (ემოტიური ტიპი.) |
| S | — | V | Amphotonia posit. ვაგუსის სისტემის უფრო მეტ აგზნებულებით. |
| S | — | V | Amphotonia posit. სიმპატიკუსის უფრო მეტი აგზნებულებით. |

ვეგეტ. ნერვული სისტემის მდგომარეობა სხვა ავადმყოფობის დროს იცვლება. მაგ. კუჭის და თორმეტ-გოჯა ნაწლავის წყლულის დროს Eppiger-მა და Hess-მა აღნიშნეს ვაგოტონია. Dresel-ი ამბობს, რომ დიდი უმრავლესობა კუჭის და თორმეტ-გოჯა ნაწლავის წყლულისა ვითარდება ვეგ. ნერვულ სისტემის შეცვლის ნიადაგზე. Morbus Basedowi Eppinger-მა და Hess-მა გაყვეს ვაგოსიმპატიკოტონურ შემთხვევებათ, ამ ავადმყოფობის დროს ხან სჭარბობს ნიშნები ვაგოტონიისა და ხან სიმპატიკოტონიის. მენსტრუაციის დროს ხდება პარასიმპატიური სისტემის აწევა და სიმპატიურის დაქვეითება. ორსულობის დროს სჭარბობს სიმპატიური სისტემის ნიშნები და ამით უნდა აიხსნას, რომ ქალები ვაგოტონიკები ორსულობის დროს თავს კარგად გრძნობენ.

ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის სნეულებათა გამოკვლევისათვის სამი მეთოდი არსებობს: ფარმაკოლოგიური, ფიზიკური და ბიოლოგიური. პირველი ემყარება ზოგიერთ შხამის არჩევითი მოქმედებაზე. ერთი მათგანი მოქმედებს პარასიმპატიური სისტემაზე, ხოლო მეორე სიმპატიურზე. მაგ. ადრენალინი სიმპატიურ სისტემაზე მოქმედებს: თვალის გუგას აფართოებს, გულის ცემას აჩქარებს, ბრონქებს აფართოებს, კუჭ ნაწლავის კუნთებს აღუნებს და სხ.

პილოკარპინი კი პარასიმპატიური სისტემას აღიზიანებს, რაც გამოიხატება ოფლისა და ცრემლის მომატებულ დენაში, სახის გაწითლებაში და სითბოს შეგრძნებაში.

ატროპინი პირიქით პარასიმპატიური სისტემას ადამბლავებს, ამ დროს ოფლის, ნერწყვის, კუჭის და ნაწლავების ჯირკველთა სეკრეცია სწყდება, პულსი აჩქარებულია ცთომილი ნერვის დამბლის გამო.

ეზერინი ამავე ჯირკვლებს აღიზიანებს და იწვევს ოფლის, ცრემლისა და ნერწყვის დენას, ბრონქის, კუჭისა და ნაწლავის კუნთების შეკუმშვას, პულსის შენელებას და შარდის ბუშტის სპაზმს. ვეგ. ნერვულ სისტემაზე ზოგიერთ შხამთა მოქმედებისა და მათი ხმარების შესახებ ვისარგებლებ შემდეგი სქემით.

ვეგეტატიური შხამები	ფარმაკოლოგიური მოქმედება	დოზა და დანიშნულება
ადრენალინი (თირკმელ ზედა ჯირკველის გამონაყვანი)	აღიზიანებს სიმპატიური ნერვის დაბოლოებას; თვალის გუგას აფართოებს, სისხლის მილს ავიწროებს, გულის ცემას აჩქარებს, ბრონქებს აფართოებს. ძლიერ მცირე დოზა აღიზიანებს მარტო Vagus-ს. უფრო დიდი დოზა ორივე სისტემას, განსაკუთრებით სიმპატიურს. ვენაში შეშაპუნებით არ არის შენიშნული აკუმულიაცია და შერყევა	Adrenalinum s. suprareninum hydrochloricum. არის გასაყიდათ ხსნარი 1:1000. სტერილიზაცია ქმნილი. შეიძლება აღუღება დოზა კანკეშ 1 cc. (mgm ^l). და მეტი; ვენაში $\frac{1}{3}$ —1 cc 1% ხსნარი, ბავშვს 0.25—(mgr).
ეგრეტოქსინი (secale cornutum-ის ალკალოიდი).	ადამბლავებს სიმპატიურ სისტემის გააღიზიანებელ დაბოლოებას, იწვევს ვაზოდილატაციას და გულის მოქმედების შენელებას n. accelerantes და ვაზოკონსტრიქტორების დამბლის გამო.	



ვიგეტატიური ნერვული სისტემის სნეულებანი და რეფლექსები

ვიგეტატიური შზამები.	ფარმაკოლოგიური მოქმედება	დოზა და დანიშნულება
ფიზოსტიგმინი (ალკალიოდი Physostigmin venenosum-ის თესლის)	ალიზიანებს პარასიმპატიური სისტემის დაბოლოებას, აძლიერებს მოქმედებას ოფლის, ნერწყვის და ცრემლის ჯირკვლებს, ბრონქების კუნთებს ავიწროებს, ნაწლავების კუნთების ტონუსს აძლიერებს, შარდის ბუშტის სპაზმს იწყვეს, გულის ცემას ანელებს. ვენაში შემზაპუნებისას პირველ ფაზაში თავის მოქმედებისა არ აზიანებს მთელ ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემას განსაკუთრებით სიმპატიურს; მეორე ფაზაში—ვაგოტროპიულია. ძლიერ მცირე დოზა ალიზიანებს მარტო პარასიმპატიურ სისტემას.	Physost salycil. 0,001! 0,003! წყალში გახსნილი ღებულობს წითელ ფერს და უმოქმედოა.
პილოკარპინი (ალკალიოდი jaborandi-ს ფოთლების)	ალიზიანებს პირდაპირ პარასიმპატიური აპარატების დაბოლოებას. მოქმედების პირველ ფაზაში ალიზიანებს პარასიმპატიურ სისტემას, მეორეში—სიმპატიურს.	Pilocarpinum hydrochloricum. იზმარება კანკვეშ და ეენაში შემზაპუნებით 0.01—0.02 ბავშვებს: 1—5 mgr.
ატროპინი ბოლო ორივე მოქმედება მეტად პარასიმპატიურ სისტემაზე.	ადამბლავებს პარასიმპატიური სისტემის ბოლო აპარატებს, გუგას აფართოებს. ნერწყვისა და ცრემლის ჯირკვლების მოქმედებას ანელებს, გულის ცემას აჩქარებს, ბრონქების, კუჭისა და ნაწლავების კუნთებს ადუნებს. სიმპატიური ნერვის მამორავებელ ძაფებს ადამბლავებს; Auerbach-ის კვანძებზე არ მოქმედობს. მცირე დოზა ატროპინისა ალიზიანებს, დიდი—ადამბლავებს ორივე სისტემას.	Atropinum sulfuricum: შიგნით და კანკვეშ 0.0005—0.001 ძველი ხსნარი ამღვრეულია და აქვეა მევეე რეაქცია. ბავშვებს: 0.25.
კალციუმი	ამფოტროპიული მოქმედება, მეტი სიმპატიური სისტემაზე	
კოფეინი (პურიინის დერივატი)	სიმპატიურ სისტემას ადამბლავებს	
ნიკოტინი ალკალიოდი Nicotiana tabacum-ის	მოქმედება სიმპატიურისა და პარასიმპატიურის სინაპიურ კავშირზე, პრეგანგლიონალურის და პოსტგანგლიონალურ შემეაერთებელ ძაფებზე. თვითონ პოსტგანგლიონალური ძაფები და ნერვული დაბოლოებანი თავის აგზნებას იზარჩუნებენ.	
Crataegus oxyacantha	Santeneise-ის და Vidacovitch-ის გამოკვლებით მზის წნულის აშკარა ამგზნებელია. საკმარისი დოზაით შეგიძლიათ მიიღოთ მზის წნულის რეფლექსის მოსპობა. ეს შზამი ადამბლავებს სიმპატიურ სისტემას.	Tinctura crat. oxyacantha XX—LX წვეთამდი დღეში



ზემო მოყვანილ შხამების სახმარებლად რამოდენიმე მეთოდი არსებობს, მე მხოლოდ ზოგიერთს, საერთო ხმარებაში მიღებულს შევხებით. O. Platz-ის სქემა: პირველ დღეს კან ქვეშ უშხაპუნებს ადრენალინს 0.75 mgr. და ყურადღებას აქცევს სისხლის წნევას, პულსს, სისხლში და შარდში შაქარს, ეს ორი ანალიზი აუცილებელი არის, თავის ტკივილს, გულის ცემას, ხელების კანკალს, მკაფიოთ გამოხატული დერმოგრაფიზმს, რეფლექსების მომატებას და რესპირატორიული არითმიას.

მეორე დღეს კან ქვეშ უშხაპუნებს ატროპინს 0,001 და ყურადღებას აქცევს პულსის ხასიათს, საყლაპავი მილის სიმშრალეს და საერთო მოვლენებს.

მესამე დღეს კან ქვეშ უშხაპუნებს პილოკარპინს 0.01 და ყურადღებას აქცევს პულსის ხასიათს, ნერწყვის დენას (საჭიროა გაიხომოს პირველ საათში შეშხაპუნების შემდეგ), სახის სიწითლეს, ოფლის დენას და კუჭის, ნაწლავებისა და შარდის ბუშტის მზოვი ნიშნებს.

Eppinger-ი და Hess-ი ავადმყოფს 100,0 შაქარს და 300,0 წყალს უზმათ აძლევენ, რის შემდეგ ათ წამს საწოლში მოსვენებულათ ამყოფებენ, ითვალისწინებენ სისხლის მაქსიმალურ და მინიმალური წნევას, პულსს, Aschner-ის და მზის წნულის რეფლექსებს და გუგათა მდგომარეობას, ამის შემდეგ ავადმყოფს კანქვეშ უშხაპუნებენ ერთ გრამს ადრენალინს ჩვეულებრივი ხსნარს (1:1000). შეშხაპუნების შემდეგ ყოველ ათ წამში ხელახლა სინჯავენ სისხლის წნევას, პულსს, Aschner-ისა და მზის წნულის რეფლექსებს, გუგების მდგომარეობას და სხვა დამატებითი მოვლენებს. ადრენალინის შეშხაპუნების შემდეგ აღინიშნება პულსის სიხშირე, სისხლის წნევის მომატება, გულის ძგერა, სახის გაფითრება, გუგათა გაფართოება და შარდში შაქარი. ერთ საათის შემდეგ ყოველივე თავის პირვანდელ მდგომარეობას უბრუნდება გარდა შაქრისა შარდში, რომელიც ექვსი საათის განმავლობაში აღინიშნება.

რამდენად უფრო აგზნებულია სიმპატიური სისტემა, მით უფრო ძლიერია ორგანიზმის რეაქცია ადრენალინისადმი და პირიქით.

Loewi — Cords-ის ცდა ემყარება ადრენალინისაგან გუგის გაფართოებას საჭიროა ამისთვის გუგის მდგომარეობის გათვალისწინება, რისთვისაც ხმარობენ ერთგვარ სახაზავს-კორნეოპეტრს ან სხვადასხვა ოდენობის გუგების სურათს.

შემდეგ ავადმყოფს ერთ თვალში ადრენალინის ჩვეულებრივი ხსნარის 1-3 წვეთს ჩაწვეთებენ. ამას ყოველ ხუთ წამში იმეორებენ სულ ოთხჯერ და გუგის მდგომარეობას ითვალისწინებენ. ნორმალ და ვაგოტონიურ სუბიექტებზე ეს ცდა უარყოფითი შედეგს იძლევა—გუგა არ ფართოვდება. სიმპატიკოტონიკებზე-კი მკაფიოდ დადებითი შედეგს იძლევა—გუგა ძლიერ ფართოვდება.

Dresel-ი კან ქვეშ უშხაპუნებს ადრენალინის ჩვეულებრივი ხსნარის ერთ გრამს და შემდეგ ერთი საათის განმავლობაში ზომავს მაქსიმალური სისხლის წნევას პირველ ათ წამის განმავლობაში ყოველ ორ-ორი წამში, ხოლო შემდეგ ყოველ ათ წამში.

თუ წნევის მრუდე არ მატულობს, ან პირიქით კლებულობს პირველ ათ წამის განმავლობაში და შემდეგ თანდათან უბრუნდება თავის პირვანდელ მდგომარეობას—არის ნამდვილი ვაგოტონია.



თვით მკვლევარმა აწარმოოს მარცხენა ხელით და მარჯვენათი პულსი დათვალოს, ან თვალბზე დაჭირება, რაც უნდა მოხდეს ღრმად, თანაბრად და ერთდროს ორივე თვალზე, თანაშემწეს მიანდოს. პულსი უნდა დაითვალოს თითების თვალბზე დაჭირების, შემდეგ იმდენივე დროს თითებით დაჭირებული. მეტ რიცხვს გამოაკლებთ მცირეს და გავიგებთ პულსის შენელებას ან აჩქარებას. საზომათ მიღებულია თვალ-გულის რეფლექსის ადვილად დასადასტურებელი თვისება გულის მოქმედების შენელება, რასაც გავლენა აქვს პულსის სიხშირეზე.

თვალ-გულის რეფლექსი Barré-ს დადებით მიაჩნია იმ შემთხვევაში თუ პულსის შენელება წამში 12 ხედმეტია. დადებითი Aschner-ი ცთომილი ნერვის ალგუნების ნიშანია. ხანდისხან დადებითი Aschner-ის მაგიერ ვლენულობთ პულსის დამახინჯებას ე. ი. პულსის სიჩქარეს შენელების მაგიერ. ეს ინვერტიული თვალ-გულის რეფლექსი მაჩვენებელია სიმპატიური სისტემის გალიზიანების. ფრანგ ავტორებს თვალ-გულის რეფლექსი სხვა რეფლექსზე უფრო საიმედო რეფლექსად მიაჩნიათ. პროფ. Laignel-Lavastine-ი ამბობს: „თვალ-გულის რეფლექსს ვეგ. ნერვულ სისტემისთვის ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც მუხლის რეფლექს ცებრებრო-სპინალური სისტემისთვის“.

მზის წნელის რეფლექსი იხმარება სიმპატიური სისტემის ფუნქციონალური მდგომარეობის გასასინჯავად და იგი აწერილია Claude-ისა და Santenoi-ის მიერ. ამ რეფლექსის გასინჯვის დროს ავადმყოფი ზურგზე წევს პირ გაღებული, მუცლის კუნთების ტონუსი მოდუნებული, სუნთქვა წესიერი, იდაყვზე გაკეთებული აქვს Pachon-ის სამაჯური და მაქსიმალური რბევა ირკვევა. მკვლევარი ორივე ხელს ეპიგასტრიუმზე ისე აჭერს, რომ მუცლის აორტის ცემა უნდა იგრძნოს, ღონიერი დაჭირება არ უნდა. თუ რეფლექსი დადებითია ინდექსი კლებულობს, ნულამდე მიდის, ხოლო დაჭერის შენდეგ გაივლის თუ არა ცოტა დრო ისევ ნორმაზე მოდის. ამ ცდის დროს ავადმყოფი უშპელი უნდა იყოს. Aschner-ის და მზის წნელის რეფლექსთა შორის ანტაგონიზმი არსებობს. როდესაც მზის წნელის რეფლექსი უარყოფითი ან ინვერტიულია მაშინ Aschner-ის რეფლექსი დადებითია, ხოლო თუ მზის წნელის რეფლექსი დადებითია იმ შემთხვევაში თვალ-გულის რეფლექსი უარყოფითია ან ინვერტიული. ძლიერ იშვიათია ორივე რეფლექსი ერთად დადებითი ან უარყოფითი. მზის წნელის რეფლექსი უმთავრესად პათოლოგიურია და სიმპატიური სისტემის გალიზიანების მაჩვენებელია.

Czermak-ის რეფლექსი, ხახა გულის რეფლექსი, ერბენის ცდა და სხვები არ არის მუდმივი და ამიტომ მათ არ შეეხებით.

პილომოტორული ან კუნთ-თმის რეფლექსი ყოველნაირათ შესწავლილი რეფლექსია, ამ საკითხას შესახებ დიდი მონოგრაფია აქვს André Thomas-ს. ეს რეფლექსი ხასიათდება თმის კუნთების შეკუმშვით, რაც იწვევს თმის გამართვას, გამართული თმების შუა ჰაერი გროვდება და ამცირებს სითბოს დაკარგვას. თმის კუნთების შეკუმშვის შედეგია კანის ამოზურცვა, რომელთა შეერთება კანს აძლევს თავისებურ სახეს, რომელსაც ეწოდება ბატის კანი „cutis anserina“. Thomas არჩევს ორ ტიპს: თავისა და ზურგის ტვინის პილომოტორულ რეფლექსს. ამ რეფლექსის გამოწვევისთვის არსებობს რამდენიმე მეთოდი.



ე. წ. პერანგის საშუალება მდგომარეობს იმაში, რომ ავადმყოფს პერანგს უცხად ახდიან ერთ მხარეზე ილიამდე, ამ დროს ვლებულობთ ინტენსიურად გამოხატულ ბატის კანს. პილომოტორული რეფლექსი გამოიწვევით თუ მუცელზე დავადებთ ყინულს ან სველ ჩვარს აგრეთვე მისი გამოწვევა შეიძლება ჩხვლეტით, შეხებით, ე. ი. რომელიმე მექანიკური გალიზიანებით.

კლინიკისათვის პილომოტორულ რეფლექსს დიდი მნიშვნელობა აქვს; ზურგის ტვინის დაზიანებისას, ლოკალიზაციის გამოსაცნობად იგი დახმარებას გვიწევს. მაგ. თუ კისრის არეში გალიზიანებით ჩვენ ქვედა კიდურებზე პილომოტორულ რეფლექსს არ ვლებულობთ ეს იმის ნიშანია, რომ დაზიანება არის მეკრდის მე-9 სეგმენტის ზევით.

დერმოგრაფიზმი ან კანის ვაზომოტორული რეფლექსი ორგვარია: თეთრი და წითელი, იგი იწვევა კანის მექანიკური გალიზიანებით ჩაქუჩის ტარით, ქინძისთავით, თითით და სხვ. თეთრი დერმოგრაფიზმი შედეგია კანის კაპილარების პირდაპირი გალიზიანების და მისი გამოწვევა ადვილია, იგი თითქმის ყველას აქვს, მაგრამ ძლიერ გამოხატულია მაშინ, როდესაც სკარბობს ე. წ. სისხლის მიღების შემავიწროებელი მდგომარეობა. წითელი დერმოგრაფიზმის გამოწვევის დროს პირველად ვლებულობთ თეთრს შემდეგ იგი ხდება წითელი და დიდხანს რჩება და დამახასიათებელია ძლიერი გალიზიანების, ბაზედოვიზმის დროს იგი მკაფიოდ არის გამოხატული.

ბიოლოგიური რეფლექსთა რიცხვს ეკუთვნის გასინჯვა ძირითადი ნივთიერებათა ცვლის, ჰემოკლაზიური კრიზის და ეოზინოფილიის.

დასასრულ მოვიყვან გასინჯვის იმ სქემას რომელსაც ხმარობს Эпштейн-ი, იგი დამდგარ ავადმყოფს უსინჯავს კუნთის შეკუმშვის ხასიათს, დერმოგრაფიზს და პილომოტორული რეფლექს, შემდეგ ავადმყოფს დასვამს სკამზე და სინჯავს თვალის გუგის რეაქციას, პულსს და მყესთა რეფლექსებს. ამის შემდეგ უკვე ზურგზე დაწოლილ ავადმყოფს უსინჯავს პულსს, თვალ-გულის რეფლექსს, მგრძობილობის და პლანტარულ რეფლექსს, შედეგს სქემაში შეიტანს. მეორე დღეს სინჯავს ვეგ. ნერვული სისტემის მდგომარეობას პროფ. Daniélopou-ს მეთოდით. თუ საჭიროება მოითხოვს ბიოლოგიური რეფლექსებსაც გასინჯავს. Эпштейн-ი ვეგ. ნერვულ სისტემის გასინჯვას ყოველთვის მიუმატებს ექსტრაპირამიდალური სისტემის გასინჯვას.

ამ გასინჯვისთვის აუცილებელ ხელსაწყოს შეადგენს: ჩაქუჩი, ქინძისთავი, სისხლის წნევის საზომი აპარატი, ორი გრამიანი შპრიცი, ვეგეტ. შხამების ხსნარი და ქრონომეტრი.

წამლობა. სწორი თერაპიისთვის საჭიროა იმის გამოკლევა თუ რასთან გვაქვს საქმე; სიმპატიური თუ პარასიმპატიური სისტემის გალიზიანებასთან, თუ საერთოდ ორივე სისტემის ფუნქციის დისოციასთან. შეიძლება ან ისეთი წამალის მიცემა, რომელიც ერთ სისტემის აგზნებას შეანელებს, ან მოწინააღმდეგე სისტემას გააღიზიანებს. მაგ. როდესაც გვაქვს ბრონქიალური ასთმა, რაც პარასიმპატიური სისტემის აგზნებით არის გამოწვეული, საჭიროა დაენიშნოს ავადმყოფს ადრენალინი სიმპატიური სისტემის გამაღიზიანებელი. აგრეთვე ნერვული ფალარათობის დროს, რომელიც გამოწვეულია პარასიმპატიური სისტემის აგზნე-

ბით Eppinger-ი და Hess-ი გვიჩვენებს ადრენალინის ოყნას (20—30 წვეთი % ადრენალინის 150,0—300,0 წყალზე).

ყველაზე უფრო ხშირათ მიმართავენ და კარგი თერაპიული საშუალებას წარმოადგენს ატროპინი, მას უნიშნავენ მაშინ, როცა დაავადება შედეგია პარასიმპატიური სისტემის ზედმეტი გაღიზიანების ჰიპერპარასიმპატიკოტონია. per os 0.0005—0.001 სამ ჯერ დღეში, თუ საჭიროება მოითხოვს ატროპინის ხსნარის შემხაპუნება შეიძლება კანქვეშ. ატროპინს სამაგიეროთ შეიძლება მისცეთ ავათ-მყობს ext. belladon. 0,015. და პაპავერინი თუ კუქნაწლაის სპაზმის მოსპობა საჭირო.

კალციუმის მარილების ხსნარს 10%—Calci chlor. უშხაპუნებენ გენაში მაშინ, როცა სურთ სიმპატიური სისტემის აგზნება. სიმპატიკოტონიის დროს კარგ შედეგს იძლევა ბრომის პრეპარატები. ვაგოტონიკებზე კარგად მოქმედებს ვალერიანა. აგრეთვე ამ ბოლოს ხშირად მიმართავენ ჰემოტერაპიას და პროტეინო-თერაპიას, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ყველა ეს საშუალებები და ბეერიც სხვა ამგვარი რასაკვირველია სიმპატიური და დროებითი მოქმედება აქვს. ვეგეტ. ნერვული სისტემის წონასწორობის დარღვევის აღდგენისთვის საჭიროა თვით გამომწვევი მიზეზების მონახვა და მისი მოსპობა, რაც ერთგვარ სიძნელეს წარმოადგენს.

ქართულ ეჭიბთა საზოგადოების სსღმბა 1926 წ. 25/XI.

მოსხენება პირველი.

ექ. ანთაძე „წითელას, ქუნთრუშას და ხუნაგის პროფილაქტიკისათვის“.
ავტორი არჩევს საკითხის თანამედროვე მდგომარეობას და აღნიშნავს, რომ წითელას ეთიოლოგიის გამოურკვევლობის გამო მის წინააღმდეგ შესაძლოა მხოლოდ პასიურ-აქტიური იმუნიზაცია რეკონვალესტენტია შრატით. დიფტერიის წინააღმდეგ ხმარობენ მკვიდრ ეთიოლოგიურ ნიადაგზე დაყრდნობილ აქტიურ იმუნიზაციას. სკარლატინის წინააღმდეგ ვაქცინაცია, თუმც ემპირიულია, მაგრამ სრულიად მისაღები იმ მხრივ, რომ თავიდან გვაშორებს სტრეპტოკოკებისაგან მოსალოდნელ საფრთხეს.

შეკითხვები და კამათი.

ექ. წერეთელი—სკარლატინის ეთიოლოგიის შესახებ ბოლოს და ბოლოს რას ეძლევა უპირატესობა—გემოლიტურ სტრეპტოკოკებს, თუ ფილტრში გამკვლეულ ვირუსებს. შეიძლება თუ არა ეს დაავადება ექსპერიმენტალურად გადავიტანოთ ცხოველებზე.

ექ. ივ. ლორთქიფანიძეს—აინტერესებს საკითხის შემდეგი პრაქტიკული მხარე—ჩვენში არსებულ ინსტიტუტებში სწარმოებს თუ არა საჭირო ვაქცინებზე მუშაობა.

პროფ. თიკანაძე—წითელა, რასაკვირველია, უმეტეს შემთხვევაში ბავშვების ავადუყოფობაა, მაგრამ მახსოვს ერთ დროს ჯარში გავრცელდა მოზრდილთა შორის და დიდი სიკვდილიანობაც გამოიწვია, შეიძლება თუ არა ასეთ შემთხვევაში ბავშვებიდან აღებული შრატი ვახმაროთ მოზრდილებს.

ექ. მაღალაშვილი—დიდხანს გრძელდება, თუ არა ქუნთრუშას, წითელას და ხუნაგის ვაქცინაციით გამოწვეული იმუნიტეტი; აკეთებენ თუ არა ტფილისში ხუნაგის ვაქცინაციას.

ყოველგვარ ვაქცინაციას აქვს მნიშვნელობა იმის მიხედვით, თუ რამდენად ხანგრძლივია მის მიერ გამოწვეული იმუნიტეტი, მაგალითად, ყვავილის ვაქცინაციას, რომელიც გრძელდება ექვს წელიწადს, რასაკვირველია, დიდი მნიშვნელობა ეძლევა. მაგრამ თუ ვაქცინაციის გაკეთება ხშირად გვიხდება, მას მნიშვნელობა ეკარგება და შესაძლებელია საშიშიც გახდეს ამ გვარი ვაქცინაცია ანოფილაქსიის მხრით. რაც შეეხება ქუნთრუშას ვაქცინაციას ამის შესახებ Deutschen medicin. Wochenschrift-ის უკანასკნელ ნომერში მოთავსებული პროფესორი E. Seiligman-ის მოხსენება მას საეჭვოდ სთვლის.



ექ. ანთაძე — საკითხი, თუ რას უნდა მიეცეს სკარლატინის ეთიოლოგიაში უპირატესობა გემოლიტურ სტრეპტოკოკებს, თუ ფილტრში გამვლელ ვირუსებს, გადაწყვეტილად არ შეიძლება ჩაითვალოს, ვინაიდან არც ერთისათვის და არც მეორესათვის არ მოიპოვება გადამწყვეტი ხასიათის საბუთები. ექსპერიმენტალურად სკარლატინით ბაქტიების დაკავდება შეიძლება, მაგრამ ამით მანაც არ წყდება ეთიოლოგიის საკითხი.

ჩვენ გვაქვს გაბრიჩევსკის ვაქცინა მეჩნიკოვის ინსტიტუტის ცვლილებით; გვაქვს შრატის. პირველს ხმარობენ ფართოდ, მეორე საქმად არ მოგვებოვება, რადგან მისი დამზადებისათვის საჭიროა ექვსი თვე. იმუნიტეტი ორი სამი წელიწადი გრძელდება და შეიძლება მეტიც, მაგრამ ჯერ-ჯერობით არ შეიძლება უკანასკნელის მტკიცება.

ხუნავის წინააღმდეგ აქტიურ იმუნიზაციას ტფილისში საზოგადოდ არ აწარმოებენ. ცნობა გვაქვს, რომ ასეთი იმუნიზაციის შემოღებას შეუდგა რკ. გზ. ჯანმრთელობის სამმართველო, მხოლოდ არ ვიცით, რამდენად ნაყოფიერი გამოდგება ეს.

ბავშვებისაგან აღებული შრატის ხმარება მოზრდილებისათვის სკარლატინის დროს შესაძლებელია და მიზანშეწონილიც.

შეიძლება ისეთი პირის შრატის ვინმაროთ, რომელსაც დიდი ხნის წინათ ჰქონია ვადატანილი სკარლატინა (მაგალითად, დიდის შრატი) მხოლოდ ამ შემთხვევაში შრატის დიდი დოზაა საჭირო და ეს ერთგვარ ტენიკურ უხერხულობას ქმნის, — ანოფილაქსიის მხრივ ამ სნეულებათა ვაქცინაცია საშიში არ არის, რადგანაც ასაკრელი მასალა ამ ვაქცინაციისთვის მზადდება კაცის სისხლისაგან და არა სხვა ცხოველების სისხლის შრატიდან.

პროფ. ალადაშვილი (თავმჯდომარე) — აღნიშნავს საკითხის დიდ საზოგადოებრივ და პრაქტიკულ მნიშვნელობას მეცნიერულ მნიშვნელობასთან ერთად. გამოსთქვამს სურვილს, რომ შექმნილ იყოს შესაფერი პირობები ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტში საჭირო ცდების ფართოდ დაყენების და ახალგაზრდა ექიმების მომზადებისთვის.

მოსხენება მეორე.

ექ. გუნია — „შემთხვევა გართულებულ მშობიარობისა მცირე მენჯში საკვერცხის სიმსივნის გაქედვით“ (აუტორეფერატი არ იყო წარმოდგენილი). შეკითხვები და კამათი.

ექ. მრევლიშვილი — რისთვის გაუკეთეთ ოპერაცია.

პროფ. თიკანაძე — სტერილიზაციის შესახებ არ ეთანხმება მომხსენებელს და ამ საკითხს ისე აღვილად გადასაწყვეტ საკითხად არ სთვლის, როგორც ეს წარმოდგენილი აქვს მომხსენებელს, — თუ კისტა იყო გამოცნობილი, — ლაპარაკობს ის, შეიძლებოდა პუნქციის გაკეთება.

ექ. გუნია (მომხსენებელი) — ოპერაცია იყო გაკეთებული, ვინაიდან ქალი ძლიერ დასუსტებული იყო და ვადატანილი ჰქონდა შვიდი მშობიარობა. პუნქციის გაკეთება არ იყო ნაჩვენები, რადგან ასეთ შემთხვევაში პუნქციის გაკეთებას დედა დალუბამდე მიყავს უმეტეს შემთხვევაში.



ქართველ ექიმთა საზოგადოების სსდომა 1926 წ. 23/XII.

მოხსენება პირველი.

პროფ. მეზერნიცკი — „თანამედროვე შეხედულება მზის აბაზანების გამოყენებაზე“.

მომხსენებელი აღნიშნავს, თუ რა დიდი ზიანი შეუძლია მიაყენოს ადამიანის სხეულს მზის აბაზანების შეუფერებელმა და მათი განსაზღვრულ საზომის გარეშე ხმარებამ; საჭიროდ მიაჩნია შემოღებულ იქნას მის-მიერ-დამუშავებული კალომეტრიული ხასიათის მეთოდი, რომელიც საშუალებას მოგვცემს სხვადასხვა ადგმას და სხვადასხვა დროს ერთგვარი განსაზღვრული საზომით მიუღდეთ მზის სხივებით სარგებლობის საკითხს.

შეკითხვები და კამათი.

მონაწილეობა მიიღეს ექიმებმა: ზანდუქელმა, აბაკელიამ და პროფ. ბუგსდორფმა.

უკანასკნელმა აღნიშნა საკითხის დიდი მნიშვნელობა და ის აზრი გამოთქვა, რომ მომხსენებლის მიერ წამოყენებული მეთოდი, სამწუხაროდ საბოლოოდ ვერ ჭრის საკითხს, ვინაიდან მზის სარგებლობის საკითხში არა მარტო სითბოს ეძლევა მნიშვნელობა, არამედ უფრო მეტად სხივების ქიმიურ შემადგენლობას.

იგივე პროფ. ბუგსდორფი აღნიშნავს კანის პიგმენტის დიდ როლს და გამოსთქვამს იმ აზრს, რომ სხივების ორგანიზმზე მოქმედების დროს, უკანასკნელს შეუძლია ამ პიგმენტის საშუალებით თავიდან აიშოროს მზის სხივების ზედმეტი გავლენა.

ექ. ზანდუქელის — აზრით მიხელსონის აპარატს ეყარება მნიშვნელობა, თუ პიგმენტს, როგორც ეს მიღებულია, შეუძლია მფარველობა გაუწიოს სხეულს.

პროფ. მეზერნიცკი (მომხსენებელი) — მიუხედავად ოპონენტების მიერ გამოთქმულ აზრისა, მაინც ფიქრობს, რომ მის მიერ წარმოდგენილი კალომეტრიული მეთოდი არის მუდმივი საზომი, რომელსაც შეუძლია დიდი სამსახური გაეწიოს.

პიგმენტს შეუძლია დაიფაროს ორგანიზმი სხივების ზედმეტ გავლენისაგან, მაგრამ მხოლოდ განსაზღვრულ ფარგლებში და თუ ეს გავლენა ამ ფარგლებს გასცილდა, სხივებს შეუძლია ზომაზე მეტი შევიდეს სხეულში და დააზიანოს იგი.

პროფ. ალადაშვილი (თავმჯდომარე) — აღნიშნავს საკითხის დიდ მნიშვნელობას, სთვლის მას მეტად საინტერესოდ და თავის დროზე წამოყენებულად. ის ნახულობს რომ აქამდე ჩვენ მუდმივი საზომის უქონლობის გამო, მეტად თავისუფლად ვეპყრობოდით მზის სხივებს და ადვილად შესაძლებელია, რომ ზოგჯერ მართლაც ვაჭარბებდით.

მოხსენება მეორე.

ექ. ივ. ლორთქიფანიძე — „ტუბერკულოზის გავრცელება საქართველოში“.

მომხსენებელი ფართოდ ეხება საკითხს და აყენებს შემდეგ მთავარ დებულებებს: 1. ტუბერკულოზი საქართველოში წარმოადგენს საშიშარ სოციალურ დაავადებას, რომელიც მოისპობა, როდესაც მოსახლეობის ცხოვრების პირობები

საგრძნობლად გაუმჯობესდება. 2. ტუბერკულოზით დაავადების შემთხვევები მატულობს, რასაც ხელს უწყობს ჩვენი მოსახლეობის ეკონომიური სილატაკე. 3. საჭიროა სასწრაფო ზომების მიღება. 4. სახელმწიფომ უნდა დაიხმაროს საზოგადოებრივი ინიციატივა. 5. საუკეთესო საშუალებაა კარგად მოწყობილი დისპანსერების ფართო ქსელით მოყენა ჩვენი ქვეყნისა და სანატორიუმების სათანადო მოწყობა; საქონლის ტუბერკულოზის შესწავლა და ღონისძიებანი მის მოსასპობად...

შეკითხვაში და კავათი.

ექიმები: ზანდუკელი, მიქელაძე, მარუაშვილი და მახვილაძე ნახულობენ, რომ მომხსენებლის მიერ ნახმარ მასალაზე სწორი და უტყუარი სტატისტიკური დასკვნების აშენება შეუძლებელია, რადგან უნდა ვიფიქროთ, რომ გაუმჯობესდა სწორი დიაგნოზის საშუალებანი, გაუმჯობესდა საექიმო დახმარება და ამან ხელი შეუწყო ტუბერკულოზით დაავადებულთა მეტი რიცხვის აღმოჩენას.

კერძოდ, ექიმი მახვილაძე აღნიშნავს, რომ ტუბერკულოზის და მალარიის ანტაგონიზმის შესახებ საკითხი დიდი ხანია წამოყენებულია, რთულია და ამ საკითხის სწორ გადასაწყვეტად მარტო სტატისტიკა, რაგინდ უტყუარი იყოს იგი, არ კმარა.

ექ. ნანეიშვილი — უჩვენებს რომ ტუბერკულოზით დაავადება ბავშვთა შორის გაცილებით მეტად არის გავრცელებული, ვინემ ეს წარმოდგენილ სტატისტიკურ ცნობებშია აღნიშნული.

ექ. ივ. ლორთქიფანიძე — (მომხსენებელი) — ეკვი არავის ებადება იმაში, რომ საექიმო დახმარება, ავადმყოფობის გამოცნობის საშუალებანი და სტატისტიკა ბევრად გაუმჯობესდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მაინც მოგვეუბნება იმის აშკარა საბუთები, რომ ნაწილობრივ თვით დაავადებაც ვრცელდება შედარებით წარსულ წლებთან.

მალარიის და ტუბერკულოზის შორის ანტაგონიზმის საკითხი, რასაკვირველია, გადაჭრილად არ ჩაითვლება, მაგრამ ჩვენ მიერ შეკრებილი და დამუშავებული მასალა საბუთს გვაძლევს ამ მხარესაც მიექცეს სათანადო ყურადღება და წარმოებდეს შესაფერი მუშაობა.

რ ე ზ ე რ ა ს ტ ე ბ ი.

Prof. Lebec. L'importance du diagnostic entre les troubles endocriniens et les troubles d'hypersympathicotonic.

Paris medical № 30. 1926.

ვიდრე დაეიწყებდეთ ადრენალინით, სუპარენინით ან თიროიდინით ზოგიერთ ავადმყოფების მკურნალობას, რომელნიც კლინიკურად იძლევიან შინაგან სეკრეციას მოშლილობის სურათს (საერთო სისუსტე, თავბრუს ზევა, თვიურის მოშლა, კუჭ-ნაწლავების მოშლილობა, სისხლის წნევის მომატება, გულის კანკალი, სახის კანის ფერის სწრაფი ცვლა და სხ.), ავტორი საჭიროდ სცნობს სიმპატიური ნერვიული (ორგანო-ვეგეტატიური) სისტემის გამოკვლევის აუცილებლობას ძირითადი მეტაბოლიზმის გასინჯვის დართვით.

მართლაც და ზოგჯერ იმ შემთხვევაში, როდესაც ადრენალინმა, ოგნირინმა ან სხვა რომელიმე ოპოთერაპევტიულმა საშუალებამ არავითარი თერაპევტიული შედეგი არ დასტოვა — *épinephrine*-მა მოგვცა სრულიად დამაკმაყოფილებელი შედეგები.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევის დროს ავტორი გვიჩვენებს სხვა საშუალებასთან ერთად თვალის გუგათა ფარმაკოდინამიურ ცდასაც (Levis). ეს რეაქცია მისი აზრით იძლევა ძლიერ დამაკმაყოფილებელ შედეგებს, თუმცა შეიძლება ამ დროს მივიღოთ სხვა მეთოდებთან შედარებით წინააღმდეგი მოვლენაც (R. O. C. და R. S.). ეს ორი უკანასკნელი რეფლექსი არის ფილტვის და გულის სიმპატიური სისტემის მდგომარეობის მაჩვენებელი და რა საკვირველია თუ ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის დისოციაციის დროს ამ წინააღმდეგობას კლინიკურადაც ექნება ადგილი.

გუგათა ფარმაკოდინამიური გამოკვლევის წესს ავტორი ასე აგვიწერს:

მშვიდად მწოლარე ავადმყოფს თვალების ერთ მანძილზე ფიქსაციის შემდეგ უწვევებენ ერთ თვალში 2-3 წვეთს *Sol. cocaini hydrochloric. 1 %*;

მეორე თვალში კი 2-3 წვეთს *Sol. pilocarpini nitric. 1 %*.

ნორმალურ პირობებში (ორგანო-ვეგეტატიურ ნერვიულ სისტემის ფიზიოლოგიური წონასწორობა) ერთ თვალზე *mydriasis*-ი და მეორეზე — *miosis*-ი თანაბარი ინტენსივობით და ხანგრძლივობით იქნება გამოხატული.

Hypersympathicotonia-ს დროს (გარდა ფილტვისა და გულის სიმპატიკუსისა) *mydriasis*-ი იქნება უფრო თვალსაჩინო და ხანგრძლივი ვიდრე ნორმალ პირობებში, *miosis*-ი კი ძლიერ სუსტი და ხანმოკლე.

Amphotonia-ს (*neurotonia*) დროს *mydriasis*-ი და *miosis*-იც ორთავე მხარეზე ძლიერ თვალსაჩინო და ხანგრძლივია.

ა. რ—ძე.

Dr Ch. Fink. Le système nerveux organo-vegetatif dans la Goutte.

Paris medical № 22. 1926.

ავტორს ჰქონია 41 შემთხვევა ნიკრისის ქარიან ავადმყოფთა, რომლის დროს მას უწარმოებია ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევა. ყველა ისინი ყოფილან ან ამფოტონიური ან-და უმრავლესობა ვაგოტონიური. ნიკრისის ქარების შეტევების დროს კი ყოველთვის ვაგოტონია მიუღია.

ავტორის დაკვირვებით ის მედიკამენტები, რომელნიც აქვეითებენ *sympathicus*-ის ტონუსს აძლიერებენ შეტევების ინტენსივობას და, პირიქით, ის მედიკამენტები, რომელნიც აძლიერებენ *sympathicus*-ის ტონუსს სწვევტენ აღნიშნულ შეტევებს.

Aschner-ის რეფლექსია. 41 შემთხვევიდან 29 ავადმყოფზე ყოფილა მკაფიოდ დადებითი (—12, —14, —16, —20 და მეტი), 10 შემთხვევაში ყოფილა 0 და 2—ინერტიული.

მზის წნულის რეფლექსია (*R. S.*). ამ ორ შემთხვევაში, სადაც *R. O. C.* ყოფილა ინერტიული, მზის წნულის რეფლექსია მიუღიათ დადებითი, 10 შემთხვევაში, სადაც *R. O. C.* ყოფილა 0, მზის წნულის რეფლ. დადებითი 7-ჯერ. 29 შემთხვევა, სადაც *R. O. C.* ყოფილა დადებითი მზის წნულის რეფლექსია მიუღია დადებითი 12 შემთხ. და უარყოფითი 17.

ამ რიგად ავტორს ერთს და იმავე ავადმყოფზე უნახავს როგორც *R. O. C.*, ისე *R. S.* დადებითი და აგრეთვე თვით *R. O. C.* სხვადასხვა დროს ერთს და იმავე ავადმყოფზე ყოფილა ზოგჯერ დადებითი და ზოგჯერ უარყოფითი. ამ ვარიაციის მიზეზად ავტორი სთვლის ორგანო-ფუნქციური ნერვული სისტემის ზედმეტ ლაბილობას (*labilité extreme*) ნიკრისის ქარების დროს.

კანის რეაქცია. ნიკრისის ქარით დაავადებულ ავადმყოფებზე ავტორს ყოველთვის წითელი და ხანგრძლივი დერმოგრაფიზმი უნახავს. ვოხომოტორულ რეფლექსების გამოკვლევის დროს და ზოგჯერ სპონტანურადაც შერჩეულ ადგილებზე (ტანის დაუფარავი ნაწილები) ავტორს ბევრ ავადმყოფზე შეუნიშნავს *urticaria* და *pruritis*.

Acid-base-ალური წონასწორობა ნიკრისის ქარების დროს დარღვეულია, ამ დროს ავტორს თითქმის ყოველთვის მიუღია *un état à peu près permanent de diminution de la reserve alcaline*.

ორგანო-ფუნქციური რეაქციები ქარების შეტევების დასაწყისში და მის მიმდინარეობაში. შეტევები იწყება უტბად ან და მას მიუძღვის წინ ცოტად თუ ბევრად გამოხატული პროდრომალური პერიოდი. ამ უკანასკნელს ახასიათებს ან არანორმალური ფიფორია, ან გაურკვეველი დარდი შეცვლილი წუხილით და აღზნებულებით.

ფიფორია არის მიზეზი საერთოდ ტენის ქერქის სისხლის მიღების გაჯანინებებისა. ეს უკანასკნელი ყოველთვის წინ უძღვის ქარების შეტევას. სიმპარტური სისტემის მგრძობელობის აწვევა არ აღინიშნება არც შეტევის დასაწყისში და არც ქარების მიმდინარეობაში.

პირიქით შეტევები იწყება ვაგოტონიური კრიზით. ამას დაერთვის ისეთი სიმპტომები (ადგილობრივი ქავილი, გუგათა უთანაბრობა, *oto-erythrose*, კონიუნქტივითა შეწითლება, ცხვირის ლორწოვან გარსის კატარი გაზშირებული ცხვირის ცემინებით, ნერწყვის დენის გაძლიერება), რომელნიც ახასიათებენ კისრის სიმპარტიკუსის დამბლას.

ავტორის დაკვირვებებში *oto-erythrose*, როგორც ნაადრევი სიმპტომი, აღნიშნულა 15 შემთხვევაში და გამოხატებულა ხოლმე ყურის შესავლის შეწითლება-შემუხუპებაში და მგრძობელობის დაქვეითებაში. იგი ხან ჰქრებოდა და ხან კვლავ იჩენდა თავს.

აღნიშნავთ აგრეთვე 8 შემთხვევაში გუგათა უთანაბრობა, *miosis*-ი დაავადებული მხარეზე. გუგათა რეაქციები სინათლეზე და აკომოდიაციაზე შენახული ყოფილა. თვალის ბირვთა ენოფთალმი, ნაპრალის შემცირება, წნევის დაწვევა და კონიუნქტივის შეწითლება დაავადებულ მხარეზე 32 შემთხვევაში აღნიშნულა.

სისხლის წნევა. შეტევებისას სისხლის წნევა ჯერ ეცემა და შემდეგ კვლავ მატულობს. დერმოგრაფიზმი აშკარა წითელი და ხანგრძლივია.

R. O. C. შეტევების დასაწყისში 47 შემთხვევიდან 41 დადებითი იყო. მაჯის შემცირება უდრიდა $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$, ერთ შემთხვევაში ავტორმა მიიღო *syncope*-ც. ბევრი ავადმყოფი რეფლექსის განმეორებაზე კათეგორიული უარს აცხადებდა, რადგან ის იწვევდა მათთვის არა სასიამოვნო მოვლენებს. თვით ავადმყოფობის (შეტევის) მიმდინარეობაში *R. O. C.* ცვალებადობდა (72—54, 73—63, 70—62, და ზოგჯერ 68—44).

R. S. 41 შემთხვევიდან, სადაც *R. O. C.* დადებითი იყო, *R. S.* დადებითი ყოფილა მხოლოდ 3 შემთხვევაში.

შეტევების გამომწვევი მიზეზები და მათი მოქმედება *vago-sympathicus*-ის ტონუსზე. შეტევის გამომწვევი მიზეზები ისეთ ნაირად მოქმედებენ



ორგანო ვეგეტატიური ნერვიული სისტემაზე, რომ იწვევენ სიმპატიკუსის ტონუსის დაქვეითებას. აღსანიშნავია ის, რომ შეტევები ყოველთვის იწყება ღამ-ღამობით (ძილი—vagotonia) და იმ დროს, როდესაც სიცივე და სინესტაგ მეტრა (სიცივე—vegotonia), შეტევებს იწვევს აგრეთვე შამპანიური, D'Arsonval-ი და ყველა vaso—ტროპიული შხამები. ადრენალინი, კოლიხიკინი (sc colchique) და ატროპინი აეტორის დაკვირვებით ისეთი მედიკამენტებია, რომელნიც აძლიერებენ სიმპატიკუსის ტონუსს და მით სპობენ შეტევებს.

ა. რ—ძე.

Труды первого всеукраинского съезда терапевтов. Харьков: 1926 г.

ამ კრებულის პირველი განყოფილება—„პროფესიონალური ინტოქსიკაციები“—შეიცავს მეტად საინტერესო ცნობებს ტყვიით მოწამლევის შესახებ. აღსანიშნავია ა. ვ. კულკოვის მოხსენება— „к клинике промышленных токсикозов“. აეტორი ემყარება 16 ავადმყოფის ტყვიით მოწამლევის შემთხვევას—B. A. Обух-ის კლინიკაში და ამ შემთხვევების შესწავლიდან შემდეგი დასკვნები გამოჰყავს:

1) ტყვიით მოწამლევის ვერგდწოდებული კარდინალური სიმპტომები—ტკივილები, არშინები ღრძილებზე და სხ. სავალდებულო არ არის ტყვიით მოწამლევის მიერ გამოწვეულ დამბლათათვის, ამასთანავე არ არის პარალელიზმი დამბლებისა და პარეზების განვითარების და მოწამლევის საერთო ნიშნების ინტენსივობის შორის; 2) არ არის მართალი, თითქო ტყვიით მოწამლევა იწვევს მხოლოდ ექსტენზორების დაავადებას; 3) ტყვიით მოწამლევის დროს სიღამლევის ხშირად თან ახლავს მგრძობელობის სფეროს დაზიანებაც. 4) ხსენებულ 16 შემთხვევათა შორის თავის ნერვები მხოლოდ ერთს ჰქონდა დაზიანებული (N. optici). ზერზემლის მილის სითხის გამოკვლევამ აღმოაჩინა მცირეოდენი ლიმფოციტოზი.

აეტორს მოჰყავს აგრეთვე ბენზინით მოწამლევის 23 შემთხვევა. მუშა-ქალების მოწამლევა მოხდა „красный богатырь“-ის ქარხანაში, სადაც აკეთებენ გალოშებს. მუშაობის დროს მუშები ჩაისუნთქვენ ბენზინის ორთქლს სამუშაო მაგიდებიდან. რადგან ვენტრილატორების მუშაობა შეწყდა 40—50 წამით, ბენზინის ორთქლის რაოდენობამ ჰაერში მოიმატა და გამოიწვია მოწამლევა. მუშა-ქალების ხნოვანობა იყო 19—25 წლამდე. უმეტესი ნაწილი მუშაობდა ერთი წელს ან მეტ ხანს. 3 მუშას კლინიკაში შესვლისთანავე აღენიშნა ისტერიული „მოვლა“ (arc de cercle და სხ.). 17-ს ჰქონდა დაკარგული ცნობიერება, ზოგ შემთხვევაში ერთ-ორ საათს და მეტ ხანსაც მოწამლევის შემდეგ, ზოგს კი შემდეგაც კლინიკაში ყოფნის დროს. მეორე ადგილი უჭირავს სხშირის მხრით თავის ტკივილს, მეტად ინტენსიურს (18 შემთხვევა). რწყვეა და გულსზიდება ჰქონდა 17-ს. ძივივი, რომელსაც ჰქონდა დროებითი ტონური ან მცირე-კლონური ხასიათი, ჰქონდათ როგორც „მოვლის“ დროს, აგრეთვე „მოვლის“ გარეშე. 3 შემთხვევაში აღნიშნული იყო mydriasis, ერთ შემთხვევაში იყო კლონუსისებური კრუნჩხვა, კონიუნქტივისა და კორნეას რეფლექსების დაკარგვა. სისხლის გამოკვლევამ ყველა შემთხვევაში აღმოაჩინა ანემია. აღსანიშნავია სამი მუშის („კაუჩუკის“ ქარხნის) მოწამლევა გოგირდწყალბადით და გოგირდნახშირბადით. ამ ქარხანაში ვერგდწოდებულ ფაქციის (კაუჩუკის სუროგატის) ხარშვის დროს ჩნდება ბევრი H₂S (0, 2 5 მილიგრამამდე ერთ კვბ. მეტრ ჰაერში). და გოგირდნახშირბადის მცირე რაოდენობა. მოწამლვას ჰქონდა ქრონიკული ხასიათი. ორ შემთხვევაში განვითარდა პოლინევრიტის (კიდურების) სურათი, ერთ შემთხვევაში პოლინევრიტისა და წინა პოლიომიელიტის.

3. წ—ლი.

И. М. Моркус и М. М. Евзлин (Харьков). Клиническое значение реакции Bergh, a. ბერგის აზრით, სისხლში არის ორგვარი ბილირუბინი: ლვიძლში გატარებული და ლვიძლის გარეშე. ლვიძლის ბილირუბინი ტრიალობს სისხლში თავისუფლად. ლვიძლის გარეშე ბილირუბინი კი შეერთებულია ცილებთან. ამიტომ ლვიძლის ბილირუბინი იძლევა Erlich-Prescher-ის რეაქციას—ალუბლის ფერს—პირდაპირ და უცებ (20—30 წუთში), ლვიძლის გარეშე ბილირუბინი კი იძლევა არაპირდაპირ რეაქციას, ე. ი. მხოლოდ ალკოჰოლის მოქმედების შემდეგ სისხლის შრატზე. Adler და Strauss-ის აზრით, ღიაზორეაქცია მით უფრო ჩქარა წარმოებს, რა-



მდნადაც ნაქლებია გლობულინები სისხლის შრატში. პირიქით, როდესაც ბევრი გლობულინია შრატში და ამის გამო ვადიდებულია შრატის წებოვნება, დიაზორეაქცია მიიღება დაგვიანებით. ეს საკითხი ჯერ საბოლოოდ გამოარკვეული არ არის, ავტორმა გამოიკვლია 10 უანმრთელი კაცის სისხლი და მიიღო სამ შემთხვევაში უარყოფითი არაპირდაპირი რეაქცია, სამ შემთხვევაში აღმოაჩინა 1,6 მილიგრამი ბილირუბინი, ოთხ შემთხვევაში 3,2 მილიგრამი ბილირუბინი 100 კუბ. ცენტ. სისხლში. შემდეგ ავტორმა გამოიკვლია ჰოსპიტალურ თერაპევტიულ კლინიკაში ხუთი კათედრის ავადმყოფების სისხლი.

1: სიფილისანების (3 შემთხვევა) სისხლში, როდესაც ღვიძლი დაავადებული იყო, აღმოჩნდა 12,8—25,6 მილიგრამი ბილირუბინი, შრატი იძლეოდა პირდაპირ დიაზორეაქციას. ამ ავადმყოფებს ნეოსალვარსანით არ ექიმობდნენ, რადგან ამგვარი მკურნალობა საშინაოი ჩვენებოდა ღვიძლისათვის. სინდრით მკურნალობის შემდეგ ბილირუბინის რაოდენობამ მოიკლო (6,4 მილიგრამი) და დიაზორეაქცია შეიქნა არაპირდაპირი. იმავე დროს სხეულზე ავადმყოფებს აღმოაჩნდა შარდში ურობილინი. ურობილინურია კი თავისი მხრით ამტკიცებს ღვიძლის ამტკიცებას.

2: მალარიის „მწვავე“ მოვლა, არ კურნებული (10 შემთხვევა): ბილირუბინი 6,4—25,6 მილიგრამი, დიაზორეაქცია პირდაპირი. კურნებულის შრატის რეაქცია „მოვლის“ შემდეგ შეიქნა არაპირდაპირი, შრატში კი იყო 3,2—6,4 ბილირუბინი. ქრონიკული მალარია: ბილირუბინი სისხლში 12,8—25,6 მილიგრამი, დიაზორეაქცია პირველად პირდაპირია, კურნების შემდეგ არაპირდაპირი, როდესაც ბილირუბინი ბევრი იყო სისხლში, იყო ურობილინურია, რომელიც ამტკიცებს აგრეთვე ღვიძლის არკმარებას.

3: Carcinoma ventriculi cum subictero (5 შემთხვევა), sarcinoma hepatis cum ictero (5 შემთხვევა), carcinoma სეროზულ გარსთა sine ictero (1 შემთხვევა), carcinoma peritonae sine ictero (1 შემთხვევა). პირველ შემთხვევაში იყო პირდაპირი რეაქცია; ბილირუბინი შრატში იყო 3,2—6,4 მილიგ. ღვიძლის კბოთი ავადმყოფების შრატში ბილირუბინი უდრიდა 6,4—25,6 მილიგრამს. იყო ორფაზიანი დიაზორეაქცია. მესამე და მეოთხე შემთხვევაში იყო ცოტა ბილირუბინი სისხლში (0,4—6,4) და არაპირდაპირი დიაზორეაქცია.

4: სხვადასხვა მიზეზის მიერ წარმოშობილი სიყვითლე: icterus catarrhalis (15 შემთხვევა). ბილირუბინი შრატში 25,6—102,4; დიაზორეაქცია პირდაპირი, cholecistitis (5 შემთხვევა). ბილირუბინი 12,8—25,6; დიაზორეაქცია პირდაპირი. Morbus Banti cum ictero (1 შემთხვევა)—რეაქცია ორფაზიანი. Cirrosis hepatis hypert. cum ictero (1 შემთხვევა)—ურობილინი 25,6—51,2 მილიგრ., დიაზორეაქცია ორფაზიანი. Anaemia pernicioosa cum ictero (2 შემთხვევა),—ბილირუბინი 12,8—25,6—არა პირდაპირი დიაზორეაქცია, icterus haemoliticus (სამი შემთხვევა)—ბილირუბინი 25,6—51,2 მილიგრამი—დიაზორეაქცია არაპირდაპირი; icterus post decomp. cord. (3 შემთხვევა)—ბილირუბინი—6,4—12 მილიგრამი, დიაზორეაქცია არაპირდაპირი.

5: Anaemia secundaria, insuffic. et stenosis mitr comp., Nephroso nephrit, Tubercul. pulmonum operta, Endocardites lenta,—იძლევიან არაპირდაპირ დიაზორეაქციას და ურობილინის მკირვოდნობას სისხლში. Cholecistitis, Morbus Banti cum ictero, cirrosis hepatis hypertrophira, anaemia pernicioosa cum ictero გართულებულნი იყვნენ ურობილინურით.

აღსანიშნავია, რომ ურობილინურია ყოველთვის თან არ ახლავს hyperbilirubinaemia-ს. პირდაპირი დიაზორეაქცია გვიჩვენებს ღვიძლის დაავადმყოფებას—დეგენერატიულ პროცესს ან შეშუპებას,—არაპირდაპირი დიაზორეაქცია—რეტროკულონდოტელური აპარატის დაავადებას, ორფაზიანი რეაქცია კი, როგორც ღვიძლის, აგრეთვე რეტროკულ—ენდოტელური აპარატის დაავადებას.

თუ სიყვითლე ნაღვლის სადინარის დაკეტვით არის გამოწვეული, დიაზორეაქცია არის პირდაპირი, icterus იძლევა არაპირდაპირ დიაზორეაქციას. გულის დეკომპენსაციის დროს მატულობს ბილირუბინის რაოდენობა სისხლში და დიაზორეაქცია არის არაპირდაპირი. ამგვარად H. V. D. Bergh-ის რეაქცია წარმოადგენს ერთერთ მნიშვნელოვან საშუალებას დიაგნოსტიკური მიზნებისათვის.

გ. წ—ლი.

О. Я. Брилъ Icterus haemoliticus.

ავტორს მოჰყავს სამი შემთხვევა (ჟერაინის რენტგენოლოგიური ინსტიტუტიდან).



ამ ავადმყოფობით შეპყრობილნი ყოფილან მამა 43 წ., მისი ვაჟი 11 წ. და ასული, თვითულ მათგანს ავადმყოფობა დაწყებია პატარაობიდან. უჩივიან მუდმივს, პერიოდულად მატებულ სიყვითლეს, თავის რუტს და სისუსტეს. ობიექტურმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა სკლერების და კანის სიყვითლე ქაილის არ ქონებით და ბრადიკარდია, ყველას გადიდებული აქვს ვლენთა (ქვედა კიდე 4—10 ცენტ. ჩამოკილებულია ნეკნების რკალს), ორს გადიდებული აქვს ლივლი 3—4 ცენტ. ყველას აქვს ანემიური შეილება. შარდში ბევრი ურობილინია, არ არის ნალელის პიგმენტები და მკვანია.

სისხლში დაკლებულია ჰემოგლობინი (79%, 69% და 51% და ერითროციტების რაოდენობა—4.700.000, 4.300.000 და 200.000).

ერითროციტების რუხისტენტობა დაკლებულია. რუქკია Hymans v. d. Bergh-ის არაპირდაპირი დადებითი, თორმეტ გოჯა ნაწლავის შეკუმობაში ბევრია ნალელის პიგმენტი, განავალში ბევრია ურობილინოვანი.

Hymans v. d. Bergh-ის არაპირდაპირი რუქკია ამტკიცებს, რომ სიყვითლე არ არის მექანიკური მიზეზის შედეგი, ე. ი. ნალელის სადინარის დახურვით გამოწვეული, არამედ არის დინამიური, დეგენერატიული პროცესის შედეგი.

რატომ არ იყო შარდში ნალელის პიგმენტები და მკვანია? იმიტომ, რომ ბილირუბინგმა გამოწვეული იყო არა რეტენციული სიყვითლის ნიადაგზე, არამედ სხვა მიზეზით, ჰემოლიტიური სიყვითლის დროს ერითროციტები მრავლად ირღვევიან რეტეკულარულ უჯრედებში, უმთავრესად ლივლის ფრედწოდებულ კუპფერის ვარსკვლავისებურ უჯრედებში და ვლენთის პულპაში. ამ ავადმყოფობის შინაგანი მიზეზია ერითროციტების კონსტიტუციური სისტემა—რუხისტენტობის მოკლება. სპლენექტომია მასანშესაბამი არ არის, რადგან ერითროციტების გაძლიერებულ რღვევას აწარმოებს ამის შემდეგ ლივლი. უფრო მიზანშესაფერია რენტგენოთერაპია, რომელიც ამკირებს ვლენთის რეტეკულარული ენდოტელური უჯრედების აქტივობას. რენტგენოთერაპიამ, რომელიც სცადეს ერთერთ სხენებულ ავადმყოფზე, შედარებით კარგი შედეგი მოიტანა, თუმცა, რასაკვირველია, ერითროციტების რუხისტენტობა ვერ გააძლიერა.

3. წ—ლი.

Т. Р. Крыжановский. К вопросу о значении определения viszозного давления (автореферат). (Киен).

ავტორს უჩიარობია პირდაპირი (სისხლიანი) გზით ვენური დაწოლის გამოკვლევა (Morits-ის და Tabar-ის აპარატით) 126 ავადმყოფზე, რომელთა შორის უმეტესობას ჰქონდა გულის და ძარღვების ავადმყოფობა.

კარგადმყოფის v. mediana-ში წნევა წყლის სვეტის 60—80—100 მილიმეტრის დაწოლა უნდა ჩაითვალოს ნორმალურად. მაჯის ზურგის პაწაწა ვენაში წნევა 5—15 მილიმეტრით მეტი იყო (10 შემთხვევაში), ვიდრე v. mediana-ში მწოლიარე მდგომარეობაში. დიდი განსხვავება ამ მხრივ ზედა და ქვედა კიდურების ვენებს შორის არ ყოფილა.

მიტრალური მანკის მიერ გამოწვეული დეკომპენსაციის 30 შემთხვევაში ვენური სისხლის წნევა მომატებული იყო, არტერიალური სისხლის წნევა კი დაკლებულია. მიტრალურ მანკის შემთხვევების უმეტესი ნაწილის ვენური წნევა უდრიდა 115—130-ს, მარჯვენა გულის ორგანიული ავადმყოფობა იძლეოდა ვენური წნევის მეტისმეტ გაძლიერებას—200—220 მილიმეტრი. აორტის დაავადების დროს, მძიმე დაავადების დროსაც კი, ვენური დაწოლა ცოტათი თუ აღემატება 100-ს. ეს მიუწერება იმას, რომ გულის ძლიერი მარცხენა პარკუკი ენერგიულად ბრძვის დეფექტს, მაგრამ, თუ აორტის მანკს თან ახლავს ვენური სისხლის დიდი დაწოლა, ეს ცუდი პროგნოსტიკული ნიშანია.

3. წ—ლი.

Проф. Зимницкий. Новое в патогенезе пентических язв. „Врачебное дело“ № 19. 1926 г.

ავტორი ამყარებს თავის დასკვნას სხვა და სხვა მეცნიერის გამოკვლევაზე, აგრეთვე გამოკვლევებზე თავის კლინიკაში, მისი აზრით კუჭის წყლული შედეგია უმთავრესად სხეულის ქსოთანამედროვე მედიცინა № 3—4 1927.

ვილების აციდოზის. ამით აიხსნება ნახშირმჟავა ბისმუტით მკურნალობის სარგებლობა (Destot-ის მეთოდი). ნახშირმჟავა ბისმუტი (50 გრ. დღელამეში) შეჭარავს მკიდროდ კუჭში გამოყოფილ HCl და, ვინაიდან ბისმუტის ქლორო-შეერთება ხსნადი არ არის, გამოიყრება ნაწლავიდან. იწვევს სისხლის ტუტოვნების მომატებას. ავტორს უწარმოებია ამავე მიზნით ინსულინით მკურნალობა და მიუღია კარგი შედეგი (ვინაიდან ინსულინიც აძლიერებს ისხლის ტუტოვნებას).

T. O. Орлова. К вопросу об отдаленных последствиях искусственного выкидыша. Из Акушерск-клиники I Москов. университета. Врачебное дело № 20. 1926. г.

1921 წელს მოსკოვის სამედიცინო კლინიკაში შესულა აბორტის გასაკეთებლად 1502 ქალი, მათ შორის 102, ან 6,7%⁰, საექიმო ჩვენებით, მათ შორის 10,1%⁰ აბორტი უკვე ჰქონდა დაწვებული. მაგრამ ჯერ არ გათავებულყო. ამ 10,1%⁰-ში შედიოდა: 59 (38,8%⁰), სამშობიარო. ცხელების შემთხვევა და 6 (3,42%⁰) სიკვდილის შემთხვევა. ამის გარდა, ავტორს მოჰყავს 5 შემთხვევა, როდესაც განმეორებითი ხელოვნური აბორტი გადაკეცულა ჩვეულებრივ აბორტად. ავტორის აზრით, განმეორებითი აბორტის შემდეგ, ერთი მხრით, აღარ წარმოიხსნება საშის ლორწოვანი გარსის საკმაო რეგენერაცია, მეორე მხრით, წარმოიხსნება კუნთების ფენის დეგენერაცია, მათ ნაცვლად შემაერთებელი ქსოვილის ზრდა და სისხლის მიღების ობლიტერაცია, ამგვარ საშის არ შექმნილა საკმარისად ასახროდოსმოზარდი დეკოდუმური ქსოვილი, რომელშიაც ჩნდებოდა ამის გამო ნეკროტიული ადგილები. ამგვარად ხელოვნურ აბორტს გარდა პირდაპირი საშიშროებისა—საშის პერფორაციის, ანთების და სხ.—მოსდევს უნაყოფოობა, რომელიც პირველი აბორტის მიერ გამოწვეულ სიხარულს სავალალოდ ქმნის შემდეგ, როდესაც ქალს დედის ინსტინქტი ეღვიძება.

3. წ—ლი.

L. Poix. La vaccination contre la tuberculose parle B. C. G. Les resultates et son mode d'application.

Pr. med. № 59. 19/VI 26.

ანტიტუბერკულ. იმუნიტეტის შესახებ ბევრი შრომები არსებობს. ზოგიერთ მკვნიერებმა შესდგინა ბაცილების შესუსტებულ ჯიშის ხმარებით ან და მოკლულ ბაცილების საშუალებით ერთგვარი რეზისტენტობის მიღება t. b. c. ინფექციის წინააღმდეგ, მაგრამ ეს იმუნიტეტი რამდენიმე კვირის განმავლობაში ქრებოდა. M. Calmette-მა და მისმა თანამშრომელმა C. Guérin-მა 1906 წელს დაამტკიცეს, რომ ანტი t. b. c. იმუნიტეტის არსებობა დამოკიდებულია ცოცხალ ვირუსზე, მაგრამ ამ ვირუსმა რომ ზიანი არ მიაცემოს ორგანიზმს, ის მოკლებული უნდა იყოს ტუბერკულიგენურ უნარს. ვირულენტობის დასაკლებად საკვებ ნიადაგად ისინი ხმარობდნენ ხარის ნაღველში (la bile de boeuf glycerinée) მონარშულ კარტოფილს. 230 მომდევნო (successives) კულტურის მიღების შემდეგ, 13 წლის განმავლობაში, მათ მიიღეს ისეთი კოლონიები, რომელთა აცრა ანდა პირდაპირ საკმლის მომწელებელ მიღში შეყვანა არ იწვევდა არავითარ ზიანს სხვადასხვა ჯიშის ცხოველებში. მოკლებულნი იყვნენ ტუბერკულიგენურ თვისებას და ამავე დროს ტუბერკულიონის გამომუშავების უნარს არ იყვნენ მოკლებულნი. მათი ინექციის შემდეგ ორგანიზმში ანტისუბულები ჩნდებოდა, რომელთა არსებობა კომპლემენტთა ფიქსაციის რეაქციით მტკიცდებოდა.

1906 წელს ივე M. Calmette-მა დაამტკიცა, რომ, როდესაც ახალგაზრდა ხარებს (bovin) ის აკმევდა პატარა რაოდენობას t. b. c ბაცილებისას (t. humanus), შემდეგში ასეთები ერთგვარ რეზისტენტობას იჩენდნენ t. b. c. ინფექციის წინააღმდეგ. გაცხოველებული ამ ექსპერიმენტით, მან სცადა ვაკცინაცია ახალგაზრდა ლაბორატორულ ცხოველებზე. ვაკცინაციას ახდენდა უმთავრესად პირის გზით; ახალგაზრდა ცხოველებში ინფექცია ყველაზე ადვილად ამ გზით ხდება, რადგან პირველ დღეებში საკმლის მომწელებელი ლორწოვანა გამავალი არამც თუ მიკრობებისთვის, არამედ ალბუმინოიდურ ნივთიერებათათვის, ტოქსინი და ანტიტოქსინებისთვისაც.



რ ე ფ ე რ ა ტ ე ბ ი.

ლაბორატორულ ცხოველებზე ექსპერიმენტებში კარკად ჩაიარეს. იმუნოხატიის 3 თვე შემდეგ შინაურ კურდღლებს და ზღვის გოჭებს აკმევდა 1 სუგ. ვირულენტურ ბაცილებიას (t. bovinus). არავითარი მოშლილობა მას არ მოჰყოლია, საკონტროლო ცხოველები კი კვდებოდნენ შიგნეულობათა t. b. c.-ით. ხარებში პირველ ორი კვირის განმავლობაში წარმოებულ იმუნოხაცია ქრებოდა 15 თვის შემდეგ. ამგვარად ესენი მოითხოვენ ყოველწლივ რევაქცინაციას. ვიდრე აღმნიშნულ გადავიყოდნენ, Wilbert-მა 1924 წელს აწარმოვა ექსპერიმენტები Kindia-ში (ფრანგული გინეა) მაიმუნებზე. B. C. G. ატრამ ან ინექციამ არავითარი t. b. c. დაზიანება არ გამოიწვია, გარდა უმნიშვნელო და სწრაფად გამქრალ (fugace) ჯირკვლების შესიებისა. ასე დაევაქცინებულნი მაიმუნები, გაშვებული დაეადებულ მაიმუნებთან, ავად არ გაზდნენ. რევაქცინაციაც უზიანო აღმოჩნდა.

თუმცა B. C. G.-ით გამოწვეული იმუნიტეტი თითქმის ანალოგიურია ყვავილის, ციმბირის წყლულის ვაქცინებით მიღებულ იმუნიტეტთან, მაგრამ გაირჩევა მით, რომ გამოიწვევა მხოლოდ t. b. c. ინფექციისაგან სრულებით თავისუფალ ორგანიზმში. ამიტომ საფრანგეთში, სადაც Pirquet-ის მოზარდილებში 98 % ში ებედებით, ასეთი იმუნოხაცია შესაძლებელია მხოლოდ პირველ დღეებში.

პირველად ახალდაბადებულების იმუნოხაცია Weil-Hall-მ და Turpin-მა აწარმოეს 1924 წლიდან). 1926 წლ. პირველ იანვრამდე საფრანგეთში 5,000 ბავში იყო დაავადებული. ჩათი შესახებ ცნობანი იყო შეკრებილი M. Calmette-ს მიერ (6 თვ.—18 თვემდე). სიკვდილიანობა მათში ანა ტუბერკულოზ. მიზეზით—7 %-ით აღინიშნება, t. b. c.-ის გამო კი—0,7 %-ით (იმ დროს, როდესაც სიკვდილიანობა t. b. c.-საგან 1 წლამდე 25 % უდრის).

ტენიკა მდგომარეობს შემდეგში: ვაქცინა გამოშვებულია Pasteur-ის ინსტიტუტის მიერ კოლოფში, რომელშიაც 3 ფლაკონია მოთავსებული 2 cm.-ანი, სამივე ფლაკონი უნდა მიეცეს პირველ 10 დღის განმავლობაში. მე-3, 5, 7 ან მე-5—7—9 დღეს ძუძუს წოვის წინ რძეში.

ვაქცინალური ეფელსია მოხმარებულ უნდა იქნას არა უფვიანეს მომზადების შემდეგ 10 დღისა. წინააღმდეგ ჩვენებანი არ არსებობენ. მეტადრე მოითხოვენ ვაქცინაციას t. b. c.-ურ ოჯახში დაბადებულნი.

გ. რ ა ტ ი შ ვ ი ლ ი.

Pr.-Doz. Dr A. Meesmann *) Die klinische Bedeutung der Mikroskopie des lebenden Auges an der Gullstrand'schen Spaltlampe.—Fortschritte der Medizin. 1926 № 4, 137—142.

(კლინიკური მნიშვნელობა ცოცხალი თვალის მიკროსკოპისა Gullstrand-ის ნაპრალიან ლამპრის შემწეობით).

ზოგიერთი სახელგანთქმული ოფთალმოლოგების ახრით ნაპრალიან ლამპრის (ნ. ლ.) მნიშვნელობა თითქმის უტოლდება ოფთალმოსკოპის მნიშვნელობას. თუ ჯერ კიდევ ის არაა ყოველ თვალის ექიმის ხელში ამის მიზეზია მატერიალური პირობები და ტენიკის ძნელი შესწავლა (ჩვენში ამის გარდა ლიცენზიის შივნა. თითქმის მთელი წელიწადია ვეცილობთ შევიძინო ერთ-ერთი იმავე პრეპარატზე აშენებული აპარატი, მაგრამ ჯერაც კი არ მოხერხდა. ა. შ.).

ნ. ლ. წარმოადგენს ფოკალი განათების უმწვერვალეს განვითარებას. მისგან განათებულ ქსოვილების გასინჯვა შესაძლებელია ბინოკულარი მიკროსკოპით და ამგვარად მიღებულ იქნა 100-ჯერ მეტი გადიდება, მაგრამ პრაქტიკისთვის ყველაზე უფრო ხელსაყრელია 10—20 ჯერ გადიდება.

ნ. ლ. პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ წარმომშობი სინათლის წყაროს ნაცვლად განათებულად იხმარება მისი ნაპრალიან დამარდილებელში (Spactblendc) გამოსახული მკაფიო-გადაბრუნებული რელი ასახვა. რადგან ნაპრალი ოთხკუთხა, ფოკუსი სინათლის კონისა წარ-

*) Meesmann-ი ხელმძღვანელობს ნაპრალიან ლამპების ხმარების შესასწავლ კურსებს ბერლინში. შარშან მას ჰქონდა გამოცხადებული კურსი 25—30 სექტემბრამდე.



მოდგენს პრიზმას. Zeiss-ის ფორმამ, განსაკუთრებით მისი თანამშრომელი პროფ. Henker-ის *) შრომებით გამოიშველნა იმდენად დასრულებული მოდელი, რომ მისი პრინციპივით გაუმჯობესება შეუძლებლად უნდა ჩაითვალოს. წყოსი შესაძლოდ ჰქმნის სხვადასხვა ნაირ განათების მეთოდების ხმარებას, რომელთა შორის პრაქტიკულად უფრო მნიშვნელოვანი არიან—პირდაპირი სინათლეში დაკვირვება, რომელიც შესაძლოა მოწყობილი იყოს, როგორც დიფუზად აგრეთვე ფოკალად, გამლეულ სინათლეში ანუ ნეგატივი ცილაველში (im negativen Hellfeld-Koeppe). მაგ. თუ ამ წესით გასასინჯი რქოვანა გარსია, მაშინ სინათლის კონა მიმართება გარსზე (iris) და რქოვანა ისინჯება განათებულ საღრურ ნაწილის წინ. ერთ გვარს პირდაპირი განათებისა არის ეგრედწოდებული სარკის არე (Spiegelbezirk). განსაკუთრებულად არსებითი უპირატესობას ნაპრალიან ლამპრისას (ნ. ლ.) შეადგენს სიღრმის ლოკალიზაცია პირდაპირ განათებაში.

ამ მეთოდით, რომელსაც გაგვაცნო Vogt-მა, შესაძლოა აღნიშვნა, თუ რა სიღრმეზეა შენიშნული ცვლილება, განსაკუთრებით რქოვანა გარსისა, წინა სენაკის, თვალის მძივის და მინისებრი სხეულის.

ნაპრალიან ლამპრის (ნ. ლ.) შემოღებამ გამოიწვია აუარებელი ახალი დაკვირვებანი. ამ ასპარეზზე თავი იჩინეს განსაკუთრებით Leonhard Koeppe-მა და Alfred Vogt-მა. უკანასკნელის მიერ შესწავლამ თანდაყოლილი და შეძენილ თვალის მძივის ცვლილება ნათლად დაგვანახა ამ მეთოდის უპირატესობა ჰისტოლოგიურ-ანატომიურ გამოკვლევებზე. ცოცხალი ლორწოვანი გარსის მიკროსკოპიას არა აქვს დიდი კლინიკური მნიშვნელობა.

Limbus corneae-ს ნორმალად და კათოლოგიური პიგმენტაციის შესწავლამ აღმოაჩინა, რომ ამგვარ პერილიმბის პიგმენტოვან რგოლებს ძალიან მცირე დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ გამოანაკლის ჰქმნის რქოვანა გარსის ენდოთელიუმის პიგმენტაცია სვედოსკლეროზის დროს. რქოვანა გარსი, როგორც კოლლოიდული ქსოვილი პირდაპირ განათების დროს შინაგანი გადატეხვის გამო (ტინდალის ფენომენი) მოსჩანს რუხ-თეთრად. რქოვანა გარსის გასინჯვის დროს სხვათა შორის ნერვების რაოდენობა განსხვავდება ინდივიდუუმის მიხედვით, პათოლოგიურ შემთხვევებში მათი რიცხვი ძირეფ მრავლდება, როგორც ნიშანი ნევრიტის და პერიონევრიტისა. ძალიან კარგად და ნათლად მოსჩანს ენდოთელიუმში. თუ რა პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს რქოვანა გარსის ნ. ლ. გასინჯვას შეიძლება დაეინახოთ შემდეგი მაგალითებიდან.

Erosio corneae-ს დროს მხოლოდ ნ. ლ. შეუძლია გვიჩვენოს მომხდარა ინფექცია თუ არა აგრეთვე შეიძლება ამ მეთოდით ადვილად გამოცნობილ იქნას Keratitis disciformis, Keratitis epithelialis punctata, Keratitis parenchymatos-ის დასაწყისი და მისი გარჩევა რქოვანა გარსის სხვა ანთებითი ფორმებისაგან. სხვა დროს მხოლოდ ნ. ლ. შეუძლია ნაადრევი დიაგნოზი Keratocokonus-ისა.

წინა სენაკის ნ. ლ. გასინჯვა ფასდაუდებელია კლინიკური მსჯელობისათვის თვალის დაავადებებისათვის, აგრეთვე სხვადასხვა სენაკში მომხდარი ცვლილებით შეიძლება ერთი მეორისაგან ზოგიერთ მსგავსი დაავადებათა გარჩევა. Vogt-მა დაამტკიცა ნ. ლ. საშუალებით, რომ თანამდებობა არ არსებობს სიმპატიური გალიზიანება.

ნ. ლ. გვაძლევს ფერადი გარსის (iris) ანთების დაწყების გამოცნობის საშუალებას. ამავე საშუალებით გამოირკვა 60 % ყველა თვალისა ატარებენ ნიშნებს დანარჩენ გუგას მემბრანისა (აკისის), თვალის მძივის შესწავლამ ნ. ლ. საშუალებით არსებითად წასწია წინ ჩვენი ცნობები შესახებ მისი ნორმალური შენობისა და აგრეთვე თანდაყოლილი და შეძენილი ცვლილებებისა. აქაც დიდი ღვაწლი მიუძღვის A. Vogt-ს. მან სხვათა შორის ხანშიშესულთა კატარაქტის 7 უმთავრესი რიკა დაადგინა, რომელთაათვის დამახასიათებელია: 1-სათვის წყლის ნაპრალები (Wasser spacten), 2-სათვის ლამელარი დაობა, 3-თვის კაპრულის ქვეშე ვაქუოლების გაჩენა, 4-თვის თასებრივი უკანა კატარაქტა, 5-თვის დიფუზური მტვრისებრი, სიმღვრივე და პერიფერიუ.

*) სამწუხაროდ Prof. Dr. med. Henker-ი გარდაიცვალა 28 აპრ. 1926 წ. იყო ფიზიკოსი, მაგრამ Halle-ს საექიმო ფაკულტეტმა მიუძღვნა მას მისი საექიმო დარგში მოტანილი საჩუქრისათვის ხარისხი მედიცინის დოქტორის პატივსაცემლად (honoris causa).

ლი კონცენტრიული შროვანი სიმღვრივე, 6-თვის ბირთვის კატარაქტა და 7-თვის ე. წ. cataracta coronaria, რომელსაც დღემდე უწოდებდენ cataracta coerulea, viridis ან punctata-ს. ნ. ლ.-ით შესწავლამ დაარწმუნა A. Vogt-ი, რომ ბასტის (კატარაქტის) გაჩენაში ეგზოგენურ მიზეზს არ უნდა ჰქონდეს ალაგი.

ნაკარაქტალის გასინჯვა ნ. ლ.-ით გვძალევს შეძლებას ავირჩიოთ საუკეთესო საოპერაციო მეთოდი.

მინისებრი გარსის გასინჯვაც შესაძლოა ნ. ლ. მიკროსკოპით. Baumann-მა დაამტკიცა, რომ მინისებრი გარსი წარმოადგენს წმინდა ჰიდროფილ კოლოიდს, რომელშიაც რაიმე მიკროსკოპით დასანახი ქსოვილის სტრუქტურის აღმოჩენა შესაძლო იყოს. სხვათა შორის ნ. ლ. ვერ აღმოაჩინა ბადებრივი გარსის გადმოქელისას, რომელსაც აქვს ალაგი მაღალ აბლომზედველობის მიმდინარეობაში, რაიმე ზონარისებრივი წარმოებანი, რაც Leber-Nordensen-ის თეორიას მნიშვნელოვან მისაყრდომს აცლის თვალის ფსკერის გასინჯვისასაც ბევრი რამ ახალი და მნიშვნელოვანი აღმოაჩინა ნ. ლ., თუმცა იმდენი კი არა, რამდენიც წინა ნაწილების გამოკვლევისას.

ქ რ ე ნ ი კ ა.

● 29 მარტს სახელმწიფო უნივერსიტეტის საექიმო ფაკულტეტის სხდომაზე მოსმენილი იქნა ორი ლექცია. პირველი ლექცია წაიკითხა მედ. დოქტორმა ი. აბაკელიამ. ხოლო მეორე მედ. დოქტორმა ნ. მახვილაძემ. ფაკულტეტის სხდომამ მოიწონა ორივე ლექცია და აღძრა შუამდგომლობა უნივერსიტეტის საბჭოს წინაშე, რომ ორივე დოქტორს მიენიჭოს პრივატ-დოცენტის სახელწოდება და აგრეთვე ნება მიეცეს ი. აბაკელიას წაიკითხოს ტუბერკულოზის ცალკე კურსი სამკურნალო ფაკულტეტზე და ნ. მახვილაძეს—ტრაპიკულ მედიცინის ცალკე კურსი იმავე ფაკულტეტზე.

● 1 აპრილს სახ. ტროპ. ინსტიტუტთან გაიხსნა ტრაპიკულ სწავლებათა შემსწავლელი სამთვანი კურსები. კურსებზე ჩარიცხულია 16 ექიმი. კურსების გაათავების შემდეგ ექიმები დარიგებებიან საქართველოს იმ მაზრებში, სადაც უფრო გავრცელებულია ტროპ. სნეულებანი.

● სახელმწ. უნივერსიტეტს საზღვარ გარეთ საჭირო ნივთების შესაძენად გადაეცა 20,000 მან.

● სახ. უნივერს. გამგეობაში სამეცნიერო მუშაკთა სექციიდან წყერად დაინაშნა პროფ. ახვლედიანი.

● 11 აპრილს სახ. უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის სხდომაზე პრივატ-დოცენტის სახელწოდების მოსაპოვებლად კირურგიის დოქტორმა ა. წულუკიძემ წაიკითხა საკლდე ლექცია (შარდის ბუშტის ავთვისებიან სიმსივნეების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა). ფაკულტეტის სხდომამ მოიწონა ლექცია და აღძრა შუამდგომლობა უნივერსიტეტის საბჭოს წინაშე, რომ ა. წულუკიძეს მიენიჭოს პრივატ-დოცენტის სახელწოდება და აგრეთვე ნება მიეცეს წაიკითხოს უროლოგიის ცალკე კურსი სამკურნალო ფაკულტეტზე.

● ყარაია ძველთაგანვე ცნობილია, როგორც მაღარაის ბუდე. ყარაიას რაიონი აერთიანებს 14 სოფელს—ს.ს.ს. მცხოვრებით და 2,267 სასოფლო მეურნეობით. ყოველწლიური ზრდა მოსახლეობისა არ აღემატება 0,8% (ნორმალური ზრდა 2%). ასეთი მცირე პროცენტი მოსახლეობის ზრდისა აიხსნება მაღალით, რომელიც აქ მქონე ვარგებს და მუხრის ავლებს მოსახლეობას. ყარაიას ნიადაგი ძალიან ნაყოფიერი და რაიონში სასოფლო მეურნეობის განვითარებას ფართე ნიადაგი აქვს, მაგრამ საშინელი სენი მოსახლეობას ხშირად იძულებულს ჰყოფს დასტოვოს თავიანთი საშისაზრო და სხვაგან ეძიოს თავშესაფარი. ამ გარემოებას ყურადღება მიაქცია ტფილისის აღმასკომის განმართელობის განყოფილებამ, რომელმაც ყარაიაში გაგზავნა სოციალურ სენებთან მებრძოლ განყოფილების გამგის ექ. ლ. წყნეთელის მეთაურობით კომისია. კომისიაში შედიან ტფ. სამალაროო დისპანსერის გამგე ექ. ს. კანდელაკი, მაზრის საექიმო ნაწილის გამგე ექ. ა. დვითიძე და სხვები. ახლო მომავალში განზრახულია ყარაიაში დაარსდეს სამალაროო დისპანსერი.

● ყუბანის მედ. ინსტიტუტის პროფ.—ოფთალმოლოგი С. Очановский დაჯილდოვებულია შრომის წითელ ორდენით მისი 25 წლის მოღვაწეობის აღსანიშნავად.

● Hirb-ის სახელობის მედალი 1926 წ. მიანიჭეს ბერლინის ნევრო-პათოლოგს პროფ. O. Vogt-ს და ვენის ფსიქიატრს Wagner-Sauregg-ს.

● ვენის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტმა მოაწყო უბედურ შემთხვევათა კათედრა და პროფესორად მიიწვია M. Luillard-ი.

● პარიზში გარდაიცვალა ცნობილი ნევრო-პათოლოგი Charles-Foix (1882-1927).

● ტფილისში გარდაიცვალა სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბავშთა კლინიკის დირექტორი პროფ. ს. გოგითიძე (1872-1927).

● ტფილისში გარდაიცვალა დამსახურებული პროფესორი სამეცნიერო აკადემიის წევრი-კორესპონდენტი პეტრე მელიქიშვილი.

● სამარკანდში 10/II თავის კაბინეტში ავადმყოფთა მიღების დროს მოკლეს პედიატრი Мирас-ი. მკვლელობა მიკრიანი, რომლის შვილს Мирას-ი მტურნალობდა, მიკრიანს სასამართლომ მიუსაჯა უმაღლესი სასჯელი.

● გამოვიდა პროფ. ბერიტაშვილის 498 გვერდიანი „კუნთოვანი და ნერვიული სისტემის ზოგადი ფიზიოლოგია რეფლექსოლოგიის საფუძველზე“—ფასი 12 მან.

● იბეჭდება და ამ მოკლე ხანში გამოვა პროფ. ს. გოგიტიძის „ბავშთა კვება“.

● იბეჭდება პროფ. ა. მაკავარიანის „კიდურების ქირურგია“.

● რადგან სრულიად საქართველოს ექიმთა მეზუთე სამეცნიერო კონგრესის მოწვევის საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარის პროფ. ს ი მ ო ნ გ ო გ ი ტ ი ძ ი ს ავადმყოფობისა და გარდაცვალების გამო კომიტეტის მუშაობა დროებით რამოდენიმე თვით შეწყდა, ამის გამო ტფილისის ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებამ მოიწვია საზოგადოების გაფართოებული სხდომა საორგანიზაციო კომიტეტის ადგილობრივი და პროვინციის წევრების თანდასწრებით, იქონია მსჯელობა ა. წ. 21 აპრილისა და 5 მაისის სხდომებზე და ერთხმად მიიღო შემდეგი დადგენილება: 1. სრულიად საქართველოს ექიმთა მეზუთე კონგრესის მოწვევის საორგანიზაციო მუშაობა აწარმოოს საორგანიზაციო კომიტეტთან ერთად ტფილისის ქართველ ექიმთა საზოგადოების გამგეობამ; 2. საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარედ არჩეულია საორგანიზაციო კომიტეტის წევრი პრ. ალ. ნათიშვილი; 3. სრულიად საქართველოს ექიმთა მეზუთე სამეცნიერო კონგრესი, რომელიც მოწვეული იქნება აპარისტანის დედა ქალაქში—ბათოში, შესდგეს 1928 წლის გაზაფხულს; 4. კონგრესის ნამდვილი დრო გამორკვეული იქნება აპარისტანის ექიმთა საზოგადოებასთან შეთანხმებით.

● სრულიად საქვეშრო დასტაქართა მე-19 სკოლაში შედგება ლენინგრადში მიმდინარე წლის 24—28 მაისს. საპროგრამო საკითხებია: 1. Илеус-ი (მომხსენებელი Греков და Красицев); 2. ენდოკრინოლოგია და ქირურგია (მომხ. Оппель); 2 კონსტიტუცია (მომხ. Шекуненко და Чернышукки) და 4. ზერხუმის ორტოპედია.

● სრულიად საქვეშრო დასტაქართა ყრილობაზე დასასწრებლად ლენინგრადს გაემგზავრება პროფ. გ რ. მუ ხ ა ძ ე.

● საბჭოთა პირველი კრემატორიუმი მოსკოვში დაიწყებს თავის მოქმედებას აპრილიდან. კრემატორიუმში ორი გერმანული ლემელია, რომლის საშუალებით ყოველდღიურად შეიძლება დაიწვას 20 გვამი.

● ქალ. ტფილისში 1927 წლ. დეკემბრისათვის განზრახულია მოწვეულ იქნას სრულიად საქვეშრო კლექის წინააღმდეგი ბრძოლის მე-IV ყრილობა. საპროგრამო საკითხებია: 1. კლექის წინააღმდეგ ბრძოლა ს. ს. რ. კ.; 2. დისპანსერების მეთოდთა და ცდები კლექის სიკვდილიანობის შესასწავლად; 3. ს. ს. რ. კ.—ში მიღებულ კლექის კლასიფიკაციის შეფასება; 4. კლექიანთა კვება; 5. ძუძუმწოვართა კლექის კლინიკა; 6. კლექის რენტგენოლოგიის სტიკა; 7. ქიმიო-თერაპია და 8. კლიმატო-თერაპია.

● გარდაიცვალა ნეპოლში პროფ. Oliver-Cardarelli (1832—1927), რომლის სახელი დაკავშირებულია მედიცინაში ოლივერ-კარდარელის სიმპტომთან აორტის ანევრიზმების დროს.

● ერთ-ერთ საუკეთესო უნივერსიტეტმა ამერიკაში—Johns Hopkins University გადინახა თავის არსებობის 50 წლის თავი. ეს უნივერსიტეტი აგებულია ჰოპკინსის მიერ შემოწირულ 3 1/2 მილ. დოლარით.

● საბჭოთა კავშირის ჯანსაღკომისარიატს განზრახული აქვს მიმდინარე წელში მოიწვიოს სრულიად საქვეშრო ნერვო-პათოლოგთა და ფსიქიატრთა პირველი ყრილობა. დრო და საპროგრამო საკითხები გამოქვეყნებული იქნება ახლო მომავალში.

● დანიაში მხოლოდ ენლა იცნეს საქიროდ ჯანმრთელობის კომისარიატის დაარსება.

● ინგლისში ემზადებინა Lister-ის დაბადების 100 წლის თავის აღსანიშნავ ზეიმისათვის.

Танамедрове Медицина.

(Современная медицина № 3—4).

РЕФЕРАТЫ.

Доц. Б. Гогоберидзе. Хирургическое лечение смещений матки по нашим материалам.

Материал автора обнимает 102 случая смещений матки, из коих в 15 случаях было опущение матки и стенок влагалища, в остальных 87 случаях было заднее смещение матки (подвижное или неподвижное), во многих случаях с поражением придатков.

Большие выпадения оперированы путем пластических операций на промежности (без отсепаровки levator'ов) с добавлением фиксации матки: по Kocher'y — 5 случаев, по Schauta—Wertheim'y — 2 случая, по Doleri — 5 случаев. В 3-х случаях произведено влагалищное удаление выпадавшей матки. Небольшие рецидивы имеются в 2 случаях: 1 после фиксации по Kocher'y и 1 после операции Schauta-Wertheim'a.

При ретродевиациях в 35 случаях произведена операция Alexander-Adams'a, из коих 7 после операции забеременели и 4 родили в срок, одна находится на 8-м месяце беременности, а 2 произвели искусственный аборт. Кроме того у одной больной через 6 месяцев наступила внематочная беременность, которую пришлось оперировать.

Из 4 родивших после операции, у одной матка сохранила правильное положение (наблюдение длится 4 года), у другой развился рецидив, об остальных двух сведений не имеются.

В общем из 35 операций дальнейшая наблюдения имеются над 21 больной; рецидива нет ни у кого, кроме указанного выше случая.

Операция Doleri (видоизмененная: с поперечным разрезом брюшных стенок и вшиванием круглых связок в разрез апоневроза) произведена 51 раз; преимущественно при сращениях, причем очень часто были осложнения со стороны придатков. Из этого числа в одном случае после операции были срочные роды, после чего матка опять запрокинулась кзади. В другом случае наступила беременность. Из остальных больных дальнейшая наблюдения имеются на 26 больных и рецидивов ни у одной нет.

Кроме того в единичных случаях произведены операции: по Leopold'y — Czerny (видоизмененную проф. Орловым) по Bald'y, и по Dartigues'y.

При подвижных ретродевиациях автор отдает предпочтение операции Alexander-Adams'a, при фиксированных — операции Doleri, при выпадениях же — операции Kocher'-а.

Д-р И. Лордкипанидзе. Два случая phytobezoar'-а желудка.

Автор описывает два случая phytobezoar'a желудка, представляющие из себя настоящие камни, образовавшиеся у детей (4 $\frac{1}{2}$ лет поступивших в клинику из разных мест и в разное время) из хурмы (*diospyros lotus*), которую они ели, но вернее глотали не разжевывая. В обоих случаях общая кислотность была значительно понижена, а свободная HCl вовсе отсутствовала. Диагноз в обоих случаях был поставлен до операции. В первом случае камень был извлечен операцией без какой-либо попытки лечить консервативно. Во втором же случае ребенку давали горячую боржомскую воду до 1-ой бутылки в день, под влиянием чего безоар (камень из хурмы) начал разрушаться и выходить с рвотными и каловыми массами по частям. Но разрушение здесь не дошло до конца, поэтому пришлось и в этом случае камень удалить оперативно. В обоих случаях дело кончилось полным выздоровлением.

Д р А. Сичинава. К этнологии аппендицитов.

Автор приводит один случай, оперированный в хирургическом отделении Детской Клиники, мальчика лет 10, по поводу хронического аппендицита. В булловидно-расширенном конце аппендикса был найден гной, посевом была выделена чистая культура Pfeiffer'овской палочки. (Исслед. гноя бактериологическое и бактериоскопическое был произведен в Тифл. 1-ой гор. больнице под руководством проф. Воронина). Автор указывает, что в анамнезе до первого приступа ребенок перенес два раза гриппозную инфекцию и данный случай считает несомненно вызванным Pfeiffer'овской палочкой. Автор, подробно разбирая литературу по этому вопросу, в доступной ему литературе находит только два подобных случая, где в гное были обнаружены Pfeiffer'овския палочки, именно случай Adrian'a и Corbellini'a.

Д-р мед. А. Цулукидзе.

По данным литературы аномалия в виде раздвоения лоханок, мочеточников в процентах=2—3.

Приведены 3 случая такого рода аномалии в последние 3 года. Все три случая относятся к больным женского пола 24—35 лет. Во всех этих случаях аномалия была односторонняя. В 2 случаях она была на левой стороне, в одном на правой. В 2 случаях было полное раздвоение мочеточников и лоханок до пузыря, причем из них в одном случае мочеточники образовывали 3 перекреста на своем пути, а в другом было нормальное их положение. В третьем случае раздвоение мочеточников было лишь в ниж-

нем ее отделе. Картина была установлена уретеропиелографией. Цистоскопически orif ext. ureteri были найдены в таком положении: в одном случае отверстия мочеточников лежали один над другим, в двух—рядом. Во всех 3 случаях сторона аномалии была здоровая. При проверке цветной реакции с индигокармином получились интересные данные; в тех случаях когда раздвоение мочеточников было полное от лоханки до пузыря, индигокармин выделялся из них одновременно, тогда как в случае раздвоения мочеточников в нижнем отделе синий цвет появлялся нерегулярно, т. е. то из одного отверстия, то из другого, или же подряд 2—3 раза из одного, а затем из другого. Быть может волна перистальтики мочеточника чисто механически продвигала жидкость то в одно то в другое русло. Эта картина может служить диагностическим указанием на имеющееся раздвоение мочеточника в нижнем отделе.

Д-р мед. Абакелия. Клиническое значение реакций осаждения эритроцитов, Matéfy и Daranyi при легочном туберкулезе.

Автор, сравнивая эти реакции при различных стадиях легочного туберкулеза приходит к следующему заключению:

1. Каждая из этих осадочных реакций, отдельно взятая, не имеет большого значения для определения активности туберкулезного заболевания но, взятые вместе, они являются некоторым подспорьем наряду с другими клиническими методами при суждении об активности или неактивности легочного заболевания.

2. Сила реакции Daranyi, Matéfy и осаждения эритроцитов не всегда соответствует форме и анатомическому поражению легких, разве только при сильных поражениях, когда эти реакции резко положительны. Чем тяжелее процесс, тем в большем числе случаев эти реакции резко положительны.

3. Между этими реакциями и формами туберкулезного заболевания легких, в особенности при экссудативных формах, существует относительный параллелизм.

4. Резко положительные результаты этих реакций при фиброзных, компенсированных процессах, ясно указывают на то, что в основе феномена осадочных реакций, кроме распада ткани, лежат и другие факторы, вызывающие необъяснимые, пока для нас, явления.

5. Осадочные реакций могут сыграть большую роль при лечении легочного туберкулеза в качестве контроля.

Thanamédrové Medicina

(Médecine contemporaine № 3—4)

R e s u m é

Doc. B. Gogobéridzé. Le traitement chirurgical des déviations utérines.

Le matériel de l'auteur comprend 102 cas de déviations de l'utérus, dont 15 de ptoses de l'utérus et des parois vaginales, le 87 cas restants présentaient de la retroflexion (mobile ou immobile), le plus souvent, avec lésions des annexes.

Les prolapsus très accusés sont traités par des opérations plastiques périnéales (sans séparation des m. releveurs) avec fixation ultérieure de l'utérus: d'après Kocher—dans 5 cas, d'après Schauta—Wertheim—dans 2 cas, d'après Doleri—5 cas. Dans 3 cas a eu lieu l'ablation de l'utérus par voie périnéale.

Des récurrences légères ont eu lieu dans 2 cas: 1 après fixation d'après Kocher et 1—après l'opération Schauta—Wertheim. Dans 35 cas de rétrodéviations utérines nous avons opérés d'après Alexander—Adams; 7 de ces patientes ont obtenu la gravité (chez 4 d'entre eux la grossesse aboutit à la naissance à terme; dans 1 cas—nous observons la grossesse au 8 mois et, enfin, dans deux cas a eu lieu la libération artificielle (avortement).

A part cela, une des malades a présentée de la grossesse extrautérine, qui a du être opérée.

Des 4 femmes, qui ont accouchés normalement, l'utérus a gardé sa position régulière dans 1 cas (l'observation dure 4 ans), chez l'autre le déplacement a récidivé; nous avons perdu de vue les 2 autres malades.

Somme toutes, sur 35 opérations, nous avons gardés la possibilité de suivre le sort des malades dans 21 cas; pas des récurrences notés, à l'exception du cas cité.

L'opération de Doleri a été faite 51 fois de préférence au cours des adhérences; il faut noter, que dans ces cas on constatait souvent des complications du côté des annexes.

Dans un de ces cas, après l'opération a eu lieu une naissance à terme, après quoi l'auteur a présenté de nouveau de la rétroflexion. Dans un autre, nous constatâmes une grossesse normale.



Sur le restant des cas nous avons eu en observation 26 malades et aucunes d'entre elles ne présente pas de récidives.

A part cela, nous avons effectués, dans des cas isolés, les opérations de Leopold—Czerny (modifiée par le prof. V. Orloff), de Bald et de Dartigues.

L'auteur préfère, au cours des retrodeviations mobiles à l'opération d' Alexander—Adams, durant les rétrodeviations fixes—celle de Doleri et au cours des prolapsus—l'opération de Kocher.

D-r J. Lordkipanidzé. Deux cas de phytobezoare de l'estomac.

L'auteur donne une description détaillée de deux cas de phytobézoare, survenus chez deux enfants de 4½ an (venus à la clinique de différents endroits et en temps divers); ces phytobezoares se présentaient sous l'aspect de véritables pierres, concrétisées autours le fruit du diospyros lotus, qu'ils devaient avoir avalés, sans mastiquer.

Dans les deux cas le chiffre de l'acidité totale était sensiblement abaissé et on constatait l'absence de l'acide chlorhydrique libre.

Le diagnostic a été établi, dans les deux cas, avant l'opération.

Dans le premier d'entre eux, le concrément a été, par voie de l'intervention opératoire, sans tentative préalable de traitement conservatif.

Dans le second, on a donné au petit patient de l'eau de Borjom chaude (jusqu'à un litre par jour), sous l'influence duquel le bezoare (le concrément, formé autour du diospyros lotus) a commencé à se désintégrer, se fragmenter et sortir par fragments avec les matières vomies.

Mais, la désintégration n'allant pas jusqu'au bout, on a été obligé d'avoir, dans ce cas aussi, recours à l'opération.

Dans les deux cas on a obtenu une guérison complète.

D-r. A. Sitchinava. Au sujet de l'étiologie des appendicites.

L'auteur rapporte un cas, concernant une garçonnet de 10 ans, opéré à l'occasion d'une appendicite chronique.

Dans le cul de-sac appendiculaire, dilaté en massue, se trouvait une collection de pus; les ensemencements de ce pus donnèrent le bac. de Pfeiffer en culture pure (l'examen bactérioscopique, ainsi que l'analyse bactériologique de ce pus ont été faits à l'hôpital N1 de la ville de Tiflis sous la direction du prof. Voronine).

L'auteur indique, qu'il a retrouvé, dans les données anamnestiques du malade deux fois l'infection grippale avant la première attaque appendiculaire et considère le cas en question comme dû au bac. de Pfeiffer, comme agent causal.

L'auteur passe en revue la littérature concernant la question et retrouve deux cas (ceux d'Adrian et de Corbellini) où on a isolé, en partant du pus appendiculaire, le bac. de Pfeiffer.

D-r med. A. Tzouloukidzé.

Les anomalies, consistant en leur dédoublement, des bassinets et des ureteres se chiffrent, d'après les données bibliographiques, en 2—3%.

L'auteur rapporte 3 cas de ces anomalies, observées par lui durant ces derniers trois ans. Les trois cas en question se rapportent à des individus du sexe féminin et sont tous les trois unilatéraux.

Dans 2 cas sur trois, l'anomalie siegeait sur le côté gauche. L'auteur a observé, dans deux cas, le dédoublement complet des uretères, dont un présentait trois croisements en cours de route et l'autre un acheminement parallèle des canaux dédoublés.

Dans le troisième cas, le dédoublement interessait seulement la portion terminale de l'uretère.

Le diagnostic était précisé par l'uretéro-pyelographie.

Au point de vue cystoscopique les orifices externes des uretères se présentaient de la façon suivante: dans un cas ces orifices étaient superposés, dans deux — ils étaient parallèles par rapport l'un à l'autre.

Dans le 3 cas — le côté où siégeait l'anomalie était sain.

En vérifiant son diagnostic avec la réaction colorante (indigocarmin) l'auteur a obtenu des données intéressantes; dans le cas des dédoublements complets, allant des bassinets jusqu'à la vessie l'indigocarmin apparaissait dans les deux orifices simultanément, tandis qu'au cours des dédoublements n'intéressant que la portion urétérale inférieure — la coloration bleu apparaissait d'une façon irrégulière c. a. d. parfois dans un orifice, parfois dans un autre, ou, alternativement, 2—3 fois de suite dans un orifice et puis dans l'autre.

L'auteur exprime la supposition, que dans le cas sus indiqué, l'explication puisse consister en ce que la vague du péristaltisme achemine le liquide mécaniquement dans un ou dans l'autre des canaux qu'elle rencontre à sa disposition. Ce tableau peut servir, d'après l'auteur, au diagnostic des dédoublements de l'uretère, n'intéressant que la portion inférieure.

—

D-r. med. Abakelia. Signification clinique des réactions de Matéfy et Daranyi et de la réaction de sédimentation des érythrocytes au cours de la tuberculose pulmonaire.

L'auteur a procédé à la confrontation des réactions sus-indiquées durant les différents stades cliniques de la T. b. c. pulmonaire et en arrive aux conclusions suivantes:

1) Chacune des ces réactions de floculation, prise à part, ne représente pas un criterium définitif, permettant d'apprécier l'activité du processus tuberculeux; néanmoins l'ensemble de ces épreuves est d'une certaine utilité, surtout, confronté avec les autres méthodes de l'examen clinique pour juger de l'activité ou de la torpidité du processus pulmonaire.

2) L'intensité de la réaction de Daranyi et Matéfy ne correspond pas toujours à l'état pathologique ou à la qualité anatomique de la lésion pulmonaire, sauf dans le cas des lésions graves, ou, pour la plupart, ces épreuves sont franchement positives.

3) Il existe entre l'intensité de cette réaction et les types des lésions pulmonaires un certain parallélisme; cela est surtout vrai pour les formes exsudatives.

4) L'existence des réactions franches aux cours des processus fibreux, compensés, indique nettement, que nous avons, à la base du phénomène des réactions floculantes des facteurs inconnus, en dehors de la fonte des tissus.

5) Ces réactions floculantes peuvent jouer un grand rôle comme moyen de contrôle de la thérapie de la tuberculose.



ეპიმი ე. ნიჟანაძე
კლინიკურ-დიაგნოსტიკური
კაბინეტი

იღებს გამოსაკვლევად:

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

შარდს: ქაშიურ-მიკროსკოპიული, ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევანი.

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

ამჟამად ავტოგენურ ვაქცინას.

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

მისამართი: ლენინის (ძღვას) ქუჩა, გაბაანთ უბან-
ვეში (მალიძე-აპარიაშვილის სახლის პირდაპირ) № 3.





КАЗАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА „КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“ на 1927 год

Ответственный редактор — проф. В. С. ГРУЗДЕВ.

Программа журнала: оригинальные статьи по всем отраслям теоретической и практической, лечебной, профилактической, и общественной медицины, обзоры, рефераты, рецензии, библиография, отчеты о поездках за-границу, съезды, заседания, хроника, спрос и предлож. мед. труда и т. д.

Выходит ежемесячно, книжками, каждая не менее 112 стр. убористой печати. В 1927 г. подписчики получают бесплатно несколько приложений, которые будут выходить под названием „Медицинские Монографии“ и будут посвящены различным вопросам, преимущественно прикладного, практического характера.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА (с приложениями): на год (12 №№) — 6 р., на 1/2 г. (6 №№) — 3 р. 50 к. Рассрочка в 2 срока (по 3 руб. при подп. и к 1 июня) и в 3 срока (по 2 руб. при подп. и к 1 апреля и к 1 августа).

Требование и деньги направлять по адресу редакции: г. Казань, Акушерско-Гинекол-Клиника Университета.

ПОДРОБНЫЕ ПРОСПЕКТЫ БЕСПЛАТНО.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1927 г. НА ДВУНЕДЕЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

посвященный вопросам научной, практической и общественной медицины

Редакция: В. В. Иванов, А. В. Мартынов, А. И. Миксанов (обществ. медицина), Д. Д. Плетнев, Л. А. Тарасевич, В. К. Хорошко.

Ответственные редакторы: Д. Д. Плетнев и В. К. Хорошко.

„Клиническая Медицина“ имеет целью дать врачу научный и научно-освещенный материал, необходимый для обогащения его знаний и непрерывного развития в направлении общемедицинских и врачебных интересов. Врачебные передовицы или клинические лекции, обзоры на избранные темы, оригинальные исследования и отдельные наблюдения, отзывы о книгах, рефераты о важнейших литературных данных, отчеты о научной жизни и т. д. должны служить для углубления и поднятия уровня врачебного сознания и мышления.

ВЫХОДИТ 24 НОМЕРА В ГОД Подписная цена: на год — 6 р., на 1/2 года — 3 р. 50 к. с приложением — 9 р. Приложения: Пожарский, П. Расстройство питания прогрессивного характера. С табл. Ц. 4 р. Опфель, В. История русской хирургии. Ц 2 р. 10 к. Всего вместо 6 р. 10 к., за 3 р. для годовых подписчиков.

ПОДПИСКА и ЗАКАЗЫ принимаются Отделом Подписных и Периодических изданий Торгсектора Госиздата, Москва, Воздвиженка, 10. Тел. 4-87-19 и 5-88-91. Ленинград, проспект 25 Октября, 28. тел. 5-44-56, в книжных магазинах, киосках, провинциальных отделениях и филиалах Госиздата, у уполномоченных, снабженных соответствующими удостоверениями и во всех почтово-телеграфных конторах.



УДК 610.01
308.0101033

ЖУРНАЛ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ОРГАН, ПОСВЯЩЕННЫЙ ВОПРОСАМ ПРАКТИЧЕСКОЙ И ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ИЗДАЕТСЯ В ЛЕНИНГРАДЕ ПРИ ГОСУДАРСТВЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР ПРОФ. С. А. БРУШТЕЙН.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИИ, ПРОФЕССОРА: Л. В. БЛУМЕНАУ, К. Н. ГЕОРГИЕВСКИЙ, П. Н. ДИАТРОПОВ (Москва), К. Э. ДОБРОВОЛЬСКИЙ, Н. Н. ПЕТРОВ, Д. Д. ПЛЕТНЕВ (Москва), Л. А. ТАРАСЕВИЧ, (Москва) и Ф. Я. ЧИСТОВИЧ.

== ПОДПИСКА на 1927 г. ОТКРЫТА ==

Журнал ставит себе целью придти на помощь русскому врачу, стремящемуся пополнить знания, знакомя его с новейшими достижениями в области медицины.

В течение 1927 года подписчики получают:

12 КНИГ ЖУРНАЛА и **6** БЕСПЛАТНЫХ
убористой печати и ПРИЛОЖЕНИЙ

- Б. Н. Х о л ь ц о в, проф. Лечение мужской гонорреи.
А. Э. Мандельштам, прив.-доц. Современные биолого-химические методы исследования в гинекологии и акушерстве.
А. А. Н е м и л о в, прив.-доц. О свободной пересадке органов и тканей.
Б. М. Бродерзон. Ионтофорез. Под редакцией проф. С. А. Бруштейна.
В. И. Феоктистов. Избранные отделы физики для врачей.
I. S c h n a r r e r, проф. Расстройства кровообращения. Общая патология и терапия.

♦ ♦ ♦ ♦ ♦

Подписная цена на год с дост. и пересылкой 10 руб., на шесть мес. 6 р. Допускается рассрочка: при подписке 3 р., к 1 мая 4 р., к 1 сентября 3 р. Групповая подписка по 1 рублю в месяц с подписчика, с покрытием до 1-го ноября 1927 г., при условии подписки на год и непосредственно в Гл. Конторе „Журнал Для Усовершенствования Врачей“, Ленинград, Кирочная, 41.

Имеются комплекты журнала за 1924, 1925 гг. по 6 руб. с пересылкой и за 1926 г. (без № 1-го) с 6 книгами приложений—8 рублей с пересылкой.



ქ უ რ ნ ა ლ ი ს ო ა ნ ს ი:

1926 წლის საშუალო კომპლექტი	10 მანეთი
ცალკე ნომერი	1 მანეთი
ო.რ.მ.გ. ნომერი	1 მანეთი და 50 კაპ.

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ჟურნალში არ დაიბეჭდება. წერილები უნდა იყოს მანქანაზე გადაბეჭდილი და დართული რუსული ავტორეფერატით. რედაქცია იტოვებს უფლებას საჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

რედაქცია სთხოვს პროვინციელ ამხანაგებს გამოაგზავნონ ცნობები და კორესპონდენციები პროვინციის სამკურნალო ცხოვრების გასაშუქებლად და აგრეთვე მასალები საქართველოს მედიცინის ისტორიის შესასწავლად.

რედაქციის მდივანი—ექიმი **პლ. რუხაძე**—(ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი—ნერვულ სნეულებათა კლინიკა), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს ჟურნალის გამოწერა ან რედაქციის და ჟურნალის შესახებ რაიმე განმარტება—ცნობა მიიღოს.

ჟურნალის შემდეგი ნომერი უკვე იბეჭდება.