

თანამედროვე მედიცინა

სოციალური სამკურნალო სამეცნიერო შურობი

ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

IV

აპრილი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ჟღენ-
ტი, დოცენტი შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი შ. მგალობელი, ასისტენტები:
ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხის-
მგებელი მდივანი).

1929
წლიდან

ქ უ რ ნ ა ლ ი

1929
წლიდან

„თანამედროვე მედიცინა“

გამოდის როგორც ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა: (პროფესორთა, ასისტენტთა და ორდინატორთა) ორგანო.

საკრედიტო კოლეჯის შემადგენლობა:

პროფ. ალ. ნათიშვილი, პროფ. ვლ. ჟღენტი, დოცენტი შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი).

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველი თვის პირველ ნახევარში არა ნაკლებ 64 გვერდისა და ყველა ხელისმომწერო დაეგზავნებათ სახლში.

ქურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული მედიცინიდან, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოებათა და კონფერენციების სხდომების, სამეცნიერო ექსპედიციების ანგარიშები და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი 50 ცალად.

წერილები უნდა იყოს დაბეჭდილი რემინტონზე ერთ გვერდზე და მას აუცილებლად დართული უნდა ქონდეს მოკლე აუტორეფერატი ან დებულებები რუსულ ენაზე, სასურველია აგრეთვე სხვა უცხო ენაზეც (ფრანგული, გერმანული ან ინგლისური).

რედაქცია და კანტორა მოთავსებულია ტფილისში, კამოს ქუჩით № 47ა, პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტში; ელსმენი 11—69.

რედაქციის ყველა საქმეებზე მსურველმა უნდა მიმართოს რედაქციის მდივანს ი. ასლანიშვილს, რომლის ნახვაც შეიძლება რედაქციაში სამშაბათობით, ოთხშაბათობით და ხუთშაბათობით ნაშუადღევს 3-5 ს. და ჭირურგიულ ფაკულტეტის კლინიკაში (კამოს ქ. 103) ყოველდღე დილის 9-12 ს.

თანამედროვე მედიცინა

ჰოლმთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

IV

აპრილი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ქლდენ-
ტი, დოცენტი შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები:
ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხის-
მგებელი მდივანი).

ტფილისი—1929



F1630

თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის

მეცნიერ მუშაკთა ოკრგანო

რედაქციის მისამართი: ტფილისი, კამოს ქ. 47. პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტის შენობა; ელსმენი 11-69.

Еженесичн. научно-врачебный журнал
ТНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Organ научных работников Медицинского факультета Тифлисского Гос. университета

№ 4. 1929 г. Апрель

Редакционная коллегия: А. Н. Натишвили, проф. В. К. Жгенти, доц. Ш. А. Микеладзе, пр.-доц. М. Ф. Мгалобели, ассистенты: З. Майсურадзе, П. П. Кавтарадзе, И. А. Асланишвили (ответств. секр. редакции).

Адрес редакции: С. С. Р. Г. Тифлис. Ул. Камо, 47, Патолого-анатомический институт; тел. 11-69.

THAMEDROVÉ MÉDICINA

Journal médical géorgien.

№ 4 1929 Avril

Comité de Rédaction: prof. A. Nathichvili, prof. V. Jghenti prof. agrégé Ch. Mikéladzé, prof. agrégé M. Mgalobéli, d-rs Z. Maissouradzé, P. Kavthradzé, J. Aslanichvli (Secrétaire de la Rédaction).

Adresse de la Rédaction: 47, rue Kamo. Institut anatomo-pathologique. Tiflis (Géorgie), U. S. S. R.

1. И. Татишвили. К учению о situs viscerum inversus	277
2. Прив.-доц. К. Д. Эристави. Сравнительная оценка оперативных методов хронической водянки головного мозга	289
3. И. К. Пипия. К вопросу о пластике носа	297
4. А. Устиашвили. Реакция оседания эритроцитов при гинекологических заболеваниях	309
5. А. Зурабашвили. Материалы по вопросу физической конституции населения Кахетии и Гурии	319
6. Н. Шихинашвили. Вакцинотерапия глаза и в частности лечение хронических блефаритов фильтрами по способу Безредка	321
7. Рефераты, библиография, хроника, биография	326

1. H. Tatischvili. Zur Lehre vom situs viscerum inversus	277
2. K. Eristavi. Priv.-doz. d-r. Vergleichende Schätzung der zur Behandlung der chronischen Crosshirnwassersucht angewendeten Operationsmethoden	289
3. J. Pipia. Sur la question des operations plastiques du nez	297
4. A. Oustiachvili. La réaction de la précipitation des érythrocytes au cours des maladie gynécologiques	309
5. A. Zourabachvili. Matériaux pour servir à l'étude de la constitution physique des habitants de la Kakhéti et de la Courie	319

შ ი ნ ა ა რ ს ი

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა.	
1. ი. ტატიშვილი. Situs viscerum inversus-ის საკითხისათვის	265
2. პრ.-დოც. კ. ერისთავი. თავის ტვინის წყალმანკის ოპერატიული მეთოდების შედარებითი შეფასება	279
3. ე. ფიფია. ცხვირის პლასტიკის საკითხისათვის	290
4. ა. უსტიაშვილი. ეროთროციტების დალექვის რეაქცია გინეკოლოგიური დაავადებათა მიხედვით	298
II. საზოგადოებრივი მედიცინა.	
5. ა. ზურაბაშვილი. მასალები კახეთის და გურიის მოსახლეობის ფიზიკური კონსტიტუციისათვის	311
III. მიმოხილვა.	
6. ნ. შიხინაშვილი. თვალის ვაქცინოთერაპია და კერძოდ ფილტრატებით Bezредка-ს წესით ქრონიკული ბლეფარიტების წამლობა	321
IV. რეფერატები	326
V. ბიბლიოგრაფია	331
VI. ქრონიკა	333
VII. ბიოგრაფიები	337

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელისმომწერლებს ამ ნომერთან ურიგდებთ „საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესის შრომები“-ს წიგნი I—კონგრესის გახსნის დღე.

თეორიული და კლინიკური მედიცინა

იკაპლი ტატიშვილი.

SITUS VISCERUM INVERSUS-ის მოკლევარიანობის

საკუთარი შემთხვევის აღწერით. *)

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგიურ-ანატომიური ინსტიტუტიდან. გამგე—პროფ. ვლ. ქლენტი).

პათოლოგებისათვის, როგორც საძირკვლიანად აღნიშნა Map კ-მა, situs viscerum inversus-ი დიდი ხანია, რაც სიმახინჯეა, — „monstrum per fabricam alienam“ — პროფ. ИВАНОВСКИЙ-თ. ზოგიერთი ავტორი, მაგ., Küchenmeister-ი თვლიდა situs viscerum inversus-ს შენების ვარიაციით, განვითარების სხვა სახეობად, რომელიც ორგანიზმს არაერთხელ ზიანს არ აყენებს, რის გამოც ხსენებული შენების ვარიაციით შეპყრობილი სავსებით ჯანმრთელი ხალხია. მას შემდეგ კი, როცა situs viscerum inversus-ის დროს გამოაშკარავეს მთელი რიგი ნერვულ-ფსიქიურ და მორფოლოგიურ ისეთი ნიშნებისა, რომელნიც დეგენერაციის ნიშნებად ითვლება (nanosomia, მიკროცეფალია, ყურის უსწორო ნიჟარები, სხეულის ნაწილების შეუსაბამობა, naevus pigmentosus, მაღალი სასა, ფსიქიურ მოშლის ნიშნები, ალკოპოლიზმი და სხვა), inversio viscerum-ზე დაუარდა საკმარისად გარკვეული და მტკიცე შეხედულება, როგორც განვითარების ანომალიაზე, როგორც სიმახინჯეზე, რითაც ნაწილობრივ, თუ მთლიანად არა, მიიჩნევა ნიადაგი Küchenmeister-ის და მის მომხრეების შეხედულებას.

ძილებულია situs viscerum inversus ის გაყოფა situs viscerum inversus totalis et situs viscerum inversus partialis-ათ. ჩვენ გვქონდა situs viscerum inversus totalis-ის ორი შემთხვევა, რომელთა აღწერაზედაც ვადავდივართ.

შემთხვევა პირველი.

წინასწარი ცნობები.

მოკლე ამონაწერი ავადმყოფობის ისტორიიდან (ავადმყოფობის ისტორია ტფ. სახ. უნ. ფაკულტეტის თერაპიულ კლინიკის № 46, პალატა 16, 4 ნომბერი 1926 წელი).

*) პირველი შემთხვევის შესახებ მოხსენებულა ტფილისის ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების მორიგ შეხვედარე სხდომაზე 21 ივნისს 1928 წ.

ავადმყოფი ლ. ქეთევან ლუარსაბის ასული, 20 წლის, ქართველი, დიასახლისი, გათხოვილი, სოფელ ძველ გავაზიდან (თელავის მაზრა) შემოვიდა კლინიკაში 4 ნოემბერს 1926 წელს ჩივილით სისხლიანი ხველბაზე, რომელიც მას დაემართა რამდენიმე დღის წინ. აღნიშნავს აგრეთვე უმადობას, საერთო სისუსტეს. გულის ძვრას და თავის ტკივილს. სიცხეს აძლევს საღამომობით 37,2°—37,5°; გადატანილი აქვს მალარია, ფილტვების ანთება, ამის გარდა ბავშვობაში—წითელა, ყვიანახველა. მშობლებში და ნათესაობაში ტუბერკულოზს არ აღნიშნავს.

ავადყოფს იშვიათად ახველებს, ნახველში სისხლი აქვს; ფილტვების ობიექტიურ გამოკვლევის დროს ამოჩნდა სათანადო ცვლილებები მოყრუების და სველ წვრილბუშტუკოვან ხიხინის სახით ძიუხედავით მიღებულ ზომებისა იმავე დღეს 4 ნოემბერს 1926 წელს ღამით 12 საათზე—*exitus letalis* ძლიერი *haemoptoe-*-ს, გულის მოქმედების ნაკლებოვანების, მწვავე ანემიის და ასპირაციული ასფიქსიის გამო.

(გაკვეთის ოქმი ტფ. სახ. უნ. პათ. ანატ. ინსტიტუტის № 138, 8 ნოემბერი 1926 წ. გაკვეთა პროფ. ვლ. ქლენტმა).

გარეგანი და თვალის იერება: სწორი აგებულების და საშუალო კვების ქალის გვამი. გაშეშება სუსტად არის გამოხატული. სხეულის სიგრძე 168 *cm*. კანის საფარი მკრთალი-ყვითელი ფერის. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი საშუალოდ განვითარებული.

მუცლის ღრუ: ორგანოების მდებარეობა მოპირდაპირე:

ღვიძლის უკირავს მარცხენა ფერდვეშა მიდამო საესებით, ნაწილობრივ *regio epigastrica* და აგრეთვე შედის მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოშიც.

ელენთა მდებარეობს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოს უკანა-გვერდითი ნაწილში; იგი მოთავსებულია შუასაძგიდსა, კუჭის ძირსა, მარჯვენა თირკმელსა და კოლინჯის მარჯვენა ნაკეცს შორის. ელენთის გრძელი ღერძი თავის მიმართულებით ესაბამება ნეკნების ღეოძს.

კუჭი მოთავსებულია მარჯვენა ნეკნთა რაკლის ქვეშ და დიდი სიმრუდით მიტკეულია მარჯვნივ და ქვეით, პილორუსით კი მარცხნივ. კუჭის შე'ავალი მდებარეობს ხერხემლის მარჯვნივ, პილორუსი წელის პირველ მალის სხეულის მარცხნივ. ამ რიგად კუჭის თითქმის ხუთი მეექვსედი შუა ხაზის მარჯვნივ მდებარეობს და მაოლოდ პილორუსი შუა ხაზის მარცხნივ ძვეს ორი-სამი სანტიმეტრის მანძილზე.

თორმეტგოჯა ნაწლავი მუცლის უკანა კედელზე მდებარეობს და კუჭის პილორუსიდან იწყება წელის პირველ მალის ღონეზე. მისი პირველი ზემო ჰორიზონტალური ნაწილი მოდის მარცხნივ და უკან და მარცხენა თირკმლის კიდესთან იდრეკება და მეორე ნაწილში ვადადის—დასწვრივი ნაწილი. ეს მეორე ნაწილი წელის მესამე მალის ღონეზე ხელმეორედ იდრეკება და "მოდის მარჯვნივ და ზემოდ და ამ რიგად ჰქმნის მესამე და ძეოთხე ნაწილებს—ქვემო ჰორიზონტალური და ასწვრივი ნაწილები. უკანასკნელი ნაწილი ხერხემლის მარჯვნივ, წელის მეორე მალის ღონეზე ჰქმნის თორმეტგოჯა მლივ ნაკეცს.

ბრმანაწლავი ჰიანაწლავითურთ მარცხენა თედოს ფოსოზია მოთავსებული და ირიბათა ძეგს.

სიგმოიდური კოლინჯის პირველი გრებილი მარჯვენა თედოს ფოსოში ძეგს, დანარჩენი კი მცირე მენჯის ღრუში ჩადის.

მარცხენა თირკმელი და თირკმელზედა ჯირკველი მოთავსებულია მარჯვნივ. მარჯვენა თირკმელი და თირკმელზედა ჯირკველი კი მარცხნივ. (მარჯვენა თირკმლის არტერიიდან გამოდის art. spermatica interna).

გულმკერდის ღრუ.

გული—შუასაყარის ღრუში ასიმეტრიულად ძეგს: უმეტესი მისი ნაწილი სხეულის შუა ხაზის მარჯვნივ მდებარეობს, უმცირესი კი—მარცხნივ; გულის გასწვრივი ღერძი ირიბად ძეგს ზემოდან-ქვემოდ მარცხნიდან-მარჯვნივ და უკანოდან წინ. მარცხენა გული მოთავსებულია მარჯვნივ, მარჯვენა გული კი მარცხნივ. სისხლის მიღები გამოდიან სათანადო ადგილებიდან;—აორტის რკალი მოლუნულია მარცხნიდან მარჯვნივ მარჯვენა ბრონქზე და წვება ხერხემლია მარჯვენა მხარეზე.

პლევრალი ღრუები: მარჯვენა პლევრის ღრუში მოთავსებულია მარცხენა ფილტი, მარცხენაში—მარჯვენა ფილტი.

პათოლოგიურ-ანატომიური დიაგნოზი: Tuberculosis caseosa et cavernosa pulmonum. Situs viscerum inversus totalis.

შემთხვევა მეორე.

წინასწარი ცნობები.

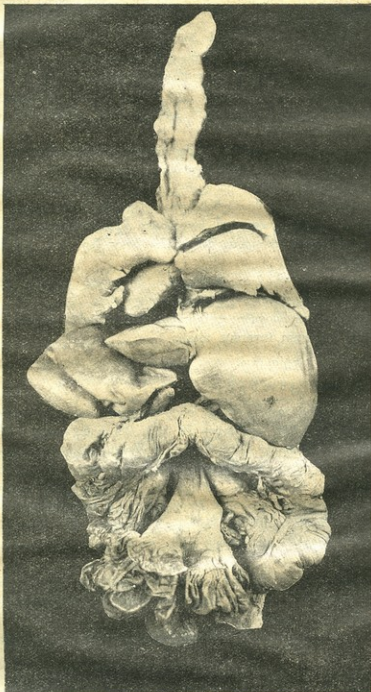
ძოკლე ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან (ავადმყოფობის ისტორია ტფ. სახ. უნ. პედიატრიულ კლინიკის № 158, 28 თებერვალი 1929 წ.).

ავადმყოფი ბ. ისრაფილ ბაირამის ძე 5 წლის, თათარი, ტფილისელი (წინაპრები სოფ. საზდარიდან, ბორჩალოს მაზრა) შემოვიდა კლინიკაში 28 თებერვალს. რვა დღეა რაც ავად არის. უჩივის სიცხეს, ხეილებას, გაძნელებულ სუნთქვას. წარსულში გადატანილი აქვს ბრონქიტი. ფულტების ობიექტიურ გამოკვლევის დროს ამოჩნდა ორივე მხარეს მოყრუება და წვრილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი. მშობლებში და ნათესავებში ტუბერკულოზი, ათაშანგი არ აღინიშნება.

კლინიკური დიაგნოზი: Bronchopneumonia duplex. Helmenthiasis. 7 მარტს საღამოს 7 საათზე გულის მოქმედების სისუსტის და ასფიქსიის ნიშნებით ავადმყოფი მოკვდა.

(გაკვეთის ოქმი ქალაქის I საავადმყოფოს პროზეკტორის № 64—8 მარტი 1929 წ.).

გარეგანი დათვალიერება: სწორი აგებულების და სუსტი კეების მამრობითი სქესის ბავშვის გვამი. გაშეშება კარგად არის გამოხატული მხოლოდ ქვედა კიდურებში, ზედა კიდურებში და კისრის მიდამოში სუსტად: წონა 10.550 gr. სხეულის სიგრძე 95 ctm., თავის გარშემოწერილობა 47 ctm., თავის წინა-უკანა ზომა 15 ctm., გარდიგარდმო—12 ctm., გულმკერდის გარშემოწერილობა 51 ctm., მუცლის—45 ctm. კანის საფარი მკრთალი მორუხო ყვითელი ფერის; გულ-



სურ. № 1.

1 შემთხვე. (± 20 წლ.) ფოტოგრაფია. კისრის, გულმკერდისა და მუცლის ქორუს ორგანოთა კომპლექსი. მოსიანს მარჯვნივ—მარცხენა ფილტვი, გული, ელენთა, კუჭი; მარცხნივ—მარჯვენა ფილტვი, ღვიძლი, ასწვრივი კოლინჯი, ბრმა და კია ნაწლავი.

მკერდის და მუცლის მოყვანილობა ჩვეულებრივი. თავზე წაბლის ფერი თმა სიგრძით 3 სმ. ორივე გუფა თანაბარი; რქოვანა შემღვრიული, კონიუნქტივები მკრთალი მოყვითალო ფერის. ტუჩების ლორწოვანი მშრალი. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად განვითარებული კუნთები ღია წითელი ფერის. ძვლები, სახსრები აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის.

მუცლის ღრუ: ორგანოების მდებარეობა მოპირდაპირე:

ღვიძლს უკავია მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო სავეებით, ნაწილობრივ ეპიგასტრიუმის მიდამო და აგრეთვე შედის მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოშიც. მისი ზემო საზღვარი მთლიანად ესაბამება შუა საძვლის პროექციას, რომელზედაც იგი მიდებულა უშუალოდ.

ელენთას უჭირავს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოს უკანა გვერდითი ნაწილი; იგი მოთავსებულია შუასაძვლისა, კუჭის ძირსა, მარცხენა თირკმელსა, პანკრეასის კუდსა და კოლინჯის მარჯვენა ნაკეცს შორის. თავის გარეთა გამოდრეკილ ზედაპირით ელენთა მიდებულა შუასაძვლის ნეკნოვან ნაწილზე მე-9, 10, 11 მარჯვენა ნეკნების დონეზე. ელენთის გრძელი ღერძი თავის მიმართულებით ესაბამება ნეკნების ღერძს; უკანა ანუ ზემო ბოლო ელენთასი მე-10 მალის დონეზე ძვეს. ქვემო ბოლო მიმართულია ქვევით და წინ და მარჯვენა ღრტილოვან ნეკნთა რკალს არ აღწევს 3 სმ. მედიალური ზედაპირზე მდებარე წინა და ზემო ფორაკი კუჭს ეხება, უკანა ქვემო კი თირკმელს.

კუჭს უმთავრესად მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამო უკავია. კუჭის შესავლის მდებარეობა გულმკერდის მე-11 მალის დონეს უთანასწორობს უკანინდან. მარჯვნივ მიმართულებით, შუასაძვლის თალისაკენ მიტეულია კუჭის ფუძე, რომელიც მარჯვენა მე-5 ნეკნთა შორის არემდის აღწევს. კუჭის გაძოსავალი გულმკერდის მე-12 მალის დონეზე მდებარეობს და 3 სმ. სიგრძით არის დაცილებული შუა ხაზის მარცხნივ. მაშასადამე კუჭის უმთავრესი ნაწილი შუა ხაზის მარჯვნივ არის მოთავსებული. კუჭში შესავალი ნაწილი მარჯვენა მე-7 ნეკნის ძვლოვან ნაწილის ღრტილში გადასვლის დონეზე იმყოფება. ამ რიგად კუჭი ძვეს ირიბად—ზემოდან ქვემოდ, წინიდან უკან, მარჯვნიდან მარცხნივ.

თორმეტგოჯა ნაწლავის პირველი ზემო ჰორიზონტალური ნაწილი მიდის მარცხნივ და უკან და მარჯვენა თირკმლის კიდესთან იდრიკება და მეორე ნაწილში გადადის—pars descendens. ეს მეორე ნაწილი წელის მე-3 მალის დონეზე ხელმეორედ იდრიკება და მიდის მარჯვნივ და ზემოდ და ამ რიგად ჰქმნის მესამე და მეოთხე ნაწილებს—pars horizontalis inferior და pars ascendens. უკანასკნელი ნაწილი ხერხემლის მარჯვენა, წელის მე-2 მალის დონეზე ჰქმნის თორმეტგოჯა მღვივ ნაკეცს.

პანკრეასი ძვეს გარდიგარდაოდ მუცლის უკანა ნაწილში, წელის 1 და 2 მალის დონეზე. პანკრეასის თავის უკანა ზედაპირი ეხება წელის აღნიშნულ 1 და 2 მალეების სხეულების და შუასაძვლის მედიალურ ფეხებს. პანკრეასის სხეული მარცხენა თირკმელზე არის მიდებული.

ბრმა ნაწლავი ჰია ნაწლავით მარცხენა თეძოს ფოსოშია მოთავსებული, ირიბათა ძვეს და თავის ქვემო ნაპირით პუპარტის იოგს აღწევს.

სიგმოიდური კოლინჯის პირველი გრეხილი მარჯვენა თედოს ფოსოში ძვეს, დანარჩენი კი მცირე მენჯის ღრუში ჩადის.

მარჯვენა თირკმელი და თირკმელზედა ჯირკველი მოთავსებულია მარცხნივ (მარჯვენა თირკმლის არტერიიდან გამოდის *art. spermatica interna*). მარცხენა თირკმელი და თირკმელზედა ჯირკველი კი მარჯვნივ. თირკმლების ზემო ბოლოები მე-11 გულმკერდის მალის დონეზე ძვეს, ქვემო კი წელის მე-3 მალის დონეზე.

გულმკერდის ღრუ:

გული შუასაყარის ღრუში ასიმეტრიულად ძვეს: უმეტესი მისი ნაწილი სხეულის შუა ხაზის მარჯვნივ მდებარეობს, უმცირესი კი მარცხნივ. გულის გასწვრივი ღერძი ირიბად ძვეს ზემოდან ქვემოდ მარცხნიდან მარჯვნივ და უკანოდან წინ. მარცხენა გული მოთავსებულია მარჯვნივ, მარჯვენა გული კი მარცხნივ. სისხლის მიღები გამოდიან სათანადო ადგილებიდან. აორტის რკალი მოლუნულია მარცხნიდან მარჯვნივ მარჯვენა ბრონქზე და წვება ხერხემლის მარჯვენა მხარეზე.

პლევრალიღრუები. მარჯვენა პლევრის ღრუში მოთავსებულია მარცხენა ფილტი, მარცხენაში—მარჯვენა ფილტი.

ქალას ღრუ:

თავის საფარი მიელი, ქალას ძვლები თხელი, მაგარი გარსი საშუალოდ დაჭიმული, გასწვრივი სინუსი შეიცავს ნახევრად შედგებულ და ნახევრად შეუდგებულ სისხლს. რბილი გარსები ოდნავ შემღვრეული და შეშუპებული.

თავის ტვინის წონა 1.100 gr., სიგრძე 16,5 ctm. ვანი 12,5, სისქე 9 ctm. თავის ტვინი მაკროსკოპულად თვალთლსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის.

პათოლოგიურ-ანატომიური დიაგნოზი: Bronchopneumonia bilateralis. Situs viscerum inversus totalis. *)

ლიტერატურის მონაცემებით შიგნულობის მოპირდაპირე მდებარეობა პირუტყვებში ცნობილი იყო ჯერ კიდევ არისტოტელეს დროს—350 წლის წინ ქრისტეს დაბადებამდე, ხოლო ადამიანის ორგანიზმში იგი პირველად ნახეს 1569 წელს; მისი პირველი აღწერა ეკუთვნის რომაელ ექიმს Marcell Leccius-ს 1643 წელს. 1654 წ. ჰეორე შემთხვევა აღწერა Paranola-მ. რუსეთში situs viscerum inversus-ი პირველად ნახეს სამხედრო-საექიმო აკადემიაში სეკციის დროს და გამოაქვეყნა Буяльский-მ 1829 წ. ცოცხალზედ პერკუსიის და აუსკულტაციის დახმარებით ეს ანომალია ამოიცნეს პირველად 1854 წელს Bertin-მა და Dubler-მა. 1865 წელს რუსეთში იგივე სამხედრო-საექიმო აკადემიიდან მეორე შემთხვევა გამოაქვეყნა Грубер-მა. 1865 წლამდე პროფ. Грубер-მა ლიტერატურაში ნახა 79 შემთხვევის აღწერა დასახელებულ ანო-

*) ორივე შემთხვევაში სრული ვეისცერაციის შემდეგ: კისრის გულმკერდის და მუცლის ღრუს ორგანოები მთლიანი კომპლექსის სახით შენახულია პათ. ანატ. მუზეუმში, ამიტომ ცალკე ორგანოების შესახებ აქ უფრო დეტალური ცნობები არ მოგვეყვას.

მალიისა. 1875 წ. Seheele-მ მოიყვანა სამი შემთხვევა, რომელიც არ იყო პროფ. Грубер-ის მიერ აღნიშნული. 1865 წლიდან 1875 წლამდე Scheele-თი აღწერილია 15 შემთხვევა situs viscerum inversus-ისა. 1884 წლამდე Guttman-ით ლიტერატურაში აღწერილია 100 შემთხვევა. 1897 წ. Bourgardt-მა პირველად იხმარა რენტგენის სხივები სხენებულ ანომალიის დიაგნოსტიკისათვის. 1875 წლიდან 1900 წლამდე Зевакин-ით უცხოეთის ლიტერატურაში აღწერილია 45 შემთხვევა; რუსულ ლიტერატურაში 1906 წლამდე Покровский-თ 28 შემთხვევა. Guttman-ით და Таруфчи-თ მსოფლიო ლიტერატურაში 230 შემთხვევაზე მეტი. Зейгермахер-ით 1569 წლიდან 1925 წლამდე დაითვლება სულ 289 შემთხვევა, რომლებიდანაც რუსეთზე მოდის 47 შემთხვევა.

როგორც ზევით მოყვანილ მონაცემებიდან ჩანს situs viscerum inversus-ი შედარებით იშვიათად ხვდება. ხელთმისაწვდომ ლიტერატურის გადათვლიერებამ ჩვენც დაგვარწმუნა situs viscerum inversus-ის იშვიათობაში. მსოფლიო ომის გამო სამხედრო-საექიმო კომისიებში სამხედრო სამსახურში გაწვეულ მოსახლეობას შემოწმებასაც არ ძოჟცია დიდი რიცხვი სხენებული ანომალიისა.

Thyburcins-ს 20.000 გასინჯულ ჯარისკაცზე ნანახი აქვს სულ 2 შემთხვევა situs viscerum inversus-ისა.

შემდეგ, Браун-ს 17 წლის საექიმო მოღვაწეობის განმავლობაში როდესაც მას უხდებოდა მონაწილეობა ბევრჯერ კომისიებში და შემოწმება მრავალ ათას ჯარისკაცისა, გასინჯვა მცხოვრებლების სხვადასხვა ფენების, მუშაობა დიდ ჰოსპიტლებში, საავადმყოფოებში და კლინიკებში situs viscerum inversus-ი ნანახი აქვს სულ ერთხელ.

ქ. ოდესაში 12 წლის განმავლობაში ანატომიურ თეატრში 3.300 დამუშავებულ გვამზე Батуев-ის მიერ ნანახია და აღწერილია სულ ერთი შემთხვევა: 912 წელს.

იგივე ოდესაში 1918 წლიდან 1922 წლამდე პროფ. ვლ. ჟლენტს გაკვეთაზე ოდესის პირველ საავადმყოფოს და ოდესის უნივერსიტეტის პათოლოგიურ-ანატომიურ ინსტიტუტებში ნანახი აქვს სულ ერთი შემთხვევა.

ტფილისის უნივერსიტეტის ქალაქის პირველ საავადმყოფოს პათოლოგიურ-ანატომიურ ინსტიტუტებში და ქალაქის სხვა პროზექტურებში 1923 წლის 1 იანვრიდან 1929 წლის 10 მარტამდე 2.400 გაკვეთაზე ნანახია სულ 2 შემთხვევა, რაც შეადგენს 0,08%.

როგორც ლიტერატურული წყაროები მოწმობს situs viscerum inversus-ის დაკვირვებული შემთხვევების უმრავლესობა ამოცნობილია სასექციო მაგდაზე და მგალოდ მცირე რიცხვი სიცოცხლის დროს (Браун). ასე, 79 შემთხვევიდან, რომელიც პროფ. Грубер-მა შეკრიფა ლიტერატურაში, მხოლოდ ექვს შემთხვევაში იყო სხენებული ანომალია აღნიშნული სიცოცხლის დროს, რაც შეადგენს 7,6%.

Сиверцев-ის მონაცემებით რუსეთში 1901 წლამდე აღწერილია მხოლოდ ხუთი შემთხვევა კლინიკურად ამოცნობილ situs viscerum inversus-ისა.

რაც შეეხება ამ ანომალიის დამოკიდებულებას სქესთან უნდა მიუთითდეს, რომ იგი ვაჟებში უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. ამ მოვლენას აღნიშნავს Guttman-ი და სხვა ავტორი.

Покровский-მ მიუთითა, რომ ამ ანომალიის 28 შემთხვევიდან, რომელიც აღწერილია რუსეთში 22 ეკუთვნის მამაკაცს, და მხოლოდ 6 დედამამაკაცს.

პროფ. Зенец-ი ამ მოვლენას ხსნის იმ გარემოებით, რომ მამაკაცი თავისი პროფესიის და საერთოდ, სოციალური მდგომარეობის ვაშო უფრო ხშირად ხვდება საავადმყოფოში და წარმოადგენს ამ შემთხვევაში დაკვირვების და შესწავლის საგანს.

და ბოლოს, რაც შეეხება situs viscerum inversus totalis-ის situs viscerum inversus partialis-თან სიხშირითი დამოკიდებულებას აღნიშნულია, რომ situs viscerum inversus partialis გაცილებით იშვიათია. ზუსტი სტატისტიკა ამ საკითხის შესახებ ჯერ-ჯერობით არ არსებობს. შემოძლია მიუთითო მხოლოდ Guttman-ის სტატისტიკაზე, რომლის მიხედვითაც situs viscerum inversus totalis გვხვდება შემთხვევების 75%, partialis კი 25%.

Situs viscerum inversus-ის ტერატოგენეზის ასახსნელად გამოთქმული იყო მრავალი აზრი;—მრავალი ავტორი ცდილობდა გაეშუქებინა ადამიანის შენების ხსენებული ვარიაციის მექანიზმი;—მაგრამ შეიძლება ითქვას, რომ სამწუხაროდ თითქმის არც ერთი ამ დრომდე არსებულ მოსაზრებებიდან არ არის სარწმუნო, ვინაიდან არ არის სათანადოთ დასაბუთებული მეცნიერული მონაცემებით. მხოლოდ შედარებით დიდი ხანი არ არის, რაც ტერატოგენეზის მიძიებელნი გადავიდნენ ექსპერიმენტალ გზაზე მასთან დაკავშირებით inversio viscerum-ი მიღებული ექსპერიმენტალი გზით; რაც ცხადია დიდი მიღწევაა, დიდი ნაპიჯია მეცნიერებისა წინ, ტერატოლოგიის განვითარების მექანიზმის შესწავლის გზაზე.

აქვს თუ არა რაიმე გავლენა მემკვიდრეობას situs viscerum inversus-ის გადაცემაში? ამ საკითხზე გარკვეულ პასუხს იძლევა Ruppert-ი და Guttman-ი. მათი აზრით მემკვიდრეობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა არ უნდა ჰქონდეს შიგნეულობის მოპირდაპირე დალაგებაში, ვინაიდან ერთის ძხრივ აღწერილია ისეთი შემთხვევები, სადაც ნორმალ მშობლებს ებადებოდა ბავშვები situs viscerum inversus-ით და მეორეს მხრივ შობლებს შეპყრობილ situs viscerum inversus-ით უნდებოდა სავსებით ნორმალი ბავშვები.

Böehr-ის, Bischoff-ის, Schulze-ს, Förster-ის, Hirschfeld-ის Koller-ის მოსაზრებებს ბევრი რამ საერთო აქვს;—ყველა დასახელებული ავტორების მოსაზრებათა დედა-ღერძი ყვითრის ბუშტის ძიპართ ჩანასახის მდებარეობის ირგვლივ ტრიალებს. სახელდობრ, Böehr-ი, Bischoff-ი ხსნის situs viscerum inversus-ს ჩანასახის მდებარეობის შეცვლით ყვითრის ბუშტის მიმართ. ხსენებული ავტორებმა ათვალყურეს ქათმის ჩანასახის განვითარება და ნახეს, რომ ჩანასახის სხეულის გრძელი ღერძი იმართება კვერცხის მოკლე ღერძის პარალელურად, მარჯვენა მხარე მიმართულია კვერცხის მახვილ კუთხისაკენ, მარცხენა კი ბლაგვ კუთხისაკენ. შემდეგ, განვითარების მესამე დღიდან ჩანასა-



ბი ბრუნდება მარცხნივ. ყვითრის ბუშტი შემდეგი გადანაცვლებისას თავსდება ჩანასახის მარცხენა მხარეს.

Böehr-ის დაკვირვებებს შორის ერთ შემთხვევაში ჩანასახი ჩვეულებისამებრ ქარცხნივ მობრუნების მაგივრად, მობრუნდა მარჯვნივ და მასთანამე შემდეგში ყვითრის ბუშტი მოთავსდა ჩანასახის მარჯვენა მხარეს. ამ შემთხვევაში გული მოთავსებული იყო მარჯვნივ. ამის გამო ნაგულისხმევი იყო, რომ ჩანასახის ხსენებული მობრუნება მარჯვნივ არის ჰიზეზი გულის მოპირდაპირე მდებარეობისა და შემდეგში კი სხვა შიგაულობისა.

Schulze-ით და Förster-ით situs viscerum inversus-ს აქვს ადგილი ერთი კვერცხიდან განვითარებულ ტყუპებში ერთ ქილარით, კერძოდ მარჯვენა ნახევარში, მისი ანორმალური მდებარეობის გამო ყვითრის ბუშტის მიმართ. Hirschfeld-ი და განსაკუთრებით Koller-ი მომხრეა ამ თეორიისა, აღრმავებს მას და დაეინებით იცავს იმ აზრს, რომ situs viscerum inversus-ი შეიძლება განვითარდეს ჩვეულებრივ ორნაყოფიან ორსულობის მიმდინარეობაში ორ კვერცხიდან განვითარებული ტყუპების დროსაც, ხოლო მარცხენა ჩანასახი, ორგანოების ნორმალ დალაგებით, ალბათ იღუპება ემბრიონალ ცხოვრების დასაწყისში ამა თუ იმ ძიზეზის გამო, იბადება კი მხოლოდ მარჯვენა ჩანასახი ორგანოების მოპირდაპირე მდებარეობით. მაგრამ Eйхенвальд-ი და Геннер-ი აბათილებენ ამ აზრს იმ ფაქტის მოყვანით, რომ სიამის ტყუპს, situs viscerum inversus-ი Schulze-Förster-Hirschfeld-Koller-ის და სხვ. თეორიის საწინააღმდეგეთ ჰქონდა სწორეთ მარცხენას—ჩანგას. Fraser-იც მიუთითებს ტყუპების შემთხვევების დიდ რიცხვზე, სადაც situs viscerum inversus-ი იყო მარცხენა ნახევარში.

Martinotti-ს, Lochte-ს, Tarutti-ს, Peres მონაცემებით კი ტყუპების უმრავლეს რიცხვში situs viscerum inversus-ი არც კი გვხვდება.

მთელი რიგი ძველვარებისა შიგნეულობის ამა თუ იმ დალაგებას უკავშირებენ ლეიძლის მდებარეობას ჩანასახში (Hilaire, Dareste, Rindfleisch, Батуев).

Батуев-ით ჩანასახის მობრუნება საკუთარი ღერძის ირგვლივ მექანიკურ მომენტით აიხსნება. ამის გასაგებათ საჭიროა ზოგიერთი ემბრიონალური ფაქტების გახსენება. ცნობილია, რომ გული უჩნდება ადამიანის ემბრიონის ორ ჩანასახოვან წარმოქმნის სახით, რომელიც მალე უახლოვდება შუა ხაზს და უერთდება ერთი ეორეს, მეორე კვირის ბოლოში ერთ ორგანოდ, მილის სახით. სიგრძითი მიმართულებით ჩქარი ზრდის გამო, ეს მილი იკეცება და გადაიქცევა გულის მარჯულად; მარჯულის მწვერვალი მიიმართება ქვევით და აქ ხდება ზრდის და მიხედვით ჩანასახის ყვითრის ბუშტთან შეერთების ადგილას დაბრკოლებას თავის დაგრძელებისათვის, რის გამოც მარჯულის მწვერვალი გადაიხრება გვერდით, ჩვეულებრივ მარჯვნივ, ჩანასახი კი საკომპენსაციოთ ბრუნდება გასწვრივი ღერძის ირგვლივ მარცხენა მხარეს.

რა მიზეზია გულის მარჯულის მარჯვენა მხარეს ჩვეულებრივ გადახრის? Dareste ა მოვლენას ხსნის გულის მარჯვენა ნახევრის განვითარებაში ქარბოზით, რაც თავის რიგათ აიხსნება სისხლძარღვოვან გრგოლის (area vasculosa)

მეტი განვითარებით. თუ გულის მარჯულში მობრუნდება მარცხნივ, ჩანასახი კი მარჯვნივ და მარჯვენა მხრით შეეხება ყვითრის ბუშტს, ღვიძლი გადაიხრება მარცხნივ და გააჩივწვევს შედეგში და არჩენ შიგნეულობის მოპირდაპირე დალაგებას. ეს გზა, რომელიც დეტალურად დამუშავებულია Батыев-ის მიერ, ყველაზე სარწმუნოა და მით უმეტეს მტკიცდება ექსპერიმენტალურად (Зейгермахер). ამ რიგად Батыев-ის აზრით მთავარი მექანიკური მომენტი, რომელიც იწვევს ნაადრევ ემბრიონალ პერიოდში შუა ადგილას ძღებარე ორგანოების გვერდით განდანაცვლებას არის ღვიძლის განდანაცვლება;—უკანასკნელი კი გამოხეჩილებების სახით ვითარდება შუა ხაზზე მდებარე პირველად ნაწლავის მილიდან. შიგნეულობის დალაგების ასეთი დაპოკიდებულება დაკავშირებით ღვიძლის ლოკალიზაციაზე და განვითარებაზე დასტურდება შედარებითი ანატომიის მოხავეჭებითაც: რაც უფრო ნაკლებათ სქარბობს მარჯვენა წილი მარცხენას განვითარებაში და რაჭდენათაც უფრო პატარაა თვით ღვიძლი, მით უფრო ახლო შუა ხაზთან მდებარეობს გული და კუჭი:—მაგ., ბაყაყი, კუ, ხელიკი; თევზებში კი, სადაც ღვიძლს უკავია შუა ადგილი, ასეთივე შუა ადგილი უკავია კუჭს და გულს.

Bromann-ით situs viscerum inversus-ის მიზეზია ჭიპის მარჯვენა ვენის შენახვა მარცხენა მაგივრათ, —ეს იწვევს ვითომცდა ღვიძლის მარცხენა წილის უფრო ძლიერ განვითარებას; უკანასკნელი გადაიწვევა მარცხნივ თავის სიმძიმის გამო და გადასწვევს მარჯვნივ არაწყვილ ორგანოებს—კუჭს, ელენტას, გულს. თითქმის ამავე აზრისაა Martinotti და Lochte. მათი აზრით situs viscerum inversus-ის მიზეზია ყვითრ-ჯორჯალოს და ჭიპის ვენები; ჩანასახის განვითარებასთან ერთად ხსენებული ვენები მარჯვენა მხარეს ქრება, მარცხენა მხარეს კი რჩება, მასთან ყვითრ-ჯორჯალოს ვენა გადაიქცევა კარის ვენათ. თუ აღნიშნული ვენები დარჩა მარჯვენა მხარეს, მაშინ ხდება გულის მობრუნება მოპირდაპირე მხარეს შემდგომი განდანაცვლებით სხვა შიგნეულობის. მაგრამ Батыев-ის დაკვირვებები აბათილებენ Bromann—Martinotti—Lochte-ს აზრსაც, ვინაიდან მას აქვს ნანახი რაჟოდენიმე შემთხვევა ჭიპის მარჯვენა ვენის შენახვისა და situs viscerum inversus-ი კი მათ შორის არც ერთი. შემდეგ, Батыев-ი სამართლიანად მიუთითებს ფრინველებზე, რომლებშიც ღვიძლის მარცხენა წილი გაცილებით სქარბობს მარჯვენას, მაგრამ situs viscerum inversus-ი კი მათში ნორმაში არ ვგვხვდება.

Virchow-ი ფიქრობს, რომ situs viscerum inversus-ი დამოკიდებული უნდა იყოს ჭიპლარის უსწორო გადაგრებაზე, სახელდობრ მარჯვნივ. მაგრამ Neugebauer-ს 160 შემთხვევიდან ნანახი აქვს .39 შემთხვევა ჭიპლარის უსწორო გადაგრებისა და situs viscerum inversus-ი კი არც ერთში არ აღინიშნებოდა; მისივე აზრით ჭიპლარის გადაგრ ხა ხდება გაცილებით გვიან, ვიდრე ორგანოების გაწესრიგება—დალაგება.

Küchenmeister-ი ცდილობდა აეხსნა situs viscerum inversus-ი ჩანასახის მდებარეობით კვერცხის გვერდითი ან ქვედა ზედაპირზედ. თუ ნაყოფი მდებარეობს კვერცხის ზედა პოლიუსზე, მისი განვითარება ხდება ნორმულად.



საინტერესოა Spermann-ის ცდები. მას ექსპერიმენტალურად მიუღია situs viscerum inversus-ი ტვინის ფირფიტის მობრუნების საშუალებით. ასეთი დამოკიდებულება ჩანასახის ტვინის ნაწილების და ში ნეულობის დალაგების შორის დადასტურებულია Bähr-ი მიერაც, რომლის სიტყვებით, ჯერ თავი ბრუნდება მარცხნივ, შედეგ კი სხეული.

Strohl-მა და Gasser-მა ექსპერიმენტალურად მიიღეს situs viscerum inversus-ი ბატის კვერცხის ყვითრის ფიქსაციით ქვედა პოლიუსზე.

Foll-ი და Warynsky ახდენდენ ცდებს წინასწარ ნაჭუჭ მოკლილ ქათმების ჩანასახზე, რომლებსაც ახურებდენ Paquelin-ის ნემსით.

ამ ავტორებმა თავისი ცდების მიხედვით გამოათქვეს აზრი, რომ ზედმეტი სითბო ანელებს გამთბარ მხრის განვითარებას, იმ დროს როდესაც მეორე არა გამთბარი მხარე განავრცობს ნორმულ განვითარებას. ამ რიგად, ნაყოფის მარცხენა მხრის გათბობის შედეგად ხდება მარცხენა მხრის შენელებული განვითარება და, პირიქით, მისი მარჯვენა მხრის გაძლიერებული განვითარება; უკანასკნელ გარემოების გამო კი—შეგნეულობის მოპირდაპირე დალაგება. აღნიშნულ ავტორების ცდები სუყოველთვის არ იძლეოდა მოსალოდნელ შედეგებს.

მოყვანილი მოსაზრებები არ აკმაყოფილებს Марк-ს; რგი ეძეს ნამდვილს მიზეზს უფრო ღრმათ დედის კვრცხში და მამის თესლში, რომლებზედაც დამოკიდებულია ნაყოფის განვითარების იმპულსი.

Браун-იც ამ აზრისა და ამბობს: თუ სქესს წარმოქმნა—განვითარება განისაზღვრება თესლით, თუ ჩანასახოვან უჯრეტს უკვე დასაწყისიდან აქვს სასქესო ტენდენცია, რატომ არ შეიძლება ვიგულისხმობთ შესაძლო ლობა წარმოქმნისა იმავე ჩანასახში იმ მიზეზებისა, რის გამოც გულის მარჯუმი ბრუნდ ბა მარცხნივ ან მარჯვნივ. მაგრამ უნდა გავიმეოროდ, რომ მთლი რიგი ექსპერ მენტალ შრომების (Spermann-ის, Strohl-ის, Gasser-ის და სხვ.) ადასტურებს დამოკიდებულებას situs viscerum inversus-ისა მექანიკურ ზეგავლენებთან.

ბოლოს და ბოლოს, როგორც სჩანს უახლოესი მიზეზ situs viscerum inversus-ისა უცნობია. როგორც ნორმალი განვითარება, ისე თვითეული სიმახინჯე და კრძოთ situs viscerum inversus-ი დამოკიდებული უნდა იყოს ერთის მხრე ჩანასახის მეკვიდრეობით მასალაზე, კვერცხის და თესლის შინაგან თვისებებზე და მეორეს მხრივ, გარეგან ფაქტორებზე (მექანიკური ზეგავლენები), რომელნიც მოქმედობს ჩანასახის განვითარებაზე.

დამატების სახით გაკვრით ავლნიშნავ, რომ situs viscerum inversus-ის დიაგნოსტიკას, მის ამოცნობას დიდი პრაქტიკული და კლინიკური მნიშვნელობა აქვს. ამ აზრის დასადასტურებლად მე მგონი საკმარისი იქნება მ. უითთო ლიტერატურიდან Зейгермахер-ის შემთხვევაზე, როდესაც მას საოპერაციო მაგიდაზე დანის წინ ხვდა situs viscerum inversus ით შ პერობილი ავადმყოფი. ხსენებულმა დოსტაქარმა გააკეთა ლაპარატომია აპენდექტომიის მიზნით, მაგრამ სამწუხაროდ ჭია ნაწლავი ვერ ნახა და იძულებული იყო ოპერაციაზე უარი ეთქვა; ხოლო სამ თვის შემდეგ როდესაც ავადმყოფი შევიდა Шамов-ის კლინიკაში დასმული იყო situs viscerum inversus-ის დიაგნოზი და გაკეთებულ სათანადო ოპერაცია.

ძვირფას მასწავლებელს, დიდათ პატივცემულ პროფ. ვლ. ელენტს გულ-
წრფელ მადლობას მოვახსენებ შემთხვევების აღწერის ნების დართვისათვის და
ჩვენს მეცნიერულ მუშაობაში მუდმივ ხელმძღვანელობისათვის.

ლიტერატურა.

1. Aschoff. Pathologische Anatomie. Jena. 1923. 2. А. Д. Афанасьев. Случай situs viscerum inversus totalis. Военно-медицинский журнал; том ССXLIII, Петроград 1915 წ. ივლისი გვ. 415. 3. В. В. Бонин. К казуистике situs viscerum inversus totalis. Врачебное дело. Харьков. 1925 წ. დეკემბერი. № 24—26 გვ. 1983. 4. П. М. Браун. О патогенезе и клинике situs viscerum inversus totalis. Журнал для усовершенствования врачей № 2, 1927 წ. 5. К. Э. Вилланеп. Situs viscerum inversus. Врачебная газета. 1913 წ. № 8 და 1914 წ. № 40. 6. Г. Е. Владимирова. Situs viscerum inversus. Врачебная газета. 1913 წ. № 44. 7. Е. С. Вышегородская. Situs viscerum inversus. Врачебная газета. 1913 წ. № 44. 8. С. М. Зейгермахер. К патогенезу и клинике situs viscerum inversus totalis. Врачебное дело. Харьков. 1925 წ. დეკემბერი. № 24—26 გვ. 1985. 9. Kaufmann. Spezielle pathologische Anatomie. Berlin. 1922. 10. А. А. Крылов. Случай situs inversi viscerum. Военно-медицинский журнал; том ССXXXIII, Петроград 1912 წ. ივლისი გვ. 390. 11. С. А. Марк. Случай situs viscerum inversus totalis. Военно-медицинский журнал. Петроград 1907 წ. № 3 და 4. 12. Orth. Pathologisch-anatomische Diagnostik. Berlin. 1909. 13. М. А. Усачев. К вопросу о situs viscerum inversus в частности о декстрокардии. Военно-медицинский журнал; том ССXXXIII, Петроград 1912 წ. ივლისი. გვ. 386. 14. Herivig. Die Elemente der Entwicklungslehre des Menschen und der Wirbeltiere. Berlin. 1912 რუს. თარგ. 15. E. Schwalbe. Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere. Jena 1909.

HERAKLUS TATISGHWILI.

Zur Lehre vom situs viscerum inversus mit Beschreibung von zwei Fällen.

(Aus dem Pathologisch-anatomischen Institut der Tifliser Staatsuniversität. Direktor Prof. W. K. Jhgenti).

Der Autor beschreibt zwei Fälle von situs viscerum inversus totalis. In einem dieser Fälle wurde eine verkehrte Lage der Organe bei der Oeffnung der Leiche einer 20-jährigen Frau gefunden, im zweiten Falle bei Oeffnung der Leiche eines fünfjährigen Knaben. Diese 2 Fälle kommen auf 2.400 Oeffnungen, die im Pathologisch-anatomischen Institut der Tifliser Staatsuniversität, in der Prosektur des ersten Tifliser städtischen, wie auch in den Prosekturen anderer Tifliser Krankenhäuser im Verlauf von mehr als 6 Jahren vorgonom-

Ираკლი Татишვილი.

К учению о situs viscerum inversus с описанием двух случаев.

(Из Патолого-Анатомического Института Тифлисского Государственного Унив. Дирек. проф. В. К. Жгенти).

Автор описывает два случая situs viscerum inversus totalis. В одном из этих случаев обратное расположение органов найдено при вскрытии трупа женщины 20 лет, а в другом — при вскрытии трупа 5 летнего мальчика. Эти два случая, приходятся на 2.400 вскрытий, произведенных в Патолого-Анатомическом Институте Тифлисского Госуд. Ун.—та, прозекутуре Тифл. 1 городской, а также и в прозекурах других Тифлиских больниц в течении шести с лишним лет — (1 января 1923 г.

men wurden (1 Januar 1923 bis 10 März 1929), was 0,08% beträgt. An der Hand literarischer Angaben kommt der Autor zu dem Schluss, dass s. v. inv. öfters bei Männern vorkommt als bei Frauen, und dass eine solche in den meisten Fällen erst bei Oeffnung der Leiche erkannt wird. Van den vielen Hypothesen, die die Entstehung der s. v. inv. zu erklären suchen, hält der Autor für die wahrscheinlichere die durch vergleichend-anatomische und experimentelle Angaben bekräftigte Theorie von Hilaire-Dareste-Rindfleisch-Batuew, nach welcher noch in der frühen Embryonalperiode infolge Ablenkung der Herzschlinge nach links und des Embryos nach rechts (unter Berührung der rechten Seite des Embryos mit der Gallenblase) und der damit verbundenen Drehung, des ganzen Embryos um seine Achse, die Leber, die sich aus dem an der mittleren Linie liegenden Darmrohre entwickelt, nach links abgelenkt wird und in Verbindung mit dieser Ablenkung der Leber sich eine verkehrte Lage der Organe heranbildet.

по 10 марта 1929 г), что составляет 0,08%. Руководствуясь литературными данными автор приходит к заключению, что s. v. inv. встречается чаще у мужчин, чем у женщин и, что оно в громадном большинстве случаев распознается лишь на вскрытии. Из множества гипотез пытающихся объяснить происхождение s. v. inv. автор считает более правдоподобной теорию Hilaire-Dareste-Rindfleisch-Batueva подтверждающуюся сравнительно анатомическими и экспериментальными данными, согласно которой еще в раннем эмбриональном периоде, вследствие отклонения сердечной петли в левую сторону, а зародыша в правую (с соприкосновением правой стороны зародыша с желточным пузырем) и связанного с этим поворота всего зародыша вокруг своей оси, печень, развивающаяся из лежащей по средней линии кишечной трубки, отклоняется влево и связи с таким отклонением печени развивается обратное расположение органов.



პ. ივ. - დ. ო. კ. ერისთავი.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

თავის ტვინის წყალმანკის ოპერატიული მეთოდების შეღარებითი შეფასება*)

(პროფ. ჯ. კლინიკიდან დრ. გამგე—პროფ. მაკავარიანი)

ცნობილია, რომ თავის ქალას აქვს განსაზღვრული ტეობა და მასში არსებული ტვინის, ცერებროსპინალური სითხის, ან სისხლის მოცულობის მომატებას შეუძლია გამოიწვიოს თავის ქალაში მომატებული წნევა. ეს წნევა ძაშინ უფრო საშიშია თავის შედეგებით ორგანიზმისთვის, როდესაც თავის ქალა ჩამოყალიბებულია და ვაძვლოვანებული. ჩვენი მოხსენებების თემას შეადგენს მხოლოდ ცერებროსპინალური სითხის არა ნორმალურად დაგროვება, ე. წ. ქრონიკული ჰიდროცეფალუსი. ცნობილია, რომ ცერებროსპინალური სითხე მუშუმი ვანიცდის პროდუქციას და რეზორბციას და ამ მოვლენათა შორის ნორმალურად დატულია წონასწორობა. ამ წონასწორობის აშლილობა—პროდუქციის მომატება, ან რეზორბციის დაქვეითება საფუძველს უყრის თავის ქალას წყალმანკს. ნორმალური რაოდენობა ცერებროსპინალური სითხისა ძნელი გამოსარკვევია, მაგრამ დაახლოებით მიღებულია, რომ ის უდრის 100—120 კუბ. სან. Boyd-ის ცდების მიხედვით ცერებროსპინალური სითხის დღე და ღამის პროდუქცია და მისი აბზორბცია უდრის 600-700 კუბ. სანტ. ამნაირათ დღე და ღამეში ცერებროსპინალური სითხე 4-ჯერ გროვდება და ისრუტება. აშკარაა თუ ის რთული მექანიზმი, რომელიც წარმოშობს ამ სითხეს და ის კიდევ უფრო რთული გზები, რომელიც უნდა გაიაროს სითხემ შესრუტვისთვის ნორმალურად არ მოქმედებენ, იქმნება ორგანიზმისთვის ძლიერ მძიმე მდგომარეობა. იმის შესახებ თუ საიდან წარმოსდგება ეს ცერებროსპინალური სითხე სხვადასხვა აზრია. არსებობს აზრი თითქოს ცერებროსპინალური სითხე შედგე იყოს სისხლის ძარღვებიდან ფილტრაციისა, მაგრამ ამ ბოლო დროს იმარჯვებს ძველი აზრი Fevra-სა და Luschka-სი რომ ეს სითხე პროდუქციაა plexus chorioidel-სა. ამ აზრს იზიარებენ ამერიკელები Dixon-ი, Boyd-ი, Halliburton-ი, Dandy, Becher-ი და სხვანი. ჩამოთვლილ ავტორთა აზრით pl. chorioidel ფრიად ვანეითარებული სეკრეტორული ჯირკველია და მისი სეკრეტი კი ცერებროსპინალური სითხეა. Bungart-ის აზრით, ცერებროსპინალურ სითხეს შეიძლება ამუშავებდენ თავისა და ზურგის ტვინის უჯრედებიც. ასეთია დაახლოებით ცერებროსპინალური სითხის პროდუქციის წყარო. ეს სითხე, რომლის 1/3 მუშავდება გვერდითი პარაკუტებში მონროეს ხვრელით გადადის მესამე პარაკუტში, აქედან სილვიის წყალსადინარით მე-4 პარაკუტში და შემდეგ Magendie-სა და Luschka-ს ხვრელებით გადადის პატარა ტვინის და ფუძის ცისტერნებით ცენტრალურ ცისტერნაში და ჰემისფეროების ზედაპირებში, სადაც

*) მოხსენდა საკარტველს ექიმთა მე-V კონგრესს. ქ. ბათუმში 28/I 1929 წ.

არახნოიდალურ სივრცეში ხდება მისი მაქსიმალური შესრუტვა. უმთავრესი ნაწილი სითხისა ისრუტება სისხლის ძარღვებით, უმცირესი კი ღიმფური სისტემით.

ეტიოლოგიურად არჩევენ თანდაყოლილ და შეძენილ ჰიდროცეფალუს. თანდაყოლილი წყალმანკის ეთიოლოგია ჩვენთვის უფრო გაუგებარია და, როგორც ზოგი ფიქრობს, შეიძლება შედეგი იყოს ემბრიონალურ პერიოდში ტვინის ნორმალური განვითარების აშლილობისა (Колюбакин-ი, Лимберг-ი, Баташев-ი და სხვ.). Никифоров-ის აზრით, ტვინის დაქვეითებული განვითარების გამო თავში აღვილი აქვს წნევის დაცემას, რაც ხელის შემწყობია წყალმანკის განვითარებისთვის. შეძენილი წყალმანკის ეთიოლოგია, შედარებით უფრო გასაგებია და შედეგი უნდა იყოს ზურგისა და თავის ტვინში სხვადასხვა პათოლოგიური ცვლილებებისა, როგორც არის მაგალითად, ქრონიკული და მწვავე ანთება ტვინისა და მისი გარსებისა, ტრავმა, ლუესი, სიმსივნეები და სხვა.

ჰიდროცეფალუსის ეთიოლოგიის დამუშავებაში განსაკუთრებული ღვაწლი მიუძღვისთ ამერიკელ ავტორებს: Fraser-ს, Normann Dott-ს და განსაკუთრებით Dandy-ს, რომლის სქემით ტვინის წყალმანკი შედგება 1) გაძლიერებული პროლექციის ცერებროსპინალური სითხისა (pl. choroid) ანთებადი პროცესების, ან V. Galenae-ზე ზეწოლის ნიადაგზე და 2) ცერებროსპინალური სითხის დაქვეითებული რეზორბციისა. ამ სითხის რეზორბცია განსაკუთრებით ხდება არახნოიდალურ სივრცეში, სადაც ეს სითხე გადადის ზევით ნაწევნები გზით. გვერდით პარაკუქებში სითხის შესრუტვა თითქმის სრულიად არ ხდება და გამომუშავება კი $\frac{1}{3}$ -ამ სითხისა ხდება გვერდით პარაკუქებში. სხვადასხვა პათოლოგიურ მოვლენებს აშკარაა შეუძლიათ დახშონ ის გზები, რომელთა საშუალებით ცერებროსპინალური სითხე გვერდითი პარაკუქებიდან გადის, და ამ დახშულ არეს ზევით, იმ მიდამოში, სადაც თითქმის სრულიად არ ხდება შესრუტვა სითხისა გუბდება და თანდათან მატულობს ცერებროსპინალური სითხე. ჩვენთვის ამის შემდეგ აღვილი გასაგებია Dandy-ს, Fraser-ის და Normann Dott-ის ძიერ მოწოდებული ტვინის წყალმანკის კლასიფიკაცია. მათი აზრით, არსებობს ობსტრუქტიული და შეერთებული, ან და ვენტრიკულარული და ექსტრა-ვენტიკულარული ჰიდროცეფალუსი. ოპერატიული მეთოდების გამოყენებასა და შეფასებისათვის ამ კლასიფიკაციას აქვს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა და ამიტომ ორიოდ სიტყვით შევჩერდებით მის დიაგნოსტიკაზე. დიაგნოსტიკური მეთოდების შემუშავება ობსტრუქტიულ და შეერთებულ hydrocephalus-ის გამოსარკვევად ეკუთვნის იმავე ამერკელებს და განსაკუთრებით Dandy-ს. ამ მიზნით Dandy-ს მიერ მოწოდებულია 1) ლუმბალური ფუნქცია. აშკარაა შეერთებულ ჰიდროცეფალუს-ის დროს სითხეს ზურგის ტვინიდან მივიღებთ ნაკადით, რასაც ობსტრუქციულის—დროს აღვილი არ ექნება; 2) ამავე მიზნით უშაბუნებენ გვერდით პარაკუქში ფენოლსულფონაფტალეინს, ან ინდიგო-კარმინს, ან სხვა ამგვარ ნივთიერებას, რომელიც აღმოჩნდება ზურგის ტვინის ჰუნქციის დროს თუ ვენტრიკულარული hydrocephalus-ი არ არის. 3) ამავე ნივ-

თიერებათა აღმოჩენას შარდში მნიშვნელობა აქვს ცერებროსპინალური სითხის ნორმალური შესრუტვის დაქვეითების დროს. ნორმალურად ეს ნივთიერებანი უნდა აღმოჩნდნენ შარდში 35-60‰, შემზაპუნებიდან 6-საათის შემდეგ. პათოლოგიური ცვლილებების დროს კი ამავე ხნის გასვლის შემდეგ 8-15‰. 4) დახშვის ადვილის გამოსარკვევად ახდენენ ენცეფალოგრაფიას და აღევნებენ თვალყურს, თუ სად გაჩერდება ზურგის ტვინში შეყვანილი ჰაერი.

ხანგრძლივი გამოცდილებით დამტკიცებულია, რომ ჰიდროცეფალუსის მკურნალობა ოპერატიულია, და დღემდე მოწოდებული ყველა მეთოდები მიმართულია თავში მოთავსებული ცერებროსპინალური სითხის შემციობისაკენ. მთელი ეს ციკლი ოპერაციებისა, გარდა Hyldebrand-Dandy-ს ოპერაციისა, პალიატიურია და მიმართულია თავის ქალაში არსებული წნევის შემცირებისაკენ.

ამ მიზნით ყველაზე უფრო მარტივი და იოლი მეთოდთაგანია ვენტრიკულარული და ლუმბალური პუნქცია. მთელი რიგი ავტორებისა, როგორც, მაგალითად, Разумовский, Кауш-ი, Quinque, Neisser-ი, Берман-ი, Кохер-ი, Krause, Keen-ი და სხვანი გვიჩვენებენ თითქმის სხვადასხვა გზას და მეთოდს ამ პუნქციითა, მაგრამ აღწევენ ერთ და იმავე მიზანს. მთელ რიგ ავტორთა აზრით, რასაც ჩვენ სრულიად ვეთანხვებით, ერთდროულად გამოშვებული უნდა იქნეს არა უმეტესი 100,0 ზურგის ტვინის სითხისა. როგორც სტატისტიკა გვიჩვენებს ამ მეთოდით განკურნებას ვიღებთ მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში. აღსანიშნავია Бабицкий-ის მოხსენება 1926 წ. უკრაინელ დასტაქართა პირველ ყრილობაზე, სადაც ავტორი ფრიალ დიდ მნიშვნელობას აწერს ლუმბალურს და სუბოქციპიტალურ პუნქციებს hydrocephalus-ის დასაწყისის ხანაში, ან კიდევ უკეთესი პროფილაქტიური მიზნით ტვინის ანთების დროს.

მისი აზრით, ამ პუნქციებს დიდი მნიშვნელობა აქვთ მანამდის, სანამ განვითარდებოდეს ანთებით გამოწვეული ტვინის გარსების შეზრდანი და დახურვანი ბუნებრივ საღინართა (Magendie, Luschka). მე არ შეგჩერდები ყველასათვის ცნობილ დეკომპრესიულ ტრეპანაციებზე (Krause, Horsley, Kocher, Cuschind-ი), რომელიც იხმარება ყოველგვარ თავის ქალაში მომატებული წნევის დროს და რომელიც დღრილების შემუშავების დროს, Бабицкий-ის აზრით, სასწრაფო ოპერაციათა სიაში უნდა იქნეს შეტანილი. დავიწყებ, მხოლოდ იმ ჯგუფ ოპერაციებიდან, რომლებიც მოწოდებულია hydrocephalus-ის დროს.

კიდევ 1884 წ. Поллок-ის მიერ ხმარებულია გვერდითი პარაკუსის ღია მილი. აშკარაა, რომ ასეთი მეთოდის შედეგი იყო ავადმყოფის დაღუპვა, ან ზომამზე მეტი ცერებროსპინალური სითხის დაკარგვით, ან და ინფექციის შეჭრის გამო. Mikulitz-მა ეს მეთოდი გააუმჯობესა (1893) მით, რომ მილი უერთდება არა ნახევრს, არამედ სუბდურალურ არეს, ან კანქვეშა ქსოვილს. Пуссен-ის და Krause-ს ცვლილება მასში გამოიხატა, რომ მინის მაგიერ ხმარობდნენ ვერცხლის და ოქროს მილს. რომ გარეშე სხეულით ტვინის გაღიზიანება თავიდან აეცილებიათ Пуссен-მა მოგვიწოდა 2-3 კვირის შემდეგ ამ მილის სრულიად ამოღება. ამ მეთოდის უარყოფით მხარეთ უნდა ჩაითვალოს ის, რომ მი-

ლის, როგორც ვარეშე სხეულის ტვინში ხანხრძლივი დატოვება საშიშროებას წარმოადგენს მისი გალიზიანების გამო; და, თუ ამ მილს ამოვიღებთ თუნდაც 2—3 კვირის შემდეგ, არავითარი გარანტია არ გვაქვს, რომ ამ მილით გაკეთებული ხერელი არ დაიხურება. ამ მეთოდით ჩვენს კლინიკაში ორი შემთხვევაა გატარებული განსვენებულ პროფ. ნ. კახიანიის მიერ, მაგრამ ორივე შემთხვევაში მივიღეთ ცუდი შედეგი. ძომყავს ავად. ისტორიიდან მოკლე ამონაწერები: 1) ავადმყოფი ბავში შ. 4—წლისა შემოსულია კლინიკაში თავის ტვინის წყალმანკის ნიშნებით; ორივე თვალები, განსაკუთრებით, — მარჯვენა წამოწეულია ბუდიდან, რომლის *n. optici* განიცდის ატროფას. სხვა რაიმე პათოლოგიური რეფლექსები არ აღინიშნება. ბავში ფეხზე დიდის. გაუკეთდა ოპერაცია, — მარჯვენა პარაკუტის მინის დრენაჟი (პრ. ნ. კახიანი). Mikulitz—Pussen-ის მეთოდით, მივიღეთ მდგომარეობის გაუმჯობესება, მაგრამ რამოდენიმე ხნის შემდეგ ცერებროსპინალური სითხის დაგროვების ნიშნები გამოიხატა და ავადმყოფი გაეწერა თითქმის იმავე მდგომარეობაში, როგორც შემოვიდა.

2) ავადმყოფი ბავში მ. 3-წლისა შემოსულია ქირურგიულ კლინიკაში თავის ტვინის წყალმანკის ნიშნებით. გაკეთებული აქვს Mikulitz—Pussen-ის მეთოდით გვერდითი პარაკუტის დრენაჟი ვერცხლის მილისა (პროფ. ნ. კახიანი). ხანმოკლე გაუმჯობესების შემდეგ ნაოპერაციებ არეზი აღმოჩნდა კანქვეშა ცისტომა და პარაკუტებში მომატებული წნევის ნიშნები. წინვა ეცემოდა, მხოლოდ გვერდით პარაკუტის პუნქციის შემდეგ. ავადმყოფი გაეწერა, მაგრამ ცნობა გვაქვს, რომ მალე დაიღუპა.

ვერც Mariton-ის აბრეშუმის ძაფის მილმა მოგვცა დამაკმაყოფილებელი შედეგი, რადგან ისიც იმავე საშიშროებას უქადიდა ორგანიზმს (ინფექცია, გალიზიანება), რასაც Pollok-ის, Mikulitz-ის, Krause-ს და Pussen-ის მეთოდი. Payr-მა მოგვაწოდა პარაკუტის ანასტომოზი მასში არსებული ვენასა და გვერდითი სინუსის, ან სახის ვენას შორის. მასალას იღებდა Payr-ი ამავე ავადმყოფიდან, ან და ფორპალინში დამუშავებულ ხბოს არტერიას. გასაკვირი არ არის, რომ Payr-ის მეთოდმა ვერ პოვა ნიადაგი და ის დავიწყებულ იქნა. ასეთივე ბედი ეწვია Kausch-ის მეთოდს, რომელსაც ცერებროსპინალური სითხე გვერდითი პარაკუტიდან რეზინის მილით კანქვეშა გატარებით გადაყავს პერიტონეუმის არეში.

სასურადადღებო მეთოდი არის მოწოდებული Küttner-Венгловский-ის მიერ, რომელიც მდგომარეობს გვერდითი პარაკუტის წინა, ან უკანა რქის, მაგარი გარსიდან გაკეთებულ მილში. მაგარი გარსი იკვეთება სამი კუთხიდან ისე, რომ მკვებავი სისხლის ძარღვი დარჩეს გადაუტყრელი და ეხოვა მილისებრ და ზონდით ტარდება პარაკუტში. აშკარაა, ადვილი შესაძლებელია ეს მილი პარაკუტში ზეწოლის გაუ გამოვარდეს უკან, ან გარსში გაკეთებული მილი დაიხუროს. Колюбакин-ი ფიქრობს, რომ სრულიად არ არის საჭირო მაგარი გარსის დახვევით მილის გაკეთება, რადგან სულერთია ეს მილი მაინც დაიხურება. მისი აზრით, უკეთესია მაგარი გარსი ასო T-სებრივ აღებული იქნას ფეხზე და ჩაშვებული პარაკუტში, მისი აზრით, უპირატესობა ამ მეთოდის მასში მდგომარეობს, რომ მაგარი გარსის ნაფლეთი აღებული ტესტბროვ არ გამოვარდება პარაკუტიდან და სითხე მასზე კი იდენს. უარყოფითი მტკიცებულებები, როგორც ერთი, ისე მეორე მეთოდის მდგომარეობს მასში, რომ თუ სითხის დენა შეწყდა პარაკუტიდან, რაც მოსალოდნელია მილის პარაკუტიდან გამოვარდნის გამო, აუცილებელია ტვინის თიაქარი, და თუ არა და სითხის დენა გაგრძელდა ხში-

თავის ტვ. წყალმანკის ოპერ. მეთ. შედარებითი შეფასება.

რად ვითარდება ცისტა. Küttner-Венгловский-ს მეთოდით ჩვენს მიერ გატარებულია ერთი შემთხვევა, სადაც დამაკმაყოფილებელი შედეგი ვერ მივიღეთ. ნაოპერაციებ არეში განვითარდა ცისტა, საიდანაც გვიხდებოდა პუნქციის საშუალებით დროგამოშვებით გამოგველო სითხე, რომ თავის ქალაში მომატებული წნევა შეგვემცირებია. მოგვყავს ავადმყ. ისტ. მოკლე აქონაწერი:

3) ავადმყოფი შ. გ. 6 თვისა შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში 9/X—28 წ. Hydrocephalus-ის ნიშნებით; თავის გარშემოწერილობა 52 1/2 ct. d. fr. occ. 18 ct. d. men.-porietal. 23 ct. d. Sub-occip-bregm. 17 1/2 ct. დიდი გარდიგარდმო ზომა—18 st.—მცირე გარდიგარდმო ზომა—16 ct. დიდი ყიფლიბ. სიგრძე—17 ct. სიგანე—12 ct. 13/XI—გაუყვებდა Венгловский-ს მეთოდით მარჯვენა პარაკუქის დრენაჟი. (პრ. დოც. ერისთავი). ამ ოპერაციამ მოგვცა დროებითი მდგომარეობის გაუმჯობესება, მაგრამ მალე თავის ქალაში მომატებული წნევის ნიშნები ისევ გამოიხატა, ამას გარდა ნაოპერაციებ არეში გაჩნდა ცისტა.

1925 წ. Лимберг-მა მოგვაწოდა გვერდითი პარაკუქის დრენაჟი ვენით, რომელსაც იღებენ პაციენტის ნათესავებ, 4-5 სანტ. სიდიდის; ვენას ერთი თავი გაეჭრება ორად და მეორე თავი ჩამოემცმება ქუროსებურად (Муфта). ეს უკანასკნელი ჩაიდება პარაკუქში და მეორე შუაში განაცხეითი თავი დაეტენება კრილობის იქით-აქეთ კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში. Hyldebrand-ის და Соколовский-ს მეთოდი მდგომარეობს მასში, რომ პირველს ცერებროსპინალური სითხე შესრუტვის გასაძლიერებლად გადმოყავს თვალის ორგველი მდებარე ცხიმოვან ქსოვილში და მეორეს ყვრიმალის მიდამოში. Anton-Schmieden-Schele-ს მეთოდი (Suboccipitalstich), Lexer-ის და Eden-ის ცვლილებით მდგომარეობს მასში, რომ კეთდება ხერელი membrana-atlanto-occipital-ში; ამნაირად ცერებროსპინალური სითხე იღვრება კისრის უკანა ნაწილის მძლავრ კუნთებში, სადაც ამ ავტორთა აზრით, შესრუტვის უნარი ძლიერი უნდა იყოს.

ამნაირად Mikulitz-ის, Пуссеп-ის, Венгловский-ს, Küttner-ის, Hyldebrand-ის, Колюбакин-ის, Лимберг-ის, Соколовский-ს და Anton-Schmieden-Schele-ს მეთოდით, ცერებროსპინალური სითხე იღვრება ან კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში, ან კუნთებში. უნდა აღინიშნოს, რომ როგორც Розанов-ი ამბობს ცერებროსპინალური სითხე არის „не родная, а родственная“, ამისდა მიხედვით ამ სითხის შესრუტვა დასახელებულ ქსოვილებში ფრად შეზღუდულია. სწორედ ეს არის მიზეზი, რომ ამ ქსოვილებში, სადაც ეს სითხე იღვრება ხშირად ჩნდება ცისტა.

ამ მხრივ უნდა ითქვას, რომ სითხის შესრუტვის უკეთეს პირობებს იძლევა Anton-Bramann-ის და Розанов-ის ოპერაცია. პირველი მოდიფიკაცია Anton-Bramann-ის ოპერაციისა Balkenstich—მდგომარეობს ოსტეოპლასტიური ტრეპანაციის გაკეთებაში და კორძიანი სხეულის გაჩხვლეტაში. მეორე მოდიფიკაციის დროს ამავე მიზანს აღწევენ ძვალში მცირე ხერელის გაკეთებით. კორძიანი სხეული იჩხვლიტება ჩლუნგად იმ იმედით, რომ შემდეგ აღარ დაიხურება და იქიდან იდენს ცერებროსპინალური სითხე სუბარახნოიდალურ არეში. ამ ოპერაციამ ბევრი მიმდევრები მოიპოვა და Payr-მა გენიალური იდეაც კი უწოდა. მაგრამ ამ გატაცებას მალე მოყვა გულის გატება და ზოგიერთის მიერ ეხლა ის უარყოფილიც კი არის.



ამ ოპერაციით გულგატეხილობა ადვილი ასახსნელია, რადგან მას ხშირად შედეგად მოჰყვება კორძიანი სხეულის ნაჩხვლეტის დახურვა და ტრეპანაციის არეში ტვინის თიაქარი. აგრეთვე ეს ოპერაცია იძლევა თვალსაჩინო პროცენტს სიკვდილობისას პარაკუჭში სისხლის ღენის გამო, სისხლის ძარღვების დაზიანების ნიადაგზე.

Розанов-ის მეთოდი, ეს მოდიფიკაცია Küttner-Венгловский-Колубакин-ის მეთოდისა, იმ განსხვავებით, რომ იგი სარგებლობს Brüning-Бурденко-ს პლასტიკით და ხურავს მაგარი გარსის დეფექტს საოპერაციო არეში და ამნირად ცერებროსპინალური სითხე იღვრება სუბდურალურ არეში. Arton-Bramann-ის და Розанов-ის ოპერაციები ეკუთვნის hydrocephalus-ის ოპერაციათა იმ ჯგუფს, სადაც ცერებროსპინალური სითხის შესრუტვის პირობები შედარებით კარგია, მაგრამ ცული ის არის, რომ ეს ცერებროსპინალური სითხე ხანგრძლივად იშვიათად გამოდის იმ გზებიდან, რომელიც კეთდება ამ ოპერაციების დროს.

საქიროდ მიმაჩნია მოკლედ შევებო იმ ოპერაციათა ჯგუფს, რომლებიც გულისხმობენ ცერებროსპინალური სითხის, ზურგის ტვინიდან, ან ირგვლივ ცხიმოვან ქსოვილებში და ან მუცლის ღრუში გაყვანას. აშკარაა ეს ოპერაციები ნაჩვენებია მაშინ, როდესაც შეერთებული hydrocephalus-ი გვაქვს, როდესაც თავ-ზურგ ტვინის სითხე დაუბრკოლებლად მიდის პარაკუჭებიდან ყველა ნორმალური მიმართულებით. აშკარაა, სანამ ამ ჯგუფის ერთ-ერთ ოპერაციას მივმართავდეთ, უნდა დამტკიცებული იქმნას, რომ საქმე გვაქვს შეერთებულ hydrocephalus-თან. კიდევ 1900 წ. Fergusson-მა იხმარა ორ შემთხვევაში მილი, ზურგის ტვინის სუბარახნოიდალურ არესა და მუცლის ღრუს შორის მე-5 წელის მალაში გატარებით. ერთი წლის შემდეგ Damas-მა მოგვაწოდა მილი ზურგის ტვინის სუბარახნოიდალურ და დუგლასის არეს შორის. Nicol-მა ამავე მიზნით ლაპორატომიის საშვალებით ამოკვეთა წელის მალი და სუბარახნოიდალური არე შეუერთა მუცლის ღრუს.

აღსანიშნავია აგრეთვე Cushing-ის მიერ მოწოდებული მეთოდი, რომელიც გულისხმობს ზურგის ტვინის სუბარახნოიდალური არის შეერთებას რეტროპერიტონეალურ ქსოვილებთან; ამავე მიზნით Heile-მ იხმარა მილად ზურგის ტვინსა და მუცლის ღრუს შორის აბრეშუმის ძაფი, ამავე მიზნით მანვე იხმარა V. Saphena. 1925 წ. Heile-მ მოგვაწოდა შეერთებული hydrocephalus-ის სამკურნალოდ ცერებროსპინალურ სითხის გაყვანა შარდის ბუშტოში, რომელიც შესდგება სამი აქტისაგან: 1) Laminectomy, 2) თირკმლის ამოკვეთა შარდსაწვეთისა და მენჯის შენახვით და 3) ამ უკანასკნელის ჩაყრება ზურგის ტვინის გარსში. ეს ოპერაცია ფრიად რთული და სახიფათოა, თუმცა იდეურად სრულიად მისაღებია. ავტორს გარდა ეს ოპერაცია გაუკეთებია პროფ. Вознесенский-ის ავადმყოფის დაღუპვით. პროფ. Поленов-ს 3 აქტად, ორ-ორი კვირის ინტერვალით, ავადმყოფის მორჩენით; და აგრეთვე გააკეთეთ ჩვენ სამივე აქტი ერთდროულად—ავადმყოფის განკურნებით.

4) ავადმყოფი ი. ა. 14 წლის შემოვიდა ქირ. კლინიკაში 10/VI—28 წ. hydrocephalus-ის ნიშნებით, რამოდენიმეჯერ გაუკეთდა ოპერაცია გვერდითი პარაკუჭის დრენაჟით. გამორკვეულია,

რომ hydrocephalus-ი ექსტრავენტრიკულარულია. გაუკეთდა (პრ. დოც. კ. ერისთავი) Heile-ს ოპერაცია ureter-dura—ანასტომოზი, სამივე აქტი ერთდროულად. ავადმყოფი განიჯვრნა. (დაწვრილებით იხილე ჯანსაყთომის მოამბე № 2—3—4).

ამ ჯგუფთა ოპერაციებს შორის უფრო მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს Heile-ს მიერ მოწოდებული Ureter-Dura ანასტომოზი, თუმცა სირთულის გამო ეს ოპერაცია ყოველდღიურ ოპერაციად ვერ გადაიქცევა. ჩვენ ვერ დავეთანხმებით Бакулев-ს, რომ ეს ოპერაცია უტოპიური იყოს, მაგრამ Вознесенский-ს და Поленов-ს კი ვეთანხმებით მასში, რომ ეს ოპერაცია თავისი სირთულით „სავგირთა“. სწორედ მისთანა შემთხვევებში, სადაც ნორმალური გზები ცერებროსპინალური სითხის გამოსვლისა პარაკუპებიდან ღიაა, მაგრამ პროდუქცია ამ სითხისა პათოლოგიურად მომატებულია, ნაჩვენებია ეს მეთოდები ოპერაციისა და განსაკუთრებით Heile-ს მეთოდი. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენს მიერ ზევით აღწერილი Anton-Schmieden-Schele-ს მეთოდი ნაჩვენებია სწორედ შეერთებულ hydrocephalus-ის დროს, რადგან, აშკარაა, ობსტრუქტიულ თავის ტვინის წყალმანკის დროს membrana-atlanto-occipitalis გაკვეთა მიზანს ვერ მიაღწევს. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ მიერ გატარებულია ორი შემთხვევა, სადაც ოპერაციის პრინციპად აღებულია Anton-Schmieden-Schele-ს მეთოდი, მაგრამ ჩემი შემდეგი ცვლილებით: ჩვენ გარდა mem. atlanto-occip.-ს მის ზედა ნაწილში გაკვეთისა ვაკეთებთ ტრეპანაციას (2+2) თავის ქალაში for. occipitalis magni-სთან შეერთებით. ამას ჩვენ ვშეგებით შემდეგი მოსაზრებით: ოპერაციამდე ჩვენ არ ვსაჭიროებთ გამოყოფითი შეერთებული hydrocephalus-ი გავქვს თუ ობსტრუქტიული, თუ შეერთებულია ჩვენ ვკმაყოფილებდით membrana-atlanto-occipit. გაკვეთით და თუ არა, ვახდენთ ტრეპანაციას for. occip. magni-ს ზედა ნაწილის გამოკვეთით და პატარა ტვინის განთავისუფლებით, რაც საშვალეებს გვაძლევს for. Magendie-ს მივალწიით და მისი ფარდული გადაკვეთით ხელოვნური ხერხელის გასაკეთებლად. ეს ოპერაცია მოწოდებულია Dandy-ს მიერ ობსტრუქტიული hydrocephalus-ის ხელოვნურად შეერთებულად გადასაცხანად. მოვიყვან მოკლეთ ამ მოდიფიკაციით გატარებულ ჩვენ ორ შემთხვევას:

5) ავადმყოფი ტ. ე. ორი წლის შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში 10/XI—28 წ. hydrocephalus-ის ნიშნებით და ყოფილიბანდის გაუმჯობესებლობით. ავადმყოფს ეტყობა მოუსვენრობა. თავის გარშემოწერილობა 55 ct, D. fr. occip. 20 1/2 ct. D. men.-occip. 22 1/2 ct. დიდი გარდიგარდმო ზ. 18 1/2 ct. მცირე 15 ct. 30/XI გაუკეთდა (პრ. დოც. კ. ერისთავი) Anton Schmieden-Schele-ს ოპერაცია ზვეთი მოყვანილ მოდიფიკაციით. რადგან ავადმყოფს ოპერაციამდე განმეორებითი გვერდითი პარაკუპის პუნქციები ხშირათ უკეთდებოდა, უნდა ვიფიქროთ ამის ნიადაგზე მას ოპერაციის დროს meningit-ის ნიშნები ჰქონდა. ჩვენ ამით ვხსნით ავადმყოფის ოპერაციის შემდეგ მალე დაღუპვას.

6) ავადმყოფი მ. ა. 9 თვის შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში 3/XI—28 წ. თავის წყალმანკის ნიშნებით. თავი თვალსაჩინოთ დიდია; მისი გარშემოწერილობა 54 სტ. D. tr occip. 21 სტ. D. men-parietalis 23 სტ. დიდი გარდიგარდმო ზომა 19 სტ., მცირე გარდიგარდმო ზომა 13 სტ. ანამნეზში ლუსესი არ აღინიშნება. Dandy-ს მეთოდით გამოკვეთულია, რომ hydrocephalus-ი შეერთებულია 10/XI გაუკეთდა Anton-Schmieden-Schele-ს ოპერაცია (პრ. დოც. კ. ერისთავის). membrana-atlanto-occipitalis-ის გაკვეთით და ზვეთი თავის ქალაში trepanati-ის გაკეთებით; ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან გაუმჯობესებით.

ამნირად ამ ჩენი მოდფიკაციით ორი ოპერაციაა გაკეთებული,—ერთი ავადმყოფის დაკარგვით და ერთის განკურნებით. ის ავადმყოფი, რომელიც გარდაიცვალა, ოპერაციის დროს მძიმე მდგომარეობაში იყო მენინგიტის ნიშნებით, უნდა ვიფიქროთ განმეორებითი პარაკუტის პუნქციის გამო. მეორე შემთხვევა კარგად ჩატარდა და ბავში დღესაც საღია, მაგრამ ნაოპერაციებ არეზე ქსოვილებში, იზინჯება წყლის გროვა, თუმცა ავადმყოფს თავის ქალაში ზეწოლის ნიშნები ფრიად შეუმცირდა.

ჩენს მიერ გაკეთებულია აგრეთვე Dandy-ს მიერ მოწოდებული ოპერაცია ხელოვნური for. Magendie-ს გასაკეთებლად. მოგვყავს ავადმყოფის ისტ. მოკლე ამონაწერი:

71 ავადმყოფი დ. შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში ობსტრუქტიულ hydrocephalus-ის ნიშნებით, რომელიც დადასტურდა Dandy-ს მიერ მოწოდებული მეთოდით. 23 XII გაუკეთდა (პრ. დოც. კ. ერისთავი) Dandy-ს მიერ მოწოდებული ოპერაცია, for. Magendie-ს ხელოვნურათ გაკეთება. რბილი და ძვლოვანი ქსოვილის გაკვეთის შემდეგ გაიკვეთა dura mater, აიწია პატარა ტვინის ორივე წილი და მკაფიოთ გამოჩნდა ის ალაგი, სადაც ბუნებრივით არის for. Magendie-ს ხვრელი, რომელიც გაიკვეთა. სიღვივის წყალსადინარი გასავალია. განაკვეთი არედან ნაკადისებურათ წამოვიდა ცერებროსპინალური სითხე. ნაყრი. ავადმყოფი გარდაიცვალა. უნდა ვიფიქროთ, სწრაფათ წნევის დაცემის გამო.

ჩენის აზრით ოპერაცია ფრიად მიზანშეწონილია და უსათუოდ ნაცადი უნდა იქმნას ობსტრუქტიული hydrocephalus-ის დროს, რომ ცერებროსპინალურ სითხეს მიეცეს საშვალეობა ნორმალური გზით შეისრუტოს. ოპერაცია არც ისე ძნელი და სასაშიშოა, როგორც მასზე სწერენ. ეს ოპერაცია ჩავატარეთ ხელოვნური for. Magendie-ს გაკეთებით და სიღვივის წყალსადინარში ზონდის გატარებით, და ჩენი სიმპატია ამ ოპერაციისკენ არის.

ჩენს მიერ ყველა ზევით ჩამოთვლილი ოპერაციები პალიატიურია და როგორც ასეთი, უფრო ბევრ შემთხვევაში უძლურია; ეს არის მიზეზი, რომ თითქმის ყველა ავტორი თავის მეთოდს ოპერატიული მკურნალობისას გვაწოდებს. კიდეც 1914 წ. Hildebrand-ის მიერ მოწოდებულია მიზეზობრივი მკურნალობა ამ დაავადებისა. ამ ბოლო დროს ეს მეთოდი დამუშავა და მის დასაცავად გამოვიდა Dandy. თუ 3/4 ცერებროსპინალურ სითხისა მუშავდებოდა გვერდითი პარაკუტებში და ეს დამუშავებელია plex. chorioidei,—ამ უკანასკნელის ამოკლა იქნებოდა უფრო რადიკალური და ეტიოლოგიური მკურნალობა. ოპერაცია Hildebrand-Dandy-ს როგორც მიზეზობრივი ფრიად საინტერესოა, მაგრამ სიკვდილობის თითქმის 100% იძლევა.

თუ წარმოვიდგინებ ჩენს, რომ თავის წყალმანქას წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს ვენოზურ სტაზს, მაშინ Payr-ის მიერ მოწოდებული ოპერაცია „falcitomia“ მიზეზობრივი იქნებოდა. ამ ოპერაციის პრინციპი მდგომარეობს Ven. magna Galeni-ს სინუსში შერთვის ალაგზე მისი ბასრი კუთხის გასწორებაში, ეს ოპერაცია ხელს უწყობს ვენოზური სისხლის თავისუფლად მოძრაობას.

ამნირად მთელი დიდი არსენალს hydrocephalus-ის ოპერატიული მკურნალობისა განიყოფება ორ ნაწილად: 1) მიზეზობრივი, ანუ უკეთ რომ ესთქვით, რადიკალური და 2) პალიატიური. პირველი ანუ რადიკალური, მხოლოდ გან-

ვითარების დასაწყისშია და ჯერ მოქალაქეობრივობა არ მოუპოვებია; მეორე კი — პალიატიური ფრიად გავრცელებული და მრავალფეროვანია, მაგრამ სამწუხაროთ, უნდა ითქვას, ხშირად ის მიზანს ვერ აღწევს. პალიატიურ ოპერაციითა ნაწილი შეიძლება ვიხმაროთ, მხოლოდ შეერთებულ hydrocephalus-ის დროს, როგორც მაგალითად Fergusson-ის, Damas-ის, Nicol-ის და Heile-ს მეთოდით.

მაგრამ Dandy-ს შესაძინევი მეთოდით, რომელიც მდგომარეობს ხელოვნური for. Mogendie-ს გაკეთებაში და თუ საჭიროა სილივის წყალსადენის გავანიერებაში ყოველი ობსტრუქტიული hydrocephalus-ი შეიძლება გადავაციოთ შეერთებულად. აზრი ამისა ფრიად მნიშვნელოვანია, რადგან ჩვენ ვიცით, რომ თავის ტვინის წყალმანკის წარმოსაშობად საჭიროა ან ცერებროსპინალურ სითხის გაძლიერებული პროდუქცია, ან და მისი დაქვეითებული რეზორბცია. ობსტრუქტიულ hydrocephalus-ის დროს თუნდაც, რომ მძლავრი პროდუქცია არ იყოს hydrocephalus-ი მაინც უნდა გაჩნდეს, რადგან გვერდითი პარაკუქტებში, როგორც ვიცით, ცერებროსპინალური სითხე სრულდებით არ ისრუტება. ამიტომ ჩვენის აზრით, უფრო ბუნებრივი იქნებოდა ობსტრუქტიულ hydrocephalus-ის დროს ყოველთვის მიგვემართა Dandy-ს ოპერაციისათვის, რომელიც საშვალემას იძლევა ცერებროსპინალური სითხის შემსრუტავ ზედაპირს შეეხოს ეს სითხე და აღსდგეს ნორმალური ცირკულაცია ზურგისა და თავის ტვინის შორის. მხოლოდ იმ შემთხვევებში, სადაც ნორმალური ცირკულაცია თავ-ზურგის ტვინის სითხის არსებობს, ე. ი. ღიაა და ნორმალურად მოქმედობს f. Monroi, aqueductus Sylvii, for. Magendie და Luschka და რეზორბცია მაინც საკმარისი არ არის hydrocephalus-ის თავიდან ასაცილებლად, ამ შემთხვევებში ნაჩვენებია ერთერთ იმ ჩამოთვლილ ოპერაციათაგანი, რომელთა პრინციპი არის მილი. ეს მილი ჩვენის აზრით, უკეთესია გამოდიოდეს ზურგის ტვინიდან, Heile-ს ოპერაციის მოდიფიკაციით. ხოლო ობსტრუქტიულ hydrocephalus-ის დროს ზევით დასახელებულ Dandy-ს ოპერაციის, ხელოვნური for. Magendie-ს გაკეთებას, უნდა დაემატოს ჩვენის აზრით, Anton-Schmieden-Schele-ს განსაკვეთი membrana-atlna. occipit.-ში. აქ ცერებროსპინალურ სითხის შესასრუტავად ორი გზაა, ერთი თავზურგის ტვინში, ნორმალური ცირკულაციის აღდგენა და მეორე ცერებროსპინალური სითხის კისრის უკანა მძლავრ კუნთებში გამოყოფა. ჩვენის აზრით, ეს ორი შემსრუტავი არე ცერებროსპინალური სითხისა საკმარისი იქნება, რაც უნდა გაძლიერებული ჰიპერპროდუქცია იყოს.

ყველა ზემოთ ნათქვამის მიხედვით, ჩვენი დასკვნები შემდეგია:

1) hydrocephalus internus არის თანდაყოლილი და შექმნილი, შედარებით ხშირად გვხვდება და მის წარმოსაშობაში როლს თამაშობს რახიტი, სიმპიენეები და განსაკუთრებით ანთებადი პროცესები.

2) ოპერატიული მეთოდის არჩევა თავის ტვინის წყალმანკის დროს და-მოკიდებულია მასზე თუ რა ფორმის წყალმანკი გვაქვს: ობსტრუქტიული თუ შეერთებული.



F-1630



3) თავის ტვინის წყალმანკის სახის გამოსარკვევად ხმარობენ ფენოლ-სულფონფტალეინს, ინდიგო-კარმინს, ლიპიოდოლს, იოდოვან კალიუმს, იოდიპინს და სხვ. ეს ხსნარები შეყვანილი პარკუქებში, ან სუბარახნოიდალურ სიერ-კეში ვრცელდება ყოველი ნორმალური მიმართულებით. თუ ობსტრუქტიული ფორმაა, იმ ალაგს იქით, სადაც დახურულია სადინარი შეყვანილი ნივთიერება არ ვრცელდება. იმისდა მიხედვით თუ რამდენი და რა ხნის განმავლობაში გამოიყოფა დასახელებული ნივთიერება შარდით, შეიძლება ვიკონიოთ დაახლოებით წარმოდგენა მასზე, თუ რამდენად დაქვეითებულია, ან ნორმალურია ცერებროსპინალური სითხის შესრუტვა.

4) თითქმის ყველა, თავის წყალმანკის ოპერატიული მეთოდები, მიმართულია თავის ქალაში მომატებული წნევის დაკლებისაკენ. აქედან აშკარაა, გარდა Hildebrand-Dandy-Payr-ის მეთოდისა, ყველა პალიატიურია.

5) მთელი რიგი ოპერატიული მეთოდებისა, რომლებიც გულისხმობენ გვერდითი პარკუქის დრენაჟს, ვერ აღწევენ მიზანს.

6) ობსტრუქტიულ წყალმანკის დროს საუკეთესო ოპერატიულ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს Dandy-ს მიერ მოწოდებული მე-4 პარკუქის ფარდაში ხელოვნური ხვრელის, for. Magendie-ს გაკეთება.

7) თავის ტვინის შეერთებული წყალმანკის დროს ზურგის ტვინის მილთა შორის უფრო მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს Heile-ს ოპერაცია, თუმცა ეს ოპერაცია ტექნიკურად ფრიად რთულია.

8) Hydrocephalus-ის რადიკალურ ოპერატიულ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს Hildebrand-Dandy-ს მიერ მოწოდებული pl. chorioidei-ს ამოკვეთა და Payr-ის მიერ მოწოდებული „falcitomia“, თუმცა ორივე ოპერატიული მეთოდი ფრიად რთულია და თითქმის სრულ 100% სიკვდილობისას იძლევა, — განსაკუთრებით pl. chorioidei-ს ამოკვეთა.

ლიტერატურა.

1. Бабицкий. Труды 1-го Всеукраинского съезда хирургов. 1926, 2. Бурденко. Новый Хирургический Архив. т. 4 кн. 3 1924, 3. Колюбакин. Новый Хирург. Архив. т. 3 кн. 2 1923, 4. Бабицкий. Нов. Хирург. Архив. т. 6 кн. 1 1924, 5. Мыш. Нов. Хирург. Архив. т. 5 кн. 17—19—20 1924, 6. Лимберг и Баташев. Нов. Хирург. Архив. т. 7 кн. 1 1925, 7. Бакулев. Новая Хирургия 5 т. 3 1926, 8. Розанов. Журнал Современной Хирургии т. 1 в 1—2 1926, 9. Поленов. Жур. Современной Хирург. т. 3. в. 1. 1928, 10. Вознесенский. Новой Хирург. Архив т. 14, 19. 1928, 11. Бабицкий. Нов. Хирург. архив т. 16 кн. 2 1928, 12. კ. ერისთავი. ჯანსაღობის ორგანო № 2—3—4 1928, 13. Heile. Zentralblat f. Chirurgie № 40, 1925, 14. Socolowsci. und Jeger. Zent. F. Chir. № 46 1925, 15. Бабицкий. Нов. Хирург. Архив № 24 1925, 16. Поленов. Нов. Хирург. Архив № 55 1928, 17. Бакулев. Нов. Хирург. Архив № 19—20 1924, 18. Соколовский. Нов. Хирург. Архив. № 17 1924, 19. თაქთაქი შვილი. მოხსენება უნივერსიტეტის კლინიკების დასტაქტრთა კონფერენციას, 1924.

K. ERISTAWI. PRIV. DOZ. D-R
(Asistent der chirurg. Klinik.)

Прив.-доц.
К. Д. Эристави
стар. асс. кл.

Vergleichende Schätzung der zur Behandlung der chronischen Grosshirnwassersucht angewendeten Operationsmethoden

Nach der Auseinandersetzung der Etiologie der grosshirnwassersucht behauptet d. Autor, dass für die Wahl der Operationsmethode von Wichtigkeit wäre sich zu vergewissern ob Wassersucht intra oder Extraventriculare ist. Für das benützt man die Methode Dandy + Encephalographie.

Operationen zur Behandlung der grosshirnwassersucht sind meistens palliativ, ausser der Operation nach Hildebrand-Dandy-Payr. Diese Autoren versuchten es in letzter Zeit die Hirnwassersucht radical zu operieren.

Bei der Ventricularen Wassersucht hält der Autor es für am angebrachten die Bildung des künstlichen foram. Magendie (Dandy) + Operation nach Anton-Schmieden-Schele. Bei der extraventricularen Wassersucht aber die Operation nach Heile (Ureter-Dura-Anastomose).

Weiter erwähnt Autor seine 7 Fälle: 2 von diesen operierte er nach Miculitz-Pussepe; 1—nach Wenglovsky; 2—nach Anton-Schmieden-Schele; 1—nach Dandy (Künstliches for. Magendie) und 1—nach Heile (Ureter-Dura-Anastomose).

Сравнительная оценка оперативных методов хронической водянки головного мозга.

Автор рассмотрел этиологию хронической водянки головного мозга полагает, что для выбора оперативного метода необходимо выяснить вид водянки: вентрикулярный или экстравентрикулярный. Для выяснения этого последнего принято пользоваться методом Dandy + энцефалография.

Оперативные методы хронической вод. гол. мозга палиативны за исключением операции Hildebrand-Dandy-Payr-a. Этими авторами сделаны попытки, за последнее время, радикально оперировать хрон. вод. гол. мозга.

Из оперативных методов вентрикулярной вод. гол. мозга лучшим считает автор образование искусственного for. Magendie (Dandy), + операцию Anton-Schmieden-Schele. А при экстравентрикулярной водянке—операцию Heile (Ureter-Dura-анастомоз).

Далее автор приводит семь своих случаев водянки гол. мозга; 2 из них оперированы по Miculitz-Пуссепу; 1 по Венгловскому; 2 по Anton-Schmieden-Schele; 1 по Dandy (искусственный for. Magendie); и 1 по Heile (Ureter-Dura-анастомоз).

მე. ფიფია

კლინიკის ორდინატორი

(პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკიდან. დროებითი გამგე პროფ. ა. მაჭავარიანი)

ცხვირის პლასტიკის საკითხისათვის.

დარღვეული ცხვირის აღდგენის საკითხი უძველეს დროიდან შეიქნა სამკურნალო აზროვნების ძიების საკნად. აღმოსავლეთის ერთა ბარბაროსული და-სასჯელი ჩვეულება ცხვირის მოკვეთა, სამარცხინო დაღს ასეამდა საბრალო დამნაშავეს და მის ცხოვრებას საზოგადოებაში აუტანელს ხდიდა. რა მიზეზითაც არ უნდა იყოს დაკარგული ცხვირი, მისი აღდგენის ცდას საფუძვლად უდევს, გარდა კოსმეტიური მიზნისა, სიკოცხლის ღრმა მოთხოვნილებანი, და პირველი მათგანი არის ავადმყოფისათვის საშუალების მიცემა საზოგადოებაში არსებობისა. მართლაც უცხვირო ადამიანი თავის ღია ნესტოებით გარშემო მყოფთათვის საზიზარ სანახაობას წარმოადგენს.

ნაწილობრივ ამით უნდა აიხსნებოდეს ის გარეუბება, რომ ამ პლასტიკურ ოპერაციის განსაკუთრებული ყურადღება ჰქონდა მიქცეული ძველ დროში.

ძველი დროიდან ქირურგიამ უკვე იცის ცხვირის აღდგენის ორი წესი: ინდოეთური და იტალიური.

პირველი, ე. ი. ინდოეთური წესი მდგომარეობს იმაში, რომ ცხვირის ასაშენებელი მასალა იღება პირის სახიდან მაგ. ლოყები, შუბლი და სხვა. აღებული ნაფლეუი ერთი ფეხით მიმაგრებული რჩება იმ ნაწილზე, საიდანაც ის ამოიკეთება, მეორე კი ეკერება იმ ადგილს, სადაც. ახალი ცხვირი უნდა იქნეს აღდგენილი. შეხორცების შედეგ ფეხი გადიკვეთება და საპლასტიკო მასალის კვება სწარმოებს ახლად შეხორცებულ ადგილიდან.

ინდოეთიდან რინოპლასტიკური ოპერაციები გადატანილ იქნა იტალიაში დაახლოებით მე-15 საუკუნის პირველ ნახევარში; და პირველი ვინც ამ ოპერაციის აწარმოებდა იყო სილიციელი დასტაქარი Branca, რომლის შვილმა Antonio Branca-მ საპლასტიკო მასალად იხმარა ხელიდან აღებული ნაფლეუი.

აი აქედან ჩაეყარა საფუძველი იმ წესს, რომელსაც იტალიური ეწოდება. ამ წესით ცხვირის ასაშენებელი მასალა იღება მისგან დაშორებულ ნაწილებიდან მაგ. მხარი, წინამხარი ანუ თითი მთლიანად.

ინდოეთურ წესის უარყოფით მხარედ სხვათა შორის უნდა ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ ცხვირის აღდგენა ხდება, მნიშვნელოვან ნაწილების ხარჯზე. უფრო ხშირად ნაფლეუი იღება შუბლიდან, სადაც შემდგომ დეფექტის ამოვსება გრანულაციური ქსოვილით ხდება, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია კრილოზის კიდებების მიახლოება და ამ გზით პირადი ნაწიბურის მიღება.

*) მოხსენდა ავადმყოფის დემონსტრაციით საქართველოს ეკიმთა საზოგადოებას 14/III. 29.

ტენნიკურად ეს წესი უფრო ადვილი და მარტივია, ვიდრე იტალიური, რომელიც ტენნიკის სირთულის გარდა, დიდ მოთმინებას ითხოვს ექიმის და ავადმყოფისაგან.

საყურადღებოა ერთი გარემოება: რა წესითაც არ უნდა იყოს გაკეთებული ცვირი, თუ ის შესდგება მარტო რბილი ნაწილებისაგან ის იქმუნება, თანდათან ინლევა და იღებს თავის პირვანდელ სახეს.

აქედან საჭირო იყო მუშაობა იმაზე, რომ აღდგენილ ცვირს შერჩენოდა თავისი პირვანი სახე, ამისათვის კი აუცილებელი იყო ს პლასტიკო მასალისათვის რაიმე მკვირივი კონსისტენციის საყრდნობის აღება, რომელიც ცვირის შენებას დაახლოვებდა მის ანატომიურ სახესთან და მასთან ხელს შეუშლიდა შექმუნილი პროცესს.

დამსახურება ამ საკითხის დაყენება-წარმატებაში ეკუთვნის Difenbach-ს, რომელიც ცვირის აშენება კანის დუბლიკატურიდან, შემდეგ Langenbeck და Ollier, რომლებიც კანთან ერთად იღებდენ შუბლის ძვლის ზედაკანს.

1886 წ. König-მა პირველად იხმარა ნაფლეთი, რომელიც კანთან ერთად შეიცავდა შუბლის ძვლიდან აღებულ ძვალოვან ფირფიტას (Lamina ex); აქედან იწყება ახალი ერა რინოპლასტიკის შესწავლისა, აქ უნდა დავასახელოთ მთელი რიგი გამოჩენილ მეცნიერთა, როგორიც არიან: Schimelbusch, Trendelenburg, Helferich, Lexer, Дьяконов, Israel და Hardie, რომლებმაც თავისი წვლილი შეიტანა ამ მნიშვნელოვან საკითხის შესწავლაში.

მაგრამ საკითხმა სულ სხვა მიმართულება მიიღო მის შემდეგ, რაც რინოპლასტიკაში შემოტანილ იქნა ძვლების და ღრტილის გადანერგვა.

თავისუფალ პლასტიკამ აქ სამართლიანად მოიპოვა მოქალაქობრივი უფლება და პირველად, ვინც ის იხმარა, იყო Israel-ი. თავისუფალ პლასტიკამ გაამარტივა საკითხი, ხმარებაში შემოღებულ იქნა აუტო-გომო-და ჰეტეროპლასტიკა.

საკითხი იმის შესახებ, საპლასტიკო მასალად რას უნდა მიეცეს უპირატესობა-ძვალს თუ ღრტილს, ჯერ საბოლოოდ არ არის გადაწყვეტილი, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მრავალ მხრივ წარმოებულმა ექსპერიმენტალურ და კლინიკურ დაკვირვებებმა ცხადჰყვენ ის გარემოება, რომ გადატანილი ძვალი განიცდის ატროფიას და იშვიათ შემთხვევაში სრულებით იწოვება და ქრება (Немилов).

თავისუფალ პლასტიკის დროს უპირატესობა უნდა მიეცეს აუტოპლასტიკას; ძვალს თან უნდა ახლდეს მისი მფარავი ზედაკანი, რომელიც, როგორც დაკვირვება გვიჩვენებს, მის გამძლეობას ახანგრძლივებს, ზოგჯერ კი ამუღმივებს.

ცნობილია, რომ ღრტილოვანი ქსოვილი განსაზღვრული რეგენერაციული უნარითაა მოცული და ის ამ მხრე გაცილებით ჩამორჩება ძვალოვან ქსოვილს (Axhausen). ამ რიგად, ლოლიკურად ცხადი უნდა იყოს ძვალოვანი ქსოვილის უპირატესობა, მაგრამ ღრტილოვან ქსოვილს აქვს მეორე თავისებურება, რომელიც ამ ნაკლს ჰფარავს და აძლევს მას ფართე ასპარეზს პლასტიკურ ქირურგიაში.

როგორც მოგეხსენებათ ღრტილოვან ქსოვილში, ნორმალურ პირობებში, ძლიერ სუსტადაა განვითარებული სისხლის ძარღვები; ამისათვის კვება ძისი შედარებით ძვალოვან ქსოვილთან ნაკლებია.

ეს გარემოება გადანერგვის დროს ღრტილს წინდაწინ მომზადებულად ხდის შეეგუოს სისხლის მოძრაობის დროებით შეწყვეტას, რომელიც თან ახლავს ყოველგვარ თავისუფალ პლასტიკას. ამრიგად, იმის გამო, რომ ღრტილოვანი ქსოვილი უფრო პლასტიურია, მისთვის დანის საშუალებით სასურველი ფორმის და ოდენობის მიცემა ადვილია; ამასთანავე ის უფრო გამძლეა და გვიანებითი ატროფიის და შეწურვის მხრივ.

კერძოდ რინოპლასტიკისათვის იხმარება ყურიდან ან ნეკნებიდან აღებული ღრტილი.

დარღვეული ცხვირის აღდგენას ერთგვარი კორექტურა შეაქვს დამახინჯებულ ადამიანის ფიზიკურ შენობაში, მაგრამ პლასტიურ ქირურგიის ამ საყურადღებო დარგს ფრიად დიდი მნიშვნელობა აქვს მთელი ორგანიზმის პათოლოგიაში. ცხვირი წარმოადგენს სასუნთქვე ორგანოთა დასაწყისს და შეუძლებელია მის არ ყოფნა ამ ერთგვარი გავლენა არ იქონიოს ამ სისტემის ფუნქციაზე. ცხვირში განვლის დროს ჰაერი განიცდის ცვლილებას, როგორც მექანიურის გაწმენდის, ისე თერმიულის ცვლილების მხრივ. უცხვირო ადამიანთ, თითქმის ყველას, აწუხებს სასუნთქავი ორგანოთა ლორწოვან გარსის კატარი, რომელსაც როგორც მეორადი მოვლენა დაერთვის ცრემლის საღინარის კატალარული ანთება და საცრემლე პარკის დაავადება. ეს, სხვათა შორის, ჩვენს ავადმყოფსაც ჰქონდა, რის გამო მას ამოეცალა საცრემლე პარკები.

დამახინჯებული და ზოგჯერ ძალზე შევიწროვებული ცხვირის ნესტოები ვერ ატარებს ჰერის საქმარის რაოდენობას და ავადმყოფი იძულებულია ისუნთქოს პირით. ამგვარ მდგომარეობას მოსდევს მრავალი ისეთი გართულება, რომელიც ადამიანის ორგანიზმს აუძლურებს და აძაბუნებს. ასეთი პირნი ხშირად დაავადებულნი არიან ფილტვების ემფიზემით, სისხლნაკლულოვანებით, არა იშვიათად მოსდისთ ქოშინი და გონება ჩლუნგი არიან, რაც Mandel-ის აზრით იხსნება ეანზადის ქრონიკული უკმარისობით. დაბოლოს უცხვირო ადამიანის ხმა სუსტია და მასთან, გამოთქმა განსაკუთრებული ფონაციით ხასიათდება. ზოგჯერ ასეთი ადამიანის ლაპარაკის გაგებაც კი ძნელია.

იმ შემთხვევებში, როცა რინოპლასტიკის კოსმეტიური შედეგები დამაკმაყოფილებელი არ არის, მაგრამ თუ სუნთქვა გახდა უფრო თავისუფალი და შეწყდა კატარალური მოვლენები, მიზანი მაინც, ნაწილობრივ, მიღწეულია, ამბობს Павлов-Сильванский თავის საღისერტაციო შრომაში.

მართლაც ცხვირის აღდგენის შემდეგ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა სწრაფი ნაბიჯით უმჯობესდება: სასუნთქ ორგანოთა კატარალური მოვლენები თანდათან ჰქრება. ხმა იღებს თავის ნორმალურ ტემბრს. გაძნელებული სუნთქვა, რომელიც შედეგი იყო ნესტოების ნაწილობრივი შევიწროების, თავისუფალი ხდება და ავადმყოფს ქოშინი არ მოსდის.

ამ გარემოებას დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან ნაწილობრივ შრომის უნარ დაკარგული ადამიანი, პლასტიური ოპერაციის შემდეგ უბრუნდება თა-

ვის მუშაობას სავსებით. საილიუსტრაციოთ მოვიყვან ჩვენი ავადმყოფის მაგალითს, რომელიც პროფესიით დურგალია და მუშაობის დროს ერთი საათის განმავლობაში იძულებული იყო 2-3-ჯერ შეეწყიტა მუშაობა და დაესვენა, ვინაიდან „ჰაერი არ ყოფნიდა“.

ეხლა რაპდენიმე საათის განმავლობაში თავისუფლად შეუძლია მუშაობა დაუსვენებლივ (მსახურებს სურამის უღელტეხილის ელექტროფიკაციაზე დურგლად).

ვიდრე ოპერაციის გაკეთებას შეუდგება დასტაქარი, მისთვის ნათელი უნდა იყოს ცხვირის დარღვევის ეთიოლოგიური მომენტი და ამისდამიხედვით უპირველეს ყოვლისა, მოსპობილ უნდა იქნეს ის მიზეზები, რომელმაც ამგვარ მდგომარეობამდე მიიყვანა ავადმყოფი. ეს აუცილებელი პირობაა და ამგვარ წინასწარ მომზადებას ზოგჯერ გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

რა აზრი ექნება რინოპლასტიკას, თუ ავადმყოფმა დაჰკარგა ცხვირი სიფილისის ან *Lupus vulgaris*-ის ნიადაგზე და ის, ამ სნეულებიდან არ არის განკურნებული.

ეთიოლოგიურ მომენტთა შორის მთავარი ადგილი უჭირავს ადაშანგს: თანდაყოლილ ან შეძენილს.

ათაშანგის ნიადაგზე დამახინჯებული ცხვირის ფორმები მრავალგვარია: უნაგირისებული ცხვირიდან დაწყებული მის სრულ მოსპობამდე. ამ სახის დამახასიათებელ ნიშნად უნდა ჩაითვალოს საყრდნობი ნაწილის (ძვალოვან და დრტილოვან ქსოვილის) პირვადი დარღვევა.

მეორე—ცხვირის დეფექტის არა იშვიად ეთიოლოგიურ მომენტად უნდა ჩაითვალოს კეთილ და ავთვისებიანი სიმსიენეები. კეთილთვისებიანი სიმსიენეებიდან უფრო ხშირია რინოფიმა (სიმსიენე წარმოშობილი ცხიმოვანი ჯირკვლიდან), ანგიომა და სხვა. ავთვისებიანი სიმსიენეებიდან უმრავლეს შემთხვევაში გვხვდება კიბო კანკროიდის ან *ulcus rodens*-ის სახით, რომელთაც შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს.

ხშირია, მით უმეტეს ომიანობის შემდეგ, ცხვირის დეფექტი ტრავმის ნიადაგზე

ზემოთ ჩამოთვლილ მიზეზთა შორის *Lupus vulgaris*-ს, ცხვირის აღდგენის თვალსაზრისით, განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს, ერთის მხრივ იმიტომ, რომ ეს ავადმყოფობა ხანგრძლივია, ხშირად წლობით გრძელდება და მკურნალობას ძნელად ემორჩილება, მეორეს მხრივ კი მორჩენის შემდეგ ისეთ ხაწიბუროვან ნიადაგს სტოვებს, რომელიც ხელსაყრელი არ არის საპლასტიკო მასალის მიხორცებისათვის. ამ დაავადების დროს, წინააღმდეგ ლუეტითურისა, პროცესი იწყება ტუჩების, ლოყის ან ცხვირის ფრთების კანიდან და თანდათან სჭამს, როგორც რბილ, ისე მკვრივ ქსოვილებს და სასტიკად ამახინჯებს ადამიანს.

სწორედ ამ სნეულების მსხვერპლი შეიქნა ჩვენი ავადმყოფიც.

ავადმყოფი აღ. აღ.—ძე 44 წლ. რაპიდან, ცოლშვილიანი, პროფესიით დურგალი. ავადაა 7 წლიდან. ავადმყოფობა დაეწყო ზედა ტუჩის კანიდან და ლორწოვანი გარსიდან; შემდეგ თანდათან გადავიდა ცხვირზე. სწამლობდა ქუთაისში, რის შემდეგ ავადმყოფობა შენეულა.

1911 წლიდან ავადმყოფობამ კვლავ დაიწყო განვითარება და ერთი წლის განმავლობაში დაარღვია ცხვირის მთელი ბოლო და ფრთები. დაავადება გადავიდა აგრეთვე ზედა ყბის ღრძილებზე და მთელი კბილები გაანადგურა.

ავადმყოფი საშინელ მდგომარეობაში ჩავარდა, ვინაიდან ძლიერ უძნელდებოდა საკმლის მიღება, მის საკვებ მასალას შეადგენდა მხოლოდ სითხისაგან შემდგარი საკმელი, ამ ხანებში ის განაგრძობდა წამლობას: რამოდენიმე თვე იწვა ტფილისის საავადმყოფოში, შემდეგ გაემგზავრა მოსკოვს და იქ მკურნალობდა კანის სნეულებათა პროფესორთან. მისივე რჩევით რამოდენიმე ხნით ცხოვრობდა კისლოვოდსკოში, და იქ განაგრძობდა მკურნალობას. ავადმყოფობა თითქო დროებით შეენდოდა, მაგრამ 1918 წლ. კვლავ დაუწყულდა ზედა ტუჩი და დარჩენილი ცხვირის კიდებები. რღვევითი პროცესმა მიაღწია ცხვირის ძვლებამდის. მიუხედავად მკურნალობისა, დაავადებამ იმდენად მოიკიდა ფეხი, რომ ზედა ყბის საკბილო მორჩის და, ნაწილობრივ ცხვირის ძვლების დარღვევა დაიწყო. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფმა მიმართა პროფ. ნ. კახიანს, რომელიც პროფ. ბურგსდორფთან ერთად სწამლობდა მას ერთ წელიწად ნახევრის განმავლობაში.

მკურნალობა იყო როგორც მედიკამენტოზური, ისე ფიზიკური მეთოდებით.

პროფ. ნ. კახიანის ხელმძღვანელობით ერთი წლის განმავლობაში ჩვენ ჩავატარეთ იოდ-იოდფორმის ემულსიით მკურნალობა (Emulsio iodotormii 10% cum ol. Amygdalarum) Sterilis. (პარალელურად ავადმყოფი 6 თვის განმავლობაში მკურნალობდა ფინხენის სხივებით დრო გამოშვებით). ავადმყოფობა შეჩერდა და მორჩენის გზას დაადგა.

მკურნალობა განსაკვირვებელი სისწრაფით დაავიჯრგვინა მზის სხივებმა, რომლის აბაზანებსაც ლებულობდა ავადმყოფი სამი თვის განმავლობაში. წყულები სრულებით გაჰჭრა და მათ ადგილზე განვითარდა დანაწიბურებული ქსოვილი.

ამ პერიოდში ავადმყოფის სახე წარმოადგენდა შემდეგ სურათს: ზედა ტუჩი ნაწიბურით შექმუხნილი, ჩავარდნილი და დაპატარავებული. ზედა ყბის საკბილო მორჩი ატროფიული და ნაწილობრივ შექმული. ცხვირიდან დარჩენილი მხოლოდ მისი ფუძე; ნესტოების დარჩენილი ნაწილი ნაწიბურისაგან შევიწროებულია, მათში გატარებული ჰაერი ავადმყოფს არ ყოფნის და იძულვებულია ისუნთქოს პირით.

სხვა ორგანოების მხრივ აღინიშნება ფილტვების ოდნავი ემფიზემა, ქრონიკული ბრონქიტი, კონიუნქტიტი და საცრემლე პარკების დაავადება.

Wassermann-ის რეაქცია უარყოფითი.

1927 წ. 9 ივნისს აღვილობრივ ანესტეზიის ქვეშ (Sol. Novocaini 1%) გაუკეთდა ოპერაცია (პროფ. ნ. კახიანი) უპირველეს ყოვლისა ცხვირის ნესტოებიდან ამოიკვეთა ნაწიბუროვანი ქსოვილი. აგრეთვე განთავისუფლებულ იქნა ნაწიბურებისაგან ცხვირის დარჩენილი ნაწილის კიდებები და ის ადგილი, სადაც მიკერებულ უნდა ყოფილიყო საპლასტიკო მასალა.

ამის შემდეგ შუბლიდან მთელ მის სიმაღლეზე ამოიკვეთა სამკუთხედი მოყვანილობის კანის ნაფლეთი, რომლის ფუძე მიმართულ იყო ზევით—თავის თმისკენ, მწვერვალო კი—ცხვირის ფუძისაკენ.

ნაფლეთი ფეხზე გადმობრუნებულ იქნა და სამკუთხედის ფუძისკენ მიმართული კუთხეები მიეკერა ზედა ტუჩის ზემოდ, სწორედ იქ, სადაც ჩვეულებრივ თავდება ცხვირი. ნაფლეთის ფუძის კიდე დარჩა თავისუფლად, მიუკერებლად. სამკუთხედოვან ნაფლეთის გვერდითი მხარეები კი ნაწილობრივ მიეკერა დარჩენილ ფრთებს, დანარჩენი—საგანგებოდ გაკეთებულ ლარს.

ამგვარად, ნაფლეთის ის ზედაპირი, რომელიც ეპიტელიუმით არის მოფენილი, ესლა იყურება ახალი ცხვირის ნესტოებისაკენ, მის შექმნაში ლებულობს მონაწილეობას და მომავალში უნდა შეასრულოს ლორწოვანი გარსის ავადმყოფობის

ბა. შუბლში დარჩენილი დეფექტის კიდეები რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით დაახლოვებულ იქნა ერთმანეთთან.

ექვსი კვირის შემდეგ ნაფლეთის ფეხი (სამკუთხედის მწვერვალო) გადაიკვეთა, ნაფლეთი გადმოიკეცა და ზევიდან დაეფარა ნაფლეთს და მიეკერა იმ ნაწილს, რომლის ეპიტელ. იუმით მოფენილი ზედაპირი იყურებოდა ნესტოებისაკენ.



ავადმყოფი მკურნალობამდე და ოპერაციამდე.



იგივე ავადმყოფი განკურნებული და ცხვირ აღდგენილი.

ამრიგად შეიქნა კანის დუბლიკატურა, რომლის ერთი ნაწილი გარეთაა მიმართული, მეორე კი შიგნით, ნესტოებისაკენ.

ამის შემდეგ დაგვიჭირდა რაძდენიმე პატარა ოპერაცია და შესწორება.

დაბოლოს, საჭირო იყო რბილი ქსოვილიდან აშენებულ ცხვირს ჰქონოდა მკვრივი კონსისტენციის შქონე საბჯენი, ამისათვის წვივის ძვლის ქედიდან (crista os. tibiae) ამოიკვეთა ძვალოვანი ფირფიტა სათანადო სიგრძის, რომელიც მოთავსდა გაორკეცებულ კანთა შორის შემდეგნაირად: ცხვირის წვერზე გატარდა ერთი სანტ. სიგრძის განაკვეთი და აქედან ცხვირის დარჩენილ ძვლებამდე გაკეთდა ხელოვნური გვირაბი (ჩლუნგად).

ეს გვირაბი სწორედ ეფარდებოდა იმ ღონეს, სადაც გაორკეცებული ნაფლეთები ერთმანეთს შეეხორცა.

ამ გვირაბში მოთავსდა ძვალოვანი ფირფიტა, რომლის ზედა ბოლო ებჯინება ცხვირის დარჩენილ ძვლებს, ქვედა კი თავისუფლად დარჩა ცხვირის წვერის რბილ ქსოვილთა სისქეში. შეხორცება პირვადი.

ოპერაციას დასჭირდა სულ 7 თვე, რაც ამგვარ ოპერაციისათვის მინიმუმად უნდა ჩაითვალოს.

ცხვირის ნესტო იმდენად ფართეა, რომ ავადმყოფი თავისუფლად სუნთქავს. როგორც ლიტერატურული წყაროები მოწმობენ, ოპერაციის შემდეგ ერთ ერთ არა სასიამოვნო გართულებად უნდა ჩაითვალოს ნესტოების მედგარი შევიწროება. ამით თავიდან ასაცილებლად ავადმყოფებს ურჩევნ სპეციალურ მილების ტარებას (Bergeris მილები).

ჩვენს შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ თითქმის ორი წელი სრულდება და ნესტოებს შევიწროება არ ეტყობა.

ეს უნდა მიეწიროს იმ გარემოებას, რომ ცხვირი აშენებულია კანის დუბლიკატურისაგან, რასაც Morestin-ის აზრით დიდი მნიშვნელობა აქვს ნესტოების შევიწროების შესაფერხებლად. ავადმყოფი მისი ცხვ რით ძლიერ კმაყოფილია, მხოლოდ მას აწუხებს ის გარემოება, რომ ზედა ტუჩი ჩავარდნილი აქვს, რადგან ზედა ყბის არც საკბილე მორჩი და, მამასადამე, არც კბილები არა აქვს, ამის გამო მას გაუკეთდა პროტეზი კბილებით, ვინაიდან საცრემლე პარკების კონსერვატიულმა მკურნალობამ არაერთგვაროვანი შედეგი არ მოიტანა, იძულებული შევიქცებით მოგვეცილებინათ ის ნი.

ყველა ზემოთ აღნიშნულ შეკეთების და შესწორებების შემდეგ, ჩვენმა ავადმყოფმა მიიღო ისეთი სახე, რომ მას (ჩვეულებრივი) ნორმალურ სახის მქონე ადამიანიდან ვერ გავარჩევთ. თუ ძლიერ დაუკვირდებით, შეამჩნევთ ოდნავ ნაწიბურს შუბლზე და ავადმყოფობის კვალს ზედა ტუჩზე და ლოყებზე.

არ შემიძლია ხაზგასმით არ აღენიშნოთ მზის სხივების სამავალითო ზეგავლენა ავადმყოფობაზე.

ამ სახის ტუბერკულოზურ დაავადების დროს (Lupus) ჰელიოთერაპიის საპატიო ადგილი უნდა დაეთმოს.

როგორც ზემოთ მოვიხსენიე, რინოპლასტიკის არა სასიამოვნო მხარეთ უნდა ჩაითვალოს ახლად აშენებული ცხვირის ატროფია—დაპატარავება და ნესტოების შევიწროება. ოპერაციის გაკეთებიდან ორი წლის შემდეგ მაქვს პატივი თქვენს წინაშე წარმოვადგინო ავადმყოფი: მისმა ცხვირმა შეინარჩუნა ის ფორმა და ოდენობა, რომელიც მას ჰქონდა ორი წლის წინედ.

ეს მოხდა იმიტომ, რომ ცხვირის რბილ ნაწილს გაუკეთდა მაგარი საყრდენი (ძვლის სახით).

ჩვენი შემთხვევა ერთხელ კიდევ ადასტურებს თანამედროვე პლასტიურ ქირურგიაში მიღებულ ჰეშმარტებს, რომ მარტო რბილი ქსოვილებიდან შემდგარი ცხვირი განწირულია მოსასპობად.

ლიტერატურა.

1. Проф. А. А. Абражанов. Свободная пересадка в хирургической практике. Вестник хир. и погр. областей том XII кн. 35—36, 1928 г. 2. Проф. Богораз. Лекции по клинической хирургии. Ростов на Дону 1925 г. 3. Гессе, Гиргола и Шаак. Общая хирургия 1928 г. 4. Бир-Браун—Кюммель. Оперативная Хирургия 1928 г. (რუსული თარგმანი). 5. Вреден. Образование носа из пальца. Русский врач. 6. Проф. Джанелидзе (ринопластика) Нов. Хир. арх. том 6. кн. 2—3, 1924 г. 7. პროფ. ნ. კახიანი. ქირურგიული ტუბერკულოზის იოდ-იოდოფორმის ეფლსითი მკურნალობა, თანამედრ. მედ. № 4—1926 წ. 8. Проф. М. Фабрикант (Харьков) Впечатления от заграничной поездки летом 28 г. Нов. хир. арх. № 1—1929 г. 9. М. П. Щаткинский. К вопросу о ринопластике из пальца и хрящевой ткани реферат. Нов. Хир. арх. кн. 4, № 11—1928 г. 10. Проф. А. Ролье (Лейзен) Солнцелечение туберкулеза шейных лимфатических желез. Журнал современной хир. том IV. № 1—1929 г. 11. И. Д. Маслов. К вопросу о ринопластике из пальца. Хирургия № 201—1913 г. 12. Павлов-Сильванский. Ринопластика. Москва 1912 г. 13. Прив.-доц. А. А. Немилов. Свободная пересадка органов и тканей. Ленинград 1927 г. 14. Lexer. Die freien Transplantationen. том II 1924 г. 15. Ombredanne, Nowe Joserande; chirurgie Reparatrice et ortopedique № II 1926 г.

J. PIPIA.

Sur la question des operations plastiques du nez.

De la clinique Chirurgicale

Professeur: temporaire.—Matchavariani

Lé auteur noux cite brievement quelques cas de rhinoplastie et s'arrete avec plus details sur la transplantation dont on se sert pour reformer le nes detruit pour la transplantant les cartilages sont preferes aux os, ils donnent une meilleure que les os.

En diistinguans les causes etiologiques on classe dans un groupe special ees, «Lupus vulgaris» comme maladie se pretant peu au traitement et laissant une cicatrice apres la guerison ce qui n'est pas bon pour le transplantant.

Le auteur noux cite des cas de reetablissement de ne detruit par le «Lupus vulgaris» qui n'a detruit que la partie cartilagineuse et une partie de l'os. Le patient a été traité par les rayons Finzen pendant six mois: le auteur atribut une influence particulièrement bien faisant a la heliotérapie a laquelle la malade a été soumis pendant trois mois.

Le nez a été rétabli au moyens d'un morceau de peau triangulaire pris au pied du front. De cette peau on fait une duplication.

Pour donner un appui solide au nez nouvellement formé et empêcher les resserrements et e'atrophie on a pris une plaque d'os au tibia et on la mise dans le parties molles du nez: de sort que le transplantante, appui une de ses extremities sur la partie de l'os recent du nez.

Les resultats physiologiques sont satisfaisant nous pourons en Juger par les photographies ci jointes.

И. К. Пипия.

К вопросу о пластике носа
Из. проп. хирур. клиники Тифлис.
Госунта. Вр. Зв.

проф. А. Г. Мачавариани

Автор, приводя краткий, исторический очерк ринопластики, более подробно останавливается на свободной пересадке, применяемой для восстановления разрушенного носа. Касаясь судьбы трансплантата, преимущество дает хрящевой ткани перед костной,—в виду того, что хрящ выносливее и неприхотливее, чем кость.

Разбирая этиологические моменты, в особую группу выделяет Lupus Vulgaris, как заболевание, трудно поддающееся лечению и оставляющее после выздоровления рубцы, которые не выгодны для приживания пересаженного трансплантата.

Автор, описывает случай восстановления разрушенного носа,—по поводу волчанки, которая разрушила всю хрящевую и часть костного остова носа. Больной подвергался лечению финзенновскими лучами в продолжении 6 месяцев; особенно благотворное влияние, автор приписывает гелиотерапии, применяемой больным в продолжении 3 месяцев.

Нос был восстановлен насчет трехугольной культи, взятой на ножке со лба. Из этой кожи была сделана дубликатура, так что одна сторона кожи смотрела наружу, а другая внутрь, заменяя слизистую носа.

Чтобы дать прочную основу вновь образованному носу и этим помешать последующим сморщиванию и атрофии, из большой берцовой кости, взята костная пластинка, которая вставлена в толщу мягких частей носа так что трансплантат одним своим концом упирается на оставшуюся часть кости носа.

Косметический и функциональный результат получился хороший, что видно из прилагаемой фотографической карточки. Больной демонстрировался после операции через 2-года и восстановленный нос сохранил свою первичную форму.

ა. უსტიაშვილი

კლინიკის ასისტენტი

ერიტროციტების დალექვის რეაქცია გინეკოლოგიურ დაავადებათა მიხედვით *)

(ტფილ. სახ. უნივ. გინეკოლოგიური კლინიკიდან. გამგე პროფ. გ. ლამბარაშვილი).

1918 წ. სტოკჰოლმის ქირურგებისა და გინეკოლოგების საზოგადოებაში Fahraeus-მა პირ ელად გამოაქვეყნა თავისი დაკვირვებები სისხლის წითელი ბურთულების დალექვის შესახებ. სისხლის პლაზმაზე მუშაობის დროს მან შენიშნა, რომ ერიტროციტები ორსული ქალის ციტრატულ სისხლში უფრო სწრაფად ილექება, ვიდრე არა ორსულთა სისხლში. პირველში Fahraeus-ს ეგონა, რომ ამით მან მიიგნო ისეთ რეაქციას, რომელიც გადაქრით გამოდგებოდა ორსულობის დიფერენციალური დიაგნოზისათვის, მაგრამ მალე მანვე შენიშნა, რომ ერიტროციტების დალექვის სისწრაფე არ წარმოადგენს თუნდაც მარტო არა ორსულ ქალთათვის ერთს მუდმივ ოდენობას, რომ ეს სისწრაფე ცვალებადობს ადამიანის სქესისა, ასაკისა და სხვადასხვა ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მდგომარეობის მიხედვით.

ამ რეაქციამ განსაკუთრებული ყურადღება და გავრცელება მოიპოვა და დღეს არ დარჩენილა მედიკინის არც ერთი დარგი, რომ თავისი დაკვირვებები არ გამოეყენებინოს ამ საკითხზე. პრაქტიკული ხასიათის კვლევა-ძიების გარდა ინტერესს იწვევდა აგრეთვე ამ ფენომენის თეორიული ახსნა-განმარტება.

ჯერ კიდევ ჰალენის დროის ექიმების მიერ ყოფილა შენიშნული სისხლის გამოშვების დროს, რომ სხვადასხვანაირი ავადმყოფის სისხლი სხვადასხვა სიჩქარით ილექება. ისინი *crusta phlogistica*-ს ეძახდნენ სისხლის იმ ზემო გამსკვირვალე ნაწილს, რომელიც დალექვის შემდეგ ვითარდებოდა ქურქელში. ამ მოვლენას მაშინვე სისხლის ელემენტების დაძირვით ხსნიდენ.

პიკოკრატეს დროიდან XVIII საუკუნის და ასრულამდე ეს *crusta phlogistica* წარმოადგენდა ჰუმორალური პათოლოგიის საფუძველს და მას ყურდნობოდნენ სისხლის გამოშვების შემთხვევებში.

*) მოხსენდა სახელმწიფო უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკის კონფერენციას 1927 წლის 23 იანვარს.

ერიტროციტების დალექვის შესწავლის პირველი ცდები ეყუთენის J. Hunter-ს (1797). რომ ნათელ ეყო, თუ როგორ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან დალექვის მხრივ ანთებიანი ავადმყოფისა და კარგამყოფის ერიტროციტები, Hunter-ს გადაჰქონდა ავადმყოფის წითელი ბურთულები სალი ადამიანის სისხლის პლაზმაში და პირიქით, და შენიშნა, რომ ანთებიანი ავადმყოფის ერიტროციტები უფრო სწრაფად ილექება კარგამყოფის პლაზმაში, ვიდრე კარგამყოფის ერიტროციტები საკუთარ ან ანთებიან პლაზმაში. შემდეგში ეს საკითხი კიდევ ბევრჯერ ყოფილა მსჯელობისა და კვლევა-ძიების საგანი, მაგრამ ის ღია რჩებოდა, როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული გამოყენების მხრივ.

მხოლოდ იმის შემდეგ, რაც Fahraeus მა ეს რეაქცია სულ ახალი აღმოჩენისა და გაშუქების სახით წარმოადგინა, უკვე არსებობს ამის შესახებ მრავალი თეორია, მაგრამ არც ერთ მათგანს არ ძალუძს მოგვეცეს ამ ფენომენის სრული ინტერპრეტაცია. ყველაზე უარო მიღებულია თეორია, რომელიც ემყარება კოლოიდურ ქიმიას და ელექტროფიზიკას და რომელიც დამუშავებულია Linzenmeyer-ის, Starlinger-ის, W. და H. Lëhr-ის, Hëber-ის და სხვ. მიერ. ამ თეორიის თანახმად ერიტროციტები ერთნაირად არიან დატვირთული უარყოფითი ელექტრობით და ამის გამო ერიტროციტები ერთმანეთისაგან მიიქცევიან. სხვადასხვა მიზეზების გამო, შრატში მატულობს დადებითად დატვირთული ცილოვანი ნივთიერება, როგორც არის გლობულინის ფრაქცია. ეს ნივთიერებანი ადსორბენტის როლს თამაშობენ, განტვირთავენ ერიტროციტებს უარყოფითი ნაკადისაგან, გაანეიტრალებენ მათ, რის შემდეგ წითელი ბურთულები ჯგუფ-ჯგუფად დაილექებიან. ეს დალექვა მით უფრო სწრაფია, რაც უფრო დიდია ცალკე კონგლომერატები. ყველაზე ძლიერ მოქმედებს ფიბრინოგენი, შემდეგ გლ. ბულინი; ყველაზე სუსტად—ალბუმინი. დალექვის რეაქციის აჩქარების შემთხვევაში ყოველთვის ფიბრინოგენის გადიდებულ რაოდენობას პოულობენ. აღნიშნავენ აგრეთვე წებოვნების მომატებას ამ დროს და სხვა.

V. Oettingen-ის აზრით, ორსული ქალის სისხლის ბიოლოგიური შესწავლა გვეუბრება, რომ ის ცვლილებები, რომლებსაც ორგანიზმში ადგილი აქვს ორსულობის დროს, გვხვდება აგრეთვე ზოგიერთი დაავადების დროსაც; მაგ., ავთვისებიანი ხორცმეტის, ქრონიკული ინფექციის და ანთებითი პროცესების დროს—როდესაც უჯრედოვანი ელემენტების გადამეტებული ზრდა და არანორმალური დაშლა რამოდენიმედ აახლოვებს ამ პროცესებს ორსულობასთან. ამის გამო გასაკვირი არ უნდა ყოფილიყო, თუ ამ დაავადებებსაც დაახასიათებდა ერიტროციტების სწრაფი დალექვა. მართლაც, როგორც ეს თითონ Fahraeus-მა და შემდეგ Linzenmeyer-ის, Rumpf-ის, Westergen-ის, A. Мандельштам-ის გამოკვლევებმა დაამტკიცეს, რეაქციის სისწრაფე მიმდინარეობს ანთების ინტენსიობის ან დაავთვისებიანი ხორცმეტის დაშლის პარალელურად და მატულობს აგრეთვე ორსულობისა და სასქესო და შინაგანი ორგანოების დაავადების დროს, ე. ი. დალექვის აჩქარებას ვიღებთ ყველა იმ

ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური პროცესების დროს, რომლებსაც თან სდევს ცილოვან ნივთიერებათა გაძლიერებული დაშლა.

გარდა ამისა, ფიზიოლოგიურად დალექვის სისწრაფე იცვლება სქესისა და პასაჟის მიხედვით. ქალის სისხლის ერიტროციტებში უფრო სწრაფად ილექება, ვიდრე მამაკაცისა, ხოლო ახალშობილის SR (დალექვის რეაქცია) გაცილებით უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე მამაკაცისა. SR-ს აჩქარება აგრეთვე აღინიშნება თვიურის წინ და მის შემდეგ, იცვლება ხან საქმლის მიღების შემდეგაც და არც t რჩება განურჩეველი ამ მხრივ—დაბალი t დროს SR მეტად მძიმედ მიჰდინარეობს და, პირიქით. რეაქციის ასეთი ცვლილებები, რა თქმა უნდა, არც კი შეედრება იმ სისწრაფეს და მგრძნობიარობას, რომელსაც ეს რეაქცია იჩენს ანთებითი პროცესების დროს. მგრძნობიარობის მხრივ ამ რეაქციას, მაგ. ტერმოპეტრზე მალა აყენებენ, მაგრამ სწორედ იმის გამო, რომ SR იძლევა ნორმალური ციფრების დიდ ცვალებადობას, მისი შედეგები ხშირად ძნელი სავარაუდო ხდება, დიაგნოსტიური და პროგნოსტიური საკითხების გადაწყვეტის დროს (Диманштейн).

ამის გამო SR-ის მოვლენას მიუდგენენ ინდივიდუალურ-ბიოლოგიური თვალსაზრისით და გამოიკვლიეს მისი ცვლილებები იზოაგლუტინიურ ჯგუფებთან დაკავშირებით. აღმოჩნდა, რომ ყოველი ჯგუფის SR-ს თავისი საზღვრები აქვს ცვლილებებისათვის, მაგრამ მწვავე ანთებითი პროცესებისა, სისხლის დენისა, ორსულობისა ან ავთვისებიანი ხორცმეტების დროს ეს საზღვრები სრულებით ჰქრება. ე. ი. ამ დაავადებათა შემთხვევებში ისპობა ინდივიდუალურ-ბიოლოგიური საზღვრები სისხლისა და დამახასიათებელი ხდება მხოლოდ ავადმყოფობათა ერთი ჯგუფისათვის.

ამიტომ არის, რომ ერიტროციტების დალექვის რეაქციას პირდაპირ ანთებითი პროცესების მაჩვენებელ რეაქციით სთვლიან—ის მიმდინარეობს ანთებითი პროცესების პარალელურად, ორგანიზმის ინტოქსიკაციის სიძლიერის მიხედვით და ითვლება მძლავრ პროგნოსტიულ საშუალებათ სხვადასხვა დაავადების დროს (საშვილოსნოს დანამატების ანთება, t. b. c., მალარია, ლუესი და სხე.).

მაგრამ, A. Мандельштам-ის სიტყვით, SR მხოლოდ ისეთ შემთხვევაში შეიძლება ჩავთვალოთ ანთებითი პროცესების ნამდვილ ინდიკატორად, როდესაც ეს პროცესები მიმდინარეობს დახურულ ღრუში. თუ ამ პროცესებს აქვს საღივარო გარეთ—მაშინ SR არ არის სანდო. საერთოდ, პირველი გატაცების შემდეგ უკვე დადგა დრო, როდესაც უფრო კრიტიკულად უყურებენ ზოგიერთ შემთხვევაში დალექვის რეაქციას და, როგორც დიაგნოსტიური (მაგ., საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა და დანამატების ანთების დროს), ისე პროგნოსტიული თვალსაზრისით მას ისეთ დიდ მნიშვნელობას აღარ აწერენ.

SR გამოკვლევის დროს ჩვენ ვსარგებლობდით Linzenmeyer-ის მაკროაპარატით.

ნორმალური SR-ს ხანგრძლივობა საკმაოდ დიდ საზღვრებში ქანაობს. მაგ., თუ მეოთხე იზოაგლუტინიური ჯგუფის წარმომადგენელს აქვს დროის ერთე-



ულში 3-5 m. m.—პირველი ჯგუფისას ის 5-ჯერ მეტი აქვს. მოგვეყავს ცხრილი, სადაც აღნიშნულია სხვადასხვა ავტორის მიერ აღიარებული ნორმალური SR:

ავტორი	ვაყების SR	ქალების SR
Löhr	20 საათ.—23 ს.	13 საათი 20 წ.—11 ს. 40 წ.
Linzenmeyer . .	7—9 საათი	5 - 6 საათი
Müller	5 საათი	3—5 საათი
Gänssle	—	2 ს. 20 წ.—8 ს. 50 წ.
Moral	60 წ.	60 წ.
Мандельштам .	—	2 $\frac{1}{4}$ ს.—22 ს. 40 წ.

და სხვ.

ყველა ამ ავტორს ერთი და იგივე მეთოდით უწარმოებია გამოკვლევა და ძნელი ასახსნელია, რას უნდა მიეწეროს ასეთი ცვალებადობა. უფრო მეტიც —Katz და Rabinowitsch, Josefowicz, Starlinger ერთსა და იმავე ავადმყოფის ორივე იდაყვის ვენიდან იღებდნენ სისხლს ერთსა და იმავე დროს და მაინც სხვადასხვა დალექვის სისწრაფეს იღებდნენ. აქ, რასაკვირველია, მცირე იყო განსხვავება, მაგრამ მაინც აღსანიშნავია შედეგების ასეთი სხვაობა. შეიძლება არ იყო დაცული თვითიველ შემთხვევაში მეთოდის ყოველგვარი მოთხოვნილება -t, ლიმ. მეაფა ნატრიუმის კონცენტრაცია, შპრიცის ხაზების სისწორე და სხვ. (Карякина).

საშუალოდ ნორმალურ SR-დ სთვლიან A. Мандельштам 3-4 საათს, Linzenmeyer 3-5-ს (ქალებისათვის).

ჩვენი დაკვირვების თანახმად კი ნორმალური SR უდრის 3—5 საათს და ამაზე მეტს.

დალექვის სისწრაფეს ამცირებს ქინაქინა, ქლოროფორმი (ნარკოზი), ატროპინი და სხვ.

გინეკოლოგიაში დალექვის რეაქციამ თავიდავე საპატიო ადგილი დაიჭირა და მით ძალიან ფართოდ სარგებლობენ განსაკუთრებით ოპერაციის საკითხის გადაწყვეტის დროს. Linzenmeyer, Wichmann, Geppert, Vorschutz, Haselhorst, Gragert, Joseph და Marcus იმ აზრს გამოსთქვამენ, რომ ნორმალური SR დროს სრული გარანტიაა იმისი, რომ საოპერაციო არე სტერილური იქნება.

რადგან SR მეტად მგრძობიარება, ცხადია, რომ ამა თუ იმ შემთხვევაში, სწორი შედეგის მისაღებად საჭიროა გამოირიცხულ იქნეს ყოველი ის სხვა მდგომარეობა ან პირობა, რომელსაც შეუძლიან შესცვალოს დალექვის სისწრაფე და ამ რიგად შეცდომაში შეგვიყვანოს.

ტფილისის სახ. უნივ. გინეკოლოგიურ კლინიკაში ჩვენ ეს რეაქცია ვაწარმოეთ—295 აკადემიოფზე 512-ჯერ.

აქედგან საშვილოსნოს დანაშატების ქრონიკული ანთება იყო 97 შემთხვევაში. დიდ უმეტესობას ჰქონდა ორივე მხრის ანთება და დაახლოებით ერთ მესამედს ე. წ. tumor tubo-ovarialis. თითქმის ყველა ესენი უჩიოდნენ შლას და ტკივილებს საზარდულის არეში მთელი წლობის განმავლობაში და უშუალოდ ხანგრძლივ წამლობას. ამაში 42 ავადმყოფის შესახებ, რომლებსაც სისტემატიურად ესინჯებოდით სისხლა დიატერმიით წამლობის დროს, უკვე გამოქვეყნებული აქვს ცნობები პროფ. გ. ლამბარაშვილს. 11 ავადმყოფი ამულატორიულად დადიოდა კონსერვატიული წამლობის მისაღებად. ყველა ამით ჩვენ აჩქარება მოგვცეს დაახლოებით 20%—ში და საერთოდ SR უდრიდა 20, —40—1 ს. 15 წ.—3 $\frac{1}{2}$ საათს და ამაზე მეტს. ერთ საათზე ნაკლები იყო 4 შემთხვევაში. ჩვენ მიერ მიღებული SR ეთანხმება სხვა უკვე დასახელებული ავტორების შედეგებს.

დიატერმიით წამლობის დროს ვატარებულმა დაკვირვებამ კი (სეანსის წინ, მაშინვე მის შემდეგ, სამი საათის შემდეგ, 24 საათისა და მკურნალობის დათაების შემდეგ) გვაჩვენა, რომ დიატერმია არა სცვლის ნორმალურ SR-ს, აჩქარებული SR კი იჩენს შემცირების აშკარა ტენდენციას. *)

მწვავე salpingoophoritis—გვქონდა აღებული SR ოთხ შემთხვევაში. აქ ძლიერი აჩქარება მივიღეთ 14'—48'—ყველა ამით ახასიათებდა ტემპერატურის აწევა, მწვავე ტუბვიითი ტკივილები მთელი მუცლის ქვემო არეში და წელის მიდამოში. ჰქონდათ აგრეთვე შლა. ავად გამბდარან 2—3—კვირის წინ. დანაშატები ორივე მხარეზე იყო გადიდებული. არც ერთს აძათვანს არ ახასიათებდა რაიმე ნიშანი საშვილოსნოსგარეშე ორსულობისა—არც თვიურის შეჩერება, არც ანემიის ნიშნები ან სხვ. და ყველას დანიშნული ჰქონდა კონსერვატიული წამლობა. აქ ჩვენს მიერ მიღებული SR საესებით ეთანხმება სხვა ავტორების მიერ გამოქვეყნებულ ცნობებს.

საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს SR ვაესინჯა 8 ავადმყოფს. ამითში ორსული კვერცხსავალი გახეთქილი იყო 7 შემთხვევაში და სისხლი ჩაქცეული იყო მუცლის ღრუში. საერთოდ SR აქ უდრიდა 20 წუთიდან 4 საათსა და 17 წუთამდე ერთ ავადმყოფს, რომელსაც მარჯვენა დანამატს დაავადების გამო ლაპაროტომია გაუკეთდა, ოპერაციის წინ SR ჰქონდა 4 ს. 17 წ. ოპერაციამ მარჯვენა დანამატის შეხორცებები და დაავადება დადასტურა, მიგრამ მარცხენა კვერცხსავალი შუა ნაწილში გამსკდარი იყო და შემოფარგლული ნაწიბურებით. მუცლის ღრუში აღმოჩენილ იქნა რამდენიმე გამკვირვებული სისხლის ბელტი. ანამნეზიდან ვიცით, რომ რამდენიმე თვის წინ აღ ავადმყოფს (კოტა ხნის თვიურის შეჩერების შემდეგ უცბათ აუფარდა ტკივილი მარცხენა საზარდულის არეში, წაუვიდა გული, დაეტყო სისხლნაკლებობის ნიშნები, მოშაო ფერის სისხლის დენა და სხვ. ავადმყოფი იმ დროს სოფელში იყო და კონსერვატიული წამლობის შემდეგ რამდენიმე თვეში ფეხზე დადგა. აქ, რააკვირველია, ძეტად ძველი შემთხვევაა, მარჯვენა დანამატიც ქრო-

*) იხ. პროფ. დ. ა მ ბ ა რ ა შ ვ ი ლ ი : „დანამ. ანთებ. დაავ. დიატერმ. წამლობ. შესახ.“
 ჟურ. „თანამ. მედიც.“ № 1—2, 1928.

ნიკულად იყო დაავადებული და რაიმე შედეგი დიფერენციალური დიაგნოზისათვის არ იყო მოსალოდნელი დალექვის რეაქციისაგან.

ერთი ავადმყოფი კლინიკაში დაწვა პირდაპირ საშვილ. გარეშ. ორსულობის დიაგნოზით. SR=2 საათ. ჰქონდა შეჩერება თვიურისა ხოლო შემდეგ დაეწყო შეტევითი ხასიათის ტკივილები მუცლის ქვემო ნაწილში. 3 წელია, რაც დანამატების ანთებას წამლობს, ორჯერ მოუშვებოზარებია და სხვ. ოპერაციის დღეს მისცა სიტხე, აუტყდა მწვავე ტკივილები მუცლისა და წელის არეში. № 37,8 შეზღვე—38,2 და სხვ. ოპერაცია გადადებულ იქნა. ხელმეორედ იქნა აღებული SR, რომელიც უკვე 30' უდრიდა. რამდენიმე დღის წინად კი SR, როგორც ესთქვით, იყო 2 ს. რა თქმა უნდა ჩვენ რომ მარტო ამ რეაქციისათვის დავგვეჯერა აქ უნდა მიგველო ანთებითი პროცესის გამწვავება და კონსერვატიული წამლობა გავგვეჯერო. ბიმანუალური გასინჯვით: ავადმყოფს—კლინიკაში შეიოსვლის დღეს—ესინჯებოდა გადიდებული საშვილოსნო, ძირბოლო კონსისტენციისა და მარჯვენა მტკივანი დანამატი მუშტის ოდენა მოძრავი. რამდენიმე დღის შემდეგ კი, როდესაც ავადმყოფს გაუარესება დაეტყო და SR უკვე 30' იყო—ობიექტიურმა გასინჯვამ მარჯვენა შეზოფარგლული, მოძრავი და გადიდებული დანამატის მაგივრად მოგვცა უკვე შეზოფარგლავი და დიდი სიმსივნე საშვილოსნოს უკან. მალე ამ ავადყოფს ხელმეორედ აუვარდა ტკივილები მუცლის არეში, წაუვიდა გული, დაუსუსტდა მჯჯა და ძლიერი სისხლნაკლებობის ნიშნები დაეტყო. დოუკონებლივ იქნა გაკეთებული ლაპაროტომია, რომლის დროსაც აღმოჩნდა გახეთქილი მარჯვენა კვერცხსავალი და სისხლით გამოვსებული მუცლის ღრუ. როგორც ამ, ისე სხვა უმეტეს შემთხვევაში SR-მა არ მოგვცა ისეთი გადამჭრელი პასუხი, რომ მხოლოდ მისი ჩვენების მიხედვით გვეხელმძღვანელა. საერთო სიმპტომოკომპლექსში ის, მხოლოდ, დამამარე და არა მთავარი მაჩვენებელი არის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ამოცნობის დროს. ისიც უნდა ითქვას, რომ ეს დაავადება და საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთება, ვარდა მცირე რაოდენობის შემთხვევებისა, ძღვევა ერთსა და იმავე დალექვის ხანგრძლივობას. აქ ეს რეაქცია თითქმის არაფერს არ გვეუბნება. რაც შეეხება მწვავე salpingoophorit-ების გამოკალკეებას შეწყვეტილი ექტოპიური ორსულობის მწვავე ფორმისაგან აქაც მხოლოდ SR-თ ხელმძღვანელობა არ შეიძლება ჩაითვალოს მიზანშეწონილად, რადგან ამ ორივე შემთხვევაში თითქმის ყოველთვის ერთნაირ SR-ს ვიღებთ და ამიტომ სხვა გამოკვლევის მეთოდები—ანაწნები, ორიექტიური გამოკვლევა და სხვ.—მეტ შემთხვევაში უფრო გადამჭრელ პასუხს გვაძლევს.

ამ ცხრივ SR-ის რეაქციის დიფერენციალურ დიაგნოსტიურ მნიშვნელობას უკვე გვეის თვალით უყურებენ აგრეთვე Haselhorst, Vida, Linzenmeyer, Geppert, Ganssle, Сердюков და სხვ.

საშვილოსნოს ფიბრომიომის დროს SR გამოკვლევულ იქნა 30 შემთხვევაში. აქედგან polipus colli ut.—3, fibr. subs. 18,—interstit. 7, submucosa—2. ერთ შემთხვევაში, როდესაც submucosa-ური ფიბრომის გამო ავადმყოფს 7 თვის განმავლობაში განუწყვეტელი სისხლის დენა ჰქონდა,—მივიღეთ SR—30 წ. საერთოდ სისხლის დენა აჩქარებს SR-ს და ერთგვარი პარალელიზმიც



არსებობს მათ შორის. 5 შემთხვევაში ჩვენ მივიღეთ SR ზომიერად აჩქარებული 1 ს. 40 წ.—2 საათამდე. აქ, როგორც ვსთქვი, ზოგჯერ სისხლის დენა თამაშობდა როლს, ხან დანამატების ანთება. იმ შემთხვევაში, როდესაც ჩვენ 30' მივიღეთ, ხანგრძლივი სისხლის დენის გარდა, პოლიბი ნეკროტიული იყო, ავადმყოფს სიცხესაც აძლევდა, ისე რომ შეიძლება SR-ს აჩქარებაში ყოველივე ამან მიიღო მონაწილეობა. დანარჩენ შემთხვევებში SR მივიღეთ 2 ს. 13'—7 ს. 14'. ამ შემთხვევებში ავადმყოფებს არ ჰქონდათ სისხლის დენა. ხორცმეტი ხშირად საგრძნობი მოცულობისა იყო და ავადყოფები არ განიცდიდნენ რაიმე შემაწუხებელ მოვლენებს.

მაშასადამე ჩვენ შეგვიძლიან ვსთქვათ, რომ კეთილთვისებიანი ხორცმეტის გამოცალკევება, მაგ., ორსულობისაგან, რაც საკმაოდ ხშირად სჭირდებათ მანგინეოლოგებს, შესაძლებელი ხდება ამ რეაქციით, რადგან მას, როგორც შემდეგში დავინახავთ, ორსულობის III-IV თვიდან ყოველთვის აჩქარება ახასიათებს. რა თქმა უნდა ანამნეზ, ობიექტიურ გამოკვლევას და სხვას აქაც დიდი მნიშვნელობა აქვს.

Appendicitis chronica—5. SR ერთხელ 1 საათ. 15 წ., დანარჩენ შემთხვევებში—2 ს. 15 წ.—4 საათამდე, საშუალოდ 3 ს. 2 წ. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც აჩქარებული SR (1 ს. 15 წ.) მივიღეთ, საქმე ეხებოდა ავადმყოფი, რომელიც კლინიკაში შექოსვლისას უჩიოდა ტკივილებს ორივე საზარდულისა, მუცლის ქვ. ნაწილისა და წელის არეში და აგრეთვე თეთრად შლას. ობიექტიური გასინჯვის დროს აღმოჩნდა პატარა საშვილოსნო ფიბრომატოზული ევანძით (აკლის ოდენა), ორივე მხრივ გადიდებული და ძტკივანი დანამატი. მტკივნეულობა ჰქონდა აგრეთვე Mc. Burney-ს წერტილის მიდამოში. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა: საშვილოსნოს ფიბრომატოზული კვანძის გარდა—მარჯვენა საკვრცხე კისტოზურად გადაგვარებული, მარცხენა—ნაწლავებთან შეხორცებული. ქიაყელა ნაწლავი შეხორცებული ბრმა ნაწლავთან, ჩირქით სავსე, გადაგვარებული. ეს ავადმყოფი გარდაიცვალა ოპერაციის შემდეგ მესამე დღეს პერიტონიტის მოვლენებით. ცხადია, SR შეიძლება აქ მაჩვენებელი იყო ისეთი ვირულენტური ინფექციისა, რომელიც სხვა რაიმე სიმპტომს არ იძლეოდა და რომელმაც გამოწვავება მოგვცა. დანარჩენ შემთხვევებში appendix ხასიათდებოდა ინიექციით, ჰიპერტროფიით დ. შეხორცებებით.

სასქესო ორგანოების კიბო.—11. ინოპერაბილური იყო 7; ოპერაცია გაუკეთდა 4-ს. ოპერაბილურსა და ისეთ შემთხვევებს, როდესაც სიმპტომი არ არის დაშლილი და ავადმყოფს არ ახასიათებს დასუსტება—SR ან ნორმალურია (3 საათზე მეტი) ან ოდნავ აჩქარებული (2 საათამდე) ერთს ჰქონდა მარჯვენა დიდი ბაგეს კირჩხიბი—დაჭერილი იყო მთელი ბაგე და ხორცმეტის ზედაპირს უკვე ეტყობოდა დაიარაგება. SR—ჯერ ნორმალური იყო (3 ს. 15 წ.) მაგრამ ოპერაციის შემდეგ კრილობა დაუჩირქდა, აძლევდა სიცხეს და მე-5 დღეზე სისხლმა მოგვცა SR—31 წ. სამ შემთხვევაში SR—აჩქარებული მივიღეთ 30 წუთიდან 1 საათამდე.

ავთვისებიანი ხორცმეტების დროს SR-ს დიდ დიფერენციალურ—დიაგნოსტიურ მნიშვნელობას აწერდნენ Linzenmeyer, Giesecke და სხვა, მაგრამ

სხვა ავტორები (Haselhorst, Kowacs, Löhr და Сердюков) არ იზარებენ ამას, რადგან კიბო დაწყებითი ხანებში ან არ იძლევა აჩქარებას, ან თუ არის მცირეოდენი დაშლა, იძლევა უმნიშვნელო აჩქარებას და ეს ვერ ითამაშებს ასეთ დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას, რადგან SR-ს ცვალებადობა შეიძლება გამოიწვიოს ორგანიზმის სხვა უმნიშვნელო ცვლილებებმაც. ჩვენი შედეგები, თუმცა მცირე რიცხვოვანი მასალის მიხედვით, სავსებით ადასტურებს ამ მოსაზრებას.

საკვერცხეს კისტა—17. ამათში 3-ჯერ კისტა გადაგრებილი იყო ფეხზე და აქ ჩვენ SR-ს აჩქარება მივიღეთ 30'—46'—2 ს. 30 წ. აქ ერთ შემთხვევაში ავადმყოფს ძლიერი სისხლის დენა ჰქონდა, რომელიც წაქცევის შემდეგ დაეწყო ძლიერ ტკივილებთან ერთად და რადგან სისხლის დენის დაწყებამდის თვითრი შეჩერებული ჰქონდა, თავი 6 თვის ორსულად ეგონა. კისტა განიცდიდა ძლიერ შეხორცებას მეზობელ ორგანოებთან, გადაგრებილი იყო ფეხზე და გაშავებული. დანარჩენ შემთხვევებში ჩვენ მივიღეთ SR ნორმალური—2 ს. 30 წ.—5 საათამდე). მასასადამე კისტების დროსაც SR-თ შეიძლება ეიხელმძღვანელოთ ოპერაციის ან დიაგნოსტიკური საკითხის გადაწყვეტის დროს.

ასევე უნდა ითქვას ქალის სასქესო ორგანოების ისეთ ავადმყოფობათა შესახებ, რომლებსაც არ ახასიათებს ანთებითი პროცესი: descensus vag. (15 შემთხვევა), სდაც არც ერთხელ აჩქარება არ მიგვიღია. მიოლოდ მაშინ, როდესაც ოპერაციის შემდეგ 3 ავადმყოფს ცისტიტის ნიშნები გამოაჩნდათ—განმეორებითა გამოკვლევამ მოგვცა აჩქარებული SR—21'—1 $\frac{1}{2}$ საათ.—2 საათ.; prolapsus ut. (4 ავად.) დროს SR—3 საათ.—6 საათამდე. endometrit. haemorrh.—11 შემთხვევა, endometr. chron.—9 შემთხვევა, collum conic 5. ჰემორაგიული ენდომეტრიტის დროს სისხლის დენისა და აგრეთვე დანაპატების ანთების გამო აჩქარებული SR მივიღეთ 4 შემთხვევაში 1 ს. 20—2 ს. 55 წ. ყველა დანარჩენი აქ ჩამოთვლილი ავადმყოფობის დროს SR-ს აჩქარება ჩვენ არ მიგვიღია არც ერთხელ. Retroversio ut.—3, ამათში ერთი fixata, SR—ნორმა. ამენორეა 8—აქაც არც ერთხელ SR აჩქარება არ მიგვიღია.

რაც შეეხება ინფექციურ მასალას, აქ ჩვენ მართლაც ძლიერ აჩქარებულ რეაქციას ვღებულობთ. ასეთი ავადმყოფი გამოვიკვლიეთ 17. ძველი, ქრონიკული ბარამეტრიტები იძლევიან 1 ს.—1 $\frac{1}{2}$ ს. (8 შ.) ახალი პერიპარამეტრიტი გვაძლევს SR—10'—15' (9 შ.).

Peritonitis t. b. c—2 შემთხვევა; SR—45'—1 ს. 15 წ.

Septio—pyämia და Saprämia p. p. 3 შემთხვევა, SR—14'—18'. სამივე ეს დაავადება დადასტურებული იყო სისხლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით. აქ საინტერესოა ერთი შემთხვევა. ავად. მშობიარობის შემდეგ დაეწყო სისხლის მოწამვლის მძიმე ნიშნები: შეციება, მაღალი ტემპერატურა, აჩქარებული მაჯა და სხვ. სისხლის გამოკვლევამ აღმოაჩინა სტრეპტოკოკები. (ჯ. ს. კ. ბაქტერიოლ. ინსტიტ.) SR აქ უდრიდა 32 წუთს, მაშინ, როდესაც სეპტიკოპიემიას დროს ჩვენი შემთხვევები და სხვა ყველა ავტორის ცნობები ერთხმად ადასტუ-

რებენ დიდ აჩქარებას—10—14—18 წუთს. ავადმყოფი გადარჩა და მოკლე ხანში გაიწერა სამ.-გინ. ინსტიტუტის ლაზარეთიდან, სრულიად კარგად მყოფი. ამ ერთ შემთხვევიდან რასაკვირველია, რაივე დასკვნის გამოტანა არ შეიძლება, მაგრამ შესაძლებელია ერიტროციტების დალექვის რეაქციას აქ პროგნოსტიული მნიშვნელობა აქვს. ამას გვაჩვენებს სხვა დამატებითი დაკვირვებები.

ამას გარდა SR გამოკვლეული იყო 34 ორსულისა ორსულობის სხვადასხვა თვეში. აქედან $5\frac{1}{2}$ თვისა—2, სადაც SR-37—1 ს. 25 წ. მართალია ეს ციფრები არ ეთანხმება Ltinzenmeyer-ის, A. Мандельштам-ის და Сердюков-ის ცნობებს, მაგრამ ჩვენ ავადმყოფებს პიელიტის გამო მუცლის მოქლა ესაქირობოდათ (მეტრეირიზი) და SR-ს აჩქარებაც ამ დაავადების ბრალი უნდა იყოს. საერთოდ შემჩნეულია რომ, როდესაც ავადმყოფს სხვადასხვა დაავადება აქვს, რომლებიც ცალკადაც SR-ს აჩქარება, იწვევენ—ერთად ამ რეაქციას ესენი უფრო აჩქარებენ. აღსანიშნავია, რომ მეტრეინტერის შეტანის შემდეგ 12 საათში t მცირე აწევის გარდა მივიღეთ SR-ის საგრძნობი აჩქარება:

37 წუთის მაგივრად — 22 წ.
1 ს. 25 „ „ — 45 წ.

ჩანს, საშვილოსნოში გამონადენის შეგუბება და შესრუტვა უშედეგოდ არა რჩება ამ ძვრძნობიარე რეაქციისათვის. დანარჩენი 26 ორსული—მშობიარეები იყვნენ X თვეზე და მათი SR უდრიდა 19 წუთ.—1 ს. 15 წ.

$2\frac{1}{2}$ თვემდე ორსულობის დროს SR გასინჯულ იქნა 6-ჯერ და მივიღეთ 2 ს. 15 წ.—3 საათამდე. ასე რომ პირველ სამ თვეს ორსულობის ამოცნობის დროს დალექვის რეაქციას ნაკლები დიაგნოსტიური მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს.

Abortus incompl.—12 შემთხვევა. SR—1 ს. 39 წ.—2 ს. 29 წ. აქაც, თუმცა საქმე ორსულობის პირველ თვეებთან გვქონდა, მაგრამ მიღებული დალექვის აჩქარება უნდა მიეწეროს სისხლის დენას და აგრეთვე—რამდენიმე შემთხვევაში—გართულებას, რომელსაც t^h-ს აწევა და ტკივილები ახასიათებდა.

სისხლის მორფოლოგიური გამოკვლევა ჩვენ ვაწარმოეთ მრავალჯერ და მივიღეთ შემდეგი—ზოგჯერ ვიღებდით ლეიკოციტების და SR-ს აჩქარების შორის ერთგვარ პარალელიზმს. მაგრამ ეს მაინც არ ახასიათებდა უმეტეს შემთხვევებს, რომ აქედან რაივე დასკვნის გამოტანა შეგვეძლოს.

საერთოდ სისხლის სურათის შესახებ, რომელიც მიღებულია 42 ავადმყოფზე დაკვირვებების შემდეგ დიატერმიის დროს აწერილია შემოდასახელებულ პროფ. გ. დამბარაშვილის შრომაში და აქ მას აღარ შეეხებები.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის შემდეგ შესაძლებლად ვცნობ ვაპოვიტანო შემდეგი დასკვნები:

1. ერიტროციტების დალექვის სისწრაფე მეტად მგრძნობიარე რეაქციას წარმოადგენს ანთებითი პროცესების დროს.

2. საშილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთების დროს SR მეტ შემთხვევაში ნორმალურია, ან ზომიერად აჩქარებული. სწორედ ასეთივე რეაქციას იძლევა საშილ. გარეშე ორსულობა, სანამ მოხდებოდეს მისი შეწყვეტა და სისხლის ჩაქცევა. SR-ს საშუალებით ამ ორი დაავადების ერთმანეთისაგან გამოცალკეება შეუძლებელია.

3. დანამატების მწვავე ანთების დროს SR ძლიერ აჩქარებულია და სწორედ ასეთივე აჩქარებას ვიღებთ ექტოპიური ორსულობის დროს, როდესაც მილის გასკლავა და საერთოდ სისხლის ჩაქცევა ხდება მუცლის ღრუში. სხვა გამოკვლევითი მეთოდების დაუხმარებლად SR არც აქ არის საკმარისი დიფერენციალური დიაგნოზისათვის.

4. ქრონიკული აპენდიციტის დროს SR ან ნორმალური ან ზომიერად აჩქარებული უნდა იყოს—ისევე, როგორც დანამატების ქრონიკული ანთების დროს.

5. კეთილთვისებიანი ხორცმეტეები, როგ. არის საშვ. ფიბრომიომა, თუ ისინი არ იწვევენ სისხლის ღენას ან გადაგვარებული არ არიან, გაძღვევენ ნორმალურ SR-ს და შესაძლებელი ხდება მათი გამოცალკეება ორსულობისაგან (მე-3 თვიდან).

6. ქალის სასქესო ორგანოების კიბოს დროს, როდესაც სიმსივნე არ არის დაშლილი, SR ნორმალურია, ან ცოტა აჩქარებული. SR-ს არც ამ მხრივ უნდა ჰქონდეს დიფერენციალურ-დიაგნოსტიური მნიშვნელობა.

SR ჩქარდება სიმსივნეს დაშლისა და კახექსიის სიძლიერის მიხედვით.

7. Cysta ovarii, თუ ის გადაგრებილი ან გადაგვარებული არ არის, აგრეთვე მთელი რიგი სხვა ავადმყოფობათა, რომლებსაც ანთებითი პროცესი არ ახასიათებს, იძლევიან ნორმალურ SR-ს და აქ ოპერაციის გადაწყვეტის დროს შესაძლებელია SR-თ ხელმძღვანელობა.

8. სეპტიური პროცესებისა და მწვავე პერიპარამეტრიტების დროს SR მეტად აჩქარებულია.

9. ორსულობის IV თვიდან SR ჩქარდება ორსულობის ზრდასთან ერთად. ორსულობის პირველ თვეებში SR-ის აჩქარება უმნიშვნელია.

დასასრულ მადლობას ეუძღვნე პატივცემულ პროფესორს გ. დამბარაშვილს მუდმივი ხელმძღვანელობისათვის თემის დამუშავებ-ს დროს და აგრეთვე პრივ.-დოცენტს მ. მგალობელს, რომელმაც დამითმო თავისი საინფექციო განყოფილების მასალა. (ცხრილი იხილე 308 გვერდზე).

ცხრილი

ერიტროციტების დაღვევის სისწრაფისა გინეკოლოგიური დაავადების დროს.

დიაგნოზი	რაოდენობა შემთხვევებში	განმეორებითი	S R	შენიშვნა
1. Adnexitis chronic.	97	210	20'—40'—3 1/2 ს. დამეტი	
2. Adnexitis acuta	4		4'—48'	
3. Gravidit. extra ut. მილის გასკდომით და სისხლის ჩქვევით: ა. ახალ შემთხვევებში	5	1	20'—1 საათ.	
ბ. ძველი შემთხვევები და ისეთი, სადაც ძილი არ გამსკდარა.	3		1 ს. 15'—4 ს. 17 წ.	4 ს. 47'—ავად მდენიმე თვის წინად ჰქონდა მილის გასკდომა.
4. Fibromyoma uteri:	24		2 ს. 30'—7 ს. 14'	
სისხლის დენას და სხვ. გართულ.	6		30'—2 ს. 13'	
5. Appendicit. chron.	5		1 ს. 15'—4 საათ.	
6. C-r labi imaJor	1	1	3 საათზე მეტი—31'	
—uteri:				
ა. დაშლის დროს	3		30' 1 საათ.	
ბ. როცა არ არის დაშლა	7		2 საათ—3 ს. 17'	
7. Cysta ovar.	14		2 ს. 30'—5 ს.	
ა. ფეხზე გადაგარბილი	3		30'—46'—2 ს. 30'	
8. Descens. vag., prolaps. ut., endom. chr., coll. conic., retrovers. ut., amenorrhoe	44	3	3 ს. 20'—8 ს.	
9. Endom. haem.	7		2 ს. 55'—4 ს. 57'	
ძღ. სისხლის დენის დროს	4		1 ს. 0'—2 ს. 55'	
10. Periparametr. acuta	9		10'—15'	
chronic	8		1 ს. —1 ს. 30'	
11. Peritonit. t. b. c.	2		45'—1 ს. 15'	
12. Septico-pyäm.	2		14'—32'	
და				
saprämia	1		18'	
13. ორსულობა 2 1/2 თვემდე	6		2 ს. 15'—3 საათი.	
— 5 1/2 თვისა	2	2	37'—1 ს. 25'	გართულება—პიელიტი
— 10 თვისა	26		19'—1 ს. 15'	
14. Abortus incompl.	12		1 ს. 3 1/2'—2 ს. 29'	სისხლის დენა.
სულ	295	217		512

ლიტერატურა

1. G. Linzenmeyer und F. Hirsch. Berichte über die Gesamte Gynäcol. და სხვ. 1926 წ. В X, Н. 9/10. 2. А. Э. Мандельштам Реакция оседания эритроцитов в гинекологии 1925. 3. Шиллинг. Картина крови 1926 წ. 4. М. Сердюков, Морозова и Грацианский Труды VII с'езда гинек. и акуш. 1927. 5. Холодковский ეჭვ. 6. М. Мандельштам и Пупко. Врач. Газ. 1925, № 7. 7. А. Карякина Вр. Д. 1925 № 1—2. 8. Штейнберг и Кириченко ეჭვ. 9. Фридман ეჭვ. 10. Борок и Мордвинский Вр. Д. 1926, № 3. 11. Диманштейн Вр. Д. 1926, № 6. 12. Кашинский, Ж. Гин. и Ак. 1927. № 2.



A. OUSTIAGHVILI

La réaction de la précipitation des érythrocytes au cours des maladie guinéologiques

(De la clinique guinéologique de l'Université de Tiflis. Direct. prof. Gambarachvili)

S. R (la réaction de la précipitation) c'est produit 512 fois sur 295 malades. On opérerait avec l'appareil de Linzenmayer et d'après les résultats ressus nous pouvons admettre les conclusions suivantes:

1) La vitesse de la précipitation des érit. représente une réaction fort sensible ou cours des procédés inflammatoires en général.

2) Pendant les procédés inflammatoires chroniques des additions de la matrice S. R dans la plus part des cas est normale ou très peu augmenter. Une même vitesse de la précipitation montre la grossesse extra utérine avant son interruption et l'hémorrhagie dans la cavité de l'abdomen.

S. R pendant ces deux maladies n'est pas d'importance pour le diagnostic.

3) Au cours des procédés inflammatoires aigus S. R est accéléré, mais au même degré que pendant l'interruption de la grossesse extrautérine. Sans d'autres méthodes de recherche S. R n'est pas suffisante pour le diagnostic.

4) Les appendicites chroniques donnent la S R normale ou une accélération moyenne comme pendant les procédés inflammatoires chroniques des additions de la matrice.

5) Les tumeurs bénignes par exemple les fibromyome de la matrice, si elles ne provoquent pas d'hémorrhagie donnent S. R normale, de sorte que S. R peut servir dans ces cas comme moyen de diagnostic entre ces tumeurs et par exemple, la grossesse.

6) Le cancer des organes génitales des femmes au cas d'absence de la destruction ou de cachexie, donnent S. R normale ou moyennement accélérée.

A. Устиашвили.

Ассистент клиники.

Реакция оседания эритроцитов при гинекологических заболеваниях.

(Из гинек. клин. Тифл. Гос. У-та. Директор—проф. Гамбарашвили.)

«Нами SR (реакция оседания) проведена 512 раз на 295 гинекологических больных. Реакция производилась по макроаппарату Линценмайера и согласно полученным данным считаем возможным прийти к следующим выводам:

1. Скорость оседания эритроц. представляет весьма чувствительную реакцию при воспалит. процессах вообще.

2. При хроническ. воспал. придатков матки SR в большинстве случаев нормальная или умеренно ускорена. Такую же скорость оседания дает и внемат. берем. до ее перерыва и кровоизлияние в брюшн. пол. SR при этих двух заболеваниях. не может иметь дифференциального значения.

3. При острых восп. забол. придатков SR сильно ускорена, но как раз такую же скорость дает напр. эктопич. берем. после перерыва и кровоизлияние в брюш. пол. Без помощи других методов исследования SR и здесь не достаточна для дифференциального диагноза.

4. Хронич. аппендицит дает нормальную или умеренно ускоренную SR—такую же, как при хронич. воспал. придатков.

5. Доброкач. опухоли, как напр. фибромиома матки, если таковые не вызывают кровотечения или не перерождаются, дают норм. SR—здесь является возможным дифференцировать эти опухоли, напр., от беременн. (после III месяца).

6. Рак жен. пол. органов при отсутствии разрушения опухоли или кахексии SR нормальна или умеренно ускорена.

7) La cyste de l'ovaire si le pédoncule n'est pas tordu et ne subit pas de destruction de même que toutes les maladies de la sphère génitale des femmes, qui ne sont pas en connexion avec les procédés inflammatoires donnent S R normale.

8) Au cours des procédés septiques et les péri et paramétrites aigus S R est très accéléré.

9) A partir du IV-me mois de la grossesse S R augmente avec l'accroissement de la grossesse; pendant l'avortement incomplet l'accélération de la S R depend de l'hémorrhagie (Anemie) et d'autres complications.

7. Киста яичника если она не перекручена на ножке или не перерождена, также как и все другие заболевания жен. пол. сферы, не зависящие от воспалительных процессов, дают нормальную SR.

9. С IV мес. берем. SR ускоряется вместе с увеличением беременности; в первые м-цы берем. SR ускорена незначительно; при abort. incompl, ускорение SR объясняется не беременностью (первых месяцев), а кровотечением (анемия) и другими осложнениями.

საზოგადოებრივი მედიცინა

ბ. ზურაბაშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

მასალები კახეთის და გურიის მოსახლეობის ფიზიკური კონსტიტუციისათვის. *)

(ტუ სახელ. უნ—ის ფსიქიატრიის კლინიკა. გამგე პროფესორი მ. ასათიანი).

Meynert—Grisinger-ის ანატომიური მოძღვრება ფსიქოფიზიოლოგიურ და ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობის ამოსავალ წერტილად მხოლოდ ტვინის ჰემისფეროების აღიარების შესახებ დღეს არ ითვლება საკმარისად. მორფოლოგიის, ფიზიოლოგიის და ბიოქიმიის შესწავლა საჭიროა, როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქიური habitus-ის ჩამოსაყალიბებლად. ადამიანის სულიერი ცხოვრება, მისი „მე“ სხეულის ზოგადი წონასწორობის მქიდრო და უშუალო ანარეკლია. ამიტომ უკანასკნელ წლებში სწარმოებს ძიებანი აღმოჩენილ იქნეს კავშირი ფსიქიკის და სხეულ ნაგებობის ე. ი. ფსიქიურ და სომატიურ კონსტიტუციათა შორის.

თანამედროვე ფსიქონევროლოგი სხეულის აგებულებაში უკვე ვეღარ ხედავს განურჩეველ ფაქტორებს; ამ მხრივ მეტად საგულისხმიეროა Kretschmer-ის შემდეგი სიტყვები: „ინდივიდუალ თამაშს, როგორც შემთხვევითობას, რომელსაც შეუძლიან ჩვენთვის ინტერესს არ წარმოადგენდეს, უკვე აღარა ვცნობთ. ხელის გარშემოწერილობის ყოველი სანტიმეტრი და ყბის მოხრილობის კუთხის ყოველი გრადუსი შეიძლება იყოს ინდივიდუალის კონსტიტუციონალი ფორმულის მაჩვენებელი: ჩვენთვის არ უნდა იყოს განურჩეველი თავზედ არცერთი თმა და ცხვირის არცერთი ვარიანტი. სახე წარმოადგენს სადარბაზო ბარათს ინდივიდუალის ზოგად კონსტიტუციისასო“.

ასეთს მიდგომას აქვს ფრიად დიდი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ღირებულება. ავადმყოფის ფიზიკური კონსტიტუციის განსაზღვრა და ანამნეტიკურ ცნობებიდან ფსიქიურ ჰაბიტუსის აღდგენა ხშირად თამაშობს გარდამწყვეტ როლს ბუნდივან საკითხის ნათელსაყოფად.

მოყვანილ საკითხების ღრმა მეცნიერული ინტერესის და მნიშვნელობის გამო პატივცემულ პროფესორ მ. ასათიანის მიერ დეველებული ჰქონ და ფსიქონევროლოგიურ რაზმს, რომელიც ჯანსახკომმა სამი თვით 27 წლის ზაფხულს მიავლინა თელავის და ოზურგეთის მაზრებში სპეციალ, პროფილაქტიკურ მუშაობის ჩასატარებლად, სხვა მეცნიერულ ამოცანებთან ერთად შეესწავლა მოსახლეობის ფიზიკური კონსტიტუცია თანახმად Kretschmer-ის მეტოდიკისა.

*) მოხსენებულია ფსიქონევროლოგიურ ინსტიტუტში ექიმთა სამეცნიერო კონფერენციულზე (ამცირე პარასკევი“) 1928 წლის მარტში.

თელავის მაზრა, როგორც ერთგვარი ტიპი აღმოსავლეთ საქართველოსა, ხოლო ოზურგეთის მაზრა, როგორც ერთგვარი ტიპი დასავლეთ საქართველოსა, საშუალებას მოგვცემდა გამოგვეშევაინა დაახლოებითი წარმოდგენა აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს მოსახლეობის ფიზიკურ კონსტიტუციაზე; მით უმეტეს თვით Kretschmer-ის მითითებით სოფლის მასალა, რადგანაც აქ lues-ი და სხვა მეორადი დანართი მომენტები იშვიათია, მეტად საღ და კარგ მასალას წარმოადგენს კონსტიტუციის შესასწავლად.

ესარგებლობდით Kretschmer-ის მეტოდიკით და ამასთანავე ერთად ესწავლობდით გამოსაკვლევ პირს კვების, შრომის პირობების და მეგვიდროების მხრივ. გარდა ამისა, დიდ ყურადღებას ვაქცევდით გამოსაკვლევ პირის ხასიათს და ამ მხრივ ეცდილობდით გავვეგო, იყო იგი გულღია, კეთილი, ამხანაგების მოყვარე, მზიარული, მარდი, ცოცხალი, მშვიდი, ხუმარა-ოხუნჯი, ოჯახის მოალერსე თუ გულჩახვეული, ჩუმი, თავდალუქველი, დინჯი, ძუნწი, ფიცხი გულის, თავის-სიტყვა, ჯიუტი, მარტობის მოტრფიალე, ოჯახის ნაკლებ მოყვარული, მორწმუნე, ე. ი. ხასიათის გამოკვლევის დროს ჩვენ ვხელმძღვანელობდით ფსიქესტეტიურ და დიატეტიურ პროპორციების ცნებით. ყოველ პირს აგრეთვე ვიკვლევდით შიდა ორგანოების მხრივ.

კონსტიტუციის ზუსტად განსაზღვრისათვის ჩვენ გვქონდა მრავალი ნიშნულობანი, რომელთა აღნუსხვის შემდგომაც შეიძლებოდა დასკვნა ამა თუ იმ ფიზიკური ტიპის არსებობის შესახებ. ჩვენი მუშაობის დროს ამ მხრივ აღსანიშნავია ორი ნაკლი: პირველი ის, რომ ტენიკურად შეუძლებელი იყო სამი თვის განმავლობაში, თითქმის ყოველ დღიურ მგზავრობისას სასწორის ტარება და ამიტომ წონას ვერ ვაწარმოებდით და მეორე ის გარემოება, რომ ჩვენი მასალა შეიცავს მხოლოდ და მხოლოდ მამრობით სქესს, ვინაიდან სოფლის პირობებში შეუძლებელი იყო ქალების გაზომვა.

მაგრამ თუ მივიღებთ შედეგობაში იმ გარემოებას, რომ წონის გარდა ჩვენს განკარგულებაში იყო მრავალი სხვა ნიშნები კონსტიტუციის გამოსარკვევად და იმ ფაქტს, რომ თვით კრემერის მითითებით ქალთა ნაკლები ტიპიურობისა გამო, პირველად საჭიროა სხეულნაგებობა შესწავლილ იყოს მხოლოდ მამაკაცებზე, ცხადი გახდება ზემოხსენებულ ორ ნაკლის უმნიშვნელობა.

გამოსაკვლევ პირთა ჰასაკი აღებული იყო 25-45 წლების შუა, რადგანაც ეს ხანა ყველაზედ უფრო სტაბილ პერიოდს წარმოადგენს ადამიანის ფსიქო-ფიზიკური მდგომარეობისათვის: 25 წლამდე საჭიროა დაქბუტება, მორფოლოგიურ-ფიზიოლოგიურ ცვალებადობათა მოთავება, ხოლო 45 წლიდან ხშირად იწყება ძიხუცებულობითი ინვოლუციები.

მასალის განხილვის დროს ანტროპოლოგიურ მნიშვნელობის მქონე ზომებს შეედაარებთ იმ ცნობებს, რომელიც მოყვანილი აქვს პროფესორს ალექსანდრე ჯავახიშვილს თავის ორ ტომიან კაპიტალურ შრომაში: („საქართველოს ანტროპოლოგია“).

თელავის მაზრაში გაზომილი იყო 190 კაცი. აქედან 81 ე. ი. 42,63 პროც. მოდის პიკნიურ ტიპზე; 51 შემთხვევა ე. ი. 26,84 პროც. მოდის ასტენიურზე, ხოლო 58 შემთხვევა ე. ი. 30,52 პროც. მოდის ატლეთიურ ტიპზე, ანუ თუ



პიკნიურ ტიპზედ მოდის 42,63 პროც., ასტენოატლექტიურ ტიპზე ერთად მოდის 109 შემთხვევა, ე. ი. 57,36 პროც.

ამნაირად ცხადია თელავის მაზრისათვის პიკნიური ტიპის შედარებითი სიჭარბე.

ოზურგეთის მაზრაში გაზომილი იყო 114 კაცი, აქედან 51 ე. ი. 53,58 პროც. მოდის ასტენიკზედ, 39 ანუ 34,21 პროც. ატლექტიკზედ. ხოლო 14 ე. ი. 12,28 პროც. პიკნიკზედ ანუ თუ პიკნიურ ტიპზედ მოდის 12,28 პროც., ასტენო-ატლექტიურ ტიპზედ ერთად მოდის 100 შემთხვევა ანუ 87,79 პროც.; ამნაირად გურიისათვის ცხადია, ასტენო-ატლექტიური ტიპის როგორც შედარებითი, ისე აბსოლუტი ჭარბობა.

ორივე მაზრაში შესწავლილია 304 კაცი; ამ მასალაში არცერთი შემთხვევა დისგლანდულარ ტიპის თავისი ქვეჯგუფების ჩართვით, როგორც მაღალი ენუხიოდები ან ენუხიოდები პოლიგლანდულარი გამსუქებით ან ჰიპოპლასტები—ინფანტილები არ შეგვხვდრია.

გურიაში მიუხედავად ასტენო-ატლექტიური ტიპის ჭარბობისა არ შეგვხვდრია დისგლანდულარი ტიპი, თუმცა ეს უკანასკნელი ატლექტო-ასტენიურ ტიპთან ძლიერ ახლო სდგას თავისი ჰუმორალი ხასიათის ბიოლოგიური საფუძვლებით. ამ ვარემოებას აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა, რადგანაც დისგლანდულარი ტიპი მოსაზღვრე ტიპია ერთგვარი განხრით ავადმყოფურ მდგომარეობისაკენ.

ესთვლით რა პიკნიურ და ასტენო-ატლექტიურ სხეულ-ნაგებობას ფიზიოლოგიურად და ვიზოწმებთ რა კრჩმერს, რომ შეუძლებელია რომელიმე ტიპს მიეწეროს მეტი შემგუებლობის უნარი, გადავდივართ შეკრებილ მასალის ანალიზზედ.

კახეთში ასტენიკის სიმაღლე უდრის 167,8 cm., ატლექტიკისა 163 cm., პიკნიკისა 165,2 cm. გურიაში ასტენიკის სიმაღლე უდრის 167,7 cm., ატლექტიკისა 164,9 cm., პიკნიკისა 163,2 cm.; ხოლო საერთო საშუალო ზომები კახეთ-გურიისათვის გამოიხატება ასე: ასტენიკი 167,7 cm., ატლექტიკი 163,9 cm., პიკნიკი 164,2 cm. აქედან სჩანს, რომ კახელ-გურული ანალოგიური ტიპები სიმაღლის მხრივ ღრუა განსხვავებას არ იძლევიან. კახელი და გურული ასტენიკი ზუსტ ერთ და იგივე სიმაღლეს იძლევიან (ციფრების ანალიზის დროს იხილეთ თანდართული ცხრილი). ხოლო კახელი ატლექტიკი დაახლოვებით ორი სან.-ით დაბალია გურულ ატლექტიკზედ, სამაგიეროდ კახელი პიკნიკი დაახლოვებით ამავე ოდენობით მაღალია გურულზედ. თუ ავიღეთ ორივე მაზრის სამივე ტიპის საშუალო სიმაღლეს მივიღებთ 165,4 ე. ი. დაახლოვებით ევროპიელის საშუალო სიმაღლეს. მსგავს დებულებას გამო. თქვაჟს პროფ. ა. ჯავახიშვილი.

კახელ ასტენიკის უდაბლესი სიმაღლე გამოიხატება 154,4 cm., უმაღლესი 182,1 cm., ამპლიტუდა minimum-maximum-ის შორის უდრის 27,7 cm.; კრჩმერის მიერ მოწოდებული ანალოგიური ამპლიტუდა შვაბელ შტოსათვის აღინიშნება 158—178 შორის, ე. ი. 20 cm-ით; ამნაირად კახეთისათვის ასტენიკის სიმაღლის ამპლიტუდა 7,7 cm-ით სჭარბობს კრჩმერის რიცხვს. კახელ ატლექტიკის უდაბლესი სიმაღლე არის 154,6 cm., უმაღლესი 174,2 cm. ანუ კახელ ატლექტიკისათვის

minimum-maximum-ის ამპლიტუდა უდრის დაახლოვებით 20 ს. ანალოგიურ რიცხვს კრემერი არ იძლევა, რადგანაც მას აქვს მხოლოდ—რიცხვი 186; მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ ატლექტიური ჯგუფი ასტენიურთან ერთად შეადგენს მთლიან ბიოლოგიურ ერთეულს, დავინახავთ, რომ კახელ ატლექტიკის და შვაბ ასტენიკ-ატლექტიკის სიმაღლის ქანაობა ერთი და იგივე რიცხვით აღინიშნება (20).

კახელ პიკნიკის უმაღლესი სიმაღლე უდრის 174,3 cm., უდაბლესი 153,5 ე. ი. ამპლიტუდა გამოიხატება დაახლოვებით 21 cm-ით, რაც მთლიანი სიზუსტით უდრის კრემერის მიერ მოწოდებულ ანალოგიურ რიცხვს (160—181). თუმცა კახელ პიკნიკ-ასტენიკ-ატლექტიკისათვის სიმაღლის რხევის მაჩვენებელი რიცხვი უფარდდება, ხან თითქმის მათემატიკურ სისწორით უდრის კრემერის მიერ მოწოდებულ რიცხვს, მაინც აბსოლიუტური სიმაღლე სამივე ტიპისათვის დაბალია შვაბელ მოსახლეობის სიმაღლეზე; სახელდობრ კახელი პიკნიკი დაბალია 2,6 cm-ით, ასტენიკი 0,6 cm., ხოლო ატლექტიკი 7 cm-ით.

განვიხილოთ გურულ ტიპების სიმაღლის რხევის მაჩვენებელი რიცხვები: ასტენიკის ამპლიტუდა უდრის 23,9 cm-ს (158,3—182,2 შორის); ატლექტიკისათვის 26,9 cm. (153,2—180,1 შუა), ხოლო პიკნიკისათვის 17,9 cm. (154,7—172,6). ამნაირად ასტენოატლექტიკის ამპლიტუდა უფრო უახლოვდება კახურ ტიპს, ვიდრე კრემერის მიერ მოწოდებულ რიცხვს, ხოლო პიკნიკის ამპლიტუდა დაახლოვებით 3 cm. ნაკლებია კახურ-შვაბურ ანალოგიურ ციფრზე. რაც შეეხება გურულ ტიპთა სიმაღლის აბსოლიუტურ შედარებას კრემერის მიერ მოწოდებულ ზომებთან, მსავასად კახეთისა, აქაც სამივე ტიპი დაბალია: ასტენიკი 0,7 cm., ატლექტიკი 6,1 cm, ხოლო პიკნიკი 4,5 cm. ამნაირად ასტენიკ-ატლექტიკი როგორც გურული, ისე კახელი ერთნაირ განსხვავებას იძლევიან Kretschmer-ის რიცხვებიდან, ხოლო კახელი პიკნიკი გურულზედ უფრო ახლო სდგას ამავე ატორის მიერ მოწოდებულ რიცხვთან. ანალოგიურ დასკვნებს იძლევა ის ციფრები, რომელნიც გამოხატავენ ორივე მაზრისათვის საშუალო სიმაღლეს. მიუხედავად იმისა, რომ ამპლიტუდის მაჩვენებელი რიცხვები ხან იგივეობას წარმოადგენენ Kretschmer-ის ციფრებთან შედარებით, არის ერთი მეტად საგულისხმიერო ფაქტი; როგორც ცალკეულად თელაე-ოზურგეთისათვის, ისე საშუალოდ ორივე მაზრისათვის: სახელდობრ ატლექტიკის სიმაღლე მცირეა პიკნიკ-ასტენიკზედ. როგორც ვიცით კრემერის სქემაში ზომის მხრით ყველაზე მაღალი ადგილი უკავია ატლექტიკს, შემდეგ ასტენიკს და ბოლოს პიკნიკს. ჩვენ სინამდვილეში გურულ ატლექტიკს უკავია შუა ალაგი, ხოლო კახელს უკანასკნელი; ორივე მაზრისათვის საშუალო სიმაღლის გამოთვლის დროს ატლექტიკს აგრეთვე უკავია უკანასკნელი ადგილი. რასაკვირველია, როგორც ყველა, ისე ატლექტიური ტიპის განსაზღვრის დროს ჩვენ ვემყარებოდით ნიშანთა ჯამს და არა ერთეულს. ატლექტიურ ტიპის გამოსაცნობად ჩვენ უმთავრესად ვსარგებლობდით არა სიმაღლით, არამედ იმ აქცენტული ნიშნებით, რომელიც დამახასიათებელია აღნიშნულ სხეულ ნაგებობისათვის (მძლავრი ჩონჩხი, განვითარებული მუსკულატურა, კარგად გამოხატული მხრის სარტყელი, განიერი მხარბეკი და სხვა). ჩვენს მიერ მოკრეფილ ზომებში ატლექტიკისათვის ამკარად სპეცივის

აქცენტი მხრის—მენჯის სივანებზედ, გულმკერდის—წინა მხრის—წვივის, მხრის და ბარძაყის გარშემოწერილობაზე (იხილეთ თანადართული ცხრილი).

სსვალსსვა ზომებისათვის საშუალო აბსოლუტ სიდიდთა ცხრილი

ზომები გა- მთავრობისათვის cm-ში	167.8	163	165.2	167.7	164.9	163.2	167.7	163.9	164.2
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	39.6	39.9	39.7	39.2	41.8	40.2	39.4	39.5	39.9
ღვამ -სამტანდრე -აღმ რისივედ	23.4	23.6	23.7	24.1	24.6	24.7	23.7	24.1	24.2
ღვამ -სამტანდრე -აღმ რისივედ	31.1	32.9	30.3	31.2	33	33.1	31.1	32.9	31.5
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	23.3	23.8	22.5	23.0	24.3	23.4	23.1	24.5	23.4
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	70.6	74.7	70.7	70.4	78.6	70.6	70.5	76.6	70.5
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	83.9	87.3	85.2	85.1	88.1	87.5	84.5	87.7	86.3
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	28.9	30.1	27.4	28.2	32.1	29.9	28.5	31.1	28.6
რისივედ	32.1	34.9	33.9	33.6	35.2	34.0	32.8	35	33.9
რისივედ	86.9	82.5	80.5	84.2	80.3	82.1	85.5	82.4	81.3
რისივედ	73.4	72.4	72.2	72.6	69.1	70.2	73	70.7	71.2
რისივედ	5.1	5	5	5.1	5	5.1	5.1	5	5
რისივედ	9.4	10.1	9.8	9.7	10.0	9.6	9.5	10.0	9.7
რისივედ	18	17.5	17.9	18.1	17.4	18	18	17.4	17.9
რისივედ	12.2	12.1	11.6	11.6	11.6	11.6	11.9	11.8	11.6
რისივედ	12.2	13	12.4	12.3	12.5	12.7	12.2	12.7	12.4
რისივედ	18	17.4	18.2	17.8	17.7	18.1	17.9	17.5	18.1
ღვამ -სამტანდრე -აღმ რისივედ	54	55.3	55.8	52.6	54	54.7	52.3	54.6	55.2
რისივედ	167.8	163	165.2	167.7	164.9	163.2	167.7	163.9	164.2
ზომები გა- მთავრობისათვის cm-ში	167.8	163	165.2	167.7	164.9	163.2	167.7	163.9	164.2
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	39.6	39.9	39.7	39.2	41.8	40.2	39.4	39.5	39.9
ღვამ -სამტანდრე -აღმ რისივედ	23.4	23.6	23.7	24.1	24.6	24.7	23.7	24.1	24.2
ღვამ -სამტანდრე -აღმ რისივედ	31.1	32.9	30.3	31.2	33	33.1	31.1	32.9	31.5
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	23.3	23.8	22.5	23.0	24.3	23.4	23.1	24.5	23.4
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	70.6	74.7	70.7	70.4	78.6	70.6	70.5	76.6	70.5
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	83.9	87.3	85.2	85.1	88.1	87.5	84.5	87.7	86.3
ღვამსა -მტანდრეკი რისივედ	28.9	30.1	27.4	28.2	32.1	29.9	28.5	31.1	28.6
რისივედ	32.1	34.9	33.9	33.6	35.2	34.0	32.8	35	33.9
რისივედ	86.9	82.5	80.5	84.2	80.3	82.1	85.5	82.4	81.3
რისივედ	73.4	72.4	72.2	72.6	69.1	70.2	73	70.7	71.2
რისივედ	5.1	5	5	5.1	5	5.1	5.1	5	5
რისივედ	9.4	10.1	9.8	9.7	10.0	9.6	9.5	10.0	9.7
რისივედ	18	17.5	17.9	18.1	17.4	18	18	17.4	17.9
რისივედ	12.2	12.1	11.6	11.6	11.6	11.6	11.9	11.8	11.6
რისივედ	12.2	13	12.4	12.3	12.5	12.7	12.2	12.7	12.4
რისივედ	18	17.4	18.2	17.8	17.7	18.1	17.9	17.5	18.1
ღვამ -სამტანდრე -აღმ რისივედ	54	55.3	55.8	52.6	54	54.7	52.3	54.6	55.2
რისივედ	167.8	163	165.2	167.7	164.9	163.2	167.7	163.9	164.2

ღვამსა - მტანდრეკი რისივედ
 ღვამსა - მტანდრეკი რისივედ
 ღვამსა - მტანდრეკი რისივედ

რაც შეეხება სხვადასხვა ტიპების სხვადასხვა ზომებს უნდა ითქვას, რომ ამ მხრივ აქცენტუალი შეფარდებულობა ეთანხმება Kretschmer-ის სქემას, მაკ., აქცენტი ხელ-ფეხის სიგრძეზე ასტენიკო-ატლექტიკისათვის, მცირე აქცენტი ცხვირზე ასტენიკისათვის, გულ-მკერდის გარშემოწერილობის უარყოფითი აქცენტი ასტენიკისათვის, აქცენტი სახის სიმაღლეზე ასტენიკისათვის, სახის სიგანეზე პიკნიკისათვის და სხვა (იხ. ცხრილი).

რომ მოვათავოთ სიმაღლის ზომები, მოკლედ გავიხსენებთ პროფ. ჯავახიშვილის მიერ მოწოდებულ ცნობებს. ხსენებული ავტორი აღნიშნავს, რომ კახეთში ყავის ფერი თვალები, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სიმაღლე 164 cm., ხშირია (დაახლოებით 52 პრ.), ხოლო მკრთალი მრეში თვალები, რომლისთვისაც უფრო დამახასიათებელია სიმაღლე 167,1 cm., გვხვდება იშვიათად, (12 პრ.); აგრეთვე ქართლში და კახეთში სახის ფორმის მხრივ სქარბობს ოვალური, განიერი და ყველაზე მცირედ არის მოგრძო ხაზულობაო. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ პიკნიურ სხეულ ნაგებობისათვის დამახასიათებელია უფრო 164,2 cm., სიმაღლე და განიერი მრგვალი სახე, შეგვიძლიან ვსთქვათ, რომ პროფ. ა. ჯავახიშვილის დაკვირვებებს სრულიად უფარდდება ჩვენი შეხედულება აღმოსავლეთ საქართველოში (კახეთში) პიკნიურ ტიპის მნიშვნელოვანი სიხშირის შესახებ.

ხსენებულ ავტორის ციფრები გურიაში 168 cm., სიმაღლის ქარბობის და ცნობები ქალას მცირე გარდიგარდმო დიამეტრის სიხშირის შესახებ წარმოადგენს გურიაში ასტენიურ კონსტიტუციის ქარბობის ერთგვარ ანალოგიას.

რაც შეეხება სხვადასხვა ტიპებისათვის ქალას გარშემოწერილობას, ჩვენ მიერ გამომუშავებული (საშუალო) ციფრები თუმცა არ უფარდებიან Kretschmer-ის მიერ მოწოდებულ აბსოლიუტურ ოდენობებს, მაგრამ პროპორცია და ურთიერთ მიმართება დაკულია. ქალას გარშემოწერილობის მხრივ პირველ ადგილზე სდგას პიკნიკი, შემდეგ ატლექტიკი, ბოლოს ასტენიკი (55,2; 54,6; 53,3; იხ. თანდართული ცხრილი). ცალკეულად კახეთ-გურიისათვის და საშუალოდ ორივე მაზრისათვის ფრიად დამახასიათებელია აქცენტი საგიტალ დიამეტრზე და სახის სიგანეზე პიკნიკისათვის და ვერტიკალ დიამეტრზე და სახის სიგანეზე ასტენო-ატლექტიკისათვის (იხ. ცხრილი).

სახის ფრონტალი გამოსახულობის ღრმა ინტერესისა გამო, მოვიყვანთ უფრო დეტალ ცნობებს. კახეთში ნახული იყო 51 ასტენიკი, აქედან 25 შემთხვევაში, ე. ი. 49,02 პრ. (ყველგან შეფარდება იქნება თავისივე რიცხვთან) მივიღებთ ხუთკუთხედი ფრონტალი ხაზულობა; 20 შემთხვევაში, ე. ი. 39,21 პრ.-ში მოგრძო კვერცხისებრი, ხოლო 6 შემთხვევაში, ანუ 11,76 პრ. მოკლე კვერცხისებრი. კახელ 58 ატლექტიკიდან აღინიშნება ხუთკუთხედი 36 შემთხვევაში ანუ 62,07 პრ.-ში, მოკლე კვერცხისებრი 15 შემთხვევაში, ანუ 25,86 პრ. მოგრძო კვერცხისებრი 7 შემთხვევაში, ანუ 12,07 პრ. ხოლო პიკნიკი იძლევა შემდეგ სურათს: ხუთკუთხედი 31 შემთხვევა, ანუ 38,27 პრ., მოკლე კვერცხისებრი ამავე რაოდენობას, ფარისებრი 11 შემთხვევას, ანუ 13,58 პრ. და მოგრძო კვერცხისებრი 8 შემთხვევას, ანუ 9,87 პრ.

სახის ფრონტალი ხაზულობის მხრივ გურია იძლევა შემდეგ სურათს ასტენიკი: ხუთკუთხედი 31 შემთხვევა, ანუ 50,82 პრ., მოგრძო კვერცხისებრი 15 შემთხვევა, ანუ 24,54 პრ.; მოკლე კვერცხისებრი 13, ანუ 21,31 პრ.; ფარისებრი 2, ანუ 3,29 პრ.

ატლეტიკი: ხუთკუთხედი 24 შემთხვევა (61,52%), მოკლე კვერცხისებრი 7 (17,95 პროც.), ფარისებრი 4 (10,27 პროც.), მოგრძო კვერცხისებრი აგრეთვე 4 შემთხვევა.

პიკნიკი: მოკლე კვერცხისებრი 6 (42,85 პროც.), ხუთკუთხედი 5 (35,71 პროც.), ფარისებრი 3 (21,42 პროც.).

თუ გამოვინახებთ ფრონტალი ხაზულობის საშუალო სურათი, მივიღებთ ორივე მაზრისათვის შემდეგს:

ასტენო-ატლეტიკი იძლევა ხუთკუთხედს 116 შემთხვევაში, მოგრძო კვერცხისებრს 46-ში, მოკლე კვერცხისებრს 41-ში, ფარისებს 6-ში.

ხოლო პიკნიკი იძლევა: მოკლე კვერცხისებრს 37 შემთხვევაში, ხუთკუთხედს 36 შემთხვევაში, ფარისებრს 14-ში, მოგრძო კვერცხისებრს 8-ში.

როგორც ვხედავთ ასტენო-ატლეტისათვის უფრო დამახასიათებელია უპირველესად ხუთკუთხედი—მოგრძო კვერცხისებრი ხაზულობა, იშვიათად მოკლე კვერცხისებრი—ფარისებრი, ხოლო პიკნიკისათვის—უპირველესად მოკლე კვერცხისებრი—ხუთკუთხედი—ფარისებრი და იშვიათად მოგრძო კვერცხისებრი.

სხეულის აგებულობის გამოკვლევისათვის ფრიად დიდი მნიშვნელობა აქვს ზომებს და მხედველობითი შთაბეჭდილებებს, ხოლო ამას თუ თან დაერთვა, გინდ ტლანკი გამოკითხვით მიღებული, ცნობები ადამიანის ფსიქო-ფიზიკური რეაქციების შესახებ, შესაძლოა ინდივიდუალურად კლინიკურ ღირებულოვანობის მქონე შთაბეჭდილების გამოტანა.

თვით კრეტჩმერი ფიზიკური კონსტიტუციის განსაზღვრაში ხედავს მნიშვნელოვან ნაკლს, იმ მხრივ, რომ ტენიკურად შეუძლებელია მასიურ მუშაობის ჩატარებისას პერკუსია—აუსკულტაციის და სხვა მეტოდების წარმოება. მაგრამ იმავე ავტორის თქმით სხეულის აგებულობის გამოკვლევა არის მთავარი გასაღები კონსტიტუციის პრობლემისა, საჭიროა მხოლოდ ხელ-ახლად შევეჩვიოთ მხედველობის გამოყენებას, რომ შევცვალოს მიკროსკოპის და ლაბორატორიის გარეშე მახვილი ხედვა და დაკვირვება.

Kretschmer-ი აღიარებს მკიდრო კავშირს ფსიქიკის და სხეულის აგებულობის შორის. იგი ტემპერამენტის შეტყვისებას განსაზღვრულ მორფოლოგიასთან ხსნის სისხლის ქიმიზმით, ამ სიტყვის ფართო გაგებით, და „ტვინი-სული“-ს პარალელიზმის მაგივრად იძლევა „სომა-ფსიქიკის“ პარალელიზმს.

აგებულობის მიხედვით Kretschmer-ი პიკნიკს უფარდებს ციკლოტიმიურ, ხოლო ასტენო-ატლეტო-დისპლასტის შიძოტიმიურ ტემპერამენტს, ხოლო შიძოტიმიური და ციკლოტიმიური ჯგუფი ირიცხავს, როგორც ნორმას, ისე ავადმყოფურ განხრას.

ხელმძღვანელობდით რა Kretschmer-ის გავებით დიატეტიურ და ფსიქესტეტიურ პროპორციათა შესახებ, ვცდილობდით დაკითხვით გამოგვეჩვენა გამოსაკვლევ პირთა ფსიქიური პაბიტუსიც.

ამით ჩვენ ვცდილობთ მოგვეხდინა დაკვირვება სომის და ფსიქიკის კორელაციის შესახებ. სქემაში ჩვენ მიერ ნახმარი შეკითხვები ხასიათის გამოსაკვლევად მოკლე და სქემატიურია, მაგრამ აქ გვეხმარებოდა ხალხური ინტუიცია, რადგანაც გლეხი თავისი პრიმიტიული ტერმინოლოგიით მეტად ადვილად, ზუსტად, ხერხიანად და სხარტად გვიზიარებდა პირად თვისებებს.

„ვარ გულხალვათი, გულლია, მხიარული, ამხანაგების მოყვარული, მშვიდი, ნელი მუშა, ხუმარა, ოჯახის მოყვარული; მორწმუნე დროების და გვარად, ხუმრობას ავიტან, კაცთან არ ვიცი წყენა, არაფრის დაზოგვა არ ვიცი სხვისათვის, ყველაფერი დამოკიდებულია გუნებაზედ“, გვიპასუხებდა პიკნიკი.

„დახურული ვიწრო გუნება მაქვს, ვარ უფრო წყნარი, მომთმენი, მაგრამ ვიცი ძლიერი გაჯაგრება“, ან კიდევ „ვარ გულჩახვეული, მაგრამ ანჩხლს მეძახიან, მაქვს ღინჯი გუნება, დარდს ვიტრიალებ გულში, მალე არ გავებრაზდები და თუ გავებრაზდი, ძალიან ვიცი გაჯაგრება“, მოგვითხრობდა ასტენო-ატლექტიკი. თანახმად ჩვენი მასალებისა არსებობს მკიდრო კორელაცია ფსიქიურ და ფიზიკურ პაბიტუსის შორის.

Kretschmer-ის შიძორტიმურ ტემპერამენტის საფუძვლათ ატარებს შეუპოვრობას, სისტემატიურ თანამიმდევრობას, გაჭირვებაში კარგ, — მყარ გამძლეობას, მოუსყიდელ — ფანატიურ სამართლიანობას, ჩაგრულთა და სუსტთა ოხვრისადმი გრძნობიარობას და სხვა. მოხსენებული დახასიათება უნდა შეადგენდეს გმირულ გურიის სოციალ ვითარების ფსიქოფიზიოლოგიურ ფესვს.

მოყვანილი მასალა შეადგენს კონსტიტუციის საკითხის მხოლოდ ერთ ნაწილს, რადგანაც ამ შემთხვევაში გარდა მორფოლოგიური მომენტებისა მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ფიზიოლოგიური, ბიოქიმიური და ევოლიუტიური მომენტებიც.

რაც შეეხება სხვადასხვა ბიოსოციალ ტიპების ჭარბობას, ეს უნდა მიეწეროს კლიმატო-გეოგრაფიულ და სოციალ-ეკონომიურ პირობათა თავისებურებას, ვინაიდან, როგორც სწერს პროფ. იუდინი, არამთუ ადამიანის, თვით მცენარეთა სიმაღლე და თავისებურება გარდაიცვალა განიცდის არა მარტო ჯიშის, არამედ ნიადაგის სინოციერის, საერთო სინოტივის, განათების და სხვა პირობათა მიხედვით.

ვსარგებლობ შემთხვევით ურდმესი მაღლობა მოვახსენო ჩემს მასწავლებელს პროფ. მ. ასათიანს, როგორც ამ შრომის წერის დროს, ისე საერთო კლინიკურ მუშაობაში დაუზოგველ ხელმძღვანელობისათვის.

ღრმა მაღლობა ჯანსახკომის სამკურნალო განყოფილებას სამუშაოდ მივლინებისათვის.

ღრმა მაღლობა პროფ. ა. ჯავახიშვილს ყურადსაღებ და საქმიან შენიშვნების მოცემისათვის.

მაღლობა ექ. ი. მენტეშაშვილს, რომელიც ჩემთან ერთად მუშაობდა პროვინციაში.

დ ე ბ უ ლ ე ბ ე ბ ი

1. კახეთში (ყ. თელავის მაზრა) არ აღინიშნება ასტენო-ატლეთიური ტიპის მნიშვნელოვანი სიკარბე; ერთ პიკნიკზე მოდის $1\frac{1}{3}$ ასტენო-ატლეთიკი. გურიაში (ოზურგეთის მაზრა) აშკარად სჩანს ასტენო-ატლეთიურ ტიპის კარბობა: ერთ პიკნიკზე მოდის 7 ასტენო-ატლეთიკი.

2. ჩვენ მიერ მოწოდებული საშვალაო აბსოლიუტური ციფრები შეიძლება მივიღოთ ამოსავალ წერტილად მომავალში ქართველის ფიზიკური კონსტიტუციის ჩამოყალიბებისას.

3. თანახმად ჩვენი მასალისა ატლეთიკი სდგას სიმაღლის მხრივ უკანასკნელ ადგილზე, პირველი ადგილი უკავია ამ მხრივ ასტენიკს, შემდეგ პიკნიკს.

4. სახის ფრონტალი ხაზულობის მხრივ ასტენო-ატლეთიკისათვის დამახასიათებელია ხუთკუთხედი და მოგრძო კვერცხისებრი, იშვიათად მოკლე კვერცხისებრი ან ფარისებრი; ხოლო პიკნიკისათვის დამახასიათებელია მოკლე კვერცხისებრი, იშვიათად ხუთკუთხედი ფარისებრი და ძლიერ იშვიათად მოგრძო ხაზულობა.

5. გურულ-კახურ ტიპების ყველა ზომები უფარდდებიან შვაბელებს, მაგრამ აბსოლიუტურად ნაკლებნი არიან. შედარების დროს ყურადსაღებია, რომ სიმაღლის მხრივ ქართველი ატლეთიკი სდგას უკანასკნელ და არა პირველ ადგილზე.

6. ჩვენ შემთხვევებში განსაზღვრულ ფიზიკურ ტიპს უფარდდება შესატყვისი ფსიქიური ჰაბიტუსი.

A. ZOURABACHVILI.

Matériaux pour servir à l'étude de la constitution physique des habitants de la Kakhétie et de la Gourie.

(Clinique des maladies mentales, Université de l'Etat, Tiflis.

M. le professeur M. Acatiani, directeur).

L'auteur, ayant étudié d'après la méthode de Kretschmer la population de deux districts de la Géorgie—ceux de Telave et d'Ozourgety—en tous 304 personnes, est arrivé aux conclusions suivantes:

1. En Kakhétie (district de Telave), la constitution piknique domine dans la proportion d'un piknique contre $1\frac{1}{3}$ asthénico-athlétique. En Gourie, (district d'Ozourgety), au contraire, il y a sept asthéniques pour chaque piknique.

2. Les nombres moyens absolus, que nous offrons, peuvent être pris comme point de

A. Зурабашвили.

Материалы по вопросу физической конституции населения Кахетии и Гурии.

(Из Психиатрической клиники Тиф. Гос. Ун-та. Директор - Профессор М. М. Асатиани).

Обследовавши население двух уездов Грузии (Телавского и Озургетского) в количестве 304 человек по методу Kretschmer-а, автор приходит к следующим выводам:

1. В Кахетии (Телавский уезд) отмечается преобладание пикнического телосложения; на одного пикника приходится $1\frac{1}{3}$ астено-атлетика. В Гурии (Озургетский уезд), наоборот, на каждого пикника приходится 7 астеников.

2. Предложенные нами абсолютные, средние цифры в будущем можно при-

départ pour étudier la constitution physique des géorgiens en général.

3. D'après nos observations les athlétiques sont ceux qui ont la plus haute taille, les athlétiques sont les plus petits, les pikniques occupent une place moyenne.

4. D'après les données de l'auteur la constitution athéno—athletique est caractérisée par un aspect frontal du visage pentagonal, allongé, de forme ovale; rarement c'est un ovale raccourci ou un visage ayant la forme d'un bouclier.

Pour les pikniques l'ovale raccourci domine, le visage pentagonal scutiforme est rare; le visage allongé se rencontre encore plus rarement.

5. Pour le deux types (Couricn et Kakhetin) toutes les mesures correspondant à celles des souabes, mais les nombres absolus sont moindres. Ce qui paraît le plus remarquable, c'est la petite taille des athlétiques géorgiens. Les athlétiques occupent ici sous ce rapport la dernière place au lieu de la première, qui leur a été assignée.

6. D'après nos matériaux, les habitus physique et psychique sont absolument corrélatifs.

нять за исходный пункт при определении физической конституции вообще грузин.

3. По данным материала по росту последнее место занимает атлетик, первое астеник, среднее—пикник.

4. По данным автора для астеноатлетического телосложения характерно: пятиугольное и удлиненное—яйцевидное редко укороченное—яйцевидное или щитовидное фронтальное очертание лица, для пикников—укороченное яйцевидное, редко пятиугольно щитовидное, а еще реже удлиненное—яйцевидное фронтальное очертание лица.

5. Для обоих типов (гурийцев и кახეტинцев), все измерения соответствуют измерениям швабов, однако абсолютно меньше; при сравнении заслуживает внимания тот факт, что по росту в Грузии атлетик занимает последнее, а не первое место.

6. По данным этого материала физический и психический habitus-ы находятся в полной корреляции друг с другом.

მ ი მ ო ს ი ლ ვ ა

გინო უიზინაუზილი.

თვალის ვაქცინოთერაპია და კარკოდ ვილტრაბებით Bezredka-ს წესით ჭრონიკულ გლუფარიტების წამლობა.

უკანასკნელ დროს ლიტერატურაში შეიქმნა შეხედულება, რომ თვალის ვაქცინოთერაპია, ძველ ჰუმორალურ თეორიებზე დაფუძნებული (Мечник-ისა)—ცელულიალური, ფაგოციტოზზე აგებული (Erich-ის სისხლის ბრატის თეორია და სხვა), ვერ ამართლებს მასზე იმედებს.

მართლაც საერთო იმუნიტეტის დროს თვალის ქსოვლებში და სითხეებში ანტისხეულების აღმოჩენას მრავ.ლი ავტორი: (Römer, Besseli, Leber და სხ.) ცდილობდა. ამ მიზნით ჯერ სპეციფიური იმუნიზაცია, მეთოდს ხმარობდნენ, შემდეგ პარასპეციფიურს და არასპეციფიურ იმუნიზაციას, მაგრამ ბოლოს იმ დასკვნამდე მივიდნენ, რომ ანტისხეულების მთელ ორგანიზმში არსებობის დროსაც კი თვალში მათი აღმოჩენა თითქმის შეუძლებლად უნდა ჩაითვალოსო. დადებითი შედეგები მიუღიათ იმ შემთხვევაში, როდესაც ვაქცინის დიდი დოზები პირდაპირ ვენაში შეჰყავდათ და ამავე დროს თვალის ჰიპერემიას გამაღიზიანებელი საშუალებით იწვევდნენ

ლიტერატურაში ცნობილია აგრეთვე, რომ შეუძლებელია საერთო ორგანიზმის იმუნიტეტის გამოწვევა თვალში სხვადასხვა ინფექციის შეტანით, მაგ., მუცლის ტიფის, ქოლერის და სხვა. მაშასადამე, თალი არა თუ თვითონ ნაკლებ მონაწილეობას იღებს ორგანიზმის საერთო იმუნიტეტში, არამედ თვითონაც ცუდ გამტარებელ გზას წარმოადგენს ამგვარ იმუნიტეტისათვის.

ის გარემოება, რომ თვალის ქსოვილები იჩენენ აგებულების ზოგიერთ თავისებურებასა და სხვადასხვა ვირუსისადმი განსაკუთრებულ მიდრეკილებას მაგ. კონიუნქტივა მგრძობიარეა diplobacil. Morax-Axenfeld-ის, Koch-Weeks-ის ჩხირებისადმი—სრულიად არაპატოგენურთ ორგანიზმის სხვა ქსოვილებისათვის—მაშინ, როდესაც იგი სრულიად უგრძობელია ციმბირის ჩხირის შეტანაზე მასში (Айтова-ს ცდები) უფრო ამტკიცებს აზრს, რომ თვითეულ ორგანოს აქვს არა მარტო თავისი ვირუსი, არამედ თავისი იმუნიტეტიც და თვალსაც მთელ ორგანიზმში აქვს ამგვარი ავტონომია (Karrer).

მართლაც საერთო ვაქცინოთერაპიამ საზოგადოთ თვალის მკურნალობაში ვერ მიაღწია მიზანს: იგი კარგ შედეგებს იძლევა მარტო თვალის კონიუნქტივისათვის არასპეციფიური დიდტერიის დროს. ანტიდიფტერიული შრატის დიდი დოზების ხ/არებით და აგრეთვე ზოგიერთ სტაფილომიკოზების აუტოვაქცინით წამლობისას.

Römer-ის ანტი-პნევმოკოკური შრატებით გატაცებას პირველ ხანებში (Gallemarts და სხვა), რქოვანას პნევმოკოკური წყლულების საწინააღმდეგოდ,

უკვე საფრანგეთის ოფტალმოლოგები უნდობლად შეხედნენ (Darier, Terian, Morax), Gebb-ის ცდებმა კი სრულიად დაუკარგეს მათ მნიშვნელობა

1910 წელს ჰაიდელბერგში კონგრესზე მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ აქტიური და პასიურ საერთო იმუნიტეტში რქოვანა კერძოდ პნემოკოკების მიმართ ძალიან მცირე მონაწილეობას იღებს. უკანასკნელად Chaollous et Cotonი ამბობენ, რომ რქოვანას წყლულის შრატებით და ვაქცინებით წამლობა დასაშვებია მარტო იმ შემთხვევაში, თუ მედიკამენტოზური წამლობის შემდეგ მორჩენის იმედი სრულიად დაკარგულია; მაშინაც კი დადებითი შედეგი მოსალოდნელია, თუ ვაქცინის დიდი დოზები იქნა პირდაპირ ვენაში შეტანილი, რაც ცოტა არ იყოს — ადამიანისათვის საშიშროებას წარმოადგენს.

Gonoblenorrhoe-ის წაქაობა გონოვაქცინით და სხვა ამგვარი პრეპარატებით (არტიგონი Brück-ის, Nicol-ის და სხვა), თითქმის ნაკლებ შედეგებს იძლევა, ვიდრე გეტეროვაქცინის ხმარება, ტუფოზური, (v. Szily) ანტიდიფტერიული შრატი და ლაქტოთერაპია.

ასეთივე არასპეციფიკური ხასიათი აქვს ტუბერკულინო-თერაპიის ზოგიერთი ავტორის აზრით (Krell, Mates, Sero). ტრახომის შესახებ ჯერ არ არის დამტკიცებული, არის თუ არა მის შემდეგი იმუნიტეტი (Nicolle, Coenod, Axenfeld, Варшавский).

ის ზოგიერთი კარგი შედეგები კი Wright-ის მეთოდით წამლობისა, მაგ., პროფ. Axenfeld-ის ქრონიკულ ბლენარეტების დროს, Mauon-Chalazion-ის, Allen-ის დიალობაცილიალურ კატარის დროს არ არის საკმარისად დამკამყაფილებელი და ამიტომაც საჭირო შეიქნა თვალის იმუნიტეტის საკითხში ახალი გზების ძიება; შესაძლებელია ეს გზა იყოს ადგილობრივი გისტოგენური იმუნიტეტის გზა.

ამას გვიკარნახებს Grüter-ის დასკვნა ყვავილის ვირუსის შესახებ, რომელიც მარტო ლორწოიან გარსზე აცრილი იწვევს კანისა და აგრეთვე რქოვანას იმუნიტეტს, რქოვანაში კი შეტანილი მარტო იმ თვალის იმუნიტეტს და განსაკუთრებით რქოვანას იმ კუთხისას, სადაც იყო შეტანილი. შემდეგ პნემოკოკების, სტაფილოკოკების, სტრეპტოკოკების და სხვა ბაქტერიების შესახებ Leber-ის ცდების შედეგები, Лазарев-ის შემთხვევა და სხვა ირავალი ლაბორატორიული ცდები, რომელნიც ატარებენ ადგილობრივ იმუნიტეტის იდეას. 1925 წელს პროფ. Безредка-მ განახორციელა ეს ადგილობრივ იმუნიტეტის იდეა: ციმბირის ჭირის და დიზენტერიის ინფექციის ცხოველებზე თავისი ექსპერიმენტალური დაკვირვებით მან მისცა თეორიული საფუძველი. აღმოჩნდა, რომ იმუნიტეტის შექმნისათვის საჭიროა მხოლოდ ინფექციის მიმღებ ორგანოს ვაქცინაცია; მაგ., კახისა — ყველა დერმატოტროპული მიკრობის საწინააღმდეგოდ, როგორც მაგ., სტაფილოკოკების, სტრეპტოკოკების, ციმბირის ჩხირის და სხვათა; მარტო ამ ორგანოში მოიპოვება სპეციფიური ყოველი ვირუსისათვის საკუთარი — მგრძობიარე უჯრედები — უძრავი ფაგოციტები, რომელნიც თავის ზეგავლენით ხელს უწყობენ თავისუფალ ლეიკოციტების ქიმიოტაქსიურ მოძრაობას; მიკრობის დაშლის პროცესში განთავისუფლებული ანტივირუსი აძლობს ამ უჯრედების სიხარბეს მისდამი; ლეიკოციტების მიერ მიკრო-

ბის ცილოვან სტრომის მონელების შედეგად კი ჩნდება ანტისხეულები—აგლი-უტინინები, ბაქტერიოლიზინები და სხვა. მიკრობის სხეულში თერმოსტაბილურ ტოქსიურ ვირუსთან ერთად არსებობს—არატოქსიური თერმოლაბილური ანტი-ვირუსი; იმავე ქსოვილის უჯრედებთან ისეთივე სპეციფიური, ელექტიური ძი-დრეკილებით, როგორც ვირუსს აქვს. ამის გამოყოფა შესაძლებელია ძველ ბულიონის კულტურის Chamberland-ის ფილტრში გატარებით, რაშიაც გვარწმუნებს ის გარემოება, რომ ასეთი ფილტრით დანარჩენ ყველა მიკრობი-სათვის კარგ საკვებ ნიადაგს წარმოადგენს, გარდა იმ მიკრობისა, რომლიდანაც თვით ფილტრითა მოშაღებული. იგი ახშობს ამ მიკრობის ზრდას (in vitro), შესაძლებელია იგივე ხდებოდეს (in vivo).

წინასწარ გამოყოფილი ანტივირუსი, ქსოვილში ფილტრატის სახით შე-ტანილი უფრო სწრაფად შედის კონტაქტში მგრძობიარე უჯრედებთან, აღ-სორფციას განიცდის, იმდენად აძლობს მათ მიმღებლობას, რომ მიკრობები მათთვის ხდებიან საპროფიტებად და, როგორც უკუხა სხეული მათ ნთქავენ ლეიკოციტები. ამგვარად ორგანიზმის თავდაცვისათვის დღემდე არსებულ ორ შემეცნებას—ანტისხეულებს და ფაგოციტებს—Безредка-მ დაუმატა მესა-მე—რეცეფტიული უჯრედი. ქსოვილის იმუნოზაციისათვის იმასაც კი ჰქონია მნიშვნელობა, თუ რა გზით შეგვყავს ანტივირუსი მასში: სუფთა გაპარსულ კანზე ფილტრით გაედენთილი კომპრესის დადებით Безредка-ს უფრო უკეთესი შედეგები მიუღია, ვიდრე კანქვეშ შემზაუნებით და პარენტალურ-რად შეყვანით.

თუმცა ამ თეორიის მოწინააღმდეგენიც აღმოჩნდნენ, მაგ., Ефремов-ი (ახერბეიჯანის უნივერ.) უარჰყოფს ფილტრატის სპეციფიურ მოქმედებას და ატკიცებს, რომ თვით ბულიონს აქვს ისეთივე ვაკცინიური თვისება. Кепи-нов-ი აღნიშნავს, რომ ქოლერის საწინააღმდეგოდ ბაც. პროდიგოზუსის და პროტუსის ფილტრატს უფრო მეტი ვაკცინიური თვისება აქვს, ვიდრე სპეცი-ფიურისას; Саблин-მა კი Безредка-ს თეორიას „переоценка ценно-стей“ უწოდა. უნდა აღინიშნოს, რომ მრავალი ლაბორატორიული დაკვირვებით სხვა ავტორებიც მივიდნენ Безредка-ს თეორიის დასკვნამდე (Urbain, Peters, Baas).

ოფტალმოლოგიაში აღსანიშნავია Carrer-ის ცდები, იგი ფილტრატის კოაიუნქტივის ქვეშ შემზაუნებით იცავს თვალს წვეთობრივი, კონიუნქტივის ქვეშ და წინა საკანში შეტანილ ინფექციისაგან და იწვევს ბროლის იმუნოზა-ციას; მინებრივი სხეულის დაცვა კი ინფექციისაგან შეუძლებლად მიაჩნია. ამ შედეგებს იგი ადასტურებს რქოვანაზე ჰისტოლოგიური გაპოკლევათა კონტრო-ლით და ადგილობრივ იმუნიტეტს ხსნის უჯრედების დესენსიბილიზაციით, ე. ი. ტოქსინებისადმი მათი უგრძობლობით.

რუსეთში პრ. Полев-მა და Михаелян-მა აწარმოეს ამგვარივე და-კვირებანი. 3 შემთხვევაში—დადებითი, 3—სუსტი დადებითი და 3—გაურკვე-ველი შედეგით. იმავე Полев-მა და Завалевская-Фисан-მა სცადეს ექსპერიმენტალურ ფლიქტენების საწინააღმდეგოდ ფილტრატების ხმარება და-დებითი შედეგებით. Благовещенский-მ არ მიიღო ასეთი კარგი შედეგ-



გები, როგორც Carreg-მა და ამიტომ ფილტრატების ხმარებას გარეგან დაავადების დროს აწერს ზოგიერთ კარგ გავლენას, მხოლოდ ღრმა ინფექციის დროს—შემაჩერებელ მოქმედებას. Chaillous et Cotoni აქაც მოწინააღმდეგე აზრისანი არიან: ფილტრატით იმუნიტეტის მიღება მათ ნაადრევ დასკვნად მიაჩნიად. ამ უკანასკნელ წელს Бурсук-ი, თუცა არ იზიარებს Безредка-ს თეორიის ახსნას, მაინც იმუნიტეტის წარმოშობის საკითხში ადგილობრივ ხასიათს ვერ უარჰყოფს.

ავადმყოფთა ფილტრატებით წამლობის დროს სწრაფსა და უტყუარ დადებით შედეგებს აგვიწერენ Безредка-ც და აგრეთვე სხვა ავტორები სხვა და სხვა დარგში: ქირურგიაში, გინეკოლოგიაში, ყურის, ყელის და სხვა (Бурденко, Датхес, Дмитровский, Бурлаков, Николаева და სხვანი).

ოფტალმოლოგიაში თვით Безредка აგვიწერს ერთ შემთხვევას, როდესაც საცრემლე პარკის ჩირქოვანი ანთება ფილტრატით ოთხჯერ გამორეცხვით სრულიად მოარჩინა. აქვს მეორე შემთხვევაც—რქოვანას წყლულის—ოთხჯერ ბულიონ ვაქცინის ჩაწვეთებით სრული გაჯახსაღება.

იგივე Carreg-ი აგვიწერს 3 შემთხვევას საცრემლე პარკის ჩირქოვან ანთების 11-15 წლის ხანგრძლივობით—11-15-ჯერ გამორეცხვით მოარჩინას—კლინიკურად და ბაქტერიოლოგიურად სრულ სტერილობით: რქოვანას წყლულის ოთხ ჩაწვეთებით მოარჩინას, ქრონიკული ბლევარიტების სამი-ოთხჯერ კომპარესის დადებით მოარჩინას.

პრ. Полев-მა საცრემლე პარკის ანთების ფილტრატებით წამლობით არ მიიღო დადებითი შედეგები; ქრონიკულ ბლევარიტებისა და Chalazion-ის მოარჩენა კი მომხდარა მის მიერ აწერილ შემთხვევებში. საზოგადოდ, საცრემლე პარკის ფილტრატებით წამლობამ ბევრი მომხრე ვერ მოიპოვა, თუმცა უკანასკნელ წელს Алисов-ი და Липовиц-ი აღიარებენ, რომ ამ სენის საწინააღმდეგოდ მედიკამენტოზურ არსენალში იგი ერთ-ერთი კარგი სპეციფიური საშუალებააო.

ავტორთა შეხედულებით, ფილტრატებით რქოვანას წყლულების წამლობა სახიფათოდ უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან მომხადებისათვის დიდი დრო დაიკარგვის და შედეგებიც შეიძლება გაურკვეველი იქნეს, ამიტომაც ავტორთა მეტი წილი ამ მეთოდს ხმარობს მარტო ქრონიკულ ბლევარიტების საწინააღმდეგოდ; ისინი ცდილობენ აქ მაინც შეჰქნან ფილტრატების გამოყენების შესაძლებლობა, რადგანაც ყველასათვის ცნობილია, რომ უმეტესად სტაფილოკოკებით გამოწვეული ეს დაავადება მედიკამენტოზურად ხშირად ძნელი მოსარჩენია. ამით აიხსნება ისიც, რომ სწორედ ამ დაავადების დროს ხშირად უშედეგოდ ხმარობდნენ Wright-ის მეთოდით საერთო ვაქცინოთერაპიას. სამწუხაროდ ქრონიკულ ბლევარიტებისა და ფილტრატებით წამლობის შესახებ სხვა და სხვა ავტორი საწინააღმდეგოდ დასკვნამდე მივიდა: მაგ., Рошдин-ი და Костромин-ი აგვიწერენ ერთის მხრივ Wright-ის მეთოდით წამლობის უშედეგო ცდებს და მასთან შედარებით დაუფასებელ საშუალებად აღიარებენ ქრონიკულ ბლევარიტების ფილტრატებით წამლობას, რადგან 35 შემთხვევაში

ფილტრატის მალამოს სახით ხანგრძლივად (1½ თვე) ხმარებისას სწრაფი განკურნება მიუღიათ. აგრეთვე Кисин-ი 150 ავადმყოფზე 92% სრულ განკურნებას აგვიწერს, როგორც კლინიკურად, აგრეთვე ბაქტერიოლოგიურად—მიკრობების მოსპობით. ცოტაც არ იყოს ფილტრატის მალამოს სახით ხმარების Благовещенский ექვის თვალით უყურებს, რადგან შეუძლებელია იმ მალამოს სტერილობის კონტროლი, რომელიც ყველა სხვა მიკრობისათვის კარგ საკვებ ნივთს წარმოადგენს და საშიშია მისი ახდლიად შენახვა. საერთოდ მას არ აქმაყოფილებს ამ წამლობის შედეგები, რომელნიც მიიღო 19 ავადმყოფზე.

Березинская-ც. იმ აზრს წარმოსთქვამს, რომ ამგვარი წამლობა დასაშვებია მხოლოდ მედიკამენტოზური წამლობის შემდეგ, როდესაც მორჩენის იმედი სრულიად დაკარგულია. სწორედ მედიკამენტოზურ წამლობასთან შედარებით ჩაატარა ექ. Калашников-მა სტაფილო-ბლევარიტების 19 შემთხვევა: ერთ თვალს სწამლობდა ჩვეულებრივ მედიკამენტოზურად, ხოლო მეორეს ფილტრატით. მას არ მიუღია დადებითი შედეგები არც კომპარესებით და არც მალამოს სახით ხმარებისას, აპიტომ იგი ამბობს, რომ, თუ კლინიკური დაკვირვებანი მოგვეცემენ ნებას, ფილტრატს დაუზიანებელი უჯრედების დამკველი თვისება უნდა მივაწეროთ, ისევე, როგორც სხვა დეზინფექციურ ნივთიერებათ და არ უნდა მოველოდეთ რაიმე შედეგებს პათოლოგო-ანატომიურ ცვლილებიან ქრონიკულ ბლევარიტების დროსო. უკანასკნელ ექ. Гугел-ი ამბობს, რომ ფილტრატები წარმოადგენენ არაგამალიზიანებელ სპეციფიურ ერთ-ერთ საუკეთესო საშუალებას ქრონიკულ ბლევარიტების წამლობისათვის და ex temporae მომზადებული მალამოს ხმარება არ არის სრულიად სასიფათო.

ამგვარად სხვა და სხვა ავტორის შეხედულების შეფასება ქრონიკულ ბლევარიტების Безредка-ს მეთოდით ადგილობრივ ვაკცინო-თერაპიაზე გვაძლევს ნებას ეს საკითხი საბოლოოდ გამორკვეულად არ ჩავთვალოთ, პირიქით ამ საკითხის გადასაწყვეტათ საჭიროდ მიგვაჩნია მრავალი ყოველმხრივი კლინიკური დაკვირვება და ხმარების საუკეთესო მეთოდის შემუშავება.

ლიტერატურა.

1. Безредка—„Местный иммунитет“ 1925 г. 2. Carrere—Annales de l'Institut Past. 1926 № 1. 3. Chaillous et Cotoni Annales de l'Institut. Past. 1925 № 8.
4. Nicolaëff—Annales de l'Institut. Past. 1926 № 3. 5. Безредка—Профилак. Медиц. 1926 г. 6. Бурсук—Архив офтальмологии 1926 г. 7. Благовещенский—Русск. Офтальм. Журнал. 1926 г. 8. Живаго—Русск. Офтальм. Журнал. 1926 г. 9. Березинская—Русск. Офтальм. Журнал. 1926 г. 10. Полев—Русск. Офтальм. Журнал. 1925 г. 11. Рошдин и Костромин—Архив. офтальм. 1926 г. 12. Фрадкин—Архив. Офтальм. 1926 г. 13. Калашников—Архив. Офтальм. 1926 г. 14. Кисин—Архив. Офтальм. 1926 г. 15. Бурсук—Архив. Офтальм. 1927 г. 16. Гугель—(Ленинград) Архив. Офтальм. 1927 г. 17. Кисин и Василевская—Врач. Газета 1927 г. 18. Dr Alissow und Dr Lipowiz—Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde 1927. 78 Band. 19. Пр. Чирковский и д-р Дымишу—იგივე ჟურნალი 1927. 78 Band. 20. Кепинов—Жур. Проф. Медиц. 1927. 21. Ефремов.—Жур. Проф. Медиц. 1927 г. 22. Полев и Завалевская-Фисан—Мед Архив. Крым. Университета 1925 г.

შ ი ნ ა ბ ა ნ ი ს ნ ე უ ლ ე ბ ა ნ ი .

П. Онинцев. Об изменениях тромбоцитов у маляриков и больных с привитой малярией. Врач. дело № 3. 1929. ავტორს გამოუყვლევია Fonic-ის მეთოდით თრომბოციტების რაოდენობა 32 მალარიით დაავადებულთა სისხლში და ყველა შემთხვევაში მიუღია სისხლის ამ ფორმის ელემენტის რაოდენობის საგრძობი დაქვეითება. ეს დაქვეითება იწყება უკვე მალარიის ინკუბაციურ პერიოდებში და მაქსიმუმს აღწევს შეტევების პერიოდში. ქინაქინითა და ნეოსალვარსანით მკურნალობის ზეგავლენით თრომბოციტების რიცხვი სწრაფად მატულობს და ხანდახან ნორმაზე მეტიც კი ხდება, მაგრამ მერე მცირდება და ჩამოდის ნორმამდე ან ნორმის ცოტად ქვემოდ. შეტევებისა და წამლობის პირველ პერიოდში ხშირად გვხვდება თრომბოციტების გიგანტური ფორმებიც. ავტორი ფიქრობს, რომ მალარიის დროს ზოგჯერ არსებული ჰემორაგიული დიათეზი ნაწილობრივ მიიწვევს უნდა იქნეს ახსნილი მის მიერ აღმოჩენილი თრომბოპენით.

შ. მ.

Gaston Durand et Delherm. დიათერმიით თერაპია მარჯვენა პერიკოლიტების დროს. Presse medicale № 6. 1929. ავტორებს 21 ავადმყოფებზე, რომელთაც ქონდათ ბრმა ნაწლავის პერიენციტიტები, გაუტარებიათ დიათერმოთერაპია და 10 შემთხვევაში მიუღიათ კლინიკური მორჩენა და ძლიერი გავამჯობესება. დიათერმიის მოქმედება მით უფრო კარგი იყო, რაც უფრო ახალი შენახორცები და პერიენციტიტები იყო. ავტორების აზრით, დიათერმიას ფართო ადგილი უნდა დაეთმოს პერიენციტიტების მკურნალობაში, რა თქმა უნდა, მკურნალობის სხვა მეთოდებთან ერთად.

შ. მ.

А. А. Кирстнер и С. И. Лурие. О влиянии на секреторную и эвакуационную функции желудка. Клин. мед. № 1. 1929. ავტორებს გამოუყვლევიათ 26 ავადმყოფზე დიათერმიის გავლენა კუჭის სეკრეტორულსა და ევაკუატორულ ფუნქციაზე. ამათში 7 ჰქონია ჰიპოსეკრეტია და 13. ნორმო და ჰიპერსეკრეტია. სადილ-საუზმედ ხმარობდნენ 400 გ. ხორცის ბულიონს შეღებილს ფენოლროტის სპირტის ხსნარით და კუჭის წვეს იღებდნენ წვირილი ზონდით ყოველ 20 წუთში. ავტორები იმ დასკვნამდე მიდიან, რომ დიათერმიის ზეგავლენით: 1) იმ შემთხვევაში, როდესაც კუჭის ნორმა ან ჰიპერსეკრეტიაა, ეს სეკრეტია მცირდება; 2) ჰიპოსეკრეტიაზე დიათერმია არ ახდენს საგრძობ გავლენას; 3) ევაკუაცია კუჭისა ძლიერდება და მით უფრო, რაც ეს ევაკუაცია დიათერმიის დაწყებამდე დაქვეითებული იყო.

შ. მ.

Pal. არტერიალური ჰიპერტონიის კლინიკა და თერაპია (Medizinische klinik № 3-4. 1928) ამ შრომაში მოყვანილია Pal-ის პირადი შეხედულობანი იმ საკითხზე, რომელზედაც ის განსაკუთრებით და დიდ ხანს მუშაობს. P. სთვლის, რომ ყოველთვის, როდესაც მაქსიმალური წნევა 160 mm Hg აღემატება და არ იცვლება გასინჯვით გამოწვეული მღელვარების შემდეგ, საქმე ჰიპერტონიასთან გვაქვს. ის არჩევს ჰიპერტონიის ორ სახეს: მწვავე პაროქსისტულს, რომელიც არტერიალურ სპაზმზე დამოკიდებული, და მუდმივს, რაც არტერიალური ტონუსის მომატებაზე დამოკიდებული. პირველ შემთხვევაში არსებობს არტერიების შევიწროება, რომელიც შეიძლება ხანდახან პალპაციით გამოვიცნოთ, თუ სისხლს წინასწარ გამოვდენით არტერიიდან დაქუროთ. მეორე შემთხვევაში ან შევიწროებულია ან არა იმისდამიხედვით, აქვს, თუ არა ადგილი დამატებით სპაზმს.

I. პაროქსისტული ჰიპერტონიის კრიზები არტერიების ზოგად ან ადგილობრივ სპაზმზე ხეა დამოკიდებული. ა) პირველ შემთხვევას აქვს კავშირი ზოგად ინტოქსიკაციასთან: მწვავე კონველსიური ურემია, პურპურალური ეკლამპსია, სატურნიზმის ეკლამპსია. ის გამოიხატება ცერებრალური (ეპილეპსია, ამუროზი, ჰემიანოქსია, აფაზია, სიყრუე) ან რენალური (ოლიგურია ძლიერი ალბუმინურით, ანურია) სიმპტომებით. ტვინის არტერიებს არა აქვთ ვაზოკონსტრიქტორები და ამიტომ უნდა ვფიქროთ, რომ აქ წარმოიხსნება არტერიის ექსტრაცერებრალური სეგმენტის სპაზმი. ამას გარდა ცნობილია, რომ შესაძლებელია შევუმოვა ისეთი არტერიის, რომლის ვაზოკონსტრიქტორებს ჩვენ არ ვიცნობთ. P. არ იზიარებს იმ როლს, რომელსაც ასეთი მოვლენების დროს ხანდახან ტვინის შეშუპებას მიაწერენ. არტერიების სპაზმი ვერ ხსნის ყველა იმ ვეგეტატიურ მოვლენებს, რომელთაც ცერებრალური ბუნება აქვთ და რომელნიც ჰიპერტონიაზე არიან დამოკიდებული. ასე, მაგ., სუნთქვის გაზშირება, რომელიც თან სდევს ჰიპერტონიას, P. აზრით, ცერებრალური ბუნებისაა. არტერიების სპაზმი არ იწვევს მათ ობლიტრაციას. რეტინის არტერიის სპაზმი შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე საათი, მაგრამ მას შედეგად დაბრმავება არ მოჰყვება მაშინ, როდესაც ამავე არტერიის ობლიტრაცია, თუ იგი 15 წამზე მეტ ხანს გაგრძელდა, იწვევს საბოლოო ამკროზს. b) პაროქსისტული ჰიპერტონია არტერიების ადგილობრივი სპაზმის გამო არსებობს, მაგ., მაშინ, როდესაც ამ სპაზმში ჩართულია მუცლის არტერიები ან როდესაც სპაზმი ტკივილის შედეგია (მაგ. angina pectoris, asthma cardiacum, ზოგიერთი რენალური ვასკულარული სპასტიური კრიზები, colica renalis, hepatica და uterina). დიდი აბდომინალური ვასკულარული კრიზების დროს (მაგ. გასტროინტესტინალური ტაბეტიური კრიზი და არა წმინდა გასტრიული კრიზები) ჰიპერტონია არის შედეგი სპაზმისა, ხოლო ტკივილი ჰიპერტონიის შედეგია. ხანდახან ტკივილი შეიძლება იყოს ატეროსკლეროზის შედეგი, რომელიც, ჯორჯლის არტერიების დასაწყისის გაწვევის გამო იწვევს პერივასკულარული ნერვული წნულის გალიზიანებას. ზოგჯერ ჰიპერტონიას რეფლექტორული ხასიათი აქვს. ის იწვევს ხოლმე ტკივილს. ექვს გარეშეა, რომ მართო ტკივილსაც შეუძლია გამოიწვიოს ოდნევი მომატება სისხლის წნევისას, მაგრამ ეს მომატება არ აღემატება 20—30¹/₁₀₀-ს. Angina pectoris დროს ჰიპერტონია არ არის მუდმივი მოვლენა. ის არ წარმოადგენს ტკივილის მიზეზს, მაგრამ მას აქვს პირდაპირი კავშირი გვირგვინოვანი არტერიების სპაზმთან.

II. მუდმივი ჰიპერტონია შეიძლება იყოს თირკმლის პირველადი და მეორადი დაზიანების (უზშირესად სკლეროზის) გამო.

„პირველადი ჰიპერტონია“ შეიძლება პაროქსისტული ჰიპერტონიისაგან განვითარდეს. უზშირესად იგი ნელ-ნელა, მაგრამ პროგრესიულად ვითარდება. მისი მიზეზი საკმაოდ ბნელია ექვს გარეშეა, რომ კონსტიტუციონალურ და შთამომავლობით ფაქტორებს აქვთ მნიშვნელობა. ის ფორმები, რომელნიც მენოპაუზის შემდეგ ჩნდებიან, გვაძლევს საბუთს ვიფიქროთ, რომ აქ მნიშვნელობა აქვს ენდოკრინულ აპარატს. ექვს გარეშეა, რომ გამოხავალი წერტილი უნდა ემძიოთ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში. ასაკს არ აქვს მთავარი მნიშვნელობა, რადგანაც P. უნახავს პირველადი ჰიპერტონია 20 წლის ასაკში. ატერომატოზი არ არის ჰიპერტონიის არც მიზეზი და არც შედეგი, ვინაიდან ჰიპერტონიის სიხშირემ იმატა, ხოლო ათერომატოზი უფრო იშვიათია. ამას გარდა ორივე პაროქსი შეიძლება არსებობდეს ერთსა და იმავე დროს.

სისხლის წნევის აწვევის გარდა პირველად და მეორად ჰიპერტონიას, რომელსაც თირკმლის დაზიანების დროს ვნახულობთ, ორი საერთო ნიშანი აქვს: არტერიალური ტონუსის მომატება, რომელიც პალპაციით შეიძლება შევამჩნიოთ, და გულის ჰიპერტროფია. მაგრამ პირველადი ჰიპერტონიის დროს ჩვენ ვნახულობთ გულის ჰიპერტროფიას დილატაციით, ხოლო მეორადი—რენალური—ჰიპერტონიის დროს წმინდა (კონცენტრიული) ჰიპერტროფიას. თუცა ანატომიური ძვალსაზრისით ეს დაპირისპირება არ არის მუდმივი მოვლენა, მაგრამ კლინიკურად, P. აზრით, ის არსებობს და აიხსნება იმით, რომ ბრიატიული ჰიპერტონიის დროს, არტერიალური ჰიპერტონია ვითარდება უფრო სწრაფად და ეხება, როგორც გულს, ისე სისხლძარღვებს. P. აღნიშნავს კიდევ სხვა განსხვავებას ამ ორ სენთა შორის. ბრიატიული ჰიპერტონიის დროს არტერიები ყოველთვის შევიწროვებულია, ხოლო პირველადის დროს მათი ყალიბი ცვალებადია. გულის დასუსტება, ვენური სტაზი, ლეიძლის გადიდება და სიმპტიკენე უფრო ადრე ჩნდება ირველადი ჰიპერტონიის დროს. სხვა განსხვავებათა შორის, რაც ეხება შარდის მდგომარეობა,



ბას, მოშლილობას ტერის და შინაგანი ორგანოების მხრით, P. აღნიშნავს აგრეთვე ფსიქიურ მდგომარეობას: „პირველადი ჰიპერტონიკი“ აღზნებულია, ხოლო „რენალური ჰიპერტონიკი“ უფრო წყნარი. პათოგენეტიური თვალსაზრისით პირველადი ჰიპერტონია წარმოადგენს რევულაციის მოშლას ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, ხოლო რენალური—პერიფერიული არტერიების ტოქსიური ბუნების სნეულებას.

წამლობას აქვს მეტი გავლენა მწვავე პაროქსისტულ ჰიპერტონიაზე, ვიდრე ქრონიკულზე. P. ხმარობს პაპავერინს, ჰაფუსის მცირე დოზებით, ეთეროვან ზეთებს, ნიორს, რომელიც მოქმედობს სპაზმზე, ნიტრატებს, რომელნიც არტერიების ტონუსს ამცირებენ. მაგრამ უკანასკნელნი ხანგრძლივ არ უნდა ვიხმაროთ. თბილი აბაზანები, სისხლის გამოშვება—ყველა ეს შეიძლება ვიხმაროთ პაროქსისტული ჰიპერტონიის დროს. Angina pectoris მწვავე ჰიპერტონიის დროს პაპავერინი შეერთებული ატროპინთან ან ნოვატროპინთან, ნიტროგლიცერინი პერლინგვალური გზით წარმოადგენენ საუკეთესო წამალს. პარავერტებრალური ინექცია ნაჩვენებია ანგიოზური ან აბდომინალური კრიზების დროს. ბოლოში ქლორალ-ჰიდრატს წარმოადგენს წვევის დაწვევის ყველაზე უფრო აქტიური საშუალებას, მაგრამ უნდა ვერიდოთ მიჩვევას.

ქრონიკული ჰიპერტონიის წამლობა უფრო ძნელია. რენალური ჰიპერტონიის დროს სისხლის გამოშვებით და ხლორალ-ჰიდრატით უნდა ვებრძოლოთ დამატებითი მწვავე ჰიპერტონიის კრიზებს. გვირჩევენ აგრეთვე ლუმბალურ პუნქციას, მაგრამ მას დიდი მნიშვნელობა არა აქვს. მწვავე გლომერულონფერიტის გარდამავალი ჰიპერტონია არ უნდა დავტოვოთ უუფრად-ლებათ: ნეფრიტის წამლობა—მეტადრე გამოიჩინის ხანაში—უნდა წარმოვადგინო სფიგომომანომეტრის სასტიკი კონტროლით.

პირველადი მუდმივი ჰიპერტონიის დროს უნდა ვეცადოთ ყოველივე საშუალებით დავსწოთ სისხლის წვევა. მაგრამ ყველაზე უფრო აქტიური საშუალებაც კი, როგორც, მაგალითად, ნიტრატები, არ არის უვნებელი. იგივე უნდა ითქვას სასტიკი შიფერი დიეტის შესახებაც, იოდი ხშირად კარგად მოქმედობს, მაგრამ რა მექანიზმით, ეს არ ვიცი. ლეიძლის ექსტრაქტი, მოწოდებული ამე-იკლები მთერ, და სხვა ორგანოთერაპიული საშუალებანი არ ამკაფოფილებენ P a 1-ს. თეობრომინი მარგებელია. ის არ ამცირებს სისხლის წვევას, მაგრამ აფართოებს სისხლძარღვებს, მეტადრე კორონალურს. დასვენებას, დამამშვიდებელ ფსიქოთერაპიას აქვს დიდი მნიშვნელობა. გრილი აბაზანები, ყანგმადისა და ნახშირმეგვა აბაზანები, დიათერმია, ულტრა-სოსანი სხივები—ყველა ამას არ უნდა ავუაროთ გვერდი მეტადრე მაშინ, თუ წნევა ცვალებადია. პირიქით, სისხლის გამოშვება წინააღმდეგ ნაჩვენებია, როგორც ჩვეულებრივი წამლობა მუდმივი ჰიპერტონიის დროს. დიეტა უპირველესად უნდა იყოს რევულიარული. არ არის საჭირო ზედმეტი შეზღუდვა ან ზედმეტი დებლორურაცია ან სასტიკი წყურვილის ან, პირიქით, სასმელი მდიდარი რეჟიმი. ვენური სტაზის პირველი სიმპტომისთანავე უნდა მიეცეს დიურეტიული საშუალებანი. სასურველია მათი მიცემა პროფილაქტიკური მიზნითაც, რევულიარულად 1—ჯერ კვირაში.

o. პარმა.

M. Niermann. ხილი ავადმყოფთა საჭმელში (Medicin. klinik № 5, 1928)

ხილს კვებაში უჭირავს განსაკუთრებული ადგილი მისი სიმდიდრის გამო მნიშვნელოვანი ვიტამინებით, მინერალური მარილებითა და ცელულოზით. N. არჩევს მათ ჩვენებას და წინააღმდეგ ჩვენებას კუჭის, ლეიძლის, ნალევის გამომდენი გზებისა და სისხლის მიმოქცევის ორგანოთა დაავადების დროს და აგრეთვე ნეკროსის (პოდაგრის), სიმსუქნის, დიაბეტის და სკობრტის დროს. უმი ხილი საერთოდ წინააღმდეგ ნაჩვენებია კუჭის ორგანიული დაავადების დროს, ხოლო მზარაშული, მარმელადის სახით, უფრო ადვილად მისაწვლელია. ჩვეულებრივ ავადმყოფი კუჭის წვევის სტერეოლის მომატებით ტუბილსა და მკავე საჭმელს ცუდად იტანენ. ამიტომ ხილი მათ ფორმალურად უნდა ავკრძალოს. მაგრამ შობარაშული ხილის წვენი და წმინდად გახეხილი ხილის მარმელადი არა წყენს მათ. ზოგჯერ კუჭის წყლულის დროსაც, როდესაც ავადმყოფს შეუძლებდა რძე და კვერცხი, N. ხშირად აძლევს ნაზი ხილის (ნარინჯი, ატამი, ანანასი, მარწყვი) წვეს ან კარგად გაცხრილულ ვაშლის და ბანანის მარმელადს.

ქრონიკული შერულობის დროს ხილი ფორმალურად ნაჩვენებია. სპასტიური შერულობის დროს ავადმყოფს დილის უხმოზე და შემდეგ დღის განმავლობაშიაც შეიძლება მიეცეს ხილი, რომელიც იძლევა მცირე ნაშთს. რა მოქმედობს აქ—ხილის მკავე, ლეველთა, ცელულოზა; თუ კიდევ სხვა რამე უცნობი ელემენტი—ამის თქმა ძნელია. ატონიური შერულობის დროს უფეთესია მიეცეს დილით გამოლივების დროს ან საღამოს ძილის წინ ისეთი ხილი, რომელიც ბევრ ნაშთს სტოვებს (ფინიკი, ყურძენი კანით). რაც შეეხება ენტერიტებს, აქ უში ხილი სასტიკად აკრძალულია. მაგრამ კარგე შედეგების მიღებამ ხილით spruce-ს დროს აიძულა ზოგიერთი ავტორები გამოეცადათ ხილი ქვემწვავე და ქრონიკული ენტერიტების დროს. Salomon-ი ასეთ შემთხვევებში თავს კარგად გრძობდა ისეთი საკმლით, რომელიც მხოლოდ მარწყვისაგან და ბანანებისაგან შედგებოდა.

ღვიძლისა და ნაღვლის გამომტანი გზების დაავადების დროს ხილი წარმოადგენს საუკეთესო რეჟიმს, ვინაიდან მას აქვს ყველა ის თვისებები, რაც კი მოეთხოვება საკმელს ამ შემთხვევაში: ცხინი და ცილას მისცირებ, ადვილად შესათვისებელი ნახშირწყლების სიმდიდრე და მცირედი მოქმედება კუჭნაწლავის პერისტალტიკაზე. ამას გარდა ხილს სიამოვნებით სჭამს უმადო ავადმყოფიც.

სისხლის მიმოქცევის ორგანოების დაავადების დროს წამლობა ხილით წარმოადგენს კლასიკურ მეთოდს. რძე შეიძლება საცებით შევიკალოთ ხილით, ვინაიდან მას ის უპირატესობა აქვს, რომ მასში ცოტაა ცილა და ქლორ-ნატრიუმი. N. მეტად დიდ ყურადღებას აქცევს ბანანს, რომელიც მდიდარია კალიუმის დიურეტიული მარილებით, დარიბია ცელულოზით, იწვევს წარუფ გაძლმას და წარმოშობს ნაკლებ აირებს, ვიდრე სხვა ხილი. მწვავე ნეურტიტების და მოსალოდნელი ურემიის დროს ხილს შეუძლია გავიწვიოს დიდი სამსახური. იგივე უნდა ითქვას ყველა იმ შემთხვევების შესახებაც, სადაც ნაჩვენებია სასტიკი უმარილო დიეტა. ხილის წვენი—ჩარეული კრემში ან თავის თავად—წარმოადგენს თორკმლით დაავადებულისათვის სასიამოვნო საკმელს მაღალი მასაზრდოებელი ღირებულებითა და სრულიად უვნებელს.

N. არჩევს იმ მიზეზებს, რის გამოც ხილი მეტად მნიშვნელოვანია ნიკრისის დროს, სადაც კალიუმის მარილები მეტად უწყობენ ხელს შარდის მკავეს გახსნას, ვიდრე ნატრიუმის მასალები, სიმსუქნის დროს, სადაც უნდა ვერიდოთ მხოლოდ ნუშს, თხილსა და კაკალს, და დიაბეტის დროს. რაა ამის მიზეზი, ხილის სიმდიდრე ლეველთაში თუ დექსტროზის და ლეველთაში სასურველი კომბინაციით ან კიდევ სხვა რაიმე, ყოველ შემთხვევაში ხილი წარმოადგენს ისეთ საშუალებას, რომლის მეშვეობითაც დიაბეტით ავადმყოფი უფრო ადვილად იტანს ნახშირწყლებს. ხშირად შესაძლებელია ავადმყოფს „ხილის დღე“ დაუნიშნოთ მით უფრო, რომ ინსულინის ხმარება აქაც შესაძლებელია.

ი. პ ა რ მ ა .

R. Bauer. ტკივილები გულის არეში ათაშანგის დროს. (Medicinische klinik № 10 1928). ავტორი ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ ლექტიური აორტიტის მიმდინარეობის დროს უნდა გაირჩეს უბრალო აორტალგია, რომელიც მეტად მტკიავანია, მაგრამ არ იწვევს არც სვედიანობას და არც სიკვდილის მოახლოების გრძობას, და ნამდვილი angina pectoris, რომელიც გაცილებით უფრო ძლიერ ტკივლებს იწვევს. პირველი მოვლენა წარმოადგენს მეზოაორტიტის დასაწყისის სიმპტომს და დამოკიდებულია ალბად აორტის გაფართოებაზე, მეორე კი ჩნდება უფრო გვიან და გამოწვეულია პროცესის გადასვლით გვირგვინოვან არტერიებზე. უბრალო სიფილიტიური აორტალგიის განკურნება შესაძლებელია სპეციფიკური წამლობითა, განსაკუთრებით კი არსენობენზოლით, რომელსაც ავტორი ასეთ შემთხვევაში ხმარობს ჯერ მცირე, შემდეგ კი პროგრესულად დიდი დოზებით ბისმუტთან ერთად. სინდიკის პრეპარატებს ავტორი არ ხმარობს. პირიქით, angina pectoris დროს ყოველივე სპეციფიკური მკურნალობა წინააღმდეგ ნაჩვენებია: დარიშხანის პრეპარატებს შეუძლია გამოიწვიონ უფკარი სიკვდილი. აქ გაუმჯობესება შესაძლებელია ქირურგიული წესით. ერთად ერთი წამლობა, რომელსაც ავტორი გვირჩევს, არის წამლობა დარიშხანის პრეპარატით per os («Spirocid»-ი).

ათერომის დროს, angina pectoris გარეშე აორტალგიას ადვილი არ აქვს ან ათერომა ძალიან სუსტად არის გამოხატული, ვინაიდან აქ დაზიანებას განიცდის აორტის შიგნითა და არა

შუა გარსი. რაც შეეხება თვით ანგინას სიფილისის დროს, ის უფრო ხშირად მძიმედ მიმდინარეობს, რადგანაც დაზიანებას ყოველთვის გვირგვინოვანი არტერიის დასაწყისი განიცდის, რაც აფერხებს სისხლის მიმოქცევას არტერიის მთელ ტერიტორიაზე, მაშინ, როდესაც ათერომატოზული დაზიანების დროს პროცესი შეიძლება არსებობდეს გვირგვინოვანი არტერიის ერთ რომელსავე ტოტში.

ავტორი ფიქრობს, რომ თანამედროვე თერაპიის გავლენით აორტის ათაშანგის მძიმე ფორმები უფრო იშვიათად ჩნდებიან: პირადი სტატისტიკისდა მიხედვით, ის მძიმე გართულებანი, რომელთაც წინად ნახულობდენ, ამჟამად გაცილებით ნაკლებია. პირიქით, სუსტად გამოხატული და ლატენტური ფორმების რიცხვი იზრდება.

როდესაც აორტიტს ერთვის აორტის სარქველების ნაკლოვანობა და მეტადრე, თუ ადგილი აქვს გულის კუნთის სისუსტის მცირე ნიშნებსაც კი, მაშინ თერაპია მხოლოდ ტონიკური და დიურეტიული საშუალებებით უნდა განისაზღვრებოდეს. ხანდახან შეიძლება დაეფნიშნოთ «Spiroid»-ის კურსი.

ავტორს ახსოვს მძიმე ლუეტითური აორტალგიის რამდენიმე შემთხვევა, რომელიც გაქრა 2-3 წლის სპეციფიკური წამლობის გავლენით და 10 წლის განმავლობაში აღარ განმეორებულა. მაგრამ მას ისეთი შემთხვევებიც ახსოვს, სადაც სხვადასხვა ხანის შემდეგ გაჩნდა angina pectoris ან იმიტომ, რომ აორტიტი განახლდა ან იმიტომ, რომ დაზიანებული ადგილების დანაწიბურების გამო მოხდა გვირგვინოვანი არტერიების წმინდა მექანიკური დაზიანება.

ანეგრიზმატიულ აორტიტზე სპეციფიკური წამლობა მოქმედობს კარგად.

ი. პ ა რ მ ა .



Д-р В. Калинин „Методика лабораторных клинических исследований“ პროფ. С. Коршун-ის რედაქციით. 526 გვერდი. ფასი 4 მ. 75 კ. Москва 1928 წ. უკანასკნელ წლებში რუსეთში რამდენიმე ორიგინალური სახელმძღვანელო გამოვიდა კლინიკური ლაბორატორიული მეთოდების გამოკვლევისა, რომელთაგანაც ექ. Калинин-ის წიგნი გაირჩევა თავისი დანიშნულებით (იგი რედაქტორის აზრით გამოსადეგია ახალგაზრდა ლაბორანტთა და პროვინციულ საავადმყოფოების ლაბორატორიებისათვის) და მოცემულ მასალათა სიდიადით; წიგნში მოცემულია მრავალი სხვადასხვა მეთოდიკა კლინიკურ დიაგნოსტიკურ გამოკვლევათა ყველა ნაწილებიდან, და ეს მეთოდიკების შერჩევა ხდებოდა, როგორც რედაქტორიც და ავტორიც აღნიშნავს მრავალ გზის დაკვირვების და კრიტიკის შემდეგ.

წიგნის პირველი ნაწილი დათმობილი აქვს შარდის გამოკვლევას, რომელიც მართლაც ვრცლად და შინაარსიანად არის დამუშავებული. მოცემულია მრავალი ახალი, როგორც თვისებითი, ისე რაოდენობითი ანალიზები, რომლებმაც სამართლიანად მოქალაქობრივი უფლება მოიპოვეს ლაბორატორულ ტენიკაში. შარდის ზოგად გამოკვლევას წინ უძღვის მოკლე ცნობები ტიტრაციის და კალორიმეტრიის პრინციპების შესახებ, რომელიც ძლიერ აადვილებს გამოუცდელ მკვლევარისთვის შემდეგ მუშაობას.

მეორე თავი დათმობილი აქვს სასქესო ორგანოებთა გამონაყოფის გამოკვლევას. მართალია, ძლიერ მოკლეა, მაგრამ ჩვეულებრივი ლაბორატორიული მუშაობისთვის სრულიად საკმარისად შეიძლება იქმნეს ცნობილი. მესამე თავში აღწერილია კუჭის წვენის გამოკვლევა, ვრცლად და დასაბუთებული მეთოდიკებით. მოყვანილია აქტუალური რეაქციის გამოკვლევა Michaelis-ის მეთოდით.

მეთოზე თავი დათმობილი აქვს თორმეტგოჯა ნაწლავის წვენის გამოკვლევას, რაც პირველი ცდაა რუსულ სახელმძღვანელოებში, მაგრამ სამწუხაროდ ეს თავი ძლიერ მოკლე და ბევრი გაუგებარი ფაქტებით არის გადმოცემული: უპირველესად ყოვლისა თვით წვენის დახასიათება (გვ. 327) მოცემულია ბუნდოვანად, ზონდაჟის მეთოდიკის დროს ავტორი ურჩევს ზონდის 90 სანტ. შეყვანას, რაც სიმართლესთან ძლიერ შორს არის; წვენის საერთო ფიზიკო-ქიმიურ თვისებათა დახასიათების დროს მოცემულია ფიზიოლოგიური ნორმები, რომელიც არც ერთ ავტორისაგან არ არის მიხვეწული: მაგ. წვენის $pH=4,7-6,2$, ან წებოვნება $2-2,5$. ავტორით დუოდენალური წვენი მუქია, როდესაც სისხლი ურევია (!) და სხვა მრავალი. ბილირუბინის გამოკვლევა აწერილია Bethe-ის წესით, რომლის საშტანდარტო წმინდა ბილირუბინის შოვნა ჩვენს ბაზარზე ძლიერ ძნელია, და არც არის აწერილი ადვილი ყველა პირაბებში Meulengracht-ის წესი. სიტყვა არ არის ადარული Meltzer-Lyon-ის რეფლექსზე, რაც ყოველად დაუშვებელია, როდესაც დუოდენალური წვენის დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობაზე ვლაპარაკობთ. არის აგრეთვე დამახინჯება პროტოზოული მცენებებისა, როგორც მაგ. *Lambia intestinalis* და მისი კვერცხები (გვ. 257).

განავალის გამოკვლევის მეთოდიკა შედარებით კარგად არის გადმოცემული, თუმცა აქაც გვხვდება ზოგიერთი დაუშვებელი ფაქტები: მაგ. აწერილია განავალის ხვედრითი წონის გამოკვლევა და არაფერია ნათქვამი ამიაკის გამოკვლევის შესახებ ანდა Goffin-ის უბრალო, მაგრამ დიდი დიაგნოსტიკური ფაქტების მომცემ განავალის სქემებზე. არის აქაც ზოგიერთი დამახინჯებულად გადმოცემული მცნებები. მაგ. ანკილოსტომა ვრცელდება დამდგარ წყლის მიღებით, ან და ანკილოსტომას აქვს სამი ხიტინის კბილი (!) (გვ. 325).

შედარებით კარგად არის დაწერილი ნახველის გამოკვლევის მეთოდიკა, რომელიც ვრცლად და კარგი მეთოდებით არის წარმოდგენილი.

წიგნის მეშვიდე თავი დათმობილი აქვს სისხლის ქიმიურ დი მორფოლოგიურ გამოკვლევას, რომელსაც ძლიერ აჩქარებელი ხელი ემჩნევა. სისხლის რეაქციის გამოსაკვლევად მოყვანილია Eichel-ის მეთოდი, რომელსაც ესლა თითქმის აღარაინ ხმარობს და Friedental-ის

და Schultz-ის და Michaelis-ის მეთოდითა pH გამოსაკვლევად, რომელიც ისე უბრალოდ არის გადმოცემული, რომ აწერილი მეთოდით შეუძლებელია სწორი შედეგების მიღება, ვინაიდან არ არის გათვალისწინებული მთელი რიგი მომენტებისა, რომელიც დაკავშირებულია ისეთი სათუთ მეთოდისათან, როგორიც არის pH გამოკვლევა და ბოლოს თვით ეს მეთოდებიც ეწეა მიტოვებულია. სიტყვა არ არის სათ და რიგო ტუტეანობის გამოკვლევის შესახებ, რაც დიდ დანაკლისად უნდა ჩაითვალოს, მოცემული სხვა მეთოდები სისხლის ქიმიურ გამოკვლევებისა, გარდა Rosenberგ-ის მეთოდის ინდიკანის შესახებ სწორედ არის გადმოცემული, თუმცა სამწუხაროდ არ არის მოყვანილი არც ერთი ნივთიერების ნორმალური შენადგენლობის ციფრები. ფერმენტების გამოკვლევითა ნაწილში სრულიად არ არის ნახსენები ლიპაზის გამოკვლევა. ხოლესტერინის გამოკვლევა მოყვანილია Autenrieth-ის მეთოდით, რომელსაც შედარებით ძლიერ ბევრი რაოდენობა სჭირდება ძმრის-მეჯის ანჰიდრიდის, ვიდრე Griгаut-ს ისეთივე ზუსტი მეთოდს, რომელიც ავტორს არა აქვს აწერილი, და ანჰიდრიდის შოვნა კი ჩვენს ბაზარზე ძლიერ ძნელია.

სისხლის მორფოლოგიური ცვლილება მოკლედ არის გადმოცემული და სრულიად დამკმაყოფილებელია წიგნის მიზნებისათვის, თუმცა ზოგიერთგან გადამეტებული ფაქტებიც არის: მაგ. მუცლის ტიფის დროს ლეუკოპენია—1000-2000 უდრის და სხვა.

მერვე თავი დათმობილი აქვს ზურგის ტვინის სითხის და ექსუდატ-ტრანსუდატების გამოკვლევას. წიგნი კარგი შრიფტით არის დაბეჭდილი, დასურათებულია მეტწილად კლოპსტოკოვარსკის წიგნის ტაბულებით, რაც სამწუხაროდ აღნიშნული არ არის: სისხლის მორფოლოგიური ელემენტების სურათები დართულია უფერადო ტაბულებით, რაც საერთოდ, ჩვენის აზრით, მკითხველს არაფერს მატებს და წიგნს კი აძვირებს.

საერთოდ წიგნი ზოგიერთი თავების გარდა კარგად არის დაწერილი და შესაძლებელია მცირე დანაკლისი შეავსოს ლაბორატორიული ტექნიკის ლიტერატურაში.

გ. დიდებულიძე.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების პირველი სხდომა შესდგა 1929 წ. 7 მარტს. სხდომას დაესწრო 77 წევრი და 37 სტუდენტი. სხდომას თავმჯდომარეობდა საზ-ის თავმჯდომარის მოადგილე პროფ. ვ. ჟღენტო.

მომხსენებელი იყო პრეზიდენტი მ. მგალობელი.

წყალტუბოს წყლების გავლენა საკვერცხის ჰორმონალურ ფუნქციაზე.

წყალტუბოს წყლების გავლენა მთელ რიგ დაავადებაზე დღეს საეჭვო აღარ არის. ავტორი წყალტუბოში მუშაობის დროს დაინტერესებულა საკითხით, თუ რამდენად ახდენს გავლენას წყალტუბოს წყლები საკვერცხის ჰორმონალურ ფუნქციაზე. ასეთი საკითხის დამუშავების არჩევა გამოწვეული იყო ერთი მხრით მით, რომ ხალხში იმ თავითვე გავრცელებული იყო შეხედულება წყალტუბოს წყლების კარგი გავლენის შესახებ უშვილობაზე და მეორეს მხრით, რომ წყალტუბოში მუშაობის დაწყებისთანავე ავტორს შეუმჩნევია ხშირი გამოცხადება აბანოებზე ავადმყოფების, რომლებიც სწორედ ჰორმონალურ აშლილობით გამოწვეულ სნეულებებით იყვნენ შეპყრობილი.

ამბულატორიაში გატარებულა სულ 916 ავადმყოფი, ამაში 250 უჩიოდა უშვილობას, 23 დისმენორეას, 21 ამენორეას, 68 კლიმაქტერიულ მოვლენებს, 11 მეტროპათიას, 41 ორსული იყვნენ, დანარჩენი შეპყრობილი იყვნენ სხვადასხვა ქალური სნეულებებით (ანთებადი პროცესები, დევიაციები, ზორცემტები და სხ.). უშვილობის 250 შემთხვევიდან მხოლოდ 88-ში აღინიშნა რაიმე დაავადება-ანთებადი თუ სხვა, დანარჩენი ყველა კი უცნობი მიზეზით იყო გამოწვეული. ავადმყოფი დღეში ორ აბაზანას იღებდა 2-3 წუთით. ბევრი მკურნალობას არ ასრულებდა და ადრე ბრუნდებოდა სახლში. დაკვირვების შედეგები გამოიხატა შემდეგში: იქ, სადაც საკვერცხის პოტენციურად აწეული ფუნქცია იყო, როგორც არის მოწიფულობის პერიოდის მეტროპათიები, მიომები და სხ., წყალტუბოს წყლები უფრო აძლიერებდა საკვერცხის ფუნქციას, რის გამო მდგომარეობა ავადმყოფების უფრო ცუდი ხდებოდა. სამაგიეროდ იმ შემთხვევებში, სადაც კლინიკურად აღინიშნებოდა საკვერცხის ფუნქციის დაქვეითება ან ამ ფუნქციის სრული შეწყვეტა, მაგ. გამოვარდნის მოვლენები, კლიმაქტერიული შლა, დისმენორეა ოვარიალური, amenorrhoea და სხვა მოქმედებდა წყლებისა პირდაპირ გასაოკარი იყო. ავტორი საყურადღებოდ ხდის აგრეთვე ქლოროზის შემთხვევებსაც, სადაც მან ვერ მიიღო რაიმე შედეგი აბაზანებისაგან. ის ფიქრობს, რომ ამ შემთხვევებში მას ქონდა საკმე ქლოროზის ისეთი ფორმისთან, რომლის დროს საკვერცხის აწეული ფუნქციაა და არა მისი დაქვეითება. ამით დასტურდება ის ფაქტი, რომ ქლოროზი და სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზია ყოველთვის პარალელურად არ ხდებიან და რომ ზოგჯერ ქლოროზის დროს აღინიშნება ჰიპერფუნქცია, რომელიც კლინიკურად ნაადრევი სქესობრივი მომწიფებაში და პროფუზური მენსტრუაციაში გამოიხატება.

იმის გამოსარკვევად, მართლაც შეუძლია თუ არა წყალტუბოს წყლებს რაიმე გავლენა მოახდინოს საკვერცხის ფოლიკულარულ აპარატზე, ავტორს უწარმოებია ცდები შინაურ კურდღლებზედაც და ამ ცდებისაგან მიუღია ერთგვარი დასტური. ხდებოდა ცხოველის საკვერცხის პარენქიმის უფრო სწრაფი ზრდა-განვითარება, სახელდობრ განვითარების ფაზები და საფეხურები უფრო დაჩქარებით ცვლიდნენ ერთი-მეორეს. ცდები მცირე მასალაზე იყო ნაწარმოები, მაგრამ მიღებული შედეგები დაკავშირებით დაკვირვებებთან ავადმყოფებზე ავტორს აძლევს საბუთს გამოსთქვას მხოლოდ აზრი წყალტუბოს წყლების ამ მხრივი გავლენის შესაძლებლობისა.



აქტორი წყლების კარგ გავლენას წყლის რადიოაქტიუობას და მის კომბინაციას სხვა უცნობ ფაქტორებთან აწერს და ფიქრობს, რომ არც H^+ და არც ქიმიური შემადგენლობა მართლ აღებულნი ასეთ მოქმედებას არ მოგვეცემდა.

მომსენებლის ორგანიზაციის გამართულ კამათში მონაწილეობა მიიღეს ე. კანდელაკმა, ა. ფეარაძემ, ნ. ტურიაშვილმა, პროფ. ი. თიკანაძემ, დ. ჯავახიშვილმა, მედ. დოქტ. ს. საყვარელიძემ, გ. ხეჩინაშვილმა, დოც. ბ. ლოლობერიძემ, ა. ლეჟავამ, პ. ქავთარაძემ.

სხდომა დასრულდა 11 საათზე.

საქ. ექ. საზ-ბის მეორე სხდომა შესდგა 14 მარტს. სხდომას დაესწრო 106 წევრი და 74 სტუმარი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ა. ალდაშვილი.

პირველი მოხსენება გააკეთა პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკიდან ე. ფიფიამ: ცხვირის პლასტიკის საკითხისათვის—ავადმყოფის დემონსტრაციით. მომსენებელმა მოიყვანა რა რინოპლასტიკის მოკლე ისტორიული მიმოხილვა, უფრო ვრცლად შეჩერდა თავისუფალ გადანერგვაზე, რომელიც დარღვეული ცხვირის აღსადგენათაა მიღებული. შეეხო რა ტრანსპლანტატის ბედს, ძვლის ქსოვილის წინაშე უპირატესობა მისცა ხრტილოვან ქსოვილს იმის გამო რომ ხრტილი უფრო გამძლეა ვიდრე ძვალი.

გაარჩია რა ეტიოლოგიური მომენტები, ცალკე ჯგუფში გამოიყო Lupus vulgaris, როგორც დაავადება, რომელიც ძნელად იკურნება და განკურნების შემდეგ სტოვებს ნაწიბურებს, რაც გადანერგული ტრანსპლანტატისთვის ზელსაყრელი არ არის.

მომსენებელი ასწერს დარღვეული ცხვირის აღდგენის შემთხვევას, რაც გამოწვეული იყო Lupus vulgaris-ით, რომელმაც დაარღვია ცხვირის საყრდენის მთელი ხრტილოვანი და ძვალოვანი ნაწილი. ავადმყოფი ფინჯენის სხივებით ს თვე მკურნალობდა; განსაკუთრებით კარგ გავლენას მომსენებელი აწერს გელიოთერაპიას, რომელსაც ავადმყოფი 3 თვე ეწეოდა.

ცხვირი აღდგენილი იყო სამკუთხევიანი ტაკვის ხარჯზე (ოპერატორი პროფესორი ნ. კახიანი), რაც აღებული იყო შუბლიდან ფეხურზე. აღნიშნული კანიდან გაკეთდა დუბლიკატურა, ისე რომ კანის ერთი მხარე გარეთ იყურებოდა, მეორე კი შიგნით და ცხვირის ლორწოვანის მაგიერობას სწევდა.

რათა ახლად შექმნილ ცხვირისათვის გამძლე საფუძველი მიეცათ და ამით თანამოლო შექმუქნისათვის ხელი შეეშალათ, ტიბიას ძელიდან ამოღებული იქმნა ძვალოვანი ფორფიტა, რომელიც ცხვირის რბილ ნაწილებთან სისქეში ჩაისვა, ასე რომ ტრანსპლანტატი თავის ერთი ბოლოთი ებჯინებოდა ცხვირის ძვლის დარჩენილ ნაწილს.

კოსმეტიური და ფუნქციონალური შედეგი კარგი მივიღეთ, რასაც ავადმყოფიც ადასტურებს, რომელიც წარმოდგენილია საზ-ის წინაშე ოპერაციიდან 2 წლის შემდეგ და აღდგენილ ცხვირმა შეინარჩუნა თავისი პირვანდელი ფორმა.

კამათში მონაწილეობა მიიღეს: ა. ედიბერიძემ, ა. კანდელაკმა, პროფ. ი. თიკანაძემ, დ. ჯავახიშვილმა.

მეორე მოხსენებით გამოვიდა არხეოლოგი გ. ნიორაძე. ზემოავეჭალის უძველესი დროის ადამიანი. პირველად მომსენებელი აღნიშნავს, თუ სად და რა პირობებში იქნა აღმოჩენილი „ზემო ავეჭალის უძველესი დროის ადამიანი“. მოკლედ აღწერს სამარის ტიპს, დამარხვის წესს და ათარიღებს ქრონოლოგიურად.

შემდეგ ენება თავის ქალას გარეგნულ ფორმას, ხნოვანობას (30—40 წ.), მოცულობას 1367 ccm), წონას (370 gr) და სხვა.

კრანომეტრიული ზომების მიხედვით, სახელდობრ სიგრძე-სიგანის ინდექსით (64,77) თავის ქალას აკუთვნებს hyperdolichocephale-ბს, სიგრძე-სიმაღლის ინდექსით (78,24) hypsi-cephale-ბს და სიმაღლე-სიგანის ინდექსით (82,78) ტაპეინოცეფალებს.

აღნიშნავს აგრეთვე სხვადასხვა კრანომეტრულ ზომებს. აღწერს თვითულ ძვალს ცალკე, მოყავს ყოველგვარი ზომები ინდექსების თანდართვით, განმარტავს თავის ქალას დეფორმაციას იმწაში მოხვედრის შემდეგ; უჩვენებს თავის ქალაზედ ქროიოლის ნიშანს, აღწერს ვისცერალურ ნაწილს და კბილებს; მხარის ძვალის (humerus) მიხედვით ანგარიშობს მთელი ჩონჩხის სიგრძეს (1470 mm) და სევანს საკითხს, თუ რა სქესს ეკუთვნოდა ზემო ავეჭალის ადამიანი.

მომხსენებელი ადასტურებს, რომ ზემო ავკალის ადამიანი ქალი იყო, რომელსაც სამარეში თან ქონდა ჩატანებული უძველესი დროის ქართული ტიპის ბრინჯაოს ბოლო კვეთილი მახვილი, რკინის შუბის წვერი, სატევარი და სხვა ნივთები. ამგვარი საქმის გარემოება, ამბობს მომხსენებელი, გვაფიქრებებს, რომ ზემო ავკალის შეიარაღებული ადამიანი მეომარი ქალი უნდა ყოფილიყო. ეს კი თავისთავად გვაგონებს ძველი მწერლების გადმოცემებს ამასონების ანუ ამორძალების შესახებ, რომლებიც გადმოცემების მიხედვით შავი ზღვის პირებზედ ცხოვრობდნენ.

კამათში მონაწილეობა მიიღეს: პროფ. გ. მუხაძემ, ბ. ყავრიშვილმა, არდ. ახვლედიანმა, შ. ზამთარაძემ, მ. კილოსანიძემ, პროფ. ვ. ჟღენტმა, პროფ. ა. ალადაშვილმა.

სხდომა დაიხურა 10 ს. 45 წ.

საქ. ექ. საზ-ის მესამე სხდომა შესდგა 1929 წ. 28 მარტს. სხდომას დაესწრო 58 წევრი და 69 სტუდენტი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ალადაშვილი. პირველ მომხსენებლად გამოვიდა პროფ. ს. ყიფშიძე, პროფ. ჟან არტურ სიკარის შესახებ. მომხსენებელი შეეხა გარდაცვალებული მეცნიერის ცხოვრებას და დაგვისურათა Jean-Arthur Sicard (1872—1929) როგორც მეცნიერი და მკურნალი. Sicard-ის სამეცნიერო მოღვაწეობა მრავალფეროვანი იყო.

თავისი სამეცნიერო კარიერა მან ტიფის სეროდიავნოსტიკით დაიწყო—Widal-ის ხელმძღვანელობით.

მისივე ხელმძღვანელობით იგი მუშაობდა ციტოდიავნოსტიკის საკითხზე და უმთავრესად დანტერესებული იყო ზურგის ტვინის სითხის პათოლოგიით.

თავისი დისერტაცია ზურგის ტვინის სითხის შესწავლას და სუბარაქნოიდალურ სივრცეში სამკურნალო ნივთიერებათა შემსაპუნებას უძღვნა (1901 წ.). ინტერნობა 1899 წ. დამთავრა, 1901 წ. კლინიკის შეფობა მიიღო, 1903 წ. გახდა medecin des hopiteaux. 1917—professeur agrégé, 1923—შინაგანი პათოლოგიის პროფესორი.

ზურგის ტვინის სითხის შესწავლას S-ი შემდეგად თავს არ ანებებდა და F o i x-სთან ერთად აღმოაჩინა ალბუმინო-ციტოლოგიური დისოციაცია.

ნევრალგიების შესწავლის შედეგად შეიქმნა ახალი კონცეპცია, რომლის უმთავრესი ახრი ნევრალგიების პათოგენეზში ნერვების გარშემო არსებულ ღრუების ანთების ცნობაში გამოიხატა.

შაკიკის პათოგენეზში Sicard-მა უმთავრესი როლი „კოლოიდალურ შოკს“ მინიჭა და თავისებურად, „შოკ-თერაპია“ გამოიმუშავა.

ვენების გაფართოების წამლობა სკლეროზმქნელ ნივთიერებათა შემსაპუნებით აწარმოვა და მშვენიერი შედეგები მიიღო.

მისი მეთოდი ამ ჟამად მსოფლიოს ყველა კუთხეებში იხმარება.

S-მა შექმნა სრულიად ორიგინალური მეთოდი რენტგენო-დიავნოსტიკისა ლიპიოდოლის საშუალებით. ეს მეთოდი მედიცინის ყველა დარგებში იხმარება. ნევროპათოლოგიაშიც დიდი მნიშვნელობა აქვს.

S-ი დიდი მკურნალი იყო. იგი თვითონ აწარმოებდა იმ მანიპულაციებს, რომელიც მისგანვე შემუშავებული იყო (ალკოჰოლით თერაპია ნეიროლოგიებისა, ლიპიოდოლით თერაპია და სხვა).

იგი შესანიშნავი იყო, როგორც ადამიანი. საფრანგეთის მეცნიერებამ დაჰკარგა მასში დიდი მეცნიერი და დიდი მკურნალი.

საფრანგეთთან ერთად მსოფლიო მედიცინამაც დაჰკარგა დიდი მკვლევარი, რომელსაც კიდევ შეძლო გაეკეთებინა მეცნიერებისათვის.

ჩვენშიც არის რამდენიმე ექიმი, რომელიც იხმარებს Sicard-ის იდეებს და ატარებს მის მიერ შემოღებულ თერაპიულ მეთოდებს. ამიტომ ჩვენც სხვებთან ერთად ვვლოვობთ პროფ. Sicard-ის დაკარგვას.

საზოგადოების თავმჯდომარის პროფ. ალადაშვილის წინადადებით სხდომამ დაადგინა: გარდაცვალებული მსოფლიო მეცნიერის ჟან არტურის სიკარის სურათი დაიკიდოს სო-



ციალური ჰიგიენის აუდიტორიაში, სადაც იმართება საქართველოს ექიმთა საზოგადოების კრებები და ეთხოვოს ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქციას, რათა პროფ. ყიფშიძის მოხსენება და სიკარის სურათი მოთავსებული იქნეს ჟურნალის უახლოეს ნომერში.

ამის შემდეგ საზოგადოების მდივანი ი. ა. ს. ლ. ა. ნ. ი. შ. ვ. ი. ლ. ი. აქვეყნებს პარიზის სამკურნალო აკადემიიდან მალბულ საპასუხო წერილს პროფ. ვილადის გარდაცვალების გამო გაგზავნილ დეპეშაზე.

მეორე მოხსენებით გამოდის დოც. ბ. ლოლობერიძე: ფალოპიუსის მილის მონძრ აოზის საკითხისათვის. ფალოპიუსის მილის ინვაგინაციის შემთხვევა. ავტორს მოყავს შემთხვევა, სადაც საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის გამო ოპერაციის დროს აღმოჩნდა ტუბალური აბორტი (ოპერაცია გაკეთებულია in extremis). მილის აბდომინალური ნახევარი ძაბრისებურად გაგანივებული, მისი კედელი გასქელებული (კუნთოვანი ჰიპერტროფია). მილის შუა და გარეთა მესამედების სახეგარზე მილის კედლის ინვაგინაცია შუა ნაწილის გარეთა ნაწილში ერთი სანტიმეტრის მანძილზე. ინვაგინაციის ყელის მიდამოში ტონიური კონტრაქტურა კუნთებისა, რის გამოც დეზინვაგინაცია არ ხერხდება. ამოკვეთილია მილის გარეთა ნახევარი, მილის დანარჩენ ნაწილზე გაკეთებულია Salpingostomia. ამოკვეთის შემდეგ ინვაგინაციის ადგილი თავისით გასწორდა, მიუხედავად ორ პროვიზორულად დადებულ სერო-სეროზული ნაკერებისა. პრეპარატი შესწავლილია მიკროსკოპიულად.

შემთხვევა ლიტერატურულ unicum-ად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან ავტორს ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში ამგვარ შემთხვევაზე მითითება არ უპოვნია.

შემთხვევას ერთგვარი დამოკიდებულება აქვს ბოლო დროს ლიტერატურაში ხელმეორედ განხილულ საკითხთან ფალოპიუსის მილის პერისტალტიურ მოძრაობის შესახებ. ამ ლიტერატურის განხილვისა და საკუთარ შემთხვევის გარჩევის შემდეგ ავტორი მიდის დასკვნამდე, რომ ეს ინვაგინაცია გამოწვეულია მილის კუნთის ძლიერ ანტიპერისტალტიურ მოძრაობით. გარდა ამისა უნდა დაშვებულ იქნეს ინვაგინაციის დასაწყისში ბეჭდისებური შეკუმშვა მილის კუნთისა, რომელ გარემოებას უნდა შეეწყოს ხელი ინვაგინაციის დასაწყისს.

ძნელი სათქმელია, თუ რა ბედი ეწეოდა ამ ინვაგინაციას ოპერაცია რომ არ ყოფილიყო გაკეთებული. შესაძლებელია, რომ ეს ინვაგინაცია თავისით გასწორდებოდა, როცა ყელის მიდამოში კონტრაქტურა გაიარდა. ეს დასაშვებია იმდაგვარადვე, როგორც Diterichs-ის დაკვირვებებში ბაქტებზე ფიზიოლოგიურ პირობებში ნაწილაკების პერისტალტიკის დროს ჩნდება მრავალი ინვაგინაციები, რომელიც თავისით სწორდება.

კამათში მონაწილეობა მიიღეს პრიატ-დოცენტ მ. მგალაბელმა, ვ. კანდელაკმა, დოც. ა. წულუკიძემ.

ამის შემდეგ დოც. ბ. ლოლობერიძე „საშვილოსნოს კიბოს რადიუმით მკურნალობის შემდეგ ამოკვეთილ პრეპარატი“-ს დემონსტრაციას აკეთებს.

სხდომა ინტერვა 10 ს. 25 წ.

ი. ა. ს. ლ. ა. ნ. ი. შ. ვ. ი. ლ. ი.



— საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში ჩატარებული იყო შემდეგი მოხსენებები: მესამე სდომაზე (28 III. 29 პროფ. ს. ყიფშიძე, პროფესორი ეან არტურ სიკარის ხსოვნას, დოც. ბ. ლოლობერიძე, ფალოპიუსის მილის მოძრაობის საკითხისათვის. ფალოპიუსის მილის ინვაგინაციის შემთხვევა, დოც. ბ. ლოლობერიძე, საშვილოსნოს კიბოს რადიუმით მკურნალობის შემდეგ ამოკვეთილი პრეპარატის დემონსტრაცია; მეოთხე სდომაზე (11. IV. 29)—ანა ყდენტი, კუჭის Phytobezoar-ის კაზუსტიკისათვის, ლ. ელიაშვილი. ი. საკვერცხეები საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ—ექსპერიმენტალური გამოკვლევა (წინასწარი მოხსენება).

— საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში მიღებული არიან წევრებად: გ. კუჭაიძე, ვ. ცანავა, ს. იარალოვი-გძე ლიშვილისა, ა. ურუშაძე, ა. მენაბდე, ბ. ბერძენიშვილი, ა. მიქაძე, გ. თედორაძე, შ. დავითაშვილი—14 III. 29; მ. ჯანდიერი, შ. ზამთარაძე, ს. ბერძენიშვილი, ბ. ელისაშვილი,—28. III. 29; გ. რეკვავა—11. IV. 29.

— კავკასიის დასტაქართა I ყრილობა მოწვეულია ქ. ტფილისში ა. წ. 9—12 სექტემბერს. საპროგრამო საკითხებია: 1. ქირურგიული დახმარების დაყენება საქართველოს მაზრებში. 2. სამრეწველო ტრავმატიზმი ჰიათურისა და ტყიბულის რაიონებში. 3. ჩიყვი. 4. რა არის ქრონიკული აპენდიციტი და მისი ოპერატიული მკურნალობის შემდეგ ტკივილების მიზეზები. 5. ოპერაციები მენჯის არეში ორსულობის დროს.

თავისუფალი საკითხებია: 1. ლიმფური ჯირკვლების კლექი. 2. ლეიქოსის ჩირქროვანი.

— ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ნერვების სნეულებათა კლინიკის დაცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტის ნერვული განყოფილების ექიმთა კონფერენცია შესდგა 3. III. 27. ავადმყოფთა დემონსტრაცია: ასისტენტი ო. ზანგურიძე—სერედა და ორდ. ვ. ლაბაძე. პარკინსონიზმის მოვლენებით გართულებული Sclerosis disseminata, ორდ. ლ. ჟვანიძე. ტალამური სინდრომი, ასისტ. გ. გრიგორაშვილი. Tumor anguli pontocerebelli გარეთ თუ შიგნითა ლოკალიზაციის საკითხის გამო. ასისტ. პ. ქავთარაძე და ორდ. მ. პარკაძე. თვალის კაკლების ნაძალადევი მოძრაობის შეტევები ეპიდემიური ენცეფალიტის მიმდინარეობაში. პროფ. ს. ყიფშიძე. Distrophia adiposo-genitalis.

— ამეკ კონფერენციაზე დამსწრე ნეფროპათოლოგებმა და ფსიქიატრებმა (31 ექიმი) გამოიტანეს შემდეგი დადგენილება: აღიბრას შუამდგომლობა საქართველოს ექიმთა საზოგადოების წინაშე, რათა ექიმთა საზოგადოების წესდების თანახმად დაარსებული იქნას ნეფროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა სექცია.

— ტფილისის სახ. უნივერსიტეტის დასტაქართა კონფერენციაზე ჩატარებული იქნა ჰოსპიტალური ქირურგიულ კლინიკაში პროფ. გ. მუხაძის თავმჯდომარეობით შემდეგი მოხსენებები: 3. III 29—ლ. ცისკარიშვილი. კვირისტავის მოტენილობის მკურნალობის საკითხისათვის; 17. III. 29—პროფ. გ. მუხაძე და ორდ. მ. კოჩიაშვილი. კლინიკის დაკვირვებანი ავერტენის ნარკოზის შესახებ ნარკოზის დემონსტრაციით, ასისტ. მ. ცხაკაია. Ruggis-ს წესი, როგორც არჩევითი მეთოდი ბარძაყის თიაქრების რადიკალური ოპერაციისა.

— სამკურნალო ფაკულტეტის საბჭომ 1 აპრილს 1929 წ. აირჩია და დამტკიცა ორდინატორების თანამდებობაზე შინაგან სნეულებათა დიაგნოსტიკის კლინიკაში ექიმი ე. ქართველიშვილი და პ. ცომია, ყურის, ყელის და ცხვირის კლინიკაში ექიმი ი. ჩხეიძე, ზოგადი ქირურგიის კლინიკაში ექიმი დავითაია.

— ორდინატორის 3 წლის სტაჟი დაამთავრეს ექიმებმა კობიაშვილმა და ჩირაძემ (შინაგან სნეულ. დიაგნ. კლინიკა), გ. ნაცვლიშვილმა (ყურის, ყელის და ცხვირის სნეულ. კლინიკა), ს. ჩახუნაშვილმა (ზოგადი ქირურგიის კლინიკა).



— სამკურნალო ფაქულტეტის საბჭომ 1. IV. 29—ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგის მოწვევისათვის საკონკურსო კომისიაში აირჩია 7 პროფესორი: გ. მუხაძე, ა. მაჭავარიანი, ვლ. ჟღერტი, ა. ნათიშვილი, ი. თიქანაძე, გ. ლამბარაშვილი და მ. წინაშემდგომიშვილი.

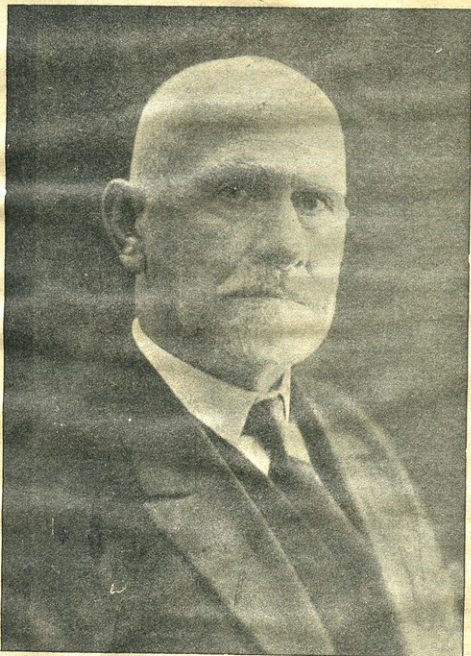
— პარიზის სამკურნალო აკადემიის წევრილი საქართველოს ექიმთა საზოგადოებისადმი. საბჭოთა დიპლომატიურმა წარმომადგენლობამ საფრანგეთში, რომლის საშუალებითაც გვაგზავნა დეპეშა (იხ. ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ № 2, 1929 წ. გვ. 140) ქართველ ექიმთა საზოგადოებიდან პარიზის სამკურნალო აკადემიას პროფ. ვი დალის გარდაცვალების გამო, გამოგზავნა საქართველოს ექიმთა საზოგადოებას შედეგი პასუხი (28. II 1929 წ. პარიზი) საფრანგეთის აკადემიის მთავარი მდივანის ცნობილ პროფ. Achard-ის: „ბ-ნო ელჩო! თქვენ კეთილ ინებეთ და გადმოგვიგზავნეთ დეპეშა, რომელშიც პროფ. ალ დალაშვილი თქვენ გთხოვთ გვაცნობოთ ჩვენ, რომ საქართველოს ექიმთა საზოგადოებამ, რომლის თავმჯდომარეც ივია, საერთო სხდომაზე პროფ. ვი დალის ხსოვნის აღსანიშნავად დაადგინა გამოუცხადოს მთელი ქართველი ექიმობიდან პარიზის სამკურნალო აკადემიას თავისი ღრმა თანაგრძნობა. გთხოვთ გადასცეთ პროფ. ალ დალაშვილს, რომ აკადემია მეტად მაძლომებლია საქართველოს ექიმთა საზოგადოების იმ სიმპატიასა და პატივისცემისათვის, რომელიც მან პროფ. ვი დალის ხსოვნისადმი გამოიჩინა.

— ახალი სამკურნალო ჟურნალები და მათი შინაარსი: „ტროპიკული მედიცინის მოამბე“ ტ. II, № 1, იანვარი, 1929 წ. სპ. ვიროსაძე, ტროპიკული მედიცინის მნიშვნელობა, მისი მოკვლეობა და ამოცანები, ალ. სეფაშვილი. ი. მოსახლეობის მოძრაობის საკითხი კახეთის ზოგიერთ მალარიას სოფელში, ვ. გრიდნევი. მარილის კონცენტრაციის გავლენა ამების ზრდასა და მორფოლოგიაზე კულტურაში, ნ. ყარიბოვი. დიდუბის სარწყავი არხი მალარიის ეპიდემიის თვალსაზრისით, კ. ვრისთავი. ლეიშის ეზინოკოკის ორი იშვიათი შემთხვევა. ლ. ფრიდმანი. ვანაძელში ჭიის კვერცხების აღმოსაჩენ ზოგიერთ გამდიდრებითი მეთოდის შედეგების შესახებ. პ. ჯაფარიძე. სკოლა და მისი როლი მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლაში. კ. ლეჟავა. მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლისკენ განხრის საკითხი. ლ. კალანდაძე. პარიზის მწევანის გამოყენება კოლეების მატლების საწინააღმდეგოდ. ვ. ელიავა. პროფესორი სიმონ ამირეჯობის სამეცნიერო მოღვაწეობის გამო. „ტროპიკული მედიცინის მოამბე“ ტ. II, № 2, თებერვალი, 1929 წ. ს. კანდელაკი. დენე. ს. ქურდიანი. ტყე და მალარია. ნ. რუხაძე. შინაური ცხოველების როლის საკითხისათვის მალარიის პროფესორი კვრეტსავლის მოგონებისათვის, პროფ. გ. ლამბარაშვილი. ლეიშის აბსცესის აკიპოური შემთხვევები. მ. კალანდაძე. რამიმართლებით უნდა სწარმოებდეს კოლეებზე მუშაობა საქართველოს პირობებში. გ. გორდაძე და ნ. კამალოვი. მასალები საქართველოს რკ. გზ. მოსახლეობის შირის პარაზიტული ქიების ინვაზიის ინსაფლად. მ. მუჯირი. ანკილოსტომიაზისა და სხვა პარაზიტული ქიების გავრცელების საკითხი აჭარისტანში. ს. ამირეჯობი. ქუნთრუშის შესახებ. ზაქარია. რამდენიმე სიტყვა ანკილოსტომიაზის ქირურგიული მნიშვნელობის შესახებ. ვ. ვრისთავი. ლეიშის აბსცესის აკიპოური შემთხვევები. მ. კალანდაძე. სტერილიზატორი-სერვატორი (ზეფერტი-ზენიტი). ვ. ცომაია. მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის საქმის გეგმიანობისა და რაციონალიზაციის საკითხი. ს. კანდელაკი. ანკილოსტომიაზის მკურნალობა. „ჯანსაღი კომისის მოამბე“ Вестник Наркомздрава № 1, 2, იანვარი-თებერვალი 1929 წ. პროფ. ი. თიქანაძე. ნორმალური კვერცხსავლის მოგონებისათვის, პროფ. გ. ლამბარაშვილი. კლიმაქტერიული ათროზების შესახებ. გ. ლორთქიფანიძე. ვაშლუცნობელი საშეილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს ჩარევა მუცლის მოშლის მიზნით. პროფ. გ. მუხაძე. გულის ქროიობა, მისი გააოცებობა, მკურნალობა და შედეგები. გ. ჯიბუტი. შარდსაწვეთების ნაწლავში გადაწერვა და მისი შედეგები ჰოსპიტ. ქირურგ. კლინიკის მასალის მიხედვით. ნ. ანდრიძე. შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის პროფესორული კონკინკის 1927 წლის ანგარიში. ა. ზურაბაშვილი. მასალები თელავის და ოზურგეთის მახრების მოსახლეობის ფსიქოპათოლოგიისათვის. მ. ბერიძე. ბათუმის სანაპირო ნაღის მუშათა შირის ჩატარებული ანთიმური სექციონირი ანექტის შედეგები. პ. დ. Купцис Пьянный мед и его распознавание. Л. Н. Джанджгава. Материалы к изучению химического состава минеральных вод ССР Абхазии. Л. А. Кулеши. К вопросу о сообщении лимфатической системы с венозной на периферии тела (глава IV) К. Д. Эрстава. Редкий случай фарингеальной опухоли. Г. Л. Кучаидзе. Десять лет строительства советской медицины в РСФСР. Л. Г. Джанджгава. Дельфиний жир и его производство в ССР Абхазии. Г. М. Натадзе. Санитарно-гигиеническое обследование станции Тифлис (пассажиры). Л. Рабин. О действии серно-селенных источников Горячего Ключа при ишиасах и ишиалгии.

ეპიმი კონსტანტინე ლორთქიფანიძე

(სამკურნალო და სამეცნიერო მოღვაწეობის 35 წლის თავის გამო).

ექ. კ. ლორთქიფანიძე დაიბადა 1865 წ. სოფ. დიდი-ჯიხაიში (ქუთაისის მაზრა). ხარკოვის უნივერსიტეტის საექიმო ფაკულტეტი დაამთავრა 1893 წ.



ჯერ კიდევ უნივერსიტეტში ყოფნის დროს მან მოათავსა პროფ. ვ. პ. კრილოვის ჟურნალში „შკოლნაია ხონიკაში“ სავალდებულო შრომა: Tuberculosis intestin. ch. et tuberculosis miliaris acuta“.



საექიმო ფაკულტეტის დამთავრების შემდეგ თითქმის ორი წელიწადი მუშაობდა ქუთაისის მაზრაში, დიდ ჯიხაიში, რომლის მოსახლეობა ამ ხნის განმავლობაში ისე შეერგა საექიმო დახმარებას, რომ სოფლიდან ექ. ლორთქიფანიძის წასვლის შემდეგ განიზრახა ქსენონის გახსნა და ექიმის მოწვევა.

1895 წ. დანიშნულ იყო ქ. ნუხაში (ჯანჯის გუბ.) ქალაქის ექიმად, რა თანამდებობაზეც მხოლოდ 1896 წ. ოქტომბრამდე დარჩა. შემდეგ კი მოწვეული იყო ბაქოს ნავთის მრეწველთა საბჭოთა მიერ ორდინატორად ბალახანის საავადმყოფოში; ეს საავადმყოფო შეიკავედა იქ დროს 60-70 საწოლს და იყო მოთავსებული კერძო სახლში და ექიმთა შტატს შეადგენდა მხოლოდ 3 ორდინატორი.

ნავთის მრეწველობის სწრაფმა ზრდამ მალე წამოაყენა საავადმყოფოს გაფართოების საკითხი და საექიმო დახმარების რეორგანიზაცია. რამოდენიმე წლის განმავლობაში აგებული იყო ექვსი ბარაკი 220 საწოლით. ქ. ლორთქიფანიძე ასრულებდა ამ საავადმყოფოს მთავარი ექიმის თანამდებობას და მანვე გაატარა საავადმყოფოს პირველ დროის მთელი საორგანიზაციო მუშაობა რამოდენიმე წლის განმავლობაში. საავადმყოფოში შექმნილი იყო თანდათანობით სპეციალური განყოფილებები: ოფთალმოლოგიური, გენერიული და სხვა სათანადო სპეციალისტებით. იმ დროიდან 1918 წლამდე თერაპიულ განყოფილებას განაგებდა ქ. ლორთქიფანიძე.

1918 წ. ქ. ლორთქიფანიძემ ასრულა თავისი დიდი ხნის სურვილი და გადმოსახლდა ტფილისში, სადაც არჩეული იყო თერაპიულ განყოფილების უფროს ორდინატორად ყოფილ მიხეილის საავადმყოფოში.

1919 წ. კი აპრილის თვეში არჩულ იყო ქალაქის 1-ლი საავადმყოფოს მთავარ ექიმად და ამ თანამდებობაზე იმყოფება დღემდე.

ამავე დროს ქ. ლორთქიფანიძე ტფილისის ჯანმრთელობის განყოფილების განყოფილების და ჯანმრთელობის კომისარიატის კოლეგიების წევრია.

დაბეჭდილი აქვს შემდეგი შრომები:

1) К казуистике первичного сибирозавенного поражения легких „Врачебная Газета“ 1902 г. № 32.

2) Два случая желтушно-гемоглобинурийной лихорадки „Врачебная Газета“ 1909 г. №№ 41 и 42.

3) Материалы к клинике нарывов печени. Медицин. Отчет Балаханской Больницы за 1905 г.

4) По поводу двух случаев аневризмы аорты. Сборник памяти доктора Е. М. Шейнина изд. 1904 г.

5) К клинике Брюшно-тифозных заболеваний в промышленном нефтеломышленном районе. „Медицинский Отчет“ Балаханской Больницы за 1906 и 1907 г. г.

6) К клинической казуистике и терапии простой желудочной ахилии. „Врачебная Газета“ 1911 №№ 10 и 11.

7) К лечению легочного туберкулеза искусств. пневмотораксом „Харьковский Медицинский журнал“ за 1914 г.

8) ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის შესახებ ხელოვნური პნევმოტორაქსით. „ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის მოამბე“ 1924 წ. გვ. 17-32.

9) დაკვირვებანი სანატორიუმ „არაზინდო“-ში გატარებულ ავადმყოფებზე ორი ზაფხულის სეზონის (1925-1926 წ. წ.) განმავლობაში.

დაბეჭდა სრულიად საქართველოს საკურორტო ყრილობას 22/II-1928 წ.

მისი კლინიკური გამოცდილება, სერიოზული მეცნიერული მომხადება და სიყვარული მეცნიერული მუშაობისადმი არის მიზეზი, რომ ექ. ქ. ლორთქიფანიძე ერთ შესამჩნევ თერაპევტად ითვლება საქართველოში. მისი რაინდული და უმწიკლო ხასიათი, მისი არა ჩვეულებრივი თავმდაბლობა, იშვიათი კოლეგიულობა და საერთოდ ადამიანობა არის მიზეზი, რომ ექ. ქ. ლორთქიფანიძეს პატივსაცემს და სიყვარულით იხსენიებს არა მარტო ექიმები, არამედ ყველა, ვისაც მასთან უმსახურნია, უმკურნალია და საერთოდ ვისაც მასთან რაიმე საქმე ჰქონია.

მედიცინის დოქტორი ილია ზურაბის ძე გოპაძე

(სამეურნალო-სამეცნიერო და პრაქტიკული მოღვაწეობის 50 წლის თავის გამო).

მედიცინის დოქტორი ილია ზურაბის ძე გოპაძე დაიბადა 1853 წელს, გიმნაზია დაამთავრა ქუთაისში 1872 წელს და იმავე წელს შ.ვ და სტუდენტათ პეტერ-ბურგის მედიკო-ქირურგიულ აკადემიაში, რომელიც დაასრულა 1878



წელს და იმავე დროიდან მსახურობდა განუწყვეტლივ 1917 წლამდე სამხედრო უწყებაში სამახურის თანდათანობით გავლით სხვადასხვა თანამდებობებზე: უმცროს ორდინატორად, უფროს ორდინატორად და ჰოსპიტლის მთავარ ექიმად,



კავკასიის არმიის მეორე კორპუსის ექიმად (4 წელი) და უკანასკნელად კავკასიის სამხედრო ოლქის სამხედრო-სასანიტარო სკოლაში ინსპექტორად (1914—1917 წწ.).

სამსახურის მეექვსე წელზე ექიმი ი. გოპაძე სამხედრო-სასანიტარო მთავარ სამმართველოს მიერ მივლინებული იყო ორი წლით (188¹/₆—188²/₆ წწ.). სამხედრო-სამკურნალო აკადემიაში სამეცნიერო მიზნით; იმ ხანებში კლინიკური და სალაბორატორიო საპროგრამო მეცადინეობის გარდა, პრაქტიკულად სწავლობდა მსახურსა და სამკურნალო ვარჯიშობას პეტერბურგში იმ დროს არსებულ შვედ პროფ. ბერგლინდის ამბულატორიაში; მაშინვე ჩააბარა სადოქტორო გამოცდები და 1886 წელს დაიცვა დისერტაცია მედიცინის დოქტორის ხარისხზე.

1889 წელს სამხედრო-სასანიტარო მთავარ სამმართველოს მიერ მედიცინის დოქტორი ი. გოპაძე მივლინებული იყო საზღვარგარეთ სახელმწიფო ხარჯზე 6 თვით, სამეცნიერო მიზნით, საშუაოდ მასაიისა და სამკურნალო ვარჯიშობის დარგში. დაბრუნებისას მედ. დოქ. ი. გოპაძეს მინდობილი ექნა პეტერბურგის კლინიკურ სამხედრო ჰოსპიტალში მასაიისა და სამკურნალო ვარჯიშობის სწავლის წარმოება სამხედრო ექიმთათვის. იმავე დროს მედ. დოქ. ი. გოპაძე იყო ორდინატორად პროფესორების დ. ი. კაშლაკოვისა და მ. მდევ ფ. ი. პასტერხაცკის თერაპიულ ჰოსპიტალურ კლინიკაში.

1894 წ. დასაწყისში მედ. დოქ. ი. გოპაძე დაბრუნებული იყო აბასთუმნის სამხედრო ჰოსპიტლის მთავარ ექიმად, 1898 წ. კი—აბასთუმნის დირექტორად.

1922 წლიდან დღემდე მუშაობს სახანჯლო სეზონში კონსულტანტად მუშაობს საქართველოს ჯანსაჩქომიარიატის სანატორიუმებში აბასთუმანში და დამხლევი სალაროს მუდმივი კონსულტანტი—თერაპევტი.

ი. გოპაძე უკვე დიდი სტაჟის ექიმი იყო და კარგი სამეცნიერო მოწოდების მქონე, როდესაც იგი აბასთუმანში იყო დანიშნული. დიდის სიყვარულით და საქმის ცოდნით შეუდგა იგი აბასთუმნის, ერთის მხრით, მოწყობას და ამ კურორტის გაუმჯობესებას და, მეორეს მხრით, მის მეცნიერულ შესწავლას და მის პოპულარიზაციას. თუ დღეს აბასთუმანი ცნობილია არა მარტო ჩვენში, არამედ მთელს კავშირში და საზღვარ-გარეთაც, არა მცირე ღვაწლი ამაში ი. გოპაძეს მიუძღვის.

ი. გოპაძე პირველი ქართველი ექიმი-კლიმატოლოგი და ექიმი-ფთიზიატრი, იგი ამ დარგებში 35 წელი მუშაობს და სამართალი მოითხოვს ითქვას, რომ მშრომელ ხალხის ფართო წრეებში მან უკვე დიდი ხანია საპატიო აღვლილი მოუხვეჭა იმ სპეციალობას (ფთიზიატრიას), რომელსაც ოფიციალურად მხოლოდ ამ უკანასკნელ 10 წელში ეყრება საფუძველი.

ი. გოპაძის მოღვაწეობაში აღსანიშნავია კიდევ ერთი მომენტი. იგი იყო პირველი თავმჯდომარე იმ სამეცნიერო-სატერმინოლოგიო საექიმო წრისა, რომელიც პირველად დაარსდა საისტორიო-საეთნოგრაფიო საზოგადოების წილში და რომლიდანაც შემდეგ შეიქმნა ყველასათვის ცნობილი ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოება.

ი. გოპაძეს გამოქვეყნებული აქვს შემდეგი შრომები:

1. Аномалия правого легкого (Прот. Кавк. Мед. Общ. 1879 г.).
2. Полуторохлористое железо против рожжи (Прот. Кавк. Медиц. Общ.).

1882 გ.). 3. Абастуманские Минеральные Воды (совместно с др. Э. Штальбергом. Сборник Кавк. Мед. Общ. 1882 г.). 4. Вывих лучевой кости с отделением эпифиза ея (Протоколы Кавк. Мед. Общ. 1882 г.). 5. Влияние общего массажа на азотистый обмен и усвоение азотистых частей пищи (Диссертация на степень д-ра медицины. С. Петербург. 1886 г.). 6. Несколько слов о массаже живота (Сбор. Кавк. Мед. Общ. 1887 г.). 7. К вопросу и физиологическом действии холодных, безразличных, горячих и Шотландских общих душ на здорового человека (совместно с д-ром С. Вацадзе). Газета „Врач“ 1888 г. №№ 25—29). 8. К вопросу о влиянии массажа при хроническом катарре желудка (Газета „Врач“ 1889 г. № 48). 9. Случай расширения желудка с постоянным выделением желудочного сока, польвованный массажем живота (Газета „Врач“ 1891 г. № 22). 10. К вопросу о количестве Эфиросерных кислот в моче при болезнях печени (Газета „Врач“ 1893 г. № 50). 11. Очерк топографических и климатических условий Абастумана (Военно-Медиц. Журнал“. 1901 г. № 9). 12. Абастуман как горная климатическая станция. (Труды 2 с'езда кавк. врачей Т. I. 1902 г.). 13. К лечению туберкулезного перитонита. (Военно-Медиц. Журн. 1906 г. ноябрь, декабрь). 14. Климатическое лечение в Абастумане больных туберкулезом легких. (მოხსენდა სრულიად საქვეშრო სატუბერკულოზო მეოთხე ყრილობას ტფილისში 1928 წ. სექტემბერს; იბეჭდებოდა ყრილობის შრომებში). 15. Абастуман как горная климатическая станция и бальнеологический Курорт. (საქართველოს ჯანსახკომისარიტს განზრახული აქვს ახლო მომავალში ცალკე წიგნად გამოსცეს).

ექიმი მამბარაშვილი

(სამკურნალო მოღვაწეობის 35 წლის თავის გამო).

ექიმი მ. მამბარაშვილი დაიბადა 1867 წ.; 1887 წ. გაათავა გიმნაზია და 1893 წ. მოსკოვის უნივერსიტეტის საექიმო ფაკულტეტი. 1894 წლიდან 1897 წლამდე იყო ორდინატორათ მოსკოვის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში. 1889 წლიდან 1901 წლამდის კი შტატ გარეშე ასისტენტათ ამავე კლინიკაში. 1896 წლიდან 1919 წლამდე მუშაობდა მოსკოვის სხვადასხვა ამბულატორიაში როგორც ქირურგი და ამბულატორიის გამგე 1906—1920 წლამდე იყო ქირურგად მოსკოვ-ყაზანის რკინის გზის აბულატორიაში და აგრეთვე სხვადასხვა ფაბრიკებისა და ქარხნების ექიმად.

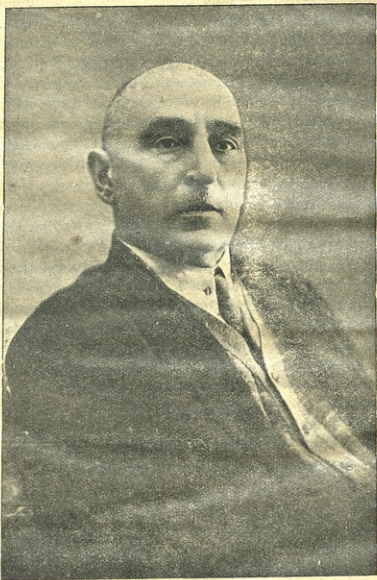
იყო დიმიტუშნებელი წევრი მოსკოვის ქირურგიულ საზოგადოებისა და არაერთხელ იყო არჩეული მდივნად და თავმჯდომარედ ექიმთა იმ კომისიისა, რომელიც განაგებდა ექიმის დანიშვნას, ამბულატორიის საქმის გაუმჯობესებას და სხვა.

1920 წლის ნოემბერში ჩამოვიდა მოსკოვიდან ტფილისში და მოწვეულ იქნა საგანგებო დანიშნულების ექიმათ საქართველოს რკინის გზის უფროს ექიმთან და ამბულატორიულ ქირურგად ამავე რკინის გზის საავადმყოფოში.



ამავე წლის დეკემბერში იქნა არჩეული უმცროს ასისტენტად ტფილისის უნივერსიტეტის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში.

1921 წლის აპრილიდან კი დღევანდლამდის იმყოფება რკინის გზის ჯანმრთელობის სამმართველოს უფროსის მოადგილეთ.



დაბეჭდილი აქვს რაჰოდ ნიმე საეცნ-ერო და პოპულარული წერილები ჯანმრთელობის საკითხე-ის შესახებ. არჩეული იყო ლიბანის სანატორიუმის ამშენებელ კომიტეტის წევრად და აგრეთვე ერთს ხანს საქ. მედსანშრომის საექიმო სექციის წევრადაც.

ექ. მი. მ. ლამბარაშვილი, როგორც უფროსი ცნობილია თავისი სამართლიანობით და საქმის კარგი ცოდნით, როგორც ამხანაგი, მისი კარგი ადამიანობით და კეთილი გულით და ამიტომ ყველა თავის თანამშრომელსა და ნაცნობ ექიმთა შორის დამსახურებული აქვს სიყვარული და პატივისცემა.

ჯანსაბკომის მოამბე

ორთვიური სამეცნიერო ჟურნალი საქართველოს ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატისა.

1929 წ.

წელიწადი მერვე

1929 წ.

პერიოდული გამოცემა ქართულ და რუსულ ენებზე ჯანმრთელობის სახალხო კომისარი გ. რ. კუჭაიძის, სამეცნიერო საბჭოს მდივნის პროფ. ა. ნათი შვილის და ექვ. წერეთლის რედაქციით, ტფილისის სახელმწიფო უნ. პროფესორების, ასისტენტების, ორდინატორების და სხვა ექიმების უახლოესი მონაწილეობით.

უზანალის განყოფილებაში: თეორული და კლინიკური მედიცინა, სოციალური მედიცინა, რეფერატები, ავტორეფერატები, რეცენზიები, ექიმთა ყრილობების, საექიმო საზოგადოებათა და სხვა საექიმო დაწესებულებათა ანგარიშები, ღვეკრებები, დადგენილებები და განკარგულებები, ქრონიკა.

ხელისმოწერის ფასი 1 წლით 12 მან.

ცალკე ნომერი 2 მან. 50 კაპ.

წლიურ ხელისმოწერის შეუძლია გადაიხადოს ხელისმოწერის ფასი ოთხ ვადაზე: ხელისმოწერის დროს, 1 მარტს, 1 ივნისსა და 1 სექტემბერს სამ-სამი მან.

წლიურ ხელისმოწერით დაურიგდებათ უფასოდ: 1) 1928 წლის „ჯანსაბკომის მოამბე“-ს ყველა ნომერი, 2) მეოთხე საკავშირო ტუბერკულოზური ყრილობის რეზოლუციები, 3) წიგნაკი: „დედათა და ბავშვთა დაცვა“.

რედაქციისა და ხელისმოწერის მისამართი: ტფილისი, ძნელადის ქუჩა, 30, ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატი. „ჯანსაბკომის მოამბე“-ს

Год издания

XXV

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

Год издания

XXV

Н А

„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

В 1929 г.

Издание О-ва Врачей при Казанском Гос. университете: Орган Медицинского Факультета Каз. Гос. Университета и Казанского Гос. Института для усовершенствования Врачей им. В. И. ЛЕНИНА.

В 1929 г. Журнал будет выходить, как и в 1928 г., ежемесячно книжками не менее 7 печатных листов (112 стр) каждая, по РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ и будет состоять из следующих основных отделов: Теоретической и Клинической Медицины, Социальной Медицины и профилактики, казуистики, обзоров, рефератов, рецензий, отчетов о с'ездах и заседаниях, хроники, вопросов и ответов и т. д. Наконец годовые и полугодовые подписчики получают бесплатные приложения: «МЕДИЦИНСКИЕ МОНОГРАФИИ».

Подписная плата: на год (12 №№) 6 руб., на 1/2 г. (6 №№)—3 р. 50 к. Годовые подписчики при обращении непосредственно в Редакцию пользуются рассрочкой в 2 срока (при подписке и к 1 Июня по 3 руб.) и 3 срока (по 2 руб. при подписке, к 1 Апреля и 1 Августа).

Требования и деньги направлять: г. КАЗАНЬ. Редакция „Казанского Медицинского Журнала“. Подробные проспекты бесплатно.

სრულიად საქართველოს ექიმთა მე VI სამეცნიერო კონგრესის მომწვევ საორგანიზაციო ბიუროსთან შეთანხმებით ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქცია შეუდგა ბეჭდვას და ჟურნალის წლიურ ხელის მომწერთ უფასოთ დაურიგდებათ ცალკე დამატებათ.

სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-V სამეცნიერო კონგრესის ურომეზი

რომელშიც უფვა მოხსენებები სპაკოზხამო საკითხებზე

- I. კონგრესის გახსნის დღე
- II. კუქის წყლულის კლინიკა და თერაპია
- III. კოლიტების ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია
- IV. საქართველოს მოსახლეობის მოძრაობა
- V. ჩიყვი აჭარაში

მოხსენებები არა სპაკოზხამო საკითხებზე დაიბეჭდება თანდათანობით ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ში.

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელის მომწერთა უჩუადსალეზად

ჟურნალის საქმეების გამო და რედაქციასთან ახლო კავშირის დასაქერად აშხანაგებმა უნდა მიმართონ ჩვენს შემდეგ წარმომადგენლებს—ექიმებს:

ტფილისში: ს. მდივანს (ქალაქის I კლინიკური ინსტიტუტი), გ. დიდებულიძეს (ქალაქის პირველი საავადმყოფო), ა. უსტიაშვილს (სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი), ი. ტატიშვილს (პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი), ს. ანდერევიასს (ფიზიკური მეთოდებით მკურ ალობის ინსტიტუტი), ლ. ანთაძეს (ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტი), ა. გოცირიძეს (საქ. ჯანსაჯომისარიატი), კ. ტყეშელაშვილს (რკინის გზის საავადმყოფო), ი. გაჩეჩილაძეს (სოციალური ჰიგიენის ინსტიტუტი), ა. ჟღენტს (საქართველოს ექიმთა საზოგადოება), ა. ძიძაძეს (საქართველოს წითელი ჯვარი), მ. ქალიძეს (ა. კ. რკინის გზის სამმართველო), მ. ტყემალაძეს (ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის ინსტიტუტი), ს. ჯანყარაშვილს (ქალაქის ჯამრთელობის განყოფილება), მ. გეგელაშვილს ქართული სამხედრო ნაწილები), პ. მგალობლიშვილს (დერმატოლოგიური და ვენეროლოგიური ინსტიტუტი), სტუდენტის ი. გოგუას (სამქ. ფაკ. III კურსი).

ტფილისის გარეშე: დ. ჩეჩელაშვილი (ქუთაისი, ჭავჭავაძის ქ. 4), შ. თაქთაქიშვილს (ზესტაფონი, საავადმყოფო), გ. ხეჩინაშვილს (ლენინგრადი, ვოლოდარსკის პროსპექტი, 46, ბ. 7.), ვ. მაქაცარიას (ბათომი, ჯაფარიძის ქ. 23), შ. მირიანაშვილს (გურჯაანი), შ. მთვარელიძეს (გორი, ავ. წერეთლის ქ. მამიხვიის სახლი), ლ. დუნდუას (ახალსენაკი).