



74

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

## XI, XII

### ნომბერი, დეკემბერი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. გ. ჟღენტი, პროფ. შ. შიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი).

თბილისი—1929



შუკრალ „თანამედროვე მედიცინა“ს ხელისმომწერთა სია

|  |        |   |
|--|--------|---|
| 139. მკედლიძე ნიკოლოზ,                       | ექიმი. | ტფილისი, კლ. ცეტკინის ქ. 116.                       |
| 140. ბერუქიანი ვასილი,                       | „      | „ ლენინის ქ. 24.                                    |
| 141. კოჩინვეი კონდრატე,                      | „      | „ კოლაგრაიციის ქ. 13.                               |
| 142. ოქროპირიძე ბესარიონი,                   | „      | „ ა. ჯორჯიაშვილის ქ. 6.                             |
| 143. კავილაძე პავლე,                         | „      | „ კალინინის ქ. 58.                                  |
| 144. ჯაფარიძე ნიკოლოზ,                       | „      | „ ორბელიანის ქ. 32.                                 |
| 145. მაღალაშვილი ალექსანდრე,                 | „      | „ ყორღანიკის ქ. 12.                                 |
| 146. ფალიაშვილი ანტონ,                       | „      | „ ორჯონიკიძის ქ. 20.                                |
| 147. კვანტალიანი ილია,                       | „      | „ პლენაშვილის გამზ. 124.                            |
| 148. წერეთელი სოლომონ,                       | „      | „ აგურის შეს. 16.                                   |
| 149. თვარაძე აკაკი,                          | „      | „ ძნელაძის ქ. 5.                                    |
| 150. შიშკაშვილი ოლღა,                        | „      | „ ლენინის ქ. 62.                                    |
| 151. ხუციშვილი მარიამი,                      | „      | „ გუნბის ქ. 26.                                     |
| 152. ფალიაშვილი ნიკოლოზ,                     | „      | „ ბაქრაძის შეს. 10.                                 |
| 153. ფალავა ლევანი,                          | „      | „ კლ. ცეტკინის ქ. 148.                              |
| 154. შაც მინა,                               | „      | „ კლ. ცეტკინის ქ. 58.                               |
| 155. გუდიაშვილი ვახტანგი,                    | „      | „ სადგურის ქ. 10. კლ. ცეტკ. ქ. 174.                 |
| 156. აბულაძე სარა,                           | „      | „ კურსანტების შეს. 9.                               |
| 157. მირიანაშვილი ბაგრატი,                   | „      | „ ორჯონიკიძის ქ. 74.                                |
| 158. ტყეშელაშვილი კონსტანტ.                  | „      | „ ბელგის ქ. 1.                                      |
| 159. სულხანიშვილი ოლღა.                      | „      | „ კლ. ცეტკინის ქ. 23.                               |
| 160. თოფურაძე-ფანიფისა მარიამ,               | „      | „ დუმბაძის ქ. 10.                                   |
| 161. კალანდარიშვილი მოსე, მედიცინის დოქტორი, | „      | „ ლენინის ქ. 3.                                     |
| 162. ტიტინიძე იოსებ,                         | ექიმი  | „ მექვეთა ქ. 29.                                    |
| 163. ბაქრაძე აკაკი,                          | „      | „ მეტეხის აღმ. 3.                                   |
| 164. ტატიშვილი თამარი,                       | „      | „ ნატაბტარის ქ. 12.                                 |
| 165. ალექსიძე ალექსანდრე,                    | „      | „ ჯულაშვილის ქ. 10.                                 |
| 166. სანაძე მარიამი,                         | „      | „ რუსთაველის გამზ. 35.                              |
| 167. გიგოლაძე მიხეილი,                       | „      | „ ჯულაშვილის ქ. 10.                                 |
| 168. ბაქრაძე მარიამი,                        | „      | „ ორჯონიკიძის ქ. 13.                                |
| 169. ჯანდიერი ნიკო,                          | „      | „ ლენინის ქ. 47.                                    |
| 170. კვებორელი-კობაძე ვეგენია,               | „      | „ კახეთის ქ. 20.                                    |
| 171. ჯავახიშვილი იოსებ,                      | „      | „ გუდაურის ჩიხი, 4.                                 |
| 172. ჩარეკიშვილი გრიგოლი,                    | „      | „ მაღაკანის ქ. 46.                                  |
| 173. ნემსაძე ეკატერინე,                      | „      | „ პეტრიაშვილის ქ. 20.                               |
| 174. ხვედელიძე ვლადიმერი,                    | „      | „ კალინინის ქ. 88.                                  |
| 175. ცინცაძე ევტახი,                         | „      | „ მექვეთა ქ. 11.                                    |
| 176. კიკალაძეშვილი პოლიფექტი,                | „      | „ ლენინის ქ. 3.                                     |
| 177. უშვერიძე ანდრო,                         | „      | „ არსენალოს ქ. 16.                                  |
| 178. ნაცვლიშვილი გიორგი,                     | „      | „ ლენინის ქ. 10.                                    |
| 179. შავთვალიშვილი რუსუდანი,                 | „      | „ სომხის ბაზარი, 33.                                |
| 180. თუმანიშვილი ალექსანდრე,                 | „      | „ ბათომი, კამოს ქ. 29.                              |
| 181. ხამბარაძე ვლადიმერი                     | „      | „ მაჩხაანი, კახეთის ოლქი, მირზაანის<br>სამკ. წერტი. |





# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამეურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ცფილისის უნივერსიტეტის სამეურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ შუამავთა ორგანო

XI, XII

ნომბერი, დეკემბერი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ელენტი, პროფ. შ. შიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი).

თბილისი—1929



4/630



ყოველთვიური სამეცნიერო-სამკურნალო ჟურნალი

# თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის

მეცნიერ მუშაკთა ოკრგანო

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

Ежемесячн. научно-врачебный журнал

## ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Organ научных работников Медицинского факультета Тифлисского Гос. университета № 11-12. 1929 г. Ноябрь, Декабрь  
Редакционная коллегия: Проф. А. Н. Натишвили, проф. В. К. Жгенти, проф. Ш. А. Микеладзе, пр.-доц. М. Ф. Мгалобели, ассистенты: З. Майсурадзе, 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.

## THANAMEDROVE MÉDICINA

Journal médical géorgien.

№ 11-12. 1929 Novembre, Decembre  
Comité de Rédaction: prof. A. Nathichvili, prof. V. Jghenti, prof. Ch. Mikeladze, prof. agrége M. Mgalobeli, Z. Maïssouradze, P. Kavtharadzé, J. Aslanichvili (Secrétaire dela Rédaction).

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

|  |     |
|--|-----|
| 1. Е. Шаламберидзе. Проф. И. Е. Тиканадзе . . . . .  | 661 |
| 2. Проф. И. Г. Кутателадзе. О рациональном способе прописывания и приготовления некоторых лекарственных форм . . . . .   | 681 |
| 3. Г. И. Матешвили. К вопросу об опухолях средостения . . . . .  | 694 |
| 4. Проф. Г. М. Мухадзе и М. И. Кокочашвили. Авертиновый наркоз и наблюдения Госпитальной хирургической клиники Тиф. Гос. Ун-та об нем . . . . .                            | 704 |
| 5. Г. А. Лордкипанидзе. Ценность пирамидонной реакции для определения кровоизлияния в брюшной полости, в связи с нарушенной внематочной беременностью . . . . .            | 717 |
| 6. К. Нароучвили. Изменение количества холестерина в крови у беременных и родильниц и его значение . . . . .   | 733 |
| 7. А. Имерлишвили. Рентгенодиагностика hernia mediastinalis . . . . .  | 740 |
| 8. Проф. С. Н. Кипшидзе и П. П. Кавтарадзе. Распространение эпидемического энцефалита в Грузии по материалам нервной клиники . . . . .                                     | 744 |
| 9. Г. Зедгинидзе. Рентгенология в одонтологии с точки зрения социальной гигиены . . . . .  | 745 |
| 10. И. А. Асланишвили. В обществе врачей Грузии . . . . .  | 749 |
| 1. E. Chalamberidze Prof. I. Thikanadze . . . . .  | 661 |
| 2. Prof. I. Kuthatheladze. Ueber rationelles Verschreiben und Zusammensetzen einiger Medicamentenformen . . . . .  | 681 |
| 3. G. Mathechvily. Au sujet des tumeurs mediastinales . . . . .  | 694 |
| 4. Prof. G. Mchadze u. dr M. Kokotchaschwili. Avertinnarkose und Beziehungen chirurgischen Hospitalklinik zu ihn . . . . .   | 704 |
| 5. G. Lordkipanidze. La valeur de la réaction à pyramidon pour le décélement de l'haemorrhagie intraabdominale au cours de la grossesse extrauterinne . . . . .            | 717 |
| 6. C. Narouchvili. Changement du dosage de la cholesterine dans sang chez les 29 femmes dans la periode de la grossesse et chez les accouchees et son importance . . . . . | 733 |
| 7. S. Imerlischvili. Beitrag zur Röntgendiagnnstik der Hernia mediastinalis nach dem Anlegen der Künstlichen Pneumothorax . . . . .  | 740 |
| 8. Prof. S. Kipchidze et P. Kavtaradze. L'épidemie de l'encéphalite en Georgie . . . . .   | 749 |

# ს ა რ ჩ ე ვ ი

83-

|       |  |     |     |
|-------|--|-----|-----|
| I.    | 1. ე. შალამბერიძე. პროფესორი ივ. თიკანაძე . . . . .  | 661 |     |
| II.   | <b>თეორიული და კლინიკური მედიცინა.</b>   |     |     |
|       | 2. პროფ. ი. ქუთათელაძე. ზოგიერთ სამკურნალწამლო ნივთიერებათა რაციონალურად გამოწერის და მომზადების შესახებ . . .                                     | 668 |     |
|       | 3. გ. მათეშვილი. შუასაყარის სიმსინეების საკითხისათვის . . .  | 683 |     |
|       | 4. პროფ. გ. მუხაძე და მ. კოკოჩაშვილი. ავერტინის ნარკოზი და ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის შთაბეჭდილებანი ამ ნარკოზის შესახებ . . . . .            | 695 |     |
|       | 5. გ. ლორთქიფანიძე. პირამიდონის რეაქციის ღირებულება მუცლის ღრუში ჩაღვრილ სისხლის ამოსაცნობად დარღვეულ ექტოპიურ ორსულობასთან დაკავშირებით . . . . . | 706 |     |
|       | 6. კ. ნაროუშვილი. ქოლესტერინის ცვალებადობა ორსულთა და მელოგინეთა სისხლში და მისი მნიშვნელობა . . . . .   | 719 |     |
|       | 7. ს. იმერლიშვილი. Hernia mediastinalis პნევმოტორაქსის წარმოების დროს . . . . .  | 735 |     |
| III.  | <b>საზოგადოებრივი მედიცინა.</b>  |     |     |
|       | 8. პროფ. ს. ყიფშიძე და პ. ქავთარაძე. ეპიდემიური ენცეფალიტის გავრცელება საქართველოში კლინიკის მასალების მიხედვით . . . . .                          | 741 |     |
| IV.   | <b>მიმოხილვა.</b>  |     |     |
|       | 9. გ. ზედგინიძე. რენტგენოლოგია ოდონტოლოგიაში სოციალური პიგიენის თვალსაზრისით . . . . .   | 745 |     |
| V.    | <b>ანგარიშები.</b>   |     |     |
|       | 10. ი. ასლანიშვილი. საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში . . .   | 749 |     |
| VI.   | <b>რეფერატები.</b> . . . . .   |     | 761 |
| VII.  | <b>ბიბლიოგრაფია</b> . . . . .  |     | 763 |
| VIII. | <b>ქრონიკა.</b> . . . . .  |     | 765 |



## ქურნალში თანამშრომლობის სურვილი განაცხადეს:

აბაკელია ი. დოც., ალადაშვილი ალ. პროფ., ამირეჯიბი ს. პროფ., ასათიანი მ. დოც., ასპისოვი ნ. დოც., ბურგსდორფი ვ. პროფ., ვარაზი ვ. პრ.-დოც., ვირსალაძე სპ. პროფ., თიკანაძე ი. პროფ., ელიავა გ. ელიაშვილი ივ., ერისთავი კ. პრ.-დოც., მახვილაძე ნ. პრ.-დოც., მაჭავარიანი ა. პროფ., მგალობელი მ. პრ.-დოც., პიჭელაძე შ. პროფ., მოსეშვილი ვ. პროფ., მუსხელიშვილი ვ., მუხაძე გ. პროფ., ნათიშვილი ალ. პროფ., ქლენტი ვ. პროფ., საყვარელიძე ს. პრ.-დოც., ქუთათელიაძე ი. პროფ., ჩაჩხიანი კ. პროფ., (ნიენი ნოვეოროდი), უგრელიძე მ., ლამბარაშვილი გ. პროფ., ლოლობერიძე ბ. დოც., ყიფშიძე ს. პროფ., ცეცხლაძე ვლ. პრ.-დოც., წინამძღვრიშვილი მ. პროფ., წულუკიძე ალ. დოც., ჯანელიძე ი. პროფ., (ლენინგრადი).

## ქურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელის მომხრეთა ქურალსაღებად

ქურნალის საქმეების გამო და რედაქციასთან ახლო კავშირის დასაქვრად ამხანაგებმა უნდა მიმართონ ჩვენს შემდეგ წარმომადგენლებს—ექიმებს:

ტფილისში ს. მდივანს (ქალაქის 1 კლინიკური ინსტიტუტი), გ. დიდებულძეს (ქალაქის პირველი საავადმყოფო), ა. უსტიაშვილს (სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი), ი. ტატიშვილს (პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი), ს. ანდერევისას (ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის ინსტიტუტი), ლ. ანთაძეს (ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტი), ა. გოცირიძეს (საქ. ჯანსაჯომისარატი), კ. ტყეშელაშვილს (რკინის გზის საავადმყოფო), ი. გაჩეჩილაძეს (სოციალური ჰიგიენის ინსტიტუტი), ა. ქლენტს (საქართველოს ექიმთა საზოგადოება), ა. ძიძაძეს (საქართველოს წითელი ჯვარი), მ. ქალძეს (ა. კ. რკინის გზის სამმართველო), მ. ტყემალაძეს (ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის ინსტიტუტი), ს. ჯანყარაშვილს (ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილება), მ. გეგელაშვილს (ქართული სამხედრო ნაწილები), პ. მგალობლიშვილს (დერმატოლოგიური და ვენეროლოგიური ინსტიტუტი), გ. რუხაძეს (ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი), სტუდენტს ი. გოგუას (სამკ. ფაკ. III კურსი), ვ. ოთხმეზურს (საქ. წითელი ჯვრის საავადმყოფო, სანაპირო ქ. 5).

ტფილისის გარეშე: დ. ჩეჩელაშვილს (ქუთაისი, ჭავჭავაძის ქ. 4), გ. კახიძეს (ხესტაფონი, საავადმყოფო), გ. ხეჩინაშვილს (ლენინგრადი, ტორგოვია ქუჩა, 15, ბ. 48.), ვ. მაქაცარიას (ბათომი, ჯაფარიძის ქ. 23), შ. მირიანაშვილს (გურჯაანი), შ. მთვარელიძეს (გორი, აკ. წერეთლის ქ. მაშინოვის სახლი), ლ. დუნდუას (ახალსენაკი), ი. ასათიანს (ახალციხე), მ. ვაჩანაძეს (სიღნაღი), პ. ჯაფარიძეს (სოხუმი), ვ. კვერენჩხილაძეს (ს. ნიკორწმინდა—ქვემო რაჭა), ს. საკანდელიძეს (ს. ლები—მთის რაჭა).

# ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს 1929 წლის

## ს ა რ ჩ ე ვ ი

### I. ბიოგრაფიები:

|  |        |
|--|--------|
| 1. ერისთავი კ. პროფესორი ნ. კახიანი . . . . .          | 83-153 |
| 2. ლორთქიფანიძე ვ. ექიმი ზაქარია ზუბალაშვილი . . . . . | 647    |
| 3. მიქალაძე შ. Fernand Vidal'ი . . . . .               | 77     |
| 4. მუხაძე გ. პროფესორი ბილროტი . . . . .               | 345    |
| 5. შალამბერიძე ე. პროფესორი ივ. თიკანაძე . . . . .     | 661    |

### II. თეორიული და კლინიკური მემდინა:

|  |     |
|--|-----|
| 1. ანდრიძე ნ. წყალტუბოს აკრატოთერაპია და სისხლის წნევის ცვლილება და აბაზანების შემდეგი რეაქცია მათი ზეგავლენით. . . . .                            | 15  |
| 2. ახვლედიანი ა. თირკმელის კანქვეშა დაზიანების კაზუსტიკისათვის. . . . .  | 347 |
| 3. ბუაჩიძე პ. რეკლინგპაუზენის დაავადების სიმპტომატოლოგიისათვის. . . . .  | 602 |
| 4. გეგეჭკორი ნ. ლიპოლიტიური ფერმენტის მდგომარეობა წითელათი დაავადებულ ბავშთა და მოზრდილთა სისხლის შრატში . . . . .                                 | 540 |
| 5. გიგინეიშვილი — ნანეიშვილისა დ. Farreus'ის რეაქციის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა გინეკოლოგიაში. . . . .   | 559 |
| 6. დემეტრაძე ნ. ლავიწქეშა არტერიის და ვენის ერთდროული გადასვენა ანევრიზმის გამო . . . . .  | 409 |
| 7. დემეტრაძე ნ. შუასაძვდის ნერვის ანომალიური დატოტიანება კისრის მიდამოში . . . . .   | 83  |
| 8. დიდებულაძე გ. გასტრიული ტეტანის საკითხისათვის. . . . .  | 89  |
| 9. ერისთავი კ. გულის ქრილობა და მისი მკურნალობა. . . . .   | 102 |
| 10. ერისთავი კ. თავის ტვინის წყალმანკის ოპერატიული მეთოდების შედარებითი შეფასება. . . . .  | 279 |
| 11. ზაქარაია ე. ათროპლასტიკის მასალებისათვის . . . . .   | 179 |
| 12. იმერლიშვილი ს. Hernia mediastinalis პნემოტორაქსის წარმოების დროს. . . . .  | 735 |
| 13. იმნაიშვილი ე. ქრონიკული ინვაგინაციის შემთხვევა. . . . .  | 610 |
| 14. კოკოჩაშვილი მ. და მუხაძე გ. კლინიკური დაკვირვებანი აეერტინის ნარკოზის შესახებ. . . . .   | 695 |
| 15. ლორთქიფანიძე გ. პირამიდონის რეაქციის ღირებულება მუცლის ღრუში ჩაღვრილ სისხლის ამოსაცნობად დარღვეულ ექტოპიურ ორსულობასთან დაკავშირებით . . . . . | 706 |

16. მათე შვილი გ. შუასაყარის სიმსივნეების საკითხისათვის. . . . . 683
17. მათია შვილი გ. გულის პირველადი სიმსივნეების მოძღვრებისათვის  
*Myxoma endocardii atrii sinistri*'ს შემთხვევა . . . . . 529
18. მალაევი ა. ზემო კიდურის სისხლის ძარღვების ანომალიის შემ-  
 თხვევა. . . . . 416
19. მაქაცარია ე. ჭიაყელა ნაწლავის დაავადების ოპერატიული მკურნა-  
 ლობა ბათომის მთავარი საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილე-  
 ბის მასალის მიხედვით. . . . . 615
20. მაქაცარია ვ. ზურგის ტვინის ანესტეზიის 1600 შემთხვევა . . . . . 355
21. მგალობელი მ. წყალტუბოს წყლების გაგლეხა საკვერცხის ჰორმო-  
 ნალურ ფუნქციაზე . . . . . 461
22. მესტია შვილი გ. კლინიკური შეფასება საქართველოს ბაქტერი-  
 ოლოგიური ინსტიტუტის ტუბერკულინისა შედარებით კოხის ალტ-  
 ტუბერკულინთან . . . . . 544
23. მუსხელი შვილი ვ. *Dacryo — cysto — rhinostomia externa* . . . . . 188
24. მუხაძე გ. კარდიორაფიის მეორე შემთხვევა . . . . . 450
25. მუხაძე გ. და კოკოჩა შვილი მ. კლინიკური დაკვირვებანი  
 ავერტინის ნარკოზის შესახებ. . . . . 695
26. მუხაძე გ. შარდსაწვეთების გადანერგვა ნაწლავში, მისი შედეგები,  
 გართულებები და მათი საწინააღმდეგო ზომები. . . . . 163
27. ნათი შვილი ა. მეკელის დივერტიკულის დახშული ფორმა და მისი  
 ვასკულარიზაცია. . . . . 156
28. ნაროუ შვილი კ. ქოლესტერინის ცვალებადობა ორსულთა და მე-  
 ლოგინეთა სისხლში და მისი მნიშვნელობა. . . . . 719
29. ოდიშარია ს. კვერცხსაგლის მდგომარეობის გამოკვლევა *Metro-  
 Salpyngographia*'ს საშვალებით. . . . . 565
30. ოდიშარია ს. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ნორმალური და  
 პათოლოგიური საშვილოსნოსი. . . . . 112
31. პარკაძე-მისაბი შვილისა მ. და ქავთარაძე პ. თვალის  
 კაკლების ნაძალადევი მოძრაობანი ეპიდემიური ენცეფალიტის შემ-  
 დეგ მიმდინარეობაში . . . . . 569
32. პარმა ი. მწვავე მიელოზის შემთხვევა. . . . . 421
33. ელენტი ა. *Fasciola hepatica* აღმოჩენა საქართველოში. . . . . 1
34. რუხაძე ა. და ყიფშიძე ს. სიმპათიკური ნერვული სისტემის  
 ტონუსის მდგომარეობა კიდურების ზოგიერთ დაავადებათა მიმდი-  
 ნარეობაში. . . . . 430
35. ტატი შვილი ი. *Situs viscerum inversus*-ის საკითხისათვის. . . . . 265
36. უსტია შვილი ა. ერითროციტების დალექვის რეაქცია გინეკოლო-  
 გიური დაავადებათა მიხედვით. . . . . 298
37. ფავლენი შვილი გ. სიმსივნეების შედარებითი პათოლოგიისათვის. . . . . 593
38. ფიფია ე. ცხვირის პლასტიკის საკითხისათვის . . . . . 290
39. ქავთარაძე პ. და პარკაძე-მისაბი შვილისა მ. თვალის  
 კაკლების ნაძალადევი მოძრაობანი ეპიდემიური ენცეფალიტის შემ-



დღე მიმდინარეობაში . . . . . 569

40. ქავთარაძე პ. წყალტუბოს აბაზანების მოქმედება ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე. . . . . 27

41. ქორჭაშვილი გ. თვალის კაკლის დაზიანების იშვიათი შემთხვევა გართულებული ტეტანუსით. . . . . 30

42. ქუთათელაძე ი. ზოგიერთ სამკურნალწამლო ნივთიერებათა რაციონალურად გამოწერის და მომზადების შესახებ. . . . . 668

43. ყიფშიძე ს. და რუხაძე ა. სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა კიდურების ზოგიერთ დაავადებათა მიმდინარეობაში. . . . . 430

44. ცინცაძე ე. დიაბეტის სინტალინით მკურნალობის საკითხისათვის. 199

45. ხუნდაძე ს. ორხიდოპექსია თუ ორხიდოლოზისი? . . . . . 552

46. ჯავახიშვილი დ. ერთორციტების დალექვის რეაქცია სახსრების სხვადასხვა დაავადების დროს და მისი ცვალებადობა ტალახით მკურნალობის შემდეგ . . . . . 7

47. ჯავახიშვილი დ. რევმატიზმი საქართველოში და მასთან ბრძოლის საკითხი. . . . . 367

**III. საზოგადოებრივი მედიცინა:**

1. ასლანიშვილი ი. ჩიყვის ახალი კერები საქართველოში. . . . . 119

2. ზურაბაშვილი ა. მასალები კახეთის და გურიის მოსახლეობის ფიზიკური კონსტიტუციისათვის. . . . . 311

3. კობალაძე ი. ყოფითი სიფილისი აჭარისტანის სოფლებში. . . . . 628

4. პარმა ი. სურსათის ფალსიფიკაციის საკითხისათვის ქ. ტფლისში . 33

5. ქავთარაძე პ. და ყიფშიძე ს. ეპიდემიური ენცეფალიტის გავრცელება საქართველოში კლინიკის მასალის მიხედვით. . . . . 741

6. ლოდობერიძე ბ. აბორტების ლეგალიზაციის შედეგები ქ. ტფლისში. . . . . 479

7. ყიფშიძე ს. და ქავთარაძე პ. ეპიდემიური ენცეფალიტის გავრცელება საქართველოში კლინიკის მასალების მიხედვით . . . . 741

8. ხმალაძე ა. საქართველოს ნავსადგურებში სატვირთავ მუშაობის პირობები ძლიერი ქარის და წვიმების დროს . . . . . 621

**IV. უნივერსალი პრაქტიკიდან:**

1. დუნდუა ლ. იშვიათი შემთხვევა თავის ტვინის ტყვიით დაჭრისა, რომელიც დამთავრდა ავადმყოფის მორჩენით . . . . . 375

**V. მიმოხილვა:**

1. ანდრეევისა ს. აქტუალური რეაქციის მნიშვნელობა და მისი განსაზღვრის მეთოდი (pH) . . . . . 573

2. ანთაძე ვ. „ქუნთრუშა“-ს სტრუქტოკოკი. . . . . 377

3. ასათიანი მ. პროფესორ ბექტერევის რეფლექსოლოგიური მოძღვრება. . . . . 128

|  |     |
|--|-----|
| 4. დიდებულ იძე გ. თორმეტგოჯა ნაწლავის ზონდაჟის თერაპიული ღირებულება. . . . .   | 50  |
| 5. ზაქარაია ე. სისხლის ძარღვების ავტონომიური ინერვაცია . . . . .   | 44  |
| 6. ზედგინიძე გ. რენტგენოლოგია ოდონტოლოგიაში სოციალური ჰიგიენის თვალსაზრისით. . . . .                                     | 745 |
| 7. მუსხელი შვილი ს. ანაფილაქტიური შოკის მექანიზმი A. Lumiere-ის თეორიით. . . . .   | 132 |
| 8. ნაზარი შვილი გ. ახალი გზები კანის სნეულებათა სხივებით თერაპიაში. . . . .  | 381 |
| 9. ოდიშარია ს. მილწევები რენტგენოდიავნოსტიკის და რენტგენოთერაპიის დარგში. . . . .  | 225 |
| 10. ქლენტი ვ. პათოლოგიურ-ანატომიური 231 აუტოპსიის მოკლე მიმოხილვა. . . . .   | 207 |
| 11. ქლენტი ვ. ტფილისის პათოლოგიურ-ანატომიური მასალის ხასიათის საკითხისათვის. . . . .                                     | 488 |
| 12. ქორქაშვილი გ. თვალის რეფრაქციის და კერძოდ მიაოპიის განვითარების საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა. . . . .            | 583 |
| 13. შიხინაშვილი ნ. თვალის ვაკცინოთერაპია და კერძოდ ფილტრატებით Везредка-ს წესით ქრონიკული ბლენფარიტების წამლობა. . . . . | 321 |

#### VI. ქოჩხაშვილი:

|  |     |
|--|-----|
| 1. აბაკელია ი. მეექვსე საერთაშორისო ტუბერკულოზური ყრილობა. . . . .                     | 384 |
| 2. ბერიძე მ. სრულიად საკავშირო ვენეროლოგთა მესამე ყრილობა ლენინგრადში. . . . .         | 586 |
| 3. მგალობელი მ. სრულიად საკავშირო მეან-გინეკოლოგთა მე-VIII ყრილობა კიევში. . . . .     | 238 |
| 4. მგალობელი მ. სრულიად საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესი ბათუმში. . . . . | 243 |
| 5. ქიქინაძე ი. ექიმთა სამეცნიერო და საზოგადოებრივი წრე „ლენინში“ მედიცინაში“. . . . .  | 391 |

#### VII. ანბარიშვილი:

|  |     |
|--|-----|
| 1. ასლანი შვილი ი. საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში . . . . .                                      | 393 |
| 2. " " " " " " . . . . .   | 500 |
| 3. " " " " " " . . . . .   | 632 |
| 4. " " " " " " . . . . .   | 749 |
| 5. ზურაბაშვილი ა. ექიმ ფსიქიატრთა სამეცნიერო სხდომების „მცირე პარასკეების“ მოკლე ანგარიში. . . . . | 397 |

ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქცია დიდი სიხარულით ულოცავს ღრმად პატივცემულს პროფესორს ივანე თიკანაძეს მისი სამეცნიერო, საექიმო და საზოგადოებრივი მოღვაწეობის 35 წლის თავს და მისი ნაყოფიერი მუშაობისა და დამსახურების აღსანიშნავად სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა სახელით უძღვნის მას ჟურნალის ამ ნომერს.





პროფ. ივანე თიჯანაძე.

### აპ. ზალამბერიძე.

სამეანო კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

## პროფესორი ივ. თიკანაძე.

(მისი სამკურნალო, სამეცნიერო და საზოგადოებრივი მოღვაწეობის 35 წლის შესრულების გამო).

პროფ. ივანე ელიშუხის-ძე თიკანაძე დაიბადა 1868 წ. ოზურგეთის მაზრის სოფ. მაკვანეთში, ლარიბი დედ-მამის ოჯახში. მამა ადრე გადაეცვალა და პატარა ივანე და მისი და-ძმები დედის ამარად დარჩნენ. დედამ ყმაწვილი ოზურგეთის სამოქალაქო სასწავლებელში მიიბარა. ამ სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ ივანე შევიდა ქუთაისის კლასიკურ გიმნაზიაში, რომელიც დაამთავრა 1888 წელს.

იმავე 1888 წ. გაემგზავრა პეტერბურგში, სადაც უნივერსიტეტში შესვლას აპირებდა საბუნებისმეტყველო ფაკულტეტზე, მაგრამ რადგან ქუთაისის გიმნაზიის დირექტორს ივანე დაეხასიათებინა, როგორც პოლიტიკურად არა საიმედო პირი, იგი უნივერსიტეტში არ მიიღეს და მისი დოკუმენტები გადაგზავნეს ქანდარმთა სამმართველოში. ივანეს წინადადება მისცეს სატახტო ქალაქიდან დაუყონებლივ გასულიყო. ამის შემდეგ ივ. თიკანაძე გაემგზავრა ვარშავაში, სადაც შევიდა საბუნებისმეტყველო ფაკულტეტზე. ერთი წლის შემდეგ, იგი გადავიდა სამხედრო-სამკურნალო აკადემიაში, სადაც მიიღო ჯერ კერძო და შემდეგ სახელმწიფო სტიპენდია.

აკადემიაში სწავლის დროს ივანემ სხვათა შორის, უკვე სტუდენტობის დროს გადმოაკეთა ქართულ ენაზე Брант-ის სამეცნიერო პოპულიარული შრომა: „პრატყელი ჭიები“, რომელიც დაიბეჭდა ტფილისში 1891 წ.

აკადემიაში ივანე თიკანაძე უკვე მე-V კურსზე მუშაობდა ჰიგიენის ლაბორატორიაში, სადაც პროფ. Шидловский-ის წინადადებით შეუდგა ჩვენებური ღომის ქიმიური შემადგენლობის და საყუათო მნიშვნელობის შესწავლას. შრომა დაიბეჭდა ვაზეთ „Врач“-ში (1894 წ. № 46). მიუხედავად იმისა, რომ ღომი ბევრ ქვეყნებშია გავრცელებული და იხმარება, როგორც საზრდო-სანოვანო, ივანე თიკანაძის შრომა ამ მცენარის ქიმიური შემადგენლობის და სასაზრდო-სანოვანო ღირებულების შესახებ ერთად-ერთია. ამ გამოკვლევით სარგებლობს თავის დიდ სახელმძღვანელოში ისეთი დიდი ჰიგიენისტი, როგორც არის Rubner-ი, როცა ის ეხება სხვადასხვა სანოვანო ქიმიური შემადგენლობის საკითხს.

1894 წ. შემოდგომაზე ივანემ დაამთავრა სამხედრო-სამკურნალო აკადემია. პროფ. Шидловский-მ წინადადება მისცა ივანეს მასთან დარჩენილიყო მის ჰი-



ვიენის კათედრასთან ასპირანტად, მაგრამ ორთავეს ცდამ, რომ ივანე თიკანაძეს სამხედრო სამსახურისაგან თავი დაეხწია, უნაყოფოდ ჩაიარა. ამიტომ იგი იძულებული გახდა სამხედრო სამსახურში შესულიყო და ამოეჩნია სამსახურის ადგილად ერთ-ერთი სამხედრო ნაწილი, რომელიც იდგა მის სამშობლოში, ოზურგეთში.

ივ. თიკანაძე, ვიდრე სამშობლოში გამოემგზავრებოდა, ისარგებლა ხანგრძლივი შვებულებით და თან საგზო ვადებით, დარჩა პეტერბურგში და შეუდგა სადოქტორანტო გამოცდების ჩაბარებას, რაც დაამთავრა 1895 წ. იქვე, პეტერბურგში ყოფნის დროს მუშაობდა „Гаванский родильный приют“-ში დოცენტ Массен-თან (შემდგომში ოდესის პროფესორი). ოზურგეთში ივ. თიკანაძეს საკმაოდ კარგად მოწყობილი 24 საწოლიანი სამხედრო საავადმყოფოში დაუხვდა ლაბორატორია Zeiss-ის მშენიერი მიკროსკოპით. სამსახური მაინც და მაინც მას დიდ დროს არ ართმევდა და ისიც მთელს თავის თავისუფალ დროს ანდომებდა სადისერტაციო თემის შესახებ ლატერატურის შესწავლას და საავადმყოფოს პრაქტიკაში შეხვედრილ ამა თუ იმ მხრივ საინტერესო მასალის გამოყენებას სამეცნიერო მუშაობისათვის. პირველი ორი წლის განმავლობაში სამი პატარა შრომა დაამუშავა და გამოაქვეყნა რუსულ სპეციალურ პრესაში. 1897 წ. თავის ხარჯით გაემგზავრა პეტერბურგში და დაიწყო მუშაობა პროფ. Пастернацкий-ის კლინიკურ ლაბორატორიაში, სადაც დოცენტი Вагнер-ის (შემდეგში პროფ. ჯერ კიევში და შემდეგ მოსკოვში) ხელმძღვანელობით შეუდგა თავის სადისერტაციო შრომის ექსპერიმენტალური ნაწილის დამუშავებას. შრომის დამთავრების შემდეგ იმავე წლის 12 მაისს სამხედრო-სამკურნალო აკადემიაში დაიცვა სათაურით: „Материалы к вопросу о влиянии тиреоидина на усвоение жиров пищи у здоровых людей“ და მიიღო მედიცინის დოქტორის ხარისხი.

დისერტაციის დაცვის შემდეგ ივ. თიკანაძე კვლავ შეეცადა პეტროგრადში დარჩენილიყო, რომ საშუალება ჰქონოდა სამეცნიერო ასპარეზზე მუშაობის, მაგრამ მისმა ცდამ უნაყოფოდ ჩაიარა. დაბრუნდა ოზურგეთში, სადაც ისევ იმ პატარა საავადმყოფოს და კერძო პრაქტიკის მასალით უნდა დაკმაყოფილებულიყო. აქ ივ. თიკანაძე, სხვათა შორის, დროგამოშვებით, რამდენადაც სამსახური ნებას აძლევდა, მუშაობდა უსასყიდლოდ ქალაქის ადგილობრივ ამბულატორიაში და სასულიერო სასწავლებელში. ოზურგეთში დაახლოებით დარჩა თითქმის 9 წელი; ამ ხნის განმავლობაში მის ხელში გაიარა ავადმყოფთა აუარებელმა რიცხვმა. მისი განსაკუთრებული ყურადღება მიიპყრეს სამსახურიდან დროებით დათხოვილებმა, თუ სრულიად განთავისუფლებულმა ჯარისკაცებმა, რომელთაც შემოწმება მას ხშირად უხდებოდა. მათი უმეტესობა ქლეჩით იყო დაავადებული. მან მოახდინა მათი სტატისტიკური აღრიცხვა, თან ისარგებლა რუს-ექიმების დაკვირვებით და დასაბუთებული განცხადება მისცა უფროს ექიმს. იმ განცხადებაში ივ. თიკანაძე საჭიროთ სთვლიდა, რომ აღძრულიყო შუამდგომლობა, რათა საქართველოს მკვიდრ ახალგაზრდობას სამხედრო ბეგარა საქართველოს ფარგლებში მოეხადა, ვინაიდან რუსეთის ცივ ჰავას ყაზარმების პირობებში ისინი ვერ ეგუებოდნენ და ავად ხდებოდნენ.



მიუხედავად სამხედრო ექიმის მოუსვენარი ცხოვრებისა, ივ თიკანაძე მაინც ახერხებდა, შეძლებისდაგვარად, სამეცნიერო მუშაობას. 1897—1902 წ. მან დაიმუშავა და დაბეჭდა 8 შრომა. ამათგან ერთი „Sur les troubles psychiques d'oriugine paludique“ რომელიც ფრანგულ ენაზე: *Soziette des Hopitiaux*—„შია მოთავსეიული. ამ შრომათგან ზოგიერთს დღესაც არ დაუქარგავს მეცნიერული ღირებულება: მაღარიით დაავადების დროს ფსიქოზის წარმოშობა ჩვენშიც და რუსეთშიაც კი პირველად ივ. თიკანაძის მიერ იყო აღნიშნული. ეს შრომა აღნიშნულია ფსიქიატრიის ერთ-ერთ გერმანულ პროფ. ვილგელმ ვეიგანდტის დიდ სახელმძღვანელოში.

1907 წ. ივ. თიკანაძე მიავლინეს სახელმწიფო ხარჯით სამკურნალო აკადემიაში სამეცნიერო მიზნით ორი წლით, სადაც მას ქირურგია უნდა შეესწავლა. მაგრამ ივ. თიკანაძემ ეს დრო უფრო მეანობას და გინეკოლოგიას მოანდომა, იგი შევიდა ორდინატორად ცნობილ პროფ. Лебедев-ის სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკაში. მუშაობდა აგრეთვე როგორც ექსტერნი პროფ. О Г Т-თან კლინიკურ სამეანო გინეკოლოგიურ ინსტიტუტში და პროფ. Попов-თან, რომელიც განაგებდა ადგილობრივ სამხედრო ჰოსპიტალის სამეანო-გინეკოლოგიურ განყოფილებას, პეტერბურგის XII და XXIV სამშობიარო სახლებში დოც. Ширшов-თან. პროფ. Моисеев-თან ივ. თიკანაძე ისმენდა ჰისტო-პათოლოგიურ პრაქტიკულ კურსს, პროფ. Шавловский-სთან ტოპოგრაფიულ ანატომიას, პროფ. Делицын-თან ოპერატიულ ქირურგიას. ერთი წლის განმავლობაში შეთავსებით მუშაობდა პროფ. Федоров-თან ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში, მასვე უსმენდა უროლოგიის პრაქტიკულ კურსს. კლინიკებში ორი წლის მუშაობის დროს ივ. თიკანაძემ დაიმუშავა და გამოაქვეყნა 9 შრომა, პროფ. Лебедев-ის, Федоров-ის, Попов-ის და დოც. Ширшов-ის კლინიკებიდან. ერთი ამ შრომათაგანი, რომელიც საშარდე ბუშტის ტყვიით დაქრას ეხება, გერმანულ ენაზედაც არის დაბეჭდილი.

მივლინების დამთავრების შემდეგ ივ. თიკანაძე დაინიშნული იქნა ტფილისის სამხედრო ჰოსპიტლის უფროს ორდინატორად.

ივანეს ძლიერ ახარებდა, რომ ბოლოს დიდი ვაივაგლახის შემდეგ, მაინც ეღიროსა საქართველოს კულტურულ ცენტრში დაბინავება, ირგვლივ თუმცა მცირე რიცხოვანი, მაგრამ იდეურად მჭიდროთ შეკავშირებული ამხანაგები—ექიმები, შედარებით საკმაოდ ბევრი კულტურული საზოგადო და სამეცნიერო დაწესებულებანი, წერა-კითხვის გამავრცელებელი საზოგადოება, საისტორიო და საეტიმოგრაფიო საზოგადოება, განათლების საზოგადოება თავისი ქალთა სკოლით, კავკასიელ ექიმთა საზოგადოება და აი სხვებთან ერთად ისიც გაება მუშაობაში. საისტორიო საზოგადოებასთან დაარსდა სამკურნალო სატერმინოლოგიო სექცია. ერთ-ერთ ქვე-სექციის თავმჯდომარეობა მას დააკისრეს. მან დააგროვა ბევრი ტერმინები. ამასთან დაკავშირებით მან გადმოაკეთა ქართულად ექიმი Осиповский-ს პოპულარული-სამეცნიერო წიგნი: „Путешествие капли крови“, სადაც ბევრი ტერმინია აღნუსხული. ამ წიგნმა და მის მიერ დაგროვილმა ტერმინებმა საკმაოდ დიდი სამსახური გაგვიწია, როცა ქართული უნივერსიტეტი და სამკურნალო ფაკულტეტი დაარსდა. ივ. თიკანაძემ მუხრვალე



მონაწილეობა მიიღო ქართველ ექიმთა საზოგადოების დაარსებაში. თანამშრომლობდა საბავშვო ჟურნალ „ჯეჯილში“ და „ნაკადულში“, სადაც ათავსებდა პოპულარული ხასიათის სამეცნიერო წერილებს სამკურნალო და საბუნებისმეტყველო დარგიდან. განათლების სკოლაში ივ. თიკანაძე უფასოდ ასწავლიდა ჰიგიენას. იყო ერთ დროს არჩეული საექიმო საზოგადოების თავმჯდომარედ, თავმჯდომარის ამხანაგად და სხვ. როცა ტფილისში უნივერსიტეტი გაიხსნა გ. მუხაძესთან და სპ. ვირსალაძესთან ერთად ქართველ ექიმთა საზოგადოების მიერ არჩეულ იქმნა კომისიაში, რომელსაც დავალებული ჰქონდა ეზრუნა უნივერსიტეტის გამგეობასთან ერთად, სამკურნალო ფაკულტეტის დაარსებისა და მოწყობისათვის. ეს პატივსაცემი დავალება შესრულებულ იქნა და 1918 წელს დაარსდა სამკურნალო ფაკულტეტი. 1919 წ. ივ. თიკანაძე იქნა რეკომენდაციის წესით სამედიცინო კათედრის და კლინიკის გამგედ მოწვეული, შემდეგ ამავე თანამდებობაზე არჩეული იყო კონკურსით.

საბჭოთა ხელისუფლების დროს ივ. თიკანაძე მოწვეული იყო ჯანმრთელობის კომისარიატში დედათა და ბავშვთა დაცვის განყოფილების გამგედ. მან მოახერხა დედათა და ბავშვთა სახლის გახსნა. ამ სახლში გადმოიყვანა მივდებული ბავშვები საბებიო ინსტიტუტიდან, სადაც ბავშვების აუარებელი რიცხვი იხოცებოდა. მისი მეთაურობით ტფილისში გაიხსნა ორი სამშობიარო თავშესაფარი, რომელიც უსახსრობის გამო დაიკეტა, თუმცა მოთხოვნილება ამ დაწესებულებისადმი იყო. პროფ. ივ. თიკანაძემ მოაწყო რამოდენიმე ბავა. მისი თაოსნობით გახსნილ იყო საბებიო ინსტიტუტთან ქალთა და ბავშვთა კონსულტაცია.

1928 წ. პროფ. ივანე თიკანაძე მიწვეულია „Журнал акушерства и женских болезней“ სარედაქციო კოლეგიის მუდმივ წევრად. პროფ. ივ. თიკანაძის სამეცნიერო, საექიმო და საზოგადოებრივი მოღვაწეობა მრავალფეროვანია. ის არ შეიძლება ამ მოკლე ბიოგრაფიულ მიმოხილვით ამოიწუროს. მას აქვს დაბეჭდილი და გამოქვეყნებული მოხსენების სახით 67 სამეცნიერო შრომა ქართულ, რუსულ, გერმანულ და ფრანგულ ენებზე. და, გარდა ამისა, მრავალი პოპულარული ხასიათის სამეცნიერო წერილები და წიგნაკები აქვს გამოქვეყნებული. მოგვყავს აქ მხოლოდ უმთავრესი მისი სამეცნიერო შრომების სია:

1. Итальянское просо „гоми“ (*Setaria Italica*), его химический состав и пищевое значение (из гигиенической лаборатории проф. С. В. Шидловского). Газета „Врач“ 1894 г. № 46.
2. К казуистике поверхностного воспаления роговиды болотного происхождения. „Врач“ 1896 № 29.
3. Случай болотной лихорадки у новорожденного ребенка, осложненной желтухой и паротитом.—Южно-Русск. Медиц. Газета 1897. № 4.
4. Несколько случаев из наблюдений над глазами больными.—„Вестник Офтальмологии“ 1897 № 3-4.
5. Материалы к вопросу о влиянии тиреоидина на усвоение жиров пищи у здоровых людей.—(из Клинич. лабор. проф. Пастернацкого). Диссертация. 1897 г. СПб.
6. К вопросу о болотных душевных забоеваниях.—„Врач“ 1899 № 46-50.
7. Sur les Troubles psychiques d'origine paludique Gazette des hopiteaux“ 1900 № 18.
8. К вопросу о растройствах речи при перемежной лихорадке. „Больничная газета Боткина“ 1901 г.

9. К казуистике ранений глаза. Военно-Акад. Журнал 1898 № 7.
10. К вопросу о морфологических изменениях крови при остеомаляции. „Русск.-Арх. проф. Подвисоцкого“ 1898.
11. Случай множественной мягкой фибромы кожи. Русск. Журн. Кож. и венер. бол.“ 1901 т. II. № 9.
12. К казуистике врожденных пороков сердца. Клинич. журнал 1901 № 12.
13. К лечению столбняка впрыскиваниями мозговой эмульсии. Русск. „Врач 1902 № 35.
14. К вопросу о течении родов подвергшихся горлосечению. (из Акуш. Гинекол. кл. проф. Лебедева)—„Русск. Врач“ 1908 № 43.
15. К вопросу о пубитомии по открытому способу (из XII Ленинградского Родильного Приюта. Зав. доцент. Ширишов. „Практический Врач“ 1909 № 33-34.
16. К лечению ссадин влагалищной части матки Neorhynchom'ом (из Акуш-Гинекол. Отделения при Ленингр. Николаев. Госп. Завед. доцент Попов). „Врачебная газета“ 1909 № 40.
17. Головная водянка с расщеплением позвоночника. (Hydroceph. cum spina bifida) в поперечном положении „Русский Врач“ 1910 № 24
18. К вопросу о совместном заболевании правых придатков матки и червеобразного отростка (из Кл. Проф. Феодорова). „Журнал Акуш. и Жен. бол.“ 1909 № 9.
19. К вопросу хирургическом лечении выпадения матки и рукава по способу Wertheim-Schauta (из клинич. отд. доцента Попова) „Журнал Акуш. и Жен. бол.“ 1909 № 10.
20. К вопросу о хирургическом вмешательстве при огнестрельных ранениях мочевого пузыря (из клиники Проф. Феодорова) Военно-Мед. Журнал, 1910 № 2.
21. Zur Frage der Schussverlertzungen der Harnblase (aus chir. Klin. von prof. Feodoroff), Zeitschrift für Urologie 1909 № 8.
22. Pyelitis gravidarum, как показание к искусствен. прерыванию беременности (из кл. проф. Феодорова) „Журн. Акуш. и Жен. бол.“ 1910.
23. К вопросу о плотных опухолях яичников (Фибромы и аденофибромины) с двумя микроскопич. рисунками (из клин. отдел. доц. Попова) „Русск. Врач“ 1911 № 13.
24. К вопросу об искусствен. паховых грыжах (из Хирург. Отделения Тифлисск. В. Госпит.) „Военно-Медиц. Журнал“ 1913 № 11.
25. მომულოის წინამდებარეობა, ვითარცა საბაზი საკეისრო გაკვეთისა საშოს მზრივ „ეჟიმი“ 1919 № 1—2.
26. შემთხვევა ნაწლავ-საშვილოსნოს ფისტულისა „ეჟიმი“ 1919 № 5—6.
27. მენაობის განვითარება, მისი წარმატება აწმყოში და უახლესი მისწრაფებანი მომავალში. შესავალი ლექცია.
28. შემთხვევა საშვილოსნოში გარეშე სხეულის ჩარჩენისა „ეჟიმი“ 1919 წ. № 5—6.
29. სამეცნიერო ტერმინოლოგიის მასალები ტფილისი 1920 წ.
30. მენაობის მოკლე სახელმძღვანელო (პროფ. პოპოვი და ივ. თიკაბაძის წიგნის ქართული თარგმანი მისი დამატებებით და შესწორებებით). პირველი გამოცემა 1920—22 წ. და მეორე გამოცემა 1927 წელს.
31. შორეული შედეგები უკან გადაღუნულ საშვილოსნოს წამლობისა Doleris-Guilliam — Bordescu-ს წესით. „ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე“ 1923 წ.
32. ცალი კვერცხსავლის ტყუპით ორსულობა. ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის „მოამბე“ 1924 წ. № 6.



33. ნაღლის ბუშტის კენჭების გამო ქირურგიული ჩარევისათვის. „თანამედროვე მედიცინა“ 1925 წ. № 3—4.

34. საშოს თანდაყოლილი უქონლობა და მისი ხელოვნურად შექმნა Amann-ის წესით. „ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე“ 1925 წ.

35. Das angeborene Fehl der Vagina und ihre kunstliche Herstellung nach der Methode von Amann. Zentralbl. für Gynekologi 1926. № 9.

36 მუცლის მოწვევტა სამკურნალო და საზოგადოებრივი თვალსაზრისით „თანამედროვე მედიცინა“ 1925 წ. № 1.

37. აბორტი სახელმწიფოებრივი თვალსაზრისით „თანამედროვე მედიცინა“ 1926 წ. №11-12.

38. რენტგენის სხივების გამოყენება მენარბაში. „თანამედროვე მედიცინა“ 1926 წ. № 5-6.

39. მენარბის კურსი ფანტომზე-კრონიგისა თარგმანი პროფ. თიკანაძის რედაქციით. ტფილისის უნივერსიტეტის გამოცემა. 1926 წ.

40. სიფილისი და ორსულობა. „თანამედროვე მედიცინა“ 1926 წ. № 1—2.

41. Abort с общегосударственной точки зрения. Доклад 1 Украинск. с'езду Акуш. и Гинекол. დაბეჭდილია კონგრესის შრომებში.

42. Отдаленные результаты лечения загибов матки кзади по способу Doleris-Guilliam. Доклад 1 Украинск. С'езду Акуш. и Гинеколог., напечатано там же.

43. Les resultats éloignés du traitement des retrodéviation de l'uterus par le procedé de Doleris Guilliam. Gynekol. et Obstetrique. 1929.

44. პირამიდონის რეაქცია საშვილოსნოს გარეშე შეწვევტილ ორსულობის გამოსაცნობად. მოხსენდა ქართვ. ექიმთა საზოგადოებას, 1927. წ.

45. ნორმალური კვერცხსაელის შეგრეზისათვის „ჯანსაღკამის მოამბე“ 1929 წ. № 1—2.

46. ატონიური სისხლის დენა და მასთან ბრძოლის საშუალებანი. მოხსენდა ქართვ. ექიმთა მეტუფე ყრილობას 1929 წ. (იბეჭდება ცალკე წიგნად).

47. К вопросу о борьбе с послеродовыми атоническими кровотечениями при посредстве влагалищного ушемления маточных артерий.

Журн. Ак. и Жен. бол. 1929 г. № 4.

დიდი ღვაწლი მიუძღვის პროფ. ივ. თიკანაძეს სამეანო კლინიკის მოწყობაში და სათანადო დონეზე დაყენებაში.

ის ფაქტი, რომ ამ 10 წლის განმავლობაში სამეანო კლინიკიდან 50-მდე მეცნიერული შრომა გამოსული, აშკარად მოწმობს ამ კლინიკის მეთაურის დიდ უნარიანობას.

პროფ. ივ. თიკანაძე საუცხოვო და დაუფასებელი პედაგოგი და ხელმძღვანელია. იგი, როგორც მეცნიერი, არ კმაყოფილდება მარტო სამეანო საგნის თეორიული და პრაქტიკული ცოდნით. მას სწყურია ყველა მისი თანამშრომელი უფრო მეტის ცოდნით იყოს აღჭურვილი და მეცნიერულ ღირებულებას წარმოადგენდეს. ამიტომ არ არის ისეთი დღე, რომ თავის თანამშრომელს არ მოაგონოს მისი მოვლევობა. ის მარტო თემის მოცემით და ახსნა განმარტებით არ კმაყოფილდება. თემასთან ერთად აძლევს ლიტერატურულ მასალასაც, რომელიც მოაქვს თავის სახლიდან ან უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკიდან. ასეთი მშობლიური და კეთილი გრძნობით აღჭურვილი ადამიანია ჩვენი პატივცემული პროფესორი ივ. თიკანაძე. ასე თბილად ეპყრობა არა მარტო შტატში მყოფ თანამშრომლებს, არამედ შტატ გარეშე მომუშავეებსაც, რომელთათვის მისი სამეანო კლინიკის კარები ყოველთვის ღიაა. ასეთ მომუშავეთა რიცხვი კლინიკის დაარსებიდან უდრის 43-ს, ხოლო შტატში მყოფ თანამშრომლების რიცხვი კი უდრის 10-ს. არც ერთი მათგანი კლინიკიდან უმაღლური არ წასულა. ყოველ შემ-



თხვევაში, ცხოვრების სინამდვილეში ყველა დიდის მადლობით ოხსენიებს პროფესორ ივ. თიკანაძეს.

როგორც პედაგოგს, ივ. თიკანაძეს თავისი საგანი ძალიან უყვარს და ასეთ სიყვარულს მოითხოვს მის საგნისადმი სტუდენტებისაგანაც. მას შეუძლებლად მიაჩნია, რომ მომავალმა ექიმმა შეანობა არ იცოდეს. ამიტომ არც ერთი მოწაფე, რომელიც არ არის შეანობაში მომზადებული, გამოცდის დროს საკმაო ნიშნებს ვერ მიიღებს. მიუხედავად ამისა, ყველა სტუდენტი, განსაკუთრებით მისი ყოფილი მოწაფეები, ახალგაზრდა ექიმები, მისი დიდი მადლობელი არიან. არა ერთხელ გაგვიგონია ახალგაზრდა ექიმებისაგან: „თუმცა პროფესორი გამოცდის დროს ძალიან „გვწურავს“, სამაგიეროდ მისი საგანი ისე კარგათ ვიცით, რომ ჩვენს დღეში არ დაგვავიწყდება“-ო.

მისი თანამშრომლებისთვის კი პროფ. ივ. თიკანაძე თავის დაუღალავი შრომით და ხასიათის სიმტკიცით ცოცხალი მაგალითია. როგორც კლინიკისტი, ის დიდი ერუდიციის მქონე პიროვნებაა და სამკურნალო დარგის ლიტერატურის საუკეთესო მკოდნეთაგანია. არ არის საკითხი, რომლის შესახებ მან სრულიად ამოწურვილი პასუხი არ მოგცეს, ის ოპერაციის დროს დიდი პედანტია და ამას მოითხოვს თავის თანამშრომლებისაგანაც.

როგორც ადამიანი ი. თიკანაძე თავის სინდისის და რწმენის წინააღმდეგ მის დღეში არ წასულა. იგი მიუღლომელი კაცია. ყველა მას იცნობს როგორც პირდაპირს, გულწრფელს და სპეტაკ ადამიანს.

მართალია, მას შეუსრულდა სამეცნიერო, საექიმო და საზოგადო მოღვაწეობის 35 წელი, მაგრამ პროფ. ივ. თიკანაძე ჯერ სრულიად მხნე და ჯანსაღი ადამიანია და თავისი ახალგაზრდული გატაცებით და შრომის უნარიანობით ყველასათვის მაგალითის მიცემა შეუძლია.

# თეორიული და კლინიკური მედიცინა

პროფ. ი. ძუთათელაძე.

## ზოგიერთ სამკურნალ-წამლო ნივთიერებათა რაციონალურად გამოყენების და მომზადების შესახებ\*)

როდესაც ექიმი წამალს წერილობით აღუნიშნავს ანუ ევრედწოდებულ რეცეპტს უწერს ავადმყოფს და უკანასკნელს მიაქვს იგი აფთიაქში, ავადმყოფი დარწმუნებულია, ანდა უფრო სწორად რომ ვსთქვათ, ავადმყოფს სწამს რომ ექიმმა სათანადოდ გასინჯა იგი, გაითვალისწინა დაავადებულ ორგანიზმის საჭიროება, ამისდამიხედვით გამოწერა წამალი და თუ უკანასკნელს იგი მიიღებს, დაავადებული სხეული გაჯანსაღდება.

ჩამოაშორეთ ეს რწმენა ავადმყოფს და დაინახავთ რომ არც ექიმები იქნება საზოგადოდ საჭირო და არც წამლის მკეთებელი.

აი სწორედ იმისათვის რომ ეს რწმენა დაუბრუნდეს იმ პირთ, რომელნიც საჭიროების დროს მიმართავენ ხოლმე ექიმებს და წამლის მკეთებელთ დახმარებისათვის, საჭიროა, როგორც წამლის გამომწერნი, ისე თვით მისი მომზადებელი იდგნენ სათანადო სიმაღლეზე, პირველი წამლის გამომწერის ხელოვნებისა, ხოლო უკანასკნელი წამლის მომზადების ხელოვნების სათანადოდ ცოდნის მხრივ.

ექიმის მიერ წამლის გამომწერის ხელოვნების ზედმიწევნით ცოდნას დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფისათვის, რადგან წამლის სწორად და მიზანშეწონილად გამოწერისას, იმ შემთხვევაში თუ აფთიაქში შეცდომა არ მოუვიდათ, ავადმყოფი არ მიიღებს ერთი წამლის მაგიერ მეორე წამალს, რა შემთხვევებიც სამკურნალ-წამლო ნივთიერებათა მიზანშეუწონელ შემოკლებით გამოწერასთან არის დაკავშირებული.

მაგალითად გამოწერილი იყო Hydr. chlor; აფთიაქიდან გაუშვეს კალომელი (Calomel seu Hydrargyrum chloratum) საჭირო ყოფილა კი, Chloralum Hydratum.

წამლის სწორად და მიზანშეწონილად გამოწერისას ავადმყოფი აიცილებს თავიდან ევრედწოდებულ ურთიერთ შორის შეუთვისებელ ნივთიერებათა წამლის სახით მიღებას, რაც ექიმის მხრივ ქიმიურ და ფარმაკოლოგიურ ცოდნის აუცილებლობას მოითხოვს.

წამლის შემზადების შინაარსის ანუ წესის გარკვეულად აღნიშვნისას ავადმყოფი უზრუნველყოფილი იქნება იმ მხრივ რომ მიიღებს ყოველთვის საჭირო და ერთი და იმავე კონცენტრაციის წამალს, რასაც დღევანდელ პირობებში ადგილი არა აქვს.

\*) წაკითხულია ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში 27/VI 1929 წ.



მაგალითად გამოწერილია: Rp. Infusi rad. Ipecacuanhae 0,36  
in Decocti Althaeae 90,0  
D. S.

ასეთი შემადგენლობის წამლის მომზადებისას აფთიაქში ღებულობენ ერთ შემთხვევაში იპეკაკუანას ძირების 0,36 გრამს, ხოლო მეორე შემთხვევაში—კი ჯერ ამზადებენ იპეკაკუანას 1 : 400 ნაწილზე გამონაცემს და აქედან ღებულობენ 0,36 გრამს, ესე იგი 400-ჯერ ნაკლებს.

ავილოთ მეორე მაგალითიც. გამოწერილია:  
Solutio Cupri sulfurici 30,0: 150,0  
D. S.

ამგვარად წამლის გამოწერისას ერთ შემთხვევაში აფთიაქში ღებულობენ Cuprum sulfuricum-ის 30,0 გრამს და გამოხდილი წყლის 150,0 გრამს, მეორე შემთხვევაში კი—სწონიან Cuprum sulfuricum-ის 30,0 გრამს და გამოხდილ წყალში მის ვახსნის შემდეგ აპყავთ საერთო წონა 150,0 გრამამდე; ამრიგად ავადმყოფი ღებულობს პირველ შემთხვევისას სითხის 180,0 გრამს, ხოლო მეორისას კი 150,0 გრამს, რაც მასზე მეტად ცუდ შთაბეჭდილებას სტოვებს, რომ აღარ ვილაპარაკოთ იმაზე, თუ როგორ შეიცვლება ასეთ პირობებში თვით თერაპევტული ეფექტიც, რომელსაც ექიმი მოელის.

გარდა აღნიშნულ მიზეზებისა, არსებობს მთელი რიგი სხვა გარემოებანიც, რომელნიც ხელს უწყობენ ცუდი ან და ზოგიერთ შემთხვევაში სრულიად უვარგის წამლის გაშვებას აფთიაქიდან და საჭიროა ყველა ამ ხელის შემშლელ პირობების გაქარწყლება.

სამწუხაროდ ამ მოხსენებაში ჩვენ მოკლებული ვართ შესაძლებლობას შევხვით წამლის გამოწერის ხელოვნებასთან დაკავშირებულ ყველა იმ მხარეების გაშუქებას, რომელნიც იწვევენ არა სათანადო ხარისხის წამლის გაშვებას აფთიაქიდან, ისე როგორც ვერ შევხვებით აგრეთვე აფთიაქში არსებულ მთელი რიგი პირობების გარჩევას, რომელნიც თავის მხრივ, დამოუკიდებლევ ექიმის მიერ გამოწერილ რეცეპტის შინაარსისა იწვევენ ცუდი ან უვარგისი ხარისხის წამლის გაშვებას, რადგან ეს მეტად დიდ დროს მოითხოვდა და დაგვაშორებდა იმ მიზნის მიღწევას, რომელიც დღევანდელი გამოსვლით ჩვენ დავისახეთ.

დღევანდელი ჩვენი გამოსვლის მიზანს შეადგენს მსჯელობა ზოგიერთ ისეთ სამკურნალ-წამლო ნივთიერებათა შესახებ როგორიც არის წყალბადის ზეჟანგი (Hydrogenium hyperoxydatum), ფორმალინი (Formalinum) და ბუროვის სითხე (Liquor Aluminium subacetici seu Aluminium aceticum basicum solutum).

როგორც მოგვხსენებათ არც ერთი ჩემ მიერ დასახელებული სამკურნალ-წამლო ნივთიერება არ წარმოადგენს რაიმე ახალ საშუალებას და ყველამ კარგად იცის თუ რა იგულისხმება მათი სახელწოდებით და რა თვისებების მქონეა თვითიველი. როგორც ცნობილია, სამთავე საშუალება მეტად ხშირად ინიშნება მკურნალობაში და ასეთი ხშირად სახმარი საშუალებანი არც კი უნდა ყოფილიყო მსჯელობის საგნად, მაგრამ სამწუხაროდ არც ერთი სხვა რომელიმე საშუალება არ იწვევს იმდენ გაუგებრობას როგორც ეს სამი ნივთიერება, არც ერთი სხვა რამე საშუალებათა ხსნარები არ კეთდება ისე უცნაურად როგორც დასახელებულე-

ბულების და, ვინაიდან შეგვიძლია ვსთქვათ რომ თითქმის არ არსებობს რეცეპტი აღნიშნულ შენაერთთა შესახებ, რომელიც სწორედ იყოს მომზადებული, ამისათვის გაზედელ თქვენი ყურადღების შეწუხება და მაქვს სურვილი მოვსძებნო საერთო ენა ექიმებსა და აფთიაქებში მომუშავეთა შორის იმ მხრივ, რომ გამოწერილი რეცეპტი იქნეს შემდეგში მიიღვ გასაგები და მაშასადამე ადვილად გასაკეთებელი. ამით დაცული იქნება უპირველესად ყოვლისა ავადმყოფების ინტერესები, შემდეგ კი ექიმებისა და აფთიაქში მომუშავეებისაც.

ჩვენი სურვილია ერთხელ და საბოლოოდ გამომუშავებული იქნეს აღნიშნულ შეერთებათა შესახებ გამოწერის ფორმები და დაკანონდეს როგორც უკანასკნელი, ისე თვით მომზადების წესიც.

აღნიშნულ შეერთებათა შესახებ გაუგებრობა მდგომარეობს იმაში, რომ როდესაც გამოწერილი რეცეპტი შეაქვთ აფთიაქში, უკანასკნელიდან, რეცეპტის შინაარსის გაუგებრობისა გამო, ეკითხებიან ექიმს თუ რა სურს მას მის მიერ გამოწერილ რეცეპტის მიხედვით.

ექიმი სათანადო განმარტების მიცემის მაგიერ ხშირად უპასუხებს: „მე ასე ვწერ მუდამ და აკეთებენ, ალბად თქვენს აფთიაქში ამ წამლის გაკეთება არ იციანო“. ასეთი პასუხის მიღების შემდეგ იმართება აფთიაქში მთელი კამათი შესახებ იმისა აბა და რა სპეციალობის ექიმი: ვენეროლოგი, ოფტალმოლოგი, ქირურგი თუ სხვა და ამის და მიხედვით, სრულებით, უსაფუძვლოდ, აწოდებენ ავადმყოფს ერთი და იმავე შინაარსის რეცეპტის თუნდაც ერთი და იმავე აფთიაქში შეტანისას სულ სხვადასხვა კონცენტრაციის სითხეებს და ზოგიერთ შემთხვევაში თითქმის მარტო გამოხდომილ წყალს.

ხდება ასეთი კუროოზები რომ სუსტ კონცენტრაციის ხსნარების გამოწერისას მზადდება მაგარი ხსნარები და ღიდი კონცენტრაციის ხსნარების გამოწერისას კი—პირიქით სუსტი.

მოვიყვანთ ეგრედწოდებულ წყალბადის ზეჟანგის მაგალითებს, აფთიაქიდან წამოღებულ რეცეპტის შინაარსის მიხედვით.

№ 1 Rp. Solutio Hydrog. hyperoxydati medicin. 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—100,0.

— : —

№ 2 Rp. Solutio Hydrog. hyperoxydati 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—100,0.

— : —

№ 3 Rp. Hydrog. Hyperoxydati 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—100,0.

— : —

№ 4 Rp. Solutio Hydrog. hyperoxyd. med. 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—100,0.

— : —

№ 5 Rp. Solutio Hydrog. hyperoxydati 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—100,0.

— : —

№ 6 Rp. Hydrog. Hyperoxydati 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—100,0.

— : —

№ 7 Rp. Solutio Hydrog. hyperoxyd. med. 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—100,0.

— : —





№ 8 Rp. Solutio Hydrog. hyperoxydati 10%—100,0.

— : —

№ 9 Rp. Sol. Hydrog. hyperoxydati medic. 40%—100,0.

— : —

№ 10 Rp. Sol. Hydrog. hyperoxyd. 40%—100,0.

№ 1-ით აღნიშნულ რეცეპტის შინაარსი სრულიად ნათელია. (ექიმს სურდა ალბათ Hydrog. Hyperoxydatum medicinale ყოფილიყო აღებული 1,0 გრამის რაოდენობით და გამოხდილი წყლით აყენილი წონა 100,0 გრამამდე, მაგრამ თუ ამგვარად წამალი მომზადდა სანამ მომზადებული წამალი ავადმყოფამდე მიაღწევდეს იგი დაიშლება და ჭურჭელში მარტო წყალი იქნება. თუ რეცეპტის შინაარსის მიხედვით წყალბადის ზეჟანგის მართლაც და %-ულ რაოდენობას ციფრებით გამოვხატავთ მივიღებთ შემდეგ სურათს:

აღებულ იქნა 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგის 1,0 გრამი, მაშასადამე თვით წყალბადის ზეჟანგის 0,03 გრამი რომლის წონა აყენილია 100,0 გრამამდე. მაშასადამე გაშვებულია აფთიაქიდან 0,03%-იანი წყალბადის ზეჟანგი; იბადება საკითხი სურდა ექიმს ამგვარი განზავება წყალბადის ზეჟანგისა? ვფიქრობთ არა.

№ 2-ით აღნიშნულ რეცეპტის მიხედვით წამლის მომზადებისას ადგილი აქვს შემდეგს:

რადგან ზოგიერთი ექიმი წყალბადის ზეჟანგის გამოწერისას სიტყვა medicinale-ს (რომელი სახელწოდებით 3%-იანი წონით იგულისხმება) აღარ ხმარობს და ასეთი სახელწოდება უგანასკნელი ფარმაკოპეებითაც (რუსული, გერმანული) აღარ იხსენიება, თვით შინაარსი რეცეპტის ზღვება ძნელი ვასაგები. აფთიაქში არ იციან რა სურდა ექიმს; იყო სურვილი რომ ეგრედწოდებული Hydrogenium hyperoxydatum medicinale ყოფილიყო აღებული 1,0 გრამის რაოდენობით და წყლით გაეზავებიათ 100,0 გრამამდე, თუ მართლაც და წყალბადის ზეჟანგის რაოდენობა ყოფილიყო 1%, რომლის მიხედვით უნდა აღებულიყო Hydrogenium hyperoxydatum medicinale-ს 1 ნაწილი და გამოხდილი წყლის 2 ნაწილი.

რადგან შეკითხვაზე აფთიაქი დამაკმაყოფილებელ პასუხს ვერ ღებულობს, ამზადებენ როგორც მოესურვებათ ზემოდ გამოთქმულ აზრის მიხედვით, ესე იგი ერთ შემთხვევაში იღებენ Hydrogenium hyperoxydatum medicinale-ს 1,0 + Aq. destillata 99,0—გამოდის 0,03%-იანი.

მეორე შემთხვევაში კი Hydrog. hyperoxyd. medic. 1 ნაწილი და + Aq. destillata 2 ნაწილი, გამოდის 1%-იანი.

№ 3-ით აღნიშნულ რეცეპტის შინაარსის მიხედვით წამლის მომზადებისას ადგილი აქვს ისეთივე გაუგებრობას როგორც № 2-ით აღნიშნულ რეცეპტის მიღებისას.

№ 4-ით აღნიშნულ რეცეპტის მიღებისას წამალი უნდა მომზადებულიყო შემდეგნაირად:

უნდა აღებულიყო Hydrog. hyperoxyd. medic. 3,0 და Aq. destillata-ს 97,0 გრამი, ექიმს კი შესაძლებელია ესაჭიროებოდა პირდაპირ განუზავებელი Hydrogenium hyperoxydatum medicinale, რასაც ხშირად ადგილი აქვს. ასე რომ



არა იშვიათად 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგის მაგიერ ავადმყოფი ლეზულობს 0,09%-იანს.

№ 5-ით აღნიშნულ რეცეპტის მიღებისას აფთიაქში იმდაგვარადვე მსჯელობენ როგორც ეს ნათქვამი იყო № 2-ით აღნიშნულ რეცეპტის შესახებ, რომლის შედეგად ლეზულობენ ერთ შემთხვევაში Hydrog. hyperoxydat. medic. 3,0 გრამს + Aq. destillata 97,0, გამოდის 0,09%-იანი; მეორე შემთხვევაში კი აძლევენ განუზავებელ 3%-იან Hydrog. hyperoxydatum-ს.

№ 6-ით აღნიშნული რეცეპტი გაუგებარია იმდაგვარადვე როგორც № 5-ით აღნიშნული რეცეპტი.

№ 7-ით აღნიშნულ რეცეპტი არავითარ გაუგებრობას არ უნდა იწვევდეს და არც იწვევს, რადგან Hydrogenium hyperoxydatum medicinale არსებობს მხოლოდ 3%-იანი და არა უფრო კონცენტრიული. ამისათვის ლეზულობენ ოფიცინალურ პრეპარატის 10,0 გრამს და გამოხდილი წყლის 90,0 გრამს; ამგვარად მომზადებული წყალბადის ზეჟანგის ხსნარი იქნება 0,3%-იანი.

№ 8-თი აღნიშნული რეცეპტი კი უკვე გაუგებარი ხდება, რადგან სიტყვა medicinale გამოტოვებულია. არ იციან ამ რეცეპტის მიხედვით მოამზადონ წამალი ისე როგორც № 7-ით აღნიშნულ რეცეპტისას, თუ აიღონ პერჰიდროლი რომელიც წონით 30%-იანია და განაზავონ მისი ერთი ნაწილი გამოხდილი წყლის 2 ნაწილით, როდესაც მართლაც და 10%-იანი იქნება წყალბადის ზეჟანგი.

№ 9-თი აღნიშნულ რეცეპტის შინაარსის მიხედვით წამლის მომზადებისას აიღებენ Hydrog. hyperoxydatum medicinale-ს 40,0 გრამს და გამოხდილი წყლის 60,0 გრამს. ამ შემთხვევაში წყალბადის ზეჟანგი 1,2%-იანი იქნებოდა.

№ 10-ით აღნიშნულ რეცეპტის შინაარსი გაუგებარია აფთიაქისათვის, თუმცა მისი მომზადება სხვანაირად ვიდრე ეს № 9-ს შესახებ არის ნათქვამი წარმოუდგენელია. წარმოუდგენელია იმიტომ რომ წყალბადის ზეჟანგი არსებობს მხოლოდ 3%-იანი წონით. 40%-იანი კი ჯერ მიღებული არ არის, თუ მოცულობითი %-ების მიხედვით არ ვიმსჯელებთ.

აშრიგად ჩვენ ვხედავთ შემდეგ სურათს:  
როდესაც გამოწერილია;

|  |           | ავადმყოფი ლეზულობს: |
|--|-----------|---------------------|
| Solutio Hydrog hyperoxyd. medic. . . . .     | 1%-100,0  | 0,03%-იანს          |
| Solutio Hydrogenii hyperoxydati . . . . .    | 1%,-100,0 | 1%-იანს             |
| Hydrog. hyperoxydati . . . . .               | 1%-1000   | 0,33% ან 1%-იანს    |
| Solutio Hydrog. hyperoxyd. medic. . . . .    | 3%-100,0  | 0,09% ან 3%-იანს    |
| Solutio Hydrog. hyperoxydati . . . . .       | 3%-100,0  | 0,09% ან 3%-იანს    |
| Hydrogenium hyperoxydatum . . . . .          | 3%-100,0  | 0,09% ან 3%-იანს    |
| Solutio Hydrog. hyperoxydati medic. . . . .  | 10%-100,0 | 0,3%                |
| Solutio Hydrog. hyperoxydati . . . . .       | 10%-100,0 | 0,3% ან 10%-იანს    |
| Solutio Hydrogenii hyperoxydati med. . . . . | 40%-100,0 | 1,2%                |
| Solutio Hydrogenii hyperoxydati . . . . .    | 40%-100,0 | 1,2%                |

გამოდის ისე რომ იმ შემთხვევაში როდესაც ექიმი სწერს 3% წყალბადის ზეჟანგის ხსნარს და აფთიაქიდან უშვებენ მას, შეიძლება ასეთი ხსნარი ათჯერ

უფრო კონცენტრირული იქნეს ვიდრე გამოწერილი 10%-იანი და 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-ჯერ უფრო კონცენტრირული ვიდრე იმ შემთხვევაში, როდესაც ეგრედწოდებული 40%-იანია გამოწერილი წყალბადის ზეჟანგი.

თუ მივაქცევთ ყურადღებას წყალბადის ზეჟანგის 1%-იან ხსნარს და მივიღებთ მხედველობაში აფთიაქში წარმოებულ მუშაობის სინამდვილეს იმ მხრივ რომ უმეტეს შემთხვევაში 1%-იანი ხსნარის სახით მართლაც და 1%-იანი ეძლევა და ამ კონცენტრაციას შევადარებთ ექიმის მიერ გამოწერილ 10 და 40%-იან ხსნარების კონცენტრაციას, დავრწმუნდებით იმაში რომ 1%-იანი წყალბადის ზეჟანგი 3<sup>1</sup>/<sub>3</sub>-ჯერ უფრო კონცენტრირულია ვიდრე 10%-იანი და თითქმის უდრის ეგრედ წოდებულ 40%-იან წყალბადის ზეჟანგის ხსნარის კონცენტრაციას.

იბადება საკითხი რამდენად დასაშვებია ამგვარად წამლის მომზადება და შეიძლება თუ არა გაგრძელდეს შემდგომაც ამგვარი მდგომარეობა, მით უფრო, რომ იგივე უნდა ითქვას როგორც ფორმალინის ისე ბუროვის სითხის შესახებ.

ყველასათვის ცხადია, რომ ამ საკითხის გარშემო ორ აზრს არ შეიძლება ადგილი ექნეს.

უნდა რაც შეიძლება მაღე მოგვარდეს ეს საკითხი და დაკანონდეს როგორც გამოწერის ფორმა, ისე თვით მომზადების წესიც.

ამისათვის საჭიროა გამორკვეულ იქნას თუ რა სურს მართლაც და ექიმს, რა მიზანს ისახავს იგი როდესაც რეცეპტს სწერს, ესე იგი, როგორი მოქმედება სურს მის მიერ გამოწერილ წამალს ექნეს, მაშასადამე საჭირო კონცენტრაციის ცოდნაა აუცილებელი.

თუ ამ საკითხზე გადაჭრით პასუხი იქნება მიღებული იმ შემთხვევაში წამლის მომზადების წესი, რომელიც არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს თავის თავად გადაწყდება.

საკითხის სწორად გამორკვევისათვის, ჩვენის აზრით, არ იქნება მიზანშეუწონელი თუ მოვიგონებთ ხსენებულ პრეპარატების შემადგენლობას. ამისათვის მოკლედ შევეხებით თვითეულ მათგანს. დავიწყეთ წყალბადის ზეჟანგიდან. წყალბადის ზეჟანგი Hydrogenium hyperoxydatum როგორც მოგვხსენებათ არსებობს ეგრედწოდებული medicinale და აგრეთვე პერჰიდროლი (PerhydroI). განვიხილოთ ჯერ პირველი.

Hydrogenium peroxydatum-ის სახელწოდებით იგულისხმება ნივთიერება რომლის ქიმიური ფორმულა არის H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. მოხმარებისას აღნიშნული შენაერთი დაიშლება წყლათ და ჟანგბადათ [H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>=H<sub>2</sub>O+O] და გამოყოფილი აქტიური ჟანგბადი მოქმედობს, მაშასადამე წყალბადის ზეჟანგის მოხმარება დამოკიდებულია ჟანგბადის გამოყოფაზე.

წყალბადის ზეჟანგის Hydrogenium peroxydatum medicinale-ს სახელწოდებით გულისხმობენ სითხეს რომელიც წონით არის 3%-იანი და მოცულობით კი უწოდებენ 10%-იანს. განვიხილოთ თუ რამდენად სწორია ეს შეხედულება.

პირველი, ესე იგი რომ წონით წყალბადის ზეჟანგი არის 3%-იანი ეს მართალია, ასე რომ 100,0 სითხეში (Hydrogenium peroxydatum medicinale) არის მოთავსებული H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>—3%-დან 3,2%-მდე და ითვლება 3% წონით.





თუ ეხლა ასეთ წყალბადის ზეჟანგის დაშლას გამოვიწვევთ  $H_2O_2 = H_2O + O_2$

34,016 16

იმ შემთხვევაში დავინახავთ რომ წყალბადის ზეჟანგი რომლის გრამმოლეკულა 34,016-ს უდრის, გამოყოფს ჟანგბადს რომლის ატომიური წონა არის 16 და შეუძლია უქანასკნელს დაიკავოს 11195,5 ccm. მოცულობა.

ეხლა დავუშვათ რომ წყალბადის ზეჟანგი რომელზედაც ლაპარაკია შეიცავს 3,04%-ს წონით წყალბადის ზეჟანგისა.

თუ რომ 34,016 გრამი წყალბადის ზეჟანგი გამოყოფს იმდენ ჟანგბადს რომ მისი მოცულობა იკავებს 11195,5 ccm-ს, 3,04 გრამი წყალბადის ზეჟანგისა გამოყოფს ნაკლებს გაცილებით რაც შემდეგი პროპორციის საშუალებით შეიძლება გამოანგარიშებულ იქნეს

$$34,016 : 11195,5 = 3,04 : x; \text{ აქედან}$$

$$x = \frac{3,04 \times 11195,5}{34,016} = 1000,5 \text{ ccm } O^0 \text{ და } 760 \text{ მილიმეტრის ზედ-}$$

დაწოლისას.

ამგვარად ჩვენ ვხედავთ რომ 3,04%-იანი წონით წყალბადის ზეჟანგის 100 ccm-ის ანუ 100,0 გრამის (რადგან წყალბადის ზეჟანგის ხვედრითი წონა 1-ად არის მიჩნეული) დაშლისას გამოყოფილი ჟანგბადის რაოდენობა იკავებს 1000,5 ccm-ს ანუ ათჯერ მეტ მოცულობას ვიდრე ეს უკავია Hydrogenium peroxydatum medicinale-ს 100 ccm-ს. ასეთი სწორედ პრეპარატი იგულისხმება 10%-იანად რაც სწორი არ არის და ამისათვის მოცულობითი %-ული რაოდენობა უნდა უკუგდებულ იქნეს.

ეხლა რაც შეეხება წყალბადის ზეჟანგის უფრო კონცენტრირულ ხსნარს, რომელსაც სახელად პერჰიდროლი ეწოდება. პერჰიდროლი წარმოადგენს სითხეს, რომელიც Hydrogenium peroxydatum medicinale-სთან შედარებით 10-ჯერ უფრო კონცენტრირულია, ესე იგი წონით შეიცავს წყალბადის ზეჟანგის 30%-ს ანუ სხვა სიტყვებით სითხის 100,0 გრამი შემცველია წყალბადის ზეჟანგის 30,0 გრამის.

თუ %-ულ რაოდენობას იმდაგვარადვე გამოვიანგარიშებთ როგორც ზემოდ აღნიშნული იყო, დავინახავთ რომ პერჰიდროლის 100 ccm გამოყოფს ჟანგბადს, რომელიც დაიკავებს 100-ჯერ მეტ მოცულობას ვიდრე ეს პერჰიდროლს უკავია, ამისათვის მას არარაციონალურად ეწოდება 100%-იანი წყალბადის ზეჟანგი მოცულობით.

ეხლა გადავიდეთ წყალბადის ზეჟანგის სახელწოდებაზე. აქამდე გამეფებული იყო ორი შემდეგი სახელწოდება წყალბადის ზეჟანგისა.

1) Hydrogenium hyperoxydatum medicinale ესე იგი წონით 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი და

2) Perhydrol ანუ წონით 30%-იანი წყალბადის ზეჟანგის შემცველი სითხე.

რუსულ ფარმაცოპეიის უქანასკნელ გამოცემაში (გამოცემა VII) სახელწოდება Hydrogenium hyperoxydatum medicinale—შეცვლილია Hydrogenium peroxydatum solutum-ათ. ამგვარად არის აგრეთვე გერმანულ ფარმაცოპეიაშიც



(გამოცემა VI). რაც შეეხება პერჰიდროლის სახელწოდებას, გერმანულ ფარმაკოპეიაში ასეთი სახელწოდება აღარ არის მოხსენიებული. მის მაგიერ მიღებულია *Hydrogenium peroxydatum solutum concenratum*.

ამგვარი სახელწოდებით წყალბადის ზეჟანგის გამოწერა ჩვენის აზრით მიზანშეუწონელი იქნება, რადგან კიდევ უფრო მეტ აღრევას გამოიწვევს ვიდრე ამას დღემდე ადგილი ჰქონდა. ან რა საჭიროა ამგვარი სახელწოდებანი, მით უფრო რომ როგორც სახელწოდებებიდან სჩანს ორთავე წყალბადის ზეჟანგს წარმოადგენს, მხოლოდ ერთი უფრო კონცენტრირული ხსნარია და მეორე სუსტი.

ვინაიდან ჩვენ არა წყალი გვაინტერესებს, არამედ მხოლოდ წყალბადის ზეჟანგის რაოდენობა, ამისათვის რეცეპტის გამოწერისას უნდა მიღებულ იქნეს მხოლოდ ერთი სახელწოდება, ესე იგი, *Hydrogenium peroxydatum*.

წამლის სახით მის გამოწერისას ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს წმინდა წყალბადის ზეჟანგის რაოდენობა, რომელიც მას ესაჭიროება და გარკვეულად აღნიშნოს იგი, მაგალითად:

- 1) Solutio Hydrogenii peroxydati 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>
- 2) Solutio Hydrogenii peroxydati 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>
- 3) Solutio Hydrogenii peroxydati 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>
- 4) Solutio Hydrogenii peroxydati 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>

და აღნიშნოს რაოდენობა სითხისა 100,0 ან 200,0 და სხვა. ამ შემთხვევაში ექიმს უნდა ახსოვდეს რომ წყალბადის ზეჟანგის მომზადება იმდამდე არაა ხდება როგორც ხდება მაგალითად რომელიმე მარილის ხსნარის მომზადება სახელდობრ: Solutio Natrii bromati 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>—100,0. უკანასკნელის მომზადება არავითარ გაუგებრობას არ იწვევს. აიღებენ Natrium bromatum-ის 5,0 გრამს და გამოხდით წყალში გახსნის შემდეგ საერთო წონას გამოხდილი წყლითვე აიყვანებენ 100,0 გრამამდე.

ასე იქნება გამოწერილი წყალბადის ზეჟანგის ხსნარის მომზადებისასაც, როდესაც აფთიაქში მომუშავემ აუცილებლად სითხეში უნდა მოაქციოს წმინდა წყალბადის ზეჟანგის იმდენი რაოდენობა, რამდენიც ექიმის მიერ იქნება აღნიშნული.

მაგალითად თუ გამოწერილია Sol. Hydrog. hyperoxydati 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>—100,0 გრამი, ამ შემთხვევაში სითხეში უნდა იქნეს 10,0 გრამი წყალბადის ზეჟანგისა, რა მიზნითაც უნდა აიღონ პერჰიდროლი რომელიც 30<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-იანია წონით და მისი ერთი ნაწილი განაზავონ წყლის 2 ნაწილით.

იმ შემთხვევაში როდესაც გამოწერილი იქნება Solutio Hydrogenii peroxydati 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>—100,0 აიღებულ იქნეს უნდა Perhydrol-ის 1 ნაწილი და გამოხდილი წყლის 6 ნაწილი.

თუ გამოწერილი იქნება Solutio Hydrogenii peroxydati 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>—100,0 იმ შემთხვევაში უნდა გაშვებულ იქნეს Hydrog. peroxydatum medicinale ანუ როგორც ამ უმაღლეს ფარმაკოპეიაშია მოყვანილი მისი სახელწოდება Hydrog. peroxydatum solutum განუზავებლად, რომელიც წონით 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-იანია. თუ შემთხვევით

ასეთი პრეპარატი აფთიაქში არ იქნება, მაგრამ იქნა Perhydrol-ი უკანასკნელი-  
ან უნდა აღებულ იქნეს 1 ნაწილი და მიემატოს გამოხდილ წყლის 9 ნაწილი.

თუ გამოწერილი იქნა Solutio hydrogenii hyperoxydati 1%—100,0, მაშინ  
უნდა აღებულ იქნეს Hydrog. peroxydatum medicinale-ს 1 ნაწილი და გამო-  
ხდილი წყლის 2 ნაწილი. პერჰიდროლიდან მომზადებისას კი—უნდა აიღონ მისი  
1 ნაწილი, და გამოხდელი წყლის 29 ნაწილი.

მხოლოდ ამგვარად მოქცევა ერთხელ და საბოლოოდ მოუღებს ბოლოს  
იმ გაუგებრობას, რომელსაც ადგილი აქვს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ზემოდ  
დასახელებულ წყალბადის ზეჟანგის წამლის სახით დანიშვნისას.

რაც შეეხება წყალბადის ზეჟანგის მოსახმარებელ კონცენტრაციას ეს ექიმ-  
ზეა დამოკიდებული თუ რა შემთხვევაში რა კონცენტრაციის წყალბადის ზე-  
ჟანგს იგი მიმართავს. აქ მხოლოდ საჭიროა დამახსოვრება იმის თუ რა დეზინ-  
ფექციური ძალა აქვს წყალბადის ზეჟანგს თუნდაც სულემასთან შედარებით.  
წყალბადის ზეჟანგის 3%-იანი წონით ხსნარის სადეზინფექციო ძალა უდრი  
სულემის 1 : 1000 ნაწილზე წყლიანი ხსნარის ძალას.

ცნობისათვის საჭიროდ მიგვაჩნია აღენიშნოთ რომ წყალბადის ზეჟანგის  
შესახებ მოსკოვში მიღებულია ეგრედწოდებულ ფარმაცევტული სამეცნიერო  
წრის მიერ დადგენილება\*) რომელიც ჩვენის აზრით ყოველად მიუღებელია. ეს  
დადგენილება მდგომარეობს შემდეგში. წყალბადის ზეჟანგის ექიმის მიერ გამო-  
წერისას ფარმაცოპიის პრეპარატები და მაშასადამე წყალბადის ზეჟანგი, ფორ-  
მალინი და ბუროვის სითხე მიჩნეულ იქნეს ერთეულად. რას ნიშნავს ეს გადა-  
წყვეტილება? ეს გადაწყვეტილება იმას ნიშნავს რომ, როდესაც ექიმი გამოსწერს  
Solutio Hydrogenii hyperoxydati 1%—100,0, აღებული იქნება 3%-იანი წყალ-  
ბადის ზეჟანგის 1,0 გრამი და მიემატება გამოხდილი წყლის 99,0 გრამი. ასეთი  
სითხე მომზადებისას იქნებოდა 0,03%-ის წყალბადის ზეჟანგის შემცველი, რო-  
მელი სითხეც სანამ ავადმყოფის სახლის კარებამდე მიიტანებოდეს დაიშლება  
და ავადმყოფი მხოლოდ წყალს მიიღებს.

ეს დადგენილება სრულებით არ შეეფარდება ფირმა Merck-ის მიერ მო-  
წოდებულ ცხრილს, სადაც მკაფიოდ არის ნათქვამი თუ როგორ უნდა მომზად-  
დეს წყალბადის ზეჟანგის 1, 2, 3, და მეტი %-იანი ხსნარები. მართალია ფარ-  
მაცევტული სამ. წრის ამავე დადგენილებაში აღნიშნულია რომ ყოველგვარ შე-  
საძლო გაუგებრობის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა აღნიშნულ იქნეს რეცეპ-  
ტში თუ რა რაოდენობა ოფიცინალურ წყალბადის ზეჟანგისა უნდა იყოს. აღე-  
ბული და რა რაოდენობა გამოხდილი წყლისა. მაგრამ ამ მიწერილთა ციხანი  
არ იქნება მიღწეული, რადგან როგორც აფთიაქის თანამშრომლების ექიმებისადმი  
მიმართვებიდან ვრწმუნდებით ექიმს უჭირს გარკვევა მის მიერ წამლის წერი-  
ლობითი აღნიშვნაში და რომ არ უჭირდეს იმ შემთხვევაში სათანადო განმარ-  
ტებაც იქნებოდა მისგან მიღებული, წამალიც სათანადოდ მომზადდებოდა, მა-  
შინ არაეითარ გაუგებრობას ადგილი არ ექნებოდა და არც ეს მოხსენება არ  
იქნებოდა საჭირო.

\*) Вестник фармации № 2—1926 г. გვ. 44.



ფარმაცევტული სამ. წრის ამგვარ დადგენილების მიღებისას გამოდის ისე რომ ვითომც და დაცულია აფთიაქში მომუშავეთა ინტერესები მათ მიერ პასუხისმგებლობის თავიდან აცილების მხრივ და არა ავადმყოფების ინტერესები იმ მხრივ, თუ რა რაოდენობა თვით ნივთიერების ხსნარისა ესაჭიროება მათ და თუ რა მოქმედება უნდა მიეღო ექიმს, მით უფრო რომ ოფიცინალური წყალბადის ზეჟანგის  $\frac{1}{100}$ -ული შემადგენლობა ცვალებადია დაწყებული  $3\frac{1}{100}$ -დან წონით— $0\frac{1}{100}$ -ამდე.

აფთიაქს გაცილებით მეტი პასუხისმგებლობა დააწევბა წამლის სისწორით მომზადებისას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ექიმი მიუთითებს თვით წყალბადის ზეჟანგის საჭირო კონცენტრაციაზე. ამით თვით ექიმებიც შეიძლება წყალბადის ზეჟანგის ამა თუ იმ საჭირო კონცენტრაციის გამოწერის ფორმებს და საკითხიც საბოლოოდ ჩამოყალიბდება.

გადავიდეთ მეორე ამგვარივე საჭირობო როტო ბუროვის სითხის გამოწერის ფორმაზე.

Liquor Aluminiumi subacetici ანუ Aluminium aceticum basicum solutum ანუ Liquor Burowi, როგორც თვით სახელწოდება გვიჩვენებს წარმოადგენს ალიუმინიუმისა და ძმრის მჟავის თუძიან შეერთებას და აქვს ქიმიური ფორმულა  $AlOH(OOCCH_3)_2$ .

ბუროვის მიერ მოწოდებული და ხმარებაში მიღებული სითხე შეიცავს ალნიზნულ  $AlOH(OOCCH_3)_2$ -ის  $8\frac{1}{100}$ -ს.

როდესაც ექიმი გამოწერს ხოლმე პირდაპირ Liquor Burowi-ს სახით ალნიზნულ საშუალებას და ავადმყოფს ანდობს მის განზავებას, იმ შემთხვევაში ცხადია არავითარ გაუგებრობას ადგილი არა აქვს, და არც შეიძლება ექნეს; გაუგებრობა წამლის მომზადებაში იწყება მაშინ, როდესაც ბუროვის სითხის განზავებას ექიმი თვით რეცეპტში ალნიზნავს და მომზადებას ანდობს არა ავადმყოფს, არამედ აფთიაქს.

აქედან ისე გამოდის რომ იმ შემთხვევაში როდესაც ავადმყოფი აწარმოებს საჭირო სითხის მომზადებას თვითონ, ვითომც და წამალი უფრო კარგად მზადდება და აფთიაქში კი ბუროვის სითხისა და გამოხდილი წყლის შეზავება არ იციან; მაგრამ საქმე ამაში კი არ არის, არამედ იმაშია რომ წამალი ორთავე შემთხვევაში ცუდად მზადდება იმ განსხვავებით, რომ ავადმყოფის მიერ წამლის მომზადებისას წამლის ნაკლის შესახებ მთქმელი არ არის.

მოვიყვანთ მაგალითს. გამოწერილია, Solutio Burowi  $2\frac{1}{100}$ —100,0; თავისთავად ცხადია რომ ამგვარად გამოწერა შეუძლებელია, რადგან აფთიაქში, თვით სითხის მომწოდებელი პიროვნების ესე იგი ბუროვის ნაწილი ესე იგი 2,0 გრამი უნდა აეღოთ და გაეხსნათ გამოხდილ წყლის 98,0 გრამში რაც წარმოუდგენელია.

მეორე შემთხვევაში ვსთქვათ გამოწერილია Liquor Burowi  $2\frac{1}{100}$ —100,0; აქ აფთიაქიდან ეკითხებიან ექიმს თუ რა სურს მას.

სურს იყოს ბუროვის სითხე მიჩნეული ერთეულად, მაშასადამე აღებულ იქნეს მისი 2,0 გრამი და გამოხდილი წყლით წონა მისი აყვანილი 100,0 გრამ-





მამდე, თუ სურს ფუძიანი ალუმინიუმის აცეტატი  $\text{AlOH}(\text{COOCH}_3)_2$ -ს რაოდენობა იყოს 2,0 გრამი და გამოხდილი წყლის 98,0 გრამი.

როდესაც ამ საკითხზე აფთიაქში მომუშავენი პასუხს ვერ ლებულობენ, მაშინ წამლის მომზადებისას ლებულობენ ერთ შემთხვევაში ბუროვის სითხის 2,0 გრამს და გამოხდილი წყლის 98,0 გრამს და შეზავებული სითხე იქნება ფუძიანი ალუმინიუმის აცეტატის 0,16%-იანი, მეორე შემთხვევაში კი ლებულობენ ბუროვის სითხის 25,0 გრამს და წყლით წონა მისი აპყავთ 100,0 გრამამდე, რითაც მართლაც და ფუძიანი ალუმინიუმის აცეტატის 2%-იანი ხსნარი მზადდება.

ამგვარად თუნდაც ერთ და იმავე აფთიაქში მოიწადინოს წამლის მიღება ავადმყოფმა ერთი და იმავე რეცეპტით, ის მიიღებს (თუ წამლის სხვადასხვა მომზადებელია) სხვადასხვა კონცენტრაციის სითხეს, სახელდობრ კონცენტრაცია უკანასკნელ შემთხვევაში იქნება 12,5-ჯერ მეტი ვიდრე შემთხვევა პირველში.

ხდება ასეთი მაგალითებიც. ექიმი სწერს *Liquor Burowi* 10%-100,0. ვინაიდან ექიმისაგან აფთიაქი სათანადო განმარტებას ვერ ლებულობს შეკითხვაზე და რადგან აფთიაქში არსებული ბუროვის სითხე მხოლოდ 8%-იანია, უშვებენ პირდაპირ ოფიცინალურ პრეპარატს, მაშინ როდესაც ექიმს შეიძლება მართლაც და სურდა ადებული ყოფილიყო ბუროვის სითხის 10,0 გრამი და 90,0 გრამი წყალი.

ჩემთვის პირდაპირ გაუგებარია, თუ რატომ ხდება ასეთი კუროიზები.

დაუშვათ რომ არსებობს აფთიაქში შამზარეულად (ისე როგორც ამას მართლაც და ადგილი აქვს) *Solutio Acidi boric* 2%-100,0.

ნუ თუ ექიმის რეცეპტი ისე უნდა ყოფილიყო გაგებული რომ მას სურდა არა *Acidum boricum* 2,0 გრამი და გამოხდილი წყლის 98,0 გრამი, არამედ აძლედა აფთიაქს ასეთი შინაარსის რეცეპტი უფლებას მიეჩნიათ აფთიაქში არსებული 4%-იანი ხსნარი ერთეულად, აელოთ ამ ხსნარიდან 2,0 და დაემატებიათ 98,0 გრამი წყალისა.

თავისთავად ცხადია რომ ამგვარად რეცეპტის შინაარსის დამახინჯება უშუალოდ და არც ხდება.

რასაკვირველია ექიმს სურდა 2%-იანი ყოფილიყო ხსნარი ბორის მჟავისა და არა ისე როგორც ეს მეორე შემთხვევაშია ნაჩვენები, როდესაც ბორის მჟავის %-ული რაოდენობა გაცილებით ნაკლები იქნებოდა სახელდობრ 0,08%-მანამ ბორის მჟავის რეცეპტები არასოდეს გაუგებრობას არ იწვევს და მაშასადამე არც ბუროვის სითხეს არ უნდა გამოიწვევია რაიმე გაუგებრობა.

გამოდის ისე რომ ბორის მჟავის ხსნარების შესახებ შეკითხვაზე ექიმები სათანადო განმარტებას აძლევენ და ბუროვის სითხის შესახებ კი—ასეთ შესაძლებლობას მოკლებულნი არიან და რათ ხდება ამგვარად, ჩემთვის წარმოუდგენელია.

რა გამოსავალია აქედან? გამოსავალი შეიძლება მხოლოდ ერთი იქნეს. ბუროვის სითხის გამოწერისას აუცილებლად გათვალისწინებულ იქნეს მხოლოდ ფუძიანი ალუმინიუმის აცეტატის რაოდენობა და გამოიწეროს შემდეგ ნაირად:

*Solutio Aluminium subacetici*

ან

*Solutio Aluminium aceticum basicum* 1, 2, 3, 4, და მეტი %-იანი 100,0 ან მეტი რაოდენობა იმისდა მიხედვით თუ როგორ მოისურვებს ექიმი.





ასეთი შინაარსის რეცეპტი არასოდეს გაუგებრობას არ გამოიწვევს, რადგან ავთიაქში ვალდებულნი იქნებიან მოამზადონ სითხე იმგვარად, რომ ფუძიანი ალუმინიუმის აცეტატის რაოდენობა უდრიდეს 1, 2, 3, 4 ან მეტ %<sup>0</sup>-ს იმისდა-მიხედვით თუ რა %<sup>0</sup>-ული რაოდენობაა გამოწერილი, ესე იგი, მოიქცევიან იმდაგვარადვე როგორც მოიქცევიან ბორის ხსნარის მომზადებისას.

სასურველად მიგვიჩნია მაგალითის მოყვანა.

თუ გამოწერილი იქნებოდა Solutio Aluminium subacetici 2%<sup>0</sup>—100,0 ავთიაქში ვაითვალისწინებდნენ რომ არსებული ბუროვის სითხე არის ფუძიან ალუმინიუმის აცეტატის 8%<sup>0</sup>-იანი ხსნარი და მაშასადამე აიღებდნენ მის 25,0 გრამს და გამოხდილი წყლით წონას მისას აიყვანდნენ 100,0 გრამამდე.

საჭირო კონცენტრაციის შესახებ ნაჩვენებია შემდეგი: ისეთ ქრილობები-სათვის რომლებიც ცუდად ჩირქდება იხმარება ფუძიან ალუმინიუმის აცეტატის 0,4%<sup>0</sup>-დან 1,6%<sup>0</sup>-იანი ხსნარები. გონორეისას ან პირის ღრუში გამოსავლებად 0,25—0,26იანი ხსნარები ფუძიან ალუმინიუმის აცეტატისა.

გადავიდეთ ესლა მესამე პრეპარატის, ეგრედ წოდებულ, ფორმალინის გამოწერის ფორმების განხილვაზე.

Formalinum seu Formaldehydum solutum. ფორმალინის სახელწოდებით როგორც მოგვხსენებთ ივლისხმება 40%<sup>0</sup> იანი ხსნარი ვაზი ფორმალდეჰიდისა წყალში და მის გამოწერისას ისეთივე გაუგებრობას აქვს ადგილი როგორც ბუროვის სითხისა და წყალბადის ზეჟანგის ხსნარების გამოწერისას.

თავის თავად ცხადია რომ იმ შემთხვევაში როდესაც ექიმი გამოწერს ისეთ შინაარსის რეცეპტს როგორც მაგალითად:

Rp Formalini 10,0  
Aq. destillatae 90,0  
M. D. S.

გაუგებრობას ადგილა არ ექნება, რადგან აიღებენ ფორმალინის 10,0 გრამს და მიუმატებენ გამოხდილი წყლის 90,0 გრამს. მაგრამ როდესაც ექიმი სწერს:

Rp. Formalini 5%<sup>0</sup>—100,0  
აბ

Rp. Solutio Formalini 2%<sup>0</sup>—100,0

ამგვარ შინაარსის რეცეპტების მიღებისას თუ სათანადო განმარტება მიღებული არ იქნა, იქნება გაუგებრობა, რადგან ერთ შემთხვევაში ლებულობენ ფორმალინის 2,0 გრამს და გამოხდილი წყლის 98,0 გრამს, მეორე შემთხვევაში კი ფორმალინის 5,0 გრამს და გამოხდილი წყლის 95,0 გრამს, რადგან ფიქრობენ რომ შესაძლებელია ექიმს სურდა ფორმალინში (რომელიც 40%<sup>0</sup>—ფორმალდეჰიდის შემცველი უნდა იყოს) ყოფილიყო ფორმალდეჰიდის 2%<sup>0</sup> ანუ 2,0 გრამი 100,0 გრამ წონაში.

ხსნარების ამგვარ სხვადასხვა ნაირად მომზადებისას ავადმყოფი ლებულობს ერთ შემთხვევაში ფორმალდეჰიდის 0,8%<sup>0</sup>-იან ხსნარს (თუ ფორმალდეჰიდი იყო 40%<sup>0</sup>-იანი), ხოლო მეორე შემთხვევაში კი მართლაც და ფორმალდეჰიდის 2%<sup>0</sup>-იან სითხეს. უკანასკნელი კი 2½-ჯერ უფრო კონცენტრირული არის ვიდრე პირველი.

გაუგებრობათა თავიდან ასაცილებლად მიზანშეწონილი იქნებოდა ექიმ-რეცეპტში აღენიშნა ფორმალდეჰიდის ის რაოდენობა რომელიც მას სურდა.

მაგალითად: Rp. Solutio Formaldehydi 1%—100,0.

— : —

Rp. Solutio Formaldehydi 2:1000—500,0 და სხვ.

ამგვარად რეცეპტის გამოწერისას არავითარ გაუგებრობას ადგილი არ ექნებოდა, რადგან პირველ შემთხვევაში (1%) აიღებენ ფორმალინის 2,5 გრამს (რაც 1,0 გრამი ფორმალდეჰიდის შემცველი უნდა იყოს) და მის წონას აიყვანენ 100,0 გრამამდე. მეორე შემთხვევაში (2:1000,0) ვინაიდან 500,0 გრამ სითხეში უნდა იყოს ფორმალდეჰიდის 1,0 გრამი, აიღებენ ფორმალინის 2,5 გრამს და მის წონას გამოხდილი წყლით აიყვანენ 500,0 გრამამდე.

საჭიროა მხოლოდ ასხოვდეს ექიმს რომ ფორმალდეჰიდის (გაზის) 1:20,000 ნაწილზე წყლიანი ხსნარი ჰკლავს ციმბირის წყლულის ბაცილებს და 1:1000 ნაწილზე (გაზის) ფორმალდეჰიდის წყლიანი ხსნარი კი ჰკლავს მათ სპორებს 1 საათის განმავლობაში. ფორმალდეჰიდის (გაზის) 1:10.000 ნაწილზე წყლიანი ხსნარი კი შეუძლებლად ხდის ისეთ მიკროორგანიზმების განვითარებას\*) როგორც არის ტიფის, დიფტერიის და Staphylococcus pyogenes aureus მიკროორგანიზმები.

ფორმალდეჰიდის 1%-იანი წყლიანი ხსნარი კლავს დამავადებელ ყველა მიკროორგანიზმების წმინდა კულტურას ერთი საათის განმავლობაში. (სუსტ ალკაჰოლიან ხსნარებში კი—მოქმედება ფორმალდეჰიდის გაცილებით ინტენსიურია.

ფორმალდეჰიდის (გაზის) 3%-იანი წყლიანი ხსნარებით აწარმოებენ ხელების სრულ გაუნაყოფიერებას.

ექსკრემენტების დეზოდორაცია ხდება მყისვე ფორმალდეჰიდის 1%-იანი ხსნარებით და 10%-იანი ფორმალდეჰიდის ხსნარის მოხმარებისას კი ხდება ექსკრემენტების გაუნაყოფიერება 10 წუთის განმავლობაში.

თვალის წვეთების სახით იხმარება ფორმალდეჰიდის 0,1% წყლიანი ხსნარები.

ფეხების ოფლის საწინააღმდეგოდ კი - ურჩევენ ფორმალდეჰიდის 1% იან ხსნარებს.

საცვლების დეზინფექციისათვის იხმარება 1—1,5% ფორმალდეჰიდის ხსნარები.

ჩვენის აზრით აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს სამთავე პრეპარატი შეაახებ ადვილად გასაგებ გამოწერის ფორმების გამომუშავება, რომელიც უნდა დაკანონდეს და ცირკულიარის სახით ეცნობოს როგორც ყველა ექიმებს ისე აფთიაქების გამგეებსაც, რომ ერთხელ და სამუდამოდ ბოლო მოეღოს იმ გაუგებრობას, რომელთაც აღნიშნულ პრეპარატების გამოწერისა და მომზადებისას ადგილი აქვს.

\*) Кальнинг коментарии к рос. фармакошее 1905 г. გვ. 923.

Проф. И. Г. Кутателадзе.

## О рациональном способе прописывания и приготовления некоторых лекарственных форм.

Автор, касаясь способов прописывания и приготовления растворов — перекиси водорода, формалина и жидкости Бурова, указывает на то что врачи, в громадном большинстве случаев по нерационально прописанным ими же рецептам, лишены возможности при запросе из аптеки дать необходимое объяснение относительно требуемой концентрации указанных выше веществ, а в результате, одна и та же аптека, по одному и тому же рецепту, отпускает растворы разной концентрации.

В итоге вследствие такого ненормального явления страдают интересы больных.

Для урегулирования затронутого вопроса, автор предлагает следующее:

При прописывании растворов перекиси водорода не применять названий: Hydrogenium peroxydatum medicinale и Perhydrol, а указывать только на перекись водорода, например:

Solutio Hydrogenii peroxydati 1%, 2%, 3%, 5% и т. д. 100,0.

При подобного рода обозначения как врач, так и фармацевт должны знать, что болному требуется отнустить самой перекиси водорода  $\frac{1}{100}$  ( $H_2O_2$ ) (а не Hydrogenium peroxydatum medicinale как это делается) 1,0 грамм на 99,0 граммов воды, если речь идет об 1%-ом растворе, следовательно нужно взять Hydrogenium peroxydatum medicinale в количестве 33,33 граммов и добавить дистиллированной воды до 100,0 граммов. Если же при приготовлении 1% раствора перекиси водорода веходить из пергидроля, то следует последнего брать в количестве 3,33 граммов и довести вес до 100,0 граммов водою.

Подобного рода разбавление понятно будет, если помнить, что Hydrog. peroxydatum medicinale является 3% только по весу, а пергидроль 30% по весу же.

Prof. I. Kuthatheladse

## Ueber rationelles Verschreiben und Zusammensetzen einiger Medicamentenformen.

Indem der Autor Methoden der Versschreibung u. Zusammensetzung der Lösungen von Wasserstoffsperoxyd, Formalin u. Burrows Flüssigkeit behandelt, weist er darauf hin, dass die Aerzte in den meisten Fällen der Möglichkeit beraubt sind, über die von ihnen selbst unrationell verschriebenen Recepte bei event. Auflage aus der Apotheke eine notwendige Erklärung in Bezug auf die erforderliche Konzentration der oben genannten Substanzen zu geben, während ein u. dieselbe Apotheke nach ein u. demselben Recepte Lösungen verschiedener Konzentrationen gibt. Infolge dieser anomalen Erscheinung leiden die Kranken darunter.

Um die betreffende Frage zu regulieren, macht der Autor folgende Vorschläge.

Beim Verordnen der Lösungen von Wasserstoffsperoxyd soll man nicht die Benennungen-Hydrogenium peroxydatum medicinale und Perhydrol, gebrauchen sondern nur auf Wasserstoffsperoxyd hinweisen, so z. B.

Solutio Hydrogenii\* peroxydati 1%, 2%, 3%, 5% u. s. w. — 100,0.

Bei derartigen Angaben müssen sowohl der Arzt als auch der Apotheker wissen, dass für den Kranken 1,0 grm. von Wasserstoffsperoxyd auf 99,0 grm Wasser (u. nicht Hydrog. peroxyd. medicinale, wie es gemacht wird) nötig ist, wenn es sich um 1%-ige Lösung handelt; folglich muss man 33,33 grm. von Hydrog. peroxyd. med. nehmen u. destilliertes Wasser bis 100,0 grm zusetzen. Geht man aber bei Zusammensetzung 1%-er Lösung des Wasserstoffsperoxyds von dem Perhydrol aus, so soll man davon 3,33 grm. nehmen u. mit Wasser das ganze gewicht bis auf 100,0 grm. bringen.

Derartige Verdünnung wird verständlich sein, wenn man nicht ausser acht lässt, dass das Hydrog. peroxyd. medic. nach dem Gewicht nur 3%, das Perhydrol aber nach dem Gewichte 30% darstellt.





При более крепких, чем 1% растворах, указанное количество перекиси водорода для разбавления необходимо соответственно увеличить, но из Hydrog. peroxyd. medicinale, само собою разумеется, можно готовить только 3% раствор отпуская per se; при более крепких же растворах необходимо неходить из пергидроля.

При прописывании растворов из жидкости Бурова указывать только на желательное количество действующего начала, т. е. основной уксусно-алюминиевой соли, а не прописывать Solutio Burowi, скажем 2%, Liquor Burowi 2% и т. д. так как подобного рода рецепты абсолютно непонятны. Следовательно, при прописывании Solutio Aluminii subacetici 2% — 100,0, помня, что жидкость Бурова содержит основной уксусно-алюминиевой соли в количестве 8%, в аптеке возьмут и должны брать жидкости Бурова 250 граммов (= 2,0 основной уксусно-алюминиевой соли), и довести водою до 1000 гр.

Так должны поступать и при прописывании растворов формальдегида.

Должны быть и тут взяты такие формы прописывания как например: Formalini 1%, или Solutio Formalini 1%, так как подобные формы не понятны.

При прописывании необходимо указывать на количество формальдегида (водным раствором которого и является формалин), которое должно быть взято на определенное количество воды. Например:

Solutio Formaldehydi 2% — 100,0.

В этом случае если формалин содержит формальдегида в количестве 40%, то следовало бы взять его в количестве 5,0 (что соответствует 2,0 формальдегида) и общий все довести до 100,0.

По мнению автора подобные формы прописывания, а следовательно и приготовления должны быть узаконены и циркулярно сообщены всем практикующим врачам и управляющим аптек. Этим создается для больных гарантия для получения из аптек растворов, указанных веществ, требуемой и, по одному же рецепту, всегда одинаковой концентрации.

Bei stärkeren als 1%-en Lösungen muss man zwecks der Verdünnung die angegebene Menge vom Wasserstoffsuperoxyd entsprechend vermehren, aus dem Hydrog. peroxyd. med. aber kann man selbstverständlich nur 3%-ige Lösung bereiten, per se verabfolgend; bei stärkeren Lösungen aber ist es notwendig, von dem Perhydrol auszugehen.

Beim Verschreiben der Lösungen aus Burow's Flüssigkeit soll man nur die Gewünschte Quantität wirkenden Grundstoffes, d. h. die der basischen Aluminiumazetatlösung, angeben, nicht aber Solutio Burowii, angen. 2%, Liquor Burowii et cet. verschreiben, da dieser Art Recepte absolut unverständlich sind. Mithin wird man in der Apotheke beim Verordnen von Solutio Aluminii subacetici 2%—100,0, (wobei nicht zu vergessen ist, dass Burow's Flüssigkeit 8% von der basischen Aluminiumacetat enthält), 25,0 gm. von Burow's Flüssigkeit (= 2,0 von bas. Aluminiumazetat) nehmen u. dieselbe mit Wasser bis auf 100,0 gm. erhöhen.

So soll man auch beim Verschreiben der Lösungen von Formaldehyd verfahren.

Auch hier sollen solche Verschreibungsformen wie, Z. B. Formalini 1% oder Solutio Formalini 1% vormieden werden, da solche Formen nicht verständlich sind.

Beim Verschreiben ist unentbehrlich, auf das Quantum von Formaldehyd (dessen Wasserlösung Gerade Formalin ist), hinzuweisen, das auf eine bestimmte Wassermenge zu nehmen ist, Z. B. Solutio Formaldehydi 2%—100,0.

Wenn in diesem Falle Formalin 40% von Formaldehyd enthält, so müsste man davon die Menge 5,0 (was 2,0 von Formaldehyd entspricht) nehmen u. das ganze Gewicht bis auf 100,0 gm erhöhen.

Nach Autors Meinung sollen derartige verschreibungs-, — folglich auch Zusammensetzungsformen gesetzlich festgesetzt u. an alle practizierende Aerzte u. Apothekenleitern eine Zirkularvorschrift abgehandt werden. Dadurch wird für die Kranken die Garantie verschafft, dass sie aus den Apotheken Lösungen der angeführten Substanzen mit der nach ein u. demselben Recepte erforderlichen, immer gleichen Konzentration erhalten.

### 3. ათეზილი.

კლინიკის ორდინატორი.

## შუასაყარის სიმსივნეების საკითხისათვის\*)

ტფილისის უნივერსიტეტის დიაგნოსტური კლინიკიდან.

გამგე პროფ. შ. დ. წინამძღვრიშვილი.

შუასაყარის როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეების სიმპტომოკომპლექსი და მისი კლინიკური მიმდინარეობა. უმეტეს ნაწილად, იმდენად მრავალფეროვანია, რომ ძლიერ ხშირია შემცდარი დიაგნოზის შემთხვევები. მისი ამოცნობა უძნელდებათ არა მარტო პრაქტიკულ ექიმებს, არამედ, ხშირად გამოცდილ კლინიკისტებსაც იმიტომ, რომ დასაწყისში იგი, არაიშვიათად, ემსგავსება სხვა დაავადებას და არ იძლევა ამ დროს სიმსივნისათვის დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს.

ამით აიხსნება, რომ უკანასკნელ წლებში მრავალი ავტორები ამ დაავადების თვითულ შემთხვევას აქვეყნებენ და თავისი საკუთარი შემთხვევის სიმპტომოკომპლექსისა და კლინიკური სურათის შესწავლით, ერთის მხრივ, და ლიტერატურის მიმოხილვით, მეორეს მხრივ, სცდილობენ წასწიონ წინ ამ დაავადების შესწავლის საკითხი.

ამიტომ, ვფიქრობთ, რომ შუასაყარის სიმსივნეების ყოველი ცალკე შემთხვევები დაწვრილებით უნდა იყოს აღწერილი. შუასაყარის პირველადი სიმსივნეები ძლიერ იშვიათ დაავადებას წარმოადგენენ. მათ უფრო აქვთ ხასიათი მეტასტაზისა, რომელსაც იძლევა სასუნთქავი გზების სიმსივნეები. ამნაირად შუასაყარის სიმსივნეების ისტორია იწყება სასუნთქავი გზების სიმსივნეებით დაავადების ისტორიიდან, სახელდობრ 1810 წლიდან, როდესაც Bayl-მა ფილტვის ტუბერკულოზის 900 შემთხვევაში იპოვა სამი შემთხვევა ისეთი კიბოსი, რომლებიც მეტასტაზს იძლეოდნენ შუასაყარში.

ამ დაავადებას მან სახელად „Phtisis Cancerose“ უწოდა. მალე ამის შემდეგ L a e n n e c-მა აღწერა თავისი საკუთარი მსგავსი შემთხვევა. მან მიზანშეუწონლად სცნო Bayl-ის სახელწოდება „Phtisis cancerose“ და უწოდა მას „Carcinomatosis pulmonum“.

შუასაყარის ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ საგულისხმო ცნობებს იძლევა K i s e l ь-ი და S t r a n s c h e i d-ი. ამ ავტორების აზრით შუასაყარას სიმსივნებიდან სარკომები გვხვდება 27<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ში, კიბო 41<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ში.

\*) წაკითხულია საქართველოს ექიმთა მე-V-ე სამეცნიერო კონგრესზე ქ. ბათუმში 1929 წელს.

Шоп-მა ევროპის ლიტერატურიდან 1874 — 1901 წლებში შეაგროვა სულ 32 შემთხვევა შუასაყარის სიმსივნების.

Глинчиков-მა შეკრიბა რუსულ ლიტერატურაში გულმკერდის ღრუს სარკომის სულ 19 შემთხვევა, რომლებიდანაც 12 მოდიოდა შუასაყარზე, 3 ფილტვზე.

რაც შეეხება საკითხს მეტასტაზების შესახებ, Schech-ისა და Fuchs-ის აზრით, ფილტვების პირველადი სარკომა არ იქნენ მიდრეკილებას მეტასტაზებისადმი. Божовско-ს ამ დაავადების 64 შემთხვევის მიხედვით გამოაქვს დასკვნა, რომ ფილტვების პირველადი სარკომა იძლევა მეტასტაზებს ფილტვების უახლოეს ორგანოებში, მათ რიცხვში შუასაყარშიაც და მხოლოდ ვრცელი დისემინაციის დროს ითრეეს დაშორებულ ორგანოებსაც. ფ-ის პირველადი სარკომა იძლევა მეტასტაზებს  $\frac{2}{3}$  შემთხვევაში,  $\frac{1}{3}$ -ში მიმდინარეობს უმეტასტაზოდ. გასავალ წერტილად ავტორების უმრავლესობა აღიარებს პერიბრონქიალურ შემაერთებელ ქსოვილსა და ლიმფურ ფოლიკულებს.

რაც შეეხება შუასაყარის კეთილთვისებიან სიმსივნეებს, ისინი წარმოადგენენ მეტად იშვიათ დაავადებას და ამავე დროს დიდ ქირურგიულ ინტერესს.

ეს სიმსივნეები იყოფა სამ დიდ ჯგუფად 1) ლიპომები და ფიბრომი, 2) დერმოიდული კისტები, 3) ჰიდატიური კისტები.

ფიზიკური დიაგნოსტიკა. თავის თავად ცხადია, რომ შუასაყარის სიმსივნეები შესაძლებელია სრულიად არ იძლეოდნენ მოყრუებას, თუ დაახლოვებით ქათმის კვერცხის ოდენა მაინც არ არის. ასეთი სიმსივნე მოგვეცემს პერკუსიული ხმის შედარებით მოყრუებას. ამაზედ უფრო მოზრდილი სიმსივნეები მოგვეცემენ აბსოლუტურ ყრუ ხმას. უკანასკნელ შემთხვევაში პირველად მოყრუება ჩნდება მკერდის ძვლის მიდამოში, მერე კი ბეჭის მიდამოშიც. შეიძლება სიმსივნემ ამოზნიქოს მკერდის მიდამო, შეეზარდოს xiphoidium-ს, შეიჭრას ლავიწ ქვეშა მიდამოში. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება მათი პალპაცია, გაგება კონსისტენციისა და პულსაციისა, რომელიც გადმოეცემა ღრმად მდებარე სისხლის მსხვილ ძარღვებიდან და სხვა. საექვო შემთხვევებში რენტგენოსკოპიას და რენტგენოგრაფიას შეუძლიანთ მოგვეცენ სასარგებლო დიაგნოსტიკური ცნობები.

ჩვენ გადავთვალერეთ შრომები შინაგან სნეულებათა პათოლოგიაში, რომლებიც ვრცლად ეხებოდნენ ამ სიმსივნეების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკას, ვნახეთ აგრეთვე სპეციალური შრომები, რომლებიც არკვევდნენ განსხვავებას ამ სიმსივნეების, (აორტის ანევრიზმის) სიფილიტიური მედიასტინიტისა და ბრონქიალურ ჯირკვლელთა ტუბერკულოზის შორის. გამოტანილ შთაბეჭდილებების მიხედვით უნდა ითქვას, რომ მათი ანატომიური დიაგნოსტიკა თითქმის შეუძლებელია; თუმცა სიმსივნის განვითარების სისწრაფე, ნაადრევი კახექსია, აღენოპათიების განვითარება ლავიწების, ან ილიის ქვეშ, მიგვიითიებს სიმსივნის ავთვისებიანობაზედ. ამის მოპირდაპირე პოლუსზე სდგას აბსოლუტურად კეთილთვისებიანი სიმსივნეები — ეს დერმოიდული კისტები, რომლებიც შეიძლება არსებობდნენ რამდენიმე წლის განმავლობაში (ახალგაზრდა ინდივიდუუმებში). ზოგიერთი ავტორის აზრით სიმსივნეების ხასიათის გამორკვევაში შეიძლება დაგვეხმაროს სისხლის სურათი.



ავტორთა მთელი რიგი, Naegeli, Webb-ი Fränkel-ი, H. Я. Чистович-ი, Вышегородцев-ი აღნიშნავენ, რომ თითქოს ზომიერი ლეეკოციტოზი აბსოლუტური ნეიტროფილოზით და ლიმფოპენიით დამახასიათებელი უნდა იყოს ლიმფოგრანულომატოზისთვის. Ziegler-ის აზრით, ლიმფოპენია შედეგია ფიბროზულად გადაგვარებული ჯირკვლების ლიმფოციტების პროდუქციის უნარის დაქვეითებისა. იგივე ავტორი აღნიშნავს, რომ ლ-ის აწვევის დამახასიათებელია ანეოზინოფილია. ავტორი ამას ხსნის შემდეგნაირად: თვით ცხელებითი ტალღები დამახასიათებელი ნიშანია ლიმფოგრანულომატოზისათვის (Чистович-ი) და მაჩვენებელია პროცესის გენერალიზაციისა, რომელიც მიმდინარეობს ან პერიფერიული ზრდის ტიპით, ან ახალი, შორეული ნაბარტყის გაჩენით. პროცესის გენერალიზაციის დროს გვაქვს ძვლის ტვინის გალიზიანება, რასაც შედეგად მოსდევს ნეიტროფილოზი და ეოზინოფილების პროდუქციის შეფერხება.

სტატისტიკური მასალიდან და ლიტერატურული ცნობებიდან სჩანს, რომ ფილტვის და საერთოდ სასუნთქავი გზების გულმკერდის ნაწილის ხორცმეტებით და განსაკუთრებით ავთვისებიანი ხორცმეტებით დაავადების შემთხვევები შესამჩნევად გახშირებულა უკანასკნელ წლებში. ამის და მიუხედავად მათ დღევანდლამდე არა აქვთ დათმობილი შესაფერი ადგილი, როგორც პათოლოგიური ანატომიის, ისე შინაგან სნეულებათა, პათოლოგიის სახელმძღვანელოებში.

პათოლოგიური ანატომია. შუასაყარის პირველადი სიმსივნის ბუნება საბოლოოდ არ არის შესწავლილი. Haare ფიქრობს, რომ ეპითელიალური გენეზისისა უფრო ხშირია, ვიდრე შემაერთებელ ქსოვილოვანისა. Афанасьев-ის აზრით, ეს სიმსივნეები ეპითელიალურ-ვასკულარული ხასიათისაა. ავთვისებიანი სიმსივნეები თავდაპირველად ვითარდებიან ან ლიმფატიური განვლიებიდან-ლიმფადენომის ან ლიმფოსარკომის სახით, ან და წარმოიშობიან Thymus-ის ნაწილაკებიდან და იძლევიან ან ეპითელიომას ან სარკომას, ან ფიბროსარკომას. ეს იქნება ავთვისებიანი სიმსივნის კვანძოვანი ფორმა, რომელიც არაიშვიათად იძლევა მეტასტაზს ფილტვების ქსოვილში.

პათოლოგიური ანატომია ფილტვების პირველადი კიბოს კვანძოვანი ფორმისა, ავტორების უმრავლესობის აზრით (Ribbert-ი, Kaufmann-ი, Orf-ი), ეკუთვნის პირველადი კიბოს იმ ჯგუფს, რომელიც ვითარდება დიდი და საშუალო ბრონქების კედლებიდან. ოჯი ხშირად იძლევა მეტასტაზებს სასულეს ჯირკველში, საიდანაც მერე შეიქრება მეორე ფილტვში. კიბოს ეს ფორმა გაცილებით ხშირად იძლევა მეტასტაზებს შუასაყარში და შორეულ ორგანოებში, ვიდრე კიბოს მეორე ფორმა ე. წ. ინფილტრაციული სახე, რომელიც წარმოიშევა თვით ფილტვის ქსოვილსა და ბრონქოლების კედლებში და რომელსაც უმეტეს შემთხვევაში არა აქვს მკვეთრი საზღვარი. ასეთ კიბოს ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა და გავრცელება ფილტვის ან ერთ ნაწილში ან და მთელ ფილტვში. აღნიშნული ფორმა უფრო საყურადღებოა იმ მხრივ, რომ ამ დაავადების დროს ხშირია ფილტვის ქსოვილის დარბილება, დაშლა, ამოხველება ნეკროტიული მასისა და ამის შედეგათ ღრუს წარმოშობა ფილტვში.



უკანასკნელი გარემოების გამო ხშირია სისხლის დენა, რის გამოც ადვილი შესაძლებელია შეცდომით დაბადოს აზრი ფილტვის ტუბერკულოზის შესახებ. გავრცელების მესამე გზა არის per continuitatem და per contiguitatem, რომლის დროსაც კიბოს ქსოვილით იელენთება გზაზედ მდებარე ყველა ქსოვილები და ორგანოები. რა სახის ქსოვილებშიაც არ უნდა წარმოიშვას სიმსიენე და როგორც არ უნდა იყოს მისი გავრცელების გზები, აშკარაა ის, რომ მას აქვს სწრაფი და საბედისწერო გამოსავალი.

მეორე სტადიაში, როგორც ჩვენი შემთხვევიდანაც დავინახავთ, ისინი მიმოითესებიან ახლობელ ორგანოებში, შეიზრდებიან ვენებში და ბოლოს neoplasma-ს ასეთი პროგრესიული განვითარება, განსაკუთრებით ვიწრო მიდამოებში აესებს შუასაყარს, ლიმფური ძარღვების დახშვის გამო იელენთება თვით ფილტვის ქსოვილი, ვითარდება oedema, რასაც სულ მოკლე ხანში 2—11 თვეში აუცილებლივ მოსდევს სიკვდილი. შუასაყარის სიმსიენეების გამოსავალ წერტილს უმეტეს წილად წარმოადგენს thymus-ი. მისი პირველადი დაავადება იშვიათია, უფრო ხშირია მეტასტაზები, ჩირქგროვები და ტუბერკულოზით დაავადება. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მკერდუკანა ჯირკვლის ჰიპერპლასტიურ პროცესებს, რომელსაც ხშირად ვხვდებით ბავშვში. ასეთივე ჰიპერპლასტიური ხასიათის პროცესებს ვხვდებით მოზრდილებშიაც. ძველი თეორიის თანახმად ჰიპერპლასტიური thymus-ი აწვება n. vagus-ზე, ტრახეაზე და იწვევს სიკვდილს. ახალი შეხედულებით ასეთ შემთხვევებში სიკვდილის მიზეზი არის არა thymus-ის ოდენობის მომატება, არამედ მისი ფუნქციის გადიდება და სიკვდილი დამოკიდებულია შეცვლილ thymus-ის რაღაც ტოქსინებზე. მკერდ-უკანა ჯირკვლის გადიდება ეკუთვნის ე. წ. Status thymicolymphaticus-ს, რაც ნიშანია სხეულის არა სრული განვითარებისა, და ზოგიერთი ავტორების აზრით წარმოადგენს ინფანტილიზმის მსგავს დაავადებას. აღნიშნულ კონსტიტუციონალურ ანომალიასთან ერთად პოულობენ მთელი ლიმფური სისტემის ჰიპერპლაზიას, რომლებიც ხშირად განიცდიან ტვინოვან შესიებას. როგორც ვიცით ასეთი სუბიექტები ვერ იტანენ ნარკოზს, კრილობას, სამაგიეროდ ნაკლებად განწყობილნი არიან ტუბერკულოზისადმი. Hedinger-ის აზრით, ეს გვარეულობის ავადმყოფობაა.

Thymus-ის სიმსიენეებიდან აღსანიშნავია ლიმფოსარკომები, რომლებიც ჩნდებიან ლიმფოციტებიდან; ეს სიმსიენეები გვხვდება მხოლოდ მოზრდილებში ყოფილ მკერდ-უკანა ჯირკვლის ადგილზე. მათი წარმოშობის ნამდვილი მიზეზი ჯერ-ჯერობით გამოარკვეული არ არის.

შუასაყარის ყველა აღნიშნული სიმსიენეები უმეტეს ნაწილად იძლევიან განკერძოებულ მეტასტაზებს ფილტვებში აწვებიან V. cava superior-ს, arter. pulmonalis, v. pulmonalis, უზორცდებიან მარჯვენა წინა გულს, მარჯვენა პარაკუქს, ჰფარავენ გულსა და პერიკარდიუმს შემაერთებელი კვანძებით. ეს კვანძები, როგორც შუასაყარის სხვა სიმსიენეები ვითარდებიან უფრო ცხიმოვან ქსოვილში.

წინა შუასაყარში პოულობენ აგრეთვე რთული აგებულების დერმოიდულ კისტებს, რომლებშიაც გლუვი ბოჭკოების გარდა, არის მეზოდერმის სხვა ნაწი-

ლებიც. უბრალო დერმოიდების გამოსავალ წერტილად სთვლიდნენ thymus-ს, როგორც ტერატომებს, თუმცა შეიძლება დერმოიდიც იყოს ტერატომის მზავავი, მხოლოდ ცალმხრივად განვითარებული. წინა შუასაყარში გვხვდება აგრეთვე კისტები მოციმციმე ეპითელიუმიდან და სასუნთქაე გზების ეპითელიუმიდან.

კლინიკა. ამ ავადმყოფობის კლინიკური სურათი დღემდე ნაკლებად არის დამუშავებული; ეს ალბად აიხსნება იმ გარემოებით, რომ, როგორც აღნიშნეთ შუასაყარის ხორცმეტები ძალიან იშვიათად გვხვდება ცხოვრებაში. ამიტომ მათ დღემდე არა აქვთ დათმობილი შესაფერი ადგილი ლიტერატურაში. თუ რამდენად რთული და გამოურკვეველია საერთოდ შინაგან ორგანოების და კერძოდ სასუნთქაე ორგანოების სიმსივნეების კლინიკური სურათი სჩანს Lubarsch-ის მიერ აღნიშნულ ფაქტიდან. ამავე ავტორმა ბერლინის შარიტეს პათოლოგო-ანატომიური ინსტიტუტის ფართე მასალის შესწავლის შემდეგ აღნიშნა საინტერესო მოვლენა, პირველი შეხედვით უცნაური და თითქოს გაუგებარი, რომ სექციასზედ აღნუსხული კერძოდ კიბოს შემთხვევათა რიცხვი ორჯელ მეტია იმ ციფრზედ, რომელიც აღნიშნულია სიკვდილობი საერთო სტატისტიკაში. ხსენებულ ავტორს შეუკრებნია ავთვისებიანი სიმსივნეების 1764 სექციური შემთხვევა. აქედან  $17,35\%$ -ში ეს სიმსივნეები სიცოცხლის დროს არ ყოფილა ამოცნობილი, მხოლოდ  $15\%$ -ში სწორედ არ ყოფილა აღნიშნული სიმსივნის ადგილმდებარეობა. ეს სტატისტიკა მოწმობს, რომ სიმსივნეთა კლინიკური ამოცნობა მაინც და მაინც ადვილი არ უნდა იყოს. ამ გარემოებამ აიძულა Mink-ი და Neumann-ი გადაეთვალთვინებინათ ბერლინის იმ კლინიკების მასალა, რომლებშიაც ისინი მუშაობდნენ და გამოერკვიათ მიზეზი ამ უცნაურ ფაქტისა. მათი მასალის მიხედვით აღმოჩნდა რომ კლინიკურად გამოუცნობელ შინაგან ორგანოების კიბოთა შემთხვევა  $25\%$ -აც კი აღწევს ე. ი. თითქმის  $8\%$ -ით აჭარბებს Lubarsch-ის ციფრებს. აღნიშნული ავტორების აზრით, ამ მოვლენის მიზეზი ნაწილობრივ ისაა, რომ ავადმყოფები დაგვიანებით წვებიან საავადმყოფოებში, როდესაც მათი მძიმე მდგომარეობის გამო შეუძლებელია მათი დაწვრილებითი კლინიკური გამოკვლევა; მეორეს მხრივ მიზეზად ასახელებენ თვით სიმპტომატოლოგიის გაურკვევლობას ცალკე შემთხვევებში.

ავადმყოფის თავიდანვე ამოცნობის სიძნელე კიბოს უფრო ეხება (Lubarsch). აქ ანაშნებს დიდი მნიშვნელობა აქვს, ამიტომ საჭიროა ყოველთვის ზედმიწევნით კარგად იყოს გამოერკვეული სნეულების მიმდინარეობა და განსაკუთრებით კი მისი ხანგრძლივობა. მიმდინარეობის თავისებურება აქ იმაში მდგომარეობს, რომ მიუხედავად თვითობით წამლობისა ავადმყოფი სუსტდება, კარგავს წონაში და მისი მდგომარეობა დღითი დღე უარესდება.

სუბუქი ჩივილებიდან შუასაყარის სიმსივნეებით დაავადების დროს აღსანიშნავია: ხველა დასაწყისში მსუბუქი, მშრალი, შემდეგ პაროქსიზმალური ხასიათის, რაც ავადმყოფს საშინლად აწუხებს, უფროსობს ძილს და ასუსტებს.

ტკივილები ღრმა და ყრუ, ხან კი მწვავე უფრო ხშირად ბეჭთა შუა მიდამოში. ამ ტკივილებს არა აქვთ კავშირი შესუნთქვა-ამოსუნთქვასთან. ობიექტიური სიმპტომებიდან დიდი მნიშვნელობა აქვს კომპრესიის ფენომენს. ეს ფენომენი წარმოადგენს შუასაყარის სიმსივნეების მთავარ სიმპტომს, რასაც



მოჰყვება ხოლმე სუნთქვის გაძნელება (Stridor); ზოგჯერ ყლაპვის გაძნელებაც. კომპრესიული მოვლენებიდან ხშირია v. cava superior-ის დაზიანება, რასაც მოსდევს ციანოზი და შეშუპება სახისა, კისრისა, და ზედა კიდურებისა. მასვე თანა სდევს ვენების ცნობილი კოლატერალები, ეს ვენური ბადის განვითარება, ცეფალალგია, თავბრუს ხვევა, ხან კი ეპისტაქსისი. თუ ზედდაწოლას განიცდიან ფილტვების ვენები, მას მოსდევს ფილტვების შეშუპება, ან პასიური ჰიპერემია გამონაყონით პლევრაში. უფრო გვიან სათანადო არტერიის კომპრესიული შევიწროება იძლევა მაჯის შესუსტებას. ეს მოვლენები გაცილებით ნაკლები სიძლიერით, შეიძლება გამოიყოს აორტის ანევრიზმის, adenopathia tracheo-bronchialis-ისა და სიფილიტიური მედიასტინიტის დროსაც. ამიტომ ყოველთვის საჭიროა მათი დიფერენციაცია.

კომპრესია შეიძლება ეხებოდეს მხოლოდ ტრახეას და ბრონქებს, როგორც ეს იყო ჩვენ შემთხვევაში და იწვევდეს პროგრესიულ disпноē-ს, ხორხის სპაზმით და ვეზიკულური სუნთქვის შესუსტებით იმ ფილტვში, რომლის ბრონქიც განიცდის შევიწროვებას. შუასაყარის სიმსივნის დროს, ქოშინი შეიძლება გამოწვეული იყოს აგრეთვე მეორადი მოვლენებით ფილტვში, სახელდობრ-თვით სიმსივნის უშუალო გავრცელებით ფილტვზე, სისხლის ძარღვების (აორტის და ვენების) შევიწროვებით, ნერვებზე და ხორხზე ზედ-დაწოლით, ფილტვებზე ზედ-დაწოლის შედეგებით მაგ: ბრონქიტით, პნემონიით, პლევრიტიული გამონაყონით, ფილტვის შეშუპებით მეორადი კახექსიით და ზოგჯერ ანემიით (West-ი).

აბსოლუტური ყრუ ხმა, რომელიც ყოველ სახელმძღვანელოში, სადაც კი ლაპარაკია სასუნთქავი გზების სიმსივნეზე ყოველთვის პირველ რიგშია ხოლმე აღნიშნული — ეს სიმპტომი შუასაყარის სიმსივნეთა ამოცნობაში ჰკარგავს მისდამი მიკუთვნებულ მნიშვნელობას და მისი არსებობა აღნიშნული სიმსივნეების დროს არ უნდა იყოს აუცილებელი. ამიტომ შუასაყარის სიმსივნეთა ამოსაცნობ ნიშანთა შორის პირველ რიგზე უნდა იდგეს კომპრესიული მოვლენების გამოსახულება და არა პერკუსიული ხმის შეცვლა.

Pleuritis exudativa დიდ უმეტეს შემთხვევაში (თითქმის როგორც კანონი) თანსდევს შუასაყარის ავთვისებიან სიმსივნეს, ფილტვზე მეტასტაზის გაჩენის შემდეგ და პუნქციის დროს იძლევა სეროზულს, არა იშვიათად ჰემორაგიულ ექსუდატს. Maurard-Martin-ის აზრით, ჰემორაგიული პლევრიტი 20% შემთხვევაში მიგვითითებს კანკროზულ ან სარკომატოზულ პლევრიტზე. თუ სითხე განმეორებითი გამოღების შემდეგ ძალიან ჩქარა გროვდება და განმეორებითი პუნქციების დროს თან და თან ძნელდება სითხის გამოღება (სიმსივნის რღვევითი პროცესის გამო), მაშინ ეჭვი სიმსივნის არსებობის შესახებ უფრო საბუთიანი ხდება (Mattes).

ნახველი. ავადმყოფის ხანგრძლივ სპაზმატიურ ხველასთან ერთად დამახასიათებელია ლორწოვანი, იშვიათად ჩირქოვანი, უფრო კი სისხლნარევი ნახველი, რომელსაც უფრო ხშირად ჟოლოს ფერი აქვს და შეიძლება ერთგვარი მსგავსება ჰქონდეს ისტერიული სუბიექტების ამგვარსავე ნახველთან. უფრო იშვიათად ნახველი შეიცავს თვით სიმსივნის ამკარად შესამჩნევ ნაწილებს და პირიქით შედარებით ხშირად ვხვდებით მასში უჯრედებს ცხიმოვანი მარცვლებით.

ეს არ გამოდგა ცხიმოვანად გადაგვარებული კბოს უჯრედები, როგორც Leichten-  
hartz-ი ფიქრობდა, არამედ უფრო ცხიმოვანად გადაგვარებული ეპითელია  
ლური უჯრედები, რომლებიც თითქმის ყოველთვის გვხვდება ფილტვების სიმ-  
სივნეების დროს (Benecke).

ტემპერატურა რაიმე დამახასიათებელ ნიშანს არ წარმოადგენს. ავტორთა  
ერთი რიგი აღნიშნავს ამ ავადმყოფობის მიმდინარეობას უტემპერატუროთ, მეორე  
რიგი კი პირიქით დიდი ტემპერატურით. ყოველ შემთხვევაში t°-ის აწვევა არ  
უარყოფს სიმსივნეს. რაც შეეხება ნერვებს უმნიშვნელოვანესია და უსაშინელესი  
აგზნება ან სიდაბლე, n. phrenicus-ისა და recurens-ისა.

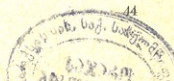
პირველის აგზნებისაგან დამოკიდებულია პაროქსიზმალური ხველა, პირღე-  
ბინება, angina-pectoris-ის მოვლენები და შენელება ან აჩქარება მაჯისა. N.  
recurens-ის დამბლა, რომელსაც მოყვება ჯერ ხმის ჩახლუჩა, შემდეგ კი აფო-  
ნია უფრო ნაკლებ სახიფათოა, ვიდრე მისი აგზნება, რომელიც იწვევს ხორხის  
სპაზმს და რომელიც არა იშვიათად სიკვდილით თავდება. N. phrenicus-ის კომ-  
პრესიას მოსდევს სლოკინი, ნერვალგია. უფრო იშვიათია საყლაპავი მილის კომ-  
პრესია დისფაგიით და კომპრესია მკერდის საღინარისა, რომელსაც მოსდევს  
Hyllothorax-ი. ასეთი შემთხვევა აღწერილი აქვს Manzinger-ს შუასაყარის  
ლიმფოსარკომის დროს.

თერაპია სასუნთქი გზების აეთვისებიანი ხორცმეტებისა წმინდა სიმპტომა-  
ტურია, არავითარი რადიკალური ზომა არ არსებობს, რადგან ეს სიმსივნეები  
მალე იძლევიან მეტასტაზებს და ინფილტრაციას. ამიტომ მათი ექსტირპაცია მე-  
ტად მძიმე და მიზანშეუწონელ საშუალებას წარმოადგენს. პირიქით გამსჭვირ-  
ვალე სხივებით მკურნალობა სასარგებლოა და იშვიათ შემთხვევაში იძლევა სა-  
გულისხმო თერაპიულ შედეგს (ყველაზე ნაკლებ შუასაყარის სარკომის დროს).  
ასეთი მანუგეშებელი შედეგები აღწერილი აქვს Duncan-ს სამ შემთხვევაში  
1921 წელს.

ამნიარად აღნიშნული ცნობების მიხედვით შეგვიძლიან დავასკვნათ, რომ  
თავისი კლინიკურ მიმდინარეობაში შუასაყარის სიმსივნეებს ჯერ არ მიუღიათ თა-  
ვისი გარკვეული ფიზიონომია, რომელიც რამდენადმე მაინც აადვილებს მის ამო-  
ცნობას— ამის და მიუხედავად ვფიქრობთ, რომ ავადმყოფის ზედმიწევნით გამო-  
კვლევა და აღნიშნული სიმპტომების მიზანშეუწონილად გამოყენება ყოველი ცალკე  
შემთხვევის დროს, ავადმყოფის ზოგად მიმდინარეობასთან ერთად, მოგვცემს  
საკმარის დასაყრდნობ პუნქტებს სწორი დიაგნოზის დასასმელად.

ერთ ერთ მნიშვნელოვან დიაგნოსტურ საშუალებას შუასაყარის სიმსივნე-  
ების ამოცნობაში რენტგენი წარმოადგენს, მაგრამ როგორც ლიტერატურაში  
აღწერილ შემთხვევებიდან სჩანს კლინიკურად დასმულ დიაგნოზს რენტგენი მუდამ  
არ ამართლებს, რასაც ადასტურებს ჩვენი შემთხვევაც.

ამ ლიტერატურულ მიმოხილვის შემდეგ გადავდივარ ჩემს საკუთარ და-  
კვირვებაზე, რომელიც მე დიდად პატივცემულ პროფ. მ. წინამძღვრი შვი-  
ლის წინადადებით ვაწარმოვე სახელმწ. უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკურ კლი-  
ნიკაში.



ამ მხრივ აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ჩვენს მიერ დასმული კლინიკური დიაგნოზი *Tumor malignum mediastini*? უარპყო რენტგენმა — მან მოგვცა თავისი დიაგნოზი სახელდობრ *Pleuritis interlobaris*, რომელსაც ჩვენ ექვის თვალთ შევხედეთ და ჩვენი დიაგნოზი სწორედ მიგვაჩინდა და მართლაც ბოლოს სექციამ ჩვენი კლინიკური დიაგნოზი შუასაყარის სიმსივნის შესახებ სავესტით გაამართლა.

*Examen subjectivum.* 55 წლის მამაკაცი, კოლშეილიანი, ქართველი, შემოვიდა კლინიკაში 24 მარტს 1927 წ. უჩივის ძლიერ სისუსტეს, ცუდ ძილს, თავის ტკივილს, ძლიერ კოშინს, სიცხეს და ხველას. აღნიშნული სისუსტის გამო ავადმყოფი ვერ ლაპარაკობს. ავადმყოფობა დაეწყო შეუმჩნევლად: თანდათან სუსტდებოდა, ხანგამოშვებით გრძობდა გვერდებში ტკივილებს, შოგა და შოგ აძლევდა მცირე სიცხეს. 1926 წ. ნოემბერში ყოფილა მოსკოვში, უმკურნალა, საგრძნობი შეღავათი ვერ მიუღია. მოსკოვშივე რამდენჯერმე გაუშუქებიათ ფილტვები რენტგენით, საგულისხმო ვერაფერი აღმოუჩინიათ. ა. შ. თებერვალში იგი წოლილა რკინის გზის საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში *Arterio et cardio sclerosis*-ის დიაგნოზით, მალე გაწერილა, მაგრამ სისუსტე, სიცხე და ხანგამოშვებითი ხველება მაინც დარჩენია. უმკურნალა ერთ თვემდე ფეხზე ყრბო ექიმებთან, შეღავათი მაინც ვერ უგრძენია.

ბავშვობაში გადაუტანია წითელა, ყივანა ხველა, ქუნთრუშა, 29 წლისა ავად ყოფილა ფილტვების ანთებით. 14 წლის წინედ ავად გამხდარა სიფილისით. 5 წლის შემდეგ დამართვია მთელი სხეულის მარცხენა ნახევარის დამბლა, რომელსაც მალე გაუფლია. თამბაქოს არ ეწევა. ღვინო-არაყს სვამდა ზომიერად.

*Examen objectivum.* ავადმყოფი საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, ძვალკუნთოვანი სისტემა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი ნორმალურად განვითარებული, კანი სუფთა, ნესტიანი მომკრთალო მოყვითალო ფერის. მკრთალი ფერისაა ლორწოვანი გარსებიც. სახის გამომეტყველება ნაღვლიანი, უმიჯნო, თვალები ჩაყვითლებული. ლიმფური ჯირკვლები ყბის ქვეშა, კისრისა, ილიისა გადიდებული, ბრინჯის მარცვლიდან მუხუდოს მარცვლის ოდენამდე, მომკვრიო, მოძრავი. უფრო შესამჩნევადაა გადიდებული ილიის ჯირკვლები.

პერიფერიული სისხლ-ძარღვთა კედელი შემკვრივებული. მაჯა რითმიული, საშუალო გავსების 100—108 წუთში.

გულმკერდი ნორმალური მოყვანილობის, სუნთქვა გახშირებული, ზერედე, რითმიული, წუთში 36—40, ნეკური ტიპის, დახმარე კუნთებით. ახველებს ხან-გაშოშვებით. ამოაქვს ნახველი თეთრი, ლორწოვანი.

ფილტვები. მარჯვენა ფილტვის ზემო ნაწილში პერკუსია იძლევა ფილტვის ხმაინობას ოდნე მოყრუებული ტიმპანითი.

ბექის შუა ხაზიდან იწყება მოყრუება, რომელიც ქვემო ნაწილში გადადის აბსოლუტურ ყრუ ხაზში. ილიის შუა ხაზზე მოყრუება მე-5 ნეკნთა შუა არიდან. მოყრუების ხაზზე ვიღებთ *Schoda*-ს ფენომენს. მარცხენა ფილტვზე ყველგან ფილტვის მაღალი ხმა ოდნე გაძლიერებული. *Fremitus pectoralis* მარჯვენა ფილტვის ზემო ნაწილზე კარგად გამოხატული. ქვემო ნაწილში არ არის. *Bronchophonia* ფილტვის კარებთან გაძლიერებული. მარჯვენა ფილტვზედ ბრონქონ-ფონია ცვალებადობს ისევე, როგორც *Fremitus*-ი. მარცხენა ფილტვზედ *Fremitus pectoralis* და *Bronchophonia* ნორმალური—*Grocco-Rauchfuchs*-ის სამკლთხედი—მარცხენა მხარეზე. მარცხენა ფილტვის ექსკურსია ძლიერ შეზღუდული.

აუსკულტაცია. მარჯვენა ფილტვის ზემო ნაწილზე—მკვრივი სუნთქვა. მოყრუების ხაზზე—სუნთქვა ბრონქიალური ელფერით, მოყრუების ხაზის ქვემოთ სუნთქვა თანდათან სუსტდება, ბოლოს ისობა. მარცხენა ფილტვზე ვეზიკალური სუნთქვა მკვრივი ხასიათის:

გულ: ზედა სახლური მესამე ნეკნზე. მარჯვენა სახლვარი ერთი თითით სცილდება მარჯვენა სტერნალურ ხაზს, მარცხენა სახლვარი—დვრილის ხაზიდან თით-ნახევრით გარედ. გულის ტონები სუფთა, ძლიერ მოყრუებული. მუცლის მიდამო უმტკივნელო. ელენთა კარგად ისინჯება. ღვიძლის ქვეშ სახლვარი სცილდება ნეკნთა რკალს დვრილის ხაზზე ორი თითით.



შარდზე გავსკლა თავისუფალი; შარდის რაოდენობა შემცირებული—დღე-ღამეში 400,0-650,0, სისხლის სურათი: Leuc. 9,600; Er.—3,200,000.

$$\text{Neutroph.} \left\{ \begin{array}{l} \text{Lüg.—} 2\% \\ \text{Stab.—} 19\% \\ \text{Segm.—} 61\% \end{array} \right\} = 82\%$$

Eos.—1,5%; Lym—1%; lym—14%. Mon. 1,5%.

Hb.—50%; F. Ind.—0,78.

Wasserman-ის რეაქცია უარყოფითი.

ნახველი Koch-ის ჩხირები არ აღმოჩნდა, ბევრია ლეგეციტები.

შარდის ანალიზი. რეაქცია ნეიტრალური, ფერი მუქი ჩალისა, გამსჭვირვალე, d—1029; ცილა—ნიშნები.

ნალღის პიგმენტები არ არის.

დიახორეაქცია უარყოფითი. ინდიკანი—ნორმაზე მეტი.

ნალექში I—2 ჩირქ. ბურთ. ზოგიერთ მ./ა. პრტყელი ეპითელიუმი.

ამორფიული ურატებისა და ფოსფორ შევა მავნეზის მცირე რაოდენობა სისხლი.

განავალში—*Taenia saginata*-ს კვერცხები.

*Cursus morbi*. ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან უარესდება. სისუსტე და ქოშინი მკვეთრად მატულობს. ქოშინს თან ერთვის Stridor-ი. ავადმყოფი ვერ დაწოლილა, რადგან სუნთქვა ასეთ მდგომარეობაში მეტად უძნელდება. იძულებულია იჯდეს, თუმცა თავი ვერ დაუმაგრებია და ხელებზედ აქვს დაყრდნობილი. ძლიერი ქოშინის გამო ლაპარაკი უძნელდება, სიტყვებს ლაპარაკობს ნაწყვეტ-ნაწყვეტად, მარცვლებით.

$\frac{24}{\text{III}}$ -ში  $t^{\circ}$ —37,3. გაუკეთეთ მარჯვენა პლევრალური დრუს პუნქცია. გამოულეთ 1 ლიტრი მოყვითალო ფერის სითხე: d—1028; Rivalta-ს რეაქცია დადებითი; მიკროსკოპის ქვეშ ნეიტროფ. 72%; ლიმფოციტ.—28%; მიკროსკოპითა და ქიმიურად ექსუდატური თვისებისა.

$\frac{25}{\text{III}}$ -ან  $t^{\circ}$ —36,1; მავა ძლიერ სუსტი 106. ზოგადი მდგომარეობა გაუარესდა, ქოშინმა და სისუსტემ იმატა. სუნთქვა 50 წუთში. მარჯვენა ფილტვზედ მოყრუება იწყება ბუქის ქვემო შესამედლიდან, გამოულეთ 1100,0 ექსუდატი.

$\frac{27}{\text{III}}$  შესამედ გაუკეთეთ პუნქცია, გამოულეთ 1 ლიტრი ექსუდატი, მაგრამ მიუხედავად ამისა ქოშინმა მაინც არ იკლო. არც ენერგიულად ხმარებულმა *cardiaca*-მ და *diuretica*-მ მოგვცა ეფექტი (უკეთებდით ყოველ ორ საათში ქაფურს, შიგადაშიგ კოფეინს, ვაძლევედით Inf. Adonis Vernalis cum strophanto, Diuretin-ს, Luminal-ს ძილის წინ, კომპრესი, კოტოშები, მეოთხე დღიდან ჟანგბადი). ყველა ამათ არ მოქმედიათ არავითარი გაუმჯობესება. პირიქით, ავადმყოფის მდგომარეობა დღითი დღე უარესდებოდა.

$\frac{28}{\text{III}}$ -ში ავადმყოფს მარჯვენა მხრისა და ლავიწის მიდამოში აშკარად ემჩნევა გაგანიერებული ვენების ბადე, შესუპებული აქვს მარჯვენა ხედა კიდური.

ყველა ამ სიმპტომებისა და კლინიკურ სურათის მიხედვით Tumor malignum mediastini ექვს გარეშე იყო.

$\frac{29}{\text{III}}$ -ში ავადმყოფი გავაშუქეთ რენტგენის სხივებით. რენტგენოლოგიური დიაგნოზი Pleuritis interlobaris, სიმსივნე არ აღმოჩნდა.

$\frac{2}{\text{IV}}$  ავადმყოფს გაუკეთდა საცდელი პუნქცია შესამე ნენთა შუა არეში მარჯვნივ ფილტვების წილთა შუა არსებულ სითხის გამოსალებად. მივიღეთ მღვრიე ჰემორაგიული სითხე 3—4 cm<sup>3</sup>.

$\frac{3}{IV}$  ავადმყოფის მდგომარეობა ძლიერ მიიწეა, ქოშინი და სტრიდორი ძლიერ მკვეთრი, მჯავ სუსტი, არითმიული, წუთში 152. მკვეთრი ციანოზი.

$\frac{4}{IV}$ -ში დილის ექვს საათზე ავადმყოფი გარდაიცვალა.

ჩვენ ყურადღებას იქცევდა ის გარემოება, რომ ავადმყოფს ჩვენ თვალწინ გაუვითარდა ლაეწისა და მხრის მიდამოში გაგანიერებული ვენების ბადე, შეუშუპდა მარჯვენა ზედა კიდური, საერთო მდგომარეობა პროგრესიულად უარესდებოდა, ქოშინმა, მიუხედავად განმეორებითი წარმოებული პუნქციისა (გამოულეთ სულ 3 ლიტრზე მეტი სითხე) არ უკლო, პირიქით, იგი თანდათან ძლიერდებოდა, ლებულობდა საბედისწერო ხასიათს.

ამნაირად ჩვენ გვქონდა ყველა მოვლენები ე. წ. syndrome mediastinale-ისა, და ბოლოს საცდელმა პუნქციამ, რომელიც გაუკეთეთ წილთა შუა სითხის გამოსაღებად (რენტგენის მიხედვით) ძლივს მოგვცა მხოლოდ 3—4 cm<sup>3</sup>. ჰემორაგიული ექსუდატი. ყველა ამ საბუთების მიხედვით დასმული იყო დიაგნოზი: Tumor malignum mediastini? Pleuritis exsudativa dextra.

გაკვეთის ოქმი (პროფ. ვ. უღენტი). მარჯვენა მხრის სახსრის არეში და მხრის ზედა ნაწილში, წინა ზედაპირზე გაგანიერებული ვენების ბადე. მარჯვენა ზედა კიდური ოდნავ შემუშუბებულია, მარჯვენა პლევრის ღრუში მომღვრიო სითხე დაახლოებით 500,0. მარცხენა პლევრის ღრუში განკერძოებული შეხორცებანი.

მარჯვენა ფილტვი: პლევრის ქვეშ აღარბეული ღომის მარცვლის ოდენა და ოდნავ დიდი რუხი ფერის კვანძები. ასეთივე კვანძის დიდი რაოდენობა განაკვეთზე ფილტვის სამივე ნაწილში.

მარცხენა ფილტვი. ქვედა ნაწილში ქათმის კვერცხის ოდენა, მორუხო ყვითელი ფერის კვანძი, უსწორო კედლებით. ამას გარდა, ქვედა ნაწილში ღომის მარცვლის ოდენა და უფრო დიდი მორუხო ფერის კვანძები. ბუფურკაციის ქვეშ, მარჯვენა და მარცხენა ბრონქის გატოტების ირავლივ, ტრახეის წინ, მკერდის ტარის უკან ღიმფური ჯირკვლები შეწყებებულია ერთი ეორესთან. ორივე ფილტვი ბი შემუშუბულია, ამასთან ერთად მარჯვენა ატლექტატიურია. მარჯვენა ბრონქის კედლის სისქეში თხილის ოდენა, რუხი მოყვითალო ფერის კვანძი, ღვიძლი საშუალო ოდენობის. მარჯვენა წილში რამოდენიმე სიმინდის მარცვლის ოდენობის კვანძი, დუნე კონსისტენციის, განაკვეთზე მოყვითალო ფერის. ასეთივე ხასიათის მეტასტაზები თირკმელებში, მუხენტირიალურ ჯირკვლებში, ელენთაში, პანკრეასში.

ლაეწის ზევით. ლაეწის უკან, მარჯვენა მხარეზე—ლიმფური ჯირკვლები მტრედის კვერცხის ოდენა და ნაკლებ აწეობიან vena subclavia-ს.

Epicrisis. Carcinoma primarium lobii inferioris pulm. sinistra. Carcinomatosis pleurae pulmonis dextrii et pleuritis serosa dextra. Metastases carcinom. lymphoglandularum peribronchiale, peritracheale, mediastinalum, hepatitis, renum myocardii et cetera.

როგორც გაკვეთის ოქმიდან ჩანს, ჩვენი ექვი ავადმყოფის ავთვისებიანი სიმსიენით დაავადების შესახებ გამართლდა. მან აღმოაჩინა პირველადი კიბო მარცხენა ფილტვის ქვედა ნაწილისა მრავლობითი მეტასტაზებით ახლობელ და შორეულ ორგანოებში.

გამოირკვა დაავადების ზოგიერთი დეტალებიც, რომლებიც სიცოცხლის დროს არ ყოფილა გათვალისწინებული. ამ დეტალებიდან ყველაზედ საგულისხმოა კვერცხის ოდენობის სიმსიენე, მდებარე მარცხენა ფილტვის ქვემო ნაწილის სისქეში. მაგრამ ვინაიდან იგი საპერკუსიო არეს ზედაპირიდან მეტად

ღრმად მდებარეობდა, ამიტომ მისი ამოცნობა ფიზიკური დიაგნოსტიკის შესაძლებლობის გარეშე იდგა. აქ საგულისხმოა ის გარემოება, რომ ფიზიკურ და ზოგად კლინიკურ მოსაზრებებზე დამყარებული დიაგნოზი შუასაყარის სიმსივნის შესახებ, რენტგენის მიერ არ იყო დადასტურებული, მაშინ როდესაც სექციამ გაამართლა კლინიკური დასკვნა.

ზემო აღწერილი შემთხვევა და საკითხის ლიტერატურული მიმოხილვა ნებას გვაძლევს გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნები:

1) ფილტვებისა და უფრო კი შუასაყარის პირველადი სიმსივნეები წარმოადგენენ შინაგანი პათოლოგიის ერთ-ერთ საყურადღებო ნაწილს და იმავე დროს ფრიად ნაკლებად შესწავლილს.

2) ავთვისებიანი სიმსივნე დიდ უმეტეს შემთხვევაში აღმოცენდება პერიბრონქიალურ ქსოვილიდან და უმეტეს ნაწილად აქვს ხასიათი კიბოსი, ფიბროზული ქსოვილის დიდი რაოდენობით, რომელიც განიცდის შეკუმშვას-რეტრაციას და მალე იწვევს ბრონქთა კომპრესიას, რომელსაც თითქმის ყოველთვის მოსდევს სიკვდილი.

3) ვინაიდან ამ ბოლო ხანებში სასუნთქავი გზების ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადების შემთხვევები საგრძნობლად გაზარდა, ამიტომ შესაფერ დაავადების დროს საჭიროა მათი გათვალისწინებაც.

4) შუასაყარის სიმსივნეების ამოცნობის დროს უფრო საიმედო ნიშანს წარმოადგენს კომპრესიის ფენომენი, ვიდრე ფიზიკალური მეთოდების (პერკუსიისა და აუსკულტაციის) შედეგები.

5) შუასაყარის მცირე სიმსივნეების დროს თანახმად Clac, Duwal, Leriche-ისა რენტგენმა შეიძლება არაფერი არ გვაჩვენოს. ამიტომ რენტგენოსკოპიის გამოყენების ფარგლები ამ დაავადების დროს შედარებით ვიწროა. რენტგენოსკოპიის შედეგს ამ შემთხვევაში ისე როგორც შინაგანი პათოლოგიის სხვა შემთხვევებში, არა აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ე. ი. რენტგენოსკოპიის უარყოფითი პასუხი არ ნიშნავს სიმსივნის არ ყოფნას. სიმსივნეების ამოცნობის დროს რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია გულმკერდის სხვადასხვა დიამეტრში აბსოლუტურად აუცილებელია (Clac, Duwal, Leriche).

დასასრულს, სასიამოვნო მოვალეობად მიმაჩნია უღრმესი მადლობა გამოუცხადო ჩემს მასწავლებელს, ღრმად პატივცემულ პროფესორ მ. წინამძღვრი-შვილს ჩემ კლინიკურ მუშაობის ხელმძღვანელობისთვის.

### ლიტერატურა\*)

- 1) P. Lecène et R. Leriche. Therapetique chirurgicale 1926. 2) H. Bourgeois et Ch. Lenormant. Présis de Pathologie chirurgicale. tome II 1924. 3) Журнал для усовершенствования врачей № 1. 1926 г. 4) Virchow archiv 1925 Bd, 225. 5) Журнал для усовершенствования врачей № 4. апрель. 1926 г. 6) West. Болезни дыхательных органов. т. I. 1923 г. 7) ნ. ანდრიძე. სასუნთქავი ორგანოების ავთვისებიანი ხორცმცემბი. თანამედ. მედიც. 1925 წ. 8) В. Г. Божовский. Первичная саркома легких. Врачебная газета 1912 г.

\*) მოგვყავს უმთავრესი.



Г. И. Матешвили.

## К вопросу об опухолях средостения.

(Из диагностической Клиники Тифлис. Гоеунта. Директор Проф. М. Д. Цинамдзгвршвили).

Автор, на основании литературного обзора вопроса и подробного разбора, собственного случая опухоли средостения приходит к следующим выводам:

1) Первичные опухоли легких, а главным образом средостения, представляют из себя одну из весьма мало изученных глав внутренней патологии.

2) Злокачественные опухоли, в большинстве случаев, возникают из перибронхиальной ткани; они имеют, большей частью характер рака, с большим количеством фиброзной ткани, которая, сживаясь, вызывает в течении короткого времени, компрессию бронхов, что почти всегда ведет к смерти.

3) Так как случаи заболевания дыхательных путей злокачественными опухолями сильно участились за последние годы, — следует, в соответствующих случаях, иметь в виду и эту болезнь.

4) При распознавании опухолей средостения, компрессионный феномен представляет более надежный признак, чем результаты физической диагностики (перкуссия и аускультация).

5) В случаях опухолей средостения малой величины, Рентген может ничего не показать. Поэтому область применения Рентгеноскопии при этом заболевании, сравнительно ограничена. Результаты Рентгеноскопии в этом случае, как и во многих других случаях внутренней патологии, не имеют решающего значения. т. е. отрицательный ответ Рентгена, не исключает опухоли. При распознавании опухоли, рентгеноскопия и рентгенография, в различных диаметрах грудной клетки абсолютно необходимы. (Clac, Duval Leriche).

G. Mathechvily.

## Au sujet des tumeurs mediastinales.

(De la clinique diagnostique de l' Université de Tiflis. Directeur Prof. M. Zinamzgvrichvili).

L' auteur après une revue littéraire, s'arrête sur les détails d'un cas de tumeur médiastinale et donne les conclusions suivantes:

1. Les tumeurs primitives poulmons et principalement celles de mediastin, offrent un chapitre peu étudie dans la pathologie interne.

2. Les tumeurs malignes proviennent, dans la plupart des cas, du tissu péribronchique. Elles ont généralement le caractère du cancer, avec grande quantité de tissu fibreux, qui, en se contractant, cause en peu de temps la compression des bronches, ce qui conduit presque toujours à la mort.

3. Comme les cas des tumeurs malignes des voies respiratoires se sont augmentés, il faut, en pareils cas, faire attention à cette maladie aussi.

4. Dans les recherches des tumeurs médiastinales, le phénomène compressif offre un symptôme plus sûr que les résultats de diagnostie phisique.

5. Dans les cas de petites tumeurs médiastinales, les rayons X peuvent ne rien montrer, voilà pourquoi l'emploi de la radioscopie n'est pas de grande necessité dans des cas pareils.

Dans ces cas, comme dans la plupart des cas de la pathologie interne, les résultats de la radioscopie, n'ont pas grav de importance et la réponse négative de Röntgen n'exclut pas l'existence de la tumeur. Dans les recherches des tumeurs médiastinales la radioscopie et la radiographie sont absolument nécessaires dans les differents diamètres de la cage pectorales.

**პ.ო.ფ. ბ. მუხაძე და მ. კოკოჩავილი**

პოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკიდან გამგე პ.ო.ფ. მუხაძე

**კლინიკური დაკვირვებანი ავმრტინის ნარკოზის  
შესახებ \*).**

ავმრტინი პირველად მიღებულია Wilstätter და Duisberg-ის მიერ. ავმრტინი ანუ E107 წარმოადგენს ორგანიულ ბრომიან შენაერთს, რომელიც მიღებული იყო სინთეზის საშუალებით ბრომიდების რედუქციის დროს. მისი ქიმიური ფორმულა  $CBr_3CH_2OH$ . ავმრტინი თავისი ფიზიკური თვისებებით თეთრ კრისტალტანს წარმოადგენს, რომელიც ოთახის  $1^{\circ}$  დროს მყარია, ხოლო წყალში  $20^{\circ}$ — $40^{\circ}$  დროს—იგი იხსნება 2,5%—3,5%-დღე. ავმრტინის ხსნარის ზედმეტი გათბობა იწვევს პრეპარატის დაშლას, მისგან გამოიყოფა თავისუფალი მოლეკულა HBr, რომელიც ცეცლის ხსნარის რეაქციას (მეფე ხდება) და პრეპარატი უვარგისი ხდება ფარმაკოლოგიურად. ამ რიგად მიღებული დიბრომ-აცეტალდეჰიდი, მძლავრი მომქმედი ნივთიერება, იწვევს სწორ ნაწლავის ლორწოვან გარსის გაღიზიანებას, დაავადებას და მავნეთ მოქმედობს მთელ სხეულზედ. ავმრტინის სისუფთავეს ირკვევენ ინდიკატორ Kongo-ს დახმარებით, რომლის ღია წითელი ფერი დაშლილ ავმრტინში გადადის მომწვანო იის ფერად. ავმრტინი გახსნილი ალკოჰოლში ან დიდხანს სინათლეზედ გაჩერებული, ან რამდენჯერმე შემთბარი—იშლება. ნარკოზისათვის ავმრტინის წყლის ხსნარი შეჰყავთ ოცნის სახით სწორ ნაწლავში. ავტორთა უმრავლესობა გვირჩევს 3%—ხსნარის შეყვანას, ზოგიერთები კი მას ხმარობენ 2,5% (Butzengeiger), ზოგჯერ 2% ხსნარის სახით და მიუღიათ კარგი შედეგები (Gossmann). რაც შეეხება დოზას იგი უდრის 0,08—0,18 ყოველ კილო წონაზე. გამხდრებზედ ავმრტინს ნაკლები დოზით ხმარობენ 0,08—0,1, რაც სრულიად საკმარისია ზოგჯერ ღრმა ნარკოზისათვისაც. Martin-ის დაკვირვებით ბავშვები 15 წლამდის კარგად იტანენ ავმრტინის მაღალ დოზებს. რაც უფრო ახალგაზრდაა ავადმყოფი მით უფრო ნაკლებ მომქმედია ავმრტინი. Martin-ი ბავშვებზე 1—6 წლამდე აძლევდა 0,18 ავმრტინს კილო წონაზედ. ავმრტინი ქალებზედ უფრო მძლავრად მოქმედობს და მათ უფრო ნაკლები დოზა ესაჭიროებათ 0,1—0,12 კილო წონაზედ. ავმრტინის ფარმაკოლოგიური თვისებანი პირველად შესწავლილი იყო Eicholtz-ის მიერ ცხოველებზედ ავმრტინის დამამზადებელ Elberfeld-ის ქარხნის ფარმა-

\*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა საზოგადოებაში 25/V-29.



კოლოგიურ ლაბორატორიუმში. მისი გამოკვლევით ავერტინს აქვს მეტად კარგი ფიზიკური თვისებები, რომლის გამო იგი ადვილად შეიწოვება ლორწოვანი გარსის მიერ. ავერტინი სისხლში გადასვლის შემდეგ იწყებს ზოგად მოქმედებას. ცხოველებს ძილი ეწყობა ნელა, მშვიდად, ისე როგორც ნორმალური პირობების დროს: სრულებით არ ემჩნევა აღზნებულობის პერიოდი ან რაიმე თანამდევარი მოვლენა, რომელიც ინჰალაციურ ნარკოზს ახასიათებს. ავერტინი მოქმედობს ჯერ სასუნთქვე ცენტროზე, იწყებს სუნთქვის შეცვლას. გული და სისხლის წნევა მცირედ იცვლება. არა-ვითარო მოშლილობა არ ემჩნევა თირკმლების ფუნქციას. ავერტინის ზოგადი ნარკოზი ადამიანზედ პირველად აწარმოვა Butzengeiger-მა Elberfeld-ში 28—III—1926 წელს. დოზა მის მიერ იყო შერჩეული 0,15 კილო წონაზე გამოხდილ წყალში 2,5% კონცენტრაციამდე. მან გამოაშკარავა ავერტინ ნარკოზის შემდეგი უპირატესობანი: სრულიად წყნარი ძილი, უაღრესად პერიოდით, რამოდენიმე (5—10) წუთის შემდეგ ღრმა ძილი და 20% შემთხვევაში ღრმა ნარკოზი კუნთების სრული მოდუნებით. ამ რიგად შესაძლო იყო დიდი ოპერაციების ჩატარებაც. იმ შემთხვევაში, როდესაც ავერტინ-ნარკოზი არ იყო საკმარისი, იგი ხმარობდა ეთერს. ნარკოზის შემდეგ ავადმყოფები კარგად გრძობდნენ თავს: თავის ტკივილი, გულის რევა და პირის ღებინება — არ ჰქონდათ. ამ უპირატესობასთან ერთად Butzengeiger-ი შეხვდა უარყოფითი მხარეებსაც. რამოდენიმე შემთხვევაში ავადმყოფებს ცუდი შეხედულება ჰქონდათ. გაზშირებული ან გაიშვიათებული მაჯა და სისხლის წნევის დაცემა. ასეთი მოვლენები Butzengeiger-მა მიაწერა ავერტინის დიდ დოზას და შეამცირა 0,1-დის კილო წონაზე და შემოიღო წილადობრივი დამატებითი დოზა 0,025-ორჯერ. Butzengeiger-მა შემოიღო მსხლის მაგვარი მილი, რომელიც ოპერაციის დამთავრებამდე რჩება უკანა ტანში, რომ სითხე არ გამოვიდეს და შესაძლო იყოს დამატებითი დოზების შეყვანა. Eicholtz და Butzengeiger-ის მიერ გამოქვეყნებულ შედეგებს გამოეხმაურენ გერმანელი მეცნიერები. Eicholtz-ის მიღებულ შედეგების შესამოწმებლად Killian-მა დააყენა ცდები ცხოველებზედ. Killian-ის დაკვირვებით ავერტინის მთავარი და ძირითადი ნაკლი არის სასუნთქვე ცენტროს სიღამბლე, რომელიც გამოიხატება სუნთქვითი მრუდეების და გაზოვან გაცვლა-გამოცვლის მოშლაში და კლინიკურად ციანოზის მიღებაში, რომელიც პირველად Sauerbruch-ის მიერ იყო შემჩნეული. შემდეგ Killian-ი აღნიშნავს, რომ შეჩერებულ სუნთქვის აღდგენა ძნელია, რომ ავერტინი იწყებს აგრეთვე სისხლის წნევის ცვალებადობას. Killian-ით დოზა კილო წონაზე არ უნდა აღემატოს 0,1 და უნდა იყოს შეყვანილი თანდათანობით, რადგან, ავერტინის მოქმედების შენელება ძნელია სათანადო ფარმაკოლოგიური ანტიდოტის უქონლობის გამო.

ავერტინის ხსნარის შეწოვის სიჩქარე შესწავლილია Straube-ს მიერ მიუნქენის უნივერსიტეტის ფარმაკოლოგიურ ლაბორატორიუმში. მისი დასკვნით ადამიანის სწორ ნაწლავის ლორწოვანი გარსი 10 წუთის განმავლობაში შეიწოვს შეყვანილ ავერტინის ნახევარ რაოდენობას. შემდეგი უმეტესი მისი შეწოვა 85% -დ აღწევს შეყვანის 25 წუთის შემდეგ. დარჩენილი ავერტინის 15% -ის შეწოვა გაძნელებით ხდება ორი საათის განმავლობაში. ამ რიგად ღრმა და



სრული ნარკოზი დგება შეყვანის 25—30 წუთის შემდეგ ე. ი. იმ დროს როდესაც შეიწოვა ავერტინის უმეტესი რაოდენობა.

Sebeling-მა (W. Smiden-ის კლინიკიდან) გერმანელ დასტაქართა 52 კონგრესზე, წარმოადგინა მთელი რიგი დიაგრამების ავერტინის შეწოვის შესახებ. იგი აღნიშნავს, რომ ადამიანის სწორ-ნაწლავის ლორწოვანი გარსის შეწოვითი თვისება, ინდივიდუალურ სხვადასხვაობაზეა დამოკიდებული. რომ სხვადასხვა პირების სწორ ნაწლავის ლორწოვანი გარსი არ შეიწოვს ერთნაირად, ერთ და იმავე რაოდენობით და კონცენტრაციით შეყვანილ ავერტინს, რითაც აიხსნება ნარკოტიულ შედეგის სხვაობა. Sebeling-ი მსჯელობის საუკეთესო კრიტერიუმად სთვლის ბრომის რაოდენობის გამორკვევას სისხლში ჯერ კიდევ მოქმედ ავერტინ-მოლეკულაში. მისი გამოკვლევით უმაღლესი რაოდენობა ავერტინისა სისხლში აღწევს შეყვანის 20—30 წუთის შემდეგ. ავერტინის მოქმედების შენელებისათვის გვირჩევს Traubenzuckerlösung-ის (გლუკოზის ხსნარის) ვენაში შეყვანას. ასეთი მანიპულაციების დროს ბრომის რაოდენობა სისხლში სწრაფად ეცემა ავერტინის სრული შეწოვისას. ავტორები გვირჩევენ ხსნარის ღრმად შეყვანას მალალი ზედაწოლის ქვეშ და Trendelenburg-ის მდებარეობის მიცემით (Grewig, Gossman). ასეუქსიის თავიდან ასაცილებლად Florcken-ი გვირჩევს  $CO_2$  მიცემას ავერტინის ნარკოზის დროს.  $CO_2$  აძლევენ Roth-Dräger-ის აპარატით რამდენჯერმე (5—6 შესუნთქვას) ყოველ 5 წუთში. ასეთი მანიპულაციებით ასფიქსიას აღგილი არ ჰქონდა. ავერტინის ხსნარი შეზავებული ლორწოსთან არ აღიზიანებს ნაწლავს, მხოლოდ გახსნალი რინგერ-ლოკის ხსნარში (Herzberg) იწვევს ბაქიის კონიუქტივის ვალიზიანებას. იმავე Herzberg-ის მიერ დაყენებულ ცდებიდან სჩანს, რომ ავერტინ-ნარკოზის შეჩერება შეიძლება კოფეინის ხსნარის ვენაში შეყვანით. ადამიანზედ ამისთანა ცდები მას არ უწარმოებია სათანადო შემთხვევების უქონლობის გამო.

ზოგიერთი ავტორები (Prof. Kirscher, Dr. Bender) აღნიშნავენ, რომ მთავარი მომენტი შიშის მხრივ ავერტინ-ნარკოზის დროს არის სისხლის წნევის დაცემა. მათი ცდებზედ დაკვირვებით გამოიკვია, რომ სისხლის წნევის დაცემა არაა ნარკოზის მეორადი ხასიათის გართულება, არამედ ძირითადია და გამოიწვევა ვაზომატორულ ცენტროს პირველადი დაზიანებით. ისინი მოგიწოდებენ ვიხმაროთ პრეპარატი Efetonini, რომელიც ავერტინთან ერთდროულად შეყვანილი თავიდან აგვაცილებს სისხლის წნევის დაცემას. მათ ჰქონდათ tetanus-ის ერთი შემთხვევა (37 კილო წონის ავათმყოფი) როდესაც 5 დღის განმავლობაში ავათმყოფს მისცეს სულ 47 gr. ავერტინი და მასთან ერთდროულად შეყვანილი იყო Efetonini, რომლის წყალობით უსიამოვნო შედეგი სისხლის წნევის დაცემის მხრივ თავიდან იყო აშორებული.

ავერტინ-ნარკოზის დროს მაჯა დიდ ცვლილებებს არ განიცდის, როგორც ავსილობის ისე სისხშირის მხრივაც. ღრმა ნარკოზის დროს გულა შევიწროვებულია და რეფლექსები რქოვანას და კუნთების არ არსებობს. სისხლის წებოვნობა ავერტინის ნარკოზის დროს შესამჩნევ ცვლილებას, არ განიცდის (Haas). რაც შეეხება ავერტინის მოქმედებას თვით გულის კუნთის მუშაობაზე — შესწავლილი იყო ელექტრო-კარდიო-გრამმა ავერტინ-ნარკოზის დროს Killian,



Unger, და Meg-ის მიერ. მათ შესამჩნევი ცვლილება საღ გულში არ უნახავთ. შეწოვილი ავერტინი ორგანიზმიდან გამოიყოფა მხოლოდ შარდის საშუალებით შებმული გლუკორონ მჟავასთან. ბროში არ გამოიყოფა არც ოფლის ჯირკვლებით და არც განავალით. ავერტინის გამოყოფა ადამიანის ორგანიზმიდან (Straub) იწყება მიცემის 45 წუთის შემდეგ და მაქსიმუმს აღწევს 4 საათს. პირველი დღის განმავლობაში გამოიყოფა 68%, მეორე დღეს 13%, დანარჩენი 19%-ს გამოყოფა გამოურკვეველია. ავერტინის ორგანიზმიდან სწრაფი გამოყოფისათვის Keysser-ი გვირჩევს დიურეტიკის და მაგარი ჩაის მიცემას ნარკოზის დაწყებამდის 1 საათით ადრე. რაც შეეხება ავერტინის პრეპარატისადმი შეჩვევას ამის შესახებ იყო დაყენებული ცდები. Eicholtz-ი თეთრ თავგებს აძლევდა ოყნით 0,4 — 0,5 ავერტინს კილო წონაზე 7 კვირის განმავლობაში 40 — ჯერ და მანვე შედეგი არ მიუღია. ყველა შემთხვევაში მოქმედება იყო ერთნაირი და პრეპარატისადმი შეჩვევას ადგილი არ ჰქონდა. Butzengeiger-ი აღწერს შემთხვევას, როდესაც ავთიმოფს დასჭირდა განმეორებითი ოპერაცია შარდბუშტუდს და 5-ჯერ მისცა მას ავერტინ-ნარკოზი. ყველა შემთხვევაში ნარკოზი ერთნაირი იყო. Blume-ი ერთ ფსიქიურ ავთიმოფზე იხმარა — 6-ჯერ, მეორეს — 7-ჯერ. Laewen-მა კი ორ ავთიმოფზე იხმარა ავერტინი: ერთ შემთხვევაში — 18-ჯერ, მეორე შემთხვევაში — 20-ჯერ.

ავერტინ-ოყნით ნარკოზის ტექნიკას აქვს ბევრი ვარიაციები: ზოგადად იგი შემდეგში გამოიხატება: ოპერაციის წინა დღით აძლევენ კუჭის გასაწმენდს, ოყნას და ვერონალს 0,5. ოპერაციის დღეს დილით ოყნა, ზოგი კი დილით ოყნას არ გვირჩევს, რადგან ხდება ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება, რჩება წყალი ნაწლავში და შეყვანილ ავერტინის კონცენტრაციას სცვლის. ოპერაციის 1—1/2 საათის წინ უკეთებენ პანტოპონს ან მორფიუმს 0,01 — 0,02 და 15 წუთის შემდეგ უკეთებენ ავერტინის ოყნას. ავერტინს ხსნიან გამთბარ გამობილ წყალში (35° — 40° C) იმდენი რაოდენობით, რომ მიიღონ 2%, 2 1/2%, 3% ხსნარი, — ავერტინი სრული ვახსნის შემდეგ შეჰყავთ ოყნის სახით სწორ ნაწლავში ხსნარის 30°C დროს. ზოგი ავეტორი გვირჩევს ავერტინის ღრმად შეყვანას რეზინის მილის დახმარებით. უკანასკნელ დროს მოწოდებულია სხვადასხვა სახის მილები სპეციალურად დანიშნული ავერტინ ნარკოზისათვის (Eldering, Burmeister). ავერტინ ნარკოზის დროს ზუსტი დოზის გამოანგარიშება ძნელია, რადგან არსებობს ინდივიდუალური გადახრა და ამიტომაც მოწოდებულია წილადობრივი დოზა: ჯერ შეჰყავთ ავერტინი 0,1 კილო წონაზე და შემდეგ დამატებით 0,025 — ერთხელ ან ორჯერ — იმის და მიხედვით თუ რამდენი დასჭირდება. (Butzengeiger, Eicholtz, Göellke). Göellke — გვირჩევს წვეთითი ოყნის ჩატარებას. მას შეჰყავს ავერტინის დიდი რაოდენობა წვეთობით და მიღწევს თუ არა 0,1 კილო წონაზე — მიცემას შეანელებს და ნელ-ნელა მიუმატებს ისე რომ მიიღოს კილო-წონაზე — 0,11, — 0,12 — 0,15. უმრავლეს ავეტორთა წინადადებით მაქსიმალური დოზა ავერტინის არ უნდა აღემატოს 10,0 თუმცა ზოგიერთები მიჰმართავენ 12,0 და ცუდი შედეგი არ უნახავთ.

ზოგი ავეტორებს ნარკოზი მიუღიათ სასწრაფო შემთხვევებში, როდესაც კუჭ-ნაწლავის გაწმენდა არ უწარმოებიათ (Grewig, Anschütz). Trendelen-

burg-ის მდგომარეობაში ხსნარი აღის ზევით ნაწლავში და მალე შეიწოვა (Grewig). ასეთი ტენიკით ნაწარმოები ავერტინ-ნარკოზის დროს საშუალოდ მიუღიათ 60 — 65% ღრმა და სრული ნარკოზი, რომლის დროსაც შესაძლებელი იყო ოპერაციის წარმოება. დანარჩენ შემთხვევაში დასჭირდათ დამატება, ეთერის ან სხვა ინჰალაციური ნარკოზის; დაახლოებით 6%-ში ნარკოზს აღვილი არ ჰქონდა. უკანასკნელად Martin-ის მიერ შემოღებული იყო ავერტინ-ნარკოზის მოდიფიკაცია. ოყნის დაწყებამდის იგი უშხაპუნებს სკოპოლამინ და ნარკოფინს კანქვეშ. ასეთი წინასწარი მომზადებით მას მიუღია სრული ნარკოზი 96%-ში. ძილი ავერტინ-ნარკოზის დროს საშუალოდ გრძელდება 3 — 6 საათს. არის შემთხვევა, მართალია იშვიათი, როდესაც ავადმყოფის ძილი ხანგრძლივი იყო (36 საათი). სისხლის წნევის დაკემის საწინააღმდეგოთ მოწოდებულია კოფეინი, ქაფური, ლობელინი, ეფედრონი, ეფეტონინი, სუპრარენინი.

რაც შეეხება სიკვდილიანობას ავერტინ-ნარკოზის დროს იგი აიხსნება უფრო ტენიკური შეცდომებით. ხსნარის არა სწორი მომზადებით და გადაჭარბებული დოზით. ვართულებების სწორ ნაწლავის მხრივ, როგორც არის ტენეზმები, კოლიტები, თავიდან აშორება შეიძლება სათანადო  $i^0$  ხსნარის შეყვანით. Sauerbruch-ს ჰქონდა სწორ-ნაწლავის კედლის განგრენა სამ შემთხვევაში და მათი პრეპარატების დემონსტრაცია გააკეთა გერმანელ დასტაქართა კონგრესზედ 1927 წლის აპრილში. Sauerbruch-ის მიერ აღწერილი სწორ-ნაწლავების განგრენის შემთხვევები აიხსნება ცხელი ხსნარის შეყვანით და ტენიკის არა ზუსტი შესრულებით. Kirscher-ს მოჰყავს სიკვდილიანობის ერთი შემთხვევა, სადაც მამაკაცი გარდაიცვალა თიაქარკვეთის შემდეგ. ამ შემთხვევაში დოზა კილო წონაზედ იყო 0,125 და ავტორი არ აღნიშნავს არც ავადმყოფის საერთო წონას და არც საერთო დოზას. Wette-ს მოჰყავს კოლაპსის შემთხვევა. Siwers-ი აღწერს ორ კოლაპსს და ორ შემთხვევაში სუნთქვის შეჩერებას. ოთხივე შემთხვევა მიღებულ ზომების წყალობით მშვიდობიანად ჩატარდა. ყველა ამ შემთხვევას Wette და Siwers-ი განმარტავენ მალალი დოზის ხმარებით. Seifisch-ი აღწერს სიკვდილიანობის 3 შემთხვევას გამოწვეულს პირველი 24 საათის განმავლობაში არა ავერტინ ნარკოზით, არამედ ძირითადი დაავადების შედეგებით: 1) დედაკაცი — იქტერიული, კენჭებით ნაღვლის საღინარში და მრავალი შეხორცებით ნაღვლის ბუშტის არეში. 2) მამაკაცი — ლეიძლის ციროზით და ასციტით — Talma-ს ოპერაციის შემდეგ 3) Carcinoma Cardii-resectio. ავერტინ-ნარკოზის შემდგომი ვართულებანი შესაძინევად შემცირდნ და ბოლო დროს ლიტერატურაში შედარებით იშვიათად აღინიშნებიან. ეს მოვლენა აიხსნება ავერტინ-ნარკოზის დეტალური შესწავლით და ტენიკის გაუმჯობესობით. ამ ჟამად ჩატარებულია უკვე 100.000 მეტი ნარკოზი და აღსანიშნავია, რომ უბედური შედეგები და ვართულებანი ტენიკის დამუშავებით თანდათან მცირდება. აქვს დიდი მნიშვნელობა აგრეთვე პრეპარატის სისუფთავეს, რომელიც ყოველთვის ხმარების წინ უნდა გასინჯული იყოს König-ს ან სხვა ინდიკატორით.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში ჯერ-ჯერობით ჩატარებულია ავერტინ ოყნითი ნარკოზი — 50 შემთხვევაში.





ნარკოზის ტექნიკა შემდეგია. წინა დღით კუჭის გაწმენდა ზეთით (ol. ricini 20,0 — 30,0) საღამოს ოყნა და Veronali 0,3 — 0,5. სამ შემთხვევაში კუჭ-ნაწლავი არ გაწმენდილა, ვერონალი არ მივეცი 6-ჯერ. დილით ადრე ოყნა, ნარკოზის დაწყებამდე 10 — 15 წუთით ადრე მორფიუმი 0,01 — 0,015 და ქაფური 20% — 1,0 — 2,0. გამთბარ გამოხდილ წყალში (35° — 40°) ეხსნით წინასწარ გამოწონილ ავერტინს 3% ხსნარის მისაღებათ (2-ჯერ — 2 $\frac{1}{2}$ /0). დოზა იყო 0,08 — 0,18-დგ Kგ წონაზე. ხსნარს ერთ შემთხვევაში მიუმატეთ ლორწო (Decoctum Salepis) ოყნის მილის ბოლო შეგვეყავდა 20-15 ctm. სიღრმეზე. 5-ჯერ ჩავატარეთ წვეთითი ნარკოზი.

ავერტინის ნარკოზს მიემართეთ შემდეგი დაავადების დროს:

|  |   |
|--|---|
| Tumor cerebri . . . . .                            | 2 |
| Epilepsia Jacksoni . . . . .                       | 1 |
| Defectus cranii . . . . .                          | 1 |
| Mastoiditis acuta . . . . .                        | 2 |
| Sinusitis frontalis . . . . .                      | 1 |
| Osteosarcoma maxillae . . . . .                    | 1 |
| Epulis . . . . .                                   | 2 |
| Cancer labii inf . . . . .                         | 2 |
| Uranoschismus . . . . .                            | 1 |
| Fistula colli . . . . .                            | 1 |
| Struma . . . . .                                   | 2 |
| Cancer mammae . . . . .                            | 2 |
| Lipomatosis disseminata . . . . .                  | 1 |
| Appendicitis chronica . . . . .                    | 6 |
| Echinococcus haepatis . . . . .                    | 1 |
| Tumor abdominis . . . . .                          | 1 |
| Cancer ventriculi . . . . .                        | 1 |
| Cystoma ovarii . . . . .                           | 1 |
| Hernia სხვადასხვა . . . . .                        | 5 |
| Kryptorchismus . . . . .                           | 1 |
| Hydronephrosis . . . . .                           | 1 |
| Luxatio coxae . . . . .                            | 1 |
| Elephantiasis cruris . . . . .                     | 1 |
| Oesteochondrodystopia (Reklinghausen-ის) . . . . . | 1 |
| Ruptura n. mediani . . . . .                       | 1 |
| Ulcus trophicus pedis . . . . .                    | 1 |
| Pes varus paralyticus . . . . .                    | 1 |
| Pes varus utriusque . . . . .                      | 1 |
| Contractura pedis . . . . .                        | 1 |
| Osteomyelitis სხვადასხვა . . . . .                 | 4 |
| Spondylitis t. b. c. . . . .                       | 3 |

წონა ავანთმყოფთა:

|       |                     |              |            |
|-------|---------------------|--------------|------------|
| 15 კ. | . . . . . 30 კ.     | . . . . . 6  | შემთხვევა. |
| 30 "  | . . . . . 45 "      | . . . . . 7  | "          |
| 45 "  | . . . . . 60 "      | . . . . . 21 | "          |
| 60 "  | . . . . . 75 "      | . . . . . 15 | "          |
| 75 "  | . . . . . უფრო მეტი | . . . . . 1  | "          |
| Max   | . . . . . 15 კილო   |              |            |
| Min   | . . . . . 84 "      |              |            |

ავანთმყოფთა წლოვანობა.

|         |        |              |                       |
|---------|--------|--------------|-----------------------|
| 3 — 10  | წლამდე | . . . . . 9  | შემთხვევა.            |
| 11 — 20 | "      | . . . . . 8  | "                     |
| 21 — 30 | "      | . . . . . 13 | მამაკაცი — 31 შემთხვ. |
| 31 — 40 | "      | . . . . . 12 | დედაქაჯი — 19 "       |
| 41 — 50 | "      | . . . . . 5  | "                     |
| 51 — 60 | "      | . . . . . 2  | "                     |
| 51 — 80 | "      | . . . . . 1  | "                     |

ყველაზე ახალგაზრდა 3 წლის  
 ყველაზე ხნიერი — 74 წლის.

დოზა:

| 1 kg. — წონაზე |        | საერთო:     |                           |
|----------------|--------|-------------|---------------------------|
| 0,08           | " — 1  | შემთხვევაში | 1,0 — 5,0 — 6 შემთხვევაში |
| 0,1            | " — 17 | "           | 5,0 — 6,0 — 9 "           |
| 0,12           | " — 20 | "           | 6,0 — 7,0 — 19 "          |
| 0,125          | " — 1  | "           | 7,0 — 8,0 — 7 "           |
| 0,14           | " — 1  | "           | 8,0 — 9,0 — 7 "           |
| 0,15           | " — 3  | "           | 9,0 — 10,0 — 2 "          |
| 0,17           | " — 1  | "           | Min — 1.08                |
| 0,18           | " — 6  | "           | Max — 9.9.                |

ძილი უმრავლეს შემთხვევაში იწყებოდა ზერელე 3 — 5 წუთის შემდეგ, ღრმა 8 — 10 წუთის შემდეგ. ერთხელ 50 წუთის შემდეგ ზერელე ძილი და 60 წუთში ღრმა ძილში გადავიდა. (ბავშვი 8 წლის დოზა 0,18 — სულ 1,08).

სრული ნარკოზი იყო 28 შემთხვევაში. დასკირდა დამატებით ეთერი 19 შემთხვევაში 10,0 — 70,0 გრამამდე.

|      |     |              |
|------|-----|--------------|
| 10,0 | — 2 | შემთხვევაში. |
| 15,0 | — 2 | "            |
| 20,0 | — 4 | "            |
| 25,0 | — 2 | "            |
| 30,0 | — 3 | "            |
| 40,0 | — 3 | "            |
| 50,0 | — 2 | "            |
| 70,0 | — 1 | "            |

ნარკოზი არ იყო მიღებული 3 შემთხვევაში, მართალია ავთიმყოფებს თითქოს ეძინათ, გუგა ვიწრო იყო, რქოვანას და კუნთების რეფლექსი არ ჰქონდათ და იყვნენ ღრმა ძილში, მხოლოდ მათ ოპერაციის დაწყების დროს გამოვლევით და დასჭირდათ ეთერი 100,0 — 2 ჯერ. 120,0 — ერთხელ.

1. Sinusitis frontalis — (100,0).
2. Hernia linea albae et inguinalis (100,0).
3. Pes varus utriusque — (120,0).

ძილი გრძელდებოდა საშუალოდ  $2\frac{1}{2}$  — 4 საათს თუმცა იყო ძილი უფრო მეტი და ნაკლები დროის.

|                                |    |             |
|--------------------------------|----|-------------|
| 50 წუთი . . . . .              | 1  | შემთხვევაში |
| 2 საათი . . . . .              | 5  | „           |
| 3 — $3\frac{1}{2}$ „ . . . . . | 14 | „           |
| 4 — $4\frac{1}{2}$ „ . . . . . | 14 | „           |
| 5 — $5\frac{1}{2}$ „ . . . . . | 8  | „           |
| 6 — $6\frac{1}{2}$ „ . . . . . | 4  | „           |
| 7 — „ . . . . .                | 1  | „           |
| 8 — „ . . . . .                | 1  | „           |
| $9\frac{1}{2}$ „ . . . . .     | 2  | „           |
| 10 „ . . . . .                 | 1  | „           |

უმეტეს შემთხვევაში (33) ძილი გაგრძელდა 2 —  $4\frac{1}{2}$  საათს. — ძილის დაწყებისას ზოგიერთ ავთიმყოფთ (9 შემთხვევაში) ემჩნეოდათ ზერელე სუნთქვა და ფერმკრთალობა რომელმაც თანდათანობით თავისით გაიარა. ორ შემთხვევაში მივიღეთ ციანოზი. ერთხელ ყბის აწვევის შემდეგ სუნთქვა გაუსწორდა და ასფიქსიამაც გაუარა. მეორე შემთხვევაში კოფეინის შეშაპუნების 3 წუთის შემდეგ თანდათან გაუარა ასფიქსიამ. 3 ჯერ გვქონდა ყბის ჩავარდნა და ძილის დროს მოგვიხდა ყბის დაჭერა. მაჯის მხრივ საყურადღებო ცვლილება არ აღინიშნება. სისხლის წნევას ცვლილება არ ჰქონდა სისხლის წნევა გასინჯულია პირველ 36 შემთხვევაში Pachon-ის აპარატით ყოველ 15 — 30 წუთის შემდეგ 2 — 3 საათის განმავლობაში და ლირსშესანიშნავი ცვლილება არ ყოფილა შემჩნეული. ერთ შემთხვევაში ავადმყოფი (Diag: Append. chr.) რუსი ქალი 22 წლის (საერთო წონა — 57 kilo — დოზა 0,125 — სულ 7,22 gr.) მოგვცა აღზნება ნარკოზის დროს და შემდეგაც (მას დასჭირდა ეთერი 70,0). ასეთივე ხასიათის აღზნება მას ხშირად ჰქონდა როგორც ოპერაციამდე ისე შემდეგაც რაც აიხსნება მისი ისტერიული კონსტიტუციით. ერთ შემთხვევაში ავადმყოფი მამაკაცი რუსი (Diag: Sinusitis frontalis) დაიძინა მშვიდად, ნარკოზი არ იყო სრული (საერთო წონა — 72 kilo, დოზა 0,12 — სულ 8,64 gr.) დასჭირდა ეთერი 100,0 რაოდენობით. გამოვლიძებისას აღზნება 10 წუთის განმავლობაში.

დანარჩენ შემთხვევაში (47) აღზნებას ადგილი არ ჰქონდა არც დაძინებისას და არც გამოვლიძებისას.

არც ერთ შემთხვევაში ჩვენ არ გვქონია გულის რევა, პირის ღებინება, თავის ტკივილი, წვა და ტკივილი სწორ ნაწლავისა. ამნეზია იყო 17 შემთხვე-



ვაში: ავთომყოფებს არ ახსოვთ თუ როგორ გაუკეთდათ ოცნა, სად დაიძინეს და როგორ გამოიღვიძეს და ძალიან უკვირდათ რომ ოპერაცია უკვე გაკეთებული ჰქონდათ. ხშირად ისე კარგად არიან ავთომყოფები გამოღვიძების შემდეგ, რომ საკმელს მოითხოვენ. შორეული გართულებანი, როგორც არის ფილტვების ანთება, ბრონქიტი და სწორ ნაწლავის დაავადება ან მოშლილობა — არ ყოფილა არც ერთი შემთხვევაში.

ჩვენ გვეკონდა საშუალება (2 შემთხვევაში) შეგვესწავლა, გვამები იმ ავადმყოფთა, რომელთაც ჰქონდათ გაკეთებული ავერტინ ოცნითი ნარკოზი. სწორი ნაწლავის და პარენქიმატოზურ ორგანოების ჰისტო-პათოლოგიურ გამოკვლევამ პროფ. ჟღენტის თანადასწრებით დაგვიდასტურა, რომ სიკვდილის მიზეზი იყო მთავარი დაავადება და არა ივერტინის ნარკოზი.

დასასრულს აღვნიშნავთ ავერტინ-ნარკოზის მთავარ დადებითი და უარყოფითი მხარეებს. უარყოფითი მხარეებს ეკუთვნის:

ჩვენ შეგვეყავს მთლიანად და ერთდროულად მთელი ნარკოტიული დოზა და მისი გამოყვანა უკან არ შეგვიძლიან.

არ შეგვიძლიან ზუსტი დოზის გამოანგარიშება.

ზოგჯერ არ გვაქვს სრული ნარკოზი იმ შემთხვევაშიაც, როდესაც უმაღლეს დოზას ეხმარობთ.

დადებითი მხარეებს ეკუთვნის:

შვეიდი ძილი — გამოღვიძების დროს არ არსებობს გულის რევა, პირის ლებინება, თავის ტკივილი. გამოღვიძება მიმდინარეობს ისე როგორც ნორმალურ ძილის შემდეგ. არ არსებობს ფსიქიური ტრაემა და შოკი, რომელთაც ცხვდებით სხვა ნარკოზის დროს.

#### ლიტერატურა

- 1) Arch. f. klin. chir. B. 152. Kongressberichte. 1928. 2) Unger u. Heub—Med. klin. № 17. 1927. 3) Kirschner—Münch. med. Woch. № 22. 1927. 4) Lobenhoffer—Münch. med. woch. № 20. 1927. 5) Benthin—D. med. Woch. № 23. 1927. 6) Kreuter—Zentr. f. chir. № 49. 1927. 7) Straub.—Münch. med. W. № 14. 1928. 8) Kohler.—D. m. Woch. № 5. 1928. 9) Martin—D. m. W. № 15. 1928. 10) Herzberg—D. m. W. № 25. 1928. 11) Schwalbe — D. m. W. № 49. 1927. 12) Schwalbe—D. m. W. № 14. 1928. 13) Blume—D. m. W. № 31. 1927. 14) Borchard—D. m. W. № 22. 1927. 15) Siwers—D. m. W. № 30. 1927. 16) Martin—D. m. W. № 28. 1928. 17) Elbering u. Samuel—D. m. W. № 33. 1928. 18) Nehkorn—Ztbl. f. chir. № 1 1928. 19) Goecke—Ztbl. f. chir. № 1. 1928. 20) Gossmann—Ztbl. f. chir. № 7. 1928. 21) But-Zengleger—D. m. W. № 17. 1928. 22) Nordmann—Med. klin. № 14. 1928. 23) Nordmann—Ztbl. f. chir. № 17. 1929. 24) Haas—D. m. Woch. № 33. 1927. 25) Wette—Ztbl. f. chir. № 29. 1928. 26) Grewig—Münch. m. W. № 27. 1928. 27) Flörcken—Ztbl. f. chir № 31. 1928. 28) Killian—Ztbl. f. chir. № 32. 1927. 29) Mousson—La Presse Medical № 92. 1927. 30) Зильберберг—В. Х. и. П. обл. кн. № 39. 1928. 31) Казанский—Нов. Х. Арх. № 66. 1929. 32) Таль—Новая Хир. 10. т. VII 1928. 33) Быховский—Врач. дело. № 2. 1929. 34) Быховский—Врач. дело № 3. 1929. 35) Яковлев и Туманский—Рус. клин. № 58. 1929.



Проф. Г. М. Мухадзе

и

М. Кокочашвили.

## Авертиновый наркоз и наблюдение Госпитальной хирургической клиники Тиф. Гос. Ун-та об нем

(Из Госпит. хир. клиники Тифлисского Гос. Ун-та директор: проф. Мухадзе).

А. а. разбирая вопрос о химико-фармакологических свойствах авертина наркоза подобно касаются 50 случаев проведенных в Госпит.-Хир. Клин. Тиф. Гос. Ун-та. Авертин применяется исключительно твердый кристаллический, который растворялся перед употреблением в дестиллированной воде при  $t^{\circ} 30^{\circ}$ — $40^{\circ}$  С, и затем из кружки Эсмарха вводился сразу в течении 3—5 м. с помощью резинового катетера в прямую кишку на глубину 15—20 см.

Раствор перед введением всегда проверялся реактивом Конго. Во всех случаях применялся 3% раствор (2 раза  $2\frac{1}{2}\%$ ). Доза: 0,08—0,18 на кг. веса обычно давали 0,1—0,12, а общее количество введенного авертина при весе больных от 15 до 83 г. колебалось между 1,08—9,9 гр. Сон продолжался от 50 м. до 10 ч., в большинстве (33) случаев сон продолжался 2—4 $\frac{1}{2}$  ч. Возраст больных от 30—75 лет. Мужчин—31, женщин—19. Больные к операции готовились обычным способом, накануне слабительное, на ночь взрослым веронал—0,3—0,5. За 15—20 м. до введения авертина под кожу морфия 0,01—0,015 и 20% камфору 1,0—2,0. В нескольких случаях наркоз проводился без подготовки и здесь полный наркоз не удавался.

Авертин-наркоз применялся при самых разнообразных заболеваниях и операциях: на голове и лице—14 на шею—3, чревосечений—17, на грудной клетке, спине и туловище—6, на конечностях—10. Больные через 3—5 м. начинали дремать, через 10—15 м. после

Prof. G. Muchadze

и

D-r M. Kokotchaschwili.

## Avertinnarkose und Beziehungen chirurgischen Hospitalklinik zu ihn.

(Aus chirurgischen Hospitalklinik Tifliser Staatsuniversität. Direktor-Prof. Muchadze).

Die Autoren analysieren die chemisch-pharmakologische Eigenschaften der Avertinnarkose u. berichten über eigenen 50 Fällen, welche von ihnen durchgeführt waren. Technik ist gering, 3%igen Lösung Avertin ( $t^{\circ}$  30°-35°) in destilliertem Wasser nur man ein Klysmastellen und mit Hilfe weichen Katheter in Rectum in Tiefe 15—20 ctm. einführen.

Dosierung—0,08—0,18 pro kg. Körpergewicht. Das Alter der Kranken war zwischen 3-74 Jahren. Männer—31, Frauen—19. Der Schlaf dauerte von 50 m—bis 10 Stunde. Vorbereitung—Darmentleerungen, veronal 0,3—0,5, vor der Narkose Morphinum 0,01—0,015. Avertinnarkose war bei mancherlei Erkrankungen durchföhrt. Kopf-gesicht—14 Fällen, Hals—3, Laparatomie—17, Brust—Rücken—6, Extremitäten—10. Kranken ganz ruhig u. ohne Exaltationen einschließen. In 3 Fällen tritt ganz nicht der Schlaf, in 19—der Schlaf war nicht ganz Tief—die Kranken waren unruhig beider Operation und ihnen noch 10,0-70,0 Aether gegeben war. Fehler: die Einböhung der Maximaldöse. Bei Vergiftung Erscheinungen unmöglich ist die Avertin aus Mende Kerleiten. Lang dauernde Schläte u. Cyanose bei u. nach Operation. Narkose ist nicht Genügend u. sollen noch Aether zu geben. Verdinst: ruhige, gesunde Schläfe ohne Exaltation, Kopfschmerzen, Erbrechen u. s. g. Avertinnarkose ist beguem bei Operationen auf dem Kopf u. Gesicht. Geringe Technik der Einföhung der Narkotischen-Mittel. Ruhige eintritt der Schläfe schließt die Psychische Traume Ganz Aus.

введения авертина наступал глубокий сон. В нескольких случаях сон наступал через 50—60 м. В последней серии случаев выжидали не менее 30 м., после какового срока обычно наступает более глубокий сон. Больные засыпают совершенно спокойно, тихо и обычно без возбуждения, просыпаются также спокойно и обыкновенно не бывает ни рвоты ни головных болей, ни слюнотечения. Возбуждение наблюдалось в двух случаях. В трех случаях сон вовсе не наступил и пришлось дать эфир 100,0—120,0.

В других 19 случаях был не глубокий сон, больные реагировали на боль и пришлось дать дополнительный эфир 10—70 гр. Т. образом глубокий наркоз был в 28 случаях. Недостатки: а) приходится вводить сразу максимальную дозу авертина, в) невозможность обратного выведения его, с) продолжительный сон и дианоз требующий длительного надзора, д) не полный (иной раз) наркоз требует дополнительно - эфир. Преимущества: а) сон спокойный, здоровый без неприятных ощущений, без возбуждения и головных болей, тошноты, рвоты и пр. в) Авертин—наркоз удобен при операциях на голове и лице с) простота техники, незаметное введение наркотического вещества и спокойно наступающий сон исключают возможность психической травмы.



## ბ. ლორთქიფანიძე

კლინიკის ლაბორანტი.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე პროფ. ი. თიკანაძე.

### პირამიდონის რეაქტივის ღირებულება მუცლის ღრუში ჩაღვრილ სისხლის ამოსაცნობად და რღვეულ ემბოლი- ურ ორსულ მუცელთან დაკავშირებით.

(კლინიკურ ექსპერიმენტალური დაკვირვება).

საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა დღეს უკვე იშვიათ ავადმყოფობას აღარ წარმოადგენს, ამას ამტკიცებს აუარებელი ლიტერატურული მასალა და მდიდარი კლინიკური გამოცდილება, რომელიც დაგროვდა ამ უკანასკნელი ათეული წლების განმავლობაში. მიუხედავად ამისა გადაჭრით შეიძლება ითქვას, რომ უკანასკნელი სიტყვა ამ დაავადების შესახებ მაინც ჯერ კიდევ არ თქმულა. ბევრს კითხვებზე, რომელიც ამ გვარ ავადმყოფის გასინჯვის დროს წარმოიშობა, ჩვენ არ ძალგვიძს გარკვეული და ზუსტი პასუხის მიცემა. უმთავრესად ეს შეეხება ამ დაავადების ეტიოლოგიას და გამოცნობის საკითხს. სინშირე ამ დაავადებისა, რომელიც ამ უკანასკნელ ათიოდე წლის განმავლობაში 30%-მდე გადიდება, ცხადყოფს, რომ მეტად გახშირდა თვით მისი წარმოშობი მომენტები. ეს გარემოება კი გვაძლავს ამ დაავადების მიზეზების საკითხს, სხვათა შორის, სოციალური თვალსაზრისითაც მიუღვეთ. მაგრამ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ეტიოლოგიის საკითხი, საკითხი თავისთავად ფრიად საინტერესო, არ შეადგენს ამ მუშაობის საგანს, მე აქ მინდა შევეხო მხოლოდ მეორე, საკმარისად მნიშვნელოვან, საკითხს—საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის გამოცნობას მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრასთან დაკავშირებით. შეიძლება ითქვას, რომ არ არის არც ერთი დაავადება, რომელიც თავის მსვლელობაში ისე სხვადასხვანაირ კლჩნიკურ სურათს იძლეოდეს, როგორც საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა. ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვს ჩასახვის ნაყოფის ადგილს, ორსულობის ვადას და, აგრეთვე, შეწყვეტილია იგი თუ შეუწყვეტელი, პროგრესიული. Franz ს პირველი ორი თვის შეუწყვეტელი ორსულობის გამოცნობა შეუძლებლად მიანია. მას 17 საეჭვო შემთხვევაში გაუკეთებია ლაპაროტომია და 10 შემთხვევაში დანამატების ანთება აღმოჩენილა, 3-ში საშვილოსნოს ნორმალური ორსულობა, 2-ში საკვერცხის კისტა და ერთხელ სრულიად საღი სასქესო ორგანოები. ასეთ შემთხვევებში დაახლოებით სისწორით გამოცნობა მოითხოვს შედარებით ხანგრძლივ დაკვირვებას, 3—4 კვირის განმავლობაში, ავადმყოფის საავადმყოფოში მოთავსებით. უმრავლეს შემთხვევაში კი ჩვენ საქმე გვაქვს ლულის შეწყვეტილ

ორსულობასთან. Какушкин-ს 85 საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შემთხვევაში არც ერთი პროგრესიული, შეუწყვეტელი არ შეხვედრია.

როგორც კლინიკური დაკვირვება გვიჩვენებს ექტოპიური ორსულობის შეწყვეტა თითქმის ყველა შემთხვევაში გამოიწვევს მუცლის ღრუში ცოტა თუ ბევრ სისხლის ჩაღვრას. ექ. Живатов-ის ცნობით საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა 89% შემთხვევაში ხდება მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრის მიზეზად, ხოლო Felling-ის, Walter-ის მოწმობით ეს ციფრი 90—95% აღწევს. Faure და Siredey ყოველ სისხლის ჩაღვრას მუცლის ღრუში ექტოპიურ ორსულობის შედეგად სთვლის; ასეთი შეხედულება საფრანგეთის ცნობილ გინეკოლოგებისა ჩვენ შეგვიძლია მხოლოდ ზოგიერთი შესწორებით გავიზიაროთ, იმ მხრივ, რომ მართლაც, როგორც ყოველდღიური პრაქტიკა გვიჩვენებს, ჩვენ სასწრაფო ოპერატიული დახმარება უფრო ხშირად გვიხდება ექტოპიურ ორსულობის მოშლით გამოწვეულ მუცელში სისხლის ჩაღვრის გამო. მაგრამ მიუხედავად ამისა სიმართლე მოითხოვს აღვნიშნოთ, რომ მუცელში სისხლის ჩაღვრას შესაძლოა საუფიქლოდ ედვას, როგორც ქალის სასქესო ორგანოების, ისე სხვა ზოგადი დაავადებანიც. აღნიშნავენ, რომ მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრის გამოწვევა შეუძლია სხვადასხვა სიმსიენებს. Tedenat-ი აგვიწერს იშვიათად სისხლის ღენის შემთხვევას ფიბრომიომის დროს სუბსეროზულად მოთავსებულ ენდომეტრიუმის სინუსიდან. ასეთ შემთხვევაში, მისი დაკვირვებით, სისხლის ღენა შესაძლებელია ისეთი ძლიერი იყოს, რომ სულ ამოავსოს არამც თუ დუგლასის არე, არამედ მთელი მუცლის ღრუც კი, ასეთსავე შემთხვევას აგვიწერს Menge, Гиммельфарб-ი, Prochovnik-ი და სხვანი. Cooke-Nirst-ს აქვს აღნიშნული შემთხვევა, სადაც მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრა გამოუწვევია Plexus utero-ovarialis გაგანაირებული ვენების გასკდომას. არაა იშვიათი მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრის შემთხვევები ფოლიკულის, ახალი ყვითელი სხეულის გასკდომის დროს და, აგრეთვე, როდესაც რაიმე მიზეზის გამო ირღვევა საკვერცხის ჰემორაგიული კისტის მთლიანობა. თვიურის დროსაც შესაძლებელია ფალოპიუსის მილით მუცლის ღრუში მენსტრუალური სისხლის გადასვლა, მეტადრე თუ ადგილი აქვს საშოს ატრეზიას (Haultain), ყელის დავიწროებას (Czyzewicz, Pozzi), საშვილოსნოს მკვეთრად უკან გადაღუნვას (Trousseau) და სხვ.

ყველა ზემოდ ჩამოთვლილ და მასთან ერთად სიძნელე ექტოპიურ ორსულობის გამოცნობ-სა, ერთის მხრივ, ხოლო, მეორეს მხრივ, სათანადო და უტყუარი სიმპტომებისა და მეთოდების უქონლობა აიძულებს ექიმებს ეძებონ ახალი მეთოდები შეწყვეტილ ექტოპიურ ორსულობისა და მუცლის ღრუში ჩაღვრილ სისხლის ამოხსნობად.

ყველა ის ნიშნები და სიმპტომები, რომლებითაც სარგებლობენ ექტოპიურ ორსულობის ამოცნობად ჩვენ შეგვიძლია დავყოთ ოთხ ჯგუფად. ანანესტიური ნიშნები: 1) თვიურის აკრეფა. ამ ნიშნის მარცხ და მინც დიდი სადიაგნოზო მნიშვნელობა ამ შემთხვევაში არ აქვს, ვინაიდან, ყოველთვის ექტოპიურ ორსულობის დროს ქალს თვიური არ აკრეფება. Martin-ი თვიურს აკრეფას აღნიშნავს მხოლოდ 32.5% შემთხვევაში, Wormser-ი 37.1%, ხოლო Какушкин-ი 16.4%. მაგრამ თვიურის აშლილობას, მისი შეგანაგებით ან შედარებით ცოტადენობით მოსვლის სახით, ერთობ ხშირად ნახულობენ და ამ სიმპტომებს Какушкин-ი



დიდს მნიშვნელობას აძლევს. გულის რევას და პირისაკმობას აქ უფრო იშვიათად აქვს ადგილი, ვიდრე ნორმალურ ორსულობისას.

კლინიკური ნიშნები: 1. სისხლისდენა საშვილოსნოდან. ამ სიმპტომს *Какушкин-ის* 23,3% შემთხვევაში აღნიშნავს. მეტი მნიშვნელობა ეძლევა ამ სიმპტომს, თუ ის *Styptica*-თა ზეკვლევით არ სწყდება (*Hirsch, Wagner*). 2. დეციდუალური გარის გამოსვლა საშვილოსნოდან ცოტა თუ დიდი ტკივილების შემდეგ. ამ მოვლენას ადგილი აქვს *Тимофеев*-ით 23,8%, *Normann*-ით 23%<sup>9</sup> შემთხვევაში, ხოლო *Winkel* და *Heming*-ით 75%, მაგრამ ზოგჯერ ის ჩამონადენ სისხლს გაყვება და ჩვენ ვერ ვნახულობთ, ზოგს შემთხვევაში კი ამ მოვლენას სრულიად არა აქვს ადგილი. 3. უცერად დაწყებული, შეტევითი ხასიათის ტკივილები, მათან თავბრუს ხვევა და გულის წასვლა, ფერია სიმპტომად და სხვა ასეთი ნიშნები—საზოგადოთ შოკის სხვა დამახასიათებელი სიმპტომები—*Какушкин-ის* 61,2%<sup>10</sup> შემთხვევაში აქვს აღნიშნული. ეს სიმპტომები გულის გასკდომის და მუცლის ღრუში სწრაფად სისხლის ჩაღვრის მჩვენებელია. ამასვე ნახულობენ მუცლის ფარის საერთო გაღვივების და განსაკუთრებით *dé-fense musculaire* გამსკდარ გულის შესაფერ არეში. 4. ბლმათ სისხლის ჩაღვრის დროს მუცლის დარტე ნაწილში ნახულობენ პერკუტორულ ხმის მოყრუებას, რომელიც ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლისას არ იცვლება, მაგრამ თუ ნაწლავები ან ბადეკონია შეზორკებული, შესაძლებელია ეს სიმპტომი ვერ მივიღოთ. ამასვე უნდა დაუმატოთ თუკან თალის გამომბერებლობა, იქიდან ზოგჯერ ორხელთა შუაე კი, ცომის მინაგვარ ან ელასტიურ სიმსივნის ნახვა დუგლასის არეში, ან საშვილოსნოს წინა, თუ გვერდით მიდამოებში. ზოგიერთები (*Callen, Hellen-dal, Schidt*) საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შეწყვეტისას, როდესაც მუცლის ღრუში ბევრი სისხლია ჩაღვრილი, აღნიშნავენ ჰიპის ჩაღრმავე ულ ადგილის მოლურჯოდ გაფერადებას, ე. წ. „*Höematophales*“, მაგრამ ამ სიმპტომი იშვიათად ვნახულობთ და არც საიმედოა, ვინაიდან სხვა დაავადების დროსაც ვხვდებით მას. შერეხილი კისტების დროს (*Hisch*). *Füth*-ი მნიშვნელობას აძლევს საშვილოსნოდან გამომდინარე სისხლის თავისებურებას, მისი აზრით მუქი მოშავო ფერის სისხლი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის სასარგებლოთ ლაპარაკობს, უბრალო მუცლის მოშლის დროს კი ის ღია წითელი ფერის არის. *Rosenstein*-ი მნიშვნელობას აძლევს ორსული ღულისაკენ მდებარე საშვილოსნოს კუთხის მგრძობლობას. *Тро-ის* გამოკვლევით დარღვეულ ექტოპიური ორსულობის დროს საშოს ფლორა პირველი ან მეორე ხარისხის სისუფთავის არის, ჩვეულებრივ მუცლის გაცუფდებით, ან სხვა რაიმე მიზეზით გამოწვეულ, სისხლის დენის დროს კი, ის მესამე ან მეოთხე ხარისხის სისუფთავის დამახასიათებელ ნიშნებს იძლევა. გარდა ზეოდ აღნიშნულ სიმპტომებისა, შეწყვეტილ ექტოპიურ ორსულობის ამოსაცნობათ მოწოდებული იყო საშვილოსნოს ღრუს საცადი გამოფხევა და, აგრეთვე, უკან თალის საცადი პუნქცია. პირველი ამ მეთოდთაგანი ამ ქაბად უყვე უარყოფილია და მიიწეებული ხოლო რაც შეეხება უკან თალის პუნქციას, ის ბევრგან მიღებულია და ბევრ შემთხვევაში დამარწმუნებელ შედეგს იძლევა, თუმცა შესაძლებელია ზოგ შემთხვევაში შეცდომაში შეგვიყვანოს და სისხლი მივიღოთ მაშინაც კი, როდესაც ექტოპიურ და ისიც შეწყვეტილ ექტოპიურ ორსულობას სრულიად არ აქვს ადგილი. აღნიშნავენ სიმპტომებს საშარდებ ბუშტის მხრივ *Herzfeld* მტკივნეულ და შეუწყვეტელ ტინივის საბით (*Blasensymptom*), ასეთივე მოვლენას ავადმყოფი უკან ტანის მხრივაც უჩივის; თირკმლების მხრივაც მწვავე სისხლის დენის დროს ძლიერ ხშირად შეუმჩნევიან ანურია ან ოლიგურია (*Piskaček, Мандельштам, Herzfeld, Horwat*). ხშირად აღნიშნავენ სკლერის სიყვითლე. ამ სიმპტომს ზოგიერთი ავტორები (*Schröder, Veit, Zuntz* და სხვა) დიდს მნიშვნელობას აძლევენ, თუმცა ზოგი კი (*L. H-sberg*) პირიქით უარყოფს მის ღირებულებას.

უკანაკნელ წლებში *Oelker*-ის, *Deves*-ის, *Herzfeld*-ის და სხვების მიერ შეწყვეტილ ექტოპიურ ორსულობის დროს მუცლის ღრუში დიდი სისხლის ჩაღვრით—აღწერილია ე. წ. *Phrenicus symptom*, რომელსაც ახასიათებს ტკივილები მზარბეკი მიდამოში, უფრო ხშირად მარჯვენე, მაგრამ, როგორც შემდეგ გამოირკვა. ეს სიმპტომი მუდმივი არ არის ამ დაავადების დროს, ყოველთვის არ ვხვდებთ და, გარდა ამისა, მას მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაავადების დროსაც ნახულობენ, (კუჭის წყლული, *cholelithiasis*, ღვიძლის ჩირჭროვა და სხვ).



Schottmüller-მა 1914 წელს შეამჩნია, რომ ლულის ორსულობის მოშლილი ავადმყოფთა სისხლის პლანზმას მიხაკის ფერი ახის, რასაც ის უკავშირებდა მასში ჰემატინის არსებობას და ეს კიდევ დამტკიცა სპეკტროსკოპიული მეთოდის საშუალებით. Thormöhlen-მა გამოიკვლია სპეკტროსკოპით შეწყვეტილი ექტოპიურ ორსულ ქალთა სისხლი ჰემატინზე და 73% შემთხვევაში დადებითი პასუხი მიიღო. Chumm-ა ამავე მეთოდით ჰემატინი აღმოაჩინა სხვა ავადმყოფობით დაავადებულთა სისხლის პლანზმაშიც (მ. ლარია, აგოსის, ეკლამპსია).

1924 წელს გამოვიდა შრომა ექიმ ანტონინა-სი, სადაც ავტორი ცდილობს შეწყვეტილი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა ამოიციოს სისხლის წნევას, პულსს და სისხლისავე მორფოლოგიური ცვლილებების შესწავლით. ამ საკითხის საფუძვლიანათ შესწავლამ ავტორს უჩვენა, რომ სისხლის წნევა შეწყვეტილ ექტოპიურ ორსულობის დროს არ განიცდის მეტაბოლურ ნორმასთან შედარებით, პულსი კი ოდნავ აჩქარებულია 90—100. ერიტროციტებისა და ჰემოგლობინის რაოდენობა ოდნავ შემცირებულია. ფერადი მანკენებელი მომატებული, ნეიტროფილების % დაკლებულია ლიმფოციტების % მომატების ხარჯზე, Arneth-ის ფორმულა ოდნავ მარცხნით არის გადახარბილი.

როგორც ვხედავთ დარღვეულ ექტოპიურ ორსულობის ამოსაცნობათ მრავალი კლინიკური და ლაბორატორული მეთოდებია მოწოდებული, მაგრამ არც ერთი ამ მეთოდთაგანი არ არის უტყუარი და ზუსტი მაჩვენებელი ამ დაავადებისა; ლაბორატორულ მეთოდების უარყოფით მხარეთ ის უნდა ჩაითვალოს, რომ იმ ცვლილების აღმოჩენა სისხლში, რომელიც გვხვდება დარღვეულ ექტოპიურ ორსულობის დროს, შესაძლებელია სხვა დაავადებების დროსაც, ამის გამო ყოველ ცალკე საეკვო შემთხვევაში ამ მეთოდებზე ჩვენ ვერ დავყვარდებით.

სულ უკანასკნელ ხანებში Thevenon და Roland-მა (1918 წ.) მოგვცა ქიმიური მეთოდი ჰემატინის სისხლში აღმოსაჩენად პირამიდონის რეაქციის სახით. ამ რეაქციით ის იკვლევდა განავალს მის ნაწილაკებში ფარულ სისხლის ჩაღვრის ამოცნობის მიზნით.

ეს რეაქცია რუსეთში იხმარება Егоров-ის მოდიფიკაციით.

საჭიროდ მიგვანია მოკლედ ავსუსხთ რეაქციისათვის საჭირო რეაქტივები და თვით რეაქციის ტენჯია.

- პირველი რეაქტივია 5%<sup>0</sup>-ანი Sol. Pyramidoni in spir. vini 96<sup>0</sup>.
- მეორე " 50%<sup>0</sup>-ანი Acidi Acetic. glacial.
- მესამე " 30%<sup>0</sup>-ანი Hydrog. Hyperoxid. (ახალი).

რეაქციის ტენჯია კი ასეთია: მშრალი გაუსნებოვანებული შპრიცით იდაყვის ვენიდან ვიღებთ 2—3 კუბ. სმ. სისხლს და ვასხამთ მშრალ და სუფთა სინჯარაში. სისხლიან სინჯარას ერთი საათი ვათავსებთ 37<sup>0</sup> სითბოს მქონე ტერმოსტატში, სინჯარაში სისხლი შედვდებდა და გამოეყოფა შედარებით სუფთა სისხლის შრატს. ამ შრატს ფრთხილად ამოვიღებთ ამ პირველ სინჯარიდან და ვასხამთ ცენტროფუგის ახალ და მშრალ სინჯარაში, რომელსაც 10—15 წუთის განმავლობაში ვლექავთ ცენტროფუგის შემწობით, რის შემდეგაც შრატს მხათ გვაქვს რეაქციის საწარმოებლად. როდესაც შრატს მომზადებულა, ავიღებთ სამ მშრალ სუფთა სინჯარას და პირველ სინჯარაში ვასხამთ 3 კუბ. სმ. პირველი რეაქტივისა. მეორე სინჯარაში 2 კუბ. სმ. ამავე რეაქტივისას, მესამეში კი—1 კუბ. სმ. იქვე ამ რეაქტივისას. შემდეგ კი უმატებთ 8-8 წვეთს მეორე და მესამე რეაქტივებისას როდესაც ყველა რეაქტივი სინჯარაში ზემოაღნიშნულ წესით არის მიმატებული, დაბოლოს მიუმატებთ თითო წვეთს სისხლის პლანზმისას. თუ რეაქცია დადებითია, ე. ი. შრატში არის ჰემატინი, ჩვენ რეაქციის ჩათვებისათვის მივიღებთ სითხის მოლურჯო-ოისფერად შეღებვას, თუ კი პლანზმა ჰემატინისაგან თავისუფალია,—მაშინ კი არავითარ შეღებვას ადგილი არ ექნება და სითხეში გაჩნდება მხოლოდ თეთრი სიმღვრიე. აღსანიშნავია, რომ დადებით შემთხვევაში გაჩენილი სითხის ფაფერადება მოლურჯო-ოისფერად გრძელდება მხოლოდ რამოდენიმე (5—10) წამს, შემდეგ კი სითხე უფერულდება.



აქვე მინდა აღვნიშნო ზოგიერთი პრაქტიკული მოსაზრებანი რეაქციის წარმოების დროს. ერთი სინჯარა უნდა იყოს აბსოლუტურად მშრალი და სუფთა, მეორე—რეაქცია უნდა კეთდებოდეს დღის სინათლეზე, რომ მცირეოდენის ფერის ცვლა სითხისა სინჯარაში გახდეს შესამჩნევი, მესამე—რეაქტივები წინასწარ უნდა იქნეს შემოწმებული, რეაქცია უნდა იყოს დადებითი წინასწარ სისხლნარვე ნივთიერებაზე. მეოთხე—რეაქტივები ერთად შერეული, თუ მათ არ ურევია სისხლის შრავი, უნდა იყოს სრულიად სუფთა და გამსჭვირვალე. მეხუთე—რეაქტივების შერევისას არამც-და არამც სინჯარაში მოთავსებული არ უნდა შეეხოს თითებს, ვინაიდან მოსალოდნელია, რომ თვით თითზე შეხებამაც მოგვეცეს დადებითი რეაქცია, იმის გამო, რომ თითი შეიძლება იყოს ოფლიანი და ოფლში არსებული ორგანიული ოქსიდებები კი იძლევიან დადებით რეაქციას. მეექვსე—ხსნარი უნდა იყოს ყოველ რეაქტივისათვის ახალი, არა უძველესს 2—3 დღისა.

გინეკოლოგიაში ის პირველად გამოყენებულ იქნა ექ. Антошина-ის მიერ შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობის ამოსაცნობად. მან 11 შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობის დროს მიმართა ამ რეაქციას და ყველა შემთხვევაში დადებითი პასუხი მიიღო—რაც აღნიშნავდა, რომ მუცლის ღრუში ჩაღვრილია სისხლი და შემდეგ ეს ოპერაციამაც დაადასტურა.

ექ. Иванов-ს ამავე რეაქციისათვის შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობის ამოსაცნობად 30 შემთხვევაში მიუმაართავს, აქედან 21 შემთხვევაში ყველა კლინიკური ნიშნები შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობისა ნათლად ყოფილა გამოხატული. ამათგან 12 შემთხვევაში მიუღია დადებითი პასუხი, 8 შემთხვევაში კი რეაქცია ყოფილა სუსტი დადებითი, ერთხელ კი უარყოფითი. 9 საექვო შემთხვევაში 7 რეაქცია ყოფილა დადებითი, ერთხელ სუსტი დადებითი, ერთხელაც უარყოფითი. 5 ისეთ შემთხვევაში, სადაც საქმე ეხებოდა ანთებით მიკრობებს ან სხვა რაიმე დაავადებას, რეაქცია ხუთჯერვე აღმოჩენილა უარყოფითი. საერთოდ შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობის დროს Иванов-ს 93% შემთხვევაში მიუღია დადებითი პასუხი. მისი აზრით რეაქციის ინტენსიობა მკვეთრად დადებითი, დადებითი თუ სუსტად დადებითი დამოკიდებულია სისხლის ჩაღვრის სიახლეზე და სიძველეზე. ინსულტის პირველ დღეებში (1—5%-დე) მას სუსტი დადებითი რეაქცია აღუნიშნავს 30% შემთხვევაში, შემდეგ კი რეაქცია უფრო ინტენსიური ყოფილა. უფრო მოგვიანებულ (ე. ი. 10—15 დღე) შემთხვევაში, 10 ავადმყოფიდან—7-ს რეაქცია ქონია დადებითი, 3 კი სუსტი დადებითი, ხოლო 15-დან 30 დღემდე რეაქცია სრული დადებითი ყოფილა ყველა შემთხვევაში, ერთ მოძველებულ (3 თვე) შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობის შემთხვევაში უარყოფითი რეაქცია მიუღია. ყოველ შემთხვევაში, როგორც სჩანს, რეაქციის ინტენსიობა მჭიდროდ დამოკიდებულებამაა სისხლის ჩაღვრის სიახლესთან.

აღსანიშნავია, რომ ექ. Иванов-ის ეს რეაქცია სხვა სამეანო-გინეკოლოგიურ დაავადებათა დროსაც გამოუცდია. მაგ. Cancer colli uteri inoperabilis 5 შემთხვევიდან 2 დადებითი, 3 სუსტი დადებითი. Sepsis 2 შემთხვევა, ერთი და-

დებითი, ერთი ც სუსტი დადებითი. Anemia perniciosa 3 შემთხვევა, ერთი დადებითი, ერთი სუსტი დადებითი, ერთი ც უარყოფითი.

გარდა ამ დაავადებებისა, ავტორი აღნიშნავს სუსტ დადებით რეაქციას 3-ჯერ Adnexitis 2 lateralis 13 შემთხვევიდან. ერთს შემთხვევას Pyosapnx-ის 5 შემთხვევიდან ერთს სუსტს დადებით რეაქციას; Abort. incomp. 3 შემთხვევაში და ერთხელაც 8 Fibromyoma uteri შემთხვევაში რეაქცია აღმოჩენილა სუსტი დადებითი.

ის გარემოება, რომ პირამიდონის რეაქცია, თუნდაც სუსტი დადებითი აღმოჩნდა სხვადასხვა დაავადების დროსაც, რასაკვირველია, ნაწილობრივ მაინც ამცირებს რეაქციის ღირებულებას, მაგრამ ასეთი მსჯელობა, ვფიქრობთ, რომ მხოლოდ თეორიული ღირებულების მატარებელია, პრაქტიკულად კი რეაქცია ამით ბევრს არ კარგავს, ვინაიდან ის დადებითია მხოლოდ ისეთ შემთხვევაში, როდესაც დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება არსებულ დაავადებისა და შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობასთან სრულიადაც არ არის საჭირო (მაგ. Cancer, Fibroma, Sepsis, Anemia perniciosa და სხვანი).

Побединский-ის გამოუცდია ეს რეაქცია 35 შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობის შემთხვევაში და დაახლოებით 92% შემთხვევაში მიუღია სწორი პასუხი. ავტორი აღნიშნავს, რომ თუმცა ეს რეაქცია სპეციფიურად არ ჩაითვლება, მაგრამ ის მაინც ძვირფასი სადიაგნოზო საშუალებაა, რომელიც დიდ დახმარებას გაგვიწევს ამა თუ იმ რთულ შემთხვევის სწორს ამოცნობაში.

A. Повжитникова-მ 40 საექვო შემთხვევიდან, 17 შემთხვევიდან მიიღო რეაქცია დადებითი, რაც ოპერაციით დადასტურებულა. ორს დადებით შემთხვევაში კი ავადმყოფები, ხანგრძლივი კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ, გაწერილან განკურნებული. ამით შესახებ ავტორი დაბეჯითებით ამბობს, რომ აქ ექტობიურად განვითარებულ ორსულობის დარღვევას ჰქონდა ადგილი. რაც შეეხება იმ შემთხვევას, სადაც რეაქცია ყოფილა უარყოფითი, 12 შემთხვევაში საქმე ჰქონიათ ანთებით პროცესთან, Missed abortion 1, Metrorrhagia 2, Cravidit. normal. 1, ოთხს შემთხვევაში კიდეც, გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, რეაქციის უარყოფითი პასუხი დადასტურებულა ოპერაციითაც.

დანარჩენი 3 შემთხვევაში ოპერაციის დროს მუცლის ღრუში აღმოუჩენიათ ახლად ჩაღვრილი სისხლი. ავტორის რწმუნებით რეაქციის უფროსებით პასუხს ამ შემთხვევაში არ აქვს დიდი მნიშვნელობა იმისათვის, რომ ოპერაცია ინსულტისთანავე იქნა გაკეთებული სასწრაფოდ (ვერ მოასწრო ჰემატინის პლაზმაში გადასვლა) სხვა დანარჩენი კლინიკური ნიშნების ნათლად და მკაფიოდ გამოხატვის გამო. დაბოლოს ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ერთს შემთხვევაში ამ სამიდან რეაქცია გაუკეთებიათ ადრე, სანამ მოხდებოდა მილის აბორტი და მუცლის ღრუში ჩაიქცეოდა სისხლი, ისიც მცირე რაოდენობით, როგორც შემდეგში ოპერაციის დაუდასტურებია.

ჩვენ შესაძლებლობა გვქონდა ეს რეაქცია გვეწარმოებია სულ 18 შემთხვევაში, სადაც ზოგან ნათლად გამოხატული იყო კლინიკური ნიშნები შეწყვეტილ ექტობიურ ორსულობისა, ზოგს შემთხვევაში კი ამაზე მხოლოდ ეჭვი იყო მიტანილი. და ამ 18 შემთხვევიდან 14, ე. ი. 71% შემთხვევაში მივიღეთ დადებითი





თი პასუხი, ერთხელ რეაქცია სუსტი დადებითი იყო, და Laparotomia-ს დროს აღმოჩნდა Pyosalpingx.

შემდეგ შემთხვევაშიაც, სადაც რეაქცია იყო უარყოფითი, ოპერაციის დროს აღმოჩენილი იყო Pyosalpingx-ი. ერთხელაც აღმოჩნდა დადი ხნის შემწყვეტილი ლულის ორსულობა, სადაც ნაყოფი და დღუგლასის მიდამოში ჩალვრილი სისხლი შემოფარგლულ სიმსივნეს წარმოადგენდა და რეაქცია უარყოფითი აღმოჩნდა.

ფეიქრობთ, რომ ამ შემთხვევაში ჩალვრილ სისხლის შეწოვას დიდი ხანია აღარ ჰქონია ადგილი სისხლის კოაგუმების ორგანიზაციის გამო.

მეოთხე შემთხვევაში კი, სადაც რეაქცია იყო უარყოფითი, ორსული მილის მთლიანობის დარღვევა მოხდა სულ რამოდენიმე საათით ოპერაციის წინ.

ჩვენი მცირე მასალის მიხედვით, რასაკვირველია, რაიმე დასკვნის გამოტანა ამ რეაქციის ღირებულების შესახებ შეუძლებელია, მხოლოდ ჩვენ გვინდა აღვნიშნოთ ის დიდი % დადებითი პასუხების, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ჩვენს მცირე მასალაში; გარდა ამისა ფეიქრობთ, რომ ეს რეაქცია, მიუხედავად იმისა, რომ სპეციალური არ არის, მაინც ფრიად საყურადღებო მეთოდთაგანია დარღვეულ ექტობიური ორსულობის ხშირად ძნელ და ზოგჯერ შეუძლებელ საკითხის გადაჭრის დროს. ამ აზრს იზიარებენ Антошина, Иванов-ი, Повжитникова და Побединский. უნდა აღინიშნოს, რომ რეაქციის წარმოება მის დადებით, თუ უარყოფით შედეგებთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული საკითხი როდის ხდება შესაძლებელი მუცლის ღრუში სისხლის ჩალვრის შემდეგ ამავე ავადმყოფის სისხლის პლაზმაში ჰემატინის აღმოჩენა. ესთქვათ, თუ დღეს მოხდა ორსული ფალოპიუსის მილის მთლიანობის დარღვევა და სისხლის ჩალვრა მუცლის ღრუში, როდის იქნება შესაძლებელი რომ ამ რეაქციით ჩვენ შევსძლოთ ავადმყოფის სისხლის პლაზმაში აღმოვაჩინოთ ჰემატინი? ჩვენ დავისახეთ მიზნად და ამ საკითხს, ღრმად პატივცემულ ჩემ მასწავლებლის პროფ. ი. თიკანაძის რჩევით, შეუდექით შემდგენიარად: ცოცხალ შინაურ კურდღელს წინასწარ უღებდით ყურის ვენიდან დაახლოებით 2-3 კბ. სმ. სისხლს. მიღების შემდეგ ვაწარმოებდით პირამიდონის რეაქციას. ჩვენ ცდების ყველა 14 შემთხვევაში წინასწარ აღებულ სისხლის შრეტი არც ერთხელ არ ყოფილა აღმოჩენილი ჰემატინი ხსენებულ რეაქციის საშუალებით. შემდეგ კი შინ. კურდღლს. უკეთებდით ოპერაციას, ვკვეთდით მუცელზე, მოგნახავდით ტოტს ჯორჯალის რომელიმე არტერიისას, გადავკვეთდით მას და ამ რიგად ვიწვევდით მუცლის ღრუში ხელოვნურად სისხლის ჩალვრას. ჩალვრილი სისხლის რაოდენობა, რომ თვალის შეხედვით იქნებოდა დაახლოებით 3-5 კბ. სმ. გადავკვეთდით არტერიის ტოტს გადავკონავდით სისხლის დენის შესაწყვეტად, რის შემდეგ მუცლის ღრუს ვხურავდით ყრუთ, ორსართულიანი აბრეშუმის ძაფის ნაკერით. ოპერაციის შემდეგ სისხლს ვიღებდით ყურის ვენიდან, ანდა ზოგიერთ შემთხვევაში, გულიდანაც 2-4-6-8-10-18-24 და 48 საათის განმავლობაში. ამ რიგათ მიღებულ სისხლის პლაზმაში ვიკვლევდით ჰემატინის პირამიდონის რეაქციის საშუალებით, ზემოთ მოყვანილ ტენიკით და სათანადო სიფრთხილის დაცვით. ჩვენ ვაწარმოეთ ცდები სულ 14 შინაურ კურდღელზე.

ამ რიცხვიდან 10 შინ. კურდღელს ზემოაღნიშნულ საათებში უღებდით სისხლს და ვაწარმოებდით რეაქციას. ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები ქვემოთ გვაქვს მოყვანილი, ცდების სახით.

**ც დ ა № I.**

წინა დღით აგლო სისხლი ყურის ვენიდან 3 კუბ. სმ. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის გაკეთების შემდეგ სისხლს უღებდით ყურის ვენიდან ან გულიდან:

2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი.

|    |   |   |   |   |                   |
|----|---|---|---|---|-------------------|
| 4  | " | " | " | " | "                 |
| 6  | " | " | " | " | "                 |
| 8  | " | " | " | " | "                 |
| 10 | " | " | " | " | "                 |
| 14 | " | " | " | " | "                 |
| 18 | " | " | " | " | სუსტი დადებითი.   |
| 24 | " | " | " | " | დადებითი.         |
| 48 | " | " | " | " | მკვეთრი დადებითი. |

**ც დ ა № II.**

წინა დღით ყურის ვენიდან აგლო 3 კუბ. სმ. სისხლი. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის გაკეთების შემდეგ სისხლს უღებდით ყურის ვენიდან, ან გულიდან:

2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი.

|    |   |   |           |           |   |   |    |
|----|---|---|-----------|-----------|---|---|----|
| 4  | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 6  | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 8  | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 10 | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 14 | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 18 | " | " | სუსტი     | დადებითი. |   |   |    |
| 24 | " | " | დადებითი. |           |   |   |    |
| 48 | " | " | დადებითი. |           |   |   |    |

**ც დ ა № III.**

ოპერაციის ნახევარი საათის წინ ყურის ვენიდან აგლო 3 კუბ. სმ. სისხლი. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის შემდეგ სისხლი აგლო ყურის ვენიდან:

2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი.

|    |   |   |           |   |   |   |    |
|----|---|---|-----------|---|---|---|----|
| 4  | " | " | ი         | გ | ი | ვ | მ- |
| 6  | " | " | ი         | გ | ი | ვ | მ- |
| 8  | " | " | ი         | გ | ი | ვ | მ- |
| 10 | " | " | ი         | გ | ი | ვ | მ- |
| 14 | " | " | ი         | გ | ი | ვ | მ- |
| 18 | " | " | დადებითი. |   |   |   |    |

ოპერაციის მეორე დღეს შინ. კურდღელი მოკვდა. გაკვეთით აღმოჩნდა ახალი სისხლის ჩაღვრა მუცლის ღრუში, ვინაიდან სისხლის ძარღვზე დადებული კვანძი მოხსნილიყო.

**ც დ ა № IV.**

ოპერაციის ნახევარ საათის წინ აგლო სისხლი 3 კუბ. სმ. ყურის ვენიდან. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის შემდეგ სისხლი აგლო ყურის ვენიდან:

2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი.

|    |   |   |           |           |   |   |    |
|----|---|---|-----------|-----------|---|---|----|
| 4  | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 6  | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 8  | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 10 | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 14 | " | " | ი         | გ         | ი | ვ | მ- |
| 18 | " | " | სუსტი     | დადებითი. |   |   |    |
| 24 | " | " | დადებითი. |           |   |   |    |
| 48 | " | " | დადებითი. |           |   |   |    |

მე-4 დღეს შინ. კურდღელი დაგვალით და სისხლი გამოვიკვლიეთ. პირამიდონი ცდა აღმოჩნდა დადებითი.

## ც დ ა № V.

ოპერაციის წინ ნახევარ საათით ადრე აელო 3 კუბ. სმ. სისხლი ყურის ვენიდან. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის შემდეგ სისხლი აელო ყურის ვენიდან:

2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი.

|    |   |   |                 |
|----|---|---|-----------------|
| 4  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 6  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 8  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 10 | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 14 | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 18 | " | " | სუსტი დადებითი. |
| 24 | " | " | დადებითი.       |
| 48 | " | " | დადებითი.       |

მე-4 დღეს შინ. კურდღელი დაეკალით. სისხლი პირამიდონის ცდაზე დადებითი.

## ც დ ა № VI.

ოპერაციის წინ ნახევარი საათით ადრე 3 კუბ. სმ. სისხლი ყურის ვენიდან. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის შემდეგ სისხლი აელო ყურის ვენიდან:

2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი.

|    |   |   |                 |
|----|---|---|-----------------|
| 4  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 6  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 8  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 10 | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 14 | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 18 | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 24 | " | " | სუსტი დადებითი. |
| 48 | " | " | სუსტი დადებითი. |

მე-3 დღეს შინ. კურდღელი მოკვდა. გაკვეთის დროს აღმოჩნდა მცირეოდენი ჩირქი მუცლის ღრუში.

## ც დ ა № VII.

ოპერაციის წინ ნახევარ საათით ადრე 3 კუბ. სმ. სისხლი ყურის ვენიდან. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის შემდეგ აელო სისხლი ყურის ვენიდან:

2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი.

|    |   |   |                 |
|----|---|---|-----------------|
| 4  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 6  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 8  | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 10 | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 14 | " | " | ი გ ი ვ ე-      |
| 18 | " | " | სუსტი დადებითი. |
| 24 | " | " | დადებითი.       |
| 48 | " | " | დადებითი.       |

მე-5 დღეს შინ. კურდღელი იქნა დაკლული. სისხლი პირამიდონის ცდაზე დადებითი.

## ც დ ა № VIII.

ოპერაციის წინ ნახევარი საათით ადრე 3 კუბ. სმ. სისხლი ყურის ვენიდან. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის შემდეგ აელო ყურის ვენიდან სისხლი:

2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი.

|    |   |   |            |
|----|---|---|------------|
| 4  | " | " | ი გ ი ვ ე- |
| 6  | " | " | ი გ ი ვ ე- |
| 8  | " | " | ი გ ი ვ ე- |
| 10 | " | " | ი გ ი ვ ე- |
| 14 | " | " | ი გ ი ვ ე- |



|    |   |   |           |
|----|---|---|-----------|
| 18 | " | " | დადებითი. |
| 24 | " | " | დადებითი. |
| 48 | " | " | დადებითი. |

მე-5 დღეს შინ. კურდღელი იქნა დაკლული. სისხლი პირამიდონის ცდაზე დადებითი.

ც ღ ა № IX.

ოპერაციის წინ ავლო ყურის ვენიდან 3 კუბ. სმ. სისხლი. პირამიდონის ცდა უარყოფითი  
ოპერაციის შემდეგ ყურის ვენიდან ავლო სისხლი:

|  |   |   |                 |
|--|---|---|-----------------|
| 2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი. |   |   |                 |
| 4  | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 6  | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 8  | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 10   | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 14   | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 18   | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 24   | " | " | სუსტი დადებითი. |
| 48   | " | " | დადებითი.       |

მე-5 დღეს შინ. კურდღელი იქნა დაკლული. სისხლი პირამიდონის ცდაზე დადებითი.

ც ღ ა № X.

ოპერაციის ნახევარ საათით ადრე ავლო ყურის ვენიდან 3 კუბ. სმ. სისხლი. პირამიდონის ცდა უარყოფითი. ოპერაციის შემდეგ ყურის ვენიდან ავლო სისხლი:

|  |   |   |                 |
|--|---|---|-----------------|
| 2 საათის შემდეგ პირამიდონის ცდა უარყოფითი. |   |   |                 |
| 4  | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 6  | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 8  | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 10   | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 14   | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 18   | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 24   | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 30   | " | " | ი გ ი ვ მ.      |
| 36   | " | " | სუსტი დადებითი. |
| 48   | " | " | დადებითი.       |

უკანასკნელ სისხლის გულიდან აღების დროს ბაჭია გარდაიცვალა.

გარდა ზემოთ მოყვანილ 10 შინ. კურდღელზე ჩატარებულ ცდებისა, ჩვენ სამ შინ. კურდღელს გამოუკვლიეთ სისხლი ყოველ დღე 7 დღის განმავლობაში და ყოველთვის მივიღეთ დადებითი რეაქცია. ამას გარდა, ერთს, ე. ი. მე-14 შინ. კურდღელს სისხლს უკვლევდით ყოველ დღე 14 დღის განმავლობაში და ამ შემთხვევაში რეაქცია ყოველთვის იყო დადებითი. მე-15-ე დღეს შინ. კურდღელი, გულიდან სისხლის ამოღების დროს, მოკვდა და ჩვენც იძულებული ვიყავით ჩვენი დაკვირვება შეგვეწყვიტა. ლიტერატურულ მასალის და ჩვენი კლინიკურ მასალის შეფასებით შეიძლება ითქვას, რომ Егорова-Антошина-ს რეაქცია დადებითია შეწყვეტილ ექტოპიურ ორსულობის დროს, როდესაც სისხლის ჩაღვრა არის მუცლის ღრუში საკმაოდ დიდს  $\frac{1}{100}$ -ში (71-93%). აღსანიშნავია, რომ ჩვენი დანარჩენ 4 უარყოფით შემთხვევაში, სადაც ოპერაციის დროს აღმოჩენილი იყო Pyosalpingx-ით დაავადება, ეთანხმება ექიმ Иванов-ის შემთხვევებს, რომელმაც 5 ანალოგიურ დაავადების დროს მიიღო 4-ჯერ სრული უარყოფითი რეაქცია.



ერთს ჩვენ უარყოფითს შემთხვევაში, სადაც საქმე გვექონდა დიდი ხნის სისხლის ჩაღვრასთან, სადაც ჩვენის აზრით შეწოვა ჩაღვრილ სისხლისა უკვე კარგა ხნის შეწყვეტილი უნდა ყოფილიყო; საესებით ეთანხმება ამავე *Иванов*-ის შემთხვევას, რომელმაც 3 თვის ინსულტის შემდეგ მიიღო სრულიად უარყოფითი რეაქცია.

მეოთხე შემთხვევა, სადაც ჩვენ რეაქცია უარყოფითი გვექონდა, ეხება სულ რამოდენიმე საათით წინ მომხდარ სისხლის ჩაღვრას მუცლის ღრუში და როგორც ვფიქრობთ ინსულტიდან, რეაქციის წარმოებამდე იმდენად მცირე ხანმა განვლო, რომ ამ მოკლე ხნის განმავლობაში ვერ მოესწორო სისხლის დაშლა, მისი შეწოვა და ჰემატინის პლაზმაში გადასვლა, რომ რეაქციით ის ჩვენ აღმოგვეჩინა. ანალოგიურ 2 შემთხვევას აგვიწერს ექ. *Повжитникова*, რომელსაც ახლად მომხდარ ინსულტის უახლოეს პერიოდში მიუხედავად იმისა, რომ მუცლის ღრუ სავსე ყოფილა ახლად ჩაღვრილ სისხლით, პლაზმაში ჰემატინი მაინც ვერ აღმოუჩინია. ეს მოკლეთ რაც შეეხება ჩვენს მცირე კლინიკის მასალას.

ეხლა, თუ ჩვენ შევაჯამებთ ჩვენი ექსპერიმენტალური დაკვირვებების შედეგებს, დავინახავთ, რომ ოპერაციიდან 18 საათის განმავლობაში არც ერთხელ რეაქცია დადებითი არ ყოფილა. მე-18 საათზე კი სუსტი დადებითი რეაქცია აღმოჩენილა 4 შემთხვევაში, ე. ი. 40%; დადებითი რეაქცია 2 შემთხვევაში, ე. ი. 20%, უარყოფითი კი 4 შემთხვევაში, ე. ი. 40%. სუსტი დადებითი ორჯერ, ე. ი. 20%. მე-24 საათზე რეაქცია დადებითი 6 ჯერ, ე. ი. 60% შემთხვევაში. სუსტი დადებითი 2-ჯერ, ე. ი. 20%. უარყოფითი კი ერთხელ, ე. ი. 10% შემთხვევაში (მეათე შინ. კურდღელს 24 საათზე აღრე სიკვდილის გამო სისხლი ვერ გამოუკვლიეთ). 48 საათზე კი დადებითი რეაქცია გვექონდა 9-ჯერ, ე. ი. 90% შემთხვევაში, მაგრამ თუ იმასაც მივიღებთ მხედველობაში, რომ ზემოდან აღნიშნულ მკვდარ შინ. კურდღელს სისხლმა მე-18 საათზეც კი მოგვცა დადებითი პასუხი, მაშინ გამოდის რომ ყველა 10 შინ. კურდღ. სისხლი გამოკვლევას 18 საათიდან დაწყებული ვიდრე 48 საათამდე დადებითი რეაქციას სულ 100% შემთხვევაში მოუცია. ამ გვარათ როგორც ჩვენი მცირერიცხოვან კლინიკურ და ექსპერიმენტალურ დაკვირვებიდან ირკვევა ჰემატინის მცირე რაოდენობის აღმოჩენა სისხლის პლაზმაში, მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრიდან მხოლოდ მე-18 საათის შემდეგ პირამიდონის რეაქციით შეიძლება.

ზემოთაღნიშნულ გამოკვლევას ვფიქრობთ, რომ უნდა გავწიოს ანგარიში კლინიკისა თუ საავადმყოფოებში ამ რეაქციის წარმოების დროს და მკვლევარს უნდა ახსოვდეს, რომ ინსულტიდან 18 საათის გასვლამდე რეაქცია ყოველთვის უარყოფითია.

დასასრულს მინდა აღვნიშნო, რომ თუმცა ეს რეაქცია სპეციფიკურ რეაქციით არ ჩაითვლება, მაგრამ მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრის და მასთან შეწყვეტილ ექტოპიურ ორსულობის საეჭვო შემთხვევების ამოცნობაში საკმაოდ დიდ დახმარებას გაგვიწევს. და ამიტომ ეს რეაქცია როგორც თავისთავად მარტივი ფართოდ უნდა იყოს ხმარებული.

Г. А. Лордкипанидзе.

Тифлисская Акушерская Клиника.  
Директор Проф. И. Е. Тиканадзе.

**Ценность пирамидонной реакции для определения кровоизлияния в брюшной полости, в связи с нарушенной внематочной беременностью.**

(Клин. и эксперимент. наблюдение).

По литературным данным последних 10 лет автор приходит к выводу об увеличении % внематочной беременности.

Далее он указывает на трудность, а иногда и невозможность диагностики нарушенной внематочной беременности. Сам автор, наряду с другими методами диагностики в 18 случаях этого заболевания, применил реакцию Thevenon-Roland-a, известную в России, как реакция Егорова. Положительная реакция получена им в 14 случаях. что составляет 71%. Из остальных 4-х случаев в 2-х—было страдание придатков, в 1-м—разрыв беременной трубы произошел за несколько (2—3) часов до производства реакции, а потом была сделана операция, а в 1-м случае реакция была проделана спустя 3—4 месяца после нарушения целостности беременной трубы.

Отмечая большой % совпадения положительного результата реакции с диагнозом post operationem, автор считает нужным при каждом сомнительном случае прибегать к этой реакции как одной из вспомогательных методов диагностики нарушенной внематочной беременности.

Желая установить специфичность этой реакции при явных случаях нахождения крови в брюшной полости, автор искусственно вызывал кровотечение в брюшной полости у кроликов после вскрытия брюшной полости и перерезки мезентериальной артерии. После того, как кровь собиралась в брюшной полости оперированного кролика в коли-

G. Lordkidanidzé.

**La valeur de la réaction à pyramidon pour le décellement de l'haemorrhagie intraabdominale au cours de la grossesse extra-utérine.**

La clinique obstétricale de l'Université de Tiflis. (Directeur M. le Prof. I. T h i c a n a d z é).

Se basant sur les données de 10 derniers ans de la littérature russe et étrangère, l'auteur note une augmentation de pourcentage de la grossesse extra-utérine. Après une brève revue de l'étiologie de ce processus, l'auteur s'arrête en détail sur les symptômes cliniques de cette affection, indiquant les méthodes de diagnostic clinique et laboratoire au cours de la grossesse extra-utérine troublée ou non. L'auteur note les difficultés de la diagnostic, ce-ci étant parfois tout-à-fait impossible. D'après son avis l'existence d'un grand nombre de symptômes cliniques et de méthodes diagnostiques laboratoires nous montrent avec toute l'évidence qu'aujourd'hui nous ne pouvons pas diagnostiquer cette affection exactement, 100 p. 100. L'auteur a employé, à côté des autres méthodes diagnostiques de cette affection, la réaction de Thevenon-Roland, connue en Russie comme la réaction d'Egoroff et employée en gynécologie pour la première fois par Antochine. De 18 cas examinés on a obtenue une réaction positive dans 14 cas, ce qui donne un pourcentage de 71. Dans deux cas il s'agissait d'adnexite. Dans un troisième cas la rupture de la tube (grossesse extra-utérine) eut lieu 2-3 heures avant l'exécution de la réaction. Dans un quatrième cas la réaction fut pratiquée 3-4 mois après la rupture de la tube.

Notant un grand pourcentage de la coïncidence entre une réaction positive et le diagnostic portée post operationem, l'auteur conseille l'emploi de cette réaction dans tous les cas douteux, comme une mé-





честве 3—5 кб. см. перерезанная артерия перевязывалась и брюшная рана закрывалась наглухо.

После операции у кроликов бралась кровь из ушной вены или прямо из сердца, через 2—4—6—8—10—14—18—24 и 48 часов и проделывалась реакция Егорова на присутствие гематина в плазме крови. Всего было проведено наблюдений над 14 кроликами. Первые следы гематина обнаруживаются только по прошествии 18 часов после кровопроизливания, а после 48 часов реакция на гематин в плазме крови всегда положительная.

hodes auxiliaire pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine troublée.

Au but de déterminer la spécificité de la réaction d' Egoroff en cas de présence évidante du sang dans la cavité abdominale, l' auteur produisait expérimentalement une haemorrhagie chez les lapins en coupant l' artère mésentérique. Dès que dans la cavité abdominale du lapin s'accumulait 3-5 c. c. du sang ou ligaturait l'artère sectionnée et on fermait la cavité. Après cette opération on prelevait le sang (après 2-4-6-8-10-14-18-24 et 48 heures) de la veine d'oreille ou directement du coeur. Avec ce sang on pratiquait la réaction d' Egoroff pour décèler de l'hématine dans le plasma sanguin. On a fait l'expérience sur 14 lapins. L' auteur conclut, que les premières races d' hématine apparaissent au bout de 18 heures, après 48 heures la réaction étant toujours positive.

#### ქ. ნაკრუშვილი

კლინიკის ორდინატორი

### ქოლესტერინის ცვალეზადობა ორსულთა და მელოზი- ნეთა სისხლში და მისი მნიშვნელობა.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე პროფ. ი. თიკანაძე.

უნდა ითქვას, რომ ვინემ ქოლესტერინი სამკურნალო მეცნიერების მორიგ საკითხად გახდებოდა, მრავალი ათეული წლები და ენერჯია დაიხარჯა ფიზიოლოგი-ქიმიკოსთა მიერ ამ ნივთიერების თვისებათა გამოსაკვლევად და მას შემდეგ რაც ვინდაუსის, კირსის, აბდერჰალდენის და სხვა მკვლევართა წმინდა მეცნიერული მიდგომით გამოირკვა ქოლესტერინის ცვალეზადობა კუჭ-ნაწლავთა სფეროში მისი არსებობა თავისუფალ, თუ შენაერთის სახით ყოველ ცოცხალ ქსოვილთა უჯრედში და ამ ნივთიერების დიდი გავლენა სისხლის უჯრედის ფიზიოქიმიურ პროცესზე, ქოლესტერინის გამოკვლევა გადატანილ იქმნა კლინიკის ფარგლებში, ავადმყოფთან და უკვე 1911 წლიდან სამკურნალო ლიტერატურა მდიდრდება კლინიკურ და ექპერიმენტალურ გამოკვლევებით ამ ნივთიერების შესახებ.

ადგილის უქონლობის გამო ჩვენ ვერ შევხებით ლიტერატურულ ცნობებს, თუ რა ცვლილებას განიცდის ქოლესტერინი სისხლში ამა თუ იმ დაავადების დროს, მხოლოდ ორიოდ სიტყვით აღვნიშნავთ მრავალ მკვლევართა გამოკვლევების შედეგებს ჩვენ სპეციალურ დარგში.

არსებობს დაკვირვებანი გრიგოსი, აუტენრიტის, ფუნკის, კარადოს, შოფარის, ვარინის, პრილამის და სხვა ავტორთა, რომელნიც აღნიშნავენ, ზოგადად რომ ვთქვათ, ქოლესტერინის შედარებით მომატებას ორსულობის პირველ ხუთ თვეში და ჰიპერქოლესტერინების ორსულობის მეორე ნახევარში. შეთანხმება არ არსებობს მკვლევართა შორის—გავლენა აქვს თუ არა ქოლესტერინის ცვალეზადობაზე ახალშობილის ძუძუმწოვრობას. აგრეთვე ვერ არის შეთანხმება, თუ როდის დაუბრუნდება N-ის ეს ნივთიერება ლოგინობის ხანაში.

საჭიროა აღინიშნოს აგრეთვე სალომონ და პოტ-ის შრომა ქოლესტერინის შესახებ ისეთ ქალებზე, რომელთა ორსულობა გართულებული იყო მწვავე და ქრონიკული ფორმების ფილტვის ქლექით, ვინაიდან ასეთი შემთხვევები ჩვენც მოგვეპოვება. მათი დაკვირვება გვიმტკიცებს, რომ მწვავე ფორმის ქლექით გართულებულ ორსულობის დროს ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში ძლიერ დაცემულია ქრონიკულ ფორმებთან შედარებით.

ვინემ ჩვენი შრომის განხილვას შეუდგებოდეთ, ჩვენ გვინდა ორიოდ სიტყვით ქოლესტერინის გამოკვლევის მეთოდის შესახებ შევეხებოდეთ. არსებობს რიგი მეთოდებისა გრიგოსი, სტეპის, ბაკმეისტერის, კრასტელევსკის, ბლურის და სხვა, რომელთა მიერ ქოლესტერინის N სისხლში სხვადასხვა რაოდენობით არის აღნიშნული. ამ მეთოდთა შორის მეტ ხმარებაში და უფრო ზუსტი მეთოდად გრიგოსი და ბლურის მეთოდებია აღიარებული.

ჩვენ ჩვენი დაკვირვებისათვის ვისარგებლეთ გრიგოს მეთოდით და ვუმატებთ, რომ ყველა ის მკაცრი მოთხოვნებიანი, რომელსაც ამ მეთოდის წარმოების დროს წამოყენებულია, ჩვენ მიერ უნაკლოდ შესრულებულია.

ჩვენი დაკვირვება ეხება ორსულთა სხვადასხვა ხანის 31 შემთხვევას (ცხრილი I); მელოგინეთა 29 შემთხვევას პირველ 4 კვირის განმავლობაში (ცხრილი II), ახალშობილთა 12 შემთხვევას (ცხრილი მე-III), მელოგინეთა, რომელნიც ძუძუს არ აწოვებენ—8 შემთხვევას (ცხრილი მე-IV). ყველა ამ ცდების დროს ქოლესტერინის რაოდენობას ვიკვლევდით სისხლის შრატში. გარდა ამისა ჩვენ მიერ წარმოებულია ქოლესტერინის გამოკვლევა დედის რძეში 8 შემთხვევაში (ცხრილი მე-V). აგრეთვე გამოვიკვლიეთ ქოლესტერინის რაოდენობა 6 შემთხვევაში, რო-

ცხრილი I.

ქოლესტერინის რაოდენობა

| ორსულობის ხნოვანობა თვეებით | 1    |      | 2               |      | 3    |      |          | 4    |      | 5        |      |
|-----------------------------|------|------|-----------------|------|------|------|----------|------|------|----------|------|
| ქოლესტერინის რაოდენ.        | 1.85 | 2.00 | 1.71            | 2.00 | 2.14 | 2.10 | 1.72     | 1.41 | 2.05 | 1.32     | 1.90 |
| გართულება                   |      |      | Cat. apic. pul. |      |      |      | t. b. c. |      |      | t. b. c. |      |

ცხრილი II.

ქოლესტერინის რაოდენობა ‰

| ლოგინობის მერამდ. დღე | 1    |      | 2      |      |      | 3    |      |      | 4    |      |      |
|-----------------------|------|------|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ქოლესტერინის რაოდ.    | 3.10 | 1.60 | 2.10   | 2.85 | 3.00 | 2.34 | 2.86 | 3.10 | 3.10 | 2.12 | 2.68 |
| გართულება             |      |      | Eclam. |      |      |      |      |      |      |      |      |

გორც სისხლში, აგრეთვე რძეში, მაგრამ მელოგინეთა მესამე დღიდან მე-11 თვემდე (ცხრილი მე-VI); ვვაქვს აგრეთვე დაკვირვება ქოლესტერინის ცვალებადობაზე 13 გინეკოლოგიურ სხვადასხვა შემთხვევაში. საჭიროა აღინიშნოს, რომ ყველა შემთხვევაში, თუ სადმე გართულებას ჰქონდა ადგილი, იქვე ჩვენ მიერ აღნიშნულიც არის.

განვიხილოთ ცალცალკე ჩვენი დაკვირვებანი და აღვნიშნოთ, თუ რა შედეგები მივიღეთ. დავიწყოთ ორსულთა ცხრილიდან. აქ ჩვენ ვხედავთ, რომ ორსულობის მესამე თვემდე ქოლესტერინის მომატება სისხლში არ ხდება, მესამე თვი-



დან მეშვიდე თვემდე ქოლესტერინის მომატება აშკარა ხდება და თან ორსულობის ზრდასთან ქოლესტერინიც იზრდება. რაც შეეხება უკანასკნელ თვეებს (მე-7-8-9-10), სისხლში ქოლესტერინის მომატებული რაოდენობა უტყუარი ფაქტია. ესაა ორსულობის ყველა შემთხვევებს თვეობით რომ დავაკვირდეთ, დავინახავთ რომ ერთი შემთხვევა მეორისაგან განსხვავდება. მაგალითისათვის ავიღოთ ორსულობის უკანასკნელი თვეები, სადაც ქოლესტერინის მომატება უდავოა, მაგ.

- მე-7 თვე: ერთ შემთხვ. 1—3.43 გრ.  
 მეორე შემთხვ. 2—3.00 გრ.  
 ორსულობის მე-8 თვე: 1.—2.36 ორსულ. მე-9 თვე: 1—2.95  
 2.—3.10 2—3.20  
 ორსულობის მე-10 თვე: 1.—3.71  
 2.—4.10  
 3.—2.75  
 4.—2.95

(ყველგან სუფთა შემთხვევებია).

რაც შეეხება გართულბულ შემთხვევებს, გვაქვს 5 ნიმუში ორსულობისა, ნობა ‰ ორსულთა სისხლში

| 6    |          |      | 7    |          |      | 8    |      |        | 9    |      |      | 10   |        |      |      |      |      |
|------|----------|------|------|----------|------|------|------|--------|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| 2.86 | 2.76     | 1.68 | 3.00 | 3.47     | 3.00 | 1.48 | 2.36 | 3.10   | 3.00 | 2.95 | 3.20 | 2.00 | 2.78   | 3.71 | 4.10 | 2.75 | 2.95 |
|      | t. b. c. |      |      | t. b. c. |      |      |      | Eclam. |      |      |      |      | Eclam. |      |      |      |      |

მელოგინეთა სისხლში.

| 5    | 7    | 9    | 11   | 15   | 16   | 17   | 18   | 20   | 21   | მეთხე<br>კვირა |      |      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1.95 | 2.86 | 2.71 | 3.20 | 2.89 | 2.15 | 2.09 | 1.70 | 1.78 | 2.10 | 1.69           | 1.42 | 2.00 | 2.41 | 2.00 | 1.84 | 2.06 | 1.74 |

რომელსაც თან დართული ჰქონდა ფილტვის ქრონიკული, მაგრამ სხვადასხვა სიმძიმის t. b. c. და ყველგან, მიუხედავად ორსულობის სხვადასხვა ხნოვანობისა, ქოლესტერინის რაოდენობა სუფთა შემთხვევებთან შედარებით ძლიერ დაკლებული აღმოჩნდა, რაც Salomon და Potter-ის შედეგებს ადასტურებს. ესაა, თუ ზოგადად ჩვენ მიერ მიღებულ შედეგებს სხვა ავტორთა შედეგებს შევადარებთ, დავინახავთ, რომ იმავე დასკვნებს იძლევა, ე. ი. ორსულობის დროს სისხლში ქოლესტერინის მომატება ხდება და ეს მომატება მით უფრო საგრძობია, რაც უფრო მშობიარობის ხანას უახლოვდება.

კ. ნაროუშვილი

ცხრილი III. ქოლესტერინის რაოდ. ახალშობ. ქიპლ. ვენ. სისხლის ძარღვში.  
12 შემთხვევა.

|               |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ქოლესტ. რაოდ. | 0.90 | 0.82 | 1.02 | 0.82 | 0.86 | 1.04 | 1.02 | 0.90 | 0.78 | 0.88 | 0.91 | 1.01 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

ცხრილი IV. ქოლესტ. რაოდ. მელოვ. სისხლში, რომელ. ძუძუს არ აწოვებდნ.

|                       |      |                      |                   |      |                   |      |                |      |    |  |
|-----------------------|------|----------------------|-------------------|------|-------------------|------|----------------|------|----|--|
| ლოგინობის მერამდ. დღე | 4    |                      | 8                 |      | 10                |      | 13             |      | 18 |  |
| ქოლესტერ. რაოდ.       | 2.40 | 2.40                 | 2.10              | 2.40 | 3.10              | 2.50 | 2.76           | 2.60 |    |  |
| გართულება             |      | <sup>1</sup> N gonoc | ნად. მშ.ბას. ნაყ. |      | <sup>1</sup> 38,6 |      | ჩ.არბებ შეშუპ. |      |    |  |

ცხრილი V. ქოლესტ. რაოდ. ‰ რძეში.

|                                |      |      |      |      |      |      |       |       |        |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|--------|
| ლოგინობის მერა-<br>ნდენიმე დღე | 3    | 4    | 5    | 5    | 9    | 13   | 5 თვე | 7 თვე | 11 თვე |
| ქოლესტ. რაოდ.                  | 0.17 | 0.05 | 0.07 | 0.17 | 0.05 | 0.05 | 0.09  | 0.07  | 0.05   |

ცხრილი VI. ქოლესტ. რაოდ. მელოვ. სისხლში და რძეში.

|                            |      |      |      |       |       |        |
|----------------------------|------|------|------|-------|-------|--------|
| ლოგინობის მერამდ.<br>დღე   | 3    | 4    | 5    | 5 თვე | 7 თვე | 11 თვე |
| ქოლესტ. რაოდენ.<br>სისხლში | 3.10 | 2.68 | 2.68 | 1.68  | 1.54  | 1.52   |
| ქოლესტ. რძეში              | 0.10 | 0.09 | 0.10 | 0.09  | 0.07  | 0.05   |

ცხრილი VII. ქოლესტ. რაოდ. სისხლში ეკლამპს. შემთხვევებში.

| 8 თვის<br>ორსუ-<br>ლობა | დროული<br>მშობიარე | ქოლესტ.<br>ოპერა-<br>ციამდე | ოპერაციის შემდეგ        |               |               |                |                |                | შედეგი    |
|-------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------|
|                         |                    |                             | მელო-<br>გინე<br>1 დღის | მელ.<br>8 დღ. | მელ.<br>9 დღ. | მელ.<br>11 დღ. | მელ.<br>18 დღ. | მელ.<br>26 დღ. |           |
| 1                       | —                  | 3.00                        | —                       | —             | —             | 2.60           | —              | —              | განკურნ.  |
| —                       | 1                  | 2.00                        | —                       | —             | 3.00          | —              | 1.90           | —              | —         |
| —                       | 1                  | 0.875                       | —                       | 2.05          | —             | —              | —              | —              | —         |
| —                       | 1                  | —                           | —                       | 2.78          | —             | —              | —              | —              | —         |
| —                       | 1                  | —                           | 1.60                    | —             | —             | —              | —              | —              | გარდაიცვ. |

გართულებულ შემთხვევებიდან ჩვენ გამოვყავით ეკლამპსიის ხუთი შემთხვევა. ცხრილი VII. ყველა შემთხვევაში წარმოებულია ოპერაცია. სისხლი აღებულია ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ ხანებში ერთ და იმავე ავადმყოფზე სხვადასხვა დროს. მიღებული შედეგი მეტად მდიდარ და სინტერესო მასალას იძლევა: ერთის მხრივ, რამდენად შიშვე იყო ეკლამპსიის სურათი, იმდენად ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში დაწეული აღმოჩნდა და პირიქით; მეორეს მხრივ—რამდენად მელოგინეს განკურნება დაეტყო, იმდენად ქოლესტერინის რაოდენობამ სისხლში იმატა და სრული განკურნებასთან ამ ნივთიერების რაოდენობა ნორმას დაუბრუნდა.

ცხრილი მეორე ლოგინობის ხანა, 30 შემთხვევა, სისხლი აღებული სხვადასხვა მელოგინესი ლოგინობის 32 დღემდე. ამ ცხრილის ზოგადი განხილვა შემდეგ სურათს წარმოგვს: ლოგინობის პირველ 9 დღის განმავლობაში ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში საგრძნობი რაოდენობით რჩება, შემდეგ ხანებში კი თანდათან ეცემა. კერძოდ ქოლესტერინის რაოდენობა არც პირველ პერიოდში და არც მეორეში კანონიერ შეფარდებას ვერ იცავს; ავიღოთ სიილუსტრაციოდ:

|          |                                   |            |
|----------|-----------------------------------|------------|
| მე—2 დღე | 1 შემთხვევაში—2.10 გრ. 2—2.85 გრ. | 3—3.00 გრ. |
| მე—3 დღე | 1—3.10 გრ.                        |            |
| მე—4 "   | 3.12 გრ.                          |            |
| მე—5 "   | 1.95 "                            |            |
| მე—7 "   | 3.20 და 2.71                      |            |
| მე—9 "   | 2.89                              |            |
| მე—11 "  | 2.15                              |            |
| მე—15 "  | 2.09                              |            |
| მე—16-17 | 1.70 და 1.78                      |            |
| მე—18    | 2.10 და 1.69                      |            |
| მე—20    | 1.84 და 2.41                      |            |

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში უფრო საგრძნობელია ლოგინობის პირველ ცხრა დღის განმავლობაში, ვინემ შემდეგ, მაგრამ იგი თავისებურია ყოველ კერძო მელოგინეთათვის, მომატებული რჩება ცხრა დღის შემდეგ და შესაძლოა ამა თუ იმ შემთხვევაში მესამე კვირაში ნორმას დაუბრუნდეს.

ჩვენ შეგვეძლო აქ წერტილი დაგვესვა და პირველ შემთხვევისათვის ჩვენი შრომა ამით ამოგვეწურა და ერთნაირი დასკვნებიც გამოგვეტანა, მაგრამ დაკვირვების შედეგებმა ჩვენს წინაშე წამოაყენა საყურადღებო საიითხი, რომელსაც ჩვენ გვერდი ვერ აუარეთ და ცდაც გავაფართოვეთ; ე. ი, აქვს თუ არა რაიმე გავლენა ქოლესტერინის მომატებაზე ნაყოფის არსებობას, მოქმედობს თუ არა ქოლესტერინზე დედა რომ ბავშს ძუძუს აწოვებს და შეაქვს თუ არა რამე ცვლილება ქოლესტერინის რაოდენობაზე დედის რძეს.

აღებულია ჩვენ მიერ 12 შემთხვევაში ახალშობილის სისხლი კიბის ვენიდან დაბადებისთანავე და ქოლესტერინის რაოდენობა გამოკვლეულ იქნა. შედეგი უნდა ითქვას, თითქმის იგივეა, რასაც ესტრინის და ასტამიანცის გამოკვლევები გვიჩვენებს, ე. ი. საშუალო რიცხვი 0,93 გრ. ქოლესტერინისა.



რაც შეეხება ბავშვის ძუძუმწოვრობის საკითხს, ჩვენ საშუალება მოგვეცა გამოგვეკვლია ქოლესტერინი 8 შემთხვევაში, სადაც დედა ახალშობილს ძუძუს არ აწოვებდა, და სისხლი აღებულ იქმნა, როგორც ლოგინობის მე-9 დღემდე, აგრეთვე შემდეგაც. თუ ჩვენ მიერ ზემოთქმულს ვაეისხენებთ, ამ საკითხზე მკვლევართა შორის შეთანხმება არ ყოფილა. შოფარი მე-9 დღეს ქოლესტერინის ნორმამდე დაბრუნებას ძუძუდან ბავშვის მოცილებას მიაწერდა, პრილამი-კი, პირიქით, ქუძუმწოვრობას მნიშვნელობას არ აძლევდა. როგორც სათანადო ცხრილიდან ხედავთ, ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში მე-9 დღის შემდეგაც მომატებული დარჩა, მაშასადამე, ძუძუმწოვრობას ქოლესტერინის მომატებაზე გავლენა არ აქვს და მიზეზიც სხვაგან უნდა ვეძოთ.

ჩვენ სხვა მხრივაც მივუღებთ საკითხს: რძის გამოყოფას თავისთავად აქვს რაიმე გავლენა ქოლესტერინის ცვალებადობაზე თუ არა. ამის გამოსაკვლევად ჩვენ ვაწარმოეთ ქოლესტერინის გამოკვლევა რძეში ლოგინობის სხვადასხვა ხანაში და ყოველგან თითქმის ერთისა და იმავე რაოდენობის ქოლესტერინი მივიღეთ (ცხრილი მე-V). ამ შემთხვევებიდან გამოვყავით სამი მელოგინე და სისხლიც აუღეთ და, მიუხედავად სისხლში ქოლესტერინის სხვადასხვა რაოდენობისა, რძეში ეს ნივთიერება ერთი და იგივე ზომის მივიღეთ. ამას მიუმატეთ, ყოველგვარ ექვის გასაფანტავათ, ქოლესტერინის გამოკვლევა, როგორც რძეში, ისე სისხლში კიდევ სამ შემთხვევაში, მაგრამ ძუძუმწოვრობის მე-5, 7 და 11 თვეებზე. და სამსავე შემთხვევაში ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში აღმოჩნდა ნორმა, რძეში კი ერთი და იმავე რაოდენობისა. რადგან ქოლესტერინი ორგანიზმიდან, როგორც მომატებულ, ისე ნორმის დროს, რძით ერთი და იმავე რაოდენობის გამოეყო, ჩვენ დავასკვნით, რომ ახალშობილის ძუძუმწოვრობას და ქოლესტერინის რძით გამოყოფას მნიშვნელობა არ აქვს სისხლში ამ ნივთიერების მომატება-დაკლებაზე.

როგორც ხედავთ, ქოლესტერინი ორგანიზმის სხვადასხვა დაავადების ან მდგომარეობის დროს სხვადასხვა რაოდენობისაა და ამიტომ მეცნიერთა წინაშე უნებურად დაისვა მნიშვნელოვანი საკითხი.

ორგანიზმისათვის თვით ქოლესტერინის დანიშულება-მნიშვნელობის ახსნა-განმარტების შესახებ იმავე შოფარის შკოლა ქოლესტერინს უყურებს როგორც ორგანიზმის დამცველ ელემენტს გარეშე თუ შინაგან მავნე მოვლენებისაგან. მათის განმარტებით, ქოლესტერინის დაკლება ინფექციით დაავადებათა პირველ ხანებში ორგანიზმის მოუშაღებლობით აიხსნება, მაგრამ იმდენად, რამდენად ვადამყოფი დაავადებას ერევა, ქოლესტერინი მატულობს და დაავადების ჩათავების ხანაში ისევ ნორმას უბრუნდება. სხვანაირად რომ ვსთქვათ, ორგანიზმი ინფექციის საწინააღმდეგო ბრძოლისათვის პირველ ხანებში მოუშაღებელია, მაგრამ თანდათან ერკვევა, ახდენს, მკვლევართა ენით რომ ვსთქვათ, დამცველ ძალთა მობილიზაციას და სწორედ ამ მობილიზაციით აიხსნება სისხლში ქოლესტერინის საგრძნობი მომატება. ორგანიზმის უძლურობით და ბრძოლის უუნარიანობით აიხსნება ქოლესტერინის ნორმაზე ქვევით დაკლება, როდესაც სიცოცხლე სიკვდილით თავდადება. მაგრამ შესაძლოა, ქოლესტერინის რაოდენობის

ზრდას ამ ინფექციურ დაავადებათა დროს ქოლესტერინითვე მდიდარ ქსოვილ-თა (ცხიმი, ნერვიული ქსოვილი და სხვა) დაშლასთან ჰქონდეს კავშირი.

მაგრამ ამის საპასუხოდ არსებობს მთელი რიგი დაკვირვებათა ქოლესტერინის ცვლილებების შესახებ ორგანიზმის ისეთ პათოლოგიურ მდგომარეობაში, რომელიც დაკავშირებულია ნივთიერებათა გაცვლის აშლილობასთან, მაგ. დიაბეტ-პადაგრა, ნეფრიტი, სისხლის ძარღვთა სკლეროზი, სიმსუქნე და სხვა, როდესაც ასიმილაციური პროცესი დისბიოლოგიური პროცესს სჭარბობს და ქოლესტერინის რაოდენობაც სისხლში მუდამ მაღალ ციფრს გვიჩვენებს. ხსენებული დაავადებანი იწვევენ ორგანიზმში ნივთიერებათა გაცვლის აშლილობას და ამ ნიადაგზე ხდება ორგანიზმის დატვირთვა შხამიან პროდუქტებით, რომელიც გამოწვეულია ცილოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლით. და ქოლესტერინის ზრდაც პირდაპირ გვიჩვენებს დამცველ ფუნქციას ამ ენდოგენურ ტოქსინების წინააღმდეგ. ჩვენ ზემოდ გაკვრით გავცანით კოვან-ლევენსონ-ლიბინის ცდებს ეხლა ამ დაკვირვებებს სხვა მხრივ მივუღებოდ. უკანასკნელ ხანებში ყველასათვის ცხადი გახდა, რომ საკვერცხეების ფუნქციის გამოვარდნა ქალთა ორგანიზმში ნივთიერებათა გაცვლის აშლილობას იწვევს, სახრების მხრივ ქრონიკულ ხასიათის მოვლენებში და სხვა. მთელი ეს მოვლენა ცოდნეკ-ლევის და რიხტერის მიერ საკმაოდ არის ჩამოყალიბებული და ისინი ადასტურებენ, რომ დასაჭურისებულ ცხოველთა ორგანიზმში ნივთიერებათა გაცვლა 20% ძირს ეცემა. კოვან-ლევენსონ-ლიბინის ქოლესტერინის ზრდის ჩვენება საკვერცხეების ფუნქციის ამა თუ იმ სახით გამოვარდნის დროს ერთხელ კიდევ მიუთითებს ამ ნივთიერებაზე, როგორც დამცველ ფუნქციაზე, ენდოგენურ ტოქსინების საწინააღმდეგოდ, რომელიც წარმოიშვა ნივთიერებათა გაცვლის აშლილობის ნიადაგზე, საკვერცხეს ფუნქციის გამოვარდნის გამო.

ეხლა საინტერესოა ვიცოდეთ, თუ რა სახით, ან რითი ხსნიან მკვლევარნი ქოლესტერინის ცვალებადობას ორსულობის და ლოგინობის ხანებში. მრავალ მკვლევართა წყაროებიდან ჩვენ მხოლოდ ვიცით, რომ ჰიპერქოლესტერინემია ამა თუ იმ შემთხვევაში აღიარებულია, როგორც ფიზიოლოგიური მოვლენა. ვიცით აგრეთვე ის უთანხმოება, რომელსაც ადგილი აქვს მკვლევართა შორის ე. ი. აქვს თუ არა გავლენა ახალშობილის ძუძუს წოვას ქოლესტერინის დაკლებაზე.

მიზეზობრივი განმარტებას უფრო გარკვევით მიუღვენ თავიანთ შრომებში შემდეგი ავტორები: ექ. არსტამიანცმა შემდეგი დებულებები წამოაყენა: ორსულობის დროს ბუნებამ დედას ქოლესტერინის ზედმეტი მოთხოვნილება წაუყენა ახალქსოვილთა განვითარებისათვის, როგორც არის მომყოლი, ნაყოფი, საშვილოსნოს ზრდა და სხვა; და ქოლესტერინის მიზანიც ის არის, რომ დაფაროს დედის სისხლი ქოლესტერინის განლევისაგან, რაც შეეხება მელოგინეთა ჰიპერქოლესტერინემიას, ექ. არსტამიანცი განაგრძობს: ვინაიდან ეხლა დედის წიაღში ახალ ქსოვილთა განვითარება არსებობს მომშობიარობის გამო, ქოლესტერინის ზედმეტი მარაგი დედის ორგანიზმიდან თანდათან გამოეყოფა კანის, შარდის და განავალის სახით და პირველ ხანებში უფრო მომატებული რძით, ვინაიდან ეს ნივთიერება ასე საჭიროა ახალშობილის მძლავრი ტემპით ზრდისათვის.

Merk-ი ქოლესტერინის მომატების მიზეზად სხვადასხვა დაავადების დროს ორ მომენტს ასახელებს: ანუ სისხლში ქოლესტერინის გადამეტებული გადასვლით, ანუ ამ ნივთიერების ნალველთან ერთად გამოყოფის გაძნელებით, ვინაიდან ღვიძლის უჯრედები დაზიანებულია, ღვიძლის ფილტრი გასქელებულიაო. Bacmeister, Stepp და Havers-მა ორსულ ძაღლებზე ნალველის ბუშტის ფისტულის საშვალებით, გამოარკვიეს, რომ ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში მომატებულია და ნალველში დაკლებული. მშობიარობის შემდეგ მიიღეს პირიქით. ამ მოვლენის მიზეზად ზემოხსენ. ავტორები ასახელებენ ღვიძლის ფილტრის გაღვივებას, რომელიც მოშობიარობის შემდეგ ცხრება. Westphal, Enfinger, Bader და Berberich-მა მოახდინეს იგივე ცდა ორსულ ქალებზე, მაგრამ 12 გოჯა ნაწლავის ზონდის საშვალებით და იგივე შედეგი მიიღეს.

ჩვენ სრულებით ვიზიარებთ ავტორთა მტკიცებას, რომ ჰიპერქოლესტერინემია ფიზიოლოგიური მოვლენაა, მაგრამ ვერ ვეთანხმებით იმდენად, რამდენად ამ ფიზიოლოგიურ მოვლენის და ზემოდნაჩვენებ ავტორთა განმარტებებში ქოლესტერინის მომატების მიზნობრივი მხილებას ვერ ვხედავთ.

დავიწყოთ თანდათანობით: ცხრილი 1-ლი. ჩვენ ვერ ჩავთვლით ქოლესტერინის მომატებას ორსულთა სისხლში იმის მიზეზად, რომ ნაყოფის, მომყოლის, საშვილოსნოს ზრდა წარმოებს, რადგან, როგორც ჩვენი დაკვირვებანი გვიჩვენებს, ამ ახალ ქსოვილთა განვითარება ნორმალურად მიმდინარეობს ჰიპოქოლესტერინემიის დროსაც, მაგ.

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| ორსულობა 3 თვის—ქოლესტერინი | 1.41 გრამი, |
| ორსულობა 6 თვის—ქოლესტერინი | 1.68 გრამი, |
| ორსულობა 7 თვის—ქოლესტერინი | 1.48 გრამი. |

იმის ნათელსაყოფად, რომ ნაყოფი ქოლესტერინის მომატებაზე გავლენას ვერ ახდენს, ჩვენ გამოვიკვლიეთ ეს ნივთიერება ახალ შობილის ვენის სისხლში თორმეტ შემთხვევაში და ყოველგან თითქმის ქოლესტერინის მუდმივი რაოდენობა მივიღეთ. ეს მოვლენა იმაზე მიგვითითებს, რომ დედის სისხლში მიუხედავად ქოლესტერინის სხვადასხვა რაოდენობისა, იქნება ეს ნორმა, ნორმასთან ახლო, ან ზედმეტი, მიუხედავად ერთსა და იმავე დროში სხვადასხვა ნაყოფია სხვადასხვა განვითარებისა, იგი მაინც დედისაგან ერთნაირ რაოდენობის ქოლესტერინს ღებულობს. აქედან დასკვნა: ნაყოფს შეუძლია დედისაგან მიიღოს ქოლესტერინის საკმარისი რაოდენობა თუნდაც ნორმის ფარგლებიდან; მაშასადამე, ნაყოფის განვითარებას გავლენა არ აქვს ქოლესტერინის ცვალებადობაზე დედის სისხლში. შემდეგ, როგორც ჩვენი, უფრო კი სხვა მკვლევართა დაკვირვებები გვიჩვენებს, ქოლესტერინი მატულობს არა მარტო ახალქსოვილთა გაჩენის დროს, არამედ ქსოვილთა დაშლა-განლევის, ამოკვეთის შემთხვევებშიაც და ძლიერ ინტენსიურადაც, როგორც მაგალ. კლიმაქსის, დასაჭურისების, და მთელ რიგ შინაგან სეკრეციის ჯირკველთა ამოკვეთის შემთხვევებში. ავილოთ იმავე ცხრილის თუნდა სუფთა შემთხვევები.

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| ორსულობა 7 თვის—ქოლესტ. | 3.43 და 3.00 გრ.         |
| „ 8 „ „                 | 2.36 და 3.10 „           |
| „ 9 „ „                 | 2.95 და 3.20 „           |
| „ 10 „ „                | 3.71, 41.0, 2.75 და 2.95 |



აქედან ჩვენ ვხედავთ, რომ მიუხედავად ქოლესტერინის ერთსა და იმავე დროში დაახლოვებით ერთნაირი მოთხოვნილებებისა, მისი რაოდენობა სხვადასხვა ორსულთა სისხლში სხვადასხვა რაოდენობით გამოიხატება.

ასეთივე ბედი ეწია უკლებლივ ყველა მკვლევართა დაკვირვებებსაც. ეს მოვლენა კი ჩვენ ერთხელ კიდევ საბუთს გვაძლევს, რომ სისხლში ქოლესტერინის მომატება ახალ ქსოვილთა მიზნით ვერ აიხსნება და ეს მიზნოვით სხვაგან უნდა ვეძიოთ.

ცხრილი მეორე-მელოგინეთა. აქ მშობიარობა მოხდა. ახალშობილი-მომყოლი გამოძევებულია. საშვილოსნო ნორმას უბრუნდება, მაშასადამე, მომეტებული მოთხოვნილება ქოლესტერინისადმი არ არსებობს და მარაგი ორგანიზმიდან სხვადასხვა სახით უნდა გამოეყოს, ჩვენ კი ჩვენის დაკვირვებებიდან ვხედავთ, რომ ქოლესტერინი დაკლების დროს ერთგვარ სიმტკიცეს გვიჩვენებს, იგი მომატებული რჩება მესამე კვირამდე, ზოგჯერ მეტ ხანსაც, და საინტერესო ის არის რომ როდესაც ერთს მელოგინეს ქოლესტერინის რაოდენობა მესამე კვირას ნორმას დაუბრუნდება, მეორეს მეოთხე კვირაშიც მომატებული შერჩა, მაგ.:

|           |             |     |      |      |     |
|-----------|-------------|-----|------|------|-----|
| ლოგინობის | მე-16       | დღე | ქოლ. | 1.10 | გრ. |
| "         | მე-17       | "   | "    | 1.78 | "   |
| "         | მე-18       | "   | "    | 1.10 | "   |
|           | მეორე კვირა |     |      | 2.05 | „   |

ამ მოვლენამ უნებურად დაგვისახა საკითხი: აქვს თუ არა ბავშვის ძუძუ-შწოვრობას რაიმე გავლენა, მით უფრო, როგორც ზემოდ დავინახეთ, ამ საკითხში მეცნიერთა შორის ერთნაირი აზრი არ არსებობს. საკითხის გადასაჭრელად ჩვენ შევძელით გამოვვეკვლია 8 შემთხვევაში ისეთ მელოგინეთა სისხლი, — რომელნიც ძუძუს არ აწოვებდნენ. სისხლი აღებულია ლოგინობის სხვა და სხვა პერიოდში (ცხრილი მე-IV) მეოთხე დღიდან მეთვრამეტე დღემდე და ქოლესტერინი ყველგან მომატებული დარჩა. ამ მხრივაც ქოლესტერინზე გავლენას ვერ ვხედავთ.

შესაძლოა ქოლესტერინის მარაგი, როგორც ექ. არსტამიანიცი ასახელებს, დედის სისხლში იმითან რჩებოდეს, რომ ახალშობილმა რძის სახით საკმაო რაოდენობა მიიღოს ქსოვილთა შექმნისათვის და ამავე დროს განტვირთოს დედის ორგანიზმი ზედმეტი რაოდენობისაგან. ამ მხრივაც შეძლებისდაგვარად ჩვენ შევძელით საკითხის გამოკვლევა; გამოვიკვლიეთ დედის რძეში ქოლესტერინის რაოდენობა 11 შემთხვევაში ლოგინობის მე-3—4—5—9—13 დღეებში და მე-5—7—11 თვეებში და ყველგან, როგორც მე-V ცხრილიდან ხედავთ, თითქმის ერთნაირი სიდიდის ციფრები მივიღეთ. ესეც არ ვიკმარეთ. ცხადი ილუსტრაციისათვის გამოვყავით 6 მელოგინე სამი ახალი ხანის მე-3—4—5 დღის (და სამი დიდი ხნის (მე-5—7) 11 თვის), გამოვიკვლიეთ ქოლესტერინი, როგორც სისხლში, აგრეთვე რძეში, და ყველგან მიუხედავად სისხლში ქოლესტერინის სხვადასხვა რაოდენობისა, რძეში თითქმის ერთნაირი ზომის მივიღეთ. ფრიალ საყურადღებოა უკანასკნელი სამი ნაშრომბიარევი მე-5—7—11 თვის, სადაც ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში ნორმა არის (ყველა მკვლევარისთვის მისაღები), რძით-კი ახალშობილი ღებულობს თითქმის ქოლესტერინის იმავე



რაოდენობას, რასაც ლოგინობის პირველ ხანებში. აქედან გამოსატანია დასკვნა: ძუძუს ჯირკვლები სისხლის ნორმის ფარგლებიდანაც ითვისებს, ანზავებს რძეში და აწვდის ახალშობილს ქოლესტერინის იმ რაოდენობას, რომელიც საკმარისია ბავშვის განვითარებისათვის და, მაშასადამე, ქოლესტერინის რძით გადაცემას მნიშვნელობა არ აქვს ამ ნივთიერების ზრდა-დაკლებაზე დედის სისხლში.

დაგვრჩა კიდევ ერთი დებულება: „ჰიპერქოლესტერინემია შესაძლებელია აეხსნათ ლეიძლის ფილტრის გაღვივებით“ (Merk), „ლეიძლის, როგორც გამომყოფ ორგანოს, ფუნქციის მოშლილობით და ეს ჰიპერქოლესტერინემია გაივლის მომშობიარობისთანავე,“ დასძენენ Bacmeister, Stepp და Havers-ი. როგორც ჩვენი დაკვირვებებიდან დავინახეთ, ჰიპერქოლესტერინემია რჩება განსაზღვრულ ვადაში მომშობიარობის შემდეგაც, ეს ერთი: მეორე თვით Bacmeister, Stepp და Havers-ი ორსულობის დროს ლეიძლის ფილტრის გაღვივებას მიაწერენ თვით ორსულობას და არა უშუალოდ ლეიძლის დაავადებას, მაშასადამე, ამ მოვლენის სარჩულად ორსულობა უნდა იქნას მიღებული და მიზეზი ქოლესტერინის ცვალებადობისა აქედან უნდა ვეძიოთ. შემდეგ, როგორც ექ. ზაიცევი სამართლიანად აღნიშნავს და Lacopold—ავანჯანიანცის ცდები გვიმტკიცებენ, სხვადასხვა დაავადების დროს ქოლესტერინი ცვალებადობაზე გარდა ლეიძლის უჯრედთა ფუნქციის დარღვევისა არა ნაკლებ გავლენას ახდენენ სხვა ფაქტორებიც, მაგ, კონსტიტუცია და ენდოკრინულ ჯირკველთა მდგომარეობათ. თუნდაც ორსულობის დროს რომ ქოლესტერინის მომატება ლეიძლის ფილტრის გაღვივებით იყოს გამოწვეული, ეს კიდევ იმას არ ნიშნავს, რომ ჰიპერქოლესტერინემია პათოლოგიურ მოვლენათ ჩავთვალოთ და, მაშასადამე, მას ორგანიზმისათვის საყურადღებო მიზანი—დანიშნულება არ ჰქონდეს დავალებული.

როგორც ხედავთ, ჩვენ ყოველმხრივ მოუარეთ საკითხს, ამოვსწურეთ თითქმის ყოველგვარი შესაძლებლობანი, რომელთაც ვითომ გავლენა უნდა მოეხდინათ ქოლესტერინის ცვალებადობაზე ორსულ მელოგინეთა სისხლში. ერთის შეხედვით, ქოლესტერინის მომატებას ორსულობასთან კავშირი არ უნდა ჰქონოდა, რადგან თვით ორსულობა ფიზიოლოგიური მოვლენაა. მიუხედავად ამისა, მას დაერთო მეორე ფიზიოლოგიური, მაგრამ მიზნობრივი, მოვლენა ე. ი. ქოლესტერინის რაოდენობის ზრდა ორსულობის ზრდასთან ერთად. და ეს მოვლენა შემთხვევითი ხასიათის არ არის.

ჩვენ მიერ მოყვანილ ლიტერატურულ მიმოხილვიდან დავინახეთ, რომ ქოლესტერინი მიჩნეულია ორგანიზმისათვის ისეთ ნივთიერებათ, რომელიც უაღრეს გავლენას ახდენს ამ ორგანიზმის ნივთიერებათა ფიზიკო-ქიმიურ პროცესზე, იზრდება ორგანიზმის ისეთ პირობებში და მდგომარეობაში, როდესაც ამ უკანასკნელს სჭირია დამცველი ძალა ყოველგვარ გარეშე თუ შინაგან მავნე ელემენტების წინააღმდეგ, სულ ერთია რა ნიადაგზედაც უნდა იყოს ეს უკანასკნელი წარმოშობილი და თუ ეს ასეა, თუ ერთმა ფიზიოლოგიურმა მოვლენამ მეორე ფიზიოლოგიური მოვლენა გამოიწვია, ვეჭვობთ, რომ ეს პირველი, ე. ი. ორსულობა, სუფთა ფიზიოლოგიური მოვლენა იყოს.

ერთ ერთ შრომაში ჩვენ ვკითხულობთ და ჩვენი დაკვირვებებიდანაც ვიცით, რომ ორსულობის დროს წარმოიშვება მთელი რიგი საგრძნობი ცვლილებანი ენდოკრინულ ჯირკველთა სისტემაში. ამავე დროს ყველა ჩვენთაგანმა იცის ორსული ქალის ორგანიზმის ის განსაკუთრებული განწყობილება, რომელიც მას ასე მკაფიოდ ახასიათებს ნაყოფის ჩასახვის დღიდან, როგორც მაგ.: ორსულთა უხასიათობა, ნერვიანობა, ნერწყვის დენა, გულის რევა, პირის ლებინება, საქმლის დაწუნება და ზიზღიანობა, ორსულთა თირკმელი, ორსულთა ცილა შარდში და თვით ამ შარდის შხამიანობა არა ორსულთა შარდთან შედარებით, და ბევრი სხვა. ამ ორსულთა ორგანიზმის თავისებურ განწყობილების სარჩულად ყველა მკვლევართა მიერ აღიარებულია ტოქსინებით ორგანიზმის მოშხამვა.

ეხლა-კი ვერ ვიტყვით, რომ ორსულობა წმინდა ფიზიოლოგიური მოვლენა იყოს, პირიქით, იგი გარეგნულად ერთ შემთხვევაში, გართულების ინტენსივობის მიხედვით, ფიზიოლოგიური ფარგლებში რჩება, მეორე შემთხვევაში კი პათოლოგიურ ხასიათს ღებულობს. სამკურნალო მეცნიერებაში ჯერ კიდევ თანხმობა არ არსებობს, თუ რა უდევს სარჩულად ორსულთა ტოქსინების წარმოშობას—ნივთიერებათა გაცვლის აშლილობა. სასქესო ორგანოთა ფუნქციონალური ცვლილება, თუ სხვა რიგი თეორიებისა, ეს ჩვენის კვლევის საგანს არ შეადგენს. მაგრამ არსებობს მთელი რიგი ღებულებათა, რომელნიც მიღებულია უმრავლესობის მიერ, მაგ. ორსულთა ტოქსიკოზები არის შედეგი და ორსულთა ეკლამპსია არის ამ ინტოქსიკაციის უაღრესი გამოხატულება.

როგორც ვხედავთ, ორსულთა ორგანიზმისათვის განსაკუთრებული პირობები შექმნილა, იგი იტვირთება თანდათან სხვა და სხვა პიროვნებისათვის, თუნდ ერთ და იმავე ხანაში, სხვადასხვა ინტენსივობის ტოქსინებით და ეს ტოქსინები რჩებიან ორგანიზმში სხვადასხვა დროთა განმავლობაში. მაგრამ ცოცხალ ორგანიზმს ახასიათებს თანდაყოლილი თავდაცვის ინსტინქტები, ამიტომ იგი თავის წიაღში უნებურად წარმოშობს მტრის საწინააღმდეგო საბრძოლველ ძალას, ან, მეცნიერთა ენით რომ ვსთქვათ, ახდენს დამცველ ძალთა მობილიზაციას—ქოლესტერინის მომატებას.

და ამ მხრივ თუ ჩაუკვირდებით ჩვენი გამოკვლევის შედეგებს, ბევრ ამის დასამტკიცებელ საბუთს დავინახავთ, რომ სხვადასხვა მაგრამ ერთ და იმავე თვეში მყოფ ორსულთ სხვადასხვა ინტენსივობის ქოლესტერინი აქვთ სისხლში, მაგ. ცხრილი I—ორსულობის მე-10 თვე: ერთ შემთხვევაში ქოლესტერინის რაოდენობა უდრის 3.71 გრამს, მეორეში—4.00 გრ., მესამეში—2.75 გრ., მეოთხეში 2.95 გრამს.

ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ორსულთა შორის ურევია ორი ექიმი ქალი. მათი ორსულობის ისტორია, კლინიკურად საკმაოდ შესწავლილი და გაშუქებული მათ მიერვე არის დაწერილი და გადმოცემული. ამ ისტორიებიდან ჩვენ მოვიყვანთ მხოლოდ ამონაწერს და მიუთითებთ ქოლესტერინის რაოდენობაზე, როგორც ორსულობის, ისე ლოგინობის ხანებში, რომ უფრო ცხად ვყოთ ამ ნივთიერების მნიშვნელობა ორგანიზმისათვის:





1. ექიმი მენანი; ორსულობა პირველი: ორსულობის 1-ლ თვიდანვე გულის რევა, პირის ღებნება დღეში 11-12 ჯერ, შარდში ცილა, კიდურების შეშუპება.  $U-N$ , სისხლი აღებულია 6 თვის ორსულობის დროს და ქოლესტერინის რაოდენობა უდრის 3.00 გრ.; მშობიარობა N; ლოგინობის მე-3—4 დღეს  $U$ —37,8, ქოლესტერინი სისხლში 2,76 გრ.

2. ექიმი; ორსულობა პირველი; ორსულობის პირველი შვიდი თვის განმავლობაში არავითარი პათოლოგიური მოვლენები; ორსულობის მეორე თვეში შარდში ცილის სუსტი ნიშნები და მარჯვენა ფეხის და მარცხენა ზემო კიდურის ოდნავი შეშუპება; მკაცრი დიეტა-აბაზანები და ამ მცირე მოვლენებმაც გაიარა. სისხლი აღებულია 9 თვის ორსულობისას, ქოლესტერინი უდრის 2,00 გრ.; მშობიარობა N, ლოგინობის მე-5—6 დღეს  $U$  37,5, შარდი N, ქოლესტერინი—2,20 გრ.

ქოლესტერინის მნიშვნელობის გასაშუქებლად ჩვენი დაკვირვებებიდან უფრო მეტი დასაჯერებელი საბუთი გვაქვს. ამისათვის მიემართოთ ეკლამპსიის შემთხვევებს:

შემთხვევა I. ორსულობა 8 თვის, სუსტი ეკლამპსიის მოვლენები; ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში ოპერაციამდე 3.00 გრ., იმ დღესვე მცირე საკეისრო გაკვეთა და ავადმყოფი განთავისუფლებულია ნაყოფმომყოლისაგან, რის შემდეგ ეკლამპსიურ მოვლენებმა გაიარა, მაგრამ დარჩა თვალთა, თავის და კისრის არემი, საშვილოს სიძლიერის ხშირი ტკივილები,  $U-N$ , შარდი ცოტა, მაგრამ სუფთა, სისხლის წნევა 180. ავადმყოფი თანდათან უკეთ არის. სისხლი აღებულია ლოგინობის მე-10 დღეს და ქოლესტერინი უდრის 2.60 გრ.: ავადმყოფი გადაყვანილია თერაპიული კლინიკაში და გაწერის წინ, ლოგინობის მე-24, დღეს ქოლესტერინი—2,10 გრ.; ავადმყოფი სუსტათ არის, აქვს თავის სუსტი ტკივილები.

შემთხვევა II. დროული მშობიარე, საშვილო ინტენსივობის ეკლამპსიის მოვლებით. ქოლესტერინის რაოდენობა მომშობიარებამდე 2,78 გრ.; მშობიარობა დაჩქარებულია მაშბის საშუალებით; ლოგინობის ხანაში პირველ ორი დღის განმავლობაში რამოდენიმეჯერ ეკლამპსიის ნიშნები, მელოგინე გაეწერა განკურნებით მეორე დღეს.

შემთხვევა III: დროული მშობიარება მძიმე ფორმის ეკლამპსიის მოვლენებით. სისხლი აღებულია ლოგინობის პირველ დღეს ეკლამპსიის შენელების პერიოდში, ქოლესტერინი—1,60 გრ.; ეკლამპსიური მოვლენები ხშირი და ძლიერი, მელოგინე გარდაიცვალა ლოგინობის მეორე დღეს.

შემთხვევა IV: მშობიარობა დროული; ეკლამპსიური მძლავრი და თითქმის განუწყვეტელი შეტევა (სალამოს 10 საათიდან დილის 6 საათამდე 9 შეტევა); ქოლესტერინი ოპერაციამდე—2,00 გრ.;  $U$ —38,1, მაჯა 160; შარდში ცილა ბლომად; ოპერაცია: საშოს მხრივი საკეისრო გაკვეთა; ლოგინობის პირველ დღეს  $U$ —39,2, ეკლამპსიური სუსტი შეტევა ერთხელ, შემდეგი ხანა თანდათან გაუმჯობესობის; ლოგინობის მე-9 დღეს  $U$ —36,4, P—120; შარდში ცილის ნიშნები, ქოლესტერინი—3,00 გრ.; მეათე დღეს მელოგინე გაეწერა.

შემთხვევა V: მშობიარე დროული—მძლავრი ეკლამპსიით  $U$ —37,6, P—140; შარდში ცილა 33%; ქოლესტერინი 0,875, ლოგინობის ხანაში ავადმყოფი თანდათან უკეთ არის; მე-8 დღე  $U$  36,6, P—78; ცილის ნიშნები; ქოლესტერინი 2,05 გრ.; საავადმყოფოდან გაეწერა თავის ნებით მე-8 დღეს, ლოგინობის მე-18 დღე საკ. ბინაში, ავად. კარგად არის, დადის, ქოლესტერინი 1,90 გრ.

როგორც ვხედავთ, აქ ფიზიოლოგიური მოვლენა (ორსულობა) ყველგან არის მოცემული, მაგრამ ეს ფიზიოლოგიური მოვლენა ამა თუ იმ ორსულთათვის სულ სხვადასხვა კლინიკურ ჩარჩოებშია მოქცეული და ამის მიხედვით ქოლესტერინის რაოდენობა ერთმანეთისაგან საგრძნობლად განირჩევა. მთელი ეს სურათი ჩვენის აზრით, მაჩვენებელია ერთის მხრივ ორგანიზმში ტოქსინების ინტენსივობისა და მეორეს მხრივ თვით ორგანიზმის უნარიანობისა, ქოლესტერინის რაოდენობის მიხედვით, მტერთა საწინააღმდეგო ბრძოლისათვის. „ქოლესტერინი შედის უჯრედის პროტოპლაზმის გარეთა შრეში, უჯრედის აკვი.

ქოლესტერინის მნიშვნელობა გამოიხატება თავის ფიზიკური თვისებებით: იგი ემსახურება უჯრედთა შორის ნივთიერებათა გაცვლის პროცესს და აგრეთვე უჯრედთა დაცვას ზოგიერთი ფიზიკური და ქიმიური ზეგავლენისაგან“. (ა. ლ. მისანიკოვი. კლინიკური მედიცინა № 8. 1928 წ.).

„ბრინჯმანის და დამ-ის ცდები ამტკიცებენ, რომ უჯრედთა გარსს აქვს გარკვეული ელექტრული ტენა, რომლის შექმნაში მონაწილეობას ლებულობენ უმთავრესად ლიპოიდები, კერძოდ კი ქოლესტერინი, როგორც ანელექტროლიტიური ხერხი უჯრედის იზოლიაციის, მისი ზედაპირის დაჭიმულობის გამძლეობის და ოსმეტიური სიმტკიცის მომატების მიმცემი. ქოლესტერინს აქვს თვისება, რომ ბაქტერიების ტოქსინები უვნებელი გახადოს. ლეოპოლდის და ბოგენდორფერის ცდები გვიჩვენებს, რომ ის ცხოველები, რომელნიც იკვებებოდა საქმლის ქოლესტერინით, მეტი გამძლეობა გამოიჩინეს გარკვეულ მიკრობების წინააღმდეგ“ (ა. ლ. მისანიკოვი. კლინიკ. მედიცინა 1928 წ. № 8).

მწვავე ინფექციით დაავადებათა დროს ქოლესტერინის რაოდენობა პირველ ხანებში კლებულობს, შემდეგ მატულობს და ამ მომატებასთან ერთად სისხლში იმუნ სხეულთა გაძლიერება ემჩნევა. Grigaut—Le cycle de la cholesterinémie.

ქოლესტერინი აძლიერებს ერითროციტების რეზისტენტობას; იგი აქვეითებს ბაქტერიოლოგიური და პარაზიტარული ჰემოტოქსინების გავლენას (Kuten — Klin. wochen. 1924 წ.).

„საბოლოო შედეგი ჩვენი ცდებისა ის არის,“ ამბობენ პროფ. ლეოპოლდი და ექ. ზეისერი, „რომ, როგორც თირეოიდინის, აგრეთვე ბაქტერიო-ტოქსინის შეყვანით ჩვენ ვიწვევდით როგორც ფოლიკულთა მძიმე დაზიანებას, ისე ქოლესტერინის შემცირებას, როგორც სისხლში, ისე თირკმლის ზედა ჯირკველში. ეს აზრი ეთანხმება ჩვენ მიერ გამოთქმულ აზრს მამრობითი ჩანასახოვან უჯრედზე და ადასტურებს ქოლესტერინის ფიზიოლოგიურ მნიშვნელობას. ფუნქციონალური გავლენა ქოლესტერინისა ჩანასახოვან უჯრედზე მდგომარეობს იმდენად იმაში კი არა, რომ ის საკვებ სუბსტანციას წარმოადგენს, არამედ იმაში, რომ მას აქვს შხამის საწინააღმდეგო მოქმედება — გავლენა. ცნობილია, რომ გველის შხამი-საპონინი ნეიტრალდება და უვნებელი ხდება ქოლესტერინის ზეგავლენით. ჩვენ ჩვენი ცდებით დავამტკიცეთ, რომ ანალოგიური გავლენა ქოლესტერინს ჰქონია ბაქტერიო-ტოქსინებზედაც. ჩვენ შევუყვანეთ სასიკვდილო დოზა ბაქტერიებისა ცხოველებს და გადავარჩინეთ ქოლესტერინის მიცემით. მაშასადამე, ქოლესტერინი ჰკრავს ტოქსინს და უვნებლად ხდის მას“. გინეკ. არქივი 1923 წ. ექსპერიმენტალური გამოკვლევანი ქალის სასქესო ორგანოებზე ქოლესტერინის გავლენისა და მნიშვნელობის შესახებ (პროფ. Leopold და ექ. Seisser).

მოკლედ რომ ვსთქვათ, ორსულთა ორგანიზმში დღიდან ჩანასახის გაჩენისა, შეიქმნა ახალი ფიზიოლოგიური ფაქტორი, რომელმაც წარმოშვა აგებულებისათვის პათოლოგიური მოვლენები, ე. ი. ორსულთა ტოქსიკოზები. ორგანიზმმა, თავდაცვის მიზნით, თავის ბიოლოგიურ და სოციალურ დანიშნულების შესასრულებლად მის წიაღში წარმოშვა მტრის საწინააღმდეგო საბრძოლველი ძალა-



ჰიპერქოლესტერინემია და იტოვებს მანამ, სანამ ამ შხამისაგან განთავისუფლებული არ იქნება მისი აგებულება.

დასასრულად, ჩვენ ერთნაირი გულისტყვიებით აღვნიშნავთ, რომ მთლიანად ვერ ამოვსწურეთ ის შექაძღვებლობანი, რომელნიც უფრო წინ წასწევდა ქოლესტერინის დანიშნულების შესწავლას ორსულ-მელოგინეთა ხანებში. ვიმეორებთ, ჯერჯერობით ჩვენს პირობებში ვერ შევსძელით ექსპერიმენტალური დაკვირვება ორსულ-მელოგინეთა შარდის და ქოლესტერინის ცვალებადობის ურთიერთობაზე, მაგრამ ჩატარებული დაკვირვება ერთნაირ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული, ჩვენ მიერ საკითხისადმი მიდგომა, ჩვენი აზრით, სწორი და საინტერესოა—და შორს არ არის ის დრო, როდესაც ეს საკითხი საბოლოოდ გადაჭრილი იქნება.

ამრიგად, ჩვენი დაკვირვებათა შედეგების მიხედვით, ნებას მივცემთ ჩვენს თავს შემდეგი დასკვნები გამოვიტანოთ:

1. ქოლესტერინის რაოდენობა ორსულ ქალთა სისხლში საგრძნობლათ მატულობს და ეს ზრდა მით უფრო მეტია, რამდენადაც ორსულობა მეტი ხნისაა.

2. ქოლესტერინის რაოდენობის დაკლება მელოგინეთა სისხლში ნელი ნაბიჯით მიმდინარეობს, იგი, შეიძლება, ნორმას დაუბრუნდეს მესამე კვირის დასაწყისში და ზოგჯერ უფრო გვიანაც;

3. ქოლესტერინის მელოგინეთა სისხლში ნორმის ფარგლებში დაბრუნებაზე გავლენა არ აქვს იმას, — დედა ძუძუს აწოვებს თუ არა.

4. ნაყოფი დედის სისხლიდან ჰიპლარის ვენის საშუალებით განსაზღვრულ რაოდენობის ქოლესტერინს ღებულობს და ნაყოფის არსებობას დედის ქოლესტერინის ცვალებადობაზე გავლენა არ აქვს;

5. ახალშობილი დედის სისხლიდან რძის საშუალებით განსაზღვრულ რაოდენობის ქოლესტერინს ღებულობს, თუნდაც ნორმის ფარგლებიდანაც. მაშასადამე, ამ აქტს გავლენა არ აქვს დედის სისხლში ქოლესტერინის რაოდენობის ცვალებადობაზე;

6. ქოლესტერინის რაოდენობის ცვალებადობა დედის ორგანიზმში უშუალოდ დაკავშირებულია ორსულთა ტოქსიკოზებთან;

7. ქოლესტერინის რაოდენობა დედის ორგანიზმში მაჩვენებელია ორსულ მელოგინეთა ორგანიზმის ფიზიოლოგიკო-პათოლოგიურ მდგომარეობისა.

#### ლიტერატურა.

- 1) Pr. E. Leopold u. F. Leisser. Experimentelle Untersuchungen juber die Bedeutung des Cholesterinsfvechels fur die weiblichen Keimzellen. Arch. f. Ginec. 1923. B. 119. H. 3. S. 552. 2) А. Л. Эстрин. К вопросу о холестеринновом обмене во время беременности и при некоторых гинекологических заболеваниях. Труды Всесоюз. Съезда Гинекол. и Акушеров. 1927. 3) Г. И. Арстамянц. К вопросу о холестеринемии у беременных. Журнал Акушерства и Женских болезней. 1927. 4) А. А. Коган, И. А. Левенсон, Я. Л. Либин. Роль холестерина в связи с выпадением функций яичников. Труды 2-го Моск. Ун-та т. I вып II. 5) M. Salomon et F. de Potter. La cholesterinémie de la grossesse chez les femmes tuberculeuses. Annales de Médecine. 1926. t. XIX № 6. 6) А. Л. Мясников. О холестерине. Клинич. Медц. № 8, 1928.



**К. Нароушвили.**  
Ординатор клиники.

### Изменение количества холестерина в крови у беременных и родильниц и его значение.

Из акушерской клиники Тифл. Гос. Ун-та.  
Директор проф. И. Е. Тиканадзе.

Автор провел наблюдение над изменением количества холестерина в крови у 31 беременных, начиная с первого месяца беременности до родов. В общем количество холестерина в крови увеличивается с ростом беременности, в частности же изменение этого количества носит индивидуальный характер. Наблюдения над 29 родильницами в разные дни после родов показали, что возвращение к норме количества холестерина в родильном периоде идет сравнительно медленно; в некоторых случаях оно доходит до нормы лишь в начале третьей недели, а иногда и позже. Для выяснения факторов, могущих повлиять на изменение количества холестерина в крови матери, автор провел целый ряд наблюдений: определяя количество холестерина в крови из пупочной вены у 12 новорожденных, в крови у 8 не кормящих грудью родильниц, в молоке у 8 родильниц в разные дни после родов, в крови и молоке у одних и тех же 6 родильниц на 3—4—5 день и на 5—7—11 месяц. У всех новорожденных получено одинаковое количество хол-на (в сред. 0,90 гр.), у не кормящих и кормящих наблюдения параллельны в темпе падения количества хол-на, одинаковое количество хол-на в молоке обнаруживалось (в сред. 0,05 гр.) при одинаковом увеличении или нормальном количестве этого вещества в крови.

На основании этих данных автор указывает, что вышеупомянутые факторы не влияют на изменение количества хол-на в крови у родильниц.

Автором проведено наблюдение так-

**Con. Naroouchvili**  
Interne de la Clinique gynécologique de l'Université géorgienne à Tiflis.

### Changement du dosage de la cholestérine dans le sang chez les 29 femmes dans la période de la grossesse et chez les accouchées et son importance

L'auteur a effectué des recherches sur la teneur du sang en cholestérine chez les 29 femmes du premier mois de la grossesse jusqu'au moment de l'accouchement et il a trouvé qu'en général le taux de la cholestérine dans le sang augmente au cours de la grossesse; en particulier ce taux devient caractéristique pour chaque individu donné.

Les recherches effectués sur les 29 femmes accouchées dans les divers jours après l'accouchement ont montré que le retour à la norme du taux de la cholestérine au cours de l'accouchement na d'une manière lente, dans de certains cas il devient normal même au commencement de la 3-me semaine et souvent même plus tard.

Pour connaître les facteurs que peuvent influer sur le changement du taux de la cholestérine dans le sang de l'enceinte l'auteur a effectué toute une série des recherches, notamment: le dosage de la cholestérine dans le sang pris de la veine ombilicale chez les 12 nouveau-nés, chez les 8 accouchées qui n'allaitent pas, dans le lait des 8 accouchées dans les divers jours après l'accouchement, comme dans le sang aussi bien dans le lait chez les mêmes 6 accouchées au 3-4-5 jour et chez les mêmes 6 accouchées au cours de 3-4-5 jour et au cours de 5-7-11 mois.

Et ayant obtenu le même taux de la cholestérine chez les nouveau-nés (en moyenne 0,90 gr.), la même vitesse de la chute chez les femmes qui n'allaitent pas, aussi bien chez celles qui allaitent le même taux de la cholestérine dans le lait (en moyenne 0,05 gr.) dans le cas d'augmentation simultanée ou dans l'état normal de cette matière

же над 5 роженницами и родильницами с тяжелой эклампсией до и после оперативной помощи. Им обнаружено в крови разное количество хол-на соответственно с тяжестью состояния: повышение количества с улучшением состояния и возвращение к норме с выздоровлением больной.

Резюмируя свои наблюдения, автор думает что изменение количества хол-на в крови матери непосредственно связано с токсикозами беременных, и количество хол-на в крови матери есть показатель физиологического - патологического состояния организма беременных и родильниц.

dans le sang, l'auteur constate que les facteurs indiqués n'ont pas déffet sur le changement du taux de la cholésterine dans le sang des accouchées.

En suite l'auteur a fait des recherches sur les 5 femmes prêtes à accoucher et déjà accouchées avec le cas grave d'éclampsie avant et après le secours opératif et les études ont donné comme resultats: le différent taux de la cholésterine suivant le degré de la maladie et l'augmentation du taux suivent l'amélioration de l'état de la malade et ce taux redevenait à l'état normal à mesure de guerison de la malade.

En faisant l'analyse et resumant tous ces conclusions et recherches indiqués l'auteur constate que le changement du taux de la cholésterine dans le sang de la mère est dans une relation immédiate avec des toxiques des enseintes, et le taux de la cholésterine dans le sang de la mère est l'indice de l'état physiolog-pathologique de l'organisme des femmes enseintes et des accouchées.

ა. იმერლიშვილი.

## რენტგენოღიაზნოსტიკა Hernia mediastinalis-ისა კნევიოტორაქსის წარმოების დროს.

ტფილისის ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის ინსტიტუტის (დირექტორი მ. ზანდუკელი) რენტგენის კაბინეტი (გამგე ი. ფიშეროვიჩი).

რენტგენოლოგიის თანამედროვე მდგომარეობა ისეთია, რომ კლინიკური მედიცინის არც ერთ დარგს არ შეუძლიან რომ არ დაიხმაროს გამოკვლევების რენტგენოლოგიური მეთოდებიც. ეს მდგომარეობა უნდა დაეცვათ განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ფილტვების დაავადების საკითხის გამორკვევა გვიხდება...

ხშირად ვხვდებით შემთხვევას, როდესაც მკურნალ ექიმს ებადება ეჭვი ავადმყოფის ტუბერკულოზით დაავადებისა მიუხედავად იმისა, რომ ობიექტურად მას საამისო ვერაფერი ვერ უპოვნია. მაშინ მისი აზრი უპირველეს ყოვლისა ფილტვებისკენ გაექანება ხოლმე და იგი გზავნის ავადმყოფს ფილტვების გასაშუქებლად. გულმკერდის ორგანოების დაავადების საკითხის გამორკვევა შესაძლებელია კლინიკურ მეთოდებთან ერთად, აგრეთვე რენტგენოლოგიური მეთოდებითაც რომელიც ზოგჯერ სადავო საკითხს—უდავოდა ხდის.

გულმკერდის R-სკოპიის დროს ჩვენ შეგვიძლია ვიმსჯელოთ, რა სახის, ან როგორი ხარისხის დაავადებასთან გვაქვს საქმე, ან გამოვარკვიოთ არსებულ დაავადების ოდენობის შესახებ მთელი წყება საკითხებისა.

ამიტომ, ჩვენის აზრით, ყველა ექიმი-ფტიზიოლოგი ვალდებულია რენტგენის კაბინეტში გაატაროს თავისი ყველა ავადმყოფი, იმის მიუხედავად, მძიმეა თუ მსუბუქი დაავადება.

რამდენად სამართლიანია ეს დებულება, — ქვევით ნათქვამის შემდეგ ნათლად გამოირკვევა.

მიუხედავად იმისა, რომ ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის ინსტიტუტის რენტგენის კაბინეტში ჩვენს ხელთ გაიარა დიდძალმა ფილტვების დიაგნოსტურ მასალამ, — დაახლოებით ეს რიცხვი ათი ათასს უდრის—ჩვენ შეგვხვდა სამი შემთხვევა მედიასტინალური hernia-ის რომლის შესახებაც აქვე მოვახსენებთ.

სამივე შემთხვევა ჩვენ შეგვხვდა რამდენიმე თვის განმავლობაში თითქმის ზედი-ზედ და ყველა მედიასტინალური hernia-ით გართულება, მოჰყვა პნევმოტორაქსის წარმოების დროს.

მედიასტინალური თიაქარის შემთხვევები, როგორც ეტყობა, იშვიათია, რადგანაც ჩემთვის მისაწდომ ლიტერატურაში ძალიან მცირე რამ ვიპოვნე ამ საკითხთან დაკავშირებული.





პირადი ბაასის დროს ლენინგრადის ტუბერკულოზური ინსტიტუტის რენტგენოლოგ კაცმანთან, გამოირკვა, რომ მას მრავალი წლების რენტგენო-დიაგნოსტიკურ მუშაობის დროს შეხვედრია მარტო ორი შემთხვევა მედიასტინალური ღერძის ანალოგიური რენტგენოლოგიური სურათით.

გერმანელი რენტგენოლოგი Assman-ი თავის კაპიტალურ სახელმძღვანელოში „შინაგან ორგანოთა დაავადების კლინიკური R-დიაგნოსტიკა“-ში პნევმოტორაქსების სათაურით ეხება ამ საკითხს—თურმე მასაც ცოტა ჰქონია მგზავსი შემთხვევები.

იგი ამბობს რომ „მარტო ერთ შემთხვევაში იყო შესაძლებელი დაგვენა-ხა სითხის გადასვლა პნევმოტორაქსის შხრიდან მეორე შხარეს—თიაქარისებურად გაზნეკილ ღრუში—ავადმყოფის გვერდზე გადახრის დროს“.

ასე ამბობს Assman-ი რენტგენოლოგიის მსოფლიო ავტორიტეტი, როგორც 1924 წლის, ისე უკანასკნელ 1928 წლის გამოცემაში (გვერდი 382).

რუსულ ენაზე, ამ საკითხის შესახებ ჩვენ შეგვხვდა ექიმ აბრამოვიჩის წერილი „Вопросы туберкулеза“ 1927 წ. № 5, მას ჰქონია 12 შემთხვევა მედიასტინალური herni-ისა. იმათგან 5 მამაკაცი ყოფილა და 7 ქალი. წლოვანების მიხედვით 14 წლ.—35 წლამდე. სამწუხაროდ ავტორი არ აღნიშნავს რამდენ ავადმყოფში გამოირკვა ეს 12 herni-ით გართულებული პნევმოტორაქსი..

ფრანგი პედიატრები Babonneix, Armand—Delille-ი და Denogelle-ი ამბობენ, რომ პნევმოტორაქსით მკურნალობის დროს ბავშვებს გამოაჩნდებათ ხოლმე მედიასტინუმის გადაწევა და მედიასტინალური herni-ით გართულება.

ფრანგი ავტორები Dumarest-ი და Murard-ი აღნიშნავენ თავის კლასიკურ ფრანგულ სახელმძღვანელოში „La pratique du pneuothorax thérapeutique“-ში რომ განსაზღვრულ პროცენტში ( $8\frac{1}{10}$ — $17,5\frac{1}{10}$ ) ხელოვნურ პნევმოტორაქსის წარმოების დროს ხდება დილატაცია პლევრალურ პარკისა ჯანმრთელ მხარისკენ და ამ რიცხვიდან — განსაზღვრული შემთხვევები მედიასტინალური herni-ით რთულდება.

ეს ავტორები აღნიშნავენ, რომ საჭიროა ჰაერის გამოშვება herni-ის დროს, რათა ავადმყოფს ხიფათი ავაცდინოთო.

Leon Kindberg-ი—ფრანგი ფტიზიატრი (თავის სახელმძღვანელოში „Collapsotherapie de la tuberculose pulmonaire“-ში 1928 წ. გამოცემაში) აგრეთვე აღნიშნავს პნევმოტორაქსის წარმოების დროს მედიასტინალური herni-ით გართულებას. მისი აზრით ეს გართულება ფრიალ საყურადღებოა და ამის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა რენტგენოლოგიური კონტროლი. ავტორი არ აღნიშნავს გართულებების რაოდენობას.

Edgard Eber-ი „Revue de la tuberculose“ № 5 1926 წ. მოჰყავს თავის 11 შემთხვევა მედიასტინალური herni-ისა. მისი აზრით hernia არ იძლევა კლინიკურ სიმპტომებს (dyspnoe, პერკუსია, აუსკულტაცია) და ხაზს უსვამს, რომ მედიასტინალური herni-ის დიაგნოზი შესაძლებელია მოხდეს მარტო რენტგენით. მას არა ჰქონია არც ერთი შემთხვევა ექსუ-

დატიური პნევმოპლევრიტიანი მედიასტინალური herni'ისა სპონტანურ პნევმოტორაქსების არც ერთ შემთხვევაში მას არ უნახავს მედიასტინალური ღერძია. გარდა უმნიშვნელო ხველისა სუბიექტურათ ავადმყოფები თავს კარგათა ჰგონობენ. მასვე უწარმოებია „Lipiodol“-ის კონტრასტული სითხის შეყვანა პლევრალურ ღრუში—herni'ის დიაგნოზისათვის.

ჩვენ გვაქვს სამი შემთხვევა მედიასტინალური herni'ისა. ერთი მათგანი ექსულატორი პნევმოპლევრიტიანია: როგორც კარგათ მოგეხსენება Mediastinum-ს ეუწოდებთ იმ ღრუს, რომელიც მდებარეობს გულმკერდში sternum'ს და ხერხემლის შუა: გვერდებიდან იგი ისახურება პლევრალური ფურცლებით, ქვეიდან შუასაძგიდით და ზევიდან apertura thoracis sup.-ით. Mediastinum-ში მდებარეობენ trachea, ბრონქები, საყლაპავი მილი, გული და სისხლის მთავარი მილები. მედიასტინუმს ჰყოფენ ორად—წინა და უკანა მედიასტინუმით.

ეს ის არის, რასაც ჩვენ რენტგენოლოგიურად-რეტროსტერნალურ და რეტროკარდიალურ არეებს ეუწოდებთ.

ეს ორივე არე ჩვენ შეგვიძლიან დავინახოთ ავადმყოფის ან ირიბი, ან სრულ გვერდითი მიმართულებით R-სკოპიის დროს.

რეტროსტერნალურ არეს ეუწოდებთ ჩვენ იმ ვაშუქებულ ნაწილს, რომელიც მდებარეობს sternum'ის უკან და გულის წინ, რეტროკარდიალურს—გულსა და ხერხემალს შორის.

წინა მედიასტინუმში არის ხტლმე gland, thyroidea'ს ღრმად მყოფი ნაწილები და thymus'ის ნარჩომები. უკანა მედიასტინუმში trachea, საყლაპავი მილი, და ჯირკვლები.

რადგანაც მედიასტინუმს არა აქვს ძვალოვანი სტრომა, მას შეუძლია ადგილიდან დაძვრა ე. ი. მიწვევ-მოწვევა. მაგრამ თავის სხვადასხვა ნაწილებში არა თანაბრად. ასე მაგალითად Brauer'ით და Spengler'ით მედიასტინუმში არის უფრო ნაზი, სუსტი ადგილები—ეგრეთწოდებული schwachen stellen-ამისთანა სუსტი ადგილები ადამიანის მედიასტინუმში არის ორი:

პირველი: სუსტი ადგილი მდებარეობს წინა მედიასტინუმში პირველი ნეკნიდან მე-3 ნეკნამდე.

მეორე:—სუსტი ადგილი მდებარეობს უკანა მედიასტინუმში გულსა და ხერხემალს შორის ქვევით.

პნევმოტორაქსის წარმოების დროს ამ სუსტმა ადგილებმა შეიძლება იცვალონ თავისი ადგილმდებარეობა და ჩვენც R-სკოპიის დროს მივიღებთ შესაფერ R-ლოგ. სურათს. თუ ჰაერის წნევა პლევრალურ ღრუში აღემატება ამ ავადმყოფობის ნორმას, მაშინ ჩვენ ვხედავთ ამ სუსტ ადგილის ამოზნექვას ჯანმრთელ ფილტვისკენ. ეს გამოზნექვა R-ლოგიურად მოსჩანს ხაზოვან ჩრდილად, როგორც ზოლი, რომელიც რკალისებურად გაზნექილია ჯანმრთელ ფილტვებისაკენ და დაშვებულია ვერტიკალურად.

ესლა ვადავდივარ ჩვენ შემთხვევებზე.

1. ავადმყოფი ელისაშვილი პავლე 21 წლ. ხელობით თუჯის ჩამოსხმულია, გამოგზავნილი იყო ტფილისის ჯან-განყოფილების ტუბდისპანსერიიდან 1927 წ. 4 ნოემბერს, № მისი პირადი კონვერტისა 6012.



იგი იყო გაშუქებული 6 თვის განმავლობაში 5-ჯერ და მეექვსეჯერ ეხლა 16/12, 1922 წ. პირველ გაშუქების დროს მას ჰქონდა მარჯვენა ფილტვის ინტენსიური, დარდილვა საშუალო და ზევითი არეებისა.

შემდეგ გაუკეთდა მას პნევმოტორაქსი მარჯვნივ. გაშუქების დროს მოსჩანს; პნევმოტორაქსი მარჯვნივ. ფილტვი შეკუმშულია ნაწილობრივ, რადგანაც სრულ შეკუმშვას ხელს უშლის ალვირისებური შეარტები ფილტვის ქვევითა ნაწილში რომლებსაც უკავიათ ფილტვი გაშლილი. მოსჩანს აგრეთვე, ზევით რომ ავლნიშნე,—ზონარისებური ხაზოვანი ჩრდილი, რომელიც გაზნექილია მარცხენა მხარისაკენ.

გაშუქების პირველ მომენტშივე ამ ზონარმა მიიპყრო ჩემი ყურადღება, რადგანაც იგი მოძრავი იყო და მისი მოძრაობა დამოკიდებული იყო შუასაძგიდის მოძრაობისაგან—ე. ი. სუნთქვისათან.

ყოველ შემდეგი გაშუქების დროს ზონარისებური ჩრდილი ყოველთვის მოსჩანდა მარცხენა ფილტვის არეზე. შემდეგი გაშუქების დროს აღმოჩნდა, რომ ავადმყოფ ელისაშვილს დაჰგროვებოდა სითხე მარჯვენა პლევრალურ ღრუში ე. ი. მას აღმოაჩნდა ექსუდატიური პნევმოპლევრიტი. ავადმყოფის გვერდზე გადახრის დროს ჩვენ დაეინახეთ, როგორ გადავიდა სითხე მარცხნივაც და ამოავსო მარცხენა მხარე იმ ზონარამდე. ამ რიგად ეს ზონარისებური ჩრდილი იყო მედიასტინუმის უკანა სუსტი ადგილის საზღვარი ე. ი. გაწეული გაზნექილი მარცხნივ სუსტი ადგილი, მაშასადამე აქა გვექონდა hernia mediastinalis. ელისაშვილს hernia აღმოაჩნდა ჰაერის მე-36-ტეთ შეშვების შემდეგ.

ორი სხვა შემთხვევა სრულიად ანალოგიური იყო, მხოლოდ არა ჰქონიათ ექსუდატი.

მე-2 ავადმყოფი ხოლკო კონსტანტინე, ცირკის მუშაკი 38 წლ. (hern. med. d. მარჯვნივ) მისი კონვერტის № 162. იგი გავაშუქეთ 8-ჯერ. hernia აღმოაჩნდა მე-40 ჰაერის შეშვების შემდეგ.

მე-3 ავადმყოფი ნადირაშვილი ვარლამ, მოანგარიშე 22 წლ. (hern. med. sin. hernia მარცხნივ) მისი კონვერტის № 3295, იგი გავაშუქეთ 3-ჯერ. აღმოაჩნდა მე-35-ტეთ ჰაერის შეშვების შემდეგ.

ტუბდისპანსერის მათი პირადი კონვერტები და ჩვენი ინსტიტუტის ავადმყოფობის ისტორიები თანა გვაქვს. ჩვენი ორი შემთხვევა არის წინა მედიასტინუმისა და ერთი უკანა მედიასტინუმის herni'ისა.

დავუბრუნდეთ ისევ იმ ზონარისებურ ჩრდილს, რომელსაც ვხედავთ ავადმყოფისაშვილის მარცხენა ფილტვის არეზე—როგორც უფრო სანიმუშო შემთხვევას.

ეს ზონარი, როგორც უკვე ავლნიშნეთ, მოძრაობს სუნთქვის დროს—სან ხელდობრ შესუნთქვის დროს იგი მიიწევს შუა ხაზისკენ და განმოსუნთქვის დროს უბრუნდება თავის ადგილს. როდესაც ამ სურათს ვუყურებდით, პირველად ჩვენ დაგვებადა აზრი, რომ აქ მედიასტინალური ემფიზემის შემთხვევა გვაქვს, მაგრამ როდესაც უფრო დაწვრილებით შევისწავლეთ ეს სურათი ემფიზემაზე უარესთქვით და შევიჩრდით მედიასტინალური herni'ის დიაგნოზზე.

ნორმალურ პირობებში ორივე პლევრალურ ღრუებში წნევა თანაბარია, ჩვენ ვხელმძღვანელობდით შემდეგი მოსაზრებებით.

პნევმოტორაქსის წარმოების დროს, როდესაც ჰაერის წნევა იზრდება ერთი რომელიმე მხარეს და დგება ისეთი მომენტი, როდესაც განსაზღვრული ჰაერის



წნევა ამ ავადმყოფისათვის ზედმეტი წოლაა და ამიტომ მედიასტინუმის სუსტადგილები იზნიქებიან ჯანმრთელ მხარისკენ ე. ი. იქითკენ, საითკენაც ნაკლები წნევაა.

და სწორედ ამ გაზნევილ მედიასტინუმს ვხედავთ ჩვენ იმ ზონარის სახით R-სკოპიის დროს, ე. ი. აქ ჩვეულებრივ მოქნილობას მედიასტინუმისას უკვე სჭარბობს ჰაერის ზედაწოლა და მას ჰზნექავს იქითკენ, საითკენაც ნაკლები ზედაწოლაა, ე. ი. ჩვენ ავად. ელისაშვილის შემთხვევაში ჰზნექავს მედიასტინუმს მარცხნივ თიაქარის მგზავსათ; რომ ჩვენი მოსაზრებანი სწორია, ამას ადასტურებს ისიც, რომ ეს ზონარისებური ხაზი მოძრავია და ეს მოძრაობა დამოკიდებულია ავადმყოფის სუნთქვაზე.

მართლაც რად მოძრაობს ეს ზონარისებური ჩრდილი? იმიტომ, რომ ღრმა შესუნთქვის დროს ჰაერის წნევა პლევრალურ ღრუში კლებულობს, მედიასტინუმის მოქნილობა ელასტიურობაც ისევ გამოძეღვენდება და მედიასტინუმი მიიწევს შუა ხაზისაკენ.

მზგავს მოვლენას, მარტო უკუღმას ადგილი აქვს გამოსუნთქვის დროს.

და ასეთ მოძრაობას ამ ზონარისას ჰვენ ვხედავთ ყოველ სუნთქვის დროს.

სწორედ ეს უკანასკნელი დებულება, რომ მედიასტინალური თიაქარი შედგევა ჰაერის წნევის ზედმეტობისა ამ ავადმყოფობისათვის ეს დებულება გვიკარნახებს იმ აზრს, რომ საჭიროა ყოველი მედიასტინალური hernia-ის შემთხვევაში ჰაერის წნევის შემცირება. რა სახით მოხდება ეს წნევის შემცირება ჰაერის ნაწილობრივ გამოშვებით, თუ დროებით შევაჩერებთ ჰაერის მიმატებას, ან ვავაგრძელებთ ჰაერის შეშვების ინტერვალებს—ეს საკითხი უკვე სპეციალისტების ფტიზიოლოგების საქმეა და ჩვენ ამას არ შეეხებოდა. ერთი რამ კი აუცილებლად უნდა იქნეს აღიარებული. საჭიროა რენტგენის დასტურით მივიღოთ მედიასტინუმის ნორმალური მდებარეობის სურათი.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ სამსავე ავადმყოფს ჰქონდათ მედიასტინალური hernia, ისინი ყველანი თავს დამაკმაყოფილებლად ჰგრძნობდნენ. პირველი ავად. ელისაშვილი ჰაერს აღარ იღებს ექსპულიტიურ პნევმოპლევრიტის და hernia-ის ჩვენი დიაგნოზის შემდეგ და მას hernia აღარა აქვს. ორ სხვებს ისევ უკეთებდნენ პნევმოტორაქსს და ორივეს ისევ აქვთ hernia. უკანასკნელათ სამივე ვავაშუქეთ ეხლა 16/1—29.

ასევე გრძნობდნენ თავს თურმე Assman-ის და სხვა ავტორების მიერ აწერილი ავადმყოფებიც.

მიუხედავად სუბიექტიურ კარგადმყოფობისა, ჰაერის წნევის შემცირება საჭიროა, რადგანაც ხანგრძლივად ასეთ ღერნიას შეუძლია სიცოცხლისათვის საბედისწერო მთელი წყება გართულებანი გამოიწვიოს. მაგალითად მედიასტინალური ემფიზემა, სისხლის დენა, შეხორცებანი და სხვა.

ზემო ნათქვამიდან აშკარაა, რომ პნევმოტორაქსის წარმოების დროს შესაძლებელია მივიღოთ გართულება მედიასტინალური hernia-ის სახით იმის და მიუხედავად ჰაერის წნევა აღებათ თუ არა ჩვეულებრივ ნორმალურ მანომეტრალურ რიცხვებს და ამა თუ იმ ავადმყოფის კონსტიტუციას კი შეუძლია მოგვცეს ეს გართულება.

მედიასტინალური hernia ჩვეულებრივი კლინიკური მეთოდებით არ გამოიკნობა და ამიტომ საჭიროა ყველა პნევმოტორაქსის წარმოება რენტგენის კონტროლის ქვეშ.

რენტგენი და პნევმოტორაქსი, ჩვენის აზრით, განუყრელნი უნდა იყვნენ!

## დასკვნები.

1. პნევმოტორაქსის წარმოების დროს უნდა იყოს გათვალისწინებული მედიასტინალური hernia-ით გართულების შესაძლებლობა.
2. პნევმოტორაქსის წარმოების დროს აუცილებლად უნდა იხელმძღვანელონ ჰაერის წნევის ამა თუ იმ ავადმყოფისათვის შესაფერი ნორმებით.
3. პნევმოტორაქსის წარმოება უნდა ხდებოდეს აუცილებლად Röntgen-ის კონტროლით.
4. თუ რენტგენოკოპიამ აღმოაჩინა hernia mediastinalis საჭიროა პლევრალურ ღრუში ჰაერის წნევის დაშვება.
5. hernia უფრო ხშიორია ჰაერის შეშვების მე-35 შემდეგ.
6. Hernia mediastinalis-ის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი როლი ეკუთვნის რენტგენოდიგნოსტიკას.
7. პნევმოტორაქსის წარმოების დროს hernia mediastinalis-ით გართულება იშვიათია.

A. Имерлишвили.

## Рентгенодиагностика hernia mediastinalis.

Описывается рентгенодиагностика 3 случаев Hernia mediastinalis наступивших как осложнение при наложении искусственного пневмоторакса.

Осложнение hernia-ей наступило у всех от 35 и выше дувания.

При наложении пневмоторакса нужно иметь ввиду возможное осложнение медиастинальной грыжей. Наличие hernia mediastinalis можно диагностировать только посредством Röntgen'a, а потому необходимо накладывать пневмоторакс обязательно под контролем Röntgen'a. После диагноза медиастинальной грыжи необходимо понижение внутриплеврального давления или высушивание газ, или прекратив поддувания, или увеличив интервалы между дуваниями.

Понижение внутриплеврального давления — хотя бы временное рекомендуется ввиду возможности дальнейших грозных для жизни, осложнений.

Один из описываемых случаев h. med. был осложнен еще и экссудативным пневмоплевритом и при перегибании больного (под экраном при R-копии) мы видим как жидкость переливалась со стороны пневмоторакса в противоположную сторону и как эта жидкость выполняла полость медиастинальной грыжи со здоровой стороны.

Hernia m. к счастью осложнение редкое. На 10 тыс. всевозможных легочных просвечиваний при Инст. физ. метод. лечения нам встретились только первых 3 случая h. mediastinalis.

S. Imerlischvili.

## Beitrag zur Röntgendiagnostik der Hernia mediastinalis nach dem Anlegen des Künstlichen Pneumothorax.

Ander Hand von 3 Fällen wird über Hernia mediastinalis berichtet, die als Folge des Künstlichen Pneumothorax entstanden sind.

Die Komplikation des Künstlichen Pneumothorax mit Hernia mediastinalis kann meist nur röntgenologische diagnostiziert werden.

Denselben muss das Anlegen vom Künstlichen Pneumothorax stets unter Röntgenkontrolle geschehen.

Subald Hernia mediast. diagnostiziert wird muss das westere Einführen von Gas longestellt werden und das nach nicht resorbierte aus gelassen.

Hernia mediast. ist eine Seitene Komplikation des Künstlichen Pneumothorax.

Bei einem von den 3 Kranken hat die Pneumopleuritis Extendat. die Diagnose bedeutend. erlekchtert.



**კ. რ. უ. ს. შიშოვი** და **პ. ჯავთარაძე.**  
 სახ. უნივ. ნერგ. სნეულ. კლინ. გამგე. უფროსი ასისტენტი.

**ეპიდემიური ენცეფალიტის გავრცელება საქართველოში კლინიკის მასალების მიხედვით\*).**

ეპიდემიური ენცეფალიტი ინფექციური სნეულებაა, იგი აზიანებს ქერქვეშა კვანძებს და რა ფორმითაც არ უნდა განვითარდეს—ამიოსტატიკური, ლეტარგიული, ჰიპერკინეტიული, პსიქიური თუ სხ. კაცობრიობისათვის დიდ უზედურებას წარმოადგენს, რადგან დაავადებულთა დიდი უმრავლესობა ხდება სრული ინვალიდი.

ამიოსტატიკურ ფორმას ახასიათებს კუნთების შეზოჟვა, მათი კონტრაქტურა, ნებისყოფითი მოძრაობათა სიღარიბე, სახის ჩლუნგი გამომეტყველება, დიზარტრია, ნერწყვის დენა, ექსტრაპირამიდალური ხასიათის ჰიპერტონია და სხვა. ლეტარგიული ფორმის ნიშნებს შეადგენს: ნისტაგმი, თვალის მამოძრავებელი ნერვების მოშლა, ინკოორდინაცია და ძილიანობა. ავადმყოფს სძინავს უხერხულ მდგომარეობაშიაც, მხოლოდ მიუხედავად ასეთი უზომო ძილისა თავს დალილიად გრძნობს და გამოძინება აკლია. ჰიპერკინეტიული ფორმა—ქორეატიული, ატეტოზური და მიოკლონიური—ყველა ეს ნაძალადევი მოძრაობანი ხასიათდებიან თავის უსისტემობით, უმიზნობით, ურითმიულლობით, ასეთი მოძრაობა ძლიერდება მოქმედებისა და აღელვების დროს, მხოლოდ ძილში კი ნელდება, ისპობა.

პსიქიურ ფორმის დროს ავადმყოფი თავის მდგომარეობაში, დროსა და ადგილში ვერ ერკვევა, ნათესაებს ვერ სცნობს, შფოთავს, ყვირის, ხან იცინის და ხან სტირის, პალატიდან გარბის. ყველა ეს ფორმები შედეგია მწვავე ეპიდემიური ენცეფალიტისა, რომლის ეთიოლოგია ჯერ კიდევ სავსებით დამტკიცებულად არ ჩაითვლება. მაგ. Bonhöfer-ის აზრით ენცეფალიტი არის გრიპის ლოკალიზაცია ტვინში, Stern-ი და Umber-ი კი ფიქრობენ, რომ ინფლუენცა ენცეფალიტისათვის მხოლოდ ნიადაგს აწვადებსო, Strümpell-ის აზრით კი ესენი ეთიოლოგიურად სხვადასხვა ავადმყოფობა და მხოლოდ მათი გავრცელების პირობაა ერთნაირი. ასეა თუ ისე ამ ორი ზემოხსენებული ავადმყოფობათა შორის მეცნიერნი ნათესაობას ნახულობენ; გაჩნდება თუ არა პირველი—მას თან მისდევს მეორე.

მე-XX საუკუნეში ეპიდემიური ენცეფალიტის პირველი შემთხვევა იყო ვერდენში 1915 წელს, ხოლო ეპიდემიური ხასიათი მას მიეცა 1916/17 წლებში საფრანგეთსა და ავსტრიაში. ეს ავადმყოფობა 1918 წელს ესტუმრება გერმანიას, იტალიასა და ინგლისს. 1019/20 წ. იგი მძეინვარებს რუსეთში, განსაკუთრებით მის სამხრეთ ნაწილში. საქართველოში კი ენცეფალიტი ეპიდემიურ ხასიათს ღებულობს 1922/23 წლ. (იხ. ცხრილი).

\*) მოხსენდა ქართველ ეპიზოთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას 1925 წ. ნოემბერში.



| ეპიდემიურ<br>ენცეფალიტის<br>ფორმები |            |                |         | ეროვნება |        |      |           | სადაურთა        |                |                 |          | სქესი    |             | წლო-<br>ვანობა |         | როდის გახდა ავად |         |         |         |         |       |             |          |             |
|-------------------------------------|------------|----------------|---------|----------|--------|------|-----------|-----------------|----------------|-----------------|----------|----------|-------------|----------------|---------|------------------|---------|---------|---------|---------|-------|-------------|----------|-------------|
| ლმტარგიული                          | ამოსტატური | ჰიპერკ. მიოკლ. | ფსტ ური | ქართული  | სომეხი | რუსი | დანარჩენი | აღმოსავ. საქარ. | დასავლ. საქ რ. | კავშ. სხვ. რუსს | მამრბითი | დედრბითი | 1 20 წლამდე | 20 50 წლამდე   | 1920 წ. | 1921 წ.          | 1922 წ. | 1923 წ. | 1924 წ. | 1925 წ. | მორჩა | უკეთ შეიქნა | უცვლელად | გარდაიცვალა |
| 32                                  | 28         | 13             | 2       | 45       | 13     | 11   | 6         | 55              | 16             | 4               | 54       | 21       | 3           | 72             | 4       | 6                | 21      | 35      | 2       | 7       | 1     | 35          | 32       | 7           |

ნერვულ კლინიკაში ეპიდემიურ ენცეფალიტით დაავადებული პირველად 1922 წ. მიწურულში შემოდის. შემდეგ წელში შემოვიდა 32 ავადმყოფი, 1924 წელში—26 ავადმყოფი, 1925 წელში კი 16 ავადმყოფი, მაგრამ ამ 75 ავადმყოფიდან ბევრი ქრონიკულ სტადიაშია შემოსული, ესენი საექიმოთ მოდიოდნენ ორი სამი წლის შემდეგ დაავადების დღიდან, ამიტომ ჩვენ იძულებული ვართ ანამნეზის მიხედვით გავანაწილოთ დაავადების დრო და მაშინ მივიღებთ შემდეგ სურათს: 1920 წელს ავად გამხდარა—4; 1921 წ.—6; 1922 წ.—20; 1923 წ.—35; 1924 წ.—2; და 1925 წ.—7. ე. ი. ყველაზე მეტი დაავადება მოდის 1922/23 წლებში, შემდეგ ეპიდემია კლებულობს და 1925 წელში კი ისევ მატულობს.

ფორმების მიხედვით ეპიდემიური ენცეფალიტი ჩვენს კლინიკაში შემდეგ ნაირად განაწილდა: ლეტარგიული ფორმა ქონდა 32 ავადმყოფს; ამოსტატურული 28; მიოკლონიური 12; და პსიქიური 2. ამრიგათ საქართველოს ეპიდემიაში ისე, როგორც სხვა ქვეყნებისაში სჭარბობს ლეტარგიული ფორმა, მაგრამ მიოკლონიური ფორმა კი ჩვენში შედარებით მეტ % იძლევა ვიდრე დანარჩენ ქვეყნებში და ამ თავისებურობას საჭიროა ყურადღება მიექცეს.

ეროვნების მიხედვით გასაგებია, რომ ყველას სჭარბობს ქართველების რიცხვი 45 ავადმყოფი, შემდეგ მისდევს სომეხი 13 ავადმყოფი, —ამათ შორის ორი სომხეთიდანაა ჩამოსული— და მესამე ადგილი უკავია რუსს—11 ავადმყოფი.

ქართველების მეტი % ეკუთვნის აღმოსავლეთ-საქართველოს მცხოვრებთ, განსაკუთრებით ტფილისის, გორისა და სიღნაღის მაზრებს.

რასაკვირველია ეს არ აიხსნება ამ მაზრების სიახლოვით ჩვენს კლინიკასთან, რადგან ჩვენ ვიცით, რომ დასავლეთ საქართველოდან სხვა ჯურის ავადმყოფები ყოველთვის სჭარბობენ, ამიტომ ეს მოვლენა სხვა მიზეზით უნდა აიხსნას. იყო აზრი გამოთქმული პროფ. ან ფ ი მ ო ვ ი ს მიერ, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტი ჩვენში შემოტანილია ამერიკულ ტანისამოსის საშუალებით, ხოლო ეს უკანასკნელი უფრო ნაწილდებოდა აღმოსავლეთ საქართველოში, სასურველი იქნებოდა ამ საკითხის უფრო დაწვრილებით შესწავლა, რისთვისაც საჭიროა უტყუარი ცნობების მიღება ყველა მაზრებიდან. რაც შეეხება გადადებებს ეპიდემიურ ენცეფალიტისას უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენს შემთხვევაში არც ერთხელ არა თუ არ ყოფილა პირდაპირ გადადება; არამედ ანამნეზის მიხედვითაც ერთ ოჯახში ორი ერთად დაავადებული არ შეგვხვედრია.

აქვე საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ენცეფალიტიანები მოთავსებულნი არიან სწორედ პალატაში და განსაკუთრებული მომვლელი მათ არ ყავთ მიჩენილი. ე. ი. თუმცა არავითარი წინასწარი განსაკუთრებული ზომა ენცეფალიტიანის წინააღმდეგ არ გვქონდა მიღებული, მაგრამ, როგორც ვსთქვით, ამ ხნის განმავლობაში არც მომვლელ პერსონალის, არც პალატის სხვა ავადმყოფების და არც ავადმყოფთა მახლობლების დაავადება არ იყო აღნიშნული. ეს კი ექვს ბაღებს ტანისამოსის საშუალებით გადაადების შესახებ და საერთოდ ამის კონტაგოიოზობა ძლიერ მცირე უნდა იყოს. Netter-ის სტატისტიკით ენცეფალიტის გადადება უდრის 4,6% Stielor-ის კი 4,2%.

თუმცა ამ ბოლო დროს არის აწერილი შემთხვევები პირდაპირი გადადებისა: ინგლისში ერთ პანსიონში 21 მოწაფედან ავად გამხდარა 12. Sterling-ს ქონდა ვარშავაში შემთხვევა, როცა ერთ დროულად გახდა ენცეფალიტით ავად დედა, ძუძუ მწოვარი ბავში და doda. Гейманович-ს 250 შემთხვევიდან მხოლოდ ხუთჯერ უნახავს გადადება ორ-ორი ავადმყოფი ერთ ოჯახიდან Parson-ს აქვს აწერილი როცა სამი ძმა შკოლაში მოსიარულე გახდნენ ავად 5, 9 და 12 ივლისს, ხოლო სახლში მყოფი გახდა ავად 30 ივლისს, მაგრამ როგორც სჩანს გადადება იშვიათად არსებობს და ყოველ კერძო შემთხვევაში აუცილებელია განსაკუთრებული პირობები შესულ ვირუსის მოქმედებისათვის და ორგანიზმში ბარიერის გადალახვისათვის. რაც შეეხება სქესის მონაწილეობას ამ დაავადების დროს აღნიშნულია, რომ თანაბრობა სქესთა შორის არ არის დაცული და უფრო ხშირად ავად ხდებიან მამაკაცები. ჩვენშიც, როგორც ცხრილიდან სჩანს მამაკაცი იყო 54, ხოლო ქალი 21.

Neel-ი ამ ზედმეტ ლტოლვას ენცეფალიტისადმი მამაკაცების მხრივ, ხსნის მამაკაცების სუნთქვის თავისებურობით—დიაფრაგმისა და n. frenicus-ის მონაწილეობის გამო.

ამ 75 ავადმყოფიდან მორჩენილია საესებით მხოლოდ ერთი, გაუმჯობესებულია 34, უცვლელად ვაწერილია 32; და გარდაცვლილია 7. ე. ი. სიკვდილობის % უდრის 9,6%-ს, რაც უნდა ჩაითვალოს მცირე %-დ სხვა ქვეყნებთან შედარებით. მაგალ. ინგლისში სიკვდილობის % უდრიდა 12—21 %-ს. Маргулис-ის ცნობით კი იგი უდრის 25—50%-ს. ჩვენში სიკვდილობის მცირე % შეიძლება აიხსნას ერთი მხრით ვირულენტობის სისუსტით და მეორე მხრით მით, რომ ჩვენ მწვავე სტადიაში მცირე რიცხვი გვხვდება კლინიკაში. რაც შეეხება წლოვანობას უნდა ითქვას, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტი არც ერთ ასაკს არ იბრალებს, მაგრამ მას მაინც ამოჩნეული ყავს უფრო მომწიფებული დაავადებული ადამიანი 20—40 წლამდე. ასეთი მსხვერპლი იზლო სხვა ქვეყნებში და საქართველოშიც ამ გზისთვის არ გადაუხვევია. ამრიგად სჩანს, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტის ეპიდემია ჩვენში იყო 1922/23 წლებში და ამ ეპიდემიაში არის ერთგვარი თავისებულება, როგორც გავრცელების, ისე მიმდინარეობის მხრივ; განსაკუთრებით ყურადსაღებია აღმოსავლეთ საქართველოს მცხოვრებთა მეტი დაავადება, მიოკლონიური ფორმის სიქარბე, სრული განკურნებისა და სიკვდილობის მცირე %. ამ საკითხებს დაწვრილებით შევეცდებით შემდეგ შევხვით; ხოლო ახლა ჩვენი სურვილია, ამ მცირე სტატისტიკური ცნობების შემდეგ გაგიზიაროთ მოსაზრებანი იმის შესახებ, რომ ჩვენში ამ უამად ეპიდემიური ენცეფალიტის არსებობა მისაღებია. უკვე სამი-ოთხი თვე იქნება, რაც ჩვენი ყურადღება მიიპყრო იმ გარემოებამ, რომ ტფილისში ნერვიულ სნეულებათა ზოგიერთი ფორ-

მეტი არა ჩვეულებრივი სიხშირით გვხვდება. ამ მძკლე ხანში ჰემიქორეას რამდენიმე შემთხვევა გვქონდა, ხოლო ჰემიქორეა ძლიერ იზვიათი დაავადებაა, არა თუ ჰემიქორეა მოზრდილ ჰასაკში, ქორეაც იზვიათია. აგრეთვე აღსანიშნავია ე. წ. Meniere-ის სიმპტომოკომპლექსით დაავადებულთა სიხშირე. ეს ავადმყოფობაც ძლიერ იზვიათია და მით უმეტეს ისეთი ნიშნების დართვით, რომელიც ეპიდემიურ ენცეფალიტს ახასიათებს: დაღლილობა, ზოგჯერ ძილისადმი მიდრეკილობა, თვალის გუგების რეფლექსების შეცვლა და საგნების გაორება.

ყურადღების ღირსია აგრეთვე არა ჩვეულებრივი სიხშირე Djekson-ის ტიპის ეპალექსიისა. ამ ავადმყოფობას ვხვდებით ტრავმისა და სიმსივნის ნიადაგზე, ჩვენს შემთხვევაში კი არც ერთს და არც მეორეს ადგილი არ ქონია. ერთი ეპილექსიით დაავადებული \*), რომელიც დღეს აქ არის წარმოდგენილი საინტერესოა მით, რომ თვალის მხრივ ენცეფალიტისათვის დამახასიათებელი ნიშნები აქვს: ჩვენს შემთხვევათა შორის აქ არის ერთი ქალი, რომელსაც ამ უმად აქვს ყბაყურა და თვალის მხრივ დამახასიათებელი ნიშნები: Ptos-ი, თვალის გუგების რეფლექსების დაწვევა და ნისტაგმი. აქვე არის წარმოდგენილი თქვენ წინაშე ტიპიური ფორმა ეპიდემიური ენცეფალიტისა, რომლის გამოცნობა ეპიდემიის გარეშეც სიძნელეს არ წარმოადგენს. ასე რომ ამ უმად ჩვენში ვხვდებმა, როგორც ტიპიური ფორმები ეპიდემიური ენცეფალიტისა, ისე ატიპიურიც, რომლის არსებობაც ეპიდემიის გარეშე აუხსნელი დაჩრბოდა. ყველა შემთხვევაში ზურგის ტვინის სითხე იყო გასინჯული და ყველგან შაქრის რაოდენობა მონატრებული აღმოჩნდა, რაც ხშირია სწორედ ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს.

ჩვენს მიერ წარმოდგენილი ფაქტები ვგაძლევს საშუალებას ვიფიქრომთ, რომ ჩვენში ენცეფალიტის ეპიდემია იყო 1922/23 წ. მას ახასიათებს ერთგვარი თავისებურება, რომლის დამტკიცებისათვის საჭიროა უფრო ფართე მუშაობის ჩატარება, და რომ 1925 წ. არსებობს ჩვენში ეპიდემიური ენცეფალიტი, რომელიც უფრო ატიპიური ფორმებს იძლევა და საჭიროა ამ ეპიდემიის მიმართ ფრთხილად ვიყოთ.

Проф. С. Н. Кипшидзе  
Директор Нервной Клиники

П. П. Кавтарадзе  
Старший ассистент.

### Распространение эпидемического энцефалита в Грузии по материалам Нервной Клиники.

Авторы, анализируя материал Нервной Клиники, заключают, что в Грузии эпидемия энцефалита свирепствовала 1922/23 г. главным образом в Восточной ее части и она отличалась от эпидемии других стран преобладанием миоклонических форм, высокой %о, как смертности, так и полного выздоровления.

Кроме того, авторы считают, что в 1925 г., еще продолжается эпидемия энцефалита, главным образом в ее атипических формах.

Prof. S. Kipchidzé.

et

P. Kavtaradzé

### Propagation épidémique de l'encéphalite en Géorgie suivie d'après les matériaux de la Clinique de maladies des nerwes.

Les auteurs faisant l'analyse des matériaux de la Clinique de maladies des nerfs, font la conclusion que l'épidémie de l'encéphalite a été d'une violence exclusive en Géorgie, l'année 1922/23, principalement dans sa partie orientale et s'est distinguée de l'épidémie des autres pays par la prédomination de formes myocloniques de %о minime mortalité ainsi que guérison complète. En outre les auteurs estiment que l'épidémie de l'encéphalite a encore persisté l'année 1925, principalement dans ses formes atypiques.

\*) ავადმყოფების ისტორიები ტენიკური მოსაზრებით არ იბეჭდება რედაქტორის მიერ.





# მ ი მ ო ს ი ლ ვ ა

## გ. ჯაღონიძე

### რენტგენოლოგია ოდონტოლოგიაში სოციალურ ჰიგიენის თვალსაზრისით\*)

ცენტრალურ ოდონტოლოგიურ პოლიკლინიკიდან. დირექტორი ა. უ რ უ შ ა ძ ე.

უკანასკნელი ათეულ წელს რენტგენოდიაგნოსტიკის სხვადასხვა დარგების განვითარებას ემჩნევა უდიდესი მიღწევები.

ახალ საკონტრასტო მასალათა შემოღებით და სპეციალურ ტენიკის დამუშავებით რენტგენოლოგების მიერ, შესაძლებელი გახდა კლინიკურ დიაგნოსტიკაში რენტგენის სხივთა მონიშნების ასპარაჟის გაფართოება. საქ-როა მოვიგონოთ ნაღვლის ბუშტის გამოკვლევის ახალი მეთოდი, ბრონქ ალურ სისტემის გამოკვლევა საკონტრასტო მასალის შეყვანით, ცენტრალურ ნერვიულ სისტემათა დაავადებათა რენტგენოდიაგნოსტიკის ახალი წესები, მუცლის ღრუს ორგანოთა გამოკვლევა სხვადასხვა აირების შეყვანით (აზოტი, ქანგბადი) და სხვა მრავალი ამგვარი რომ დაფრწუნდეთ რენტგენოლოგიის მონიშნების საზღვრების გაფართოებაზე.

ოდონტოლოგიური რენტგენოლოგიაც შესაძლებელია გახდეს ცოცხალ მეცნიერებათ, თუ თვითნული ნეგატივი-ფირფიტა სრულიად და ნამდვილ თ ამოწურული იქნება დიაგნოსტიკურ თვალსაზრისით და თუ ამავე დროს საქმარისად გაგრცლებული იქნება კლინიციისტთა შორის, ასეთი შესაძლებლობა დააწვრილებითი შესწავლისა ტბების ძვალთა ანატომიური ურთიერთობისა ამ პიროათა და მიზნდვით სოციალურ ჰიგიენის თვალსაზრისით ოდონტოლოგიურ რენტგენოლოგიას ეძლევა სრულიად ახალი და დიდი მნიშვნელობა.

მე სრულიად არ მინდა დავამცრო გამოკვლევის დროს კლინიკური მეთოდები; მაგრამ უნდა ითქვას, რომ ის დიაგნოსტიკური საშუალებანი, რომლებიც ამჟამად იმყოფება ოდონტოლოგიის განკარგულებაში, ძლიერ პრიმიტიულია.

ძველ კბილის ექიმთა მტკიცება, რომ შესაძლებელია მკურნალობა რენტგენოლოგიის დაუხმარებლივ, გახლავთ შეგნებითი იგნორაცია იმ პროცესების, რომლებიც ფარულად ვითარდებიან ყბების ძვალთა ქსოვილში.

საკითხისადმი ასეთი მიპყრობა ნიშნავს, რომ ოდონტოლოგიური თერაპია მაშინ საქროებს ჩარევას საქმეში, როდესაც ყბის ძვლებში უკვე მკაფიოდ გამოხატულია მწვავე ანთების მოვლენები დაჩირქებით ანდა კბილთა დაძვრა (расшатывание) მიგვითითებს ყბის ძვლის ატროფიის მალად ხარისხზე.

ასეთი თვალსაზრისი რა თქმა უნდა არ შეეფერება სოციალურ ჰიგიენის და პროფილაქტიკის ფართო მიზნებს.

თვითნულ ინდივიდუუმის საღეჭი აპარატი წარმოადგენს სახალხო ქონების ძვირფას ნაწილს და ამიტომ იგი მო თხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას.

ზედმეტად მიმაჩნია მტკიცება მისი: რომ საქმლის გადახარშვა იწყება უკვე პირის ღრუში; რომ საქმელი ვიდრე კუჭში გადავიდოდეს, პირის ღრუში განიცდის განსაზღვრულ ფიზიკურ და ქიმიურ პროცესებს და რომ შედეგი მონვლებისთვის ძლიერ მნიშვნელოვანია საქმლის ფიზიკური შეცვლა-დღეგვა. ამის და მიუხედავთ ამ გარემოებას ექიმთა ხბრევ ექვევა ძლიერ ნაკლები ყურადღება.

\*) მოხსენდა სრ. საქ. ექიმთა V სამეცნიერო კონგრესს 29/1 29 წ.

პოლიკლინიკის მასალიდან გამოირკვა, რომ 50.000 ავადმყოფიდან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კატარით დაავადებულია თითქმის 58% მათ შორის ზოგიერთებს, რომლებსაც ავადმყოფობის გამო (ფილტვების ხცე, ანემია, მალარია და სხვა) დანიშნული ჰქონდათ ექიმების მიერ გაძლიერებული კვება—ასეთი დანიშვნის შესრულება შეუძლებელი იყო, რადგან ექიმს, რომელსაც დაენიშნა, ავადმყოფისთვის გაძლიერებული კვება არ ჩაეხედა პირის ღრუში.

პირის ღრუ კი ისეთ მდგომარეობაში იყო, რომ არა თუ გაძლიერებულ არამედ ჩვეულებრივ კვებაზედაც ლაპარაკი უდემტი იყო კბილების უქონლობის ანდა კარიების გამო.

ამისათვის კუჭნაწლავის ყოველივე სწულების მკურნალობა უნდა იწყებოდეს პირის ღრუდან. აღველოარულ პიორეაზედ, როდესაც ავადმყოფი ალუეოლიდან გამოყოფილ ჩირქს ყლაპავს და მით იწვევს კუჭნაწლავ-ს გალიზიანებას და დაავადებას, მე არ ვილაპარაკებ, მხოლოდ ვიტყვი, რომ სადეკ აპარატის მდგომარეობას, კერძოდ მის ძვლოვან ნაწლას აქვს უაღრესი მნიშვნელობა არა მარტო ავადმყოფთა კვებისთვის, რომელთაც დანიშნული აქვთ გაძლიერებული კვება, არამედ სრულიად ჯანმრთელთათვისაც.

მშრომელთა ჯანმრთელობის დაცვა შესაძლებელია ორგანიზმის ყველა დეფექტების სისტემატიურ და გეგმიურ წამლობით, ვიდრე ორგანიზმს შეეჩინება რაიმე მძიმე ნაკლოვანობა. სისრემა, რომელიც გაბატონებულია მოწაფეთა პირის ღრუს სანაციაში, დარჩება უშეცავთ ვიდრე იგი დაყრდნობილი იქნება მხოლოდ პრიმიტიულ კლინიკურ მეთოდებზედ, რომელთაც აღმოაჩენს მხოლოდ ძვლოვან ქსოვილის ხილულ დეფექტებს.

რაც ჩვენი თვალისთვის უხილავია? აქ ადგილი უნდა დეთმოს გეგმიურ რენტგენოლოგიანოსტიკას.

ყბის ანატომიური პრეპარატი, რომელიც წარმოადგენს საკმარის საფუძველს პირის ღრუს მდგომარეობის შესამოწმებლათ, მიიღება არა ერთი ფორფიტით—ნეგატივით, არამედ მდგომარეობის სრული გამოსარკვევად საჭიოთა რენტგენის status'-ი, რომელიც წარმოადგენს მთელი ყბის სურათს რამდენიმე ფორფიტაზედ.

ასეთ status-ს ახასიათებს შემდეგი უპირატესობა:

1. კარიოზულ ბუდეების აღმოჩენა შესაძლებელი ხდება გაცილებით ადრე, ვიდრე ჩვეულებრივი კლინიკური მეთოდით.

ოდონტოლოგმა ფორფიტაზედ დროზედ უნდა შენიშნოს მინანქრის ჩრდილის დარღვევა, როგორც კარიისის დასაწყისი და უნდა ჩაერიო პულპის ინფექციის ასაცილებლათ. კარიისის დასაწყისის აღმოჩენა და წამლობა დაიცავს მთელ ორგანიზმს ბაქტერიების შეჭრისგან პულპის ვზით.

ასეთი გეზი—ერთათ-ერთი მიზანშეწონილია თანამედროვე ოდონტოლოგიისთვის, კარიისის სოციალურ პროფილაქტიკის თვალსაზრისით.

ამ პრინციპის გეგმიური განხორციელება შესაძლებელია მხოლოდ რენტგენის status'-ის საშუალებით და ახასიათებს პროფილაქტიკურ ოდონტოლოგიას.

2. იმ შემთხვევაში, როდესაც ძვლოვან ქსოვილში ჩვენ გვაქვს გართობილი პროცესები, ძვლოვან ქსოვილის რენტგენოლოგიური სურათი მკაფიოდ გვიშუქებს ჩვენც და ავადმყოფსაც ნამდვილ მდგომარეობას. იგივე სურათი უპასუხებს ოდონტოლოგს საკითხზედ თუ რამ გამოიწვია ასეთი გართობა რა თანაწილეობა აქვს ამ მიჯამში მყოფ ფესვთა apex-ებს. ასეთი დიაგნოსტიკა ძლიერ შეზღუდავს და შესუსტებს კბილთა ექსტრაქციის ხშირ შემთხვევებს. ის დრო, როდესაც კბილის წამლობათ ითვლება მისი ამოღება, ჩაბარდა საუფუნებს.

3. გარდა ზემოთ მყოფანლი შემთხვევებისა, ოდონტოლოგიურ რენტგენის status'-ს სოციალურ პროფილაქტიკის თვალსაზრისით აგრეთვე სხვა უმჯობე ვებშიაც, მისი მნიშვნელობა ვრცელდება აგრეთვე აღველოარულ მორჩის ქრონიკულ დაავადებათა მთელ ჯგუფზედ. აქნობამდის ეს ჯგუფი ცნობილი იყო „აღველოარულ პიორეის“ სახელით.

მთავარი საორენტაციო პრინციპი ამ დაავადებისა იყო ჩირქის დენა.

კბილის ექიმის დახმარება ამ შემთხვევაში ამოიწყოვინდა ადარულ კბილთა ამოღებაში. დაავადებულ აღველოარულ მორჩის შესწავლამ ამ უკანასკნელ ხანში გამოარკვია, რომ სისტემატიური წამლობა საჭიოთა აგრეთვე აუაჩიროვან სტადიუმშიც. ზეობსეებულ დაავადების სიმპტომთა შეასწავლათ რენტგენის სურათს აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა, რადგან მთელი პროცესის სიმძიმის ცენტრს წარმოადგენს ძვლოვან პარადენტის (ყრნოე ჩიჯე) ატროფიას.



სრული კლინიკურ სურათის მისაღებათ რენტგენის სურათი აბსოლუტურათ აუცილებელია. ამ დაავადებათა ჯგუფში ანათებად პროცესებს აქვთ დიდი მნიშვნელობა.

მეორე მხრე საჭიროა აგრეთვე ალვეოლარულ მორჩის ქსოვილის ერთგვარი მიდრეკილება ამ დაავადებისადმი. ამისათვის პარადენტის ამ დაავადებათა ჯგუფს შეუვცალეს სახელი პარადენტიტები—პარადენტოზებად, რომელიც მაჩვენებელია ბიკაუსალურ ხასიათისა.

რენტგენის Status-ი გვაძლევს შესაძლებლობას აღმოვაჩინოთ პარადენტოზების დასაწყისის სტადიუმები. რამდენადაც კარგის არის ახალგაზრდობის დაავადება, პარადენტოზები ჩვეულებრივია მოზუც ხანაში.

ამისათვის 30 წლიდან დაწყებული, ყოველი ავადმყოფი რომელიც მიმართავს ოდონტოლოგს, უნდა გამოკვლევულ იქნას რენტგენის Status-ის საშუალებით მარჯანალურ პარადენტის მდგომარეობის გამოსარკვევად. პოლიკლინიკის რენტგენის განყოფილებაში ორი წლის განმავლობაში (1927 წ. და 1928 წ.) გადაღებულ იქნა 300 სურ. გამოკვლევულ იქნა 9.200 კბილი და მათ შორის აღმოჩნდა ალვეოლარულ პიორრეით დაავადებული 42%<sup>0</sup>. ეს მხოლოდ მათ შორის, რომლებიც აშკარად არიან დაავადებული პირის ღრუს სხვადასხვა სწულღებთა და სწამლობენ პოლიკლინიკაში. რამდენია დაავადებული მთელ საქართველოში ამავე პიორრეით, რომელთაც არ აწუხებს ჩირქის ყლაპვა და არც მიმართავენ მეურნალს.

თუ თანამედროვე ოდონტოლოგია დაისახავს მიზნად პარადენტოზების ნაადრევ დიაგნოსტიკას, მეურნალობაც შედარებით ადვილი იქნება. ამისათვის რენტგენოდაგნოსტიკის ფართო მოხმარების მოთხოვნილება უნდა ჩაითვალოს სოციალურ ჰიგიენის და პროფილაქტიკის მოთხოვნილებათ: მიზანს შეადგენს რენტგენის სურათის საშუალებით ნაადრევ სიმპტომთა აღმოჩენა.

ატროფიის ყველა ფორმები: სუპრალვეოლარული და ინტრალვეოლარული, კავერნების აღმოჩენა—შესაძლებელია მხოლოდ რენტგენოლოგიურ გზით.

ყველა ამ პროცესებში შეიძლება ჩირქოვანი სეკრეციას ადვილი არ ჰქონდეს და ამიტომ რენტგენოლოგიურ დებულებებს ეძლევათ პირველ ხარისხოვანი მნიშვნელობა.

1927 წელს ქ. ბერლინში დაარსდა საზოგადოება: «Arbeitsgemeinschaft für Parodontosen-Forschung», რომელიც მთელ თავის მუშაობას ამყარებს უმთავრესათ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებზე.

4. პარადენტოზები და მათი ნაადრევი დიაგნოზი მეტათ მნიშვნელოვანია პროფესიონალურ ჰიგიენის თვალსაზრისით. ცნობილია, რომ ფქვილის, პოლიგრაფის საქმის და იმ ქარხნების მუშების შორის, რომლებიც ამუშავებენ განსაკუთრებულ ლითონებს (სტიბიუმს, სინდიცს, ტუვიას და სხვა) და იმ პირთ, რომლებიც შეიასუნთქავენ მუშაობის პირობების გამო ბენზოლის ორთქლს-გინგივიტები, კბილების დაძვრა (расшатывание) წარმოადგენს ჩვეულებრივ მოვლენას, ამ შემთხვევაში ჩვენ მიზანს უნდა შეადგენდეს იმ კბილთა დაცვა, რომლებიც განიცდიან ასეთ ზიფათს, მუღმივე პროფილაქტიკის საშუალებით ქარხნებში.

რენტგენის Status-ის განხორციელება თვითველ ავადმყოფზედ ძლიერ ადვილი მოსახერხებელია, რადგან თანამედროვე რენტგენოლოგიური ტენიკა თავის უკანასკნელი მიღწევებით სრულიად აადვილებს მას. იმის თქმა, რომ სისტემატური რენტგენის Status-ი იწვევს დიდ ხარჯებსო არ არის მიზანშეწონილი, რადგან გაცილებით მეტი იხარჯება ფულიც და შრომაც ჩამოცივნილ კბილების აღდგენაზედ, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გაღიზიანებაზედ, რომელიც ხშირად იღებს ქრონიკულ მიმდინარეობას და რომლის განკურნება ზდება მხოლოდ საღებ აპარატის აღდგენით.

რენტგენით გამოკვლევას აქვს უდიდესი მნიშვნელობა მეტადრე იმ შემთხვევაში, როდესაც კბალთა და ყბების ძვალთა ზოგიერთ დაავადების გამო ჩათრეულია მთელი ორგანიზმი ისეთ რთულ პროცესებში რომელთა ეტიოლოგია ზოგჯერ სრულიად გაუგებარი ხდება; ასე მაგ. კბილის ფესვთა ირგვლივ მდებარე სხვადასხვა მასალების დიდ რაოდენობით გამოყოფის გამო შესაძლებელია გამოწვეულ იქნეს ორგანიზმის ზოგადი დაავადების ორი სახეობა—ტემპერატურო myositis, fibrositis, neuritis, arthritis, anaemia და სხვები) და ტემპერატურიანი (tonsillitis და სხვა სექტური დაავადებანი).



ასეთი გარემოებანი ჯეროპაში უკვე დიდი ხანია მიღებულ არიან მხედველობაში, და ცნობილი ინგლისელი დასტაქარი E. M. Brockbank-ი ერთ წერილში მოთავსებულ „British Medicin. Journal—1926 წლ.—კბილის სეპსისი და სეპტიცემია“-ს სათაურით ამბობს, რომ ყოველ გაურკვეველ შემთხვევაში, რომელიც ხანგრძლივი მიმდინაოებისა გამო იწვევს ავადმყოფის დასუსტებას—საჭიროა გამოკვლეულ იქნას რენტგენის სხივებით საღებუ აპარატის ელემენტები (კბილები, ფესვები, ყბის ძვლები და სხვა) და თუ აღმოჩნდება კბილები აბსცესებით ანუ მათი პიორრეული დაავადებით და კბილის ალვეოლის პროგრესიულ ნეკროზით საჭიროა ასეთი სექტიურ ბუდეების დაუყონებლივი მოშორება.

ყველა შემთხვევაში ნათქამიდან ცხადია, რომ ხარჯებს, რომელსაც იწვევს რენტგენის Status-ის სრულიად მართლდებია იმ სარგებლობით, რომელიც მოაქვს ამ მეთოდის უშუალო შემოღებას.

ამ გარემოებას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს სოციალურ ჰიგიენამ.

#### დასკვნა:

1. ავადმყოფთა და ჯანმოთელთა კვებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს საღებუ აპარატის, კერძოდ მისი ძვლოვან ნაწილის მდგომარეობას.
2. კარგოხულ ბუდეების აღმოჩენა შესაძლებელია რენტგენის ფირფიტით გაცილებით ადრე, ვიდრე კლინიკური მეთოდით.
3. ყბების ძვალთა რენტგენოლოგიური სურათი გუბნებს ძვლების ნამდვილ მდგომარეობის ჩრდილს, გაცილებით ადრე, სანამ პროცესში ჩართულ იქნება კბილი, რაც გუბნებს საშვალბა ავაცილოთ ავადმყოფს ექსტრაქცია.
4. პარადენტოზების (Pyorrh. alv.) ყველა სტადიები და ფორმები ამოიცილობიან რენტგენის სურათზედ გაცილებით ადრე, სანამ შესაძლებელი გახდება მათი აღმოჩენა კლინიკურ გზით ან და თვით დაავადებულის მიერ.
5. სოციალურ ჰიგიენის და პროფილაქტიკის მოთხოვნილებას უნდა შეადგენდეს: რენტგენოლოგისტიკის ფართო მოხმარება, რენტგენის Status-ის სახით (მთელი ყბების სურათი გადაღებული რამოდენიმე ფირფიტაზედ).
6. პროფესიონალურ ჰიგიენის თვალსაზრისით საჭიროა ზოგიერთ ლითონზედ მომუშავეთა (სინდიცი, ტყვია და სხვა) საღებუ აპარატის გამოკვლევა რენტგენის Status-ის საშვალბით.
7. პირის ღრუს სანაიცისთვის საჭიროა რენტგენის Status-ის შემოღება.
8. კბილის და ყბების ძვლოვან ნაწილის ზოგიერთი სნეულების კავშირი ორგანიზმის ზოგად დაავადებასთან ეკვ გარეშეა.

ი. ასლანიშვილი

საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მორიგი წევრად სხდომა შესდგა 14 ნოემბერს 1929 წელს. სხდომა დაიწყო 8 ს. 20 წ. დაესწრო 87 წევრი და 36 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა პროფ. ალ. ალადაშვილი.

პირველი მოხსენებით გამოვიდა ნ. ანდრიძე. კალიუმის და კალციუმის რაოდენობა მალარიან ავადმყოფთა სისხლის შრატში.

49 მწვეფე მალარიან ავადმყოფებს (მათ შორის 26 იყო Mal. teriana-თი და 23 Mal. tropica-თი) აქვს გამოკვლეული როგორც წითელი და თეთრი ბურთულების და ჰემოგლობინის რაოდენობა, ისე კალიუმის და კალციუმის შეცულობა სისხლში როგორც მკურნალობამდე, ისე მკურნალობის შემდეგ. მიღებულ შედეგების მიხედვით, შესაძლოა შემდეგი დებულებების წარყენება:

1. მალარიულ ინფექციის ზეგავლენით, ავადმყოფთა სისხლის შრატში საგრძნობი ცვლილება აღინიშნება, როგორც სისხლის ფორმიან ელემენტების და ჰემოგლობინის რაოდენობის, ისე მინერალურ წონასწორობის დარღვევის მხრივ.

2. შრატის მინერალურ ინტენდიენტებიდან მალარია tertiana და tropica-ს დროს Ca-მის რაოდენობის მაჩვენებელი განიცდის მცირე ჭანობას და მკურნალობის ზეგავლენით აღწევს ნორმას.

3. K-მის რაოდენობის მაჩვენებელი კი, მალარიის ზემოთ აღნიშნულ ფორმების დროს მკურნალობამდე იჩენს ტენდენციას დაქვეითებისა tertiana-ს დროს 30,7%ში, მხოლოდ ტროპიკულ ფორმითა დროს 87%-ში.

4. მკურნალობის ზეგავლენით მისი აღდგენა ავადმყოფთა შრატში არ იჩენს არავითარ პარალელურ დამოკიდებულებას სისხლის ფორმიან ელემენტების ზრდასთან და რჩება დაქვეითებული tertiana-ს დროს კვლავ 30,7%ში, მხოლოდ ტროპიკულ ფორმების დროს 47%-ში.

5. ელექტროლიტების K-მის და Ca-მის რეგულაცია მალარიან ავადმყოფთა სისხლის შრატში, ისე როგორც სხვა ავადმყოფობათა დროს, ჯერ-ჯერობით ჩვენთვის გამოურკვეველ კანონების ზეგავლენით ხდება.

შეკითხვებში მონაწილეობა მიიღეს: ნ. გეგეჭკორმა, პროფ. ი. თიკანაძემ, კ. ლორთქიფანიძემ, ი. ლორთქიფანიძემ, პროფ. ა. ალადაშვილმა.

არსებითად გამოვიდნენ: ნ. გეგეჭკორი, დოც. შ. მიქელაძე, პროფ. ალ. ალადაშვილი.

მეორე მოხსენებით „სამტრედიის საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების 4 წლის მუშაობის შესახებ“ გამოვიდა ექიმი ი. ბურჯანაძე, რომელმაც დაწვრილებით დაასურათა ის პირობები, რომელშიც მას, როგორც დასტაქარს, უხდებოდა მუშაობა საცხებით შეიქმნის თვით ქირურგიულ მუშაობას და დაწვრილებით მოიყვანა ყველა მრიცხველობითა ცნობები გაკეთებული იაქოციების და ამბულატორული მუშაობის.

შეკითხვებით მისი მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ გ. ასათიანი, ნ. გეგეჭკორი, პროფ. გ. მუხაძე, გ. ხეჩინაშვილი, ი. ახმეტელი, პ. ქაჯაია, ნ. ჯაფარიძე, ი. ტანტუოია და შ. თაქთაქაშვილი, მხოლოდ არსებითად პროფ. გ. მუხაძე და პროფ. ა. ალადაშვილი.



პროფ. ა. ალაღაშვილმა აღნიშნა მომხსენებლის დიდი მუშაობის დადებითი მხარეები და შეგხო მას როგორც ახალგაზრდა დასტაჟარს, რომელმაც ჩვენს უნივერსიტეტის დამთავრებისას სათანადო სტაჟის გავლის შ. მდევ კირურგიულ კლინიკაში, მოეფინა პროვინციას როგორც საცემებით მომზადებული დასტაჟარი და თავისი მუშაობით დიდი დახმარება გაუწია ხალხს.

თავმჯდომარე მადლობას უცნაუდებს მომხსენებელს კრების სახელით.

საადპინისტრაციო ნაწილში წარმოდგენილი განცხადებების მიხედვით არჩეული იყვნენ საზოგადოების წევრებად: მ. კლიმენტი ჩაჩავა და მ. ისიდორე გავუა.

სხდომა დამთავრდა 10 ს. 45 წ.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების შემდეგი მორიგი მე-14 სხდომა შესდგა 28 ნოემბერს 1929 წელს. სხდომა დაწყდა 8 ს. 20 წ. დაესწრო 67 წევრი და 46 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა თავმჯდომარის მოადგილე პროფ. ვ. ჟღერტი.

თავმჯდომარე მოუწოდებს სხდომას ფეხზე ადგოიით პატივი სცენ ზაფხულის მიწურულში ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკის გარდაცვალებული ორდინატორის, ექიმის ბარბალე ნაცვლიშვილის ხსოვნას. დამწრენი ფეხზე ადგომით ადასტურებენ თავმჯდომარის მოწოდებას.

პირველი მოხსენებით გამოდის კონსტ. ნაროშვილი. ქოლესტერინის ცვალებადობა ორსულთა და მელოგინეთასისხლში და მისი მნიშვნელობა.

საკითხი ქოლესტერინზე სამკურნალო შეცნობებში ახალი საკითხია; მას აქვს სულ ოცი-ოდე წლის ისტორია. ქოლესტერინი განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს მის შემდგ., რაც ქიმიკოს-ფიზიოლოგების მიერ შესწავლილ იქნა ამ ნივთიერების ფიზიოქიმიური თვისებანი, მთელ რიგ ავტორთა მიერ დადასტურებულია, რომ ქოლესტერინი უცილო შემადგენელი ნაწილია ყოველ ცოცხალ ქსოვილის უჯრედისა. გამოკვლეულია აგრეთვე, რომ ორგანიზმში მოიპოვება თავისუფალ და არა თავისუფალ ქოლესტერინისა და ამ უკანასკნელს დაკისრებული აქვს ფრიალ მნიშვნელოვანი როლი ავტოლემბისათვის. შეცნობითა გამოკვლევით ქოლესტერინი ჰკრავს შხამის გემოლოგიურ თვისებას და საერთოდ ტოქსიკურობის მოქმედებას ორგანიზმში, ქოლესტერინის ზემოხსენებულ და მთელ რიგ სხვა მნიშვნელოვან თვისებებმა ძალა უნებურად წარმოშვა საკითხი მისი მნიშვნელობის შესახებ ორგანიზმისათვის ამა თუ იმ დაავადების დროს და მართლაც ამ დღიდან სამკურნალო ლიტერატურა მიდრდება ქოლესტერინის წარმოშობის, მისი ცვალებადობის და მნიშვნელობის შესახებ. შემჩნეულია, რომ ქოლესტერინი კვლავილობს სისხლში იმ დაავადებათა დროს, რომელნიც იწვევენ ორგანიზმში დისიმილაციურ პროცესს და პირაქით. მრავალ მკვლევართა მიერ აღნიშნულია აგრეთვე, რომ ქოლესტერინი მატულობს სისხლში ორსულობის ხანაში ნაყოფის განვითარებასთან ერთად. რაც შეეება ლოგინობის ხანას, მკვლევართა შორის შეთანხმება არ არსებობს: ზოგი ავტორის შეხედულებით ქოლესტერინი სისხლში ნორმას უზრუნდება ლოგინობის მუათე დღეს, ზოგი კი მეორე თვის ბოლოს. არ არსებობს აგრეთვე შეთანხმება, აქვს თუ არა რამე გავლენა ქოლესტერინის ცვალებადობაზე ახალშობილის ძუძუმწოვრობას.

ჩვენ მიზნად დავისახეთ გამოგვეკვლია ქოლესტერინის ცვალებადობა ორსულ-მელოგინეთასისხლში—და მეორედ აგვეხსნა ამ ცვალებადობის მიზეზი. ამას საილუსტრაციოდ ჩვენ გამოვიკვლიეთ ქოლესტერინი სისხლში ორსულთა 31 შემთხვევაში ორსულობის სხვადასხვა ხანაში; ვიკვლევდით ამავე ნივთიერებას მელოგინეთა სისხლში—31 შემთხვევაში; გამოვიკვლიეთ აგრეთვე 12 შემთხვევაში ქოლესტერინი ახალშობილის კიბლარის ვენის სისხლში. გვაქვს აგრეთვე 8 შემთხვევა ქოლესტერინის რაოდენობის ამ მელოგინეთასის ხლში, რომელნიც ახალშობილს ძუძუს არა აწოდებდენ; ამათ გარდა ჩვენ მიერ წარმოებულა ქოლესტერინის რაოდენობის გამოკვლევა სხვადასხვა მელოგინეთა რძეში 8 შემთხვევაში; აგრეთვე გამოკვლევულია ქოლესტერინის რაოდენობა ერთი და ოცივე მელოგინეთა, როგორც სისხლში, აგრეთვე რძეში 6 შემთხვევაში ლოგინობის მესამე დღიდან მე-11 თვემდე; დასასრულ, გვაქვს გამოკვლევა ამ ნივთიერების ელამპისის 6 შემთხვევაში, როგორც მშობიარობა—აშერაციაშივე, აგრეთვე მომშობიარების—აშერაციის შემდეგ.

ყველა ჩვენი დაკვირვებათა შედეგების მიხედვით ნებას მივცემთ ჩვენ თავს შემდეგი დასკვნები გამოვიტანოთ:



I. ქოლესტერინის რაოდენობა ორსულ ქალთა სისხლში მატულობს და ეს ზრდა მით უფრო მეტია, რამდენად ორსულობა მეტი ხნისაა, მაგრამ ეს ზრდა თავისებურია ყოველ ცალკე ორსულთათვის;

II. ქოლესტერინის რაოდენობის დაკლება მელოგინეთა სისხლში წელი ნაბიჯით მიმდინარეობს, იგი შეიძლება ნორმის დაუბრუნდეს მესამე კვირის დასაწყისში და ზოგჯერ უფრო გვიან;

III. ქოლესტერინის მელოგინეთა სისხლში ნორმის ფარგლებში დაბრუნებაზე გავლენა არ აქვს იმას, დედა ძუძუს აწოვებს თუ არა;

IV. ნაყოფი დედის სისხლიდან ქილარის ვენის საშვალეებით განსაზღვრულ რაოდენობის ქოლესტერინს ღებულობს და ნაყოფის არსებობას დედის ქოლესტერინის ცვალებადობაზე გავლენა არ აქვს;

V. ახალშობილი დედის სისხლიდან რძის საშვალეებით განსაზღვრულ რაოდენობის ქოლესტერინს ღებულობს, თუნდაც ნორმის ფარგლებიდანაც, მაშასადამე, ამ აქტს გავლენა არ აქვს დედის სისხლში ქოლესტერინის რაოდენობის ცვალებადობაზე;

VI. ქოლესტერინის რაოდენობის ცვალებადობა დედის ორგანიზმში უშუალოდ დაკავშირებულია ორსულთა ტოქსიკოზებთან;

VII. ქოლესტერინის რაოდენობა დედის ორგანიზმში მაჩვენებელია ორსულ-მელოგინეთა ორგანიზმის ფიზიოლოგიკო-პათოლოგიურ მდგომარეობისა.

შეკითხვებში მონაწილეობა მიიღეს: დოც. შ. მიქელაძემ, ე. თოდაძემ, მხოლოდ არსებითად გამოვიდა ე. თოდაძე.

საბოლოო სიტყვით მომხსენებელს ღმართა პროფ. ვლ. ჟღენტმა.

მეორე მომხსენებელი იყო სტუდენტი ვ. კულუღაშვილი. საშვილოსნოს გარეშე ინტერსტიციალური ორსულობის შემთხვევა.

ავტორს მოჰყავს ეკტოპიური ორსულობის ერთი შემთხვევა, სადაც კვერცხი განვითარდა ფალოპიუსის მილის ინტერსტიციალურ ნაწილში; Graviditas interstitialis — ერთი შემთხვევა ეკტოპიურ ორსულობის 120 შემთხვევაზე. საშვილოსნოს კედელი დაირღვა, მოხდა საშვილოსნოს კუთხის უკანა კედლის უზურა და სისხლის ჩაქცევა მუცლის ღრუში. ოპერაცია იყო გაკეთებული სასწრაფოდ და შენთხვევა დანთავრდა კეთილად. ამოკრილია საშვილოსნოს უთხვევა გაკეთებულია ფალოპიუსის მილის ინტერსტიციალურ ნაწილში რეზექცია. მილის დანარჩენი ნაწილი ჩაწერგლია საშვილოსნოში. ამოკრილი პრეპარატი შესწავლილია მაკრო—და მიკროსკოპულად. მიკროსკოპის ქვეშ დადასტურებულია ორსულობა (ნათლად ჩანს ბურუსები). კვერცხი ნაწილობრივ მოთავსებულია მილის ინტერსტიციალურ ნაწილის სანათურში, ნაწილობრივ კი უშუალოდ ეხება საშვილოსნოს კუნთს.

შეკითხვებში მონაწილეობა მიიღო პრ.-დოც. მ. მგალობელმა, მხოლოდ ასრებითად პრ.-დოც. მ. მგალობელმა, პროფ. ი. თიქანაძემ და დოც. ბ. ჯოღობერიძემ.

საბოლოო სიტყვაში პროფ. ვ. ჟღენტმა აღნიშნა ახალგაზრდა მომხსენებლის მიერ საკითხის სრულიად გაუწყება როგორც ლიტერატურის შესწავლის ცხოვრ. ისე შემთხვევის კარგად აწერის მხრივ და საზოგადოების სახელით მადლობა გამოუცხადა მას.

მესამე მომხსენებელი იყო ნ. გეგეჭკორი. ნაადრევ ტუბერკულოზური ინფილტრატების წარმოშობა. მიმდინარეობა და მკურნალობა მონარდილი ფილტვებში. (რენტგენის დიაგნოსტიკის ჩვენებით).

მოხსენებლის დებულებანი, რომელიც მომხსენებელმა წამოყენა, იყო შემდეგი:

1. ტუბერკულოზის ნაადრევი ინფილტრატები წარმოადგენენ ფილტვის პროგრესულ ტუბერკულოზის დასაწყისის ერთ ერთ ფორმათაგანს.
2. ლაიფის ქვედა ინფილტრატებში უნდა უწოდოთ ნაადრევი ტუბერკულოზური ინფილტრატები ფილტვების სხვა ნაწილებში მათი არსებობის გამო.
3. ნაადრევი ტუბერკულოზური ინფილტრატები უმრავლეს შემთხვევებში შეიძლება აღმოჩენილ იქნას რენტგენის საშვალეებით კლინიკურ სხვა მეთოდებზე ადრე.
4. საჭირო არის პეროდულად ოჯახის წევრთა და საექიმო პერსონალის რენტგენით გასინჯვა, რომლებიც იმყოფებიან ტუბერკულოზური გარემოცვაში.



ბისაგან. შარდ-საწყვეთების განთავისუფლების შემდეგ ავადმყოფმა შარდი გამოყო საოპერაციო მაგიდაზე. ავადმყოფი, ნაოპერაციე ხანის მშვიდი მსვლელობის შედეგ, გაეწერა განკურნებული შეკითხვებში მონაწილეობა მიიღეს პრ.-დოც. მ. მაგლობელმა და დოცენტ ბ. დლობერიძემ საბოლოო სიტყვით მიმართა პროფ. ა. ალადაშვილმა.

ამის შემდეგ მოხსენებით „თამბაქოზე მუშაობის გავლენა ქალის სასქესო სფეროზე“ გამოდის პრიგ.-დოც. მ. მაგლობელი, რომელმაც წარმოადგინა მასალა დამუშავებული ტფილისის პროფესიონალურ სწეულებათა ინსტიტუტში. მას დაუყოთხავს და გაუსინჯავს 416 ქალი, რომლებიც მუშაობდნენ ტფილისში არსებულ თამბაქოს სამ ფაბრიკაში. შრომის დამუშავებისას ავტორი ფართოდ სარგებლობდა სხვაგვარი გამოკვლევებითაც, რომლებიც ნაწარმოები იყო სხვა დარგის სპეციალისტების მიერ. ხელთ ქონდა აგრეთვე მუშა ქალის ყოფა-ცხოვრების შესახებ საკმაოდ დაწერილებითი ცნობები. მასალა უმთავრესად სტატისტიკურია. ავტორი აყენებს მთელ რიგ საკითხებს, რომელთა საბოლოო გადაჭრა შესაძლებლად მიანჩნა მხოლოდ მეტი მასალის დაგროვების ექსპერიმენტალური ცდების ჩატარების შემდეგ. ამიტომაც დაკურნებულ თამბაქოზე მომუშავე ქალებზე აგრძელებს და ცდებიც ცხოვლებზე ზოგიერთი საკითხის გამოსარკვევად დაყენებული აქვს. თავის მასალის და ლიტერატურული ცნობების მიხედვით ავტორი ფიქრობს, რომ პროფმაგნებლობა, როგორც ეტიოლოგიური მომენტი ამა თუ იმ სწეულების გამოსაჩენად, მისაღებია და მიეწერება, როგორც წარმოებაში ხმარებულ შხამიან ნივთიერებას, ისე წარმოების წესს და შრომის პირობებს. პროფსწეულების გამოწვევაში დიდი მნიშვნელობა ყოფაცხოვრებისა, უპირველად მნიშვნელოვანია კონსტიტუციონალური მიდრეკილება.

პროფმაგნებლობის ნიშნები უფრო ადრე დედაკაცებში ჩნდება და ეხება როგორც მთელ ორგანიზმს, ისე ცალკე ორგანოებს, ავტორის მასალით მომუშავეთა უმთავრეს კონტიგენტს 20 — 40 წლიანები შეადგენენ. მათი საწარმოო სტატი უმეტესად 10 — 15 წელს უდრის. მკრე არ არის რიცხვიც ახალგაზრდების (14 — 20 წლ.). პირველ ყოვლისა აღსანიშნავია სიხშირე დევიაციისა (65,2%), რომელიც ჩნდება თითქმის ვერნარად ჯდომით თუ ფეხზე დგომით მუშაობის დროს. თამბაქოზე მუშაობას შედეგად ყველა მენსტრუალური ციკლის მიმდინ რეობის აშლილობაც და აგრეთვე Fluor-ის გამოჩენა, რომლებიც, ავტორის აზრით უნდა აიხსნან სხვათა შორის, როგორც ნიკოტინის ტოქსიურ გავლენით საკვერცხებზე, ისე სხეულის საერთოდ დასწეულებით.

აღინიშნება Fluor-ის და მენსტრუალურ ციკლის არევის დამოკიდებულება საწარმოო სტატიის, ყოფა-ცხოვრების და მუშაობის ხასიათისაგან. არსებობს თამბაქოს მტვერით ქსოვილის ადგილობრივი გაღიზიანებაც, რასაც შედეგად აქვს ხშირად ვულვიტების და შირისის ჩახვეების გამოჩენა.

თამბაქოზე მომუშავეთა შორის ორსულობა — მშობიარობა დაკვითებულია, სპონტანური აბორტების რიცხვი კი ამასთან შედარებით მაღალია (28,2%/o), მომატებულია ბავშვებს სიკვდილობა 1 — 3 წლამდე (31,9%/o). ყველა ეს უნდა გვაფიქრებინებდეს სხვათა შორის საჩანასათო პლასმას (Keimplasma) დაზიანებულ ნიკოტინით. შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ნიკოტინის რძემი გადასვლას და აგრეთვე რძის თვისებით და რაოდენობითი შეცვლას. ავტორი როგორც ამ საკითხს, ისე სასქესო ჯირკვლებზე ნიკოტინის ტოქსიურ გავლენის საკითხს დეტალურად ამუშავებს და ფიქრობს, რომ ცდების დადებითად დამთავრების შემთხვევაში აუცილებელი იქნება ძუძუთმწოვარ ბავშვიან დედებზე მეტი მზრუნველობის გამოჩენა, მათთვის თამბაქოს ფაბრიკებში მუშაობის აკრძალვაც კი.

ამას გარდა მიზანშეწონილი არ არის ახალგაზრდების 16 — 18 წლამდე თამბაქოს ფაბრიკებში სამუშაოდ დაშვება; ამ მხრივ უნდა გაფართოვდეს შრომის კომისარიატის მიერ (საკავშირო საბჭოში) გამოცემული დეკრეტი, რომლის მიხედვით ახალგაზრდებს ვერაძლება მუშაობა მხოლოდ მტვირნიან განყოფილებებში.

საქიროა მეტი ყურადღების მიქცევა მუშა-ქალის ყოფა-ცხოვრებისთვის მისი გაუმჯობესობის მიზნით და აგრეთვე აუცილებელია მუშაობის ზოგიერთი წესის შეცვლა-გამოსწორება. მიჩნევა დაუშვებლად სხეულის ერთი მდგომარეობაში შეჩერება, დიდი ხნობით, რის გამოც დრო-გამოშვებით მუშა ქალი სამუშაოდან დასასვენებლად უნდა იხსნებოდეს, შემდეგ შემოღება ტანთ-



ბისაგან. შარდ-საწყებების განთავისუფლების შემდეგ ავადმყოფმა შარდი გამოყო საოპერაციო მაგდაზევე. ავადმყოფი, ნაოპერაცივე ხანის მშვიდი მსგელობის შეიდეგ, გაეწერა განკურნებული შეკითხვებში ზონაწილებმა მიიღეს პრ.-დოც. მ. მგალობელმა და დოცენტ ბ. ლოლობერიძემ საბოლოო სიტყვით მიმართა პროფ. ა. ალადაშვილმა.

ამის შემდეგ მოხსენებით „თამბაქოზე მუშაობის გავლენა ქალის სასქესო სფეროზე“ გამოდის პროფ.-დოც. მ. მგალობელი, რომელმაც წარმოადგინა მასალა დამუშავებული ტფილისის პროფესიონალურ სნეულებათა ინსტიტუტში. მას დაუკითხავს და გაუსინჯავს 416 ქალი, რომლებიც მუშაობდნენ ტფილისში არსებულ თამბაქოს სამ ფაბრიკაში. შრომის დამუშავებისას ავტორი ფართოდ სარგებლობდა სხვაგვარი გამოკვლევებითაც, რომლებიც ნაწარმოები იყო სხვა დარგის სპეციალისტების მიერ. ხელთ ჰქონდა აგრედვე მუშა ქალის ყოფა-ცხოვრების შესახებ საკმაოდ დაწერილებითი ცნობები. მასალა უმთავრესად სტატისტიკურია. ავტორი აყენებს მთელ რიგ საკითხებს, რომელთა საბოლოო გადაჭრა შესაძლებლად მიჩნია მხოლოდ მეტი მასალის დარკოვების ექსპერიმენტალური ცდების ჩატარების შემდეგ. ამიტომაც დაკურნებას თამბაქოზე მომუშავე ქალებზე აგრძელებს და ცდებიც ცხოველებზე ზოგიერთი საკითხის გამოსარკვევად დაყენებული აქვს. თავის მასალის და ლიტერატურული ცნობების მიხედვით ავტორი ფიქრობს, რომ პროფმანებლობა, როგორც ეტიოლოგიური მომენტი ამა თუ იმ სნეულების გამოსაჩენად, მისაღებია და მიეწერება, როგორც წარმოებაში ხმარებულ შხამიან ნივთიერებას, ისე წარმოების წესს და შრომის პირობებს. პროფსნეულების გამოწვევაში დიდი მნიშვნელობა ყოფაცხოვრებისა, უპირველად მნიშვნელოვანია კონსტიტუციონალური მიდრეკილება.

პროფმანებლობის ნიშნები უფრო ადრე დედაკაცებში ჩნდება და ეხება როგორც მთელ ორგანიზმს, ისე ცალკე ორგანოებს, ავტორის მასალით მომუშავეთა უმთავრეს კონტრიგენტს 20 — 40 წლიანები შეადგენენ. მათი საწარმოო სტაქი უმეტესად 10 — 15 წელს უდრის. მკრე არ არის რიცხვიც ახალგაზრდების (14 — 20 წლ.). პირველ ყოვლისა აღსანიშნავია სიზიზღე დევიაციისა (65,2%), რომელიც ჩნდება თითქმის ვრნიარად ჯდომით თუ ფეხზე დგომით მუშაობის დროს. თამბაქოზე მუშაობას შედეგად ყველა მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობის აშლილობაც და აკრთვევ Fluor-ის გამოჩენა, რომლებიც, ავტორის აზრით უნდა აიხსნან სხვათა შორის, როგორც ნიკოტინის ტოქსიურ გავლენით საკვერცხებზე, ისე სხეულის საერთოდ დასნეულებით.

აღინიშნება Fluor-ის და მენსტრუალურ ციკლის არევის დამოკიდებულება საწარმოო სტაქის, ყოფა-ცხოვრების და მუშაობის ხასიათისაგან. არსებობს თამბაქოს მტვერით ქსოვილის ადგილობრივი გაღიზიანებაც, რასაც შედეგად აქვს ხშირად ვულვიტების და შორისის ჩახეების გამოჩენა.

თამბაქოზე მომუშავეთა შორის ორსულობა — მშობიარობა დაქვიითებულია, სპონტანური აბორტების რიცხვი კი ამასთან შედარებით მაღალია (28,2%), მომატებულია ბავშვების სიკვდილობა 1 — 3 წლამდე (31,9%). ყველა ეს უნდა გვეფიქრებინებდეს სხვათა შორის საჩანაძათ პლასმას (Keimplasma) დაზიანებაზე ნიკოტინით. შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ნიკოტინის რძემი გადასვლასა და აგრეთვე რძის თვისებითი და რაოდენობითი შეცვლა. ავტორი როგორც ამ საკითხს, ისე სასქესო ჯირკვლზე ნიკოტინის ტოქსიურ გავლენის საკითხს დეტალურად ამუშავებს და ფიქრობს, რომ ცდების დადებითი დამთარების შემთხვევაში აუცილებელი იქნება ძუძუმწოვარ ბავშვიან დედებზე მეტი მზრუნველობის გამოჩენა, მათთვის თამბაქოს ფაბრიკებში მუშაობის აკრძალვაც კი.

ამას გარდა მიზანშეწონილი არ არის ახალგაზრდების 16 — 18 წლამდე თამბაქოს ფაბრიკებში სამუშაოდ დაშვება; ამ მხრე უნდა გაფართოვდეს შრომის კომისარიატის მიერ (საკავშირო საბჭოსი) გამოცემული დეკრეტი, რომლის მიხედვით ახალგაზრდებს ვერძალბა მუშაობა მხოლოდ მტვირთვან განყოფილებებში.

საკიროა მეტი ყურადღების მიქცევა მუშა-ქალის ყოფა-ცხოვრებისთვის მისი გაუმჯობესობის მიზნით და აგრეთვე აუცილებელია მუშაობის ზოგიერთი წესის შეცვლა-გამოსწორება. მიჩნევა დაუშვებლად სხეულის ერთი მდგომარეობაში შეჩერება, დიდი ხნობით, რის გამოც დრო-გამოშვებით მუშა ქალი სამუშაოდან დასასვენებლად უნდა იხსნებოდეს, შემდეგ შემოღება ტანთ-

ვარჯიშობისა სათანადო კორპორაციაში სავალდებულო ჩაწერით. სუსტი კონსტიტუციის მქონე ქალების განს. ახალგაზრდობის ფაზაში სამუშაოდ მიღების შეზღუდვა, განს. მტვერიან ჯანყოფილებაში. ადგილობრივი გაღიზიანების თავიდან ასაშორებლად შემოღება სპეც-საცელებისა, რაც უნდა იცავდეს გარე ნაწილებს თამბაქოს მტვერის შეყრისაგან.

შეთვთვებით მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ: გ. კვიციანიშვილი, ნ. ტურიაშვილი, გ. ცქიმიანაური, პროფ. ი. თიკანაძე, ნ. გეგეჭკორი, გ. მღებრიშვილი; არსებითად კი გამოვიდნენ გ. ცქიმიანაური, გ. მღებრიშვილი, დოც. ბ. ლოლობერიძე, პრ.-დოც. ნ. მახვილაძე.

რომ პროფესიონალური მანებლობასთან ბრძოლაში ფიზიკური კულტურა ძლიერი და ნამდვილი საშუალებაა, ამას ნათლად შეეხო თავის არსებით სიტყვაში გ. მღებრიშვილი, რომელმაც შემდეგი განაცხადა:

მე ვსარგებლობ შემთხვევით და მინდა შევეხო მოხსენების იმ ნაწილს, სადაც ქალის პროფმანებლობასთან ბრძოლის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა რიგში, აღნიშნულია აგრეთვე ფიზიკური ვარჯიშობა.

პროფმანებლობის და მასთან ბრძოლის საკითხი საბჭოთა სინამდვილის პირობებში დღის წესრიგში სდგას და მნიშვნელოვან საკითხად ითვლება, ვინაიდან მას აქვს არა მარტო პროფილაქტიკური ხასიათი მშრომელთა ფართო მასების გაჯანსაღების ხაზით, არამედ ამასთან ერთად ეს საკითხი მკიდრით არის დაკავშირებული შრომის ორგანიზაციის და შრომის ნაყოფიერების ამოცანებთან და თვით მშრომელთა არსებობის პირობებთანაც კი.

სტატისტიკური ცნობებიდან ჩვენ ვხედავთ, რომ შრომის პროფესიონალურ მანებლობას, შედარებით მამაკაცთან, ქალი უფრო მეტად განიცდის.

მაგალითად ლეიპციგის ადგილობრივ სამკურნალო სალაროს ცნობებით ყოველ მათ 10.000 წევრზე ხვდება:

|   | დედაკ.-შორის | მამაკ.-შორის |
|---|--------------|--------------|
| სასუნთქი ორგანოების დაავადება. . . . .          | 563          | 481          |
| ფილტვების ქლეტი. . . . .                        | 77           | 63           |
| საერთო გაუნეითარებლობა. . . . .                 | 0,2          | 121          |
| სისხლნაკლოვანება . . . . .                      | 28           | 676          |
| საკმლის მომწელებელ აპარატის დაავადება. . . . .  | 602          | 876          |
| საშარდ და სასქესო ორგანოების დაავადება. . . . . | 49           | 355          |

ამ ცხრილიდან ჩვენ ვხედავთ, რომ მამაკაცთან შედარებით, დედაკაცი მომეტებულად განიცდის განეითარების, სისხლნაკლოვანების, საკმლის მომწელებელ და სასქესო ორგანოების დაავადებას. მაშასადამე, ამ ორგანოების გამაკრებას და განეითარებას უნდა მიეცეს განსაკუთრებული ყურადღება, რა მიზნითაც გამოყენებული უნდა იყოს ფიზიკური კულტურა ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით და ტანვარჯიშობა, როგორც ფიზკულტურის ერთ-ერთი სახე.

პროფესიები, რომლებიც დაკავშირებული არის შხამიან პროდუქტების გამოყოფასთან, მოქმედობენ ქალის ორგანიზმზე უფრო ძლიერ ვიდრე მამაკაცისაზე.

მუშაობა ამგვარ წარმოებებში, როგორც ჩვენ ვიცით, გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ქალის ჯანმრთელობაზე, არამედ მოქმედობს აგრეთვე ნაყოფის ცხოველმყოფელობაზეც.

სტატისტიკური ცნობები ჩვენ გვაწვდიან შემდეგს: როდესაც სხვა პროფესიებში 1.000 მშობიარობაზე საშუალოდ მოდის 30 მკვდრად შობილი, ქიმიურ მავნე წარმოებებში მომუშავე ქალებს 1.000 მშობიარობაზე მოდის 150 — 170 მკვდარი დაბადებული.

ქალები მომეტებულად მუშაობენ საფეიქრო, თამბაქოს და სამკერვალო წარმოებებში. როგორც ვიცით პროფმაგნებლობასთან ბრძოლის ორგანიზაციის დროს პირველი ისმება მუშის ჯანდაცვის საკითხი და ვინაიდან პროფმაგნებლობა ქალის ორგანიზმს უფრო მეტად ემზნევა, ვიდრე მამაკაცისას, ამიტომ ქალის ჯანდაცვის საკითხს განსაკუთრებული ყურადღება აქვს მიქცეული.

რასაკვირველია ჰიგიენურ ღონისძიებებს, ჩვენ გვერდს ვერ აუხვევთ და ეს ღონისძიებანი პირველ რიგში უნდა იყოს გატარებული, მაგრამ პროფმაგნებლობასთან ბრძოლა შეუძლებელია მხოლოდ ამით ამოწყოთ.

მომხსენებელმა გამოიკვლია თამბაქოს ქარხნის მუშა-ქალები და აღნიშნა მათ ორგანიზმში სხვადასხვაგვარი ცვლილება — გადაზრანი, რაც პროფესიის ზეგავლენითაა გამოწვეული. ისმება საკითხი: რით შეგვიძლია მათი შევლა გარდა სან-ჰიგიენურ ღონისძიებებისა.

ამასთან ერთად უნდა ვიზრუნოთ, რომ გავამაგროთ და განვავითაროთ თვით ორგანიზმში მუშისა, რადგან ვიცით, რომ რაც უკეთაა განვითარებული ორგანიზმი, მით მეტია მასში მარქაფი ძალა, მით ნაკლებ ექვემდებარება შრომის მავნე ზეგავლენას. ამგვარად პროფმაგნებლობასთან ბრძოლა უნდა ვაწარმოოთ ორი მიმართულებით: ერთის მხრით ჰიგიენური ღონისძიებანი და მეორეს მხრივ ორგანიზმის განვითარება — გამაგრება. აქ ისმება ფიზიკური კულტურის გამოყენების საკითხი, საკითხი თუ ფიზიკური კულტურის როლელ სახის საშუალებით შეგვიძლია ვისარგებლოთ აღნიშნულ პროფმაგნებლობასთან ბრძოლაში.

ფიზკულტურულ ღონისძიებათა შორის უპირატესობა უნდა მიეცეთ ისეთს, რომელიც ერთის მხრივ აძლიერებს რა ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლას, სისხლის მიმოქცევს და სუნთქვას, ხელს შეუწყობს და დაჩქარებს სხეულიდან მავნე პროდუქტების გამოყოფას და მეორეს მხრივ კი განავითარებს იმ კუნთთა ჯგუფებს, რომელნიც დაზღასთან ჩვეულებრივი მუშაობის დროს არ მოქმედობენ და მასასადამე განვითარებელნი რჩებიან.

ამ შემთხვევაში მივაქცევთ ყურადღებას იმ გადაზრებს, რომელიც გამოწვეულია ქალის ორგანიზმში მუშაობის დროს სხეულის ერთგვაროვან და იძულებითი მდგომარეობით. ჩვენ ვიცით თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალის სპეციფიურ ავადმყოფობის წარმოშობაში მუცლის პრესიის და მცირე მენჯის კუნთების სისუსტე-განვითარებლობის ცილებს.

თანამედროვე მუშა-ქალის პროფესიაში თითქმის არ ღმდის ისეთი სახის შრომა, რომელშიც მუცლის, წელ-ზურგის და მცირე მენჯის კუნთები ლებულობდენ მონაწილეობას, და აი სწორედ ეს კუნთები ჩამორჩებიან თავის განვითარებაში.

ყველა ამ ნაკლოვანების გამოსასწორებლად წარმატებით შეიძლება ვებრძოლოთ რაციონალურად ჩატარებულ სპეციალურ სახის ტანვარჯიშობით.

ამგვარ ღონისძიებათა რიცხვს ეკუთვნის 1) საკორექციო ხასიათის ფიზიკური ვარჯიშობანი რომელიც მოითხოვს შესაფერ და განსაკუთრებულ პირობებს და 2) ბუნებრივი მოძრაობანი, როგორცაა რბენა, ხტომა, სპორტიულ ხასიათის სხვადასხვა ვარჯიშობანი; მოძრავი თამაშობანი და სხვა. უკანასკნელი სახის მოძრაობანი კი შეიძლება ჩატარებულ იქნეს წარმოებებში დასვენების დროს.

ამ ვარჯიშობიდან საგრძნობი შედეგების მისაღებად რასაკვირველია, აუცილებელ პირობად უნდა იყოს მეცადინეობა ჰაერზედ, ცუდ ამინდში კი ფართე ფანჯრებ ღია დარბაზში.

ეს განსაკუთრებით ეხება იმ წარმოების მომუშავეთ, სადაც შხამიან პროდუქტების გამოყოფას აქვს ადგილი.

აქ ჩვენ ვსვამთ ფიზიკური კულტურის გამოყენების საკითხს როგორც პროფილაქტიკის ერთერთ საუკეთესო მეთოდს ქალთა სხვადასხვა დაავადებასთან საბრძოლველად, როგორც უძლიერეს საშუალებას პროფმაგნებლობის შესამცირებლად, როგორც საუკეთესო საშუალებას მშრომელთა მასიურ გაჯანსაღებისას.

რათა სხეული ფიზიკური მუშაობის დროს მიზანშეწონილად და შესაფერისად იყოს დატვირთული, რათა ხდებოდეს აღრიცხვა ვარჯიშობის სხეულზე ზეგავლენისა, ფიზკულტურა ქალთა შორის აუცილებლად საექიმო-გინეკოლოგიურ კონტროლის ქვეშ უნდა სწარმოებდეს. უამისოთ შეუძლებელია გადაწყდეს საკითხი იმის შესახებ, საჭიროა ან და შეიძლება თუ არა ქალმა (განსა-



კუთრებით თუ სქესობრივ ცხოვრებას განიცდის) მიიღოს მონაწილეობა ფიზკულტურაში და სახელდობრ მის რომელ ს ხეში.

ჩვენში, ფიზკულტურა როგორც სამკურნალო პროფილაქტიური იდეა ძლიერ ახალია. არაა შეთვისებული ისე, როგორც საბჭოთა რუსეთში, თუმცა ეს საჭივ ჯერ ჯერობით იკაც არ სდგას ჯეროვან სიმაღლეზე.

უნდა ვიმედოვნოთ, რომ ჩვენს სამეცნიერო-საექიმო აზრი არ დასტოვებს უყურადღებოთ ამ ახალ და ფრიად ღირსშესანიშნავ დარგს, რომელსაც პროფილაქტიურ ღონისძიებათა შორის ცენტრალური ადგილი უკავია, და სამეცნიერო ჩირაღდნით შეიარაღებული ნათელყოფს მის ბნელ და ჯერ კდევ მიუწვდომელ ადგილებს.

დროა — ჩვენც მივაქციოთ სათანადო ყურადღება ფიზკულტურის საკითხებს და გაკადღიროთ მუშაობა ფიზკულტურის ფრონტზე, განსაკუთრებით დღევანდელ მომენტში, როდესაც ზუთწლიან გეგმით გათვალისწინებულ მუშაობის შესასრულებლად ქალთა უფრო ფართო მასა იქნება ჩაბმული საწარმოთა შრომაში.

უკანასკნელი სიტყვით უპასუხა მოკამათე პრ.-დოც. მ. მგალობელმა, მხოლოდ საბოლოო სიტყვით პროფ. ა. ალადაშვილმა აღნიშნა ის მნიშვნელობა, რომელიც უნდა მიეკუთვნოს მოხსენებას, რომელიც როგორც ერთი ნაწილი არის შედეგი პროფსნეულებათა ინსტიტუტის მუშაობისა. თავმჯდომარე მადლობას უხდის მომხსენებელს ფრიად საინტერესო მოხსენებისათვის.

სადმინისტრაციო ნაწილში დამტკიცებულია საზოგადოების წევრებად: 40. ნიკოლოზ კიკინაძე, 41. დავით მამამთავრიშვილი. სხდომა დაიხურა 10 ს. 56 წ.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მორიგი მეთექვსმეტე სხდომა შესდგა 1929 წლის 19 დეკემბერს. სხდომა დაიწყო 8 ს. 10 წ. დაესწრო 59 წევრი და 63 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა თავმჯდომარის მოადგილე პროფ. ვლ. ქლენტი.

პირველი მომხსენებელია პროფ. ი. ქუთათელაძე, რომელიც აკეთებს ზედიზედ ორ მოხსენებას:

1) ახალი რეაქცია აპომორფინის აღმოსაჩენად და 2) ახალი რეაქცია სტრიქინის აღმოსაჩენად.

ავტორი თავის მოხსენებაში აღნიშნავს რა იმ სიძნელეს, რომელსაც ადგილი აქვს საზოგადოდ აღკალიდების არსებობის დამტკიცებისას; ეხება კერძოდ აპომორფინის აღმოსაჩენ რეაქციებს, აღნიშნავს მათ ნაკლს და ამავე დროს მიუთითებს მის მიერ მოწოდებულ რეაქციაზე.

ავტორის მიერ მოწოდებული აპომორფინის იგივეობის რეაქცია მდგომარეობს შემდეგში:

ფ. იფურის ფინჯანში ათავსებს სინდიის ქანგის ნიტრატს ხსნარის, 0,3 ცმ-ს უმატებს აპომორფინის ხსნარის 1 წვეთს და აწარმოებს ფინჯანის გადაქან-გადმოქანებით სითხის შერევას, ღებულობს აგურისფერ სითხეს, რომელსაც ოდნავ იის ფერი გადააკრავს. შემდეგ უმატებს ქლორწყალბადმეცას  $\frac{2}{1}$  N ხსნარის 1 წვეთს და კვლავ აწარმოებს ფინჯანის გადაქან-გადმოქანებით

სითხის შერევას. გამოეყოფა იის ფერი ნალექი. თანახმად ავტორის მოხსენებისა, ამ რეაქციით შესაძლებელია აღმოჩენა აპომორფინის 0,0000025 გრამისა. რეაქციას არ უშლის ხელს მორფინი, დიონინი, ჰეროინი. კოდეინი, სტრიქინი, ბრუკინი, პაპავერინი, კოკაინი და ატროპინი. აპომორფინის დამტკიცება შეიძლება მის ისეთ ხსნარებშიაც, რომლებიც შეიცავენ ქლორწყალბადს მხოლოდ თუ უკანასკნელის რაოდენობა არ აღემატება 0,5% -ს. აპომორფინის აღმოსაჩენად საჭირო რეაქტივს ამხადებს შემდეგ ნაირად:

ვერცხლის ნიტრატის 20 გრამს ხსნის გამოხდილწყლის 20 ცმ-ში, მერმე ხსნის ორქლორ სინდიის 1,598 გრამს გამოხდილ ცხელ წყლის 50 ცმ-ში და პირველ სითხეს ასხამს ჯერ კდედ თბილ მეორე სითხეში. შენარებს აბზობს და ურევს მინის ჩხირს რომ ხელი შეუწყოს ნალექის მთლიანად დაღვქვას და სითხის გამკვირვალების შემდეგ სწურავს საწურ ქალაღდში. ამრიგად დღებულობს სინდიის ქანგის ნიტრატის ხსნარს.

ამომორფინზე ახლად აღმოჩენილ რეაქციის წარმოებისას ავტორმა შეამჩნია რომ სტრიქონის ნიტრატი რაოდენიმე წუთის გასვლის შემდეგ იძლევა ლაბისმაგვარ მასას. დაინტერესებული ამ რეაქციით მან აწარმოვა მთელი რიგი დაკვირვებებისა და მივიდა იმ დასკვნამდე რომ სტრიქონის აღმოსაჩენად შეიძლება მოხმარებულ იქნეს 5%-იანი ხსნარი ორქლორ სინდიცის; ორქლორ სინდიცის ასეთი ხსნარი იძლევა სტრიქონის როგორც ნიტრატთან ისე სულფატთან ლაბისმაგვარ მასას თუ რომ რეაქციას შემდეგ ნაირად ვაწარმოებთ: პრობირში ათავსებენ ორქლორსინდიცის 5%-იან ხსნარს 0,3 cm.-ს უმატებენ სტრიქონის ნიტრატის 0,2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-იან ხსნარს რამოდენიმე წუთის, შენაჯღრევენ და უმატებენ ქლორწყალბადმეყვის  $\frac{2}{1}$  N ხსნარს 1 წუთის ფრთხილი შექანებით აწარმოებენ სითხის შერევას და სტოვებენ წყნარად 25-8<sup>0</sup>-იან C-ით ტემპერატურაში. 3-4 წუთის გასვლის შემდეგ შევას ხევაგლენით წარმოებული თეთრი ფერის, ამორფიული ხასიათის ნალექი ჰრება და ვღებულაობთ ლაბას. რამოდენიმე ათეული წუთის შემდეგ მიღებული ლაბა იქცევა სითხედ და გამოეყოფა ნემსისებრი კრისტალები. ლაბა მიიღება იმ შეთხვევაშიც, როდესაც სტრიქონის ნიტრატის რაოდენობა 0,001 გრამს უტარის მხოლოდ ამ შემთხვევაში ლაბა იკრიბება პრობირის ფსკერზე და გვერდზე. თუ რომ სტრიქონის ნიტრატის რაოდენობა 0,002 გრამს უდრის ან უფრო მეტია, იმ შემთხვევაში ლაბა იმდენად მკვრივია რომ ვარ გადმოიქცევა. როდესაც სტრიქონის ნიტრატის მცირე ნაწილია მაგალითად: 0,0002 გრებულაობთ მეყვის მიმატების შემდეგ სიმღვრივეს რომელიც რამოდენიმე წუთის შემდეგ ჰქრება.

მოხსენების ირგვლივ შეკითხვებით გამოვიდნენ: პროფ. ი. თიკანაძე, სტუდ. ვ. კაციტაძე.

საბოლოო სიტყვაში პროფ. ქ. დენტმა აღნიშნა ის ფრიად დიდი მნიშვნელობა ამ ახალ რეაქციების აღმოჩენით, რაც უშეკვლად ღირსშესანიშნავად უნდა ჩაითვალოს.

საზოგადოების სახელით თავმჯდომარე მადლობას უხდის მომხსენებელს.

შემდეგი მოხსენებით გამოდიან არდ. ახვლედიანი და ლ. ჩიქოვანი „ვაგინალური მიკროფლორა მთაში.“

ცნობებს საშოს ფლორის პათოგენურ მნიშვნელობის შესახებ და მის მიკრობიოლოგიურ შესწავლას აქვს უაღრესად აქტუალური მნიშვნელობა ქალთა სასქესო სფეროს წონასწორობის შენარჩუნებაში. საშოს ფლორის მიკრო და ბაქტერიოკოპიული სურათის მიხედვით ძნელია იმის თქმა თუ რა მდგომარეობაში იმყოფება სასქესო აპარატი, ვინაიდან პარაფლორის ამ მხრივ არაა შემჩნეული, მაგვრამ თველი რიგი ავტორების დაკვირვებიდან ჩანს, რომ ვაგინალურ ფლორას დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალთა ზოგჯერ სნეულებათა გამოწვევაში. საშოს ფლორის თავისებურების ხასიათი საბოლოოდ არაა გამორკვეული მისი კვლევის მეთოდების, სუბსტრატის და ბაქტერ. ნომენკლატურის სირთულისა გამო. საშოს ფლორა დიდ ინტერესს წარმოადგენს არა მარტო ფიზიოლოგიური თვალსაზრისით და ადგილობრივ გართულების გამოწვევათა მიხედვით, არამედ უფრო საინტერესოა იმ დამოკიდებულების თვალსაზრისით, რომელსაც უკანასკნელი იწინსორგანიზმის მიმართ, საშოში წარმოებულ მანიაულაციების, ოპერაციების და სხვა მხრივ არსებულ გართულებების შემთხვევაში. ცნობილია, რომ საშოს მიკროფლორის რაოდენობითი, თვისებითი და პატოგენური ხასიათი ყოველ შემთხვევაში ერთფეროვანი არაა და ინდივიდუალურ სხვაობით განირჩევა. ვაგინალურ ფლორაზე საკმაო გავლენას ახდენს მთელი რიგ გარეგანი და შინაგანი მომენტებისა, რომელთა მიხედვით მოხსენებული ფლორა საგრძნობ მერყევ და არა მკვიდრ სახეს ღებულობს. იმის გასაცნობათ თუ რამდენად განსხვავდება ადგილობრივობის მიხედვით საშოს ფლორა ჩვენ დაკვირვებას ვაწარმოებდით ჯავახეთში 1600-1900 მეტრის სიმაღლის მქონე ადგილებში მცხოვრებ ქალებზე. გამოკვლეულ იქნა 110 ქალის (ვათხოვილის) ვაგინალური ფლორა ბაქტერიოკოპიულად. ნაცნებს ვიღებდით საშოს შუა ნაწილიდან პლატინის ჩხირით და 3-4 ისინჯებოდა გრამის მეთოდით და მეტილენის ლილით, გამოირკვა, რომ ამ ადგილებში საშოს ფლორა I და მე-II ხარისხის სიჭიმინდის იძლევა თითქმის 93% შემთხვევაში. ყველა ამ პროცენტებში ჰპარობს ვაგინალური ჩხირები და კავები ნაკლები ინტენსიობით მოჩანან, დანარჩენ პროცენტებში შემჩნეულია შერეული მე III ხარისხის ფლორის

სიკარბე. სტრუბტოკოკები იშვიათად მოიპოვება (3 შემთხვევა) სტაფილოკოკები საკმაო რაოდენობის პროცენ ნიღვეა მაგრამ ორივე უკანასკნელი სახის პათოგენური აგენტები (სტრუბტოკოკები და სტაფილოკოკები) გაცილებით უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე ეს სხვა მკვლევარების ცნობათა მიხედვით ჩანს.

უკანასკნელისა გამო ვფიქრობთ, რომ მთის მოსახლეობაში გინეკოლოგიურ ავადმყოფობათა მცირე პროპორცია და მიკროორგანიზმების ნიადაგზე სხვადასხვა სახის გართულებათა შედარებით ნაკლები რაოდენობა ნაწილობრივ, მიკროფლორის სიღარიბითაც უნდა აიხსნას. ამავე დროს მთაში მცხოვრებთა ორგანიზმის თვით დაცვითი და შემოქმედებითი უნარიანობას უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე ინფექციურ პროცესების აღმძვრელ აგენტების ვირულენტობას და პქტივობას.

შეკითხვებით მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ ფ. ფიფია, პროფ. ი. თიკანაძე.

საბოლოო სიტყვაში პროფ. ვ. ჟღენტი აღნიშნავს იმ გარემობას რომ მაშინ როდესაც ზოგიერთი ამხანაგები მხოლოდ ქალაქ ადგილას ეწევიან სამეცნიერო მუშაობას, მომსწინებლები ამ შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი ამხ. ახვლედიანი აწარმოებენ ამ სამეცნიერო მუშაობას ზაფხულში ქალაქიდან გადასვლით მთაში, რასაც უმეტესად დიდი მნიშვნელობა აქვს ჩვენი ხალხის დაავადების შესწავლისათვის მთაში. ამის გამო საზოგადოების სახელით თავმჯდომარე მადლობას უცხადებს მომსწინებლებს.

შემდეგი მოხსენებით გამოდის პრ.-დოც. ვლ. ცეცხლაძე.

„13 და 14 წლის ქართველი ბავშების ფიზიკური განვითარება.“

1929 წელს სრულიად საქართველოს ექიმთა კონგრესზე ჩემ მიერ წაკითხული იყო მოხსენება ქართველი ბავშების ფიზიკური განვითარების შესახებ. თავის მოხსენებაში მაშინ მე შევეხე ქართველ ბავშებს მხოლოდ 6 — 13 წლამდის, ვინაიდან ბავშების სხვა ასაკის საკმაო მასალები იმ დროისთვის ჩვენ დაგროვილი არ გვქონდა. ამავე წლის განმავლობაში ლაბორატორიაში მუშაობის დროს დაგროვდა ანტროპომეტრიული ცნობები 13 და 14 წლიანების ორთავე სქესის ქართველი ბავშების შესახებ და ჩვენ შევეცადეთ ეს მასალა დაგვემუშაებია ვარიაციული სტატისტიკური მეთოდით და აქედან გამოვეყვანა სათანადო დასკვნები.

ამ ასაკის, ესე იგი 13 და 14 წლიანების ბავშების ფიზიკური მდგომარეობა ისე, როგორც წინა წლების ბავშების შესახებ იყო აღნიშნული, დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე და ენდოგენური ფაქტორებიდან. მაგრამ 13 და 14 წლიდან ბავშების ცხოვრებაში განსაკუთრებულ როლს თამაშობს სქესობრივი განვითარების ხანა, რომელიც სხვათა შორის გარკვეულ დაღს ასვენს ბავშის ფიზიკურ მდგომარეობას. როგორც პირველ წერილში გვქონდა აღნიშნული, ეს ხანა ქართველ ბავშებისათვის იწყება 11 — 12 წლიდან. ამის გამო ამ წლებიდან ქართველ ვესს და ქალს შორის ფიზიკური განვითარების მხრივ იცვლება ურთიერთობა — ქალი უსწრებს ვესს ისეთი ფიზიკური თვისებით, როგორც არის წონა, სიმაღლე და გულმკერდის გარშემოწერილობა და სხვა. ესლა ენახათ როგორ მიდის 13 და 14 წლიანების ქართველი ბავშების ეს განვითარება და რა განსხვავებაა ამ მხრივ ვესსა და ქალს შორის.

საკვიროდ ცნობთ აქვე აღნიშნათ, რომ ჯერ კიდევ ჩვენ არ გვაქვს ისეთი დიდი სტატისტიკური მასალა, რომ შეგვეძლოს გარდამწყვეტი ხასიათის დასკვნები გამოვიყვანათ. აგრეთვე ჯერ კიდევ მასალის უქონლობის გამო ვერ შევძლეთ ამ წლების (13 და 14) ბავშები სოციალური მდგომარეობის მიხედვით დაგვეყვო და თითოეულ კლასის ბავშები ცალკე გაგვეჩია. ამას ჩვენ მოვანდენთ ახლო მომავალში, როცა საკმაო სტატისტიკური მასალა დაგვიგროვდება, ეს ჩემ მიერ მოწოდებული ცნობები თუმც შედარებით მცირე რიცხვზე არის დამყარებული, მაგრამ ინტერეს მოკლებული მაინც არ უნდა დარჩეს, ვინაიდან, როგორც პირველ წერილში ვამბობდი ლიტერატურაში ქართველი ბავშების ფიზიკური განვითარების შესახებ არავითარი წყარო არ არსებობს.

სიმაღლის შესახებ მიღებული ცნობების მიხედვით შეგვიძლია გამოვიყვანოთ შემდეგი დასკვნები.

1. 13 წლის ვაჟი სიმაღლით ნაკლები არის ამავე წლის ქალზე.

2. 14 წლის ვაჟი ნაკლები არის ამავე წლის ქალზე, მაგრამ აქ ამ მხრივ განხვევა მათ შორის კლებულობს, მაგალითად, 13 წლის ვაჟი ნაკლებია ამის უფრო 2,83 სანტიმეტრით, ხოლო 14



წლის ვაჭი ნაკლებია ქალზე 1,83 სანტიმეტრით. მაშასადამე წლოვანება მომატებით 14 წლიდან უკვე კლებულობს ქალის გადაჭარბება ვაჭზე.

რაც შეეხება სიმაღლეს ჯდომარე მდგომარეობაში ჩვენ შეგვიძლია შემდეგი დასკვნები გამოვიყვანოთ:

1. 14 წლის ვაჭი აგრეთვე ნაკლებია იმავე წლის ქალზე; მაგრამ 13 და 14 წლის ვაჭების ფეხის სიგრძე ნაკლებია ამავე წლების ქალების ფეხის სიგრძეზე, ხოლო აქაც 14 წლიდან ვაჭსა და ქალს შორის ეს განსხვავება ნაკლები არის, ვინემ 13 წლიანებს შორის.

წონის მხრივ 1) 13 წლის ვაჭი ნაკლებია იმავე წლის ქალზე. 2) აქაც ამავე მოვლენას ვამჩნევთ, როგორც ეს სიმაღლის შესახებ დავინახეთ, ესე იგი 13 წლის ვაჭსა და ქალს შორის მეტი არის ეს განსხვავება, ვინემ 14 წლიანების შორის, ესე იგი, 14 წლიდან ვაჭი ქალთან შედარებით უფრო ინტენსიურად ვითარდება და იწყებს ქალისადმი მიღწევას.

გულმკერდის გარშემოწერილობის შესახებ მიღებული ციფრების მიხედვით ჩვენ შემდეგი დასკვნის გამოყვანა შეგვიძლია: 13 და 14 წლის ვაჭები ნაკლები არიან იმავე წლების ქალებზე. აქაც განსხვავება მე-14 წელში ნაკლებია 13 წელთან შედარებით.

თავის გარეშემოწერილობის შესახებ ჩვენ ვხედავთ, რომ, პირიქით, ამ მხრივ ვაჭები სჭარბობენ ქალებს, სახელდობრ, 13 წლის ქალსა და ვაჭს შორის განსხვავება არის 1,0, ხოლო 14 წლის ვაჭსა და ქალს შორის ეს განსხვავებაა 0,58.

მიღებული ციფრებიდან სჩანს, რომ კიდურების გარშემოწერილობა (მხრის, ბარძაყის და წვიგის) 13 და 14 წლის ქალებს მეტი აქვს, ვინემ ვაჭს.

სპირომეტრიის დროს როგორც ვხედავთ მიღებული ციფრებიდან 13 წლის ვაჭის ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობა ნაკლები არის იმავე წლის ქალის მოცულობასთან შედარებით, მაგრამ მე-14 წელში ვაჭი ამ მხრივ უკვე ქალს უსწრებს.

დინამომეტრიის დროს მიღებული შედეგების მიხედვით კუნთოვანი სისტემის სიძლიერის შესახებ ჩვენ ვხედავთ, რომ საზოგადოთ ორივე წლების ვაჭები (13 და 14 წლ.) სჭარბობენ ქალებს, მაგრამ 13 წლის ვაჭი სჭარბობს მეტად, ვინემ 14 წლის ვაჭი.

შემომოყვანილ ანტროპომეტრიულ მასალებიდან ჩვენ შეგვიძლია შემდეგი დასკვნა გამოვიყვანოთ 13 და 14 წლიან ქართველი მოზარდების შესახებ:

1. ისე როგორც შენიშნულია ევროპაში და რუსეთში, ვაჭების და ქალების ფიზიკური განვითარება ქართველ ბავშვებში საზოგადოთ ერთნაირი თავისებურებით მიდის, ესე იგი, ზოგიერთი შემთხვევაში 13 და 14 წლის ვაჭები ფიზიკური განვითარების მხრივ ჯერ კიდევ ნაკლები არიან ქალებზე, ზოგ შემთხვევებში კი — ისინი ქალებს სჭარბობენ. ამ ორ სქესთა შორის ურთიერთობა ახასიათებს იმ ხანას, რომელშიც ისინი იმყოფებიან. ეს ხანა არის სქესობრივი განვითარების დაწყების და მომწიფების დრო. სახელდობრ ქართველ მოზარდებს შორის 13 და 14 წლებში ქალი უსწრებს ვაჭს 1) სიმაღლით როგორც მდგომარეოთ, ისე მჯდომარეოთ, 2) წონით, 3) გულმკერდის გარშემოწერილობით, 4) ორთავე კიდურების გარშემოწერილობით და 5) ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობით (სპირომეტრია), ხოლო ვაჭი სჭარბობს ქალს 1) თავის გარშემოწერილობით და 2) ფიზიკური ძალით (დინამომეტრია).

2. თუმც 13 წლის ქალი სჭარბობს იმავე წლის ვაჭს სიმაღლით, წონით, გულმკერდის გარშემოწერილობით და ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობით, მაგრამ 14 წელში ეს განსხვავება კლებულობს, ესე იგი ამ ნიშნებით ვაჭი ქალს ეწევა.

3. ვაჭების ჩამორჩენა ქალებზე ზოგიერთ შემთხვევებში აიხსნება სქესობრივი ხანის განვითარების ზეგავლენით, რომელიც ერთნაირად მოქმედობს ზოგორც ევროპის და საბჭოთა რუსეთის, ისე საქართველოს ახალგაზდებზე.

და ბოლოს ორიოდ სიტყვით აღვნიშნავთ იმ გარემოებას, თუ რა პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ჩვენ მიერ მიღებულ დასკვნებს ბავშვის ფიზიკურად განვითარების საკითხის გარდაწყვეტაში. რადგანაც ჩვენ უკვე მივიღეთ 13 და 14 წლიან ბავშვების თვისებების შესახებ საშუალო არითმეტიკული და კვადრატული განხრა, ჩვენ ეხლა უკვე შეგვიძლია მათემატიკური სისწორით მივუდგეთ ზოგად ინდივიდუალურ შემთხვევაში ბავშვის განვითარების დონეს, ესე იგი, ჩვენ ეხლა შეგვიძლია ამა თუ იმ კერძო პიროვნების შესახებ გარდაუწყვეტოთ საკითხი, ნორმალურია მისი ფიზიკური განვითარება, თუ იგი ნორმას გარეშეს წარმოადგენს. გარდა ამისა, ჩვენ აგრეთვე



შეგვიძლია თვით ნორმალურ განვითარების დროს აღვნიშნოთ რა ხარისხის არის ნორმალური განვითარება, მაგალითად ავიღოთ 12 წლის ვაჟის შესახებ სრული სიმაღლე. იგი უდრის (სიმაღლე) საშუალო არიფმეტიულ ციფრის ჩვენებით 142,75 სანტიმეტრს. საშუალო არიფმეტიული განხრა ეთანასწორება 7,77 სანტიმეტრს. მაშასადამე ამ წლის ვაჟის ნორმა ტრიალებს  $142,75 - 7,77$  სანტიმეტრის რაოდენობის შორის. ამ ციფრის ზევით, ან ქვევით ჩვენ უკვე გვიქნება ბავშვის არანორმალური ფიზიკური მდგომარეობა ან პათოლოგია. ამავე დროს, იმავე კვადრატულ განხრით ჩვენ შეგვიძლია განვითარების ხარისხი გამოვიკვლიოთ თუ სიმაღლეს შესახებ კვადრატულ განხრა ეთანასწორება  $-7,77$ , ხოლო საშუალო არიფმეტიულ არის  $142,75$  სანტი, საშუალოზე მეტი ან ნაკლები განვითარება იქნება  $142,75 - 7,77 = 142,75 - 2,5 = 45,25$  (საშუალოზე მეტი) ან  $142,75 - 2,5 = 40,25$  (საშუალოზე ნაკლები). ამ ციფრების ზევით ან ქვევით ნორმის საბოლოო საზღვრამდის კი ჩვენ გვექნება სიმაღლის რაოდენობა, რომელიც ბავშვის ან კარგს, ან ცუდ განვითარებას გვიჩვენებს. ამ წესით შეგვიძლია ვიხელმძღვანელოთ სხვა ნიშნების, მაგალითად წონის, გულმკერდის და სხვების ციფრებით, როცა გვსურს გამოვიკვლიოთ ამ ნიშნების განვითარების ხარისხი.

შეკითხვებით მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ გარჩავა, ს. ძიძაძე, გ. მღებრიშვილი, მ. ნემსაძე, პ. ნანეიშვილი, ს. ლეჟავა, დ. იოსელიანი, ა. მაღალაშვილი; არსებითად კი მ. ნემსაძე, პ. ნანეიშვილი, ა. ყანჩელი, გ. მღებრიშვილი, დ. იოსელიანი.

უკანასკნელი საპასუხო სიტყვით მიმართავს მომხსენებელი პრ.-დოც. ვ. ცეცხლაძესაბოლოო სიტყვით გამოდის პროფ. ვლ. ჟღენტის, რომელიც აღნიშნავს, რომ მოხსენების საგნის დამუშავება მოითხოვდა რთულ და ზანგრძლივ დამუშავებას. მომხსენებელი სპეციალურად აწარმოებს ქართულ ბავშთა ფიზიკურ განვითარების დამუშავებას. ეს არის პირველი ცდა, ეს არის ფრიად მნიშვნელოვანი ცდა. მომხსენებელს საზოგადოების სახელით უცხადებს მადლობას.

სხდომა დაიხურა 11 ს.

**ნერვების სნეულებანი.**

*La relation du liquide cephalo — rachidien avec la temperature du corps humain considerations sur un centre regulateur.* par Alfred Gordon. Rev. Neurolog. N I. T II. 1929 წ. ავტორის ყურადღება მიიპყრო იმ გარემოებაში, რომ ზურგის ტვინის სითხის ალების შემდეგ ზოგიერთები თავს ცუდად გრძობდნენ და მათ სიცხე ემ ტებოდათ. ამ საკითხის გამოსარკვევად მან გაატარა დაკვირვება 250 ავადმყოფზე, მათ შორის 50 ბავშვი იყო. ყველა ამათ სიცხე ესინჯებოდათ ზურგის ტვინის სითხის აღებად, ალების შემდეგ კი ზუთი წამის, ნახევარ, ერთი და სამი საათის შემდეგ უმრავლეს შემთხვევაში  $t^{\circ}$ -ის აწვევა იწყება ზუთი წამის შემდეგ, შემთხვევა იყო ნახევარ საათის შემდეგაც,  $t^{\circ}$  გრძელდება 3 საათამდე და მეტე ეცემა ალების წინ  $t^{\circ}$ -ამდე.  $t^{\circ}$ -ის მომატების მაქსიმუმი უდრის  $2^{\circ}$ , მინიმუმი კი —  $0,5^{\circ}$ . რაც მეტი რაოდენობის სითხე იყო გამოღებული, მით მეტი იყო  $t^{\circ}$ -ის აწვევა და ზურგო ხანგრძლივი. მიუხედავად რამდენჯერმე ჩხვლეტისა, თუ ზ. ტ. სითხის გამოშვება ვერ მოხერხდებოდა, იმ შემთხვევაში  $t^{\circ}$  უცვლელი რჩებოდა. როცა კი სითხეს პარაკუტიდან გამოუშვებდნენ ვენტრიკულოგრაფიისა თუ სხვა მიზნით, მაშინ იღებდნენ უფრო ადრე და მეტ  $t^{\circ}$ , ვიდრე ზ. ტ. სითხის ალების დროს, მიუხედავად სითხის რაოდენობისა. ბავშვებზე დაკვირვებამ იგივე სურათი მისცა, ხოლო მეტი რეაქციით  $t^{\circ}$ -ის მხრივ.

ტემპერატურის მხრივ განსხვავება დამოკიდებული იყო ავთამყოფისაგანაც. მაგ.: ეპილეპსია და მენინგიტი უფრო მეტ რეაქციას იძლევა, ვიდრე ჰემიპლეგია. ამ დაკვირვების შემდეგ მას დაეხება საკითხი, თუ რა მექანიზმი იწვევს  $t^{\circ}$ -ის აწვევს. მას მოჰყავს ლიტერატურული ცნობები თავის და ზურგის ტვინზე ოპერაციის შემდეგ სიცხის მომატებისა და ექსპერიმენტალური ცდები და დაასკვნის, რომ ტემპერატურის მომატების მიზეზი არის შესამე პარაკუტის კედლის გამოცვლა, სადაც მისი აზრითაც არის ტემპერატურის ცენტრო მოთავსებული.

**3. ქავთარაძე**

**ქირურგია**

*В. М. Троицкий. Общий обзор случаев хирургического лечения Базедовой болезни. Новый хирургический архив. Т. XIX кн. 3. № 75 1929 г. стр. 376 — 392.* ავტორი აღნიშნავს რომ მაშინ როდესაც დასავლეთ ევროპაში და ამერიკაში იქაური დასტაქრები ათასობით ითვლიან ოპერაციებს ბაზედოვის სნეულების გამო, რუსეთისა და საერთოდ საბჭოთა კავშირის დასტაქრები მხოლოდ ათობით თუ აღნიშნავენ აღნიშნულ სნეულების დროს გაკეთებულ ოპერაციებს. მააწერს რა ოპერაციების ასეთ სიმცირეს საერთოდ ამ სნეულების გავრცელების ნაკლებობას კავშირში, ავტორი აღნიშნავს, რომ ბაზედოვის სნეულებათა შემთხვევების გამოავლება უკანასკნელ წლებში მაინც შესამჩნევადაა მოყვანილი ჩვენს ლიტერატურაში. ალბად იმასაც აქვს მნიშვნელობა ჯრომ უკანასკნელ წლებში, ენდოკრინოლოგის, როგორც მეცნიერების, სწრაფ გაფურჩქნასთან დაკავშირებით... უფრო ნათლად აღმოცნობიან ენდოკრინულ დაავადებათა ის შემთხვევები, რომელნიც წინად აღმოუჩენელი და გამოურკვეველი რჩებოდნენ დიაგნოზის მხრივ“ (გვ. 375). ავტორი იმასაც აღნიშნავს რომ ეროვნების თავისებურობასაც აქვს მნიშვნელობა ამ დაავადების დროს. მოყვანილ 55 შემთხვევიდან ავტორს ჰყოლია 5 მამაკაცი და 50 ქალი. ასაკი 13—60 წლამდე. უმეტესი დაავადებულთა ყოფილა 40-50 წლის. დაავადების სიმძიმის მიხედვით: განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევები 4, მძიმე შემთხვევები 10, საშუალო სიმძიმის შემთხვევები 26, მსუბუქი შემთხვევები 15. ოპერაციები გა-



კეთებულა შემდეგი სახის: ორმხრივი სტრუმექტომია 1, ჰემისტრუმექტომია და მეორე წილის რეზექცია 21, ჰემისტრუმექტომია და ისტექტომია 3, ჰემისტრუმექტომია და მეორე წილის ზემო ფარისებრი არტერიის გადასკვნა 3, ჰემისტრუმექტომია 16, კვანძების ამოკვეთა 4, ს.მ.ი ფარისებრი არტერიის გადასკვნა 3.

55 შემთხვევიდან გაკეთებულა 59 ოპერაცია, ვინაიდან ორ ავადმყოფს ორ-ორჯერ გაკეთდა, მხოლოდ ერთს სამჯერ. ყველა ოპერაციები წარმოებულნი ყოფილა ადგილობრივი ტკივილდადუმებით ნოვოკაინის 1% ხსნარის საშეალებით. ჰქონია სიკვდილის ერთი შემთხვევა სისხლდენისაგან. სიკვდილობა ოპერაციების მიხედვით 1,6%.

ავტორი თავისი მასალის მიხედვით შემდეგ დებულებებს აყენებს.

1. რუსული მასალა ბაზედოვის სნეულების ქირურგიულ მკურნალობის საკითხზე უკანასკნელ ხანებამდე ძლიერ უმნიშვნელო რჩებოდა და მხოლოდ უკანასკნელ წლებში მათ შესახებ მოხსენებების თუ სათანადო დაკვირვებათა ზრდის მხრივ გადახრა აღინიშნება.

2. უკანასკნელ წლებში სსრკ მოსახლეობის შორის აღინიშნება გაძლიერება როგორც საერთოდ ენდოკრინულ დაავადებათა, ისე კერძოდ ბაზედოვის სნეულების შემთხვევებისა.

3. ბაზედოვის სნეულების ქირურგიული მკურნალობა ოპერაციებით ფარისებრი ჯირკვლზე შედარებით უშიშარია, მისკა რა ავტორს სიკვდილობის მხოლოდ 1,6%.

4. ბაზედოვის სნეულების დროს თიმოლიმფური კონსტიტუციის საშიშროება ძლიერ გადამეტებულად უნდა ჩაითვალოს. მთავარი ხიფათი ოპერაციების დროს მიმე სისხლდენის შესაძლებლობაში გამოიხატება და ისიც ოპერაციის შემდეგ პირველ 24 საათში.

5. ფარისებრი არტერიის გადასკვნას როგორც ოპერაციის გზაწესს, სტრუმექტომიასთან მხოლოდ როგორც მოსამზადებელი და დამატებითი ხასიათის ღონისძიების მნიშვნელობა აქვს.

6. სტრუმექტომიამ კვანძიდან და მოსაზღვრულ ჩიყვის შემთხვევებში ჩვენ მოგვცა 93% შორეული კარგი შედეგი. სტრუმექტომიამ დიფუზურ ჩიყვების დროს 84% შედარებით კარგი შედეგი.

7. ოპერაციული მკურნალობის საბოლოო წარმატების ძირითადი მომენტად ბაზედოვიან ავადმყოფთა ნაადრევი და რადიკალური ოპერაცია უნდა ჩაითვალოს.

ი. ასლანიშვილი.

С. Л. Малиновский. К казуистике зоба. Вестник Хир. и погр. областей Т. XVII кн. 51. 1929. г. г. 113 — 118. ავტორს თავის მასალიდან — 2<sup>ე</sup> შემთხვევა, ოპერაცია ქმნილი 8 წყალბუტოვანი ჩიყვის გამო, მხოლოდ 21 ბაზედოვის ჩიყვის გამო, — მოყვას არა ჩვეულებრივი ჩიყვების 4 შემთხვევა. ერთი მაკანანი მართლაც არაჩვეულებრივი სიდიდის წყალბუტოვანი ჩიყვი და სამი ბაზედოვის ჩიყვი იშვიათი, როგორც თავისი სიდიდით, ისე ნაადრევი და სწრაფი განვითარებით სხვა ნიშნების სიმძიმის დართვით. ეს უკანასკნელი სამი ჩიყვი ეკუთვნის სამ დას, რომელთაგან ერთი დალუბვია ოპერაციის დღესვე საღამოთი. ავადმყოფი დალუბვლა ელენთას თრომბოზით, რაც გაკვეთას დაუდასტურებია. ავტორი ავადმყოფის დალუბვას უბედურ შემთხვევათ სთვლის, რაც ყოველ ოპერაციის დროს შესაძლებელია. ავტორი ამთვრებს რა თავის შემთხვევათა აწერას, ამბობს რომ „რაც გინდა ძნელი და სახიფათო არ იყოს ოპერაცია, როგორც რომ სამძიმო არ იყოს დასტაქარისათვის ავადმყოფის დაკარგვა ოპერაციის შემდეგ, მაინც დიდ ოდენობამდე მიღწეულ ჩიყვების მკურნალობა ერთია — ქირურგიული.“

ი. ასლანიშვილი.

Проф. И. Е. ТИКАНДЗЕ — К вопросу о борьбе с послеродовыми атоническими кровотечениями, при посредстве влаглищного ущемления маточных артерий. (Жур. Акуши жен. бол. за 1929 г. кн. 4, том XL). არტორს დაწვრილებით აღწერილი აქვს ლოკინობის ხანის ატონიური და პიოტონიური სისხლის დენის ეტიოლოგიური მომენტები; აღნიშნავს, რომ ერთ უმთავრეს ეტიოლოგიურ მომენტად უნდა ჩაითვალოს ასეთი სისხლისდენისათვის მოწყობის ხანის არაწესიერი ჩატარება; მიუთითებს მაზედ, რომ ამ ბოლო ხანებში ხლოგენურ აბორტის რიცხვის გამრავლებასთან ერთად, გაზრდა შემთხვევები მომყოლის და ლოკინობის ხანაში ატონიური სისხლის დენისა. ავტორს მოყვანილი აქვს %/0 სხვადასხვა რუს და დასავლეთ ევროპიელ

ავტორთა, რომ  $\frac{1}{10}$  სიკვდილობისა ატონიურ სისხლის დენის დროს საკმაოდ დიდია (Hoffman 0,4  $\frac{1}{10}$ ; Stoekel — 0,6  $\frac{1}{10}$ ) და ამავე დროს რაიმე რადიალკური საშუალება, რომლის შემწობით სწრაფად იქნეს სისხლის დენა შეჩერებული, არ მოიპოება, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ საშვილოსნოს სრულ ამოკვეთას, რომელიც ხშირად უშედეგოა და მიხანს ვერ აღწევს. რადგანაც, სანამ მელოგინეს საოპერაციოთ მოამზადებენ და ოპერაციას გაუკეთებენ, მანამდე იგი იმდენ სისხლს კარგავს, რომ ან ოპერაციის დროს, ან ოპერაციის რამოდენიმე საათის შემდეგ იღუპება მწვევე სისხნაკლებობის ნიშნებით.

ავტორი დაწვრილებით აღნიშნავს, იმ საშუალებებს, რომელსაც მიმართავენ და უნდა მიმართოს მეამნა ასეთი სისხლის დენის დროს.

ამ მეთოდთა შორის ის, მიძიე და სახიფათო ატონიური სისხლის დენის დროს, გვირჩევს Henkel-ის წესის ხმარებას (Parametriu). ეს წესი მდგომარეობს იმაში, რომ ძლიერი ტონიური სისხლის დენის დროს, სათანადო სისუფთავის დაცვის შემდეგ, ახლად მომზობიარებულ საშულოსნოს portio vaginalis ორთავე ჩარბებზედ დაადებენ Museaux მაშებს (შარდი წინაწარ უნდა იქნეს გამოშვებული), ჩამოსწევენ საშვილოსნოს ბაგეთა გარეთ და დადებულ Museaux-ს პერპენდიკულარულად დაადებენ გვერდითი თალებიდან ორთავე პარამეტრიუმის არეში Museaux-ს მაშებს იმ რიგად, რომ მაშის კბილები მოხვდება საშვილოსნოს კუნთოვან ნაწილსაც. მაშებს პირთა შორის იდება ტამპონი, რომ არ მოხდეს რბილი ქსოვილის დაჟეჟვა — მაშები რჩება დადებული 12-24 საათამდე.

ავტორს ამ წესისათვის მიუშართავს ორს მიძიე და ავადმყოფის სიცოცხლის მომასწავებელ შემთხვევაში, სადაც სხვა სისხლის შემჩერებელ საშუალებებს არაფერი შედეგი არ მიუცია, აქ Henkel-ის წესს მელოგინე სიკვდილს გადაურჩინა.

აღსანიშნავია, რომ ავტორს Museaux-ს მაშების მაგიერ უხმარია უბრალო ნაწლავების „ჟომები“ კარგი შედეგით.

გ. ლორთქიფანიძე.

Е. С. ПАВЛОВА. „Нужна ли профилактика сосков“. (Журн. Акуш. и женских болезней за 1929 г. кн. 4, том XL). ავტორი აღნიშნავს, რომ კერტების მომზადება—მოვლას დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც დედისა, ისე ნაყოფისათვის, მიუხედავად ამისა ჯერჯერობით არამც თუ არუსულს, არამედ საზღვარ-გარეთელ ლიტერატურაშიც ნაკლებად მოგვობდა ისეთი შინაარსის მქონე დაკვირვებანი, რომელიც საბოლოოდ სწვევტადეფს ამ ფრიად მნიშვნელოვან საკითხს.

აღსანიშნავია ავტორთა სხვადასხვა შეხედულება ამ საკითხის შესახებ, რომ ძუძუს კერტების დახეთქა—დაწყლულება არ მოხდეს ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს კერტების ორსულობის ხანაში მომზადებას. ერთის აზრით საჭიროა ძუძუს კერტების კანის გამამარებელი საშუალების ხმარება, მეორე კი ფიქრობს რომ საჭიროა არა გამამარებელი საშუალებანი, არამედ გამარბილებელი, მესამენი კი გვირჩევს ამ ორთავე საშუალებათ კომბინაციურ ხმარებას. ამ უკანასკნელ ხანებში გამოითქვა ის აზრიც, რომ შესაძლებელია სულაც არ იყოს კერტების მომზადება საჭირო, ვინაიდან დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ ხშირად იმ პირთ, ვინც ორსულობის დროს იმზადებდა კერტებს ლოგინობა—კების ხანაშის კერტები უსკდებათ და ისინი კი ვიც კერტების პროფილაქტიურ მომზადებას, სრულიად არ აწარმოებდენ არიან სრულიად ჯანსაღნი.

ავტორს ამ საკითხის გამოსარკვევად შეუსწავლია სულ 1000 ძუძუს მაწოვებელი და 66 ძუძუს არ მოწოვებელი ლოგინობის ხანაში მყოფნი ქალი. მის მიერ მიღებული შედეგით ირკვევა, რომ განმეორებით მშობიარეთ ძუძუს კერტთა დასკდომის  $\frac{1}{10}$  (52,84  $\frac{1}{10}$ ) მინც და მინც ბევრით არ ჩამორჩება პირველ მშობიარეთა ძუძუს კერტების დახეთქის  $\frac{1}{10}$ -ს (59, 22  $\frac{1}{10}$ ).

ავტორს მთელი თავისი მასალა გაუყოფია 3 ჯგუფად: I) ისინი ვინც ხმარობდენ სხვადასხვა კერტების გამამარებელ საშუალებებს; II ვიც კერტებს ირბილებდენ და III) ვინც ამ ორ მეთოდთა კომბინაციით სარგებლობდა.

ამ სამ ჯგუფის ავადმყოფთა მკურნალობის შედეგების შეჯამებიდან აღმოჩენილა, რომ არც ერთს მეთოდს არ აქვს უპირატესობა ერთი მეორის წინაშე, % კერტების დახეთქისა თითქმის ერთი და იგივეა,

ავტორს აქვს დაწერილებით განხილული კერტების დახეთქის ეტიოლოგიური მომენტები ქალის ხნოვანობა, კერტების არა ნორმალური ფორმა, კერტების კანის სინაზე-სითხე, ბავშვის წოვის სიძლიერე, და სხვა ასეთები და აღნიშნავს რომ ასეთს ფაქტორებს აქვს დიდი გავლენა სუძუს კერტების დაავადებაზე.

აღსანიშნავია, რომ 40 წელზე ზევით მელოგინე ქალებს, მისი მასალით, კერტების დახეთქა აღმოეჩინათ სრულ 100 %-ში.

თერაპიის მხრივ ავტორი ხმარობს I ხარისხის დაზიანების დროს 10 % Ung. Bals. peruv კარგი შედეგით. II ხარისხის დახეთქვის დროს T-rae Jodi ხსნარის წასმა და Xeroform-ის მიფქვევა და შემდეგ Ung. Bals. peruv მე-III ხარისხის დაზიანების დროს კი კერტების ნახეთქებს უსვამდა 5% Ag. Nov-შემდეგ კი, როდესაც ღრმა ნახეთქები მორჩენას იწყობდენ, უსვამდა Ung. Bals. peruvian. ყოველ ძუძუს კერტების დახეთქის შემთხვევაში კერტებს ეფარებოდა სტელიჯრი ტილოს საფენები.

ავტორი ფიქრობს, რომ, ძუძუს კერტებს დაზიანებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით ძუძუს და მისი კერტების შენებას. გარდა ამისა მას. თუ რა პროცესები ხდება თვით ძუძუში ორსულობის პერიოდში, როგორც Stria gravid. შეიძლება ჰქონდეს ერთს და არ ჰქონდეს მეორეს და ამის მიზეზი კი ჩვენ არ ვიცით. ასევე უნდა ვიფიქროთ კერტების დაზიანება-დაუზიანებლობის შესახებაც.

ავტორი მისი მასალის შესწავლით იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ძუძუების პროფილაქტიკური მომზადება ორსულობის ხანაში სრულიადაც არ არის საჭირო.

გ. ლ ო რ თ ქ ი ფ ა ნ ი ძ ე .





# ბიბლიოგრაფია.

Нервная система в биологии и патологии женской половой сферы. Проф. М. С. Маргулис и д-р Е. Н. Кватер. Цена 4р. 50 к. Москва. 1929 г. ორ სპეციალისტს ნევროპათოლოგსა და გინეკოლოგს ერთად შეუდგენიათ ეს წიგნი, სადაც აშკარათ სწანს კავშირი ნერვულ სისტემასა და ქალის სასქესო ორგანოების ბიოპათოლოგიურ პროცესთა შორის. ავტორები შესავალში სამართლიანად აღნიშნავენ, რომ ქალის სასქესო ორგანოების დაავადებას შეუძლია ვეგეტატიური ტონუსის დარღვევა და რომ ქალის სასქესო სფეროს ბიოპათოლოგიაში მჭიდროთაა დაკავშირებული ორი რიგი მოვლენებისა — სომატიური და ფსიქიური; ეს უკანასკნელი მოქმედობს ფიზიოლოგიურ პროცესებზე ქალის სასქესო სფეროში ვეგეტატიურ — ენდოკრინულ სისტემების საშოალებით და, პირიქით, ვეგეტატიურ წონასწორობის დარღვევა ორგანიზმში თავის მხრივ იწვევს ფსიქიკაზე მოქმედებას.

მთელი წიგნი შეიცავს 416 გვ. და დაყოფილია 12 ნაწილად. პირველ ორ თავში მოცემულია ქალის სასქესო ორგანოების ანატომია და ფიზიოლოგია, სადაც განსაკუთრებული ყურადღება აქვს მიქცეული ქალის სასქესო ორგანოების რეფლექსებს: საშილონოსი, აშოსი, ძუძუებისა, კლიტორის და დაცვაით სასქესო რეფლექსს. შემდეგ თავებში გარჩეულია კავშირი და მოქმედება ენდოკრინო-ვეგეტატიური სისტემებისა ქალის სასქესო სფეროზე; ფსიქო-ნერვული წონასწორობის დარღვევა ქალის სასქესო ორგანოების ფიზიოლოგიურ მოქმედებაში, ნერვიული სისტემის მნიშვნელობა ქალის სასქესო სფეროს პათოლოგიაში, ფსიქიური და ნერვული დაავადებანი ორსულობისას; ცენტრალური და პერიფერული ნერვული სისტემის დაავადება მშობიარობის შემდეგ; მგრძობელობისა და მოძრაობის მოშლა ქალის სასქესო სფეროს დაავადების დროს; ცენტრალური და პერიფერული დამპლები და მგრძობელობის მოშლა მცირე მეწვის ფაზარ ქსოვილში ინფექციური ანთებითი პროცესის დროს; ქალის სასქესო ორგანოების დაავადების მოქმედება ნერვულ სისტემაზე, სქესობრივი აქტის პათოლოგია და ქალის ნერვული სისტემა. ჩვენება მუცლის მოწყვეტის და დროებითი თუ მუდმივი სტერილიზაციის ფაქტო ნერვული სფეროში დაავადებისას.

როგორც ამ მოყვანილ სათაურებიდან სწანს, ავტორები ვრცლად ასრულებენ მათ მიერ დასახულ მიზანს და მკითხველს აძლევენ საკმაო ცნობებს ფრად საკირო საკითხების გასაშუქებლად, განსაკუთრებულ გულმოდგინეთ და ვრცლად არის აღნიშნული ვაგო-სიმპატიკუსის მდგომარეობა ქალთა სასქესო სფეროს დაავადების დროს. ისინი დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის წონასწორობის დარღვევის გავლენას საშილონოს ანორმალურ მდგომარეობაზე. მათი აზრით, ყველა ნიშნები, რომლებიც თან ახლავთ retro — versio — flexio uteri-ს, დაკავშირებულია ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის გამოცვლასთან და ქალთა სასქესო სფეროში ვეგეტატიულ ნერვულ სისტემის, თავის ფუნქციის მოშლით. შეუძლია სხვა ორგანოებში მთელი რიგი მოშლილობათა გამოიწვიოს. ძნელია ყველა მათი საინტერესო აზრების მოყვანა. და მსურველს ვურჩევთ თვით წიგნს გაეცნონ, ხოლო ჩვენ შევხებებით ზოგიერთ სადავო ადგილებს. 301 გვ. ნათქვამია: „ეპიდემიურ ეცეფალიტიანი ქალები მშობიარობის შემდეგ უაუესდებიან, ე. ი. მთ ემართებათ პარკინსონიზმს მოვლენებით“. ავტორის აზრით ორსულობას და მშობიარობას ენცეფალიტის ლატენტური ფორმის მოჰყავს აქტივობაში. ასეთი მტკიცება სადავოა, რადგან ჩვენ ვიცით არა ერთი შემთხვევა, როცა თითქმის მორჩენილ ენცეფალიტიანს, რამდენიმე წლის შემდეგ განუვითარდა პარკინსონიზმი, ხოლო ორსულობაში — მშობიარობა იქ არაფერ შეუშინ არ იყო. ამჟამათ შეიძლება იმის თქმა, რომ თვით ენცეფალიტი უფრო ხშირად ქრონიკულად მიმდინარეობს, შემდეგ წლბში იძლევა ახალ დამატებითი ნიშნებს, განსაკუთრებით პარკინსონიზმის სინდრომს. ასეთია ეპიდემიურ ენცეფალიტის თვისება.



აგრეთვე მტკიცება შენდევ წინადადების: „Злоупотребление алкоголем и сифилис, весьма часто сопровождающиеся половыми эксцессами, без сомнения являются истинной причиной табеса“, არ არის მისაღები, რადგან ვიცით უამრავი შემთხვევა, როცა არც ალკოჰოლიზმი და არც სქესობრივი ექსცესები არ იყო, მაგრამ ე. წ. იოლი ათაშანგის შენდევ მძიმე ტაბესი და პროგრესული დამბლა განვითარდა. საკითხი ნევროლუჟის შესახებ ჯერ ჯერობით გადაწყვეტილათ არ ჩაითვლება, ზოგიერთი ნევროტროფიულ ვირუსსაც კი აღიარებს.

ამ წიგნში ზოგან განმეორებებსაც ვხვდებით; 265 გვ. სწერია „множественный склероз сравнительно часто развивается после беременности или в послеродовом периоде; в тех случаях, когда множественный склероз существовал уже раньше, его течение после беременности значительно ухудшается. იგივეა 303 გვ... „множественный склероз значительно ухудшается под влиянием беременности, родов и послеродового периода“ და სხვ.

254 გვ. ქალის თემოს ნერვის ნევრიტის დროს სიმპტომატოლოგიაში ნათქვამია: „рефлексы — коленный и с кремастера — могут исчезнуть.“ რასაკვირველია, კრემასტერის რეფლექსი ქალზე არ გაისინჯება, და ეს ავტორებმა კარგათ იციან, მაგრამ ეს კორექტურული შეცდომა გასწორებული არ არის.

ამ წიგნში ავტორები მკურნალობასაც აქცევენ ყურადღებას და, ზოგიერთ შემთხვევაში, თერაპიულ ცნობებსაც გვაწვდიან, მაგრამ Tetanus puerperalis-ის მკურნალობის დროს არ არის ნაჩვენები acidi carbolic-ის ხმარება, რომელიც ამ შემთხვევაში საუკეთესო შედეგს იძლევა. აგრეთვე დროებითი და მუდმივი სტერილიზაციის საკითხის გარჩევის დროს არ არის ნახსენები საკვრცხების რენტგენიზაცია.

დასასრულ უნდა ვსთქვათ, რომ ამ წიგნში, როგორც მეან-გინეკოლოგისთვის, ისე ნევროპათოლოგ — ფსიქიატრისათვის ბევრი საჭირო ახალი ცნობებია თავმოყრილი და იგი ფართოდ გავრცელების ღირსია.

პ. ქავთარაძე.



— ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის წლიურ საზოგადო კრებაზე 27. XI. 1929 წ. საანგარიშო მოხსენებების და სარევიზო კომისიის მოხსენების შემდეგ მოხდა გამგეობის და სარევიზო კომისიის არჩევნები. არჩეული იქმნენ გამგეობაში: პრ.-დოც. მ. მგალობელი, პრ.-დოც. ნ. მახვილაძე, ს. მდივანი, დ. იაშვილი, ა. გაცირიძე, ი. ასლანიშვილი, გ. დიდებულიძე; კანდიდატებათ გ. ნაზარაშვილი და ა. ზურაბაშვილი. სარევიზო კომისიაში: ლ. ანჯაფარაძე და ი. ქოჩიაშვილი; კანდიდატათ მ. ცომაია.

— ტ. ს. უ. უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის გამგეობის კრებაზე არჩეული იქნა პრეზიდიუმი: პრ.-დოც. ნ. მახვილაძე — თავმჯდომარე, ა. გაცირიძე — თავმჯდომარის მოადგილე, ს. მდივანი — პირველი მდივანი, დ. იაშვილი — მეორე მდივანი, ი. ასლანიშვილი — მოლარე.

— დასტაქართა კონფერენცია. 1 დეკემბერს პოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში შესდგა სახელმწიფო უნივერსიტეტის დასტაქართა მორიგი კონფერენცია. მოხდა ავადმყოფების დემონსტრაცია. მოხსენება წავითხა ექიმი ნ. ჯანდიერმა: „ოპერაციის შემდგომი თრომბოფლიბიტები.“

— მედიცინის მუშაკთა — ესპერანტიკების საკავშირო სექცია. მიმდინარე 1929 წლის დასაწყისს ლენინგრადის სამკურნალო აკადემიასთან შეიქმნა ესპერანტიკული სამკურნალო სექცია, რომელშიც შევიდა 50 წევრი, მათ შორის: სამხედრო-სამკურნალო აკადემიის უფროსი, პროფ. ვოიაჩეკი, პროფ. ბურშტინი, კომისარი ლიამკინი, სამოსამართლო მედიცინის კათედრის განმე პრივატ-დოცენტი ექიმი ნადეჟდინი, სამოს. მედ. კათედრის ასისტენტი ექიმი ვეინბერგი და სხ.

ამ სექციის გავლენისა და ენერგიული მოქმედების წყალობით მიმდინარე წლის მასში სრეკ-ს (საბჭოთა რესპუბლიკების ესპერანტიკების კავშირი) ცენტრალურ კომიტეტთან დაკავშირდა მეორე სექცია — „მედიკურ მუშაკთა — ესპერანტიკების სრულიად საკავშირო სექცია“ „TEMS“), მუდმივი ადგილით ლენინგრადში. მისამართი; Центр. бюро Секции. Инженерная, дом Медработников, № 9.

„M T F S“-ის ცენტრალურ ბიუროს დროებითი შემადგენლობა: მდივანი—პრივატ-დოცენტი ექიმი ნადეჟდინი, წევრები: პროფ. ვოიაჩეკი, პროფ. კაბანოვი, ექიმები გოგიტიძე, ვეინბერგი, შუბინი, ფიშერი, ფომინა, ბერშტეინი, სნეჟკო და ბაბადაგალი.

„T E M S“-ის (Tutsovetia Erperantista Medicina Sekcio) მიზანი:

1. „ესპერანტო“-ს ენის გავრცელება მედმუშაკთა შორის და საერთო საკავშირო ზომსადართ პროფესიონალურ მიზნებში მისი პრაქტიკული გამოყენებისათვის ხელის შეწყობა;

2. ხელის შეწყობა სამკურნალო ლიტერატურის გამოცემაში „ესპერანტო“-ს ენაზე და მათი გამოსვლის შესახებ მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში ინფორმაციის მაცემა;

3. საბჭოთა კავშირში ყველა მედმუშაკთა-ესპერანტიკებისა და ესპერანტო — მოძრაობის თანამგრძობობა გაერთიანება.

4. „ესპერანტო“-ს ენის გამოყენება მთელი მსოფლიოს მედმუშაკების ინტერნაციონალური ერთობის განხორციელებისათვის.

„T E M S“-ის ადგილობრივი წარმომადგენლებათ დამტკიცებული არიან შემდეგი ამხანაგები:

1. მოსკოვისათვის — პროფ. კაბანოვი (Москва 19, Никитский бульвар 15, кв. 16);
2. რუსრა-ისათვის — ექიმი ბასოვი (Орел 2, Посадская, № 19);
3. უკრაინისათვის — პროფ. პოკოტილო (Одесса, ул. Пастера, 9);
4. ბელორუსიისათვის — ექიმი სნეჟკო (Минск, почт. ящик № 33);
5. კავკასიის რესპუბლიკებისათვის — ექიმი ფომინა (ბათუმი, რუსთველის ქ. 14);
6. ციმბირისათვის — ექიმი ბაჟენოვი (Омск, Медиаинский Институт);
7. უზბეკისტანისათვის — პროფ. ბოროვსკი (Ташкент, Медиац. Факультет);
8. არხანგელსკისა და მის ოლქისათვის — ანხ. მახოვერი (Архангельск. Левачевская Госпитальная Аптека).





„TEMS“-ის ცენტრალურ ბიურომ სექციის ამოცანების განხორციელებისათვის უკვე ბევრის გაკეთება მოასწრო. რამოდენიმე სამეცნიერო კრება ჩატარა მოხსენებებით ესპერანტულს ენაზე; ესპერანტული დიდი ლექსიკონისათვის წყაროს მომზადებას შუედდა; ლენინგრადის რადიოსადგურით ესპერანტულ ენაზე სამეცნიერო მოხსენებებს აცნობს; ლენინგრადის სამკურნალო ინსტიტუტთან, ფსიქიატრულ საავადმყოფოსთან და სხვა უმაღლეს სასწავლებლებთან მოწყობილია ენის კურსები და ესპერუჯრედები.

სექციის ცენტრალურ ბიუროსთან შექმნილია შემდეგი განყოფილებები: 1) სამეცნიერო, 2) საინფორმაციო, 3) ბიბლიოგრაფიული.

\* სექციის ცენტრალურ ბიურომ დაუგზავნა ცირკულიარული წერილები ს. რ. ე. კ-ის ყველა კოორტეტებს მოწვევით შემქვიარობებული მუშაობისაკენ.

ა. წ. 2 ნომებერს ქ. ბათომში შეიქმნა მემდუმეკეთა ესპერანტისტების წრე, როგორც „TEMS“-ის ფილიალი. დადგენილია მიენდოს ექიმ ფო მინას მოახსენოს ქ. ბათომის ექიმთა სამეცნიერო საზოგადოებას და მემდოკურ მუშაკთა საერთო კრებას მემდუმეკეთა ესპერანტისტების სექციისა და ბათომის ესპერურის შექმნის შეახებ.

ა. წ. 1 ნომებრიდან ქ. ბათომის რუსულ ათწლედში შეყვანილია ესპერანტო, როგორც სავალდებულო საგანი ფრანგულთან ერთად შემდეგ ჯგუფებში: ორ მერვეში, ორ მეცხრეში და ორ მათეში.

— უკრაინის სსრ ჯანსახკომისარიატმა ნება დართო მოწვეული იქნეს 1930 წლის სექტემბერში ქ. ხარკოვში სრულიად უკრაინის დასტაქართა IV ყრილობა (H. X. A № 75)

— რუსეთის სფსრ ჯანსახკომისარიატის სამეცნიერო სამკურნალო საბჭოსთან შექმნილია სპეციალური კომისია ჩიყვის შესასწავლად. კომისიის შეუადგენლობაში შედიან პროფესორები ნ. კოლოცოვი, ვ. შერვინსკი, ა. სისინი, ვ. კედროვსკი, ვ. ბარიკინი, ა. დიატროპოვი, ა. ბოგომოლცი, ნ. ბურდენკო, მ. კონჩალოვსკი და სხვანი (H. X. A. № 75).

— 27 ნომებერს ფაკულტეტის ჭირურგიული კლინიკის დასტაქართა კონფერენციაზე ექ-მ ვ. ოთხმეხურმა გააცნა მოხსენება „სექსის პოფორატიული წყლულის საკითხისათვის“.

— სამკურნალო ფაკულტეტის საბჭომ 1929 წლის 9 დეკემბერს 1) შინაგან პათოლოგიისა და თერაპიის კლინიკის საგნობრივი კომისიის შეამდგომლობის მიხედვით ექიმი გეტინი ცინცაძე აირჩია შტატ-გარეშე ასისტენტად; 2) ჰოსპიტალური ჭირურგიული კლინიკის შეამდგომლობის მიხედვით ექიმი ერმალოზ თო დაძე აირჩია ორდინატორ-ლაბორანტის თანამდებობაზე; 3) დოცენტს შალვა მიქელაძეს წინაიჭა პროფესორის სახელწოდება; 4) პროფესორი ი. ქუთათელაძის განცხადება ჟურნალი „თანამედროვე ფარმაცია“-ს გამოცემის შესახებ დადასტურა და ჟურნალი გამოიცემა პროფ. ი. ქუთათელაძის რედაქტორობით; 5) პრ.-დოც. ნ. მახვილაძის განცხადება ტროპიკულ სნეულებათა კერძო კურსის წაკითხვის შესახებ დადასტურა; 6) პრ.-დოც. წულუკიძის განცხადება თირკმელების ჭირურგიაში კერძო კურსის წაკითხვის შესახებ დადასტურა; 7) პრ.-დოც. ი. აბაკელიას განცხადება ტუბერკულოზის კერძო კურსის წაკითხვის შესახებ დადასტურა; 8) ნერვების სნეულებათა კლინიკის საგნობრივი კომისიის შეამდგომლობის მიხედვით ექიმი თამარ ლლოტი აირჩია ორდინატორის თანამდებობაზე.

— სამკურნალო ფაკულტეტის საბჭომ 1929 წლის 16 დეკემბერს პრივატ-დოცენტი გ. გორისთავი აირჩია ზოგადი ჭირურგიის კათედრის გამგით.

— ახლო მომავალში ლენინგრადში პროფ. ლ. ა. კრივისკის რედაქტორობით გამოვა „სახელმძღვანელო ექთათა სნეულებების შესახებ“, რომელიც შედგენილი იქნება 50-ზე მეტი სპეციალისტის მიერ; ამ სხლმძღვანელოს შედგენაში მონაწილობას იღებენ ჩვენი თანამემამულეთაგან აგრეთვე პროფ. გ. ლამბარაშვილი (ტფილისი); „ენდოკრინული ჯირკვლები და ქლოთა სასქესო სფერო“, და პროფ. ე. ვაჩნაძე (კრასნოდარი); „ზოგადი და ადგილობრივი ტკივილდადუმება“.

— აფხაზეთის ს. ს. რ. ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის გამოცემით გამოვიდა ახალი წიგნი რუსულ ენაზე აფხაზ თის ტროპიკული ინსტიტუტის დირექტორის ექიმ ნ. რუხაძის „მასალები მალარიის შესასწავლად აფხაზეთში“. ქ. სოხუმი. 1929 წ. გვ. 66.

— კრასნოდარის სამკურნალო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ჭირურგიული კლინიკის ყოფ. გამგე, დასტაქარი პროფ. გ. გელევიშვილი ამ უმაღლეს მძიმე ავად არის და მოთავსებულია ქ. თელავში (ექ. დანილოვის ბინაზე). ამ დღეებში ავადმყოფის სანახავად თელავს გაემგზავრენ პროფესორები გრ. მუხაძე და სპ. ვირსალაძე და დოც. ნ. ანპისოვი.

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქციაში დასაბუქდათ შემოსული შრომების სია\*)



| № № ავტორის გვარი    | შრომის სათაური   | როდისაა შემოსული |
|----------------------|--|------------------|
| 1. დ. ბერეჟიანი.     | მუცლის ღრუს ჩაპარკებული დაჩრქების ერთი შემთხვევა ჩარქოვანი Appendicitis გამო. (არაა წარმოდგენილი რუსული და ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . .                                      | 1928 წელს.       |
| 2. ა. უსტიაშვილი.    | საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა გინეკოლოგიური კლინიკის მასალის მიხედვით (არაა წარმოდგენილი ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . .  | 1928 წელს.       |
| 3. ე. ლოსაბერიძე.    | ექიმი სამონ ბესარიონის-ძე თოფურია და მისგან დაარსებული I კერძო საავადმყოფო ქუთაისში.   | 1928 წელს.       |
| 4. ნ. ტურიაშვილი.    | მომყოლის მთლიანობის ამოსაც. თანამედროვე წესები   | 1928 წელს.       |
| 5. თ. ყანჩელი.       | ექიმ Махин.იოს-ის რეაქცია და მისი გამოყენება სულთ ავადმყოფთა ენდოკრინულ სისტემის დისფუნქციის გამოსაკვლევად . . . . .   | 1928 წელს.       |
| 6. კ. მარგველაშვილი. | ოზენის მკურნალობის საკითხი აუტოჰემოთერაპიით (არაა წარმოდგენილი რუსული და ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . .  | 5, III, 1929.    |
| 7. ვ. მაქაცარია      | Hypmoritis რადიკალური წამლობის შესახებ. (არაა წარმოდგენილი რუსული და ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . .  | 6, III, 1929.    |
| 8. დ. ჯავახიშვილი.   | ორი შემთხვევა ე. წ. ენდოკრინული პოლიარტრიტისა „გინეკომასტიასთან“ დაკავშირებით . . . . .  | 7, III, 1929.    |
| 9. ა. ქორჭია.        | მშობიარობის შემდეგ ხანაში თვალის ბადურში სისხლის ჩაქცევის შემთხვევა (არაა წარმოდგენილი რუსული და ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . .  | 10, III, 1929.   |
| 10. ს. ოდიშარია.     | ახალი კონტრასტიული რენტგენო — დიაგნოსტიკის მეთოდები და მათი კლინიკური მნიშვნელობა (არაა წარმოდგენილი რუსული და გერმანული აუტორეფერატი) . . . . .                                 | 15, III, 1929.   |
| 11. ს. ფანჯავიძე.    | ჩიყვი რაჭაში (არაა წარმოდგენილი რუსული და ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . .   | 15, III, 1929.   |
| 12. გ. ფავლენიშვილი. | საქართველოს ჩიყვის კლინიკური და პათოლოგიური — ანატომიური შესწავლისათვის ჰოსპიტალური ჭირურგიული კლინიკის მასალებით (არაა წარმოდგენილი რუსული და გერმანული აუტორეფერატი) . . . . . | 15, III, 1929.   |
| 13. ვ. პიროშკოვი.    | ალკოგოლიზმი პიონერ ბავშთა შორის (არაა წარმოდგენილი რუსული და ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . .  | 15, III, 1929.   |
| 14. ვ. მაქაცარია.    | აპარისტანის საწარმოო დაწესებულებათა მუშების და მოსამსახურეების შორის ტრავმული შემთხვევები (არაა წარმოდგენილი რუსული და ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . .                          | 16, III, 1929.   |

\*) წერილები, რომელთაც დართული არა აქვთ რეფერატები რუსულსა და რომელიმე უცხო ენაზე, რედაქციის მიერ გარჩეული არ იქნება.



15. პროფ. ს. ყიფშიძე და ალ. რუხაძე . . . . . ზურგის ტენიის კომპრესიის ლიპოდოლოთ დიაგნოსტიკის საკითხისათვის . . . . . 10, VI, 1929.
16. ს. ჩახუნაშვილი . . . . . გარეშე სხეულები პერიტონეუმის ღრუში . . . . . 10, VI, 1929.
17. გ. ზედგინიძე . . . . . ფილტვების ტუბერკულოზის რენტგენოდიანგნოსტიკისათვის (არაა წარმოდგენილი ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . . 15, VII, 1929.
18. გ. ზედგინიძე . . . . . ოღონტოლოგიური რენტგენოდიანგნოსტიკისათვის (არაა წარმოდგენილი ფრანგული აუტორეფერატი და დართული სურათების მიხედვით კლიშეები) . . . . . 15, VII, 1929.
19. მ. არჯევანიძე . . . . . ადგილობრივი ანუ რეგიონალური ანესტეზია პროფ. იოლკინის მოდიფიკაციით . . . . . 15, VII, 1929.
20. მ. არჯევანიძე . . . . . პროფილაქტიური ღონისძიებანი ლოგინობის ხანის დაავადების წინამდებ . . . . . 15, VII, 1929
21. ი. მიქაბერიძე . . . . . საკვებებს ორსულობის შესახებ, საკუთარი შემთხვევის აწერით . . . . . 26, VII, 1929.
22. ალ. სავანელი . . . . . სულით ავადმყოფთა მემკვიდრეობის საკითხისათვის . . . . . 5, VIII, 1919.
23. ნ. მასხულია . . . . . სამკურნალწამლო ნივთიერებათა კონტროლის აუცილებლობის შესახებ . . . . . 10, IX, 1929 .
24. ვ. მატაბელი . . . . . ლუმიწალი გლამპსიის დროს . . . . . 25, IX, 1929.
25. მ. კილოსანიძე . . . . . აპენდიციტი ბავშვის ასაკში (არაა წარმოდგენილი ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . . 28, IX, 1929.
26. გ. რატი შვილი . . . . . პნევმოკოკური პერიტონიტის შემთხვევა (არაა წარმოდგენილი ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . . 28, IX, 1929.
27. თ. მამალაძე . . . . . ზოგერთი სხეულებათა მკურნალობა წყალტუბრის რადიაქტიული წყლების ზეგავლენით და უახლოესი ორგანიზაციული პერსპექტივები (არაა წარმოდგენილი ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . . 7, X, 1929.
28. თ. მამალაძე . . . . . კურორტი წყალტუბოს აკრატოტერმების მნიშვნელობა სახსრების დაავადებათა მკურნალობაში ოთხი წლის ამბულატორიული მასალის მიხედვით (არაა წარმოდგენილი ფრანგული აუტორეფერატი) . . . . . 7, X, 1929
29. მ. პაპიტაშვილი . . . . . ქალთა გონოროული პროქტიტების შესახებ . . . . . 10, X, 1929.
30. პროფ. ვ. ვარაზი და ნ. აბესაძე . . . . . მელანიის შესახებ . . . . . 16, X, 1929.
31. ი. პარმა . . . . . ტუტთა და მკავთა წონასწორობისათვის კრუპოზული პნევმონიის და ექსუდატიური პლევრიტის დროს . . . . . 20, X, 1929.
32. მ. კოკოჩაშვილი . . . . . ელენთას ფორმის და რიცხვის ვარიაციები . . . . . 20, X, 1929.
33. ბ. ჯაფარიძე . . . . . ნაოპერაციევი ხანაში სასუნთქევი ორგანოების მზრივ გართულებანი და მათი მკურნალობის საკითხისათვის . . . . . 22, X, 1929.
34. ე. შალამბერიძე . . . . . ვაგუსის და სიპათიკუსის ურთიერთობა მათს კანძებში კასტრაციის შემდეგ მორფოლოგიურ ცვლილებების მიხედვით . . . . . 5, X, 1929.
35. ლ. ჩიქოვანი . . . . . ანკილოსტომოზი სამეგრელოში . . . . . 14, XI, 1929.



- 36. ლ. ჩიქოვანი. რეტიკულო—ნდოთელიალური სისტემის ფუნქციონალური გამოკვლევა ორსულობის დროს კანტარიდის რეაქციის საშვლებით . . . . . 14, XI, 1929.
- 37. არდ. ახელედიანი. Foetus pepyraeus კაზუსტიკისათვის . . . . . 14, XI, 1929.
- 38. შ. თაქთაქიშვილი. ქირურგიული დაზარება და გვიმ დასტაქრის მდგომარეობა მოკლე ანგარიშით ქირურგიული მუშაობის შესახებ ქ. ზესტაფონის საავადმყოფოს 1927, 1928 და 1929 წლის განმავლობაში . . . . . 15, XI, 1929.
- 39. ი. ბურჯანაძე. სამტრედიის საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების 4 წლის მუშაობის მიმოხილვა . . . . . 18, XI 1929.
- 40. დ. თოფურია. სიფილისის მკურნალობის შესახებ . . . . . 18, XI 1929.
- 41. შ. თაქთაქიშვილი. მუცლის ღრუს წყალბზტოვანი ხორცმეტის სიდიდის იშვიათი შემთხვევა . . . . . 18, XI 1929, ლიბიოდოლით ზურგის ტვინის სიმსივნეების დიაგნოსტიკისათვის . . . . . 20, XI, 1929.
- 42. პ. სარაჯიშვილი და მ. შაცი. — საშვილსნოს გარეშე ინტერსტიციალური ორსულობის შემთხვევა . . . . . 23, XI, 1929.
- 43. სტუდ. ვ. კულუღაშვილი. ტალამური სინდრომი . . . . . 28, XI, 1929.
- 44. ლ. ყვანია. აპენდიციტი და ტრავმა . . . . . 28, XI, 1926.
- 45. ი. ახმეტელი. რუსეთის დასტაქართა მე— XXI ყრილობა . . . . . 1, XII 1929.
- 46. ე. ფიფია. ქალთა გონორეის ვაქცინოდიანოსტიკა და ვაქცინოთერაპია (არ არის წარმოდგენილი რუსული და გერმანული აუტორფერატები) . . . . . 3, XII 1929.
- 47. მ. პაპიტაშვილი. ქვედა ყბის რეგიონული ანესთეზიები . . . . . 20, XII, 1929.
- 48. ა. კალანდაძე—ნანე— მომყოლის ზელით მოცილება და მისი საშიშროება . . . . . 19, XII, 1929.
- 49. ა. ედიბერიძე.

**სია იმ შრომათა, რომლებიც დაუბრუნდებათ ავტორებს**

ავტორის გვარი                      შრომის სათაური                      დაბრუნების მიზეზი

- 1. პრ. გ. დამბარაშვილი. წამლობის წესის ამორჩევისათვის საშვილოსნოს ყელის კიბოს დროს . . . . . დაბეჭდილია რუსულ ჟურნალში.
- 2. დოკ. ბ. ლოლობერიძე. კვერცხსავლის მოძრაობის საკითხისათვის. ფალოპიუსის მილის ინვაგინაციის შემთხვევა . . . . . დაბეჭდილია გერმანულ ჟურნალში.
- 3. ე. თოღაძე. თანდაყოლილი შარდსაწვეთების ანომალიების საკითხისათვის . . . . . უნდა გადაიბეჭდოს მანქანაზე, გაურკვევლადა ნაწერი
- 4. ს. ბეჭია. ლავალ-გრედენის ოპერაცია მუხლის სახსრის ტუბერკულოზით დაავადების დროს . . . . . უნდა გადაიბეჭდოს მხოლოდ ერთ გვერდზე და შემთხვევითა აწერაც სათანადო ადგილას უნდა მოთავსდეს.

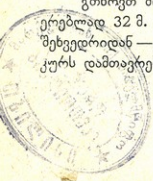


- 5. გ. რ ა ტ ი შ ვ ი ლ ი . Spina bifida და მისი პათოგენეზი . . . . . წერილი უნდა შე-  
მოკლდეს ოთხჯერ.
  - 6. გ. ნ ა თ ა ძ ე . წყლის მომარაგების საკითხი რკინის გზის  
ქართულ ხაზზე . . . . . შრომა უნდა გადაიბეჭ-  
დოს მანქანაზე და შექველად ფურცლის  
შხოლოდ ერთ გვერდზე.
  - 7. გ. ქ ო რ ქ ა შ ვ ი ლ ი . ქუთაისის საბჭოთა ამბულატორიის თვალის  
კაბინეტის 1924, 1925 და 1926 წ. წ. მოქ-  
მედების რიკხვობრივი ანგარიში ავაღ-  
მყოფთა სარეგისტრაციო ბარათების  
მიხედვით . . . . . მოძველებულია
  - 8. ე. თ ე დ ო რ ა ძ ე . ერთორთმელაღვის ერთი შემთხვევა anchylo-  
stoma duodenalis-თან არსებობით . . . . . შრომა უნდა დალაგ-  
დეს წესიერად და გადაიბეჭდოს ფურცე-  
ლის ცალ გვერდზე; უნდა დაერთოს  
ფრანგული და რუსული ავტორეფერატი.
  - 9. კ. რ ო ბ ი ტ ა შ ვ ი ლ ი . ნეისერის გონოკოკების ყოფნის ხანგრძლი-  
ვობა გონოროული კონიუნქტივიტის  
დროს ჩვეულებრივი წამლობის შემდეგ. შესწორებების მიხე-  
დვით გადაბეჭდილი უნდა იყოს რემინ-  
გტონზე და თან დართული უნდა ექნეს  
რუსული და ფრანგული ავტორეფერატი
- სია ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის საზაფხულო ექსპე-  
დიცია-რაზმების შრომებისა, რომლებიც გადაეცა ჯსკ სამკურნალო  
განყოფილებას საგანგებო კრებულში მოსათავსებლად.
- 1. ი. ა ს ლ ა ნ ი შ ვ ი ლ ი . აფხაზეთის სვანეთი — დალი.
  - 2. ა. ზ შ რ ა ბ ა შ ვ ი ლ ი . მასალები კახელ და გურულ ბავშთა ინტელიგენტობის საკითხი-  
სათვის.
  - 3. ა. ზ შ რ ა ბ ა შ ვ ი ლ ი . კახეთ - გურიის ფსიქო - პათოლოგიისათვის.
  - 4. არდ. ა ხ ვ ლ ე დ ი ა ნ ი . ჯ. ს. კ. სამეანო - გინეკოლოგიური მეორე მოძრავი რაზმი  
კახეთში
  - 5. არდ. ა ხ ვ ლ ე დ ი ა ნ ი . Struma კავკასიაში.
  - 6. თ. ნ ა ნ ე ი შ ვ ი ლ ი . სოციალური სწეულებანი და სქესობრივი საკითხი ფშავ - ზეგსუ-  
რეთში.

### წერილი რედაქციის მიმართ.

გთხოვთ მიიღოთ ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს ფონდის გასაძლი-  
ერებლად 32 მ. 30 კ., რომელიც დარჩა ა. წ. იენისში გამართული ამხანაგური  
შეხვედრიდან — მოწყობილ 1924 წელში სახ. უნივ. სამკურნალო ფაკულტეტის  
კურს დამთავრებული ექიმების მიერ.

მონდობილობით  
ექ. კ. ნაროუშვილი.



# მ ი ი ლ ე ბ ა ხ ე ლ ი ს მ ო წ ე რ ა

როგორც კოლექტიურად, ისე ინდივიდუალურად

## — ყ ო ვ ე ლ თ ვ ი უ რ —

სამედიცინო პროფილაქტიურ და საზოგადოებრივ მედიცინის ჟურნალზე:



# „ს ა ზ ზ ო თ ა მ ე ღ ი ც ი ნ ა“

ჟურნალი გამოდის

მ. ლ. კუზნეცის და მ. ა. მუხანაძის

პ.-მ. რედაქტორობით, ტფილისის უნივერსიტეტის პროფესორების, მეცნ. მუშაკთა და ექიმების უაზლოესი მონაწილეობით. ჟურნალი გააშუქებს უმთავრესად პროფილაქტიურ და სამკურნალო მედიცინის საორგანიზაციო-საგეგმო საკითხებს საქართველოს ჯანმრთელობის მშენებლობისა; სათანადო ადგილს დაუთმობს რეფერატებს, სამედიცინო ქრონიკას, ბიბლიოგრაფიას და სხვ.

### შუკნალის სპეციალური თავგზია

სოციალური სენები, პროფესიონალური სწეულებანი, საკურორტო საქმე, დედათა და ბავშთა დაცვა, ოდონტოლოგია, ეპიდემიოლოგია და ქიმიო-ფარმაკოტული დარგი

წლიურ ხელის მომწერთათვის ჟურნ. ეღირება 10 მ., 6 თვით 6 მ. კოლექტ. ხელისმომწერთ— შეღავათი 10%; ფულის შემოტანა შეიძლება ორი ვადით.

რედაქციის მისამართია: ტფილისი, ლენინარსკის ქ. № 12. ოთ. № 5, ელსმ. 1—20. რედაქცია ღია ყოველ დღე 12—4 საათამდე. რედაქციის მდივანია ექიმი კონსტანტინე ვეფხვაძე.

მასალები უნდა იწერებოდეს ქალღმრთის ცალ გვერდზე გახავებით და უსათუო მელნით (უმჯობესია რემინტონზე დაბეჭდილი). შეუსაბამო მასალები ავტორებს დაუბრუნდებათ. სასურველია ავტორეფერატი ერთ-ერთ უცხო ენაზე. ხელმოწერულ მასალას რედაქცია არ მოათავსებს. რედაქცია

## О Т К Р Ы Т А П О Д П И С К А

н а

# „КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

в 1930 г.

### Издание Общества врачей при Казанском Гос. Университете.

Орган медицинского факультета Казанского университета и Казанского института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель—проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии—проф. В. Л. Боголюбов, И. П. Васильев, М. М. Гран, Р. А. Лурия, А. Ф. Самойлов, д-ра З. Н. Блюмштейн (секретар), Ф. Г. Мухамедьяров и А. Я. Пляцигер.

Журнал выходит ежемесячно, не менее 7 печ. листов. (112 стр.) каждая, кроме того годовые и полугодовые подписчики получают бесплатные приложения, выходящие под общим названием „Медицинские монографии“.

Подписная плата с приложениями, доставкой и пересылкой на год (12 №№—6 руб.; на 1/2 года (6 №№)—3 руб. 50 к.

При непосредственном обращении в редакцию для годовых подписчиков допускается рассрочка в 2 срока (по 3 руб. при подписке и к 1 июня) и в 3 срока (по 2 руб. при подписке, к 1 апреля и 1 августа).

Требования и деньги направлять по адресу: г. Казань, редакции „Казанского медицинского журнала“.



მიიღება ხელის მოწერა 1930 წლისათვის

### ყოველთვიურ

სამეცნიერო - სამკურნალო ჟურნალზე

# „თანამედროვე მედიცინა“

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო)

## შურნალში უამღავრი განყოფილებაჲ:

თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოებათა, კონფერენციების და სამეცნიერო ექსპედიციების ანგარიშები და ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები და სტუდენტების და პროვინციელი ექიმები:

#### შურნალის ფასი:

ერთი წლით . . . . . 12 მან.  
ნახევარი წლით . . . . . 6 მან.  
ცალკე ნომერი . . . . . 1 მან.

#### რედაქციის მისამართი:

ტფილისი, კამოს ქ. 47 ა.  
„თანამედროვე მედიცინა“.

#### შურნალის სარედაქციო კოლეგიუმი:

პროფ. ალ. ნათიშვილი, პროფ. ვლ. ქლენტი, პროფ. შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი.

პასუხისმგებელი რედაქტორი: სარედაქციო კოლეგია.

რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი ი. ასლანიშვილი.