

გამოცემის წელი მეზვიდე

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ ბიუროს მიერ

III—IV

მარტი—აპრილი

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

მაგნიტის პრ.-დოც. ვლ. ცენცხლაძის ხსოვნას

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 11831
ცფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა თბვანთ

III—IV

მარტი—აპრილი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ჟღენტო,
პროფ. შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი; ასისტენტები:
ზ. მაძსურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუ-
ხის-მგებელი მდივანი).

ს. ს. ს. რ. 356
საქართველოს
კომუნისტური
საქართველო
პარტიის ცენტრის
ბიბლიოთეკა
14. VII 307
205
ფ. თბილისი

თბილისი—1930.



ყოველთვიური სამეცნიერო სამკურნალო ქიურნალო

თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის
მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

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

Ежемесячн. научно-врачебн. журнал ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Орган научных работников Медицинского факультета Тифлисского Госуд. университета

№ 3-4 1930 г. мартъ-апрель.

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 (ответственн. секр. редакции).

Адрес редакции: С. С. Р. Г. Тифлис, ул. Камо, № 47. Патолог-анатомический институт, телеф. 11-69.

THANAMEDROVÉ MÉDICINA

Journal médical georgien.

№ 3-4. 1930. Mars-Avril.

Comité de Rédaction: A. Nathichvili, prof., V. Jghenti, prof., Sch. Mikeladzé, prof. agrégé Mgalobéli, dr. Z. Maïssouradzé, P. Kavtaradzé, J. Aslanichvili (Secrétaire de la Rédaction).

Adresse de la Rédaction: 47, rue Kamo.

Institut anatomo-pathologique

Tiflis (Céorgie), U. S. S. R.

1. Priv.-doc. W. Tzetzkladzé (Neerologue)	136
2. Prof. A. Nathichvili. La question de limite entre anomalie ou variation du gros intestin.	137
3. Priv.-doc. W. Tzetzkladzé. Die Bedeutung der anthropometrischen untersuchungsmethoden für die Frage der physischen Entwicklung des organismus.	149
4. B. Kakozichvili. Casus venae umbilicalis suprahepaticae	157
5. E. Nemsadzé. La microleucocytoculture et sa valeur pratique pour le diagnostic de la fièvre typhoïde	163
6. D. Djavakhishvili. Deux cas de polyarthrite endocrinienne en rapport avec le gynecomastie	169
7. P. Kavtaradzé. Deux cas de kyste hydatique du cerveau	176
8. M. Zchakaia. Die operation nach Ruggi-Reiche bei Hernia femoralis	182
9. S. Tschachunaschvili. Ueber Fremdkörper in der peritonealhöhle	188
10. Prof. I. Abakelia. La tuberculose parmi les écoliers de Tiflis	194
11. Analyses	215
12. Correspondances	
1. Chronique	
1. Прив.-доц. В. К. Цецхладзе (некролог)	135
2. Проф. Ал. Натишвили - К вопросу о разграничении аномальных форм полож. толстых кишек от форм вариантных	137
3. Прив.-доц. Вл. Цецхладзе. Роль антропометрических методов последования при выяснении вопроса о физическом развитии организма	149
4. В. Какоишвили. Casus venae umbilicalis suprahepaticae	157
5. Немсадзе Е. Микро-лейкоцито-культура и ее практическое значение при брюшном тифе	163
6. Д. Джавахишвили. Два случая эндокринного полиартрита в связи с гинекомастией	169
7. П. Кавтарадзе. Два случая эхинококка головного мозга	176
8. М. Цхакая. Операция Ruggi-Reich-a при бедренных грыжах	182
9. С. Чахунашвили. Инородные тела в перитонеальной полости	188
10. Проф. И. Абакелия. Туберкулез среди школьников г. Тифлиса	194
11. Рефераты	215
12. Корреспонденции	
13. Хроника	

შ ი ნ ა ა რ ს ი

	1. პრივ.-დოც. ვლადიმერ ცეცხლაძე (ნეკროლოგი)	135
✓	2. პროფ. ალ. ნათიშვილი.—მსხვილი ნაწლავების ანომალური და ვარიანტული მდებარეობის საზღვრების შესახებ	137
✓	3. პრივ.-დოც. ვ. ცეცხლაძე. — ანტროპომეტრიული მეთოდების დღევანდელი როლი სხეულის ფიზიკური განვითარების საკითხში	149
✓	4. ვ. კაკოიშვილი.—ჭიპის ვენის ანომალიის იშვიათი შემთხვევა	157
✓	5. ე. ნემსაძე,—Fiessinger-ს მიკრო-ლევკოციტო-კულტურა და მისი მნიშვნელობა მუცლის ტიფის დიაგნოსტიკისათვის	163
✓	6. დ. ჯავახიშვილი.—ენდოკრინული პოლიატრიტის ორი შემთხვევა ე. წ. „გინეკომასტია“-სთან დაკავშირებით	169
✓	7. პ. ქავთარაძე.—თავის ტვინის ეხინოკოკის ორი შემთხვევა	176
✓	8. მ. ცხაკაია.—Ruqqi—Reieh-ის წესი თიაქარკვეთისა, როგორც არჩევანი მეთოდი ბარძაყის თიაქრის ოპერატიულ მკურნალობისა	182
✓	9. ს. ჩახუნაშვილი.—გარეშე სხეულები პერიტონეუმის ღრუში	188
✓	10. დოც. ი. აბაკელია.—ტუბერკულოზი ქ. ტფილისის მოწაფეთა შორის	194
	11. რეფერატები	215
	12. კორესპონდენცია	—
	13. ქრონიკა	—

ჟურნალში თანამშრომლობის სურვილი განაცხადეს:

აბაკელია ი. დოც., აღადაშვილი ალ. პროფ., ამირეჯიბი ს. პროფ., ასათიანი მ. დოც., ასპისოვი ნ. დოც., ბურგსდორფი ვ. პროფ., ვარაზი ვ. პროფ., თიკანაძე ი. პროფ., ელიავა გ., ელიაშვილი ივ., ერისთავი კ. პრ.-დოც., მახვილაძე ნ. პრ.-დოც., მაჭავარიანი ა. პროფ., მგალობელი მ. პრ.-დოც., მიქელაძე შ. პროფ., მოსეშვილი ვ. პროფ., მუსხელიშვილი ვ., მუხაძე გ. პროფ., ნათიშვილი ალ. პროფ., ქლენტი ვ. პროფ., საყვარელიძე ს. პრ.-დოც., ქუთათელაძე ი. პროფ., ჩაჩხიანი კ. პროფ. (ნიჟნი ნოვგოროდი), უგრელიძე მ., ლამბარაშვილი გ. პროფ., ღოღობერიძე ბ. დოც., ყიფშიე ს. პროფ., წინამძღვრიშვილი მ. პროფ., წულუჟიძე ალ. დოც., ჯანელიძე ი. პროფ. (ლენინგრადი).

ჟურნალ „თანამედროვე ვედიცინა“-ს ხელის მოგვართა საუბრადღებოდ

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

ტფილისში ს. მდივანს (ქალაქის 1 კლინიკური ინსტიტუტი), გ. დიდებულისძეს (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 პიგიენის ინსტიტუტი), ა. ქლენტს (საქართველოს ექიმთა საზოგადოება), ა. ძიძაძეს (საქართველოს წითელი ჯვარი), მ. ჭალიძეს (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), ა. რუხაძეს (ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი), ვ. ოთხმეზურს (საქ. წითელი ჯვრის საავადმყოფო, სანაპირო ქ. 5).

ტფილისის გარეშე: დ. ჩეჩელაშვილს (ქუთაისი, ქავჭავაძის ქ. 4), გ. კახიძეს (ზესტაფონი, საავადმყოფო), ვ. მაჭაცარაძეს (ბათონი, ჯაფარიძის ქ. 23), შ. მირიანაშვილს (გურჯაანი), შ. მთვარელიძეს (გორი, აკ. წერეთლის ქ. მამინოვის სახლი), ლ. დუნდუას (ახალსენაკი), ი. ასათიანს (ახალციხე), მ. ვაჩანაძეს (სიღნაღი), პ. ჯაფარიძეს (სოხუმი), ვ. კვერენჩილაძეს (ს. ნიკორწმინდა—ქვემო რაჭა), ს. საკანდელიძე (ს. ლები—მთის რაჭა).

საგაზეთო გამომცემლობის სტამბა „კომექტივი“.
კამოს ქ. № 68.

პრივატ.-დოც. ვლადიმერ ცეცხლაძე

(ნეკროლოგი)

პრივატ.-დოცენტი მედიცინის დოქტორი ვლადიმერ ყარამანის ძე ცეცხლაძე დაიბადა 1880 წ. სოფ. შემოქმედში (ოზურგეთის მაზრა). 1888 წელს შევიდა ოზურგეთის სასულიერო სასწავლებელში, რომელიც დაამთავრა 1-ლი ხარისხით 1894 წელს. ამავე წელს ის შევიდა ქ. ქუთაისის სასულიერო სემინარიაში, მაგრამ რამოდენიმე წლის შემდეგ გადავიდა ქალაქ სიმფეროპოლის სასულიერო სემინარიაში, რომელიც დაასრულა 1900 წელს. ორი წლის შემდეგ ვლადიმერი შევიდა ხარკოვის სავეტერინარო ინსტიტუტში, რომელიც დაამთავრა 1907 წელს სავეტერინარო ექიმის სახელწოდებით. 1909 წელს ის შევიდა ქ. ხარკოვის საექიმო ფაკულტეტზე, რომელიც დაასრულა 1912 წელს cum eximia lauble. ამავე წელს მიღებულ იქნა იმავე უნივერსიტეტის ჰოსპიტალურ კლინიკაში შტატ გარეშე ორდინატორად, სადაც დაჰყო 1913 წლის დამლევამდე. შემდეგ ბრუნდება ცოტა ხნით თავის ქვეყანაში და მსახურობს ოზურგეთის ქალაქის ექიმად 1914 წ. 1 იანვრიდან აგვისტომდე. ამდროს მას მოუხსწრო მსოფლიო ომმა, რის გამო გაწვეულ იქნა და დაინიშნა ქ. ხარკოვის სამხედრო ჰოსპიტალის ქირურგიული განყოფილების შტატის ორდინატორად. ამავე ხანებში 1914—1917 წლ. მუშაობდა ხარკოვის უნივერსიტეტის ტოპოგრაფიულ და ოპერატიულ ქირურგიის კათედრასთან ასისტენტის თანამდებობაზე. 1918 წლის დასაწყისში ვლადიმერი ხელახლა ბრუნდება ოზურგეთში, სადაც დაინიშნა ლაზარეთის უფროს ექიმად.

1919 წ. 20 აგვისტოს არჩეულ იყო ტფ. უნივერსიტეტის ნორმალური ანატომიის კათედრის ასისტენტად, რა თანამდებობასაც ასრულებდა თავის სიცოცხლის უკანასკნელ დღემდე.

ამავე ხანებში ის მოწვეული იყო ტფ. დრამატიულ და საოპერო სტუდიებში ანატომიის და ფიზიოლოგიის კურსის წასაკითხავად, რომელსაც ეწეოდა 1924—1927 წლ. 1926 წლიდან დღემდე პედაგოგიური ფაკულტეტის დღგენილებით კითხულობდა იმავე ფაკულტეტზე კურსს „შესავალი პედოლოგიაში“.

გარდა ამისა 1928 წლ. 1X ვლ. ცეცხლაძე მუშაობდა ა.-კ. რკინის გზის პედოლოგიურ ლაბორატორიაში—ანტროპომეტრიულ კაბინეტის გამგის თანამდებობაზე. გარდა ჩვეულებრივი მუშაობისა, ვლადიმერი მეცნიერულადაც მიიწვევდა წინ, რაც გამოიხატა ჯერ კიდევ 1925 წელში სადოქტორო გამოცდების ჩაბარებაში, და შემდეგ წარადგინა ფაკულტეტში სადისერტაციო შრომა: „ადამიანის დიდი ბადექინის მორფოლოგიური თავისებურებანი და მათი მნიშვნელობა ამ ორგანოს ფუნქციების გასაშუქებლად“—დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად. 1927 წ. 29 მაისს სამკურნალო ფაკულტეტმა თავის საჯარო სხდო-



მაზე პაექრობის შემდეგ ექიმ ვლადიმერ ცეცხლაძეს მიანიჭა ანატომიის დოქტორის ხარისხი. 1929 წ. 2 სანიმუშო ლექციის წაკითხვის შემდეგ ფაკულტეტმა მიანიჭა მას პრივატ-დოცენტის სახელწოდება. ვლ. ცეცხლაძეს დაწერილი და გამოქვეყნებული ჰქონდა შემდეგი შრომები:

1. განვითარების ანომალიები—„ნალისებრ თირკმელი“, დაბეჭდილია უნივერსიტეტის მოამბეში 1925 წ. № 5,
2. შემთხვევა ადამიანის დიდი ბადექინის ანატომიური თავისებურობისა. ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინაში“-ში—1925 წ. № 10—11,
3. „რამოდენიმე ცდა ცხოველების დიდ ბადექინზე“ ჟურნ. „თანამედროვე მედიცინა“-ში 1926 წ. № 6—7,
4. „ადამიანის დიდი ბადექინის მორფოლოგიური თავისებურობანი და მათი მნიშვნელობა ამ ორგანოს ფუნქციების გასაშუქებლად“ (სადისერტაციო შრომა“),
5. ანტროპომეტრიული მასალა ტფ. რკინის გზის თანამშრომელთა ბავშვების და მოზარდების შესახებ (ხელნაწერი),
6. „სიცოცხლე და სიკვდილი“. სახელგამის გამოცემა ცალკე წიგნად 1922 წ.,
7. უჯრედი და ცოცხალი ნივთიერების ერთეული თანამედროვე ბიოლოგიის თვალსაზრისით. ჟურნ. „ჩვენი მეცნიერება“ ში 1924 წ. № 2,
8. კონსულტაციის გავლენა ადამიანის ორგანოების ტოპოგრაფიაზე. ჟურნ. „თანამედროვე მედიცინა“-ში 1928 წ. № 1—2,

ჰქონდა აგრეთვე დაბეჭდილი სახელმძღვანელოც „ადამიანის ფიზიოლოგია“, რომელიც ორჯერ გამოვიდა, 1925 წ. და 1928 წ.

ვლადიმერ ცეცხლაძეს სტუდენტობიდანვე ეტყობოდა ღრმა სიყვარული მეცნიერულ მოღვაწეობისადმი. როგორც მეცნიერი-მუშაკი იგი ჩამოყალიბდა ქართულ უნივერსიტეტში. იგი იყო დინჯი და ფრთხილი მკვლევარი, რომელიც მტკიცედ დაუკავშირდა ბიოლოგიის და სიცოცხლის კანონების საიდუმლოების გამოაშკარავებას ეძებდა ორგანიზმის მორფოლოგიური ცვალებადობის დინამიკაში. თავის ძრავალ მსმენელებში მან მოიპოვა პატივისცემა, ნდობა და სიყვარული, როგორც წყნარმა, კეთილმა და ჰუმანიურმა ადამიანმა. იგი ფაქიზად და დიდი პატივისცემით ეპყრობოდა ყოველ თავის მოწაფეს და უყურებდა მას, როგორც თავის მომავალ ამხანაგს საზოგადოებრივ მოღვაწეობაში. ვლადიმერი იყო მშვენიერი ლექტორი, უყვარდა მარტივი, მაგრამ მკაფიო და სწორი აზროვნება, უეჭველად უდავო ფაქტებზედ დამყარებული. ბიოლოგიის იდეები, პრობლემები და ჰიპოთეზები მას ძალიან ჰხიბლავდა, მაგრამ იგი იყო ძალიან მორცხვი და ფრთხილი მოაზროვნე და ყოველგვარი შეცდომების ასაცდენად არ ბედავდა დასკვნების გამოტანას, თუ უდავო დასაყრდნობი არ ჰქონდა ნაპოვნი. ვლადიმერის სიკვდილი სრულიად მოულოდნელი იყო და მისმა დაკარგვამ ერთბაშად დააობლა ჩვენი სამკურნალო მეცნიერების თეორეტიკოსთა ისეც პატარა ოჯახი.



თეორიული და კლინიკური მედიცინა

პ.კ.ო.ზ. ალ. ნათიშვილი

მსხვილი ნაწლავების ანომალიური და ვარიანტული მდებარეობის საზღვრების შესახებ.

მსხვილი ნაწლავების სხვადასხვა ანატომ-ტოპოგრაფიული მდებარეობის შესახებ არსებობს დიდი ლიტერატურა მონოგრაფიების, დისერტაციების და ცალკე გამოკვლევების სახით; ყველა დიდ სახელმძღვანელოში მსხვილ ნაწლავებს მიძღვნილი აქვს მრავალგვერდიანი თავი და მორფოლოგია ამ ორგანოსი თითქმის დამთავრებულად უნდა ჩაითვალოს ბევრ თავის ნაწილებში.

საკმარისათ გამოკვლეულია ის ფაქტორები, რომელნიც მოქმედობენ მსხვილი ნაწლავების ნაწილების დალაგებაზედ. გამოკვლეულია ისიც, რომ ონტოგენეტიური ხანა მსხვილი ნაწლავის განვითარებისა მეტად ხანგრძლივია და უდრის დაახლოებით 12—15 წელს. ცხადია, რომ ასეთ ხანგრძლივ პერიოდში განვითარებაზე გავლენას ახდენს როგორც შემკვიდრებითი ფაქტორები, ისე ჩანასახის ცხოვრების სხვადასხვა უაღრესად ცვალებადი პირობები, როგორც მექანიური, ისე ქიმიური ხასიათისა, ნაწლავების შეხაცავის ფიზიკური მდგომარეობა და ბოლოს ის უაღრესად მნიშვნელოვანი დინამიური ძალები, რომლებიც საერთოდ სხეულში და კერძოდ მსხვილ ნაწლავებში არის ბუნების მიერ ჩანერგილი.

ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ შეუძლებელი ხდება ნაწლავების დალაგების ურიცხვ სხვადასხვაობაში ტიპური დალაგების გამოძებნა. ასეთ პირობებში ადვილი ასახსნელი ხდება ერთი გარემოება: როგორც ძველად, ისე დღესაც არაა გამოკვლეული ის თუ, რომელი არაჩვეულებრივი მდებარეობა ნაწლავებისა უნდა გაისინჯოს, როგორც ვარიანტი და როგორი მდებარეობა მიეკუთვნება ანომალიას.

ამ 15—20 წლის წინად მსხვილი ნაწლავების მდებარეობის ყოველივე ფორმა, რომელიც არ შეესაბამებოდა კლასიკურ ანატომიაში მიღებულ ნორმას, აღიწერებოდა სპეციალურად ლიტერატურაში, როგორც განვითარების ანომალიის საყურადღებო მაგალითი. მხოლოდ ქრისტეფორე ადისონის საუცხოო შრომის შემდეგ, რომელშიაც ავტორმა მსხვილი ნაწლავების მდებარეობის მრავალფეროვანების საკითხი თითქმის საესებით ამოსწურა და მთელი თავისი მასალა ვარიანტების სახით წარმოადგინა, თითქმის ყოველი შემთხვევა კოლინჯის მდებარეობისა აღიწერებოდა ხოლმე, როგორც ვარიანტის მაგალითი.

ცხადია, რომ როგორც პირველ, ისე მეორე შემთხვევაში ცალმხრივობას და გატაცებას აქვს ადვილი.



ანომალია, როგორც მცნება, გარკვეულად მიგვიითითებს ჩანასახოვან განვითარების ნორმალური ხაზის დარღვევაზე; ასეთი ანომალია ხასიათდება მოცემულ შემთხვევისათვის გარკვეული ცვლილების სიმტკიცით და მუდმივობით, რომლის გამოსწორება უკვე შეუძლებელია და რომელიც ხშირად სიცოცხლისათვის მიუღებელია. ვარიანტი კი, როგორც მცნება, მხოლოდ სიცოცხლის მრავალფეროვნების მოვლენას გვიკარნახებს; ზომეტებულ შემთხვევაში იგი გამოწვეულია მექანიური ფაქტორების ზეგავლენით, რომლის აცილების შემდეგ მოვლენის სხვა ფორმაზე გადაყვანაც ადვილი შესაძლებელი ხდება; ვარიანტი სრულიათ არ უარჰყოფს ორგანიზმის ნორმალურ არსებობას. ასეთი გაშუქებით ანომალია—არის ნორმის განმტკიცებული დარღვევა, ვარიანტი კი ნორმის დროებითი შეცვლა.

თუ აღნიშნულ დებულებებს მივიღებთ, როგორც მსჯელობისა და დასკვნის გამოსავალ საფუძველს, ჩვენ დაგვჭირდება გამოძიება სეროიზული, მორფოლოგიური ფაქტორისა, რომელიც მოგვცემს საშუალებას ყოველთვის ვარიანტული ფორმა ანომალიის ფორმისაგან მკაფიოთ გამოვყოთ.

მრავალწლიანი დაკვირვების შემდეგ ჩვენ დავრწმუნდით, რომ წამოყენებულ საკითხის გადაწყვეტისათვის ყოველ ცალკე შემთხვევაში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პერიტონეუმის წარმოქმნებს და მათ შორის პირველ რიგში ჯორჯლების მდგომარეობას.

ჩვენ ვიცით, რომ ნორმალურად განვითარებულ მსხვილ ნაწლავს ყველა შემთხვევაში უნდა ჰქონდეს; თავი—coecum, ბოლო—rectum, მათ შორის მოთავსებული კოლინჯის სამი ნაჭერი—col. ascend., col. transv., col. descend. და სამი ნაკეცი—flex. col. dext., flex. coli sin. და flex. sigmoidea. აღნიშნულ ნაწილებს შორის მხოლოდ ოთხ ნაწილს აქვს ჯორჯლები, ცნობილი mesoappendix, mesocolon transversum და mesorectum-ის სახელწოდებით. დანარჩენი ნაწილები ფიქსაციის მდგომარეობაში იმყოფებიან და ამიტომ მდებარეობის მუდმივობის თვისებებიც გაცილებით უფრო მეტად აქვთ გამოხატული. ასეთი საბოლოო სახე მსხვილი ნაწლავების ნაწილების დალაგებისა ვითარდება თანდათანობით და ვიხიდან ხაწლავის სიგრძე, მისი სანათურის ოდენობა, მისი დანართი ორგანოების მორფოლოგია, შენაცავის ფიზიკური თვისებები, გაზების რაოდენობა, სხეულის საერთო მდებარეობა და მეზობელ ორგანოების განვითარება უაღრესად ინდივიდუალური და ცვალებადია, ამიტომ ნაწლავების მდებარეობის ვარიანტების ფარგლებიც მეტად ფართოვდება.

მხოლოდ მიუხედავად ყოველისა ანომალური ფორმის გამოყოფა სუყოველთვის ადვილი ხდება, თუ ნაწლავების პერიტონეალურ საფარველს, ჯორჯლებს და იოგოვან აპარატს დეტალურად გავსინჯავთ.

მიხედვით შემონათქვამისა ჩვენი აზრით საკითხი საკმარისად გაშუქებული იქნება, თუ ჩვენ წარმოვადგენთ მოკლეთ ანომალიის რამოდენიმე უდაო ფორმას:

1. mesoappendix არ არსებობს სრულებით და ქიანაწლავი მიწებებულია ან კოლინჯთან, ან წვრილი ნაწლავის ჯორჯალზე, ან რეტროპერიტონეალურ შემაერთებელ ქსოვილშია ჩართული.

2. დიდი ბადექონის დუბლიკატურები არ არის შეწებებული, განივ კოლინჯს ფიქსაცია აკლია კუჭის დიდ სიმრუდესთან, რის გამო განივი კოლინჯის ნაწილები სრულიად არაჩვეულებრივ დაკლაკნას და დალაგებას განიცდიან.

3. ასწვრივი კოლინჯი არ არის შეწებებული მუცლის უკანა კედელთან, mesenterium-ის და mesocolon transversum-ის ნაწილები გაერთიანებულ არიან და მსხვილი ნაწლავის პირველი ნახევარი განუწყვეტლივ წარმოქმნა არის, როგორც ჩვენ ამას ვხედავთ ჩანასახოვან ცხოვრების პირველ თვეებში.

4. დასწვრივი კოლინჯი მთლიანად ან ნაწილობრივ არ არის შეწებებული მუცლის უკანა კედელთან, mesenterium commune-ს ნაწილების ნაშთების შერჩენის გამო.

5. mesosigmoideum-ი სრულებით არ არსებობს, შესატყვისი კოლინჯი მიკერებულია თედოს ფოსოსთან.

6. mesenterium და mesosigmoideum შეწებებული არიან ერთი მეორესთან სხვადასხვა ხარისხით, რის გამო კოლინჯის და წვრილი ნაწლავების ნაწილები საერთო ჯორჯლში არიან მოქცეული.

7. mesenterium-ის ძირი შემოკლებულია თავის ქვემო ნაწილში, წვრილი ნაწლავის მეტი ან ნაკლები უჯორჯლო ნაჭერი მოქცეულია რეტროპერიტონეალურ არეში და უძრავია.

8. ასწვრივი კოლინჯი არ არსებობს, რადგან ბრმა ნაწლავი ღვიძლის ქვეშ, თირკმელზედ ძევს, მასთან მჭიდროთ შეზრდილი, მსხვილი ნაწლავის განვითარების შეჩერების გამო. ამ ფორმას ეკუთვნის ყველა შემთხვევა, როდესაც ბრმა ნაწლავი თედოს ფოსოში არ არის ჩაშვებული და ამავე დროს მის გარეშე ფიქსაციის მდგომარეობაშია.

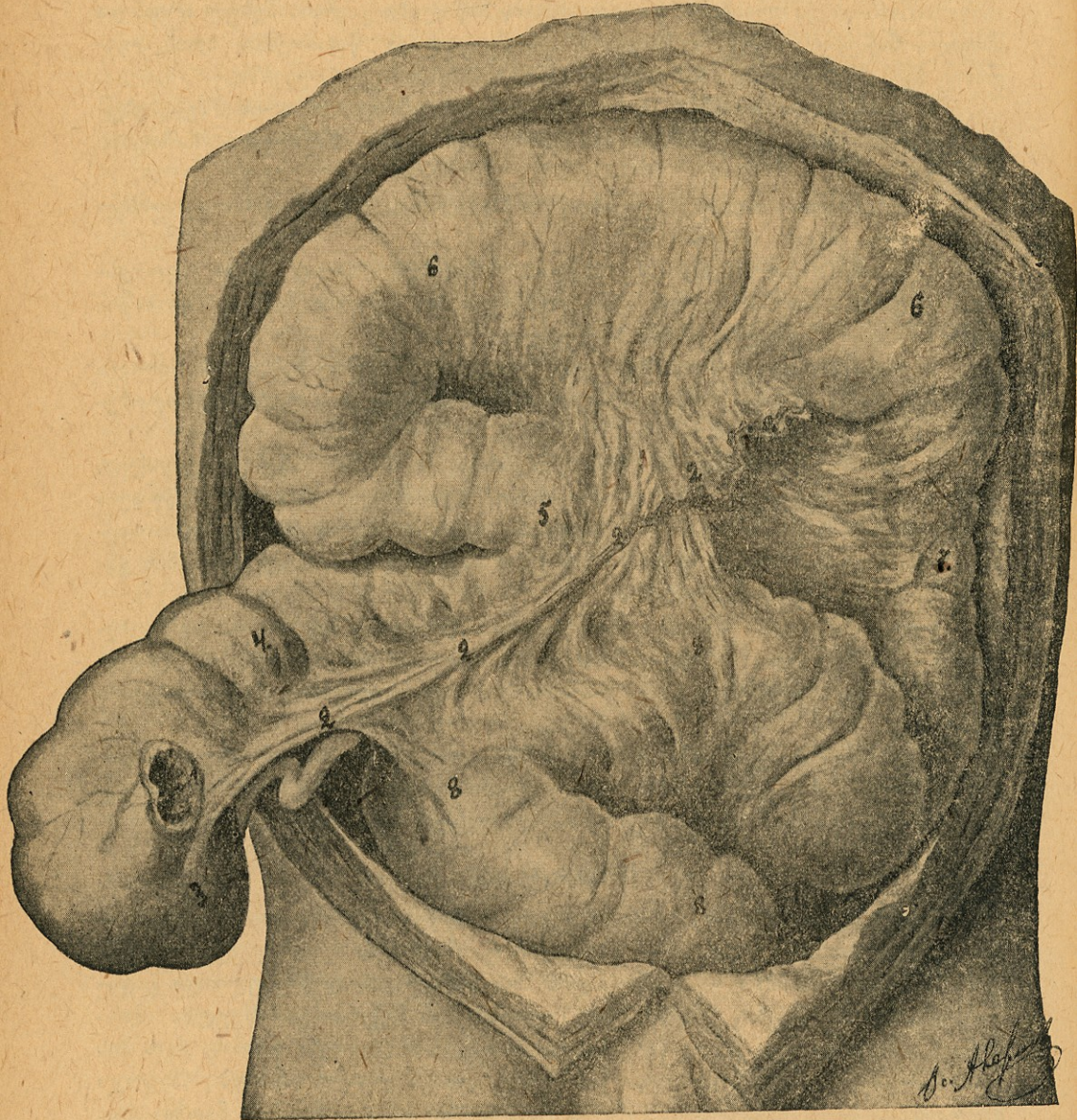
ყველა დანარჩენი შემთხვევები მსხვილი ნაწლავების მდებარეობისა, მიუხედავად მათი ზოგიერთ შემთხვევაში მკვეთრი ანატომიური დალაგების ცვლილებებისა, გასინჯულ უნდა იყოს როგორც ვარიაციის მდებარეობის ერთ-ერთი მაგალითი.

დასასრულ მომყავს სამი შემთხვევა მსხვილი ნაწლავების არა ჩვეულებრივი მდებარეობისა, გამოწვეული პერიტონეუმის განვითარების ნორმალური გეზის დარღვევით, რის შედეგათ განვითარდა უდავო ანომალიის ფორმები.

შემთხვევა I. სურ. 1.

ახალშობილი 3 თვისა. ვაჟი. სიკვდილის მიზეზი: Erisipelas.—Sectio. Colon ascend. mobile (7 სანტ.) თავისუფალი და მოძრავი, ძევს მუცლის ღრუში ჰორიზონტალურათ მარჯვენა თირკმლის შუა ნაწილიდან დაწყებული და გადადის შუა ხაზის მარცხივ 2 სანტ.-რით (სურათზე ეს ნაჭერი გადაწეულია მარჯვნივ).—Col. ascend. fixum (4 $\frac{1}{2}$ სანტ.) პირველთან კუთხესა ჰქმნის, ძევს მის უკან აგრეთვე ჰორიზონტალურათ და შეზრდილია თირკმელთან და 12-გოჯა ნაწლავთან. მის დისტალურ ნაწილს უმაგრდება პერიტონეუმის ნაოქი—lig. cysto-pyloro—duodenum.—Coecum, განიერი და მოზრდილი, ძევს მარცხენა თედოს ფოსოში.—Appendix (6 $\frac{1}{2}$ სანტ.), თავისუფალი, მოძრავი, დაკლაკნილი ძევს col. mobile-ს გასწვრივ.—Col. transversum (25 სანტ.) იწყება 12-გოჯა ნაწ-

ლავთან, თავისუფალი და მოძრავია, საშუალოთ გაგანიერებული, რკალისებურათ მოდრეკილი და თავდება ელენთის ქვემო ბოლოს ქვევით მკვეთრი შევიწსურ. № 1.



1) intest. ilium, 2) mesenterium—გადაჭრილი, 3) coëcum, 4) col. ascend. mob., 5) Flexura coli dextr., 6) col. transv., 7) Col. transv. ბოლო, შევიწროებული, 8) Col. sigmoideum.

როებით მე-11 ნეკნის დონეზე.—*Col. descend.* არ არის გამოხატული.—*Flex. sigmoidea* (20 სანტ.) მეტათ ორიგინალურ მდგომარეობაშია: იგი ღრმათა ძეგს, მისი შუა ნაწილი შეზრდილია მუცლის უკანა კედელთან, და ახლო მეზობლათ ძეგს *col. asc. fixum*-თან; კოლინჯის ამ ნაწილის დასაწყისი და საბოლოო ნაჭრებს მკირე და ვიწრო ჯორჯლები შეზრდილია და ცოტაოდენ მოძრაობაც შეუძლიან; მისი საბოლოო ნაწილი მიმაგრებულია პერიტონეუმის იოგით მარჯვენა თეძოს ფოსოსთან, საიდანაც იგი შემდეგ პუპარტის იოგსა, და მუცლის წინა კედელს მიჰყვება და შუა ხაზზე გადადის სიღრმეში კონცხისაკენ.

ამ შემთხვევის არაჩვეულებრივ თავისებურებებს ამრიგათ შეადგენენ: 1) სიგმოიდურ კოლინჯის შუა ნაწილის სრული ფიქსაცია, 2) ამავე ნაწილის მეზობლობა ასწვრივ კოლინჯის უძრავ ნაწილთან, 3) სიგმოიდურ კოლინჯის ჯორჯლის უარსებობა, 4) მარჯვენა თეძოს ფოსოში სამუდამოთ სიგმოიდურ კოლინჯის მოთავსება, 5) საზოგადოთ მთელი სიგმოიდური კოლინჯის ანორმალურ მდებარეობის მუდმივობა, 6) ბრმა ნაწლავის მკვეთრი მიგრაცია და მისი მარჯვენა თეძოს ფოსოში მოთავსების შეუძლებლობა.

შემთხვევა II, სურათი № 2.

ახალშობილი, 2 თვისა, ქალი. სიკვდილის მიზეზი: თანდაყოლილი სისუსტე. *Col. asc. mob.* (3 სნტ.). თავისუფალი და გადაბრუნებულია ზევით და მედი-ალურათ და შეეხება ღვიძლს.—*Col. asc. fix.* ($2\frac{1}{2}$ სნტ.) ძეგს ირიბათ, თირკმელზედ, ღვიძლის ქვედა კიდის გასწვრივ და შეზრდილია 12-გოჯა ნაწლავთან.—*Appendix* (4 სნტ.), მისი თითქმის ნახევარი შეზრდილია კოლინჯთან; დანარჩენი ნაწილი, მოკლებულია ჯორჯალს და მოკლებულია უძრავათ *mesenterium*-ის მარცხენა ფურცლის ქვეშ.—*Col. transvers.*-ის მარჯვენა ნაწილი ჰქმნის გადაგრეხილ კვანძოვან მარყუმს, მოთავსებულს ღრმათ, ღვიძლის ქვეშ, პილორუსის მარჯვნივ და ქვემოთ. განივ კოლინჯის შუა ნაწილს უფრო ზერელე მდებარეობა აქვს, შევიწროვებულია და უხვად დანაოჭებული კუჭკოლინჯის იოგით მიმაგრებულია კუჭის დიდ სიმრუდესთან. განივ კოლინჯის მარცხენა ნაწილი წარმოადგენს ნაწლავის ორ ერთი მეორეზე დაკეცილ მარყუმს; ასეთი მარყუმის სახით იგი ჩამოეშვება ქვევით და ძეგს სიღრმეში თირკმლის მარცხნივ. უკანა ასწვრივი ნაჭერი ამ მარყუმისა, 12-გოჯამდე ნაკეცის მეზობლათ მჭიდროთ არის მიმაგრებული მარცხენა თირკმლის ზემო ბოლოსთან.—აქედან კოლინჯის ნაწილი, რომელიც უნდა ესაბამებოდეს *col. descendens* წვება მარცხენა თირკმლის კარზედ, 12-გოჯას ასწვრივ ნაწილის მეზობლათ, უვლის მას მარცხნიდან და ქვედან, შედის წვრილ ნაწლავების ჯორჯლის დუბლიკატურაში და 4 სნტ. მანძილზედ მღივი ნაწლავის მეზობლათ ძეგს; წელის მესამე მალის დონეზედ იგი *mesosigmoideum*-ის თავისუფალ ნაპირში თავსდება და ჰქმნის ორ მკვეთრათ მოდრეკილ მარყუმს: მათ შორის პროქსიმალური ძეგს ზერელეთ მუცლის წინა კედლის უკან, სიმფიზის ზემოთ, პროქსიმალური კი მარჯვენა თეძოს ფოსოს ნაპირზედ. ამავე ფოსოში ძეგს საკვერცხე თავის ლულით ჩამოკიდებულ ჯორჯალზედ—*lig. genito-mesentericum*-ის საშუალებით.—ღვიძლი გადიდებულია, მეტადრე მისი მარცხენა ნაწილი თითქმის ისეთივე ოდენობისაა, როგორც მარ-

სრული ანომალური მდებარეობა მსხვილი ნაწლავებისა ამ შემთხვევაში აშკარად შეკავშირებულია პერიტონეუმის წარმოქმნების ანორმალობასთან და სწორედ ეს უკანასკნელი ფაქტი შეუძლებლათ ჰქმნის ნაწლავების ასეთი მდებარეობის შეცვლას. ამ შემთხვევის პერიტონეუმის ანორმალობას შეადგენს: 1) ჭია ნაწლავის ჯორჯლის არ ყოფნა, 2) წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ძირის ჰორიზონტალური მიმაგრება მუცლის უკანა კედელთან, 3) განივ კოლინჯის მარცხენა ნაწილის ორ ნაჭრათ შეწყება mesocolon transversum-ის განუვითარებლობის გამო, 4) დასწვრივ კოლინჯის სრული გადაწევა მარჯვნივ პერიტონეუმის ნაოქების ზედმეტ განვითარების და გამსხვილების გამო, 5) mesosigmoideum-ის არამთლიანობა და არაჩვეულებრივი მიმაგრება მუცლის უკანა კედელთან.

შემთხვევა III სურ. № 3. და № 4.

ახალშობილი, ქალი. 3 კვირისა სიკვდილის მიზეზი—თანდაყოლილი სისუსტე.—ამ შემთხვევის ანომალია მდგომარეობს იმაში, რომ ბრმა ნაწლავი, ასწვრივ კოლინჯის მოძრავი ნაწილი და სიგმოიდურ კოლინჯის თითქმის ნახევარი ჩართულ არიან წვრილი ნაწლავების ჯორჯალში და მასთან ერთად მოძრაობენ. ამიტომ მუცლის გაკვეთის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ Col. asc. და ბრმა ნაწლავი გადაბრუნებულან ზევით და ეხებიან ღვიძლის ქვემო ზედაპირს; ასწვრივ კოლინჯის დისტალური ნაწილი ღრმათა ძეგს და შეზრდილა მარჯვენა თირკმელთან. ჭიანაწლავი (7 სნტ.) ვიწრო ჯორჯლიანია, ცოტათ მოძრავი, ძეგს სიღრმეში ღვიძლის უკანა კიდესა და თირკმელ შორის.

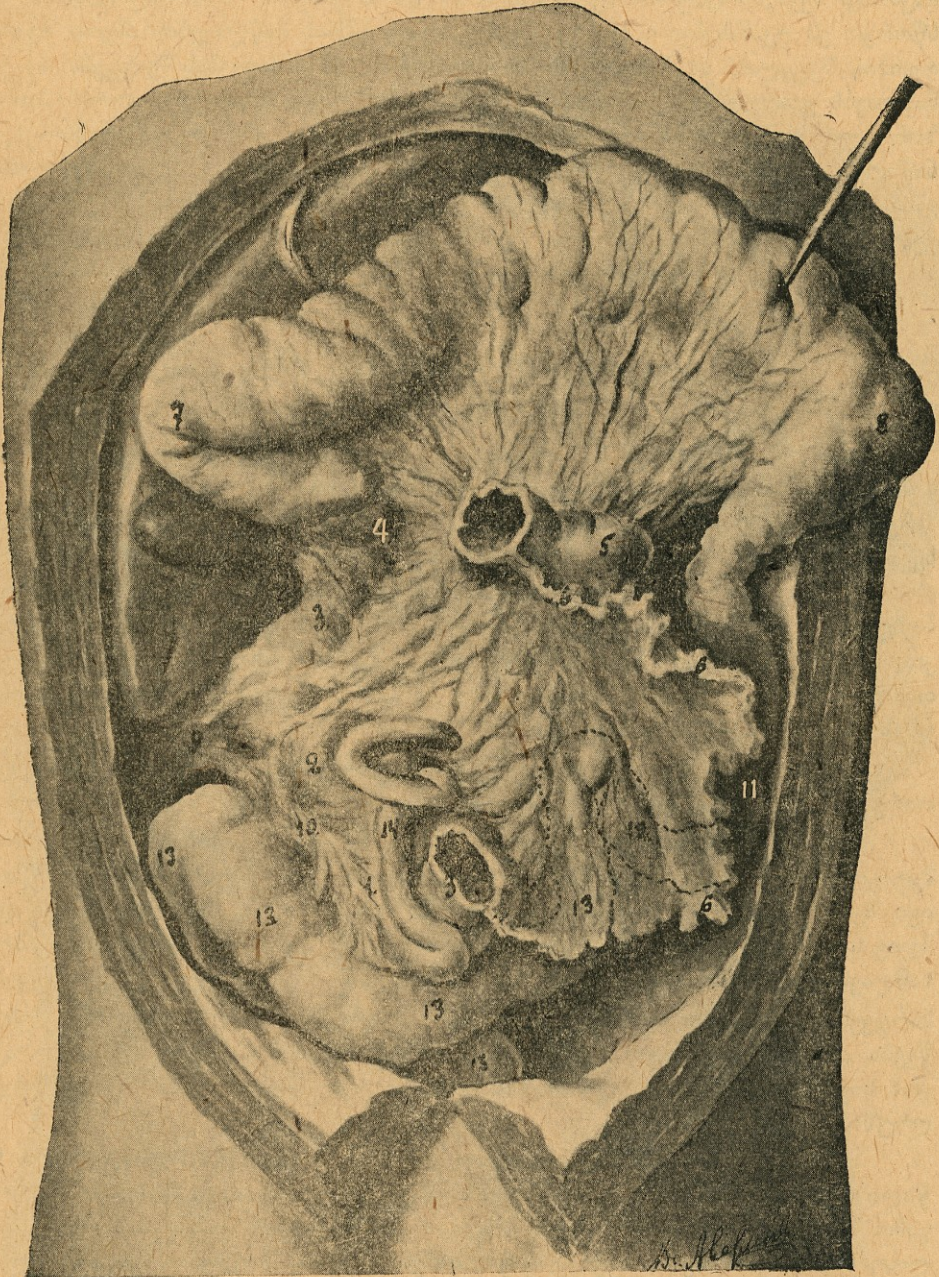
Col. transv. შედარებით ნორმალური მდებარეობისა Col. desc. მარცხენა თირკმლის გვერდით ძეგს, შეზრდილა მუცლის უკანა კედელთან.

Flex. sigmoidea თედოს ქედიდან მიდის მარჯვნივ, ირიბათ, ზევით, თორმეტ-გოჯა-მლივ ნაკეცამდე, პერიტონეუმის უკან ძეგს და უძრავი რჩება. შემდეგ იგი შეიჭრება წვრილ ნაწლავის ჯორჯალში და 6 სანტიმეტრის მანძილზედ ძეგს მლივ ნაწლავთან ერთად ჯორჯლის თავისუფალ კიდეში. იგი გადასჭრის ბრმა ნაწლავს და ამის შემდეგ უკვე მეზოსიგმოიდეუმის თავისუფალ კიდეში წვება; მარჯვენა თედოს ფოსოში იგი ჰქმნის მარყუშს, რომლის ასწვრივი მუხლი წვება ასწვრივ კოლინჯის გვერდით და აღწევს ღვიძლის ქვემო ზედაპირს. აქედან სიგმოიდური კოლინჯი ჩამოდის უკან თედოს ფოსოში და მცირე მენჯის ღრუში ეშვება.

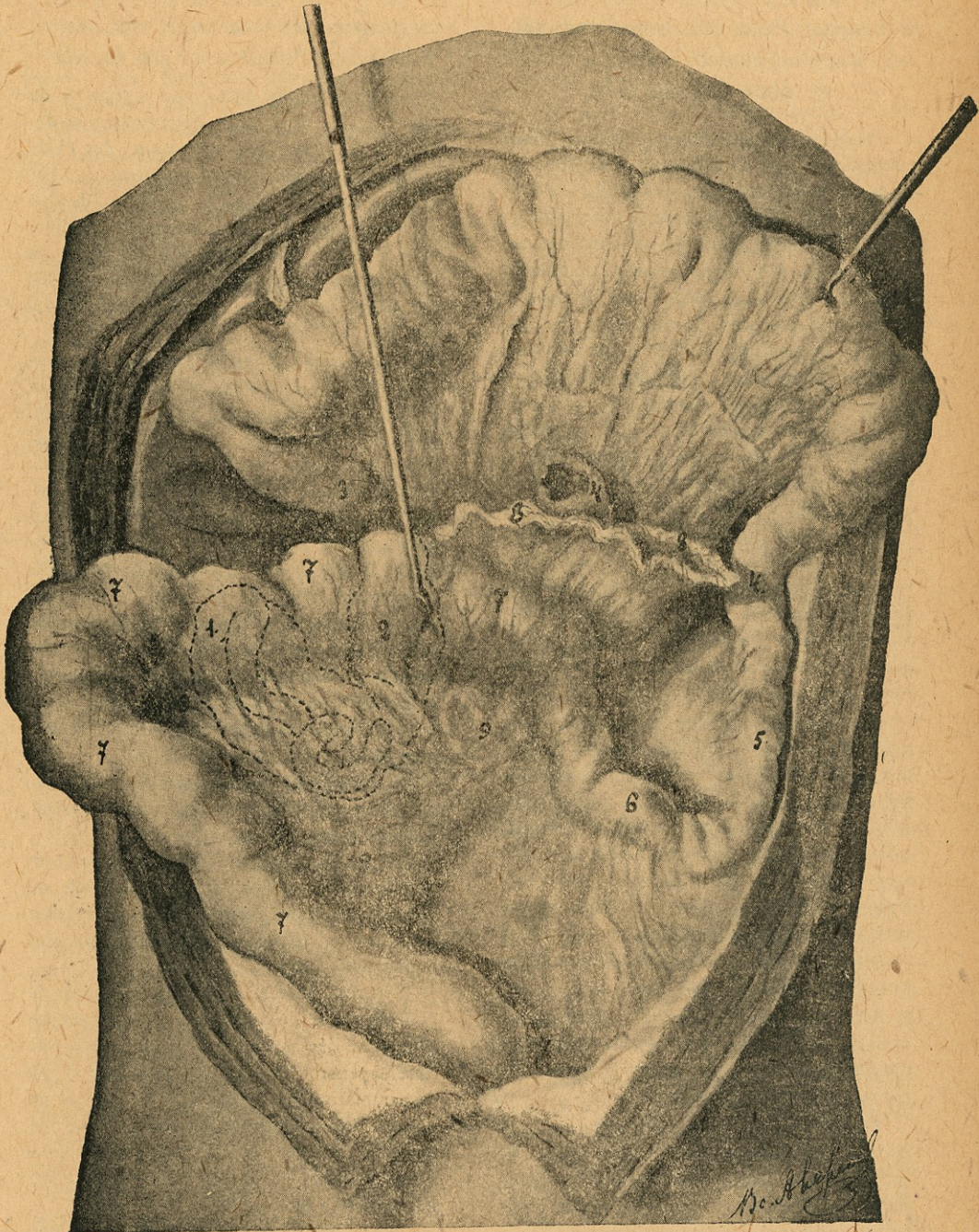
ამრიგათ წვრილი ნაწლავების ჯორჯლის (mesenterium) დისტალური ნაწილი შეწყებებულია სიგმოიდურ კოლინჯის ჯორჯალთან (mesosigmoideum), რის გამო შექმნილა ანომალური ურთიერთობა და კოლინჯის დასაწყისი და საბოლოო ნაწილების ასეთი მტკიცე გაერთიანება მუდმივ მოვლენათ გადაქცეულა.



სურ. № 3.



1) 1 და 2 Col. ascend. mob., 3) Col. asc. fix., 4) Flex. coli dextra
5) Flex. duodeno-jejuni, 6) Mesenterium გადაჭრილი, 7 და 8) Col. transv.,
9) პერიტონეუმის ნაოჭები, რომლებითაც ასწვრივი კოლინჯი მკიდროთ არის მიმაგრებული მუცლის უკანა კედელთან, 10) პერიტონეუმის ნაოჭები, რომლებითაც შტკიცით არიან გამაგრებული ასწვრივ კოლინჯისა და სიგმოიდურ კოლინჯის ნაწილები, 11, 12 და 13—Col. descend. და Col. Sigmoid. 14) Appendix.



1 და 2) Col. ascend, 3) Flex. Coli dextra, 4) Flex. duodeno-jejunal.,
5) Col. desc., 6 და 7) Col. sigmoideum, 8) Mesenterium, გადაკრილი 9) Me-
sosigmoideum და Mesenterium შეუვებულნი.

Проф. А. Н. Натишвили.

К вопросу о разграничении аномальных форм положения толстых кишек от форм вариантных.

Вопрос о многообразии положения толстых кишек в брюшной полости с давних пор занимал исследователей; этот вопрос имеет большую литературу и в настоящее время морфологически в достаточной степени освещен. Однако, где кончаются аномальные формы положения кишек и где начинаются формы вариантные — до сих пор остается открытым. В весьма обильной по этому вопросу литературе, различные авторы не всегда основательно трактуют то или иное отклонение от обще-принятых норм, то как аномальный, то как вариантный случай. И таким образом довольно часто, особенно при массовых исследованиях, формы, которые являются примерами варианта, описываются, как аномалии, а под формой вариантов — случаи, которые безусловно должны быть отнесены к аномалиям.

По мнению автора в каждом отдельном случае, при выяснении этого вопроса нужно руководствоваться не особенностями положения отрезков кишек, а отношением к ним брюшинного покрова и особенно его дериватов — брызжеек. Если принять во внимание именно эту сторону, вопрос об отнесении того или иного отклонения к аномалии или к варианту, может быть решен безошибочно.

Такая разгруппировка материала особенно важна при статистических подсчетах т. к. она ограждает от путаницы и неточных выводов.

По мнению автора, аномалия положения толстой кишки, как морфологическое понятие, обязательно предполагает нарушение нормального процесса развития, характеризуется стойкостью образовавшейся формы, устранение которой в последующие перио-

PROF. A. NATICHVILI.

La question de limite entre anomalie ou variation de situation du gros intestin.

La question de différentes situations du gros intestin dans la cavité abdominale depuis longtemps fut l'occupation des chercheurs; cette question a maintenant une littérature médicale riche et au point de vue morphologique elle est suffisamment éclairée.

Pendant la question de limite, là où finissent les anomalies et commencent les variations jusqu'à présent reste encore ouverte.

Des auteurs différents ne sont pas toujours objectifs et traitent telle ou autre inclination de l'état normal comme anomalie, ou bien comme une simple variation. Ainsi très souvent et surtout pendant des recherches en masse, la forme qui constitue comme un type de variation, de l'état normal est considéré injustement comme une anomalie, d'autre part bien souvent on décrit comme un type de variation ce qui n'est qu'une anomalie typique. D'après l'auteur dans chaque cas différent pour éclairer la question, d'anomalie ou de variation, il faut se guider non pas de la situation spéciale du G. I. mais des rapports du péritoine au dernier et surtout du mésentère.

Si l'on prend en considération ce principe, la gestion des anomalies ou des variations peut-être résolue sans faute.

Un tel groupement du matériel de recherche est importants surtout au point de vue de statistique, parcequ'il nous dispense de faire des fautes et par conséquent des conclusions fausses.

D'après l'auteur la situation anormale du G. I. au point de vue morphologique est intimement liée avec le vice du procès de développement normal du péritoine et qui se caractérise par la fixité de la forme en considération dont la correction dans les périodes ultérieures n'est pas toujours possible et dont l'existence n'est pas toujours compatible avec la vie.

Alors que une variation n'est qu'une différence de forme, comme suite d'action mécanique et dynamique. Cette dernière se

დის ვსეგდა ვოზმოსნო ი ნალიჩე კოტორი დია ჯიზნი ნე ვსეგდა პრიემლეო. ვარიანტი ჯე ესტ ვიაველინე ჯიზნენოგო მნოგობრაია ფორმ, ჯავლეთსა სლედიემ მეხანიჩესკიხ ი დინამიჩესკიხ ვოდეიქტიხ, ხარაქტერიზეთსა ნეპოსტოანსთვომ ი იზმენჩივოსთუ ი ვპოლნე სოვმესტიმო ს ნორმალნიმი ფუნქციამი დანნოგო ორგანო.

იხოსია ივ ვიშეუკაზანნიი პრედპოსილკი ავტორ კონკრეტო პერეჩისლეატი თე ფორმი უკლონენია ვ პოლოჟენიი თოლსთიხ კიშეკ, კოტორე დოლჟნი ბიტი ოტნესენი კ სლუჩაამ ანომალნიმი ი თემ სამიმ რაზრეშაავთ ვოპროს ო გრუპე ვარიანტიხ ფორმ.

იტაკ კ ანომალიამ დოლჟნი ბიტი ოტნოსიმი:

1) Mesoappendix ოტსუტვუეტი ი პრიდატოკ პრიპაია ილი კ სთენკე პოლსთი, ილი კ colon ascendens ილი კ ბრუჟჟეიკე თონკიი კიშკი ილი ლეჟიტი ვ რეტოპერიტონეალნიი კლეთჩატკე.

2) დუბლიკატური ბოლშოგო სალნიკა ოსთალის ნესპაიანიმი, colon transversum, ლიშენ ფიქსაციი ს კრვიზნიი ჯელუდკა ი bursa omentalis ნეპრერვივო პოდოლჟაეტი-სა ვნივ ზ ბოლშოი სალნიკ.

3) Colon ascend. ნე სპაია ს ზადნიი სთენკიი ჯივოტი, mesenterium ნეპრერვივო პოდოლჟაეტი ვ mesocolon transversum ი პერვაი პოლოვინა თოლსთიხ კიშეკ პოდვეშენა ნა ობჟეი ბრუჟჟეიკე კაკ ვ პერვეე მესაეცი უტრობნიი ჯიზნი.

4) Colon descend ნა ვსემ პრეტაჟენიი ილი ჩასტიჩო ნე სპაია ს ზადნიი სთენკიი ჯივოტი ი პოდვეშენა ნე ბრუჟჟეიკე, კოტორა ნეპრერვივო პოდოლჟაეტი ვ Mesosygmoidum.

5) Mesosygmoidum ოტსუტვუეტი სოვერშენო ი სოთვესთვუნნია იეი კიშკა პრიპაია კ პოდვდოშნიი ჯამე.

6) Mesenterium ი mesosygmoidum სლიტი მებუდო სობოი ნა რაზლიჩნო პრეტაჟენიი ბლადარა ჩემუ ოტრეჟნი თოლსთიხ ი თონკიი კიშეკ პოდვეშენი ნა ობნი ბრუჟჟეიკე ი დვიგაეტი სოვმესტო.

7) კორენი mesenterium უკოროჩენი ვ ნიჟნეი ჩასტი, კონეც თონკიი კიშკი

caracterise par l'absence d'une fixité de forme et de variabilité et est pleinement compatible avec la fonction normale de l'organe.

D'après ce que l'on vient de dire, l'auteur expose concrètement toutes les formes dont la différence de l'état normal constitue une véritable anomalie et ainsi en même temps il délimite les cas, qui rentrent dans le groupement de variation de formes différentes.

Et ainsi au groupement d'anomalie l'on doit considerer:

1. Absence du meso-appendix, l'appendix est fixé ou bien à la paroi de la cavité abdominale ou bien au colon ascendant ou au mésentère ou encore se trouve dans le tissu retro-péritonéal.

2. Le dédoublement du grand épiploon reste à l'état embryonnaire et les différents feuilletts. ne seoudent pas, le colon transverse ne présente aucun point de fixation avec la grande courbure de l'estomac et l'arrière cavité se prolonge en bas dans le grand épiploon.

3. Le colon ascendant ne se soude pas avec la paroi postérieure de la cavité abdominale et le mésentère se continue directement avec le mesocolon transverse et ainsi a première moitié du gros intestin est suspendue au mésentère commun comme pendant les premiers mois de la vie intra uterine.

4. Le colon descendant dans toute sa longueur ou en partie seulement, n'est pas fixé à la paroi postérieure de la cavité abdominale et trouse suspendu à son méso qui se prolonge directement dans le mesosygmoidé.

5. Le méso-sygmoidé est complètement absent et son intestin correspondant est fixé dans la fausse iliaque gauche.

6. Le mésentère et le méso-sygmoidé sont soudés entre eux à des points différents grâce auquel des parties du G. I. et intestin grêle sont suspendues à un seul mésentère.

7. La racine du mésentère est raccourcie à sa partie inférieure, la fin de l'intestin



შიшен брыжжейки и лежит неподвижно в забрюшинном пространстве.

8) Coecum лежит высоко под печенью, спаян с почкой благодаря чему colon ascend. отсутствует; сюда же надо отнести все случаи более или менее высокого положения слепой кишки, если она в это же время фиксирована в sinus mesentericus dexteri.

В заключение автор в виде иллюстрации приводит описание трех случаев аномального положения толстых кишек у детей первого года жизни.

grêle est dépourvue de mésentère libre et se couche fixée à la paroi péritonéale postérieure.

8. Le coecum se trouve fixé haut sous le foie et adhère au rein droit et grâce à cette situation le colon ascendant est absent. Dans cette catégorie d'anomalie il faut classer les situations plus ou moins hautes de du coecum si en même temps il est fixé au sinus mésenterique droit.

Comme conclusion l'auteur rapporte la description de 3 cas d'anomalie de développement de situation de G. J. chez des enfants des premières années de la vie.

პრ. დოც. ვ. ცეცხლაძე

ანტროპომეტრიული მეთოდების დღევანდელი როლი სხეულის ფიზიკური განვითარების საკითხში*)

ადამიანის ფიზიკური განვითარების საკითხის გამოსარკვევად დღევანდელ ანტროპომეტრიულ მეთოდებს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. ანტროპომეტრია შეადგენს ანტროპოლოგიურ მეცნიერების მთავარ დარგს, რომელიც განსაკუთრებით უკანასკნელ დროს განვითარდა და ფართოდ იქმნა გამოყენებული ადამიანის მრავალი ფიზიკური ხასიათის თვისებების გაშუქების საქმეში.

როგორც თვითონ სიტყვა „ანტროპომეტრია“ (anthropos—კაცი, metron—ზომა) აღნიშნავს, იგი ეხება ადამიანის სხეულის და მისი ორგანოების ზომვას იმ მიზნით, რომ ასეთ მასალაზე დაამყაროს დასკვნა ადამიანის ფიზიკური განვითარების შესახებ და აკრეთვე გაარკვიოს პირობები, რომლებიც საჭიროა მომავალი თაობის ფიზიკურად გაჯანსაღებისათვის. როგორც სჩანს, ანტროპომეტრიას აქვს არა მარტო თეორეტიული, არამედ აკრეთვე დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობაც.

ისე, როგორც მეცნიერების სხვა დარგებს, ანტროპომეტრიულ მეთოდსაც თავისი წარსული და წინასწარი დისციპლინები ჰქონდა და მის დასაწყისს ჩვენ უძველეს დროში ვხედავთ. ასე, მაგალითად, ეგვიპტეში 3000 წლის წინად ქრისტეს დაბადებამდე, როცა იქ ხელოვნება შედარებით მაღლა იდგა, ადამიანის სხეულის და მისი სხვადასხვა მიდამოების ზომვა უკვე ხმარებაში იყო. ეგვიპტის მაშინდელ სამარხ ადგილებში იპოვნეს ქვაზედ ამოჭრილი ხაზები, რომლებიც იმდროის მხატვრებისათვის წარმოადგენდნენ ადამიანის სხეულის საზომ ერთეულს. ასეთ ერთეულად ეგვიპტელებს აღებული ჰქონდათ ხელის შუა თითის სიგრძე, რომლის საშუალებით იმათ უკვე გამოჰყავდათ ადამიანის სიმაღლე (21 $\frac{1}{4}$ ერთ.) და სხეულის სხვა ნაწილების სიგრძე, მაგ., თავის (4 ერთ.) თავის მორთულობის (21 $\frac{1}{2}$ ერთეული) და სხვა. ბოქვენის სიმფიზს აქ უჭერია ცენტრი, კვირისთავა *ტელამდის აღებულია* 4 ხაზი, ჭიპი მოთავსებულია მე-11 ხაზზე, მე-14 და 15 ხაზებს შორის მდებარეობენ სარძეო *ჯირკვლები*, მე-17 ხაზზე—ცხვირის მწვერვალი და მე-18-ზე—შუბლის ბორცვები.

ზომვის საშუალებით მხატვრობა ეგვიპტელებიდან გადმოიღეს და კიდევ უფრო განავითარეს—ბერძნებმა. უკანასკნელებმა თითის მაგიერ საზომ ერთეულად ჯერ აიღეს ხელის გულის ზედაპირის სიგანე და ამ საზომის საშუალებით

*) სანიმუშო ლექცია, წაკითხული ფაკულტეტის საბჭოს სხდომაზე 1928 წლის დეკემბერში პრივატდოცენტის წოდების მისაღებად.

გამოიკვლიეს, რომ ადამიანის პირისახე შეადგენს მისი სხეულის $\frac{1}{10}$, თავი— $\frac{1}{8}$, თავი და კისერი ერთად აღებული— $\frac{1}{6}$. შემდეგ, დაახლოვებით მე-IV საუკუნეში ქრისტეს დაბადებამდე ბერძნებმა საზომ ერთეულად თავი მიიჩნიეს და სისწორით აღნიშნეს, რომ უკანასკნელი შეადგენდა მოზრდილი ადამიანის სხეულის $\frac{1}{6}$. ბერძნების ეს დებულება თავის და სხეულის სიგრძის შესახებ ანტროპოლოგიურ მეცნიერებაში დღესაც უცვლელად არის მიღებული. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ საბერძნეთში ადამიანის სხეულის ზომის შემოღებას ხელს უწყობდა ბერძნებს შორის განვითარებული გიმნასტიური ვარჯიშობა, რომელსაც მცხოვრებლები ეწეოდნენ ოლიმპიის სათამაშოებში. ამ დროს მხატვრებს ეძლეოდათ საშუალება ენახათ ტანზე გახდილი ატლეტები, რომლებიც თამაშობაში მონაწილეობას იღებდნენ და სისწორით შეესწავლათ ადამიანის სხეულის ნაწილები.

საშუალო საუკუნეებში რელიგიური მოძრაობის ზეგავლენით რამოდენიმე დღეობდა ანტროპომეტრიულ მეთოდზე დამყარებული მხატვრობა. ქრისტიანული, ყურანის და იუდეულების რელიგია ხელს უშლიდა მხატვრებს, რომ მათ ისე თავისუფლად ენახათ ცოცხალი ადამიანის შიშველი ტანი, როგორც ეს საბერძნეთში შეიძლებოდა. ამიტომ საშუალო საუკუნეების გამოჩენილი მხატვრები ხელოვნების განსახორციელებლად მალულად ათვალისწინებდნენ გვამებს და ანატომიურად მათი შესწავლის შედეგ ქმნიდნენ მხატვრულ ნაწარმოებს. მაგ., გამოჩენილი მიქელ ანჯელო 12 წლის განმავლობაში გვამებზე ანატომიას სწავლობდა. აგრეთვე ცნობილი მხატვარი ლეონარდო დე ვინჩმა, სანამ თავის გენიალურ ნაწარმოებს გამოაქვეყნებდა, გვამებზე შეისწავლა ანატომია, მოკლე სახელმძღვანელოც კი შეადგინა ამ დარგში და მხოლოდ შემდეგ შესძლო თავისი უკვდავი ნაწარმოების შექმნა.

სისტემატიური გამოკვლევები ამ მიმართულებით იწყება უკვე მე-18 საუკუნის მეორე ნახევრიდან. ჯერ განსაკუთრებული ყურადღება ამ დროს მიაქციეს თავის მოყვანილობას. 1764 წელს დობანტონმა გამოაქვეყნა თავისი გამოკვლევები კეფის დიდი ხვრელის შეღარებითი მდებარეობის შესახებ. ბლუმენბახმა და კამპერმა ყურადღება მიაქციეს ქალის ფორმას.

ლეიდენის პროფესორმა პეტრე კამპერმა გამოიკვლია პირისახის კუთხე და იგი მან ციფრებით გამოხატა, როგორც ადამიანებისათვის, ისე ცხოველებისათვის. ამ კუთხეს შემდეგში კამპერის კუთხე დაარქვეს. კამპერის მიერ ნაჩვენები პირისახის კუთხე ნათლად გვისურათებს ქალის იმ ნაწილის განვითარებას, რომელშიაც ტვინი არის მოთავსებული. შემდეგ, ქალის მოყვანილობის მიხედვით, ბლუმენბახმა ხუთ რასად დაჰყო კაცობრიობა, რომლებსაც (რასები) ეკუთვნიან: 1) მონღოლების, 2) კავკასიის, 3) მალაის, 4) ეფიოპიის და 5) ამერიკელების რასა.

თავის ქალას უფრო დაწვრილებითი შესწავლამ საშუალება მისცა Retrius-ს თავის სიგრძის და სიგანის დამოკიდებულების მიხედვით კაცობრიობა ორ ჯგუფზე გაეყო: გრძელ და მოკლე თავიანებზე. ამ ორ ფორმას ბროკამ შემდეგ დაუმატა კიდევ ერთი ფორმა: შუათავიანების.

ამნირაღ თავის ქალას ანტროპომეტრიულმა გამოკვლევამ მოგვცა საყურადღებო მასალა თავის ფორმის შესახებ და ამიტომ ბუნებრივია, რომ ადრე დაიბადა საჭიროება ასეთი გაზომვით შესწავლილიყო ადამიანის სხეულის სხვა ნაწილებიც. და აი მე-19 საუკუნიდან იწყება გამოკვლევების მთელი რიგი, რომელიც აღნიშნავს ადამიანის სხეულის სხვადასხვა მიმართულებით გაზომვას. ასეთ მუშაობას აწარმოებდნენ: კეტლე, ტოპინარი, სერდუენტი და სხვები. თანდათან გაფართოვდა ანტროპომეტრიული მეთოდების ხმარება. მათი საშუალებით იკვლევდნენ ადამიანის ორგანიზმის ცვლილებებს დაწყებული დაბადებიდან მთელი სიცოცხლის განმავლობაში და ასეთ გამოკვლევებს მიეცა არა მარტო თეორეტიული ხასიათი, არამედ მათ ფართოდ იყენებენ პრაქტიკული მიზნებისთვის.

ჯერ კიდევ მე-19 საუკუნის შუა წლებში კეტლემ ანტროპომეტრიის საშუალებით დაამუშავა ევროპის მცხოვრებლების ფიზიკური თვისებების საშუალო ნორმა. მე-19 საუკუნის მეორე ნახევარში ანტროპომეტრიული გაზომვით ევროპაში სინჯავდნენ ჯარში მისაღებ პირებს და ასეთი საშუალებით იკვლევდნენ მათ ფიზიკურ განვითარების მდგომარეობას. შემდეგ ამისა, ანტროპომეტრიის გამოყენება თანდათან ვითარდება: ისინჯებიან მცხოვრებლები პროფელაქტიური მიზნით, რომ გაიგონ უკანასკნელების ფიზიკური განვითარების დონე და გამოარკვიონ ის მიზეზები, რომლებიც ხელს უწყობენ ხალხის სიკვდილიანობას, გადაგვარებას და სხვა, — ერთი სიტყვით ყველა იმ პირობებს, რომლებიც ეხებიან სოციალურ ჰიგიენურ მხარეს. ანტროპომეტრია აგრეთვე ფეხს იკიდებს სასამართლო მედიცინის პრაქტიკაში, რომ გაზომვის საშუალებით გამოარკვიოს დამნაშავეის პიროვნება.

მაგრამ შედარებით მეტად ანტროპომეტრიის გამოყენება უკანასკნელ ხანაში დაიწყო მოხარდ თაობის შორის, რაც გასაგებია, თუ მხედველობაში მივიღებთ წადილს, რომ ახალგაზრდების ფიზიკური განვითარება სასურველ პირობებში იყოს ჩაყენებული. ვინაიდან ანტროპომეტრიის დარგით სარგებლობას მომზადების ფიზიკური სტატიკის და დინამიკის გასაშუქებლად დღეს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, ამიტომ მე მივსცემ ჩემ თავს ნებას უფრო დაწვრილებით შევეხე ამ მხარეს.

1894 წელს ამერიკაში ოსკარ ხრისმანმა დაარსა ყურნალი პედოლოგია, რომელშიაც დიდი ყურადღება ექცეოდა ბიომეტრიულ დისციპლინებს. ამის შემდეგ ამ იდეამ ფეხი მოიკიდა ევროპის სხვა სახელმწიფოებშიც. მე-20 საუკუნის დასაწყისიდან ევროპის სახელმწიფოებში ჩვენ უკვე ვხედავთ დაწესებულებებს და პერიოდულ გამოცემებს, სადაც ანტროპომეტრიული მასალების საშუალებით ფართოდ ირკვევა ბავშვების განვითარების პირობები.

ასეთივე მიზნის დაწესებულება 1906 წელს რუსეთშიც გაიხსნა. მას ერქვა „ბავშვის შესასწავლი ინსტიტუტი პირველი დღიდან დაწყებული“. ამ ინსტიტუტს მოჰყვა რამოდენიმე სხვა ინსტიტუტების გახსნა პეტროგრადში და მოსკოვში. 1921 წელს მოსკოვში არსდება ცენტრალური პედოლოგიური ინსტიტუტი, სადაც დაიწყო ნორმალური ბავშვების სისტემატიური შესწავლა, ასეთივე დანი-

შნულების ინსტიტუტები შემდეგ იხსნება საბჭოთა რუსეთის სხვა ქალაქებშიც: ხარკოვში, ყაზანში, ოდესაში და სხვაგან.

საბჭოთა რუსეთს მოჰყვა ამიერ კავკასიაშიც. 1927 წელს დეკემბრის 19 რიცხვს ტფილისშიაც გაიხსნა აკ. რკინის გზის პედოლოგიური ლაბორატორია. ძირითად კაბინეტებს შორის, რომლებიც ამ უკანასკნელ ლაბორატორიაში მუშაობენ, მთავარი ადგილი უჭირავს ანტროპომეტრიულ კაბინეტს. განზრახულია, რომ ასეთი კონსტრუქციის ლაბორატორიები ამიერ კავკასიის სხვა ადგილებშიც იყოს გახსნილი.

აქედან სჩანს, რომ ანტროპომეტრიამ ფეხი მოიკიდა ბავშვების ფიზიკურად და ფსიქიკურად აღზრდის საქმეში და დღეს მისი მითითებებით სარგებლობენ პროფილაქტიური პირობების მეცნიერულად შესწავლისათვის,

ახლა ვიკითხოთ, რას უნდა ეუწოდოთ ჩვენ ადამიანის ფიზიკურად განვითარების პირობების შესწავლა?

ეს არის ერთი მხრივ, ადამიანის სხეულის ფორმის და მისი (სხეულის) ფიზიოლოგიური ფუნქციების შესწავლა და, მეორეს მხრივ, გაცნობა იმ მიდამოს პირობებთან, რომლებიც აკრავს ადამიანს და მოქმედობენ მისი სხეულის აგებულობაზე. როგორც გერბერტ სპენსერმა განსაზღვრა, სიცოცხლე წარმოადგენს ორგანიზმის შინაგანი მდგომარეობის განუწყვეტლივ შეგუებას გარემოცულ პირობებთან და ამიტომ პირველის დამოკიდებულება უკანასკნელებთან თხოულობს იმ ცვლილებების ცოდნას, რომლებიც სხეულში ხდება, ეს კი შესაძლებელია ანტროპომეტრიის მეთოდების საშუალებით.

რომ გარემოცული მიდამოს ფაქტორები ერთნაირად მოქმედებდნენ ყველა ადამიანებზე, ცხადია, შედეგიც ერთნაირი იქნებოდა, რაც სინამდვილეში არ არის, ვინაიდან ყოველი კერძო პიროვნება იძულებულია სხეულის ორგანიზაციის მიხედვით თავისებურად შეეგუოს გარემოცულ პირობებს, რომელშიც, თავის მხრივ, მასში იწვევენ ინდივიდუალურ ცვლილებებს.

კერძოთ, ანტროპომეტრიული მეთოდების მნიშვნელობის საილიუსტრაციოდ ნებას მივცემ ჩემ თავს მოვიყვანო ზემონახსენებ პედოლოგიის ანტროპომეტრიული კაბინეტის მიერ დამუშავებული ზოგიერთი სტატისტიკური მასალა, რომელიც ტფილისში მცხოვრებ ქართველ ბავშვების ფიზიკურ განვითარებას შეეხება. ცნობილია, მაგალითად, რომ სიმაღლე ადამიანის ფიზიკური განვითარების მთავარი მაჩვენებელია. ანტროპომეტრიულ მასალის დამუშავების შემდეგ ტფილისის რკინის გზის სხვადასხვა წლოვანების და სქესის ბავშვებზე ჩვენ მივიღეთ შემდეგი ციფრები:

ქართველი ბავშვების სიმაღლე უდრის საშუალო არითმეტიკული რიცხვის მიხედვით:

წლოვანება	გასინჯული ბავშვების რიცხვი	ვაჟის	ქალის
6	50	109,93 სანტიმეტრი	107,85 სანტიმეტრი
7	50	113,62 „	111,61 „
8	50	119,27 „	117,07 „
9	50	125,23 „	123,38 „
10	50	132,13 „	129,95 „
11	50	132, 4 „	132,5 „
12	50	137,31 „	139,51 „

მოყვანილი ციფრებიდან, რომელიც ქართველი ბავშვების მხოლოდ სიმაღლეს შეეხება, ჩვენ შეგვიძლია მრავალი საგულისხმოდ დასკვნები გამოვიყვანოთ.

პირველად, ჩვენ უკვე წარმოდგენას ვარდგენთ აღებული წლების ბავშვების ზრდის სტატისტიკაზე და დინამიკაზე.

მეორედ, აქვე ნათლად მოსჩანს სიმაღლის მოძრაობა და მისი განვითარება ბავშვების სხვადასხვა სქესთა შორის. მაგალითად, რომ ჯერ 6—11 წლამდის სიმაღლით ვაჟი მაღლა სდგას ქალზე, ხოლო 11 წლიდან კი, პირიქით ამ მხრივ ქალი ეწევა ვაჟს და 12 წელში კიდევაც უსწრებს მას.

მესამედ, ჩვენ შეგვიძლია ქართველი ბავშვების სიმაღლე შევადაროთ სხვა ერების ბავშვების სიმაღლეს და ვავივოთ, თუ რა ადგილი უჭირავს ამ შემთხვევაში ქართველ ბავშვებს. მოყვანილი მასალა გვიმტკიცებს, რომ ქართველი ბავშვები 6—13 წლამდის უფრო მაღალი ტანის არიან, ვინემ ბელგიელები და რუსები, ხოლო უფრო დაბალი, ვინემ ფრანგები და გერმანელები.

მეოთხედ, როგორ მოქმედობენ კერძოთ ქართველი ბავშვების ზრდაზე სხვადასხვა ენდოგენური და ეკზოგენური ხასიათის ფაქტორები, როგორიც არიან, მაგალითად ერთის მხრივ მემკვიდრეობა, კონსტიტუცია, ეროვნება, შიგნითა სეკრეციის ჯირკვლები (ენდოგენური ფაქტორები) და, მეორეს მხრივ, გარემოცული მიდამო ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით (ეკზოგენური ფაქტორი). რო მელი ფაქტორი ხელს უწყობს სქესის და წლოვანების მიხედვით ბავშვების ზრდას, რომელი ხელს უშლის და სხვა. ცხადია, ყველა ამ მნიშვნელოვან კითხვებზე პასუხის გაცემა ჩვენ შეგვიძლია მაშინ, როცა ხელთ გვაქვს ანტროპომეტრიული მეთოდებით შეგროვილი მასალა ბავშვების ფიზიკური მდგომარეობის შესახებ.

მაგრამ, აქ ჩვენ შევხვებით მხოლოდ ბავშვების სიმაღლეს და დროს უქონლობის გამო ვერ მოგვყავს მაგალითები ფიზიკური მდგომარეობის სხვა ნიშნებიდან, როგორიც არის, ვთქვათ, წონა, გულმკერდის გარშემოწერილობა, თავის ფორმა, სპირომეტრია, და სხეულის დანაზჩენი ორგანოების მრავალი ფიზიკური თვისებები. თვითუფილ ასეთი ნიშნის ანტროპომეტრიულად შესწავლა გვაძლევს მდიდარ მასალას სხეულის განვითარების და მისი პროფილაქტიკის შესახებ დასკვნებისათვის. ზედმეტი არ იქნება აქვე აღვნიშნოთ, რომ ლენინ-



გრადის სამედიცინო აკადემიის ოპერატიული და ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრიდან ამ უკანასკნელი 15—20 წლის განმავლობაში პროფესორი შევკუნენკოს ხელმძღვანელობით გამოვიდა 160 მეტი შრომა, რომელიც ადამიანის სხეულის ორგანოების ფორმის და მაკროსკოპიული აგებულობის სხვადასხვაობას ეკუთვნის. აღნიშნული შრომების მასალა უმთავრესად ანტროპომეტრიული ხასიათის ცნობებზეა დამყარებული. ამას შეიძლება ისიც დაუმატოთ, რომ 1925 წელს ქ. ოდესაში შესდგა ტერაპევტების ყრილობა, სადაც საკითხი ადამიანის კონსტიტუციის შესახებ იდგა საპროგრამო საკითხად მრავალ ნაწარმოებთან შორის. ამ საგანზე ხარკოვის პროფესორმა მელნიკოვმა ყრილობას წარმოუდგინა მოხსენება კონსტიტუციის ტიპების შესახებ, სადაც იგი აღნიშნავს 25 ავტორის სხვადასხვა შეხედულებას ადამიანის კონსტიტუციაზე და ტიპების კლასიფიკაციაზე ¹⁾ დაწყებული ჰიპოკრატის მოძღვრებით და დამთავრებული თანამედროვე ავტორებით, როგორც არიან Sigvund, Kretshmer-ი, Beane და სხვები. აქაც მეცნიერების დასკვნები ადამიანის კონსტიტუციის შესახებ უმთავრესად ანტროპომეტრიულ მასალაზეა აშენებული. მასასადამე გაშუქება ისეთი რთული საკითხისა, როგორც არის ადამიანის კონსტიტუცია და მისი ტიპიური სხვადასხვაობა, შეიძლება უპირველესად ანტროპომეტრიის დახმარებით. მაგრამ სხეულის აგებულობასთან შეკავშირებულია ორგანოების ფიზიოლოგიური ფუნქციებიც და ამიტომ ამ უკანასკნელ სფეროშიც ვხვდავთ ანტროპომეტრიის მნიშვნელობას ²⁾. ბენეკე (1898) მუშაობდა გვამებზე და ისიც მივიდა იმ დასკვნაზე, რომ არსებობს განსაზღვრული დამოკიდებულება ორგანოებსა და მათ ღრუებს შორის. ამიტომ ბენეკე უკავშირებს ფიზიოლოგიურ ფუნქციებს ორგანოების ფორმას. ორგანოების ფორმა კი ანტროპომეტრიის საშუალებით შეიძლება გამოვიკვლიოთ. დელაკამპი მუშაობდა ასეთივე გზით და ადამიანის კონსტიტუციის შესახებ მან გამოიყვანა შემდეგი ფორმულა: $K = \frac{d^2}{u \cdot ih}$, სადაც K აღნიშნავს კონსტიტუციას, d^2 სიმაღლის კვადრატს, რომელიც უნდა გაიყოს გულის განივ მანძილზე გამრავლებულ გულშეკრდის გარშემოწერილობაზე. როგორც ვხვდავთ, აქაც პირველი ადგილი უჭირავს ანტროპომეტრიულად შეკრებილ მასალებს. ამიტომ გასაგებია, რომ უკანასკნელ დროს ანტროპომეტრია ფეხს იკიდებს აგრეთვე პოაქტივულ მედიცინაში და ადამიანის პსიქიური კონსტიტუციის გამოკვლევის საკითხებში ³⁾.

¹⁾ ჯერ კიდევ საფრანგეთის მეცნიერმა Halle-მ 1798 წელს გამოუშვა ნაწარმოები ადამიანის მორფოლოგიის შესახებ, სადაც იგი ეხება მემკვიდრეობის და მიდამოს გავლენის ტიპების განვითარებაზე. ამნაირად სხეულის ფიზიოლოგია მან მორფოლოგიას დაუკავშირა. მე-19 საუკუნის ბოლოს თითქმის ერთდროულად დროს ვითარდებოდა ორი სკოლა, რომელიც ადამიანის მორფოლოგიას სწავლობდა. იტალიური სკოლა, რომლის წარმომადგენელი იყო Qioyanni და საფრანგეთის სკოლა Jigvund ხელმძღვანელობით. თუმცა ეს ორი სკოლა ერთი ძეგლისაგან დამოუკიდებლად მუშაობდნენ, მაგრამ ერთავე ერთდროულად დასკვნაზე მივიდნენ: ადამიანებს შორის არსებობენ მორფოლოგიური ტიპები, რომლებიც იყვანება იან განსაზღვრულ ფუნქციონალურ ტიპებს და იწვევენ მათში ამა თუ იმ ავადმყოფობისადმი მდოკიდებულებას.

²⁾ ცნობილია გერმანელი მეცნიერის Kretschmer-ის ცდა ადამიანის ხასიათის და ავშირების შესახებ ტიპიურ აგებულებასთან.

³⁾ ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით ანტროპომეტრიული მასალის დამუშავებას საფუძველი ჩაუყარა ინგლისის მეცნიერმა პირსონმა, რომელმაც ამ მეთოდს მისცა ბიომეტრიული ხასიათი, უკანასკნელი შესდგება ტიპების და ვარიაციების ღრმად შესწავლაში სასტიკად დამუშავებული სტატისტიკური მასალის გამოყენებით.

დაბოლოს ჩვენ უნდა აღვნიშნოთ ანტროპომეტრიული მასალის ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით დამუშავება, რომელიც გვიჩვენებს რომელიმე ფიზიკური ნიშნის 1) ქანაობას 2) მის საშუალო კვადრატულ განხრას ან ვარიაციის სიფართოვეს და 3) ცვალებადობის კოეფიციენტს. ასეთი ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით დამუშავებული მასალა ჩვენ გვაძლევს სრულ წარმოდგენას როგორც კერძოდ სხეულის სხვადასხვა ნიშნებზე, ისე მთლიანად თვით სხეულის ფიზიკურ განვითარებაზე.

ყველა ზემოხსენებულიდან ჩვენ შემდეგი დასკვნების გამოყვანა შეგვიძლია. ანტროპომეტრია თამაშობს უდიდეს როლს ადამიანის ფიზიკურად განვითარების გამორკვევის საკითხში. იგი გვაძლევს ჩვენ მასალას გავიგოთ სხეულის ფიზიკური მდგომარეობა აწმყოში და სისწორით გავეცნათ იმ ენდოგენურ და ეკზოგენურ ხასიათის პირობებს, რომლებიც დადებითად ან უარყოფითად მოქმედებენ ორგანიზმის აგებულებაზე. ანტროპომეტრიული მასალით ხელმძღვანელობენ, როცა იკვლევენ ადამიანის კონსტიტუციის საკითხებს. პრაქტიკული მედიცინის დარგები აგრეთვე საჭიროებენ ანტროპომეტრიულ მასალაში; შემდეგ, ანტროპომეტრიულმა გამოკვლევებმა დიდი ადგილი დაიჭირა პედოლოგიურ სფეროში, ვინაიდან ბავშვების ფიზიკურად განვითარების პირობები და უკანასკნელებთან დაკავშირებული სრული ფიზიოლოგიური და პსიქიური მხარეები პირველ ყოვლისა შეიძლება გავაშუქოთ ანტროპომეტრიულ მეთოდების საშუალებით. ამას უნდა მიუმატოთ ანტროპომეტრიის კანტროლი ფიზიკულტურის და პროფესიონალურ შერჩევის საქმეში და აგრეთვე ახალგაზრდობის ფიზიკური მდგომარეობის გამოკვლევა ჯარში მიღების დროს. ამიტომ ჩვენ უფლება გვაქვს დავასკვნათ, რომ ანტროპომეტრიული მეთოდების საშუალებით შეიძლება განხორციელდეს ევგენიური საზოგადოების მიზნები, რომ აწმყოს შესწავლით მოხერხდეს კაცობრიობის მომავალი თაობის გაუმჯობესება.

Прив. доц. В. Цецхладзе.

Роль антропометрических методов исследования при выяснении вопроса о физическом развитии организма.

Антропометрия играет огромную роль при решении вопросов, касающихся физического развития организма. Она дает нам ценный материал, с помощью которого мы можем выяснить физическое состояние организма в настоящем и отсюда знакомит с эндо и экзогенными факторами, влияющими на динамику и статику чело-веческого организма. С помощью антропометрических методов исследования определяется морфологическая конституция организма. В последнее время практическая медицина начинает широко пользоваться антропометрическими сведе-

PR. DOZ. TZETZCHLADZÉ.

Die Bedeutung der anthropometrischen untersuchungsmethoden für die Frage der physischen Entwicklung des organismus.

Die Anthropometrie ist von liner grossen Bedeutung für die Entscheidung der Fragen, voelche die phisische Entwicklung des Organismus betreffen. Sie bietet uns wertvolles Material, mit dessen Hilfe wir den gegenwärtigen Zustand des Organismus verstellen und daraus die endound exogenen Factoren kenen lernen, welche Statik und Dynamik des menschlichen Organismus beeinflussen, Ander Hand antropometrischer Untersuchungsmethoden wird die morplogische Kons-titution des Organismus festgestellt. Neuerdings beginnt die praktische Heilkunde in



ниями. Но аособенно видное место антропометрия заняла в области педологии, т. к. физическое развитие подрастающего поколения и стало быть его психические особенности прежде всего можно выяснить данными антропометрии. Автор приводит выводы из разработанного им материала по системе вариационной статистики относительно роста грузин детей в связи с эндогенными и экзогенными факторами, влияющими на эти признаки. Далее, антропометрия контролирует методы и применение физкультуры, рациональную постановку дела при фотбора, а также проверку физического состояния лиц, призываемых на военную службу. Поэтому, заключает автор, естественно, что цели, которые преследует евгеническое общество об улучшении физического и в связи с ним психического статуса будущего поколения, могут быть достигнуты прежде всего путем обширного использования антропометрических методов над выяснением причин особенностей физического состояния настоящего поколения.

immer steigendem umfang anthropometrisches Material zu verwerten. Aber eine besondere hohe Bedeutung gewann die Anthropometrie im Gebiete der Pa'dologie, da die physische Entwicklung der heranwachsenden Generationen, und also aush seine physischen Eigentümlichkeiten am besten durch die Anthropometrie festgestellt werden können.

Der tutor berichtet die Resultate einiger untersuchungen, nach dem System der Variationstatistik, betreffend Wuchs georgischer Kinder und Verbindung endogener und exogener Factoren, welche diese Merkmale beeinflussen. Weiter Kontrolliert die Anthropometrie Methoden und Anwendung der Physkultur, die rationelle Durchführung der professionellen (Absonderung) Auswahl, auch die Rewision des physischen Zustandes zum Militär dienstverpflichteter.

Deshalb, schliesst der Autor, ist es natürlich, dassdie Ziele, völeche die Eugenticle gesellschaft des Vervollkommens des physischen und psychischen Status Jukünftiger generationen, verfolgt, am besten aut dem Wege weitgehender Anwendung anthropometristischer Methoden zur Erklärung der Ursachen des physischen Zustandes der gegenwörtia Generation, erreicht werden gen.

8. კაკოიზილი

ასისტენტი

ჭიპის ვენის ანომალიის იზვიათი უმთხვევა

ნორმალური ანატომიის კათედრიდან. გამგე პროფ. ა. ნათიშვილი.

ჩვენი შემთხვევა შეეხება ჭიპის ვენის ისეთ ანომალიას, რომელიც იშვიათ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს ანატომიურ ლიტერატურაში. ეს შემთხვევა აღმოჩნდა ანატომიურ ინსტიტუტში.

გვამი უდროოდ დაბადებულ ბავშვისა, მამრობითი სქესის, სიგრძით 34 სანტი., წონით 1,635 გრ.; განკვეთის დროს აღმოჩნდა შემდეგი: ყველა ორგანოები, გარდა ღვიძლისა, ნორმას ესაბამებიან. თვით ღვიძლი შედარებით პატარაა. მისი წონა 70 გრ. უდრის. მის ქვემო ზედაპირზე მარცხენა გასწვრივი ღარი არ არსებობს. ღვიძლის ზემო ზედაპირზე საგიტალურად მოთავსებულია მკაფიოდ გამოხატული ღარი, რომელშიაც ძვეს სისხლის ძარღვი. უკანასკნელი მიიმართება ღვიძლის უკანა კიდისაკენ, გამოყოფს ამ მიდამოში ორ წვრილ ტოტს, რომელნიც ღვიძლის ქსოვილში იმალებიან, თითონ კი ქვემო ღრუ ვენაში იხსნება. ასეთივე თავისებურება ეტყობა აგრეთვე ღვიძლის არტერიების მოწყობილობას.

Ar. hepatica ღვიძლის კარის ქვეშ არა ჩვეულებრივად მრავალტოტებად იყოფა, რომელნიც უკვე კარშივე იკარგებიან ღვიძლის მარჯვენა წილში. ღვიძლის არტერიის პირველი ტოტი არის Ar. gastrica dextra, რომელიც ღვიძლის კარის ქვეშ რკალივით იდრიკება და კუჭის მცირე სიმრუდებზე წვება. თავის რიგად ეს არტერია იძლევა სამ ტოტს: პირველი — Ar. gastro-duodenalis და შემდეგი ორი ტოტი ზემოაღწერილი რკალიდან პირდაპირ ზევით ღვიძლის კარისაკენ მიდის და ღვიძლის მარცხენა წილში იკარგება. გარდა ზემოთ დასახელებულ არტერიებისა, რომელნიც თავის დანაწილებით ნორმას არ ესაბამება, ღვიძლს აქვს კიდევ დამატებითი მსხვილ-კალიბრიანი არტერია. იგი იწყება არა ფაშვის, არამედ ჯორჯლის ზემო არტერიიდან, მიიმართება ღვიძლის კარისაკენ და მთლიანად მარჯვენა წილში შედის.

ამ შემთხვევის თავისებურებანი შეიძლება მოკლეთ შემდეგნაირად გამოვხატოთ:

1. ღვიძლის ზემო ზედაპირი მკაფიოდ გაყოფილია ორ ნაწილად არაჩვეულებრივი ღრმა და ფართე ღარით, რომელშიც ძვეს Vena umbilicalis.

2. ღვიძლს ქვემო ზედაპირზე არა აქვს არც მარცხენა ნაჭდევი, არც მარცხენა გასწვრივი ღარი და ამრიგად ღვიძლის ქვემო ზედაპირის დანაწილება ჩვეულებრივ ნორმას არ ემორჩილება.

3. Vena umbilicalis ჭიპიდან ღვიძლის ზემო ზედაპირზე გადადის და Ligamentum falciforme-ს უკანა კიდე ანორმალურ ჭიპის ვენის ლარის კიდეებს მიჰყვება ღვიძლის ბლაგვ კიდემდე. Ductus venosus Arantii არ არსებობს.

4. ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა ნაწილები თითქმის ერთიდაიგივე ოდენობისა არის და წონით მეტად მცირე—70 გრ. ღვიძლის მარჯვენა ლარი მეტად ღრმა და ვიწროა და ნაღვლის ბუშტი სრულიად ჩამალულია.

5. წმინდა არტერიულ სისხლს ღვიძლი იღებს მხოლოდ ორი მოკლე და წვრილი ტოტით, რომელიც ჭიპის ვენას სცილდება ქვემო ღრუ ვენასთან შეერთების წინ. ამ ტოტების ასეთი გამოსვლაც ხორმის დარღვევა არის.

ექვ გარეშეა, რომ ჩვენი შემთხვევა ფრიად საინტერესო მორფოლოგიურ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს.

საზოგადოთ სისხლ-ძარღვთა ვარიანტების და ანომალიების შესახებ მორფოლოგიურ მეცნიერებაში ორი შეხედულება არსებობს: კლასიკური ანატომიის ავტორების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ვენებს აქვს მრავალი მსხვილი შემაკავშირებელი ანასტომოზები, რომელთა უკიდურესი სიუხვე ხოვ ადგილას ჰქმნის მშვენივრად განვითარებულ ვენურ წნულებს. ამისდამიხედვით ვენებ შორის ვარიანტების განვითარება უფრო ხშირი მოვლენაა, ვიდრე არტერიებ შორის. მაგრამ ახალი დროის გამოჩენილი ანატომი Meccel-ი ამტკიცებს, რომ არტერიებში ვარიანტობა გაცილებით უფრო ხშირი მოვლენაა ვიდრე ვენებში. როგორც პირველს, ისე მეორე შეხედულებას თავისი საბუთები აქვს: თუ ვენების ვარიანტებს ავიღებთ, როგორც ასეთს, და მიუდგებით მათ მხოლოდ ფორმალური თვალსაზრისით, აღმოჩნდება, რომ უპრავლესობის შეხედულება მართალია—ვენები უფრო მეტ ვარიანტებს იძლევიან არტერიებზე, მაგრამ საკმარისია მსხვილ კალიბრის არტერიულ ძარღვების ვარიანტობას გადავხედოთ, რომ დავეთანხმოთ აგრეთვე Meccel-ის აზრს. მაგალითად ლიტერატურაში აღნიშნულია, რომ აორტის რკალიდან ამომავალ მსხვილ ტოტებს გაცილებით უფრო ხშირი ვარიანტობა ახასიათებს, ვიდრე უსახელო ვენებს. ხშირად ღვიძლის არტერია წარმოდგენილია ამა თუ იმ ვარიანტის სახით, რასაც ღვიძლის ვენები უფრო ნაკლებად განიცდიან და სხვა. არა ნაკლებ ცვლილებებს განიცდის ჭიპის ვენები. ემბრიონისთვის პირველ ხანებში მომყოლის ხორიონის ხაოებიდან არტერიული სისხლი მოაქვს Vena umbilicalis impar-ს. ეს უკანასკნელი იყოფა ორ ტოტად—V. V. umbilic. Dextra et sinistra, რომლებიც იხსნებიან პირდაპირ ვენურ სინუსში. აქვე ამ უკანასკნელს ერთვის წყვილი ვენები V. V. omphalomesentericae, რომლებსაც მოაქვს სისხლი ყვითრის პარკის და ნაწლავების კედლებიდან. ემბრიონალურ ცხოვრების პირველ თვეშივე ღვიძლის და ნაწლავების განვითარება იწვევს ცვლილებებს, რაც იმაში გამოიხატება, რომ V. V. omphalomesent. და V. V. umbilicales სწყვეტენ პირდაპირ კავშირს გულთან, რადგან ამ ძარღვებში ხდება ჩაზრდა ღვიძლის პარენხიმის ხარისხებისა. ამრიგად განვითარებულ ღვიძლის ქსოვილში ახალი ვენები ვითარდება, რომელნიც ამყარებენ კავშირს ვენურ სინუსთან, უკეთესად, რომ ვსთქვად, შეიქმნება პორტალური სისხლის მიმოქცევის წრე, რომელიც ყვითრის პარკიდან და ხორიონის ხაოებიდან მომავალ სისხლს გაატარებს გულში ჭიპის და ყვითრ-ნაწლავე-

ბის ვენების საშუალებით. ამ უკანასკნელთა პროქსიმალური ბოლოები, ლვიდლ-თან შეერთებამდის, ერთმანეთს უკავშირდებიან სამი განივი ანასტომოზით, რომელნიც მომავალ თორმეტგოჯა ნაწლავის ირგვლივ წარმოქმნიან მ-ის მაგვარ ორ წრის ფიგურას. შემდეგში ეს ძარღვები ნაწილობრივ განიცდიან ობლიტერაციას შემდეგი სახით: ზედა წრის მარცხენა და ქვედა წრის მარჯვენა მუხლი სრულებით ისპობა. თორმეტგოჯა ნაწლავის ირგვლივ შეიქმნება ერთი მარყუში, რომელიც წარმოადგენს ორივე ყვითრ-ნაწლავების გაერთიანებულ ღეროს. ეს უკანასკნელი არის უკვე Vena porta. იგი მიემართება ლვიდლის კარისაკენ, სადაც იყოფა მარჯვენა და მარცხენა ტოტებათ ლვიდლის სათანადო წილებისათვის. რაც შეეხება ჭიპის ვენებს, მათ შორის მარჯვენა ჭიპის ვენა ემბრიონალურ ცხოვრების პირველ ხანაში რედუქციას განიცდის, მარცხენა კი უფრო ვითარდება და კარის ვენის მარცხენა ტოტს უკავშირდება. ზემოთაღნიშნული პორტალური სისტემა ლვიდლის ქსოვილის თანდათანობითი განვითარების გამო, საკმარისი აღარ არის. საჭიროა ახალი პირდაპირი გზა პლაცენტასა და ქვემო ღრუ ვენას შორის: ამ ნაკლის შევსებისათვის ლვიდლის ქვემო ზედაპირზე ვითარდება ახალი ანასტომოზი Ductus venos Aranti, რომელიც ჭიპის ვენის სისხლს პირდაპირ უშუალოდ უკავშირებს Sinus Venosus-ს. ასეთი წესით შეიქმნება ის დამახასიათებელი სურათი ლვიდლის სისხლის მიმოქცევისა, რომელსაც ჩვენ შევხვდებით ახალშობილის სხეულში, როდესაც იწყება უკანასკნელი ფაზა სისხლის ძარღვების პრეფორმაციისა.

ლიტერატურაში ორი შემთხვევაა აღწერილი Hochstetter-ის მიერ ჭიპის ვენის ანორმალობის, რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ პორტალურ სისხლის მიმოქცევის ემბრიონალურ განვითარების უკანასკნელ ფაზაში უპირატესობას იჩენს ჭიპის მარჯვენა ვენა და არა მარცხენა, როგორც ეს ნორმალურად ხდება.

ზემო აღწერილი სისხლის მიმოქცევის განვითარების ფაზები გვაძლევს საშუალებას განვმარტოთ ის საუცხოვო ანატომიური ფაქტით, რომელსაც ადგილი აქვს ჩვენ მიერ წარმოდგენილ შემთხვევაში.

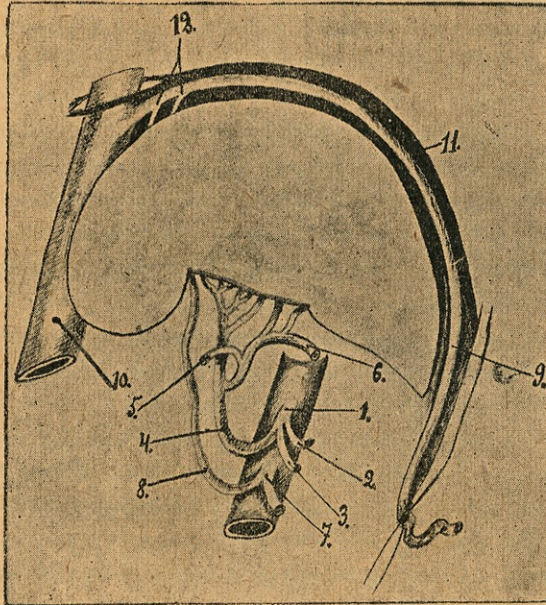
ლვიდლის სისხლის მიმოქცევის მე-4-ე ფაზაში განივი ანასტომოზი ჭიპის მარცხენა ვენასა და ლვიდლის კარის ვენის მარცხენა ტოტს შორის არ განვითარდა. ამის მაგივრათ პირდაპირი გზა ჭიპის მარცხენა ვენიდან ქვემო ღრუ ვენაში შეიქმნა ლვიდლის ზემოდან იმ დროს, როდესაც ლვიდლის ქსოვილი იყო ჯერ კიდევ მცირე თავის რაოდენობით და უკიდურესათ ნაზი თავის სიმაგრისა და სიმკვრივის მხრივ, ამით აიხსნება ლვიდლის ზემო ზედაპირზე ეს ღრმა ღარი, რომელშიაც ჩაწოლილი და თითქმის ჩამალული იყო ჭიპის ვენის ანომალური ნაწილი (იხ. სურათი № 9).

ჭიპის ვენიდან ლვიდლში მიმავალი ორი პატარა ტოტი (იხ. სურ. № 12), რომლებიც ლვიდლის ქსოვილში შედიან უკანა კიდესთან, უნდა გაისინჯოს როგორც ჩვეულებრივი ტოტები ამ ვენისა, ჩანასახის ცხოვრების დროისთვის, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ეს ტოტები ნორმალურ პირობებში არსებობს ხოლმე ლვიდლის წინა, და არა უკანა კიდესთან.

ასეთი განმარტება საშუალებას გვაძლევს ავხსნათ მეორე ფრიად საინტერესო მომენტი წარმოდგენილ ანომალიისა, სახელდობრ, ლვიდლის უკიდურესი



სიმცირე, სიმჩატე და მცირე წონა. როგორც სჩანს ზემო ნათქვამიდან, ღვიძლს ჩანასახოვან განვითარების მესამე ფაზაში მოაკლდა არტერიული სისხლი, რადგანაც არ განვითარდა ანასტომოზი ჭიპის მარცხენა ვენასა და კარის ვენის მარცხენა ტოტს შორის და მისი კვება-განვითარებისათვის დარჩა მხოლოდ ყვითრ-ნაწლავის ძარღვი, რომელსაც, როგორც ცნობილია, საკმარისია განვითარების მხოლოდ პირველ ხანებში.



1. Art. coe liaca.
2. » gastr. su.
3. » lienalis.
4. » hepatisa.
5. » gartro-dudenal.
6. » gartrisa dextr.
7. » mesent. sup.
8. » hepatica accessoria.
9. » Vena umbilicalis—მოთავსებული იყო ღვიძლს ზემო ზედაპირზე სათანადო ღარში.—სურათზე იგი აწეულია და ჩანს ღვიძლსა და შუა საძგიდ შორის.
10. Vena cawa inf.
11. შუა საძგიდი.
12. ორი ტოტი v. umbil.—ღვიძლისთვის.

ადვილი ასახსნელია ის გარემოება, რომ ზემოდ დასახელებულმა ანომალიამ, გამოიწვია როგორც Ar. hepatica-ს არა ჩვეულებრივად მრავლად დატო-

ტიანება, აგრეთვე დაზატებითი მსხვილ კალიბრიან არტერიის წარმოშობა, რომელიც, როგორც ზემოდ არის აღნიშნული, იწყება არა ფაშვის არამედ ჯორჯლის ზემო არტერიიდან, თუმცა ღვიძლის ქსოვილის განვითარება მაინც შეჩერდა.

სრულიად ცხადია, რომ სისხლის ძარღვების ასეთმა განვითარებამ გამოიწვია ღვიძლის განვითაების შეჩერება და ნაყოფს მოაკლო სიცოცხლის უნარი უკვე დაბადებამდევე.

В. Какоишвили

Casus venae umbilicalis supra heratical

Автором описан редкий случай аномалии пупочной вены, который был обнаружен при вскрытии трупа недоношенного младенца мужского пола— 34 сан. длины и весом 1,635 граммов.

На верхней поверхности печени в хорошо-выраженной, глубокой, сагитально-идущей борозде лежала аномальная часть vena umbilicalis, которая шла к заднему краю печени и открывалась в нижнюю полую вену, отдавая перед этим две маленькия веточки в паренхиму ея.

На нижней поверхности печени совершенно отсутствовали левая продольная борозда и Ductus venosus Arantii.

Аномалия касалась не только v. umbilicalis, но и артерияльных сосудов печени, а именно: кроме обычной Ar. hepatica, разветвление, которой совершенно не соответствовало норме, существовала хорошо-развитая, крупнокалиберная артерия, берущая начало от Ar. mesenterica sup., а не от coeliaca и направляющаяся к воротам печени, погружаясь в правую долю ея.

Сама печень мала—70 грам весом.

Происхождение такой редкой аномалии v. umbilicalis автор объясняет эмбриональными данными:

В последней стадии развития печеночной системы кровообращения поперечный анастомоз между v. umbilicalis и левой портальной ветвью не развился; в место этого между v. umbilicalis и v. cavainfer. установилось прямое сообщение над верхней поверхностью печени в то время, когда печеночной ткани было еще мало и краине нежна по своей консистенции.

B. KACOICHVILI.

Casus venae umbilicalis supra heratical

Vom Autor ist ein seltener Fall anomalie der Nabelvene beschrieben, welcher bei Secierung der Leiche eines nicht ausgetragenen Kindes männlichen geschlechts. 34 cm. laug u. 1635 gr. schwer nachgewiesen war.

An der oberen Leberoberfläche lag in der gut ausgedrückten tiefen, sagital laufenden Furche der anomale Teil der Vena umbilicalis, welcher zum hinteren Rand der Leber hinzog und sich in der unteren hohlen Vene zeigte, daour zwei kleine Aestlein in ihr Parenchin abgebeud. An der unteren Leberoberfläche fehlten ganz, die linke durchgehende Furche und der Ductus venosus Arantii.

Die Anomalie betraf nicht nur die V. umbicalis, sondern auch die arteriellen Gefässe der Leber und zwar, ausser der üblichen Ar. hepatica, deren Verästelung der Norm durchaus nicht entsprach, gab eine gut entwickelte Arterie vom grossen Kaliber, welche der Ar. mesenterica Sup. und nicht der coeliaca entsprang und zum Lebortor zog, in ihren rechten Lappen untertauchend. Die Leber selbst war klein, von 70 gr. gewicht.

Die Herkunft solcher seltenen Anomalie der V. umbicalis erklärt der Autor durch embryonale Bedingungen. Im letzten Entwicklungsstadium des Lebersystems der Lebersystem der Blutzirkulation entwickelte sich zwishten der V. umbicalis u. dem linken Portalzweige die querlaufende Anastomose nicht; anstatt derselben stellte sich zwischen der V. umbicalis u. V. cava inter. direkte Verbindung über der oberen Leberoberfläche der Leber ein, als es von Lebergewebe noch wenig gab und dasselbe seiner Konstitution nach höchst zart war.

Этим объясняется присутствие на верхней поверхности печени глубокой и широкой борозды, в которой почти была скрыта аномальная часть v. umbilicalis.

По мнению автора, крайнее недоразвитие печени, весившая только 70 гр. объясняется тем, что она была лишена достаточного количества артериальной крови вследствие отсутствия апостомоза между vena umbilicalis sin. и левой ветвью v. porte. Автор предполагает также, что недостаток крови и послужил толчком к необычному разветвлению Ar. hepatica и к развитию добавочной крупно-калиберной артерии печени, хотя последняя не восполнила образовавшийся дефект. Автор думает, что такое развитие кровеносных сосудов вызвало приостановку развития печени в начале эмбриональной жизни и сделало плод не жизнеспособным.

Dadurch wird das Vorhandensein der tiefen und breiten Furche an der oberen Leberoberfläche erklärt, in welcher der anormale Teil der V. umbilicalis fest versteckt war. Nach Autors Meinung erklärt sich die äusserst entwickelte Leber, die nur 70 gr. wog. dadurch, dass sie geuügen des Onantum des arterieblutes infolge des fetlandenden Ductus v. Arantii entbehrte. Er vermutet auch, dass eben der Blutmangel die ungewöhnliche Entwicklung der Ar. hepatica hervorrief und die der ergänzenden weilen Leberarterie beförderte, wenn diese auch die entstandenen Defekte nicht vervollständigte. Der Autor meint, dass derartige Entwicklung der Blutgefässe im aufenge des embryonalen Lebeus die Leberentwicklung hemmte und die Trucht lebeusunfähig machte.

მ. ნემსაძე

ჯან. სახ. კომის. ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტის ლაბორანტი.

Fiessinger-ის მიკრო-ლევკოციტო-კულტურა და მისი მნიშვნელობა მუცლის ტიფის დიაგნოსტიკისათვის *)

(ტფილ. უნივ. პროპედევტიკული თერაპიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. შ. მიქელაძე).

ყველასათვის აშკარაა, რა დიდი მნიშვნელობა აქვს მუცლის ტიფის ნადრევი დიაგნოსტიკისთვის ჰემოკულტურის მიღებას. მართალია, ჩვენ ფართოდ ვსარგებლობთ ამ სნეულების გამოსარკვევად სხვა კლინიკურ სიმპტომებთან ერთად Widal-ის რეაქციით, მაგრამ, ვინაიდან ეს უკანასკნელი ხდება დადებითი მხოლოდ სნეულების მეორე კვირაში (8—10 დღე), მას ეკარგება დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა სნეულების დასაწყის პერიოდში. აქ კი ჩვენ მეტად დიდ დახმარებას გვიწევს ჰემოკულტურის მიღება. მე არ შეუდგები იმ საშუალებების ჩამოთვლას, რომლებიც არსებობენ მის მისაღებად. დღევანდელ ჩემს თემას შეადგენს გავაცნოთ ერთ-ერთი მეთოდი მისი მიღებისა, ავტორების აზრი მის შესახებ და ჩვენი შეხედულება მისი პრაქტიკული ღირებულების შესახებ. ეს არის ე. წ. მიკრო-ლევკოციტო-კულტურა, მოწოდებული N. Fiessinger-სა და R. Cattani-ის მიერ (Société médicale des Hôpitaux 1928). ამ შრომის არსი დამყარებულია მათ წინა შრომაზე, რომელიც შეეხებოდა შრატის და პლანზის ბაქტერიციდულ ძალას Eberth-ის ჩხირის მიმართ (La presse médicale 1929) ჯერ კიდევ Nuttal-ი (1888 წ.) და Buchner-ი 1889 წ.) აღნიშნავენ შრატის ცოცხალ თვისებას და ძალას ყოველგვარ მიკრობების მიმართ. Besredka აღნიშნავს, რომ Emmerich-ი და Tsuboi ამბობდნენ შრატის ქიმიურ თვისებაზე, რომ გათბობისას 55°, შრატი იშლება და კარგავს თავის ძალას, და მხოლოდ ძლიერ მომქმედი შრატის მიმატებით ხდება ისევ აქტიური.

რაც შეეხება კერძოდ მუცლის ტიფის გამოწვევს Eberth-ის ჩხირს, გამოკვლევებს აწარმოებდნენ Korte და Sternberg-ი, Tovser-ი და Jaffe და აგრეთვე Widal-ი. ეს უკანასკნელი ცდებს ახდენდა ვაქცინაცია ქმნილი ადამიანების შრატებზე და ამბობდა, რომ მათი შრატი განზავებაში $\frac{1}{200}$ და $\frac{1}{1000}$ Eberth-ის ჩხირთან იჩენს ბაქტერიციდულ ძალას. ეს ბაქტერიციდული ძალა უფრო გამოხატულია მუცლის ტიფის ჩხირის მიმართ, შემდეგ პარატიფ A-სა და თითქმის უმნიშვნელოდ პარატიფ B-ს მიმართ.

*) მოხსენება პროპედევტიკული თერაპიული კლინიკის ექიმთა კონფერენციაზე 2) პარიზი 1930 წ.



ამ მოვლენას Widal-ი არ ხსნის იმუნოზაციის შედეგით. პირიქით, ტიფიან ავადმყოფთა შრატში, გამორჩენის პერიოდში, როდესაც მასში იმუნსხეულების რაოდენობა მაქსიმალურია.—ბაქტერიციდული თვისებები ნაკლებად არის გამოხატული; ეს ორი მოვლენა არ არის თანამგზავრები. Widal-ის ცდებმა დიდი როლი ითამაშეს ამ საკითხის გაშუქებაში, განსაკუთრებით ნორმალური შრატის ბაქტერიციდული თვისებების შესახებ.

Fiessinger-სა და Cattan-ის აზრით, არა თუ მუცლის ტიფით ავადმყოფთ და გამორჩენილთა, არამედ სრულიად ჯანმრთელ ადამიანთა შრატს აქვს ბაქტერიციდული ძალა Eberth-ის ჩხირის მიმართ. შრატი იჩენს ბაქტერიციდულ ძალას თერმოსტატში 4 საათის ყოფნისას, როდესაც ბაქტერიების კონცენტრაცია უდრის 100,000 ერთ კუბ. სანტ. შრატი იჩენს თავის ბაქტერიციდულ ძალას Eberth-ის ჩხირების მეტ კონცენტრაციაზე, ვიდრე სხვა სეპტიკურ მიკრობებზე.

როგორც წინა ავტორები ამბობდნენ, ისე Fiessinger და Cattan-იც აღნიშნავენ, რომ შრატი ან პლაზმა გათბობისას 55⁰-დე კარგავს ბაქტერიციდულ ძალას, რომელიც აღსდგება, თუ მიმატებული იქმნა კომპლემენტი. აღსანიშნავია აქ აზრი Fiessinger-ს ისე, როგორც P. Hébert-ის და M. Rloch-ის, რომ განუზავებელ, განუყოფელ, მთლიან სისხლში ბაქტერიციდულ ძალას შრატი ვერ იჩენს. ამის დასამტკიცებლად ისინი იღებდნენ 5 კუბიკურ სანტიმეტრ მყაუნ-მყავენ-ნატრიუმით მიმატებულ სისხლს, რომლის ერთი კუბიკური სანტიმეტრი შეიცავდა 6 Eberth-ის ჩხირს, დგამდნენ მას თერმოსტატში 37⁰—72 საათის განმავლობაში. ამის შემდეგ ზრდა არ შეფერხებულა. აქედან ავტორები დაასკვნიან, რომ მთლიან სისხლში არსებობენ რაღაც ნივთიერებები, რომლებიც სპობენ და აბათილებენ შრატის ბაქტერიციდულ თვისებებს. იგივე ავტორები დაინტერესდნენ, თუ როგორ გავლენას ახდენს Eberth-ის ჩხირის ზრდაზე ლეეკოციტები და ერითროციტები. ამ მიზნით ისინი იღებდნენ ლეეკოციტების და ერითროციტების ფენებს, უმატებდნენ მათ ცალ-ცალკე შრატს ან პლაზმას 1₁₀ განზავებულს, და ბაქტერიების ემულსიას, რომლის კონცენტრაცია უდრიდა 1000 ერთ კუბ. სანტ.

აღმოჩნდა, რომ შრატთან შერეული მიკრობები სრულიად არ იძლეოდნენ ზრდას, ერითროციტებთან შერეული,—იძლეოდა ზრდას მცირედს და ისიც 145 საათის შემდეგ, ლეეკოციტებთან შერეული კი, რომლის ზედაპირზე ილექება ყველაზე მეტი რიცხვი მიკრობების,—იძლეოდა ზრდას 24 და 60 საათის შემდეგ. აი ამ მიღებულ შედეგებზე არის დამყარებული მიკრო-ლეეკოციტო-კულტურა.

ტენიკა, რომელსაც ხმარობდნენ ავტორები, მდგომარეობდა შემდეგში: 30 პროც. ლიმონ-მყავენ-ნატრიუმის ხსნარის 2—3 წვეთს ასხამდნენ ცენტრიფუგის სტერილურ სინჯარში, და უმატებდნენ მას სტერილურად აღებულ 2 კუბ. სანტ. ავადმყოფის სისხლს, ლექავდნენ მას ელექტრონის ცენტრიფუგაზე ზომიერი სიჩქარით (3 წუთი პირველ კონტაქთან), სანამ არ მიიღებდნენ გამსჭვირვალე სითხეს. ან პირველად ლექავდნენ 1 წუთით, ამოიღებდნენ მიღებულ პლაზმას და შემდეგ ისევ ლექავდნენ 2 წუთის განმავლობაში. ასე თუ ისე ისინი

იღებდნენ სინჯარში 3 შრეს: ზევით იყო მოთავსებული პლანზა, სულ ქვევით ერთთროციტები და მათ შორის კი მოთავსებული იყო ხავერდოვანი შრე ლეეკოციტებისა. აი ამ საშუალო შრიდან იღებდნენ პიპეტით ან მარყუშით რამოდენიმე წვეთს და გადაქონდათ ბულონიან სინჯარში და მეორე დღეს იღებდნენ სათანადო ზრდას იმისდა მიხედვით, თუ რა კულტურასთან ქონდათ საქმე. მათ ამგვარად გაუტარებიათ მუცლის ტიფის 6 შემთხვევა და 4 სხვა სექტიკური დაავადებანი. რომ ლეეკოციტების შრე იძლევა ყველაზე კარგ ზრდას, ისინი ხსნიდნენ ჯერ ერთი მით, რომ ბაქტერიები, როგორც შრატზე უფრო მძიმე და უფრო მჩატე ერთთროციტებზე, ილექებიან ლეეკოციტების შრეზე, და მეორე მით, რომ ბაქტერიებს ლეეკოციტები იცავენ შრატის ბაქტერიციდული მოქმედებიდან. გარდა ამისა ლეეკოციტები ამუშავებენ თავიანთ უჯრედში ფერმენტებს, რომლებსაც აქვთ პეპტონის დამშლელი თვისებები, და ამით ქმნიან მეტად ხელსაყრელ პირობებს ბაქტერიებისათვის. აქ იბადება საკითხი ფაგოციტოზის შესახებ. და მართლაც, როდესაც ნორმალური ლეეკოციტები იყო შერეული მუცლის ტიფის ჩხირებთან და ბაქტერიციდულ პლანზასთან ერთად—ლეეკოციტები იცავდნენ ბაქტერიებს პლანზის ბაქტერიციდული მოქმედებისგან. ეს ცდები სრულიად ეთანხმება ძველ ცდებს Russe-ს და Ionas-ის, რომლებიც ატარებდნენ ცდას შემდეგნაირად: იღებდნენ მუცლის ტიფის ჩხირის ემულსიას, უმატებდნენ ლეეკოციტებს და ზღვის გოჭის ან ბატას ბაქტერიციდულ შრატს. შედეგად მიიღეს, რომ ლეეკოციტები იცავდნენ ბაქტერიებს შრატის ბაქტერიციდული მოქმედებისგან.

ეს დაცვა ლეეკოციტების მიერ არ არის მუდმივი, ის კარგავს ძალას, თუმცა არც ისე მალე: რამდენიმე სინჯარში მოთავსებული სექტიკური სისხლი გაჩერებული 1—3 საათამდე თერმოსტატში—იძლევა შეუფერებელ ზრდას. ყოველ შემთხვევაში, მათი დაცვის უნარი არ იკარგება იმ დროის განმავლობაში, რაც საჭიროა ამ მეთოდისათვის,

Fiessinger და Cattani-ი მეტად კმაყოფილნი არიან მიღებული შედეგებით. მათ ყველგან, სადაც კი მიუღიათ ჩვეულებრივი ჰემოკულტურა, მიუღიათ აგრეთვე მიკრო-ლეეკოციტო-კულტურაც და ძალიან მოკლე დროს განმავლობაში: მაგალითად, ღრმა დათესვა ჟელატინაზე იძლეოდა ზრდას 12 საათის შემდეგ, როცა რომ ჩვეულებრივი ჰემოკულტურა კი იძლეოდა ზრდას 24 საათის შემდეგ. მათ გამოყავთ მეცნიერული და პრაქტიკული მოსახრებანი მისი უპირატესობით. მეცნიერული ის, რომ ლეეკოციტები იცავენ ბაქტერიებს პლანზის ბაქტერიციდული თვისებებიდან, პრაქტიკულ უპირატესობას კი წარმოადგენს. ის, რომ საჭიროა 2 გრამიანი შპრიცი, მცირე ოდენობის სინჯარი, მცირე რაოდენობა ბულონიისა და დაბინძურების სიიშვიათე.

ჩვენ მეტად დაინტერესებული მიღებული შედეგებით გადავწყვიტეთ გავეტარებია ეს მიკრო-ლეეკოციტო-კულტურის მეთოდი ჩვენ მასალაზე. ვისარგებლეთ 1929 წ. შემოდგომის ტფილისში არსებულ მუცლის ტიფის ეპიდემიით. მუშაობის დაწყებისას ჩვენ ვფიქრობდით, რომ მასალა იქნებოდა გაცილებით მეტი, ვიდრე აღმოჩნდა. ეს ძოვლენა აიხსნებოდა მით, რომ კლინიკაში შემოდოდნენ ავადმყოფები დაგვიანებით, უმეტეს შემთხვევებში მეორე კვირის ბოლო-



ში და კიდევ უფრო გვიან, როდესაც ჰემოკულტურის მიღება, თითქმის შეუძლებელია.

ჩვენ გავატარეთ 25 შემთხვევა. ჩვენი მუშაობის ტექნიკა იყო ისეთივე, როგორსაც ხმარობდნენ ავტორები და რომელიც იყო ზემოდ აღნიშნული. თესვას სისხლისას ვაწარმოებდით ავადმყოფობის მე 12 დღემდე. მხოლოდ ორი შემთხვევა წარმოადგენს გამონაკლისს, სადაც ჩვენ მიერ სისხლი იყო დათესილი მე-15 და მე-17 დღეს, ვინაიდან მათ მეტად მკაფიოდ ქონდათ გამოხატული სეპტიკური მოვლენები; და ძარბოვაც ორივე შემთხვევებში ჩვენ მივიღეთ ჰემოკულტურა.

პარალელურად მიკრო-ლევეკოციტო-კულტურასთან ვაწარმოებდით ჩვეულებრივ წესს თესვისას ნალველზე და უბრალო ბულიონზე. როგორც ჩვენი ცხრილიდან სჩანს,*) პირველ 24 საათის განმავლობაში ყველაზე მეტი დადებითი შედეგები მოგვცა ნალველმა—48 პროც. ბულიონმა მოგვცა—24 პროც. და მიკრო-ლევეკოციტო-კულტურა კი—8 პროცენტში.

შემდეგი 48 საათის განმავლობაში ნალველი იძლევა ზრდას 56 პროც., ბულიონი—60 პროც. და მიკრო-ლევეკოციტო-კულტურა—56 პროც. 48 საათის შემდეგ ერთ შემთხვევაში ბულიონზე დამატებით მივიღეთ ზრდა, ამდგავარად ბულიონზე ზრდა მივიღეთ 64 პროც.

ჩვენ მიერ მიღებული შედეგებიდან ნათლად სჩანს, რომ პირველი 24 საათის განმავლობაში ნალველი იძლევა გაცილებით მეტ დადებით შემთხვევებს. 48 საათის განმავლობაში ორივე, ე. ი. ნალველი და მიკრო-ლევეკოციტო-კულტურა, იძლევა ერთნაირ რიცხვს დადებითი შემთხვევებისას. ის, რომ ბულიონმა მოგვცა მეტი დადებითი შედეგები არ შეიძლება აგხსნათ მით, რომ ის უკეთესი საკვები წიაღაა იყოს Eberth-ის ჩხირისათვის, ვიდრე ნალველი. მას აქვს სრულიად შემთხვევითი ხასიათი, და გამოწვეული ჩვენ მიერ წარმოებულ ტენიკიდან.

ჩვენ სისხლის თესვას ვაწარმოებდით 10 გრამიანი შპრიცით, რომლის საშუალებით შეიძლებოდა სისხლის აღება 12—13 გრამამდე. აქედან ნალველში ვთესავდით 2—3 გრამს. ბულიონში—5—6 გრამს, მიკრო-ლევეკოციტო-კულტურისათვის 2 გრამს, დანარჩენ სისხლს 2 გრამამდე ვინახავდით შრატისათვის. ამრიგად ბულიონში ხვდებოდა თითქმის ორჯერ მეტი სისხლი რაოდენობით, ვიდრე ნალველში.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ამგვარი ტენიკის გამო მვეილეთ შთაბეჭდილება, თითქოს ნალველი უფრო ნაკლებ საკვებ ნიადაგს წარმოადგენს, ვიდრე ბულიონი.

ასეთი შთაბეჭდილების წინააღმდეგ ლაპარაკობს ის, რომ პირველ 24 საათის განმავლობაში ნალველი იძლეოდა ჰემოკულტურას ორჯერ მეტ შემთხვევებში, ვიდრე ბულიონში, თუმცა მასში იყო სისხლის ორჯერ ნაკლებ რაოდენობასთან, ნაკლები რაცხვი მიკრობებისა.

*) ცხრილი არ იბეჭდება ტენიკური პირობების გამო.

ეხლა გადავიდეთ ამ მეთოდის მეცნიერულ და პრაქტიკულ უპირატესობაზე. როგორც თითონ ავტორები აღნიშნავენ, შრატი ვერ იჩენს ბაქტერიციდულ ძალას მთლიან სისხლში, რაც დამტკიცებულია ცდებზე. Fiessinger-ს და Cattani-ის ყოველგან, სადაც კი მიუღიათ მიკრო-ლევკოციტო-კულტურა, მიუღიათ აგრეთვე ჩვეულებრივი ჰემოკულტურაც. ჩვენ შემთხვევებშიც არ შეგვიძინებია შეფერხება ან მოსპობა ზრდის, წინააღმდეგ, უფრო მეტი დადებითი შედეგები მიკრობის ზრდის სახით მივიღეთ ნაღველზე და ბულიონზე, ვიდრე მიკრო-ლევკოციტო-კულტურის საშუალებით.

რაც შეეხება დროს კულტურის მიღების, აქაც ვერ დავრჩით კმაყოფილი მიღებული შედეგებით; ნაღველი ჩვენ შემთხვევებში უმეტესად უსწრობდა მიკრო-ლევკოციტო-კულტურას. იმ პრაქტიკულ უპირატესობებს, რომლებზედაც ლაპარაკობენ ავტორები, არ უნდა ქონდეთ, ჩვენის აზრით, დიდი მნიშვნელობა. 2 კუბ. სანტ. სისხლს გამოვიღებთ, თუ 8—10 კ. ს., ამას არც ავადმყოფისთვის აქვს არსებითი მნიშვნელობა და არც ექიმისათვის. ასეთივე მნიშვნელობა აქვს 2 გრამიან შპრიცს, ბულიონის მცირე რაოდენობას და მცირე ოდენობის სინჯარს.

ერთ უპირატესობას კი უნდა მიექცეს ყურადღება—მის ძნელად გაბინძურებას. ამიტომ მისი ხმარება მეტად სასურველია, როდესაც შორ მანძილზე გვიხდება გადმოტანა დათესილი სისხლისა, რაც არა იშვიათად გვადლევს გაბინძურებას; ამ მეთოდის საშუალებით კი მეტად მოხერხებულია პატარა სინჯარი.

ამიტომ ჩვენის აზრით:

1. მარტო მიკრო-ლევკოციტო-კულტურის მეთოდი არ არის საკმარისი ჰემოკულტურის მისაღებად.
2. მას არ აქვს უპირატესობა დროის და რაოდენობის მიხედვით ჩვეულებრივ ჰემოკულტურასთან.
3. მიხანშეწონილია მისი წარმოება პარალელურად სხვა ჩვეულებრივ ჰემოკულტურის მეთოდებთან.
4. აუცილებლად საჭიროა მისი ხმარება შორ მანძილზე გაბინძურების ასაცილებლად.

Е. НЕМСАДЗЕ

Микро-лейкоцито-культура и ее практическое значение при брюшном тифе.

Автор произвел проверку способа получения гемокультуры, предложенного французами—Fiessinger и Cattani на 25 случаях брюшного тифа.

Последние, базируясь на бактерицидных свойствах сыворотки по отношению полочке Эберта и на свойствах цитратной крови при центрифугирова-

E. NEMSADZÉ.

La microleucocytoculture et sa valeur pratique pour le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Dans 25 cas de la fièvre typhoïde l'auteur vérifiat la méthode reconnissée par Fiessinger et Cattani pour l'obtention de l'hémoculture.

Fiessinger et Cattani, se basant sur la propriété bactericide du sérum pour la bacille ébertienne et sur la propriété du sang citraté de donner après centrifugation 3



ნი დაუბა დაუბა, ივ კორივ სრედ-
ნი-ლეიკოციტოვი ნაიბოლე ბოგა მიკრო-
რობა, პრედლოჟილი მეთოდი მიკრო-ლეი-
კოციტო-კულტურა, იმეოციტი პო იხ ნაბ-
ლოდენიამ, მნოგო პრეიმუხვებ პერედ
ობიჩნიმ სპოზობომ პოლოკენიამ გეო-
კულტურა.

პარალელი ს მიკრო-ლეიკოციტო-
კულტურა ავტორი პრეიმენენი ობიჩნი
მეთოდი პოლოკენიამ გეოკულტურა (პო-
სევი ნა ჯელი, პროსტი ბულიონ).

სრავნივია რეზულტატი, პოლოკენიამ
ეტიმი მეთოდაი, ავტორი დელაეტი სვოი ვი-
ვოდი:

1. ოდნი თოლიკო მეთოდი მიკრო-ლეიკო-
ციტო-კულტურა ნე ივლიეტა დოსტაოცი-
ნიმ დია პოლოკენიამ გეოკულტურა.

2. მეთოდი ნე იმეოტი პრეიმუხვებ პე-
რედ ობიჩნი გეოკულტურა ნი ვ სმეი-
ლე რანიგო პოლოკენიამ როსტი, ნი ვ სმეი-
ლე კოლიკვოტი პოლოკენიამ რეზულ-
ტაოტი.

3. ჯელაეტლიკო პოლოკენიამ ეტიმი
მეთოდი პარალელი ს ობიჩნიმი სპო-
ზობაიმი პოლოკენიამ გეოკულტურა.

4. მეთოდი მიკრო-ლეიკოციტო-კულტურა
იმეოტი ბეზუსლოვნიმი პრეიმუხვებ
პრი პერეოვოკე მატერიალი ნა დალეკნი
რასოლონიამ ვო ივბეჟანიე ჯაგრანიენი.

couches, parmi lesquelles la couche moy-
enne—leucoeytaire est la plus riche en mic-
robes, ont préconnisé la microleucocytocul-
ture, qui, d'après eux, a beaucoup des
avantages vis—à—vis des méthodes ordi-
naires.

Parallèlement avec la microleucocytocul-
ture l'auteur utilisait les méthodes ordi-
naires de l'hémoculture (ensemencement
sur la bile, bouillon simple).

D'après les résultats l'auteur con-
clut:

1) La méthode de microleucocytocul-
ture, elle—seule, ne suffit pas pour l'obten-
tion de l'hémoculture.

2) La méthode n'a pas des avantages
sur les méthodes ordinaires de l'hémocul-
ture ni au sens de la poussée plus précoce
du microbe, ni au sens de la quantité des
résultats positifs.

3) Il serait à désirer d'utiliser cette
méthode parallèlement avec les méthodes
ordinaires d'hémoculture.

4) La méthode de microleucocytocul-
ture a un avantage indiscutable dans les
cas quand on transporte le sang à examiner
à une distance éloignée.

დ. ჯავახიშვილი

ენდოკრინული პოლიატრიტიის ორი შემთხვევა ე. წ. „გი-
ნეკრომასტია“-სთან დაკავშირებით*)

სახსრების სხვადასხვა ქრონიკული დაავადება და მისი მრავალგვარი კლინიკური ფორმები ეტიოლოგიის მხრივ ხშირად საბუთდება საერთო ცნებით, „რეგმატიზმი“-თ, თუმცა თვით ეს ცნება აქამდისაც არსებითად ჯერ კიდევ სრულიად გამოურკვეველია, რადგან ჩვენ არ ვიცით მისი გამომწვევი ნამდვილი მიზეზი. ამ სნეულებათა თანამედროვე კლასიფიკაციებიც საესებით ვერ აკაყოფილებს სამკურნალო მეცნიერების მოთხოვნილებებს და ვერ ჰქმნის ერთ მთლიან აზროვნებას ამ საკითხის გარშემო, რადგან სახსრების სნეულებას საფუძვლად უდევს სულ სხვადასხვა მომენტები, რომელნიც ზოგჯერ ავადმყოფობის მართალ მიზეზად ითვლებიან და ხან მხოლოდ მისი თანამგზავნი არიან.

ჩვენ არ შევუდგებით ამჟამად არსებული მრავალნაირი კლასიფიკაციების ჩამოთვლას, მით უმეტეს, რომ ყოველ ამ საკითხის მკვლევარ ავტორიტეტს სახსრების ქრონიკულ სნეულებათა დალაგების დროს შეაქვს თავისი სუბიექტური ელემენტიც იმისდაგვარად, თუ როგორია მისი მსოფლმხედველობა შემოსვენებული ძირითადი მოქმენტების შესახებ, რომლებითაც ხასიათდება სახსრების სნეულებათა კლინიკური ფორმები.

ამ დაავადებათა ეტიოლოგიურ მომენტებში ერთ-ერთი საპატიო ადგილი ენდოკრინულ მიზეზს უნდა ეჭიროს ალბად. Вельяминов-ი, მაგალითად, თირეოტოქსიკულ არტრიტებს ცალკე ჯგუფად გამოჰყოფს, რადგან იგი დიდ მნიშვნელობას აწერს ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქციას. Бек-ის ავადმყოფობას, რომელიც გამოიხატება სახსრების სიმეტრიული დამახინჯებით და რომელმაც ენდემიურად თავი იჩინა ზაბაიკალის ოლქში, მხოლოდ ენდოკრინულ მიზეზს აწერენ, ხშირია აგრეთვე პოლიატრიტი, რომელიც ქალის სასქესო ჯირკვლების კორელაციის დარღვევისაგან არის წარმომდგარი. Altered Garrod-ს აქვს აწერილი ასეთი ფორმები.

1928 წ. ბადენში შემდგარ ბალნეოლოგიურ კონგრესზედ F. Pineles-ი ამბობს, რომ ინფექციურ არტრიტების დროს ხშირია ენდოკრინული მოვლენები, რომელთაც გარკვეული დამოკიდებულება აქვთ ამ ავადმყოფობის პათოგენიზთან. ე. წ. ქრონიკულ-პროგრესიულ არტრიტების დროს უფრო მკაფიოდ ემჩნევა ეს ენდოკრინული ფაქტორი, რადგან 80%-ს ამგვარ ავადმყოფებისას

*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში 10/12-28 წ.



შეადგენენ ქალები, რომელთაც ავადმყოფობის პირველი ნიშნები ეწყობათ მენსტრუაციის პირველ პერიოდში და ან მისი დათავების ხანაშია.

მეორე მომხსენებელი ამავე კონგრესზედ Wiesel-ი აგრეთვე ქალების სახსრების დაავადებაში დიდ ბრალსა სდებს სწორედ ამ ენდოკრინულ ფორმულას; მისი აზრით ყოველ პერიოდს, სასქესო ჯირკვლების ფუნქციის დაგვარად ეთანხმება სხვადასხვა სახსრების დაავადებანი.

Uumber-სა და Munk-ს შეუმჩნევიათ სიმპტომიული ცვლილებანი სხვადასხვა სახსრებში, როგორც მენსტრუაციის უწყესობის, ისე მენოპაუზის სხვადასხვა პერიოდებში. მაგრამ კლინიკური მდგომარეობის ზუსტი აწერის დროს ამ ავტორების მიერ ნაჩვენები ერთმანეთს არ ეთანხმებიან.

პროფ. გ. ა. ლამბარაშვილმა ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის სახელმწ. ინსტიტუტში და გინეკოლოგიურ კლინიკაში აწარმოვა დაკვირვებანი 21 ავადმყოფზე, რომელთაც, მისი აზრით, სხეულზეა ჰქონდათ წარმოშობილი საკვერცხეების შინაგან სეკრეციის დარღვევისაგან და clymax-თან დაკავშირებით, მაგრამ მას ხელშესახები რაიმე დიდი ცვლილებები დაავადებულ სახსრებში ვერ აღმოუჩენია. მიუხედავად მრავალი გამოკვლევა-დაკვირვებებისა, ჯერ მაინც ტიპიური კლინიკური სურათი ენდოკრინულ ნიადაგზედ აღმოცენებული სახსრების დაავადებისა არ არ არის ჩამოყალიბებული, ცნობები ჯერ მხოლოდ ზოგადია.

ამ მოკლე მიმოხილვის შემდეგ ჩვენ გვინდა შევეხოთ აგრეთვე ენდოკრინულ პოლიატრიტებს მხოლოდ მამაკაცების სასქესო ჯირკვლების შინაგანი სეკრეციის დარღვევასთან დაკავშირებით წარმოშობილებს; აქვე უნდა ვსთქვათ, რომ ლიტერატურაში ასეთი ფორმები უფრო ნაკლებად გვხვდება, ვიდრე დედაკაცების შესახებ, და შესაძლებელია ამას თავისი ბიოლოგიური კანონზომიერება ჰქონდეს საფუძვლად.

თავისთავად ჩვენ მიერ წარმოდგენილი ეს ტიპები ეკუთვნებიან ენდოკრინულ ნიადაგზედ წარმდგომილ ანომალიებს, რომელიც სათანადო ლიტერატურაში ბლომად არის აწერილი; ეს არის განვითარების სტადიაში მომხდარი დარღვევები, მეორადი სასქესო ნიშნების ინვერსია, რომელიც გამოიწვევს ხოლმე სქესის დამახასიათებელი ფორმების შეცვლას, სქესის საწინააღმდეგო მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას, ვირილიზმი, ფემინიზმი, კერძოდ გინეკომასტია და სხვა.

გვხვდება ორი ტიპი ფემინიზმისა: ერთი სქესობრივი სიმწიფის ხანისა, რომელიც ვითარდება ადვილად, სწრაფად და მოკლე ხანს არსებობს; მეორე სულ სხვა მნიშვნელობისა და უფრო მკვიდრი და ხანგრძლივი მდგომარეობა აქვს—ეს მოზრდილთა ფემინიზმია.

Brouardel-ი ამტკიცებს, რომ ზოგიერთ ახალგაზრდა ვაჟებს სიკაბუკის ხანაში, სწორედ სქესობრივი ტრანსფორმაციის დროს ევოლიუციისაგან გამოწვეული თავისებურებანი ისეთი ემჩნევათ, რომ ისინი ემსგავსებიან ქალებს; ხმა რჩება ისევ ბავშური, კანი თხელი და ნაზი, სასქესო ორგანოები არ ეზრდებათ; ბოქვენზედ და ილღის ქვეშა ფოსოებში თმით შემოსვა ძლიერ სუსტია; ძთელი ჩონჩხი ძლიერ ნელა იღებს მამაკაცის ფორმას და მენჯი კი უგანიერდებათ, ვი-

თარღება სარძეო ჯირკვლები, ბარძაყები მსხვილდება და ღუნღულებიც საკმაოდ გამოერჩევიან, ისე რომ მთელს ტანს ქალური სისრულე და სახეობა ეძლევა.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ზემო აწერილი მოვლენის დროს სარძეო ჯირკვლები შედარებით ძლიერ ვითარდებიან, ჩვენ ვიღებთ ე. წ. ჰაბუკობის გინეკომასტიას.

თუ რამდენად ხშირია ეს ანოზალიები, ამის შესახებ არ არის ჯერ შემდგარი ზუსტი სტატისტიკა.

Берлацкий-ს ანგარიშით თვითეულ 20.000 ახალწვეულ ჯარის კაცზედ მოდის ერთი შემთხვევა; საფრანგეთის სტატისტიკით 1 შემთხვევა მოდის 13.000 კაცზედ.

რუსეთის და უკრაინის ლიტერატურაში 1888 წლიდან დღემდე Голденберг-ს (ხარკოვი) შეუკრებია 70 შემთხვევა, რომელიც აწერილი ყოფილა 38 სხვადასხვა ავტორის მიერ. მას მოჰყავს 3 შემთხვევა გინეკომასტიისა უკრაინის ფსიქიატრიულ ინსტიტუტიდან და სამივე დიაგნოზით: Debilitas.

ჩვენ მიერ წარმოდგენილი შემთხვევები იმითაა საგულისხმიერო, რომ აქ სქესობრივი ევოლუციის დარღვევასთან თანამეზავრად, როგორც ერთგვარი გართულება, განვითარდა პოლიატრიკი, ფეიქრობთ ენდოკრინული ნიადაგისა. ამასთან ჩვენ არ ვამტიცებთ, ვითომც ეს ავადმყოფობა უთუოდ უნდა იყოს მიზეზობრივ კავშირში, როგორც ამ ანოზალური მოვლენის შედეგი, მხოლოდ შესაძლებელია დაუშვათ ის, რომ ამ შემთხვევაში ორგანიზმი, ენდოკრინული დისფუნქციის მიერ გამოწვეული წონასწორობის დარღვევის გამო, იმყოფება ლაბილურ მდგომარეობაში, როდესაც საკმარისია მცირეოდენი გარეშე მავნე ფაქტორი (გაცივება და სხვა), რომ მან შექმნას ავადმყოფობის განვითარებისათვის (locus minoris resistentiae), და მართლაც ჩვენს შემთხვევაში, ავადმყოფის ანამნეზიდან სჩანს, რომ მას მოუხდა ხანგრძლივად წყალში დგომა, რომლის შემდეგ ასტივდა სახსრები: ეს გაცივება არის ხოლმე ხშირად ის გამოსავალი მომენტი, რომელიც ჰქმნის დაძაბუნებული ორგანოების დასნეულებისათვის სათანადო იმპულსს.

ზემოხსენებულის შემდეგ მოვიყვანთ ავადმყოფობის მოკლე ისტორიას.

პირველი შემთხვევა. ავადმყოფი ბ—ძე ეროლოზი, 18 წ. რაჭიდან მოვიდა ანტალაზედ 18 VII 1928 წ. 3 წელწაღია ავად არის. დაიბადა 1910 წ. სრულიად ნორმალური და საღი. ბავშვობა იყო მისი საერთოდ ჩვეულებრივი, რაიმე მკვეთრ გადახრებს ადგილი არ ჰქონია მის ფიზიკურ და ფსიქიურ სფეროში. ბავშვი იყო მეტად წყნარი, იშვიათად თამაშობდა ამხანაგებში; 8 წლისა მიაბარეს სკოლაში, სადაც საკმაო ნიჭი ემჩნეოდა სწავლაში, მაგრამ რაღაც გამოურკვეველი მიზეზის გამო ორი წლის შემდეგ მან მთლად მიატოვა სასწავლებელი.

სქესობრივი მომწიფების ნიშნები დაეტყო მეთხუთმეტე წელზედ და ამავე დროს განვითარდა აჩსებული დაავადება.

სწორედ სამი წლის წინათ რიანში ნარიყის კრეფის დროს გაცივდა და მის შემდეგ დაეწყო სახსრების ტკივილი მუხლების და თეძოების მიდამოში; პირველად ტკივილს ჰქონდა სუსტი ხასიათი, შემდეგ უმატა და ცვალებადი გახდა, მხოლოდ მატულობდა სიცივის და ცუდი ამინდის დროს; ასე გასტანა 1927 წლ. ნოემბრამდის. ნოემბერში ტკივილებმა იმდენად იმატა, რომ ავადმყოფის მოძრაობა და სიარული სრულიად შეუძლებელი შეიქმნა ტკივილს თან და-



ერთო სახსრების შესიება; პირველად შესივდა მარჯვენა წვივ-ტერფის სახსარი და შემდეგ გადავიდა სხვებზედ. სიცხე ავადმყოფს არ უგრძნია.

შემოდ აწერილ დაავადებასთან ერთად ავადმყოფმა შეამჩნია, რომ სარძეო ჯირკვლებმა არაჩვეულებრივად იწყეს ზრდა და განვითარება და მოკლე ხნის განმავლობაში მიაღწიეს არსებულ სიდიდემდე; ამავე დროს სასქესო ორგანოების განვითარება შეუჩერდა; თესლის გადმოთხვევა ავადმყოფს პირველად ჰქონია ამ სამ ნახევარ წლის წინეთ ლამით. პოლიუციის დროს ადგილი არ ჰქონდა ეროტიულ სიზმარს და არც კვლავ როდისმე დასიზმრებია ან ცხადლივ უგრძნია ასეთი რამე. ერექციაც ძალიან იშვიათად აქვს ავადმყოფს, მისი სიტყვით სამ-ოთხ თვეში ერთხელ; ამჟამად ქალისადმი ძალიან ნაკლები მისწრაფება აქვს. სქესობრივი კავშირი არასოდეს არ ჰქონია და სრულიადაც არ აქვს ასეთის სურვილი.

პირველი შემთხვევა



ბ-ძე ერმოლოზი 18 წ., რაჭიდან.

ძუძუს დვრილების გაღიზიანება ან მექანიკური მოქმედება არავითარ გრძნობას არ იწვევს. შთამომავლობის მხრივ Lues და ალკოჰოლიზმს უარყოფს. ავადმყოფის მშობლებს 8 შვილი ჰყოლია, მათ შორის სამი მოკვდომილით; დედამა სრულიად ჯანმრთელი არიან;

ავადმყოფი ასთენიური კონსტიტუციისაა, საშუალო ტანისა, გამხდარი, კანი და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად განვითარებული, თმიანობა მცირედ გამოხატული, მამაკაცის ტი-

დ. ჯ ა ვ ა ხ ი შ ვ ი ლ ი

პისა, რაიმე ნაწიბურები ან და პარტახტი კანზედ არ ემჩნევა. ლავიწქევესა და ლავიწზედა ფოსოები კარგად გამოხატული; ლიმფ. ჯირკვლები საზარდულის ილდიისა და კისრისა ოდნავ ისინჯება.

ძვალ-კუნთოვანი სისტემა საშუალოდ განვითარებული, სარძეო ჯირკვლების არანორმალური განვითარება—ტიბიური ჯირკვლოვანი ქსოვილით (დედაკაცის ტიპისა), სასქესო ასოს ინფანტილური მდგომარეობა, სათესლე ჯირკვლებიც შემცირებულია.

კისრის, მხრის, იდაყვის, მავის ნებფალანგების სახსრებში მოძრაობა თავისუფალია, ხერხემლის მოძრაობა ოდნავ შეფერხებული, განსაკუთრებით ხერხემლის ქვედა ნაწილებში, ხელის კუნთების ძალა რაოდენიმედ შესუსტებული; მოძრაობა მენჯბარძაყის სახსარში როგორც მარჯვნივ ისე მარცხნივ ზედმეტად შეზღუდულია, უფრო მეტად ბარძაყის განზიდვა და მოზიდვა, პასიური მოძრაობის დროს მწვავე ტკივილი ემჩნევა; კუნთები ბარძაყის m. m. sartorius და gracilis ზედმეტად დაჭიმული.

მუხლის სახსრების მტკივანობა და ხრატუნი; მასში მოძრაობა ოდნავ შეფერხებული, აქაც პასიური მოძრაობის დროს მტკივანობა.

მხედველობა N; (6) რეაქცია თვალის გუგების სინათლეზედ შენახულია, რქოვანას რეფლექსი არის, მოძრაობა თვალის კაკლის თავისუფალი, სმენა ნორმალური.

გ ე მ ო ვ ნ ე ბ ა და ყ ნ ო ს ვ ა N (6)-ის ფარგლებში.

გრძნობა შეხების, მტკივანობის და 10^0 შენახული აქვს კანის მთელ ზედაპირზედ.

ღ რ მ ა მ გ რ ძ ნ ო ბ ე ლ ო ბ ა შენახული.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსები ოდნავ ანემიური, ენა თეთრად შელესილი (ოდნავ). კუჭის და ნაწლავების მხრივ არავითარი მოვლენები, გარდა იშვიათი სიყაბისა; ელენთა კარგად ისინჯება.

ღვიძლი—არ გამოდის ნეკნთა რკალიდან.

მარჯვენა ფილტვის მწერვალოზედ სუსტად გამოხატული მკვრივი სუნთქვა, გულის მხრივ ტონები წმინდა, ოდნავ მოყრუებული.

დაენიშნა 15 ტალახის აბაზანა 30^0-33^0 15-20 წ.

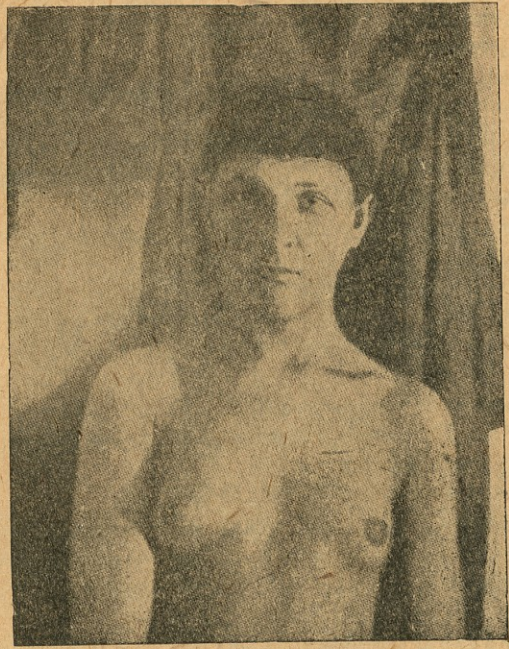
მეთოხე აბაზანის შემდეგ ტკივილებმა უმატა, ათი აბაზანის შემდეგ: სახსრებში ტკივილი მომატებული, ბარძაყის კუნთების ოდნავი მოშვება, მაჯა რაოდენიმედ ხშირი, გულის ტონები მოყრუებული. 15 აბაზანის შემდეგ ავადმყოფმა დასტოვა კურორტი თითქმის იმავე საერთო მდგომარეობით.

მეორე შემთხვევა. საესებით ჩემი არ არის, იგი გადმოცა ექ. მამალაძე—ავადმყოფი ქანი ჭიათურიდან შავი ქვის წარმოებაში მომუშავე. დამზღვევ სალაროდან გაგზავნილი წყალტუბოზედ. სამწუხაროთ, ამის შესახებ დაწერილებითი ცნობები არ შედგენილა, რადგან იგი ორი წლის წინეთ იყო კურორტზედ და მხოლოდ ის აღინიშნება, რომ მასაც სახსრების ტკივილი დაეწყო დაახლოებით სქესობრივი სიმწიფის ხანაში, როდესაც სარძეო ჯირკვლების ზედმეტად განვითარებაც თან მოჰყვა; აქაც ავადმყოფმა მიიღო ბალნეო-მკურნალობა შედეგოთ.

ამგვარად, თუ დღეს დამტკიცებულად ჩაითვლება, რომ არსებობს მთელი რიგი ექვ. ენდოკრინული არტრიტებისა, რომელთა ერთ-ერთ მიზეზად ხდება შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების კორელიაციის დარღვევა, დისფუნქცია, მაშინ შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ჩვენ მიერ წარმოდგენილი ორი შემთხვევა პოლიარტრიტისა, უნდა ეკუთვნოდეს ამ ენდოკრინულ ფორმებს, რადგანაც ანამნეზიდან სჩანს, რომ მათი სნეულება აღმოცენდა სწორედ (Pubertatis) ისეთ ხანაში, როდესაც სასქესო ჯირკვლების ნორმალური ფუნქციის განვითარებას გამოურყვეველი მიზეზის გამო გადაეღობა პათოლოგიური გადახრა და შექმნა სურათი ანომალური ტიპებისა (ფემინიზმი, გინეკომასტია) და როგორც თანამგზავრი ამ

მდგომარეობის წარმოიშვა სახსრების დაავადების წარმოდგენელი ფორმა. ამასთან უნდა დავეუბნოთ, რომ ენდოკრინული პოლიატრიტები თერაპიის მხრივ ძლიერ ძუნწად უთმობენ გზას ჩვეულებრივ მედიკამენტოზურ და ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს და სწორედ ესეც მოხდა ჩვენს შემთხვევებში, რადგან თითქმის უშედეგოთ ჩაიარა მათმა ერთის ანტალაზედ ტალახით მკურნალობამ და მეორის წყალტუბოზედ ბალნეოთერაპიამ.

მეორე შემთხვევა



ქანი, ჭიათურიდან

ლიტერატურა

Проф. М. Я. Брейтман „Болезни органов внутренней секреции“. Ленинград 1926 г. 2. А. Вейль. „Внутренняя секреция“. Москва 1923 г. 3. Проф. В. А. Оппель „Заболевания эндокринных Желез“ Аста Medika Харков 1926 г. вып. десятый. 4. Проф. Н. Ф. Голубов, „Нозология заболеваний суставов“ Аста mediku Харков 1926 г. выпуск XI. 5. Проф. А. А. Богомолец. „Кризис эндокринологии“. Москва 1927 г. 6. А. Luger' E. Maliva, A. Bum, V. Breituier, A. Strasser. Терапия болезней суставов. Ленинград 1928 г. 7. Проф. Г. Гамбаров. „К вопросу о климатерических артрозах“. Журн. для усоверш. врачей 1926 г. № 3. 8. 43 Больнеологический конгрес. Баден. Отчет. журн. для усоверш. врачей 1928 г. № 7—8. 9. პ. ქავთარაძე. „შიგნითა სეკრეციის ჯირკვლთა სნეულებანი“, (მიმოხილვა) ჟურნ. „თანამედროვე მედიცინა“ 1928 წ. № 3—4. 10. М. А. Гольденберг (Харков) „К вопросу о гинекомастии“. Врачебное дело 1929 г. № 5.

Д. Джавахишвили

Два случая эндокринного полиартрита в связи с гинекомастией.

1. В большинстве различных хронических полиартритов этиологическим моментом часто обычно признается общее собирательное название ревматизм, хотя в сущности это понятие вовсе не удовлетворяет современным требованиям научной мысли по данному вопросу.

2. Тем не менее, однако, одним из частых этиологических моментов хронических заболеваний суставов нужно считать различные расстройства функций эндокринных желез: гипофиза, щитовидной и половых желез.

3. Приведенные два случая полиартрита нужно полагать являются эндокринного происхождения, т. к. развились вместе с расстройством функций мужских половых желез в периоде пубертатис, когда указанные субъекты подвергались уклону в сторону феминизма и в частности гинекомастии.

D. DJAVAKHICHVILI.

Deux cas de polyarthrite endocrinienne en rapport avec la gynécomastie.

1. Comme moment étiologique de la grande majorité de deverses polyarthrites chroniqui, d'habitude, on fait intervenir, très souvent, un terme d'ensamble „rhumatisme“, bien que ce terme ne satisfait nullement les exigences de la pensee scientifique moderne.

2. Malgré cela, la cause assez fréquente de la polyarshrite chronique il faut la obercher dans les troubles fonctionels de diverses glandes endocriniennes: l'hypophyse, le glande thyroïde el les glandes génitales.

3. Nous considerons les deux cas de polyarthrite, observés par nous comme provenant d'une étiologie endocrinienn liée par coïncidence avec les troubles fonctionels des glandes génitales masculines au cours de la puberté. Or, c'est à cette période, que nos malades ont subit une deviation vers le, feminisme et particulierement vers la gynecomastio.

3. ქავთარაქი

უფროსი ასისტენტი.

(სახელმწ. უნივერს. ნერვების სნეულებათა კლინიკიდან. გამგე პროფ. სვ. ყიფშიძე).

თავის ტვინის ეხინოკოკის ორი შემთხვევა*)

თავის ტვინის ეხინოკოკი ძლიერ იშვიათი დაავადება. Steffen-მა და Goldenberg-მა შესძლეს შეეგროვებიათ სულ 21 შემთხვევა თავის ტვინის ეხინოკოკისა. Vegas y Cramvell-ის კი მოყავს 23 შემთხვევა სხვადასხვა პასაკში. Надеждин-ის სტატისტიკით იგი უდრის 0,9%, ექიმ შონიას მასალების მიხედვით იგი შეადგენს 0,95%, Ter-Nersessov-ის ცნობით—0,48%, ხოლო Лисянский-სა და Бонров-ის სტატისტიკით კიდევ უფრო ნაკლებია.

ეხინოკოკის გავრცელებაში დანაშაული მიუძღვის პირუტყვს და მათ შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია ძაღლსა და ცხვარს, როგორც Taenia echinococcus-ის მატარებელს. ექიმი Титов-ი აღწერს ადამიანის ორგანიზმში პარაზიტის გავრცელებას და მიდის იმ დასკვნამდე, რომ Taenia-ს კვერცხი მოხვდება თუ არა კუჭს, იგი კარგავს თავისი გარსს და ჩანასახი კუჭის საშუალებით გახეთქიეს საჭმლის მომნელებელ აპარატს სისხლის მილის კედელს და შედის სისხლის მიმოქცევაში, რის საშუალებითაც მიდის ერთ-ერთ ორგანომდე, სადაც ის განვითარდება. ზოგიერთების აზრით არის მეორე გზაც—ლიმფური, მაგრამ ეს უფრო იშვიათია. თავის ტვინის ეხინოკოკი პირველი გზით ვრცელდება და იძლევა თავის ტვინის სიმსივნის სინდრომს, რომლისგან გარჩევა თითქმის შეუძლებელია, ვინაიდან არც რენტგენოგრაფია და არც ლაბორატორიული გამოკვლევები დასაყრდნობ ნიშნებს არ გვაძლევენ, ამიტომ დიაგნოზი ხშირად ქირურგის ან პათოლოგო-ანატომის მაგიდაზე ისმება 1906—1926 წ. ცენტრ. კლინიკურ ინსტიტუტში აღნიშნულია 115 ავთიმყოფი ეხინოკოკით დაავადებული და მათ შორის 3 შემთხვევა თავის ტვინის ეხინოკოკს ეკუთვნის, ხოლო ნერვულ კლინიკის 9 წლის არსებობის ხანაში გვექონდა თავის ტვინის სიმსივნეების შემთხვევა სულ 45 და მათ შორის ორი აღმოჩნდა თავის ტვინის ეხინოკოკი.

შემთ. I ავადმყოფი თანდევლოვი ვასილი სარქისასძე, 25 წლის, სომეხი, ცოლიანი, მიღებულია კლინიკაში 11/IV-ს 1925 წელს. იგი უჩივს მარჯვენა ხელფეხის სიღამბლეს, მხედველობის დაკლებას, გულის რევას, მუდმივი ხასიათის თავის ტკივილს და მესხიერების დაქვეითებას.

ანამნეზი: მამა ცოცხალია და ჯანსაღი, დედა ადრე მოკვდომია არ იცის რით. ყავს და-ძმა ჯანსაღი, მემკვიდრეობაში ათამანგს, კლექს, სიმსივნეებს და სულით ავადმყოფობს უარყოფს. ავად ყოფილა უწინ მუცლის ტიფით და ციებ-ცხელებით. ავადმყოფის მეუღლე, რომლისგანაც იყო შეკრებილი ანამნეზი, აღნიშნავს, რომ იგი ორი წელია ჩვენს ავადმყოფს იცნობს, როგორც სრულიად ნორმალურ ადამიანს, მესხიერების და საერთო ყოფაქცევის მხრივ. ჩვენს

*) მოხსენებულია ნევროპათოლოგთა და პსიქიატრთა კონფერენციაზე 12/V—29 წელს.



3. ქ ა ვ თ ა რ ა ძ ე

ავადმყოფი მსახურებდა ტრამვაის პარკში, სამსახურს პირნათლად ასრულებდა, ოჯახზე ზრუნავდა და ყოველივე მოვლენებს სათანადო ანგარიშს უწევდა, მხოლოდ ამ სამი თვის წინეთ ერთ საღამოს სრულიად უეცრად მოუვიდა მარჯვენა ხელფეხის სიღამბლე მსუბუქი, რის შემდეგ ის თუმცა კოჭლობით და ქანაობით, მაგრამ მაინც უჯჯოხთ დადის დღემდე. დამბლის მოსვლისას გონების დაკარგვას არ კრუნჩხვას არ აღნიშნავს. იმ დღიდანვე ავადმყოფს დატყობია სიანხსლე, უმიზეზოთ ჯავრდებოდა, ლიზიანდებოდა, ხან ძლიერ დაღონებული გამოიყურებოდა, უფრო მეტ წილად კი იციწოდა და მზიარულობდა ყოველ მიზეზს გარეშე, ღიმილი მისი რალაც ბავშური იყოვო დასძენს მისი ცოლი. ოჯახის წევრებს ყველა ამ ზემოაღნიშნული მოვლენების შემდეგ თანდათან შეუმჩნევიათ, რომ ავადმყოფს მესხიერება უსუსტდებოდა; ავიწყდებოდა თუ როდის რა ისადილა, ვინ ინახულა ავადმყოფი, რა დღეა დღეს, რამდენი წლის არის, რამდენი ხანია ჯვარდაწერილია და სხვა. ხშირად ამ მესხიერების შესუსტების ნიდაგზე მოსდიოდა ოჯახში უკმაყოფილობა: ხშირად ბრაზდებოდა, ცოლს უჯავრდებოდა, ცქემდა და თვითონ ამ დროს კი იციწოდა რალაც ბავშური ღიმილით.

ამ ათი დღის წინ ყოველივე ზემო აღნიშნულს დაერთო აგრეთვე თავის ტკივილი, გულის რევა, პირიდან ლებინება და გადაჭარბებული ძილად მივარდნა, ღამე ხომ ეძინაო, აღინიშნავს მისი ცოლი—დღისითაც ოთხჯერ-ხუთჯერ იძინებდაო. წამლობა ავადმყოფს სახლში სრულიად არ გაუტარებია, არც ექიმისთვისთვის მიუმართავს, მხოლოდ ამ ბოლო ხანებში, როდესაც ავადმყოფს უარსობა დაეტყო იგი მოათავსეს ნერვულ კლინიკაში.

ობიექტური გამოკვლევა: მარჯვენა ხელ-ფეხის მოძრაობა ძალის და სიფართის მხრივ დაკლებულია.

III, IV, V. და VI წყვილი თავის ნერვებისა მოშლას არ განიცდის; VII-დე წყვილიდან ქვედა ტოტის სუსტი პარეზი მარჯნივ. IX, X, XI და XII წყვილი მოშლას არ განიცდის.

მარჯვენა ხელ-ფეხში აღინიშნება პირამიდული ხასიათის ჰიპერტონია. უნებლიეთ მოძრაობა არ აქვს გამოხატული. აქვს სუსტი ნისტაგმი მარჯნივ გახედვისას ორივე თვალბში. ორიენტაციის უნარი ადგილში, დროში და გარემოში დაქვეითებული აქვს. აზოვნება დაქვეითებულია. გუნება ძლიერ ცვალებადი: ხან სევდიანი და ხან კი ეიფორული.

კუნთებს ატროფია არ ემჩნევა. ელექტრო აღზნებულობა ფიზიოლოგიურ ფარგლებშია. სიარული პარეტიული-სპასტიური ხასიათის. სიარულის დროს მარჯვენა ფეხით სწერს რკალს. სიარულის დროს ავადმყოფი ქანაობს. მარჯნივ იხრება, დგომისას, როგორც თვალბია, ისე თვალბე დახუჭული ქანაობს. მუხლ ქუსლის და ცხვირ თითის ჩვენებას მარცხენა კიდურებით კარგათ აწარმოებს. მარჯვენაზე კიდურის სისუსტის გამო ვერ აღინიშნება წესიერად. აღიოდხო-კინეზია, ჰიპერმეტრია არ აღინიშნება. მყესთა რეფლექსები მარჯნივ ორთავას, სამთავას, მუხლის და აქილესის ძლიერ აწეულია, აქვს მარჯნივ ტერფის კლონუსი. მუცლის კანის რეფლექსი მარჯვენა მხარეზე სამივე მესამედში მოსპობილია, კრემასტერის მოსპობილია მარჯვენა მხარეზე. სხივის და იდაყვის ცოცხალია მარჯვენა მხარეზე, შენახულია მარცხენაზე. ქვედა ყბის შენახულია, მედიოპლანტარული ცოცხალია, კონიუნქტივის ძლიერ დაწეულია მარჯვენა მხარეზე, შენახულია მარცხენა მხარეზე. კორნეას ორთავე მხარეზე თანაბრათ შენახულია. ხახის—რეფლექსი შენახულია. აქვს მარჯნივ მხარეზე Babinski. მგრძობელობა ყველასახის შენახულია. ყნოსვა აქვს შენახული ფიზიოლოგიურ ფარგლებში. მხედველობის მხრივ ავადმყოფი გასინჯული იყო ექ. შატოლოვის მიერ. თვალის ფსკერის გასინჯვამ აღმოაჩინა შეშუპებული დვრილი, უფრო მეტად გამოხატული მარჯნივ, ვიდრე მარცხნივ. სხვა ცვლილებები არ ემჩნევა. თვალის გუგის რეფლექსი სინათლეზე სიცხოველეს მოკლებულია, აკომოდაციაზე

შენახულია, სიმპატიური ცოცხალია, თვალის გუგები თანაბარი და საგრძნობლად გაფართოვებულია. სმენა ჰაერის გატარებით გამოკვლევით ძლიერ დაწეულია.

V—IX—გემოვნება კარგი აქვს.

შარდის ბუშტის და სწორნაწლავის ფუნქციების მოშლა არ არის. ტროფიკული მოშლილობანი არ აღინიშნება. შინაგანი ორგანოები ნორმალურ ფარგლებშია.

თავის პერკუსიის დროს ავადმყოფი აღნიშნავს ტკივილებს მარცხენა შუბლის წილის არეში, თვით აღნიშნული არეს პერკუსიაც იძლევა შედარებით მარჯვენასთან მოყრუებულ-ტიმპანიტს. ავადმყოფს თავის ქალას რენტგენოგრაფიამ ცვლილება არ მოგვცა. ორჯერ გასინჯული სისხლი WR-ზე—უარყოფითი შედეგით. ათი დღის შემდეგ ავადმყოფი გადავიყვანეთ ქირურგიულ კლინიკაში საოპერაციოთ დიაგნოზით: Tumor cerebri lobuli frontalis sinistra. ოპერაცია გააკეთა ექიმ ახმეტელმა 23/VI-ს საერთო ნარკოზის ქვეშ. განაკვეთი ნაწარმოები იყო მარცხენა თხემის, საფეთქლის და შუბლის ძვლის არეში, ამოტეხილია ძვლის ფირფიტა დაახლოებით 12—15 კ. სანტიმეტრი. ფირფიტის ახდის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ ქალას ღრუში სუფევდა გაძლიერებული ზედაწოლა. მაგარი გარსი ფლუქტუაციას არ იძლეოდა და განიცდიდა ძლიერ დაჭიმვას. მაგარი გარსის ვაკუეთის შემდეგ ტვინის ნივთიერებიდან გამოიბურცვა მოთეთრო, სხეული, რომელიც გასკდა და მოიცა გამსჭვირვალე მოყვითალო ფერის სითხე დაახლოებით ერთი ჩაის ჭიქა. სითხის გამოსვლის შემდეგ ტვინოვან ნივთიერების სიღრმიდან ამოღებულია პარკი. მაგარი გარსი შეეკერა და ჭრილობა დაეხურა ყრუთ. პათოლოგო-ანატომიურმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა ტვინის ეხინოკოკი.

ავადმყოფი თანდათანობით გამოკეთდა და 2/VII-ს გასინჯვამ ნერვულ სისტემის მხრივ პათოლოგიური ცვლილება არ მოგვცა. 20/VII-ს გაეწერა კლინიკიდან განკურნებული. მას შემდეგ განვლო ხუთმა წელმა, იგი მუშაობს განუწყვეტლივ და არავითარი ავადმყოფობა მას არ ქონია ამ ხნის განმავლობაში—თუ არ მივიღებთ მხედველობაში იმას, რომ ის ერთხელ მთვრალი წაიქცა და მხარი იღძო. ამ ჟამად იგი სრულიად ჯანსაღია და არც ერთი ორგანიული ნიშანი ნერვულ სისტემის დაზიანებისა არ აღინიშნება.

შემთხვევა II ავადმყოფი ჩიტ—ნცი ნინო 19 წლის, შემოვიდა კლინიკაში 3/XI—25 წელ ჩივილით თავის ტკივილისა და პირის ღებინებაზე. ობიექტურად: მარჯვნივ გახედვისას ორივე თვალის კაკალი რჩება შუა ხაზზე. წინ გამოხედვისას ემჩნევა თვალის კაკლების ჰორიზონტალური რხევა, მარცხენა ცხვირ ტუჩის ნაოჭი წაშლილია, შუბლის შეკუმხვის დროს მარცხენა ნახევარი არ იკუმშება, მარცხენა თვალს კარგათ ვერ ხუჭავს. კორნეალური რეფლექსი მარცხნივ მოსპობილია. მარცხენა კიდურებში ძალა ოდნავ დაკლებულია და ემჩნევა ატაქსია. მუხლისა და აქსილესის რეფლექსები მოსპობილია, მარცხნივ აღინიშნება Babinski-ის ნიშანი. თვალის ფსკერის გასინჯვამ (ექიმი შატლოვი) გვიჩვენა ორივე მხრივ შემუშპებული დვრილი. რენტგენოგრაფიამ მოგვცა Sella turcica-ს გადიდება. ამ რიგათ ავადმყოფს ქონდა თავის ტვინის სიმსივნის ნიშნები, ჩვენ ეჭვი შევიტანეთ თავის ტვინის ეხინოკოკზე და ამიტომ ვაწარმოვეთ დამატებითი ანალიზები. გაუკეთეთ Weinberg-ის და ინტრა დერმალური რეაქციები—ორივე უარყოფითი მივიღეთ. ლეგოციტარული ფორმულა: ნეიტრო ფილები 81,5%, ლიმფოციტები 10%, მონოციტები 9%, ეოზინოფილები 0,5%.

3. ქ ა ვ თ ა რ ა ძ ე

ამ რიგათ ამ მეორე შემთხვევაში თომცა ვიფიქრეთ თავის ტვინის ებინოკოკზე, მაგრამ კლინიკურმა ანალიზებმა ეს ვერ დაგვიმტკიცა და დიაგნოზი იყო დასმული Tumor cerebri ტვინის დანამატის დინტერესებით და ვინაიდან ოპერაციის გაკეთება შეუძლებელი იყო ავადმყოფს დაენიშნა hypophysis-ის რენდგენო-თერაპია.

ამ მკურნალობამ თითქოს ერთგვარი გაუმჯობესება მოგვცა თავის ტვინილმა უკლო და პირის ლებინება გაუიშვიათდა. კლინიკიდან გაწერიდან სამი თვის შემდეგ ავადმყოფს მოსვლია ხშირი გულყრები და იგი მოუთავსებიათ კამოს სახელობის საავადმყოფოში, სადაც მედიცინის დოქტორმა დემიდოვმა, ექიმ პონდოვთან ერთად, დაწვრილებით გამოიკვლია ავადმყოფი და დასვა დიაგნოზი Neoplasma in basis cerebri. ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან გაუარესდა. გულყრა გაუხშირდა და 22/IV-ს 26 წელს გარდაიცვალა. აუტოპსიამ გვიჩვენა (გაკვეთა აწარმოვა ექიმ გამბურგერმა) Echinococcus cerebri et hepatis. Hypertrophia hypophis. cerebri და სხ.

ეს მეორე შემთხვევა მით არის საინტერესო, რომ მიუხედავად ჩვენს მიერ წარმოებულ თითქოს სპეციფიური ანალიზებისა ებინოკოკის არსებობა მაინც გამოუკნობი დარჩა. აქ საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ იპავე დროს ოთხ სიმსიენიან ავადმყოფზე ვაწარმოეთ ინტრა—დერმალური და Weinberg-ის რეაქციები და ორზე მივიღეთ მკაფიოდ გამოხატული რეაქცია, ხოლო ებინოკოკი კი არ აღმოაჩინდათ.

ეოზინოფილია ებინოკოკის დროს პირველად Sobragez-მა აღწერა 1899 წ. და მაშინ იგი ზოგიერთებს სპეციფიურ რეაქციათ მიაჩნდათ, მაგრამ შემდეგი დაკვირვებამ დაამტკიცა, რომ იგი მხოლოდ 50%-დი მართლდება. ებინოკოკის აღმოსაჩენად Баль-ს თავის მასალების გამოკვლევის მიხედვით, სისხლის ვასინჯვა ეოზინოფილიაზე ძლიერ საეჭვო დიაგნოსტიკურ მეთოდათ მიაჩნია. Гольдштейн-ისა და Ойфенбах-ის აზრით ეოზინოფილია არ არის მუდმივი და ერთგული ნიშანი ებინოკოკისთვის, რადგან იგი გვხვდება სხვა ავადმყოფობის დროს, როგორც ნიშანი ანაფილაქსიისა და უარყოფითია ნამდვილი ებინოკოკის დროს. პროფესორი Знаменский ამბობს, რომ ეოზინოფილიას, როგორც ავადმყოფობის ნიშანს აქვს ძლიერ მცირე დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, მხოლოდ ეოზინოფალია თუ არის მისი მნიშვნელობა იმაში მდგომარეობს, რომ ოპერაციის შემდეგ თუ არ გაქრა ეს მაჩვენებელია ებინოკოკის ორგანიზში დარჩენისა. ვერც Weinberg-ის რეაქცია შევიდა ფარგლებში, რადგან იგი ცვალებად შედეგს იძლევა და ტეხნიკურადაც ძნელია, ამიტომ Вакулеко-ს თქმით ებინოკოკის დიაგნოზი საოპერაციო მაგიდაზე ირკვევა. რაც შეეხება ინტრადერმალური რეაქციას ამჟამად ის არის უფრო საიმედოთ მიჩნეული. Гольдштейн-ი და Ойфенбах-ი მას ებინოკოკის დიფერენციალური დიაგნოზისთვის საუკეთესო საშუალებით აღიარებენ, თუმცა სხვების აზრით ესეც მხოლოდ 50%-ით მართლდება.

რაც შეეხება ჩვენს პირველ შემთხვევას იგი საინტერესოა მით, რომ ოპერაციის შემდეგ მივიღეთ სრული განკურნება და ხუთი წლის განმავლობაში თავს სრულიად ჯანსაღად გრძნობს. ასეთი სრული განკურნება ჩვენ ხელ მისაწდომ ლიტერატურაში ვერ ვხახეთ. ამის ძაგვარი შემთხვევა, ხოლო უფრო ხანმოკლე დაკვირვებით და არა სრული განკურნებით ქონია Mya და Codivalla-ს, მათ ავადმყოფს 24 წლისას ავადმყოფობა დაეწყო ხელნელა და 4 წლის განმ-

ვლობაში მას განუვითარდა მარჯვენა ჰემიპარეზი — ჰემიანესტეზიით, ალექსიით და ამუზიით. მეყსთა რეფლექსები მარჯვნივ აწეული, ხოლო კანის დაკლებული. დიაგნოზი იყო დასმული სიმსიენე მარცხენა ჰემისფეროში, ხოლო ეჭვი ქონიათ ეხინოკოკზე, რაც დამტკიცდა ოპერაციასზე; ოპერაციის შემდეგ განკურნება ჩქარა მოხდა, ერთი თვის შემდეგ მას ცეკვაც კი შეეძლო. მგრძობლობა კი სავსებით არ დაბრუნებულა. ორი თვის შემდეგ მას მოსვლია ეპილექტიური შეტევები, რაც გრძელდებოდა ხუთი თვის განმავლობაში ხან ერთხელ და ხან ორჯერ თვეში, შემდეგი დაკვირვება არ ყოფილა.

Egiasarian-ის ავადმყოფს 55 წლისას ქონია ოთხი წლის განმავლობაში მარჯვენა ჰემიპარეზია, შემდეგში მას მომატებია ჭკუის სისუსტე და აფაზია. აუტოპსიამ აღმოაჩინა ტვინის ეხინოკოკი.

Mouss eau de gotard et Riche-ს ქონიათ შემთხვევა ერთი ავადმყოფის, რომელიც მოუყვანიათ საავადმყოფოში კომატოზურ მოგომარეობაში და გარდაცვლილა რამდენიმე საათის შემდეგ. გაკვეთისას აღმოჩნდა ქათმის კვერცხის ოდენა ეხინოკოკის პარკი მოთავსებული მარჯვენა ჰემისფეროში. Sambri-ს მოყავს შემთხვევა თავის ტვინის მრავლობითი ეხინოკოკისა, რაც დამთავრდა სიკვდილით. საერთოდ მთელ მსოფლიო ლიტერატურაში, როგორც მოვიხსენიე Steffen და Goldenberg-მა შესძლეს შეეგროვებინათ სულ 21 შემთხვევა თავის ტვინის ეხინოკოკისა და მათ შორის არც ერთი არ ყოფილა სრული ხანგრძლივი განკურნებით. ამრიგათ ჩვენი პირველი შემთხვევა სრული განკურნებით უნდა მივიჩნიოთ ძლიერ იშვიათ შემთხვევად.

დასასრულ ჩვენ შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ საქართველოში თავის ტვინის ეხინოკოკის $\frac{1}{10}$ უფრო დიდია ვიდრე სხვა ქვეყნებში. იგი ჩვენი მასალით უდრის 2,6 ამიტომ თავის ტვინის სიმსიენის დროს უნდა ვიფიქროთ ეხინოკოკზედაც. და ვაწარმოთ ლაბორატორიული გამოკვლევები მისი გამოცნობისთვის, თუმცა ამისთვის ჯერ კიდევ უტყუარი საშვალეა არა გვაქვს.

ლიტერატურა.

1. O. Sandri Un cas d'echinocoque multiple du cerveau. რევ. Ner. Neurol. 1906 წ.
2. Mousseaux, de gotard et Riche. Contribution à l'étude des kystes parasitaires du cerveau causes par le cystecerque du Taenia echinococcus.
3. Eguiasariants. Un cas de Echinocoque cerebral. რევ. Kev. Reur. 1903 წ.
4. Ciuffini. Contribution clinique et Anatomopathologique aux Echinocoques de la moelle et de la queue de cheval. R. Neur. 1914 წ.
5. Mya et Codivilla. Contribution à l'étude des echinocoques cérébraux, რევ. Chipault-ის.
6. Tilmans. Руководство по частной-хирургии.
7. Надеждин К вопросу об эхинококковой болезни в России. Рус. Хир. арх. 1895 წ.
8. Лисянский. К казуистике эхинококковой болезни. лет. Рус. хир. 1897 წ.
9. Карпенченко. Протокол Кавк. Мед. Общест. 1891—1892 № 14.
10. Д-р. Алфеев. К Казупстике эхинококка шен. 11. В. М. Баль. К вопросу об эхинококках и их лечение. Каз. Мед. Жур. 1926 წ.
12. Д-р. Вакуленко. К вопросу об удалении всей левой доли печени при ольвелярном эхинококке и к казуистике операцией однокамерных эхинококков. Каз. М. Ж. 1924 т. № 10.
13. Ольдштейн и Ойфебах. К. вопросу о самопроизвольном излечении эхинококка легкого.
14. Проф. Знаменский. К. вопросу о симптоматологии и диагностике эхинококка легких. Вр. газ. 1926 г. № 1.
15. Д-р. А. Шония. К. вопросу об эхинококковой болезни.
16. Д.-Мед. Веселовзоров. К. казуистике эхинококков предстательной железы.
17. Д-р. Ахметели. случай эхинококка головного мозга. до к. на зак.

с. хирур. 18. 9. ქ. ი. ლორთქიფანიძე, ღვიძლის ენინოკოკის კაზუსტიკისათვის თან. მედ. № 3. 1925 წ. 19. ექიმ. გ. ხეჩინაშვილი. მრავლობითი ენინოკოკის ერთი შემთხვევა. თან. მედიც. № 3. 1924 წ. 19. Dr. Ter-Nersessow. Der Frage Der gegenwärtige stand der Echinokokkenerarung und ihre operative Bchaudening. Dent. Leit. tür Chirurgie. 1927 წ.

Др. П. П. Кавтарадзе.

Два случая эхинококка головного мозга.

Ст. ассистент. нервн. клиники.

Автор приводит два случая эхинококка мозга, из коих первый оперированный в 1924 году по поводу tumor cerebri (Hemiparesis dex., с головными болями, застойным соск м и моральной тупостью). Во время операции лобнотемпоральной части была вылучена эхинококковая капсула.

После операции все патологические симптомы исчезли и больной чувствует себя по сие время вполне здоровым. Подобный случай с длительным выздоровлением без последствий автор считает редчайшим.

При втором с явлениями опухоли было подозрение на эхинококк к мозга, при чем биологическая реакция на эхинококк были отрицательны. Аутопсия — эхинококк основания мозга. Автор на основание случаев эхинококка различных органов (из материала ц. к. и.) и опухолей мозга (материал нервной клиники), отмечает большую заболеваемость эхинококка мозга в (3%) сравнительно с другими странами, а потому при наличии и признаков опухолей мозга советует иметь ввиду и эхинококк мозга.

P. KAVTARADZÉ.

Chef de la clinique neurologique.

Deux cas de kyste hydatique du cerveau.

Sont rapportés deux cas de kyste hydatique du cerveau. Dans le premier le malade fut opéré eu 1924 pour un tumeur cérébral (hemiparesis dextra avec céphalés stase papillaire et stupidité moral) Au cours de l'opération un écocta dans la partie fronto-temporal la capsule hydatique. Apres l'opération tous les symptomes pathologiques disparurent et le malade est en pleine santé. Pour l'auteur ce cas avec une logque gestion sans aucun conséquence est fort rare. Dans la deuxième observation avec les symptomes d'un tumeur un soupçonna la kyste hydatique. Les réactions biologiques pour la kyste hydatique e'tailut négatives. L'autopsie depista la kyste ludadigue de la base du cerveau. Le basaut sur les cas. der kystes hydatique des divers organes et sur les cas der tumcurs cérébraux, l'auteur montre que la kyste ludatigue du cerveau est plus fréquente cu géorgie (3%). Ce pourquà, en cas de presence des symptomes d'uno tumeur cérébral ie conseille de u'oublier pas la poribilité de la kyste hydatique.

მ. ცხაკაია

უფროსი ასისტენტი.

(პოსპიტ. ქირურგ. კლინიკა ტფილ. უნ—ტის გამგე პროფ. მუხანაძე).

Ruggi—Reich-ის წესი თიაქარკვეთისა, როგორც არჩევანი მეთოდი ბარძაშის თიაქარის ოპერატიულ მკურნალობისა*)

მუცლის ღრუს თიაქარების ოპერატიული წამლობა გულისხმობს ორი ძირითადი მოთხოვნის შესრულებას: 1) თიაქარის პარკის სათანადო დამუშავებას და 2) მუცლის კედელში არსებულ თიაქარის ხერხელის დახურვას. თანამედროვე რადიკალურმა თიაქარკვეთამ გააფართოვა როგორც პირველი, ისე მეორე მოთხოვნა: ის არ სთვლის საკმარისად თიაქარის პარკის მხოლოდ უბრალო გამოყოფა—მოკვეთას, არამედ მოითხოვს თიაქარის ძაბრის (infundibulum) მოსპობას და თიაქარის ტაკვის ზევით აწევით თიაქარის შიგნითა რგოლთან მოდუნებულ პერიტონეუმის დაჭიმვა—გამაგრებას, რომ მუცლის ღრუში წნევის მომატების დროს ნაწლავის მარყუში არ შეჩერდეს ძაბრში და არ გამობეროს; იგი ხელახლად (Kocher, Rotter, Hackenbruch, Perthes). ზოგი ავტორი თიაქარიდან განკურნებაში სწორედ ამ მომენტს აკუთვნებს მნიშვნელობას (Kocher, Hoffman და სხვები). რაც შეეხება მეორე მოთხოვნას, აქ მუცლის კედლის სუსტი ადგილის დახურვისათვის და გამაგრებისათვის ზოგი მიმართავს ფასციულურ პლასტიკას მუცლის გარეთა კუნთის აბონევროზის გაორკეცებით (Kocher, Stackenbruch და სხვები), უმრავლესობა კი კუნთოვან ელემენტებით სარგებლობს [(m. obliquus abdom, intern., m cremaster, m. m. pectineus, Sartorius და სხვა). (Bassini, Girard, Brenner, Saerbruch)].

ამნაირად ჩვენ შეგვიძლია ჩამოვყალიბოთ მოთხოვნები, რომელსაც დახმარების რადიკალიზმის მისაღწევით კლინიკა უყენებს ყოველ თიაქარკვეთის მეთოდს: ერთის მხრივ—თიაქარის პარკის ძაბრის მოსპობა, მეორე მხრივ—თიაქარის არხის სანდო დახურვა ფასციულურ კუნთოვან ელემენტებით.

რაც შეეხება საზარდულის თიაქარებს—მოთხოვნების შესრულება დაცულია ყველა ფართოდ გავრცელებულ თიაქარკვეთის მეთოდებით Bassini, Girard, Kocher, Hackenbruch) ან როგორც თვით მეთოდის ძირითადი მომენტი, ან როგორც სხვადასხვა სახის დამატება მისი (დამატება Barker-ისა—აჭიმვა და მიმაგრება თიაქარის ტაკვის ზემოთ—კუნთებ ქვეშ, დამატება Bruner-ის—დამატებითი პლასტიკა ბაგირაკის კუნთით და სხვა). დღეს საზარდულის თიაქარ-

*) მოხსენა ქირურგიის კონფერენციას 1929 წ.

ბის რადიკალური მკურნალობა ზემოთ აღნიშნულ მეთოდებით იძლევა ქეშმარი-
ტად განკურნებას 90—97%-ში, რაც უდიდეს მიღწევად უნდა ჩაითვალოს.

რაც შეეხება ბარძაყის თიაქრებს, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამის თქმა დღემ-
დე ჯერ კიდევ შეუძლებელია: აქ უფრო ფართოდ მიღებულია ეგრედწოდებუ-
ლი „მარტივი მეთოდი“, რომელიც საგრძნობლად მოიკოჭლებს ძირითად მოთ-
ხოვნილებათა დაკმაყოფილების მხრივ და იძლევა 13—15%-ში რეციდივს
(Reschke).

როგორც ვიცით, მეთოდები ბარძაყის თიაქარკვეთისა არის მრავალი; არ-
სებობს ამ მეთოდების რთული კლასიფიკაციები, მაგ. Прокунин-ის Peubel-ის
და სხვების; ჩვენ აქ მოვიყვანთ КРЫМОВ-ის შედარებით მარტივ კლასიფიკაცი-
ას, რომლის მიხედვით ისინი იყოფა ორ დიდ ჯგუფად: I—თიაქარკვეთა ინტრა-
პერიტონეალური გზით, II—თიაქარკვეთა ექსტრაპერიტონეალური გზით. უკა-
ნასკენელი ჯგუფი თავის რიგით იყოფა ორ ქვეჯგუფად: 1) თიაქარკვეთა ბარძაყის
გზით და 2) თიაქარკვეთა საზარდულის გზით. მეორე ქვეჯგუფიდან უნდა ცალკე
ჯგუფათ გამოიყოს ის მეთოდები, რომელთა ძირითად მომენტს წარმოადგენს
პლასტიკა სხვადასხვა სახით: როგორც აუტო-ფეხიანი ან თავისუფალი, ისე
გეტერო-ალოპლასტიკის სახით.

ჩვენ აქ ზედმეტად მიგვაჩნია თვითეულ მეთოდის დაწვრილებითი გარჩევა,
აღვნიშნავეთ მხოლოდ მოკლეთ, რომ ინტრაპერიტონეალურ თიაქარკვეთას, მო-
წოდებულს თავის დროზე Lawson—Tait-ის მიერ (1891 წელში) და ამ უკანას-
კნელ წლებში (1918 წ.) კვლავ წამოყენებულ Oelexer's მიერ, აქვს აზრი და
მიზანშეწონილობა მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჩვენ ბარძაყის თიაქარბან ავად-
მყოფს უკეთებთ სხვადასხვა მიზეზების გამო (კისტომა, გინეკოლოგიური ოპე-
რაციები და სხვა) ლაპარატომიას და გზადაგზა ვხურავთ აგრედვე მუცლის
ღრუდან თიაქრის შიგნითა რგოლსაც. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს მიზანშეწო-
ნილობა დამყარებულია მხოლოდ შემთხვევითი ხასიათის მოვლენაზე და ასეთ
გემთხვევების რიცხვი საერთოდ დიდი არ უნდა იყოს.

რაც შეეხება პლასტიურ მეთოდებს, რა გზითაც არ იყვნენ ისინი გაკეთე-
ბული—საზარდულის თუ ბარძაყის, მათ შესახებაც უნდა აღვნიშნოს ის, რაც
მრავალჯერ იყო დადასტურებული, როგორც ექსპერიმენტალურად, ისე კლინი-
კურად, რომ ფეხიანი თუ უფეხო ტრანსპლანტანტი ხშირად განიცდის გადაგვა-
რებას: კუნთოვანი—კუნთის ატროფიას, ფასციოზური—ნაწიბუროვანს, და სი-
მაგრის მხრივ ვეღარ ასრულებს თავის დანიშნულებას (Batle, Абражанов).
სწორედ ამიტომ ამ ჯგუფის მეთოდები ვერ გახდა თიაქარკვეთის ნორმალურ
მეთოდათ, ვერ მოიპოვა ფართო ასპაუზი და ჩვენებას მათი გამოყენებისათვის
წარმოადგენს კერძოთ ამა თუ იმ შემთხვევის განსაკუთრებული პირობები.

როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, დღემდე ფართოდ მიღებულ მეთოდათ უნდა
იყოს ცნობილი 2 მეთოდი: ეგრედწოდებული „მარტივი მეთოდი“, როდესაც
თიაქრის პარკის გამოყოფის და მოკვეთის შემდეგ იხურება მხოლოდ ბარძაყის
არხის გარეთა რგოლი—ერთის მხრივ პუპარტის იოგის—მეორე მხრივ fascia
pectinea და process-falciformis-ის ერთი მეორესთან მიკერებით. თუ ჩვენ ამ
მეთოდს შევეუფარდებთ საზარდულის თიაქარკვეთას, მეთოდი ანალოგიურია



იმისი, როცა ჩვენ ვხურავთ საზარდულის არხის მხოლოდ გარეთა რგოლს, რაც წარმოადგენს თვით თიაქარკვეთის დროსვე ინტერსტიციალურ თიაქარის წარმოშობის პირობების შექმნას. გარდა ამისა თვით ქსოვილებიც (*fascia pectinea, process-falciformis*), რომლებითაც იხურება გარეთა რგოლი თიაქარის რეციდივის საწინააღმდეგოთ არის ნაკლებ უნარიანი (*Sudeck*).

მეორე მეთოდი დამუშავებულია *Bassini*-ს მიერ და ატარებს მის სახელს. აქ ბარძაყის ხერელის დახურვა კეთდება უფრო საიმედოთ და უფრო მაკარი ქსოვილებით: ღრმა ნაკერებით პუპარტის იოგი მიემაგრება *Cooper*-ის იოგს, ზერელე ნაკერებით კი—ზედა რქა *proc. falciformis*-ის—*fascia pectinea*-სთან. მაგრამ ასეთი ღრმა ნაკერების დადება ბარძაყის მხრიდან გასაჭირია ფართო არხიან თიაქარების დროსაც, ჩვეულებრივ ვიწრო არხიან თიაქარების დროს კი—შეუძლებელი. ამიტომაც არის, რომ უფრო ფართოდ გავრცელებულია „მარტივი მეთოდი“, რომელიც, როგორც ზემოდ იყო უკვე აღნიშნული, *Pels-Leusden*-ის კლინიკის მასალით იძლევა რეციდივს 13,5%-ში.

გადავდივარ საზარდულის გზით ბარძაყის თიაქარკვეთაზე. ამ გზას უკვე ძველადვე ქონდა მიქცეული სათანადო ყურადღება. ჯერ კიდევ *Cooper*-მა 1834 წელში და *Anaudal*-მა 1876 წელში მიგვითითეს ამ გზაზე, მაგრამ ანატომიური დასაბუთება და ტექნიკური დამუშავება მოგვცა *Ruggi*-მ გვამებზე სათანადო გამოკვლევებით (1892 წელი). სწორედ ეს გამოკვლევები დაედო საფუძვლად აღნიშნულ გზაწესს. შემდეგი დამუშავება ტექნიკის ძხრივ შემოიტანა მეთოდში *Ruggi*-ს მოწაფემ—*Parlaveccio*-მ. *Parlaveccio*-ს ცვლილება დამატებით *Ruggi*-ს წესმა შედარებით უფრო მეტი მომხრეები მოიპოვა, ასე რომ ჩვენ უკვე რუსულ ლიტერატურაშიც ვპოულობთ ამ გზაწესით გაკეთებულ ოპერაციების აწერას. ასე, მაგ., 1915 წელში *Дитерихс*-ი აქვეყნებს *Parlaveccio*-ს წესით გაკეთებულ ბარძაყის თიაქარის ოპერაციის ერთ შემთხვევას, 1926 წელში კი—*ე. Петрашевская* რაოდენიმე ათეულ შემთხვევას. შემდეგი ცვლილება მეთოდში შეიტანეს *Tuffier, Lotheisen*-მა (1898 წელს), ამ უკანასკნელმა პირველმა ისარგებლა მუცლის შიგნითა კუნთებით ბარძაყის შიგნითა რგოლის კუნთოვან ძვიდეთი დახურვისათვის. დღეს-დღეობით უკანასკნელი ჩამოყალიბება ეკუთვნის *Reich*-ს, როქელმაც ეს წესი საკუთარი ცვლილებების დამატებით გამოაქვეყნა 1911 წელში.

Ruggi-ს მეთოდი *Reich*-ის ცვლილებებით შესდგება შემდეგ მომენტებისაგან: 1) გაკვეთა კანის საზარდულის იოგის გასწვრივ—ერთი სანტიმეტრით მის ზემოთ და გახსნა საზარდულის არხის, როგორც *Bassini*-ს წესით საზარდულის თიაქარკვეთის დროს. უნდა გამიყოს ანატომიური ერთეულები: გარეთა ირიბი კუნთის აბონევროზის ორივე ნაჭერი და მუცლის ღრმა კუნთები—შიგნითა ირიბი და გარდი-გარდმო—რომელთ გამოყოფა მეტ თავისუფლებას იძლევა კუნთების—*Cooper*-ის და პუპარტის იოგთან მიახლოვება-მიკერების დროს. ამავე დროს თავისუფლდება გარდ-გარდმო ფასციაც, რომლის გაკვეთა გვაძლევს საშუალებას თავისუფლად მიუდგეთ ბარძაყის თიაქარის ყელს და თვალწინ დავიკავოთ თვით ბარძაყის დიდი სისხლძარღვები. მეორე მოქმენტი: ბარძაყის თიქარის პარკის ამოღება საზარდულის არხის განაკვეთში და თია-

ქრის პარკის დამუშავება, რომლის ტაკვს ასწევენ ზეჯოთ—მუცლის კუნთების ქვეშ გატარებით და მიამაგრებენ იქ. ბარძაყის თიაქრის ამოღება საზარდულის არხის განაკვეთში ხდება ადვილად, მაგრამ თუ რაიმე მიზეზების გამო (უმთავრესად—ნაწიბურების გამოყოფა გაძნელდა, მაშინ კანს კავით გადასწევენ ბარძაყის ნაკეცის ქვემოთ, გამოყოფენ აქედან თიაქრის პარკს და აადვილებენ ავით საზარდულის მხარეზე მის გატანას. შეიძლება აგრეთვე თვით ბარძაყის მხრიდანაც დამუშავდეს თიაქრის პარკი და მოიკვეთოს—ამ შემთხვევაში ტაკვის გატანა უკვე სრულიად თავისუფლად ხდება. ამ მომენტის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს v. epigastrica inferior-ს, რომლის ღერო გადადის გარედან შიგნით და ზემოთ თიაქრის ყელზე და რომლის ტოტები მრავლათ მოდიან თიაქრის პარკის კედელში. ჰემოსტაზი უნდა იყოს სრული.

შემდეგ მე-3 მომენტი შედგება ბარძაყის არხის ორმაგ დახურვისაგან აბრეშუმის ძაფის კვანძოვან ნაკერებით. ამისათვის აიწვევა ზემოთ სათესლე ბაგირაკი, როგორც ბასინის მეთოდის დროს და პირველი რიგის ნაკერები ტარდება მუცლის ღრმა კუნთების, Cooper-ის იოჯის და პუპარტის იოჯის ნაპირებში. 3—4 კვანძი ასეთ ნაკერისა სრულიად ხურავს ბარძაყის და საზარდულის არხს. უნდა აღინიშნოს, რომ საპასუხისმგებლოა გარეთა კვანძი, რომელიც ბარძაყის ვენის მეზობლათ ტარდება. თვით ვენა ნემსის გატარების დროს უნდა იყოს დაცული მასზედ დადებულ თითით, ნაკერი უნდა გატარდეს ვენისაგან $1/2 - 3/4$ სანტიმეტრის მანძილზე რომ ვაკვანძის შემდეგ ერთის მხივ—არ გამოიწვიოს ბარძაყის ვენის შევიწროება და სისხლის სტაზი, მეორე მხრივ—არ დასტოვოს ვენის და კვანძის შუა თავისუფალი ადგილი და ამით ხელი არ შეეწყოს რეციდივის წარმოშობას. ტეხნიკის გასაადვილებლად მიზანშეწონილია ნაკერების დადება შემდეგის რიგით: ძაფების გატარება უნდა მოხდეს გარედან (ვენიდან)—შიგნით, ყველა ნაკერის გატარების შემდეგ კი—მათი ვაკვანძვა ძიგნიდან გარეთ (უკანასკნელად შეიკერება ვენის გვერდზედ მდებარე კვანძი).

მეორე მომენტი: სათესლე ბაგირაკის მოთავსება ახალ კედელზე, მის ზემოთ ვაკერვა გარეთა ირიბი კუნთის აპინევროზის, როგორც Bassini's-ს წესში და კანის ქრილობის დახურვა.

თანახმად Reich'-ისა, მეთოდის უპირატესობას შეადგენს: 1) თიაქრის შიგთავის დამუშავების უკეთესი შესაძლებლობა. მაგ., იმ შემთხვევებში, როდესაც ბადექონი შეზრდილია შიგნითა რგოლის არეში, მისი განთავისუფლება ძლიერ ძნელია ბარძაყის მხრიდან, საზარდულის მხრიდან კი—ეს კეთდება ადვილათ. 2) თვით თიაქრის პარკის დამუშავება შესაძლებელია გაცილებით უფრო ადვილად და უკეთესათ, მისი ძალად გამოყოფა და ძაბრის მოსპობა ტაკვის ზევით აწევით და კუნთებთან მიმაგრებით არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს. 3) ბარძაყის არხის დახურვა ხდება საზარდულის გზით გაცილებით უფრო უკეთ და სანდოთ, ვიდრე ბარძაყის გზით, რომლის დროს შიგნითა რგოლის დახურვა პუპარტის და Cooper'-ის იოჯის ერთი მეორესთან მიკერებით ტეხნიკის მხრივ შედარებით ბევრათ რთულია და ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლებელიც. 4) შემთხვევითი ხასიათის უპირატესობას წარმოადგენს ერთდა-

იმავე მხრის საზარდულის თიაქრის არსებობა — ასეთ შემთხვევაში ამ მეთოდით ორივე თიაქარი ერთბაშად ისპობა.

Ruggi—Reich-ის მეთოდის შესაფასებლად ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 1927 წლის მეორე ნახევრიდან 1928 წლის ნახევრამდე გაკეთებული იყო ბარძაყის თიაქარკვეთა ამ წესით 14-ჯერ*).

მასალა ეკუთვნის 10 დედაკაცს და ოთხ მამაკაცს. ასაკი მათი იფარგლე-ბოდა 42—55 წლით. ამ 14 შემთხვევიდან—4 იყო ჩაქედილი, დანარჩენი 10—თავისუფალი. შედივი 12 უტამპონოთ გატარებული შემთხვევის—Prima intentio და განკურნება. დანარჩენ 2 შემთხვევიდან—1-ში ადგილი ქონდა პოსტოპერა-ციულ ხანაში შარდის ბუშტიდან სისხლდენას, რისთვისაც საჭირო გახდა შარ-დის ბუშტის დათვალეირების მიზნით ოპერაციის დღესვე კრილობის გახსნა და თუმცა შარდის ბუშტი მთელი აღმოჩნდა—შემთხვევა გატარებული იყო ტამპო-ნით და შეხორცდა მეორადით (შემთხვევა აწერილია ექ. ვეფხვაძის მიერ). მე-ორე შემთხვევა ეკუთვნოდა 46 წლის მამაკაცს და წარმოადგენდა ჩაქედილ მა-რცხენა ბარძაყის თიაქარს, რომლის ჩაქედვა მოხდა 6 საათის წინ. ოპერაციის შემდეგ განვითარდა დიფუზური პერიტონიდი და სეპსისი, რამაც შესამე დღეს იმსხვერპლა ავადმყოფი.

ამნაირად, 14 შემთხვევიდან—ერთ შემთხვევაში ჩვენ მივიღეთ ტამპონის ხმარების გამო—მეორადი შეხორცება, რაც უშუალოდ მეთოდის თავისებურო-ბისაგან არ იყო გამოწვეული. მეორე შემთხვევაში კი—exitus—ჩაქედილი თია-ქრის შემდეგ. ეს უკანასკნელი შემთხვევა, ჩვენის აზრით, უნდა დაბრალდეს არა თვით მეთოდს, არამედ ტენიკის ამ შემთხვევაში არაწესიერად გატარებას. საქმე იმაშია, რომ თვით Reich-ის აზრით ჩაქედილი თიაქრის დროსაც საზარდულის მეთოდს უპირატესობა აქვს ბარძაყის გზით მეთოდი წინაშე, ოღონდს საჭიროა სიფრთხილის დაცვა: ახალ ჩაქედვის შემთხ-ვევებში კანის განაკვეთი უნდა გადაწეული იქნას ქვემოთ და თიაქრის პარკის გამოყოფა და დამუშავება უნდა მოხდეს ბარძაყის მხრიდან და მხოლოდ ასეპტი-კის აღდგენის შემდეგ როგორც შიგთავსი, ისე თიაქრის პარკის ტაკვი გატანი-ლი საზარდულის კრილობაში. ამჟამად დაგვიანებულ შემთხვევებში—როდესაც ადგილი აქვს ნაწლავის ნეკროზის ნიშნებს და თიაქრის პარკის ინფექციას—უნდა გაკეთდეს საზარდულის მხრივ ლერნიო—ლაპარატომია, რეზექცია სუფთა ფარგლებში ნეკროტიული მარყუშებისა, და დახურვა პერიტონეუმის ღრუსი და მხოლოდ ამის შემდეგ—გაკვეთა ჰუპარტის ოიგის და თიაქრის პარკის გაუხსნე-ლად მისი მთლიანი ამოღება შიგთავსთან ერთად. ასე თუ ისე, ცხადია, რომ საეჭვო შემთხვევაში როგორც საბოლოო დათვალეირება, ისე მუცლის ღრუს გასუფთავება და ტამპონადა გაცილებით უფრო მიზანშეწონილია და ადვილი ფართოდ გახსნილ საზარდულის არედან, ვიდრე ბარძაყის ვიწრო არხიდან. ჩვენ შემთხვევაში, რადგან ჩაქედვა იყო მხოლოდ 6 საათის და რაიმე გართულების ნიშნები ჯერ კიდევ არ აღინიშნებოდა, ჩვენ გავაკეთეთ თიაქარკვეთა ტიპიუ-რად: საზარდულის არხის გახსნის შემდეგ გავაგანიერეთ შიგნიდან რგოლი და გავიტანეთ თიაქრის პარკი საზარდულის კრილობაში. გატანის დროს თიაქრის

*) დღეს ასეთ ავადმყოფების რიცხვი უფრო მეტია.

წყალი გადავიდა მუცლის ღრუში და თუმც ჩაქედლილი მარყუშის დათვალიერებაში არ აღმოაჩინა ღრმა ცვლილებები, უნდა ვიგულისხმოთ, რომ თიაქრის წყალი იყო უკვე სეპტიური და სწორედ ამ გარემოებამ გამოიწვია დიფუზური პერიტონიტი. ჩვენ რომ მეტის სიფრთხილით მოქცეულიყავით და ვიდრე ჩამკედავ რგოს გავხსნიდით—გაგვეხსნა ბარძაყის მხრიდან თიაქრის პარკი, დაგვეცალა ის თიაქრის წყლიდან, ფიზიოლოგიურ ხსნარით გაგვეწმინდა ნაწლავის მარყუში და ისე ჩაგვეშვა მუცლის ღრუში—შესაძლებელია, დიფუზური პერიტონიტის ადგილი აღარ ჰქონოდა. ამნაირად არც ერთი გართულება ჩვენ მიერ მიღებული ჩვენის აზრით არ შეიძლება დაბრალებდეს მეთოდის თავისებურებას.

მიუხედავად ამისა ჩვენ გვიხდა მაინც აღვნიშნოთ სუსტი მხარეები, რომელიც ჩვენი მასალის შესწავლით, ჩვენის აზრით, ემჩნევა მეთოდს: 1) მეთოდი რაც გინდა იყოს მაინც რთულია და მოითხოვს ოპერატორისაგან მეტ დახელოვნებას და გამოცდილებას, ვიდრე „მარტივი მეთოდი“. 2) ქსოველების ოპერატიული ტრაუმა უნდა იყოს მინიმალური, ჰემოსტაზი—სრული და ასეპტიკა ზედმიწევნითი, რადგან მართულების დროს დაჩირქება ხდება დიდ სიღრმეში, დაჩირქების შედეგათ კი—ნაცვლად არსებულ ერთ ბარძაყის თიაქრისა—შეიძლება წარმოიშვას ორი—ბარძაყის და საზარდულის თიაქარი. 3) მოხუტებულ ასაკში, როდესაც ავადმყოფი უკვე აღარ ეწევა მძიმე ფიზიკურ მუშაობას—ნაკლებ ტრაუმიან ოპერაციას (მაგ. „მარტივი მეთოდს“) უნდა მიეცეს უპირატესობა. აქ მაგრად დახურვა არხისა უნდა ჩაითვალოს ზედმეტათ. 4) ჩაქედლილ თიაქრების დროს—ასეპტიკის აღდგენა უნდა იყოს უალრესი.

არსებითად ე. ი., თუ ჩვენ შევძელით ყველა ეს პირობითი ხასიათის სისუსტის გადალახვა—მეთოდი სათანადო შემთხვევებში სავსებით დამაკმაყოფილებელია და, თანახმად Reich-ის აზრისა, ჩვენც ვსთვლით Ruggi—Revch'-ის მეთოდს ბარძაყის თიაქარკვეთის მეთოდებ შორის—არჩევან მეთოდათ.

Д-р. М. И. Цхакая.

Старший Ассист. Клиники.

Операция Ruggi-Reich-а при бедренных грыжах, как метод выбора. Из госпитальн. хирург. клиники Г. М. Тиф. Гос. Унт. Директор-Проф. Г. М. Мухадзе.

Автор на основании литературных данных и собственного наблюдения (14 случ.) считает операцию Ruggi-Reich-а хотя по более сложной, чем простые методы применяемые большинством хирургов, но за то более обоснованной анатомически.

Dr. M. I. Zchakaja.

1-ter Assistent der Klinik.

Die Operation nach Ruggi-Reiche bei Hernia femoralis als Ausroahlmehode.

Aus der chirurgischen Hosptialklinik der Staatsuniversitat Tiflis; Direktor Prof. G. M. Muchadse.

Der Verfasser kommt auf Grund der entsprechauden Literatur und der eigenen Revbachtungen (14 Fälle) zu den Schluss, dass die Operation nach Ruggi-Reich wohl komplizierter ist als die genochnuichen von den meishen Chirurgen auger wondten Mes-haden, datüraber anatomisch besser begründet.

ს. ჩახუნავილი

კლინიკის ორდინატორი.

(პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკიდან დრ. გამგე პროფ. ალ. მაჭავარიანი).

გარეშე სხეულები პერიტონეუმის ღრუში *)

გარეშე სხეული შეიძლება მოხვდეს პერიტონეუმის ღრუში კუჭ ნაწლავის არხით, ტრავმული გზით ან ამ ღრუში ოპერაციის დროს. სტატისტიკურ ცნობების მიხედვით (Newgebauer-ი, Woltler-ი, Lublain-ი, Альбицкий) პიოველი ადგილი ამ უკანასკნელ ჯგუფს უკავია. Newgebauer-მა (1908 წ.) შეაგროვა ცნობები ლიტერატურიდან მუცლის ღრუში დატოვებულ გარეშე სხეულების 242 შემთხვევის შესახებ. Альбицкий-ს კი თავის სადისერტაციო შრომაში მოყავს ნაკრები სტატისტიკური ცნობები 315 შემთხვევის შესახებ. მრავალი ასეთი შემთხვევა რჩება გამოუქვეყნებელი და ლიტერატურაში არ არის აღწერილი. საერთოდ Ruprecht-ის ცნობების მიხედვით მუცლის ღრუში გარეშე სხეულების დატოვების სიხშირე უდრის $\frac{1}{10}$ — 1% -ს ყველა ლაპარატომიებისას და პირდაპირ პროპორციონალურია ოპერაციის სირთულესთან. ვინაიდან დედაკაცთა შორის ხშირია მცირე მენჯის ღრუში მოთავსებული დიდი სიმსივნეები, საჭიროებენ რთულ ოპერაციის გაკეთებას, ამიტომ გარეშე სხეულებიც სქესის მიხედვით დედაკაცთა შორის უფრო ხშირი შემთხვევაა. სტატისტიკური ცნობების მიხედვით სხვადასხვა გარეშე სხეულთა დატოვების სიხშირე მუცლის ღრუში შემდეგნაირად არის განაწილებული: 50% უწევს დოლბანდს, 30% ღრუბელს და 15—20% — სისხლის ძარღვის დამჭერ იარაღებს. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც მუცლის ღრუში აღმოუჩენიათ ისეთი საგნები (სათვალე, ბეჭდები), რომლებსაც არავითარი კავშირი არ აქვთ საოპერაციო იარაღებთან. ტრავმული გზით ხვდება პერიტონეუმის ღრუში: ტყვია, ყუმბარის ნატეხი და სხვ. პ. ი. ტიხომემა ერთ ავადმყოფს ამოუღო მცირე მენჯის ღრუდან გადატეხილი ფიწალი, რომლის სიგრძე 37 სანტ. უდრიდა და სისხო კი 9 სანტ. ანალოგიური შემთხვევები ლიტერატურაში მრავალია აღწერილი (Барсуკ-ის Полев-ის Бауэр-ის მიერ).

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტით გარეშე სხეული მუცლის ღრუში იშვიათად ხვდება. თვით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში გარეშე სხეულები ხვდებიან უმთავრესად გადაყლაპვის საშუალებით. (სხვა გზაა—ჭრილობა), რომელსაც შეიძლება ან სრულიად შემთხვევითი ხასიათი ქონდეს (მაგ. ჭამის, თამაშობის დროს), ან განზრახ იყოს გადაყლაპული (მაგ. მუშები ოქროს ფულის მჭრელნი).

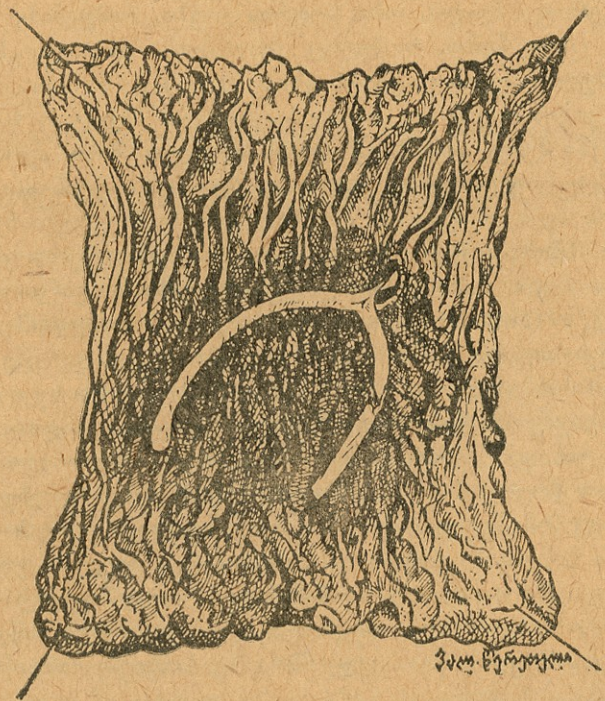
*) მოხსენებულია სახელმწიფო უნივერსიტეტის დასტაქართა კონფერენციაზედ.

ხშირი არის სხვადასხვა საგნების ჩაყლაპვა ფსიქიურად. დაავადებულების მიერ. საილიუსტრაციოთ მოვიყვანოთ რამდენიმე შემთხვევა. Фрикер-ს ოდესაში ერთ ფსიქიურ ავადმყოფისათვის ამოულია კუჭის გაკვეთის წესით 37 ცალი სხვადასხვა გარეშე სხეული, რომელთა შორის აღსანიშნავია ერთი ჩანგალი, ორი სუფრის კოვზი, რამდენიმე ნემსი და სხვ. Otto-ს — 395 ცალი ნემსი, რომელიც ავადმყოფს გადაუყვ პავს სხვადასხვა დროს (ამოღებულია კუჭის გაკვეთის გზით) Парин-მა ერთ ავადმყოფს ორჯერ გაუკეთა კუჭის ოპერაცია, რომელსაც ორჯერ ჩაეყლაპა 400,0—400,0-მდე ლურსმანი. კუჭში მყოფ გარეშე სხ უღებს შეუძლია მისი პერფორაცია; მაგრამ, ვინაიდან კუჭი შედარებით უფრო გაძღვე და ამტანია, უფრო ხშირად ხდება ნაწლავის პერფორაცია და ამ გზით გარეშე სხეულები ხვდება პერიტონეუმის ღრუში. ხშირად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის საშუალებით ისინი სტოვებენ მუცლის ღრუს. ასეთი შემთხვევები ლიტერატურაში მრავალია აწერილი (Рейтовски-ს Wolfler Lieblain-ის—სხვ.) და რამდენიმე შემთხვევა ჩვენ კლინიკასაც აქვს. თუ რა გართულება შეიძლება მოყვეს გარეშე სხეულის ნაწლავში მოხვედრისას, ამ მხრით აღსანიშნავია პროფ. Разумовски-ს შემთხვევა. ერთ ავადმყოფს ბოთლიანი წამალი შეეყვანა ხელით უკანა ტანში: ბოთლი უკანა ტანიდან ველარ გამოეღო და მოთავსებული იყო კლინიკაში შინაგანი გაჭედვის მოვლენებით. პრ. Разумовский განცვიფრებულა ოპერაციის დროს, როდესაც მან მუცლის ღრუში ნახა განავალით სავსე ბოთლი, რომელსაც გაეხვრიტა ნაწლავის კედელი და გამოსულიყო მუცლის ღრუში. აგრეთვე საინტერესოა ექ. Леоненко-ს შემთხვევა, რომელშიც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის საშუალებით მოხვედრილმა თევზის ძვალმა გახვრიტა ნაწლავის კედელი, პერიტონეუმი და მუცლის წინა კედელში ცრუ სიმსივნე გამოიწვია.

გადავივივართ ჩვენი კლინიკის ორ შემთხვევაზე: ავადმყოფი X 1923 წ. ავგი-სტოში მოვიდა ქირ. კ-ში თავისი ფეხით, გაჭედდო თიაქრით, ნაშუადღვის 3 საათზე. გასინჯვისას აღმოჩნდა მარჯვენა საზარდულის არეში ქათმის კვერცხის ოდენა სიმსივნე, შეზღუდული მოძრაობით. სიმსივნე მტკივნეულია, კანი მასზედ მოძრავი და ფერუცვლელია. ავადმყოფი დადის, მხოლოდ სიარულის დროს საზარდულის არეში გრძნობს ტკივილს. მაჯა ზომიერათ აჩქარებულია. ავადმყოფს გადაუტანია მუცლის ტიფი და რ დღეა, რაც გაწერილა საავადმყოფოდან. სახლში მისვლის დღეს სადამოს კარგად უვანშია (ერთი ახალი ქათამი შეუჭამია) და მეორე დღეს მუცლის ტკივილი უგრძნია, რომლის ლოკალიზაცია თანდათან მეტი ინტენსივობით გამოსახულა მარჯვენა საზარდულის არეში, სადაც იმავე დროს შეუმჩნევია ამ მიდამოს ამოზურცვაც. ეს ტკივილი, რაც დრო გადიოდა უფრო მატულობდა. განავალზე გასვლა უჭირდა. მას მოუშართავს საავადმყოფოსათვის. დასმულია დიაგნოზი გაჭედილი თიაქრის. სასწრაფო ოპერაცია თიაქარ-კვეთა (პროფ. დოც. ერისთავის მიერ). თიაქრის სიმსივნე მკვრივი და მოძრაობა შეზღუდულია. პარკის გაკვეთის შემდეგ იქიდან გამოვიდა მეტად მკრალი, დაახლოებით ორი სუფრის კოვზი იხროზული სითხე. პირველი შთაბეჭდილება ისეთი იყო, რომ ნაწლავი გაიკვეთა, მაგრამ თითოთ გასინჯვით გამოირკვა, რომ ამ არეში წამოჩრილია 3—4 სანტ. სიგრძის მაგარი სხეული, რომლის თითოთ გასინჯვისას, როგორც ეს სხეული ისე ის ქსოვილიც, რომელშიაც ის იყო მოთავსებული, მოსცილდა საზარდულის არხის შიგნითა გრგოლს და შეცურდა მუცლის ღრუში. ჩვენთვის აშკარა შეიქნა, რომ გაჭედილი და პერფორაციაქმნილი ნაწლავი განთავისუფლდა და ჩაბრუნდა მუცლის ღრუში. მუცლის ღრუს ინფექციის საშიშროების გამო, გაიკვეთა შიგნითა გრგოლი, დაჭერილ იქნა ახლო მდებარე ვერილი ნაწლავის მარჯუში, რომელშიდაც მოსჩანდა, როგორც შემდეგ გამოირკვა, ქათმის ძვალი, რადგან დაზიანე-

ბული ნაწლავის მარჯუში დაზიანების ირგვლივ ანთებად ცვლილებებს განიცდიდა, შეკერვა შეუძლებლად ვცანით და დაახლოვებით 8—10 სანტ. სიგრძეზე მოვადინეთ რეზექცია, ნაწლავი შეიკრა გვერდითი ანასტომოზით (Side-to-side).

სურათი



პატ. წერტილი

ჭრილობა შევიწროვდა და ჩაიღო ტამპონი. ამოკვეთილ ნაწლავის მარჯუშის გაკვეთტ გამოირკვა, რომ მასში იმყოფება ქათმის კინკიბა მთლიანად, რომლის სიგრძე 3 ნახევარ სანთია უდრის და ტოტა შუა მანძილი — 2 სანტ. ერთი ტოტი კინკიბისა სხეულით მოთავსებულნაწლავის შიგნით, ხოლო მეორე ტოტს და კინკიბას თავს მოუხდენია ნაწლავის კედლის პეთ. ფორაცია და გამოსულა ნაწლავის სანათურიდან. ალბათ ძვალი ნაწლავებში წასულა ტოტებით და, როგორც სჩანს ცალი ტოტი და თავი მოხვედრია ნაწილობრივ გაქედილ წვრილი ნაწლავის არეში, სადაც მოუხდენია ნაწლავის პერფორაცია და გამოსულა თიაქრის პარკში. სხვა პირობებში შეიძლება ნაწილობრივით თიაქრის გაქედილი ნაწლავის მარჯუში თავისთავად გასწორებულიყო, მაგრამ ნაწლავის პერფორაციის შემდეგ ირგვლივ რეაქციულ ანთების გამო მოხდა მისი ფიქსაცია ავადმყოფი გაურთულებლად განიკურნა და გაიწერა 3 კვირის განმავლობაში.

მეორე შემთხვევა. ავადმყოფი მ. ნ. (4 წლის ბავშვი) ლოგინიდან ჩამოსვლისას ხარკობია ნემსი ილეო-ცეკალურ მიდამოში. ნემსი არ ისინჯება. გადაღებულია სურათი რენტგენით. ნემსი აღმოჩნდა ილეო-ცეკალურ მიდამოში დაახლოვებით lin. spina umbilicalis შუა სახლვარზე. გაუკეთდა ოპერაცია ეთერის ნარკოზის ქვეშ. (პრ. დოც. ერისთავის მიერ). ირიბი განაკვეთი ნაჩხვლეტის არეში. ცნიმ-კუნთოვან ქსოვილში ნემსი არ აღმოჩნდა, მხოლოდ შემჩნეულ იქმნა ნაჩხვლეტის შთაბეჭდილების დაზიანება გარე ირიბი კუნთის ერთ ადგილას, რამაც დაგვიბადა ეჭვი მუცლის ღრუში ნემსის მოთავსების შესაძლებლობაზე. გაიკვეთა პერიტონეუმი. მუცლის ღრუს დათვალეგრების დროს აღმოჩნდა დაახლოვებით ბავშვის მუშტის ოდენა დახვეული დიდი ბადეს-ქონი, რომლის გასინჯვის დროს გამოირკვა, რომ ნემსი მთლიანად გახვეულია მასში. ამოღებულ იქმნა ნემსი და ჭრილობა დაიხურა. კან-ქვეშა ცნიმოვან ქსოვილში აიღო ტამპონი. ავადმყოფი გაურთულებლათ განიკურნა და გაიწერა მეათე დღეს 24 ივნისს 1926 წელს.

ეხლა უნებურად იბადება საკითხი, - რა ემართება გარეშე სხეულს, როცა ის ამა თუ იმ გზის საშუალებით ხვდება პერიტონეუმის ღრუში. ეს საკითხი საკმარისად გაშუქებული და შესწავლილია, მთელი რიგი საინტერესო ექსპერიმენტალური შრომებით Heger, Heger Gilbert, Sabagwer, Шерман, დოც. წულუკიძე და ცეცხლაძე, რომლებიც მიგვითითებენ თავიანთ ექსპერიმენტალურ შრომებში იმ დამცველობითი ფუნქციის შესახებ, რომელსაც იჩენს დიდ ბადე-ქონი გარეშე სხეულების პერიტონეუმის ღრუში მოხვედრის დროს. Heger-მა და Heger Gilbert-მა 1909 წ. ძალღებს, ბაჭიებს და ზღვის გოჭებს შეუშნაპუნეს პერიტონეუმის ღრუში ფიზიოლოგიური ხსნარი, რომელშიაც გახსნილი იყო ცხოველური ნახშირი. 2—3 დღის შეპდეგ ცხოველები გაკეთეს და ნახეს, რომ დიდ ბადე-ქონს შეეგროვებინა პერიტონეუმის ღრუში შეყვანილი ნახშირი. იგივე ავტორები აღნიშნავენ, რომ 7 გრ. წონის ტყვია შეყვანილი მუცლის ღრუში ჩაპარკებულ იქნა ბადე-ქონის მიერ. დოც. წულუკიძემ იქის გამოსარკვევად თუ, როგორ მოქმედობს შეყვანილ მიკრო-ორგანიზმებზე დიდი ბადე-ქონი, ამ მიზნით მას შეყავდა შინაურ კურდღლის მუცლის ღრუში სუბლენტალური დოზები bac. pyocyaneus-ის 24 საათის კულტურისა. 24 საათის შემდეგ დიდი ბადე-ქონის ნაჭერში მრავალჯერ აღმოჩენილ იქნა შეყვანილი bac. pyocyaneus-ი. ამრიგათ მიკრო-ორგანიზმის ფიქსაცია ხდებოდა დიდ ბადე-ქონში. Шерман-მა 1900 წელს მოახდინა ცხოველებზე მრავალი ცდა დიდი ბადე-ქონის მიერ გარეშე სხეულების დაჭერის და ფიქსაციის შესახებ. საცდელ ცხოველების პერიტონეუმის ღრუში მან მოათავსა: დოლბანდი, აბრეშუმი, ბამბა, რეზინა და ლითონები. ცდების შემდეგ Шерман-ი იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ სტერილური გარეშე სხეული, რომელიც მუცლის ღრუში არის მოთავსებული იწვევს ერთგვარ ადგილობრივ რეაქციას, როგორც ბადე-ქონის, ისე მუცლის სეროზული აპკის მხრივ. ქსოვილების რეაქცია ერთის მხრივ ქმნის გარეშე სხეულის შეწოვებას და მეორე მხრივ მის ინკაფსულაციას. ყველა შემთხვევებში აღნიშნული იყო შეხორცება დიდ ბადე-ქონთან და ამ ნივთიერებების იზოლიაცია. ასეთივე შედეგი მიიღო პრ. დოც. ცეცხლაძემ, რომელმაც საცდელ ცხოველის პერიტონეუმის ღრუში ჩადვა ნიგვზის-ოდენა დაკუმშული სტერილური დოლბანდი და მოხარშული (სტერილური) თხილის ოდენა ხის ბურთულა. Salagwjerter Modlare-მ გვიჩვენა, რომ დოლბანდის კომპრესი ჩადებული ძალის მუცლის ღრუში 3 თვის შემდეგ წარმოადგენდა მკვრივ ბურთს, რომელიც გახვეული იყო დიდ ბადე-ქონში და მასთან მძლავრათ იყო შეხორცებული. ჩვენი მეორე შემთხვევაც ალბად დიდი ბადე-ქონის დამცველობითი ფუნქციას უნდა მიეწეროს.

რაც შეეხება გარეშე სხეულების ბედ-იღბალს, როცა ისინი ხვდებიან მუცლის ღრუში კლინიკა საესებით ადასტურებს ზემოხსენებულ ექსპერიმენტებს. ზოგიერთ შემთხვევაში სტერილური გარეშე სხეული პირველ ხანებში არ იწვევს არავითარ გართულებას, მაგრამ ორგანიზმი ადრე თუ გვიან მაინც ცდილობს გარეშე სხეულისაგან განთავისუფლებას. ზოგჯერ შეიძლება მას თან დაერთოს ახალი ინფექცია, ან და შესაძლებელია მან მოახდინოს მექანიკური ზეწოლა ახლო მდებარე ორგანოებზე (შარდის ბუშტი, ნაწლავი და სხვ.), რომელსაც

შედევით მოყვება მათი კედლების დაწყლულება და გარეშე სხეულების მოხვედრა მათ ღრუში. *Эрлихман*-ის მიერ მოყვანილ სტატისტიკურ ცნობების მიხედვით (71 შემთხვევა) მუცლის ღრუში დატოვებულ გარეშე სხეულებიდან 15 შემთხვევაში (21%-ი) გარეშე სხეულები გამოვიდა გარეთ სწორი ნაწლავის, მუცლის კედლის, შარდის ბუშტის და საშოს გზით. 37-ს (52%) გაუკეთდა ოპერაცია და 19 კაცი (27%) კი დაიღუპა. საძწუხართ, როგორც *Эрлихман*-იც აღნიშნავს, ავტორებს არ მოყავთ ზუსტი ცნობები იმის შესახებ თუ რამდენი დაიღუპა ოპერაციის შემდეგ და რამდენი უოპერაციოთ. *Эрлихман*-ის შემთხვევაში სისხლის ძარღვის დამჭერმა პინცეტმა, რომელმაც 2 ნახევარი წელიწადი დაჰყო მუცლის ღრუში, მოახდინა წვრილი ნაწლავის პერფორაცია ორ ადგილას, ერთ ადგილას მსხვილი ნაწლავის და ამრიგათ ხელი შეუწყო ადგილობრივ ანთებითი პროცესს. *Mac-Laren*-ის შემთხვევაში სისხლის ძარღვის დამჭერმა პინცეტმა მოახდინა ბრმა ნაწლავის პერფორაცია და ნაწილობრივად ჭიკაყელა ნაწლავში მოთავსდა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ პრ. *Косинский*-ს შემთხვევა, როდესაც მუცლის ღრუში შემთხვევით დატოვებულმა სისხლის ძარღვის დამჭერმა პინცეტმა გამოიწვია სასიკვდილო სისხლის დენა. ამრიგად შემოსხენებულიდან ნათლად სჩანს, რომ, გარეშე სხეულები, რომლებიც ხედებიან პერიტონეუმის ღრუში ამა თუ იმ გზის საშუალებით, ერთგვარ საბედისწერო საფრთხეს წარმოადგენენ ორგანიზმისათვის, ვინაიდან ყოველ ჟამს მოსალოდნელია მას თან დაერთოს რაიმე მნიშვნელოვანი გართულება. რა თქმა უნდა ამ გარემოებას სათანადო ანგარიში უნდა გაეწიოს, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ყოველ შემთხვევაში, რომ დროზე მიღებული იქნეს საჭირო ზომები.

ლიტერატურულ წყაროების და კლინიკის მასალის მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია გამოვიყვანოთ შემდეგი დასკვნები: 1) გარეშე სხეულები, რომლებიც ხედება პერიტონეუმის ღრუში ამა თუ იმ გზის საშუალებით ერთგვარ საბედისწერო საფრთხეს წარმოადგენენ ორგანიზმისათვის, ვინაიდან მოსალოდნელია მას თან დაერთოს სხვადასხვა გართულება (პერფორაცია *ileus*-ი შინაგანი სისხლის დენა და სხვა).

2) თუ დასმულია დიაგნოზი პერიტონეუმის ღრუში გარეშე სხეულის—უნდა გაკეთდეს ოპერაცია.

დასასრულ გულწრფელი მადლობა პატივცემულ პრ. დოც. კ. დ. ერისთავს თემის მოცემისა და ხელმძღვანელობისათვის.

ლიტერატურა.

1. ა. წულუკიძე. დიდი ბადექონის დამცველობითი თვისებების საკითხისათვის მუცლის ღრუს ზოგიერთი პათოლოგიური პროცესების დროს (დისერტაცია) 1925 წ. ცეცხლაძე ვლ. რამოდენიმე ცდა ცხოველების დიდ ბადექონზე. თანამედროვე მედიცინა № 6-7 1926 წ. 3. ცეცხლაძე ვლ. ადამიანის დიდი ბადექონის მორფოლოგიური თვისებებზე ბანი და მათი მნიშვნელობა ამ ორგანოს ფუნქციების გასაშუქებლად (დისერტაცია) 1927 წ., 4. *Тимофеева*. Частная хирургия 1916 год. 5. *Эрлихман*. К вопросу об инородных телах, забытых в брюшной полости во время операции. Новая хирургия, том IV 1927 г. 6. *Тимофеева* Л. Казуистика инородных тел в отрезке слепой кишки. Врачеб-

ная газета № 2 1917 г. 7. Леоненко, к вопросу о ложных опухолях передней брюшной стенки, вызванные инородными телами. „Рыбья кость. Новый хирургический архив т. XVII кн. 3 1929 г. 8. А. В. Глебович. К вопросу об инородных телах брюшной полости. Вестн. хирург. и погран. областей за 1929 г. кн. 48-49.

С. Ю. Чахунашвили

«Инородные тела в перитонеальной полости».

Автор, после краткого литературного обзора инородных тел брюшной полости, описывает два собственных случая. В первом случае речь идет о больном, проглотившем куриную кость (дужку). Кость перфорировала стенку тонкой кишки, вышла из ее просвета и попала в частично ущемленную грыжу. Резекция кишки. Выздоровление.

Во втором случае инородное тело (игла) через переднюю стенку живота (илоцекальную область) попала в брюшную полость. При операции игла найдена в клубочке из большого сальника величиной в детский кулак. Выздоровление.

В заключении автор интерпретирует защитительную роль большого сальника и делает следующие выводы:

- 1) Инородные тела, которые тем или иным путем попадают в перитонеальную полость, представляют большую опасность для организма, в виду возможности осложнений (Перфорация, илеус, внутреннее кровотечение).
- 2) Если поставлен диагноз инородного тела в полости перитонеума необходимо произвести операцию.

S. TSCHACHUNASCHWILI.

Ueber Fremdkörper in der Peritonealhöhle.

Verfasser beschreibt zwei in der Klinik vorgekommene Fälle von in die Peritonealhöhle eingedrungene Fremdkörper.

Im ersten Falle perforierte ein verschluckter Knochen vom Huhu (knöcherne Bogen) die Dünndarmwand, gelang in die Peritonealhöhle und keilte sich in einer teilweise eingeklemmten Bruch ein. Resektion des Darmteiles brachte Genesung.

Im zweiten Falle drang bei einem Kinde eine Nähnadel in die Ileocecalgegend ein. Die Nadel durchbohrte die Bauchdecken und das Peritoneum und gelang in die Bauchhöhle. Bei der Operation fand man die Nadel im grossen Netz, welches sich zu einem Konglomerat von der Grösse einer kindlichen Faust zusammenballte, — Genesung.

Verfasser befürwortet die Schutzfunktion des grossen Netzes und beweist dies durch entsprechende in der Literatur erschienene arbeiten experimenteller Art.

Aus Grund seiner eigenen und aus die Literatur angeführten Fälle kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen.

1. Fremdkörper in der Peritonealhöhle stellen immer eine Gefahr für den Organismus vor der schweren Komplikationen wegen (Perforation, Ileus, innere Blutung und. s. w.).
2. Der Diagnose eines Fremdkörpers in der Bauchhöhle muss eine Operation folgen.

საზოგადოებრივი მედიცინა

პროფ. ი. აბაქელია

ტუბერკულოზი ქ. ტფილისის მოწაფეთა შორის

იმის შესასწავლად, თუ ტუბერკულოზის ინფექცია რამდენად ძლიერაა გავრცელებული მოსახლეობათა შორის, უპირველეს ყოვლისა ჩვენი ყურადღება უნდა იქნეს მიქცეული ბავშვთა ორგანიზმისაკენ. ადამიანის ორგანიზმი, რაც უფრო ნორჩია, მით უფრო ადვილია მასში პირვანდელი ალლერგიის კლინიკური ფორმების აღნიშვნა, ფთიზიოგენების გასაგებად კი ბავშვის ასაკი უფრო მეტ მასალას და დასაყრდენს იძლევა. ამჟამად ხომ არავის შეუძლია უარყოს ის ფაქტი, რომ ყოველი ჩვენთავანი ბავშობიდანვე ტუბერკულოზის ინფექციითაა შეპყრობილი. ცხადია ეს ასაკი ყველა ფთიზიატრისათვის უნდა იყოს გამოკვლევით შესწავლის საგანი, რათა შემდეგში შესაძლებლობა ქონდეს, თვალყური ადევნოს იმას, თუ ორგანიზმში მყოფ ინფექციას რამდენად შეუძლია მოგვეცეს დროგამოშვებით ანთებითი კერები ორგანიზმის სხვადასხვა ორგანოებში.

ამ მიმართულებით საქართველოში ძლიერ ცოტაა გაკეთებული, ანუ, სწორედ რომ ვსთქვათ, არაფერი გაკეთებულა. არ არის გამოკვლევული და არ არის შესწავლილი არაძც თუ ბავშვის ასაკი, არამედ ხნიერი მოსახლეობაც, მაშინ როდესაც ასეთ შესწავლას შეეძლო ბევრი ახალი რამ მოეცა, როგორც ტუბერკულოზის კლინიკურ ფორმების, ისე ფთიზიოგენების გამორკვევაში, რადგან ვიცით, ტუბერკულოზს ყოველ ქვეყანაში და ყოველ ხალხში აქვს თავისებური მიმდინარეობა იმ სოციალურ, ადგილობრივ, პროფესიონალურ, კლიმატიურ და სხვა პირობების დამოკიდებულებით, რომლებიც ამა თუ იმ ქვეყანაში არსებობენ.

ჩვენაში, საქართველოში ტუბერკულოზი ძლიერ გავრცელებულია; გავრცელებულ სოციალურ სენეულებათა შორის, ტუბერკულოზს საქართველოში, მალარიის შემდეგ, უჭირავს პირველი ადგილი; ჯირკვლების ტუბერკულოზი იმდენად მძლავრადაა მოდებული, რომ ჩვენი რესპუბლიკის ცალკე კუთხეებმა ამ დაგადებას თავისი საკუთარი სახელი უწოდა: იმერეთში მას ეძახიან „საყმაწვილოს“, — გურია-სამეგრელოში „კატა-ჯვარას“, ქართლ-კახეთში „თიადორას“ და სვანეთში „ლორთელს“.

ზემოაღნიშნულმა გარემოებამ ჩვენ მიგვიყვანა იქამდე, რომ განვიზრახეთ გამოგვიკვლია და შეგვესწავლა ქ. ტფილისის მოწაფეები იმდენად, რამდენადაც ამის საშვალებას ვაძლევდა ის მდგომარეობა, რომელშიც ვიყავით ჩაყენებული დისპანსერის ყველა მომუშავენი. დიდი შრომა დაგვიკირდა, რომ მშობლების ზოგიერთი ჯგუფების ჯიუტობა და წინაღმდეგობა დაგვეძლია, რადგან ისინი ნე-

პ რ ო ფ. ი. ა ბ ა კ ე ლ ი ა

ბას არ გვაძლევდენ მათი ბავშვებისათვის პირქეტიზაცია გავვეტარებინა; მაგრამ იმ ბაასებმა, რომელსაც ვმართავდით მათთან სკოლის ექიმების დახმარებით, იქონიეს გავლენა და შექდეგში ჩვენ მათში არააქც თუ თანაგრძნობას, არამედ დახმარებასაც კი ვპოვებთით.

ადგილობრივი პირობების მიხედვით ჩვენ გავშინჯეთ და შევისწავლეთ 6—18 წლამდე 2696 მოწაფე, რომელთა შორის ვაჟი იყო 1522, ქალი კი — 1174. 2696 მოწაფისაგაა 503 აღმოჩნდა სავსებით ჯანსალი, როაელთა ორგანიზმში ქლექის ჩხირის არსებობა არ დადასტურდა, იმის და მიუხედავად, რომ მათ განმეორებითი პირქეტიზაცია გაუკეთდა.

	ს უ ლ	ვა ჟ ი	ქ ა ლ ი
ჯანსალი	503 18.6%	296 19.6%	207 17.6%
status Allergicus . .	1793 66.6%	975 64%	822 70%
I	225 8%	145 6.8%	80 6.8%
II	171 6.8%	106 9.6%	65 5.6%
ს უ ლ	2696	1522	1174

მოწაფეთა შორის ტუბერკულოზის გამოსაცნობად და შესაფასებლად ჩვენ ესარგებლობდით როგორც კლინიკური, ისე ანტროპომეტრიული მეთოდებით და აგრეთვე რედვენოსკოპიით და Pirquet-ს რეაქციის გაკეთებით. გამოკვლევის დროს ლიმფური სისტემის მდგომარეობას, როგორც ზერელეს, ისე ღრმად მდებარეს, დიდ ყურადღებას ვაქცევდით.

დასნეულებულ და გადიდებულ ლიმფურ ჯირკვლების დიაგნოსტიკისათვის ჩვენ გვაქვს საკმაოდ საფუძელიანი დასაყრდენი პუნქტები, რომელთა საშვალეებით ასე თუ ისე შეგვიძლია დავადასტუროდ ამა თუ იმ გულმკერდში ღრმად მდებარე ლიმფურ ჯირკვლების გადიდება. მაგრამ, სამწუხაროდ, მათი დაავადების ხასიათის გამოსარკვევად დიდ დაბრკოლებას ვპოვებთ. ყოველ შემთხვევაში ამა თუ იმ ლიმფური ჯირკვლის ყოველგვარ გადიდებას ტუბერკულოზურ დაავადებად არ ვსთვლით. ჯირკვლები შეიძლება გადიდებული იქნეს მწვავე ინფექციურ ავადმყოფობის დროს, ბრონქიტების დროს, ლეიკემიისა და პსევდოლეიკემიის დროს, ავთვისებიანი სისხინების, ათაშანგის და, რაც ხშირად ხდება, კარიოზულ კბილების გამო. საჭიროა ყოველთვის ყველა ეს დაავადებანი გამოვრიცხოთ, რომ ასეთი გაპორკვევის შემდეგ ჯირკვლების ტუბერკულოზით დაავადე ათა ბუნებაზე შეჩერდეთ. მაგრამ ზემო წამოყენებულ სნეულებანიც რომ გამოვრიცხოთ, ჩვენ მაშინაც ჯირკვლების მართა გადიდებით მათი ტუბერკუ-

ლოზურ დაავადების ხასიათს ვერ გამოვარკვევთ, თუ არ აღმოვაჩინოთ ორგანიზმის ფუნქციონალურ ცვლილებებს, რომლებიც საშვალებას მოგვცემენ მასზე საბოლოო დასკვნა ვიქონიოთ.

იქამდე გადიდებული ჯირკვლები, პირქეს დადებითი რეაქციითურთ, ორგანიზმის ფუნქციონალური ცვლილებების გამოურკვეველად, ჩვენ იმას გვიჩვენებენ, რომ ჯირკვლებში მხოლოდ და მხოლოდ ტუბერკულოზის ინფექციაა და არა ჯირკვლების დაავადება ტუბერკულოზით.

ასეთი ჯგუფი და ამისთანავე საკმაოდ დიდი ჩვენს მოწაფეთა შორის (1797 მოწაფე) ჩვენს მიერ status Allergicus ჯგუფისადმი მიკუთვნებული.

ყველა ბავშვები შესწავლილ იქმნენ ჩვენ მიერ კლინიკურად, გატარდნენ რედგენში, გაუკეთდათ პირქეტიზაცია და გამოკვლეულ იქმნენ ანტროპომეტრიული მეთოდით; შევისწავლეთ ძაბი ცხოვრების ადგილობრივი და სოციალური პირობები, მათი ბინა, კვება, ალკოჰოლის ხზარება და სხვა და სხვა.

კლინიკური გამოკვლევა: მოწაფეები, გამოკითხვის შემდეგ, გარეგნულად დახედვისა და ზერელედ მდებარე ლიმფური სისტემის მდგომარეობის გამოკვლევის შემდეგ, პერკუსიის და აუსკულტაციის საშვალებით იყენენ გასინჯულნი.

გარეგნულ დახედვის დროს ყურადღება ქონდა მიქცეული striae venosae Kutzy-ს, რომლებიც გადიდებულ ბრონქურ ჯირკვლების უკანა შუასაყრის სისხლის მილებზე ზეწოლის შედეგია, პერკუსისა და აუსკულტაციის დროს კი ყურადღება ექცეოდა Кремер'-ის არეს მოყრუებას, Koranyi-ის (პერკუტორული ხმის დაყრუება ზევიდან ქვევით 4—5—6 გულმკერდის ხერხემლის მალეების წვეტიანი მორჩების არეში, ასაკის მიხედვით—ბიფურკაციის ჯირკვლების მდებარეობის არე.) და D'espine-ს სიმპტომებს—(ხმის მოსმენა ზურგიდან და არა სუნთქვისა).

გამოკითხვის დროს ჩვენი ყურადღება უმთავრესად მიქცეული იყო ხველაზე და ამ ხველის წარმოშობის დროზე, თუ რა მიზეზის გამო იღვიძებენ ბავშვები ხშირად ღამ-ღამობით. ჩვენი მოწაფეების მშობლები ამ მოვლენაზე ძლიერ შეშინებულნი მიგვითითებდნენ და ადასტურებდნენ, რომ მათი ბავშვები სასტიკი ხველის შემდეგ იძულებულნი იყვნენ გაეღვიძათ.

ეს სიმპტომი ლიტერატურაში არა ერთხელ იყო აღნიშნული, როგორც ნიშანი, რომელიც ადასტურებს ბრონქური ჯირკვლების გადიდებას, სახელდობრ ბიფურკაციის ჯირკვლებისას. პროფ. Л. А. Штейнберг-ი ამ მოვლენას შემდეგნაირად განმარტავს. „როგორც ცნობილია, ლორწოიანი გარსი ბიფურკაციის ჯირკვლების არეში ხველის წარმოშობის საუკეთესო წყაროს წარმოადგენს. ბიფურკაციის ჯირკვლები გიპერპლაზიის დროს ამ არეს აწვებიან და მით ძლიერ ხველას იწვევენ. ამ ჯირკვლების მიერ გამოწვეულ ხველას სპეციფიური სპაზმატიური ხასიათი აქვს. რისთვისაა, რომ ასეთი ხველა განსაკუთრებით ღამე ხდება? რისთვისაა, რომ დღის განმავლობაში ის სულ არ არის და მხოლოდ განსაკუთრებულ საათებში ჩნდება? რით ავხსნათ ეს საოცარი მოვლენა? ღამე, საზოგადოდ მიღები განიერდებიან და ორგანოების სივრცე ღამე დიდდება. ჩვენ ვიცით, რომ მთელი ორგანიზმი, ყველა მისი ფუნქციები, ავ-

რეთვე სისხლ-მიმომქცევი სისტემა სიმპატიურ და პარასიმპატიურ ნერვულ სისტემის—სიმპატიკუსის და ვაგუსის გავლენის ქვეშ იმყოფებიან. ღამობით ჩვენ ყველანი ვაგუსის მფლობელობის ქვეშ ვართ. დაძინება წააგავს ავტომობილს, რომელიც ერთი სისწრაფიდან გადადის მეორეზე: სიმპატიკუსიდან ვაგუსზე. ცთომილი ნერვის გაღიზიანების (ჭინვის) დროს სისხლის ძარღვების ტონუსი ეცემა, ორგანოები სისხლით ივსებიან და მათი სივრცე დიდდება. ყველამ იცის, რომ საყელო, რომელიც დღით თავისუფლადაა, ღამობით აწუხებს და კისერს უჭერს. ჯირკვლებიც ასეთივე მდგომარეობაში ცვივიან; ამიტომაა, რომ ღამე ყველა ჯირკვლები, რომლებიც დღის განმავლობაში საკმაოდ გადიდდნენ, სისხლით ივსებიან და დიდდებიან იმდენად, რომ მის გარშემო მდებარე არეს აღიზიანებენ და სპაზმატიურ ხველას იწვევენ. ჯირკვლების სიმსივნე სხვადასხვა პიროვნებას, სხვადასხვა დროს სულ სხვადასხვანაირი აქვს, მხოლოდ მაქსიმალური გასივება განსაზღვრულ საათებში ხდება. ამიტომ ჩვენ ვხვდებით ისეთ საოცარ ფენომენებს, რომლებიც ღამიდან ღამეში ერთსა და იმავე საათებში სპაზმატიურ ხველას იწვევენ“.

ჩვენს მიერ გასინჯულ მოწაფეთა შორის აღნიშნული სიმპტომი თუმცა ისე მძლავრად გამოხატული არ იყო, მაგრამ ზოგიერთებში მაინც იმდენად ძლიერი იყო, რომ ბავშვები ღამე იღვიძებდნენ; დღისით კი სულ არ ახველებდნენ.

ამ სიმპტომს, ე. ი. ღამით ხველას, როგორც ასტმატიურ მოვლენას, პროფ. Штейнберг-ის გარდა ყურადღებას აქცევენ მთელი რიგი სხვა ავტორებისაც, როგორც მაგალითად Борштейн-ი, Libermeister-ი და სხვა, რომლებიც ასტმის დროს ხველის წარმომშობ მიზეზად ბრონქურ ჯირკვლების გადიდებას სთვლიან. არ შევდივართ რა ბრონქურ ასტმის დროს ამ სიმპტომის შეფასებაში, ჩვენ გვინდა ვსთქვათ, რომ ამ სიმპტომს, ე. ი. ხველას, თუ გინდ სულ უმნიშვნელოსაც კი, მაგრამ რომელიც ღამობით განსაკუთრებულ საათებში თავს იჩენს ხოლმე და ამასთანავე სისტემატიურად, ბრონქურ, სახელდობრ ბიფურკაციის ჯირკვლების გადიდების დიაგნოსტიკისათვის სხვაზედ არა ნაკლები როლი შეუძლია ითამაშოს. ეს სიმპტომი ჩვენს მიერ გასინჯულ მოწაფეთა შორის აღმოჩენილ იყო; მათ ასეთი ხველა მხოლოდ ღამეობით ემჩნეოდათ; ხველა მშრალი, განუწყვეტილივი, ზოგიერთ მათგანს ეს ხველა ისეთი მძლავრი ქონდა, რომ იღვიძებდნენ. სხვა სიმპტომთა და ძოვლწნათა შორის—ჩვენს მოწაფეებს ვამჩნევდით ბრონქურ ჯირკვლების გადიდების თითქმის ყველა შემთხვევაში *striae venosae Kutj. Koranji*-სა და *D'Espine*-ს სიმპტომებისაგან მეტ ღირებულებას უქანასკნელი წარმოადგენდა.

რენდგენოლოგიური გამოკვლევა: რენდგენოსკოპიამ დიდი როლი ითამაშა ფილტვის ტუბერკულოზის ამა თუ იმ ფორმის დიაგნოზის დროს; სამწუხაროდ ბრონქურ ჯირკვლების ტუბერკულოზის დროს ჩვენ არ შეგვიძლია მივიჩნიოთ იგი გამოკვლევის იდეალურ მეთოდად. განსაკუთრებით ნაკლებად გამოსადეგია იგი დიაგნოზის დასმის დროს იმ ჯგუფის ბრონქურ ჯირკვლებისა, როგორცაა ტრახეობრონქური და ბიფურკაციის ჯირკვლები და რომლებიც კლინიკას ყველაზე უფრო აინტერესებს. Most'-ის, Beitzke-ს Сукенников-ის და ჩვენ მიერ გამოქვეყნებულ შრომების მიუხედავად ადამიანის ლიმფური სისტემის შესა-



ხებ, ბევრი კლინიცისტი დღესაც ვერ გარკვეულა თუ რას უწოდებენ ბრონქურ ჯირკვლებს. ასე მაგალითად, ისეთი გამომჩენილი კლინიცისტი, როგორიცაა პროფ. W. Neumann-ი, სწერს: „რომ გადიდებული და გასივებული ბრონქური ჯირკვლები შუასაყრის ჩრდილში იმყოფებიან და ამიტომ არ შეიძლება შემჩნეული იქნან გაშუქების დროს ვენტროდორზალური და დორზოვენტრალური მიმართულებით... ის, რაც ჩვეულებრივ აღნიშნულია, როგორც გაძლიერებული Hilus-ის სურათი, გადიდებულ ბრონქოპულმონალური ჯირკვლების ჩრდილს (კურსივი ჩვენია) წარმოადგენს. აღნიშნული ბრონქოპულმონალური ჯირკვლები ფილტვის ძირის არეში ლაქისებურ დაბნელებას იძლევიან. ხშირად მათი გადიდება ხდება ერთსა და იმავე დროს ბრონქურ ჯირკვლების ტუბერკულოზით დაავადებასთან (კურსივი ჩვენია), მაგრამ ასეთი შეთანხმება სავალდებულო არ არის და ამიტომ ასეთი ჩრდილების მიხედვით ბრონქურ ჯირკვლების (კურსივი ჩვენია) ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმა არ შეიძლება“. აქედან ცხადია, რომ ისეთ ცნობილ კლინიცისტისათვის, როგორიცაა პროფ. Neumann-ი ბრონქოპულმონალური და ბრონქური ჯირკვლები უკანა შუასაყრის ლიმფური სისტემის სრულებიან სხვადასხვა ჯგუფს წარმოადგენენ, მაშინ როდესაც ბრონქოპულმონალური ჯირკვლები ერთი იმ მრავალრიცხოვან ჯირკვალთა ჯგუფისაა, რომლებიც ბრონქურ ჯირკვალთა სისტემაში შედიან. როგორც ვიცით ბრონქური ჯირკვლები ეწოდება ჯირკვლებს, რომლებიც სასუნთქ ორგანოებთან მდებარეობენ, სახელდობრ: სასულეს ორივე მხარეს მარჯვნივ და მარცხნივ—Lmg. paratracheales dextrae et sinistrae; ორივე ტრახეობრონქურ კუთხეებში—2) Lmg. trasheo—bronchiales dextra et sinistra; სასულეს გაორკაპების ქვეშ—3) Lmg. bifurcationes ან როგორც მას ექიმი Сукенников-ი უწოდებს—ქვედა სასულე ბრონქური; კუთხეებში, სადაც დიდი და პატარა ბრონქები იყოფებიან—4) Lmg. broncho-pulmonales; ფილტვის ქსოვილში—5) Lmg. pulmonales და იქამდე, პლევრის ქვეშ მდებარე—6) Lmg. subpleurales. ყველა ამ ჯგუფებს ეწოდება ბრონქური ჯირკვლები და, როდესაც კლინიცისტი ბრონქურ ჯირკვლების ტუბერკულოზზე მოგვითხრობს, მას უნდა მხედველობაში ქონდეს ან ყველა ზემოაღნიშნული ჯგუფები, ან, თუ ყურადღებას აპყრობს ბიფურკაციის და სასულე ბრონქურ ჯირკვლების დაავადებას, ამ უკანასკნელთ გარკვევით აღნიშნავდეს და მათ თავიანთ სახელს უწოდებდეს. შეუძლებელია ისეთი მსჯელობა, თითქოს ბრონქოპულმონალური ჯირკვლების დაავადება ბრონქურ ჯირკვლების ავადმყოფობა არ იყოს, რადგანაც ბრონქოპულმონალური ჯირკვლები აგრეთვე შედიან ბრონქურ ლიმფურ სისტემაში, როგორც ტრახეობრონქური, ბიფურკაციისა და სხვა. საქირთა ისიც ხაზგასმით აღინიშნოს, რომ ინფექცია პულმონალურ და ბრონქოპულმონალურ ჯირკვლებში უფრო ადრე მოხვდება და შემდეგ კი უკვე ტრახეობრონქურ და ბიფურკაციის ჯირკვლებში გადავა. არ შეგვიძლია არ დავეთანხმოთ პროფ. Neumann-ს ერთში, სახელდობრ იმაში, რომ ტრახეობრონქური და ბიფურკაციის ჯირკვლები გაშუქების დროს მართლაც შეუმჩნეველი არიან. უნდა ვიცოდეთ ამ ჯირკვლების ტოპოგრაფო-ანატომიური მდებარეობა, რომ ამაში დაკრწმუნდეთ. მარჯვენა ტრახეობრონქური ჯირკვლები ჯგუფ-ჯგუფად ტრახეობრონქურ კუთხეში antero-lateral-ურ მდგომარეობაში მდებარეობენ; მათ

უკან მდებარეობენ სასულე და მთავარი მარჯვენა ბრონქი, წინ—ზემო ღრუ ვენა და მარცხნივ—აორტის ასწვრივი ნაწილი, ქვევით—სასულეს ბიფურკაციის მარჯვენა მხარე და ფილტვის არტერიის მარჯვენა ტოტი.

მარცხენა ტრახეობრონქური ჯირკვლები ჯგუფ-ჯგუფად angulus tracheo-bronchiales sinistrae-ს წინა ლატერალურ ნაწილში მდებარეობენ. გვერდით და უკან ამათვან მიდის ცთომილი ნერვი, ზევით—შებრუნებული ნერვი. უკან მდებარეობს საყლაპავი და აორტის დასწვრივი ნაწილი, წინ—ფილტვის არტერია და აორტის ასწვრივი ნაწილი.

ბიფურკაციის ჯირკვლები ჯგუფ-ჯგუფად სასულეს ბიფურკაციის კუთხეში მდებარეობენ და უმთავრესად მარჯვენა ბრონქს ეკვრიან; წინ მათ პერიკარდიუმში ფარავს, უკან—საყლაპავი, მარჯვნივ—ხერხემალი.

აქედან ცაადია, თუ ტრახეობრონქური და ბიფურკაციის ჯირკვლები გაშუქების დროს შეუძნეველნი რისთვის არიან და მხოლოდ მათი გიპერპლაზიის დროს Hilus'-ის ჩრდილის წარმოშობაში იმათ შეუძლიათ ცოტაოდენი მონაწილეობა მიიღონ. ამ შემთხვევაში ბევრად უფრო დიდ როლს თამაშობენ ბრონქოულმონალური ჯირკვლები, რომლებიც ტუბერკულოზით დაავადების დროს ინფექციას უფრო ადრე ღებულობენ, ვიდრე ტრახეობრონქური და ბიფურკაციის ჯირკვლები.

ისმის საკითხი—Hilus-თან ჩრდილს რა ქმნის?

ამ ჩრდილისა და აგრეთვე „ზონარების“ შესახებ, რომლებიც Hilus'-იდან ზევით და ქვევით მიიმართებიან, სხვადასხვა აზრი არსებობს; ასე მაგალითად Assman'-ი ეყრდნობა რა სუსტ პულსაციას, რომელიც გაშუქების დროს სჩანს Hilus'-თან, ამ ჩრდილის წარმოშობას ფილტვის არტერიას მიაწერს და ლიმფურ ძარღვებს, ჯირკვლებს (განსაკუთრებით ბრონქოულმონალურს), ვენებს და აგრეთვე შემაერთებელ ქსოვილს ამ ჩრდილის წარმოშობაში ნაკლებ ყურადღებას აქცევს. რაც შეეხება Hilus'-იდან მიმავალ „ზონარებს“, ამათ განსამარტავად იმდენი ახსნა-განმარტება არსებობს, რომ ისინი ამ მხრივ თვით „ზონარების“ რიცხვს სჭარბობენ. მათ წარმოშობას ზოგნი სასულეს გაშტოებას მიაწერენ, ზოგნიც სისხლის ძარღვებს და სხვადასხვა. ეს რომ ასე იყოს—მაშინ ჩვენ ჯანმრთელი ადამიანის რენდგენოსკოპიის დროსაც კი დავინახავდით მათ, რადგანაც ბრონქური ჯირკვლების ტუბერკულოზის დროსაც, როდესაც ფილტვის მხრივ არავითარი დაავადებითი ხასიათის ცვლილებებს აღვილი არა აქვს, არ შეიძლება ბრონქური შტო და სისხლის ძარღვების სისტემა ისე შეიცვალოს, რომ ზემოაღნიშნული „ზონარების“ სურათი მოგვცენ. ესევე ითქმის ფილტვის სისხლის ძარღვების გიპერემიის შესახებაც, რომელიც ზოგიერთ ავტორების აზრით ამ „ზონარების“ წარმოშობაში პირველ როლს თამაშობენ. რა თქმა უნდა, ჩვენ სავსებით უარს არ ვყოფთ სისხლის ძარღვების მონაწილეობაზე ამ „ზონარების“ წარმოშობაში, მაგრამ ჩვენ არ შეგვიძლია მათ დიდი მნიშვნელობა მივაკუთვნოთ, რადგანაც გულმკერდის ლიმფური სისტემის შესწავლა ჩვენ უფრო მეტ დასაყრდენ პუნქტებს გვაძლევს, და ამის მიხედვით შეგვიძლია ყურადღება მასზე შევაჩეროთ და ვცნოთ, რომ ამ „ზონარების“ წარმოშობაში მთავარ როლს სწორედ პათოლოგიურად შეცვლილი ლიმფური ძარღვები თამაშობენ, მით

უფრო რომ ანატომიური და ტოპოგრაფიული მათი მდებარეობა ამ „ზონარების“ მიმართულებას შეეფერება. ლიმფური ძარღვები საკმაოდ ბევრია, რადგანაც ყოველ ჯირკვალს თავისი მომტანი და გატანი მილები აქვს, Hilus'-თან-კი, როგორც ვიცით, ბევრი ჯირკვლები არის. მომტან და გამტან ლიმფურ ძილებს საკმაოდ სხვადასხვა მიმართულება აქვთ, იპასთან დამოკიდებით, თუ რომელი ჯირკვლების ჯგუფია ფუნქციონალურად დაკავშირებული მეორე ჯგუფთან; ასე მაგალითად, ბრონქოპულმონალურ ჯირკვლებს აქვთ მომტანი მილები პულმონალურ ჯირკვლებიდან და თავის მხრივ გამტან მილებს ტრახეობრონქურ და ბიფურკაციის ჯირკვლებს აძლევენ, იპასთან დამოკიდებით, თუ ისინი ფილტვის რომელი ნაწილიდან მიდიან. ამ მილების მიმართულება ისეთია, რომ მათი ნაწილი ბრონქის დაშტოების ზევით მიდის, ნაწილი — პარალელურად. თავის მხრივ სასულე — ბრონქული ჯირკვლები გამტან მილებს ზევით პარატრახეალურ ჯირკვლებს აძლევენ, ამ უკანასკნელიდან კი მილები მიდიან ზევით ductus eymphaticus dexter-ში მარჯვნივ და ductus thoracicus'-ში მარცხნივ. ბიფურკაციის ჯირკვლებიდან კი მილები სასულეს შუა ხაზით ორი მიმართულებით მიდიან: პირველი გზა — მარჯვენა ტრახეობრონქურ ჯირკვლებში ძიდის, მეორე კი — აცდება რა ამ ჯირკვლებს უშუალოდ მარჯვნივ სასულეს გვერდით ზევით მიდის.

როგორც შემონათქვამიდან სჩანს, ყველა ეს ლიმფური მილები Hilus'-იდან ფილტვის მწვერვალისაკენ მიმავალნი სხვადასხვა მიმართულებით საკმაოდ ბევრია. ამ მილების ანთებითი დაავადებას და ჯირკვლების ტუბერკულოზის დროს მათ გადაგვარებას გაშუქებისას შეუძლია ძოგვცეს საკმაოდ ნათელი სურათი „ზონარების“, რომელნიც ფილტვის ფესვიდან ამა თუ იმ ფილტვის ქსოვილამდე მიდიან. მხოლოდ Hilus'-იდან ისინი ძირს არ მიდიან, პირიქით ფილტვის შუა და ქვედა ნაწილის პულმონალურ და ბრონქოპულმონალურ ჯირკვლებიდან მილებს ქვევიდან ზევით ბიფურკაციისაკენ აქვთ მიმართულება. მართალია Hilus'-თან ეს მილები უფრო მკაფიოდ ჩანან, მაგრამ ეს იმით აიხსნება, რომ გამტანი ლიმფური მილების ყალიბი ჯირკვლებიდან გამოსვლის დროს უფრო ვიწროა, ვიდრე შესვლისას.

ამრიგად, ვავაშუქეთ რა ყველა მოწაფეები რენდგენით, გამოვიყენეთ და ვისარგებლეთ ზემოაღნიშნული დებულებებით.

რენდგენოსკოპიით მიღებულმა შედეგებმა და კლინიკურმა გამოკვლევებმა ჩვენ მოგვცეს ის დასაყრდენი, რომლის მეშვეობითაც ჩვენ შევსძელით დავგვესვა ბრონქურ ჯირკვლების დიაგნოზი, რომლებიც არიან, რა თქმა უნდა, არა მარტო ტრახეობრონქური და ბიფურკაციის ჯირკვლები, არამედ ბრონქოპულმონალური და სხვებიც, რაც Ghon'-ის აზრით დაავადების დროს ხშირად პირვანდელ ბუდეთ ხდებიან.

ტრახეობრონქური და განსაკუთრებით ბიფურკაციის ჯირკვლები წარმოადგენენ კოლექტორს, რომელიც კრეფს ლიმფას და მაშასადამე ინფექციისაც, რომელიც ფილტვის ყველა ნაწილის ლიმფურ სისტემაში მოხვედება. ბრონქოპულმონალურ ჯირკვლებიდან ინფექცია უმეტესად უნდა მოხვდეს ტრახეობრონქურსა და ბიფურკაციის ჯირკვლებში; ამიტომ მივიღებთ რა მხედველობაში, რომ აღმოჩენა ამ უკანასკნელებისა გაშუქების დროს ძნელია, ბრონქო-

პულმონალურ ჯირკვლებს, რომელნიც კარგად სჩანან, განსაკუთრებით მათი გიპერპლაზიის დროს, ტრახეობრონქურ და ბიფურკაციის ჯირკვლების ტუბერკულოზის დიაგნოზისათვის შეუძლიან დიდი როლი, ითამაშონ.

ჩვენ აღმოვაჩინეთ ჯირკვლების გადიდება, ცერცვიდან დაწყებული ბერძნულ თხილის ოდენობამდე 2696 მოწაფიდან 2481 მოწაფეში, ესე იგი 92%, 215 ანუ 8%-ს გიპერპლაზიის ნიშანიც კი არ ქონდა, როგორც ზერეულად, ისე ღრმად მდებარე ჯირკვლებისა.

კისრის ჯირკვლი.	ილიის ჯირკვლ.	კისრის და ილიის ჯირკვლები	ბრონქური ჯირკვლ.	კისრის ბრონქ. ჯირ.	კისრის, ილიის ბრონქ. და სხვა ჯირკვლ.	არ ქონდათ გადიდებული
377	200	502	281	235	886	215

უმეტეს შემთხვევებში გადიდებული აღმოჩნდა კისრის ჯირკვლები, როგორც უშუალოდ, ისე დამოკიდებით სხვა ჯირკვლებთან, მერე—ბრონქური.

Pirquet-ს რეაქციის მოხდენის დროს—ჩვენ ხელგმძღვანელობდით საკავშირო მეორე ტუბერკულოზის ყრილობაზე მიღებულ ინსტრუქციით და მეთოდით. კანის სკარფიკაციას ვახდენდით Pirquet-ს ნემსით და შედეგს 24-48 საათის შემდეგ ვარკვევდით. პაპულებს m. m. გაზომის დროს, ყურადღება ქონდა მიქცეული, როგორც ინფილტრატის, ისე კანის გიპერემიის სიდიდეს. ვხმარობდით, როგორც ინსტრუქციაშია ნაჩვენები, 3%, 10%, 30% და 100%-ნი Koch'-ის Alttuberculin'-ის ხსნარს კონტროლთან. უარყოფითი შედეგების მიღემის შემდეგ ჩვენ პირქეტისაციას ორი კვირის შემდეგ ვიმეორებდით. შედეგი შემდეგია:

დადებითი Pirquet	უარყოფითი Pirquet	დადებითი Pirquet ქალთა შორის	უარყოფითი Pirquet ქალთა შორის	დადებითი Pirquet ვაჟებთა შორის	უარყოფითი Pirquet ვაჟთა შორის
2193	503	967	207	1226	296
81.3%	18.7%	82%	18%	80.5%	19.5%

Pirquet-ს რეაქცია ასაკისა და სქესის მიხედვით

მ ა შ ე ბ ი				ქ ა ლ ე ბ ი		
წლოვანობა	დადებითი	უარყოფითი	ს უ ლ	დადებითი	უარყოფითი	ს უ ლ
5—8	72 72%	28 28%	100	71 70.3%	30 29.7%	101
8—10	164 70.7%	68 29.3%	232	134 75.7%	43 24.3%	177
10—13	359 81.1%	70 18.9%	429	286 87.7%	40 12.3%	326
13—15	298 81%	70 19%	368	147 83.6%	30 16.4%	177
15—20	333 84.7%	60 15.3%	393	329 83.7%	64 16.3%	393
ს უ ლ . .	1226	296	1522	967	207	1174

Pirquet-ს რეაქცია და მისი ინტენსივობა

++++	+++	++	+	-	ს უ ლ
414	444	627	708	503	2696

პ რ ო ფ. ო. ა ბ ა კ ე ლ ი ა

Pirquet-ს რეაქცია და მისი ინტენსივობა ასაკის მიხედვით

წლოვანობა	ინტენსივობა ასაკის მიხედვით				სულ და- დებებით	სულ უარ- ყოფითი	ს უ ლ
	+	++	+++	++++	+	-	
5-7	43 30.8%	20 14.2%	21 14.5%	12 8.5%	96 68%	46 32%	142
8-9	93 24.5%	70 18.5%	60 15.2%	61 15.8%	284 74%	99 26%	383
10-11	148 28.8%	131 15.6%	62 12%	80 15.6%	421 82%	91 18%	512
12-13	161 24%	196 29%	96 14.2%	112 16.8%	565 84.5%	103 15.5%	688
14 15	128 27.2%	94 20.3%	91 19%	74 15.7%	384 82.2%	83 17.8%	470
16 17	100 25.4%	80 20.8%	89 23.3%	58 15%	327 84.5%	60 15.5%	387
18 19	26 25.2%	24 22.8%	22 20%	15 14%	87 83%	19 17%	106
20 21	9 32.2%	12 42.8%	3 10%	2 7%	26 93%	2 7%	28
ს უ ლ . .	708	627	444	414	2193	503	2696



Pirquet-ს რეაქცია და მისი ინტენსივობა მოწაფეთა დაბადების ადგილთან დაკავშირებით.

Pirquet-ს რეაქცია და მისი ინტენსივობა	დაბადების და საცხოვრებელი ადგილი									
	ქართლი	იმერეთი	გურია	რაჭა	სამეგრე-ლო	კახეთი	ახალქალაქი მახ. (ჯავახეთი.)	ბორჩალოს მახ.	ახალციხის მახ.	ქ. ტფილისი
+	161 31.8%	123 27.5%	32 26.8%	48 33.8%	13 23.8%	29 17.0%	3	2	2	295 24%
++	89 17.5%	112 24.5%	29 24.2%	12 8.8%	14 25.5%	46 26.2%	1	1	3	320 26%
+++	80 15.8%	74 16.2%	17 14.2%	22 15.8%	12 21.5%	4 23.5%	—	—	—	198 16%
++++	70 13.5%	72 16.0%	19 16%	32 22.5%	6 11%	25 14.8%	2	—	1	187 15%
—	110 21.5%	70 15.8%	22 18.8%	28 19.2%	10 18.2%	30 17.2%	2	2	3	227 19%
ს უ ლ	510	451	119	142	55	171	7	5	9	1227

როგორც სჩანს პირქეტის რეაქცია გაუკეთდა ყველა მოწაფეებს (2696 მოწ.), რომელ რიცხვიდანაც 2193 მოწ. ე. ი. 81.3%-მა მოგვცა დადებითი რეაქცია და 503 მოწ. ე. ი. 18,7%-მა უარყოფითი.

Pirquet-ს დადებითი რეაქცია, გაკეთებული ცალკე კლინიკური და რენდგენოლოგიური შედეგების გამოურკვეველივ, არ შეიძლება იყოს მაჩვენებელი იმის, არის თუ არა ორგანიზმში ტუბერკულოზის კერები. „დადებითი ტუბერკულინის რეაქცია“—ამბობს პროფ. A. Calmette „არ შეიძლება იყოს როგორც ინფექციის კრიტერი. ის უფრო შეიძლება იყოს, როგორც რქოსან პირუტყვთა, ისე ადამიანთა შორის იმუნიტეტის კრიტერიათ... ის გვიჩვენებს ბაცილის სიმბიოზის არსებობას, ვირულენტურს, ან არავირულენტურს, რომელიმე ლიმფურ უჯრედთან, მაკროფაგთან ან გიგანტურ უჯრედთან“. Pirquet-ის დადებითი რეაქცია გვიჩვენებს, რომ ორგანიზმში სადაც ბუდობს ტუბერკულოზის ჩხირი და ორგანიზმის რომელიმე ორგანოსი დაავადებას სრულებით არ აღნიშნავს. პირიქით „ორგანიზმში რამოდენიმე მცირერიცხოვან და ნაკლებათ ვირულენტურ ბაცილების არსებობა“, როგორც ამას აღნიშნავს პროფ. A. Calmette, აქტიურ ტუბერკულოზის წინააღმდეგ საუკეთესო საფარავს წარმოადგენს. ხომ არ ნიშნავს ეს იმას, რომ, რაკი არა გვაქვს რადიკალური საშუალებანი ადამიანის დაცვისა ტუბერკულოზის ჩხირების შექრისაგან, უნდა ვალიაოთ, რომ ბაცილების მცირე რიცხვის და ნაკლებად ვირულენტის მოხვედრა ადამიანის ორგანიზმში, სასურველია?!

ამ შეხედულებებზედაა სწორედ აგებული ჩვენს დროში ცნობილი ბავშვთა ვაქცინაცია BCG ბაცილებით. „ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო იმუნიტეტები“—ამბობს პროფ. A. Calmette „მართლაც დაკავშირებულია მყოფ რამოდენიმე მცირერიცხოვან და ნაკლებად ვირულენტურ ბაცილებთან. სანამ ორგანიზმი შეპყრობილია ასეთი პარაზიტებით და ამასთანავე ეს პარაზიტები ანატომიურ ან ფუნქციონალურ დაშლას არ იწვევს, მანამდე რეინფექციებს, ოღონდაც კი ისინი არ იყოს ხშირი და მრავალი, შეუძლიათ ექმნეთ შედეგათ ორგანიზმისათვის მისი მგრძობიერობის გაძლიერება მიკრობების მიმართ, იქნება ისინი ცოცხალი, თუ მკვდარი ბაცილები, და აგრეთვე ტუბერკულოზის მიმართ“.

ჩვენ მიერ შემოწმებულ მოწაფეთა რიცხვიდან, რომლებიც იყვნენ მხოლოდ შეპყრობილი ტუბერკულოზის ჩხირებით, ე. ი. იყვნენ status Allergicus-ს მდგომარეობაში, და რომელთაც არ ჰქონიათ არავითარი სერიოზული ვართულებანი, როგორც ანატომიური, ისე ფუნქციონალური, იყო 1797, ე. ი. ნახევარზედ მეტი.

ეს მოწაფენი Pirquet-ს დადებითი რეაქციით, ძაგრამ კომპენსაციის დაურღვევლად, როგორც იმუნიტეტის მქონენი, დაზღვეულნი უნდა იყვნენ ფილტვის ტუბერკულოზის დაავადებისაგან, ან უკეთ რომ ვსთქვათ, ფილტვის ტუბერკულოზის მწვავე ფორმის დაავადებისაგან. ამიტომ საჭიროდ მიგვაჩნია, მომავალში ჩვენი ძოწაფეები ვამაგროთ (ჰაერი, მზე, კვება, ტანთვარჯიშობა და სხვა), და არა ვკურნოთ, როგორც ამას გვირჩევს ასეთ შემთხვევებში პროფ. Neumann-ი და ისიც ვუაქიმოდ სპეციფიური თერაპიით—ტუბერკულოზით. რა საჭიროა წაძლობა, როდესაც არის ინფექცია და არა ავადმყოფობა! ჩვენ ისინი აღრიცხვაზედ უნდა ავიყვანოთ და დროგამოშვებით კვლავ ვიკვლიოთ, თუ კი ჩვენი ამოცანა იქნება აღნიშნული ასაკის დროს ტუბერკულოზის არა მარტო კლინიკურ ფორმების შესწავლა, არამედ შესწავლა მისი ყოველგვარი შესაძლებლობისა, თუ ორგანიზმში ძყოფ ინფექციას რამდენად შეუძლია დროგამოშვებით ანთებითი კერები მოგვცეს ორგანიზმის სხვადასხვა ორგანოებში.

ანტროპომეტრიული გამოკვლევა: ჩვენი ბავშვების ანტროპომეტრიულ გამოკვლევამ ფრიად საინტერესო სურათი მოგვცა შედარებით იმ მასალასთან, რომელიც მიიღეს Модель-მა და Сидельников-მა მდინარე მოსკოვის იქით მდებარე ადგილების (Замоскворечье) ბავშვების გამოკვლევის დროს, აგრეთვე იმ მასალასთან, რომელიც მოყვანილი აქვთ მათ გერმანულ და ინგლისურ ბავშვთა შესახებ.



ჩვენ მიერ გამოკვლეულ მოწაფეების წონის შედარება იმ გერმანელ, მდინარე მოსკოვის იქით მდებარე ადგილების ბავშების (Замоскворецких) და საერთოდ რუსების ბავშების წონასთან, რომელიც მიიღეს თავიანთ გამოკვლევის დროს Модель-მა და Сидельникова, პროფ. Schleisinger'-მა და Штефко-მ.

წლოვანობა	გერმანელი მოწაფეები						მდინარე მოსკოვის იქით (Замоскворецкие) მდებარე ადგილის ბავშები გამოკვლეული Модель და Сидельნიკოვა მიერ	რუსის ბავშები გამოკვლეული პროფ. Штефко-ს და Островский-ს მიერ	საქართველოს ბავშები გამოკვლეული ჩვენ მიერ	ჩვენი ბავშები, შედარება გერმანელ ჯგუფებთან
	I	II	III	IV	V	VI				
6	22.9	18.5	17.1	18.9	18.2	15.5	18.3	19.5	21.0	I
7	23.9	20.1	18.3	22.4	18.9	—	19.8	21.9	23.0	I
8	26.3	21.5	19.8	24.1	20.4	18.5	21.2	23.6	25.0	I
9	29.6	24.0	21.6	26.5	22.6	19.2	23.6	25.8	27.0	I
10	30.9	26.0	22.6	29.1	24.1	20.1	26.4	27.8	30.0	I
11	33.8	26.4	23.7	30.3	25.8	22.4	28.6	30.5	32.0	I
12	37.5	29.7	25.7	35.5	29.1	25.4	31.1	32.9	36.0	I
13	42.8	33.1	29.4	39.2	31.9	29.7	34.0	35.9	40.0	I
14	47.0	36.0	30.3	45.0	36.5	31.6	36.0	40.2	44.0	IV
15	—	—	—	—	—	—	—	45.7	45.5	
16	—	—	—	—	—	—	—	51.0	52.0	
17	—	—	—	—	—	—	—	56.8	55.0	
18	—	—	—	—	—	—	—	57.7	56.5	

ამ ცხრილიდან ცხადია, რომ ჩვენი მოწაფეები უფრო მეტს იწონიან, ვიდრე მდინარე მოსკოვის ვალმა მდებარე ადგილების ბავშები და პროფ. Штефко-ს მიერ გამოკვლეული ბავშები, და რომ მათი წონა უახლოვდება გერმანელის პირველ ჯგუფის ბავშების წონას. 15 წლიდან 18 წლამდე ჩვენი მოწაფეების წონა თითქმის უთანაბრდება პროფ. Штефко-ს ბავშების წონას.

შედარება ტფილისის მოწაფეების ტანადობის მოსკოვის, რუსეთის და ინგლისის ბავშვების ტანადობასთან, რომელიც მიიღეს გამოკვლევისას *Модель-მა* და *Сидельникова*, პროფ. *Штефко-მ* და *Roberts-მა*.

წლოვანობა	მდინარე მოსკოვის გალმა მდებარე (Земоскворече) ადგილების ბავშვები— <i>Модель</i> და <i>Сидельников-ით</i>		ინგლისის ბავშვები <i>Roberts-ით</i>		რუსის ბავშვები <i>В. Штефко</i> და <i>А. Островский-ით</i>		ტფილისის სკოლების ბავშვები ჩვენი გამოკვლევით	
	ვაყები	ქალები	ვაყები	ქალები	ვაყები	ქალები	ვაყები	ქალები
6	104.6	106.0	111.7	108.8	111.6	111.2	113.0	112.0
7	110.9	110.2	116.8	113.8	118.1	118.3	113.0	115.0
8	114.9	114.8	119.3	118.3	122.3	121.6	119.0	120.0
9	119.4	120.6	126.1	123.6	126.6	124.9	129.0	124.0
10	126.0	124.7	131.5	129.5	130.5	129.9	135.0	133.0
11	129.9	130.3	135.8	134.8	134.7	135.1	135.0	135.0
12	134.4	134.2	139.7	141.4	138.9	140.4	139.0	139.0
13	139.8	140.5	144.5	147.0	143.9	146.7	145.0	146.0
14	143.2	143.0	150.5	151.8	149.9	150.9	152.0	153.0
15	—	—	—	—	156.3	154.3	153.0	153.0
16	—	—	—	—	161.8	155.3	158.0	154.0
17	—	—	—	—	166.5	156.6	160.0	155.0
18	—	—	—	—	167.3	157.7	161.0	155.0

ამ ცხრილიდან სჩანს, რომ ქ. ტფილისის ბავშვების სიმაღლე მდინარე მოსკოვის გალმა მდებარე (*Замоскворецких детей*) ადგილების ბავშვების სიმაღლისაგან ძლიერ განიზრჩევა, მაგრამ უახლოვდება ინგლისის და რუსეთის ბავშვების სიმაღლეს, გამოკვლეული პროფ. *А. Штефко-ს* და *Островский-ს* მიერ.



შედარება ტფილისის მოწაფეების გულმკერდის მოცულობის პროფ. А. Штефко და Островский-ის მიერ გაოკვეულ ბავშვების გულმკერდის მოცულობასთან.

წლოვანობა	ქ. ტფილისის მოწაფეები, გამოკვეული ჩვენ მიერ		რუსის ბავშვები, გამოკვეული პროფ. А. Штефко-ს და Островский-ს მიერ	
	ვაჟები	ქალები	ვაჟები	ქალები
7	58.2	55.0	59.1	57.9
8	59.0	55.5	61.4	59.6
9	61.5	62.0	63.2	61.0
10	62.0	62.5	64.8	63.3
11	65.0	65.0	66.3	65.3
12	71.0	68.5	68.1	68.1
13	72.8	72.0	70.2	71.7
14	73.0	73.0	72.8	74.5
15	78.5	76.5	75.8	77.6
16	80.0	78.0	79.1	79.0
17	80.5	78.5	83.3	80.4
18	80.5	78.5	83.7	81.7

ა ცხრილიდან ვხედავთ, რომ ქ. ტფილისის მოწაფეების გულმკერდის მოცულობა განსაკუთრებით 6—11 წლამდე უფრო ნაკლებია, ვიდრე რუსის ბავშვების; ჩვენები მალეები, მაგრამ ვიწრო გულმკერდისა არიან ე. ი. ასტენიკებია.

გადავიდეთ ეხლა ყოფა-ცხოვრების პირობებზე, რომელშიც უხდებოდა ბავშვებს ცხოვრების გატარება. ჩვენ უმთავრესად გვაინტერესებდა ბინის, კვების, ალკოჰოლის და სხვა საკითხები, ე. ი. ქალაქის ცხოვრების ის სპეციფიური პირობები, რომლებიც ტუბერკულოზის გავრცელების ზრდაზე დიდ გავლენას ახდენენ. ჩვენ არ შეუდგებით იმ ცნობილ ფაქტის მტკიცებას, რომ საბინაო ცუდ პირობებს აქვთ კავშირი ტუბერკულოზით დაავადების გავრცელებასთან. ციფრები, რომლებსაც ქვემოთ მოვიყვანთ, გვიჩვენებენ თუ ქ. ტფილისი რა დიდ საბინაო კრიზისს განიცდის. საჭირო საბინაო სივრცე ტფილისში ამ ჟამად 1.655 ათასს კვადრ. მეტრია, მაშინ, როდესაც ქალაქში 294.000 მცხოვრებია. აქედან საშუალო სივრცე ერთ სულზე—5,6 კვ. მეტრია, რაც სანიტარულ ნორმაზე 2,4 კვადრატული მეტრით ნაკლებია.

პ რ ო ფ . ი . ა ბ ა კ ე ლ ი ა

საბინაო სივრცე, რომელიც ბინებში ბავშებს უჭირავთ.

კვ. მეტ. 1—3	კვ. მეტ. 3—6	კვ. მეტ. 6—8	კვ. მეტ. 8—10	კვ. მეტ. 10—12	კვ. მეტ. 12—16	კვ. მეტ. 16—18	კვ. მეტ. 18—22	Σ ა ა
225 ბავშ. 10%	632 ბავშ. 28%	852 ბავშ. 38%	308 ბავშ. 14%	153 ბავშ. 7%	50 ბავშ. 2%	4 ბავშ. 0,4%	6 ბავშ. 0,6%	2230 ბავშ.

ბავშების დიდ უმრავლესობას, როგორც ეს ამ ცხრილიდან სჩანს—2007 ბავშს (90%) საბინაო სივრცე სანიტარულ ნორმის დაბლა უჭირავს, და მხოლოდ 213 ბავში (10%) დამაკმაყოფილებელ პირობებში ცხოვრობს.

ბავშების მიერ დაკავებულ ბინების გამოკვლევის დროს—ჩვენ შევეცადეთ აღვვინა ნესტიანი და მშრალი ოთახების რაოდენობა. ასეთი აღმოჩნდნენ: მშრალი 1602 ბინა და ნესტიანი 628, აქედან სინათლიანი, რომლებსაც აშუქებენ მზის სხივები—1553 და ბნელი 677.

საკიროა აღვნიშნოთ, რომ ნესტიან ბინას ამ შემთხვევაში ჩვენ ვსთვლით ისეთ ბინებს, სადაც კედლებიდან გაჰოდის წყალი, უმთავრესად სარდაფები და ნახევრად სარდაფიანი ბინები, მაგრამ თუ საერთოდ ეხლანდელ ბინების მდგომარეობას მხვედველობაში მივიღებთ, როდესაც ბინებს არ აქვთ სამზარეულო, სამრეცხაო და სხვა, მაშინ მშრალ ოთახებში მცხოვრები ბავშვებიც მშრალ ბინებში მცხოვრებლად არ შეიძლება ჩავთვალოთ, რადგანაც როგორც ეს ჩვენს მიერ იყო შემჩნეული, თითქმის ყველა ასეთ ბინებში კეთილდებოდა სადილი და შრებოდა თეთრეული; ეს ფაქტები კი, თავისთავად, ბინას ანესტიანებს. არც ერთ ბინას არ ქონდა ვენტილაცია და ოთახის განიავება—გაწმენდა ხდებოდა ფანჯრების და კარების გაღების საშუალებით, რაც ოთახის გაციებას იწვევს განსაკუთრებით ზამთარში. საზოგადოთ უნდა ვსთქვათ, რომ ჩვენს ძიერ გამოკვლევულ ბავშვების 90% არა დამაკმაყოფილებელ საბინაო პირობებში ცხოვრობს. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე საწოლს. არ უნდა დავივიწყოთ, რომ ადამიანი, ნორმალურ პირობებში, თავის სიცოცხლის ერთ მესამედს საწოლში ატარებს. ჩვენ მიერ გამოკვლევულ ბავშთა რიცხვიდან 235 ქონდა საერთო საწოლი და 1995-ს ცალკე საწოლი, 1825—ქონდა ცალკე საგები და 405-ს—საერთო.

ბავშების კვების შეფასება მოვახდინეთ არა იმის და მიხედვით, თუ მიღებულ საჭმლის რამდენ კალორიას იღებდნენ, რადგანაც ასეთ გამოკვლევის დროს მისი გამოანგარიშება ჩვენთვის იყო და არის შეუძლებელი. გამოანგარიშება იმისი, თუ ბავშმა საჭმლის რა რაოდენობა მიიღო, რის უშუალო დაკვირვება ჩვენ არ გვქონია—გფიქრობთ—შეუძლებელია და მიზანშეუწონელი. ამიტომ ჩვენ დავისახეთ მიზნათ გამოკვლევა იმისა, თუ ბავშვები საერთოდ როგორ საჭმელს იღებდნენ და რამდენჯერ, განსაკუთრებით ცხელ საჭმელს. ქვემო მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს თუ ბავშვები დღეში რამდენჯერ ღებულობდნენ საჭმელს:



საჭმელის მიღების რიცხვი დღეში.

ერთჯერ	ორჯერ	სამჯერ	ოთხჯერ	ხუთჯერ
23	356	1463	308	80
1,5%	15,5%	66,5%	13%	3,5%

ცხელი საჭმელის მიღების რიცხვი დღეში.

ერთჯერ	ორჯერ	სამჯერ	ოთხჯერ	ხუთჯერ
718	762	636	96	18

შეკითხვების დროს გამოიჩინა, რომ ძირითად კვების საგანს ბავშვების უმეტეს ნაწილისათვის არეული საჭმელი შეადგენს; უფრო მეტად—მცენარეულობა და რძის ნაწარმოები. ხორცი უფრო ნაკლებად იყო ხმარებაში. აქ გავლენა ქონდა იმ გარემოებას, თუ საქარველოს რომელი კუთხიდან იყვნენ ბავშვები. ასე, მაგალითად, დასავლეთ საქართველოს ბავშვები, სადაც რძის ნაწარმოები ნაკლებათ არის, მცენარეულობას ხმარობენ, რომელთა შორის პირველი ადგილი ლობიოს ეჭირა. აღმოსავლეთ საქართველოს და ქ. ტფილისის ბავშვები ხორცსა და რძის ნაწარმოებს უფრო მეტს ხმარობდნენ.

ალკოჰოლის ხმარებას ჩვენ არა ნაკლები ყურადღება მივაქციეთ, რადგანაც ადგილობრივი პირობები მოსახლეობის მიერ ალკოჰოლის დიდძალ ხმარებას ხელს უწყობენ, რაც აიხსნება მით, რომ საქართველოში არის მთელი რიგი რაიონებისა, სადაც მოსახლეობა უმთავრესად ვენახს ამუშავებს. ღვინო მათთვის ყოველდღიური მოთხოვნილებაა. სვამენ ყველანი, განურჩევლად ასაკისა და სქესისა, განსაკუთრებით უქმე დღეებში. ხანდახან სპირტის სასმელებს ხმარობენ როგორც სამკურნალო საშუალებას, მაგალითად კუჭ-ნაწლავის ავადმყოფობის დროს... მართლაც რომ დიდი და რთული საკითხია, როგორ ვინხნათ თავი და აგრეთვე სხვებიც ალკოჰოლისაგან და მისი გამხრწნელ შედეგებისაგან. პროფ. А. Форея-ი ამის შესახებ შემდეგს ამბობს: „მგონია, საკითხის გადაჭრა, თუ როგორ ავიცილოთ თავიდან ალკოჰოლის შედეგები, სულ უბრალოა: აღვკვეთოთ ალკოჰოლი და აღარ იქნება ალკოჰოლიზმი“. კარგია, თუ კაცმა შეიგნო ეს და იმდენი ნებისყოფა გამოიჩინა, რომ ალკოჰოლი თვით უარპყოს. საუბედუროდ, ცხოვრებაში კი სულ სხვას ვხედავთ; ცდუნება ისეთი რამაა, ხშირად ისიც არ იცი, ვის გამოუტყხალო ომი: ლოთობის ჩვეულებას თუ საზოგადოების უმრავლესობის შეხედულებას ალკოჰოლზე. ამ შემთხვევაში ჩვეულების ფსიქიურ გადადებას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ხშირია ისეთი მოვლენა, როდესაც რომელიმე მხარეში, სადაც ალკოჰოლის ხმარება სრულებით არ იცოდენ, დღეს იქ ძლიერად მოუქიდნია ფეხი. სჩანს ამ ხარეს სწვევია ალკოჰოლიკი და თავისი თვისება სხვებისათვის გადაუცია. მრავალია ასეთი პირი, რომელიც ორ-

პ რ ო ც . ი . ა ბ ა კ ე ლ ი ა

განიულად ვერ იტანს ღვინოს, მაგრამ გვერდი ვერ აუხვევია არსებულ ჩვეულებებისათვის და იძულებულია სვას სუფრაზე სხვებთან ერთად. ვიღებთ რა მხედველობაში ზემონათქვამს, ჩვენ, ვადგენდით რა ანკეტას ალკოჰოლიზმის შესახებ ბავშთა შორის, სხვა კითხვათა შორის შევიტანეთ ისეთი საკითხებიც, რომლებმაც საშუალება მოგვცეს ღვინის ან არაყის ხმარების მიზეზები აგვენიშნა. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი ბავშთა შორის ალკოჰოლის ხმარების სურათს ცხადად გვიჩვენებს:

ს ვ ა მ ე ნ ს პ ი რ ტ ი ს ს ა ს მ ე ლ ე ბ ს და რ ო გ ო რ ხ შ ი რ ა დ

სისტემატ. ყოველ დღე	კვირაში 2—3-ჯერ	კვირაში ერთხელ	თვეში 2—3-ჯერ	იშვითად	სულ სვამენ	არ სვამენ	ს უ ლ
215 9.5%	370 16.5%	404 13%	286 13%	204 9%	1479 67%	701 33%	2180

რომელ სასმელს უფრო სვამენ

ღვინოს	არაყს	ს უ ლ
935 63.5%	544 36.5%	1479

მ ს მ ე ლ თ ა შ ო რ ი ს რ ა მ დ ე ნ ი რ ა მ დ ე ნ ჯ ე რ და თ ვ რ ა

ერთჯერ	ორჯერ	4—5-ჯერ	5—6-ჯერ	უფრო მეტჯერ	ს უ ლ	არ დამთვრ.	ს უ ლ
232 16%	184 12.1%	156 10.5%	83 5.9%	27 1.5%	682 46%	794 54%	1479

ბ ა ვ შ თ ა შ ო რ ი ს ა ლ კ ო ჰ ო ლ ი ზ მ ი ს მი ხ ე ზ ი

მშობლებმა შეატყობეს	ამხანაგებმა შეატყობეს	ავადმყოფობა	საკუთარი სურვილი	ს უ ლ
560 38%	411 28,5	178 12,5%	300 21%	1479

ამრიგად ეს ცხრილები ცხადად გვიჩვენებენ, რომ ქ. ტფილისის მოწაფეების უმეტესი ნაწილი ხმარობს ალკოჰოლს. ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ბავშვთაგან 2180 მოწაფემ გვიპასუხა ჩვენს ანკეტაზე, რომლიდანაც სჩანს, რომ 1479 ბავში სვამს ძაგარ სასმელებს, ე. ი. 67 პროცენტი. მეტი მიღრეკილება აქვთ ღვინისადმი, ვიდრე არაყისადმი და სხვა სპირტის სასმელებისადმი.

დიდად საინტერესოა ალკოჰოლიზმის ძიებები ბავშთა შორის. როგორც ცხრილიდან სჩანს მშობლების და ამხანაგების მიერ წაქეზებას პირველი ადგილი უჭირავს. მხოლოდ 300-მა ბავშმა იგემოვნა ღვინო თავის სურვილით. აი აქ ისმის საკითხი—ვის გამოუცხადოთ ბრძოლა: ჩვეულებას თუ წაქეზებას? აქეზებდენ მშობლები, აქეზებდენ ამხანაგები ან კიდევ როდესაც ბავში ხდებოდა ავად კუჭ-ნაწლავის ტკივილებით—ძას პილპილით შეზავებულ არაყს ასმევდენ. საშინელებას წარმოადგენს არა მარტო ის, რომ ბავშვები ხმარობდენ ღვინოს და მერვე სისტემატიურად სვამდენ მას, ან კიდევ თვრებოდენ „დიდი უქმეების დროს“, არამედ ის, რომ შემდეგში ხშირი „სტუმრები“ ხდებოდენ ღუქნებისა და სამიკტიტონებისა, რითაც ზიანს აყენებდენ არა მარტო თავის ჯანმრთელობას, არამედ თავის ოჯახის ეკონომიურ მდგომარეობასაც. საჭიროა სანიტარულ-განმანათლებელი მუშაობა მარტო მოწაფეთა შორის კი არა, არამედ განსაკუთრებით მოზრდილ მოსახლეობის შორის, და რადგანაც ჩვენი ხვედრი, ადგილობრივი პირობების გამო, ისეთია, რომ ღვინის გავლენას ვერ გავექცევით, ისე, როგორც კაცობრიობა შეუძლებელია დაიცვათ ტუბერკულოზის ინფექციისაგან, ჩვენ უნდა შევეცადოთ, რომ მისი გავლენა ყოველ შემთხვევაში იყოს მიხიმალური. ეს კი შესაძლებელია სანიტარულ განმანათლებელ მუშაობის საშუალებით, რადგანაც იძულებითი საშუალებანი, როგორც ეს შიღებულთა ზოგიერთ სახელმწიფოებში, მიზანს ვერ აღწევენ

დასკვნა

1. 2696 მოწაფისაგან ტუბერკულოზის ჩხირით შეპყრობილი აღმოჩნდა 2193—81,3 პროც., როქელთა შორის ვაჟი იყო 1226, ქალი კი—967.
2. ამ რიცხვიდან status Allergicus—იყო 1797—66,6 პროც. II—225 (8 პროც.) და II 171 (6,8%).
3. 2696 მოწაფისაგან ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული აღმოჩნდა 2481—92 პროცენტი.
4. უმეტეს შემთხვევებში გადიდებული აღმოჩნდა კისრის ლიმფური ჯირკვლები, შემდეგ ბრონქური და სხვა.
5. ანტროპომეტრიული გამოკვლევით დროს ჩვენი მოწაფეები ასტენიკები აღმოჩნდნენ.
6. ჩვენ მიერ გამოკვლეულ მოწაფეების 90 პროც. ბინის სივრცე სანიტარულ ნორმაზე ნაკლები უჭირავს.
7. ყველა ბინებში აღმოჩნდა, რომ ოთახებს საქარულები სრულებით არ აქვთ.
8. კვება არაა დამაკმაყოფილებელი, განსაკუთრებით დასავლეთ საქართველოს ბავშებისა.

9. ალკოჰოლის გავლენა ბავშვებზე ძლიერია ადგილობრივ პირობების და ჩვეულებების გამო.

10. ზემოაღნიშნულის გამო—საჭიროა: სისტემატიურად შესწავლა საქართველოს ყველა მოწაფეებისა, საბინაო პირობების და კვების გაუმჯობესება, სისტემატიური ბრძოლა ალკოჰოლთან, განსაკუთრებით ჩვეულებებთან, ცდუნებასთან და ზნესთახ სანიტარულ განმახალლებელ განყოფილების საშუალებით.

დასასრულ დიდ მადლობას ვუცხადებ დისპანსერის თანამშრომლებს ექ. გ. მისტიაშვილს და ნ. ჯულაკიძეს იმ დახმარებისათვის, რომელიც მათ გასწიეს ამ შრომის დამუშავებისას, აგრეთვე ვუძღვი მადლობას ქალ. პირველ კლინიკურ ინსტიტუტის რენდგენოლოგს ექ. მიხ. ტყემალაძეს ჩემს შიერ გამოკვლეულ ბავშვების რენდგენში გატარებისათვის.

Проф. И. АБАКЕЛИА

Туберкулез среди школьников г. Тиф- лиса

1. Из числа 2696 школьников, инфицированными туберкулезной палочкой оказались 2193 (81,3%—полож. реакции Pirquets), среди них мальчиков было 1226, а девочек 967.

2. Из этого числа status Allergicus было 1797, I'—225 и I''—171.

3. Лимфатические железы были увеличены у 2481 школьника.

4. В преобладающем большинстве случаев поражены шейные железы, затем бронхиальные и др.

5. При антропометрическом исследовании школьники Грузии в большинстве оказались астеники.

6. 90% обследованных нами школьников занимают жилую площадь ниже санитарной нормы.

7. Во всех квартирах установлено отсутствие форточек и вентиляции.

8. Питание не удовлетворительное, в особенности у детей Западной Грузии.

9. Влияние алкоголя велико вследствие местных условий и обычаев.

10. В виду всего изложенного необходимо: систематическое изучение со-

I. ABAKELIA.

Tuberculose parmi les étudiants de Tiflis.

1. De 2696 étudiants examinés l'infection spécifique fut décelée chez 2193 étudiants (la réaction de V. Pirquet positive chez 81,3 p. 100), dont 1226 garçons et 967 fillettes.

2. De ce nombre 1797 étudiants avaient status allergique, I'—225 et I''—171.

3. chez 2481 étudiants on a trouvé l'augmentation des glandes lymphatiques.

4. Dans la grande majorité des cas le processus interessait les glandes cervicales et en second lieu les glandes bronchiques et d'autres.

5. L'anthropométrie a monté, que la grande majorité des étudiants de géorgie sont des asthéniques.

6. 90 p. 100 d'étudiants occupent un logement avec une surface, qui est inférieure à la normale.

7. Dans tous les logements les guichets et la ventilation faisaient défaut.

8. On a noté une nutrition déféctueuse, en particulier chez les étudiants de géorgie Occidentale.

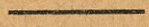
9. L'alcool a une grande influence à cause der conditions locales et coutumes.

10. Il est nécessaire une étude systématique les étudiants de géorgie, amélioration des conditions du domicile et de la nutri-



стояния всех школьников Грузии, улучшение жилищных условий и питания; повести систематическую борьбу против алкоголя, в особенности, обычая, соблазна и привычек, усилив в этом направлении сан-просветительную работу отделов здравоохранения.

tion, lutte systématique contre l' alcool, en particulier contre le coutume, l' habitude et la séduction en ranfoncant l' action sanitaire instructive des sections de la Comissariat de la santé publique.



რეზერატები

ჰენერიული სნეულეზანი.

Fournier, სიფილისის პროფილაქტიკა (Paris Medical № 2, 1930 წ.) ავტორს ჩამოთვლილი აქვს სიფილისის საწინააღმდეგო სოციალური, ქიმიური და ინდივიდუალური დაცვის წესები და განსაკუთრებული ყურადღებით იგი არკვევს ძკურნალობის ამორტიულ მეთოდს, როდლებიც საუკეთესო შედეგებს იძლევა მისი აზირით.

შემჩნეულია, რომ სიფილისი ვადამდები თავის პირველ პერიოდში, 3—4 წლის განმავლობაში, შემდეგ იგი ვადამდების ხიფათს აღარ წარმოადგენს. აი სწორედ, თუ აქ დროის განმავლობაში რამენაირად ჩვენ ავიცდნით ვადამდებს, მაშინ სიფილისი დაძლეული იქნება. შემჩნეულია აგრეთვე, რომ უკანასკნელი ომის შემდეგ ეს სნეულეზა ძლიერ ვავრცელდა და თითველ ქვეყანას იგი ყოველწლიურად რამოდენიმე ათიათას ბავშვის სიცოცხლელ უჯდება. სწორედ ამიტომ სიფილისის საწინააღმდეგოდ ყოველგვარი ზომები იყო ნახმარი: თათბირები, ბროშურები, კინემატოგრაფიული სურათები, აკრძალული იყო მალული პროსტიტუცია და სენის ვავრცელებისათვის სასტიკი სასჯელი და ციხე იყო ვადამდები, ნაცადი იყო ყველაფერი, რომ ახალგაზრდობაში ანტივენერიული მიმართულება შეექმნათ. დაარსდა მრავალი დისპანსერები და საღამოს კონსულტაციები, სადაც ვადამდებები დახმარებას იღებდენ. ამ სოციალურ პროფილაქტიკას ინდივიდუალური პროფილაქტიკა ამოუდგა გვერდში. ამ მიზნით მოწოდებული იყო კალომელის მალანი და საპნისა და სასქესო ორგანოების Hg. oxycyanatum-ის. ხსნარით ვამორეცხვა მაგრამ ამ ნივთიერების ხმარება დედაკაცებში მოუხერხებელი და სახიფათო აღმოჩნდა მათი სასქესო ორგანოების ლორწოვანი გარსის სიფართის და შხამის შეწოვის შესაძლებლობის გამო. ამიტომ Queytrat ამ უკანასკნელ დროს გვირჩევს საპნით დაბანას და HgCN-ის 1:1000 ხსნარით ვამორეცხვას, რომელიც ორივე სქესს შორის ერთნაირად ადვილად იხმარება და არავითარი ტოქსიური მოვლენები არ მოსდევს.

ქიმიური პროფილაქტიკის მიზანია ადამიანს დროებით მიანიჭოს სპიროხეტებისადმი ვამძლეობა. ამ მიზნით ცდილობდენ ვამოყენებიათ აცრა ამ სნეულეების წინააღმდეგ, მაგრამ ეს აზრი ჯერჯერობით არ ვამართლდა. სამავიეროდ ბისმუტის მარილებით ცდებმა დაამტკიცა, რომ მას აქვს რალაც ვანსაკუთრებული მოქმედება სპიროხეტულ დაავადებაზე და ამიტომ ფიქრობდენ მისი წინასწარ თერაპიის მიზნით ვამოყენებას (Sazerac-ი და Levaditi Koleh).

ავტორი Schwartz-თან ერთად აწარმოებდა ცდებს ბაკიებზე. ისინი უმხაბუნებდენ ბისმუტს საკმარის რაოდენობით და შემდეგ თანდათანობით შეკყავდათ სპიროხეტები და ხედავდენ, რომ 6 თვემდე სპიროხეტების მოქმედება

უარყოფითი რჩებოდა, ამ დროიდან კი, რადგან ბისმუტი უკვე საკმაოდ იყო გამოდევნილი ორგანიზმიდან, იღებდნენ tréponeme-ებით მდიდარ შანკრებს.

შეყვანილი ბისმუტის მარილები ნაკლებადაა ორგანოებში და იძლევა ამ-რივად „ქსოვილების ლითონურ პოტენციალს“, რომლის სიდიდე ორგანოების ანალიზით ირკვევა. Levaditi-ს აზრით, განსაკუთრებული ღირებულება აქვს თირკმელის ანალიზს. თუ გამშრალ თირკმელის ერთ გრამში იმყოფება 30 მიკროგრამი მეტალისა, მაშინ ეს „პოტენცილი“ საკმარის სამკურნალო მოქმედებით იქნება აღჭურვილი, თუ კი იგი 30 მიკროგრამზე ნაკლებია, იგი საკმარისი არ არის და რამოდენიმე ხანში ჩვენ ამისთანა ცხოველებში ვხედავთ ან შანკრის გაჩენას ან და ინფექციის უჩინრად ვალვიძებას. გარდა ამისა, მიღებულ წამლის სახესაც აქვს მნიშვნელობა: ადვილად გამოსაყოფი ხსნარები და ძლიერ მაგარი ნივთიერებანიც უვარგისი არიან წამლობისათვის, რადგან პირველი სწრაფად გამოიყოფა და მეორე კი ნელა ისრუტება. Levaditi-ს აზრით „ამ პროტომეტალიურ კომპლექსების მთელი სპიროხეტოლიტური მოქმედება დამოკიდებულია მისი შეწოვის ხანგრძლივობაზე“.

ექ. Sonnenberg-მა 2 წლის განმავლობაში 60 არასიფილისიან მეძავე ქალზე სცადა ბისმუტის ყოველკვირეული შეშხაპუნება და ნახა, რომ მათში მხოლოდ ხუთს დაემატა სიფილისი: ერთს - მესაძე შეშხაპუნების შემდეგ, რადგან ლითონი ჯერ არ იყო საკმარისად დაგროვილი, ოთხმა დანარჩენებმა კი თავის-ნებით აღრევე შესწყვიტა მკურნალობა; 5 ქალი კი კლინიკურად და სეროლოგიურად საღი დარჩა. ამავე ხნის განმავლობაში 50 ქალიდან, რომელთაც არ მკურნალობდნენ, 20-ს დაემატა ავადმყოფობა.

მაგრა ყველა ამ მეთოდებს შორის უფრო საუკუნისნმო აბორტიული მეთოდი სიფილისის მკურნალობისა იგა ემყარება ექ. Magian-ის და Levaditi-ს ძლიერ საინტერ სო ცდ ბს არსენობენზოლით და სტოვარსოლით.

Magian-ი თვით იკეთებდა სიფილიტიურ შანკრის ექსუდატს და იმავე საათში იშხაპუნებდა ინტრავენოზურად 0,60 გრ. არსენობენზოლს. ინფექცია არ ხდებოდა.

ავტორი ამ წამალს უშხაპუნებდა ინტრავენოზურად 40 სიფილისით დაავადებულ ქალს, რომელნიც ინკუბაციურ პერიოდში იმყოფებოდნენ. ხუთმა სხვა ქალმა უარი განაცხადა წამლობაზე და ხუთივეს გამოაჩნდა სიფილიტიური შანკრი და რაზეოლები, მაშინ, როცა პირველ 40 ქალში არც ერთს არ გამოაჩნია სიფილისი და Wassermann-ის რეაქციაც სამი წლის განმავლობაში მუდამ უარყოფითი იყო. ერთი მათგანი 3 თვის ორსული იყო წამლობის დაწყებისას, მან კარვად ჩაატარა ორსულობა და დროზე მოიშობიარა სრულიად საღი ნაყოფით.

Laurent-მა არსენობენზოლის 5 შეშხაპუნებით სიფილისის ნიშნები მოუსპო ძუძუმწოვარა ბავშვს, რომელიც 11 დღის განმავლობაში იკვებებოდა შანკრიანი ძუძუთი.

მაგრამ არსენობენზოლის ინტრავენოზურად შემხაპუნება არც ისე მოსახერხებელია, რომ იგი საყოველთაო სახმარ საშუალებად გადაიქცეს. მას დიდი მოხვედრა არა აქვს, იმიტომ რომ სახმარებლად სახიფათოა და დიდ დროს მოითხოვს. ამ მხრით სრულიად ადვილ, ყველასათვის ხელმისაწვდენ და მისაღებ საშუალებად უნდა ჩაითვალოს სტოვარსოლი, რომლის ანტიისფილიტიური მოქმედება შესწავლილია მრავალი ავტორის მიერ. სტოვარსოლის მნიშვნელობას ის უფრო აძლიერებს, რომ მიღებული per os, იგი სრულიად არ ჰკარგავს თავის ანტიისფილიტიურ მოქმედებას.

Levaditi სტოვარსოლს ჯერ ბაჭიებზე სინჯავდა; იგი მათ აავადებდა სხვადასხვა სახის ტრეპონემებით, შემდეგ აძლევდა სტოვარსოლს და მხოლოდ ზოგ მათგანს სტოვებდა საკონტროლოდ უწამლოდ. მეორე მხრით, დაავადებულ ბაჭიებს იგი აერთებდა საღ დედალ ბაჭიებთან და ამ უკანასკნელებს მეორე დღესვე აძლევდა სტოვარსოლს. შედეგად ძიილო ყველა საკონტროლო ცხოველების დაავადება, მაშინ როცა ყველა ნამკურნალევი ცხოველები საღი დარჩა.

ორ ახალგაზრდა კაცს და ორ მაიმუნს ერთდროულად აუტრეს სიფილისი. იმავე დღეს ორივე კაცმა მიიღო სტოვარსოლი, ერთმა—2 გრამი და მეორემ—4 გრამი. ადამიანები სრულიად საღი დარჩნენ და ორივე მაიმუნი დაავადდა. ავტორს ადამიანებზე ბევრჯერ უცდია ეს საშუალება, როცა უდავო იყო სიფილისის გადადება და ყოველთვის საუკეთესო შედეგები მიიღო.

ავტორის რჩევით სტოვარსოლის ხმარების წესი შემდეგია: აძლევენ სტოვარსოლს per os დღეში 0,75—1,0 გრამს ხუთი დღის განმავლობაში, 3—4 დღის ინტერვალის შემდეგ ხელახლად იმეორებენ სტოვარსოლის მიღებას, ასე იქცევიან ორ-სამჯერ. რომ სტოვარსოლის მოქმედება უფრო გაძლიერდეს, მასთან უშუალოდვე უნიშნავენ ბისმუტის ზეთის ხსნარის (Bivatol-ის Biazan-ს, campho-carbonat-ს) 10—12 ინტრამუსკულარულ შემხაპუნებას (ერთ შემხაპუნებაზე მოდის ბისმუტის 8 სანტიგრამი). პირველ კვირას უნიშნავენ 3 ასეთ შემხაპუნებას და მერე ყოველკვირეულად 2 შემხაპუნებას. ხანდახან სტოვარსოლი იძლევა კუჭნაწლავის აშლილობას, ცხელებას, კანზე გამონაყარს, მაშინ ან უნდა შევამციროთ დოზა, ან და შევწყვიტოთ დროებით მისი ხმარება. თუ ავადმყოფს სტომატიტის ნიშნები გამოაჩნდა, მაშინ უნდა ბისმუტის ინექციები გავიშვიათოთ.

სტოვარსოლი ნაჩვენებია სიფილისის ინკუბაციურ პერიოდში, თუ ავადმყოფობა მიღებულია ერთი კვირის განმავლობაში. უფრო მეტი მოქმედების მიზნით ხანდახან საჭიროა წამლობის გამეორება, აგრეთვე მისაღებია ეს საშუალება პროფესიონალურ სიფილისის ანდა შემთხვევითი სიფილისის წამლობაში.

უნდა აღინიშნოს, რომ ხანდახან, ძლიერ იშვიათად აბორტიული მკურნალობა უშედეგო რჩება. მაგრამ ეს გარემოება სრულიადაც არ უარყოფს ამ მეთოდის განსაკუთრებულ პროფილაქტიკურ მნიშვნელობას, რომელიც ცდილობს რომ სოციალური სენი ჩაჰკლას სათავეშივე, რითაც ხელს უწყობს საზოგადოების გაჯანსაღებას.



ბავშთა სწეულებანი

J. Cathala et Vermorel. Le probleme de l' alimentation sans lait dans la première enfance (La Presse Médicale. 15. XII—1928 № 10).

ქორფა ბავშვების ურძეო კვების პრობლემა

არის შემთხვევები, როდესაც ქორფა ბავშვი ნორმალურად არ ვითარდება ჩვეულებრივი რძით კვების დროს, მ-უხედავად იმისა, რომ დაცულია ხოლმე ყველა ჰიგიენური პირობები: მაგ. როდესაც ბავშვი შეპყრობილია რახიტით, სისხლნაკლებობით, ტეტანიით, ეგზემით,— მას სჭირდება ჩვეულებრივი კვების საფუძვლიანი შეცვლა; ზოგი კი ვერ იტანს რძეს, რაც აიხსნება რძით გამოწვეული ანაფილაქსიით. ამგვარ შემთხვევებში ბავშს უნდა დაენიშნოს ურძეო დიეტა. პირველი შრომები ამ საკითხის შესწავლის შესახებ გერმანელებს (Czerny, Moll, Stransky, Hamburger, Epstein) ეკუთვნით. ურძეო ულუფა უნდა აკმაყოფილებდეს ბავშვს ყოველ მხრივ, ე. ი. უნდა შეიცავდეს ყველა იმ ელემენტებს, რომლებიც არის რძეში—ცილას, ცხიმს, ნახშირწყლებს, მარილებს, ექსტრაქულ ნივთიერებებს, უთუოდ უნდა შეიცავდეს ტრიფტოფანს და ლიზინს (ზრდა), ვიტამინებს; მათ შორის უნდა დაცული იყოს ერთგვარი კორელაცია და აკმაყოფილებდეს კალორიულ მოთხოვნილებას. შემდეგ ბავშს შეუძლიან მიიღოს მარტო თხელი საქმელი. ყველა ამ პირობების შესრულება ძნელია. რძის გარდა ხმარობენ სხვადასხვა ფეკილებს ფაფების სახით, მაგრამ მარტო ამგვარი ფაფებით კვება იწვევს ფეკილოვან დისტროფიას, ამიტომ უმატებენ ხილის და ბოსტნეულობის წვენს. Rohmer ხმარობს ბოსტნეულობის შეჭამადებს; (მცენარეების ალბუმოზები, მარიოები, ექსტრაქტიული ნივთიერებანი) სტაფილო, ისპანახი, სალათი. იხარშება მარილიან წყალში, ისრისება საცერში, შემდეგ ემატება თავისივე ნახარში წყალი რომ ჰქონდეს პიურეს კონსისტენცია. ამგვარი დიეტა ღარიბია ცხიმებით, ამიტომ მათ უმატებთ თევზის ქონს, რომელსაც ქორფა ბავშვები კარგად იტანენ. Czerny Kleinschmidt-ის ფაფა გვაძლევს საშუალებას ფეკილოვან რეჟიმის დროს შევიყვანოთ ცხიმები)

წყალი 100

ფქილი	}	5—7,0
ცხიმი		
შაქარი		

პირველი ორი-სამი თვის განმავლობაში ეს ფაფა მიეცემა ამნაირად: 1/3 რძე, 2/3 ცხიმ-ფეკილოვანი ნარევი Czerny-სა. მაგრამ ამგვარი დიეტა მდიდარია ცხიმით, ღარიბია ცილით. Czerny-მ, Hamburger-მა გვიჩვენეს ღვიძლის მნიშვნელობა ქორფა ბავშვის დიეტაში.

Ribadeau—Dumas-ს Mathien ს, და Max Levy-ს ერთად მოუჩვენებინათ ეგზემით და შემუშებთ დაავადებული ბავშვი შემდეგი რეჟიმით: ღვიძლი 50,0; ყველი 50,0; მაწონი 400,0. პიურე ბოსტნეულობისა: სატაცური, არტიშოკი და სხვა...

Hamburger-მა გამოიბუშავა შემდეგი რეჟიმი: 800,0 ბრინჯის სქელი წვენი (6-8%) 10-30,0 შაქარი, ამგვარ ფაფაში შერეულია საქონლის ღვიძლი (მოხარშული, დაკებილი და საცერში გატარებული), ამავე Hamburger-ი ხმარობს 100,0—3,0,0 Czerny-Kleinsch. ნარევეს, 10-30,0 ხილის ან ბოსტნეულობის წვენს ან 5-10,0 თევზის ქონს, ამგვარი რეჟიმით Hamburger-ს უსაზ-

- რდობია 12 ბავშვი: 2—3 თვეზე ნაკლები
 4—6 " " "
 3—9 " " "
 4—1 წლისა.

რ ე ფ ე რ ა ტ ე ბ ი

ბავშვები მიმე მდგომარეობაში ყოფილან. რეჟიმის ხანგრძლიობა უდრიდა

- 4 'შემთხვევაში 30—40 დრ.
- 3 „ „ 40—50 „

სხვა შემთხვევებში 103, 130, 140, 170 და 333 დღეს.

Epstein-მა (პრაგა) 1927 წ. გამოაქვეყნა თავისი ურძეო დიეტა, რომელიც შესდგება ფქვილოვან ფაფებისაგან, შერეული ღვიძლით და ტვინით, ვინაიდან აგმვარი დიეტის „კალორიული ღირსება დაბალია მან ისარგებლა Moll-ის და Stransky-ს პუდინგებით (Pudding diät). პუდინგი მზადდება შემდეგნაირად; 8 ' ფქვილი და 1,0 მარილი ითქვიფება 2 0,0 წყალში; შიგ ემატება ერთი კვერცხის გული 40,0 შაქარი და გათქვეფილი ცილა; ამგვარად შეკეთებული მასსა ჩაიდება კვებში (რომელსაც წამული აქვს კარაქი და მოყრილი სუნარი) და იხარშება წყლის აბანოში ნახევარი საათის განმავლობაში. როდესაც პუდინგი მოიხარშება უნდა გაისრისოს საცერში და მიეცეს ბავშს განზავებული ან მაწონში ან ჩაიში 1 : 1; 1' 00,0=760 კალ. Epstein-ი კი პუდინგს უმატებს ღვიძლს, ტვინს, თირკმლებს წმინდათ დაკვიპოს.

- 100,0 პუდინგი ღვიძლით=160—170 კალ.
- 100,0 „ ტვინით=175 „
- 100,0 „ თირკმლებით=150 კალ.

აი როგორ ჰკვებავს ის ბავშვებს: 3 ჯერ დღეში აძლევს პუდინგს, ან ღვიძლით, ან ტვინით, ან თირკმლით, ერთხელ ბოსტნეულობის წვეს და ერთხელ რძეს. მას გამოუსაზრდოება 35 ბავშვი 4 თვიდან 12 თვემდე.

ურძეო დიეტის შემოღების პიონერად ითვლება ექ. გინდესი (ბაქო).

ნივთიერებათ გაცვლა-გამოცვლა ურძეო დიეტის დროს შესწავლილი არის Lukaes, Klinke's, Jundell-ის მერ. აზოტის და მარილების ბილანი დადებითია დაასკენიან ავტორები, ცხიმის შეწოვება თითქმის სრულიად 94% (ძუძუმწოვარი 96%).

როდის უნდა ვინმართ ეს დიეტა?

1. ექსუდატიური დიატეზის და ეგზემის დროს (Hamburger, Epstein, Popowa, Radel).
2. Tetania (Hamburger, Epstein, Klinke, Stolte).
3. რძით გამოწვეული ანაფილაქსიის და იდიოსინკრაზის დროს.
4. კუჭ-ნაწლავის და კვების აშლის დროს (Gastro-nevrosis emetisante et dyspepsia gravis avec etat toxique (Moll).
5. ძუძუმწოვრის (Epstein) იდიოპათიური ანორექსია.
6. რახიტი-მეტეორიზმი (Epstein).
7. ალიმენტარული ანემია (Hamburger - Epstein).

გერმანელი ავტორები კმაყოფილნი არიან ამგვარი რეჟით. ვინაიდან ბავშვები, რომელნიც აღზრდილნი ყოფილან ამ რეჟიმით კარგათ განვითარებულან. Cathala და Vermorel აკეთებენ მიმოხილვას და დაასკენიან, რომ საფრანგეთში არა აქვთ დიდი გამოცდილება ამ დიეტის ხმარებაში და ამიტომ ვერ გამოსთქვამენ საბოლოო მსჯელობას ამ საგნის შესახებ.

მ. უ გ რ ე ლ ი ძ ე.

Alöis Graham-The action of quinine dihydrochloride on the intestin ქინაქინის (chin bimr). მოქმედება ნაწლავებზედ. (The Journ of the Amer Med. Assoc. Vol 93, № 16).

გამოკვლევები ქინაქინის და მისი მარილების მოქმედების შესახებ ნაწლავებზედ დიდი ხანია ნაწარმოებია (Hugo Schultz) 1897 წ. Ladisch, Chiou 1914 წ.) Gustav Singer-ი 1927 წ. აკეთებს მოხსენებას chin bimur. გაკლენის შესახებ ყაბზობაზე და დაასკენის „გამოკვლევები ქინაქინის და უფრო მისი ორმაგი მარილების გვიჩვენებენ, რომ მათ აქვთ პირდაპირი მოქმედება ნაწლავის კუნთებზე ისეთივე მოქმედება, როგორც საშარდო ბუშტზედ და საშვილოსნოზედ“.

1928 წლის განმავლობაში ავტორს შეუსწავლია ინდიანის უნივერსიტეტის კლინიკაში ქინაქინის მოქმედება ყაბზობაზედ იმ დრო აღნიშვნით, რომელიც სჭირდებათ მსხვილ ნაწლავებს თავისი შიგთავსის განთავისუფლებისათვის. ქინაქინას ხმარობენ სანთლების სახით (Chin bimur. 0,3; Ol. theobrom. q. s.).

ნაწარმოებია რენტგენიზაცია და ფლუოროსკოპია სანთლების ხმარების წინ და შემდეგ მთელი საათის განმავლობაში.

პაციენტების უმრავლესობას ჰქონდათ ქრონიკული ყაბზობა (მათში ბევრი იყვნენ ნერვიული ავადმყოფები. სიდამბლე და სხვ.) სულ შესწავლილი იყო 185 ავადმყოფი, მათში მოზრდილი 133 და 52 ბავშვი; 70 ვაჟი დი 115 ქალი. წლოვანობა ირყეოდა 4-80.

დადებითი შედეგი მიღებული 76,2%; მათში 82,8% ეკუთვნოდა ვაჟს და 71,1% ქალს. 80% განავალის გამოყოფა ხდებოდა ერთი საათის შემდეგ, უგვიანესაღ კი 10 საათის შემდეგ. განავალი გამოიყოფა ზოლმე ბლომად და არა წყლიანი. 25% აღნიშნულია გაღიზიანება (ტენეზმები და წვა); უმნიშვნელო სისხლის დენა იყო შემჩნეული 2%.

მ. უ გ რ ე ლ ი ძ ე.



კო რ ე ს კ ო ნ დ ე ნ ც ი ა



ოზურგეთის მაზრაში მომუშავე ექიმთა კონფერენცია. 6 იანვარს. 1930 წ. ქალაქ ოზურგეთში გაიხსნა მაზრაში მომუშავე ექიმთა კონფერენცია, რომელსაც დაესწრო თითქმის ყველა თემებში მომუშავე ექიმები. პრეზიდიუმში არჩეული იქნა შემდეგი ექიმები: კ. ასათიანი, ლ. თოხაძე, გ. კუნჭულია და გოცაძე.

დღის წესრიგის დამტკიცების შემდეგ კრებამ მოისმინა მ. ქავთარაძის ანგარიში ექიმთა სექციის ბიუროს მუშაობის შესახებ, შემდეგ კი მისივე მოხსენება „გურიაში პელაგრის ეპიდემიის შესახებ“, ავადმყოფის დემონსტრაციით. მოხსენებელს, ოზურგეთის ტროპიკულ სადგურში აღრიცხული ყოლია ხუთასზე მეტი პელაგრით შეპყრობილი ავადმყოფი; ბევრ იმათგანს მძიმე ფორმებში აქვს გამოხატული დაავადება. ამათ შორის დედაკაცები გაცილებით სჭარბობენ მამაკაცებს. ფსიქიურ მოშლილობას შემთხვევამიც ყოფილა, მხოლოდ იმდენი არა, რამდენიც შეხვედრია მოხსენებელს ანკილოსტომიაზით დაავადების დროს.

ტ. ლლონი ამბობს, რომ ის ნაკლებად შეხვედრია ფსიქიურ მოშლილობას პელაგრიანებს შორის; პირქით, ანკილოსტომიაზით შეპყრობილთა შორის ფსიქიური მოშლილობანი უფრო ხშირად არის.

შემდეგ მ. ქავთარაძე ადგენს შემდეგ თეზისებს 1. გურიაში დაახლოებით 10% მოსახლეობისა არის დაავადებული ამ სენით. 2. მიხეზი პელაგრის გავრცელებისა არის საერთოდ კვების დაქვეითება, კერძოდ დაბალი ღირსების სიმინდით კვება. 3. ხელისშემწყობ პირობები კი მაღალია და ჰელმინტოზები, განსაკუთრებით ანკილოსტომიაზი. 4. პელაგრა უმთავრესად გავრცელებული არის ღარიბ მოსახლეობაში. 5. დიდი უმრავლესობა ავადმყოფებისა დედრობითი სქესს ეკუთვნის. 6. საჭიროა აკრძალული იქნას ბაზარზე დაბალი ღირსების სიმინდის გამოტანა და მისი საკვებათ ხმარება. 7. საჭიროა მედ.-მუშაკებსა აქტიური მონაწილეობა მიიღონ გაზაფხულის თესვის კომპანიაში, რათა ის დროულად ჩატარდეს, რომ სიმინდმა მოასწროს დამწიფება. 8. საჭიროა პელაგრიანთათვის საჩქაროდ სტაციონარის მოწყობა საკვები პუნქტების გახსნით და აფთიაქებში საჭირო მედიკამენტების მომარაგება. 9. საჭიროა ენერგიულ ზომების მიღება მალარიის და ჰელმინტოზების წინააღმდეგ; განსაკუთრებით ანკილოსტომიაზის, რა მიზნისათვის საჭიროა სასლვარ-გარეთიდან შემოტანილი იქნას ოთხქლოროვანი ნახშირბადი და ხეობოლიდის ზეთი. 10. საჭიროა საჩქაროდ მოწვეული იქნას მედპერსონალი პელაგრასთან საბრძოლველად, რომელშიც უნდა აღრიცხავენ პელაგრიკებს. 11. საჭიროა გურიაში გაზაფხულზე იმუშაოს სამეცნიერო ექსპედიციამ პელაგრის შესასწავლად, რისთვისაც ეთხოვო ჯანსაჯომს ჩვენში გამოგზავნოს ასეთი ექსპედიცია.

ამ საკითხის შესახებ მეტათ შინაარსიან თანამოხსენებას აკეთებს ივ. გიგინეიშვილი რომელსაც მოყავს ლიტერატურიდან მრავალი საინტერესო ცნობა პელაგრიის ეტიოლოგიის შესახებ და აგრეთვე ზოგიერთი საკუთარი დაკვირვებანიც.

შემდეგ მოსმენილი იქნა კლ. ასათიანის მოხსენება „გურიაში ანკილოსტომიაზის გავრცელების და მალარიის ბრძოლის შესახებ“. მოხსენებელს მოყავს მრავალი საინტერესო ცნობა, როგორც ლიტერატურიდან, აგრეთვე საკუთარი დაკვირვებიდან; მოხსენებელს საჭიროდ მიაჩნია ეხლავე იქნას მიღებული გადამტრელი ზომები ამ სენის წინააღმდეგ, რადგან მისით მოსახლეობის დიდი ნაწილი არის დაავადებული.

ამის შემდეგ მოსმენილი იქნა ივ. უჯმაჯურიძის „ანგარიში ოზურგეთის საავადმყოფოს მუშაობის შესახებ“, უკანასკნელად კი მოხსენებები ადგილებიდან.

თავჯდომარე აცნობს კრებას, რომ მოსული არის მომზრთვა საქართველოს ექიმთა საზოგადოების პრეზიდენისგან, თბურგეთში აღნიშნულ საზოგადოების ფილიალური განყოფილების დაარსების შესახებ.

კრება დიდი სიხარულით შეხვდა ამ განცხადებას და გადაწყდა დაარსებული იქნას ფილიალური განყოფილება, რომლის წევრად უნდა გახდეს მარაში მომუშავე ყველა ექიმი. და ბოლოს მოხდა ექიმთა სექციის ბიუროს არჩევნები; ბიუროში არჩეული იქნენ შემდეგი ექიმები: ივ. უჯმაჯურიძე, მ. ქავთარაძე, კ. ტარიელაშვილი, ლ. თოხაძე და გოცაძე.

სარევიზიო კომისიაში არჩეულ იქმნენ ექიმები: მ. მენაღარიშვილი, თ. სიხარულიძე და ივ. ჩიგოგიძე.

სექციის ბიუროს თავჯდომარედ არჩეულ იქნა მიხეილ ქავთარაძე, მდივნად ლეონიდე თოხაძე.

გ.რ. კუნჭულაძე.

ქ რ ო ნ ი კ ა

სამურნალო ფაკულტეტმა უკანასკნელი 2 თვის განმავლობაში ორი თავისი წევრი და-
კარგა. მართში გარდაიცვალა პრივ.-დოცენტი ვლ. ცეცხლაძე, ტფილისის უნივერსიტე-
ტის ჰოსპიტალური თერაპიული კლინიკის გამგე და ჯან. სახ. კომ. ტროპიკული ინსტიტუტის
დირექტორი. „თანამედროვე მედიცინის“ ამ ნომერს რედაქცია უძღვნის პრი.-დოც. ვლ. ცეც-
ხლაძის ხსოვნას. შემდეგი (5—6) ნომერი მიძღვნილი იქნება პრ. ს. ვირსალაძისადმი.

იელისში პარიზში შესდგება პირველი საერთაშორისო მოფარობიოლოგიური კონგრესი
რომელსაც დაესწრება საქართველოს წარმომადგენელი პროფ. გ. ელიავა, ჯან. სახ. კომის ბაქ-
ტერიოლოგიური ინსტიტუტის დირექტორი

ჯან. სახ. კომ. ტროპიკული ინსტიტუტის დირექტორად გარდაცვალებულ პროფ. სპ.
ვირსალაძის ნაცვლად დაინიშნა ექ. ს. კანდელაკი.

გამოვიდა ქართულად ორი წიგნი:

1. ს. კანდელაკი. პელაგრა. მასალები პელაგრის შესასწავლად საქართველოში. წი-
გნი შეიცავს 93 გვერდს 34 სურათით ტექსტში და ღირს 2 მან

2. პროფ. შ. მიქელაძე. საკმლის მომწელებელი ორგანოების სწეულებანი, ტ. I.
საყლაპავისა და კუჭის სწეულებანი, სახელმძღვანელო სტუდენტთა და ექიმთათვის. წიგნი შეი-
ცავს 170 გვერდს 36 სურათით ტექსტში, გამოცემულია ტფილისის უნივერსიტეტის მიერ და
ღირს 3 მანეთად.

იბეჭდება და მოკლე ხანში გამოვა პროფ. მ. წინამძღვრიშვილის კლინიკური დიაგნო-
სტიკის სახელმძღვანელო 1 ტომი.

გარდაიცვალა ცნობილი გერმანელი კლინიკისტი-თერაპევტი, კენისბერგის უნივერსიტე-
ტის პროფესორი Mathes-ი.

1931 წლის იელისში პარიზში შესდგება მესამე ინტერნაციონალური რენტგენოლოგიური
კონგრესი, რომლის საპატიო თავმჯდომარედ არჩეულია გამოჩენილი მეცნიერი ქალი m-me Curie
და თავმჯდომარედ კი ცნობილი რენტგენოლოგი A. Bèclère-ი.

ს ი ა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტთან არსებული მედტენიკუმის კურს-დამთავრებულთა, რომელთაც მიენიჭათ სამედიცინო დის და ბებია ქალების წოდება 1929—1930 წელს.

1. ადეიშვილი ლიუბა სილოვანის ასული.
2. ალულიშვილი ნინო ბესარიონის ას.
3. ანანიაშვილი ელენე ესტატეს ას.
4. ანდრიაძე ნინო ლუკას ას.
5. ახრახაძე მარიამ თომას ას.
6. ბახტაძე დომნა პოლიკარპეჯ ას.
7. ბერაძე რაისა თათეოზის ას.
8. გიგეშიძე თებრონე მარკოზის ას.
9. გიგოშვილი მარიამ ალექსანდრეს ას.
10. გორგაძე ვერა ნესტორის ას.
11. გოდაბრელიძე მარიამ ხახუნის ას.
12. დანელია ზინაიდა ბახვას ას.
13. დუგლუზაშვილი მაგდალინა დიმიტრის ას.
14. ვარდანაშვილი მარიამ ნიკოლოზის ას.
15. ვაშაკიძე ნინო პავლეს ას.
16. ვაშაყმაძე ელენე ნოეს ას.
17. ვაწაძე ნადეჟდა სპირიდონის ას.
18. ზამთარაძე ველასი სილიბისტროს ას.
19. ზაქარაია თინათინ ფარნაოზის ას.
20. თავგიაშვილი თამარ ბესარიონის ას.
21. თედეშვილი თამარ ალექსანდრეს ას.
22. თევდორაძე სოფიო სამსონის ას.
23. კაბალაძე ნადეჟდა ივანეს ას.
24. კეკელია ქსენია ანდრეას ას.
25. კემულარია ნინო სპირიდონის ას.
26. კვლიაშვილი ელისაბედ ივანეს ას.
27. კვერნაძე ოლიმპიდა კონსტანტინეს ას.
28. კიზირია ნეონილა იოსების ას.
29. ლეჟავა ქსენია კონსტანტინეს ას.
30. ლომიძე სოფიო გიორგის ას.
31. ლომთათიძე ელენე იულონის ას.
32. ლომთათიძე მარიამ ბეგლარის ას.
33. მათიაშვილი თამარ გიორგის ას.
34. მარტაშვილი ელისაბედ იაკობის ას.
35. მაჭავარიანი თამარ (ნინო) გრიგოლის ას.
36. მაჭარაძე ვერა ალექსის ას.
37. მაჭარაძე ეკატერინე რომანოზის ას.
38. მყვანაძე მარიამ იასონის ას.
39. მშვიდლობაძე ტატიანა გიორგის ას.
40. ნადარეიშვილი თამარ არტემის ას.
41. ნასყიდაშვილი მარიამ დავითის ას.
42. ნაცვალაძე ოლღა სვიმონის ას.
43. ოჭროპირიძე ევგენია ალექსანდრეს ას.
44. პაიაშვილი მაგდალინა დიმიტრის ას.
45. პაბიძე შუშანიკა ერასტის ას.
46. რუსიშვილი თამარ ისაკის ას.
47. რუხაძე ელენე ვასილის ას.
48. სანიკიძე ეფრასინე ისიდორეს ას.
49. სვანიძე თამარ გიგოს ას.
50. სვანიძე შუშანიკა მიხეილის ას.
51. სისორდია ელისაბედ პორფირეს ას.
52. სტურუა ლიდა ნიკიფორეს ას.
53. სურმავა ნინო სტეფანეს ას.
54. სუხოლოლოვი ანტონინა გიორგის ას.
55. ტაბიძე ბარბალე დიმიტრის ას.
56. ტერ-ოჯანეზოვი გოპარიკ არუთინას ას.
57. ქარუმიძე სოფიო ალექსანდრეს ას.
58. ყელბაქიანი ლიუბა ფარნაოზის ას.
59. ქიტიაშვილი ნადეჟდა დავითის ას.
60. დღანაძე ლიუბა ზოსიმეს ას.
61. დელალუტაშვილი თებრონე ალექსის ას.
62. შენგელია ვერა თომას ას.
63. ჩხენკელი მარიამ დავითის ას.
64. ჩხიკვაძე ნინო იასონის ას.
65. ძიგუა მარიამ იოსების ას.
66. წყვიკვიშაშვილი მარიამ გიორგის ას.
67. წკრიალაშვილი ნინო ეფრასინეს ას.
68. ჭანტურია სოფიო კირილეს ას.
69. ჭუმბაძე ელენე მალაქიას ას.
70. ხარატიშვილი ელენე ნიკოლოზის ას.
71. ხაზიშვილი ნინო სპირიდონის ას.

მიიღება ხელის მოწერა 1930 წლისათვის

ყოველთვიურ

სამეცნიერო-სამკურნალო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის
მეცნიერ მუშაკთა ორგანო)

უზრუნავი შედგები განყოფილებაში:

თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული
მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფერა-
ტები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოე-
ბათა, კონფერენციების და სამეცნიერო ექს-
პედიციების ანგარიშები და ქრონიკა.

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწიფო უნი-
ვერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები, ტფი-
ლისელი და პროვინციელი ექიმები:

უზრუნავის ფასი:

კმაშვილის მისამართი:

ერთი წლით 12 მან.
ნახევარი წლით 6 მან.
ცალკე ნომერი 1 მან.

ტფილისი, კამოს ქ. 47ა.
„თანამედროვე მედიცინა“.

უზრუნავის სარედაქციო კოლეგიური:

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

პასუხისმგებელი რედაქტორი: სარედაქციო კოლეგია.

რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი ი. ასლანიშვილი.