

F 260  
1931

ქალაქის პროფ. მ. მგალობლიშვილის ხსოვნას

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის სასკოლშივე სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

## № 1—2

(იანვარი—თებერვალი)

სარედაქციო კოლეგიაში: ი. ასლანიშვილი, პ. ბუაჩიძე, პ. კიკა-  
ლიშვილი, დოც. ზ. მაისურაძე, პროფ. მ. მგალობლიშვილი,  
პროფ. შ. მიქელაძე, პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვლ. ჟღენტო,  
პ. ქავთარაძე და დოც. პლ. შუშანიძე.



მკვლელობის პროც. მ. მგალობლიშვილის ხსოვნას

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის თრგანო

## № 1—2

(იანვარი — თებერვალი)

Г.П.Б. № 409  
Литр 1931 год  
Art №

სარედაქციო კოლეგიუმი: ი. ასლანიშვილი, პ. ბუაჩიძე, პ. კიკა-  
ლიშვილი, დოც. ზ. მაისურაძე, პროფ. მ. მგალობლიშვილი,  
პროფ. შ. მიქელაძე, პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ელ. ჟღენტი,  
პ. ქავთარაძე და დოც. პლ. შუშანიანი.







ყოველთვიური სამედიცინო სამედიცინო ჟურნალი

## თ: ნამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

რედაქციის მისამართი: ტფილისი, წულუკიძის ქ. № 4, სამედიცინო ინსტიტუტის გამომცემლობა

Ежемесячный научный медицинский журнал

### ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

(год издания восьмой)

орган Тифлисск. Государст. Медич. Института

Редакционная коллегия: И. Асланшвили, П. Буачидзе, П. Кикалишвили, доц. В. Майсურадзе, проф. **М. Мгалоблиვილი**, проф. Ш. Микеладзе, профес. А. Натишвили, проф. В. Жгенти, П. Кавтарадзе, доц. П. Шушаниа.

Подписная плата 12 руб. в год.

Адрес редакции: Тифлис, Издательство Госуд. Мед. Института, ул. Цулукидзе № 4.

### THANAMEDROVE MEDICINA

Edition de l'Institut de Médecine de Tiflis.

Adresse de la Redaction 4, rue Tzouloukidzé

Tiflis (Géorgie), U. R. S. S.

Prix de l'Abonnement:

U. R. S. S. — 12 roubles.

Pays étrangers 6 dollars.

ხელის მოწერა ჟურნალზე **თანამედროვე მედიცინა** მიიღება ტფილისის სამედიცინო ინსტიტუტის გამომცემლობაში (ალ. წულუკიძის ქ. № 4).

ჟურნალში დასაბეჭდი წერილები უნდა გაიგზავნოს რედაქტორის პროფ. შ. მიქელაძის სახელზე იმავე მისამართით (ალ. წულუკიძის ქ. № 4) ან მის საკუთარ ბინაზე (პლехანოვის პრ. № 117).

ჟურნალის წლიური ფასი 12 მან.







## პროფესორი მიხეილ მგალობლიშვილი

(ნეკროლოგი)

პროფ. მიხეილ მგალობლიშვილი დაიბადა 1887 წ. ქუთაისის გიმნაზიის დამთავრების შემდეგ 1904 წ. იგი შევიდა სამკურნალო ფაკულტეტზე ვენაში, სადაც გაატარა 10 სემესტრი, მედიცინის დოქტორის ხარისხი კი მიიღო დისერტაციის დაცვის შემდეგ ბაზელში 1910 წელს. ცოტა ხანს იგი მუშაობდა ვენაში კლინიკებში და შემდეგ 1911 წ. ჩააბარა სახელმწიფო გამოცდები ექიმის წოდების მისაღებად ყაზანში (იმ დროისთვის უცხოეთში გათავებულ ექიმისთვის სავალდებულო იყო რუსეთში გამოცდების ჩაბარება).

1912 — 1914 წ.წ. მ. მგალობლიშვილი მუშაობდა ექიმად ჯერ დ. სუჯუნაში (4 თვე) და შემდეგ კი ქუთაისში.

1914 წ. იგი გადმოვიდა ტფილისში და აქ (1914 — 1919 წ.წ.) დაიწყო მუშაობა ორი მიმართულებით: ერთის მხრით, იგი მუშაობდა ქალაქთა კავშირის ქირურგიულ ლაზარეტებში პროფ. გ. მუხაძის ხელმძღვანელობით და, მეორეს მხრით, იგი იყო საბებიო ინსტიტუტში ორდინატორად. ამგვარად მ. მგალობლიშვილმა მიიღო, როგორც დიდი ქირურგიული გამოცდილება ომის დროს არსებულ დიდ ლაზარეტებში, ისე დიდი სამეანო-გინეკოლოგიური გამოცდილება მაშინდელი საბებიო ინსტიტუტის მდიდარ მასალაზე. ასეთმა მისმა მუშაობამ ცხადი გავლენა იქონია მ. მგალობლიშვილის შემდეგ მოღვაწეობაზე: მ. მგალობლიშვილი არა მარტო გამოცდილი და მკოდნე მეანი და გინეკოლოგი იყო, არამედ ჩინებული ქირურგიც, რომელიც არც ერთი ოპერაციის დროს, რა რთულიც არ უნდა ყოფილიყო ის, თავის სიმშვიდეს არ კარგავდა და თავისი მაღლიანი ხელით ავადმყოფს სიკვდილს გადაარჩენდა.

1919 წ. მ. მგალობლიშვილი მოწვეული იყო ტფილისის რკინის გზის საავადმყოფოს გინეკოლოგიური განყოფილების გამგედ, სადაც იგი დიდ ხანს არ დარჩენილა, ვინაიდან 1920 წ. შემოდგომიდან გადავიდა ტფილისის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკის უფროს ასისტენტად პროფ. გ. ლაშაბარაშვილთან.

უნივერსიტეტში გადასვლისთანავე განსვენებული დიდის სიბეჯითით დაეწაფა სამეცნიერო მუშაობას:

1921 — 1922 წ.წ. მან ჩააბარა სადოქტორანტო გამოცდები; 1925 წ. მან ბრწყინვალედ დაიცვა საჯაროდ თავისი სადისერტაციო შრომა და მიიღო მედიცინის დოქტორის ხარისხი; 1926 წ. 7 თვით იყო მივლინებაში სამეცნიერო მიზნით საზღვარგარეთ (გერმანიაში და საფრანგეთში), სადაც განსაკუთრებით მეცადინეობდა პათოლოგ-ჰისტოლოგიურ დიაგნოსტიკაში და მიკრო-მეთოდულში.

1926 წ. საცდელი ლექციის წაკითხვის შემდეგ მ. მგალობლიშვილს მიენიჭა პრივატ-დოცენტის წოდება და მან დაიწყო კურსის კითხვა უფროსი





კურსების სტუდენტთათვის: ჯერ „გინეკოლოგიის რჩეული თავები პათოლოგ-ჰისტოლოგიური დიაგნოსტიკით“ და შემდეგ „ქალის სასქესო ორგანოების ინფექციური დაავადებანი“. 3 წლის განმავლობაში განსვენებული კითხულობდა ამ არა სავალდებულო კურსებს და მისი აუდიტორიუმი მუდამ სავსე იყო სტუდენტებით, რომელთაც ჩქარა დააფასეს მ. მგალობლიშვილის ბეჯითობა, ერუდიცია და გამოცდილება და დარბაისელი და კარგი ლექტორის ნიჭი.

1930 წ. გაზაფხულზე მ. მგალობლიშვილი არჩეულ იქნა პროფესორად, შემოდგომიდან კი მას მიენდო სამკურნალო-პროფილაქტიკური ფაკულტეტის სტომატოლოგიურ განყოფილებაზე „ქალის ბიოლოგიისა და პათოლოგიის“ სავალდებულო კურსის კითხვა. 1930 წლის შემოდგომიდანვე იგი მოწვეულ იქნა წითელი ჯვრის საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიური განყოფილების გამგედ.

განსვენებულს ამგვარად დამოუკიდებელი მუშაობის ფართო სარბიელი გაეშალა. მისი სამეცნიერო მომზადება და საექიმო გამოცდილება საწინდარი იყო იმისა, რომ იგი, ჯერ კიდევ ახალგაზრდა და გარეგნულად ჯანდონით სავსე, სულ 43 წლის კაცი, ბევრს შესძენდა ჩვენს ახლად შობილს ქართულ სამკურნალო მეცნიერებას და ბევრ ახალგაზრდას გაგვიზრდიდა და მეცნიერულად მოამზადებდა. მაგრამ მუხთაღმა ბედმა უღალატა და იგი უეცრივ, ყველასათვის მოულოდნელად, გარდაიცვალა სისხლის ჩაქცევით ტვინში თავისი მოვალეობის ასრულების დროს, როდესაც ოპერაცია დაამთავრა და დედაცა და შვილიც მისმა მადლიანმა ხელმა სიკვდილს გადაარჩინა.

განსვენებულმა გამოაქვეყნა ქართულად, რუსულად და გერმანულად 23 შრომა, რომელთაგან ჩვენ მხოლოდ უმთავრესს აღვნიშნავთ.

1. Über die an Perityphlitis sich anschliessendem intra — und perihepatische Affektionen. Basel. 1910.
2. სუმბუკოზური ფიბროიდების ოპერაციული წამლობის შესახებ. „ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე“ ნ. 5 1924.
3. საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზის წამლობის შესახებ. „თანამედროვე მედიცინა“ № 4. 1924.
4. სუპრავაგინალური ამპუტაცია თუ აბდომინალური სრული ამოკვეთა საშვილოსნოს სხვადასხვა დაავადების დროს. „თანამედროვე მედიცინა“ № 4. 1926.
5. საშვილოსნოს ფიბრომიომების ეტიოლოგიისა და წამლობის საკითხისათვის. ცალკე წიგნად. დისერტაცია. (204 გვ.) 1925.
6. საშვილოსნოს ფიბრომიომა როგორც კონსტიტუციონალური ანომალია. „თანამედროვე მედიცინა“ № 1 — 2. 1926.
7. ზოგიერთი მოსაზრებანი ხელოვნური აბორტისა და მის ჩვენებათა შესახებ. „თანამედროვე მედიცინა“ № 11 — 12. 1926.
8. Beitrag zur Frage der fieberhaften Aborte. Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 1928.
9. საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის ჰიპერპლაზია და მისი მკურნალობა. „თანამედროვე მედიცინა“ 1928.
10. ადენომიოზისის საკითხის შესახებ. გინეკოლ. კლინიკის კონფერენციის ოქმები. 1928.
11. ქორიონეპითელიომა და მისი გამოცნობა. იქვე.
12. წყალტუბოს წყლების გავლენა საკვერცხის ჰორმონალურ ფუნქციაზე. „თანამედროვე მედიცინა“ 1929.
13. თამბაქოს წარმოებაში მუშაობის გავლენა ქალის სასქესო სფეროზე. „საბჭოთა მედიცინა“ № 3. 1930.



14. К вопросу о туберкулезе придатков. Доклад на 1 Зак. с'езде акушеров и гинекологов. 1930.

15. К вопросу об аденомиозисах яичников. Доклад там же.

უკვე ამ შრომების ჩამოთვლითაც ნათლად სჩანს მ. მგალობლიშვილის დიდი და მრავალმხრივი მომზადება მეანობის და გინეკოლოგიის აქტუალურ საკითხებში.

ასეთი იყო პროფ. მ. მგალობლიშვილის მეცნიერული, პედაგოგიური და სამკურნალო მოღვაწეობა.

მაგრამ განსვენებულის მოღვაწეობა მარტო ამით არ განისაზღვრებოდა. იგი ისეთივე ბეჯითი და ენერგიული მუშაკი იყო საზოგადოებრივ ასპარეზზე, როგორც საკურნალო—პედაგოგიურზე.

იგი აქტიური წევრი იყო საქართველოს ექიმთა საზოგადოების, რომლის როგორც მეცნიერულ, ისე საზოგადოებრივ მუშაობაში იგი ყოველთვის მხურვალე მონაწილეობას იღებდა.

იგი იყო ექიმთა უკანასკნელი მეხუთე სამეცნიერო კონგრესის მთავარი მდივანი და ასეთსავე პასუხსაგებ თანამდებობაზე იყო არჩეული მეექვსე ყრილობის მომწყობ საორგანიზაციო კომიტეტშიაც თვით ყრილობის მიერ.

იგი დღიდან ჩვენი ჟურნალის დაარსებისა იყო მისი სარედაქციო კოლეგიუმის წევრი და ერთ-ერთი უაქტიურესი რედაქტორთაგანი.

იგი არა ერთხელ იყო არჩეული სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის თავმჯდომარედ.

იგი არჩეული იყო აგრეთვე უნივერსიტეტში გამგეობის წევრად, სადაც რამოდენიმე წელი დიდის ენერგიით მუშაობდა.

მაგრამ, ამისგარდა, პროფ. მ. მგალობლიშვილი მხურვალე მონაწილეობას ღებულობდა პროფესიონალურ ორგანიზაციებშიაც; იგი, იყო საქართველოს მეცნიერ-მუშაკთა ცენტრალური ბიუროს წევრი; იგი იყო სამედიცინო ინსტიტუტის ადგილკომის წევრი და აგრეთვე სამედიც. ინსტიტუტის მეცნიერ-მუშაკთა ადგილობრივი ბიუროს წევრიც.

ასეთი მრავალმხრივი იყო განსვენებულის საზოგადოებრივი მოღვაწეობა. ამ მოღვაწეობაში აღსანიშნავია, რომ ყველგან, სადაც კი არ უნდა ყოფილიყო წევრად მ. მგალობლიშვილი, იგი მთელის თავის ენერგიით, მთელის თავის სიბეჯითით ჩაებმებოდა ხოლმე მუშაობას და თავის საზოგადოებრივ თანამდებობას ისე კი არ უყურებდა, როგორც საპატიოს, არამედ როგორც ისეთს, რომელიც მას პასუხსაგებ აქტიურ მუშაობას ავალბებს.

როგორც აღამიანი პროფ. მ. მგალობლიშვილი იშვიათი იყო: წყნარი, მშვიდობიანი, დინჯი, სხვისი აზრის პატივისცემელი, სხვისი ჭირისა და ლბინის გამგები, თანაბარი უფროსთან და უმცროსთან. ამიტომ იყო, რომ მ. მგალობლიშვილი ყველას უყვარდა, ამიტომ იყო, რომ ყველა, ვისაც მასთან საქმე ქონდა, მას პატივსა სცემდა.

გარეგნულად დინჯი და აუღელვებელი, განსვენებული სამაგიეროდ მეტად მგრძობიარე და გულჩველი იყო, თითქმის ზოგჯერ უსიტყვო, მაგრამ თავის გულში ჭირისა და ვარამის შემნახველი. არა ერთი და ორი უძილო ღამეები გაუტარებია მას სხვადასხვა უსიამოვნების ვაგების დროს, როგორც თავისი, ისე სხვისიც. ასეთი იყო განსვენებული მ. მგალობლიშვილი. მისი უდროო სი-



კვდილით სამედიცინო ინსტიტუტმა დაკარგა ერთი თავისი თვალსაჩინო წევრი — მეცნიერი, მისმა ამხანაგებმა მასწავლებლებმა — კარგი ამხანაგი, მისმა მოწაფეებმა — ექიმებმა — მშვენიერი მასწავლებელი და ხელმძღვანელი და ამავე დროს შათი ჭირისა და ლხინის გამგები უფროსი ამხანაგი, სტუდენტობამ — კარგი ლექტორი და პედაგოგი, მისმა მრავალმა ავადმყოფებმა — კარგი ექიმი და ადამიანი, საბჭოთა საზოგადოებრივობამ — ნამდვილი ექიმი — საზოგადო მოღვაწე, რომელიც თავის მეცნიერულ, პედაგოგიურ და სამკურნალო მოღვაწეობის დროს ყველა საკითხებს საზოგადოებრივის თვალსაზრისით უდგებოდა და თავის მოღვაწეობას მშრომელი ხალხის ინტერესს უქვემდებარებდა, მისმა მეგობრებმა კი — ძვირფასი და საყვარელი ჩვენი მიშა, ყოველთვის კეთილის მსურველი თავის ამხანაგებისათვის, ყოველთვის კეთილის მრჩეველი თავისი მეგობრებისათვის, ყველას დამხმარე სიტყვითა და საქმით და ყველას გულისთქმის გამგები.

**პროფ. შ. მიქელაძე და პროფ. ალ. წულუკიძე.**



## ა. გალაგვი

ასისტენტი.

### ტვინის ქერქის ზედაპირის ოდენობის გაზომვის მეთოდის აღწერა.

(ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ადამიანის ნორმალური  
ანატომიის კათედრიდან. გამგე — პროფ. ალ. ნათიშვილი).

მოძღვრება დიდი ტვინის ზედაპირის ოდენობის შესახებ ეკუთვნის მორფოლოგიაში შედარებით მცირედ შესწავლილ საკითხს.

ცნობილია, რომ ტვინის ზრდა დიდი ხნის განმავლობაში მიმდინარეობს სხეულის ზრდასთან ერთად, მხოლოდ ტვინის განვითარება გრძელდება მაშინაც, როდესაც სხეულმა უკვე შესწყვიტა თავისი ზრდა. აღნიშნულ ორგანოს ნაწილის ასეთი ხანგრძლივი განვითარების ხანა არ არის მოულოდნელი, თუ დაუშვებთ, რომ გონების მაღალ დონეს უნდა ესაბამებოდეს მისი შემადგენი ელემენტების მეტი რაოდენობა და მისი არქიტექტურის მეტი სირთულე.

ხანგრძლივი ზრდა იწვევს გადიდებას ტვინის ქერქის ზედაპირის, რომელიც ქალას ღრუის შედარებით მცირე სივრცის გამო იკეცება შრავალ, ინდივიდუალურად ვარიანტული ღარებისა და ხვეულების სახით.

ამრიგად ღარების და ხვეულების განვითარების, ერთის მხრივ, და ტვინის ზედაპირის გადიდების შორის, მეორეს მხრივ, უეჭველად არსებობს პარალელიზმი.

ღარების შექმნა იწვევს ტვინის რუხი ნივთიერების ზედაპირის გადიდებას, და ის მნიშვნელობა, რომელიც უეჭველად ქერქის ზედაპირის გადიდებას ეძლევა, როგორც ტვინის ორგანიზაციის სიმალის გამოხატვას, მიგვითითებს, როგორც ტვინის, ისე მისი ცალკე ნაწილების ზედაპირის ოდენობის გამოკვლევის საჭიროებას.

თანამედროვე მკვლევარნი არ უკავშირებენ ღარების და ხვეულების და აგრეთვე ტვინის ზედაპირის განვითარებას ადამიანის ნიჭიერების უნარს; მიუხედავად ამისა, ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ადამიანის ტვინის შესწავლის დროს საჭიროა ყოველმხრივი გარკვევა, როგორც მიკროარქიტექტონიკის, ისე მისი გარეგანი აგებულობის და თავისებურების. არ შეიძლება, რომ არქიტექტონიკას არ ჰქონდეს ზეგავლენა ტვინის ქერქის ზედაპირზე, მისი ღარების და ხვეულების მსვლელობაზე; ეს გავლენა უნდა გამოიხატებოდეს აგრეთვე ტვინის ქერქის



სისქეზე და გავრცელებაზე, რომელიც ცვალებადია ტვინის სხვადასხვა ნაწილებში.

ამ მიზნით ჩვენ შეუდევით ტვინის ზედაპირის ოდენობის შესწავლას.

ტვინის ზედაპირის გაზომვის მეთოდიკა უაღრესად ძნელია, თუ შევადარებთ ამ მუშაობას ტვინის სიმძიმის და მოცულობის გამოკვლევას; ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ტვინის ზედაპირის გამოკვლევის შრომები შედარებით მცირეა ლიტერატურაში და ამასთან დღემდე არ არსებობს ტვინის გაზომვისათვის ყოველგან მიღებული გარკვეული ზუსტი მეთოდი.

პირველი სერიოზული ცდა ამ მიმართულებით აწარმოა რ. ვაგნერმა (R. Wagner) 1862 წ. „დაფარვის მეთოდის“ საშუალებით, მაგრამ მისი შრომის მნიშვნელობა არაა დიდი, ვინაიდან იგი ეხება ტვინის მხოლოდ გამოდრეკილ ზედაპირს.

უფრო მნიშვნელოვანია ამ მხრივ მისი შვილის, ჰ. ვაგნერის გამოკვლევები, რომელმაც პირველად მოგვცა ტვინის ქერქის ზედაპირის გავრცელების ზომა. მან მოიხმარა შემდეგი წესი: იგი ჰფარავდა ტვინის ქერქის ზედაპირს ოქროს სიფრიფანებით და მის ცალკე ნაწილებს აძლევდა სწორ კუთხეების, ტრაპეციების ან წრეების ფორმას. დამალული ზედაპირის გამოანგარიშებისათვის კი, იგი ზომავდა ღარების სიგრძეს და სიღრმეს და ასეთი წესით აწარმოებდა ტვინის უჩინარი ზედაპირის გამოკვლევას.

ამ მეთოდის უარყოფითი მხარე მდგომარეობს იმაში, რომ შეუძლებელი ხდება გაუნაწილებელი ტვინის გაზომვა, მეტადრე ტვინის კეფის მიდამოში. ამის გარდა ღარებსა და ნაპრალებს სიღრმეში აქვთ დამატებითი ჩამალული ხლართები, რომელთა არსებობა ირკვევა მხოლოდ ტვინის დანაწილების შემდეგ. ერთი და იმავე ღარის სიღრმე ცვალებადია და მისი საშუალო სიღრმის გამოანგარიშება ამიტომ ძნელდება.

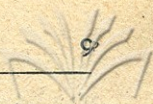
ამ მეთოდით სარგებლობა, როგორც აღნიშნავს ჰენებერგი, შესაძლებელია იმ უკიდურეს შემთხვევებში, როდესაც არაა სასურველი ტვინის დანაწილება, მაგალითად, ტვინი გამოჩენილი ადამიანის, იშვიათი ცხოველის და სხვა.

იენსენი (Iensen) ქერქის გაზომვის დროს ვაგნერის წესს ხმარობდა, მხოლოდ სიფრიფანა ოქროს მაგივრად იგი ხმარობდა სტანიოლის ფირფიტებს, რომელიც დაყოფილი იყო 5 მილიმეტრიან ოთხკუთხედებზე.

ანტონი (Anton) ქერქის სივრცის გამოანგარიშებას აწარმოებდა დიდი ტვინის ფრონტალური განაკვეთების საშუალებით და პლანიმეტრის დახმარებით.

ჰენებერგი (Henneberg) და ბროდმანი (Brodmann) სარგებლობდნენ შემდეგი მეთოდით: ფორმალინში გამაგრებულ ტვინს ყოფდნენ დიდ ნაჭრებზედ, ახდენდნენ ხვეულების ერთი მეორესაგან გაწვევას და ჰკვეთდნენ ტვინს ღარების უღრმესი ადგილის ნაწილში; ამრიგად განცალკავებულ ხვეულებს სჭრიდნენ უფრო მცირე ნაწილებზე და ასეთი წესით იღებდნენ ქერქის ზედაპირის საკმარისად მარტივ ნაჭრებს. იმ შემთხვევებში, როდესაც ღარები უფრო მძლავრად იყო განვითარებული, როგორც ამას ვხედავთ მაგალითად კეფის ნაწილში, აკეთებდნენ ერთი სანტიმეტრის ოდენობის ნაჭრებს; როდესაც კონფიგურაცია იყო შედარებით მარტივი, მაშინ ნაჭრების ოდენობა უდრიდა 2 — 3 სანტიმეტრს.





შემდეგ ქერქის ზედაპირს ჰფარავდენ წინასწარ დასველებული პაპიროსის, ყვირთელი ქალაღლით. აქედან წარმოიშო თვით მეთოდის სახელწოდება „დაფარვის მეთოდი“ — „Bedeckungsmethode“. შემდეგ ამოსჭრიდენ სათანადო ფორმის ნაჭრებს; ასე მიიღებოდა ქალაღლის მცირე ნაჭერიდან მოზაიკა. მათი გამოანგარიშებისათვის ამ ნაჭრებს წყლის ქვეშ აშორებდენ ტვინს, ალაგებდენ მილიმეტროვან ქალაღლზედ და გამოიანგარიშებდენ ამ ქალაღლებით დაფარულ კვადრატული მილიმეტრების რიცხვს.

ნაჭრების ჯამის ანგარიშის გადავიღებისათვის ჰენებერგი იღებდა წინასწარ გაზომილ ნაჭრებს, რომლებსაც იგი ხმარობდა ტვინის ქერქის დასაფარავად. ზედმეტ ნაჭრებს იგი ამოსჭრიდა ხოლმე და ხმარობდა ტვინის სხვა ნაწილებზე. ასე აწარმოებდა იგი გაზომვას, ვიდრე ტვინის აღებული ნაწილი მთლიანად არ დაიფარებოდა პაპიროსის ქალაღლით. მიხედვით იმისა თუ რამდენი ნაჭერი დაიხარჯა, რომელთა ოდენობა უკვე წინასწარ იყო გამოკვეთული, იგი აღნიშნავდა ტვინის ქერქის გაზომილი ზედაპირის საერთო სივრცეს.

ველკერმა (Welker) შემოიტანა წინადადება მოკლილი ქალაღლის ნაჭრების კარდონზე დაწებების შესახებ და მიღებული ნაწილების ამოჭრის შესახებ; ამოჭრილი ნაჭრების აწონით იგი აწარმოებდა ზედაპირის ოდენობის გამოანგარიშებას. მაგრამ ეს თითქმის ახალი წესი აღმოჩნდა უფრო ძნელი და მეტი დროს მომთხოვი. საქმე უფრო ძნელდებოდა, როდესაც ქალაღლს აშრობდნენ; საზოგადოთ Welker-ის მეთოდი იძლევა მეტ შეცდომებს, ვინაიდან მილიმეტრიან ქალაღლზე პაპიროსის ქალაღლის ნაჭრების ერთის მეორესთან შეერთება მეტად ძნელ საქმეს წარმოადგენს.

ჰენებერგის მეთოდით სარგებლობდენ ბერლინში პროფ. ო. ფოხტიხ (O. Vogt) ინსტიტუტში.

პროფ. ფოხტიხმა გაითვალისწინა ის გარემოება, რომ ჰენებერგის მეთოდით სარგებლობის დროს ტვინი სრულებით ირღვევა და მისი შემდეგი გამოყენება რაიმე მიზნისათვის შეუძლებელი ხდება; ამიტომ მან შემოიღო ახალი მეთოდი, რომელიც მდგომარეობს შემდეგში: ტვინის ნაწილები წინასწარ მაგრდება ან ქრომში, ან ფორმალინში, ან ალკოჰოლში. ნაჭრები იჭლენთება ცელოიდინით ან პარაფინით. შემდეგ კეთდება ნაკვეთები ზუსტი ფრონტალური მიმართულებით. ცელოიდინის ნაკვეთების სისქე უნდა უდრიდეს 40 მიკრონს, პარაფინის — 20 მიკრონს. შემდეგ პროექციული აპარატის საშუალებით ნაკვეთს აღიდებენ ხუთჯერ, გადააქეთ ქალაღლზე, ქერქის კონტურებს ზომავენ პარაფინით გაქლენთილი ძაფით, რომელიც შეჰყავთ ლარების ყველა ხლართებში და ფიქსაციას უკეთებენ ქინძისთავით სურათის ხაზების მიმართულებით. ამრიგად მიღებულ ძაფის სიგრძეს ჰყოფენ შემდეგ ხუთზე და ამგვარად იღებენ ტვინის ნაკვეთის ქერქის კონტურების ფაქტიურ სიგრძეს. სხვადასხვა ზედაპირებს იმ ფორმის მიხედვით, რომელსაც მიიღებდენ ნაჭრების გაზომვის დროს, ანგარიშობენ ზოგ ადგილას როგორც ტრაპეციებს, ზოგ ადგილას როგორც სამკუთხედებს. ასეთი წესით მიღებული ფორაკების შეჯამებით იღებენ ჰემისფეროს მთელი ქერქის ზედაპირის ოდენობას.

ამ მეთოდით სარგებლობდა 1902 წ. კროიცფუხსი (Kreuzfuchs) ნახემის გაზომვის დროს; პუტნამი (Putnam) — 1926 წ. area striata-ს გაზომვის დროს. 1929 წ. პოპოფმა (I. Popoff), რომელიც მუშაობდა ფოხტიხის



ინსტიტუტში ამ მეთოდით გაზომვის დროს მიიღო მერყევი რიცხვები, მიხედვით იმისა ათავსებდა ნაჭრებს პარაფინში თუ ცელოიდინში.

როგორც პოპოვი აღნიშნავს ეს მეთოდი არ ხასიათდება იდეალური სიზუსტით და შეცდომები მით უფრო მეტია, რამდენადაც ზედაპირის მოხრილობა სწორ კუთხეს სცილდება და რამდენადაც ნაკლებია საზომი ერთეული. ამასთანავე ეს მეთოდი მოითხოვს ძალიან ბევრ დროს. დღემდე არ არის გამოგონებული ისეთი კურვეომეტრი, რომ შესაძლებელი იყოს კონტურების გაზომვის დროს ძაფის ხმარების საჭიროებას არ მივმართოთ.

სხვა ავტორების მეთოდზე ჩვენ არ შევჩერდებით, ვინაიდან ბოლოს და ბოლოს მათი მეთოდი ზემოაღნიშნული წესებისაგან პრინციპიალურად არ განსხვავდება.

ჩვენ შევეცადეთ გამოგვეჩახა ისეთი ახალი მეთოდი, რომელიც მოგვეცემდა უფრო ზუსტი შედეგის მიღებას და ამავე დროს ნაკლები დროის და ენერგიის დახარჯვას.

ასეთი მეთოდის ძებნა ჩვენ მოგვიხდა სხვა შრომის წარმოების პროცესში — სახელდობრ მხედველობის ქერქოვანი ცენტრის — *area striata*-ს გაზომვის დროს.

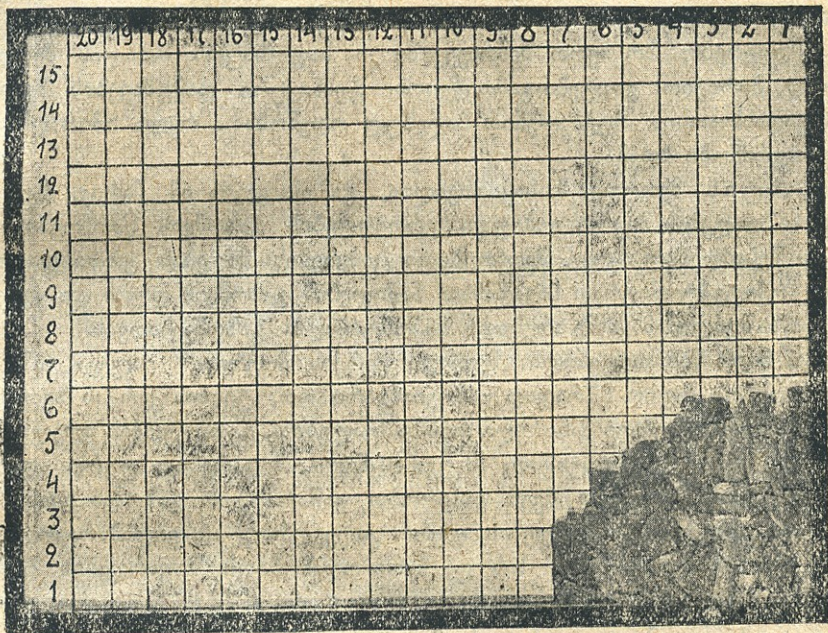
ჩვენ მოგვეყავს ჩვენ მიერ ნაცადი ორი მეთოდი, მათ შორის საბოლოოდ ჩვენ შევდექით მეორე მეთოდზე, მხოლოდ საჭიროდ მიგვაჩნია ავწეროთ პირველიც მოკლეთ, ჩვენის აზრით პირველი მეთოდი მაინც დიდ დროს მოითხოვს, ხასიათდება უსუფთაობით და სირთულით.

პირველი მეთოდი მდგომარეობს შემდეგში: განსაზღვრული დროის განმავლობაში ტვინის ფიქსაცია სწარმოებს ფორმალინში, შემდეგ მას ანაწილებენ ჰენებერგის წესით ცალკე ნაწილებზე, შემდეგ ფრთხილად ამოარებენ ხვეულებს ერთი მეორეს და ღარების უღრმესი ნაწილების მიმართულებით სჭრიან დანით; მიღებულ ხვეულებს ჰყოფენ წვრილ ნაწილებზე რამდენადაც შესაძლებელია მარტივი ზედაპირით; ამ ნაჭრებით, შტემპელის ბალიშის მექანიტ დასველებულთ, აღბეჭდავენ მილიმეტროვან ქაღალდზე. ჩვენ ვცდილობდით დაგველაგებინა ეს ნაჭრები შესაძლებლობის ფარგლებში ერთი მეორის გვერდით. ნაჭრებით დაკავებული სივრცის მიხედვით ჩვენ ვაწარმოებდით ტვინის ქერქის ოდენობის გამოანგარიშებას; ძირითადი ნაკლი ამ მეთოდის მდგომარეობს იმაში, რომ შეუძლებელია მივიღოთ ისეთი აღბეჭდვები, რომლებიც დაჭარბავენ ქაღალდის ზედაპირს მთლიანად და რადგან დარჩენილი ცარიელი ადგილების გამოანგარიშება მოითხოვს ბევრ დროს, ამიტომ ჩვენ მივმართეთ უფრო გამარტივებულ მეთოდს.

ტვინის ხვეულებს, რომელიც დაჭრილია მარტივ ზედაპირიან მცირე ნაწილებზე ბასრი საკატარაქტო ბეერის (Beer) დანით, უნდა მოვაცალოთ ქერქის თხელი შრე, რომელიც ასეთი მცირე ნაწილების სახით უნდა გადავიტანოთ სპეციალურად გაზომვისათვის მომზადებულ ჩარჩოზე. უკანასკნელი წარმოადგენს მილიმეტროვან ქაღალდს მოთავსებულ შუშის ქვეშ და შემოსაზღვრულს ხის სართავით (იხ. სურათი).



ქერქის ნაჭრები გადატანილი უნდა იქნეს შუშაზე და ერთი მეორეზედ მიდებული; საჭიროა წინასწარ შუშაზე დასველებულ იქნეს წყლით, რომ ნაჭრები ადვილად სცურავდნ მის ზედაპირზე; ამრიგად შუშაზე მივიღებთ მოზაიკას, რომელიც წარმოადგენს მთლიანად ტვინის ქერქის ნაჭრებს გაშლილს ერთს სივაკეზედ (იხ. სურათი), როდესაც შუშა ასეთი წესით დაიფარება ნაჭრებით, ძალიან ადვილი ხდება დაკავებული ზედაპირის გამომანგარიშება.



იმ მიზნით, რომ გამოგვერკვია შედარებითი ვანსხევაება Bedeckungsmethode-ს და ჩვენ მიერ წარმოდგენილი უკანასკნელ მეთოდს შორის, ჩვენ ვაგზომეთ ერთი და იგივე ხვეულები რამოდენიმე ტვინზედ ჰენებერგის წესით, შემდეგ იმავე ხვეულებიდან ვიღებდით ქერქის თხელ შრეს და ვზომავდით ჩვენ მიერ მოწოდებული წესით. ყველა შემთხვევებში ჩვენ მივიღეთ თითქმის ერთი და იგივე ციფირები, მხოლოდ ჩვენი მეთოდით გაზომვა მოითხოვდა დაახლოებით ხუთჯერ ნაკლებ დროს.

ჩვენს წინ სდგას ამრიგად ამოცანა: დიდი ტვინის ქერქის ზედაპირის გავრცელების გამორკვევა და კერძოდ area striata-ს გავრცელების გამორკვევა, რომლის საზღვრები შეიუარალებელი თვალთ ადვილად ჩანს Gennari-ს ზონარის არსებობის გამო.

ფოტოს მეთოდი ამ შემთხვევაში მეტად რთულია ვინაიდან მოითხოვს აუარებელი ნაკვეთების მიღებას და ამავე დროს მეტად რთულია ზედაპირის სა-





ერთო ჯამის გამოანგარიშების დროს; აგრეთვე მისი მეთოდი მოითხოვს ბევრ დროს და დიდ მოთმინებას იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭიროა მხოლოდ ერთი ჰემისფეროს გაზომვა.

პოპოვის აზრით, ფოხტის მეთოდმა ვერ მიაღწია მაღალ სიზუსტეს და შეცდომა მით უფრო მეტია, რამდენადაც გასაზომი ერთეული უფრო მცირეა და აგრეთვე დამოკიდებულია გასაზომი ზედაპირების ფორმასა და მდებარეობაზე.

ფოხტის მეთოდში ის უხერხულობაც არსებობს, რომ ნაკვეთების დამუშავება პარაფინით ან ცელოიდინით იწვევს მათ შექმუქვნას და ამით მეთოდის ზუსტობას ამცირებს. ამის გარდა, წინასწარი ფიქსაცია შექმუქვნის მოვლენას აძლიერებს; ზოგიერთ შემთხვევაში კი საფიქსაცია მასალის მიხედვით შეიძლება, პირიქით, გაფუება გამოიწვიოს, ტენიკური დამუშავების მეთოდების სხვადასხვაობის ზეგავლენით მიღებულ ოდენობათა რყევა ხშირად საკმარისად საგრძნობი ხდება.

ფოხტის მეთოდი, რასაკვირველია, გამოსადეგია იმ მხრივ, რომ იგი იძლევა საშუალებას მიკროსკოპიული ერთეულების გაზომვის წარმოებისას და ამრიგად შესაძლებელ ჰყოფს შედარებითი ციფრების მიღებას ერთი და იმავე ტვინის არქიტექტონურად სხვადასხვა ნაწილების გაზომვის დროს და აგრეთვე გვაძლევს საშუალებას განმეორებითი საკონტროლო გაზომვისათვის.

ჩვენ მიერ წარმოდგენილი „მეთოდი ქერქის მოჭრისა“ იძლევა საშუალებას შედარებით უფრო სწრაფად გამოვიანგარიშოთ, ტვინის ქერქის ზედაპირის ოდენობა მხოლოდ ერთი მინიპულაციის საშუალებით, ე. ი. ქერქის თხელი შრის მოჭრით და ჩარჩოზე გადატანით. ამ უკანასკნელი, შედარებით უფრო ადვილად შესასრულებელი მეთოდით ჩვენ ვაპირობთ ვაწარმოვოთ გაზომვა დიდ მასალაზე, რაც მოგვცემს საშუალებას უფრო კატეგორიულად ვილაპარაკოთ ტვინის ქერქის ნაწილების ოდენობის და მათი ოდენობითი შეფარდების შესახებ.

ორივე ჰემისფეროს გაზომვისათვის ჰენებერგის მეთოდით საჭირო იყო 60 — 80 საათამდე; ფოხტის მეთოდით გაზომვას უნდება ვაცილებით უფრო მეტი დრო, რომლის ფარგლები არც კია გამოკვეთილი; ჩვენი მეთოდით საჭიროა მხოლოდ 14 — 17 საათამდე, ამრიგად გაზომვისათვის საჭირო დრო ჰენებერგის მეთოდთან შედარებით თითქმის ხუთჯერ მცირდება.

თუ ჩვენ მიერ მოწოდებული მეთოდი მოგვცემს საშუალებას საქმარისი სიზუსტით გავზომოთ ტვინის ქერქის ზედაპირი, თუ იგი გადავიღებთ გაზომვის პროცესს, შეამცირებთ გაზომვისათვის საჭირო დროს და ამით მოგვცემს საშუალებას მოკლე ხანში დიდი მასალის გამოკვლევას, თუ ყველა ზემოხსენებულის მიხედვით ეს მეთოდი მოგვიანლოვებს ტვინის ზედაპირის გაზომვის პრობლემის გადაწყვეტას, მაშინ ის გარემოება, რომ ჩვენი კვლევადიების დროს ტვინის პრეპარატი აუცილებლად უნდა დაიღუპოს და უვარგისი გახდეს სხვა ხასიათის გამოკვლევისათვის, მაშინ ეს ნაკლი ჩვენს მეთოდში ჰპოვებს თავის გამართლებას.

ლიტერატურა: 1. Wagner H., Massbestimmungen der Oberfläche des grossen Gehirns. 1864. 2. Iensen-ი, Anton-ი, Kreuzfuchs-ი და Putnam-ი — Henneberg-ით. 3. Henneberg R., Messung der Oberflächenausdehnung der Grosshirnrinde. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 17. 1910. 4. Antoni N. R. E., Ausbreitung und Flächenbeziehungen der Area



striata im menschlichen Gehirn. Folia neuro-biologica. 1914. 5. Tramer M., Über Messung und Entwicklung der Rindenoberfläche des menschlichen Grosshirns mit Beitrag zur Kenntnis der Microcephalia vera. 1916. 6. Brodmann K., Flächeninhalt der Regio frontalis und Regio praecentralis und ihr Verhältnis zur Gesamtrindenfläche der Grosshirnhemisphären bei einigen Säugetieren. 7. Brodmann K., Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde. 1925. 8. Popoff N., Zur Kenntnis der Grösse der Area striata und die Methodik ihrer Ausmessung. Journal f. Psychol. u. Neurol. 1927. 9. Popoff I., Über einige Grossenverhältnisse der Affenhirne. Journal f. Psychologie u. Neurol. 1928. 10. O. Vogt — I. Popoff-oo. 11. Popoff I. u. N., Beitrag zur Kenntnis der quantitativen Differenzen zwischen den Menschen- und Affenhirnen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1929.

Ассистент А. МАЛАЕВ.

## К МЕТОДИКЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОТЯЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ КОРЫ МОЗГА.

(Из кафедры нормальной анатомии Тифлис. Гос. Мед. Института

Заведующий—Профессор А. Натшвили).

Для определения протяжения поверхности коры мозга мы предлагаем новый метод, заключающийся в следующем: мозг фиксируется в формалине определенное время, разделяется, как это предлагает Henneberg, на доли и далее, раздвигая осторожно в каждой доле извилины, мозг расчленяется через самые глубокие места борозды. Извилины разрезаются на более мелкие кусочки с возможно простой поверхностью. С полученных таким образом кусочков мозга острым катарактальным ножом Веер-а снимается тонкий слой коры, который в виде таких малых кусочков затем переносится на специально приготовленную для измерения площадку. Последняя представляет собой закантованную и расположенную под стеклом миллиметровую бумагу. Кусочки коры переносятся на стекло и прикладываются одна к другой; следует предварительно смочить поверхность стекла водой, чтобы кусочки легко скользили при прикладывании. На стекле при этом получается мозаика, представляющая распластанное сплошное поле серого вещества мозга (см. рисунок). Покрыв таким образом поверхность стекла всеми кусочками, очень легко определить занимаемую всеми ими площадь.

Для того чтобы установить сравнительную разницу между данными получаемыми по методу „Bedeckungsmethode“ и представленным нами методом, мы производили измерения на одних и тех же извилинах нескольких мозгов по Henneberg-у, затем с тех же кусочков снимали кору для проведения измерения по нашему методу, почти во всех случаях получались совпадающие цифры. При этом измерение по нашему методу проводилось в 5 раз быстрее.

Предлагаемый нами „метод срезания коры“ дает возможность сравнительно быстро определить поверхность коры мозга одной только манипуляцией—срезанием тонкого слоя коры и прикладыванием на рамку.

Для измерения обоих полушарий по „методу покрывания“ Henneberg-а требовалось от 60 — 80 часов, по методу О. Vogt-а значительно больше времени, каковое даже не вычислялось, по нашему же методу от 14 — 17 часов. Таким образом, время потребное для измерения по нашему методу в сравнении с методом Henneberg-а сокращается почти в пять раз.



Если предлагаемый нами метод даст возможность получить возможно точные величины протяжения мозговой коры, облегчит процесс измерения, сократит на то потребное время, и тем даст возможность за короткий срок произвести обследование большого материала и, таким образом, приблизит к нам решение проблемы измерения поверхности мозга, то в таком случае неизбежность гибели препарата для дальнейших исследований при нашем методе найдет себе оправдание в достигнутом успехе.

**D-r A. Malajew**

Assistent des Medicinischen Instituts in Tiflis, Normal Anatomie des Menschen.

Prof. A. Natschwili.

### **Zur Frage der Messungsmethode der Oberflächenausdehnung des Gehirns.**

Zur Feststellung der Oberflächenausdehnung der Grossgehirnrinde bieten wir eine neue Methode:

Das in Formalin gehärtete Gehirn wird nach dem Vorschlag Hennebergs in Lobi geteilt, in jedem Lobus öffnet man vorsichtig die Furchen und führt den Schnitt durch den tiefsten Teil der Furche. Diese Stücke teilt man in noch kleinere mit möglichst einfacher Oberfläche.

Von diesen Gehirnstückchen schnitten wir mit einem scharfen Starmesser nach Beer eine dünne Rindenschicht ab; diese Rindenschückchen wurden dann auf eine specielle Messungsfläche aufgetragen. Letztere stellte ein mit Glas bedecktes Millimeterpapier dar. Die Rindenstückchen werden nebeneinander auf das angefeuchtete Glas gelegt. So erhalten wir eine Mosaik der grauen Gehirns substanz (Sich Figur). Nachdem man das Glas mit allen Stückchen bedeckt hat ist es sehr leicht die ganze Fläche zu berechnen.

Um den Unterschied der Ergebnisse unserer Methode von denjenigen der Bedeckungsmethode festzustellen, massen wir dasselbe Gehirn zuerst nach Henneberg, dann nach unserer Methode. In allen Fällen erhielten wir annähernd gleiche Zahlen, aber unsere Methode forderte fünfmal weniger Zeit.

Unsere „Abschneidungsmethode“ erlaubt somit verhältnismässig rasch die Oberflächenausdehnung der Grossgehirnrinde festzustellen, indem wir nur eine dünne Rindenschicht abschneiden und sie auf unsere Messungstafel auftragen.

Um beide Hemisphären nach Hennebergs Bedeckungsmethode zu berechnen braucht man 60—80 Stunden; es ist klar dass Prof. O. Vogts Methode noch bedeutend mehr Zeit verlangt, die noch nicht berechnet wurde; unsere Methode braucht 14—17 Stunden.

Falls die von uns vorgeschlagene Methode es ermöglichen wird die Flächen ausdehnung der Gehirnrinde genau zu berechnen, die Messungsmethode zu erleichtern, die dazu verbrauchte Zeit zu verkürzen, ein grösseres Material zu bearbeiten, und uns hiermit der Lösung des Problems der Oberflächenmessung des Gehirns näher bringt, so kompensiert der Erfolg den Verlust des zu Grunde gehenden Gehirnmaterials, welches unsere Methode für weitere Forschungen nicht zu erhalten im Stande ist.



## პროფ. ალ. ალადაშვილი

ფაკულტეტის თერაპიული  
კლინიკის გამგე.

### ბორჯომის მადნეული წყლის გავლენა კუჭის სეკრეციასზე\*)

ბორჯომის მადნეული წყლით მკურნალობის დროს, ბუნებრივად იბადება საკითხი, თუ როგორ მოქმედობს ეს წყალი კუჭის სეკრეციასზე. ძველი ავტორები, უმთავრესად კლინიკისტები, ფიქრობდნენ, რომ ბორჯომის წყალი აძლიერებს კუჭის სეკრეციას.

ექ. სპ. ვაწაძე (1891) თავის დისერტაციაში სწერს: „ეკატერინეს წყლის 100 კ. ს.,  $\frac{1}{2}$  საათით საცდელი საუზმის წინ მიღებული, იწვევს კუჭის სეკრეციის გაძლიერებას, მატულობს საერთო სიმჟავიანობა და თავისუფალი მარილძევა, უმჯობესდება მხარშეული თვისება...“

ასეთივე შედეგები მიიღო ვოლფკოვიჩმა (Вольфкович) 1896 წ. ავტორი ამტკიცებს რომ, „ტუტე ნახშირ-მჟავა წყლები (ბორჯომი და ვიში) აძლიერებენ კუჭის წვენიში საერთო სიმჟავიანობას, თავისუფალ და შეერთებულ მარილ-მჟავას, ამასთან ეკატერინეს წყალი მოქმედობს ცოტა უფრო ენერგიულად, ვიდრე ვიში“. მაგრამ უკვე იმ დროინდელ ლიტერატურაში ვხვდებით საწინააღმდეგო შეხედულებას, რომელიც ძლიერ ფრთხილად და გაუბედავად არის გამოთქმული. მაგ. ალექსანდროვსკი (Александровский) 1891 წ. ამტკიცებდა რომ „200 კ. ს. ბორჯომის წყალი საჭმლის დროს მიღებული, იწვევს კუჭის წვენის ნეიტრალიზაციას და აფერხებს საჭმლის მონელებას. საჭმლის წინ მიღებული კი სეკრეციის გაძლიერებას არ იძლევა“.

აღსანიშნავია, რომ ასეთივე აზრთა სხვაობა არსებობდა ბორჯომის წყლის მთავარი კომპონენტის-ნატრიუმის ბიკარბონატის მოქმედების შესახებაც. ავტორების უმრავლესობა ამტკიცებდა, რომ *natrium bicarbonicum* აძლიერებს კუჭის სეკრეციას (Blonblot, Brown-Sequard, Kronecker, Jaworski, Gilbert, Robuteau და სხვა).

მაგრამ არიან აგრეთვე ავტორები, რომელნიც ფიქრობდნენ, რომ ეს მარილი აფერხებს კუჭის სეკრეციას. მაგ. Mathieu და Labulais დაკვირვებით *natr. bicarbon.* 0,5—1,0, საცდელი საუზმის წინ მიღებული, არ იძლევა კუჭის წვენში ცვლილებას, მხოლოდ 3,0 იწვევს სეკრეციის მკაფიო შემცირებას. ეს საკითხი საბოლოოდ გადაწყვიტა პროფ. პავლ ოვის სკოლამ. ხიჟინმა (1894 წ.) აწარმოა დაკვირვებები ძალღებზე, რომელთაც ქონდათ გაკეთებული განცალკევებული კუჭი პავლ ოვის მეთოდით. აღმოჩნდა რომ 1% სოდის ხსნარის 50

\*) მოხსენდა საქართველოს 1 საკურორტო ყრილობას.





კ. ს. კუჭის სეკრეციაზე მკაფიო გავლენას არ ახდენს, მაგრამ უფრო მაგარი ხსნარი ან ამ ხსნარის დიდი რაოდენობა აფერხებს კუჭის სეკრეციას. ასეთივე შედეგი მიიღეს სხვა ავტორებმაც, რომლებიც ამ მეთოდით მუშაობდნენ.

ბორჯომის მადნეული წყალი 1 ლიტრში შეიცავს 5,0 natr. bicarbon. და, რასაკვირველია, ეს ნივთიერება გარკვეულ თვისებებს ანიჭებს მას, მაგრამ დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სხვა შემადგენელ ნაწილებს, უმთავრესად კი თვით წყალს და ნახშირ-მჟავას. მრავალი დაკვირვებები ამტკიცებენ, რომ უბრალო წყალი კუჭის სეკრეციის გაძლიერებას იწვევს (Jaworski, Frerichs და სხვ.) განსაკუთრებით საყურადღებოა ხი.ე.ინის ცდები კუჭის ფისტულიან ძაღლებზე. როცა ავტორი ასმევდა ძაღლებს 150 კ. ს. გამოხდილ წყალს იგი იღებდა კუჭის სეკრეციის მცირე გაძლიერებას, მხოლოდ წყლის დიდი რაოდენობის (500,0) მიცემა კი მუდმივ იწვევდა მკაფიოთ გამოხატულ ეფექტს. ანალოგიური შედეგები მივიღე მეც ძაღლებზე, რომელთაც ჰქონდათ გაკეთებული განცალკევებული მცირე კუჭი პავლოვის მეთოდით. ნახშირ-მჟავას შესახებაც არსებობს მრავალი დაკვირვებები, რომელნიც ამტკიცებენ, რომ ამ გაზით გაზავებული წყალი ენერგიულად აძლიერებს კუჭის სეკრეციას (Jaworski, Волкович, Пименов და სხვ.).

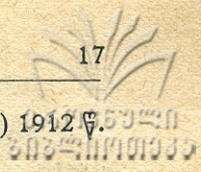
ამ მოკლე ცნობებიდან სჩანს, რომ ბორჯომის მადნეული წყალი შეიცავს ნივთიერებებს, რომელნიც საწინააღმდეგო გავლენას ახდენენ კუჭის სეკრეციაზე. გარდა ამისა, ბორჯომის წყალში მოიპოვება ათიოდენ სხვა მარილი, რომელთა რაოდენობა თუმცა ძლიერ მცირეა, მაგრამ მაინც იძლევა გარკვეულ ეფექტს და თავისებურად სცვლის წყლის ძირითად მოქმედებას. აქედან ცხადია, რომ ბორჯომის წყლის ეფექტი არ განისაზღვრება natr. bicarbonicum-ის ან ნახშირ-მჟავას ხსნარის ფარმაკო-დინამიკით. ეს მადნეული წყალი უფრო რთული ერთეულია, რომელსაც აქვს სრულიად გარკვეული და თავისებური თერაპევტიული თვისებები.

ბორჯომის წყლის ფიზიოლოგიური გავლენის გამოსარკვევად კუჭ-ნაწლავის ჯირკვლების სეკრეციაზე მე უკვე 1910 წ. ვაწარმოებდი ცდებს ცხოველებზე, რომელთაც ჰქონდათ გაკეთებული განცალკევებული კუჭი, აგრეთვე პანკრეასის და ნაღველის სადინარის ფისტულები პავლოვის მეთოდით. ამ ცხოველებს ვაძლევდი გაზიან და უგაზო ბორჯომის წყალს საჭმლის წინ და საჭმელთან ერთად. კუჭის სეკრეციამ საშუალოდ მოგვცა შემდეგი ცვლილებები:

| გამოხდილი წყალი<br>300 კ. ს. | 300 კ. ს. უგაზო<br>ბორჯომის წყალი<br>1/2 ს. საჭმლის წინ | იგივე საჭმელთან<br>ერთად მიღებული | გაზიანი<br>ბორჯომის<br>წყალი |
|------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|
| 40,5                         | 41,0  | 46,5                              | 49,0                         |

ე. ი. უგაზო ბორჯომის წყალი, საჭმლის წინ მიღებული, არსებითად არ სცვლის კუჭის სეკრეციას, საჭმელთან ერთად მიღებული კი აძლიერებს მას. უფრო მკაფიო ეფექტს იძლევა გაზიანი ბორჯომის წყალი, რომელიც, როგორც საჭმლის წინ, ისე საჭმელთან ერთად მიღებულიც, აძლიერებს სეკრეციას. ასე-





თივე ექსპერიმენტები ცხოველებზე გაატარა პროფ. ბიკელმა (Bickel) 1912 წ. და მიიღო უფრო მკაფიოდ გამოხატული შედეგები.

პროფ. ბიკელის ცდების შედეგები:

| უბრალო წყალი | უგაზო ბორჯომის წყალი<br>საჭმელის წინ მიღებული | გაზიანი ბორჯომის წყალი<br>საჭმელის წინ მიღებული |
|--------------|---|---|
| 12,7         | 2,5   | 12,0  |
| 8,3          | 2,7   | 16,0  |

ამ ცდებიდან ჩვენ შეგვიძლიან გამოვიყვანოთ სრულიად გარკვეული დასკვნები:

- 1) უგაზო ბორჯომის წყალი, საჭმლის წინ მიღებული, არ სცვლის ან აქვეითებს კუჭის სეკრეციას.
- 2) იგივე წყალი, საჭმელთან ერთად მიღებული, იძლევა სეკრეციის გაძლიერებას.
- 3) გაზიანი ბორჯომის წყალი ყველა პირობებში აძლიერებს კუჭის სეკრეციას.

ასეთია ექსპერიმენტების შედეგები. მაგრამ შეუძლებელია ამ დებულების უცვლელად და შეუსწორებლად კლინიკაში გადატანა. პათოლოგიურად შეცვლილი ორგანიზმი და ცალკე ორგანოც ხშირად იძლევა თავისებურ რეაქციას ამა თუ იმ ნივთიერებაზე და სრულიად სცვლის მის ფიზიოლოგიურ ეფექტს. ამიტომ საჭიროა, რომ ცხოველებზე მიღებული შედეგები გატარებული იყოს კლინიკურ მასალებზე და დადასტურდეს დაკვირვებებით ავადმყოფ ორგანიზმზე.

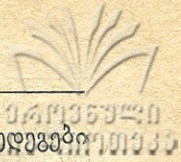
ბორჯომის წყლის შესახებ ასეთ დაკვირვებებს აწარმოებდნენ ჩემის ხელმძღვანელობით სახელმწიფო უნივერსიტეტის თერაპიულ კლინიკაში და ბორჯომის პირველ სანატორიუმში ექ. ვ. გერსამია და ექ. ვ. პიროუკოვი. ამ შეერთებული მუშაობის შედეგები მინდა გაგიზიაროთ თქვენც. ჩვენი გამოკვლევების მიზანი იყო გამოვკვრივოთ, თუ როგორ მოქმედობს დაავადებული კუჭის სეკრეციაზე ბუნებრივი ბორჯომის წყალი  $\frac{1}{2}$ —1 საათ. საჭმლის წინ მიღებული. დაკვირვებისათვის ჩვენ ავირჩიეთ კუჭის სამი მთავარი სნეულება 1) ქრონიკული კუჭის წყლული, 2) ფუნქციონალური ჰიპერაციდოტიკა და 3) ქრონიკული მუყევი გასტრიტი.

ბორჯომის წყალს ვაძლევდით ავადმყოფებს ერთჯერად საჭმლის წინ ან ხარგდლივად 3—6 კვირის განმავლობაში. კუჭის სეკრეციის ვიკლევდით ბოასევალდის საცდელი საუზნით. ყველა ავადმყოფების შესახებ გვქონდა თითქმის სრული კლინიკური გამოკვლევა და უმრავლეს შემთხვევაში რენტგენის სხივებით გაშუქების შედეგებიც.

თვით გამოკვლევის სქემა ასეთი იყო: ავადმყოფს ვუნიშნავდით ერთფეროვან დიეტას და რამოდენიმე დღის შემდეგ ვუსინჯავდით კუჭის წვენს. მეორე დღეს უზნოზე ვაძლევდით 200—400 კ. ს. უგაზო გამთბარ ბორჯომის წყალს და  $\frac{1}{2}$ —1 საათ შემდეგ საცდელ საუზნეს. ავადმყოფების მეორე რიგს კუჭის წვენის გამოკვლევის შემდეგ ვუნიშნავდით ბორჯომის წყალს თითო კვირას დღეში სამჯერ და განმეორებით ვუსინჯავდით კუჭის წვენს, 3—6 კვირის შემდეგ. ბორჯომის წყალი ერთჯერად მიეცით 64 ავადმყოფს, ხანგრძლივად კი 122-ს.







ერთდროულად 200 კ. ს. ბორჯომის წყლის მიცემამ ასეთი შედეგები მოგვცა:

| სნეულება             | ავადმყოფთა რიცხვი | სიმჟავიანობამ დაიკლო | სიმჟავიანობამ მოიმატა | უცვლელი დარჩა |
|----------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| კუჭის წყლული         | 11                | 73%                  | 23%                   | 0             |
| ფუნქც. ჰიპერაციდიტას | 16                | 6%                   | 56%                   | 37%           |
| მუავე გასტრიტი       | 8                 | 63%                  | 12%                   | 25%           |

როგორც ამ ცხრილიდან სჩანს, კუჭის ქრონიკული წყლულის დროს ბორჯომის წყალმა 73% სიმჟავიანობის დაქვეითება გამოიწვია და 27% კი მომატება. დაახლოებით ასეთივე შედეგები მივიღეთ მუავე გასტრიტის დროს: სიმჟავიანობამ დაიკლო 63%, მოიმატა 12% და უცვლელად დარჩა 25%.

ფუნქციონალური ჰიპერაციდიტას დროს მივიღეთ სრულიად სხვა ეფექტი. სიმჟავიანობამ დაიკლო მხოლოდ 6%, მოიმატა 56,5% და უცვლელი დარჩა 37,5%.

ბორჯომის წყლის დოზის მომატებამ 400 კ. ს. ანალოგიური შედეგები მოგვცა:

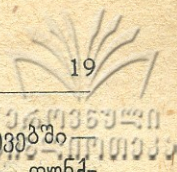
| სნეულება             | სიმჟავიანობამ დაიკლო | სიმჟავიანობამ მოიმატა | უცვლელი დარჩა |
|----------------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| კუჭის წყლული         | 100%                 | —                     | —             |
| ფუნქც. ჰიპერაციტიდას | 0                    | 60%                   | 40%           |
| მუავე გასტრიტი       | 37,5%                | 50%                   | 12,5%         |

როგორც ამ ცხრილიდან სჩანს, კუჭის წყლულის ყველა შემთხვევაში სიმჟავიანობა დაიკლო. ფუნქციონალური ჰიპერაციტიტასის დროს სიმჟავიანობამ მოიმატა 60%-ში და უცვლელად დარჩა 40%-ში. მუავე გასტრიტმა მოგვცა სიმჟავიანობის დაკლება 37,5%-ში, მომატება 50%-ში, უცვლელი დარჩა 12,5%-ში.

ბორჯომის წყლის 200—400 კ. ს. ერთდროულად მიღების მთელი მასალა ასეთ სურათს იძლევა:

| სნეულება             | ავადმყოფთა რიცხვი | სიმჟავიანობამ დაიკლო | სიმჟავიანობამ მოიმატა | უცვლელად დარჩა |
|----------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| კუჭის წყლული         | 18                | 83%                  | 17%                   | 0              |
| ფუნქც. ჰიპერაციდიტას | 21                | 2%                   | 60%                   | 38%            |
| მუავე გასტრიტი       | 16                | 50%                  | 31%                   | 18%            |





ე. ი. კუჭის ქრონიკული წყლულის დრო დიდ უმრავლეს შემთხვევებში (83%) მივიღეთ სიმჟავიანობის დაკლება და 17% მომატება; პირიქით, ფუნქციონალური ჰიპერციდიტის დროს მივიღეთ სიმჟავიანობის დაკლება მხოლოდ 2%, მომატება 60% და 38% კი კუჭის წვენი უცვლელი დარჩა.

მეავე გასტრიტი მოგვცა სიმჟავიანობის დაქვეითება 50%-ში, მომატება 31%-ში და უცვლელი დარჩა 29%-ში.

ბორჯომის წყლის ხანგრძლივმა 3—9 კვირის განმავლობაში ხმარებამ მოგვცა ასეთი შედეგები:

| სნეულება                   | ავადმყოფთა რიცხვი | სიმჟავიანობამ დაიკლო | სიმჟავიანობამ მოიმატა | უცვლელად დარჩა |
|----------------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| კუჭის წყლული               | 28                | 96,43%               | 3,5%                  | 0              |
| ფუნქციონალური ჰიპერციდიტას | 44                | 11,4%                | 68,2%                 | 20,4%          |
| მეავე გასტრიტი             | 38                | 66%                  | 34%                   | 0              |

როგორც ამ ცხრილიდან სჩანს 3—6 კვირის განმავლობაში ბორჯომის წყლის ხმარებამ მოგვცა იმავე ხასიათის ცვლილებები, როგორც ამ წყლის ერთდროულმა მიღებამ, მხოლოდ ეფექტი უფრო მკაფიოდ იყო გამოხატული. ქრონიკული კუჭის წყლულის დროს სიმჟავიანობამ დაიკლო 96,4%-ში და მხოლოდ 3,5% მოიმატა, ფუნქციონალური ჰიპერციდიტასის დროს სიმჟავიანობამ დაიკლო 11,4%, მოიმატა 68,2% და უცვლელი დარჩა 20,4%. მეავე გასტრიტის დროს საკმარისად გამოხატული იყო სიმჟავიანობის დაკლება 66%, მომატება კი 34%.

მთელი მოყვანილი მასალა სრულიად გარკვეულად და მკაფიოდ ამტკიცებს, რომ ბორჯომის წყალი კუჭის ყველა აღნიშნული სნეულებების დროს უმრავლეს შემთხვევაში სცვლის კუჭის სეკრეციას. კუჭის ქრონიკული წყლულის და მეავე გასტრიტის დროს სჭარბობს სიმჟავიანობის დაქვეითება, ფუნქციონალური ჰიპერციდიტასის დროს კი—მისი გაძლიერება. საინტერესოა გამოიკვეს, თუ რამდენად ძლიერია ეს ცვლილებები. ამ სიკითხის გადასაწყვეტად ჩვენ სიმჟავიანობის ცვლილებები დავყავით სამ ჯგუფად: 1) პირველ ჯგუფში მოვათავსეთ საერთო სიმჟავიანობის სუსტი ცვლილება, როდესაც იგი 10 კ. ს. არ აღემატება; მეორე ჯგუფში მოვათავსეთ შემთხვევები, სადაც სიმჟავიანობის ცვლილება 10—20 კ. ს. უდრის და მესამე ჯგუფში, სადაც ცვლილება 20—30 კ. ს. აღის.

ერთდროულად ბორჯომის წყლის მიცემამ ასეთი შედეგები მოგვცა:

| სნეულება                   | ავადმყოფთა რიცხვი | სიმჟავიანობამ დაიკლო |     |     |
|----------------------------|-------------------|----------------------|-----|-----|
|                            |                   | I                    | II  | III |
| კუჭის წყლული               | 18                | 67%                  | 33% | 0   |
| ფუნქციონალური ჰიპერციდიტას | 21                | 10%                  | 90% | 0   |
| მეავე გასტრიტი             | 6                 | 37%                  | 63% | 0   |



როგორც ამ ცხრილიდან სჩანს, ბორჯომის წყლის ერთდროულმა მიცემამ კუჭის წყლულის 67% გამოიწვია სიმჟავიანობის სუსტი შემცირება, და მხოლოდ მჟავე გასტრიტის დროს ეს დაქვეითება უფრო ძლიერი იყო 10—30.

ერთდროულად ბორჯომის წყლის მიეცემის დროს სიმჟავიანობამ მოიმატა. მაგ. ასეთი სურათი მოგვცა:

| სნეულება             | ავადმყოფთა რიცხვი | სიმჟავიანობამ დაიკლო |     |     |
|----------------------|-------------------|----------------------|-----|-----|
|                      |                   | I                    | II  | III |
| კუჭის წყლული         | 18                | 67%                  | 33% | 0   |
| ფუნქც. ჰიპერაციდიტას | 21                | 100%                 | —   | 0   |
| მჟავე გასტრიტი       | 16                | 60%                  | 40% | 0   |

სიმჟავიანობის მომატებაც უმთავრეს შემთხვევაში სუსტად იყო გამოხატული და მხოლოდ ფუნქციონალურ ჰიპერაციდიტასის დროს 33% და მჟავე გასტრიტის დროს 40% იგი 0,03—0,07% უდრიდა.

ბორჯომის წყლის ხანგრძლივმა ხმარებამ გამოიწვია უფრო ძლიერი ცვლილებები.

| სნეულება             | სიმჟავიანობამ მოიმატა |     |     |
|----------------------|-----------------------|-----|-----|
|                      | I                     | II  | III |
| კუჭის წყლული         | 11%                   | 74% | 15% |
| ფუნქც. ჰიპერაციდიტას | 40%                   | 20% | 40% |
| მჟავე გასტრიტი       | 36%                   | 48% | 16% |

(აქ მოგვეყვას ცნობები მხოლოდ საერთო სიმჟავიანობის შესახებ, რადგან თავისუფალი მარილ-მჟავის ცვლილებებს რამე თივისებურობა არ ეტყობოდა).

კუჭის წყლულის დროს 74% მივიღეთ სიმჟავიანობის დაკლება 10—20 და 15% 20—30, ფუნქციონალურმა ჰიპერაციდიტისმა მოგვცა 20%—10—20 და 40%—20—30-ს, მჟავე გასტრიტმა 48%—10—20-ს, და 16%—20—30-ს.

| სნეულება             | 10 კ. ს. | 10—20 კ. ს. | 20—30 კ. ს. |
|----------------------|----------|-------------|-------------|
| ფუნქც. ჰიპერაციდიტას | 57%      | 17%         | 23%         |
| მჟავე გასტრიტი       | 38%      | 46%         | 16%         |

მკაფიოდ არის გამოხატული აგრეთვე სიმჟავიანობის მომატება ფუნქციონალური ჰიპერაციდიტასის დროს: 23%-ში მომატება უდრიდა 20—30 კ. ს. და მჟავე გასტრიტის დროს 16%. მაგრამ საერთოდ სიმჟავიანობის შემცირების ეფექტი ეფრო მკაფიოდ არის გამოხატული, ვიდრე გაძლიერება.



ასეთია ჩვენი ფაქტიური მასალა რომლიდანაც შეგვიძლია გამოვიყვანოთ შემდეგი დასკვნა.

1) ბორჯომის მადნეული წყალი  $\frac{1}{2}$ —1 საათით საცდელ საუზმის წინ მიღებული უმრავლეს შემთხვევაში იძლევა კუჭის სერკეციის ამა თუ იმ ცვლილებას.

2) კუჭის ქრონიკული წყლულის დროს დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ბორჯომის წყალი იძლევა კუჭის წვენის სიმჟავიანობის შემცირებას და მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში გაძლიერებას.

3) დაახლოებით ასეთივე შედეგებს იძლევა ბორჯომის წყალი მჟავე გასტრიტის დროსაც.

4) ფუნქციონალური ჰიპერაციდიტასის დროს უმრავლეს შემთხვევაში ბორჯომის წყალი აძლიერებს სიმჟავიანობას, უფრო იშვიათად კი აქვეითებს.

5) ბორჯომის წყალი უფრო მკაფიო ეფექტს იძლევა ხანგრძლივი ხმარების დროს.

ბუნებრივად იბადება საკითხი, თუ რად იძლევა ბორჯომის წყალი ასეთ არა ერთფეროვან შედეგებს, როგორც ზემოთ უკვე ნათქვამი იყო, ექსპერიმენტები ცხოველებზე გარკვეულად ამტკიცებენ, რომ ტუტე მარილების ხსნარი და ტუტე მადნეული წყალი, საჭმლის წინ მიღებულნი, აქვეითებენ კუჭის სეკრეციას. პროფ. პავლოვი ამ მოაღენას ხსნის შეკავებითი რეფლექსით, რომელსაც იძლევა თორმეტგოჯა ნიწლაგი. მართლაც ტუტე ნივთიერების ხსნარებით ამ ნაწლავის ლორწოიანი გარსის მორწყვა იწვევს კუჭის სეკრეციის შეფერხებას, ამავე დროს ქლორნატრიუმის და  $\text{CO}_2$  ხსნარის ხმარება აძლიერებს კუჭის წვენის გამოყოფას (Пименов).

აქედან ცხადია, რომ სიმჟავიანობის დაქვეითება, რომელიც მივიღეთ ბორჯომის წყლის ხმარების დროს, ნორმალურ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს.

ცარიელ კუჭზე მიღებული ტუტე წყალი თითქმის შეუცვლელად გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში და ისეთსავე ეფექტს იძლევა, რეგორც ექსპერიმენტების დროს ლორწოიანი გარსის ამავე ხსნარებით მორწყვა.

უფრო ძნელი ასახსნელია ის შემთხვევები, როცა უზმოზე მიღებული უგაზო ბორჯომის წყალი აძლიერებს კუჭის სეკრეციას.

ექსპერიმენტები ცხოველებზე გვიმტკიცებენ, რომ უგაზო ბორჯომის წყალი აძლიერებს კუჭის სეკრეციას, თუ იგი მიღებულია საჭმელთან ერთად. მადნეული წყლის ტუტე მარილები უერთდებიან მარილ-მჟავას და იძლევიან ქლორ-ნატრიუმს და ნახშირ-მჟავას, რომელნიც თორმეტგოჯა ნაწლავიდან რეფლექტორულად მოქმედობენ კუჭის სეკრეციაზე. შესაძლებელია რომ, თუ უზმოზე კუჭში იმყოფება მჟავე წვენის საკმარისი რაოდენობა, ბორჯომის წყალს შეუძლიან მოგვეცეს იგივე ქიმიური შენაერთები და ანალოგიური ფიზიოლოგიური ეფექტი.

ჩვენი გამოკვლევები ზოგიერთი იმ შემთხვევებისა, როცა ბორჯომის წყალი უზმოზე აძლიერებდა კუჭის სიმჟავიანობას, ადასტურებენ ამ დებულებას. თითქმის ყოველთვის უზმოზე ვპოულობდით მჟავე წვენს.

ლიტერატურა: 1. Вацадзе. К вопросу о влиянии солено-щелочных минеральных вод (Ессентуки № 17 и Боржом) на отправление желудка и кислотность мочи у здоровых и больных людей. Дисс. СПб. 1891 г. 2. Вольфкович. О влиянии минеральных вод Боржомской и Виши на отправления желудка у больных. Медицина 1876 г. 3. Александровский. К вопросу о влиянии газированной Боржомской воды Екатерин. источника на отправления желудка и кислотность мочи у здоровых



людей. Дисс. СПб. 1899 г. 4. Javorski. Zeitsch. f. Biolog. 1883—1884 г.г. (по дисс. Александровского). 5. Gilbert. Memoires de la Soc. de biolog. 1893 г. 6. Хижин. Отделительная работа желудка собаки. Дисс. СПб. 1891 г. 7. Пименов. Влияние щелочей на работу пепсиновых желез. Труд. общ. русск. врачей СПб. 1907 г. 8. Аладов. К вопросу о физиологич. действии Боржомск. минеральн. воды Екатерининского источника. Дисс. Харьков 1911 г. 9. Bickel. Über die Wirkungen des alkalischen Mineralswassers von Borschom auf die Verdauungsorgane. Berlin. 1912 г.

### Проф. А. АЛАДАШВИЛИ.

#### Влияние Борж. воды на секрецию желудка.

Экспериментальные наблюдения (Аладов, Bickel) доказали, что негазированная боржомская минеральная вода, принятая до еды, понижает секрецию желудочных желез. Но так как результаты опытов на животных нельзя полностью переносить на большой человеческий организм, то необходимо было произвести клинические наблюдения на больных с желудочными заболеваниями.

Автор совместно с д-рами В. Герсamia и В. Пирожковым провел наблюдения над больными с хронической язвой желудка, функциональной hyperaciditas и кислым катаром желудка.

Проведено было всего 186 наблюдений, которые дали следующие результаты:

1. Боржомская минеральная вода, принятая за  $\frac{1}{2}$ —1 час до пробного завтрака, в большинстве случаев вызывает ясные изменения в секреции желудочных желез.

2. При хронической язве желудка в громадном большинстве случаев (96,43%) боржомская вода понижает кислотность желудочного сока, а в остальных случаях повышает.

3. Такой же эффект дает боржомская минеральная вода при кислых гастритах, но в несколько меньшем количестве случаев (66%).

4. При функциональной hyperaciditas в большинстве случаев (66%) боржомская вода повышает кислотность желудочного сока и только в 34%-х понижает ее.

5. Подобное же действие, но более слабо выраженное, оказывает боржомская минеральная вода и при однократном приеме.

Понижение кислотности желудочного сока должно считаться нормальным явлением; оно зависит от задерживающего рефлекса со стороны двенадцатиперстной кишки, который возникает при прохождении через нее щелочной минеральной воды.

Менее ясна причина повышения кислотности желудочного сока, которое наблюдалось в нескольких случаях язвы желудка и в большинстве случаев функциональной hyperaciditas.

Изучение этих случаев язвы желудка показало, что с хронической язвой желудка всегда имелся стеноз привратника, благодаря чему натощак в желудке скапливается кислый желудочный сок.

Боржомская щелочная вода соединяясь с кислотой желуд. сока дает хлористый натр и  $\text{CO}_2$ , которые рефлекторно вызывают со стороны двенадцатиперстной кишки повышение секреции желудка.

Такая же, по всей вероятности, причина повышения кислотности и при функциональной hyperaciditas, которая часто сопровождается повышенной секрецией желудочного сока.

### Prof. A. ALADACHVILI.

#### Influence des eaux minerales de Borjom sur la secretion gastrique.

Les experiences sur les animaux (Aladachvili, Bickel) ont montré que l'eau minerale naturelle de Borjom absorbée avant le repas diminue la secretion des glandes gastriques et son acidité.



L'auteur et ses collaborateurs ont effectué des observations sur des malades atteints d'ulcère gastrique, d'hyperchlorhydrie fonctionnelle et de gastrite acide.

En se basant sur 186 observations l'auteur conclue que:

1) l'eau minérale naturele de Borjom prise  $\frac{1}{2}$ —1 h. avant le repas d'épreuve diminue dans la majorite des cas (96,43 %) d'ulcère gastrique la secretion et l'augmente dans les autres cas (3,57 %);

2) elle produit le même effet quoique un peu moins frequement (66 %) dans les cas de gastrites acides;

3) dans les cas d'hyperchlorhyrie fonctionelle l'eau de Borjom augmente dans la majorité des cas (66 %) la secretion gastrique et son acidité et la diminue dans 34 %.

L'auteur considère la diminution de la secretion gastrique et de son acidité après l'absorption d'eau de Borjom comme un fait absolument normal parce qu'elle depend du reflexe contenu par le duodenum par suite du passage de l'eau minérale alcaline.

L'augmentation de la secretion gastrique et de son acidité dans la plupart de cas d'hyperchlorhydrie et dans la minorité de cas d'ulcère gastrique depend d'après l'auteur de la présence dans l'estomac à jeun du suc acide au cours d'hyperchlorhydrie habituellement accompagnée d'hypersecretion et au cours des cas d'ulcère accompagnées de la stenose pylorique.

L'eau minérale alcaline de Borjom se combinant avec l'acide chlorhydrique gastrique donne NaCl et  $\text{CO}_2$  qui augmentent la secretion gastrique par un reflexe du duodenum.

---



კლ. ცოხაია.

ასისტენტი.

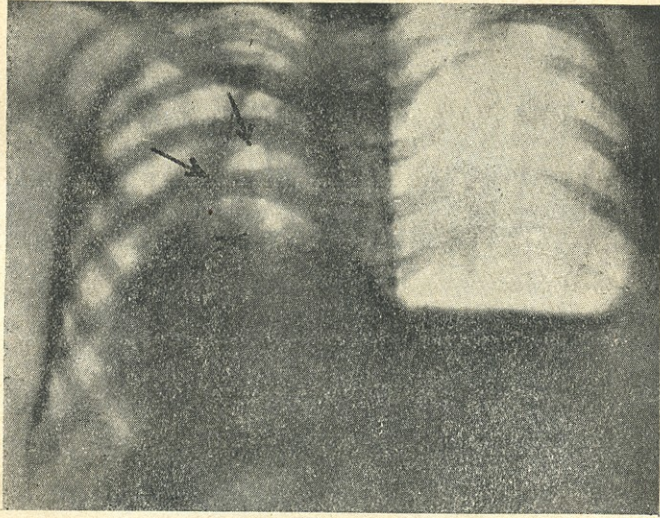
## მედიასტინალური თიაქრის საკითხისათვის. \*)

(პრობედვეტ. თერაპიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. შ. მიქელაძე, და ქალ. 1-ლ სა-  
ავადმყოფოს ტუბერკულოზური განყოფილებიდან. მთავარი ექიმი—კ. ლორთქიფანიძე).

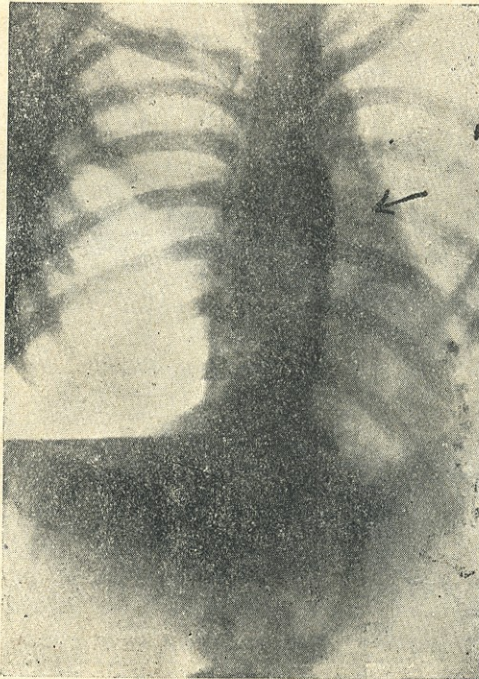
მედიასტინალური თიაქარი წარმოადგენს იშვიათ გართულებას ხელოვნუ-  
რი ან სპონტანური პნევმოთორაქსის დროს. აგრეთვე არის აწერილი 2 შემთხ-  
ვევა შემოფარგლული ემპიემის დროსაც. წინა მედიასტინუმში ჩვენ ვიცით, რომ  
პლევრათა ღრუების (ენდოთორაქალური) წნევა შესუნთქვის დროს უდრის ატ-  
მოსფერული წნევას მინუს 10 mm. Hg, ამოსუნთქვის დროს მინუს 6 mm. Hg,  
და ღრმად შესუნთქვისას კი მინუს 39 m.m. Hg. (Doners), მაშასადამე პლევრალურ  
ღრუში, როგორც შესუნთქვის, ისე ამოსუნთქვის დროს უარყოფითი წნევაა.  
ა. ბრაუერი (Brauer) და მისი სკოლა ამ აზრს არ იზიარებენ; ისინი დღესაც  
ფიქრობენ, რომ პლევრალურ ღრუში არავითარი წნევა არ არსებობს. თუ პლევ-  
რათა ღრუში გაჩნდა სპონტანური პნევმოთორაქსი ან ხელოვნური პნევმოთო-  
რაქსი გავაკეთეთ, ცხადია წნევა მოიმატებს, რომლის შედეგად ხშირად ვღებუ-  
ლობთ მედიასტინუმის ან მთლიანად ან ნაწილობრივად გადაწევას ჯანმრთელ  
მხარეზე. მედიასტინუმის გადაწევას ჯანმრთელ მხარეზე ორი საპატიო მიზეზი  
აქვს: პირველი—ეს დაავადებულ პლევრათა ღრუში დადებითი წნევა, მხოლოდ  
მეორე მიზეზს თვით მედიასტინუმის ანატომიური სისუსტე წარმოადგენს. მე-  
დიასტინუმი ითვლება ღრუდ, რომელიც მოთავსებულია მკერდის და ხერხემლის  
შუა, თუმცა იგი არავითარ შემთხვევაში არ წარმოადგენს ღრუს, რადგანაც იგი  
სრულიად ამოვსებულია მთელი რიგი ორგანოებით, როგორიც არის: გული, სა-  
სულე, საყლაპავი მილი, დიდი სისხლის ძარღვები და ნერვები. ამასთან ერთად  
ორგანოების შუა ადგილები ამოვსებულია მაგარი შემაერთებელი ქსოვილით.  
მედიასტინუმს მხოლოდ ორი ადგილი აქვს სუსტი, რომლებიც ამოვსებულია ცხი-  
მოვანი და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით. პირველი სუსტი ადგილი მოთავ-  
სებულია წინა მედიასტინუმში მკერდის უკან1—4 ნეკნების შორის, სადაც ცხი-  
მოვანად გადაგვარებული მკერდუკანა ჯირკველი მდებარეობს. ეს სუსტი ადგი-  
ლი სიღრმეში აღწევს 3—4 სანტიმეტრს. მეორე სუსტი ადგილი უკანა მედია-  
სტინუმშია, გულისა და ხერხემლის შუა, აორტის და საყლაპავი მილის შორის  
8—10 გულმკერდის მალასთან (Nitsch—Brauer). სწორედ მედიასტინუმის ამ ორ  
სუსტ ადგილებში შესაძლებელია ე. წ. მედიასტინალური თიაქრის გაჩენა, თუ  
პლევრების შუა ღრუების წნევის დიდი სხვაობა იქნება. მართლაც იშვიათ შემ-  
თხვევაში ზემოთ აღნიშნულ სუსტ ადგილებში ვღებულობთ თიაქარს.

\*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოებას 1931 წ.



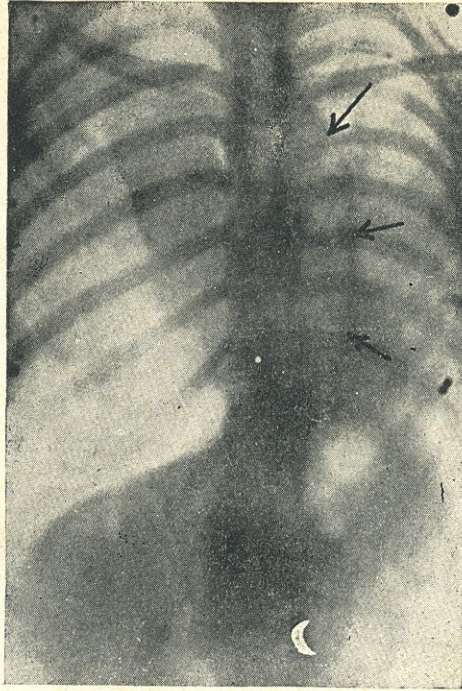


სურათი № 1.

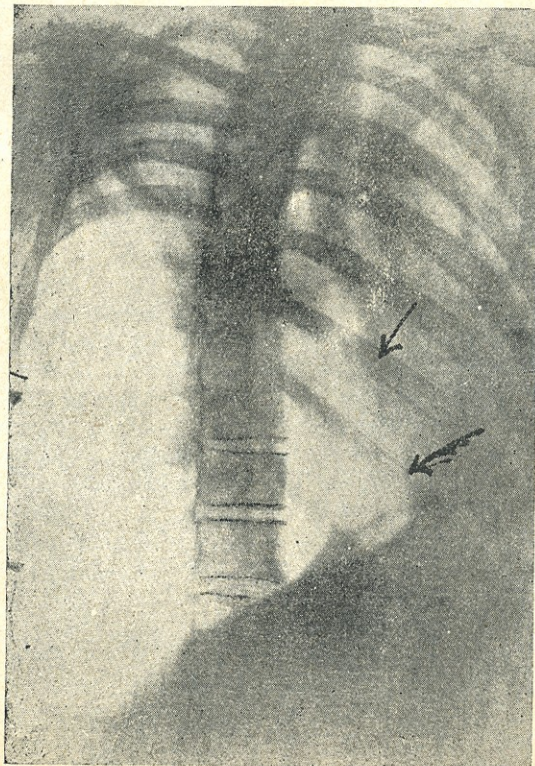


სურათი № 2.





სურათი № 3.



სურათი № 4.



მედიასტინალური თიაქრის შემთხვევა აწერილი აქვთ: Brauer-ს, Eber-ს, Kindberg-ს, Muralt-ს, Абрамович-ს, Полесицкии-ს, იმერლიშვილს, Фурман-ს და Хлебников-ს, Бодунген-ს, Blum-ს, Robert-ს, Corbetta-ს, Vitorio-ს და სხვ. ყველანი აღნიშნავენ ძლიერ იშვიათობას. ამასთან ერთად სუყველა მათი შემთხვევები წარმოადგენენ ხელოვნური პნევმოთორაქსის გართულებას. ჩვენც გვქონდა ასეთი მედიასტინალური თიაქარის 4 შემთხვევა. ერთი სპონტანური პნევმოთორაქსით იყო გამოწვეული, სამი კი ხელ. პლპემოთორაქსის გართულებას წარმოადგენენ.

შემთხვევა 1-ლი: ბ-ლი ე. 29 წ. ქმარშვილიანი; ჩამოსულია კახეთიდან სამკურნალოდ. უჩივის ძლიერ ქოშინს, ხველებას ჩირქოვანი ნახველით, სიცხეს 38°—39,5°, ოფლიანობას, საერთო სისუსტეს, სივამბდრეს, 6 თვეა ავად არის; ავადმყოფობა თანდათანობით განუვითარდა; ამ ათი დღის წინ დახველების შემდეგ მან უეცრივ იგრძნო საშინელი მჩხვლტავი ხასიათის ტკივილი მარცხენა გვერდში, რასაც მოჰყვა დიდი სიცხე, ქოშინი და საერთო მდგომარეობის გაუარესება, რის გამო შემოვიდა ჩვენთან განყოფილებაში. ხშირად მოსდის ღონება და გულის ფრიალი, აქვს აგრეთვე ძლიერი ქოშინი, რის გამო ავადმყოფი მუდამ ზის ლოჯინზე. ნახველში არის კოხის ჩხირები, ელასტიური ბოჭკოები. გული მთლიანად გადაწულია მარჯვნივ. მისი საზღვრებია: მარჯვნივ—მარჯვენა წინა აქსილარული ხაზი, მარცხნივ—მარჯვენა სტერნალური ხაზი. მოსმენით სუფთა ტონები. პერიფერიული სისხლის ძარღვები—ელასტიური, პულსი სუსტი ავების, რითმიული—132; სუნთქვა 26. პერკუსიით—მარცხენა ფილტვზე წინ—ტიმპანური ხმიანობა, რომელიც გრძელდება მკერდის ძვალზე მთლიანად და კიდე გადადის მარჯვენა ფილტვზე 4—5 cm-ით 1—3 ნეკნებს შორის. აუსკულტაციით აქვე ისმის შესუსტებული სუნთქვა ლითონისებური ელფერით, რომელიც დახველებისას მკაფიოდ გამოიხატება. ფრემიტუსი მოსპობილია. მარჯვენა ფილტვზე წინ კი, უფრო გარეთ, ისმის ძლიერი მკვრივი სუნთქვა, უკან მარჯვნივ ფილტვის კარის მიდამოში პერკ. 3—6 ნეკნამდე მოყრება, აქვე ისმის მკვრივი სუნთქვა და წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი.

უკან მარცხნივ ზემოდ პერკ.—ტიმპანტი, ქვემოდ ყრუ ხმა.

აქვე მოსმენით ძლიერ შესუსტებული სუნთქვა, რომელიც ქვემოდ სრულიად ისპობა. წინ მარჯვენა ფილტვზე იქ, სადაც მოყრებულ ტიმპანტი და შესუსტებული სუნთქვა ლითონისებური ელფერით, არის მარცხენა ფილტვის ნაწილი შეჭრილი, რომელიც ქმნის მედიასტინალურ თიაქარს [ეს გამოირკვა რენტგენის შემდეგ]. Diagn.—t. b. c. pulm. sin. C. III Pneumothorax spontanea (Pyopneumothorax). რენტგენოლოგიურად ჩვენ დიაგნოზს დაემატა Hernia mediastinalis dextra.

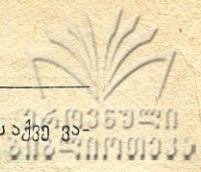
შემთხვევა 2. ნ-ძე ალ. 20 წ. სტუდენტი ხონიდან. პირველად ავად გახდა აწ. 1 მარტს. ავადმყოფობა დაეწყო გრიპით. 2 კვირის ავადმყოფობის შემდეგ თავი ბინაზე, მოთავსებული იქნა დიაგნოსტიკურ კლინიკაში. ნახველში კოხის ჩხირები და ელასტიური ბოჭკოები.

Diagnos: Tbc. pulmon. dex. exsud. cavernosa (C III).

პნევმოთორაქსი პირველად გაუკეთდა 10 აპრილს 1930 წ., რის შემდეგ 1—1½ თვის განმავლობაში ტუმპერატურამ დაიწია თანდათანობით, ხველებამ ძლიერ უკლო, ოფლიანობა სრულებით მოისპო. იენისის პირველ რიცხვებში, ავადმყოფი გაეწერა და შემდეგ სისტემატიურად მკურნალობდა ტუმპერკულოზურ ყანყოფილებაში ამბულატორიულად. ზაფხული გაატარა ჯერ „არაზინდო“-ში (1½ თვე) და შემდეგ ხონში. ორ კვირაში ერთხელ ჩამოდიოდა ტფილისში პნევმოთორაქსის გასაკეთებლად. პირველ ხუთჯერ გაზის შეშვების შემდეგ (2700 კ. ს.) გაშუქებისას გამოირკვა, რომ შეხორცებაა ვისცერალურ და პარიეტალურ პლევრათა შორის მე-3-ე ნეკნთან აქსილარულ ხაზზე, შეხორცების ოდნავ მედიალურად უფრო ნათლად გამოიხატა პატარა, აბაზის ოდენობის, კავერნა. ამ ყამად 8 თვის მკურნალობის შემდეგ ავადმყ. კარგად გრძნობს თავს: ტუმპერატურა ნორმალური; ახველებს იშვიათად; ოფლიანობა სრულებით არ აქვს. წონაში მოიპატა 6 კილო. გაზის მე-30-ე შეშვების დროს ჩვენ შევამჩნიეთ, რომ ენდოთორაკალური უარყოფითი წნევა უცბად გადავიდა დადებით წნევაზე.

მაგ.: დაწყებისას იყო — 10,—5, 100 კ. ს., გაზის შეშვების შემდეგ კი + 2, + 5, ამიტომ იძულებული შევიქენით პნევმოთორაქსი გაგვეთავებინა 5+10, + 10+15, 300—400 კ. ს. გაზის შეშვებით.





რენტგენით გაშუქებისას აღმოჩნდა მედიასტინალური თიაქარი, რომლის სურათს აქვე ვა-  
თავსებთ.

კლინიკური გასინჯვისას მივიღეთ შემდეგი. გულის საზღვრები მარჯვნივ—მარცხენა  
სტერნალური ხაზი, მარცხნივ წინა აქსილარული ხაზი, ზემო საზღვარი არ ირკვევა. პერკუსიით  
მარჯვენა ფილტვის წინ—ტიმპანური ხმა, რომელიც გრძელდება მკერდის ძვალზე და გადადის  
მარცხენა ფილტვზე 6 სანტიმეტრით გარეთ 1—4 ნეკნებს შორის.

აქვე შესუსტებული სუნთქვაა ლითონისებური ელფერით, დახველებისას უფრო მკაფიოდ  
გამოხატული. ფრემიტუსი შესუსტებული. მარცხენა ფილტვზე სხვა დანარჩენ ადგილას ოდნავი  
მოყრუება და ძლიერ მკვრივი სუნთქვა (ეს მედიასტინალური თიაქარის ადგილია), უკან ფილტ-  
ვის კარის მიდამოებში, როგორც მარჯვნივ 3—5 ნეკნ., ისე მარცხნივ 3—6 ნეკნამდე მოყრუე-  
ბა, მკვრივი სუნთქვა და წვრილ-ბუმტუკოვანი ხიხინი.

შე მ თ ხ ვ ე ვ ა 3. ღ-ლი თ-რა 18 წლის მოწაფე. იმერეთიდან. ავად გახდა 1930 წ. 10 აბ-  
რილს გრიპით, რის შემდეგ დასჩემდა  $t^0$ — $38^0$ — $39^0$ , ხველება, ოფლიანობა. ნახველში კაზხის  
ჩხირები და ელასტიური ბოჭკოები. დაღუპვითი რეაქცია  $1/2$  საათში—16, 1 საათში—20. ამი-  
ტამ იძულებული შეიქნა ტუბერკულოზურ განყოფილებაში მოთავსებულიყო.

Diagnos: Tbc. pulmon. dex. exsud. cavernosa. C. III. 30 მაისს პნევმოთორაქსი გაუკეთ-  
და  $1 1/2$  თვის შემდეგ, ტემპერატურა თან და თან დაიწია, ოფლიანობა სრულებით მოესპო, ხვე-  
ლება ძლიერ შეუწელდა. რენტგენით შეხორცება მე-3-ე ნეკნის გასწვრივ, იქვე ახლოს კავერნა  
ქლიავის ოდენობის. ზაფხულში  $1 1/2$  თვე იყო აბასთუმანში და შემდეგ თავის სოფელში. ტფი-  
ლისში პნევმოთორაქსის გასაკნთებლად ჩამოდიოდა 15 დღეში ერთხელ. 6 თვის პნევმოთორაქ-  
სით მკურნალობის შემდეგ კარგად გრძობდა თავს, 4 კილო მოიმატა წონაში. ხველება იშვია-  
თად, ოფლიანობა სრულებით არა აქვს. ამ ბოლო დროს მე-20-ე პნევმოთორაქსის გაკეთებისას  
შევაჩინეთ, რომ მანომეტრი უარყოფითი წნევიდან მალე გადადის დადებითზედ. გაშუქებისას  
აღმოჩნდა მედიასტინალური. თიაქარი. კლინიკურ გასინჯვისას: გულის მარჯვენა საზღვარი—მარ-  
ცხენა პარასტერნალურ ხაზზედ, მარცხენა საზღვარი წინა აქსილარულ ხაზზედ, ზემო საზღვარი  
მე-4-ე ნეკნის შუა. წმინდა ტონები. პ.—120, სუნთქვა—26. მარჯვენა ფილტვზე წინ მიყრუებუ-  
ლი ტიმპანური ხმა, რომელიც გადადის მთელ მკერდის ძვალზე და გრძელდება მარცხენა ფილ-  
ტვზე 5 სანტიმეტრით გარეთ ლატელარულად 1—5 ნეკნებს შორის. აქვე აუსკულტაციით ძლიერ  
შესუსტებული სუნთქვაა ლითონისებური ელფერით. ფრემიტუსი ძლიერ შესუსტებული (ესეც  
მედიასტინალური თიაქარის ადგილია). მარცხენა ფილტვზე ლატერალურად მოყრუება და მკვრი-  
ვი სუნთქვა. უკან ფილტვის კარში ორთავე მხარეს 3—5 ნეკნების შორის მოყრუება და მკა-  
ფიოდ გამოხატული ბრონხოვნიკულარული სუნთქვა, შუათანა და წვრილ ბუმტუკოვანი ხიხი-  
ნით. ეს ხიხინი გრძელდება მარცხენა ფილტვზე უკან ქვემოდაც.

შე მ თ ხ ვ ე ვ ა 4. გ-შვილი თამარა 20 წ. სიღნაღის მასრიდან. ავად არის I-ლი მაისიდან  
1930 წ. ავადმყოფობა დაეწყო გვერდების ტკივილით, ხველებით და ოფლიანობით. ნახველში  
ერთხელ მხოლოდ შეამჩნია სისხლი.

კაზხის ჩხირები—. Diagnos: Tbc. pulm. dex. exsud. cavernosa B III. პნევმოთორაქსი  
პირველად გაუკეთდა 29 ნოემბერს 1930 წ. რენტგენით აღმოჩენილი იქმნა მედიასტინალური  
თიაქარი. 15 იანვარს 1931 წ. ავადმყოფი უჩივის გვერდების ტკივილს; საერთო მდგომარეობა  
საშუალო,  $t^0$ -ნორმალური, გულის საზღვრები: მარჯვნივ—მარცხენა სტერნალური ხაზი, მარცხ-  
ნივ მარცხენა წინა აქსილარული ხაზი. ტონები სუფთა. პ. 108, რითმიული, სუსტი აესების.

ფილტვების მხრივ: მარჯვნივ, როგორც წინ, ისე უკან—ტიმპანტი. მოსმენით, როგორც  
წინ ისე უკან, ისმის შესუსტებული სუნთქვა, ლითონური ელფერით. მარცხენა ფილტვზე ისმის,  
როგორც წინ, ისე უკან, უფრო შესუსტებული, ვიდრე მარჯვნივ, სუნთქვა, ლითონისებური ელ-  
ფერით. (დახველებისას კარგად ისმის). მედიასტინალური თიაქარი ამ შემთხვევაში მოთავსებუ-  
ლია მედიასტინუმში მე 5—10 ნეკნთა შორის.

პირველი ავადმყოფი დიდი ხანია ავად არის ტუბერკულოზით, როგორც  
ეტყობა, ვისცერალური პლევრის ახლო დიდი კავერნა ჰქონდა, და მეგრად და-  
ხველების დროს გასკდა დაზიანებული პლევრის ფურცელი და მივიღეთ სპონ-  
ტანური პნევმოთორაქსი, რომელსაც მოჰყვა ძლიერი ქოშინი, დიდი ტემპერა-  
ტურა და საერთო მდგომარეობის გაუარესება. ჩვენ ტუბერკულოზურ განყოფი-



ლებში პირველ გასინჯვისას აღენიშნეთ სპონტანური პნევმოთორაქსი გათუ-  
ლებული ექსუდატით (Pyopneumothorax), მაგრამ მაინც სასურველად დავინახეთ  
პნევმოთორაქსის აპარატი მისი დამტკიცება. პნევმოთორაქსის ნემსით შეშვე-  
ბისას დაავადებულ პლევრათა ღრუში მაშინვე მანომეტრმა დაიწყო დამახასია-  
თებელი ქანაობა  $\frac{-4}{+4}$  როგორც არის სპონტანური პნევმოთორაქსის დროს.

ამის შემდეგ ავადმყოფი რენტგენით იქნა გაშუქებული, სადაც გარდა პიო-პნე-  
მოთორაქსისა და გულის მთლიანედ მარჯვნივ გადაწევისა, აღმოჩნდა, რომ მას  
აქვს მედიასტინალური თიაქარი.

მეორე და მესამე ავადმყოფი დიდი ხანია ჩვენთან ჯერ სტაციონარულად  
და შემდეგ ამბულატორიულად მკურნალობდნენ. პირველ ხუთჯერ გაზის შეშვე-  
ბის შემდეგ გამოირკვა რენტგენით გაშუქების დროს, რომ ორივე ავადმყოფს  
აქვს შეხორცება ფილტვის ზემო ნაწილზე მე-3-ე ნეკის გასწვრივ ლატერალუ-  
რად, ამიტომ შეუძლებელი გახდა ფილტვის ტოტალური კოლაპსი. მიუხედა-  
ვად ასეთი არა სასურველი მოვლენისა, ჩვენ მაინც სასურველად დავინა-  
ხეთ პნევმოთორაქსის გაგრძელება. ამ უმად პირველი ავადმყოფის მდგომა-  
რობა არ ვიცით სამწუხაროდ, რადგანაც მისი ქმრის დაჟინებით მოთხოვნის  
გამო ის გაეწერა და წაყვანილ იქნა სოფელში.

მეორე და მესამე ავადმყოფის მდგომარეობა სრულიად დამაკმაყოფილებე-  
ლია. როგორც ზემოთ აღენიშნეთ, 1<sup>0</sup>-ნორმა, ხველება იშვიათად, ოფლიანობა  
სრულებით არა აქვთ, წონაში მოიმატეს: პირველმა 6 კილო, მეორემ 4 კილო:  
ქოშინი აქვთ მხოლოდ ჩქარი სიარულის და აღმართზე ასვლის დროს. სნუთქვა  
26—28. P. 132—120'. აღსანიშნავია შემდეგი მდგომარეობა: ორთავე ავადმყო-  
ფებს ორივე გვერდები სტკივათ. ამასთან ერთად მარცხენა გვერდზე წოლისას  
ისინი გრძნობენ, ვითომ რაღაც სიმძიმე მარჯვენა გულმკერდიდან მარცხენაზე  
გადადის და მარჯვენა გვერდზე წოლისას პირიქით. სხვა მხრივ ავადმყოფები  
კარგად გრძნობენ თავს და ჩვეულებრივ მუშაობას ეწევიან.

მე-4-ე შემთხვევა საინტერესოა იმით, რომ აქ არის უკანა მედიასტინალუ-  
რი თიაქარი მე-5-10-ე ნეკნთა შორის, რომლის, როგორც ლიტერატურიდან  
სჩანს, ერთი შემთხვევა მხოლოდ პროფ. ბ რ ა უ ე რ ს ქონია. ამასთან ერთად  
საინტერესოა ის მდგომარეობა, რომ პნევმოთორაქსის გაკეთების დროს ჩვენ  
არას დროს დადებითი წნევაზე არ გადავსულვართ. ასე, რომ როგორც აქედან  
სჩანს ავადმყოფის კონსტიტუციას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

როგორც ლიტერატურიდან სჩანს, მედიასტინალური თიაქარის შემთხვევის  
აწერა იწყება იმ დღიდან, რაც შემოღებულ იქნა მკურნალობა ტუბერკულოზია-  
ნი ავადმყოფობის ხელ. პნევმოთორაქსით. მედიასტინალური თიაქარი პირვე-  
ლად 1911 წ. ასწერა პროფ. ბ რ ა უ ე რ მ ა. ამის შემდეგ ზრგირთებმა კიდევ ას-  
წერეს ასეთი შემთხვევები და ყველანი აღნიშნავენ მის იშვიათობას, მაგრამ ამ  
ბოლო დროს მედიასტინალური თიაქარის შემთხვევები არც ისე ძლიერ იშვიათი  
გამოღდა. მაგ. Абрамов-ს ჰქონია 11 შემთხვევა, Фурман-ს და Хлебников-ს  
18 შემთხვევა, Бодунген-ს 1 შემთხვევა, იმერლიშვილს—3 შემთხვევა და  
თითო შერთხვევა Blum-ს, Robert-ს, Corbetta-ს და Vittorio-ს. ჩვენ ტუბერკუ-  
ლოზურ განყოფილებაში გვქონდა 4 შემთხვევა.



ჩვენის აზრით, ერთის მხრივ, ხელ. პნევმოთორაქსის ფართო შემოღებით და, მეორეს მხრივ, ავადმყოფის უფრო ხშირად გაშუქებით მედიასტინალური თიაქრის შემთხვევები იმატებს, რადგანაც ჩვენ ვიცით, რომ პნევმოთორაქსის დროს დაავადებულ პლევრათა ღრუში წნევა ყოველთვის მეტია, ვიდრე ჯანმრთელში. ვიცით აგრეთვე ორი „სუსტი“ ადგილი მედიასტინუმისა, განსაკუთრებით წინა მედიასტინუმისა (Courtois), რომელიც შესდგება ორი მედიასტინუმის პლევრებისგან და შიგ მდებარე ორგანოებისაგან, რომელთა შუამოთავსებულია ცხიმოვანი და ფაშარი შემაერთებული ქროვილი. ამიტომ მედიასტინუმის კედელი აღნიშნულ „სუსტ“ ადგილებში ჩაიზნიჭება (მედიასტინუმში მოთავსებული ორგანოები დარჩებიან თავის ადგილას) ისე, რომ დაავადებული ფილტვის ნაწილი მეორე მხარეს ჯანმრთელ ფილტვის ადგილს დაიკერს, და ამნაირად მივიღებთ მედიასტინალურ თიაქარს. აგრეთვე მედიასტინალურ თიაქრის გაჩენაში, როგორც ეტყობა, დიდი მნიშვნელობა აქვს კონტიტუციასაც (Фурман, Хлебников). მედიასტინალური თიაქრის დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას თითქმის ყველა ავტორები აკუთვნებენ მხოლოდ რენტგენს. ჩვენის აზრით, ეს არ არის სწორი, რადგანაც კლინიკურადაც შეიძლება მისი გამოცნობა. ოთხივე ჩვენი შემთხვევაში ტიმპანური ხმიანობა იყო დაავადებული ფილტვის წინა მხარეს, და ეს ტიმპანატი სტერნუმის ძვლიდან გრძელდებოდა 5—6 სანტიმეტრით ჯანმრთელ ფილტვზე (ორ შემთხვევაში 1—3 ნეკნებს შორის, 1 შემთხვევაში 1—5 ნეკნებს შორის), და ერთ შემთხვევაში მე-5-10-ე ნეკნთა შორის (უკან მედ. თიაქარი), აუსკულტ. ზემოდ აღნიშნულ ადგილებში ყველგან ისმოდა შესუსტებული სუნთქვა ლითონისებური ელფერით, რომელიც დახველები-სას უფრო მკაფიოდ გამოიხატებოდა. ასეთ სუნთქვას აღნიშნავენ გაკვრით ნი-დინგენ-ი და Полесичкий. ამ ადგილებში ფრემიტუსიც ძლიერ შესუსტებული იყო ან სრულიად მოსპობილი. ეს სწორედ წინ და უკან მედიასტინუმის ის სუსტი ადგილებია, სადაც ოთხივე შემთხვევაში ჩვენ გვქონდა მედიასტინალური თიაქარი. ამას უნდა დაუმატოთ მანომეტრის უარყოფითი წნევიდან უცბად დადებით წნევაზე გადასვლა და ავადმყოფის თვითგრძნობა, თითქოს რაღაცა სიმძიმე გულმკერდში მდებარეობას იცვლის ავადმყოფის მარჯვენა ან მარცხენა გვერდზე გადაბრუნებისას. ცხადია ამის შემდეგ კლინიკურად მედიასტინალური თიაქრის დიაგნოზისათვის უკვე საკმაო სისპატომები აღინიშნება. ავადმყოფის უშუალო სიცოცხლისათვის პროგნოზი არაა ცუდი, მაგრამ პნევმოთორაქსის ეფექტს ან შედეგს მედიასტინალური თიაქარი ძლიერ ასუსტებს, ვინაიდან მედიასტინალური თიაქრის გაჩენის შემდეგ შეუძლებელია ტოტალური პნევმოთორაქსის მიღწევა, რომელიც ამ შემთხვევაში აუცილებელია მკურნალობისათვის, რადგანაც წნევის მომატება ამის შემდეგ შეუძლებელი ხდება, ვინაიდან კოლაპსის მაგიერ თიაქრის გადიდებას მივიღებთ; ამიტომ აქტიური მკურნალობა პნევმოთორაქსით შეწყვეტილი უნდა იქნეს, მხოლოდ მიღწეული კოლაფსის შენარჩუნება მინიმალური პირობაა მკურნალობის გაგრძელებისა, თუ მიღებული თიაქარი რაიმე უსიამოვნებას არ იწვევს ავადმყოფისათვის. იმ შემთხვევაში თუ რაიმე უსიამოვნებას იწვევს მაგ.: ქლიერი ქოშინი, პულსის ძლიერ აჩქარება და სხვა, იძულებული ვიქნებით პლევრათა ღრუში წნევა შევასუსტოთ პნევმოთორაქსის იშვიათად გაკეთებით და გაზის პატარ-პატარა დოზების შეშვებით.



აგრეთვე მედიასტინუმის ასეთი ე. წ. „მოგზაურობის“ (Mediastinalwanderung) წინაღმდეგ ხმარობენ ხელ. სტერილური პლევრიტის გამოწვევას 30% ყურძნის შაქრის ხსნარის შემხაპუნებით, იმ მოსაზრებით, რომ პლევრიტის შემდეგ მედიასტინუმის კედლის ფიქსაცია ხდება და შემდეგ თითქოს პნევმოთორაქსის გაკეთება შეიძლება (Бодунген). ჩვენ ორივე შემთხვევაში გვქონდა თავისთავად სტერილური პლევრატი, მაგრამ სამწუხაროდ ამან ხელი ვერ შეუშალა თიაქრის გაჩენას.

## დ ა ს კ ვ ნ ე ბ ი

1. მედიასტინალური თიაქარი წარმოადგენს ხელოვნური პნევმოთორაქსის ერთ-ერთ გართულებას. ძლიერ იშვიათ შემთხვევაში ასეთ გართულებას იძლევა სპონტანური პნევმოთორაქსიც.

2. მედ. თიაქრის შემთხვევები იმატებს ხელ. პნევმოთორაქსით მკურნალობის ფართო შემოღებით.

3. მედ. თიაქრის დიაგნოზის დასმა, გარდა რენტგენით გაშუქებისა, (რომელიც უდავოა), შესაძლებელია კლინიკურადაც (ურენტგენით).

4. მედ. თიაქრით გართულების შემდეგ ხელ. პნევმოთორაქსით მკურნალობის მნიშვნელობა ძლიერ შესუსტებულია.

5. თუ მედ. თიაქარი არ იწვევს ავადმყოფობისათვის რაიმე უსიამოვნობას (ქოშინი, ტახიკარდია და სხვა), პნევმოთორაქსის მკურნალობის მინიმალური პირობაა—მიღებული კოლაფსის შენარჩუნება: ამასთან ერთად არავითარ შემთხვევაში არ უნდა იქნეს დაავადებულ პლევრათა ღრუში წნევის უფრო მომატება.

6. მედ. თიაქრის გაჩენით თუ ავადმყოფი გრძნობს რაიმე უსიამოვნებას, წნევა პლევრათა ღრუში დაწეული უნდა იქნეს და გაზის შეშვება უნდა ხდებოდეს უფრო იშვიათად.

7. მედ. თიაქრით დაავადება ხდება უფრო ხშირად ქალთა შორის 30 წლის ასაკამდე.

8. საერთოდ, სასურველია, რომ პნევმოთორაქსის (გაზის შეშვების) გათავებისას, შესუნთქვის დროს, წნევა უარყოფით ციფრებში თავდებოდეს მედიასტინალური თიაქარის გაჩენის შესაძლებლობის ასაცილებლად.

ლიტერატურა: 1. Broner u. Spengler. Beitr. Z. Klin. d. Tub. Bd. 19. 1911. 21 Nietsch. Beitr. Z. Klin. d. Tub. 1911 Bd. 3. Assmann—Die Klinische Röntgendiagnostik.—1929. 4. Lorey—Das Röntgenverfahren Zur Diagnose d. Lungentuberkulose. Handbuch. d. Tub. Brauer. 1923. 5. Blum. Fortsch. Röntgensth. 39. 1929. 6. Lilienthal, Arch. Surg. 18. 1929. 7. Courtois...—Contribution à l'étude des grandes deviations mediastinales... Scalpel. 1928. 8. Seifert E., Arch. Klin. Chir. 151, 1928. 9. Corbetta, Yittorio, La Statica del mediastinonel pneumothorace Soppl. Bd. 6. 1928. 10. Robinson Fortsch. Röntgenstr. 39. 1929. 11. Seifert—Künstlichen Pneumothorax und feinerer Bau des Mediastinum. Verh. phys-med. Ges. Würzburg. 53. 1928. 12. Courcoux et Lereboullet. Presse méd. № 21. 1930. 13. Alexander—Belkmann,—Überblähung der vorderen Schwachen Stelle des Erwachsenen. 1927. 14. Полесидки й,—Вопросы туб. № 10. 1929. 15. Фурман и Хлебников—Вопр. туб. № 10. 1629. 16. Бодунген—Вопр. туб. № 10. 1929. 17. Абрамович—Вопр. туб. № 5. 1927. 18. იმერლიშვილი—რენტგენოლოგიისათვის—Hernia mediastinalis-ის პნევმოთორაქსის წარმოების დროს „თანამედროვე მედიცინა“ №№ 11—12. 1923. 19. Eber.—Revue de la Tub. 1926. 19. Фридланд.—Био-



механика пневмоторакса—1925. 21. Фурман—Иск. пневмоторакс—1929. 22. Шренберг, А. Т. Врач. газета № 13. 1929. 23. Bethe... Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie 1925.

### Ил. ЦОМАЯ.

К вопросу о медиастинальных грыжах, (из пропед. therap. клиники Дир. проф. Ш. А. Микеладзе и туберкул. отдел Тифлис. I гор. больн. Гл. вр. К. Т. Лорткипанидзе).

Автор описывает 4 случая медиастинальной грыжи, из них 1 при естественном пневмотораксе, а 3—при искусственном. Из 4 грыж 3 были в переднем средостении и 1 в заднем.

Автор пытается найти клинические симптомы, дающие возможность постановки диагноза медиастинальной грыжи без рентгеноскопии. Таковыми он считает: 1) быстрый переход при производстве пневмоторакса отрицательн. внутриплеврального давления в положительное; 2) субъективное ощущение давления и „тяжести“ больным в грудной области, каковое ощущение при переходе больного из одного бокового положения в другое меняет свое местоположение; 3) появление притуп. тимпанита на здоровой стороне в огринич. месте, где имеется грыжа, и ослабление дыхания с металлич. оттенком в этом же месте.

Автор считает, что с широким применением искус. пневмоторакса число случаев медиастинальн. грыжи будет увеличиваться.

Появление медиаст. грыжи, хотя не представляет непосредств. опасности для жизни больного, но лишает возможности энергично продолжать лечение пневмотораксом ввиду возможности увеличения грыжи и тем самым ослабляет лечебное значение искус. пневмот. Однако, автор считает возможным под строгим контролем рентгена продолжать вдвухне небольших доз газа с целью поддержать достигнутое спадение легкого, если эта мера не вызывает неприятных субъективных ощущений у больного, также увеличения грыжи.

### К. Zomaja.

Zur Frage Mediastinalhernie. (Aus der proped. therap. Klinik von Prof. Mikeladse u. aus der tuberkulosen Abteilung aus dem Tiflissier I. Stadtkrankenhaus von dem Auptarzt D-r K. Lortkipanidse).

Der Autor beschreibt vier Fälle von Mediastinalhernie. Einer von ihnen bei Spontanpneumothorax, aber drei bei künstlichem. Von vier Hernie waren drei im vorheren Mediastinum u. ein Falle im hinteren.

Der Autor versucht klinische Symptome zu finden, welche die Möglichkeit geben die Diagnose für Mediastinalhernie ohne Röntgenstrahlen zu stellen.

Als solche rechnet er: 1) schneller Übergang bei Anlegung der Pneumothorax von negativer intrapleuralen Druck nach positiv. 2) Subjektive Emphindung der «Schwere» im Thorax, welche bei Veränderung der Lage des Kranken von rechts nach links oder umgekehrt auf die andere seits Übergeht. 4) Die Erseheinüug Gedämpften tympanisehen Schalles (Tympanit) auf der Gesunden seite an begrenzten Stelle wo die Hernie ist und geschwächtes Atmen mit metallischem Beiklang auf derselben stelle.

Der Autor glaubt dass bei künstlichem Gebrauch des Pnenmothrax die Zahl der Fälle von Mediastinalhernie sich vergrossern wird.

Obgleich die Erscheinung der Mediastinalhernie keine direkte Gefahr für das Leben des Kranken enthält, so stört es doch der Anlegung des Künst. Pueumothorax für die energische Behandlung, weil sich die Hernie vergrossern kann und dadurch schwächt man die Bedeutung der Behandlung des kunst Pneumothorax überhaupt.

Doch hält der Autor es für möglich, unter strenger Bewachung der Rötgenstrahlen, die Einfüllung des Gases in kleinen Dosen fortzusetzen, um den Kollaps der Lunge zu erhalten, wenn diese Massnahme nicht unangenehme Subjektive Gefühle wie auch Vergrosserung der Hernie bei dem Kranke hervorruft.



### პ. ბუაჩიკა

ტფ. სახ. სამედი. ინსტ. ასისტენტი.

## სრინიტების პეციფიკაციისათვის შინაურ კურდღლებზე ექსპერიმენტალური სპერიმენტალური ათაშანგის დროს.

(რ. ს. ფ. ს. რ. ჯანსახომისარიატის სახ. ვენეროლოგიური ინსტიტუტის ექსპერიმენტალური განყოფილებიდან, დირექტორი — პროფ. ნ. ს. ეფრონი, განყოფილების გამგე — პროფ. ი. ა. ფინკელშტეინი).

ათაშანგის ბუნების პრობლემა ერთ მთავარ საკითხაგანს შეადგენდა და შეადგენს მეცნიერთათვის. ისტორიამ იცის სახელი მრავალ მეცნიერთა, რომელთაც ამ საკითხის სწორე შესწავლისათვის და გადაწყვეტისათვის არ დაიშურეს თავის საკუთარი ჯანმრთელობაც კი და ცდები საკუთარ თავზე აწარმოვეს.

ასეთია, მაგ., სამი იტალიელი ექიმი: ბარჯიონი (Bardjioni,) როსი (Rosi) და პასიგლი (Passigli). ამ სამმა პირმა 1860 წ. 6 თებერვალს მიმართეს პროფ. პელიციარის (Pellizzari) ფლორენციიდან, რათა ამ უკანასკნელს ეწარმოებია მათზე ათაშანგის ცდები. პროფესორმა სამთავეს აუცრა ათაშანგი ახლად დაავადებულ ქალის სისხლის საშუალებით. ორ მათგანს არ გამოაჩნდა მესამეს კი, ბარჯიონს, გამოაჩნდა ათაშანგის ნამდვილი ნიშნები.

ამის შემდეგაც არა ერთი და ორი იყო ისეთი შემთხვევა, როდესაც ათაშანგის შესწავლისათვის ცდებს საკუთარ თავზე აწარმოებდენ.

მართალია, ბევრ მათგანს კვლევა-ძიების დროს დიდი შეცდომები მოსდიოდათ და მრავალ მათგანის საქციელი ზოგ შემთხვევაში სრულიად დაუშვებელი და გაუმართლებელია, მაგრამ ათაშანგის პრობლემის გადაწყვეტაში თვითეულმა მათგანმა დაუფასებელი ღვაწლი შეიტანა.

თავდაპირველად საკითხის გადაწყვეტისათვის სარგებლობდენ მხოლოდ ავადმყოფ ადამიანთა კლინიკური სურათის დაკვირვებით. შემდეგ შემოღებულ იქმნა დაკვირვებისა და ცდების წარმოება ცოცხალ ადამიანზე, რაც უეჭველად უნდა ჩაითვალოს ყოვლად დაუშვებელ საშუალებად. ეს ფაქტი არის სწორედ ის შავი ლაქა, რომელიც ასვია ძველ მკვლევართა მოღვაწეობას. შემდეგში მდგომარეობა გაუმჯობესდა. ცდები დაიწყეს შინაურ კურდღლებზე. თავდაპირველად ეს ცდები ვერ იყო კარგად დაყენებული და ამიტომ შედეგებსაც სასურველს ვერ იძლეოდენ. შინაურ კურდღლებზე ცდების წარმოებას მოყვა ცდები ადამიანის მგზავს მაიმუნებზე, მაგრამ მაიმუნის შექენა მეტად ძვირი იყო; გარდა ამისა ეს ცხოველი საგრძნობლად ნაზია და ადვილად ვერ იტანს ჰავასა და კვების გამოცვლას. სახეში მისაღებია ისიც, რომ მაიმუნების შენახვა და მასზე ცდების წარმოება ძალიან ძნელია.

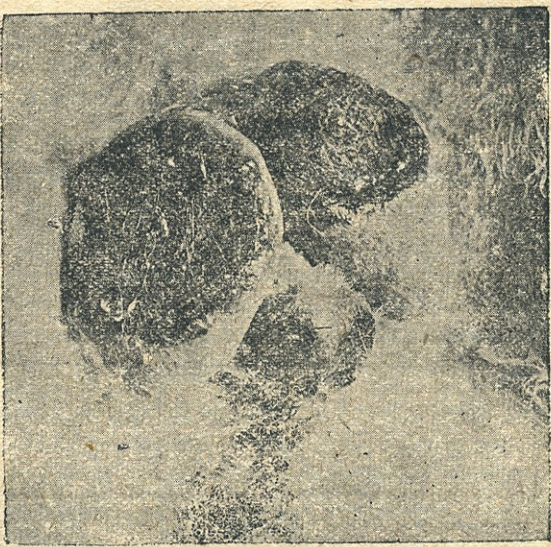
1906 წლიდან ექსპერიმენტალურ სიფილიდოლოგიაში იწყება შედარებით ბრწყინვალე ხანა, რაც იმაში გამოიხატება, რომ შინაურ კურდღლებზე ნაწარ-



მოებმა ცდებმა კარგი შედეგი გამოიღო. ამ დროიდან ეს ცხოველი დაუფასებელ სამსახურს უწყევს მეცნიერებას. მასზე აწარმოებენ აუარებელ ცდებსა და რაც უფრო დასაფასებელია. შინაურ კურდღლებზე ათაშანგი თითქმის ისევე მიმდინარეობს, როგორც ადამიანზე. დღეს საზღვარ გარეთ ამ მხრივ დიდი მიღწევები აქვთ. საბჭოთა კავშირში საკითხი ახლად დაყენებულია. ამ მხრივ პირველი ადგილი უკავია რ.ს.ფ.ს.რ. ჯანსახკომ. სახ. ვენეროლოგიურ ინსტიტუტს. ამ ინსტიტუტის ექსპერიმენტალური განყოფილების გამგის პროფ. ი. ა. ფინკელშტეინის წინადადებით ჩვენ მიერ დამუშავებული იქნა საკითხი: „რინიტების სპეციფიკობისათვის შინაურ კურდღლებზე ექსპერიმენტალურ ათაშანგის დროს“.

ამ მიზნისათვის ჩვენ მიერ გამოკვლეული იქნა 100 შინაური კურდღელი. დიაგნოზის მიხედვით კურდღლები იყოფოდნენ შემდეგნაირად: *Ulcus durum*-25, *Lues II recens*-9, *Lues latens*-42 და *Keratitis parenchimatosa*-24. გამოსაკვლევ მასალად ვღებულობდით ცხვირის ლორწოს და ვსინჯავდით მიკროსკოპის საშუალებით ე. წ. მხედველობის ბნელ არეში. გარდა ამისა იგივე მასალა გამოკვლეული იქნა გიმზას საღებავით შეღებვის საშუალებით (იხ. ტაბულები გვ. 35).

ამ რიგად ჩვენს მიერ გასინჯულია სულ 100 კურდღელი. მათ შორის *Ulcus durum*--ის დიაგნოზით 25, *lues II recens* 9, *lues latens* 42 და *Keratitis parenchimatosa* 24.



ცხვირის ლორწოს აკრით მიღებული მაგარი შანკრები.

პირველი ჯგუფის კურდღელთა გასინჯვის დროს ცხვირის ღრუს ლორწოვან გამონადენში მკრთალი სპიროხეტა აღმოჩენილ იქნა 3 შემთხვევაში, *Lues II recens*-ის დროს 4 შემთხვევაში და *Keratitis parenchimatosa*-ას დროს 6 შემთხვევაში. სულ 13 შემთხვევაში, რაც გასინჯულ კურდღელთა საერთო რიცხვის 13%-ს შეადგენს. ხაზგასმულია აგრეთვე ის გარემოება, რომ მკრთალი სპიროხეტა ცხვირის ლორწოში გვხვდება მხოლოდ აქტიურ პროცესის დროს. გარდა



ამისა, ყველა იმ შემთხვევაში, რომლის დროსაც ლორწოვან გამონადენში ნახუ-  
ხული იქმნა მკრთალი სპიროხეტა, კურდღლები დაავადებული იყვნენ სურდოთი  
(Rhinitis specifica). ეს გარემოება ნებას გვაძლევს ვიფიქროთ, რომ შინაურ კურ-  
დღლებზე ექსპერიმენტალური ათაშანგის დროს რინიტებს აქვთ სპეციფიური  
ხასიათი. მეტად საინტერესო საკითხს შეადგენს ის თუ რა გზით არის შესა-  
ძლებელი მკრთალი სპიროხეტას მოხვედრა ცხვირის ღრუს ლორწოში. აქ დასა-  
შვებია 2 გზა: ერთი გზა შესაძლებელია საცრემლე მილის საშუალებით. ამ შემ-  
თხვევაში მკრთალი სპიროხეტა ლორწოვანი გარსის ზედაპირზე მოხვედბა და  
შემდეგ აერევა ლორწოში. მეორე გზა არის ჰემატოგენური.

ჩვენ ვერ ვუარყოფთ პირველ გზას, მაგრამ უფრო შესაძლებლად მიგვაჩნია,  
რომ მკრთალი სპიროხეტა ცხვირის ღრუში ჰემატოგენური გზით შეიჭრება;  
მაშასადამე ის ჩვენ უნდა ვეძიოთ თვით ლორწოვან გარსში. ამ საკითხით დაინ-  
ტერესებულმა საჭიროდ ვცანიოთ ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან დაგვემ-  
ზადებია ჰისტოპათოლოგიური რეპარატები. ასეთები დამზადებული იქმნა ინსტი-  
ტუტის ჰისტოპათოლოგიური განყოფილების ასისტენტის ა. ვ. ილინას დახ-  
მარებით. პრეპარატები დამზადდა კურდღელ № 4588 ცხვირის ღრუს ლორწო-  
ვანი გარსისაგან, რომლის ჰისტოპათოლოგიური სურათი შემდეგი იყო: ალაგ  
ალაგ გამოხატული იყო მკაფიო ინფილტრაცია, აქა-იქ ჩამოფუჭქნილი ეპითე-  
ლიუმი, ცხვირის ღრუში აუარებელი ჩირქ-ლორწოვანი გამონადენი. ძვლები და  
ღრტილი უცვლელი. აგ. დამუშავებით მკრთალი სპიროხეტა ვერ იქნა აღმოჩე-  
ნილი. როგორც ვხედავთ, სურათი მთლიანად წარმოადგენს ანთებით პროცესს.  
მიუხედავად ამისა, რომ მკრთალი სპიროხეტა ვერ იქნა აღმოჩენილი, ჩვენ მაინც  
ვფიქრობთ, რომ მკრთალი სპიროხეტა უნდა ლორწოვან გარსში ბინადრობდეს.  
ჩვენი მოსაზრების დასასაბუთებლად ჩვენ მოგვყავს ის გარემოება, რომ მუშაო-  
ბის წარმოების დროს ერთსა და იმავე კურდღელზე მრავალი გასინჯვის დროს  
იმ შემთხვევაშიაც კი, როდესაც ლორწოვან გარსს ტრავმას ვაყენებდით სის-  
ხლის დენამდე, მკრთალ სპიროხეტას მაინც ვნახულობდით. გარდა ამისა, სახეში  
მისაღებია ის მდგომარეობაც, რომ ცხვირის ღრუ აუარებელ ხვეულებს წარ-  
მოადგენს, ამიტომ პრეპარატი გაკეთებულ ინდა იქნეს მრავალი გაკვეთის ზედა-  
პირიდან, რაც ჩვენს მიერ ვერ იქნა შესრულებული ჩვენზე დამოუკიდებელი  
მიზეზების გამო.

როგორც ზევით უკვე იყო აღნიშნული ჩვენს შემთხვევებში აღმოჩენილი  
მკრთალი სპიროხეტა შესწავლილ იქმნა, მორფოლოგიურად, როგორც მიკროს-  
კოპის, ისე საღებავების საშუალებით. დამატებით ამისა საკითხის უფრო მეტად  
გაშუქებისათვის 1930 წ. 8 აპრილს დავადებული კურდღლების ცხვირის ლორ-  
წო აეცრა ტომაშევისკის წესით ჯანმრთელ კურდღლებს სათესლე ჯირკვლის  
პარკის კანქვეშ და პრეპუციუმში. კურდღელს № 7094 აეცრა კურდღელ № 4850  
ადებული მასალა. კურდღელს № 7093 კურდღელ № 18 ადებული მასალა. კურ-  
დღელ № 7093 დაიღუპა და მასზე ცდის გატარება აღარ მოხერხდა. რაც შეე-  
ხება კურდღელს № 7094, მას აცრის რამოდენიმე დღის შემდეგ გაუჩნდა აცრილ  
ადგილებში ჰიპერემია. 12-V—1030 წ. განუფითარდა მკაფიოდ გამოხატული  
მაგარი შანკრები, როგორც მარჯვენა ისე მარცხენა მხარეზე; იმავე რიცხვში  
შანკრის ირგვლ მდებარე ჰიპერემიული ადგილებიდან ადებული სითხიდან მი-



კროსკოპის საშუალებით ნახული იქმნა მკრთალი სპიროხეტა. 25-V—30 წ. მაგარი შანკრები გაჩნდა ჩუჩაზედაც.

საჭიროდ მიგვაჩნია ხაზი გაუსვათ იმ გარემოებას, რომ ასაცრელად აღებული მასალა იმდენად მცირე იყო, რომ ფიზიოლოგიური ხსნარი ოდნავად განიცდიდა ოპალესცენციას. ეს ფაქტი მომასწავებელია იმისა, რომ ექსპერიმენტალური ათაშანგის დროს მასალის რაოდენობას (და მაშასადამე მკრთალი სპიროხეტის, არა აქვს მნიშვნელობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუძლებელია ისეთი ეფექტის მიღება, როგორსაც ადგილი ქონდა ჩვენს მაგალითების დროს.

ჩვენი მასალის შედეგების მიხედვით ჩვენ ვფიქრობთ რომ:

1. რინიტები შინაური კურდღლების ექსპერიმენტალური ათაშანგის დროს სპეციფიური ხასიათის არის.

2. სპეციფიური რინიტების დროს მკრთალი სპიროხეტა მოიპოება ცხვირის ღრუს ლორწოში.

3. ათაშანგის შეყრისათვის მნიშვნელობა არა აქვს მკრთალი სპიროხეტის რაოდენობას.

4. შინაურ კურდღლებზე ექსპერიმენტალური ათაშანგის დროს მკრთალი სპიროხეტა მოიპოება მხოლოდ იმ კურდღლების ცხვირის ღრუს ლორწოში, რომლებსაც აქვთ აქტიური ფორმა ათაშანგისა და დაავადებულნი არიან Rhinitis-ით.

ლიტერატურა: 1. Morphologie und Biologie der spirocheten pallida. Experimentale syphilis, Erich Hoffmann, Edmond Hoffmann, Paul Mulzer. Berlin 1928 г. 2. К вопросу об экспериментальном сифилисе кроликов. Д-р Ю. А. Финкельштейн 1912 г. 3. О некоторых изменениях со стороны глаз при экспериментальном сифилисе кроликов. Проф. Ю. А. Финкельштейн и Одинцов. Москва 1914 г. 4. Современное состояние вопроса об экспериментальном сифилисе. Проф. Ю. А. Финкельштейн „Венерология и Дерматология“ № 5. 1928 г. 5. К патологии экспериментального сифилиса кролика. Проф. Финкельштейн, А. В. Ильина и Е. Е. Беньямович „Венерология и Дерматология“ 1929 г. 6. Спонтанный спирохетоз кроликов. С. С. Орлов у С. М. Фрид „Венерология и Дерматология“. 7. Учение о сифилисе. Alfred Furnier (русский перевод д-ра Овсеева 1899 г.)



Ulcer durum-ით დაავადებულ კურდღელთა გასინჯვის შედეგი. საქართველოს  
საბავშვო პათოლოგია

| №№ რიგზე | კურდღლის № № | დაავადების ხანი | დაავადების მიმდინარეობა   | კლინიკური სურათი ექსპერიმენტის წარმოების დროს    | Spirocheta pallida ცხვირის ლორწო. |
|----------|--------------|-----------------|---|--|-----------------------------------|
| 1        | 7004         | 2 თვე           |   |  | —                                 |
| 2        | 7003         | "               | "   | "  | —                                 |
| 3        | 7002         | "               | "   | "  | —                                 |
| 4        | 4999         | "               | "   | "  | —                                 |
| 5        | 4990         | "               | "   | "  | —                                 |
| 6        | 4980         | "               | "   | "  | —                                 |
| 7        | 7013         | "               | "   | "  | —                                 |
| 8        | 7011         | "               | "   | "  | —                                 |
| 9        | 7010         | "               | "   | "  | —                                 |
| 10       | 4993         | "               | "   | "  | —                                 |
| 11       | 4991         | "               | "   | "  | —                                 |
| 12       | 4989         | "               | "   | "  | —                                 |
| 13       | 4978         | 3 თვე           | "   | "  | —                                 |
| 14       | 4977         | "               | "   | "  | —                                 |
| 15       | 4974         | 3 თვე           | "   | "  | —                                 |
| 16       | 4972         | "               | "   | "  | —                                 |
| 17       | 4971         | "               | "   | "  | —                                 |
| 18       | 4968         | "               | "   | "  | —                                 |
| 19       | 4966         | "               | "   | "  | —                                 |
| 20       | 4940         | 4 თვე           | "   | "  | —                                 |
| 21       | 4917         | 5 თვე           | "   | "  | —                                 |
| 22       | 4984         | 6 თვე           | "   | "  | —                                 |
| 23       | 7016         | 2 1/2 თვე       | 25-II-1930 წ. აეტრა სპიროხეტის ემულსია.<br>13-VI-30 წ. Ulcer durum 1.1 cm თვალის ქვემო ქუთუთოებზე.  | Ulcer durum თვალის ქვემო ქუთუთოებზე და Rhinitis. | +                                 |
| 24       | 7015         | "               | 25-II-1930 წ. აეტრა სპიროხეტის ემულსია.<br>13-IV-30 წ. Ulcer durum 1.1 cm თვალის ქვემო ქუთუთოებზე.  | "  | +                                 |
| 25       | 4992         | 2 თვე           | 17-II-1930 წ. აეტრა ორთავე თვალის ქვემო ქუთუთოებში სპიროხეტის ემულსია (26 პასაჟი შტამი № 3) ინკუბაცია 2 კვირა.<br>15-III-30 წ. მარჯვენა ქუთუთოს ინდურაცია.<br>13-VI-30 წ. Ulcer durum 0.8—0.6. ორთავე ქვემო ქუთუთოებზე. | Ulcer durum ორთავე ქვემო ქუთუთოებზე.             | +                                 |



Lues II recens-ით დაავადებული კურდღლების გასინჯვის შედეგები

| № რიგზე | კურდღლის № | დაავადების ხანი | დაავადების მიმდინარეობა  | კლინიკური სურათი ექსპერიმენტის წარმოების დროს | Spirocheta pallida ცხვირის ლორწო |
|---------|------------|-----------------|--|---|----------------------------------|
| 1       | 4914       | 4 თვე           | Ulcus durum. პაპულები.   | პაპულები წინა მხრების ზედა მესამედში.         | —                                |
| 2       | 4915       | „               | Ulcus durum პაპულები მარცხენა თვალის ქუთუთოზე  | Lues II recens.                               | —                                |
| 3       | 4728       | 8 თვე           | Ulcus durum პუპულები   | პაპულები ქუთუთოებზე.                          | —                                |
| 4       | 4514       | 13 თვე          | Ulcus durum პუპულები   | პაპულები ქუთუთოებზე.                          | —                                |
| 5       | 4747       | 7½ თვე          | Ulcus durum  | Ulcus redux.                                  | —                                |
| 6       | 4440       | „               | 13-VIII-1929 წ. აცრა სათესლე ჯირკვლის პარკში სპიროხეტის ემულსია (45 პასაჟი შტამი № 1) ინკუბაცია 4 თვე.<br>12-XII-1929 წ. მარჯვენა მხარეზე მაგარი შანკრი.<br>13-I-1930 წ. პაპულები ქუთუთოებზე, მარჯვენა ყურის ძირში უკანა და წინა ფენის თათზე და უკანა ტანში<br>15-II-30 წ. გაშუქებულ იქმნა რენტგენით დოზა ერთი H 2½ წუთი. გამონაყარი გაქრა 1 აპრილისათვის.<br>21-III-30 წ. Rhinitis. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში. |   | +                                |
| 7       | 4750       | „               | 16-VIII-1929 წ. აცრა სათესლე ჯირკვლის პარკის კანქვეშ სპიროხეტის ემულსია (მე-13 პასაჟი შტამი № 4).<br>25-XII-1929 წ. გაუჩნდა სკლეროზი.<br>12-XII-29 წ. პაპულები ქუთუთოებზე და წინა მარცხენა თათზე<br>13-I-1930 წ. პაპულები ცხვირზე ქუთუთოებზე, მარჯვენა თათზე. მარცხენა წინა მხარეზე და ორთავ ტერფზე.<br>21-III-30 წ. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში.   |   | +                                |
| 8       | 21         | „               | 13-VI-1929 წ. აცრა სათესლე ჯირკვლის პარკში სპიროხეტის ემულსია (მე-43 პასაჟი, შტამი № 4)<br>10-VIII 1929 წ. მარცხენა მხარეზე სკლეროზი მუხუდოს მარცხლის ოდენა.<br>22-VII-1929 წ. მარჯვენა და მარცხენა მხარეზე Ulcus durum 2, 2cm.  |   |                                  |



სპიროქეტა  
pallida ცხვირის ლორწო

| №№ რიგზე | კურდღლის № № | დაავადების ხანი | დაავადების მიმდინარეობა  | კლინიკური სურათი ექსპერიმენტის წარმოების დროს | Spirocheta pallida ცხვირის ლორწო |
|----------|--------------|-----------------|--|---|----------------------------------|
| 9        | 4942         |                 | <p>23-ივნისიდან მიიღო 30 გოგირდის აბაზანა პიატიგორსკში (აბაზანა ეძლეოდა ყოველ დღე).</p> <p>29-VII-29 წ. Novosal. 0,001 კილო წონაზე. 18 დღის შემდეგ სპიროხეტები გაქრენ. 32 დღის შემდეგ კი შეიწოვა მაგარი შანკრი.</p> <p>11-X-1929 წ. პაპულები ცხვირზე და ქუთუთოებზე.</p> <p>2 XI-1929 წ. აუარებელი პაპულოქერქოვანი სიფილიდები ყურის ძირში, ქუთუთოებზე, ცხვირზე და წინა თათებზე. მკაცრი განდომა და მოთენთილობა. პროცესი გრძელდება 1½ თვე, რის შემდეგ თანდათანობით დაუბრუნდა წინა მდგომარეობა და გაქრა კანის მოვლენები.</p> <p>13-I-1929 წ. სიფილიდები მარჯვენა ყურის ძირში. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში.</p> <p>26-XII-1929 წ. აეცრა სათესლე ჯირკვლის პარკის ქვეშ სპიროხეტის ემულსია (პასაჟი მე 26 შტამი № 3).</p> <p>11-IV-30 წ. მაგარი შანკრი ორთავ მხარეზე</p> <p>13-IV-30 წ. მაგარი შანკირი გაქრობის ხანაში. პაპულები ცხვირზე და მარჯვენა თვალის ქუთუთოზე.</p> <p>26-VI-30 წ. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში.</p> |   | +                                |

Lues latens-ით დაავადებული კურდღლების გისინჯვის შედეგი:

|   |      |         |  |              |   |
|---|------|---------|--|--------------|---|
| 1 | 4498 | 13½ თვე | Ulcus durum. Keratitis parenchimatosa bilateralis.               | Lues latens. | — |
| 2 | 4620 | 10½ თვე | პაპულები ანალურ არეში ცხვირზე და თათებზე. Ulcus durum არ ჰქონია. | ”            | — |
| 3 | 3988 | 13½ თვე | Ulcus durum. Keratitis parenchimatosa sinistra.                  | ”            | — |



საქართველოს  
საქართველოს  
საქართველოს

| № რიგზე | კურდღლის<br>ჯან № | დაავადების<br>ბანი | დაავადების მიმდინარეობა                                       | კლინიკური სურათი ექსპერიმენტის წარმოების დროს | Spirocheta<br>pallida ცხვირის<br>ლორწო |
|---------|-------------------|--------------------|---|---|--|
| 4       | 4041              | 20 თვე             | მაგარი შანკრი არ ქონია,<br>Keratitis parenchimatosa sinistra. | Lues latens                                   | —                                      |
| 5       | 4844              | 5 1/2 თვე          | Ulcus durum   | "   | —                                      |
| 6       | 4537              | 13 თვე             | Ulcus durum. Keratitis parenchimatosa S.                      | "   | —                                      |
| 7       | 4653              | 10 თვე             | Ulcus durum.  | "   | —                                      |
| 8       | 4655              | "                  | "   | "   | —                                      |
| 9       | 4648              | "                  | "   | "   | —                                      |
| 10      | 4763              | 8 თვე              | Ulcus durum. Lues II recens                                   | "   | —                                      |
| 11      | 4868              | 5 1/2 თვე          | Ulcus durum.  | "   | —                                      |
| 12      | 4242              | 17 თვე             | Ulcus durum. orchitis,  | "   | —                                      |
| 13      | 4748              | 7 1/2 თვე          | Ulcus durum.  | "   | —                                      |
| 14      | 4680              | 9 თვე              | "   | "   | —                                      |
| 15      | 4683              | "                  | "   | "   | —                                      |
| 16      | 4639              | 11 1/2 თვე         | "   | "   | —                                      |
| 17      | 4751              | 7 1/2 თვე          | "   | "   | —                                      |
| 18      | 3921              | 23 თვე             | Ulcus durum. Keratitis parenchimatosa o. u.                   | "   | —                                      |
| 19      | 4643              | 11 თვე             | Ulcus durum.  | "   | —                                      |
| 20      | 4758              | 7 1/2 თვე          | "   | "   | —                                      |
| 21      | 4814              | 6 თვე              | "   | "   | —                                      |
| 22      | 4768              | 7 თვე              | "   | "   | —                                      |
| 23      | 4769              | "                  | "   | "   | —                                      |
| 24      | 4943              | 3 1/2 თვე          | "   | "   | —                                      |
| 25      | 4941              | "                  | "   | "   | —                                      |
| 26      | 4937              | 4 თვე              | "   | "   | —                                      |
| 27      | 4973              | 3 თვე              | "<br>თერაპია Novosalvarsan.                                   | "   | —                                      |
| 28      | 4881              | 5 1/2 თვე          | Ulcus durum. Lues II recens.                                  | "   | —                                      |
| 29      | 4860              | 6 თვე              | Ulcus durum.  | "   | —                                      |
| 30      | 4842              | 6 1/2 თვე          | "   | "   | —                                      |
| 31      | 4802              | 7 1/2 თვე          | "   | "   | —                                      |
| 32      | 4899              | 5 1/2 თვე          | "   | "   | —                                      |
| 33      | 4643              | 13 თვე             | "   | "   | —                                      |
| 34      | 4653              | 12 თვე             | "   | "   | —                                      |
| 35      | 4841              | 6 1/2 თვე          | "   | "   | —                                      |
| 36      | 4853              | 6 თვე              | Ulcus durum. Keratitis parenchimatosa.                        | "   | —                                      |



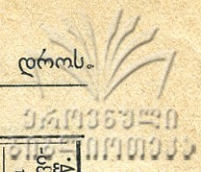
სპიროქეტოზის  
სპიროქეტოზის

| № რიგზე | კუროდღლის № | დაავადების ხანი                   | დაავადების მიმდინარეობა | კლინიკური სურათი ექსპერიმენტის წარმოების დროს | Spirocheta pallida ცხვირის ლორწო |
|---------|-------------|-----------------------------------|-------------------------|---|----------------------------------|
| 37      | 4655        | 12 თვე                            | Ulcus durum.            | Lues latens!                                  | —                                |
| 38      | 4683        | "                                 | "                       | "   | —                                |
| 39      | 4665        | "                                 | "                       | "   | —                                |
| 40      | 4680        | "                                 | "                       | "   | —                                |
| 41      | 4847        | 6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვე | "                       | "   | —                                |
| 42      | 4845        | 6 თვე                             | "                       | "   | —                                |

Keratitis parenchimatosa - თი დაავადებული კურდღლების გასინჯვის შედეგი.

|    |      |                                    |  |   |   |
|----|------|------------------------------------|--|---|---|
| 1  | 4551 | 12 თვე                             | Ulcus durum არ ქონებია, Keratitis parenchimatosa o. u. c.                | Keratitis parenchimatosa (3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვის)       | — |
| 3  | 4300 | 15 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვე | Ulcus durum. Lues II recens, Keratitis parenchimatosa o. d.              | Keratitis parenchimatosa o. d.                                      | — |
| 3  | 4398 | 14 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვე | Ulcus durum. Keratitis parenchimatosa o. u.                              | Keratitis parenchimatosa o. u. (8 თვის)                             | — |
| 4  | 4359 | 13 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვე | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. u.                               | Keratitis parenchimatosa o. u. (5 თვის)                             | — |
| 5  | 4363 | 13 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვე | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. u.                               | Keratitis parenchimatosa o. u. (5 თვის)                             | — |
| 6  | 4517 | 13 თვე                             | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. d.                               | Keratitis parenchimatosa o. u. (5 თვის)                             | — |
| 7  | 4507 | 13 თვე                             | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. u.                               | Keratitis parenchimatosa o. d. (4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვის) | — |
| 8  | 4487 | 13 თვე                             | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. d.                               | Keratitis parenchimatosa o. d. (4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვის) | — |
| 9  | 4718 | 8 თვე                              | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. s.                               | Keratitis parenchimatosa o. s. (4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვის) | — |
| 10 | 4741 | 6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვე  | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. u.                               | Keratitis parenchimatosa o. s. (3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვის) | — |
| 11 | 4742 | "                                  | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. d.                               | Keratitis parenchimatosa ( 1 თვის)                                  | — |
| 12 | 4853 | 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვე  | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. s.                               | Keratitis parenchimatosa o. s. (3 კვირის)                           | — |
| 13 | 4870 | "                                  | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. u.                               | Keratitis parenchimatosa o. s. (ერთი თვის)                          | — |
| 14 | 4928 | 3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვე  | Ulcus durum Keratitis parenchimatosa o. d. თერაპია Novosal.              | Keratitis parenchimatosa o. u. (2 კვირის)                           | — |
| 15 | 4891 | 6 თვე                              | Ulcus durum 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> .1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> | Keratitis parenchimatosa o. s.                                      | — |
| 16 | 4817 | 8 თვე                              | Ulcus durum 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> .2.                            | Keratitis parenchimatosa o. d.                                      | — |





| №№ რიგზე | კურდღლის № № | დაავადების ხანი | დაავადების მიმდინარეობა  | კლინიკური სურათი ექსპერიმენტის წარმოების დროს | Spirocheta pallida ცხვერის ლორწოში |
|----------|--------------|-----------------|--|---|------------------------------------|
| 17       | 4763         | 8 თვე           | ათაშანგის აცრის 10 წუთის შემდეგ შეზღუდული იქმნა კინინსებრების საცხი.<br>12/XII Ulcus durum 1/2-1/2   | Keratitis parenchimatosa.                     |                                    |
| 18       | 48831        | 5 1/2 თვე       | Ulcus durum.   | Keratitis parenchimatosa.                     | —                                  |
| 19       | 4588         | 11 თვე          | 10-IV-1929 წ. აცრა პრეპუტიუმის კანში სპირობეტის ემულსია. (37 პასაჟი, შტამი № 1)<br>15-V-29 წ. სკლეროზი 0.2.0,4cm.<br>1-VII-29 წ. სკლეროზი შეიწოვა.<br>24-VII-29 წ. ორთავ მხრივი პარენქიმატოზური კერატიტი.<br>1-IX-29 წ. კერატიტი გაქრა.<br>2-XI-29 წ. კერატიტი კვლავ გაუჩნდა მარჯვენა თვალზე.<br>12-III-30 წ. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში   | Keratitis parenchimatosa. o. d.               | +                                  |
| 20       | 18           | 9 თვე           | 13-VI-29 წ. აცრილი იქმნა ორთავ სათესლე ჯირკვლის პარკის კანქვეშ და ქვემო ქუთუთოების კონიუქტივში (43 პასაჟი, შტამი № 1).<br>13-VII-29 წ. მარცხენა ჯირკვლის პარკზე გაჩნდა სკლეროზი მკნულოს მარცვლის ოდენა.<br>31-V-29 წ. Ulcus durum მარცხნივ 2-2 cm მარჯვნივ 1.1 cm.<br>1929 წ. 31 ივნისიდან მიიღო 30 თბილი აბაზანა ყოველ დღიურად.<br>8-VIII-29 წ. Novosal. 0.003 კილო წონაზე.<br>12-XII-29 წ. Keratitis parenchimatosa o.s.<br>14-III-30 წ. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში. | Keratitis parenchimatosa o. d.                | +                                  |
| 21       | 4925         | 3 1/2 თვე       | 13-XII-29 წ. აცრილი იქმნა ორთავ სათესლე ჯირკვლის პარკში კანქვეშ (46 პასაჟი, შტამი № 1)<br>27-XII-29 წ. დაწყებითი სკლეროზი.<br>28-I-30 წ. Novosal. 0,007 კილო წონაზე.   | Keratitis parenchimatosa.                     | +                                  |



| №№ როგუნე | კურდღლის №№ | დავადების დრო | დაავადების მიმდინარეობა   | კლინიკური სურათი ექსპერიმენტის წარმოების დროს | Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში |
|-----------|-------------|---------------|---|---|------------------------------------|
| 22        | 4926        | 3 1/2 თვე     | 1-III-30 წ. შანკრები გაქრუნ.<br>10-III-30 წ. Keratitis parenchimatosa.<br>2-IV-30 წ. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში.  | Keratitis parenchimatosa                      | +                                  |
| 23        | 4850        | „             | 13-VI-29 წ. აცრილ იქმნა სათესლე ჯირკვლის პარკის ორთავ მხარეზე კანქვეშ სპიროხეტის ემულსია (46 პასაჟი, შტამი №1)<br>28-I-30 წ. Ulcus durum<br>1-III-30 წ. Keratitis parenchimatosa o. d.<br>2-IV-30 წ. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში.<br>4-XI-29 წ. აცრა სათესლე ჯირკვლის პარკში კანქვეშ სპიროხეტის ემულსია ათა შანკრით დაავადებულ თავის ტვინის ინკუბაცია 2 თვე.<br>12-XII-29 წ. Ulcus durum 1.1cm<br>18-XII-29 წ. Novosal. 0,007 კილო წონაზე, რის შემდეგ შანკრი დაატარა ვადა, მაგრამ 4-I-30 წ. გაჩნდა ახალი ინდურაცია<br>28-I-30 წ. Novosal. 0,007 კილო წონაზე. შანკრი გაქრა.<br>15-III-30 წ. Keratitis parenchimatosa o. s.<br>2-V-30 წ. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში. | Kerat. parench. o. s.                         | +                                  |
| 24        | 4864        | „             | 18-X-29 წ. სათესლე ჯირკვლის პარკს ჯერ გაუკეთდა სკარიფიკაცია და შემდეგ შეხელილ იქმნა შანკრის ნაკრები.<br>21-XI-29 წ. მარცხნივ გაუჩნდა სკლეროზი მუხუდის მარცვლის ოდენა.<br>13-I-29 წ. მარჯვნივ Ulcus durum. 2.2 cm. მარცხნივ 4.5cm. პაპულები ქუთუთოებზე, Novosal 0.007 კილო წონაზე, რის შემდეგ 15 მარტისთვის ყოველი მოვლენები გაუქრა.<br>13-IV-30 წ. სათესლე ჯირკვლის პარკზე Ulcus redux და Keratitis parenchimatosa o. d.<br>13-IV-30 წ. Spirocheta pallida ცხვირის ლორწოში.   | Kerat. parench. o. d.                         | +                                  |



მ. გ. Буачидзе.

К специфичности ринитов при экспериментальном сифилисе кроликов.

(Государственный венерологический институт Н.К.З.Р.С.Ф.С.Р. Из отдела экспериментальной сифилологии. Директор института проф. Н. С. Эфрон. Зав. эксперимент. отделением проф. Ю. А. Финкельштейн г. Москва).

С целью изучения вопроса о специфичности ринитов при экспериментальном сифилисе кроликов автор произвел исследование носовой слизи 100 зарыженных сифилисом кроликов.

Материал исследовался в темном поле зрения и в окрашенных препаратах по Гимза.

Из 100 исследованных кроликов у 13 были обнаружены в носовой слизи бледные спирохеты.

По диагнозу кролики делились: *Ulcus durum* — 25. (спирохета найдена у 3.) *Lues II recens*—9 (спирохета найдено у 4) *Lues latens* 42—(не найдена ни у одного) и *Keratitis parenchimatosa* — 24 (спирохета найдена у 6).

Носовая слизь больных кроликов была привита здоровым кроликами под кожу мошонки и препуциума.

Прививка дала положительные результаты: в местах инъекции развились резко выраженные шанкры. В серуме, взятом из краев язвы, были обнаружены типичные бледные спирохеты.

На основании своих данных автор предполагает что:

1. Ринит при экспериментальном сифилисе кроликов специфичен;
2. бл. спирохета при рините должна находиться в слизистой носа;
3. для заражения сифилисом не требуется обилие спирохет и
4. при экспериментальном сифилисе кроликов бл. спирохета носовой слизи наблюдается только у кроликов с активным проявлением сифилиса и больных ринитом.

P. Boitchidze

Sur la spécificité de la rhinite chez les lapins atteints de la syphilis expérimentale.

(Section de syphilidologie expérimentale à l'Institut vénéréologique d'état à Moscou.

Directeur de l'Institut vénéréologique—N. Effron, Chef de la Section de syphilidologie expérimentale J. Finkelstein.

Dans le but d'étudier la question de la spécificité de la rhinite chez les lapins atteints de la syphilis expérimentale, l'auteur examina la mucosité nasale de 100 lapins atteints de cette maladie.

La matière fut examinée dans un champ visuel sombre et en préparations colorées à la Giemsa. On a découvert des spirochètes pâles dans la mucosité nasale chez 13 lapins parmi 100 lapins observés. D'après le diagnostic les lapins se divisaient ainsi: 25 *Ulcus durum* (les spirochètes pâles furent trouvés chez 3), 9 *Lues II recens* (les spirochetes pâles furent trouvés chez 4), 42 *Lues latens* (les spirochètes pâles ne furent pas du tout trouvés) 24 *Keratitis parenchimatosa* (les spirochètes pâles furent trouvés chez 6). La mucosité nasale des lapins contaminés fut inoculée sous la peau du scrotum et du prépuce des lapins sains. L'inoculation donna des résultats positifs. Des chancres se déclarent aux points d'injection. Dans le sérum pris sur la périphérie de l'ulcère furent découverts des spirochètes pâles typiques.

En se basant sur ces données, l'auteur conclue que 1. La rhinite chez les lapins atteints de la syphilis expérimentale a un caractère spécifique, 2. Les spirochetes pâles en présence de la rhinite doivent résider dans la muqueuse nasale, 3. Pour la contagion syphilitique l'abondance des spirochètes pâles n'est pas obligatoire, 4. Les spirochètes pâles sont observés dans la muqueuse nasale des lapins atteints de la syphilis expérimentale si ces lapins possèdent une rhinite et une syphilis à manifestations actives.





მძ. ა. უსტიაშვილი.

## საშვილოსნოს ბაქტემა ორსულობის შესახებ

(ტფილ. სამედ. ინსტ. გინეკოლოგიური კლინიკიდან. გამგე—პროფ. გ. ლამბარაშვილი.)

ტიუბინგენის კლინიკაში, Döderlein-ის სიტყვით, 5.000 გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა შორის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა შეხვედრიათ 71—1,042 პროც. ობუზოვის საავადმყოფოში ამ დაავადების რიცხვი შეადგენდა ყველა მშობიარეთა 3 პრ-ს; Hendry ანგარიშობს 1,05 პროც-ს, ხოლო ბეკვანით ის შეადგენს ყველა გინეკოლოგიურ დაავადებათა 0,5 პრ-ს. ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით, 1921 წლიდან 1927 წლის აპრილამდე ყოფილა 2801 გინეკოლოგიური სტაციონარული ავადმყოფი, რომელთა შორის ექტოპიური ორსულობა ყოფილა 45—1,6 პრ-ი. წლების მიხედვით ეს 45 შემთხვევა ასე ნაწილდება:

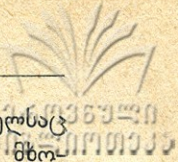
|             |    |
|-------------|----|
| 1921 წელს — | 11 |
| 1922 „ —    | 3  |
| 1923 „ —    | 5  |
| 1924 „ —    | 5  |
| 1925 „ —    | 9  |
| 1926 „ —    | 9  |
| 1927 „ —    | 3  |

ეროვნების მიხედვით:

|                    |    |
|--------------------|----|
| ქართველი . . . . . | 23 |
| სომეხი. . . . .    | 8  |
| რუსი . . . . .     | 11 |
| ასირიელი . . . . . | 2  |
| პოლონელი . . . . . | 1  |

27 ავადმყოფი უჩიოდა თეთრად შლას; ამათში ხუთს ჰქონია წვა შარდზე ვასკლის დროს. ერთი პირდაპირ აღნიშნავს, რომ ქმარს ლუესი და გონორეა აქვს. თითქმის ყველა ამ ავადმყოფებს შლა დაეწყო მალე გათხოვების შემდეგ, რაც, რასაკვირველია, შესაძლებლად ხდის ვიფიქროთ გონოროულ დაავადებაზე, თუმცა ამ ცნობების გარდა სხვა არაფერი საბუთი არა გვაქვს ამის დასამტკიცებლად. ამ რიგად, თუ დასახელებული 27 ავადმყოფის გონორით დაავადებას მივიღებთ, ეს შეადგენს ყველა ჩვენი შემთხვევების 60 პრ-ს.





რაც შეეხება კვერცხსავლების დავადებას ლოგინობის ხანაში, რომელსაც ასეთ დიდ მნიშვნელობას აწერს მაგ. გ რ უ ზ დ ე ვ ი — ასეთ დაავადებაზე მხოლოდ ორი ავადმყოფი მიგვითითებს.

41 ნაოპერაციები შემთხვევიდან მხოლოდ 8-ს ჰქონია შეცვლილი და დაავადებული მეორე მხრის კვერცხსავალი (დახედვით), ამათში 5 ამოკვეთილი იქნა, როგორც ძლიერ დაშლილი და გადაგვარებული. მაგ. ერთს ასეთ ავადმყოფს 7 წლის წინეთ ჰქონია მარცხენა დანამატის ანთება—აქ ორსულობა აღმოჩნდა მარჯვენა კვერცხსავალში, ხოლო მარცხნივ ისევ არსებობდა დანამატის სიმსივნე ქათმის კვერცხის ოდენა.

3 ავადმყოფს გაუჟეთდა მეორე კვერცხსავლის სტერილიზაცია.

ამ რიგად ჩვენ მეორე მხრის არა ორსული კვერცხსავალი ამოკვეთეთ 5 ჯერ—12,19 პრ-ი. როგორც ვიცით, დანამატების ანთებების დროს ქირურგიული ჩარევა ხშირად უფრო ფართოდ იხმარება. აქ ქრონიკული ან მწვავე ანთების დროს დანამატებს კვეთავენ, მაგალ.:

|                                |      |             |
|--------------------------------|------|-------------|
| Olshausen და Schauta . . . . . | 10   | — 20 პრ-დე. |
| Franqué . . . . .              | 18   | „           |
| Strassman . . . . .            | 65,4 | „           |
| Mackenrodt . . . . .           | 50   | „ და სხვ.   |

ჩვენებდ მეორე მხარის კვერცხსავლის ამოკვეთისა ან სტერილიზაციისათვის მიღებული იყო ჯერ ერთი—ანამნეზში დიდი ხნის უშედეგო სპეციალური და სისტემატიური მკურნალობა, ზოგჯერ ავადმყოფის სურვილი და აგრეთვე ისიც, რომ მეორე მხარის კვერცხსავალში შეიძლება მოხდეს განმეორებითი ექტობიური ორსულობა.

დანარჩენ 33 ნაოპერაციები ავადმყოფის მეორე მხრის კვერცხსავალი შეხედვით შეცვლილი არ იყო და დატოვებული იქნა ხელუხლებელი. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ მეორე მხრის კვერცხსავლის მდგომარეობა ფასდებოდა ერთი დახედვით, სწრაფად, რადგან მეტ შემთხვევაში ოპერაცია კეთდებოდა სასწრაფოდ.

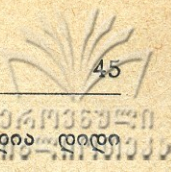
საკვერცხეს დაავადება შეგვხვდა 5 ჯერ: ერთხელ ორივე საკვერცხეს კისტა იყო და ოთხჯერ—კისტა ამა თუ იმ მხარეზე.

ცნობილია, რომ ექტობიური ორსულობის ხელის შემწყობ პირობად დანიადაგის მოშადებლად ითვლება დიდი ხნის უნაყოფობა ამ დაორსულობამდე და აგრეთვე ის, რომ მრავალ მშობიარეთ უფრო ხშირად ემართებათ ექტობიური ორსულობა, ვიდრე არა ნაშობიარევე ქალებს. მართლაც ჩვენი მასალის მიხედვით ეს სავესებით მართლდება. (ცხრილი არ იბეჭდება ტეხნ. პირობების გამო).

12 ავადმყოფი არც ერთხელ არ ყოფილა ორსულად: 33 ავადმყოფში თითო ორსულობა გადუტანია მხოლოდ 7-ს, 26 კი მრავალჯერ ყოფილა ორსულად.

ყველაზე ახალგაზრდა ყოფილა 18 წლის, ყველაზე ხნერი—38 წ. რაც შეეხება დიდი ხნის უნაყოფობას საშვილოსნოს გარეშე დაორსულობამდე—ესეც აშკარა არის ჩვენი მასალიდან. მართალია, 7 შემთხვევაში არ მოიპოება ცნობები უკანასკნელი ორსულობის შესახებ, მაგრამ საერთო სურათი თვითველი ავად—სა თავის თავად ხაზს უსვამს ამ ხანგრძლივ უნაყოფობას. იმის გარდა, რომ ორი ავადმყოფი ამ შვიდიდან პირდაპირ უშვილობას უჩივის, სხვები რომ ავიღოთ დავინახავთ, რომ ქალი 17—18 წელია რაც გათხოვილა დაორსუ-





ლად ყოფილა მხოლოდ 5—7 ჯერ ან სხვ. აქ, რა თქმა უნდა, ცხადია დიდი ხნის უნაყოფობა.

აბორტი ერთგვარ ხელის შეშეწყობ ნიადაგს ჰქმნის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისათვის. ჩვენი მასალა ამის საკმარის მასალას გვაძლევს, რადგან ჩვენ ავადმყოფებს არც ისე იშვიათად მიუძმარათავთ მუცლის ხელოვნური მოწყვეტი-სათვის.

ყველა 41 შემთხვევაში კვერცხსავლის ორსულობა იყო.

რომელიმე კვერცხსავალი რომ უფრო ხშირად ორსულდებოდეს — ამას ყველანი უარყოფენ, მაგრამ ჩვენი მასალიდან ჩანს ერთგვარი განსხვავება: მარ-ჯვნივ ორსულობა იყო 24 შემთხვევაში, მარცხნივ კი 17-ში.

განმეორებითი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა ამ 5 წლის განმავლობაში შეგვხვდა ერთი, რაც შეადგენს ყველა 45 შემთხვევის 2,2 პრ-ს\*).

Malice იტყობინება, რომ იმ 151 ავადმყოფთა შორის, რომელთაც ოპე-რაცია ჰქონდათ გაკეთებული ექტოპიური ორსულობის გამო, შემდეგში მეორედ დაემართა ასეთი ორსულობა 6-ს ე. ი. 3,8 პრ-ს. Henbry-ს კი ტორონტოდან მოჰყავს 3,9 პრ-ი.

ჩვენი 45 ავადმყოფიდან ოპერაცია გაუკეთდა 41-ს. აქედან—13 ორსუ-ლობა ამპულარულ ნაწილში იყო—აქ ერთხელ 5 თვის ორსულობას ჰქონდა ადგილი—და 19 კვერცხსავლის შუანაწილში. უკანასკნელთა რიცხვს ეკუთვნის 4 შემთხვევა, როდესაც ორსულობა 2-3 თვისა იყო.

9 შემთხვევაში არ არის აღნიშნული, თუ კვერცხსავლის რომელ ნაწილში იყო განვითარებული კვერცხი. ამიტომ ძნელი სათქმელია ჩვენი მასალის მიხე-დვით, თუ სად უფრო ხშირად გვხვდება კვერცხსავლის ორსულობა—ამპულა-რულ ნაწილში, თუ ყელში. საერთოდ კი უფრო მეტ შემთხვევებს ამპულარულ ნაწილს აწერენ.

ორსულობის ოდენობას, როგორც მიღებულია, ჩვენ ვანგარიშობდით უკა-ნასკნელი თვიურიდან სისხლის დენის დაწყებამდე. ამის მიხედვით ჩვენ შემთ-ხვევებში ნაყოფის ბუდეს ვახევა დამდგარა:

|   |    |
|---|----|
| 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -დან 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> თვემდე . . . . . | 22 |
| 3 თვემდე . . . . .  | 8  |
| 4 თვეზე მეტი . . . . .  | 2  |

32

დანარჩენ 10 შემთხვევაში სისხლის დენა ავადმყოფებს დასწყებით მალე უკანასკნელი თვიურის შემდეგ მესამე კვირამდე. მაშასადამე ჩვენი მასალის მიხე-დვითაც მართლდება ავტორების აზრი, რომ კვერცხსავლის ორსულობა სწყდება 2—3 თვემდე (Груздев, Döderlein-ი და სხვ.).

ჩვენი მასალის მიხედვით ყველაზე გვიან 5 თვის ორსულობაა, როდესაც კვერცხსავლის ბოლო (უკვე გახეთქილი) პირდაპირ სიმსივნეზე გადადიოდა და ცალკე არ ისინჯებოდა, ამოკვეთის დროს ეს სიმსივნე გასქდა და იქიდან 5 თვის ნაყოფი ამოვიღეთ. საკვერცხეც შეზრდილი იყო ამ სიმსივნესთან და ცალკე არ ისინჯებოდა. ეს უკვე დიდი ორსულობაა და უფრო იშვიათ მოვლენას წარ-მოადგენს.

\*) ეს შემთხვევა თავის დროზე აწერილია ლ. ელიაშვილის მიერ. ტფილ. უნივ. მოამბე წ. IV. 1924 წ.





РЫНКОВ-ის თანახმად, ობზოვის საავადმყოფოში 1000 აღრეულ ექტობიურ ორსულობაზე მოდის 5—მეორე ნახევარში გადასული ასეთივე ორსულობა. Груздев-ს 80 ექტობიური ორსულობიდან ასეთი ორსულობის მეორე ნახევარში გადასული—შეხვედრია 7.

ჩვენს 37 ნაობერაციებ შემთხვევაში კვერცხსავლის კედელი გახეთქილი ყოფილა 31 ჯერ; ობერაციის დროს გახეთქილა 3, ხოლო 7 ორსული კვერცხსავალი მთლიანად ყოფილა ამოკვეთილი.

ობერაცია ვაკეთდა კლინიკაში ავადმყოფის შემოსვლისთანავე 11, მეორე დღეს — 5, მეოთხე დღეს — 2, მეხუთე დღეს — 5, ერთი კვირის შემდეგ — 5, 9 დღის შემდეგ — 2, და სხვ. ყველაზე მეტ ხანს ობერაციამდე — 3 კვირას წოლილა 4.

კლინიკაში შემოსვლისას 15-ს ნორმალური  $t^{\circ}$  ჰქონდა, 7— $37^{\circ}$ , დანარჩენებს —  $37,5^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$ .

საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ამოცნობა პირველ სამ თვეში Bandl შეუძლებლად მიაჩნდა თუ კი რაიმე დამახასიათებელი გართულება მას თან არა სდევდა. Dnpaul ამასვე იმეორებდა, მაგრამ Winkel და Veit—პირიქით—დიაგნოზის დასმას ყოველთვის ადვილ საქმედ სთვლიდნენ. ეს წინააღმდეგობა სწორედ იმით უნდა აიხსნას, რომ, მართლაც, თუ ზოგჯერ შეუძლებელი არის ამოცნობა, სხვა შემთხვევაში ეს მეტად ადვილი საქმეა.

გინეკოლოგიურ კლინიკაში იყო შემთხვევა (ისტ. 239—24 წ.), როდესაც ერთ ავადმყოფს თვიური დაუფიანდა ერთი კვირით, შემდეგ უცბად აღტყდა ტკივილები მუცლის არეში და გულის რევა. რამდენიმე დღეში ავადმყოფს მოსვლია თვიური; სისხლის დენა შეწყვეტილა მე-ნ დღეზე, მაგრამ ტკივილები მუცლის არეში არ დასცხრომია, რის გამო წაუყვანიათ ქირურგებთან. ამათ კი აპენდიციტის დიაგნოზით ეს ავადმყოფი მოუთავსებიათ საავადმყოფოში, მიუციათ ცხელი აბაზანა და გაუკეთებიათ აპენდექტომია. მაგრამ ამ ობერაციის შემდეგ სისხლის დენა ზალ ანლა დაეწყო და ტკივილებიც ისევ ისე აწუხებდა. ამის შემდეგ ავადმყოფი მოიყვანეს გინეკოლოგიურ კლინიკაში, სადაც საკვერცხეს კისტასი და პარამეტრიტის დიაგნოზით წვეს 12 დღე კონსერვატული წამლობისათვის. შემდეგ ავადმყოფი თავისი სურვილით სახლში ეწერება, მაგრამ 37 დღეზე ისევ შემოჰყავთ კლინიკაში და აქ მას მესამე დღეს გაუკეთდა ობერაცია. ლაპარატომიის დროს გამოირკვა ნამდვილი კვერცხსავლის ორსულობა. კვერცხსავალი გახეთქილი იყო და მუცლის დარუ გავსილიყო ჩაქვეული სისხლით.

13 ჩვენი ავადმყოფის ანამნეზი გვაძლევს მოულოდნელი ტკივილების დაწყებას მუცლის არეში, გულის წასვლას, თავბრუს ხვევას და დასუსტებას. ამათ-შივე 4 უჩიოდა აგრეთვე სისხლის დენას, 7—თვიურის დაგვიანებას. ასეთ შემთხვევაში მწვავე სისხლის ნაკლებობის ნიშნები აქვთ ავადმყოფებს, რომლებიც ხაზს უსვამენ, რომ ყველაფერი ეს კარგად ყოფნის დროს მოუვიდათ. აქ, რა თქმა უნდა, ობიექტური გამოკვლევების დაუხმარებლადაც დიაგნოზი თითქმის ყველასათვის სწორედ არის დასმული. აქ შეიძლება ამოცნობა გააძნელოს და შეუძლებელიც გახადოს ისეთმა შედარებით იშვიათმა ავადმყოფობამ, როგორც არის, მაგ., საშვილოსნოს რუდიმენტალურ რქის ორსულობა, რომელიც სწორედ ისეთივე სურათს იძლევა, როგორც კვერცხსავლის ორსულობა. დიფერენციალური დიაგნოზისათვის მიღებული ნიშნები, როგორც არის რვეალი იოგის მდებარეობა რუდიმენტული რქის გარეთ და სხვ., ხშირად სრულებით არ არის საქმარისი. მაგრამ კვერცხსავლის ორსულობა გაცილებით უფრო ხშირია და თითქმის ყოველთვის ამაზე უფრო ფიქრობენ ხოლმე.

Bonnet-ს სიტყვით, კვერცხსავლის გასკდომაზე ლაპარაკობს სახის სანთლის ფერი, გონების დაკარგვა, მოშავო სისხლის დენა, და მოღუწება მუცლის



კედლისა; ტკივილები დუგლასზე ხელის დაჭირების დროს და, ბოლოსთან მომატებული ანემიის ნიშნები რამდენიმე საათის განმავლობაში.

დანარჩენი ავადმყოფები უჩივიან მოვლითი ხასიათის ტკივილებს დრო გამოშვებით, რომლებიც ზოგს 3 თვეა რაც დაეწყო, ზოგს 1 თვე და ზოგს ორი კვირა. ერთი ტკივილებს გრძნობდა ხელის დაჭერის დროს. ამ ტკივილების გარდა. 20-ს ახასიათებს თვიურის დაგვიანება 4 დღიდან—4 თვემდე და მეტიც, 8-ს სისხლის დენა, რომელიც ნორმალური თვიურის შემდეგ მალე დაეწყო.

გარდა ამისა, 12 შემთხვევაში საშვილოსნო გადიდებული აღმოჩნდა, 29 შემთხვევაში კი საშვილოსნო უცვლელი სჩანდა.

იმ 13 შემთხვევის გარდა, სადაც ექტოპიური ორსულობის სურათი სავსებით ნათელი იყო, დანარჩენის დიაგნოზის დასმა ხშირად განსაკუთრებულ სიძნელეს წარმოადგენდა. აქ ხშირად თვიურის დაგვიანება შეიძლება ნორმალურ—საშვილოსნოს—ორსულობას ნიშნავდეს და გადიდებული კვერცხსავალი კი—სალპინგიტს. ეს მით უმეტეს იყო საფიქრებელი, რომ მეტ შემთხვევაში ასეთი ავადმყოფები კლინიკაში აწეული 1<sup>0</sup>-თ შემოდითდნენ.

ერითროციტების დალექვის რეაქცია, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ამოსაცნობად, ხშირად დამხმარე საშუალებად ევლინება ექიმს, მაგრამ ბევრ შემთხვევაში, მაგ. ქრონიკული სალპინგიტების დროს ეს რეაქცია ისეთივეა, როგორც ექტოპიური ორსულობის დროს და, მამასადამე, ხშირად უძლურია რაიმე გადამწყვეტი პასუხი მოგვცეს. მწვავე აღნეჭიტების დროსაც დალექვის რეაქცია ვარგა დიფერენციალური დიაგნოზისათვის მხოლოდ ისეთ შემთხვევაში, თუ ამ რეაქციასთან ერთად სწარმოებს სისხლის გამოკვლევა. როდესაც მუცლის ღრუში სისხლის რეაქციის ნიშნებია, მაშინ ასეთი ავადმყოფის სისხლში არ მოიძებნება ეოზინოფილები, აღინიშნება ნეიტროფილოზი უფრო მეტი გადახრით მარცხნით, არის აგრეთვე ჰემოგლობინისა და ერითროციტების შემცირება.

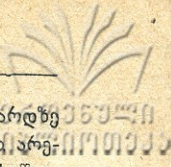
Farrar-ი გვიჩვენებს ვისარგებლოთ ლევკოციტების რიცხვით ჩირქოვანი სალპინგიტების დიფერენციალური ექტოპიური ორსულობისაგან. მას 150 საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს 48 პრ-ში მიუღია ლევკოციტების ნორმალური რიცხვი მაშინ, როდესაც ეს ყოველთვის დიდია ჩირქოვანი სალპინგიტის დროს. ამასთანავე, ამბობს ავტორი, რომ ბურთულების დათვლას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ჰქონდეს—ლევკოციტების დათვლა უნდა სწარმოებდეს ყოველ დღე და ხან ყოველ საათსაც.

ჩვენ არ მიგვიმართავს ასეთი ყოველდღიური სისხლის გამოკვლევისათვის და ერითროციტების დალექვის რეაქციასაც მხოლოდ უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში ვაწარმოებთ. მაგრამ ჩვენი მასალიდან ჩანს, რომ ჩვენი წინასწარ დასმული დიაგნოზი გამართლებულა 29 შემთხვევაში, 12-ში კი დიაგნოზი ისე გადაჭრითი არ ყოფილა.

დიაგნოზის მხრივ ინტერეს არ არის მოკლებული აგრეთვე ერთი შემთხვევა, რომელიც მოკლედ არის აქ მოყვანილი.

ავად. უ. 23 წლ. ქართველი. შემოვიდა კლინიკაში 1927 წ. 8 იანვარს.—უჩივის თვიურის შეჩერებას 2 თვით და 3 დღით და შეტუვითი ხასიათის ტკივილებს ქვემო მუცლის არეში. 5 წ. გათხოვილია, თვიური 14 წლიდან—3 დღე, ზომიერი, უმტკივნეულო. ორსულობა არ ჰქონია. რამდენიმე ხანია აქვს აპენდიციტი და ქირურგების რჩევით ოპერაციისათვის უნდა დაწოლილიყო, მა.რამ თვიურის შეჩერებისა და აგრეთვე ტკივილების გამო—განსაკუთრებით მუცლის მარჯვენა არეში მიმართა გინეკოლოგს, რომელმაც საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დიაგნო-





ზით გამოგზავნა კლინიკაში. სამი წლის წინად ავადმყოფს ჰქონია adnexitis dupl., აქვს შარდზე მიდგომისას წვა. ოთხი დღეა რაც შეტევითი ხასიათის ტკივილები დაეწყო მუცლის ქვემოთა ნაწილში. ობიექტური გამოკვლევა—საშილოსნოს ყელი თითის წვერს უშვებს, უკან იყურება; საშილოსნოს ტანი მორბილო კონსისტენციისაა, სადა, გადიდებული, მოძრავი, და მის მარჯვნივ ისინჯება მამაკაცის მუშტის ოდენა სიმსივნე—მოძრავი და დაკავშირებული საშილოსთან. მარცხენა დანამატი არ ისინჯება. მეტად მტკივნეული და დაჭიმულია საერთოდ მუცლის ქვემოთა ნაწილი და განსაკუთრებით კი M-Burney-ს წერტილის არე. 1<sup>0</sup>-ს აწვეის გამო (37,4—37,7), ოპერაცია გადიდო რამდენიმე დღით და ავადმყოფს დაენიშნა კონსერვატიული წამლობა. 1<sup>0</sup>-ს დაწვეის შემდეგ ავადმყოფს დაენიშნა ოპერაცია, მიეცა ol. Ricini, მაგრამ ოპერაცია ისევ გადიდო 1<sup>0</sup>-ს ხელ—ახალი აწვეის გამო (37,7, შემდეგ 38,3 და სხვ.) ამ დროს აუტყდა უფრო სასტიკი და მოვლითი ხასიათის ტკივილები მარჯვენა საზარდულის არეში. გასინჯული იქნა და გამოირკვა, რომ უკანა პარამეტრიუმში უკვე სიმსივნე ისინჯებოდა, შემოუფარგლავი, მორბილო, რაც აქამდე არ იყო. ისევ კონსერვატიული წამლობა. კლინიკაში შემოსვლის მეათე დღეს 1<sup>0</sup> დაეცა, მაგრამ ავადმყოფმა შუადღისას მოულოდნელად მუცლის მარჯვენა არეში ისევ ძლიერი ტკივილი იგრძნო, გული წაუვიდა და მწვევე სისხლნაკლებობა გამოაჩნდა. დაუყოვნებლივ გაკეთებული იქნა ლაპარატომია, რომლის დროსაც აღმოჩნდა მარჯვენა კვერცხსავლის—მამაკაცის მუშტის ოდენა—გამსქდარი მთელ თავის სიგრძეზე, შეიცავდა მომყაოს და ნაყოფს 2 1/2 თვისას. მუცლის ღრუ გაგსილი იყო ჩაქეული სისხლით. მარცხენა დანამატიც შეცვლილი. ჰიაცელა ნაწლავიც განიცდიდა ინფექციას, მთელ სიგრძეზე შეხორცებული აღმოჩნდა მეზობელ ორგანოებთან და გამკვრივებული იყო. ეს უკანასკნელი და მარჯვენა დანამატი ამოკვეთილ იქნა, ნაქტომზე—პერიტონიზაცია და სხვ. ოპერაცია გაკეთებულ იქნა პროფ. გ. ლამბარაშვილის მიერ. განკურნება.

აქაც, მასასადამე, როგორც ზემოდ აწერილ შემთხვევაში, აპენდიციტის ნიღაბ ქვეშ შეიძლება საშილოსნოს გარეშე ორსულობა მოგვეპაროს და ისეც ძნელი ამოსაცნობი დაავადება პირდაპირ მხედველობიდან გამოგვჩვენებს. მეორეს მხრით, განმეორებით სიცხის აწევა და ტკივილების შეტევა შესაძლებელია უფრო ანთებითი პროცესების გამწვავებაზე ლაპარაკობდენ მით უმეტეს, რომ ანამნეზი ასეთს აღნიშნავს წარსულში.

ყოველ შემთხვევაში აქ გამართლდა ის დებულება, რომ ასეთი ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ, რომ ყოველ წუთს შეიძლებოდეს დახმარების აღმოჩენა აქტიური ჩარევით. აქ შეიძლება ვიფიქროთ, რომ პირველად ტკივილების გამწვავების დროს მოხდა კვერცხსავლის აბორტი სისხლის ჩაქცევით, და ბოლოს კი—მცირე ტკივილების დროს—მოხდა კვერცხსავლის გარეგანი გახეთქვა და განმეორებითი სისხლის ჩაქცევა, რომელმაც მწვევე სისხლნაკლებობა გამოიწვია.

ჩვენ დავამზადეთ პათოლოგ-ანატომიური ანათლები ამ გამსქდარი კვერცხსავლის კედლიდან. ვნახეთ ხაოები, რომლებიც არ იყო ისეთი ტიპური, როგორც ორსულობის დროს არის ხოლმე. ეს ხაოები შეჭრილი იყო კუნთოვან შრეში; ვნახეთ აგრეთვე სინტიციალური, უჯრედები, კვერცხსავლის კედელი გათხელებული, კუნთოვანი შრე—შემცირებული, ქსოვილი სჭარბობს, მოსჩანს აგრეთვე ინფილტრაცია უჯრედებით, რომლებიც ბირთვების რიცხვით განირჩევიან ერთმანეთისაგან და სხვ. (გსარგებლობ შემთხვევით და მადლობას უცხადებ პროფ. ვ. ჟღენტს პრეპარატების გასინჯვის და დასკვნის მოცემისათვის).

ნაოპერაციები ავადმყოფების გარდა 4 ავადმყოფი არ დათანხმდა ოპერაციაზე და კონსერვატიულ წამლობას იღებდა. ოთხივეს ახსიათებს თვიურის დაგვიანება, შემდეგ მოულოდნელი, მოვლითი ხასიათის ძლიერი ტკივილები და ანემიის ნიშნები. ობიექტურად ისინჯებოდა საშილოსნოს უკანა სიმსივნე მორ-



ბილო კონსისტენციისა, რომელიც ძირს სწევდა საშოს უკანა კედელს, არ იყო შემოფარგლული ირგვლივ და უმოძრაო იყო. რამდენიმე ხნის წოლის შემდეგ ისინი გაეწვრნენ კლინიკიდან, რომ შინ განეგრძოთ წოლა და წამლობა.

საერთოდ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის წამლობის შესახებ ავტორთა უმრავლესობა ქირურგიული ჩარევის მომხრეა.

ჩვენი 45 შემთხვევიდან 41-ს გაუკეთდა ოპერაცია. ამათში 39 განიკურნა და 2 გარდაიცვალა—4,4 პრ-ი. Döderlein-ის თანახმად სიკვდილობა ექტოპიური ორსულობის დროს უდრის 7 პრ-ს. Farrar-ს მოჰყავს სიკვდილობა 5,9 პრ-ზე მეტი. არის ამაზე გაცილებით უფრო უიმედო სტატისტიკაც—მაგ. Schauta-ს თანახმად, სიკვდილობა ექტოპიური ორსულობის დროს 18 პრ-ზე მეტია და სხ. გ რ უ ზ დ ე ვ ი თ ეს პროცენტი 2,2 პრ-ს უდრის.

ერთი ავადმყოფი გარდაიცვალა ოპერაციის შემდეგ 40 წუთში (ისტ. № 33/924) შემდეგ პირობებში: ის მოიყვანეს კლინიკაში ღამის 11 საათზე სასტიკი მოვლითი ხასიათის ტკივილებით მუცლის ქვემო ნაწილში, რომელიც იმავე დღეს დასწყება მოულოდნელად; თვიური დაგვიანებული ჰქონდა 13 დღით. ორსულად ყოფილა სამჯერ. გადუტანია მუცლის ტიფი. კლინიკაში შემოსვლის ს—<sup>1</sup> ნორმა, მაჯა—88—საშუალო გავსების. ობიექტურად ცოტა გადიდებული და გარბილებულ საშვილოსნოს მარჯვნივ და უკან ისინჯებოდა მტკივნეული სიმსივნე, რბილი კონსისტენციის, რომლის განსაზღვრა თავისუფლად შეიძლება.

დიაგნოზი—graviditas extrauterina tub. dex. ოპერაცია გადადებულ იქნა დილისთვის. დილით—ოპერაციის წინ ავადმყოფს მოულოდნელად მაჯა უჩერდებოდა და თანდათან დასუსტდა. კრილი—თეთრი ხაზის. მუცლის ღრუში აღმოჩნდა ბლომად ჩაქეული სისხლი. ავადმყოფის მდგომარეობა უარესდებოდა და ოპერაციის დროსვე გაუკეთდა კანქვეშ ფიზიოლოგიური ხსნარის 900,0. საშვილოსნო ცოტა გადიდებული აღმოჩნდა, მის მარჯვნივ გადიდებული კვერცხსავალი გახეთქილიყო შუა ნაწილში. ეს კვერცხსავალი ამოკვეთილ იქნა და ნაქტომს გაუკეთდა პერიტონიზაცია. მუცლის კედელი გაიკერა ფენა ფენა და სხვ. ოპერაცია გაკეთებული იქნა პროფ. დამბარაშვილის მიერ—ზოგად ნარკოზის ქვეშ. ქლოროფორმი დაიხარჯა 19,0, ეთერი 30,0, ოპერაცია გაგრძელდა 30 წუთს. მაგრამ ოპერაციის მეორე 40 წუთში ავადმყოფი გარდაიცვალა გულის სიღამბლავით.

მეორე ავადმყოფი (ისტ. ფ. № 235/921). შემოვიდა კლინიკაში ჩივილით შეტევეთი ხასიათის ტკივილებზე, რომლებიც დაეწყო მუცლის ქვ. ნაწილში. ორი დღის წინად სისხლის დენა დაეწყო იოდის შემსაპუნების შემდეგ, რომელიც კერძოდ გაუკეთეს თვიურის გამოსაწვევად. <sup>1</sup> ნორმალური, მაჯა 90—კარგი გავსების. კლინიკაში შემოსვლის მე-18 დღეს—სათანადო მონადების შემდეგ გაუკეთდა ლაპარატომია. ფალოპიუსის მარჯვენა მილის ამბულარულ ნაწილში აღმოჩნდა ბატის კვერცხის ოდენა სიმსივნე. კვერცხსავალი არ იყო გახეთქილი, არც სისხლი იყო ჩაქეული მუცლის ღრუში. ეს კვერცხსავალი ამოკვეთილი იქნა და ნაქტომს გაუკეთდა პერიტონიზაცია. მუცლის კედელი გაიკერა საერთო წესით. ოპერაცია გაკეთებული იქნა პროფ. დამბარაშვილის მიერ და გაგრძელდა 1 საათს. ხლოროფორმი დაიხარჯა 30,0, ოპერაციის დღესვე ავადმყოფი ცუდად შეიქნა და მეორე დილით გარდაიცვალა გულის სიღამბლავით.

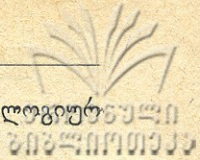
ყველაზე მეტ ხანს ავადმყოფი კლინიკაში იწვა 79 დღე. მეტ შემთხვევაში ავადმყოფები 11 დღეს იწვნენ.

ოპერაციის დროს კრილი ყოველთვის თეთრი ხაზით იყო გატარებული და წარმოებული ზოგადი ნარკოზი—ქლოროფორმის ან ეთერის, ან ორივეს ერთად. მუცლის ორუდგან ჩაქეული სისხლი ყოველთვის იწმინდებოდა გულმოდგინედ.

ყოველივე ზემო აღნიშნულის შემდეგ შესაძლებლად ცნობ გამოვიყვანო შემდეგი დასკვნები:

1. ჩვენი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა ქალის სხვა დაავადებასთან შედარებით დაახლოვებით ისეთივე პროცენტს იძლევა, როგორც სხვა ქვეყნებში.





2. უმეტეს შემთხვევაში საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ეტიოლოგიური მომენტად შეიძლება გონორეია აღინიშნოს.

3. ლოგინობის ხანაში შეძენილ კვერცხსავლების დაავადებას აქ გაცილებით უფრო ნაკლები მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს.

4. როდესაც მეორე კვერცხსავალი დაავადებულია და გადაგვარებული — ის უნდა ამოიკვეთოს შემდეგი განმეორებითი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის თავიდან ასაცილებლად.

5. საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ხელის შემწყობ პირობად უნდა ჩაითვალოს დიდიხნის უნაყოფობა და წინად გადატანილი მშობიარობა და აბორტები.

6. განმეორებითი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა იშვიათ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს.

7. კვერცხსავლის ორსულობა სწყდება უმეტეს შემთხვევაში 2-3 თვეზე.

8. ამოცნობა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა, ანამნეზისა და ობიექტური გამოკვლევის მიხედვით, მეტ შემთხვევაში შესაძლებელი ხდება.

9. წამლობა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა უნდა მდგომარეობდეს ორსული კვერცხსავლის ამოკვეთაში.

ლიტერატურა. 1. A. Döderlein, გინეკოლოგიის სახელმძღვანელო O. Küstner-ის 1926 წ. 2. Бекман, Ж.А. 1899, 1914 г. 3. Кастанаев, Ж.А. 1914. 4. Попов, Ж.А. 1914. 5. Бурозинский, Ж. А. 1914. 6. Губарев, Медицинская Гинек. 7. Розенталь, Ж. А. 1896. 8. Рымша ижев. 9. Малиновский, Ж.А. 1910. 10. Иванов, Ж.А. 1892. 11. Масловский, Ж.А. 1897. 12. Кедрова, Тр. Всес. съезда Гин. Ж. Акуш. 1926. 13. Холодковский ижев. 14. Груздев, Курс Акуш. и Ж. Б. ч. II т. I. 15. У.—Строганова, Анатом. измен. берем. трубы да ссз. Ж. А. 1900. 16. Dyroff, Zentralblatt f. Gynäk. 1925 წ. № 34. 17. ელიაშვილი. საშვ. გარეშე განმეორ. ორსულ. შემთ. 18. Louis Bonnet, de Rouville und A. Guibal, Lilian Farrar, Hamant, Richl, Maluce, Keller, Hendry, Seliga. Zentralbl. f. Gynäk. 1927 № 4.

## Д-р А. УСТИШВИЛИ.

### Внематочная беременность

(По материалам гинекологической клиники Тифлис. Мед. Инст.  
Дир.-проф. Г. Гамбаров).

За время с 1921 года по апрель м-ц 1927 г. на 2801 стационарных гинекологических больных внематочная беременность наблюдалась в 45 случаях (1,6%).

Во всех случаях была трубная беременность, самая поздняя 5 месячная. На основании своего материала автор приходит к заключению:

1. Внематочная беременность в сравнении с другими заболеваниями жен. пол. органов в Грузии составляет приблизительно такой же процент, какой и в других странах.

2. В большинстве случаев как этиологический момент внем. берем. возможно отметить гоноррею.

3. Послеродовое заболевание яйцеводов здесь, повидимому, играет незначительную роль.

4. Способствующими моментами в развитии эктопич. берем. нужно считать продолжительное бесплодие, перенесенные роды и аборт.

5. В случае, когда вторая, небеременная труба больна и изменена — необходимо удалить ее для предупреждения повторной внематочной берем., которую нужно отнести к редким явлениям.



6. Внем. бер. прерывается в большинстве случаев на II и III м-це.
7. Распознавание эктоп. берем. согласно данным анамнеза и объективного исследования в большинстве случаев возможно.
8. Лечение внематочн. бер. состоит в удалении забеременевшей трубы.

## A. Oustiachvili.

Sus la question de gravidité extrauterine

(d'après les observations de la clinique gynecologique).

Dans la clinique gynecologique sur 2801 malades il y avait 45 cas de gravidité extrauterine (1.6%).

Dans tous les cas cette gravidité était tubaire; la gravidité la plus avancée était de 5 mois.

L'auteur conclut que:

- 1) La gravidité extrauterine en Géorgie est aussi fréquente que dans les autres pays.
- 2) Dans la majorité des cas on peut signaler la présence de gonorrhée.
- 3) Les complications dans les trompes apres les couches n'ont évidemment pas d'importance.
- 4) La sterilité prolongée, les couches repetées et les avortements sont des causes de prédisposition à la gravidité ectopique.
- 5) Dans les cas, où la seconde trompe est atteinte et modifiée l'ablation en est indispensable pour prevenir la recidive de la gravidité extrauterine, qui est cependant assez rare.
- 6) La gravidité extrauterine ne dure pas en général au delà de 2 ou 3 mois.
- 7) Le diagnostic de la gravidité ectopique ne presente pas ordinairement de grandes difficultés.
- 8) Le traitement de cette maladie consiste en l'ablation de tube atteint.



აღ. აღმოსიძე.

## საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შესახებ ჩვენი მასალის მიხედვით.

(ქალაქის პირველ საავადმყოფოს სამედიცინო-გინეკოლოგიური განყოფილებიდან.

გამგე პროფ. ბ. დოღობერიძე).

ყოველწლიურად საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის რაოდენობა მატულობს. უკანასკნელი 7 წლის განმავლობაში საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის რაოდენობა ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოს სამშობიარო გინეკოლოგიურ გან-ბაში უდრის 124 (აღებულთა შემთხვევები დადასტურებული ოპერაციით). ეს რიცხვი, რომ ვაგანაწილოთ წლების მიხედვით ნათლად გამოჩნდება მისი ყოველ წლიური ზრდა (1922 წ.—8 შემთხვევა, 1928 წ.—33).

რომ შევადაროთ ეს რიცხვი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ამავე დროს შემოსული გინეკოლოგიური ავადმყოფების რაოდენობას აღმოჩნდება (იხ. ცხრილი 1), რომ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა პარალელურად იზრ-

ცხრილი 1.

| წლები | გინეკოლ. ავადმყ.<br>რაოდენობა | საშვ. გარ. ორსულ.<br>რაოდენობა | %    |
|-------|-------------------------------|--------------------------------|------|
| 1922  | 342                           | 5                              | 1.4  |
| 1923  | 545                           | 11                             | 2    |
| 1924  | 446                           | 16                             | 3    |
| 1925  | 476                           | 9                              | 1.93 |
| 1926  |                               | 23                             |      |
| 1927  | 748                           | 27                             | 3.48 |
| 1928  | 776                           | 33                             | 3.5  |

დება გინეკოლოგიურ დაავადებასთან. მართალია, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა  $\frac{1}{1000}$ -ულად ასწრებს კიდევაც, მაგრამ ეს აიხსნება იმით, რომ საშუალება არ აქვთ, ყველა გინეკოლოგიურ დაავადებულს, უადგილობის გამო მოთავსდნენ საავადმყოფოში, მაშინ როდესაც საშვილოსნოს გარეშე ორსული ვერ ასცდება საავადმყოფოს.

რომ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა ყოველ წლივ იზრდება და ნორმალურ ორსულობას  $\frac{1}{1000}$ -ულად აღემატება, ეს აშკარად სჩანს აქ მოყვანილი ცხრილიდან.

ცხრილი 2.

| წლები | საერთო მშობიარ.<br>რაოდენობა | საერთო რიცხვი<br>საშვ. გარ. ორსულ. | %    |
|-------|------------------------------|------------------------------------|------|
| 1923  | 6.614                        | 30                                 | 0,45 |
| 1924  | 8.473                        | 39                                 | 0,46 |
| 1925  | 8.822                        | 44                                 | 0,49 |
| 1926  | 8.722                        | 52                                 | 0,58 |
| 1927  | 8.794                        | 71                                 | 0,71 |



ამ ცხრილში ნორმალური მშობიარობის რაოდენობა მოყვანილია მთელ ქალ. თბილისის მასშტაბით (აღმასკ. სტატისტ. ცნობით), აგრეთვე აღებულია საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა, რომელიც გატარებულია ყველა ქალ. თბილისის საავადმყოფოებში.

რაც შეეხება წლოვანობას, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა უფრო ხშირად ხდება 21 წლიდან 30 წლამდე, რაც სჩანს მოყვანილი ცხრილიდან.

ც ხ რ ი ლ ი 3.

|                     |    |                     |    |
|---------------------|----|---------------------|----|
| 15 წლიდან—20 წლამდე | 7  | 31 წლიდან—35 წლამდე | 26 |
| 21 „ —25 „          | 42 | 36 „ —40 „          | 5  |
| 26 „ —30 „          | 39 | 40 „ — ზევით        | 3  |

საყურადღებოა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა ეროვნების მიხედვით:

ც ხ რ ი ლ ი 4.

| ე რ ო ვ ნ ე ბ ა     | 1926 წლ. აღწერა ქ. თბილ. | საშვილ. გარ. ორს. | °/o   |
|---------------------|--------------------------|-------------------|-------|
|                     | მოსახლეობისა             | რაოდენობა         |       |
| ქართველი . . . . .  | 112.206                  | 37                | 0,033 |
| სომეხი . . . . .    | 100.148                  | 40                | 0,04  |
| რუსი . . . . .      | 45.932                   | 34                | 0,07  |
| თათარი . . . . .    | 5.836                    | 6                 | 0,12  |
| დანარჩენი . . . . . |                          | 5                 |       |

ამ ცხრილიდან სჩანს, რომ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობით დაავადებული უფრო მეტი  $\frac{0}{1000}$  თათრის ქალები არიან, შემდეგ რუსები, სომეხები, და ბოლოს ქართველები. რომ  $\frac{0}{1000}$  გამოკვლევა ეროვნების მიხედვით სწორე ყოფილიყო, ჩემ მიერ შეგროვილი იქნა თბილისის ყველა საავადმყოფოებში საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შემთხვევები, ვინაიდან 1-ლ ქალაქის საავადმყოფოს რაიონის მცხოვრებლები მომეტებულად სომეხები და თათრები არიან. საერთო მასალის მიხედვით კი სურათი ოდნავ იცვლება: რუსებს უჭირავთ პირველი ადგილი, მეორე ადგილი უჭირავთ თათრის ქალებს, შემდეგ ქართველებს, მხოლოდ უკანასკნელი — სომეხებს.

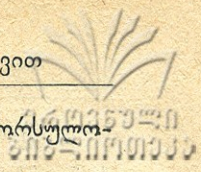
ც ხ რ ი ლ ი 5.

| ე რ ო ვ ნ ე ბ ა     | 1926 წლ. აღწერა ქ. თბილ. | საშვილ. გარ. ორ- | °/o   |
|---------------------|--------------------------|------------------|-------|
|                     | მოსახლეობ.               | სულობა           |       |
| ქართველი . . . . .  | 112.206                  | 140              | 0,12  |
| სომეხი . . . . .    | 100.148                  | 79               | 0,078 |
| რუსი . . . . .      | 45.937                   | 115              | 0,23  |
| თათარი . . . . .    | 5.836                    | 8                | 0,14  |
| დანარჩენი . . . . . |                          | 20               |       |

თვალსაჩინოა ის გარემოება, რომ სწორეთ ასეთივე სურათს იძლევა მუცლის მოწყვეტა ეროვნების მიხედვით. პროფ. ბ. ლოლობერიძის გამოკვლევით (ჯანსახკომის მონაბე № 1, 1928 წ.) რუსები იტოვებენ ორსულობას მხოლოდ 17,9 $\frac{0}{1000}$ -ში, ქართველები, — 22,2 $\frac{0}{1000}$ -ში, მხოლოდ სომეხები — 27,3 $\frac{0}{1000}$ -ში.

ამას გვიდასტურებს კიდევ შემდეგი (6) ცხრილი, სადაც მოყვანილია 5 წლის განმავლობაში (1922—1927 წლ-დე) დამშობიარებულთა რიცხვი ეროვნე-





ბის მიხედვით და შედარებული ამავე დროის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შემთხვევებთან

| ე რ ო ვ ნ ე ბ ა    | ც ხ რ ი ლ ი 6,                                |                      |                            |
|--------------------|---|----------------------|----------------------------|
|                    | საერთო დამშობიარებულია რიცხვი 5 წლის განმავლ. | საშვ. გარ. რაოდენობა | საშვ. ორსულ. რაოდენობა %/o |
| ქართველი . . . . . | 14.287  | 101                  | 0,71                       |
| სომეხი . . . . .   | 18.992  | 65                   | 0,39                       |
| რუსი . . . . .     | 4.508   | 91                   | 2,02                       |

აშკარად სჩანს, რომ სომხები, რომლებიც ყველაზე მეტ %<sup>o</sup>-ში იტოვებენ ორსულობას უფრო ნაკლებად არიან დაავადებული საშვილოსნოს გარეშე ორსულობით, და, პირიქით, რუსები, რომლის %<sup>o</sup>-ტი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა ყველაზე მეტია,—ნაკლებად იტოვებენ ორსულობას.

ეს გარემოება გვაძლევს საფუძველს ჩავთვალოთ მუცლის მოწყვეტა ერთ-ერთ ხელშემწყობ მომენტად საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაში. ის გარემოება, რომ თათრის ქალებში ეს სენი %<sup>o</sup>-ულად, თითქმის უსწრებს ქართველებს, მაშინ როდესაც მათ შორის აბორტის გაკეთება ნაკლებად არის განვითარებული, უნდა აიხსნას სხვა მიზეზით: საერთოდ თათრის ქალები ადრე იწყობენ სქესობრივ ცხოვრებას, თითქმის ბავშვებს ათხოვებენ, როდესაც სქესობრივად მოუმწიფებელნი არიან, რაც აჩერებს საერთო განვითარებას (მათ შორის უფრო ხშირია ვიწრო მენჯი და ამის შედეგი ხშირად მძიმე მშობიარობა და სხვა). აი, სწორედ, ეს ნაადრევად დაწყებული სქესობრივი ცხოვრება, როდესაც ქალი არ არის ასაკოვანი, უნდა ჩაითვალოს ერთ-ერთ ეთიოლოგიურ მომენტად საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაში.

ჩვენ მიერ შეგროვილი მასალა წინამავალ ორსულობის რაოდენობის შესახებ გვიჩვენებს (იხ. ცხრილი 7), რომ მომეტებული ნაწილი საშვილოსნოს

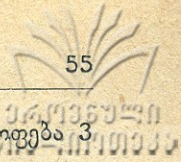
ც ხ რ ი ლ ი 7.

| წინამავალ ორსულობის რაოდენობა . . . . . | 0    | 1    | 2   | 3    | 4    | 5   | 6   | 7    | 8    | 9   | 10  | 11  | 12  | 14   |
|---|------|------|-----|------|------|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|------|
| საშვ. გარ. ორს. რაოდ. . . . .           | 30   | 27   | 11  | 15   | 13   | 6   | 6   | 2    | 4    | 1   | 3   | 1   | 1   | 2    |
| % . . . . .                             | 24.3 | 21.8 | 9.7 | 12.1 | 10.5 | 4.8 | 4.8 | 1.61 | 3.22 | 0.8 | 2.4 | 0.8 | 0.8 | 1.61 |

გარეშე ორსულობისა მომხდარა პირველ ორსულობაზე და განაგრძობს შებრუნებითი პროპორციით, ე. ი. რაც უფრო ხშირი ორსულობა ჰქონია ქალს, მით უფრო ნაკლები შემთხვევებია საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა.

პროფ. გ. დამბარაშვილის კლინიკის შემთხვევები, აღწერილი ექ. ა. უსტიაშვილის მიერ ადასტურებენ ამას. ამავე სურათს იძლევა ქალ. სამარის სამედიცინო გინეკოლოგიური კლინიკის მასალა (ექ. ვ. ნ. სტეფანოვი). პროფ. სკრობანსკის კლინიკის მასალა (ექ. ა. პრიმაკოვი) განსხვავდება მხოლოდ იმით, რომ მასთან ავადმყოფებს, რომელთაც წინამავალი ორსულობა არა ჰქონია უჭირავთ მესამე ადგილი, მაშინ, როდესაც ამ გვარ ავადმყოფებს, ჩვენ შემთხვევებში უჭირავთ პირველი ადგილი,





ზემოთ ცხრილში მოყვანილი ავადმყოფების რაოდენობა განიყოფება 3 კატეგორიათ:

- I. არ დაორსულებულან 40 (24,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).
- II. დამშობიარებულან 91 (74<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).
- III. მუცელი მოწყვეტიათ 60 (41,46<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

ამ დანარისებიდან ჩანს, რომ პირველი ადგილი უჭირავთ იმ ავადმყოფებს, რომელთაც ჰქონიათ წინამავალი მშობიარობა, მეორე ადგილი — მუცელ მოწყვეტილებს, მხოლოდ 3-მე იმ ავადმყოფებს, რომელთაც ამ დაავადებამდე არ ჰქონიათ ორსულობა. აქედან შეიძლება გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ მშობიარობა და მუცლის მოწყვეტა უნდა ჩაითვალოს ხელშემწყობ მომენტად.

მშობიარობის რაოდენობის მხრივ თუ გავარჩევთ (იხ. ცხრილი 8) ჩვენს

|                         | ცხრილი 8. |      |      |     |     |     |     |     |     |
|-------------------------|-----------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| მშობიარ. რაოდენ. . .    | 1         | 2    | 3    | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   |
| საშვ. გარ. ორს. რაოდ. . | 43        | 19   | 10   | 9   | 6   | 1   | 1   | 1   | 1   |
| % . . . . .             | 34.7      | 15.3 | 8.06 | 7.2 | 4.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 |

მასალას აღმოჩნდება, რომ მომეტებული <sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ტი საშვილოსნოს გარეშე ოსულობიდან მომხდარა იმ პირთა შორის, რომელთაც ერთხელ უმშობიათ და, რაც შეეძლება მშობიარობა გადუტანიათ, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის <sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ტი მცირდება. იმავე სურათს გხვდავთ მუცლის მოშლის შემთხვევებში (იხ. ცხრ. 9).

|                         | ცხრილი 9. |    |     |      |     |      |      |     |     |  |
|-------------------------|-----------|----|-----|------|-----|------|------|-----|-----|--|
| მუცლ. მოწყვ. რაოდენ. .  | 1         | 2  | 3   | 4    | 5   | 6    | 7    | 8   | 12  |  |
| საშვ. გარ. ორს. რაოდ. . | 20        | 18 | 11  | 4    | 1   | 1    | 2    | 1   | 1   |  |
| % . . . . .             |           |    | 9.7 | 3.22 | 0.8 | 1.61 | 1.61 | 0.8 | 0.8 |  |

ამ ცხრილიდან ჩანს, რომ მომეტებული <sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ტი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა ხდება მუცლის პირველი მოწყვეტის შემდეგ.

ჩვენი შემთხვევების ხანგრძლივობა არ აღემატება 3 თვის ორსულობას, მომეტებული შემთხვევები კი 2 თვის ორსულობის ზემოდ არ ასულა. მხოლოდ ერთი შემთხვევა გვქონდა ექტოპიურ ორსულობისა დანამატ რქაში, სადაც ორსულობა 7 თვემდე იყო მიღწეული.

105 შემთხვევაში რიგის დაგვიანებას ერთი კვირიდან 2 თვემდე ჰქონდა ადგილი, მხოლოდ 19 შემთხვევაში რიგს სრულიად არ დაუგვიანებია. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ უკანასკნელ შემთხვევებში ხშირად რიგი ანორმალურია, როგორც ხანგრძლივობით, აგრეთვე რაოდენობით.

საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის მოწყვეტის ნიშნები ყველაზე ხშირად იწყება ტკივილებით პატარა მუცლის არეში, რომლის რაოდენობა უდრის 95, რაც შეადგენს 78<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. ეს ტკივილები სხვა და სხვა ხასიათისაა და ლოკალიზაციისა: ტკივილები მოვლით და მხოლოდ იმ მხარეს, სადაც საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაა, ხან კი მთელ მუცლის არეში, ტკივილები ჩლუნგი, ყრუ; მომეტებულად კი ტკივილი უეცრივი, მწვავე და მათ უერთდება სისხლის დენაც. ასეთი შემთხვევები 83 არის, რაც შეადგენს 67,56<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. ამ ტკივილებს ხშირად დაერთობა ხოლმე გულის წუხილიც, ამას ჰქონდა ადგილი 47 ჯერ რაც შეადგენს 38,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს. ბ ლ ი უ მ ბ ე რ გ ი ს ს ი მ პ ტ ო მ ი გამოხატულია 37 შემთხვე-



ვაში, რაც შეადგენს 30%-ს. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ოპერაციის დროს, თითქმის ყოველთვის ხედავთ შემდეგ სურათს: მუცლის ფარი და ბადექანი განიცდის ინექციას, იგი კარგავს პეწს და ხდება მისი შეხორცება მასთან მდებარე ორგანოებთან, და, რაც მეტი დრო გადის, ეს მოვლენები უფრო რთულდება და ჩლუნგი წესით ძნელი ხდება ამ შეხორცების მოშორება.

არის კიდევ სიმპტომი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა, რომელიც გამოიხატება ტკივილებით მხარში და ბეჭში (ფრენიკუს სიმპტომი), მაგრამ ამ სიმპტომზე დაყრდნობა არ შეიძლება, რადგან ამისთანა მოვლენები შეგვხვედრია ჩვენ, დანამატების სხვა დაავადების დროს. კილენის და ჰელენ დალის ნიშნები, რომელიც გამოიხატება ჭიპის არეს გალურჯებაში გვექნა მხოლოდ ერთ შემთხვევაში. აგრეთვე არსებობს ბანკის ნიშანი, რომელიც გამოიხატება მწვავე ტკივილში საშოს ნაწილის ბოქვენისკენ აწევის დროს. პირამიდონის რეაქცია მომეტებულად უარყოფითი იყო.

62 შემთხვევაში ჩვენ ვხვდებით საშვილოსნოს გადიდებას (50,4%).

როგორც ჩანს ზემოაღნიშნულიდან დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზისთვის რიგის დაგვიანებას ან და მის ხასიათს, ტკივილებს, სისხლის დენას, და გულის წუხილს. საშვილოსნოს თაღებში სიმსივნე (კომისებრივი, სპეციფიური ხასიათის კონსისტენციისა, უსწორ-მასწორო მოყვანილობის შეგვხვდა 53 შემთხვევაში (53%). გაკეთებული იყო საცდელი პუნქცია 35-ჯერ (28,4%) და მხოლოდ 2 შემთხვევაში მივიღეთ უარყოფითი შედეგი, 33 შემთხვევაში კი შედეგი დადებითი იყო (94,2%); სისხლი მომეტებულად მუქი ფერისა იყო. უარყოფითი შედეგები იმით აიხსნება, რომ სისხლი ალბად შედედებული იყო და ნემსმა ვერ გამოიტანა.

საცდელი პუნქცია შეუდარებელი მეთოდია საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დიაგნოზისთვის, თუმცა ხანდახან ეს მეთოდიც ვეღალატობს ხოლმე: ჩვენს ერთ შემთხვევაში საცდელი პუნქციის დროს მივიღეთ სეროზული სითხე; ოპერაცია მაინც ჰქონდა გაკეთებული, რადგან სხვა სიმპტომები და ბეჯითებით გვიკარნახებდნენ ამას, და აღმოჩნდა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა; სეროზული სითხე კი სანაყოფო წყლები გამოდგა.

საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დიაგნოზი პირველ დღეებში და კვირებში, თითქმის, შეუძლებელია, გამონაკლისს შეადგენს მხოლოდ ის ავადმყოფები, რომლებსაც მკაფიოდ აქვთ გამოხატული თვითგრძობით ორსულობა და ამასთანავე სათანადო კონსტიტუციის აგებულობა, რომელიც საშუალებას გვაძლევს შევამჩნიოთ ყოველივე ცვლილება კვერცხსავალ მილში, მისი სიმსივნე და ფორმა, მეტადრე თუ ეს ცალმხრივია; შემდეგში კი ვატყობთ მის ზრდას, უფრო კი მეტად ვეყრდნობით გამოკითხვას (ანამნეზის), მისი რიგის დაგვიანებას და ხასიათს, საერთო ცუდ მდგომარეობას, მოვლისებურ ტკიბილებს და სხვა. ყოველივე ეს, რასაკვირველია ინდივიდუალურია. ავადმყოფი ხშირად თითონ ვერ ერკვევა თავის მდგომარეობაში. მართალია პროფ. სელიცკი, როდესაც ამბობს: „ავადმყოფები. რომლებიც გაცნობილნი არიან ამ დავადებასთან და იციან მისი მსვლელობა, ყოველივე ნიშნებს პოულობენ თავიანთ სხეულში, მხოლოდ შემდეგში კი მათ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა არ აღმოაჩნდებათ.“ — („Врач. Дело“, № 4, 1929 г.) საერთოდ მოუწყვეტელ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის აღმოჩენისთვის არც ობიექტური და არც სუ-



ბიექტური სწორე ნიშნები არ არსებობს, მხოლოდ ხელმძღვანელობა შეიძლება საერთო სიმპტომოკომპლექსით.

როგორც ძნელი გამოსარკვევია პირველ ხანის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა, აგრეთვე ხშირად ბუნდოვან სურათს ჰქმნის დაგვიანებული საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა, როდესაც ჩაღვრილი სისხლი შემოიკრავს გარსს და მიიღებს ამა თუ იმ ფორმას, გამოიწვევს ანთებით პროცესებს და შეჰქმნის შეხორცებებს გარშემო ქსოვილებთან და ორგანოებთან. ამ შემთხვევებში ერიტროციტების სწრაფი დაღევეა და აგრეთვე ლევიკოციტოზი ხშირად შეგვიყვანს ხოლმე შეცდომაში. თუ ჰემატოცელე ხელსაყრელ ადგილას არის, პუნქციის საშუალებით გამოვარკვევთ მდგომარეობას. ისეც მოხდება, რომ პუნქციის დროს მივიღებთ სისხლს და საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა კი არ აღმოჩნდება. ჩვენ ერთ შემთხვევაში მივიღეთ სისხლი და აღმოჩნდა სხვა დაავადება. მეორე შემთხვევაში მივიღეთ სისხლი, მხოლოდ ოპერაცია არ ჰქონდა გაკეთებული, ვინაიდან არავითარი ნიშნები არ ჰქონდა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა და მართლაც ავადმყოფი მალე სრულიად განიკურნა. ეს აიხსნება იმით, რომ ნემსის წვერი მოხვდება სისხლის მილში.

ანამნეზს დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამას გვიდასტურებს ასეთი შემთხვევა: დასმული იყო დიაგნოზი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა მარჯვენა კვერცხსავალ მილში, ოპერაციის დროს კი ორსულობა აღმოჩნდა მარცხენა კვერცხსავალ მილში; მხოლოდ მარჯვენა მხარეს აღმოჩნდა პიოსალპინქსი (შემთხ. შროფ. ბ. ლოლობერიძისა). ორ მხრივი სიმსივნე ხშირად აბრკოლებს დიაგნოზის დასმას, თუ სხვა სიმპტომები მკაფიოდ არ არის გამოხატული.

ოპერაციის გაკეთების მხრივ აღსანიშნავია, რომ 35%-ს აქვს აღმოჩენილი სასწრაფო დახმარება, და ამას რომ მიუმატოთ მეორე დღის რიცხვი, მაშინ  $\frac{1}{10}$ -ტი ვაიზრდება 55-მდე; ეს უკანასკნელი შემთხვევები გადადებულია მეორე დღისთვის მხოლოდ იმიტომ, რომ ავადმყოფი დამზადდეს, ვინაიდან მათი საერთო მდგომარეობა გვაძლევს საშუალებას მეორე დღისთვის გადაიდოს ოპერაცია.

მკურნალობის მხრივ ჩვენ, თუ დარწმუნებული ვართ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაში, ვაწარმოებთ ოპერაციას სასწრაფოდ. მხოლოდ საექვო შემთხვევებში დაკვირვებისათვის, ავადმყოფს ეტოვებთ საავადმყოფოში, რომ დროზე აღმოვუჩინოთ დახმარება.

საოპერაციო არეს ვამზადებთ ჩვენ გროსსიხის წესით. საფაღარათოს არ ვაძლევთ, მხოლოდ ვუკეთებთ ოცნას. ოპერაციას ვაწარმოებთ ზოგადი ნარკოზის ქვეშ, ქლოროფორმის, ეთერის ან და შერეული ნარკოზით. თუ ფილტვების მდგომარეობა გვაძლევს ნებას უპირატესობას ვაძლევთ ეთერს, რადგან სავესებით ვერ ვეყრდნობით ქლოროფორმს. მუცლის გაკვეთას ვაწარმოებთ ფანენშტილის წესით, ან და სწორი ხაზის მიმართულებით; უკანასკნელს ვაძლევთ უპირატესობას, ვინაიდან წინასწარ არ ვიცით, რა სურათს შევხვდებით და, თუ აღმოჩნდა რთული მდგომარეობა, ამ უკანასკნელი წესით უფრო მეტი ასპარეზი გვეძლევს გამოსარკვევად. ჩვენს შემთხვევებში 105 გაკეთებულია სწორ ხაზის მიმართულებით მხოლოდ 19 ფანენშტილის წესით. ავადმყოფს ვაძლევთ ტრენდელენბურგის მდგომარეობას, ვინაიდან მომეტებულ შემთხვევებში ნაწლავები არ არის სათანადოდ მომზადებული და იგი უშლის მუშაობას. სისხლის ნაკვეთებს და აგრეთვე თავისუფალ სისხლს ამოვწურავთ. (საერთოდ მუცლის ღრუში სისხლის დატოვებისა არ გვეშინიან და ამიტომ მის ამოწმენდას გულმოდგინეთ არ ვაწარმოებთ.) დაზიანებულ მილის ამოკვეთის შემდეგ ვუკეთებთ პერიტონიზაციას, ამ უკანასკნელს ვაძლევთ ჩვენ დიდ მნიშვნელობას და ვაწარმოებთ გულ-მოდგენით; შემდეგ გამოგვყავს ტრენდ-



ღენბურგის მდგომარეობიდან, რომ დანარჩენი სისხლი ამოვსრუტოთ. იმ შემთხვევებში, როდესაც ბევრი სისხლი აქვს დაკარგული და მაჯა სუსტი აქვს, მუცლის ღრუში ჩაეხსნავთ ფიზიოლოგიურ სხნარს ერთი ლიტრის რაოდენობით და შემდეგ ყრუთ ვსურავთ მუცლის ღრუს. იმ შემთხვევებში თუ გართულებული შეხორცებით და დასქელებული კედლებით ჰემატოცელე გვაქვს, რომლის ამოკვეთა შეუძლებელია, ვუკეთებთ მასოპიალიზაციას. როდესაც გვაქვს ჰემატოცელე რეტროუტერინა ანუ პერიტუბარია და როდესაც იგი შეხორცებულია გარემო მდებარე ორგანოებთან, ვცდილობთ ამ უკანასკნელების განთავისუფლებას და ჩლუნგი წესით შევდივართ მის ღრუში, ვაშორებთ სისხლის ბელტებს, ვპოულობთ კვერცხსავალ მილს და გადასკვების შემდეგ ამოვკვეთავთ. ჰემატოცელეს კედლებს შესაძლებლობისდაკავალად ამოვჭრით მხოლოდ სიფრთხილით. მისი ნაჭრების დატოვების ჩვევ არ გვეზინიან, თუ მისი ამოჭრა შეუძლებელია.

ჩვენი ოპერაციები თითქმის ყველა რადიკალური იყო, რადგან არა ვართ მომხრე კონსერვატიული ოპერაციებისა; მაგალითად მილის ამოფხეკა და მისი გაკერვა, რაზედაც ზოგიერთი ავტორი გვითითებს (ოტი, კაკუშკინი), დაუშვებელია, რადგან მილის რესტავრაციის შემდეგ შესაძლოა დარჩეს ხორიონის ბუსუსები, რაც იწვევს შემდეგში სისხლის დენას. ის აზრი, რომ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ოპერაციის გაკეთების დროს მეორე კვერცხსავალი მილი ამოკვეთილი იყოს, რომ მეორედ არ მოხდეს საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა, გადამეტებულია, ვინაიდან ხშირია შემთხვევები, რომ ჩვენივე ავადმყოფები შემდეგში ნორმალური ორსულობით მოსულან ჩვენთან მოსამშობიარებლად. რასაკვირველია იმ შემთხვევებში, როდესაც მეორე კვერცხსავალი მილი დაავადებულია, შემთხვევის მიხედვით, მისი ამოკვეთასაც ვაწარმოებდით. ასეთი შემთხვევები 19 გვექონდა, რაც შეადგენს 15,4%, ყველა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისას. მაგრამ თუ შესაძლოა, რომ მეორე კვერცხსავალ მილში სალპინგოსტომიით შევუნარჩუნოთ ქალს შესაძლებლობა შვილოსნობისა ამ ოპერაციას ვუკეთებდით. გარდა ამისა 2 შემთხვევაში პროფ. ბ. ლოლობერიძის მიერ გაკეთებული იყო იმავე დაავადებულ მილში შემდეგი ოპერაციები: პირველ შემთხვევაში ორსულობა იყო მილის ისთმიურ ნაწილში, რომელიც ამოკვეთილი იყო, საშვილოსნოს ყურესთან ერთად და შემდეგ მილის ცენტრალური ბოლოს იმპლანტაცია საშვილოსნოში; მხოლოდ მეორე შემთხვევაში ორსულობა იყო ინტერსტიციალურ ნაწილში და მის ამოკვეთის შემდეგ ცენტრალური ბოლოს იმპლანტაცია. რამოდენიმე შემთხვევაში კი მილის განაპირა ნაწილის რეზექციის შემდეგ დარჩენილი მილის პირის ამოკერვას ვაწარმოებდით. ამ ჩვენი აზრის მოზიარენი არიან ბევრი, მაგალითად პროფ. სელიცკი, რომელიც ამბობს: „დაზიანებული მილის ამოკვეთა და მაქსიმალური კონსერვატიზმის დაცვა მეორე მხრის დანამატების მიმართ“. („Врачед. Дело“ № 4, 1924 г.) იმავე აზრს იზიარებს მამუტოვი, მირონოვი, სერდიუკოვი, ოკინიცი და სხვა. ოკინიცი კონსერვატიზმი უფრო ღრმად ეძიება: იგი მეორე მხარეს საქტოსალპინქსის დროს სალპინგოსტომიას აკეთებს. მაგრამ არ ვიზიარებთ კაკუშკინის აზრს, რომელიც ამბობს: „ყოველთვის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ოპერაციის გაკეთების დროს საშვილოსნოს ფსკერი უნდა გაიხვრიტოს და საშვილოსნო გამოფხიკოსო“ („Врачед. Дело“, № 2 1929 г.) ჩვენი აზრით, ეს აუტკივარი თავის ატკივება იქნება, მაშინ, როდესაც საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის მსგელობა და შედეგი, თითქმის, ყველა ავტორს კარგი აქვს და ამ სენით დაავადებულთა სიკვდილობის  $\frac{1}{10}$ -ტი ძალიან პატარაა. ჩვენ შემთხვევებში სიკვდილობას ჰქონდა ადგილი ორჯელ, რაც შეადგენს 1,61%.



ერთ შემთხვევაში დაკარგეთ ავადმყოფი ქლოროფორმის გამო, მხოლოდ მეორე შემთხვევაში კი ილუუსით. ჩვენს შემთხვევებში ავტორტრანსფუზიის დანახარჯებს არ გავიკეთებია, იმიტომ, რომ ამაში არ ვხედავთ საჭიროებას, რადგან ფიზიოლოგიური სხნარი ჩასხმული მუცლის ღრუში გვადლევს კარგ შედეგებს, სისხლის გადიდება კი არ წარმოადგენს უშიშროებას.

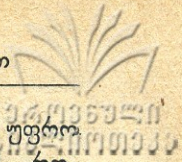
ჩვენ შემთხვევებში ერთდროულად გაკეთებული იყო 4-ჯერ აპენდექტომია, და 5-ჯერ ცისტექტომია, 19 შემთხვევაში ავადმყოფს ამოკვეთით მეორე კვერცხსავალი მილი, რომელიც განიცდიდა ამა თუ იმ დაავადებას, მხოლოდ 8 შემთხვევაში უკვე ამოკვეთილი დაგვხდა. 7 მათთაგანი იყო ამოკვეთილი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის გამო. — ეს შეადგენს 5,54%-ს. განმეორებითი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა მოხდა შემდეგ ხანში:

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 6 თვის შემდეგ . . . . . | 1 |
| 1 წლის " . . . . .      | 3 |
| 3 " " . . . . .         | 1 |
| 4 " " . . . . .         | 2 |

ჩვენ შემთხვევებში მარჯვენა მილში საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა იყო 47, მარცხენაში — 74; ორთავკვერცხსავალ მილში ერთდროულად — ერთი დანამატ რქაში — 2 (აწერილია ა. ბაქრაძის მიერ). ამა თუ იმ კვერცხსავალ მილში დაორსულება უფრო ხშირად სხვა და სხვა სურათს იძლევა რაოდენობის მხრივ და ვფიქრობთ, რომ უსაფუძვლოა მითითება რაიმე მიზეზზე, რომელიც იწვევს დაორსულებას; მაგალითად სმი რ ნ ო ვ ა ე თ ა ნ ხ მ ე ბ ა პ რ ო ფ . კ რ ო ნ ი ნ გ ს მ ა ს შ ი , რომ აპენდიციტი უნდა ჩაითვალოს ეტიოლოგიურ მომენტად საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაში და მოყავს თავისი 33 შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს ერთდროულად, მარჯვენა მხრის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს, ჰქონდა აპენდიციტი. ჩვენ გვქონდა გაკეთებული აპენდექტომია მაშინ, როდესაც მარცხენა მილში იყო ორსულობა. განმეორებითი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ჩვენი 5,64% თითქმის იგივეა, რაც სხვა ავტორების: (მამუტოვი — 5%, სელიცკი — 5%, ხაჟინსკი — 4%, სერდიუკოვი — 5%, და ოკიჩინცი — 3,7%). საერთოდ, მომეტებული ჩვენი ავადმყოფები, ოპერაციის შემდეგ, ორკვირიდან სამ კვირამდე ეწერებიან, რადგან შეხორცება 95%-ით პერ პრიმამ ხდება. საშუალო რაოდენობა კი უდრის 17 დღეს.

თითქმის ყველა ავტორი ერთხმად და ხაზგასმით აბორტის გაკეთებას სთვლის მთავარ მიზეზად საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის. ჩვენი მასალის მიხედვით სავსებით ვერ განვიზიარებთ ამ აზრს. კაკუშკინი ამბობს, რომ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შემთხვევებში ავადმყოფს ყოველთვის წინამავალი ერთი ანუ ორი აბორტი აქვს გაკეთებული, მაგრამ ჩვენს შემთხვევებში მუცელ მოწყვეტილნი მხოლოდ 41,46%-ს შეადგენს, დამშობიარებულნი კი 74%-ს, ასეთივე შედეგები აქვთ სხვა ავტორებს. გარდა ამისა, კაკუშკინის აზრით, აბორტი ბიოლოგიურ საშიშროებას წარმოადგენს. იგი ამბობს, რომ აბორტს შეუძლია დაამახინჯოს საკვერცხეს ფოლიკულალური მოქმედების უნარი, რამაც შეიძლება იქონიოს გავლენა, არა მარტო ფოლიკულის თვისებებზე და საკვერცხე უჯრედზე, არამედ განაყოფიერების პროცესზე და განაყოფიერებული კვერცხის მოძრაობაზე. ეს რომ





ასე იყოს, უნდა ვიფიქროთ, რომ რაც მეტ აბორტს იკეთებს ქალი, უფრო მეტი შესაძლებლობა ეძლევა ბიოლოგიურ გადაგვარებისათვის, მაგრამ, როგორც ჩვენი მასალა, აგრეთვე სხვა კლინიკების მასალაც ერთსა და იმავე სურათს იძლევა. მაგ.: ქალს რაც მეტი აბორტი აქვს გაკეთებული, მით უფრო ნაკლები შემთხვევებია საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა.

აგრეთვე თვალსაჩინო ალავს აძლევენ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაში გონორეას. პროფ. ხაჯინსკი ამბობს, როგორც გონორეით დაავადებულთა რიცხვი დიდ ქალაქებიდან დაწყებული სოფლამდე მცირდება, ისე საშვილოსნოს გარეშე ორსულობით დაავადებულთა რიცხვიც მცირდება, აქედან მას გამოყავს დასკვნა, რომ ერთ-ერთ მთავარ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს გონორეა.

ასეთი პარალელიზმი სრულიად არაფერს არ ამბობს, ვინაიდან სოფლის ქალი უფრო ახლოს სდგას ბუნებასთან და პათოლოგიური მოვლენები ნაკლებად არის მასში. გარდა ამისა, სოფლის ქალები მოკლებულნი არიან ფეხმძიმობის საწინააღმდეგოდ გამოიყენონ ის საშუალებები, რომლითაც სარგებლობენ ქალაქის ქალები (იოდის შეშხაპუნება და სხვა). მართალია პროფ. სელიცკი, როდესაც ამბობს, რომ გონორეა ისეთ გადაგვარებას იძლევა თავისი ანთებითი პროცესების შემდგომ, რომ ქალები სრულიად აღარ ორსულდებიანო, და ბოლოს დასძენს: ხშირი ვნებიანი coitus'ი, ქმრების ხშირი გამოცვლა, სხვა და სხვა ორსულობის საწინააღმდეგო საშუალებანი და არა თუ ობსოლუტურად მავნე, საშვილოსნოს შიგნით მანიპულაციები და დაზიანება ლორწოიანი გარსისა, არამედ შედარებით არა მავნებელი, მაგრამ ხანგრძლივი ხმარებლობა.

სქესობრივ ანომალიის და ორსულობის საწინააღმდეგო ზომების მიღების შესახებ ლაპარაკობენ აგრეთვე პროფესორები: სერდიუკოვი, ტიმოფევი, მამუდოვი და სხვა. უმთავრეს მნიშვნელობას ორსულობის საწინააღმდეგო ზომებში აძლევენ იოდის ინექციებს. პროფ. ოკინჩიცი უარყოფს სოციალურ ფაქტორებს. ჩვენ ამას ვერ დავეთანხმებით, რადგან არ შეგვიძლია ხაზგასმით არ აღვიაროთ ის ფაქტორება, რომელიც აიძულებს მშობიარეს მესამე-მეოთხე დღეზე მშობიარობის შემდეგ შეუდგეს ოჯახურ მუშაობას. როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, მშობიარობა როგორც წინამავალი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა ბევრად ასწრებს კიდევაც მუცელ-მოწყვეტილებს და, თუ მხედველობაში მივიღებთ 24,4% იმ ავადმყოფებისას, რომლებსაც სრულიად არ ქონია ორსულობა, თამამად შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ უმთავრესი მიზეზი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა თვით კვერცხსავალ მილშია. სერდიუკოვის გამოკვლევით ამ დაავადებით 10%-ში ასთენიკები და ინფანტილიკები ზედებიან. ჩვენი მასალაც ადასტურებს ამას. ზემოდ გვაქვს აღნიშნული, სადაც ამ დაავადებით თათრის ქალები სჭარბობენ მაშინ, როდესაც მათ შორის მუცლის მოწყვეტა შედარებით იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს. ჩვენ ამას ვხსნით სქესობრივი ცხოვრების აღრე დაწყებით.

ყოველივე აღნიშნულიდან შეგვიძლია გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნები, რომ უმთავრესი მიზეზი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა არის:

1. დაავადებულის კონსტიტუცია (განუვითარებული მილები ან და პათოლოგიური მისი განვითარება).
2. დანამატების ქრონიკული ანთებითი პროცესები, რითაც არ უნდა იყოს იგი გამოწვეული (გონოკოკები და სხვა სახის მიკრობები).



3. ყოველივე ზომები მიღებული ორსულობის წინააღმდეგ, როგორც მექანიკური, აგრეთვე ქიმიური. ამ ზომებში პირველი ადგილი უჭირავს საშვილოსნოს ღრუში მანიპულაციებს (იოდის ინიექცია და სხვა).

4. სქესობრივი ანომალია (მცირე წლოვანთა გათხოვება და სხვა).

5. აბორტი და მშობიარობა უნდა ჩავსთვალოთ ხელშემწყობ მიზეზად. დასასრულს არ შეიძლება არ აღინიშნოს, რომ ზემოთ მოყვანილ დასკვნებს სოციალური და ეკონომიური მდგომარეობა უფრო ართულებს და ამძაფრებს.

### A. ALEXIDZE.

#### К вопросу о внематочной беременности.

(Из акушерско-гинекологического отделения Тиф. 1-й городской больницы.

Зав. проф. Б. Гогоберидзе).

Автор приводит 124 случая внематочной беременности проведенных в акушерско-гинекологическом отделении первой городской больницы, подтвержденных операцией. Отмечено ежегодный его рост: 1922 г.—5; 1928 г.—33. Процент внематочной беременности по отношению к гинекологическим заболеваниям равняется в 1925 г.—1,4%; 1928 г.—3, 5%. Процентное отношение внематочной беременности по отношению к нормальным родам в масштабе всего гор. Тифлиса в 1923 г.—0,45%; 1929 г.—0,75%.

Лечение оперативное; разрез преимущественно продольный, по белой линии. % смертности равняется 1,61%. Из 124-х случаев внематочной беременности 8 случаев повторных. Один случай—двусторонняя внематочная беременность.

По мнению автора главной причиной внематочной беременности являются: 1) конституция самой больной (недоразвитые трубы или патологическое их развитие); 2) хроническое воспаление придатков, чем бы то не было оно вызвано (гоноккии или другого вида бактерии); 3) предохранительные меры против зачатия как механические, так и химические (среди них первое место занимает манипуляция в полости матки (иодные инекц. и др.); 4) раняя половая жизнь. Роды и оборты нужно считать предрасполагающим моментом. Вышеперечисленные причины усугубляются социально-экономическими условиями.

### A. ALEXIDZÉ.

#### Sur la question de la gravidité extrauterine.

Travail du service de M. le prof. Gogoberidzé.

du 1 hôpital de la ville.

L'auteur décrit 124 cas de la gravidité extrautérine, vérifiés par opération. La statistique annuelle indique: pour 1922—5 cas, pour 1928—33.

La proportion de gravidité extrautérine est relativement aux maladies gynécologiques: en 1925—1,4%; en 1928—3,5% et aux couches normales, concernant toute la ville de Tiflis, est 1923—0,45%; en 1929—0,75%.



Le traitement est l'intervention opératoire, l'incision de préférence longitudinale, par la ligne blanche.

Le taux de mortalité est 1,61%.

Parmi ces 124 cas de gravidité extrautérine, dans 8 cas il y avait recidive de celle-ci. Une fois la gravidité extrautérine bilatérale.

L'auteur conclue, que la cause principale de la gravidité extrautérine depend de la constitution de la malade (les trompes peu developpées ou le développement patologique des trompes).

2) De l'inflammation chronique des annexes, provoquée par une cause quelconque (gonocccues ou quelques autres bactéries).

3) Des moyens préservatifs mécaniques ou chimiques pour éviter la conception. Les manipulations dans la cavité de l'utérus se trouvant au premier rang (injections d' iode et autres).

4) Des rapports sexuels prématurés.

Les atcouchements et les avortements doivent être considérés comme entrenant la prédisposition.

---



### 3. კულულაზვილი.

## საზვილოვნოს ბარეზე ინტერსტიციალური ორსულობის შემთხვევა. \*)

ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოს სამეანო გინეკოლ. განყოფილებიდან.

გამგე პროფ. ბ. ლოლოზიძე.

კვერცხის ჩასახვა ფალოპიუსის მილის ინტერსტიციალურ ნაწილში ხდება ძლიერ იშვიათად. ამიტომ არ მიგვაჩნია ინტერეს მოკლებულად იმ ერთ შემთხვევის აღწერა, რომელიც შეგვხვდა ჩვენ გასულ წელს.

ავად. ისტორია 667. ჯ. გ. 32 წ. გერმანელი, მცხოვრები ქ. ტფილისში. მოყვანილია სასწრაფო დახმარების ეტლით 19 ნოემბერს 1928 წ. საღამოს 4 ს.

Anamnesis. პირველი რიგი დასწყება 15 წლ. 4-5 დღე. ტკივილებით. გათხოვლა 17 წლ., რის შემდეგ თვიურის დროს ტკივილები მოსობია, ორსულად ყოფილა 7 ჯერ. 2-ჯერ მოუმზობიარებია დროულად. 4-ჯერ გაუტყუდებია მუცელი იოდის შეზნაპუნებით. ამ 1 თვის წინ დაორსულების გამო მუცლის მოწყვეტის მიზნით ბებია ქალისთვის გაუკეთებინებია იოდის წაცხება. მუცელი არ მოშლია. ამ მანიპულაციის 2 კვირ. შემდეგ უეცრივ წასვლია გული. დასწყება შეტევითი ხასიათის ტკივილები, რის გამო მოიყვანეს საავადმყოფოში. ნათესავების და ქმრის მხრივ ჯანმრელობას აღნიშნავს.

Status praesens. საერთოდ habitus-ი დამაკმაყოფლებელი. ობიექტურად შინაგანი ორგანოების მხრივ აღინიშნება: სუნთქვა წ. = 30, პულსი წ. = 116, სუსტი ავსების. დანარჩენი ნორმის ფარგლებში.

სასქესო ორგანოების მხრივ: საშვილოსნო ბუნდოვანად ისინჯება თავის ჯდგილზედ, ოდნავ გადიდებული, მგრძობიარე. მუცლის ძლიერი დაჭიმვის გამო დანამატები არ ისინჯება, თაღები თავისუფალი. საშოს უკანა თაღის პუნქციით ამოღებულია მოშავო ფერის სისხლი. სხვა გამოკვლ. სიჩქარის გამო ვერ მოხერხდა. დაუყოვნებლივ გაუკეთდა ოპერაცია (პროფ. ბ. ლოლოზიძის მიერ). ეთერის ბანგის ქვეშ გატარებულია გარდიგარდმო განაკვეთი Pfannenstiel-ის წესით, მუცლის ღრუ გახსნის შემდეგ აღმოჩნდა სავესიკულით, როგორც თხელით, ისე შედებულით. დანამატები ორივე მხარეზედ აღმოჩნდა უცვლელი; საშვილოსნოს მარჯვერა კუთხის უკანა კედელზედ აღმოჩნდა მოლურჯო ფერის წამობერილობა დიდი თხილის ოდენა, რომელიც ერთ ადგილას გამსკდარი აღმოჩნდა და აქედინ სდიოდა სისხლი. ამოკვეთილ იქმნა მოლიანად მარჯვენა კუთხე საშვილოსნოსი და შექმნილ ღრუში ჩანერგილია მარჯვენა გადაჭრილი ფალოპიუსის მილის ისთიმური ნაწილი. საშვილოსნოს ლატერალ. კედლის კრილობაზედ დადებულია რამოდენიმე აბრეშუმის ნაკერი. მუცლის ღრუს სისხლისაგან განთავისუფლების შემდეგ მუცლის კედელი გაკერილია ოთხ სართულიანი აბრეშუმის ნაკერით. ოპერაციის შემდეგი მსვლელობა ჩვეულებრივი. ავადმყოფი გაეწერა მე-15 დღეს გაჯანსაღებული. ოპერაციის დათავებისთანავე გასინჯული იქმნა კვერცხის ამოკვეთილი ბუდე მაკროსკოპიულად და აღმოჩნდა, რომ ეს უნდა იყოს საშვილოს გარეშე ორსულობის ინტერსტიციალური ადგილმდებარეობა. დასტურისთვის, პრეპარატიდან ამოკვეთილია ორი ნაკერი მიკროსკოპიულ გასასინჯად.

ამოჭრილი პრეპარატი კაკლის ოდენა—; წარმოადგენს სიმსენეს, რომელიც შემდგარია საშვილოსნოს კუნთოვანი ქსოვილისაგან შიგნით სისხლის ჩაქცევით. სიმსენის ზემო უკანა ნა-

\*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოებას 1929 წ.



წილზედ საშვილოსნოს კუნთისაგან შემდგარი გარსი გათხელებულია და მოსჩანს შიგ მოთავსებული შედედებული სისხლი. სიმსივნის ზემა ლატერალურ ნაწილზედ მოსჩანს კვერცხსავალი მილის ისთიმოური ნაწილის ნაკვეთი. განაკვეთზე მოსჩანს სიმსივნის მედიალურ, წინა და ნაწილობრივ უკანა მხარეზედ შედარებით სქელი კუნთი, რომლის სისქე სიმსივნის წინ დაახლოვევებით 0,8-1 სანტ. უდრის. ზემოდ და უკან კი თხელდება, რაც საწერი ქალაღდის სისქეს არ აღემატება. სიმსივნის ღრუში მოთავსებულია შედედებული სისხლი. რომლის ცენტრში და მედიალურად მოსჩანს თეთრი ზოლები (ხაოიანი გარსი). მიკროსკოპით გასასინჯად აღებულია ეთი გარდიგარდმო ნაკერი მთელი სიმსივნის სიბრტყეზედ და მეორე გასწვრივი ნაკერი აღებულია სიმსივნის გარეთა ნახევრის სიბრტყეზედ. პრეპარატი გატარებულია ჩვეულებრივი წესით მოთავსებული ცელოიდინში და შელებილი Haematoxilin—Eosin-ის და ამასთანავე Van-Gison-ის წესით.



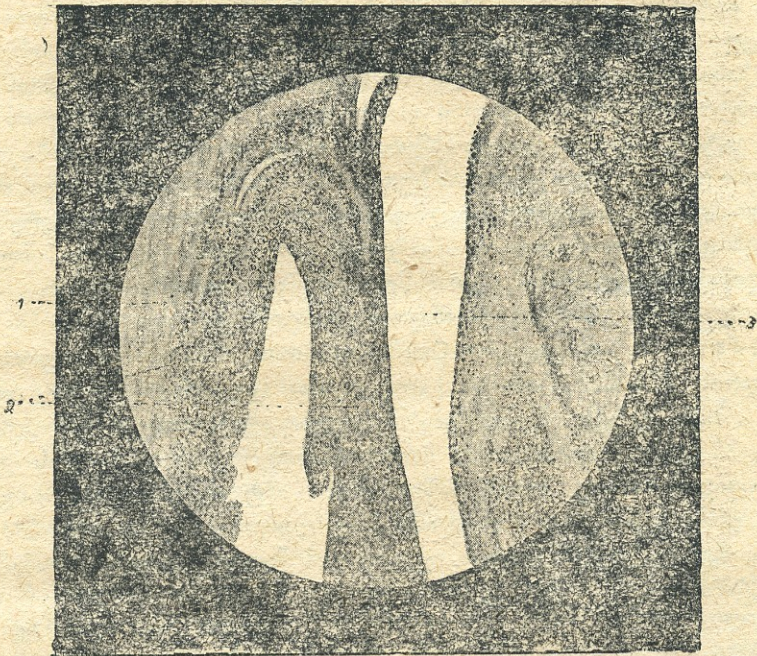
სანაყოფო პარკის უკანა კედელი.

- 1) სანაყოფო პარკის კედელი გათხელებული.
- 2) სისხლის ბელტი.
- 3) პლაცენტის ბუსუსები (გადაგარებული, შიგ სისხლის ძარღვები მოიპოვება.)

მიკროსკოპის ქვეშ: უმთიერესი მასა სიმსივნისა აღმოჩნდა შედედებული სისხლი, რომელშიდაც მოთავსებულია მრავალი ხაოები ბუსუსოვანი გარსისა. ხაოები ზოგი ოდნავ შეკვლილი არის. სტრუქტურა მაფი სტრომისა ბუნდოვანად ჩანს და მისი ეპითელიალური ფარიც შეცვლილია (Kariolisis et Kariorhexis). ასე რომ ზოგ ადგილებზედ ეპითელიალურ სარტყლის მაგიერ სჩანს მხოლოდ წითელი ზოლები, რომლებშიაც ძლივს შეიძლება შემჩნეულ იქნეს ბირთვების ნაშთები. ბუსუსების უმეტესი ნაწილი კი სრულებით საღია და ყველა მოფენილია სინციტიუმით. ალაგ-ალაგ კარგად არის შენარჩუნებული ლანგანსის უჯრედებიც. ხაოიანი გარსისა და კუნთოვანი ქსოვილის შორის ყველგან მოთავსებულია შედედებული სისხლი, რომელშიაც მკაფიოდ ჩანს გამოყოფილი ფიბრინი. ალაგ-ალაგ ფიბრინოზ. მასისა და კუნთის შორის ნათლად ჩანს კვერცხსავალი მილის კუბიკური მოყვანილობის ეპითელიუმის კარგად შენარჩუნებული ერთფეროვანი შრე. ადგილების უმეტეს ნაწილზედ კი ეს ეპითელიუმი არა ჩანს და კვერცხის



ბუდე უშუალოდ ეხება კუნთებს; ზემო უკანა ნაწილში-უმთავრესად საშვილოსნოს კუნთებს დეციდუალური ქსოვილი, როგორც ასეთი, არსად არა ჩანს, მხოლოდ ალაგ-ალაგ შედგება შედგებულ სისხლში თითო-ორიოლა და პატარა ჯგუფებად შევროვილი მსხვილი უჯრედები, რომლებიც თავის შენებით ოდნავ მოგვაგონებენ დეციდუალურ უჯრედებს. ერთ ადგილას სჩანს მილის სანათური, რომელიც განსაზღვრულია საშვილოსნოს ღრუსაკან თხელი კედლით, ეს კედელი უჯრედებისაგან არის შემდგარი და მოგვაგონებს ლორწოიან გარსს. საშვილოსნოს ღრუ მოყენილია კარგად განვითარებული დეციდუალური ქსოვილით. კვერცხსავალის მილს და საშვილოსნოს კუნთს არავითარი ჰაპერტროფია არ ეტყობა; აღინიშნება მკაფიოდ ვასკულარიზაცია და ჰიპერემია აღნიშნული ქსოვილებისა. უმეტეს ადგილებზე კუნთოვანი შრე მილისა და საშვილოსნოს ისე მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთი მეორესთან, რომ მათი განსაზღვრა შეუძლებელია. სიმსივნის კაპსულის გათხელებულ ადგილებზე კედელში კუნთები თითქმის აღარ ჩანს და კედელი შემდგარია პერიტონეუმისაგან, რომლის ქვეშ მრავალი სისხლის ჩაქცევებია; აქვე შეიძლება აღმოვაჩინოთ კვერცხის ხაოები. პრეპარატის ერთ ადგილას ანათალზედ მოსჩანს კვერცხსავალი მილის ნორმალური ნაწილის სანათური, რომელიც არავითარ ცვლლებებს არ განიცდის და შეიცავს ლორწოიან გარსის ნორმალური შეხედულობის რამოდენიმე ნაოჭს.



საშვილოსნოს კედლიდან ამოწერი მილის ინტრამურალური ნაწილი.

- 1) საშვილოსნოს კუნთოვანი კედელი. 2) დეციდუალური ქსოვილი საშვილოსნოს ლორწოიან გარსში. 3) კვერცხსავალ მილის სანათური.

ინდერსტიციალური ორსულობა ე. ი., როდესაც კვერცხი ჩანერგილია და ვითარდება ფალოპიუსის მილის იმ ნაწილში, რომელიც მოთავსებულია ანუ გადადის საშვილოსნოს კუნთოვან ქსოვილში, ხშირად უფრო დიხანს გრძელდება, ვინაიდან ეს ადგილი დაფარულია უფრო მაგარი და სქელი გამძლე კუნთოვანი კედლით, ვიდრე მილში კვერცხის სხვა განსავითარებელი ადგილები (Webster, ბ. ლოღობერიძე), რაც მტკიცდება, მაგალითად, აგრეთვე Werth-ის სტატი-სტიკითაც.



ზოგიერთ იშვიათ გამონაკლისების გარდა (Бекман), ინტერსტიციალური ორსულობის დროს ჩნდება უზურა და გასკდომა საშიგლოსნოს უკანა კედლისა, ვინაიდან კვერცხი ექსცენტრულად ძვეს უკანა კედელთან უფრო ახლო.

Zorn-ის მიერ იყო შესწავლილი ფალოპიუსის მილის ინტრამურალური ნაწილის ანატომია. მან აღმოაჩინა, რომ ნორმალურ პირობებში *P. isthmica*-ს სანათური 0,8-1 მ.მ. უდრის, სანათური 0,7 მ.მ. ნაკლები ცხადად ლაპარაკობს ატროფიაზედ ან ჰიპოპლაზიაზედ, ამას უნდა დაემატოს ისიც, რომ მთელ რიგ გამოკვლევათა საშუალებით დამტკიცებულია, რომ *P. isthmica*-ში ხშირად მოციმციმე წამწამები არ არსებობს, (განსაკუთრებით მძუნაობის დროს ცხოველებზე). დამტკიცებულია, რომ ფალოპიუსის მილის *P. interstitialis* ზოგ შემთხვევაში დაკლაკნილია; მაგ., როცა არსებობს *Salpingitis isthmica nodosa*, მაშინ ინტერსტიციალური ნაწილის სანათურმა შეიძლება მთელი ლაბირინტი მოგვავონოს, სხვა და სხვა დივერტიკულების სახით, სხვა და სხვა მიმართულებით. როდესაც ლაპარაკია ინტერსტიციალურ ორსულობაზე, მაშინ შეიძლება ვიფიქროთ განაყოფიერებული კვერცხის გზაზედ რაიმე დაბრკოლებების შესახებ, იქნება ეს ანთებითი ხასიათისა, თანდაყოლილი ან (იშვიათად) რაიმე სიმსივნით გამოწვეული, ინტრამურალური ნაწილის დამახინჯება, ანუ მუსკულატურის მანკი კვერცხის გატარებაში. ყველაზედ ხშირად ინტერსტიციალური ორსულობის დროს სკდება უკანა კედელი კვერცხის ბუდისა. C. Daniel-ის თქმით მილის ინტერსტიციალურ ნაწილში თითქმის ყოველთვის არსებობს რამოდენიმე დივერტენტიკული, რომლებიც გსნსაკუთრებით არის გამოხატული ინფანტილური საშიგლოსნოს დროს, კლიმაქტერიულ ხანაში კი სწორდება და თითქმის ჰჭრება. ამ ნაოჭებში შესაძლებელია დაბრუნდეს განაყოფიერებული კვერცხი.

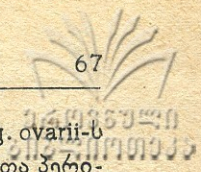
Waldeier-ის გამოკვლევით *Ostium uterinum tubae*-ს სანათურის დიამეტრი უდრის 1 მ.მ., Werth-ის გამოკვლევით კი მთელი მილის სანათური =  $1-1\frac{1}{2}$  მ.მ.; კვერცხი ჩაინერგება პირველად სუბეპითელიალურ კუნთოვან ქსოვილში, ან და ჩაინერგება ამაში მილის სანათუროვანი და მილის კუნთოვანი ქსოვილიდან. ორივე შემთხვევაში იქნება ინტრამურალური ორსულობა, რისაგანაც უნდა გავარჩიოთ ორსულობა მილის თავისუფალ სანათურში განვითარებული, მეორე კვერცხი სკდება და გადადის მეორედად საშიგლოსნოს კუნთოვან ქსოვილში.

მრავალი ავტორის მიერ იყო აღნიშნული უშუალო შეერთება კვერცხისა და კუნთებისა და აგრეთვე *decidua*-ს არ არსებობა. Leopold-ს აქვს აღნიშნული ხორიონის ბუსუსები ვენების სანათურში.

Popell, Simmon, Engstrom-ი აღნიშნავენ *decidua*-ს არ არსებობას, როგორც გასარჩევ ნიშანს ორსულობასთან რუდემენტალურ რქაში.

მაკროსკოპიულად ინტერსტიციალური ორსულობა წარმოადგენს საშიგლოსნოზე სათანადო კუთხის წამობერილობას. კვერცხი, რომ იზრდება და სკდება თავის კედლებს, მუსკულატურა საშიგლოსნოსი თხელდება წნევის გამო, ასე რომ შესაძლებელია კვერცხი ზემოდან დაფარული იყოს მხოლოდ პერიტონეუმით. ორსულობის განვითარებასთან ერთად წამობერილი კუთხე აცილებს ერთი მეორეს ღრუ ადგილას მიმაგრებულ საშიგლ. დანამატებს *Lig. rotundum* და *Lig. ovarii proprium*. *Lig. rotundum*-ის დასაწყისი მდებარეობს კვერცხის ბუდის ზემო პოლუსის დონეზედ და მილისგან ლატარალურად, — ეს მხოლოდ





ორსულობის დასაწყისში, შემდეგში კი უფრო გარეთ და წინისაკენ. Lig. ovarii-ს დასაწყისი წმინდა ინტერსტიციალური ორსულობის დროს პარკის გარეთა პერიფერიაზეა მიმაგრებული. კვერცხსავალი მილი მოთავსებულია კვერცხის ბუდის ზემო სეგმენტის ცოტა ქვემოდ და ოსულობის განვითარებასთან ერთად გადადის ძლიერ მაღლა. Werth-ის და სხვათა გამოკვლევებით ინტენსტიციალური ორსულობის გასარჩევად ისტმუსის ორსულობისაგან უნდა მიღებულ იქნეს მხედველობაში, რომ პირველის დროს ყოველთვის საშვილოსნო შესამჩნევად გადიდებულია, მეორეს დროს კი ეს არ არის ისე გამოხატული. ისტმუსში ორსულობის დროს მრგვალი იოგი მიმაგრებულია საშვილოსნოს სიმსივნის მედიალურად, ინდერსტიც. ორსულობის დროს კი მრგვალი იოგი მიმაგრებულია კვერცხის ბუდის წინა ზედაპირზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ დიაგნოზი ოპერაციის წინ მხოლოდ იშვიათადაა შესაძლებელი და ყოველთვის შემთხვევითია. საერთოდ, როგორც აღვნიშნეთ თავში, ინტერსტიციალური ორსულობა ძლიერ იშვიათია. Окинчиц-ის თქმით-სულ პირველად ეს ოპერაცია გააკეთა — Lavson-Tait-მა 1892 წ., მასვე გამოჰყავს საშუალო შეფარდება სხვა ლოკალიზაციის ექტოპიური ორსულობის შემთხვევებთან 1:100-ზე.

ჩვენ მასალაზე ეს ერთი შემთხვევა მოდის საშვილ. გარეშე ორსულობის 120 შემთხვევაზე.

Werth-ს 120 შემთხვევ. არც ერთი არ შეხვედრია ინტენსტიციალური ორსულობა და, მისი თქმით, 1904 წ-დღე ლიტერატურაში აღწერილი შემთხვევები, რომ გავარჩიოდ სასტიკი კრიტიკით, მაშინ დარჩება დაახლოებით 40-დღე. Littaver-მა დაავროვა 215 შემთხვევა და აღნიშნავს, რომ „ამ რიცხვიდან შესაძლებელია გაუძლოს სასტიკ კრიტიკას ნახევარმა“-ო.

ლიტერატურის მიხედვით ფალოპიუსის მილის იმ ნაწილში კვერცხის მიმაგრებას, რომელიც მოთავსებულია საშვილოსნოს კედელში და თვით საშვილოსნოს პარენქიმაში, უწოდებენ: Graviditas interstitialis, intramuralis, intermuralis, intracanalicularis და tubouterina. ჩვენში პროფ. კ. ერისთავს აქვს აწერილი ინტრამურალური ორსულობის შემთხვევა, რომელსაც, როგორც თვით ავტორიც აღნიშნავს, აკლია ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა, რაც ხელს გვიშლის აღნიშნული შემთხვევა მივაკუთვნოთ ინტერსტიციალური ორსულობის ამა თუ იმ ფორმას.

Duglas Marian-ს აქვს აღწერა ერთი შემთხვევისა: ავადმყოფი მოყვანილია უმაჯოდ, გარდაცვლილა ოპერაციის შემდეგ ძალიან მაღე. ოპერაციის დროს გახეული ადგილი ვაკერილია. ავტორი იწოდებს ამ შემთხვევას 2-3 თვის ინტერსტიციალურ ორსულობას; გახევა მომხდარა, როგორც საშვილოსნოს გარე მიმართულებით, ისე მის ღრუსაკენაც.

დ. აბულაძე ამბობს: „საშვილოსნო — კვერცხსავალის ანუ ინტრამურალური ანუ ინტერსტიციალური“; ამით ეს ტერმინები სინონიმებად ჯგუფდება და აგრეთვე ეთანხმება Kuchenmeister-ის ტერმინს intracanalicularis, რასაც ეფარდება Kennig-ის პირველი სახე — კვერცხსავალ საშვილოსნოს ინდერსტიციალური ორსულობა, და აგრეთვე ეთანხმება Ahlfeld-ის ტერმინის intermuralis — კვერცხის ჩანერგვა საშვილოსნოს პარენქიმაში. ამგვარადვე აღწევს Hennig-იც თავის მე-2 სახეს ინტრამურალური ორსულობისა — Gravid. intermuralis, და Розенталь-იც



კედელთაშორის ორსულობა. ამასთანავე დ. აბულაძე აღნიშნავს, თანახმად Klebs-ის ტერმინოლოგიისა, Gravid. uterointerstitialis — არა პირდაპირი საშვილოსნოს ორსულობა; „ეს ისეთი ფორმაა-ო, როდესაც ნაწილს კვერცხისას ან და მთლიანად, ნახულობენ საშვილოსნოში შესულს“. ჩვენც ვეთანხმებით, რომ ამ შემთხვევაში კვერცხის ჩასახვა პირველად ხდება მილის ინტერსტიციალურ ნაწილში, შემდეგ მისი განვითარებასთან ერთად შეიძლება მილის შიგნითა პირი გაიხსნას და კვერცხი ნაწილობრივ ან მთლიანად გადავიდეს საშვილოსნოს ღრუში და იქ განაგრძოს განვითარება. ზოგი ასეთი შემთხვევა შეიძლება ნორმალური მშობიარობით დამთავრდეს და არ იქნეს ამოცნობილი.

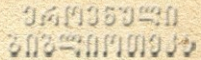
პროფ. Окинчиц-ი ინტერსტიც. ორსულ. შესახებ გვეუბნება — „ინტერმურალურ ორსულობაში იგულისხმება მდგომარეობა, როდესაც კვერცხი იწყებს განვითარებას მილის იმ ნაწილში, რომელიც 1 სტ. სიგრძით გადის საშვილოსნოს კედელში“ და მოჰყავს სხვადასხვა ავტორ. შეხედულებანი. Dezemeier-ი, — ყოფს ინტრამურ. ორსულობას 4-სახედ: 1) როდესაც კვერცხი ვითარდება საშვილ. ნაწილის მილში, 2) საშვილ. ინტრამურ., როდესაც კვერცხი ინერგება საშვილ. კუნთოვან ნაწილში, 3) კვერცხმაგალ-საშვილოსნოსი, როდესაც კვერცხი თანდათანობითი ზრდის შემდეგ გადადის საშვილ. ღრუში და 4) ორსულობა საშვილ. კვერცხსავალ მუცლის ღრუსი.

Werth-ის, Glesmer-ის და ბეკმანის მე-2 სახე ეთანხმება ერთი მეორეს, რომ კვერცხი ვითარდება საშვილ. ფუძეს მიმართულებით მილის იმ ნაწილში, რომელიც გადის საშვილ. კუნთოვან ქსოვილში.

ყველა ზემოდ მოყვანილის მიხედვით უნდა ვიფიქროთ, რომ ჩვენი შემთხვევა არის ინტერსტიციალური ორსულობა. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ ინსპექციით საშვილოსნოზედ ვხედავთ მარჯვენა კუნთის უკანა კედელზედ მოლურჯო ფერის წამობერილობას დიდი თხილის ოდენობით, რომლის ერთ ადგილასაც იყო უზურა და საიდანაც სდიოდა სისხლი. ამოჭრილი პრეპარატი კაკლის ოდენა სიმსივნეა, რომელიც შემდგარია საშვილოსნოს კუნთოვანი ქსოვილისაგან შიგნით სისხლის ჩაქცევით. მიკროსკოპით გასინჯვისას ვნახულობთ, რომ ბუდე უშუალოდ ეხება კუნთებს, ზემო უკანა ნაწილში უმთავრესად საშვილოსნოს კუნთებს. როგორც აღნიშნეთ 1925 წ-დე ლიტერატურაში აღწერილი ინტერსტიციალური ორსულობის შემთხვევები რომ გავარჩიოდ სასტიკი კრიტიკით დავგრძებამხოლოდ 108-110-დე ასეთი რომელთა შესახებაც არის სხვადასხვა აზრი ამ ორსულობის ამა თუ იმ ფორმისთვის მისაკუთნებლად.

ჩვენც ვიღებთ რა მხედველობაში ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურულ ფაქტებს ჩვენს შემთხვევას მაკრო და მიკროსკოპიულ განხილვის თანახმად ვაკუთვნებთ — **ექტოპიური ორსულობის ინტენსტიციალური ლოკალიზაციის** იმ ფორმას, რომელიც მოყვანილი ჰყავთ 1) Dezemeier-ის 1 ფორმა — საშვილოსნო-ინტრამურალური, 2) Werth-ს. და 3) Glesner-ს. კვერცხი ვითარდება საშვილ. ფუძეს მიმართულებით ფალოპიუსის მილის იმ ნაწილში, რომელიც გადის საშვილ. კუნთოვან ქსოვილში.





ლიტერატურა.

- 1 — Д. Абуладзе — „К учению о так назыв. Межуточной беремен. — чистой ее форме“ Каз. Мед. Ж. 1927 г. № 2.
- 2 — Проф. Бумм — „Акушерство“ 1908 г. Стр. 297.
- 3 — С. Daniell (Bucarest) „Etude sur la trompe interstit. normale“ Gynec. et Obs. 1926/XXII № 1.
- 4 — D. Marian: Interstitial pregnancy Арср. Of an un diagn. sed case urith sa talrupture Amer. Obstet. 16. 35-37. 1928 Ref. Berichte ub. d. Geb. Gin. u gev sold. gruzd. 13. 15. № 1 1928 S. 62.
- 5 — Welster „Die Ektopische schvangenschaft. — გერმანულად ნათარგმნი. Eiermann-ის მიერ Berlin 1896.
- Werth R. Die extrauterin schvang. Kap. in Vinke's Handb. d. Geburtshilfe II. B. S 739. 1904.
- 7 — კ. ერისთავი — „Gravid. intramuralis შემთხვევა“ თან. მედიცინა 1928 წ. № 1-2.
- 8 — Küstner. „ გინეკ. სახელმძღვან.“ თარგმანი ქართულად.
- 9 — Л. Окинчиц — „Гинекологическая клиника“ Ленинград стр. 179.
- 10 — Dr. D. von Ott. „Beiträge zur Kenntniss der ectop. Form. der schvangenschaft.“ Leipzig 1895.
- 11 — პროფ. პოტედიანსკი — მენაობის სახელმძღვ. ქართულად ნათარგ. ი. თიკანაძის მიერ. გამოცემა 1 1927 წ. გვ. 198
- 12 — პროფ. დოდოშვილი — „აბერატიული მენაობა“ გვ. 225 ტფილ. 1927 წ.
- 13 — Doz. B. Gogoberidze — Zentralblatt. f. Gynäkoh. 1929 წ. № 35 გვ. 2231.
- 14 — Hoene O. Die ectop. Schvsngen. Kapitel in Halban u Scitz — Biolog u Pathol des Weibes B VIII 2 Teil S 997.

**В. А. Кулулашвили.**

Случай внематочной интерстициальной беременности.

(Из Акушерско-гинекологическ. Отд. I Гор. Б-цы.

Заведыв. проф. Б. К. ГОГОБЕРИДЗЕ).

Автор приводит один случай внемат. беременности, где развитие яйца произошло в интерстициальной части Фалл. тр. Gravid. interstit. один случай на 120 внемат. беременн. Во время развития яйца задняя стенка матки разрушилась вследствие узурь угла матки и произошло кровоизлияние в брюшную полость. Операция была сделана экстренно с благоприятн. исходом. Был вырезан угол матки и сделана резекция истмической части Фалл. трубы. Остальная часть трубы была вшита в матку. Вырезанный препарат был изучен макро и микроскопически. Под микроскопом подтвердилась беременность: были обнаружены ворсинки хориона; яйцо отчасти помещается в просвете интерстициальной части трубы, а отчасти касается непосредственно мускулатуры матки.

**W. A. Kululaschwili.**

Ein Fall der interstitiäl—extrauterinen Gravidität.

(Aus der Geburtshilf. Gynäkol. Abtheilung des I Städt. Krankenhauses  
in Tiflis. Leiter Prof. B. Gogoberidze).

Der Autor führt einen Fall der extrauterine Gravidität her wo die Bildung des Eies in dem interstitiällem Teile der Tuba Fallopiä stattfand; ein Fall, der auf 120 extrauteriner Fälle vorkommt. Während des Wachstums des Eies usurierte die hintere wand des uterus in den linken Winkel und fand eine Blutung in die freie Bauchhöhle statt. Die Kranke wurde scheinbar operiert und mit günstigem Erfolge. Es wurde die Ecke des Uterus entfernt und die Tuba in dem interstitiälen Teile reseziert; der Rest der Tuba wurde in den Gebärmutterwinkel eingenäht. Das Präparat wurde Makro-Mikroskopisch untersucht, und der Mikroskop bestätigte die Gravidität: es fanden sich die Chorionzotten, das Ei befand sich teilweise im interstitiällem Lumen der Tuba und teilweise in unmittelbarer Berührung mit der Muskulatur des Uterus.



### 8. ნაზარაშვილი.

ასისტენტი.

## სარქმეო ჯირკვლის ანთების რენტგენოლოგია.\*)

(ტფ. სამ. ინსტ. რენტგენოლოგიის დოცენტურა. მამფე პროფ. გ. ლამბარაშვილი).

მწვავე ანთებითი პროცესების რენტგენოლოგია შედარებით ახალი საკითხია: მას სულ 4 წლის წარსული აქვს. მართალია წინა ლიტერატურაშიც მოიპოვება ცნობები ზოგიერთი ანთებითი პროცესის რენტგენოლოგიის შესახებ, მაგრამ მხოლოდ კანტი კუნტად.

1924 წ. ქირურგების კონგრესზე გერმანიაში ჰაიდენჰაინი და ფრიდი (Heidenhein und Fried) პირველნი გამოვიდნენ ვრცელი მოხსენებით დამყარებულით 250 შემთხვევაზე და დასაბუთებულით ექსპერიმენტებით. 1926 წ. გერმანიის რენტგენოლოგების კონგრესზე იმავე ჰაიდენჰაინის მიერ წაკითხული იქნა მეორე მოხსენება უფრო დიდ მასალაზე დამყარებული (854 შემთხვევა). ეს მასალა შეიცავს ქირურგულ ანთებითი 27 სხვადასხვა პროცესს, მაგალითად: ლიმფატიური ჯირკვლების მწვავე ანთებას, ფურუნკულს სახეზე და ილიაში, ფლეგმონებს, ფლეგმონოზურ ანგინას, პოსტოპერატიულ პნევმონიებს, ადნექსიტებს, პერიოსტიტებს, ირიტებს, მასტიტებს და სხვას. თქვენ ხედავთ რა მრავალფეროვანი ჩვენებანი მოყავს ავტორს. აქედან ზემოდასახელებული ავტორები კარგ შედეგს აღნიშნავენ 75%-მდე. ჰაიდენჰაინმა და ფრიდმა წამოაყენეს მეტად საინტერესო საკითხი სხივების მოქმედების მექანიზმის შესახებ მწვავე ანთებათა რენტგენოლოგიის დროს. მკურნალობის ეფექტს ისინი ხსნიან ორი გზით: სხივების საერთო და ადგილობრივი მოქმედებით. პირველს აკუთვნებენ უპირატესობას.  $\frac{2}{3}$  შემთხვევაში მათ მიუღიათ სისხლის შრატის ბაქტერიციდობის მნიშვნელოვანი მომატება, სხივები იწვევენ იმუნობიოლოგიურ მოვლენებს მთელ ორგანიზმში; რენტგენოლოგიის შემდეგ აბსცესიდან მიღებული ჩირქი მრავალჯერ აღოჩენილა სტერილური; ისინი ამტკიცებენ აგრეთვე ადგილობრივ ბაქტერიოლიტიურ — პროტეოლიტიური ფერმენტების წარმოშობას.

ამ მოხსენებას გამოეხმაურენ ქირურგები — რენტგენოლოგები და ამ უამად ამ საკითხის შესახებ უკვე რამოდენიმე ათეული გერმანული და რუსული შრომა მოაპოვება. მოხდენილი იყო ცდები კლინიკური და ექსპერიმენტალური ხასიათისა. საკითხს რომ მკურნალობის ეფექტის მიღების მხრივ მიუღვეთ, ჩვენ დავინახავთ, რომ მკვლევართა მთელმა რიგმა (Bauer, Martens, Kreske, L. Freund)

\*) მოხსენდა სრ. საქართველოს ექიმთა მეზუთე სამეცნიერო კონგრესს 1929 წ. 28 იანვარს ქ. ბათუმში.



ვერ მიიღო ას ბრწყინვალე ეფექტი, რომელზედაც მოგვითხრობენ ჰეიდენ-ჰეინი და ფრიდი. ნახევარზედ მეტ შემთხვევაში განსხივებამ არაერთად გააღენა არ მოახდინა ანთების პროცესის მსგელობაზე. ასეთივე არაერთსულოვნობას ვხედავთ ექსპერიმენტალური ხასიათის კვლევა ძიებაშიაც. მკვლევართა მთელი რიგი ამტკიცებს, რომ მათ არ მიუღია განსხივების შედეგად ბაქტერიციდობის მომატება (Fraeukel, Nisshjewitsch-ი და სხვები).

თოდორი და ბაუერი (Theodor — Bauer) აცხადებენ, რომ არც ერთ შემთხვევაში მათ სტერილური ჩირქი განსხივების შემდეგ არ მიუღიათ.

არხანგელსკი, თეოდორი და არნოლდი (Arnold) მოქმედების მექანიზმს ხსნიან სისხლის მიღების გავანიერებით და ჰიპერემით; კირდინალე და ატილი (Cardinale, Attilij) ფიქრობენ, რომ აქ ადგილი უნდა ჰქონდეს ლევკოციტოზს, ფაგოციტოზს და ოფსონური და ბაქტერიოლიზური ინდექსის აწევას.

პორდესი (Pordes) ექსპერიმენტალურად ამტკიცებს, რომ სხივების მოქმედება ანთების დროს გამოიხატება ლევკოლიმფოციტების დარღვევაში და ანთისხეულების განთავისუფლებაში. ეს მაგალითები უკვე საკმარისია, რომ ჩვენ საკითხი — საერთოდ ქირურგიულ ანთებათა პროცესების რენტგენოთერაპიის შესახებ, დაუმუშავებლად ჩავთვალოთ; ის ჯერ კიდევ მოითხოვს მრავალ მასალაზე გამოცდას. რაც შეეხება კერძოთ სხივების მოქმედების მექანიზმს მწვავე ანთებითი პროცესების დროს, უნდა ითქვას, რომ ეს საკითხი გამოურკვეველია, გაუგებარია, რადგანაც სხივების საერთოდ მოქმედების პრობლემასთანაა დაკავშირებული.

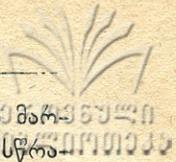
ჩვენ გავეცანით ლიტერატურას და სარძეო ჯირკვლის ანთების რენტგენოთერაპიის შევხდით ჰაიდენჰაინის შრომაში (15 შემთხვევა 60 %—მდე კარგი შედეგით), ბაუერის შრომაში 4 შემთხვევას. რაც შეეხება ცვეიფელს (Zweifel), მას მოყავს თვისი შთაბეჭდილებანი სარძეო ჯირკვლის ანთების რენტგენოთერაპიის შესახებ, მის მიერ მიღებული მკურნალობის ეფექტი ჰაიდენჰაინის შედეგს ეფარდება, მაგრამ მასალის მცირე რიცხოვნობის გამო, მას სტატისტიკური ცნობები არ მოყავს.

დანარჩენ შრომებში მხოლოდ სხვათაშორის, ვაკვრით არის ნახსენები.

4 წლის განმავლობაში ჩვენ ვაწარმოებთ სხვადასხვა ანთებითი პროცესების დროს რენტგენოთერაპიას (200-მდე შემთხვევა). მათ შორის 52 შემთხვევა სარძეო ჯირკვლის ანთებაა, რაც შეადგენს დღევანდელი მოხსენების თემას. ჩვენს მცირერიცხოვან მასალას 5 შემთხვევა დააკლდა — ავადმყოფები არ გამოცხადდნენ კონტროლისათვის; ამრიგად შეგვიძლია მოგახსენოთ მკურნალობის შედეგი 36 შემთხვევისა Mastitis acuta et subacuta puerperalis, 11 შემთხვევის Mastitis chronica-ს შესახებ.

დავიწყით უკანასკნელი ჯგუფიდან. უმრავლეს შემთხვევაში ეტიოლოგიურ მომენტად უნდა ჩაითვალოს წარსულში გადატანილი მწვავე მასტიტი, ავადმყოფობის ხანგრძლივობა — 1 თვიდან რამოდენსიმე წლამდე. შედეგით, თუ შეიძლება ამაზე ლაპარაკი მასალის მცირერიცხოვნობის გამო, კმაყოფილი არ ვართ. 11 შემთხვევიდან 2-ჯერ მივიღეთ სრულნი განკურნება, ე. ი. გამაგრება და ტკივილები ძუძუში სავსებით გაქრა, 4-ჯერ შევამჩნიეთ გაუმჯობესობა და 5 შემთხვევაში მკურნალობა დარჩა უშედეგოთ. გადავიღეთ მეორე ჯგუფზე (Mastitis





acuta et subacuta). 36 შემთხვევიდან 9 შემთხვევაში (25%) ჩვენ მივიღეთ მარტო ტოლაც ბრწყინვალე შედეგი, ტკივილების იმავდღესვე დაკარგვით, სიცხის სწრაფი დავარდნით (24 — 48 საათ.) და ინფილტრატის თანდათანობითი შესრუტვით (მაქსიმუმ 2 კვირის განმავლობაში). 17 შემთხვევაში (47,2%) მიღებულია კარგი შედეგი. ამ ჯგუფში ჩვენ მოვათავსეთ ისეთი შემთხვევები სადაც განსხვავებას მე 2 — 3 დღე შედეგად მოყვა ინფილტრატის გარბილება, სიცხის დაწვევა, ტკივილების დაკლება და მარტივი ქირურგიული დახმარება — ინციზიო ან პუნქცია. თვით ჭრილობის შეხორცება ხდებოდა შედარებით მოკლე ხანში. ამ ჯგუფის 3 ავადმყოფს ჩირქი იმლამესვე თავისთავად გამოერწყო და სამივე მოკლე ხანში განიკურნა.

დარჩა მესამე ჯგუფი, რომელიც შეიცავს 10 შემთხვევას (27,8%), სადაც რენტგენოთერაპიამ არავითარი გავლენა პროცესის მსვლელობაზე არ მოახდინა. „სენანის“ შემდეგ ავადმყოფები განიცდიდნენ იმავე მძიმე მდგომარეობას, როგორც წამლობამდე — სიცხე 39,5°-მდე, სასტიკი ტკივილები და რამოდენიმე დღის შემდეგ აბსცესის ნიშნები; ამას მოყვებოდა ჩვეულებრივი ქირურგიული დახმარება, ჭრილობის ჩვეულებრივი მსვლელობით.

ორიოდე სიტყვა მეთოდის შესახებ. ჩვენი მეთოდიკა ეფარდება ჰაიდენჰაინისა და ფრიდის მიერ შემუშავებულ წესს. რენტგენის აპარატი Radio—Transverter, 180 Kv 4 MA, ფილტრი 0,5 m/m Zn + 3 m/m Al., ფოკუს — კანის მანძილი 40 სანტ., ტუბუსი 10×15, დოზა უდრიდა 20% HED კანზე, რაც 10 სანტ. სიღრმეზე გვადლევდა საშუალოდ 7% H.E.D.

განსხვების არეთ თითქმის მთლიანად მთელ ძუძუს ვღებულობდით, რომ სხვიების მოქმედების ქვეშ პომხვდარიყო ინფილტრატის გარდა მეზობელი ქსოვილებიც. უმრავლეს შემთხვევაში (გარდა სამისა) გატარებული იყო მკურნალობა ერთხელ.

რაც შეეხება მეთოდის სარძეო ჯირკვლის ქრონიკულ ანთების დროს, იქ ხმარებული იყო ზემოაღნიშნული პირობების დაცვით მეტი დოზები — 60 — 80% HED კანზე, გაყოფით 3—4 სენანზე, 1 — 2 კვირის ინტერვალთ.

არც ერთ შემთხვევაში განსხივებას რაიმე ზიანი ავადმყოფისათვის არ მიუყენებია. განსხივებას არავითარი გავლენა არ მოუხდენია ძუძუს ფუნქციაზე (I და II ჯგუფის ავადმყოფები) მის სიდიდეზე და თვიურის ხასიათზე.

ჩვენი წინასწარი მოხსენებიდან მოყვანილი მცირე მასალის მიხედვით შესაძლებელია შემდეგი დებულებები გამოვიტანოთ:

1) ქირურგიულ ანთებითი პროცესების რენტგენოთერაპია ახალი მეთოდია, მაგრამ ფრიალ საყურადღებო.

2) სარძეო ჯირკვლის მწვავე ანთების რენტგენოთერაპია უფრო კარგ შედეგს იძლევა, ვიდრე ქრონიკული პროცესის დროს.

3) მწვავე ანთების დროს რენტგენოთერაპიის შედეგი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ადრე იქნება გატარებული რენტგენოთერაპია.

4) მკურნალობის კარგი შედეგი გამოიხატება ან ინფილტრატის სრულ გაქრობაში, სიცხის დავარდნით და ტკივილების დაკარგვით, ან დაჩირქების დაჩქარებაში, რის შემდეგაც ქირურგიული დახმარება მარტივდება.

5) თუ აბსცესი უკვე არსებობს, რენტგენოთერაპია ზედმეტია.

6) სარძეო ჯირკვლის ანთების რენტგენოთერაპიას ჩვენ არ ვთვლით ისეთ მეთოდად, რომელსაც შეუძლია ქირურგიას კონკურენცია გაუწიოს, არამედ კარგ დამხმარე მეთოდად. (რენტგენის სხივები ხელს უწყობენ აჩქარებენ ბუნებრივ განკურნებას.)



## ლიტერატურა.

1. Jüngling — Röntgenbehandlung chirurgischer Krankheiten 2. Zweifel — Die Behandlung der Mastitis mit Röntgenstrahlen. Strahlent. Bd 16, H. 5, 1925. 3. Heidenhain und Fried — Röntgenstrahlen und Entzündung. Klin. Woch, 1924 № 25. Ziebersohn — Zur Frage der Behandlung euzündlicher Erkrankungen mit Röntgenstrahlen in kleinen Dosen. Fortschr. an f. d. g. d. R. Sh. Bd. 38 H. 4. S. 720 Весельный — Рентгенотерапия воспалительных заболеваний по методу Heidenhain-a. Вестн. рентг. и радиол. т. IV вып. 5/6. Kahnt — Zur Behandlung der Schweissdrüsen-abszesse. Dtsch. med. Woschen. 1928 № 34. Pordes — Über Röntgenbehandlung entzündlicher Erkrankungen. Allgemeines und Spezielles Strahlent. Bd 24 H. 1 Fraenkel u. Nessjewitsch. — Über die Röntgenbehandlung der chirurgischen entzündlichen Vorgänge Strahlent. Bd 24 H 1. 9. Рыбак. К рентгенотерапии острых воспалительных заболеваний. Вестн. рент. и рад. IV т. 5/6 вып. 10. Heidenhain. — Röntgenbestrahlung und Entzündung. Strahlent. Bd 24 H 1. 11. Kingreen. — Über die Röntgenbehandlung der akuten Entzündung Kl. Wschr. 1925 № 40 12 Bauer Röntgenbestrahlung von Entzündungen. Münch. m. Woch. 1925 № 16 13 Krecke. Zur Behandlung akuter chirurgischer Infektionen und Eiterungen, Münch. m. Woch. 1926 № 10 14 Z. Freud — D. Röntgenstrahlenbehandlung der akuten Eiterungsprozesse W. Kei. W. 1914 № 24 Ref. Strahlent. Bd 19 H. 6. 15 Slitz — Stimulierende Reizbestrahlung bei Frauenleiden — Strahlent. Bd 24 H 2.

## Г. НАЗАРИШВИЛИ.

## Рентгенотерапия маститов.

Автор, после краткого литературного обзора, приводит 36 случаев рентгенотерапии по методу Heidenhain und Fried'a Mastitis ac. et subac. puerp. u 11 случ. Mastitis chron. В хронических случаях автор получил излечение только в 2 случ., улучшение в 4 сл. и лечение осталось без результата в 5 сл. В 36 случ. рентгенотерапии Mastitis ac. et subac. излечение в 25%, улучшение в 47, 2%, и безрезультатно в 27,8%.

На основании приведенного материала автор приходит к следующим предварительным выводам:

- 1) Рентгенотерапия хирургических воспалительных процессов, как новый метод лечения, заслуживает внимания.
- 2) Рентгенотерапия маститов дает лучший эффект в острых стадиях, особенно в начале заболевания.
- 3) Хороший эффект рентгенотерапии выражается или в полном рассасывании инфильтрата с падением до нормы температуры и с исчезновением болей, или в ускорении процесса нагноения; в последнем случае хирургическая помощь упрощается.
- 4) При существовании абсцесса рентгенотерапия бесполезна.

## G. Nasarischwili. Die Röntgenbehandlung der Mastitis.

Der Autor dieses, hat nach kurzer Litteraturübersicht 36 Fälle von Röntgenentherapie, nach der Methode Heidenhain und Fried, von Mastitis ac. et subac. puerp. und 11 Fälle, von Mastitis chron. durchgeführt.

In den chronischen Fällen bekam der Autor nur in 2 Fällen volle Heilung, in 4 Fällen — Besserung und bei 5 blieb die Behandlung ohne Resultat. In den 36 Fällen von Röntgenentherapie der Mastitis ac. et subac. bekam er 25% voller Heilung in 47, 2% — Besserung, und 27,8% blieben ohne Resultat.



Auf grund des oben angeführten Materials kommt der Autor zu folgendem vorläufigem Beschluss.

- 1) Die Röntgetherapie bei chirurgischen, eutzündlichen Processen, verdient als neue Behandlungsmethode volle Blachtung.
  - 2) Die Röntgetherapie der Mastitis erzielt den besten Erfolg im acuten Stadium, besonders im anfang der Erkrankung.
  - 3) Der gute Erfolg der Röntgenbehandlung besteht enmedere:
    - a) in vollem Verschwinden des Infiltrats, sinken der Temperatur bis zur normalen und Verschwinden der Schmerzen; oder
    - b) Verschmellerung des Siterungsprozesses, im letzten Falle wird der chirurgische Eingriff vereinfacht.
  - 4) Bei Abscessen ist die Röntgenbehandlung ohne Nutzen.
-



თამარ ზიჟაჟიანი.

ორდინატორი

## ბავშთა სიტყვიერი რეაქციების ტიპები სოციალურ ყოფა-ქცევაში.

(ტფილისის ფსიხო-ნევროლოგიური ინსტიტუტიდან. დირექტორი პროფ. მ. ასათიანი).

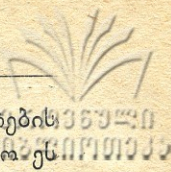
ბავშვის პიროვნების ყოველმხრივი გამოკვლევა, მისი საფუძვლიანი შესწავლა სოციალური აღზრდის უახლოვესი და უდიდესი მიზანია. ასეთი შესწავლა შესაძლოა მხოლოდ მაშინ, როცა გავეცნობით, როგორც მის ფიზიკურ ბუნებას, აგრეთვე მის ფსიხიკასაც. ამისათვის კი საჭიროა პედაგოგის და ექიმ-პსიქიატრის შეთანხმებული მუშაობა.

სკოლას აქვს საშუალება შეისწავლოს ბავში განსაკუთრებით ინტელექტის მხრივ და ეს შესაძლებლობა დღითი დღე მატულობს. მას ხელს უწყობს, ერთის მხრივ, პედაგოგის კვალიფიკაცია და მისი ყოველდღიური პირადი დაკვირვება ბავშვზე და, მეორეს მხრივ, ტესტების სისტემა (ბინე-სიმონ, პროფ. როსოლიმო და სხვა). მაგრამ მხოლოდ ინტელექტუალური შესწავლა არ კმარა: ბავშვის ემოციური სფეროს შესწავლა, დაკვირვება იმ აფექტებზე, რასაც ბავშვი რეაქციების სახით იძლევა ამა თუ იმ გაღიზიანებაზე, ან იმ სიტუაციაზე, რომელშიაც იგი ჩაყენებულია, — აი ის დაუშრეტელი მასალა, რომლის შემწევნობით ჩვენ შეგვიძლია დასახული მიზნის განხორციელება; მაშასადამე ბავშვის პიროვნების შესწავლის გზა ასეთია: ყოველ დღიური დაკვირვება მის ყოფაქცევაზე, ემოციებაზე, მისი ინტერესების შესწავლა, შესწავლა მისი ფიზიკური არსების და ფსიქიური შინაარსისა. ამიტომაც თანამედროვე პედაგოგიკის, პედოლოგიის და დეფექტოლოგიის ყურადღება მიპყრობილია სკოლის-წინარე და თვით სასკოლო ასაკის ბავშვთა შესწავლაზე. ბოლო ხანებში წამოყენებულია ბავშთა სიტყვიერი რეაქციების შესწავლა სოციალურ ყოფა-ქცევაში. პირველი მაგალითი გერმანიამ მოგვცა (ბაუშგარენი). \*) მისი მაგალითით ისარგებლა პოლმანმა, რომელიც მუშაობს პროფ. გრიბოედოვის ხელმძღვანელობით.\*\*) ტფ. სახელმწ. უნივერ. ფსიხ. კლინიკის და ფსიხო-ნევროლოგიური ინსტიტუტის გამგის პროფ. მ. ასათიანის დავალებით მეც ჩავატარე ამ გვარი მუშაობა ტფ. მე-8 ე და მე-18-ე შრომის სკოლებში. გამოკვლეული იყო სულ 207 ბავშვი; მათ შორის ვაჟი 97, ქალი — 110. ბავშვები სულ ქართველები არიან; წლოვანებით 9 წლიდან 15-წლამდე. სასურველი იყო ცდის დაყენება და შედეგების

\*) Baumgarten. Die Reactionstypen der Kinder und Jugendlichen im sozialen Verhalten. Zeitschrift für Pädagogischen psychologie. № 12 1926 г.

\*\*) По ль м а н, Типы реакций детей школьного возраста в социальном поведении. Сборник „Новое в дефектологии“. кн. 1. 1928 г.





გამოქვეყნება უფრო დიდი მასშტაბით, მაგრამ ჩემგან დამოუკიდებელი მიზეზების გამო ეს ვერ მოხერხდა. მიუხედავად ამისა, საჭიროდ ვცნობ გამოვაქვეყნო ეს ჩემი ნაშრომი იმ იმედით, რომ შემდეგში მაინც გამოვიყენოთ პირველი ცდა საქართველოში იმ დიდი საქმისათვის, რომელსაც ბავშვის პიროვნების შესწავლა ეწოდება. მე ვისარგებლე ბაუმგარტენის და პოლმანის მავალითი და მივეცი ბავშებს ორი კითხვა (გალიზიანება).

- 1. რას იზამ, ვინმემ რომ სულელი გიწოდოს?
- 2. რას იზამ ვინმემ, რომ შენი საყვარელი ნივთი წაგართვას?

მასწავლებელთან წინასწარი შეთანხმების შემდეგ მუშაობა ჩატარებული იყო დაახლოებით იმავე პირობებში, რა პირობებშიც მიმდინარეობს ყოველდღიური ჩვეულებრივი მეცადინეობა (11—12 საათამდე). კითხვები წერილობით იყო მიცემული და წერილობითვე მიღებულია პასუხებიც, პირველი და მეორე კითხვის შუა, ისევე, როგორც ბაუმგარტენის და პოლმანის ცდებში, გავიდა რამდენიმე დღე (დაახლოებით ერთი კვირა), რომ წინა შთაბეჭდილება შესუსტებულიყო და მეორე სამუშაოს მისი გავლენა არ დასტუბოდა, მიღებული მასალა უკვე პირადათ მე დავამუშავე. იმ მიზნით, რომ პასუხების კლასიფიკაციაში რაიმე გაუგებრობას არ ქონოდა ადგილი. ბაუმგარტენის კლასიფიკაცია, ფრიად მარტივი და ბუნებრივი, პოლმანს უცვლელად მიუღია. მეც მთლიანათ ვღებულობ ამ საერთო კლასიფიკაციას, მით უმეტეს, რომ წინააღმდეგ შემთხვევაში შედარება გაძნელებოდა.

პასუხები პირველ კითხვაზე ბაუმგარტენის მიერ დაჯგუფებულია შემდეგ ნაირად:

**A აფექტიური რეაქციები:**

**a) აქტიური:**

- 1. იგივობის, ანუ ეკვივალენტური, ე. ი. ბავშვი უპასუხებს: „სულელი შენ თვითონ ხარ,“ „შენ ხარ სულელი, და არა მე,“ „ისეთივე სულელი ვარ, როგორც შენ.“
- 2. გადამეტებული.—„შენ უფრო სულელი ხარ,“ „ყველაზე სულელი შენა ხარ,“ „სულელთა სულელი ხარ . . . . . ამავე რეაქციას ეკუთვნის პასუხი:“ „შენ ვირი ხარ“ „ან ასეთი:“ „მე კარგად გამოვლანძღავ მას.“
- 3. ხელით შეხება. „ვცემ“, „დავბეჭავ“.
- 4. სხვის დახმარება.—„დავაბეჭდებ,“ ვეტყვი (დედას, მამას, მასწავლებელს, მილიციელს), სასამართლოში ვუჩივლებ.“
- b) პასიური: „გავჯავრდები.“ „მეწყინება,“ „ვიტირებ,“ „შეურაცყობად მივიღებ“.

B. მტრული განწყობილების რეაქციები: „სამაგიეროს გადავუხდი,“ „არასოდეს არ დაუმეგობრდები,“ „აღარ დაველაპარაკები.“

C. რაციონალისტური რეაქციები: „შევეკითხები, თუ რად მიწოდა ეს სახელი“. ვეტყვი: „ამას დამტკიცება სჭირდება“, „დავფიქრდები, იქნებ მართალია,“ „ჩემს ნიშნებს ვუჩვენებდი,“ „დაფიქრდი შენ როგორი ხარ“.



D. გულგრილი რეაქციები: „არაფერს არ ვეტყვი,“ „გავბრუნდები და წავალ“, „ვეტყვი: ეს მე დიდიხანია ვიცი“ (ირონია). „შენ ხომ ასეთი არა ხარ, რა გიჭირს“, „ყველა ხომ ჭკვიანი არ იქნება“, „სულელებიც საჭირონი არიან“.

მეორე კითხვის პასუხებიც ბაუმგარტენის მიერ დაახლოვებით ასევეა დაყოფილი.

A აფექტიური რეაქციები:

აქტიური.

1. თვით-დაცვა: „წავართმევ,“ „ხელიდან გამოვგლიჯამ,“ „არ დავანებებ“, „წინააღმდეგობას გაუშწევ,“ „ვეტყვი, უკან დამიბრუნოს“.
  2. სამაგიერო: „მეც რამეს წავართმევ,“ „მეც საყვარელ ნივთს წავართმევ“.
  3. ხელით შეხება: „ვცემ“, „დავემუქრები მომეცი თორემ გცემ.“
  4. სხვის დახმარება: „ვეტყვი (დედას, მამას მასწავლებელს, მილიციელს), „სასამართლოში უჩივლებ.“
- b) პასიური: „მეწყინება“, „გავწყრები,“ „ვეტირებ,“ „ვიინანებ“.

B. მტრული განწყობილების რეაქციები; „ძალიან გავბრაზდები, აღარ დაველაპარაკები.“ „სულ იმაზე ვიფიქრებ, როგორ გადაუხადო სამაგიერო,“ „სამუდამოდ შევიჯავრებ“.

C. გულგრილი რეაქციები; „გაპატივებ,“ „არაფერს არ უხამ, „არაფერს არ ვეტყვი და თვითონვე შერცხვება,“ „თუ არ დამიბრუნებს სხვას ვიყიდი.“

D. რაციონალისტური რეაქციები; იქნებ ის ნივთი მას უფრო უჭირს,“ „განა ეს კარგი საქციელია,“ ვეტყვი: „მიეჩვევი და ქურდი გამოხვალ.“

E. პირობითი რეაქციები; „თუ შევძლებ მე თვითონ გამოვართმევ, თუ ვერა, მშობლებს ვეტყვი.

ქვემოთ მოყვანილი სტატისტიკური ცნობები მოგვცემენ საშუალებას შევადაროთ გერმანელი, რუსი და ჩვენი ქართველი ბავშვების რეაქციები 1-ლ კითხვაზე (რას იზამ შენ რომ ვინმემ სულელი გიწოდოს?) და მე-2-ეზე (რას იზამ ვინმემ შენ, რომ საყვარელი ნივთი წაგართვას?)

[იხილე ცხრილი 1 და 2]





სამივე ეროვნების ბავშვთა რეაქციები.

ცხრილი 1

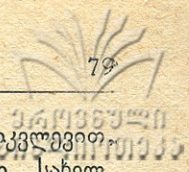
| გალიზიანება                              | რეაქციათა კლასიფიკაცია       | გერმანელი. |      | რ უ ს ი. |       | ქართველი. |      |
|--|------------------------------|------------|------|----------|-------|-----------|------|
|  |                              | მ.         | ქ.   | მ.       | ქ.    | მ.        | ქ.   |
| I<br>ვინმე რომ სულელი გიწოდოს, რას იზამ? | A. აფექტიური რეაქციები:      |            |      |          |       |           |      |
|  | ა) აქტიური                   |            |      |          |       |           |      |
|  | 1. ეკვივალენტ. . . . .       | 33,9       | 24,3 | 22,45    | 29,13 | 28,8      | 29   |
|  | 2. გადამეტებული . . . . .    | 29,6       | 33,3 | —        | —     | —         | —    |
|  | 3. ხელით შეხება . . . . .    | 9,9        | 5,5  | —        | —     | 14,4      | 7    |
|  | 4. სხვის დახმარება . . . . . | 0,5        | 1,0  | —        | —     | 6         | —    |
|  | ბ) პასიური . . . . .         | 1,0        | 1,0  | 13,7     | 25,21 | 18        | 11   |
|  | B. მტრული . . . . .          | 1,0        | 1,0  | —        | —     | 21,4      | 25,5 |
|  | C. რაციონალისტური . . . . .  | 10,4       | 15,1 | 22,15    | 14,55 | 19,5      | 25   |
|  | Д. გულ-გრილი . . . . .       | 12,0       | 18,0 | 23,35    | 10,87 | 14,4      | 17   |

სამივე ეროვნების ბავშვთა რეაქციები.

ცხრილი 2

| გალიზიანება  | რეაქციათა კლასიფიკაცია       | გერმანელი. |      | რ უ ს ი. |      | ქართველი. |      |
|--|------------------------------|------------|------|----------|------|-----------|------|
|  |                              | მ.         | ქ.   | მ.       | ქ.   | მ.        | ქ.   |
| II<br>ვინმე რომ საყვარელი ნივთი წაგართვას, რას იზამ? | A. აფექტიური:                |            |      |          |      |           |      |
|  | ა) აქტიური                   |            |      |          |      |           |      |
|  | 1. თვით-დაცვა . . . . .      | 25,8       | 13,2 | 15,32    | 14,1 | 21,6      | 10,9 |
|  | 2. სამაგიერო . . . . .       | —          | 2,4  | —        | —    | 9,2       | 5,4  |
|  | 3. ხელით შეხება . . . . .    | 20,1       | 5,4  | 8,6      | —    | 16,4      | 6,8  |
|  | 4. სხვის დახმარება . . . . . | 10,0       | 23,7 | 26,8     | 14,1 | 26,8      | 22   |
|  | ბ) პასიური                   | 15,8       | 16,9 | 14,39    | 35,5 | 20,6      | 43,0 |
|  | B. მტრული . . . . .          | 11,6       | 11,3 | —        | 4,0  | —         | 0,9  |
|  | C ღმობიერი . . . . .         | 11,1       | 23,2 | 13,9     | 13,1 | —         | 2,7  |
|  | Д. რაციონალისტური . . . . .  | 0,1        | —    | 8,2      | 7,0  | 5,1       | 8,8  |
| E. პირობითი . . . . .                                | 5,2                          | 2,2        | 4,1  | 4,0      | —    | 1,8       |      |





რას მოწმობენ მოყვანილი ციფრები. ბაუმგარტენის გამოკვლევით, გერმანელ ვაჟებს მომეტებული რეაქციები აფექტიური ხასიათის აქვთ, სახელდობრ:

1. ეკვივალენტური . . . . . 33,9 პროც.
2. გადამეტებული . . . . . 29,6 „
3. გულგრილი . . . . . 12 „
4. რაციონალისტური . . . . . 10,4 „
5. ხელით შეხება . . . . . 9,9 „

გერმანელი ქალების რეაქციები თითქმის იმავე თანდათანობით მისდევს ერთი მეორეს, მცირედი განსხვავებით: პირველი ადგილი უჭირავთ გადამეტებულ რეაქციებს:

1. გადამეტებული რეაქციები . . 33,3 პროც.
2. ეკვივალენტური . . . . . 24,3 „
3. გულგრილი . . . . . 18 „
4. რაციონალისტური . . . . . 15,1 „

გარდა ამისა ხელთშეხებით რეაქცია ვაჟებს ორჯერ მეტი აქვთ ქალებთან შედარებით (9,9 პროც. და 5,5 პროც.).

პოლმანის დაკვირვებით, რუს ბავშვებს მომეტებული პროც. გულ-გრილი რეაქციები აქვთ.

1. გულგრილი . . . . . 23,85 პროც.
2. ეკვივალენტური . . . . . 22,15 „
3. რაციონალისტური . . 22,15 „ და ბოლოს

ე. წ. აფექტიურ-პასიური რეაქციები, ისიც პატარა ასაკში 13,7 პროც.-რუსი ქალების რეაქციებში სჭარბობს ეკვივალენტური.

1. ეკვივალენტური . . . . . 29,13 პროც.
2. აფექტიური-პასიური . . . 25,21 „
3. რაციონალისტური . . . 14,55 „
4. გულგრილი . . . . . 10,87 „

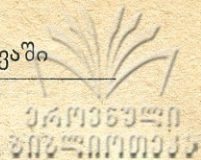
ჩემ მიერ მიღებული მასალა ასეთ სურათს გვაძლევს:  
ვაჟების რეაქციები:

1. აფექტიური . . . . . 28,8 პროც.
2. მტრული . . . . . 21,4 „
3. რაციონალისტური . . . . . 19,5 „
4. აფექტიური-პასიური . . . 18 „
5. გულგრილი . . . . . 14,4 „

ქალების რეაქციები:

1. ეკვივალენტური . . . . . 29 პროც.
2. მტრული . . . . . 25,5 „
3. რაციონალისტური . . . 20 „
4. გულგრილი . . . . . 17 „





|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 5. აფექტიურ-პასიური . . . . . 11 | ” |
| 6. სხვის დახმარება . . . . . 9   | ” |
| 7. ხელით შეხება . . . . . 7      | ” |

როგორც ვხედავთ, ფიზიკური ძალის მოხმარებაზე არც ქართველი ქალები ამბობენ უარს, მხოლოდ ვაჟების რეაქცია ამ შემთხვევაში მაინც ორჯერ სჭარბობს ქალებისას (14,4 პროც., 7 პროც.).

გერმანელი ვაჟი, ისევე, როგორც ქართველი და რუსი, შეურაცყოფაზე შეურაცყოფით უპასუხებს. სხვის დახმარებას სამივე ტომის ვაჟები ძალიან იშვიათად ეძებენ, მხოლოდ, თუ გერმანელი ვაჟი ამ რეაქციას 0,5 პროც. მიმართავს, ქართველი მაინც 6 პროც. იძლევა. მიმართავს თუ არა გერმანელი ვაჟი ხელით შეხებას? მიმართავს (9,9 პროც.). მიმართავს ამ რეაქციას ქართველი ვაჟიც, მხოლოდ უფრო ხშირად (14,4 პროც.).

გერმანელი ბავშვები საერთოდ, როგორც ვაჟები, აგრძელებენ ქალები, პირველ გალიზიანებაზე აფექტიურად უპასუხებენ.  $\frac{3}{4}$  ვაჟების და  $\frac{1}{2}$  ქალების შეურაცყოფაზე აფექტიურ-აქტიურ რეაქციებს იძლევიან. გერმანელი ბავშვების  $\frac{1}{4}$  გულგრილ-რაციონალისტურ რეაქციებს იძლევა. ქალებს ეს რეაქციები უფრო მეტი აქვთ.

ქართველ ვაჟებს რაციონალისტური რეაქციები მესამე ადგილზე აქვს (19,5 პროც.); რუსი ვაჟებიც მათ არ ჩამოუვარდებიან (19,5 პროც.). გერმანელ ვაჟებს კი ეს რეაქცია მეოთხე ადგილზე გადააქვთ (10,4 პროც.).

მაშასადამე ქართველი და რუსი ვაჟი ამ რეაქციას ორჯერ ხშირად იძლევა, ვიდრე გერმანელი. ქალების რეაქციებშიაც ამასვე ვხედავთ. რას ნიშნავს ეს? შეურაცყოფილი ბავში (ქალია იგი თუ ვაჟი) ცდილობს დარწმუნდეს შეურაცხობის სამართლიანობაში: ცდილობს დაუმტკიცოს შეურაცხყოფელს, რომ იგი სცდება: „შე ვკითხავ, რატომ ამბობს ამას, „ამას კიდევ დამტკიცება უნდა“, „ჩემს ნიშნებს ვუჩვენებ,“ „ვეტყვი აბა გამომცადე“ და სხვა . . . . .

ყველა ფაქტს თავისი განმარტება აქვს. მაშ რა მიზეზია, რომ რაციონალისტურ რეაქციას გერმანელი ბავშვი უფრო იშვიათად მიმართავს? რეაქციის ტიპი უსათუოდ მჭიდრო არის დაკავშირებული აღზრდაზე ერთის მხრივ, და, მეორეს მხრივ, იმ სოციალურ წრეზე, რომელშიაც ბავშვს უხდება ცხოვრება. დასკვნა ცხადია: დღევანდელი სოციალური პირობები ს. ს. რ. კ. ხელს უწყებენ ყოველივე მოვლენის მიზეზების გამოკვლევაში. ამასვე ადასტურებს სხვის დახმარების რეაქციების განხილვა. მხრთალია ქართველი ვაჟი სხვის დახმარებას 6 პროც. მიმართავს, გერმანელი კი მხოლოდ 0,5 პროც., მაგრამ საინტერესოა ერთი მნიშვნელოვანი მომენტი: მაშინ, როდესაც გერმანელი ვაჟი მიმართავს დედას, მამას, მასწავლებელს ან მილიციელს, ქართველი ვაჟი საკითხს უმეტეს შემთხვევაში ამხანაგების წინაშე აყენებს (ჯგუფკომი, პიონერ-კოლექტივი), ან მიმართავს პედაგოგიურ საბჭოს, ან რომელიმე სხვა ორგანიზაციას; ცალკე პიროვნებას დედას, მამას, სკოლის გამგეს და სხვას თუ მიმართავს — ძალიან იშვიათად.

განვიხილოთ მეორე ცხრილი. საყვარელი ნივთის დაკარგვა (თუნდაც მხოლოდ წარმოდგენით) მეტად აღელვებს სამივე ტომის ბავშვებს. მაგრამ ყველა მათგანი თავისებურად გამოხატავს ამას. მეორე ცხრილის მიხედვით გერმანელი ვაჟი



ყველაზედ ხშირად თვითდაცვას ხმარობს (25,8 პროც.), შემდეგ ხელით შეხებას (20,1 პროც.), უფრო იშვიათად პასიური რეაქციებით უპასუხებენ, ყველაზე ნაკლებ რაციონალისტურ რეაქციებს მიმართავს (0 პროც. 1 პროც.).

რუსი ვაჟი თითქო უფრო უძლურია: პირველ ადგილზე მას სხვის დახმარება აქვს, მეორეზე თვით დაცვა, მესამეზე პასიური რეაქცია; ქართველ ვაჟს, პირველ ადგილზე სხვის დახმარება, მეორეზე თვით დაცვა, მესამეზე პასიური რეაქციები. გერმანელი ქალების რეაქციები ასეთია: პირველი სხვის დახმარება, მეორე ლმობიერი, მესამე პასიური.

რუსი ქალების რეაქცია: პირველი-პასიური, მეორე სხვის დახმარება, მესამე-თვითდაცვა. ქართველი ქალების რეაქცია: პირველი-პასიური, მეორე სხვის დახმარება, მესამე-თვითდაცვა. ვფიქრობ არც ეს ციფრებია შემთხვევითი. გერმანელი ვაჟი უფრო თავისუფლად იზრდება, ვიდრე ქალი, უფრო თამამად ვითარდება ფიზიკურად და ამიტომ ენდობა თავის თავს. შესაძლოდ სცნობს თვითონვე გაუსწორდეს შეურაცხმყოფელს, წაართვას უკანვე თავის საყვარელი ნივთი, ან „დაბეჟოს“ თუ ვერ წაართვა. ქალი კი სხვას ეხვეწება „მიშველე“-ო, ან აპატივებს დანაშაულს.

ქართველები: ყველაზე საიმედო ხერხი ვაჟებისათვის სხვის დახმარებაა, ქალებისათვის-პასიობა, შემდეგ — ვაჟებისათვის თვითდაცვა, ქალებისათვის სხვის დახმარება.

არ შემიძლია ორიოდე სიტყვით არ აღვნიშნო ერთი ფრიად საყურადღებო შოგლენა. საყვარელი ნივთის დაკარგვა ერთობ უფრო რეალურია. ვიდრე „სულელის წოდება“ ალბად ამით აიხსნება, რომ ჩემს მიერ გამოკვლეული ბავშვები განყენებულ კითხვას: „რას იზამ ვინმემ რომ შენი საყვარელი ნივთი წაგართვას“ თავისებურად გადააკეთებენ და ლაპარაკობენ არა საყვარელ ნივთზე არამედ „საყვარელ წიგნზე“, საყვარელ სათამაშოზე, „საყვარელ დედმამაზე და სხვა.“ „ვინმე რომ ჩემი საათი წაგართვას, თავს შევწირავ და არ დაუთმობ“, სწერს 12 წლის ფრიდონი „ყველაზე ძალიან მე დედ-მამა მიყვარს, თუ ისინ არ მეყოლებიან, სიცოცხლე არ მინდა“, ამბობს 10 წლის თინა.

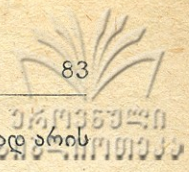
გადავდივარ ქართველი ბავშვების რეაქციების განხილვაზე წლოვანობის მიხედვით. (ცხრილი 3.).



## ქართველები ბავშვების რეაქციები წლოვანობის მიხედვით.

| გალიზიანება   | რეაქციათა კლასიფიკაცია    | 9    |      | 10   |      | 11   |      | 12   |      | 14   |      | 14   |      |
|---|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|   |                           | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   |
| I<br>რას იზამ, შენ<br>რომ ვინმემ სუ-<br>ლელი გიწოდოს? | A. აფექტიური რეაქციები:   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|   | a) აქტიური                |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|   | 1. ეკვივალენტური . . .    | 44,4 | 5 5  | 20,0 | 8,0  | 12,0 | 39,0 | 30,0 | 32,0 | 42,8 | 37,5 | 50,0 | 20,0 |
|   | 2. გადამატებული . . .     | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    |
|   | 3. ხელის შეხება . . . .   | 12,5 | 11,1 | 8    | 20,0 | 20,0 | 3,0  | 30,0 | —    | 21,4 | —    | —    | —    |
|   | 4. სხვის დახმარება . . .  | —    | 5,5  | 4,0  | 4,0  | 16,0 | 6,0  | —    | 20,0 | 7,1  | 12,5 | —    | —    |
|   | b) პასიური . . . . .      | 12,5 | 27,7 | 32,0 | 4,0  | 24,0 | 16,0 | —    | —    | —    | 12,5 | —    | —    |
|   | B. მტრული რეაქციები . . . | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | 21,4 | —    | —    | —    |
|   | C. რაციონალისტური . . . . | 6,2  | 44,0 | 20,0 | 24,0 | 16,0 | 15,0 | 23,0 | 20,0 | —    | 37,5 | 50,0 | 60,0 |
|   | D. გულ-გრილი . . . . .    | 25,0 | —    | 14,0 | —    | 12,0 | 16,0 | 15,2 | 26,0 | 7,1  | 37,5 | —    | 20,0 |





ქართველი ვაჟების რეაქციები პირველ გალიზიანებაზე შემდეგნაირად აღის გამოხატული პროცენტებში.

ეკვივალენტური — 9 წ. — 44,4 პროც. 10 წ. — 20 პროც. 11 წ. 12 პროც. 12 წ. — 30 პროც 13 წ. 42 პროც. 14 წ. — 50 პროც.

მრუდე ძალიან მერყეობს: 44,4 პროცენტიდან ჯერ 12 პროც. ეცემა, შემდეგ ისევ ზევით იწევს და 14 წელში უმაღლეს წერტილამდე აღწევს.

გულგრილი რეაქციების მრუდე უფრო მკაფიოა:

|               |                  |
|---------------|------------------|
| 9 წ. 25 პროც. | 12 წ. 15,2 პროც. |
| 10 წ. 16 „    | 13 წ. 7,1 „      |
| 11 წ. 12 „    | 14 წ. 20 „       |

ქალების რეაქციები უფრო კრელია. სხვებზე მტკიცე ხასიათს ატარებს რაციონალისტური რეაქციები:

|               |                |
|---------------|----------------|
| 9 წ. 44 პროც. | 12 წ. 23 პროც. |
| 10 წ. 24 „    | 13 წ. 37,5 „   |
| 11 წ. 16 „    | 14 წ. 20 „     |

სხვის დახმარება ერთობ სუსტობს. გადამეტებულ რეაქციას სულ არ აქვს ადგილი.

## 2. გალიზიანებაზე (ცხრილი 4).

აქ ჩვენ ყურადღებას იქცევს ორი მუხლი; თვითდაცვა და პასიური რეაქციები. ცხრილიდან ნათლად სჩანს, რომ 9 წლის ბავშვები ერთნაირი რეაქციებით უპასუხებენ მეორე გალიზიანებაზე: ქალიც და ვაჟიც საყვარელ ნივთის წართმევაზე ტირის, დაღონდება, იწყენს, შემდეგ მიმართავს მასწავლებელს, დედამას და მხოლოდ საბოლოოდ მოიფიქრებს, რომ წართმევითაც შეიძლება დაიბრუნოს საყვარელი ნივთი. 10 წლის ვაჟი დარწმუნებულია, რომ რაციონალისტური რეაქციით ის ნივთს ვერ დაიბრუნებს, როგორც ფიქრობს ამას ქალი, მაინც ერთგვარი კომპენსაციის სახით იგი იკმაყოფილებს გულს სამაგიეროს გადახდით. 10 წლის ქართველი ქალი საყვარელი ნივთის წართმევაზე 68 პროც. ტირის, თავს შეურაცყოფილად სთვლის, დანაღვლიანდება, 12 პროც. სცდილობს ნივთი თავისით დაიბრუნოს, 8 პროც. მიმართავს დედ-მამას ან მასწავლებელს და მხოლოდ 4 პროც. რაციონალისტურ რეაქციას ხმარობს. ამავე ასაკში ვაჟები საესებით უარყოფენ ამ რეაქციას.

საყურადღებოა, რომ ლმობიერ რეაქციებს ძალიან მცირე ადგილი უკავია, მტრული რეაქციები თითქმის სულ არ არის.

დასასრულს საჭიროდ ვცნობთ აღენიშნოთ, რომ ეს მცირედი წვლილი მხოლოდ წვეთია იმ დიდ ზღვაში, რასაც ჩვენ ბავშვის ბუნების შესწავლას ვუწოდებთ. იმედია, შემდეგ ეს მუშაობა უფრო გაღრმავდება და შესწორდება ყველა ის ნაკლი, რაც ამ შრომას სდევს.

საჭიროა ამგვარი გამოკვლევისათვის იყოს მასალები პედოლოგიური, პედაგოგიური და საექიმო, გამოკვლევა სწარმოებდეს უფრო დიდ მასაზე, მივიღოთ პასუხები არა მარტო მოყვანილ ორ კითხვაზე. მაშინ ამისთანა გამოკვლევას უფრო მეტი ფასი ექნება, ვინაიდან შეცდომები გაცილებით ნაკლები მოგვივა და მაშასადამე მიზანთან უფრო დაახლოებული ვიქნებით.



## ქართველ ბავშვების რეაქციები წლოვანობის მიხედვით.

| გალიზიანება  | რეაქციათა კლასიფიკაცია: | 9    |      | 10   |      | 11   |      | 12   |      | 13   |      | 14   |      |
|--|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|  |                         | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   | ვ.   | ქ.   |
| II<br>ვინმემ რომ სა-<br>ყვარელი ნივთი<br>წაგართვას, რას<br>იზამ? | A. აფექტური რეაქციები:  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | ა) აქტიური              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | 1. თვით დაცვა . . .     | 6,2  | 5,5  | 28,0 | —    | 20,0 | —    | 23,0 | 20,0 | 28,5 | 50,0 | 25,0 | 30,0 |
|  | 2. სამაგიერო . . . . .  | 6,2  | —    | 4,0  | —    | 15,0 | 6,0  | 15,3 | —    | 7,1  | —    | —    | 20,0 |
|  | 3. ხელის შეზება . . .   | 12,5 | 16,6 | 12,0 | 12,0 | 12,0 | 3,0  | 23,0 | —    | 14,2 | —    | —    | —    |
|  | 4. სხვის დახმარება. .   | 25,0 | 33,3 | 28,0 | 8,0  | 32,0 | 39,0 | —    | 20,0 | 28,5 | 12,5 | —    | —    |
|  | ბ) პასიური . . . . .    | 37,5 | 38,8 | 20,0 | 68,0 | 20,0 | 42,0 | 23,0 | 26,0 | —    | 25,0 | —    | 10,0 |
|  | B. მტრული რეაქციები . . | —    | 5,5  | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | 20,0 |
|  | C. ლმობიერი . . . . .   | —    | —    | —    | —    | —    | —    | 7,6  | 20,0 | 7,1  | —    | —    | —    |
|  | D. რაციონალისტური . .   | 12,5 | 5,5  | —    | 4,0  | 4,0  | 9,0  | 7,6  | 6,0  | 7,1  | 12,5 | —    | —    |
| E. პირობითი . . . . .  | —                       | —    | —    | —    | —    | —    | —    | 6,0  | —    | —    | 75,0 | 20,0 |      |



## Т. ШИУКАШВИЛИ.

### Словесные реакции детей школьного возраста в социальном поведении.

Автор исследовал словесные реакции детей—грузин, в 8 и 18 трудовых школах Тифлиса согласно методу, примененному в Германии Баумгартеном и в Ленинграде Польшманом. Детям были заданы в письменной форме 2 вопроса: 1) чтобы ты сделал, если бы тебя назвали глупым, 2) чтобы ты сделал, если бы у тебя отняли любимую вещь. Полученные ответы автор сравнил с ответами детей немцев и русских. Из этого сравнения видно, что дети грузины, как германцы, так и русские, весьма аффективно реагируют на представление об оскорблении; германцы и грузины, как мальчики, так и девочки, дают рукоприкладные реакции; германцы мальчики эту реакцию дают в два раза чаще, чем девочки; тоже самое отношение мы видим и на детях грузинах мальчиках с той лишь разницей, что грузины мальчики в процентном отношении дерутся чаще, чем германские мальчики. Интересно, что к чужой помощи германские дети обращаются в 0,5%, тогда как грузины к той же реакции прибегают в 6% случаев; но как выяснилось из анализа ответов грузин—детей, увеличение % обращения к чужой помощи идет за счет пионер-коллектива, педагогического совета и других школьных организаций. На второй раздражитель, как на более комплексный, дети всех трех наций отвечают весьма аффективно. Абстрактный вопрос: „чтобы ты сделал, если бы у тебя отняли твою любимую вещь“. Дети грузины, реально его переживают и переносятся ими на определенную какую нибудь вещь: любимую книгу, любимые часы и даже любимых отца и мать.

## T. Chiukachvili.

### Les reactions verbales des enfants á l'áge scolaire par rapport á la conduite sociale.

L'auteur a étudié les réactions verbales chez les enfants géorgiens, élèves des 8 et 18 écoles du travail de Tiflis d'après la méthode appliquée en Allemagne par Baumgarten et á Leningrad par Pollman.

Deux questions écrites furent proposées aux enfants: 1) que ferais tu, si on t'appelait sot, 2) que ferais-tu, si on t'enlevait ta chose préférée? L'auteur a comparé les réponses recues avec les réponses des enfants allemands (Baumgarten) et russes (Pollman).

Je decoule de cette comparaison que les enfants géorgiens de même que les allemands et les russes réeagissent tres violamment á l'idée d'un outrage. Les Allemands et les géorgiens aussi bien les garçons que les filles sont prêts á se battre. Lrs garçons allemands présentent cette réaction 2 fois plus souvent, que les filles et les garçons géorgiens ont un pourcentage d'humeur bataillense encore plus élevé.

Il est interessnt de noter que 0,5% des enfants allemands ont recours á une aide étrangère tandis que chez les géorgiens cette proportion s'elève á 6%. Ces derniers cependant s'adressent aux associations de pionniers, au conseil pedagogique, et aux autres organisation scolaires.

La deuxième question emeut vivement tous les enfants, tant géorgiens que russes et allemands. Les enfants géorgiens transporten aux point de vue concret la question posée et se representent la chose préférée comme un livre, une montre on même le père et la mère.



კათოლკოგიური ანატომია.

Höfer, Karl. Beitrag zur Xanthomatose der Dura Mater und der Schädelknochen. Klin Wochenschr. 1930. № 28 s. 130—1905.

[მაგარი გარსის და ქალას ძვლების ქსანთომატოზის შესახებ].

აეტორი ასწერს ერთ შემთხვევას, სამაგალითოდ მის მიერ გამოკვლეულს და შისწავლის, იწ ფრიად იშვიათი დაავადებისა, რომლის მხოლოდ 15 შემთხვევაა გამოქვეყნებული (გაკვეთით მხოლოდ 5 შემთხვევა.) და რომელიც ცნობილია, როგორც Schüller-Christian-ის დაავადება.

10 წ. ვაჟი. მშობლები, ძმები, დები-სალი. 4 წლამდე ვითარდებოდა ნორმალურად. ველოსიპედის ჯაჭვის დარტყმის შემდეგ—სიმსივნე ყურის უკან. უახლოვს ნახევარი წლის განმავლობაში გაუჩნდა სიმსივნეები ქალას სხვადასხვა ადგილებზეც, 1925 წ. ზაფხულში შუბლზედაც ამავე დროს ამოგულა მარცხენა თვალი. სიმსივნეების გაჩენის შემდეგ დაიწყო ბევრი სასწესის მიღება. 1926 წ. ოქტომბერში ნახულია: ჰიდროცეფალუსი, ქალას კონფიგურაციის ძლიერი შეცვლა, ქალას კანქვეშ სიმსივნეები პატარა ვაშლის ოდენა და ნაკლები, ქალას ძვლებში დეფექტები, რომლებშიც „სიმსივნე ტვინი“; თავის ქალას კანზე გამონაყარი, ბუნდოვანად შემოსაზღვრული, მშრალი, ქერკლიანი, ნაწილობრივ დაფხაჭნილი; თვით კანი მოწითალო, გათხელებული, თმები შეწებულია ერთმანეთთან რუხი ყვითელი მასით; მონრდილი ფუფუნება საფეთქლების ზევით. გულმკერდის და მუცლის ზედა ნაწილის კანზე გასონაყარი—ბრტყელი და წვეტიანი კვანძები—მოწითალო ყვითელი ფერის, დაფარული მოყვითალო ქერქლით. გული, ფილტვები, მუცლის ღრუს ორგანოები—არაფერი აღსანიშნავი.

Protrusio bulbi oculi sinistri. ოფთალმოსკოპიურად — ვენების გაგანიერება, დაკლავება. შარდი 2—6 L. დღე-ღამეში, ზე. წ. — 1000 — 1007. ცილა —. შაქ. —. Pirquet —. W. R. —. S. G. —. W. R. (liquor) —. S. G. (liquor) —. სისხლის მორფოლოგიური სურათი არ უთითებს რაიმე გარკვეულს ნეფროლოგიურად — არაფერი საყურადღებო. ქალას ერთ-ერთი სრმსივნის პუნქცია—სტერილური ჩირქი. ყველა ჩამოთვლილი მოვლენების მიხედვით დასმულია დიაგნოზი—*t. b. c.*, რადგანაც კანის გამონაყარი არ განიჩნევიდა *Lichen scrophulosorum*-იდან. ასეთი დიაგნოზი ბავშვი ეჩვენა ბერლინის დერმატოლოგიურ საზოგადოებას 30.X.1926 წ.

1929.30.XII ბავშვი ისევ კლინიკაში მოხვდა. ის უკვე 10 წლის არის. სიმაღლე—107 სმ. წონა—20.5 kg., თავის გარშემოწერილობა 56,5; თავი დიდი, უსწორო მოყვანილობის, მობრტყეა შემადლებებით და ჩაღრმავებებით, მაგრამ ძვლებში დეფექტები აღარ ისინჯება. ქალას კანზე რამოდენიმე ნაწიბური, ზოგან ფუფუნებით. ნაწიბურების მიდამოში, მარჯვენა თვალის კუთხეში და ნიკაპზე პატარა თხილის ოდენობიდან ბრინჯის მარცვლის ოდენობამდე, მოწაბლისფერი, მოწაბლისფერი—ყვითელი, ჩალისფერი—ყვითელი წილაკლოვანი კვანძები. გულმკერდზე. მუცლის ზედა ნაწილზე, შუბლზე, თვალის ქუთუთებზე და თავის კანზე წაბლის ფერი პიგმენტაცია სხვადასხვა ელფერით — ზოგან წაბლის ფერი მოყვითალო, ზოგან ნაბლის ფერი მოწითალო. მსუბუქი ციანოზი მთელი სხეულის. კაპილაროსკოპია ატონიური ციანოზი. Exophthalmus sin. Visus—d.— $\frac{5}{5}$ , s.  $\frac{5}{7-5}$  სიყრუე ორივე მხარეს, შიგნითა ყურის დაზიანების გამო. Roentgen-ით, რომლითაც 1926 წ. ნანახი იყო ქალას მთლიანი დეფექტი, ეხლა დეფექტები აღარ აშკარავდება, ამოვსებულია. გული, ფილტვები, მუცლის ღრუს ორგანოები — არაფერი აღსანიშნავი. Genitalia — არა საკმარისად განვითარებული. შარდი 15 L. დღე-ღამეში, ზე. წ. 1000—1007. სისხლი:— $\beta$  ოქსიბრანსმეა 7.5 mg.  $\%$ , საერთოდ ერბომეავეები 1153  $\text{mg. } \%$ , ქოლესტერინი 238 mg.  $\%$ , ბილირუბინი 0,53 mg.  $\%$ , შაქარი 80 mg.  $\%$ , ნარჩენი N 24. სისხლის მორფოლოგიური სურათი არ იძლევა მითითებას რაიმე გარკვეულ დაავადებაზე ძვლის ტვინში, რო-



საქართველო  
1935

შელიც გამოკვლ. Schilling-ის მიერ, ნახულია მცირე რაოდენობა ქაფოვანი უჯრედების, შედარებით პატარა ბირთვებით, რის მიხედვითაც მის მიერ დასმულია ქსანთომატოზის დიაგნოზი. ჰისტოპათოლოგიურად თავის ქალას ნაწიბურიდან აღებულ ქსოვილში ნახულია ტიპური ქსანთომატური უჯრედები, ორმაგამტენი სუბსტანციით. ეს უჯრედები იღებება სუდანით წითელ მონაბლისფერად, Smith-Dietrich-ით ლურჯ-შავად, კრეზილდიოლექტით კი ივინი ფიჭოვანი სტრუქტურისაა. ხელოვნური კულტურა ქალას ერთ-ერთ ნაწიბურის ინფილტრაციდან — შენახულია ცოცხლად 18 დღე. 5—7 დღის ლატენტობის შემდეგ მძაფრი ზრდა. ქსოვილოვანი მასიდან გამოხეტილებულ უჯრედებში — ორმაგადამტენი სუბსტანცია.

დაბოლოს ავტორი ადარებს თავის შემთხვევას სხვა გამოკვლევებულ ასეთ შემთხვევებს. დაავადებულთა ასაკი 3—16 წლამდე. მაგრამ დაავადება იწყება უფრო ადრე 2 და 4 წელს შუა. 15 დაავადებულნიდან — 10 ვაჟია, 5 ქალი. ებრაელთა განსაკუთრებული მიდრეკილება ამ დაავადებისადმი არ მქონდა. ჰისტოპათოლოგიური სუბსტრუქტი დაავადების ქსანთომატური უჯრედებია. ლიბოიდშემცველი ჰიპერპლაზია მაგ. გარსის და ქალას ძვლების მიზეზია გარკვეული სიმპტომების: ჰიპოფიზის უკან წილის კომპრესია — უშაქრო დიაბეტი, ჰიპოფიზის წინა ნაწილის კომპრესია — ჰონდრისკაცობა. ქალას ძირითადი ძვლის პატარა ფრთების და ორბიტის სახურის დაზიანება — *protrusio oculi*. *Os petrosum*-ის დაზიანება — სიყრუე. შეიძლება სხეულის სხვა ძვლების პროცესში მონაწილეობაც, აგრეთვე ღვიძლისა და ელენთის გადიდებაც, რასაც უფრო შოგიერთი ავტორი, ლიბეინის მიზეზად თავის შემთხვევაში ავტორი თვლის ღვიძლს. მკურნალობა არ არსებობს. აღწერილ შემთხვევაში ქალას დეფექტები თავის-თავად ამოივსო, მაგრამ ამავე დროს ქალას სხვა მიდამოებში, მაგ. *os petrosum*-ის პროცესი მიიწევა წინ და გამოიწევა სიყრუე.

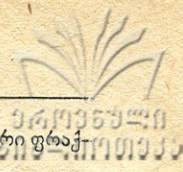
ვლ. შ-ტი.

Epstein, Emil und Lorenz, Karl. Zur Chemie der Gewebsinlagerungen bei einem Falle von Scüller-Christianscher Krankheit, Hoppe-Seyler's Z-t für Physiol. Chemie. 1930. Bd. 190. H. 1 und 2.S.44.

ავტორები, შესაფერისი ლიტერატურის მოკლე მიმოხილვის გარდა, იძლევიან Schüller-ის (1915) და Christian-ის (1918) მიერ აღმოჩენილ დაავადების დროს განვითარებულ ქსოვილის ქიმიური გარკვევების შედეგებს. Schüller-Christian-ის დაავადება, ისე როგორც Gaucher-ისა და Nimann-Pick-ის დაავადება, არის ლიბოიდუჯრედოვანი ლიბოიდოზის ერთ-ერთ თავისებური და განსაკუთრებული ტიპი. ავტორის შემთხვევა ეხება 26 წლის (ამ შემთხვევაში ასაკი საინტერესოა, რადგანაც Rowland-ის — 1928 წ. — მიერ შეკრებულ 15 შემთხვევაში დაავადებულნი იყვნენ ასაკით 3—16 წლამდე) ვაჟს, რომელიც გაუკვეთია 1929 წლის შემოდგომაზე ვენის პათოლოგიურ ინსტიტუტში Chiaris-ს. საყურადღებოა, რომ შემთხვევა თვით Schüller-ის შეუსწაველია კლინიკურად. ავადმყოფს ქონია: *Habitus dystrophiae adiposogenitalis*, ტინის სიმსივნის ნიშნები (შეუპოვარი თავის ტკივილები, პირღებინება, ორივე მხარეს შეგუბებული დერილები), მარჯვნივი ექვოფთალმუსი, პოლიურია და სხვა. პათოლოგიურ-ანატომიურად ნახა: უმთავრესად მაგარ გარსზე და ტენტორიუმზე სიმსივნის მაგარი ყვითელი მკრივი მასა. ასეთვე მასა ჩონჩხის ბევრ სხვა ნაწილებში, რეტროპერიტონეალურ, პერინეალურ და სუბპეკარდიალურ ცხიმოვან ქსოვილში. რამოდენიმე კვანძი ღვიძლშიც. ელენთა უცვლელი.

ქიმიური გამოკვლევის მეთოდით, ფორმალინში ფიქსაციაქმნილი 6.9 gm. მასალიდან ავტორს უნძარია 4.9 gm. ლიბოიდების ფრაქციული ექსტრაქციისათვის (ჯერ ეთერით, შემდეგ ალკოჰოლით) Fraenkeli-ით, 2 gm. კი ქოლესტერინისა და ქოლესტერინესტერების განსაზღვრისათვის Windaus-ის დიგიტონინით დალექვის მეთოდით და Fex-ის მითითებების ხელმძღვანელობით.





შემდეგ ტაბულაში ნაჩვენებია ეთერში ხსნადი და ალკოჰოლში ხსნადი ლიპოიდური ფრაქცია მაგარი გარსის ლიპოიდულჯრდოვანი მასის მშრალი ფხვნილიდან.

| მ ა ს ა ლ ა   | % - უ ლ ი ც ი ფ რ ე ბ ი                                    |                 |   |                                     | კ ვ რ ა ზ ი ნ ი ა რ ა რ ი ს |
|---|--|-----------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|
|   | გადამუშავებულია ფორმალინში ფიქს. ციკმნილ 100 gm. მასალაზე. |                 | გადანაგარიშებულია 100 gm. მშრალ ფხვნილზე. |                                     |                             |
|   | მშრალი ფხვნილის რაოდენობა                                  | წყლის რაოდენობა | ეთერის აორთქლების შემდეგ ნარჩენი          | ალკოჰოლის აორთქლების შემდეგ ნარჩენი |                             |
| მაგარი გარსის სიმსივნის მაგარი ქსოვილი, Schüller-Christian-ის დაავადების დროს | 27.55  | 72.45           | 34.68                                     | 3.7                                 |                             |

აზოტის და ფოსფორის განსაზღვრამ ლიპოიდების ეთეროვანი ფრაქციები გამოაშკარავა: N—0.098 და Ph—0.062. ფოსფორის ამ რაოდენობიდან ნაანგარიშებია 100 gm. მშრალ ფხვნილში 1.64 gm. ლეციტინი.

შებდევ ტაბულაში ნაჩვენებია ქოლესტერინის რაოდენობა 2 gm. მასალაში, გადანაგარიშებული 100 gm. მშრალ ფხვნილზე.

- თავიუფალი ქოლესტერინი — 3.23 gm.
- ქოლესტერინესტერი — 15.35 gm.
- სულ ქოლესტერინი — 18.58 gm.

ეს შედეგები საყვებით ეთანხმება Chiaris ჰისტოპათოლოგიურ და ჰისტოქიმიურ გამოკვლევას, რომელმაც პოლარიზაციული მიკროსკოპით ბევრი ორმაგგადამტენი სუბსტანციები აღმოაჩინა.

ავტორები ხაზს უსვამენ იმ გარემოებას, რომ გამოკვლეულ შ-ში ქოლესტერინესტერის და ქოლესტერინის დამოკიდებულება არის 4,75:1, მაშინ როდესაც ნორმალ ქსოვილში ეს დამოკიდებულება არის 1:2—4.

ეთერში ხსნადი ლიპოიდური ფრაქციის (34.68) ჰარბობა ალკოჰოლში ხსნადის ფრაქციაზე (3.7) ამბობს, რომ ცხიმების და ლიპოიდების დალაგებაში მონაწილეობს თიოქმის მარტო ეთერში ხსნადი სუბსტანციები. ამ ჰარბის მნიშვნელოვანი ნაწილია ფიზიკურად და ქიმიურად აქტიური ქოლესტერინი, და მისი ესტერი (18.58%), აგრეთვე ინდიფერენტნიტრ. ცხიმები (14.46%), ლეციტინი კი მხოლოდ მცირე რაოდენობით (1.64%). ამ მონაცემების შედარება ავტორების მიერ ნაწარმოებ Niemann-Pick-ის დაავადების შემთხვევის ელენთის ქიმიურ გამოკვლევის შედეგებთან (ლეციტინი 13.2%, ინდიფერენტ. ცხიმები 12.79%, ქოლესტერინი 1.41%) უთითებს, რომ Schüller-Christian-ის დაავადების დროს მაგარი გარსი სიმსივნურ მასაში დამოკიდებულება ხოლესტერინის ლეციტინთან არის 11.3:1, Niemann-Pick-ის დაავადების დროს კი ამავე ნევთიერებების დამოკიდებულება დიამეტრულად საწინააღმდეგოა 1:9.3.

ამ გამოკვლევით დასტურდება Verse-ს აზრი შესახებ იმისა, რომ ლიპოიდსტეატოზების დროს ადგილი აქვს კომპლექსტეატოზებს—ლაფდება ლიპოიდებისა და ცხიმების ნარევი — და ლიპოიდსტეატოზების ცალკეული ტიპები ხასიათდება ამა თუ იმ ლიპოიდების ჯგუფის ჰარბობით. ნეიტრალი ცხიმები, როგორც ფიზიკურად და ქიმიურად ინდიფერენტული, ლებულობენ მონაწილეობას ყველა ლიპოიდსტეატოზებში. მნიშვნელოვანია და განსაზღვრავს ცალკეულ ლიპოიდსტეატოზებს, მხოლოდ ფიზიკურად—ქიმიურად აქტიური სუბსტანციები; ქოლესტერინი და მისი ესტერი (ქოლესტერინული ლიპოიდსტეატოზი—Morbus Schüller-Christian), ფოსფატიდები—ლეციტინი—(ლეციტინური ლიპოიდსტეატოზი — Morbus Niemann-Pick) და ცერებროზიდები—კვრანინი—(ცერებროზიდული ლიპოიდსტეატოზი Morbus Gaucher), რომლებთანაც ახლო სდგას ხშირად დიაბეტთან შეუღლებული ქოლესტერინული ქსანთომატოზი.



## შინაგანი სნეულბანი.

## კუჭისა და თორმეტგოჯას მწვავე გაგანიერების სიმპტომები.

ეს დაავადება თავისი სწრაფი განვითარების და ადივილი მკურნალობის გამო საჭიროებს დაუგვიანებელ დიაგნოზს. H. Mondor-ს. (La pratique médicale française აპრილი 1930) მოჰყავს მისი მთავარი ნიშნები. იგი თითქმის მუდამ ოპერაციის შემდეგ გართულებას წარმოადგენს, მაგრამ ჩნდება არა მარტო მუცლის დრუს ოპერაციის შემდეგ, არამედ მაშინაც, როცა გვაქვს ოპერაციები თირკმელის, ძუძუს, კიდურების და სხვა. იგი აგრეთვე გვხვდება მრავალ სხვა სნეულბებზე-ს დროს, მაგალითად ფილტვების ანთების, ტიფის, ქუნთრუშის და სხვა. შესაძლოა მისი ეთიოლოგია სრულიადაც არ ვიცოდეთ; ხშირად იგი ვითარდება ძლიერი გაძლიერების შემდეგაც.

ოპერაცია გადატანილთ შორის, უფრო ხშირად მწვანე გამაგანიერების მოვლენები მეორე-მეოთხე დღეებს შორის ჩნდება. დასაწყისი ხან შეუმჩნეველია და ვერაგი, ხან კი ძლიერ მწვავე და ხასიათდება ძლიერი ეპიგასტრიული ტკივილებით.

თავიდანვე ჩნდება პირღებინება; იგი არაჩვეულებრივი სიხშირით არის, ბლომად, თავის თავად და არაგითარ ძალდატანებას არ თხოულობს; ნაღებინები ჯერ ნალევნარეგია და მომწვანო, შემდეგ კი მუქი და მოშავო. ზოგიერთ განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევებში პირღებინება შეაძლოა სრულიად არ შეგვხვდეს. მალე ჩნდება კოლაპსის ნიშნებიც: პერიტონეალური სახე, ძაფისებრივი პულსი, ძლიერ აჩქარებული, თითქმის დაუთვალავი.

გამოკვლევა გვიჩვენებს მთავარ ნიშანს: მუცლის დაჭიმულებას, რომელიც სწრაფად მატულობს; ეს დაჭიმულება ჯერ ეპიგასტრიუმში, შემდეგ იგი მთელ მუცელზე გრცელდება, მაგრამ fossae iliacaე თავისუფალი რჩება. კუნთოვანი კონტრაქტურები ან პერიტონეალური მოძრაობანი არ არსებობს. პერკუსიით ვიღებთ ტიმპანიტს მუცლის ზემო ნაწილში, ეპიგასტრიუმში და მარცხენა ფერდქვეშა არეში. შენძრევა გვაძლევს შეხვის ხმას და ყურყურს, რაც სითხისა და ჰაერის არსებობას მოწმობს.

სხვა მეორეხარისხოვანი სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ძლიერი წყურვილი, ოლიგურია, სრული შეკრულობა ან პირიქით ფაღარათობა, სლოკინი, ქოშინი. ავადმყოფი ძლიერ მივარდნილია, მეგრამ ტკივილებს მაინც-ცა-მაინც არ უჩივის. განვითარება ძლიერ სწრაფია და თუ დიაგნოზი იმავე დღეს არ იქნა დასმული, სიკვდილი აუცილებელია. ოპერაციის შემთხვევაში უნდა გამოვრიცხოთ სისხლის დენა, პერიტონიტი, გაუვალობა, circulus vitiosus, რომელიც მოითხოვს ხელმეორედ ოპერაციულ ჩარევას, მაშინ როცა ეს უკანასკნელი საბედისწეროა მწვავე გასტროდუოდენალური გაგანიერების დროს.

სპონტანური ფორმების დროს დიაგნოზი ძნელია და შეეცდომა ჩვეულებრივ მოვლენას წარმოადგენს, რომელსაც თან სდევს ხოლმე ქირურგიული ჩარევა, და ამის დასასრულ კი ვიღებთ სამწუხარო შედეგს.

თერაპია, რომელიც უნდა ვიხმაროთ უიმედო შემთხვევებშიაც, გამოიხატება კუჭის განმეორებით გამორეცხვაში, რომელსაც ხანდახან შესაძლებელია მოყვეს ხოლმე კუჭში ადგილობრივი ნეკროზების განვითარება, როგორც ეს Schnitzler-მა აღნიშნა.

ექ. ვენერა შუბლაძე.

## Casoni-ს რეაქციის დიაგნოსტიკური ღირებულება.

Morenas და Lagéze-ი (Journal de médecine de Lyon 5 აპრილი 1930) აწარმოებდნენ ჰიდატიურ ინტრადერმო რეაქციას მრავალ ავადმყოფებზე, რომელთა შორის 12 კაცი ნამდვილად დაავადებული იყო ეზინოკოკით; ეს რეაქცია აღმოჩნდა დადებითი 8 ჯერ 10 ნამდვილი დაავადების შემთხვევაში. ავტორები აღნიშნავენ მანამდე შეუმჩნეველ შეცდომას, რომ შესაძლებელია ეს რეაქცია დადებითი აღმოჩნდეს taenia-თი დაავადების შემთხვევაშიაც. ამჟამად მიღებულ მეთოდებს შორის ეს მეთოდი ყველაზე უფრო მაღლა სდგას, რადგან იგი ყველაზე უფრო მარტივი, სწრაფი და სწორია. ავტორების თქმით „ეს კლინიკური ცდა ფრიალ ნიშნებელთან სიმპტომია, რომელიც თუ აბსოლუტურად პათოგნომონიური არაა, მაინც რენტგენოსკოპიული სურათის მსგავსად, წარმოადგენს დიაგნოსტიკისათვის დიდ ღირებულებას“.

ექ. ვენერა შუბლაძე.





ინფემციური სნეულუბანი.

M. Pfandler. წითელის აცრა და შრატით მკურნალობა.

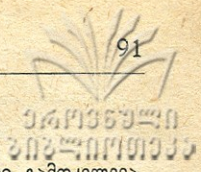
Monatsschrift fur Kinderheikunde 1930.

სიკვდილობის მხრით წითელას ევროპის ქვეყნებში პირველი ადგილი უჭირავს ოთხ მწვავე გადამდებ სნეულებათა შორის (წითელა, ქუნთრუშა, ხუნაგი, ყივანახველა), და ამ სიკვდილობას არ ემჩნევა დაწყვისადმი მიდრეკილება. წითელა საშიშროებას წარმოადგენს არა მარტო ბავშვებისათვის, საფრანგეთის ჯარში, მაგალითად, მას სიკვდილობის გამოწვევაში მეორე ადგილი უჭირავს ტუბერკულოზის შემდეგ და იგი სდგას მუცლის ტიფის წინ. განსაკუთრებით დიდ საფრთხეს წარმოადგენს წითელა რახიტით დაავადებულ და საერთო კვება შესუსტებულ და მოშლილ ძუძუ მწოვარა ბავშვებისათვის. 1/4—1/2 ასეთი ბავშვებისა სავადმყოფოებში იღუპება წითელათი. თუ უკანასკნელი შეიჭრა იქ, რაც ადვილად ხდება, რადგანაც ინკუბაციურ ხანაში წითელას თითქმის არ აქვს არავითარი ნიშნები, დასაწყისი სიმპტომებიც პროდრომალურ ხანაში ხშირად იფარება ექვებით, სკროფულოზური კატარით, გრიპით და სხვ., გადადება კი კვილადა და მალე ხდება.

10 წლის წინეთ მიუნხენის კლინიკაში ბფაუნდლერმა პირველად სცადა პასიური იმუნიტეტის მისაღებათ ინტრამუსკულარულად რეკონვალესცენტის შრატის შეყვანა და კარგი შედეგი მიიღო. ამის შემდეგ იწყება ცდები სამკურნალო შრატის მისაღებად (Degkwitz, Ferry-Fischer, Tuniklif). იუნიზაციას უკეთებენ წითელას გამომწვევი აგენტით ცხენებს, თხებს, ცხვრებს მიღებული შრატის თერაპიული ღირებულება საბოლოოდ უარყო გროერმა, თუმც ზოგიერთ ქვეყნებში თითქოს კარგ შედეგს იღებენ და ასეთ შრატს ჯერ კიდევ ჰყავს მომზრებები. რეკონვალესცენტების შრატის მნიშვნელობაც საკამათოა. ვეისბეკერით შეიძლება პატარა-პატარა დოზებით გართულებების თავიდან აცილება. დებრე, პირიქით, ძლიერ მიიჩნევს, მაგრამ გარეთულებულ შემთხვევაში მიმართავს სისხლის ტრანსფუზიას და თუ ეს ვერ ხერხდება—20,0—40,0 კუბ. სანტ. შრატის ყოველ დღიურ შემზაპუნებას. რეკონვალესცენტების შრატით პასიური იმუნიზაცია შეზღუდულია, რადგანაც შრატს ადამიანიდან ვიღებთ და თვით იმუნიტეტიც ხან მოკლეა. ამიტომ გასაგებია აქტიური იმუნიზაციის გზის ძებნა. ჯერ კიდევ მე-18 საუკუნეში, გენერის მიერ ყვავილის საწინამდებოთ შემოღებულ აცრის გავლენით, აწარმოებდნენ ერუპტაციის სტადიუმში აღებული სისხლის კან ქვეშ შეყვანა; მე-19 საუკუნეში კი Mayr per mucos. ახდენდა ავადმყოფის ლორწოთ ინოკულაციას. ამ მეთოდების დროს შეცდომა იმაში მდგომარეობდა, რომ წითელის დროს არ არსებობს ადგილობრივი რეაქცია და ზოგადი იმუნიტეტის გამომუშავება, როგორც ეს ყვავილის დროს ხდება. შემდეგ შეეცადნენ ასატრულ მასალის შესუსტებას სხვადასხვა გზით. Hirsaisch და Okamoto-მ გამოიკვლიეს, რომ წითელის დასამართებლად საკმარისია 1,0—2,0 ავადმყოფი სისხლი. ისინი კი იმუნიტეტის გამოსაწვევად ხმარობენ ამ დოზის 1/10-ს. Deykwitz-ს და Debres-ს კი შეჰყავდათ 5,0—70,0. შედეგი—იმუნიტეტი შეუმჩნეველად, მორბილი იდინ შესუსტებული ინფექცია. Castelli ასუსტებდა ასატრულ მასალას 3—5 დღით სისხლის შენახვით. Savini - გატყულებით 56-მდე. შედეგი—იმუნიტეტი, მარბილი იდინ არა ერთგვაროვანი რეაქცია. Hoffmann-ი ახდენს ინოკულაციას ჩვილ ბავშვებზე პირველ 5-6 თვეში, როცა ბავშვს აქვს თანდაყოლილი პასიური იმუნიტეტი. მასალად ის ხმარობდა ავიდმყოფიდან აღებულ ლორწოს, რაც გაზნა მიზეზი ამ მეთოდის მიტოვებისა (ზეზი), მიუხედავად კარგი შედეგისა. რეკონვალესცენტების შრატის თვისების აღმოჩენის შემდეგ აწარმოებენ კომბინურ იმუნიზაციას: შრატის შეყვანით იწვევენ პასიურ იმუნიტეტს დი შემდეგ კი ახდენენ სხვადასხვა მეთოდებით ინოკულაციას (Richardson, Cannon, Deghoit). Sangon-იმ გაასტერილა წითელას აგენტის კულტურა 0,5% Phenol-ის მიმატებით და შეუშაპუნა კუნთებში. შედეგი—თითქოს იმუნიტეტი, უკანასკნელა დროის ცნობებით მიღებულია უკვე სუფთა ენდოტოქსინი და ექტოტოქსინი, რომელზედაც ამერიკელი ავტორები ისეთივე ცდებს აწარმოებენ, როგორც შიკის რეაქციის დროს და ახლო მომავლის საკითხია სუფთა ტოქსინის საჭირო დოზების შემუშავება ან ისეთი პრეპარატების გამომუშავება, როგორიცაა ტოქსინის და ანტოტოქსინის ნარევები და ანტოქსინი.

ი. კანაშვილი.





**გავფთვთა სნეულთაანი.**

Langer. დახოცილ tbc—ბაცილებით და B.C.G.-თ იმუნიზაციის შედარებითი გამოკვლევა. Monatschrift für Kinderheilkunde. 1929.

ლ ა ნ გ ე რ ს უწარმოებია ზღვის გოჭების იმუნ ზაცია ჩვეულებრივი წესით აღზრდილ და დახოცილ tbc-ბაცილებით, B.C.G.-თ და თავისი საკუთარი ასაცრელი მასალით (რომელიც წარმოადგენს, რაც შეიძლება ახალგაზრდა, განსაკუთრებულ საკვებ მასალაზე აღზრდილ და დახოცილ tbc-ჩხირების კულტურას). ავტორი ამტკიცებს, რომ მისი მასალით აცრა სრულიად ამიერიებს tbc-ინფექციით სიკვდილობას პირველი თვის განმავლობაში მაშინ, როდესაც B. C. G. აცრილი და საკონტროლო ცხოველები სწორედ პირველ 5 თვეში ავადდებდა. ჩვეულებრივი წესით აღზრდილი კულტურიდან მიღებული ასაცრელი მასალა უფრო ნაკლებ იმუნიტეტს იძლევა, ვიდრე ლ ა ნ გ ე რ ი ს. იმუნიტეტი, როგორც B. C. G., ისე ლ ა ნ გ ე რ ი ს მასალის ხმარების დროს, მუდმივი არ არის და ზღვის გოჭებს ესაობათ დაახლოებით ერთი წლის შემდეგ. ავტორის აზრით, იმუნიტეტი, როგორც დახოცილი, ისე დასუსტებული ბაქტერიებით გამოწვეული, — მსკავსია, და ამიტომ ის დამოკიდებულია არა ცოცხალ ბაქტერიების მოქმედებაზე, არა ინფექციაზე, როგორც ასეთზე, არამედ ორგანიზმის რეაქციაზე, tbc ჩხირებში არსებულ ნივთიერებების ორგანიზმში მოხვედრაზე. ამისთვის კი სულ ერთია ორგანიზმი მატარებელია ცოცხალი, თუ შევდარი ბაქტერიებისა. რეაქცია დამოკიდებულია შხამების მოქმედების ხანგრძლივობაზე, ამიტომ ყველაზე ხანგრძლივია ნამდვილი ინფექციის დროს. აცრისას რეაქცია შეზღუდულია და მისთვის ცოცხალი-შესუსტებული ბაქტერის შეყვანას უპირატესობა არ აქვს. ლ ა ნ გ ე რ ი მის მიერ მოწოდებულ მასალას იმ უპირატესობას ანიჭებს, რომ ის იწვევს იმუნიზაციას პირველ 5 თვეში, როცა tbc გენერალიზაცია უფრო ხშირია. მისი აზრით, საჭიროა დახოცილ ბაქტერიებით აცრის შემოწმება და სასურველ შედეგების მიღებისას, ასეთი მასალის ხმარება ბავშვებზე.

ო. კანიშვილი.

**მიმანოვა გინეკოლოგია.**

A. M. Агаронов. „К порокам развития матки“. (Жур. акуш. и женск. болез. том XV кн. 7-8 1929 г.).

ავტორი საშვილოსნოს სიმანინჯეთა განვითარებას მიაკუთვნებს ემბრიონალურ ხანას. ამ სიმანინჯეთა შესახებ არსებულ კლასიფიკაციათა შორის უფრო მარტივად და მიზანშეწონილად მიჩნია კ უ ს მ ა უ ლ ი ს და ფ ე ლ ი ნ გ ი ს კლასიფიკაცია. თვით აღწერილი აქვს ერთი შემთხვევა (სახ. უნივერ. გინეკოლ. კლინიკიდან) Uterus didelphus cum vagina septa. დიაგნოზი ყოფილა დასმული ბიმანუალური გასინჯვით—შემდეგ კი უწარმოებიათ Hystero-Salpingoraphia ორთავე საშვილოსნოს ცალკეალკე, რასაც წინასწარი დიაგნოზი სავსებით დაუდასტურებია. გაუკეთებიათ ოპერაცია:—ამოკვეთილია ტიხარი-განაკვეთი ადგილას კვტაჟტის კვანძი. ავადმყოფს ოპერაციის შემდეგ მოსვლია თვითური. ამოკვეთილი ტიხრის ქსოვილი მიკროსკოპიულად გამოკვლეული ყოფილა და მასში კუნთოვანი ბოჭკოები ვერ აღმოუჩენიათ. ავტორი აღნიშნავს, რომ ასეთი სიმანინჯეჩი იშვიათი მოვლენაა. თავისი შემთხვევა, სადაც წინასწარი დიაგნოზი შემდეგ ოპერაციით იქნა დადასტურებული, მას მიჩნია უნიკულად. ავტორს მოყავს ლიტერატურა მთელი რიგი ავტორების ანალოგიურ სიმანინჯეთა შესახებ, მაგრამ იგი არ იხსენიებს ექ. ბერი-ნოვა-კუჭაიძის შემთხვევას (სახ. უნივერს. სამეანო კლინიკიდან), რომელიც გამოქვეყნებულია ჟურ. თანამ. მედიც. № 2 1925 წ. სათაურით „ორსულობის შემთხვევა ორმაგ საშვილოსნოში“. აღნიშნულ ავტორს დაწვრილებით აქვს აღწერილი ეს შემთხვევა — საკმაო ლიტერატურული მასალა აქვს დაგროვილი და გარდა ამისა ამოკვეთილი ტიხარიც მიკროსკოპიულად შესწავლილი, სადაც აღმოჩენილ იქნა კოლაგენური და ელასტიური ბოჭკოები და სადა კუნთოვანი ბოჭკოებიც.

სასურველად მიგაჩნია, რომ ლიტერატურული მასალის განხილვის დროს უცხო ავტორების შრომებთან ერთად გახსენებული იქნეს ის შრომებიც, რომლებიც ერთსა და იმავე შინაგან მათავესებულ მეზობელ კლინიკაშია დამუშავებული და დასტამბულიც არის.

გ. ლორთქიფანიძე.





გამოვიდა შემდეგი წიგნები:

1. Szymonowicz და Krause. ჰისტოლოგიის სახელმძღვანელო, 1 ტ. თარგმანი პროფ. ს. საყვარელიძის. წიგნი მშენიერად არის გამოცემული, კარგ ქაღალდზე დაბეჭდილი, შეიცავს 364 გვერდს და მასში 267 სურათია. ღირს ყდით 8 მ. 50 კ.

2. პროფ. სვ. ყიფშიძე. ნერვების სნეულებათა სიმპტომატოლოგია. ტ. 1. სახელმძღვანელო სტუდენტთა და ექიმთათვის. წიგნი კარგად არის გამოცემილი, შეიცავს 334 გვერდს და მასში 151 სურათია. ფასი ყდით 8 მ. 50 კ.

3. ექ. პიმენ ნანეიშვილი. მენინგიზმის საკითხის შესწავლისათვის ინფექციურ სნეულებათა დროს. სადისერტაციო შრომა. წიგნი შეიცავს 225 გვერდს და დართული აქვს 2 ტაბულა და 2 მიკროფოტოგრაფიული სურათი.

4. პროფ. მარიამ უგრელიძე. ქართველ, სომეხ და რუს ახალდაბადებულთა ფიზიკური მდგომარეობის გამოკვლევა ანთროპომეტრიული მეთოდის საშუალებით. სადისერტაციო შრომა. წიგნი შეიცავს 323 გვერდს და მას დართული აქვს 33 მრუდე ტექსტში. ფოტოგრაფიურად, 6 ტრაფარეტი და 2 მრუდე ტექსტის ბოლოში.

5. პროფ. მ. შინამძვრიშვილი. შინაგან სნეულებათა დიაგნოსტიკის საფუძვლები. ტ. 1. წიგნი შეიცავს 200 გვ. და მას დართული აქვს 49 სურათი ტექსტში. ღირს—3 მ. 50 კ.

ტუბერკულოზის დოცენტურის გამგედ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ფაკულტეტზე დაინიშნა პროფ. ი. აბაკელია.

ტროპიკულ სნეულებათა დოცენტურის გამგედ იმავე ფაკულტეტზე დაინიშნა—დოცენტი სვ. კანდელიაძე, ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის დირექტორი.

უროლოგიის დოცენტურის გამგებლობა იმავე ფაკულტეტზე მიენდო პროფ. ალ. წულუჭიძეს.

ფარმაცევტულ ფაკულტეტზე ბოტანიკის კურსის კითხვა მიენდო პროფ. ზაქ. ყანჩაელს, მინერალოგიის კი დოცენტს ილ. ყიფშიძეს.

სამკურნალო-პროფილაქტიკული ფაკულტეტის სტემატოლოგიურ განყოფილებაზე ქირურგიულ სნეულებათა კათედრისა და კლინიკის გამგედ დაინიშნა პროფ. ალ. წულუჭიძე. კლინიკა მოწყობილია ქალაქის 1 საავადმყოფოში.

იმავე განყოფილებაზე შინაგან სნეულებათა კათედრის და კლინიკის გამგედ დაინიშნა დოცენტი ნიკოლოზ ყიფშიძე. კლინიკა მოთავსებულია რესპუბლიკის მთავარ საავადმყოფოში.



სამკურნალო-პროფილაქტიკური ფაქულტეტის გამგედ დაინიშნა ექ. პოლივქტ კი-  
კ ა ლ ი შ ვ ი ლ ი .

სამკურნალო-პროფილაქტიკური ფაქულტეტის სტომატოლოგიურ განყოფილებაზე ოპერა-  
ტიული და კონსერვატიული სტომატოლოგიის კათედრის გამგებლობა მიენდო დოცენტს ალ.  
ფ დ ი ბ ე რ ი ძ ე ს .

იმავე განყოფილებაზე ბავშვთა სნეულებათა კურსის კითხვა მიენდო დოცენტს პ. ნ ა ნ ე ი-  
შ ვ ი ლ ს .

ასისტენტი პლ. შუშანიძე დაინიშნა დოცენტად სამკურნალო-პროფ. ფაქულტეტის  
სტომატოლოგიურ განყოფილებაზე.

უკრაინაში ძლიერ გაცხოველდა კირჩხიბის წინააღმდეგ ბრძოლა. მთელი უკრაინა  
გაყოფილია 4 ოლქად და თვითეულ ოლქში მოწყობილი იქნება ინსტიტუტი კირჩხიბის შესას-  
წავლად. ერთი ასეთი ინსტიტუტი უკვე არსებობს ხარკოვში. სამი დანარჩენი მოეწყობა მოკლე  
ხანში კიევიში, ოდესაში და დნებროპეტროვსკში.

ყოველ ინსტიტუტში იქნება 5 განყოფილება: 1) სამეცნიერო, სადაც განსაკუთრებული  
ყურადღება ექნება მიქცეული კირჩხიბის განვითარებაზე პროფესიულ სნეულებათა გაგონას, 2)  
კლინიკური, სადაც იწარმოებს კირჩხიბიან ავადმყოფთა მკურნალობა, როგორც ქირურგიული,  
რესტრენის სხივებით და რადიუმით, 3) პედაგოგიური, სადაც მოწყობილი იქნება ექიმთა-  
თვის გადამამზადებელი და განმეორებითი კურსები, 4) სასანიტარო-განმანათლებელი და 5) სტა-  
ტისტიკური.

ლ ე ნ ი ნ გ რ ა დ შ ი მოკლე ხანში მოეწყობა 4 ახალი სამეცნიერო და სამკურნალო-პრაქ-  
ტიკული ინსტიტუტი: 1) ყელის, ყურის და ცხვირის სნეულებათა, 2) ქირურგიული ტუბერკუ-  
ლოზის, 3) უმადლესი ნერვული მოქმედების შესასწავლი და 4) საკმლის მომნელებელი ორგა-  
ნოების სნეულებათა და დიეტეტიკის.

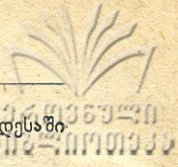
იენისში მოსკოვში შესდგება საკავშირო სამალარიო ყრილობა. საპრო-  
გრამო საკითხები შემდეგია: 1) მუშაობის შეჯამება და მისაღები ზომების გეგმა მალარიის სა-  
წინააღმდეგო ბრძოლისა, 2) მალარიასთან ბრძოლის პრობლემა, 3) ახალი მიღწევანი მალარიას-  
თან ბრძოლაში, 4) სამეცნიერო მუშაობის დაგეგვა.

იენისშივე ლ ე ნ ი ნ გ რ ა დ შ ი შესდგება სასანიტარო ექიმებისა და ეპიდემიოლოგების ყრი-  
ლობა.

გ ე რ მ ა ნ ი ა შ ი ამ ბოლო დროს ძლიერ გახშირდა დიფტერია. მაგალითად, კენინსბერგ-  
ში (აღმოსავლეთი პრუსია) 1930 წ. განმავლობაში 130 შემთხვევა იყო დიფტერიის და სიკვდი-  
ლ ბის პროცენტი იყო ძლიერ დიდი და უდრდა 60%. ზოგი მეცნიერი გამოსთქვამს აზრს, რომ  
დიფტერიის მიმდინარეობის ასეთს სიმძიმეს ხვლს უწყობს სტრეპტოკოკული ინფექციის ძლიერი  
გავრცელება საერთოდ გერმანიაში, ამიტომ უკანასკნელ ხანში გერმანიაში ურჩევენ ერთსა და  
იმავე დროს ანტიდიფტერიულ შრატთან ანტისტრეპტოკოკური შრატის შეყვანასაც.

ტ ო რ ო ნ ტ ო შ ი (კანადა) უნივერსიტეტთან დაარსდა ინსულინის შესასწავლი ინსტი-  
ტუტი ამ ნივთიერების აღმოჩენის ბ ა ნ ტ ი ნ გ ი ს სახელობის, აღსანიშნავად ინსულინის 10  
წლის აღმოჩენის თავისა.





გავდაიცვალა გამოჩენილი ბაქტერიოლოგი მ. ხავეკინი (70 წ.) იგი დაიბადა ოდესაში და, აქ უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ, მუშაობდა პარიზში პასტერის ინსტიტუტში.

მისი ხელმძღვანელობით მოეწყო ინდოეთში ჯერ ხოლერის სააწინააღმდეგო აცრა და შემდეგ 1996 წ. ბომბეის ცნობილი ეპიდემიის დროს შავი ჭირის სააწინააღმდეგო აცრა. ამგვარად მ. ხავეკინი ერთ-ერთი შემქმნელი და დამკვიდრებულთაგანი იყო პლოფილაქტიკური ვაქცინაციის ფართე მასშაბით. 1915 წლამდე იგი იყო დირექტორად კალკუტაში (ინდოეთი) ბიოლოგიური ლიბორატორიის.

ვენაში გარდაიცვალა გამოჩენილი ოფთალმოლოგი ფუქსი (79 წ.) მეტად ცნობილი თავისი მრავალი მეცნიერული შრომებით და შესამჩნევი სახელმძღვანელოთი, რომელიც გადათარგმნილი იყო ყველა ევროპიულ ენებზე და, გარდა ამისა, ჩინურსა და იაპონურზე.





პროფ. მ. მიქელაძე და პროფ. წულუკიძე. პროფესორი მ. მგალობლიშვილის ნეკროლოგი . . . . . 3

**I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:**

1. ა. მალაევ. ტვინის ჭერქის ზედაპირის ოდენობის გაზომვის მეთოდისათვის . . . . . 7

2. პროფ. ალ. ალადაშვილი. ბორჯომის წყლის გავლენა კუჭის სეკრეციაზე . . . . . 15

3. კლ. ცომაია. მედიასტინალური თეაქრის საკითხისათვის . . . . . 24

4. პ. ბუაჩიძე. რინიტების სპეციფიკობისათვის შინაურ კურდღელზე ექსპერიმენტალური ათაზანგის დროს . . . . . 31

5. ა. უსტიაშვილი. საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შესახებ . . . . . 43

6. ა. ალადაშვილი. საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შესახებ . . . . . 52

7. ვ. კულუაშვილი. საშვილოსნოს გარეშე ინტერსტაციალური ორსულობის შესახებ . . . . . 70

8. გ. ნაზარაშვილი. სარძეო ჯირკვლის ანთების რენტგენოთერაპია . . . . . 70

**II. საზოგადოებრივი მედიცინა:**

9. ი. შიუკაშვილი. ბავშვა სიტყვიერი რეაქციების ტიპები სოციალურ ყოფი-  
ქცევაში . . . . . 75

**III. რეფერატები . . . . . 86**

**IV. ქრონიკა . . . . . 92**

№ 1-2 **ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА** 1931  
**О Г Л А В Л Е Н И Е :**

1. Проф. Ш. Микеладзе и проф. А. Цулукидзе. Памяти проф. М. Мгало-  
лобели . . . . . 3

2. А. Малаев. К методике измерения протяжения поверхности коры мозга . . . . . 13

3. Проф. А. Аладашвили. Влияние Боржомской воды на секрецию желудка, . . . . . 22

4. К. Цомаи. К вопросу о медиастинальных грыжах . . . . . 30

5. П. Буачидзе. К специфичности ринитов при эксперим. сифилисе кро-  
ликов . . . . . 42

6. А. Устиашвили. Внематочная беременность по материалам гинекол. клин.  
Тифлисского Медицинского Института . . . . . 50

7. А. Алексидзе. Внематочная беременность по материалам гинек. отд. I Гор.  
больницы . . . . . 61

8. В. Кулуашвили. Случай внематочной интерст. беременности . . . . . 69

9. Г. Назаришвили. К рентгенотерапии маститов . . . . . 73

10. Ш. Шiuкашвили. Словесные реакции детей школьного возраста в со-  
циальн. поведении . . . . . 85

Рефераты . . . . . 86

Хроника . . . . . 92

№ 1-2 **TANAMEDROVÉ MEDICINA** 1931  
**S O M M A I R E**

1. Prof. M. Mgalobéli (necrologue) . . . . . 3

2. A. Malaiev. Zur Frage der Messungsmethode der oberflächenausdehnung des  
Gehirns . . . . . 14

3. Prof. A. Aladachvili. Influence des eaux minerales de Borjom sur la secretion  
gastrique . . . . . 26

4. K. Zomaia. Zur Frage Medistinalhernie . . . . . 30

5. P. Boitchidsé. Sur la specificité de la rhinite chez les lapins atteints de la sy-  
philis experimentale . . . . . 42

6. A. Oustiachvili. Sur la question de gravidité extrauterine . . . . . 51

7. A. Alexidzé. Sur la question de gravidité extrauterine . . . . . 61

8. W. Kululaschvili. Ein Fall der interstitial extrauterinen Gravidität . . . . . 69

9. G. Nasaráschvili. Die Röntgenbehandlung der Mastitis . . . . . 73

10. T. Chioukahvili. Les réactions verbales des enfants à l'âge scolaire par rapport  
à la conduite sociale . . . . . 85

Analyses . . . . . 81

Chronique . . . . . 92



## ავტორთა საუბრაღლებოდ.



1. რედაქციაში დასაბეჭდად წარმოდგენილი წერილი უნდა იქნას დაწერილი გასარჩევად ცალ გვერდზე და არ აღემატებოდეს დაბეჭდილ 8 გვერდს (ორიგინალური) და 4 გვერდს (შემთხვევები პრაქტიკიდან და კაზუისტიკური მასალა).

2. ყოველ ორიგინალურ წერილს უნდა ახლდეს რეფერატები რუსულსა და ერთ-ერთ ევროპიულ ენაზე (ფრანგული ან გერმანული) არა უდიდეს ერთი გვერდისა.

კაზუისტიკური ხასიათის წერილების რეფერატები არ უნდა აღემატებოდეს  $\frac{1}{2}$  გვერდს.

3. ავადმყრფთა ისტორიები, ცდების და გაკვეთების ოქმები უნდა იწერებოდეს რაც შეიძლება მოკლედ (ე. წ. **ტელეგრაფული სტილი**) მხოლოდ მთავარი და მნიშვნელოვანი მომენტების აღნიშვნით.

4. უცხო ავტორების გვარები უნდა დაიწეროს **ქართულად** და წერილში პირველად მათი მოხსენებისას უნდა იქნას ფრჩხილებში მოთავსებული მათი ტრანსკრიპცია უცხო ენაზე. იგივე გვარები შემდეგში იმავე წერილში მოხსენების დროს უნდა იწერებოდეს მხოლოდ ქართულად.

5. ლიტერატურის მიმოხილვაში (წერილის ბოლოზე) უნდა აღინიშნოს მხოლოდ მთავარი მნიშვნელობის წერილები და ამ აღნიშვნის დროს უნდა დაწეროს იმ ენაზე, რა ენაზედაც გამოსულია აღნიშნული წერილი:

- 1) ავტორის გვარი,
- 2) წერილის სათაური,
- 3) იმ ჟურნალის სახელწოდება და ნომერი, სადაც ციტირებული წერილი დაიბეჭდა,
- 4) გამოცემის წელი,

6. ყოველ წერილს შენიშვნაში უნდა ექნეს მოხსენებული, თუ სად და როდის იქნა იგი წაკითხული, როგორც მოხსენება, თუ იგი მოხსენებული იყო.

7. კლიშეები დაიბეჭდება მხოლოდ ავტორთა ხარჯით.

8. იმ ავტორთა წერილები, რომლებიც ზემოდ აღნიშნულ წესებს არ შეასრულებენ, არ დაიბეჭდება.

9. ორიგინალური წერილებისა და მიმოხილვების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომის ცალკე ამონაბეჭდი 50 ცალი.



სახელგამის 1-ლი სტამბა, პლენ. პრესა. № 91.



03/92 [4-] -254  
ქველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო ჟურნალი

ქართული  
სამედიცინო  
ინსტიტუტი

## თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

რედაქციის მისამართი: ტფილისი, წულუკიძის ქ. № 4, სამედიცინო ინსტიტუტის გამომცემლობა

Ежемесячный научный медицинский журнал

### ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

(год издания восьмой)

орган Тифлисск. Государст. Медич. Института

Редакционная коллегия: И. Асланишвили, П. Бу-  
ачидзе, П. Кикалишвили, доц. В. Майсу-  
радзе, проф. М. Мгалоблишвили, проф.  
Ш. Микеладзе, профес. А. Натишвилл,  
проф. В. Жгенти, П. Кавтарадзе, доц.  
П. Шушаниа.

Подписная плата 12 руб. в год.

Адрес редакции: Тифлис, Издательство Госуд.  
Мед. Института, ул. Цулукидзе № 4.

### THANAMEDROVE MEDICINA

Edition de l'Institut de Médecine  
de Tiflis.

Adresse de la Redaction 4, rue Tzou-  
loukidzé

Tiflis (Géorgie), U. R. S. S.

Prix de l'Abonnement:

U. R. S. S. — 12 roubles.

Pays étrangers 6 dollars.

ხელის მოწერა ჟურნალზე თანამედროვე მედიცინა მიიღება ტფილისის სა-  
მედიცინო ინსტიტუტის გამომცემლობაში (ალ. წულუკიძის ქ. № 4).

ჟურნალში დასაბეჭდი წერილები უნდა გაიგზავნოს რედაქტორის პროფ. შ. მი-  
ქელაძის სახელზე იმავე მისამართით (ალ. წულუკიძის ქ. № 4) ან მის საკუ-  
თარ ბინაზე (პლეხანოვის პრ. № 117).

ჟურნალის წლიური ფასი 12 მან.