

გამოცემის წალი მუშავს



მკვანის პროფ. ნ. კახიანიის ხსოვნას

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

დფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერულ მუშაობა ორგანო

III

მარტი

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

ტფილისი—1929

1929
წლიდან

ქურნალი

1929
წლიდან

„თანამედროვე მედიცინა“

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

სარედაქციო კოლეგიის შემადგენლობა:

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

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

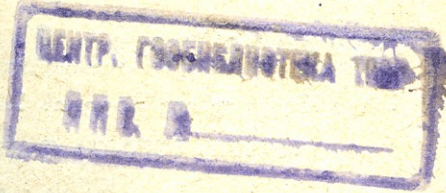
ქურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული მედიცინიდან, შიმოხილები, კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოებათა და კონფერენციების სხდომების, სამეცნიერო ექსპედიციების ანგარიშები და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი 50 ცალად.

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

რედაქცია და ვანცორა მოთავსებულია ცეცხლისში, კამოს ქუჩით № 47^ა, პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტში; ელსმური 11-69.

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



თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის შიგნითა მუშაკთა ოტგანო

III

მარტი

I.	1. პრივატ-დოცენტი კ. ერისთავი. პროფ. ნ. კახიანი	153
II.	თეორიული და კლინიკური მედიცინა:	
	2. პროფ. ალ. ნათიშვილი. მეკელის დივერტიკულის დახშული ფორმა და მისი ვასკულარიზაცია	156
	3. პროფ. გრ. მუხაძე. შარდსაწვეთების გადანერგვა ნაწლავში, მისი შედეგები, გართულებები და მათი საწინააღმდეგო ზომები	163
	4. ე. ზაქარაია. ათროპლასტიკის მასალებისათვის	179
	5. ვ. მუსხელიშვილი. Dacryo-cysto-rhinostomia externa	188
	6. ი. ცინცაძე. დიაბეტის სინტალინით მკურნალობის საკითხისათვის.	199
III.	მიმოხილვა:	
	7. პროფ. ვლ. ყლენტი. პათოლოგიურ-ანატომიური 231 აუტოპსიის მოკლე მიმოხილვა	207
	8. ს. ოდიშარია. მიღწევები რენტგენოდიაგნოსტიკის და რენტგენოთერაპიის დარგში.	225
IV.	კორესპონდენცია:	
	9. პრივატ დოცენტი მ. მგალობელი. სრულიად საკავშირო მეან-გინეკოლოგთა მე-VIII ყრილობა კიევი	238
	10. პრივატ-დოცენტი მ. მგალობელი. სრულიად საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესი ბათუმში	243
V.	რეფერატები	250
VI.	ქრონიკა	253
VII.	საქართველოს ექიმთა საზოგადოების წესდება	258





ყოფილთვეიერი სამეცნიერო-სამეურნალო ჟურნალი

თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეურნალო ფაკულტეტის

მეცნიერ მუშაკთა ოჯახის

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

Ежемесячн. научно-врачебный журнал ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Organ научных работников Медицинского факультета Тифлисского Гос. университета № 3. 1929 г. Март

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

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

THANAMEDROVÉ MÉDICINA

Journal médical géorgien.

№ 3. 1929 Mars

Comité de Rédaction: prof. A. Natichvili, prof. V. Jghenti, prof. agrège Ch. Mikéladzé, prof. agrège M. Mgalobeli, d-rs Z. Maïssouradzé, P. Kavtharadzé, J. Aslanichvili (Secrétaire de la Rédaction).

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

	стр.
1. Пр.-доц. К. Д. Эристави. Проф. Н. С. Кахиани	153
2. Проф. А. Н. Натишвили. Закрытый дивертикул Меккеля и его со- судоснабжение	161
3. Проф. Г. М. Мухадзе. Пересадка мочеточников в кишечник; результаты, осложнения при этой операции и меры против них	177
4. Е. Закарая. К материалам артропластики	187
5. В. С. Мускелишвили. Dacryo-cysto-rhinostomia externa	197
6. И. Цинцадзе. К вопросу о лечении диабета синталином	205
7. Проф. В. К. Жгенти. Краткий обзор 231 патолого-анатомических ау- тосий	207
8. С. Одишария. Достижения в области рентгенодиагностики и рентге- терапии	225
9. Пр.-доц. М. Ф. Мгалобели. VIII-ой всесоюзный съезд акушеров-гинеко- логов в Киеве	238
10. Пр.-доц. М. Ф. Мгалобели. V-ый научный конгресс врачей Грузии	243

1. Prof. agrège K. Eristawi. Prof. N. Kakiani	153
2. Prof. A. Natichvili. Diverticule Mekkel fermé et ses vaisseaux nourris- siers	161
3. Prof. G. Muchadse. Die Überbflanzung der Harnleiter in den Darm; die Re- sultate und die Komplikationen bei dieser Operation und die Gegenmassna- hmen	177
4. E. Zakaria. Aux materiaux d'arthroplastie	187
5. W. Mouskelichvili. Dacryo-cysto-rhinostomia exter	197
6. I. Tsintsadzé. Du traitement de la diabethe par la syntaline	205
7. Prof. V. Jghenti. Revue succinte de 231 patologo-anatomiques cas d'autop- sies	207
8. S. Odicharia. Sucées de diagnostic et thérapeutique par les rayons X	225
9. Prof. agrège M. Mgalobeli. VIII-me congrès des accoucheurs et guinéologues de l' USSR à Kief	238
10. Prof. agrège M. Mgalobeli. V congrès scientifiques des médecins de Géorgie	243



ტფილისი. ს. ს. შ. ს. პოლიგრაფტრესტის 1-ლი სტამბა, პლენანოვის გამზირი № 91.
მთავლიტი № 308. შეკვ. № 1003. დაბეჭდა 800.

კ. პარისაში.

პრივატ-დოცენტი.

პროფ. ნ. კახიანი.

1883—1928 წ.

პროფ. ნ. კახიანი დაიბადა ქუთაისში 1883 წ. 1904 წ. კავკასის კლასიკური გიმნაზიის დამთავრების შემდგ, იგი შევიდა ოდესაში სამკურნალო ფაკულტეტზე, რომელიც დაამთავრა 1910 წ. ჯერ კიდევ სტუდენტმა ნიკოლოზმა თავისი მუყაითობით და ბეჯითობით მიიქცია ცნობილი ანატომის პროფ. ბატუევის ყურადღება. მისი წინადადებით მე-III კურსის სტუდენტი ნიკოლოზი მოწვეულ იქმნა ანატომიის კათედრასთან დემონსტრატორათ—პროზექტორის თანაშემწის სარგოთი. ანატომიურ ინსტიტუტში შესვლისთანავე იგი შეუდგა მუზეუმის პრეპარატების კეთებას და ამ კათედრასთან ყოფნის ხანაში გააკეთა 150-მდე პრეპარატი. ამ პრეპარატთა შორის ზოგიერთი ცენტრალურ ნერვულ სისტემისა, სასუნთქი ორგანოებისა და კაროზიული იყვენ მოთავსებული 1910 და 1911 წლებში ოდესის გამოფენაზე და მათთვის სტუდენტ ნიკოლოზ კახიანს მიენიჭა похвальный диплом. ამნაირათ კიდევ სტუდენტობის დროს პროფ. კახიანმა მიიქცია ყურადღება თავისი ნიჭიერი და ენერგიული მუშაობით პროფ. ბატუევის და აგრეთვე მაშინდელი უნივერსიტეტის მუშაკების და რა გასაკვირველია, რომ პროფ. ბატუევმა დააფასა მისი ნიჭი და უნარი და უნივერსიტეტის დამთავრებისთანავე დასტოვა თავის ინსტიტუტში პროზექტორის თანაშემწეთ. პროფ. ბატუევის რეკომენდაციით იმავე დროს იქმნა მიწვეული ოდესის ქალთა უმაღლეს მედიკურ კურსებზე პროზექტორის თანამდებობაზე. სამ ზაფხულს ზედიზედ კახიანი გაგზავნილ იქმნა ბატუევის მიერ ეგვიპტეში—კაირის უნივერსიტეტში პროფ. ბეივაბასთან. მე სრულიად არა მაქვს განზრახული განსვენებული კახიანის დაწვრილებითი ბიოგრაფიაზე შევჩერდე და ამიტომ ვიტყვი მხოლოდ, რომ იმავე ოდესაში ბატუევის წინადადებით ასრულებდა მთელ რიგ საპასუხისმგებლო დავალებებს, როგორც მაგალითად ლექციების კითხვა კბილის საექიმო კურსებზე, სახალხო აუდიტორიაში, განმეორებითი ლექციები დოქტორანტებისა და სტუდენტებისათვის და სხვა. ომში, სადაც ის გაემგზავრა 1914 წელს ასრულებდა სხვადასხვა საპასუხისმგებლო დავალებებს, როგორც დასტაქარი. კითხულობდა განმეორებით კურსს ოპერატიულ ქირურგიაში ახალგაზრდა ექიმთათვის და შეძლებისდაგვარათ მეცნიერულ მუშაობასაც ეწეოდა,—მან გააკეთა ექიმთა საზოგადოებაში რამოდენიმე მოხსენება.

1917 წელს პროფ. კახიანი უბრუნდება ისევ აკადემიურ მუშაობას უკვე, როგორც ეკატერინოსლავის ქალთა უმაღლეს სამკურნალო კურსების ნორმალურ და ტოპოგრაფიულ ანატომიის კათედრის გამგე. ამ კურსების სახელმწიფო უნივერსიტეტით გადაკეთების შემდეგ ეკატერინოსლავში ყოფნის დროს ის იყო ფაკულტეტის მდივანთ თბილისში წამოსვლამდე, სადაც ის გამოემგზავრა თბილისის სახ. უნივერსიტეტის მოწვევის გამო, ტოპოგრაფიულ ანატომიისა და ოპერატიულ ქირურგიის კათედრის გამგეთ. საქართველოში ჩამოსვლისთანავე მიიქცია საზოგადოების ყურადღება თავისი მიმზიდველი ქცევით და არა ჩვეულებრივი ნიჭიერი ლექციებით ტოპოგრაფიულ ანატომიისა და ოპერატიულ ქირურგიაში. ვისაც მოუხმენია ეს მისი ლექციები, განსაკუთრებით ტოპოგრაფიულ ანატომიაში, არ შეიძლება არ ეგრძნო ის დიდი სკოლა, რომელიც მას ქონდა გავლილი ცნობილი პროფ. ბატუევის ხელში. პროფ. კახიანი მისი სურვილის გამო, არჩეულ იქმნა 1921 წ. ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგეთ. აქედან იწყება მეორე ხანა მისი მეცნიერული მუშაობისა.

პროფ. კახიანს ყველაფერი ქონდა მისთვის, რომ განხდარიყო სახელოვანი ხირურგი: არაჩვეულებრივი ნიჭი, კარგი ანატომიური მომზადება, მუშაობის სურვილი და უნარი.

სულ მოკლე ხანში მან საპატიო ალაგი დაიკავა ჩვენ ცნობილ დასტაქართა შორის, ის არა თუ პირველ ხარისხოვანი ტენიკოსი დასტაქარი, არამედ მშვენიერი კლინიცისტიც გახდა.

საინტერესოა მოკლეთ შევხვით პროფ. კახიანის კლინიკურ მუშაობას. უპირველესათ ყოვლისა კლინიცისტმა უნდა შექმნას სკოლა, — შექმნას ტრადიციები და ის ნიადაგი, სადაც უნდა იზრდებოდეს ერთგვარათ მოაზროვნე ახალგაზრდობა. საერთოდ მიღებულია, რომ ამა თუ იმ სკოლის მოწაფეს ეტყობა ის თავისებურება, რომლითაც ხასიათდება მისი აღმზრდელი სკოლა და ხელმძღვანელი, მაგრამ უნდა ითქვას, რომ ასეთი გარკვეული ტრადიციების სკოლის შექმნა ფრიად საძნელოა და იშვიათია მაგალითი, რომ 7—8 წლის განმავლობაში განმტკიცდეს და შემუშავდეს ურყევი ტრადიციების მქონე სკოლა; ის ფრიად სახელოვანი სკოლები, რომლებიც ცნობილია რუსეთის და ევროპის სინამდვილეში, მუშავდებოდნენ და საძირკველი ეყრებოდათ, რამოდენიმე თაობის მეოხებით.

განსაკუთრებით ძნელი იყო ჩვენს პირობებში მტკიცე ნებისყოფის სკოლის შექმნა, რადგანაც თვით უნივერსიტეტი ახალია და ისიც ტრადიციების ჩამოყალიბების ხანაშია; ამ დროს რა გასაკვირველია, თუ 7-8 წლის განმავლობაში, მიუხედავათ მისი ნიჭის და ტენიკისა, პროფ. კახიანმა ვერ შესძლო დაემთავრებია ერთსულოვანი და ერთფეროვანი სკოლის შექმნა. მაგრამ ერთი აშკარაა, რომ პროფ. კახიანმა მიუხედავათ იმისა, რომ მის გარშემო თავს იყრიდა სხვადასხვა სკოლის მოწაფეები და ნიადაგი ერთსულოვანი სკოლის შექმნისა არ იყო ხელსაყრელი, მაინც ჩაუყარა მტკიცე საძირკველი და დაიწყო შენება იმ შენობისა, რომელსაც ეწოდება ქირურგიული სკოლა. სწორეთ ამაშია ღვაწლი პროფ. ნ. კახიანისა, რომ მან მოგვცა გეგმა, საშენი მასალა და ჩაგვიყარა საძირკველი, მომავალი მისი სახელის, ქირურგიული სკოლისა.

რაც შეეხება პროფ. კახიანის მოღვაწეობის მეორე მხარეს—მეცნიერულ მუშაობას, სამწუხაროთ მე დღეს ამის შესახებ ვერაფერს ვიტყვი, რადგან როგორც მოგეხსენებათ უმეტესი ნაწილი მისი მეცნიერული მუშაობისა გამოუქვეყნებელი დარჩა. მისი გამოუქვეყნებელი მეცნიერული შრომები, რომელთა დამუშავება და გამოქვეყნება აშკარაა მისი მოწაფეების წმინდა მოვალეობათ უნდა ჩაითვალოს, მე ხელთ ვერ ვიგდე ჩემდა დამოუკიდებელი მიზეზის გამო. ეს შრომები, როგორც ვაგივე ერთ მის მოწაფეს ქონია წაღებული, რომელიც ამჟამათ საქართველოში არ იმყოფება. უამშრომებოთ კი პროფ. კახიანის მეცნიერული ნაშრომების შეფასება ჩემის აზრით შეუძლებელია, რადგამ განსვენებული ნიკოლოზი, „ბევრს მუშაობდა, მაგრამ ცოტას აქვეყნებდა“.

ყველა ამის მიხედვით პროფ. კახიანის მეცნიერულ ნაშრომთა კრიტიკულ შეფასებას ჩვენ დღეს გვერდს უვლით და ეს მომავალში უნდა მოხდეს. დასასრულს, როცა მეცნიერის დაფასება სწადიან მის ადამიანურ პირად თვისებებს ყურადღებას არ აქცევენ, მაგრამ იქ, სადაც პროფ. კახიანზეა ლაპარაკი, მისი პირადი თვისებების გვერდის ავლა შეუძლებელია.

ჩვენში იშვიათად მოიპოვება ისეთი ვინმე, ვისთვისაც განსვენებულ ნიკოლოზს რაიმე ეწყენინებოდა. ის იმდენათ კეთილი და ჩვილი გულის ადამიანი იყო, რომ მისი თანამშრომლები ხშირათ ვამბობდით ნიკოლოზისათვის „არა“ არ არსებობსთქვა. მას სწადდა ყველასათვის კარგი ექნა, ყველას სურვილი დაეკმაყოფილებია და არავისთვის არაფერი ეწყენინებია; ჩვენს პირობებში რასაკვირველია ეს შეუძლებელია და ამიტომ ხშირათ ის განიცდიდა სულიერ ტრაგედიას. მე არა ერთხელ მითქვამს მისთვის, რომ „მისი ნაკლულოვანება ის არის, რომ ის ფრიად კეთილიათქო“.

ამ იშვიათი კეთილი ადამიანის სულიერი განცდები ორკეცდებოდენ მით, რომ ის იყო დასტაქარი, რომელსაც არ შეეძლო ემსჯელა ისე, როგორც Ambroise-Parè-ს: „მე მას ოპერაცია გაუკეთე და ღმერთი მოარჩენსო“.

ის მსჯელობდა ისე, როგორც თანამედროვე დასტაქარი; მის მზრუნველობას შეადგენდა, არა მარტო ოპერაციის გაკეთება, არამედ ნაოპერაციების—განკურნებაც. თუ ყველა ამან იმოქმედა პროფ. ნ. კახიანის ჯანმრთელობაზე და შეუმოკლა მას სიცოცხლე, ჩვენ შეგვიძლია ვინუგეშოთ მით, რომ როგორც გენიოსი Goethe—ამბობს:

„Der Chirurg widmet sich dem
Göttlichsten aller Geschäfte“.



თეორიული და კლინიკური მედიცინა

პროფ. ალ. ნათიშვილი.

მეკელის დივერტიკულის დახვული ფორმა და მისი ვასკულარიზაცია.

(სახელმწ. უნივერსიტ. ანატომიურ ინსტიტუტიდან)

Meckel-ის დივერტიკული თეორიულ და პრაქტიკულ მეცნიერებაში დიდი ხანია ცნობილია. იგი არის ნაწლავების ჩანასახოვან განვითარების მანკი და წარმოადგენს შედარებით იშვიათ ნაშთს ე. წ. ყვითრ-ნაწლავის სადინარისას. განვითარების ნორმალურ პირობებში მისგან არაფერი არ რჩება გარდა ოდნავ გამოხატულ, მკრთალი ფერის, მცირე ოდენობის ფოლაქისა, რომლის პოვნაც შეიძლება მღვივ და თეძო ნაწლავების საზღვარზედ, გარედან, სეროზულ გარსზედ. ანატომიური თვალსაზრისით განირჩევა მეკელის დივერტიკულის ორი ფორმა: ღია დივერტიკული და დახვული.

პირველი ფორმა დივერტიკულისა სხვადასხვა განვითარების სახეს იძლევა: ერთ შემთხვევაში ასეთი ღია დივერტიკული წარმოადგენს მილს, რომლითაც წვრილი ნაწლავი შეკავშირებულია ჭიპის ღია ხვრელთან. მეორე შემთხვევაში შეიძლება ნაწლავი გამოყოფილი იყოს; ასეთ შემთხვევაში დივერტიკული წარმოდგენილი იქნება ბრმა მილით, რომელიც ან ჭიპის ხვრელთან არის შეკავშირებული და ჭიპის წინ ძევს, ან მის უკან მუცლის ღრუშია ჩადრეკილი; მესამე შემთხვევაში შესაძლებელია ასეთი ბრმა, შიგნით მდებარე მილის ბოლო შეკავშირებული იყოს ნაწლავთან წვრილი, მკვრივი შემაერთებელ-ქსოვილოვანი ბაგირაკის საშუალებით.

პირველ ორ შემთხვევაში დივერტიკულის არსებობა აშკარადდება დაბადების შემდეგ პირველ დღეებშივე. მესამე შემთხვევაში აღნიშნულ მანკის გამოაშკარავება ხდება შემდეგში, ხანდისხან დიდი დაგვიანებით, მოულოდნელი ileus-ის მძიმე სიმპტომების მწვავე განვითარებით.

საზოგადოთ ამ საკითხს დაწვრილებით ჩვენ არ შევხებით, რადგან ეს ჩვენი მცირე დაკვირვების საგანს არ შეადგენს.

ჩვენ შეგროვილი გვაქვს მეორე ფორმა მეკელის დივერტიკულისა, ესე იგი დახვული ფორმა, რომელსაც კავშირი რჩება მხოლოდ წვრილ ნაწლავთან.

ასეთი ფორმა დივერტიკულისა ჩვენ შეგვხვდა 14-ჯერ. მათ შორის 13 შემთხვევის სურათი ამ შრომაშია მოყვანილი. მე-14 შემთხვევა მეტად დაზიანებული იყო და მისი სურათი არ დაგვიმზადებია.

ყველა პრეპარატები ინახება ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ანატომიურ ინსტიტუტის მუზეუმში.



ეს მეორე ან ე. წ. დახშული ფორმა მეკელის დივერტიკულისა ძნელი აღმოსაჩენია იმ დრომდე, სანამ თითონ არ შეჰქმნის პირობებს ასეთი გამომჟღავნებისათვის. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი აღმოჩნდება ხოლმე შემთხვევით სასექციო მაგიდაზედ.

რვა შემთხვევა ჩვენ აღმოვაჩინეთ რუსეთში ყოფნის დროს, ექვსი შემთხვევა შევავაროვეთ ტფილისის უნივერსიტეტის ანატომიურ ინსტიტუტში. აღნიშნულ თოთხმეტ პრეპარატში, რვა შემთხვევა იყო შენიშნული in situ და მათი სისხლის ძარღვების ინიექცია დროზედ მოხერხდა.

ინიექციას ჩვენ ვაწარმოებდით შეღებილი ცილოვანი ხსნარით და სისხლის ძარღვების სურათს ვსინჯავდით ნაწლავის ღრუდან გაშუქებით, ნაწლავის გლიცერინით გამსჭვირვალეებისა და წინასწარი ზომიერი გაბერვის შემდეგ.

ყველა შემთხვევებში, დივერტიკულს ჰქონდა ერთი, უფრო ხშირათ ორი, იშვიათად მეტი შედარებით მსხვილი სისხლძარღვის ტოტები, რომლებიც წვრილ ნაწლავის ირგვლივი ძარღვების გაგრძელებას წირმოადგენდნენ. თითქმის არც ერთ შემთხვევაში, გასწვრივი ტოტების ბოლოები მეკელის დივერტიკულის მწვერვალს ვერ აღწევდნენ. ამ მთავარი გასწვრივი ტოტებიდან წარიდინებოდა მცირე პერპენდიკულაროვანი ტოტები, რომლებიც მეკელის დივერტიკულის კედლის სისქეში ურთიერთ პარალელურად მდებარეობდნენ. ამ ტოტებიდან გამოსული მცირე, წვრილი, ეკლისებური ტოტები ჰქმნიდნენ სისხლ-ძარღვების დამახასიათებელ სურათს, რომელიც ნაძვის ხეს მოგვაგონებდა.

სისხლის ძარღვების ასეთ მოწყობილობაში ერთი ფრიალ საინტერესო მოვლენა აღმოჩნდა, რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ ზემოაღწერილი ნაძვისებური ტოტების სიგრძე სხვადასხვა ოდენობისაა და ამის გამო მეკელის დივერტიკულის კედელზე აქა-იქ, უსისხლ-ძარღვო არეები რჩება.

ჩვეულებრივ ასეთ უსისხლ-ძარღვო ნაწილს ეკუთვნის დივერტიკულის მწვერვალის მიდამო და სწორედ ასეთ შემთხვევებში დივერტიკულის ბოლოზე ვითარდება სხვადასხვა ფორმის და ოდენობის უაღრესად თხელკედლოვანი და სრულიად გამსჭვირვალე ფაბრეტივი პარკები.

ამ დამატებითი პარკების მიდამოში დივერტიკულს ემჩნევა ცხადი მიდრეკილება დარღვევისაკენ.

ორ შემთხვევაში, (იხ. სურ. 11 და 12), როდესაც დივერტიკული ნაწლავის გვერდით ჯორჯალთან მდებარეობდა, მთავარი სისხლის ძარღვები მხოლოდ ერთი ტოტით იყო წარმოდგენილი, რომლის მეორადი ტოტები ზემოაღწერილ დამახასიათებელ ნაძვის სურათს ქმნიდნენ დივერტიკულის კედლის სისქეში. უსისხლ-ძარღვო არეები ამ შემთხვევაში არსებობდა, როგორც დივერტიკულის მწვერვალის მიდამოში, ისე დივერტიკულის მთავარ ძარღვის მოპირდაპირე კედლის მიდამოში. ასეთ შემთხვევებში დივერტიკულის უსისხლ-ძარღვო არეების მიდამოებს ეტყობათ მიდრეკილება წვრილ ნაწლავის ჯორჯლის კედელთან შეზრდისა.

რამდენადაც დივერტიკული უფრო გრძელი და განიერი არის, იმდენად სისხლ-ძარღვების დატოტიანება უფრო ვარიანტულ ხასიათს იღებს და ზემოაღწერილ დამახასიათებელ სურათს არღვევს, იმდენად უფრო ხშირია უსისხლ-



ძარღვო არეები და იმდენად უფრო თვითეული უსისხლ-ძარღვო არე ფართო არის.

ასეთი დივერტიკულის კედლების სისხლის ძარღვების ინიექცია ფერადი ხსნარით, გვაძლევს უაღრესად აჭრელებულ სურათს, რომელზედაც მკრთალი შეუღლებავი ადგილები ესაბამება დივერტიკულის კედლის უსისხლ ძარღვო არეებს.

ჩვენის აზრით მეკელის დივერტიკულის სისხლ-ძარღვების მოწყობილობა თეორიული და პრაქტიკული თვალსაზრისით საინტერესო არის მით უფრო, რომ ამ საკითხის შესახებ ლიტერატურაში ჩვენ არაფერი არ შეგვხვებდრია.

ჩვენი მცირე შრომის შედეგებს ურთავთ შემდეგ დასკვნებს:

1. ადამიანის ორგანიზმში მეკელის დივერტიკულის ოდენობა და ტევადობა გამოხატავს ყვითრ-ნაწლავის სადინარის ჩანასახოვან უკუგანვითარების შეჩერების ეტაპს.

2. ე. წ. დახშული მეკელის დივერტიკულის ოდენობა, ტევადობა, მდებარეობა მრავალ ვარიანტებს განიცდის. დახშულ დივერტიკულის სხვადასხვა ფორმებს შორის უფრო ხშირად გვხვდება ისეთი დივერტიკულები, რომლებიც წარიდინება ნაწლავის თავისუფალ კიდედან ე. ი. ჯორჯლის მიმაგრების პირდაპირ.

3. დახშული დივერტიკულის კედლის დარღვევა დაკავშირებული უნდა იყოს ამ ანომალიური დანამატის ვასკულარიზაციის ნაკულოვანებასთან.

4. დახშულ დივერტიკულის კედლების კვება სწარმოებს ჩვეულებრივ ერთი, უფრო ხშირათ ორი და იშვიათად მეტი შედარებით მსხვილი სისხლის ძარღვის ტოტებით, რომლებიც წარმოადგენენ წვრილი ნაწლავის ირგვლივ ძარღვების გაგრძელებას. ამ მთავარი ვასწვრივი ძარღვების მეორადი და მესამედი დატოტიანება ჰქმნის დივერტიკულის კედელში თავისებურ ერთი მეორისაგან გამოყოფილ ნაძვის მაგვარ სისხლძარღვთა კომპლექსებს, რომელთა შორის აქა იქ რჩება სხვადასხვა სიფართოვის უსისხლ-ძარღვო არეები.

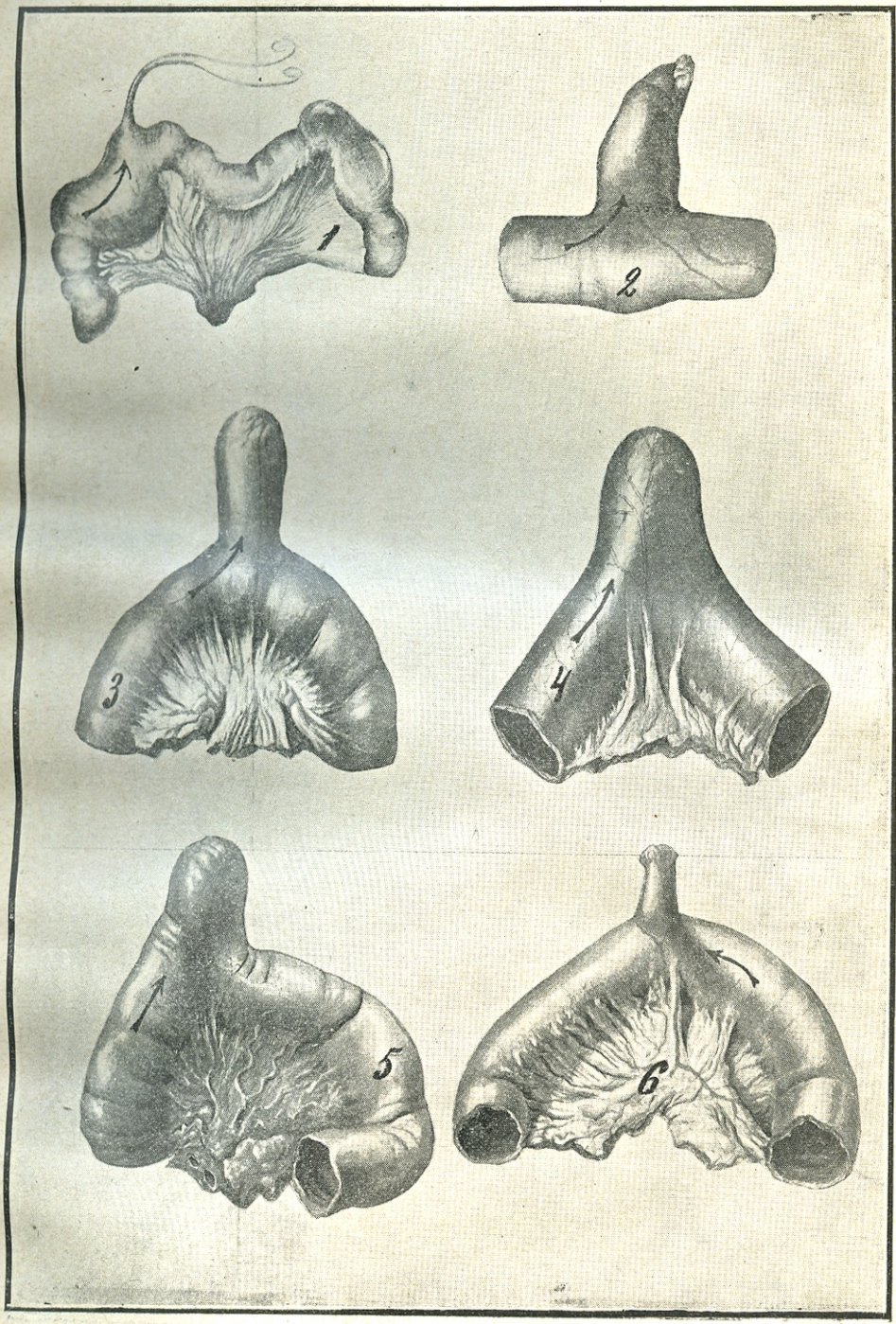
5. რამდენადაც დივერტიკული უფრო მსხვილია, იმდენათ აღწერილი სურათი უფრო ირღვევა და უსისხლ ძარღვო არეების სიფართოვე უფრო მატულობს.

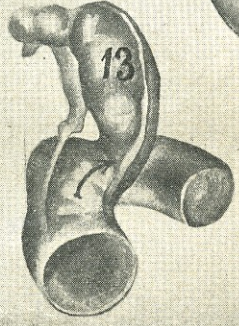
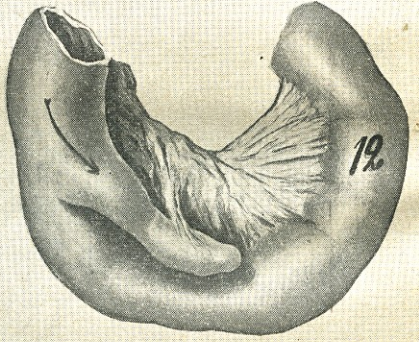
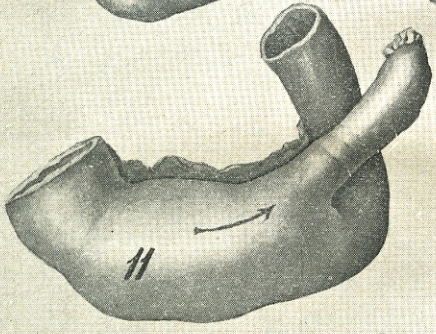
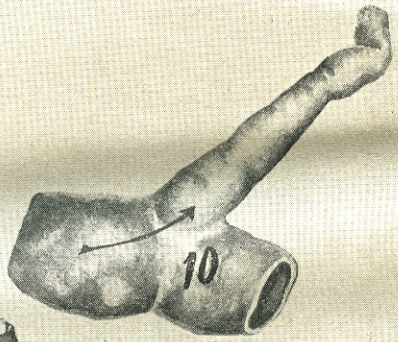
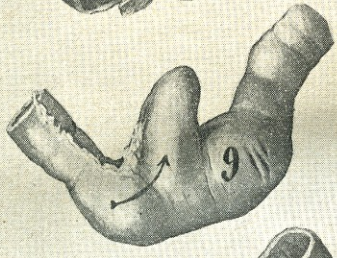
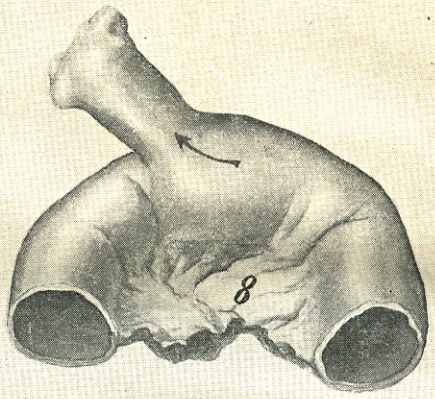
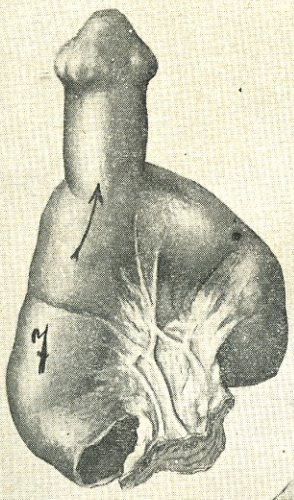
6. ზემო აღნიშნული უსისხლ-ძარღვო არეები მეკელის დივერტიკულში უფრო ხშირად გვხვდება მის მწვერვალის მიდამოში.

7. დივერტიკულის კედლების უსისხლ ძარღვო არეები წარმოადგენენ სუსტ ადგილებს, რომლიდანაც უნდა იწყებოდეს დივერტიკულის კედლის თანდათანობითი ატროფია, შეთხელება, დაშლა-დარღვევა, პერფორაცია.

პრეპარატი 1 სურათი 1.

დივერტიკული ფაქტიურათ არ არსებობს. მის მაგივრათ დარჩენილია მხოლოდ გაორმაგებული შემეართებელ-ქსოვილოვანი წვრილი ძაფები თანასწორი სიგრძისა—12 სანტიმ., რომლებიც იწყება წვრილ ნაწლავის გამოდრეკილ ზედაპირიდან, ჯორჯლის მიმაგრების პირდაპირ და თავისუფლათ მიკლაკ-მოკლაკნილი იკარგება ნაწლავების გრეხილებს შორის. წვრილი ნაწლავის სანათური საერთოთ ცვალებადია და კერძოთ დივერტიკულის ნაშთის წინ ჰქმნის მსხვილ გაგანიერებულ ამპულას.







პრეპარატი 2. სურათი 2.

დივერტიკული წარმოადგენს მსხვილ, ბოლოში ოდნავ მოდრეკილ, კონუსებურ, ღრუ დანამატს, სიგრძით 8 სანტმ. მისი ირგვლივი მოხაზულობა ძირთან უდრის 10 სანტმ. დივერტიკული შორდება ნაწლავს სწორი კუთხის ქვეშ ჯორჯლის მიმაგრების პირდაპირ. დივერტიკულის გაწვეტიანებული ბოლო დართულია ცხიმით გავსებული ბუშტუკით. დივერტიკულის კედელი პროქსიმალურ მხარეზედ საკმარისათ თხელია და ატროფიის მოვლენები ეტყობა.

ინიექცია: 2 სისხლის ძარღვის ტოტი ირობი მიმართულებით აპყვება დივერტიკულის კედლებს მარჯვნიდან და მარცხნიდან. მათ შორის მარცხენა თითქმის ახწვეს მწვერვალს. მეორადი ტოტების რიცხვი ორივეზედ—შვიდი. უსისხლ-ძარღვო არეები ოთხი, პროქსიმალურ მხარეზედ.

პრეპარატი 3. სურათი 3.

ნაწლავის გრეხილს რკალოვანი მოყვანილობა აქვს. მის უმაღლეს წერტილიდან წარიდინება. დივერტიკული სწორი მიმართულების, ცილინდრული ფორმის, მორგვალებული ბოლოთი, სიგრძით 7 სანტმ. დასაწყისთან ირგვლივი მოხაზულობა უდრის $9 \frac{1}{2}$ სანტმ. შუა ნაწილში კი უფრო განიერია და უდრის 10 სანტმ.

ინიექცია: ორი სისხლის ძარღვი, მათ შორის მარჯვენა აღწევს დივერტიკულის ნახევარს, მარცხენა ორ მესამედს. მეორადი ტოტების რიცხვი შვიდი. უსისხლ-ძარღვო არეები მწვერვალზედ და ერთი არე მარცხნივ, დივერტიკულის შუა მანძილზედ დისტალურ ზედაპირზედ.

პრეპარატი 4. სურათი 4.

ნაწლავის ბოლოები უერთდება ერთი მეორეს მახვილ-კუთხის ქვეშ. მათ მწვერვალიდან წარედინება დივერტიკული განიერი და მსხვილი, სიგრძით 7 სანტმ. დივერტიკული თანდათან შეუმჩნეველათ ვიწროვდება და თაჯდება მორგვალებული ბოლოთი. ირგვლივი მოხაზულობის ზომა დივერტიკულის დასაწყისთან უდრის $13 \frac{1}{2}$ სანტმ.

ინიექცია: სისხლის ძარღვები ორი: მათ შორის მარჯვენა ყველაზედ გრძელი, ჯორჯლის ცხიმოვან ნაოქთან ერთად აღწევს დივერტიკულის მწვერვალს. მარცხენა აღწევს მხოლოდ ნახევარს. მესამე და მეოთხე—მოკლეებია, წვრილი ნაწლავის მომტან ნაწილის კედლიდან გადადის პროქსიმალურ ზედაპირზედ და ერთვის კოლატერალებით პირველი ძარღვის ქვედა მეორად ტოტებს. საერთოთ მეორად ტოტების რიცხვი ცხრას უდრის, უსისხლ-ძარღვო არე ერთი, დისტალურ ზედაპირზედ, მწვერვალის სიახლოვეთ.

პრეპარატი 5. სურათი 5.

იგი წარმოადგენს მღივი ნაწლავის პირდაპირ და უშუალო გაგრძელებას; დივერტიკულის სიგრძე უდრის 3 სანტმ. მისი ირგვლივი მოხაზულობის ზომა უდრის $6 \frac{1}{2}$ სანტმ. თეოს ნაწლავი ზემოაღწერილ ნაწლავთან ჰქმნის სწორ კუთხეს და შორდება მას, როგორც გვერდათი ტოტი.

ინიექცია: სისხლის ძარღვები სამი. ორი მარჯვნიდან პარალელურად ადიან დივერტიკულის კედელზედ, ერთი მარცხნიდან. მეორადი ტოტების რიცხვი ხუთი. უსისხლ-ძარღვო არეები სამი, მწვერვალის პროქსიმალურ ზედაპირზედ.



პრეპარატი 6. სურათი 6.

ნაწლავის გრებილი რკალოვანი ფორმისაა. მის უმაღლეს თავისუფალ ზედაპირის წერტილიდან წარიზიდება დივერტიკული, პატარა, წვრილი, გაცილებით უფრო ნაკლები სანათურით, ვიდრე ნაწლავი. ამ დივერტიკულის სიგრძე უდრის $1\frac{1}{2}$ სანტმ. მისი დასაწყისის ირგვლივი მოხაზულობა— $2\frac{1}{2}$ სანტ. დივერტიკულს ცილინდრული მოყვანილობა აქვს, თანდათან ვიწროვდება და თავდება ოდნავ გაგანიერებულ დანაოჭებულ და ბუშტუკოვან ბოლქვით.

ინიექცია: სისხლის ძარღვი ერთი მარცხნიდან, დივერტიკულის ფუძეზედ ორკაპდება და ეხვევა დივერტიკულის ფუძეს გარშემო, მხოლოდ ამ მეორადი ტოტების ბოლოები ერთი მეორეს არ უერთდება. მესამედი ტოტები—სამი სხვადასხვა სიმაღლის, ამავალი მიმართულებისა. მათი შემდეგი დატოტიანება უსისტემო. უსისხლ-ძარღვო არე მწვერვალზედ.

პრეპარატი 7. სურათი 7.

მლივი და თედოს ნაწლავების ნაკრები უერთდება ერთი მეორეს მახვილი კუთხის ქვეშ. მწვერვლიდან წარიდინება მსხვილი დივერტიკული, რომელიც ბოლოში თავდება გაგანიერებული ოთხ ბუშტუკოვან, კედლებ გათხელებული თავით. დივერტიკულის სიგრძე უდრის 6 სანტმ. სიგრძე მისი ყელამდის $3\frac{1}{2}$ სანტ. ირგვლივი მოხაზულობის ზომა უდრის $7\frac{1}{2}$ სანტმ. და თითქმის იმავე კალიბრისაა, როგორც თავით ნაწლავი.

ინიექცია: სისხლის ძარღვის ტოტი სამი: უგრძელესი—მარჯვენა, მარცხენა კი—ორი და წვრილი. მეორადი ტოტები ხუთი. უსისხლძარღვო არეები ხუთი მწვერვლის მიდამოში ირგვლივ დალაგებული.

პრეპარატი 8. სურათი 8.

დივერტიკული წარიდინება ნაწლავის გრებილის გვერდითი კედლიდან მახვილი კუთხის ქვეშ. დივერტიკულის სიგრძე უდრის $6\frac{1}{2}$ სანტმ. დასაწყისთან შევიწროებულია და აქ მისი ირგვლივი მოხაზულობის ზომა უდრის $9\frac{1}{2}$ სანტ. ბოლოში დივერტიკული გაგანიერებული და შებრტყელებულია და თავდება ხუთი ბუშტუკოვანი უკიდურესათ გათხელებული თავით. აღნიშნული დამატებითი ბუშტუკების ოდენობა სხვადასხვანაირია; ყველაზედ მსხვილ ბუშტუკს ყველაზედ გათხელებული და გამსჭვირვალე კედელი აქვს.

პრეპარატი 9. სურათი 9.

დივერტიკული წარიდინება ნაწლავის გვერდითი კედლიდან და ჯორჯლის გვერდით ძევს. სიგრძე დივერტიკულის 2 სანტმ. უდრის მის კიდზედ გადაღის ჯორჯლის ფირფიტა ერთი სანტიმეტრის მანძილზედ. თავით ნაწლავი ამ ადგილას 4—5 სანტმ. მანძილზედ მეტათ გაგანიერებულია.

პრეპარატი 10. სურათი 10.

დივერტიკული გრძელი, ცილინდრული ფორმისა, რომელიც თანდათან ბოლოსაკენ ვიწროვდება, წარიდინება ნაწლავის თავისუფალ ზედაპირიდან, ჯორჯლის მიმაგრების პირდაპირ, მახვილ-კუთხის ქვეშ. მისი სიგრძე უდრის 12 სანტმ. დივერტიკულის ბოლო დართულია ცხიმოვანი მორჩით, რომლის სისქეშიც აღმოჩნდა ლიმფური ჯირკველი ცერცვის ოდენობისა; დასაწყისთან დივერტიკულის ირგვლივი მოხაზულობის ზომა უდრის 8 სანტმ. ბოლოში კი— $4\frac{1}{2}$ სანტმ.



პრეპარატი 11. სურათი 11.

დივერტიკული წარიდინება ნაწლავის გვერდითი კედლიდან, ჯორჯლის ნაპირთან. დივერტიკული თითის მოყვანილობისაა, სიგრძით 5 სანტმ. უდრის და ბოლოში დართულია მცირე, დანაოჭებული, ცხიმოვანი ბალიშით. დივერტიკულის წინ ნაწლავი თავლსაჩინოთ გაგანიერებულია, დივერტიკულის შემდეგ კი თითქმის ორჯერ შევიწროვებული.

ინიექცია: სისხლის ძარღვი ერთი; მეორადი ტოტები შეიდი ირგვლივი მიმართულებისა. უსისხლ-ძარღვო არე ორი: ერთი ფართე დივერტიკულის დასაწყისთან, მიღებული წვრილ ნაწლავის კედელზედ; მეორე—მწვერვალთან, განზედ გადრეკილ და შეთხელებულ კედელზედ.

პრეპარატი 12. სურათი 12.

დივერტიკული ნაწლავის გვერდითი კედლიდან წარიდინება, თითისებური მოყვანილობისაა, ჯორჯალზედ ძვეს და ჯორჯლის პერიტონეალური ფირფიტოვანი ნაოჭით მიმაგრებულია ჯორჯალზედ. დივერტიკულის სიგრძე უდრის 4 1/2 სანტმ. დივერტიკულის სანათურის ოდენობა ცვალებადია.

ინიექცია: მთავარი სისხლის ძარღვი ერთი, გრძელი. მეორადი ტოტები ექვსი. უსისხლ-ძარღვო არე—ერთი, ვიწრო და გაგრძელებული, მიღებულია ჯორჯალზედ. მასზედ ვადადის ჯორჯლის სეროზული ნაოჭი, ცხიმით ავსებული.

პრეპარატი 13. სურათი 13.

დივერტიკული წარიდინება ნაწლავის გვერდითი კედლიდან; დასაწყისში შევიწროებული, შემდეგ გაგანიერებულია და ბოლოში თავდება კუთხის ქვეშ მოდრეკილი ორი ბუშტუკით, რომლებიც ერთი მეორეს გამოეყოფებიან შევიწროებული კვლებით. დივერტიკულზედ ჯორჯლიდან ვადადის პერიტონეუმის ფირფიტოვანი თხელი ნაოჭი, რომელიც დივერტიკულის მწვერვალს სდრეკს ნაწლავისაკენ. ასეთივე პერიტონეუმის ნაოჭი, მხოლოთ უკვე ზონარის სახით, არსებობს დივერტიკულის მეორე მოპირდაპირე ზედაპირზედაც და სამწვერვალო ბუშტუკებამდის აღწევს.

Проф. А. Н. Натишвили.

Закрытый дивертикул Меккеля и его сосудоснабжение.

Из Анатомического Института Тифлисского Государственного Университета.

Автором собрано 13 случаев закрытой формы дивертикула Меккеля, при чем 8 случаев обнаружено in situ и произведена инъекция сосудов окрашенной жидкостью. Автор описывает распределение сосудов в стенках дивертикула и в заключении дает следующие выводы:

Prof. A. Natichvili.

Diverticule Meckel fermé et ses vaisseaux nourriciers.

L'Instit.anatom. de l'Univers. de Géorgie. a Tiflis.

L'auteur a rassemblé treize cas de diverticule de Meckel fermés, dont huit cas ont été découverts in situ, après injection faite dans les vaisseaux avec un liquide coloré. L'auteur décrit la répartition des vaisseaux dans les parois du diverticule et fait les conclusions suivantes:



1. У человека величина и емкость дивертикула является выражением периода остановки процесса обратного развития желточно-кишечного протока.

2. Дивертикул Меккеля по форме, величине, емкости и положению подвержен многообразным вариантам. Чаще всего встречается такой дивертикул, который отходит от свободного края тонкой кишки противоположной прикреплению брыжжейки.

3. Изъязвления и разрушения стенки дивертикула должны находиться в связи с дефектами васкуляризации.

4. Питание стенки дивертикула происходит через один, чаще два, реже большее число сосудов, представляющих продолжение кольцевых сосудов стенки тонкой кишки, принимающих продольное направление в стенке дивертикула от его основания к вершине. Вторичные и третичные ветви этих сосудов образуют в стенке дивертикула характерные, обособленные, елкообразные фигуры, между которыми остаются различной величины и формы безсосудистые поля.

5. Чем больше дивертикул, тем больше отступает от вышеописанной картины способ разветвления сосудов и тем крупнее отдельные безсосудистые поля.

6. Означенные безсосудистые поля чаще всего наблюдаются в области вершины дивертикула.

7. Безсосудистые участки стенки дивертикула, по мнению автора, представляют слабые места, откуда должны возникать явления постепенной атрофии, истончения, изъязвления и перфорации.

1. La dimension et la capacité du diverticule chez l'homme sont l'expression de la période d'arrêt du procès de développement inverse du courant omphalo-mesenterique.

2. Le diverticule de Meckel est sujet par sa forme, sa dimension sa capacité et sa position à de multiples variations. On rencontre le plus souvent un diverticule qui s'éloigne du bord libre de l'intestin grêle, opposée au bord mésentérique.

3. Les ulcérations et les destructions de la paroi du diverticule doivent dépendre des défauts de sa vascularisation.

4. La nutrition de la paroi du diverticule se fait au moyen d'un vaisseau, quelquefois de deux et rarement davantage, qui est, ou qui sont la continuation des vaisseaux annulaires de la parois de l'intestin grêle, ayant une direction longitudinale vers la paroi du diverticule, de sa base à son sommet. Les branches secondaires et tertiaires de ces vaisseaux forment dans la paroi du diverticule des figures caractéristiques en forme de d'arbre de noel, entre lesquelles sont restées des espaces avasculaires de forme et de dimension différentes.

5. Plus le diverticule est de grande dimension plus le procédé de ramification des vaisseaux s'éloigne du type décrit ci-dessus et plus large sont les espaces avasculaires.

6. Les champs avasculaires, que nous venons de décrire, s'observent le plus souvent dans la région du sommet du diverticule.

7. Les champs avasculaires de la parois du diverticule présentent, à l'avis de l'auteur, les points faibles, d'où doivent commencer progressivement les phénomènes d'atrophie, d'amincissement, d'ulcération, de gangrène et de perforation.

პროფ. გრ. მუსხაჟი.

სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის გამგე.

შარდსაწვეთების გადანერგვა ნაწლავში, მისი შედეგები, გართულებები და მათი საწინააღმდეგო ზომები.*

შარდსაწვეთების გადანერგვა ნაწლავში პირველად შეასრულეს Simon-მა (1851 წ.) და Roux-მა (1852 წ.), რომელთაც ექსტრაპერიტონეალური გზით შარდსაწვეთი დაუახლოვეს ნაწლავს და სათანადო იარაღის (კლემის) დადებით ხელოვნურად გამოიწვიეს ნეკროზი ორთავე ორგანოს კედელში და ამგვარად შექმნეს მათ შორის ანასტოზოზი. გადაკვეთილი შარდსაწვეთის გადანერგვა კი პირველად შეასრულა Thomas Schmith-მა (1878 წ.), მან აგრეთვე ექსტრაპერიტონეალური გზით—წელის განაკვეთის საშუალებით გამოჰყო შარდსაწვეთები და გადანერგა ერთი ასწვრივი, მეორე დასწვრივი კოლინჯის უკანა კედელში. ჯერ გადანერგა მარცხენა შარდსაწვეთი, ერთი წლის შემდეგ მარჯვენა. მეორე ოპერაცია ავადმყოფმა ვერ გადაიტანა და ურემიული მოვლენებით გარდაიცვალა. გაკვეთის დროს აღმოჩნდა მარცხენა თირკმლის ჰიდრონეფროზი და მარჯვენა თირკმლის მენჯის ძლიერი გაგანიერება. ამ დროიდან იწყება ამ ოპერაციის ექსპერიმენტალური და კლინიკური შესწავლა და დამუშავება, რის შედეგადაც ეხლა ჩვენ ვგაქვს ამ ოპერაციის მთელი რიგი მოდიფიკაციები, რომელთა შორის თანამედროვე ქირურგიაში, მეტადრე რუსეთში, მიღებულია შარდსაწვეთების გადანერგვა S. Romanum-ში ან სწორ ნაწლავში.

ყველა მეთოდები შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს: ექსტრაპერიტონეალური და ინტრაპერიტონეალური. 1-ლი გზა იყო გავრცელებული და თითქმის ერთადერთი იყო ანტისეპტიკის და ასპეტიკის შემოღებამდე. მე-XIX საუკუნის ბოლოში ამ წესის დამუშავებაში და განვითარებაში დიდი ღვაწლი მიუძღვით Tuffier-ს, Peter-ს, Bergenhem-ს, Pozzi-ს და სხვ. ამ უკანა უფრო გავრცელებულია ინტრაპერიტონეალური გზა, თუმცა ექსტრაპერიტონეალურ წესს, როგორც უფრო მარტივს და ნაკლებად საშიშს პერიტონიტის განვითარების მხრივ, დღესაც ჰყავს მომხრეები. რუსეთის უროლოგთა მეორე ყრილობაზე (1927 წ) Лемберг-მა პროფ. ჯანელიძის კლინიკიდან წაიკითხა მოხსენება Bergenhem-ის (ექსტრაპერიტონეალური) მეთოდის შესახებ. ამ ოპერაციის ისე, როგორც Maydl-ის ოპერაციის შესრულება ნხოლოდ შარდბუშტის ეკტოპიის ან მაღალ ეპისპადიის დროს შეიძლება და აქაც შარდსაწვეთებთან ერთად ვღებულობთ და გადაენერგავთ აგრეთვე შარდბუშტის კედლის

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მე-V კონგრესს 24—29/1, 1924 წ. ბათუმში.



ნაწილს, მხოლოდ შარდსაწვეთები ცალ-ცალკე გამოიყოფა და ცალ-ცალკე ინერგება ექსტრაპერიტონეალურად შორისის მხრიდან ამ ოპერაციის შესრულება შეიძლება ქალზედაც. შარდსაწვეთების ნაწლავში გადანერგვის ოპერაციის დამუშავებაში და შესწავლაში, როგორც ზევით იყო ნათქვამი, დიდი ღვაწლი მიუძღვით რუსეთის დასტაქრებს (მეტადრე Тихов-ს და მის მოწაფეებს) მათ მიერ დაწერილია რამდენიმე დისერტაცია (Яхонтов, Миротворцев, Березнеговский, Ильин, Шишко (რუსეთის დასტაქართა მე-XV (1922 წ.) და მე-XVI, (1924 წ.) და უროლოგთა მე-II (1927 წ.) ყრილობებზე ამ საკითხის შესახებ წაკითხული იქნა მოხსენებები, რომელთაც ხანგრძლივი კამათი გამოიწვიეს. Смиттен-მა, რომელიც ორთავე ზემოხსენებულ ქირურგიულ ყრილობებზე მოხსენებით გამოვიდა, ანკეტის საშუალებით 1924 წ. მთელ საბჭოთა კავშირში შეაგროვა 316 შემთხვევა*) შარდსაწვეთების გადანერგვისა ნაწლავში პროფ. Тихов-ის და Миротворцев-ის წესით. აქედან თვით Тихов-ს ეკუთვნის 90 შემთხვევა. Смиттен-ი თავის მოხსენებაში ამბობს, რომ ეს ოპერაცია რუსეთის ნიადაგზე აღმოცენებული და აღნიშნავს, რომ რუსეთში იგი უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ევროპაში, რაც აიხსნება ერთი მხრივ მოსახლეობის ნაკლები კულტურული განვითარებით, მეორეს მხრივ სამეანო დახმარების არა სათანადო დაყენებით (მეტადრე ძველ რუსეთში), რის გამოც მშობიარენი ძალიან ხშირად სამეანო დახმარებას გვიან მიმართავენ ან ასეთ დახმარებას სრულებით მოკლებულნი არიან და ამიტომ მშობიარობა ხშირად შარდბუშტის და საშოს დაზიანებით რთულდება. აღსანიშნავია, რომ ქალაქის მცხოვრებთა შორის, სადაც სამეანო დახმარება უფრო ხელმისაწვდომია, მშობიარობის ასეთი გართულება უფრო იშვიათია და მე პირადად არც შეიმხედრია. ყველა 50 ავადმყოფი ქალი შარდბუშტის ფისტულით, რომელთაც გაიარეს ჩემ ხელში 17 წლის განმავლობაში, საქართველოს პროვინციის მიყრუებული ადგილებიდან იყვნენ ჩამოსული.

შარდსაწვეთების გადანერგვას სწორ ნაწლავში ამგვარ შემთხვევების დროს მიზნად აქვს შარდბუშტის სფინქტერის მაგივრად სწორი ნაწლავის სფინქტერის გამოყენება და ამიტომ შეიძლება მას მივმართოთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც სწორი ნაწლავის ფუნქცია არ არის მოშლილი, რაშიაც დასტაქარი უსათუოდ ოპერაციის წინ უნდა დარწმუნდეს.

ამ სამი კვირის წინად პროფ. Шамов-მა თავის კლინიკაში (ხარკოვში) მიჩვენა ავადმყოფი, რომელსაც პროვინციაში დასტაქარმა ბუშტის ექტოპიის გამო რამდენიმე წლის წინად გადუნერგა შარდსაწვეთები ნაწლავში; რადგანაც მას უკანა ტანის სფინქტერი მოდუნებული ქონდა, ამიტომ ოპერაციის შემდეგ იგი ჩავარდა უარეს მდგომარეობაში: უკანა ტანიდან განუწყვეტლივ სდიოდა შარდი და განავალი. პროფ. Шамов-ი ავადმყოფის ოხონით იძულებული იყო ისევ ძველ ადგილას გადმოენერგა შარდსაწვეთები და ისევ ხელოვნური ექტოპია შეექმნა.

ჩვეულებრივ ამ ოპერაციას აკეთებენ თანდაყოლილი სიმახინჯის—შარდბუშტის ექტოპიის, მაღალი ეპისპადისის დროს, უმთავრესად კი შარდბუშტისა საშოს ფისტულების დროს, როდესაც პლასტიური ოპერაციით მათი დახურვა არ შეიძლება. თუმცა ათაბეგოვის და ხახუტაშვილის მიერ ამგვარი

*) 1927 წ. მაისში მისივე ცნობით უკვე 400-ს აღემატებოდა.

ფისტულების დახურვის მეთოდების დამუშავების შემდეგ, პლასტიური ოპერაცია უფრო ხშირად კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ მაინც მთელ რიგ შემთხვევებში ბოლოს და ბოლოს შარდსაწვეთების გადანერგვა მაინც გვჭირდება. პლასტიური ოპერაცია შესაფერი პირობების გარდა (ფისტულების ოდენობა, მეზობელი ქსოვილების მდგომარეობა) თხოულობს ავადმყოფის და ექიმის მხრივაც დიდ მოთმინებას და ზოგჯერ ბევრი ცდის შემდეგაც დადებით შედეგს იგი არ გვაძლევს. საკმარისია გავიხსენოთ ალექსანდროვის შემთხვევა, როდესაც 7 წლის განმავლობაში ავადმყოფს 30-ჯერ გაუკეთდა პლასტიური ოპერაცია და ბოლოს მაინც შარდსაწვეთის გადანერგვა დასჭირდა.

ამ ოპერაციას მიმართავენ აგრეთვე მენჯის და მუცლის ღრუდან სიმსივნეების ამოკვეთის დროს შარდსაწვეთების უცაბედად ან განკებ გადაჭრის გამო.

რუსეთში ამ ოპერაციის ჩვენება უფრო გაფართოებულია. პროფ. Тихов-ი და Грамматикати, მას მიმართავენ შორწყასული კიბოთი დაავადებული საშილოსნოს ამოკვეთის დროსაც. ამ წესით Wertheim-ის რადიკალური ოპერაციის ჩვენება უფრო ფართოვდება: წინასწარ შარდსაწვეთებს გადანერგავდნენ სწორ ნაწლავში და შემდეგ კიბოთი დაავადებულ საშილოსნოს და ლიმფატიურ ჯირკვლებს ამოკვეთავდნენ. თუმცა ეს წესი სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს (50%) იძლევა, მაგრამ სამაგიეროთ ზოგიერთ შემთხვევაში ღებულ ავტორები ხანგრძლივ განკურნებას ღებულობდნენ. პროფ. Оппель-ის და Федоров-ის მიერ ეს ოპერაცია მოწოდებულია შარდბუშტის ტუბერკულოზის დროს, უკანასკნელ წლებში ამ ოპერაციას აგრეთვე ხშირად მიმართავენ შარდბუშტის კიბოს და პაპილომების დროსაც. აწერილია შემთხვევები, როდესაც შარდბუშტის პაპილომები ამ ოპერაციის შემდეგ თავისთავად გამქრალან (Михайлов). Гуревич-ი უფრო შორს მიდის და გვირჩევს მიემართოთ მას პროსტატის მკვირივი ჰიპერტროფიის დროს, მეტადრე მაშინ, როცა ავადმყოფი მოხუცებული და დასუსტებულია იმდენად, რომ პროსტატექტომიის ატანის იმედი არა აქვს, Гуревич-ის აზრით, ამგვარ შემთხვევებში პროსტატექტომია უფრო ძნელი გადასატანია, ვიდრე შარდსაწვეთების გადანერგვა. პირადად მე ამ აზრს ვერ დავეთანხმები და გადამეტებულადაც მიმაჩნია. ამასთან ერთად შარდსაწვეთების გადანერგვას ნაწლავში თუმცა ზოგიერთი ავტორები არაფიზიოლოგიურ და მიზანშეუწონელ ოპერაციად სთვლიან, მაგრამ სამწუხაროდ დღეს-დღეობით სხვა საშუალება არ მოგვეპოვება იმ დაავადებათა წინააღმდეგ, რომელთაც თან სდევს შარდის შეუკავებლობა და მისი მუდმივი დენა. იდაელურ ოპერაციად ამ შემთხვევაში უნდა ჩაითვალოს ის, რომლის საშუალებითაც იმავე ნაწლავებიდან იქნება სრულიად გამოყოფილი ხელოვნური ბუშტი, რომელსაც შენარჩუნებული აქვს სფინქტერი ან სფინქტერის მზგავსი მოწყობილობა. ამ მიზნით მე XIX საუკ. ბოლოში სხვადასხვა ავტორები (Boari, Goldenberg', Модлинский, Enderlen, Berghut-Borelius, Спасокукоцкий, Мыш-ი და სხვ) სცდილობდნენ გამოეყოთ, ნაწილობრივ მაინც, ნაწლავის ის ნაწილი, სადაც ოპერაციის შემდეგ შარდი უნდა გროვდებოდეს და, ესარგებლოთ ან ბუნებრივი სარქველით (Valvula Bauhinii) ან შეექმნათ ხელოვნური სარქველი იმ მიზნით, რომ წინააღმდეგობა გაეწიათ აღმავალი ინფექციის გან-

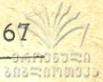


ვითარებისათვის შარდსაწვეთებში და თირკმლებში, მაგრამ სამწუხაროდ ეს მიზანი ვერ იყო მიღწეული, რადგანაც ხელოვნურ ბუშტს—ნაწლავის გამოყოფილ ნაწილს ჰქონდა უშუალო კავშირი ნაწლავების ღრუსთან და აქედან ინფექცია ადვილად ვრცელდებოდა. ამ მიზანს უფრო აღწევს პროფ. Мелъников-ის მიერ დამუშავებული და 1924 წ. გამოქვეყნებული ოპერაცია. იგი შარდბუშტს ქმნის სწორი ნაწლავიდან სიგმოიდური ნაწლავის საზღვარზე, კვეთავს მას გარდიგარდმოდ, პერიფერიულ ნაწილს ადებს ნაკერებს და ამით ქმნის შარდის განცალკევებულ რეზერვუარს; ცენტრალური ბოლო ჩამოაქვს სწორი ნაწლავის სფინქტერის უკან და შორისის კანზე აკერებს. ამრიგად Anus-ის არეში გვექნება ორი ხვრელი, მოთავსებული და შემორტყმული ერთი სფინქტერით: წინა ხვრელი ახლად შექმნილი შარდბუშტის გამოსავალი, უკანა კი სწორნაწლავის და იგი წარმოადგენს ახალ anus-ს. შემდეგში შორისის კანიდან ქმნის შარდსადინარს, რომლის ერთ ბოლოს უერთებს წინა ხვრელს, მეორე კი მდებარეობს წინ და orifitium externum-ის დანიშნულებას ასრულებს. ამრიგად ახლად შექმნილი შარდსადინარის გარეთა ხვრელი კარგა მანძილითაა დაშორებული anus-ის ხვრელიდან და ამითი ავტორი ფიქრობს უზრუნველჰყოს ორგანიზმი სწორ ნაწლავიდან ინფექციის შეჭრისგან. ოპერაციის უკანასკნელი მომენტი მდგომარეობს იმაში, რომ შარდის რეზერვუარში (ხელოვნური შარდბუშტი) გადანერგავს შარდსაწვეთებს. ეს ოპერაცია შეიძლება შესრულდეს, როგორც ექსტრა,—ისე ინტრაპერიტონეალურად და სხვათაშორის ძალიან წააგავს პროფ. Попов-ის მიერ მოწოდებულ ოპერაციას—ხელოვნურ საშოს შექმნას სწორი ნაწლავიდან, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ აქ სფინქტერი ისე საჭირო არაა და ამიტომ სწორი ნაწლავი ორ ადგილას იკვეთება.

Грамсен-მა მოსკოვის ქირურგიულ საზოგადოებას 8 დეკ. 1924 წ. უჩვენა ავადმყოფი, რომელსაც ასეთივე ხელოვნური შარდბუშტი გაუკეთა წვრილი ნაწლავიდან ისეთი წესით, რა წესითაც Baldwin-ი ხელოვნურ საშოს ქმნის.

Мельников-ის ოპერაცია ძლიერ რთულია და დღემდე ადამიანზე მხოლოდ 3 შემთხვევაშია შესრულებული და აწერილია Шамов, Иссерсон, და Каплан-ის მიერ.

შარდსაწვეთების ნაწლავში ჩვეულებრივი წესით გადანერგვის შემდეგ ადამიანი შარდს გამოჰყოფს უკანა ტანის საშუალებით. აქ იქმნება კლოაკის მზგავსი რეზერვუარი, რომელშიაც გროვდება შარდი განავალთან ერთად. ასეთ მოვლენას, როგორც ნორმალურს ჩვენ ვხედავთ ზოგიერთ ცხოველთა შორის (გ. წ. ერთ გასავლიანი ჯგუფი—*ornithorynchus paradoxus echidna hystria proechidna brujnii* და უმეტეს ნაწილ ფრინველთა შორის. მათ შარდბუშტი არ აქვთ და შარდსაწვეთები ეხსნებათ სწორნაწლავში—კლოაკაში, სადაც განავალი და შარდი ერთად იკრიბება და ცხოველი მოთხოვნილების მიხედვით ერთად თავისუფლდება მათგან. ადამიანის ჩანასახის განვითარების დროსაც მე-14 კვირამდე მკაფიოდ არის გამოხატული კლოაკა-ღრუ, რომელშიაც ნაწლავი და შარდსაწვეთები იხსნება. მე-14 კვირის შემდეგ Michalkowicz-ის გამოკვლევით ეს ღრუ ორად იყოფა და იქმნება ცალკე საშარდე და ცალკე ნაწლავის ტრაქტი.



ლიტერატურაში Ridchardson-ის მიერ აწერილია შემთხვევა, როცა 17 წლის ქაბუკს შარდსაწვეთები დაბადებიდან სწორ ნაწლავს უერთდებოდნენ. ასეთივე შემთხვევები აწერილია Schwartz-ის, Olshausen-ის, Logeutle-ს და სხვა ავტორების მიერ. მიუხედავად ასეთი ფაქტებისა შარდსაწვეთების გადანერგვა ნაწლავში მაინც ანტიფიზიოლოგიურ ოპერაციად უნდა ჩაითვალოს, იგი Tuffer-ის სიტყვით იწვევს ორგანიზმში ფიზიოლოგიური და ფიზიკური კანონების დარღვევას და სტატისტიკური მასალის მიხედვით იძლევა ბევრ გართულებებს და დიდ სიკვდილიანობას, რომელიც 40-50% აღწევს. როგორც აქ დართული Смиттен-Мельников-ის (იხ. ტაბულა № 1) შრომიდან ამო-

ტაბულა № 1 (სმიტენ-მელნიკოვიდან)

ავადმყოფობა	საერთო რიცხვი	დაიხრცნენ საავადმყოფოში ყოფნის დროს		განიკურნენ	
		რიცხვი	%	რიცხვი	%
1. შარდბუშტის ფისტულა	156	34	21,8	122	78,2
2. თანდაყოლილი სიმახინჯე	58	18	31	40	69
3. ავთვისებიანი სიმსივნეები	98	61	63,3	37	36,7
4. ანთებითი პროცესები	4	3	75	1	25
	316	116	36,7	200	63,3

ღებულ ცხრილიდან სჩანს სიკვდილობის %-ი დამოკიდებულია უფრო ოპერაციის ჩვენებაზე და ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე, ვიდრე თვით ოპერაციაზე. ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ეს ოპერაცია უფრო დიდ სიკვდილობას იძლევა (63,3 %) ვიდრე შარდბუშტის ფისტულის (21,8 %), ან თანდაყოლილი სიმახინჯის დროს. საერთოდ კი Смиттен-ის მიერ შეკრებილ 316 ავადმყოფიდან მოკვდა 116 ე. ი. 36,7 %; განიკურნა 200 ე. ი. 63,3 %. აღსანიშნავია, რომ ცხოველები (ძაღლები) ამ ოპერაციას უფრო ძნელად იტანენ. Миротворцев-ის მიერ 1909 წ. ლიტერატურაში შეკრებილია 352 შემთხვევა ამ ოპერაციისა ცხოველზე და სიკვდილობა ერთი შარდსაწვეთის გადანერგვის დროს უდრის 83,5 %, ორივე შარდსაწვეთის გადანერგვის დროს 90,1 %, თვით Миротворцев-ის შემთხვევებში კი 100 %-მდე აღიოდა.

სიკვდილობის მიზეზთა შორის პირველი ადგილი უჭირავს პერიტონიტს, შემდეგ კი აღმავალ ინფექციას—შარდსაწვეთ-თიკმლების დაავადება პიელონეფრიტის, ჰიდრო-პიონეფროზის სახით და მესამე სიკვდილობის ხშირი მიზეზი არის გულის სისუსტე, ზოგად კახექსიასთან ერთად. დახოცილთა შორის პერიტონიტი, როგორც სიკვდილის მიზეზი აღინიშნება თითქმის 50 %, პროფ. Тихов-ი 24 შემთხვევიდან 11 (46 %) აღნიშნულია პერიტონიტი. Mayo-ის

11 სიკვდილიდან 5-ში მიზეზი იყო პერიტონიტი. სწორეთ ეს გართულება იყო ის მიზეზი, რომელიც ძველ დასტაქრებს (Simon, Küster) აიძულებდა ექსტრა-პერიტონეალური გზით ეწარმოებინათ ეს ოპერაცია.

რატომ გვხვდება ასე ხშირად ამ ოპერაციის დროს ეს—გართულება? ჯერ ერთი ამ ოპერაციის დროს ჩვენ გვიხდება ორი იმისთანა ღრუს გახსნა (ნაწლავი და შარდსაწვეთები), რომელიც მდიდარია სხვადასხვა მიკროორგანიზმებით. შარდსაწვეთები აქ იმ ძირითად დაავადების გამო, რომლის გულისათვისაც ოპერაციას მივმართავთ, ძალიან ხშირად განიცდიან ცვლილებებს და ბლომადაც შეიცავენ პათოგენურ მიკრობებს. Смиттен-ის აზრით, პერიტონიტი და თვით ნაკერების მოღუნება და გადანერგილი შარდსაწვეთის დაცილებაც (მეტადრე, მაშინ, როდესაც ეს დაცილება დაგვიანებით ვითარდება) და აგრეთვე სხვა გართულებანი აქ ხშირად შედეგია იმ ანთებითი პროცესისა, რომელიც ვითარდება ნაწლავის კედელში ოპერაციის შემდეგ შარდის და ინფექციის ზეგავლენით. ლორწოვანი გარსი განიცდის ცვლილებას ჰიპერემიიდან დაწყებული დიფტერიულ და პერფორატიულ წყლულებამდე.

შარდსაწვეთის გადაღუნვა, როგორც პერიტონიტის მიზეზი, აღნიშნულია Финкельштейн-ის, Оппель-ის, Никольский-ის შემთხვევებში. ამ გართულების თავიდან ასაცილებლად Попов-ი გვირჩევს შარდსაწვეთების ნაწლავის გვერდითი კედლებზე მიმაგრებას, Смиттен-ი—ორივე შარდსაწვეთის ნაწლავის ერთ ღონეზე მიმაგრებას, Никольский—taenia longitudinalis არეში გადანერგვას.

წყლულის პერფორაცია, როგორც პერიტონიტის მიზეზი, შარდსაწვეთების გადანერგვის შემდეგ აღნიშნულია Лиссовская, Баккая და თვით Смиттен-ის მიერ. რაც შეეხება ნაწლავის ლორწოვანი გარსის უბრალო დაწყლულებას, რომელიც გამოიხატება ფალარათობაში, ტენეზიმებში და წვაში, სწორ ნაწლავში ოპერაციის შემდეგ ხანაში იგი ხშირად აღინიშნება და ჩვენი 15 საკუთარი შემთხვევიდან 6-ში (№№ 1, 7, 9, 11, 12 და 13) ამ გართულების ნიშნები იყო გამოხატული. ასეთივე მოვლენები აღნიშნულია Никольский-ის Рышков-ის და სხვა ავტორების მიერ.

თვით შარდსაწვეთების და თირკმლების დაავადებასაც Смиттен-ის აზრით იწვევენ ეს წყლულები. აქედან არა მარტო შარდსაწვეთებზე პირდაპირ გადასვლით, არამედ ლიმფური და ჰემატოგენური გზით ინფექცია ედება ორგანიზმს და სხვათაშორის თირკმლის დაავადებასაც იწვევს.

პერიტონიტის განვითარებას ხელს უწყობს, რა თქმა უნდა, ზოგიერთი ტენიკური შეცდომებიც: ნაწლავის ხერხელის არასაკმარისად გერმეტიულად დახურვა შარდსაწვეთების ბოლოების ზედმეტი გადაჭერა და ტრაფმა, მათი გადაგრება, მოღუნვა და სხვა.

პროფ. Вознесенский-ს 6 ავადმყოფიდან დაეღუბა 4 და ერთ მათგანში მიზეზი იყო პერიტონიტი გამოწვეული Kocher-ი პინცეტით შარდსაწვეთის ბოლოს გაჭყლეტით. შარდსაწვეთების ზედმეტად დიდ მანძილზე გამოყოფა იწვევს მათი კვების შესუსტებას და ნეკროზს, ამიტომ ამასაც უნდა ვერიდოთ. ყველა ეს დეფექტები იწვევენ შარდსაწვეთების კედლების კვების დასუს-

ტებას, მათ დაჭიმვას, ნეკროზული პროცესის განვითარებას და პერიტონეუმის ღრუში ინფექციის შეჭრას. Coffey-ს შარდის ან ნაწლავის კედლის დასაცავად და აღმავალი ინფექციის ასაცდენად შარდსაწვეთების ხვრელებში შეჰყავს კატეტერები და შიგ სტოვებს რამდენიმე დღით და მათი საშუალებით შარდი გამოაქვს გარეთ. შარდსაწვეთების შევიწროვების და დახშობის თავიდან ასაცდენად Boari ხმარობდა მურფის ფოლაქის მზავს მოწყობილობას, რომელსაც იგი სტოვებდა შარდსაწვეთების ხვრელში. პროფ. Мартынов-ი Красинцев-ი ამავე მოსაზრებით შარდსაწვეთის ბოლოს ათავსებენ ნაწლავის სეროზულ კუნთოვან შრესა და ლორწოვან გარსს შუა. Marwedel-ის მილის მზავსად.

ქვედა კედელი—აქ შესდგება ლორწოვანი გარსისგან, რომელიც აქ რბილია და ამიტომ შარდსაწვეთის ხვრელის დახშობას ვერ გამოიწვევს.

მეორე გართულება, რომელიც თან სდევს ამ ოპერაციას, ეს არის შარდსაწვეთების და თირკმელების დაავადება, Zeit-ი³⁾ ამბობს, რომ შარდსაწვეთების ნაწლავში გადანერგვის პათოლოგია არის ამავე დროს პიელიტების და მის შედეგების პათოლოგია. მან 1901 წ. ოპერაციის შემდეგ ვაკვეთა ასზე მეტი ძაღლი, რომელთაც Martin და Peterson-ის მიერ შარდსაწვეთები სხვადასხვა წესით ჰქონდათ გადანერგილი სწორ ნაწლავში, და თითქმის ყოველ შემთხვევაში თირკმელში და მის მენჯში აღმოაჩინა Bact. Coli commune და გამოიტანა შემდეგი დასკვნა: შარდსაწვეთების სწორ ნაწლავში გადანერგვას ბუნდამ დაერთვის აღმავალი ინფექცია თირკმელების დაავადების სახით და ეს ინფექცია გამოწვეულია bact. coli communis-ის მიერ და ერთადერთი საშუალება ამ გართულების წინააღმდეგ მისი აზრით არის ცხოველების და ავადმყოფის იზონიზაცია ვაქცინის საშუალებით ოპერაციამდე.

პროფ. Миротворцев-ის სიტყვით, ამ ოპერაციას აღმავალი ინფექცია თანსდევს ისე, როგორც აღამიანს მისი აჩრდილი. ქვევით ჩვენ დავინახავთ, რომ ეს აზრი გადამეტებულია. ასეთი შეხედულება სინამდვილეს არ შეეფერება და სმიტენის აზრით, რომელიც დამყარებულია საკუთარ დაკვირვებაზე და აგრეთვე Legeu-ს 1913 წ. Mugnier 1921 წ. Lootsch-ის 1923 წ. აზრზე, გადაჭარბებულია.

ნორმალურ პირობებში შარდსაწვეთები შარდის გამოყოფაში აქტიურ მონაწილეობას ღებულობენ. კუნთოვან შრის პერიოდული შეკუმშვის სახით, ამის გარდა შარდსაწვეთის ხვრელები, რომელნიც იხსნებიან სამკუთხის ბოლოების შემადგენელ ადგილას, იხურებიან ნამგლისებრი მოყვანილობის ლორწოვანი გარსის ნაკეცი (სარქველით), რომელსაც ფრანგები Valvule d' uretre (Testut) უწოდებენ. სწორედ ამ მოსაზრებით ზოგიერთი ავტორები შარდსაწვეთების გადანერგვის დროს ან ხელოვნურად ქმნიდენ ნაწლავის ლორწოვანი გარსიდან სარქველს (Fowler, Krynski, Mariin, Duwal, Tesson) ან სცილობდენ ესარგებლათ უკვე არსებული სარქველით valv. Bauhini-ით (Boari) და ამიტომ შარდსაწვეთებს ნერგავდენ მის ზევით. Glasenay გვიმტკიცებს, რომ სარქველის გარდა შარდსაწვეთის ირგვლივ კუნთები ხვრელთან ქმნიან ერთგვარ სფინქტერს, რომელიც ხურავს მას და იხსნება მხოლოდ შარდის გამოყოფის დროს. სხვა ავტორები, როგორც სარქველის, ისე სფინქტერის არსე-



ბობას უარყოფენ და ამ ქამად აძლევენ მნიშვნელობას უფრო ორ გარემოებას: 1) ირგვლივი კუნთების ძლიერ განვითარებას, რის გამო შარდსაწვეთის ჰერმეტიკული (სანათური) ჩვეულებრივ დახურულია და 2) შარდსაწვეთების შარდბუშტის კედელში ირიბი მიმართულებით განხნას რის, გამოც შარდბუშტში შარდის დაგროვების და წნევის მომატების დროს, შარდსაწვეთის ხერხელი მაგრად იხურება. Tuffier აღნიშნავს, რომ აღმავალი ინფექციის განვითარებას ნორმალურ პირობებში ხელს უშლის ორი გარემოება, შარდსაწვეთების სარქველების სწორი ფუნქცია და მათი კედლის შეკუმშვითი თვისება. კლინიკური და ექსპერიმენტალური დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ შარდბუშტის ზოგიერთი დაავადების დროს და მეტადრე თუ იგი იმგვარია, რომელიც შარდსაწვეთების გადაწვევას მოითხოვს *ectopia vesicae urinariae*, *fistula vesico-vaginalis*. შარდსაწვეთების ფუნქცია მოშლილია და აღმავალი ინფექციის ნიშნები ხშირად ოპერაციამდე გამოხატული. შემჩნეულია, რომ ავადმყოფი, რომელსაც აქვს *ectopia vesicae urinariae*, იშვიათად აღწევს მომწიფების ხანას. ათი ავადმყოფიდან, რომელსაც ჩემ ხელში გაიარეს, მხოლოდ ერთი იყო, რომელმაც 25 წლის ასაკს მიაღწია. მას ჰქონდა გამოხატული მოვლენები თირკმელების დაავადების მხრივ; ოპერაციაზე არ დაგვთანხმდა. ადგილობრივი ანთებითი პროცესის ზეგავლენით შარდსაწვეთების კედლები, მეტადრე მათი კუნთოვანი შრე, განიცდიან გადაგვარებას, რომელსაც შედეგად მოჰყვება მათი ატონია. პროფ. Федоров-მა კლინიკურად და Карафца-Корнუტ-მა ექსპერიმენტალურად (1908 წ.) დაამტკიცეს, რომ შარდსაწვეთების გადაკეთის და მათი ინერვაციის მოშლის გამო ვითარდება ჯერ პირველადი ატონია, რომელსაც შემდეგში უკვე ინფექციის ზეგავლენით დაერთვის მეორადი და უკვე მუდმივი ატონია. ეს მეორადი ატონია გამოწვეულია შარდსაწვეთის კუნთოვანი შრის შემაერთებელ-ქსოვილოვანი გადაგვარებით. Карафца-Корнუტ-ი ხელოვნურად შექმნილ შარდბუშტის ექტოპიის შემდეგ ცხოველებზე ყოველთვის აღნიშნავს აღმავალი ინფექციის ნიშნების განვითარებას. შარდსაწვეთი ამ მეორადი ატონიის დროს წარმოადგენს ვაგანიერებულ მილს, რომელიც ჰკარგავს შეკუმშვის თვისებას და შარდის გამოყოფაში აქტიურ მონაწილეობას აღარ ღებულობს და შარდი გამოდის არა ნაკადით, არამედ წვეთობით ისე, როგორც ამას აქვს ადგილი თირკმელის მენჯში და შარდსაწვეთის დასაწყისში. როგორც ზევით იყო ნათქვამი პირველადი ატონიის განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ნერვების გადაკეთას და ინერვაციის მოშლას.

Самарин-მა შეისწავლა შარდსაწვეთების ინერვაცია და აღმოაჩინა (1924 წელში), რომ შარდსაწვეთების ბოლოში ფაშარ ქსოვილში მოთავსებულია რამდენიმე სიმპატიური ნერვული კვანძი, რომლებიც იძლევიან ბოჭკოებს შარდბუშტის და შარდსაწვეთის მიმართულებით და ამიტომ იგი გვიჩვენებს მათ გამოყოფას ფაშარ ქსოვილთან ერთად. ასეთივე აზრი უფრო ადრე (1892 წ.) გამოხატა Tuffier-იმ მხოლოდ იგი ამ მეთოდით ფიქრობდა, სარქველის და სფინქტერის ფუნქციის შენარჩუნებას. Maydl-მა განახორციელა პირველად ეს აზრი და აწარმოვა შარდსაწვეთების გადაწვევა Lieutaudi-ს სამკუთხის ლორწოვან გარსთან ერთად. მან 1894 წ., რომში საერთაშორისო ყრილობაზე

გამოაქვეყნა ამ ოპერაციის შედეგები: ათი ავადმყოფიდან მოუკვდა მხოლოდ ერთი, ცხრამ კი ოპერაცია გადაიტანა.

ოპერაციის წინ როგორც ზევით იყო ნათქვამი ხშირად ავადმყოფს ქრონიკული პიელიტის და პიონეფროზის ნიშნები უკვე აქვთ გამოხატული, ზოგჯერ ეს პროცესი სრულებით ჩამქრალია და ოპერაციის შემდეგ და მის მიერ ახალი პირობების შექმნით ძველი პროცესი განახლდება, გამწვავდება ხოლმე და პირველ დღეებში გამწვავებული პიელიტის ნიშნები მკაფიოდ გვაქვს გამოხატული. შემდეგში ეს პროცესი თანდათან და ხშირად თავისთავადაც ცხრება და სრულიადც ქრება (Писовская, Миротворцев) და ავადმყოფი განაგრძობს ჩვეულებრივ ცხოვრებას და მუშაობასაც. Миротворцев-ის შემთხვევაში ავადმყოფმა ოპერაციის შემდეგ გადაიტანა მძიმე პიელიტი, 2 $\frac{1}{2}$ წლის შემდეგ იგი გარდაიცვალა შემთხვევითი ოპერაციის გამო და გაკვეთის დროს თირკმლებში და მის მენჯში პათოლოგიური ცვლილებები არ იყო აღმოჩენილი. ჩვენი შემთხვევებიდან ექვსში ოპერაციის შემდგომ ხანაში მკაფიოდ იყო გამოხატული მწვავე პიელიტის ნიშნები, რომელნიც მალე გაქრნენ და ავადმყოფები ჯანმრთელები გაიწერნენ. Красинцев-ის ავადმყოფმა ოთხი წლის შემდეგ (ოპერაციიდან) მოიმშობიარა და შარდში ცვლილება არ იყო აღმოჩენილი. Александров, Никольский-ს და სხვ. შემთხვევებში ოპერაციის შემდგომ ხანაში ავადმყოფებს პიელიტი გამოხატული ჰქონდათ; მიუხედავად ამისა 8, 5, 4 და 10 წლის განმავლობაში ავადმყოფებს პიელიტი არ გახსენებიათ. თუმცა Maud-ის ოპერაციის დროსაც ირღვევა შარდსაწვეთების ინერვაცია და მათი ფუნქციაც, მაგრამ პროფ. Миротворцев და Тавилдаров-ის და ჩემი დაკვირვებით ამ ოპერაციას ადამიანი უფრო ადვილად იტანს და გვიანი შედეგებიც უფრო უკეთესია, ვიდრე გადაჭრილი შარდსაწვეთების გადანერგვის დროს. ამ მეთოდის ნაკლი მდგომარეობს იმაში, რომ მისი გაკეთება შეიძლება მხოლოდ შარდბუშტის ectopi-ის დროს და ისიც მამაკაცებზე, ქალებზე მისი შესრულება დიდ ტრავმას იწვევს (საშვილოსნო უშლის) და ამის გარდა შარდსაწვეთების ერთგვარ გადაკეცვას და მოტრიალებას (90-180°-მდე) აქვს ადგილი.

Петров-ის და სხვა ავტორების აზრით ეს ოპერაცია უფრო რთულია და ხშირად იძლევა ლორწოვანი გარსის ნეკროზს, რასაც ჩვენი პირადი მასალის მიხედვით ვერ დავეთანხმებით. Nové Iosserand-ს მოჰყავს Maud-ის ოპერაციის შემდეგ 12, 17 და 21 წლის დაკვირვებანი, როდესაც ავადმყოფები თავს კარგად გრძნობდნენ და თირკმლების მხრივ ცვლილებები არა ჰქონდათ. Buchanan-ის ავადმყოფი 12 წ. ჯანსაღად გრძნობდა თავს, გარდაიცვალა 14 წლის შემდეგ და თირკმლებში დიდი ცვლილებები არ აღმოჩნდა.

შარდსაწვეთების ნაწლავში გადანერგვის შემდეგ ორგანიზმი განიცდის ერთგვარ ბიოქიმიურ ცვლილებას და ზოგიერთი პათოლოგიური მოვლენები ამ ცვლილებითაა გამოწვეული. უწინარეს ყოვლისა აქ ირღვევა ნივთიერებათა გაცვლა, რაც კლინიკურად გამოიხატება ავადმყოფის მიდრეკილებაში მუკავე სასმელსაჭმელისადმი. Березнеговский-ს აზრით შარდი ტუტე რეაქციისაა და ორგანიზმი მის ნეიტრალიზაციისათვის თხოულობს სიმკვავეს. ამ ზოგადი მოვლენების მიზეზები და დასაწყისი Смиттен-ის აზრით არის უმთავრესად ნაწ-



ლავის ის ნაწილი, სადაც შარდსაწვეთებია გადანერგილი და შარდი გროვდება. აქედან იწვრიტება ნაწლავის შიგთავისის პათოლოგიური პროდუქტები, რაც იწვევს ორგანიზმში ბიოქიმიურ ცვლილებებს და განსაზღვრულ კლინიკურ ნიშნებს. ეს ტოქსინები მოქმედობენ აგრეთვე თირკმელებზედაც. თირკმელებში ცვლილებების განვითარების ასახსნელად არ არის საჭირო ყოველთვის ვეძიოთ ჩვეულებრივი აღმავალი ინფექცია (ამბობს С миттен-ი) ამას ამტკიცებს ჩვენი შემთხვევა (№ 10), როდესაც ავადმყოფს ურემიული მოვლენები ჰქონდა კლინიკურად და ამავე დროს გაკვეთის დროს აღმოჩნდა, რომ თირკმელების დაავადების გარდა ჰქონდა შარდბუშტის განგრენა და მენჯის აბსცესი.

რა ზომები უნდა მივიღოთ, რომ ასეთი გართულება ავიცილინოთ ან შევამსუბუქოთ იგი? უპირველესად ყოვლისა საჭიროა ბრძოლა ინფექციის წინააღმდეგ. აქ არ არის საკმარისი ოპერაციის წინ ნაწლავის მექანიკურად (ოყნების, საფალარათოების საშუალებით) ან ქიმიური მედიკამენტებით (Salol, Benzonaphtol, Bismuti-subnit.) მომზადება. Bacterium coli commune ძალიან მაგრად ზის ნაწლავის ლორწოვან გარსში და სრულიად გამოყოფილი ნაწლავიდანაც ძალიან ძნელია მისი სავსებით განდევნა. ამიტომ ბოლო წლებში მიღებულია სულ სხვა ზომები. უკვე Zeit-ი 1901 წ. აღნიშნავს, რომ bact. coli commune-სთან ბრძოლა შეიძლება მხოლოდ ხელოვნური იმუნიზაციის (შესუსტებული კულტურის შესხაპუნებით), Ильин-ი ცდილობს ამ მიზანს მიაღწიოს დიეტის საშუალებით, იგი ავადმყოფს უნიშნავს ოპერაციის წინ და შემდეგ რძის დიეტას, რომელიც იწვევს ნაწლავებში ბაქტერიების რაოდენობის და მათი ვირულენტობის შემცირებას. ამ მხრივ მეტად კარვად მოქმედობს ჩვენი მაწონი. პროფ. Оппель იც ავადმყოფს ოპერაციის წინ უნიშნავს რძის დიეტას და ხმარობს Ferment Regulativ Crithari, Лисовская-მ, ჩვეულებრივი ვაკცინაციით ვერ მიაღწია სასურველ შედეგს და იგი მიმართავს bac. coli commune-ს ბაქტერიოფაგის შეყვანას. თვით ოპერაციის შესრულებას Mayo, Лисовская და სხვები გვირჩევენ ორ მომენტად იმ მოსაზრებით, რომ ერთი შარდსაწვეთის შემდეგ ანთებითი პროცესებს, როგორც ნაწლავის ლორწოვან გარსში, ისე თირკმელში ორგანიზმი ადვილად იტანს და თანდათან ბუნებრივ იმუნიზაციას შეიმუშავებს და შემდეგში მეორე შარდსაწვეთის გადანერგვას უფრო ადვილად იტანს. აქვს მნიშვნელობა აგრეთვე იმას, ნაწლავის რომელ ნაწილში ვნერგავთ შარდსაწვეთს. ამ მხრივ სწორ ნაწლავს აქვს უპირატესობა: დუდილის პროცესი უკვე დამთავრებულია, განავალი მაგარია და ამიტომ, როგორც ინფექციის შეჭრა, შარდსაწვეთში (Тихов, Березнеговский), ისე შარდის შეწრუტვა უფრო ნაკლებად სწარმოებს, ვიდრე ნაწლავის ზედა ნაწილში, სადაც განავალი თხელია და დუდილის პროცესი უფრო ძლიერია. მიუხედავად ამისა უმჯობესია სწორი ნაწლავი ოპერაციის წინ და შემდეგაც გამოვრეცხოთ ანტისეპტიური სხნარით. Sol. Kali hypermanganici ან sol. ac. borici და ოპერაციის შემდეგ 5-6 დღის განმავლობაში სწორ ნაწლავში გაუკეთოთ რეზინის მილი, რომლის მეორე ბოლო მოთავსებულია ბოთლში ანტისეპტიური სითხით Sol Hydrargiri bichlorati, ბოთლი იატაკზე სდვას და რეზინის მილი ამ შემთხვევაში მოქმედობს სიფონის სახით და სწორი ნაწლავი იცლება და თავისუფლდება შარდის ზეგავლენისგან.

ზოგიერთი დასტაქრები შარდს უშვებენ პერიოდულად კატეტერის საშუალებით (Лисовская) ჩვენ პირადათ ვართ მომხრე პირველი წესისა და ყველა 15 შემთხვევა ამ წესით იყო ჩატარებული.

ებლა გადავდივართ საკუთარ შემთხვევებზე. Тихов-ის ოპერაციებს ქალაქ ტომსკში მე ვესწრებოდი, როგორც სტუდენტობის, ისე კლინიკის ორდინატორობის დროსაც და მისი ტექნიკა მე იქვე კარგად მქონდა შეთვისებული. კიათურის სავადმყოფოში ჩემ მიერ გაკეთებულია 3 ოპერაცია, ტფილისში კი ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 12. (იხ. ტაბულა № 2).

საქართველოში ისე, როგორც რუსეთში შარდ-ბუშტ-საშოს ფისტულები მშობიარობის შემდეგ შედარებით ხშირად გვხვდება. მართალია ექიმ შალამბერიძის გამოკვლევით ქართველი ქალის მენჯი მშობიარობისთვის კარგად არის განვითარებული, მაგრამ სამიანო დახმარება ჩვენში ისე, როგორც რუსეთში ძალიან მოიკოჭლებს.

ჩვენ ხელში 17 წლის განმავლობაში გაიარა 50 ქალმა, რომელთაც ჰქონდა fistula vesico-vaginalis მშობიარობის შემდეგ. შარდსაწვეთების გადანერგვა გაუკეთებ მხოლოდ 11 ქალს. დანარჩენ შემთხვევაში ეს ოპერაცია არ იყო გაკეთებული ან იმიტომ, რომ ფისტულა დაიხურა პლასტიური ოპერაციით, ან ავადმყოფმა უარი განაცხადა შარდსაწვეთების გადანერგვაზე. პირადად საკიროდ მიმაჩნია ოპერაციის წინ აუხსნა ავადმყოფს შარდსაწვეთების გადანერგვის მომავალი შედეგები და გართულებები. მიუხედავად ამისა, ავადმყოფები მეტადრევისაც უკვე რამდენჯერმე პლასტიური ოპერაციები ნაცადი აქვთ, შარდსაწვეთების გადანერგვაზე მაინც თანხმდებიან. ჩვენ მიერ ეს ოპერაცია არის შესრულებული 15 ავადმყოფზე, აქედან 11 ქალზე და 4 მამაკაცზე, უკანასკნელებს გაუკეთდა Maydl-ის ოპერაცია შარდბუშტის ექტოპიის გამო, 8 ქალზე წინასწარ ჩემ და დასტაქარ გინეკოლოგების მიერ იყო ნაცადი პლასტიური ოპერაცია ფისტულის დახურვისა, 3 შემთხვევაში კი სადაც საშოს ძლიერი ნაწიბურები იყო განვითარებული და შარდბუშტის დეფექტიც დიდი იყო, პირდაპირ გაუკეთდა შარდსაწვეთების გადანერგვა. აქ მომყავს მე მხოლოდ დაწვრილებითი ცხრილი. (იხ. ცხრ. № 2). ისტორიების ზომიერება მოთავსებულია ჩემი კლინიკის ორდინატორის ჯიბუტის შრომაში, რომელიც დაბეჭდილია „ჯანსახკომის მოამბეში“ № 1-2. 1929. შარდში ცვლილება ცილის ნიშნების და ჩირქოვანი ბურთულების ბლომად აღმოჩენის სახით იყო გამოხატული ოპერაციამდე 7 შემთხვევაში. აქედან ერთში (№ 6) იყო აგრეთვე აღმოჩენილი თირკმლის და მენჯის ეპითელიუმი, 2-ში შარდსაწვეთი გასქელებული და გაგანიერებული იყო. 15 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა უშუალოდ ოპერაციის შემდეგ 6 ავადმყოფი, რაც შეადგენს 40 %-ს. ცალკე Maydl-ის წესით გაკეთებული ოპერაციები რომ გამოვყოთ, აქ სიკვდილიანობის პროცენტი უფრო ნაკლებია—25%, (4-დან ერთი). ჩვენ შემთხვევაში ოპერაციას ვაწარმოებდით ერთ მომენტად, Mayo ოპერაციას აწარმოებს 3 მომენტად (1. ერთი შარდსაწვეთის გადანერგვა, 2. მეორეს გადანერგვა, 3. შარდბუშტის ექსტირპაცია) და 1921 წელს სიკვდილიანობის % მის ხელში 16,6% უდრიდა. რაც შეეხება სიკვდილის მიზეზს ჩვენ შემთხვევებში პერიტონიტი იყო ორჯერ (№ 4 და № 14), პნევმონია ერთი (№ 3),

ტ ა ხ უ ლ ა № 2. (საკუთარი შემთხვევები)



№ №	სქესი.	წლოვანობა.	დიაგნოზი.	თირკმლების მდგომარეობა ოპერაციამდე	ოპერაცია.	ნარკოზი.	გართულებანი ოპერაციის შემდეგ.	საბოლოო შედეგები.
1	დედ.	28	Fistula vesico-vagin. 4 წლის ხანგრძლივობის	ცილის ნიშნები და თეთრი ბურთ. ბლომად	ტიხოვის წესით 25/VI 1911 წ.	დედონალი	ფაღარათობა ადგილობრივ პერიტონიტი	4/VIII გაეწერა განკურნებული. ცნობები არ მიგვიღია
2	დედ.	25	Fistula ves.-vaginal. 6 თვის	ცილის ნიშნები	ტიხოვის 10/VII 1910 წ.	დედონალი	არ ჰქონდა	1/IX 1910 წ. გაეწერა. ცნობა 4 წლ-ს შემდეგ—ჯანმრთელ.
3	დედ.	22	Fistula vesico-vagin. 16 წლის	ს ა ღ ი	ტიხოვის 27/VI 1913 წ.	დედონალი	პნევმონია	გარდაიცვალა 4 თვ. შემდეგ პნევმონიით გართულებისაგან
4	მამ.	9	Ectopia ves. urinariae.	ცილის ნიშნები და თეთრი ბურთ.	Maydl-ის წეს. 1/VI 1921 წ.	ეთერი	პერიტონიტი	3/VI გარდაიცვალა
5	მამ.	10	Ectop. ves.-urin.	შარდში ცვლილება არაა	Maydl-ის წეს. 19/I 1923 წ.	ქლოროფორ.	არ ჰქონია	21/III 1923 წ. გაეწ. 4 წ. და 6 თ. შემდ. ცნობა—ჯანმრთელ.
6	მამ.	18	Ectopia ves.-urin.	ცილა, თეთრი ბურთულ. თირკ. და ზენჯ. ეპითელ.	Maydl-ის 24/III 1924 წ.	ზერზემლ. ტვ ანესთეზია	შარდის დენა მუცლ. კრილ.	16/V 1924 წ. გაეწ. დაზურ. კრილობით. 11/2 წ. შემდ. გარდ. მიზეზი გამოუჩვენებ.
7	მამ.	6	Ectopia ves.-urin.	შარდი ცვლილებას არ განიცდის	Maydl-ის 4/IV 1925 წ.	ეთერი	ადგილობრ. პერიტონიტი, შარდის დენა კრილობიდან, ფაღარათობა	6/VI 1925 წ. გაეწერა. 4 თ. შემდეგ გარდაიცვალა სახლში, მიზეზი გამოუჩვენებ.
8	დედ.	20	Fist. vesic.-vaginal. 1 წლის	შარდში ცილის ნიშნებია	ტიხოვის 6/XII 1923 წ.	ეთერი	არ ჰქონია	3/1 1924 წ. გაეწერა. 4 თ. შემდეგ გარდაიცვალა სახლში. მიზეზი გამოუჩვენებ- ლია

9	დედ.	22	Fist. ves.-vag. 4 თვის	ცილის ნიშნები	ტიხოვის 15/VI 1925 წ. მარჯვენა შარდ- საწვეთი გასქე- ლებულია	ეთერი	ფალარათობა	28/VII 1925 წ. გაე- წერა განკურნებული 5 თ შემდეგ გარდაი- ცვალა უბედური შემ- თხვევით ტრავმისაგ.
10	დედ.	21	Fist. vesic.-vag. 1 წლის	ცვლილება არაა	ტიხოვის 8/VI 1926 წ. მარცხენა შარდ- საწვეთი გასქე- ლებულია	ეთერი	ურემია	21/VI გარდაიცვალა. გაკვეთა ჩირქოვანი ნეკროტი, განგუ- ნოზული ცისტითი, მენჯის აბსცესი
11	დედ.	37	Fist. ves.-vag. 3 წლის	ცილის ნიშნები	ტიხოვის 9/X 1926 წ.	ეთერი	ფალარათობა	8/XI 1926 წ. გაეწე- რა განკურნებული 2 წლის შემდეგ ცო- ცხალია და ჯან- მრთელი
12	დედ.	28	Fist. ves.-vag. 12 წლის	ცვლილება არაა	ტიხოვის 27/III 1926 წ. ორიგ. შარდსა- წვეთი გასქელებ. და შეზორცებულ. ფაშარ ქსოვილებ. საკვერც. კისტომ. შეზორცებ. საში- ლოსნოსთან	ქლორო- ფორმი	ფალარა- თობა	21/IV გაეწერა ჯანმრთელი
13	დედ.	22	Fist. ves.-vag. 2 თვის	ცვლილება არაა	ტიხოვის 28/VI 1927 წ. შარდსაწვე. გასქ. და შეზორცებ. ფაშარ ქსოვილებ- თან	ეთერი	ფალარათობა, პნემონია, ჩირქოვანი პლევრიტი	17/VII გარდაიცვალა. გაკვეთა: ჩირქოვანი პლევრა, თირკმ. მენ- ჯის და შარდსაწვეთ. კატარალ. ასთეზა.
14	დედ.	25	Fist. ves.-vag. 2 თვის	ცვლილება არაა	ტიხოვის 7/IX 1927 წ.	ეთერი	პერიტონიტი	16/IX გარდაიცვალა. გაკვეთა: პერიტო- ნიტი
15	დედ.	26	Fist. ves.-vag. 4 წლის	ცვლილება არაა	ტიხოვის 12/II 1927 წ.	ეთერი	გულის სისუსტე	15/IX გარდაიცვალა. გაკვეთა: გულის და ლემბის ცნომოვანი გადაგვარება, Phleg- mona retroperitone- alis.

პნევმონია და ჩირქოვანი პლევრიტი ერთი (№ 13), გულის და ღვიძლის ცხიმოვანი გადაგვარება ერთი (№ 15), ჩირქოვანი ნეფრიტი და განვრენოზული ცისტითი ერთი (№ 10). ოპერაციის პირველ ხანებში ფაღარათობა და მოვლენები სწორი ნაწლავის მხრივ აღინიშნება ექვსჯერ (№№ 1, 8, 9, 11, 12, 13), აქედან გარდაიცვალა მხოლოდ ერთი, ისიც უპურო პნევმონიისა და ჩირქოვანი პლევრიტისაგან.

აღსანიშნავია, რომ ჩვენი უკანასკნელი სამი შემთხვევა სიკვდილით დამთავრდა, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ოპერაციები ტექნიკურად ადვილად და კარგად იყო შესრულებული. ეს ფაქტი ადასტურებს პროფ. Федоров-ის და Смиттен-ის აზრს, რომ ამ ოპერაციის შედეგი ტენიკის გარდა სხვა მეორად მოვლენებზედაც არის დამოკიდებული. რაც შეეხება გვიან შედეგებს ჩვენ გვაქვს დაკვირება ოპერაციის შემდეგ $4\frac{1}{2}$ (№ 5), 4 (№ 2 და № 8), $2\frac{1}{2}$ (№ 12) წელიწადი, ყველა ავადმყოფებს კლინიკიდან გაწერის დროს ეძლეოდათ ღია ბარათები კლინიკის მისამართით, მაგრამ სამწუხაროდ ძალიან მცირე პროცენტი გვიბრუნდებოდა უკან. ყველა განკურნებული ავადმყოფი გაწერა კლინიკიდან შეცვლილი ფსიქიკით: დეპრესიულ და პესიმისტურ განწყობილების მაგივრად სახლში აღფრთოვანებული, ოპტიმისტურ განწყობილებით ბრუნდებოდნენ. ავადმყოფები წერილში იწერებინან, რომ თავს კარგად გრძნობდნენ, ეწვევიან ოჯახში მუშაობას და განაგრძობენ ქმართან ცხოვრებას. № 5 ვაჟი მე თვითონ ვინახულე ოპერაციიდან 4 წ. შემდეგ. დანარჩენი ავადმყოფების შესახებ ცნობები არა გვაქვს, გარდა № 9, რომ 5 თვის შემდეგ იგი გარდაიცვალა ტრავმატიული დაზიანების გამო. ორი შემთხვევის შესახებ № 6 და № 7 გვაქვს ცნობა, რომ გარდაიცვალენ, მაგრამ როდის და რა მიზეზით, დანამდვილებით არ ვიცით.

ჩვენ ავადმყოფ ქალებს გაწერის დროს ყოველთვის ურჩევდით დაორსულების დროს სამშობიაროთ ტფილისში ჩამოსულიყვნენ. ორსულობა ამ ოპერაციის შემდეგ დიდ საშიშროებას წარმოადგენს. Смиттен-ის მასალაში იგი მხოლოდ 6 შემთხვევაშია აღნიშნული, ორ შემთხვევაში არ არის აღნიშნული რითი ვათავდა (Тихов, Лисовская-ს შემთხვევები), ორმა თავისთავად მოამშობიარა (Красинцев, Вакуленко), ორს საკეისრო გაკვეთა დასჭირდა (Тихов, Новицкий) ამ მასალის მიხედვით ორსულობა და მშობიარობა აბსოლუტურ საშიშროებას არ წარმოადგენს და ამიტომ თუ ავადმყოფი თვითონ არა თხოულობს, სტერელიზაციის გატარება შარდსაწვეთების ნაწლავში გადანერგვის დროს აუცილებელ საჭიროებას არ წარმოადგენს.

დასკვნები:

1. შარდსაწვეთების გადანერგვა ნაწლავში თუმცა ანტიფიზიოლოგიური ოპერაციაა, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევებში იგი მიზანშეწონილი და მისაღებია.
2. ავადმყოფები, რომელთაც სჭირდებათ ეს ოპერაცია ჩვენში ისე, როგორც რუსეთში შედარებით ბლომადაა, რაც აინსნება უმთავრესად სამეანო დაზიანების მიუწდომელობით და აგრეთვე საქართველოს ზოგიერთ კუთხეებში ქალების ადრე გათხოვებით.



3. შარდსაწვეთების გადაწერვას სწორ ნაწლავში უნდა მიემართოს უკიდურეს შემთხვევებში, როდესაც სხვა მარტივი ოპერატიული მეთოდებით შარდის შეუკავლობის მიზეზის მოშორება არ შეიძლება.

4. გართულებანი თირკმლების მხრივ (პიელონეფრიტი, პიონეფროზი) და ერთის არა მარტო ოპერაციას, არამედ იმ ავადმყოფობას და დაზიანებასაც, რომელნიც თხოულობენ შარდსაწვეთების გადაწერვას.

5. ამ გართულებების შესამცირებლად და თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ოპერაციამდე და მის შემდეგაც ზოგიერთი პროფილაქტიური ზომების გატარება. (ვაქცინაცია, კუჭ-ნაწლავის მომზადება და სხვა).

ლიტერატურა. 1. Березнеговский Н. И. — О пересадке мочеточников. Дис. 1909 г. Томск. 2. Ильин А. И. — К вопросу о восходящей инфекции почек и борьбе с ней при пересадке мочеточников. Дис. 1913 г. Ленинград. 3. Иссерсон М. Д. — К вопросу об образовании из кишечника мочевого пузыря. Вест. Хир. и погр. обл. 28-29. 4. Лемберг — Пересадка мочеточников и прямую кишку внебрюшинно по способу Bergenhem-a. Вестн. Хир. и погр. обл. № 35-36. 5. Мельников А. В. — К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря. Нов. Хир. Арх. кн. 22-23. 6. Миротворцев — Экспериментальные данные к вопросу о пересадке мочеточников в кишечник. Дис. 1909. 7. Он-же — Методы отведения мочи в кишечник и их отдаленные результаты. Раб. Проп. Хир. Клин. Проф. Опеля кн. 1 — 1910 г. 8. Никольский А. М. — Отдаленные результаты пересадки мочеточников в кишечник. Нов. Хир. Арх. т-II кн. 8. 9. Попов — О пересадке мочеточников в прямую кишку. Русский врач. № 18, 1911 г. 10. Самарин И. М. — Об инервации нижних отделов мочеточников в области их впадения в мочевой пузырь. В. Хир. и п. об. кн. 8,9. 11. Смиттен А. Т. — Пересадка мочеточников в кишку на протяжении Нов. Хир. Арх. № 21. 12. Он-же — В чем кроется опасность отведения мочи в кишечник. Руск. клин. № 36. 13. შალამბერიძე ე. ლ. მასალები ქართველი ქალის მენჯის შესწავლისათვის. თანამედროვე მედიცინა № 5. 1926 წ. 14. Шпигель Н. А. — Операция пересадки в кишку мочеточников, перерезанных на протяжении и ее осложнения. Нов. Хир. Арх. т. V кн. 17-1920 г. 15. Труды XV и XVI Всесоюзных Съездов хирургов.

Проф. Г. М. Мухадзе.

Директор Госпит. Хирургич. Клиники Тиф. Госунта.

Пересадка мочеточников в кишечник; результаты, осложнения при этой операции и меры против них.

Пересадка мочеточников в кишечник в России и Грузии имеет более широкое показание и применение, чем в Западной Европе, т. к. здесь кроме врожденных уродств в виде эктопии мочевого пузыря и глубокой эпизпадии, показанием для нее служит пузырно-влагалищные свищи. Это осложнение в России и Грузии встречается довольно часто вследствие малодоступности в

Professor G. M. Muchadse.

Direktor der chirurgischen Hospitalklinik der Staatsuniversität in Tiflis.

Die Überpflanzung der Harnleiter in den Darm; die Resultate und die Komplikationen bei dieser Operation und die Gegenmassnahmen.

Das Überpflanzen der Harnleiter in den Darm ist in Russland und in Georgien mehr angezeigt und hat eine breitere Anwendung, als in Westeuropa, da hier ausser angeborenen Fehlern in Form von Harnblasenektomie und einer tiefen Epispadie als Indikation noch Blasenscheidenfisteln hinzukommen. Diese Komplikation kommt in Russland und in Georgien ziemlich häufig vor, weil in den ländlichen Bezirken die Geburtshilfe schwer



сельских местностях акушерской помощи, малокультурности части населения, прибегающего скорее к сельским бабкам, чем к врачам и наконец, обычал некоторых народностей рано выдавать девиц замуж, когда таз еще недостаточно развит. Операция эта широко применяется также при опухолях мочевого пузыря.

Автор с 1911-го по 1928 год оперировал 15 больных, 4 раза по поводу эктопии мочевого пузыря по Maydl-ю 11 раз по поводу пузырно-влагалищных свищей по Тихову.

Оперировались только случаи, где свищи пластически не удавалось закрыть. Результаты: общий % смертности непосредственно после операции равняется 40 (из 15 умерло 6) Операция Maydl-я 25% смертности (из 4-х умер 1) Причиной смерти были перитонит — в 2 случ., паралич сердца 1 сл., гнойный нефрит и гангренозный цистит — 1 сл., из других послеоперационных осложнений следует отметить: расстройство кишечника вследствие острого колита и проктита под влиянием мочи и обострение существующего пиелита. Эти осложнения вскоре проходили.

Продолжительность наблюдений пад выздоровевшими больными 4½ г., 4 и 2½ года. Все они после операции хорошо удерживали мочу и выписывались с возрожденной психикой и радостью, что они могут вернуться в семью к своим обязанностям и появляться в обществе.

Выводы: 1) Хотя пересадка мочеточников в кишечник есть антифизиологическая операция, тем не менее она при известных показаниях целесообразна и приемлема.

2) Операция эта, в России и Грузии вследствие местных условий имеет более широкое показание и применение.

3) При пузырно-влагалищных свищах к этой операции нужно прибегать только в тех случаях, когда другими оперативными методами не удается их закрыть.

4) Осложнения со стороны почек в виде пиелита и пиелонефрита у больных, нуждающихся в этой операции, развиваются и наблюдаются очень часто еще до операции.

5) Для предупреждения этих осложнений необходимо прибегать к некоторым профилактическим мерам: вакцинации и ведению бактериофага *bac coli communis*) и проведению молочной диеты в виде употребления грузинской «мацони» для ослабления и уменьшения кишечной флоры.

zu erreichen ist, ein Teil der Bevölkerung kulturell rückständig ist und deshalb sich eher an Dorfhebammen wendet als an den Arzt, und endlich weil einige Völkerschaften ihre Töchter früh verheiraten, wenn das Becken noch nicht genügend entwickelt ist. Diese Operation wird auch oft bei Harnblasengeschwülsten angewandt.

Der Autor hat von 1911 bis 1928 15 Kranke operiert; 4 mal nach Maydl aus Anlass einer Harnblasenektomie und 11 mal nach Tichow aus Anlass von Blasenscheidenfisteln. Es wurden nur solche Fälle operiert, bei welchen die Fisteln plastisch nicht zu schliessen waren. Die Resultate: die gesammte Prozentzahl der Todesfälle gleich nach der Operation betrug 40 (von 15 Operierten starben 6), bei der Operation nach Maydl 25% Todesfälle (von 4 Operierten starb 1). Als Todesursache kamen in Betracht: Peritonitis in 2 Fällen, Pneumonie und eiterige Pleuritis in 2 Fällen, Herzschlag in 1 Falle, eiterige Nephritis und brandige Zystitis in 1 Falle. Von anderen Komplikationen nach der Operation verdienen hervorgehoben zu werden: Darmstörung als Folge einer akuten Kolitis und Proktitis infolge der Einwirkung des Harnes und ein Akutwerden der vorhandenen Pyelitis. Diese Komplikationen verschwanden aber bald.

Die Kontrolle der Genesenen dauerte 4½, 4 und 2½ Jahre. Alle Genesenen — konnten nach der Operation den Harn gut halten und verliessen die Klinik in gehobener Stimmung und voll Freude, dass sie in die Familie zu ihrer Beschäftigung zurückkehren und sich wieder in der Gesellschaft zeigen konnten. SCHLUSSFOLGERUNG: 1) Obgleich das Überpflanzen der Harnleiter in den Darm eine antiphysiologische Operation ist, so ist sie doch bei gewissen Indikationen zweckmässig und durchführbar. 2) Diese Operation ist in Russland und Georgien infolge örtlicher Bedingungen mehr angezeigt und hat eine breitere Anwendung. 3) Bei Blasenscheidenfisteln ist diese Operation erst dann anzuwenden, wenn mit anderen Operationsmethoden die Fisteln nicht geschlossen werden können. 4) Komplikationen von Seiten der Nieren in Form von Pyelitis und Pyelonephritis entwickeln sich bei Kranken, die sich dieser Operation unterziehen müssen, sehr oft und werden schon vor der Operation beobachtet. 5) Zur Vermeidung dieser Komplikationen sind einige prophylaktische Massnahmen durchzuführen: die Vakzination und das Einführen eines Bakteriophagen (*Bacterium coli communis*) und eine Milchdiät in Form der in Georgien gebräuchlichen „Mazoni“ zur Abschwächung und Verminderung der Darmflora.

მ. ჯაქარია.

კლინიკის ასისტენტი.

ართროკლასტიკის მასალებისათვის ¹⁾

(პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკიდან. დროებითი გამგე—პროფ. ალ. მაჭავარიანი).

ანკილოზების მკურნალობა მუდამ დიდ ამოცანად ითვლებოდა და ხშირად ყოველი ღონისძიება ამ სიმანინჯის გამოსასწორებლად მიმართული, თანდაყოლილი იქნება იგი თუ შეძენილი, უნაყოფოდ რჩება.

ქირურგი კმაყოფილია, როდესაც სახსრის ან ძვლის მძიმე ავადობის შემდეგ—მუღმივს, სრულს და ძვალოვან ანკილოზს ლეზულობს კარგ პოზიციაში, ე. ი. სადაც კიდურის დეფორმაცია მინიმალურია და კიდურს, უმტკივნელობასთან ერთად შრომის უნარიანობის დიდი ნაწილი შერჩენილი აქვს.

ანკილოზები ორ ჯგუფად იყოფა: ანკილოზები ცუდ და ანკილოზები კარგ მდგომარეობაში. გარჩევის კრიტერიუმი ერთმხრივ ფომალურ—ანატომიურია და მეორეს მხრივ—ფუნქციონალური. ცხადია, სხვადასხვა სახსრის ანკილოზისათვის საუკეთესო მდგომარეობა სხვადასხვაა. მაგალ., ხელის მტევნისათვის—მსუბუქი გაშლა 15—20° მდე, იდაყვი 90°, ნახევარ პრონაციაში; მხარის კარგი ანკილოზი იქნება, როცა კიდური ცოტაოდენ განზიდულია. ტერფისათვის საჭიროა სრული სწორი კუთხე. რაც შეეხება მენჯის და მუხლის სახსარს აქ, ანკილოზის დროს, უნდა ვეცადოთ კიდური მივიღოთ პირდაპირი მიმართულებით.

ანკილოზები, რომელნიც ხსენებულ პოზიციაში არიან, ერთგვარ სწორ მკურნალობის შედეგს წარმოადგენენ, რადგანაც თავისთავად ანკილოზი კარგ პოზიციაში არ დარჩება. ამის და მიხედვით ხშირია დასახიჩრება და სრული ინვალიდობაც.

ადვილად გასაგებია, რომ ოპერაცია ანკილოზზე, რომელიც კარგ მდგომარეობაში იმყოფება, არ წარმოადგენს გარემოებით გამოწვეულ, აუცილებელ ოპერაციას. ოპერატიული ჩარევა, უმთავრესად, გვიხდება ისეთ ანკილოზების შემთხვევებში, სადაც ანკილოზი ცუდ პოზიციაშია.

მაგრამ ამ შეხედულებას გამონაკლისიც აქვს, როდესაც რაც უნდა კარგ და მოსაგებ მდებარეობაში ანკილოზი არ იყოს—ოპერატიული ცდა სავალდებულოა. აქ იგულისხმება: ორმხრივი ანკილოზები მენჯბარძაყის, ორმხრივი მუხლის, და ქვედა ყბის სახსრის ანკილოზი, თუნდაც ცალმხრივი. იგივე შეეხება ზოგ თანდაყოლილ ანკილოზებს.

შეძენილი ანკილოზებიდან ცალკე უნდა მოვიხსენიოთ განმარტოვებული კვირისთავის ანკილოზი, როდესაც კვირისთავი ქვემდებარე ქსოვილებთანაა შეზრ-

1) (მოხსენებულია უნივერსიტ. ქირურგთა კონფერენციაზე).

დილი, სულერთია—რა მიზეზითაც არ იქნება გამოწვეული ეს შეზრდილობა, ძელოვანია იგი თუ ფიბრინოზული, სრული თუ ნაწილობრივი და სადაც, სხვა მხრივ, სახსარი საღია. ასეთს განმარტოვებულს კვირისთავის ანკილოზს არც ისე იშვიათად ვპოულობთ. ამ შემთხვევაში მუხლის სახსრის უმოძრაობა მეორადია; თავისთავად მიტოვებული, ფაქტიურად ვასასწორებელი, ხშირად გარდამავალი დროებითი ანკილოზი, მეორადად—მიოგენური და დესმოგენური მიზეზის გამო მუდმივი ხდება. კვირისთავის ფიქსაციას, უმთავრესად, ოთხთავა კუნთის გადაგვარება მოჰყვება. ამიტომ კვირისთავი უნდა განთავისუფლდეს, რომ თავისუფლება მიიღოს ოთხთავა კუნთმა. მაშასადამე კვირისთავის მობილიზაცია აუცილებელ ოპერაციად ჩაითვლება.

საერთოდ, თუ ანკილოზი კარგ მდგომარეობაშია, ეს არ უნდა ნიშნავდეს მიზნის მიღწევას და სამკურნალო იდეალის განხორციელებას. ქირურგიული ახრი ვერ ურიგდება და არც უნდა შეურთდეს სახსრის უმოძრაობას, რაც, შედარებით კარგ პირობებში არ უნდა იმყოფებოდეს კიდური. არსებითად უმოძრაო სახსარი ჩვენი უძლურობის პირდაპირი მოწმე და გამომხატველია. ანკილოზი ავადობასთან მძიმე კომპრომისია.

ცუდ პირობებში მყოფი ანკილოზები უნდა გამოსწორდეს ტიპური რეზექციით, „ეკონომიური რეზექციით“ (Verneuil — Helferich) ან ოსტეოტომიით სახსარში მონაწილე ერთ თუ ორივე ძვალზე. ამ შემთხვევაში ჩვენი მიზანია: ცუდი მდგომარეობის ანკილოზი გადავიყვანოთ და გარდავქმნათ კარგი მდგომარეობის ანკილოზად. მაგრამ, ზოგი ცუდი ანკილოზების მკურნალობაში ამ შეკვეცილ მიზანსაც ვერ ვაღწევთ. მაგალ, აქამდე არ მოგვეპოვება წესი, რომ მუხლის სახსრის მახვილკუთხიანი ანკილოზი გავასწოროთ ისე, რომ ქვედა კიდური პირდაპირი მიმართულებით მივიღოთ, რადგანაც კუნთები და მით უფრო სისხლის ძარღვები, და ნერვები ისეთ ცვლილებებს განიცდიან ხსენებული ანკილოზის დროს, რომ კიდურის გამართვა საძნელოდ მაინც უნდა ჩაითვალოს, თუ სრულიად შეუძლებლად არაა.

ქირურგია ვერ უთვისდება სახსრის უმოძრაობას, სცილობს ამა თუ იმ გზით მოახდინოს მობილიზაცია, თუ რემობილიზაცია; ანა თუ იმ სახით შეპქმნას დამაკმაყოფილებელი ნაერთი. მე აქ არ ვიხსენიებ ჩვეულებრივ ორტოპედიულ, სუბპერიოსტალურ რეზექციას, როდესაც ჩვენ ვსარგებლობთ ქსოვილების ბიოლოგიური მიღრეკილებით, რომ ახალი ქსოვილებისვე წარმოშობით შეიქმნას იმგვარი ტრანსფორმაცია, სადაც ანატომიურად და ფიზიოლოგიურად მიღებული იქნება რაღაც სახსრის მზავსი. ეს მეთოდი ყველგან საკმარისი არაა, ზოგიერთი სახსრისათვის იგი პრინციპიალურადაც მიუღებელია. არ ვეხები აგრეთვე, ასე ვთქვათ მეორე პოლიუსზე მდგომ ოპერაციას—Lexer-ის იდეალურ ოპერაციას, სახსრის მთლიანი გადანერგვას. ეს მეთოდი დღემდე ვერ გაცილდა მკრთალ ლაბორატორიულ ძიებებს და მართლაც იდეალად დარჩა. მაშასადამე, თავისი ხელმიუწვდომლობით, ჯერჯერობით პრაქტიკულად გამოუსადეგარია. ლიტერატურაში მხოლოდ Bisalsky-ს ერთი მაგალითია, როდესაც მან წვივტერფის სახსარი—მენჯბარძაყის სახსრის მაგივრად გადანერგა და უახლოესი შედეგიც კარგი მიიღო.



ანკილოზების მკურნალობაში, უკანასკნელ დროს, გავრცელებულია ინტერპოზიციული მეთოდი, თუშცა თვით პრინციპი ინტერპოზიციის ახალი არ არის. ოსტეოგენეზის ბლოკადისათვის წინადაც ხმარობდნენ სხვადასხვა ქსოვილებს. Murphy-მ შემოიღო fascia lata-სი გადანარგვა ფენზე, Rosche და Nela-ton-მა კუნთები, Hoffa-მ ცვმი; Bear-მა—ლორის საშარდე ბუშტი. მოწოდებულია აგრეთვე პერიტონეუმი და ბოლოს ყველაზე უფრო რაციონალური, ბიოლოგიური თვალსაზრისით, ღრტალის ინტერპოზიცია.

ართროპლასტიკის ცდებს რუსეთშიაც ვხვდებით უმთავრესად Вреден-ის ხელში. Вреден-ი ხმარობდა ჯერ ოქროს ფირფიტებს, შემდეგ გადავიდა ღორის ბუშტზე, ახლა კი ფასციოპლასტიკას მიმართავს.

მიუხედავად მრავალი ცდებისა, მეთოდის სიმდიდრისა და მრავალფეროვანობისა, ამ უკანასკნელ დრომდე ართროპლასტიკა—ქარგი შედეგით იშვიათი გამოჩენილი იყო. 1921 წ., ლონდონის კონგრესზე Putti-მ წარმოადგინა 4 პლასტიკური ნაერთოზი. ეს 4 ნაერთოზი Putti-მ მიიღო ქანდაკების წესით, გადაჭრილი ძვლის თავის მოდელიზაციით; ძვალთაშუა არეში P. fascia lata-ს ნაფლეთი გადანარგვა. Putti-ს ოპერაციას თანამედროვე ორთოპედები მომავლის მქონე ოპერაციად სთვლიან. ზოგი იმასაც კი ფიქრობს, რომ მომავალი ქირურგია სწორედ ამ გზით უნდა წავიდეს.

პირადი ჩვენი გამოცდილება Putti-ს ოპერაციის შესახებ ემყარება რამოდინიმე შემთხვევას. მათ შორის ერთი მუხლის სახსრის ართროპლასტიკა შეადგენს ამ წერილის საგანს.

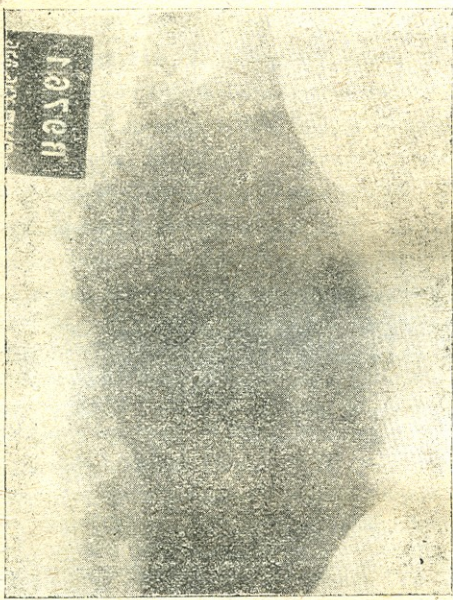
ხუ—ლავა ნეკლოზი, სენაკის მახრა, სოფ. დიდიკყონიდან, 20 წ. 1926 წ. მარტენა მუხლის სახსრის ნაჯახით ჭრილობა, რომელიც ჩირქოვანი ართრიტით გართულდა. სენაკის საავადმყოფოში გაუკეთდა ატოპიური ართროტომია. ავადმყოფი განიკურნა; მიღებულია ყოველმხრივ კარგი ანკილოზი. კიდური დამოკლებულია მხოლოდ, სამი სანტიმეტრით. დაავადების შემდეგ 11 თვემ განვლო. კუნთები, განსაკუთრებით ბარძაყზე, მოდუნებული და უმოქმედობის გამო ატროფიულია. ბარძაყის ირგვლივ ზომა 8 სანტიმეტრით ნაკლებია ვიდრე სად კიდურზე. რენტგენოგრაფიაზე (ა. ი. მ. რ. ლ. ი. შ. ვ. ლ. ი.) მოსჩანს (სურათი № 1 და 2) სრული ძვლოვანი ანკილოზი, სახსრის ნაბრალის მოსპობა, ხარისხების ერთი ძვლიდან მეორეზე გადასვლა. ავადმყოფი მოვიდა ჩვენთან მოულოდნელი მოთხოვნით: თუ სახსრის ამოძრაობა შეუძლებელია იმ შემთხვევაში კიდური ცოტა მოგვეზარა, რადგანაც გამართული კიდურის ხმარება მას უძნელდება მთიან ადგილზე სიარულის დროს, ცხენზე ჯდომაც უჭირს. იმ მოსაზრებით, რომ ავადმყოფი სხვა მხრივ საღია და რეანკილოზის მიღებას შეესძლებდით ართროპლასტიკის გაცუდების შემდეგაც გადავსწყვიტეთ გვიცადა სახსრის აღდგენა.

15/XII—27 წ. ოპერაცია ზოგადი ნარკოზის ქვეშ. ოპერაცია ტიპურად Putti-ს ტენნიკის მიხედვით გტარდა (სურ. № 3). ოთხთავა კუნთი ვადიჭრა კვირისთავის ზემოთ. მაგვარი ნაკვეთით. გადაჭრილი კუნთის დისტალური ნაწილი, კვირისთავთან ერთად გადმოწყულია ქვემოთ. შერბილით ძვალი გადაიჭრა სატეხით, შექმდე ნაწილობრივ სატეხით, ნაწილობრივ სხვა იარაღებით მოვახდინეთ ძვლის თავების მოდელიზაცია. შესაფერი სიგრძის და სიგანის fascia lata-სი თავისუფალი ნაფლეთი ძვალთა შუა არეში გადმოტანილია. ნაფლეთის ზედა ნაწილით მოვფინეთ ბარძაყის ძვლის თავი, ნაფლეთის დუბლიკატურის შემდეგ ქვედა ნაწილით დაფარულია os. tibia-ს ზედაპირი. ნაკერები აბრეშუმის ძაფით № 1. მომავალი სახსრის უკანა მხარეზე ნაფლეთის ცენტრო მიემავრა რბილ ქსოვილებს 2-3 კვანძით. ფრთხილი ჰემოსტაზი. ოთხთავა კუნთი შეკერილია. ჭრილობა ყრუდ დაიხურა. ოპერაციის შემდგომ კიდურის გაჭიმვა, დატვირთვა 4 kl. მერვე დღეს ნაკერები მოეხსნა. პირვადი შეხორცება. საინტერესოა, რომ ოპერაციის შემდგომ, უკვე პირველ დღეებში სახსარში პასიური მოძრაობა



ტიკილებს არ იწვევდა. მერვე დღედან ვსინჯეთ პასიური და აქტიური მოძრაობა. ჩვენ გვინდოდა სახსრის ორთოპედიული ფიქსაცია, ძვლების დისლოკაციის შესაძლებლობის გამო, რომ შემდეგში არ განვითარებულიყო პათოლოგიური გადახვრა, ან ჩეტად მოძრავი სახსარი, მაგრამ ავადმყოფმა ეს აპარატი არ ისურვა და ნაადრევად, მე-15 დღეზე გაეწერა. არავითარი შემდგომი მკურნალობა მას არ უწარმოებია.

ავადმყოფი ერთი წლის შემდეგ ვნახეთ, მოძრაობა ფიზიოლოგიური მიმართულებით; გაშლა სრული, მოღუნვა 105-110°-მდე. სრულებით უმტკივნეულო. კიდურის დამოკლება 1,5-2 სანტიმეტრის კუნთები გაცილებით უფრო მკვრივი და მძლავრია, ვიდრე ოპერაციამდე ნაოპერაციებ მხარეზე ბარძაყის ირგვლივ ზომა ჩამოუვარდება საღ მხარეს მხოლოდ 3 სანტიმეტრით. ოპერაციის შემდეგ ირგვლივმა ზომამ 5 სანტიმეტრით იმატა; Fascia lata-ს ამოჭრილ ალაგზე არავითარი კუნთოვანი თიაქრის ნიშნები არ ემჩნევა. ავადმყოფი თითქმის არ კოკლობს და თავის სამუშაოს დაუბრკოლებლივ ასრულებს. გადაღებულ ერთი წლის ოპერაციის შემდგომ რენტგენოგრაფებზე (ა. ი მ ე რ ლ ი შ ვ ი ლ ი) (სურ. 3, 4) მოსჩანს სახსრის ნაპრალო; საინტერესოა, რომ ძვლების სახსრის ზედაპირები ჩვეულებრივ სურათს მოგვაგონებს.



სურათი 1.



სურათი 2.

ა პ ე რ ა ც ი ა მ დ ე

როგორ შევხელოთ მიღწულ შედეგს და საერთოდ როგორი მოთხოვნილება უნდა წავუყენოთ ართროპლასტიკას, კერძოდ—მუხლის ართროპლასტიკას? პასუხს ამაზე Турнер-ი გვაძლევს. მისი აზრით, მუხლის სახსარი კარგად უნდა იყოს მოძრავი და თუ ეს არაა, მაშინ უმჯობესია დარჩეს სრულებით უმოძრაოდ. ჩვენს ავადმყოფს ძვლების დისლოკაცია არ აქვს, არ არის მაშასადამე არც პათოლოგიური გადახვრა, არც მერყევი სახსარი და კიდურს დაუბრუნდა მოძრაობის 50°-ზე მეტი. ავადმყოფის შრომის უნარიანობაც, ექვს გარეშე, სა-

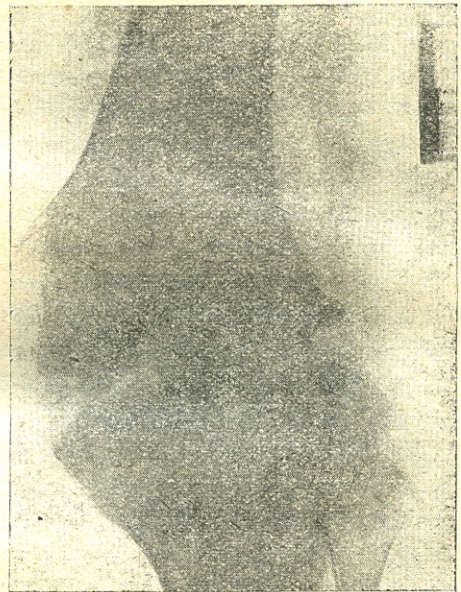
თანაღოთ აიწია. მოძრაობის სრული სიფართოვეს აღდგენას კი ართროპლასტიკა ვერასოდეს შესძლებს.

ფეიქრობთ აწერილი შემთხვევა საკმაო კარგ მაგალითად ჩაითვლება.

მცირე განმარტებას მოითხოვს ოპერაციის შემდგომი სურათები (№ 3. 4). რენ-გრამებზე ნათლად სჩანს ხელოვნურად შექმნილი ორივე ძვლის ზედაპირები; ეს ზედაპირი თავისი ფორმა მოყვანილობით ნორმალურ სახსარს წააგავს. ოპერატორი არ ფეიქრობს, რომ ის ისეთი ხელოვანია, რომ შესძლო ამ ზომამდე, ძვლების მოდელიზაციით, ნორმას დაახლოვება. მოდელიზაცია, უშუალო-ოპერატიული, ალბად, უფრო ტლანქი იყო, მაგრამ შემდეგში ნეარტროზის დატვირთვამ, ამ ახლად შექმნილ სახსარში მოძრაობის აღდგენამ და საღი კუნთების ანტაგონიზმა გააკეთეს ის, რასაც ვერ შესძლებდა ქირურგის ხელი: მოახდინეს ბიოლოგიურად ძვლების სტატიური, მიზანშეწონილი დამატებითი მოდელიზაცია. ეს უკანასკნელი გარემოება ჩვენ მეტად ანიშვნელოვნად მიგვაჩნია.



სურათი 3.



სურათი 4.

ოპერაციის ერთი წლის შემდეგ.

კიდევ ერთი განმარტება: ავადმყოფზე კვირისთავი ისინჯება; ოპერაციის დროს ეს კვირისთავი ხელში გვეჭირა. მიუხედავად ამისა, არცერთ რენტგენოგრამაზე კვირისთავის კონტურები არ მოსჩანს, ვინაიდან სახსარი ოპერაციამდე უმოძრაო იყო, კვირისთავი უმოქმედლოთ დარჩა და მასში, უნდა ვიფიქროთ, განვითარდა ოსტეოპოროზი, რის გამოც კვირისთავი X-სხივებისათვის გამსჭვირვალეა. მოძრაობის აღდგენა, უთუოდ, მასში გაძვალეებს მოახდენს. ამ



პროცესისათვის კი ოპერაციის შემდგომ გასული დრო, შესაძლებელია საკმარისი არ იყოს. ამის და მიხედვით მეტად საინტერესო იქნებოდა რამოდენიმე ხნის მერმედ კვლად მიღებული რენტგენოგრაფები, ვინაიდან ამ მომავალ რენტგენოგრაფებზე მოსალოდნელია კვირისთავის სილუეტის დანახვა.

ანტროპლასტიკის შესახებ ჩამოყალიბებულ ცნობებს რუსეთის ლიტერატურაში ვერ ვპოულობთ. რასაკვირველია ოპერაცია იქაც კეთდება, მაგრამ ეს მასალა იმდენად გაფანტულია, რომ მისი მარტივად ჩამოყალიბება საძნელოა. 1926 წ. Е. П. Штеин-მა წარმოადგინა ერთი მენჯ-ბარძაყის ნეარტროზი. იმავე სახსარზე Вреден-ის კლინიკას 22 პლასტიური ოპერაცია აქვს. სხვა სახსრების შესახებ ცნობები მე ვერ ვნახე.

1926 წ. Putti-მ ართროპლასტიკის 142 შემთხვევა გამოაქვეყნა. ეს მასალა ლიტერატურულად საკმაოდ არაა დამუშავებული.

1923 წ. Holbaum-მა 20 ართროპლასტიკას გაგვაცნო, H. მიმართავს ფსიციო-პლასტიკას, ზოგან ფეხზე, ზოგან თავისუფალს. მიღწეული შედეგები შემდეგია: 6 „დროებით კარგი“, 5 კარგი, 6 რენაკილოზი, 2 სიკვდილი და ერთიც...?

Mac-Ausland-ს აქვს: 1 კარგი და 1 „ბრწყინვალე“—ართროპლასტიკა. Spuzzi-ს მთლიანად 150; Lexer-ს 165—სხვადასხვა სახსარზე. ყველაზე უფრო კარგად დამუშავებულია Baer-ის მასალა. ეს ავტორი იმავე მოდელიზაციის მეთოდს მიმართავს. საინტერპოზიციოდ ხრომში გატარებულ ღორის საშარდე ბუშტს ხმარობს. მისი მასალაა: 9 ქვედა ყბის სახსარი, 50 მენჯ-ბარძაყის, 28 მუხლის, 3 ფალანგა, 3 იდაყვი, 3 მხარი. Bear-მა 60% უმტკივნეულო და სიფართოვეს მხრივ კარგად მოძრავი სახსარი მიიღო.

ჯერ-ჯერობით შეთანხმება არაა მიღწეული ზოგიერთ პრინციპიულ საკითხებში. ასეთი საკითხებია: ჩვენება და წინააღმდეგ ჩვენება, ცალ-ცალკე სახსარისათვის საოპერაციო გზა, როგორი უნდა იყოს საინტერპოზიციო მასალა და როგორ უნდა ჩატარდეს ოპერაციის შემდგომი მკურნალობა. ამიტომ საჭიროა ყოველი კარგი შემთხვევის დაწვრილებით განხილვა.

ოპერაციის შემდგომ მკურნალობის შესახებ. ზოგიერთები, უშუალოდ ოპერაციის შემდგომ გაჭიმვას მიმართავს, ბევრი კი 2-3 კვირით უძრავ ნახვევს ადებს. მენჯ-ბარძაყის სახსრისთვის, ვინაიდან ამ სახსარში ამოვარდნილობა შესაძლებელია, უძრავი ნახვევის დადება უფრო მართებული იქნება, მუხლის სახსრისთვის კი გაჭიმვა, ჩვენის აზრით, უკეთეს შედეგს მოგვცემს.

რა ბედი ეწვევა გადანერგულ ქსოვილს, აპონევროზი იქნება ეს, კუნთი, პერიტონეუმი თუ სხვა; განიცდის ეს ქსოვილი მეტაპლაზიას, შეეთვისება რა ახალ მოთხოვნებებს, თუ იწრუტება, ან კიდევ ნაწიბურად გადაგვარდება? ამ საკითხში ექსპერიმენტალური და კლინიკური დაკვირვებანი, ხშირად ერთიმეორეს ეწინააღმდეგებიან. მაგალითად Phemister და Miller-ის ცდების მიხედვით, არავითარ ფიზიოლოგიურ შეთვისებას, ახალ მდგომარეობა და მოთხოვნებისასთან შეფარდებას არ უნდა მოველოდეთ. გადანერგული ქსოვილი, რა ხასიათისაც არ უნდა იყოს იგი, ამ ავტორთა აზრით, ნაწიბურდება. მეორეს მხრივ, მრავალი დემონსტრირებული კლინიკური დაკვირვებანი მოწმობენ,

რომ ჩატანებული კუნთი, აპონევროზი და სხვა ინტერპოზიციული ქსოვილი, ფიზიოლოგიურ პირობებში, თუ იგი იტვირთება და სახსრის ზედაპირის ფუნქციას ასრულებს, ხონდროიდულ მეტაპლაზიას განიცდის. ჩვენს რენტგენოგრაფებზე რაღაც მაგვარი სურათი სურათი არის, მაგრამ ამაზე გადაჭრით თქმა შეუძლებელია. Putti-მ, მუხლის სახსრის აღსადგენად, გადანერგა fascia lata და ოპერაციიდან 3 წლის შემდგომ დაამტკიცა ფიბრინოზული ქსოვილის ხონდროიდული მეტაპლაზია. იმავე ავტორმა ამ სახის ინტერპოზიციის შემდეგ ძალზე ჯვარისებური იოგის ალორძინებაც კი ნახა. საინტერპოზიციოთ ხმარებული ქსოვილის (ლორის საშარდე ბუშტი) ღრტილოვან მეტაპლაზიას ადასტურებს Bear-იც.

მეტად მნიშვნელოვანი და ყოველმხრივ საინტერესოა იოგების საკითხი. იოგები, სახსრის სიმტკიცე და საიმედოობისათვის აუცილებელი უნდა იყოს. მიუხედავად ამისა ართროპლასტიკა თანდართული იოგების რეკონსტრუქციით იშვიათად გაკეთებულა. კერძოდ მუხლის სახსრისათვის საჭირო იქნებოდა ჯვარისებრი და ორივე გვერდით იოგების ხელოვნური შეექმნა. მართლაც ამ სახის ოპერაციები მოწოდებულია. სახელმძღვანელოებშიაც აქა-იქ შეხვედებით ლამაზად დახატულ სურათს, მაგრამ გააკეთა თუ არა ამ სახელმძღვანელოების რწმელიმე მოწაფემ ეს ოპერაცია შესახებ ამისა, — ცნობები მე ვერ ვიპოვე. ვიცით მხოლოდ ის, რომ გამოქვეყნებული ოპერაციები იოგების რეკონსტრუქციით არ გაკეთებულა, მაგრამ კარგი შედეგების $\frac{1}{6}$ მაინც საკმაოდ დიდია.

ამის გასაგებად ორი შესაძლებლობაა: პირველი — სახსრის ოპერატიული მოდელიზაცია ქირურგის მიერ იმდენად ზედმიწევნლია, რომ ნეართროზში მოძრაობა მხოლოდ ამ მოდელიზაციას ემყარება. მაგრამ შეუძლებელია ქირურგმა ბუნებას გადააჭარბოს და ძვლების ზედაპირი ისე მიდენოს ერთმანეთს, რომ სახსრის მკიდროება მარტო ამით ავსხნათ. მეორე შესაძლებლობა ჩვენ უფრო სწორედ მიგვაჩნია და ეს არის სახსარში მონაწილე კუნთების მდგომარეობა და მათი ანტაგონიზმი. საღ კუნთა ანტაგონიზმი აუქმებს იოგების უქონლობას კომპენსატორულად, ასე ვსთქვათ, ინსტიქტიურად. ანატომიური მოსაზრება, რომ იოგები მხოლოდ დამატებითი აპარატურაა, ამ ართროპლასტიკის შემთხვევებში მეტად მკაუთი და მძლავრ საბუთს პოულობს.

ფრანგმა ავტორებმა სწორედ იმისათვის, რომ მიგვითითონ ართროპლასტიკის დროს კუნთების განსაკუთრებულ მნიშვნელობაზე, ახალი ტერმინი შემოიღეს „კუნთის იმპოტენცია“. ართროპლასტიკის კარგი შედეგისათვის კუნთთა ჯანსაღობა აბსოლუტური წინასწარი პირობაა. კუნთების, ნერვები და სისხლის ძარღვების ყოველი მუდმივი ხასიათის დაავადებანი, იმავე დროს სახსრის აღსადგენი ოპერაცია წინააღმდეგ ჩვენებას წარმოადგენს. კუნთის გარდაუვალი „იმპოტენცია“, რა მიზეზითაც არ იყოს იგი გამოწვეული, იქნება ეს მიზეზი მიოგენური, ნევროგენული თუ ვაზოგენური, ოპერაციის შედეგს მეტად აფერხებს. საღი და ელასტიური სისხლის მიღების მქონე ავადმყოფი, თუ ყოველ ოპერაციისათვის კარგი ობიექტია, მით უმეტეს კარგი იქნება ართროპლასტიკისათვის. ზემოხსენებულის მიხედვით 40 წელს ზემოდ, როდესაც სისხლის მი-

ლებში გავრცელებულია სკლეროტიული პროცესი, ხსენებული ოპერაცია დიდის სიფრთხილით უნდა გაკეთდეს. ზოგადად ართროპლასტიკა ახალგაზრდების ოპერაციად ითვლება.

ართროპლასტიკის დროს შეუძლებელია დავივიწყოთ ანკილოზის გამომწვევი ინფექცია, ამ ინფექციის ლატენტობა, მისი ახლად აფეთქების შესაძლებლობა. ტუბერკულოზით და გონორგიით გამოწვეული ანკილოზები, გარდა იშვიათი გამონაკლისისა, სამართლიანად უნდა გამოირიცხოს საართროპლასტიკო მასალიდან. უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე ის დებულება, რომ „ტუბერკულოზი არ კვდება, რომ იგი იძინებს“ (Ménard). მწვავე, უმთავრესად, ბანალური ინფექციის შემდგომი ანკილოზები შეადგენენ ართროპლასტიკის სარბიელს, თუ მწვავე მოვლენების შემდეგ საკმარისი დრო გავიდა (არა ნაკლები ერთი წლისა).

რამდენადაც ერთი და ორი შემთხვევა უფლებას გვაძლევს გამოვიტანოთ რაიმე დასკვნა, იმდენად ნებას ვაძლევ ჩემს თავს გამოვსთქვა შემდეგი დებულებანი.

1. ცუდი ანკილოზების — კარგ ანკილოზად გადაყვანის დროს შესაძლებელია ახალგაზრდებზე, დრო და დრო, მივმართოთ ართროპლასტიკას, სადაც რე-ანკილოზის მიღება, ართროპლასტიკის გაცულების შემდეგაც, ადვილად მისაღწევია.

2. კარგ მდგომარეობაში მყოფ ანკილოზებზე ართროპლასტიკა, მხოლოდ, ავადმყოფის დაბეჯითებითი მოთხოვნის შემდეგ უნდა გაკეთდეს.

3. უკეთესი საინტერპოზიციო მასალად fascia lata ჩაითვლება, მეტადრე მუხლის და მენჯ-ბარძაყის სახსრისათვის, უკვე თავისი ტოპოგრაფიული მდებარეობის გამოც. თავისუფალი გადანერგვა, მართლაც, მეტ ტენიკურ თავისუფლებას იძლევა, ამიტომ გადანერგვა ფეხზე არ უნდა იყოს სავალდებულო.

4. მუხლის სახსრისთვის, ოპერაციის შემდგომ, მიზანშეწონილია გაჭიმვა, მენჯ-ბარძაყისათვის კი უძრავი ნახვევის დადება ორი-სამი კვირით.

5. ვარჯიშობა და ყოველგვარი ფიზიოთერაპიული ზომები მეტად მნიშვნელოვანია.

6. რა მდიდარი და მრავალი მასალაც არ უნდა იყოს ჩვენს განკარგულებაში, ართროპლასტიკა არ შეიძლება ჩაითვალოს ჩვეულებრივ, ყოველდღიურ და სადღისწესრიგო ოპერაციად.

7. ართროპლასტიკისათვის სასტიკად დაცული უნდა იქმნეს ავადმყოფის პიროვნული, პსიქოლოგიური არჩევა, ვინაიდან იშვიათია ისეთი ოპერაცია, რომელიც საჭიროებდეს ამდენს დროს, ხალისს, მოთმინებას და ავადმყოფის ქირურგთან ერთსულოვან თანამშრომლობას.

ლიტერატურა:

- 1) E. Geanbrau, P. Nove-Josserand, L. Ombredanne: Chirurgie réparatrice et Ortopédique T. II, 1920. 2) Vignard et Vincent: Revu de Chirurgie № 3, 1921.
- 3) Payr. Zentralblat. f. Chirur. t. XLVII, 1920. 4) Lexer. Surg. genec. et obsd. Vol XL. n. 6. P. 782. 1925. 5) Geballos. Journ. de chirur. t. XXV. № 2. 1925. 6) G.

Labe y et J. Leveuf: Chirurg. du membre inferiv. Masson 1923. 8) Lecéneet Lerisch: Therapeutique Chirurg. t. I 1926. 8) Putti, Santy, Hey Groves, Mac Aus-land: Rapori au VI Cong. de la societ. intern. de Chir Londr. 1923 (მოყვანილია Ombredann-ით); 9) Р. Вреде н. Журнал ортоп. и травмат. № 4-5—1928. 10) Вестник Хирург. Кн. 42. 1928. 11) Ph. Erlachen. Die Technic des ortopädischen Eingrif. 1928.

Е. П. Закарая.

К материалам артропластики.

Лечение анкилозов до сих пор считается трудной задачей. Из всех методов автор отдает предпочтение интерпозиции fascia lata с предварительной моделизацией по Putti. Fascia lata по своему анатомическому положению наиболее пригодна для суставов нижних конечностей. Пересадка на ножке кажется необязательна, т.-к. и свободно пересаженный лоскут приживает хорошо. Автор склонен допустить хрящевую метаплазию пересаженного материала если только неартроз хорошо нагружен и подвижность в нем, в смысле широты, достаточно обширна. Дополнительно к оперативной моделизации на молодых костях при восстановлении функции, вероятно происходит дальнейшая биологически статистическая моделизация.

Оперативное восстановление связочного аппарата при артропластике, по видимому, редко производилась да оно пожалуй и лишне, если только мно-вазо-генный аппарат хорош.

Требуется тщательный подбор материала. Для артропластики пригодны только молодые, в других отношениях здоровые, субъекты.

Несколько случаев автора дали ободряющие результаты. Особенно демонстративен описываемый случай восстановления коленного сустава. Разгибание полное, сгибание до 105°. Нет патологических искривлений. Дело шло о молодом субъекте (21 г.) имеющего травматический анкилоз в правильном положении.

Туберкулезные и гоноррейные анкилозы не подходящи для артропластики.

Е. Zakaraïa.

Aux matériaux d'arthroplastie.

La cure des ankyloses est jusqu'à présent un problème assez difficile. De toutes les méthodes l'auteur préfère l'interposition de la fascia lata, mais avec la modélisation de Putti préalable.

La fascia lata par sa position anatomique est la plus utile pour les articulations des extrémités inférieures.

La transplantation pédiculé semble n'être pas obligatoire car les transplantats libres se cicatrisent bien. L'auteur admet la métaplasie cartilagineuse des transplantats si la néarthrose a une bonne mobilité et un chargement suffisant.

Il faut penser qu'avec la modélisation opératoire les os jeunes subissent pendant le rétablissement des fonctions une modélisation biologique et statique ultérieure.

La réparation opératoire de l'appareil ligamenteux au cours de l'arthroplastie n'est pas obligatoire et même superflu si l'appareil myovasogène, est sain.

Le matériel doit être soigneusement sorti, car l'arthroplastie donne de bons résultats sur les sujets jeunes et bien portants du reste.

Quelques cas de l'auteur ont donnés des résultats encourageants.

Surtout est démonstratif le cas de retablissement de l'articulation du genou.

Redressement complet, fléxion jusqu' à 105°. Pas de deviation patologique. Il s'ajissait d'un sujet jeune (21 ans) ayant une ankylose tranvematique dans la position juste les ankyloses tuberculeuses et gonnorrhoi-ques ne sont pas avantageuses pour l'arthroplastie.



3. მუსხელიშვილი

თვალის სნეულებათა ლექტორი

(თვალის სნეულებათა კლინიკიდან)

Dacryo-cysto-rhinostomia exter.

(წინასწარი მოხსენება)

ცხვირ-ცრემლის არხის და საცრემლო პარკის დაავადების თერაპიის გარეშემო დიდი ხანია სწარმოებს ბრძოლა. რამდენიმე ათასი წლის წინად უკვე ეგვიპტეში ჰქონდათ გარკვეული წესები, რომელთაც მიმართავდნენ ცხვირ-ცრემლის არხის და საცრემლო პარკის დაავადების განსაკურნავად. არაბები ხმარობდნენ გახურებულ შანთს, რომელსაც მიადებდნენ გარედან საცრემლო პარკის არეს და ზედ აწვებოდნენ, ვიდრე ცხვირის ნესტოდან არ გამოვიდოდა ბოლი; არაბების ეს ბარბაროსული წესი უნდა ჩაითვალოს Toti-ის ოპერაციის წინამორბედად. წარსული საუკუნის მეორე ნახევრიდან მოყოლებული დღემდე ორი სპეციალობა აწარმოებს პათოსან შექიშვებას; თერაპიის სხვადასხვა მეთოდს მისდევენ ერთის მხრივ თვალის ექიმები, მეორე მხრივ რინოლოგები და დღესაც არსებითად ძიება არ დასრულებულა.

ცხვირ-ცრემლის არხი ანატომიურად, როგორც დამატებითი ღრუ, უნდა მიეკუთვნოს ცხვირის ღრუს და თითქოს მისი დაავადება და მკურნალობა რინოლოგების კომპენტენციას უნდა შეადგენდეს. ყოველ დღიური ცხოვრება კი ჩვენ გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფები მიმართავენ არა რინოლოგს, არამედ თვალის ექიმს. ამ გარემოებისას სწავილია: ცხვირ-ცრემლის არხის და საცრემლო პარკის პათოლოგია თვისი შედეგებით უფრო ეხება მხედველობითი ორგანოს, ვიდრე ცხვირს. დაკროიციტიტის, განსაკუთრებით მისი ჩირქოვანი ფორმის დროს, მუდმივ არსებობს პატოგენური მიკრობების გროვა, საიდანაც მხედველობის ორგანოს მოელის განსაცდელი. მეორე მხრივ, ცრემლის გაძლიერებული დენა, — დაკროიციტიტის მუდმივი თანამგზავრი, — ავადმყოფს აყენებს სუბიექტურ და ობიექტურ მწუხარებას სწორედ მხედველობის ორგანოს მხრივ; ამიტომ იგი ყოველთვის ან თითქმის ყოველთვის მიმართავს თვალის ექიმს და არა რინოლოგს.

თერაპიის წესები გამომუშავებულია, როგორც რინოლოგების, აგრეთვე თვალის ექიმების მიერ. წესების დაყოფა შეიძლება ორ გვარად: ა) წესები, რომელთა მიზანია ალადგინონ დარღვეული ფუნქცია ფიზიოლოგიური გზით; ბ) წესები, რომელნიც ჰქმნიან ცრემლის ახალი მიმართულების გზას. პირველ რიგს ეკუთვნიან: Bowmann-ის ზონდები, Головин-ის გაძლიერებული გაგანიერება, ცხვირ-ცრემლის არხის სადენინფექციო ხსნარებით გაბანვა, ელექტროლიზი და სხვა. მეორე რიგს ეკუთვნიან უფრო რთული ქირურგიული მეთოდები.

არც ერთ წესს თვისი მნიშვნელობა დღესაც სავესებით არ დაუკარგავს, ხოლო არც ერთი რადიკალურათ კითხვას არა სჭრის. ლაპარაკი შესაძლებელია მხოლოდ მათს შედარებითს ღირებულებათზე. აი ამ მხრივ უკანასკნელ წლებამდე საცრემლო პარკის ამოკვეთას ეჭირა პირველი ადგილი. მართლაც ამოკვეთის შედეგ, იშვიათ შემთხვევის გარდა, სამუდამოთ ისპობა ჩირქის დენა, ე. ი. ისპობა მუდმივი საშფოროება მხედველობის ორგანოსათვის; — გასაგებია ენტუზიაზმი, რომელიც გამოიწვია პირველ წლებში ექსტირპაციის შემოღებამ. მაგრამ, როგორც სრულიად სამართლიანად ამბობს პროფ. Авербах-ი, ამ რადიკალური ოპერაციის ნაკლი სწორედ „მისი რა დიკალიზმია“. ეს ერთის მხრივ. მეორე მხრივ, ექსტირპაციის შემდეგ თითქმის ყოველთვის რჩება ცრემლის დენა, რომელიც ავადპყოფს აყენებს საგრძნობ მწუხარებას, განსაკუთრებით თუ მას უხდება სიცივეში და ქარზე ყოფნა. ამიტომ ყოველივე ახალი წესი, რომელიც შეასწორებს ექსტირპაციის ნაკლს, სასურველიც არის და მისაღებიც. 1904 წ. Toti-მ პირველად გამოაქვეყნა თავისი შრომა და თითქოს გადაჭრა კითხვა ჩირქის და ცრემლის დენისა ოპერაციის შემდეგ. მან მიიღო 50% სრული განკურნებისა, ე. ი. ოპერაციის შემდეგ შეწყდა ჩირქის და ცრემლის დენა. ასეთი შედეგი ცხადია ნაბიჯის წინ წადგომა იყო. Toti-ს შემდეგ ბევრმა სხვამაც ისარგებლა მისი მეთოდით და სხვადასხვა % სრული განკურნებისა მიიღო. ამავე დროს გამოიჩინა, რომ სრული განკურნების მცირე პროცენტული რაოდენობა დამოკიდებულია, ერთის მხრივ, ცხვირის ღრუში ხერხელის სიმცირეზე და, მეორე მხრივ, იმაზე, რომ Toti ნაკერებით არ აერთებდა საცრემლო პარკის კიდეებს და ცხვირის ლოპწოვან გარსს. ორივე გარემოება უწყობდა ხელს ახლად გაკეთებული ხერხელის ადვილად დახშვას. რინოლოგები უთითებდნენ კიდევ შემდეგ ნაკლზე: კანის ჭრილობის ადგილას რჩება ნაწიბური, რაც კოსმეტიკური თვალსაზრისით მიუღებელია. კოსმეტიკური ნაკლის თავიდან ასაცილებლად West-Polyak-მა და შემდეგ სხვებმაც სცადეს Toti-ს ოპერაციის ენდონაზალურად გაკეთება. პირველ წლებში West-ის და Polyak-ის მეთოდმა რინოლოგები გაიტაცა, მხოლოდ ხანგრძლივი დაკვირვებების შემდეგ აღმოჩნდა მეთოდის ნაკლიც: 1) ბევრისთვის მიუწოდებელი რთული ტეხნიკა; 2) ცხვირის ვიწრო ღრუში მანიპულაცია და 3) სრული განკურნების პროცენტულად მცირე რაოდენობა ხშირი რეციდივების გამო.

1922 წ. Dupuy-Dutemps-მა გამოაქვეყნა თვისი დაკვირვებანი და ტეხნიკა დაკრიო-ცისტო-რინოსტომიისა, შემუშავებული Bourguet-სა და მის შიერ¹⁾. იმ დროს Dupuy-Dutemps-ს ჰქონდა გაკეთებული ოპერაცია 33 თვალზე; ოპერაციის ტეხნიკას იმ სახით, როგორც მას თვით ავტორი ხმარობდა, აქ არ შეეხებოდა. ტეხნიკამ შემდეგ სხვა ავტორების ხელში განიცადა ცვლილება წერილმანებში. ქვემოთ მოვიყვანთ ოპერაციის ტეხნიკას იმ სახით, როგორითაც ჩვენი კლინიკა სარგებლობდა უკანასკნელ დროს. Dupuy-Dutemps-ის აზრით, დაკრიო-ცისტო-რინოსტომია მისაღებია განსაზღვრულ პირობებში; ოპერაციის აქვს საწინააღმდეგო ჩვევებანი, რომელთა არსებობის

1) რადგან Dupuy-Dutemps-ის მონოგრაფია ხელთ არა მაქვს, ცნობები მომყავს ზეპირად.

დროს ოპერაციის გაკეთება მიზან-შეუწყონელია. ამ ჩვენებათ ეკუთვნიან: 1) სა-
ცრემლო წერტილის ან საცრემლო მილაკების, განსაკუთრებით ქვედა მილაკის,
დახშვა (ატრეზია) 2) საცრემლო პარკის და ან მის მეზობლად მდებარე ძვლე-
ბის ტუბერკულოზი; 3) ატროფიული რინიტი; 4) საცრემლო პარკის ნაწიბუ-
რებრივი გადაგვარება და მისი დახშვა; 5) საცრემლე პარკის ხორცმეტები.
ამ წინააღმდეგ ჩვენებათა გარეშე დაკრიო-ცისტო-რინოსტომია საესვებით მისა-
ღებია მიუხედავად იმისა, გვექნება საქმე ჩირქოვან დაკრიოცისტიტთან თუ კა-
ტარალურ ფორმასთან, როდესაც გვაქვს მხოლოდ გაძლიერებული ცრემლის დე-
ნა (ეპიფორა).

Dupuy Dutemps-ი თავის დაკვირვებათა მიხედვით გამოსთქვამს სურ-
ვილს, რომ დაკრიო-ცისტო-რინოსტომია ფართოდ იყო შემოღებული და გავ-
რცელებული; მართლაც განკურნების პროცენტული რაოდენობის მიხედვით
(95% — 96%), რომელიც მას მიუღია, Dupuy-Dutemps-ის სურვილი სრუ-
ლიად კანონიერია.

Dupuy-Dutemps-ის დაკვირვებათა გამოქვეყნების შემდეგ, დაკრიო-
ცისტო-რინოსტომია ჩქარის ტემპით გავრცელდა თვით საფრანგეთში და აგრე-
თვე სხვაგან (Morax-ი, Duverger et Velter, Ohm). საბჭოთა კავშირ-
ში ჯერ-ჯერობით გამოქვეყნებულია პროფ. Авербах-ის (მოსკოვის მეორე
სახელმ. უნივერს. თვალის კლინიკა) და ექიმ. Страховის (მოსკოვის თვალის
საკადემყოფო) შრომები. პროფ. Авербах-ს 126 ავადმყოფზე გაუკეთებია 135
დაკრიო-ცისტო-რინოსტომია; ექიმ Страхов-ს 50 ავადმყოფზე 54 ოპერა-
ცია. დაკვირვების ხანა ავტორების მიერ აღნიშნულია 1—2 თვიდან 2½ წლამ-
დე. ავტორების შრომის შეფასება ამ მოხსენების საგანს არ შეადგენს, აღნიშ-
ნავთ, მხოლოდ ავტორთა მასალის ხასიათს და მოვიყვანთ მათს დასკვნებს, რამ-
დენადაც ამით შეფასდება თვით ოპერაციის ღირებულება. „ტენნიკის შექწავ-
ლის ხანაში, — ამბობს პროფ. Авербах-ი— ჩვენ ვარჩევდით სუფთა გაურთუ-
ლებელ და არა ნაწამლ დაკრიოცისტიტებს; შემდეგ კი ვაკეთებდით ოპერაციას
ყოველგვარ მდგომარეობაში, როგორც შეგვხვდებოდა; გვინდოდა გამოგვერ-
კვია ჩვენებანი და საწინააღმდეგო ჩვენებანი გარეგანი დაკრიო-ცისტო რინოს-
ტომიისათვის. ასეთ მუშაობას შედეგად მოყვა ჩვენი ღრმა რწმენა, რომ ამ ოპე-
რაციისათვის არსებითი საწინააღმდეგო ჩვენებანი არ არსებობენ“. საგულის-
ხმიეროა დასკვნები, რომელიც გამოჰყავს ავტორს მუშაობის შედეგათ. „თუ
ოპერაციის მნიშვნელობის საზომად“, — სწერს პროფ. Авербах-ი — ავიღებთ
ჩირქის შეწყვეტას, მაშინ დაკრიო-ცისტო რინოსტომია დადებით შედეგს იძლე-
ვა 98,52%; — თუ შევადარებთ ერთმანეთს რინოსტომიას და ამოკვეთას და ავი-
ღებთ შემთხვევებს, სადაც ისპობა ჩირქისა და ცრემლის დენა ერთდროულად,
მაშინ რინოსტომია იძლევა 96,3% დადებით შედეგს. თუ ავიღებთ იმ შემთხვე-
ვებს, რომელნიც ოპერაციის შემდეგი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისას სუფ-
თად აღმოჩნდნენ, მაშინ დ.-ც.-რ.-უზრუნველყოფს 80% კარგ შედეგს“.

Страхов-ი ასეთ ოპტიმისტურ შეხედულებას არ იზიარებს; მხოლოდ 35
შემთხვევაში, როდესაც დაკვირვება სწარმოებდა 1 თვიდან 7 თვემდე, Стр-
ах-ი აღნიშნავს: „21 შემთხვევაში მშვენიერი მიღწევა: არამც თუ გამონადენი

შეწყდა, არამედ სწრაფ ფლუორესცენით ცდასთან ერთად (20 შემთხვევა) თვალის სრული სიმშრალე ყოველგვარ პირობებში; ერთ შემთხვევაში უარყოფითი ფლუორესცენით ცდასთან აგრეთვე სრული შედეგი. 10 შემთხვევაში კარგი შედეგი: ჩირქი არ არის მაგრამ ცრემლის დენა ცოტად თუ ბევრად დარჩა. 4 შემთხვევა უარყოფითი შედეგით“.

ტფ. სახ. უნივ. თვალის სნეულებათა კლინიკაში გაკეთდა ოპერაცია 37 თვალზე Dupuy-Dutemps-ის ლა Bourget-ის წესით. პირველი ოპერაცია გაკეთებულია 24/10—26 წელს, უკანასკნელი 14/1-ს 1929 წელს. ამ რიცხვში იყო 13 მაკაცია, 24 დედაკაცია; წლოვანების მიხედვით: 13—20 წლამდე—8; 21—30 წლამდე—16; 31—40 წლ.—11; 40—50 წლ.—2; მარჯვენა თვალზე—12; მარცხენაზე—25; ჩირქივანი და კრიოციტიტი—27; კატარული ფორმა—10. დაკვირვების ხანგრძლივობა 2 კვირიდან 2 წლამდე. ოპერაციის ტენიკას პირველად გავეცანით 1926 წ. როტშილდის სახელობის პარიზის თვალის საავადმყოფოში, რომლის დირექტორად არის ოპერაციის ავტორი დოქტ. Dupuy-Dutemps-ი; შემდეგ იგივე ოპერაცია გააკეთა Morax-მა Hôpital Lariboisière-ში, მაშინვე მოგვეცა შემთხვევა გავცნობილით მშვენიერ შედეგს, რომელიც მოჰყვა ორთავე ოპერაციას. ჩამოსვლისთანავე შევეუდექით ოპერაციის გაკეთებას. კლინიკაში კითხვა დაყენებული იყო ასე: ვიდრე ზედმიწევნით შევისწავლიდით ოპერაციის საკმარისად რთულ ტენიკას, ვარჩევდით გაურთულებელ, სუფთა შემთხვევებს. ორი წლის განმავლობაში პირველი ტენიკა წერილმანებში შეიცვალა ერთი მხრივ სხვა ავტორების ზეგავლენით, მეორე მხრივ ზოგიერთ შემთხვევაში თვით ტენიკის შესრულების შეუძლებლობის გამო; მაგალითად იყო შემთხვევები, როდესაც ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსი, საგრძნობლად ფაშარი, ადვილად ირბეოდა და 3 ნაკერის დადება ძნელი იყო. ამ შემთხვევაში ვკმაყოფილდებოდით 2 ნაკერით. მიუხედავად 2 ნაკერის დადებისა, შედეგი არ ყოფილა იმაზე ნაკლები, რასაც ვღებულობთ 3 ნაკერის დადების შემდეგ. ვიდრე შევაფასებდით ჩვენს შემთხვევებს, ავწერთ ტენიკას იმ სახით, როგორც ვატარებდით უკანასკნელ დროს.

ავადმყოფი იზინჯებოდა შემდეგ ნაირად: Canaliculus probe; ზონდის გატარება იმის გამოსაკვლევად, თუ ცხვირცრემლის არხის რომელ ადგილას არის შევიწროება, ცხვირის ღრუს მდგომარეობის გამოკვლევა სპეციალისტის მიერ. ¹⁾ პირველად მოკლე ხანს ავადმყოფი წამლობდა სტაციონარულურად, შემდეგ ავადმყოფი სტაციონარში რჩებოდა რამოდენიმე საათს და წამლობას განაგრძობდა ამბულატორიულად. თვით ოპერაციის მსვლელობა აღინიშნება რამდენიმე მომენტად:

1. ანესტეზია. საოპერაციო ველის გასუფთავების შემდეგ კანჭეშუ ვუშხაპუნებთ 1 ან 2 კ. ს. 2% ნოვოკაინს ადრენალინით, ცხვირის ღრუში შევვაქვს ზონდით დოლბანდის ან ბამბის ტამპონი, დასველებული 10% კოკაინის ხსნა-

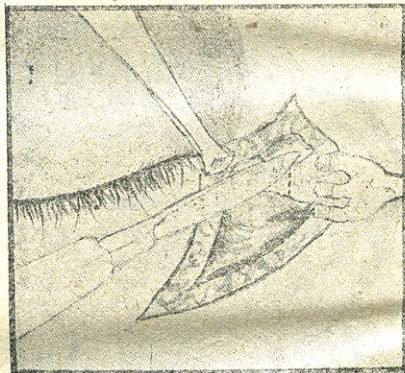
¹⁾ სასიამოვნო მოვალეობათ მიგვაჩნია მადლობა გადაუხადოთ სახ. უნ. ყურის, ყელის და ცხვირის სნ. კლინიკის გამგეს დოც. ნ. ასპინოვს, რომელიც ამ მხრივ ყოველგვარ დახმარებას გვიწვედა.

რით და ადრენალინით; ასეთი ადგილობრივი ანესტეზია საკმარისია, რომ ოპერაციამ თითქმის უმტკივნეულოდ ჩაიაროს.

2. რბილი ქსოვილების გაკვეთვა. კრილოზის სიგრძე უდრის დაახლოებით $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ სანტ. იწყება იგი თვალის შიგნითა კუთხიდან 3—4 მ. მ. მედიალურად მოშორებით, 4—5 მ. მ. შიგნითა იოვის ზევით (Lig. Cantin.); დასაწყისში კრილოზა მიდის სწორი ხაზით, შემდეგ ღებულობს ირიბ მოხაზულობას თვალბუდის ქვედა ნაპირის მიხედვით (სურ. № 1). რომ თავიდან ავიცილოთ ზედმეტი სისხლის დენა ვენოზური ძარღვიდან (Vena angul.), მახვი-



სურ. 1.



სურ. 2.

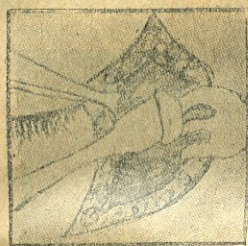
ლი დანით გავკვეთავთ კანს და კანქვეშა ქსოვილს; ეს მდებარე რბილ ქსოვილებს ერთმანეთს ვაშორებთ ბლაგვი იარაღით, ვიდრე არ გამოჩნდება ძვალი საცრელო წინა შემაღლების გასწვრივ (Crista lacrym. anter). ამის შემდეგ საკმარისია კრილოზის კავებით გაფართოვება, რომ სისხლის დენა ან სრულიად არ იყოს ან უმნიშვნელო.

3. ძვლის ზედაკანის აცლა. — ქუთუთოების შიგნითა იოგები გადიკრება ძვალზე მის მიმაგრების ადგილს (სურ. № 2); გადაჭრილ ადგილზე შეგვყავს ძვალსა და ზედა კანს შუა პატარა რასპატორი და ზედა კანს ვაშორებთ დაახლოებით 1 სანტ. მანძილზე საცრელო წინა შემაღლებიდან დაწყებული (სურ. № 3). შესაძლებელია მოჰყვეს პარენქიმატოზული სისხლის დენა; ამ შემთხვევაში საჭიროა ტამპონადა, ვიდრე სისხლის დენა სრულებით შეწყდებოდეს.

4. საცრემლო პარკის ჩამოშორება. — იმავე რასპატორით ჩამოვაშორებთ ძვალს საცრ. პარკის შიგნითა კედელს ზედაკანთან ერთად (სურათი № 4).

5. ძვლის ტრეპანაცია. (სურ. № 5). აქ საზრუნავი ის არის, რომ ძვალი რაც შეიძლება გავათხელოთ. ამისთვის ძვალი სატეხის დახმარებით შრეებთ ჩამოითლება განსაკუთრებით იქ, სადაც ძვალი უფრო სქელი და მაგარია. ძვლის გათხელებისას რომელიმე ადგილას იხსნება ხვრელი, რომელშიდაც მოსჩანს ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსი; როდესაც ხვრელს მივიღებთ, შემდეგში ვმუშაობთ Citelli-ის ელუნის (მკბეჩავის) დახმარებით; გაფართო-

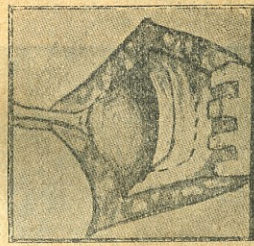
ვებთ თანდათან ხვრელს, ვიდრე არ მივიღებთ საჭირო ზომის სარკმელს, რომელშიაც ნათლად მოსჩანს ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსი. ძელის ტრეპა-



სურ. 3.



სურ. 4.

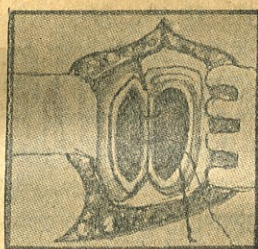


სურ. 5.

ნაციის დროს უნდა მიექცეს ყურადღება ორ რამეს: 1) ამოჭრილი სარკმელი უნდა იყოს განსაზღვრული ფორმის და ზომის; 2) სუფთად უნდა ჩამოიჭრას ზედა ყბის ძვალის შუბლის მორჩი, რომ შემდეგ ძვლოვანი არხის დასაწყისში არ ჰქონდეს ადგილი ჩირქის დაკუმბებას. ამას მნიშვნელობა აქვს საბოლოო შედეგისათვის. ძვალში ამოჭრილ სარკმელს აქვს ოვალური ფორმა, რომლის დიდი დიამეტრი უდრის 1 1/2 სანტ. და მცირე დიამეტრი 1 ან ცოტა მეტს სანტიმეტრს. აქაც შესაძლებელია მივიღოთ პარენქიმატოზული სისხლის დენა; შემდეგი მომენტისათვის სისხლის დენა ზედმიწევნით უნდა შევწყვიტოთ ადრენალინში დასველებული ტამპონით.



სურ. 6.

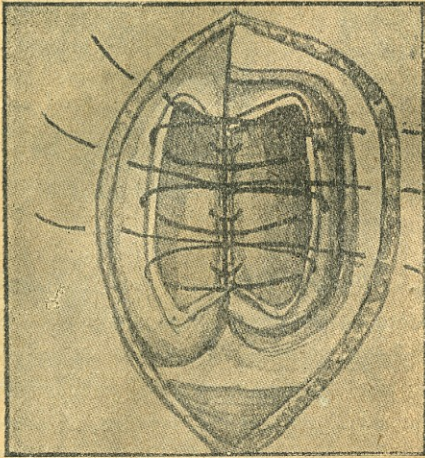


სურ. 7.

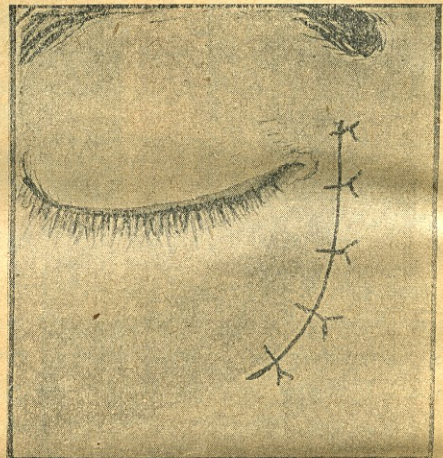
6. საცრემლო პარკის და ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გაკვეთა. (სურ. № 6). საცრემლო პარკი იკვეთება მახვილი დანით შიგნითა კედლის გასწვრივ, დაწყებული პარკის ფუძიდან მის ყელამდე, მაშასადამე ძვლოვანი არხის დასაწყისამდე. აქ საჭიროა ყურადღება, რომ საცრემლო მილაკები არ დაზიანდნენ. ცხვირის ღრუდან ტამპონის ამოღების შემდეგ ღრუს ლორწოვანი გარსი გაიკვეთება ორ თანასწორ ნახევრად. ჭრილობის ნაპირებზე გარსი იკვეთება პერპენდიკულარული მიმართულებით (ახ. სურ. 6). და ამით თავისუფლდება ლორწოვანი გარსის ნაჭრები

7. ნაკერების დადება — (სურ. № 7). საცრემლო პარკის უკანა ნაწილს და ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ქვედა ნაწილს გაერთებთ სამი ნა-

კერით. ამ გზით ძვალში ამოჭრილი სარკმელის ქვედა ძვალოვანი კედელი სრულეებით იხურება. სამი ნაკერით აგრეთვე ვაერთებთ საცრემლე პარკის წინა ნაჭერს ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ზევითა ნაჭერთან. ვიდრე ნაკერებს



სურ. 8.



სურ. 9.

შევკრავდეთ, ისინი გაგვყავს ჯვარედინად კანში (იხ. სურ. № 8) და შემდეგ კვანძავთ (იხ. სურ. № 9). კრილობის შეხორცება ჩვეულებრივად მიდის *Per primam intentionem*. ზედაპირულ ნაკერებს ვხსნით მე-6—7 დღეს, თუ რასაგვირველია ნაკერი არ დაჩირქდა. ღრმა ნაკერები თავისთავად მოიხსნებიან და გამოდიან ცხვირის ღრუთი. ჩვეულებრივად ამით თავდება ოპერაციის შემდეგი წამლობა. იმ შემთხვევაში, როდესაც ოპერაციის დროს საგრძნობი სისხლის დენა მოხდა და შესაძლებელია შედეგებულმა სისხლმა დახშოს ახლად გაკეთებული საცრემლო გზა, ოპერაციის მეორე დღეს საცრემლო მილაკიდან გავბანთ პარკს ფიზიოლოგიური ხსნარით.

როგორც ზევით მოვიხსენიეთ, სულ გაკეთებულია ოპერაცია 37 თვალზეუნდა აღინიშნოს, რომ არც ერთ შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ არ დარჩენილა ჩირქი, თუ კი მას ჰქონდა ადგილი ოპერაციამდე. სრული განკურნება იგულისხმება, როგორც სრული შეწყვეტა ჩირქის და ცხემლის დენისა. ამ მხრივ საჭიროდ მიგვაჩნია მოვიყვანოთ ზოგიერთი ცნობები.

№ 1. ავადმყოფი ბაგდ. არუსიაკ. *Dacryo-cysto-blenn.* oc. sin. 24/10—1926 წელს დაკრიო-ცისტო-რინოსტომია. 2/11—1926 წ. გაეწერა კლინიკიდან სრულიად განკურნებული: ჩირქის და ცრემლის დენა სრულიად არა აქვს. — ავადმყოფი ქ. თბილისის მცხოვრებია. ნახულია უკანასკნელად 17/9 1928 წ. ამავე დღეს ავადმყოფობის ფურცელში შეტანილია: „ნაწიბური დაახლოვებით I სანტ. სიგრძის. თვალის კაკლის წინა ზედაპირი მშრალი. ცრემლის და ჩირქის დენას ადგილი არა აქვს“.

№ 2. ბერძენ. კეკელა. *Dacryo-cystitis catar oc. d.* გაძლიერებული ცრემლის დენა. შევიწროვება ძვალოვან არხის დასაწყისში. 15/11 1926 წელი — დაკრიო-ცისტო-რინოსტომია. 21/11 შეხორცება *Per primam intentionem*; ნაწიბური ოდნავ ემჩნევა. *Nasen-probe* დადებითი

თვალი მშრალი. 29/12 კვლავ გამოცხადდა: „ნაწიბური ოდნავ სჩანს. ცრემლის დენა არა აქვს. თვალი მშრალი“.

№ 3. მგალ. მარიაში. Dacryo-cystitis catar oc. sin. საცრემლე პარკიდან გამონადენი ლორწოვანი ხასიათისა. მომეტებული ცრემლის დენა. 3/12 1926 წ. დაკრიო-ცისტორინოსტომია. Prima intentio 11/12 გაეწერა სავსებით განკურნებული. ექვსი თვის შემდეგ ავადმყოფის შვილი გვაწვდის ცნობას: „დედა სოფელშია; კარგათ გრძნობს თავსა; ცრემლის დენა მას არ აწუხებს. კანზე ნაწიბური სრულებით არ ეჩნევა“.

№ 6. სოფრომ სილოვ. Dacryo-cystitis blennor. oc. dex. 13/12—1926 წელს დაკრიო-ცისტორინოსტომია. 3/1—1927 წელს გაეწერა სრულიად განკურნებული. 15/3—1927 წ. ავადმყოფი გამოცხადდა. „არავითარი ნიშანი ცრემლის და ჩირქის დენის არ ეტყობა“.

№ 7. ჩე-ია ილარიონ. Dacryo-cysto-blenn. oc. dex. 28/12 1926 წელი დაკრიო-ცისტორინოსტომია. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა, რომ ძვლები დაზიანებული ჰქონია (caries) 3/1—1928 წელს გაეწერა საღად. 10/2—28 წ. ავადმყოფი გამოცხადდა: „არავითარი ნიშანი ყოფილი დაავადებისა არა ჰქონდა“.

№ 13. შავერდ. ალექს. Dacryo-cystitis blenn. oc. sin. 15/2—27 წ. დაკრიო-ცისტორინოსტომია. 24/2 ავადმყოფი გაეწერა საღად. 24/4—27 წ. ავადმყოფმა მოიწერა, რომ არავითარი ნიშანი ყოფილი ავადმყოფობისა არა აქვს“.

№ 14. სტ-ოვი ნადეჟდა. Dacryo-cysto-blenn. oc. sin. 13/3—27 წ. დაკრიო-ცისტორინოსტომია 20/3 — თვალი მშრალი, არავითარი გამონადენი. ორი თვის შემდეგ ავადმყოფი გამოცხადდა კლინიკაში შემდეგს სურათით: „კანის პატარა, ზერეულ ნაწიბური. თვალი სრულიად მშრალი. ცრემლის და ჩირქის ნიშანი არ არსებობს. ოპერაციით მეტად კმაყოფილია“.

№ 17. კა-ძე ელენე. Dacryo-cysto-blenn. oc. utr. 7/4—27 წ. დ.-ც.-რ. Oc. dex. Per Secundam intent 7/4 ჭრილობა შეხორცდა. გამონადენი არა აქვს. „11/2 წლის შემდეგ მკვებართა საოპერაციოთ მეორე თვალზე. მარჯვენა თვალზე ჭრილობის ადგილზე ეტყობა ნაწიბური. თვალი მშრალი, ჩირქსა და ცრემლს ადგილი არა აქვს. ოპერაციით კმაყოფილია“.

32 ავადმყოფიდან ზევით მოკლედ მოყვანილია იმ ავადმყოფთა ისტორია, რომელთა შესახებ გვაქვს ცნობა. დანარჩენი გაეწერენ აგრეთვე სრულიად გაჯანსაღებულნი, ზხოლოდ რა ბედი ეწიათ შემდეგ, არ ვიცით; უნდა ვითქვით რომ კარგად გრძნობენ თავსა; წინააღმდეგ შემთხვევაში ხელმეორედ მოგვმართავდენ.

დანარჩენი 5 ოპერაცია (ავადმყოფ. ფურცელი №№ 4, 8, 33, 37) დასრულდა არა სასურველი შედეგით. რომ ვიქონიოთ ნათელი წარმოდგენა და ობიექტიურად შევადგასოთ დ.-ც.-რ. ღირებულება საჭიროდ მიგვაჩნია მოკლედ მოგიყვანოთ ისტორია ამ 5 ავადმყოფისაც.

№ 4. მიდიანაშვი. მიხეილი. Dacryo-cysto-blenn. oc. sin. 9/2 27 წ. ოპერაცია დაიწყო დ.-ც.-რ.-ით. ძვლის ამოტეხის დროს ოპერატორს გაუსხლტა Citeli-ს მკვებავი და დაზიანდა ცხვირის ლორწოვანი გარსი. ოპერაცია დამთავრდა საცრემლო პარკის ექსტირპაციით.

№ 8. გიგინ. დუნი. Dacryo-cysto-blenn. oc. sin. 8/1—1927 წ. ოპერაცია. მოხდა იგივე, რაც წინა შემთხვევაში.

№ 30. რ-აძე ანა. Lacrymatio. oc. utr. იყო შევიწროება ქვედა საცრემლე მილაკში. არც მისალოდნელი იყო, რომ ოპერაციას მოჰყვებოდა სასურველი შედეგი. დარჩა ცრემლის დენა.

№ 33. სო-ანც არ. Dacryo-cystitis catar. oc. dex. ოპერაცია ჩატარდა, როგორც ავადმყოფის ფურცელშია აღნიშნული, ჩვეულებრივად. ამისდა მიუხედავად, ცრემლის დენა დარჩა.

№ 37. Dacryo-cystitis catar. oc. sin. ქვედა მილაკის შევიწროება; ზონდი № 2 ხან გადის, ხან არა. 14/1—29 გაუკეთდა დ.-ც.-რ. ჭრილობა შეხორცდა Per perimam. სუსტი ცრემლის დენა. Nasen-probe დადებითი, საზოგადოთ რით გათავდება ოპერაცია. ჯერ ძნელი სათქმელია.

როგორც ვხედავთ, პირველი ორი ოპერაციის შედეგი არის შემთხვევითი ხასიათისა; მე-30-37 ოპერაციამდე შემთხვევაში მოსალოდნელი იყო ცრემლის დენა. დარჩა № 33; აქ ოპერაციისათვის საწინააღმდეგო ჩვენებანი არ იყო. ოპერაცია ჩატარდა ნორმალურად. ამისდა მიუხედავად ცრემლის დენა მაინც დარჩა. ასეთი შედეგის ახსნა ყოველ შემთხვევაში ძნელია. ბაქტერიოლოგიური (უფრო ხშირად ბაქტეროოსკოპიური) გამოკვლევა სწარმოებდა უფრო ოპერაციის წინ, ვიდრე ოპერაციის შემდეგ; ავადმყოფები უმთავრესად სწამლობდნენ ამბულატორიულად; ამიტომ ადვილად გაუბრუნდნენ ლაბორატორიას. ოპერაციის წინ ბაქტერიოლოგიურად გამოკვლეულია 27 ავადმყოფი: *Diplobac Morax Axenf*—5; *Diplococ et Staphylococ.* 3; სუფთა *diplococ.*—15; *diploc et diplobac.*—3; *Staphyloc* სუფთა—2; გამოკვლევათი, რომელნიც სწარმოებია ოპერაციის შემდეგ, გვიჩვენებენ, რომ კონიუნქტივის პარკი ზოგჯერ სუფთა იყო, ზოგჯერ კი არსებობდა იგივე ფლორა, რაც ოპერაციამდე, მხოლოდ ყველგან ავადმყოფობის ისტორი. ფურცელში აღნიშნულია, რომ რაოდენობა ფლორისა უფრო მცირეა, ვიდრე ოპერაციამდე.

იმ მცირე მასალის მიხედვით, რომელიც გატარდა კლინიკაში, საბოლოო დასკვნების გამოტანა ნაადრევი იქნებოდა; მხოლოდ ზოგიერთი შედარებანი ექვსი გარეშე უნდა ჩავთვალოთ. თუ დაკრიო-ცისტო-რინოსტომისა ს შევადარებთ კონსერვატიულ წესებს, ცხადია სრულ განკურნებას, ე. ი. ჩირქისა და ცრემლის დენის შეწყვეტას გაცილებით ურო ხშირად ვღებულობთ ამ ოპერაციის შემდეგ; ენდონაზალურ დ.-ც.-რ. — აქვს აუცილებელი უპირატესობა კოსმეტიკის თვალსაზრისით: არ ვღებულობთ პირისახის კანზე ნაწიბურს, მხოლოდ ენდონაზალური დ.-ც.-რ.-ის ძნელი ტექნიკა და ვიწრო ღრუში მანიპულაცია შეადგენენ მის ხშირად გარდუვალ უარყოფით მხარეს. აღმოჩნდა აგრეთვე, რომ ამ ოპერაციის შემდეგ ხშირად ვხვდებით რეციდივს; რადგან საკმარისი სიდიდის სარკმელის ამოჭრა ამ გზით ძნელია და შეუძლებელია ნაკერების დადება, ამის გამო ადვილად იხშობა ახალი ხვრელი. გარეგანი დ.-ც.-რ.-ის საოპერაციო ველი მანიპულაციისათვის თავისუფალია და ვვაქვს საშუალება მეტი სიდიდის ხვრელი გავაკეთოთ ძვალში და დავფაროთ იგი ლორწოვანი გარსით ნაკერების დახმარებით: ანასთანავე უმეტესს, თითქმის ყოველს შემთხვევაში იმდენად უმნიშვნელო და ნაზი ნაწიბური რჩება ჭრილობის ადგილზე, რომ ეს გარემოება არ უნდა ჩაითვალოს გარეგანი დ.-ც.-რ.-ის ნაკლულევანებად. რამდენად სტერილური ხდება ცხვირ ცრემლის არხი დ.-ც.-რ.-ის შემდეგ იმ მასალის მიხედვით, რომელიც ჩვენა გვაქვს, აგრეთვე, რომელიც სხვებს დღემდე მოუწოდებიათ, ამის თქმა ძნელიც არის და ნაადრევიც, მხოლოდ საჭიროდ მიგვაჩნია, აღვნიშნოთ რომ პრ. *Avernax*-ს ოპერაციის შემდეგ ორჯელ გაუკეთებია კატარაქტის ექსტრაქცია: ორსავე შემთხვევას ჩაუვლია მშვენივრად. გარეგანი დ.-ც.-რ.—მაინც და მაინც არ არის იდეალი, რომლისაკენაც უნდა მიიწრაფოდეს მეცნიერული აზრი. არც ისეთი რამ მეთოდია, რომლის შემდეგ სხვა მეთოდები უნდა უკუვადებულ და მივიწყებულ იქმნენ. წამლობის როგორც კონსერვატიულ, აგრეთვე ქირურგიულ წესებს დღესაც რჩებათ მათი არსებობის გასაძარტლებელი საბუ-

თი. შეიძლება ვსთქვათ, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში გარეგანი დ.-ც.-რ.—მიღებულ იც არის; მაგრამ მრავალ შემთხვევაში, რომლის დროსაც უწინ ჩვენ მივმართავდით ძველ მეთოდებს, დ.-ც.-რ.—იძლევა უფრო სრულს და უფრო უტყუარს შედეგს.

ლიტერატურა:

Страхов. — „Об операции Dacryo-cysto-rhinostomia externa“ по собственным наблюдениям. — Рус. Офт. журн. 1926. г. 2. Б. М. Малкина. — К вопросу о лечении дакриоциститов зондированием. Рус. Оф. жур. 1925 г., 3. Dupuy-Dutemps. — Dacryo-cysto-rhinostomie. 4. Проф. М. И. Авербах. Соуствие между слезным мешком и носом, как метод радикальн. лечен. дакр. п-р. (Арх. Офт. 1926/27 г.). 5. А. М. Журавлев. — К технике радикальной операции слезотводящих путей. — Рус. Офт. жур. 1928 г. 6. Duverget et Velter. — Thérapeutique chirurgicale ophthalmologique.

В. С. Мухелишвили.

W. Mouskelichvili.

Dacryo — cysto — rhinostomia ext.

(предварительное сообщение).

В кратком литературном обозрении автор указывает на различные методы лечения слезо-отводящих путей. Одни из этих методов ставили себе задачей восстановление проходимости слезоотводящих путей по естественному направлению; другие методы создавали искусственный путь. К этому последнему методу относится операция Toti. При заболеваниях слезоотводящих путей, при так наз. дакриоциститах катаральных или гнойных Toti получил 50% полного успеха, подразумевая под этим полное исчезновение гноя и слезы при всех положениях и состояниях больного. С течением времени обнаружилось, что операция Toti имеет недостатки в виде рецидивов и в виде рубца, остающегося на коже на месте разреза. В целях по возможности избежать рецидивы Dupuy-Dutemps и Bourguet предложили сшивать стенку мешка со слизистой оболочкой носа. Это предложение в руках авторов процент полного излечения повысило до 95—96. Такие ободряющие результаты были получены и другими авторами, как во Франции, так и в других странах. В пределах Союза пока опубликованы ра-

Dacryo-cysto-rhinostomia externa.

(Communication préliminaire).

L'auteur dépeint tout d'abord différentes méthodes de traitements des voies lacrymales. Certaines de ces méthodes ont pour but la restitution de l'intégrité de ces voies; d'autres ont cherché à créer des voies artificielles. L'opération de Toti appartient à cette dernière méthode. Lors des maladies des voies lacrymales — des dacryocystites catarrhales et putrides — Toti a atteint des succès par son traitement dans 50% — notamment le pus et les larmes disparaissaient dans toutes les positions et tous les états de ses malades. Mais avec le temps se sont manifestés les défauts de l'opération de Toti — qui donait des récides et laissait des cicatrices sur la peau.

Dans le but de prévoir aux récides Dupuy-Dutemps et Bourguet ont proposé d'unir un des côtés du sac lacrymal avec la muqueuse nasale. Cette méthode pratiquée par ses auteurs a donné jusqu'à 95-96% de guérison complète. D'autres auteurs, en France comme à l'étranger, ont également reçu d'aussi bons résultats avec cette méthode. Dans notre Union ils n'existe à ce sujets que des publications du prof. Averbach et du d-r Strachoff; les deux, surtout le prof. Averbach citent des don-



6
оты проф. Авербаха и д-ра Стрехова. Оба автора, а особенно проф. Авербах, дают весьма благоприятный отзыв о результатах наружной дакрио-цисто-риностомии.

В Глазной Клинике Госуд. Университета Грузии было произведено 37 дакрио-цисто-риностомий: первая операция была сделана 24 октября 1926 года, последняя — 14 января 1929 года. Продолжительность наблюдения тянулась от 2 недель до 2 лет. Автор приводит противопоказания для дакрио-цисто-риностомии. Затем идет описание подготовки больного до операции, техника операции и приводится кратко история болезни 8 больных, которые после операции находились под наблюдением от 2½ месяцев до 2-х лет. За время наблюдений достигнутый результат (полный успех) у 8 больных не менялся; 24 больные тоже получили после операции полное излечение, но дальнейшая их судьба неизвестна. У 5 больных получено не полный успех: осталось слезотечение. Тут-же приводится история болезни этих больных и объяснение причины неуспеха.

На основании малого материала автор воздерживается от окончательного заключения, оставляя этот вопрос для будущего времени. Для автора только одно бесспорно: во многих случаях, когда раньше пользовались старыми методами лечения, наружная дакрио-цисто-риностомия дает более полный и более несомненный успех.

nées fort engageantes sur la dacryo-cysto-rhinotomie externe.

Dans la clinique ophtalmologique de l'Université d'Etat de Géorgie il a été fait 37 dacryo-cysto-rhinostomies; la première de ces opérations a été faite le 24 octobre 1926, la dernière — le 14 janvier 1929. Les malades furent dans l'observation pendant un délai de 2 semaines à 2 ans. L'auteur donne aussi les contreindications pour l'opération citée. Ensuite il décrit la façon dont le malade doit être préparé pour l'opération à subir, la technique même de l'opération et cite quelques histoires de malades (au nombre d'huit), qui furent observés par la clinique pendant une période plus ou moins prolongée — de 2½ mois à 2 ans. Pendant tout ce temps le succès obtenu se tenait sur la même hauteur; 24 malades ont également été guéris par la dite opération, mais ils ont disparu de l'observation; chez 5 malade le succès n'a pas été complet: la lacrymation est restée. L'auteur cite également l'histoire de ces malades et donne une explication à ce que le succès n'a pas été obtenu dans ces cas.

Vu que la quantité des cas est restreinte l'auteur s'abstient pour le temps des conclusions définitives. Pourtant un fait lui paraît indiscutable déjà, c'est que dans bien des cas où nous avons pratiqué des vieilles méthodes de traitement le succès obtenu par la dacryo-cysto-rhinostomie externe est plus complet et plus évident.



ი. ცინცაქე.

ორდინატორი

(შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის პროპედევტ. კლინიკიდან. გამგე დოც. შ. მიქელაძე)*

ღიაზეტის სინტალინით მკურნალობის საკითხისათვის *)

1926 წ. დიუსელდორფში Frank-მა და მისმა თანამშრომლებმა, Hothmann-მა და Wagner-მა, ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას მოახსენეს, რომ მათ მიიღეს სინთეტიურად ქიმიური ნივთიერება, რომელიც თავის მოქმედებით ინსულინს ჰგავს. როგორც ვიცით, ინსულინმა დიდი გადატრიალება მოახდინა ღიაზეტის პათოგენეზის და მკურნალობის საკითხში. მისი აღმოჩენით კაცობრიობამ შეიძინა დიდი იარაღი ღიაზეტის წინააღმდეგ, მაგრამ „მტერი მთლად დაძლეული არ არის“ და ყოველი ახალი აღმოჩენა ამ მიმართულებით, რასაკვირველია, დიდი ნაბიჯია წინ. მეტადრე ძვირფასია აღმოჩენა ისეთი ნივთიერების, რომელიც სინთეტიურად იქნება მიღებული და შესაძლებელია ავადმყოფებს per os დაენიშნოს. ინსულინს კი, როგორც ვიცით, ბევრი დადებითი მხარეებთან ერთად — უარყოფითი მხარეებიც აქვს: პრეპარატის კანქვეშ შეშხაპუნების აუცილებლობა და მისი სიძვირე. სინტალინი კი, Frank-ის რწმუნებით, ამ უარყოფით მხარეებსაც მოკლებულია.

ჯერ კიდევ Frank-ის მიერ ამ ნივთიერების აღმოჩენამდე ამერიკელმა ქიმიკოსმა Colipp-მა, რომელმაც პირველად წმინდა ინსულინი მიიღო, დააყენა ცდები და ნახა, რომ ზოგიერთ მცენარეებში მაგალ.: ახალ ლენცოფაში, საფურში და სხვებში მოიპოვება ისეთი ნივთიერება, რომელიც კანქვეშ შეშხაპუნებით სისხლში შეაქარს სწევს; ამ ნივთიერებას მან „გლუკოკინი“ უწოდა. შემდეგში ამავე Colipp-მა ნახა, რომ გუანიდინ სულფატის შეშხაპუნების შემდეგ, როგორც კანონი, ჩნდება ჰიპოგლიკემია და შეიძლება ცხოველი მოკვდეს. აი სწორედ, Frank-მა თავის თანამშრომლებთან ერთად ამ მიმართულებით დაიწყო თავისი დაკვირვება და ნახა, რომ გუანიდინი იწვევდა ძლიერ ტოქსიურ მოვლენებს ცხოველებზე, რის გამო მან გუანიდინი დასტოვა და მიმართა გუანიდინის დერივატს ე. წ. აგმატინს, რომელიც Kossel-მა მიიღო ზოგი თევზის სპერმისაგან და ქვირითისაგან და რომელიც წარმოადგენს ბუტილამინ-გუანიდინს. მაგრამ აქაც ტოქსიურ მოვლენებმა საკმარისად იჩინეს თავი სასარგებლო ეფექტთან შედარებით. თუ გუანიდინი 0.3 mil. რაოდენობით შინაური კურდღლის თვითეულ კილოგრამზე იწვევს პროგრესიულ ჰიპოგლიკემიას და მასთან ძლიერ კრუნჩხვით მოვლენებს და ბოლოს ცხოველის სიკვდილს, მისი დერივატი აგმატინი 0,08-0,1 mil. რაოდენობით ცხოველის თვითეულ კილო-

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოებას დეკემბერში 1928 წ.

გრამზე არ იწვევს არავითარ კრუნჩხვითი მოვლენებს, შაქარს კი სისხლში სწევს 30 % ით. დოზის მომატებით შემდეგ ჯერ იწყება ჰიპერგლიკემია, რომელსაც ჰიპოგლიკემია სცვლის, და იწყება უკვე კრუნჩხვითი მოვლენები. ეფექტი, რასაკვირველია, გუანიდინთან შედარებით დიდი არის (30 % ით შაქრის დაცემა სისხლში უკრუნჩხვით), მაგრამ აგმატინის ტოქსიურობა მაინც საგრძნობლად ძლიერია. ამ გარემოებამ Frank-ი, Nothmann-ი და Wagner-ი აიძულეს გამოენახათ გუანიდინის ისეთი დერივატი, რომლის სასარგებლო ეფექტი უფრო მეტი იქნებოდა, ვიდრე აგმატინისა. მართლაც, მათ ქიმიკოს Hein-თან ერთად მიაღწიეს მიზანს—მიიღეს გუანიდინის მაღალი ჰომოლოგი, ნაკლებ შხამიანი ნივთიერება, რომელსაც სინტალინი დაარქვეს. სინტალინი წარმოადგენს დეკამეტილენდიგუანიდინს და მას ამ ეხმად Kahlbau-ის ქარხანა ამზადებს ბერლინში.

აღმოჩნდა, რომ ამ ნივთიერების 4 მილ. შემხაპუნება 1400 გრ. შინაურ კურდღლისადმი იწვევს 10-12 საათის განმავლობაში სისხლში შაქრის დაწევას 50 %-ით ისე, რომ კრუნჩხვითი მოვლენები მას არ ეწყება. ხოლო შემდეგში შაქრის დაწვევით სისხლში იწყება კრუნჩხვითი მოვლენები, რომელიც ქრება სისხლში გლიკოზის შემხაპუნებით; საჭირო იყო იმის გამოცდა, თუ როგორ იმოქმედებდა ეს ნივთიერება პანკრეატიულ დიაბეტზე. აქაც იმედი გამართლდა: 10 მილ. სინტალინის კანქვეშ შემხაპუნებამ 5.8 კილოგრ. პანკრეას ამოკვეთილი ძალისადმი გამოიწვია შაქრის დაცემა სისხლში ნორმამდე 9 საათის განმავლობაში, კრუნჩხვითი მოვლენები გლიკოზის შემხაპუნებით გაქრა.

ასეთივე შედეგებს იძლევა ძალზე სინტალინი, თუ მას per os მიეცემთ, მაგრამ მის დოზას გავადიდებთ ხუთი მილიგრამით.

ყველა ამ ცდების შემდეგ შესაძლებელი შეიქნა ადამიანზე ემოქმედათ ამ ნივთიერებით. Frank-მა და მისმა თანამშრომლებმა გამოსცადეს ადამიანზე სინტალინი და მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ დიაბეტით დაავადებულს შეიძლება მიეცეს დღეში არა უმეტეს 50 მილიგრ. (დილა-სალამოს). ერთი მილიგრამი სინტალინისა ინელებს 1.1—1.2 გრ. შაქარს. ამნაირად ეს რაოდენობა სინტალინი-სა უდრის ინსულინის თათქმის ერთ ერთეულს. სინტალინის ზემო აღნიშნული დღიური დოზა, Frank-ის აზრით, საკმარისია, რომ გააქროს შარდში 30-60 გრ. შაქარი, შეასუსტოს ან გააქროს აცეტონი, მოსპოს წყურვილი და შეამციროს პოლიურია, მოუმატოს ავადმყოფს წონა, შესაჩნევი გახადოს წყლის დაგროვება ორგანიზმში, ნახშირწყლებისადმი გამძლეობის მომატება და ქირურგიული ჭრილობების შეხორცების გაადვილება. ასეთი დასკვნით ავტორებს უნდა აღიარებიათ, რომ სინტალინი თითქმის სრული ანალოგია ინსულინის, მაგრამ, როგორც ავტორები აღნიშნავენ, ინსულინსა და სინტალინს შორის საგრძნობი განსხვავება არსებობს. ჯერ ერთი ეფექტის სწრაფი მიღებისათვის სინტალინი ვერ გამოდგება (მაგ. დიაბეტის კომის დროს), ვინაიდან, როგორც აღვნიშნეთ, მისი მოქმედება 8-10 საათის შემდეგ იწყება. შემდეგ სინტალინი კუმულაციას იძლევა, რის გამო არ შეიძლება მისი ყოველდღიურად მიცემა: ავადმყოფს ეწყება მთელი რიგი უსიამოვნო მოვლენებისა, როგორც არის გულის რევა, ფლარათობა, მადის დაკარგვა, თავის ტკივილი, ოფლიანობა. ამიტომ

იყო, რომ თვით Frank-მა სინტალინის მიღების განსაკუთრებული სქემა შეიმუშავა: სინტალინი უნდა მიეცეს ჭამის წინ ანდა ჭამის დროს: პირველ დღეს 20-20 მილ., მეორე დღეს დილას მარტო 20 მილ., მესამე დღეს 20 20 მილ., მეოთხე დღეს არ ეძლევა; შემდეგში დღიური დოზა შეიძლება მოემატოს 50 მილ-დე, პაუზა 24 საათი დაცული უნდა იქნეს.

Frank-ის მიერ აღმოჩენილ ნივთიერებას მალე ბევრი ავტორები გამოეხმაურა, როგორც თვით გერმანიაში, ისე სხვაგან. პირველი კლინიკური დაკვირვება O. Minkowski-ს კლინიკაში მოხდა. საინტერესოა თვით Minkowski აზრი სინტალინის ღირებულობის შესახებ. იგი აღნიშნავს, რომ სინტალინი ინსულინის მაგვარი ნივთიერებაა, რომ იგი შეიძლება დაენიშნოს მსუბუქსა და საშუალო ფორმის დიაბეტის დროს კარგი შედეგებით; შესაძლებელია აგრეთვე მისი ამბულატორიულად ხმარებაც, მაგრამ ინსულინის შეცვლა მას არ შეუძლია, რადგან იგი ვერ გამოდგება კომის და პრეკომატოზურ პერიოდში და დიაბეტის მძიმე ფორმების დროსო.

Frank-ის და მისი თანამშრომლების შედეგები თითქმის დადასტურებული იქნა აგრეთვე Strauss-ის, Umber-ის, Richter-ის და Klemperer-ის მიერ, მხოლოდ ეს ავტორები აღნიშნავენ, რომ გლიკოზურია, რომელიც შეუძლია გააქროს სინტალინს, არ აღემატება 15-30 გრ., მაგრამ ბევრი სხვები (Morawitz, Wagner, Falta, Iansen, Bauer, Merclen, Fineke და სხ.) უარყოფითად შეხვდნენ სინტალინს. შაქარზე მოქმედება სისხლში სინტალინისა, უმრავლესობის აზრით, ძალიან უმნიშვნელოა და, რომ სხვადასხვა შემთხვევაში მისი მოქმედება არ არის ერთგვარი. რაც შეეხება სინტალინით გამოწვეულ ტოქსიურ მოვლენებს,—ზოგის აზრით, იგი თითქმის ყოველ შემთხვევაში გვხვდება (Morawitz, Grunke, Mosler, Iansen). ტოქსიური მოვლენების დროს ზოგი ავტორი საჭიროდ სოფლის დაენიშნოს ავადმყოფებს camphora monobromata (Frank), Deocholin-ი (Morawitz), ზოგი (Strauss) Calc. carbon., ზოგი კიდევ (Umber) Ext. opii et belladonae.

Noorden-მა აღნიშნა, რომ სინტალინის ეფექტი ანალოგიურია ინსულინის ეფექტისა, მაგრამ წამლობის დოზები ძალიან ახლოს სდგანან მავნებელ დოზებთან და მოსახმარი დოზების ზონა არის ვიწრო და მასთან მისი მოქმედებაც ინდივიდუალურია. Grasshein და Petow-ი ამბულატორიულად მკურნალობის დროს აღნიშნავენ ძლიერ დიდ ტოქსიურ მოვლენებს, ასე რომ ზოგიერთი ავადმყოფები უარს აცხადებენ მის მიღებაზე. მათი აზრით, სინტალინი ინდივიდუალურ მოქმედებას იჩენს; არის შემთხვევები, როდესაც მიუხედავად შარდში შაქრის მცირე რაოდენობისა სინტალინი სრულიად არ მოქმედობს შაქარზე. ფრანგი ავტორები N. Chabanier და M. Lebert-ი უარყოფითად შეხვდნენ სინტალინს. მათი აზრით, სინტალინი კეთილთვისებიან შემთხვევაშიაც ვერ იძლევა სასურველ შედეგებს: ავადმყოფებს ემჩნევათ გახლომა და მადის დაკარგვა, გლიკოზურიაზე კი მისი მოქმედება უმნიშვნელოა.

აციდოზზე, მეტადრე თუ ის ახალია, სინტალინი დამაკმაყოფილებლად მოქმედობს (Mosler, Feiereisen). Thill-მა 50 %-ში მიიღო აცეტონის გაქრობა.



რუსი ავტორების აზრით (Коган-Ясный, Гинсбург, Георгиевский, Клинковштейн) შედეგები მსუბუქსა და საშუალო ფორმის დიაბეტის დროს საერთოდ დამაკმაყოფილებლად უნდა ჩაითვალოს.

აღსანიშნავია, რომ მოხუცებულებზე სინტალინი უფრო კარგს შედეგებს იძლევა (Peiser, Morawitz, Schwab), ვიდრე ახალგაზრდებზე. ასეთივე აზრისა ბოლო დროს თვით Frank-იც.

როგორც აღვნიშნეთ, Morawitz-ი და Adler-ი უარყოფითად შეხვდნენ სინტალინს. ისინი არ ურჩევენ სინტალინის ხმარებას, ვინაიდან იგი, მათი აზრით, ძლიერ მავნედ მოქმედობს ღვიძლზე. Morawitz-მა აწერა ერთი შემთხვევა ღვიძლის ყვითელი ატროფიისა სინტალინის ხმარების დროს. მართალია, ეს შესაძლებელია შემთხვევითი იყოს, მაგრამ საერთოდ ბევრი ავტორი აღნიშნავს სინტალინის დროს ურობილინურბას, როგორც მაჩვენებელს სინტალინის მავნე მოქმედებისა ღვიძლზე (Adler, Feiereisen, Mosler, Simola). Hornung-მა ექსპერიმენტალური ცდები დააყენა ძალღებზე და ნახა, რომ სინტალინის საშუალო დოზაც კი იწვევს დევენერატიულ მოვლენებს ღვიძლში. ასეთსავე ცდებით იმავე დასკვნამდე მივიდა Staub-ი და აღნიშნა, რომ სინტალინი უსარგებლოა დიაბეტის მკურნალობაში. საერთოდ ეს საკითხი გამორკვეული არ არის ჯერ და, თუ ეს გამართლდა, სინტალინი დაჰკარგავს იმ ღირებულობასაც კი, რომელიც მას აქვს ამ ჟამად. ამ უკანასკნელ დროს მოამზადეს ნეოსინტალინი, რომლითაც ტოქსიური მოვლენები ვითომდა შესუსტდა.

საჭიროდ მიმაჩნია აღვნიშნო ამერიკელი დიდი სპეციალისტის Joslin-ის აზრი სინტალინის შესახებ. იგი აღნიშნავს, რომ სინტალინი არის იმავე კლასის ნივთიერება, რაც ინსულინია, და მომავალში დიდ ადგილს დაიკავებს.

ჩვენ დაკვირვება მოვახდინეთ 6 დიაბეტიან ავადმყოფზე. მათ შორის 3 მამაკაცი იყო და 3 ქალი. ხნოვანობა 19 წლიდან—70 წლამდე პირველ დღეებში ავადმყოფებს ვაძლევდით საერთო დიეტას, რომ გამოგვერკვია ხარისხი დაავადების. შემდეგ საჭიროების მიხედვით ფუნქციონირებით სათანადო დიეტას, რომლის საშუალებით შაქარს შარდში ვსწევდით 60 გრ-მდე და ქვევით. შემდეგ ვაძლევდით სინტალინს Frank-ის წესით ჰემის წინ, გარდა ორი შემთხვევისა, სადაც სინტალინის მიცემა დავიწყეთ ნაკლები დოზით, როგორც ამას ბევრი გვირჩევს, 10-10 მილ-ით. შემდეგ თანდათანობით გადავდიოდით სრულ დოზაზე. სინტალინის მიცემამდე, მიცემის დროს და შემდეგ ვიკვლევდით ყოველდღიურად შარდის რაოდენობას, გამოყოფილი შაქრის რაოდენობას შარდში, აცეტონს და შაქრის რაოდენობას სისხლში. შაქარს სისხლში ვიკვლევდით Hagedorn-lensen-ის მეთოდით.

მოგვყავს მოკლე ავადმყოფების ისტორიები.

I შემთხვევა. ჯ—შილი ვასილ, 30 წ., მოჯ.მაგირე ავად არის 2 წელი; უწ-შილია დიეტით. კლინიკაში დაწოლისას ს.ერთო დიეტაზე გამოყოფს დღე-ღამის შარდში 350 გრ. შაქარს, შარდის რაოდენობა 7000 cc. აცეტონის ნიშნები. დაენიშნა დიეტა: ცილა 40, ცხიმი 96, ნახშირწყლები 60, კალორია 1419. ამ დიეტაზე შარდის რაოდენობა 1400 cc., გლიკოზურია 3 გრ., აცეტონი ++++. დაენიშნა სინტალინი 10-10 მილიგრ., ერთი კურსის მიღების შემდეგ შარდის რაოდენობამ იკლო 1100-მდე. გლიკოზურია გაქოა, აცეტონის ნიშნები; ავადმყოფს ბოემატა ნახშირწყლები 96 გრ., რის შემდეგ გლიკოზურია 40 გრ. აცეტონი ++++. ეძლევა

სინტალინი 20-20 მილ. რვა დღის განმავლობაში, გლიკოზურია დაეცა 8 გრ-მდე; აცეტონის ნიშნები, ემატება ავადმყოფს სინტალინი 30 20 მილ. რვა დღის განმავლობაში, გლიკოზურია არ ქრება, პირიქით ხანდახან მატულობს 11 გრ-მდე, შარდი 700 cc., აცეტონის სუსტი ნიშნები, შაქარი სისხლში 0.17 %; აღინიშნება უმადობა, გულისრევა, ოფლიანობა. ავადმყოფს შეუწყდა სინტალინის მიცემა, მაგრამ გლიკოზურიას და აცეტონს არ მოუმატია შეწყვეტის მეოთხე დღემდე, მეოთხე დღეს კი გლიკოზურია 40 გრ. აცეტონი ++; შაქარი სისხლში 0,22 %. ხელმეორედ დაენიშნა სინტალინი 30-20 მილ. რაოდენობით, რის შემდეგ გლიკოზურია იკლო 24 გრ-დე, აცეტონის ნიშნები; გულისრევა, უმადობა, ოფლიანობა აღინიშნება. ავადმყოფს წონაში არ მოუმატია, არც მოუკლია მკურნალობის პერიოდში. შემდეგ სინტალინი შეუწყდა და დაენიშნა ინსულინი, რომლის შემდეგ გაქრა გლიკოზურია და აცეტონი და საგრძნობლად მოიმატა წონაში.

II შემთხვევა. კ—შვილი ე—მია 27 წ. დიასახლისი, ავადა ერთი წელია, არასოდეს არ უჭამლია; კლინიკაში შემოსვლისას საერთო დიეტაზე შარდის რაოდენობა 6500 cc., გლიკოზურია 545 გრ. აცეტონი ++++. დაენიშნა დიეტა: ცილა 45, ცხიმი 94, ნახშირწყლები 47, კალორია 2340, რის შემდეგ შარდის რაოდენობა 650 cc., გლიკოზურია 22 გრ., აცეტონი +, შაქარი სისხლში 0,148 %, დაენიშნა სინტალინი 10-10 მილ. (სამი დღე) გლიკოზურია 10 გრ. აცეტონი +, ამავე დიეტაზე გრძელდება სინტალინის მიცემა მომეტებულად 20-20 მილ. (სამი დღე). გლიკოზურია 2 გრ. აცეტონი გაქრა; უგრძელდება სინტალინის მიცემა 30-20 მილ. რვა დღის განმავლობაში, რის შემდეგ შარდის რაოდენობა 500 cc, გლიკოზურია-ნიშნები, აცეტონი არაა, შაქარი სისხლში 0.130 %, ავადმყოფი აღნიშნავს უმადობას, თავის ტკივილს, ყაბზობას. შემდეგში 5 დღის განმავლობაში არ ეძლევა სინტალინი, რამაც შაქრის რაოდენობის მომატება გამოიწვია 3 გრ-მდე, აცეტონი ++; განმეორდა სინტალინის მიცემა 30-20 მილიგრ. დოზით—გლიკოზურია—სუსტი ნიშნები და აცეტონი გაქრა. ახლაც აღინიშნება თავის ტკივილი, უმადობა, ყაბზობა. წონა წამლობის დაწყებისას 52.7—გათავებისას 51.2 kg.

III შემთხვევა. პ—ლი ნინო, 19 წ. მოწაფე, ავად არის 7 თვეა, არ უჭამლია. საერთო დიეტაზე შარდის რაოდენობა დღე-ღამეში 5000 cc., გლიკოზურია 355 გრ., აცეტონი +, სისხლში შაქრის რაოდენობა 0,16 %; დაენიშნა დიეტა: ცილა 56, ცხიმი 110 გრ. ნახშირწყლები 115, კალორია 1980, რის შემდეგ შაქრის რაოდენობა შარდში 40 გრ., აცეტონის სუსტი ნიშნები. ეძლევა სინტალინი 20-20 მილ. Frank-ით—შარდის რაოდენობამ იკლო 800 cc. გლიკოზურია—24 გრ. აცეტონი არაა; ავადმყოფს დაეწყო გულისრევა, უმადობა, ოფლიანობა, თავის ტკივილი, მაგრამ სინტალინის მიცემა გრძელდება იმავე დოზით, რის გამო გლიკოზურია დაეცა 1.3 გრ-დე, აცეტონი არაა, შაქარი სისხლში 0.14 %, ავადმყოფი აღნიშნულ უსამოვნო მოვლენების გამო მოითხოვს სინტალინის მოხსნას, მაგრამ სინტალინი მაინც ეძლევა; შაქრის და აცეტონის გამოყოფა იმავე მდ.ომარეობაშია. ავადმყოფი დაჟინებით მოითხოვს სინტალინის მოხსნას, რაც დაკმეყოფილებული იქნა. წონა უცვლელი.

IV შემთხვევა. გ—უა ან—ნი, 40 წ. მიწის მუშა, ავად არის 5 თვეა, არ უჭამლია, კლინიკაში დაწოლისას საერთო დიეტაზე შარდის რაოდენობა 2600 cc, გლიკოზურია 166 გრ. აცეტონი +. დაენიშნა დიეტა: ცილა 48, ცხიმი 106, ნახშირწყლები 79, კალ. 1650. ამის შემდეგ შარდის რაოდენობა 1200 cc, გლიკოზურია 60 გრ. აცეტონი +, შაქარი სისხლში 0.143 %, დაენიშნა სინტალინი 20-20 მილ. (Frank-ით), რის შემდეგ შარდის რაოდენობა 700 cc, გლიკოზურია 3.5 გრ. აცეტონი გაქრა, შაქარი სისხლში 0.101 %; ავადმყოფი აღნიშნავს თავის ტკივილს, გულისრევას, უმადობას, გულის ფრიალს, ოფლიანობას, სანტალინის მიცემა გრძელდება იმავე დოზით, იგივე სუბიექტიური მოვლენები; ავადმყოფი მოითხოვს სინტალინის შეწყვეტას, ამავე დროს გლიკოზურია მცირედ იმატა 13 გრ., 900-1000 cc. შარდი, აცეტონი არაა ავადმყოფის თხოვნით სინტალინი მოეხსნა.

V შემთხვევა ავადმე. კ—ვა, 70 წ., დიასახლისი, ავად არის 5 თვეა. ამავე დროდან კრილობა ხელის თითზე, რაც არ შეუხორცდა და ჩირქი სდის; არ უჭამლია. ღიაგნობი კლინიკაში იქა დასაულა. კლინიკაში დაწოლისას საერთო დიეტაზე შარდის რაოდენობა 1350 cc, გლიკოზურია 95 გრ. აცეტონი არაა, შაქარი სისხლში 0.196 %, დაენიშნა დიეტა: ცილა 54, ცხიმი 105, ნახშირწყლები 35, კალორია 1400; ამის შემდეგ შარდის რაოდენობა 910 cc, გლი-



კოზურია 22 გრ. აცეტონი არაა, შაქარი სისხლში 0.156 %; ეძლევა სინტალინი 20-20 მილ, რის შემდეგ შარდის რაოდენობა 600 cc, გლიკოზურია 6 გრ. აცეტონი არაა. შაქარი სისხლში 0.142 %—0.132 %. შემდეგში ამავე დოზის სინტალინის მიცემის გაგრძელებით—შარდის რაოდენობა 500 cc. გლიკოზურია გაქრა, შაქარი სისხლში 0.099%. ავადმყოფს სინტალინის მიღების პირველ დღეებში ჰქონდა მცირედ უმადობა და გულისრევა—შემდეგში არ ჰქონია. ჩირქის დენა თითიდან შეუწყდა და იარა შეზოცდა, გაუქრა Pruritus, რომელსაც სინტალინის მიცემის პირველ დღეებში აღნიშნავდა. წონა 33.5—34 kg.

VI შემთხვევა. ე—ი ივანე, 60 წ. ავად გრძნობს თავს 7 თვეა, არ უწამლია, კლინიკაში დაწოლისას საერთოდ დიეტაზე შარდის რაოდენობა 1900, გლიკოზურია 65 გრ. აცეტონი არ არის; შაქარი სისხლში 0.111 %; დაენიშნა დიეტა: ცილა 72, ცხიმი 109. ნახშირწყალები 149, კალორია 2060, რის შემდეგ შარდის რაოდენობა 1250 cc. გლიკოზურია 20-37 გრ. აცეტონი არაა, შაქარი სისხლში 0.101 %; მიეცა სინტალინი 20-20 მილ., რომლის შემდეგ შარდის რაოდენობა 900 cc. გლიკოზურია გაქრა, შაქარი სისხლში 0.098 %; რაიმე ზედღარტული მოვლენები არ ჰქონია. ერთ დღეს (12 დღის შემდეგ) შარდში გამოჩნდა შაქრის ნიშნები, რის გამო ავადმყოფს სინტალინის დოზა მოემატა 30-20 მილ., რამაც გააქრო შაქრის ნიშნები შარდში. ზედღარტული მოვლენები რაიმე არ ჰქონია. სინტალინის შეწყვეტის შემდეგ ორი დღის განმავლობაში შაქარი შარდში არ გამოჩენილა, ხოლო მესამე დღის სინტალინის შეწყვეტისა გამოჩნდა შაქარი. წონა უცვლელი.

ჩვენი მასალიდან სჩანს, რომ სინტალინის მიცემის შემდეგ დღე-ღამის შარდის რაოდენობა საგრძნობლად კლებულობს. საგრძნობლად კლებულობს აგრეთვე გლიკოზურია: ორ შემთხვევაში (მე-5 და მე-6 მოხუცებულები) გლიკოზურია გაქრა, ოთხ შემთხვევაში კი, სადაც გლიკოზურია ვერ გავაქრეთ, შაქარი სინტალინის მიცემამდე მხოლოდ ერთ შემთხვევაში იყო 60 გრ., დანარჩენ შემთხვევაში 40 გრამი და ნაკლები. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სინტალინის დოზის გადიდებით ჩვენ ვერ მოვსპეთ გლიკოზურია იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც გამოიყოფებოდა შაქარი მცირე რაოდენობით. საერთოდ ყველა შემთხვევიდან (ორის გარდა) დავინახეთ, რომ თუ სინტალინის 40 mil. pro die მიცემით ჩვენ შაქარი შარდში განსაზღვრულ დონეზე დავაყენეთ და შემდეგ სინტალინი მივუმატეთ,—მაინც ვერ ვღებულობთ შაქრის ამ დონის შეცვლას. მეტ წილად დოზის ასეთი მომატების შემდეგ ტოქსიური მოვლენები ჩნდება და გლიკოზის ეკვივალენტი სინტალინისა თითქმის 0 უდრიდა. აცეტონურია ყველა შემთხვევაში, როდესაც იგი არსებობდა, კლებულობს ან ქრება. ჩვენ აქ ვიფიქრეთ, ხომ არ ახდენს დიეტა გავლენას აცეტონზე, მაგრამ ეს ასე არ გამოდგა, რადგან სინტალინის მოხსნის შედეგ აცეტონურია მოიმატა.

შაქარი სისხლში სინტალინის მოქმედებით უქვეყლად კლებულობს. აქვე გამოიჩინება, რომ ყოველთვის ერთნაირი არ არის მისი მოქმედება მაგალ.: ორ შემთხვევაში შაქარმა ნორმამდე დაიწია, დანარჩენ შემთხვევაში დაკლება ჰიპერგლიკემიისა მცირე იყო.

კუმულატიური მოქმედება სინტალინისა ცხადია, რაც მარტო იმითაც მტკიცდება, რომ მისი მოქმედება შეწყვეტის შემდეგ გრძელდება. სინტალინის უარყოფით მოვლენათა შორის მთავარი ადგილი ტოქსიურ მოვლენებს უკავია. ჩვენ ოთხ შემთხვევაში მივიღეთ გულისრევა, უმადობა, თავის ტკივილი, თავბრუს ხვევა და ოფლიანობა. ფაღარათობა არც ერთ შემთხვევაში არ მიგვიღია. პირიქით, ყაბზობა უფრო ხშირად არის გამოხატული. ტოქსიური მოვლენები ზოგჯერ ისე ძლიერი იყო, რომ იძულებული ვიყავით ავადმყოფის დაჟინებით

სინტალინი მოგვეხსნა. სინტალინის მოხსნის შემდეგ ეს უსიამოვნო მოვლენები მალე ქრება ხოლმე. კარგი შედეგი მივიღეთ ჩვენ სინტალინით (მე-V და მე-VI) ორ შემთხვევაში, სადაც პაციენტები მოხუცებულები იყვნენ, აქ სრულიად მივად-წიეთ სრულ აგლიკოზურია და შაქრის ნორმამდე დაწევას სისხლში; ტოქსიური მოვლენები კი ან ძლიერ მცირედ ან სრულიად არ იყო გამოხატული. რაც შე-ეხება წონას—ის უმეტეს წილად უცვლელი რჩებოდა, ერთ შემთხვევაში და-კლებაც კი დაეტყო მცირედ.

სინტალინის შემდეგ ინსულინის დანიშვნამ ცხადყო ინსულინის დიდი უბი-რატეობა. ჯერ ერთი ავადმყოფის საერთო დებრესია, რომელიც სინტალინს ახასიათებდა, მზიარული გუნებ-განწყობით შეიცვალა; შაქარი და აცეტონი მა-ლე სრულიად გაქრა და სულ ცოტა ხნის განმავლობაში ავადმყოფს წონაში მომატება დაეტყო.

ყველა ზემოხსენებულის მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია შემდეგი დასკვნები გა-მოვიყვანოთ:

1. სინტალინი ნათლად იჩენს გლიკოზურიაზე და აცეტონურიაზე მოქმე-დებას, უკანასკნელზე უფრო ნაკლებ, ვიდრე გლიკოზურიაზე.

2. სინტალინი საშუალებას იძლევა რამოდენიმედ გავაძლიეროთ დიეტა, მაგრამ მისი მოქმედება შედარებით სუსტია და გლიკოზის ეკვივალენტი, ჩვე-ნის დაკვირვებით, არ აღემატება 0,5—0,8-ს.

3. სინტალინის მოქმედება ყოველთვის ერთგვარი არ არის; იგი უფრო კარგად მოქმედობს მოხუცებულებზე.

4. სინტალინის მოქმედება გაცილებით ნაკლებია ჰიპერგლიკემიაზე, ვიდრე გლიკოზურიაზე.

5. სინტალინის მიერ გამოწვეული ტოქსიური მოვლენები ხანდახან საშუა-ლებას არ იძლევა განვავრძოთ მისი მიცემა.

6. დიაბეტის საშუალო და მსუბუქ ფორმებში სინტალინი გამოსადეგია, როგორც დამხმარე სამკურნალო საშუალება, მაგრამ მას ინსულინის მაგიერობის გაწევა არ შეუძლია.

ლიტერატურა:

- 1) Коган-Ясный. „Клин. ме-цина“ 13-14. 1927. 2) Штауб. „Инсулин“ 1926
3) Оречкин. (рефер.) „Врач. д.“ 3. 1927. 4) Гинсбург. „Вр-ная г-та“ 15. 1927. 5)
Thill. „Klin. Woch. 43. 1927. 6) Grassneim und Petow. Klin. woch. 35. 1927. 7.
Chabanier et Wolf. „Pr. med.“ 44. 1927. 8) Merclen et Wolf. „Presse medic.“
3. 1927. 9) Schwab. „Paris méd. 8. 1928. 10) Клиновштейн. „Врач. д-ло“ 18.
1928. 11) Георгиевский. „Врач. д-ло“ 23-24. 1928.

И. Цинцадзе.

К вопросу о лечении диабета
синталином.

(Из пропедевтической клиники частной
патологии и терапии внутренних болез-
ней. Заведыв. доц. Ш. Микеладзе).

J. Tsintsadzé.

Du traitement de la diabéthe par la
syntaline.

(De la clinique propedeutique médicale.
Directeur — prof. agrégé Mikéladzé).

Автор в 6 случаях диабета провел лечение синталином и на основании своих наблюдений пришел к заключению, что синталин в общем является слабым антидиабетическим средством и вызывает целый ряд неприятных, токсического характера, побочных явлений; вследствие этого нередко приходится отказываться от продолжения его назначения.

Антидиабетическое его действие выражается в его влиянии на гипергликемию, глюкозурию и ацетонурию, при этом действие его на гипергликемию и ацетонурию слабое, а на глюкозурию несколько сильнее, однако эквивалент его не превосходит 0,5—0,8 глюкозы, а побочные явления не позволяют увеличить его дозы.

Отмечается, что старики его переносят значительно лучше, а потому и действие его на стариках дает лучший эффект.

На основании своих наблюдений автор приходит к заключению, что синталин с осторожностью можно применять при легких и средних формах диабета, как вспомогательное средство, но что, конечно, он ни в какой мере не может заменить инсулина.

L'auteur a traité six cas de la diabète par la syntaline et en se basant sur ses observations en conclue: la syntaline représentant un moyen antidiabétique faible et provoque des aggravations de caractère toxique, les quelles empêchent de prolonger la cure parla syntaline.

Son effet antidiabétique concerne la hyperglycémie, la glucosurie et l'acetonurie, d'ailleurs l'effet produit sur la hyperglycémie et l'acetonurie est plus faible, que sur la glucosurie, cependant son équivalent ne surpasse pas 0,5—0,8 de glucose mais les phénomènes accessoires ne permettent pas d'augmenter la dose.

On peut remarquer que les vieillards supportent la syntaline beaucoup mieux, c'est pourquoi l'effet aussi est meilleur.

Donc l'auteur conclue: qu'on peut appliquer la syntaline avec réserve comme un expédient subsidiaire, mais certainement elle ne peut en aucune mesure substituer l'insuline.



მ ი მ ო ხ ი ლ ვ ა

პროფ. ვლ. ჟღენტო

კათოლოგიურ-ანატომიური 231 აუტოპსიის მოკლე მი- მოხილვა.*)

ამ ანგარიშში წარმოდგენილია თითქმის სრულიად ნედლი მასალა. ამ მასალის საკმარისი ინტერპრეტაცია დაიჭერდა დიდ ადგილს და ასეთი ინტერპრეტაცია არც შეადგენს ჩემს მიზანს. მე მხოლოდ გაკვრით ვჩერდები ზოგიერთ იშვიათ და საინტერესო შემთხვევაზე. მაგრამ ამ სახითაც ეს ანგარიში არ არის ინტერესს მოკლებული იმდენად, რამდენადაც იგი ნაწილობრივ მაინც აშუქებს პროზექტურის მასალის ხასიათს და მრავალფეროვანობას.

ტერატოლოგიური მასალა.

განვითარების მანკები (vitia formationis) ფრიად ხშირ მოვლენას წარმოადგენს. იდეალური სისწორით აშენებული ორგანიზმი სინამდვილეში არ არსებობს. ყოველივე ორგანიზმში მოინახება, ალბათ, ნორმიდან მორფოლოგიური გადახრის ესა თუ ის რაოდენობა, როგორც მაკრო—ისე მიკროსკოპული ხასიათის. მაგრამ, როგორც განვითარების მანკი, ჩვეულებრივად აღინიშნება მხოლოდ ცოტად თუ ბევრად მკვეთრი გადახრა ჩვეულებრივი შენებიდან, რადგანაც მცირე გადახრანი ისეთი თანდათანობით გადადიან ნორმულ შენებაში, რომ მათ შორის მკვეთრი საზღვრის გატარება შეუძლებელია. ამიტომ ქვემოთ აღნიშნულია მხოლოდ მაკროსკოპიული ხასიათის ტლანქი და მკვეთრი გადახრანი ჩვეულებრივი შენებიდან.

Atresia ostii et stenosis partis ascendentis et arcus aortae . . 1 († 4 დღის).

ამ შემთხვევაში ბოტალის სადინარის აორტაში შესართვის ქვევით მდებარე აორტის ნაწილის სტენოზს და ostii aortae-ს და აორტის ნამგლისებრი სარქველების უარსებლობას ქონდა ადგილი. ან მანკთან შეკავშირებით გულში და სისხლის ძარღვთა სისტემაში ნახულია მთელი რიგი ანომალიებისა. ასე, მარცხენა პარკუჭის მოკულობა ძლიერ მცირეა (დაახლოებით ოსპის მარცვლის ოდენობას უდრის). მარცხენა პარკუჭს მხოლოდ ერთი აპერტურა—მარცხენა ატრიო—ვენტრიკულარი ხვრელი—აქვს და ორკარიანი სარქველის იალქნები ძლიერ პატარებია—ჰიპოპლაზიურია. მარცხენა პარკუჭის კედელი გასქელებულია. საკმარისად განიერ მარცხენა წინაგულს აერთებს განიერ მარჯვენა წინაგულთან ფართო ოვალური ხვრელი. მარჯვენა პარკუჭი ძლიერ განიერია, მისი

*) ტფილისის ქალაქის I საავადმყოფოს პროზექტურის მასალა 1924 წლ. განმავლობაში.



კედელი, კუნთოვანი ხარისები და პაპილარი კუნთები ჰიპერტროფიულია. მარჯვენა პარკუჭის ღრუ გულის მარცხენა ნახევრისკენ მიმართულებით შეჭრილია ჯიბისმაგვარად მარცხენა პარკუჭის ქვეშ. მარჯვენა პარკუჭიდან გამოდის ჩვეულებრივზე განიერი ფილტვის არტერია, რომელიც მალე იძლევა მარჯვენა და მარცხენა ტოტს შესაბამ ფილტვებისათვის და ამ ორ ტოტს შუა არის მესამე ტოტი უფრო სქელი კედლით და უსწორო ზედაპირის მქონე ინტიმით—ბოტალის სადინარი—რომელიც უშუალოდ გადადის დასწვრივ აორტის დასაწყისში. ამ სისხლის მიღების და გულის განვითარების მანკის მქონე ახალშობილის ორგანიზმში სისხლის მიმოქცევა სწარმოებდა შემდეგნაირად: ფილტვის ვენები —> მარცხენა წინაგული —> მარჯვენა წინაგული (რომელშიც მარცხენა წინაგულიდან მოსულ არტერიულ სისხლს ერეოდა ღრუ ვენებით მოტანილი ვენური სისხლი) —> მარჯვენა პარკუჭი —> ფილტვის არტერია:

- > მარჯვენა ტოტი
- > ბოტალის სადინარი —> აორტა.
- > მარცხენა ტოტი

მოყვანილი აორტის განვითარების მანკი და ამ მანკთან შეკავშირებული გულის განვითარების უსწორობანი და სხვ. ფრიად იშვიათ და საინტერესო სიმანხნჯეს წარმოადგენს. უახლოეს მომავლისთვის განზრახული არის ამ შემთხვევის ვრცელი და უფრო დეტალური აღწერის გამოქვეყნება. *)

Hypoplasia aortae 11

ამ 11 შემთხვევაში აორტის სივიწროვისა (ვ.—9, ქ.—3, ასაკი 18-დან 48 წლამდე) არტერიული სისტემის ნაკლულად განვითარება, ე. ი. მისი სივიწროვე, აღნიშნულია აორტის დასაწყისის გარშემოწერილობის მიხედვით. აქ შედის მხოლოდ ისეთი შემთხვევეი, რომლებშიც ეს გარშემოწერილობა მომწიფებულ ასაკში 6 სანტიმეტრი ან უფრო ნაკლები იყო და 18-დან 21 წლამდე 6 სანტიმეტრს არ აღწევდა. აღსანიშნავია აორტის ჰიპოპლაზიის შეუღლება სხვაგვარ განვითარების მანკებთან და სიმსივნეებთან მოყვანილ 11 შემთხვევაში. ერთ შემთხვევაში (♀ 19 წ.) აორტის ჰიპოპლაზიასთან ერთად აღმოჩნდა ორივე თირკმელების ჰიპოპლაზია (hypoplasia renum) და მარჯვენა საკვერცხის დერმოიდული სიმსივნე (cystoma dermoidale). მეორე შემთხვევაში (♀ 26 წ.) აორტის ჰიპოპლაზიასთან ერთად ნახულია status lymphaticus, მესამეში (♂ 22 წ.) კი აორტის ჰიპოპლაზია შეუღლებული იყო თირკმელის აფთვისებთან (სარკომა) სიმსივნესთან, რომლის მეტასტაზები თავსდებოდა სხვადასხვა ორგანოებში. აღსანიშნავია, რომ აორტის ჰიპოპლაზიის ზემოდმოყვანილ შემთხვევებში სიკვდილის მიზეზი იყო უფრო ხშირად ინფექციური დაავადებანი, მაგ. ნაწლავების ტიფი (♂ 20 წ.), ბრონქოპნევმონია (♀ 26 წ.) და სხვ. საყურადღებოა ისიც, რომ აორტის ჰიპოპლაზია სასექციო მაგიდაზე უფრო ხშირია ახალგაზრდობის ასაკში, მაგ., ჩვენი 12 შემთხვევიდან 8 ნახულია ასაკში 18-დან 26 წლამდე.

*) გამოქვეყნებულია ჟურნალ „თან მედროვე მედიცინაში“ 1926 წ. ასისტენტ ი. ტატიშვილის იერ.

Hypoplasia aortae + thymus persistens 4.

ამ ოთხი შემთხვევიდან (ვ.—2, ქ.—2, ასაკი 18-დან 40 წ.) ერთ შემთხვევაში (♀ 25 წ.) გარდა აორტის ჰიპოპლაზიისა და მკერდუკანა ჯირკვლის პერზისტენციისა ადგილი ქონდა მარცხენა თირკმელის აპლაზიას (*aplasia renis sin.*), პარენქიმატოზულ დიფუზურ სტრუმას (*struma parenchymatosa diffusa*) და საშვილოსნოს დამატებითი რქას (*cornu acces. uteri*), რომელშიც ორსულობა განვითარდა (ავადმყოფი გარდაიცვალა დამატებითი რქაში ორსულობის გამო ოპერაციის გაკეთების შემდეგ); მეორე შემთხვევაში (♀ 30 წ.) აორტის და მკერდუკანა ჯირკვლის მანკიერება შეუღლებული იყო მარჯვენა თირკმლის ნაკლულად განვითარებასთან (*hypoplasia renis dex.*), მესამე შემთხვევაში (♂ 40 წ.) კი ჰიპოპლაზიური აორტის და პერზისტენციული თიმუსის მქონე სუბიექტი სულით ავადმყოფი (*dementia praecox*) იყო.

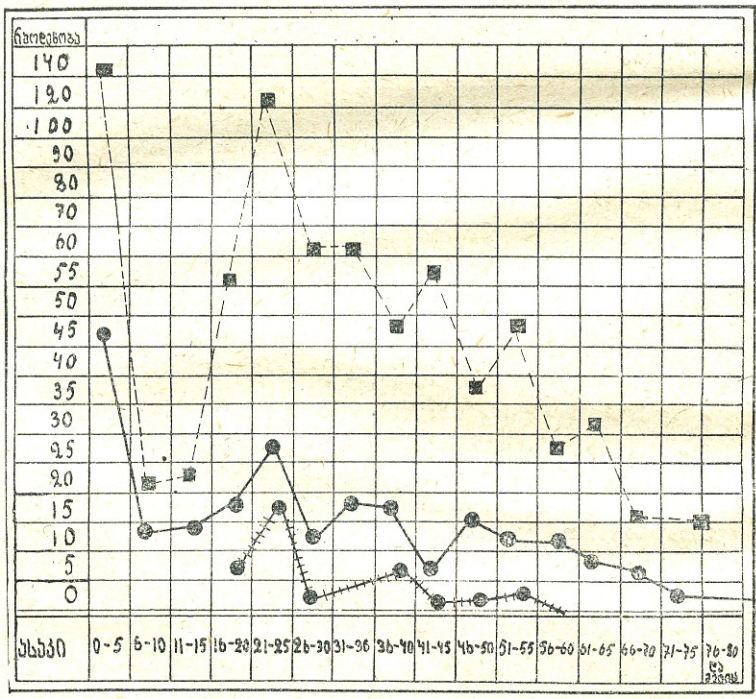
Hypoplasia aortae + thymus persistens + hyperplasia lymphoglandularum universalis 24 (ვ.—14, ქ.—10, ასაკი 18—53 წლამდე).

ამ 24 შემთხვევიდან 4 შემთხვევაში გარდა თიმუსის პერზისტენციისა, არტერიული სისტემის ჰიპოპლაზიისა და ლიმფური სისტემის ჰიპერპლაზიისა იყო კიდევ სხვაგვარი განვითარების მანკებიც: ერთ შემთხვევაში (♂ 18 წ.) მარცხენა თირკმელის ჰიპოპლაზია, ორში (♂ 21 წ., ♀ 30 წ.) ორივე თირკმელების ჰიპოპლაზია და ერთშიც (♀ 25) საშვილოსნოს და საკვერცხეების ჰიპოპლაზია. გარდა ამისა ერთ შემთხვევაში (♂ 22 წ.) აღმოჩენილია მარცხენა თირკმელის ავთვისებიანი ჰიპერნეფრომა მეტასტაზებით ფილტვებში, ჯორჯლის ლიმფურ ჯირკვლებში, ერთშიც თავის ტვინის გლიომა (♂ 45 წ.) და სხვ. აქაც აღსანიშნავია, რომ მოყვანილ 24 შემთხვევაში, რომლებშიც ადგილი ქონდა აორტის ჰიპოპლაზიას და *status thymico-lymphaticus*-ს, ზოგი მოკვდა კრუპოზული ფილტვების ანთებით (4 შემთხ.—♀ 20 წ., 20 წ., 39 წ., ♂ 20 წ.), ერთი (♂ 22 წ.) მწვავე ნეფროზი—ნეფრიტით გართულებულ A-პარატიფით, ერთი (♂ 21 წ.) დიზენტერიით, ერთი (♂ 18 წ.) შებრუნებითი ტიფით, სამი (♂ 21 და 23 წ., ♀ 22 წ.) ფილტვების ქლექით, ორი (♂ 31 წ. 35 წ.) ოპერაციის შემდეგ და სხვ. საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ოპერაციის შემდეგ გარდაცვლილთა შორის ერთს (♂ 31 წ.), კარგი და გარეგნულად ზედმიწევნით მაგარი აგებულობის მქონე ვაჟს, შედარებით მსუბუქი ოპერაცია (*urethrotomia*) გაუკეთდა ქლორფორმის ნარკოზის საშუალებით. ამ ნარკოზის შემდეგ იგი მოკვდა. ისე როგორც აორტის ჰიპოპლაზიის 12 სუფთა შემთხვევაში, ამ 24 აორტის ჰიპოპლაზიის თიმიკო-ლიმფატური სტატუსით გართულებულ შემთხვევებში, სასექციო მაგიდაზე მოექცენ უმთავრესად ახალგაზრდა და ადრინდელ მომწიფების ასაკში მყოფი ინდივიდუუმები: მაგ., ამ 24 შემთხვევიდან 16 ეკუთვნის ასაკს 18—25 წლამდე, 4 ეკუთვნის არაკს 26—35 წლამდე, 3 ეკუთვნის ასაკს 36—45 წლამდე და მხოლოდ ერთი არის 45 წლის მეტის.

არ არის ინტერესს მოკლებული ქვემოთ მოთავსებული მრუდე, სადაც წერილობრივი ხაზით აღნიშნულია 788 საავადმყოფოში გარდაცვლილი, შეუწყვე-



ტელი ხაზით 231 გაკვეთილი და ჯვრებიანი ხაზით კი ამ გაკვეთილთა შორის ნახული აორტის ჰიპოპლაზიის და ასეთი ჰიპოპლაზიის სხვა კონსტიტუციონალურ ანომალიებთან (thymus persistens, status thymico-lymphaticus და სხვ.) შეუღლების 39 შემთხვევა. გარდაცვლილთა, გაკვეთილთა და კონსტიტუციონურ ანომალიების მქონე ინდივიდუუმების მრუდეებს შორის ზოგიერთი პარალელობა და ერთი მეორესგან დამოკიდებულება არის. გაკვეთილთა მრუდე დამოკიდებულება გარდაცვლილთა მრუდისგან, რაც შეეხება გარდაცვლილთა (resp. გაკვეთილთა) და კონსტიტუციონალ ანომალიების მაჩვენებელ მრუდეების ერთი მეორესთან დამოკიდებულებას, ალბად ის მოსაზრება იქნება უფრო სწორი, რომ გარდაცვლილთა მრუდის მერყეობა სხვადასხვა ასაკში (დაწყებული 18 წლიდან) დამოკიდებულია ანომალიების მაჩვენებელ მრუდისაგან ანუ, სხვანაირად რომ ითქვას, სიკვდილიანობის ინტენსივობა განსაზღვრულ ასაკში დამოკიდებულია ზემოდ მოყვანილ კონსტიტუციონალ ანომალიების მქონე ინდივიდუუმების რაოდენობისგან იმავე ასაკში.



- Thymus persistens 2 (♂ 2, ორივე ასაკში 41-50 წლამდე).
- Hypoplasia thymus 1 (♀ 2 წ.).
- Hypoplasia lobii sin. hepatis . . . 1 (♂).
- Cheilognathochisis 1 (♂ 6 1/2 თვ.).

- Dilatatio et oblongatio uretheris sin 1 (♂ 8 წ.).
- Hypoplasia renis d. et hypertrophia renis sin . . . 3 (♂ 2, 45 და 52 წ.).
- Hypoplasia renum 1 (♀ 35 წ.).
- Lien succenturiat 1 (♀ 21, 36 და 38 წ., ♂ 18 წ.).

ონკოლოგიური მასალა (სიმსივნეები, blastomata).

აქ ჩვენ გვერდს უვლით ზოგიერთს, საკმარისად ხშირს, დიზონტოგენეზურ წარმონაქმნებს (ჰამარტომებს, ქორისტომებს და სხვ.) კანისას (ფიბრომები, ხალე-ბი), თირკმელებისას (ფიბრომები, struma aberrans), ლვიძლისას (haemangioma cavernosum) და სხვ., რადგანაც იგინი ყოველთვის არ აღინიშნებოდა გაკვეთის ოქმში. ასეთი შემთხვევებიდან აღვნიშნავ მხოლოდ ერთს შემთხვევას (♂ 48 წ.), რომელშიც ორივე თირკმელის მედულარ შრეში ნახულია მრავლობითი ფიბრომები, თითოეული ოდენობით ღომის მარცვლისა და ნაკლებიც.

- Polypus ventriculi et intestini duodeni 1 (♀ 27 წ.).
- Polypus mucosae fundi uteri 2 (58 და 65 წ.).

ერთ ამ შემთხვევათაგანში (58 წ.) ნახულია კიდევ საშვილოსნოს სხეულის ფიბრომა და მარჯვენა საკვერცხის ცისტომა.

- Fibroma ovarii dex 1 (72 წ.).

უნდა აღინიშნოს, რომ ამავე შემთხვევაში არის ნახული მეორე ფიბრომა საშვილოსნოში სუბსეროზულად.

- Fibroma et fibromyoma uteri ერთობითი 6
- — — — — მრავლობითი 4

ს უ ლ 10

ასაკის მიხედვით ეს 10 შემთხვევა საშვილოსნოს ფიბრომების და ფიბრო-მიომების განაწილებულია ისე, რომ 9 შემთხვ. ნახულია ასაკში 59 წლიდან 80 წლამდე და მხოლოდ ერთი შემთხვევა ეკუთვნის 24 წლის ქალს. ყველა ამ 10 შემთხვევაში სიმსივნეები თავსდებოდა საშვილოსნოს სხეულის სხვადასხვა ნაწილში ზოგი სუბმუკოზურად, ზოგი სუბსეროზულად და ზოგი კი ინტრამურა-ლურად.

- Carcinoma primarium laryngis 2
- — — — — ventriculi 5
- — — — — uteri 1
- — — — — ani 1

ს უ ლ 9

კიბოს აღნიშნულ 9 შემთხვევაში სიმსივნეების ლოკალიზაცია უფრო დე-ტალურად და დანაწილება სქესის და ასაკის მიხედვით ასეთია. ხორხის კიბოს ერთს შემთხვევაში (♂ 64 წ.) სიმსივნე იჭერდა ხორხსაც და ხორხის სარკველის უდიდეს ნაწილსაც, დაშორებული სიმსივნური მეტასტაზები აღმოჩნდა თავის ტვინში, ლვიძლში და სხვა ორგანოებშიც. ხორხის კიბოს მეორე შემთხვევაშიც (♂ 65) სიმსივნე იჭერდა ხორხსაც და ხორხის სარკველსაც, მეტასტაზები კი



აღმოჩენილია მხოლოდ რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში, მაგრამ თვით სიმსივნე ღრმად ჩაზრდილი იყო ხორხის ირგვლივ მყოფ ქსოვილებში და ხორხის დონეზე გამოდიოდა კისრის წინა და გვერდითი ზედაპირზე. კუჭის კიბოს ხუთივე შემთხვევაში (♂ 43, 44, 60, 70 წ., ♀ 80 წ.) სიმსივნე იწყებოდა პილორულ ნაწილში და ერთს შემთხვევაში (♀ 80 წ.) იგი იქერდა კუჭის თითქმის მთელ მცირე სიმრუდეს. ერთი ავადმყოფი კუჭის კიბოთი (♂ 60 წ.) გარდაიცვალა ქირურგიული ოპერაციის (resectio pylori) გაკეთების ორი დღის შემდეგ. საშვილოსნოს კიბო თავსდებოდა საშვილოსნოს საშოს ნაწილზე და საშოს ზედა ნაწილზე, ვრცელდებოდა ირგვლივ მყოფ ქსოვილებში ღრმად და სხვათაშორის შეჭრილი იყო საშარდე ბუშტის კედელშიც, რის გამოც წარმოიშვა fistula vesico—vaginalis და urocystitis diphtherica. ამ შემთხვევაში ლაპარაკია 53 წლის ქალზე. უკანა ტანის კიბო (epithelioma papillomatosum ani) აღმოაჩნდა 48 წლის ვაჟს.

Neoplasma malignum renis 2.

ერთში (♂ 22) ამ ორი შემთხვევიდან სარკომატოზული სიმსივნური კვანძები აღმოჩენილია ორივე თირკმელში, ღვიძლში, პლევრაში და ზოგიერთ სხვა ორგანოებშიც და, აგრეთვე, ერთი საკმარისად დიდი კვანძი ნახსია თავის ტვინის მარცხენა საფეთქლის წილშიც. მტკიცება იმის, რომ თირკმელის სარკომა ამ შემთხვევაში უსათუოდ პირველადია, ტვინის კი მეორადი, საძნელაა, რადგანაც შესაძლებელია რომ, პირიქით, თირკმელებში მყოფი სიმსივნე მეტასტაზური იყოს, ტვინის კი პირველადი. მეორე შემთხვევაში (♀ 60 წ.) მარცხენა თირკმლის კარცინომატოზული ხასიათის სიმსივნე მეტასტაზებით ჯორჯლის ლიმფურ ჯირკვლებში ექვს გარეშეა რომ პირველადია.

Hypernephroma malignum (tumor Grawitzi malignum) renis sin . . . 2.

ავთვისებიან ჰიპერნეფრომის ერთ შემთხვევაში (♂ 22 წ.) სიმსივნით თითქმის სრულიად დაჭერილი მარცხენა თირკმელი ამოკვეთილი იყო ოპერაციის საშუალებით, მაგრამ ავადმყოფი მაინც მალე მოკვდა ოპერაციის შემდეგ. გაკვეთისას მას აღმოაჩნდა მრავალრიცხოვანი მეტასტაზები სხვადასხვა ორგანოებში. მეორე შემთხვევაში (♀ 72 წ.) შვილეული კვანძები სიმსივნის აღმოჩნდა მხოლოდ რეტროპერიტონეალურ ლიმფურ ჯირკვლებში.

Glioma cerebri 2.

თავის ტვინის გლიომის ერთს შემთხვევაში (♂ 4 თვის) ბრინჯის მარცხლის ოდენა გლიომატოზური სიმსივნე თავსდებოდა ტვინის მეოთხე პარაკუჭის ფსკერის ეპენდიმაში და საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ამავე შემთხვევაში გულის პარაკუჭთა ძგიდის ფუძეში იყო ხვრელი (foramen interventriculare), ჰიპერტროფიული thymus-ი და ლიმფური ჯირკვლების საერთო ჰიპერპლაზია. მეორე შემთხვევაში (♂ 45) თავის ტვინის ფუძის და მარცხენა ჰემისფეროს ბატის კვერცხზე უფრო დიდ გლიომასთან ერთად აღმოჩენილია არტერიული სისტემის ჰიპოპლაზია და thymus-ის პერზისტენცია. მაშასადამე, ორივე შემთხვევაში ტვინის გლიომა შეუღლებული იყო განვითარების მანკებთან, რაც გლიომის დიზონტოგენეზური ხასიათის სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

- Lymphomatosis aleukaemica 1 (♂ 60 წ.).
- Struma gland. thyroideae (struma parenchym., nodosa, cystica, petrificans, ossificans) 8 (გ.—5, ქ.—3, ასაკი 23-დან 70 წლამდე).
- Cystoma dermoidale ovarii 2 (19 წ., 53 წ.).

სისხლის მიმოქცევის მოშლა.

- Apoplexia cerebri 2.

ორივე შემთხვევაში სისხლის ჩაქცევა იყო დიდი ტვინის მარჯვენა ჰემისფეროში. საინტერესოა, რომ ორივე შემთხვევა ეკუთვნის არა სიბერის ასაკში მყოფ ვაჟებს (18 და 35 წ.). პირველ შემთხვევაში (♂ 18 წ.) არტერიული სისხლის მილის (arteria cerebri media-ს ტოტის) კედლის დაშლა მოხდა აორტის სარქველებიდან (ამ სარქველებზე ნახულია endocarditis productiva chronica et endocarditis recurrens) მოწყვეტილი ემბოლით მოტანილი ინფექციის გავლენით (embolia mycoticum). მეორეში (♂ 35 წ.) კი, მიუხედავად შედარებით ახალგაზრდა ასაკისა, აღმოჩნდა ზედმიწევნით მკვეთრი ათეროსკლეროზი და ამასთანავე nephroso—nephritis acuta.

- Haemorrhagia in cav. periton 1.

ამ შემთხვევაში (♂ 24 წ.) სიკვდილის მიზეზად მუცლის ღრუში სასხლის ჩაქცევით გამოწვეული ანემია უნდა ჩაითვალოს. საინტერესოა ამ სისხლის ჩაქცევის მიზეზები და წარმოშობის მექანიზმი, რაც ირკვევა შემდეგი მონაცემებიდან: გულში აღმოჩნდა endocarditis productiv v. bicuspidalis et v. v. aortae, თედოს ნაწლავის მეზენტერიუმში დაახლოებით მუჭის ოდენა ჰემატომა, შედეგდებული სისხლიდგან შემდგარი და ჰემატომის არეში პერიტონეუმის ერთი ფურცლის გახევა. ასე რომ აორტის სარქველებზე მყოფი ანთებადი ნაწარმოებიდან მოწყვეტილი ემბოლით მოტანილმა მასალამ გამოიწვია ჯორჯლის ზედა არტერიის ერთ-ერთ ტოტის კედელში შესაფერისი დაზიანება, რასაც დაზიანების ადგილას სისხლის მილის კედლის მთლიანობის დარღვევა და სისხლის დენა მოყვა; სისხლის დენის დასაწყისში ექსტრავაზატი გროვდებოდა მხოლოდ პერიტონეუმის დუპლიკატურის (ე. ი. მეზენტერიუმის) ორ ფურცელს შუა და წარმოიშვა მეზენტერიუმის ჰემატომა. ამ უკანასკნელის თანდათანობით გადიდება გამოიწვია პერიტონეუმის ფურცლების გაჭიმვა, რასაც ბოლოს ერთი მათგანის გახევა და მუცლის ღრუში სასიკვდილო სისხლის დენა მოყვა.

- Infarctus anaemicus renis 3.

(♂ 12 წ.—endocarditis productiva chr. v. v. aortae et mitralis, ♀ 18 წ.—endocarditis verrucosa et recurrens v. v. aortae, ♂ 46 წ.—endocarditis verrucosa v. v. aortae).

- Infarctus anaemicus lenis 3.

(♀ 18 წ.—endocareitis verruc. w. aortae, ♂ 24 წ.—endocarditis productiva v. v. aortae et bicuspidalis, ♂ 46 წ.—endocarditis verruc. v. v. aortae).

- Infarctus haemorrhagicus multiplex pulmonum 1

(♀ 27 წ.—endocarditis product. et recurr. v. v. aortae).



Encephalomalacia alba 2.
 (♂ 60 წ.--ნათხემში და კეფის ნაწილში, ♀ 70 წ.—მარცხენა დიდ ჰემისფეროში; ორივე შენთხვევაში მკვეთრი ათეროსკლეროზი).

Gangraena pedis sin 1 (♂ 62 წ.—ათეროსკლეროზის ნიადაგზე).
 ანთებები, ზოგადი ინფექციები. სპეციფიური ანთებები.

Leptomeningitis cerebrospinalis epidem 1 (♂ 31 წ.).
 Leptomeningitis purulenta 2.

ტვინის რბილი გარსების ჩირქოვანი ანთება ერთ შემთხვევაში (♂ 72 წ.). წარმოადგენს ჩირქოვანი ამივღალიტის და მარჯვენა ფილტვის ანთების გაართულებას, მეორეში (♂ 6 თვის) კი ბრონქოპნევმონიის გაართულებას.

Leptomeningitis serosa 4.

სეროზული ლეტომენინგიტი ერთ შემთხვევაში (♀ 8 თვის) განვითარდა დიზენტერიის—მეორეში და მესამეში (♂ 2 წ., ♀ 5 წ.) ბრონქოპნევმონიის და მწვავე ენტერო-კალიტის,—მეოთხეში (♂ 20 წ.) კი ნაწლავების ტიფის მიმდინარეობაში.

Leptomeningitis chr. diffusa 3.

აღსანიშნავია, რომ ქრონიკულ ლეტომენინგიტის ერთ შემთხვევაში (♂ 52 წ.) თავის ტვინში ნახულია cysticercus multiplex და ependymitis granularis, მეორეში (♂ 40 წ.) ქრონიკული ინტერსტიციალური ნეფრიტი და მესამეში (♂ 23 წ.) შუბლის წილების ატროფია.

Encephalitis non purulenta 1.

ამ შემთხვევაში (♀ 1 წ.) ჰისტოპათოლოგიურმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა ტიპიური არა ჩირქოვანი ენცეფალიტის მოვლენები სილივის წყალსადენის ირგვლივ მყოფ რუხ ნივთიერებაში და მოგრძო ტვინში. ფრიად საინტერესოა მითითება, რომ ენცეფალიტი განვითარდა ამ შემთხვევაში შემდეგი ხასიათის ინფექციურ დაავადების მიმდინარეობაში: amygdalitis acuta purulenta follicularis, laryngitis acuta et enteritis follicularis

Encephalitis et myelitis sub rabiem 4.

(ვ.—3, ქ.—1.) ორი შემთხვევა ჰისტოპათოლოგიურადაც იქნა გამოკვლეული, ერთ შემთხვევაში სრული გაკვეთა არ წარმოებულა—ამოღებულ იქნა მხოლოდ თავის ტვინი, რომელიც გადაეგზავნა ტფილისის პასტერის სადგურს.

Encephalitis purulenta haemisph. dextri cerebri 1.

ამ შემთხვევაში (♂ 14 წ.) ჩირქოვანი ენცეფალიტი განვითარდა ჩირქოვანი მასტოიდიტის მიმდინარეობაში. გაკვეთისას აღმოჩენილია აგრეთვე thrombosis sin. thansversi dextri.

Ependymitis granularis 4.

მარცვლოვანი ეპენდიმიტის ოთხი შემთხვევიდან (♂ 23, 37, 52 წ., ♀ 40 წ.) ერთში (♂ 52 წ.) ეპენდიმიტთან ერთად ნახულია მრავლობითი ტვინის ცისტიცერკი (იხ. ზევით), ერთშიც (♀ 40 წ.) ქრონიკული ინტერსტიციალური ნეფრიტი.

Pleuritis exudativa acuta 15.

(ამ ციფრში არ შედის პლევრიტები პლევროპნევმონიისას) ეს 15 შემთხვევა ექსუდატის ხასიათის და ანთებადი პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით ნაწილდება ასე:

p. fibrinosa bilater	2
— — dextra	1
— — sinistra	1
— sero-fibrinosa sin.	3
— — — dextra	4
— fibrinoso-purul. haemorrh. bil.	2
— fibrinoso-purul. sinistra	1
— sero-haemorrhag. sin.	1

ს უ ლ 15

Pleuritis adhaesiva chronica 102.

შეხორცებითი ქრონიკული პლევრიტის მოყვანილ 102 შემთხვევა გავრცელების და ლოკალიზაციის მიხედვით ნაწილდება შემდეგნაირად:

p. adhaes. chr. circumscripta bilat.	64
— — — obliterans —	4
— — — circumscripta dext.	18
— — — obliterans —	6
— — — circumscripta sin.	9
— — — obliterans —	1

ს უ ლ 102

Pericarditis exudativa acuta (ფიბრინოზ., სერო-ფიბრინოზ.,

ჩირქოვანი) — 8. მწვავე ექსუდატივური პერიკარდიტი ამ შემთხვევებში წარმოადგენენ რვათულებას:

კრუპოზული პნევმონიისას	3
პიემიის	1
კავერნოზული ფილტვ. კლექის	1
noma, stomatitis, pharyngitis et oesophagitis gangraenosa	1
urocystitis dyphtherica	1
Pericarditis adhaesiva chronica	3

Peritonitis acuta exudativa universalis (fibrinosa, fibrinoso-purul., stercoralis) 27.

აღნიშნული მწვავე ექსუდატივური პერიტონიტის 27 შემთხვევა წარმოადგენს შემდეგი დაავადებების გართულებას:

appendicitis ac. gangraenosa, purul.	6	შემთხვევაში,
tub. ulcerosa intestinorum	7	—
typhus abdominalis	1	—
endometr., salp. et oophor. purul.	1	—



oophoritis purul. sin.	1	—
abscessus ovarii sin.	1	—
dysenteria	1	—
vaginitis et endometrit. fibr. sept. post. part.	2	—
urocystitis, peri—paraurocystitis	1	—
infarctus multipl. jeiuni, ilei	1	—
proctitis ulcerosa (luetica?), periproctitis (gummosa?)	1	—
cystoma ovarii d. (post operationem)	1	—
haernia inguinalis s. incarcer. (post. operat.)	1	—
Carcinoma pylori (post operationem)	1	—
Cholangitis purulenta	1	—
ს უ ლ	27	—

განსაკუთრებით აღსანიშნავია ერთი მწვავე ექსუდატივური პერიტონიტის შემთხვევა (♀ 60 წ.), რომელშიც მწვავე პერიტონიტი განვითარდა მკლე და თეძოს ნაწლავის კედლის ინფარქტების გამო, რომლებიც თავის რიგად გაჩნდა გულმკერდის აორტის კედლის თრომბიდან მოწყვეტილი ემბოლუსების საშუალებით. შეიძლება აღინიშნოს იგიც, რომ სტერკორალური პერიტონიტის ორივე შემთხვევა განვითარდა ნაწლავების ტუბერკულოზური წყლულების გახვრეტის გამო.

Peritonitis chron. adhaes.	1
Periappendicitis chr. adhaes.	1
Perimetritis, perisalpingitis et perioophoritis chron. adhaes. — 8 (ასაკი 27—57 წლამდე).	

Vitia cordis 14. მათ შორის:

endocarditis productiva subchr. et chron. v. v. aortae	5 (♂ 18, 39, 46 და 56 წ. ♀ 80 წ.); ამ ხუთი შემთხვევიდან სამ შემთხვევაში (♂ 18, 39 და 56 წ.) შებრუნებითი ენდოკარდიტიც;
endocarditis subchron. v. mitralis	1 (♂ 25 წ.).
endocarditis product. v. v. aortae et mitralis	7 (♂ 12, 24, 33, 48 წ., ♀ 27, 40, 50 წ.). ამ შემთხვევებიდ. ორ შემთხვევაში (♂ 24 წ., ♀ 27, წ.) შებრუნებითი ენდოკარდიტიც, ერთში (♀ 50 წ.) ვებერთელა აბსცესი ელენტაში, ალბათ მეტასტაზური გზით წარმოშობილი გულიდან ელენტაში მოტანილი ინფექციური მასალის გავლენით.
endocarditis product. chr. bicus—et tricusp.	1 (♂ 35 წ.).

Pneumonia crouposa 17.

ამ 17 კრუპოზულ პნევმონიის შემთხვევაში დაავადებული იყო მარტო მარჯვენა ფილტვი — 5 შემთხვ., მარტო მარცხენა — 4 შემთხვ., ორივე — 8 შემთხვ.; ვაჟების და ქალების რიცხვის ერთი მეორესთან დამოკიდებულება 11:6; ორ შემთხვევაში (♂ 31 და 80 წ.) ფილტვის კრუპოზული ანთება გარ-

თულებული იყო განგრენით. ასაკის მიხედვით კრუპოზულ პნევმონიით დაავადებულნი ნაწილდება ასე:

0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
1	2	3	3	5	—	1	2	—	—

Pneumonia catarrhalis 38.

ანთებადი პროცესის ლოკალიზაციის სიხშირე ამა თუ იმ ფილტვში: მარტო მარჯვენა..... 7 შემთხვ., მარტო მარცხენა..... 8 შემთხვ., ორივე ფილტვი 23 შემთხვ. ვაჟების და ქალების რიცხვის ერთი მეორესთან დამოკიდებულება 19:19. ასაკი 2 თვიდან 70 წლამდე.

Pneumonia hypostatica (♂ 36 და 62 წ.)

Colitis crouposo-necrotica (dysenteria) acuta et chron. 50.

დიზენტერიის აღნიშნულ 50 შემთხვევაში კრუპოზო-ნეკროზული პროცესი უფრო ხშირად ვრცელდებოდა მხოლოდ ამა თუ იმ ნაწილში მსხვილი ნაწლავისა, არც ისე იშვიათად პროცესი ვრცელდებოდა მთელი მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანზე და, რაც უფრო საინტერესოა, სამ შემთხვევაში (♂ 2 და 38 წ., ♀ 53 წ.) კრუპოზო-ნეკროზული პროცესი გავრცელებული იყო თემოს ნაწლავის ლორწოვანის საკმარის დიდ მანძილზე. უნდა აღინიშნოს იგივე, რომ ამ 50 შემთხვევიდან 9 შემთხვევაში (თითქმის ყველა ეს შემთხვევა ბავშვის ასაკს ეხება) დიზენტერია გართულებული იყო კატარალური პნევმონიით. ასაკის მიხედვით დიზენტერიის 50 შემთხვევა, დაწყებული 4 თვის ასაკიდან 80 წლამდე, ნაწილდება ასე:

0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
22	6	5	5	4	3	3	2	—	—

Nephroso-nephritis acuta 14.

ასაკი 6 1/2 თვ.—70 წლამდე, 7 ვაჟი და 7 ქალი. ერთს შემთხვევაში (♂ 70 წ.) მწვავე ნეფროზო-ნეფრიტი განვითარდა ფილტვის კრუპოზულ ანთების მიმდინარეობაში, ორში (♂ 10 წ., ♀ 10 წ.) დიზენტერიის მიმდინარეობაში, ორშიც (♂ 35 წ., ♀ 40 წ.) სულემით მოწამელის შემდეგ.

Nephroso-nephritis chr. 16,

ასაკში 12 წლიდან 70 წლამდე, ვაჟი 6, ქალი 10.

Nephritis apostematosa 2 (ვ.—2)

ერთ ამ შემთხვევათაგანში (♀ 24 წ.) აპოსტემატოზური ნეფრიტი განვითარდა ბრონქოპნევმონიის მიმდინარეობაში (?), მეორეში ადგილი ქონდა პიემიას.

Nephritis interstit. chronica (ახალი ტერმინოლოგ. nephrocirrhosis s. nephrosclerosis arteriolosclerotica, s. atrophica renis granularis) 23 (♂ 9, ♀ 14, ასაკი 40—80 წლამდე).

Ren arterioscleroticum 3 (♂ 1, ♀ 2, ასაკში 45—72 წლამდე).



Nephritis purulenta urinogenes 8, მათ შორის n. p. ur.-s bilateralis 2. n. p. ur.-s dextra 3, n. p. ur.-s sin. . . . 3.
 მოყვანილი შემთხვევებიდან ჩირქოვანი ნეფრიტისა ასწვრივი ანთების დასაწყისი ადგილი იყო: ერთში (♀ 64 წ.) მარცხენა შარდსაწვეთი (calculus uretheris sin., inde dilatatio part. super. et uretheritis, pyelitis etc.), ექვსში (♂ 25; 35, 48, 80 წ., ♀ 1 წ. და 8 თვ., 53 წ.) საშარდე ბუშტი, რომლებიდანაც ერთში (♂ 80) ნახულია საშარდე ბუშტის ქვები და ერთშიც (♀ 53) fistula vesico-vaginalis propter carcinomam portionis vag. uteri et partis sup. vaginae.

Urethritis purul. gonorrh., urocystitis acuta fibrinoso-purulenta 1 (♂ 35 წ.)

Urethritis purul. gonorrh., urocystitis et uretheritis acuta fibrinoso-purul. 1 (♂ 40 წ.)

Urocystitis, urotheritis et pyelitis purul. haemorrh. 1 (♀ 13 წ.)

Urocystitis haemorrhagica 1 (♀ 4 თვ.)

„ fibrinoso-purul. 1 (♂ 23 წ.)

„ gangraenosa 1 (♂ 60 წ.)

Oesophagitis gangraenosa et perioesophagitis abscedens . 1 (♂ 40 წ.)

ამ შემთხვევაში განგრენოზული ეზოფაგიტი და ჩირქოვანი პერიეზოფაგიტი გამოწვეულია კოჭით, რომელიც გადაყლაპა 40 წლის იმბეცილურმა ვაჟმა და რომელიც გაეჩხირა საყლაპავი მილის ზედა ნაწილში. საავადმყოფოში ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია (oesophagotomia) და კოჭი ამოღებულ იქნა.

Abscessus chr. hepatis 1 (♂ 52 წ.)

ეს შემთხვევა, რომელშიც ღვიძლის მარჯვენა წილში მდებარე აბსცესი თითქმის ბავშის თავის ოდენობას აღწევდა, გართულებული იყო სუბდიაფრაგმული აბსცესით (მარჯვენა მხარეს) და მწვავე პერიჩიპატიტით.

Cirrhosis hepatis atrophicans 4 (♂ 44, 44, 52 და 62 წ.).

Cirrhosis hepatis hypertrophica 1 (♂ 50 წ.)

Septicaemia 1 (♀ 30 წ.)

ამ შემთხვევის გაკვეთისას სეპსისის სურათი გადაიშალა; ერთად ერთი ინფექციის შესავალი გზა ორგანიზმში უნდა ყოფილიყოს erosio dermae pectoris, რომლის მახლობლადაც გულმკერდზე კუნთებში პატარა ჩირქგროვა აღმოჩნდა.

Pyaemia 4 (♂ 1 და 9 წ. ♀ 32 წ. და 58 წ.).

ამ ოთხი პიემიის შემთხვევიდან ორში (♂ 1 წ. ♂ 9 წ.) პიემია წარმოადგენს ფეხის აბსცესის გართულებას, ერთში (♀ 32 წ.) განგრენოზული ენდომეტრიტის და ერთშიც (♀ 58 წ.) პიემია განვითარდა მარჯვენა საკვერცხის ცისტომის ოპერაციული გზით ამოკვეთის შემდეგ.

Malaria tropica 1 (♀ 17 წ.)

ამ შემთხვევაში გაკვეთამ ვერ აღმოაჩინა სხვა რაიმე დაავადება გარდა ტროპიკული მალარიისა; ასე რომ სიკვდილის მიზეზად ტროპიკული მალარია უნდა ჩაითვალოს.

Malaria chronica 52.

ამ 52 ქრონიკულ მალარიის შემთხვევაში შედის მხოლოდ ისეთი შემთხვევები, რომლებშიც ნახულია ელენთის გადიდება, ზოგიერთ შემთხვევაში ძლიერ საგრძნობლად, მაგ. 1000 გრამამდე (♂ 31 წ.) და ამავე დროს ელენთის მელანოზიც და ზოგიერთ შემთხვევაში ღვიძლის მელანოზიც. ასაკის მიხედვით ეს შემთხვევები ნაწილდება შემდეგნაირად.

0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
6	10	14	12	6	2	2	—	—	—

Typhus abdominalis 2 (♂ 20 წ. ♀ 27 წ.)

ზევით უკვე აღნიშნული იყო, რომ ერთ ამ ნაწლავების ტიფის შემთხვევაში (♂ 20 წ.) იყო გართულება ლებტომენინგიტით, მეორეში (♀ 27 წ.) პერიტონიტით.

Typhus recurrens 1 (♂ 18 წ.)

Tuberculosis—მასალა მუშავდება ცალკე.

Gumma lobii tempor. sin. cerebri 1 (♂ 12 წ.)

Gummata multipl. hepatis 1 (♂ 47 წ.)

Hepar lobatum 2 (♂ 52, ♀ 36 წ.)

ჭ ი ე ბ ი

Ascaris lumbricoides 31 (გ.—15, ქ.—16, ასაკში 5-დან 70 წლამდე).

Trichocephalus dispar 15 (გ.—7, ქ.—8, ასაკში 1-დან 70 წლამდე).

Oxyuris vermicularis 1 (♀ 17 წ.).

Taenia saginata et t. solium 13 (გ.—10, ქ.—3, ასაკში 6-დან 80 წლამდე).

მოყვანილ შემთხვევებში ზოგჯერ ერთსა და იგივე გვამის ნაწლავებში აღმოჩენილია სხვადასხვა გვარი ჭიები: taenia saginata + ascaris lumbric. + ox. vermicularis + trichocephalus dispar (♀ 17 წ.), taenia solium + trichocephalus dispar (♂ 37 წ.), taenia saginata + accaris lumbricoibes + trichocephalus dispar (♂ 60 წ.) და სხვ.

Echinococcus unilocularis hepatis 4 (გ.—3, ქ.—1).

Echinococcus uniloc. renis (sin.) 1 (♀ 58 წ.).

Cysticercus cellul. multipl. cerebri 1 (♂ 52 წ.).

კ ო ნ კ რ ე მ ე ნ ტ ე ბ ი.

Cholelithiasis (calculi vesicae felleae) 3 (♂ 50 წ., ♀ 32 და 72 წ.). ერთი შემთხვევა (♂ 50 წ.) გართულებული იყო ჩირქოვანი ხოლცისტიტით და ხოლანგიტით.



Nephrolithiasis 2,

მათ შორის ერთი nephrolith. sin. (ბავშვი 1 წ. 8 თვ.) და ერთი nephrolith. dex. (♀ 27 წ.) გართულებული ჩირქოვანი პიელიტით.

Calculi vesicae urinae 2.

ამ ორივე შემთხვევაში ლაპარაკია ვაჟებზე (60 და 80 წლ.), პირველი შემთხვევა გართულებული იყო განგრენოზული უროცისტიტით, პერი,—პარაუროცისტიტით და პერიტონიტით, მეორე—ჩირქოვანი უროცისტიტით, ბილატერალური ურეთერიტით და პიონფროზით.

ზემოდ მოყვანილ თავებში განუხილავი შემთხვევები.

Corpus alienum bronchi dextri 1.

ამ შემთხვევაში ლაპარაკია 8 თვის ვაჟზე, რომელსაც გაკვეთისას აღმოაჩნდა მარჯვენა ბრონქში ლობიოს მარცვალი, ასფიქსიის დამახასიათებელი ცვლილებები და ძალიან დიდი თიმუსი.

Ileus 3.

ნაწლავების გაუვლელობის ამ სამი შემთხვევიდან ერთში (♀ 65 წ.) ავადმყოფს საავადმყოფოში გაუკეთდა anus preternaturalis (coecostomia). გაკვეთისას აღმოჩენილია flexurae sinistrae colonis-ის გაუვლელობა უხვი და მკვრივი ნაწიბურების და შეხორცებების არსებობის გამო ელენტის, კუჭის, დიდ ბადექონის, კოლინჯის მარცხენა ფლექსურის და პანკრეასის თავის შუა. მეორე და მესამე შემთხვევაში (♂ 38 წ. ♂ 74 წ.) ნაწლავების გაუვლელობა გამოწვეული იყო მარცხენა საზარდულის თიაქრის გაჭედვით; აღსანიშნავია რომ ერთ მათგანში (♂ 38 წ.) თიაქრის შიგთავსს წარმოადგენდა და გაჭედილი იყო S-მაგვარი ნაწლავი.

Noma (cancer aquatic.) buccae d. 1.

საინტერესოა, რომ მარჯვენა ლოყის ნომის შემთხვევაში (♀ 9 წ.) ამ ლოყის ვრცელ ნეკროზთან ერთად გაკვეთისას ნანახია განგრენოზული სტომატიტი, ფარინგიტი და ეზოფაგიტი.

Aneurisma partis abdomin. aortae 1 (♂ 52 წ.—lues).

Atherosclerosis vasorum 90 (გ. - 49, ქ. - 41, ასაკში 8 წლიდან დაწყებული).

Hydrocephalus intern. 3 (♂—ახალშობ. ♂—თვ. ♂—4 წ.)

Hydrocephalus intern. et extern. 2 (♀ 1 წ. ♀ 1 წ. 8 თვ.)

Lateropositio uteri d. 1 (22 წ. ძლიერ მკვეთრი გადახრა საშილოსნოს მარჯვნივ).

Ulcus rotundum ventriculi (pylori) 1 (♂ 52 წ.)

Ulcus duodeni 3 (♀ 8 და 78 წ., ♂ 48 წ.)

ერთ შემთხვევაში (♂ 48 წ.) თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისა წყლულის ფსკერი შედიოდა პანკრეასში. საჭიროა იმის აღნიშვნაც, რომ 8 წლის ქალი, რომელსაც საკმარისად ღრმა და ფართო თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული აღმოაჩნდა, მოკვდა ცოფით.

Scoliosis, kyphosis es lordosis columnae vertebrarum . . 1 (♀ 35 წ.)

პროფექტურის მოკვში გატარებული გვამები საერთოდ.

საიდან იქნა ნოტა-ნილი გვამი.	ვაეი	ქალი	ორივე სქესის	გაიკვეთა პრ-ში	გადაგზავნა სახ. უნ-ს სასამ. მედიც. კათ. გასაკვეთად			გადაგზავნა სახ. უნ-ს ანატომ. ინსტიტუტს		
					ვაეი	ქალი	ორივე სქესის	ვაეი	ქალი	ორივე სქესის
საავადმყოფოს სხვადასხვა განყოფილებებიდან . . .	456	332	788	228	9	1	10	23	11	34
ქალაქიდან (რესპუბლ. მთავარი საავადმყოფო, ქალ. მეორე საავადმყოფო, სამეანო-გინეკოლ. ინსტიტუტი, გერმან. ლაზარეთი და სხვ.)	54	52	106	3	—	2	2	20	11	31
სულ . . .	510	384	894	231	9	3	12	43	22	65

საავადმყოფოში გარდაცვლილთა და გაკვეთილთა დაყოფა განყოფილებების და სქემის მიხედვით.

საკადმყოფოს განყოფილებები	გარდაიცვალა					შ ე ნ ი შ ვ ნ ა
	ვაეი	ქალი	ორივე სქესის	გაიკვეთა ორივე სქესის	გაკვეთილთა გარდაცვლილთა % - ული დამოკიდებულება	
თერაპიული I პავილ.	38	28	66	21	32%	
თერაპიული I ბ (ბარაკი)	98	61	159	25	16%	
ქირურგიული	53	18	71	19	27%	
არეული	5	—	5	—	—	
სამეანო-გინეკოლოგიური	—	18	18	15	84%	
საბავშვო	88	72	160	57	36%	
ბარაკი I ა (გასანაწილებელი)	154	112	266	86	31%	
ბარაკი II ა (ცოფ. ძალ. ნაკბენი) და ინფექც.	20	23	43	5	12%	
სულ	456	332	788	228	29%	

საავადმყოფოში გარდაცვლილთა და გაკვეთილთა დაყოფა ასაკის
 მიხედვით.

ასაკი	გარდაიცვალა საავადმყოფოში	გაკვეთა
0—5	139	46
6—10	23	14
11—15	24	9
16—20	56	18
21—25	124	28
26—30	61	12
31—35	61	18
36—40	48	17
41—45	57	7
46—50	38	15
51—55	48	12
56—60	27	11
61—65	32	9
66—70	16	6
71—80	15	3
81-ის დამეტის	19	1
სულ . . .	788	231*)

*) ამ რიცხვში შედის 3 არა საავადმყოფოში გარდაცვლებულთა გვამი.

საავადმყოფოში გარდაცვალებულთა და გაკვეთილთა დაყოფა ეროვნების მიხედვით.

ეროვნება	გარდაიც. საავადმ.			გაკვეთა	
	ვაჟები	ქალები	ორივე სქესის		
ქართველი	145	115	260	86	33%
რუსი	65	63	128	57	45%
სომეხი	188	131	319	78	24%
სხვა ეროვნების	57	22	79	8	10%
გამოურკ. ეროვნ	1	1	2	2	100%
სულ	456	332	788	231*)	

*) ამ ციფრში შედის სამი გვამი არა საავადმყოფოში გარდაცვლილი

ს. ოდიშარია.

ტფ. რკ. გზ. ს.—ფოს რენტგენოლოგიურ განყ. გამგე.

მიღწევები რენტგენოლოგიის და რენტგენოთერაპიის დარგში.

(6 რენტგენოგრაფიით განყოფილების მასალიდან.)

1895 წელს გერმანელმა მეცნიერმა Röntgen-მა აღმოაჩინა სხივები, რომელთაც, მათი ბუნების გამოურკვევლობის გამო, უწოდა X—სხივების სახელი.

ფრანგები მათ დღესაც ამ სახელს (Rayon—X) უწოდებენ, გერმანელებმა კი შემდეგში დაარქვეს აღმოჩენის სახელი—რენტგენის სხივები.

ამ აღმოჩენის მნიშვნელობა მეცნიერებაში, სახელდობრ ფიზიკაში დიდია, მაგრამ გარეშე ამისა მედიცინაში იგი მითაა თვალსაჩინო და ფასდაუდებელი, რომ აქ მან ჩაუყარა საფუძველი ცალკე დარგს—რენტგენოლოგიას, როგორც განსაკუთრებულ სამეცნიერო დისციპლინას.

რენტგენოლოგია უახლავაზრდესი სამეცნიერო დარგია, მაგრამ მიუხედავად ამისა ასეთ მოკლე ხანში მეცნიერების არც ერთი დარგი არ წასულა მასავეთ სწრაფად და დიდი ნაბიჯებით წინ ლიტერატურისა და ტექნიკის მხრივ და არც ასე მჭიდროდ შეკავშირებია სამკურნალო მეცნიერების ყოველ დარგს.

დღეს უკვე არ მოიპოვება არც ერთი მეტნაკლებად წესიერად მოწყობილი საავადმყოფო, რომ მას არ ჰქონდეს თავისი რენტგენის კაბინეტი, დიდ ცენტრებზე ხომ ლაბარაკიც მეტია: ეს კაბინეტები დიდ სამეცნიერო ინსტიტუტებად გარდაიქმნენ.

მედიცინამ რენტგენის სხივები აღმოჩენისთანავე გამოიყენა როგორც ერთადერთი სწორი და საიმედო გამოკვლევის მეთოდი.

რენტგენოლოგია მედიცინას ისე მჭიდროდ დაუკავშირდა, რომ დღეს ვერც ერთი ექიმი მას ვერ აუვლის გვერდს და ვიტყვი გამოჩენილი ინგლისელი კლინიკისტიის Dock-ს სიტყვებით: „რენტგენოლოგია კლინიკისათვის წარმოადგენს ისეთსავე საჭიროებას, როგორც პერკუსია და მიკროსკოპი“. საფრანგეთის გამოჩენილმა მეცნიერმა Béclère-მა ერთ-ერთ თავის ლექციაზე (Curie-ს ინსტიტუტში პარიზში), რომელსაც მე მქონდა საშუალება დავსწრებოდი, რენტგენის სხივებით გამოკვლევა პერკუსიას და სხვა მეთოდებს შეადარა და რენტგენის სხივებს უპირატესობა მიაკუთვნა, ვინაიდან ჩვენ ამ მეთოდით შეგვიძლია უფრო მარტივად დავინახოთ როგორც დასნეულებული ბუდე და მისი ტოპოგრა-

*) მოხსენება რკინის გზის ექიმთა სამეცნიერო საზოგადოებაში.

ფია, ისე სხვადასხვა ორგანოს მოძრაობა, შეგვიძლია აგრეთვე გადავიღოთ მათი სურათი. ეს კი საშუალებას გვაძლევს და შემდეგი რენტგენის გამოკვლევებთან შედარებით სრული წარმოდგენა ვიქონიოთ ავადმყოფობის მსვლელობის შესახებ. პროფ. Ser gént რენტგენის გამოკვლევას უწოდებს „აუტოპსიას ცოცხალ ადამიანზე“ (Autopsie sur les vivantes).

ევროპაში უკანასკნელად სამეცნიერო მივლინების დროს მე ევროპის სხვადასხვა ინსტიტუტში (ბერლინი, ვენა, ღრეზდენი, პარიზი) გავეცანი ამ დარგის დღევანდელ მდგომარეობას და მინდა მოვახსენოთ ის ახალი, რაც კი მე ვნახე ამ დარგში და რაც ეხლა უკვე შემოღებული გვაქვს ჩვენს განყოფილებაში. დიაგნოსტიურ მეთოდებს შორის მე შეეჩერდები მხოლოდ ისეთებზე, რომელთაც ამ ბოლო ხანებში მოიპოვეს მოქალაქობრივობა. ეს არის: Ventriculo-Myelographia, Bronchographia, Cholecystographia, Metro-Salpingographia და Urethrographia *).

დავიწყებ ნაღვლის ბუშტის გამოკვლევადან (Cholecystographia). ვინაიდან ნაღვლის ბუშტი, თვით ნაღველი და ქვები, (თუ კი ასეთი მოიპოვება შიგ), ერთნაირად უშვებენ რენტგ. სხივებს, მათი განსახიერება ფირფიტაზე წინეთ შეუძლებელი იყო, გარდა რამოდენიმე იშვიათი შემთხვევისა. იყო ცდები ჰაერის შეშვებისა colon-ში და Pneumoperitoneum-სა კონტრასტის მისაღებად. აგრეთვე ცდილობდნენ ლეშებზე პუნქციის საშუალებით შეეშვათ კონტრასტიული ხსნილები თვით ნაღვლის ბუშტში, მაგრამ პრაქტიკულად ეს მეთოდი მოუხერხებელი გამოდგა (Burchard, Müller).

ამ ბოლო ხანებში კი ამერიკელებმა გამოაქვეყნეს ახალი მეთოდი; იგი შემდეგია: ვენაში Tetrabromphenolphthalein-სა და Tetrajodpenolphthalein-ს (ნატრონის მარილი ამ პრეპარატებისა) შეუშხაპუნეს, რის შემდეგაც მათ მიიღეს ნაღვლის ბუშტის სურათი (Graham-Colle). მერე ეს მეთოდი შემოიღეს გერმანიასა და საფრანგეთში და ნაღვლის ბუშტის დიაგნოსტიკაში კარგი შედეგებიც მიიღეს. უკანასკნელ დროს ამგვარ გამოკვლევებს თითქმის ყველა მოზრდილ რენტგენოლოგიურ დაწესებულებაში აწარმოებენ და ბევრი ნაშრომიცაა ამის შესახებ გამოქვეყნებული.

Graham-ის მეთოდს ახლდა ის ნაკლი, რომ ინექციას მოსდევდნენ შემდეგი მოვლენანი: გულის ზიდვა, პირსაქმება, თავის ტკივილები, გულის ჩქარი ცემა, სხვადასხვა პარესტეზია, უკიდურესი გაფითობა და გაწითლება, კოლაპსი, სისხლის ძლევის დაწყება და სხვა.

გერმანიასა და საფრანგეთში გამოქვეყნდა რამდენიმე ნაშრომი (Eisler, Nyiri, Tuffier et Nemours-Auguste), სადაც აღნიშნულია, რომ Atropini და Adrenalin-ის საშუალებით ეს მოვლენები შეიძლება ან სრულიად ავიცილოთ თავიდან, ან ძალზე შევამციროთ (ამ მოვლენებს ხსნიან ნერვის Vagus-ის გაღიზიანებით).

*) ზემოხსენებული მეთოდები კონტრასტული რენტგენოლოგიისა (Metro-Salpingo-Urethra—Myelo—Cholecistographia) უკვე შემოღებული გვაქვს ტფილისის რკინის გზის საავადმყოფოს რენტგენოლოგიურ განყოფილებაში (სურათები № № 1, 2, 3,4). Bronchographia-ს დავიწყებთ ამ მოკლე ხანში.

24/6-1925 წელს ბერლინის სამეცნიერო საზოგადოებაში Pribram, Grunenberg და Straus-მა გააკეთეს მოხსენება ამ მეთოდისა და მისი შედეგების შესახებ.

მომხსენებლების ტექნიკა შემდეგია: ავადმყოფს ეძლევა *Oi. Ricini* და უკეთდება ოყნა; შემდეგ 24 საათის განმავლობაში ენიშნება სუბუქი დოზა (ჩაი, ნა-ნბი), მერე აძლევენ 2 ccm. Hypophysin-ს ნაღვლის ბუშტის კონტრაქტურის გამოსაწვევად და მის დასაცლელად, რაც ხელს უწყობს დიაგნოსტიკისათვის შესაბამის კონტრასტულ სითხის მეტს კონცენტრაციას ბუშტში (ნაღვლისაგან ნაკლებ გაზავებას).

შეიძლება აგრეთვე დუოდენუმის ზონდით 33% ხსნარი *Magnes. sulf., Witte-Pepton* შეშვება. ჩვენ მაშინ მივიღებთ მეტს კონტრასტულ სურათს. ზემოხსენებულ ზედღართულ მოვლენათა შესამცივებლად ავადმყოფს უშხაპუნებენ 1 mg. Atropin-ს, 10-20 წამის შემდეგ უშხაპუნებენ ვენაში *tetrabromphenolphthalein-Natrium*-ის ხსნარს (*Merck*) (5,0; 4,0 ccm.) ერთი მიღებით, ძლიერ წყნარად დაახლოებით 15 წამის განმავლობაში (ინფუზიონურ ცილინდრით ვიწრო კანიულის საშუალებით*). სურათების გადაღებამდე ავადმყოფი მარხულობს და ცდილობს მიიღოს ისეთი მდგომარეობა, რომ ნაღვლის ბუშტი არ იყოს შეზღუდული. 16-20 საათის განმავლობაში რ. სურათი *Buchky-Potter*-ის დიაფრაგმით. (სასურველია ორ-ორი სურათი ყოველ 4 საათში, რომ გამოკვლეულ იქმნას ბუშტის მოძრაობა და *ductus Zysticus*-ის გამსვლელიობა).

13/7—1925 წ. ბერლინის ქირურგიულ საზოგადოებაში გააკეთა მოხსენება *Riess*-მა. წარმოდგენილი იყო მთელი რიგი რენტგენო-გრამებისა—ნაღვლის ბუშტის გარკვეული სურათები. *Atropin*-ის მიცემის შემდეგ ზედდაყოლილი მოვლენები ძალიან იშვიათად მეორდებოდა, ისიც ძალიან მცირე რიცხვს ემართებოდა (ნევრასტენიკებს). გულის დაავადებას აღნიშნავს როგორც *contraindicatio*-ს ამ მეთოდისათვის.

ჩრდილი ისახება დაახლოებით 9 საათის შემდეგ; თუ 16-30 საათის განმავლობაში ჩრდილი არ გამოჩნდა, ეს უკვე მაჩვენებელია ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიისა (*d. Zysticus* ანუ ბუშტის ყელის გაუსვლელიობა; *Zystikus*-ის ობლიტრაცია, ბუშტის ქვებით გაჭედვა).

თუ ჩრდილი გამოჩნდება გვიან, ეს მაჩვენებელია ღვიძლის ფუნქციონალურ სისუსტისა. ზემოხსენებულ რენტგენო-გრამების საშუალებით დასმული დიაგნოსტიკა დამტკიცებული იყო ოპერატიულადაც.

სულ უკანასკნელ ხანებში ზემოაღნიშნული მეთოდი უფრო გამარტივებულა; ქ. ვენაში, ჩემს იქ ყოფნის დროს, დოც. *Eisler*-მა აწარმოვა ცდები, რის შესახებაც მან გააკეთა მოხსენება პროფ. *Holzknicht*-ის ინსტიტუტში (1925 წ. ოქტომბერი). ის ავადმყოფს აძლევდა *per os tetrabromphenolphthalein* (6,0) ან *tetrajodphenolphthalein*-ს (3,0) ერთი საათის განმავლობაში. პრეპარატის მიღების შემდგომ ავადმყოფი 20 საათს მარხულობს. რ. სურათებს იღებს—ერთს პრეპა-

* ამერიკელები უშხაპუნებენ რამოდენიმე ნაწილად, დრო გამოშვებით. გერმანელები *Kanzelson* და *Reimann*—ორ ნაწილად 1 საათის განმავლობაში.

რატის მიღებამდე და შემდეგ კი 12, 14, 18, 20, 24 საათის განმავლობაში. თუ 18 საათის შემდეგ ნაღვლის ბუშტი კიდევ ჩანს,—ჩვენ შეგვიძლია აღვნიშნოთ ბუშტის დაავადება; თუ სრულიად არ ჩანს ჩრდილი,—მაშინ უეჭველი პათოლოგია (ქვები ან d. Zystikus-ის გაუსვლელობა). ეს მეთოდი მან სცადა დიდძალ ავადმყოფებზე. ამ გვარად მეთოდი უფრო გამარტივებული იქმნა და თანაც პრეპარატების per os მიღების შემდეგ ავადმყოფს ზედამყოლი მოვლენები უკვე სრულიად აღარ ჰქონდა.

ეს მეთოდი იმდენად უბრალოა და ადვილია, რომ შესაძლოა მისი ამბულატორულადაც ჩატარება. ჩვენს განყოფილებაში ვაწარმოებთ ამ გამოკვლევას per os—ამბულატორიულად კარგი შედეგებით (ოპერატიული დადასტურება) * (სურათი № 1).

ამ მეთოდს მნიშვნელობა ჰქონდა არა მარტო დიაგნოსტიკისათვის, არამედ აგრეთვე ნაღვლის ბუშტის ტოპოგრაფიის გამორკვევისათვისაც. გამოირკვა, რომ ნაღვლის ბუშტის მდებარეობა დიდ ცვლილებებს განიცდის, ეს ცვლილებებია: მისი დიდი საზღვრები, მარცხნივ და მარჯვნივ გადახრა, ხანდახან კი ეს ბუშტი ქვევითაც იწევა მე-5 წელის მაღლის დონეზე. და შეიძლება მისი სიმპტომები შეცდომით მიღებულ იქმნეს Appendicitis-ის სიმპტომებად. გადავიღა აგრეთვე დიფერენციალური დიაგნოსტიკა თირკმლების ქვებსა და ნაღვლის ბუშტის ქვებ შუა, აგრეთვე დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ნაღვლის ბუშტისა და საზოგადოთ სხვა სნეულებათა შორის მარჯვენა მენჯის მიდამოში (ჯირკვლები, appendicitis და სხვა). ამ მეთოდს, ცხადია მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის საჭიროების დროიანად გამორკვევისათვის.

ეხლა გადავალ თავისა და ზურგის ტვინის სნეულებათა რენტგენოლოგიკოსტიულ მეთოდებზე.—Ventriculographia და Myelographia **).

ამ შემთხვევისათვის შემოღებულია, როგორც საკონტრასტო სითხე, Jod-ის ხსნარი ზეთში. ფრანგები ხმარობენ ფრანგული წარმოების პრეპარატს Lipiodol Lafay (0,54 Jodi 1 ccm. ხსნარში). Lipiodol-ი არის ორგვარი: ascendens—ხერხემლის ტვინის ზედა ნაწილებისათვის და descendens ქვედა ნაწილებისათვის. Ventriculographia-ს ფრანგები აწარმოებენ შემდეგი წესით: აკეთებენ ლუმბალურ პუნქციას და გამოუშვებენ 10 ccm. სითხეს, იმავე ნემსზე აცმევენ 20,0 შპრიცს, რითაც გამოაქვთ კიდევ 5,0 სითხე, მას მოუმატებენ 5 ccm. Lipiodol-ს (ascendens), აურევენ ერთმანეთში, გამოუშვებენ შპრიციდან ჰაერს და უკეთებენ ავადმყოფს ინექციას (მჯდომარეს). Lipiodol-ი აღის ზევით (ვინაიდან ის არის უფრო მზატე ხერხემლის ტვინის სითხეზე) გროვდება ტვინის პარაკუქებში, იძლევა კონტრასტულ სურათს (ჩრდილს). ერთი სურათი საათის შემდეგ, მეორე 3 დღის შემდეგ.

Prof. Schüller-მა (Holzknecht-ის ინსტიტუტი) ნახა ამ მეთოდის ხმარების შემდეგი თერაპიული შედეგებიც საერთო სკლეროზის დროს. აქამდე შემოღებული იყო ე. წ. Encephalographia ჰაერის (20-260 ccm) შეშვება

*) ჩემი მოხსენება სოხუმში ექიმთა სამეცნიერო საზოგადოებაში 30/1 1928 წ.

***) ჩვენს განყოფილებაში ორი შემთხვევა (ინილეთ სურათი № 2).



Lumbal-ური ან Occipital-ური პუნქციის საშუალებით. მაგრამ ეს მეთოდი არ იყო ასე მარტივი და აქვს გლახა დამყოლი მოვლენები (თავის სასტიკი ტკივილები), ძნელია შეშვებულ ჰაერის რაოდენობის კონტროლი და ამიტომაც მას ხმარობენ, როგორც ultimum refugium, ბნელი შემთხვევების დიაგნოსტიკაში. ეს უკანასკნელი მეთოდი ძალიან მიღებული იყო ლენინგრადის სახელმწიფო რენტგენოლოგიურ ინსტიტუტში ჩემი იქ მუშაობის დროს 1923 წელში (ამ მეთოდის ხმარების დროსაც გვქონდა ჩვენ შეშვებულ ჰაერის თერაპიული მოქმედება, რის მოწმე მე ვიყავი. (Вестн. Рентг. и Рад.) Lipiodol-ის საშუალებით Ventriculographia-სთან უპირველესობა აქვს იმისათვის, რომ არა აქვს თან დაყოლილი მოვლენები, უშიშარია და ტენზიკაც უფრო მარტივია. Ventriculographia-ს საშუალებით შეიძლება აღმოვაჩინოთ ძლიერ პატარა სიმსივნეები (მტრედის კვერცხის ოდენა) და ნაზი ცვლილებები პარიეტალურ და occipital-ურ ნაწილებში. აგრეთვე Lipiodol-ი შეიძლება შეუშვათ ტენის პარაკუჭის პირდაპირ განაპირა კამერებში (ventriculum)—(2 ccm) როდესაც შევიწროებული Foramen Luschka და Magendie არ უშვებს მათში ჰაერს ან კონტრასტულ სითხეს.

გერმანიაში ზურგის ტენის არეს სნეულებათა დიაგნოსტიკისათვის შემოიღეს Merck-ის ფირმის პრეპარატი Iodipin-ი; ტენიკა: პუნქცია cisterna cerebro—medullaris მჯდომარე მდგომარეობაში. არავითარი თან დამყოლი მოვლენები. შეიძლება გამოვიკვლიოთ არის ხერხემლის არხის შევიწროება, სიმსივნე თუ სხვა რაიმე (Peiper და Klöse).

Lipiodol-მა და Iodipin-მა უმთავრესი როლი ითამაშეს სასუნთქი ორგანოების დიაგნოსტიკაში—Bronchiographia. ამ მიზნისათვის ორთავე ამ პრეპარატს ხმარობენ 40% ხსნარში: Lipiodol-ი მომეტებულად საფრანგეთში და ქ. ვენაში იხმარება. Iodipin-ი კი გერმანიაში. გამოკვლევებმა დაამტკიცეს, რომ ორივე თანასწორ მნიშვნელოვანია.

სასუნთქი ორგანოების კონტრასტიული შევსების პირველი ცდები აწარმოეს ამერიკაში. უშხაპუნებდნენ Bismuthi-ს და Barium-ის ზეთში ემულსიას ბრონხებში ბრონხოსკოპის საშუალებით; ასეთივე ცდები იყო Рейнберг-ის და Каплан-ის მიერ ლენინგრადის რენტგენოლოგიურ ი-ში ჩემს იქ სამეცნიერო მივლინებაში 1923 წ. მუშაობის დროს.

ფრანგმა—Siccard და Forestier იხმარეს Lipiodol-ი და მიიღეს თერაპიული შედეგებიც-კი (ბრონხების ლორწოვანი გარსის სეკრეციის შემცირება). Roger და Binet-მა გამოიკვლიეს, რომ არტერიულ სისხლში 10% ნაკლები ცხიმია, ვიდრე ვენურში, რის გამო დაასკვნეს კიდევ, რომ ფილტვების ქსოვილი ცხიმს ისრუტავს. ამის დასამტკიცებლად ცხოველებს სასუნთქ მილებში უშხაპუნებდნენ ცხიმს და გამოკვლევას აწარმოებდნენ, თუ რამდენად შეითვისებდა მას სხეული. ამ გამოკვლევების შემდეგ გადასწყვიტეს, რომ კონტრასტიული პრეპარატები სასუნთქ ორგანოების დიაგნოსტიკაში უნდა იხმარებოდეს ცხიმის ხსნარში; ასეთებია: Lipiodol-ი და Iodipin-ი.

ჩვენ უკვე ვიცით, რომ მათი ხმარება სხეულისათვის სრულიად უვნებელია. ამ ხსნარების უმთავრესი ნაწილს მალე ამოიხველება (2/3—1/2 Forestier,



Lerout, Sergént), ნაწილი, რომელიც რჩება ბრონხებში, ნაწილობრივ ამო-
ისუნთქება, დანარჩენი კი შეისრუტება და გამოდის სხეულიდან შარდის საშუა-
ლებით (შარდი ინექციის შემდეგ Jodi-ს 20%-ის).

ზემოხსენებულ მეთოდის საშუალებით ჩვენ ვიღებთ ერთის მხრივ ბრონხე-
ბისა და Hilus-ის ნორმალურ ანატომიურ სურათს, ხოლო მეორეს მხრივ შე-
გვიძლია აღვნიშნოთ პათოლოგიური მოვლენები: ბრონხების შევიწროება, მათი
გაგანიერება, ბიფურკაციები, აბსცესები, სიმსივნეები, ფისტულები. დიდი მნიშ-
ვნელობა აქვს ამ მეთოდს განსაკუთრებით ბრონხიექტაზიების და კავერნების
დროიან დიაგნოსტიკაში და აგრეთვე ფისტულების გამოსაცნობად.

ამ მეთოდს დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა სუნთქვის ფიზიოლოგიის გამორ-
კვევისათვისაც. რაკი შეისწავლეს კონტრასტიული სითხის სასუნთქ მილებში
შეშხაპუნების შემდეგ განაწილების პრინციპი, გამოარკვეეს, რომ ფილტვების გა-
ნაპირა ნაწილებს უფრო მეტი და სრული კავშირი აქვს ჰაერთან, ვიდრე ცენ-
ტრალურ ნაწილებს. ამიტომ განაპირა ნაწილებში უფრო სრულად ხდება ვენ-
ტილიაცია, მაგრამ ამასთანავე უფრო ადვილადაც იღებს ინფექციას. ამით აი-
ხსნება ის ფაქტი, რომ tbc და პნემონია იწყება უეჭველად ფილტვების lobus-
ის კიდებზე (თუნდაც ცენტრალურად ორ კიდეს შუა lobus-ის განაპირა ნა-
წილზე). (Lenk, Haslinger, Holzknacht-ის ინ-ტი).

ტეხნიკა შემდეგია:

ეკრანის კონტროლის ქვეშ, ბრონხების წინასწარ ანესტეზიის შემდეგ, რბი-
ლი ზონდით შეჰყავთ ბრონხში Lipiodol-ი; ძლიერ არ უნდა იყოს დიდი, ავად-
მყოფის სუნთქვა-ზერეღე. არსებობს სხვა მეთოდიც Lipiodol-ის ან Iodipin-ის
შეშხაპუნებისა (Landau, Sgalitzer). წინასწარ ავადმყოფს მიეცემა 0,5 Ka-
li jodati იდიოსინკრაზიის გამოსარკვევად. რაც შეეხება რენტგ. გამორკვევის
წესს სჯობს გაშუქება, ვიდრე სურათის გადაღება, ვინაიდან ეკრანზე უნდა
აღვნიშნოთ კონტრასტული სითხის მსვლელობა.

ინგლისელებმა და ამერიკელებმა შემოიღეს აგრეთვე jod-ის ხსნარი ცხიმ-
ში (Lipiodol, Iodöl) საშარდო მილის დიაგნოსტიკაში*) სტრიქტურე-
ბის და urethra-ს სხვაგვარ ცვლილებათა გამოსარკვევად (Rohnstam და Ca-
ve—London) და Pyelographia-სათვის (Neuswanger).

ბოლო ხანებში კარგი შედეგები გამოიღო საფრანგეთში Lipiodol-ის ხმა-
რებამ ქალთა სასქესო ორგანოების დიაგნოსტიკაში (Metro-Sal-
pingographia**). ამ მიზნისათვის წინათ სარგებლობდნენ Pneumoperitoneum-ით,
შემდეგ იყო საშვილოსნოში ჰაერის შეშვების ცდები. დღეს-კი Lipiodol და
Iodipin-ის საშუალებით შეიძლება გამოირკვეს საშვილოსნოს მდებარეობა, მისი

*) ჩვენს განყოფილებაში გაკეთებულ uretrographia-ს შემთხვევათა შესახებ იყო ჩემი მოხ-
სენება რენტგენოგრაფების დემონსტრაციით სოხუმის ექიმთა საზოგადოებაში 1928 წ. 30/1 (იხი-
ლეთ სურათი № 4).

***) Metro-Salpingographia ჩვენს განყოფილებაში ფართოდაა შემოღებული. ჩვენი შედეგე-
ბის და ამ მეთოდის მნიშვნელობის ვრცელი აღწერა იხილეთ ჩვენს განყოფილებიდან გამოსულ
ნამუშევარში: С. Одишария и В. Закржевский—Контрастная рентгено-диагностика в ги-
некологии (Вестник Рентгенологии и Радиологии, т. V, вып. 4. 1927 г.)

ღრუ, ფორმა, ღრუს კონტურები, ფიბრომიომები და მიომები ღრუს მხრივ, პოლიპები, მათი ტოფოგრაფია და კონფიგურაცია.

ტენზია: კუჭის გაწმენდის შემდეგ ავადმყოფს აწვენენ მაგიდაზე და მენჯის ქვეშ უდებენ ფირფიტას სურათის გადასაღებად. ვაგინაში შეაქვთ სარკე (გინეკოლოგიური), საშილოსნოს ყელს წმენდენ Alcohol 90⁰-ით და ამის შემდეგ შეუშვებენ Braun-ის შრიპკით საშილოსნოში ერთ-ერთ ხსნარს (4,0—6,0) ნელ-ნელა უძლევათ და მაშინვე რენტგენოგრაფია (ცენტრ. სხივი ჭიპს და os pubis შუა). Ferre, Eisler და სხვა. სურათის გადაღების შემდეგ ვაგინაში შეაქვთ რამოდენიმე ტამპონი გლიცერინით. 12 საათის შემდეგ ათავისუფლებენ ტამპონებიდან და ვაგინას გამორეცხავენ თბილი ხსნარით (სურ. № 3) დიდ მუშაობას აწარმოებენ Holzknacht-ის ინ-ში სპეციალურად თავის ქალისა, ტვინის და ყურის დაავადებათა რენტგენო-დიაგნოსტიკაში პროფ. Schüller-ი და ასისტენტი Mayer-ი, რომელნიც ზემოხსენებულ ვიწრო დარგში მთელს მსოფლიოში ერთად-ერთი გამოჩენილი სპეციალისტებად ითვლებიან.

დიაგნოსტიკის გარდა რ. სხივები გამოყენებულ იქმნენ საექიმო დარგში, როგორც მძლავრი თერაპიული საშუალება.

რ. სხივების თერაპიული ძალა გამოცდილ იქმნა პირველად დერმატოლოგიაში (Freund და სხვა), სადაც ბიოლოგიურ ცდებისა და ტენზიკის გაუმჯობესების შემდეგ რენტგენო-თერაპიამ მტკიცედ მოიპოვა ადგილი.

რ. სხივების თერაპიული მოქმედება: კანზე, სპერმატოგენეზზე (Albers-Schönberg, Frieben), საკვერცხეებზე (Halberstaedter, Faber, Reifferscheid), ელენთას ლიმფურ ქსოვილზე, ლიმფურ ჯირკვლებზე, (Heneke, Krause, Ziegler) ექვს გარეშეა, ცხადზე უცხადესია.

მიომიან საშილოსნოში, ლეიკემიის, ფსევდოლეიკემიის და ლიმფოიდურ აპარატის სხვაგვარ დაავადებათა რენტგენით წამლობამ, მეცნიერულ ბაზაზე და მყარების შემდეგ, მედიცინაში სავსებით მოიპოვა მოქალაქობრივობა.

კარგ თვისებიან გინეკოლოგიურ დაავადებათა რენტგენო-თერაპიის პრაქტიკული შედეგები ზედ მიწვევით კარგია (95% და მეტი განკურნებისა). Phillips-ი ინგლისის გინეკოლოგიის გამოჩენილი ავტორიტეტი, აღნიშნავს, რომ ყოველი შემთხვევა საშილოსნოს მიომისა უნდა იყოს პირველ ყოვლისა რ. სხივებით ნამკურნალევი. Iaschke საშილოსნოს მიომის რ. თერაპიას სთვლის ზედმიწვევით მარტივ და ავადმყოფის სიცოცხლისათვის უშიშარ მეთოდათ და აღნიშნავს, რომ რ. სხივებს ოპერატიულ მეთოდთან უპირატესობა უნდა მიეცეს.

სისხლის დაავადებათა რ. თერაპია ჯერ-ჯერობით გარდამავალ შედეგებს იძლევა და ამიტომაც ჯერ კიდევ დამუშავების ხანაშია.

მაშინ, როდესაც ფილტვის tbc წამლობაში ჩვენ ვხედავთ აზრთა განსხვავებას, სხვა მიდამოების tbc წამლობაში ყველა ერთხმად აღნიშნავს მის კარგს შედეგებს. თითქმის პრაქტიკულ მედიცინის ყოველ არეში რ. თერაპიამ მოიპოვა სათანადო ადგილი და მისი მოქმედების არე დღითი-დღე ფართოვდება. და დღეს სამკურნალო მეცნიერებაში არ მოიპოვება თითქმის არც ერთი



არე, სადაც რენტგენის სხივები არ იყოს მიღებული, როგორც თერაპიული საშუალება.

რაც შეეხება ავთვისებიან სიმსივნეებს*) რ. სხივები ყველაზე უფრო კარგად მოქმედებენ ლიმფო-სარკომებზე. საერთოდ სარკომა ქირურგების ხელში გვიან ხვდება, როდესაც ოპერაცია უკვე საძნელოა, ამიტომაც რ. წამლობას დიდი მნიშვნელობა აქვს. გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში კეთილთვისებიან სიმსივნეთა (მიომები და სხვა) და მეტროპათიების მკურნალობის დროს, თუ სწორი ინდიკაცია არის, ჩვენ ვიღებთ განკურნების 100%-ს. კლიმაქტერიულ სიმპტომებთან საბრძოლველად არის სხვადასხვანაირი წამლობა: მაგალითად, გიპოფიზის და ფარისებურ ჯირკვლის რ. სხივებით სუსტი განათება და აგრეთვე წამლობა სხვადასხვა პრეპარატებით (Ovo-Transannon, Klimakton, და სხვ.) (Borak, Heiman, Szenes).

შემოღებულ იქმნა დროებითი კასტრაცია. ეს უკანასკნელი საშუალება ავალგაზრდა ინდივიდუუმების მკურნალობაში დიდ მნიშვნელოვანია. ერლანგენის კლინიკამ განკუთვნილი დოზის მიცემით მიაღწია სისხლის მდინარეობის შეწყვეტას განსაზღვრული დროით.

ამ მიზნისათვის ახალგაზრდა ინდივიდუუმებთან, სადაც არ არის ნაჩვენები საკვერცხეების გაშუქება, შემოღებულია ამ ბოლო დროს ღვიძლის და ელენთის გაშუქება. (ამ შემთხვევაში საესეებით აშორებულია სამუდამოდ თვითურების შეწყვეტის საშიშროება, ვინაიდან საკვერცხეების ატროფიას არ ვახდენთ). ელენთისა და ღვიძლის გაშუქებამ სისხლის მდინარეობის გასაჩერებლად განსაკუთრებით მაშინ, როცა საჭიროა სწრაფი მოქმედება, ამ ბოლო ხანებში მოაპოვა სრული მოქალაქობრივობა. Holzknacht-ის ინ-ში ფართოდ მიმართავენ ხოლმე ამ საშუალებას და Borak-ი აღნიშნავს ამ მეთოდს, როგორც სისხლის მდინარეობის დროს საუკეთესო და სწრაფ რეგულიატორს. (მოქმედობს ორი-სამ საათში გაშუქების შემდეგ). მისი აზრით პარენხიმატოზური ორგანოების გაშუქება, რომელნიც ბუროთულებით მდიდარნი არიან, იწვევს მათ დაშლას, დაშლის პროდუქტები კი მოქმედებენ საკვერცხეებზე.

Spiehof-ი ელენთის გაშუქებით გამოწვეულ მოქმედებას ხსნის ელენთის ფერმენტების საკვერცხეებზე მოქმედებით. პროფ. Heimann-ი ხსნის სისხლის მდინარეობის შეწყვეტას სისხლის ფერმენტების აჩქარებითი წებოვნებით. მოხუცი ინდივიდუუმათვის თვითურის დაბრუნების ასაცილებლად საჭიროა საკვერცხეების განათება და არა ელენთის და ღვიძლის.

მე მინდა მოგახსენოთ აგრეთვე რამოდენიმე სიტყვა, თუ რა მდგომარეობაშია დღეს ტუბერკულოზის რ. სხივებით ექიმობის საკითხი. ფილტვების კლექის მკურნალობაში რ. სხივები წარმოადგენენ ბუნებრივ განკურნების ერთგვარ დამხმარე ფაქტორს, რომელიც აჩქარებს მკურნალობის მსვლელობას. რ. სხივებისათვის ნაჩვენებია ისეთი ფორმები, რომლთაც აქვთ სპონტანური განკურნების მიდრეკილება (პროდუქტიული ფორმები) ისეთი, რომელნიც ნელა ვითარდებიან. სტაციონალური და რომელთაც აქვთ მიდრეკილება ლატენტურ მდგო-

*) კერძოდ ავთვისებიან სიმსივნეებზე საუბარი მექნება ცალკე მოხსენებაში.

მარობისაკენ. ექსუდატიური ფორმების რ. სხივებით ექიმობა არ არის ნაჩვენები—ეს ფორმა ჯერ უნდა იქმნეს გადაყვანილი უსიცხო მდგომარეობაში და შემდეგ მიმართოთ რენტგენს. ქლექის რენტგენით წამლობას Bakmeister-ი აღარებს ტუბერკულინით წამლობას, ე. ი. შემაერთებელი ქსოვილის გაღიზიანებას და ამით ზრდის პროცესის გაცხოველებას, მხოლოდ რ. სხივებს ტუბერკულინთან ის უპირატესობა აქვთ, რომ შეგვიძლია სწორედ გაზომილ დოზების მიცემა. საუკეთესო შედეგებს გვაძლევს რენტგენისა და კვარცნათურის კომბინაცია (გაუმჯობესების 96%)⁶). მძიმე შემთხვევებშიაც აღნიშნულია ნახველიდან ბაცილების გაქრობა (52%-ში).

ქირურგიულ ტუბერკულოზის მკურნალობაში რ. სხივების მნიშვნელობა ეჭვს ვარგეშა. აქ იგი სხვა მეთოდებთან შედარებით საუკეთესო შედეგებს გვაძლევს. (ძვლისა და სახსრის tbc—55% განკურნება, რბილი ნაწილების tbc 80% prof. Steinthal, lungling) (ნაჩვენებია ამასთანავე ერთად ოროთოპედიული დახმარებაც, რაც რენტგენითურთ გვაძლევს კარგს შედეგებს). სახსრების tbc-ს დროს უფრო ადვილად იკურნებიან მცირე სახსრები, მაგრამ დიდი სახსრებიც გვაძლევენ კარგ შედეგებს Contraindicatio შორს წასული პროცესები ბევრი ჩირქით და კახექსიით, სადაც სხეულის ძალთა აღდგენა უკვე შეუძლებელია.

ბოლო ხანებში რ. სხივებმა დიდი პოპულარობა მოიპოვა სხვადასხვა ანთებითი პროცესების მკურნალობაში. გამოქვეყნებული იქმნა Heidenhein და Fried და სხვათა შრომები ამ დარგში საუცხოვო შედეგებით. ზემოხსენებული ავტორები ექიმობდნენ მწვავე და sub მწვავე შემთხვევებს ჩირქიან ანთებისას, მაგალითად: ლიმფურ ჯირკვლების ანთებას, Bubo inguinalis, მძიმე ფლეგმონებს, ფურუნკულოზს, ლიმფანგიოიტს, ფლეგმანოზურ ანგინას, პანარიციებს; რბილი ნაწილების ინფილტრაციებს, სახსრების დაჩირქებას, მწვავე და ქრონიკულ ოსტეომიელიტებს, პერიტონიტის შემდეგ დარჩენილი ჩირქოვან ბუდეებს, პნევმონიას, ენდომეტრიტებს, პარამეტრიტებს, სალპინგიტებს, პიოსალპინქს, სეპტიკური აბორტებს და სხვას. ყველა ზემო აღნიშნული სნეულების რ. სხივებით მკურნალობაში მიღებულია საუცხოვო შედეგები (75% კარგი). დაახლოებით 48 საათის განმავლობაში განათების შემდეგ უკვე აღნიშნულია შემდეგი შედეგები: სიცხის დაწვევა ნორმამდე, ტკივილების შემცირება ან სრულიად შეწყვეტა და საერთოდ მდგომარეობის გაუმჯობესება. ხანდახან ძალიან იშვიათად განათების შემდეგ საღამოს აღნიშნულია სიცხის აწვევა, მაგრამ ის მალე ისევ დაიწვეს. აგრეთვე ხანდახან აღნიშნულია სიმსივნის ვადიდება პირველ 24 საათში, — შემდეგში-კი უეჭველად მცირდება (ეს უნდა მივიღოთ მხედველობაში, რომ უდროვოთ არ მივყოთ ხელი დანას). საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება მეტად აღსანიშნავია—პირველ დღესვე ავადმყოფს ღამით კარგად სძინავს. უმეტეს შემთხვევაში 5-12 დღის განმავლობაში ავადმყოფი სრულიად განკურნებულია. ხანდახან ავადმყოფს ბუდეში ეწყება დარბილება, რომელიც უნდა გაათავისუფლოთ შპრიცის საშუალებით. შემაერთებელ ქსოვილის ნეკროზი არ არის აღნიშნული; არ არის საჭირო დრენაჟი—წყლული უნდა შეიკრას ემპლასტროთი. ბაქტერიოლოგიურმა და სეროლოგიურმა გასინჯვებმა ვეაჩვენეს, რომ 48 საა-

თის განმავლობაში გაშუქების შემდეგ სისხლის სითხეში ბაქტერიციდური თვისებები ძლიერდება და ამ დროშივე ჩვენ აღვნიშნავთ საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებასაც. პირველ კვირის განმავლობაში სისხლის სითხის ეს თვისებები ჩამოდის ისევე ნორმამდე. ჩირქის გასინჯვა ხშირად 48 საათის შემდეგ იძლეოდა სტერილურ სურათს, ჩირქის სითხე ბაქტერიციდური თვისებებიანია.

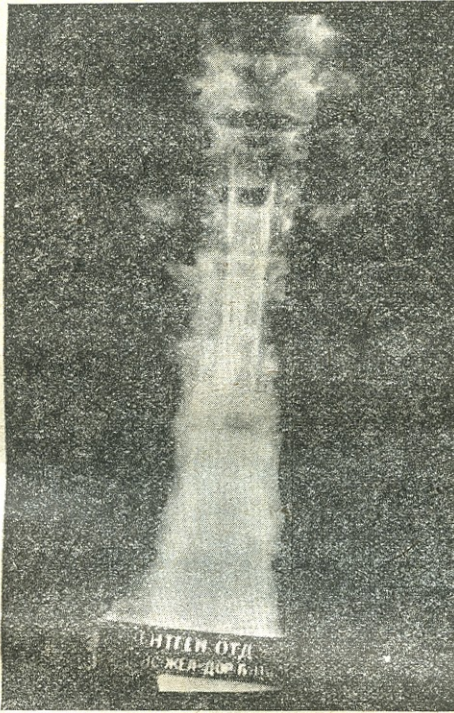
ამგვარად ჩვენ შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ რ. სხივებს აქვთ იმუნიზაციური მოქმედება და შესაძლებელია ეს ხდება სისხლის დენის სისტემაზე გავლენით, რასაც ამტკიცებს ის ფაქტი, რომ ამგვარ ბაქტერიოლოგიურ და სეროლოგიურ სურათებს ვპოულობთ იმ შემთხვევებშიაც, როდესაც ჩვენ ვაშუქებთ დაავადებულ ბუდედან ძლიერ მოშორებულ ადგილებსაც.

Holz-knecht-ის ინსტიტუტში წარმოებს დიდი მუშაობა ანთებით სნეულებათა რენტგენო-თერაპიაში მეთოდის დამუშავებაზე. Pordes-ი (Holz-knecht-ის მოწაფე) ამბობს, რომ რ. სხივების გავლენა გამოიხატება ლიმფოციტების და ლეიკოციტების დაშლაში, რის გამოც მცირდება ქსოვილების დაქიმვა და ამის გამო კლებულობს ტკივილები. Fried-ი არ იზიარებს ამ აზრს. ამგვარად რ. სხივების ხმარება ანთებითი დაავადების წამლობაში არის რენტგენოთერაპიის დიდი წარმატება.

Holz-knecht-ის ინსტიტუტში დოც. Lenk-მა გაატარა აგრეთვე რენტგენის სხივებით *Ulcus ventriculi*-ის წამლობა ხშირად კარგი შედეგებით: გაქრა სრულიად მუსკულატურის სპაზმატური მდგომარეობა, ამ მდგომარეობით გამოწვეულ ტკივილების და აგრეთვე „ნიშის“ სიმპტომის, თუ კი ასეთი რამ იყო. ხელის დაჭერის დროს ტკივილები დროებით რჩება (რაც იხსნება უთუოდ მეზობელ პერიტონეუმზე ანთების გავრცელებით). *Hyperaciditas* ხშირად რამოდენიმე ხანში გაივლის, ხანდახან კი რჩება იმ დროს, როდესაც ტკივილები უკვე არ არის, და აქვს ტკივილები, როდესაც *Hyperaciditas norma*-ზე დადის. ეს გვიჩვენებს ტკივილების, *Hyperaciditas*-აგან დამოკიდებულებას.

ამ გვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ რენტგენოლოგია, როგორც დიაგნოსტიკური და თერაპიული საშუალება, ახალ და ახალ არეებს იპყრობს: გამოკვლევის მეთოდები გაუმჯობესდა და აგრეთვე იგი შეიქრა ადამიანის სხეულის იმ ნაწილში, რომელნიც დღემდე რენტგენოლოგიისათვის მისაწვდომი არ იყო.

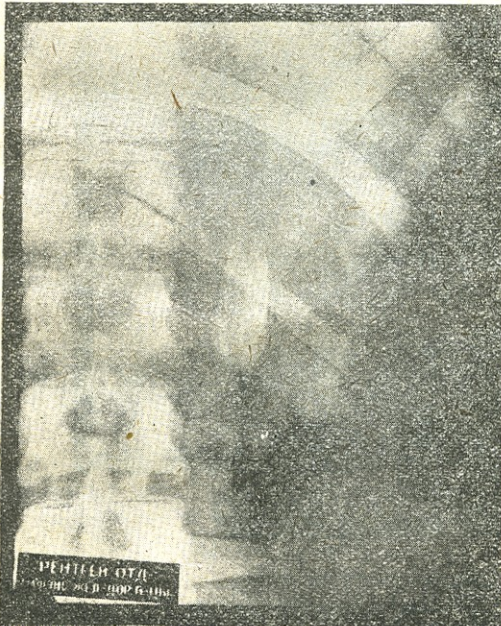
ზემოხსენებული მეთოდები, როგორც მოგახსენეთ, შემოღებული გვაქვს ტფილისის რკინის გზის სა-ფოს რენტგენოლოგიურ განყოფილებაში. შედეგები და ჩვენი დაკვირვებანი ვრცლად გვექნება გამოქვეყნებული სათანადო დიდი მასალის დაგროვებისა და დამუშავების შემდეგ. ჯერ-ჯერობით კი ზემოხსენებულ ახალ კონტრასტულ დიაგნოსტიკურ მეთოდების დასასურათებლად ვაქვეყნებ ჩვენ განყოფილებაში გატარებულ შემთხვევების რამოდენიმე რენტგენოგრაფიას.



სურ. 1.

Myelographia—ზურგის ტვინის არეში არის წგშხაუნებული Lipiodol ascends, რომელსაც ჩვენ ვბოულობთ სურათზე 4. ნ და 6 გულმკერდის მალას არეში. (ავადმყოფი ნ. ი. 50 წლ. 1926 წ.

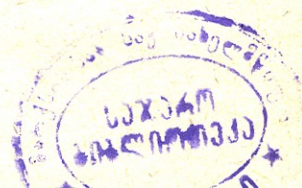
21|X).

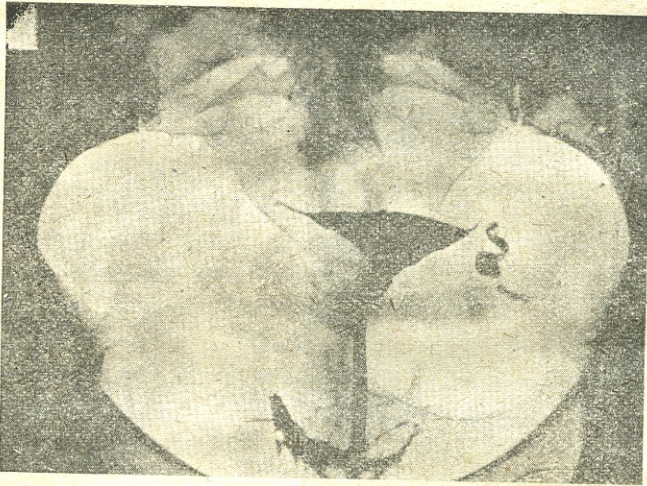


სურ. 2.

Cholecystographia—ნალვლის ბუშტის ნორმალური სურათი, კონტრასტული აბების per os მიღებიდან 12 საათის შემდეგ (ავადმყოფი კ. ა. 33 წლ. 1926 წ.

23|X).





სურ. 3.

Metrosalpyngographia—სურათი ნორმალურ cavum uterus (Iodipin-ის შეშხაპუნების შემდგომ; ოდნავ dextropositio; მარჯვენა საკვერცხე მილი თავისუფალია, მარცხენა—გაუქალი. (ავადმყოფი ა. რ. 33 წლ. 1297 წ. 23 II).



სურ. 4.

Urethrographia — Stricture pars prostaticae; მას ზემოდ გაქედლია ქვა. მიღში შეშხაპუნებულია კონტრასტული სითხე და სურათი იღება შეშხაპუნების პროცესის დროს.

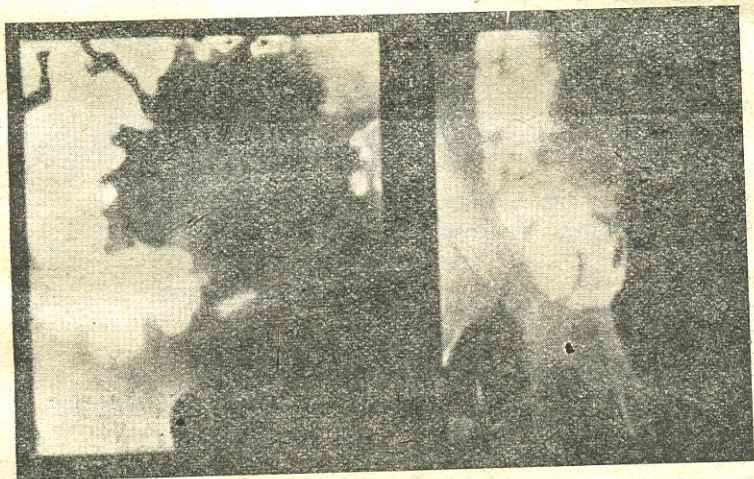
(ავადმყოფი ი. რ. 37 წლ. 1927 წ. 28/III)



სურ. 5.

Pyelographia — კონტრასტული სითხით ავსებული
Hilus renalis (calices et pelvis). თირკმელი გადიდებულია.

(ავადმყოფი თ. ტ. 22 წლ. 1927 წ. 15/XII)



სურ. 6.

Appendicographia—coecum და appendix-ის ორი
სხვადასხვა მდებარეობა და ფორმა.

(ავადმყოფი ე. პ. 34 წლ. 1926 წ. 26/XI)

(ავადმყოფი ა. კ. 22 წლ. 1926 წ. 19/XI)



კოჩისკონდენცია

პრიმ.-დოც. მ. მგალობელი.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

სრულიად საკავშირო მუან-გინეკოლოგთა მე-VIII ყრილობა კიევიში. *)

ტფ. სახ. უნივ. გინეკოლოგიური კლინიკა. გამგე—პროფ. ზ. დამბარაშვილი.

სრულიად საკავშირო მე ან-გინეკოლოგთა მე-VIII ყრილობა შესდგა ქალ. კიევიში 1928 წ. 22—26 მაის. ყრილობას დაესწრო 947 წევრი და 312 სტუმარი. დამსწრეთა შორის 722 უკრაინიდან იყო.

მოისმინეს მხოლოდ 100 მოხსენება, დანარჩენი კი (900-ზე მეტი) დროს უქონლობის გამო გადაიდო.

საპროგრამო საკითხებად გამოცხადებული იყო: 1) საშვილოსნოს ფიბრომიომის წამლობა, 2) ქალის დროებითი სტერილიზაცია, 3) საკეისრო გაკვეთა და 4) პროფმავნებლობა. ამას გარდა ყრილობაზე მრავლად იყო წარმოდგენილი ინდივიდუალური მოხსენებები სხვადასხვა თემაზე, მაგრამ მათ შორის მხოლოდ ნაწილი იქნა წაკითხული.

ყრილობის თავჯდომარეთ არჩეული იყო პირველ კრებაზე პროფ. ოტტი, პრეზიდიუმი კი 20-ზე მეტ პირისაგან შესდგებოდა (თითქმის ყველა უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კათედრის გამგენი).

პირველი ორი საპროგრამო საკითხი—საშვილოსნოს ფიბრომიომის წამლობა და ქალის დროებითი სტერილიზაცია—რენტგენოლოგებთან ერთად შეერთებულ კრებაზე გაიჩნა. ფიბრომიომის წამლობის საკითხში ცხარე კამათი გაიმართა გინეკოლოგებსა და რენტგენოლოგებ შორის. მთავარი მომხსენებლად ამ საკითხში იყვნენ პროფესორები კრივსკი (ლენინგრადი), ნემენოვი (ლენინგრადი) და დამბარაშვილი (ტფილისი). გინეკოლოგები ამ ტიპის ცდებზე, რომ მიომის ოპერაციული წამლობის სრული უარყოფა არ შეიძლება მიუხედავად იმისა, რომ სხივების ძლევით მოსილობა უდავოა. ჯერ კიდევ საკმაო შემთხვევებია, სადაც საკირო ხდება დანით ჩარევა.

სხივებით წამლობა შეიძლება, როდესაც მიომა ინტერსტიციალურად ზის, არ არის დიდი, რომ კიბამდე და მის ზევით აღიოდეს და განსაზღვრულ ასაკის ქალს ეხება. სხივები არ გამოდგება, თუ სიცოცხლისათვის საშიში სისხლის დენაა და თუ ის სუბმუკოზურად ვითარდება. სამაგიეროდ სხივებისთვის მიმართვა აუცილებელია რომელ ასაკში არ უნდა გამოჩნდეს ფიბრომა, თუ ავადმყოფს დანის შიში აქვს და აგრეთვე თუ არსებობს ისეთი დაავადება სხვა ორგანოთა ძნრივ, რომელიც ოპერაციისათვის საწინააღმდეგო ნიშან საბუთს წარმოადგენს (გულ-ლი, ფილტვები, დიაბეტი, ბაზელოვი და სხვ.).

რენტგენოლოგები (ნემენოვი, არხანგელსკი და სხვ.) არ ეთანხმებოდნენ ბევრში ოპერაციის მომხრეთ და გაცილებით უფრო აფართოვებდნენ სხივებით წამლობის ჩვენებებს. ისინი არც ასაკს იღებდნენ საწინააღმდეგო ჩვენებათ და გამოვარდნის მოვლენების მნიშვნელობას უარყოფდნენ. მიუხედავად ასეთი შეხედულობისა ყრილობამ მაინც აღიარა საკიროება, როგორც სხივის, ისე დანისა, იმ მოსაზრებით, რომ ჩვენ ვაქიმობთ არასიმსივნეს, არამედ დასნეულებულ ორგანიზმს.

*) წაკითხულია ტფილ. გინეკოლოგიურ კლინიკის სამეცნიერო კონფერენციაზე და დასავლეთ საქართ. ექიმთა საზოგადოებაში. იბეჭდება შემოკლებულად.



რაც შეეხება საკითხს, თუ ოპერაციის რომელი მეთოდი—რადიკალური თუ კონსერვატიული—უნდა იყოს მალა დაყენებული, მას დიდი კამათი არ გამოუწვევია. საჭიროდ იცნენ ყოველ ცალკე შემთხვევაში ინდივიდუალიზაციის პრინციპი. უმრავლესობის აზრით კონსერვატიული მეთოდი ენუკლეაცია-ფიბროტომია - არ ჩაითვლება უშიშარ ოპერაციად და, თუმცა შეიცავს უპირატესობას, რომ ორსულობა მის შემდეგ შესაძლებელია და მენსტრუაცია არ ისპობა, მაგრამ მას მაინც თავისი ნაკლულთვანებაც აქვს, როგორც ოპერაციის გართულებათა (სისხლის დენა, გემატომა, ინფექცია), ისე შესაძლებელი რეციდივების გამოჩენის გამო.

ალიარებულ იქნა აშკარა უპირატესობა ვაგინალური გზისა მიომის ამოსაკვეთად, მხოლოდ მიჩინეს საჭიროდ მისი ტუნციის კარგი ცოდნა და აგრეთვე შემთხვევათა მტკიცე შერჩევა (ოლენობა, შეზორცება და სხვ.). ამრიგად ოტტის გამოსვლას, თუმცა ოვაციით შევსდნ, მაგრამ მისი აზრი—ფართოდ ვაგინალურ გზის გამოყენების მიღებული არ იქნა უმრავლესობის მიერ. რაც შეეხება ყელის ზევილი ამპუტაციის და საშვილოსნოს სრული ამოკვეთას, ორივე გამოკვლევით იყო რადიკალურ მეთოდებად და შემთხვევის მიხედვით ხან ერთი და ხან მეორე უნდა სწარმოებდეს. ამ მეთოდების შედარება თუ გინდ სიკვდილობის % მიხედვით არ შეიძლება, რადგან ისინი ერთმანეთს კონკურენციას კი არ უწევენ, არამედ ერთი მეორეს ამბლებენ და ასრულებენ.

შიში სუპრავაგინალური ამპუტაციის შემდეგ ნაკომზე რეციდივის გამოჩენისა ან მისი ავთვისებიანი გადაგვარებისა თითქმის სრულიად უსაფუძვლოა; რაც შეეხება ნაკომზე ექსტატიების გამოჩენას, ის შეიძლება მინიმუმამდე იყოს დატანილი, თუ ლორწოიანი გარსი საფუძვლიანად იქნება ამოკვეთილი ყელის არხიდან.

დაუსაბუთებელი დამოადგა ღმობსენება კაკუშვინისა (სარატოვი), რომელსაც 50 %-ში დაუდასტურებია მიომის დროს ანთებადი ცვლილებები საკვერცხეებში და ამის გამო სურს დაუკავშიროს მიზეზობრივად ეს ცვლილებები მიომის განვითარება-წარმოშობას. თავის მასალის მიხედვით მას ორსულობა და მშობიარობა მიომის გაჩენამდე მრავლად აღუნიშნავს, მისი აზრით ფიბრომიომიანი ქალი ამ მხრივ სრულ ღირებულებიან პირს წარმოადგენს (полиценный); მაგრამ რადგან საკვერცხის ანთებადი დაავადებით სწყდება უმთავრესა ფუნქცია სრულღირებულებიან ორგანოსა-საშვილოსნოსი (განაყოფიერება და მშობიარობა), ამიტომ ეს ენერგია სხვა მიმართულებით იხარჯება და ჩვენ ვიღებთ ამ ორგანოს გადაგვარებას. კაკუშკინს სამართლიანად მიუთითოს, რომ ინფანტილური საშვილოსნო და სიმბინჯენი უფრო ხშირად იძლევიან სწორედ მიომატოზურ გადაგვარებას ვიდრე ნორმალური, ასე რომ სრულ ღირებულობაზე ლაპარაკი აქ არ შეიძლება.

რენტგენის სხივებით ქალის დროებითი სტერილიზაციის საკითხში მთავარ მომსწებლად გამოვიდენ პროფ. დამბარაშვილი და ექ. პორხოვნიკი (კიევი). ორივე აღნიშნავდენ სხივებით დროებითი სტერილიზაციის მნიშვნელობას დანამატების ქრონიკულ ანთების ზოგიერთი შემთხვევაში; რაც შეეხება სხივების ხმარებას, როგორც ორსულობის საწინააღმდეგო საშუალებას, ეს მიუღებლად მიაჩნიათ, რადგან, როგორც ცდები ცხოველებზე ამტკიცებენ, დიდია ზიანი რომელიც ასეთი სტერილიზაციით შეიძლება მივიღოთ; შესაძლებელია მოსპოს არა მარტო განაყოფიერების უნარი, არამედ უჯრედის შინაგან სეკრეტორული თვისებაც. სხივების ცუდი გავლენა ნაყოფზე აშკარაა, როდესაც განაყოფიერება ხდება განსხივების შემდეგ მოკლე დროში.

გამორკვა, რომ საბჭოთა კავშირში ზოგი ექიმი მიმართავს რენტგენოსტერილიზაციას, როგორც ორსულობის საწინააღმდეგო საშუალებას. ერთ ერთ დამცველმა ამ მეთოდისა ექ. ბორმანმა (ლენინგრადი), რომელსაც მოსენება უნდა წაეკითხა ყრილობაზე, მაგრამ არ გამოცხადდა, ბროშურაც კი გამოსცა ამ იდეის პოპულარიზაციის მიზნით. ეს იდეა ლენინგრადის ექიმთა სამეცნიერო საზოგადოებამ კიდევ დაგმო თავის დადგენილებით. მოკამათებო კი-პარსკი, სილიცკი, აბულაძე და სხვ. კატეგორიულად უარყოფდენ ქალის დროებითი სტერილიზაციის სოციალური ჩვენებით. ამიტომ კრების თავჯდომარემ რენტგენოლოგმა ფრენკელმა რეზიუმეში ის აზრი გაატარა, რომ ქალის სტერილიზაცია უნდა ხდებოდეს მხოლოდ



სამკურნალო ჩვენებებით, რაც შეეხება სოციალურსა მის წინააღმდეგ ყრილობამ თავისი ხმა უნდა აღამაღლოს. სხვათა შორის კ რ უ პ ს კ ი ს ეკსპერიმენტალურად თავებზე (9 თვის დაკვირვება) სამი თაობაზე შეუსწავლია სხივების მოქმედება და მიუღია მხოლოდ ნაყოფიერობის უნარის დაქვეითება, რაიმე სიმპტომებს და ანომალიას ამ დროის განმავლობაში აღვილი არ ქონია.

იქვის თვლით და უნდობლად შეხედა ყრილობა ექ. ანდრეევის (პერმი) დაკვირვებას, სახელდობრ შეშაპუნება (ხოველის სპერმის მოკლული კულტურისა კან ქვეშ (6 თვის დაკვირვება კარგი შედეგით).

კამათის დროს საკმაოდ ვრცლად შეხეხენ სტერილიზაციის ქირურგიულ წესებსაც. აღნიშნეს, რომ კვერცხსავლის გადაჭრის და გადასკვნის შემდეგაც ხშირია სანათურის ისევ აღდგენა და ორსულობის დადგომა.

მესამე საპროგრამო საკითხად საკეისრო გაკვეთა იდგა. მთავრი მომხსენებლები პროფესორები გ რ უ ზ დ ე ვ ი (ყაზანი), ილკევიჩი და სერდიუკოვი (მოსკოვი) საკმაოდ დიდსტატიტიკური მასალაზე დაყრდნობით იმ აზრს იცავდნენ, რომ საჭიროა საკეისრო გაკვეთის ჩვენებანი გაფართოვებულ იქნას, რადგან სიკვდილობის % არც ისე დიდია ასეთი ჩარევის შემდეგ (3,45%—4.7%); შორეული შედეგებიც ამ ოპერაციისა არ არის ცუდი. ძველი სკოლის მიმდევრები მაინც აღნიშნავენ სიკვდილობის დიდ % და შორეულ გართულებებს—საშიფოსნოს გასკდომის შესაძლებლობა, ტივილები, შფუებები და სხვ.—და მეტ თავშეკავებას ითხოვდნენ.

რაც შეეხება საკეისრო გაკვეთის ტენიკას უმრავლესობას საუკეთესოდ ვეზიკალურ-ცერვიკალური მეთოდი მიაჩნია. ყრილობამ საერთოდ უარყო ზედმეტი გატაკება საკეისრო გაკვეთით, მაგ. ექიმ ორლოვს ინფექციურ შემთხვევებშიდაც უწარმოებია ეს გაკვეთა,—და საჭიროდ აღიარა ჩვენებათა უფრო გაფართოვება, ვიდრე ეს ძველად ხდებოდა.

ერეგნიდან პროფ. არევევი იცავს ექიმ სობესტიანსკის მეთოდს, ნადრევ მშობიარობის ხელოვნურად გამოწვევისა და ყრილობას ურდგენს სათანადო აპარატსაც.

დიდის პროტესტის შეხვედნ ექ. სტეპანოვის (რუსტოვი) მოხსენებას შემდეგი სათაურით: „Sectio cesarea parva, თუ ნაყოფის გამოღება აბორტცანგით და კიურეტით per vias naturales გახსნილ მუცლის ღრუთი, როგორც საკეისრო გაკვეთის მაგიერ მეთოდი.“ კეთდება ერთის მხრივ მუცლის გაკვეთა და ხელით ნაყოფის გამოკვლევა, მეორეს მხრივ კი იმავე დროს ყელის გაგანიერება და აბორტცანგით ნაყოფის ნაწილების გამოღება.

ცხარე კამათი გაიმართა დედათა და ბავშთა დაცვის განყოფილების გამგის ლებედევას გამოსვლის ირგვლივ. მომხსენებლის აზრით ამ უკანასკნელ ხანში აღნიშნულია საგრძნობი ზრდა მოსახლეობისა, რაც აყენებს საკითხს სამედიცინო და მმართველ განყოფილებების საჭიროებისა. კავშირის ეკონომიური მდგომარეობა არ იძლევა შესაძლებლობას სამედიცინო საწარმოების განმარელებისა, ამიტომ ამ თავში უნდა დაგვამაყოფილდეთ მხოლოდ საბებიო პუნქტების სხვადასხვა ადგილას გახსნით. აღნიშნული პუნქტები იმუშავებენ საექიმო პუნქტის კონტრალის ქვეშ.

სხვათა შორის ბებიებს დავალება აგრეთვე ხალხში ცნობების გავრცელება შესახებ ორსულობის საწინააღმდეგო საშუალებათა, რომლებიც გაცილებით ნაკლებ ზიანს იძლევა, ვიდრე აბორტები; საბებიო პერსონალის ცოდნის გასაღრმავებლად განზრახულია, საგუბერნიო ჯანმრთელობის განყოფილებებთან სპეციალური კურსების დარსება.

ლებედევა შეეხა აგრეთვე აბორტის საკითხს და აღნიშნა, რომ მშობიარობასთან შედარებით აბორტების რიცხვი ქალაქებში 30% უდრის, სოფლებში კი 15%; ფარული აბორტების რიცხვიც საგრძნობლად კლებულობს. ექიმის კაბინეტში ამბულატორულად აბორტის კეთება დაუშვებელია და ამიტომ საჭიროა ცოტა ოდნავ შესწორებულ იქნას სისხლის სამართლის კოდექსის მე-146 მუხლი, რომელიც საზღვრავს აბორტის კეთების პირობებს. ფარული აბორტების რიცხვის კიდევ უფრო შესამცირებლად საჭირო იქნება საავადმყოფოებში საწოლების მიმატება და აგრეთვე ექიმების კაბინეტების გამოყენება. ექიმს ნება მიეცება თავის კაბინეტში 1—2 საწოლი გამართოს; ამის შესახებ ცნობა უნდა ექნეს ჯანმრთელობის განყოფილ-

ბის. ამავე საკითხებს შეეხო უკრაინის ჯანსაღლობის წარმომადგენელი ექ. შაპირო. უკრაინაში ბავშვების სიკვდილობა შედარებით წინა წლებთან საგრძობლად დაცემულა; მაგ. ომის წინ სიკვდილობა უდრიდა 25%, 25—26 წლებში კი ის 10%-მდე დასულა. აქ წლებში სამეანო დახმარებისათვის მიუზმართავს მშობიარეთა 18%, რაც, რა თქმა უნდა, ძლიერ მცირე რიცხვად უნდა ჩაითვალოს. აბორტები მშობიარობასთან შედარებით 15% შეადგენდა. საჭიროა ენერგიული ბრძოლა უფიც, სოფლის ბებებთან, საჭიროა, რომ მათი ადგილას მუშაობდნენ მეტი კვალიფიკაციის მქონე პერსონალი.

კამათში ხაზ გასმით აღნიშნეს, რომ პუნქტებზე ბებები ვერ შეასრულებენ ჯგეროვანად დაკისრებულ საქმეს, რომ ხშირი იქნება გართულების შემთხვევები, რომ ექიმები რეგისტრაციას გაეჭვივებინ, რადგან ეს იქნებოდა ფინ-ინსპექტორების ხელში ჩაგვარდნა და სხვა, ამიტომ უფრო რაციონალურია სამეანო საწოდების მომართვა დიდ საავადმყოფოებში, ახალი საექიმო პუნქტების გახსნა სოფლად, ექიმების სპეციალური მომზადებაზე ზრუნვა და ბოლოს სოციალური ჩვენებებით აბორტის გაკეთების ნებადართვის გაცემის შემცირება.

დაკავშირებით ამ საკითხებთან ყრილობაზე წამოიჭრა აგრეთვე მეტად მნიშვნელოვანი საკითხი, ორსულობის და მშობიარობის ვადის სწორე გამოცნობა. გამოიჩინა, რომ მეცნიერებას არა აქვს მტკიცე, უდავო საბუთი ორსულობა—მშობიარობის დროს გაოსაცნობად, რომ ამ მხრივ შესაძლებელია შეცდომები 2 კვირით და უფრო მეტითაც. ამ ნიადაგზე ხშირია გაუეებრობა ექიმის და საავადმყოფო კასის შორის. პრფ. დოც. გერშუნს (კიევი) საავადმყოფო კასის დიდ მასალაზე გამოუკვლევიდა, თუ რამდენჯერ ყოფილა შეცდომა ექიმების მხრივ მშობიარობის ვადის გამოცნობაში და შემდეგი მიუღია: მშობიარობის დაწყების ვადა სწორედ გამოცნობილა მხოლოდ 8%-ში, სამაგიეროდ მშობიარობა უფრო გვიან დაწყებულა 54%, უფრო ადრე კი—38%-ში. შეცდომის ვადები ქანაობდა 2—6 კვირის შუა, ყველაზე ხშირად შეცდომა 2 კვირაზე მოდის.

არ შეიძლება არ მოვიხსენიო ერთი მეტად აზიზებული მოხსენება, რომელმაც დამსწრეთა შორის მხოლოდ სიცილი გამოიწვია. მოხსენება ეხებოდა აბორტების გავრცელებასთან ბრძოლის ახალ გზას. ავტორის აზრით (ჟულიანოვსკი) საჭიროა სქესობრივი ცხოვრების რაციონალიზაცია, ე. ი. სქესობრივი ცხოვრება, რომელიც დღეს გადაჭარბებულად სწარმოებს, უნდა ჩაყენებულ იქნას ფიზიოლოგიურ ფარგლებში; ამის ინიციატივა თვით ქალმა უნდა აიღოს.

შემდეგი საპროგრამო საკითხი იყო—პროფმავნებლობა. ის 2 წლის წინდაც იდგა მეან-გინეკოლოგთა მე-VII ყრილობაზე ლენინგრადში. თუმცა ამის შემდეგ გაიხსნა საბჭოთა კავშირში მრავალ ადგილას სპეციალური ინსტიტუტები, ბლომადაა ექიმები, რომლებიც მხოლოდ ამ საკითხზე მუშაობენ, მაგრამ, ვინაიდან დაკვირვების დრო მცირე იყო, მტკიცე დებულებათა დაწესება არ მოხერხდა. სწორედ ამით აიხსნება ის, რომ არც ერთი მოხსენება პროფმავნებლობის შესახებ დასრულებული არ იყო და მხოლოდ გაკვირვებით ეხებოდა წამოყენებულ საკითხებს.

ყრილობაზე ორი მიმართულება იყო წარმოდგენილი. პირველი (პროფ. კურდინოვსკი მთავარი მომხსენებელი) იცავდა იმ აზრს, რომ მეანობაში და გინეკოლოგიაში სპეციალური პროფმავნებლობანი არ არსებობენ; არის მთლიანი ორგანიზმის მანებლობა და არა რომელიმე ცალკე ორგანოსი. გარდა ამისა ქალის ყოფა-ცხოვრებასაც აქვს მნიშვნელობა ამა თუ იმ მანებლობის გამოსაჩენად. ამიტომ მანებლობის შესწავლა უნდა სწარმოებდეს, როგორც პროფესიის, ისე ქალის ყოფაცხოვრების მიხედვით. მეორე მიმართულება, პირიქით, ამტკიცებდა, რომ არის შრომის განსაკუთრებული დარგები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ქალის სასქესო ორგანოებზე; ამის გამორკვევას გარდა თეორიულია პრაქტიკული მნიშვნელობაც აქვს.

მაგ. გიტელსონს (მოსკოვი) 170 შემთხვევაზე შეუსწავლია თუთუნის მტვერის გავლენა და დაუდასტურებია ნერვული სისტემის ზედმეტი აღზნება, კლიმაქსი ნაადრევი; დისმენორეა (22%), მეტრორაგია (30%), ნაყოფიერების დაცემა, ხშირად ადრეული მშობიარობა და აბორტი, Libido sexualis დაქვეითება და საშის ფლორის ცვლილება (დოდერლეინის ჩხირების გაჭრობა). რა თქმა უნდა, 170 შემთხვევის შესწავლაზე ასეთი დასკვნის გამოტანა ნაადრევი;

აღნიშნული ცვლილებანი უნდა გასინჯულ იქნას გაცილებით უფრო მეტ მასალაზე და იმავე დროს უყურადღებოდ არ უნდა დარჩეს თანმბაქოზე მომუშავეთა ყოფაცხოვრება და კონსტიტუცია.

უფრო საინტერესო იყო დაკვირვება ტიპოგრაფიაში მომუშავე ქალებზე (102 შემთხვევა). აღნიშნულა ხშირად ვულვიტები და შემაწუხებელი შლა; გამონადენში აღმოჩენილა რკინა და აგრეთვე ტყვია, რის გამოც ლითონის მტვერისაგან დასაცავად შემოუღიათ ჩასაცმელად სპეცი-ალური ტრიკოები.

ოკუნიევას (მოსკოვიდან) უწარმოებია ექსპერიმენტალური ცდები სიმძიმის აწევის გავლენის შესახებ. განსაკუთრებული აპარატის შემწობით (მანომეტრი ცოტა შეცვლილი) ის იღებდა კარტოგრამს, საიდანაც მაგნე გავლენა საშვილოსნოზე აშკარად ჩანდა, თუ სიმძიმე 20 კილოგრამს აღემატებოდა.

საგულისხმოა კამათი, რომელიც გაიმართა შარდ-ბუშტის საშოს და სხვა ფისტულების და დეფექტების აღდგენის ტენჯიკის ირგვლივ. კიდევ ერთხელ აღიარებულ იქნა საჭიროება პატრონაჟის დაარსებისა ორსულთათვის და აგრეთვე აუცილებლობა მშობიარობის ჩატარებისა საავადმყოფოებში,

სხვათა შორის ჩვენმა თანამემამულემ პრ.-დოც. ხახუტა შვილიშვილმა მოგაწოდა დეფექტის გაკერვის თავისი წესი.

საშვილოსნოს კიბოს ოპერაციის შესახებ მოხსენება გააკეთა ბრაუდემ. მისი მოდიფიკაცია მდგომარეობს იმაში, რომ შარდსაწვეთების პრეპარაციის შემდეგ ღრმად ჩადის ქვევით და სისხლის ძარღვის ორ ადგილას გადასკვნის შემდეგ კვეთავ უშიშრად პარაკოლპალურ და პარარექტალურ ქსოვილს, ე. ი. იმ ქსოვილს, რომელიც Wertheim-ის ოპერაციის შემდეგ ხშირად მეტასტაზების ბუდეს წარმოადგენს. სამაროლიანად მიუთითა ყველამ, რომ ამ ქსოვილის ამოსაყვეთად მუცლის კედლის გზა გამოუსადეგარია ტენჯიკური სინდელის გამო და ბევრად უმჯობესია მისი Schauta—Stäude—Stöckel-ის წესით ვაგინალურად ამოკვეთა.

დიდი შთაბეჭდილება არ დაუტოვია მალინოვსკის (მოსკოვი) მოხსენებას ნეითერებათა ცვლის პროცესების გამოკვლევის შესახებ ორსულობის, თვიურის და თვიურის შემდგომი პერიოდებისა, რადგან შრომა დაუთმავრებელი იყო. შეეხებ გაკვირით ნარკოზის საკითხსაც. უმრავლესობა ზურგის ტენის ანესტეზიის მომხრე იყო. მიუღებელი დარჩა ყრილობისათვის ტიმოფევიის მიერ მოწოდებული ინფილტრაციული ანესტეზია, რომელიც დიდ დროს ითხოვს და ტენჯიკურად დიდ უხერხულობასაც წარმოადგენს. ინტერეს მოკლებული არ ყოფილა ილკევიჩის გამოკვლევა ახალდაბადებულის სისხლში და ყელში სტრუპტოკოკების დამტკიცებისა და აგრეთვე პლატონოვის (ხარკოვი) მოხსენება ჰიპნოზის და შთაგონების ბუნების შესახებ. პლატონოვიცა ყრილობის თხოვნით ჰიპნოზის სენსიც გამართა კლინიკაში, რამაც დიდი შთაბეჭდილება დატოვა დამსწრე საზოგადოებაზე.

ამრიგად ყრილობაზე თუმცა ბევრი რამ ახალი არ თქმულა, მაგრამ რაც ითქვა ინტერეს მოკლებული არ იყო. აღნიშნა კვლევაძიების ახალი გზები, წამოიჭრა ახალი საკითხები, რომლის შესწავლა აუცილებელია და გამომუშავდა სახელმძღვანელო პრინციპები წამლობისა ზოგიერთ სნეულებათა მიმართ. წარმოდგენილი სტატისტიკური მასალა ზოგიერთი საკითხის გამოსარკვევად მართალია მთლად უნაკლო არ იყო, მაგრამ თავისი უამრავობით ბევრად სჭარბობდა საზღვარ გარეთ გამოკვვეყნებულ სტატისტიკას.

გადაწყდა მე-IX ყრილობის მოწვევა ქალ. მოსკოვში 1931 წელში ე. ი. სამი წლის შემდეგ. საპროგრამო საკითხების გამომუშევა მიენდო ახალ საორგანიზაციო კომიტეტს.



სრულიად საქართველოს მედიცინის მე-V სამეცნიერო კონგრესი*).

(24—29 იანვარი 1929 წ.)

სრ. საქ. მედიცინის მე-V სამეცნიერო კონგრესი გაიხსნა ქალ. ბათომში აკადემიურ თეატრის შენობაში 24 იანვარს, საღამოს 6 საათზე. მიუხედავად კონგრესის მომწვევი ს.ორგანიზაციო ბიუროს დადგენილებისა პირველი სხდომა მაინც საზეიმო იყო, ასე რომ საქმიანი მუშაობას კონგრესი მხოლოდ მეორე დღიდან შეუდგა. როგორც პლენარული, ისე სექციების (გარდა ჰიგინის სექციისა) სხდომები მუშათა ახალი კლუბის დარბაზში ხდებოდა.

ყრილობას ხუთსამდე ექიმი დაესწრო (უმრავლესობა, როგორც წევრები); გარდა ამისა ბლომად იყო გარეშე პირებიც—სხვადასხვა ორგანიზაციის წარმომადგენლები და მუშა-მოსამსახურენი, რომლებიც დაინტერესებული იყვნენ არა მარტო გამოფენის დათვალიერებით, არამედ მოხსენებათა და მათ გარშემო ატეხილ კამათის მოსმენით. უთვალავი ხალხი აწყდებოდა მთელი 6 დღის განმავლობაში ახალი კლუბის შენობას, რომ დაწვრილებით გაცნობოდა იმ ექსპონატებს, დიაგრამებს, ელექტრონით განათებულ ვიტრინებს, რენტგენოგრაფებს და სხვ., რომლებიც უხვად და მეტად მოხდენილად გამოფენილი იყო რამოდენიმე ოთახში. სიმართლე უნდა ითქვას, გამოფენა იქნებოდა მიხანშეუწონილად და ლამაზად იყო გამართული, რომ მოგაკონებდათ უცხოეთის ყრილობის გამოფენას. ყურადღებას იპყრობდა ჯანსაჩქომის სოციალური ჰიგინის ინსტიტუტის ექსპონატები, დიდი ხელოვნებით შესრულებული ელექტრონის ვიტრინები, სადაც ნოთაფესებული იყო ლამაზი სურათები და რუკები. საყურადღებო და ლამაზი იყო საკურორტო სამმართველოს ექსპონატები და ა.კ. რკინის გზის ჯანმრთელობის განყოფილების კუთვნი აპარატურით, რენტგენოგრაფებით. სურათებით და სხვა. აღსანიშნავია პათოლოგო-ანატომიური ინსტიტუტის მიერ გამოფენილი პრეპარატებიც და სხვადასხვა დაავადებული ორგანოების ანათომები. საინტერესო იყო ჩიყვის შემსწავლელ ექსპედიციის სურათებიც.

საზეიმო სხდომა გახსნა ს.ორგანიზაციო ბიუროს თავმჯდომარემ პროფ. ა. ნათიშვილმა, რომელმაც პირველ ყოვლისა გაახსენა ყრილობას მე-IV კონგრესის მიერ არჩეულ თავმჯდომარის პროფ. გოგიტიძის და კონგრესის ორი წევრის—პროფ. კახიანიის და მედ. დოქტ. ნაზარაშვილის—უდროოდ გარდაცვალება, რასაც დამსწრე საზოგადოებამ ფეხზე ადგომით პატივი სცა. კონგრესის მოწვევის დაგვიანების მიზეზების ჩამოთვლის შემდეგ თავმჯდომარე ასახელებს. საპროგრამო საკითხებს და ს.ორგანიზაციო ბიუროს სახელით მადლობას უცხადებს საქართველოს და აჭარის ტანის მთავრობის ორგანოებს და წითელ ჯვარს იმ მორალური და მატერიალური დახმარებისათვის, რომელიც მათ, გასწიეს კონგრესის მოსაწყობად და სათანადოდ ჩასატარებლად.

საპატიო პრეზიდიუმის არჩევის შემდეგ (16 კაცი) კრება ირჩევს 20 კაცისაგან შემდგარ საქმიან პრეზიდიუმს. ყრილობის თავმჯდომარეთ დასახელებულია პროფ. ა. ალდაშვილი, მდივნებათ პროფ. მ. მგალობელი და ექ. ი. ასლანიშვილი.

პირველი მისასალმებელი სიტყვით გამოდის საქ. ჯანმრთელობის კომისარი ამხ. კუჭაიძე, რომელიც აცხადებს, რომ კონგრესზე გაშუქებული უნდა იქნეს ის საკითხები, რომლებსაც საბჭოთა საქართველო უყენებს მედიცინას ჯანმრთელობის დაცვის დარგში დღეს როდესაც გაძლიერებული ტემპით ხდება ქვეყნის ინდუსტრიული რევოლუციის და სასოფლო მურწყობის კოლექტივიზაცია განსაკუთრებით საჭიროა ყველგან გეგმიანობის პრინციპის გატარება; სწორედ ასეთი მტკიცე პრინციპზე უნდა იყოს დამყარებული ჯანმრთელობის ორგანოების მომავალი მუშაობაც. ორატორი იმედს გამოსთქვამს, რომ კონგრესი სისწორით აღნიშნავს თავის მომავალი მუშაობის მეცნიერულ ამოცანებს და მეცნიერული ძალების ყურადღებას მიაქცევს ცხოვრებით წამოყენებულ ჯანმრთელობის დაცვის თეორიულ და პრაქტიკულ საკითხებს. „ჩვენი კონგრესი,—

*) ვრცელი ოქმები იბეჭდება ჟურნ. „თანამედ. მედ.“-ის დამატებათ.



ამბობს ის,—რომელზედაც შეკრებილი არიან სამედიცინო მუშაკები საქართველოს ყველა ნაწილებსა, მათ შორის აფხაზეთის, აჭარისტანის, სამხრეთ ოსეთის, მაჩვენებელია ჩვენი სამეცნიერო აზროვნების სოლიდარობისა“—ო.

აჭარისტანის ცაკისა და სახკომსაბჭოს სახელით ყრილობას ესალმება ამხ. ბოლქვაძე. ის გამოსთქვამს ღრმა რწმენას, რომ „კონგრესის ნაყოფიერი მუშაობით კიდევ ერთხელ ჩაყვრება საფუძველი სამკურნალო საქმის მეცნიერულ და პრაქტიკულ ღონისძიებებს საქართველოს მშრომელთა და კერძოთ აჭარისტანის ფუხარა ხალხის საკეთილდღეოთ“. ორატორს განსაკუთრებულ დღეთ მიაჩნია დღევანდელი დღე, რადგან ამით ერთხელ კიდევ უდავოთ ხდება ძმური და განუყრელი კავშირი საქართველოს და აჭარისტანის მშრომელ ხალხთა შორის.

შემდეგ კონგრესს მიესალმენ—აფხაზეთის მთავრობის სახელით ამხ. ანჩაბაძე, რომელმაც სხვათა შორის გამოსთქვა გულწრფელი სურვილი და თხოვნა აფხაზეთისა შემდეგი მე-VI სამეცნიერო კონგრესი მოწვეულ იქნას აფხაზეთის დედა-ქალაქში სოხუმიში, აჭარისტანის პროფკავშირების საბელით—ამხ. ხუნდაძე, ა/კ. წითელ-დროშოვანი არმიის—ამხ. შტენგერი, აჭარისტანის გლეხების წარმომადგენელი ამხ. მელაძე, აჭარისტანის ქალების—ახლად ჩადრ-ახილი აიშე ქიქავა, ბათუმის რკინის გზის მუშა-მოსამსახურეთა სახელით—ამხ. არუთიანოვი, ნავთის სინდიკატის მუშების წარმომადგენელი ამხ. გალოგრაძე, აჭარისტანის ექიმთა საზოგადოების—ექ. ინგოროყვა, ბათუმის ექიმთა საზოგადოების—ექ. ფენსტერი, ფარმაცევტთა საზოგადოების სახელით—ამხ. მხეიძე და სხვა.

სხდომის დახურვის წინ გამოცხადდა მთელი რიგი მისასალმებელი დეპუტებისა და მათ შორის დეპუტა ა/კ. ცაკის თავმჯდომარისა ამხ. მ. ცხაკაიასი და საქართველოს ცაკის თავმჯდომარის ამხ. ფ. მახარაძის.

დაბოლოს გაიმართა მეტად შინაარსიანი კონცერტი კონგრესის დელეგატებისათვის და სტუმრებისათვის. საერთოდ არ შეგვიძლია არ აღვნიშნოთ ის მშვენიერი და თბილი შეხვედრა, რომელიც მიიღეს დელეგატებმა აჭარისტანის მთავრობის ორგანოებისა და ბათუმელ ამხანაგებისაგან. ჩამოსული დელეგატი უზრუნველყოფილი იყო ყველაფრით—თბილი სინათლიანი ბინა, მასზე ზედმეტი ზრუნვა, კარგი მოქცევა და სხვა.

როგორც აღვნიშნეთ, კონგრესის საქმიანი მუშაობა 25 იანვარს ე. ი. მეორე დღეს დაიწყო. წარმოდგენილი იყო 120-მდე სამეცნიერო მოხსენება, აქედან 18 აჭარისტანის ექიმებს ეკუთვნოდა. საპროგრამო საკითხებზე წაიკითხა 29 მოხსენება, დანარჩენი არა საპროგრამოს ეხებოდა და სექციებში იყო მოხსენებული. განზრახული ექსკურსიები სხვადასხვა ადგილას არ მოეწყო უმთავრესად დროს უქონლობის გამო.

პირველ საქმიან სხდომაზე, რომელსაც თავმჯდომარეობდა პროფ. ალდაშვილი, მოსმენილ იქნა 6 მოხსენება შემდეგ საკითხზე: „კუჭის წყლულის კლინიკა და თერაპია“. მთავარი მოხსენებელი პროფ. ვირსალაძე ხაზს უსვამდა იმ გარემოებას, რომ კუჭის წყლულის ეტიოლოგია მიუხედავად 100 წლის მასზე მუშაობისა ჯერ კიდევ მაინც არსებითად გამორკვეული არ არის. დღემდე კიდევ მხოლოდ თეორიები არსებობენ. მიზეზი ამისა ის არის, რომ კუჭის ფიზიოლოგიური და ბიოლოგიური შესწავლა არ დამთავრებულა. რაც შეეხება კუჭის წყლულის დიაგნოსტიკას, ის უკეთეს მდგომარეობაშია და არსებული მეთოდებით შესაძლებელია არა მარტო ძირითად ავადმყოფობის და მის მდებარეობის გამორკვევა, არამედ აქედან გამომდინარე სხვადასხვა გართულებათაც. ავადმყოფობის კლინიკურად შესწავლისათვის აუცილებელია კლინიკური კლასიფიკაციის დამუშავება; ეს კი ჯერ-ჯერობით არ მოგვეპოვება. წლულის კონსერვატიული მკურნალობა იძლევა სრულ კლინიკურ განკურნებას 2/3 შემთხვევაში, ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია მხოლოდ გარკვეულ შემთხვევებში. კლინიკის 201 წყლულის შემთხვევიდან 43-ჯერ გაკეთებულა ოპერაცია.

თანამომხსენებელი პროფ. წინაშეძღვრი შვილი თავის მოხსენებაში შეეხებო რენტგენოდიანოსტიკას და მის გამოცნობის სხვა ფიზიკურ მეთოდებთან შედარებით უპირატესობა მიაუთვნა. რენტგენის სხივებით კუჭის პირდაპირი მიმართულებით გაშუქებას გარდა დიდი მნიშვნელობა აქვს გვერდითი გაშუქებასაც. ამავე დროს საჭიროა რენტგენის სურათის გადაღებაც. მოხსენებელი დიდათ აფასებს ნიშის სიმპტომს, რომლის შიზანულობის და ფორმის

მიხედვით შეიძლება გამოირკვეს წყლულის მიმდინარეობა, ცვლილებები, და ამა თუ იმ თერაპიის გავლენაც. ასახელებს შესაძლებელ შეცდომებს რენტგენოდიანგნოსტიკაში და მიუთითებს იმ საშუალებებზე, რომლებითაც შეიძლება ზოგჯერ ამ შეცდომების თავიდან აშორება.

მეორე თანამომხსენებელის პროფ. მუხაძის მოხსენებას კითხულობს პროფ. დოც. ერისთავი (ავადმყოფობის გამო პროფ. მუხაძე გამოცხადდა კონგრესზე მხოლოდ მეოთხე დღეს). წაკითხულ მოხსენების მიხედვით ქირურგიული დახმარება უმეტეს შემთხვევაში პალიატიურია; ოპერაცია დროზე უნდა ეთედებოდეს, რის გამოც აუცილებელია ტერაპევტიკების და დასტაქტების შეთანხმებული მუშაობა. ოპერაციის მეთოდებში უკეთესი მეთოდადთ მიჩნია კუჭსა და ნაწლავს შორის ახალი ხელოვნური გზის შექმნა.

კუჭის წყლულის საკითხზე მოხსენებით გამოვიდნენ კიდევ ექ. ექ. კალანტაროვა, ფროლოვი (ბათუმი) და თოდაძე. მოხსენებათა გარშემო გაიმართა ცხარე კამათი, რაც დიდხანს გაგრძელდა.

კონგრესმა მეორე დღის დღის და საღამოს სხდომები მონაღმამ მეორე საპროგრამო საკითხს—„კოლიტების ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია“. ამ საკითხზე წაიკითხა სულ 13 მოხსენება. მთავარ მომხსენებლებად გამოვიდნენ დოცენტი მიქელაძე და პროფ. ნათი შვილი (თანამომხსენებელი). დოც. მიქელაძეს აზრით, კოლიტები საქართველოში საქმად გავრცელებული სენია; მას ხელს უწყობს ჩვენი ქვეყნის გეოგრაფიული მდებარეობა და სუბტროპიკული ჰავა. კოლიტი არ არის რაიმე გამოვალკევებული დაავადება, ის ერთ-ერთი კლინიკური სიმპტომია. გარდა სხვადასხვა ინფექციისა, როგორც კოლიტების გამომწვევ მიზეზისა, მათ განვითარებას ხელს უწყობს—კოლიტების ლორწოიანი გარსის გაღიზიანება მისი არა ნორმალური შეცულობის გამო, საკმლის მომწვებელ წველების ნაკლებობა, კოლინჯის ანატომიური და ფიზიოლოგიური თავისებურებანი, განსაკუთრებული კონსტიტუცია, პირის ღრუს დაავადება, ცუდი კვება და სხვა. მომხსენებელი დაწვრილებით მოგვითხრობს კოლიტების ამოსაცნობად შემოღებულ თანამედროვე მეთოდებსა და საჭიროდ თვლის, რომ წამლობა იყოს მიზეზობრივი. უჭურადლებოდ არ ტოვებს ვაკცინოთერაპიის—ბაქტერიოფაგებით მკურნალობის მნიშვნელობას, ასახელებს მედიკამენტებს—ემეტინი, იატრენი, სტივარსოლი, როგორც საჭირო საშუალებებს და რჩევას იძლევა კოლიტების მკურნალობის დროს სახეში იქნეს მიღებული საკმლის კალორიული და ვიტამინური ღირებულება. ოყნით მკურნალობას ის რაცხს როგორც მექანიურად მომქმედ საშუალებას.

მეტად საინტერესო დარჩა დამსწრეთათვის პროფ. ნათი შვილის მოხსენება კოლიტების ეტიოლოგიის ანატომიურ საფუძვლების შესახებ. მან განაცხადა, რომ ჩვენს ეპოქაში კოლინჯის აგებულებას უკუგანვითარების ნიშნები ემჩნევა, ასე რომ შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ თუ ხელსაყრელი პირობები შეიქნება, ამ ორგანოს სრული მოსაბა მოელის. კოლინჯის მდებარეობის და ფიქსაციის უსაზღვრო მერყეობა და ცვალებადობა არის მიზეზი ამ ორგანოს ხშირი დაავადებისა. ამას გარდა მის დასწვლას ხელს უწყობს, როგორც კუნთოვანი შრის თავისებურება და სისხლის მიღების რაოდენობის სხვადასხვაობა, ისე ლიმფური სისტემა და ინერვაცია.

ამ საკითხზე მოსმენილი იქნა კიდევ მთელი რიგი საფუძვლიანად დამუშავებულ მოხსენებათა, რომლის შემდეგ გაიმართა კამათი. საერთოდ მოხსენებები მეტად საინტერესოდ იყო მიჩნეული, რადგან ფართე და კარგად დამუშავებულ მასალაზე იყო აგებული, და წამოყენებულ საკითხს სავსებით აშუქებდნენ.

მესამე დღის დღის სხდომაზე, რომელსაც ჯანმრთელობის კომისარი აზნ. კუჭაიძე თავმჯდომარეობდა, წაკითხული იყო მოხსენებები საქართველოს მოსახლეობის მოძრაობის შესახებ.

მთავარი მომხსენებელი ექ. ი. ლორთქიფანიძე აღნიშნავს, თუ რა რთული, საბასუნისმგებლო, მაგრამ იმავე დროს სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის საქმეა მოსახლეობის სწორედ აღწერა. ყოფილ მეფის რუსეთში ასეთი აღწერა პირველად 1897 წელში ჩატარებულა. წარსულში საქართველოს მოსახლეობის მოძრაობის შესახებ უტყუარი ცნობები არ მოგვეპოვება. ვიცით, რომ ყველაზე მეტი მოსახლეობა საქართველოში მე-XII საუკუნეში იყო.



საყოველთაო დამოუკიდებელი აღწერა საქართველოში 1926 წელში ჩატარდა. უკანასკნელ 56 წლის განმავლობაში მოსახლეობა გამრავლებულა 110 პროცენტით, წლიურად მატულობდა 1,96 პროცენტით. ქალაქებში ზრდა უფრო მაღლა სდგას, ვიდრე სოფლებში (ქალაქის მოსახლეობის ზრდა 147 %, სოფლისა მხოლოდ 79,8 %). დასავლეთ საქართველოში მოსახლეობის სიხშირე უდრის 124 თვითეულ ოთხკილომეტრზე, აღმოსავლეთ საქართველოში კი მხოლოდ 20,3-ს, ასე რომ სიმჭიდროვე პირველში გაცილებით უფრო მეტია.

სიკვდილობის კოეფიციენტი უკანასკნელ დროს აშკარად დაწვეულა. მაზრების მიხედვით სიკვდილობის კოეფიციენტი ყველაზე მაღალი ფოთი და მის რაიონშია, უმცირესი კი ოსეთში; რესპუბლიკაში საშუალოდ უდრის 8-ს ყოველ ათას კაცზე. მომხსენებელის აზრით, საბჭოთა ქვეყნებში მოსახლეობის ზრდა აიხსნება კულტურის აწევით, მდგომარეობის გაუმჯობესებით, მთელი რიგი პროფილაქტიკური ღონისძიებათა გატარებით და სხვა. მოსახლეობის შემადგენლობაში მამაკაცები აშკარად სჭარბობენ დედაკაცებს.

პრ.-დოც. ც. ცხელიძის ვრცელ მოხსენებაში „ქართველი ბავშვების ფიზიკური განვითარების თავისებურება“, ეხება რა ანატომომეტრიულ ზომებს, დაასკვნის, რომ ქართველი ბავშვები მეტი არიან სიმაღლით ბელგიელებზე, შემდეგ რუსის და ნაკლები ფრანგების და გერმანელების ბავშვებზე.

მოსმენილ იქნა მეტად შინაარსიანი მოხსენებები ექ. ექ. თ. ხაბაძის, ყანჩელიის, ზედგინიძის, ასლანიშვილის, ვორობიოვის, რის შემდეგ გაიმართა საინტერესო კამათი, რომელიც საღამოს სხდომაზეც გააგრძელეს. გამოირკვა, რომ მოსახლეობის მოძრაობის შესწავლა ეხლახან დაწყებულია. ასეთი შესწავლას დიდი მნიშვნელობა აქვს ქვეყნის ეკონომიკისა და კულტურული წინსვლისათვის.

ამავე დღეს საღამოს სხდომაზე, რომელმაც თითქმის შუალამემდე გასტანა, მოსმენილი იყო აჭარაში გაგზავნილი ექსპედიციის მონაწილეთა მიერ წარმოდგენილი მოხსენებები საკითხზე—„ჩიყვი და ჩიყვიანობა აჭარაში“. მთავარი მომხსენებლად გამოვიდა ექ. ი. ასლანიშვილი. ექსპედიციის მონაწილეთ დეტალურად შეუსწავლიათ 82 სოფლის მცხოვრებნი, სულ 7984 სული, მათ შორის ჩიყვიანი აღმოჩენილა 2372 (29,7 %). ამრიგად დაჩიყვიანების მხრივ სვანეთის შემდეგ აჭარას პირველი ადგილი უჭირავს. ყველაზე მეტად ეს სენი გავრცელებული ყოფილა მერისის თემში. შემჩნეულია ერთგვარი დამოკიდებულება ჩიყვის გავრცელებისა სასმელ წყლებთან. აჭარაში ჩიყვი მეტ ავთვისებიანობას იჩენს, რაც ნერვიულ სისტემის აშლილობაში და სხვა ჩიყვიყალ დაავადებათა გამოჩენის სიხშირეში გამოიხატება; ამავე საკითხის ირგვლივ გამოვიდნენ მოხსენებებით—დ. ბერეჟიანი, ა. რუხაძე, გ. გოგოლაძე, თ. მდივანი.

მეოთხე დღეს დილით და საღამოთი მუშაობა სექციებში სწარმოებდა. მუშაობდა სულ ხუთი სექცია: შინაგანი მედიცინის და ბალნეოლოგიის, ტროპიკული მედიცინის, ქირურგიული, მენობა-გინეკოლოგიის და ჰიგიენის. წაკითხულ იქნა ყველა სექციაში 80-მდე მოხსენება. ყველაზე მეტი მოისმინეს ტროპიკულ მედიცინის და ქირურგიულ სექციებში; დამსწრეთა რიცხვიც სწორედ ამ სექციებში სჭარბობდა, თუმცა დანარჩენ სექციებსაც საკმაოდ ესწრებოდნენ. აღსანიშნავია, რომ მოხსენებათა დიდი ნაწილი ზედმიწევნით მნიშვნელოვანი იყო, როგორც მეცნიერული, ისე პრაქტიკული თვალსაზრისით. ადგილის უქონლობის გამო მათი აღნუსხვას და შეფასებას აქვე შეუდგებით, მით უმეტეს, რომ ისინი ყველანი თანდათანობით და ბეჭდება ყურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ში.

კონგრესის უკანასკნელ სხდომას ხსნის ისევ პროფ. ალ. დაშვილი. მოსმენილ იქნა პრეზიდიუმის მიერ გაგზავნილი დეპუტები საქართველოს და აჭარისტანის მთავრობისათვის. შემდეგ მიღებულ იქნა ერთხმად რეზოლუციები საპროგრამო საკითხებზე.

რეზოლუცია კუჭის წყლულის შესახებ.

სრ. საქ. ექიმთა მე-V სამეცნიერო კონგრესმა მოისმინა რა პროფ. ს. ვირსალაძის, მიხ. წინამძღვრიშვილის, გ. მუხაძის და სხვების მოხსენება კუჭის მრგვალი წყლულის შესახებ დაადგინა:

კუჭის მრგვალი წყლულის პათოგენური ჯერ-ჯერობით საფუძვით არ არის გამორკვეული. მრგვალი წყლულის დასაწყისი არის ადგილობრივი მწვავე დაზიანება, რომლის წარმოშობაზე

და შემდეგში ქრონიკულ წყლულად განვითარებაზე გავლენა აქვს სხვადასხვა ფაქტორებს (ვაზოგენური, ნევროგენური, ადგილობრივ-სეკრეციული, ენდოკრინულ—და სხვა) და მათ სხვადასხვა კომბინაციას. რადგანაც ამ ფაქტორთა შორის მნიშვნელოვანი არის აგრეთვე ყოფაცხოვრების, კონსტიტუციონალური და რასიული თავისებურებანიც, ამიტომ კონგრესის სასურველად მიაჩნია გავრცელდეს მრგვალი წყლულის რთული პრობლემის შესწავლა ჩვენს კლინიკებში და საავადმყოფოებში და აგრეთვე წყლულის გავრცელების შესწავლა საქართველოს სხვადასხვა კუთხეებში.

კუჭის მრგვალი წყლულის დიაგნოსტიკა იმდენად განვითარებულია, რომ სრულიად დამაკმაყოფილებელ შედეგებს იძლევა. წყლულის ჯეროვანი დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია რენტგენოლოგიური მეთოდოლოგიის ცოდნა და რენტგენო-დიაგნოსტიკის წარმოება თვით კლინიკისტის მიერ და ამის გარდა კერძოდ ჩვენში საქირთა თანამედროვე რენტგენო-დიაგნოსტიკის მეთოდოლოგიური მიღწევების გამოყენება.

რ ე ზ ო ლ უ ც ი ა კ ო ლ ი ტ ე ბ ი ს შ ე ს ა ხ ე ბ.

სრ. საქართველოს ექიმთა მე-V სამეცნიერო კონგრესმა მოისმინა რა დოც. შ. მიქელაძის და პროფ. ალ. ნათიშვილის მოხსენებები კოლიტების შესახებ და მთელი რიგი ავტორების თანამოსხენებანი ამავე საკითხზე, დაადგინა:

კოლიტები საქართველოში ფრიად გავრცელებულ სნეულებას წარმოადგენს, რასაც მთელ რიგ სხვა პირობებთან ერთად ხელს უწყობს საქართველოს სუბტროპიკული ჰავა და თავისებური კვება-საზრდობა.

ამ კოლიტების შორის განსაკუთრებით აღსანიშნავია პროტოზოული წარმოშობის კოლიტები, რომლებიც საგრძნობლად გავრცელებულია საქართველოში, ზოგჯერ ფრიად მძიმედ მინდინარობს და საკმაო მსხვერპლს იწირავს და, რაც უმთავრესია, ხშირად ქრონიკულ მიმდინარეობას ღებულობს, მძიმე ანემიებს იწვევს და ხანგრძლივად ამცირებს მშრომელი ხალხის უნარს.

კონგრესს საჭიროდ მიაჩნია, რომ საქართველოს სამკურნალო-სასანიტარო დაწესებულებებში, საავადმყოფოებში, წერტილებში და ექიმებში განსაკუთრებითი ყურადღება მიაქციოს ამ სნეულების გავრცელებას, მის ეტიოლოგიის და კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებას საქართველოს სხვადასხვა კუთხეში.

საჭიროა აგრეთვე, რომ ჯანმრთელობის ადგილობრივმა ორგანოებმა ყურადღება მიაქციოს ამ სნეულების წინააღმდეგ პროფილაქტიური ზომების მიღებას და გარდა ამისა ფართოდ გაავრცელოს სოფლის მოსახლეობის და საერთოდ მშრომელი მასების შორის პროტოზოული კოლიტების საწინააღმდეგო მედიკამენტები—ემეტინი, სტოვარსოლი და იატრენი.

რ ე ზ ო ლ უ ც ი ა ს ა ქ ა რ თ ვ ე ლ ო ს მ ო ს ა ხ ლ ე ო ბ ი ს მ ო ძ რ ა ო ბ ი ს შ ე ს ა ხ ე ბ.

კონგრესმა მოისმინა რა ექ. ვ. ლორთქიფანიძის და ექ. ნაზარეტისანიის მთავარი მოხსენება და თანამოსხენებები ექ. ზედგინიძის, ფეოდოროვის, პრიგ. დოც. ცეცხლაძის, თოხაძის, ყაჩაღლის, ვორობიოვის, ასლანიშვილის, რომელნიც პირველი (ადა) საქართველოში მოსახლეობის პრობლემის შესწავლისა და რომელმაც მოგვცა ფრიად საინტერესო მასალა და დიდი მნიშვნელობის სურათი გადაგვიშალა ჩვენი მოსახლეობის მოძრაობის შემადგენლობისა, დაბადების და სიკვდილობისა.

1) გაითვალისწინა, რომ საქართველოს მოსახლეობის ბუნებრივი ზრდა საზოგადოდ დამაკმაყოფილებლათ უნდა ჩაითვალოს, რასაც ხელი შეუწყო მშრომელი მასების მდგომარეობის საერთოდ გაუმჯობესებამ და კერძოდ და განსაკუთრებით სამკურნალო-სასანიტარო ქსელის გაფართოებამ გამაფრთხილებელი ზომების მიღებამ, სიკვდილობის შემცირებამ გადამდებ სენებისგან და მშრომელთ ფართო მასების აქტიურათ ჩაბმამ ჯანმრჯელობის დაცვის საქმეში.

2) კონგრესი ადგენს დაწვრილებით დამუშავდეს მოხსენებები აღნიშნული ყველა საკითხებში, გაღრმავდეს და გაფართოვდეს მოსახლეობის ზრდის ხელშემწყობი და დამაბრკოლებელი პირობების-დეტალურად შესწავლა და ამ შესწავლას მიეცეს მძლავრი მატერიალური ბაზა და ზნეობრივი თანაგრძნობა ჩვენი საზოგადოებრივობისა.

3) კონგრესი კმაყოფილებით აღნიშნავს მიხწევებს მოსახლეობის მატებისა, ფიქრობს რომ ჩვენი ქვეყნის ინდუსტრიალიზაცია და სოფლის მეურნეობის რეკონსტრუქცია მაღალ ძვირფას კულტურების შემოღებით ამ მიხწევებს მიეცემა მტკიცე, ურყევი ეკონომიური საფუძველი.

4) კონგრესი ავალებს საქმიან მასას მზურვალე დახმარება გაუწიოს ხელისუფლებას, რათა ზოგიერთი ძლიერ მჭიდროთ დასახლებულ მაზრებს, სადაც მოსახლეობა განიცდის ბინის დიდ სიფრთხვეს, მიექცეს ყურადღება მათი ზედმეტი მოსახლეობის თავისუფალ მიწებზე გადასახლებით შესაფერ ბუნებრივ პირობებში.

5) საჭიროა სწორი ცნობების შესაკრებათ გამოცემული იქნეს კანონი სიკვდილის და სიკვდილობის მიზეზთა სავალდებულო რეგისტრაციისა.

6) ჯანსაზღვრებმა უნდა იზრუნოს, რომ ახლო მომავალში მთელი რიგი რაიონების, სადაც ძლიერ დაბალია დაბადების მაჩვენებელი, გამოკვლევულ უნდა იქნეს სპეციალური ექსპედიციების მიერ მოსახლეობის მოძრაობა (აჭარა, ზუგდიდის მაზრა, დუშეთის მიდამოები და სამხ. ოსეთი).

7) მიუხედავთ საერთო სიკვდილობის დაბალი მაჩვენებელისა ბავშვთა სიკვდილობას დიდი პროცენტი უჭირავს საერთო სიკვდილობაში (20,3 % მთელ საქართველოში და 38 %-მდე ქალაქებში) ბავშვისა და დედის დაცვის საქმეს უნდა მიექცეს უდიდესი ყურადღება და ჯანმრთელობის ორგანოების ბიუჯეტში მიეცეს შესაფერი ადგილი.

8) ბავშვთა დაბადებას მოვლის საფრთხე აბორტების ეპიდემიურათ გავრცელების და ჩვენ ხალხში ორსულობის წინააღმდეგ ზომების ფართო გავრცელების ზრდის გამო. კონგრესი ფიქრობს, რომ საჭიროა ფართო განმანათლებელი მუშაობის გატარება და აბორტის ზოგიერთი ჩვენებების შემცირება.

9) სიკვდილობა გადამდებ სენებისაგან ძლიერ შემცირდა, მაგრამ მთელი რიგი ამ სენებისა იძლევა სიკვდილის მაღალ მაჩვენებელს. საჭიროა მიექცეს ყურადღება განსაკუთრებით ბავშვთა ინფექციებთან ბრძოლას (წითელა, ქუნთრუშა, დიფტერია და ზაფხულის ფალარათობანი).

10) დანარჩენ ინფექციების სენებისგან განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს მუცლის ტიფი, რომელიც დიდ სიკვდილობას იწვევს და რომლის შესამცირებლათ საჭიროა სასმელ წყლის კანალიზაციის და ასენიზაციის და სხვა ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესება.

11) კრუპოზული პნემონიას რომლის გავრცელებას გარდა სეზონური მომენტებისა და ჩვენი ქვეყნის თავისებური ჰავისა ხელს უწყობს ადგილობრივი ყოფაცხოვრების პირობები.

12) კუჭნაწლავთა არხის დაავადებათა შესამცირებლათ საჭიროა მოსახლეობის სან-ჰიგიენურ პირობების გაუმჯობესება და უმთავრესათ კვების მოწყობა საზოგადოებრივ ნიადაგზე. სპეციალურად შესწავლილი უნდა იქნეს პირის ღრუს ავადობა სხვადასხვა კუთხეში ამა თუ იმ სენთან დაკავშირებით.

13) ტუბერკულოზის (განსაკუთრებით კანის და ძვლისა, რომელთაც ჩვენში ნაკლები ყურადღება ექცევა), მალარიის, ვენერიზმის და ანკილოსტომიას დიდი გავრცელება, მოითხოვს ამ სენების წინააღმდეგ ბრძოლას მეტის ენერჯით.

14) ნორმალი ბუნებრივი ზრდისათვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მოსახლეობის ახალგაზრდა თაობის ფიზიკურ განვითარებას, რომელიც უნდა სწარმოებდეს ექიმ სპეციალისტის ხელმძღვანელობით, სათანადო ორგანიზაციების მოწყობით.

15) მოსახლეობის ფიზიკურ განვითარების მეცნიერულ შესასწავლათ უნდა დაარსდეს ცენტრალი ანტროპომეტრიული ჰიურო.

მეVI კონგრესისა საპროგრამო საკითხებად მიღებული იქნა შემდეგი თემები:

1. რემატიული დაავადებანი.
2. ჰიპერტენზიის ეტიოლოგია და პათოლოგია.
3. ბავშვთა სიკვდილობა და მასთან ბრძოლის მეთოდები საქართველოში.
4. ორგანო ვეგეტატიური (სიმპატიკური) ნერვების სისტემა, მისი ანატომია, ფიზიოლოგია, სიმპტომატოლოგია და გამოკვლევის მეთოდები.
5. ავთვისებიანი სიმსივნეები საქართველოში.
6. პროფესიონალურ სნეულებათა გავლენა მოსახლეობის დაავადებაზე.

სრულიად საქართველოს ექიმთა მეცხუთე სამეცნიერო კონგრესი

გადაწყდა შემდეგი მე-VI ყრილობაზე არა საპროგრამო საკითხებზე მოხსენებები დაშვებული არ იქნეს. ეს კონგრესი გაიმართება 1930 წელში ქალ. სოხუმში.

კონგრესი ირჩევს მომავალი მე-VI კონგრესის მომწვევე საორგანიზაციო ბიუროს წევრებს. თავმჯდომარედ—პროფ. ა. ალადაშვილს, მდივნებათ—პრ.-დოც. მ. მგალობელს და ექ. ი. ასლანიშვილს, წევრებად: ამბ. გრ. კუჭაიძეს, მამულიას, ფანცხავას, პროფ. პროფ. ნათიშვილს, წინამძღვრიშვილს, ჟღენტს, ვირსალაძეს, მუხაძეს, ყიფშიძეს, თიკანაძეს, ღამბარაშვილს, ამირეჯიბს; ექ. ექ. ზანდუკელს, ი. ლორთქიფანიძეს, კონიაშვილს, პ. კიკალიშვილს, ზედგინიძეს, მუჟევანაძეს, გიგინეიშვილს და შუშანიას (ბათუმი), ანჩაბაძეს, ჯაფარიძეს და გრიგოლიას (სოხუმი), ლოსაბერიძეს და ლორთქიფანიძეს (ქუთაისი), გვერდწითელს და ელიოზიშვილს (გორი), ჩიკვაიძეს (გურჯაანი), ბალაშვილს (თელავი), დარჩიაშვილს (სიღნაღი), ასათიანს (ახალციხე), ალ. წერეთელს (ზესტაფონი), ხუნდაძეს და გამრეკელს (ჭიათურა), ჯორჯიკიას (ახალსენაკი), ტყედიას (ზუგდიდი), ასათიანს (ოზურგეთი), მჭედლიშვილს (ტრებალო), ჩირგაძეს (ბორჯომი).

საბოლოო სიტყვაში პროფ. ალადაშვილი ჯამს უკეთებს ჩატარებულ მუშაობას, მეცნიერულ ღირებულებას აკუთვნებს წაკითხულ მოხსენებათ და იმედს გამოთქვამს, რომ მომავალში უფრო მეცნიერულად დამუშავებული და მეტ მასალაზე აგებული მოხსენებები წარმოგვიდგებიან. მისი აზრით დიდია მეცნიერული და საზოგადოებრივი მნიშვნელობა ასეთი სამეცნიერო კონგრესებისა და მის მოწყობა-ჩატარებაში, რა თქმა უნდა, დიდ როლს ჩვენი ახალგაზრდა უნივერსიტეტიც თამაშობს. ამ ფაქტს უდავოდ ხდის თუ გინდ ეხლანდელი კონგრესი.

პრიგ.-დოცენტი მ. მგალობელი.



რ ე ფ ე რ ა ტ ი ე ზ ი

ზინაგანი სნეულეზანი

C. Coronini. Über das Paltauf—Sternberg'sche Lymphogranulom mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen des Verdauungsschlauches und solcher an der Leberpforte mit und ohne Gelbsucht. Zugleich ein Beitrag über Lymphogranulomatöse Gefäßveränderungen. Ziegler's Beiträge. Band 80. Heft 2. გვ. 405—478. ავტორს შეუსწავლია კლინიკურად, პათოლოგიურ-ანატომიურად და ჰისტოპათოლოგიურად ლიმფოგრანულომატოზის 10 შემთხვევა. ათივე შემთხვევაში ლიმფოგრანულომატოზური პროცესის ლოკალიზაცია ყოფილა საჭმლის მომნელებელ მილში. სქესის მიხედვით ამ ათ შემთხვევაში ნახევარი ვაჟია და ნახევარი ქალი. მართო კუჭ-ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზი ჰქონია—2 ვაჟს და 3 ქალს, ამასთან ერთად ღვიძლის კარის ლიმფოგრანულომატოზიც—3 ვაჟს და 2 ქალს. ავადმყოფების ასაკი: 38—დან 61 1) წლამდე, მხოლოდ ერთ შემთხვევაში—29 წ. და ერთშიც—21 წ. ავტორს დაწვრილებით აქვს აწერილი ამ შემთხვევაში დაავადების დასაწყისი, მიმდინარეობა, სისხლისა და სხვა გამოკვლევების შედეგები.

საინტერესოა, რომ აწერილ 10 შემთხვევიდან სწორი კლინიკური დიაგნოზი დაისვა მხოლოდ 4—ში. უნდა აღინიშნოს. რომ ამ 4 შემთხვევიდან 2-ში კლინიკამ ისარგებლა ბიოპსიის საშუალებით მიღებული ლიმფური ჯირკვლის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის შედეგით. დანარჩენ შემთხვევებში დაავადება არ იყო ამოცნობილი. მაგ. 1 შემთხვევაში, მიუხედავად ამოკვეთილი ლიმფური ჯირკვლის (სახარბილოსი არედან) ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ დიაგნოზი დაისვა, რადგანაც დაავადება სწრაფად მიმდინარეობდა; ერთ შემთხვევაში ლიმფოგრანულომატოზი გამოირიცხული არ იყო, მაგრამ დაავადების სურათი ჰგავდა კუჭის არა სპეციფიურ წყლულს; ერთ შემთხვევაში პლევრის და ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოზი იყო, ერთში კუჭის კიბოს—და ერთშიც ფილტვის ტუბერკულოზის ამილოიდოზით, განსაკუთრებით ნაწლავებისა.

კიდევ უფრო საინტერესოა, რომ აწერილ 10 შემთხვევაში დაავადება სწორად იყო გამოცნობილი პათოლოგიურ-ანატომიურ აუტოპსიის დროსვე, ორგანოების მხოლოდ მაკროსკოპული შესწავლით, მხოლოდ 5 შემთხვევაში. დანარჩენ შემთხვევებში კი, მაგ. ერთ შემთხ—ში, საერთო სურათი აუტოპსიის დროს ერთის მხრით ჰგავდა ლიმფოსარკომას, მეორეს მხრით კი ლიმფოგრანულომატოზს და საკითხი ბოლოს და ბოლოს მხოლოდ მიკროსკოპულმა გამოკვლევამ გამოარკვია; ერთი შემთხვევაში ფიქრი იყო მხოლოდ ლიმფოსარკომაზე, მიკროსკოპულმა გამოკვლევამ კი ლიმფოგრანულომა გამოამყდენა; ერთ შემთხვევაშიც დაავადების სპეციფიური ხასიათი მხოლოდ მიკროსკოპულმა გამოკვლევამ გამოაშკარავა.

აწერილ შემთხვევებს ავტორი 2 ჯგუფად ჰყოფს. პირველ ჯგუფს იგი აკუთვნის 5 შემთხვევას, რომლებშიც უპირატესად კუჭ-ნაწლავის მილის დაზიანება იყო, მეორე ჯგუფს კი დანარჩენ 5 შემთხვევას, რომლებშიც დაზიანება იყო უპირატესად ღვიძლის კარში პირველ ჯგუფს თავის რიგად ავტორი 2 ქვეჯგუფად-A და B-თ ჰყოფს. A-ს აკუთვნის კუჭ-ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზის „სუფთა“ შემთხვევებს (2 შემთხვ.)—კუჭ-ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზი ვიწრო მნიშვნელობით,—B-ს აკუთვნის გავრცელებულ ლიმფოგრანულომატოზს (3 შემთხვ.) კუჭ-ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზი ფართო მნიშვნელობით. მეორე ჯგუფს ავტორი ჰყოფს 3 ჯგუფად-A, B და C-თ. A-ს აკუთვნის შემთხვევებს სიყვითლით, რომელიც გამოწვეული იყო ნალღლის საერთო სადინარის ირგვლივ და მის კედელში სპეციფიური ქსოვილის განვითარების გამო (2 შემთხვ.) B—ს აკუთვნის შემთხვევებს სიყვითლით, რომლებშიც ადგილი ჰქონდა სპეციფიური ქსოვილის არსებობას საერთო სადინარის ირგვლივ, მის კედელში და ღვიძლშიც (2 შემთხვ.), დაბოლოს C-ს აკუთვნის იმ შემთხვევებს სიყვითლით, რომლებშიც გრანულომატოზური წარმონაქმნები იყო მართო ღვიძლში (1 შემთხვ.).

1) შემთხვევის აწერის დროს ავტორი აღნიშნავს 71 წ., ინტერპრეტაციის დროს კი—61-ს.

რ ე ფ ე რ ა ტ ე ბ ი .

ავტორი ცდილობს მისი შემთხვევების მიხედვით განსაკუთრებით შეჩერდეს კლინიკურ ნიშნებზე. ზემოდმოყვანილი პირველი ჯგუფის (A და B ქვეჯგუფისათვის) საერთო ნიშნებია: აღნიშვნა ავადმყოფის მიერ „ტუბერკულოზის“ ან „გრების“ წარსულში თავის თავის მიმართ ან მისი ოჯახის წევრთა შორის, b) დაავადების არა თანასწორი ხანგრძლივობა, ხან შედარებით მოკლე (მაგ. 2 თვე), c) ცხელება (ხანგრძლივი მაღალი, ცვალებადი ან შებრუნებითი), d) ოფლი (ღამით), ან შეზღუდვა (არ იყო 2 შემთხვევაში), e) ადრე ლიმფური ჯირკვლების შესივება (პირველად ყოვლისა კისრის და ილიის), f) წონის მოკლება და სისუსტე. განსაკუთრებული ნიშნები პირველი ჯგუფისათვის (A და B ქვეჯგუფებისათვის ერთად): a) უმადობა b) ტკივილები მუცელში (სპონტანური და მუცელზე დაწოლისას, ორ შემთხვევაში ტკივილები იყო კუჭის არეში), c) მუცლის გაბერვა და მუცლის კედლის დაჭიმვა, d) შეხებითი გასაგები წინააღმდეგობა მუცლის ღრუში (ორ შემთხვევაში არ იყო), e) მუცლის აშლა (ფალარათი, სიყაბზე), f) ღვიძლის გადიდება, g) სისხლის სურათის სხვადასხვანაირობა (მონოციტოზის გამოკლებით, რომელიც 2 შემთხვევაში იყო, 2-ში კი არა). საერთო ნიშნები მეორე ჯგუფისათვის (A, B და C ქვეჯგუფისათვის ერთად) იგივეა, რაც პირველი ჯგუფისათვის, მაგრამ 2 შემთხვევაში არ იყო ოფლიანობა და 2-შიც ლიმფური ჯირკვლები არ ისინჯებოდა. განსაკუთრებული ნიშნები მეორე ჯგუფისათვის (A, B და C ქვეჯგუფებისათვის): a) ღვიძლის გადიდება, b) სიყვითლე, c) ტკივილები მუცელში (პირველად ყოვლისა კუჭის ან ღვიძლის არეში), d) დაჭიმვის შეგრძნება მუცელში, e) ანემია.

ძარღვების კედლების დამოკიდებულებისა და მათ უჯრედების გრანულომის ელემენტებად გარდაქმნის შესახებ ავტორი ასკვნის შემდეგს. 1. ლიმფისა და სისხლის კაპილარები: ენდოთელარი უჯრედები გრანულომის უჯრედებად იქცევა, რის შემდეგაც შესაძლებელია: გრანულომის წარმოშობა ძარღვის სანათურში, პირველად ყოვლისა ღვიძლში. ასეთი კვანძების ვასკულარზაცია არ ხდება. 2. ლიმფის ძარღვები: სანათურში გრანულომის უჯრედები, რომლებიც ალბად წარმოადგენს ენდოთელარ უჯრედების შთამომავლობას; სუბენდოთელარი გროვები უჯრედების; შესაძლებელია ერთდროული ზრდა ენდოთელიუმის გარედან ძარღვში შეჭრით და სანათურის შევიწროებით. მცირე ვენები: endophlebitis obliterans, უფრო ღვიძლის ვენებში, გამოიწვეულია გრანულაციური ქსოვილის ჩაზრდით გარედან და, აგრეთვე, ენდოთელიუმის ან ინტიმის ერთდროული ზრდით (სპეციფიური ქსოვილის წარმოშობით); აქ ჰიპერპლაზიურ ქსოვილში ძარღვები არ არის. შემდეგ, ისე როგორც ტიფის დროს ინტიმის გრანულომები უფრო ელენთის ტრანსკულარ ვენებში და პანკრეასში, გამოსავალით, ისე როგორც ეს უკვე იყო აღნიშნული ზევით,—endophlebitis obliterans lymphogranulomatosa; ეს უკანასკნელი გამოიწვეულია უმთავრესად სუბენდოთელიალი კვანძების გაჩენით, რომელთა უჯრედები ალბათ წარმოიშობა თვით ენდოთელიუმისაგან. გრანულომაში ძარღვები არ არის. საშუალო ვენები: ინტიმის ტუბერკულოზებისათვის დიდი გრანულომები სუპრარენებსა და პანკრეასის ვენებში, თითქმის სრული დაცობით სუპრარენის ცენტრალური ვენის; გრანულომაში ვენის კედლიდან ალბათ ძარღვების ჩაზრდა. დიდი ვენები: ძარღვის გარეთა შრეებიდან სიმსივნის მავარად შეჭრა სანათურში ინტიმის ერთდროული პროლიფერაციით vasa vasorum-ებიდან. მცირე არტერიები: ადვენტიციიდან სპეციფიური გრანულომის უჯრედების წარმოშობა, უფრო ელენთაში. ცოტა უფრო დიდი არტერიები: ადვენტიციაში სრულიად გარკვეულ გრანულაციურ ქსოვილის გაჩენა ან ადგობრივად ანდა მეზობლად გაჩენილის მასში ჩაზრდა. საშუალო არტერიები: იგივე რაც მცირე და უფრო მოდიდო არტერიებში; გარდა ამისა გარედან შეჭრა შემოსაზღვრული დაშლით და დაჩეჩით m. elastica externa და interna-სი, სანათურის შევიწროებით; ან endarteriitis obliterans და ამასთანავე ერთად დამცობი ქსოვილი ნაწილობრივ სპეციფიური ხასიათისაა, ნაწილობრივ კი შემეორთებელ ქსოვილს წარმოადგენს; კარგად გამოხატული გრანულაციური ქსოვილის გაჩენა media-ში და ადვენტიციაში; დამცობი ქსოვილის ვასკულარზაცია ალბად vasa vasorum-ებიდან. დიდი არტერიები: ნამდვილი ეროზიები ადვენტიციაში.



В. Вахтель. Материалы к вопросу о влиянии местных термических раздражителей на секреторную и моторную функцию желудка. (Врач. Газ. 1928 № 20, стр. 1407). ავტორი ეხება ადგილობრივ გამაღიზიანებელთა (სითბოს და სიცივის სახით) გავლენის საკითხს კუჭის მუშაობაზე და თავის 247 დაკვირვებების მიხედვით 105 ავადმყოფზე გამოყავს შემდეგი დასკვნები:

1. კუჭის ლორწოვან გარსზე ცხელი (60-70°) საცდელი სასმლის შეხებისას სეკრეციის მრუდის ხასიათი იცვლება იმ გვარად, რომ მოწინელებელი ძალა წყენისა მატულობს. სიმკვავიანობა და მოძრაობითი ფუნქცია კუჭისა რჩება უცვლელი.

2. კუჭის ლორწოვან გარსზე ცივი (23°) საცდელი სასმლის შეხებისას სეკრეციის მრუდე უფრო დაკბილულია, არა თანასწორ-ზომიერი ხასიათის; სიმკვავიანობა წვენიისა და მისი მომწელებელი ძალა რჩება უცვლელად. მოძრაობითი ფუნქცია კუჭისა კი მატულობს.

3. კუჭის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება Boas-Evald-ის საცდელი საუზმის საშუალებით, რომლის სითბოვანი ნაწილი ან ცვდება 23°-მდე ან და თბება 60-70°-მდე—უფრო სწრაფი დაცარიელება კუჭისა ხდება ცივ საუზმის დროს, ცხელი საუზმე კი მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს კუჭის არც მოტორულ და არც მოძრაობით ფუნქციაზე.

4. ცივი წყლით პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებისას კუჭის ტონუსი მატულობს, მაგრამ თვალსაჩინო ცვლილებანი მის პერისტალტიკის მხრივ არ აღინიშნება.

5. კუჭის მიდამოს კანის სითბოთი ან სიცივეთი გაღიზიანებისას აღინიშნება:

ა) სითბოს ხმარებისას: მიდრეკილება სიმკვავიანობის მომატებისადმი (უმთავრესად ისეთ პირებზე, რომლებსაც აქვთ სეკრეციის სუბაციდური ხასიათი), სეკრეციის მრუდის უფრო დაკბილული ხასიათი, კუჭის დაცალიერების შეგვიანება, რომელიც ნათლად განიხილულია რენტგენოსკოპიის დროს.

ბ) სიცივეს ხმარების დროს: აგრეთვე უფრო დაკბილული, არა თანასწორ ზომიერი ხასიათის სეკრეციის მრუდე და კუჭის მოტორული ფუნქციის დაჩქარება.

მომწელებელი ძალა წვენიისა, როგორც სითბოს, ისე სიცივეს ხმარებისას რჩება უცვლელი.

6. კუჭის ფუნქციაზე სითბოსა და სიცივის გავლენის მექანიზმის გამოსარკვევად მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ვეგეტატიურ ნერვიულ სისტემას, არამედ აგრეთვე ინტრაგასტრალურ აპარატს კუჭისას და ზურგისა და თვალის ტვინის მხრივ ნერვიულ იმპულსებს ამ ხაკითხის დამუშავება ავტორის აზრით საკირობებს ექსპერიმენტალურ გამოკვლევებს ცხრველებზე.

ი. თ ვ ა ლ ა ვ ა ძ ე .

А. Г. Тетельбаум и Зенкевич-Ивишнева. Парал. наблюдения над тонусом сердечного и желуд. отделов парасимп. системы (Врач. Дело. № 1. 1927 №.) ავტორებმა მოახდინეს დაკვირვება პარასიმპატიურ ნერვებზე და აღმოჩნდა, რომ პარასიმპატიური სისტემის ტონუსი იცვლება ამა თუ იმ ორგანოს ფუნქციის შეცვლით. ამის შემდეგ ეს ავტორები აღნიშნავენ, რომ პარასიმპატიური სისტემის თვითეული ნაწილი ერთი მეორესაგან დამოუკიდებლად იცვლის ტონუსს. კუჭის პარასიმპატიური სისტემის განყოფილების ტონუსის შესაწავლად ავტორის ხმარობს Atropin-ის 0,3—0,5 mlg. ერთხელ ინტრავენოზულად ტამის წინ და 1 mlg. ტამის დროს, თუ კუჭის პერისტალტიკა, რომელიც შეტანილი ბუშტაროს ზემოვით აღინიშნება, შესწყდა უცბად—ეს სიღამბლავის მჩვენებელია, აქ ტონუსის კრიტერიუმი Atropin-ის რაოდენობაა. გულის ვეგეტატიური ნერვების ტონუსი კი შესწავლება (Danielopolu) რამოდენიმეჯერ ინტრავენოზურათ Atropin-ის 0,5 mlg. შეშაპუნებით გულის N. Vagus-ის დაბლოკვებითა სიღამბლავემდეგ. აქ ტონუსის კრიტერიუმი—პულსის განსხვავება N. Vagus სიღამბლავის წინ და შემდეგ. ეს ავტორები აღწერენ მთელ რიგ შემთხვევებს. ერთ რიგ შემთხვევებში, როდესაც Atropin-ის 0,3—0,5 mlg. შეუშაპუნებითა ტამის წინ მიუღიათ კუჭის პერისტალტიკის სრული შეწყვეტა იმ დროს, როდესაც გულის მხრივ პულსის რაოდენობა ქანაობდა. მეორე რიგ შემთხვევებში, როდესაც შეუშაპუნებით Atropin-ი რამოდენიმე წუთის განმავლობაში 3-ჯერ 0,5 mlg. 200,0 ფაფის მიცემის შემდეგ მიუღიათ გულის პარასიმპატიურ განყოფილების სიღამბლავე (პულსის სიჩქარის შეწყვეტა), კუჭი კი განაგრძობდა მუშაობას. მაგრამ მეორე ორ შემთხვევაში ფაფის 100,0 მიცემის შემდეგ 1 mlg. Atropin-ის შეშაპუნებით კუჭის პერისტალტიკა სწრაფთ შეწყვეტილა. გულის მხრივ სიღამბლავე არ აღუნიშნავთ ამის შემდეგ ავტორები იმ დასკვნამდე მიდიან, რომ პარალელურად Atropin-ის განსაკუთრებულ დოზის მიცემის შემდეგ, ტამის წინ თუ ტამის შემდეგ პარასიმპატიურ სისტემის კუჭის და გულის განყოფილებათა შორის არ არსებობს.

ი. ც—ძე.



ქ რ ო ნ ი კ ა

— 30 ივნისს 1929 წ. ბრაზილიის სამკურნალო აკადემია დღესასწაულობს თავის მოღვაწეობის 100 წლის თავს.

ამ დღესასწაულის აღსანიშნავად რიო დეჟანეიროში შესდგება 4 სამკურნალო კონგრესი: 1) ჰაგიენის, ექსპერიმენტალური მედიცინისა და მიკრობიოლოგიის მე-IV პანამერიკული კონგრესი (თავმჯდომარე—პროფ. Chagas-ი), 2) მე-II ანტიტუბერკულოზური პანამერიკული კონგრესი (თავმჯდომარე—პროფ. Fontes-ი), 3) ბრაზილიელ ექიმთა მე-X კონგრესი (თავმჯდომარე—პროფ. Sodré) და 4) I ბრაზილიური კონგრესი ევგენიკისა (თავმჯდომარე—პროფ. Pinto).

— შეერთებულ შტატებში ამ უკანასკნელ წლებში საგრძნობლად შემცირდა ბავშთა სიკვდილობა.

თუ 1920 წ. ყოველ 1000 ბავშვზე კვდებოდა 101.5

1927 წ. „ „ „ „ კვდებოდა მხოლოდ 62.5.

— პარიზის ქალაქის თვითმართველობამ განკარგულება გასცა, რომ ომინიშესებში და ტრამვის ვაგონებში ექიმებს მიეცეს ნება ადგილი დაიკავონ ზედმეტად (პასაჟირების დაწესებულები რიცხვის ზედმეტად).

— პარიზში გარდაიცვალა გამოჩენილი თერაპევტი და ნევროპათოლოგი პროფ. J. Siccard-ი, რომელმაც პირველმა შემოიღო საექიმო მეცნიერებაში ლიბიოლოლით დიაგნოსტიკა და აგრეთვე ვენების გაგანიერების მკურნალობა სკლეროზის გამომწვევი ნივთიერებებით.

— 1928 წ. ნოემბერში ჩიკაგოში გარდაიცვალა გამოჩენილი რუსი ჰისტოლოგი, პროფ. ე. მაქსიმოვი, ყოფილი პროფესორი ლენინგრადის სამხედრო—სამკურნალო აკადემიის.

— 23—27 ივლისს 1929 წ. ვარშავაში (პოლონეთი) შესდგება მე-VII საერთაშორისო ქირურგიული კონგრესი. საპროგრამო საკითხებად გამოცხადებულია შემდეგი 4 საკითხი: 1) მიზეზები და მექანიზმი ოპერაციის შემდეგი ემბოლიებისა, 2) კუჭის რეზექციის შედეგები კუჭის იარის დროს, 3) ბაუნდოვის სნეულების მკურნალობა და 4) ბარძაყის ქირურგია.

— 5—13 სექტემბერს 1929 წ. ამსტერდამში (ჰოლანდია) შესდგება მე-XIII ინტერნაციონალური ოფთალმოლოგიური კონგრესი. საპროგრამო საკითხებია: 1) ტრანზომის გეოგრაფიული გავრცელება და მის წინააღმდეგი სოციალური ბრძოლა, 2) გლავკომის ეტიოლოგია და მისი არაოპერატიული მკურნალობა, 3) სუპრასელარული სიმსივნეების დიაგნოსტიკა.

— 15—22 დეკემბერს 1928 წ. ქ. კაიროში (ეგვიპტე) შესდგა პირველი საერთაშორისო კონგრესი ტროპიკული მედიცინისა და ჰაგიენის, კაირის სამკურნალო ფაკულტეტის დაარსების 100 წლის თავის აღსანიშნავად, კონგრესს 1912 წვერი დაესწრო და იქ წაითხუთი იქმნა 254 მოხსენება.

მეორე ინტერნაციონალური კონგრესი ტროპიკული მედიცინისა დანიშნულია ქ. ამსტერდამში (ჰოლანდია) 1932 წ. და მესამე კი—შეერთებულ შტატებში (ამერიკა)—1934 წელს.

— სამკურნალო ფაკულტეტთან არსებული პროფ. ნ. კახიანის სახელობის სტუდენტთა სამეცნიერო წრეს შესახებ, მათი ხელმძღვანელები (გამგებობის თავმჯდომარე შ. ხონელიძე, მდივანი ნ. ჭიჭინაძე) შემდეგს გადმოგვცემენ: ტფილ. სახელმწ. უნივერსიტ. სამკურნალო ფაკულტეტის სტუდენტობას აქვს საკუთარი სამეცნიერო წრე, რომელიც ატარებს პროფ. ნ. კახიანის სახელს. თემც უნივერსიტეტი და კერძოდ სამკურნალო ფაკულტეტი არსებობენ უკვე დაახლოებით 10 წელზე მეტი, მიუხედავად ამისა წრეს მხოლოდ 2 წლის ისტორია აქვს. ამ მცირე დროში შედის აგრეთვე წრის ორგანიზაციული პერიოდები—რასაც ანგარიში უნდა გავწიოს წრის მუშაობის შეფასების დროს. მიუხედავად ამისა წრის მიერ ჩატარებული მუშაობა საკმაოდ სერიოზულია და ღირსია იმისა, რომ მაზედ შევაჩეროთ ჩვენი მასწავლებლების და უფროსი კოლეგების ყურადღება.



სამეცნიერო წრეს აქვს მიზნად ასწიოს სტუდენტთა მეცნიერული და საზოგადოებრივი დონე. ამ მიზნისათვის წრეში ხდება როგორც სამკურნალო-მეცნიერული, ისე საზოგადოებრივი თემების დამუშავება. სტუდენტობა ამ გზით ეჩვევა რეფერატების კითხვას, ლიტერატურით სარგებლობას, ლოლიკურ მეცნიერულ მსჯელობას და ლებულობს საკმაოდ ფართე თვისებანი- ვითარებას, რომელიც აუცილებელ დამატებას წარმოადგენს იმ აკადემიურ ნორმისას, რომელ-საც უდგენს სტუდენტს სამკურნალო ფაკულტეტი. რა თქმა უნდა ყველა თემების დამუშავება ხდება ჩვენი, როგორც უფროსი, ისე უმცროსი, მასწავლებელთა ხელმძღვანელობით—რომელნიც წრის საჯარო სხდომებსაც ესწრებიან და თვითონაც აკეთებენ მოხსენებებს მედიცინის საზოგადოებრივ და პრაქტიკულ საკითხების ირგვლივ. წრის საჯარო სხდომები იმართება სოციალური ჰიგიენის ინსტიტუტის აუდიტორიაში, ხოლო წრის ბინა მოთავსებულია იმავე შენობის ცალკე ოთახში, სადაც წრეს აქვს თავისი პატარა წიგნთ-საცავი. აქ თავმოყრილია სამკურნალო ფაკულტეტის მასწავლებელთა თითქმის ყველა ნაშრომები, რომელნიც გადმოეცა წრეს უფასოდ თვით ავტორებისაგან;

წრის გამგეობას სისრულეში მოჰყავს თავისი განზრახვა; სახელმძღვანელოთა ცალკე ბიბლიოთეკის დაარსების შესახებ. შეძლებისდაგვარად შეძენილია და უფასოდაც მიღებულია სახელმძღვანელო წიგნები და უღარიბეს სტუდენტობას ნაწილობრივად მაინც საშუალება ეძლევა აკადემიურად არ ჩამორჩენ ამხანაგებს. რასაკვირველია წრეს ბევრი სახელმძღვანელო აკლია და რაც აქვს, ისიც თითო-ორთაა გეგმეპლარია, მაგრამ საქმის წამოწყება უკვე საწინდარია შემდგომი პერსპექტივებისა. უნივერსიტეტის გამომცემლობა წრეს უფასოდ აწვდის საექიმო დარგის ყველა თავის გამოცემებს. ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქციამ წრის წიგნთ-საცავს* გადასცა თავისი ჟურნალის აქამოსული ნომრები; საქართველოს ექიმთა საზოგადოების გამგეობამ წრეს 1929 წ. „თან. მედ.“ უფასოდ გამოუწერა.

წრეს მჭიდრო კავშირი აქვს ოდესის სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტთა სამეცნიერო წრესთან. გაცნობილებული მიწერ-მოწერის და წიგნების გაცვლა-გამოცვლის ნიადაგზე საფუძველი ჩაეყარა მეცნიერულ კავშირს ოდესის და ტფილისის სტუდენტთა შორის.

გადაღმულია ნაბიჯები მტკიცე კონტაქტის დაპერის ახლად დაარსებულ საზოგადოებრივ და მეცნიერული ხასიათის წრესთან „ლენინიზმი მედიცინაში“—ვინაიდან მარქსისტული აზროვნების და მატერიალური მსოფლმხედველობის გარეშე შეუძლებელია საექიმო მეცნიერების წინსვლა. ჩვენ იმედი გვაქვს რომ ამ ახლად დაარსებული საზოგადოების ხელმძღვანელი ანხანაგები გამოეხადებიან ჩვენს სურვილს და სათანადო ხელმძღვანელობას გაგვიწვივენ ამ მიმართულებითაც.

ქ. ბათუმში ახლად ჩატარებულმა კონგრესმა უდიდესი ინტერესი გამოიწვია სტუდენტთა შორის, რის გამოც წრემ ხელმძღვანელობა გაუწვია კონგრესზე წასულ ამხანაგებს და მათ მიერ წრის ერთ-ერთ საჯარო სხდომაზე გაუშუქებული იქმნა კონგრესის შრომათა მთავარი მომენტები.

ა. წ. შ მარტს წრემ მოაწყო პროფ ნ. კახიანიის გარდაცვალების 1 წლის თავზე მისი ხსოვნის აღსანიშნავი საღამო, რომელსაც მრავლად დაესწრო როგორც სტუდენტობა, ისე სამკურნალო ფაკულტეტის მასწავლებლობა.

პრივ. დოცენტმა კ. ვ რ ის თავმა დაახასიათა პროფ. ნ. კახიანი, როგორც მეცნიერი და კლინიკის ხელმძღვანელი. პროფ. გ. მუხაძემ აღნიშნა ის უდიდესი ანატომიური მომზადება, რომელიც ჰქონდა პროფ. ნ. კახიანს, რა ნიადაგზედაც ის შესანიშნავი დასტაქარი გახდა. სტუდენტებმა თავიანთ სიტყვებში დაახასიათეს პროფ. ნ. კახიანი, როგორც სტუდენტობის საუკეთესო მასწავლებელი. იმავე საღამოს წაკითხულ იქმნა მე-III-ე კურსის სტუდენტის მიერ შრომა, დამუშავებული ანატომიურ ინსტიტუტში პროფ. ალ. ნათიშვილის ხელმძღვანელობით.

— სამეცნიერო მივლინებაში 17 მარტს ლენინგრადს გაემგზავრა ერთი წლის ვადით ტფ. სახ. უნივის ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის ასისტენტი გიორგი ლევანისძე ხეჩინაშვილი სამუშაოდ პროფ. ჯანელიძესთან და პროფ. შვეკუნიან-კოსთან.

— საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში ჩატარებული იყო შემდეგი მოხსენებები: პრ-ველ სხდომაზე (7. III. 29) პრ.-დოც. მ. მგალობელი. წყალტუბოს წყლების გავლენა საკ-

ვერცხის გორმონალურ ფუნქციასზე; მეორე სხდომაზე (14. III, 29)—ე. ჭიფია. ცხვირის პლასტიკის საკითხისათვის (ავადმყოფის დემონსტრაციით), არხეოლოგი გ. ნიორაძე. ზემო ავჭალის უძველესი დროის ადამიანი (ანტროპოლოგიური ნაწილი).

— ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ № 4 გამოვა შეუდგვი შინაარსით: 1. ი. ტატიშვილი. Situs in versum 2. პრ.-დოც. კ. ერისთავი. თავის ტვინის წყლმანკის ოპერატიული მეთოდების შედარებითი შეფასება 3. ე. ჭიფია. ცხვირის პლასტიკის საკითხისათვის. 4. ა. უსტიანიშვილი. ერთოვანიტების დაღვევის რეაქტია გინეკოლოგიურ დავადებათა მიხედვით. 5. ა. ახვლედიანი. თირკმელის კანკეშა დაზიანების კაზუსტიკისათვის. 6. ნ. შინინაშვილი. თვალის ვაკცინოთერაპია და კერძოთ ფილტრატებით Везелка-ს წესით ქრონი. ბლევარითების წამლობა. დოც. ი. აბაკელია საერთაშ. ტუბერკ. კონგრესი რომში.

— ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის საზოგადო კრება შესდგა 6 მარტს. დღის წესრიგში დასმული საკითხები ყველა გატარებული იქნა: 1) პროფ. ა. შანიძე. როგორ ლაპარაკობდნენ ჩვენი ძველები ათას ხუთასი წლის წინად, 2) სამუშაო გეგმის განხილვა-დამტკიცება, 3) სამეცნიერო ხარისხის მოპოების შესახებ დებულების გაცნობა.

— ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის საზოგადო კრების ოქმი № 3. 6 მარტი 1929 წ. კრებას დაესწრო 85 წევრი და 20 სტუმარი.

კრების თავმჯდომარე—პრ.-დოც. კ. ერისთავი. მდივანი—ს. მდივანი. დღის წესრიგი:

1. როგორ ლაპარაკობდნენ ჩვენი ძველები ათას ხუთასი წლის წინად—პროფ. ა. შანიძე.
2. სამუშაო გეგმის განხილვა-დამტკიცება.
3. სამეცნიერო ხარისხის შესახებ დებულების გაცნობა.
4. ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს შესახებ.
5. მიმდინარე საკითხები.

მ ო ი ს მ ი ნ ე ს

და ა დ გ ი ნ ე ს

1. როგორ ლაპარაკობდნენ ჩვენი ძველები ათას ხუთასი წლის წინად. მომხსენებელი პროფ. ა. შანიძე ვრცლად შეჩერდა საკითხზე იმის შესახებ, თუ როგორ ლაპარაკობდნენ ჩვენი წინაპრები მე-5 საუკუნეში. მან აღნიშნა მაშინდელი ქართული ენის ერთ-ერთი თავისებურება, რაც გამოიხატებოდა ასო „ხ“ ხშირად ხმარებაში შედარებითი და აღმატებითი ხარისხების და ზმნებში მე-2-რე და მესამე პირის გამოხატავად. მომხსენებელმა დემონსტრაცია აწარმოვა მაშინდელი ხელთნაწერების ტყავზე—ეტირატის და მათ ორჯერ გამოყენებულ ნიმუშების—პალიმცესტების. უკანასკნელ წლამდე არ არსებობდა სწორი შეფასება ამ ძეგლების, ისინი ცნობილი იყვნენ, როგორც ხანმეტები—ამ სიტყვის კი ნამდვილი მნიშვნელობა არ იცოდნენ. არსებობს მხოლოდ ერთად-ერთი ეტირატი ნახული სინაის მთაზე, რომელზედაც მხოლოდ ერთხელ არის დაწერილი და რომელშიდაც „ხ“ ალაგ-ალაგ ამოშლილია.

სასურველად ცნობილ იქმნას მსგავსი საინტერესო მოხსენებების ხშირად მოსმენა უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმში. პროფ. ა. შანიძეს მეტად საინტერესო მოხსენებისათვის გამოვეცხადოს მადლობა.

როგორც მომხსენებელი აღნიშნავს ქართულ ენას ამ დიდი ხნის მანძილზე განუცდია მცირე ცვლილებები, მაშინ, როდესაც მაგ. სომხური და რომაული ენები იმდენად შეცვლილა რომ ძველი თითქმის აღარაფერია დარჩენილი. მოხსენებამ გამოიწვია დიდი ინტერესი და შეკითხვები.



2. სამუშაო გეგმის განხილვა-დამტკიცება—მომხ. კ. ერისთავი. მომხსენებელი აცნობს კრებას მომავალი მუშაობის გეგმას ორგანიზაციულ, კულტურულ-განმანათლებელ და უფლებრივ მხარის დაცვის დარგში. გეგმის შესახებ გამართულ კამათში მონაწილეობა მიიღეს ექ. ლ. ელიაშვილი მა, ნ. დემეტრაძემ და გ. დიდებულიძემ.

3. სამეცნიერო ხარისხების მოპოების შესახებ დებულებების გაცნობა.

მოსმენილ იქმნა პრ.-დოცენტ—კ. ერისთავის მოხსენება დებულების შესახებ არსებულ შეხედულებაზე უნივერსიტეტის გამგეობაში და განათლების კომისარიატში და წაკითხულ იქმნა გამგეობის მიერ დამტკიცებული დებულების პროექტი. ახრთა გაცვლა-გამოცვლაში მონაწილეობა მიიღეს ექ. მ. ზაქარაიამ, გ. მათეშვილმა, ცაგარელმა, მ. ტყაგაძემ, ს. მდივანმა, კ. ერისთავმა.

კოლეგიუმის გამგეობის მიერ შემუშავებული მომავალი მუშაობის გეგმა დამტკიცდეს. მიღებულ იქმნას გამგეობის (იერენერგიული ზომები გეგმის სავსებით განსახორციელებლად.

სახ. უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა საზოგადო კრება პრინციპიალურად საჭიროდ სცნობს გამოცდების არსებობას.

კრება ავალებს კოლეგიუმის გამგეობას აქტიური მონაწილეობა მიიღოს ამ საკითხის გადაწყვეტის დროს განათლების კომისარიატში და ინტელმდგანელოს კოლეგიუმის მიერ ერთ-ერთ წინა კრებაზე ამ საკითხის შესახებ უკვე მიღებულ დადგენილებებით.

4. ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინის“ მდკომარეობის შესახებ მოხსენება (ი. ასლანიშვილი).

1) ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ № 1 დაბეჭდა 700 ცალი. ჟურნალის ხელის მომწერთა რიცხვი უკვე 519-ია. სანაცვლოდ სხვადასხვა ჟურნალებს კავშირში და ვეროპაში ვგზავნება ჯერჯერობით 34 ცალი, განზრახულია გაეზზვნოს 100 ცალამდე. წიგნის პალატას წალბებული აქვს 45 ცალი, სულ ამრიგად უკვე რედაქციიდან გასულია 598. თუ მივიღებ მხედველობაში რომ ჯერ პროვინციასა და მრავალ დაწესებულებებსა და ტფილისის ექიმებს შორის ხელის მოწერა მიმდინარეობს, ჟურნალის ტირაჟი 700 არ გვეყოფა. ამის გამო სარედაქციო კოლეგიის დადგენილებით ტირაჟი № 2 800-ამდე ავსწივთ.

2) შემდეგი ნომრების გამოსვლის საკითხი.—ჟურნალის მეორე ნომერს შეაგვიადა შემთხვევით სხვაჯასა მიზეზების გამო. ჯერ ერთი რომ ძველი დავალიანების გამო სტამბამ ჟურნალის აწყობა შეანელა; შემდეგ სწორედ მეორე ნომრის აწყობის ხანაში ჩვენ ვიმყოფებოდით ქ. ბათუმში კონგრესზე. ახლა კი ჟურნალი უკვე თითქმის დამთავრებულია და სულ ახლო მომავალში დაეკზავნებათ ხელის მომწერლებს.

რათა ჟურნალის თავის დროზე გამოსვლის საქმე მოწყვრიგდეს, გადადგმულია ნაბიჯები იმ მხრით, რომ ერთ და იმავე დროს ჟურნალი იბეჭდება ორ სტამბაში. მაგალითად № 3—პირველ სტამბაში და № 4—მეხუთე სტამბაში.

3) რაც შეეხება კონგრესის შრომების გამოცემას, კონგრესის საორგანიზაციო ბიუროსთან შეთანხმებით იბეჭდება 4 წიგნად როგორც ცალკე დამატება ჟურნალზე ა) კუჭის წყლულის კლინიკა და თერაპია, ბ) კოლიტების ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია, გ) საქართველოს მოსახლეობის მოძრაობა და დ) ჩიყვი აჭარაში. პირველი ორი წიგნის დაბეჭდვას უკვე შეეუღლებით და პირველი მათგანი იბეჭდება პირველ სტამბაში, მხოლოდ მეორე—მეხუთე სტამბაში. დაბეჭდვისთანავე ჟურნალის უახლოეს ნომერთან ერთად დაურიგდებათ ხელის მომწერლებს.

მიღებულ იქნას ცნობად.

ამრიგად კონგრესის შრომების გამოცემის საკითხი უკვე საესებით მოგვარებულია, მხოლოდ რაც შეეხება მოხსენებებს არასაპროგრამო საკითხებზე, ასეთი შრომები საერთო წესით დაიბეჭდება ყურნალის ფურცლებზე თანდათანობით. მაგალითად № 3-ში უკვე იბეჭდება ასეთი შრომები.

4) ფინანსური მხარე.—1928 წლის ძველი ვალიდან, რომელიც 1100 მანეთი იყო, გასტუმრებულია 900 მანეთი, დანარჩენ 200 მანეთსაც მალე გავისტუმრებთ; ა. წ. № 1 საესებით გასტუმრებულია—417 მანეთი, № 2-ის ანგარიშში ავანსად გადახდილი გვაქვს უკვე 200 მანეთი, მხოლოდ № 4-ის, რომელიც მეხუთე სტამბაში იბეჭდება, 75 მანეთი. სალაროში გვაქვს კიდევ ხელუხლებელი 300 მანეთამდე.

5) რედაქციის მოწყობა და საორგანიზაციო საქმეების მოგვარება.—რედაქციას დღემდე თავისი ბინა არ ჰქონია. ახლა კი რედაქცია მოწყობილია უკვე პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტში, სადაც პროფ. ვლ. ყ დ ე ნ ტ მ ა დაგვიტომა ბიბლიოთეკის ოთახი. გვაქვს ერთი დიდი კარადა, რომელშიც ჩაეტია რედაქციის მთელი ქონება.

თვით საორგანიზაციო მუშაობის მიხედვით თანამდებობები განაწილდა შემდეგნაირად. პროფესორ ალ. ნ ა თ ი შ ვ ი ლ მ ა იკისრა მოლარეობა და ფინანსური საქმის მოგვარება. სარედაქციო კოლეგიის თავმჯდომარეობა დაევალა დოც. შ. მ ი ქ ე ლ ა ძ ე ს და მე რედაქციის პასუხისმგებელი მდივნობა. ამას გარდა კონგრესის შრომების რედაქცია მიენდო კუჭის შესახებ პროფ. ვლ. ყ დ ე ნ ტ ს, კოლიტების შესახებ პროფ. ა. ნ ა თ ი შ ვ ი ლ ს და დოცენტ შ. მ ი ქ ე ლ ა ძ ე ს.

ასეთია საერთოდ რედაქციის საქმის ვითარება და უნდა ვფიქროთ რომ ყურნალის გამოცემა უზრუნველყოფილი იქნება საესებით. კიდევ კოლეგიუმის ყურადსაღებად: ამხანაგებს ჯამაგირში გამოუქვითეთ 5 მანეთი—ნახევარი წლის ხელის მოსაწერი და ზაფხულამდის ან შემოდგომამდის რედაქცია არავითარ გამორიცხვას ჯამაგირიდან აღარ მიმართავს.

5. მიმდინარე საკითხები.

ა) განსვენებულ ექ. ალ. მ ა მ უ ლ ა ი შ ვ ი ლ ს დაკრძალვის დროის გაწეულ ხარჯების დაფარვის შესახებ.

(მომზ. პრ.-დოც. ც ე ც ხ ლ ა ძ ე) მომზ. აღნიშნავს, რომ ვინაიდან მისი ნათესავები წინააღმდეგნი არიან, მიზანშეუწონლად სთვლის ჯამაგირებიდან ანარიცხების აკრფვას. ამ საკითხის შესახებ მოლაპარაკეთა შორის ზოგნი მომხრე და ზოგიც წინააღმდეგი იყვნენ ანარიცხების.

ექ. ა. მ ა მ უ ლ ა ი შ ვ ი ლ ს დაკრძალვის დროს გაწეული ხარჯები დაფარულ იქნას ხელფასიდან ანარიცხებით.

განაწილება მოხდეს შემდეგნაირად: პროფესორებზე—6 მანეთი, ასისტენტებზე—4 მანეთი და ორდინატორებზე 2 მანეთი.

ბ) განცხადებები ექ. ი. მ ე ნ თ ე შ ა შ ვ ი ლ ს და ა. ლ ვ ა მ ი ჩ ა ვ ა ს ი კოლეგიუმის წევრებად ჩარიცხვის შესახებ.

განემართოს ორდინატორებს მ ე ნ თ ე შ ა შ ვ ი ლ ს და ლ ვ ა მ ი ჩ ა ვ ა ს, რომ კოლეგიუმის წევრებად ჩარიცხვა ორდინატორის თანამდებობის მიღების შემდეგ ხდება მექანიკურად.



საქართველოს ექიმთა საზოგადოების წესდება.

I. საზოგადოების მიზანი და მოღვაწეობა.

§ I. საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მიზანს შეადგენს:

- ა) საქართველოში სამკურნალო მეცნიერების განვითარება და ფართო მასებში საექიმო ცოდნის გავრცელება.
- ბ) მთლიანად, ან ნაწილობრივ საქართველოს რესპუბლიკის მედიკურ-ტოპოგრაფიულად, მედიკურ-სანიტარულად, ეპიდემიოლოგიურად, ბალნეო-კლიმატოლოგიურად და მკურნალობის მხრივ შესწავლა.
- გ) რესპუბლიკის მოსახლეობის გაჯანსაღების პროექტების და გეგმების დამუშავება.
- დ) ხალხში მეცნიერულ ცოდნის გავრცელება ექიმბაშობის საწინააღმდეგო.
- ე) სამეცნიერო და საზოგადოებრივ ნიადაგზე რესპუბლიკის ექიმების შეკავშირება ქვეყნის სოციალისტურ მშენებლობისათვის ხელის შეწყობის მიზნით.

II. საზოგადოების უფლებები.

§ 2. აღნიშნულ მიზნების განხორციელებისათვის საზოგადოებას უფლება აქვს:

- ა) მოაწიოს სამეცნიერო სხდომები, საჯარო ლექციები და სპეციალური კურსები სხვადასხვა საექიმო დარგში.
- ბ) მოაწიოს პერიოდიულად სრულიად საქართველოს ექიმთა სამეცნიერო ყრილობა და საკითხების მიხედვით მოაწიოს მოკავშირე, ავტონომიურ რესპუბლიკებში და ოლქში და აგრეთვე საქართველოს სხვადასხვა კუთხეებში ექსპედიციები და სამეცნიერო გამოფენები.
- გ) დააარსოს წიგნთსაცავები, მუზეუმები, სპეციალური ლაბორატორიები და სხვა სამკურნალო და სამეცნიერო დაწესებულებები.
- დ) იქონიოს საკუთარი პერიოდიული ორგანო.
- ე) გამოსცეს საზოგადოების შრომებო, ოქმები და აგრეთვე თავის წევრთა ცალკე შრომები.
- ვ) შეიძინოს კანონით ნებადართულ ფარგლებში ქონება; დასდოს ხელშეკრულებანი და იქონიოს საზოგადოთ იურიდიული პირის ყველა უფლებანი.
- გ) დააარსოს და მიანიჭოს პრემიები სამეცნიერო შრომებისათვის.

§ 3. საზოგადოებას უფლება აქვს იქონიოს ბეჭედი და ბლანკები შემდეგი წარწერით: „საქართველოს ექიმთა საზოგადოება“.

III. საზოგადოების შემადგენლობა:

§ 4. საზოგადოება შესდგება ნამდვილ და საპატიო წევრებისაგან.

§ 5. ნამდვილ წევრად შეიძლება იყოს საქართველოს რესპუბლიკის ტერიტორიაზე მომუშავე ყველა ექიმი.

§ 6. საზოგადოების საპატიო წევრად შეიძლება იქნას არჩეული ისეთი პირი, რო მელსაც სამკურნალო მეცნიერებაში, ან და საზოგადოების განვითარება—აყვავების საქმეში მიუძღვის განსაკუთრებული ღვაწლი.

§ 7. ნამდვილი წევრის არჩევა სწარმოებს საზოგადო კრებაზე ქვორუმის უბრალო ხმის უმეტესობით. ასარჩევი პირი წარმოდგენილ უნდა იყოს წერილობით საზოგადოების ორი წევრის მიერ.

§ 8. საპატიო წევრის არჩევა ხდება გამგეობის წარმოდგენით წლიურ ან საგანგებო კრებაზე, რომელსაც დაესწრება ტფილისში მცხოვრებ საზოგადოების წევრ ექიმთა რიცხვის არა ნაკლებ ნახევრისა. არჩევნებისათვის საჭიროა დამსწრეთა $\frac{2}{3}$ ხმის უმეტესობა.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების წესდება

§ 9. ყოველი ნამდვილი წევრი მოვალეა შემოიტანოს საწევრო წლიური გადასახადი 3 მანეთის რაოდენობით.

შენიშვნა: ნამდვილი წევრი, რომელსაც წლის განმავლობაში არ შემოუტანია გადასახადი, ამორიცხება წევრთა სიიდან, ხოლო თუ ვალს მეორე წლის ბოლოს მთლიანად გადაიხდის კენჭის უყრელად იქნება აღდგენილი წევრად.

§ 10. წელიწადში ერთხელ საზოგადოება ვალდებულია აცნობოს შინაგან კომისიარიატის სადმინისტრაციო განყოფილებას წევრთა სია და გამგეობის შემადგენლობა.

§ 11. საზოგადოების წევრებიდან ამორიცხული იქნება ყოველი ის წევრი:

- ა) რომელიც საქ. რესპუბლიკის საზღვრებს დასტოვებს სამუდამოთ;
- ბ) რომლის შესახებ გამოტანილი იქნება სასამართლოს მიერ მოქალაქეობრივ უფლებების ამყრელი განჩენი, და
- გ) რომლის შესახებ საზოგადოების მიერ გამოტანილი იქნება დადგენილება მისი უზნეო და საზოგადოებისათვის დამამცირებელი მოქმედების შესახებ.

IV. საზოგადოების სახსარი:

§ 12. საზოგადოების თანხები შესდგება:

- ა) ყოველწლიური საწევრო გადასახადებისაგან;
- ბ) კერძო შემოწირულობებისაგან;
- გ) მთავრობის ასიგნებებისაგან;
- დ) განსაკუთრებულ შემოსავლისაგან, რომელსაც საზოგადოება მიიღებს მისი სახელით მოწყობილ წარმოდგენებისაგან, საჯარო ლექციებისაგან, კონცერტებიდან და სხვ.

§ 13. სპეციალური დანიშნულებით შემოსული თანხები იხარჯება მხოლოდ დანიშნულებისამებრ.

V. მმართველი ორგანოები:

§ 14. საზოგადოებას აქვს შემდეგი მმართველი ორგანოები:

- ა) საზოგადო კრება,
- ბ) საზოგადოების გამგეობა,
- გ) სარედაქციო კომისია,
- დ) სარევიზიო კომისია.

ა) საზოგადო კრება:

§ 15. ა) საზოგადო კრებებია: მორიგი, საგანგებო, წლიური და საზეიმო;

ბ) კრებები შესდგება 2 ნაწილისაგან: სამეცნიერო და ადმინისტრატიულ სამეურნეოსაგან.

§ 16. საზოგადო კრებებს იწვევს გამგეობა თავისი ინიციატივით, ან და საზოგადოების არა ნაკლებ ოცი წევრის განცხადებით.

§ 17. წლიური კრება კანონიერია, ტფილისის მცხოვრებ წევრთა რიცხვის ნახევრის დასწრებით.

თუ ასეთი კვორუმის მოუსვლელობის გამო კრება არ შესდგება, მეორედ მოწვეული კრება კანონიერია წევრთა ყოველი რიცხვის დასწრებით.

§ 18. მორიგი კრება ხდება არა ნაკლებ ერთისა თვეში, გარდა საზაფხულო თვეებისა.

§ 19. საზოგადოების წევრი, რომელსაც სურს მოხსენება გააკეთოს, მოვალეა წინასწარ აცნობოს გამგეობის თავმჯდომარეს, ან მდივანს, სათაური თავისი მოხსენებისა და წარადგინოს მოკლე ავტორეფერატი.

§ 20. საზოგადო კრების უფლებას შეადგენს:

- ა) გადაჭრა საკითხებისა, რომელიც საზოგადოების მოღვაწეობას შეეხება.
- ბ) არჩევა საზოგადოების მმართველ ორგანოების: გამგეობის, სარევიზიო კომისიის და აგრეთვე ყოველგვარ სხვა კომისიისა.



გ) დაარსება სექციებისა და საზოგადოების განყოფილებისა რესპუბლიკის სხვადასხვა კუთხეებში.

დ) დაარსება სხვადასხვა დაწესებულებებისა: ლაბორატორიების, სამეცნიერო კურსების, საავადმყოფოების, ამბულატორიების, წიგნთსაცავების და მუზეუმების.

ე) ნამდვილი და საპატიო წევრების არჩევა.

ვ) წლიური ანგარიშების და ყოველგვარი ხარჯთ-ალრიცხვის პროექტების განხილვა და დამტკიცება.

ზ) თანხების განაწილება და სპეციალური დანიშნულების ფონდების დაარსება.

თ) წესდების შეცვლა და საზოგადოების ყველა დაწესებულებისათვის ინსტრუქციების დამტკიცება.

ი) საზოგადოების დახურვის საკითხის გადაწყვეტა და ლიკვიდაციის მოხდენა.

ბ) საზოგადოების გამგეობა:

§ 21. საზოგადოების გამგეობა შესდგება ცხრა (9) წევრისაგან: მათ შორის თავ-მჯდომარე, თავმჯდომარის ორი (2) ამხანაგი, ორი მდივანი.

შენიშვნა: 1. საზოგადოების გამგეობა იმყოფება ტფილისში. 2. ხაზინადარის მოვალეობა გამგეობის დადგენილებით დაეკისრება გამგეობის ერთ-ერთ წევრს.

§ 22. გამგეობის წევრებს ირჩევს ერთი წლის ვადით წლიური საზოგადო კრება, ხმების უბრალო უმეტესობით.

§ 23. გამგეობას ევალება:

ა) საზოგადოების საქმეების საერთო და უახლოესი ხელმძღვანელობა;

ბ) საზოგადო კრების დადგენილების შესრულება;

გ) სახელმწიფო ორგანოებთან და სხვადასხვა ორგანიზაციებთან კავშირის დამყარება და მათთან მიწერ-მოწერის წარმოება;

დ) მორიგი, საგანგებო, წლიური და საზეიმო კრებების მოწვევა;

ე) წლიური ანგარიშების და ხარჯთ-ალრიცხვის პროექტის შედგენა;

ვ) საზოგადო კრებების მიერ დამტკიცებული ხარჯთ-ალრიცხვით დანიშნული თანხების გამგებლობა და მათი მოხმარება;

ზ) საზოგადოების საქმეების და ფულის ანგარიშების წარმოების მეთვალყურეობა და ხელმძღვანელობა;

თ) საზოგადოების შრომების და ოქმების გამოცემა;

ი) სახელმწიფო და სასამართლო დაწესებულებებში საზოგადოების უფლებების და ინსტრუქციების დაცვა.

§ 24. საზოგადოების გამგეობის სხდომები ხდება არა ნაკლებ ერთისა თვეში.

§ 25. გამგეობის სათავეში სდგას თავმჯდომარე, რომელიც საჭირო შემთხვევებში წარმომადგენლობს საზოგადოების სახელმწიფო და საზოგადო დაწესებულებების წინაშე; იგი იწვევს გამგეობის სხდომებს, თვალყურს ადევნებს წესდების მუხლების შესრულებას და ხელმძღვანელობს საზოგადო კრებებს.

§ 26. თავმჯდომარის წინადადებით მდივნები ინაწილებენ საზოგადო კრებების და გამგეობის სხდომების ოქმების შედგენას. ამზადებენ და ხელს აწერენ ქალაქებს, ადგენენ წლიურ ანგარიშებს, ინახავენ საზოგადოების არქივს და ბეჭედს.

§ 27. ხაზინადარს აბარია საზოგადოების თანხები, იღებს საწევრო გადასახადს, კერძო შემოწირულებებს და სხვა შემოსავალს; აწარმოებს სალაროს წიგნებს და წლის ბოლოში ადგენს ფინანსიურ ანგარიშს.

§ 28. სამწევო ნაწილის გამგებლობა ევალება მოლარეს, რომელიც იღებს სათანადო დირექტივებს გამგეობისაგან.

გ) სარევიზიო კომისია:

§ 29. სარევიზიო კომისია შესდგება სამი წევრისაგან და ერთი კანდიდატისაგან, რომლებსაც ირჩევს წლიური კრება ერთი წლის ვადით.

§ 30. სარევიზიო კომისია იხილავს ანგარიშებს და საქმის წარმოებას წლის განმავლობაში, ეცნობა საზოგადოებაში შესატან ანგარიშების და ხარჯთ-ალრიცხვის პროექტებს, ამოწმებს ფინანსიურ ანგარიშს და თავის დასკვნას უდგენს საზოგადოების საერთო კრებას.

დ) სარედაქციო კომისია.

§ 31. სარედაქციო კომისია შესდგება სამი წევრისაგან, რომელსაც ირჩევს წლიური კრება ერთი წლის ვადით.

§ 32. სარედაქციო კომისიის მოვალეობას შეადგენს საზოგადოების ბეჭდვითი ყოველგვარი შრომების გადათვალისწინება და გამომცემლობა.

VI. საზოგადოების სექციები.

§ 33. საზოგადოებას უფლება აქვს დააარსოს საექიმო მეცნიერების სხვადასხვა დარგის სექციები, რომლებიც მუშაობენ გამგეობის მიერ დამუშავებულ და საზოგადო კრების მიერ დამტკიცებულ დებულების თანახმად.

§ 34. ნაციონალურ უმცირესობათა ექიმების ენაზე მუშაობის უზრუნველყოფისათვის საზოგადოებაში არსდება ნაციონალური სექციები.

§ 35. როგორც მეცნიერული, ისე ნაციონალური სექციები არსდება საზოგადო კრების დადგენილების და მათი დაარსებისათვის საჭიროა არა ნაკლებ ოცი ნამდვილი წევრის წერილობითი განცხადებისა.

§ 36. ნაციონალური და მეცნიერული სექციები თავის წრიდან ირჩევს ბიუროს (სამ წევრისაგან) ერთი წლით, ბიუროს ამტკიცებს საზოგადო კრება.

§ 37. საზოგადოებრივ-სამკურნალო ხასიათის საკითხები სექციაში განხილვის შემდეგ, შეტანილ უნდა იქნას საზოგადოების გამგეობაში განსახილველად და სათანადო დადგენილებანი ტარდებიან ცხოვრებაში სექციის ან საზოგადოების რომელიმე სხვა ორგანოების მიერ, საზოგადოების გამგეობის დადგენილების თანახმად.

§ 38. ნაციონალურ სექციებს ეძლევათ განსაზღვრული თანხა, რომელიც შედის საზოგადოების საერთო ხარჯთ-ალრიცხვაში.

შენიშვნა: ყოველგვარი თანხა, რომელიც შემოვა საზოგადოებაში ნაციონალურ სექციის სახელზე (შემოწირულება, ზედმეტი საწევრო გადასახადი და სხვა) იხარჯება იმავე სექციის საჭიროებისათვის საზოგადო კრების მიერ დამტკიცებულ დამატებითი ხარჯთ-ალრიცხვის თანახმად.

§ 39. სექციის მუშაობის და მისი საქმეების გამგებლობის წესრიგი განისაზღვრება ცალკე ინსტრუქციით, რომელსაც ამტკიცებს საზოგადო კრება.

VII. განყოფილებების დაარსება.

§ 40. საქართველოს რესპუბლიკის ქალაქებში და სხვა ადგილებში შეიძლება დაარსდეს საზოგადოების ფილიალური განყოფილებები, იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე კუთხეში არის არა ნაკლებ ათი ექიმისა, რომლებიც მოისურვებენ ასეთ განყოფილების დაარსებას.

§ 41. ფილიალურ განყოფილებას ჰყავს საკუთარი გამგეობა, რომლის დამოკიდებულება საზოგადოების გამგეობასთან განისაზღვრება საზოგადოების მიერ გამოიმუშავებულ და დამტკიცებულ განსაკუთრებულ ინსტრუქციისა.

განყოფილების დაარსების შესახებ უნდა ეცნობოს შინაგან საქმეთა კომისარიატის საადმინისტრაციო განყოფილებას და ამ უკანასკნელიდან გამოტანილ იქნას შესაფერი ნებართვა.

VIII. წესდების შეცვლა და შეესება.

§ 42. საზოგადოებას აქვს უფლება თავის წესდების შეცვლის და შეესების. ასეთი ცვლილების შესახებ საკითხის აღძრა უფუძლიან გამგეობას ან საზოგადოების ოც ნამდვილ წევრს და საკითხი წყდება ორი მესამედი ხნის უმეტესობით კრებაზე, რომელსაც დაესწრება ტფილისში მცხოვრებ წევრთა რიცხვის ნახევარი; წესდების შეცვლა-შეესება უნდა გატარდეს სათანადო რეგისტრაციაში.

IX. საზოგადოების მოღვაწეობის შეწყვეტა.

§ 43. საზოგადოება შეიძლება დაიხუროს საზოგადოების კრების დადგენილებით, რომელსაც დაესწრება ტფილისში მცხოვრებ წევრთა რიცხვის ორი მესამედი და საკითხი წყდება ორი მესამედი ხმის უმეტესობით.

§ 44. საზოგადოების ლიკვიდაციის შემდეგ საზოგადოების ქონება გადაეცემა საქართველოს რესპუბლიკის რომელიმე დაწესებულებას საზოგადო კრების მიერ განსაზღვრულ დანიშნულებისათვის.

წესდების პროექტი ტფილისის ქართველ ექიმთა და ზუნებისმეტყველთა და კავკასიის სამკურნალო საზოგადოებათა გამგეობების მიერ რწმუნების სახით მიღებული და წარდგენილი იქნა სარეგისტრაციოთ საქართველოს შინაგან საქმეთა სახალხო კომისარიატის საადმინისტრაციო განყოფილებაში 14/II—29 წ.

წესდებას ხელს აწერენ:

პროფ. ა. ალადაშვილი
 დოცენტი შ. მიქელაძე
 მ. ჯალალოვი
 პროფ. ვ. ჟღენტო
 გ. პონდოვი
 ე. სემენსკაია
 პრ.-დოც. მ. მგალობელი
 მედ. დოქტ. ნ. ვესელოვზოროვი
 ი. ასლანიშვილი
 კ. ტყეშელაშვილი
 რ. დავთიანი

წესდების პროექტი დამტკიცებულია და გატარებულია რეგისტრაციაში საქართველოს შინაგან საქმეთა სახალხო კომისარიატის საადმინისტრაციო განყოფილებაში.

18/II—1929 წ. № 13-ა.

ხელს აწერენ:

ნ. მაკავარიანი
 ივ. საყვარელიძე.



წერილი ჩედაქციის მიმართ.

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინის“ ჩედაქციას.

ჩემს საზღვარ გარეთ ყოფნის დროს ჟურნალის №—1—1928 წლ. დაიბეჭდა ჩემი წერილი „კიდურების «სიყვითლის სიმპტომის» მნიშვნელობა მალარიის დიაგნოსტიკაში“. კორექტურა მისი მე არ გამისწორებია და საუბედუროდ წერილში მოჰყვა ზოგიერთი შეცდომები, რომლის შესწორება ჩვენ აუცილებელ საჭიროებად მიგვაჩნია.

ამიტომ ვთხოვ პატივცემულ რედაქციის კოლეგიუმს ჟურნალის უახლოეს ნომერში მოთავსებულ იქნეს შემდეგი შესწორება:

1) გვერდი—58, მე-9-ე სტრიქონზე სიტყვა „ლუეტიურით“ შემდეგ უნდა იყოს ფრჩხილი; მე-10-ე სტრიქონის ბოლოში-კი იგი (ფრჩხილი) უნდა ამოიშალოს.

2) იმავე 58 გვერდზე ქვევიდან მე-5თე სტრიქონში სიტყვა „გამოკლება“-ს შემდეგ უნდა ჩაემატოს—„ლურჯ (ბაზოფილურ) წინწკლებზე, რომელიც არც ისე იშვიათათა გვხვდება სხვა, არა მალარიის მიერ გამოწვეულ ანემიების დროსაც“.

3) იმავე გვერდზე ქვევიდან მე-4-ე სტრიქონზე სიტყვა „სიმპტომი“-ს მაგიერ უნდა იყოს „პიგმენტი“.

4) მე-60 გვერდზე ქვევიდან, მე-2-ე სტრიქონში სიტყვა „ითვლება“-ს მაგიერ უნდა იყოს—„შეიძლება გამოდგეს“.

პატივცემით პრივ.-დოცენტი ნ. მახვილაძე.

1929 წლის მარტის 12.

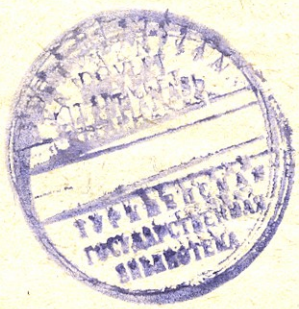
ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელისმომწერთა ყურადსაღებად!

ამხანაგებს, რომელთაც შემოტანილი აქვთ 1, 2 ან 3 მანეთი, დააჩქარონ და შემოიტანონ კიდევ შემდეგი ნაწილი 6 მანეთამდე, ვინაიდან მათ აღარ დაეგზავნებათ ჟურნალის შემდეგი № 4 და დამატება „სრულიად საქართველოს ექიმთა მეცხუთე სამეცნიერო კონგრესის შრომები“-ს პირველი წიგნი.

რედაქცია სთხოვს იმ ამხანაგებს, რომელთაც გამოწერილი აქვთ ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ და რაიმე მიზეზების გამო ჟურნალი არ მისვლიათ, გვაცნობონ ამის შესახებ დაჩქარებით.

რედაქცია სთხოვს ამხანაგებს: გიორგი კვიციანი, შალვა ლორთქიფანიძეს, ელნე ბეთანელს, სერგო ჩახუნაშვილს და კონსტანტინე აპრიამოვის გვაცნობონ მისამართები, რათა მათ დაეგზავნოთ ჟურნალი.

ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ აღარ გაეგზავნებათ ფულის შემოუ-
ტანლობის გამო შემდეგ ამხანაგებს: 1. ორკოდაშვილი თამარი, 2. ბურძღლა
მარგალიტა, 3. თოფურიძე ილია, 4. ფარადაშვილი მარიამი, 5. ბერიძე მიხეილი,
6. ფხალაძე გრიგოლი, 7. ჟურილი შალვა, 8. გვაზავა ნინო, 9. მოსეშვილი თა-
მარი, 10. მესხი ოლა, 11. ენუქიძე სოფიო. 12. ავალიშვილი გიორგი, 13.
უკლება მარიამი, 14. შაფთოშვილი ნადეჟდა, 15. თავდიდიშვილი მიხეილი, 16.
ახმეტელი ილია,



Год издания

XXV

Год издания

XXV

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

Н А

„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

В 1929 г.

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

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

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

Требования и деньги направлять: г. КАЗАНЬ. Редакция «Казанского Медицинского Журнала».

Подробные проспекты бесплатно.

სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-VI სამეცნიერო კონგრესის მომწვევ საორგანიზაციო ბიუროსთან შეთანხმებით ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინას“-ს რედაქცია შემდეგი ნომრიდან შეუღებება ბეჭდვას და ჟურნალის წლიურ ხელის მომწერთ უფასოდ დაურიგდებათ ცალკე დამატებათ

სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-V სამეცნიერო

კონგრესის უროგები

რომელშიც უფა მოსხვედრები საპროგრამო საკითხებზე:

- I კუჭის წყლულის კლინიკა და თერაპია
- II კოლიტების ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია
- III საქართველოს მოსახლეობის მოძრაობა
- IV ჩიყვი აჭარაში

ზოხსენებები არა საპროგრამო სუკიტებზე დაიბეჭდება თანდათანობით ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ში.



მიიღება ხელის მოწერა 1929 წლისათვის

ყოველთვიურ

სამეცნიერო - სამკურნალო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“⁶⁶

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო)

უპრინალური უბედაგი განყოფილებაში:

თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოებათა, კონფერენციების და სამეცნიერო ექსპედიციების ანგარიშები და ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები და ტფილისის და პროვინციელი ექიმები:

უპრინალის ფასი:

ერთი წლით 10 მან.
ნახევარი წლით 5 მან.
ცალკე ნომერი 1 მან.

რედაქციის მისამართი:

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

უპრინალის სარედაქციო კოლეჯიში:

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

პასუხისმგებელი რედაქტორი: სარედაქციო კოლეჯია.

რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი ი. ასლანიშვილი.