

260

1929

თანამედროვე მედიცინა

სოციალური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

V

მაისი

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

1929
წლიდან

ქუ რ ნ ა ლ ი

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. ჟღენტო, დოცენტი შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი).

ქუ რ ნ ა ლ ი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველი თვის პირველ ნახევარში არა ნაკლებ 64 გვერდისა და ყველა ხელისმომწერთ დაეგზავნებათ სახლში.

ქუ რ ნ ა ლ შ ი მოთავსებული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული მედიცინიდან, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოებათა და კონფერენციების სხდომების, სამეცნიერო ექსპედიციების ანგარიშები და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი 50 ცალად.

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

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

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



გამოცემის გეგმვა წელი

თანამედროვე მედიცინა

შოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო შუბნალი

ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო



V

მაისი

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



თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის

მეცნიერ მუშაკთა ოკრგანო

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

**Ежемесячи. научно-врачебный журнал
ТНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА**

Орган научных работников Медицинского факультета Тифлисского Гос. университета

№ 5. 1929 г. Май

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

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

THAMEDROVÉ MÉDICINA

Journal médical géorgien.

№ 5 1929 Mai

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

Adresse de la Rédaction: 47, rue Kamo.

Institut anatomo-pathologique.

Tiflis (Géorgie), U. S. S. R.

1. Проф. Г. М. Мухадзе. Проф. Бильрот	345
2. А. Ахвледиани. К казуистике подкожного повреждения почки	354
3. В. Макацария. 1600 случаев спино-мозговой анестезии	365
4. Д. Джавахишвили. Ревматизм в Грузии и проблема борьбы с ним	373
5. Л. Дундуа. Редкий случай огнестрельного ранения головного мозга	375
6. В. Антадзе. Стрептококк „скарлатины“	377
7. Г. П. Назарашвили. Новые методы светолечения кожных болезней	381
8. Доц. И. К. Абакелиа. VI интернациональный туберкулезный конгресс	384
9. Отчеты, рефераты, библиография, хроника	391

1. Prof. G. Muchadze. Prof. T. Bilroth	345
2. A. Akvlediani. Aux cas extraordinaire des lésions souscutanées des reins	354
3. V. Makatsaria. 1600 cas d'anesthesies rachidiennes	365
4. D. Djavakichvili. Le rhumatisme et son problème en Georgie	373
5. T. Doundoua. Un cas rare du cerveaux	375
6. V. Antadzé. Le streptococce «de scarlatine»	377
7. G. Nazarachvili. Nouveaux methodes de thérapeutique des affections cutanées par les rayons	381
8. Prof. agrégé I. Abakeliá. VI-me congrès international de la tuberculose	384



შ ი ნ ა ა რ ს ი

I.	1. პროფ. გ. მუხაძე. პროფ. ბილროთი	345
II.	თეორიული და კლინიკური მედიცინა:	
	2. ა. ახვლედიანი. თირკმელის კანქვეშა დაზიანების კაზუსტიკისათვის	347
	3. ვ. შაქაცარია. ზურგის ტვინის ანესტეზიის 1600 შემთხვევა .	355
	4. დ. ჯავახიშვილი. რევმატიზმი საქართველოში და მასთან ბრძოლის საკითხი	367
III.	შენიშვნები პრაქტიკიდან:	
	5. ლ. დუნდუა. იშვიათი შემთხვევა თავის ტვინის ტყვიით დაჭრისა, რომელიც დამთავრდა ავადმყოფის მორჩენით	375
IV.	მიმოხილვა:	
	6. ვ. ანთაძე. „ქუნთრუშას“ სტრუქტოკოკი	377
	7. გ. ხაზარაშვილი. ახალი გზები კანის სნეულებათა სხივებით თერაპიაში	381
V.	კორექსონდენცია:	
	8. დოც. ი. აბაკელია. მეექვსე საერთაშორიანო ტუბერკულოზური ყრილობა	384
	9. ი. ჭიჭინაძე. ექიმთა საჰეცნიერო და საზოგადოებრივი წრე „ლენინიზმი მედიცინაში“	391
VI.	ანგარიშები:	
	10. ი. ასლანიშვილი. საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში .	393
	11. ა. ზურაბაშვილი. ექიმ ფსიქიატრთა საჰეცნიერო სხდომების „მცირე პარასკეები“-ს მოკლე ანგარიში	397
VII.	რეფერატები	399
VIII.	ბიბლიოგრაფია	403
IX.	ქრონიკა	406
X.	წერილები რედაქციის მიმართ	403

ჟურნალში თანამფრთხილობის სურვილი განაცხადეს:

აბაკელია ი. დოც., აღადშვილი ალ. პროფ., ამირეჯიბი ს. პროფ., ასათიანი მ. დოც., ასპისოვი ნ. დოც., ბურგსდორფი ვ. პროფ., ვარაზი ვ. პრ.-დოც., ვირსალაძე სპ. პროფ., თიკანაძე ი. პროფ., ელიავა გ., ელიაშვილი ივ., ერისთავი კ. პრ.-დოც., მახვილაძე ნ. პრ.-დოც., მაჭავარიანი ა. პროფ., მგალობელი მ. პრ.-დოც., მიქელაძე შ. დოც., მოსეშვილი ვ. პროფ., მუსხელიშვილი ვ., მუხაძე გ. პროფ., ნათიშვილი ალ. პროფ., ყდენტი ვ. პროფ., საყვარელიძე ს. პრ.-დოც., ქუთათელაძე ი. პროფ., უგრელიძე შ., დამბარაშვილი გ. პროფ., დოლობერიძე ბ. დოც., ყიფშიძე ს. პროფ., ცეცხლაძე ვლ. პრ.-დოც., წინამძღვრიშვილი მ. პროფ., წულუკიძე ალ. დოც., ჯანელიძე ი. პროფ. (ლენინგრადი).

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელისმომწერლებს ამ ნომერთან ურიგდებათ „საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესის შრომები“-ს წიგნი II—კუჭის წყლულის კლინიკა და თერაპია.

პროფ. ბ. მუხაქაძე.

პროფ. ბილროთი

(დაბადების 100 წლის თავის გამო)

თედორე ბილროთის (Teodor Billroth) სახელს ყველა იცნობს, რადგანაც მან ძალიან დიდი კვალი დასტოვა ქირურგიაში. იგი იყო ბუნებით დაჯილდოებული პიროვნება: კარგი დასტაქარი—ტეხნიკოსი, მეცნიერი და მუსიკოსი. დაიბადა 1829 წელს 26 აპრილს ქალაქ ბერგენში კუნძულ რიუგენზე. სამკურნალო განათლება მიიღო გრეისფელდში, გეტინგენში და ბერლინში და შემდეგ ვენაში და პარიზში. ძალიან კარგად შეისწავლა პათოლოგიური ანატომია: როდესაც ბერლინის უნივერსიტეტში კათედრა განთავისუფლდა მან Wirchow-თან ერთად მიიღო მონაწილეობა კონკურსში. ცოტა ხნის შემდეგ მიწვეული იყო ამავე კათედრაზე ქალ. გრეისფელდში, მაგრამ უარი განაცხადა და დარჩა დასტაქარად გამოჩენილ Langenbeck-ის ასისტენტად. 1860 წელს, როდესაც იგი მხოლოდ 31 წლისა იყო, მიიწვიეს ციურხში ქირურგიული კლინიკის გამგედ. 7 წლის შემდეგ გადადის ვენაში და აქ რჩება სიკვდილამდე (6 თებერვალი 1894 წ.). Billroth-ის სახელთან დაკავშირებულია ბევრი ოპერაციები, რომელსაც დღეს ფართოდ ვაწარმოებთ. მან პირველად შეასრულა და დაამუშავა: ჩიყვის ოპერაცია, საშილოვნოს ექსტირპაცია per vaginam, ლვიძლის ეხინოკოკის ოპერაცია დახურულ წესით, ხორხის ექსტირპაცია, პროსტატექტომია, საყლაპავი მილის რეზექცია, კუჭის რეზექცია (1880 წელს). ვინ არ იცის კუჭის რეზექციის Billroth I და II წესი. დღესაც ხშირად მივმართავთ ხოლმე ამ წესებს. მან პირველად შეამჩნია იოდოფორმის სპეციფიური მოქმედება ტუბერკულოზური პროცესების დროს. პირველად დასწერა და ჩამოაყალიბა ზოგადი ქირურგიის სახელმძღვანელო, რომელიც გერმანულ ენაზე 15-ჯერ იყო გამოცემული და გადათარგმნილი თითქმის ყველა ევროპიულ და რუსულ ენებზედაც. მისი რედაქტორობით და უშუალო მონაწილეობით დაიბეჭდა დიდი მრავალტომიანი კერძო ქირურგიის სახელმძღვანელო. რედაქტორობდა და უშუალო ხელმძღვანელობას უწევდა ორ დიდ ქირურგიულ ჟურნალს: „Deutsche Chirurgie“ და „Archiv f. Klinische Ghirurgie“. მას ეკუთვნის 160 დაბეჭდილი სამეცნიერო შრომა სხვადასხვა მეცნიერულ საკითხების შესახებ. მან პირველად დაბეჭდა კლინიკური ანგარიშები ჯერ 5 წლის და შემდეგ 16 წლის, რომელშიაც დადებით მხარეებთან ერთად აღნიშნა თავისი საკუთარი ნაკლი და დეფექტებიც. „კრიტიკული დაკვირვება და ასეთი დაკვირვებიდან სწორი დასკვნების გამოტანა“, ამბობს Billroth-ი,

ეს არის ხელოვნება, ნიჭი და მეცნიერება“. Billroth-მა მოამზადა ბევრი შეგირდები, რომელთაც სხვადასხვა უნივერსიტეტებში დაიკავეს კათედრები და განაგრძობდნენ მის მიერ დაწყებულ საქმეს (მუცლის ქირურგიის დამუშავებას და განვითარებას). მისი შეგირდები არიან: **გუსენბაუერი, ჩერნი, ვინივარტერი, ჰაკერი, ვილფლერი, მიკულიჩი, ეზელსბერგი** და სხვები. მას სიცოცხლეშივე დაუდგეს ძეგლი მის სამშობლო ქალაქში ბერგენში, მაგრამ ის შრომები და დამსახურება, რომელიც მან კაცობრიობას დაუტოვა, უფრო დიდ და უკვდავ ძეგლს წარმოადგენს და ამიტომ სრულიად სამართლიანია, როდესაც მთელი ქვეყნის დასტაქრები დღეს მისი დაბადებიდან 100 წლის თავს საზეიმო კრებებით აღნიშნავენ.



თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

ა. ახვლედიანი.

თირკმელის კანქვეშა დაზიანების კაზუსტიკისათვის

(ქალაქის I საავადმყოფოს უროლოგიურ განყოფილებიდან. გამგე დოცენტი ა. წულუკიძე).

ცნობილია, რომ შედარებით სხვა ორგანოების დაზიანებასთან თირკმელის კანქვეშა დაზიანება იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს. Morris¹⁾-მა 2610 ავადყოფთა გვამების გაკვეთაზე, რომლებიც გარდაიცვალენ ტრაუმიის შემდეგ, მხოლოდ 13 შემთხვევაში (0,5%) აღმოაჩინა თირკმელების დაზიანება, Kuster²⁾-მა 7741 სხვადასხვა ტრაუმატიულ დაზიანებებში 9 (0,11%) შემთხვევაში ნახა თირკმელის კანქვეშა დაზიანება. დაახლოებით ასეთივე ცნობას იძლევიან G u e t t e r b o c k³⁾-ი და სხვები.

ქალაქის I საავადმყოფოს უროლოგიურ განყოფილების დაარსებიდან ე. ი. 1927 წ. პირველ მაისიდან 1928 წლის 1 იანვრამდის 77 თირკმელების დაავადების შემთხვევაზე თირკმელის კანქვეშა დაზიანება იყო სულ 2. ერთი ქალი 48 წლისა-მარჯვენა გვერდით დაეცა ძირს ხის სათამაშო ცხენზე. დაცემიდან 4 დღის განმავლობაში ჰქონდა შარდში მიკროსკოპიულად სისხლი 15—20 მხედველობის არეში. დაზიანებიდან მე-20 დღეს გაეწერა კლინიკურად განკურნებული. მეორე შემთხვევა წარმოადგენს თირკმელის კანქვეშა დაზიანების მეტად იშვიათ სახეს, რამაც მოგვცა საბაბი აღნიშნული შემთხვევის აწერისა.

მოგვყავს მოკლედ ავადმყოფობის ისტორია: ისტორია № 10904. ავადმყოფი ა., 35 წლის მიწის მუშა. სასწრაფოდ მიღებულია საავადმყოფოში 25/IX—27 წლისა. უჩივის ტკივილებს გულმკერდის მარჯვენა და წელის არეებში. t—39°. მაჯა 1°—120 დაკიმული, რითმიული. ერთი კვირის წინაღ ურმის ბორბალმა გადაუარა გულმკერდის ქვედა და მუცლის ზედა ნაწილებს შუა. რამოდენიმე საათი ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაში იყო, ხოლო შემდეგში დაეწყო აღნიშნული ტკივილები. მესამე დღეს შეამჩნია შარდში სისხლი. ავადმყოფს ახველებს, ნახევლი სისხლიანია.

St. praesens: სახე მოყვითალო. გულმკერდის არეში, მარჯვენა ნაწილში მე-4-ე ნეკნიდან ფილტვების ქვემო საზღვრებამდის, წინიდან წინა აქსილარულ და უკან ბეჭის ხაზებს შუა მოყრუება და სუნთქვის შესუსტება. მუცელი ზომიერი მოყვანილობისაა, ნათლად აქვს გამოხატული დეფანსი, უმთავრესად მარჯვენა მხარეზე, სადაც ხელის ზერელე მიკარებაც იწვევს დიდ ტკივილებს. აქვს აგრეთვე მარცხენა მე-XII-ე ნეკნის მოტეხილობა დაახლოებით შუა და წინა მესამედის საზღვარზე. შარდი მაკროსკოპიულად სისხლიანია. დანარჩენი ორგანოები—N.

ამგვარად ანამნეზიდან ტრაუმა, გემატურია, მუცლის დეფანსი და მარცხენა მე-XII-ე ნეკნის მოტეხილობა სავსებით ადასტურებდა თირკმელის კანქვეშა და-

1) ცნობა აღებულია Д у б н о в а-ს შრომიდან. Русская клиника № 5. 1924 г.
2) იქვე.
3) Федоров. Хирургия почек и мочеточников. გვ. 643.

ზიანებას. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა—ანემიის ნიშნების არ ყოფნა უარყოფდა სასწრაფოდ ოპერაციის გაკეთების საჭიროებას, მით უფრო, რომ პირველ დღეს შეუძლებელი შეიქნა გამოკვლევა—ორივე თირკმელია დაზიანებული თუ არა, და თუ ერთია—რომელი? მარცხენა მხარეზე ნეჩის მოტეხილობა გვაძლევდა საბუთს გვეფიქრა, რომ ტრაუმა უფრო ინტენსიური იყო მარცხენა მხარეზე, მაგრამ მარჯვენა მხარეს უფრო ზედმეტი მტკივნეულობა კი ეჭვს ბადებდა მარჯვენა თირკმელის დაზიანებაზე. ერთი სიტყვით სათანადო სპეციალური გამოკვლევების უქონლობის გამო, ავადმყოფობის ნამდვილი სურათის გამოკვლევა ვერ მოხერხდა მოყვანისას.

25/IX საღამოს: ავადმყოფი აღნიშნავს უკეთობას—ტკივილები ნაკლები აქვს. t^0 —37.5. მაჯა 1'—110 საშუალო ავსების. შარდი კვლავ სისხლიანია. 26/IX. t^0 —39. მაჯა—110—1', საშუალო ავსების, რითმიული. ენა სველი.

ავადმყოფს აღარ ახვედებს. Cystoscopy: მარჯვენა შარდსაწვეთიდან გამოდის სისხლიანი შარდი. მარცხენა შარდსაწვეთი ნორმალურად იკუმშება.

27-28/IX. სიცხე კვლავ მაღალია 38,5-დან 39,5-დღე. ტკივილები უმცირდება. 29/IX. დილის t^0 —37,2. ავადმყოფმა ერთბაშად მოშარდა ძალზედ სისხლნარევი და ლეკვრტიანი 600.0 შარდი, რის შემდეგ იგრძნო რალაც განთავისუფლება. სუნთქვა თავისუფალი, უმტკივნელო. ტკივილები მარჯვენა თირკმლის არეში სრულებით გაქჭრა. გასინჯვის დროს აღმოჩნდა: წინად არსებული მოყრუება არ აქვს. ამ არეში ისმის ნორმალური ვეზიკულარული ოდნავ შესუსტებული სუნთქვა. t^0 —36.7. მაჯა 84—1', საშუალო ავსების და დაჭიმულობის.

30/IX. შარდი მაკროსკოპიულად სუფთაა. მიკროსკოპიულად შეიცავს 10-15 ერიტროციტს მხევდვლობის არეში.

1-4/X. მდგომარეობა თანდათანობით უმჯობესდება. t^0 —დილის №. საღამომობით ხანდისხან აძლევს 37.2.

5/X. შარდის გამოკვლევა: ფერი-ბაცი ჩაღისა, ხვედრითი წონა 1015, რეაქცია მჟავე. ცილა—ნიშნები. ნალექში: თითო ოროლა ჩირქოვანი ბურთული მთელ პრეპარატში.

13/X. Chromocystoscopy: a—5.0 ინდიგო-კარმინის ხსნარის ვენაში შესაბუნება: ორივე შარდსაწვეთიდან გამოვიდა ლურჯად შეღებილი შარდი კარგი ნაკადით 5 წუთის შემდეგ.

საავადმყოფოში მოყვანიდან მე-24 დღეს გაეწერა თავის მოთხოვნით კლინიკურად განკურნებული, სათანადო დარიგებით.

პირველ ყოვლისა ყურადღებას იყრობს ძლიერი გემატურია, რომელიც ჰქონდა ჩვენს ავადმყოფს. შესაძლებელია, რომ სისხლის დენა დაეწყო პირდაპირ მესამე დღეს: ლიტერატურაში აწერილია ტრაუმის შემდეგ გემატურიის უქონლობის ანატომო-ფიზიოლოგიური მიზეზები: შარდსაწვეთის დაცობა, გადაღუნვა, გადაგრეხვა; დაწოლა, სპაზმი, ან დაზიანებული სისხლის მილების ტრომბოზი. ჩვენს შემთხვევაში შესაძლებელია ჰქონდა ადგილი შარდსაწვეთის დაცობას სისხლის ლეკვრტით, რამაც დროებით (2 დღით) შესწყვიტა გემატურია. Ващинский ¹⁾—ს ცნობით ლიტერატურაში აწერილია „დაავიანებული“ გემატურია ტრაუმის ნიადაგზე 2—32 დღემდის. მასვე მოჰყავს ერთი შემთხვევა, სადაც გემატურია დაეწყო მე-22 დღეს.

რაც შეეხება სიცხეს, რომელიც ჩვენს ავადმყოფს ჰქონდა, ეს შეიძლებოდა აგვეხსნა ჩაქველ სისხლის შეწოკით, ვინაიდან მას არ ჰქონდა დაჩირქების დამახასიათებელი მიმდინარეობა—გეპტიური ტემპერატურა. Трофимов ²⁾—ს

1) Новый хирургический архив, том X к. 4 стр. 624.

2) Русский врач 1907 г. №№ 49, 50, 51.

1907 წელს შვედეთში აღმოჩენილი აქვს რუსეთის საექიმო ლიტერატურაში აწერილი 33 შემთხვევა და მათ შორის ექ. Котлов-ის შემთხვევა, სადაც t° აღწევდა 39,7 ერთი თვის განმავლობაში. ავადმყოფს ცხენის წიხლით დაუზიანდა მარცხენა თირკმელი და ამავე მხარის მე-8, 9 ნეკნი.

გატარებული იყო კონსერვატიული მკურნალობა და დაზიანებიდან მე-42 დღეს გაეწერა განკურნებული (უნდა ვიფიქროდ, რომ მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში არსებული სიმსივნე იყო სისხლის ჩაქცევა, რომელიც იწრუტებოდა ორგანიზმის მიერ და იწვევდა ტემპერატურის მომატებას).

პათოლოგო-ანატომიური სურათის შეფასების დროს თითქმის საყოველთაოდ გავრცელებულია Kuster-ის კლასიფიკაცია:

1. ცხიმოვანი კაპსულის გაგლეჯა თირკმელის დაზიანებლად.
2. თირკმელის პარენქიმის ისეთი დაზიანება, რომელიც არ აღწევს ფილების და მენჯს.
3. თირკმელის პარენქიმის დაზიანება თირკმელის მენჯამდე.
4. თირკმელის რამოდენიმე ნაწილად დაგლეჯა.
5. მძიმე პერირენალური დაზიანებანი: თირკმელის სისხლის მილების გასკდომა, ან მთელი hilus-ის მოგლეჯა.

ჩვენი შემთხვევა უნდა მივაკუთნოდ მესამე კატეგორიას ე. ი. თირკმელის ქსოვილის დაზიანებას მენჯამდის საკუთარი კაპსულის შენარჩუნებით, რომელიც შემდეგში გართულდა შარდსაწვეთში ან ფიალაში სისხლის ლეკერტის გაქედვით. ამის გამო სისხლი და შარდი დაგროვდა თირკმელში და წარმოიშვა სიმსივნე, რომელიც აწვებოდა დიაფრაგმას და იწვევდა ფილტვის ატალექტაზს. ამ გარემოებას და აგრეთვე თირკმელის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში სისხლის და შარდის ჩაქცევის საწინააღმდეგოთ ადასტურებს ის ფაქტი, რომ ავადმყოფს ყველა მოვლენებმა, როგორც ფილტვების აგრეთვე თირკმელის მხრივ სრულებით გაუარა 600.0 ძალზე სისხლ-ნარევი და ლეკერტიანი შარდის ერთბაშად გამოყოფასთან ერთად, ე. ი. რომ ჩვენ შემთხვევაში იყო სუბკაპსულარული დაზიანება თირკმელისა გართულებული დროებითი გემატონეფროზით. ასეთი შემთხვევები, როგორც ამას აღნიშნავენ Legueu და Papin ¹⁾—ი, მეტად იშვიათია. ჩვენს ხელთ არსებულ ლიტერატურულ წყაროებიდან ანალოგიურ შემთხვევას ვერ შევხვდით. ექ. Мухаринский ²⁾—ს აქვს გაკეთებული ექსპერიმენტები შინაურ კურდღლებზე. ის ხელოვნურად აზიანებდა თირკმელს და აწარმოებდა დაკვირვებებს იმაზე, თუ რა ცვლილებებს განიცდის დაზიანებული თირკმელი უახლოეს და დაგვიანებულ ხანაში (რამოდენიმე დღიდან 7 თვემდის). 16 შემთხვევიდან ერთ შემთხვევაში აღმოჩნდა წმინდა გემატონეფროზი. მოგვყავს მოკლედი ოქმი № XIII. ტრაუმის შემდეგ 4 დღის განმავლობაში — გემატურია. შარდის რაოდენობა 24 საათში 250—300.0.

მე-5 დღეს კურდღელი თავისით მოკვდა. აღმოჩნდა: რომ დაზიანებული თირკმელი $\frac{1}{3}$ -ზე მეტია საღზე. შეზორცება მუცლის უკანა კედელთან და საკ-

1) Précis d'urologie 1921 წ. გვ. 577.

2) Новый хирургический архив 1924 г. кн. 2 3.



ვერცხესთან. გავრცელებული გემატონეფროზი. შარდსაწვეთი მკერივი ზონარი- ვითაა. მიკროსკოპიული სურათი: კაპსულის ქვემოდა, ქერქოვან და ტვინოვან შრეებში სისხლის ჩაქცევები. მილაკების და გორგლების ეპიტელიუმის ნეკროზი. კაპილარები ამოვსებული არიან სისხლის ბურთულებით.

როგორია თირკმელის კანქვეშა დაზიანების მკურნალობა? ზოგიერთი ავ- ტორების მიერ მოწოდებულ მძიმე, საშუალო და იოლ შემთხვევებთ დაყოფამ და ამისდა მიხედვით თვით მკურნალობის საკითხის გადაჭრამ, ე. ი. ოპერაცია მძიმე შემთხვევებში, კონსერვატიული წესი იოლი და ხანდახან ოპერაცია სა- შუალო შემთხვევებში, ვერ მოიპოვა გავრცელება იმ მოსაზრებით, რომ ხშირად ძნელი ხდება განსაზღვრა მძიმე და იოლ შემთხვევებისა. მაგალითად ტრაუმის შემდეგ ავადმყოფი შეიძლება იქნეს მძიმე მდგომარეობაში შოკის გამო, რომე- ლიც შეიძლება თავად გაჭირვება რამდენიმე საათიდან 2—3 დღეში, როგორც ამას ჰქონდა ადგილი ჩვენს შემთხვევაში. გემატურიაც, თუნდაც ხანგრძლივი (თუ ავადმყოფს არა აქვს საერთო ანემიის ნიშნები) არ არის ოპერატიული ჩარევის მაჩვენებელი. მაგ. Valdvoegel ¹⁾—ს მოჰყავს შემთხვევა: სადაც გემატურია გრძელდებოდა 46 დღე. Пономарев ²⁾—ის ერთ შემთხვევაში გემატურია იყო 57 დღე და ავადმყოფი განიკურნა. მეორეს მხრივ გემატურია შეიძლება მცირე ან სრულებით არ იქნეს მძიმე შემთხვევებში—მაგრამ შარდსაწვეთის სრულებით მოგლეჯის ან მისი სისხლის ლეკერტით გაქედვის გამო. არც სიმძიმე თირკმლის არეში ცალკე აღებული არ არის მაჩვენებელი მძიმე მდგომარეობისა, ვინაიდან აწერილია მრავალი შემთხვევები, სადაც თირკმელის ირგვლივმდებარე ქსოვი- ლებში ჩაქცეული სისხლი ან შარდი კონსერვატიული მკურნალობის დროს შე- წოვილა ორგანიზმის მიერ.

Красинская ³⁾—ს აწერილი აქვს შემთხვევა, სადაც ტრაუმის შემდეგ ავადმყოფს თავის ფეხით გაუვლია დიდი მანძილი. მეორე დღეს გაკეთებულ ოპე- რაციით აღმოჩნდა: თირკმელი მოგლეჯილი მენჯიდან და სისხლის და შარდის ჩაქცევა პერიტონეუმის უკან მდებარე ქსოვილებში. აღნიშნულ შემთხვევის გამო ის მიდის იმ დასკვნამდე, რომ „თირკმელის დაზიანების სიმძიმე ყოველთვის არ ეთანაბრება კლინიკურ სიმპტომებს და ავადმყოფის თვითგრძნობას“.

Пономарев—ს 1913 წელში შეგროვილი აქვს 126 შემთხვევა, ამათ- ში—112 შემთხვევაში იყო ნაწარმოები კონსერვატიული მკურნალობა—სიკვდი- ლობა 1 (1⁰/₁₁₂—ზე ნაკლები). ოპერაცია გაკეთებულია 13 (10,3⁰/₁₁₂) შემთხვევა- ში. მასვე მოჰყავს სხვა ავტორების მიერ მოწოდებული ცნობები; სიკვდილო- ბის პროცენტი სხვადასხვა წესით მკურნალობის დროს უდრის:

	მოცდითი კონსერვა- ტიული	ქირურგიული შემანარ- ჩუნებელი	Nephrectomia
Riese	22,1 ⁰ / ₀	11,7 ⁰ / ₀	17,9 ⁰ / ₀
Suter	16 ⁰ / ₀	18,9 ⁰ / ₀	15 ⁰ / ₀

1) Пономарев. Русский врач № 35. 1913 г.
 2) იქვე.
 3) Казанский медицинский журнал № 1. 1927 г.

Tohle¹⁾—ს 81 ახილ დაზიანებიდან კონსერვატიული წესით განიკურნა 70 ავადმყოფი, მიუხედავად არსებულ გემატურიისა, პირის ღებინებისა, t⁰—მომატებისა და დიდი—ზოგჯერ ჭიპამდის და საზარდულამდის ჩამოსულ გემატომებისა.

Watson²⁾—ის სტატისტიკით (562 შემთხვევა) მოცდითი მკურნალობით გაურთულებელ შემთხვევებში 273-დან გარდაიცვალა 18 (29,3⁰/₀) და 119 ნეფრექტომიიდან სიკვდილობა 30,2⁰/₀. გართულებულ შემთხვევებში კი მოცდითი მკურნალობით სიკვდილობა აღნიშნულია 91⁰/₀, და ოპერატიულით—44% .

როგორც ზევით მოყვანილ ცხრილებიდან სჩანს, იმ გაურთულებელ შემთხვევებში, სადაც თირკმელის დაზიანებას თან ახლავს მუცლის აპკის და სხვა ორგანოების დაზიანება, კარგი შედეგები მეტ წილად მოაქვს კონსერვატიულ—მოცდითი მკურნალობას, თუმც არიან ავტორები, რომელნიც მომხრენი არიან ყველა შემთხვევებში ოპერაციის გაკეთებისა. „კლინიკური ნიშნები და ცისტოსკოპი ყოველთვის სრულ წარმოდგენას არ გვაძლევენ თირკმელების მდგომარეობაზე და დაზიანების ხასიათის შესახებ შეიძლება მსჯელობა მხოლოდ საოპერაციო მაგიდაზე—ჩარევა არაა უფრო მძიმე და საშიში, ვიდრე მოცდითი და გვაძლევს საშუალებას არა იშვიათად მივმართოდ კონსერვატიულ ქირურგიულ წესებს“—ამობს Kummel³⁾—ი. ასეთივე აზრისაა Kuster⁴⁾—ი. საზოგადოთ ოპერატიული ჩარევის ჩვენებად უნდა ჩაითვალოს სიცოცხლისათვის სახიფათო მოვლენები და მათ შორის მუცლის აპკის და სხვა ორგანოების (ღვიძლის, ელენთის და სხვა) დაზიანებანი. მარტო თირკმელის დაზიანების შემთხვევებში პირველი ადგილი უკავია სისხლის მდინარეობას. Riese-ს სტატისტიკით 163 ავადმყოფიდან 100-ზე გაკეთებულა ოპერაცია ამ სიმპტომის გამო. აქ საჭიროა უარყოფილ იქმნეს, ასე ვსთქვად „ზედმეტი კონსერვატიზმი“ იმ მხრივ, რომ არ მოუცადოთ სისხლის მდინარეობის განვითარებას ავადმყოფის საერთო კანექსიურ მდგომარეობამდე,—როდესაც უკვე ოპერატიული ჩარევაც უშედეგო შეიქმნება. ჩვენ შემთხვევაში - ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა და ძლიერი გემატურია ადასტურებდა თირკმელის ღრმა დაზიანებას, და მიუხედავად ამისა ავადმყოფს ანემიის ნიშნები სრულებით არ ჰქონდა. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ამ მოვლენას ხელი შეუწყო საკუთარი კაპსულის დაუზიანებლობამ, რომლის მეოხებით თირკმელის ქსოვილში დაგროვებულმა სისხლმა და შარდმა თავისივე ზედდაწოლით გამოიწვიეს თირკმელის დაზიანებულ სისხლის მილების მეტი ნაწილის დაცობა.

შემდეგი ჩვენება ოპერაციისათვის არის ინფექცია. ეს გართულება გვხვდება Grawitz-ის მიხედვით 24,5%, Kuster-ის 12⁰/₀ და Watson'-ის 14⁰/₀.

თვით ოპერატიული წესით მკურნალობის დროს უმთავრესად თირკმელის ორგანიზმისათვის შენარჩუნების მიზანი უნდა იქნეს დასახული. თირკმელის

1) Федоров. Хирургия почек и мочеточников. ст. 686.

2) იქვე.

3) Мухаринский. Новый хирургический архив 1924 г. кн. 2--3. ст. 329.

4) იქვე.

პერიტონეუმის გარეშე დაზიანების დროს ჩვეულებრივი წელის არეს განაკვეთით აღმოაჩენენ თირკმელს, სწრაფად უნდა გაიწმინდოს თირკმელის არე ლეკერტებიდან და ამის შემდეგ თირკმელის hylus'-ამდე, შემდეგ თუ რამდენიმე ნაწილად მისი გაგლეჯას აქვს ადგილი, თუ არ არსებობს თირკმელის ფეხის სისხლის მიღების მნიშვნელოვანი დაზიანება ანუ თუ მოგლეჯილია შარდსაწვეთი 1). სხვა შემთხვევებში, როდესაც სისხლის დენა ძლიერი არ არის და დაზიანებაც არ მიდის ღრმად, შესაძლებელია სისხლის დენის შეჩერება თირკმელზე ნაკერების დადებით, ან ცხიმოვან ქსოვილით ან და ბადექონის ტამპონადით. თუ თირკმელის გახსნის შემდეგ აღმოჩნდება haematonephros'-ი საჭიროა pyelotomy-ს გაკეთება (იშვიათად nephrotomy). ისეთ შემთხვევებში, სადაც თირკმელის დაზიანებასთან ერთად არის პერიტონეუმის და მის ღრუში ზღვებარე ორგანოების დაზიანება ან და სადაც დაზიანებულ ორგანოების გამოკვლევა შეუძლებელია, ზოგი ავტორები გვირჩევენ მუცლის ღრუს გახსნას შუა განაკვეთით და შემდეგ თირკმელის დაზიანების აღმოჩენის დროს მუცლის ღრუს გაკერვას 2) და წელის განაკვეთით თირკმელზე ექსტრაპერიტონეალურად ოპერაციის გაკეთებას.

Kuster'-ი და სხვები გვირჩევენ ოპერაციის დაწყებას წელის არეს განაკვეთით და შემდეგ, თუ საჭირო შეიქმნება, პერიტონეუმის ღრუს გახსნას. Федоров-ს უფრო მიზანშეწონილად მიაჩნია ასეთ შემთხვევებში წელ-მუცლის განაკვეთი. მისივე თირკმელის არტერიის გადაკეცხა per laparotomiam წარმოადგენს დიდ სიძნელეს და ამიტომ ეს უკანასკნელი უნდა იხმარებოდეს ძლიერი იშვიათად დიაგნოსტიური თვალსაზრისით ძალიან რთულ შემთხვევებში.

ჩვენს შემთხვევაში სასწრაფო ოპერაცია უარყოფილ იქმნა. ავადმყოფს ჩვეულებრივი მკურნალობით—დასვენება, ციხული, სისხლის შემჩერებელი. თანდათანობით დაეტყო უკეთობა და ერთბაშად 600 c. c. სისხლიანი შარდის გამოყოფის შემდეგ მივიღეთ კლინიკური განკურნება: სისხლი შარდში სრულებით გაჰქრა, თირკმელის ტონუსი საესებით აღდგენილია (ინდიგო-კარმინმა მოგვცა დადებითი შედეგი 5 წუთში).

როგორც აღვნიშნეთ, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, თირკმელის ფუნქციის აღდგენა, დაბოლოს შარდის მაკრო და მიკროსკოპიული გამოკვლევები გვაძლევენ საბუთს ვიფიქროდ, რომ შორეული პროგნოზიც საიმედო უნდა იყოს, თუმცა მოსალოდნელია ტრაუმის ნიადაგზე სხვადასხვა გართულებები: ტრაუმატიული ნეფრიტი, გიდრონეფროზი და სხვა, ვინაიდან შექმნილია ერთგვარი locus minoris resistentiae. ტრაუმის ნიადაგზე განვითარებული გიდრონეფროზების 4 შემთხვევა აწერილი აქვს Дубнова-ს 3) პროფ. Плетнев-ის კლინიკიდან. ამათში ერთზე გიდრონეფროზი დადასტურებულია ოპერაციით,

1) Федоров-ს მოჰყავს Рокицкий-ს მეტად იშვიათი შემთხვევა: ოპერაციის დროს აღმოჩნდა თირკმელი საესებით მოგლეჯილი ფეხიდან და ამავე დროს ამ ფეხის არტერიებიდან სისხლის დენა თითქმის არ იყო.

2) რასაკვირველია ორგანოების დაზიანების, ან სისხლის ან შარდის ჩაქცევის დროს სათანადო მანიპულაციების შემდეგ.

3) Русская клиника № 5. 1924 г.

2-ში პიელოგრაფიით და ერთში საერთო კლინიკური ნიშნებით. ამ 4 შემთხვევაში გიდრონეფროზი დადასტურებულია ტრაუმის შემდეგ 1, 2, 4 და 1/2 წლების განმავლობაში. Дубнова-ს მოჰყავს Golm-ის აზრი, რომელიც ამბობს, რომ შარდსაწვეთი არ წარმოადგენს უბრალო მილს, რომელშიაც მიდის შარდი, არამედ თვითონ მონაწილეობს შარდის გამოყოფაში და ამიტომ ყოველ ტოქსიურ, მექანიკურ და ნერვიულ გამაღიზიანებელ ფაქტორებს შეუძლიან დააქვეითონ მისი ფუნქცია და ამგვარად გამოიწვიონ შარდის შეგუბება შემდეგი გიდრონეფროზის განვითარებით.

Мухаринский თავისი ექსპერიმენტალური ცდების მიხედვით მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ თირკმელის ტრაუმა a) იწვევს ხანგრძლივ დეგენერატიულ პროცესს, რომელიც დაზიანების მძიმე შემთხვევებში შეიძლება მივიდეს თირკმელის სრულ ატროფიამდის, b) იძლევა შეხორცებებს ირგვლივ მდებარე ორგანოებთან, c) იწვევს საგრძნობ შემთხვევებში (25%) შარდსაწვეთის ობლიტერაციას და, როგორც შედეგი, გიდრონეფროზს და თირკმლის მეორად ცვლილებებს, d) ინტერსტიციალურ შემაერთებელ ქსოვილის განვითარების გამო იწვევს ნელ და თანდათანობითი ცვლილებებს საღ თირკმელებში.

თვით თირკმელის შენარჩუნება, მისი აზრით, შეიძლება თუ არსებობს თირკმელის ქსოვილის დაუზიანებელი ნაწილი იმდენი, რამდენიც შეხორცების შემდეგ საჭიროა მისი ფუნქციონალური აღდგენისათვის და ამის გაგება კი შეიძლება დაზიანებულ თირკმელის გახსნის და დათვალიერების შემდეგ.

დასკვნები

1. ჩვენი შემთხვევა წარმოადგენს თირკმელის სუბკაპსულარულ დაზიანებას გართულებულს დროებითი გემატონეფროზით.

2. თირკმელის სუბკაპსულარული შედარებით ღრმა დაზიანებაც წარმოადგენს ნაკლებ საშიშროებას სისხლის დენის მხრივ, ვინაიდან თირკმელში დაგროვებული სისხლი, ზედ დაწოლის გამო ხელს უწყობს დაზიანებულ სისხლის მიღების დაცობას.

3. ავადმყოფობის ნამდვილი სურათის გამოსაცნობად ღიდი მნიშვნელობა აქვს ცისტოსკოპიას და, ზოგიერთ შემთხვევაში, პიელოგრაფიას.

4. კონსერვატიული—მოცდითი მკურნალობა თირკმელის კანქვეშა დაზიანების დროს უმეტეს შემთხვევაში იძლევა კარგ შედეგებს.

დასასრულს უღრმესი მადლობა ჩემს მასწავლებელს დოც. ა. წულუკიძეს თემის და საჭირო ახსნა-განმარტების მოცემისათვის.

ლიტერატურა.

1. Трофимов. Русский врач 1907 г. №№ 49—51.
2. Пономарев. Русский врач 1913 г. № 35.
3. Мухаринский. Новый хирургический архив 1924 г. кн. 2—3.
4. Дубнова, Русская клиника 1924 г. № 5.
5. Федоров. Хирургия почек и мочеочников 1923 г. вып. V.
6. Хольцов. Частная Урология 1927 г. вып. I.
7. Ващенко. Новый хирургический архив, том X, кн. 4.
8. Барадюлин. Элементы Урологии, 1927 г. стр. 175—193.
9. F. Legue. E. Parin. Précis d'urologie, 1921 г. ст. 572.
10. Красинская. Казанский медицинский журнал, № 1, 1927 г.

А. Ахвледяни

К казуистике подкожного повреж- дения почки.

(Из урологического отделения Тифлисской I-ой городской больницы. Заведующий Доцент А. П. Цулукидзе).

Автор описывает наблюдавшийся в урологическом отделении I-ой городской больницы редкий случай подкожного повреждения правой почки, осложнившийся гематонезрозом и завершившийся выздоровлением больного. На основании разбора своего случая и литературных данных по этому вопросу автор приходит к следующим выводам:

1. Наш случай представляет субкапсулярное повреждение почки, осложненное временным гематонезрозом.

2. Субкапсулярные повреждения почек, даже сравнительно глубокие, являются менее опасным в смысле кровотечения, в виду сдавления и закупорки кровотокающих сосудов накопившейся под капсулой кровью.

3. Для выяснения точной картины болезни большое значение имеет цистоскопия и в некоторых случаях пиелография.

4. Консервативно-выжидательное лечение подкожных повреждений почек в большинстве случаев дает хорошие результаты.

A. AKVLÉDIANI

Aux cas extraordinaire des lésions souscutanées des rein.

(De la section urologique du Premier Hopital de Tiflis. Gérant prof. Tsouloukidzé).

L'auteur décrit un cas care d'une lésion souscutanée du rein droit, compliqué par un hémationéphrose et terminé par la guérison, observé dans la section urologique du Premier Hopital de Tiflis.

En se basant sur l'analyse de son cas et les données de littérature concernant cette question l'auteur aux conclusions suivantes:

1) Notre cas représente une lésion souscapsulaire du rein, compliqué par un hémationéphrose transitoire.

2) Les lésions sous capsulaires des reins, même comparativement profondes, sont moins dangereuses en cas d'hémorrhagie, car les vaisseaux saignant sont bouchés et comprimés par le sang accumulé sous la capsule.

3) Pour l'explication précise du tableau de la maladie la cystoscopie est d'une grande importance, ainsi que le pyelographie dans certains cas.

4) L'attente et la traitement conservatif des lésions souscutanées des reins donnent dans la part des cas de bons résultats.

3. მამაცარია

უფროსი ორდინატორი

(აქარისტანის მთავარ საავადმყოფოს ქირურგ. განყოფილება. გამგე მედ. დოქტ. ვ. ფ რ ა ლ ო ვ ი)

ზურგის ტვინის ანესტეზიის 1600 შემთხვევა*)

ხერხემლის ტვინის ანესტეზიის ტექნიკა უნდა ჩაითვალოს საკმარისად შესწავლილად. ამ მეთოდმა განიცადა 25 წლის განმავლობაში სათანადო კრიტიკა, ეხლა უკვე სხვა და სხვა ქვეყნის მეცნიერთა ავტორიტეტულ აზრის მიხედვით, შეიძლება გარკვეულად აღინიშნოს, რომ ზ. ტ. ა. ჩათვლილია საუკეთესო მეთოდით ყველა ოპერაციების დროს ჭიპის ქვემოდა. მთელი რიგი ქირურგებისა, რომელნიც იყვნენ აღზდილნი საერთო ნარკოზის ზეგავლენით, კრიტიკულად უცქერდნენ და უცქერენ ამ მეთოდს. იგინი თავისი აზრის საფუძვლათ უდებენ იმას, რომ გართულება ამ მეთოდს ჩვევია უფრო მძიმე და ხშირი, ვიდრე საერთო ნარკოზს; მაგრამ იგინი არ უწივენ ანგარიშს იმ გარემოებას, რომ წინათ ზ. ტ. ა. არ იყო სათანადოდ შესწავლილი, განსაკუთრებით არ იყო შესწავლილი მისი ჩვენებანი და წინააღმდეგ ჩვენებანი. ეს იმიდანაც ჩანს, რომ ეხლა სხვადასხვა ზ. ტ. ა. თან დაკავშირებული გართულებანი იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს; ეს რასაკვირველია იმით აიხსნება, რომ უკეთესად არის შესწავლილი: თვით ანესტეზია, მისი ჩვენებანი და წინააღმდეგ ჩვენებანი, ანესტეზიური ნივთიერების თვისებანი, დოზები და სხვ.

გერმანელი პროფ. Bier-ი იყო პირველი ქირურგი, რომ ღმაც შემოიღო ზ. ტ. ა., მაჩამდინ სანამდის Bier-ი გაატარებდა ამ მეთოდს ავადმყოფებზე, მან სინჯა ჯერ ეს თავის თავზე და შემდეგ თავის ასისტენტზე Hildebrand-ზე. იმის მიზეზი—თუ რისთვის 25 წლის განმავლობაში ამ მეთოდმა არ მოიპოვა ფართო ხმარება, არის ის გარემოება, რომ Bier-ის პირველი შრომის გამოქვეყნების შემდეგ ეს მეთოდი სწრაფად გავრცელდა, მიუხედავად იმისა, რომ თვით ავტორი აფროთხილებდა ექიმებს ამ ანალგეზიის ფართო ხმარებაში; ახალი მეთოდით გატაცებული ქირურგები ცდილობდნენ გაედიდებიათ საოპერაციო არე ამ მეთოდით, და ნაკლებათ გამოეყენებიათ საერთო ნარკოზი. საკმარისად შეუსწავლელ საშუალებების ხმარებამ, ამ საშუალების უარყოფითი მხარეები გამოაშკარავა, რასაც მოყვა ზ. ტ. ა.-დმი ნდობის დაკარგვა და ამის შემდეგ საჭირო დარჩა 20-25 წელი იმისათვის, რომ ნათლად გამომქლავებულიყო ამ ანესტეზიის გაცილებით ნაკლები საშიშროებანი და უარყოფითი მხარეები

*) შემოკლებით მოხსენებულია სრ. საქართველოს ექიმთა მე-V სამეცნიერო კონგრესზე ქ. ბათომში 1929 წ. 28 იანვარს.



საერთოდ ვიდრე საერთო ნარკოზის და კიდევ უფრო მეტი ამ ანესტეზიის გაცილებით მეტი დადებითი მხარეები, ვიდრე საერთო ნარკოზის დიდი მასალის მიხედვით: გულის, ფილტვების, თირკმლების დაავადებანი და ათერო სკლეროზი არ შეადგენენ კონტრინდიკაციას ამ ანესტეზიის დროს, რაც შეეხება ამ ანესტეზიის ხმარებას ჭიპის ზემო ოპერაციის დროს, აქ ეს ანესტეზია უნდა იქნეს სიფრთხილით ნახმარი, უნდა ანგარიში გაეწიოს შესაფერის კონტრინდიკაციებს, რათა დაუშვას ურებლად არ დაიძრახოს თვით მეთოდი. აქ ზედმეტია ჩამოთვლა იმ მკვლევართა აზრის, რომელიც დადებითად ახასიათებენ ზ. ტ. ა.-ს. ასეთი ჩამოთვლა არის Юдин-ის მონოგრაფიაში. ჩვენი მოხსენების მიზანია გავაცნოთ ის მასალა, რომელიც უდრის 1600 შემთხვევას და რომელიც შეგროვილია აჭარისტანის მთ. საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში 6 წლის განმავლობაში.

ჩვენი გამოცდილება ზ. ტ. ა. ხმარებაში იზრდება წლიდან-წლამდე.

1923 წ.	. . . . .	67
1924 „	. . . . .	83
1925 „	. . . . .	190
1926 „	. . . . .	315
1927 „	. . . . .	567
1928 „	. . . . .	346

ს უ ლ 1600 ოპერაცია.

ოპერაციების საერთო რიცხვი ამ ხნის განმავლობაში უდრის 5477. პირველ წლებში (1923-24 წლ.) ზ. ტ. ა. ტეხნიკის სისუსტისა და სათანადო ინსტრუმენტების უქონლობის გამო ამ მეთოდით ანალგეზიის ვატარება გვეძნელებოდა; შემდეგ, როცა კარგათ გავეცანით ამ მეთოდის ლიტერატურას, ხელი შევაჩვიეთ თვით პუნქციას, კარგათ გავიცანით ხერხემლის მილის რენტგენოგრაფია და შევიძინეთ სათანადო წვრილი ნემსები, ეს მეთოდი ჩვენ მთლიანად გვაკმაყოფილებს და როგორც ტეხნიკურად ამ უკანასკნელ წლებში ჩვენთვის არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

ავადმყოფის მომზადება ზ. ტ. ა. დროს. ავად. მომზადება ზ. ტ. ა. დროს შედარებით უფრო ადვილია, ვიდრე საერთო ნარკოზის დროს. ისე რომ გულის, თირკმლების, ღვიძლის მდგომარეობას თითქმის მნიშვნელობა არა აქვს ამ ანალგეზიის დროს, საგრძნობლად გვიადვილებს ავად. მომზადებას, ვინაიდან არ გვეჭირდება გულის და სხვა ორგანოების წინასწარი გამოკვლევა; ნაწლავების მომზადებას აქვს ზოგადი მნიშვნელობა, მაგრამ აქაც გვიადვილებს საქმე იმით, რომ ზ. ტ. ა. დროს არის გადიდებული პერისტალტიკა, რაც ძალიან ხელს გვიწყობს ოპერაციის შემდეგ ხანაში: არ არის მუცლის შებერვა, ნაწლავების პარეზს ნაკლებად აქვს ადგილი, ვიდრე საერთო ნარკოზის დროს. მაგრამ ამ გარემოებას უნდა გაეწიოს ანგარიში შორისის მილამოში ოპერაციის გაკეთების დროს, ვინაიდან გადიდებული პერისტალტიკა ქმნის უნებრივ დეფეკაციას. ამიტომ თუ ოპერაცია უნდა გაკეთდეს შორისის მილამოში, უკეთ

ვცნობთ ნაწლავების ძომზადებას ზ. ტ. ა. დროს ისეთ ნაირადვე, როგორც საერთო ნარკოზის დროს.

ჩვენი ავადმყოფები ღებულობენ ორი დღით ადრე ოპერაციამდე *Ol. Ricini*
 30,0—დილით, შემდეგ $\begin{matrix} \text{Natrii sulfurici} & \text{aa} & 15,0, \\ \text{Magn. sulfurici} & & \end{matrix}$ მეორე დღეს ვაძლეოთ $\begin{matrix} \text{Bis. subnit.} \\ \text{Saloli aa} & 0,3 \end{matrix}$
 № 3

სადამოს ოყნა; დილით ოპერაციის დროს *T-rae opii simplex gtt. 8* და ოპერაციის წინ ნახევარი საათით მაგარი ყავა, ანუ ჩაი კონიაკით და კან ქვეშ *Sol Coffeini*. ამას გარდა ოპერაციამდე სავალდებულოთ მივგაზნია ავად. ფსიხიკის მომზადება; ექვს გარეშეა, რომ ავად. ზ. ტ. ა. წინ განიცდის ფსიხიურ ტრავმას; ჩვენი მოვალეობაა ამ ტრავმის თუ არა მთლიანათ აცილება, მისი შემსუბუქება მაინც; კარგი სიტყვა, სათანადო მიდგომა, რომ ავად. გაიმსკვალოს ჩვენდამი ნდობით. ეს ყოველთვის ადვილი არ არის. ხშირად ავადმყოფი ვერ ურიგდება აზრს, რომ მან თავისა სიცოცხლე მიანდო ადამიანს თუმც ექიმს, და მასთან ერთად კარგად დახელოვნებულს თავისი საქმეში. რასაკვირველია, ასეთივე მდგომარეობას ოპერაციის წინ განიცდის ავად. საერთო ნარკოზის დროს, მაგრამ ამ უკანასკნელის დროს საბედისწერო მლეღვარებას ბოლო ედება პირბადის დაფარებით და ნარკოზული მდგომარეობის დაწყებით. გარდა ამ ფსიხიურ მომზადებისა ყველა ავად. ოპერაციის წინა ღამით ეძლევა *Veronali 0,5*; ჩვენი ავადმყოფები მოდიან საოპერაციო ოთახში თავისი ფეხით მოწყალეობას დის თანხლებით, იგი არ შორდება ავადმყოფს მანამდე, სანამ არ გაუკეთდება მას ზ. ტ. ა. და არ იქნება დაწვენილი საოპერაციო მაგიდაზე. ჩვენ ვცდილობთ, რომ ავად. შემოსვლისა და მისი მაგიდაზე დაწვევის ხანგრძლივად რაც შესაძლოა შევამოკლოთ, რომ ამით დავიცვათ ავადმყოფის ნერვების სისტემა. ამიტომ, როცა ავად. შემოგვყავს საოპერაციოში ზ. ტ. ა. თვის ყველაფერი უკვე მზად არის; ავადმყოფს ვსვამთ საოპერაციო მაგიდაზე, წელის და გავის არეს კანის ჩვეულებრივი წესით დეზინფექციის შემდეგ, რომელიც გამოიხატება იოდ-ბენზინის და შემდეგ იოდის წასმაში, მჯდომარე ავადმყოფს მოვხრით წელში და ვპოულობთ ნემსის საჩხვლეტ ადგილს. უკანასკნელის სანახავად ვსარგებლობთ *Iacob-ის* ხაზით, რომლიდანაც დავითვლით სასურველ მალთა შუა არეს და ვაკეთებთ პუნქციას. იმისდამიხედვით თუ რა ოპერაცია უკეთდება ავადმყოფს პუნქცია კეთდება მე-11 გულმკერდის მალას და 5 წელის მალას შუა, არა უმაღლეს მე-11 გულ-მკერდის მალისა.

თვით ტენიკას, ინსტრუმენტებს და მათი სტერილიზაციას, ჩვენ ვაკუთნებთ დიდ ყურადღებას, ვინაიდან კარგი შედეგები უშვალოდ მათგანა დამოკიდებული.

შესაძლებელია, რომ ის უნდობლობა, რომელიც დაიმსახურა ამ მეთოდმა ზოგიერთი ქირურგების მხრივ, ახსნება ტენიკური დეფექტებით, მაგალითად: ხმარება მსხვილი ნემსის, რომელიც ჩხვლეტის დროს ტოვებს ფრთო ხვრელს, ზურგის ტენიის მაგარი გარსში იწვევს ცერებროსპინალურ სითხის დაკარგვას, რაც იძლევა გართულებებს. ამიტომ ინსტრუმენტებს უნდა მიექციოს ჯეროვანი



ყურადღება. ჩვენი გამოცდილებით შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ თუ სათანადოთ დახელოვნებული არა ხართ, ინსტრუმენტები შესაფერისი არა გაქვთ, მაშინ ზ. ტ. ა. ნუ გააკეთებთ, ვინაიდან დარწმუნებული უნდა იყოთ, რომ ანალგეზიას ვერ მიიღებთ და გართულებანიც ადვილათ განვითარდება.

წინა წლებში ჩვენი მუშაობისა ჩვენ ვხმარობდით ნამდვილ Bier-ის ნემსებს, რომლის კალიბრი 14 m. m.-ს უდრიდა. მოკლე დროს განვლის შემდეგ ჩვენ დავრწმუნდით, რომ ასეთი ნემსები უვარგისია თავისი სიმსხოთი, ნიკელი სკდება და ნემსი იჟანგება. გართულებანი: თავის ტკევილი, პირღებინება, მოვლენები „ასეპტიური მენინგიტისა“. აღნიშნულ გართულებებმა გვაიძულა უფრო ღრმათ შეგვესწავლა ტუბ იკა და გამოგვეყენ ბია ჩვენი წინასწარი გამოცდილება, შემდეგში ჩვენ შევიმუშავეთ მკაფიო სისტემა ხერხემლის პუნქციის დროს.

უპირველეს ყოვლისა ჩვენ გავაახლეთ ნემსები აქვე, ბათომში. ბევრი ძებნის შემდეგ ვნახეთ ერთი ოქრომჭედელი, რომელსაც აუხსენით ნემსის დანიშნულება და გავაკეთებინეთ ახალი ნემსები სუფთა ნიკელიდან წვრილი კალიბრით (25 mm.), მივაქციეთ ყურადღება ნემსის სიგრძეს, მის კალიბრს, მის სიმახვილეს, ეხლა ჩვენს ნემსებს აქვს 12-15-ს სიგრძე გაკეთებულია სუფთა ნიკელიდან და ორჯერ უფრო წვრილია, ვიდრე წინა ნემსები. წვერი ნემსის მოკლეთ და მახვილათ ჩამოთლილია, რომ ჩხვლეტის დროს არ ხევდეს ზ. ტვინის მაგარი გარსს, არამედ ჩხვლეტდეს ისე, რომ დეფექტი გარსში არ რჩებოდეს და ამით ზ. ტვინის სითხე ნემსის გამოღების შემდეგ არ იღვრებოდეს. დამტკიცებულია, რომ თუ ნემსის წვერი ფართოდ არის ჩამოთლილი, ჩხვლეტის დროს შესაძლოა, რომ გადაჭრილი წვერის ხვრელი თავადება ნახევრად სუბარანხნიდარულ, ნახევრად კი სუბდურალურ სივრცეში. ამის გამო ანესტეზიური ნივთიერება მოხთება ნაწილობრივ სუბარანხნიდარულ, ნაწილობრივად კი სუბდურალურ სივრცეში და, რაღა ვერვლია, ანესთეზია იქნება არა სრული. ამისათვის ნემსის წვერი უნდა იქნეს მოკლეთ და მახვილათ ჩამოთლილი და მას უნდა ქონდეს სათანადოთ ჩამოთლილი მანდრენიც. უკანასკნელი ჩხვლეტის დროს, სამი-ოთხი სანტიმეტრის სიღრმეზე შეყვანის შემდეგ, ნემსიდან ამოღებული უნდა იქნეს და შემდეგ შეგვყავს სიღრმეში ნემსი მეტის თანდათანობით და სიფრთხილით. ხშირათ, როცა საოპერაციო ოთახში სათანადო სიჩუმე სუფევს, ტვინის მაგარი გარსის გავლის დროს ისმის ერთგვარი ტკაცუნნი; ეს ესმის არამც თუ თვით ოპერატორს, რამედ დამხმარე დასაც. რომელიც ამ ტკაცუნის გაგონებისთანავე ჩვენდა უთხრობლად გვაწოდებს შპრიცს სათანადო ხსნარით. ჩვენ ვხმარობთ Record-ის შპრიცს; ეს შპრიცი უფრო კარგათ სახმარია და კარგათ დასაჭერია ხელში. აუცილებელი დებულებაა, რომ შპრიცი და ნემსის მუფტა საესებით ეთანაბრებოდენ ერთმანეთს.

როცა ნემსი გასცენს ტკაცუნს, რაც მაჩვენებელია იმისა, რომ ზურგის ტვინის მაგარი გარსი უკვე გაჩხვლეტილია, ამის შემდეგ იწყებს დენას ტვინის სითხე ან წვეთობით ან ნაკადით, ვაცლით ცოტას, მაგრამ ვცდილობთ გამოუშვათ რაც შეიძლება ცოტა, შემდეგ შპრიცს, რომელშიდაც წინასწარ 2 ან 2,5 გრამი ნოვოკაინის ხსნარია მოთავსებული, ვაცმევთ ნემსზე, ფრთხილათ გამოვ-



სწევთ ზურგის ტვინის სითხეს, ვიდრე შპრიცი არ აივსება; ამით რასაკვირველია ჩვენ უფრო მეტათ ვაზავებთ ანესთეზიურ ნივთიერებას და ვამცირებთ მის კონცენტრაციას; სითხე ნელ-ნელა შეგვყავს, შემდეგ კიდევ ერთხელ გამოვსწევთ ტვინის სითხეს, რომ დავრწმუნდეთ, რომ ნემსის წვერი ზ. ტ. ცისტერნაშია და საბოლოოთ შეგვყავს სითხე; ამის შემდეგ შპრიცს და ნემსს ვიღებთ ერთად, მაგრამ ნელ-ნელა. ამით თავდება მთელი ზურგის ტვინის ანესტეზიის ტენიკური შესრულება. ავადმყოფს ვმართავთ წელში შემდეგ ვაწვენთ ჰორიზონტალურად, მხოლოთ გულ-მკერდს, მეტადრე თავს, ვაძლევთ ამაღლებულ მდებარეობას.

ასეთივე დიდი მნიშვნელობას ჩვენ ვაკუთნებთ ინსტრუმენტების სტერილიზაციას, საანესტეზიო ნივთიერების დამზადებას. თანდათანობით მუშაობაში ჩვენ პრაქტიკულად დავრწმუნდით თუ რამდენათ საჭიროა ინსტრუმენტების ფაქიზი სტერილიზაცია. ამ მხრივ ჩვენთან შემოღებულია და უცვლელად ტარდება შემდეგი წესი: ყველა ის ინსტრუმენტი, (ე. ი. ნემსი, რომელიც საჭიროა ზ. ტ. ა. დროს, ცალკე იხარშება 15 წუთის განმავლობაში ფიზიოლოგიურ სითხეში თავის მანდრენით, შპრიცი, სინჯარა და ჭიქა). Sol. Novocain. ხსნარი მზადდება საოპერაციო ოთახში in extremis 5% Novocain. 8-10 გრამი, საჭირო რაოდენობა. დუღდება სინჯარაში სპირტის ალზე; ერთხელ ადუღების შემდეგ ჩვენ კიდევ სპირტის ალზე ვატარებთ სინჯარას 7-ჯერ, ასე რომ ხსნარი დუღდება 7-ჯერ, შემდეგ გადავასხამთ ჭიქაში და აქედან ვიღებთ საჭიროების და მიხედვით საოპერაციო დღის განმავლობაში: 1,5-2,0-2,5-3,0 გრამამდე.

ჩვენ მასალაზე ჩვენ ნახმარი გვაქვს შემთხვევების დიდ უმეტეს რიცხვში:

Sol. Novocaini	4%—2,0	—	84	შემთხვევა.
	5%—1,0	—	121	„
	5%—2,0	—	735	„
	5%—2,5	—	253	„
	5%—3,0	—	349	„
Sol. Stovaini	5%—1,5	—	46	„
	5%—2,0	—	12	„

ს უ ლ: 1600 შემთხვევა.

ორიოდე სიტყვა შესახებ ავად. მდებარეობისა საოპერაციო მაგიდაზე ზ. ტ. ა. დროს:

ჩვეულებრივი ოპერაციის დროს მდებარეობა ჰორიზონტალური, თავი და გულმკერდი აწეული Trendelenb. მდებარეობას ჩვენ ვხმარობთ ხშირათ და ბოლო ხანებში სრულიათ უშიშრათ; აგვყავს ავად. ამ მდებარეობაში ნელ-ნელა, თავი ჩაკიდული არ აქვს, სასტუმალს უმაღლებთ, გამოგვყავს აგრეთვე ნელ-ნელა; თავს უცებ არ უმაღლებთ, არამედ თანდათანობით.

აქაც 1600 შემთხვევაში Trendelen. მდებარეობა ხახმარია სრული 79-ჯერ, ნაწილობრივი 203-ჯერ.

1600 ავადმყოფიდან, რომელსაც გაუკეთდა ზ. ტვინის ანესტეზია, 1064 ვაჟია, 536 ქალი.



წლოვანობის მიხედვით ჩვენი ავადმყოფები შემდეგათ განიყოფებიან:

2— 8 წლამდე	—	2
10—20	”	95
20—30	”	362
30—40	”	606
40—60	”	408
60—90	”	127

ს უ ლ: 1600

ნაწარმოებია შემდეგი ოპერაციები:

მათ შორის Appendectomy	448
Appendicostomia	5

ს უ ლ ჭიაყელა-ნაწლავზე ვაკეთებულა 453

ზ. ტ. ა. ტენიკა ჩვეულებრივი; ანალგეზიური სითხის დოზა 1,5-2,0.

ექვსი წლის განმავლობაში ჩვენ განყოფილებაში 851-მდე Appendectomy და მათ შორის ნახევარზე მეტი ვაკეთებულა ზ. ტ. ა., უთუოდ უნდა აღინიშნოს, მისი დადებითი მხარეები ზ. ტ. ა-ით კუნთები obl. abd. ext. et int. მოღუნებულია, ოპერაციის არე თუ გინდ x—schnieff'-ის განაკვეთით ფართოა, როცა ძალაუნებრივად გვიხთება ოპერაცია ადგილობრივი ანესტეზიის ან საერთო ნარკოზის ქვეშ, პირიქით,—კუნთები მოჭიმულია, საოპერაციო არე შევიწროვებულია. Appendectomy'-ს დროს ჩხვლეტას ვაკეთებთ მეორე-მესამე მალთა შუა არეში ხშირათ 1-2.

2. მეორე ადგილ ი ჩვენ მასალაში უჭირავს საზარდულის თიაქრების ოპერაციას ზ. ტ. ა.-ით.

სულ ვაკეთებულა Herniotomia	— 414
მათ შორის Herniotomia (ჩვეულებრივი)	— 368
” ” Herniotomia (ჩაჭედილი)	— 27
Herniotomia recidiva	— 19

ზ. ტ. ა. ტენიკა ჩვეულებრივი; ანალგეზიური სითხე Sol. Nov. 5% —2,0—2,5 გრ. პუნქცია წელის 3—4 მალის შუა. ანესთეზია დამაკმაყოფილებელია და მიმდინარეობა კარგი.

3. თიაქრის შექდეგ რაოდენობის მიხედვით მიდის ოპერაცია სწორ ნაწლავზე—სულ 280 ოპერაცია.

მათ შორის: Varices haemorrh.	250
” ” Fistul. ani	23
სხვა	5
Amput. recti	1
Operat. Marwedel'-ის	
Transp. urether in recto	1

ტენიკა ზ. ტ. ა. ჩეულუბრივი; პუნქციას ვაკეთებთ რაც შეიძლება დაბლა წელის 4-5 მალთა შუა; ხსნარის რაოდენობა 1,0—1,5 გრ. Sol. Novoc.

4. შემდეგ მიდის ოპერაციები ქვემო კიდურებზე—სულ 121.

მათ შორის Amputatio	15
Lig. art	3
Extirpatio tumor	12
Secvestrotomia	5
სხვა ოპერაციები:	17
Оппел'-ის ოპერაცია	5
Вебсоок'-ის ოპერაცია	43
Gritti'-ს	2
Leriche'-ის	9
Филатов'-ის ოპერაცია	1
Пирогов'-ის	2
Tirsch'-ის	1
Sutura patellae	2
Lawal—Вреден'-ის	2
Resectio fibulae	1

ტენიკა ზ. ტ. ა. ჩეულუბრივი; პუნქცია 4—5 წელის მალთა შუა. არა სასურველ მოვლენას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ ძვალზე ოპერაციის დროს ავად. ესმის მაგალითად ძვლის ხერხვა; ასეთ შემთხვევაში ავად. უღებთ ყურებში ბამბას და გავალბინებთ პირს.

5. შემდეგ მიდის ოპერაციები ზ. ტ. ა. ქალთა შიგნითა სასქესო ორგანოებზე; სულ 79 ოპერაცია.

მათ შორის: Amp. uteri	12
Tubectomy	44
Oper. Istes'-ის	
Ovariouterostomia	2
საშოზე	17
სხვა ოპერაციები	4

ამ ოპერაციების შემთხვევებში ხშირათ ვხმარობთ Trendelenburg'-ის მდებარეობას, არცერთ შემთხვევაში ცუდი შედეგი არ მიგვიღია. ტენიკა ჩეულუბრივი. ხსნარის რაოდენობა ოპერაციის მიხედვით 1,5—3,0 გრამამდე.

პუნქცია 2-3 ან 3-4 წელის მალთა შუა:

6. 55 ოპერაცია ვაკეთებულა მამაკაცის სასქესო ორგანოებზე.

მათ შორის: Amput. penis	2
Urethrotomia ext	3
Castratio	15
Varicocele'-ს	14
Hydrocele-ს	20
Kriptorchis	1

7. 37 ოპერაცია გაკეთებულია კუჭზე.

მათ შორის: G. E. A. Petersen-ით	29
G. E. A. Wölffler-ით	2
Resectio ventriculi	4
Gastropexia	1
Gastrostomia	1

ზ. ტ. ა. კუჭზე ოპერაციის გაკეთებისას ჩვენ დიდხანს ვერ ვბედავდით; ვაკეთებთ მას ჩვენ მხოლოდ უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში.

ტექნიკა აქ განსხვავდება:—ნემს ვჩხვლევთ რაც შეიძლება მახვილი კუთხის ქვეშ 11-12 ან 12-1 მალას შუა. შედეგები კარგია, ოპერაცია მიმდინარეობს უმტკივნელოთ, ხშირათ მუცლის ამოკერვის დროს გვეჭირდება დამატება საერთო ნარკოზის, მაგ. კუჭის რეზექციის დროს.

8. Prostatectomia სულ გაკეთებულია 27.

ერთ მომენტიანი Freyr'-ის წესით 20; ორ მომენტ. 7.

ტექნიკა ჩვეულებრივი. პუნქცია 3-4 მალთა შუა. ანალგეზია სრული.

9. შარდის ბუშტის ოპერაცია სულ 24.

მათ შორის: Sectio alta (cal.) .	18
Sectio alta (stric. uret.) . . .	6

10. Peritonitis t. b. c. გამო გაკეთებულია ოპერაცია 20-ჯერ. ტექნიკა ჩვეულებრივი; პუნქცია 1-2, ან 2-3 წელის მალთა შუა; სრულიად დამაკმაყოფილებელი შედეგები. არ არის მუცლის წამობერვა, ნაწლავების მუშაობა იწყება 2-3-დღეზე თავის თავად.

11. ოპერაცია თირკმელებზე,

მათ შორის Nephropexia . . .	3
Nephrectomia	5
Decapsulatio	2
Pyelotomia	4
Paranephritis დროს	1

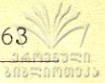
პუნქცია 12-1 მალთა შუა.

12. ოპერაცია სასინჯი ლაპაროტომიის სახით—13.

13. Hernia abdom.-ის გამო, ოპერაციის შემდეგ გაკეთებულია 12—ოპერაცია Hernioplastica-სი.

სხვა და სხვა ოპერაცია ნაწლავზე—12.

მათ შორის Resectio intest. et E. E. A.	4
Invaginatio'-ს	1
Греков II	2
Anus praeternat	2
Demucosatio Сапожков-ით . . .	2
Ileotransversostomia	1



14. ოპერაცია თეთრი ხაზის თიაქრის გამო. 14.
15. ოპერაცია Hernia femoralis გამო 10.
16. ოპერაცია ჭიბის თიაქრის გამო 7.
17. ოპერაცია Peritonitis acuta et chron. adhaesiva-ს გამო 4.
18. Splenectomy—2 და Gholecystectomy 2—შემთხვევაში.
19. Echinococcus intest—1.

Operatio Albée (Spondyl. tbc)—1.

ზ. ტ. ა. სარგებლობდა 12—ექიმი, რომელნიც სხვა და სხვა დროს მუშაობდნენ ჩვენთან; მათგან საკმარისად დიდი ზასალა ეკუთვნის:

ექიმ ვ. ფროლოვს . . .	247
„ მ. ლოლუას . . .	342
„ ვ. მაქაცარიას . . .	796

დანარჩენი სხვა ექიმებს.

ჩვენი შედეგები:

1600 შემთხვევაზე არც ერთი სიკვდილს და არც მძიმე გართულებებს არ ქონდა ადგილი.

1. პუნქციის დროს—სითხის მაგივრად მივიღეთ სისხლი 4 შემთხვევაში და ანესტეზიური ხსნარი აღარ შეგვისხამს,—გადავედით საერთო ნარკოზზე. საერთოდ სისხლიანი სითხის გამოსვლა არის იმის მაჩვენებელი, რომ მიღებია დაზიანებული ნემსით, რამაც შეიძლება გართულებანი გამოიწვიოს კიდურების მხრივ. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში ჩვენ ვწყვეტთ ანესტეზიას და გადავდივართ საერთო ნარკოზზე;

2. 6—შემთხვევაში ნემსით ვერ მოვახერხეთ შესვლა ხერხემლის არხში, რასაც ჩვენ ვხსნით ჩვენი სუსტი ტენიკით და ბუნდოვანი წარმოდგენით ამ ნაწილის ტოპოგრაფიისა; აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ასეთი შემთხვევები ჩვენ გვქონდა პირველ წლებში—შემდეგ კი არ გვქონია.

3. პუნქცია ტენიკურად შესრულებულია კარგათ, სითხეც გამოვიდა, მაგრამ ანალგეზია არ იყო—16 შემთხვევაში.

ამრიგათ 26 შემთხვევაში ანალგეზიას სრულიათ არ ქონდა ადგილი, რაც უდრის 1,64%.

4. ოპერაცია იყო დაწყებული ზ. ტ. ა. ქვეშ მაგრამ ან ოპერაცია იყო ხანგრძლივი ან და ავად. დაეწყო მკძნობელობა; ამიტომ ოპერაციის ბოლო ხანებში მივეცით საერთო ნარკოზი სულ 96 შემთხვევაში, რაც უდრის 6% ამ რიცხვში შედის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც მტკივნეულობას ადგილი არ ქონდა, მაგრამ ავად. კენსოდა, ან შიშისაგან ყვიროდა.

5. პუნქცია გაკეთებულია 2-ჯერ—288 შემთხვევაში, რაც უდრის—17,6%-ს, 3-ჯერ 75 შ-ში, 4-ჯერ—80 შ-ში, 5-ჯერ—2 შ-ში.

6. თავის ტკივილებს და პირღებინებას ქონდა ადგილი—496 შემთხვევაში, რაც უდრის 31%-ს.

7. ხანგრძლივი თავის ტკივილი 1-2 თვის განმავლობაში—11—შემთხ., რაც უდრის 1,7%-ს.

8. დიპლოპია 2-თვის განმავლობაში 1—შემთხვევაში.

9. „ასეპტიური მენინგიტი“ 2 შ-ში.

10. ოპერაციის შემდეგ კოლაფსი 2 შ-ში.

11. საერთო მთლიანი კოლაფსი საოპერაციო მაგიდაზე 2—შ-ში.

12. ჩაგვიტყდა ნემაი ერთ შ-ში.

ყველა ზემოხსენებულის მიხედვით გამოგვყავს შემდეგი დასკვნა.

1. ზურგის ტვინის ანალგეზია (ზ. ტ. ა.) ღირსია დიდი ყურადღებისა.

2. ზ. ტ. ა. სათანადო ტექნიკით წარმოებული წარმოდგენს უშიშარ გამაყურებელ მეთოდს.

3. ზ. ტ. ა. პუნქცია და ინექცია წარმოებული უნდა იქნეს სრულიათ ასეპტიურათ. სრული გაყურების (ანალგეზიის) მიღწევა დამოკიდებულია ტექნიკის ზედმიწევნითი შესრულებისაგან, ინსტრუმენტებისაგან, მათი სტერილიზაციისაგან და აგრეთვე პრეპარატის სისუფთავისაგან.

4. ზურგის ტვინის ანალგეზიისათვის ვარჩევთ Sol. Novocain-ს; მისი დოზა 5% ხსნარის სახით არ უნდა აღემატებოდეს 3,0.

5. ზ. ტ. ა. ხსნარი უნდა მზადდებოდეს ოპერაციის წინ თვით საოპერაციო ოთახში.

6. სათანადო ინსტრუმენტები, რაც საჭიროა ზ. ტ. ა. დროს, უნდა იხარშებოდეს ცალკე ფიზიოლოგიურ სითხის ხსნარში.

7. ზ. ტ. ა. ნემსი უნდა იყოს რაც შეიძლება წვერილი.

8. საჩხვლეტი ადგილი მზადდება ბენზინ-იოდით, შემდეგ იოდით.

9. პუნქცია კეთდება ავად. მჯდომარე მდგომარეობაში.

10. Trendelenb. მდებარეობა შეიძლება, მხოლოდ ამ მდებარეობის მიცემა უნდა სწარმოებდეს თანდათანობით.

11. ზ. ტ. პუნქცია კეთდება გულ-მკერდის მალის ქვემოთ.

12. ზ. ტ. ა. შედარებით უფრო უშიშარია, ვიდრე ზოგადი ნარკოზი.

13. ზ. ტ. ა. ნაჩვენებია ყველა იმ შემთხვევებში, სადაც ოპერაცია კეთდება არამც თუ ჭიპის ქვემოთ, არამედ ჭიპის ზემოთაც კი, მაგ., კუჭზე, ნაღვლის ბუშტზე, ელენთაზე, თირკმლებზე.

14. გულის დაავადებანი, არტერიოსკერელოზი, ფილტვების და თირკმლების დაავადებანი, მოხუცებულობის ასაკი, საერთო სისუსტე, ალკოვოლოზში არ წარმოდგენენ კონტრინდიკაციას ზ. ტ. ა. - ვის.

15. სწორათ ნაწარმოები ზ. ტ. ა. იძლევა 96—98%-ში სრულიათ გაყურებას, ინახავს ავად. ძალას, იცავს ნერვების სისტემას ოპერატორისას, რომლის ყურადღება არ იყოფა, როგორც საერთო ნარკოზის დროს.

16. მხოლოდ ადგილობრივმა ანესტეზიამ შეუძლია გაუწიოს კონკურენცია ზ. ტ. ა.; არც ერთი ანესტეზია არ იძლევა ასეთ მუცლის კუნთების მოდუნებას, როგორც ზ. ტ. ა.

17. საწინააღმდეგო ჩვენებანი ზ. ტ. ა. დროს:

1. ინფექციური პროცესები ზურგის ზედაპირის და ხერხემლის არეში.

2. სისხლის წნევის დაწვა.

3. მძიმე მდგომარეობა შიგნითა ორგანოებიდან სისხლის დენის გამო.

4. ბავშობის ასაკი—14—წლამდე.
5. ხერხემლის სვეტის და ზურგის ტვინის დაავადებები.
6. ისტერია და ნევრატიენია.
18. ზ. ტ. ა. გართულებანი.

უშუალოდ ანესტეზიის შემდეგ: სისხლის წნევის დაწვევა, პირღებინება, სპინქტერის დამბლა. ამას გარდა 2—9 დღემდე ლებინება, თავ-ბრუ სხმა, ტკივილები კეფაში და საერთო თავის ტკივილები, საერთო სისუსტე, მხედველობის გაორება.

В. Т. Макацария

Старший ординатор

1600 случаев спинальной анестезии

Из Хирургического Отделения Главной Больницы Аджаристана. Заведующий: д-р мед. В. И. Фролов.

Автор на основании 1600 случаев (из них своих 796) спинальной анестезии, проведенных в хирургическом отд. гл. б-цы Аджаристана, приходит к следующим выводам:

1. Спинальная аналгезия (С. А.) достойна большого внимания.
2. С. А., выполняемая с надлежащей техникой, представляет собой безопасный анестезирующий метод.
3. При С. А. пункция и инъекция должны производиться совершенно асептично. Достижение полной анестезии зависит от соответствующей техники, качества инструментария, стерилизации его, а также от чистоты препарата.
4. При С. А. мы пользуемся Sol. Novocaini; доза ее—5% не должна превышать 3.0.
5. Раствор для С. А. должен готовиться перед операцией в самой операционной.
6. Инструменты, необходимые во время С. А., должны кипятиться отдельно в физиологическом растворе.
7. Игла для С. А. должна быть насколько возможно тонкой.

V. MAKATSARIA

1600 cas d'anesthésies rachidiennes

(De la section chirurgicale de l'Hopital Principal d' Adjaristan. Herant docteur en médecine V. Froloff)

L'auteur en se basant sur 1600 cas d'anesthésies rachidiennes (796 cas effectuait par l'auteur) effectuait dans la section chirurgicale de l'Hopital Principal d'Adjaristan fait les conclusions suivantes:

- 1) L'anesthésie rachidienne mérite une grande attention.
- 2) L'ra accomplitavecн technique juste est un moyen d'anesthésie sans danger.
- 3) La ponction et l'injection doivent être effectués aseptiquement. L'anesthésie absolue dépend de la technique juste, de la qualité des instruments, de la stérilisation et aussi de la bonne qualité de la solution anesthésique.
- 4) Nous employons la solution de la novocaïne, sa dose 5 pour 100 ne doit pas dépasser 3,0.
- 5) La solution pour l'a. r. doit être préparée avant l'opération dans la salle d'opération même.
- 6) Les instrument indispensables pour l'a. r. doivent être stérilisés à part dans la solution physiologique.
- 7) L'aiguille doit être fine au degré possible.

8. Место для укола подготавливается иод-бензином, затем иодом.
 9. Пункция производится при сидячем положении больного.
 10. Положение Trendelenburg'a возможно, только это положение необходимо производить постепенно.
 11. Пункция при С. А. делается ниже 11-го грудного позвонка.
 12. С. А. сравнительно менее опасна, чем общий наркоз.
 13. С. А. показана во всех тех случаях, где операция делается не только ниже пупка, но даже и выше. напр. на желудке, желчном пузыре, селезенке, почке.
 14. Заболевания сердца, артериосклероз, заболевания легких и почек, старческий возраст, общая слабость, алкоголизм при С. А. не представляют контриндикацию.
 15. Правильно производимая С. А. дает в 96—98% случаев полную анестезию, сохраняет силы больного, щадит нервную систему оператора.
 16. Только местная анестезия может конкурировать со С. А. Ни одна анестезия не дает такого расслабления мышц живота, как С. А.
 17. Противопоказания при С. А.: 1) инфекционные процессы на поверхности спины и в позвоночнике, 2) понижение кровяного давления, 3) тяжелое состояние при кровотечении из внутренних органов, 4) детский возраст до 14 лет, 5) заболевания позвоночного столба и спинного мозга, 6) истерия и неврастения.
 18. Осложнения при С. А. непосредственно после анестезии: понижение кровяного давления, рвота, паралич сфинктера. Кроме того, рвота от 2-9 дней, головокружения, боли в затылке и вообще головные боли, общая слабость, удвоение зрения.
- 8) L'endroit de la piqûre est netoyé par l'iode -bensine et l'iode.
 - 9) La piqûre est effectuée sur le malade assis.
 - 10) On peut donner la position de Trendelenbourg mais elle doit être effectuée graduellement.
 - 11) On fait la piqûre au-dessous du 11-me thoracale.
 - 12) L' a. r. est comparat; vement moins dangeureuse que le narcose général.
 - 13) L' a. r. est indiqué non seulement dans les cas ou l'opération se produit au-dessus du nombil, mais même au-dessus de ce dernier, par exemple sur l'estomac, la vessie biliaire, la rate et le rein.
 - 14) Les affections du cœur, l'arteriosclerose, les affections des poumons et des reins, l'âge sénile, la faiblesse générale, l'alcoholisme ne sont pas une contre-indication pour l'a. r-ne.
 - 15) L' a. r. effectuait correctement, donne 96-98 pour 100 de cas d'anesthésies absolues, conserve les forces du malade, ménage le système nerveux de l'opérateur.
 - 16) Seulement l'anesthésie locale peut faire concurrence à l'a. r-ne. Nule anesthésie ne donne une débilitation aussi complète des muscles du ventre comme l' a. r-ne.
 - 17) Contre-indication pour l'a. r-ne: 1) des procédés infectieux de la surface dos et de la colonne vertébrale, 2) l'abaissement de la pression du sang, 3) l'état grave au cours des hémorragies des organes viscéreaux, 4) l'âge enfantin jusqu'à 14 ans, 5) les affections de la colonne vertébrale et de la moelle épynière, 6) l'histerie et la neurasténie.
 - 18) Complications au cour de l' a. r. immédiatement après l'anesthésie: l'abaissement de la pression du sang, vomissement, paralysie des sphinctères.
- Outre ca, vomissement durant 2-9 jours, des maux de la nuque et de la tête, vertige, faiblesse générale, diplopie.

დ. ჯავახიშვილი

ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის კათედრის ასისტენტი.

**რევმატიზმი საქართველოში და მასთან ბრძოლის
საკითხი *)**

სახსრების და კუნთოვანი სისტემის ქრონიკული დაავადება და მისი სხვა და სხვა კლინიკური ფორმები ეტიოლოგიურის მხრივ ხშირად საბუთდება საერთო ცნებით „რევმატიზმი“, თუმცა თვით ეს ცნება აქამდისაც არსებითად სრულიად გამოურკვეველია, რადგან ჩვენ თითქმის არაფერი ვიცით მის ნამდვილი გამომწვევი მიზეზის შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ უკვე მეზვიდმეტე საუკუნეშივე ჩაეყარა ანატომიური საფუძველი სახსრების დაავადებას, მაინც დიდი ხანი გავიდა, ვიდრე, ცოტად თუ ბევრად შესაფერი დალაგება მოხდებოდა ამ ავადმყოფობათა გარშემო. მხოლოდ 1847 წ. Garrod-ი ახერხებს პოდაგრის გამოყოფას რევმატიზმისაგან და პირველი ამტკიცებს, რომ პოდაგრის დროს ხდება შარდმჟავა მარილების დაგროვება სხეულში.

არსებობს აუარებელი გამოკვლევები ძველიც და ახალიც ართრიტების შესახებ, როგორც ანატომიური, ისე კლინიკური ხასიათისა, მაგრამ აქამდის რევმატიზმი დარჩა ისევ, როგორც შემკრებლობითი ცნება, რომელიც ზოგად მიზეზად ითვლება ხშირად სულ სხვა და სხვა ნიადაგის სახსრების დაავადებათა შორის. ვიცით მხოლოდ ერთი, რომ მწვავე პოლიათრიტი გარკვეული სნეულებათა, უთუოდ ინფექციური წარმოშობისა, მაგრამ რა იწვევს მას, ეს ჯერ არავინ იცის.

ამ ჟამად ძლიერ არის გავრცელებული ის აზრი, რომელიც პირველად გამოსთქვა Gurich-მა და შემდეგ დაადასტურეს Singer-მა და ამერიკაში Fischer-მა, რომ სახსრების დაავადება ჩნდება ნუშის მავარი ჯირკვლების, ღძილების ფოსოების, ნალევის ბუშტის, ჭიაყელა ნაწლავის, შარდსადენი ორგანოების, ბაქტერიალური დაავადებების წყალობით, საიდანაც გამომწვევი მიზეზი პერიოდულად იჩენს თავს ორგანიზმში; ამის დასამტკიცებლად მოჰყავთ ის ფაქტი, რომ მწვავე პოლიათრიტი ხშირად მისდევს ანგინას და ზოგჯერ პირველად კერის მოშორებისთანავე ავადმყოფობაც მალე ჩანელდება; მაგრამ ყოველთვის ასე არ ხდება. პირიქით ჩვენ ვიცით მწვავე დაავადება, რომელიც ერთის შეხედ-

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მე-5 სამეცნიერო კონგრესს ბათუმში 21 იანვარს 1929 წ.



ვით სრულიად უმიზეზოდ ჩნდება და ვითარდება. ამის გარდა, დღეს რევმატიულ სნეულებებს აკუთვნებენ სხვა და სხვა მილეგიებს, ხშირად პლევრიტებს, პერიკარდიტებს, პოლისეროზიტებს, მაგრამ არსებითად აქაც სიბნელეა ნამდვილი მიზეზის კვლევის გზაზედ. შემდეგ ემპირიულად ვიცით, რომ სახსრების და კუნთების რევმატიულ სნეულებებს რალაც მჭიდრო კავშირი აქვთ სიცივესთან, ანუ ორგანიზმის ვაცივებასთან (ნოტიო, ცივი ქარი) ავადმყოფობა ამ ფიზიკურ ფაქტორების ცვალებადობასთან თვითონაც იცვლება, მოძრაობს, ერთი ადგილიდან გადადის მეორეში, ე. ი. ხდება მართლა ის, რასაც ძველად ორგანიზმში წვენიის მოძრაობას აწერდნენ იმ დროინდელ პრიმიტიული ცოდნისა და აზროვნების კვალობაზედ და ეხლა კი ვერც ამითი აგვიხსნია და სინამდვილე კი მაინც არ ვიცით.

აღბად ამით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ სახსრების დაავადებათა კლასიფიკაციის საქმეშიც ასეთივე გაუგებრობა და არეგ-დარევა არის, როგორც თვით ამ ძირითადი ავადმყოფობის გარშემო, რადგან თანამედროვე კლასიფიკაციები სავსებით ვერ აკმაყოფილებს მეცნიერული კვლევა-ძიების მოთხოვნილებას და ვერა ჰქმნის ერთ მთლიან აზროვნებას. რევმატიულ ავადმყოფობას ხშირად საფუძვლად სულ სხვა და სხვა მომენტები უდევს, რომელნიც ხან სნეულების ნამდვილ მიზეზად ჩაითვლებიან და ხან კი მხოლოდ თანამგზავრნი არიან მისი.

ჩვენ აქ შეუფერებლად მიგვაჩნია ზემოხსენებულ კლასიფიკაციების ჩამოთვლა, რადგან ეს არ შეადგენს ჩვენი მოხსენების საგანს, ვიტყვი მხოლოდ, რომ ეს კლასიფიკაციები ძლიერ მრავალია, ისე როგორც თვით მკვლევართა რიცხვი; საქმე ის არის, რომ ყოველ ამ საკითხის გარშემო მკვლევარ ავტორიტეტს სახსრების ქრონიკულ სნეულებათა დალაგების დროს შეაქვს თავისი სუბიექტიური ელემენტი იმის დაგვარად, თუ როგორ აფასებს ის შეხვედრილ კლინიკურ ფორმებს და როგორი ეტიოლოგიური მომენტით ახასიათებს და ასაბუთებს ამ სნეულებებს. მაგრამ ყველა არსებულ კლასიფიკაციებში არის ისეთი ძირითადი მუხლები, რომლებიც საერთოა ყველა მათთვის, მაგალ. სახსრების სნეულებანი ინფექციურ წარმოშობისა, ან უინფექციო პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებებით ან მხოლოდ სუბიექტიურ ტკივილებზედ ანუ ე. წ. ალგიებზედ დამყარებულნი, ანთებადი ფორმები, ან უანთებო, ენდოკრინული ნივთიერებათა ცვლისა და სხვა.

რა აძნელებს ამ საკითხის გარშემო კვლევა-ძიების საქმეს და რად არის დღეს ამ სნეულებათა დალაგების დროს, ესეთი მრავალ აზრიანობა და უთანხმოება? ჩვენის აზრით იმიტომ, რომ სახსრების სნეულებათა ყველაზედ გავრცელებული ე. წ. რევმატიული ფორმის შესახებ ჯერაც არ ვიცით სინამდვილე, არ ვიცით მისი გამომწვევი ვირუსი და ამიტომ იგი თვითონ გაზოყუნობი რამ გვევლინება სხვა და სხვა კლინიკურ სახით და ხშირად კი განსაკუთრებულ არა ჩვეულებრივ სამოსელში, რომელიც ცალკე კაზუსტურ საგნად ხდის ამ სნეულების წარმომადგენლობას. ამ გვარად ერთი გამოუცნობი ეტიოლოგიისაგან ჩნდება მრავალი გაურკვეველი სახეობანი და ასე რთულდება ამ სნეულებათა კლასიფიკაციის პროცესი.

ზშირად ჩვენ არ ვიცით სად იწყება ე. წ. მწვავე რევმატიული პოლიართრიტი და სად ან როგორ თავდება იგი. ერთ შემთხვევაში ჩვენ ვიღებთ სალიცილის კრეპარატივ ავადმყოფის სრულ გამოსაღებას, მეორე შემთხვევაში სხვა და სხვა ინტენსივობის ქრონიკულ მიმდინარეობას, რომელიც ხან სახსრების უკიდურესი დეფორმაციით თავდება, ზოგჯერ კი უვნებელი ქრონიკული ტივილებით ხასიათდება.

ამიტომ სდგება ჩვენს წინაშე საკითხი, არის თუ არა ეს ავზნიანი ფორმები იგივე ძირითადი სნეულება, რევმატიზმისაგან, თუ ესენი სულ სხვა გამოუცნობი რამეა სხვა გვარი ეტიოლოგიით.

როგორც ვიცით ამ ბოლო დროს სახსრების სნეულებათა ეტიოლოგიის კვლევა-ძიებაში საპატიო ადგილი დაიჭირა ენდიკრინული ჯირკვლების ფუნქციის მდგომარეობამ.

1928 წ. ბადენში შემდგარ ბალნეოლოგიურ კონგრესზედ Pineles-მა განაცხადა, რომ ინფექციურ ართრიტების დროს ზშირია ენდოკრინული მოვლენები, რომელთაც გარკვეული დამოკიდებულება აქვთ ამ ავადმყოფობის პათოგენეზთან, ასე, მაგალითად, სახსრების მწვავე რევმატიზმის დროს ზშირია status eymphaticus ან hypoplasticus, ინფანტილიზმი, ოვარიალური ფუნქციის დანაკლისი, ევზუხიდიზმი, დისთირეოდიზმი და სხვა. მისი აზრით ე. წ. ქრონიკული ართრიტების დროს უფრო მკაფიოდ ემჩნევა ეს ენდოკრინული ფაქტორი, რადგან 80%-ს აჰგვარ ავადმყოფობისას შეადგენენ ქალები, რომელთაც სნეულების პირველი ნიშნები ეწყობათ მენსტრუაციის პირველ პერიოდში ან მისი დათავების ხანაშია.

მეორე მომხსენებელი ამავე კონგრესზედ Wiesel-ი აგრეთვე ქალების სახსრების დაავადებაში სწორეთ ამ ენდოკრინულ მომენტებს ადებს დიდ ბრალსა, ისე რომ, მისი აზრით, ყოველ პერიოდს სასქესო ჯირკვლების ფუნქციის დაგვარად ეთანაბრება სხვა და სხვა სახსრების დაავადებანი. ველიამინოვი ცალკე ჯგუფად გამოაყოფს ე. წ. თირეოტოქსიკულ ართრიტებს, რადგან იგი დიდ მნიშვნელობას აწერს ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქციას; ბეკის ავადმყოფობას, რომელიც გამოიხატება სახსრების სიმეტრიულ დამახინჯებაში და რომელმაც ვითომ ენდემიურად იჩინა თავი ზაბაიკალის ოლქში და პირველად ბეკმა ასწერა, მხოლოდ ენდოკრინულ მიზეზს აწერენ და კერძოდ ტურნერი და იგივე ველიამინოვი თირეოგენურად სთვლიან.

ამ ბოლო დროს აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა მიაწერეს ქრონიკულ რევმატიულ პოლიართრიტების წარმოშობაში კონსტიტუციონალურ ქომენტს. Menzer-ის აზრით, მწვავე პოლიართრიტი ქრონიკულად ექცევა უმთავრესად დაკნინებულ-დასუსტებულ და ანემიურ სუბიექტებს ე. ი. ასთენიკებს.

Bergmann-ი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აწერს კონსტიტუციის მხარეს: „მთავარი მიზეზი იმისა, რომ ერთ შემთხვევაში მხოლოდ მწვავე პროცესებია და მეორეში კი ჩნდება ქრონიკული პოლიართრიტები, უნდა ვეძებოთ კონსტიტუციის როგორც თანდაყოლილ ისე კეთილშეძენილ თავისებურებაში“.

მას არა სწამს მწვავე სახსრების რევმატიზმის უცნობი სპეციფიური გამომწვევი მიზეზი.



Bauer-ი უფრო შორს მიდის. მისი აზრით, სხვა და სხვა ცვალებადი მტკივნეულებანი, რომელნიც გამოიხატებიან, ნევრალგია-ნევრიტებით, მიაღვია-არტრალგეებით და ქრონიკული არტრიტებით, ემართებათ რევმატიულ კონსტიტუციონალურ ტიპებს.

რომ სხვა და სხვა სნეულებათა ეტიოლოგიაში ენდოკრინული ჯირკვლების და თვით კონსტიტუციის როლი დიდია და კერძოდ ართრიტების შორისაც საკმაო ადგილი უჭირავს, ამას დღეს არაფერ უარყოფს, მხოლოდ ჩვენის აზრით, ეს ავტორები ზედმეტად აფასებენ ზემოხსენებულ მიზეზებს სახსრების დაავადებათა დასაგებაში. ამგვარ გატაცებას რომელიმე ფაქტორით და მის გაზვიადებას შეუძლიან გამოიწვიოს მეორე უკიდურესობაში გადავარდნა და თუ წინეთ ეტიოლოგიურ მომენტად უმთავრესად იყო „რევმატიზმი“, ეხლა შეიძლება გახდეს ენდოკრინული ჯირკვლები და კონსტიტუცია, რაც ხელს შეუშლის ნამდვილი მიზეზის ძებნას.

აქამდის არც საექიმო საზოგადოებრივი აზრი და არც მეცნიერულ კვლევადიების ისარი არ იყო საკმაო სიმახვილით მიმართული ამ საკითხის მრავალ მხრიანად შესწავლისაკენ და ამით უნდა აიხსნას ის მოვლენა, რომ სამკურნალო სასანიტარო სტატისტიკა ჯეროვან ყურადღებას არ აქცევდა რევმატიული სნეულების რაოდენობას და ხალხისათვის მისგან მიყენებულ ვნებას, როგორც წმინდა ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, ისე სოციალურ-ეკონომიური მხრით. რომ ეს დებულება უსაბუთოდ არ გვეჩვენოს ავიდოთ თუნდაც ის ფაქტი, რომ სულ უკანასკნელ დრომდე არ არსებობს მტკიცე აზრი მისი გავრცელების ხასიათის შესახებ, ესე მაგ. რევმატიულ სნეულებას სთვლიდენ ერთის მხრივ ეპიდემიურად და ზოგიერთ ქვეყნებში ენდემიური ხასიათიც კი აქვს. Hirsich-ით ეს ავადმყოფობანი გავრცელებულია უმთავრესად ზომიერი ჰავის მქონე მხარეებში რომ ევროპის ქვეყნებში ყველგან არ არის გავრცელებული, ესე მაგ. ინგლისში, ბელგიისა და რუსეთის ზოგიერთ ადგილებში მწვავე რევმატიული პოლიართრიტი ვითომც სრულებით არც კი გვხვდებოდეს.

ამავე დროს *strumpel*-ი ამტკიცებდა, რომ გერმანიაში, მეტადრე ლაიპციგში ძას ზოგჯერ შეუშინებია ამ სნეულების ეპიდემიური ხასიათის გავრცელება. *Mering*-ი ამტკიცებს, რომ რევმატიული პოლიართრიტი გავრცელებულია ყველა ქვეყნებში ტროპიკულითურთ, თუმცა იგი წლის განმავლობაში ყოველ დროს გვხვდება, მაგრამ, მისი აზრით, მაქსიმუმი სნეულებისა მოდის გაზაფხულსა და შემოდგომაზედ. მის გავრცელებას ხელს უწყობს აგრეთვე ამინდი; *schade*-ს უწარმოებია დაკვირვება ომში მონაწილეთა შორის სხვა და სხვა სნეულებათა მოძრაობაზე და, რა გავლენა აქვს მასზედ სიცივეს, ქარს, ნოტიონიადაც, და შეუშინებია, რომ რევმატიული სნეულებანი მიმდინარეობდა თანაბრად ბრონხიტებთან და სხვა გაცივების ნიადაგზე წარმოშობილ სნეულებებთან ერთად. აშკარაა, რომ ასეთი, ან ყოველ შემთხვევაში გაურკვეველი დახასიათება ამ სნეულების არსებითი თვისებისა ერთგვარ გავლენას ახდენს სტატისტიკის მასალის დამუშავებაზედაც, მის მეტოდიაზედ, როდესაც არა ვვაქვს სწორი და მტკიცე წარმოდგენა რევმატიული სნეულების სხვა და სხვა ჯგუფების შესახებ, მაშინ თვით სტატისტიკაშიც, ხვდება ალბად ჭრელი მასალა.

აქამდის სამკურნალო სტატისტიკის ნომენკლატურაში რემატიული სნეულება შედის ერთ-ერთ მუხლად ძვლისა, კუნთების და საერთოდ მოძრაობის ორგანოთა დაავადებაში. არ არის სათანადოდ დამუშავებული ამ სნეულების სტატისტიკური ფორმა ისე, როგორც ეს შემოიღეს ამ უკანასკნელ წლებში დასავლეთის ზოგიერთ ქვეყნებში, ამასთან მხოლოდ ეხლა ექვეყნადლება რემატიული სნეულებისაგან ხალხისათვის მიყენებულ ზარალს. ქრონიკული რემატიული სნეულება ხშირად დიდი ხნით უკარგავს ავადმყოფს შრომის უნარს და დეფორმირებულ პოლიართრიტის დროს კი ლოგინად აყოფებს რამოდენიმე წლობით და ამისთანა ავადმყოფს მომვლელიც ესაჭიროება. ამგვარად თვითელი ავადმყოფი სრულწლოვანი მოქალაქე, რომელიც ჩვეულებრივ წარმოადგენს ერთგვარი ღირებულების შემოქმედს, იმის გარდა, რომ თვითონ აკლდება მშრომელთა რიგებს, ხშირად ახლობელთა, საზოგადოების და სახელმწიფოს შესანახი—შრომის ინვალიდი ხდება.

თანამედროვე სტატისტიკა სწორედ ამგვარ სოციალურ-ეკონომიკურის თვალსაზრისითაც უდგება ამ საკითხს და ზოგიერთ ქვეყნებში უკვე სათანადო დასკვნებიც არის გამოტანილი ესეთი ანგარიშებიდან.

ასე მაგალითად, ბრიტანეთის ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ცნობით 1922 წ. „რემატიზმით დაავადებულნი ინგლისს დაუჯდა 3.000.000 სამუშაო კვირა, რაც ფულზე გადატანილი ძლიერ საგრძნობ თანხას წარმოადგენს.

დანიაში დაზღვეულთა შორის ინვალიდობის მიზეზი 14% რემატიზმი ყოფილა და 13⁰/₁₀₀-კი ფილტვების ტუბერკულოზი.

ლენინგრადის სტატისტიკური ბიუროს ცნობით 1925 წლ. 1-ლ აპრილიდან 1-ლ ოქტომბრამდე „რემატიზმიან“ ავადმყოფთა რიცხვი უდრიდა 17.447. ლენინგრადის დამზღვევ სალაროს 1925 წ. რემატიულ ნიადაგზე დაავადებისაგან დროებით შრომის უნარის დაკარგვის გამო გადაუხდია 7.000.000 მან.

როგორც ვხედავთ ეს ანგარიშები არის მხოლოდ ნაწილობრივ, წმინდა, ასე ვსთქვათ, ეპიზოდურ ხასიათისა და ადვილი წარმოსადგენია სინამდვილეში რაოდენ დიდ რიცხვს მივიღებთ სისტემატიური აღრიცხვა რომ სწარმოებდეს.

თუ ესე მცირეა და ჯერ სუსტი ამ სნეულებათა სტატისტიკა დასავლეთის ქვეყნებში და რუსეთშიც, მით უმეტეს ჩამორჩენილია ამ საკითხის დამუშავება საქართველოში და ამიტომ ჩვენი მიზანი იყო იმ მცირე მასალით გვესარგებლა, რომელიც ჩვენ ხელთ არის ამჟამად რათა კონგრესის ყურადღება შემდგენისათვის მიგვექცია რემატიულ სნეულებათა შესწავლისათვის სათანადო რეზოლიუციის მისაღებად.

საქართველოში რემატიულ სნეულებათა გავრცელების რიცხვი 1924—26 წ. საკმაო ნათელს ყოფს იმ ადგილს, რომელიც ამ დაავადებას უჭირავს, როგორც ქალაქებში, ისე სოფლად სხვა ქრონიკულ სნეულებათა შორის, რომელნიც სოციალურ სნეულებად ითვლებიან, მაღარია, ტუბერკულოზი და ვენერიული სნეულებანი (იხ. ცხრილი).

ამავე დამოკიდებულებას ადასტურებს საქართველოს სოცდაზღვევის სალაროს ცნობები, რომელიც ეხება ზოგიერთ წარმოებაში სნეულების მიხედვით ავადმყოფობათა შემთხვევების აღრიცხვას 1927 წ.



რევმატიულ *) და სოც. სნეულებათა დაავადების შედარებითი ცნობები 1913—1926 წლამდე ს. ს. ს. რ. და ქ. ტფილისში.

	1913		1924		1925		1926	
	საქართ- ტფილი- სიანთ	ქ. ტფი- ლისში	საქართ- ტფილი- სიანთ	ქ. ტფი- ლისში	საქართ- ტფილი- სიანთ	ქ. ტფი- ლისში	საქართ- ტფილი- სიანთ	ქ. ტფი- ლისში
1. რევმატიული სნეულებანი	4066	ცნობები არ არის	17874	1406	38397	10837	45015	10364
% საერთო დაავადებას ან	4,1	„	2,6	1,5	2,8	2,3	3,4	3,1
1000 მოსახლეობაზე მოდის	14,6	„	6,2	5,6	16,1	43,6	17,5	35,2
2. ტ ბ. ც.	14624	3312	12413	2211	27590	8497	39422	11996
% საერთო დაავადებასთან	1,5	ც. არ არის	1,8	2,4	2,1	1,8	3,0	3,6
1000 მოსახლეობაზე მოდის	3,8	6,8	5,02	9,21	11,04	38,24	1,3	40,8
3. ვენ. სნეულებათა	22615	11683	14226	5768	24371	10316	25788	8644
% საერთო დაავადებასთან	2,3	ც. არ არის	2,1	6,2	2,0	2,2	1,9	2,6
1000 მოსახლეობაზე მოდის	8,1	24,1	5,7	24,0	10,0	44,1	10,6	29,4
4. მალარია	165116	25660	176562	8957	340918	23687	247443	21546
% საერთო დაავადებასთან	16,8	ც. არ არის	26,2	9,6	25,9	5,0	18,5	6,4
1000 მოსახლეობაზე მოდის	58,9	53,0	71,4	37,3	136,5	101,2	96,0	39,3

ჩვენ ვხედავთ, რომ ექვსი წარმოების მომუშავეთა საერთო რიცხვიდან 4960, ავადმყოფობათა შემთხვევები სნეულებათა მიხედვით ყოველი:

- მალარია 677—31%
- ფილტვის ტუბერკულოზი 983—45%
- ვენერიული 77—3,5%
- და რევმატიული 427—18,9%

აქედან გაცდენილი დღეების რიცხვი ავადმყოფობათა მიხედვით ესე ნაწილდებიან:

- მალარია 4434
- ფილტვ. ტუბერკულოზი 21,487
- ვენერიული 1590
- რევმატიული 3827

მოკლედ მატერიალური თვალსაზრისით ეს ავადმყოფობაც არა მცირედს ზარალს აძლევს დამხდევ სალაროს მუშა ხელის გაცდენის წყალობით.

იგივე დამოკიდებულება აღინიშნება ზოგიერთ ჩვენს კურორტებზედ, წყალტუბოსა და ახტალაზედ, სადაც რევმატიული სნეულებანი გაცილებით სჭარბობენ სხვა ქრონიკულ სნეულებებს. მაგ. წყალტუბოში 1927 წ. და 1928 წ. გაიარა სულ 27.514 ავადმყოფმა, აქედან რევმატიული სნეულებით იყო 17.298 ე. ი. 62% ავადმყოფთა საერთო რიცხვისა იგივე სურათი მოსჩანს ახტალის კურორტის ამ ორი წლის ანგარიშიდან. 1927—1928 წ. წ. ახტალაზედ იყო სულ 5300 ავადმყოფი. აქედან რევმატიული სნეულებით—3040 ე. ი. 57%.

*) რადგან სამ. ურნალო სტატისტიკაში რევმატიული სნეულებანი ამ სახით ცალკე არ არის გააოყოფილი, ამიტომ აქ აღებულია უნებლიეთ ძვალკუნთოვანი სისტემის ავადმყოფობანიც, რის გამოც შეიძლება ეს ციფრები არ გამოდგეს საკმაოდ ზუსტი.



ამ მხრივ საინტერესოა ანგარიში ტფილისის ქალაქის ჯანგანყოფილების გოგირდწყლის და ტალახით სამკურნალოსი, რომელიც მხოლოდ დაზღვეულთათვის არის დანიშნული და მაშასადამე ეს ანგარიშები ერთგვარად გამოხატავს მუშა-მოსამსახურეთა შორის რევმატიულ სნეულებათა გავრცელების სურათს.

ამ სამკურნალოში 1926—28 წ. წ. განმავლობაში გაიარა 20254 ავადმყოფმა. აქედან რევმატიული სნეულებით იყო 13,646 ე. ი. 64%⁰; ამ რიცხვიდან თვით მუშა-მოსამსახურეებზედ მოდის არა ნაკლები ორი მესამედისა და, თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ საქმაო რიცხვს ამ მკურნალობის დროს შრომის უნარი დაკარგული აქვს, მაშინ ადვილი წარმოსადგენია, როდენ საგრძნობი თანხა უჯდება სოც. დაზღვევის სალაროს ამ სნეულებისაგან მიყენებული ზარალი. ესეთია მცირედი მიმოხილვის შემდეგ სურათი რევმატიულ სნეულებისა საქართველოში; ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ესეც საქმარისად გარწმუნებს, ავადმყოფობის უკიდურეს გავრცელებაში. აქედან ის დასკვნა უნდა გავაკეთოთ, რომ ამიერიდან მაინც მივაქციოთ მეტი ყურადღება ამ სნეულების გამოკვლევა-შესწავლას და სათანადო ზომები მივიღოთ.

უკანასკნელ წლებში ეს საკითხი ევროპაში და თვით რუსეთში იქცევს ძლიერ დიდ ყურადღებას, და რევმატიული სნეულებანი გამოცხადებულია სოციალურ სნეულებად და ამიერიდან მათ წინააღმდეგ ბრძოლა ისეთივე სახელმწიფოებრივ-საზოგადოებრივ ნიადაგზედ არის შემდგარი, როგორც უკვე დიდი ხანია ტუბერკულოზის, მალარიის, ალკოჰოლიზმის და ვნერიულ სნეულებათა შესახებ არის. დღეს ეს საკითხი საერთაშორისო კონგრესების საპროგრამო საგნად არის გადაქცეული და ინტერნაციონალური კომიტეტიც არის შექმნილი, რომელსაც სხვა ღონისძიებათა შორის დასახული აქვს მიზნად აგრეთვე შესწავლა რევმატიზმისა, მისი ეტიოლოგიისა, პათოგენეზისა, მისი კლასიფიკაციისა და თერაპიისა.

ყველა ზემოხსენებულის შემდეგ შესაძლებლად ვსთვლით საქართველოს მე-5 სამეცნიერო კონგრესის ავტორიტეტული ყურადღება მივაქციოთ მის წინაშე დაყენებულ საკითხისაკენ, რათა მომავალი კონგრესის ერთ-ერთ საპროგრამო თემად გამოცხადდეს „მოძრაობის ორგანოთა და რევმატიული სნეულებანი“.

Д. Джавахишвили.

Ассистент кафедры физиатрии и курортологии,

Ревматизм в Грузии и проблема борьбы с ним.

1. Хотя ревматические заболевания известны ещё со времен Галена, однако до сих пор очень мало, или ничего не знаем о их сущности,

2. Классификация ревматических заболеваний страдает той неясностью и запутанностью, как и болезней суставов вообще.

D. Djavakichvili

Le rhumatismo et son problème en Georgie.

1) Quoique les maladies rhumatisques sont connues depuis le temps de Galin, on connait peu leur nature.

2) Le classification des affections rhumatisques est embrouillée comme celle des affections des articulations.



3. Под видом ревматических заболеваний сходят часто совершенно различные по своим причинным, моментам болезни суставов и мышечной системы.

4. Это происходит потому, что мы не знаем еще возбудителя самой распространенной формы из них „острого полиартрита“, именуемого „ревматическим“, который, будучи сам неизвестной величины, ведет под своим собирательным именем, почти всевозможные суставные и мышечные заболевания.

5. До сих пор ни общественная медицина, ни научно исследовательская мысль недостаточно заостряли своего внимания в видах всестороннего изучения этого вопроса и может быть этим и объясняется тот факт, что медицинская статистика не располагает полностью сведениями о размерах распространения ревматических заболеваний и причиняемого им вреда в санитарном и социально-экономическом отношении каждой страны.

6. На ряду с опубликованными уже данными в цифрах по этому вопросу, касающихся как западных государств, так и некоторых из союзных республик, приводим таковые же сведения, касающиеся степени распространения ревматических заболеваний в Грузии за 1924-26 г.г. сравнительно с социальными болезнями, малярией, туберкулезом и венболезнями; по этим данным видно, что после малярии второе место по степени распространенности занимает ревматизм.

7. В вопросе борьбы с ревматизмом первое место должно занять всестороннее изучение этой болезни, его этиологии, патогенеза, профилактики и рациональной терапии и с этой целью необходимо объявить ее социальной болезнью наравне с бичом Грузии малярией и туберкулезом.

3) On prend souvent des affections des articulations et des muscles, complaitement differentes par leur causes pous des affections rhumatiques.

4) La cause de cette erreuz est que nous ne savons pas encore l'instigateur de la forme la plus répandue «la polyarthrite aigue», nomimé rhumatique, qui étant elle même inconue, rassemble sous ce nom collectif presque toutes les affections possibles des articulations et des muscles.

5) Jusqu'a presant ni la médecine sociale ni la pensée scientifique explorative n'ont pas appliquées leur attention à cette question. Peut être ce fait explique due la statistique medicale ne contient pas les données épuisantes sur le répandu des affections rhumatiques et le detrimant causé à la saineneté sociale et l'état économique de chaque pays.

6) De suite aux données de ja publier à propos de cette question, consernant comme les pays de l' Europe, ainsique quelques républiques fédératifs, nous ajoutons des données montrant la propagation des affections rhumatiques en Georgie au cours des années 1924—26 en comparativement aux maladies sociales (malaria, tuberculose et maladies veneriques). D'apres ces données après la malaria le rhumatisme tient la deusieme place par sa propagation.

7) L'étude de l'ethiologie, des pathogenese, de la profilaxie, la therapeutique rationale sont d'une impotence principale dans la lutze contre le rhumatisme—et pour venir au but de ce probleme il est necessaire de mettre le rhumatisme ou niveau des autres maladies sociales de la Georgie (la malaria, la tuberculose).



ლ. ღუნღუა.

(ახალსენაკის სამაზრო საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებიდან. გამგე—მედიცინის დოქტორი ე. ი. სულაკვი).

იზონიათი შემთხვევა თავის ტვინის ტშვიით დაზარისა, რომელიც დათავრდა ავადმყოფის მოჩენით.

მე მინდა შევეხო თავის ტვინის იშვიათი კრილობას, რომელსაც ქონდა ადგილი ქ. ახალსენაკში. თავის ტვინის და გულის კრილობა იყო და დღესაც არის მიჩნეული, როგორც ყველაზე უფრო მძიმე კრილობათ დანარჩენი სხვა ორგანოებთან შორის. ამისთვის მათ დიდი ყურადღებას ექცეოდა ქირურგთა მიერ. ამის შედეგია ის განსაკვიფრებელი შედეგები, რომელსაც მიაღწია მედიცინამ, განსაკუთრებით ქირურგიამ, ამ დარგში. უწინ თუ დანას მორცხვად ხმარობდნ ტვინზე, დღეს უფრო გაბედული ნაბიჯია გადადგმული, რომელიც ხანდისხან საგმირო შედეგს გვაძლევს; საკმარისია გადავავლოთ თვალი ამ უკანასკნელი დიდი ომის დროის საექიმო ჟურნალებს, რომ ამაში დავრწმუნდეთ.

საერთოთ ტვინის კრილობებს ყოფენ 3 ჯგუფად: 1) დაჟეჟილობის გამო, 2) საჩხვლეტი იარაღის და 3) ტყვიისას. ჩვენთვის სწორედ ამ უკანასკნელს აქვს მნიშვნელობა, რადგან ჩვენი შემთხვევა შეეხება ტყვიით თავში კრილობას, როცა ტყვია წინიდან უკანა მხარეზე გასული.

22/VIII 28 წ. ნაშუადღევს დაახლოებით პირველ საათზე, ყმაწვილი 12 წლის რევოლვერის სინჯვის დროს შემთხვევით დაიჭრა თავში, დაჭრილი გაშხლართული იყო იატაკზე და სისხლის მორევში სტურავდა; იქვე ენთხია ტვინის, როგორც თეთრი, ისე ნაცრის ფერი ნივთიერება. თვალის გუგა გაგანინრებულია, სრულიად უგრძობი; P 60. გულის რევა—არა, კრილობის ორივე ნახვრეტებიდან, როგორც შესავალიდან, ისე გასავალიდან ტვინის ნივთიერებანი განაგრძობდა დენას; ცხვირიდან და ყურებიდან სდიოდა სისხლი. ასეთ დროს მას აღმოეჩინა შენაფერი დანმარება ე. ი. ასეპტიური შეხვევა და სიწყნარე. მშობლებს კი მიეცა სათანადო დარიგებები მოვლის შესახებ.

იმ საღამოსვე დაჭრილი მოიყვანეს სამაზრო საავადმყოფოში. ბავში საერთოთ ნორმალურ განვითარებისა, კანის ზედა პირი და გარეგნული ლორწოვანი გარსები მკრთალია, კან ქვეშა ცხიმები საშუალოდ განვითარებული. დანარჩენი ორგანოები—N. უგრძობია ხანდისხან გაურკვეველად რალაცას წამოიძახებს, როცა მივაწოდეთ წყალი სამი ჩაის კოვზი გადაყლაპა. მაჯა 61—80-მდე ქანაობს წუთში კარგი ვაგსებისა, გამოკლება არა. შეკითხვაზე, თუ რა ქვია მას სახელი, ამირანი გვიპასუხა მან.

ტყვიის შესავალი კრილობა იყო მარჯვენა თვალის 2—3 სანტ. დაშორებით საფეთქელ ძვალზე, კრილობა უდრის დაახლოებით პატარა თითის წვერს, მიიმართება ირიბად მარჯვნიდან მარცხნი და გამოდის უკან თხემის და კეფის შესართავთან („კოკორთან“) აქ ძვალი ამოხეთქილია და უსწორ-მასწორო პირი აქვს, სიდიდე უდრის ვერცხლის მანეთიანს. შესავალ ნახვრეტთან კანი თოფის წამლის მიერ მომწვარია. კრილობის ირგვლივ ადგილი სამართებლით მოვპარსეთ, მოვასუფთავეთ სპირტით და კრილობა ასეპტიურად შეუხვეით. აბსოლუტური სიმ-

შვიდ და სიწყნარე იქნა დაცული. 23/VIII მდგომარეობა თითქმის იგივე იყო, რაც პირველ დღეს. შარდზე უნებლიეთ გადიოდა, თან ისვრებოდა. 24/VIII-ს მშობლების მიერ კონსილიუმზე მოწვეულ იქნა ქ. ქუთაისიდან ექიმი როძვეიჩი, რომელმაც დაადასტურა ყოველივე მიღებული ზომები, ქირურგიული ჩარევა კი უარყოფილი იქნა. 25/VIII-ს ავადმყოფის მდგომარეობაში გარდატენას ქონდა ადგილი: მას როცა შარდზე ან გარეთ გასვლა უნდოდა მომვლელს მოითხოვდა. № 37,5—38. P. 72 სწორი კარგი გავსებისა, რითმიული და სხვა. ტვინი განაგრძობდა კრილობებიდან დენას. 27/VIII-ს შეგნება სრულია. ყოველივე შეკითხვაზე გარკვეულ პასუხს იძლევა, მიცემულ ფულს ცნობილობს. შეკითხვაზე, თუ რა ქვიან დედმამას ან სად იმყოფება ამაჟამად, სწორად გვიპასუხებს. კრილობა სუფთაა, ტვინის პულსაცია აშკარად ხვდება თვალში. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

3, IX-ს. № 36,6—37. P. 70. თვალის რეაქცია აქვს, მუხლის რეფლექსი—არაფერი შესამჩნევია, მიუხედავად ამისა მას თითქო ერთნაირი ინდიფერენტშიმე ეტყობა, ის თითქოს უფრო დინჯია და ნელი, მაგრამ ეს მოვლენები მალე სრულიად გაქრა. წინა კრილობა უკვე მიეზარდა და მოურჩა, უკანა კი არა. მხოლოდ ამას მოსცილდა ზედ ნაყარი ფენა და დარჩა ტვინის სუფთა ზედაპირი. აქ შთაბეჭდილება ისეთია თითქოს ამ ამობურცულ ტვინს რაღაც ქვემოდან სწევს და სცდილობს მისი ქალაში ჩათრევასო. ამ რიგად დღიდან კრილობისა დღემდინ მას არავითარი გართულება არ ეტყობა.

30/IX-ს ტვინი სრულიად ჩაიმალა ქალაში; ყმაწვილი იმდენად მოკეთდა, რომ მას მიეცა სრული თავისუფლება საავადმყოფოში სიარულისა და კვებისა. სკოლიდან მოსულ თავის აზნანაგებს თავისუფლად ემუსაიფება.

3, X-ს გაეწერა სრულიად ჯანმრთელი, კრილობა თითქმის დაიხურა და მოუშუდა. რადგან ეს შემთხვევა საინტერესო იყო, ჩვენ ვთხოვეთ მის მშობლებს ეჩვენებია დროგამოშვებით ჩვენთვის. მართლაც ის გამოცხადდა 17/X და 15/XI ახლა უფრო მოლონიერებულო, ცქვიტად და მარდად გამოიყურება. ტვინზე გადაკროდა კანი, ძვლის დეფექტი უდრის დაახლოებით სამს სანტიმეტრს. მაგრამ ეს მას არ უშლის. მშობლების სიტყვით ყმაწვილი ისეთია, როგორც იყო დატრამდინ. რასაკვირველია ჯერ კიდევ ძნელია წინასწარმეტყველება იმისა, თუ რა ხასიათს მიიღებს ეს შემდეგში, მაგრამ ჯერ-ჯერობით რაიმე ცუდს პირი არ უჩანს. უკანასკნელად იგი ინახულეს 27/II. სრულიად ჯანმრთელია.

ამ შემთხვევის აწერით ჩვენ არ გვინდა შევეხოთ რომელიმე აზრს ან მკურნალობის მეთოდს, არამედ, რადგან აშკარა დემონსტრაციული შემთხვევა იყო და საექიმო საზოგადოებისთვის საინტერესო, ჩვენ გადავწყვიტეთ მისი ახწერა. ყოველივე ზემოთ მოხსენების შემდეგ მე მგონია იმ შემთხვევაშიაც კი როცა მდგომარეობა ძალზე კრიტიკულია, მაგრამ მაჯა, t⁰ და საერთო მდგომარეობა ავადმყოფის თუ ოდნავ მაინც იძლევა იმედს საქმის კარგად დაბოლოებისთვის, ექიმი სასოწარკვეთილებას არ უნდა მიეცეს და აქტიურად არ უნდა ჩაერიოს. განსაკუთრებულს სიწყნარეს, სისუფთავეს და ასეპტიურს შეხვევასაც შეუძლია მოგვეცეს კარგი შედეგი ყოველივე ქირურგიულ ჩარევის გარეშეც, ამ უკანასკნელს კი შესაძლოა მოყვეს ავადმყოფის სრულიად დაღუპვა.



3ლ. ანთაქა

(ჯსკ. ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტიდან. დირექტორი გ. ელიავა)

„ქუნთრუშას“ სტრეპტოკოკი *)

საერთო ტენზიის განვითარებასთან ერთად ბაქტერიოლოგიამ თანდათან გააუმჯობესა თავის მეთოდები და ამ გზით შეჭქმნა ერთნაირი სისტემა, გეგმა, იმისთვის, რომ შესაძლებელი გამსდარიყო გზის გაკვლევა უმცირეს არსებათა ზღვაში. მიღებული სისტემის მიხედვით ყოველი ცალკე ტიპი და სახეობა მიკროსხეულთა ხასიათდება თავისი მორფოლოგიური, ბიოქიმიური, იმუნოლოგიური და სეროლოგიური თვისებებით.

განსაზღვრული სახეობის მქონე მიკროსხეული მხოლოდ მაშინ ჩაითვლება ამა თუ იმ სხეულების ამდებრელად, თუ რომ ის აკმაყოფილებს Koch-ის ცნობილ „ტრიადას“.

უკანასკნელმა ებიდემიოლოგიის მიერ მოპოვებული მასალების სახით თუმცაღა განიცადა ზოგიერთი შესწორებანი, მაგრამ მაინც შეინარჩუნა თავისი პრინციპიალური მნიშვნელობა.

ჩვენი მიზანია მოკლედ მაინც მოვიყვანოთ ის ფაქტები, რომლებიც დაგროვდა მრავალრიცხოვანი შრომების სახით „ქუნთრუშას“ სტრეპტოკოკის შესახებ და გავითვალისწინოთ ამ მხრივ მისი დამოკიდებულება ქუნთრუშასთან.

პირველად კიდევ 1895 წელს Bergé-მ გამოსთქვა აზრი სტრეპტოკოკის ეტიოლოგიური როლის შესახებ ქუნთრუშის დროს. Габричевский-მ 1906 წელს უკვე შემოიღო ქუნთრუშის საწინააღმდეგო ვაქცინა სტრეპტოკოკებიდან დამზადებული მასალით.

მაგრამ საყოველთაო ყურადღება სტრეპტოკოკს მიექცა მას შემდეგ, რაც ამერიკელმა მკვლევარებმა, ცოლ-ქმარმა Dick-ებმა მოახდინეს ფართო გამოკვლევები ამ მიმართულებით.

Dick-ებმა თავისი შრომებით დაამტკიცეს, რომ 99% ქუნთრუშით ავადმყოფთა ყელიდან შესაძლებელია სტრეპტოკოკის მიღება.

განუხრელ თვისებას ამ ე. წ. „ქუნთრუშის“ სტრეპტოკოკისა შეადგენს ჰემოლიტიური თვისება და ტოქსინის წარმოშობა.

ასეთი სტრეპტოკოკი იმავე მკვლევარებმა მიიღეს ქუნთრუშის ავადმყოფის თითის დაჩირქებიდან. ქუნთრუშის გამო დახოცილ ბავშვთა გულლიდან შეკრებილ სისხლშიაც აღმოჩნდა 85% ესევე სტრეპტოკოკი.

ბოლო ჰემოლიტიური სტრეპტოკოკი გამოყოფილ იქნა დაავადებულის სხეულიდან ავადმყოფობის პირველი დღიდან დაწყებული უკანასკნელ დღემდე და კიდევ ძლიერ დაავიანებით მისი მოხდის შემდეგაც.

Kirkbride და Wheeler-ი აღნიშნავენ მის აღმოჩენას განკურნების მე-180 დღეზედ.

I მორფოლოგიურად „ქუნთრუშის“ სტრეპტოკოკი არაფრით არ განირჩევა დანარჩენ სტრეპტოკოკებისაგან, რომლებიც ცნობილია იმ სახელწოდებით, რომელ ავადმყოფობის დროსაც გამოპყდენ ხოლმე: Streptococcus pyogenes—ჩირქიდან მიღებული სტრეპტოკოკი,—Streptococcus puerperalis მშობიარობის შემდეგ სეპსისის შემთხვევის დროს მიღებული; St. erysipelatis—წითელი ქარის დროს გამოყოფილი სტრეპტოკოკი და სხვა.

„ქუნთრუშის“ სტრეპტოკოკი არის ტიპური, კოკებისაგან შემდგარი, სხვადასხვა სიგრძის ძეწკვის წარმომშობი, მიკროსხეული. სიგრძე ძეწკვებისა დამოკიდებულია ფიზიკური და ქიმიური თვისებებისაგან იმ საკვები ნიადაგებისა, რომლებზედაც უზდება მას ზრდა.

*) მოხსენდა ტფილისის მიკრობიოლოგიურ წრეს დეკემბერში 1928 წ.



შაქრის ბულიონი, ასციტ-ბულიონი, ასციტ-აგარი, სითხისებური და მაგარი ნიადაგები სისხლის თანგარევით, არიან ისეთივე ხელსაყრელი ნიადაგები „ქუნთრუშის“ სტრებტოკოკის ზრდისათვის, როგორც ყველა დანარჩენ მისი მოდგმისათვის.

მხოლოდ სისხლნარევი ნიადაგზედ მისთვის სავალდებულოა ჰემოლიტიური მოქმედება და შხამის მძლავრად გამოხატული წარმოშობა, მაშინ, როდესაც სხვა რომელიმე სტრებტოკოკი შეიძლება სრულიად მოკლებული იყოს ჰემოლიტიურ თვისებებს, მისი ტოქსინის წარმოშობა კი ქანაობდეს ფართე ფარგლებში.

ხსნარობადობის მქონე თვისების ტოქსინის წარმოშობისათვის საუკეთესო ნიადაგია შაქრიანი ბულიონი, რომელსაც მიმატებული აქვს 0, 5—1⁰/₆-დე ადამიანის, ცხენის ან სხვა რომელიმე ცხოველის სისხლი; pH—7. 4—7. 6.

ტოქსინის წარმოქმნა არის ერთი ძირითადი ნიშანთაგანი „ქუნთრუშის“ სტრებტოკოკისა, ვინაიდან Dick-ების და მათი მიმდევართა მოძღვრებით ქუნთრუშა წარმოადგენს ყელში დაბანაკებულ სტრებტოკოკების მიერ წარმოქმნილი შხამით მოწამვლას. ავადმყოფობის გადატანის შემდეგ წარმოშობილი იმუნიტეტი ეკუთვნის სუფთა ტოქსემიურ, დიფტერიის მაგვარ სნებულის მოხდის შემდეგ დატოვებულ იმუნიტეტთა კათეგორიას.

ამ საფუძვლებზედ ეყრდნობოდა Dick-ები, როდესაც შემოიღეს intradermal-ური რეაქცია სტრებტოკოკის ტოქსინით და ამ უკანასკნელისვე შემწვობით, როგორც სრული ღირებულების მქონე ანტიგენით, აქტიური იმუნიზაცია ქუნთრუშისაგან თავის დაღწევის მიზნით.

Dick-ის ინტრაფერმალური რეაქციისათვის იხმარება ე. წ. ერთი კანის დოზა სტრებტოკოკის ტოქსინისა. ამ მიზნით ხმარებული რაოდენობა ტოქსინისა მოცულობით უდრის 0, 1 კ. ს. სათანადო ხსნარისა. მისი კანში შესაბამისად სრულიად ჯანსაღ, ქუნთრუშა მოუხდელ და იმუნიტეტის არ მქონეთა შორის მოჰყვება შესაბამისების ალაგას გაწითლება; დიაგნოტიკური შეწითლებისა უდრის ერთ სანტიმეტრს და ხან კიდევ მეტს. ვადა რეაქციის გამოჩენისა 8—24 საათს.

რეაქცია არ უნდა გამოჩნდეს ქუნთრუშა მოხდილთ და მის წინააღმდეგ იმუნიტეტის მქონეთ.

სუფთა ქუნთრუშის სტრებტოკოკის ტოქსინით ვაქცინაციას მოჰყვება დადებითი რეაქციის გადასვლა უარყოფითში.

ქუნთრუშა მოხდილთა შორის Dick-ის რეაქციის უარყოფითმა შედეგებმა და ამავეს მიღწევამ ქუნთრუშის ავადმყოფთა ყელში მუდმივ არსებულ ჰემოლიტიური სტრებტოკოკის ტოქსინით ვაქცინაციის შემდეგ—Dick-ები და მათი მიმდევრები მიიყვანენ დასკვნამდე სტრებტოკოკის სპეციალური როლის შესახებ ქუნთრუშის დროს.

დღეს დღეობით დაგროვილი დიდძალი გამოკვლევები ქუნთრუშის სტრებტოკოკის შესახებ უკვე იძლევა საშუალებას ზოგიერთი ისეთი პრინციპიალური საკითხების სრულ გაშუქებისათვის, რომელთა ამოწურვა საკმარისია სტრებტოკოკის როლის გამოკვლევისათვის ქუნთრუშის დროს.

ლაბორატორიისათვის საბოლოოდ გამოირკვა, რომ ქუნთრუშის სტრებტოკოკი არ არის სრულიად განცალკევებული, დამოუკიდებელი სახეობის მიკროსხეული. მისი ჰემოლიტიური თვისება, ტოქსინის წარმოშობის, ავლიუტინაციის და კომპლემენტის ფიქსაციის მოცემის უნარი შესაძლებელია განვიციდდეს დიდ მერყეობას ზრდის პირობების ზეგავლენით.

დამამტკიცებელი საბუთები მრავლად მოიპოვება, როგორც უცხოელ, ისე მოკავშირე რესპუბლიკათა მკვლევართა შრომების სახით.

Morgenroth-ის მიერ უკვე დიდხანია დამტკიცებულია, რომ ჰემოლიტიურ სტრებტოკოკს შეუძლია გადავიდეს ვირულენტობას მოკლებულ, მწვანე სტრებტოკოკის სახეობაში და უკანასკნელს კი შეუძლია დაუბრუნდეს თავის პირველ დაწყებითი მდგომარეობას.

Friedmann-მა და Deicher-მა თავის ცდებით in vitro მიაღწიეს იმას, რომ ჰემოლიტიური, მეტის-მეტად ტოქსიური ქუნთრუშის სტრებტოკოკი გადაყვანილ იქნა, მწვანე სახეობაში მხოლოდ იმ პირობების დაცვით, რომ საკვები ნიადაგი შეიცავდა Tripoflavin-ს და Natrium taurocholicum-ს.

თეთრი თავების სხეულში გატარების წყალობით, მწვანე სტრებტოკოკს დაუბრუნდა თავისი წინანდელი სენის შეყრის უნარი ამ ცხოველთა მიმართ და ტოქსინის წარმოშობის თვი-

სება. ამავე შედეგებს სტრეპტოკოკების ორთავე მიმართულებით გარდაქმნის მხრივ მიაღწიეს *Казарновская* და *Канева*-მ უფრო მარტივი საშვალებით იმუნიური და უბრალო შრატებით, როგორც საკვებ ნიადაგებით სარგებლობისას.

Friedmann-ის ეპიდემიოლოგიური დაკვირვება საავადმყოფოდან გამოწერილზედ, რომელიც იყო მატარებელი მხოლოდ მწვანე სტრეპტოკოკისა და მიუხედავად ამისა შეჰყარა ქუნთრუმს მეორე ბავშს, წარმოადგენს სრულიად თვალსაჩინო დასაბუთებებს იმისა, თუ რამდენად მოკლებულია სიმტიციუსის ის კავშირი; რომელსაც ამყარებენ ჰემოლიტიური სტრეპტოკოკის და ქუნთრუმით დაავადების შორით.

გამორკვა რომ საქმე არ არის უკეთესად ქუნთრუმის სტრეპტოკოკის შხამიანობის და თვით ამ შხამის სპეციფიკობის საკითხშიაც. Kirkbride-მ და Weheeler-მა შეისწავლეს ამ მიმართულებით 150 შტამი სხვადასხვა შემთხვევებიდან მიღებული სტრეპტოკოკებისა და მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ არ არსებობს საშვალება ქუნთრუმის სტრეპტოკოკის არა ქუნთრუმის სტრეპტოკოკიდან გასარჩევად.

დამატებით იმავე ავტორებმა შეისწავლეს 109 შტამი ქუნთრუმის სტრეპტოკოკისა და აღმოაჩინეს, რომ მათ შორის 99 ე. ი. 90,82% იძლეოდნენ აქტიურ ტოქსინს, მაშინ როდესაც არა ქუნთრუმის სტრეპტოკოკთა 111 შტამიდან—68,4% იძლეოდნენ აგრეთვე აქტიურ ტოქსინს.

საერთოდ, ამავე ავტორთა აზრით, ყველა სტრეპტოკოკთა 67% იძლევა ტოქსინს Dick-ის და Doschez-ის გაგებით.

Sadovsky-მ შეისწავლა ცხენის ერთგვარი გადამდები ავადმყოფობის გამომწვევი სტრეპტოკოკის ტუქსინი და იპოვა, რომ ახალგაზრდა, არასოდეს ამ სნეულებით ავად არ ნამყოფი ცხენები ერთნაირ რეაქციას იჩენდნენ, როგორც ქუნთრუმის სტრეპტოკოკის შხამის, ისე ცხენის ავადმყოფობის სტრეპტოკოკის შხამის მიმართ. აღმოჩნდა აგრეთვე, რომ არც ისე კარგად ყოფილა საქმე იმუნიური შრატის მიერ ტოქსინის განეიტრალების სფეროში.

ერთი შტამისაგან მიღებული ტოქსინი ბათილდება, მეორედან კი არა. არის პარადოქსალური შემთხვევაც, როდესაც ნარევი (T+A) იძლევა მეტ რეაქციას, ვიდრე თვით მარტო ტოქსინი (Kirkbride).

Tson-ი შესაძლებლად სთვლის ქუნთრუმის სხვადასხვა ტოქსინის არსებობას შეფარდებით ქუნთრუმის სტრეპტოკოკის სხვადასხვა სეროლოგიური და ფერმენტატიული უნარის მქონე ჯგუფებთან.

აქედან უკვე წარმოიშობა საკითხი Dick-ის რეაქციის პრინციპიალური და პრაქტიკული მნიშვნელობის შესახებ აქტიური იმუნიზაციის საჭიროების მქონე პირთა გადარჩევისას. ცხადია, რომ იმუნიური შრატის მიერ სათანადო ტოქსინის განეიტრალების არა სიმუდმივე და შემთხვევითი ელემენტის შეტანა ამ საქმეში—სრულიად შეუძლებლად ხდის შეუცდომლობას Dick-ის რეაქციით სარგებლობის დროს. ამ მხრივ მეტად მნიშვნელოვანი შედეგი მიიღეს Giuca და Cherchiu-მ, რომლებმაც დაისახეს მიზნად გამოერკვიათ Dick-ების და Ch. Nicolle-ის მიერ ნაწარმოები ცდები. უკანასკნელ ავტორთა ცდების მიხედვით მოხერხდა ქუნთრუმის შეყვრა ადამიანებისადმი ქუნთრუმის სტრეპტოკოკების პირველი გენერაციების გამოყენებისას. Giuca-მ თვისი ცდებისათვის გადაარჩია ისეთი ხალხი, რომელიც იძლეოდა მკაფიოდ გამოხატულ დადებითი რეაქციას — Dick-ისა.

I-ს შეყვანილი ჰქონდა მარჯვენა ნუშის მაგვარ ჯირკველში 0,2 კ. ს. სისხლი ქუნთრუმისა ადებული ავადმყოფობის მე-2 დღეზედ. მეთერთმეტე დღეს კიდევ არ მიუღია არავითარი ნიშნები სნეულებისა. მაშინ Giuca-მ დამატებით იმავე ადამიანს მეორე ჯირკველში შეუშხაბუნა 1/50 Dick-ის სტრეპტოკოკის კულტურისა: ცდის ქვეშ მყოფმა ყველაფერი გადაიტანა იოლი დაჩირქებით.

მე-II-ე, აგრეთვე Dick—დადებითიან პირმა, ახლად გამოყოფილი სტრეპტოკოკის შეშხაბუნება გადაიტანა სრულიად უფერულად.

მე-III-ე—კულტურა და სისხლმა—აგრეთვე მისცეს უარყოფითი შედეგი. დამატებით 10 პირზედ, სრულიად ჯანსაღებზედ, რომლებიც არასოდეს არ ყოფილან ავად კლინიკურად გამოხატული ქუნთრუმით—ცდები ახლად გამოყოფილ სტრეპტოკოკთა კულტურით ჩატარდა აგრეთვე უფერულად.



ერთის შეხედვით Ciuca-ს ცდები იწვევენ გაკვირვებას, ვინაიდან ვითომცდა ამტიკებს ქუნთრუშის გადაუმდებლობას. ძნელად დასაშვებია, რომ Dick-ის მიერ ხმარებული მასალები მოკლებული ყოფილიყვნენ სენის გამოწვევის უნარს, რა წარმოდგენისაც არ ვიყოთ ქუნთრუშის ვირუსებზე. ერთად ერთი განმარტება მისი ცდების შედეგების ასახსნელად მდგომარეობს იმაში, რომ ცდებისათვის გამოყენებული იყო მოზრდილი ხალხი და ამიტომ დასაშვებია, რომ მათ შეუძინებოდნენ ჰქონდათ მოხდელი ქუნთრუშა, თანამად Ch. Nicolle—ის თეორიისა შეუძინებელ ინფექციის შესახებ infection inapparente, და მასასადავე შეძენილი ჰქონდათ იმუნიტეტიც.

როგორც არ უნდა იყოს Ciuca-ს შემოდმეყვანილ ცდებიდან იმის გამოყვანა მაინც შეიძლება, რომ მკაფიოდ გამოხატული Dick-ის რეაქციის მქონენი ქუნთრუშისანი ავადმყოფიდან შეკრებილ მასალის ორგანიზმში შეყვანისას ავად არ გახდნენ. ეს უკვე გარკვევით ლაბარაკობს Dick-ის რეაქციის მცირე ღირებულების შესახებ.

1928 წელს Königsberg-ის კონგრესზედ ამასვე აღიარებდნენ Groer-ი და Dochez-ი. წარმოდგენილ მოხსენებებში ისინი უარყოფდნენ Dick-ის რეაქციის პირველად ტოქსიურ მნიშვნელობას და აღიარებენ მის ალერგიულობას.

ამ უკანასკნელი გარემოებით აიხსნება აგრეთვე ბაქტებზედ ბლომად გატარებულ ცდების უშედეგობა, რომლებიც მიმართული იყვნენ ქუნთრუშის სტრეპტოკოკის შემწვობით ექსპერიმენტალური ქუნთრუშის მიღებისაკენ.

დასასრულ დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ მოხსენებელი იქნას Schultz-ისა და Charlton-ის ე. წ. ჩ ა ქ რ ო ბ ი ს ფ ე ნ ო მ ე ნ ი.

დასახელებული მკვლევარების მიერ შემჩნეული იყო, რომ ქუნთრუშისანი შრატს შეკრებილ მეთექვსმეტე-მეცხრამეტე დღეზედ ავადმყოფობის გამოჩენიდან შესწევს უნარი გამოიწვიოს ქუნთრუშისანი ავადმყოფის ტანზედ არსებული გამონაყარის ჩაქრობა, თუ კი რომ გამონაყარის ალაგას, შიგ კანში (ინტრადერმალურად) შესხაპუნებული იქნება 0,2—1,0 წვეთი დასახელებული შრატისა.

ჩაქრობის ფენომენი გამოიხატება შესხაპუნების ალაგას მეექვსე-მეცხრე საათზედ თეთრი ლაქას წარმოშობაში. დიამეტრი გამონაყარის ჩაქრობისა უდრის 3—6 სანტ. და შეიძლება გასტანოს რამოდენიმე საათიდან რამოდენიმე დღემდე; რეაქცია სპეციფიურია და წარმოდგენს უტყუარ დიაგნოსტიურ საშუალებას.

ნორმალური ცხენის შრატი მოკლებულია ამ თვისებას, მაშინ როდესაც ქუნთრუშის სტრეპტოკოკის ტოქსინით იმუნიზაცია ქმნილი ცხენის შრატი იჩენს მძლავრ აქტიობას, რომელიც სჭარბობს ამ თვისების მხრივ რეკონვალენსცენტის შრატს მრავალჯერ. მაგალითად რეკონვალენსცენტური ადამიანის შრატი მოქმედობს განსაზღვრული 44—1/100, იმუნიური ცხენის კი განხავებული 1/1000. ამნაირად ამ ზედმიწევნით სპეციფიური ფენომენის შემწვობით მყარდება ნათესაობა ქუნთრუშის და სტრეპტოკოკის შორის, ვინაიდან გამონაყარი არის ქუნთრუშით დაავადების დიდმნიშვნელოვანი ფენომენი და სტრეპტოკოკის ტოქსინი კი ანტიგენი, რომლის საშუალებით შესაძლებელია სათანადო გამონაყარის ჩაქრობის უნარის მქონე იმუნიური შრატის მომზადება.

დ ა ს კ ე ნ ა

1. ქუნთრუშისანი ავადმყოფის სხეულიდან მიღებული ჰემოლიტიური სტრეპტოკოკი ვერ აკმაყოფილებს სავალდებულო პირობებს იმისთვის, რომ იგი მიჩნეული იქნეს ქუნთრუშის გამოწვევ მიზეზად.
2. ჰემოლიტიურ სტრეპტოკოკს, როგორც ქუნთრუშის ვირულენტურ თანამგზავრს, შეუძლია გაუარესება მთავარი სნეულებისა, რომელიც ბუნებრივად, გაურთულებლად მიმდინარეობისას არ წარმოდგენს საშიშ დაავადებას.
3. ქუნთრუშის სტრეპტოკოკი თვისი ტოქსინის და ვაქცინის სახით, როგორც სრული ღირებულების მქონე ანტიგენი-აქტიური იმუნიზაციის მიზნით გამოყენებისას უნდა უწყობდეს ხელს სხეულს ქუნთრუშის დროს მოსალოდნელი ავადმყოფობის გამართულებელი აგენტის მკურნალობისაკენ.
4. ე. წ. ქუნთრუშის საწინააღმდეგო შრატიც მისაღებია ამავე მიზნით უკვე განვითარებულ ავადმყოფობის დროს.

8. ნაჯარაშვილი

რენტგენოლოგიის დოცენტურის ასისტენტი

ახალი გზები კანის სნეულებათა სხივებით თერაპიაში.

უკანასკნელ დროს, კანის სნეულებათა სხივებით თერაპიის მეთოდებში მოხდა ერთგვარი გადატრიალება. მე მხედველობაში მაქვს Bucky-ს მიერ აღმოჩენილი და შემოღებული ე. წ. მოსაზღვრე სხივები და კატოდის სხივები.

მოსაზღვრე სხივები წარმოადგენენ ულტრარბილ სხივებს, რომლის ტალღის სიგრძეც იმყოფება სპექტრში ულტრაიისა და რენტგენის სხივებს შორის. მოსაზღვრე სხივები უფრო მოკლე ტალღიანია, ვიდრე ულტრაიის სხივები (1.000—4.0 0 A), და უფრო გრძელ ტალღიანია, ვიდრე რენტგენის სხივები (0,13—0,16 A), მათი სიგრძე უდრის საშუალოდ 2—3. A. მოსაზღვრე სხივების მისაღებად Bucky-ს მიერ აგებულია სპეციალური აპარატი, რომელიც შესდგება პატარა ტრანსფორმატორისაგან, უკანასკნელი შეიცავს ერთ პირველად და ორ მეორადს კოჭას; მეორე კოჭა კატოდის სპირალის გასახურებლად. საჭირო დენის ძაბვა უდრის 6—12 KV. სხივების მიღება წარმოებს სპეციალურ მილში, რომელიც ცნობილ კულიჯის მილისაგან არსებითად თითქმის არ განსხვავდება, მხოლოდ, ვინაიდან მილის მინა შთანთქამს კატოდის სხივებს, მილის კედელში, ფოკუსის პირდაპირ გაკეთებულია ლინდემანის პატარა სარკმელი, რომელშიაც გადის მოსაზღვრე სხივები. უკანასკნელის სიხისტე უდრის 1—1½ Wh.

Bucky ამტკიცებს, რომ კანის სნეულებათა ჩვეულებრივ რენტგენთერაპიის დროს დაახლოებით 60% სხივების (უფილტროდ) და 90% (ფილტრით) უმოქმედოთ გადის კანში. რადგან ბიოლოგიური ეფექტი, გამოწვეული ქსოვილებში, დამოკიდებულია რენტგენის ენერჯის შთანთქმავს ქსოვილების მიერ, ამიტომ კანის სნეულებათა არსებული რენტგენოთერაპიის მეთოდს Bucky სთვლის არა რაციონალურად და შემცდარად. მოსაზღვრე სხივების შთანთქმა კი თითქმის მთლიანად წარმოებს კანის ზედა ფენებით და მხოლოდ 4—5% ზედაპირული ენერჯისა გადის კანის ღრმა ფენებში. ზემოხსენებული სხივების გამოყენების შესახებ, ამ უამად წარმოებს გამოკვლევები; გამოკვეყნებულია შრომები (Bucky, Gabriel, Müller და სხვ.); მაგრამ ამავე დროს აღსანიშნავია ერთგვარი სკეპტიციზმი, არ არის ერთსულოვნობა. ამიტომ რაიმე შეფასება ამ მეთოდისა ჯერ კიდევ ნაადრევეა.

ახლა გადავიდეთ მეორე ახალ აღმოჩენაზე: კატოდის ანუ ლენარდის სხივების გამოყენებაზე კანის სნეულებათა დროს. სულ რამდენიმე თვეა რაც ლიტერატურაში ამ საკითხის შესახებ შრომები გამოქვეყნდა (Pauli, Coolidge, Baensch და Finsterbusch).

კატოდის სხივები თვისი ბუნებითა და თვისებით წარმოადგენენ უარყოფითად დატვირთულ ელექტრონთა კონას, რომელიც წარმოიშობა რენტგენის მილის კატოდის ბლოზე. მათი სიჩქარე დამოკიდებულია დენის ძაბვაზე, რომელსაც მილში გავატარებთ. მაგალითად: 350 KV დროს უდრის 240.000 კილომეტრს წამში. კატოდის სხივები ვრცელდება სწორ ხაზთვანად. ცნობილია აგრეთვე, რომ ანოდზე ხდება კატოდის სხივების ენერჯის გარდაქმნა დაახლოებით 9/10 სითბოდ და მხოლოდ 1/10 რენტგენის სხივებად. რენტგენის სხივების ასეთი მცირე რაოდენობიდან ნაწილი კიდევ იკარგება შთანთქმით მინაში და ფილტრში გასვლის დროს. Pauli ამბობს: ერთი და იმავე ელექტრო-ენერჯის დროს კატოდის სხივები ოთხ მილიონჯერ მეტად შეგვიძლია თერაპიული მიზნით გამოვიყენოთ, ვიდრე რენტგენის სხივები. ცნობილია, რომ ჩვეულებრივ რენტგენის მილებიდან კატოდის სხივები არ გამოდის, რადგან მილის მინა მათ შთანთქამს.



1892 წ. Zenard-მა პირველმა გამოიყვანა კატოდის სხივები გარეთ. მან გაუკეთა მილს პატარა სარკმელი 0,003 m/m სისქის ალუმინის ფირფიტადან. მაგრამ მას ქონდა მხოლოდ თეორიული მნიშვნელობა და დღემდე არ არსებობდა ისეთი მილი, საიდანაც თავისუფლად შეგვეძლო გამოგვეყვანა კატოდის სხივები და გამოგვეყენებია თერაპიული მიზნით. Pauli-მ პირველმა სცადა ასეთი მილის აგება. შემდეგ ცნობილია ამ საკითხის შესახებ Coolidge-ის შრომები. გერმანიაში ასეთ კატოდის მილებს აკეთებენ Phoenix-ის ქარხანა.

კატოდის მილი თავის შეხედულობით წარმოადგენს იმავე ცნობილ Coolidge-ის მილს, კატოდის ბოლოზე აქვს სპირალი, რომლის გავარვარება ჩვეულებრივ ხდება; ანადის ფირფიტა არა აქვს, ისე რომ კატოდის სხივები სწორხაზოვანათ სტოვებენ მილს ანადის მხრივ, სადაც გაკეთებულია სარკმელი ალუმინის (0,05 m/m) ან ნიკელის (0,03 m/m) ფურცლისაგან. უკანასკნელი დაფარულია ჰაერის წნევისაგან სპილენძის ცხრილით და გაცივებულია წყლის ცირკულაციით. მილის მუშაობის დროს მისჩანს, როგორ გამოდის მოლურჯო იის ფერის კატოდის სხივების კონა. ფიზიკური გამოკვლევებიდან ჩანს, რომ ლენარდის სხივების კონა არ არის სუფთა, ის შეიცავს რენტგენის სხივების მცირე რაოდენობას, მაგრამ მათი მნიშვნელობა მილის ახლოს მცირეა.

ხოლო მანძილზე, როცა მივიღებთ გაფანტულ და მეორად სხივებს, მაშინ მოქმედება ხსენებული რენტგენის სხივებისა მატულობს. ვინაიდან ანოდ-ს ბოლოსთან ავადმყოფი მოთავსებული უნდა იყოს ახლოს, სულ 4—5 სანტიმეტრის მანძილზე, წინეთ ნაპერწკლები ავადმყოფის ტანზე გადახტებოდა, მაგრამ ტრანსფორმატორის ერთი პოლიუსის ჩამიწების შემდეგ შესაძლებელი გახდა სრულიად უშიშრად ავადმყოფის ახლო მოთავსება მილის სარკმელთან

მიუხედავად იმისა, რომ კატოდის სხივები რენტგენის სხივებზე ადრე იყო ცნობილი, მათი ბიოლოგიური მოქმედება უფრო გვიან შესწავლეს. პირველობა ეკუთვნის Strebel-ს, რომელმაც 1914 წ. პირველად იმოქმედა ცოცხალ ქსოვილზე კატოდის სხივებით. კიბოს ქსოვილის განსხივებამ იგივე ცვლილება მისცა, როგორც რადიუმით განსხივებამ. დეტალურად შესწავლილი იყო მათი ბიოლოგიური თვისებები Pauli-ს მიერ. კატოდის სხივების დაშავებითი მოქმედება აიხსნება სითბოთი, რომელიც წარმოიშობა სხივების მიერ ქსოვილებში და რომელთაც ბაქტერიებზე აქვთ ძლიერი მოქმედება.—მოკლე განსხივების შემდეგ ისინი იხრცებიან. ცოცხალ ქსოვილებზე მოქმედება, მოკლედ რომ ვსთქვათ, იგივეა, როგორც რენტგენის სხივებისა.

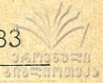
კატოდის სხივებს ქსოვილებში გასვლის უნარი მცირე აქვს, მათი შთანიშნა ხდება კანის ზედაფენებით, რაც დამტკიცდა ცხოველებზე ექსპერიმენტებით.

Baensch-ი და Finsterbusch-ი ლიბეციის ქირურგიულ კლინიკაში აწარმოებდნენ კლინიკურ დაკვირვებას კატოდის ანუ ლენარდის სხივების მოქმედების შესახებ კანის ზოგიერთ დაავადების დროს, სახელდობრ: Lupus exulcerans, Tuberculosis verrucosa cutis; ზედაპირული წყლულები შეხორცებისადმი სუსტი მიდრეკილებით, Eszema chronica და კანის კიბო. მკურნალობის ტექნიკა შემდეგია:

ჯერ უნდა მოხდეს ტოლერანტური დოზის გამოკვლევა, ე. ი. სხივების მაკსიმალური რაოდენობისა, რომელსაც კანი დაუზიანებელივ აიტანს. ეს წარმოებს ემპირიული წესით, როგორც რენტგენოთერაპიის დროს HED გამოანგარიშება.

Baensch და Finsterbusch-მა გამოიყენეს ამ მიზნისათვის ზღვის გოჭები, გამოარკვიეს ისეთი დოზა, რომელიც ზღვის გოჭების კანის დაწვას არ იძლევა. განსხივების პირობები შემდეგი იყო: 95 KV, 3 MA და 5 სანტიმეტრი მანძილი სარკმელი—კანი; ეს დოზა უდრიდა 3 წუთს. მაგრამ, ადამიანის კანი რომ დატვირთეს ხსენებული დოზით, მიიღეს კანის იოლი დაწვა. ამიტომ Baensch და Finsterbusch-მა შეამცირეს დოზა, შეამოკლეს განსხივების დრო 10—30 წამამდე იმავე პირობებში, რის შემდეგ არავითარი დაწვას აღარ ჰქონია ადგილი. ამ დოზის განმეორება შეიძლება 8—14 დღის შემდეგ. სუანის შემდეგ კანი იძლევა რეაქციას, გამოხატულ ერთთემაში, რომელიც რამოდენიმე დღის განმავლობაში ქრება. პიგმენტაცია მანვენებელია კანის ზედაფენის დატვირთვისა. სუანის დროს ავადმყოფის თვალები კარგად უნდა იყოს დაფარული ტყვიით, რომ არ მოხდეს მათი დაზიანება.

აღსანიშნავია დროის დიდი ეკონომია. თუ თანამედროვე რენტგენის აპარატების საშუალებით სხვადასხვა ფილტრების ქვეშ, H. E. D. ჩვენ ვიღებთ 5—25 წუთის განმავლობაში, აქ საკმარისია წამები სულ 10—30.



ამას გარდა, კატოდის სხივების ხმარების დროს, არ უნდა გვეშინოდეს კანის დაგვიანებითი დაზიანების. რასაკვირველია ეს დიდი უპირატესობაა. ავტორების მასალა მეტად მცირეა, თითო-ორი შემთხვევა, დაკვირვების ხანაც ძალიან მოკლეა, სულ რამოდენიმე თვე, ამიტომ საბოლოო შედეგზე ლაპარაკი ჯერ ნაადრევია. მაგრამ მიუხედავად ამისა, ასანიშნავია, რომ ავტორებს ხსენებული დაავადებების დროს უმრავლეს შემთხვევაში მიუღიათ დადებითი შედეგი. მეტად საინტერესოა და საყურადღებოა ის გარემოება, რომ მოყვანილია შემთხვევები, სადაც დაავადება დიდი ხანია არსებობს, წლები (25 წ., 10 წ.). და მიუხედავად ყოველგვარი მკურნალობისა, ამავე დროს რენტგენ-რადიო-თერაპიისაც, უშედეგოდ დარჩენილა ან მოკლე ხნის შემდეგ იძლეოდა ისევ რეციდივს. ყველასთვის ცნობილია, რომ კანის კიბოს დროს, რენტგენის და რადიუმის სხივები ბრწყინვალე შედეგს იძლევიან; მაგრამ ისიც ვიცით, რომ არსებობს მთელი რიგი შემთხვევებისა (დაახლ. 25%), სადაც სხვადასხვა მეთოდები და კომბინაციები რენტგენ-რადიოთერაპიისა უძლური არიან. შესაძლებელია ხსენებულ მოსაზღვრე და ლენარდის სხივებით მკურნალობის შემოღების შემდეგ ეს დანაკლისი შევსებული იქნეს. რასაკვირველია, როგორც ყოველივე ახალ მეთოდს, ჩვენ ამ მეთოდსაც კრიტიკულად უნდა შევხედოთ და ერთგვარი სიფრთხილით მოვიქცეთ.

დოკუმენტი ი. აბაქელია.

მემაქვსე საერთაშორისო ტუბერკულოზური ყრილობა *)

(რომი—26—30 სექტ. 1928 წ.).

ყრილობა გაიხსნა 26 სექტემბერს რომში ერთ-ერთ უძველეს რომის სასახლეში, სახელდობრ—კამპედოლიოში. პირველი მისასალმებელი სიტყვა წარმოსთქვა ყრილობის თავმჯდომარემ პროფ. პ ა ო ლ უ ჩ ი მ. შემდეგ კი სიტყვა მიეცა საფრანგეთის მეცნიერს, ცნობილ პროფ. ლეონ ბ ე რ ნ ა რ ს.

მისალმა ყრილობას იტალიის მთავრობის სახელით ფრანგულ ენაზე მთავრობის თავმჯდომარე მუსოლინი, რომელმაც თავის სიტყვაში გამოსთქვა ის აზრი, რომ ომის შემდეგ ევროპაში დადგა სიწყნარე და ამის გამო კაცობრიობას საშუალება ეძლევა დაუწყნარებლივ განაგრძოს ბრძოლა კლექის წინააღმდეგ.

წესრიგი ყრილობისა შემდეგი იყო: 1. პროფ. კ ა ლ მ ე ტ ი (საფრანგეთი)—ფილტრში გამავალი tbc ვირუსის შესახებ; 2. პროფ. ჯ ე მ მ ა (იტალია)—ბავშვთა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა; 3) პროფ. ბ რ ა ნ დ ი (ინგლისი) ტუბერკულოზის პროფილაქტიკის ორგანიზაცია სოფლად და 4) პროფ. ბ რ ა უ ე რ ი (გერმანია)—ქირურგიული მეთოდებით წამლობა ფილტვის ტუბერკულოზისა.

1. ფ ი ლ ტ რ შ ი გ ა მ ა ვ ა ლ ი t b c ვ ი რ უ ს ი ს შესახებ. პროფ. კ ა ლ მ ე ტ ი.

კ ა ლ მ ე ტ მ ა თავის მოხსენებაში აღნიშნა ის ფაქტი, რომ საკითხი ფილტრში გამავალი tbc ვირუსის შესახებ არ არის ახალი. ჯერ კიდევ 1895 წ. პროფ. S t r a u s s-მა შეამჩნია ქრომოფილური ნივთიერება ტუბერკულოზის ბაცილებში და 1908 წელში კი პროფ. M u c h-მა აღწერა ეს ნივთიერებანი, როგორც „გრამოფილური მარცკლები“. 1910 წ. F o n t é s-მა გამოაქვეყნა, რომ ამ ნაწილებს შეუძლიან გაიარონ B e r k e f e l d'-ის ფილტრი და მიღებულ ფილტრატს, თუ კი მას შეუშნაპუნებთ ზღვის გოჭს, შეუძლია გამოიწვიოს ამ უკანასკნელში ჯირკვლების ჰიპერალაზია, სადაც ჩნდება ტიპური tbc ჩხირები. მაგრამ ამ გამოკვლევებს მოჰყვა ისეთი სასტიკი კრიტიკა და გაბათილება ამ დებულებისა, რომ თვით ავტორმა ჩათვალა თავის თავი შეცდომის მსხვერპლად. მხოლოდ 1923 წ. კალმეტმა მ ი ა ნ დ ო J. v a l t i s-ს განმეორება F o n t é s-ის ცდებისა. მიღებულმა შედეგებმა სავსებით დაადასტურეს F o n t é s-ის ცდები. სწორედ ამ დღიდან იწყება მრავალი შრომები ამ საკითხის გასაშუქებლად. მრავალმა მეცნიერმა, მაგალ. L a n g e-მ, L o e v e n t h a l-მა, N é g r e-მა, D u r a n d-მა და სხვ. დაადასტურეს ეს ფაქტი თავის შრომებით და აღნიშნეს აგრეთვე, რომ სიმკვავის წინააღმდეგ გამძლე ჩხირები, წარმოშობილი ფილტრში გატარებული ელემენტებისაგან ძლიერ ნაკლები ვირულენტობის არიან და ხელგონურ საკვებ მასალაზე არ იზრდებიან. მხოლოდ თუ ერთი ცხოველიდან მეორეზე გადაიტან მათ, მაშინ ისინი უფრო ვირულენტური ხდებიან.

უმთავრესი ინტერესი ამ საკითხისადმი არის ის, რომ ფილტრში გამავალ ელემენტებს შეუძლიან გაიარონ მომყოლი და დაავადონ ან მოშაბონ ჩანასახი. ეს ფაქტი ძირითად სკვლის საკითხს ტუბერკულოზის მემკვიდრეობით გადაცემის შესახებ.

პირველი ცდები ამ საკითხის შესახებ მოახდინა თვით კ ა ლ მ ე ტ მ ა, V a l t i s-მა, N é g r e-მა და B o c q u e t-მ. 1925 წ. მათ დაამტკიცეს, რომ მართლაც თუ ტუბერკულოზის ბაცილემია ავადმყოფის სისხლში უფრო ნაკლებია ვიდრე ულტრავირუსი; რომ ულტრავირუსი თავისუფლად გადადის მომყოლი ტუბერკულოზით დაავადებულს ორსულიან დედისაგან და შხამებს ჩანასახს და სხვ.

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზ-ბას 1928 წ. ნოემბერში.

დ ე ბ უ ლ ე ბ ე ბ ი .

1. ჩვენ ბევრი რამ არ ვიცით ჯერჯერობით ბიოლოგიურ და პათოგენიურ ულტრავირუსის თვისებების შესახებ სწორედ იმ დროს, როდესაც ის ჯერჯერობით უნახავია მიკროსკოპის მხრივ და აგრეთვე იმ დროს, როდესაც ის ფილტრში გადის.

2. არ ვიცით ჩვენ აგრეთვე ის მექანიზმი, რითაც ულტრავირუსი ჩანასახის სიკვდილს იწვევს. ჩვენ ვფიქრობთ აქ ტოქსინების მოქმედების შესახებ, მაგრამ ამის დამტკიცება ჩვენ არ შეგვიძლია.

3. ფილტრში გამავალი ელემენტები საკვებ მასალაზე დათესილი არ გვაძლევენ BK კულტურას, მაგრამ შესაბამისი კი ზღვის გოჭებში იწვევენ იქ ჯირკვლების ჰიპერპლაზიას, რომელშიაც შემდეგ შეიძლება აღმოჩნდეს BK.

4. ფილტრში გატარებულ ელემენტები იმყოფებიან მძიმედ დაავადებული ავადმყოფის სისხლში და აგრეთვე მენტრუალურ სისხლში ავადმყოფი ქალებისა.

5. ეს ელემენტები ძლიერ ნაკლებ ვირულენტობისაა.

6. ცხოველები, რომელთა შესაბამისი ელემენტები აქვთ ეს ელემენტები, მგრძობიარე არიან ტუბერკულოზზე და იძლევიან Koch-ის ფენომენს.

7. ჩვენთვის უხილავი მაგრამ ფილტრში გასული ვირუსი, თავისუფლად გადის დედის სისხლიდან მომყოლში. მას შეუძლიან ჩანასახი მოკლას ან და მოკლს ბავშვი დაბადების პირველ კვირებში. ამ ბავშვების გაკვეთის შემდეგ არ იყო აღმოჩენილი მათში რომელიმე მათი ორგანოს ტუბერკულოზური დაზიანება, მაგრამ მათში აღმოჩენილი იყო ულტრავირუსი, რომელიც იძლეოდა ცხოველის ტუბერკულოზურ დაზიანებას BK აღმოჩენით.

ამ საკითხის გარშემო დიდი კამათი იყო, რომელშიაც მიიღეს მონაწილეობა L. Rabinowitsch-Kempner-მა, Fontéen-მა, Arloing-მა, Kirchner-მა, Valtis-მა, Petrof-მა და სხვ. უმრავლესობა აღიარებდა დადებითი შედეგების მიღებას, მხოლოდ Petrof-ი კატეგორიულად უარყოფდა თანახმად მისი შედეგების მიხედვით ულტრავირუსის არსებობას.

2. ბ ა ვ შ თ ა ტ უ ბ ე რ კ უ ლ ო ზ ი ს დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა . რ ო კ ო ჯ ე მ ი მ ა

ავტორი აღწინავს, რომ არავითარს მეთოდს, ლაბორატორიული იქნება ის თუ წმინდა ტენიკური, არ შეუძლია მოგვცეს ისეთი დირებულების გამოკვლევა, როგორსაც იძლევა კლინიკური მეთოდი. ამ თვალსაზრისით ის ჩამოგვითვლის ბავშვთა ტუბერკულოზის მთავარ კლინიკურ ფორმებს და გვითითებს ინფექციის ლოკალიზაციის ადგილებს სხვადასხვა ორგანოებში ბავშვის ორგანიზმისა.

იგი ხაზს უსვამს ეტიოლოგიის მნიშვნელობას და იმ წრის გამორკვევას, რომელშიაც ბავშვი იზრდება, რადგანაც დიდი ხნის პრაქტიკამ დაარწმუნა იგი იმაში, რომ იმ პირობების გამორკვევამ, რომელშიც ხდება სენის გადადება, შეიძლება იყოს ფრიად საყურადღებო და, ხანდახან კიდევ, გადამწყვეტი მომენტი დიაგნოზისათვის.

იგი არ უარყოფს მემკვიდრეობითი გადაცემას, მაგრამ უფრო დიდი მნიშვნელობას აძლევს ინფექციის გადადებას.

გამოკვლევა უნდა გამოინატბოდეს შემდეგში:

1. უნდა დარწმუნდეს, რომ ბავშვი ცხოვრობს ტუბერკულოზიან წრეში.

2. უნდა გამოარკვიო ინფექციის წყარო და მისი დამოკიდებულება ბავშვთან, განსაკუთრებით მიაქციო ყურადღება სუპერიფექციას.

3. გამოიკვლიო გარემოება, რომელიც ხელს უწყობს სენის გავრცელებას და

4. სძებნა ყველა შესაძლებელი მიზეზები სენის გადადების ოჯახის გარეშე.

არკვევს რა ბავშვის კონსტიტუციას და აგრეთვე სხვადასხვა ფაქტორებს, რომლის მიხედვით შეიძლება დაისვას დიაგნოზი, რ. ჯ. ე. მ. მ. ა ხ ა ზ ს უ ს ვ ა მ ს ნ ო ვ ა ნ ბ ა ს ი მ მ ხ რ ი გ , რ ო მ რ ა ც უ ფ რ ო მ ო ზ რ დ ი ლ ი ა ბ ა ვ შ ვ ი , მ ი თ , ს ხ ვ ა თ ა ნ ა ს წ ო რ პ ი რ ო ბ ე ბ ს შ ო რ ი ს , ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ო ბ ა კ ე თ ი ლ მ ი მ დ ი ნ რ ა ე . ის ე თ ა ნ შ ე ბ ი პ რ ო ფ . კ ა ლ მ ე ტ ს და მ ა ს თ ა ნ ე რ თ ა დ ი ზ ი ა რ ე ბ ს ი მ ა ზ რ ს , რ ო მ ს ბ ე ც ი ფ ი უ რ ი , მ ე მ კ ვ ი დ რ ო ბ ი თ ი მ ი დ რ ე კ ი ლ ე ბ ა ჯ ო რ კ ი დ ე ვ წ ა რ მ ო ა დ გ ე ნ ს ჰ ი ბ ო ტ ე ზ ა ს . მ ა გ რ ა მ მ ა ს ს წ ა მ ს მ ნ ი შ ე ნ ე ლ ო ბ ა კ ო ნ ს ტ ი ტ უ ს ტ ი ა ს ს ე ნ ის ა დ მ ი მ ი დ რ ე კ ი ლ ე ბ ის მ ხ რ ი გ და Habitus phthisicus-ის არსებობა, რო-



მელსაც ვიღებთ ევოლიუციის გზით ზოგიერთ მემკვიდრეობითი ელემენტებისაგან. იგი აღნიშნავს, რომ იტალიელი De Giovanni იყო პირველი, რომელმაც მიგვითითა ლიმფატისზედ, როგორც მიზეზზე ტუბერკულოზის მიდრეკილებისადმი.

ჯ ე მ მ ა საჭიროდ ნახულობს გავცნოთ იმას, თუ როგორ იკვებება ბავშვი, მის აღრზდის მეთოდებს და განსაკუთრებით იმ ავადმყოფობებს, რომლებიც ბავშვს სჭირდა და რომლებიც შეიძლება ტუბერკულოზის განვითარების ხელის შემწყობი შეიქნენ.

რ. ჯ ე მ მ ა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ლატენტურ ფორმებს, რომლების გამოკვლევა კლინიკურად ძნელია, რადგანაც ეს ფორმები ბავშვთა შორის უფრო ხშირად ინფექციის დასაწყისია და მეორეს მხრივ წარმოადგენენ განსაკუთრებულ სიძნელეს დიაგნოზისათვის. ამ ფორმების დიაგნოზისათვის საჭიროა ჩატარება რთული გამოკვლევების, დამყარებული ღრმა ცოდნასა და დიდ გამოცდილებაზე, შეძენილზე ბავშვთა ორგანიზმის დიდი ხნის შესწავლით.

რაც შეეხება სასულე ბრონქური ჯირკვლების დაავადებას, ეს ინფექციის ლოკალიზაცია წარმოადგენს ბავშვთა ექიმებისათვის ერთ დიდ მნიშვნელოვანთაგან კლინიკურ ფორმას, რადგანაც ბავშვთა შორის ის იღებს ნამდვილ ავადმყოფობის სახეს. ამიტომ რ. ჯ ე მ მ ა მიაქცევს ჩვენს ყურადღებას ზოგიერთ მეთოდებზე, რომელთა წყალობით შეიძლება ამ ფორმის ტუბერკულოზის დიაგნოზის გამოკვლევა. ეს დიაგნოზი იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ პირველი, რასაც უნდა მიაქციოს ყურადღება ექიმმა, არის ის, რომ გამოარკვიოს სასულე ბრონქური ჯირკვლების ანატომიური მდებარეობა. ამ მიზნისათვის ის სხვადასხვა კლინიკურ მეთოდთა შორის მეტს მნიშვნელობას აძლევს აუსკულტაციას, ვიდრე პერკუსიას, და ამასთანავე მიგვითითებს აუსკულტაციის დროს გაძლიერებულ ამოსუნთქვაზე ფევიტინის მზგავსზე მეოთხე და მეხუთე გულმკერდის მალების მიდამოებში (სიმპტომი D'Espine). დიდ ყურადღებას აძლევს აგრეთვე რენტგენით გამოკვლევას, მაგრამ აღნიშნავს, რომ ყველა უნდა იცოდეს ფილტვის ქსოვილის ნორმალური ჩრდილები, განსაკუთრებით Hilus-თან.

რენტგენით გამოკვლევა უნდა ხდებოდეს დროვამოვებით.

ის აღნიშნავს შემდეგ მთავარ ფორმებს: 1. პერიგანგლიონარული ბუდეები Hilus'-ისა, 2. ცალ ცალკე ან მრავალრიცხოვანი ბუდეები, შემოფარგლული ფილტვის პარენქიმით, 3. დიფუზური ბუდეები.

რ. ჯ ე მ მ ა აღნიშნავს, რომ ამჟამად ჩვენ გვაქვს უფრო სწორი ცნობები, როგორც კლინიკური, ისე ანატომიური, იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება გაჩნდეს და განვითარდეს ბავშვთა შორის ფილტვის ხეც. ეს ცნობები საყურადღებოა არა მართო თერაპიის და პროფილაქტიკის თვალსაზრისით, არამედ ისინი გვაძლევენ ჩვენ უფრო ნათელ სურათს ბავშვთა ტუბერკულოზის მიმდინარეობისას. ადრე ფიქრობდნენ, რომ ბავშვის ფილტვის ტუბერკულოზი მიმდინარეობს მხოლოდ როგორც მწვავე ფორმა: მილიარული ან და კაზეოზური ანთებითი ფორმით, რომელთა პროგნოზი ყოველთვის ცუდი იყო. თანამედროვე მეცნიერება, პირიქით, უარყოფს ასეთ შეხედულებას და ამტკიცებს, რომ ბავშვთა შორის ხეც-ს. შეუძლია ქონდეს ქრონიკული მიმდინარეობა, რასაც გვიმტკიცებს რენტგენის საშუალებით დაკვირვებანი.

რაც შეეხება ბიოლოგიურ რეაქციებს დიაგნოზისათვის—ის აკუთვნებს მათ დამხმარე როლს და განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აძლევს მხოლოდ კანის ტუბერკულინის რეაქციას (Pirquet). დანარჩენ რეაქციებს კი (კომპლემენტის გადახერხვა, ერითროციტების დაღეჭვა და სხვა) სთვლის ნაკლები ღირებულებისას.

კამათში მონაწილეობა მიიღეს შემდეგ პროფესორებმა: ბ ე ზ ა ნ ს ო ნ მ ა და ლ ე ო ნ ბ ე რ ნ ა რ მ ა (საფრანგეთი), კ ლ ა ი ნ შ მ ი დ ტ მ ა (გერმანია).

3. ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკის ორგანიზაცია სოფლად.

W. Brandes. (ლონდონი).

ავტორი საჭიროდ ნახულობს დისპანსერების მოწყობას არა მარტო ქალაქებში, არამედ ყველგან, სადაც კი ამას მდგომარეობა მოითხოვს. საჭიროა დამუშავდეს საზოგადოებრივი აზრი, რათა მოსახლეობამ აქტიური მონაწილეობა მიიღოს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლაში

ინგლისში ამ ამოცანას ახორციელებს ნაციონალური ტუბერკულოზთან მებრძოლი ასოციაცია, რომელსაც ამ მიზნისათვის ყავს სამი მოძრავი რაზმი, რომელიც განუწყვეტლივ მოგზაურობს მთელ ინგლისში. ყოველ რაზმში არის ექიმი-სპეციალისტი და დამხმარე პერსონალი, კინემატოგრაფიული აპარატი და საკუთარი ელექტრონული აკკუმულატორიც იმ ადგილებისათვის, სადაც ელექტრონი არ არსებობს. რაზმი კითხულობს ლექციებს, არიგებს ბროშურებს და სხვა.

1912 წ. კანონის თანახმად ყოველი ექიმი, რომელიც ტუბერკულოზით დაავადებულს ექიმობს—ვალდებულია 48 საათის განმავლობაში აცნობოს ამ ავადმყოფის შესახებ ჰიგიენის ინსპექტორს.

რეგისტრაციისათვის საჭიროა ყოველთვის აღნიშნული იყოს: 1. ავადმყოფის მისამართის გამოცვლა, 2. სტატისტიკისათვის ცნობა ტუბერკულოზისადმი სიკვდილის, 3. აღნიშვნა იმ ავადმყოფობის, რომელმაც სიკვდილი გამოაწვია, 4. შეცდომით გამოცხადებული და აღნიშნული ტუბერკულოზური შემთხვევები—უნდა ამოშლილი იყოს სიიდან, 5. განკუთრების შემდეგ საჭიროა ავადმყოფის „მიმდინარე შემთხვევების“ სიიდან ამოშლა, 6. ავადმყოფის გვარი, რომელიც ერთი ოლქიდან მეორეში გადავიდა, უნდა ამოშლილი იქნეს პირველი ოლქიდან და გადაცემული მეორე ოლქის ჰიგიენის ინსპექტორისადმი.

ტუბერკულოზთან მებრძოლი ნაციონალური ორგანიზაცია დამყარებულია შემდეგ ორ საფუძველზე:

1. დისპანსერი

2. ტუბერკულოზთან მებრძოლი დაწესებულებანი

დისპანსერი უნდა იყოს: 1. კონსულტაციის და დიაგნოზის ცენტრი, 2. თვალყურის მდევნელი, 3. მკურნალობის ცენტრი და მძიმე ავადმყოფთა თვალყურის მდევნელი, 4. კონტაქტების (tbc—სა და სხვ. შორის) მეთოდური გამოკვლევის ცენტრი, 5. სოციალური მდგომარეობის გამომკვლევის ცენტრი, 6. ზოგიერთი ტუბერკულოზის ბუდეთა თვალყურის მდევნელი ცენტრი და 7. ინფორმაციისა და პროპაგანდის ბიურო.

W. Brandes-ის აზრით, შეცდომაა ვიფიქროთ, რომ სოფლის დისპანსერის მოქმედების რაიონი ძლიერ შეზღუდულია. ყველაფერი დამოკიდებულია პერსონალის ენერჯისაგან, რომელსაც შეუძლია იმოქმედოს დაშორებულ ადგილებშიაც კი. როდესაც ავადმყოფს ამა თუ იმ მიზეზის გამო არ შეუძლია გამოცხადდეს დისპანსერში, ექიმი თვით უნდა მივიდეს მასთან სახლში. მაგრამ, რა თქმა უნდა, სპეციალისტი—ექიმი არ უნდა იტვირთებოდეს ასეთი მუშაობით და უნდა თავისი მუშაობა შეუთანხმოს ადგილობრივ ექიმებს, მაგალითად ეწეოდეს მხოლოდ კონსულტანტობას მათ კაბინეტებში. ასეთი გზით შეიძლება ძლეული იქნეს სისორო.

ინგლისში დისპანსერების რაოდენობა დამოკიდებულია ადგილობრივი პირობებისაგან; არის ოლქი, სადაც 450.000 მცხოვრებია და იქ კი—სამი დისპანსერია; მეორეში კი—58.000 მცხოვრებია—დისპანსერი კი ცამეტია.

დისპანსერი რომ დიაგნოსტიკის ცენტრი იქნეს, საჭიროა გყავდეთ სპეციალისტი ტუბერკულოზის მკოდნე, რომელიც მუშაობდეს კონტაქტში ოლქის ყველა ექიმებთან.

საჭიროა მიექციოს ყურადღება ახალ ავადმყოფების აღმოჩენას, რომლებიც არც კი ფიქრობენ, რომ ავად არიან; განსაკუთრებით დიდ დახმარებას უწევს ამ შემთხვევაში ავადმყოფის დანარჩენებთან კონტაქტის გამოკვლევა. უნდა თვალყური ადევნოთ ასეთ დამოკიდებულებას ავადმყოფის დანარჩენებთან არა მარტო ოჯახის წევრთა შორის, არამედ მის პროფესიონალურ მუშაობაშიც. ზაგვითა შესახებ არსებობს სრული თანამშრომლობა დისპანსერისა სკოლის ინსპექციასთან. საჭიროა მოხდეს დანაწილება როგორც ავადმყოფების, ის საექვოთ ცნობილი ავადმყოფების; ზოგიერთი შეიძლება შინ დავაბრუნოთ უარყოფითი პასუხით, ზოგს კიდევ ეუწყამლოთ შიგ დისპანსერში ან იქ მომუშავე ექიმთან, ან კიდევ სახლში მასთან ან გავწეროთ სანატორიუმში და სხვადასხვა.

ავადმყოფებზე თვალყურის დევნის წარმატებისათვის, ავტორის აზრით, დისპანსერი უნდა მუშაობდეს კარგად მოწყობილ ჰოსპიტალებთან. საექვო შემთხვევებში ავადმყოფები უნდა იგზავნებოდნენ იქ საბოლოო დიაგნოზისათვის. საჭიროა ყოველთვის განიტვირთოს დისპანსერი იმ პირებისაგან, ვისიც დიაგნოზის დასმა არ მოხერხდა, ესე იგი, რომლებიც ტუბერკულოზით ავად არ არიან.



დისპანსერებს ინგლისში აქვთ სპეციალური ჰოსპიტლები, ეგრედწოდებული „სათვალყურო საწოლებით“, სადაც ათავსებენ: 1. საექვო ხც—იან ავადმყოფებს, 2. მწვავე ფორმების დროს, 3. გადასაწყვეტად ზოგიერთ შემთხვევებში საკითხისა, საჭიროა სანატორიუმი თუ სხვა ფორმის მკურნალობა ავადმყოფისათვის. 1926 წ. ლონდონის ერთს საგრაფოში ასეთ საწოლებზე გაატარეს 1300 ავადმყოფი, რომელთაგან 340 ხც არ აღმოჩნდა, 687—გაიჯანჯა სანატორიუმში, 107—სხვა სპეციალურ სავადმყოფოებში და 13 მოკვდა.

თვალყურის დევნის და მკურნალობის მიზნით საჭიროა, რომ ექიმი ერთხელ მაინც ინახულას ხც—ით დაავადებული ოჯახი, რათა გადაწყვიტოს პრობლემა: საბინაო, აღზდის, შრომის, არსებობის საშუალებების და სხვა.

ინგლისში ტუბერკულოზური შემთხვევის აღმოჩენისთანავე ექიმი-ინსპექტორი ნახულობს შინ ავადმყოფს. W. Brandes-ს მოყავს მაგალითი, ოლქში იყო ერთი დისპანსერი, სადაც გატარდა 2713 ავადმყოფი; ამ ოლქში მუშაობს 300 ექიმი. ერთად ერთი საშუალება პრობლემის გადასაწყვეტად—ასეთ ავადმყოფების ამ 300 ექიმთა შორის დანაწილება, სადაც ექიმი—ინსპექტორი, როგორც სპეციალისტი, უნდა ასრულებდეს კონსულტანტის როლს.

უნდა შეუჩერებლივ თვალყური ედევნებოდეს ავადმყოფებთა რეგისტრაციას, როდესაც ისინი დისპანსერში არ ცხადდებიან. მათთან შინ უნდა იჯანჯებოდეს მოწყალეების და.

დისპანსერს უნდა ყავდეს საკმარისი რიცხვი მოწყალე დების, რომ უზრუნველ იყოს ყველა ხც—ის ავადმყოფების ბინაზე ნახვა.

ინგლისში ამ მოწყალე დების მოვალეობას შეადგენს თვალყურის დევნა კვების პირობების, ავადმყოფის და მისი ოჯახის ინსტრუქციების მიცემის და სხვა. ამის შესახებ მოწყალეების და მოხსენებას უკეთებს ექიმ—ინსპექტორს.

განსაკუთრებით ყურადღება უნდა მიექცეას ავადმყოფის ეკონომიურ მდგომარეობას და ამის შესახებ უნდა ეცნობოს დისპანსერთან მიმავრებულ დახმარების სალაროს. მოწყალეების დების ოჯახებში სიარული უნდა იყოს რეგულარული. მაგრამ მოწყალეების დები არ უნდა დაიტვირთონ მუშაობით.

გარდა ამისა, დისპანსერი გამუდმებით უნდა აწარმოებდეს პროპაგანდას ბროშურებით, პლაკატებით, ლექციებით და სხვა. ყველა ავადმყოფთა ოჯახები დისპანსერში უნდა მიწერილი იყვნენ ერთ-ერთ შემდეგ ჯგუფს: 1. ოჯახები, რომელთაც ფინანსიური დახმარება არ ექვირებათ, 2. ოჯახები, რომელთაც ფინანსიური დახმარება ექვირებათ განსაკუთრებულ მომენტში, 3. ოჯახები, რომელთაც ფინანსიური დახმარება ექვირებათ დაუყოვნებლივ. მესამე კატეგორიის ოჯახებს დახმარება უნდა აღმოჩენიოს დაუყოვნებლივ ადგილობრივ ორგანიზაციების საშუალებიდან; მეორე კატეგორიის ხშირად კარგი დარიგება ფულით დახმარების მაგიერობასაც უწყვეს. ერთად ერთი დახმარების საუკეთესო საშუალებათაგანია—ავადმყოფთათვის ისეთი სათანადო სამუშაოსი შოვნა, სადაც ის ნაკლებ მუშაობას ეწეოდეს.

სოფლებში სასურველია გატარებული იქნას ასეთივე გამოყოფა ბავშების ავადმყოფი ოჯახის წევრებისაგან, როგორც ეს არის შემოდებული ლონდონში საფრანგეთის ორგანიზაციათა მზგავსად.

ინგლისში დაზღვეულ ავადმყოფს უფლება აქვს სარგებლობდეს ექიმის მკურნალობით შინ ბინაზე, მაგრამ ყოველ ტუბერკულოზიან შეუძლია წამლობდეს უსასყილოდ ჰოსპიტალში, დისპანსერში ან ოლქის ექიმთან.

დისპანსერი არ უნდა ეწეოდეს წამლობას სახლში, გარდა სპეციალურ შემთხვევებისა. დისპანსერი, უმთავრესად, უნდა თვალყურს ადევნებდეს ბინის, კვების, პროფილაქტიკის და ჰიგიენის პირობებს. ყველა ეს პირობები უნდა გაუმჯობესდეს. შინ წამლობა კი უნდა დავალოს ადგილობრივ მომუშავე ექიმებს, განსაკუთრებით სოფლებში.

ამ რიგად, დისპანსერი არის საფუძველი ხც ბრძოლის ინგლისში. ექიმ-ინსპექტორის ამოცანას შეადგენს ორგანიზაცია და გატარება ცხოვრებაში გვემების, რომლებიც საშუალებას მისცემენ ექიმებს დროზე ტუბერკულოზის ნაადრევი ფორმების აღმოჩენაში აღნიშნული ოლქის მოსახლეობაში. იგივე ექიმი არის პასუხისმგებელი შინ წამლობის კონტროლის, როგორც კონსულტანტი ოფიციალურ ორგანიზაციის.

მოწყალეების დები, რომლებიც ექიმ-ინსპექტორის კანტროლის ქვეშ იმყოფებიან და მოქმედებენ შეთანხმებით ადგილობრივ მომუშავე ექიმთან, უნდა ავრცელებდნენ აღზდის მეთოდებს, თვალყურს ადევნებდნენ ჰიგიენას, კონტაქტს და უადვილებდნენ მკურნალობას ოჯახში.

დისპანსერის ორგანიზაციის პრინციპი ერთნაირია, როგორც ქალაქებისათვის, ისე სოფლებისათვის.

W. Brandes-ი შემდეგ მოკლედ მოგვითხრობს ინგლისში ღია ჰაერზედ არსებულ სკოლების შესახებ ტუბერკულოზით დაავადებულ ბავშვთათვის, სანატორიუმებზედ და სკოლა-სანატორიუმებზედ.

ბოლოს ის აღნიშნავს რძის ხმარებას ტუბერკულოზით დაავადებულ ძროხებიდან; ინგლისში შესაძლოა მიიღოთ რძე თავისუფალი tbc-გან ან ისეთი, რომელშიაც ბაცილები დახოცილია (პასტერიზაცია).

4. ფილტვის ტუბერკულოზის ქირურგია.

L. Brauer (ჰამბურგი).

ფილტვის ტუბერკულოზის ქირურგიული წამლობის ამოცანას შეადგენს ფილტვის კოლაპსის მიღება. კოლაპსი კი დამოკიდებულია ფილტვის ქსოვილის ელასტიურობისაგან. მას შეუძლია კარგი შედეგები მოგვცეს მაშინაც კი, როდესაც ის ნაწილობრივია.

ფილტვის ჩაკირვა მიმართულია იმისაკენ, რომ მივიღოთ ფილტვის ზედა ნაწილის ნაწილობრივი კოლაპსი იმ შემთხვევებში, როდესაც იქ კავერნებია. ეს ოპერაცია ნაჩვენებია მხოლოდ განსაკუთრებული შემთხვევებში. ფრანკოტომია ნაჩვენებია, როგორც განხილვებული ჩარევა ზოგიერთ სპეციალურ შემთხვევებში, მაგრამ, საზოგადოდ, მას აკეთებენ როგორც საშუალებას, რომელიც წინ უძღვის ან არის დამატებითი თორაკოპლასტიკასთან ან პნევმოთორაკსთან.

იმობილიზაცია ან კოლაპსი დაავადებული ფილტვის, იქნება ეს პნევმოტორაკსით, ფრენი კოტრებით ან თორაკოპლასტიკით გვაძლევს ეფექტს, როგორც მექანიკურს, ისე ფიზიოლოგიურს.

მექანიკური ეფექტი ხელს უწყობს ფილტვის შეკუმშვას, კავერნის სივრცის შემცირებას და გაქრობასაც და სპოზს შესაძლებლობას ბრუნქისა და ლიმფური მილების დაავადებას.

ფიზიოლოგიური ეფექტი გამოიხატება იმაში, რომ მცირდება სისხლის და ლიმფის მოძრაობა ფილტვში, რაც იწვევს შემავრთებელი ქსოვილის გამრავლებას ფილტვის დაავადებულ ადგილებში და ამცირებს დაზიანებებს.

თორაკოპლასტიკა სხვადასხვა მეთოდებით კეთდება: თორაკოპლასტიკა პლევრალური, ექსტრაპლევრალური ნაწილობრივი, ექსტრაპლევრალური ფართო და Brauer'-ის სუბსკაპულარულ პარავერტებრალური თორაკოპლასტიკა, რომლის მიზანია მიიღოს სრული კოლაპსი ფილტვის იმობილიზაციით. არის აგრეთვე ორი სხვა მეთოდიც, რომლის მიზანია მიღება ფილტვის ნაწილობრივი კოლაპსისა: ეს—პარავერტებრალური რეზექცია Sauerbruch'-ისა და რეზექცია სვეტებით Eden'-ისა.

L. Brauer'-ი აქცევს ჩვენს ყურადღებას სუბსკაპულარულ-პარავერტებრალურ ექსტრაპლევრალურ თორაკოპლასტიკის ზოგიერთ თვისებებზედ: ჭრილობა არ უნდა ენებოდეს m. trapezius'-ის ზედა ნაწილს და ხერხემლის კუნთების იოგებს; ოპერაციის დროს უნდა დაცული იყოს ნერვები, სისხლის ძარღვები და ნეწთა შუა კუნთები; ნეწები უნდა გაკვეთილი იყოს მკრედი მაკრატლით, რაც შეიძლება ხერხემლის ახლო. სიგრძე ამოჭრილი ნეწებისა არ უნდა აღემატებოდეს 14—18 სანტ. და მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში შეიძლება იყოს მეტიც. ოპერაცია შეძლებისა და გვარად უნდა ერთდროულად გაკეთდეს, და თუ ავადმყოფის მდგომარეობა ამისა ნებას არ გვაძლევს—მაშინ ის უნდა გაკეთდეს ორ მომენტში, სამი კვირის განმავლობაში.

ოპერაციის შედეგები არ უნდა თავდებოდეს მხოლოდ ფილტვის სრული კოლაპსით; საჭიროა დიდი ყურადღება მიექცეს კუნთების ფუნქციის შენარჩუნებას და ესთეტიური შედეგის მიღებას. სანამ ოპერაციის გაკეთებას გადასწყვეტდეთ—საჭიროა ახგარიშის გაწევა იმ მდგომარეობისა, რომელსაც მიიღებთ ოპერაციის შემდეგ და რომელშიაც ჩავარდება მეორე ფილტვი,

ოპერაციის გაკეთება შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს არ გაუკეთდა პნევმონორქსი და როდესაც მას მეორე ფილტვი სრულიად საღი აქვს, აგრეთვე გულიც და როდესაც საერთოდ მთელი მისი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

თუ რომ დიაგნოზი კარგად დასმულია და ოპერაციაც კარგად გაკეთებულია—შეიძლება იმედი ვიქონიოთ ავადმყოფების ერთი მესამედის—საკმაოდ გაუმჯობესობის და ერთი მესამედის—არა სასურველად დამთავრების, რომელთაგან თითქმის 3—8%-დე იძლევა სიკვდილს.

ავადმყოფის მდგომარეობა თუ ნებას მოგვცემს—სასრუველია გაუკეთდეს ოპერაციის დროს ადგილობრივი ანესტეზია ადრენალინით და ნოვოკაინით. წინააღმდეგ შემთხვევაში ხმარობენ საერთოდ ეთერს, მხოლოდ ამ შემთხვევებში საერთო მდგომარეობა უნდა დამაკმაყოფილებული იყოს.



ი. ზინინაძე.

ექიმთა საზოგადოებრივი და საზოგადოებრივი წრე „ლენინიზმი მედიცინაში“.

ამ რამოდენიმე ხნის წინად ქ. ტფილისში, მსგავსად საბჭოთა კავშირის სხვა დიდ ქალაქებისა, როგორც არიან მოსკოვი, ლენინგრადი, ხარკოვი და სხვა... ჩამოყალიბდა ექიმთა ახალი სამეცნიერო და საზოგადოებრივი წრე „ლენინიზმი მედიცინაში“, რომელიც მიზნად ისახავს შემოიკრიბოს და გააერთიანოს თვის გარშემო ექიმები სოციალური პათოლოგიის და პროფილაქტიკის საკითხების ლენინიზმის საფუძველზე კოლექტიური დამუშავებისათვის.

დღევანდელ სოციალისტური აღმშენებლობის ხანაში ზემოდ აღნიშნული საკითხები დადგნენ ჩვენს წინაშე, როგორც კულტურული პრობლემა და თვის თანმიმდევრობითი გამორკვევისათვის საჭიროებენ დიალექტიური მატერიალიზმის პრინციპების გამოყენებას ბიოლოგიაში (და კერძოდ მედიცინაში). ახლად დაარსებული წრე ისახავს მიზნად: ა) დამუშავებული იქმნან თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის საკითხები დიალექტიური მატერიალიზმის თვალთა-ხედვის ისრით; ბ) დამუშავებული იქმნას ბიოლოგიურ მეცნიერებათა, კერძოდ მედიცინის შესწავლის მატერიალისტური მეთოდოლოგია; ც) სამეცნიერო და სამეცნიერო-პრაქტიკული ხასიათის საკითხების კოლექტიური მეთოდით შესწავლის პრობლემატიკისათვის და კოლექტიური მუშაობის გასატარებლათ ღონისძიებათა ხელისშეწყობა; დ) მეცნიერების მატერიალისტურ მიღწევათა დამუშავება და გამოყენება ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში; ე) მეცნიერულ პრობლემათა წამოყენება, რომლებიც გამომდინარეობენ ჯანმრთელობის დაცვის პრაქტიკული მოთხოვნილებებიდან; ფ) ლენინიზმის პრინციპების გამოყენება საბჭოთა მედიცინის ორგანიზაციის მიზნით—პროლეტარიატის და მშრომელი გლეხობის ყოფითი და მუშაობითი პირობების შესწავლის გზით—მათი გაჯანსაღების საკითხების დამუშავება და უმთავრესად პროფესიონალური პათოლოგია, პროფილაქტიკა და თერაპია; გ) ექიმთა და ექიმ-სტუდენტთა ფართო წრეებში დიალექტიური მატერიალიზმის პროპაგანდა ბიოლოგიურ-მეცნიერებათა შესწავლის დროს, აგრეთვე სოციალური პროფილაქტიკის საკითხების, ყოფა-ცხოვრების გაჯანსაღების და ყველა იმ მიღწევების, რომელნიც ექნება წრეს დასახულ მიზნების გზაზე და ბოლოს ჰ) ყოველგვარი დახმარების გაწევა რაციონალურ საქიმო და სასანიტარო განათლების ორგანიზაციის საქმეში წრის მიერ დასახული მიზნების და მიხედვით.

ამ მიზნებისათვის წრის მიერ ჩატარებული იქნებიან მთელი რიგი მოხსენებებისა და კონფერენციებისა, გამოცემული იქნება შრომები და გამოყენებული იქნებიან ჯანსაჯკომის, ქალაქის ჯანგანყოფილების და ა. კ. რკინის გზების ჯანმრთელობის სამმართველოს სამკურნალო დაწესებულებები და ლაბორატორიები სამეცნიერო კვლევა-ძიებისათვის წრის მიერ დასახული მიზნების ფარგლებში. ექიმთა სამეცნიერო და საზოგადოებრივი წრეს „ლენინიზმი მედიცინაში“ თავმჯდომარეობს ახს. გ. კუჭაიძე.

ა. წ. 19 იანვარს შესდგა სამეცნიერო წრის „ლენინიზმი მედიცინაში“ წევრთა პირველი საორგანიზაციო კრება, რომელზედაც განხილულ იქმნა წრის წესდება და გამომუშავებული იქმნა კონკრეტული სამუშაო გეგმა, რომლის მიხედვით ახლა მომავალში განხრახულია მთელი რიგი საინტერესო და უაღრესად აქტუალური საკითხების დამუშავება.

24 მარტს შესდგა წრის პირველი სამეცნიერო სხდომა, რომელზედაც მოხსენება გააკეთა ექ. გედ. მჭავანაცემ—„საექიმო საიდუმლოების შესახებ“.

როგორც აღნიშნა მომხსენებელმა—კაპიტალისტურ ქვეყნებში პირად ინტერესებს მსხვერპლად ეწირება საზოგადოებრივი და ხალხური ინტერესები. ადამიანის—მოქალაქის უფლებათა დაცვა (მხოლოდ სიტყვით და საქმით კი მხოლოდ ბურჟუაზიისათვის) ძირეულად ეწინააღმდეგება საბჭოთა სოციალისტური წესწყობილების პრინციპებს პროლეტარიატის დიქტატურის ხანაში. საექიმო საიდუმლოება ხელს უშლის საბჭოთა მედიცინის ძირითადი ხაზის, მოსახლეობის მასიური პროფილაქტიკის და ფართე გაჯანსაღებულ ღონისძიებათა გატარებას და ამიტომ თანამედროვე საბჭოთა ექიმის მოვალეობას შეადგენს—საზოგადოებრივი და სახელმწიფოებრივი ინტერესები ყოველთვის უფრო მაღლა დააყენოს, ვინემ კერძო პირთა ინტერესები. ამიტომ ჰიპოკრატის მიერ შემოღებული და მას მერე დაკანონებული ფიცი ყოველ ექიმისა *Aegrotorum amentia, visa, audita, intellecta, elemihet nemo*—ნახული, გაგონილი და გაგებული საიდუმლო ავადმყოფობისა არავის მიერ არ უნდა იყოს გამომჟღავნებული,—დღეს უნდა დათმობილ იქნეს. ამავე დროს რასაკვირველია ექიმის მხრით სავალდებულოა განსაკუთრებული სიფრთხილე და ტაქტი—ყოველი ცალკეული შემთხვევის თავისებურად და უმტკივნეულოდ გარჩევა,—ვინაიდან ჯერ კედვე საკითხი ექიმის პროფესიონალური საიდუმლოებისა საყოველთაოდ მიღებული არ არის ზემოდ აღნიშნული გაგებით.

მოხსენებამ გამოიწვია აზრთა გაცხოველებული გაცვლა-გამოცვლა და ზოგიერთი ამხანაგების მიერ იქმნა წამოყენებული მრავალი მტკივნეული საკითხები საექიმო საიდუმლოებასთან დაკავშირებით.

28 აპრილს წრის მე-2-ე სამეცნიერო სხდომაზე მოსმენილ იქმნა დოკ. მ. ასათიანის მოხსენება „ჰიპნოზის სამკურნალო მნიშვნელობის შესახებ“. მომხსენებელმა აღნიშნა ის უდიდესი გავლენა, რომელიც შეუძლია მოახდინოს ჰიპნოზმა ალკოგოლიკთა და სხვა მავნე ჩვეულებათა მატარებელ პირთა შორის—და ხაზი გაუსვა ამ მეთოდის ღირებულებას ყოფითი და მუშაობითი პირობების გაჯანსაღების საქმეში.

ახლად დაარსებულ სამეცნიერო წრის „ლენინიზმი მედიცინაში“ ბიურო მოუწოდებს ექიმთა და ექიმ-სტუდენტთა ფართო წრეებს აქტიური მონაწილეობა მიიღონ წრის საქმიანობაში და მით ხელი შეუწყონ იმ ამოცანების გარდაწყვეტას—რომლებიც წრის წინაშე არიან დასმული.

ი. ასლანიშვილი

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების საზოგადოებაში

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მორიგი მეთხე სხდომა შესდგა 1929 წლის 11 აპრილს. სხდომა დაიწყო 8 ს. 20 წ. დაესწრო 66 ეერი და 19 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა საზ-ის თავმჯდომარის მოადგილე პროფ. ვ. ჟღენტი.

მომხსენებელი იყო ექიმი ნა ჟღენტი: კუჭის Phytobezoar-ის კაზუსისტიკისათვის ავადმყოფის დემონსტრაციით).

ტფ. საზ. უაიფ-ის თერაპიულ ფაკულტეტის კარნიკაში შემოსულა ავადმყოფი მ—შვილი ჩივილებით ტკივილებზე კუჭის მიდამოში, გულისრევაზე და პირნასაქმებში აღნიშნული ყოფილა სისხლი. ერთ დღეს პირნასაქმებასთან ერთად წამოაღებინა სოკო, რომელიც მას ორი თვის წინად ეჭა. შემთხვევა საინტერესოა, როგორც იშვიათი. დღემდე სულ 18 შემთხვევაა Phytobezoar-ისა აწერილი. სოკოს Phytobezoar-ი—ეს პირველია. ამასთანავე საინტერესოა ის მოვლენები, რომელნიც ზემოაღნიშნულ შემთხვევაში აღმოჩენილა. Phytobezoar-ის ნიადაგზე საშინელი სისხლდენა, დაიარებული ადგილის დაჩქარებითა შენაწიბურება, რამაც გამოიწვია პილორუსის შევიწროება მთელი თავისი შედეგებით.

შემდეგი მომხსენებელი იყო ექიმი ლ. ელიაშვილი. საკვერცხეები საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ — ექსპერიმენტალური გამოკვლევა (წინასწარი მოხსენება).

როგორც მომხსენებელმა აღნიშნა, „საშვილოსნოს ფიბრომიომას წინეთ ოპერაციული კასტრაციით აქიმობდენ. მკურნალობის ასეთი წესი მალე შეცვალა ფიბრომიომის საშვილოსნოს მთლიანი თუ ნაწილობრივი ამოკვეთით, რადგან საკვერცხეთა ამოკვეთის გამო ავადმყოფებს შემაწუხებელი გამოვარდნის მოვლენები ემართებოდათ. თუმცა დღეს საშვილოსნოს ფიბრომიომების მკურნალობისთვის უკანასკნელად დასახლებული წესია გამეფებული, მაგრამ ამის შემდეგაც არსებულ კლინიკურ დაკვირვებათა მიხედვით შემჩნეული იქნა ავადმყოფის ორგანიზმის მხრივ ერთგვარი საერთო ხასიათის გართულებანი, ამ გართულებათა მიზეზის ასახნელად, მათი ერთგვარობის გამო კასტრაციის შემდეგ გამოჩენილ მოვლენებთან (Ausfallserscheinungen) უმთავრესი ყურადღება მიაქციეს საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ დარჩენილ საკვერცხეთა მდგომარეობის გამოკვლევას, მიუხედავად ამისა დარჩენილ საკვერცხედ შემდეგი ბედის შესახებ ჯერ კიდევ ერთი მეორეს საწინააღმდეგე კლინიკური და ექსპერიმენტალური ხასიათის დაკვირვებანი არსებობს და დღემდე ეს საკითხი საბოლოოდ გადაწყვეტილი არ არის.

საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ დარჩენილ საკვერცხეთა მორფოლოგიური სურათის გამოსარკვევად ავტორს უწარმოებია ექსპერიმენტალური დაკვირვება კურდღლებზე სხვადასხვა ხნის განმავლობაში, დაწყებული ერთი თვიდან და გათავებული თვრამეტი (18) თვით. ცდებისთვის აყავდა როგორც სქესობრივად მოუწიფებელი, ისე მომწიფებული კურდღლები, რომლებზედაც აწარმოებდა საშვილოსნოს როგორც მთლიან ისე ნაწილობრივ ამოკვეთას. განსაზღვრული დროს გასვლისას ავტორი ახდენდა განაყოფითი ოპერაციას, რომლის დროს ყურადღებას აქცევდა როგორც ცნობიანობას მენჯის მიდამოში, ისე არკვევდა დარჩენილ საკვერცხეთა მიკროსკოპიულ სურათს. შემდეგ იგი სათანადო მომზადების შემდეგ აწარმოებდა ამოკვეთილ საკვერცხეების მიკროსკოპიულად გამოკვლევას. ასეთი წესით მიღებული შედეგების შესახებ სწორი დასკვნების გამოსატანად მას გარდა საკონტროლო ცხოველებსა

წინასწარ შეუსწავლია აგრეთვე კურდღლის საკვერცხის მაკრო-მიკროსკოპიული სურათი ასაკის მიხედვით, ე. ი. დაწყებული ორი კვირიდან და თანდათანობით ყოველ თვეზე და გათავებული ერთი წლით. გაუსინჯავს აგრეთვე მოხუცებული კურდღლები საკვერცხეებიც და გამოურკვევი საკვერცხის მკვებავი სისხლის ძარღვების ანატომიური სურათი.

როგორც საკუთარი შედეგების, ისე სხვა ავტორების მიერ ამ ხზოვ წარმოებულ დაკვირვებათა განხილვისას ავტორს შემდეგი დასკვნა გამოაქვს:

საკვერცხეები ტროფულ დამოკიდებულებაში საშვილოსნოდან არ იმყოფებიან, ვინაიდან საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ დატოვებულ საკვერცხეებში წინაგანი სეკრეტორული ფუნქციის დამახასიათებელი წარმონაქმნები ისინჯება (მომწიფებული ფოლიკულები, ყვითელი სხეულები).

საკვერცხეთა აღნიშნული მორფოლოგიური სურათი საშვილოსნოს როგორც მთლიანი, ისე ნაწილობრივი ამოკვეთის დროს ერთნაირადაა შენარჩუნებული. დატოვებულ საკვერცხეებში წინაგანი სეკრეტორული ფუნქციის დამახასიათებელ ნიშნებთან ერთად ნახული იქნეს ესა თუ ის ატროფიული ცვლილებანი არ შეიძლება ახსნილი იქნეს როგორც საშვილოსნოს ფუნქციის გამოვარდნით, ისე საკვერცხეთა კვების დარღვევით, გამოწვეული საკვერცხეთა არეში სისხლის ნორმალური მიმოქცევის მოშლით, ვინაიდან კურდღლის საკვერცხეები განსაკუთრებით სათესლე არტერიიდან იკვებება.

ყველა ეს ცვლილებანი (ატროფიული) ასაკოვანი ხასიათისაა, ე. ი. დამოკიდებული იმ ასაკთან, რომელშიც ცხოველი დაკვირვების ამა თუ იმ ხანგრძლივობის დროს იმყოფებოდა.

მაშასადამე, ზემოხსენებულის მიხედვით უნდა ვიფიქროთ, რომ საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ ახალგაზრდა ავადმყოფებს შორის შემჩნეულ ამა თუ იმ შემაწუხებელ მოვლენათა მიზეზი უნდა ახსნილი იქნეს სხვანაირად და არა საკვერცხეთა ფუნქციის გამოვარდნით.

კამათი მოხსენების ირავლივ გადადებული იყო შემდეგ სხდომისათვის, რადგან მოხსენებას დართული ჰქონდა მრავალი სურათები, რომელიც მომხსენებლის მიერ ნაჩვენები იყო ეკრანზე, რამაც ძლიერ ბეჭრი დრო წაიღო.

საადმინისტრაციო ნაწილში: შემოტანილ განცხადების მიხედვით არჩეული იქნა საზოგადოების წევრად ექიმი გ. რეკვავა.

სხდომა დასრულდა 10 ს. 31 წ.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მეხუთე სხდომა იყო საზეიმო, ცნობილი მსოფლიო მეცნიერ-დასტაქარის თეოდორ ბილროთის (Theodor Biltroth) დაბადებიდან 100 წლის თავის აღსანიშნავად. სხდომა შესდგა 1925 წ. 25 აპრილს და დაიწყო 8 ს. 30 წ. დასწრო 83 წევრი და 32 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა თავმჯდომარის მოადგილე პროფ. გ. შდენტი.

მომხსენებელი იყო პროფ. გ. მუხაძე. თეოდორ ბილროთი, როგორც დასტაქარი და მეცნიერი. მისი მნიშვნელობა თანამედროვე ქირურგიის განვითარებაში.

პროფ. გ. მუხაძის მოხსენების მიხედვით კრებამ დაადგინა რათა ვენის სამეცნიერო აკადემიის, მედიკურ ფაკულტეტის და ექიმთა საზოგადოებას გაეგზავნას შემდეგი შინაარსის დეპეში: „საქართველოს ექიმთა საზოგადოებამ აღნიშნა მსოფლიო მეცნიერის და გამოჩენილი დასტაქარის თეოდორ ბილროთის დაბადების 100 წლია თავი განსაკუთრებული საზეიმო სხდომით. საქართველოს ექიმთა საზოგადოება უერთდება თქვენს დიდ ზეიმს თ. ბილროთის დაბადების 100 წლის თავის გამო“.

შემდეგი მომხსენებელი იყო პროფ. გ. მუხაძე და ექიმი მ. კოკოჩაშვილი. ავერტინის ნარკოზი და ჰოსპიტალიზური ქირურგიული კლინიკის დაკვირვებანი ამ ნარკოზის შესახებ.

მომხსენებელმა შეტოვა ავერტინის (2107) ქიმიურ და ფარმაკოლოგიურ თვისებებს ვრცელი ლიტერატურული ცნობების მოწოდებით.

მას მოჰყავს შედეგები ჩატარებული 50 შემთხვევაში. „სხენები 3% კონცენტრაციით სწორ-ნაწლავში შეყვანილ ჩვეულებრივი ოყნის სახით იწვევდა ღრმა ძილს 8-10 წუთის შემდეგ.

ნარკოზი იყო სრული 28 შემთხვევაში, დასჭირდა დამატებით ეთერი (20,0—70,0) 19 შემთხვევაში, 3 შემთხვევაში ნარკოზი არ მიუღია. დოზა—0,08—0,18 ძილი წონაზე საერთო კი 1,08—9,9. ძილი გაგრძელდა 50 წ.—10 საათამდე. საშუალო დრო ძილის 2—4 $\frac{1}{2}$ საათამდე (33 შემთხვევაში). პირის ღებინება, გულის რევა, თავის ტკივილი ნარკოზის დროს და შემდეგ არ ყოფილა. 17 შემთხვევაში ამნეზია; სისხლის წნევის, მაჯის ცვლილება არ ყოფილა.

ავერტინი ნაჩვენებია ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ინჰალაციური ნარკოზი არაა ნაჩვენები. უკუ ჩვენებანი: სწორ ნაწლავის დაზიანება, დაავადება, კოლოტები, ღვიძლის, ნაღველის გზების და თირკმელების დაავადება. იქტერუსი და კახეჟია.

უარყოფითი მხარეებს ეკუთვნის—ნარკოზულ ნივთიერების მთელი ღონით ერთდროულად შეყვანა და მისი გამოყვანის შეუძლებლობა. ავერტინი ნარკოზის დროს შეუძლებელია ზუსტი დოზის გამონაგარიშება. ზოგჯერ გვჭირდება ინჰალაციური ნარკოზის დამატება მალალ დოზების დროსაც.

დადებითი მხარეებს ეკუთვნის: მშვიდი ძალი უაღუნებოთ. ნარკოზის დაწყებისას, და შემდეგ არ არსებობს პირის ღებინება, გულის რევა, თავის ტკივილი, ფსიქიური ტრავმა, რომელიც მოპყვება ინჰალაციურ ნარკოზის დროს“.

კამათში მონაწილეობა მიიღეს შეკითხვებით: დოც. ბ. დოლობერიძემ, პროფ. ი. თიკანაძემ, გ. დიდუბელიძემ, ნ. ტურიაშვილმა, გ. ცქიმიანაურმა, ვ. კანდელაკმა; არსებითად: პროფ. ი. თიკანაძემ, ნ. ტურიაშვილმა, დოც. ბ. დოლობერიძემ, ა. ედიბერიძემ, პროფ. ვ. ჟღენტმა.

მესამე მომხსენებელი იყო ნონა ნემსიწვერიძის ასული. ქლოროფორმის ნარკოზის დაგვიანებითი სიკვდილობა ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალის მიხედვით.

ავტორი დაწერილებით ეხება ქლოროფორმის ნარკოზის ტოქსიურ მოქმედებას, როგორც სისხლზე, და ნერვიულ სისტემაზე, აგრეთვე შინაგან ორგანოებზე, განსაკუთრებით ღვიძლზე, თირკმელზე და გულის კუნთზე. მოყავს მრავალი ავტორების როგორც კლინიკური ისე ექსპერიმენტალური დაკვირვებანი ამ საკითხის შესახებ. დაწერილებით ეხება st. thymus-ის და thymus-ის პერზისტენციას როგორც წინააღმდეგ ჩვენებას ამ ნარკოზისათვის. შემდეგ მომხსენებელს მოყავს ჰოსპ. ქირ.კლ-ის 10 წლის მასალა დამყარებული 6.149 ოპერაციანზე, სადაც ქლოროფორმის ნარკოზით ოპერაცია ჩატარებიათ 1.760 შემთხვევაში და საიდანაც ჰქონიათ დაგვიანებულ სიკვდილიანობის 9 შემთხვევა.

ამის შემდეგ მომხსენებელს გამოყავს შემდეგი დებულებანი:

1. ვინაიდან status thymi. lymph. გამოცნობა კლინიკურად წინასწარ შეუძლებელია, ქლოროფორმის ნარკოზის შემთხვევაში როგორი იდეალური ხარისხის არ უნდა იქნეს ქლოროფორმი და როგორც წესიერათ არ უნდა ჩატარდეს ნარკოზი, სიკვდილობას ადგილი მაინც ექნება.

2. ამ მოსაზრებებით და ყველა ქლოროფორმის ნარკოზის გართულებების თავიდან ასაცდენათ ქლოროფორმის ნარკოზს შეძლების დაგვარად უნდა ვერიდოთ და მივმართოთ სხვა რომელიმე ანესტეტიურ ნივთიერებებს, იქნება იგი ხმარებული ზოგადი ნარკოზის თუ ადგილობრივი ანესტეზიის სახით.

3. სადაც ზოგადი ნარკოზი აუცილებელია იქ უპირატესობა უნდა მიეცეს ეთერის ნარკოზს, რომელსაც გაცილებით ნაკლები ტოქსიური მოქმედება აქვს ქლოროფორმთან შედარებით.

კამათში მონაწილეობა მიიღეს შეკითხვებით: დოც. ბ. დოლობერიძემ, გ. ცქიმიანაურმა, ვ. ფიფიამ, ნ. ჯაფარიძემ; არსებითად: დოც. ბ. დოლობერიძემ, გ. ცქიმიანაურმა, პროფ. ვ. ჟღენტმა.

სადმინისტრაციო ნაწილში: შემოტანილ განცხადებების მიხედვით არჩეული იყვნენ საზოგადოების წევრებად: 15. თამარ გზირიშვილისა, 16. ალექსანდრე გზირიშვილი, 17. ელენე აბულაძე.

სხდომა დასრულდა 11 საათზე.



საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მეექვსე მორიგი სხდომა შესდგა 1929 წ. 9 მაისს. სხდომა დაიწყო 8 ს. 30 წ. სხდომას დაესწრო 90 წევრი და 13 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა თავმჯდომარის მოადგილე პროფ. ვ. ჟღერტი.

კამათის გაგრძელება ექიმ ლ. ელიაშვილის მოხსენების ირგვლივ: სა გ რ ც ხ ე ბ ი ს ა შ ვ ი ლ ო ს ნ ო ს ა მ ო კ ვ ე თ ი ს შ ე მ დ ე . სხდომა თაონით მომხსენებელი მოკლედ განმარტავს მოხსენების დედა აზრს, რის შედეგ იშლება კამათი, რომელშიც მონაწილეობა მიიღეს: დოც. ბ. ლოლობერიძემ, ს. ლეჟავამ, პროფ. ს. ყიფშიძემ, ნ. ტურიაშვილმა, პროფ. გ. ლამბარაშვილმა, პროფ. ვ. ჟღერტმა.

შემდეგი მომხსენებელია გ. ხეჩინაშვილი (გინეკოლოგი). Trombopenia essentialis benigna sive Morbus maculosus Werlhofii, როგორც საშვიდო ოსნოდან სისხლდენის მიზეზი

მოხსენების საჯანს წარმოადგენს აღნიშნულ დაავადების ერთი შემთხვევის შესწავლა როგორც საერთოდ კლინიკურად, ისე დაწვრილებით ჰემატოლოგიურად. შემთხვევა ენება 20 წლის ქალწულს, რომელსაც ქონდა გამოატული Werlhof-ის დაავადება გარდა სხვა სიმბტომებისა, განსაკუთრებით მენო და მეტრორაგიების სახით. ამის გამო მასში განვითარდა ძლიერი ანემია: ჰემო ლობინი 25%, ერიტროციტები 1.200.000, ტრომბოციტები—2.600 და ლეიკოციტები—2.500. უკანასკნელმა გვაძულა გვეხმარა ორჯერ ისეთი საშვალება, როგორც არის სისხლის Transfusio და გარდა ამისა საშვალებათა მთელი რიგი, როგორც ელენთის რენტგენიზაცია, კალცი და პროტეინო თერაპია, უმი ლვილით კვება და სხვა.

ყველა ჩამოთვლილ საშვალეების დახმარებით შევქვლით სისხლის ნორმის ფარგლებში ჩაყენება გარდა ტრომბოციტების რაოდენობისა, მხოლოდ განხორციელით დაწყებულ ძლიერმა მენორაგიამ გვაძულა გაგვეკეთებინა ავადმყოფისათვის საშვიდოსნოდან შეუჩერებელი სისხლია დენის დროს splenectomy, რის შემდგომაც ავადმყოფს საოპერაციო მაგიდაზე შეუწყდა სისხლის დენა. გარდა ამისა splenectomy-მ გამოიწვია სისხლში დიდი მორფოლოგიური ცვლილებები: ჰემოგლობინი 65%, ერიტროციტები—4.700.000, ლეიკოციტები—10.000, ტრომბოციტები—727.500—540.500-მდე. ამის შედეგად ავადმყოფი გაეწვრა სრულიად განკურნებული ოპერაციის ერთი თვის შემდეგ. გაწვრის შემდეგ ავადმყოფს მოუვიდა რიგი დაგვიანებით (ოპერაციის 2 თვის შემდეგ) სრულიად ნორმალურად.

მომხსენებელმა სხდომას წაა მოუდგინა განკურნებული ავადმყოფი. კამათში მონაწილეობა მიიღეს: ე. ფიფიაძე, ნ. დემეტრაძემ, პროფ. ი. თიკანაძემ, დოც. ბ. ლოლობერიძემ, დოც. შ. მიქელაძემ, პროფ. ვ. ჟღერტმა.

მესამე მოხსენებელია ა. გოცირიძე. კატარზისი ფსიქოთერაპიაში. მოხსენებაში წარმოადგენილი შრომა იყოფა ოთხ ნაწილად.

პირველი ნაწილი: ავტორს მოჰყავს წინასწარი საერთო ცნობები და დახასიათება სხვა და სხვა სახის ფსიქონევროზებისა და ფსიქოთერაპიული სკოლებისა—უკანასკნელთა თეორიული და პრაქტიკული საფუძვლების აღნიშვნით.

მეორე ნაწილი: ფსიქონევროზების საერთო ჯგუფებიდან ავტორს გამოჰყავს სპეციალური ანალიზებისათვის ერთი კერძო ჯგუფი: ტრავმატიული ნევროზები, რომელთა შესახებ მოყვანილია ლიტერატურული გაშუქება პატოგენეზის და მექანიზმების მხრივ. ამასთან დაკავშირებით სხვა და სხვა ფსიქოთერაპიული მეთოდებიდან ავტორს განსაკუთრებულად გამოჰყავს საჯანი მოხსენებისა Brener-ის კატარტიული მეთოდი (ანუ მ. ასათიანის რეპროდუქტიული განცდათა მეთოდი) რომლის ისტორია, მეცნიერული საფუძვლები და პრაქტიკური გამოყენება ავტორს არსებითათა აქვს განხილული სხვა და სხვა მეცნიერული მოძღვრებების შუქის ქვეშ.

მესამე ნაწილი: ავტორს მოჰყავს თავისი 10 შემთხვევა ტრავმატიული ნევროზებისა, რომელნიც განკურნებული იყვნენ კატარტიული მეთოდის საშვალეებით. მოყვანილი შემთხვევების დანიშნულებას წარმოადგენს ილიუსტრაცია უყონ ხემოთ წამოყენებულ დებულებებს. ამისათვის ავტორი აწარმოებს თავისი შემთხვევების ფსიქოანალიტიურ გარჩევას მათი მექანიზმების ნათელყოფით და აგრეთვე ხმარებული კატარტიული მეთოდის თეორიული და პრაქტიკული დასაბუთებას მეურნალობის პროცესის მიხედვით.

მეოთხე ნაწილი: ავტორს გამოყავს ფსიქოკატარტიული მეთოდის შეფასება, დებულებები მისდამი modicatio et contrindicatio შესახებ და აგრეთვე დებულებები მკურნავი ექიმის მიმართ საკალდებულო მოთხოვნილებების შესახებ.

შომას ერთვის საერთო დებულებებ: 1. მეთოდის დადებითი შეფასება საერთოთ.

2. ტრავმატიული ნევროზების, ამ რიცხვში სამხედრო ინვალიდების უპირატესობა კატარტიული მეთოდით მკურნალობისათვის.

3. ე. წ. შიზოპათიების მკურნალობის contrindicatio ფსიქოკატარზისით მკურნალობისათვის.

4. კატარტიული მეთოდის დაასაბუთება, როგორც ქირურგიული მეთოდისა ფსიქოთერაპიაში გიპნოტიური ტენიკით, რაიც მოითხოვს მკურნალობის მხრივ სპეციალურ ცოდნას და ტენიკას.

5. საკალდებულო ფსიქოგოგიური მკურნალობა კატარზისის გატარებას შემდეგი როგორც post თერატიული მკურნალობის.

დაგვიანებული დროის გამო კამათი გადაიდო შემდეგი მორიგი სხდომისათვის.

სადმინისტრაციო ნაწილში: წარმოდგენილი განცხადებების მიხედვით არჩეული იყვნენ საზოგადოების წევრებად: 18. ალექსანდრე გოცირიძე, 19. პანტელეიმონ ოდიშარია (ახალსენაკი), 20. შალვა ლორთქიფანიძე, 21. ლუკა ჩიქოვანი, 22. ივანე ხომასურიძე, 23. ოქროპირ ხევსურიაძე.

სხდომა დასრულდა 11 ს. 10 წ.

ა. ზურაბაშვილი.

ემი უსიქიატრთა სამეცნიერო სხდომების („მცირე პარასკევების“) მოკლე ანგარიში.

კონფერენციებს თავმჯდომარეობს დოც. მ. ასათიანი, მდივობს ექ. ზურაბაშვილი.

1928/29 აკადემიური წლის განმავლობაში კონფერენციებზე წარმოდგენილი იყო შემდეგი შრომები—მოხსენებები:

1. ექ. ა. ზურაბაშვილი და ექ. შ. ყიფიანი: „ერიტროციტთა დალექვის რეაქციის საკითხისათვის სულით ავადმყოფთა შორის“: ავტორი (გატარებული აქვს 107 შემთხვევა) რეაქციას აწერს მნიშვნელოვან კლინიკურ ღირებულებას და აღნიშნავს, რომ დალექვის სისწრაფე მაჩვენებელია ავადმყოფური პროცესის ინტენსიობის და ხასიათისა. კამათში მონაწილეობენ: დოც. მ. ასათიანი, ა. გოცირიძე, პ. სარაჯიშვილი, გ. შენგელაია, თ. ყანჩელი.

2. ექ. გ. შენგელაია: „კლინიკური ფსიქიატრია მოსკოვის დაკვირვებებით“. (საინფორმაციო მიმოხილვა). შეკითხვებს აძლევენ: დოც. მ. ასათიანი და ა. ზურაბაშვილი.

3. ექ. ნ. ვეშაპელი: „დეფექტოლოგიის საკითხები მოსკოვის დაკვირვებებით“. (საინფორმაციო მიმოხილვა). შეკითხვებს აძლევენ: დოც. მ. ასათიანი, ა. ზურაბაშვილი და პედაგოგები: ბერულავა, ამილახვარი და ხოჯავა.

4. მასწავლებელი მ. ასათიანი: „Роль педагога и воспитательницы в учреждениях дефективных детей в Москве“. (საინფორმაციო მიმოხილვა). შეკითხვებს აძლევენ: დოც. მ. ასათიანი, ვეშაპელი, ა. გოცირიძე, გ. შენგელაია და მასწავლებელი ნ. თარიშვილი.

5. ექ. ი. მენთეშაშვილი: „16 წლის განმავლობაში მიმე სომნამბულურ გულყრათა შემთხვევა“ (ავადმყოფის დემონსტრაცია): ანანეზში—მემკვიდრეობითი და ინდივიდუალი ალკოჰოლიზმი; ხასიათში—ეპილექტიური ხაზები; ფსიქიური ტრავმა: ცოლის დაღუპვა, ბავშვის იძულებითი მოშორება, რის რეპროდუქციასაც ცხადივ ახდენს სომნამბულიზმში. შემთხვევა საინტერესოა იმ მხრივ, რომ აქ არის ფრიად მიმე ავადმყოფურ მომენტების შეჯამება, სახელდობრ არსებულ ჰისტერიულ მექანიზმებს ძლიერ ართულვებს ავადმყოფის ეპილექტიოდური ფსიქიკა და წაფენილი ალკოჰოლიზმი. სხვადასხვა მიმენტები აღრმავებენ ძირითად ავადმყოფობას და ახანგრძლივებენ სომნამბულიზმს.

კამათი. პროფ. ს. ყიფიძე: ჰისტერიული ამნეზია ყალბი ამნეზიაა, რითაც განსხვავდება ეპილექსიურ სომნამბულიზმიდან. საჭიროა ეპილექსიური შეტევები გამიჯნულიყოს ეპივალენტებიდან. ექ. გოცირიძე: აქ ჰისტერიული მექანიზმები გამკვრივებულია ეპილექტიოდური ხასიათით. დოც. მ. ასათიანი: სომნამბულიზმი განსხვავდება ბინდისებრ მდგომარეობიდან, უკანასკნელი გერმეტიულია; ჩვენი კლინიკის დაკვირვებით, როდესაც ცნობიერება ძლიერ ღრმად არ არის შეცვლილი, მაშინ გერმეტიულობა არაა აბსოლუტური.

6. ექ. ა. გოცირიძე: „იატროგენულ და ფსეუდო-ორგანიულ დაავადებათა შესახებ“: ქრონიკულ, მოურჩენელ, შეუჩერებელ დაავადებათა შორის არის ყალბი ორგანიული დაავადებანი—ფსიქინვეროზები, რომელთა მოთვინიერებაც შეიძლება ფსიქოთერაპიით. აქ აღსა-

ნიშნავია ე. წ. იატროგენული დაავადებანი, სადაც „ექიმი და ექიმობა არის პატოგენეტიური ფაქტორი“, საილუსტრაციოდ მოყვანილია ჰისტერიული დაავადების შემთხვევა, რომელიც გრძელდებოდა 24 წელიწადი და განიკურნა 3 წლის წინად. მოყვანილ ავადმყოფობის სურათში წარმოდგენილი იყო როგორც სომატიური, ისე ფსიქიური სინდრომები (tbc, spondylitis, lues cerebri, PP), მაგრამ ყველანი იყვნენ quasi ორგანიული ხასიათისა. დასასრულს ავტორი მოუწოდებს primum non nocere, „ფსიქონევროზები უნდა იმკურნალებოდეს ფსიქოთერაპიით“. მოხსენების შემდგომ ავადმყოფის დემონსტრაცია.

კამათი: პრ. ყიფშიძე: შემთხვევაში საჭიროა გამოყოფა რაა ჰისტერიული და რა ნევრასტენიული. არის ფსიქოგენური, არა ორგანიული სიმპტომები, რომელნიც არ ისპობიან ადვილად და არ ემორჩილებიან ფსიქოთერაპიას.

დოც. მ. ასათიანი: შემთხვევაში მოხაზული უნდა იყოს ჰისტერიული და ნევრასტენიული გული; აქ უფრო წარმოდგენილია ფიქსაციები ვიდრე ჰიპობულია. მომხსენებელი: უნდა ვილაპარაკოთ არა ჰისტერია—ნევრასტენიაზედ, არამედ რეაქტიულ მდგომარეობაზედ; თერაპიის დროს საჭიროა ინდივიდუალიზაცია და უუმარტივესი გზის გამოძებნა.

7. ექ. ა. გოცირიძე: „მრავალწლოვანი ფობიები, განკურნებული Dubois რაციონალი მეთოდით“ (ავადმყოფის დემონსტრაცია): ავადმყოფმა 6—7 წლის ჰასაკში წაიკითხა მოთხრობა ლეთარგიული ძილის შესახებ. ამის შემდეგ ძილის წინ დარჩა შიშები, რომელიც გრძელდებოდა 25 წელიწადი; შიგადაშიგ ამ ხანში ნაძალადევი მდგომარეობანი და შიშები ჰქრებოდნენ. შემთხვევა მიგვითითებს, რომ ფსიქასტენია არ არსებობს, როგორც ნოზოლოგიური ერთეული, არის მხოლოდ ფსიქასტენიური მდგომარეობა, ხოლო ელფერი და თერაპიის შედეგი დამოკიდებულია კონსტიტუციაზედ; ფსიქასტენიურ მდგომარეობის და ფსიქონევროზების მკურნალობის დროს-თერაპიული მეთოდის ამორჩევისას ჩვენ უნდა ვხელმძღვანელობდეთ კონსტიტუციის და პიროვნების სახეებით. შეკითხვებს აძლევენ დოც. მ. ასათიანი და ექ. სავანელი.

8. ექ. ა. გოცირიძე: „კათარზისი ფსიქოთერაპიაში“: მოყვანილია ლიტერატურული მიმოხილვა ფსიქონევროზების მოძღვრების და ფსიქოთერაპიული სკოლების შესახებ. აწერილია ტრავმატიული ნევროზების 10 შემთხვევა. ავტორი კათარტიულ მეთოდს აფასებს დადებითად და ტრავმატიული ნევროზების მკურნალობაში მას აძლევს უპირატესობას. კამათში მონაწილეობას იღებენ დოც. მ. ასათიანი, გ. შენგელაია და ა. ზურაბაშვილი.

რენტგენოლოგია

С. К. Одишария К вопросу о дозиметрии в рентгенотерапевтической практике. (Врачебное дело № 14-15, 1927 г.) ავტორი აკრიტიკებს მოსკოვის უნივერს. პრივ. დოც. Дйзенштейн-ის წერილს ამ საკითხის შესახებ დაწერილს „Врачебное дело“ № 8—1927 г. და უარყოფს აიზენშტეინის აზრს, რომ რენტგენო-თერაპიის დროს საკმარისია Sabureau-Holzknicht-ის სკალით სარგებლობა და არა იონიზაციის პრინციპზე დამყარებულ დოზიმეტრებით, ვინაიდან ეს უკანასკნელი მეთოდი უფრო რთულია და მოითხოვს ექიმიდან ფიზიკის ცოდნას. ავტორი აღნიშნავს, რომ აიზენშტეინი ამით მხარს უჭერს არა საკმაოდ ცოდნას ფიზიკაში სპ ციალურად საჭირო ექიმ რენტგენოლოგებისათვის. იონიზაციის პრინციპზე დამყარებული მეთოდი, როგორც დოზის გაზომვის არსებულ მეთოდებში ყველაზე უფრო სწორი, აუცილებლად უნდა იყოს მიღებული ღრმა რენტგენო-თერაპიის დროს. რენტგენოლოგის არა საკმარისი ცოდნა ფიზიკაში-კი უნდა იქნეს შევსებული.

С. К. Одишария Холецистография per os и ее клиническое значение (Вестник Рентгенологии. т IV. Вып. 4—1928 г.) ავტორი აღნიშნავს ნაღვლის ბუშტში კონტრასტის შესავყვანად არსებულ ამ გზას: Per venam, rectum, et per os და აკუთვნებს უკანასკნელს უპირატესობას, როგორც საკონტრასტო მასალა ავტორი ხმარობს Brom-და Jod-tetragnost-ს (Mersk). თავის მასალის მიხედვით ავტორს გამოყავს შემდეგი დასკვნები: 1) cholecystography არის დიდი მიღწევა რენტგენო-დიაგნოსტიკისა იმ არეში, სადაც რენტგენის სხივებმა აქამდე უძღურნი იყვნენ; 2) ეს მეთოდი სხვა კლინიკურ მეთოდებთან დარტყით გვაძლევს საშუალებას ნაღვლის ბუშტის დაავადებათა ადრე გამოცნობისა, განსაკუთრებით cholelithiasis-ის დროს (სადაც მას ძივევა განსაკუთრებული მნიშვნელობა), რასაც აქვს მნიშვნელობა დროულ და სწორ თერაპიისათვის; 3) ამ მეთოდის საშუალებით მოგვეცა შეძლება შეგვესწავლა ნაღვლის ტოპოგრაფია ცოცხალ ადამიანის სხეულზე: ნაღვლის ბუშტის ადგილმდებარეობა ფრიად ცვალებადია და მერყეობს დიდ ფარგლებში; 4) მეთოდი per os მარტივია, ნაკლებ დროს ართმევს ექიმს, მანიპულაციები არ არის რთული, არ აღინიშნება დანართი მოვლენები, შედეგები-კი საკმაოდ დამაკმაყოფილებელია; საეჭვო შემთხვევებში შეიძლება განმეორებითი გამოკვლევა per os. 5) საჭიროა დამუშავება სხენებულ მეთოდისა კიდევ დიდ მასალაზე მტკიცე დებულებების შესამუშავებლად ნაღვლის ბუშტის დაავადებათა დიაგნოსტიკაში.

ზრომა დართულია რენტგენოგრაფიებით.

С. К. Одишария. О болезни Osgood - Schlatter-a (Врачебное дело № 11-1928 г.) ავტორი აღნიშნავს დაავადების დამახასიათებელ კლინიკურ და რენტგენოლოგიურ სურათს; ვრცლად ასწერს tuberos. tibiae-ს გაძვლების პროცესს და შეეხება აღნიშნულ დაავადების ეტიოლოგიის შესახებ არსებულ აზრებს.

შემდეგ თავის შემთხვევების მიხედვით (5 შემთხვევა, მათში ოთხი ვაჟი და ერთი ქალი) ავტორს გამოყავს შემდეგი დასკვნები:

1) დაავადება არის ტრავმატიული წარმოშობისა—იქნება ეს პირდაპირი ძალდატანება თუ არა პირდაპირი—ესე იგი კუნთების თვით დაჭიმულობა; რაც შეეხება ადგილობრივი ანთებითი ან გაძვლების მოშლის პროცესებს მათ აქვთ ამ დაავადების წარმოშობაში მხოლოდ დამხმარე როლი.

2) დიდი მნიშვნელობა აქვს კუნთების მძლავრ განვითარებას მაშინ როდესაც ძვლის კონსოლიდაცია არ არის დამთავრებული.



3) რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მეთოდს ეძლევა ღირსშესანიშნავი მნიშვნელობა ხსენებულ დაავადების გამოცნობაში.

4) საჭიროა დამუშავება ხსენებულ საკითხისა კიდევ დიდ მასალაზე, რათა საბოლოოდ გამოკვლეულ იქნეს დაავადების ეთიოლოგია.

С. К. Одишария. Uretrographia. (Вестник Н. К. З. № 2, 3, 4-1928 г.) Urethra-ს კონტრასტიული რენტგენო-გამოკვლევა წარმოებული ავტორის მიერ წარმოადგენს მარტვი და პაციენტისათვის უმტკივნელო მეთოდს, და გატარდება ამბულატორიულად.

ამ მეთოდით შეიძლება გამოკვლევა-სტრუქტურების, დივერტიკულების, ფისტულების, მილის დაზიანების, კენჭების—მათი მდებარეობის.

აღწერილი აქვს Urethrographia-ს ტენიკა. როგორც კონტრასტი ხმარობს NaBr, 20-25% ხსნარს. წერილს დართული აქვს სამი რენტგენოგრაფია.

С. К. Одишария. Источник возможных ошибок при рентгенотерапии. (Вестник Н. К. З. № 2, 3, 4-1928 г. ავტორი აღნიშნავს დეფექტს, რომელიც მან აღმოაჩინა რენტგენო-თერაპიის დახურულ ტუბუსებში: ტყვია შერეული რეზინის ფენა აკრული ტუბუსის კედლებზე, ზოგ ტუბუსებში სცილდებოდა კედელს და ფარავს რენტგენის სხივების გასავალ ხერხებს და ამით აბრკოლებს მათი მიღწევას დაავადებულ ბუდეზე.

ავტორი მიუთითებს იმ შედეგებს, რომლებიც მოყვება ამ გარემოებას და ამისათვის აღნიშნავს აუცილებელ საჭიროებას ტუბუსების გაწმენდას ყოველი სესიის წინასწარ.

0. — ლი.

Leriche et Fontaine. Sur l'état de la vasomotricité après section complète de la moelle. Revue neurologique T I № 3, 1929. სისხლ-ძარღვთა ინერვაცია. მიუხედავად მრავალგვარი ექსპერიმენტალური და კლინიკური დაკვირვებებისა, დღემდე საბოლოოდ შესწავლილი არ არის. თუ ზურგის ტვინის სრული გადაჭრა Guillain, Barré, Leriche, Sicard და Sencert-ის დაკვირვებებით იწვევს დაზიანების ქვემოთ ვაზომოტორების დამბლას სისხლის წნევის და კანის ტემპერატურის დაქვეითებით. Claude-Lenglois და Schiff-ის აზრით კი იგი ვაზომოტორების მხრივ ცვლილებებს არ იძლევა.

ამ მხრივ Leriche და Fontaine-ს შეუსწავლიათ სისხლ-ძარღვთა ინერვაცია ერთ ავადმყოფზე, რომელსაც ტრანზიტის ნიადაგზე ზურგის ტვინის D8—D10 სრული გადაჭრის ნიშნები ჰქონია და მიუღიათ დაავადებულ ქვედა კიდურებში ჟანგბადის და თერმოდინამიურ ცვლებზე ვაზომოტორთა მკვეთრი რეაქცია. ამიტომ მათის აზრით ზურგის ტვინის სრული გადაჭრის შემდეგ სისხლ-ძარღვთა რეაქცია არ ისპობა. ამ მოვლენის მიზეზი ან გადაჭრილ ზურგის ტვინის ქვემო ნაწილის ავტონომიურ მოქმედების შედეგია და ვაზომოტორულ ცენტრებიც ზურგის ტვინში უნდა ვიყოთ, ან და ინერვაცია ზურგის ტვინის გარეშე არსებობს. ის რომ კონტრალატერალური თერმოდინამიური რეაქცია ავადმყოფზე უარყოფითად აღინიშნა, იძლევა საშუალებას ავტორებს გამოერიცხად ზურგის ტვინი. მაშასადამე სისხლ-ძარღვთა ინერვაციის ცენტრები ზურგის ტვინის გარეშეა—ან სიმპატიკურ წველის კვანძებში ან და თვით სისხლ-ძარღვთა კედლებში. სიმპატიკური კვანძების გავლენის მოსპობა Leriche-ის პერიარტერიალური სიმპატიკტომიით თემცა იწვევს ვაზომოტორების დამბლას—ჰიპერტენიის და ჰიპერტენიის სახით—მაგრამ მიუხედავად ამისა კიდურის ცივი აბაზანა იწვევს სათანადო ვაზოკონსტრიქციას და არც ადრენალინის შემსაპუნება რჩება უეფექტო. მაშასადამე სისხლ-ძარღვთა ვაზომოტორების ცენტრები პერიფერიაზე თვით სისხლ-ძარღვთა კედლებშიც უნდა იყოს.

ბ. რ.—ძმ.

Galante—Ratner et Manoukhine. Exemede l'excitabilité galvanique de l'appareil neuromusculaire index de l'innervation végétative dans les maladies nerveuses et mentales. Revue neurol. T I № 3. 1929. ორგანო-ვეგეტატიური ფუნქციათა ასიმეტრიას გასათვალისწინებლად ავტო-



რები დიდ დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას აწერენ ნერვის გაღვანიურ ალგზნებულებას მარტივ და ტეტანურ შეკუმშვის მიმართ. სიმპატიური ჰიპერტონიის დროს მარტივ შეკუმშვის ზღურბლი აწეულია—ალგზნებულება დაქვეითებულია; ტეტანურ შეკუმშვის ზღურბლი პირიქით დაწეულია—ალგზნებულება მომატებულია, რის გამოც ტეტანურ შეკუმშვის (T) და მარტივ შეკუმშვის (C. P.) ზღურბლთა შეფარდება $\left(\frac{T}{C. P.}\right)$ სიმპატიკურ ჰიპერტონიის მხარეზე ნაკლებია საღ მხარესთან შედარებით.

ავტორებს გაუტარებიათ მრავალ რიცხოვანი დაკვირვებანი სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს და იმ დასკვნამდე მივიდნენ რომ, ეს ნიშანი სიმპატიკურ ჰიპერტონიის სპონტანურ ასიმეტრიის დიაგნოსტიკაში ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანია.

ა. რ—ძმ.

Проф. С. Н. Кипшидзе и асист. Г. Григорашвили. Гуморальные синдромы при болезнях нервной системы. Журн. невропатологии и психиатрии № 5—6. 1928 г. სხვადასხვა ნერვულ სნეულებათა მიმდინარეობაში გასინჯულ 600-მდე ზურგის ტვინის სითხის ანალიზით (სისტემატიურად სწარმოებდ-ციტოლოგიური გასინჯვა Nageote-ის კამერით; Pandy-ს და Weichbrod-ის რეაქციები გლობულინებზე; Wassermann-ის სეროლოგიური და Guillain-ის კოლოიდური რეაქციები და ალბუმინების რაოდენობითი გამოკვლევა Sicard-Cantaloude-ის წესით) ავტორებს მიუღიათ სრული და ნაწილობრივი ჰუმორალური სინდრომი.

სრული ჰუმორალური სინდრომი აღნიშნულა ცენტრალურ ნერვულ სისტემის სიფილისის (paralysis progres. tabes dors. lues cerebri და სხ.) დროს.

ნაწილობრივი ანუ დისოციური ჰუმორალური სინდრომი დადებითი Wassermann-ის რეაქციით—აგრეთვე ცენტრალურ ნერვულ სისტემის სიფილისის დროს.

ნაწილობრივი ანუ დისოციური ჰუმორალურ სინდრომს უარყოფითი WR და სუბპაზიტიური Guillain-ის რეაქციით ადგილი ჰქონია არა მარტო გაფანტულ სკლეროზის (scleros. dissemin.) მიმდინარეობაში, როგორც ამას აღნიშნავს თვით Guillain-ი და მისი უახლოვესი თანამშრომლები, არამედ ნერვულ სისტემის მწვავე ინფექციის და ინტოქსიკაციის დროსაც (radiculitis, ataxia acuta, neuraxitis). ამ უკანსკნელთა მიმდინარეობაში ლიმფოციტოზი და ალბუმინიზი უფრო ძლიერ ყოფილა გამოხატული ვიდრე scleros. dissemin. დროს.

ავტორების დაკვირვებით მხოლოდ ჰუმორალურ სინდრომს და არა მარტო ერთ რეაქციას აქვს გადამჭრელი დიაგნოსტიკური ღირებულება.

ა. რ—ძმ.

Проф. Гессе, Гирголав, Шаак. „Общая хирургия“ руководство для врачей и студентов, т. I и II, госиздат РСФСР, 1928 г. რუსულ-ლი ქირურგიული ლიტერატურა ბოლო წლებში გამდიდრდა ზოგადი ქირურგიის სახელმძღვანელოებით. სულ რამდენიმე წლის განმავლობაში დაიბეჭდა პროფ. Опокин-ის, Рейн-ის, Черняховский-ის, Боголюбов-ის სახელმძღვანელოები. ორი უკანასკნელი დამთავრებული არაა. პირველი ორი კი თუმცა დამთავრებულია, მაგრამ მათ აქვთ ზოგიერთი ნაკლი, Опокин-ის წიგნი შეიცავს დიდ მასალას, რომელსაც დამუშავება აკლია და ამიტომ გამოსადგვია უფრო მომზადებული დასტაქრისათვის, როგორც ცნობარი, ახალგაზრდა ექიმისა და სტუდენტისათვის კი იგი მძიმე გამოსაყენებელია, მით უმეტეს, რომ გარეგნულადაც წიგნი ვერ არის კარგად გამოცემული; Рейн-ის წიგნი მოკლეა და ზოგიერთი თავები დაძველებულიცაა. ამიტომ ფრიად სასიამოვნო მოვლენად უნდა ჩაითვალოს ამ ახალი, მთლიანი, სავსე და კოლექტიური სახელმძღვანელოს გამოცემა ზემოაღნიშნული პირების რედაქტორობით. სახელმძღვანელოს შედგენაში მონაწილეობა მიუღია 14 ავტორს და ამისდა მიუხედავად ყველა თავები შეთანხმებულად და ჰარმონიულადაა დაწერილი. ზოგადი ქირურგიის ასეთი კოლექტიური სახელმძღვანელო პირველია, რამდენადაც მე ვიცი, არა მარტო რუსულ, არამედ სხვა ენაზედაც. ორივე ტომი შეიცავს 1267 გვ. (691+576) და საკმარისად დაწვრილებით არის გაშუქებული ყველა საკითხები ზოგადი ქირურგიიდან და ყოველ თავს აქვს დართული ახალი ლიტერატურული წყაროები, რაც უადვილებს მკითხველს უფრო ზედმიწევნით გაეცნოს და შეისწავლოს ესა თუ ის საკითხი. ამ წიგნში ჩვენ ვპოულობთ იმისთანა თავებსაც, რომელიც დღემდე ზოგადი ქირურგიის სახელმძღვანელოში არ შექონდათ და რომლებიც დღევანდელ პირობებში აუცილებელი საკითხებს წარმოადგენენ, მაგალითად: ქირურგიის განვითარების მოკლე ისტორია (Гессе), ენდოკრინოლოგიის (Оппель) და კონსტიტუციის (Шаак) ძირითადი საფუძვლები, ხელოვნურად გამოწვეული ავადმყოფობანი (Гессе) პარაზიტული და ტროპიკული სნეულებანი ქირურგიული ხასიათისა (Шварц, Гессе და სხვა.

ძალიან ვრცლად და დალაგებულად არის გაშუქებული სიმსივნეების საკითხი. ეს თავი ეკუთვნის გამოჩენილ ონკოლოგს—პროფ. Петров-ს, რომელიც მისთვის ჩვეული, მარტივი და მეცნიერი ენით აშუქებს ონკოლოგიის ყველა მნიშვნელოვან საკითხებს. თავი ამოვარდნილობების და მოტეხილობების შესახებ ეკუთვნის პროფ. ი. ჯანელიძეს, მოთავსებულია 64 გვერდზე და შეიცავს მხოლოდ ზოგად ცნობებს. სრულიად არ ეხება კერძოდ უმთავრეს ამოვარდნილობების და მოტეხილობის ფორმებს მაინც. არ ეხება აგრეთვე ზოგადად მაინც ფრიად მნიშვნელოვან საკითხს, თუ როგორ უნდა იყოს გადაღებული ამ დაზიანებათა დროს რენტგენის სურათი სათანადო სწორი დიაგნოზის დასასმელად.

წიგნი საზოგადოთ კარგადაა გამოცემული და იგი უნდა გადაიქცეს ჩემის აზრით, ყოველი დასტაქრისათვის მაგიდის წიგნად.

პროფ. გ. მუხანაძე.

Ш. Д. Хахутов, прив. доц. Киевского медиц. института. Старший ассист. пропед. хирург. Клиники. „Асептика и Антисептика и их практическое применение в хирургии“. Издательство „Научная мысль“, 1929 г. стр. 170 Цена 2 руб. თანამედროვე ქირურგიის განვითარება დამყარებულია უმთავრესად ასეპტიკის და ანტისეპტიკის პრინციპების და მეთოდების განვითარებაზე, დამუშავებაზე და მათი ცხოვრებაში სათანადო გატარებაზე. ზოგადი ქირურგიის სხვა ნაწილებიდან თავს ასეპტიკის და ანტისეპტიკის შესახებ ყოველთვის პირველი ადგილი უჭირავს და მათი შეთვისების გასაადვილებლად ძალიან ხშირად სხეულებულ თავებს ცალკე წიგნებად ბეჭდავენ.

რუსულ ენაზე ასეთი წიგნი იყო დაწერილი ომამდე პროფ. Дьяконов-ის და შემდეგ პროფ. Напалков-ის და Заблудовски-ის მიერ სათაურით: „Лечение ран“. ასეთივე წიგნი უკანასკნელ წლებში იყო დაწერილი პროფ. Тринклер-ის მიერ. „ორი პირველი წიგნი უკვე დაძველდა და არც იშვებდა, Тринклер-ის წიგნი კი უფრო ფართო ხასიათისაა და როგორც სახელმძღვანელომ სტუდენტებისათვის ფეხი ვერ მოიკიდა. ამ ნაკლს ავსებს პრივ. დოცენტის ხახუტაშვილის წიგნი. ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ღღეგანდღელი მეთოდების და პრინციპების გასაგებად და შესათვისებლად საჭიროა მოსწავლემ იცოდეს, როგორ თანდათანობით წარმოიშო, განვითარდა და დამუშავდა ეს მეთოდები და ამიტომ სრულიად სწორად ავტორი წიგნის დასაწყისში ენება ასეპტიკის და ანტისეპტიკის განვითარების მოკლე ისტორიას და შემდეგ უკვე განმარტავს თანამედროვე ასეპტიკის და ანტისეპტიკის, როგორც პრინციპებს, ისე თვით მეთოდებსაც. ავტორი ხაზს უსვამს, რომ ანტისეპტიკური ნივთიერებანი ხელს უწყობენ ჭრილობის შეზღუდვას არა მარტო იმიტომ, რომ მოქმედებენ ბაქტერიებზე უშუალოდ, აგრეთვე და უმთავრესად იმიტომ, რომ ეს ნივთიერებანი იწვევენ ქსოვილებში ბიოლოგიურ პროცესებს, რაც გამოიხატება მათ გაღიზიანებასა და არტხნებაში და რომელსედაც ორგანიზმი უხასუნებს გაძლიერებულ ჰიპერემიით, ლევაკოციტოზით, ფაგოციტოზით და ქსოვილების კოლოიდალური მდგომარეობის შეცვლით. ამ საშუალებებით ორგანიზმი ებრძვის ინფექციას-და აძლიერებს თავის რეგენერაციულ ძალებს. ავტორი დაწვრილებით და კრიტიკულად ეხება ყოველ ანტისეპტიკურ ნივთიერებებს და მეთოდებს და მოჰყავს იმისთანა მეთოდიც, როგორიც არის Бирр—მეთოდი Morrison-ის. ენება რა ჭრილობაში ინფექციის შეტანის საკითხს, იგი სრულიად სამართლიანად და სწორად აღნიშნავს, რომ უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს კონტაქტიურ,—შეხებითი (ხელების, იარაღების, შესახვევი მასალის საშუალებით) და წვეთითი ინფექციის (ლაპარაკით და ხველების საშუალებით). ჰაეროვან ინფექციას ძალიან მცირე მნიშვნელობა აქვს და სწორედ ამით აიხსნება, რომ ბოლო ხანებში საოპერაციო ოთახებს ისე მდიდრულად აღარ აწყობენ, როგორც ეს იყო 10-20 წლის წინად, როდესაც ჰაერის გასასუფთავებლად აწყობდნენ რთულ მოწყობილობას, მაგ. ხელოვნური წვიმის გამოსაწვევად და სხვ. (როგორც, მაგ. პროფ. Сапжкო-ს საოპერაციო ოთახში). არც ისაა საჭირო, რომ საოპერაციო ოთახში ყოველმხრივ შედიოდეს სინათლე, რადგანაც ელექტრონის შუქი რეფლექტორების საშუალებით შეიძლება შევიტანოთ უღრმეს ჭრილობაში და მივიღოთ უფრო უკეთესი გაშუქება, ვიდრე ყოველმხრივ „ორანჟერასავით“ მიწის კედლებით შემოფარგლულ საოპერაციო ოთახში. ავტორი დაწვრილებით ენება საკითხს, თუ როგორც უნდა მოეწყოს საოპერაციო ოთახი, როგორი წესი უნდა იყოს იქ დაცული, როგორ უნდა ენმარებოდნენ დასტაქარს ოპერაციის დროს მოწყალე და და ექიმები, რომ ასეპტიკის პრინციპები სისწორით იყოს დაცული. მაყურებლებს—სტუდენტებს ავტორი აძლევს ასეთ დარიგებას: „იდექი, იცქიერ და ყური უგდე, რასაც ლაპარაკობს ოპერატორი, შენ კი თვითონ იდექი განუშებული და ნუ ილაპარაკებ საოპერაციო ოთახში“. წიგნი აქვს დართული დაწვრილებითი სი და სურათები იმ იარაღებისა, რომელიც საჭიროა ამა თუ იმ ოპერაციის შესრულების დროს.

წიგნი მარტივი, გასაგები და ამავე დროს მეცნიერული ენითაა დაწერილი, უმთავრესი შემეცნებანი და განმარტებანი მკაფიოდ და მოკლედ არის ჩამოყალიბებული, რაც ახალგაზრდა მოსწავლეს უადვილებს მათ შეთვისებას. ეტყობა ავტორი დახელოვნებული და გამოცდილი პედაგოგია და, როგორც წინასიტყვაობაში მის მიერ არის აღნიშნული, ეს მისი შრომა არის შედეგი იმ ხანგრძლივი მუშაობისა და ვარჯიშობისა, რომელსაც იგი აწარმოებს სტუდენტთან, როგორც პრობლემატული ჭირურგიული კლინიკის უფროსი ასისტენტი და პრივატ-დოცენტი.

წიგნი აქვს დართული 32 სურათი, რომელშიაც მოთავსებულია 200-ზე მეტი იარაღი და ხელსაწყო.

აღსანიშნავია ზოგიერთი ადგილები, რომლებიც შემდეგში, ჩემის აზრით, უნდა იყოს შესწორებული ან შეესებული. მაგალითად: стерильность—полное отсутствие живых бактерий; аспетичность—незначительное количество мало вирулентных бактерий совершенно безразличных для организма. ჩემის აზრით სტერილობა და ასეპტივობა ერთი და იგივეა და აქ აღნიშნული განსხვავება მათ შორის ცოტა ხელოვნურია. იქ, სადაც ლაპარაკია საკერავ მასალაზე, არაფერია ნათქვამი ძუაზე, რომელიც ბოლო დროს პლასტიურ ოპერა-

ციებზე, მეტადრე პირისახეზე ძალიან ხშირად იხმარება, რადგანაც ძუსი ნაკერი ნაკლებ ნაწიბურს სტოვებს. დასასრულ უნდა ითქვას, რომ წიგნი ფრიად საჭირო და სასარგებლო სახელმძღვანელოდ უნდა ჩაითვალოს, როგორც სტუდენტთათვის, ისე აგრეთვე იმ ექიმთათვის, რომელნიც ახლად იწყებენ ქირურგიულ მუშაობას. დიდი ღირსება წიგნისა გამოიხატება იმაში, რომ თეორიულ და ზოგად შემეცნებებთან და ცნობებთან ერთად არის მოყვანილი ის პრაქტიკული ზომები და საშუალებანი, რომელიც უნდა იყოს გატარებული ქირურგიული მუშაობის დროს ასეპტიკის და ანტისეპტიკის პრინციპების ზედმიწევნით გატარებისათვის. სტუდენტი ამ წიგნში, როგორც აღნიშნავს პროფესორი კუდინცევი თავის რეცენზიაში—Врачебное дело 1929, № 2 იპოვის ყველა საჭირო ცნობებს ასეპტიკის და ანტისეპტიკის შესახებ და მიტომ მათთვის ფრიად საჭირო სახელმძღვანელოდ უნდა იყოს აღიარებული.

პროფ. გ. მუხაძე.

Франциска Бертольд, „Операционная комната, уход за хирургич. инструментарием и подготовка его для операций“. Перевод с немецкого, под редакцией и с примечаниями проф. Бурденко. Москва. Госиздат. 20 августа 1929 г. გვ. 279. ფასი 2მ. 50 კ. წიგნი ეკუთვნის პროფ. Bier-ის საოპერაციო მოწყობების დას და შეიცავს ყველა იმ პრაქტიკულ ცნობებს, რომელიც საჭიროა იცოდეს საოპერაციო ოთახში მომუშავე პერსონალმა, როგორც მოწყალე დამ, ისე ექიმმა და აგრეთვე სანიტარმაც.

დაწვრილებით არის აწერილი, როგორ უნდა ინახებოდეს და მზადდებოდეს იარაღები, რა იარაღებია საჭირო ამა თუ იმ ოპერაციის დროს და დართული აქვს 161 სურათი სხვადასხვა იარაღების და ხელსაწყოების. დაწვრილებით აწერილია, თუ როგორ უნდა მომზადდეს შესახვევი და საკერავი მასალა, როგორ უნდა ინახებოდეს იგი, რომ თავისი თვისებები არ დაჰკარგოს. პროფ. Бурденко-ს მიერ წიგნში შეტანილია ბევრი შენიშვნები, რომელიც უახლოვებს მას საბჭოთა კავშირში არსებული მუშაობის პირობებს და დართული აქვს დაწვრილებითი სია იმ იარაღებისა, რომლებიც მიღებულია რუსეთის ჯანმრთელ. კომისარიატთან არსებულ სასტანდარტო კომისიის მიერ. სიასთან ერთად აღნიშნულია ზომა იარაღების, ნომერი პრეის-კურანტის ამა თუ იმ ფირმის, რაც უადვილებს მსურველს მათ შეძენას, როგორც საბჭოთა კავშირში, ისე საზღვარგარეთ. წიგნი საზოგადოდ ძალიან კარგადაა გამოცემული, ფრიად საჭირო პრაქტიკულ ცნობებს შეიცავს და ამიტომ, ჩემის აზრით, იგი თვალსაჩინო და მისაწვდომ ადგილას უნდა იყოს მოთავსებული, რომ აქ მომუშავე პერსონალს ჰქონდეს საშუალება ყოველთვის ისარგებლოს მით საჭიროების მიხედვით.

პროფ. გ. მუხაძე.



— საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში ჩატარებული იყო შემდეგი მოხსენებები: მეხუთე სხდომაზე (25.IV. 1926 წ.)—9. პროფ. გ. მუხაძე, თეოდორ ბილ-როთი, როგორც დასტაქარი და მეცნიერი. მისი მნიშვნელობა თანამედროვე ქირურგიის განვითარებაში. 10. პროფ. გ. მუხაძე და მ. კოკოჩაშვილი. ავერტინის ნარკოზი და ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის დაკვირვებანი ამ ნარკოზის შესახებ. 11. ნ. ნემსიწვერიძე. ქროლოფორმის ნარკოზის დაგვიანებითი სიკვდილობა ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალის მიხედვით; მეექვსე სხდომაზე (9. V. 1929 წ.)—12. გ. ხეჩინაშვილი. Thrombopenia essentialis benigna sive Morbus maculosus Werlhofii, როგორც საშვილოსნოდან სისხლდენის მიზეზი. 13. ა. გოცირიძე. კატარხის ფსიქოთერაპიაში.

— საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში მიღებულ არიან წევრებად: 15. თ. გზირიშვილი, 16. ა. გზირიშვილი, 17. ე. აბულაძე—25. IV, 1929 წ.; 18. ალ. გოცირიძე, 19. პ. ოდიშარია (ახალსენაკი), 20. შ. ლორთქიფანიძე, 21. ლ. ჩიქოვანი, 22. ი. ხომასურიძე, 23. ო. ხევსურიანი—9. V. 1929 წ.

— საკურნალო ფაკულტეტის საბჭოს სხდომაზე 29. IV. 1929 წელს მედიცინის დოქტორ ს. საყვარელიძემ წაიკითხა პირველი სანიმუშო ლექცია პრიატ-დოცენტობის წოდების მოპოებისათვის შემდეგი სათაურით: უჯრედის ნივთიერების ცვლის ორგანოიდები, მხოლოდ 13. V. 1922 წ. მეორე სანიმუშო ლექცია: ჰისტოლოგიური პრეპარატის ფიქსაციურ და შეღებილ სურათის ანალიზი; საბჭოს დადგენილებით მედ. დოქ. ს. საყვარელიძეს მიენიჭა პრიატდოცენტის წოდება.

— დიაგნოსტიკური კლინიკის საგნობრივი კომისიის შუამდგომლობის მიხედვით სამკ. ფაკ. საბჭო 29. IV. 1929 წ. სდომიან ექიმი ს. ოდიშარია აირჩია შტატ გარეშე ასისტენტად, მხოლოდ გინეკოლოგიური კლინიკის საგნობრივი კომისიის შუამდგომლობით 13. V. 1929 წ. სდომ.ზე ექიმი მ. პაპიტაშვილი აირჩია შტატგარეშე ასისტენტად.

— სამკურნალო ფაკულტეტის პროფ. ნ. კახიანის სახელობის სტუდენტთა სამეცნიერო წრეში წაკითხული იქნა შემდეგი მოხსენებები: სტუდ. ჰ. სიჭინავა. თამბაქო და მისი გავლენა ადამიანის ორგანიზმზე (17. III. 1929 წ.), სტუდ. ი. უჩაენიშვილი. გულის ანგიის პრობლემა (24. III. 29), სტუდ. გ. წერეთელი. სისხლის გადასხმის საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა (31. III. 29—პროფ. ბოგდანოვის გარდაცვალების 1 წლის თავზე), ექიმი ი. კონიაშვილი. საქართველოს კურორტები და მათი მნიშვნელობა მოსახლეობის გაჯანსაღების საქმეში (28. IV. 29).

— ახალი წიგნი. ტფილისის უნივერსიტეტის გამოცემით პროფ. სპ. ვირსალაძის წინასიტყვით გამოვიდა შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალური კლინიკის ასისტენტის აწ გარდაცვალების ალ. მამულაიშვილის შრომა: გულის ელექტრული მოვლენების გრაფიკული რეგისტრაცია (ელექტროკარდიოგრაფია). წიგნს დართული აქვს ავტორის სურათი, შეიცავს VIII+46 გვერდს და ღირს 1 მ. 20 კ. წიგნი კარგადაა გამოცემული.

— ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე—წიგნი IX, რომელიც ჩვენმა რედაქციამ მიიღო, გამოვიდა მრავალფეროვანი და მდიდარი შინაარსით. სხვა და სხვა წერილებს შორის ჩვენთვის საგულისხმოა შემდეგი წერილები: თ. ჯანდიერი. მაწვნის ბიოლოგიური პირობები. პროფ. გ. ლამბარაშვილი. წამლობის წესის ამორჩევისათვის საშვილოსნოს ფიბრომიომის დროს. დოც. ბ. ლოლობერიძე. საშვილოსნოს დამატებით რქაში haemometr'ის დიაგნოზისათვის. მოამბე შეიცავს 353 გვერდს და ღირს 6 მანეთი.

— ტროპიკული მედიცინის მოამბე № 3 გამოვიდა შემდეგი შინაარსით: ლ. კალანდაძე. მასალები საქართველოს კოლონიების ფუნქსიისა და მათი ზოგადი ბიოლოგიისათვის. პ. ჯაფარიძე. მალარიის დროს საზობრივი იმუნიტეტის საკითხისათვის. ვ. მჭედელიძე. მასალები ანგიოსტომიოზის შესწავლისათვის აპარისტანში. ინჟ. კუზნეცოვი.

კოლხეთის ქაობების ამოშრობა და მათი პრესექტივები. მედ. დოქტ. დ. კირ შენბლ ა ტ ი და ა. დემიდოვი. მწვავე ლიმფათიურ ლეიკემიის შესახებ. ს. ა ბ უ ლ ა ძ ე. სისხლის ჯგუფების ამოცნობის მეთოდება. ი. კ ე ი გ ე ლ უ ხ ი ს ი. მალტის ცხელების ლაბორატორული დიაგნოსტიკა.

— უ შ რ ნ ა ლ ი „ თ ა ნ ა მ ე დ რ ო ვ ე მ ე დ ი ც ი ნ ა “-ს შემდეგი ნომერი გამოვა ორი თვის იენისის და ივლისის ერთად, როგორც საზაფხულო ორმაგი ნომერი და დამატებათ მოყვება საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესის შემდეგი მესამე წიგნი: „კოლიტების ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია“.

— 17 აპრილს საქართველოს პროფკავშირთა დიდ დარბაზში გაიმართა დიდის ზემით ექიმ კ. ლ ო რ თ ქ ი ფ ა ნ ი ძ ი ს 35 წლის იუბილე. დამსახურებულს იუბილიარს მიესალმა მთავრობის, პროფკავშირების, სამეცნიერო და სამკურნალო დაწესებულებების წარმომადგენლები. საქართველოს ე. ა. კ. დადგენილებით, პროფკავშირთა საბჭოს წარდგენის თანახმად, იუბილიარს მიენიჭა შ რ ო მ ი ს გ მ ი რ ი ს წოდება. აღსანიშნავია, რომ ექიმი კ. ლ ო რ თ ქ ი ფ ა ნ ი ძ ე საქართველოში პირელი შ რ ო მ ი ს გ მ ი რ ი ა ექიმთა პროფესიიდან.

— ამ ჟამად ინგლისში 186 სპეციალური ცენტრობია დაარსებული, რომელნიც ვენერიულ სნეულებებს ებრძვიან. ამას გარდა დაარსებულია 14 სპეციალური დაწესებულება ბავშვებში ვენერიული სენის სამკურნალოდ.

— ინგლისში 1928 წ. დაბადება უდრიდა 16.7, სიკვდილობა 11.7. ბავშვთა სიკვდილობა ამავე წელში უდრიდა 65 მცხოვრებთა 1000.

— გ ა რ დ ა ი ც ვ ა ლ ა ც ნ ო ბ ი ლ ი ფ რ ა ნ გ ი ე ქ ი მ ი — თ ე რ ა პ ე ვ ე ტ ი Leon Bouveret, რომელმაც პირველმა ასწერა ე. წ. პაროქსიზმალური ტახიკარდია. ამ სნეულებას ზოგი ავტორი Bouveret-ს სნეულებასაც უწოდებს.

— ფ ი ზ ი ო თ ე რ ა პ ი ი ს მეხუთე ინტერნაციონალური კონგრესი შესდგება 1930 წ. ბელგიაში, ქ. ლ ი ე უ შ ი. საორგანიზაციო კომიტეტს თავმჯდომარეობს პროფ. Gunzburg-ი (ანტვერპენი), მისი მოადგილე პროფ. de Munter-ია (ლიეჟი).

— მიკრობიოლოგიის პირველი ინტერნაციონალური კონგრესი შესდგება პარიზში 7—12 ოქტომბერს 1929 წ. კონგრესის საპატიო თავმჯდომარე ცნობილი პროფ. E. Roux-ა, თავმჯდომარედ პროფ. I. Bordet (ბრიუსელი) და მთავარ მდივანდ პროფ. Kraus-ი (ვენა). საპროგრამო საკითხებია: 1) ქუნთორუმა (მომხსენებლები Doc'hez, Cantacuzène, Златогоров, Friedemann და Devbe), 2) მალტის ცხელება და ენოზოტიური აბორტი (მომხსენებლები Wright, Kristensen, Burnet, Kinjard) 3) ლიტურთი ფერამენი (მომხსენებლები: Bordet, Neisser), 4) ხოლერის პათოგენეზი (მომხსენებლები: Sanarelli, Kabeshima), 5) გრიპის ეტიოლოგია მოხსენებელი Pfeiffer), 6) ქსოვილთა კულტურა (მომხსენებელი Carrel), 7) მცენარეული სნეულის დარღვევა ნიადაგში (მომხსენებელი Виноградский). საპროგრამო საკითხების გარდა წაკითხული იქნება სპეციალური მოხსენებები გამოჩენილ მეცნიერთა მიერ (Calmette, Ramon, Kolle, Belfanti, Carbone, Borrel, Brumgst, Fülleborn, Mesnib, Nuttal) მთელ რიგ თანამედროვე საკითხების შესახებ.

— ვენაში გამოურკვეველი მიზნის გამო თავი მოიკლა ცნობილმა პედიატრმა V. Pirguet-მ, რომელმაც 1928 წ. მიიღო Aronson-ის სახელობის პრემია მისი შრომებისათვის ალერგიისა და კანის სპეციალური რეაქტივების შესახებ.

— ჰ ა მ ბ უ რ გ შ ი გ ა რ დ ა ი ც ვ ა ლ ა ც ნ ო ბ ი ლ ი დ ე რ მ ა ტ ო ლ ო გ ი პროფ. Unna და ბერლინში ცნობილი უროლოგი პროფ. Posner-ი.

— ჩვენმა რედაქციამ მიიღო შემდეგი ახალი წიგნები: 1) ექიმ მინა მარუაშვილის „მალარია და მასთან ბრძოლის გეგმა საქართველოში“ გვ. 88, ფასი 1 მან. ჯ. ს. კ. სოც. ჰიგიენის ინსტიტუტის და ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილების გამოცემა, 2) ექიმ გ. მღებრიშვილის „ფიზიკურა კულტურა და ექიმის მუშაობა“ გრ. კუჭაიძის წინასიტყვაობით— გვ. 84. ფასი 60 კ. 3) Д-р Н. Н. Благовещенский. О местном иммунитете. Под редакцией проф. В. М. Аристовского. Казань. 1929 г. стр. 64. Цена 60 к. Выпуск V.—Медицинские монографии „Казанского Медицинского журнала“.



4) Проф. Н. М. Какущкин. Что такое медицина. Краткий научно-популярный очерк. Саратов. 1927 г. стр. 71. Цена 55 коп.

ჩვენმა რედაქციამ მიიღო სანაცვლოდ შემდეგი პერიოდული გამოცემები:

1) ტროპიკული მედიცინის მოამბე—№ 1, № 2, № 3, 1929 წ. 2) Казанский Медицинский Журнал № 3, № 4. 1929 წ. 3) საქართველოს ეკონომისტი № 2, 1929 წ. 4) განათლების მუშაკი (ჟურნალი) № 5-6, № 7, 1929 წ. 5) განათლების მუშაკი (გაზეთი) № 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 6) ახალ სკოლისაკენ № 1-2, № 3, 1928 წ. № 4, № 5, 1929 წ. 7) ჯანსაღობის მოამბე (Вестник наркомздрава) № 1, 2, 1929 წ.

წერილები რედაქციის მიხარით

„თანამედროვე მედიცინა“-ს 1929 წლის აპრილის ნომერში 337 გვერდზე მოთავსებულია სანელმწიფო უნივერსიტეტის ნერვიულ კლინიკის კონფერენციაზე გაკეთებული მოხსენებები, რომელშიაც სრულიად არ არის ნახსენები ორი მოხსენება, გაკეთებული ტფილისის რკინის გზის საავადმყოფოს ნერვების სნეულებათა განყოფილებიდან: 1) ექიმი ნ. ფოფხაძე—tumor cerebelli და 2) ექიმი—პ. სარაჯიშვილი და ო. ნაზაროვა—n. p. dend. intern. დაზიანების იშვიათი სინდრომი.

ექიმი პ. სარაჯიშვილი.

ინიციატორ ამხანაგთა ჯგუფი მოუწოდებს ყველა ამხანაგებს, რომლებმაც დაასრულეს ტფილისის უნივერსიტეტის საექიმო ფაკულტეტი 1924 წელს მაისში, დაესწრონ ტფილისში გათვალისწინებულ ამხანაგურ შეხვედრას პირველ ივნისს 1929 წ. ნიშნად ხუთი წლის შესრულებისა უნივერსიტეტის დამთავრებიდან, სადაც ამხანაგები ერთი მეორეს გაუზიარებენ განვლილ მუშაობის გამოცდილებას.

ინიციატ. ჯგუფის მონდობილობით ექ. კოტე ნაროშვილი.
უნივერ. სამეანო კლინიკა. ლენინის ქ. № 50.



ჯანსახკომის მოამბე

ორთვიური სამეცნიერო უფრნალი საქართველოს ჯანმრთელობის
სახალხო კომისარიატისა.

1929 წ.

წელიწადი მერვე

1929 წ.

პერიოდული გამოცემა ქართულ და რუსულ ენებზე ჯანმრთელობის სახალხო კომისარი გრ. კუჭაიძის, სამეცნიერო საბჭოს მდივნის პროფ. ა. ნათიშვილის და ექ. ვ. წერეთლის რედაქციით, ტფილისის სახელმწიფო უნ. პროფესორების, ასისტენტების, ორდინატორების და სხვა ექიმების უახლოესი მონაწილეობით.

უფრნალის განყოფილებაჲი: თეორული და კლინიკური მედიცინა, სოციალური მედიცინა, რეფერატები, ავტორეფერატები, რეცენზიები, ექიმთა ყრილობების, საექიმო საზოგადოებათა და სხვა საექიმო დაწესებულებათა ანგარიშები, დეკრეტები, დადგენილებები და განკარგულებები, ქრონიკა.

ხელისმოწერის ფასი 1 წლით 12 მან.

ცალკე ნომერი 2 მან. 50 კაპ.

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

წლიურ ხელისმოწერით დაურიგდებათ უფასოდ: 1) 1928 წლის „ჯანსახკომის მოამბე“-ს ყველა ნომრები, 2) მეოთხე საკავშირო ტუბერკულოზური ყრილობის რეზოლიუციები, 3) წიგნაკი: „დედათა და ბავშთა დაცვა“.

რედაქციისა და ხელისმოწერას მისამართი: ტფილისი, ძნელაძის ქუჩა, 30, ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატი. „ჯანსახკომის მოამბე“-ს

Год издания

XXV

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

Год издания

XXV

Н А

„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

В 1929 г.

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

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

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

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

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

სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-V სამეცნიერო კონგრესის უროგები

კრამალშიც შავა მოხსენებები სავკროზგამო საკითხებზე

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

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

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელის მომწერთა უკრადსაღებად

ჟურნალის საქმიების გამო და რედაქციასთან ახლო კავშირის დასაქურად ამხანაგებმა უნდა მიმართონ ჩვენს შემდეგ წარმომადგენლებს—ექიმებს:

ტფილისში: ს. მდივანს (ქალაქის 1 კლინიკური ინსტიტუტი), გ. დიდებულიძეს (ქალაქის პირველი საავადმყოფო), ა. უსტიაშვილს (სამედიცინო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი), ი. ტატიშვილს (პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი), ს. ანდერევიას (ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის ინსტიტუტი), ლ. ანთაძეს (ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტი), ა. გოცირიძეს (საქ. ჯანსაჯკომისარიატი), კ. ტყეშელაშვილს (რკინის გზის საავადმყოფო), ი. გაჩეჩილაძეს (სოციალური პიგიენის ინსტიტუტი), ა. უდენტს (საქართველოს ექიმთა საზოგადოება), ა. ძიძაძეს (საქართველოს წითელი ჯვარი), მ. ქალიძეს (ა. კ. რკინის გზის სამმართველო), მ. ტყეშელაძეს (ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის ინსტიტუტი), ს. ჯანყარაშვილს (ქალაქის ჯამრთელობის განყოფილება), მ. გეგელაშვილს ქართული სამხედრო ნაწილები), პ. მგალობლიშვილს (დერმატოლოგიური და ვენეროლოგიური ინსტიტუტი), ა. რუხაძეს (ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი), სტუდენტ ი. გოგუას (სამკ. ფაკ. III კურსი).

ტფილისის გარეშე: დ. ჩეჩელაშვილი (ქუთაისი, ჭავჭავაძის ქ. 4), გ. ქახიძეს (ზესტაფონი, საავადმყოფო), გ. ხეჩინაშვილს (ლენინგრადი, ვოლოდარსკის პროსპექტი, 46, ბ. 7.), ვ. მაქაცარიას (ბათუმი, ჯაფარიძის ქ. 23), შ. მირიანაშვილს (გურჯაანი), შ. მთვარელიძეს (გორი, აკ. წერეთლის ქ. მამინოვის სახლი), ლ. დუნდუას (ახალსენაკი), ი. ასათიანს (ახალციხე), მ. ვაჩნაძეს (სიღნაღი), პ. ჯაფარიძეს (სოხუმი).