

ბამოცემის წელი მეზვიდე



ქალაქის კროფ. სპ. ვიკსალაქის ხსოვნას

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო საბუცნიერთ ქურნალი

ფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მედიკო მუშაკთა ორგანო

**V—VI—VII**

**მაისი—ივნისი—ივლისი**

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

ტფილისი—1930.

გამოცემის წელი გეუვიდე



მედიის კრფ. სპ. ვიკსალაქის სსრფას

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის მეცნიერ ბეზაკოვა ღრგანო

## V—VI—VII

### მაისი—ივნისი—ივლისი

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

ს.ს.ს.რ. 354  
მედიის განათლების  
კომისარიატი  
საქართველოს  
მედიის კალენდარი  
21.11.1931  
37  
ს. თვითმხილველი

ტფილისი—1930



ქვეყნის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის

# თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის  
მეცნიერ მუშაკთა ოკრგანო

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

## Ежемесячн. научно-врачебн. журнал ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Орган научных работников Медицинского факультета Тифлисского Госуд. университета

№ 5-6-7. 1930 г. Май—Июнь—Июль.

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

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

## THANAMEDROVÉ MÉDICINA

Journal médical georgien.

№ 5-6-7. 1930. Mai—Juin—Juillet.

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

Adresse de la Rédaction: 47, rue Kamo.

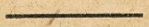
Institut anatomo-pathologique

Tiflis (Géorgie), U. S. S. R.

1. Н. А. Кипшидзе. Профессор Спиридон Семенович Вирсаладзе (некролог) . . . . .	231
2. А. Лежава. Случай врожденной диафрагмальной правосторонней грыжи	239
3. Т. Мамаладзе. Значение акротерм курорта Цхалтубо в лечении суставных заболеваний по 4 сезонным амбулаторным материалам . . . . .	248
4. К. Цомаја. Случай универсальной подкожной эмфиземы при наложении искусственного пневмоторакса . . . . .	254
5. Г. В. Павленишвили. К клиническому и патолого-анатомическому изучению зоба Грузии по материалам Гос. Хир. Клиники Тиф. Госунта . . . . .	261
6. Проф. Б. К. Гогоберидзе. Киста яичника и беременность . . . . .	268
7. М. Е. Папиташвили. К вопросу о гонорройных проктитах у женщин . . . . .	274
8. А. М. Едиберидзе. Регионарная анестезия нижней челюсти . . . . .	285
1. N. Kipshidzé. Professeur S. Wirssaladzé (Necrologue) . . . . .	231
2. A. Leschawa. Ein Fall angeborenen, rechtseitigen Diaphragmabruches . . . . .	239
3. Th. Mamaladzé. La Valeur des acrotherme de Tscaltupo pour le traitement des lésions articulaires . . . . .	248
4. K. Zomaja. Ein Fall Universaler Hautenphysem bei Künstlicher Pneumothorax . . . . .	254
5. G. Pawlenischvili. Zur Frage des klinischen un pathologischen Studiums des Kropls in Georgien auf Grund des Materiales der Chirurgischen Hospitalelinik der Staatsuniversität in Tiflis . . . . .	261
6. Prof. B. Gogoberidse. Eierstockyste und Gravidität . . . . .	268
7. M. Papitaschvili. Zur Frage der Gonorrhöischen Proctiten bei Frauen . . . . .	274
8. D. Ediberidzé. L'anesthésie régionale de la mandibule . . . . .	285

## შ ი ნ ა ა რ ს ი

I. ნეკროლოგი . . . . .	231
1. ნ. ყიფშიძე. პროფესორი სპირიდონ სიმონის ძე ვირსალაძე . . .	231
II. თეორიული და კლინიკური მედიცინა	
✓ 2. ალ. ლეჟავა. დიაფრაგმის თანდაყოლილი დეფექტი მარჯვენა პლევრის ღრუში ცდომილი ბადექონით . . . . .	237
✓ 3. თ. ძამალაძე. კურორტ წყალტუბოს აკროტოტერმების მნიშვნელობა სახსრების დაავადებათა მკურნალობაში ოთხი წლის ამბულატორული მასალის მიხედვით . . . . .	241
✓ 4. კ. ცომაია. უნივერსალური კანქვეშა ემფიზემის შემთხვევა ხელოვნური პნევმოთორაქსის დროს . . . . .	249
7 5. გ. ფალავანდიშვილი. საქართველოს ჩიყვის კლინიკური და პათოლოგიურ-ანატომიური შესწავლისათვის ჰოსპ. ქირურგიული კლინიკის მასალებით . . . . .	255
✓ 6. პროფ. ბ. ლოღობერიძე. საკვერცხის კისტომა და ორსულობა . . . . .	263
✓ 7. მ. პაპიტაშვილი. ქალთა გონორეული პროქტიტების საკითხი . . . . .	270
✓ 8. ალ. ედიბერიძე. ქვედა ყბის რეგიონული ანესთეზიები . . . . .	276
III. კრიტიკა . . . . .	287
✓ 9. მ. ცხაკაია. ექიმ ე. თოდაძის პერმანგანატ-სინჯის და პერმანგანატ-კონსტანტის შესახებ . . . . .	287
✓ 10. ე. თოდაძე. პასუხი ექიმ მ. ცხაკაიას ჩემი შრომის კრიტიკულ განხილვაზე . . . . .	302
IV. რეფერატები . . . . .	312
V. ქრონიკა . . . . .	319





## ქურნალში თანამშრომლობის სუბვილი განაცხადზე:

აბაკელია ი. პროფ., ალადაშვილი ალ. პროფ., ამირჯიბი ს. პროფ., ასათიანი მ. პროფ., ასპისოვი ნ. პროფ., ბურგსდორფი ვ. პროფ., ვარაზი ვ. პროფ., თიკანაძე ი. პროფ., ელიავა გ. პროფ., ერისთავი კ. პროფ., მახვილაძე ნ. პროფ., მაჭავარიანი ა. პროფ., მგალობელი მ. პროფ., მიქელაძე შ. პროფ., მოსეშვილი ვ. პროფ., მუსხელიშვილი ვ., მუხაძე გ. პროფ., ნათიშვილი ალ. პროფ., ჟღენტი ვ. პროფ., საყვარელიძე ს. პროფ., ქუთათელიაძე ი. პროფ., ჩაჩხიანი კ. პროფ. (ნიჟნი ნოვგოროდი); უგრელიძე მ. პროფ., ლამბარაშვილი გ. პროფ., ლოლობერიძე ბ. პროფ., ყიფშიძე ს. პროფ., წინამძღვრიშვილი მ. პროფ., წულუკიძე ალ. პროფ., ჯანელიძე ი. პროფ. (ლენინგრადი).

## ქურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელის მომწერთა ქურაღსაღებად

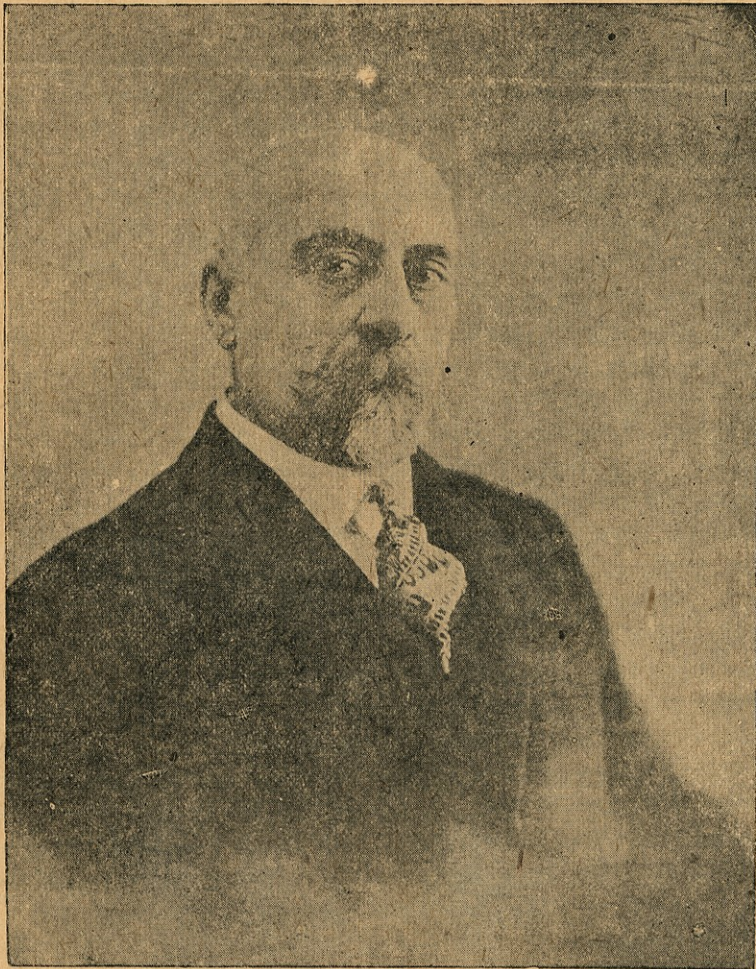
ქურნალის საქმეების გამო და რედაქციასთან ახლო კავშირის დასაჭერად ამხანაგებმა უნდა მიმართონ ჩვენს შემდეგ წარმომადგენლებს — ექიმებს:

ტფილისში ს. მდივანს (ქალაქის 1 კლინიკური ინსტიტუტი), გ. დედებულიძეს (ქალაქის პირველი საავადმყოფო), ა. უსტიაშვილს (სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი), ი. ტატიშვილს (პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი), ს. ანდერევისას (ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის ინსტიტუტი), ლ. ანთაძეს (ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტი), ა. გოცირიძეს (საქ. ჯანსაჯომისარიატი), კ. ტყეშელაშვილს (რკინის გზის საავადმყოფო), ი. გაჩეჩილაძეს (სოციალური პიგიენის ინსტიტუტი), ა. ჟღენტს (საქართველოს ექიმთა საზოგადოება), ა. ძიძაძეს (საქართველოს წითელი ჯვარი), მ. ჭალიძეს (ა. კ. რკინის გზის სამმართველო), მ. ტყემალაძეს (ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის ინსტიტუტი), ს. ჯანყარაშვილს (ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილება), მ. გეგელაშვილს (ქართული სამხედრო ნაწილები), პ. მგალობლიშვილს (დერმატოლოგიური და ვენეროლოგიური ინსტიტუტი), ა. რუხაძეს (ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი), ვ. ოთხმეზურს (საქ. წითელი ჯვრის საავადმყოფო, სანაპირო ქ. 51).

ტფილისის გარეშე: დ. ჩეჩელაშვილს (ქუთაისი, ქავჭავაძის ქ. 4), გ. კახიძეს (ზესტაფონი, საავადმყოფო), 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), ვ. კვერენჩილაძეს (ს. ნიკორწმინდა — ქვემო რაჭა), ს. საკანდელიძე (ს. ლები — მთის რაჭა).

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

მთავლ. № 1608. ტირაჟი 800.



პროფესორი სპირიდონ სიმონის-ძე

ვირსალაძე

(1868—1930)

## პროფესორი სპირიდონ სიმონის-ძე ვირსალაძე

(ნეკროლოგი)

ქართველ ექიმთა დი საზოგადო მოღვაწეთა რიცხვს მოაკლდა მნიშვნელოვანი ძალა—30 მარტს დილის 7 საათზე სრულიად მოულოდნელად, უეცრივ გარდაიცვალა პროფესორი სპირიდონ სიმონის-ძე ვირსალაძე.

ფროფ. ვირსალაძე დაიბადა 1868 წელს ქუთაისის მაზრაში, სოფ. ნახშირის ლელეში. ბავშობაში იგი სიღარიბეს განიცდიდა მამა მისი იყო მედავითნედ სოფელში. თუმცა მას სწავლა არ ქონდა მიღებული, მაგრამ ყოველ ზომებს ხმარობდა, რომ თავის შვილებისათვის მიეცა განათლება 1875 წელს სპირიდონი მიაბარეს ქუთაისის სასულიერო სასწავლებელში, რომელიც წარჩინებით დაამთავრა 1882 წელს. მას სურვილი ქონდა სწავლა გაეგრძელებინა სემინარიაში, მაგრამ მატერიალური ვაჭირვება ხელს უშლიდა. ამ შემთხვევაში მას დაეხმარა იმერეთის ცნობილი ეპისკოპოსი გაბრიელი და საკონკურსო გამოცდების ჩაბარების შემდეგ მიიღეს ტფილისის სემინარიაში სახელმწიფო ხარჯზედ. აქ მას არ აკმაყოფილებდა ის დახშული ატმოსფერა, რომელიც გაბატონებული იყო იმ დროს „ბურსა“-ში და დიდ დროს ანდომებდა თვითგანვითარების საქმეს; კითხულობდა ჩერნიშევსკის, დობროლიუბოვს, პისარევს, ლებულობდა მონაწილეობას სემინარიის სხვადასხვა წრეებში, გამოდიოდა ხშირად მოხსენებებით და იღებდა მონაწილეობას აგრეთვე სემინარიის არალეგალურ წრეებში. ერთხელ, სემინარიაში ჩხრეკის დროს მას უპოვნეს არალეგალური ხელთნაწერი და ამის გამო დაითხოვეს პანსიონიდან. ყოფაქცევაში დაუსვენს ორი და დაემუქრნენ სრულიად გამორიცხვით სემინარიიდან, თუ არ გასწორდებოდა ამ მხრივ. მალე ასეთი შემთხვევაც გამოჩნდა: ერთმა სემინარიიდან გამორიცხულმა მოწაფემ მოკლა სემინარიის რექტორი ჩუღდუკი. მცლეელი აღმოჩენილი იყო, მაგრამ ამით არ დაკმაყოფილდა შავრაზმელი ექსარხოსი პავლე და დაითხოვეს სემინარიიდან 60 მოწაფე, მათ შორის, რასაკვირველია, როგორც უკვე შენიშნული სპირიდონიც. სემინარია დაკეტეს სამი თვით, ხოლო გამორიცხულ მოწაფეებს აუკრძალეს სხვა სასწავლებელშიც კი სწავლის გაგრძელება. რამდენიმე მოწაფემ და მათ შორის სპირიდონმაც ეს დადგენილება გაასაჩივრეს სინოდში; სინოდმა მათ ნება მისცა სწავლის გაგრძელებისა, მაგრამ რუსეთში და არა საქარველოში. სპირიდონმა დიდი ვაჭირვებით მოაგროვა ფული და წავიდა კიევში. მალე იქაც მიიპყრო ყურადღება პედაგოგიური საბჭოსი, როგორც ერთ-ერთმა ნიჭიერმა მოწაფემ და დაუნიშნეს სტიპენდია. ასე ვაჭირვებით მან დაამთავრა კიევის სემინარია 1889 წელს.

მაგრამ ეს მას არ აკმაყოფილებდა, მას ქონდა სურვილი უმაღლესი სწავლის მიღებისა, შეძლება კი ხელს უშლიდა. იგი დაბრუნდა სამშობლოში, კერძო



გაკვეთილებით, როგორც იყო, მოაგროვა გზის ფული და გაემგზავრა ტომსკში. იმ დროს სემინარიელებს იღებდნენ მხოლოდ ტომსკის უნივერსიტეტში. სპირიდონი შევიდა იქ საექიმო ფაკულტეტზე, მაგრამ მატერიალური გაჭირვება, რომელიც მას ბავშობიდანვე თან სდევდა, ხელს უშლიდა მეცადინეობაში. მეორე კურსიდან უკვე დაუნიშნეს სარაჯიშვილის სტიპენდია და ამრიგათ დაამთავრა ტომსკის უნივერსიტეტი 1897 წელს.

უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ სპირიდონი დაბრუნდა სამშობლოში, მაგრამ იმ დროს ქართველ ექიმისთვის საქართველოში სამსახურის მოვნა ადვილი არ იყო და, იგი გაგზავნეს დაღესტანის ოლქში საოლქო ექიმად. იქ დარჩა ერთი წელიწადი და რადგან მას აინტერესებდა საავადმყოფოში მუშაობა კლინიციკების ხელმძღვანელობით, ამიტომ გაემშურა მაშინდელ პეტერბურგში. იქ ერთი წელიწადი მუშაობდა შტატგარეშე ორდინატორად ქალაქის საავადმყოფოში და მალე შტატის ორდინატორის ადგილი მიიღო ჯერ ბოტკინის სახელობის საავადმყოფოში და შემდეგ ობუხოვის საავადმყოფოში. ობუხოვის საავადმყოფოში იმ დროს მუშაობდნენ ცნობილი კლინიციკები—ნეჩაევი, კერნიგი, გრეკოვი, ტროიანოვი და სხვანი; აქ მან სამი წლის ორდინატურა გაათავა, მაგრამ შემდეგაც განაგრძობდა მუშაობას და პროფ. ნეჩაევის ხელმძღვანელობით მან თითქმის წელიწადი იმუშავა. ამავე დროს იგი მუშაობდა პროფ. ბებტერევის ლაბორატორიაში ექსპერიმენტალურ შრომაზე. ამ უკანასკნელს იგი დაუახლოვდა ფსიქოლოგიურ საზოგადოებაში მუშაობის დროს და ერთ დროს ამ საზოგადოების გამგეობის წევრათაგან იყო არჩეული. ისარგებლა პეტერბურგში ყოფნით აგრეთვე იმ მხრივ, რომ ჩააბარა სადოქტრანტო გამოცდები სამხედრო-საექიმო აკადემიაში. ამ დროს მას უკვე ქონდა გამოქვეყნებული რვა სამეცნიერო შრომა, მათ შორის უფრო მნიშვნელოვანი: 1) „Влияние разброшения коры мозга на отделение желчи“—из патолого-физиологической Лаборатории при клинике душевных и нервных болезней академика В. М. Бехтерева, დაბეჭდილი „Обозрение психиатрии“ 1901 г. № 11-ში, 2) Лечение столбняка впрыскиваниями эмульсии из вещества мозга здоровых животных. Из Обуховской больницы. Русский Врач. 1903 № 31. 3) Имеют-ли глисты этнологическое значение при appendicitis-e. Больничная газета Поткина 1902 год № 29. 4) О первичных эхинококках плевры. Протокол Кавказского Медицинского Общества, № 6 1906 г.

1903 წელს სპირიდონ ვირსალაძე დანიშნული იყო ტფილისში ყოფილი მიხეილის საავადმყოფოს თერაპევტიული განყოფილების გამგეთ და მთავარი ექიმის თანაშემწედ. მას თუმცა ეძნელებოდა პეტერბურგის მიტოვება, მით უმეტეს, რომ სადისერტაციო შრომა უნდა დაეწერა იქ, მაგრამ დამოუკიდებელი მუშაობის პერსპექტივები დიდ დაწესებულებაში და ისიც თავის სამშობლოში იმდენად ფართო იყო, რომ მან მიატოვა პეტერბურგი და სამუდამოდ დაბინავდა ტფილისში.

იმ დროს ასეთ პასუხისმგებელ ადგილზე ქართველი ექიმის დანიშვნა იშვიათი შემთხვევა იყო და, რასაკვირველია, სპ. ვირსალაძის ჩამოსვლა ტფილისში შეუმჩნეველი არ დარჩა. მალე შეუდგა იგი მუშაობას, გამოდიოდა საექიმო



საზოგადოების სხდომებზე მოხსენებებით და მთელი თავისი მუშაობით დაიმსახურა დაკვირვებული და ცოდნით აღჭურვილი კლინიკისტის სახელი. ამ დროს იგი უფრო გატაცებული იყო საზოგადო ხასიათის საკითხებით და მისი მოხსენებები საზოგადოებაში ნაკლებად შეიხებოდნენ კლინიკურ საკითხებს. მან გამოაქვეყნა შემდეგი შრომები: 1) Как организовать земскую медицину на Кавказе, 2) К вопросу о переполнении гражданских больниц в Тифлисе, 3) Научные принципы больничного строя и действующее гражданское больничное законодательство в России, 4) Доклад комиссии по вопросу об издании медицинского журнала при Кавказ. медич. обществе და სხვა.

მიხეილის საავადმყოფოში მუშაობის დროს მან მიიღო მივლინება რუსეთში და საზღვარგარეთ (1908—1910 წ.) სამეცნიერო მიზნით. ეს შემთხვევა მან ისარგებლა სადისერტაციო შრომის დასამუშავებლად და დისერტაცია ბრწყინვალეთ დაიცვა სამხედრო საექიმო აკადემიაში 1910 წელს. მისი დისერტაცია: „К вопросу о преждевременной плотности периферических артерий и об ея отношении к такназываемой аортальной гипоплазии“ საუკეთესო შრომას წარმოადგენს. მას შემდეგ, რაც ეს დისერტაცია დაიბეჭდა, გაიარა უკვე 21 წელმა, მაგრამ ამ შრომას დღესაც დიდი მნიშვნელობა აქვს და ხშირად შევხვდებით ხოლმე მის მოხსენებას ეხლაც კი სხვადასხვა შრომებში. საკმარისია აღვნიშნოთ ეხლახან გამოსული წიგნი პროფ. შორისა ( Проф. Г. В. Шор. О смерти человека. Введение в танатологию), სადაც ავტორი სარგებლობს სპ. ვირსალადის დასკვნებით.

დისერტაციის დასკვნებით სარგებლობენ აგრეთვე უცხოელი ავტორები. ამ მხრივ საკმარისია დავასახელო გერმანელი თერაპევტების კონგრესის კრებული, სადაც მოთავსებულია პროფ. Nenadovics-ის მოხსენება, წაკითხული კონგრესზე სათაურით: „Die Myasthenie der Herz uud Gefässmuskulatur des Gruudlage der Arteriosklerose“, გვერდი 705—730. Verhandlungen des Deutschen kongresses für iunere mediziu-ში 1910 წ.

უფრო გაცხოველებულ მეცნიერულ მუშაობას პროფ. ვირსალადე აწარმოებდა მაშინ, როდესაც ტფილისში უნივერსიტეტი დაარსდა. მართალია, პედაგოგიურ ასპარეზზე გაშოსვლა მას მოუხდა შედარებით გვიან, უკვე ხანში შესულ ადამიანს, მაგრამ სწორედ ეს დრო იყო უფრო ნაყოფიერი მეცნიერული მუშაობის მხრივ. ძველ დროს ტფილისში უნივერსიტეტის დაარსება, და ისიც ქართულის, ოცნებას წარმოადგენდა ბევრისთვის. შეიძლება ამით აიხსნება ის გაცხოველებული მუშაობა, რომელიც სწარმოებდა სხვადასხვა კათედრებზე უნივერსიტეტში. იქ მუშაობის დროს სპ. ვირსალადემ გამოაქვეყნა ქართულ, რუსულ, გერმანულ და ფრანგულ ენებზე 14 დაბეჭდილი სამეცნიერო შრომა, ზოგი მათგანი იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ მოყვანილია უცხოელ ავტორთა დიდ სახელმძღვანელოებში. საკმარისია ამ მხრივ აღვნიშნო მისი საუკეთესო შრომა სუბდიაფრაგმულ აბსცესების შესახებ დაბეჭდილი გერმანულად ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბეში 1922 წელს სათაურით—„Zur Diagnose der Leber und subdiaphragmalabzesse“, ამ შრომას ძლიერ ხშირად იხსენიებს



გერმანელი მეცნიერი პროფ. Karl Susti თავის შრომაში—„Die Amöbenerkrankungen der Leber und anderer innerer Organe bei Ruhr“, რომელიც დაბეჭდილია პროფ. Mense-ს ცნობილ სახელმძღვანელოში—„Handbuch der Tropenkrankheiten“-ში. ამ 14 შრომათა შორის აღსანიშნავია კიდევ შემდეგი წერილები: 1) „La malaria en Géorgie et le problème de la lutte antipaludéenne“ დაბეჭდილი La Revue Internationale de la Croix-Rouge-ში 1924 წელს, 2) Zum intravöneschinin injektion bei Malaria, დაბეჭდილი Leitschrift für klinische Medizin, 1925 3) Zur diagnose der Leber und subdiaphragma abszesse. Neue Untersuchungen, დაბეჭდილი Prof. Nocht-ის Festschrift-ში 1927. აღსანიშნავია, რომ ეს შრომა დაბეჭდილი იყო ცნობილ გერმანელ მეცნიერის პროფ. Nocht-ის სახელობის სამეცნიერო კრებულში თანახმად გამბურგის ტროპიკული ინსტიტუტის მთელი კოლეგიის თხოვნისა, Nocht-ის სახელობის კრებული კი იყო გამოცემული Nocht-ის იუბილეს გამო, რომელიც გამბურგის ტროპიკულმა ინსტიტუტმა დიდი ზემოთ გადაიხადა; ამ კრებულში უცხოელ ავტორის მოხვედრა კი არც ისე ადვილი იყო.

მაგრამ პროფ. ვირსალაძის მუშაობა მარტო ზემოაღნიშნულით არ განისაზღვრება. იგი იღებდა მონაწილეობას ქართულ საზოგადოებრივ საქმეებში, როგორც წინედ, ძველ დროს, ისე განახლებულ ცხოვრების შემდეგ. რასაკვირველია, ამ მხრივ უფრო მეტი საშუალებები ქონდა მას ბოლო დროს. საკმარისია აღვნიშნოთ მისი მხურვალე მონაწილეობა საქართველოს სამეცნიერო კონგრესებში. ამ კონგრესებს უაღრესი მნიშვნელობა აქვს ქართველ ექიმთა მეცნიერულ მუშაობაში. თითქმის ყოველ კონგრესზე სპ. ვირსალაძე გამოდიოდა მოხსენებებით საპროგრამო საკითხებზე, ამავე დროს იგი ყოველთვის იყო წევრი საორგანიზაციო კომიტეტისა და უშუალო მონაწილეობას ღებულობდა კონგრესის მოწყობაში და მუშაობაში. პირველ კონგრესზე მან წაიკითხა საპროგრამო მოხსენება—მალარიის თანამედროვე პრობლემის მდგომარეობა, მესამე კონგრესზე—საპროგრამო მოხსენება—ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკურ კლასიფიკაციისათვის, მეოთხე კონგრესზე—საპროგრამო მოხსენება—ამებიანის კლინიკა, მეხუთე კონგრესზე—კუჭის წყლული. ყველა ეს მოხსენებები დაბეჭდილია „თანამედროვე მედიცინაში“-ში.

სპირ. ვირსალაძემ მიიღო აქტიური მონაწილეობა საექიმო ფაკულტეტის დაარსებაში. სხვებთან ერთად იგი იყო მივლინებული ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებისაგან უნივერსიტეტის გამგეობაში საექიმო ფაკულტეტის მოსაწყობად. ეს იმ დროს, როდესაც ბევრ ქართველ ექიმს ეჭვი ეპარებოდა ასეთი ფაკულტეტის გახსნის შესაძლებლობაზე.

მას მიუძღვის აგრეთვე დიდი ღვაწლი ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების დაარსებაში, იგი იყო საინიციატივო ჯგუფში და ითვლება ერთ-ერთ დამაარსებელთაგანათ იმ საზოგადოებისა. დღეს ყველასათვის ცხადია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა ქონდა ასეთ საზოგადოების დაარსებას.

სპირ. ვირსალაძე ჯერ კიდევ ძველ დროს ფიქრობდა ტროპიკული ინსტიტუტის დაარსების შესახებ. 1913 წელს ამ მიზნით მან შეადგინა ფრიად საგულისმძიერო მოხსენება, სადაც ამტკიცებდა, რომ ტფილისში აუცილებელ

საკიროებას წარმოადგენს ასეთი ინსტიტუტის დაარსება. ეს მოხსენება იყო დაბეჭდილი 1916 წელს ჟურნალ „Русский Врач“-ში. თუმცა მას ამ საკითხში მხარი დაუჭირა პროფ. ევგ. მარცინოვსკიმ, მაგრამ მაშინ ხალხის ჯანმრთელობაზე, ისიც ამიერ-კავკასიაში, ნაკლებად ფიქრობდნენ და ეს მისი სურვილი განხორციელდა მხოლოდ საბჭოთა მთავრობის დახმარებით 1921 წელს. წელს დამთავრებული იყო მშენებელი ახალი შენობა, რომლის ოფიციალურ გახსნას სამწუხაროდ იგი ვეღარ მოესწრო. ამ ახალ დაწესებულებას მან დაუდო საფუძვლად ის ცოდნა და გამოცდილება, რომელიც მან მიიღო უცხოეთში ტროპიკულ ინსტიტუტებში მუშაობის დროს. ამ მიზნით იგი იყო მივლინებაში საზღვარ-გარეთ 1912—13 წელს და დათვალიერა გამბურგის, ლონდონის და რომის ტროპიკული ინსტიტუტები. საბჭოთა ხელისუფლების დროს ორჯერ იყო მივლინებული უცხოეთში სამეცნიერო მიზნით—1924 და 1927 წელს. მისივე ინიციატივით იყო მოწყობილი ამ ინსტიტუტთან სამალაროო კურსები, სადაც მოამზადა რამოდენიმე ათეული ექიმი (87) მალარიოლოგი. დღეს ეს ექიმები გაფანტულნი არიან საქართველოს სხვადასხვა კუთხეებში და ინსტიტუტთან გაბმულ მეცნიერულ კავშირის საშუალებით ემსახურებიან მოსახლეობის გაჯანმრთელების დიდ საქმეს. თვით ინსტიტუტში გაცხოველებული მეცნიერული მუშაობა სწარმოებს. საკმარისია აღვნიშნოთ, რომ ინსტიტუტის მიერ გამოქვეყნებულია ქართულ, რუსულ, ფრანგულ და გერმანულ ენებზე 60 მეტი სამეცნიერო შრომა. ამ ინსტიტუტის გამოკვლევებმა უკვე დიდი ხანია, რაც მიიპყრეს საკავშირო და ევროპის მეცნიერების ყურადღება. სამწუხაროდ საინტერესო და დიდი, უკვე დაწყებული შრომის Kala-Azar-ის შესახებ ვერ მოასწრო დამთავრება.

მთავარი მუშაობა სპირ. ვირსალაძისა სწარმოებდა ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტში—ყოფილი მიხეილის საავადმყოფოში. აქ მან გაატარა 27 წელიწადი. უფრო ინტენსიური მეცნიერული მუშაობა მან აწარმოვა სწორედ იმ წლებში, როდესაც იგი იყო დანიშნული უნივერსიტეტის მიერ შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალური კლინიკის გამგედ (1921 30 წ.). ამ ხნის განმავლობაში მისი კლინიკიდან გამოვიდა 50 მეცნიერული შრომა, დაბეჭდილი ქართულ, რუსულ, ფრანგულ და გერმანულ ენებზე. დიდ დროს ანდომებდა აგრეთვე სტუდენტებთან მეცადინეობას. სამწუხაროდ იგი დატვირთული იყო აგრეთვე ადმინისტრაციული მოვალეობით და მთელ თავის დროს ვერ ანდომებდა კლინიკას. დიდი ხნის განმავლობაში იყო ცენტრალური ინსტიტუტების დირექტორად. მხოლოდ მისი ენერგიით შეიძინა საავადმყოფომ ახალი შენობა, სადაც მოთავსებულია ამბულატორია. მისივე დახმარებით მოეწყო საავადმყოფოში სამი ძირითადი კლინიკა (თერაპევტიული, ქირურგიული, ნერვიული) და განყოფილებები: უროლოგიური, ყელი, ყური და ცხვირის. მისივე დახმარებით გაფართოვდა რენტგენის კაბინეტი, მოეწყო უკეთ ფიზიო-ტერაპევტიული კაბინეტი.

სპირ. ვირსალაძეს კარგათ ქონდა შეთვისებული, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ქართველ ექიმებისათვის პერიოდიულ სამეცნიერო ჟურნალს. მან სხვებთან ერთად რამდენიმეჯერ სცადა ასეთი ჟურნალის დაარსება და ამ მხრი-

ვაც მას მიუძღვის დიდი ღვაწლი. მის მიერ დაარსებული „ტროპიკული მედიცინის მოამბე“ (1928 წელს) დღეს უკვე დიდ სამსახურს უწევს ექიმებს, ხოლო „თანამედროვე მედიცინა“-ს წინამორბედმა ჟურნალებმა, რომელთა დაარსებაშიც სპ. ვირსალაძე დიდ მონაწილეობას იღებდა, გზა გაუკაფეს ასეთ ჟურნალების საჭიროებას. იგი იყო მიწვეული სორედაქტორად „Большая медицинская энциклопедия“-ს რედაქტორის მიერ. მას ქონდა დავალებული დაეწერა ამებური დიზენტერია და მალარიის კლინიკა ხსენებული ენციკლოპედიისათვის.

მიუხედავად დიდი დატვირთვისა კლინიკაში და ტროპიკულ ინსტიტუტში მუშაობით, იგი პოულობდა კიდევ დროს ავადმყოფებისათვის. იგი უარს არავის არ ეუბნებოდა და ყველას სიამოვნებით აძლევდა დარიგებას. მოსახლეობაში მას ქონდა დიდი ავტორიტეტი მცოდნე და გამოცდილი ტერაპევტისა. იგი არა ერთხელ გაუწვევიათ აგრეთვე მეზობელ რესპუბლიკებში მძიმე ავადმყოფებთან. მას არა ერთი მძიმე ავადმყოფი გადაურჩენია სიკვდილისაგან. მისი შესანიშნავი დიაგნოზი „Pyo-pneumothorax Subphrenicas“ სავსებით გამართლებული ოპერაციაზე დიდი ხნის განმავლობაში იყო აღტაცების საგნათ ექიმთა და სტუდენტთა შორის კლინიკაში. თუ რამდენად ძნელია ამ ავადმყოფობის გამოცნობა, ნათლად სჩანს გამოჩენილი გერმანელი კლინიკისტის Leyden-ის სიტყვებიდან.

როდესაც ასე დატვირთული ადამიანი დღითი-დღე მუშაობით ვერ პოულობს ვერც ერთ დღეს დასასვენებლად, მის დაღლილ სხეულს ადვილად სჯობნის ავადმყოფობა და დღეს, როდესაც ვიგონებთ მის მუშაობას, ვიგონებთ აგრეთვე მრავალ გამოჩენილ ექიმის ბედისწერას—ყოველ დღე, ყოველ წუთს ექიმი ზრუნავს სხვის ჯანმრთელობაზე, მხოლოდ საკუთარზე ნაკლებად. სპირ. ვირსალაძე დაიღუპა უეცრივ, მას დარჩა ბევრი გასაკეთებელი საქმე, მაგრამ ვიმედოვნებთ, რომ მისი ახალგაზრდა მოწაფენი გაორკეცებული ენერგიით განაგრძობენ მუშაობას.

ექ. ნიკ. ყიფშიძე.

აღ. ლეჟავა

უფროსი ასისტენტი

## დიაფრაგმის თანდაყოლილი დეფექტი მარჯვენა კლევრის ღრუში ცთომილი ბადემონით

ტფილისის უნივერსიტეტის ანატომიური ინსტიტუტიდან (გამგე პროფ. აღ. ნათიშვილი).

შემთხვევა შეეხება შინაურ კატას *Felis domestica*, რომლის ვივისექციის დროს შემჩნეულ იქმნა ბადექონის ნაჭერი მარჯვენა პლევრის ღრუში. მუცლის ღრუდან გასინჯვისას აღმოჩნდა, რომ დიდი ბადექონის მარჯვენა ნახევარი გადაწეულია მარჯვნივ და მისი მარჯვენა ნაპირი უვლის ლეიძლს მარჯვენა მხრიდან, უკანასკნელის წილებს შორის არსებულ ღარში წვება, გაივლის დიაფრაგმის ხორციან ნაწილს (*pars costalis*) და შედის პლევრის ღრუში. ხერეული მცირე ოდენობისაა. მისი სიგრძე უდრის 4,5 m.m. სიგანე არ აღემატება 1 m.m. ამრიგათ ხერეული ნაპრალოვანი ხასიათისაა და მისი გასწვრივი ღერძი მდებარეობს დიაფრაგმის კუნთოვანი ბოჭკოების თანასწვრივით. იგი დაშორებულია გულმკერდის კედელს: მარჯვენა მხარეზედ—2 cm. მარცხენა მხარეზედ—14 cm. უკანა კედელს—5 cm. წინა კედელს—2,5 cm. დიაფრაგმისთან შეზრდილი ბადექონი ხერელში უძრავათაა გამაგრებული. პლევრის ღრუში მოქცეული ბადექონის ნაჭერი საკმარისად დიდაა. მისი სიგრძე უდრის 6,5 cm., სიგანე—5,3 cm. იგი ძვეს დიაფრაგმის გუმბათზე ისე, რომ გაშლილია მარჯვენა ფილტვის ფუძის ქვეშ. ბადექონის აღნიშნული ნაჭერი შუაში ნაპრალოვანი ხასიათის ღრუს შეიცავს, რომლის კედელიც პერიტონეუმის დუბლიკატურითაა წარმოდგენილი. ეს ღრუ რომ გაიბეროს, ბადექონის პლევრალური ნაწილი მიიღებს ჰორიზონტალურ სივაკეში მდებარე ელიფსოიდის ფორმას. ბადექონის პლევრალური ნაწილი მაკროსკოპულად სრულიად მსგავსია მუცლის ღრუში მოთავსებული ბადექონისა. შეგნეულობის ორგანოების ტოპოგრაფია ნორმის ესაბამება.

ასეთი ანომალია ცნობილია, როგორც დიაფრაგმის განვითარების მანკი ნაადრევ ემბრიონალურ ხანაში, როდესაც უცნობი მიზეზების გამო არ სწარმოებს მუცლისა და პლევრის ღრუების სრული იზოლიაცია, არ შეეზრდებიან ხოლმე ერთმანეთს ე. წ. *septum pleuro-peritoneale* და *septum transversum*. აღნიშნული გარემოება კი თავისთავად იწვევს დეფექტის მიდამოში კუნთოვან ბოჭკოების დანაკლისს (უკანასკნელნი შეიჭრებიან დიაფრაგმის დასახელებულ ორ გარსს შორის სხეულის კედლებიდან ე. წ. კისრის მიოტომების ხარჯზედ). დიაფრაგმის ასეთი დეფექტი შეიძლება განვითარდეს, როგორც კუნთოვან, ისე

მეცხოვან ნაწილებში \*). Gautier-მა \*\*) შეჰკრიბა დიაფრაგმის სრული არ არსებობის 5 შემთხვევა.

რომ ჩვენი შემთხვევა განვითარების მანკს წარმოადგენს, მტკიცდება მთელი რიგი ნიშნებით: პათოლოგიური მოვლენების არ არსებობა, ამავე დროს შეუსაბამობა პლევრის ღრუში მოთავსებული ბადექონის ნაჭრის სისქისა და მის მიერ განვლილ ნაპრალის სიდიდის შორის, და, ბოლოს, ხერელის ნაპრალოვანი ხასიათი და მისი მიმართულება კუნთოვან ბოჭკო-უჯრედების თანასწორივად.

შუასაძგიდის ხერელში ბადექონის შეჭრა ჩვენი აზრით არის შედეგი გულმკერდის ღრუს შემწოვი თვისებისა და ეს მოვლენა უნდა განვითარებულიყო პირველ დღეებშივე დაბადების შემდეგ. ცხადია, რომ გულმკერდის ღრუსაკენ შუასაძგიდის შედარებით მცირე ნაპრალში შესვლისათვის ბადექონს მეტი შესაძლებლობა ჰქონდა, ვიდრე მუცლის ღრუში მოთავსებულ სხვა რომელიმე ორგანოს, ბადექონის უაღრესი პლასტიური თვისებათა გამო. რომ ამ შემთხვევაში მექანიკურ მომენტს ჰქონდა გადამწყვეტი როლი, იქიდანაც სჩანს, რომ ბადექონი მუცლის ღრუს მხრიდან დიაფრაგმას მეტად ვიწრო დაჭიმული ფეხით ებჯინება მაშინ, როდესაც გულმკერდის მხრივი ნაწილი დიაფრაგმასთან მიმაგრების ალაგას საკმარისად სქელია. შუასაძგიდის დეფექტის შეწებების შემდეგ ხერელთან მიმაგრებული ბადექონის აბდომინალური ნაწილი დაიჭიმა, ვინაიდან მასთან უშუალოდ დაკავშირებულმა კუჭნაწლავის ტრაქტმა თანდათანობით ზრდისა და ამუშავების გამო წასწია იგი უკან მუცლის ღრუსაკენ. ამ გარემოებისა გამო ბადექონის აბდომინალური ფეხი თანდათან გათხელებისა და ატროფიის გზაზედ დადგა.

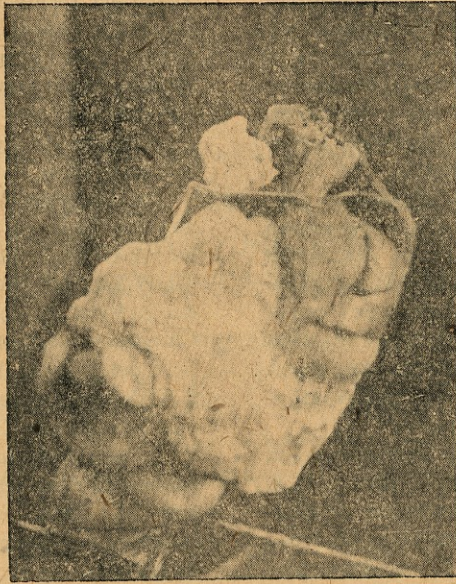
ამრიგად ბადექონმა ჩვენს შემთხვევაში ორგანიზმის სასარგებლოთ მეტათ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა. მან ერთის მხრივ თავისი მასით დაჰფარა დიაფრაგმაში არსებული დეფექტი—აღადგინა დიაფრაგმის მთლიანობა და დაამყარა ნორმისათვის შესაბამი წონასწორობა. მეორეს მხრივ ამავე დროს ბადექონს დიაფრაგმასთან კავშირის გაწყვეტის მისწრაფება შეეტყო. ცხადია ეს რომ მომხდარიყო, ბადექონს დაუბრუნდებოდა მოძრაობის სრული თავისუფლება და მუცლის ღრუში აღდგებოდა ორგანოთა ურთიერთობის სრული ნორმა.

დიაფრაგმის ასეთი თანდაყოლილი მანკთან შედარებით ლიტერატურაში უფრო ხშირად აწერილია მისი პათოლოგიური გახვრეტის შემთხვევები. ორივე შემთხვევაში მუცლის ორგანოებს შორის უფრო ხშირად გულმკერდის ღრუში გადადიან: ბადექონი, კუჭი და ელენთა. ამასთან ერთად დიაფრაგმის პათოლოგიური გახვრეტა ტრავმის ნიადაგზედ უფრო ხშირია მარცხენა მხარეზედ. ეს აიხსნება, როგორც ფიქრობენ, იმ გარემოებით, რომ მარჯვენა მხარეზედ დიაფრაგმას ებჯინება და იცავს ღვიძლი.

ჩვენ მიერ აწერილი პრეპარატი ინახება ტფილისის ანატომიურ ინსტიტუტის მუზეუმში.

\*) Крылов А. П. - проф. Учение о грыжах 1929 г. 533.

\*\*) Ibidem.



Ассистент Д-р А. Лежава.

Случай врожденной диафрагмальной правосторонней грыжи.

Автор описывает случай диафрагмальной грыжи обнаруженный при висекции взрослого кота. Часть правой половины большого сальника обходя печень справа, закладывается между ее долями, доходит до диафрагмы, прободает ее мышечную часть (pars costalis) к низу и вправо от centrum tendineum и выходит в плевральную полость. Этот отросток занимает почти все пространство под основанием правого легкого. Длина отростка—6,5 ст ширина—5,3. Диафрагмальный дефект представляет едва заметную щель, длинник которой располагается параллельно мышечным пучкам диафрагмы. Очень характерно утончение сальниковой ножки на месте прикрепления ее к диафрагме со стороны брюшной полости.

D-r. A. LESCHAWA.

Ein Fall angeborenen, rechtsseitigen Diaphragmabruches.

Der Autor beschreibt den Fall eines bei einer Vivisektion an einem ausgewachsenen Katers beobachteten Bruches. Ein Teil der rechten Hälfte des grossen Netzes schiebt sich, die Leber rechts umgehend zwischen deren Lappen, gelangt bis zum Diaphragma, durchbricht dessen Muskelteil (pars costalis) etwas tiefer und rechts vom centrum tendineum und mündet in den Pleuraraum. Dieser Ausläufer nimmt fast den ganzen Raum unter dem Ende der rechten Lunge ein; er ist 6,5 cm. lang und 5,3 cm. breit. Der Defekt des Diaphragmas stellt eine kaum bemerkbare Spalte dar, deren Langsachse parallel zu den Muskelsträngen liegt. Bemerkenswert ist die Verjüngung des Netzfusses da, wo er in der Bichtung der Bauchhöhle an das Diaphragma befestigt ist.



В виду отсутствия признаков какого-либо патологического процесса, автор склоняется к тому, что дефект образовался в течении первых дней эмбриональной жизни, когда вследствие неизвестных причин, полного слияния septum transversum и septum pleuroperitoneale не произошло, что и повлекло за собою образование дефекта в мышечной части перегородки.

Приводя коротко литературные данные касающиеся частоты и размеров подобного дефекта диафрагмы, автор указывает, что небольшие размеры дефекта в данном случае дают больше возможности для проникновения именно большого сальника как органа брюшной полости чрезвычайно пластичного и подвижного.

В заключение автор рассматривает это движение большого сальника в данном случае, как наиболее целесообразное с биологической точки зрения, а именно сальник замыкает дефект и утончаясь со стороны брюшной полости обнаруживает стремление окончательно порвать связь с диафрагмой и таким образом возстановить полностью существующие в норме отношения.

Da keine Anzeichen irgend eines pathologischen Prozesses vorliegen, so meint der Autor, dass der Defekt sich in den ersten Tagen der Embryonalperiode herangebildet hat, wo infolge unbekannter Ursachen eine vollkommene Veereinigung des septum transversum mit septum pleuroperitoneale nicht zustande kam, was seinerseits die Bildung des Defektes im Muskelteil des Diaphragmas zur Folge hatte.

Die Literatur hinsichtlich der Häufigkeit und des Umfanges solcher Defekte des Diaphragmas kurz berührend weist der Autor darauf hin, dass die geringen Dimensionen des Defektes im vorliegenden Falle mehr Chancen für die Möglichkeit eines Eindringens des grossen Netzes als eines in der Bauchhöhle gelegenen, überaus plastischen und beweglichen Organs bieten.

In seiner schlussfolgerung betrachtet der Autor die Verschiebung des Netzes in diesem Falle als die vom biologischen Standpunkte aus zweckensprechendste—das Netz verschliesst den Defekt und strebt sich in der Richtung von der Bauchhöhle verjündend, die Verbindung von dem Diaphragma vollständig zu vernichten, um auf diese Weise die normalen Verhältnisse wiederherzustellen.





მე 10. მამალაძე

ჰოსპიტალური თერაპიული კლინიკის ლაბორანტი

## კურორტ წყალტუბოს აკროტოტერაპიის მნიშვნელობა სახსრების დაავადებათა მკურნალობაში ოთხი წლის ამ- ბულატორიულ მასალის მიხედვით\*)

უკანასკნელი ოთხი წლის განმავლობაში კურორტ წყალტუბოში მუშაობის დროს ჩვენ ხელში გაიარა მრავალ-რიცხოვანმა საინტერესო მასალამ, მაგრამ ჩვენ გვაკლია აღნიშნულ მასალის სრული დამუშავება. ჩვენგან დამოუკიდებელი მიზეზების გამო, მოკლებული ვიყავით საშუალებას შემთხვევების ფოტოგრაფიული ფიქსაციის, მასალის ლაბორატორიულად შესწავლის და რენდგენოდიაგნოსტიკასაც.

ცხადია, რომ მხოლოდ აღნიშნული საშუალებებით დამუშავებული და მასთან კლინიკურად შეფასებული მასალა მოგცემდათ თქვენ მკვიდრ საფუძველს მსჯელობისა და დასკვნებისათვის. მაგრამ მიუხედავად ამისა საჭიროება მაინც მოითხოვს გავიზიაროთ საერთო მიმოხილვა, საერთო შთაბეჭდილობა საინტერესო მასალის რეგისტრაციით სახსრების დაავადებათა როგორც მკურნალობითი შედეგების, ისე სრულიად უშედეგო შემთხვევების, რომელთაც ადგილი ჰქონდა კურორტ წყალტუბოში. ეს აუცილებელია იმიტომაც, რომ ისედაც ძლიერ ღარიბია საქართველოს ბალნეოპუნქტების და კერძოდ წყალტუბოს რადიაქტიულ წყლების მოქმედების და თვისებების ობიექტიური ლიტერატურული გაშუქება, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ხალხის ზეპირგადმოცემას, რომელიც სავსეა ემპირიზმის უკიდურესობით.

თანამედროვე ექსპერიმენტალურმა მეცნიერებამ ამგვარ შეხედულებას რასაკვირველია საფუძველი გამოაცალა, მეორეს ძხრივ სრული ობიექტობა გვაულებს ვალიაროთ, რომ პირველი სიტყვა, პირველი აზრი წყლით მკურნალობითი მნიშვნელობის შესახებ და მისი პრაქტიკული გამოყენება ხალხის კოლექტიურ აზროვნებაშია ჩასახული. ავთამყოფობის გაჩენა და წყლის სამკურნალო მიზნებით გამოყენება—ორივე ისტორიის შორეულ წარსულშია გადაკარგული.

ამგვარად ჩვენ რასაკვირველია არ გამოვეკიდებით იმ ზღაპრულ გადმოცემებს, რომელიც არსებობს წყალტუბოს შესახებ და რომელიც ქმნის ხალხში ნამდვილ ფსიქოზს. ამგვარი ფსიქოზის შედეგია ის გარემოება, რომ ხშირად მთელი გვარეულობა, ას სულზე მეტი, სწყდება სოფლის მუშაობას, მისწრაფის წყალტუბოსაკენ და სრულიად სერიოზულად დაჯერებული იმაში, რომ ორი-

\*) მოხსენდა საქართველოს 1 საკურორტო ყრილობას 1928 წ. მარტში.



დღის ბანაობის შემდეგ ის განთავისუფლებულია დაავადებისაგან, ბრუნდება სახლისაკენ.

ჩვენ შოგაწოდებთ სრულიად ობიექტურად ოთხი წლის განმავლობაში ჩვენ ხელში გავლილ მასალოზე ცნობებს. მასთან ჩვენ არ შეგვხვებით ნერვიულ დაავადებათა და აგრეთვე ქალთა სნეულებათა იმ მრავალრიცხოვან მასალას, რომელიც საჭიროებს ცალკე მომხსენებელს. ჩვენ ავიღეთ მხოლოდ სახსრების დაავადებანი, ვინაიდან დიდი უმრავლესი ნაწილი წყალტუბოში გავლილი ავთომყოფებისა ეკუთვნოდნენ დაავადებულთა აღნიშნულ კონტიგენტს. ასე მაგ., თუ უკანასკნელი ოთხი წლის განმავლობაში კურორტ წყალტუბოში ბალნეპროცედურით ისარგებლა დაახლოვებით 68 ათასმა ავთომყოფმა, მათ შორის სახსრების სხვადასხვა დაავადებით შეპყრობილი იყო სამი მესამედი. დაავადებულთა უმრავლესი ნაწილი დედაკაცებს ეკუთვნოდნენ.

სახსრების რევმატიული მწვავე ანთების მკურნალობის შესახებ ვერავითარ დასკვნას ვერ მოგაწოდებთ, ვინაიდან ჩვენ საზოგადოთ წინააღმდეგი ვიყავით ამგვარ ავადმყოფთათვის აბაზანების დანიშნვისა მით უმეტეს, არა სტაციონალურ პირობებში და ავადმყოფებს მუდამ უარს ვეუბნებოდით.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ წყალტუბოს მთავარ სამკურნალო ობიექტათა ამ 4 წლის განმავლობაში თითქმის ყოველთვის კარგი შედეგებით გამოყენებული იყო ავთომყოფები შეპყრობილი სახსრების ქრონიკული ანთებით.

ნეკრესის ქარის ანუ პოდაგრის მკურნალობითი შედეგებზე ქვემოთ მოგახსენებთ.

მე ლაპარაკი მაქვს რასაკვირველია იმ ავთომყოფებზე, რომელთაც გაატარეს სრული კურსი სამკურნალო პროცედურისა, რომლის მიზნით ერთ სეზონში უდრიდა 30 აბაზანას. ხშირად ერთი და იგივე ავადმყოფი განმეორებირ ატარებდა მკურნალობას. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ სახსრების რევმატიული დაავადებათა ხშირი თანამგზავრი მოვლენები გულის მხრივ ენდოკარდიტის ან მიოკარდიტის სახით ჩვენს საპროცედურო დანიშნულებას სრულიად არ უშლიდა ხელს, ვინაიდან წყალტუბოში მომუშავე ყველა ექიმების მიერ (ანდრიაძე, ხასკინი, ქავთარაძე და სხვები) შენიშნული იყო გულის მდგომარეობის გაუმჯობესებაც. გულის მანკით შეპყრობილი ავთომყოფნი სარგებლობდნენ ბალნეო-პროცედურით, რასაკვირველია, სათანადო გაფრთხილებით და დროს განსაზღვრით.

ცხადია რომ გულის მანკით ავადმყოფნი დეკომპენსაციის ხანაში ბალნეო-პროცედურით ვერ ისარგებლებდნენ.

პროფესიის მიხედვით საპროცედურო ფურცლებში სახსრების რევმატიული დაავადებით აღნიშნულია მიწის მუშები, მეზღვაურები, მექანიკოსები, მრეცხავები, ინჟინრები, მასწავლებლები, მომვლელი ქალები, ექიმები და სხვები.

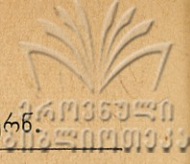
მკურნალობითი შედეგის გაოსახულობა მიმდინარეობდა ბალნეო-ტერაპიის ჩვეულებრივი კანონიერებით: 2—8 აბაზანამდე იწყება გამწვავების ხანა, რომელიც გამოიხატება სახსრების ადგილობრივი ტკივილებით, ოდნავი შეწითლებით და ხშირად საერთო რეაქტიული მოვლენებით სიცხის აწვევის სახით. ეს უკანასკნელი არ არის მაღალი. ზოგიერთ შემთხვევებში ტკივილები იმდენად მწვავეა, რომ ავთომყოფები სასოწარკვეთილებაში ვარდებიან. გამწვავების ხანა

თანდათანობით გაივლის ხოლმე, მაგრამ ავადმყოფს მაინც რჩება ერთგვარი მდგომარეობა, რომელიც გამოხატავს შიშს, გამწვავების მოსალოდნელ განმეორებისადმი. ეს შიში დიდ უმრავლეს შემთხვევებში უსაფუძვლოა, მაგრამ არის შემთხვევები გამწვავების განმეორებისაც.

სალიუსტრაციით მოკლედ მოგიყვანთ რამოდენიმე შემთხვევას:

1. ავადმყოფი ქალი 37 წ. ვათხოვილი, დიასახლისი ქ. ქუთაისიდან, ცხოვრობს მოსკოვში, არავითარი ავადმყოფობა არ გადაუტანია. 1925 წლის დასაწყისში უეცრივ გაცივდა და დასჩემდა მრავალ სახსართა ტიპიური მწვავე რევმატიული ანთება მაღალი სიცხით. ტკივილებს მფრინავი ხასიათი აქვს. ისინი სწრაფად ედებიან, ხანგამოშვებით, ყველა სახსრებს. ტკივილების სიძლიერე დაკავშირებულია ბარომეტრიულ ცვლილებასთან. სახსრები შემუშპებული და შეწითლებულია. ავადმყოფი ვერ ინძრევა. მას მკურნალობენ სალიცილატებით, რომლის შედეგათ ავადმყოფობას სიმწვავე ეკარგება. რამოდენიმე ხნის შემდეგ ავათმყოფი წაძოიყვანეს წყალტუბოში: ორივე მუხლის სახსრები შემუშპებული და ოდნავ შეწითლებულია, მოძრაობა შეზღუდულია ტკივილ ბის გამო, მოძრაობისას ძალზე მტკივნეულია აგრეთვე წვივტერფის და იდაყვის სახსრებიც. გული გადიდებულია და ძეაფიოთ აღინიშნება ორსარქველას ნაკლუვანობის მოვლენები. ტემპერატურა სუბფებრიული. ავათმყოფი მიღებულია საპროცედურით დიაგნოზით: *Polyarthrits rheumat subcut.* დაახლოვებით 4—6 აბაზანას მიღების შემდეგ ავათმყოფს კვლავ ეწყება ტკივილები სხვადასხვა სახსრებში, უმთავრესად მუხლის და წვივტერფის სახსრებია დაკავებული. სეზონის პირველ ნახევარში ავათმყოფმა მიიღო 30 აბაზანა, რის შემდეგ იგი საგრძობლად გაუმჯობესდა, მაგრამ თავისუფლად სიარული არ შეეძლო. სეზონის მეორე ნახევარში ავათმყოფმა განიმეორა მკურნალობა 30 აბაზანით, რის შემდეგ სახსრების შემუშპება ვაჰქრა, აგრეთვე სიწითლე, დარჩა ოდნავი ტკაცუნის მოძრაობისას. გულის ფუნქციანალური მდგომარეობა კარგია. აღინიშნება სისტოლიური შუილი გულის მწვერვალზე. ავათმყოფი კვლავ ესტუჰრა კურორტ წყალტუბოს 1927 წლის სეზონში ჯერ კიდევ ყავარჯნებით. მას ეძენება კიბეზე ასვლა მუხლის სახსრების მტკივნეულობის გამო. ავათმყოფმა მიიღო 30 აბაზანა—დასაწყისში ოდნავი გამწვავება, შემდეგ კი სრული განკურნება. ყავარჯნებს სტოვებს და მიემგზავრება თავისუფლად. 1927 წ. სეზონში ის კვლავ ესტუმრა უკვე როგორც სრულიად ჯანმრთელი და გააღფრთოვანებული პირი. ამჟამად ავათმყოფი ცხოვრობს მოსკოვში და სრულიად ჯანსაღია.

მე 2-რე ავათმყოფი, მამაკაცი, ქალაქ სოხუმიდან, დამცველ კოლეგიის წევრი, 40 წლის, ავათ არის 3—4 წელიწადი სახსრების ტკივილებით. დაეწყო მწვავე შეტევით, მაღალი სიცხით, მსხვილი და წვრილი სახსრების შემუშპებით და ტკივილებით. აშკარა დამოკიდებულობა ამინდის ცვლილებასთან. ავათმყოფი მკურნალობდა ქ. სოხუმში, პერიოდულ გაუმჯობესებას აღნიშნავდა, მაგრამ გამწვავება ძლიერ ხშირი იყო. უკანასკნელ წელს მისმა ავათმყოფობამ მავნე თვისებიანი მიმდინარეობა მიიღო. ავადმყოფი ძლიერ გახდა, აღინიშნა ანკილოტიური მდგომარეობა მუხლების და წვივტერფის სახსრების. ავადმყოფი ჩამო-



იყვანეს კურორტზე 1927 წლის ივლისში. ავადმყოფი იმდენად გამხდარი და დასუსტებული იყო, რომ ამბულატორიაში მოყვანისთანავე ჩვენ უარი უთხარით მის მეუღლეს ავადმყოფის აბაზანებით მკურნალობაზე. სტატუსში აღინიშნება საერთო სიმკრთალე და ანემიური მდგომარეობა, კუნთები საგრძნობლად ატროფიულია, კან-ქვეშა ქსოვილი გამქრალია. კანი ელოსტიობას სრულიად მოკლებულია, ორივე მუხლების და წვივტერფის სახსრები შეშუპებულია და ნოდრაობაში ნახევრად შეზღუდულია. ტემპერატურა სუბფებრული, აქტიობას ნაკლებად იჩენს. რასაკვირველია ის ლოგინით დაჰყავთ. გულის ტონები ძალზე მიყრუებულია. ფილტვებში მკვრივი სუნთქვა. პირველ დღეებში ავადმყოფს აეკრძალა აბაზანებით მკურნალობა და გულის წამლობა დაენიშნა. რამოდენიმე დღის შემდეგ დაჟინებითი თხოვნის გამო ავადმყოფს დაენიშნა აბაზანა დღე გამოშვებით. ორი კვირის შემდეგ ავადმყოფი გადავიდა ყოველდღიურ აბაზანებზე და კიდევაც აღინიშნა გამწვავება ყრუ ხასიათის ტკივილებით მსხვილ სახსრებში. საზოგადოთ ავადმყოფს ყოველდღე გაუმჯობესება ემჩნევა, როგორც თვითგრძნობის ისე ფიზიკურ მდგომარეობის მხრივაც. ავადმყოფი თანდათან უმჯობესდება და მეტ აქტივობას იჩენს. მან დაჰყო წყალტუბოში 2 თვე და მიიღო 45 აბაზანა: მკურნალობის ბოლოს ავადმყოფის მდგომარეობა საარაკოთ შეიცვალა. სახსრებში მოძრაობა სრული და თავისუფალია, მტკივნეულობა აღარ აღენიშნება. კახექტიური მდგომარეობა ავადმყოფს სრულიად გაუქრა. კანქვეშა ქსოვილმა საგრძნობლად იმატა და საზოგადოთ ორგანიზმის ტონუსი აღსდგა. 1 ნახევარი თვის შემდეგ ავადმყოფმა წერილით მაცნობა, რომ იგი სრულიად გაჯანსაღდა და მუშაობას შეუდგა. ამ ავადმყოფს წყალტუბოს შემდეგ სხვა რაიმე რადიკალური მკურნალობა არ გაუტარება.

ასეთი შემთხვევები ბევრი იყო, მაგრამ იყო აგრეთვე შემთხვევები სრულიად უშედეგო, რომლის ახსნა ჩვენთვის ძნელია. საილიუსტრაციოთ მოგიყვანთ შემდეგ მაგალითს: ავადმყოფი ქალი, მედიკურ ტენიკუმის მოწაფე, 1927 წლის დასაწყისში შეპყრობილი იყო გრიპოზული პნეუმონიით ქ. ტფილისში. მკურნალობდა ჩვენთან, იმ დროს არავითარი მოვლენები არც სახსრების და არც გულის მხრივ მას არ ჰქონდა. პნეუმონია ჩვეულებრივად მიმდინარეობდა. პნეუმონიის გავლისას მას დასჩემდა სახსრების სასტიკი ტკივილები, შეშუპებით უმთავრესად მსხვილ სახსრებში. ავადმყოფი ატარებდა მკურნალობას, მაგრამ მან შეღავათი ვერ მიიღო. ის ჩამოიყვანეს კურორტ წყალტუბოში მძიმე მდგომარეობაში: მუხლის, წვივტერფის და მარჯვენა იდაყვის სახსრები ოდნავ შეშუპებული და ძალზე მტკივნეულია, მოძრაობა მათში შეზღუდულია, გულის მხრივ აღინიშნება ორსარქმელას ნაკლულოვანობა. ეს იყო 1927 წლის ივლისში. პირველად სახსრების დაავადება მან იგრძნო 4 თვის უკან. ავადმყოფი მიღებული იყო საპროცედუროთ დიაგნოზით: Polyarthrits rheum. subac., Insuffic val. mitralis. განსაკუთრებული სიფრთხილით დაენიშნა აბაზანები ჯერ დღე გამოშვებით, ორი კვირის შემდეგ კი ყოველ დღე. ავადმყოფმა დაჰყო წყალტუბოში 1 ნახევარი თვე, მიიღო 40 აბაზანა და სრულიად არავითარი გაუმჯობესება არ უგრძნია. საინტერესოა ის გარემოება, რომ სალიცილატებით მკურნალობის დროსაც მან ვერ იგრძნო გაუმჯობესება. ესლა ავადმყოფი სოფლად იმ-

ყოფება და მის ჯანმრთელობის შესახებ დაწვრილებით ცნობები არ მაქვს. ამგვარ შემთხვევებს თუმცა იშვიათად, მაგრამ მაინც ქონდა ადგილი კურორტზე.

უფრო ცუდათ სდგას საკითხი წყალტუბოს მინერალური წყლების საშუალებით სხვადასხვა დეფორმულ არტრიტების მკურნალობისა. რის მედევიც არ უნდა იყოს სახსრების დეფორმაცია, თუ ის მკვიდრი და ხანგრძლივია, მკურნალობის დადებითი შედეგებს ნაკლებათ უნდა ველოდეთ. საილიუსტრაციოთ მოგიყვანთ ორ მაგალითს: 1-ლი, ავათმყოფი ქალი, მასწავლებელი, გაუთხოვარი, 23 წლის, ცხოვრობს ქ. ქუთაისში, ავით არის თითქმის 4 წელიწადი. ავათმყოფობა დაეწყო ტკივილებით უმთავრესად მუხლების და წვივტერფის სახსრებში. ტკივილები უფრო ყრუ ხასიათის იყო. ტემპერატურა ნორმალური ან ხან გამოშვებით სუბფებრიული. ავათმყოფობა გართულდა სახსრების დეფორმაციით; ორივე ტერფები გარეთ არიან გადადრეკილნი და ავათმყოფის ზურგზე წოლისას (მას მხოლოდ ამ პოზაში შეუძლია წოლა) მოთავსებულნი არიან ერთ პორიზონტალურ სიბრტყეში ქუსლის ძვალთან და რასაკვირველია უმოძრაოა. მუხლების და მენჯბარძაყის სახსრები სრულ ანკილოზს განიცდიან. აგრეთვე უდრეკია ხერხემლის სვეტი. ავათმყოფს თავისუფალი აქვს მხოლოდ კიდურები და კისრის მალეები. ამგვარი მდგომარეობის გამო სასოწარკვეთილებით შეპყრობილი ავათმყოფი დიდის იმედით ესტუმრა წყალტუბოს 1925 წელს. კუნთები ატროფიული, გულის მხრივ არაფერია აღსანიშნავი. ფილტვები საღი, კუჭ ნაწლავთა ფუნქცია ნორმალური, თვიური არეული. ავათმყოფი მიღებული იყო საპროცედუროთ დიაგნოზით: Arthritis deformans. 1925 წლის სეზონის პირველ ნახევარში მან მიიღო 30 აბაზანა, მაგრამ სრულიათ უშედეგოთ, მიუხედავთ ამისა ის იმედს არ ჰკარგავდა და მკურნალობდა წყალტუბოში სამი წლის განმავლობაში. გასულ წლის ივლისში ავათმყოფი გავისტუმრეთ კურორტიდან მხოლოდ უმნიშვნელო შედეგებით. სახელდობრ მას შეეძლო წელში მოხრა. დანარჩენი დეფორმაცია უდრეკათ დარჩა.

მე-2-რე შემთხვევა. ავათმყოფი ქალი გათხოვილი, ქუთაისიდან, დასჩემდა სახსრების სასტიკი ტკივილები, უმთავრესად მუხლების და მენჯ-ბარძაყის. ტემპერატურა ნორმა. მუხლის სახსრების ირგვლივ კანქვეშ აღინიშნება ელასტიური ხასიათის ხორკლოვანობა, სახსრების მოძრაობა ტკივილებს იწვევს. ავათმყოფი ჩამოიყვანეს კურორტზე 1926 წელს, მკურნალობის რამოდენიმე თვის შემდეგ, მკურნალობდენ სხვათა შორის სალიცილატებითაც, მაგრამ ვერავითარი შედეგითი ვერ შეეცყო. მისი მდგომარეობა უფრო გაუარესდა. მალე ავათმყოფი გადაიგზავნა კლინიკაში ტფილისში და იქ აღმოჩნდა, რომ ავათმყოფი შეპყრობილი იყო სარკომით, რაც აუტოფსიით დამტკიცდა. ცხადია, რომ ასეთ შემთხვევაში წყალტუბო ვერავითარ დახმარებას ვერ აღმოუჩენდა.

ამის გარდა, უნდა აღინიშნოს მკურნალობის საეჭვო შედეგი გონიტების დროს, Gomitis the მწვავე ხანაში წყალტუბოს წყლებით მკურნალობა არავითარ შედეგს არ იძლევა. ამგვარ მდგომარეობაში იმყოფება ტაბეტიური არტრიტებიც. რაც შეეხება ქრონიკულ მდგომარეობაში გადასულ ანკილოტიურ ფორმას, იყო რამოდენიმე შემთხვევა, Gomitis Gonnonrhoie, როდესაც ხანგრძლივ მკურნალობის შემდეგ მუხლის სახსრის სიმსივნემ იკლო და სრულიად

შეზღუდული მდგომარეობა ნახევრად აღსდგა. მაგრამ ამ შემთხვევებიდან რაიმე დასკვნის გამოტანა ჯერ-ჯერობით არ შეგვიძლია. უშედეგოა აგრეთვე სპონდილოზების მკურნალობა კურორტ წყალტუბოში. ეს დაავადება იმგვარივე უღრეკია წყალტუბოს წყლების სამკურნალოში თვისებების მიმართ, როგორც დეფორირული არტრიტები და გონიტები. საილიუსტრაციოთ მოგიყვანთ შემდეგ შემთხვევას: ავთიმყოფი ან—ე ოზურგეთის მაზრიდან, ავთ არის 5—6 წელიწადი. ავთიმყოფობა დაეტყო თითქმის შეუმჩნეველად და თანდათანობით, ის დიდი ხნის განმავლობაში გრძობდა ყრუალს ხერხემლის სვეტის გასწვრივ, მაგრამ როგორც სოფლის მუშა, არ აქცევდა ყურადღებას ამ მოვლენას. მეტი ჩივილები მას არ ქონდა. რამოდენიმე წლის განმავლობაში მას ხერხემლის სვეტი რკალივით მოედრია. ავთიმყოფი ეძებდა შევლას და ამ მიზნით ესტუმრა წყალტუბოს ორჯერ 1926 და 1927 წლებში. არავითარი ტკივილები ხერხემლის გასწვრივ ავთიმყოფს არ ჰქონია და არც სხვა ნიშნები სპონდილიტისა. მას ხელთ აქვს წელისა და გულმკერდის მალეების რენტგენოგრაფიული სურათი ექიმ კვალაშვილის მიერ გადაღებული, სათანადო ახსნა-განმარტებით, რომ ხერხემლის მალეები დეფორმაციას არ განიცდიან. ორ სეზონის განმავლობაში მან მიიღო 80 აბაზანა, მაგრამ ავადმყოფი მკურნალობის საპასუხოდ უფრო მოიძრია.

ეხლა გადავიდეთ ნეკრესის ქარის ანუ პოდაგრის მკურნალობითი შედეგებზე, რომლის საილიუსტრაციოთ მოგიყვანთ მხოლოდ ორ შემთხვევას; რასაკვირველია ვისცერალურ პოდაგრაზე აქ ლაპარაკი არ იქნება, ვინაიდან ამბულატორიაში ამგვარი დიაგნოზის დასმა ძნელია. მე სახეში მაქვს პოდაგრის არტრიტიული ფორმა. რასაკვირველია აქაც შესაძლებელია დიაგნოსტიული შეცდომა, მაგრამ შეცდომა შესაძლებელია რევმატიული პოლიარტრიტისა და პოდაგრას შორის. ეს ორი სნეულებანი, რომლის მკურნალობითი შედეგები წყალტუბოს რადიქტიულ წყლების ზეგავლენით თითქმის თანაბარია.

ავადმოფი ქალი ვ—პე, ებრაელი, 40 წლის, გათხოვილი, ტფილისიდან, ავთ არის თითქმის 10 წელიწადი. ესტუმრა კურორტ წყალტუბოს 1925 წელს ერთ-ერთ თბილისელ ექიმის დიაგნოზით: Arthritis urica. ორივე ტერფფალანგის სახსრები შესივებულია, განსაკუთრებული ტკივილები აღინიშნება მარჯვენა ცერის სახსარში, რომლის ფუძესთან ისინჯება თხილის ოდენა კვანძი, რომელიც მჭიდროდ არის დაკავშირებული სახსრის პარკთან. ანამნეზში სასტიკი შეტევითი ხასიათის ტკივილები. აღნიშნულ სახსრებში, უმთავრესად ცერის სახსარში. ავადმყოფი მკურნალობდა დიდი ხნის განმავლობაში, მაგრამ შეღავათი ვერ იპოვა. სამი წლის განმავლობაში მკურნალობს კურორტ წყალტუბოში. საგრძნობლად გაუმჯობესდა მისი მდგომარეობა, აღნიშნული კვანძი და სახსრების სიმსივნე სრულიად გაჰქრა. არავითარი ტკივილები ამჟამად ავადმყოფს არა აქვს და ის სრულიად ჯანმრთელად გრძნობს თავს.

მე 2-რე ავადმყოფი. აგრეთვე ქალი ებრაელი (დო—ნი) 42 წლის ლენინგრადიდან, შეპყრობილია ნეკრესის ქარით 10 წელიწადი. ანამნეზში ტიპური პოდაგრიული შეტევები და კლინიკური სურათი. ავადმყოფი სასტიკ ტკივილებს გრძნობს ტერფფალანგის სახსრებში, რომელიც შესივებულია.

მარჯვენა წვივტერფის სახსრის ერთ-ერთ იოვთან დაკავშირებით აღინიშნება ნიგვზის კაკლის ოდენა tophi. 1925 წელს ავადმყოფი ორჯერ ეწვია კურორტ წყალტუბოს და მიიღო 60 აბაზანამდე. მან მკურნალობა განიმეორა 1926 წლის სეზონის პირველ ნახევარში და გავისტუმრეთ კურორტიდან სრული გაუმჯობესებით. მე შემძლო ამგვარი ეპიზოდების რამოდენიმე ათეულჯერ გამრავლება, მაგრამ ვფიქრობ საილიუსტრაციით ეს საკმაოა.

ამგვარად ჩვენ მოკლეთ გადმოგვცით დაკვირვება და შთაბეჭდილება წყალტუბოს რადიაქტიულ წყლების მკურნალობითი შედეგების სახსრების დაავადებათა საკითხში. მოგახსენეთ აგრეთვე ზოგიერთი უშედეგო შემთხვევებიც, რომელიც გულოსხმობს მკურნალობისათვის ჩვენებათა და წინააღმდეგ ჩვენებათა საკითხის დეტალურად გამორკვევას და შესწავლას. ამგვარი მასალა თუმცა ნედლი მასალაა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მაინც შეიძლება ითქვას, რომ წყალტუბოს სამკურნალო თვისებები ფრიალ მნიშვნელოვანი და მრავალფეროვანია. რასაკვირველია ჩვენ არ შეგვიძლიან ეს სამკურნალო თვისებები მივაწვროთ წყალტუბოს წყლებში არსებული ქიმიური ანალიზის მონაცემებს, ჩვენ ვერ გავჩე-დებით ვერც ერთ რომელიმე შემადგენელ ნაწილზე, ვინაიდან წყალტუბოს წყლები სუსტი მინერალიზაციის წყლებია და რადიოაქტივობაც საზომ ერთეულში შედარებით მცირეა. ამ მხრივ კურორტი წყალტუბო იზიარებს ბედნილობას სხვა დანარჩენ ცნობილ აკროტერმებისა, როგორც არის Wildungeni, Wilbaden-ი და სხვა. ამგვარ წყლების სამკურნალო ეფექტიანობა მათ ცხობილ და უცნობ შემადგენელ ნაწილების კომპლექსიურ მოქმედებაში უნდა ვეძიოთ. მაგრამ ეს ჩვენ გარკვეულს არაფერს გვეუბნება და სწორეთ აქ იწყება ის ბუნდოვანობა და მრავალფეროვან შეხედულებათა არსებობა, რომელსაც ადგილი აქვს საზოგადოთ ბალნეოთერაპიაში. ურთიერთ დამოკიდებულების გამორკვევა გამაღიზიანებელ აგენტთა, გამტარებელ გზებსა და ორგანიზმის საპასუხო-რეაქტიულ მოვლენათა შორის შეადგენს ბალნეოთერაპიის ქვაკუთხედს. რომ წყალი მატარებელია თერმიულ, მექანიკურ და ფიზიკო-ქიმიურ მალულ ენერჯის—ეს ყველასათვის ცხადია. მაგრამ თუ წინეთ წყლის სამკურნალო თვისებებს უდგებოდნენ შემადგენელ ნაწილების რაოდენობითი თვალსაზრისით, დღეს სამკურნალო ეფექტიანობის სიმძიმის ცენტრი გადატანილია ავადმყოფის იმუნოლოგიურ ძალების საპასუხო რეაქციის უნარიანობაზე; ავადმყოფობა უკვე ძო-ისპო, არსებობს მხოლოდ ავადმყოფი და ბალნეოთერაპიის მიზანია სამკურნალო წყლებში არსებულ გამაღიზიანებელ აგენტებით ორგანიზმის დამცველ ძალების რეაქტიული ატოკება. საკითხისადმი ამგვარი მიდგომით ბალნეოთერაპია პროტინოთერაპიის მსგავსებას წარმოადგენს, მაგრამ იმ პრინციპიალური განსხვავებით, რომ ამ უკანასკნელის დრომ გამაღიზიანებელი ფაქტორი სისხლის მიმოქცევაში არსებობს და მით ქმნის უფრო მკვიდრ მატერიალურ კონტაქტს ორგანიზმის ძალებთან. ბალნეოთერაპიისათვის კანის რთულ ტრანსფორმატიულ თვისებებს აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა. კონტაქტი კი ვეგეტატიურ ნერვიულ სისტემით მყარდება. ამ გაგებით ზოგიერთ შემთხვევაში სახსრების მკურნალობითი ნაკლები შედეგები უნდა ავხსნათ ორგანიზმის საპასუხო რეაქციის სისუსტით. მეორეს მხრივ მკურნალობითი ეფექტი არ უნდა იყოს შედეგი აბა-



ზანების კუმულიატიურ თვისებების, ვინაიდან ამგვარი სრულიად არ არსებობს. კომულიაცია იმგვარი მცნებაა, როდესაც მომქმედი ფაქტორი რჩება ორგანიზმში და განაგრძობს უშუალო გავლენას; ბალნეო-პროცედურის დროს ამგვარი მოვლენასთან საქმე არა გვაქვს. ყოველ შემთხვევაში ეს საკითხი დაუსრულებელ მსჯელობის საგნათ შეიძლება გახდეს. კურორტ წყალტუბოში ბუნების მიერ მოცემულია მრავალი ძვირფასი თვისებები, რომელნიც უთანასწორობენ მას ცნობილ ბალნეო-პუნქტებს და დებეტის მხრივ ბევრს მათგანს კიდევაც წინ უსწრებს.

როგორც ნამდვილი ხალხური კურორტი, იქ თავს იყრის მრავალფეროვანი ავადმყოფობით შეპყრობილნი პირნი და როგორც ბალნეო-პუნქტი, წარმოადგენს დაუშრეტელ წყაროს მკურნალობისა და დაკვირვებებისათვის. ამიტომ აუცილებლობა მოითხოვს, რათა კურორტი წყალტუბო გახდეს მზრუნველობის საგნათ, როგორც საკურორტო სამმართველოს, ისე საქართველოს მეცნიერულ ძალებისათვის. ამისათვის ფრიად მნიშვნელოვანი ნაბიჯები უკვე გადადგმულია.

თუ შევადარებთ ჩვენ წყალტუბოს ეხლანდელ მდგომარეობას იმას, რაც იყო 5—4 წლის უკან, განსხვავება რასაკვირველია დიდია, მაგრამ გასაკეთებელიც ბევრია კურორტის კეთილმოწყობილობის მხრივ და მისი სამკურნალო საშუალებების ამოწურვითი გამოსაყენებლად.

Доктор Т. МАМАЛАДЗЕ

Значение акротерм курорта Цхалтубо в лечении суставных заболеваний по 4 и сезонным амбулаторным материалам.

Автор, работая на курорте Цхалтубо в продолжении четырех лет, дает сводку амбулаторного материала по поводу лечения цхалтубскими радиоактивными водами суставных заболеваний. Отмечает хорошие результаты лечения ревматоидных и подагрических заболеваний суставов высказываясь отрицательно по поводу лечения на курорте табетических, (вообще лuetических), туберкулезных и гоноррейных артритов.

Docteur Th. MAMALADZE:

„La Valeur des acrotherme de Tskaltubo pour le traitement des lésions articulaires“.

L'auteur rapporte les resultats sommaires sur l'application des bains radioactifs de Tskaltubo au cours des lésions articulaires diverses en se basant sur les données personnelles. In indigue l'action favorable des bains de Tskaltubo sur les lésions rhumatismaïes et goutteuses et une action défavorable pour les lésions tabétiques (luetiques, généralement), tuberculeuses et blennorrhagiques.



კლ. ცომაია

ასპირანტი.

## უნივერსალური კანკევა ემფიზემის უმთხვევა ხელოვნური პნევმოტორაქსის დროს\*)

პროპედევტიკული თერაპიული კლინიკიდან პროფ. შ. მიქელაძე და ქალაქის I საავადმყოფოს ტუბ. განყოფილებიდან მთავარი ექიმი—კ. ლორთქიფანიძე.

ხელოვნური პნევმოტორაქსის გაკეთების დროს სხვა გართულებებთან ერთად, როგორც არის მაგ.: ექსუდატის გაჩენა პლევრის ღრუში, გაზოვანი ემბოლია, სისხლის დენა, ფილტვის პერფორაცია და სხვა, ხშირად გვხვდება კანკევა ემფიზემაც. Muralt-ის აზრით, კანკევა ემფიზემის სიხშირე უდრის 4% პნევმოტორაქსის დროს. კანკევა ემფიზემა შეიძლება გაჩნდეს ხელოვნური პნევმოტორაქსის გაკეთების შემდეგ ჩხვლეტითი მეთოდის დროს, განსაკუთრებით თუ ნემსი მსხვილი და ბლაგვი არის, რადგან უკანასკნელის ამოღების შემდეგ ხგრელი რჩება პლევრის კედელში და გაზი ამოდის პლევრთა ღრუდან ზევით კანკევა ქსოვილში, ან და უფრო ხშირად შესაძლებელია ეს მოხდეს, თუ ნეკნების პლევრას ელასტიკობა დაკარგული აქვს წინეთ გადატანილი ანთების გამო. სრული შესაძლებლობა აგრეთვე პლევრათა შეხორცების გამო გაზის შესვლის შემდეგ, პლევრებს შუა ნეკნების პლევრა დაზიანდეს, რომ ემფიზემა მივიღოთ. ემფიზემას გამოიწვევს აგრეთვე პლევრათა შუა გაზის დიდი წნევა (ზედდაწოლა), ასეთსავე მდგომარეობას ვლტულობთ დახველების დროს, რადგანაც ამდროს დიაფრაგმა ძლიერ მაღლა იწევს და ზედდაწოლა (წნევა) პლევრათა ღრუში საგრძნობლად მატულობს. ემფიზემას მივიღებთ აგრეთვე ფილტვის პლევრის დაზიანების დროსაც.

შესაძლებელია თუ არა კანკევა ემფიზემის გაჩენა ხელოვნური პნევმოტორაქსის გართულების გარეშე? რასაკვირველია შეიძლება: ფილტვის ტუბერკულოზის, კრუპოზული ანთების და ბრონქიექტაზიის დროს, აგრეთვე ტრავმის გამო, როგორც პლევრათა ღრუში, ისე სახის ძვლების და გარდა ამისა ალვეოლების დაზიანების გამო ხველების, ტენეზმების და პირის ღებინების დროს, აგრეთვე ტრახეოტომიისა და პრელარინგეალური ჯირკვლის დაჩირქების დროს (prälaryngealen Drüsen abscess) და სახის კაუტერიზაციის შედეგად (Schräder, Maendl, Розанов, Brauer, Чернов, Bradt Camus, Филатов, Ilumenfeld, Siebermann, Comby). ყოველ ამ ავადმყოფობას, რომელიც იწვევს ფილტვის პარენქიმის დაზიანებას, შეუძლია კანკევა ემფიზემაც გამოიწვიოს

\*) მოხსენდა პროფედ. ურაპ. კლინიკის ექიმთა კონფერენციის 1930 წ.



აღნიშნულია აგრეთვე ის გარემოება, რომ ფილტვის და პლევრების სხვადასხვა ადგილების დაზიანებაზე და გაზის განსაზღვრულ ადგილებში მოთავსებაზე და მოკიდებული სხვადასხვა სახის ემფიზემის გაჩენაც. ამიტომ ჩვენ ვარჩევთ ექვსი სახის ემფიზემას: 1) *Sehwartenemphysem*—ჩნდება იმ შემთხვევაში, როდესაც გაზი ხელოვნური პნევმოთორაქსის გაკეთების დროს შედის პლევრათა შუა ღრუში, მაგრამ პლევრები შეხორცებულია და გაზი ნელ-ნელა ვრცელდება პლევრებს შუა. ეს არის იგივე ხელოვნური პნევმოთორაქსი, რომელიც შეხორცების გამო არ იწვევს ფილტვის საკმარის კოლაპსს და ამიტომ მისი თერაპიული ღირებულება სრულიად უმნიშვნელოა. აღნიშნული ემფიზემა იწვევს უმრავლეს შემთხვევებში ტკივილებს, სისხლის დენას და იშვიათად ემბოლიასაც, რომელიც ძლიერ სეოიოზულ გართულებად უნდა ჩაითვალოს. 2) ღრმა ემფიზემა, სუბფასციური, (*Subfasialeemphysem*) (*Tiefe*) ვითარდება მაშინ, თუ ნეკნების პლევრა დაზიანებულია და გაზი დაზიანებული ადგილიდან ამოდის და იფანტება—ენდოთორაქსის ფასციისა (*fascia endothoracica*) და ნეკნების პლევრას (*pleura costalis*) შორის. თუ გაზის რაოდენობა საგრძნობია, ის მიმართება მკერდის (*Sternum*) გასწვრივ საულღე ფოსოში (*fossa jugularis*) და გროვდება ყელის მიდამოში, კუნთებში, ფასციებში და კანქვეშა ქსოვილში. აქ გაზი აწვევა სორხს, საყლაპავ მილს, *n. Vagus*-ს და იწვევს მთელ რიგ მოვლენებს, როგორც არის: ქოშინი, ყლაპვის გაძნელება, გულის მხრივ მოვლენები *n. Vagus*-ის გაღიზიანების გამო და სხვა, რომელთაც მოყვება შედეგად არა მარტო ძლიერი ტკივილები, არამედ ზოგიერთ შემთხვევებში სიკვდილიც. თუ გაზი ღრმა ემფიზემიდან ამოვიდა კუნთებში, მივიღებთ კუნთებ ქვეშა ემფიზემას (*Submusculareemphysem*). და თუ კანქვეშა ქსოვილში გადავიდა, მაშინ კანქვეშა ემფიზემას (*Subcutaneemphysem*). ორი უკანასკნელი ემფიზემა არ წარმოადგენს არავითარ საშიშროებას, რადგან ისინი ძაინცა და მაინც არ იწვევენ არავითარ მოვლენებს, გარდა კანის დაჭიმულობისა, ოღონდ მქაჩავი ხასიათის ტკივილებისა და  $t^{\circ}$ -ის პატარა აწვევისა. 3-8 დღის განმავლობაში გაზი სრულიად შეისრუტება და ყოველნაირი მოვლენებიც გაქრება. ამნაირად, ნეკნების პლევრის დაზიანების დროს სრული შესაძლებლობაა სუფთა კანქვეშა ემფიზემის მიღებისა, თუ გაზი პლევრათა ღრუდან პირდაპირ კანქვეშა ქსოვილში ამოვიდა; მაგრამ შეიძლება აგრეთვე გზადაგზა გაზი გაიფანტოს სხვადასხვა ქსოვილებში და მივიღოთ ზემოთმოყვანილი ღრმა ემფიზემა და კუნთებქვეშა ემფიზემაც, რომლებიც შერეული ფორმის ემფიზემას წარმოადგენენ (ეკზოპლევრალური ემფიზემა). არსებობს აგრეთვე ენდოპლევრალური ემფიზემები, როგორც არიან: სუბპლევრალური (*Subpleuralen*), ინტერლობულარული (*interlobulären*), ინტერსტიციალური (*interstierllen*) და მედიასტინალური (*mediastinalen*) ემფიზემები.

მთავარი მიზეზი ენდოპლევრალური ემფიზემისა არის ფილტვის პლევრის და განსაკუთრებით ფილტვის პარენქიმის დაზიანება. მექანიკა აღნიშნული ემფიზემებისა უნდა წარმოვიდგინოთ შემდეგნაირად: ხელოვნური პნევმოთორაქსის გაკეთების დროს ნემსით შესაძლებელია პლევრა დაზიანდეს, ისე რომ გაზი შევიდეს სუბპლევრალურ მიდამოში და მივიღოთ ე. წ. სუბპლევრალური ემფიზემა.

თუ ჰაერი ფილტვის ნაწილაკთა შუა მოთავსდა, მაშინ იქნება ინტერლობულარული ემფიზემა; თუ ინტერსტიციალურ ქსოვილში, — მაშინ მივიღებთ ინტერსტიციალურ ემფიზემას; თუ გაზი პერიობრობქიალური და პერიეასკულარული გზით hilus-იდან, ან მედიასტინალური პლევრით დაზიანებით mediastinum-ში შევიდა, რასაკვირველია, იგი გამოიწვევს მედიასტინალურ ემფიზემას. ზემოთჩამოთვლილი წმინდა ფორმები ემფიზემისა ძლიერ იშვიათად გვხვდება. მეტწილად ისინი შერეული ფორმებისაა.

მედიასტინალური ემფიზემა წარმოადგენს ძლიერ დიდ საშიშროებას იმით, რომ ის იწვევს: a) ტრახეას შევიწროებას და ამით აფერხებს საღი ფილტვის სუნთქვას, b) გულის მოქმედების გაძნელებას, c) სისხლის დიდი ძარღვების შევიწროებას; შეიძლება ისინი გადაღუნოს კიდევაც და გადაგრიხოს. მაგალითად Sauerbruch-ს უნახავს მედიასტინალური ემფიზემის დროს V. cava infer. პატარა ბავშვის ხელის სისხლ და V. azygos კი დიდი თითის ოდენა ყოფილა, რადგან გაზის ზედაწოლის გამო ვენები დავიწროვებული ყოფილა ზემონაწილში; ასეთივე შემთხვევა აუწერია F. Fleischner-საც. მედიასტინუმიდან გაზი ამოდის apertura thoracis superior-ის გზით ყელის კანქვეშა ქსოვილში და აქედან შეუძლია მას მთელი ორგანიზმის უნივერსალური კანქვეშა ემფიზემა გამოიწვიოს. ეს უკანასკნელი შეიძლება აგრეთვე მივიღოთ მეორე გზითაც: ფილტვი შეუერთდება მისი პლევრის დაზიანების გამო პლევრათა ღრუს, აქედან ნეენის პლევრის დაზიანების გამო გაზი გაივლის ენდოთორაკის ფასციას, კუნთებს და მოთავსდება მთელი ორგანიზმის კანქვეშა ქსოვილში. რასაკვირველია, გაზი ორივე შემთხვევაში მუდმივად მოდის ფილტვიდან, ვიდრე კანქვეშა ქსოვილში იგივე ატმოსფერული წნევა (ზედაწოლა) არ განვითარდება. უნივერსალური ემფიზემა, როგორც პირველი, ისე მეორე გზით განვითარებული, დიდ უმეტეს შემთხვევებში თავდება სიკვდილით. Schröder-ი ამის შესახებ სწერს: „უნივერსალური კანქვეშა ემფიზემა ძლიერ იშვიათი შემთხვევაა. მე დიდი ხანია ხელ. პნევმოთორაქსს ვხმარობ, მაგრამ ეს შემთხვევა არ მინახავს“-ო. Maendl-საც ასეთი შემთხვევა თურმე არ უნახავს. ამ საკითხის შესახებ არ მოიპოვება მაინც და მაინც დიდი მასალა, რაც კიდევ ზედმეტად ამტკიცებს მის იშვიათობას, განსაკუთრებით ხელოვნური პნევმოთორაქსის გაკეთების დროს. ამიტომ ჩვენ საჭიროთ დავინახეთ ერთი ასეთი შემთხვევის აღწერა.

15/I-ს. 30 წ. ავადმყოფი ა—ვი 21 წლის მუშა მემანქანე უჩივის ძლიერ ქოშინს, გულის ფრიალს და კანის შეშუპებას სახეზე, ტანზე და კიდურებზე. ეს მოვლენები მას დაეწყო ხელ პნევმოთორაქსის გაკეთებიდან 1 $\frac{1}{2}$  საათის შემდეგ\*. პნევმოთორაქსის გაკეთებისას ავ-ფმა თავი სუსტად იგრძნო და მისი თხოვნით ექიმმა ჰაერის შეყვანა შეაჩერა. არ გასულა რამდენიმე წუთი, რომ ავ-ფს აუვარდა გულის ფრიალი და ქოშინი, 1 $\frac{1}{2}$  საათის შემდეგ კი უცბად წამოახველა და და იმავე წამში დაეტყო კისრის მიდამოს შესივება, რომელიც შემდეგ გადაჟვიდა სახეზე და ტანზე. ასე გასტანა 4-5 საათის განმავლობაში. ავ-ფი ძლიერ შეშუპებულ მდგომარეობაში მოიყვანეს ქალაქის I საავადმყოფოში.

ავ-ფის დედის სიტყვით ავ-ფი ფილტვების t. b. c.-ით ვად გამხდარა 1929 წლის მაისის პირველ რიცხვებიდან. მანამდე სრულებით არ უჩიოდა არც სისუსტეს, არც სიცხეს, არც ხველებას და ყოველთვის იყო ჯანმრთელი.

\*) პნევმოთორაქსი ავ-ფს გაუკეთდა ერთ-ერთი ექიმის მიერ თავის ბინაზედ.

4/V-29 წ. მუშაობის დროს სამსახურში პირველად ამოახველა სისხლი, დაახლოებით სუფრის კოვზის რაოდენობის, მაშინვე გაგზავნილ იქნა დისპანსერში და მის შემდეგ სულ მკურნალობდა.

მაისში ერთხელ კიდევ ჰქონდა მცირედი სისხლის ხელება და საღამოობით 37,2<sup>0</sup>—37,5<sup>0</sup> სიცხე, ოფლიანობა, სისუსტე, ხველა ძვირე ნახველით. ივნისში პირველად გაუკეთეს პნევმოთორაქსი, რომელიც შედარებით კარგათ გადაიტანა.

ზაფხული გაატარა დელიიანში და აბასთუმანში და შემოდგომაზე იმდენად კარგად გარძობდა თავს, რომ ჩვეულებრივ მუშაობას შეუდგა. მთელი შემოდგომის განმავლობაში მას არ ჰქონია არც სიცხე, არც ოფლიანობა და არც სისუსტე, მადა და ძილი კარგი ჰქონდა. ასე გაატარა 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> თვე. შემდეგ ისევ გაცივდა და დეკემბრის პირველ რიცხვებში უკვე ლოგინად ჩავარდა, შემდეგ მისი სიცხე უდრიდა 37,4<sup>0</sup> დილილობით და 38<sup>0</sup>—39<sup>0</sup> საღამოობით, ახველებდა, იღებდა მოყვითალო-მოთეთრო ფერის ნახველს ხანდახან სისხლ-ნარეგს, ოფლიანდებოდა; მადაცუდი, ძილი ფხიზელი, გარეთ გადიოდა ყაბზათ. ასე გასტანა 1930 წ. იანვრის 10-დღე, როდესაც ხელმეორედ დაუწყო სისხლის ხველა, რომელიც უკანასკნელად 1 ჩაის ჭიქაზე მეტი იქნებოდა. ამ გარემოებამ აიძულა დისპანსერის ექიმები, გაეკეთებიათ მისთვის ხელმეორედ პნევმოთორაქსი, რის შემდეგ განვითარდნენ შემოსუნებული მოვლენები. ავ-ფის ცხოვრების პირობები საშუალოთ დამაკმაყოფილებელი იყო: ბინა კარგი, კვება კარგი, შთამომავლობა ჯანმრთელი; ყვეს დედ-მამა, სამი და და ერთი ძმა, ყველანი ჯანმრთელია. ბავშვობაში გადაუტანია წითელა და მუტლის ტიფი, ვენერიულ სნეულებას უარყოფს.

ანაირად ავ-ფის ისტორიიდან სჩანს, რომ ხელ. პნევმოთორაქსის გაკეთებიდან 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> საათის შემდეგ ავ-ფს დაეტყო გასივება, პირველად კისრის, სახის და გულმკერდის მიდამოებში; მეორე დღის დილით კანქვეშა ემფიზემით იყო დაჭერილი მთელი ტანი, გარდა თავისა; კისრის და გულმკერდის კანი ხუთი თითის სისქეზე იქნებოდა აბერილი, უმალესად განვითარებული ციანოზი, და ქოშინი. ავ-ფის ჩივილი სულ იმაში გამოიხატებოდა, რომ გაზი მას ყელში აწევბა და აღრჩობს.

ავ-ფი იმყოფებოდა სულ მჯდომარე მდგომარეობაში. მე-2-ე დღეს გაუშუქებულ და გადაღებული იქმნა რენტგენით; აღმოჩნდა შემდეგი: მარცხენა პლევრთა ღრუში 300—400 კუბ. სანტ. გაზი, მთელი ტანი დაფარულია გაზით. გაზი კანქვეშა ქსოვილებშია ძლიერ სქელ კეცად, განსაკუთრებით კისრის მიდამოებში.

სიმტომატიური მკურნალობის გარდა, ჩვენ თევმართეთ შემდეგ ღონისძიებას: პნევმოთორაქსის აპარატის საშუალებით ამოვქაჩეთ გულმკერდის მიდამოდან 3,50 კუბ. სანტ. გაზი. ამის შემდეგ ავ-ფმა იგრძნო თვალსაჩინო გაუმჯობესება და მას მშვიდად დაჰძინა ორი საათის განმავლობაში.

სამწუხაროდ გაზის დაგროვებამ კანქვეშა ქსოვილში ისევ იმატა, და ავ-ფი 6 საათის შემდეგ უფრო უარეს მდგომარეობაში ჩავარდა, ვიდრე წინეთ იყო. საღ 9 საათზე (ე. ი. მე-2-ე დღეს საღამოს) ამოღებულ იქნა ისევ 3.500 კუბ. სანტ. გაზი, რის შემდეგ ავ-ფმა კარგად იგრძნო თავი, მაგრამ 3-4 საათის შემდეგ კვლავ გაგრძელდა გაზის დაგროვება და მეორე დღეს დილის 10 საათზე ავ-ფი გარდაიცვალა.

ამ შემთხვევის გამო სრულიად ცხადი შეიქმნა ჩვენთვის, რომ ავ-ფის სიკვდილის მთავარი მიზეზი იყო მექანიკური—გაზის დიდი რაოდენობის დაწოლა ხორხის მიდამოში. აქედან ცხადია ისიც, რომ გაზი შედიოდა კანქვეშა ქსოვილში ფილტვის საშუალებით გარედან შემოთ აღწეოილი რომელიმე ერთ-ერთი გზით და, როგორც სჩანს, დიდი რაოდენობით. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ გაზი შედიოდა კანქვეშა ქსოვილში ძედაისტინალური გზით, რადგანაც ყელის მიდამოს გაზიდან განთავისუფლების შემდეგ, ისევ სულყველაზე აღრე გაზი ყელის ირგვლივ გროვდებოდა, მაგრამ გადაწყვეტით ამის თქმა შესაძლებელი იქნებოდა აუტოპსის შემდეგ, აუტოპსიამ ეს მართლაც დადასტურა.

აქვე მოგვყავს პათოლოგიურ-ანატომიური განკვეთის ოქმი პროფ. (ვლ. ჟღენტი). Status post operationem—Pneumothorax sinistra— ante dies unam effectam. Emphysema subcutanei et paniculi adiposi thoracis, colli et abdominis purmagna. Emphysema interstitialis mediastini. Tuberculosis submiliaris et acinosa—nodosa pulmonum. Tuberculosis cavernosa apicis pulmonis sinistra. Tuberculosis caseosa lymphaglandularum peribronchialium. Tonsillitis follicularis purulenta bilateralis. Degeneratio parenchimatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Oedema meningum et substantie cerebri. Athelectasis bilateralis. Pleuritis adhaesiva chronica circumscripta bilateralis. Sclerosis v. v. cordis et semilunarium aortae. Atheromatosis intimae aortae. Gastro-entero, colifis catarrhalis chronica.

დიაგნოზი კანქვეშა ემფიზემისა და განსაკუთრებით უნივერსალური კანქვეშა ემფიზემის სრულიად მარტივია და არა თუ იმას, ვისაც უნახავს კანქვეშა ნაწილობრივი ემფიზემა, არამედ ვისაც ამის შესახებ მხოლოდ ცოტა რამ წაუკითხავს, თავისუფლად შეუძლია სწორი დიაგნოზის დასმა. პერკუტორულად—ტიმპანიტი, აუსკულტატორულად—კრეპიტაცია, სულყველგან ერთნაირი, სადაც კი ემფიზემა.

ზემოთ მოყვანილი სხვადასხვა სახის ემფიზემები გაიჩვენა შემდეგნაირად: Schwarten empsysem-ა კრეპიტაციას არ მოგვცემს და არცყელის ტკივილს იწვევს. ღრმა ემფიზემის დროს კრეპიტაცია არ ისმის, გარდა ყელის ნაწილისა; იწვევს ყელის ტკივილს, სუნთქვის და ყლაპვის შეზღუდვას. კანქვეშა და კუნთებ-ქვეშა ემფიზემის დროს აუსკულტაციით სულყოველგან კრეპიტაციაა, ხელის დაჭერით თითო ჩაიფლება კანში, ყელის ტკივილი არ იცის. მედიასტინალური ემფიზემა იძლევა შემდეგ კლინიკურ სურათს: ციანოზი, ქოშინი, გულის მიდამოში ტკივილები, დასაწყისში ბრადიკარდია, ყელის ძლიერი ტკივილები, ყლაპვის თითქმის შეუძლებლობა და სხვა. რენტგენით სუბფასციალური და კანქვეშ, ქსოვილის ემფიზემის დროს კი გაზი დაგროვილია ერთ ან რამოდენიმე გროვად. პროგნოზი კარგი არის გარდა მედიასტინალური და კანქვეშა უნივერსალური ემფიზემისა.

რაც შეეხება პროგნოზს მედიასტინალური ან უნივერსალური ემფიზემის დროს, როდესაც გაზი მუდმივად შედის ფილტვიდან, იგი უმრავლეს შემთხვევაში ცუდია, რითაც აიხსნება ალბად ის გარემოება, რომ H, schur u. s. Plaschkes serger u. Peigig და Jeossens ყველა ასეთი ავ-ფები მოუკვდათ. თუ ვინიცობაა გაზის შესავალი დაიხურა, თუნდაც უნივერსალურად განვითარებული ემფიზემაც იყოს, პროგნოზი კარგია\*). მსგავსი შემთხვევა ჰქონიათ ექ. ივ. დემურიას ქ. ტფილისის I საავადმყოფოში და სარატოვის უნივერსიტეტის ორდინატორს Бонцовს-ს და მათი ავადმყოფები განკურნებულან.

უნივერსალური კანქვეშა ემფიზემის გარდა, სხვა ემფიზემას მკურნალობა არ ესაჭიროება. კანქვეშა ემფიზემა 3-8 დღის განმავლობაში სრულიად გაივლის. რაც შეეხება მედიასტინალურ—უნივერსალურ კანქვეშა ემფიზემებს, მათ მკურნალობენ კანქვეშა ქსოვილის გაჭრით გაზ-დაგროვილ ადგილებში (A Detien. Laeke. Alexander Russel, Чернов). Sauerbruch-ი მედიასტინუმის ქვედა კამერას ხსნის გაზის ამოსაშვებად. აკეთებენ აკრეთვე საულლე ფოსოსთან ამონაჭერს (inzision) და გამოსაწოვი აპარატით ქაჩავენ გაზს გარეთ (Tiegel). ამის

\*) მაგრამ ეს სამწუხაროდ იშვიათი მოვლენაა.



მსგავსად ჩვენც მოვიქეცი: პნევმოთორაქსის აპარატის საშუალებით, რაც სხვას არავის უხმარია, შევქენით უარყოფითი ზედაწოლა და გაზი 7000 კუბ. სანტ. ამოვქაჩეთ უფრო თავისუფლად და უმტკივნეულად. მიუხედავად ამისა დავრწმუნდით, რომ ამას მაინც და მაინც დიდი თერაპიული ღირებულება არა აქვს და ის წარმოადგენს მხოლოდ დროებით დახმარებას.

ლიტერატურა:

1. К казуистике осложнений при наложении искусственного пневмоторакса. В. А. Иоффе. Вопросы туберкулоза 1928 г.
2. К вопросу об эмфиземе подкожной клетчатки у детей, Е. А. Бойцовой, журнал по изучению раннего детского возраста 1923 г.
3. Плевральные осложнения при искусственном пневмотораксе Д-р Е. А. Фишензон, 1927 г.
4. Биомеханика пневмоторакса Проф. М. О. Фридланд.
5. Gungenkollapstherapie, Brauer u Spengler. Handb. d. tuber. Brauer, Schröcher u. Blumenfeld 1923.
6. Obere Luftwege Blumenfeld. Handb. d. Tub. Brauer, ... 1923.
7. Die Kollapstherapie der Lungentuber. Maendl. 1927.
8. Die chirurgische Behandlung. der Lungentuberkulose. Schröder-Michelson.
9. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Kaufmann 1904.
10. Искусственный пневмоторакс при туберкулезе легких А. Я. Штерпберг. 1921 г.
11. О подкожных эмфиземах при наложении искусственного пневмоторакса. Вопросы тубер. 1928 г. № 9—10. И. Костюков и ф. Левитин.

К. Цомаყ

Случай универсальной подкожной эмфизы при <sup>наложении</sup> наколении искусственного пневмоторакса.

Автор описывает случай универсальной подкожной эмфиземы, развившейся после наложения иск. пневмоторакса (на квартире больного другим врачом), который он по клиническим симптомам причисляет к типу медиастинальной эмфиземы. Случай, как и вообще все случаи медиастинальной эмфиземы окончился летально, несмотря на предпринятое автором выкачивание воздуха из подкожной клетчатки аппаратом пневмоторакса.

Выкачивание воздуха является палативом и не вызывает реальной помощи больному, т. к. воздух вновь поступает в клетчатку.

K. ZOMAJA

Ein Fall Universaler Hauteuphyssem bei Künstlicher Pneumothorax.

Der Autor beschreibt einen Fall universalen Hautemphysem der sich nach der Anlegung künstlicher Pneumothorax entwickelt hat. (in der Wohnung des Kranken von einem anderen Arzt.), welchen er nach klinischen Symptomen zu den Typen der Mediastinalenemphysem zählt. Dieser Fall wie überhaupt alle Fälle Mediastinalenemphysemen endigte mit dem Tode; ungeachtet der vom Autoren unternommenen Auspumpung der Luft unter der Haut mit dem Apparate Pneumothorax. Das Auspumpen der Luft ist Paliativ und erzeugt keine reale Hilfe, da die Luft auf Neuen in die Lellen eindringt.

**8. ფავლენიზმილი**

კლინიკის ასისტენტი

**საქართველოს ჩიყვის კლინიკურ და პათოლოგიურ-ანატომიურ მისწავლისათვის ჰოსპ. ქირურგიული კლინიკის მასალებით\*).**

(ტფ. სახ. უნივერსიტეტის ჰოსპ. ქირურგიული კლინიკიდან. გამგე პროფ. გრ. მუხაძე).

ჩიყვი წარმოადგენს ფარისებრი ჯირკვლის ნაწილობრივ ან საერთო გადიდებას და ეს გადიდება გამოწვეულია ჯირკველში განვითარებულ ჰიპერპლასტიური და დეგენერატიული ცვლილებებით და არა ანთებითი მოვლენებით.

ჩვენ გვიანტერესებს ჩიყვის გავრცელება საქართველოში კლინიკის მასალების მიხედვით და აღნიშვნა ჩიყვის კლინიკური და პათოლოგიურ-ანატომიური სხვადასხვაობისა ჩვენ პირობებში.

1919 წლიდან 1929 წლის 1-ლ იანვრამდე ჰოსპ. ქირ. კლინიკაში შემოვიდა 60 ავადმყოფი, აქედან დედრობითი სქესისა 55 ავადმყოფი (91,7%), მამრობითი კი—5 (8,3%)

მასალა წლების მიხედვით ნაწილდება შემდეგნაირად:

წელი	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	სულ ათ წელში
რიცხვი ავადმყ.	4	3	3	4	7	4	8	8	13	6	60 ავადმყოფი.

ავადმყოფის მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით შემთხვევები ნაწილდება შემდეგნაირად:

საცხოვრებელი ადგილი	რიცხვი	საცხოვრებელი ადგილი	რიცხვი
ტფილისის მაზრა . . . . .	13	ქუთაისის მაზრა . . . . .	10
გორის " . . . . .	7	რაჭის " . . . . .	8
ანალოცის " . . . . .	4	შორაპნის " . . . . .	6
თელავის " . . . . .	3	ოზურგეთის " . . . . .	3
ანალოქალაქის " . . . . .	1	სენაკის " . . . . .	2
სიღნაღის " . . . . .	1	ყუბანი . . . . .	1
სამზრეთ ოსეთი . . . . .	1		
		ს უ ლ . . . . .	60

\* ) მი ხსენდა საქართველოს ექითა მე-V-ე სამეცნიერო კონგრესს 1929 წელს.

სქესის მიხედვით მასალა ნაწილდება შემდეგნაირად: მამაკაცთა შორის— 5 შემთხვევა, ქალებში—55 შემთხვევა, აქედან გათხოვილები—31 ავადმყოფი, გასათხოვარი კი—24 ავადმყოფი.

ეროვნების მიხედვით მასალის განაწილება შემდეგნაირია:  
ქართველი—56 (93,3%), სომეხი—3 (5%), გერმანელი—1 (1,7%).  
მასალის განაწილება წლოვანობის მიხედვით:

10—15 წლამდე — 2 შემთხვევა,	30—40 წლამდე—15 შემთხვევა.
15—20 „ —12 „	40—50 „ — 4 „
20—30 „ —22 „	50—60 „ — 5 „

ჩიყვის ხანგრძლივობის მიხედვით მასალა ნაწილდება:

1/2 წლამდე—1 შემთხვევა	3 წლიდან— 5 წლამდე— 8 შემთხვევა.
1/2 „ —1 წლ. 1	5 „ —10 „ —20 „
1 „ —2 „ 3	10 „ —20 „ —15 „
2 „ —3 „ 6	20 „ —30 „ — 5 „

ხანგრძლივობა არ არის აღნიშნული 1 შემთხვევაში.

რადგანაც სასმელ წყალს აქვს ერთგვარი მნიშვნელობა ჩიყვის ეტიოლოგიის საკითხში, ამიტომ მასალის დამუშავების დროს ჩვენ ვაქცევდით ყურადღებას, თუ რაწილს წყალს სვამდნენ ჩიყვიანი ავადმყოფნი. შედეგად მივიღეთ, რომ 21 ავადმყოფი სვამდა წყაროს წყალს, 18 ავადმყოფი მდინარის წყალსა, დანარჩენი 21 ავადმყოფის შესახებ კი ისტორიებში არ მოიპოვება სათანადო ცნობები.

აღნიშნულია, რომ ჩიყვის განვითარებისათვის სქესს აქვს უდიდესი მნიშვნელობა; დამტკიცებულია, რომ ჩიყვი უფრო ხშირად უჩნდება ქალებს და რომ ფარისებრი ჯირკვლების მოცულობა დამოკიდებულია დედაკაცის სასქესო ორგანოების ფუნქციაზე; აღნიშნულია, რომ თვიურის დროსაც კი ფარისებრი ჯირკველი სივდება. კლინიკის მასალიდან სჩანს, რომ 34 შემთხვევაში (56,7%) ჩიყვის განვითარება დაკავშირებული იყო თვიურის დაწყებასთან 29 ავადმყოფისთვის, მშობიარობასთან—3 ავადმყოფისათვის და კლიმაქტერიულ ხანასთან—2 ავადმყოფისათვის. დანარჩენებიდან 18 შემთხვევაში ჩიყვის გაჩენა არ არის დაკავშირებული ქალის სასქესო ორგანოების მდგომარეობის რომელიმე მნიშვნელოვან მომენტთან, 8 ისტორიაში კი სრულებით არავითარი ცნობები არ მოიპოვება ამის შესახებ.

5 შემთხვევაში ავადმყოფებს ჰქონდათ ტუბერკულოზური შთამომავლობა, დანარჩენ შემთხვევებში არაფერია საყურადღებო შთამომავლობის თვალსაზრისით.



მასალის დამუშავების დროს ჩვენ მივაქციეთ აგრეთვე ყურადღება იმას, თუ რამდენმა ავადმყოფმა გაატარა კონსერვატიული მკურნალობა კლინიკაში შემოსვლამდე და რა შედეგებით. 60 ავადმყოფიდან ასეთი შემთხვევა ყოფილა მხოლოდ 5, როცა ავადმყოფებს კლინიკაში შემოსვლამდე ექიმის დარიგებით სოფელში გაუტარებიათ კონსერვატიული წამლობა, მაგრამ უშედეგოდ.

არჩევენ ჩიყვის ორ ფორმას: დიფუზურ (*struma diffusa*) და კვანძოვანს (*struma nodosa*). დიფუზური ჩიყვი, რომელსაც ვცნობთ თავისი ნალისებრი ფორმით, წარმოადგენს მთელი ფარისებრი ჯირკვლის წმინდა ჰიპერპლაზიის შემთხვევას. უმეტეს წილად დიფუზური ჩიყვი პალპაციის დროს რბილია, იძლევა არა მკაფიო პულსაციას, და გადიდების შემდეგ მისი ოდენობა არ სცილდება ხოლმე საშუალო საზღვრებს. ცნობილია, რომ ეს ფორმა გვხვდება ხშირად ახალგაზრდა ქალიშვილებს შორის სასქესო მომწიფების ხანაში. პირიქით, როდესაც გვაქვს საქმე კვანძოვან ჩიყვთან, მაშინ საჭიროა ხოლმე გამორკვევა ფარისებრი ჯირკვლისა რომელ ნაწილს ეკუთვნის ეს გადიდება. როდესაც გადიდებულია ფარისებრი ჯირკვლის გვერდითი ნაწილები, მაშინ ამის გამორკვევა უფრო ადვილია. პირიქით, როდესაც ჩიყვი მოთავსდება *mm sternocleidomastoidei*-ს შუა, მაშინ გაცილებით ძნელია გამორკვევა, ფარისებრი ჯირკვლის რომელი ნაწილიდანაა წარმოშობილი ჩიყვი.

კლინიკის მასალის მიხედვით, *struma nodosa* აღნიშნულია 46 შემთხვევა- (76,7%), *diffusa* კი—14 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 23,3%.

მასალის კლინიკური კლასიფიკაციის მიზნით ჩვენ გავყავით შეკრებილი მასალა ორ მთავარ ჯგუფად: 1-ლ ჯგუფში მოთავსებულია ისეთი შემთხვევები, სადაც აღნიშნულია მხოლოდ ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება და არავითარ ზოგად მოვლენებთან არა გვაქვს საქმე. ასეთი ჯგუფი აღნიშნულია *struma simple*-ის სახელით. კლინიკის მასალიდან ამ ჯგუფში მოვათავსეთ 34 შემთხვევა, რაც შეადგენს 56,6%. დანარჩენი მასალა ეკუთვნის უკვე თირეოტოქსიკოზების ჯგუფს (*Basedow*'-ის სნეულების ფორმები). ამ ჯგუფში მოვათავსეთ დანარჩენი 62 შემთხვევა, რაც შეადგენს 43,4%. თირეოტოქსიკოზების ჯგუფიდან მე-2-ე ჯგუფში მოვათავსეთ 14 შემთხვევა, სადაც აღინიშნება მხოლოდ გულის ფრიალი და ტახიკარდია; ასე რომ კლინიკის მასალიდან აღნიშნული *Basedow*'-ის ავადმყოფობის 26 შემთხვევაზე მე-2-ე ჯგუფი შეადგენს 53,8%. მე-3-ე ჯგუფში ჩვენ მოვათავსეთ 8 შემთხვევა, სადაც *Basedow*'-ის ავადმყოფობა მკაფიოდ გამოხატულია, მხოლოდ მას არ ახლავს მთელი თავისი სიმპტომოკომპლექსი. მე-3-ე ჯგუფის შემთხვევები *Basedow*'-ის სნეულების კლინიკის მასალის საერთო რიცხვზე შეადგენს 30,8%. თირეოტოქსიკოზების მე-4-ე ჯგუფში მოთავსებულია 4 უკანასკნელი შემთხვევა; ეს შემთხვევები ჩვენ აღვნიშნეთ, როგორც ტიპური ფორმები *Basedow*'-ის სნეულებისა ამ ავადმყოფობის ყველა დამახასიათებელი სიმპტომებით, რაც შეადგენს 20 შემთხვევაზე 15,4%.

მკურნალობა, რომელსაც ვაწარმოებდით კლინიკაში, იყო მხოლოდ ქირურგიული. 60 ავადმყოფიდან ოპერაცია გაუკეთდა 53 ავადმყოფს, 5 ავადმყოფმა უარი განაცხადა ოპერაციაზე, 2-ს კი ჩვენ თვითონ უარი უთხარით (1 ავ. იყო ორსულობის უკანასკნელ თვეებში, მეორე კი—ძლიერი სუსტი). 29

ავადმყოფზე (54,7%) გაკეთებული იქნა enucleatio, დანარჩენ 24 ავადმყოფს გაუკეთდა resectio strumae (45,3%). 1 შემთხვევაში კი რეზექციასთან ერთად ნახმარი იყო ფარისებრი ჯირკვლის არტერიების წინასწარი გადაკეცვა. 53 ოპერაციიდან 51 შემთხვევაში ნახმარი იყო Kocher'-ის განაკვეთი (96,2%), დანარჩენ 2 შემთხვევაში ატიპიური განაკვეთი. კანის გაკერვის დროს 53 ავადმყოფიდან 37 შემთხვევაში ნახმარი იყო ჰემოსტატიური ტამპონი, დანარჩენ 16 შემთხვევაში კი კანი გაკერილი იყო ყრუთ. ყველა ოპერაციები ნაწარმოები იყო ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ (Sol Novocaini 1% ან 2%). რაც შეეხება ჰრილობის შეხორცებას, პირველადი შეხორცება ჩვენ მივიღეთ 49 შემთხვევაში (92,4%), დანარჩენ 4 შემთხვევაში კი (7,6%) მივიღეთ კანის მეორადი შეხორცება. 53 ავადმყოფიდან 51 ავადმყოფი განიკურნა ოპერაციით (განკურნების % შეადგენს 96,2%), 2 შემთხვევაში კი ავადმყოფი გარდაიცვალა (3,8%), რომელთაც ჰქონდათ გამოხატული Basedow'-ის ავადმყოფობა ზოგიერთი სიმპტომებით (აუტოპსიის დროს აღმოჩნდა ერთ შემთხვევაში status thymico-lymphaticus, მეორეში—კი—status hypoplasticus).

ჩვენ ვაწარმოეთ ჰისტო-პათოლოგიური გამოკვლევა 53 ავადმყოფიდან ამოკვეთილ ჩიყვის პრეპარატებისა.

კლინიკის მასალის პათოლოგიურ ანატომიურ შესწავლის დროს აღმოჩნდა, რომ 53 ავადმყოფიდან struma colloides ჰქონდა 40-ს (75,5%), struma parenchymatosa—6-ს (11,3%), და შერეული სახის სტრუმა ე. ი. ნაწილობრივ კოლოიდური და ნაწილობრივ კი პარენხიმატოზული—7 ავადმყოფს, რაც შეადგენს 13,2%.

პრეპარატების მომზადების ტექნიკა იყო ჩვეულებრივი: ქსოვილების ფიქსაციას ვახდენდით ფორმალინში (5%), შემდეგ ვატარებდით სპირტებში, გაჟღენთვა ცელოიდინში, შეღებვას ვაწარმოებდით უმეტეს შემთხვევაში ჰემატოქსილინით და ეოზინით, მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაში ვაწარმოეთ შეღებვა Wan Gieson-ის მეთოდით.

Struma colloides დროს საერთო სურათი შემდეგი იყო: გადიდებული და გაბერილი ფოლიკულები, რომლებიც გამოვსებული იყო კოლოიდით, ზოგიერთ პრეპარატებში აღინიშნებოდა სტრომის ლიალინური, უფრო იშვიათად ფიბროზული გადაგვარება და ხანდისხან გაკირებაც; კოლოიდური კვანძები ხან განკერძოებულნი, ხან კი მთელი კონგლომერატი კვანძებისა—ე. წ. კონგლომერატული ჩიყვი. არის პრეპარატები, საცა ჯირკვლოვანი ბუშტუკები გადაქცეულია პირდაპირ დიდრონ ღრუებად, რაც არის შედეგი მეზობელ ბუშტუკების შეერთებისა მათ შუამდებარე კედლების დაჭიმვის და ატროფიის გამო—ე. წ. ჩიყვის კისტოზური ფორმა (struma cystica). ეოზინით-ჰემატოქსილინით შეღებულ პრეპარატებში კოლოიდი ბაცი სოსანის ფერისაა, van Gieson'-ით შეღებულ პრეპარატებში კი—კოლოიდი ბაცი ნარინჯის ფერისაა. ეპითელიუმი კუბური ფორმისაა, უჯრედების ბირთვები დიდრონი, მრგვალი ფორმისა, უკავიათ ცენტრალური მდებარეობა; სტრომა, ფიბრობლასტებით და ლიმფოციტებით ღარიბი, სისხლ-ძარღვთა დიდი რაოდენობა.

*Struma parenchymatosa*-ს პრეპარატებში აღინიშნება შემდეგი საერთო სურათი, ფარისებრ ჯირკველში ჯირკველოვანი ბუშტუკების რაოდენობა გამრავლებულია, მათი სანათური კი ისეთივეა, როგორც ჯირკველის ნორმალურ მდგომარეობაში; ზოგიერთ პრეპარატებში ჯირკველოვან ბუშტუკების ფორმა მრგვალია. უმეტეს შემთხვევაში კი მათი ფორმა მრავალ ვარიაციებს განიცდის (პირველი ფორმის დროს არის ე, წ. *struma hyperplastica*, მეორე ფორმის დროს კი—*struma adenomatosa*).

ჩვენი პრეპარატების მიხედვით Basedow-ის ჩიყვის დროს (*basedowiana*) უფრო ხშირია შემდეგი ჰისტოლოგიური სურათი: ბუშტუკების ფორმა მკვეთრად შეცვლილია, მრავალი გვერდითი დატოტიანებით და წარზიდულებით. ამგვარ გვერდითი წარზიდულებებს ნამდვილი დვრილოვან შტოების ფორმა აქვთ და შესდგებიან შემაერთებელ-ქსოვილოვან ფუძისაგან და მასზე დამწკრივებულ ეპითელიუმისაგან; ეპითელიუმი მრავალშრიანი და დალაგებულია რამდენიმე რივად; ეპითელიუმის ზერელე შრეები ადვილად სცილდებიან, იქერცლებიან და ლაგდებიან ალვეოლის თავისუფალ ღრუში (*struma desquamativa*). ეპითელიუმის აღნიშნული დესკვამაცია ზოგიერთ პრეპარატებში სუსტად არის გამოხატული, ზოგიერთებში პირიქით ძალიან შორს არის წასული. ეპითელიუმის მრავალშრიანობა ზოგიერთ შემთხვევაში ისე შორს არის წასული, რომ გაძლიერებულ პროლიფერაციით წარმოშობილი ეპითელიუმის მთელი გროვები ავსებენ სრულებით ბუშტუკის სანათურს. ამასთანავე ერთად იცვლება აგრეთვე თვით ეპითელიუმის ფორმაც: იგი ხდება უფრო მაღალი, ცილინდრული, დიდი ბირთვით, რომელიც თავსდება უფრო ბაზალურად, რაც შეეხება კოლოიდს, იგი ზოგიერთ ბუშტუკებში სრულებით არ მოიპოვება, ან მისი რაოდენობა შემცირებულია, იგი უფრო თხელდება და ამიტომ ეოზინის საღებავით იღებება ბაცა ვარდის ფრათ (ნორმალურათ კი იგი უნდა იყოს ბაცი ან წითელი-სოსანის ფერის). ზოგიერთ პრეპარატებში კოლოიდს ემჩნევა კიდევზე ვაკუოლიზაცია ან და იგი ღებულობს ბადებრივ ან მარცვლოვან სტრუქტურას. ეს ყველაფერი უნდა მიეწეროს იმას, რომ Basedow-ის ჩიყვებში კოლოიდის ქიმიური სტრუქტურა იცვლება და ისეთი აღარ არის, როგორც ნორმალური კოლოიდისა. მართლაც და კოლოიდის მორფოლოგიური და ქიმიური ცვლილებანი Basedow-ის ავადმყოფობის დროს ამტკიცებენ მის შემადგენლობის და შენობის ცვლილებას. ბაზელის ჩიყვებს ახასიათებს აგრეთვე ლიმფური ინფილტრაცია და ნამდვილი ლიმფური ფოლიკულები ლიმფურ-ადენოიდურ ქსოვილისაგან.

ტიპიურ Basedow-ის ჩიყვებში შუამდებარე შემაერთებელი ქსოვილი და სისხლის ძარღვები სუსტად არის განვითარებული. მართალია ფარისებრი ჯირკველის პათოლოგიური შენობის შესწავლა Basedow-ის ავადმყოფობის დროს დიდი ხანი არ არის რაც დაიწყეს და სხვადასხვა ავტორების მიკროსკოპიული კსურათი ისე განსხვავდებოდა ერთმანეთისაგან, რომ დაისვა საკითხი, არის თუ არა მართლა ტიპური და სპეციფიური ცვლილებანი ფარისებრ ჯირკველში Basedow-ის ავადმყოფობის დროს, მაგრამ მრავალი მკვლევარი, როგორც Lubarsch'-ი, Marchan'-ი, Müller'-ი, Askanuzy' Simonds'-ი. Kocher'-ი, Klose Zander'-ი, Troell'-ი, Holst'-ი და სხვები მაინც შეთანხმდნენ იმაში, რომ



უმთავრესი და დამახასიათებელი თავისებურებანი Basedow-ის ჩიყვებში მაინც არსებობენ; ჩვენი დაკვირვებანიც ამას ამტკიცებენ, რომ Basedow-ის ჩიყვის დროს ხშირია ატიპიური ბუშტუკები სულ სხვადასხვა მოყვანილობისა პაპილარულ წარზიდულებებით, ეპითელიუმის მრავალშრიანობა და დესკვამაცია, ეპითელიუმი მაღალი, ცილინდრული, გაძლიერებული პროლიფერაციის მდგომარეობაში, კოლოიდის შემცირება და გათხელება, ლიმფური გროვები.

თუ შევადარებთ ჩიყვის პათოლოგიურ შენობას ავადმყოფობის კლინიკურ სურათს, მაშინ უნდა აღვნიშნოთ საზოგადოდ, რომ ერთგვარი პარალელიზმი კლინიკური სიმპტომების გამოხატულებასა და ჰისტო-პათოლოგიურ სურათს შორის არსებობდა; ის შემთხვევები, სადაც ანატომიური ცვლილებები ნაკლებად იყო გამოხატული, ხასიათდებოდა უფრო იოლი კლინიკური მიმდინარეობით. ამასთანავე უნდა აღვნიშნოთ, რომ არც ერთ შემთხვევაში არა Basedow-ის ჩიყვისა არ შეგვხვედრია. სრული ჰისტოლოგიური სურათი დამახასიათებელი Basedow-ის ავადმყოფობისათვის.

ყველა ზემოთ ნათქვამიდან შეგვიძლია გამოვიყვანოთ შემდეგი დებულებები:

1. საქართველოს მრავალ კუთხეებში ჩიყვი გავრცელებულია, როგორც ენდემიური დაავადება;

2. როგორც struma simplex-ს, ისე თირეოტოქსიკოზის მრავალ სახეებს აქვს ადგილი საქართველოში ჩიყვით დაავადებულთა შორის.

3. ფარისებრ ჯირკვლებში განვითარებული პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებანი უმეტეს შემთხვევაში შეესაბამება ავადმყოფობის კლინიკურ მოვლენებს.

4. უბრალო არა Basedow-ის ჩიყვის დროს არც ერთ შემთხვევაში არ გვინახავს ჰისტოლოგიური სურათი, შესაფერისი Basedow-ის ავადმყოფობისათვის.

5. Basedow-ის ავადმყოფობის დროს უფრო ხშირია შემდეგი ჰისტოლოგიური სურათი: კოლოიდის შემცირება და შეცვლა, ცილინდრული ან მაღალი კუბური ეპითელიუმი, ეპითელიუმის დესკვამაცია, ჯირკვლოვანი ბუშტუკების პოლიმორფიზმი.

დასასრულ დიდ მადლობას უცხადებ დ. პატივც. პროფ. ვლ. ჟღენტს იმ ხელმძღვანელობისათვის, რომელიც გამიწია ჩიყვის ჰისტო-პათ. პრეპარატების დიაგნოსტიური შესწავლის დროს.

#### ლიტერატურა:

1. პროფ. ა. მაჭავარიანი. თანამ. მედიცინა 1924, № 4. „თირეოტოქსიკოზი, როგორც ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის სხვადასხვა სახეების ნაშთი“. 2. ექ. ი. ასლანიშვილი. „თანამედ. მედიცინა“ 1924, № 1—2, „ენდემიური ჩიყვი საქართველოში“. 3. ექ. ა. შონია. „თანამედ. მედიცინა“, 1924, № 5. „ჩიყვის საკითხი შესახებ საქართველოში“. 4. Проф. В. А. Оппель. В. Х. и П. Областей, 1925, кн. 14, „О взаимоотношениях работы некоторых эндокр. желез“. 5. Проф. Богомолец. „Кризис эндокринологии“. 6. Левин. Каз. мед. журнал, 1928, № 7. „Базедова болезнь в детском возрасте“. 7. Ассистент Блюмш-

тейн. Каз. мед. журнал, 1928, № 7. „К этиологии эндемического зоба“. 8. Проф. А. Мартынов. В. Х. и П. Областей, 1926, кн. 16. „О хирургическом лечении при болезни Базедова“. 9. Hertzler. Endocrinologie V, XI, № 6. P. 582. 1927. 10. Tinker. J. Am. Med. Ass. V. 90. № 7, 1928. 11. Д-р Моисеев. Н.в. хир. архив № 47, 1927. „К вопросу о гематомах зоба“. 12. А. П. Гриднев. В. Х. и П. оаластей, 1928, кн. 32. „К учению об эндемическом зобе“. 13. Каплан, Старошкловская и проф. Голяницкий. нов. хир. 1927, кн. 7, „Профессиональные зоб. щит. железы“. 14. Е. Н. Назарова и Трубачева. Русская кл. 1927. № 43. „О влиянии иода на щитовидную и половые жел. человека“. 15. Н. А. Гладыревский (Москва). Русская кл. 1927 № 43. „Случай Вазедовой болезни с отдаленными осложнениями“. 16. Проф. В. А. Опель. Нов. Хир. Архив, 1927, № 49. „Эндокринология в хирургии“. 17. Пондоев. Труды 1-го с'езда хир. Закавказья, 1926. „Соврвменное учение об эндемическом зобе“. 18. Гиголов. Труды 1-го с'езда хир. Закавказья, 1926. „Зоб по материалу 1-ой Тиф. Гор. Больницы. 19. Проф. Мартынов. В. Х. и П. обл. 1926, кн. 16. „О хирург. лечения при болезни Базедова. 20. Михельман. В. Х. и П. Областей. 1926. кн. 16. „Злокачественные опухоли щит. железы по материалам хир. отд. Боткинской больницы“. 21. Прив.-доц. Я. А. Ратнер. Врач. Газета. 1928. № 9. „Базедова болезнь и гипертиреозидизм“. 22. E. P. Sloan. Врачебная Газета № 22. 1928. „Туберкулез и зоб“. 23. Schmaus. Основы пат. анатомии, Т. II. 24. Prof. Ernst. Ziegler I и II. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 25. Пондоев Г. С. Современное учение об эндемическом зобе. Тифлис 1924 г.

### Д-р. Г. В. ПАВЛЕНИШВИЛИ

Ассистент клиники.

К клиническому и патолого-анатомическому изучению зоба Грузии по материалам Госпит. Хирург. Клиники Тифл. Госунта. (зав. кл. проф. Г. М. Мухадзе).

Автор на основании материала клиники за 10 лет (1919—1928) отмечает, что из 60 случаев, прошедших через клинику, женщин было 55 (91,7%), мужчин—5 (8,5%). По возрасту распределяется: от 10—20 лет—2, 20—40 л.—37 сл., и свыше 40 л. 9 сл. Давность: до 3 лет—11 сл., до 5 лет 8 сл., свыше 5 л.—40 сл. формы: struma nodosa—46 сл. (76,7%), struma diffusa—14 сл. (23,3%). По клиническим симптомам распределяется: I—struma simplex (без явлений тиреогоксикоза)—34 сл. (56,6%), II—struma basedovica—26 с. (43,4%) из этой группы в 14 сл. 53,8% отмечалась только тахикардия, в 8 сл. (30,8%) были выражены и другие (но не все) симптомы базедовизма; в 4 сл. (15,4%) мы

### Д-р. G. W. PAWLENISCHWILI

Zur Frage des Klinischen und pathologischen Studiums des Kropfs in Georgien auf Grund des Materiales der Chirurgischen Hospitale klinik der Staatsuniversität in Tiflis.

(Leiter der Kl. Pr. G. M. Muchadse.)

Auf grund des 10 jährigen (1919—1928) Materials kommt der Verfasser zu folgenden Resultaten: Von 60 Fällen, die die Klinik passiert haben, waren 55 Frauen (91,7%) und 5 Männer (8,5%), Nach dem Alter waren 2 von 10—20 Jahreolt, 37 von 20—40, und 9 über 40.

Die Erkrankungsdauer war in 11 Fällen bis 3 fahre, in 8 Fällen bis 5 fahre und in 40 Fällen über 5 fahre. Die Formen: struma nodosa—46 Fälle (76,7%), struma diffusa—14 Fälle (23,3%). Nach den klinischen Symptomen verteilen sich die Fälle: I—struma simplex (ohne Thyreot oxikose) 34 (56,6%), II—struma basedovica 26 (43,4%); in dieser Gruppe wurde in 14 Fällen (53,8%) nur Tachykadie beobachtet.



имели типичную форму Базедовой болезни.

Из 60 сл. оперировано 53, все под местной анестезией (Sol-Novocaini). Операции: 29 (54,7%) энуклеаций, 24 (45,3%)—резекций.

Исход: выздоровление—51 сл (96,2%), смерть—2 (3,8%); оба случая были из второй группы и при вскрытии обнаружено—status thymicolymphaticus.

Патолого-анатомическое исследование удаленных желез: struma colloides—40 сл. (75,5%), struma parenchymatosa—6 сл. (11,3%), смешанная форма—7 сл. (13,2%).

Выводы: 1. Во многих уголках Грузии зоб распространен, как эндемическое заболевание.

2. Ка struma simplex, так и тиреотоксикоз разных видов, встречаются среди зобатых в Грузии.

3. Патолого-анатомические изменения в щитовидной железе в большинстве случаев соответствуют клиническому симптомо-комплексу болезни.

4. Ни в одном случае простого зоба мы не встречали гистологической картины, соответствующей struma Basedovica.

5. При Базедовой болезни чаще отмечается следующая гисто-патологическая картина: уменьшение и изменение коллоида, цилиндрический или высокий кубический эпителии, десквамация эпителии и полиморфизм железистых пузырьков.

in 8 Fällen (30,8%) waren auch andere gymptome (aper nicht alle) von Basedowismus ausgedrückt; in 4 Fällen (15,4%) hatten wir die typische Form der Basedowkrankheit.

Von den 60 Fällen wurden 53 operiert; alle unter Lokalanesthesie (sol. Novocaini). Von den Operationen waren 29 Fälle (54,7%) Exstirpationen, 24 (45,3%) Resektionen.

In 51 Fällen (96,2%) erfolgte Heilung, 2 (3,8%)—Tod; beide Fälle waren aus der II Gruppe und die Sektion ergab status thymico-lymphaticus.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung der entfernten Drüsen ergab: struma colloides 40 Fälle (75,5%), struma parenchymatosa 6 Fälle (11,3%), die gemischte Form 7 Fälle (13,2%).

Schlussfolgerungen; 1) In vielen Orten Georgiens ist der Kropf als endemische Krankheit verbreitet.

2) Sowohl struma simplex, als auch die verschiedenen Formen der Thyreotoxikose kommen bei den Kropfkranken Georgiens vor.

3) Die pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Schilddrüse entsprechen in den meisten Fällen dem klinischen Symptomenkomplex der Krankheit.

4) In keinem unserer Fällen des einfachen Kropfes fanden wir ein histologisches Bild, entsprechend struma basedowica.

5) Bei der Basedowkrankheit wird meistens folgendes histologisch-pathologisches Bild beobachtet: Verringerung und Veränderung des kolloiden, zylindrischen oder hohen kubischen Epithel, Desquamatio des Epithels und Polymorphismus der Drüsenbläschen.



პროფ. ბ. ლოლობერიძე

### საკვერცხის კისტოზა და ორსულობა

ქ. ტფილისის I საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკურ განყოფილებიდან, გამგე პროფ. ა. ლოლობერიძე.

საკვერცხის კისტომის ორსულობით გართულება არაა იშვიათი მოვლენა. 1924 წელში Коган-მა შეაგროვა ლიტერატურაში სულ 485 შემთხვევა, რომელთაც მან დაუმატა 27 შემთხვევა პროფ. Окличиц-ის კლინიკიდან, ასე რომ 1927 წლამდე აღწერილია სულ 512 შემთხვევა. ამის შემდეგ რუსულ ლიტერატურაში აღწერილია თითო შემთხვევა Пайзнер-ის, Горизонтов-ის, Малинин-ის და 11 შემთხვევა Юрьевски-ის მიერ. ქართულ ლიტერატურაში დღემდე ასეთი შემთხვევა არ ყოფილა აღწერილი, ამისათვის ჩემის აზრით ინტერესს არ იქნება მოკლებული მოვიყვანო ჩემი შასალა, რომელიც შეადგენს 30 შემთხვევას, რომელთაც ჰქონდა ადგილი ჩემ განყოფილებაში. ყველა შემთხვევებში გაკეთებულია ოპერაცია.

თუ დღეს-დღეობით საზოგადოდ კისტომის შესახებ ასე სდგას საკითხი, რომ ის აუცილებლად ოპერაციით უნდა იქნეს მოშორებული, ვინაიდან სხვა წესი ამ სიმსივნების წაძლობისა არ არსებობს, მეტადრე მაშინ, თუ ეს ეხება ისეთ შემთხვევებს, როცა სიმსივნე ორსულობით არის გართულებული. ეს სრულებით გასაგებია, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ მოცდითი წესი იძლევა დედის სიკვდილობის 43% და ბავშვის კი—80%-ს. გარდა ამისა 80%-ში მშობიარობა, დალოგინების ხანა არ ტარდება წესიერად (Коган). გარდა იმისა, რომ სიმსივნე შესაძლებელია თავის სიდიდით სამშობიარო არხს ავიწრებდეს, ორსულობის დროსაც და მშობიარობის შემდგომ მოსალოდნელია სხვადასხვა გართულება, როგორც: სიმსივნის ფეხის გადაგრეხა, მისი ნეკროზი, შიგ სისხლის ჩაქცევა, დაჩირქება, გასკდომა და სხვა; განსაკუთრებით ხშირია დასახელებული გართულებანი ლოგინობის ხანაში. მეორეს მხრით კი დროზე გაკეთებული ოპერაცია თითქმის 0%-ს იძლევა სიკვდილობისას (Скробонский, Коган, Юрьевский). ორსულობის დროს გაკეთებული ოპერაცია, თუმცა ზოგჯერ მუცლის თავისდათავად მოშლას იწვევს, მაგრამ არც ისე ხშირად, მეტადრე თანამედროვე პირობებში, როცა ოპერატიული ტექნიკა განვითარებულია. ამრიგად ოპერაცია მაშინაა გასაკეთებელი, როცა დიაგნოზი დასმული (Скробанский, Коган). გამონაკლისი დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევებისათვის, როცა ორსულობა VII—VIII თვისაა. ამგვარ შემთხვევებში შესაძლებელია მოცდა ორსულობის ბოლომდე და მერე ოპერაციის ერთდროულად გატარება: ovariotomy-ისა და საკეისრო გაკვეთისა (Keller). ორსულობის მე-7—8 თვეზე ოპერაციის გაკეთება არ ვარგა, ვინაიდან საშიშროება არსებობს, რომ მუცლის ახალი ნაწიბური

ხელს შეუშლის მშობიარობის წესიერად ჩატარებას, განსაკუთრებით, თუ ოპერაციის შემდეგ ჭრილობა დაჩირქდა.

ჩვენი შემთხვევები მოკლეთ შემდეგია:

I. ა. ს. 27 წ. შემოვიდა განყოფილებაში მოსამშობიარებლად 2/II—26 წ. სამშობიარო ტკივილებით. ვასინჯვისას აღმოჩნდა გარდა ბოლომდე მიტანილი ორსულობისა. კიდევ დიდი კისტომა, რომელიც საშვილოსნოს ფსკერისა და დიაფრაგმის შორის იყო მოთავსებული და ძალზე ადიდებდა მუცელს. რადიკალურ ოპერაციაზე ავადმყოფმა უარი განაცხადა. მშობიარობა ჩატარდა წესიერად. ლოგინობის ხანაც ჩატარდა წესიერად, ავადმყოფი გაიწერა. 25/II შემოვიდა; ისევ ჩიოდა მუცლის ძალზე გადიდებასა, ტკივილსა და პირის ღებინებას. მშობიარობის შემდეგ მუცელი ძალზე გადიდდა. მუცლის ღრუ ამოვსებულია სიმსივნით. მუცლის უდიდესი გარშემოწერილობა 121 სანტ. ავადმყოფი ძლიერ ანემიური, სუსტი. სიმსივნის ვასინჯვის დროს ისმის აშკარა ფლუქტუაცია 26/II ვინაიდან ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს სიმსივნის სიდიდე და სუნთქვასაც უშლის გაკეთებულია პუნქცია და გამოშვებულია 7 $\frac{1}{2}$  ლიტრი ყავისფერი სისხლნარევი სითხე.

27/II გაკეთებულია რადიკალური ოპერაცია. განაკვეთი თეთრ ხაზზე სიგრძით 25 სანტიმეტრი. მუცლის ღრუში აღმოჩნდა 1 ლიტრამდე ყვითელი სეროზული ტრანსულატი. სქელკედლიანი კისტომა აღმოჩნდა გავსებული ყავისფერი-სისხლნარევი სითხით რაოდენობით 20 ლიტრამდე. სიმსივნე ზერელეთ შეხორცებული ბადექონთან და ღვიძლთან. უკანასკნელისაგან განთავისუფლების შემდეგ აღმოჩნდა პარენქიმატოზული სისხლის დენა ღვიძლის ზედაპირიდან, რის გამოც ამ ადგილას შეტანილი დოლბანდის ტამპონი, რომელიც გამოყვანილია ცალკე პატარა ჭრილობაში; მუცლის ჭრილი გაკერილია 2 სართულიანი ნაკერით. გაიწერა საღი 15/III—26 წ. 1928 წ. მაისში ავადმყოფი შემოვიდა განყოფილებაში და წესიერად მოიმშობიარა ცოცხალი სრული ბავშვით.

II. პ. ა. 28 წ. შემოვიდა განყოფილებაში 25/II—1926 წ. დიაგნოზით: *cystoma ovarii dex. et graviditas 1 $\frac{1}{2}$  mens.* ოპერაცია 2/III—1926 წ. ამოკვეთილია ფორთოხლისოდენა საკვერცხის სიმსივნე მილთან ერთად. მარცხნივ აღმოჩნდა ქათმის კვერცხისოდენა დერმოიდი. გაკეთებულია მარცხენა საკვერცხის რეზექცია (დატოვებულია საკვერცხის ნაწილი ყვითელი სველით. 5/III მოხდა აბორტი. 10/III გაიწერა საღი.

III. მ. ა. 25 წ. 1—*para* შემოვიდა განყოფილებაში 16/XII—1926 წ. დიაგნოზით *graviditas 5 mens et cystoma ovarii dex.* 25/XII გაკეთებულია ოპერაცია. ამოღებულია ახალშობილი ბავშვის თავის ოდენა კისტომა, რომელიც გრძელ ფეხზე იყო გადაგრებილი 90° ზე; სიმსივნის კედელი საღი და არა ნეკროტიული, არავითარი შეხორცებები. მიკროსკოპის ქვეშ აღმოჩნდა *em-ryoma*, რომელშიაც დერივატებია 3 ჩანასახოვანი ფურცლისა. ოპერაციის შემდეგ მსვლელობა წესიერი, გაიწერა საღი. 9/I მოიმშობიარა განყოფილებაში წესიერად თავის დროზე სრული ბავშვით.

IV. ე. ს. 42 წლის, 6-*para* შემოვიდა განყოფილებაში 20/XII—1926 წელს დიაგნოზი *cystoma ovarii dex. et graviditas 5 mens.* ოპერაცია გაკეთებულია



29/XII, ამოღებულია მუშტის ოდენა კისტა; შეხორცებები არ იყო. მუცლის კრილობა ნაწილობრივ დაუჩირქდა. გაიწერა 27/I სალი. 4 თვის შემდეგ მოიმშობიარა წესიერად განყოფილებაში. 1929 წელს მოიმშობიარა კიდევ ერთხელ.

V. ს. მ. 31 წ. 0-para შემოვიდა განყოფილებაში 23/III — 27 წ. დიაგნოზით *cystoma ov. sin. et graviditas 2 mens.* ოპერაცია გაკეთებულია 26/III *ap-peductomia et ovariectomy sin.* ოპერაციის შემდეგ მსვლელობა წესიერი. 1 კვირის შემდეგ გაეკეთა ხელოვნური აბორტი. გაიწერა სალი 8/II.

VI კ. თ. 23 წ. 0 para შემოვიდა განყოფილებაში 11/IV—27 წ. დიაგნოზით *cystoma ov dex. et graviditas 3 mens.* ოპერაცია 15/IV—1927 წ. ყვითელი სხეული აღმოჩნდა დაავადებულ მხარეზე და ამოჭრილია მთლიანად სიმსივნესთან ერთად. (მარჯვენა საკვერცხის რეზექცია). ორსულობა შერჩა გაიწერა სალი 28/IV.

VII. ტ. კ. ე. 25 წ. 3-para შემოვიდა განყოფილებაში 4/VI—28 წ. დიაგნოზი: *cystoma ov sin. et graviditas 3 mens.* ოპერაცია 1/VI *ovariotomy sinuper colpotom.* სიმსივნის შიგნითა ზედაპირზე აღმოჩნდა დვრილისებრი წაწარმები. ოპერაციის შემდეგ მსვლელობა წესიერი, გაიწერა 24/VI ორსული.

VIII. ა.-ს. 27 წ. 1 para შემოვიდა განყოფილებაში 10/VI—1929 წ. დიაგნოზი: *cystoma ov. sin. dermoides et graviditas 1½ mens.* ოპერაცია 18/VI *ovariotomy sinper colpotomiam.* 22/VI მოეშალა თავისთავად მუცელი. 27/VI გაიწერა სალი.

IX. თ. კ. 28 წლის. 2 para შემოვიდა განყოფილებაში 16/II 1929 წ. დიაგნოზი *cystoma ov. sin. et graviditas 1½ mens.* ოპერაცია 18/II *ovariotomy 8/III* გაიკეთა *abrasio mucosae uteri* (ხელოვნური მოშლა მუცლისა) 11/III გაიწერა სალი.

X. კ. ვ. 23 წლისა, შემოვიდა განყოფილებაში 18/IV 1929 წ. დიაგნოზი: *cystoma ov. sin. et graviditas 1½ mens.* ოპერაცია 22/II *abrasio mucosae ut. et. ovariectomy sin. der laparotomy;* სიმსივნე აღმოჩნდა *cystis corpori lutei.* გაიწერა სალი 2/X.

ამგვარად 10 შემთხვევიდან ცხრაში გაკეთებულია ოპერაცია ორსულობის დროს, ერთში კი მშობიარობის შემდეგ მძიმე გართულებისა გამო (სისხლის ჩაქცევა სიმსივნის ღრუში). ყველა ავთომყოფებმა კარგად გადაიტანეს ოპერაცია და მხოლოდ ერთ შემთხვევაში იყო კრილობის ნაწილობრივი დაჩირქება. იმ შემთხვევებიდან, სადაც ოპერაცია გაკეთებულია ორსულობის დროს, 6-ში ორსულობა შერჩა, ერთში რადიკალური ოპერაცია და მუცლის მოშლა ერთდროულადაა გაკეთებული და 2-ში ორსულობა მოიშალა თავისით. იმ 6 შემთხვევიდან, სადაც ორსულობა შერჩა ორში ოპერაციის შემდეგ 7 და 12 დღეზე გაკეთებულია ხელოვნური მოშლა მუცლისა.

კისტომების სახისდა მიხედვით ჩვენ გვქონდა დერმოიდული შენობის სიმსივნე 3 ჯერ (ერთი მათგანი — ემბრიომა). Kerronn-ით ორსულობის დროს დერმოიდების სიხშირე უდრის 25%-ს. უორსულო მდგომარეობაში კი დერმოიდები შეადგენენ ყველა კისტომების მხოლოდ 4%-ს. ჩვენ მასალაზე მაშასადამე სიხშირე დერმოიდებისა გამოდის 30%.



ორსულობის დროს ოპერაციების 9 შემთხვევიდან ორში ოპერაცია გაკეთებულია საშოდან. ამათგან ერთში მუცელი მოეშალა. ამ შემთხვევაში, რომ არც მოშლილიყო მუცელი, ჩვენ ხელოვნურად უნდა მოგვეშალა იგი, ვინაიდან ავადმყოფი სოციალურ ჩვენებით მუცლის მოსაშლელად იყო მოსული. საერთოდ კი მე ვეთანხმები უმრავლესობის აზრს, რომ ორსულობის დროს ოპერაცია სჯობს მუცლის მხრიდან, ვინაიდან საშვილოსნო ისე არ ზიანდება (Скоробанский, Юрьевский, Коган და სხვა). Ихельман-Бах-ის სტატისტიკური ცნობით საშოს მხრივი ოპერაციების შემდეგ მუცლის მოშლის % უდრის 17,6—41,0%-ს. მუცლის მხრიდან ოპერაციებით კი ბოლო დროს მიღებულია 12.18% მუცლის მოშლისა (Коган-ით).

დიდი დავა იყო ლიტერატურაში ასეთ შემთხვევებში მუცლის მოშლის მიზეზის შესახებ. უპირველეს ყოვლისა აწერდნენ ამას ოპერატიულ ტრავმას საშვილოსნოსას, მაგრამ შემდეგში გამოიჩინა, რომ ამით არ შეიძლება ყველა შემთხვევებში ახსნილ იქნეს აბორტი. მრავალი ავტორის მიერ აღწერილია შემთხვევები, როცა ორსულობის დროს საშვილოსნოს ტანიდან ამოუკვეთიათ ინტერსტიციალური ფიბრომატოზული კვანძი, ზოგჯერ საშვილოსნოს ღრუს გახსნილთა კი, და ორსულობა შერჩენილა (Юрьевский, Villard, Roulland). Лебедев-ის და Михин-ის აზრით ორსულობა სწყდება მაშინ, როცა გადასკვნება art. spermatica და შემოკლება ვანიერი იოვი, რის გამოც საშვილოსნო მოკლებული ხდება ზრდა-განვითარების შესაძლებლობას. Орлов-ის აზრით, თუ მომყოლი მიმაგრებულია საშვილოსნოს იმ მხარეზე, სადაც იყო კისტომა და გადასკვნილა art. ovariana, მაშინ მუცელი სწყდება, თუ მოპირდაპირე მხარეზე მიმაგრებული მომყოლი, მაშინ ორსულობა რჩება. Fehling-ის აზრით ორსულობა სწყდება, როცა ოვარიოტომია ორივე მხარეზე გაკეთებული. ამ თეორიას თითქმის ამტკიცებს Fraenkel-ის დასკვნა ცხოველებზე ცდების მიხედვით ამ საკითხის შესახებ, რომ ორსულობის დროს, თუ ყვითელი სხეული იქნა მოშორებული, ორსულობა სწყდება. მაგრამ შემდეგში გამოიჩინა, რომ ორივე მხარეზე ოვარიოტომია არ ქმნის მეტ მიდრეკილებას აბორტისადმი (Скоробанский, Pfannenstiel, Weller, Martin, Stein, Колосов). Скоробанский-ს აზრით ოვარიოტომიის შემდეგ მუცლის მოშლაში აქვს მნიშვნელობა არა ყვითელ სხეულის ანუ საკვერცხის მოშორებას, არამედ მათი ჰორმონების ურთიერთ შორის კორელაციის მოშლას. მისი თეორიის მიხედვით ყვითელი სხეულისა და საკვერცხის ჰორმონები ერთი მეორეზე, როგორც ანტოგონისტები, მოქმედობენ და ყვითელი სხეულის უმთავრესი დანიშნულება არის ორსულ საშვილოსნოზე საკვერცხის გავლენის მოსპობა. ამისათვის, მისი აზრით, ორსულობა შერჩება ხოლმე მაშინ, როცა დასახელებულ ორგანოების ჰორმონების ჰარმონია არაა მოშლილი, ან, თუ ჰორმონები მთლად იქნება მოსპობილი (ორივე მხარეზე კასტრაციით). ამისათვის მუცელი სწყდება უმთავრესად ცალ მხარეზე კასტრაციის შემდეგ, რითაც უფრო ხშირად ირღვევა ეს ჰარმონია ჰორმონებისა.

ლენინგრადის სამედიცინო-გინეკოლოგიურ საზოგადოებაში 1924 წელს სხდომაზე იყო დავა ამ თეორიის შესახებ და Марковски და Броннико-

ვა უჭერდნენ მხარს სკრობანსკი-ს თეორიას, Окинчиц-ი და Тербинская-Попова კი ედავებოდნენ მას. ჩვენ მეორე შემთხვევაში ორივე მხარეზე კასტრაციის დროს ცალ მხარეზე დატოვებულია ნაწილი საკვერცხისა ყვითელი სხეულით—მოხდა აბორტი. მე-6 შემთხვევაში კი ოპერაციის დროს ამოჭრილია მარჯვენა მხარეზე კისტომა საკვერცხის ნაწილით, რომელშიაც იყო მოთავსებული ყვითელი სხეული, ასე რომ უკანასკნელი მოშორებულ იქნა მთლათ—ორსულობა შერჩა.

პირველი შემთხვევა თითქოს ადასტურებს სკრობანსკი-ს თეორიას და ეწინააღმდეგება Fraenkel-ისას, მეორე კი, პირიქით, უფრო ადასტურებს უკანასკნელის თეორიას, ვიდრე სკრობანსკი-სას.

ჩემის აზრით მუცლის მოშლის მიზეზი ოპერაციის შემდეგ ერთი არ უნდა იყოს. ცხადია რომ მექანიკურ ტრავმას დიდი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს აბორტის გამოწვევაში. ეს მტკიცდება იმით, რომ თანამედროვე პირობებში გატარებულ ოპერაციების შემდეგ ბევრად ნაკლებად abort-ი, ვიდრე ძველად იყო. Коган-ის სტატისტიკური ცნობით 1846—1873 წ.წ. ovariectomi-ის შემდეგ მუცელი მოიშალა 45% -ში; 1874—1883—37% -ში; 1884—1893—15% -ში; 1894—1903—13% -ში; 1904—1913—17% -ში; 1914—1923—12,18% -ში.

მექანიკურ ტრავმას მე ვგულისხმობ ისე, რომ არა მარტო ხელებით ან იარაღებით საშვილოსნოს შეხებას აქვს მნიშვნელობა, არამედ მუცლის ღრუს გახსნას, შიგ ცივ ჰაერის შესვლას, სეროზას გაშრობას და სხვა. ამას გარდა უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა აგრეთვე art. ovarica-ს გადასკვნას და ამასთან დაკავშირებულ სისხლის მიმოქცევის შეცვლას. ჰორმონების კორელაციის შეცვლასაც უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა და სხვა მომენტებსაც, რომელთა შორის შემთხვევითი მომენტები არის აღსანიშნავი, როგორცაა endometrit-ის არსებობა ორსულობის დროს და სხვა.

ბოლო დროს, განსაკუთრებით საბჭოთა კავშირში სოციალურ აბორტის შემოღების შემდეგ ისმება ხოლმე საკითხი (Эберлин, Брюхатов), თუ როგორ უნდა მოიქცეს ექიმი, როცა ორსულობაც არის მოსაშლელი და თანაც საკვერცხის კისტომაც არის. ზოგი გვირჩევს ჯერ abort-ის გაკეთებას და შემდეგ ovariectomi-ისა (Эберлин) იმ მოსაზრებით, რომ ოპერაციის გაკეთების შემდეგ აბორტი სახიფათოა, ვინაიდან საშვილოსნოს ქვემოთ დაწვევით შესაძლოა ახლად გადასკვნილი ნასკვი სიმსივნის ფესვ მოძვრეს. Брюхатов-ის აზრით ამის საშიშროება მცირეა, თუ ფეხი კარგად არის გადასკვნილი. ჩვენ მასალაზე გაგვიკეთებია abort-ი, როგორც უშუალოდ ოპერაციის წინ, (შემთხვევა მე-10), ისე ოპერაციის რამოდენიმე დღის შემდეგაც (შემთხვევა 5 და 9). ერთში 7 დღის შემდეგ, მეორეში კი 10 დღის შემდეგ. ასეთ შემთხვევებში მე უპირატესობას ვაძლევ მუცლის მოშლას ოპერაციის რამოდენიმე დღის შემდეგ, ვინაიდან მქონია შემთხვევები, როცა ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფმა გადაიფიქრა და ორსულობა შეუნარჩუნებია (შემთხვევა მე-6). მხოლოდ ოპერაციის შემდეგ მე ვაკეთებ აბორტს არა მაშინვე, არამედ რამოდენიმე დღის შემდეგ, როცა ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ უკვე შედარებით კარგად გრძნობს თავს.

დაბოლოს უნდა ვსთქვათ ორიოდ სიტყვა კიდევ პირველი შემთხვევის შესახებ, სახელდობრ პუნქციის შესახებ. ჩვენ საერთოდ არა ვართ მომხრენი პუნქციისა კისტომის დროს არც დიაგნოსტიური და არც წამლობის მიზნით. გამონაკლისს შეიძლება შეადგენდეს შემთხვევები, როცა მშობიარობის დროს სიმსივნე სამშობიარო არხს ავიწროვებს, ავადმყოფი კი არ თანხმდება რადიკალურ ოპერაციაზე. ჩვენ შემთხვევაში პუნქცია გაკეთებულია იმიტომ, რომ სიმსივნის სიდიდისა გამო ავადმყოფს თითქმის სუნთქვის შესაძლებლობაც არა ჰქონდა, ოპერაციის გატარება კი იმ დღეს შეუძლებელი იყო, ასე რომ პუნქციისათვის იყო *indicatio vitalis*.

დასასრულს ნებას ვაძლევ ჩემ თავს შემდეგი დასკვნები გამოვიტანო:

1) ორსულობის დროს ამოცნობილი კისტომა აუცილებლად უნდა მოშორებულ იქნეს ოპერაციით; გამონაკლისი შესაძლებელია დაშვებულ იქნეს მხოლოდ ორსულობის მე-VII—VIII თვეზე, როცა ოპერაციით მოცლა შესაძლებელი ცოხალი ბავშვის მისაღებად.

2) ოპერატიული გზა უმჯობესია მუცლის მხრიდან, როგორც უფრო ნაზი.

3) ოპერაცია შეძლებისდაგვარად ფრთხილად უნდა იყოს გატარებული, რათა საშვილოსნოს ტრავმა ნაკლები იყოს და ამით მუცლის მოშლის შესაძლებლობაც შემცირდეს.

4) ოპერაციის შემდეგ მუცლის მოშლის მიზეზი ერთი არ უნდა იყოს, არამედ დამოკიდებულია სხვადასხვა მიზეზებზე, რომელთა შორის პირველი ადგილი უჭირავს მექანიკურ ტრავმას. მნიშვნელობა უნდა ქონდეს აგრეთვე *art. ovariana*-ს გადანასკვას, ჰომონალურ კორელაციის მოშლას და სხვა.

Проф. Б. К. Гогоберидзе.

### Киста яичника и беременность

(из гинекологического отделения Тифлисский I горбольницы зав. Б. Гогоберидзе).

Автор приводит 10 случаев овариотомии во время беременности (в одном случае операция произведена после родов).  $\frac{9}{10}$  смертности О. Беременность прервалось сама собою после операции в 2 случаях.

Автор приходит к след. выводам:

1. Распознанная во время беременности киста должна удаляться оперативным путем. Исключение может быть допущено лишь после VII месяцев беременности, когда с целью получить живого ребенка лучше ждать конца беременности.

PROF. B. GOGOBERIDZÉ.

### Eierstockcyste und Gravidität.

(Aus d. gynäkologischen Abtheilung d. I. Städtischen Krankenhenses zu. Tiflis. Vorstand B. Gogoberidse).

Der Autor führt 10 Fälle von ovariotomien während der gravidität vor (in einem Falle wurde operiert nach d. Geburt).  $\frac{9}{10}$  der Todesfälle gleicht O. Die schwangerschaft unterbrach sich nach der Operation in 2 Fällen.

Der Autor kommt zum folgenden Schlüssen:

1. Die während der gravidität konstatierte cyste, muss auf operativem Wege entlernt werden. Eine Ausnahme kann zugelassen werden nur nach dem VII Monate der schwangerschaft, wenn man ein lebensfähigen Kind bekommen will, so thut man besser bis zum schlusse der schwangerschaft abzuwarten.

2. Оперативный путь лучше избирать брюшной, как более нежный и менее травмирующий матку.

3. Операция должна производиться по возможности осторожно, дабы меньше травмировать матку и тем уменьшить количество самопроизвольных абортов после операции.

4. Причина аборта после овариотомии повидимому не одна, а зависит от разных моментов, из которых на первом месте нужно поставить механическую травму. Должна иметь также значение перевязка art. ovariana, нарушение корреляции гормонов и пр.

2. Am bestem ist es dem abdominalen Weg, als schonendsten und dem Uteru wenig traumatisirenden für die Operation zu wählen.

3. Die Operation selbst soll womöglich vorsichtig gemacht werden, um am wenigsten den Uterus zu traumatisieren und hiermit die Zahl der selbständig auftretenden Aborten nach den Operationen zu verringern.

4. Die Ursache der schwangerschaftunterbrechung nach Ovariotomien scheinbar ist nicht die einzige, und hängt vom verschiedenen Momenten ab. Die erste Stelle gehört mechanischer Trauma zu. Es ist nicht ohne Bedeutung die Unterbindung der Art. ovariana, die Störung der Hormouencorrelation.



## 8. პაკიტაზვილი

### ქალთა გონორეული პროკტიტების საკითხი

სწორი ნაწლავის ლორწოიანი გარსის დაზიანება, გონოკოკური ინფექციით, პირველად აწერილი ჰქონდა ნეისერსა, სწორედ იმ პერიოდში, როდესაც გონოკოკი ახლად იყო აღმოჩენილი და როდესაც მის ბიოლოგიურ თვისებებს პირველად სწავლობდნენ. Bumm-ა და მის შემდეგ Wertheim-ა გონორეული პროკტიტები თავიანთი დაკვირვებებით დაამტკიცეს და აღნიშნეს ამ პროკტიტების სიხშირე ქალთა შორის, უფრო რაგორც გართულება ამ ინფექციისა შარდ-სასქესო ორგანოების მხრივ. მაგრამ ზემოთმოყვანილი ავტორების შემთხვევები იმდენად მცირენი იყვნენ, რომ ატარებდნენ ერთგვარ კაზუისტურ ხასიათს. უმეტესი ავტორები მაშინდელი დროისა, ეთანხმებოდნენ ამ გარემოებას, რომ როდესაც ქალს ჰქონდა მწვავე დაავადება სასქესო ორგანოებისა იმ ინფექციისაგან მაშინ უეჭველად მონაწილეობას იღებდა სწორი ნაწლავის ლორწოიანი გარსიც. მაგრამ ამ წინადადებასაც სათუთო უყურებდნენ ეგვევ ავტორები და საბოლოოთ მისი კლინიკური სურათი და მისი ხანგრძლივანობა არ იყო კიდევ გამორკვეული და დამტკიცებული. მხოლოდ იმ მომენტიდან, როდესაც გონოკოკის ბიოლოგიის შესწავლას მტკიცე საფუძველი ჩაუყარეს, როდესაც შეისწავლეს მათი ლოკალიზაცია შარდსასქესო ორგანოებში რომ გონოკოკს შეუძლიან ყოფნა ლატენტურ მდგომარეობაში და რეციდევების მოცემა ამ მომენტიდან წარმოიშვა უამრავი შრომები, სადაც აწერილი იყო ნათელი კლინიკური სურათი სწორი ნაწლავის ლორწოიანი გარსის დაავადებისა ამ ინფექციისაგან (Arnaud, Pieker, Fritcher, Stühmer და სხვა).

ჩვენ არ შევჩერდებით დიდხანს ამ საკითხის ლიტერატურაზე, აღვნიშნავთ მხოლოდ ერთ გარემოებას, რომ განსაკუთრებული წვლილი და დამსახურება ამ საკითხში ეკუთვნის Fritcher-ს, რომელმაც აღნიშნა, რომ გონოკოკს აქვს უნარი სწორი ნაწლავის ქსოვილში ღრმად შეჭრისა—თითქმის კუნთოვან კეცაძღის, რომ მათ აქვს უნარი მოხვდნენ ლიბერკინევის ჯირკვლებში, გამოიწვიონ მათი დახურვა და ზოგჯერ დაჩირქებაც კი. ავტორთა უმეტესობა იმ აზრს ამტკიცებენ, რომ დაზიანება სწორი ნაწლავის ლორწოიანი გარსისა ამ ინფექციისაგან ხდება მარტო 7-10 სანტ. მანძილის სიგრძით და იშვიათად ახწვევს უფრო ზეით. კლინიკური სურათი, რომელიც თანა სდევს ამ დაავადებას, ზოგიერთი ავტორთა მითითებით ძლიერ მწვავე ხასიათისაა და ზოგჯერ კი უსიმპტომოთ მიმდინარეობს, იმდენად უსიმპტომოთ, რომ სრულიად შემთხვევით აღმოაჩენენ ხოლმე ამ გონორეულ პროკტიტებს მაშინ, როდესაც შარდ-სასქესო ორგანოებში ეს ინფექცია არსებობს. Juillien-ით და Stühmer-ით, როდესაც ჩვენა გვაქვს მწვავე ფორმა გონორეული პროკტიტებისა, მაშინ სწორი ნაწლა-

ვის ლორწოიანი გარსი—იქ სადაც ეს გარსი მოფენილია ცილინდრული ეპიტელიუმით, შეშუპებულია და გაწითლებული და ამ ადგილს ყოველთვის გვაქვს მის ზედაპირზედ დიდი რაოდენობა ლორწოსი და ჩირქისა. ანუსის მხრივ კი გვაქვს წყლულები და ნაპრალეები. ასეთი ლორწოიანი გარსიდგან თავისთავად ცხადია, რომ სისხლის დენა შესაძლებელია, რის გამო ძლიერ ხშირად განავალში ლორწოსთან და ჩირქთან ერთად ვხვდებით სისხლსაც.

ამასთან შეფარდებით სუბიექტური ჩივილი ავადმყოფების გამოიხატება ხშირად გარეთ გასვლაში, ტკივილებში, წვაზე და ქავილში უკანა ტანის მხრივ. რა ოდენიმე დღის შემდეგ ყველა ეს სიმპტომები შემცირდება და დაავადებას აქვს უფრო სუსტი და ნელი მიმდინარეობა, და შესაძლებელია რაღდენიმე კვირის შემდეგ მივიღოთ მისი ქრონიკული ფორმა. ზოგიერთი ავტორები, როგორც Scomassoni, Weisman, გორაში და სხვა აღნიშნავენ გონორეული პროკტიტების გართულების შემთხვევებს, როგორც არის აბსცესი, სტრიკტურები, რომელნიც წარმოიწვებიან პერირექტალურ ინფილტრატების ნიადაგზედ. აგრედვე აღნიშნავენ და აღწერენ ნაპრალეებს და წყლულებს anus'ის ირგვლივ, რომელიც უმეტესად მეორადი ხასიათისა არის და რომელიც ხშირად შეცდომაში შეიყვანს ტუბერკულოზის და ulcus moll'ეს არსებობაზედ და სხვა. დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ამ უკანასკნელთა შორის ძლიერ საძნელო ხდება მაშინ, როცა ესა ცხადი გონორეული ინფექცია პირველად შეიჭრება რექტუმის ლორწოიან გარსზედ, და დამოუკიდებელი იქნება სასქესო ორგანოებისაგან. გინეკოლოგს ასეთი შემთხვევები ძლიერ იშვიათად ხვდება, რადგან როგორც უამრავ ავტორთა სტატისტიკა გვიჩვენებს, იზოლიაციური პროკტიტები Buchk'ეს მიხედვით გვხვდება 7% და გორაშის მიხედვით 24%, ისიც უმეტესად, მამაკაცებში. აქედან შედეგათ ქალების რიცხვი უფრო ნაკლები უნდა იყოს.

ჩვენი მასალები, რომელიც ეხება 14 შემთხვევას, ლენინგრადის ექიმთა დახელოვნების გინეკოლოგიურ ინსტიტუტიდან, და ტფილისის გინეკოლოგიურ კლინიკისაგან მხოლოდ, ორ შემთხვევაში იყო აღმოჩენილი გონორ. პროკტიტები შარდ-სასქესო ორგანოებისაგან დამოუკიდებლად. ერთ შემთხვევაში ეს ეხებოდა ისეთ ავადმყოფს, რომელიც შემოვიდა ჩივილით თვიურის არევაზედ მენორაგიული ხასიათისა, და რომელმაც სხვათა შორის, აღნიშნა, რომ მას ჰქონდა მუდმივი წვა და ქავილი უკანა ტანის და ჩირქოვანი განავალი. მეორე შემთხვევა ეხებოდა ისეთ ავადმყოფს, რომელიც ახლად გათხოვილი იყო, ქმარს სჭირდა გონორეა და რომ ცოლისათვის არ და გადაედო ეს ინფექცია, მიმართავდა არანორმალურ coitus'სა (coitus interruptus). ჩივილები ამ ავადმყოფისა იყო ისეთივე, როგორც პირველისა და ავადმყოფობა დაეწყო გათხოვების მომენტიდან. ორივე ავადმყოფს Sphincter ani-ის არეში ემჩნეოდათ სიწითლე, შეშუპება და ნიშნები ჩირქისა. რექტალური სარკით გასინჯვამ გვაჩვენა მთელი 5-7 სანტ. მანძილზედ ანუსიდან ლორწოიანი გარსის შეშუპება და დაჩირქება. ბაქტერიოლოგიურმა გამოკვლევამ ორ შემთხვევაში გონორეული ინფექციის არსებობა დაამტკიცა. რაიმე გართულებას, როგორც აბსცესია და ნათლად გამოხატული წყლულები, ადგილი არა ჰქონია. დანარჩენი 12 შემთხვევა, როგორც ზემოთ აღნიშნეთ, იყო მეორადი ხასიათისა, დაკავშირებული შარდ-

სასქესო ორგანოების ქვედა ნაწილის გონორეულ დაავადებასთან, რომელიც უმთავრესად არსებობდა ქვე მწვავე მდგომარეობაში. უმეტესი ნაწილი ამ ავადმყოფებისა მოდიოდნენ ჩვენთან არა იმ სუბიექტური ჩივილებით, რომელიც ახასიათებს პროკტიტებს, არამედ მოდიოდნენ ჩივილით შარდზე წვითა, შარდზე ხშირი გასვლისა, თეთრათ შლისა და ვულვის არეში გაღიზიანებისა.

ზემოაღნიშნული შემთხვევებიდან 4 შემთხვევა ეკუთვნოდა ისეთ ჰასაკს, რომელთა წლოვანობა არ აღემატებოდა 2-6 წელსა. მათ ჰქონდად სპეციფიური ვულვოვაგინიტი ქვე მწვავე პერიოდში. მხოლოდ მარტო ორ შემთხვევაში ბავშვთა მშობლები აღნიშნავდნენ და მიაქცევდნენ ყურადღებას, რომ მათ შვილებს anus-ის მხრივ არანორმალურ მოვლენებს ჰქონდათ ადგილი, როგორც არის ქავილი და წვა. დანარჩენ ორ შემთხვევაში ამ მხრივ რაიმე სუბიექტურ მოვლენებს ადგილი არ ჰქონია.

სხვა შემთხვევებში საქმე ეხებოდა ისეთ ქალებს, რომელთაც სქესობრივი ცხოვრება ახლად დაწყებული ჰქონდათ და რომელთაც გონორეული პროცესი, სასქესო ორგანოების ქვედა სავალი გზებისა, დაკავშირებული იყო მის ამაველ ფორმასთან. სამი ავადმყოფის გარდა ამ ავადმყოფთა კატეგორიიდან არავინ არ აღნიშნავდა რაიმე მოვლენებს, რომელიც შეეხებოდა Rectum-ის დაავადებას. გონორეული პროკტიტების ამოცნობას ხელს უწყობდა ის გარემოება, რომ ყოველთვის, როცა ქალს ჰქონდა აშკარა ნიშნები შარდ-სასქესო ორგანოების გონორეული დაავადებისა, ჩვენ მაშინ ყოველთვის ვსინჯავდით სწორ ნაწლავსაც — მიუხედავად იმისა, რომ ამ მხრივ სუბიექტური ჩივილები მათ არ ჰქონიათ. უმეტეს შემთხვევაში ჩვენ მიემართავდით რექტალურ სარკეს და სწორი ნაწლავის ლორწოიანი გარსიდან ვიღებდით გამონადენს. სხვა შემთხვევებში როცა ჩირქი ანუისის მხრივ ნათლად მოდიოდა, ჩვენ აღარ მიემართავდით სარკეს, რომ მეტი ტრავმა არ მიგვეყენებინა ავადმყოფისათვის და პირდაპირ ანუისის ნაოჭებიდან ვიღებდით ნაცხებს. იმ შემთხვევებში, როცა საქმე ეხებოდა ბავშვებს, ჩვენ რექტოსკოპის მაგივრათ მიემართავდით ურეტროსკოპსა.

რომ სწორი ნაწლავი უფრო სუფთა იყოს განავალისაგან სჯობიან გასინჯვა და ნაცხების აღება ვაწარმოვოთ გარეთ გასვლის 1—2 საათის შემდგომ.

პრეპარატები, ბაქტერიოსკოპიურ გასაშინჯათ, იღებებოდა gram-ით. სხვა მეთოდით შეღება არ იძლევა ასეთ შედეგს რადგან, აქ გვაქს ფლორა ნაწლავთა სხვადასხვა ბაქტერიებისა.

რადგან ჩვენ განვაგრძობთ დაკვირვებებს პროკტიტების შესახებ, და თითონ გონორეული პროკტიტების რაოდენობა ჯერ მცირეა, ჩვენ თავს ვიკავებთ და არ გამოგვყავს  $\frac{1}{100}$  ამ დაავადებისა საერთოდ გონორეულ-დაავადებათა რიცხვიდან. მაგრამ უნდა აღვნიშნოთ ეს უფრო ნაკლებ  $\frac{1}{100}$  შეადგენს, ვიდრე აგვიწერს თავის დაკვირებაზედ Loeser-ი, რომლის პროცენტული შემადგენლობა შეადგენს  $73\frac{1}{100}$ -ს—471 შემთხვევაში. ასეთი დიდი რაოდენობა გონორეული პროკტიტებისა იხსნება ალბათ იმ გარემოებით, რომ მის მასალაში ძლიერ ჭარბი რაოდენობა იყო ისეთი ავადმყოფებისა, რომელთაც ჰქონდათ მწვავე ან ქვე მწვავე ფორმა სუსუნატისა შარდსასქესო ორგანოებში, რომელნიც თავის



მხრივ დამოკიდებული იყო იმაზედ, რომ მასალა შეკრეფილი იყო იძულებით მკურნალ ავადმყოფებისაგან (მეძავეებისაგან).

სხვა ავტორების მიხედვით, როგორც მაგალითად Wolfenstein-ისა რიცხვი გონორეული პროკტიტებისა გამოიხატება 54%-ში, Stühmer-ით 59% და Ber-ით 38%-ში.

ასეთი ჭრელი და სხვადასხვა რიცხვების მიღება უნდა ავხსნათ, ჩვენის აზრით, იმ გარემოებით, რომ ნაცხში გონოკოკის მონახვა, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ცოტა ტენიკურად ძნელია და ხშირად, როგორც აღნიშნავს Loëser-ი, საჭიროა მრავალჯერ დათვალიერება ნაცხებისა, რომ აღმოჩენილი იყოს გონოკოკი.

რაც შეეხება გონორეული პროკტიტების მკურნალობას, ავტორთა შორის არ არსებობს სრული თანხმობა, ზოგიერთი ავტორები უმთავრესად ხმარობდნენ საღიზინფექციო ხსნარებს, როგორც არის Arg. nitr. 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> და პროტარგოლი 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ი (ფრანცი). სხვა ავტორები კი მაგალითად Stühmer-ი, Порудоминский, მიმართავდნენ და გვირჩევენ მალამოების ხმარებას, რადგან ხსნარების ხმარება უფრო აღიზიანებს იმ ნაპრალებს, რომელიც თანა სდევს ხოლმე, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, გონორეულ პროკტიტებს. იარების და სტრიკტურების დროს Гораш-ი პირველ შემთხვევაში გვირჩევს ვაქცინაციას და მეორე შემთხვევაში კი გვირჩევს მის გაწევას და გაკვეთას.

როდესაც ჩვენ ვაწარმოებდით თერაპიას გონორეულ პროკტიტებისას— ისეთ ავადმყოფებზედ, რომელნიც მეორედათ იყვნენ დაავადებულნი, ჩვენ ვცდილობდით, რომ უპირველეს ყოვლისა მოგვესპო ის ბუდე ინფექციისა, რომელიც საშოს გამონადენში იყო. ამ გარემოებას, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს, რადგან ჩვენ, გონორეული პროკტიტების თერაპია, რომელიც შედარებით ადვილად ემორჩილება მას, ვერაფერს კარგ შედეგებს ვერ მოგვეცემს იმ შემთხვევაში, თუ არ იქნება განსაკუთრებული ყურადღება მიქცეული ამ საშოს სპეციფიურ გამონადენზედ. ასეთი პროკტიტები მაშინ ხშირად ხანგრძლივ და მოუჩინებელ პერიოდს განიცდიან.

თვით პროკტიტების მკურნალობას ჩვენ ასე ვატარებდით: ავადმყოფი გარედ გასვლის რამოდენიმე საათის შემდეგ იკეთებდა ოყნას 200—250 gr. 4 პრომილ ხსნარს მანგანუმის კალიუმისას, რითაც ირეცხებოდა ის ჩირქი და ლორწო, რომელიც არსებობდა სწორი ნაწლავის ლორწოვანზედ. მოწვისა და წამლის ხანგრძლივი მოქმედების მიზნით სწორი ნაწლავის ლორწოვანზედ, ჩვენა ვხმარობდით Arg. nitr. 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ის სანთლების სახით—პირველად ყოველ დღე და მერე დღეგამოშვებით. Arg. nitr-ის დადებითი მხარე, შედარებით სხვებთან, არის ის რომ იგი უფრო ღრმით შედის ლორწვეშა გარსში. ნაპრალებს და საერთოდ ლორწოვან გაღიზიანებას ჩვენ ვმკურნალობდით 10% პროტორგოლის, ან 2% Arg. nitric-ის მალამოებით.

უმეტეს შემთხვევაში ასეთი მკურნალობის 10—15 დღის შემდეგ ბაქტერიოსკოპიური გამოკვლევა გონოკოკზედ გვაძლევდა უარყოფით შედეგს და იქ, სადაც მკურნალობამდე ჩვენა გვქონდა სუბიექტური ჩივილი ავადმყოფისა, წვა და ქავილი უკანა ტანის მხრივ, ეს ყველაფერი ისპობოდა. მხრლოდ ზოგიერთ

ავადმყოფებს, მიუხედავად იმისა, რომ გონოკოკი ნაცხებში აღარ იშინჯებოდა, ლეიკოციტების რიცხვი, ამავე დროს, რამდენიმე კვირით რჩებოდა ისევ მრავლად. რეციდივებს პროქტიტებისას ჩვენ მასალაზედ ორ შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი, ისიც შარდ სასქესო ორგანოების ამავე პროცესით დაავადებასთან, და ამიტომ მოითხოვა განმეორებით მკურნალობა.

დასკვნები:

1. ქალთა გონორეული პროქტიტები უმეტესად მეორადი ხასიათისაა, გადასული სასქესო ორგანოებიდან.
2. გონორეული პროქტიტები, თავის დროზე გამოუცნობობის გამო, ხშირად წარმოადგენენ რეინფექციის მიზეზს, რის გამო მკურნალობა ხშირად უშედეგო რჩება.
3. გონორეული პროქტიტები მეტ შემთხვევაში არ იძლევიან სიმპტომებს.
4. ყოველივე გონორეით დაავადებულ შემთხვევაში საჭიროა გამორკვეული იქნეს მდგომარეობა anus'-ის მხრივ.

М. Е. ПАПИТАШВИЛИ

К вопросу о гонорройных проктитах у женщин.

Гонорройные проктиты у женщин протекают в большинстве случаев бессимптомно, сопровождаясь только у части больных выделениями во время дефекации: гноя, слизи, а иногда и крови. Паралельно с этим у подобных б-ных суб'ективныя жалобы сводятся к чувству жжения, зуда и к болям со стороны гестит. У женщин гонорройные проктиты, в большинстве случаев вторичного происхождения, являясь последствием гонорройного процесса мочеполовой системы. Из 14 б-ных, наблюдаемых нами с подобным заболеванием, только у двух не удалось установить подобной зависимости, у остальных 12-ти—на ряду с типичной картиной гонор. проктитов было специфическое заболевание нижних отделов моче-половых путей, подтвержденных бактериоскопическим исследованием. Из 14 случаев с проктитами, четыре касалось маленьких девочек от 2 до 6 лет. с явно выраженными гонорройными вульво-вагинитами, которые кроме жалоб связанных с этим заболеванием отмечали зуд и жжение

D-r PAPITASCHVILI.

Zur Frage der Gonorrhoeischen Proctiten bei Frauen.

Die gonorrhoeisch. Proctiten bei Frauen verlaufen in den meisten Fällen ohne symptomen, nur sind sie bei manchen kranken während der Defécation mit Auslässen begleiten, Eiter, Schleim u. manchmal sogar Blut. Parallel mit diesem ergeben sich subjective Klagen bei vergleichenen Kranken das Gefühle von Brennen, Jucken und schmerzen von Seite des Rectum.

Bei Frauen gonorrhoeisch. Proctiten in den meisten Fällen sind sekundären Erkrankungen. Hat es seinen Ursprung von den Folgen eines gonorrhoeisch. Processes des Harngeschlechts systems.

Bei 14 von uus beobachteten Patientén mit derselben Krankheit konnten wir nur bei zwei dasselbe bepstimmen.

Bei den 12 andern—neben dem typischen Bilde der gr. Proctiten wardie Erkrankung der unteren Teile der Urinabsonderuskannüle, welche durch mikroskopische Unntersuchung bestimmt wurden.

Bei Beobacht. von 14 Fallen, v. welchenn 4 bei kleinen v. 2 bis 6 Jahren altnen Mädchen vorkamen mit klar ausgedrückten spezifischen Vulwovaginiten, welche ausser den gewöhnlichen Klagen bei dieser krankheit

со стороны anus'a, и выделения из последнего гноя и слизи.

Лечение проводилось следующим образом. Б—ные спустя несколько часов после стула ставили клизму из 4 prom. kalii hyper. в количестве 200—250 gr. В rectum водились свечи из 2% arg. nitr. Ссадины и язвы в области anus'a прижигались 10% arg. n.

По такой схеме проводимое лечение, в большинстве случаев уже через 2 недели давало исчезновение субъективных жалоб у больных и отсутствие гонококков в мазках из rectum.

Однако успех лечения возможен лишь при одновременном лечении тех участков мочеполовой системы, из которых в большинстве случаев происходит инфицирование rectum.

noch über Jucken und Brennen von Seite des Anus sich beschwerden und mikroskopisch Eiter und Schleim beseigten.

Die Kur bestand aus folgenden: einige Stunden nach Stuhlgang stellte man 1 Klisma von 4% sne. Kal. hyper mang. 200—250 gr. ins Rectum wurden cuppos. 2% Arg. nitr. eingelegt und in der gegend des Anus angepiselt mit 10% Arg. itr. Nach einer Kur bei der Mehrzal verschwand. die gonok. in Ausschtrich aus dem Rectum.

Dennoch ist ein solcher Erfolg nur dann möglich, wenn zur selten Leit auch die andern Teile des ursprünglich Krankensystems, wechet die Infection kömmt, geheill werden.

## ალ. ელიზბერიძე

კლინიკის ასისტენტი

(სახ. უნივ. სტომატოლოგიური კლინიკიდან, გამგე პროფ. გ. მ. მუხაძე).

### ქვედა ყბის რეგიონული ანესთეზიები\*)

როგორც ლიტერატურული ცნობებიდან, ისე ყოველდღიური დაკვირვებიდან ვრწმუნდებით, რომ ქირურგიაში ზოგადი ნარკოზის ხმარების რიცხვი თანდათანობით მცირდება და მის ადგილს ადგილობრივი ანესთეზია იჭერს. Wilms' ის სტატისტიკური ცნობების მიხედვით სჩანს, რომ 1906 წლის განმავლობაში 85%-ში ოპერაციები იყო გაკეთებული ზოგადი ნარკოზის ქვეშ და 11,4% კი ადგილობრივი. თანდათანობით ნარკოზის პროცენტი, რაც უფრო დრო მიდიოდა, კლებულობდა და 1911 წ. ზოგად ნარკოზს უჭირავს 42% და ადგილობრივს კი 54,2% ყველა შემთხვევებისა. Braun'-ის სტატისტიკაც ამას გვეუბნება. თუ ავიღებთ ახლა ცნობებს ლენინგრადის ინსტ. ფაკულტ. ქირურგ. კლინიკიდან, რომელსაც შააკი განაგებს, ჩვენ დავინახავთ, რომ 1912-13 წ. ნარკოზს ეკუთვნის 80%, ადგილ. ანესტ. 20%. 1924-25 წ. კი პირიქით—ზოგად ნარკოზს 21,6%, ადგილ. ანესტ. 78,4%. ჩვენი ჰოსპიტ. ქირურგიულ კლინიკის ცნობების მიხედვითაც წარსულ წელში 80%-ში ოპერაციები გაკეთდა ადგილ. ანესტეზიის ქვეშ.

ეს ციფრები საკმარისად გვიჩვენებენ იმას, რომ დაახლოებით 80%-ს ყველა შემთხვევებში ოპერაციები კეთდება ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ, მაგრამ ომავალში, როდესაც ტენიკა ადგილობრივი და, სახელდობრ, რეგიონული ანესტეზიისა უფრო კარგად იქნება დამუშავებული და შესწავლილი, ეს 80% ალბად კიდევ იმატებს. თუ ავიღებთ და გადავათვალიერებთ ოდონტოლოგიურ და სტომატოლოგიურ მუშაობას, ანუ კბილების და ყბა-სახის ქირურგიას, აქ ყველასათვის ნათელია, რომ სტომატოლოგიური სტაციონარულ და მით უმეტესად კი ამბულატორიული მუშაობის დროს ზოგად ნარკოზს ძალიან იშვიათად მიპართავენ და თუ კიდევ მიპართავენ მას, უმთავრესად ბავშვების ხანაში. ზოგადი ნარკოზის განდევნა ჩვენს დარგში აიხსნება იმიტ, რომ, ერთის მხრივ, ყბების ტოპოგრაფია ინერკაციის მხრივ ძალიან მისაწვდომია რეგიონულ ანესტეზიისათვის და, მეორეს მხრივ, ტენიკა ადგილობრივი ანესტეზიისა იმდენად კარგად არის დამუშავებული და შესწავლილი, რომ გამოცდილ სტომატოლოგს აღარ ესაჭიროება ზოგადი ნარკოზის ხმარება ისეთ დიდ ოპერაციებისათვისაც კი, როგორც არის ზედა ყბის ტოტალური რეზექცია ან ქვედა

\*) წაკითხულია ოდონტოლოგიურ საზოგადოებაში 1929 წ. გაზაფხულზე.

ყბის ექზარტიკულიაცია და სხვ. ოპ.; უკვე 1875 წ. Reclu'-მ წამოაყენა მნიშვნელოვანი დებულება, სახელდობრ, ის, რომ სადაც ადგილობრივი ანესთეზიით ოპერაციის გაკეთება შესაძლებელია, იქ დაუშვებელია ზოგადი ნარკოზის ხმარება და ჩვენ გვგონია, რომ ეს დებულება დღესაც მთავარ ჩვენებათ უნდა დარჩეს ადგილობრივი ანესთეზიის საკითხში.

რა უპირატესობანი აქვს ადგილობრივ ანესტეზიას ნარკოზის წინაშე. ჯერ ერთი, ნარკოზისათვის საჭიროა ნარკოტიზატორი და მეტი დამხმარე პერსონალი; ნარკოზის დროს ოპერატორის ყურადღება გაორებულია, ადგილობრივი ანესთეზიით აღწევენ საოპერაციო არეს ანემიას, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, განსაკუთრებით ჩვენს დარგში, და უმთავრესად განსხვავება კი მდგომარეობს იმაში, რომ ადგილობრივი ანესთეზიები შედარებით ნარკოზთან ნაკლებ სახიფათო მეთოდათ ითვლება. თუ ჩვენ გავიხსენებთ მხოლოდ ორგანიზმს Thimicolymphaticus'-ის სტატუსით, რომლის დიაგნოზის დასმა კლინიკურად უმეტეს შემთხვევაში შეუძლებელია და რომელსაც დიდი პროცენტი უჭირავს ნარკოზის სიკვდილიანობაში, და ეს ეხება უმთავრესად ხლოროფორმს, ეს უკვე საკმარისია იმისთვის, რომ ექიმის აზროვნება იქნას მიმართული იქით, რომ ზოგადი ნარკოზი შეიცვალოს ადგილობრივი ანესთეზიით. Diffenbach-მა, რომელიც დიდი აღფრთოვანებით შეხვდა ნარკოტიულ ნივთიერების გამოგონებას და მის ხმარებას ნარკოზისათვის, სთქვა: „თუ ექიმს წინად ოპერაციის გაკეთების დროს ჰყავდა ერთი ავადმყოფი, ეხლა მას ჰყავს ორი: ერთი, რომელსაც უნდა გაუყეთდეს ოპერაცია და მეორე ნარკოზის ქვეშ, რომელიც უფრო მძიმე არის და თხოულობს უფრო ზედმეტ ყურადღებას“...

ნაოპერაციები გართულებანი ადგილობრივი ანესთეზიის დროს ნარკოზთან შედარებით იშვიათია.

წინააღმდეგ ჩვენებათ ადგილობრივი ანესთეზიისა მიჩნეულია პიემიური და სეპტიური მდგომარეობა ორგანიზმისა. შააკის კლინიკა წინააღმდეგ ჩვენებათ სთვლის აგრეთვე არა მტკიცე ნერვიულ სისტემის არსებობას, სადაც შესაძლებელია ადვილად მივიღოთ შოკი. ავთვისებიანი ხორცმეტების დროს კი ადგილობრივი ანესთეზია არ უნდა ჩართვალოს წინააღმდეგ ჩვენებათ, ვინაიდან ამით შეიძლება ოპერაციის რადიკალურათ გატარება, როგორც მაგალითად — ძუძუს კიბოს დროს, მით უმეტესად კი ყბების სიმსივნეების დროსაც.

ანესთეზიის საკითხში აქვს მნიშვნელობა აგრეთვე იმას, თუ რანაირ კლინიკურ გარემოებაში მოხდება ავადმყოფი; როდესაც იგი რამოდენიმე დღის განმავლობაში დაინახავს თუ რანაირ მდგომარეობაში ბრუნდებიან ავადმყოფები პალატაში ოპერაციის შემდეგ, რომელთაც ოპერაცია ჰქონდათ გაკეთებული ადგილობრივ ანესტეზიის ქვეშ, ერთის მხრივ, და ნარკოზის ქვეშ მეორე მხრივ, ასეთი პირნი ყოველთვის თანხმდებიან ადგილობრივ ანესთეზიზე. ძალიან იშვიათია, რასაკვირველია, ჩვენ ოდონტო-სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში, როდესაც ავადმყოფი მოდის და დაჯინებით მოითხოვს კბილის ამოღებას ან რაიმე პატარა ოპერატიულ ჩარევას ნარკოზის ქვეშ. ამათ ეკუთვნიან ისეთი პირნი, რომელთაც წარსულში დიდი ტანჯვა გადაუტანიათ კბილის ექსტრაქციის გამო, გინდ ეს ყოფილიყო გატარებული უანესთეზიით, ან კიდევ ცუდად გატარებულ

ანესთეზიის ქვეშ. ასეთ ავადმყოფებს ეკუთვნიან აგრეთვე ისეთები, რომლებიც შეპყრობილი არიან ისტერიის მიძიმე ფორმით. ბავშთა ასაკი წინააღმდეგ ჩვენებათ არ უნდა ითვლებოდეს. შააკის კლინიკაშიაც და აგრეთვე ფილატოვის სახელობის ბავშთა საავადმყოფოში ადგილობრივ ანესთეზიას ბევრ შემთხვევაში ატარებენ დაწყებულ ძუძუ-მწოვარ ბავშვებიდან 13 წლამდე. საჭიროა მხოლოდ ფსიქიური ზეგავლენა ვიქონიროთ ბავშვებზე და ნდობა დავიმსახუროთ მათ წინაშე. ჩვენს პრაქტიკაშიაც ასეთ ფსიქიურ ზეგავლენას ზედმიწევნით დიდი მნიშვნელობა აქვს არა მხოლოდ სტაციონარულ მკურნალობის დროს, არამედ ჩვეულებრივი კონსერვატიულ მკურნალობისა და საერთოდ სანაციის დროსაც. მოზრდილ ბავშს საჭიროა სისწორით აუხსნათ და ჩავავაზნოთ ის გარემოება, რომელშიაც იგი იმყოფება, და ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობა. ზოგჯერ შოკოლადის ნატეხის ან კანფეტის მიცემა მოქმედობს ბავშვზე ისე, როგორც მოზრდილზე მორფიუმი. 7-8 წლიდან შესაძლებელია ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ *uranoplastic*-ის გაკეთება, ყბის რეზექცია და სხვა. 1927 და 1928 წ. ლენინგრადში მუშაობის დროს სტომატოლოგიურ კლინიკაში გატარდნენ ბავშვები, რომელთაც ჰქონდათ გაკეთებული ასეთი ოპერაციები ადგილობრივი ანესთეზიით.

ადგილობრივ ანესთეზიის შორის ჩვენ ვარჩევთ ორ ჯგუფს: ინფილტრაციულ და რეგიონულს. თუ რაში მდგომარეობს განსხვავება მათ შორის, ეს ყველასათვის ნათელია, მაგრამ სავსებით არ არის ზოგისთვის ცნობილი, თუ რა და რა უპირატესობანი აქვს რეგიონულ ანესთეზიას შედარებით ინფილტრაციულთან პირის ღრუში და ყბებზე ქირურგიული ჩარევის დროს:

1) რეგიონულ ანესთეზიის დროს საქმი გვაქვს ჩხვლეტის უფრო ნაკლებ რაოდენობასთან და ხშირად ვკმაყოფილდებით ერთი ჩხვლეტით. ჩვენ საკმარისად კარგად ვიცით პირის ღრუს სეპტიური მდგომარეობა, სიძნელე, უფრო სისწორით რომ ვთქვათ, — შეუძლებლობა ძისი ასეპტიურ მდგომარეობაში მოყვანისა. მიუხედავად იმისა, რომ პირის ღრუ დაჯილდოვებულია ბუნებრივი იმუნიტეტით, მაინც სასურველია, რომ ჩხვლეტის ნაკლები რიცხვი იყოს ნაწარმოები, ვინაიდან თვითველ ჩხვლეტის შემდეგ ნემსი, რომელიც შეეხო ლორწოვანს და ნერწყვს, გაუსუფთავებელი ხდება.

2) რეგიონულ ანესთეზიით ერთ ჯერზე შეიძლება რაოდენიმე კბილის ან ფესვის ერთად მოშორება.

3) რეგიონული ანესთეზიის ხმარება განსაკუთრებით ნაჩვენებია საოპერაციო არეში ჩირქოვან პროცესების არსებობის დროს.

4) ამ ანესთეზიას აქვს უპირატესობა მოლარების ამოღების დროს, ვინაიდან როგორც ვიცით ინფილტრაციული წესით უმეტეს შემთხვევაში სრულ ანესთეზიას აქვერ ვღებულობთ და ეს გარემოება დამოკიდებულია იმაზე, რომ მოლარების არეში ყბის გარეთა კედელი ძალიან სქელ წარმონაქმს წარმოადგენს.

5) რეგიონულ ანესთეზიის დროს ანესთეზია უფრო ხანგრძლივია და გრძელდება ჩვეულებრივ 2—3 საათს, ზოგჯერ 4—6 საათსაც.

6) მხოლოდ რეგიონული ანესთეზია იძლევა პულპის და ბუყებებს. პულპიტების მკურნალობაში მას აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს. ერთ სეანსში,

როგორც Fische'scher'-ის სკოლა ამას გვიჩვენებს და ატარებს ცხოვრებაში, ჩვენ შეგვიძლია პულპიტური კბილის მკურნალობა და დაბუჩენაც, ინფილტრაციული ანესთეზია კი ვერ იძლევა პულპიტურ კბილის დაბუჩებას; და რეგიონული ანესთეზია გვაძლევს საშუალებას მკურნალობა გავატაროთ Fische'scher'-ის წესით.

7) ინფილტრაციულ ანესთეზიის დროს ნოვოკაინის ხსნარის გაჟღენთვით იცვლება ქსოვილების ტოპოგრაფია და ეს ხელს უშლის ორიენტაციას; რეგიონულ ანესთეზიის დროს ამას ადგილი არ აქვს.

8) რეგიონ. ანესთეზია კარგ დახმარებას იძლევა კრიჭის შეკვრის დროს, როდესაც ინფილტრაციულზე ლაპარაკიც არ შეიძლება.

9) რეგ. ანესთეზიის დროს შესაძლებელია დიდი ოპერაციების გაკეთება, როგორც არის მაგალითად ზედა ყბის ტოტალური რეზექცია ან ქვედა ყბის ექსპროტიკულიაცია.

როგორც ცნობილია, ქვედა ყბა ინერვაციას ღებულობს შემდეგი გრძობიერი ნერვებისაგან: N. alveolaris inf. და მისი დაბოლოებით N. mentalis სახელით ცნობილი, და N. buccinatorius, n. lingualis. თვით კბილების ინერვაცია ხდება n. alveolar. inf, რომელიც ქვედა ყბის არხში იძლევა rami dentales et gingivales და ესენი კი ერთი მეორესთან ქმნიან ფართე ანასთამოზებს — ნერვიულ წნულს — და აქედან კი თვითეულ f. apical'-ისთვის განცალკევებულ ტოტი. მაშასადამე ქვედა ყბის რეგიონულ ანესთეზიის მიღწევისათვის საჭიროა შეუშხაპუნოთ გამაყუჩებელი ნივთიერება იმ ადგილებში, სადაც ნერვების შტოები შედიან ან გამოდიან ხვრელებიდან, სახელდობრ for. ovale, for. mandibulare და for. mentale'-სთან. რეგიონული ანესთეზია კეთდება, როგორც პირის ღრუდან ანუ ინტრაორალურად, ისე გარედან, ანუ ექსტრაორალურად.

გადავალ მანდიბულურ ანესთეზიის აღწერაზე. როგორც მოგხსენებათ ეს რეგიონული სახის ანესთ. ზია არ წარმოადგენს ახალ წესს, და იგი იყო მოწოდებული პირველად Halsted'-ის და Raymond'-ის მიერ 1885 წელს და ამჟამად გავრცელებულ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს, რომელსაც მიძართავენ ოდონტოსტომატოლოგიურ პრაქტიკაში.

მანდიბულურ ანესთეზიის ტექნიკა ვრცლად არის აწერილი სხვადასხვა ავტორების მიერ, სახელდობრ Braun'-ის Hertel'-ის, Williger'-ის, Fische'scher'-ის და სხვების მიერ. მანდიბულურ ანესთეზიის მისაღებად საჭიროა გამბუჩებელი ნივთიერება შევიყვანოთ და დავცალოთ f. mandibulare'-სთან, რომელიც დაფარულია lingula'-თი. ამის გატარება შეიძლება, როგორც იტრაორალურად, ისე ექსტრა. Mischel'-მა პირველმა მოგვცა ზომები იმის შესახებ თუ სად მდებარეობს ეს ფორამენი. მისი ცნობებით ფორამენი ასწვრივი ტოტის წინა კიდიდან დაშორებულია 15 მმ., უკანა კიდიდან 13 მმ. და ზევითა, ე. ი. Incisura mandib. 22 მმ. და ქვედა კიდიდან კი 27 მმ.; მოყვანილი ციფრებიდან სჩანს რომ ფორამენი ყველაზე ახლოს მდებარეობს უკანა კიდესთან და ყველაზე დაშორებულია ქვედა კიდიდან. მაგრამ სხვადასხვა ავტორები, როგორც Schleich'-ი Fischer'-ი, და Port'-ი და სხვანი არ ეთანხმებიან ერთი მეორეს და ეს კი საბუთს გვაძლევს ვიფიქროთ, რომ ფორამენის მდებარეობა მერყეობს და, შესაძლებელია, ინდივიდუალურიც იყოს.

Schleich'-მა სამართლიანად აღნიშნა, რომ ბავშვებზე იგი მდებარეობს უფრო ქვეით (კბილების მიხედვით) ვიდრე მოზრდილებზე. მნიშვნელობა აქვს აგრედვე იმას, თუ რომელ ჯგუფს ეკუთვნის ესა თუ ის ყბა, პროგრესიულ თუ რეგრესიულ ტიპს, რომელთა ასწვრივი ტოტი სხვადასხვა მდებარეობისა გახლავთ.

განვიხილოთ ჯერ ინტრაორალური მანდიბულური ანესთეზია. ჩხვლეტის დროს ხელგმძღვენელობთ ტოპოგრაფიული წარმოქმნით, რომელიც მდებარეობს უკანასკნელ მოლარის უკან და ეწოდება *trigonum* ანუ *fovea retromolare*. გარეთა გვერდი ამ სამკუთხედისა წარმოადგენს გვირგვინოვანი მორჩის წინა კიდე, შიგნითა *crista buccinator*'-ს, რომელსაც უმაგრდება *m. buccinator*, და ამ სამკუთხედის ფუძეს კი შეადგენს უკანასკნელი ალვეოლის უკანა კიდე.

ჩხვლეტას ვაწარმოებთ სწორეთ ამ სამკუთხედში უკანასკნელ მოლარის საღეჭის სიბრტყის 1—სანტ. ზევით და *Crista buccinat.* ახლოს. ამდროს შპრიცი მდებარეობს მოპირდაპირე პრემოლარებზე. შემდეგ ვცდილობთ ნემსი გადასცილდეს ხსენებულ ლოყის ბორცვს და როდესაც ამას შევიგრძნობთ, მაშინ აქ უნდა დავცალოთ მცირე ნაწილი ანესტეტიკუმისა, რომ ამით მივიღოთ ანესთეზია *n. lingualis*, რომელიც ლორწოვანი გარსის ქვეშ მდებარეობს. შემდეგ ნემსს შევაცურებთ სიღრმეში, დაახლოვებით 2—სანტ-ზე და ამასთან ერთად ნემსი ყოველთვის ძვალზე უნდა ცურავდეს და შპრიცის შიგთავის უმეტესი ნაწილი აქ დაიცლება. ანესთეზია ჩვეულებრივად დგება 20—30 წ. შემდეგ და იშვიათ შემთხვევაში კი 12—15 წ. შეჰდევ, Williger'-ი, მარჯვენა მხარეზე მუშაობის დროს, შპრიცი უჭირავს მარჯვენა ხელში და ჩხვლეტის ადგილის ფიქსაციას უკეთებს მარჯვენა მაჩვენებელი თითით; მარცხენა მხარეზე ინექციის დროს კი შპრიცი უჭირავს მარცხენა ხელში.

Seidel'-ი სამკუთხედს ნახულობს მარცხენა ცერით და ორივე მხარეზე უმხაპუნებს მარჯვენათი. მისი წესით მარცხენა მხარეზე მუშაობის დროს, შპრიცის პირში წესიერად შეყვანისათვის საჭიროა ოპერატორის ავადმყოფის უკან დადგომა და მის წინისაკენ გადახრა. პირველი ნიშნები ანესთეზიის დაწყებისა გახლავთ, როგორც ქვედა ტუჩისა, ისე ენის სათანადო ნახვერის გაბუჟება. ანესთეზიურ ნივთიერებას მანდიბულურ ანესთეზიისათვის ხმარობენ ნოვოკაინის 2% ხსნარს 2,0 რაოდენობით სუპარაენინით ან ადრენალინით.

Braun'-ი კი ხმარობს 2,0 მაგიერ 5,0 და მუშაობს ჩვეულებრივი Record'-ის შპრიცით. სახ. უნივერსიტ. სტომატოლოგიურ კლინიკაში მანდიბულურ ანესთეზიას ვატარებთ Williger'-ის წესით, მხოლოდ ხსნარს ვღებულობთ არა 2%, არამედ 1% და 5,0-ს რაოდენობით. ნემსს ვხმარობთ სიგრძით 8 სანტ. და Dm. 0,8 mm. როგორც ზევით იყო აღნიშნული საკბილო მორჩის ლოყის მხარეზე მდებარე ღრძილი ინერვაციას ღებულობს *n. buccinatorius*'-ისაგან და ამიტომ სრულ ანესთეზიის მიღებისათვის საჭიროა მანდიბულურ ანესთეზიას, მისი დადგომის შემდეგ, დაუმატდეს ინფილტრაციული ანესთეზია ლოყის ღრძილისა. როდის მივმართავთ ჩვენ მანდიბულურ ანესთეზიას? ჯერ ერთი მაშინ, როდესაც საჭიროა რამოდენიმე კბილის და ფესვის ერთად მოშორება. ამ ანესთეზიის მივმართავთ სიბრძნის კბილის და მოლარების ამოღების დროს, როდეს-



საც ისინი გართულებული არიან დიფუზური პერიოდონტიტით, პერიოსტიტით ან ოსტეომიალიტით; შემდეგ კბილის ღრმა ფრაქტურის დროს. ნაჩვენებია განსაკუთრებით კი როდესაც ვაწარმოებთ ქვედა ყბის რეზექციებს კეთილ და ავთვისებიან სიმსივნეების გამო. ეხლა გადავიდეთ გართულებების საკითხის გაშუქებაზე. მანდიბულურ ანესთეზიის გატარების დროს შესაძლებელია ადგილი ქონდეს სხვადასხვა სახის გართულებებს. ექიმების უმრავლესობამ კარგათ იცის, თუ რანაირ სექტიურ ფლორას შეიცავს პირის ღრუ და ამასთანავე რანაირი ბუნებრივი იმუნიტეტი აქვს მოპოვებული პირის ლორწოვან გარსს. ჩვეულებრივად, ინექციის და სხვადასხვა სახის ოპერაციის გაკეთების დროს დაჩირქება არ ხდება ხოლმე, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ჩვენ ოპერაციების წინ არ უნდა მივიღოთ ზომები პირის ღრუს დეზინფექციისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ პირის ასექტიურ მდგომარეობაში მოყვანა შეუძლებელია, ჩვენ მაინც უნდა ვეცადოთ მისი ფლორა, შეძლებისდაგვარად, შევამციროთ და ამას კი ვაღწევთ სხვადასხვა სახის ანტისექტიური ხსნარის გამოვლებით. გარდა ლორწოვანი გარსისა ინფექცია შეიძლება შეყვანილი იქნას აგრეთვე შპრიცით, ან ხსნარით, თუ ისინი სტერილობას მოკლებული არიან. თუ ინფექცია მოხდა, მას შეუძლია, ორ ერთი გამოიწვიოს რბილი ქსოვილების შესივება, რომელიც დამოკიდებულია კანქვეშა ფაშარი ქსოვილების და ფრთისებრივი კუნთების ბაღურას შეშუპებაზე, რომლის მიზეზად ჩნდება: 1) პირის გაძნელებული გახსნა ე. ი. კრიკის შეკვრა, 2) გაძნელებული ყლაპვა და 3) ტკივილები ყლაპვის დროს. ასეთი გართულება ჩვეულებრივ გაივლის 2—3 დღის შემდეგ. თუ ინფექცია იყო მძლავრი, ვირულენტური, მაშინ ხდება ზედმეტად არასასიამოვნო გართულება, სახელდობრ ხახის ფლეგმონა, რომელიც შეიძლება გადავიდეს პირის ღრუს ფსკერზე და მივიღოთ ეგრედწოდებული Angina Ludowici, რომლის სიკვდილობა უდრის დაახლოებით 50%-ს.

თუ ინექცია გაკეთებული იყო ფრთისებრივ კუნთის მყესოვან ნაწილში, რასაკვირველია, ნექსის არასწორი მიმართულებით შეყვანის დროს, ამაზე კუნთი უპასუხებს შესივებით და ანთებითი პროცესით. ამგვარი Myositis ac. შეიძლება გრძელდებოდეს კვირაობით და თვეობითაც.

მნიშვნელოვან გართულებათ მანდიბულური ანესთეზიის დროს, როგორც ანესთეზიის სხვა სახეების დროსაც, უნდა ჩაითვალოს შინაგანი სისხლის დენა ანუ ჰემატომის გაჩენა. როგორც ტოპოგრაფიულ ანატომიიდან ვიცით, ასწვრივი ტოტის არეში იმყოფება სისხლის ძარღვები, როგორც არის art. carotis ext, art. et vena alveolaris inf, vena facialis poster. და არტერიების და ვენების სხვა პატარა ტოტები. ჰემატომის წარმოშობა გამოძვლავნდება მით, რომ ავადმყოფის ლოყა ინექციისთანავე შესივდება იმდენად სწრაფად, რომ თითქოს იზრდება ჩვენს წინაშე. ჩვეულებრივად სისხლის დენა შეჩერდება თავისთავად ჩაქეუულ სისხლის ძარღვზე ზედდაწოლის გამო. თუ ინფექცია ჩხვლეტის დროს არ იყო შეტანილი, ასეთი ჰემატომები საშიშ მოვლენას არ წარმოადგენს და რამოდენიმე დღის განმავლობაში გაივლის. წინააღმდეგ შემთხვევაში კი ჰემატომა დაჩირქდება და წარმოიშობა ჩირქგროვა ან ფლეგმონა, რომლის დროს საჭირო იქნება, რასაკვირველია, სათანადო ქირურგიული ჩარევა.

სისხლის ძარღვების დაზიანების თავიდან აცდენისათვის საჭიროა, რომ ნემსი  $2\frac{1}{2}$  სანტ.-ზე მეტი არ იქნას შეყვანილი, ვინაიდან ასწვრივი ტოტის უკანა კიდესთან ძღებარეობენ ზემოხსენებული სისხლის ძარღვები, გარდა *art. et vena alveolaris infer.*

შესაძლებელია აგრეთვე ნემსით დაზიანდეს *n. alveolaris*, რომლის შედეგათ მივიღებთ პარეზს, ან ნევრალგიას, რომლებიც შეიძლება თვეობით გრძელდებოდეს. თუ ნემსის მოძრაობას ქონდა მედიალური მიმართულება, შესაძლებელია *chorda tympani* დაზიანდეს ნემსით ან გაბუჟდეს ანესტეტიუმით, რის გამო შესაბამებელ ყურში წარმოიშობა ტკივილები ან საერთოდ უცნაური და არასასიამოვნო შეგრძნობა. ამგვარ გართულებების ასაცდენათ საჭიროა ყოველთვის იხმარებოდეს შედარებით წვრილი და მახვილი ნემსი და თუ ნემსის თანდათანობით შეყვანის დროს ჩვენ თანდათანობით დავაქცევთ შპრიცის შეცულობას, ამით აიცილებთ როგორც სისხლის ძარღვისა, ისე ნერვის დაზიანება, ვინაიდან შემხაპუნებული სითხე ძარღვებს აქეთ-იქით გადასწევს და ნემსი თავისთვის გზას გაიკაფავს.

*For. mandibular'*-თან შემხაპუნების დროს შენიშნული ყოფილა აგრეთვე სახის ნერვის სიდამბლის გაჩენა სახის სათანადო მხარეზე, რომელიც ანესთეზიასთან ერთად ქრებოდა:

არასასიამოვნო გართულებათ უნდა ჩაითვალოს აგრეთვე ნემსის ჩატეხა. ეს ხდება უფრო მაშინ, როდესაც იხმარება ზედმეტად წვრილი ნემსი და ადგილი აქვს ყოველგვარ ტლანქ მოძრაობას. ინექციისათვის სასურველია, ხმარებული იქნას პლატინის ნემსები, ან ოქროს და ნიკელის მენადნობისაგან დამზადებული ნემსები, რომლებიც ილუნებიან და არც ტყდებიან და არც ჟანგდებიან. მათს ელასტიურობას აქვს ის მნიშვნელობა, რომ როდესაც ნემსი ცურდება ძვალზე და მას ხვდება შემალღებები, ადვილად გადასცილდება. არ უნდა იყოს ხმარებული მოკლე ნემსები ე. ი. 4 სანტ. ნაკლები, ვინაიდან ისინი ტყდებიან უმთავრესად კანიულასთან შეერთების ადგილზე და ამიტომ საჭიროა, რომ ნემსის  $1\frac{1}{2}$  ან 1 სანტ. რჩებოდეს პირის ღრუში, რათა ამით შესაძლებელი იყოს ჩატეხის დროს მისი გამოღება.

ზედმეტად იშვიათ გართულებათა შორის დასახელებულია ჰაეროვანი ემფიზემა, რომელიც ხდება ოპერატორის დანაშაულობით, როდესაც შპრიციდან ჰაერი არ არის გამოშვებული და იგი შეიყვანება ქსოვილებში ინექციურ სითხესთან ერთად; როგორც ვიცით, დამახასიათებელ ნიშნათ დიაგნოსტიკისათვის ითვლება კრეპიტაცია, რომელიც მიიღება ლორწოვან გარსზე თითის დაჭერის დროს.

აი დაახლოვებით ყველა ის გართულებანი, რომლებიც შეიძლება დაერთოს მანდიბულურ ანესთეზიას და რომლებსაც შეუძლია ზედმეტათ არასასიამოვნო მოვლენები მოგვცეს და ამიტომ საჭიროა, რომ ყველა ზემოხსენებული გარემოებანი ვიქონიოთ მხედველობაში და მეტი ყურადღებით, სიფაქიზით და სიფრთხილით იყოს გატარებული ინექციები.

ამის შემდეგ მე გადავალ მანდიბულურ ანესთეზიის ექსტრაორალურ წესის აღწერაზე, ეს წესი შედარებით ინტრაორალურთან უფრო იშვიათად ტარდე-

ბა და შედარებით რთულია. ექსტრაორალური გზა ნაჩვენებია მაშინ, როდესაც ინტრაორალურად შეუძლებელია ანესთეზიის გატარება, სახელობრ, კრიკის შეკერის მე-2 და მე-3 დანდის დროს, როდესაც *trigonum retromolare*-ს რბილი ქსოვილები ანთებითი პროცესში არიან ჩართულნი. მაგალითად, სიბრძნის კბილის განძელებული ამოჭრის დროს.

ექსტრაორალური გზა დიდი ხანია რაც Schläsler-ის მიერ იყო ნაჩვენები *N. Mandibular*. ნევრალგიის ალკოჰოლური მკურნალობისათვის. ტენიკისათვის ნოწოდებულია სხვადასხვა გზები, რომელთა შორის საყურადღებოა Peckert-ის და Gadd-ისა. მეთოდების შინაარსი მდგომარეობს იმაში, რომ გამაბუყებელი ნივთიერება, როგორც ინტრაორალური წესის დროს, უშხაბუნებენ *for. mandibular*-ის თან მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ეს ხდება კანიდან და ნემსი მიემართება სხვადასხვა მიმართულებით.

Peckert-ის წესი მდგომარეობს იმაში, რომ ჩხვლეტა კეთდება ასწვრივი ტოტის უკანა კიდესთან საფეთქლის ძვლის დვრილისებრივი მორჩის 1 სანტ. ქვევით; ნემსი ამგვარად შეიყვანება თანდათანობით *f. mandibulare*-ს მიმართულებით, დაახლოვებით 2 სანტ. სიღრმით. ამ წესს დადებითი მხარეები ის აქვს, რომ მანძილი ფორამინამდე უფრო ნაკლებია, ინექცია ტარდება ასეპტიურად; მაგრამ Peckert-ის მეთოდს სამაგიეროდ ისეთი უპარყოფითი მხარეები აქვს, რომ დადებითებს ეკარგებათ მნიშვნელობა. ჯერ ერთი, აქ ძნელია ნემსის წესიერი მიმართულებით გატარება *m. sternocleidomastoideus* დი ასწვრივი ტოტის უკანა კიდეს შორის; აქ უფრო საშიშია ნემსის ჩატეხა, ამიტომ იგი უსათუოდ უნდა იყოს პლატინისა; მეორე, აქ უფრო მოსალოდნელია სისხლის დიდი ძარღვების დაზიანება, როგორც არის *art. Carotis ext.* და *vena facial. post.* ყბაყურა ჯირკვეული ყოველთვის იჩხვლიტება და ბოლოს ეს ადგილი საერთოდ ძალიან გრძნობიარეა.

მეორე მეთოდი ექსტრაორალური მანდიბულური ანესტეზიისა თითქმის მოკლებულია ნაკულლოვანებას ტეხნიკურად სწორედ გატარებულ შემთხვევაში. ეს მეთოდი მოწოდებულია Pehr. Gadd-ის მიერ იქნა 1913 წელს და მხოლოდ 1915 წ. Klein-ის, Sisher-ის და Cantarowitz-ის მიერ იქნა დამუშავებული მისი მეთოდიკა. როგორც ტოპოგრაფიიდან ვიცით ფორამინის პროექცია კანზე იმყოფება ხაზის შუა ნაწილში, რომელიც გატარდება *tragus auriculis*-იდან საღეჭი კუნთის მიმაგრების წინა კიდემდე. ინექცია კეთდება შემდეგნაირად: მაჩვენებელი და დიდი თითით მოიძებნა ქვედა ყბის კუთხე — *Angulus mandib.*, რის შემდეგ მაჩვენებელი თითი თავსდება ასწვრივი ტოტის კიდის გასწვრივ და ცერი კი მიეზღინება ჰორიზონტალურ ტოტს კუთხესთან. ჩხვლეტა კეთდება ცერის წინ ყბის კიდეს შიგნითა მხარეზე და თანდათანობით ნემსი შეიყვანება ღრმად —  $3\frac{1}{2}$  სანტ. ნემსის წვერი, გაჩხვლეტს რა *muse*, *pterygoid. intern.* მყესს. მოხვდება *Sulcus mylochoideus*-ში და მიაღწევს *foram. mandibulare*-ს. ნემსი უნდა მიემართებოდეს პარალელურად მაჩვენებელი თითისა, წინააღმდეგ შემთხვევაში, ნემსი სულ სხვა მიმართულებას მიიღებს და მის შედეგათ იქნება ის, რომ ჯერ ერთი ანესთეზია არ მიიღება და მეორე, შეიძლება სხვადასხვა სახის არასასიამოვნო გართულებანი მივიღოთ. ნემსს ღე-

ბულობენ სიგრძით 5 სანტ. და ჩვეულებრივ უშხაპუნებენ 2,0 ნოკოკანის 2 პროც. ხსნარისა. ანესთეზია დგება იმ დროსვე, როგორც ინტრაორალური მანდიბულური ანესთეზიის დროს, ე. ი. 20 წუთის შემდეგ.

N. mentalis ანესთეზიის ტექნიკა იმდენად მარტივია, რომ მე აქ ამაზე არ შევჩერდები, მხოლოდ ვიტყვი, რომ იგი კეთდება როგორც ინტრაორალურად, ისე ექსტრაორალურად.

სახელიწიფო უნივერსიტეტის სტომატოლოგიურ კლინიკას აქვს თავისი მასალა და დაკვირვებანი ყბების რეგიონალური ანესთეზიების შესახებ. მე შევჩერდები მხოლოდ იმ მასალაზე, რომელიც შეეხება ქვედა ყბის რეგიონულ ანესთეზიებს.

ოკალური ხვრელთან ანესთეზია ჯერ-ჯერობით არ დაგვჭირებია და არც გავეიტარებია; და აპიტომ ჩვენი კლინიკური მასალა ეხება მანდიბულურ ანესთეზიას, როგორც ინტრაორალურს ისე ექსტრაორალურს.

ჩვენს კლინიკაში ინტრაორალურ მანდიბულურ ანესთეზიას ვატარებთ Williger-ის წესით და ვხმარობთ Record-ის შპრიცს და უშხაპუნებთ 5,0 ნოკოკანის 1 პროც. ხსნარისა სუპრარეინის ან ანდრენალინის დამატებით. ანესთეზიის დადგომის შემდეგ უმატებთ n. buccinator. ანესთეზიას.

1924 წლ. დღევანდლამდე ვატარებული გვაქვს მანდიბულური ანესთეზია 160 ჯერ და მეტი პროცენტი მოდის სიბრძნის კბილის ექსტრაციასზე. გართულებების შორის კლინიკას ქონდა მხოლოდ 4 შემთხვევა n. facialis პარეზისა, რომელიც ანესთეზიასთან ერთად ყველა შემთხ. გაიარა არც ერთ შემთხვევაში არ ქონია ადგილი არც ნემსის ჩატეხას, არც ჰეატომას და არც n. alveolar. infer და chorda timpani-ის და სხვადასხვა დაზიანებებს. ინტრაორალურ ანესთეზიას ვატარებთ ავადმყოფზე ან ჯდომითი ან წოლითი მდებარეობაში და ეს დამოკიდებულია იმაზე, თუ რანაირი სახის ჩარევას ექნება ადგილი.

ექსტრაორალური მანდიბულური ანესთეზია კლინიკაში 1) პირველად იყო გაკეთებული ჩემ მიერ 1927 წ. სიბრძნის კბილის გაძნელებულ ამოჭრის გამო, რომლის ირგვლივ და Isthmus faucium-ის სათანადო მხარეზე მდებარეობდა სიმსივნე, რომელიც Sarcoma-თ იყო ცნობილი. 1930 წლამდე კლინიკაში ვატარებულა სულ 10-შემთხვევა. უკანასკნელი 9 შემთხვევა ვატარებულა ჩემ მიერ 1929 წლის განმავლობაში და ეხება შემდეგ შემთხვევებს: 2) სილაძე არსენი 29 წლის Osteomyelitis mandibulae ex 7, Contractura mandibulae III ord.

3) მის — ლი ალ. 38 წლ. Periodontit. ac. 6, Parulis, Contract. II ord.

4) ნ — ვი 30 წლ. Periodontitis ac. 8 cum fract. d. post extract Coptr. II ord.

5) კ — კი მიხეილი 30 წლ. Periodont. ac. 8, Contr. II ord.

6) ფ — ძე ალ 28 წლ. Epulis mandibulae reg. 67,8.

7) № — სიბრძნის კბილის გამო, გართულებული periodontit-ით.

8) პერ — ვა 30 წლ. Osteomyelitis chr. ex 6,

9) ოდ — შვილი 23 წლ. Osteomyelitis ac. ex. 8, Contr. II ord.

10) ოგ — კი 35 წლ. Periodontitis ac. ex. 8, Contr I ord.

როგორც ვხედავთ, უმეტეს შემთხვევაში ოპერაციული დახმარების გატარება, გარდა ნარკოზისა, შესაძლებელი იყო მხოლოდ ექსტრაორალურ მანდიბულურ ანესთეზიის ქვეშ, ვინაიდან ადგილი ქონდა კრიჭის შეკვრას, როგორც მე-2-ე, ისე მე-3-ე დანდისა. ტექნიკურად ამ ანესთეზიას ვატარებთ შემდეგნაირად: ვინაიდან ასეთი ავადმყოფები უმეტეს შემთხვევაში მძიმე მდგომარეობაში იმყოფებიან, ამიტომ 15 წუთით წინ უშხაპუნებთ 1,0 მორფიუმს 1%<sup>0</sup>. საოპერაციო არეს მომზადების შემდეგ Sicher'ის წესით მოვძებნით ყბის კუთხეს. ჩხვლეტას ვაკეთებთ 8 სანტ. ნემსით ყბის კიდის შიგნითა მხარეზე, კუთხიდან დაშორებით 3 სანტ.: წინასწარ კანს ინფილტრაციას ნოვოკაინით არ უკეთებთ, ვინაიდან ჩხვლეტა თითქმის ყველა შემთხვევაში მოსათმენია ავადმყოფისათვის. ჩხვლეტის შემდეგ ნემსს ვაცურებთ ძვალზე პარალელურად მაჩვენებელი თითისა ე. ი. ასწვრივ ტოტის უკანა კიდისა და შეგვყავს დაახლოვებით 4—5 სანტ. ამის შემდეგ ნემსს უმაგრებთ შპრიცს და ღვუშით უკან დაწევით გამოვქაჩავთ ნემსიდან ჰაერს და უშხაპუნებთ ნოვოკაინის 1% ხსნარს 5,0 სუპრარენინით. ავადმყოფს ინექციას უკეთებთ მწოლიარ მდებარეობაში. ყველა შემთხვევაში მიღებული იყო მკაფიოდ დადებული ანესთეზია ანესთეზიის დადგომისას ავადმყოფს ტკივილი ესპობა და ამასთან ერთად მას კრიჭა შეკრული პირი თანდათანობით ეხსნება, რაც იძლევა საშუალებას სრულიად თავისუფლად ვაწარმოვოთ ყველა ის ოპერაციული ჩარევანი, რომელიც გათვალისწინებულია ამა თუ იმ შემთხვევის დროს. დასასრულს, ქვედა ყბის რეგიონულ ანესთეზიის შესახებ, მე მსურს აღვნიშნოთ ორი ახალი წესი. პირველი გახლავთ Ginestet წესი, რომელიც გამოქვეყნებულია 1927 წ. საფრანგეთში და წარმოადგენს მანდიბულურ ანესთეზიის სახეცვლილებას.

Ginestet ერთ ჩხვლეტით იწვევს ანესთეზიას, როგორც n. alveol. infer. ისე n. buccinafor. და ამას იგი აღწევს იმით, რომ ჯერ ნემსს აცურებს ასწვრივი ტოტის გარეთა ფირფიტაზე და შემდეგ შიგნითაზე. ეს ანესთეზია კეთდება ინტრაორალურად.

მეორე ახალი წესი ეკუთვნის Berscher-ს და გამოქვეყნებულია 1922 წ. და იხმარება მიოგენური კონტრაქტურის წინააღმდეგ. ეს მეთოდი მდგომარეობს შემდეგი: ჩხვლეტა კეთდება arcus zygomaticus ქვეშ tragus auricular. დაშორებით წინ 2 სანტ. და ნემსი პერპენდიკულიარად შეიყვანება ღრმად 2 სანტ. და იცლება 2%—2,0. ანესთეზიის დაწყებისას კუნთები, სახელდობრ m. masseter და pterfg. intern. მოღუნდებიან და კრიჭიშეკრული პირი იხსნება.

**A. M. ЕДИБЕРИДЗЕ**

**Регионарная анестезия нижней челюсти**

Автор приводит статистические данные разных авторов, а также материал Госпит. хирургич. клиники Тифунта, которые говорят, что общий наркоз в хирургии постепенно изгоняется местной инфильтрационной и регионарной анестезией. К общему наркозу в стома-

**D. A. EDIBERIDZÉ**

**L'anesthésie régionale de la mandibule.**

L'auteur cite les données statistiques de différents auteurs, ainsi que les matériaux de la clinique chirurgicale de l'université d'Etat de Tiflis, qui nous montrent que l'anesthésie d'infiltration locale et régionale remplace de plus en plus le narcotique général dans la chirurgie.

тологической практике прибегают более в редких случаях благодаря тому, что техника регионарной анестезии ветвей тройничного нерва хорошо разработана.

Затем автор касается преимуществ регионар. анест. над общим наркозом. Приводит показание и противопоказание местной анестезии. Далее описывает технику мандибулярной анестезии и приводит материал стоматологической клиники. Под интраоральной мандибул. анестезией произведено 160 операций, а под экстраоральной 10 опер.

Интраоральн. проводят по методу Willigera, а экстраор. по Sichey. Из осложнений наблюдалось только 4 случая скоропроходящего пареза лицевого нерва.

Другого характера осложнений не было.

La technique de l'anesthésie des rameaux du nerf Trigemini, étant bien perfectionnée, le narcotique général dans la pratique stomatologique s'emploie moins souvent. Ensuite l'auteur appuie sur l'avantage de l'anesthésie régionale sur le narcotique général; reproduit les indications et contre-indications de l'anesthésie mandibulaire en s'appuyant sur les matériaux de la clinique stomatologique. 160 opérations ont été pratiquées au moyen de l'anesthésie intra-orale d'après la methode de Williger et en 10 cas—de l'anesthésie extra-orale d'après celle de Sichey. Sur ces 170 cas il n'y eut que 4 cas de parésie légère du nerf facial.



# კ რ ი ტ ი კ ა

მე. ცხაკაია

## მე. თოდაძის პერმანგანატ-სინჯის და პერმანგანატ-კონსტანტის შესახებ.

### კრიტიკული განხილვა

ექ. თოდაძის შრომის\*) 93—94—95 გვერდიდან ჩვენ სიამოვნებით ვგებულობთ, რომ ექ. თოდაძეს უწარმოებია უკვე ტფილისშივე დიდი ქიმიური მუშაობა მისთვის საჭირო რეაქციის აღმოსაჩენად; აღმოუჩენია კიდევ რეაგენტი— $KMnO_4$ , გამოურკვევია რაზე და როგორ მოქმედობს ის, გაუგია ხსნარის ფერის შეცვლის საიდუმლოება და სხვა.

გაუგებარია მხოლოდ, რომ ექ. თოდაძე არც ერთი სიტყვით არც ტექსტში, არც წინასიტყვაობაში—სადაც მადლობას უცხადებს სხვადასხვა პირთ დახმარებისათვის—არ იხსენიებს არც იმ ლაბორატორიუმს, სადაც მან შეასრულა ეს მუშაობა, არც იმ პიროვნებას, რომელიც მას, არასპეციალისტს ქიმიურ დარგში, ხელმძღვანელობდა ქიმიურ კვლევა-ძიების დროს. ამას კი აქვს მნიშვნელობა და აი რა მხრივ. ექ. თოდაძე ფიქრობს, რომ მან სავსებით ამოწურა თავისი ამოცანა იმ ნაწილში, რომელიც ეხება მისი რეაქციის ქიმიურ დასაბუთებას; პირადად ჩვენ კი გვგონია, რომ ის ცნობები, რომელიც მოყავს ექ. თოდაძეს თავის შრომაში—საკითხს ვერ ამოსწურავს და მის დასკვნებს არ შეეფერება. ქვემოთ განვმარტავთ ჩვენ აზრს, აქ კი აღვნიშნავთ, რომ გვექონდა დიდი სურვილი ზოგიერთი საკითხის გაშუქების, მაგრამ ვერ მოვახერხეთ ცდების გატარება საჭირო სისრულით ზოგიერთ რეაქტივების შოვნის შეუძლებლობის გამო.

ექ. თოდაძეს რომ აღვნიშნა, რომელ ლაბორატორიაში აწარმოვა მან თავისი მუშაობა, ყველას მიეცემოდა საშუალება საკანტროლო ცდების დაყენების დროს ესარგებლა იქ არსებულ რეაქტივებით.

არსებობს საქმის მეორე მხარეც. შრომიდან ჩვენ ვიღებთ ისეთ შთაბეჭდილებას, თითქოს ექ. თოდაძეს აღმოუჩენია  $KMnO_4$ -ს მნიშვნელობა შარდის ქიმილაში.

(„...„Мой выбор пал на  $KMnO_4$ ... Дальнейшими исследованиями я выяснил... В результате оказалось... Такое удачное совпадение подтвердило целесообразность использования  $KMnO_4$ ... Оставалось лишь найти самый способ технического выполнения соединения-смешения мочи с  $KMnO_4$ . Это оказалось довольно трудной и хлопотливой задачей. Более 6 месяцев потратил я на открытие тайны переменны окраски“ и т. д.).

\*) Е. В. Тодадзе. Перманганат-проба и современное положение функциональных проб почек. Тифлис, 1929.

აღნიშნული სიტყვები მოწმობს ან იმას, რომ ექიმ თოდაძის გამოკვლევა არის ორგინალური, ახალი, რომ ამ დარგში ასეთივე მუშაობას, კვლევა-ძიებას ადვილი არა ქონია, ან იმას—რომ ექ. თოდაძე არ გაეცნო სათანადოთ ამ საკითხის ლიტერატურას და ამიტომაც ყველაფერის აღმოჩენა დასჭირდა თავიდან. პირველ შემთხვევაში გასაგები იქნებოდა ის სიტყვები, რომლითაც ექ. თოდაძე ახასიათებს თავის მძიმე მუშაობას:

(...„Как я шаг за шагом после двух с лишним лет работы подошел к тому, что я впоследствии мог назвать перманганат прсбой“...).

მეორე შემთხვევაში კი, თუ არის ანალოგიური გამოკვლევები, თუ შარდის ქიმიამ ამ დარგში უკვე დამუშავებულია—სრულიად გაუგებარია, რისთვის დასჭირდა ექ. თოდაძეს ეს მართლაც სიზიფის შრომა—უკვე გამოქვეყნებულ აღმოჩენათა და რეაქციების ხელახალი აღმოჩენა. შრომის ბოლოში მოთავსებულია ლიტერატურა, რომლითაც უსარგებლია ექ. თოდაძეს საკითხის დამუშავების დროს. სხვათა შორის, 162 გვერდზე აღნიშნულია Ed. Spaeth-ის სახელმძღვანელო—*Chemische und Mikroskopische Untersuchung des Harnes*, 1912. ჩემ წინ დევს რუსული თარგმანი აღნიშნულ სახელმძღვანელოსი—თარგმანი ეკუთვნის E. Л. Попов-ს, მოსკოვის უნ.-ტის ფარმაკოლოგიურ ინ-ტის ყოფილ ლაბორანტს, რედაქცია—ამავე უნ.-ტის პრივილეცენტს Д. М. Щербачев-ს. უკვე ზერელე გადახედვა ამ სახელმძღვანელოსი დაარწმუნებს ყველას, რომ აქ რაღაც გაუგებრობას უნდა ქონდეს ადვილი.

\* \* \*

„ყოველი შარდი, ამბობს Spaeth-ი (გვ. 367), მეტადრე კონცენტრული (მაგალითად, მაღალ ტემპერატურიან ავადმყოფის) შეიცავს აგრეთვე სხვა (გარდა შაქრისა) მეტად თუ ნაკლებად აღმდგენელ კომპონენტებს, რომლებიც ადვილათ ართმევენ და აბამენ მჟავადს. ასეთ კომპონენტებს ეკუთვნიან შარდის მჟავა, კრეატინინი, შეერთებანი გლიუკურონის სიმჟავისა, ალკატონის სიმჟავეები, შარდის მღებავი ნივთიერებანი და შემდეგ აგრედვე ის სხვადასხვა ნივთიერებანი, რომლებიც გამოიყოფებიან შარდში სხვადასხვა მედიკამენტების მიღების დროს“. 293 გვერდზე მოყვანილია გრძელი სია ყველა იმ ნივთიერებათა და მედიკამენტების, რომელთაც აქვთ აღნიშნული ზეგავლენა შარდზე. შემდეგ მთელ წიგნში თავ-თავის ადვილას მოყვანილია მრავალი რეაქციები, რომლებითაც სწარმოებს როგორც თვისებითი, ისე რაოდენობითი ანალიზი აღნიშნულ ნივთიერებათა. სწორედ ამ რეაქციებში მნიშვნელოვანი ადვილი უკავია მანგანუმ-კალიუმის ხსნარს, რომელსაც ავტორი უწოდებს ხშირად მის ძველ სახელს—ქამელონს (რადგანაც მანგანუმ-კალიუმის ხსნარი ადვილად იცვლის თავის ფერს). გზადაგზა აღნიშნულია აგრედვე ცნობები იმის შესახებ, თუ რა დაავადების დროს მატულობს ან კლებულობს შარდის ესა თუ ის კომპონენტი, ან შარდის აღმდგენებლობითი თვისება.

ვინაიდან ექ. თოდაძეს ეს მხარე სრულიად არ აქვს გაშუქებული, უამისოდ კი სრულიად შეუძლებელია ექ. თოდაძის კონსტანტის ან სინჯის არსებითი ნაწილის სწორი გაგება, ჩვენის აზრით ზედმეტი არ იქნება მოკლეთ მოვიგონოთ



ზოგიერთი ჩვენთვის საჭირო ცნობა, მით უფრო რომ ეს ჩვენ არ წავგვართმევს დიდ ადგილს, სამაგიეროდ შემდეგში გავვიადვილებს ბევრის გაგებას.

იმ ნაწილში, რომელიც ეხება კრეატინინის ფიზიკურ, ქიმიურ, ფიზიოლოგიურ თვისებებს, Spaeth's მოყავს აგრეთვე კლინიკური ცნობები და აღნიშნავს, რომ კრეატინინი მატულობს მაღალ სიციხით მიმდინარე დაავადების დროს (1,8 გრამამდე), მწვავე დაავადებათა დროს (ტიფი, პნევმონია), კლებულობს—რეკონვალესცენტურ ხანაში, ორგანიზმის საერთო დასუსტების დროს, ნეფრიტების და კუნთების ატროფიის დროს. რაოდენობა მისი პირდაპირ პროპორციულია შარდვიანის რაოდენობასთან და ხდება მისი გამოყოფა ამ უკანასკნელის პარალელურად. (გვ. 201). რაც შეეხება შარდის მყავას, Spaeth'ი ამბობს, რომ მისი გამოყოფა დამოკიდებულია ორგანიზმში მუდმივ არსებულ დამყავებითი პროცესების ინტენსივობიდან. მას აქვთ, რაც ექსპერიმენტალურად, სათანადო სინტეზის საშუალებით გამორკვევულია, რომ შარდის მყავა და ქსანტინის ნივთიერებანი არიან წარმოწარმოებული ერთ და იმავე ძირითად ნივთიერების, ქსანტინის ნივთიერებანი კი, რომლებიც ნაწილობრივად წარმოიშობიან ცოცხალ ორგანიზმის ყველა პროცესებისათვის დიდ მნიშვნელოვან ნუკლეინებიდან—ცნობილი არიან შარდის მყავას წარმოშობის პროცესში შარდის მყავას წინასწარ საფეხურად—შარდში პურიინის ფუძეების აღმოჩენას მიაკუთვნეს დიდი ფიზიოლოგიური მნიშვნელობა (გვ. 235). ქსანტინის ფუძეების რაოდენობის მომატება შარდში აღნიშნულია ნეფრიტების და ლეიკემიის დროს, ასე რომ ამ ნივთიერებათა რაოდენობა შეიძლება მოიმატოს 10-ჯერ. მათი რაოდენობა მატულობს აგრეთვე გვიძლის მწვავე ატროფიის დროს. შეფარდებითი ქსანტინის ფუძეების მომატების ჩვეულებრივად აღინიშნება შემცირება შარდ-მყავისა და პირიქით, შარდის მყავის რაოდენობის მომატების დროს—მივრდება ქსანტინის ფუძეების გამოყოფა (გვ. 237).

... ქსანტინის ფუძეების რაოდენობის გამორკვევასთან დაკავშირებულია გამორკვევა შარდის აღმდგენელ უნარისა.

ასეთივე დეტალური ცნობები—ფიზიკური, ქიმიური, ფიზიოლოგიური, და კლინიკური ხასიათის მოჰყავს Spaeth's ყველა იმ ნივთიერებათა შესახებ, რომელიც კი ოდესმე აღმოჩენილა ნორმალ ან პათოლოგიურ შარდში; მათ შორის განხილულია აგრეთვე გამოუწაკლისოდ ყველა ექ. თოდაძის მიერ დასახელებული ნივთიერებანიც.

ამნაირად Spaeth'ის აზრით, შარდის აღმდგენელ უნარის რყევა უმთავრესად დამოკიდებულია შარდმყავას რაოდენობის რყევაზე, რომელიც ორგანიზმის დამამყავებელ პროცესების ინტენსივობასთან შეფარდებით ხან მატულობს და ხან კლებულობს, როდესაც დამყავება პურიინის ფუძეების არ ხდება სრულად და ნაწილობრივად ჩერდება ქსანტინის ნივთიერებათა წარმოქმნის დონეზე. გარდა ამისა, Spaeth'ის მიერ მოყვანილ რეაქციების თანახმად საკმარისად მტკიცდება, რომ თვით აღდგენის რეაქცია არ ხდება სწრაფად, პირიქით მიმდინარეობს თანდათანობით და მოითხოვს დროს. ექ. თოდაძე კი ფიქრობს, რომ რეაქცია ხდება სწრაფად . . . „Чем быстрее производится техническая работа, тем результат пробы точнее и наоборот“ (См. стр. 99) და ასეთ სისწრაფით ვატარებულ რეაქციის დროს მანგანუმ-მყავა კალიუმის ხსნარი არკვევს სავსებით აღმდგენელ ნივთიერებათა რაოდენობას. ბევრ სხვა უთანხმოებას ვნახულობთ Spaeth'ის და ექ. თოდაძის შრომაში. ასე მაგალითად, ექ. თოდაძე ფიქრობს, რომ რეაქციის პროცესში სიმძიმის ცენტროს შეადგენს მისი „აღმოჩენა“—არა მანგანუმ-კალიუმის ჩამატება შარდში, არამედ პირიქით—შარდის ჩასხმა მანგანუმ კალიუმის ხსნარში. (. . . „не сделай я обратного титрования не получилась бы такая реакция и всю работу пришлось бы оставить“ . . .) Spaeth'ს კი მო-

ყავს მრავალი რეაქცია შარდისა და პერმანგანატ-ხსნარის, სადაც შარდის პირდაპირი ტიტრაცია იძლევა სათანადო ეფექტს და გარდა ამისა აღნიშნავს, რომ რეაქციის სიმძიმის ცენტროს შეადგენს დაშლა მანგანუმ კალიუმის ხსნარის ზეგავლენით აღმდგენელ ნივთიერებების (მაგ., შარდის მჟავასი—ნახშირჟანგით და ალანტონით და სხვა) და სწორედ ამაშია ფერის ცვლის საიდუმლოების ვითარება; ჩვენ შეგვეძლო გავვეგრძელებოდა ასეთი მაგალითების ჩამოთვლა კიდევ დიდხანს, მაგრამ ვფიქრობთ, რომ ესეც საკმარისია.

\*  
\*\*

ეხლა არსებითად შევეჩებით ეჭ. თოდაძის პერმანგანატ-სინჯს და პერმანგანატ-კონსტანტს.

### ეჭ. თოდაძის პერმანგანატ-კონსტანტა.

პერმანგანატ-სინჯის შესახებ ეჭ. თოდაძის შრომაში ჩვენ შეგვიძლია გამოვეყოთ სამი დებულება:

1. ჩვეულებრივის წესით რეაქციის მიღება შეუძლებელია.

... „Установить конец окисления мочи общепринятым способом или приемом было невозможно . . . уловить момента окончания окисления не удалось, так как чистого красного цвета не получалось . . . Добиться окончания окисления и получить красную окраску мочи Дрезденская Лаборатория тоже не могла . . . Интересующиеся этим вопросом сами могут убедиться в том, что не сделай я обратного титрования—не получилась бы такая реакция и всю работу пришлось бы оставить. После этого, если можно сказать открытия, я мог уже заняться построением моего метода для функциональной диагностики почек“ . . . (стр. 96).

2. სინჯი (იმ წესით, რა წესითაც მას აწარმოებს ეჭ. თოდაძე) იძლევა თირკმელების შრომის უნარიანობის გამოკვლევას *in toto*, რადგანაც სავსებით არკვევს შარდის აღმდგენელ უნარის რაოდენობას.

... „Моча окисляется  $KMnO_4$  и параллельно обезцвечивает его. Известное количество мочи здоровых почек окисляется известным количеством определенного раствора  $KMnO_4$  в пределах известной нормы. Отсюда определенное количество мочи больных почек окисляется определенным количеством данного раствора  $KMnO_4$ , с колебанием от степени поражения почек. По степени колебания определяется степень расстройства почек (стр. 96).

... „Проба более или менее допускает возможность судить о работоспособности почек *in toto*. В подтверждение или оправдание последнего пункта я должен еще раз упомянуть о том, что перманганат проба, в отличие от других проб определяет функцию почек, базируясь не на какой либо одной составной части мочи или другом чуждом организму веществе. но по счастливой случайности, перманганат окисляет большинство составных органических частей мочи, о чем выше было уже сказано. Естественно, что такая широкая реакция дает возможность более широкого и объективного суждения о результатах ее, следовательно и о состоянии почек.“ (стр. 142—143).

3. პერმანგანატ-კონსტანტის იდეა და შესრულება ეკუთვნის ეჭ. თოდაძეს.

... „Последний мой выбор пал на  $KMnO_4$  . . . Дальнейшими исследованиями я выяснил с каким именно составными частями мочи  $KMnO_4$  имеет связь или соединение, которые обуславливают его обезцвечение (стр. 94) . . . . „Благодаря свойству перманганата окислять большинство органических веществ

мочи, я путем опытов, наблюдений и вычислений получил возможность создать метод для общей функциональной диагностики почек.“ (стр. 143).

არც ერთი ეს დებულება სამწუხაროდ სინამდვილეს არ შეეფერება.

1. ჩვეულებრივი წესით, ისე, როგორც ეს არის მიღებული საზოგადოდ ქიმიკში, არამც თუ სინჯის წარმოება, არამედ ზუსტი რაოდენობითი გამორკვევა, შარდის აღმდგენელ ნივთიერებათა არის აღვილად შესაძლებელი. ამისათვის მიმართავენ ფრაქციონულ მეთოდს; ფრაქციონულ დამუყავების საშუალებით და სათანადო ინდიკატორების ხმარებით შეიძლება გამორკვევა როგორც შარდის აღმდგენებლობითი უნარისა მთლიანად, ისე რაოდენობითი სიზუსტით გაცალკეება ერთი მეორისაგან ისეთ აღმდგენელ ნივთიერებათა, რომლებიც განსხვავდებიან ერთი მეორისაგან აღნიშნულ რეაქტივის წარმოშობის სისწრაფით.

ასეთი ფრაქციონული გამორკვევა შეიძლება წარმოებულ იქნეს მრავალი გზით, სხვათა შორის აგრეთვე Немиловичის წესითაც—მეყავე ხსნარში: პრინციპი მდგომარეობს შემდეგში: „აქ ირკვევა აღმდგენლობითი უნარი შარდის სხვადასხვა ნივთიერებისა, გარდა შაქრის ჯგუფისა, სახელდობრ ყველა ნივთიერებათა, რომლებიც აღადგენენ უფრო სწრაფად, ვიდრე შარდ-მეყავა, შემდეგ ყველა ის ნივთიერებანი, რომელნიც ამ მხრივ ერთნაირი არიან შარდმეყავასთან, შემდეგ ხდება გამორკვევა თვით შარდ-მეყავას რაოდენობისა, დაბოლოს დანარჩენ ნივთიერებათაგან ირკვევა რაოდენობა მხოლოდ იმათი, რომლებიც ამ მხრივ სდგანან შარდმეყავასთან ახლო და რომელთა რაოდენობა შარდში არის შედარებით დიდი“.

თვით რეაქცია სწარმოებს ასე: (იხ. Spaeth-ი, გვ. 254).

სათანადო დამუშავებულ შარდს დაამატებენ ინდიგო-კარმინის ხსნარის 1,0 და შემდეგ ასხამენ შიგ წვეთ-წვეთობით ქამელეონის (მანგანუმ-კალიუმის) დეცინორმალურ ხსნარს, ისე, რომ წუთში მოდიოდეს დაახლოებით თითო წვეთი. შარდი ამ დროს უნდა იმჟღეროდეს მუდმივ—ხელთი ტაქის რყევის საშუალებით. მანგანუმ-კალიუმის ხსნარს ამატებენ, ვიდრე ხსნარის მომწვანო ფერი სრულიად არ შეიცვლება მოყვითალოთი, ან ძლიერ თხელ შარდის დროს—ოქრო-ყვითელ ფერით. ამ პირველ გამუყავების შემდეგ, მიიღებს თუ არა რამოდენიმე წუთით დამდგარი სითხე კვლავ მომწვანო ფერს, მეორეჯერ ამატებენ 1,0 ინდიგოკარმინის ხსნარს და კვლავ ახდენენ ტიტრაციას მანგანუმ-კალიუმის ხსნარით მოწითალო ფერამდე; ასევე იქცევიან მესამეჯერ. ახლა იცდიან ორ წუთამდე, ვიდრე სითხე კვლავ მიიღებს მომწვანო ფერს და—მოხდება თუ არა ეს—კვლავ უმატებენ მანგანუმ-კალიუმის ხსნარის რამდენიმე წვეთს—მოწითალო ფერამდე, რომელიც არ ქრება 2 წუთის განმავლობაში . . . . .

ამის შემდეგ სითხეს უმატებენ 1,0—10% გოგირდმეყავა ნატრიუმისას და ირკვევენ ქსანტინის ფუძეების რაოდენობას . . . . .

ამ რეაქციის პირველი ნაწილი, რომელშიაც მოქმედობს მანგანუმ-კალიუმის ხსნარი, ქამელეონით ტიტრაცია არკვევს როგორც შარდის საერთო აღმდგენებლობითი უნარს, ისე სხვადასხვა აღმდგენელ ნივთიერებათა რაოდენობას, მეორე ნაწილში კი—ირკვევა ქსანტინის ფუძეების რაოდენობა (ეს ნაწილი რეაქციისა ჩვენ აქ არ მოგვყავს).

როგორც აქედან სჩანს, უკვე ექ. თოდაძემდი ყოფილა აღმოჩენილი როგორც მანგანუმ-კალიუმის მნიშვნელობა შარდის ქიმიკში, ისე მისი დამუყავებითი უნარი და ამ უნარის გამოყენება.

მართალია ამ რეაქციის წარმოების დროს საჭიროა შარდის შედარებით დიდი რაოდენობა:—100,0-მდე,—მაგრამ პერმანგანატ-კონსტანტის გამოკვლევის დროს ექ. თოდაძეს ხელთ აქვს დღე-ღამის შარდი—ესე იგი გაცილებით უფრო

მეტი, ვიდრე ეს საჭიროა ამ რეაქციისათვის. ყოველ შემთხვევაში სასურველი იყო ექ. თოლადეს აღენიშნა ეს რეაქცია თავის შრომაში.

ექ. თოლადე სწერს: „Установить конец окисления мочи общепри-  
 нятым способом или приемом было невозможно“. საინტერესოა, რას  
 სთვლის ის ქიმიკი „საერთოდ მიღებულ“ წესათ თუ არა მეთოდს, რომელიც  
 როგორც Немилевичის, სავსებით შესწავლილია და ზუსტად გარკვეული —  
 რაზე და როგორ მოქმედობს რეაქტივი, და შეტანილია სათანადო სახელმძღვა-  
 ნელოებში.

2. იმ წესით, რა წესითაც ექ. თოლადე აწარმოებს თავის რეაქციას, სრუ-  
 ლიად შეუძლებელია გამოირკვევა შარდის მთელ აღმდგენელობით უნარისა,  
 resp.—აღმდგენელ ნივთიერებათა რაოდენობისა.

ვაწარმოთ რეაქცია სე, როგორც ექ. თოლადე გვიკარნახებს თავის შრომაში. ავიღოთ  
 1:10000 მანგანუმ-კალიუმის ხსნარის 2 კბ. სანტ. და ჩავაწვეთოთ მათში გინდა Renfunctionmetრის,  
 გინდ უბრალო პიპეტკის საშუალებით შარდი წვეთობით, ვიდრე არ მოხდება მანგანუმ-კალიუმის  
 ხსნარის ფერის დაკარგვა.

ექ. თოლადე ამით ათავენს რეაქციას და გვარწმუნებს, რომ აქ თავდება  
 დამჟავების პროცესი, ჩვენ კი გვგონია, რომ აქ მხოლოდ იწყება დამჟავების  
 რეაქცია. ამის დამტკიცება ადვილია.

მოხდება თუ არა ფერის ცვლა, ჩავამატოთ სინჯარში მაგნიუმ-კალიუმის ხსნარის კიდევ  
 ერთი გრამი. ხსნარი მიიღებს მოწითალო-ვარდის ფერს, რომელიც 1—2 წუთის შემდეგ კვლავ  
 იკარგება. შემდეგ ჩვენ დაავკირდება კიდევ რამოდენიმეჯერ მომატება წვეთობით მაგნიუმ-კალი-  
 უმის ხსნარის, ვიდრე ფერის დაკარგვა არ შეწყდება, resp.—ვიდრე მეტის თუ—ნაკლების და-  
 ახლოვებით არ ამოიწურება შარდის აღმდგენელობით უნარი.

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, ექ. თოლადე თავის რეაქციას აჩერებს დამ-  
 ჟავების პირველ სტადიაზე, რადგან ფიქრობს, რომ ეს არის დამჟავების ბოლო  
 (...„добиться конца окисления“...). ყველასათვის ცხადია, რომ ეს არის შეც-  
 დლოზა. ამ პირველ სტადიაში რეაქციაში ლებულობს მონაწილეობას მხოლოდ  
 ის ნაწილი აღმდგენელ ნივთიერებათა, რომელიც მჟავდება სხვა დანარჩენ ნა-  
 წილთან უფრო ადრე და მასთან ერთად შარდის მჟავას ის ნაწილი, რომელიც  
 ქიმიურად ისეთ მდგომარეობაშია, რომ ადვილად დამჟავდება (ამაზედ დაწვრი-  
 ლებით ქვემოდ). შარდს რო ვამატებთ, სწორედ ეს ნაწილი აღმდგენელ ნივთი-  
 ერებათა იწვევს პერმანგანატის ფერის შეცვლას; შემდეგ როდესაც დრო დგება  
 დანარჩენ ნაწილის მოქმედების—უკვე დაუშლელი მაგნიუმ-კალიუმი სინჯარში  
 აღარ მოიპოვება და დამჟავების პროცესი ჩერდება. ამნაირად, არც დანარჩენი  
 ნაწილი შარდმჟავასი, არც ის ნივთიერებანი, რომლებიც შარდმჟავაზე უფრო  
 დაგვიანებით მჟავდება—რეაქციაში მონაწილეობას არ იღებს. მაშასადამე, ცხა-  
 დია, რომ ექ. თოლადის რეაქციით შეუძლებელია გამოირკვეს შარდის აღმდგე-  
 ნელობითი ნივთიერებათა რაოდენობა (რაც შეადგენს ექ. თოლადის მიზანს),  
 resp.—არ გაიზომება აგრეთვე არც „თირკმელის შრომის უნარიანობა intoto“,  
 რასაც ექ. თოლადე ასე დიდ მნიშვნელობას აძლევს (ეს არის ექ. თოლადის დე-  
 ბულებათა მე-6 მუხლი (გვ. 94).

მაგრამ შესაძლებელია წარმოვიდგინოთ, რომ ექ. თოლადე განზრახ ავიწ-  
 როებს თავის რეაქციას, რადგანაც სთვლის, რომ სწორედ ეს ადრე დამჟავების

უნარიანი ნაწილი არის მისთვის საყურადღებო: უფრო მეტი, შესაძლებელია თვით რეაქციის უკუღმა გადმოტრიალება სწორედ ამ მიზნით არის აღმოჩენილი? უნდა ვაღიაროთ, რომ ამ აზრის სასარგებლოდ არ მოიპოვება შრომაში არც ერთი სტრიქონი. პირიქით, არა ერთხელ არის აღნიშნული, რომ დამყავება ხდება სრული, რომ რეაქციას აქვს ფართო ხასიათი, რადგან პერმანგანატი ახდენს ზეგავლენას შარდის აღმდგენელ კომპონენტების მთელ შემადგენლობაზე, მოყვანილია კიდევ მათი სია და სხვა. უფრო მეტს ვიტყვით. ამ აზრით რომ ხელმძღვანელობდეს ავტორი, მაშინ აღნიშვნა კონკრეტულად იმისი, თუ შარდის აღმდგენელ კომპონენტების რომელ ნაწილზე მოქმედობს ის ამ რეაქციის დროს, ჩვენის აზრით, სავალდებულო უნდა ყოფილიყო მისთვის. მაგრამ ამაზედ არც ერთი სიტყვა არ არის ნახსენები მთელ შრომაში.

ეხლა რაც შეეხება ექ. თოდაძის საკუთრად „კონსტანტას“.

ექ. თოდაძე თავის სინჯით მიღებულ მანგანუმ-კალიუმის რაოდენობის რიცხვობრივ გამოხატულებას ჯერ ამრავლებს შარდის რაოდენობაზე (გრამებში), შემდეგ ჰყოფს ავადმყოფის წონაზე (კილოებში). ამ გამრავლება-გაყოფის გასაადვილებლად დამუშავებული აქვს კიდევ მთელი ფორმულა ლათინური ასოებით, არითმეტიკული განტოლებით და სხვა, რაც პირველ შეხედვაზე მართლაც სოლიდურ შთაბეჭდილებას ახდენს. მაგრამ თუ ჩაუკვირდებით ოდნავ მაინც—ეს მხოლოდ იმავ მანგანუმ-კალიუმის რაოდენობის თამაშია. მიღებულ რიცხვს ექ. თოდაძე უწოდებს უკვე „კონსტანტას“. რიცხვები რასაკვირველია იცვლება, მაგრამ აძით, ცხადია, ახალ მნიშვნელობას არ იღებს და არც არავითარ კონსტანტას არ გამოხატავს. ექ. თოდაძე ბოლოსდაბოლოს თავის შრომის ბოლოში თვითონაც აღნიშნავს ამას:

„Здесь нахожу необходимым отметить, что слово „константа“ не совсем подходящее и кроме того этот отдел далеко мной еще не обработан“. სწორედ ამიტომ, ჩვენის აზრით, ექ. თოდაძეს არც უნდა ეხმარა ტერმინი კონსტანტა.

3. სპინტერესია მაინც, არსებობდა თუ არა ექ. თოდაძის აღმოჩენამდე პერმანგანატ-სინჯი და პერმანგანატ-კონსტანტა?

ზემოთ ჩვენ აღნიშნეთ, რომ მას შემდეგ, რაც მეტამორფოზა პურიის ფუძეებისა იყო შესწავლილი, შარდში გამოყოფილ შარდმჟავის და ქსანტინის ნივთიერებათა წონასწორობას ექნა მიქცეული დიდი ყურადღება ორგანიზმში არსებულ დამყავებითი პროცესების ინტენსივობის დასახასიათებლად. ინტენსივობის ნორმალი დონე გამოხატავს ორგანიზმის კეთილდღეობას. მისი გადახრა რომელიმე მხარისაკენ—პათოლოგიურ მდგომარეობას.

ქსანტინის ფუძეების მომატებასთან შეფარდებით ჩვეულებრივად აღინიშნება შემცირება შარდ-მჟავასი (ხანდახან ერთი—ათად), და პირიქით, შარდის-მჟავას რაოდენობის მომატების დროს—მცირდება ქსანტინის ფუძეების გამოყოფა. რაც უფრო მეტია გადახრა—მით უფრო მძიმეა ორგანიზმის მდგომარეობა.

ზევით უკვე იყო აღნიშნული, რომ სწორედ ქსანტინის ფუძეების გამორკვევასთან დაკავშირებულია შარდის აღმდგენელ უნარის გამორკვევა. ამ უკანასკნელ მიზნისათვის მოწოდებულია მრავალი სხვადასხვა მეთოდები. თუმცა

შათი საშუალებით შესაძლებელია საკითხის დიდი სიზუსტით ამოწურვა, ჩვენ აქ ისინი არ გვავინტერესებენ ისე, როგორც ქვემოთ მოყვანილი სინჯი.

10 კუბ. სანტ. შარდს უმატებენ 10 კუბ. სანტ. კონცენტრულ გოგირდმჟავას და შემდეგ ახდენენ ტიტრაციას პერმანგანატის ხსნარით (სიმაგრით 6.36:1000) ვიდრე ნარევი საბოლოოდ არ გახდება ვარდის ფერის. დახარჯულ პერმანგანატის ხსნარის რაოდენობა (n), აღებული კუბ. სანტ.-ში, პირდაპირ გამოხატავს შარდის აღმდგენელ უნარს (p) იმ პირობით, თუ შარდი ნორმალ კონცენტრაციისა არის, ე. ი. თუ იგი შეიცავს 1 ლიტრში—20,0 შარდივანს. თუ რაოდენობა (m) შარდივანის 1 ლიტრ შარდში არის სხვა, მაშინ შარდის აღმდგენელი უნარი გამოიხატება

შემდეგ განტოლებით:  $p = 20 \frac{n}{m}$ . ამნაირად ამ მეთოდით გამორკვევის დროს საჭიროა შარდივანის მოცულობითი რაოდენობის (ესე იგი, ტიტრაციის საშუალებით) გამორკვევა; ამ მეთოდით ჯანსაღ ადამიანთა შარდი იძლევა დახარჯულ პერმანგანატის რაოდენობას რიცხობრივად 12—15 კუბ. სანტ.-მდე. ქრონიკულ დაავადებათა უმეტეს ნაწილის დროს ეს აღმდგენლობით უნარი—მომატებულია, ზემოთ ჩამოთვლილ მწვავე დაავადებათა დროს—დაწეული.

აქ როგორც ვხედავთ მოცემულია როგორც რეაქცია, ისე კონსტანტაც. როგორც ვხედავთ აღნიშნული სინჯი ტენიკურად არ განსხვავდება ეჭ. თოლადის სინჯისაგან, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ამ უკანასკნელის „აღმოჩენას“ უკუღმა ტიტრაციას. მხოლოდ ერთშია განსხვავება—კონცენტრულ გოგირდმჟავის დამატებაში. რისთვის არის საჭირო ეს დამატება? გოგირდმჟავის კონცენტრული ხსნარი საჭიროა რეაქციის გაღრმავებისათვის და სისრულისათვის—მას გადაყავს შარდის მჟავა მისი თვისებების შეუცვლელად ისეთ მდგომარეობაში, რომ შარდის მჟავა ადვილად იღებს მონაწილეობას რეაქციაში მთლიანად—რაოდენობითი სიზუსტით. (Spaeth, გვ. 230 Salkovski und Leube—Учение о моче 1884 г. გვ. 127).

კონსტანტა ანუ როგორც ამას Spaeth-ი უწოდებს—კოფეციენტი ირკვევა ამ სინჯის დროს შარდივანის რაოდენობასთან შეფარდებით, რადგანაც, როგორც ეს ზემოდ იყო აღნიშნული, შარდმჟავას, კრეატინინის და ბევრ სხვა აღმდგენელ ნივთიერებათა გამოყოფა ნორმალ შარდში ხდება შარდივანთან ერთგვარ პარალელობით.

ასეთია პერმანგანატ-სინჯი, ასეთია პერმანგანატ-კოფეციენტი და კლინიკური ცნობანი მის შესახებ. რეაქცია ეკუთვნის Hélier-ს, გამოქვეყნებულია 1899 წელში (Compt. rend. 1899. 129. 58); ცნობა მის შესახებ Spaeth-ს მოყვას თავის სახელმძღვანელოს—368 გვერდზე.

ეჭ. თოლადე აღნიშნავს ლიტერატურის სარჩევში Spaeth-ის სახელმძღვანელოს—მამასადამე იგი გაცნობილია Hélier-ს რეაქციას, რომელიც როგორც ტენიკის, ისე დასახულ მიზნის მხრივ ასე ახლო სდგას მის რეაქციასთან. Hélier-ს რეაქცია უფრო ადრეა გამოქვეყნებული, ვიდრე ეჭ. თოლადის რეაქცია, ამიტომაც თავის რეაქციის გამოქვეყნებასთან ერთად, ეჭ. თოლადე, როგორც მეცნიერული მკვლევარი, ვალდებული იყო, ჩვენის აზრით, დაესაბუთებია ძველი რეაქციის უპირატესობა და საკუთარი რეაქციის უპირატესობა, ან აღენიშნა მაინც ასეთი რეაქციის არსებობა.

პერმანგანატ-სინჯი.

ერთი რამ ჩვენის აზრით უნდა ეკუთვნოდეს ექ. თოდადეს—მან იხმარა პერმანგანატ-სინჯი თვითეულ თირკმელიდან შარდსაწვეთების კატეტერიზაციით მიღებულ შარდის გამოსაკვლევად თირკმელების ერთი მეორესთან ფუნქციონალურ შედარების მიზნით. მაგრამ აქაც საჭიროა დიდი კორექტივის შეტანა როგორც მეთოდის ღირებულების გაშუქებაში, ისე მიღებულ შედეგების შეფასებაში.

ცისტოსკოპიის და შარდსაწვეთების კატეტერიზაციის შემოღებამ შექმნა ახალი ერა თირკმელების ქირურგიაში. შარდის გაყოფილი მიღების საშუალებამ მოგვცა სათითაოდ თვითეულ თირკმელის შესწავლის და შეფასების შეძლება და დაბადა თირკმელების ფუნქციონალურ დიაგნოსტიკის მრავალი ახალი მეთოდი.

ყველა ეს მეთოდი შეიძლება გაიყოს 3 ჯგუფად.\*)

1. მეთოდები, რომლებითაც ირკვევა თირკმელების მუშაობის სტატიკა, ესე იგი, თირკმელების ფუნქციონალური მდგომარეობა იმ დროს და იმ პირობებში, რომლებშიაც ხდება გამოკვლევა. ამ ჯგუფს ეკუთვნის ყველა მეთოდები, რომლებიც ირკვევენ გამოყოფილ შარდის თვისებებს და შემადგენლობას. მაგრამ ამ მეთოდებით ძნელია ყოველთვის სწორი აღრიცხვა თირკმელის მდგომარეობისა, რადგან „თუ იგულისხმება, რომ ნორმალურ თირკმელს ყოველთვის ნორმალურ-ფუნქციონალური უნარი აქვს, პირიქით, ხშირად ნორმალური ფუნქცია შეიძლება შეინარჩუნოს ისეთმა თირკმელმაც, რომელიც ანატომიურად ინტაქტური უკვე აღარ არის“ (Хольцов\*\*), გვ. 164). მეტადრე ძნელია ამ მეთოდებით სწორი აღრიცხვა თირკმელის შეგუების უნარის (მაგ. თუ იგი ჩავარდა სხვა პირობებში) და მისი მარაგი ღონის; მაშასადამე, ოპერატიულ ჩარევის დროს (მაგ., მეორე თირკმელის ექტომიის დროს) ძნელია მათი საშუალებით სწორი პროგნოზის დასმა.

2. მეორე ჯგუფით ირკვევა თირკმელების მუშაობის დინამიკა, ე. ი. თირკმელების შეგუებითი უნარი, მისი მარაგი ღონე და ამ ღონის რაოდენობა; ამ ჯგუფს ეკუთვნის დატვირთვითი მეთოდები (Ur, Nachl, კრეატინინი, წყალი, ფერადი სინჯები). „ეს მეთოდები არიან თირკმელის ფუნქციონალური მდგომარეობის (დინამიკის) უაღრესი მაჩვენებელი, ქირურგიულ პრაქტიკისათვის კი, მეტადრე თირკმელების გაყოფითი წარმოებულ შესწავლისათვის—ერთად ერთი სანდო გზა წესი თირკმელების ფუნქციონალურ შეფასების“ (Федоров, გვ. 843).

3. მესამე ჯგუფით ირკვევა უკვე ორგანიზმის საერთო მდგომარეობა, რომელიც შექმნილია თირკმელების დაავადების, resp – დაქვეითების გამო და გამოწვეულია შარდის ტოქსიურ ელემენტების სისხლში დაგროვებისაგან. ამ ჯგუფს ეკუთვნის სისხლში RN, Ur, ინდიკანის, კრეატინინის აღმოჩენის მეთოდები.

\*) მომყავს თანახმად Федоровისა: Хирургия почек и мочеточников 1925. გვ. 842.

\*\*) Хольцов. Оперативная урология.

დები და გამოაკვევა ჰემორენალურ ინდექსისა (Konst. Ambard) ამ ჯგუფის მე-  
 თოდები ემსახურება უმთავრესად პროგნოზის საკითხს.

ყველა ამ მეთოდს აქვს თავისი გარკვეული ღირებულება და მნიშვნელო-  
 ბა, თუ რომ ამოცანები მათთან შეფარდებით არის დაყენებული. პარალელიზ-  
 მი ჯგუფებს შორის შეუძლებელია და არაფერს გამოხატავს, რადგან თვითეუ-  
 ლი ჯგუფის სინჯი არკვევს თირკმელის ფუნქციას ნაწილობრივად და ისიც ნა-  
 წილში, რომელსაც მეორე ჯგუფის სინჯი არ ეხება (Федоров, გვ. 777).

ამ დაჯგუფების მიხედვით პერმანგანატ-სინჯი ეკუთვნის პირველ ჯგუფს.

მაგრამ ექ. თოდაძე ამტკიცებს, რომ პერმანგანატ სინჯი, იმ სახით, რა  
 სახითაც იგი აწარმოებს მას, არკვევს თირკმელის, როგორც სტატიკას, ისე დი-  
 ნამიკას (მათემატიკური სიზუსტით პროცენტების გამოკვევით) და მის პერმან-  
 განატ-კონსტანტის სახით ასეთივე სიზუსტით იძლევა უტყუარ ცნობებს პროგ-  
 ნოზის შესახებ.

ავტორს თავის აღმოჩენის შემდეგ აღარ აკმაყოფილებს ფუნქციონალურ  
 დიაგნოსტიკის დანარჩენი მეთოდები. აი როგორ ახასიათებს თავის სინჯს ექ.  
 თოდაძე:

...„В моем докладе в марте 1927 года на конференции хирургов клиник в  
 гор. Тифлисе, я мог уже привести более 100 случаев, когда мой метод оказал са-  
 мые ценные услуги и более 30 оперативных случаев, когда все поставленные с  
 помощью моей пробы диагнозы о степени потери почками трудоспособности  
 вполне оправдались после операции“ (стр. 98)... „Применяя свою пробу в сотнях  
 случаев всегда параллельно с другими пробами или с другими проверочными  
 данными, я не находил ни одного случая ошибки или неправильности показания  
 моей пробы. Вместе с тем мог-бы привести немало случаев, когда другие пробы  
 параллельно давали ошибочное показание. И я смело могу указать, что при пра-  
 вильном применении моей пробы исключается вообще возможность какой бы то  
 ни было ошибки“ (стр. 241).

თუ ასეთი შეფასება სწორია, მაშინ ყველამ უნდა აღიაროს, რომ იდეალი  
 ამ მხრივ უკვე მიღწეულია. მაგრამ ჩვენ ვიცით, რომ შეფასება ეკუთვნის თვით  
 მეთოდის ავტორს, ავტორებს კი საერთოდ სჩვევიათ გატაცება და გადაჭარბე-  
 ბული შეფასება თავიანთ აღმოჩენებისა და ამიტომაც სიფრთხილით ვეკიდებით  
 საკითხს.

ექ. თოდაძე ამტკიცებს, რომ არავითარ შეცდომას არ ექნება ადგილი,  
 თუ რომ სინჯი გატარდება წესიერად. ეს უკანასკნელი მოთხოვნილება (სრუ-  
 ლიად სამართლიანი) ჩვენ გვაიძულებს უაღრეს ობიექტივიზმის დასაცავად სინ-  
 ჯის შეფასების დროს დავამყაროთ თვით ექ. თოდაძის მასალას—სინჯის წე-  
 სიერ წარმოების თვალსაზრისით ეს მასალა ხომ ყოველგვარ ეჭვის გარეშე უნ-  
 და იყოს ცნობილი.

შეიძლება თუ არა, რომ ექ. თოდაძის სინჯი ან ამგვარივე, მხოლოდ მეტი  
 სისრულით წარმოებული Hélier-ის სინჯი, იყოს ისეთი შეუცდომელი, როგორც  
 ექ. თოდაძე ამას ამტკიცებს? ჩვენის აზრით ეს შეუძლებელია, რადგან მრავა-  
 ლია შეცდომის წყაროები, რომელსაც სინჯის ავტორი ჯერ-ჯერობით აგრე  
 ადვილად ვერ გადალახავს.



ქვემოთ ჩვენ შევეცდებით განვიხილოთ მხოლოდ ზოგიერთი მათგანი, რადგან ყველას განხილვა იქნებოდა მთელი უროლოგიური მოძღვრების გამეორება.

1. შეცდომის წყარო ფიზიოლოგიური ხასიათისა.

ერთ-ერთი უდიდესი ფუძე, რომელზედაც ამყარებს ექ. თოდაძე თავის სინჯს, არის დებულება, რომ 1) ორივე ჯანსაღი თირკმელი ყოველთვის და ყოველმხრივ ერთნაირად უნდა მუშაობდეს და, პირიქით, 2) თუ ორივე თირკმელი ერთნაირად (სინჯით მოცემულ ნორმის ფარგლებში) მუშაობენ—მაშინ ორივენი ისინი ჯანსაღი უნდა იყვნენ. ამ დებულებაზე ამყარებს ექ. თოდაძე არამც თუ თირკმელის ფუნქციის საერთო შეფასებას, არამედ თირკმელის ფუნქციონალურ დაქვეითების პროცენტულ გამოკვევას.

ნამდვილად კი ეს დებულება ასე მარტივად არ მიიღება. მრავალი ავტორი ატარებდა ორივე თირკმელის ფუნქციის და მუშაობის ტემპის შედარებითი გამოკვლევას და შედეგები ამ გამოკვლევებისა ერთნაირი არ არის. და თუმცა დღეს-დღეობით შეიძლება ითქვას, რომ საერთოდ შემთხვევათა უმრავლესობისათვის მუშაობა ორივე ჯანსაღი თირკმელის დაახლოებით ერთნაირია (Casper, Richter), მაგრამ არის ავტორები, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ მაშინაც, როდესაც ორივე თირკმელის დღე-ღამის მუშაობის ჯამი დაახლოებით ერთნაირია, დღე-ღამის მოკლე პერიოდებში ერთი თირკმელის მუშაობა შეიძლება განსხვავდეს მეორე თირკმელის მუშაობიდან 5—30 პროცენტამდე (Capsammer, Albarran). „ამნაირად, აქვს ადგილი თვითეულ თირკმელის მუშაობის თანხვდომას თუ არა-საერთო ჯამის მიხედვით თვითეული მათგანი ასრულებს საერთო მუშაობის ნახევარს და ამიტომაც ფუნქციონალურ გამოკვლევის მიზნით აუცილებლად საჭიროა, რომ შარდი იყოს შეკრებილი თვითეულ თირკმელიდან, რაც შეიძლება ხანგრძლივ დროს განმავლობაში“, ამბობს Холыцов-ი, გვ. 63). ასეთივე სიფრთხილით ეკიდება ამ მეტად სანტერესო საკითხს თითქმის ყველა ავტორი (მაგ. Федоров, გვ. 714 და სხვები). ექ. თოდაძის შრომიდან ჩვენ ვერ ვხედავთ, რომ ეს პირობა იყოს დაცული. არც ერთი სიტყვით ექ. თოდაძე არ აღნიშნავს, რამდენი ხნის განმავლობაში აგროვებს ის შარდს თირკმელებიდან. პირიქით, შრომაში აღნიშნულია მეთოდიკა სინჯისა. როგორც ხანმოკლე კატეტირიზაცია შარდ-საწვეთებისა (გვ. 142). ამ მეტად ფაქიზ საკითხს ექ. თოდაძე სჭრის ერთი დაკვრით—ჯანსაღი თირკმელები ყოველთვის და ყოველმხრივ ერთნაირად მუშაობენო (გვ. 96) და მით ამოწურულად სთვლის საკითხს.

ეხლა ავილოთ პირიქითი მდგომარეობა, ვსთქვათ, რომ ორივე თირკმელებიდან ერთნაირი და პერმანენტ-სინჯით ნორმალური შარდია მიღებული—მოწმობს თუ არა ეს ორივე თირკმელის ჯანსაღობას? სრულიადაც არა. იშვიათი არაა შემთხვევები, როდესაც დაავადება გამოიხატება პათოლოგიური ფოკუსის ან კერის წარმოშობით, და დანარჩენი ნაწილი თირკმელისა ამა თუ იმ დროს განმავლობაში რჩება ჯერ კიდევ დაუზიანებელი. მაშინ ჯანსაღ ნაწილის ჰიპერტროფიის გამო თირკმელი შედარებით დიდხანს ინარჩუნებს რაოდენობითი ნორმალ შარდის გამოყოფის უნარს. ასეთ სურათს მოიცემა, მაგ., თირკმელის სოლიტარული-კისტომა ან ჰიპერნეფრომის კვანძი, რომელიც განვითარე-



ბულია თირკმელის რომელიმე პოლიუსში; ან სოლიტარული, შეფარგლული ტუბერკულოზური კავერნა, ტუბერკულოზური პაპილიტი. კენჭების დროს ნაწილობრივი ჰიდრონეფროზი ფიალებისა, ან მენჯისა, კენჭებით გამოწვეული ნაწილობრივი სკლეროზი თირკმელისა, კეროვანი ნეფრიტები და სხვა (Федоров, გვ. 699 და 714). ასეთ შემთხვევებში დაავადებულ ნაწილების მუშაობის დეფექტი ანაზღაურდება ჯანსაღ ნაწილების პარალელურ ჰიპერტროფიით, მაშასადამე, სინჯის ჩვენება არ იქნება თირკმელის პათოლოგიურ მდგომარეობასთან შეფარდებული, resp-სინჯი არ გვეტყვის თირკმელის დაავადების შესახებ სწორ პასუხს.

2. შეცდომის წყარო დამოკიდებული სინჯის მეთოდისაგან.

აქ ჩვენ მოგვიხდება ბასი რეფლექტორულ პოლიურიის შესახებ. დღეს უკვე ცნობილია, რომ სეკრეცია თირკმელებისა სხვა პირობათა შორის დამოკიდებულია სისხლის იმ რაოდენობასთან, რომელიც ამა თუ იმ დროის განმავლობაში გაივლის თირკმელის სისხლ-ძარღვების აპარატში. სისხლის ეს რაოდენობა პირდაპირ დამოკიდებულია თვით სისხლის ძარღვების მდგომარეობისაგან—მათ გაფართოებისაგან ან შევიწროებისაგან. რეგულიაცია ხდება ვაზომოტორულ ნერვულ აპარატის საშუალებით, ეს უკანასკნელი კი არის სავსებით ცენტრ. და სიმპატიურ ნერვიულ სისტემის ზეგავლენის ქვეშ. ტრავმა, დაავადება როგორც ნერვულ სისტემისა, ისე თვით თირკმელისა, ხშირად უბრალო ემოციაც ახდენს თირკმელზე დიდ ზეგავლენას და იწვევს გამოყოფილ შარდის რაოდენობითი და თვისებითი ცვლილებებს.

ერთ-ერთ დიდ მნიშვნელობის და მასთან უხეშ ხასიათის ტრავმათ ამ მხრივ უნდა ჩათვალოს შარდ-საწვეთების კატეტერიზაცია.

შარდსაწვეთების კატეტერიზაცია იწვევს რეფლექსს, რომელიც გამოიხატება ზოგიერთ შემთხვევაში ანურიით, ზოგ შემთხვევაში—ოლიგურიით, უფრო ხშირად კი პოლიურიით. ეს რეფლექსი გრძელდება ზოგიერთ შემთხვევაში რამოდენიმე წუთს (10—30 წუთს), ზოგიერთ შემთხვევაში საათობით, ხანდახან კი მთელ იმ დროის განმავლობაში, ვიდრე კატეტერი იმყოფება შარდ-საწვეთში. თვით რეფლექსის სიმძლავრე სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვანაირია; ამ მხრივ რაიმე კანონიერებას ადგილი არა აქვს, გარდა იმისა, რომ რაც უფრო ჯანსაღია თირკმელი, მით უფრო მგრძობიერია ის ამ ტრავმაზე და მით უფრო დიდ რეფლექსს იძლევა ამ მხრივ ის. ჯანსაღ თირკმელების ორმხრივ კატეტერიზაციის დროს უნდა ვიფიქროთ, რომ რეფლექსი ორივე მხარეზე ერთნაირი უნდა იყოს, მაგრამ პათოლოგიურ შემთხვევებში ამ ერთნაირობას, როგორც სჩანს, შეიძლება ადგილი არ ქონდეს, რადგან ჯანსაღმა თირკმელმა და თირკმელმა დაავადებულმა ერთნაირ გალიზიანებაზე შესაძლოა ერთნაირად არ უპასუხონ. საერთო კანონის მიხედვით დაავადებული თირკმელი, როძლის შეგუებითი უნარი საერთოდ შესუსტებულია, კატეტერის გალიზიანებაზედაც უნდა იძლეოდეს უფრო სუსტ რეფლექსს, ამბობს ფეოდოროვი (გვ. 718). ამ რეფლექსის ზეგავლენის ქვეშ შეიძლება ისე შეიცვალოს გამოყოფილი შარდის შემადგენლობა, რომ ჯანსაღი თირკმელი გამოიჩინდეს დაავადებულად, ნამდვილად და-

ავადებული კი—მასთან შედარებით ჯანსაღათ. ამ გარემოებას არ უარყოფს არც თვით ექ. თოდაძე (გვ. 102).

ამ რეფლექსის მანვე ზეგავლენის შესამცირებლად საჭიროა რომ შარდი იკრიფებოდეს შეძლების დაგვარად დიდხინის განმავლობაში (საათობით). გარდა ამისა, რადგანაც შემჩნეულია, რომ უფრო მეტი მუდმივობა ემჩნევა მარლების რაოდენობის გაძოყოფას, მარლების საერთო რაოდენობა კი შეიძლება დარჩეს გარკვეულ დროს განმავლობაში მიუხედავად პოლიურიისა—შეუცვლელი (რეფლექსი გამოიხატება მაშინ მხოლოდ წყლის მომატებაში), საჭიროა დაცული იყოს ყველა პირობები შარდის კატეტერის გარეშე გამოყოფის საწინააღმდეგოთ. მაშინ განსაკუთრებულ დროს ერთეულში თვითეულ თირკმელიდან მთელ გამოყოფილ შარდის კომპონენტების რაოდენობა უფრო ზუსტად გამოარკვევს თირკმელების ფუნქციონალურ მდგომარეობას. ეს მოთხოვნილება, რომელსაც ექ. თოდაძე სრულიად არ უწყევს ანგარიშს, სავალდებულოა ბევრ სხვა სინჯებისათვის—მეტადრე სავალდებულოა ჩვენის აზრით ექ. თოდაძის სინჯისათვის.

ვიმეორებ, ზემოთ მოყვანილი შეცდომის წყაროები ყურადსაღებია არა მარტო ექ. თოდაძის სინჯისათვის, მრამედ მრავალ დღემდე მოცემულ სინჯებისათვის და არის მათ მიერ დაშვებულ შეცდომების ხშირი მიზეზი, მაგრამ ექ. თოდაძისათვის ისინი გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანი უნდა იყოს, რადგანაც ის არა მარტო ზოგადად და დაახლოებით არკვევს თირკმელის მდგომარეობას, არამედ ლაბარაკობს მათემატიკურ სიზუსტეზე %-ის მეთოდების გამოარკვევით. აქ კი ყოველგვარ გადახრას უნდა გაეწიოს ანგარიში. ექ. თოდაძე თავის შრომაში, რომლის საგანს სპეციალურად თირკმელების ფუნქციონალური გამოკვლევა შეადგენს, ამ მოვლენებს ან სრულიად არ იხსენიებს, ან ეხება მხოლოდ გვერდით. ჩვენ არ ვიცით, რა არის ამის ნამდვილი მიზეზი, მხოლოდ გვგონია რომ ამ გარემოებას სათანადო ყურადღება რომ მიქცეულიყო—მაშინ ექ. თოდაძის შრომის კილო და შეიძლება ზინაარსიც—ძირითადად გამოცვლილიყო.

„შარდის სრული რაოდენობითი ანალიზიც, თუ შარდი აღებულია შემთხვევითად, გაურკვეველად ყველა იმ პირობებისა, რომლებიც მოქმედებენ შარდის შემადგენლობაზე—ყოველთვის არ გვაძლევს უფლებას გამოვიტანოთ გარკვეული დასკვნა თირკმელის ფუნქციონალურ მდგომარეობის შესახებ. თირკმელის მუშაობისაგან სრულიად დამოუკიდებლად მიღებულ ციფრებს შეიძლება დაემჩნეს დიდი რყევა“. (ფეოდოროვი გვ. 214). ექ. თოდაძე კი ამტკიცებს, რომ მის სინჯზე, რომელიც წარმოადგენს სწორედ შარდის კომპონენტების ერთი ჯგუფის რაოდენობის გარკვევას, არავითარი პირობები არ მოქმედობს, რომ სინჯის გატარება შესაძლოა ამბულატორულად - ე. ი. შემთხვევით აღებულ შარდზე, რომლის პროდუქციის პირობები მკვლევარისათვის არ არის გარკვეული.

### 3. შეცდომები გამოწვეული ავტორის გატაცებით.

თირკმელების ქირურგიულ დაავადების დროს პირდაპირი გამოარკვევა თირკმელის მდგომარეობისა და მის ფუნქციონალურ უნარისა ხშირად სრულიად შეუძლებელია. ქირურგიული პრაქტიკა ამისათვის მიმართავს შედარებითი შეფასებას და შესაძარებლად ხელმძღვანელობს მეორე თირკმელის მდგომარეობის



რობით, იმ ვარაუდით რომ მეორე თირკმელი არის ჯანსაღი და ფუნქციონალურად ნორმალური. მაგრამ ყველასათვის გასაგებია, რომ აქაც შედეგი გამოკვლევისა შეიძლება იყოს მხოლოდ დაახლოებითი სიზუსტის, რადგან ჩვენ ძალიან ხშირად არ ვიცით მეორე თირკმელის ნამდვილი მდგომარეობა. ხშირად მეორე თირკმელიც, რომელსაც ჩვენ ვსთვლით ჯანსაღად, არ არის საესებით ჯანსაღი [ტოქსიური ნეფრიტი, ან ფარულად მომდინარე იპავე ხსიათის დაავადება (ფეოდოროვი)]. ყველა ეს დამატებითად ზემოდ ჩამოთვლილისა და კიდევ ბევრ სხვა მიზეზებისა (მარავი ღონე, თირკმელის დაღლილობა და სხვა) შეუძლებლად ხდის თირკმელის ფუნქციონალურ და ანატომიურ მდგომარეობის ზუსტ, %-ლურ გამოკვლევას. ამიტომაც ყველა სინჯი იძლევა მხოლოდ დაახლოებითი ჩვენებას, რომელშიც კლინიკამ უნდა შეიტანოს სათანადო კორექტივი. აი რისთვის აქვს კლინიკას დომინანტური მნიშვნელობა, აი რისთვის, ძიუხედავად მრავალ სინჯების, ლაბარატორიუმების და რენტგენის კაბინეტის არსებობისა, — მხოლოდ კლინიკური შესწავლის მონაცემებით იჭრება ესა თუ ის საკითხი საბოლოოდ.

ნათქვამის შემდეგ ადვილი გასაგებია, რატომ ამა თუ იმ სინჯის მონაცემი ზოგიერთ შემთხვევაში არ შეეფარდება თირკმელის პათოლოგო-ანატომიურ სურათს. „თეორიულად რომ ვიმსჯელოთ, რასაკვირველია უნდა დაუშვათ, რომ არსებობს პარალელიზმი პათოლოგ-ანატომიურ ცვლილებებს და სინჯების მონაცემებს შორის, მაგრამ სინამდვილეში ამაზე ლაპარაკი შეიძლება მხოლოდ საერთოდ და დაახლოებით და დამტკიცება ამ პარალელიზმის შესაძლებელია მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში. ეს დებულება მით უფრო ბუნებრივია, რომ არ არსებობს სინამდვილეში ზუსტი პარალელიზმი თირკმელის ანატომიურ ცვლილებებს და მის მიერ გამოყოფილ შარდის შემადგენლობის შორის“, ამბობს ფეოდოროვი (გვ. 70).

ეჭ. თოდაძე კი ამტკიცებს, რომ მისი სინჯის ხმარების დროს რაიმე შეცდომა შეუძლებელია „исключается возможность какой бы то ни было ошибки“, რომ მისი %-ლური გამორკვევა თირკმელების მდგომარეობისა ბრწყინვალედ მართლდება და ყოველთვის შეესაბამებოდა თირკმელის ანატომიურ მდგომარეობას [ . . . „все поставленные с помощью моей пробы диагнозы о степени потери почками трудоспособности вполне оправдались после операции“ (стр. 98)].

გნახოთ რამდენად დასაბუთებულია ეს მტკიცება ავტორის მიერ მოყვანილ პასაჟით.

მიუხედავად იმისა, რომ ტექსტში ეჭ. თოდაძე იხსენიებს მრავალ ასს შემთხვევებს თავის სინჯის ბრწყინვალე გამოყენებისას (გვ. 141), მას ფაქტიურად მოყავს მხოლოდ 37 შემთხვევა, აქედან 17 შემთხვევა გატარებულია კონსერვატიულად, 7 შემთხვევაში გაკეთებული ყოფილა კონსერვატიული ოპერაცია (პიელოტომია, ნეფროტომია და სხვა) და მხოლოდ 13 შემთხვევაში თირკმელი ყოფილა ამოღებული და ამნაირად ყოფილა შესაძლებლობა მისი დეტალურად შესწავლისა. მკითხველი დაგვეთახხმება, რომ ახლად მოცემულ სინჯის დასაბუთებისათვის როგორც კონსერვატიულ წამლობით გატარებული, ისე კონსერვატიულ ოპერაციებით დაძაგრებულ შემთხვევებს არ აქვს დამამტკიცებელი

მნიშვნელობა. სინჯის მართლჩვენება და %-ლურ გამოკვლევის სისწორე შეიძლება დამტკიცდეს მხოლოდ ამოღებულ თირკმელის დეტალურ შესწავლით. ასეთი შემთხვევები კი მხოლოდ 13 მოყვანილ შრომაში. და აი, ჩვენ აქ უნდა აღვნიშნოთ, რომ არც ეს 13 შემთხვევა არის შესწავლილი ისე, როგორც ამას მოითხოვს მიზანი შრომის. %-ლურ დაქვეითებისათვის ხდებოდა მხოლოდ თირკმელის მაკროსკოპიული დათვალიერება. არსად არ არის აღნიშნული, რომ პრეპარატის შესწავლას აწარმოებდა ვინმე სხვაც, ავტორზე მეტად კომპენტენტური პათოლოგო-ანატომის საკითხებში—ყოველ შემთხვევაში შრომაში არსად მოიპოვება მათი აზრი პრეპარატების შესახებ. თვით შემთხვევების ინტერპრეტაცია მეტად ტენდენციოზურია და თავისებური. მაგ., შემთხვევები 8, 9 26-33 მოწმობს პირდაპირ ავტორის ფანატიზმს. რადგან ფუნქციის დაქვეითების %-ტი, მოცემული პერმანგანატ-სინჯით, სრულიად არ შეესაბამება ჩვენის აზრით თირკმელის პათოლოგო-ანატომიურ სურათს, ავტორი კი უდიდეს მნიშვნელობას ასერს სწორედ ამ %-ის გამოთვლას. მაგ., მე-3 შემთხვევაში (გვ. 106) ის პირდაპირ ამბობს, რომ პერმანგანატ-სინჯს ეკუთვნის უპირატესობა სწორედ ამიტომო . . . . „В данном случае индиго-карминовая проба, фенол-суль-фо фта-леиновая и перманганат пробы шли в своих показаниях паралельно, но перманганат-проба, определив % потери трудоспособности почки, тем самым указала на большее анатомическое разрушение (левой) почки, в то время как индиго-карминовая проба просто показала, что почка отстаёт в работе“.

ჩვენის აზრით მოყვანილ მასალაში არ მოიპოვება საკმარისი დასაბუთება სინჯის, რომელზედაც ასეთის რწმენით ამბობს ექ. თოდაძე.

ამით ჩვენ ვათავებთ ჩვენს განხილვას.

მე. თოდაძე

## პასუხი მე. ცხაკაიას ჩემი შრომის კრიტიკულ განხილვაზე

გავეცანი რა ექ. ცხაკაიას მიერ ჩემი შრომის კრიტიკულ განხილვას, დიდად ვისიამოვნე, რომ ექ. ცხაკაია დაინტერესებულა ერთსა და იმავე კლინიკაში მომუშავე ამხანაგის შრომით და პრესის საშუალებით მითითებს იმაზე, თუ სად და როგორი „შეცდომა“ დამიშვია ჩემს შრომაში.

ვნახოთ რას სწერს ექ. ცხაკაია!

1. „გაუგებარია მხოლოდ, რომ ექ. თოდაძე არც ერთი სიტყვით, არც ტექსტში, წინა-სიტყვაობაში... არ იხსენიებს არც იმ ლაბორატორიუმს, სადაც მანშეასრულა ეს მუშაობა, არც იმ პიროვნებას, რომელიც მას, არასპეციალისტს ქიმიურ დარგში, ხელმძღვანელობდა ქიმიურ კვლევა-ძიების დროს. ამას კი აქვს მნიშვნელობა“... როგორც სჩანს ექ. ცხაკაიას სიტყებიდან, ჩემ შრომას ის ეჭვის თვალთ უყურებს. ვნახოთ მართალია იგი ამ საკითხში თუ არა. ჩემ შრომაში გვ. 95 აღნიშნულია:

„Все эти химические данные были проверены и недостающее доделано в научной лаборатории по физиологической химии в Дрездене“ იქვე ვწერ: „Обращаю внимание на то, что из практических соображений все химические работы с мочей и  $KMnO_4$  мною производились исключительно в холодном виде“, რასაც აქვს დიდი მნიშვნელობა და თავისებურება შედარებით სხვა მეთოდებთან. ამას გარდა წინასწარი მოხსენება სათაურით: „Перманганат—проба для функциональной диагностики почек“ დაბეჭდილია Вестник хир. и погр. об. № 47 1929 г. სადაც აღნიშნულია: „Приношу благодарность доценту КОММ (Дрезден) за непосредственное руководство в моей работе в области физиологической химии. Глубокая благодарность проф. Лихтенбергу (Берлин) за любезное его ко мне отношение в моей практической работе в его Клинике и за его личное участие при проверке моей пробы“. ჩემი შრომა დაბეჭდილია აგრეთვე წინასწარ მოხსენების სახით გერმანულ ჟურნალში სათაურით: „E. Thodadse Permanganatprobe für funktionelle Diagnostik der Nieren. Zeitschr. f. Urolog. Chir. B. 4. 1929 წ. გვ. 453“, სადაც აგრედვე არის აღნიშნული, სად და ვინ მხელმძღვანელობდა. ნუ თუ ეს ექ. ცხაკაიას არ აკმაყოფილებს? ეტყობა ექ. ცხაკაია ჩემ შრომას საკმარისად არ გასცნობია, წინააღმდეგ შემთხვევაში ასეთ შეცდომას ის არ ჩაიდენდა.

2. შემდეგ ექ. ცხაკაია სწერს: „არსებობს საქმის მეორე მხარე. შრომიდან ჩვენ ვიღებთ ისეთ შთაბეჭდილებას, თითქოს ექ. თოდაძეს აღმოუჩენია  $KMnO_4$

მნიშვნელობა შარდის ქიმიაში“—და მოჰყავს ჩემი შრომიდან ციტატი: „Последний мой выбор пал на  $KMnO_4$  „дальнейшими исследованиями я выяснил“.... კრიტიკაში ექ. ცხაკაიას მოჰყავს მის მიერ სრულიად დამახინჯებული ციტატი, საიდანაც მართლაც შეიძლება მკითხველი შეცდომაში ჩავარდეს. მე ჩემ შრომაში კი ვწერ: „Я делал опыт над различными веществами, которые при смешивании с мочей могли бы дать для функциональной диагностики—почек реакцию,—последний мой выбор пал на  $KMnO_4$  который, как известно, в растворенном виде от соприкосновения с органическими веществами окисляет их и при этом обесцвечивается: აქედან ვის დაებადება აზრი იმის შესახებ, რომ პერმანგანატი მე აღმოვაჩინე შარდის ქიმიაში გარდა პატივცემულ კრიტიკოსისა! პერმანგანატი რომ შარდის ქიმიაში დიდი ხანია ნახმარია და რომ მე ეს კარგად ვიცი, ამას მოწმობს ჩემ შრომაში მოყვანილი (ლიტერატურაში) Hille—Holzmiuder-ის შრომა სათაურით: *Über die Beschimmung und Oxidationszelle des Harnes Mittels Kaliumpermanganat. Apotheker Zeitung—№ 15. 1909.* ამ შრომას ისეთი სათაური აქვს, რომ ვითომც ჩემ შრომასთან ძლიერ ახლო უნდა იყოს და ექ. ცხაკაიას რომ შეემჩნია ის მაშინ Spaeth-თან ერთად მასაც მოიხსენებდა. მე მხოლოდ ვადასტურებ, როგორც ჩემ შრომაში, ისე ეხლაც, რომ პერმანგანატი პირველად და სრულიად თავისებურად, თირკმელების ფუნქციის გამორკვევის მიზნით ვიხმარე მე—და ამ მხრივ ის ჩემი ორიგინალურ და საკუთარ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს.

3. ექ. ცხაკაია თავის კრიტიკაში გამოთქვამს აზრს—რათ დასჭირდა ექ. თოდაძეს 2 წლის მუშაობა ქიმიაში, როდესაც  $KMnO_4$  შარდის ქიმიაში ცნობილია და ის რაც მას აღმოუჩენია, უკვე დიდი ხანია აღმოჩენილია—და მოჰყავს ჩემი შრომიდან შემდეგი ციტატი: „Шаг за шагом после двух с лишним лет работы подошел к тому, что и в последствии мог назвать перманганат—пробой“... აქაც დამახინჯებული სახით არის ციტატი გადმოღებული. მე ვწერ: „Я постараюсь дать возможно короткое описание всех проделанных мною лабораторных, экспериментальных и клинических опытов и исследований, как я шаг за шагом после двух с лишним лет...“ и т. д. განა ამ წინადადებიდან შეიძლება გამოვიყვანოთ ისეთი დასკვნა, რომ მე 2 წელიწადი მარტო ქიმიაში ვმუშაობდი? აქ არ ღირს განმარტება და განმეორება, რაც ზემოდ მოყვანილ წინადადებაში სწერია. აქ ამკარაა ექ. ცხაკაია თავისებურად ამახინჯებს ჩემ წინადადებას და იყენებს თავის მიზნისათვის და მის მიერ გამოთქმულ აზრისთვის.

4. ვნახოთ როგორ სარგებლობს ექ. ცხაკაია Spaeth-ის სახელმძღვანელოთი თავის „კრიტიკულ განხილვაში“. როგორც სჩანს, ექ. ცხაკაიას უმთავრესი მიზანია დაამტკიცოს Spaeth-ით, რომ ჩემი რეაქცია-სინჯი ახალი არ არის და თუ სადმე ვინმეს რაიმე მიზნით (შარდში) პერმანგანატი უხმარია, მოჰყავს თავის განხილვაში. იგი სწერს: „ექ. თოდაძის შრომაში ჩვენ შეგვიძლია გამოვიყვანოთ 3 დებულება:“.

1. „ჩვეულებრივი წესით რეაქცია შეუძლებელია“

2. სინჯი (იმ წესით რა წესითაც მას აწარმოებს ექ. თოდაძე), იძლევა თირკმელების შრომის უნარიანობის გამოკვლევას.

3. პერმანგანატის კონსტანტის იდეა და შესრულება ეკუთვნის ექ. თოდაძეს. „შემდეგ აღნიშნავს:“ არც ერთი ეს დებულება სამწუხაროდ სიმართლეს არ შეეფერება“. დავეთანხმოთ პატივცემულ კრიტიკოსს ერთი წუთით და ვნახოთ, როგორ აბათილებს ექ. ცხაკაია აღნიშნულ დებულებებს. ექ. ცხაკაიას მოჰყავს Немилович-ის რეაქცია Spaeth-ის სახელმძღვანელოდან, სადაც, მართლაც, პერმანგანატი იქაც ერთგვარ როლს თამაშობს, მაგრამ ვინც Немилович-ის რეაქციას გაეცნობა არა ისე ზერელედ, როგორც ექ. ცხაკაია, დარწმუნდება, რომ ხსენებული ავტორის რეაქციები თირკმელების ფუნქციის გამოსარკვევად არსად არ იხმარება და თავისი ტექნიკური შესრულების სირთულით ძალიან განსხვავდება ჩემი სინჯისაგან. Spaeth-ის სახელმძღვანელოში, რომელზედაც ექ. ცხაკაია მიგვითითებს, აღნიშნულია შემდეგი: „*Два метода определения ксантиновых веществ по Л. Немиловичу.*

**А. (პირველი რეაქცია) Требующиеся реактивы:**

1. Водн.—раствор ортофосфорной кислоты . . . 16,66—100
2. 0,5% водн. раствор индиго—кармина . . .
3. I/10 норм. раствор марганцевокислого кали . . .
4. Лакмусовая бумага и чувствительная конговая бумага.
5. Сернистокисл. натр . . . —10% раствор.
6. 20% Аммиак и
7. Продажный 4%раств. перекис водорода (Spaeth გვ. 254).

**В. (მეორე რეაქცია) Требующиеся реактивы:**

1. Раствор ортофосфорной кислоты такой же как при А.
2. Децинормальный раствор хамелеона (Перманганата)
3. Сернистокисл. натр
3. 20% аммиак
5. Аммиачн. раствор серебра.
6. 1/50 Нор. раствор. роданистого аммония.
7. 2,5% раствор железн. купороса.
8. Чистая концент. азотная кислота.
9. Продажный 4% раст. перекись водорода.
10. Асбестовый фильтр . . . по Герману (Spaeth გვ. 257)  
ენახოთ ეხლა ექ. თოდაძის—სინჯი  
საკირო რეაქტივები:

1. 1/3, нормальн. раств. перманганата

აქედან ცხადია ექ. ცხაკაიას მართლაც ზერელედ გადაუთვალისწინებია, როგორც ჩემი შრომა, ისე Spaeth-ის სახელმძღვანელოში მოთავსებული Немилович-ის რეაქციები. Немилович-ის რეაქციას აქვს სულ სხვა მიზანი და დანიშნულება, რომლის ჩემს პერმანგანატის სინჯთან შედარება რა მხრითაც უნდ მიუდგეთ, შეუძლებელია. სხვათა შორის შეიძლება შევეკითხოთ ექ. ცხაკაიას—თუ აღნიშნულ ზემოდ Немилович-ის რეაქციას უწოდებენ *Два ме-*



тода по Немиловичу“, სადაც როგორც პირველში ისე მეორეში აღნიშნულია პერმანგანატი და აგრეთვე ზოგიერთი ერთნაირი რეაქტივები და მაინც უწოდებენ „Два метода“-ს, რატომ არ შეიძლება ჩემ მეთოდსაც ეწოდოს მესამე მეთოდი? შეიძლება აქ გვარს აქვს მნიშვნელობა! მით უმეტეს ჩემი სინჯისა და Немилович-ის სინჯის შესრულებაში, თუ არაფერს ვიტყით თვით რეაქტივების დანიშნულებასა და მიზნებზე, დიდ განსხვავებას აქვს ადგილი: პირველი მოითხოვს რთულ სპეციალურ მოწყობილ ლაბორატორიუმს, გამოცდილ ქიმიკოსს, დიდ დროს და მრავალ რეაქტივებს (7—10.) ჩემი სინჯი არ მოითხოვს სპეციალურ მოწყობილობას და განსაკუთრებულ პირობებს—საჭიროა მხოლოდ რეაქციის ჩასატარებლად მარტო 3—5 წუთი. ამითი სრულებით არ მინდა ავლნიშნა ის, რომ Немилович-ის რეაქცია სწორი არაა—რასაკვირველია მას აქვს თავისი მიზანი და ღირებულება ჩვენთვის უროლოგებისათვის კი გამოუსადეგარია.

5. ექ. ცხაკაია მე-3 დებულებაში ამბობს, რომ რეაქცია დათავებული არ არის და დასკვნები სიმართლეს არ შეეფერება . . . „ეს არის შეცდომა“ . . . ამის დამტკიცება ადვილია—მაგალითად“, ამბობს ექ. ცხაკაია, „მოხდება თუ არა ფერის ცვლა, ჩაუმატოთ სინჯარში მანგანუმკალიუმის ხსნარის კიდევ ერთი გრამი, ხსნარი მიიღებს მოწითალო-ვარდის ფერს, რომელიც 1—2 წუთში კვლავ იკარგება“, ეს ასე არის და ასეც უნდა იყოს, რაც სრულიად ადვილი გასაგებია და აი რატომ: ჩვენ პერმანგანატის განსაზღვრულ რაოდენობას უმატებთ შარდის განსაზღვრულ რაოდენობას, მინამ პერმანგანატი თავის მოწითალო ვარდის ფერს არ დაჰკარგავს ე. ი. მინამ პერმანგანატი არ დაკარგავს თავის დამჟავებითი უნარს. ეხლა ვნახოთ, როდის უნდა მოხდეს პერმანგანატის დამჟავებითი თვისებების დაკარგვა! ცხადია ხდება მაშინ, როდესაც შარდის აღმდგენლობითი უნარი სჭარბობს პერმანგანატის დამჟავებითი უნარს. თუ ჩვენ ამ უკანასკნელ შემთხვევაში (შარდსა და პერმანგანატს ნარევი) სინჯარში, სადაც, როგორც ავლნიშნეთ, სჭარბობს შარდის აღმდგენლობითი უნარი, (უამისოთ პერმანგანატის გაუფერელობა არ მოხდებოდა), ჩაუმატებთ პერმანგანატის ხსნარს, რასაკვირველია უკანასკნელი კვლავ გაუფერულდება. პირიქით პერმანგანატის მოწითალო ანუ მღვრივე ფერი დარჩება, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი დამჟავებითი უნარი სჭარბობს შარდის აღმდგენელ უნარს. უკეთ რომ ვსთქვათ რეაქცია შეიძლება ჩაითვალოს დაახლოებით მაინც დამთავრებულად მაშინ, როდესაც რეაქტივის უნარი სჭარბობს შარდის უნარს და თუ ჩვენ დაუშვებთ ერთი წუთით, რომ შარდი იქნება (როგორც რეაქტივი) ნახმარი, ე. ი. უკუღმა შებრუნებული, დავინახავთ რომ რეაქცია დამთავრებულია მაშინ, როდესაც წითელი (სითხე) სინჯარში თეთრი რეაქტივის (შარდის) ზეგავლენით მიიღებს თეთრ ფერს. ექ. ცხაკაია, როგორც სჩანს მისი კრიტიკიდან, ფიქრობს თუ გამოსარკვევი სითხე თეთრი ფერის არის და ამავე დროს რეაქტივი წითელი, რეაქცია თავდება მაშინ, როდესაც გამოსარკვევი სითხე მიიღებს რეაქტივის წითელ ფერს (Немилович-ის რეაქცია)—რაც სრულიად ჭეშმარიტია, და თუ მივიღებთ როგორც ექ. ცხაკაია ფიქრობს, რომ პერმანგანატი შარდში განხვევების შემდეგ მოგვეცემს მოწითალო ვარდის ფერს და ეს უკვე ნიშნავს რეაქციის დამთავრებას, მაშინ ლოლიკურად უნდა მივიღოთ

ისიც, რომ შარდი, აღებული როგორც რეაქტივი, გამოიწვევს რა პერმანგანატის გაუფერულებას, გვაძლევს აგრეთვე საბუთს ჩავთვალოთ რეაქცია დამთავრებულად. პირველი დებულების გაზიარება ავალებს ექ. ცხაკაიას გაიზიაროს მეორე დებულებაც. რად გაურბის ამას ექ. ცხაკაია, ამის გამოძიებას ჩვენ აღარ გამოვუდგებით.

6. შემდეგ აღსანიშნავია, როგორ უდგება ექ. ცხაკაია მე-6 დებულებას, სადაც აღნიშნულია სიტყვა *in toto*. მას მოყავს ვრცელი ამონაწერი Федоров-ის წიგნიდან, რაც სრულიად არ შეეხება ამ საკითხს—და ყველასთვის ცნობილ და ელემენტარულ ჭეშმარიტებას წარმოადგენს. შემდეგ ამბობს: „არ გაიზომება აგრეთვე არც თირკმლის შრომის უნარიანობა *in toto*, რასაც ექ. თოდაძე ასეთ დიდ მნიშვნელობას აძლევს. ეს არის ექ. თოდაძის დებულებათა მე-5 მუხლი გვ 94“ განა მე ვამტკიცებ იმას, რომ სიტყვით „*in toto*“ თირკმლის ფუნქცია სავსებით და სრულიად შეიძლება გამოირკვეს? მართლაც შეიძლება ვინმემ იფიქროს ისევე როგორც ექ. ცხაკაიამ, მაგრამ ვინც ვაეცნობა მე-6 დებულებას იქ სულ სხვა სწერია „6. Судить о работоспособности почек по возможности *in toto* რას ნიშნავს по возможности *in toto*. ადვილი გასაგებია. ცნობილია ყველასათვის, რომ ამჟამად მრავალი წესებია შემოღებული თირკმელების ფუნქციის გამოსარკვევად და თვითეული მათგანი მიზნად ისახავს გამოარკვიოს ერთ ვარკვეული ნივთიერების რაოდენობის გამოყოფა თირკმელიდან განსაზღვრულ დროში. მაგრამ უფრო უკეთესი იქნებოდა, რომ ჩვენ ერთდროულად შეგვეძლოს გამოარკვევა იმისა, თუ რამდენ შარდის შემადგენელ ნივთიერებას გამოჰყოფს თირკმელი განსაზღვრულ შარდის რაოდენობაში. რად არის ეს საჭირო? გასაგებია, თუ ჩვენ მოვიგონებთ თირკმელების ფიზიოლოგიას. მიღებულია რომ თირკმელების სხვადასხვა ნაწილი გამოყოფს შარდის შემადგენელ სხვადასხვა ნივთიერებას. აქედან ცხადია—თირკმელიდან გამოყოფილ ერთ რომელიმე ნივთიერების რაოდენობა ყოველთვის არ მოგვცემს დადებით პასუხს თირკმელების დაქვეითებულ ფუნქციის შესახებ. ამიტომ ჩვენ შრომაში მე ავღნიშნე ის, რომ პერმანგანატი ერთდროულად მოქმედობს რამოდენიმე ორგანიულ ნივთიერებაზე შარდში შერევის დროს და ამიტომ აქ შეიძლება თამამად ითქვას „Судить о работоспособности почек по возможности *in toto*“. ნუ თუ სიტყვა „по возможности“ გაუგებარია ექ. ცხაკაიასთვის, როდესაც ის მარტო *in toto*-ზე ლაპარაკობს? აქ შეიძლება კიდევ უფრო მკაფიო განმარტება მივცეთ პერმანგანატის რეაქციას, რომ საბოლოოდ გასაგები დარჩეს ექ. ცხაკაიასთვის. რამდენად უფრო მეტ სხვადასხვა და არა ერთს ორგანიულ ნივთიერებას გამოყოფს ესა თუ ის თირკმელი, იმდენად უფრო სწრაფად და ინტესიურად მოხდება პერმანგანატის გაუფერულება თირკმელიდან გამოყოფილ შარდით და პირიქით. ცნობილია რომ სალი თირკმელი შედაოებით დაავადებულ თირკმელთან გამოყოფს უფრო მეტ ორგანიულ ნივთიერებას; აქედან ცხადია, რომ პერმანგანატის გაუფერულების სისწრაფის მიხედვით შეიძლება გამოვიყვანოთ დასკვნა ამა თუ იმ თირკმლის შრომის უნარიანობაზე. სხვანაირად რომ ვსთქვათ, რამდენადაც უფრო კონცენტრირებულია შარდი ორგანიულ ნივთიერებებით, მით უფრო მეტი დასჭირდება პერმანგანატის რაოდენობა განსაზღვრულ დროის განმავლობაში.

მასასაღამე რამდენადაც მეტი შარდის რაოდენობა დაიხარჯება განსაზღვრულ პერმანგანატის გასაუფერულებლად, იმდენად ამ შარდის გამომყოფი თირკმლის ფუნქცია იქნება დაქვეითებული მეორესთან შედარებით ე. ი. ჩვენი სინჯის მიხედვით გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს შარდის კონცენტრაციას და ღროს (სისწრაფეს).

7. ესლა მოკლედ შევეხოთ კრიტიკის მესამე დებულებას, სადაც ექიმი ცხაკაია სწერს: „საინტერესოა მაინც არსებობდა თუ არა ექ. თოლადის აღმოჩენამდე პერმანგანატ-სინჯი და პერმანგანატ კონსტანტა“. და დაიწყებს კრიტიკას მეტამორფოზებიდან, რომელიც ვფიქრობ, მისი მესამე დებულების დამამტკიცებელი არაა. ის ცდილობს დაამტკიცოს, რომ პერმანგანატ-სინჯი და კონსტანტა ეკუთვნის სხვა ავტორს, და არა ექიმ თოლადეს. ამისათვის მოყავს თავის კრიტიკაში Helier-ის რეაქცია, სადაც პერმანგანატი ნახსენებია და რომელიც Spaeth-ის სახელმძღვანელოში (გვ. 368) მოკლედ არის აღწერილი. ეს რეაქცია ექ. ცხაკაიას, აღნიშნულ სახელმძღვანელოდან სრულიად გადმოთარგმნილი და შეტანილი აქვს თავის კრიტიკაში. თუ მკითხველი გაეცნობა ამ ნათარგმნს დაინახავს, რომ ექ. ცხაკაიას ჰგონია, რაც იქ არის აღწერილი იმით თავდება მთელი Helier-ის რეაქცია და ფიქრობს, რადგან აქ არის ნახსენები „კონსტანტა და პერმანგანატი“ ეს რეაქცია, ისეთივეა, როგორც რეაქცია ექ. თოლადისა. ექ. ცხაკაია სწერს: „აქ მოცემულია როგორც ვხედავთ, როგორც რეაქცია, ისე კონსტანტაც. როგორც ვხედავთ, აღნიშნული სინჯი ტენიკურად არ განსხვავდება ექ. თოლადის სინჯისაგან. თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ამ უკანასკნელის „აღმოჩენას“—უკულმა ტიტრაციას „ . . . „ასეთია პერმანგანატ-სინჯი, ასეთია პერმანგანატ კოეფიციენტი“ . . . „რეაქცია ეკუთვნის Helier ს და გამოქვეყნებულია 1899 წ. „ცნობა ამის შესახებ Spaeth-ს მოყავს თავის სახელმძღვანელოში 368 გვერდზე“. შემდეგ ექ. ცხაკაიას არ აკმაყოფილებს მის მიერ ზემოაღნიშნული ციტატის სახით ნათქვამი და კიდევ ხაზგასმით სწერს: ჩემ წინ დევს Spaeth-ის სახელმძღვანელოს რუსული თარგმანი... უკვე ზერელე გადახედვა ამ სახელმძღვანელოსი დაარწმუნებს ყველას, რომ აქ რალაც გაუგებრობას უნდა ჰქონდეს ადგილი“, ე. ი. ექ. ცხაკაია ფიქრობს ექ. თოლადის შრომით გამოწვეულ გაუგებრობას ამის შემდეგ აღარ ექნება ადგილი. მე ვფიქრობ, პირიქით—ვინც დაკვირვებით და არა თავისებურ მიდგომით და ისე ზერელედ, როგორც ცხაკაია, გაეცნობა Spaeth-ის სახელმძღვანელოში მოყვანილ Helier-ის რეაქციას კრიტიკოსის მიერ გამოწვეულ გაუგებრობას შემდეგში ადგილი აღარ ექნება და აი რატომ: Helier-ის რეაქცია არ გამოიხატება მარტო პერმანგანატში, როგორც ჩემი რეაქცია, იქ საჭიროა კონცენტრირული გოგირდმჟავა და უფრო ყველაზე რაც საგულისხმოა, აუცილებელია წინდაწინ იქნეს გამორკვეული, მინამ პერმანგანატის ტიტრაციას შეუდგებოდეს არის თუ არა 20 გრამი შარდივანი ერთ ლიტრ შარდში—და თუ მეტი ანუ ნაკლები აღმოჩნდება კონსტანტის ფორმულა სრულიად იცვლება, რაც აშკარად სჩანს მის მიერ ნათარგმნ Helier-ის რეაქციაში. აბა გავეცნოთ როგორ და რა რეაქტივები არიან საჭირო შარდივანის რაოდენობის შარდში აღმოსაჩენედ, რომ Helier-ის რეაქცია შემდეგ ამისა ჩატარებული იქნეს. აქ მე აღარ გამოუდგები შარდივანის რაოდენო-

ბის აღმოსაჩენ რეაქტივების განხილვას, საკმარისი იქნება აღნიშნო ექ. ცხაკაიას ნათარგმნიდან შემდეგი: „ანაირად ამ მეთოდით გამორკვევის დროს საჭიროა შარდვიანის მოცულობითი რაოდენობის (ესე იგი, ტიტრაციის საშუალებით) გამორკვევა“—რომელიც ზუსტად გადმოთარგმნილად არ შეიძლება ჩაითვალოს—იქ სწერია: „Таким образом при этом способе необходимо еще и об'емное (т. е. посредством титрования) определение мочевины“—ვაქცევ მკითხველის ყურადღებას სიტყვას „еще-ის აქედან ცხადია, რომ ექ. ცხაკაია მართლაც ზერელედ ათვალისწინებს Spaeth-ს სახელმძღვანელოს და ფიქრობს—რადგანაც Helier-ის რეაქციაში პერმანგანატი ნახშიარია, მასთან Helier-იც კონსტანტაზე ლაპარაკობს, ეს უსათუოდ ერთი და იგივეა, რასაც ექ. თოლადე თავის შრომაში სწერს. ასეთივე ლოლიკით შეიძლება ვთქვათ, რომ არავითარი განსხვავება—ტენზიკური და პრინციპიალური არ არსებობს მის მიერ კრიტიკაში აღნიშნულ Немилови'ს და Helier-ის რეაქციებს შორის და საერთოდ იმ ცდებს შორის, სადაც პერმანგანატი იხმარება. მკითხველი დამეთანხმება, რომ ჩემი სინჯის და Helier-ის რეაქციას შორის განსხვავება აშკარა და დიდია.

8. ეხლა იწყება კრიტიკის მეორე ნაწილი სათაურით „პერმანგანატ სინჯი“ და ექ. ცხაკაია ამ ნაწილსაც ყოფს 3 ჯგუფად:

- 1) „შეცდომების წყარო ფიზიოლოგიური ხასიათისა“.
- 2) „ „ „ დამოკიდებული სინჯის მეთოდისაზე.“
- 3) „ „ „ გამოწვეული ავტორის გატაცებით“.

ჩემის აზრით ამ ნაწილის კრიტიკის 3 ჯგუფად დაყოფა სწორი არ არის, ვინაიდან ექ. ცხაკაია ეხება როგორც პირველ ჯგუფში, ისე მეორე ჯგუფში თირკმელების ფიზიოლოგიას—მათი სხვადასხვა მდგომარეობის დროს და ამიტომ ჩემმა პასუხმა, რომ რავტალოგია არ გამოიწვიოს, მე მათ შევეხები ერთად.

ექ. ცხაკაია სწერს „ერთ-ერთი უდიდესი ფუძე, რომელზედაც ამყარებს ექ. თოლადე თავის სინჯს, არის დებულება, რომ ეს „ორივე ჯანსაღი თირკმელი ყოველთვის და ყოველმხრივ ერთნაირად უნდა მუშაობდეს და, პირიქით“ . . . ნამდვილად კი ეს დებულება ასე მარტივად არ მიიღება. უკანასკნელის დამამტკიცებელი საბუთები მოჰყავს კიდევ ფეოდოროვის წიგნიდან, ის რაც ყველასათვის ცნობილია ე. ი. თირკმელების ზოგიერთ დაავადების დროს შეიძლება თანამედროვე მეთოდებით არ მივიღოთ დადებითი პასუხი. მაგალითად კისტომა, ჰიპერნეფრომის კვანძი, პიელიტი, კენჭი თირკმელის ფილაში, თირკმელში ტუბერკულოზის კვანძი და სხვა, ამ შემთხვევაში ფიქრობენ, რომ დეფექტი ფუნქციონალურად ანაზღაურებულია თირკმლის ჯანსაღ ნაწილების ჰიპერტროფიით. ექ. ცხაკაია გაცნობია რა ამას, ამბობს: „მაშასადამე სინჯი არ გვეტყვის თირკმელების დაავადების სწორ პასუხს“. საინტერესოა ვიცოდეთ პერმანგანატ-სინჯზე ლაპარაკობს ექ. ცხაკაია, თუ თირკმელების სხვა ფუნქციონალურ მეთოდებზე. შეიძლება ექ. ცხაკაიას უნდა დაამტკიცოს, რომ ვინაიდან სხვა მეთოდები აღნიშნულ ზემოდ დაავადების დროს არ იძლევა დადებითი პასუხს, ამას არც პერმანგანატი მოქცევს. თუ გნებავთ ასეც იყოს. განა ამაშია საქმე? მიუხედავად ამისა მე მაინც ვადასტურებ ჩემ შრომაში იმას,

რომ მართლაც პიელეტების დროს, ჰიპერნეფროზის (იბეჭდება) მენჯის კენჭის დროს ზოგიერთ შემთხვევაში ინდიგო კარმინი (ჩემი მასალის მიხედვით) არ იძლევა დადებით პასუხს, პერმანგანატი კი ხშირ შემთხვევაში გვაძლევს დადებით პასუხს. მაგ. შემთხვევა: (ჩემ შრომაში) № 8 გვ. 112, № 18 გვ. 119, № 21, 22 გვ. 120. სადაც აღნიშნულია მენჯის კენჭი, პიელიტები და თირკმელის ტუბერკულოზი. ეს მოწმობს პერმანგანატის სინჯის ერთგვარ უპირატესობას სხვა მეთოდებთან შედარებით. მასთან ყოველ შემთხვევაში პერმანგანატის სინჯი ახალია და სავსებით მასთან დაკავშირებული ყველა საკითხების ამოწურვა ჯერჯერობით შეუძლებლად მიგვაჩნია.

გარდა ამისა ექ. ცხაკაია ეხება ორთავე ჯანსაღ თირკმელების შედარებით მუშაობას და აღნიშნავს, რომ ჩემ შრომაში ვითომც მე ვღლიარებ მათ თანაბარ მუშაობას „ყოველთვის და ყოველმხრივ“. ეს მართალი არ არის. მე ვწერ, რომ ორივე ჯანსაღი თირკმელები თანაბრად მუშაობენ, და თუ არის განსხვავება, ის ძლიერ მცირეა 5—10% და ამ განსხვავების აღმოჩენა თანამედროვე ფუნქციონალური მეთოდების საშუალებით შეუძლებელია. ექ. ცხაკაიას მიერ მოყვანილი სიტყვები „ყოველთვის და ყოველმხრივ“ ჩვენ არ გვეკუთვნის და არც გვექონია აზრად, რაც სჩანს შემდეგით: В среднем разница определяется в 5% и в исключительных случаях может достигать до 10%. . . игнорируя разницу в какихнибудь 5%, мы можем сказать, что работа обеих почек равномерно протекает“ სტ. 88 ექ. ცხაკაია სწერს რომ ზოგიერთ ავტორების აზრით ორთავე ჯანსაღი თირკმელები ერთნაირად არ მუშაობენ და განსხვავება მათ ზორის იმდენად მეტია, რამდენადაც მოკლე დროის განმავლობაში გროვდება გასასინჯი შარდი. „ექ. თოღაძეს შრომაში ჩვენ ვერ ვხედავთ, რომ ეს პირობა იყოს დატული. არც ერთი სიტყვით ექ. თოღაძე არ აღნიშნავს, რამდენი ხნის განმავლობაში აგროვებს ის შარდს თირკმელებიდან“. მასთან ექ. ცხაკაია აღნიშნავს, რომ მე არ ვაქცევ ყურადღებას შარდის რაოდენობას, რომელიც შეიძლება შარდსაწვეთის კატეტრის ირგვლივ გაიპაროს.

რაც შეეხება ჯანსაღ თირკმელების შეფარდებითი მუშაობის საკითხს მე გაკვრით ზევით აღვნიშნე, დაწვრილებით კი აღწერილი მაქვს ეს საკითხი ჩემ შრომაში საკუთარი სათაურით: „Сравнительная работа обеих почек и катетеризация мочеточников“ სტ. 88 სადაც დეტალურად არის აღწერილი მრავალი ავტორების აზრი ამის შესახებ. სხვათა შორის მომყავს უკვე საერთოდ მიღებული, გარკვეული დებულება რაც ზემოდ ციტატის სახით მე უკვე აღვნიშნე—5—10%.

აღნიშნულია აგრეთვე ჩემ შრომაში, რა პირობებში და რამდენ ხანს ვაგროვებ შარდს. მე ვწერ: важно при исследовании сравнительной работы почек принять все меры предосторожности, чтобы не нарушать их физиологического равновесия. Для этого при катетеризации мочеточников необходимо придерживаться следующих правил: 1, 2, 3, 4 и 5 (правила): первую порцию собранной мочи вылить и для исследования пользоваться второй порцией мочи . . . первая собранная в течение 5—10 мин. порция мочи выливается . . . и т. д. სტ. 89. პო-

ლიურის შესახებ ჩემ შრომაში იხილეთ გვ. 101, 102. აქ მკაფიოდ აღნიშნულია ის, რაც ექ. ცხაკაიას აღლევებს და, როგორც სჩანს, მას ეს ნაწილი ჩემი შრომის არ უნახავს,—გამორჩენია. პასუხად საკმარისად მიმაჩნია მოყვანილი ზემოდ ჩემი შრომიდან ციტატის სახით ამონაწერი. რაც შეეხება იმას, რომ მე არ ვაქცევდი ყურადღებას შარდის კატეტრის ირგვლივ დაქცევას, უნდა მოვახსენებ, რომ ეს ჩემთვის საჭიროებას არ წარმოადგენს, ვინაიდან პერმანგანატ-სინჯი არ არის დამყარებული შარდის რაოდენობაზე, მისი მნიშვნელობა დამყარებულია შარდის კონკენტრაციაზე ორგანიზმ ნივთიერების რაოდენობასთან დაკავშირებით, რაც არა ერთხელ არის აღნიშნული ჩემ შრომაში, რომ თირკმელები დაახლოვებით ერთნაირად არ მუშაობდნენ ერთსა და იმავე დროს (თუ მათ ფიზიოლოგიური პირობები ნორმალური ანუ ერთნაირი აქვთ და არა „ყოველთვის და ყოველმხრივ“, როგორც ექ. ცხაკაია სწერს) და განსხვავება დიდი იყოს, როგორც ჰგონია ექ. ცხაკაიას, იმ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ, რომ თირკმელების შედარებითი ფუნქციონალური მეთოდები არამც თუ გაღრმავდებოდა, არამედ სრულიად მოსპობილი იქნებოდა. ეს თუ ასეა, მაშ რაზედ ლაპარაკობს ექ. ცხაკაია და ვის ედავება, ჩემთვის სრულიად გაუგებარია?

9. ვნახოთ ახლა, თუ როგორ ასაბუთებს ექ. ცხაკაია უკანასკნელ დებულებას: „შეცდომები გამოწვეულია ავტორის გატაცებით“. აქაც ისე, როგორც ზემოთ, ძიმართავს ფეოდოროვის წიგნს და მოყავს შემდეგი . . . „პარალელიზმი პათოლოგანტომიურ ცვლილებებსა და სინჯებს შორის არსებობს, მაგრამ სინამდვილეში ამაზე ლაპარაკი შეიძლება მხოლოდ საერთოდ ზოგადად და დაახლოვებით“ . . . „ამბობს ფეოდოროვი (გვ. 700). ექ. თოდაძე კი ამტკიცებს, რომ მისი სინჯის ხმარების დროს რაიმე შეცდომა შეუძლებელია“ (Исключается возможность какой бы то не было ошибки) თუ გნებავთ ავიღოთ მარტო ეს ციტატი და არ დაუკავშიროთ იმას, რასაც მე ვწერ ჩემ შრომაში. შეიძლება თუ არა ფეოდოროვის წიგნიდან ამოღებული დებულება დაუპირდაპიროთ ჩემს შრომიდან მოყვანილ ცატატს? ჰე მგონია, არა. მე მხოლოდ ვადასტურებ აღნიშნულ ციტატით, რომ პერმანგანატის სინჯი, თუ ის არის ჩატარებული როგორც რიგი და წესია, მკაფიოდ და თუ გნებავთ შეუცდომლად გვიჩვენებს მხოლოდ დაავადებულთა ერთი თუ ორივე თირკმელი. მე სრულიად არ ვეხები პროცენტულად — ზუსტად რამდენად პერმანგანატის შედეგი შეესაბამება ან ატომ-ჰისტოპათოლოგიურ სურათს. ექ. ცხაკაია სწერს: არსად არ არის აღნიშნული, რომ პრეპარატის შესწავლას აწარმოებდა ვინმე სხვა, ავტორზე მეტად კომპეტენტური პათოლოგ-ანატომის საკითხებში—აქ შეიძლება მეც შევეკ-თხოვ ექ. ცხაკაიას, თუ ამის შესახებ ჩემ შრომაში არავითარი ცნობები არ არის, რად დაგვირდათ თქვენ ამაზე ლაპარაკი? შრომაში, თუ არსად არის ამის შესახებ ნათქვამი, ეს იმას ნიშნავს, რომ ეს საკითხი პერმანგანატისთვის ჯერ-ჯერობით ახალია და მოითხოვს ახალ მუშაობას; და დღეს ამის შესახებ ლაპარაკი, ვფიქრობ, რომ ზედმეტია და ნაადრევი.

სხვათა შორის არა ერთხელ არის აღნიშნული ექ. ცხაკაიას მიერ: „ამბობს ფეოდოროვი გვ. 718“... „ამბობს ფეოდოროვი გვ. 700“... „ასეთივე სიფრთხილით ეკიდება მეტად საინტერესო საკითხს თითქმის ყველა ავტორი, მაგალი-

თად ფეოდოროვი გვ. 714 და სხვა“. თუ მკითხველი დაინტერესდება და გადახედავს ფეოდოროვის წიგნს Хирургия почек и мочеточников, დაინახავს, რომ თირკმელების ფუნქციის შესახებ, აღნიშნულ ზემოდ 700, 718, 714 ფურცლებზე, ერთი სიტყვაც არ არის ფეოდოროვის მიერ ნათქვამი—ის სიტყვები, რასაც ექ. ცხაკაია აკუთვნებს ფეოდოროვს, ეკუთვნის დოცენტს ვ. ი. დობროტვორსკის, აჟმცა ამას ჩემთვის არსებითი მნიშვნელობა არ აქვს, მაგრამ რათ დასჭირდა ექ. ცხაკაიას დოცენტ დობროტვორსკის დაჩრდილვა და მხოლოდ ფეოდოროვის გამოყენება—იქნება მისი კრიტიკის ღირებულებისათვის დიდი ავტორიტეტი იყო საჭირო...

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ექ. ცხაკაიას კრიტიკაში ბევრი რამ ზედმეტია აღნიშნული, რომელიც ჩემ შრომას—პერმანგანატს—სრულიად არ შეეხება და მასთან ერთად მის მიერ მოყვანილი საბუთები ძლიერ ზერეულად და სუსტად არის განხილული, რომელიც კრიტიკას, როგორც ასეთს, სრულიად უკარგავს მნიშვნელობას.

კრიტიკა, ჩემის აზრით, საჭიროა და სასარგებლო, თუ კრიტიკოსი სპეციალისტია იმ საკითხში, რასაც ის აკრიტიკებს, და მასთან ერთად ის ობიექტიური და სალია. ექ. ცხაკაიას კრიტიკული განხილვა კი ყველა ამას მოკლებულია

# რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი

## შინაგანი სნეულეზანი

Стражеско Н. Д. „К прижизненному распознаванию инфаркта сердечной мышцы и его последствий“

Врач. дело № № 1, 2. 1930.

საკმაო დიდი კლინიკური მასალების მიხედვით (32 შემთხვევა, ამათ შორის 8 შემთხვევა ავტობსით დამტკიცებული) ავტორი აჩვენებს გულის კუნთის ინფარქტის კლინიკურ ნიშნებს, რომელთაც მეტ წილ შემთხვევაში მარჯვენა ან მარცხენა გვირგვინოვანი არტერიის ტომბოზის ცემბოლიის ნიადაგზე ხდება აღნიშნული სისხლის ძარღვების სკლეროტიკულ ან სიფილიტიურ ცვლილებების გამო—და აღნიშნავს, რომ (როგორც ამას ბევრი სხვა კლინიცი ტებიც აღნიშნავენ) გულის კუნთის ინფარქტის დიაგნოზის დასმა, როგორც მწვავე, პერიოდში ისე გადატანილ შემთხვევებში შესაძლებელია. იმის და მიხედვით თუ გულის რომელ ნაწილში განვითარდა ინფარქტი სიკვდილი შეიძლება სწრაფად მოყვეს (Keith-Flak-ის A. Tawara-ს კვანძების დაზიანებისას) ან სიცოცხლე გაგრძელდეს რამოდენიმე თვემდე და შეიძლება რამოდენიმე წლამდეც. მთავარი ნიშნები, რომლებსაც ეყრდნობა ავტორი, მწვავედ ინფარქტის განვითარებისას, არის შემდეგი: ძლიერ ანგიოზური შეტევები, სისხლის წნევის დაცემა, გულის გარდკაარდმო საზღვრების გადიდება, ჭენების რითმი, მოყრუებული ტონები, პერიკარდიალური ხახუნები, ლ-ის მომატება და ბოლოს ელექტროკარდიოგრაფიის კბილების ცვლილებანი, განსაკუთრებით T. კბილისა T. კბილის უარყოფითი მდგომარეობა ან ორფაზიანობა ხშირად ე. წ. კორონალური T. Pardee-ს ტიპის, ზოგიერთ შემთხვევაში QRS გახანგრძლივება და R და S კბილების დაკბილება (His-ის ტოტების ბლოკადა).

ავადმყოფთა ერთი ჯგუფი ინფარქტის განვითარების შემდეგ, ავტორის დაკვირვებით, იმყოფებიან მძიმე ანგიოზურ-ასტმატიურ და გულის დეკომპენსაციის მდგომარეობაში სიკვდილამდე, რომელთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა გრძელდება რამოდენიმე დღეებიდან რამოდენიმე თვეებამდე, ხოლო მე-II ჯგუფის ავადმყოფთა დგომარეობა ინფარქტის განვითარების ანუ მწვავე პერიოდის შემდეგ უმჯობესდება, ქრება ტკივილები და t<sub>1</sub> უბრუნდება ძალა და ფსიხიკა ისე რომ ზოგიერთი თავის ჩვეულებრივ მუშაობასაც უბრუნდება. სიცოცხლის ხანგრძლივობა ავადმყოფისა თვეებიდან რამოდენიმე წლამდე გრძელდება 1 შემთხვევაში 7 წელი იცოცხლა). ობიექტიურად გასინჯვისას ამ ჯგუფის ავადმყოფებს მეტ-წილ შემთხვევაში აღნიშნებოდა ჭენების რითმი, ჰიპოტონია და დამახასიათებელი ელექტროკარდიოგრაფია სახელდობრ უარყოფითი T I და მე-II განხრებში და ზოგჯერ QKS გახანგრძლივება. ამ ორ ჯგუფთა შორის არსებობს სხვადასხვა ფორმები.

ამრიგად თუ ინფარქტის განვითარების შემდგომ პერიოდში ენახეთ ავადმყოფი, რომელსაც ანაწინებში ჰქონდა მწვავე ანგიოზური შეტევა, რამოდენიმე დღეს ტემპერატურა და გასინჯვისას აღმოჩნდა ჰიპოტონია, PD შემცირება, ჭენების რითმი, მოყრუებული ტონები და ბოლოს ელექტროკარდიოგრაფიაზე T კბილის I და მე-II განხრებში უარყოფითი მდგომარეობა, ან მასთან ერთად QKS გახანგრძლივება—შეიძლება, როგორც ფიქტობს. ავტორი, დარწმუნებით დავსვათ დიაგნოზი გულის კუნთის ინფარქტისა. ელექტროკარდიოგრაფიას ავტორი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აძლევს.

ი. ცინცაძე:



## ღვიძლის ექსტრაქტის მოქმედება ტუბერკულოზიანთა ანემიაზე

Garin, Boucomont და Rougier (Paris Médical 1930 № 1) ავტორები მოგვითხრობენ ღვიძლის ექსტრაქტით წამლობაზე, რომელიც მათ ჩაუტარებიათ 16 ტუბერკულოზიან ავადმყოფზე 15 დღის განმავლობაში. ღვიძლის ექსტრაქტი ეძლეოდა ავადმყოფებს ტაბლეტების (cachet) სახით, დღეში ორჯერ და თითო ეს ტაბლეტი უდრიდა ღვიძლის პარენქიმის 100 gr.

წინასწარ ავადმყოფები მოთავსებულნი იყვნენ სანატორიულ პირობებში და ერთი თვის განმავლობაში მოსვენებულ ცხოვრებას ატარებდნენ. არც ერთი მათგან ი არც წამლობის დროს და არც მის ადრე არ იღებდა დარიშხანას, ან რკინას. სისხლის წითელი ბურთულების რაოდენობა წამლობამდე ჰქონდა ყველას 4.500.000-ზე ნაკლები, ხუთს მაიგანს 4.000.000-ზე ნაკლები და სხვა კი 3.500.000-ზე ქვემოდ. ხუთმეტი დღის წამლობის შემდეგ გამოირკვა, რომ წითელი ბურთულების ბომატების რიცხვი ქნაობდა 600.000, 2.000,000 და 3.000.000 შორის. მხოლოდ ორ შემთხვევაში ეს არ შეცვლილა და ერთ შემთხვევაში კი დაიწია ფილტვების მძიმე დაზიანების გამო. თეთრ ბურთულების რიცხვზე წამლობას გავლენა არ მოუხდენია. ჰემოგლობინის რაოდენობა წამლობამდე 13 შემთხვევაში ოცო 12%-ზე დაბალი და წამლობის შემდეგ მან ნორმას მიაღწია, ხოგ შემთხვევაში კიდევ გადააჭარბა. მხოლოდ იმ პირებს, რომელთაც სისხლის წითელი ბურთულები არ მოემატათ, ჰემოგლობინიც უცვლელი დარჩათ. ყველა ეს გაუმჯობესება წამლობის შეწყვეტის შემდეგ გაგრძელდა ხუთმეტ დღეს და ზოგიერთ შემთხვევაში მთელ თვესაც. ამ წამლობის განმავლობაში არც ავადმყოფების წონაში და არც მათი იმუნტეტების დაზიანებაში გაუმჯობესება არ აღინიშნულა — ამ მხრივ წამლობა უშედეგო დარჩა.

და ბოლოს, ავტორები გამოსთქვამენ აზრს, რომ ღვიძლის ექსტრაქტით მკურნალობა ფძლევა ტუბერკულოზიანთა ანემიის გაუმჯობესებას 80%, მიუხედავად ანემიის მიზეზის (ტუბერკულოზის) მუდმივობისა და ამიტომ მისი ხმარება არის სასურველი და სასარგებლო.

ექ. ვენერა შუბლაძე

## ფილტვების ტუბერკულოზის დიეტეტიკური წამლობა

Vaucher და Grunwald (Paris Médical 1930, № 1) ნაკვლევე წარმოადგენს Gerson Sauerbruch-ის დიეტეტიკური რეჟიმის განხილვას, სადაც მოყვანილია ავტორების პირადი დაკვირვება 7 ავადმყოფზე. Gerson—Sauerbruch-ი მეთოდი გამოიხატება ცდაში მიაწოდონ ტუბერკულოზით დაავადებულ ადამიანს რაც შეიძლება მეტი კალციუმის მარილები და ამითი დააჩქარონ ტუბერკულოზური ფოკუსების კალციფიკაცია. ეს მეთოდი ეყრდნობა სანტერესო დაკვირვებებს, რომ თაბაშირზე და კირზე მომუშავეებს ძლიერ იშვითად უჩნდებათ ტუბერკულოზი; აგრეთვე ეს უკანასკნელი იშვითათა იმ ადგილებში, სადაც წყალი კირის მარილებს შეიცავს. ამიტომ მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ორგანიზმის კირის მარილებით ხელოვნურად გამდიდრებით შესაძლოა მისი გაჯანსაღება. მაგრამ რომ ორგანიზმმა კარგად შეითვისოს კირის მარილები, საჭიროა მისი დამშვევა სხვა მარილების მიმართ. ამიტომ ავადმყოფებს უნიშნავენ აქლ ორიდულ დიეტას ნეფრიტიანების დიეტის მსგესად და შემდეგ ორგანიზმში შეჰყავთ კირის მარილები. რომ Nael სიცოცხლისათვის აუცილებელი არ არის, ამას მოწმობა ის გარემოება, რომ მრავალი ერები, მაგალ. კამჩადალები, ყირგიზები, სამოედები, ბუშმენები და არაბეთის მრავალი ტომები არასდროს არ ხმარობენ Nael და იგი შხაბი ჰგონიათ. ავტორებს თავის წერილში ჩამოთვლილი აქეთ უმაროლოდ მომზადებული საჭმელები, და აგრეთვე დღის განმავლობაში მისაღები საჭმელები. წამლების სახით ხმარობენ მხოლოდ დღეში სამი სუფრის კოვზს თევზის ქონს და mineralogische-ს ერთ ჭიკა წყალში გახსნილ ჩაის კოვზს სამჯერ დღეში დიეტის და წამლების გავლენით ორგანიზმში ვითარდება ორგანიზმის მყავეობა — ადგილობრივი და საერთო. ადგილებრივი

მყავეობა ვითარდება დაზიანებულ ადგილას და იწვევს ლეგკოციტარულ ფერმენტების მომატებას, რომელიც თავისი თვისებებით პეპსინს უახლოვდება. Sauerbruch-მა აღნიშნა, რომ აციდოგენური კვება უცხად სცელის მიკრობულ ფლორას და ამით სტერილიზაციას უკეთებს დაზიანებულ მიდამოს. ამრიგად ძველი აზრი, ვითომ მყავეობა მაგნიზებელია ორგანიზმისათვის, არ გამართლდა. რადგან მყავეობა ზოგიერთ ფიზიოლოგიურ და რეპარატორულ მოვლენების მიზეზით ხდება. შემჩნეულია, რომ მოქმედ ორგანიზმში მუდამ ვითარდება აციდოზი და დასვენებულ ორგანიზმში კი უფრო ნეიტრალური რეაქცია არის. ეს ლოკალური მყავეობა არის განსაკუთრებით საინტერესო, რადგან, ერთის მხრით, გამოყოფილი სიმყავენი აღიზიანებენ სასუნთქე ცენტრებს და ამის გამო ავადმყოფები უკეთ სუნთქავენ; მეორე—ამ მყავებერს გავლენით ადგილობრივ ხდება სისხლის მოძრაობის შენელება, ნამდვილი სტაზი, რაც ხელს უწყობს ფაგოციტოზს.

ადგილობრივი აციდოზის ეს მოქმედება შეიძლება შევადაროთ Bier-ის მეთოდს ან სიმბათექტომიას. პოაქტივულად Gerson-ის მეთოდით წამლობა იძლევა დაზიანების ხასიათის შეცვლას: კაზეოზური, ექსუდატიური ფორმები შეიცვლებიან ხოლმე ფიბროზულ-პროდუქტივულად. ანთება ნელდება ორგანიზმის მყავეობის მომატების გამო. ავტორებს მოჰყავთ Léon-Blum-ის შემდეგი სიტყვები: „ნატრიუმის არსებობა აუცილებელია ქსოვილების რეაქტიული ანთებისათვის, კალციუმი კი ნატრიუმის ანტიგონისტია, რგი ართმევს ქოვილებს ნატრიუმს და ანთებას სწყვეტს ხოლმე“ ( 1922. Presse médicale). დიეტის მოქმედების შესამოწმებლად შარდში იკვლევენ მონოფოსფატების (მყავე ფოსფატები) და დიფოსფატების (ძირითადი ფოსფატები) რაოდენობას. რამდენადაც მონოფოსფატების რაოდენობა მეტია, მით უკეთესია შედეგები.

Gerson-ს და Sauerbruch-ს თავისი მეთოდი უცდიათ 116 ავადმყოფზე, რომელთა საერთო მდგომარეობა, მიუხედავად ხანგრძლივ სანატორიული მკურნალობისა, მძიმე რყო. თითქმის ყველას ჰქონდა ორმხრივი, ძლიერ გავრცელებული დაზიანება ფილტვებში, მაღალი ტ<sup>1</sup> და მათი საერთო მდგომარეობა დღით-დღე უარესდებოდა. მკურნალობა გავრძელდა 1925 წლის მარტიდან 1927 წლის დეკემბრამდე და შედეგები საუკეთესო მიიღეს. 35 ავადმყოფი იმდენად გაჯანსაღდა, რომ ჩვეულებრივ მუშაობას დაუბრუნდნენ. 20 ავადმყოფი გაუმჯობესდა, მაგრამ მკურნალობას კიდევ საჭიროებდა. ამრიგად, 50% კარგი შედეგები მიიღეს. ამ რეჟიმის გავლენით ავადმყოფების წონაში მოიმატა 12—15—30 kil.

1929 წლის იანვარში ასეთივე შედეგები გამოაქვეყნეს Baer, Hermannsdorfer და Kausch-მა, რომელთაც 10 ავადმყოფზე აწარმოეს დაკვირვება. ამ ავადმყოფებს ჰქონდათ გავრცელებული ულცერო კაზეოზური დაზიანებანი, მაგრამ რეჟიმის საშუალებით სწრაფად გაუმჯობესდნენ, სამი მათგანი იმდენად მომჯობინდა, რომ შესაძლო გახდა მათთვის სორაკოლა ტიკი გაკეთება.

Sculler-მა სცადა დიეტით მკურნალობა სახსრების ტუბერკულოზის და 7 შემთხვევიდან 5-ში შესამჩნევი გაუმჯობესება ნახა. მაგრამ ეს რეჟიმი საუკეთესო აღმოჩნდა კანის ტუბერკულოზის დროს. Lupus-ის 23 შემთხვევაში 12—სრულიად გაჯანსაღდა, 6—მოკვდა. ძვლის ტუბერკულოზის 37 შემთხვევაში 18 ძლიერ გაუმჯობესდა. ზოგიერთმა ექიბებმა, მაგ. Lung-მა და Clairmont-მა თავის თავზე სცადეს რეჟიმის მოქმედება და აღნიშნავენ, რომ როცა ისინი ხმარობდნენ აქლორიდულ დიეტას და mineralogène-ს, მშინ თას უკეთესად გრძობდნენ, მათი სიტყვით, ეს წამალი უმატებს ადამიანს გამძლეობას, ძალას, მუშაობის ენერჯია და წონას. Finkelstein-ი ცდილობდა შემოეღო ეს მეთოდი პედიატრიაში და მრავალ ინფექტიურ სნეულების წამლობაში.

ავტორების გამოკვლევა შეეხება 7 მეტად მძიმე შემთხვევას, ორმხრივ ფართო ულცერო-კაზეოზური პროცესებით. ორ შემთხვევაში მათ მიიღეს შესანიშნავი შედეგები: სხვა ორი შემთხვევა სიკვდილით დამთავრდა. მეხუთეში მომჯობინება მიიღეს და ორ დანარჩენში ცვლილება არ მომხდარა.

მაგრამ ზოგი ავტორები, მაგალითად Bettmann-ი, Krehl-ი, Schlesinger-ი, Wiegand-ი არ არიან ამ მეთოდის მკაცრი დამხმარეები და არავითარ გაუმჯობესებას არ აღნიშნავენ მის ხმარებასთან დაკავშირებით. Bettmann-ი ბავშვებში აღნიშნავდა ამდროს გულის რევას, პირსაქმე-

## რ ე ფ ე რ ა ტ ე ბ ი

ბას, უმადობას და საერთო სისუსტეს. ზოგი ავტორის აზრით კი რეჟიმის კარგი მოქმედება ახსნება არა თვით რეჟიმით, არამედ იმით, რომ ავადმყოფები ამ დროს ყოველდღიურად იღებენ თევზის ქონის საკმაო რაოდენობას (45 gr.).

მაგრამ მიუხედავად იმისა, რომ ეს რეჟიმი შედარებით მძიმე ასატანია, მისი შემოღება მაინც სასურველია მძიმე ავადმყოფებისათვის, რადგან იძლევა გაუმჯობესებას და ხანდახან მოულოდნელ განკურნებას.

ექ. ვენერა შუბლაძე

### Welche Mittel darf man der Schwangeren und der stillenden Mutter mit Rücksicht auf das Kind nicht geben? von Iohannesson.

Ztschr. für ärztl. Fortbildung 1-30. № 1. (რა სამკურნალო საშუალებანი არ უნდა მიეცეს ორსულ ქალს და ძუძუმწოვებელ დედას, რომ ბავშვს არ ავნოს).

პირველ ყოვლისა არ უნდა მიეცეს დრასტიული სასაქმებელნი, რომელნიც იწვევენ ღორწოვანი გარსის გაღიზიანებასა, ძლიერ პერისტალტიკას და რეფლექტორულად შესაძლოა გამოიწვიონ საშვილოსნოს შეკუმშვა. ამავე მიზეზის გამო უნდა ვერიდოთ ნაწლავების ქიის საწინააღმდეგო წამლობის გაღარებას. იმ შემთხვევაში, როდესაც ორსულ ქალს აქვს ტანის შეკრულობა, უნდა შედარებით ნაზად მომქმედი საშუალებანი ვინმართ. ასეთია: Sagrada, Pulv. Jigurifial Comp., Karlsbader Salz და სხვა. უნდა ვერიდოთ Aloes t პრეპარატების დანიშვნას.

საერთოდ ყოველგვარ მედიკამენტისადმი ნაყოფი უფრო მეტად მგრძობიარეა, ვიდრე ძუძუმწოვარა ბავშვი. ეს მეტადრე უნდა ითქვას ალკოჰოლის გავლენის შესახებ. იმ დედას, რომელნიც მიჩვეულნი არიან შესაძლოა ნება დაერთოთ ცოტადენი სუსტი ლუდის სმა. სრულიად დაუშვებელია ყოველგვარი მაგარი ალკოჰოლის სასმელები. უკანასკნელნი თუმცა აბორტს შედარებით იშვიათად იწვევენ, მაგრამ ნაყოფს მაინც ძლიერა ვნებს. ამგვარადვე მოქმედობს Opium-ი და მისი პრეპარატები, როგორც არის: Dionin, Heroin და სხვა. სალიცილატების დიდ დოზებს შეუძლია გავლენა მოახდინოს საშვილოსნოზე (სისხლის დენა, აბორტი).

ადვილათ უხდებათ მუცელი ისეთ ქალებს, რომელნიც მუშაობენ თუთუნზე ან აქვთ საქმე ისეთ ხელობასთან, სადაც ტყვია იხმარება. აგრეთვე რეზინის, ფოსფორის და ვერცხლის წყლის ქარხანაში მომუშავე ქალებსაც. ამ ქარხანებში მომუშავე ქალები საჭიროა ორსულობის დროს ან განთავისუფლებული იქნენ სამუშაოდან ან გადაყვანილი სხვა სამუშაოზე.

ის საშუალებანი, რომელთაც ჩვეულებრივ ვხმარობთ, როგორც მედიკამენტებს ლაქტაციის ხანაში, არ არიან ბავშვისათვის მავნე, რადგან რძეში მათი ძალიან მცირე ნაწილი გადადის. მედიკამენტები, რომელნიც დედის რძეში გადადიან არის: Brom, Sod-ის მარილები, სალიცილატები, ანტიპირინი, დარიშხანა და ვერცხლის წყლის პრეპარატები. ვერცხლის წყალი ისე მცირე რაოდენობით გადადის რძეში, რომ, მაგალითად, ლუერის მკურნალობა ბავშვისა მართა დედის მკურნალობის საშუალებით მიზანს ვერ აღწევს, საჭიროა მხოლოდ სიფრთხილე ისეთ მედიკამენტებისადმი, რომლებიც განსაკუთრებით მოქმედებენ ბავშვზე. ამიტომ უნდა ვერიდოთ ოპიატების პრეპარატებისა და სკოპოლამინის დანიშვნას.

5. მახვილაძე

### ინფექტიური სნეულებანი

Ch. Hermann

ზოგიერთი ფაქტორები დიფტერიის პრობლემისათვის.

(Some factors in the diphteria problem. Arch. of Pediatr № 10 1929).

ბავშვის ასაკის არც ერთი ავადმყოფობა არ არის ისე კარგად შესწავლილი, როგორც დიფტერია: გამომწვევი მიკრობი ცნობილია, მის მიერ გამომუშავებული ტოქსინი დიდი სისწო-

რით შეიძლება გაიზომოს, არის საშუალება სისხლში ანტიტოქსინის აღმოჩენისა და სხვა. მაგრამ არის აგრეთვე საკითხები, რომელნიც ჯერ გადაჭრილნი არ არიან; მათ შეეხება ავტორი.

1. ახალშობილების იმუნიტეტი და Schik-ის ცდა მათზე. რეაქცია მოხდენილი ახალშობილთა დიდ რაოდენობაზე უარყოფით შედეგებს იძლევა. ავტორით ეს აიხსნება იმით, რომ პლაცენტის საშუალებით დიფტერიის ანტიტოქსინა გადადის ბავშვის სისხლში. Ruttner და Ratner ამტკიცებენ, რომ ადამიანის პლაცენტა გაატარებს დიფტერიის ანტიტოქსინს (The human placenta is permeable to diphtheria antitoxin) Schik-ის რეაქცია უფრო ხანგრძლივ უარყოფითია ბავშვში, რომელნიც იკვებებიან დედის ძუძუთი, ვიდრე ხელლოვნურად. თუ დედას Schik-ის რეაქცია დადებითი აქვს, ახალშობილსაც დადებითი აქვს.

2. Schik-ის რეაქცია მოზრდილ ბავშვებზე. ავტორს, სხვა ავტორებთან ერთად მოუხდენია დაკვირვება, რომ ზოგიერთ მოზრდილ ბავშვებს, რომელთაც ჰქონიათ Schik-ის რეაქცია უარყოფითი გამხდარან ავთ დიფტერიით; მაგრამ ეს არ ამცირებს ამ რეაქციის მნიშვნელობას, ვინაიდან Nidal და Wasserman-ის რეაქციებიც განისაზღვრებიან თავიანთ, მნიშვნელობაში, დასაკვნის ავტორი.

3. მოსახლეობის ავლომერაციის, სოციალური მდგომარეობის ნაციონალური და შთამომავლობითი მომენტების გავლენა. დადებითი Schik-ის რეაქცია უფრო ხშირია მდიდარ ოჯახის შვილებზე, ვიდრე ღარიბების, ამერიკაში დაბადებულებზე ვიდრე იტალიელებზე. სიკვდილიანობა დიფტერიისაგან უფრო დიდი მქიდროდ დასახლებულ ქალაქებში. მაგალითად, პიტსბურგში, ჩიკაგოში, დეტროიტში და ნიუ-იორკში საშუალოდ უდრის 15,58%; სელტში, სან ფრანცისკოში, მინეაპოლში და სენ-პოლში კი 2,64%.

4. ოჯახური მიდრეკილება და შთამომავლობითი ფაქტორები. ბევრი ავტორების მიერ აღნიშნული იყო მიდრეკილება და დაბალი გამძლეობა ზოგიერთ ოჯახების მიერ დიფტერიისადმი.

Park და Zingher აღნიშნეს, რომ თუ უფროსს ბავშვს ოჯახში Schik-ის რეაქცია აქვს დადებითი, ამისთანავე რეაქცია აქვს სხვა ბავშვებსაც; თუ უმცროსს აქვს უარყოფითი, უფროსებსაც აქვს უარყოფითი ავტორით ანტისხეულების გამომუშავების უნაირ არის აქტი შთამომავლობითი დომინანტორი ფაქტორებისა, რაც ნათლად სჩანს Hirzfeld-ის შრომებიდან. მას მოუხდენია დაკვირვება 116 ოჯახში: თუ დედას და მამას Schik-ის რეაქცია დადებითი აქვთ, ყველა ბავშვებსაც ეს რეაქცია დადებითი აქვთ; ხოლო თუ მშობლებს რეაქცია უარყოფითი აქვთ, მათში  $\frac{1}{3}$  შემთხვევის ეს რეაქცია დადებითია და  $\frac{2}{3}$  უარყოფითი; როდესაც ერთ-ერთ მშობელს უარყოფითი აქვს, მეორეს კი დადებითი,  $\frac{1}{2}$  შემთხვევებში დადებითი და  $\frac{1}{2}$  უარყოფითი აქვს ბავშვებს.

5. პერიოდობა. დიდი ხანია ექიმებმა მოახდინეს დაკვირვება, რომ ამა თუ იმ ინფექციონური ავადმყოფობის ეპიდემია განსაზღვრულ ინტერვალებით ჩნდება. 1903 წ. Gottstein-ის მიერ გამოქვეყნებული იყო „Periodicity in Diphtheria“, სადაც ავტორი სამართლიან დაკვირვებას აკეთებს; 1893 წ. იყო დიფტერიის ეპიდემია, რომლის დროს აუარებელი ბავშვები გახდენ ავად; სუსტები დაიხოცენ, გადარჩენილებმა შეიძინეს იმუნიტეტი, რომელიც გადასცეს მომყოფ თაობას, მაგრამ მესამე თაობა უკვე იბადება მგრძობიარობით დიფტერიისადმი.

6. როგორ იყო გატარებული ნიუ-იორკში იმუნოზაცია ანატოქსინით. ავტორით სტატისტიკური ცნობები დიფტერიის შესახებ ნიუ-იორკში სრულ ნდობას იწვევენ. შესწავლილი იყო ორი ჯგუფი (100.000 ბავში თითოში). ერთ ჯგუფს ჰქონდა გაცემებული იმუნოზაცია, მეორეს კა არა. ამ მეორე ჯგუფში სიკვდილიანობა ხუთჯერ მეტი იყო. 1929 წლის განმავლობაში ნიუ-იორკში გაუკეთეს ვაქცინაცია ანატოქსინით 160.000 ბავშვს. ავტორი მომხრეა სკოლის ასაკის ბავშვების ვაქცინაციისა.

მ. უკრელიძე

M. et G. ZMOZER.

**3 ა ქ ს ი ნ ა ც ი ა**

დიფტერიის ანატოქსინით 4 წლის განმავლობაში Berck-ის საავადმყოფოში  
(Guatre années de vaccination par l'anatoxine diphtérique à l'Hopital maritime de Berck.  
La Presse Méd. № 95—1929).

ავტორებმა აწარმოეს ვაქცინაცია Ramon-ის ანატოქსინით ბერკის საზღვაო საავადმყოფოში, სადაც მოთავსებულნი არიან ბავშვები, დაავადებულები ქირურგიული ტუბერკულოზით. ამ ბავშვებს ჰქონიათ დადებითი Schik-ის რეაქცია. თუმცა ვაქცინაცია უწარმოებიათ ბავშვებზედ, რომელთაც ჰქონიათ აქტიური ტუბერკულოზური პროცესი, მაგრამ ავტორებს არ შეუძინებიათ უარყოფითი გავლენა. მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევებში არის აღგილობრივი რეაქცია, იშვიათად ზოგადი. საავადმყოფოში იმყოფება 1100 ბავშვი. ვაქცინაციის წინ 36 თვის განმავლობაში ავად გამხდარა დიფტერიით 137 ბავშვი, მათში 12 მომკვდარა; ვაქცინაციის შემდეგ 46 თვის განმავლობაში ავად გამხდარა 43 ბავშვი.

მათში 16 შემთხვევა. 1 სიკვდილ. არ ყოფილან აცრილნი.

4	„	1	„	მიუღია ერთი დოზა ანატოქსინისა.
1	„	1	„	„ ორი „ „
12	„	0	„	„ მთელი „ „

მ. უგრელიძე

H. KLIWE UND. A. HOFMAN

დიფტერიის კლინიკური ნიშნების გარეშე Löffler-ის ჩხირების სიხშირე ძუძუ-მწოვარ და პატარა ბავშვების ზემო სასუნთქვე გზებში. Monatschriftur Kinder heilkunde Bd 35 Hef 4.1927.

სასუნთქვე გზებში დიფტერიის ჩხირების სიხშირის გამოსარკვევად გამოკვლეულია ბავშვთა კლინიკის და საბავშვო კვრების 3272 ორთავე სქესის ბავშვები — ჰასაკით დიდი უმრავლესობა 0—3 წლამდე, უმცირესობა 11 წლამდე. გამოკვლეულ ბავშვებს დიფტერიის არავითარი კლინიკური ნიშანი არ ემჩნეოდა. გამოკვლევა 2—3 ჯერ მეორდებოდა.

1) 3272 ბავშვიდან 185 (5,7%) გამოდგენ ბაცილების მატარებელი. მათ შორის 126 ბავშვს (68%) ჩხირები აღმოაჩნდა ცხვირში, 51 ბავშვს (28%) — ყელში; აქედან 15 ბავშვს (8,1%) ერთდროულად ცხვირში და ყელში. დანარჩენ 8 შემთხვევაში (4%) ბაცილები აღმოჩენილი იყო ყურებში კონიუნკტივებზე და ჭიბზე. 2) 30 შემთხვევაში გამოყოფილი იყო სუფთა კულტურა — 2 ჯერ ფსევდოდოფტერიული ბაცილებისა, 10 შემთხვევაში მორფოლოგიურად და ბიოლოგიურად ტიპური და ცხოველთათვის ჰისოგენური ბაცილებისა, დანარჩენ 18 შემთხვევიდან მორფოლოგიურად და ბიოლოგიურად ტიპური, მაგრამ ცხოველთათვის. არა პათოგენური ბაცილებისა, 8 შემთხვევაში ცხოველებზე ცდები არ იყო წარმოებულთ. 3) ბაცილოსნობის სიხშირეზე სქესს და წლის დროს არ აქვს თვალსაჩინო გავლენა. 4) ბაცილოსნობის ყველაზე დიდ %-ს იძლევიან ის ბავშვები, რომელთაც ძირითად დაავადებათ ეთვლებოდათ lues congenit (17%), შემდეგ მოდიან დაავადებულნი ექაუდატიური დიათეზით (92%), Atropolie, Dyspepsia, Delompositio (8,9%), კანის დაავადებებით (გარდა ექსუდ. დიათეზისა) 6,4%, გულით და გულის პერანგით ავადმყოფნი (6,4%), მუა ყურის ანთებით 6,3% და სხვა. 5) ბაცილოსნობის მოსასობათ სასურველ შედეგს არ იძლევა არც ერთი ქიმიოთერაპიული საშუალება, რომელიც კი ხმარებაშია. მხოლოდ ძირითად სნეულებიდან განკურნება და საერთო კვების გაუმჯობესება ანთაივისუფლებს ბავშვებს ბაცილებისაგან მოკლე ხანში (იშვიათად 3—4 თვის განმავლობაში.). 6) ბაცილოსნობის ასეთი სიხშირის გამო საჭიროა ყველა საბავშვო დაწესებულებებთან საკარანტინო განყოფილება, სადაც უნდა სწარმოებდეს ბავშვების მიღება, გამოკვლევა დიფტერიის ჩხირებზე და ბაცილოსნების იზოლიაცია. დროგამოშვებით უნდა იქნეს გამოკვლეული აგრეთვე მომვლელი პერსონალი. ბაცილოსნებს უნდა უკლიდეს ცალკე პერსონალი.

ი. კანიშვილი



Friedemann. დიფტერია. შრატით მკურნალობა და აცრა. Monatsschrift. 1930 Ba Heft.

უუკანასკნელ წლებში ზოგიერთ ქალაქებში (ბერლინი, ბუდაპეშტი, ჩიკაგო) დიფტერიის გამო სიკვდილიანობა თითქმის ისეთი ხშირი გახდა, როგორც იყო შრატით მკურნალობის შემოდებამდე. რადგანაც შერეული ინფექციის არსებობა ასეთი მძიმე ეპიდემიების დროს ვერ დამტკიცდა, უკანასკნელ ხანაში გამოსთქვამენ აზრს, რომ დიფტერიის ავთვისებიანობა დამოკიდებულია Löffler-ის ჩხირების განსაკუთრებულ ნეუროტოქსიკობაზე და დიფტერიის ტოქსინების ცენტრალურ ნერვიულ სისტემასთან მჭიდროდ შეერთებაზე. ასეთი მოსაზრების სასარგებლოდ მოჰყავთ პოსტ. დიფტერული დამბლების განშირება (ბერლინში 80%-დან გაიზარდა 15,50%-მდე, ავთვისებიან დიფტერიის დროს აღწევს 5,70%-ს), დიფტერიის დროს შემჩნეული მენინგოალური მოვლენებით და აგრეთვე პათ.-ანატომიური ცვლილებები ტვინის გარსებში (აწერილია Iod-ის მიერ). რადგანაც ტვინის გარსები ნაკლებად ეშვებს ანტიტოქსინებს, მეორეს მხრით ტვინის ქსოვილთან შეერთებულ ტიტოქსინებზე ანტიტოქსინების გავლენა სუსტია, ამიტომ გვირჩევენ (Biegel, Strn, Сперанский) ანტიტოქსინების ტოქსინებთან უფრო მჭიდრო კონტაქტის გამოწვევის მიზნით—შრატის ენდოლუმბილურად—საჭიროების დროს სუბოქტიპიტალურად და ინტრავენტრიკულარულად,—შეყვანას. სხვადასხვა ავტორების მიერ აწერილია ასეთი გზებით შეყვანილ შრატის კარგი მოქმედება. დანიელი ექიმები Bil და Mandels-ი გვირჩევენ დიფტერიის მძიმე ფორმების დროს ანტიტოქსინების დიდი რაოდენობით (500-მდე) ინტრამუსკულარულად შეყვანას.

დიფტერიის საწინააღმდეგო აცრა უკანასკნელ დროს ფართე ხასიათს იღებს და მრავალი ავტორების ცნობით 4—6 ჯერ ამცირებს დაავადებათა სიხშირეს (Park, Кориши, Seligmann და სხვები.). Friedemann-ი გვირჩევს აცრის გავლენის გამორკვევის დროს დავეყრდნოთ სტატისტიკურ მასალას აცრილებსა და აუტრელთა შორის დაავადების სიხშირის შესახებ და არა Schiek-ის რეაქციის, რომელიც შეიძლება ეხებოდეს მოსახლეობის იმ ნაწილს, რომელიც ანტიტოქსინების ცუდი წარმომშობია და სწორედ წარმოადგენს საკმარის კანდიდატებს დიფტერიით დაავადებისათვის. მეორე მხრით აცრილთა 25% ხდება chick უარყოფით ისე, რომ მათ სისხლში არ არის ანტიტოქსინი. ასაცრელად ხმარობენ ტოქსიიდან ანტიტოქსინის სუბნეიტრალური, ნეიტრალური და სუპერნეიტრალურ ნარეგს. სუბნეიტრალური ნარეგის უპირატესობა ცნოვლებზედაცაა დამტკიცებული Hartley-ს მიერ, მაგრამ იძლევა მძლავრ რეაქციას, ამიტომ მის ხმარებას გაურბიან. რადგანაც რეაქციას აწერენ ბაქტერიოპროტეინებს და ჩვენს შრატს, სცდილობენ მოამზადონ ისეთი მასალა, სადაც აღნიშნული ნივთიერება არ იქნება. მოწოდებულია მრავალი პრეპარატები. ყველაზე მეტად გავრცელებულია 1) Behzingis ფირმის T. A. F.-Präparat-ი, რომელიც შეიცავს ბაქტერიოპროტეინების და ცხენის შრატის მხოლოდ ნიშნებს; იწვევს ნელა და ამიტომ შეიძლება დიდი დოზებით ხმარება. ხმარობენ უხშირესად მოზდილებზე. და 2) Kamon-ის Anatonin-ი. (რომელიც წარმოადგენს რამოდენიმე კვირის gift-bulhion Formalin. 0,3—0,4 2). არ შეიცავს ცხენის შრატს, არ აქვს ტოქსიური თვისებები, 3+ შეშხაბუნება იწვევს 98%-ში იმუნიტეტს (Schiek უარყოფითი) და უფრო მოკლე დროში. უარყოფითი მხარე შედარებით მძლავრი რეაქცია. იხმარება უფრო 8 წლის პასუკამდე.

ი. ჭანიშვილი.

პროფ. სპ. ვირსალაძის მაგიერ ჰოსპიტალური თერაპიული კლინიკის გამგედ დანიშნულ იქნა დიაგნოსტიკის კათედრის გამგე პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი. დიაგნოსტიკის კათედრისა და დიაგნოსტიკური კლინიკის გამგედ დანიშნა შინაგანი პათოლოგიის კათედრის გამგე პროფ. შ. მიქელაძე და ამ უკანასკნელის ნაცვლად შინაგანი პათოლოგიის კათედრის გამგედ დანიშნა პროფ. ნ. მახვილაძე.

— : —

დიაგნოსტიკის კლინიკად გადაკეთდა შინაგანი პათოლოგიის კლინიკა ქალაქის 1 საავადმყოფოში. რკინის გზის საავადმყოფოში იქნება მოთავსებული შინაგანი პათოლოგიის კლინიკა.

— : —

სამკურნალო ფაკულტეტი გამოყოფილი იქნა უნივერსიტეტიდან და ანიერიდან იარსებებს, როგორც დამოუკიდებელი სამკურნალო ინსტიტუტი ჯან. სახ. კომ.-ის გამგებლობის ქვეშ. სამკურნალო ინსტიტუტის დირექტორად დანიშნა დოც. გ. ვაწაძე.

— : —

ოპერატიული ქირურგიისა და ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრის გამგედ დანიშნულ იქნა პროფ. ალ. წულუჭიძე.

— : —

თავის უკანასკნელ სხდომაზე სამკურნალო ფაკულტეტმა აირჩია:

პროფესორებად:—დოც. ს. საყვარელიძე, ჰისტოლოგიის კათედრის გამგე; ლექტ. გ. ელიავა, მიკრობიოლოგიის კათედრის გამგე; პრივ.-დოც. ვ. ვარაზიშვილი, ზოგადი პათოლოგიის კათედრის უფროსი ასისტენტი; დოც. კ. ერისთავი, პროპედევტიკული ქირურგიული კლინიკის გამგე; დოც. მ. ასათიანი, ფსიხიატრიული კლინიკის გამგე; პრივ.-დოც. ნ. მახვილაძე; პრივ.-დოც. მ. მგალობლიშვილი, გინეკოლოგიური კლინიკის უფროსი ასისტენტი; ლექტ. მ. უგრელიძე, ბავშვთა სნეულებათა კლინიკის გამგე; დოცენტი ი. აბაკელია; დოც. ალ. წულუჭიძე და დოცენტი ბ. დოღბერიძე.

დოცენტებად:—ზოოლოგიის ლექტორი—გ. როსტომბეგოვი, თვალის სნეულებათა კლინიკის გამგე—ლექტ. ვ. მუსხელიშვილი, ფიზიატრიის და კურორტოლოგიის ლექტორი—ი. კონიაშვილი და ფიზიოლოგიის ლექტორი—მ. ვაწაძე.

— : —

სამკურნალო ინსტიტუტში განზრახულია მოეწყოს 3 ფაკულტეტი: სამკურნალო—პროფილაქტიკური ოდონტოლოგიური განყოფილებით, სასანიტარო—პროფილაქტიკური და ფარმაცევტული. მომავალ 1930 წლის სექტემბერში მიღებული იქნება: სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ფაკულტეტზე 250 სტუდენტი, სასანიტარო-პროფილაქტიკურზე—100 სტუდენტი და ფარმაცევტულზე—100. გარდა ამისა, ოდონტოლოგიურ განყოფილებაზე მიღებული იქნება—50 სტუდენტი.

— : —

დამთავრდა თბილისის მოსახლეობის უკანასკნელი აღწერის მასალების დამუშავება.

ამ აღწერის მიხედვით თბილისში ითვლება სულ 309.879 მცხოვრები, აქედან 132.904 ქართველი, 102.336 სომეხი, 43.045 რუსი, 6.174 თურქი, ქართველი ებრაელი—1.268, დანარჩენი ეროვნებათა ებრაელები—8.188, ოსები—3.867, გერმანელები 2.641, ბერძნები—1.390, პოლონელები—1.144, ეზიდები—1.541, აისორები—2.298, ქურთები—614 სპარსელები—546 და დანარჩენი ეროვნების—1.886.

ამრიგად, ქართველები შეადგენენ მოსახლეობის 42,9 პროც. სომხები—33,0, რუსები—13,9, თურქები—2,0 ქართ. ებრაელები—0,4, დანარჩენ ეროვნებათა ებრაელები—2,6, ოსები—1,3, გერმანელები—0,9 ბერძნები—0,5, პოლონელები—0,4, ეზიდები—0,5, აისორები—0,7, ქურთები—0,2, სპარსელები—0,2 და დანარჩენი ეროვნებანი—6,0 პროცენტს.

1922 წელს თბილისში ითვლებოდა ქართველი—80,884, სომეხი—85,309 და რუსი—38,612 სული.

ამ აღწერასთან შედარებით ვხვდებით ჩატარებულ აღწერით ქართველების რიცხვის ზრდა უდრის 64,3 პროცენტს, სომხების—20,3 პროც. რუსების—11,5 პროცენტს.

მეორე აღწერის დროს, ე. ი. 1926 წელს თბილისში იყო: ქართველები—112.206, სომხები—100.148 და რუსები 45.937.

1926 წლის აღწერასთან შედარებით მიმდინარე წლის აღწერით ქართველების რიცხვის ზრდა უდრის—20,6 პროც., სომხების—2,2 პროც., ხოლო რუსები იძლევა შემცირებას—6,3 პროცენტით.

1922 წლიდან 1926 წლის აღწერამდე თბილისის მოსახლეობის საერთო ყოველწლიური ზრდა უდრიდა 4,8 პროც. 1926 წლიდან 1930 წლის აღწერამდე კი უდრის—2,7 პროცენტს.



ფანი 1 მანეთი

