

3. მუსხელიშვილი

Dacryo-cysto-rhinostomia exter

3. მუსხელიშვილი

თვალის სნეულებათა ლექტორი

(თვალის სნეულებათა კლინიკიდან)

Dacryo-cysto-rhinostomia exter.

(წინასწარი მოხსენება)

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

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

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

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

1922 წ. Dupuy-Dutemps-მა გამოაქვეყნა თვისი დაკვირვებანი და ტეხნიკა დაკრიო-ცისტო-რინოსტომიისა. შემუშავებული Bourguet-სა და მის მიერ ¹⁾. იმ დროს Dupuy-Dutemps-ს ჰქონდა გაკეთებული ოპერაცია 33 თვალზე; ოპერაციის ტეხნიკას იმ სახით, როგორც მას თვით ავტორი ხმარობდა, აქ არ შევხებით. ტეხნიკამ შემდეგ სხვა ავტორების ხელში განიცადა ცვლილება წვრილმანებში. ქვემოთ მოვიყვანთ ოპერაციის ტეხნიკას იმ სახით, როგორითაც ჩვენი კლინიკა სარგებლობდა უკანასკნელ დროს. Dupuy-Dutemps-ის აზრით, დაკრიო-ცისტო-რინოსტომია მისაღებია განსაზღვრულ პირობებში; ოპერაციას აქვს საწინააღმდეგო ჩვეენებანი, რომელთა არსებობის

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

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

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

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

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

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

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

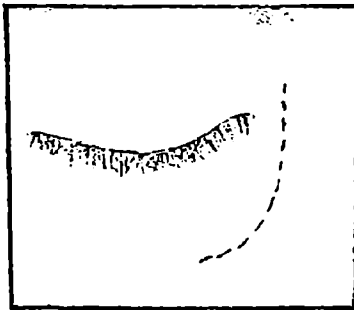
ავადმყოფი იშინჯებოდა შემდეგ ნაირად: Canaliculus probe; ზონდის ვატარება იმის გამოსაკვლევად, თუ ცხვირცრემლის არხის რომელ ადგილას არის შევიწროება, ცხვირის ღრუს მდგომარეობის გამოკვლევა სპეცილისტის მიერ.¹⁾ პირველად მოკლე ხანს ავადმყოფი წამლობდა სტაციონარულად, შემდეგ ავადმყოფი სტაციონარში რჩებოდა რამოდენიმე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

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

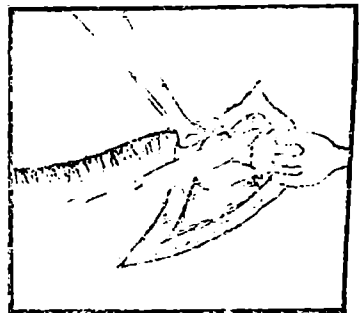
¹⁾ სასიამოვნო მოვალეობათ მიგვაჩნია მადლობა გადაუხადოთ სახ. უნ. ყურის, ყელის და ცხვირის სნ. კლინიკის გამგეს დოც. ნ. ასპისოვს, რომელიც ამ მხრივ ყოველგვარ დახმარებას გვიწევდა.

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

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



სურ. 1.



სურ. 2.

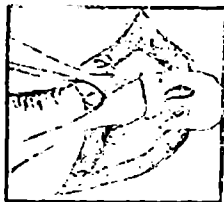
ლი დანით გავკვეთავთ კანს და კანქვეშა ქსოვილს; ეს მდებარე რბილ ქსოვილებს ერთმანეთს ვაშორებთ ბლაგვი იარაღით, ვიდრე არ გამოჩნდება ძვალი საცრელო წინა შემაღლების გასწვრივ (Crista lacrym. anter). ამის შემდეგ საკმარისია კრილოზის კავებით გაფართოვება, რომ სისხლის დენა ან სრულიად არ იყოს ან უმნიშვნელო.

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

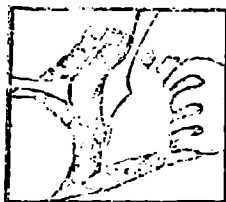
4. საცრემლო პარკის ჩამოშორება. — იმავე რასპატორით ჩამოვაშორებთ ძვალს საცრ. პარკის შიგნითა კედელს ზედაკანთან ერთად (სურათი № 4).

5. ძვლის ტრეპანაცია. (სურ. № 5). აქ საზრუნავი ის არის, რომ ძვალი რაც შეიძლება გავათხელოთ. ამისთვის ძვალი სატეხის დახმარებით შრეებათ ჩამოითლება განსაკუთრებით იქ, სადაც ძვალი უფრო სქელი და მაგარია. ძვლის გათხელებისას რომელიმე ადგილას იხსნება ზერელო, რომელშიდაც მოსჩანს ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსი; როდესაც ზერელს მივიღებთ; შემდეგში ვმუშაობთ Citelli-ის ჟღუნის (მცბეჩავის) დახმარებით; ვაფართო-

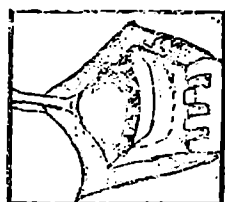
ვება თანდათან ხერელს, ვიდრე არ მივიღებთ საჭირო ზომის სარკმელს, რომელშიაც ნათლად მოსჩანს ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსი. ძელის ტრეპა-



სურ. 3.

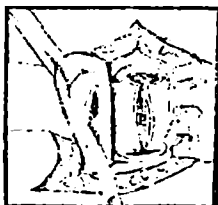


სურ. 4.

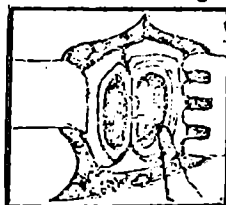


სურ. 5.

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



სურ. 6.

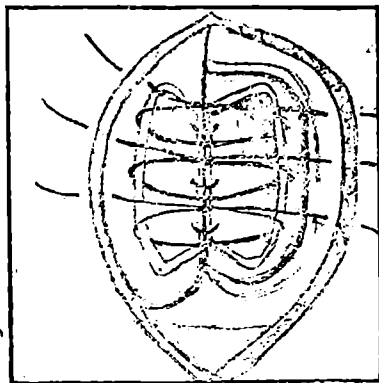


სურ. 7.

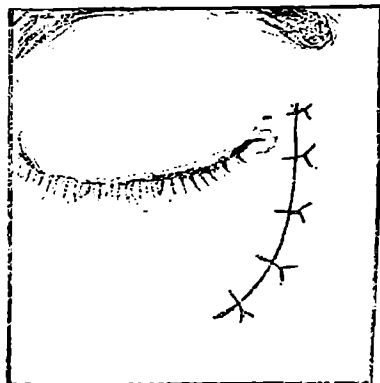
6. საცრემლო პარკის და ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გაკვეთა. (სურ. № 6). საცრემლო პარკი იკვეთება მახვილი დანით შიგნითა კედლის გასწვრივ, დაწყებული პარკის ფუძიდან მის ყელამდე, მაშასადამე ძვლოვანი არხის დასაწყისამდე. აქ საჭიროა ყურადღება, რომ საცრემლო მილაკები არ დაზიანდენ. ცხვირის ღრუდან ტამპონის ამოღების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

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

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



სურ. 8.



სურ. 9.

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

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

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

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

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

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

№ 6. სოფრომ სილოვ. Dacryo-cystitis bleonor. oc. dex. 18/12—1926 წელს დაკრო-ცისტო-რინოსტომია. 3/1—1927 წელს გაეწერა სრულიად განკურნებული. 15/3—1927 წ. ავადმყოფი გამოცხადდა „არავითარი ნიშანი ცრემლის და ჩირქის დენის არ ეტყობა“.

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

№ 13. შავერ დ. ლექსი. Dacryo-cystitis blenn. oc. sin. 15/2—27 წ. დაკრო-ცისტო-რინოსტომია. 24/2 ავადმყოფი გაეწერა საღად. 24/4—27 წ. ავადმყოფმა მოიწერა, რომ არავითარი ნიშანი ყოფილი ავადმყოფობისა არა აქვს“.

№ 14. სტოვი ნადეჟდა. Dacryo-cysto-blenn. oc. sin. 13/3—27 წ. დაკრო-ცისტო-რინოსტომია 20/3 — თვალი მშრალი, არავითარი გამონადენი. ორი თვის შემდეგ ავადმყოფი გამოცხადდა კლინიკაში შემდეგ სურათით: „ჰაისი პატარა, ზერელე ნაწიბური. თვალი სრულიად მშრალი. ცრქელის და ჩირქის ნიშნი არ არსებობს. ოპერაციით მეტად კმაყოფილია“.

№ 17. კა-ძე ელენე. Dacryo-cysto-blenn. oc. utr. 7/4—27 წ. დ.-ც.-რ. Oc. dex. Per Secundam intent 7/4 კრილობა შეზორცდა. გამონადენი არა აქვს. „11/2 წლის შემდეგ მოგვმართა საოპერაციოთ მერვე თვალზე. მარჯვენა თვალზე კრილობის ადგაზე ეტყობა ნაწიბური. თვალი მშრალი. ჩირქსა და ცრემლს ადგილი არა აქვს. ოპერაციით კმაყოფილია“.

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

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

№ 4. მიდია შვ. მიხეილ დ. Dacryo-cysto-blenn. oc. sin. 9/2 27 წ. ოპერაცია დაიწყო დ.-ც.-რ.-ით. ძვლის ამოტეხის დროს ოპერატორს გაუსხლტა Citeli-ის მკბჩაგი და დაზიანა ცხვირის ლორწოვანი გარსი. ოპერაცია დამთავრდა საცრემლო პარკის ექსტრაქაციით.

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

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

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

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

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

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

თი. შეიძლება ვსაქვთ, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში გარეგანი დ.-ც.-რ.—შიღე-ბულიც არის; მაგრამ მრავალ შემთხვევაში, რომლის დროსაც უწინ ჩვენ მივმარ-თავდით ძველ მეთოდებს, დ.-ც.-რ.—იღვევა უფრო სრულს და უფრო უტ-ყუარს შედეგს.

ლიტერატურა:

Страхов. — „Об операции Dacryo cysto-rhinostomia externa“ по собственным на-блюдениям. — Рус. Офт. журн. 1926. г. 2. В. М. Малкина. — К вопросу о лече-нии дакриоциститов вондированием. Рус. Оф. журн. 1925 г. 3. Dupuy-Dutemps. — Da-cryo-cysto-rhinostomie. J. Проф. М. И. Авербах. Союзные между слезным мешком и носом, как метод радикальн. лечен. дакр. ц-р. (Арх. Офт. 1926/27 г.). 5. А. М. Журав-лев. — К технике радикальной операции слезотводящих путей. — Рус. Офт. журн. 1928 г. 6. D u v e r g e t et V e l t e r. — Thérapeutique chirurgicale ophthalmologique.

В. С. Мухелишвили.

W. Mouskelichvili.

Dacryo — cysto — rhinostomia ext.

(предварительное сообщение).

В кратком литературном обзоре автор указывает на различные методы лечения слезо-отводящих путей. Один из этих методов ставил себе задачей восстановление проходности слезоот-водящих путей по естественному на-правлению; другие методы создавали искусственный путь. К этому послед-нему методу относится операция Toti. При заболеваниях слезоотводящих пу-тей, при так наз. дакриоциститах ката-ральных или гнойных Toti получил 50% полного успеха, подразумевал под этим полное исчезновение гноя в сле-зы при всех положениях в состоянии больного. С течением времени обнару-жилось, что операция Toti имеет не-достатки в виде рецидивов и в сле-дующем, остающегося на месте рубца, поэтому на месте рубца разреза. В целях по возможности из-бежать рецидивов Dupuy-Dutemps и Bou-rguet предложили сшивать стенку меш-ка со слизистой оболочкой носа. Это предложение в руках авторов процент полного излечения повысилось до 95—96. Такие обнадеживающие результаты были по-лучены и другими авторами, как во Франции, так и в других странах. В пределах Союза пока опубликованы ра-

Dacryo-cysto-rhinostomia externa.

(Communication préliminaire).

L'auteur décrit tout d'abord différentes méthodes de traitements des voies lacryma-les. Certaines de ces méthodes ont pour but la restitution de l'intégrité de ces voies; d'au-tres ont cherché à créer des voies artificielles. L'opération de Toti appartient à cette dernière méthode. Lors des maladies des voies lacrymales — des dacryocystites cata-rrhales et putrides — Toti a atteint des suc-cès par son traitement dans 50% — notam-ment le pus et les larmes disparaissaient dans toutes les positions et tous les états de ses malades. Mais avec le temps se sont manifestés les défauts de l'opération de Toti — qui donnait des récidives et laissait des cicatrices sur la peau.

Dans le but de prévoir aux récidives Du-puy-Dutemps et Bourguet ont proposé d'unir un des côtés du sac lacrymal avec la muqueuse nasale. Cette méthode prati-quée par ses auteurs a donné jusqu'à 95-96% de guérison complète. D'autres auteurs, en France comme à l'étranger, ont également reçu d'aussi bons résultats avec cette méth-ode. Dans notre Union ils n'existe à ce sujets que des publications du prof. A v e r- b a c h e t du d-r S t r a c h o f f; les deux, sur-tout le prof. A v e r b a c h citent des don-

ბოთ პროფ. ა. ვერბახაძე-დრა. სტრა-
ხოლა. Оба автора, а особенно проф.
А. Вербах, дают весьма благоприят-
ный отзыв о результатах наружной да-
крио-цисто-риностомии.

В Глазной Клинике Гоеуд. Унив-
ерситета Грузии было произведено 37 да-
крио-цисто-риностомий: первая опера-
ция была сделана 24 октября 1926 года,
последняя — 14 января 1929 года. Про-
должительность наблюдения тлиулась
от 2 недель до 2 лет. Автор приводит
противопоказания для дакрио-цисто-
риностомии. Затем идет описание под-
готовки больного до операции, техни-
ка операции и приводится кратко исто-
рия болезни 8 больных, которые после
операции находились под наблюдением
от 2½ месяцев до 2-х лет. За время
наблюдения достигнутый результат (пол-
ный успех) у 8 больных не менялся;
24 больные тоже получили после опе-
рации полное исцеление, но дальнейшая
их судьба неизвестна. У 5 больных по-
лучен не полный успех: осталось слезо-
течение. Тут-же приводится история
болезни этих больных и объяснение
причины неуспеха.

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

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

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

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