

## DISKUTIME PARAPRAKE TË TEORISË SË AKUPUNKTURËS

Prof. LI KHUI PAN

Populli punonjës i vendit tonë, pas një pune këmbëngulëse dhe një periudhe të gjatë kohe në luftë me sëmundjet, arriti të grumbullojë përvojë të çmueshme në mjekimin e shumë sëmundjeve me metodën e akupunkturës. Pas qirimit të Republikës popullore të Kinës në vitin 1949, veqanërisht pas revolucionit të madh kulturor proletar dhe kryesisht nën udhëzimet e vijës revolucionare të kryetarit Mao, shumë punonjës të mjekësisë dhe kërkues shkencorë kanë bërë shumë punë në studimin e teorisë së akupunkturës dhe kanë arritur suksese të çaktuara, duke i hapur perspektiva studimit të kësaj teorie.

Mjekimi me akupunkturë prej kohësh kaloi kufijt e Kinës dhe ka depërtuar në shtetet e tjera të botës. Shteti shtet ka grumbulluar një thesar të shtrenjtë përvojë në aplikimin klinik të akupunkturës. Disa shtete si Japonia, Franca, Gjermania etj. kanë në qarkullim revista speciale mbi akupunkturën dhe kanë bërë një punë të caktuar në shpjegimin e mekanizmave të akupunkturës.

Një nga problemet krye të mjekimit me akupunkturë është: si është e mundur që me punktimin e disa pikave në trupin e njeriut, me anën e disa gjilpërave, të arrijmë të shërojmë disa lloje sëmundjesh të formave të ndryshme, duke lehtësuar pacientin nga fenomenet doroze dhe duke i pakësuar atij vuajtjet shpirtërore. Ky mekanizëm veprimi ende nuk është shumë i qartë. Më poshtë ne do të shpjegojmë këtë mekanizëm në bazë të disa materialeve dhe dokumentave të vendit tonë të deritanishme.

### VEPRIMI KRYESOR I AKUPUNKTURËS NË ORGANIZËM

#### 1. — Funkzioni restorues i akupunkturës në organizëm

Kërkesa e organizmit për përstatjen në ambientin rrethues e detyron trupin e njeriut të mbajë konstante gjendjen e jashtme dhe të brendshme të organizmit nëpërmjet një sistemi mekanizmi homeostatik.

Sipas ekzaminimeve të shumta klinike dhe studimeve teorike, mjekimi me akupunkturë kryhen në organizëm funksionin ballances të ambientit të jashtëm me atë të brendshëm, e mban atë konstant. Ky funksion është me diapazon të gjërë.

Akupunktura vepron në funksionin e sistemit nervor në masa të caktuara, vepron në funksionet e sistemeve të ndryshme të të gjithë organizmit dhe proceset metabolike dhe termorregulluese.

Në praktikën klinike është konstatuar se gjatë punktimit të disa pikave (si pika Nei Guan) në pacientë me hipertension kemi pasur ulje të tensionit arterial. Gjithashtu përdorimi i po të njëjtave pika në pacientë me gjendje shoku ka vepruar edhe si hipertensiv, rregullues i ritmit kardiak. Po të njëjtat rezultat janë arritur edhe në eksperimentimn me kashë. Në eksperimentimin me kashë, është vërtetuar se timn me kashë. Në eksperimentimin me kashë, është vërtetuar se punktimi i pikës «ZHEN XHUNG» në kashë normale përfton shtim të frymëmarrjes, ndërsa në kashë në gjendje apnoe, punktimi i të njëjtës pikë ka rikthyer frymëmarrjen. Gjatë punktimit të pikës «CU SAN LI» shpesh kemi përmbresim të funksionit të frymëmarrjes, duke rritur inspirimin dhe harxhimin e oksigjenit.

Si në eksperimentet me kashë dhe gjatë aplikimit në klinikë, pas shumë kontrollesh të hollësishme, është vënë re se gjatë aplikimit të pikave kardinale «CU SAN LI», «VEI SHU» etj. rritet veprimtaria e intestinit dhe i stomakut. Pra, veprimi i akupunkturës, në rastin konkret, varet nga gjendja funksionale fillestare e traktit gastrointestinal.

Në rast se kemi të bëjmë me një gjendje frenimi të mobilitetit venotrikular me anën e punktimit të dy pikave të mësipërme me gjithpërë do të vërehet shtimi i lëvizjes së stomakut, duke rritur amplitudën e kontraktimit të *corpus ventriculi*, rritje të shpehtësisë, rritje të veprimitarisë së fermenteve dhe të aciditetit të stomakut. Në rast se kemi hiperfunksion të organeve të mësipërme, punktimi i po atyre pikave të mësipërme normalizon gjendjen.

Siç dihet karbohidratet, proteinat dhe lipidet janë materiale baze për ndërtimin, restaurimin e indëve të ndryshme, proceseve të ndryshme jetësore dhe shërbejnë si burim energjie për organizmin.

Sipas të dhënave shkencore referohet se këto tri komponente ose përberës metabolikë përftojnë ndryshime të caktuara në gjak dhe në indë gjatë aplikimit të akupunkturës. P.sh. gjatë aplikimit të akupunkturës në kashë është konstatuar rritja e përdorimit të glikogjenit në indet muskulare, sasia e aminoacideve në indet cerebrale gjithashtu rritet, veprimtaria e disa fermenteve si sukcinodehidraza në inde gjithashtu pëson rritje relative. Këto ndryshime dëshmojnë se akupunktura mund të veprojë në forcimin e veprimitarisë së proceseve metabolike të indëve. Me ndihmën e akupunkturës rritet rezistenca e organizmit dhe kryhet restaurimi i indëve të dëmtuara.

Praktikat klinike gjithashtu vërtetojnë se akupunktura mund të zvogëlojë gjendrën tiroide në patologjinë «sistrua epidemike». Siç e dimë, kjo sëmundje shkaktohet nga pamjaftueshmëria e jodit në ambientin rrethues dhe në ushqim. Përdorimi i medikamenteve me përbeje jodi plotëson mungesën e këtij komponenti; ndërsa akupunktura në vetëveke nuk përmban jod, atëherë lind pyetja: si është e mundur të mjekohet kjo sëmundje me akupunkturë?

Me përdorimin e izotopeve radioaktive të jodit, pas aplikimit të akupunkturës, studiimet klinike kanë treguar se përmbajtja e jodit në plazëm dhe absorbimi i jodit nga gjendrat tiroide rriten, ndërsa elimnimi i jodit

nga veshkat pakësohet. Kjo do të thotë se akupunktura rrit përdorimin e jodit në organizëm me anë të gjendrës tiroide.

Disa treguesa të punës kërkimore vërtetojnë se akupunktura lot një rol të rëndësishëm në rregullimin e funksioneve kryesore të sistemit nervor vegjetativ (në atë simpatik dhe parasimpatik) dhe në atë të proceseve frenuese dhe ekstuese të kores së trurit dhe sistemin nervor qendror. Prandaj angjelzira me akupunkturë mund të jetë veprim i drejt-përdrejtë ose i tërthortë në sistemin nervor.

Përveç efektit analgjezik, akupunktura ka dhe funksion rregullues dhe tonizues të funksioneve fiziologjike ekzistuese, për profilaksi të rregullimeve të reja për të mbajtur këshu konstant ambientin e jashtëm me atë të brendshëm të organizmit.

#### AKUPUNKTURA FUQIZON FUNKSIONIN MBROJTËS TË ORGANIZMIT

Nën veprimin e agjentit patogjen, në organizëm lind një ndryshim organik ose një sërë fenomenesh patologjike, që shkaktojnë rregullime funksionale, ndërkohë mekanizmi antipatogjenik gjithashtu fillon veprimin, duke krijuar disa reaksione fizpatologjike në kundëreveprim me agjentin patogjenik. Pra një veprim tjetër i akupunkturës është mbilizimi dhe forcimi i këtij funksioni mbrojtës të organizmit për eliminimin e proceseve patologjike.

Eksperimentet tregojnë se pas aplikimit të akupunkturës si në organizëm të sëmurë ashtu dhe të shëndoshë, leukocitet, veganerisht në utrofillet pësojnë rritje. Në plazmën e gjakut, antikorpet (si bakteriolizina, aglutinina, apsonina, komplementet) të çdo forme specifike ose aspecificke gojnë në rritje të ekuivalentit të tyre. Eksperimentimi në kashë ka vërtetuar se me punktumin e pikave «ZU SAN LI» dhe «TA ZHU» etj. kemi rritje të funksionit të fagocitozës të sistemit retikulon-dotelial. Aplikimi klinik gjithashtu ka vërtetuar se akupunktura nuk vepron drejtpërdrejt mbi mikrobet patologjike, porse me akupunkturë mund të mjekojmë disa patologji dhe sëmundje të rënda infektive.

Në pacientë me dizanteri, me akupunkturë arrijmë të eliminonim spazmat e kolonit, të pakësojmë dhembjet e fundit të barkut, ndërkohë kemi rritjen e antikorpeve dhe funksionin e fagocitozës leukocitare, këshu kemi krijimin e kushteve të favorshme për kufizimin e infeksionit. Gjatë përdorimit të akupunkturës në mjekimin e apendicitit akut vërehet rritje e funksionit të fagocitozës, po ashtu dhe rritje të hidrokortizonit në gjak. Këto fakte tregojnë se aplikimi i akupunkturës fuqizon mekanizmin mbrojtës fiziologjik të organizmit, duke frenuar zhvillimin e proceseve inflamatore.

Duke u mbështetur në të dhënat fiziologjike, sistemi hipofizaro-kortikosteroinale dhe sistemi simpatiko-medularosuprarenale lidhen ngushtë me stresin e shkaktuar nga eksitacioni traumatizues. Në këtë rast kemi veprimin e akupunkturës si aktivues të dy sistemeve, duke bërë rritjen e rezistencës së antikorpeve dhe eliminimin e procesit patologjik.

## SI KRYHET VEPRIMI I AKUPUNKTURËS

Ekzistojnë pra veprime bazë të akupunkturës në organizëm. Por lind pyetja: me çfarë rruge kryhen këto dy veprime? Sipas praktikës klinike dhe eksperimenteve mund të shpjegojmë kryerjen e funksioneve nga tri pikepamje:

- 1) Pikepamja neuro-humrale.
- 2) Pikepamja e teorisë «QING LUO»
- 3) Pikepamja e njësitit të teorisë «QING LUO» me nervat.

## TEORIA NEURO — HUMORALE

Veprimi kurues i akupunkturës mendohet të kryhet nëpërmjet mekanizmave rregullatore të sistemit neuro-humoral.

Në këto vitet e fundit, me zhvillimin e anatomopatologjisë është konstatuar se pranë ose në pikat e akupunkturës kalojnë trunjtje nervore ose degë të mëdha. Ekzaminimet mikroskopike gjithashtu tregojnë se në shtresa të ndryshme indore, të cilat lokalizohen afër pikës, ka mbaresa të pasura nervore, plekse dhe tufa nervore. Sistemi «QING MAI», vecanërisht poshtë gjunjëve dhe bryleve, përputhet me përhapjen e një ose disa trunjtjeve nervore ose degëve të tyre të mëdha. Ç'është «QING MAI» dhe LUO MAI?»

«QING MAI» është linja kryesore vertikale.

«LUO MAI» janë degëzimet e vogla ose të mëdha të shpërndara në të gjithë trupin, që dalin nga «QING MAI» në formë rrjeti. Ne po paraqesim disa shëmbujla të korrespondimit paralel të linjave «QING MAI» me nervat. P.sh. «Shou Qye In Shin Pao Qing» linja dorëperikard me *nervus medianus*; linja «ZU TAI YANG PANG GUAN QING», linja Pedis-Ureter me *nervus ischiadicus*. Sic thamë më sipër, «QING MAI» degëzohet në «LUO MAI», të cilat pothuajse kanë nga një nerv korespondues.

Grupi i shoqatës së anestezisë së Shangait ka bërë studimin struktural anatomik të pikave të akupunkturës. Në trupin e njeriut gjenden mbi 300 pika aktive. Në gjysmën e këtyre pikave, nervat kalojnë afër pikës aktive brenda 0.5 cm. rreze, ndërsa në gjysmën tjetër të pikave, nervat kalojnë në qendër të pikës. Nga këto të dhëna kuptojmë qartë lidhjen e drejtpërdrejtë strukturale të pikave të akupunkturës me nervat.

Sipas të dhënave eksperimentale në qpinin me gjilpërë të pikës «HE GU» (ose me elektropunkturë) tek një person i shëndoshë, pas qpinimit do të kemi ndryshimesh potencialësh elektrike të indëve të *nervus radialis dhe nervus medianus*, të cilat regjistrohen nga irradimi superfiçial. P.sh. në një pacient me paralizë, ku sensibiliteti i ekstremiteteve të poshtme është zhdukur, po të qpojmë pikën «ZU SAN LI», pavarësisht nga intensiteti i ngacimit (qoftë ky dhe stimulues elektropun-

kturë) nuk do të kemi shenja ndjeshmerie dhe lokalisht pikës, nuk do të kemi gjithashtu ndryshime potenciali elektrik muskular. Në rast se punktojmë pikën «NEI GUAN»<sup>2</sup>, pikë që ka veprim analgjëzik dhe, ndërkohë, personit i bëjmë E E G, do të shohim se vala alfa do të ketë shtim, po ndërkohë do të kemi dhe shtim të valëve të ngadalta. Në këtë subjekt eksperimental do të kemi qetësi, hipotoni muskulare dhe ndonjëherë gjendje somnolente.

Analjezia është një nga veprimet kryesore kuruese të akupunkturës. Fiziologjia moderne tregon se transmetimi i sinjaleve intracelulare nervore duhet të kalojë nëpërmjet sinapseve. Në qeniet e tipit të lartë si njeriu, majmuni etj. transmetimi i sinjaleve në vend të sinapseve sigurohet nëpërmjet neuromediatorëve.

Prandaj studimi i lidhjes së analjezisë me akupunkturën dhe neuromediatorët mund të zbulojë një temë të rëndësishme të thelbit të akupunkturës.

Nga të dhënat e punimeve të viteve të fundit, në vendin tonë është studiuar lidhja e sistemit nervor central me acetilkolinën dhe noradre-nalinën gjatë akupunkturës. Në studimet e vitit 1973, sipas të dhënave të literaturës eksperimentale në kafeinë, është treguar se elektropunktura mund të rritë pragin e dhembjeve në lepurin e butë. Një studim tjetër është bërë për të verifikuar lidhjen e efektit analgjëzik të akupunkturës me neuromediatorët (si monoacidet me 5 hidroksitriptaminën; noradrenalina me aminoacidet; acidit gama aminobutirik me acidin glutaminik) dhe faktet tregojnë se gjatë aplikimit të akupunkturës kemi ndryshime në sektorë të ndryshëm të trurit (korteks, hipokamp, talamus dhe medula oblongata), ku sasia e 5 hidroksitriptaminës shkon në rritje. Mendohet se nga veprimi i akupunkturës në neuronet e strukturës retikulare të trungut cerebral lindin dhe çirohen shumë substancë të ngjajshme me 5 hidroksitriptaminën. Këto substanca ndikojnë në iradimin në tru dhe në funksionet e disa strukturave nervore, që reagojnë ndaj sinjaleve dolorozë. Kështu mendohet që kjo të luajë një rol kryesor në analjezi, por çështje e vërteta duhen bërë kërkime të mëtejshme.

Disa eksperimentues kanë bërë një eksperiment të tillë: kanë marrë dy kafshë (A dhe B), kanë lidhur vazot e gjakut, duke krijuar kështu lidhjen e garkullimit, pastaj kanë punktuar në pikat aktive, rezultati i së cilës është efekti analgjëzik. Do të shohim se pas një kohe të shkurtër në kafshën B, pa bërë akupunkturë, do të kemi shenja analjezike. Me anën e këtyre eksperimentit konkludojmë se efekti analgjëzik i akupunkturës, përveç sistemit nervor, që lot rol të madh, por mund të arrihet dhe nëpërmjet rrugëve humorale.

Në një nga spitalet e Kantunit është aplikuar akupunktura në dy personë, njëri me organizëm të shëndoshë dhe tjetri me hemiplegji, respektivisht në pikat «CU SAN LI» me të njëjtin intensitet stimullimi. Para dhe pas punktitimit të pikës është observuar ndryshimi shpejtimit të iradiacionit të nervit motor. Prova rezultoi se: në personin e shëndoshë, pas akupunkturës, kishim shpejtim të iradiacionit, ndërsa në pacientin me hemiplegji pas para akupunkturës nuk kishim ndonjë ndryshim. Pas dy orëve punktimi, këtyre dy personave u morret gjak për analizë. Leukocitet, eritrocitet dhe glicemia në gjakun e personit të

shëndoshë rezultoin me rritje të shifrave normale, ndërsa në pacientin me hemiplegi, gjaku i marrur pas punktimit të pikës «CU SAN LI» të anës së shëndoshë rezultoi i njëllajtë me atë të personit të shëndoshë, ndërsa porcioni i gjakut i këtij pacienti ku ish aplikuar akupunkturë në pikën «ZU SAN LI» të anës me hemiplegi rezultoi se të dhënat e mësipërme ishin të njëjllajta me atë para apunktimit, pra pa ndryshime. Të gjitha këto eksperimente flasin qartë se vetëm atëhere kur kemi gjendje normale të funksionit nervor, mundësia e efektit të akupunkturës është e realizueshme.

Gjithashtu eksperimentalisht është vërtetuar se me punktimin e pikës «CU SAN LI» kemi ndikim drejtpërdrejt, në peristaltikën e kolonit, e cila kryhet nëpërmjet nervit fibular ose nervave visceralë të segmentit lumbo sakral. Në rast se priten rrenjëjt nervore të interesuara, atëhere efekti i akupunkturës nuk realizohet.

Të dhënat e kësaj pune të madhe eksperimentalo klinike vërtetojnë se transmetimi i impulsëve të krijuara nga punktimi i pikës arrin të japë efektin e tij në sistemin nervor central vetëm në sajë të rrafjes së tërësisë të strukturës dhe funksioneve të sistemit nervor. Në rast se rrugët nervore të interesuara (duke përfshirë këtu receptorët, nervat aferentë, qendrat nervore, nervat eferente etj.) bllokohen, priten ose traumatizohen, atëhere efekti i transmetimit të impulsëve humbet. Prandaj efekti bazë i akupunkturës sigurohet nëpërmjet mekanizmit neurohumoral. Në rrugën e fuqizimit të funksionit mbrojtës dhe rregullimit brenda organizmit. Por në aplikimin klinik të akupunkturës ka disa fenomene, që nuk gjëjnë sgarim të plotë me mekanizmin neurohumoral, prandaj ne duhet të përdorim sistemin «Qing Luo» të teorisë së mjekësisë kineze për ta bërë më të plotë këtë shpjegim.

### TEORIA «QING LUO»

Sipas teorisë së mjekësisë popullore kineze, sistemi «Qing Luo» është kalim rrymash «Qi Sze» në organizëm, të cilat janë të shpërndara në gjithë trupin dhe ruajnë vitalitetin e plotë të sistemit «Qing Luo», për të mbajtur në aktivitet të pandërprerë lidhjet normale të të gjithë indeve dhe organeve, njëkohësisht dhe kordinimin struktural unik të organizmit. Lokalizimi në sipërfaqen e lëkurës ku shpohen këto rryma «Qi Sze» quhen pika të akupunkturës. Funksioni i pikave është marrja drejtpërdrejt e stimulimit, pikat aktive aplikohen me gjithëra ose igruppunkturë, kështu lirohen «Qi Szet» e bllokuara të sistemit «Qing Luo», duke krijuar kështu kordinimin e anës bosh me atë të anës së plotë të sistemit «Qing Luo» dhe ndikim kështu drejtpërdrejt në organet e brendëshme. Me anën e këtij mekanizmi arrihet qëllimi i mjekimit të patologjisë me akupunkturë. Çështje Qi dhe Sze?

Qi është terminologji e mjekësisë kineze, e cila ka tri kuptime:

1. — Pjesëzë ose lëndë trofike të imta, që qarkullojnë në gjak.
2. — Funksion dhe aktiviteti i indeve dhe organeve.
3. — Në vend të fjalës sëmundje p.sh. «Wei Qi Du Zu» sëmundje e disfunkcionit të stomakut, «Shen Qi Pu zu» sëmundje e disfunkcionit të veshkave.

Përdorimi klinik për një kohë të gjatë i mjekësisë popullore kineze tregon se, sipas teorisë «Qing Lluo», parimi i efektit të akupunkturës varët nga «marrja e drejtë e pikave aktive në linjat «Qing». Në organizëm të kohen shpesh fenomene «Qing Lluo».

Transmetimi i impulseve në sistemin «Qing Lluo» të organizmit, i studjuar deri më sot, është i përbashkët me ato të përshkruara në mjekësinë e lashtë kineze. Këto impulse transmetohen në drejtim të kundërt të me trunkuset nervore dhe shpejtësia e transmetimit të tyre është më e ngadalhtë se ajo e impulseve nervore. Në rast se përdorim komprimimit mekanik në një pikë të linjës «Qing» dhe nën vendin e komprimimit punktojmë një pikë, do të shohim se impulsi nuk do të iradohet më lart vendit të komprimuar, pra kështu kemi bllokim të sistemit «Qing Lluo». Në persona ku sensibiliteti është i mirë, gjithashtu rezultati i akupunkturës është i mirë. Si konkluzion themi se efekti i akupunkturës kryhet nëpërmjet sistemit «Qing Lluo».

Pas një pune të gjatë eksperimentale dhe klinike janë vërtetuar lidhjet specifike të disa pikave me funksionin e organeve të brendshme P.sh.:

1) Pika «Tien Shu» përdoret në mjekimin e konstipacionit, por ndërkohë mjekojmë dhe diaren.

2) Me punktimin e pikës «Feng Luan», mjekojmë nxjerrjen e gëlbasës.

3) Me punktimin e pikës «He Gu» mjekojmë dhimbjet e kokës, të dhëmbëve, tonsilitit, rinitit, zhurmata në vesh, shurdhimin, paraliza e nervit facial, menoragjia, shpejtimin e aktit të lindjes dhe sëmundje të tjera. Ignipunktura në pikën «Zhe Yin» (topika është në gishtin e vogël të këmbës) mund të ndryshojë pozicionin e cregulltë të embrionit, kur përmasat e embrionit dhe bacinit janë normale.

Këto faktorë tregojnë se sistemi «Qing Lluo» është i shtirë në gjithë organizmin, duke krijuar kështu lidhje me unitet të plotë të të gjithë organeve, indeve dhe anësive. Prandaj duke punktuar me gillpërë një pikë do të kemi ndikim në të gjitha pikat e tjera të organizmit si rezultat i lidhjeve reciproke të sistemit «Qing Lluo». Duke u bazuar në këtë vecori të sistemit «Qing Lluo» mund të mjekojmë sëmundje të karaktereve të ndryshme me të njëjtën pikë. Prandaj kjo vecori specifike e pikave të akupunkturës na jep mundësinë e marrjes së sa më pak pikave për mjekim sëmundjesh.

Duke u bazuar gjithmonë në teorinë e «Qing Lluo», puna praktike ka arritur rezultate të mira në mjekimin e patologjive okulare e deri në përdorimin për anestezi në operacionet e syrit. Pika «Guan Ming», megjithë që ndodhet shumë larg syrit, (në pjesën e poshtme të këmbës), konsiderohet si pikë kardinale për patologjitë okulare. Atehere lind pyetja: si është i mundur ky efekt? Ku qëndron lidhja ndërmjet pikës aktive dhe organit? Po ti referohemi të dhënave të sotme neuro-anatomike, fiziologjike dhe neurologjike do të kemi të vështirë të bëjmë sqarimin e këtyre pyetjeve, porse këtë sqarim, në një shkallë të kënaqëshme, na e jep teoria «Qing Lluo».

Faktorët e lartpërmendur flasin gartë se efekti i akupunkturës kryhet me anën e sistemit «Qing Lluo», bazat e të cilit deri më sot nuk janë plotësisht të garta. Sipas shkrimeve të mjekësisë së lashtë kineze mbi

morfologjinë dhe funksionin e sistemit «Qing Lluo», disa autorë i kon-siderojnë këto si kombinim i funksionit të nervave, vazave të gjakut, sekrecionet e brendëshme, sistemin neuro humoral etj. Porse edhe këto nuk arrijnë të sqarojnë plotësisht iradimin specific të sistemit «Qing Lluo» dhe karakteristikat e lidhjes së organeve të brendëshme me qdo pikë të sipërfaqes së trupit të njeriut. Për këtë ne mendojmë se mund të ketë ndonjë rrugë tjetër ose funksion, i cili deri në ditët e sotme mbetet i pa njohur.

#### TEORIA E UNIFIKIMIT TË SISTEMIT NERVOR DHE SISTEMIT

«QING LLUO»

Llogaritet se «Qing Lluo» është një sistem funksional që ekziston objektivisht dhe përkon përafërsisht me një sistem autokontroll të organizmit të njeriut. Fenomenet sensitivo iradiuese janë reaksion i përgjithshëm. Pas akupunkturës vetëm shkalla e sensibilitetit është e ndryshme. Fenomeni i iradimit të ndieshmërisë së akupunkturës tregon se sinjali i shkak-tuar pas punktimit në organizëm ka proces përpunimi tranzit ose trans impuls. Në fund të fundit akupunktura luan rolin rregullues dhe kontrollues për funksionet e organizmit. Sistemi neurohumoral marr pjesë në sistemin biologjik të autokontrollit. Veprimi i akupunkturës në orga-nizëm sigurohet nëpërmjet sistemit biologjik të autokontrollit.

Punimet eksperimentale mbi mekanizmin e akupunkturës janë të shumta, por tani në vendin tonë punimet shkencore në drejtim të teorisë nervore po bëhen më të shumta.

Puna kërkimore në dy pikëpamjet e përmëndura më lart ka ngjallur një interesim të madh dhe ndiqet me admirim. Ne besojmë se në të ardhmen jo të largët, sipas udhëzimeve të marksizmë-leninizmit dhe ideve të kryetarit Mao Ce Dun dhe duke përdorur njohuritë shkencore moderne dhe me një punë të kujdesshme klinike dhe studimesh shken-core eksperimentale të praktikës së përsëritur, zhvillimit të pa ndërprerë, do të bëjmë një hap përpara në thelbin e teorisë së veprimit të akupun-kturës.

#### S u m m a r y

#### PRELIMINARY DISCUSSION ON THE THEORIES OF ACUPUNCTURE

The author presents the theories of acupuncture on the basis of the notions accepted at present in the P. R. of China. After describing the principal affects of acupuncture on the organism, which consist in the functional restoration and the potentialization of the protective functions of the organism, the author explains them on the basis of the notions of modern medicine. Then he explains the theories proposed about the way of action of acupuncture. In the first part he mentions that on experiments with healthy subjects and sick patients acupuncture causes an increase of the number of leukocytes, especially neutrophiles; in the blood plasma is also noted an increase of bacteriolytines, agglutinines and other antipodias.



The theories of acupuncture are discussed from three points of view: 1) the neurohumoral point of view, according to which the Chinese points and the ways of Qiang-Liu correspond with the nerve routes, 2) The Qing-Liu point of view (chinese traditional medicine) and 3) the combination of these two points of view.

### R é s u m é

## CONSIDERATIONS PRELIMINAIRES SUR LA THEORIE DE L'ACUPUNCTURE

L'auteur expose les théories de l'acupuncture selon les données existant aujourd'hui en R. P. de Chine. Après avoir énoncé l'action principale de l'acupuncture sur l'organisme, action qui suscite une fonction restauratrice, et le renforcement de la défense de l'organisme, l'auteur l'explique en se fondant sur les études faites dans l'optique de la médecine moderne. Il passe ensuite aux théories de l'action de l'acupuncture. Dans la première partie il indique que, comme le démontrent les expériences, l'acupuncture, tant chez les gens bien portants que chez les malades, provoque un accroissement des leucocytes, en particulier des neutrophiles, dans le plasma sanguin. Les bactéricidines, les aglutinines et autres anticorps connaissent aussi une augmentation.

L'auteur traite des théories sur l'action de l'acupuncture de trois points de vue: 1) du point de vue neuro-humoral, selon lequel on a lieu de penser que les points chinois et les voies Qing-Liu correspondent approximativement aux voies nerveuses; 2) du point de vue Qing-Liu (qui s'identifie à la médecine traditionnelle chinoise) et enfin à partir d'une conception qui unifie ces deux théories.

## MARRËDHËNIET GJENETIKE NË SËMUNDJET ENDOKRINE

Prof. Dr. MOSONYI LASZLO —

Instituti i përkësonimit, Katedra e sëmundjeve të brendshme Nr. IV, Shef i Katedrës Prof. Dr. Mosonyi Laszlo, HUNGARI

Lidhja e sistemit neuroendokrin me gjenetikën mbështetet në ligjet e tyre të brendshme. Riprodhimi natyral i sisoreve ka nevojë për një gjendje endokrine normale. Nga ana tjetër, faktorët gjenetikë jo fiziologjikë dëmtojnë më parë dhe në mënyrë më të qëndrueshme, sesa organet e tjera, gjendrat me sekrecion të brendshëm si dhe funksionet e tyre. Ndonjë sindromë e bashkëlindur ose e fituar e organeve endokrine mund të dëmtojë edhe kromozomet ose të imitojë pasojat e gregullimeve në vetë gjenet.

Gjenjet patologjike neuroendokrine me natyrë gjenetike apo kromozomike janë të përcaktuara qysh në vezën e fekondimit. Ato mund të kenë karakter kuantitativ — me numër kromozomesh të ndryshuar — dhe kualitativ — me strukturë kromozomesh të ndryshuar —. Kështu mund të mungojë një nga të 46 kromozomet. Mungesa e kromozomit X shkakton sindromin Turner (pa uterus — pa gonade); ndërsa copëzimi i një autozomi në njërin grup G shkakton sindromën antimongoloide. Kjo e fundit paraqet më tepër ndryshime karakteristike psikike dhe somatike, me demitime fakultative të gonadeve dhe të organeve të riprodhimit, megjithëse aftësia për të jetuar dhe ajo riprodhuese përgjithësisht ulet; ndërsa kur mungon kromozomi 5, sikurse ndodh në sindromën «Cri du chat» lindi individë të paaftë për të jetuar.

Grupi tjetër i ndryshimeve kuantitative është ai me kromozome të tepërta. Sindromi Klinefelter është më karakteristik, me kartotipin 47, XXY ose 48, XXXY etj., si në formën hipergonadotrope apo hipogonadotrope; të dy tipat, përveç pamjes së jashtme femërore, mund të shoqërohen me një ulje serioze të aftësisë fekonduese, madje dhe me eunuchismus të plotë. Shkaku i idiosisë mongoloide është dublimi i një kromozomi në çiftin 21 (ndoshta 22) (trisomia), ku, si pasojë e defekteve (të metave) mendore, shfaqet ulja e aftësisë riprodhuese, megjithëse drejtpërdrejt ndikon edhe gregullimi i zhvillimit trupor. Trisomia E në çiftin kromozomik 16 rrit mundësinë e dëshimit — prandaj në këtë rast abortet janë të shpeshta, pasi janë trashëguese.

Trisomia X (superfemërore) dhe ajo Y (supermaskullore) japin pasoja të kundërta, ndërsa në tipin e parë mbifemëror, veprimi i gona-

deve është tepër i ulur; në kariotipin me dublim të kromozomit Y, burrat janë jo vetëm me trup më të gjatë por edhe më agresivë, që shpjegohet me rritjen e prodhimit të testosteronit.

Ndërmjet rasteve me konstelacione mozaike mund të përmëndim të sëmurën 67 vjeçare me mozaicizëm të dyfishtë — 45, XO/46, XX/47, XXX —, në të cilën vumë re (Mosonyi, Halmi, Laszlo) sjellje homoseksuale, hipertrikozë dhe amenoxea primare. Në vëllezër me mozaicizëm 46, XX/47, XXX, kanë përshkruar dhe interseksualizimin familjar; në të dy vëllezërit, indi testikular, me funksion të pamjaftueshëm, u mallnjiza në seminome (Sachsse).

Në rastin e triploidizmit, fëtusi nuk ka aftësi për të jetuar. Vlen të përmendet që ndërmjet aborteve triploidike, interseksualizimi haset më dendur.

Ndryshimet cilësore të kromosomëve, pjesërisht, përcaktohen nga ndryshimet morfologjike që paraqesin; për një grup tjetër të tyre mund të deduktojmë vetëm me kalimin e kohës duke vërejtur shenjat që shfaqen gjatë ontogjenезës. Në sindromën Del Castillo, që shogërohet me hipogonadizëm, shkaku etilogjik është deformimi i kromozomit si unazë (Szilagyi, Laszlo, Feher). Ndryshime morfologjike vërejmë dhe në kariotipin e ndryshëm të monozigotëve, që mund të shpjegohet vetëm me ndryshimet që pëson kromozomi në stadin postzigotik.

Mbi këtë bazë ka qenë e mundur të përcaktohet origjina mashkullore e njërit nga binjakëtë fenotipit Turner, me organe seksuale femërore, meqenëse të gjitha karakteristikat e tjera serologjike përputheshin me ato të vëllajt të vet (Turpin). Në kromozome nuk mund të vërehen të atilla dëmtime, ose mungesa apo inaktivizime, të cilat nuk janë të ndjeshme ndaj metodave të tanishme të ekzaminimit, megjithëse ato japin shenja klinike. Kromozomi 2 X që përcakton seksin femëror, pak a shumë, bëhet inaktiv në moshën njëditore të embrionit (Epstein) dhe këndaj llogarisim fillimin e formimit seksual fiziologjik. Kjo përcaktion dhe zhvillimin normal të organeve të jashtme seksuale. Janë të njohura mospëruptjet midis gjinive nga ana kromozomike dhe e gonadëve. Kështu në individë brenda një familjeje, vërejmë formimin e organeve seksuale të jashtme krejtësisht normale, kur vetë këta individë kanë konstelacion jo normal të kromozomëve: X/XXY. Në të tillë individë merdohet se krahas fenotipit femëror gjenden gonadat *Streak*, nga të cilat mund të zhvillohen shpesh procese malinjte (Espiner). Kjo gjendje mund të shpjegohet më shumë me praninë e një mozaicizmi ende të pazbuluar, që vepron si një faktor përcaktues patogjenetik. Ndër këta faktorë kromozomikë duhet të dallojmë ndryshimet paradoksale që zhvillohen më vonë, pas lindjes, nga prodhimi hormonal eksejri atopik. I tillë është sindroma Stein-Leventhal, e vërejtur në dy vëllezër, që megjithë virilizimin e pakët, paraqesin sjellje mashkullore që së fundi, megjithëse me seks kromozomik femëror, bëri të domosdoshme heqjen e ovarëve (Gyorgy, Feher, Less, Laszlo).

Çrregullimet e formimit seksual — pra të gjitha interseksualizmat — sipas teorisë — Ohno — janë pasojë dizarmonike të dy faktorëve: nëqortëse në kromozomë nuk ka ndryshime sasjore ose morfologjike, atëherë nën veprimin e gonadit primar, tubi Müller, që mbetet apo që atrofizohet, përcakton përfundimisht tipin e organeve seksuale të jashtë

time. Vetëm një gen duhet që këto inde të kenë ndjeshmëri ndaj testosteroni. Kjo teori hedh dritë për pranimë e uterustit në maskullin qeritur (Mitra). Po kështu ndodh në hermafroditizmin e vërtetë. Kur në kundërshtim me konstelacionin XX formohet fenotipi maskull dhe në prani të formacionit XY fenotipi femëror. Mozaicizmi eventual, që përmendëm më sipër, nuk mund të lidhet në harresë; por hipoteza që përmendëm edhe këtë mundësi nuk e quan të domosdoshme.

Mungesa e disa enzimeve dënton kromozomet, megjithëse nuk diten renecohen morfologjikisht, por këto kromozome ushtrojnë funksione endokrine patologjike. Për këtë seri dëmtimesh mund të përmërdim hipertrikozën difuze ekcesive (Sindroma Cornelia de Lange) dhe sindromën e enzimës recessive beta — galaktosidazës, që lidhet me kromozomën X, ose sipas një teorie tjetër, me një gen autosom. Kjo shkakton një prapambetje psikike dhe deformim të theksuar (Sindroma Hunter-Hurler-gargolizmi). Shkaku kryesor është depozitimi patologjik i glukozaminave acide dhe i sfingolipioideve në lizosomë (Lenz).

Dëmtimi ekzogjen i kromozomeve shkaktohet nga veprimi i ambientit të jashtëm apo i sëmundjeve të gruas shtatzënë në genet e fetusit/ Në të kaluarën i kushtoni një rëndësi të madhe moshës së gruas shtatzënë në kohën e pertusit. Me këtë shpjegim nuk përputhet fakti që sistematik kromozomik gjatë pertusit është i plotë dhe vështirë të ndryshojë. Me ritjen e moshës, pa dyshim, ka mundësi të formohen procese të tilla — autoimune — siç janë antikorpet ndaj indeve tiroideane dhe tireoglobulinës — të cilat mund të shkaktojnë moshkëputjen e kromozomeve të vezës mature, gjë që në fakt mund të rritë frekuencën e idiotisë mongoloide. Veprimi i tiroksinës për të parë prirjen për poliploidi dhe moshkëputje të kromozomeve është vërtetuar edhe «in vitro» në kulturatë kromozomesh. Mbiprodhim të tiroksinës nuk shkakton çdo proces autoimun, prandaj duket më i pranueshëm supozimi që veprimi tiroidian nuk mund të jetë një faktor ekskluziv. Tashmë është sqaruar që nga nënat, që lindin individë me sindromin Down, janë të shumta ato që u thirren shpejt flokët megjithë moshën e tyre të re (16-26 vjeçe). Pra grevullimi i kromozomeve në brezin pasardhës, duhet t'i atribuohet shpejtimit të përgjithshëm të proceseve biologjike dhe jo disfunkcionit të tiroideos (Juggals). Rezatimi është një nga dëmtuesit ekzogjenë më të rëndësishëm të gjeneve. Veprimi i rezeve në endokrinologji gjën zbatim kryesisht në diagnostikën me anë të izotopeve në sëmundjet e tiroides. Nuk mund të përjashtohet mundësia, kur ndonjë molekulë e jodit izotop të lidhet në indet e ovarëve, të depozitohet pranë një veze para pjekjes dhe të shfaqet mutacioni. Kështu substanca gjenetike (kromozome) ose mund të pësojë ndryshime cilësore ose mund të shfaqë prirje për moshkëputje në vezën e fekunduar.

Gjatë gravidancës, fetusit mund të bartë pasojat e mjekimeve të gruas. Gestagjenët që administrohen për të mënjeluar gravidancën e zakonshme, megjithëse rritin ndjeshmërinë e rrënjëve të qimeve, shkaktojnë hirsutizmin idiopatik, ndërsa antiandrogjenët, që aplikohen për të shëruar hirsutizmin e gruas gjatë gravidancës, çojnë në feminizmin e fetusit maskull (Hammerstein). Veprimet eksperimentale, që ndlikojnë sersibitetin e enzimeve të fetusit, venë në dukje faktorët, që veprojnë në hipotalam. Administrimi i testosteronit në një fosnjë gjashtë orë

pas lindjes bën që të ndryshojë çlirimi ciklik hormonal; ndërsa po t'i administrojmë gruas shtatzënë injeksione me estrogenikë, modifikojmë sjielljen seksuale të të lindurve meshkuj në drejtim femëror.

Pas lindjes së individit, faktori ekzogjen që aktivizon disa enzime, mund të ndryshojë informacionin që marrin kromozomet, pa prekur morfologjinë e tyre. Nga ana sasiore, këtë veprim mund ta masim thjesht duke përcaktuar titrin e immunoglobulinave. Sinteza e këtyre rriet nga ndonjë nxitje ekzogjene. Në rrethana të caktuara, nën veprimin e faktorëve ekzogjenë rriet edhe më shumë sinteza. Rritja e përqendrimit të immunoglobulinave M (IgM) është në raport të drejtë me numërin e kromozomeve X. Pra në individë me sindromën Klinefelter ose superfemëror, përqendrimi është më i lartë (Rhodes).

Mund të mendohet se nga gjendja immunobiologjike varet dhe formimi i tumoreve të sistemit endokrin. Në procesin e mbrojtjes akute, që bën organizmi, krahas një sasije të tepërt të IgM. Vihet re edhe prania e një kromozomi eventual X, që flet për rolin e caktuar që mund të lozë «tendanca» me origjinë kromozomike. Me këtë, me asnjë mënyrë nuk duam të shprehim qëndrimin tonë mbi trashëgiminë e tumoreve, por nuk duam të errësojmë faktin se proliferimi celular ndodh atëherë kur struktura e brendshme celulare është më e ndjejshme ndaj ngacmuesve ekzogjenë. Kur në një familje vëmë re disa tumore të sistemit endokrin, dy faktorë bën në sy: multipliciteti dhe gjeneza e tyre në indet e dëmtuara. Multipliciteti shpesh mund të shpjegohet me bazën e përbashkët filogjenetike. Kështu p.sh. për tumoret e gjendrave me sekrecion peptidik të tënheq vëmëndjen origjina e përbashkët neuro-ektodermale; në rastin e simpatiko-gonimave, që janë edhe më të diferencuara, tumoret nisen nga vatra të shpërndara dhe nga i njëjti element nervor (Ulbricht). Me gjenezën e tumoreve multiple duam të shpjegojmë dhe funksionet e tyre, vazhdimësinë dhe radhën e tumoreve, që shfaqen njëri pas tjetrit. Kështu u bë e gatë nesidioblastoza në tetë anëtarë të një familje (Vance), kur ishujt e pankreasit ishin barësit e tendencës për këto raste. Në to u zhvilluan pjesërisht insulinoma, glukagonoma, proliferim jo beta-celular (adenoma Zollinger-Elison). Më vonë, në fillim u konstataua një hipoprezorbim i kalçiumit nga intestini që shkaktoi hiperplazinë e paratiroides, formimin e adenomës, proliferimin futur moral të lobit anterior të hipofizës, së fundi u vu re përmirësja e ekulibrarit të karbohidrateve, që çoi në adenomën e korteksit të suprarenales. Lidhjen midis tumoreve të ishujve të pankreasit dhe të hiperkalcaemisë e vërtetojnë edhe radha e përshtuar më sipër, që ka pak veshtrësi për ta vënë në dukje. P.sh. në 27 anëtarë të pesë familjeve kanë vërejtur tumore të ndryshme (Snyder). Në këtë grup bëjnë pjesë poliadenomatozat (Sindroma Werner dhe Sipple), feokromocitoma medulare dhe kanceri i tiroides, që prodhon TCT me kabullo klinike të përbashkët. (Poloyan Sarosi).

Për rolin e indeve të dëmtuara në gjenezën e tumoreve endokrine, flet malinjizimi i gonadeve Streak, që përmëndëm më sipër (Espiner, Frasier), që e kanë vërejtur në monozigotë dhe në disa raste në familje të ndryshme. Në mënyrë të ngjajshme të njëjtën grumbullim rastesh,

po në familje të njëjta, kanë vënë re edhe për enteropatitë eksudative. Disa herë shfaqet hiperaldosteronizmi i lidhur me polipozatitë e kolonit dhe të rektumit (Plich). Lidhja endokrine midis retikulo-endotelizës me eozinofili, me një frekuencë të lartë familjare, vihet re vetëm kur tumori vendoset në reëjionin e kiazmnës. Kështu duke shtypur hipotalamin ose hipofizën shkakton diabetin insipid ose kakeksin Simmonds.

Nga tabllotë klinike me patologji të trashëguar të disa organeve endokrine, parimisht duhet të bëjnë dallimin midis proceseve, që shfaqërohen me rënie të prodhimit hormonal dhe atyre me ndjeishmëri të pakësuar të indeve ndaj këtyre hormoneve. Në këto të fundit mund të rënditen edhe ato tablo klinike, të cilat ndonëse janë të bashkëlindura ose të fituara, vetëm sa i imitojnë sëmundjet e trashëguara.

Negoftëse studjojmë veças disa organe, sipas vendosjes anatomike, në sëmundjet hipofunkionale të sistemit hipotalamo-hipofizar, në radhë të parë, përmëndim nanizmin hipofizar, nga sekrecioni i ulur i hormonit somatotrop me variante jo të zakonshme. Nanizmi mund të shfaqet dhe nga pamjafueshmëria e somatomeditumit familjar (Tanner), kur hormoni i rritjes inaktivizohet për shkak të mungesës së një polipeptidi që sintetizohet në hepar dhe që luan rol in faktorit ndërmjetës të hormonit të rritjes (somatomedium). Duke kuptuar rëndësinë e somato-mediumit në mekanizmin *feed-back* për prodhimin e STH edhe varianti familjar i nanizmit mund të radhitet në këtë grup, megjithë përqëndrimin e lartë të STH për të mos e klasifikuar në variantet kur indet periferike kanë ndjeishmëri të ulur (gjendje akresitike) ndaj këtij hormoni (Najjar). Në sëmundjet e trashëguara hipofizare bën pjesë edhe pamjafueshmëria e STH, e vërejtur në dy vëllezër, kur STH ekzogjene dha rezultate të mira (Miyai). Natyrisht bëjnë pjesë edhe 16 rastet tona me diabet insipid brenda një rrethi familjar (Mosonyi). Në literaturën e konsultuar deri tani nuk përmenden hipogonadizmi selektiv central, hipadrenia dhe hipohipotropizmi me frekuencë të lartë familjare të përshkrura nga ana jonë. Shpejt ose vonë presim të zbulohen sëmundje të trashëguara nga mungesa e faktorëve të tjerë që prodhon lobi anterior i hipofizës, ashtu siç ka ndodhur me STH.

Cënimi i gdo unaze të zinxhirit enzimatik, që sintetizon glukokortikoidet dhe hormonet androgjene, shkakton dëmtime funksionale të korteksit të suprarenales. Prallë ndodh frekuenca e lartë e këtyre rasteve, në të njëjtin rreth familjar, për shkak të erregullimeve të tjera të riprodhimit. Gjatë mungesës së 17 alfa hidrokizilazës, janë përshkruar nivele të larta të kortikosteronit, kështuqë nuk janë dëmtuar funksionet e gonadeve dhe nuk është shfaqur virilizëm (Mantero). Më shpesh shfaqet sindroma e rëndësishme e Bartner, e përshkruar për herë të parë në familje neग्रish amerikane, si pasojë e humbjes së ndjeshmërisë vazale ndaj angiotensinës. Kohët e fundit duan ta shpjegojnë me ndryshime funksionale të përkohësime, gofshin këto edhe fiziologjike, siç ndodh p.sh. në muajin e katërtë të gravidancës, kur bie ose shuhet ndjeishmëria vazale ndaj angiotenzinës (Klaus). Ky konstatim kërkon që të sëmurët të ekzaminohen vetëm kur kallemia të jetë plotësisht brenda normës (Burneister).

Diabeti insipid renal me frekuencë të lartë familjare ndodh vetëm

në fëmijë meshkuj. Kjo e ve në dyshim mënyrën e trashëgimisë recesive të lidhur me kromozomin X. Në këto raste duhet të diferencojmë ato me natyrë nefrogjene me patologji të indeve të veshkës me prirje poliurike (Reni policistik, nefrolitaza etj.).

Shumica e sëmundjeve endokrine të trashëguara kanë lidhje me tireoiden. Teoria mbi mungesën e jodit në kreinizmin endemik, që edhe sot qëndron në fuqi, provoi se kjo nuk shpjegohet vetëm me gjëndjen e tiroides. Variantet nervore (me shurdhim, ataksi) dhe miksedematose (me strumë, nanizëm) shfaqen si njëra dhe tjetra kur mëna ka mungesë jodi. Në variantin nervor, mund të parandalojmë kreinizmin duke administruar vazhdimisht solumione injektabel të jodit përpara zhvillimit të tiroides tek fetusit (që provon mungesën e jodit). Miksedema kongjenitale (varianti miksedematoz) ndodh nga hipofunkcioni i tiroides. Këtë e vërteton fakti që edhe në foshnjat e lindura nga mëna që gjatë gravidancës kanë marrë kalium jodatun për qelime kurimi, janë vënë re in-dividë me strumë, që shpreh pavarësinë e këtij varianti nga dhënia e jodit. Kjo shpjegohet ndofita me mekanizmin frenues të feed-back, që ushtron mbi STH të fetusit kur titri i jodit në qarkullimin e gjakut është i lartë (Fob).

Defekti enzimatik i trashëguar ose mutacioni tek i porsalinduri lot një rol të madh në etiopatogjenezën e kreinizmit sporadik. Në këtë rast, përveç pamjaftueshmërisë apo mungesës familjare të STH mund të cenohet çdo unazë në zinxhirin e enzimeve, që sintetizojnë hormonin e tiroides. Të tillë faktorë mund të jenë: ai i transportit të jodit, i oksidimit, i lidhjes me albuminën dhe ai i dehidozimit. Përveç këtyre mund të lozë rol dhe aminoacidi bazë për prodhimin e hormonit, çrregullimet enzimatike hidrokسيدuese të tirozinës. Megjënëse këto janë baza për sintezën e katokolaminave, shpesh mund të shkaktojnë gjëndje patologjike në sisteme të tjera si p.sh. parkinsonizmin megenëse pengohet sinteza e dopaminës (Martin).

Nga grupi i disfunkcioneve të tiroides, përmëndim variantin e dis-funksionit të trashëguar, që kohët e fundit e venë në raport me tireoglobulinën B (T G B), e cila inaktivizon hormonin kur lidhet me të. Kur titri i T G B bie, klinikisht shfaqet hipertireoza (Torkington). Këtu duhet përsjashtuar gjëndja që krijon veteliminimi i T G B, kur i semuri mbehet eutireoidik, megenëse hormoni zhduket bashkë me proteinën (Herrman). Titri i lartë i T G B, pasojë e trashëgimit dominant, që ka lidhje me kromozomin X, shkakton hipotireozë (Koberling). Frekuenca familjare e T G B bëhet më e qartë kur këtë e shoqëron ndonjë tjetër çrregullim kromozomik ose serologjik i trashëguar. Kështu tek një individ me sindromë Turner dhe me mungesë të T G B arriën të përcaktojnë origjinën tek e ëma e tij. (Reletof). Në disfunkcionet e tiroides, rrugët e trashëgimisë kuptohen më mirë edhe nga prania e shenjave të tjerë patologjike. Për të diferencuar hipotireoidikët homozigotë nga ata heterozigotë, na ndihmon ekzaminimi sasior i shkallës së çrregullimit të shpeshtë të ndjenjës së shijës që këta kanë ndaj fenil-tio-karbamidit. Edhe hipertireoza e konsideruar si pasojë e autimunitetit të fituar më tepër vëreton prirjen e trashëgimisë. Për këtë flet «transmetimi» që shfaqet nëpërmjet etërve në njëraf familje (Hall), ashtu sikurse shfaqet ndikimi stimulues i L A T S (Long acting thyroid stimulator = sti-

mullesi tireoidien me veprim të zgjatur) të trashëguar në nënat e sëmurë (Adams). Natyrisht nga kjo e fundit duhet të dallojmë tireotoksikozën I.A.T.S tranzitore që ndryshon shumë dhe transmetohet drejtpërdrejt në rrugën transplantare. Përpikërinë etiopatogjenetike të këtij varianti nuk e cënon as fakti, që fenomeni ka ndodhur në binjakë monozigotë, çka nuk përjashton as transmetimin eventual të prirjes për trashëgimi (Priest).

Në grupin e demitimeve të trashëguara të tireoides duhet të kemi parasysh dhe një variant të poliadenomatozave — lidhjen feo-kromactoma medulare-karcinoma e tireoides. Kudo qoftë lokalizimi i kancerit (në tireoide apo në medulën suprarenale) do të ishte gabim profesional të mos ekzaminohen organet e tjera (Fackson, Johnson, Shinke, Studnitz).

Diagnostikimi i hipo — ose hiperfunksionit të trashëguar të paratireoides nuk është i lehtë (Marsden), po të kemi parasysh që vetë hiperplazia e kësaj gjëndre shfaqet nën ndikimin e shumë rrethanave të jashtme, që ulin kalceminë jo në rrugë endokrine, e megjithatë formohet adenoma. Prandaj mund të pranojmë me rezervë origjinën gjenetike (Arnould) të tetë rasteve në një familje me hipoparatiroezë.

Tani kuptohet më mirë çështja e trashëgimisë në pseudohipoparatiroezë dhe sidomos forma e saj «latente» në pseudo-pseudohipoparatiroezë (Lee). Në këto raste kanë përcaktuar qartë në indin renal mungesën e A.M.P ciklike si një defekt enzimatik thjesht gjenetik.

Rastet e raditura janë vetëm studime të pjesshme. Në literaturë jo vetëm që po ndihet më shumë jehona e sindromave gjithënjë e më të reja, që kanë një bazë të përbashkët gjenetike, por edhe ekzaminime të hollësishme laboratorike po hedhin dritë mbi mënyrën se si trashëgohet mungesa e disa faktorëve përcaktues. Prandaj kuptohet që tani, këto tablo klinike, me natyrë gjenetike, jemi disi të detryuar t'i quajmë «variante biologjike».

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Adams P., Chalmers T.M., Hill I.F., Truscott B. Mc.N.. Brit. med. J. 1970, 4, 582.
- 2) Arnould C., Giorieux F., Sertver Ch.. Science 173, 845, 1971.
- 3) Burneider, Hannalore, Ruiz-Torres A.: Klin. Wschr. 49: 1275, 1971.
- 4) Epstein C. J.: Science 175: 1467, 1972.
- 5) Espiner E.A., Veale A.M.O., Sands, Valeria E., Fitzgerald P.H.. New Engl. J. Med. 283: 6, 1970.
- 6) Frasier S.D., Bashore R.A., Mosier H.D.. J. Pediat. 64, 740, 1964.
- 7) Gyory Gy., Fehler L., Less E., Laszlo J.: Orv. Hetil 98, 1411, 1957.
- 8) Hall R., Owen S.G., Smart G.A.: Lancet 1964, 2, 115.
- 9) Hammerstein J., Cuppeanon B.: Dtsch. med. Wschr. 94: 829, 1969.
- 10) Hermann J., Kley H.K., Koberling J.: Von zur Presse Méd. 79, 337, 1970.
- 11) Mahlen A., Emrich D.: Internist 13: 37, 1972.
- 12) Ingalls T.H.: Lancet 1972, 2, 213
- 13) Job J.C., Binet E., Henog A., Leroux J.P., Klaus D., Klump F., Kossler R.. Klin. Wschr. 49: 1280, 1971.
- 14) Koberling J., Emrich D., Hernan J., Kruskemper H.L., von zur Muhlen A.: Dtsch. med. Wschr. 97: 194, 1972.



- 15) Lee J.B., Tashjian A.H.Jr., Streeto J.M., Frank A.G.: *New Engl. J. Med.* 179, 1179, 1968:
- 16) Lenz W.: *Medizinische Genetik. Grundlagen, Ergebnisse und Probleme* Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1970.
- 17) Mantero F., Busnardo B., Klondel, Anne, Veyrat R., Austoni M.: *Schweiz. Med. Wschr.*, 101: 38, 1971.
- 18) Marsden F., Anderson J., Dyle D., Morris B.A., Burns D.A.: *Brit. med. J.* 1971, 3, 87.
- 19) Martin W.E.: *Lancet* 1971, 1, 1050.
- 20) Miller A.P., Boyd B.: *JAMA* 215: 2337, 1970.
- 21) Mira A., Das K.: *Brit. Med J.* 1970, 3, 645.
- 22) Miyai K., Azukizawa M., Kumahara Y.: *New Engl. J. Med.* 285: 1043, 1971.
- 23) Mosonyi L.: *Brit. med. J.* 1964, 2, 709.
- 24) Mosonyi L., Laszlo J., Halmay L.: *Ann. Endocrin. Paris* 31, 293, 1970.
- 25) Najjar S.S., Khaachadurian A.K., Ilhawi M.N., Blizard R.M.: *New Engl. J. Med.*: 284: 809, 1971.
- 26) Paloyan E., Scannu A., Straus F.H., Pickleman J.R., Paloyan D.: *JAMA* 214: 1443, 1970.
- 27) Pith V.A., Kiser W.S., Bartler F.C.: *Amer. J. Med.* 39: 483, 1965:
- 28) Priest W.M.: *Brit. med. J.* 1970, 3, 205.
- 29) Refetoff S., Selenkow H.A.: *New Engl. J. Med.* 278, 1081, 1968.
- 30) Reisman L.E., Kasahara Sh., Chin-Young Chung, Darnell, Amanda, Rhodes K., Markham R.I., Maxwell P.M., Monk-Jones M. E.: 1969, 3, 439.
- 31) Saclisse W., Gilrich H.J., Overzier C.: *Klin. Wschr.* 48: 341, 1970.
- 32) Sarosi G., Doe R.P.: *Ann. intern. Med.* 68: 1305, 1968.
- 33) Snyder N., Seury M.T., Deiss W.P., Jr.: *Ann. Intern. Med.* 76: 53, 1972.
- 34) Szilazyi G., Laszlo J., Fehér T.: *Ory. Heft* 110, 479, 1969.
- 35) Torkington P., Harrison R.J., MacLagan N.F., Burston D.: *Brit. Med.* 1970, 3, 27:
- 36) Turpin R.: *Acta Genet. med. /Roma/* 19: 188, 1970.
- 37) Ubrich, Renate: *Schweiz. med. Wschr.* 100: 749, 1970.
- 38) Vance J.E., Stoll R.W., Kitahachi A.E., Buchanan K.D., Hollander D., Williams F.H.: *Amer. J. Med.* 52: 211, 1972.

### S u m m a r y

## GENETIC RELATIONSHIPS IN ENDOCRINE DISEASES

The relationships are analysed between the neuro-endocrine system and genetics, particularly in pathological conditions. Syndromes are discussed and clinical pictures briefly described of a number of diseases of genetic nature in which the chromosomes have undergone qualitative and quantitative changes.

The role is explained of the insufficiency of certain enzymes in injuries caused by external agents as well as the reports existing between the immunobiological state of the organism and the genes and between certain tumors of the endocrine glands and the chromosomes.

The results are presented of studies carried out by the author himself or together with co-workers on the genetic relationship in endocrinal diseases and the changes observed in the chromosomes in some syndromes of a genetic nature.

In the author's opinion, pathological conditions of genetic nature should be referred to as «biological variants».

## R é s u m é

**LES RAPPORTS GÉNÉTIQUES DANS LES AFFECTIONS  
ENDOCRINIENNES**

Cette étude porte sur les rapports existant entre le système neuro-endocrinien et la génétique, que l'auteur analyse particulièrement dans des conditions pathologiques. Il expose brièvement leurs syndromes et leur tableau clinique dans le **groupe des affections de caractère génétique**, lorsque les chromosomes subissent des modifications quantitatives et qualitatives.

Il explique le rôle de l'insuffisance de certains enzymes dans les lésions des chromosomes et des gènes par des agents externes, ainsi que les rapports existant entre l'état immunobiologique de l'organisme et les gènes, et entre certaines **tureurs des glandes à sécrétion interne et les chromosomes**.

L'auteur présente les résultats des études qu'il a menées lui-même ou en collaboration, sur les rapports génétiques dans les maladies endocriniennes et sur les changements observés dans les chromosomes et dans certains syndromes de nature génétique.

Selon l'auteur, les conditions pathologique de nature génétique devraient être **tenues pour des «variantes biologiques»**.

## DISA PREPARATE DHE MJEKIMI I KOMBINUAR KUNDËR LEPRËS

— MIHAL CARIDHA —

(Spitali i rrehtit Elbasan. Drejtor Dr. A. Zoti)

Rezultatet e arritura deri tani në mjekimin e leprës kanë bërë të mundshëm shkërimin klinik të të sëmurëve dhe kthimin e tyre në jetën normale. Këto rezultate kanë bërë që të ndryshohet kryeqiput mendimi mbi këtë sëmundje dhe, njëkohësisht, edhe t'i shpërngemi mjekimit të plotë të saj në kushte izolimi.

Si rezultat i sukseseve të arritura në mjekimin e leprës edhe në vendin tonë është rishqyrtuar instruksioni dhe ligjëshmëria mbi leprën në drejtëm të profilaksisë, mjekimit ambulator, lejës së përkohëshme etj.

Deri në ditët tona, preparatet e sulfoneve mbeten substancat më të efektëshme antileproze. Sulfoni bazë, që është 4-41 diaminodifenil sulfoni (DDS), është sintetizuar për herë të parë nga From E dhe Wittmann L. në vitin 1908. Faget G. e bp. përdorën për herë të parë në vitin 1941 një nga derivatet e sulfoneve — promin dhe në vitin 1943 botuan të dhëna mbi veprimin e lartë terapeutik të saj mbi leprën.

Kohët e fundit është njoftuar mbi efektin e mirë terapeutik të pro-dukteve të tiouresë, siç është n-butoksi -n1 dimetilaminothiokarbanilit (Ciba 109, DPT). Ky preparat është sintetizuar nga Huebner C. F. e bp., është më pak toksik dhe ka dhënë efekt edhe kundër tuberkulozit.

Ndër preparatet që e shtojne efektin e shumë prej tyre dhe që për kësojnë veprimin toksik në organizëm janë edhe derivatet, që kanë për bazë pirimidinën (Grek J. F. — cituar nga 2). Rezultate më të mira janë vërejtur nga kombinimi i medikamenteve antileproze, në forma të ndryshme të leprës, me petoksilinë (0.2, tre katër herë në ditë) dhe metiltiuracilinë (0.5, tre katër herë në ditë) për një muaj e gjysmë.

Ndër preparatet sulfanilomidike me veprim të vonë, që janë përdorur kundra leprës, janë sulfametozipiridazina, sulfatomidina, sulfametoksipiridizina, sulfofenazoli etj. Për efektin e tyre, mendimet e autorëve janë të ndryshëm (1).

Preparati klofamizin (B-663), që është përdorur kundra bacilit të tuberkulozit, ka dhënë efekt të mirë në leprën e minjve dhe ka veti të parandalojë reaksionet në leprën lepramatoze.

Janë dhënë njoftime mbi rezultatet paraprake të efektit të mirë të diacelidiamino -4,41 difenol sulfon (DADDS), duke i dhënë nga 0,25 mg. (125 mg.) në ditë për 75 ditë (1).

Duke marrë parasysh veprimin e medikamenteve antileproze në drejtëm të ndryshme të bacilit të Hansenit, përdoren dy-tre preparate njëkohësisht. Prej kohe është praktikuar kombinimi i tyre, por me doza të reduktuara. Loginov V. K. (1970) ka përdorur dy dhe tre preparate njëkohësisht me doza të plota. Në të sëmurët e tij, ky autor ka praktikuar këto kombinime: DDS (yavlosulfom) + etizul; solusulfon + etizul; solusulfon + Ciba 1906; solusulfon + etionamid; solusulfon + etizul + Ciba (3).

Të gjithë autorët e përmëndur arrijnë në konkluzionin se nga një terapi intensive antileproze, të sëmurët kthehen shpejt në bacilonegativë (nga analizimi i materialit të hundës), domethënë më shpejt bëhen të parrezikshëm për përhapjen e infeksionit dhe se shkurtlobet koha e mjekimit në kushte izolimi, për ta vazhduar kurën plotësisht në mënyrë ambulatoriale.

Në vendin tonë ka kohë që përdoren preparatet e sulfoneve për mjekimin e të sëmurëve me lepra. Gjithashtu ka disa vite që përdoret edhe preparati i ri Ciba 1906 (DPT). Për të ngritur rezistencën e organizmit, si dhe për të menjauar komplikacionet, përdoren kalcium, vitaminat, preparate stimuluese të sistemit hemoeik etj. Në të sëmurët me reaksion leproz përdoren preparatet karitkoskoidë, ACTH, rezohinë, aspirinë, artrozan, etj. Ushqimi i të sëmurëve është i kategorisë së lartë, me shumë kalciori dhe i pasur me vitamina. Kushtet e banimit janë të gjëra, të bollshme dhe higjienike. Janë krijuar edhe kushte për argotërapin.

Për trajtimin e të sëmurëve është praktikuar si atërnimi i preparateve ashtu dhe kombinimi i tyre, por gjithnjë doza ka qenë e reduktuar dhe asnjëherë nuk janë përdorur doza të plota. Vitet e fundit, duke u nisur nga të dhënat e literaturës, kemi filluar të përdorim kombinimin e medikamenteve antileproze me doza të plota. Ne kemi kombinuar vetëm këto dy preparate: DDS + Ciba 1906, duke i filluar të dy preparatet njëkohësisht. Mjekimi është bërë me cikle, sipas skemës së aprovuar, duke filluar me doza të pakta dhe duke i ngritur gradualisht deri në dozen maksimale.

Preparatin e sulfonit (DDS) e kemi përdorur sipas kësaj skeme: dy javët e para nga 50 mg dy herë në ditë dhe tri javët e tjera nga 100 mg, dy herë në ditë. Një ditë në javë pushim. Katër cikle të tillë mjekimi, me dy javë pushim ndërmjet cikleve, përbën një cikël të plotë.

Ciba 1906 (DPT) bëhet zakonisht me dy skema, prej të cilave ne kemi përdorur këtë skemë: dy javë nga 0.5 gr. (një tablete) një herë në ditë prej javës së tretë deri në të gjashtën nga 1.0 gr. 1 (0.5 x 2), në ditë, nga java e shtatë deri në të dymbëdhjetën 1.5 gr. (0.5 x 3) në ditë dhe prej javës së trembëdhjetë nga 2 gr. (1.0 x 2) në ditë. Një ditë në javë të sëmurët nuk marrin mjekim. Mjekimi vazhdon tetë muaj dhe kjo përbën një cikël të plotë mjekimi. Për çdo tetë muaj bëhet një muaj pushim dhe pastaj mjekimi fillon nga e para.

Cikle të tillë mjekimi me doza të plota të këtyre dy preparateve kemi përdorur në të sëmurët tanë, që po i ilustruojmë me tre shembuj.

1) I sëmurë M. 38 vjeç, kooperativist, shtrohet më datë 26.VI.1965 me diagnozë lepra lepramatosa, në gjendje të rëndë.

Në fytyrë dhe në anësi të ka shumë noduse të madhësive të ndryshme, ngjyrë të kuqe vishnjë, të ngritura mbi nivelin e lëkurës, të buta dhe të thella. Alopeci e lehtë e vetullave, sensibiliteti i humbur. Analiza e sekrecionit të hundës për B. Hansen pozitive e theksuar. Biopsia e parë: infiltrate granulatose. Histocite me prirje vakuolizimi B. H. negativ — L. Lepramatosa.

Biopsia e marrur para kurës së kombinuar: granulomë leproide, të përbërë me qelizat lepromatoze (qelizat Virhov).

Gjatë kësaj kohe ka pasur reaksione të shpeshta lepromatoze dhe,

nga infiltratet e shumta në fytyrë dhe gjymtyrë, lëkura kishte pësuar një infiltrim dhe indurrim difuz.

Me fillimin e kurës së kombinuar, i sëmurri nuk pati reaksione lepromatoze edhe pas shtatë muajve, gjithë infiltratet e lëkurës u absorbuan dhe lëkura mori turgorin normal. Në vendet e inflatūra mbetën njolla sekondare të pigmentuara, gjendja e përgjithshme u përmirësua shumë. Analiza e sekrecionit të hundës doli negativ.

Biopsia pas kurës së kombinuar: infiltrat fibro-konjunktival me fokuse proliferative: fibroplastikë. BH negativ. I sëmurri doli nga leprosurimi dhe vazhdon të mjekohet ambulatorisht.

2) I sëmurri M. 21 vjeç, ushtar, shtrohet më datë 10.X.1970 me diagnozë L. lepromatosa. Në regionet supraciliare, në faqe dhe bulat e veshëve kishte nodula të vegjël, ngjyrë rozë dhe disa njolla eritematoze në anësitë. Në anën e jashtme, venllat gati mungojnë. Sensibiliteti i përndryshuar. Gjendja e përgjithshme e mirë. Analiza e sekrecionit për B. Hansen pozitiv, Biopsia: infiltratet të mëdhenj lepromatoze me vakuolizime. B. H. me Wide — Fite pozitiv.

Qysh në fillim, të sëmurit iu bë mjekimi i kombinuar me DDS + Ciba 1906 me doza të plota, sipas skemës. Gjatë një viti mjekimi, reaksion leproz nuk ka pasur, gjendja e përgjithëshme ka vazhduar të jetë e mirë. Fenomene anësore dhe komplikacione nuk janë vënë re. Pas dy-tre muaj mjekimi, infiltratet filluan të absorbohen dhe u zhdukën plotësisht pas shtatë-tetë muajve. Bacili Hansen nga hunda u zhduk pas dy muaj mjekimi.

Në ekzaminimin histologjik që u bë pas një viti u konstatuan mbeturina të granulomës lepromatoze, por ato kanë pësuar ndryshime të theksuara. Pas dy vjet e gjysmë mjekimi të kombinuar, i sëmurri ka dalë nga spitali dhe vazhdon mjekimin ambulatorisht.

3) E sëmurra H. 18 vjeç, probaqepëse, shtruar në gjendje të rëndë më 1. lepromatoza më 6 janar 1970. Para shtimit mjekohej për poliartrit, eritemë nodozë, të cilët kishin simuluar leprën. Në fytyrë ishte e zbehtë, edemë e lehtë, teleangioktazi dhe zgjerim i porëve të lëkurës. Noduse lepromatoze të madhësive të ndryshme, ngjyrë të kuqe të errët në fytyrë dhe në anësitë. Enjtje dhe dhembje të artikulacioneve. Hepari i zmadhuar dhe i dhembshëm. Sekrecioni i hundës për B. Hansen pozitiv. Biopsia e parë: granuloma me elemente të ndryshme dhe histocitë me ndonjë qelizë të madhe me protoplazmë të vakuolizuar; BH + L. lepromatoza. Kurën e filloi vetëm me Ciba 1906, analgjezikë, desensibilizues dhe terapi për ngritjen e rezistencës. Gjendja erdhi duke u përmirësuar dhe terapi set dukte u absorbuar. Pas tetë muaj mjekimi me këtë kurë, e sëmurra pati reaksion të theksuar lepromatoz dhe gati u përsërit gjendja fillestare. Për të luftuar këtë reaksion, e sëmurra u trajtua me prednisonol, kalcium, vitaminë, streptomycinë etj. Pas qetësimi të reaksionit, sipas skemës, të sëmurës iu fillua kura e kombinuar me Ciba + DDS deri në dozën e plotë. Gjatë kësaj kohe nuk ka pasur reaksione të theksuara. Gjendja e përgjithëshme e mirë dhe ka shtuar në peshë. Pas pesë muajve, sekrecioni i hundës ka rezultuar negativ.

Biopsia e dytë: në dermë infiltrate ose granuloma specifike nuk vihen re. Tani vazhdon kurën e kombinuar në gjendje të mirë.

Për të krahasuar dekursin e sëmundjes, po përshkruajmë edhe një rast të mjekuar vetëm me një preparat (Ciba 1966).

I sëmundri L. 27 vjeç, nëpunës, shtrohet në leprozorium më datën 5.VII.1968 me diagnozë l. lepromatosa. Gjendja e përgjithshme e mirë. Klinikisht elemente papul-tuberkuloide në anësitë e poshtme dhe regjionet glutale. Bacili Hansen nga hunda pozitiv. Biopsia e parë: granuloma me histiocite dhe qeliza të vakuolizuara.

Sekrecioni i hundës u negativizua pas 14 muajve. Elementet në lëkurë filluan të absorbohen pas 5-6 muajve dhe krejtësisht pas 18 muajve. Histologjikisht granulomat filluan të absorbohen pas një viti e gjysmë, kurse pas dy vjetëve u negativizuan. Biopsia pas një viti e gjysmë tregoi edemë në dermë dhe infiltrate limfocitocitare. BH negativ.

Tani i sëmundri vazhdon kurën e kombinuar ambulatorisht, gjatë së cilës nuk ka pasur reaksion lepromatoz, parqitet në gjendje të mirë, pa fenomene anësore apo komplikacione.

Shkurse shihet nga të dhënat tona, mjekimi i kombinuar me dy preparate me doza të plota është një metodë e efektshme në dekursin e leprës. Sipas rregullores sonë të trajtimit të të sëmurëve me lepra, që është aprovuar nga Ministria e Shëndetësisë, lejohet edhe mjekimi ambulator pas zhdrukjes së simptomave objektive, pas negativizimit të analizave mikroskopike, si dhe pas ndryshimeve të theksuara histologjike.

Duke përdorur këtë metodë të kombinuar, që ndihmon për një ulje më të shpejtë të shfaqjeve lepromatoze, janë krijuar mundësi që mjekimi, në kushte izolimi, të shkurtrohet shumë, për t'u përfunduar ambulatorisht. Si për mjekimin e thjeshtë, por në mënyrë të vegantë, për mjekimin e kombinuar, duhen pasur mirë parasysh forma e sëmundjes, gjendja e përgjithshme e të sëmundit, zhvillimi fizik, mosha, seksi etj. megjëse disa të sëmurë vazhdojnë kurën në mënyrë ambulatorë.

Si rezultat i kujdesit të vegantë që tregohet në vendin tonë për ruajtjen e shëndetit të popullit, edhe për sëmundjen e leprës janë krijuar kushte që në një të ardhme jo të largët, kjo sëmundje të zhduket në vendin tonë. Për vetë faktin se më tepër të sëmurë dalin nga evidencat tona sesa vijinë të sëmurë në leprozorium tregon për një gjë të tillë. Nga numri i përgjithshëm i të sëmurëve të diagnostikuar dhe të shtruar në spital, vetëm 16,90% vazhdojnë mjekimin në kushte izolimi, kurse 74,50% janë në kontroll apo mjekim ambulator. Pesë të sëmurë kanë vdekur.

Këto të dhëna tregojnë se bashkë me sifilizin, malarjen, trahomën etj. në arshivë është duke hyrë edhe lepra.

**Dorëzuar në redaksi më 15 korrik 1974**

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Boganelli G.: Trattamento della lepra. Il polichinco 1971, vol. 78, 9, 390.
- 2) Gollovshapov N. M. e bp.: Pirimidin v kompleksom legonii bolnih leproj. Vest. der. Ven. 1968, 10, 75.
- 3) Loginov V. K.: Nekotorie novie sredstva i metodi v legenie lepri. Vest. Der. Ven. 1970, 6, 37.

## PREPARATIONS USED IN THE COMBINED TREATMENT OF LEPROSY

The use of sulphones and thiourea preparations has given good results in the treatment of leprosy. Satisfactory results are also obtained with chloramycine, diacetyldiamin-diphenyl sulphone (DADDS), sulfatomidine, sulphophensol etc.

In order to reduce the contagious period and to obtain a more rapid clinical recovery of the patients, the author has practiced alternations and combinations of these drugs in entire or partial doses.

The treatment began with small doses which were increased progressively until the full doses were reached.

This combined treatment has hastened the negativization of the pathologic materials, after which the patients became noncontagious and could pursue their treatment as out patients.

Convincing data are given showing that the number of cases of leprosy in this country is being reduced.

### R é s u m é

## DE CERTAINES PREPARATIONS EMPLOYEES DANS LE TRAITEMENT COMBINÉ DE LA LÈPRE

L'emploi de préparations de sulfones et de thiourées a donnée de bons résultats dans le traitement de la lèpre. Des effets satisfaisants ont été également obtenus par l'utilisation de chloramycine, de diacétyldiamine — duphényl sulfone (DADDS), sulfatomydine, sulfophénol, etc.

Afin de réduire la durée de la période de contagion et d'obtenir une plus rapide guérison clinique des patients, l'auteur a pratiqué l'usage alterné et la combinaison de ces médicaments à doses partielles et à doses entières.

Ce traitement a été commencé à petites doses, qui ont été progressivement augmentées jusqu'à attendre le niveau de la dose complète.

Le traitement combiné a hâté la négativisation des matériaux pathologiques, à la suite de quoi les patients ont cessé d'être contagieux et ont pu poursuivre le traitement sous forme ambulatoire.

L'auteur fournit des chiffres convaincants sur la diminution de la lèpre dans notre pays.

## INFEKSIONET URINARE NË DIABETIN E SHEQËRIT

— DOC. HYSNI RUSI, HEKTOR PEÇI —

(Katedra e Terapisë Hospitaliere, Shef Doc. H. Rusi)

Diabeti i sheqerit, qysh prej shekujsh, është mbajtur si një nga sëmundjet kryesore, që shkaktojnë komplikacione në aparatën urinar. Shpeshësia e këtyre shkon duke u rritur nga viti në vit, si rjedhim i përmitësimit të metodave të mjekimit, të cilat zgjatën evolucionin e diabetit dhe i sigurojnë të sëmurit një jetë më të gjatë (9, 13, 17, 18, 20, 21, 23, 29).

Sipas shumë autorëve (citar nga Zech P. dhe Traeger J.), shpeshësia e komplikacioneve renale, të bazuar vetëm në shenjat klinike dhe, në veganti, në proteinurinë, luhet nga 10 në 20% të të gjithë diabetikëve. Kjo shpeshësi rritet së tepërmi (51-87%) në rast se si kriter diagnostikimi i lezioneve të veshkave do të merreshin ekzaminimet histologjike.

Kohët e fundit, krahas shtimit të përqindjes së komplikacioneve renale tek diabetikët, është shtuar së tepërmi edhe shpeshësia e vdekjeve nga tje, si rjedhim i futjes në terapi të insulinës, pakësimit në mënyrë të ndjshme të shpeshësisë së komave diabetike dhe zgjatjes së jetës të diabetikëve, të cilët, në një përqindje të madhe, arrijnë moshën presenile dhe senile (5, 8, 9, 20, 22, 29). Nga përvoja e «klinikës Joslin» (16), bazuar në 10,055 diabetikë të vdekur gjatë vjetëve 1897-1957 rezulton se në periudhën 1897-1914, përqindja e vdekjeve nga insuficienca renale ka qënë 3,4%, në 1937-1949 prej 5,2% dhe në 1950-1957 prej 10,1%.

Në këtë punim, ne do të përqëndrohemi kryesisht mbi infeksionet urinare, të cilat janë shumë të shpeshta tek diabetikët (2, 3, 4, 12, 24, 28, 29) dhe mund të paraqiten me aspekte të ndryshme, që nga bakterituria asimptomatike deri në nekrozën papilare.

Studimi ynë është bërë në 700 të sëmurë diabetikë, pjesa dërmuese e të cilëve kanë qënë të shtuar në klinikën e terapisë hospitaliere dhe një praktikë të kartelizuar ambulatorisht gjatë 5 vjetëve 1969-1974. Për studiimin jemi mbështetur në ekzaminimet e zakonshme klinike dhe patologjike. Me patologji renale u konstatuan 144 të sëmurë. Nga të dhënat anamnestike rezultoi se katër prej tyre e kishin pasur atë qysh



para shfaqjes së diabetit, keqhtugë, duke i përjashtuar këta, ne do të përdrohemi në 140 raste (pasqyra 1).

Pasqyra nr. 1

LLOJI I PATOLOGJISË RENALE SI PAS SEKSIT

Lloji i patologjisë	Nr. i rasteve	Seksi		Përqindja
		M	F	
Infeksione urinare	70	29	41	50
Kalkuloza	36	27	9	25.8
Proteinuri e izoluar	19	10	9	13.7
Nefropati diabetike	5	4	3	5
Hematuri	5	1	4	3.5
Eklapsi gravidare	3	—	3	2
<b>S h u m a</b>	<b>140</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Nga kjo pasqyrë rezulton se infeksionet urinare, me aspektet e ve-ta të ndryshme, në të sëmurët tanë, zënë vendin e parë me 50% të patologjive renale dhe 10% të numrit të përgjithshëm të diabetikëve. Duke studiuar 650 diabetikë të shtruar në spital, Schrub J — Cl. ka gjetur infeksione urinare në 96 të sëmurë (14,7%), domethënë një në gjashtë pacientë me diabet (një shifer të tillë kanë konstatuar edhe Dimitriu C. C. e bp.), duke studiuar në të njëjten periudhë, të sëmurët e shtruar jo diabetikë, këto infeksione ai i ka gjetur në 3,1% të tyre.

Joslin E. P., Root H. F. etj. të mbështetur sidomos në të dhënat e ekzaminimeve pas vdekjeve, infeksionet e traktit urinar i kanë gjetur në 20-40,80% të autopsive të diabetikëve dhe në 3,5-5,20% të numrit të përgjithshëm të autopsive. Ky predispozicion i veçantë për këto lloji infeksione, që paraqitin diabetikët, mendohet se ndihmohet nga një sërë faktorësh, që mund të jenë të përgjithshëm ose lokalë (1, 3, 4, 7, 11, 12, 15, 26, 29) siç janë: ulja e rezistencës së organizmit si rrjedhim i dobësimit trupor, që gjendet në pjesën më të madhe të këtyre të sëmurëve, dehidratimit, acidozës, uljes së anabolizimit të proteinave dhe shtim të katabolizmit të tyre. Prania e glukozës në urinë, e cila duket se për-bën një terren të përshatshëm për zhvillimin e bakterieve; katetrizimet e shpeshta të vezikës urinare, si pasojë e neuropatisë, e cila gjendet shpeshherë tek diabetikët, dhe shkaktton çrregullime të zbrazjes së vezikës, gjë që ndihmon refluksin urinar; pruriti gjeneral i shkaktuar nga glukozuria, bën të mundur shoqërimin e bakterieve dhe kalimin e tyre nga jashtë brenda; ulje të rezistencës lokale në veshka, si pasojë e re-dukimit të vaskularizimit etj.

Në 70 diabetikët tanë me infeksione urinare, 41 (58,57%) e infek-sioneve), kanëënë femra dhe 29 meshkuj (41,43%).

Schrub J-Cl. ka konstatuar se femrat diabetike preken mësh dy herë më tepër se meshkujt diabetikë (21%) e femrave dhe 8,20% e mesh-kujve). Konstatime të përafërta me keto kanë pasur edhe autorë të tje-rë (25, 27, 28).

Me qëllim që të formonim një mendim mbi disa faktorë të për-

gjithshëm, për të cilët ka mendime se ndikojnë në shfaqjen e infeksioneve urinare tek diabetikët, ne studjuam moshën e të sëmurëve tanë, kohën e shfaqjes së diabetit, gravitein dhe mënyrën e trajtimit të tij dhe konstatuam:

Pasqyra nr. 2  
Infeksionet urinare sipas grup-moshave në kohën e shfaqjes së diabetit

Grup — moshë	Nr. i diabetikëve	Raste me patolo-gji renale	Infeksione urinare	Nefropati diabetike
1—5	9	2 (22,2%)	—	1
6—9	20	8	—	3
10—15	74	11	4 (5,3%)	1
16—29	95	16	10 (10,5%)	—
30—39	185	37	19 (12,2%)	1
40—49	292	59	31 (10,61%)	1
50—69	24	7	6 (25%)	—
+ 70				
Shuma	700	140	70 (10%)	7

Nga pasqyra nr. 2 rezulton se infeksionet urinare janë më të shpeshta në pacientët më të moshuar, duke arritur maksimumin (25%) në grup moshat mbi 70 vjeç. Rritja e shpeshtësisë me përparimin e moshës së pacientëve, duke filluar nga adoleshenca, vërehet në përgjithësi edhe për komplikacionet e tjera të aparatit urinar të diabetikëve, me përjashtim të nefropatisë diabetike (sindromi nefrotik), e cila, siç është konstatuar edhe nga autorë të tjerë, rrezikon në radhë të parë diabetikët e moshave të reja (5, 10, 11, 19, 20, 29). Lidhur me shpeshtësinë e infeksioneve urinare, në diabetikët me moshë të re, që ushtrojnë një aktivitet fizik normal, autorë të ndryshëm (3, 20, 29) nuk kanë gjetur ndonjë shtim në krahasim me të rinjtë jo diabetikë.

Shpeshtësia e infeksioneve urinare dhe e patologjisë renale në nër-gjihësi, lidhur me moshën e të sëmurit, përforcon edhe më tepër mendimin tonë se ajo ka lidhje me ndryshimet e theksuara sklerotike të enëve të gjakut, që shoqërojnë moshat e rritura.

Infeksionet urinare sipas vjetërisës së diabetit

Pasqyra nr. 3

Vjetësia e diabetit në vjetë	Nr. i diabetikëve	Raste me patolo-gji renale	Infeksione urinare	Nefropati diabetike
1—4	442	71	38 (8,6%)	—
5—9	139	33	18 (12,9%)	1
10—14	83	20	7 (8,2%)	3
15—19	22	6	2 (9,1%)	1
20—24	9	6	2 (22,2%)	1
25—30	2	2	1 (50%)	1
+ 30	3	2	2 (66,6%)	1
Shuma	700	140	70 (10%)	7

Nga pasqyra nr. 3 rezulton se përgjindja e infeksioneve urinare shkon duke në vjetërsinë e diabetit (nga 8,60/0 në katër vjetët e parë në 66,60/0 pas pesë vjeçarit të gjashtë). Rritja e përgjindjes së këtij infeksioni është konstatuar edhe nga autorë të tjerë (18, 22, 28, 29), të cilët, në këtë rast, e konsiderojnë më tepër si pasojë e komplikacioneve të tjera të diabetit, (neuropati, parazë vezikale etj.) sesa nga grellimet metabolike të vetë sëmundjes. Lidhur me rritjen e përgjindjes ka edhe mendime të kundërta (3, 24). Ne mendojmë se kjo papajfteshmëri mund të shpjegohet ndoshta me faktin se, në përgjithësi, data e konstatimit të diabetit mund të mos i përkojë shtaqjes së vërtetë të saj dhe të dhënat anamnestike të mos kenë qënë të përpikta.

Pasqyra nr. 4

### INFEKSIONET URINARE SIPAS GRADËS SË DIABETIT

Grada e diabetit	Nr. i diabetikëve	Raste me patologji renale	Infeksione urinare
Latent	50	6	6 (12%)
I lehtë	448	91	47 (10,4%)
I mesëm	184	34	15 (8,1%)
I rëndë	18	9	2 (11,1%)
Shuma	700	140	70

Nga pasqyra nr. 4 rezulton se përgjindja e infeksioneve urinare nuk paraqit ndonjë ndryshim të rëndësishëm të lidhur me gradën e diabetit. Të njëjtin konstatim kanë pasur edhe autorët të konsultuar prej nesh (3, 19, 24, 29).

Megjithëse ka mendime se një terapi e përpiktë e diabetit nuk është një garanci absolute kundër komplikacioneve renale në përgjithësi (3, 11, 19, 29), të bazuar në konstatimet tona, ne mendojmë se diagnosticimi sa më i herët i diabetit dhe fillimi sa më shpejt i trajtimit të tij, pavarësisht nga forma e diabetit, është i domosdoshëm për të menjnuar, të paktën, riaktuzimet e infeksioneve të aparatit urinar pasi, ndërsa çdo infektion keqëson gjëndjen e metabolizmit në diabet, kjo sëmundje rrezikon shtaqjen e një riaktuzimi ose të një infeksioni të ri të rrugëve urinare. Si shembëll që dëshmon për këtë konstatim po përshkruajmë observimin e bërë tek një grua 45 vjeçare, që qysh prej 15 vjetëve vuante nga një infektion i rrugëve urinare, me riaktuzime të shpeshta, e cila u shërua pas zbulimit dhe kurimit (me dietë dhe ulje peshe) të një diabeti latent.

Pacientja V. Sh. lindur më 1929, e ndjente veten mirë deri në moshën 21 vjeç, kur filloi të ankohet për fenomene dizurike, polakiuri, kolika renale dhe në urinë kishte leukocite dhe *bacterium coli*. Në ekzaminimet radiologjike nuk u konstatua gjë me rëndësi. Megjithëse periodikisht mjekohet me antibiotikë dhe dezinfektantë urinarë, shqetësimet e mësipërme i rishfaqeshin. Në moshën 28 vjeç, asaj iu konstatua një gur

i madh në pelvisin e veshkës së djathtë, pas heqjes së të cilit i mbeti hidronefroze e lehtë, ndërsa polakturia, leukocituria dhe bakteruria, kohë pas kohë, ripërsëriteshin. Në shkurt të vitit 1972, të sëmurës iu konstatua diabet latent, për të cilin u mjekua në mënyrë të rregullt. Prej asaj kohe, shqetësimet urinare, leukocituria dhe bakteruria nuk janë shfaqur më.

Shpeshherë infeksionet urinare në diabetikët mund të jenë të hequra, praktikisht pa çrregullime klinike (24, 27, 29). Për këto lloj infeksione, që guhen edhe bakteriuari të izoluar asimptomatike, ka mendime të ndryshme. Ndërsa Vejlsigard R., duke u bazuar në statistika të autorëve të ndryshëm dhe në observimet e tij të bëra në 269 të sëmurë diabetikë e në 260 jo diabetikë, gjen bakteriuarinë e izoluar asimptomatike me një shpeshësi 3-4 herë më tepër tek të parët se tek të dytët; Zech P. e bp. e të tjerë, përkundrazi, nuk kanë gjetur diferenca të rëndësishme midis këtyre dy grupeve.

Sipas këtyre autorëve të fundit nuk gjendet asnjë diferencë kur bëhen ekzaminime sistematike në persona që ushtrojnë një aktivitet fizik normal dhe që nuk kanë komplikacione të tjera.

Pielonefriti akut, të paktën me famën e tij klasike, me temperaturë, të dritëhura të shogëruara me dhembje lumbare dhe fenomene di-zurrike, ne nuk kemi vërejtur në asnjërin nga diabetikët tanë. Ky konstatim është në kundërshtim me atë të Anderson W. A. D., i cili e ka gjetur si komplikacion të shpeshtë në diabetikët e tij. Pielonefriti akut, si komplikacion mjaft i rrallë tek këta të sëmurë, është gjetur edhe nga Zech P. e bp., Derot M. e bp., por këta autorë kanë konstatuar shumë herë piuri, shpesh të pashogëruar me cistit. Përvëz 700 rasteve të studjuara prej nesh, gjatë vitit 1974, me qëllim krahasues, kemi kontrolluar edhe 88 kartela diabetikësh të shtuar në klinikë (38 femra dhe 50 meshkuj). Gjatë këtyre muajve të fundit një leukocituri të tillë patologjike, pa qenë e shogëruar me cistit, ne e kemi gjetur në 29 pacientë (urreth 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), 20 femra (52<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) dhe 9 meshkuj (18<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Thomsen A. C. këtë e ka konstatuar në 36<sup>0</sup>/<sub>0</sub> të diabetikëve, me përqindje më të madhe tek femrat (51<sup>0</sup>/<sub>0</sub> gra dhe 22<sup>0</sup>/<sub>0</sub> burra).

Në të kundërtë me çfarë ndodh me pielonefritin akut, ai kronik është një komplikacion që vërehet shumë shpesh në të sëmurët me diabet të sheqerit, gjë që është vërejtur në shumë observime klinike (4, 6, 11, 12, 14, 23) dhe vërtetuar nga statistika të gjëra anatomopatologjike (22, 25 etj.). Përqindjet e shpeshësisë ndryshojnë sipas autorëve të ndryshëm dhe kjo është e lidhur me pasiguritë nozologjike, që ende ekzistojnë për vetë pielonefritin si dhe me kriteret e ndryshme të përdorur për diagnostikimin e kësaj sëmundjeje. Nga një sërë statistikash, të caktuara nga Basso F., rezulton se përqindja e pielonefritit kronik, në të sëmurët diabetikë, sipas kriereve të ndryshëm diagnostike, ka qenë: me kërkime anatomo-patologjike 9-40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, punkcion biopsi të veshkës 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, klinike 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub> për meshkujt dhe 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> për femrat. Me anën e punkcionit biopsi të veshkës, Thomsen A. C. e ka konstatuar pielonefritin kronik me një frekuencë 4-5 herë më tepër tek diabetikët në krahasim me jo diabetikët. Faktoret favorizues për këtë shpeshësi mendohet se janë po ata (të përgjithshëm dhe lokalë), që u përmendën më lart lidhur me infeksionet urinare.

Pielonefritin kronik, të verifikuar klinikisht, me ekzaminimet labo-  
ratorike dhe radiologjike, në 700 diabetikët tanë, e kemi gjetur në 16 raste  
(2,29%) duke përbërë kështu 22,90% të rasteve me infeksione  
ndryshme të aparatit urinar. Përqindja e pielonefriteve kronike, gjetur  
nga ne, është shumë më e vogël nga ajo që është gjetur nga autorët  
përmendur më lart.

Autorë të ndryshëm (4, 11, 19, 23, 27), kanë vënë re se evoluc-  
ioni i pielonefriteve kronike, në të sëmurët me diabet të sheqerit, në sh-  
mëcin e rasteve është i heshur, pa simptoma karakteristike e të rënd-  
sishme, por me prirje për recidiva të shpeshta. Kjo prirje shpjegon fi-  
kuencën relative me të cilën evolucioni zhvillohet drejt uljes graduale  
të funksionit të veshkave deri në insuficiencë renale të shprehur, si-  
ptomatologjia klinike e të cilës nuk ka ndonjë veganti karakteristike  
faktin e shfaqjes së saj në diabet (3, 11, 17). Astenia, tendenca për  
pertenion arterial, anoreksia dhe anemia janë të shpeshta (11). Nga  
vdekje që patëm në klinikën tonë, ndër të sëmurët diabetikë, dy isht  
me pielonefrit kronik dhe insuficiencë renale kronike (11,10% e vde-  
kjeve).

Një nga komplikacionet më të rënda të pielonefriteve, në të sëmu-  
me diabet të sheqerit, është nekroza papilare (1, 2, 4, 11, 23, 24, 2  
e cila vërehet më shpesh në diabetikët e moshuar (11, 29). Histologjikis  
komplikacioni i nekrozës papilare karakterizohet nga nekroza hiskem  
e përqëndruar në piramidet (më shpesh në të dy veshkat) dhe mikrobt  
mboze në enët e zonës së nekrotizuar dhe afërsitë e saj (11, 29). I  
komplikacion mund të paraqitet në formë akute ose kronike. Forma ak  
karakterizohet nga një kuadër klinik që të kujton atë të një gjëndjeje  
oitemie të rëndë, e shogëtuar me piuri, hematuri, dhëmbje lumbas  
shpesh oligoanuri me insuficiencë renale akute. Forma kronike paraq  
me më pak karakteristika, zakonisht me kuadrin klinik të një pi  
nefriti akut të përsëritur, ku çdo krizë rëndon insuficiencën renale;  
këtë formë diagnoza arrihet nëpërmjet urografisë. Mandel (citur i  
Derot M. e bp) në 160 raste nekroze papilare, gjei 96 herë etioloid  
diabetike, kurse Schonermark J, bazuar në studimin e 250 rasteve  
kroze papilare, të përshkruar nga autorë të tjerë, këtë etiologji e  
vërejtur në 57% të rasteve.

Në diabetikët tanë, nekrozën papilare ne e kemi hasur vetëm  
herë, në një grua 50 vjeçare, që vuante prej shumë kohe nga diab  
me infeksione urinare të përsëritura. Kuadri klinik ishte ai i një s  
ticemije të rëndë, me kollikë renale, hematuri, oligoanuri dhe azotemi  
lartë. E sëmura vdiq brenda pak ditëve.

## K O N K L U Z I O N E

- 1) Patologjia renale tek 700 diabetikët tanë rezultoi të jetë m-  
e shpeshtë (20%).
- 2) Infeksionet urinare zenë vendin e parë me 50% të patologj-  
renale dhe 10% të numrit të përgjithshëm të diabetikëve.
- 3) Infeksionet urinare kanë qënë me të shpeshta tek femrat (58,57  
në krahasim me meshkujt (41,43%).

- 4) Përqindja e infeksioneve urinare shkon duke u rritur me përparimin e moshës së diabetikëve. Në diabetikët tanë, përqindja më e madhe (25%) u gjet në grup moshat mbi 70 vjeç.
- 5) Përqindja e infeksioneve urinare, në përgjithësi, shkon duke u rritur me vjetërsinë e diabetit; nga 8,6% në katër vjetët e parë në 66,6% pas pesëvjeçarit të gjashtë.
- 6) Përqindja e infeksioneve urinare nuk paraqet ndryshim të rëndësishëm lidhur me gradën e diabetit.
- 7) Bakteriuria e izoluar (mbi 100.000 mikrobe për ml.) pa simptomatologji urinare u konstatua në 25% të diabetikëve, të cilëve iu bë urokultura (38,8% e femrave dhe 17,3% e meshkujve).
- 8) Pielonefriti akut, të paktën në formën e tij klasike, në të sëmurët tanë, nuk është vërejtur asnjë herë. Pielonefriti kronik ka përbërë 22,9% të rasteve me infeksione të ndryshme të aparatit urinar dhe ka qenë shkaku i 11,1% të vdekjeve të diabetikëve.
- 9) Nekroza papilare në diabetikët tanë është hasur vetëm një herë.

Dorëzuar në Redaksi më 7.IX.1974

## BIBLIOGRAFI A

- 1) Anvi G.J., Danowski T.S.: Diabetes mellitus. American diabetes association. New — York 1967, 205.
- 2) Anderson W.A.D.: Synopsis of pathology. St. Louis. Mosby Company 1952, 327.
- 3) Basso F.: Cellules de Sternheimer Malbin et pyelonephrite diabétique. Journées de diabétologie. Hôtel — Dien, Paris 1970, 41.
- 4) Besson P. A.: In textbook of medicine. Saunders company. Philadelphia and London 1967, Tom I, 806.
- 5) Beretta A.: Malattie dell'apparato circolatorio. Ediz. Minerva medica. Torino 1959, 1163.
- 6) Black D.A.K.: Il problema della pielonefrite cronica. Il polichinico 1967, 5, 154.
- 7) Bondy Ph.K.: Disorders of carbohydrate metabolism. Cecil-Loeb Textbook of medicine Saunders Company Philadelphia 1963, 1297.
- 8) Caird F.Y.: Survival of diabetes with proteinuria. Diabetes 1961, 10, 178.
- 9) Campanacci D.: Manuale di patologia medica. Ed. Minerva medica, Torino 1967.
- 10) Daehn S. e bp.: Diabetic nephropathy. Am. J. Path. 1964, 44, 159.
- 11) Derot M., Legrain M., Guendon J.: Les complications renales. Diabète et maladies de la nutrition. Ed. Flammarion Paris 1967, 296.
- 12) Dimitriu C.C., Beroniades V.: Nefrologje. Bucarest 1963.
- 13) Epstein F.H.: Functional alterations associated with diabetic nephropathy. Diabetes mellitus. Amer. Diabet Assoc. New York 1969, vol. II, 207.
- 14) Editoriale: — Il polichinico 1967, 340. Un problema sempre d'attualità. La pielonefrite cronica.
- 15) Hamburger J.: Nephrology, vol. I. The Williams and Wilkins company. Baltimore 1971.
- 16) Joslin E.P.: The treatment of diabetes mellitus. U.S.A. 1959.
- 17) Klotz B.: Le diabète sucré de l'adulte et son traitement. Ed. Maloine Paris 1967, 152.
- 18) Lagrue G., Bariety J., Druot Ph. Milliez P.: Les protéinuries. Edit. Sandoz Paris 1969, 81.
- 19) Lenti G.: Terapia del diabete e prevenzione della vasculopatia. Minerva Medica 1961, 36, 1629.
- 20) Lestrade H., Besse J., Grenet P.: Le diabète de l'enfant et de l'adolescent. Ed. Maloine Paris 1968, 288.
- 21) Lundback K.: Nephropaty in diabetic subjects, en «on the nature and treatment of diabetes. Exc. Med. fouda Amsterdam 1965, 436.

## STUDIM MBI DHËMBËT E RETENUAR DHE MJEKIMI I TYRE

— DHIMTRA LIRA —

(Katedra e Ortopedisë Stomatologjike, Shef Dh. Lira)

Në praktikën ortodontike, trajtimi i dhëmbëve të retinuar (përmbytur) përben një problem të veçantë. Sipas autorëve të ndryshëm, kjo patologji përfaqëson nga 8-97% të anomalive dento-maksillo faciale (Prodonov Ct. — 8%, Davidov S. — 40%, Korkhauz — 97%, Izard — 51% — dy të fundit cituar nga Roger X. dhe vetë ky autor 50%).

— dy të fundit cituar nga Roger X. dhe vetë ky autor 50%).

Dhëmbët që rethenohen më shpesh, është pranuar, se janë kaninet, incizivet dhe më pas vijojnë premolarët.

Në kundërshtim me këtë mendim të përgjithshëm, Toromanov D. shprehret se vendin e parë, në këtë anomali, e zënë premolarët e dytë të të nofullës së sipërme 5 | 5

Gano G. përshkruan se kjo patologji vërehet në kaninet e nofullës së sipërme, kaninet e nofullës së poshtëme dhe rrallë tek premolarët, por thekson se kaninet e nofullës së sipërme ndeshen 20 herë më shpesh se ato të nofullës së poshtëme.

Në këtë punim u muarën në studim rastet me dhëmbë të retinuar në regionin frontal të nofullave dhe në regionin e premolarëve të trajtuar në klinikën e ortodontisë, pranë katedrës së ortopedisë stomatologjike gjatë viteve 1970-1973.

Nga 892 raste të paraqitur me anomali dento-maksillofaciale, 108 (10,98%) kanë qenë me dhëmbë të retenuar, duke përfashtuar ato raste që kishin të retinuar molarin e tretë, pasi, sikurse dihet, këto nuk përbëjnë ndonjë rëndësi praktike në ortodonti.

Pjesa më e madhe e dhëmbëve të retinuar janë lokalizuar në nofullën e sipërme me 91,67%, kurse në nofullën e poshtëme — 8,33%.

Shpeshësia e kësaj patologjie është e ndryshme si përsa i përket seksit ashtu dhe moshave. Nga këto në klinikën e ortodontisë janë trajtuar 26 raste prej moshës 10-20 vjeç, 50% nga të cilët kanë qënë nga moshë 10-12 vjeç, ndërsa pjesa tjetër përfshihet prej moshës 13-20 vjeç. 73% janë të seksit femër dhe 27% janë meshkuj. Mendojmë se kjo shpjegohet me kujdesin më të madh që ka seksi femër për paraqitjen estetike.

Pasqyra 1

Gjinia	M o s h a									
	10	11	12	13	14	15	16	19	20	Gjithsej
mesh.	1	1	2	—	2	1	2	—	—	9
Fem.	1	2	6	2	1	2	1	1	1	17
Gjith	2	3	3	2	3	3	3	1	1	26

Ndërmyet dhëmbëve të retinuar, vendin e parë e zënë kaninet, që përfaqësohen me 46,15% të rasteve, pastaj vijin me radhë incizivet qëndrore me 38,46%. Krahas këtyre në 7,67% është vërejtur relencioni i më shumë se dy dhëmbëve, ku përfshihen edhe premolarët dhe 3,84% në inciziv lateral poshtë | 2

Për vlerësimin e kësaj patologjie jemi mbështetur në të dhënat anamnestike, të moshës së daljes së dhëmbëve, (pasi dihet se dhëmbët e përhershëm përfundojnë zëvendësimin e atyre të qumështit në moshën 12 vjeç), në të dhënat klinike, studimin e modeleve dhe në të dhënat radiologjike.

Në të gjitha rastet e marrura në studim, drejtimi i dhëmbëve ka qënë oblik dhe nganjëherë i shogërruar me rotullim rreth boshit gjatësor (fig. 1)

Pacientët janë paraqitur për të marrë ndihmës ortodontike të shtyrë nga dëshira për të korigjuar defektet e arkadës dentare, nga ndryshimet estetike si dhe për të korigjuar fonacionin. Kjo e fundit ka qënë më shqetësuese për ata pacientë, të cilët janë paraqitur me retencion të inciziveve qëndrore ose edhe të lateraleve.

Pacientët me retencion të kanineve dhe premolarëve janë ankuar për veshtrësi në blujajen e ushqimit, pra kanë pasur dhe defekt funksional.

Duke u mbështetur në të dhënat klinike e radiologjike përcaktuam si faktorët etiologjikë ashtu dhe diagnozën.

Si faktorë etiologjikë në përgjithësi, nga 26 të sëmurët që janë marrë në studim, 10 raste ose 38,40% kanë pasur vendosjen anormale të embrionit të dhëmbëve permanentë; 6 raste (ose 23%<sup>0</sup>), ekstraksionin e dhëmbëve të qumështit para kohe; 6 raste ose 23%<sup>0</sup> heqje me dhëmbë dhe kater raste (ose 16,38%<sup>0</sup>) praninë e dhëmbëve të qumështit, të cilët janë bërë pengesë për shtegtimin e dhëmbit të përhershëm.

Faktorët e lart-përmëndur pranohen nga shumë autorë (Roger K. O'Meyer, Davidov S., Nikolov B., Kalvelis D. A., Gano G. etj.).

Në shumicën e rasteve u vërejt se dhëmbët ishin të retenuar nga 3-8 vjet. Kjo rrethanë ndikoi negativisht në zhvillimin e sistemit dentar dhe kockor të nofullave, pra ishin shkatëruar ndryshime të dukshme në arkun dentar, që shprehej me ngushimin e hapësirës së vendit të dhëmbit të retenuar nga 1/2-2/3 e gjërësisë së dhëmbit përkatës.

Ngushtimi i hapësirës interalveolare mendojmë se ishte shkatëruar nga forca vepruese e koronës së dhëmbit të retenuar mbi sipërfaqen me-diane ose laterale në 2/3 e pjesës proksimale të rrënjës së dhëmbit fqinj. Këto ndryshime përputhen plotësisht me ligjet fizike. Në të të raste, korona mbështetej në sipërfaqen vestibulolaterale të dhëmbit fqinj. Kjo



Fig. 1

Reteninim me mezo rotacion



rethanë krijoi mundësinë e veprimit të forcës me efekt rotullues dhe gvendosje të dhëmbit në drejtim të defektit. Në të gjitha këto raste, krahas reduktimit të vendit të dhëmbit të retenuar, u konstatua dhe shkurtimi i arkut dentar, (fig. 2) si pasojë e spostimit mezial të dhëmbëve të anës ku lokalizohet dhëmbi i retenuar.

Në tetë raste të tjera u konstatua një tuberozitet në anën vestibulare të dhëmbit të retinuar, në dy prej tyre, në arkun dentar, hapësira ishte e ruajtur dhe në gjathtë të tjerët ishte e ngushtuar. Në dy raste, këto ndryshime konstatoheshin në anën palatinale dhe shoqëroheshin me ndryshime të njëjta.

Në dy raste, hapësira midis dhëmbëve ishte e ruajtur dhe dhëmbët kishin drejtim oblik, por dalja e tyre pengohej nga ndryshimet kockor të kryera pas ekstraksionit të parakohshëm të dhëmbit të qumështit. Trashësia e septumit interalveolar në këtë region ka qenë 2-3 mm. (fig. 3).

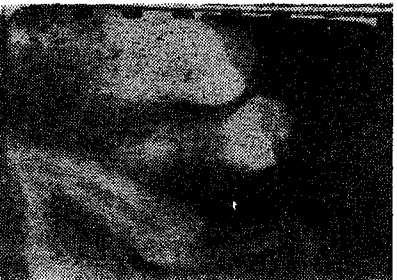


Fig. 2  
Reduktim i vendit

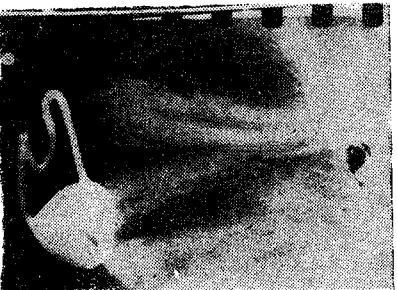


Fig. 3  
Qëndrim oblik. Hapësira e ruajtur. Septumi interalveolar 2-3 mm.

Vetëm në dy pacientë u gjetën më shumë se dy dhëmbë të retenuar, ndërsa katër kishin qëndrim oblik për arsye të denkoideve që iu kishin dalë si pengesë në rrugën e tyre. Krahas mbështetjeve në studimet e të dhënave etiopatologjike të ndryshimeve anatomico topografike të regjionit përkatës, (ku shtrihet dhëmbi i retenuar) dhe moshës së pacientit, është përdorur dhe metoda selektive dhe e vegantë për çdo rast.

Sot pranohet se trajtimi i dhëmbëve të retenuar realizohet me ndihmën e metodave të ndryshme ortodontike dhe kirurgjikale-ortodontike (Monteil M., Nikollov B., Callolihen V. E., Prodonov Ct., Toromanov D., Adam M. e bp., Davidov S., Qano G.)

Duke u mbështetur në të dhënat individuale të secilit rast është

zgjedhur dhe metoda përkatëse, duke e gjykuar si më të përshtatshme e më rezultative. Kështu në 88,47% të pacientëve janë përdorur metoda ortodontike dhe në 11,53% të rasteve janë përdorur metoda kirurgjikale-ortodontike.

Pacientët, në përgjithësi, janë kontrolluar në çdo shtatë ditë dhe në vartësi nga ndryshimet e përfuturara, është vijuar aktivizimi me ndihmën e aparatit. Nganjëherë, të shtyrë nga rezultatet e arritura, nëpërmjet aparateve të lëvizshme dhe shlyrëzimi i plojë i këtyre mundësisve, është bërë zëvendësimi me aparate të palëvizshëm. Rezultatet e kurës janë arritur pas një kohe prej 6-9 muajsh. Koha nga fillimi i mjekimit deri në daljen e dhëmbit të retenuar në nivelin e gingivës ka qënë në vartësi të lartësisë, thellësisë, shkallës së devijimit nga drejtimi vertikal, si dhe nga përfitimet neurofike individuale, të realizuara nëpërmjet ngacmimeve neuroreceptive në regjionin e dhëmbit të retenuar me ndihmën e aparateve të ndryshme (Prodonoc Ct.).

Në të gjithë rastet, që kanë pasur ngushim të vendit në arkun dentar me përmasa sa 1/2 e gjërësisë së dhëmbit të retenuar, është përdorur monobloku me zgjatim plastmase, në hapësirën e vendit që mungon dhëmbi dhe vidë zgjeruese për zgjerimin e arkadës dentare. Trashësia e zgjatimit gjithmonë është përgatitur me madhësi të tillë që mbi sipërfaqen e saj, dhëmbët antagonistë të takonin në mënyrë, që gjatë funksionit për-typës, këta të fundit, duke vepruar mbi zgjatimin e plastmasës, të ngacmonin indet që mbulonin dhëmbin e retenuar dhe vetë atë.

Nga të dhjetë rastet e trajtuara me monoblok me zgjatje plastmase në gjashtë raste, vida është vendosur lateralisht sa më afër dhëmbit të retenuar, sepse këta pacientë, kaninet e retenuar i kanë pasur në njërën anë. Vida u vendos kështu me qëllim që forcat më të mëdha të vepronin nga ajo anë e arkadës dentare ku ndodhet dhëmbi i retenuar. Në katër raste, që kishin inciziva central të retenuar, vida u aplikua në mezin e aparatit, që përkon me rafe mediane palatinae; kjo për arsye të veprimit të forcave në mënyrë të barabartë në të dy anët e arkadës dentare. Qëllimi është realizuar pas një kohe prej 4-5 muaj.

Pacienti D. P., vjeç 11, kërkoi ndihmën ortodontike më 24.I.1972, për shkak të mungesës së incizivit qëndror sipër majtas <sup>1</sup>Prindërit kishin bindje se fëmija e kish dëmtuar dhëmbin pas një trauma. Në ekzaminimin klinik u konstatua ngushtim i hapësirës së procesit alveolar, midis lateralit të anës së majtë e centralit të anës së djathtë sipër, të cilët me koronat e tyre, kishin devijuar në anën e defektit. Pacienti nuk fliste pastër.

Në ekzaminimin radiologjik u vërejt hijsa e incizivit qëndror me pozicion pak oblik, rrënja e të cilit ndodhej mbi atë të lateralit, sipër majtas. Këtuji të fundit i shkakonte dhe një disko rotacion.

Pas studimit të analizave të moleve u konkludua që të vendosej monoblok me vidë zgjeruese në mezin e aparatit dhe me zgjatim plastmase në vendin e dhëmbit që mungonte. Aparati iu aplikua më 30.I.1972

dhe u aktivizua në çdo javë. Qysh në fillim, rezultatet ishin të mira dhe pas pesë muajve, dhëmbi i retenuar doli në anën vestibulare të procesit alveolar në supra okluzion. Për të arritur dhëmbi i retenuar deri në rrafshin e okluzionit, u përdor aparat i palëvizëshëm me ark labial dhe vetë dhëmbit të retenuar iu aplikua një unazë ortodontike me kroshe në anën vestibulare, të hapur në drejtim të margos gingivale. Në krye të çdo jave është kryer kontrolli i rezultatit dhe aktivizimi i aparatit. Pas katër muajve, ky dhëmb arriti rrafshin e okluzionit.

Me qëllim studimi, për të vënë në dukje ndryshimet e mundëshme periaplakale, është bërë ekzaminimi radiologjik i herëpashërshëm, gjatë mjekimit, janë vërejtur ndryshime në hapësirën periodontale në afërsi të apeksit. Pas heqjes së aparatit, rezultati ka qenë i qëndrueshëm dhe, pas pesë muajve të kontrollit, në hapësirën periodontale, ndryshimet ishin zhdukur (fig. 4, a, b, c).



Fig. 4  
Para mjekimit

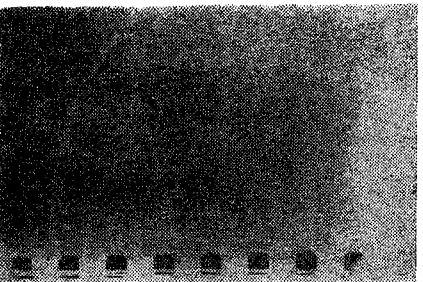


Fig. 5  
Gjatë mjekimit

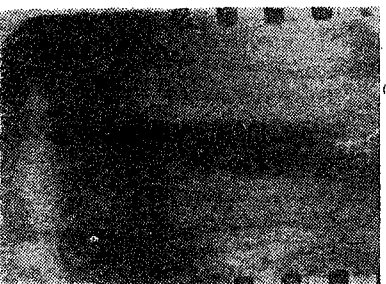


Fig. 6  
Pas heqjes së aparatit të retencionit.

Në tetë raste të tjera, tek të cilët dhëmbët e retenuar shtriheshin në pozicion oblik dhe me rrotullim rreth boshtit gjatësor të tyre, procesi alveolar ku ndodhej dhëmbi i retenuar, paraqitej me një ngritje mbi nivelin e gingivës në anën vestibulare. Duke u mbështetur në këto rrethana dhe me qëllim që të realizohet rrotullimi i dhëmbit u përdor një aparat me afësi profylaktiko-mjekuese, i përbërë prej një pllake qëllëze, me dhëmbë artificiale me përmasa të hapësirës së vendit ku mungonte dhëmbi. Pllaka e qëllzës plotësohet me një pellot (rafsn të pje-

rrië), i cili mbështetet në sipërfaqen vestibulare, mbi zonën e tuberoziketit, ku shtrihet dhëmbi i retenuar. Kjo gjë u aplikua me qëllim, që duke u aktivizuar dhëmbi, të realizonim rrotullimin e tij. Aktivizimi është kryer një herë në javë dhe pas 3-4 muaj u arritën rezultatet e prishëm, dhëmbët dolën në hapësirën alveolare dhe në pozicion normal.

Pacientja V. D., vjeç 19, u paraqit në klinikë me mungesë të karnit sipër djathtash 3. Në anën vestibulare u konstatua një tuberozitet, në radiografi dukej hieja e dhëmbit të retenuar në pozicion shumë pak oblik, rrotullim mezial dhe anadonci të lateralit po të asaj ane. Në arkun dentar ruhej vendi i dhëmbit. Më 19.I.1972, u aplikua aparati, duke u aktivizuar një herë në shtatë ditë dhe rezultati u arrit më 10.V.1972. Pas kësaj kohe ishte kontrolluar dhe disa herë dhe rezultati ka qënë i qëndrueshëm.

Në dy raste, tek të cilët dhëmbët e retenuar paraqiteshin drejt, u aplikua pllakë qielleze me një dhëmb artificial me madhësinë e hapësirës përkatëse. Pllaka ishte mbajtur për një kohë prej gjashtë muajsh, duke u kontrolluar në fillim në krye të çdo muaji dhe më vonë pas daljes së dhëmbit, pacientët janë kontrolluar një herë në javë për të shmanjur pengesën që krijohej nga dhëmbi artificial mbi atë të retenuarim. Progresivisht është bërë abrodimi gradual i atij të parit, duke krijuar hapësirën e nevojshme për këtë të fundit. Në këtë mënyrë, njëri dhëmb arriti rrafshin e okluzionit pas gjashtë muajve, kurse tjetri pas tetë muajve.

Për dy raste, që kanë pasur më shumë se dy dhëmbë të retenuar në nofullën e poshtëme dhe protrundim të dhëmbëve frontalë sipër, është përdorur pllakë qielleze me zgjatime plastmase. Këto zgjatime u adaptuan në mënyrë të tillë që të ngacmonin procesin alveolar të nofullës së poshtëme, ku shtrihet dhëmbi i retenuar. Pas tre muajve, në sipërfaqen e mukozës u shfaqën tuberkulat e dhëmbëve. Me këtë aparat u realizuan dy veprime: u retruduan dhëmbët frontalë, që ishin të protruduar dhe, si rezultat i ngacmimit, që shkaktomim zgjatimet e plastmasës, pas një kohe prej tre muajve, dhëmbët e retenuar u paraqitën në procesin alveolar. Më vonë në çdo shtatë ditë bëhej abrodimi i plastmasës deri sa dhëmbi arriti rrafshin e okluzionit.

Në dy pacientë, tuberoziteti i dhëmbit të retenuar u konstatua në anën palatinale me drejtim oblik. Në këto rrethana u aplikua pllakë qielleze me qëllim që të realizohet ngacmimi i dhëmbit të retenuar. Pas tre muajve, dhëmbët dolën në regjionin palatinal në afërsi të inciziveve laterale. Pas kësaj, në një kohë të dytë, pasi korona e dhëmbit doli me 1/2 e gjatësisë së saj, iu aplikua aparati i palëvizshëm, me anën e të cilit ngrihem okluzionin për t'u realizuar tërheqja e dhëmbëve në arkun dentar normal. Pas aktivizimeve të rregullta një herë në javë, brënda katër muajve u korrigjua njëri dhëmb dhe pas gjashtë muajve u korrigjua tjetri. Kjo varet nga largësia e dhëmbit që ndodhet në palatum. Pas heqjes së aparatit janë bërë kontrole dhe është konstatuar se gjëndja është stabilizuar.

Mjekimi i kombinuar kirurgjikal-ortodontik është përdorur vetëm në dy raste. Në njërin, hapësira e procesit alveolar ishte ngushtuar më

shumë se gjysma e gjërësisë së dhëmbit të retenuar dhe dhëmbi ndodhej në thellësi të pjesës kockore të alveolës, kurse në tjetrin, dalja e dhëmbit pengohej nga një dentoid i vogël (fig. 5).



Fig. 7  
Pengohet të shtrëgojë nga  
dentoidi.

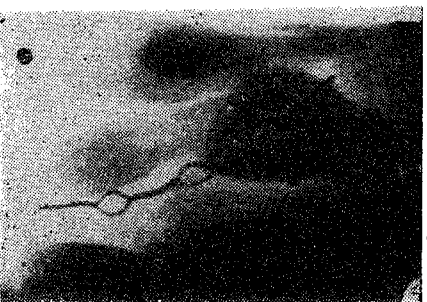


Fig. 8  
I. I retenuar në fillim të  
mjekimit

Në rastin e parë u bë ndërhyrja kirurgjikale, duke kryer ekstraksionin e incizivit lateral sipër majtas dhe heqja e pjesës kockore të procesit alveolar. Dhëmbi u kap me një ligaturë teji dhe u lidh në aparatën ortodontik të palëvizshëm. Tërheqja dhe afimi i dhëmbit në hapësirën e krijuar bëhej nëpërmjet shtretëngimit të ligaturës. Pas 6-7 muaj me aktivizime të rregullta çdo javë, dhëmbi arriti rrafshin e okluzionit. Pas kontrollleve të herëpashershme, nuk është konstatuar ndonjë ndryshim periapikal, dhëmbi ruan pozicionin normal (fig. 6, a, b, c).



Fig. 9  
Gjatë mjekimit

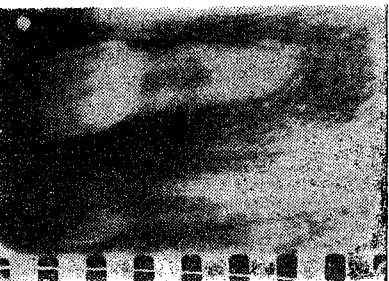


Fig. 10  
Shtatë muaj pas heqjes  
së aparatit të retencionit.

Në rastin tjetër, pasi u bë ekstraksioni i dentoitit dhe heqja e pjesës kockore të procesit alveolar, u veprua më gjatë si në rastin e përshkuar më sipër.

Në të gjitha rastet ishte bërë një punë paraprake me pacientët, të cilëve u ishin bërë të garta disa nga problemet që do të dilnin në etapat e ndryshme të mjekimit si dhe detyrat e tyre në vijim të mjekimit. Si pasojë ata kanë bashkëpunuar me ne.

### K O N K L U Z I O N E

1) Dhëmbët e retenuar ndeshen më shpesh në nofullën e sipërme dhe më pak në nofullën e poshtme. Këta përbejnë 10,98% të anomalive dento maksillo-faciale në nofullën e sipërme 91,67%; në të poshtmen 8,31%.

2) Në vartësi nga ndryshimi i shtirjes së dhëmbit, në lartësi, thellësi dhe nga raportit me dhëmbit fqinj, koha e mjekimit zgjat 6-9 muaj.

3) Dhëmbët e retenuar më shpesh mjekohen me ndërhyrje ortodontike, rastet më të komplikuarra mjekohen me ndërhyrje kirurgjikale-ortodontike. (Mjekimin ortodontik e kemi aplikuar në 88,47% të rasteve, kurse atë kirurgjikal ortodontik në 11,53% të rasteve).

4) Në metodat ortodontike për t'u preferuar janë aparatet e lëvizshme, sepse janë më komode, higjienike, estetike, funksionale dhe japin rezultate të mira.

### B I B L I O G R A F I A

- 1) Adam M. e bp.: Ortodontia 1951. Përkthim shqip. Tiranë 1964.
- 2) Callolithin V.E.: K metodike legenia anomalnovo pollozhenia vjernihik klukov i bokovih rezsov b postojanom prikuse pri tesnom pollozhenii zubov. Stomatologija, Moskva 1964, 3, 56.
- 3) Davidov S.: Ortodontia. Sofia 1964, 177.
- 4) Kalvelis D.A.: Ortodontia. Moskva 1964, 156.
- 5) Montell M.: Préparation orthodontique préalable à la désinclusion par les appareils amovibles actifs.
- 6) Montell M.: La mise en place de la canine incluse par les appareils amovibles. Revue belge de médecine dentaire 1971, 4, 537.
- 7) Nikolov B.: Leebno — profilaktični meroprijatija pri retencija na zebi. Stomatologija, Sofia 1968, 5, 409.
- 8) Prodanov Ct.: Sllucgai za legenia na retenirani zebi c drozneshia plasiinka. Stomatologija, Sofia 1961, 2, 59.
- 9) Gano G.: Kirurgjia stomatologjike. Tiranë 1971, -03. (Kapitulli IV).
- 10) Roger X. O'Meyer: Conduite à tenir par l'orthodontiste devant une canine supérieure incluse vestibulaire au palatine. Revue Belge de médecine dentaire 1971, 4, 491.
- 11) Toromanov D.: Sessdovane mjesto za retenirani zebi. Stomatologija, Sofia 1967, 1, 69.

S u m m a r y

**A STUDY ON RETAINED TEETH AND THEIR TREATMENT**

The paper discusses 26 cases of retained teeth located on the upper jaw in 91.67% of the cases and on the lower jaw in 8.33%. Most often the canine teeth are retained, then the central incisives, then the others.

The author discusses the etiological factors in the cases taken for the study, as well as the position of the teeth, which in the larger part of the cases is oblique.

For the treatment of this pathological condition was used the orthodontic treatment in 88.47% of the cases and the surgical orthodontic methods in 11.53%.

Among the orthodontic methods preference is given to mobile apparatus which irritate the teeth and hasten their appearance; besides that they are more convenient, more functional, hygienic and aesthetic.

R é s u m é

**ETUDE SUR LES DENTS RETENUES ET SUR LEUR TRAITEMENT**

L'article traite de 26 cas de dents retenues localisées dans les mâchoires supérieure et inférieure respectivement dans la proportion de 91,67% et de 8,33%. Les cas les plus fréquents de dents retenues concernent les canines, puis les incisives et enfin les autres dents.

L'article décrit les facteurs étiologiques des cas étudiés ainsi que la position des dents, qui, dans la plupart des cas, était oblique.

Pour le traitement de cet état pathologique, il a été appliqué un traitement orthodontique et des méthodes orthodontiques chirurgicales, respectivement dans 88,47% et 11,53% des cas.

En ce qui concerne les procédés orthodontiques, il convient de préférer les appareils mobiles qui irritent les dents et hâtent leur apparition; de plus, ils sont plus commodes, fonctionnels, hygiéniques et esthétiques.

## VAKUUM EKSTRAKTOR NË PRAKTIKËN OBSTETRIKALE

— RAHIM GJIKA —

(Spitali Obstetrik — Gjinëkologjik Peshkopi. Drejtor Dr. R. Gjika)

Të gjithë autorët sot janë të mendimit se vakuum ekstraktor është një pasurim i konsiderueshëm i instrumentarit obstetrikal.

Në spitalin tonë, vakuumi është futur në përdorim gjuhë prej gjashë mujorit të dytë të vitit 1970, duke përfshirë këtu dhe gjashë mujorin e dytë të vitit 1973. Gjatë kësaj periudhe janë kryer 102 vakuum ekstraktor, nga të cilët dy përfunduan me forceps.

Ekzaminimet janë kryer lidhur me shpeshësinë e vakuumit, moshën e grave, partitën, indikacionet, nivelin e pjesës së paraqitur, madhësinë e hapjes së gafës së mitrës, kohën e zgjatjes së ndërhyrjes, numërin e tërheqjeve, sasinë e humbjes së gjakut pas lindjes, dëmtimet traumatike të indëve të buta tek nënat, peshën e të porsa lindurve, gjendjen e tyre menjëherë pas lindjes si dhe vdekshmërinë perinatale.

## R E Z U L T A T E T

1) *Shpeshësia*: — Sipas të dhënave të literaturës, shpeshësia e vakuum ekstraktor është paraqitur në pasqyrën nr. 1. Në spitalin tonë, gjatë periudhës tre-vjeçare, në rreth 1571 lindje, janë kryer 102 vakuum ekstraktor, domethënë në masën 6,49%, siç tregohet në pasqyrën nr. 2. Shpeshësia e kësaj ndërhyrjeje është e ndryshme për autorë të ndryshëm, duke u lëkundur nga 23,90% (Braga V. e bp.) e gjer në atë 10% (Wider A. e bp.).

2) *Mosha e grave*. — Në pasqyrën nr. 3 është paraqitur mosha e grave, që kanë kryer vakuum të ndarë në grup moshë nga 21-25 vjeç e gjer në 40 vjeç. Në materialin tonë, rastet më të shpeshta janë takuar në atë 26-30 vjeç (24 raste), ndërsa nga të dhënat e literaturës më shpesh janë kryer në moshën 21-30 vjeç (Andreas H., Finkel M. A. e bp.).

3) Partitë i grave, tek të cilat është kryer vakuumi, është paraqitur në pasqyrën nr. 4, të ndarë në primipare, sekundipare dhe pluripare. Rastet më të shpeshta janë takuar në grupin e fundit (55 gra). Sipas



të dhënave të autorëve rezulton se më shpesh janë kryer në gratë primipare (Andreas H., Ermakova A. Ja. e bp., Frohler M. L. e bp., Warm R. e bp.) dhe më pak në ato pluripare (Bednar A.).

Pasqyra nr. 1.

Shpeshësia e vakuum ekstraktorit sipas të dhënave të literaturës

Autori	Vendi	Periudha	Lindjet	V. ekstraktor	Përqindja
Braga e bp.	Lugoj (Rumani)	1959—1963	3213	768	23,3
Ermakova e Timoshenko	Lvoov (B.S.)	—	706	70	6,2
Gheorghiu e Popescu	Rumani	1959—964	5000	200	4,0
Gjylbeuq I.	Tirane	—	22.700	763	3,4
Gaticij	B.S.	1962—963	3.824	218	3,4
Ghosen e Read	Beyrouth	1959—962	9.300	100	1,0,75
Inzirillo	Gorizio	1964—966	1.410	125	8,6
Wider e bp.	New York	1961—964	20.056	201	1,0
Kaparthj	Baja(Hungari)	1962—963	1975	122	6,1
Leizinger	Linz	1959—963	10.406	257	2,44
Lembrych e bp.	Poloni	1960—968	16.461	836	5,03
Maistrom	Suedi	1953—961	—	1020	5,0
Oswald	Gjermani	1956—960	1312	80	6,1
Schmidt e bp.	Weimar	1960—1962	1935	84	4,3
Schenker e bp.	Jerusalemi	1962—1965	5364	300	5,7
Sirtu e bp.	Rumani	1959—963	8496	456	5,48
Sternbeck	Gjermani	18 muaj	2638	100	3,79
Vujic	Zagreb	1961	1188	203	12,2
Materiali ynë	Peshkopi	1970—1973	1571	102	6,4

4) Indikimet e përdorimit të vakuumit paraqiten në pasqyrën nr. 5 të ndarë në dy grupe kryesore: në ato amtare, që përbëjnë pjesën kryesore të tyre 62,90% dhe në ato fetale në masën 37,10%. Midis grupeve të veçantë në indikacionet amtare, dobësitë e forcave të lindjes përbëjnë 37,20% dhe në ato fetale, asfiksitetë intrauterine genë në masën 31,20%. Pak a shumë një ndarje të tillë japin edhe autorë të tjerë (Capello F., e bp., Coja N., Inzirillo G., Kepp R. e bp., Krabisch H., Roman I.).

Lidhur me indikimet e vakuumit, disa autorë i ndajnë në grupe të ndryshme si amtare, fetale dhe të përziera (Popa e bp.). Sipas Eyselbauer (cituar nga Jaluvka) ndahen në amtare, fetale, profliaktike dhe specifike nër vakuum ekstraktor; ndërsa Martius (cituar nga Schmidt e bp.) i ndan në tre grupe kryesore: zëvendësimin e forcëpsit në dalje, në urgjenca të obstetrikale dhe në sëmundjet e nënave.

\*Pasqyra nr. 2

Shpeshësia e vakuum ekstraktorit në materialin tonë të ndarë sipas viteve

Viti	Lindjet në tëftsi	Numëri i vakuumëve	Përqindja
Gjysha e dytë e vitit 1970	231	15	6,4
1971	510	22	4,3
1972	503	42	8,3
1973 (Gjysha e parë e tij)	327	23	7,0
Shuma	1571	102	6,4

## Mosha e grave

Pasqyra nr. 3

Mosha	Primipare	Pluripare
Gjer 20 vjeç	18	1
21—25	11	11
26—30	4	20
31—35	2	14
36—40	—	17
mbi 40	—	4

Pasqyra nr. 4

## Parteti i grave që lindën me vakuum ekstraktor

Parteti	Numëri i rasteve
Primipare	35
Sekundipare	12
Pluripare	55

5) Niveli i pjesës së paraqitur përshkruhet në pasqyrën nr. 6, në të cilën vërehet se pjesa më e madhe e rasteve e ka pasur atë në dalje (në masën 43,20%). Një fakt i tillë cihohet nga shumica e autorëve të huaj (Kepp L. e bp., Lembrvoh S. e bp., Schenker J. G. e bp., Warm R. e bp.). Ka dhe autorë të tjerë që në statistikat e tyre, rastet më të shumta e kanë pasur pjesën paraqitëse në kavitet (Earn A. A., Kaparthy L., Leizinger E. e bp., Schmidt A. e bp.).

6) Madhësia e hapjes së gafës së mitrës paraqitet në pasqyrën nr. 7, në të cilën pjesa më e madhe e rasteve të përdorimit të vakuumit kryhet në hapje të plotë të saj (52%/0). Një fakt të tillë e cihojnë edhe të dhënat e autorëve të tjerë: Froher M. L. e bp. 71%/0 në hapje të plotë të gafës së mitrës, Andreas H. 70 nga 86 raste gjithsej, Kaparthy L. 92,5%/0 të rasteve, Wider A. e bp. 150 nga 201 raste, Kepp L. e bp. 75 nga 104 raste, ndërsa Schmidt e bp. 68 nga 84 raste.

Pasqyra nr. 5

## Indikacionet e zbatimit të vakuum ekstraktorit

Lloji i indikacionit	Nr.	Përqindja
Amtare	38	37,2
Dobësi e forcave të lindjes	2	1,9
Endometrit gjatë lindjes	3	2,9
Toksikoza të barrës	11	10,7
Gjendje pas seksiove	6	5,8
Sëmundje të zemrës	4	3,8
Primipare atempate		
Fetale		
Asfiksi intrantertine	32	31,2
Pararritje e pjesëve të vogla dhe kordantit të kërthizës	4	3,9
Vendosje patolojike e pjesës së paraqitur	2	1,9

## Pasqyra nr. 6

## Niveli i pjesës së paraqitur

Niveli	Numëri i rasteve	Përqindja
Hyrie	15	14,7
Kavitet	43	42,1
Dalje	44	43,2

7) Zgjatja e ndërhyrjes së vakuum ekstraktorit është paraqitur në pasqyrën nr. 8, të ndarë në diferencë pesë minutash, ku pjesa më e madhe e tyre u krye në kohën nën 5 minuta (47<sup>0</sup>/). Lidhur me kohën e kryerjes së ndërhyrjes, statistikë e autorëve të huaj japin pak a shuëm të njëjtat rezultate: Frohler M. L. e bp. referojnë për kryerje nën pesë minuta në masën rreth 51<sup>0</sup>/ të rasteve, Kaparthy L. në 45<sup>0</sup>/, Schenker I. G. e bp. 158 nga 300 raste gjithsej, Warm R. e bp. 370 nga 735 raste gjithsej; ndërsa raste të rralla citojnë për kryerje në një kohë mbi 15 minuta (Braga V. e bp.).

8) Numëri i tërheqjeve është paraqitur në pasqyrën nr. 9, në të cilën vërehet se pjesa më e madhe e rasteve është kryer me 3-5 tërheqje (41,2<sup>0</sup>/). Sipas Ruth (citur nga Andreas H.) nuk lejohet të kryhen më shumë se 10-12 tërheqje me anë të vakuum ekstraktorit.

## Pasqyra nr. 7

## Madhesia e hapjes së gafës së mitrës

Madhesia e hapjes	Numëri i rasteve	Përqindja
-------------------	------------------	-----------

Zëjerimi i gafës gjër në 5-6 cm.	13	12,7
Hapja gati e plotë	36	35,3
Hapja e plotë e gafës së mitrës	53	52,0

## Pasqyra nr. 8

## Zgjatja e ndërhyrjes së vakuumit

Koha	Numëri i rasteve	Përqindja
Gjër në 5 min.	48	47,0
6—10 min.	36	34,7
11—15 min.	9	8,9
16—30 min.	6	5,8
mbi 30 min.	3	2,9

9) Sasia e gjakut të humbur në periudhën post natale është paraqitur në pasqyrën nr. 10, në të cilën vërehet se pjesa më e madhe e rasteve pati një hemorragji në masën nën 250 ml. (74,5<sup>0</sup>/ të rasteve). Nga të dhënat e literaturës rezultoi: Ermakova A. Ja. e bp. në masën nga

400-1000 ml. (32,4/0), Murrallieva H. E. nga 400-500 ml. 47 nga 200 raste, ndërsa Warm R. e bp. gjërr në 500 ml. referon në materialin e tij për 51/0 të rasteve. Arsyëja që në rastet tona ka një përqindje të madhe me një sasi të pakët hemoragjive (nën 250 ml.) qëndron në faktin se është përdorur në mënyrë sistematike metergina iv. menjëherë pas kryerjes së vakuimit.

Pasqyrra nr. 9

Pasqyrra nr. 10

Numëri i tërheqjeve

Sasia e hemoragjisë së peridhës së pas lindjes

Numëri i tërheqjeve	Numëri i rasteve	Përqindja	Sasia e hemoragjisë	Numëri i rasteve	Përqindja
1-3	35	31,3	nën 250 ml.	76	74,5
3-5	42	41,2	250-500 ml.	12	11,6
mbi 5	25	24,5	500-1000 ml.	9	8,7
			1000-1500 ml.	5	4,9

10) Dëmtimet traumatike të indeve të buta paraqiten në pasqyrën 11, ku epiziotomitë zenë rreth 14,7/0 të rasteve. Sipas të dhënave të autorëve të tjerë, epiziotomitë paraqiten në masën më të madhe gjatë përdorimit të vakuimit: Frohler M. L. e bp. 54 epiziotomi në 374 ndërhyrje, Ghosn G. e bp. në 26/0 të rasteve kanë përdorur epiziotominë, Schenker J. G. e bp. 17,8/0, Wider A. e bp. në 44 epiziotomi nga 201 ndërhyrje. Pothuajse të gjithë autorët sot janë të mendimit se dëmtimet traumatike të indeve të buta tek nënat nga vakuum ekstraktor janë më të pakta në krahasim me forcepsët obstetrikale (Capello F. e bp, Gheorghiu N. N. e bp, Malmstrom A. T. G.).

Pasqyrra nr. 11

Dëmtimet traumatike të indeve të buta.

Lloji i dëmtimit	Numëri i rasteve	Përqindja
Epiziotomi	16	14,7
Çarje perineumit	3	2,9
Çarje e vaginës	2	1,9
Çarje e gafës së mirrës	3	2,9

11) Peshja e fëmijve të porsalindur paraqitet në pasqyrën nr. 12 në të cilën vërehet se në 54,8/0 e rasteve të zbatimit të vakuum ekstraktorit, fëmijët kanë qënë në peshë nga 3001-3500 gr., ndërsa premturët përbënin vetëm 4,8/0 të rasteve. Po t'u referohemi të dhënave të au-

torëve të tjerë, del se fëmijë me peshë 3001-3500 gr. Warm F. e bp. kishte në masën 420/0. Wider A, e bp. nga 201 raste të vakuumit, 83 fëmijë i kishte me peshë nga 3000-3499 gr., ndërsa Postuhova I. A. cifton 50 raste të vakuumit vetëm katër fëmijë premature.

## Pasqyra nr. 12

## Peshë e fëmijve të porsalindur

Peshë e fëmijve	Numëri i rasteve	Përqindje
Gjer në 2000 gr.	1	0,9
2001 — 2500 gr.	4	3,9
2501 — 3000 gr.	24	23,5
3001 — 3500 gr.	56	54,8
3501 — 4000 gr.	12	11,7
mbi 4000 gr.	5	4,9

12) Indeksi sipas Apgar në fëmijët e lindur me vakuum ekstraktor është dhënë në pasqyrën nr. 13, në të cilën vërehet se në gjendje të mirë kanë lindur masa më e madhe e tyre (52,30/0). Indeksi i të porsalindurve është përcaktuar vetëm për fëmijët e lindur që nga viti 1972 e këndej.

13) Vdekshmëria perinatale është paraqitur në pasqyrën nr. 14, në të cilën shihet se në materialin tonë ajo është në masën 3,90/0.

## Pasqyra nr. 13

## Indeksi Apgar

Grupi	1972	1973	Totali	Përqindja
A (10—7)	18	16	34	52,3
B (6—4)	20	6	26	40,0
C (3—0)	4	1	5	7,7
			65	

## Pasqyra nr. 14

## Vdekshmëria perinatale

Autori	Numëri i rasteve	Vdekjet në përqindje
Bednar A.	71	4=5,6
Finkel M.A. e bp.	110	4=3,64
Ghosi G. e bp.	1000	62=6,2
Gunther H. e bp.	455	22=4,83
Jahvka Vl. e bp.	373	23=6,16
Wider e bp.	201	6=3,0
Lancel M.	310	10=3,2
Murzaljeva H. E.	200	7=3,5
Schenker J. G. e bp.	300	5=1,6
Schmidt A. e bp.	82	4=4,8
Materiali ynë	102	4=3,9

14) Ndërshimi i raportit të sekciove dhe forcepseve me përdorimin e vakuumit, në krahasim me periudhën tre-vjeçare të mëparëshme me puthuajtse të njëjtën sasi lindjesh në rastet tona, rezulton të kenë rënë si sekciot nga 6,25% në 5,40% ashtu dhe forcepset nga 10% në masën 0,70%.

## D I S K U T I M

Lidhur me parimet e përgjithshme, si në çdo ndërhyrje tjetër obstetrikale, edhe në zbatimin e vakuumit janë pasur parasysh disa rregulltaria kryesore: tërheqja është bërë vetëm nën kontroll, mundësisht pa u zgjatur ndërhyrja më se 15 minuta, gafa e mitres e hapur së paku 5-6 cm.: mënjanimi i kombinimit të vakuumit me forcepsin dhe gjatë ndërhyrjes dhëna e oksigjenit. Në rast se do të respektohen me rreptësi këto rregulla ka mundësi të mënjanohen dëmtimet e trunit dhe vatrësli i ekstraktori të bëhet me të vertetë një metodë plotësuese operatorë e kuum ekstraktori të bëhet me të vertetë një metodë plotësuese operatorë e lindjeve (Igel H. e bp.). Në rastet e vështira, kërkohet që vakuum një-traktori është kryer në mënyrë të ngadalëshme e gradualë, Brenda një-kohë sa në të shkurtyr, duke siguruar një aktivitet sa më të mirë kontraktues, tërheqja është bërë me anë të manzhetës në mënyrë vertikale.

Gjatë përdorimit të vakuum ekstraktorit përdoren tre lloje tërheqjesh: e menjëhershme në indikacionet fetale, sinkrone me kontraktionet uterine (lloji më i shpesh të tyre) dhe në mënyrë të vazhdueshme (mundësisht në fëmijët e vdekur — ekuivalent me forcepsin kra-nio-kutan). Gjatë tërheqjes së menjëhershme kërkohet të ndihmohet me anë të Kristeler. Tërheqjet e vazhdueshme nuk janë fiziologjike dhe prandaj në fëmijët e gjallë nuk përdoren. Gjatë tërheqjes, në çdo rast, këshillohet të ndiqet linja e drejtimit dhe mekanizmi i lindjes dhe, në rast se nuk respektohen këto, arrihet në shkëputjen e manzhetës nga pjesa e paraqitur (Sternbeck R., Willgerodt e bp.). Vakuum ekstraktori është një mënyrë ndërhyrjeje, gjatë së cilës në tërheqje ndihmojnë vetë kontraktionet uterine, shërziermet, Kristeler dhe, në të njëjtën kohë, edhe epiziotomia.

Përgjithësisht me futjen në përdorim të tij, indikimet genë të zgjedhura dhe fillimisht, numëri i ndërhyrjeve obstetrikale, si pasojë, u rrit shumë, ndërsa në një periudhë të dytë (në atë të stabilizimit), vakuumi triumfoi mbi forcepsin, por humbi mbi atë të lindjeve normale (Ghosn G. e bp.). Krijtjen e ndërhyrjeve obstetrikale një pjesë e autorëve e shikojnë në lehtësi e instrumentit, ndërsa Stech këtë rritje e shikon shumë autorë kanë abuzuar me indikacionet e tij dhe, disa herë, kanë shkuar aq larg sa atë e kanë përdorur në dobësitë e forcave të lindjes tane nuk duhen rregulluar me një polipragnhazi operatorë, por detyrë me rëndësi e njëkut obstetër është që ti drejtojë ato me plasjen e parakeshëme të membranave amniotike me stimulues (cituar nga Jaruva VI.).

Çili është mendimi i sotëm lidhur me raportin midis sekcios e

forcepsit pas futjes në përdorim të vakuumit ekstraktorit? Për këtë çështje sot ka dy mendime: disa janë për atë që shpeshësia e sekciove ka mbetur në vend, ndërsa forcepsit kanë rënë, duke u nisur nga fakti se vakuumi ekstraktori nuk ka indikime të përbashkëta me sekcio, por e ka zëvendësuar pjesërisht forcepsin dhe nga të dhënat statistikore rezulton se forcepsit kanë rënë nga 1,70% në 0,49% (Braga V., e bp.), nga 3,80% në 0,71% (Gromotka R. e bp.), nga 6,82% në 4,53% (Inzivillo G.), nga 2,90% në 0,69% (Lembrych S. e bp.), në 0,34% (Leizinger e bp.), nga 4,00% në 0,29% (Popa A. e bp.), nga 2,50% në 1,90% (Sternbeck D.); Vegë rënies së forcepsve është vënë re edhe rënia e shpeshësisë së sekciove dhe pikërisht nga 2,80% në 1,90% (Feuerstein H.), nga 6,70% në 4,90% (Popa S. e bp.) dhe nga 4,90% në 2,90% (Vujić J.). Në vrojtimet tona rezultoi se ka pasur rënie si në sekcio të ashtu dhe në forceps: sekcioi kanë rënë nga 6,250% në 5,40%, ndërsa forcepsit nga 10% në 0,70%. Kjo ka ndodhur për arsye se në rreth 10,70% të rasteve ne e kemi përdorur vakuumin në gratë e cezarizuara më parë; në këto raste kishte mundësi të kryhej sekcio (koka në hyrje me membrana të pasura). Por fakti se të gjitha rastet koka shkuar mirë dhe nuk ka pasur asnjë vdekje në të porsalindurit vërteton edhe një herë mendimin se me një teknikë korrekte edhe në këto raste vakuumi mund të përdoret me sukses.

Të dhënat për përdorimin e vakuumit në gjendjet pas sekcios ende janë të pakta, megjithatë, sipas Hochuli e Stockli, vakuumi zbatohet në këto raste me qëllim që të bjerë rruptura e cikatrixes; zbatimi bëhet në fund të perituhës së dilatacionit, duke mënjanuar, në këto raste, Kristeler (cituar nga Oswald H.).

Dëmtimet traumatike të indëve të buta, në materialin tonë, ishin në shifra të ulta. Në të njëjten kohë edhe hemorragjitë patologjike në vakuumet zunë një vend të parëndësishëm (13,60%) dhe këto raste, për mendimin tonë, nuk janë pasojë e vakuumit sesa e gjendjeve patologjike gravidike (gjendjet pas sekciove të mëparshme).

Lidhur me çështjen e raportit midis vakuumit dhe forcepsit si dhe indikacioneve të përdorimit të tyre ende ka polemikë. Lidhur me këtë thuhet se vakuumi e ka zëvendësuar krejtësisht forcepsin në dalje dhe pjesërisht në kavitet (Wolter F.). Mundësia e përdorimit të forcepsit apo e vakuumit qëndron në faktin se një pjesë e autorëve në asfiksitetë fetale të rënda preferojnë më shumë forcepsin si më të shpejtë e më të sigurtë. Por ka autorë që nuk misen aq nga gjendjet fetale sesa nga niveli i pjesës së paraqitur: kur kjo e fundit ndodhet në kavitet përdoret forcepsit, ndërsa në se është në dalje — vakuumi (Kaparthly L.).

Lidhur me kombinimin e vakuumit dhe forcepsit, në materialin tonë, kemi pasur vetëm dy raste (1,90%), ndërsa ka autorë që citojnë shifra më të larta 8,30% (Gromotka R. e bp.). Të kombinuarit e vakuumit me forceps, një pjesë e konsiderojnë si të dëmshëm për arsye të dopio-traumës, ndërsa të tjerë mendojnë se pjesën paraqitëse në mënyrë më të favorshme për forceps e sjell vetëm vakuumi (Jaluvka VI.). Por nëqoftëse pas vendosjes së vakuumit, lindja përfundon në sekcio, në këto raste duhet pohuar se indikimet e vendosjes janë krejt të gabuara (Jaluvka VI.).

Vakuum ekstraktor është përdorur me sukses edhe gjatë sekciove ce-

zare për tërheqjen e fetusit pa dhënë asnjë dëm në këtë të fundit (Dovrović V. e bp.).

Aparati i vakuum ekstraktorit, i propozuar nga Malmström më 1954, ka si anë të mirë për lehtësinë e përdorimit dhe të transportit, por ka edhe të metë, sepse kërkon një ndihmë për të pompuar, manometri nuk qëndron në fushën e pamjes së operacionit dhe sasia e vakuumit nuk është e mjaftueshme për t'u mbajtur, kështu bën që të shkëputet manzhetja nga pjesa e paraqitur. Kohët e fundit aparati iu bënë disa modifikime: duke iu siguruar pompimi automatik për 0.8 atmosfere brenda pesë sekondash me anë të njëres dorë dhe duke qëndruar manometri në fushën e pamjes; po ashtu në të është instaluar oksigjeni dhe një aparat për ringjalljen e të porsalindurve — Babbypulmotor (Temke I) ose në të është vendosur një kateter trakeal për të thithur mukozitetet e të porsalindurve (Moser R., Nowosad R. e bp.). Po ashtu manzhetja është zëvendësuar nga plastmas me qëllim për të parë madhësinë e tumorit të lindjes (Ganse R.).

Vakuum ekstraktori, si një metodë e ndërhyrjes obstetrikale, veç indikacioneve që u përmëndën më lart, ka edhe kundraindikime, që janë pak a shumë të përarta me ato të forcepsve: viciaturë pelvike, sidomos në dalje, fetus i madh, paraqitje të deflektuara (frontale e faciale), paraqitje fetale jo të angazhuara dhe lindjet parakohe. Si kusht për zbatimin e vakuumit konsiderohen: mungesa e ngushtësisë pelvike të theksuar, membrat amniotike të jenë të plasura, gafa e mirës të jetë e hapur së paku 5-6 cm., foetusi i gjallë, marrja pjesë aktive e gruas (në mënyrë sinkrone me tërheqjen të veprorjé edhe shtërzmët (Gjika R. — Obstetrika Tiranë 1970).

Duke u nisur nga të dhënat e literaturës dhe nga përvoja jonë relativisht e shkurtër mund të thuhet se vakuumi, sidomos duke u krahasuar me forcepsin, ka një seri avantazhesh, të cilët ndahen në mënyrë të veçantë për nënat, fetusin dhe operatorin.

Për nënat: morbiditeti amtar poshtë mjaft i ulur (dëmtimet traumë, hemorragjitë pas lindjes, pasojat e anestezisë së përgjithshme dhe temperatura pas lindjes).

Për fetuset: 1) Vdekshmëria perinatale është më e ulët sesa në forceps.

2) Vendoset edhe në qëndrimet lart kokës.

3) Koka e fetusit nuk shtypet bilateralisht si në forcepsët, por zgjatet e konfigurohet.

4) Kur ka pararenie të kordonit të kërthizës me hapje të plotë të gafës së mirës, lindja me vakuum ka mundësi të kryhet më shpejt sesa me sekcio.

5) Ka edhe raste që vakuumi zbatohet në vendosjet deflektive të kokës së fetusit (sidomos në atë kranial anterior).

Për operatorin: teknikisht është më lehtë për t'u mësuar dhe zbatuar, nuk ka nevojë për anestezi të përgjithshme dhe se pjesërisht e ka zëvendësuar forcepsin, por jo në mënyrë të plotë.



## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Andeas H.**: Vakuum — ekstraktor, Zentralblatt fur Gynakologie, 1973, 95, 13.
- 2) **Behnar A.**: Methode und Ergebnisse der Vakuum—extraktion nach Malmstrom an unserer Abteilung, Zentralblatt fur Gynakologie, 1964, 86, 673.
- 3) **Braga V., Salogiu D., Lazrel St., Tite G., Sandor I., Boalia A., Maria Bolomici;** *Experientia Materinitatii di Lugoi in aplicare vidextractiei in obstetrica in perioada anilor 1959-1963.* Obstetrica si ginecologia 1965, 5, 439.
- 4) **Capello F., Mengarda G.**: *La nostra esperienza sull'impiego del vacuum extractor.* *Minerva ginecologica* 1967, 18, 923.
- 5) **Coja N.**: Probleme ridicate de folosirea vidextractiei in practica obstetricala, *Obstetrica si ginecologia*, 1965, 5, 403.
- 6) **Dobrovici V.**: *Vidextractiei in cursul cesarientei abdominale.* *Obstetrica si ginecologia*, 1965, 5, 489.
- 7) **Earn A.A.**: An appraisal of Malmstroms vacuum — tractor (vacuum — extractor), *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1967, 99, 732.
- 8) **Ernakova A. Ja., Timoshenko L.V.**: *Viljanie Vakuum — Ekstraktii na mat i rebenka.* *Akusherstvo i ginekologia* 1965, 1, 65.
- 9) **Feuerstein H.**: *Geburts erleichterung und Geburtshilfe durch Vakuum — extraktion des Kindes.* *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 1960, 20, 8.
- 10) **Finkel M.A., Haliova M.I.**: *Vakuum Aparat v akusherskoj praktike Akusherstvo i ginekologia* 1965, 1, 88.
- 11) **Frohler M.L., Achtert H.**: Bericht uber die Vakuum extraction von 1961-1965 an der Frauenklinik der Karl-Marx-Universitat, Leipzig; *Zeitschrift fur arztliche Fortbildung* 1966, 399.
- 12) **Ganse K.**: *Uber einen neuen Vakuum-Griff-Extraktor aus Pyacryl.* *Zentralblatt fur Gynakologie*, 1961, 83, 133.
- 13) **Gheorghiu N. N., Alessandrina Popescu:** *Possibilitatile si limitele vidextractorului la nastere.* *Obstetrica si ginecologia* 1965, 5, 425.
- 14) **Ghosn G. et Raad J.**: *La vacuum extractor dans la pratique obstetricale.* *Revue Francaise de Gynecologie et d'obstetrique* 1964, 3, 199.
- 15) **Gjika R.**: *Obstetrika. Shtepia botuese «Naim Frasheri, Tiranë, 1970.* 378.
- 16) **Gjibogu I.**: *Rezultate e perdorimit te venduzes obstetrikale ne kliniken obstetrikale-ginekologjike te Tiranës (763 raste).* *Kumtësë-dorëshkrim.*
- 17) **Gromotka K. und Hammerstein I.**: *Bericht uber 550 Vakuum-Extraktionen unter besonderer Berücksichtigung des Misserfolges.* *Zentralblatt fur Gynakologie* 1963, 85, 895.
- 18) **Igel H., Kintzel H. W. und Eggers E.**: *Zum Vakuum-ekstraktion, Zentralblatt fur Gynakologie* 1963, 85, 916.
- 19) **Inzittillo G.**: *La nostra esperienza con il vacuum Retractor.* *Minerva Ginecologica* 1967, 19, 233.
- 20) **Jaluca VI.**: *Kritische Betrachtung einiges indikationes zur Vakuum Extraktion.* *Zentralblatt fur Gynakologie* 1966, 88, 1617.
- 21) **Jaluca VI.**: *Eine Analyse Vergeblicher Vakuum Extraktionen.* *Zentralblatt fur Gynakologie* 1966, 88; 1521.
- 22) **Jaluca VI. und Borgeanbas G.**: *Vakuum extraktion und Perinatale Mortalitat.* *Zentralblatt fur Gynakologie* 1966, 88, 1530.
- 23) **Kapathy I.**: *Über unsere Erfahrungen mit der Vakuum Extraktion.* *Zentralblatt fur Gynakologie* 1965, 87, 501.
- 24) **Kopp L. und Langer H.**: *Die Bedeutung des Vakuum extraktion fur klinik, Praxis und Lehre.* *Zentralblatt fur Gynakologie* 1963, 83, 1665.
- 25) **Krabisch H.**: *Anwendung und Erfahrungen mit der Vakuum-Extraktor.* *Zentralblatt fur Gynakologie nach Malmstrom.* *Zentralblatt fur Gynakologie* 1960, 82, 673.
- 26) **Lanceit M.**: *La ventouse obstetricale.* *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* 1966, 7/8, 589.
- 27) **Leinzinger E. und Lechner G.**: *Die vakuum Extraktion an der Landes-Frauenklinik Linz.* *Zentralblatt fur Gynakologie* 1963, 85, 895.
- 28) **Lembrych S., Goczolouk I., Myszor N.**: *Sposobzenia Wlasne nad Zastiesowanem prozmiocagu W poloznicwje.* *Ginekologia Polska* 1971, 42, 1311.

- 29) Lemke I. : Eine Einfache Möglichkeit der Untersuchunzungung für die Geburtshilfliche Vakuumextraktion. Zentralblatt für Gynäkologie 1961, 83, 1585.
- 30) Malinstrom A. T. G. : Vakuumextraktion. Zentralblatt für Gynäkologie 1963, 85, 824.
- 31) Moser R. : Eines neues injektor-saugerat für die Vakuum-extraktion mit Zusatzsystem für die Reanimation des Neugeborenen, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1972, 32, 131.
- 32) Murzaileva H. E. : Vakuum-extraktor v akusherskih praktike. Akusherstvo i ginekologia 1965, 1, 73.
- 33) Nowosed K., Resczynski A., Weinbrenner L., Krzaklewski S. : Erfahrungen mit der Anwendung eines eigenen Modells der Vakuum extraktor. Zentralblatt für Gynäkologie 1970, 92, 185.
- 34) Oswald H. : Praktische Erfahrungen mit der Vakuumextraktion an Kleinen Geburtshilflichen Krankenhaus. Zentralblatt für Gynäkologie 1961, 83, 1077.
- 35) Papa St., Hescu A., Stelian A., Costelci G., Hescu L., Prodan M., Schopito P. : Aspecte achiale ale vidextractiei obstetricale. Obstetricia si Ginecologia 1965, 5, 385.
- 36) Papa A., Saler S., Mariana Stefanescu, Atozonorici M., Ptaseceva Chintlea, Tatiana Gheorghiu : Viextractiei In Materitataa Roitnului «Tudor Vladimirescu» Consideratii si an Repercusunile videextractiei asupra copii urmariti in teren. Obstetricia si Ginecologia 1965, 6, 503.
- 37) Postuhova I. A. Opit primeneniia Vakuum Ekstrakcii v pskovskom rodilnom dome i viljanie jevo na fiziceskoe razvitie detei. Akusherstvo i Ginekologia 1961, 3, 13.
- 38) Roman I. : Rezultate aplicarii vidextractiei in asistenta la nastere in Materitataa «Polizu» (1958-64) din Bucuresti. Obstetricia si ginecologia, 1965, 6, 491.
- 39) Schmidt A. und Godel E. : Praktische Erfahrungen mit der Vakuum-Extraktion. Zentralblatt für Gynäkologie, 1963, 85, 425.
- 40) Schenker J. G. and Serr D. M. : Comparative Study of delivery bei vacuum extractor and forceps, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1967, 89, 32.
- 41) Vujić J. : Indicationen und Vorteile der Vakuum-Extraktion, Zentralblatt für Gynäkologie, 1964, 85, 895.
- 42) Warm R., Achter H. und Schurer C. : Die stellung der Vakuum-Eksstraktion in der Heutigen Geburtshilfe, Zeitschrift für die ärztliche Fortbildung 1968, 62, 8.
- 43) Wider A., Selenk M. D., Erez and Sharies M., Steer : An evaluation of the vacuum extractor in a series of 201 cases, American Journal of Obstetrics and Gynecology 1967, 98, 501.
- 44) Willgerodt W., Andreas A. und Birke R. : Über vermeidbare Fehler bei der Technik der Vakuum-Extraktion, Zentralblatt für Gynäkologie 1964, 86, 1081.
- 45) Woker F. : Neuere Erfahrungen mit der Vakuum Extraktion, Zentralblatt für Gynäkologie 1960, 82, 1872.

## S u m m a r y

## VACUUM EXTRACTOR IN THE OBSTETRICAL PRACTICE

The author describes 102 vacuum extractions performed at the obstetrico-gynaecological hospital of Peshkopia during the period from the second semester of 1970 to the end of the first semester of 1973. This figure constitutes 6,4 percent of the overall number of deliveries during that period.

Vacuum extraction was used mostly in the age group of 26 to 30 and more often in pluriparae

The most frequent indications for vacuum extraction were: weakening of the expulsive forces of the mother, intrauterine asphyxia of the foetus and previous childbirth by cesarean operation.

As regards the level of the presenting part, vacuum extraction was performed mostly at the exit of the pelvis. As regards the dilation of the cervix, vacuum was applied when the cervix was completely dilated.

Mostly the operation was performed within 5 minutes, using an average 3-5 tractions (in 41,29%).

Most of the children weighed 3001-3500 g; premature children were rare. Perinatal deaths were 3,9 percent.

#### R é s u m é

### EXTRACTION PAR LE VIDE DANS LA PRATIQUE OBSTETRICALE

L'auteur cite 102 cas d'extraction par le vide effectués à l'hôpital obstétrique-gynécologique de Peshkopî au cours de la période allant du second semestre 1970 à la fin du premier semestre 1973. Ce nombre constitue 6,4% du total des accouchements enregistrés durant cette période.

La méthode par le vide a été surtout appliquée au groupe d'âge de 26 à 30 ans, et, en proportion, plus fréquemment chez les femmes pluripares. Les plus fréquentes indications pour cette méthode ont été: l'affaiblissement des forces d'expulsion de la mère, l'asphyxie intrautérine du fœtus et les cas d'accouchements antérieurs par césarienne.

En ce qui concerne le niveau de la partie présentée, l'extraction par le vide a été appliquée à la sortie du pelvis. En fonction de l'ouverture du col de la matrice, l'extraction par le vide a été effectuée quand la matrice était complètement dilatée.

Sous le rapport de la durée de l'intervention, les cas les plus fréquents ont été exécutés en cinq minutes, alors qu'en moyenne le nombre des tractions variait de 3 à 5 (41,29%).

L'immense majorité des nouveau-nés pesaient de 3 à 3,5 kg. Les enfants prématurés étaient en petit nombre. Le taux des décès périnatale de 3,9%

## KARAKTERISTIKA KLINIKO—PATOLOGJIKE TË SËMUNDJES ULÇEROZE

— Prof. PULLUMB BERRI —

Sikurse dhet, sëmundja ulceroze është një sëmundje mjaft e shpesh-të dhe le përhapur në gjithë botën. Në vendin tonë, ajo konsiderohet si sëmundje e shpeshhtë kronike e traktit digjestiv.

Problemi i vënies së diagnozës së herëshme dhe i kurimit në mënyrë konservative të saj janë në rendin e ditës për mjekësinë klinike. Por shpesh, sëmundja ka prirje të marrë një dekurs kronik, ngë ku dhe komplikacionet e saj e detyrojnë të sëmurin t'i nënshtrohet mjekimit kirurgjikal.

Trajtimi kirurgjikal është një nevojë, por jo zgjidhje e përsosur e mjekimit të sëmundjes ulceroze: kjo jo vetëm për dekursin operator imediat, por mbi të gjitha për rezultatet e largëta të këtij trajtimi.

Në këtë punim do të analizojmë karakteristikat kliniko-patologjike, në të cilat është paraqitur sëmundja ulceroze e trajtuar ose e pa trajtuar me ndërhyrje kirurgjikale dhe do të venë në dukje disa indese, që karakterizojnë mortalitetin e sëmundjes ulceroze, veçanërisht në të sëmurë, të trajtuar me ndërhyrje kirurgjikale (116 raste), duke i krahasuar me rastet e vdekur pa ndërhyrje kirurgjikale (20 raste).

Kemi analizuar 136 raste vdekjesh nga sëmundje ulceroze gastro-duodenale, të mbledhura për një periudhë shumë vjeçare në shërbimin anatomopatologjik të spitalit nr. 2 të Tiranës dhe kemi konstatuar: 103 kanë qenë meshkuj dhe 33 femra.

Sipas lokalizimit, sëmundja është paraqitur në këtë mënyrë:

Pasqyra nr. 1

### Lokalizimi dhe karakteri i ulcërës

Ulcus ventriculi	Ulcus duodeni	Ulcus pylori	Stenosis pylori	Ulcus pepticus	Ulcus perforatum	Ulcus malignum
26	68	8	29	5	27	2

Kemi hasur 27 raste ulcerash të perforcuara dhe dy raste ulcerash të malinjizuara.

Indekset kryesore, për të cilët jemi të interesuar të flasim në këtë analizë kliniko-patologjike janë:

Gjithsej 136		Meshkuj	Femra	Moshë						
Të operuar	Të paoperuar			—15 vjeç	16-30 vjeç	31-40 vjeç	41-50 vjeç	51-60 vjeç	Mbi 60 vjeç	
116	20	103	33	5	14	10	33	35	39	
Ditë qëndrimi										
Pasqyra nr. 3										
—24 orë		—48 orë		2-5 ditë		5-10 ditë		mbi 10 ditë		
20		12	20		24				60	

1. — *Moshë e pacientëve të vdekur*: Deri në moshën 15 vjeç — 5 raste, në moshën 16-30 vjeç — 14 raste, në moshën 31-40 vjeç — 10 raste.

Në moshën 41-50 vjeç 33 raste

Në moshën 51-60 vjeç 35 raste

Në moshën mbi 60 vjeç kemi gjetur 39 raste.

Sikurse shihet, duke filluar nga 30 vjeç, sëmundja ulçeroze rezultoi më e shpeshtë dhe, me rritjen e moshës, rritet dhe shpeshtësia e mortalitetit për rastet e operuara.

Na tërheq vëmendjen mortaliteti i gati i përafërtë i pacientëve të moshës 41-50 vjeçare me ato të moshës 60 vjeçare.

2. — *Indeksi i dytë është ai i ditëve të qëndrimit në spital.*

Në plan të përgjithshëm shpjegohen vdekjet që kanë ndodhur brenda 24 orëve të para (20 raste) si dhe ato që kanë ndodhur brenda 48 orëve të para pas ndërhyrjes operatorre (12 raste); mirëpo kjo kategori rastesh nuk përbën veçse më pak se 1/4 e rasteve që analizojmë. Kanë jetuar dy deri në 10 ditë 44 raste, çka është e barabartë me 3/3 e shurdhës. Jemi të mendimit se vdekjet që kanë ndodhur gjatë kohës ndërmjet operimit duhet të na tërheqin vëmendjen.

Mbi dhjetë ditë pas operacionit kanë jetuar 60 pacientë, d.m.th. afro 50% e rasteve që analizojmë dhe mbi 50% e rasteve të operuar.

3. — *Indeksi i tretë*: shkaqet e drejtpërdrejta të vdekjes në pacien-të ulcerozë të operuar dhe të paoperuar:

Kur analizojmë këtë indeks, kemi parasysh dy grupe shkaqesh: a) Shkaqe që lidhen me komplikacione të vetë sëmundjes ulceroze; b) shkaqe që kanë lidhje me ndërhyrjen kirurgjikale.

Po analizojmë shkaqet e vdekjeve në pacientë të operuar:  
Në 116 vdekje pas operacioneve të ndryshëm për të korrigjuar sëmundjen ulceroze janë zbatuar disa tipa ndërhyrjesh:

## Pasqyra 4

## Lloji i operacionit

Resectio Ventriculi	Sutura e ulcerës së perforuar	Vagotomia	Të ndryshme
64	14	4	34

Në 116 vdekje pas operacioneve kemi hasur këto komplikacione, që kanë shërbyer si shkak kryesor i vdekjes:

## Pasqyra 5

## Komplikacione post operatore

Broncho-pneumoni	Thromboso + embolia	Ilcus paralticus	Enteritis Staphyloco	Insufi. kardio vaskulare	Sranguacion i ansës
16	7	6	5	5	4

a) peritonitis në 28 raste.  
b) dehisencë e suturave në cungun duodenal në 26 raste, të komplikuara me peritonitis.

Pavarësisht nga mekanizmi i peritonitit (pa dehisencë ose pas dehisencës), ky komplikacion rezultoi si një faktor që kërcënon më shumë kirurgun dhe që më shumë shkakton vdekjen (54 raste).

Në një punim të mëparëshëm, ne kemi analizuar posaçërisht shkaqet e dehisencës të suturave, prandaj këtu nuk po ndalemi më. Megjithatë, na tërheq vëmendjen një fakt që në këtë grup dehisencash (26 raste), diagnoza e këtij komplikacioni ponthuajse nuk është dyshuar.

c) Hemorragjia dhe anemia e rëndë, e shkaktuar prej saj, gjithashtu ze një vend të rëndësishëm në dekursin e sëmundjes ulceroze: tek të operuarit ajo ka qënë 19 herë shkak i vdekjes (rreth 160/0), ndërsa tek të paoperuarit, ajo është më e lartë. Kuptohet se me këtë komplikacion të sëmundjes ulceroze duhet të luftohet seriozisht për çdo rast në vegantit, sepse të sëmurët anemikë, për më tepër me hemorragjia të përsëritura, nuk e suportojnë lehtë ndërhyrjen kirurgjikale dhe vdesin ose gjatë operacionit ose shpejt pas tij.

d) Sikurse shihet nga pasqyra nr. 6, një numër i madh rastesh në

grupin e të operuarve ka vdekur nga shkaqe të ndryshme, disa prej të cilëve meritojnë të zëbërhen më me hollësi.

### Komplikacioni dhe shkakut i vdekjes

Pasqyra nr. 6

Të operuar		Të pa operuar				
Hemorragji (anemia e rëndë)	Dehshencë + peritonit	Peritonit	Të ndryshme	Peritonite	Hemorragji	Të ndryshme
19	26	28	43	4	11	5

Nga pasqyra nr. 6 konstatojmë se 16 të operuar kanë vdekur nga një komplikacion siç është bronkopneumonia, por që në dukje krijohet përshlypja se ky komplikacion nuk ka lidhje me punën e kirurgut. Po kështu mund të fillet edhe për gjashtë rastet me *ileus paralyticus*, për pesë rastet me insuficiencë kardiovaskulare akute, për kater rastet me strangulacione të ansës si dhe për pesë rastet me *enteritis acuta staphylococcica*.

Mirë po, të para në shifrën globale, këto përbëjnë 37 raste, dmth, rreth 13 e rasteve që analizojmë.

Nuk ka dyshim se shkencërisht njihen dhe pranohen komplikacione të këtyre gjinive, por këto kur bëhet fjalë për përqindje, sepse në veçanti çdo individ, që operohet, ka karakteristikat e veta, dhe pra trajtimi duhet të jetë individual.

e) Si sëmundje shoqëruese, të cilat kanë ndikuar në dekursin e sëmundjes ulceroze dhe të ndërhyrjes operatorë, kemi gjetur aterosklerozën e përgjithshuar. Kjo sëmundje është hasur vetëm në 16 raste, por duke patur parasysh numërin e rasteve me moshë mbi 50 vjeç (35 raste) dhe mbi 60 vjeç (39 raste), që arrijnë në 74, kuptohet se sëmundja e aterosklerozës nuk mund të akuzohet më tepër sa duhet, goftë kjo lidhur me patogjenëzën e sëmundjes ulceroze, goftë për dekursin post operator dhe, për më tepër, të komplikacioneve respektive (dehshencat e suturave, *ulcus pepticum* jejuni etj.).

Nuk ka dyshim se në 16 rastet e përmëndura, ateroskleroza ka qënë një faktor serioz për komplikacione dhe, madje, mund të themi shkak vdekje, por kjo vetëm për pacientët e moshës 60 vjeçare.

### K O N K L U Z I O N E

1) Nga sëmundja ulceroze vdesin më shumë meshkuj se femra (103 : 33); kjo ka lidhje me faktin se frekuenca e kësaj sëmundjeje në meshkuj është më e lartë dhe kjo sepse çthurja e regjimit anon nga ana e meshkujve.

2) Vdeqjet më të shumta kanë ndodhur pas pesë ditëve (24 raste) dhe pas 10 ditëve (60 raste) të para të qëndrimit në spital.

- 3) Shpeshhtësia më e lartë bie mbi ulcerën duodenale (68 raste) se sa mbi atë të stomakut (26 raste), vendin e dytë e zë lokalizimi pilorik me 29 raste stenoze dhe tetë raste ulcerash ende jo stenoze.
- 4) Vdekjet më të shumta i takojnë moshës 40-60 vjeçare, fenomen ky që duhet pasur parasysh.
- 5) Numëri më i madh i vdekjeve u takon pacientëve, mbi të cilët është aplikuar operacioni i rezekcionit të stomakut (64 raste = mbi 50%).
- 6) Komplikacionet më të shpeshta që kanë shkaktuar vdekjen e pacientëve të operuar kanë qenë: peritonitis (28 raste), dehishenca e suturave me peritonit sekondar (26 raste) si dhe hemorragjia me aneminë e rëndë.

Dorëzuar në redaksi më 15 janar 1974.

S u m m a r y

## CLINICO-PATHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF PEPTIC ULCER

The paper describes the clinical and anatomo-pathologic features of 136 cases of gastro-duodenal ulcers, of which 116 had been operated. After pointing out that the ulcer disease is quite frequent and that the surgical treatment is not always satisfactory, the author analyses the operated cases and evaluates certain indices which, in his opinion, are theoretically and practically important: a) the age of the diseased patients; b) the number of days of hospital treatment; c) the immediate cause of death of the operated patients.

Most of the patients were aged 41-60 years. The author does not find it very justifiable for deaths to occur late after the operation; 60 percent of the deaths occur more than 10 days after the operation. Lastly he analyses the complications which had acted as principal causes of death of the operated patients: they included peritonitis which had developed prior to the intervention (after dhe perforation of the ulcer), peritonitis developed after the dehiscence of the sutures, hemorrhage and the consequent amaemia, pneumonia etc. Most of the deaths had occurred among patients on whom stomach resection had been performed.

R é s u m é

## CARACTERISTIQUE CLINICO-PATHOLOGIQUES DES ULCERES GASTRO-DUODÉNAUX

L'auteur expose dans cette étude son expérience accumulée pendant de longues années dans le domaine de la pathologie chirurgicale, particulièrement en ce qui concerne les ulcères gastro-duodénaux. Il procède à l'analyse des comportements clinico-pathologiques de 136 cas de patients atteints d'ulcères, dont 116 ont été traités par la voie chirurgicale. Après avoir fait ressortir que l'ulcère gastro-duodénal est assez répandu et que les méthodes chirurgicales ne satisfont pas parfaitement à son traitement, l'auteur analyse les cas d'opérés en appréciant certains indices essentiels qui l'intéressent particulièrement pour cette étude. Il concentre son atten-



tion, et ce à des fins à la fois théoriques et pratiques sur: a) l'âge des patients décédés; b) la durée de l'hospitalisation; c) les causes directes de la mort des opérés.

Il ressort de la majorité des décès concernant des malades âgés de 41 à 60 ans. L'auteur ne juge pas très justifiable le fait que les décès surviennent relativement assez tard après l'opération: en effet 60% des opérés muèrent au-delà de 10 jours après l'opération. Finalement, il analyse les causes ou les complications qui ont principalement déterminé ces décès; ceux sont les péritonites existant avant l'opération (survenues à la suite de la perforation des ulcères), le péritonites consécutives à la déchissance du tronc duodéna1, les hémorragies et l'anémie qui s'ensuit, les bronchopneumonies, etc. Le plus grand nombre des décès concerne les patients qui ont subi la résection de l'estomac.

## TË DHËNA PARAPRAKE MBI NORMËN E GLICEMISË NË 150 RASTE

— SRI LËSKOVIKU —

(Laboratori biokimik qëndror. Drejtor. Kl. Shteto)

Metoda e Somogyi — Nelson, në krahasim me metodat reduktuese të përcaktimit të glukozës në gjak me përjashtim të metodave enzimatike, ka si avantazh ndikimin e pakët nga substancat reduktuese që ndërhyjnë dhe është shumë specifike, kështu jep mundësi të përcaktohet glicemia me një aftë përpikëri në kufijtë 0-800 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (3).

Parimi i kësaj metode bazohet në vetinë që ka glukozja të reduktojë sulfatin e bakrit në oksid kupror. Ky oksid dozohej nëpërmjet reduktimit me reaktivin arseno — molibdenik (reaktivi Nelson) dhe intensiteti i ngjyres, jeshille në blu, e fituar me këtë metodë, shfrytëzohet me rrugë fotokolorimetrike për përcaktimin e glukozës në gjak. Përdorimi i bikarbonatit shpie në formimin e CO<sub>2</sub> gaz që mbetet në epruvetë dhe ndalon fenomenin e rioksidimit.

Në gjak, përveç glukozës, janë të pranishëm edhe substanca të tjera reduktuese, që ndërhyjnë mbi reaktivin kuprik. Sasia e këtyre substancave reduktuese është rreth 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Gjë që do të jepte një rritje fallico të glicemisë, në rast se do të përdroreshin teknikat me reduktim (5).

Modifikimi Frank — Kirberger i metodës Somogyi — Nelson e mënyjon ndikimin e substancave reduktuese, megjëse gjaku shihet në solution izotonik të sulfatit të bakrit; në këtë rast nga membrana e celtulave të gjakut do të kalojë në centrifugat vetëm glukozja, kurse mbelaten të precipituar substancat e tjera reduktuese interferente. Megjënëse shfrytëzohet vetëm centrifugati, atëherë kuptohet se ndikimi i këtyre substancave reduktuese është shumë i pakët.

Në metodën Symogyi — Nelson, të modifikuar nga Frank-Kirberger, fitohen vlera të glukozës më të ulta se me metodat e tjera, duke përjashtuar këtë metodat enzimatike. Madije, sipas William E. Neely, me këtë metodë, glicemia është 5 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> më e ulët se sa me metodën orto-toluidinë (6).

Duke pasur parasysh arsyet e lart-përmendura të metodës si dhe cilësi të tjera të saj, sig janë: koha e shkurtër e ekzekutimit, reagentat jo të kushtueshëm, mungesën e toksicitetit të metodës, ne eksperimentuam dhe modifikuan këtë metodë, e cila në sesionin shkencor të laboratorëve kliniko-biokimike u aprovua si metoda më e mirë që do të rjesohet në vendin tonë. (4).

Në vazhdim të studimit tonë për të përcaktuar normën e glicemisë në vendin tonë, po parqajtim të dhëna paraprake mbi normën e glicemisë me metodën Somogyi — Nelson, të modifikuar nga Frank — Kirberger.

Objekt i studimit tonë kanë qënë 150 dhuruesja gjaku, tek të cilët është përyshuar çdo lloj sëmundjeje. Analiza e glicemisë, në këta subjektë, është kryer me gjak venoz. Dhuruesit e gjakut kanë qënë në gjendje esëll. Gjaku është marrë në orën 8.00 të mëngjezit dhe analiza është kryer jo më vonë se një orë pas marrjes së gjakut, për të evituar fenomenin e glikozës.

Megjënse gjatë eksperimentimit të metodës kemi konstatuar se kurba e kalibrimit është vijë e drejtë deri në koncentrimin 300 mg% glukozë, krahas me glicemitë e dhuruesve të gjakut, kemi punuar edhe me një koncentrim glukozë 100 mg% për efekt llogaritjeje.

Ekzekutimin e analizave e kemi kryer në seri, nga 10 analiza në secilin seri, në mënyrë që të respektohen kushtet optimale të metodikës. Gjatë periudhës së ekzekutimit të analizave të gjakut, kufiri i lëkurndjes së ekstinsjonit të blankut të reagentëve ka qënë nga 0.040 deri 0.050, ai i standartit glukozë 100 mg% nga 0.230 deri në 0.240 dhe i faktorit nga 500 deri 513. Këto vlera tregojnë se gjatë punës sonë nuk kemi pasur gabime të rasisit dhe gabime sistematike. Pra, duke u referuar vlerave të sipërtreguara, të cilat paragesin një përsëritje të mirë, mund të themi se rezultatet e analizave të kryera duhen konsideruar reale.

Nga të 150 dhuruesat e gjakut, 72 i përkisnin seksit mashkull dhe 78 seksit femër. Moshja e tyre ishte nga 20 deri 40 vjeç. Por në këtë studim, ne nuk kemi bërë grupime të normës së glicemisë, sipas seksit dhe moshave, sepse qëllimi i këtij studimi paraprak është që ne të përcaktojmë një normë të tillë glicemije, e cila të pasqyrojë modifikimet që i kemi bërë metodës origjinale, ndjejshtimisë së aparateve që përdoren në laboratorët tona si dhe kushteve të posaçme në këto laboratorë. Pra norma e fituar me këto të dhëna paraprake duhet konsideruar si një normë që i përgjigjet metodës Somogyi — Nelson, të modifikuar nga Frank-Kirberger për kushtet konkrete të laboratorëve të vendit tonë.

Në grafikun nr. 1 paraqihen rezultatet e marrura prej nesh gjatë përcaktimit të glicemisë në 150 dhuruesit e gjakut. Sig shihet, kufiri më i ulët i glicemisë është në shifën 70 mg%, kurse kufiri më i lartë 110 mg%. Rezultatet e marrura u nënshtruan përpunimit statistikor, nga i cili rezultoi se vlefia më e mundshme (e mesnija aritmetike) është 92 mg%. Deviacioni standart (D. S.) i logarituar me formulën që jep autori Agnese (1):

$$D.S. = \sqrt{\frac{\sum (\bar{x} - x_i)^2}{n-1}}$$

rezultoi 10.6 mg%.

ku  $\bar{x}$  është e mesnija aritmetike (92 mg%/o).

$x_1$  është rezultati i çdo analize (shih grafikun nr. 1).

n është numëri i analizave (150)

Duke i shtuar dhe zbritur të mesmes aritmetike dy deviacione standart  $\pm 2$  rezulton vlera  $92 \pm 21.2$  mg%, që shpreh normën e glukozës në gjakun venoz në të 150 dhuruesit e gjakut. Kjo vlerë nuk përkon me atë që jep autori Bogatirjeva S. I., sipas të cilit sasia e glukozës në gjakun venoz me metodën Samogyi — Nelson është 93.3 mg% (2).

Në grafikun nr. 2, me vija të drejta të pandërprera paraqitet e mesmja aritmetike, kurse me vija të drejta të ndërrpera + 2 D.S. dhe - 2 D.S., domethënë + 21.2 dhe - 21.2 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

## KONKLUZION

Sasia e glukozës e përcaktuar në gjakun venoz në 150 dhurues gjaku është  $9 \pm 21,2$  mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Dorëzuar në redaksi më 15 Korrik 1974

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Agnese G. : Statistical considerations on the variability of analytical results. Annali dell' Istituto superiore di Sanità, 1971, volume III, parte II-III, 232.
- 2) Bogatirjeva SH. I. : Sravnjenija njeektorih metodov opredelenija sahara krovi. Laboratornoje djella 1974, 3, 182.
- 3) Frank H., Kirberger E. : Glucose und galactose im serum. Biochemir. schr. 1950, 320, 359.
- 4) Leskoviku S. : Përpunimi i metodës Somogyi-Nelson, modifikuar nga Frank-Kirberger. Referat i mbajtur në simpoziumin e laboratorëve klinikë-biokimikë. Nëntor 1973.
- 5) Varley H. : Le doagnosi di laboratorio nella pratica clinica. Editore Roma 1969, 75.
- 6) William E. Neely : Simple automated determination of serum or plasma glucose by a hexokinase glucose — 6 phosphate dehydrogenase Method. Clinical chemistry 1972, 6, 309.

## S u m m a r y

### NORMAL BLOOD SUGAR IN 150 SUBJECTS : PRELIMINARY DATA.

An attempt was made to determine the normal blood sugar level under conditions existing in our laboratories. The blood sugar was determined on 150 blood donors using the Somogyi — Nelson's method in its modification by Frank-Kirberger. The author had previously tried the method and introduced some slight modifications of the technique so as to adapt it better for the laboratories of this country.

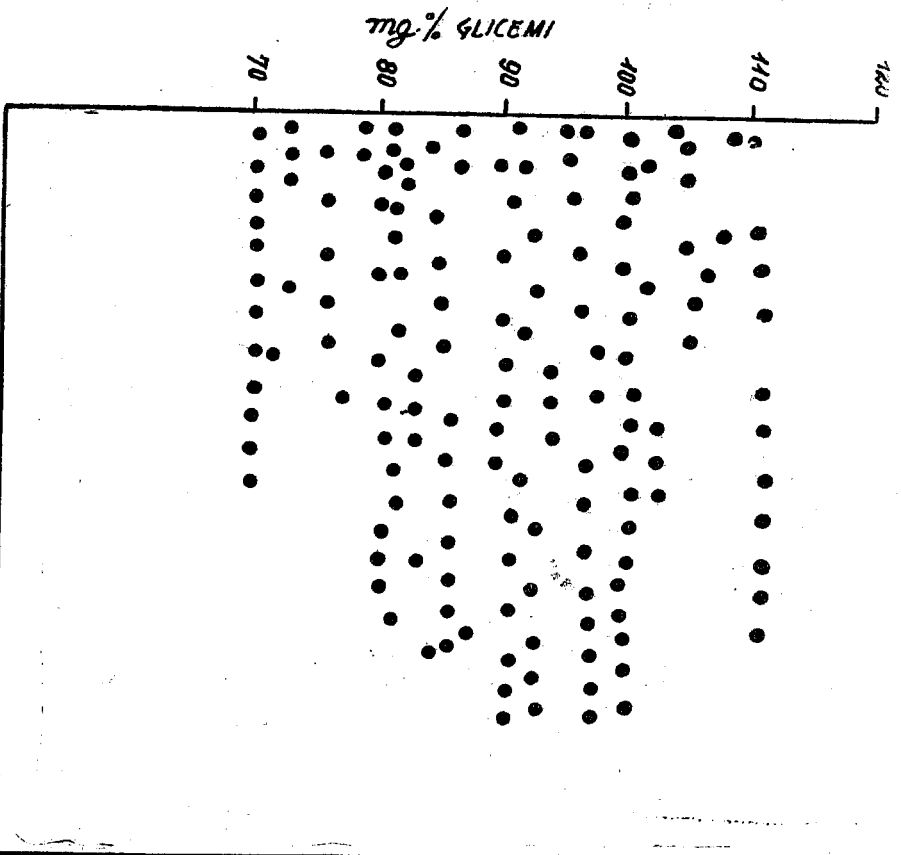
The contents of sugar in the blood of 150 healthy donors resulted  $92 \pm 21,2$  mg per 100 ml.

## R é s u m é

DONNÉES PRÉLIMINAIRES SUR LES VALEURS NORMALES DE  
LA GLYCEMIE RELEVÉES SUR 150 SUJETS

L'auteur présente dans son article les valeurs normales de la glycémie déterminées dans les conditions de nos laboratoires. La mesure de la glycémie a été faite sur 150 donneurs de sang suivant la méthode Somgyi — Nelson, modifiée par Frank — Kirberger. L'auteur avait antérieurement expérimenté cette méthode et il a introduit quelques légères modifications dans la technique employée de manière à mieux l'adapter aux laboratoires de notre pays.

La quantité de glucose décelée dans le sang de 150 donneurs de sang a été de  $92 + 21,2$  mg%.

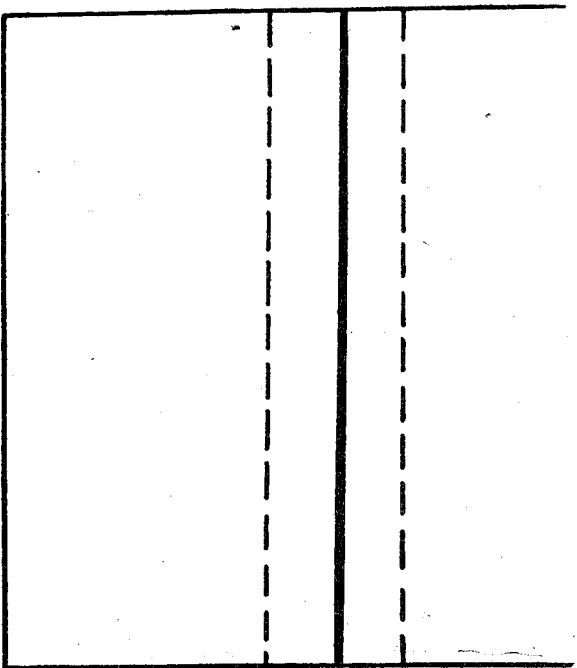


DHURUESIT E GZAKUT (150 НАСТР ВОРМАЦ)

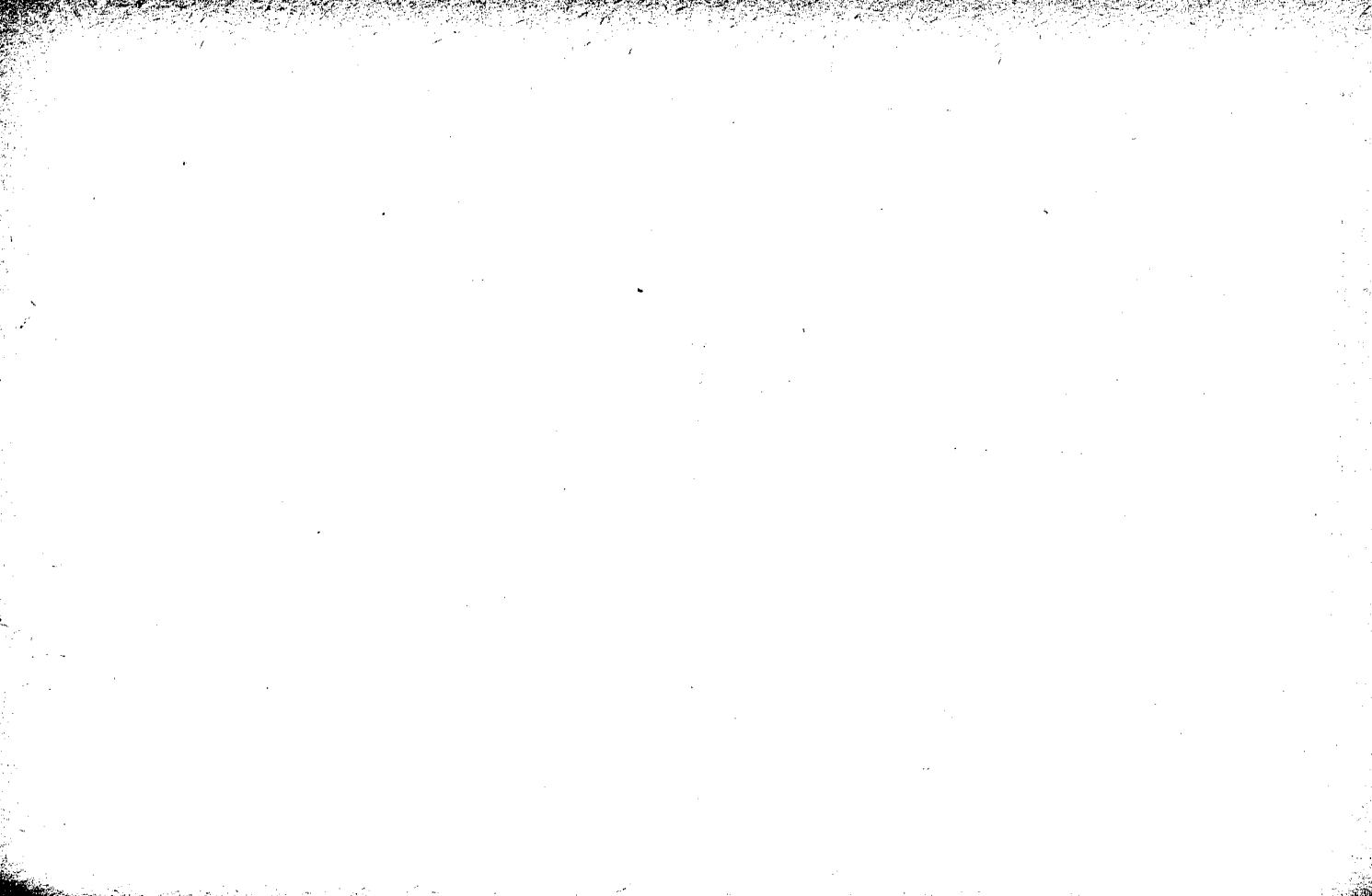
ГРАФИКУ № 1

mg % GLICEMI

81.2  
+  
92  
-  
21.2



GRAFIKU NË 2



# HIGJIENE DHE EPIDEMIOLOGJI

## STUDIM MBI SHIGELLAT GJATË PERIUDHËS 1965 - 1970

II. — Vegoritë biokimike të 616 shtameve shigella

— ESAT DURAKU —

(Instituti i kërkimeve mjekësore ushtarake)

Gjira e shigelave, në përputhje me përcaktimin e dhënë familjes Enterobacteriaceae, përbëhet nga bakterie gramnegative, të palëvizëshme, që nuk formojnë spore, rriten mirë në terrere të zakonshme, fermentojnë glukozën duke formuar gaz në raste të veganta dhe reduktojnë nitratat në nitrite; shigelat kanë karakteristiken biokimike të mëposhtme: — nuk fermentojnë salicinin, inozitin dhe adonitin; janë manit, saharozë, dulcit dhe indol variabël; laktoza fermentohet vetëm nga *Sh. sonnei* pas një inkubimi të zgjatur.

— Shigelat nuk formojnë  $H_2S$ , nuk shkrirjnë xhelatinën, nuk hidrolizojnë në urenë, nuk rriten në terren me amonium — citrat dhe në prani të KCN, nuk shfrytëzojnë malonatin, nuk dezaminojnë fenilalaninën, janë MR + dhe VP —.

Kjo karakteristike biokimike është përcaktuar nga Nënkomiteti Ndërkombëtar i Enterobacteriaceae në vitin 1958 (11).

Ka dhe një radhë vegorish të tjera biokimike, që nuk përfshihen në këtë karakteristike, por që ndihmojnë në diferencimin e nëngrupeve dhe serotipeve të këesaj gjinie, siç janë sheqernat: rramnozë, arabinozë, ksilozë, sorbit, rafinozë, maltozë dhe trehalozë; aminoacidet: lizinë, argininë, ornitinë dhe acid glutamik; acidet organike: d, l, i — tartrik, acidi muçik etj.

Shpesh të dhënat e autorëve të ndryshëm nuk përputhen pikërisht në këto veti biokimike ndihmëse dhe ndoshta kjo përbën «originalitetin» e shtameve të izoluar në vende të ndryshme.

Analiza e këtyre vegorive biokimike kryesore dhe ndihmëse të 616 shtameve shigella të izoluar në periudhën 1965-1970 përbën qëllimin tonë. Të dhëna paraprake për vitet 1965-1967 janë botuar në Buletinin e mjekësisë Ushtarake (1).



## MATERIALI DHE METODAT

Materiali përfshin 616 shtame. Përberja e tij, sipas serotipeve jepet në pasqyrën nr. 1.

SHPËRNDARJA E QIË SHITAVEVE SIPAS SEROTIPEVE  
Pasqyro Nr. 1

U D K 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	SH. OSMU- TERIB		SH. FLEXNERI					SH. BOYDI					SH. SONNEI		
	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	
616	3	48	70	139	110	60	4	13	27	1	3	12	1	1	123

Çdo shtam përfaqëson një të sëmurë të vegantë.

I. — Për të siguruar rezultatet sa më të qëndrueshme në analizën biokimike, rëndësi të vegantë i është dhënë njëtrajshmërisë në përgatitjen e terreneve ushqyese, duke përdorur gjithmonë produkte të një firme dhe duke respektuar gjithnjë të njëjtën recetë: terrenet ushqyese janë përgatitur si më poshtë:

a) terren bazë për shqegernat është përdorur ujë pepton me indikator fenolred, i gatshëm (Difco); sol. e koncentruara të shqegernave janë sterilizuara vegmas nga terreni bazë dhe pastaj janë përzierë me të në përpjesëtime të përshtatshme për të ftuar një koncentrim final 10%. Terreni është ndarë në tuba në sasi 5 ml. dhe pas mbjelljes është observuar për 30 ditë.

b) Indoli është kërkuar në kultura të zhvilluara në ujë-pepton (pepton tripsik Merck) pas 24 orë inkubimi në termostat; reaktiv është përdorur ai i Erlich-Bohme, sipas udhëzimit të Kauffmanit F (6).

c) Për hidrolizën e uresë është përdorur terreni i lëngët i Ferguson—Hook dhe vlerësimi i provës është bërë pas 6-24 orëve.

d) Terrenet për reduktimin e nitrateve në nitrite, M. R. dhe V. P. janë përgatitur sipas rekomandimeve të Kauffmann F. (6).

e) H<sub>2</sub>S është vlerësuar në bazë të nxirrjes së agarit Hajna ose Klügler (Difco).

f) Rritja në amonium-citrat-agar (Simmons) dhe shkërrirja e xhelatinës janë provuar në terrene të gatshme të firmës Difco.

g) Për dekarboksilimin e aminoacideve lizine, arginine, ornitine, është përdorur terreni i Falkow 1958, i përgatitur dhe i vlerësuar sipas rekomandimeve të Edwards — Ewing (3).

h) Po sipas rekomandimeve të Edwards — Ewing janë përgatitur dhe vlerësuar terrenet: për dezaminimin e fenilalaninës (Henriksen i modifikuar sipas Ewing-Davis dhe Reavis); për KCN (Moller 1954); për sodium malonate dhe për lëvizjen.

Çdo seri i terreneve ushqyese është kontrolluar përpara me shtame etalon për rezultat pozitiv dhe negativ.

Sa herë që gjatë analizës biokimike janë arritur rezultate të dyshimta,

kultura është rikontrolluar për pastërtinë e saj dhe i është nënshtruar një provë të dytë.

II. — Serotipi është përcaktuar duke përdorur serume polivalente dhe monovalente çekoslovakë; është marrë për bazë aglutinimi në xham, i shpejtë dhe i plotë.

III. — Gjatë identifikimit janë respektuar këto parime:

— një shtam është vlerësuar si shigellë në qoftë se karakteristikat biokimike të tij përputheshin me ato të gjinisë së shigelave;

— serotipet janë përcaktuar në bazë të analizës serologjike;

— asnjë herë veçorite biokimike dhe serologjike nuk janë vlerësuar të shkeputura. Pavarësisht nga afërsia antigjenike me shigelat, një shtam është përcaktuar nga kjo gjini në qoftë se ka manifestuar lëkundje në karakteristikat biokimike kryesore (2).

## REZULTATET

Të 616 shtamet e studjuara paraqesin purtekezë gramnegative, asporogjene, të palëvizshme; u rritën mirë në terrere të zakonshme dhe redukuan nitratet në nitrite; fermentuan glukozën, duke dhënë acid pa gaz (me përjashtim të një shtami Sh. flexneri ser. 6, biotip Manchester).

Të 616 shtamet patën këtë karakteristike biokimike të përbashkët (pasqyra nr. 2):

— nuk fermentuan adonitin, inozitin dhe salicinin;  
— nuk prodhuan H<sub>2</sub>S, nuk hidrolizuan urenë, nuk u rritën në ammonium-citrat-agar (Simmons), nuk shkrinë xhelatinën, genë M.R. + dhe

V. Pr. —:

— sjellja e tyre në fermentimin e laktozës, saharozës, manitit dhe dulcitt si dhe në formimin e indoit, ka qënë variabël.

— *Laktoza*: nuk u fermentua nga asnjë pjesëtar i nëngrupeve A, B dhe C; të gjithë shtamet e nëngrupit D (Sh. Sonnei) e zbërthyen këtë substancë pas një inkubimi të zgjatur, me përjashtim të një shtami të vetëm nr. 1197, izoluar më 24. 6. 1968, që rezultoi laktozënegativ.

*Saharozë*: 88% e shtamave të Sh. sonnei e fermentuan këtë sheqer pas një inkubimi të zgjatur; kjo substancë u atakua me vonesë dhe nga kultura të Sh. shigae, Sh. flexneri serotip 1, 2, 3 dhe Sh. boydi serotip 4; një shtam Sh. schmitzi e fermentoi saharozën pas një inkubimi prej 24 orësh.

*Manni*: të gjithë përfaqësuesit e nëngrupeve B, C dhe D e fermentuan këtë substancë menjëherë, duke përjashtuar një shtam Sh. flexneri serotip 2, nr. 144, izoluar më 28. I. 1970, që rezultoi manitnegativ; pjesëtarët e nëngrupit A nuk e fermentuan manitin.

*Dulciti*: vetëm 10 shtame të Sh. Flexneri serotip 6 nga 13 të izoluar e fermentuan këtë sheqer me vonesë; të gjithë shtamet e tjerë qënë dulcitnegativë.

*Indoi*: të gjithë shtamet e Sh. sonnei qënë indolnegativë, ndërsa të gjithë shtamet e Sh. schmitzi — indolpozitivë. Në nëngrupin Flexneri vërehen lëkundje jo vetëm nga një serotip në tjetrin, por dhe në gjirin e një serotipi të vetëm: të gjithë shtamet e serotipeve 1 dhe 6 dhe shumica dërrmuese e shtameve të serotipit 2 nuk formuan indol; serotipi

5 dhe shumica dërrmuese e serotipeve 3 dhe 4, rezultuan indolpozitivë. Një variabilitet i tillë verëhet dhe në serotipet e Sh. boydi.

KARAKTERISTIMA BIOKIMIKE E DIBË SHITAMEVE SHIGELLA

Paqyrje Nr. 2

LACTOSE	SARMAZOË	MAVIT	DUCULIT						INDOL																		
			MENDOSPAT		MENDOSPAT		MENDOSPAT																				
			A	B	C	D	A	B		C	D																
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

*Legjenda:* - : 90% e të testit e kulturave negative për SHIGELLAT PAS NJË MUNDIMI SPAJË  
 + : 90% e të testit e kulturave pozitive . PËN SHIGELLAT PAS NJË MUNDIMI MAJLALË  
 (+) : 90% e të testit e kulturave pozitive . PËN SHIGELLAT PAS NJË MUNDIMI MAJLALË  
 V : SHELLE variabël dm.th + (+) dhe -  
 (V) : SHELLE variabël, SHAMBËRIMIN në variabël ose asnjë dm.th.(+) dhe -

Të 616 shtamet in nënshtruan provës dhe në shqyrtim të tjera si maltoze, rramoze, arabinozë, ksilozë dhe sorbit. Këto teste nuk për-fshihen në karakteristikën biokimike të gjinisë, por ata mund të jenë të vlefshëm në prag të analizës serologjike për të supozuar përkatësinë e një kulture në njërin apo në tjetrin serotip. Të gjitha këto të dhëna jepen në mënyrë të detajuar në paqyrjen nr. 3.

T E DHËNA BIOKIMIKE TE DETAJUARA PER 616 SHTAME SHIGELLA Paqyrje Nr. 3

Serotipet	Shumëri ekstrama.	Laktazë		Maltozë		Mant	Dulc.it	Rramozet				Ksilozë				Sorbit				Iindal							
		+	(+)	-	(-)			+	(+)	-	(-)	+	(+)	-	(-)	+	(+)	-	(-)		+	(+)	-	(-)			
Sh. Shigae	3	0	0	3	0	2	1	0	0	0	3	0	0	3	0	2	1	0	0	3	0	0	3	0	3		
Sh. schmitzi	48	0	0	48	1	0	47	32	43	3	0	48	0	48	24	2	22	0	43	35	0	48	0	25	33	48	
Sh. flexneri 1	70	0	0	70	0	67	3	40	26	4	70	0	0	0	0	70	0	4	66	65	2	3	0	70	0	70	
Sh. flexneri 2	139	0	0	139	0	8	131	41	61	37	138	0	1	0	139	0	32	118	128	19	0	0	139	0	139	5	134
Sh. flexneri 3	110	0	0	110	0	101	9	60	41	9	110	0	0	0	110	56	40	14	91	8	7	0	110	68	1	4	102
Sh. flexneri 4	60	0	0	60	0	46	14	9	60	0	0	60	26	21	41	2	37	21	0	0	60	43	17	0	58	2	
Sh. flexneri 5	4	0	0	4	0	4	1	2	1	4	0	0	0	4	0	1	3	3	1	0	0	4	0	4	4	0	
Sh. flexneri 6	13	0	0	13	0	13	6	6	13	0	0	13	0	13	41	2	0	0	13	3	9	1	0	13	9	1	0
Sh. flexneri Xy	27	0	0	27	0	12	15	42	41	4	27	0	0	0	27	4	19	16	8	3	0	0	27	9	5	13	14
Sh. boydi 1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
Sh. boydi 4	3	0	0	3	0	2	1	1	2	0	3	0	0	3	0	3	1	2	0	0	3	1	0	3	1	0	2
Sh. boydi 7	12	0	0	12	0	12	7	5	0	12	0	0	12	0	12	12	0	0	12	0	0	12	0	8	4	0	4
Sh. boydi 9	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Sh. boydi 10	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Sh. boydi 11	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Sh. sonnei	123	0	0	123	1	108	15	47	5	1	123	0	0	0	123	113	5	73	5	73	0	0	1	123	113	0	0

235 shtame të izoluar gjatë viteve 1968-1970 u janë nënshtruar dhe disa provave të tjera biokimike: një pjesë e tyre përfshihen në karakteristikën biokimike të gjinisë dhe janë aftësia për t'u rritur në terren KCN, për të shfrytëzuar malonatën dhe për të dezaminuar fenilalaninën. Asnjëri nga të 235 shtamet nuk u rrit në terren me KCN, nuk shfrytëzoi malonatën e natrimit dhe nuk dezaminoi fenilalaninën. Në pjesën tjetër të provave biokimike u përcaktua aftësia e shigellave për të dekarboxiluar aminoacidet lizine, argjinine dhe ornitinë. U arritën këto rezultate:

— asnjë nga të 235 shtamet nuk dekarboxiloi lizinën;  
— argjinina u dekarboxilua nga dita e 2-4, nga të gjithë shtamet e Sh. Sonnei, nga shtamet e Sh. boydi serotip 1, 4, 7, si dhe nga një shtam Sh. flexneri serotip 1.

— ornitina u dekarboxilua shpejt nga të gjithë shtamet e Sh. sonnei dhe me vonësi, nga dita 2-4, prej 3 shtameve Sh. flexneri serotip 3.

Të dhënat e mësipërme shihen në pasqyrën nr. 4.

T E DHËNA, BIOKIMIKE PROTËZUSE PËR 235 SHTAMË SHIGELLA

Pasqyra Nr. 4

Serotipet	Numri i shtameve të eksaminuara	KCN		Malonat		Fenilalaninë		Lizinë		Argjininë		Ornitinë		
		+	-	+	-	+	-	+	(+)	-	(+)	-	(+)	-
Sh shigae	3	0	3	0	3	0	3	0	0	3	0	3	0	3
Sh schmidtzi	23	0	23	0	23	0	23	0	0	23	0	0	0	23
Sh flexneri ser 1	34	0	34	0	34	0	34	0	0	34	0	0	0	34
Sh flexneri ser 2	21	0	21	0	21	0	21	0	0	21	0	0	0	21
Sh flexneri ser 3	46	0	46	0	46	0	46	0	0	46	0	0	0	46
Sh flexneri ser 4	24	0	24	0	24	0	24	0	0	24	0	0	0	24
Sh flexneri ser 5	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
Sh flexneri ser 6	6	0	6	0	6	0	6	0	0	6	0	0	0	6
Sh boydi ser 1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
Sh boydi ser 4	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
Sh boydi ser 7	4	0	4	0	4	0	4	0	0	4	0	0	0	4
Sh sonnei	71	0	71	0	71	0	71	0	0	71	0	0	0	71

Shënim: Në këtë pasqyrë në kolumnën e argjinines për sh. flexneri 1 të lexohet (+) — 1 shtam dhe (-) 33; në kolumnën e ornitines për sh. flexneri 3 të lexohet (+) — 3 shtamë dhe (-) 43.

#### D I S K U T I M

Analiza biokimike dhe serologjike provon se të 616 shtamet e situara i përkasin gjinisë së shigellave, nëngrupeve dhe serotipeve të përdhara (pasqyra 1, 2, 3). Për të zbuluar disa vegori të shtameve tona në sjelljen biokimike, (natyrisht bëhet fjalë për vetitë biokimike ndihmëse dhe jo për ato që përfshihen në karakteristikën e gjinisë) e shohim të arsyeshme të ndalemri vegmas në çdo serotip; nuk do të analizohen disa serotipe që janë hasur rrallë: Sh. shigae, Sh. flexneri serotip 5, Sh. boydi serotipet 1, 4, 9, 10, 11.

## Nëngrupi A (Sh. dysenteriae)

Ky nëngrup përbëhet nga serotipe që nuk fermentojnë manitin dhe që nuk kanë lidhje të ngushta serologjike me pjesëtarët e nëngrupeve të tjerë të shigëlave.

Nëngrupi A përfaqësohet në materialin tonë kryesisht nga Sh. dysenteriae serotip 2 (Sh. schmitzi): 48 shtame. Shënojmë se gjatë periudhës gjatë vjeçare janë izoluar vetëm 3 shtame Sh. dysenteriae serotip 1 (Sh. shigae) dhe asnjë përfaqësues i Sh. dysenteriae të serotipeve 3-7 (Lange-Sachs).

Sh. dysenteriae serotip 2 (Sh. schmitzi). — Vetitë biokimike të 48 shtameve të Sh. schmitzi, të krahasuara me autorë të tjerë, jepen në pasqyrën nr. 5.

## TË DHËNAT BIOKIMIKE KRAHASUESË PËR SH. SCHMITZI (48 SHTAME)

Pasqyra nr. 5

Serotipi	Autorët	Laktozë	Sakrozë	Maltozë	Manit	Dulcit	Ramnozë	Arabinosë	Ksilozë	Sorbit	Indol
Sh. schmitzi	Edwards-Ewing 1908	-	-	-	-	-	+	v	-	v	+
	Kauffmann 1906	-	-	-	-	-	+	(+)	-	+	+
	Slopek 1968	-	-	-	-	-	+	v	-	v	+
	Të shkëlqel. tonaz	-	-	v	-	-	v	(v)	-	(v)	+

Kjo pasqyrë dëshmon për disa vegori të shtameve tonë në fermentimin e maltozës, ramnozës, arabinozës dhe sorbitit. Siç tregohet në pasqyrën nr. 3, maltoza u fermentua shpejt nga 32 shtamë, me vonesë nga 13 dhe aspak nga 3; ramnoza u fermentua shpejt nga 24 shtamë, me vonesë nga 2 dhe aspak nga 22; arabinoza u atakua me vonesë nga 13 shtamë dhe aspak nga 35; sorbiti u fermentua me vonesë nga 25 shtamë dhe përpunën plotësisht në mes tyre, madje të dhënat e po një autori ndryshojnë në raport me kohën. Kështu p.sh. Edwards dhe Ewing (citar nga Kauffmann F. 1954) japin këto vlerësime për Sh. schmitzi: arabinozë dhe sorbit (+), ndërsa në vitin 1962 arabinozë V dhe sorbit V. Natyrisht, me kalimin e kohës, grumbullohet një material më i gjërë, në bazë të të cilit hindin pa dyshim dhe vlerësime të reja më të përpikta.

Të dhënat tona provojnë se shtamet e Sh. schmitzi shquhen për një sjellje variabël në fermentimin e katër sheqernave të lartpërmendur; po një sjellje të tillë variabël kanë vërejtur dhe Piechaud D., e bp. (9).

## Nëngrupi B (Sh. flexneri)

Ky nëngrup përmbledh serotipe që fermentojnë zakonisht manitin dhe që lidhen ndërmjet tyre nga pikëpamja serologjike në sajë të antigjenëve të përbashkët ose të grupit; dallimi i serotipeve nga njëri tjetri bazohen në antigenin kryesor ose të tipit. Takohen variante x dhe y, që kanë humbur antigenin e tipit dhe që përmbajnë vetëm faktorët grupikë.

Nëngrupi B përbën peshën kryesore në këtë studim; kjo gjë është e ligjshme; pasi shigelloza Flexner mbizotëron në strukturën etiologjike të shigellozave në vendin tonë (78.30%).

## Sh. flexneri serotip 1. —

Ky serotip, në materialin tonë, përfaqësohet me 70 shtame. Vetitë biokimike krahasuese jepen në pasqyrën nr. 6.

## TE DËJENIA BIOKIMIKE KRAHASUESË PËR Sh. Flexneri, serotip 1 (70 shtamë)

Pasqyra nr. 6

Sh. Flexneri 1	Serotipi										
	Autorëti	Laktozë	Saharozë	Maltozë	Manit	Dulcit	Ramnozë	Arabinozë	Ksilozë	Sorbit	Indol
Edwards-Ewing 1962	-	-	.	+	-	-	-	+	+	-	+/-
Kauffmann 1966	-	v	+	+	-	-	-	+	-	-	+
Slopek 1968	-	-	-	.	+	-	-	+	-	-	+/-
Të dhënat tona	-	(+)	v	+	+	-	-	+	-	-	-

Pasqyra nr. 6 dëshmon për disa veçori të shtameve tonë në fermentimin e saharozës dhe të maltozës si dhe në formimin e indolit. Siç tregohet në pasqyrën nr. 3, saharoza u fermentua me vonesë nga 67 shtame (95.70%); maltoza u fermentua shpejt nga 40 shtame, me vonesë nga 26 dhe aspak nga 4; asnjë shtam nuk formoi indol.

Edwards dhe Ewing (1962) për fermentimin e saharozës nga Sh. Flexneri shprehen: «klasifikimet e vjetra të Sh. flexneri bazoheshin në fermentimin e saharozës, por sipas zbulimeve të Boyd (1940), Bridges dhe Taylor (1946) dhe Ewing, rezultoi se saharoza nuk fermentohet nga shtamet e freskëta, të porsa izoluara, të Sh. flexneri. Megjithë këtë ka kultura që janë të afta për të atakuar këtë substancë». Po këta autorë (cituuar nga Kauffmann 1954) thonë se kultura të Sh. flexneri të serotipeve 1, 2, 3 dhe 5 mund të fermentojnë saharozën pas kultivimit të tyre për disa kohë në terrere artificiale, ndërsa shtamet e porsa izoluara nuk e fermentojnë atë. Kulturat tona i janë nënshtruar analizës biokimike, në seri, pas një

stokazhi paraprak, pra pas kultivimit të tyre për disa kohë në terrere artificiale. Por ne konstatojmë fermentimin me vonesë të saharozës, së pari, në përqindje shumë të lartë dhe, së dyti, vetëm në serotipet 1 dhe 3 (respektivisht 95.70/0 dhe 94.30/0), ndërsa në serotipin 2 janë saharoze negative 94/0 e kulturave. Prandaj është vështirë të shpjegohet kjo sjellje vetëm me mosfreskinë e kulturave. Më tepër ka të ngjarë që fermentimi i saharozës me vonesë të jetë një vegori biokimike e serotipeve 1 dhe 3. Kauffmann F. (1954), duke u bazuar në analizën e shtameve të rëndomtë, tregon për fermentimin e saharozës në ditën e dytë nga nëntipi 1 b dhe në ditën e gjashtë nga nëntipi 1 a.

Të dhënat tona për sjelljen variabël ndaj maltozës përputhen me ato të Homenko H. A. dhe bp. (5), të cilët gjatë analizës së 28 shtameve Sh. flexneri serotip 1 fituan këto rezultate: 8 fermentuan maltozën shpejt, 11 me vonesë dhe 9 aspak.

Asnjë nga të 70 shtamet nuk formoi indol. Duke përdorur reaktivin e Kovacs, pas një inkubimi prej dy ditësh, Edwards dhe Ewing (1962) kanë zbuluar se 52/0 e shtameve ishin indolpozitivë. Kulturat tona janë ekzaminuar për indol pas një inkubimi prej 24 orësh, duke përdorur reaktivin Erlich-Bohme, por kjo natyrisht nuk mund të shpjegojë rezultatin 100/0 negativ. Kauffmann F. (1954) rekomandon provën pas 24 orësh me reaktivin Erlich-Bohme dhe ka arritur rezultate pozitive. Duke përdorur të njëjtën metodë, ne kemi zbuluar përqindje të larta shtamesh indolpozitive në serotipet 3 dhe 4. Të dhënat tona përputhen plotësisht me ato të Homenko H. A. e bp., të cilët, në 28 shtame të Sh. flexneri serotip 1, nuk zbuluan asnjë shtam indolpozitiv. Një sjellje të tillë indolnegativ kanë konstatuar edhe Piechaud. D. e bp. (1961).

#### Sh. flexneri serotip 2

Ky serotip ze vendin e parë në numër dhe përfaqësohet me 139 shtame. Ky është dhe serotipi që ka frekuencën mesatare më të lartë për periudhën e marrur në studim (42,20/0). Vetitë biokimike krahasuese jepen në pasqyrën nr. 7.

TABLEAU N° 7  
TE DHËNAT BIOKIMIKE KRAHASUESE PËR SH. FLEXNERI, SEROTIP 2 (139 SHTAME).

Serotipi	AUTORRET	laktose	Saharose	Maltose	Nanit	Dulcit	Ramnose	Arabinose	Ksiloze	Sorbit	Indol
Edwards Ewing 1962	-	-	.	+	-	-	-	+	-	-	+/-
Kauffmann 1966	-	-	+	+	-	-	-	+ (+)	-	-	+/-
Slobek 1968	-	-	-	+	+	-	-	+	-	-	+/-
Ts'akinaf Kono	-	-	V	+	+	-	(V)	+	(V)	-	-

Kjo pasqyrë dëshmon për disa vegjori të shtameve tona në fermentimin e maltozës dhe ramnozës si dhe formimin e indollit. Sig' tregohet në pasqyrën nr. 3, maltoza u fermentua shpejt nga 41 shtame, me vonesë nga 61 dhe aspak nga 37; 21 shtame fermentuan ramnozën me vonesë, ndërsa 118 aspak; indol formuan vetëm 5 shtame, ndërsa 134 (96%) rezultuan indolnegativë.

Të dhënat tona për sjelljen variabël ndaj maltozës përpunhen me ato të Homenko H. A. e bp, të cilët, duke analizuar 117 shtame të këtij serotipi, arritën këto rezultate: fermentuan maltozën shpejt 24 shtame, me vonesë 31 dhe aspak 62.

21 shtame (15%) e fermentuan ramnozën me vonesë. Në vitin 1963, Gorea A. e bp, kanë botuar të dhëna për fermentimin e ramnozës nga Sh. Flexneri serotip 2: gjatë ekzaminimit të 240 kulturave, ata zbuluan se 86.5% e tyre e fermentojnë këtë sheqer.

134 shtame (96%) nuk formuan indol. Edwards P. R. dhe bp. (1962) tregojnë se 75% e shtameve të serotipit 2 formojnë indol. Të dhënat tona përpunthen me ato të Homenko dhe Kisileva: në 117 shtame të analizuar prej tyre, asnjë nuk formonte indol. Mosformimi i indollit nga serotipi 2 është përshtuar dhe nga Piechaud D. dhe bp. (1961).

Vetëm një shtam nga të 139 nuk fermentoi manitin; Sh. flexneri, si rregull janë manit pozitive, por njihen variante të çdo serotipi, që nuk e fermentojnë këtë substancë. Variantet të tilla janë të rralla dhe janë përshtur nga Ewing (1954) për serotipet 1, 2, 3, 4 dhe 6; Seeliger (1959) ka përshtuar një kulturë të serotipit të 5 manitnegative. Variantet manitnegativë hasen më shpesh në serotipet 4 dhe 6.

86% e shtameve e fermentuan arabinozën menjëherë, ndërsa vetëm

5.7% e tyre e fermentuan saharozën me vonesë. Gjatë punës sonë, kemi vërejtur se shumica dërnuese e shtameve të Sh. flexneri, që fermentonte shpejt vetëm arabinozën (krahas glukozës dhe manitit) dhe nuk formonte indol, i përkisnin serotipit 2.

Sh. flexneri serotip 3. —

Ky serotip përfaqësohet në materialin tonë me 110 shtame. Së bashku me serotipin 2, mbizotëron në strukturën etiologjike të shigëlozave në vendin tonë. Vetitë biokimike, të krahasuara me autorë të tjerë, jepen në pasqyrën nr. 8.

Pasqyra nr. 8.

ТЕ ДАННА БИОКИМИЧ КРАЈСУДСЕ ПЕР Ш. ФЛЕКСЕРИ, СЕРОТИП 3 (110 СШТАМЕ)

Serotipi		Laktozë	Saharozë	Maltozë	Manit	Dulcit	Ramnozë	Arabinazë	Ksilozë	Sorbit	Indol
Sh Flexneri 3	Edwards-Ewing 1962	-	-	.	+	-	V	V	-	+(-)	+/-
	Kouffmann 1966	-	V	V	+	-	+	+	-	+	+
	Slobek 1968	-	-	-	+	-	V	V	-	(+)	+/-
Të dhënat tona		-	(+)	V	+	-	V	V	-	+	+



Pasqyra nr. 8 dëshmon për vegoritë të shtameve tanë në fermentimin e saharozës: 101 shtame (92<sup>0</sup>/0) e fermentuan këtë sheqer me vonësë dhe (8<sup>0</sup>/0) aspak. Kuaffmann F. (1954) shënon se shtamet e rëndomtë e fermentojnë saharozën me vonësë në ditën e pestë.

102 shtame (afro 93<sup>0</sup>/0) formuan indol. Sipas Edwards dhe Ewing formojnë indol 89<sup>0</sup>/0 e shtameve të serotipit 3, pra të dhënat janë të përpunëshme.

Sorbiti u fermentua shpejt nga 105 shtame (95<sup>0</sup>/0). Po një përqindje të tillë japin edhe Edwards dhe Ewing, por me një ndryshim, se aty bëjnë pjesë dhe shtamet që fermentojnë sorbitin me vonësë. Në krahasim me autorët e sipërmëndur, ne konstatojmë përqindje më të larta në fermentimin e ramnozës dhe arabinozës.

56 shtame (50<sup>0</sup>/0) fermentuan ramnozën, arabinozën dhe sorbitin menjëherë; fermentimi i shpejtë i këtyre tre sheqernave është vegori e serotipit 3 të Sh. flexneri.

#### Sh. flexneri serotip 4. —

Në materialin tonë, ky serotip përfaqësohet nga 60 shtame.

#### Pasqyra nr. 9

72 DENY BÜCKINGE KRÄHLSSEITZ PER Sh. flexneri, Serotip 4 (60 shtame)

Serotip.	Sh. flexneri 4									
	Laktosa	Saharosa	Maltosa	Manit	Dulciti	Ramnoze	Arabinoze	Ksilozë	Sorbit	Indol
Edwards-Ing. 1962	-	-	-	+	-	✓	✓	-	✓	+/-
Kauffmann 1965	-	✓	+	+	-	-	-	-	+	+
Sjoprek 1938	-	-	-	✓	-	✓	(+)	✓	✓	+
Tschernof 1900	-	-	✓	+	-	✓	✓	-	+(+)	+

Pasqyra nr. 9 dëshmon për disa vegori të shtameve tanë në fermentimin e maltozës dhe sorbitit: fermentuan maltozën shpejt 37 shtame, me vonësë 14 dhe aspak 9; fermentuan sorbitin shpejt 43 shtame dhe me vonësë 17.

Një sjellje të tillë variabel, në fermentimin e maltozës, kanë vërejtur Homenko dhe Kisileva gjatë analizës së 303 shtameve të këtij serotipi. Po këta autorë tregojnë se 95,3<sup>0</sup>/0 e këtyre shtameve fermentojnë sorbitin dhe, peshën kryesore, e përbëjnë kulturat që atakojnë këtë sheqer menjëherë.

Asnjë nga të 60 shtamet tanë nuk fermentoi saharozën; formuan indol 58 shtame (96,6<sup>0</sup>/0).

Gjatë punës sonë, nuk kemi veguar ndonjë variant manitnegativ që t'i përkasë serotipit 4. Variante të tillë janë pëshkruar në fillim me emra të ndryshëm si Sh. saigonensis (1930), Sh. rabaulensis (1944) dhe Sh. rio (1948).

## Sh. flexneri serotip 6. —

Në krahasim me serotipet e tjerë të Sh. flexneri, ky serotip ka një biokimi të veçantë. *Vegetia* qëndron në fermentimin e dulcetit dhe nganjëherë në zbrëthimin e sheqernave deri në formimin e gazit.

Ky serotip përfaqësohet në materialin tonë me 13 shtame. Sjellja e tyre biokimike jepet me hollësi në pasqyrën nr. 3, ndërsa vetitë biokimike krahasuese jepen në pasqyrën nr. 10.

## Pasqyra nr. 10

TE DHENAT BIOKIMIKE KRAHASUESË PËR Sh.Flexneri, Serotip 6 (13 shtame)

Pasqyra Nr. 10

Sh.Flexneri 6 Serotipi	AURORËT												
	Laktocë	Sakharocë	Maltocë	Manit	Dulcit	Romnocë	Arobinocë	Ksitolocë	Sorbit	Indol			
Edward's. Living 1962	-	-	·	+	√	-	+(+)	-	√	-			
Kauffmann 1966	-	-	(+)	+	+	-	+	-	√	-			
Shopek 1968													
Te shënot jona	-	-	√	+	(√)	-	+(+)	-	√	-			

Numëri i pakët i shtameve të ekzaminuara na detyron që vetitë biokimike përmbledhëse të merren me rezervë. Pasqyra nr. 10 dëshmon për vegori të shtameve tanë në fermentimin e maltozës dhe dulcetit: fermentuan maltozën shpejt 6 shtame, me vonesë 6 dhe aspak 1; dulcitin e fermentuan me vonesë 10 shtame dhe aspak 3.

Kauffman F. (1954, 1966) tregon se shtamet e rëndomtë e fermentojnë maltozën me vonesë, në ditën e katërtë, ndërsa dulcitin në ditën e dytë. Nga të 13 shtamet e izoluara, vetëm njëri është biotip gazogjen-variant Manchester, që fermentoi shpejt manitin, ndërsa dulcitin në ditën e nëntë.

## Nëngrupi C. (Sh. boydi)

Ky nëngrup dallohet nga të tjerët se shumë kultura të tij fermentojnë ksilozën dhe dulcitin, ndërsa shfrytëzimi i këtyre substancave nga pjesëtarët e nëngrupeve A, B dhe D është i rrallë; vetëm kulturat manitëgative të Sh. flexneri serotip 4 fermentojnë zakonisht ksilozën dhe disa biotipe manitëgative të Sh. flexneri serotip 6 fermentojnë ksilozën dhe dulcitin.

Nëngrupi C haset më rrallë se të tjerët. Ai përfaqësohet në materialin tonë nga 19 shtame; Sh. boydi serotip 7 mbizotëron dhe përbën 63% të tyre. Serotipet e tjerë të veçuar janë 1, 4, 9, 10 dhe 11. Sjellja e tyre biokimike jepet me hollësi në pasqyrën nr. 3.

## Sh. boydi serotip 7. —

Nga pikepamja biokimike janë studjuar 12 shtame të këtij serotipi (pasqyra 3). Vetitë biokimike jepen në pasqyrën 11.

## Pasqyra 11

TË DUEKUA BIOKIMIKE KRAHASUESË PËR SH BOYDI SEROTIP 7 (12 SHTAME).

Serotipi	Sh Boyd, 7										
	Laktosë	Saharozë	Maltosë	Manit	Dulcit	Ramnozë	Arabinosë	Ksilozë	Sorbit	Indol	
AUTORËT	Edwards Jwing 1962	-	-	-	+	-	-	+	+	(+)	+
	Kauffmann 1966	-	-	-	+	-	-	+	+	+	+
	Slopek 1968	-	-	-	+	-	-	+	+	(+)	+
	Të dhënat tona	-	-	+(+)	+	-	-	+	+	(+)	+

Pasqyra 11 tregon për vegori vetëm fermentimin e maltozës: 7 shtame e fermentuan këtë sheqer menjëherë, ndërsa 5-me vonësë. Kauffmann F. (1954, 1966) tregon se shtamet e zakonshëm nuk e shfrytëzojnë maltozën, ndërsa Edwards dhe Ewing (cit. nga Kauffmann F. 1954) shënojnë një sjellje variabël ndaj saj.

## Nëngrupi D (Sh. sonnei)

Nga pikepamja biokimike, ky nëngrup dallohet prej të tjerëve sepse është i vetmi që fermenton laktozën me vonësë dhe që dekarboksilon ornitinën.

Në materialin tonë, Sh. sonnei përfaqësohet nga 123 shtame. Vetitë biokimike të para, në prizmin krahasues me të dhënat e autorëve të tjerë, jepen në pasqyrën nr. 12, ndërsa më të detajuara në pasqyrën nr. 3.

## Pasqyra nr. 12

TË DUEKUA BIOKIMIKE KRAHASUESË PËR SH SONNEI (123 SHTAME)  
Pasqyra Nr. 12

Serotipi	Sh sonnei										
	Laktosë	Saharozë	Maltosë	Manit	Dulcit	Ramnozë	Arabinosë	Ksilozë	Sorbit	Indol	
AUTORËT	Edwards-Ewing 1962	(+)	(V)	-	+	-	+	(+)	+	-	-
	Kauffmann 1966	(V)	(V)	+	+	-	+	(+)	+	-	-
	Slopek 1968	(+)	(V)	-	+	-	+	(+)	+	-	-
	Të dhënat tona	(+)	(V)	+	+	-	+	+	+	-	-

Laktoza u fermentua me vonesë nga 122 shtame, zakonisht në ditën 6-8; u izolua një shtam i vetëm laktoznegativ. Kultura të Sh. sonnei, që nuk shfrytëzojnë laktozën, janë përshkruar nga Rubinsten dhe Piechaud (1952); ato janë izoluar edhe në Itali gjatë viteve 1943-1945 (Edwards-Ewing 1962). Shtame të tillë janë shumë të rrallë.

Saharoza u fermentua nga 108 shtame (88<sup>0/0</sup>). Të gjithë shtamet ata-kuan manitih, arabinozën dhe sorbitin; asnjë shtam nuk formoi indol.

U izolua një shtam që fermentoi ksilozën me vonesë në ditën e shtatë. Nëngrupi D përbëhet nga një serotip i vetëm, por janë bërë përpjekje për ndarjen e tij në tipe biokimike. Bojten (1934), duke u bazuar në sjelljen ndaj maltozës, ramnozës dhe ksilozës, pasi analizoi 1789 shtame, i ndau në 6 tipe biokimike (a, b, c, d e, f); Hammarston (1949) zbuloi tipin e ri biokimik g; Szurm-Rubinsten dhe Piechaud D. (1957) pasi studjuan vetitë biokimike të 137 shtameve të izoluar në Francë dhe kolonitë franceze, lajmëruan dhe për dy tipe të rinj — k dhe l. Së fundi, Kucharewicz (1959) zbuloi tipin m.

Tipizimi biokimik i Sh. sonnei është një metodë e rëndësishme në kërkimet epidemiologjike. Të dhënat e autorëve të mësipërmë dhe të Van Oye (1966) tregojnë se në vende të ndryshme të Evropës dhe në disa territore të Azisë dhe të Afrikës garkullojnë përfaqësues të të gjithë tipeve biokimike, por kryesori është biotipi a me një frekuencë 50,5-69,2<sup>0/0</sup> (3, 8, 12, 13).

Shpeshësia e këtyre biotipeve ndryshon nga një vend në tjetrin; ndryshime të tilla vërehen edhe në një vend të vetëm me kalimin e kohës (8, 12).

Pasqyra nr. 13

### FREKUENCA E BIOTIPEVE TË SH. SONNEI.

Numri i shtamove që ekzaminuam	BIOTIPE TË SH SONNEI									
	a	b	c	d	e	f	g	k	l	m
723	108	4	0	0	0	1	5	4	0	1
%	87,8%	3,3%				0,8%	4%	3,3%		0,6%

Pasqyra nr. 13 tregon se në vendin tonë, biotipi «a» është kryesori dhe përbën 87,8<sup>0/0</sup> të shtameve Sonnei. Ky biotip fermenton shpejt maltozën dhe ramnozën, por nuk shfrytëzon ksilozën.

Të katër shtamet e biotipit «b» fermentuan maltozën me vonesë nga dita e 3-7, shfrytëzuan ramnozën shpejt në ditën e parë dhe nuk prekën ksilozën.

Një shtam fermentoi maltozën me vonesë, në ditën e 9, ramnozën shpejt në ditën e parë, ndërsa ksilozën në ditën e 7. Ky shtam u konsiderua si i tipit «f».

Të pesë shtamet e biotipit «g» fermentuan maltozën nga dita e 1-3,

ramnozën me vonesë nga dita e 7-22 dhe asnjë nuk fermentoi ksilozën. Të katër shtamet e biotipit «k» fermentuan shpejt maltozën nga dita 1-3, por nuk shfrytëzuan ramnozën dhe ksilozën.

Shtami i vetëm i biotipit «m» nuk fermentoi maltozën dhe as ksilozën, por fermentoi ramnozën në ditën e parë.

Përsa për përket dekarboksilimit të aminoacideve nga shigelat, ne kemi ekzaminuar 235 kultura të shigelave, duke u mbështetur në metodën e modifikuar sipas Falkow dhe kemi arritur rezultate të mira.

Asnjë nga të 235 shtamet nuk dekarboksiloi lizinën. Të dhënat tona përputhen me ato të Falkow (1958), të Edwards dhe Ewing (1962) dhe Slopek (1968). Mungesa e dekarboksilimit të lizinës është një vegori shumë e rëndësishme biokimike për diferencimin e gjinisë së shigelave nga gjinitë e tjera të Familjes së Enterobacteriaceae; një kulturë që dekarboksilon lizinën mund të thuhet me siguri se nuk i përket gjinisë së Shigelave. Ky tekst është shumë i vlefshëm për diferencimin e kulturave të Esch. coli anaerogjene ose mikroaerogjene, që fermentojnë laktozën me vonesë ose aspak dhe që manifestojnë aftësi antigjenike me Shigelat; vlerë të veçantë ka ky test sidomos për diferencimin e kulturave, që i përkasin grupit Alkalescens-Dispar, të cilat shquhen për aftësi biokimike dhe serologjike me Shigelat. Dekarboksilimi i lizinës na ka ndihmuar mjaft dhe ne e konsiderojmë si një nga testet biokimikë diferencues kryesorë (1, 2).

Sjellja e Shigelave në dekarboksimin e argjinës ka qenë variabël. Ndër 132 shtame Flexner së serotipeve të ndryshëm, vetëm njëri prej tyre e dekarboksiloi argjinën me vonesë, prandaj mund të pohohet se nën-grupi B i Shigelave nuk ka një dekarboksilazë të tillë; po e njëjta gjë (71) dekarboksiluan argjinën me vonesë; në bazë të rezultatit të arritura mund të pohohet se nëngrupi Sonnei i Shigelave përmban një dekarboksilazë të tillë. Megjithatë shtamet e Sh. shigae dhe Sh. boydi, të ekzaminuara, e dekarboksiluan gjithashtu argjinën, ne rezervohemi të bëjmë konkluzione për arsye të numërit të vogël të kulturave.

Sjellja e shigelave në dekarboksilimin e ornitinës ka qenë karakteristike. Të gjithë shtamet e Sh. sonnei (71) e dekarboksiluan ornitinën shpejt, në ditën e parë, ndërsa të gjitha shigelat e tjera (me përjashtim të tre shtameve Sh. flexneri serotip 3) nuk e kishin një veti të tillë. Me të drejtë dekarboksilimi i ornitinës duhet konsideruar si një vegori biokimike e nëngrupit Sonnei, që ndihmon në diferencimin e tij nga nëngrupet e tjerë të shigelave. Kjo përputhet me të dhënat e Slopek. (1961, 1968) dhe të Edwards — Ewing (1962).

#### K O N K L U Z I O N E

D) Gjatë studimit biokimik të 616 shtameve Shigela janë vërejtur këto vegori kryesore:

- 1) Shtamet e Sh. schmitzi u dalluan për një sjellje të paqëndrueshme në fermentimin e maltozës, ramnozës, arabinozës dhe sorbitit, kurse të gjithë serotipet e Sh. flexneri për një sjellje të tillë ndaj maltozës.
- 2) Kulturat e Sh. flexneri të serotipeve 1 dhe 3 e fermentuan sa-

harozën me vonesë në një përqindje të lartë, respektivisht 95,70/0, 94,30/0, kurse një pjesë e kulturave të Sh. flexneri serotip 2 (150/0) fermentuan rramozën me vonesë.

3) Të gjitha kulturat e Sh. flexneri serotip 1 dhe shumica dërrmuese e kulturave Sh. flexneri serotip 2 (960/0) nuk formuan indol.

4) Të gjitha kulturat e Sh. flexneri serotip 4 e fermentuan sorbitin, pjesa më e madhe e tyre (71,70/0) në dy ditët e para.

II. — Ndër variantet biokimike të Shigellave që hasen trallë janë izoluar:

— një shtam Sh. sonnei laktoznegativ; një shtam Sh. flexneri serotip 2 maritnegativ; një shtam biotip gazogjen të Sh. flexneri serotip 6 (Manchester).

III. — Nder biotipet e Sh. sonnei janë veguar:

— Biotipi «a» është kryesori dhe përben 87,80/0 të shtameve Sonnei dhe biotipe të tjerë: g, b, k, f, m të renditur sipas shpeshësisë.

IV. — Në proven e Shigellave për të dekarboksiluar lizinën, argininën dhe ornitinën u arritën këto rezultate:

1) Asnjë shtam nuk dekarboksiloi lizinën.

2) Ornitina u dekarboksilua shpejt nga të gjithë shtamet e Sh. sonnei dhe me vonesë nga 3 shtrime Sh. flexneri serotip 3.

3) Të gjithë shtamet e Sh. sonnei dekarboksiluan argininën nga dita 2-4. Në po të njëjtën mënyrë vepruan edhe shtamet e Sh. boydi serotip 1, 4, 7, si dhe një shtam Sh. flexneri serotip 1.

Dorëzuar në redaksi më 15 janar 1974. —

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Duraku E. : Studim i hollësishëm biokimik dhe serologjik i 377 shtameve Shigella të izoluar nga viti 1965-1967. Buletini i mjekësisë ushtarake 1968, 2, 28.
- 2) Duraku E. : Mbi diferencimin e gjinisë së Shigellave. Buletini i mjekësisë ushtarake 1970, 1, 56.
- 3) Edwards P. R., Ewing W. H. : Identification of Enterobacteriaceae. 2nd. ed. Burgess Publishing Co., Minneapolis, Minnesota 1962.
- 4) Gorea A., Melkert T. : Arch. roum. Path. exp. 1961, 20, 301.
- 5) Homenko H. A., Kisileva B. S. : Izucenie fermentativnoj aktivnosti kultur Sh. flexneri. Zhurnal Mikrobiol. 1967, 2, 94.
- 6) Kaufmann F. : Enterobacteriaceae. E. Munksgaard, Copenhagen 1954 (Botim rusisht 1959).
- 7) Kaufmann F. : The bacteriology of Enterobacteriaceae. E. Munksgaard Copenhagen 1966.
- 8) Mamontova T. H., Solodovnikov J. P. : Sovremenie metodi vnutrividovogo tipirovania Shigella sonnei. Sobshçenie I : Biohimicheskoje tipirovanie. Zhurnal Mikrobiol. 1970, 8, 128.
- 9) Piechard D., Szturm-Rubinstein S. : Ann. Inst. Pasteur 1955, 89, 462.
- 10) Piechard D., Szturm-Rubinstein S. : Ann. Inst. Pasteur 1961, 20, 301.
- 11) Report 1958. International Enterobacteriaceae Subcommittee. Int. Bull. Bacteriol. Nomencl. Taxon 13, 69.
- 12) Sapozhnikova V. A. : Ob epidemiologiceskom znaceni nektorih biologiceskih osobnostiej dizenterii Sonne. Zhurnal Mikrobiol. 1965, 10, 141.

- 13) Slopek St. : Shigella und Alkalescens-Dispar. (Ne monograftinè e Sedlak und Risch, Enterobacteriaceae Infektionen, Veb. Georg Thieme, Leipzig 1961.  
 14) Slopek St. : Shigella und Alkalescens-Dispar. (Ne monograftinè e Sedlak und Rische, Enterobacteriaceae Infektionen, Veb. Georg Thieme, Leipzig, 1968.

### S u m m a r y

## A STUDY ON SHIGELLAE DURING THE PERIOD 1965-1970

### Second communication.

I. The biochemical study of 616 strains of Shigellae revealed the following peculiarities:

- 1) The strains of Sh. schmitzi fermented variably maltose, rhamnose, arabinose and sorbitol;
  - 2) All the serotypes of S. flexneri acted variably toward maltose;
  - 3) The cultures of serotypes 1 and 3 of Sh. Flexneri were mostly late fermenters of sucrose; 95.7 and 94.3 percent respectively;
  - 4) All the cultures of Sh. flexneri of serotype 1 and most of serotype 2 (96/0) produced no indole;
  - 5) Few (15/0) of the cultures of Sh. flexneri serotype 2 were late fermenters of rhamnose;
  - 6) All the cultures of Sh. flexneri serotype 4 fermented sorbitol, most of them (71.7/0) within two days.
- II. Among the rare variants of Shigellae were found:
- one lactose-negative strain of Sh. sonnei,
  - one mannitol-negative strain of Sh. flexneri serotype 2,
  - One gas producing biotype of Sh. flexneri serotype 6 (Manchester).
- III. The biotypes of Sh. sonnei included biotype «a» which represented 87.80% of all the Sh. sonnei strains; less frequent were biotypes g, b, f, m, ranged according to their frequency.
- IV. The lysine, arginine and ornithine decarboxylase tests gave the following results:
- 1) none of the strains decarboxylated lysine;
  - 2) Ornithine was decarboxylated rapidly by all the Sh. sonnei strains.
  - 3) All the strains of Sh. sonnei decarboxylated arginine within 2-4 days. In the same way acted the strains of Sh. boydii serotypes 1, 4, 7.

### R é s u m é

## ETUDE SUR LES GERMES DU GROUPE SHIGELLA DURANT LA PERIODE 1965-1970

### Second communication.

I) L'étude biochimique de 616 souches de Shigellae a révélé les particularités suivantes:

- 1) Les souches de Shigellae de Schmitz ont présenté un comportement variable dans la fermentation des maltoses, rhamnoses, arabinoses et du sorbitol;

- 2) Tous les sérotypes des Shigellae Flexner se sont comportés variablement à l'égard de maltose;
- 3) Les cultures des shigellae de Flexner des sérotypes 1 et 3 dans un fort pourcentage, respectivement de 95,7% et 94,3% ont fait fermenter tardivement le saccharose.
- 4) Toutes les cultures des Shigellae de Flexner du sérotype 1 et l'immense majorité des cultures du Shigellae de Flexner du sérotype 2 (96%) n'ont pas formé d'indole.
- 5) Une partie des cultures des Shigellae de Flexner du sérotype 2 (15%) ont fait fermenter la rhamnose avec retard;
- 6) Toutes les cultures des Shigellae de Flexner du sérotype 4 ont fait fermenter le sorbitol, la plupart d'entre eux (71,7%) dans les deux premiers jours.
- II. — Parmi les variantes biochimiques des shigellae rarement rencontrées on a isolé:
- Une souche de Sh. sonnei lactose — négatif.
- Une souche de Sh. de Flexner du sérotype 2 manitol-négatif.
- Une souche biotype gazogène du Sh. Flexner du sérotype 6 (Manchester).
- III. — Les biotypes du Sh. sonnei comprennent le biotype «a», qui représentait 87,8% de toutes les souches de Sh. sonnei; les biotypes g, b, k, l, m, rangés par ordre de fréquence, sont apparus moins fréquents.
- IV. — Les épreuves de décarboxylase de la lysine, de l'arginine et de l'ornithine par les Shigellae ont donné les résultats suivants:
- 1) Aucune souche n'a pu décarboxyler la lysine;
- 2) Toutes les souches de Sh. sonnei ont décarboxylé rapidement l'ornithine.
- 3) Toutes les souches de Sh. sonnei ont décarboxylé l'arginine de 2 en 4 jours.
- Les souches de, Sh. de Boyd des sérotypes 1, 4, 7 ont exercé la même action.



## REAKSIONET PAS APLIKIMIT TË VAKSINËS KUNDRA FRUTHIT NË VITIN 1970

(Prodhuar me shtamin Pekin 55)

— VASEL CIKA, STEFAN PAVLI —

(Instituti kërkimor i Higjienës dhe Epidemiologjisë.

Drejtor Dr. M. Mugo)

Kultivimi i virusit dhe efekti citopatogjen bënë të mundëshme studimin e vetive të tij në drejtim të përgatitjes së një vaksine efektive. Sot dihet se për çdo vaksinë, efikasiteti epidemiologjik dhe imunologjik duhet të jetë i lartë dhe, po qe e mundur, i njëjtë me atë që prodhon vetë sëmundja; nga ana tjetër të mos japë reaksione të rrezikshme e të rënda tek i vaksinuari.

Ginsburg N.N. referon se ndër vaksinat e para të fruthit, ajo e përgatitur me shtamin Edmonston B, megjithë antigjentehin e mirë kur u aplikua, provokoi një sëmundje vakcinimi të vërtetë me temperaturë mbi 380 në 750/0 të të vaksinuarve (330/0 me temperaturë 39,40 - 40,40), në veganti në fëmijet sensibel dhe me konvulsione hiperpiretike në 1-20/0 të rasteve. Vaksinimi shoqërohej me ekzantemë të lehtë, madje dhe me njollat e Koplikut, me rrufë, konjunktivit si dhe me shenja të një ataksioni të rrugëve të sipërme respiratore si kollie, bronkit dhe faringjit (në 500/0 të rasteve). Këto reaksione të rënda të vaksines e kufizuan shumë aplikimin e saj dhe u desh të përdreshin metoda të tjera për të zbutur këtë simptomatologji, që mund të përdreshin metoda të tjera për të zbutur këtë sido që më i ndërlikuar si manipulim, është përdorimi i gamma-globulinës njëkohësisht me aplikimin e vaksines (me shiring të vegante dhe në vend tjetër të trupit), e cila bën që gjendja e përgjithshme e fëmijës të mos përkëtohet dhe temperatura mbi 390 të konstatohet në 50/0 të të vaksinuarve, ndërsa ekzantema shumë a pak e dallueshme në 100/0, pa ndikuar në prodhimin e antikorpeve.

Gjatë vakcinimit që u bë në vendin tonë në vitet 1970-1971 me vaksinën kineze (me virusin e zbutur të fruthit, me shtamin Pekin 55), në 892.736 fëmijë, reaksionet post-vaksinale ishin minimale. Këto reaksione post-vaksinale janë dhe qëllimi i këtij studimi.

*Materiali paraget:* 1) Reaksionet post vaksinale kundra fruthit sipas ditëve.

2) Reaksionet pas vakcinimit sipas moshave (marurr në studim rrethet Elbasan, Durrës, Shkodër, Krujë), për vitin 1970, krahasuar me vitin 1965.

3) Reaksioneve post vaksinale në total, sipas natyrës së simptomave klinike, për vitin 1970, krahasuar me ato të vitit 1965.

4) Të dhënat mbi reaksionet e vaksinave të zbutura kundra fruthit të llojeve Enders, Beckenham, Schwartz, Moraten.

Sipas moshave (pasqyra nr. 2), ne kemi marrë në studim reaksionet post vaksinale prej një vjeç, deri 20 vjeç, moshë mbi 15 vjeç është shpërndarë në persona që u vaksinuan dhe që nuk kishin kaluar fruthin në epideminë e viteve 1954-1955. Për këtë moshë, në literaturë ne nuk kemi gjetur të dhëna për reaksionet post vaksinale.

Nga pasqyra nr. 1 vihet re se numëri më i madh i rasteve, që kanë pasur reaksione pas vaksinimit, është në personat me temperaturë 37.1-37.5, që kapin shumën 45 ose 10,90%; mandej me temperaturë 37,6-38,5 gjithsej 37 ose 8,90%, ndërsa me sindrome katarale 28 ose 6,70%. Por më e rëndësishme dhe që vlen të përmendet është fakti se numëri më i madh i rasteve me reaksione në përgjindje më të madhe vihet re nga moshë 14 vjeç e lart dhe deri në moshën një vjeç. Sipas llogaritjes së bërë del se deri në moshën 10 vjeç janë observuar 311 fëmijë dhe nga këto kanë pasur reaksione të ndryshme 66 ose 21,20% e tyre, ndërsa në moshat nga 14-20 vjeç janë observuar 101 persona dhe nga këta kanë pasur reaksione të ndryshme 48 ose 47,80% e tyre. Gjithashtu këtu përmëndim edhe faktin tjetër që ekzantemat e konstatuara në katër rastet i përkasin po moshës 14 vjeç e lart.

Dihet se sëmundja e fruthit, megjithëse konsiderohet benignje, kalon më rëndë dhe jep mortalitet më të lartë në të rriturit (Mande R.). Gjithashtu dhe në vendin tonë, epidemia e fruthit tregoi se tek të rriturit, në shumicën e rasteve, sëmundja u parqit në forma të rënda (Muço M. e bp.). Po ashtu dhe reaksionet post vaksinale, siç u theksua më lart, u vërejtën më shumë në moshat e rritura.

### Pasqyra nr. 3

Reaksionet post vaksinale në total sipas natyrës dhe gradës së simptomave klinike në vitin 1970 krahasuar me të dhënat e Papaiani K. (1968)

Viti	Fëmijë të mbikqyrë	%			
		Me temperaturë 37,1—37,5	Me temperaturë 37,6—38-5	Me sindrome katarale	Me ekzantemë
1968	924	24,5	2,6	7,5	0,5
1970	412	10,9	8,9	6,7	0,9

Në pasqyrën nr. 3 ne kemi krahasuar studimin tonë me atë të bërë më 1968 nga Papaiani K. dhe na rezultoi se: me temperaturë 37.1 deri 37.5 ne kemi pasur dy herë më pak raste, ndërsa me temperaturë 37.6-38.5 ne kemi konstatuar në 8,90% të rasteve ose rreth 4 herë më tepër dhe këtu në një masë të ndieshme në moshat mbi 14 vjeç. Sindromet katarale dhe rastet me ekzantemë janë të përafërta.

**REAKSIONET POST VAKSINIMIT KUNDRA FRUTHIT SIPAS DITËVE  
(KOHËS SË MBAJTJES NË MBIKËQYRJE MJEKËSORE).**

Lloi i reaksionit	Fëmij të observuar	Me reaksion	dit 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
			R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.	R.
Temp. 37.1-37.5	412	45	3	—	4	2	5	3	3	5	5	2	3	1	2	2	1	1	1	—	—	—	—
Temp. 37.6-38.5	412	37	—	—	1	—	4	5	1	7	3	1	3	4	4	2	2	—	—	—	—	—	—
Syndrome katarale.	412	28	1	—	1	—	3	4	3	3	—	5	2	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—
Ekzanteme	412	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Shuma	412	114	4	—	5	3	8	11	13	8	13	10	6	4	9	12	3	2	1	—	—	—	—
% reaksioneve sipas ditës	—	27.6	0.3	—	1.2	0.7	1.9	2.6	3.1	1.9	3.1	2.4	1.4	0.9	2.1	2.8	0.7	0.4	0.2	—	—	—	—

Sipas ditëve (Pas Nr. 1) nga dita 6-10 kemi reaksione post vaksinale në 55 raste ose në 48.2% të rasteve me reaksion, ose 13.3% të personave të observuar. Pra, në 10 ditëshin e parë kemi 75 persona me reaksion ose 65.8%, ose në krahasim me të observuarit 18.2%; në 10 ditëshin e dytë kemi 39 persona, që përbëjnë 34.2% të personave me reaksion, ose 9.4% të observuarve. Maksimalen e rasteve e kemi në ditën e tretë dhe 9 me 3.1% të rasteve dhe ditën e 14 me 2.8%. Me temperaturë 37. 1-37.5<sup>0</sup> rastet me reaksion fillojnë nga dita 1-17 me maksimum ditën e 5 dhe e 7-9 me nga 5 raste. Me

temperaturë 37. 6-38.5° raste fillojnë kryesisht në ditën e 8-16 me maksimum ditën e 9 me 7 raste. Sindromet katerale fillojnë edhe këto kryesisht në ditën e 5-14 (përjashtoj ditën e 11), dhe maksimumi arrin në ditën e 10 me 5 raste. Ekzantema shfaqet vetëm në 4 raste ose 0.9% të vaksinuarëve në ditën e 14, kjo ekzantemë morbiliforme është e lehtë që mezi duket, e shfaqur në regjionet inguinale dhe abdomen. Prandaj, rritja e reaksioneve, pas ditës së pestë, na tregon rritje të shkaktuar prej vaksinës.

*Pasqyra nr. 2*

**Të dhënat mbi reaksionet pas vaksinimit kundër fruthit me vaksinën Kineze (Sipas moshave).**

Moshë në vjeç	Nr. I të observuarve	Me reaksione		Me temp. 7.1—37.5		Me temp. 37.6—38.5		Me syndrome katarale		Me ekzanteme	
		Raste	%	Raste	%	Raste	%	Raste	%	Raste	%
1	75	28	37.3	6	8	12	16	10	13.3	—	—
2	62	15	24.2	5	8.6	7	11.2	3	4.8	—	—
3	42	9	21.4	2	4.7	3	7.1	4	9.5	—	—
4	27	2	7	—	—	—	—	—	7.3	—	—
5	22	1	4.5	—	—	—	—	1	4.5	—	—
6	36	2	6.5	—	—	—	—	2	5.5	—	—
7	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	39	9	23	8	2.4	1	2.5	—	—	—	—
14	4	4	100	1	25	1	25	1	25	1	25
15	12	12	100	6	50	1	8.3	2	16.6	3	25
16	50	20	40	9	18	8	16	3	6	—	—
17	27	9	37	7	25.9	2	7.4	—	—	—	—
18	4	1	25	—	—	1	25	—	—	—	—
19	2	2	100	1	50	1	50	—	—	—	—
20	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Shuma</b>	<b>412</b>	<b>414</b>	<b>27.7</b>	<b>45</b>	<b>10.9</b>	<b>37</b>	<b>8.9</b>	<b>28</b>	<b>6.7</b>	<b>4</b>	<b>0.9</b>

Në pasqyrën nr. 4 paragesim reaksionet post vakcinale nga vaksinat e prodhuara prej Enders, Beckenham, Schwartz, Moraten, dhe të mbikqyrë po nga ata vetë (Wilson Smith).

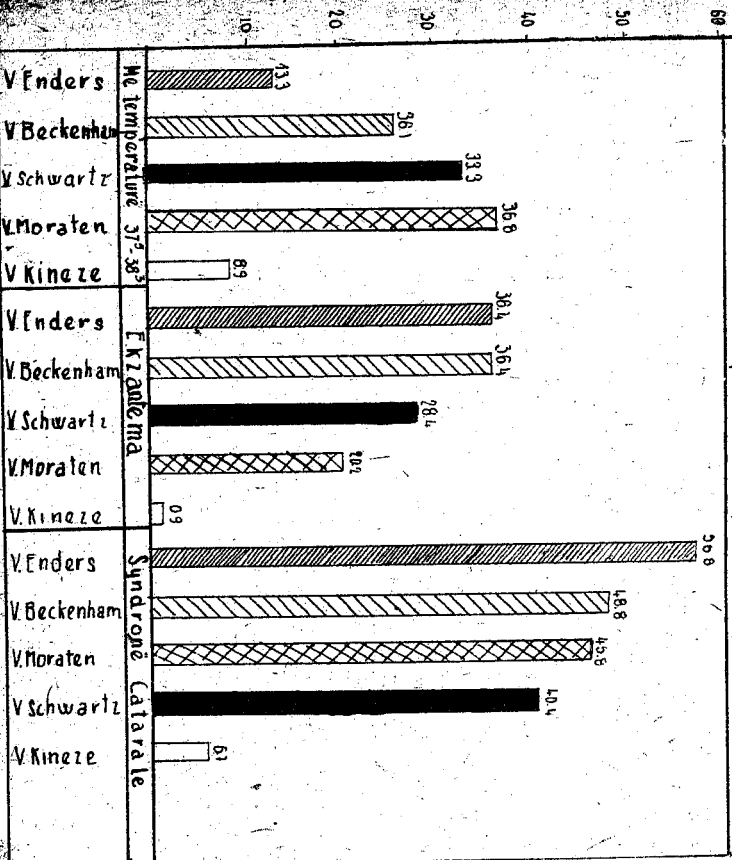
Pasqyra nr. 4

Lloji i vaksinës	Fëmijë të observuar	Temperaturat			Ekzantemë	Sindromë katerale						
		37,5-38,2	38,3-39,2	39,3-39,9			40 e lart					
Enders	88	12	13,6	28	30,7	19	21,5	8	7,9	32	36,4	56,8
Beckenham	84	22	26,1	28	35,3	8	9,5	4	4,7	31	36,9	48
Schwartz	81	27	33,3	17	20,7	10	12,3	2	2,4	23	28,4	45
Moraten	84	31	36,8	14	16,6	4	4,7	1,1	1,1	17	20,2	40,4

Vaksina	412	45	10,9	37	8,9	—	—	—	—	4	0,9	6,7
Shqiptare												

Reaksionet post vakcinale të vaksinave të atenuara kundra fruthit të llojeve që përmenden me poshtë

Shprehur në %



Pra, nga studimet e ndryshme që janë bërë mbi vaksinat e zbutura kundra fruthit (Bechenham, Schwartz etj.) janë vërejtur shumë reaksione post — vaksinale, nga të cilët: temperaturë 37,90 në 61,80/0 deri 82,60/0 e rasteve; temperaturë 39,80 në 5-180/0 dhe 11-40/0; ekzantemë në 42,4/0 dhe 72.10/0. Negler F. P. ka vërejtur gjithashtu dhe komplikacione të rënda si encefalite, kriza konvulsive, me ekzantemë të përgjithshur, me bronkopneumoni etj. Për t'i pakësuar këto reaksione, disa autorë (Negler F. P.) kanë shoqëruar vaksinën me gamma-globulinën. Megjithkëtë, përgjindja e reaksioneve mbetet shumë më e lartë se me vaksinën kinize, të cilën përdorën me gjatë situatës epidemike në vitin 1970. Siç del nga pasqyra nr. 4, e krahasuar me të dhënat tona, vakcina kinize jep reaksione shumë më të pakta se vaksinat e tjera. Po këtë konkluzion ka nxjerrë dhe Papaiani K. në studimin e bërë në vitin 1968.

Në vaksinën e aplikuar nga autorët kinëzë në vendin e tyre, është vërejtur se në 280/0 të rasteve kanë pasur reaksione febrile, ndërsa 3,60/0 e tyre kanë pasur edhe manifestime kutane (Sulçebegu H.).

Është për t'u përmendur se vaksinat e fruthit me viruse të ngordhur me formol nuk japin reaksion, por ato kanë fuqi të dobët imunizuese (Ginsburg N.N.).

#### K O N K L U Z I O N E

- 1) Vakcina e aplikuar në vitin 1970 pati reaksione të pakta dhe të pa rëndësishme.
- 2) Vërehet se moshat që patën më tepër reaksione ishin 14 vjeç e lart.

Dorëzuar në redaksi më 15 tetor 1973

#### B I B L I O G R A F I A

- 1) Enders J. e bp. : Propagation in tissus cultures of citopohogenic agents from patients measles. Society for experimental biologi and medicine. New York 1956, 2, 86, 277.
- 2) Ginsburg N. N. : Zhiv'e vakcini Medgiz, Moskva 1969, 7, 170
- 3) Mugo M., Krasta Sh. : Aspekte të epidemisë së fruthit në vendin tonë vitin 1970 prill 1971. Buletini i mjekësisë ushtarake 1971, 1
- 4) Mande R. : A propos de la vaccination contre la rougeole. Résultats des premiers essais de vaccination anti morbilluse en France avec la vaccine virus vivant hypoaectenuté souche Schwartz. Annales de Pédiatrie 1967, 1, veill. 43,67.
- 5) Negler F. P. : Studies on attenuated measles virus vaccines in Canada. Buletin W. O. H. 1965, 6, veill. 32, 791.
- 6) Nçjela V., Papaiani K. : Karakteristikat e epidemisë së fruthit të vitit 1970-1971 në R. P. të Shqipërisë, në një popullatë të immunizuar me anën e vaksinës. Buletini i U. SFT. T. — seria shkencat mjekësore — 1971, 2, 9.
- 7) Papaiani K., Shehu E. e bp. : Përdorimi i vaksinës kundra fruthit dhe reaksionet e tij. Shëndetësia popullore 1967, 1, 34.
- 8) Papaiani K., Çika V. : Karakteristikat immunitare të vaksinës së fruthit të aplikuar në vendin tonë. Shëndetësia popullore 1972, 1, 3.

- 9) **Papajani K.** : Të dhëna laboratorike mbi efikasitetin e vakcinës së fruthit të aplikuar në vendin tonë. Buletini i U. SH. T. — seria shkencat mjekësore, 1968, 1, 81.
- 10) **Suljebegu H.** : Mbi kongresin e VI të Pediatrisë kineze. Shëndetësia popullore, 1964, 3, 56.
- 11) **Wilson Smith Dr.** : Vaccination against measles: E study of clinical reactions and serological responses of young children. British Medical Journal 1965, 1, 817.

#### S u m m a r y

### SIDE EFFECTS OF MEASLES VACCINATION IN 1970

The side effects of measles vaccination were observed on 412 subjects aged from 1 to 20 years, who had not suffered from measles and were presumed susceptible. The vaccine used was prepared from the strain Peking 55. This group was kept under medical observation for 21 days. Rise of temperature 37.1 to 37.59°C had 100% of the vaccinated, 37.6 to 38.59 had 8.90% and none had a rise above 38.69. Catarrhal symptoms occurred in 6.70% and rash in 0.90%.

Post-vaccinal reactions were more frequent and more pronounced in the age group of 14 to 20 years (47.80%) than in the younger groups aged 1-10 years (21.10%). Similar observations were made by previous trials conducted some years earlier.

#### R é s u m é

### REACTIONS OBSERVEES APRES LA VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DE 1970

Les auteurs ont étudié les réactions constatées à la suite de la vaccination contre la rougeole sur 412 personnes âgées de un à 20 ans, qui n'ont pas été atteintes par cette maladie. Le vaccin utilisé est préparé selon la souche Pekin 55. Ce groupe de vaccinés a été suivi pendant 21 jours de suite par le personnel médical préposé à cette tâche. Des observations faites il ressort que 100% des vaccinés ont eu une température variant de 37,1 à 37,59°C; 8,90% une température entre 37,6 et 38,59°C. On n'a relevé aucun cas de température supérieure à 38,69.

Sur 6,70% des personnes vaccinées on a observé des syndromes catarrhaux et sur 0,90% d'entre elles de l'exanthème.

Les auteurs ont également analysé ces phénomènes post-vaccinaux sur la base des groupes d'âge, ce qui a fait apparaître des réactions post-vaccinales plus fréquentes chez le groupe d'âge de 14 à 20 ans (47,80%) et sur les groupes encore plus jeunes de un à 10 ans (21,10%).

Les mêmes observations avaient été recueillies par d'autres auteurs dans les années antérieures, les réactions ayant été également peu fréquentes et peu importantes.

## DËMTIMI I FILESTARE SATURNIKE NË FABRIKËN E QELQIT TIRANË

— SKENDER SKENDERAJ —

(Katedra e sëmundjeve infektive, Shef Dr. J. Palo)

Saturnizmi është një nga sëmundjet profesionale më të shpeshta dhe më të larmishme. Ai shkakton humbje të përkohshme të aftësisë për punë; madje ndonjë herë përfton invaliditet të zgjatur. Ky helmim profesional nga shumë autorë po studjohet në shumë aspekte dhe drejtime. Vlen të përmenden punimet e kohëve të fundit të Gaultier M. e bp. (1973), Mathot J. (1973), Zorina L. A. e bp. (1974), Gorn E. L. (1967), etj.

Po kështu në vendin tonë është treguar interesim për studimin e këtij helmimi në ambientet e punës dhe të prodhimit. Të dhënat e autoreve tanë si Çigo Sk., Preza B. e bp., Memi H. e bp., Harito Th. etj. po pasurojnë përvojën kompetare. Pak nga pak po shihen studimet e sëmundjeve profesionale.

Duke u nisur nga fakti se industria ku përdoret Pb në vendin tonë ka marrë zhvillim të vullshëm dhe me kërkësat e qëndrës sanitare epidemiologjike të lagjes nr. 6, ne morëm në studim ndikimin e veprimit të plumbit në punëtorët e kësaj fabrike si dhe shkallën e dëmtimit të tij në organet e ndryshme.

Fabrika e qelqit të Tiranës ka 17 vjet që është vënë në funksionim. Nga reparatet kryesore, pas atyre të prodhimit, futen edhe ato të pikturës dhe graviturës, që, si proces, kanë pikturimin dhe gdhëndjen artistike të qelqurinave. Në këto dy reparte, gjatë punës përdoren shumë lloj ngjyrash dhe solumonesh; nëpërmjet kombinimit të tyre, midis përbërve kryesore të këtyre ngjyrave dhe solumoneve të punës një vend të rëndësishëm ze minimumi i plumbit me rreth 70% të ngjyrave, pa lënë mënjandë edhe përbërësit e tjerë si rëren kuarcore, boraksin, oksidin e Pb, benzolin, acetoni, bikromatin e Pb etj. Por rreziku kryesor i dëmtimit të punonjësve, në këto reparte, përqëndrohet tek plumbi dhe tek komponimet e tij si minimumi, bikromati dhe oksidet e plumbit.

Për të zbuluar shenjat minimale të helmimit saturnik, ne kryem depistimin masiv të formës aktive me të gjithë punonjësit e këtyre dy reparteve, për të zbuluar punëtorët e dëmtuar, format kryesore klinike dhe për të kryer mjekimin përkatesë specifik si dhe për të marrë masat profilaktike të mëtejshme. Për këto qëllime u morrën në ekzaminim 30 punëtorë.



## METODIKA E PUNES

Depistimi ynë tek këta punëtorë konsistoi në mbledhjen e anamnezës, ekzaminimin objektiv të të gjithë organeve të aparatëve, si dhe kryerjen e analizave të përgjithshme dhe specifike.

Gjatë depistimit u kryen këto analiza: urinë komplet, gjak komplet, përcaktimi i përqindjes së hemoglobinës dhe të granulacioneve bazofillike në eritrocitet. Në analizat specifike të urinës u përqendruam veçanërisht në përcaktimin e plumburisë, koproporfirinave dhe të acidit deltaaminolevulinik (A. L. A.).

Plumburia u përcaktua sipas metodës kineze, sipas së cilës, si prag të intoksikimit fillestar konsiderohet 80 gamma Pb për litër. Koproporfirinat u përcaktuan sipas metodës së Kastelo, sipas së cilës autori konsideron si kufi minimal për dëmtimet saturnike 40 gamma Pb për litër. Acidin deltaaminolevulinik urinar e përcaktuan sipas metodës së autorëve japonezë Katsumaro Tomokuni e bp. (1972), të cilët konsiderojnë si normë 1,3 gjer 3,3 mg/litër urinë.

Nga depistimi i parë i përgjithshëm na rezultoi se në nëntë pacientë u zbuluan shenjat klinike ose paraklinike të saturnizmit dhe në një pjesë të tyre u konstatua vetëm faza fillestare e dëmtimeve toksike saturnike. Tek ta u përsëritën edhe dy herë të tjera analizat specifike për të përcaktuar shkallën e dëmtimit të tyre dhe për t'i rikontrolluar edhe më mirë si klinikisht ashtu dhe nga ana laboratorike.

Rezultatet e analizave të gjakut për të nëntë pacientët jepen në pasqyrën nr. 1.

## Rezultatet e analizave të gjakut

Pasqyra nr. 1

Nr. i rasteve	Eritrociet	Leucociet	Hemoglobina	Granulacion et bazo filike
1	4.900.000	6000	85%	me pakicë
2	4.100.000	4500	75%	—
3	4.000.000	11.700	65%	me shumicë
4	3.880.000	7.400	60%	me shumicë
5	3.700.000	7.000	65%	me pakicë
6	4.000.000	7.100	65%	—
7	3.900.000	8.500	60%	me shumicë
8	4.100.000	6.000	65%	—
9	3.800.000	6500	60%	me shumicë

## Rezultatet e analizave toksikologjike të urinës

Pasqyra nr. 2

Nr. i rasteve	Plumburia në gama/litër	Koproporfirinat në gama/litër	Acidi deltaaminolevulinik në mg/litër
1	95	50	5,3
2	87	45	6,3
3	88	58	5,7
4	180	48	6,2
5	120	76	6,1
6	125	48	7,5
7	300	9,9	5,7
8	190	84	7,2
9	160	70	7,1

Nga pasqyrat del se nga 30 punëtorët, që u morën për ekzaminim, 9 veta (30%) kanë dëmtime nga plumbi. Stazhi në punë i këtyre punëtorëve luhetet nga 9 gjer më 15 vjet, por vetëm dy të sëmurë kishin një stazh pune mbi dhjetë vjet.

Nga këta nëntë të sëmurë, pesë ishin meshkuj dhe katër femra.

Në punën tonë, ne u përpoqëm të bëjmë diferencimin se cili nga sindromet mbizotëronte. Gjashtë të sëmurë paraqitën ankesa me këtë kuader klinik: dobësi të përgjithshme, lodhje e theksuar gjatë punës, djerstije, ulje në peshtë, iritabilitet, labilitet emocional, që ndonjëherë arrin të deri në depresion nervor. Shpeshherë shoqërohej me simptoma gastrointestinale si shijë metalike në gojë, nauze, anoreksi, konstipacion të shpeshta, dhembje të përhapura në të gjithë abdomenin që rralle herë mund të lokalizohet në ndonjë regjion të veçantë si në fossa *aliaca dextra*. Në ekzaminimin objektiv vërehej tremor i gishtriqve dhe, në tre raste edhe i duarve. Në shumicën e pacientëve, tremori paraqitej bilateral, vërehej djerstije, refleksset tendinoze të gjalla.

Gjatë palpacionit, në katër raste, abdomeni paraqitej dolent më tepër në kolonin ashedent dhe sigma. Lizerumi i Burtonit në këta persona ishte i pranishëm në të gjashtë vetët dhe paraqitej me ngjyrë karakteristike të përhimë në blu, në gingivat e dhembëve incizivë dhe kaninë të sipërme dhe të poshtëm. Këto simptoma klinike, ne i grupuam në dëmtimet neurovegetative dhe gastrointestinale. Pra, sindromi asteno-vegetativ, i kombinuar me grrëgullimet gastrointestinale, takohet në 76,6% të personave të dëmtuar nga plumbi dhe ze 20% të numërit të përgjithshëm të punëtorëve, që mërmë në studim për dëmtimet nga plumbi.

Në tre pacientë u has sindromi anemik ose hematologjik, që në rastin e të dëmtuarve tanë, u gjjet së bashku me dëmtimet hepatiche. Për të përcaktuar sindromin anemik, mërmë në konsideratë uljen e përqëndrjes së hemoglobines nën 60% dhe të eritrociteve nën 4.000.000 për mm<sup>3</sup>. Të tre rastet e ekzaminuara me këtë sindrom mbështeten plotësisht edhe analizat pozitive të plumburit, koproporfirinat dhe acidin deltaaminoluvulinik. Në sindromin hematologjik nuk kemi lënë pa marrë parasysh edhe praninë e granulacioneve bazofilike në eritrocitet. Ankesat kryesore të pacientëve, që vuanin nga këto sindrome, ishin: lodhja e shpejtë, dobësi e përgjithshme, dhembje koke më e shprehur në orët e fundit të punës, errësimi i pamjes etj. Përveç këtyre ankesave, të tre pacientët ndjemin ndonjë herë dhembje në hipokondrin e djathtë dhe më rralle në të majtin, shijë të hidhur në gojë, më tepër gjatë orëve të para të mëngjesit. Objektivisht, tek këta të sëmurë u vërejt zbehësi e theksuar e fytyrës dhe e mukozave, agë sa tek këta vërehej një shenjë tipike objektivë, që quhet «*facies saturnina*». Ky sindrom ishte i pranishëm në pacientët me moshë të re — mesatarisht 30 vjeç.

Në nëntë të sëmurët tanë, që gjjetëm nga ky depistim, tensioni arterial na rezultoi më i ulët se norma mesatare. Këtë e kemi konstatuar edhe në shumë raste të tjera të depistuar në shtypshkronjat e Tiranës.

Këta nëntë të sëmurë u shtruan në klinikën e sëmundjeve profesionale, kurse të sëmurët e tjerë janë duke u trajtuar në mënyrë ambulatoriale, sipas simptomatologjisë përkatëse.

Gjatë depistimit tonë vumë re se, megjithëse ishin të pajisur me

mjete të mbrojtjes individuale, punëtorët nuk i kishin dhënë rëndësi përdorimit të tyre. Ata nuk mbanin vazhdimisht dorashka gjatë manipulimit të pluhrave dhe solucionet e ndryshme dhe shpeshherë lëkura e tyre ndotej nga bojrat, të cilat absorbohen me lehtësi nga sipërfaqja e lëkurës. Si pasojë, plumbi dhe komponimet e tij kalojnë në qarkullimin e gjakut dhe demojnë aparatet e ndryshme. Gjithashtu, gjatë punës, këta punëtorë nuk i përdorin masat shunështesëse, higjiena personale pas punës shpesh neglizhohej. Ajroreja e ambienteve të punës nuk ishte në lartësinë e duhur, aspiratorët shpesh pësonin difekte. Në këtë mënyrë avujt e gazet dhe aerozolat e bojrave të plumbit dhe komponimeve të tjera ndohtin ajrin e lokallit.

#### Konkluzione

- 1) Dëmtimet fillestare saturnike në fabrikën e qelqit të Tiranës kanë prekur nëntë punëtorë (30%<sup>0</sup>/<sub>0</sub> të kontigjentit).
- 2) Dëmtimet nga plumbi kanë prekur pa dallim të dy seksset pothuajse në raport të barabartë.
- 3) Stazhi në prodhim i punonjësve të dëmtuar nga saturnizmi është mesatarisht dhjetë vjet.
- 4) Midis nëntë pacientëve që vuanin nga saturnizmi, gjashtë pacientë paraqitnin sindromin astenovegjetativ, i kombinuar me çrregullime gastrointestinale dhe tre pacientë paraqitnin sindromin hematologjik.

Dorëzuar në redaksi më 15 shtator 1974

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Cigo Sk. : Sëmundjet profesionale të shkatruara nga intoksikacioni i plumbit dhe masat profilaktike për menjshimin e tyre. Shëndetësia popullore, Tiranë 1962, 4, 1.
- 2) Gauthier M., Fournier E., Gervais P., Makka E., Etyanion M. L. : Critères diagnostiques du saturnisme dans une consultation des maladies professionnelles de médecine. Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de la sécurité sociale. Paris 1973, Tome 34, 10-11, 613.
- 3) Gorn E. L. : Opređenje svınca v moçe. Spravočnik prof-patologa. Leningrad 1967, 340.
- 4) Memi H., Skënderaj S. : Kumbesë mbi depistimin e saturnizmit si sëmundje profesionale në stëblimentin «Mihal Durinj». Përmbledhje referatësh e Kumbesës. Tiranë, 1973, 24.
- 5) Mathot J. : Biologie appliquée à la médecine du travail. Estimation biologique du saturnisme. Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de Sécurité sociale. Paris 1973, Tome 34, 9, 538.
- 6) Preza B., Sheafi L., Pandaku K., Papadhonullit G. : Të dhëna kliniko-statistikore mbi saturnizmin në klinikën e neurologjisë. Shëndetësia popullore, Tiranë 1970, 4, 8.
- 7) Preza B., Preza L. : Plumbi, bashkimet e plumbit dhe arseniati i plumbit. Toksikologjia klinike. Tiranë 1973, 152.
- 8) Kaloumaro Tomokumi, Massana Ogato : Përcaktimi i acidit delta amino levullinik. (Përkthyer shqip nga revista «Clinical chemistry». 1972, 1534.
- 9) Zorina I. A., Sorikine N. C., Evlashko J. G. : Porfirinsvo obmen v ravnei diagnostike svincovoj intoksikacii. Klinicheskaia medicina, 1974, 5, 112.

## S u m m a r y

## INITIAL SATURNISM INJURIES AT THE GLASS FACTORY

The problem of saturnism at the glass factory of Tirana is discussed. The study was carried out on 30 patients of both sexes and various ages. Of the 9 patients who presented symptoms of saturnism 6 had the asthenovegetative syndrome and 3 had the haematologic or anaemic syndrome.

The tables and diagrams present the clinical forms and the degrees of saturnism injuries.

## R é s u m é

## AFFECTIONS PRIMAIRES SATURNINES CONSTATEES CHEZ DES OUVRIERS VERRIERS

L'auteur traite du problème du saturnisme dans la verrerie de Tirana. Il a pris comme sujets d'étude 30 ouvriers verriers sans distinction de sexe, d'âge ou d'ancienneté au travail. Cet examen a fait ressortir que neuf ouvriers étaient atteints de saturnisme, dont six affectés du syndrome arteriovégetatif et trois du syndrome hémato-logique ou anémique.

A l'aide de tableaux et de graphiques, l'auteur illustre les formes cliniques et le degré de l'affection saturnine.

## MBI NJË VATËR DIFTERIJE NË RRETHIN E SHKODRËS HULO HADDERI, JOLANDA KOÇI, INJAC SARAÇI, RUZHDIJE BALLA

(Instituti kërkimor i Higjienës dhe Epidemiologjisë, Drejtor M. Muço.)

### PERTËF KRUIJA, LËC PLANI, NERIMAN BABAMETO

Qendra Sanitare Epidemiologjike Shkodër

Vaksinimi në shkallë të gjërë i fëmijve me anatoksinë difterike dhe masat komplekse antiepidemike, të marrura nga ana e QSE-ve, kanë bërë që morboziteti nga difteria tek ne të pësojë një rënie të ndijshme.

Megjithatë, gjatë viteve të fundit, kurba e rënies të difterisë, në vendin tonë, nuk është e qëndrueshme. Ajo paraqet prirje uljeje dhe rritje të vogla të rasteve.

Tek ne, për vite tme radhë po regjistrohen vetëm vatra të izoluar, raste sporadike të difterisë. Kjo e ka burrimin kryesisht në të matat që ekzistojnë në zbatimin e skemës së vaksinimit dhe në ndjekjen e cekët të vatrave të infeksionit dhe të bartësve të shëndoshë.

Ndërmjet shfaqjeve të ndryshme sporadike të rasteve të difterisë, në gusht të vitit 1971, në fshatin Bzhet-Makaj, të rrethit të Shkodrës, u shfaq një vatrë difterie.

Në bashkëpunim me QSE-në e Shkodrës u studjua dhe u ndoq me vëmendje kjo vatrë, jo vetëm gjatë shfaqjes së saj, por edhe shumë kohë më vonë (përafërsisht tre vjet).

Studimi i gjithanshëm na vuri përpara një sërë të dhënash lidhur me kushtet në të cilat u shfaq kjo vatrë difterie; pra u ndoq zhvillimi i saj i mëvonshëm, gjendja receptive e fëmijve si dhe masat që duheshin marrë për përmirësimin e gjendjes immunitare të tyre, me qëllim që të menjanohej shpërthimi eventual i një epidemie.

### PËSHKRIMI EPIDEMIOLOGJIK I VATRËS

Fshati Bzhet-Makaj i rrethit të Shkodrës gjendet 35 km. larg lokalityetit të Koplikut. Është një fshat malor me lagje të largëta njëra nga tjetra, kurse vetë lagjet kanë shtëpi të grumbulluara. Fshati ka 499 banorë, me 64 familje.

Rasti i parë me difteri u shfaq në gusht të vitit 1971. Në lagjen Makaj u sëmur fëmija L. L. Makaj, vjeç 3, i cili menjëherë u shtrua në spital. Ai kaloi një sëmundje me një gjendje toksike, që u shogërua me miokardit. Më vonë, gjendja e tij shkoi duke u përmirësuar dhe pas 60 ditëve, fëmija doli i shëruar.

Analiza bakteriologjike, e bërë në ditën e shtirimit, tregoi se agjenti patogjen ishte *Corynebacterium diphtheriae* i tipit gravis toksikogjen lizotip XVII.

Në bazë të të dhënave të regjistrimit, fëmija figuronte i pa vaksinuar.

Rasiti i dytë me difteri u shfaq në shtator të vitit 1971, pikërisht pas 40 ditë pas rasitit të parë. Në lagjen Xhaq, sëmurët me difteri fëmija F. P. P. Dragani, një vjeç. Ky shtrohet në spital në gjendje toksike të rëndë dhe pas dy ditësh përfundoi në vdekje.

Analiza bakteriologjike e bërë në ditën e shtirimit tregoi se shtamimi i *C. diphtheriae* ishte i tipit gravis toksigjen dhe i të njëjtit lizotip me rastin e parë.

Nga të dhënat e regjistrimit, fëmija rezultonte i vaksinuar.

Vlen të thuhet se lidhjet epidemiologjike ndërmjet dy rasteve nga ana fisnore dhe nga moshë, janë të dobta.

*Metoda e punës.* — U bë hetimi epidemiologjik i vatrës, studimi i lidhjeve epidemiologjike midis dy vatrave, si dhe studimi i nivelit të receptivitetit të popullatës fëmimore.

Depistimi i personave të kontaktit në vatrë u krye me dy tampona: një nga fyti dhe një nga hunda, të cilët u inkubuan në terren pasuri-mi (O.C.S.T.) për 18 orë në 370 C.

— Studimi laboratorik i shtameve të *C. diphtheriae* u bë në bazë të skemës së adaptuar nga Instituti kërkimor i Higjienës dhe epidemiologjisë (1,2). Shamet e izoluarra u studjuan në mënyrë komplekse, në të gjitha drejtimet, duke përfshirë karakteret morfologjike, kultivale, biokimike, toksigjenezën dhe, për një pjesë të mirë edhe fagotipizimin.

— Fagotipizimi i 27 shtameve të *C. diphtheriae* të izoluar në të shtamurë dhe bartës u bë në Institutin e mikrobiologjisë, parazitologjisë dhe epidemiologjisë «Dr. I. Cantacuzino» të Bukureshtit, sipas skemës origjinale të adaptuar nga Saragea e bp. (3).

Studimi i gjendjes imunitare u krye në gjakrat e marrura në 17 fëmijë të këtij fshati, që paraqisnin papërpikmëri dhe të meta në gjendjen e vaksinimit. Titrimi i serumeve u bë në mënyrë individuale (për çdo serum me vete), duke aplikuar testin «in vivo», në lepuj sipas metodës Jansen, që është më e preferuarra (4).

#### MATERIALI, REZULTATET E PUNËS DHE DISKUTIMI I TYRE

Në vatra ku përfshihen dy lagje dhe shkolla u kryen gjithsej 175 depistime, nga ku rezultuan 34 ose 19,4% bartës të bacilit difterik.

— Në personat e kontaktit, në vatra u kryen gjithsej 105 depistime nga ku u zbuluan 15 ose 14,2% bartës të bacilit difterik, të ndarë si më poshtë:

0	—1	vjeç	9
1	— 12	vjeç	3
	mbi 12	vjeç	3

Nga këta figuronin: të pavaksinuar — një; të vaksinuar 10; që nuk dihej vaksinimi — një.

Në shkollë, nga 70 fëmijë që u depistuan, 19 ose 27% rezultuan bartës të shëndoshë të bacillit difterik.

Studiimi laboratorik i 34 shtameve të *C. diphtheriae*, të izoluar nga bartësit, dha këto rezultate:

- tip gravis toksigjen 32
- tip intermedius toksigjen 1
- tip intermedius jo toksigjen 1 (shih pasqyrën).

Pasqyra nr. 1

Rezultati i ekzaminimeve bakteriologjike

Personat e ekzaminuar	Përqindja e pozitivitetit	Corynebacterium diphtheriae			
		G R A V I S		I N T E R M E D I U S	
		Toksigjen	Jo toksigjen	Toksigjen	Jo toksigjen
1 75	19.4	32	—	1	1

Fagotipizimi i 27 shtameve dha këtë klasifikim:

- Gravis toksigjen lizoitip «XVI» 25 shtame
- Intermedius toksigjen fag-rezistent 1 shtam
- Intermedius jo toksigjen fag-rezistent 1 shtam

Nga këto të dhëna rezulton se në bartësit mbizotëron tipi gravis toksigjen lizoitip «XVI», i njëjtë me lizoitipin, që u izolua në të sëmuretë e vatrave.

Për burimin e infeksionit, në rastin e parë, mund të bëhen vetëm supozime, kurse për rastin e dytë, dy fëmijë bartës, vëllezër të rasit të parë, janë në të njëjtën shkollë me një fëmijë bartës, që banon në të njëjtën ndërtesë me rastin e dytë dhe ka të njëjtin lizoitip.

Për të krijuar një ide sa më të përpiktë mbi gjendjen e vaksinimit, u studjuan evidencat e vaksinimeve dhe, për rastet e rregullta e të pa-njohura, u muarr gjaku për titrimin e antitoksinës difterike.

Në bazë të evidencave të vaksinimit, rezultoi se 84,8% e fëmijëve figuronin të vaksinuar dhe të rivaksinuar në rregull, kurse pjesa tjetër paraqiste rregullime në aplikimin e skenës së vaksinimit. Të tillë tër paraqiste rregullime në aplikimin e skenës së vaksinimit. Të tillë ishin 17 fëmijë të moshave 3-12 vjeç, të cilëve, në mënyrë individuale, iu bë titrimi i antitoksinës difterike. Ky titrim dha këto rezultate:

— 3 serume ose 17,6% kishin një titer 0.02 UA/ml (kuifiri mbrojtës 0.03UA/ml), gjë që le të kuptohet se këta fëmijë ishin të pa mbrojtur nga differia.

— 14 serumet e tjera ose 82.40% kishin një titer antikorpush anti-difterike në sasi të mjaftueshëm, që shtrihet nga 0,03-1 UA/ml. Megjithëse midis këtyre fëmijëve, katër rezultuan bartës të tipit gravis toksigjen, asnjëri nuk u sëmur nga difteria edhe pse tre prej tyre kishin një titer antikorpush antitoksikë në nivelin e kufirit mbrojtës.

Duke u mbështetur në këto të dhëna të gjendjes immunitare si edhe në rezikshmërinë e tipit gravis epidemijgen, që qarkullojnë në këtë zonë, u muarën menjëherë këto masa: vaksinimi i të gjithë fëmijëve të fshatit nga 0-12 vjeç dhe mjekimi i bartësve të bacillit difterik deri në sterilizimin e plotë të tyre.

\* \* \*

Vatra u ndoq në dinamikë për një kohë mjaft të gjatë (afërsisht tre vjeç).

Për të studjuar gjendjen immunitare të fëmijëve pas vaksinimit dhe, për të parë qarkullimin e *C. diphtheriae* në këtë vatrë, nga ana jonë u kryen gjithsejt dy sondazhe:

— Në sondazhin e parë të kryer në mars të vitit 1973 u studjuan titri i antitoksines difterike në gjakun e 12 fëmijëve të moshave 0-6 vjeç dhe njëkohësisht u depistuan për bacilobartës 45 fëmijë, nxënës shkollë e të rritur.

Nga ky depistim nuk rezultoi asnjë bartës i *C. diphtheriae*. Titri mesatar i antikorpeve në gjak ishte rreth 1 UA/ml.

— Në sondazhin e dytë të bërë në prill të vitit 1974, u studjuan titri i antitoksines difterike në gjakun e 17 fëmijëve të moshave 2-7 vjeç, prej të cilëve: tre me vaksinim bazal, pesë me rivaksinim të parë dhe 9 me rivaksinim të dytë. Në të njëjtën kohë, në 106 fëmijë dhe nxënës shkollë u bëne depistime në grykë dhe hundë për bacilo-bartës dhe në 82 prej tyre (shifër që përfaqëson mbi 50% të fëmijëve të fshatit të moshave 0-12 vjeç) u krye reaksioni i Schickut.

Edhe gjatë këtij sondazhi nuk rezultoi asnjë bartës i *C. diphtheriae*. Titri mesatar i antitoksines difterike në gjakun e 17 fëmijëve rezultoi rreth 2 UA/ml, nivel ky mjaft i lartë për mbrojtjen e fëmijëve nga toksinifekzioni difterik. Gjithashtu edhe reaksioni Schick rezultoi negativ në masën 100%.

Kjo gjendje e shëndoshë immunitare e fituar pas vaksinimit bazal dhe rivaksinimit, përforcohet edhe me faktin epidemiologjik se gjatë këtyre tre vjeçëve të fundit nuk është shfaqur asnjë rast i ri me difteri në këtë fshat.

#### K O N K L U Z I O N E

- 1) Shfaqja e dy rasteve me difteri në fshatin Bzhet-Makaj është pasojë e gjendjes immunitare të pakënaqësme dhe e qarkullimit të shtasë me gravis toksigjen.
- 2) Megjë të dy shtamet e *C. diphtheriae* të izoluar nga të sëmurët



ishin të të njëjtit llozotip me shtamet e izoluar në pjesën dërmuese të bartëve (llozotip «XVI»), shfaqja e rasitë të dytë lidhet me kalimin e infeksionit nga një bartës i shëndoshtë në këtë fëmijë, i cili, duke qënë i pambrojtur, u sëmur nga difteria.

3) Në bazë të evidencimit dhe rezultateve të titrit të antitoksinës difterike në gjak, evidencia e vaksinimit të fëmijve në këtë fshat nuk është e përpiktë.

4) Fëmijët që kishin një titër antitoksinë në nivelin e kufirit mbrojtës nuk u sëmurën nga difteria edhe pse ishin bartës të të njëjtit biotip epidemigjen.

5) Masat antiepidemike, që u muarën në vatrë pas rasitë të dytë, dhe, mbi të gjitha, vaksinimi i gjithë fëmijve nga 0-12 vjeç, bëri që të mënjanohet shpërthimi i epidemisë.

6) Nga kontrolli që u bë vatrës 20 dhe 31 muaj më vonë, rezultoi se titri i antitoksinës difterike në gjakun e fëmijve ishte i lartë (rreth 1 UA/ml.) dhe se bacilobartshmëria nuk u konstatah.

Dorëzuar në redaksi më 5 maj 1974.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Hajdëri H., Koçi J., Luloçi I., Vorpsi T., Saraçi I. : Cilësitë biokimike dhe toksike të shtemesve të *C. diphtheriae* të veguara nga të sëmurët me bartësit gjatë periudhës 1962-1967. Buletini i U. SH. T. — seria shkencat mjekësore 1968, 2, 21.
- 2) Hajdëri H. : Difteria — Mikrobiologjia mjekësore 1972, vol. II 426.
- 3) Saraçi A., Maximescu P. : Phage typing of *Corynebacterium diphtheriae*. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève 1966, 35, 681.
- 4) Van Ranshorst J. D., Sundaresan T. K., Ouischoorn A. S. : International collaborative studies on potency assays of diphtheriae and tetanus toxoids. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève 1971, vol. 45, 2, 143.

## S U M M A R Y

### AN EPIDEMIC FOCUS OF DIPHTHERIA IN THE DISTRICT OF SHKODRA

In the village Bzhet-Makaj in the Shkodra district a focus was studied of two cases of diphtheria in august-september 1971. The pathogenic agent, isolated from two children suffering from diphtheria as well as from most of the carriers, was identified as *C. diphtheriae*, type gravis, toxigenous, lysotype «XVII».

The titration of the antitoxine of the serum showed that the state of vaccinal immunity of the children of the village was not satisfactory, as resulted also from the control of the records of vaccination. It resulted that the sick children were not vaccinated or were vaccinated incompletely. The children who showed a titre of antibodies on the limit of the protective level did not contract the disease and some of them had become carriers of the epidemiogeneous type. The children of the village were vaccinated later and the carriers received the necessary treatment.

A control carried out 20 and 31 months later showed that the antitoxin titres were high in the blood serum of the children (about 1 UA/ml) and no more carriers were discovered among those who were controlled.

## R é s u m é

## UN FOYER DE DIPHTHERIE DANS LA REGION DE SHKODRA

Dans le village de Bzhet-Makaç du district de Shkodra, il a été procédé à l'étude complexe d'un foyer de deux cas de diphtérie manifestés en août-septembre 1971. L'agent pathogène qui a été isolé chez les deux enfants malades ainsi que chez la grande majorité des porteurs a été identifié comme étant le C. diphtheriae gravis toxigène lysotype «XVII».

Le titrage de l'antitoxine du sérum a révélé que l'état d'immunité vaccinale des enfants du village était insatisfaisant, et le recensement de la vaccination dans ce village imprécis. Il est donc apparu que les enfants malades, ou bien n'étaient pas vaccinés ou bien l'étaient incomplètement. Les enfants sur lesquels a été observé une titre d'anticorps dans les limites du niveau de protection ne furent pas atteints, bien que certains d'entre eux fussent porteurs du même type épidémiogène. Par la suite, tous les enfants du village ont été vaccinés et les porteurs reçurent le traitement approprié.

Un contrôle effectué dans ce foyer, 20 et 31 mois après, révéla que le titre d'antitoxine antidiphthérique dans le sang des enfants était élevé (1 UA/ml environ) et l'on ne découvrit aucun porteur parmi les personnes soumises à ce contrôle.

## NJË DEPISTIM NË PUNONJËSIT E KOMBINATIT TË MISHIT TIRANË PËR TË STUJDUAR (ZBUJUAR) BRUCELOZËN LATENTE KRONIKE DHE FENOMENET REZIDUALE TË SAJ.

— ELMAS ELFARI, FATOS SALA, ALBERT PETRO, DEMOKRAT QOSE,

ELAMUR META, FREDERIK VOKOPOLA —

(Katedra e sëmundjeve aqitëse dhe e epidemiologjisë. Shet. Dr. J. Pulo)

Në sajë të masave profilaktike dhe rritjes së nivelit sanitar të popullsisë, rralle ndodh që bruceloza të merret nëpërmjet qumështit të pa zjerë. Në dekadat e fundit, bruceloza është shndëruar në një sëmundje kryesisht profesionale, blegtorale dhe industriale. Në R. D. Gjermane, peshat specifike e rasteve profesionale përbën 75-95% (Topish 1966 — cituar nga Tokarieviç N. K.). Në R. F. Gjermane, nga numëri i të sëmurëve, vetëm 1,50% përbëjnë personat, që nuk kanë pasur kontakte me kafshët, mbetja u përket të sëmurëve të grupit ngushtësisht profesional: veterinerëve dhe studentëve të veterinarisë (67,80%), barinjve, shitësve të mishit dhe kaspë-pëve (29,0%), punonjësve të laboratorëve të veterinarisë (1,70%) (Winter dhe Barlag 1966 — cituar nga Tokarieviç N. K.).

Ky fenomen është vënë re në të gjitha vendet e botës. Kështu p.sh. në Paris, nga viti 1945-1956, sipas Boyer e bp. — 1957 (cituar nga Drankin I. A) prej 52 të sëmurëve me brucelozë, 39 raste ishin kasapë. Po ashtu në Krahinën e Krasnojarskut, punonjësit e industrisë së pëpunimit të mishit (1953) përbënin 2,30% të të gjithë të sëmurëve me brucelozë, në Ukrainë 8,60%, në Kaukazin verior 1,5-8,80% (Drankin I. A. e bp.).

Por, nëqoftëse përqindja e brucelozës në punonjësit e pëpunimit të mishit nuk ze vendin kryesor në numërin e përgjithshëm të brucelozikëve, këto raste, ndër punonjësit e qytetit, përbëjnë morbozitetin kryesor të brucelozës.

Të tilla të dhëna të literaturës na tërhoqën vëmendjen, prandaj me-nduanam se paraqet interes praktik një depistim i tillë në kombinatin e mishit të Tiranës, për të parë aspektin industrial të brucelozës.

### M A T E R I A L I

Në mënyrë paraprake studiuam kartelat mjekësore të punonjësve të kombinatit të mishit. Në këto kartela gjetëm të dhëna interesante që na tërhoqën vëmendjen. Shumë nga këta punonjës ishin vizituar shpesh me diagnoza dhe shqetësime të tilla: gjendje febrile (1), artralgjira në artikulacionet e mëdha, sidomos në kolonën vertebrale. Disa të sëmurë të tjerë kanë paraqitur dhembje dhe rëndime në hipokondrin e djathtë dhe mjekoheshin për hepatite kronike. Një pjesë e të vizituarve mjekoheshin për pollaritrit reumatizmal kronik dhe për çrregullime neuro-vegjetative të përshëritura. Duke ditur se përveç sëmundjeve të tjera, edhe bruceloza kronike,

latente mund të jetë shkakare e shqetësimeve të tilla, menduam se këtu duhej të kishte punonjës të sensibilizuar prej brucelezës. Për këtë qëllim vizituan 150 punonjës të kombinatit të mishit dhe in aplikuan atyre provën Burnet.

### REZULTATET

Nga ekzaminimi që in bënë 150 punonjësve rezultuan këto të dhëna objektive dhe subjektive, të cilat po i paraqitjm në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Dhembje mezi dhe e artikulacioneve të ndryshme etj.	74 raste
Djersë	41 raste
Subfebrilitet	23 raste
Iritabilitet nervor, pagjumësi, dhembje koke etj.	48 raste
Hepato-kolecistit kronik	17 raste

Këto shqetësimë janë gjetur të kombinuar, domethënë, në një punonjës gjatëm njëkohësisht ankesa të tilla: dhembje kyqesh, pagjumësi, djersë, hepato-kolecistit etj.

Reaksioni Burnet u aplikua në 150 punonjësit dhe u lexua 24 — 48 dhe 72 orë pas aplikimit. U morrën këto rezultate:

Pasqyra nr. 2

Rezultati i provës Burnet	(-)	+ -	+	++	+++	++++	+++++	Gjithsejt
Raste	83	20	22	12	7	5	1	150
Përqindja	55,4%	13,3%				31,3%		100%

U studjuan raste me reaksion Burnet pozitiv edhe sipas repartit apo procesit të punës që kryhen secili nga këta punonjës dhe rezultoi se pozitiviteti më i lartë u takonte punonjësve të thertores, të paketimit të mishit dhe sallameve.

Rezultatet e provës Burnet u studjuan edhe në vartësi me stazhin në punë të punonjësve dhe u konstatua se edhe persona që kanë vetëm dy vjetë e fundit në punë janë të sensibilizuar ndaj brucelave: 10 raste pozitivit dhe 6 raste të dyshimta me reaksion Burnet (shih pasqyrën nr. 3).

Pasqyra nr. 3

Koha e punës	Reaksioni Burnet pozitiv	Reaksioni Burnet i dyshimtë	Reaksioni Burnet negativ
Deri në vit	4	3	13
—2 vjet	6	3	11
13—4 vjet	5	3	12
5—10 vjet	24	8	36
11—20 vjet	8	2	10
mbi 21 vjet	3	1	1
<b>Shumra</b>	<b>47</b>	<b>20</b>	<b>83</b>

Sikurse duket nga pasqyra nr. 2, reaksioni Burnet rezultoi pozitiv në 47 raste, ose 31,30%. Prej këtyre rasteve, 25 kanë qenë pozitiv i theksuar: me edemë dhe hiperemi (në 16,60%). Nga këto raste, pas provës Burnet, tre punonjës patën temperaturë, artralgjira, dhembje koke dhe dobësi trupore. Për mjekim kemi përdorur, në këtë rast, aspirinën dhe në një rast delakortenin 3 x 1 tablete (0.005).

Nga të gjitha këto raste me reaksion Burnet pozitiv, vetëm një punonjëse ka qenë e shtruar dhe e mjekuar në spital me brucelozë të diagnostikuar me formën subakute.

Rastet me reaksion Burnet që rezultuan të dyshimta, llogariten në 13,30% dhe negativ rezultuan 55,40%.

Po të shikohen dhe të krahasohen të dhënat objektive dhe subjektive klinike të pasqyrës nr. 1 paralel me rezultatet e provës Burnet të pasqyrës nr. 2, mund të nxirret pasqyra nr. 4, që rezulton:

Pasqyra nr. 4

Me reaksion Burnet	Raste	Me shenja klinike	Pa shenja klinike
Pozitiv	47	33	14
I dyshimtë	20	16	4
Negativ	83	36	47
Gjithsej	150	85	65

Në llogaritëm se nga 47 rastet me reaksion Burnet pozitiv, vetëm 33 punonjës ose 70,20% patën njëkohësisht të dhëna klinike (si në pasqyrën nr. 1) dhe nxorrëm se nga 150 punonjësit e ekzaminuar, vetëm 220/0 (33 raste) kanë të dhëna për brucelozë latente-kronike dhe fenomene reziduale.

### D I S K U T I M

Smirnov M. S. (1960) ka gjetur se në punonjësit e kombinatit të mishit, brucelozja jep humbje të aftësisë në punë në 6-100/0, kurse në disa rajone deri në 18-200/0 të tyre. Një nga testet më të ndjishme deprivuese, në këto qendra punë, është kufi-reaksioni Burnet.

Prova Burnet bazohet në vetinë e organizmit të infektuar nga brucelat për të dhënë reaksion lokal specifik (edemë, skuqje, dhembje) me futjen intrakutane të 0.1 ml. brucelinë, që është filtrat i kulturës tre javëshe të brucelave.

Prova konsiderohet pozitive gjatë pranisë së edemës lokale, që shfaqet pas tetë orë dhe më vonë dhe ruhet deri në 50-72 orë (Rudnjev P. G.) Spink W. W. shkruan se kontrolli i provës duhet bërë 24-48 orë më vonë, në disa raste të rralla, ajo duket pas 5-6 ditësh, madje dhe më vonë.

Nga të gjithë pranohet se një test kufian pozitiv me antígenin brucelar paraqet një hipersensibilitet specifik, kurse reaksioni i aglutinacionit

të brucelozës, domethënë reaksioni Rajt mund të ngatërrohet me tulareminë, ethet Q, me të vaksinuarit nga kolera etj. (sepse këta shkaktarë kanë strukturë antigjenike të ngjashme, që ndikojnë në prothimin e aglutinitivitetit), por nuk kanë sensibilitet kutan të kryqëzuar (provën alergjike), prandaj testi kutan është më specifik (Spink W. W.).

Lidhur me këtë është, Dzhalliov D. K. e bp. shkruajnë: «prova e Burnet është specifike dhe me ndjekshmëri të lartë. Ajo është pozitive madje atje ku hemokultura ose Rajti japin rezultate negative. Testi kutan është më i vlefshëm gjatë brucelozës subakute dhe kronike».

Llogaritjet e pozitivitetit të provës bëhen duke matur me centimetro përmasat e edemës: ( +, ++, +++, +++++ ), i dyshimtë ( +- — ) dhe negativ ( — ) (Rudnjëv P. G.).

Sipas Dzhalliov D. K. e bp. prova Burnet bëhet pozitivë pesë ditë pas infektimit me brucea dhe mbetet dhjetë vjet e më shumë pas sëmundjes. Në ekzaminimet tona, ne gjetëm një rast me reaksion Burnet ende shumë pozitiv, megjithëse kishte kaluar brucelozën më 1965 (përpara 9 vjetëve).

Në format kronike të brucelozës mbizotëron komponenti infektiv-alergjik, dhe intenziteti i reaksionit kutano-alergjik është një kriter për të gjykuar gradën e alergjisë (Beklemishev D. N.).

Gjendja alergjike për një organizëm nuk është e përhershme, prandaj intenziteti i provës Burnet ndryshon nën ndikimin e faktorëve të ndryshëm, që favorizohen nga lëkundjet e reaktivitetit alergjik të organizmit (Dzhalliov D. K.). Një person që sot ndodhet në gjendje areaktiviteti, pas një jave mund të japë shenja të garta të reaksionit alergjik dhe e kundërta, nën ndikime apo faktorë të ndryshëm, një organizëm shumë i sensibilizuar mund të arrijë në gjendje areaktive (Beklemishev D. N.).

Prova Burnet është e njëllajtë si prova Mantoux, por me reaksionin Burnet nuk tregohet që sëmundja është në aktivitet, për këtë arsye, në punimin tonë, ne llogaritëm vetëm ato raste, që, përveç provës kutane pozitive, kishin edhe manifestime të ndryshme klinike, domethënë 22% (33 raste nga 150 të ekzaminuar), por kjo përqindje mund të ishte edhe më e lartë (47 raste me reaksion Burnet pozitiv në 150 ekzaminime).

Në studimet e bëra nga Drankin I. D. e bp. gjatë vitëve 50, në punonjësit e tre kombinatëve të misht rezultoi se 35,4% e punonjësve ishin të infektuar nga bruceloza, nga të cilët 85,7% paraqisnin shenjat klinike të shprehura të sëmundjes. Po këta autorë raportojnë më 1961 se ndër punonjësit e thertores, reaksioni Rajt (Wright) rezultoi pozitiv në 32% e kurse reaksioni Burnet në 65,6%. Në punonjësit e reparitit të zorrëve 8,5% reaksioni Rajt dhe 50,4% reaksioni Burnet, në reparatin e nënproduktëve 26,4% reaksioni Rajt dhe 50% reaksioni Burnet.

\*Sipas mendimit tonë, shkruajnë Drankin I. D. e bp., ndër këta punonjës, 22,6% ishin të infektuar nga bruceloza dhe prej tyre 70,0% ishin me shenja klinike të sëmundjes. Sipas reparatëve, numëri i të infektuarve rezultoi: në reparatin e dhjamtit 23,5%, në atë të sallamit dhe konserverave në 24%.\*

Në kombinatin e mishtit në Tiranë, reaksioni Burnet rezultoi pozitiv në 47 raste, domethënë 31,3% e punonjësve. Prej tyre, 33 raste ose 22%, nga 150 punonjësit të ekzaminuar, paraqesnin njëkohësisht dhe shenja kli-

nike si: artralgji, djerse, subfebrilitet, iritabilitet nervor (shih pasqyrën nr. 1).

Sherbak F. J., kur përshkruan mbeturinat (reziduale) të brucelelozës kronike, shkruan: «Në kuadrin klinik të brucelelozës reziduale mbizotërojnë ndryshime të karakterit funksional si iritabiliteti nervor, lodhja e shpejtë, pagjumësia, humbja e kujtesës. Shfaqja e distonisë neuro-vegetative është sidomos djersa e tepërtë dhe nganjëherë ethja. Disa të sëmurë ankojnë për dhembje të ndryshme pa të dhëna objektive si dhembje kyçesh, dhembje muskujsh dhe dhembje koke për vritje me radhë».

Nga këto të dhëna ne mendojmë se punonjësit që studjuam, në 220/0 parqesun shenjat reziduale të një bruceleloze kronike dhe latente.

## K O N K L U Z I O N E

1) Në kombinatin e mishit të Tiranës ka punonjës të infektuar. Reakcioni Burnet rezulton pozitiv në 31,30% të punonjësve.

2) Në 220/0 të rasteve, punonjësit parqesin shenja reziduale të një bruceleloze kronike.

3) Dhjetë vetë, ose 210/0 të rasteve me reaksion Burnet pozitiv, janë të sensibilizuar në dy vjetët e fundit, gjë që tregon se ky infeksion është në rend të ditës.

Falënderojmë shogen Bëritje Muka për ndihmën e dhënë në aplikimin e provës kutane (reaksionit Burnet).

Dorëzuar në redaksi më 10. II. 1974

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Beklemishev D. N. : Hromiceskij i latentnij bruceelloz. Alma-Ata 1965.
- 2) — Beklemishev D. N. : Infekcionnaja allergija. Alma-Ata 1968.
- 3) Drankin I. D., Mlatjeva S. M. : Epidemiologija i profilaktika infekcionni zaboljanij pri profesionalnij zarazhenih. Moskva 1972.
- 4) Dzhalilov D. K. e bp. : Vnutrikozhnaja allergiceskaja proba. «Voprosi diagnostiki i legenia Bruceelloza. Tashkent 1963, 25.
- 5) Rudanjev P. G. : Alergiceskaja kozhnaja proba (Reakci Burne). Bruceelloz. Medgiz 1955, 166.
- 6) Smirnov S. M. : Zhurnal Mikrob. epid i immunit. 1960, 12, 14.
- 7) Spink W. Washy : Diagnosis of human bruceellosis. The interpretation of skin test. The nature of Bruceellosis. Minnesota, 1966, 211.
- 8) Sherbak F. J. : K klinijke rezidualnovo bruceelloza. Lecjenie infekcionnijh bolnih. Moskva 1970
- 9) Tokarevje N. K. : Zoootropnozi profesionalnovo haraktera? Bruceelloz. Leningrad 1969, 56.
- 10) Vershilova P. A. e bp. : Reakcija nepriamoj hemaglutinacii i metod immuno-florescenci diagnostike bruceelloza. Lecjenie infekcionnijh bolnih. Moskva 1970, 277.

## S u m m a r y

**A SURVEY AMONG THE WORKERS OF A MEAT FACTORY CARRIED OUT FOR THE DETECTION OF LATENT CHRONIC BRUCELLOSIS**

A survey was carried out among the employers of the meat factory of Tirana with the purpose of discovering the persons who were sensitized to brucellosis. In 31.3 percent of the examined workers, the cuti-reaction resulted positive; of these 70.2 percent (220/0 of all the examined) had residual symptoms of chronic brucellosis such as articulation pains, excessive perspiration, subfebrile temperature, head ache, insomnia, nervous irritability, hepato-choleicistitis etc.

Most of these cases were among workers who had been employed for more than five years and as long as twenty years in the meat industry.

## R é s u m é

**UN DÉPISTAGE DE LA BRUCELLOSE LATENTE CHRONIQUE PARMI LES TRAVAILLEURS DU COMBINAT DE LA VIANDE DE TIRANA**

Les auteurs ont procédé à un dépistage parmi les employés du combinat de la viande de Tirana pour déceler les personnes sujettes à la brucellose. Ils ont constaté une cuti-réaction positive sur 31,3% des travailleurs, et 70,2% d'entre eux, soit 220/0 du total des examinés présentaient des phénomènes résiduels de brucellose chronique comme: douleurs articulaires, transpiration, subfébrilité, maux de tête, insomnie, irritabilité nerveuse, hépatocholécistite, etc.

Le pourcentage le plus élevé des cas concernait les employés ayant une ancienneté au travail de cinq à vingt ans.



## K U M T E S A

TAKIKARDIA ATRIALE ME BLOK E SHKAKTUAR NGA DIGITALI NË  
TË SËMURË ME COR PULMONALE CHRONICUM

— PANDEI ÇINA —

(Katedra e propedeutikës, Shefi i katedrës Doc. N. Shurbani)

Kjo aritmi u përshkrua për herë të parë nga Lewis në vitin 1909, duke u bazuar në regjistrimin e njëkohshëm të pulsit jugular dhe radial. Dy vjet më pas u sugjerua nga Mackenzie lidhja shkakore me digitalin, gjë që në vitin 1932 u vërtetua nga Heyl (1). Në vitin 1954, Lown B. dhe Levine S., në bazë të studimeve të hollësishme klinike dhe eksperimentale, formuan kriteret diagnostike të këtij rrregullimi të ritmit (12).

Këtë aritmi mund ta gjejmë edhe tek të sëmurët që nuk marrin digital, por kur shfaqet në kardiopatët e digitalizuar ajo ka po atë kuptim sikurse ekstrastolat ventrikulare bigeminike (10), ndërsa të fjerë (1) e quajnë atë të dytën, nga rëndësia prognostike, pas takikardisë ventrikulare.

Megjënese në të sëmurë që marrin digital, takikardia atriale me blok (TA me blok) haset më dendur nga sa mendohet dhe paraget vështrësi diagnostike e rëndësi prognostike, ajo vazhdimisht ka tërhequr vëmendjen e klinicistëve (1, 5, 12, 15, 17).

Në këtë punim po paragesim gjashtë raste TA me blok të shkaktuar nga digitalit, në të sëmurë me *cor pulmonale chronicum*. Dy prej tyre po i përshkruajmë hollësisht.

*Rasti nr. 1.* — I sëmurë vjeç 67, me nr. kartelet klinike 453, u pranua në klinikë më datën 15.1.1973 me dispne, palpitatione, të fikët, dobësi, kollë me gëlbcazë. Prej dhjetë vjetësh vuante nga bronkiti kronik, por muajt e fundit para shtimit gjendja u rëndua dhe iu shfaqën edema në këmbë.

Deri në gatin e pranimit në spital, i sëmurë merre vazhdimisht digital dhe diuretikë.

Objektivisht, në hvrje, paragiste: ortopnoe, cianozë të theksuar, fryrje të venave jugulare, respiracion vezikular të dobësuar me rale staze në të dy bazat, tone të zemrës të qeta, pauza midis toneve nuk ishte e rrafshur, frekuencë 110 në minutë, mëlçij 3-4 cm. të zmadhuar, edema të mëdha në regjionin lumbo-sakral dhe në anësitë e poshtëme.

*Egzaminimet laboratorike:* Gjaku periferik pa ndryshime.

*Urina:* albuminë - gjurmë, glukozë - negativ, densiteti 1019, leukocite 1-2 për fushë, eritrocite 2-5 për fushë, cilindra hialine 2 në preparat. Glicemia: 160 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 248 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dhe 118 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Azotemia 40 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Kreatinlomia 0.96 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Elektrolitet në serum: Na 147 mEq/l, K. 4.4 mEq/l, Ca 10.5 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> pH i gjakut 7.3

Në klinikë u diagnostikua bronkit kronik astmatiform, emfizemë pulmonare dhe *cor pulmonale chronicum* me insuficiencë kardiovaskulare gr. II A, në një subjekt me *diabetes mellitus*.

Ditën e shtirtmit, i sëmurë mori intravenoz lanatozid C 0,8 mg. dhe laziks 20 mg. Të nesërmen ai u ndje pak më mirë dhe mori sërish intravenoz të njëjtin glikozid e po në atë dozë, ndërsa *per os* hidroklorotiazid 50 mg. e spironolakton 300 mg.

Një ditë më vonë gjendja u rëndua pa pritur, gjë që bëri të dyshohej intoksikacioni nga digitali, prandaj u ndërpre dhënia e glikozideve. Të nesërmen, ditën e katërtë të pranimit, pas një ditëve të bollshme në E K G u regjistrua një takikardi atriale me blok të ndryshueshëm (Fig. 1 A).

Pasi u ndërpre në digitali dhe diuretikut dhe të sëmurit iu dha kalium chloratum 3 gram në ditë *per os*, TA me blok u shndërrua në ritëm sinuzal, por në E K G (Fig. 1 B) u dukën ekstrastriola atriale të papërguara. Pas shtypjes së *scartificus*, si rjedhim i veprimit vagal u zbulua një dëmtim i përcimit A — V, që kushëzohet nga veprimi toksik i digitalit në indin junksional A — V (Fig. 1 C).

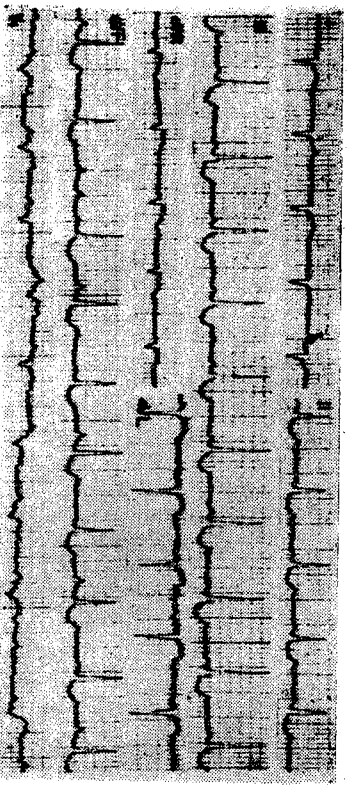


Fig. 1. A.

Takikardi atriale me shkallë të ndryshueshme bloku A — V.

— Frekuenca atriale është rreth 200 në minutë, ndërsa ajo ventrikulare rreth 100 në minutë;

— në aVF dhe V<sub>1</sub> në një segment të caktuar, vihet re një frekuencë atriale më e shpejtë dhe shkallë më e lartë bloku — pra në të njëjtën trase ka një ndryshueshmëri të shkallës së blokut A — V nga 2:1 deri në 4:1;

— valët atriale P' janë të zvogëluara aq sa në D<sub>1</sub> dallohen me vështirësi, më mirë ato shquhen në aVF, V<sub>1</sub>, D<sub>III</sub> dhe deri diku në D<sub>II</sub>, ku janë pozitive;

— intervalet P' — P' nuk janë të barabarta në mënyrë strikte si në flaterin atrial, ndërsa vija-bazë midis valëve P' është e qetë në të gjitha

derivacionet — këto dy vegori lejojnë të dallohet kjo aritmi nga flaveri atrial;

— intervalet R — R edhe atje ku shkalla e blokut nuk ndryshon, nuk janë kudo të barabarta, gjë që është tipike për TA me blok, por nuk ndodh në flaverin atrial (9, 11).

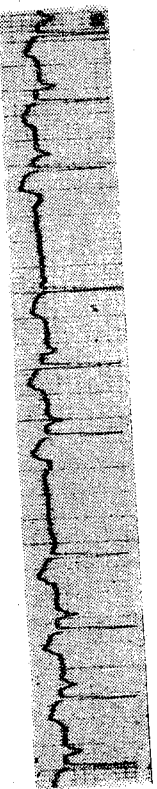


Fig. 1. B.  
Ritmë sinuzal. Ekstrasistola atriale të papërcuara. Aberancë atriale.

— Ritmi sinuzal, që u vendos pas mjekimit me potas, identifikohet lehtë nga prania e valëve P, të cilat në  $D_{II}$ ,  $D_{III}$ , aVF (dy derivacione nuk janë treguar) ishin të larta, «gotike» — shprehje e hipertrofisë atriale të djathtë;

— P<sub>4</sub> dhe P<sub>8</sub> shtagen para kohe dhe nuk ndiqen nga komplekse Q R S, ndërsa intervalet R — R, që përfshijnë valët P të blokuara, janë më të shkurtura se dyfishi i intervaleve të tjera R-R në këtë trase, ato janë ekstrasistola atriale të blokuara, të cilat mbahen si manifestime karakteristike të toksicitetit nga digitali (5);

— valët P<sub>3</sub> dhe P<sub>9</sub> që vijnë menjëherë pas tkurrjeve atriale ekstrasistolike të blokuara kanë morfologji të ndryshuar, ato janë më të vogla se valët P normale në këtë trase — fenomeni i «*aberrancës atriale*» pas ekstrasistolave atriale të blokuara. Kjo anomali supozohet të shkaktohet nga përcjimi atrial i fshehur (6). Në një kumtesë që përfshinte 120 raste, në gjashtë prej tyre ajo ishte shkaktuar nga intoksikacioni i digtialit (6).

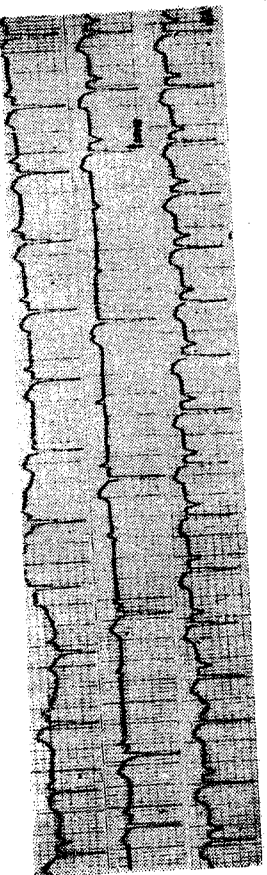


Fig. 1. C.

Ritmë sinuzal. Ekstrasistolë atriale e përcuar ↓. Pas shtypjes së s. caroticus: blok A—V i avancuar me dissociacion A—V, që kalon në blok A — V të shkallës së dytë

2:1 dhe ritëm funksional A—V (trase e pandrëprerët).

— Ritmi sinuzal ndërpritet nga një ekstrastotolë atriale e përcjuar ( $R_4$ , në trasenë e sipërme). Bie në sy ngjashmëria e valës P të kësaj ekstrastistole me ato të ekstrastistoleve atriale të bllokruara (shih. fig. 1 B).

— Pas shtypjes së s. caroticus (SH S C1) në trasenë e mesme është regjistruar një blok i avancuar A — V me ngadalësim të theksuar të frekuencës ventrikulare (në fillim 37 në minutë), e cila pastaj shpejtohet gradualisht. Hapshënuesi sinuzal zhvendoset poshtë duke u ngadalësuar dhe, duke filluar nga  $P_4$ , pas SH S C, ai bëhet junksional A — V. Bie në sy mungesa e lidhjes së qëndrueshme midis të tri valëve P ( $P_1$ ,  $P_2$ ,  $P_3$ ) dhe  $R_1$ , pas SH S C — pra kemi të bëjmë me një dissociacion A-V. Duke filluar nga  $P_4$ , pas SH S C kjo lidhje rivendoset dhe, si pasojë, lind një ritëm junksional A-V me blok 2 : 1. Duke filluar nga  $P_9$ , pas SH S C, mekanizmi junksional funksionon pa asnjë dëmtim të përcimit dhe frekuencën ventrikulare e ka rreth 87 në minutë — pikërisht sa gjysma e ritmit që e parapin.

Më në fund, ritmi normalizohet: tkurrja e fundit në trasenë e poshtëme është e ritmit sinuzal bazë. Para kompleksit QRST të shtatë dhe të fundit ka një valë P me konfiguracion të ndryshëm nga të tjerat. Ajo përben një «*tkurrje atriale të shtrirë*», që lind si rjedhim i aktivizimit atrial, pjesërisht nga impulsi me origjinë sinuzale dhe pjesërisht junksionale A-V.

*Rasti nr. 2.* — E sëmurura vjeç 50, nr. i kartelës klinike 3974, u pranua në klinikë më datën 10. I. 1973 me dispre, kollë, anoreksi, pagjumësi. Njëjetet e sëmurë prej disa vjetësh, por një vit e gjysmë më parë se të shtrihet iu shfaqën edema në këmbë e pastaj asti në hyrje, e sëmurura ishte në gjendje të rëndë. Objektivisht paraqiste pozicion ortopneik, cianoze të theksuara të fytyrës dhe të thonive, rale staze në bazat e mushkërive dhe rale bronkiale në të dy fushat pulmonare. Tonet e zemrës të qeta, ritmike, frekuenca 85 në minutë, zhurmë sistolike e gr. II-III (sipas Levine) në *aortic cordis*, toni i dytë në a. pulmonare i theksuar, T A 120/80 mmHg. Barku mbi nivelin e foraksit, me likuid të lirë (ascit), Melçia e zezë prekë 2 cm, ndërsa shpretkë 4 cm poshtë harqeve brinjore përkates. Edema në regjionin lumbosakral dhe në këmbë.

*Ekzaminimet laboratorike:* gjaku — eritrocitet 5.120.000, leukocitet 6.800, sed: eritrociteve 3 mm/orë e parë. Hb 96%.

*Urina:* albuminidë-gjumë, glukozë negativ, epitetele renale 1-2 për fushë, eritrocite 1-2 për fushë, cilindra granularë 2 në preparat, urina e përsëritur pa ndryshime. Elektrolitet në serum: Na 136 mEq/l, K. 3,71 mEq/l, Ca 9,0 mg%<sup>0</sup>. Elektrolitet në urinë gjatë 24 orëve: Na 4,9 gr., K. 1,2 gr., Ca 90 mg%<sup>0</sup>, P. 0,8 gr. Testet e labilitetit koloidal: Kunkel 35 unite, Mc Lagan 24 unite, Takata Ara +, Mallen negativ.

Bilirubinemia totale 3 mg%<sup>0</sup>; direkte 2,1 mg%<sup>0</sup>, indirekte 0,9 mg%<sup>0</sup>.  
Transaminazat normale. Proteinat totale 8,20 gr%<sup>0</sup>, alb. 3,93%<sup>0</sup>, glob. 4,27%<sup>0</sup>. Elektrofogrami: alb. 40%<sup>0</sup>, glob. alfa<sub>1</sub> 4%<sup>0</sup>, alfa<sub>2</sub> 14%<sup>0</sup>, beta 12%<sup>0</sup>, gama 22%<sup>0</sup>.

Aotemia në fillim 83,2 mg%<sup>0</sup> e mandej 39,6 mg%<sup>0</sup>. Kreatinemia 1,8 mg%<sup>0</sup>. Rezerva alkaline 15 mEq/l, ndërsa pH i gjakut 7,2. Sideremia, amoniemia, glicemia dhe diastazemia ishin brenda cegëve të normës. Në ekzaminimin radiologjik doli në pah një zemër me konfiguracion mitro-aorial, e zmadhuar, me pulsiçione të dobësuara dhe segmentin e a. pulmonare prominente, me zmadhim të të dy ventriklujve dhe të atriumit të majtë. Aorta ishte e zgjeruar, me plaka ateromatoze në harkun e saj, ndërsa hiluset ishin të theksuara dhe vizatimi pulmonar i shuar.

Në Klinikë u diagnostikua një bronkit kronik, emfizemë pulmonare, *cor pulmonale chronicum*, kardiosklerozë aterosklerotike me insuficiencë kardiovaskulare, gr.

II B dhe cirozë hepatiche.

E sëmurë u digjitalizua me glikozide kardiake në rrugë endovenoze: në fillim mori shtrifantinë 0.25 mg në ditë për katër ditë, pastaj lanatozid C 0,4 mg në ditë për dy ditë, duke e shogëruar këtë mjekim me laziks parenteral.

Në ditën e shtatë të mjekimit u shfaq anoreksia, të vjella, dhembje barku, *arrhythmia perpetua*, pakësim i diurezës dhe rëndim i insuficiencës kardiake. Në bazë të këtyre simptomave si dhe të pranisë së fibrilacionit (fig. 2 B), u diagnostikua intoksikacioni nga digjtali dhe të sëmurës iu ndërpre në glokozidet kardiake.

Gjatë tri ditëve që erdhën, e sëmurë ishte në gjendje të rëndë intoksikacioni dhe, megjithëse merrte potas, u zhvillua një larmi aritmish karakteristikë për toksicitetin e digjtalit. Kështu u shfaqën ekstrastisjola ventrikulare, në renditje bigeminike me tkurrjet e një ritmi të rregulltë supraventrikular, i cili, duke u gjykuar nga konfiguracioni aktualisht i ndryshuar i valëve P, ka shumë të ngjarë të jetë shkaktuar nga një hapsënuës elektropik atrial (fig. 2 C). Ndërsa të nesërmen u regjistrua në EKG një taktikardi atriale me blok 2 : 1 në përcimin A-V (fig. 2 D).

Pas mjekimit me potas *per os* dhe përdorimit të diuretikëve, gjendja erdhi duke u përmirësuar dhe pas tri ditësh u shfaq përsëri ritmi sinuzal (fig. 2 E). Më vonë manifestimet e insuficiencës kardiake filluan të regjrojnë, ascites u pakësua së tepërmi dhe e sëmurë doli nga spitali e përmirësuar.

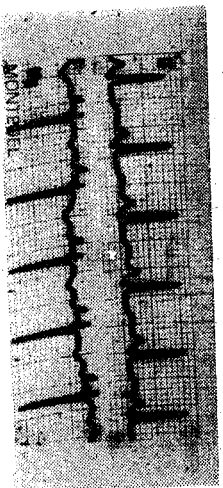


Fig. 2 A Ritëm sinuzal (para digjitalizimit).

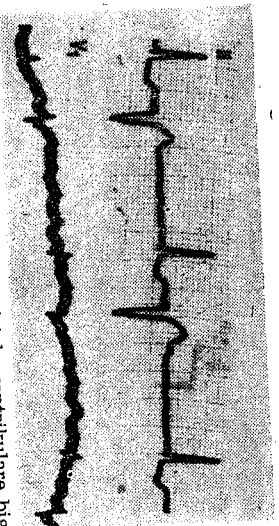


Fig. 2 B. Fibrilacion atrial. Ekstrasistola ventrikulare bigeminike.

Në D<sub>2</sub> e D<sub>3</sub> (më mirë në V<sub>2</sub>) dallohen valët P pozitive dhe të ndryshuara (krahaso me fig. 2 A), gjë që flet për origjinën e tyre ektopike nga një hapshënues atrial (10).

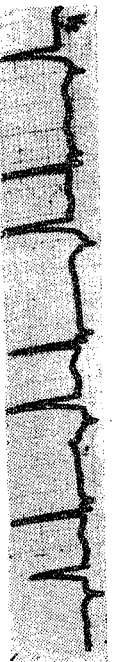


Fig. 2 C. Zhvendosje e hapshënuesit në atrium. Ekstrasistola bigeminike, që nuk e rregullojnë aktivitetin e hapshënuesit atrial — valët P me morfologji të ndryshuar bien në valët T të komplekseve ekstrasistolike.

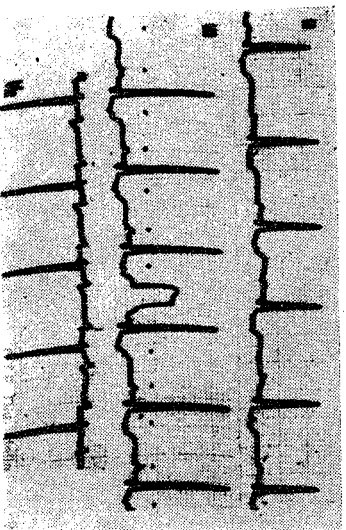


Fig. 2 D. Takikardi atriale me blok A-V 2 : 1.

— Frekuenca atriale është rreth 200 në minutë, me intervale R-R të pabarabarta, ndërsa ajo ventrikulare 100 në minutë, bloku është 2 : 1;

— valët P janë të ndara nga një vijë-bazë e qetë, izolektrike, ndërsa ciklet P-P nuk janë të barabarta. Pabarazia e intervaleve R-R dhe vërshtësia e dallimit të valëve P në D<sub>2</sub> mund të na ngatërrojnë me fibrilacionin atrial, ndërsa mosdallimi në D<sub>3</sub> i valëve P, të cilat bien në valët T, mund të bëjë që gabimisht të diagnostikohet një ritëm sinuzal. Në V<sub>2</sub> këto ndryshime zhduken.

Ecunia e ndodhive elektrike, deri në rivendosjen e ritmit sinuzal (fig. 2 E), kalon nga fibrilacioni atrial deri në TA me blok, nëpër një etapë të ndërmjetme, gjatë të cilës funksionoi vetëm një ditë mekanizmi atrial jo i shpejtë (fig. 2 C).



Fig. 2 E. Ritëm sinuzal.

## D I S K U T I M

Është kumtuar se aritmia në fjalë shfaqet në sëmundje të zemrës që hasen rëndom (11, 12), por disa autorë nënvizojnë shtaqjen më lehtë të TA me blok në të sëmurë me *cor pulmonale*, për shkak të hipoksisë dhe të varfërimit të organizmit në potas. (2). Këtë e vumë re edhe ne: në 53 raste me intoksikacion nga digtiali, ku shtatë të intoksikuar kishin TA me blok, në gjashtë prej tyre sëmundja bazë ishte *cor pulmonale chronicum*.

TA me blok është një aritmi serioze, e cila zakonisht shfaqet në të sëmurë me sëmundje të rëndë të zemrës (7) dhe insuficiencë kardiake të avancuar. të cilët marrin digtial. Dhënia e mëtejshme e glikozideve kardia-ke mund ta rëndojë më shumë gjendjen dhe të shkaktojë vdekjen e të sëmurit (7, 9, 11). Në pesë nga gjashtë rastet tona kishte një insuficiencë kardiake të avancuar. Në këtë fazë të insuficiencës kardiake, ku ka grerë-gullime të rënda elektrolitike, zakonisht kemi të bëjmë me një varfërim të sektorit intracelular si në potas (3, 10, 11, 12) ashtu dhe në natrium, sepse këta të sëmurë marrin diuretike kaliumrike (10, 12, 13). Varfërimi në potas bën që të zhduket ndikimi i tërthortë vaginal në atriume. Dozat tok-sike të digtialit, duke vepruar drejtpërdrejt në atriume, rritin automatizmin e tyre, gjë që në kushtet e ngadalësimit të përcimit A-V bën të lindë TA me blok. Shfaqja e TA me blok në të sëmurë të intoksikuar, që kanë *cor pulmonale chronicum*, pra në kushtet e hipoksisë, me rritje të  $pCO_2$  dhe acidozë, ka mundësi të kushtëzohet jo vetëm nga këta faktorë dhe varfërimi në potas, por edhe nga tendosja e fibrave automatike që shkak-ton në këtë sëmundje dilatacioni atrial.

Nganjëherë, diureza e bollshme, që shkakton humbje të menjëherë-shme të potasit nga organizmi, mund të paraprijë shfaqjen e aritmisë (12). Në rastet tona, një prej tyre (rasti nr. 2) duket se ka një shpjegim të tillë, ndërsa në një rast tjetër, aritmia u shfaq pas të vjellave.

Në shumë të sëmurë, simptomat mund të mos ndryshojnë nga ato të insuficiencës kardiake të avancuar, të shkaktuara nga një sëmundje e

rëndë e zemrës (7, 9, 11). Kështu shfaqja e aritmisë zakonisht, shogërohet me një rendim të insuficiencës kardiake, regullim të ritmit në një person më parë me fibrilacion atrial, shpejtim të frekuencës së zemrës kur rritet doza e digitalit, ose është provokuar diurezë e bollshme, shfaqje sërisht e dekompenimit, por nga një herë dalin në plan të parë vetë simptomat e intoksikacionit (1, 4, 9, 12). Klinikisht njoftja e kësaj aritmie është më e veshtrë se e aritmiye të tjera toksike. Sipas disave (1, 11, 16), në shumë raste, ajo mund të shfaqet pa pasur fare shenja parajalmërese. Në 60% të rasteve të tyre që kishin TA me blok, Agarwal B. dhe Agrawal B, nuk gjeten shenja të tilla. Në katër rastet tona, aritmia u shoqërua me simptoma të shprehura marrë intoksikacioni, por në një rast shfaqja e aritmisë u manifestua klinikisht vetëm me rendim të insuficiencës kardiake (rast nr. 1), ndërsa në një tjetër simptomat nuk ndryshonin shumë nga ato të vetë insuficiencës kardiake.

Në rastet tona me intoksikacion, frekuenca atriale ishte rreth 215/min. Në tre raste, valët atriale ishin shumë të vogla, por pozitive në D<sub>r</sub> dhe në njërin prej tyre (rast 1) ato dalloneshin me veshtrësi, ndërsa në tre raste, ato ishin pak të larta dhe të mprehta. Në gjashtë raste, ciklet P — P ishin të ndryshueshme. Shkalla e blokut A-V në tre raste ndryshonte nga 2 : 1 deri në 4 : 1; në dy raste bloku A-V ishte 2 : 1, ndërsa në një tjetër, ai ishte i shkallës së lartë (i avancuar). Tek një i sëmurë (rast 1), pas shtypjes së s. *caroticias* u shfaq bloku A-V i shkallës së lartë dhe bloku A-V i shkallës së dytë, i cili përfundoi në ritëm funksional A-V. Në pesë raste, përpara ose pas shfaqjes së TA me blok, u has ekstrastistolia. Në një rast kishite njëkohësisht edhe një takikardi funksionale A-V («takikardi e dyfishtrë») me disociacion A-V jo të plotë.

Diagnoza diferenciale bëhet me një takikardi sinuzale kur përgjigja është 1 : 1. Në këto raste, veç kontakteit klinik, ndihmon një elektrokardiogramë i mëparshëm, që tregon valët P aktualisht të ndryshuara dhe / ose rritjen e shkallës së blokut gjatë shtypjes së s. *caroticias* (12) (fig 1 C).

Po ashtu veshtrëri është të bëhet diagnoza kur bloku është i fshetë apo i grades së parë, ose kur shkalla e blokut është 2 : 1 dhe një valë P' është e fshetur në Q R S (12). Në këtë rast të fundit, valët P' mund të vihen në dukje gjatë pauzës që vjen pas një ekstrastistole. Kur valët P' nuk duken dhe bloku është i ndryshueshëm, aritmia mund të gjasojë me fibrilacionin atrial (fig. 1 A, D<sub>r</sub>). Në të gjitha keto raste, për vëhjen e diagnozës, ndihmon shtypja e s. *caroticias* ose derivacionet speciale V<sub>1</sub>, V<sub>4</sub> e lartë, derivacioni S<sub>5</sub> i Lian-Golbin (1, 12, 17).

Vetë fakti që kjo aritmi shpesh shfaqet në të sëmurë me insuficiencë kardiake të rëndë shpjegon shifrat e larta të mortalitetit (9). Lown B. (11) gjen se 58% e të sëmurëve, në të cilët u diagnostikua kjo aritmi, vdiqën pas pak kohe. Ai nënvizon se mortaliteti është më i ulët se 50% kur ka vetëm «ambidozim» të digitalit, por mund të shkojë deri në 75% po qe se humbja e potasis bëhet shkak për lindjen e TA me blok. Sipas tij, një numër të sëmurësh nga ky grup i fundit, ndodhet në fazën përfundimtare të dekompenimit dhe përfundimi i tyre është fatal, pavarësisht në se aritmia do të kontrollohet ose jo. Dreifus L. e bp. (citar nga 1) patën mortalitet 100% në shtatë raste, ku aritmia nuk ishte diagnostikuar dot dhe vazhdonte dhënia e digitalit, ndërsa nga 16 të sëmurët e tjerë me të njëjtën



aritmi, të cilëve iu ndërpre digitali, vdiq vetëm një. Oram S. e bp. kanë pasur vetëm dy vdekje në 11 raste TA me blok (180/0), ndërsa Agarwal B. e bp. patën kater vdekje në 20 raste (200/0). Në gjashë rastet tona pati vetëm një vdekje dhe kjo nuk duhet lidhur drejtpërdrejt me intoksikacionin, sepse ndodhi fill pas shfaqjes së pneumotoraksit spontan, në një kohë kur aritmi ishte larguar nën ndikimin e kriprave të postast.

Mjekimi i TA me blok konsiston në ndërprerjen e digitalit dhe të dituridikëve kaluridikëve, në dhënien e kaliumit (7, 9, 10, 11, 12, 14), në rast rrethike edhe në rrugë endovenoze (8) si dhe, eventualisht, në korrigjimin e rrregullimeve elektrolitike, metabolike dhe të ekuilibrit acidobazik. Në pesë rastet tona u përdor potasi i. v. dhe për os, i cili në këtë të sëmurë e këneu TA me blok në ritëm sinuzal. Në një rast, potasi nuk u përdor për shkak të pranisë së disociacionit A-V.

Hasja shpesh e TA me blok në të sëmurët të intoksikuar nga digitali me cor pulmonale chronicum lejon të mendohet se në kësi raste në lidhjen e aritmisë në fjalë, veg faktorëve të njohur, si varërimi i qelizës atriale në potas nga hipoksia, rritja e pCO<sub>2</sub> dhe acidoza, një rol favorizues mund të luajë edhe tendosja e fibrave automatike nga dilatacioni atrial.

Dorëzuar në redaksi më 15 tetor 1973

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Agarwal B., Agrawal B.: Digitalis-induced paroxysmal atrial tachycardia with A — V block. *British Heart Journal* 1972, 34, 330
- 2) Baum G., Dick M., Blum A., Kaube A., Carballo J.: Factors involved in digitalis sensitivity in chronic pulmonary insufficiency. *American Heart Journal* 1959, 57, 460
- 3) Briker V.: Ndrushenjë elektrolinovo obmena v norme i patologi. Moskva 1962, 143.
- 4) Chiche P., Pernot M.: Etudes de certains paroxysmes tachycardiques au cours de traitement digitaliques (Tachycardie auriculaire avec bloc auriculo-ventriculaire. *Arch. Mal.* 1960, 53, 1.
- 5) Chung E.: Digitalis-induced cardiac arrhythmias. *Amer. Heart Journal* 1972, 79, 845.
- 6) Chung E.: Aberrant atrial conduction. Unrecognized electrocardiographic entity. *British Heart Journal* 1972, 34, 341.
- 7) Harris E., Julian D., Oliver M.: Atrial tachycardia with atrioventricular block due to digitalis poisoning. *British Medical Journal* 1960, 2, 1409.
- 8) Laborit H.: Le traitement des insuffisances cardiovasculaires et de l'infarctus du myocarde par l'association insuline, glucose hypertonique, sels de potassium. *La presse médicale* 1963, 1, 1.
- 9) Lowm B., Marens F., Levine H.: Digital and atrial tachycardia with block. A year's experience. *New England J. Med.* 1959; 260, 301.
- 10) Lowm B.: Potassium and digitalis, Digitalis. *New York* 1957, 166.
- 11) Lowm B.: Auricular arrhythmias due to digitalis, tek Diamond E. Digitalis. *New York* 1957, 190.
- 12) Lowm B., Levine S. A.: Current concepts in digitalis therapy. *New England J. Med.* 1954, 250, 819.
- 13) Lowm B., Wyatt N., Kroeker A., Goodale W., Levine S. A.: Interrelationship of digitalis and potassium in auricular tachycardia with block. *Amer. Heart Journal* 1953, 45, 89.

- 14) Labash G., Cohen B., Braveman W., Rubin A., Lucky H. : Electrocardiographic changes during hemodialysis with the artificial kidney II The treatment of digitalis intoxication 1959, 19, 552.
- 15) Morgan W., Breneman G. : Atrial tachycardia with block treated with digitalis. Circulation 1962, 23, 787.
- 16) Oram S., Resnikov L., David P. : Digitalis as a cause of paroxysmal atrial tachycardia with atrioventricular block. British Medical Journal 1960, 2, 1402.
- 17) Rosner S. : Atrial tachysystole with block. Circulation 1964, 29, 614.

#### S u m m a r y

### ATRIAL TACHYCARDIA WITH BLOCK CAUSED BY DIGITALIS IN PATIENTS SUFFERING FROM COR PULMONALE CHRONICUM

In a series of 53 cases of digitalis intoxication were found 7 cases of atrial tachycardia with block, of whom 6 had chronic cor pulmonale.

Apart from the other factors (such as potassium deficiency due to hypoxia, increased  $\text{pCO}_2$  and acidosis) involved in the genesis of this arrhythmia in patients suffering from chronic cor pulmonale, the possible role of the automatic fibers stretch of the dilated atria is particularly stressed by the author.

#### R é s u m é

### TACHYCARDIE AURICULAIRE AVEC BLOC CAUSE PAR LA DIGITALE CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE COEUR PULMONAIRE CHRONIQUE

Dans une série de 53 cas d'intoxication causée par la digitale, l'auteur a déterminé 7 cas de tachycardie auriculaire avec bloc, dont six souffraient de coeur pulmonaire chronique.

Outre l'action d'autres facteurs de déplétion potassique, due à l'hypoxie, la croissance du  $\text{pCO}_2$  et l'acidose) qui conditionne l'apparition de cette arythmie chez les malades souffrant de coeur pulmonaire, l'auteur souligne en particulier le rôle que peut jouer la tension des fibres automatique provoquée par la dilatation auriculaire.

## INFARKTI I MIOKARDIT NGA GODITJA E RRUFESË

(Paraditja e tre rasteve)

— VASIL KULLI —

(Spitali i rrethit Lushnjë, Drejtor Dr. V. Kulli)

Goditja e rrufesë bën dëme të mëdha tek njeriu dhe, në mënyrë të vegantë, mbi zemrën, duke shkaktuar dëmtime organike në miokard, blloqe atrio-ventrikulare, blloqe të degëve të Hisit etj. (Simeonov A. e bp.) si dhe infarkt të miokardit. Vdekja nga elektrotrauma shkaktohet si pasojë e fibrilacionit ventrikular (Prevost, Batelli, Petrov J. R., Andrejev A. F. — cituar Bektursumova N. S., François Ch.), Puhlev A. e bp. referojnë se vetëm rrymat e alernuara shkaktojnë vdekje nga fibrilacioni ventrikular, ndërsa në rrymat me voltazh të lartë, vdekja vjen si pasojë e paralizës së qendrës respiratore.

Të dhënat e literaturës mbi infarktin e miokardit nga rrufeja janë të pakta. Temellkov Il. e bp., duke përshkruar një burrë 30 vjeçar me infarkt të miokardit nga rrufeja, pretendojnë se paragesin rastin e dytë në literaturën mjekësore, sepse rastin e parë, sipas tyre, e kanë përshkruar autorët italianë Nazzi V. dhe Gobato F. në vitin 1954. Infarkti të miokardit nga elektrotrauma kanë përshkruar disa autorë si Zinger L. J., Jellinek, Mayer Gross (cituar Zinger L. J.), Jallut H. e bp. (cituar Roela C. e bp.), Hamitov S. H. dhe Gubler kanë mundur të shkaktojnë infarkt të miokardit në kafshët eksperimentale me elektrotrauma. Divakov G. M. përshkruan ndryshime elektrokardiografike tek të sëmurët të goditur nga rrufeja dhe këto ndryshime konsistojnë në ekstrastistola ventrikulare, në rrallë atriale, aritmi absolute, ritëm normal, zgjerim të dhëmbit «P», devijim të aksit elektrik të zemrës djathtas në shumë se majtas, supranivelin të segmentit RS-T në II, III, «T» bifazike në prekordiale, zgjatje të segmentit QT. Me kohë, këto ndryshime zhduken.

Shumë autorë (L. Lopez-Gomez, J. A. Gisbert-Calabuning, J. Dominguez-Martinez etj, — cituar nga Pavli P.) janë të mendimit se këto ndryshime ndodhin nga që rryma elektrike vepron drejtpërdrejt mbi zemër ose pse zemra gjendet në regjionin e densitetit më të madh të fluksit elektrik.

Tre rastet tona, mendojmë, se janë infarkte të miokardit të shkaktuar nga goditja e rrufesë.

*Rasti i parë.* — N. V., grua, vjeç 40, fshatare. Sillet në spitalin tonë urgjent dy orë pas goditjes së rrufesë, që i kishte rënë duke punuar në fushë. Nga anamneza asgjë me rëndësi; nuk ka qenë e sëmurë ndonjë herë. Ankon dhëmbje gjoksi dhe shpatullash, djersë, të përziera, ëshhtë e kapitur, nuk ecën dot. Gjendja e përgjithshme disi e mirë, ëshhtë pak si e shushatur. Objektivisht: pulmon, abdomen asgjë me rëndësi. Në zemër asgjë e vegantë, vetëm tonet pak të largët, ritmikë,

pulsi 90', T A 90/60. Në lëkurën e këmbës së djathtë dhe në atë të gjokshit shikohet keranografi; përcëllitje e qimeve në regjionin publik. Në ekzaminimin elektrokardiografik ka të dhëna për infarkt të miokardit muri-postero-lateral (shih E K G — N. V. 16.9.1969), shtrohet në spital me diagnozën: *infarctus myocardiï ex fulguratio* më datë 16.9.1969, me nr. kartele klinike 1757/640.

Analizat plotësuese: Hemograma (dt. 16.9.1969): L. 10700, Er. 4.100.000. Eritrosed. 8 mm. në orë; formula leukocitare: seg. 720/0, Eo. 09/0, Baz. 00/0, Shk. 20/0, Lymph, 230/0. Mon. 30/0. Transaminazat datë 16.9.1969 S G O T 144 unitë, S G P T 169 unitë; glicemia e azotemia në normë; urina pa veganti. Gjatë tri ditëve të para të shtrimit kishte subfebrilitet 37.50-37.30 C. Hemograma dhe transaminazat (dt. 25.9.1969) në normë, vetëm eritrosed. 16 mm. në orë.

Dinamika elektrokardiografike tregoi përmirësim të mira (shih E K G N V. 27.X.1969 dhe 11.XI.1969). Del nga spitali e përmirësuar më datë 24.XI.1969. Nga ana jonë kontrollohet herë pas here; është në gjendje të mirë. Ankesa nuk ka nga ana e zemrës.

*Rasti i dytë.* — A. A., burrë, vjeç 38, punëtor ferme. Sillet në spital më datë 5.9.1971, sepse dy ditë më parë e kishte goditur rrufeja kur ishte duke punuar. Nga të dhënat anamnestike asgjë me rëndësi, nuk di të ketë vruar nga zemra. Në hyrje paraqiste temperaturë të lartë -390 C., dhembje gjoksi, ka vjellë dy herë, nuk ecën dot. Ekzaminimi elektrokardiografik jep të dhëna për infarkt të miokardit muri posterior (shih E K G A. A. 5.9.1971). Objektivisht: në lëkurën e krahut të majtë shkohet keranografi; përcëllitje e qimeve në regjionin publik. Gjendja e përgjithshme relativisht e mirë. Pulmon, abdomen pa veganti. Në zemër asgjë me rëndësi, vetëm tonet pak të lartët, ritmikë, pulsi 110', T. A. 90/60. Hemograma (datë 5.9.1971) L. 11.000, Er. 4.120.000, Eritrosed, 27 mm. në orë, formula leukocitare: Seg. 670/0, Eo. 00/0, Shk. 20/0, Lymph, 250/0. Mon. 60/0; glicemia, azotemia në normë. Transaminazat (dt. 6.9.1971) S G O T 100 unitë, S G P T 34 unitë. Hemograma (dt. 29.IX.1971) në normë, vetëm në formulën leukocitare ka Eo. 50/0, transaminazat në normë. Në katër ditët e para të shtrimit, temperatura ka qënë si vijon: 390 C; 37,80 C; 37,50 C; 37,30 C.

Dinamika elektrokardiografike tregoi përmirësim të dukshme (shih E K G A. A. 19.X.1971 dhe 4.XI.1971). Pacienti i shtruar në spitalin tonë më datë 5.IX.1971 me nr. kartele klinike 2857/727 del i përmirësuar më datë 4.XI.1971 me diagnozë: *infarctus myocardiï e fulguratio*. Të sëmurit i bëhet kontroll kohë pas kohe nga ana e jonë: është mirë, por ankon dhembje prekordiale më shumë të karakterit neuroitik sesa stenokardi tipike. Në E K G kontrolli asgjë me rëndësi (shih E K G A. A. — 5.IX.1972).

*Rasti i tretë.* — L. Rr., grua, vjeç 64, shtëpijaqe. Më datë 24.7.1972, duke qëndruar pranë vatrës, e godet rrufeja dhe bie pa ndjenja. Familjarët i vijnë në ndihmë duke ia nxjerrë gjuhën dhe duke e shtypur në gjoks. Pas disa minutave vjen në vete. Ndihmës-mjeku i fshaitt i bën një ampulë kamfora dhe kofeinë. Në darkën e së njëjtës ditë, pasi kishte temperaturë 38,50 C, i bëhet edhe penicilinë 400.000 I. U. i.m. Sillet në spitalin tonë më datë 25.VII.1972 dhe shtrohet me nr. kartele klinike 2797. Nga të dhënat anamnestike asgjë me rëndësi. Ankon dhëm-

bje gjoksi. Është e këputur, nuk ecën dot, ka të përziera, djersë. Objektivisht: gjendja e përgjishshme relativisht e mirë; në lëkurën e gjoksit dhe në këmbën e majtë ka keranugrafi dhe përcëllitje të qimeve në regjionin publik. Pulmon, abdomen pa veçanti. Në zemër tonet pak të largët, ritmikë, pulsi 75, T.A. 100/70; temperatura 37,20 C. Në EKG (shih EKG G L. Rr. 26.VIII.1972) të dhëna për infarkt miokardi muri postero-septal («T» negative në II, III, e sheshtë në aVF, QS në V<sub>1</sub> V<sub>2</sub> «q» patologjik në V<sub>3</sub>). Hemograma (datë 25.VII.1972) L. 10.000, Er. 4.300.000, eritrosed. 40mm, në orë; formula leukocitare Seg. 63<sup>0/0</sup>, Eo. 0<sup>0/0</sup>, Baz. 0<sup>0/0</sup>, Shk. 4<sup>0/0</sup>, Lymph. 28<sup>0/0</sup>, Mon. 5<sup>0/0</sup>. Azotemia në normë; glicemia 1,20 mgr<sup>0/0</sup>. Transaminazat (dt. 26.VII.1972) S G O T 60 unite, S G P T 40 unite, kolesterolemia 170 mgr<sup>0/0</sup>, Lîpemia totale 610 mgr<sup>0/0</sup>. Hemograma (dt. 28.VII.1972) në normë vetëm shpejtesim të eritrosed. 40 mm. në orë; ndërsa më datë 25.8.1972 si analizat e gjakut po ashtu dhe transaminazat në normë. Në tri ditët e para të shtrimit, temperatura dhe transaminazat. Dekursi klinik i qetë; dinamika në EKG tregoi përmirishje subfebrile. Dekursi klinik i qetë; dinamika në EKG tregoi përmirishje të dukshme (shih L. Rr. 24. 8. 1972) ku shikohet dhëmbi «q» në rësime të dukshme (shih L. Rr. 11. IX. 1972) në EKG kemi «q» në V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>), ndërsa më datë 11. IX. 1972 (shih L. Rr. 11. IX. 1972) në EKG kemi QS në V<sub>1</sub>, në V<sub>2</sub> dhëmbi «q» i pranishëm, aksi elektrik i zemrës i devijuar majtas me «S» të thellë në V<sub>6</sub> që, ne e interpretojmë për hemiblok të majtë (bllok parietal anterolateral). Del nga spitali më datë 11. IX. 1972 me diagnozë: *infarctus myocardi ex fulgurante*. Nga kontrollat e mëvonëshme rezultoi se gjendja e të sëmurës është e mirë. Herë pas here ankon dhe mbje të tipit stenokardik, por jo shumë tipike.

#### DISKUTIMI I RASTEVE

Mendojmë se të tre rastet tona janë infarkte të miokardit të shkaktuara nga rrufeja për arsytet që po i renditim më poshtë: Të tre pacientët kanë anamnezë dhe shenja objektive se janë të goditur nga rrufeja; kuadri klinik me dhembje të krahërorit, të përziera, të vjella, temperaturë, leukocitozë të moderuar, aneozinofli, transaminazat e rritura (iek pacientja L. Rr. S G O T 60 unite, sepe ekzaminimi i tyre është bërë në ditën e tretë të sëmundjes) sado që ekzaminimi elektrokardiografik nuk nxjerr në mënyrë të qartë praninë e dhembit «Q» në të dy rastet e para dhe në të tre rastet nuk kanë mbetur shenja të kalimit të infarktit të miokardit. Mungesa e dhëmbit «Q», si shprehje elektrokardiografike e nekrozës së muskullit kardiak, nuk përjashton infarktin e miokardit, sepse që të kemi dhemb «Q» në EKG duhet që infarkti i miokardit të jetë mjaft i gjërë dhe të përfshijë ose 1/3 e pjesës së murit të jashtëm të miokardit ose 2/3 e murit të brendshëm të tij (Zuckermann R.). Na duket më i pranueshëm mendimi i atyre autorëve, që e shpjegojnë mekanizmin e formimit të infarktit të miokardit nga rryma elektrike, si pasojë e spazmave të zgjatura të enëve koronare, duke formuar, në këtë mënyrë, mikronekroza (Berezneva V. I.), që mund të mos manifestohen me shenja klasike në

EKG.

**Konkluzion:** Çdo rast të goditur nga rrufeja ose korenti elektrik, pavarësisht nga ankesat subjektive, është e domosdoshme të bëhet EKG.

Dorëzuar në redaksi më 15 janar 1974

## BIBLIOGRAFIJA

1. — Bektursunova N. S.: Primenenie nepriamogo messazha sedca pri smertelnoj elektrotравме v eksperimente. Sovjetskaja medicina 1963, 3, 12.
2. — Berenzeva V. I.: Elektrotравма, elektrozhogi i ih lecenie. Leningrad 1964.
3. — Divjakov G. M.: Izmenenija E K G u porazhenih molilcef. Kliničeskaja medicina 1966, 2, 95.
4. — Francos Ch.: Accidents dus à l'électricité — leur traitement d'urgence. La revue du praticien 1968, tom XVIII, 4, 431.
5. — Pavil P.: Shkakef e vdekleve të pa pritura dhe mundësitë e parandalimit të tyre. Fage 222. Dorëshkrim në shqip.
6. — Puhlov A., Popov N., Gorbanov I. F.: Narečnik po vëtreshni bolesti. Sofia 1968, 95f.
7. — Roella C., Montoli E., Falaschi F. G.: Contributo allo studio degli accidenti da elettroazione con particolare riguardo al danno miocardico. Minerva Medica 1967, vol. 58, nr. 93, 4066.
8. — Simenova A., Ivanov Iv.: Speshna medicinska pomosit. Sofia 1964, 247.
9. — Temelkov Il., Nakov N.: Sllucej na serdečen infarkt v rezultat na molnitja. Sovremenna medicina 1967, 7, 559.
10. — Zinger I. J.: Infarkt miokarda kak sledstvie elektrotравми. Kliničeskaja medicina 1962, 5, 137.
11. — Zueckermann K.: Grundriss und Atlas der Elektrokardiographie. Leipzig 1959:

## MYOCARDIAL INFARCTION CAUSED BY LIGHTNING

## S u m m a r y

Three cases are presented of myocardial infarction caused by lightning. The complaints of the patients included chest pains, vomiting and extreme weakness. The marks produced by the lightning stroke (keranography) and the singed hairs of the public region, the febrile or subfebrile temperature, a modest leukocytosis, an increased transaminase activity and the electrographic changes are the elements to be taken into account in determining the diagnosis.

In two of the cases the electrocardiogram did not show the usual «Q» tooth, which can be explained with the theoretical premise that the mechanism of infarction comprises a prolonged spasm of the coronary vessels resulting in microcircoses which do not necessarily imply the appearance of the «Q» tooth.

In this way the author explains the absence of electrocardiographic changes in patients who have recovered from heart infarction. Nevertheless, in all cases of fulminant or other electric traumas, electrocardiography should be considered along with the other subjective complaints of the patients.

## R é s u m é

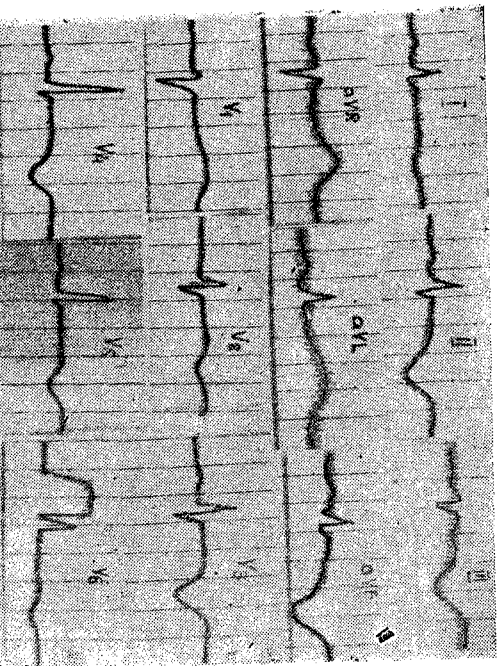
## INFARCTUS DU MYOCARDE CAUSE PAR LA Foudre

L'auteur décrit trois cas d'infarctus du myocarde causés par la foudre. Les personnes atteintes se plaignaient de douleurs à la poitrine, de vomissements et d'une sensation d'épuisement. Les marques laissées par le coup de foudre (kéranographie), et la brûlure des poils du pubis, la température fébrile ou subfébrile, une leucocytose

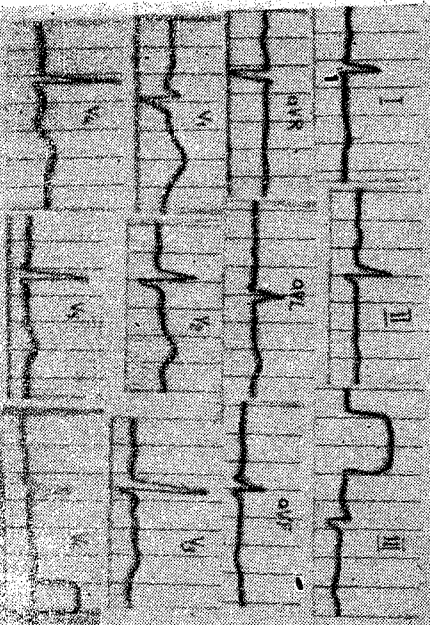
modérée, une activité accrue des transaminases et des modifications électrographiques sont les éléments à prendre en considération dans la détermination du diagnostic.

Dans deux des cas, l'électrocardiogramme n'indiquait pas clairement l'habituel le dent «Q», ce qui ne peut être expliqué par la prémisse théorique selon laquelle le mécanisme de l'infarctus comporte un spasme prolongé des vaisseaux coronaires, entraînant des micronécroses qui ne s'accompagnent pas toujours nécessairement de l'apparition de la dent «Q».

C'est ainsi que l'auteur explique l'absence de modifications électrographiques chez les patients qui sont rétablis de cette forme d'infarctus du myocarde. Il n'en conclut pas moins que dans tous les cas de foudroiement ou d'autres formes d'électro-traumas, l'électrocardiographie est une indication indispensable, indépendamment des autres signes et des plaintes subjectives des personnes atteintes.

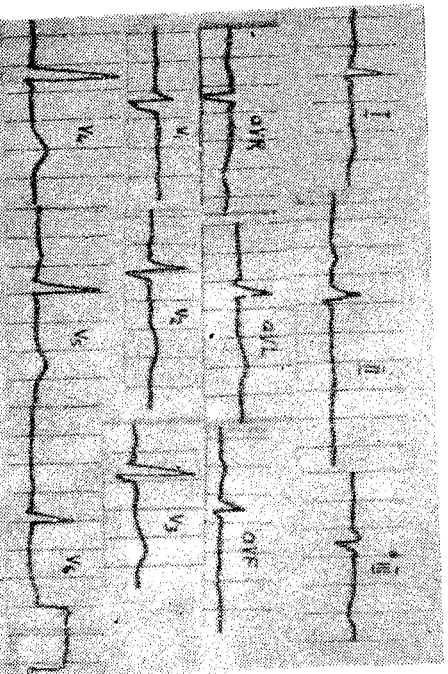


N. V. 16.9.1969

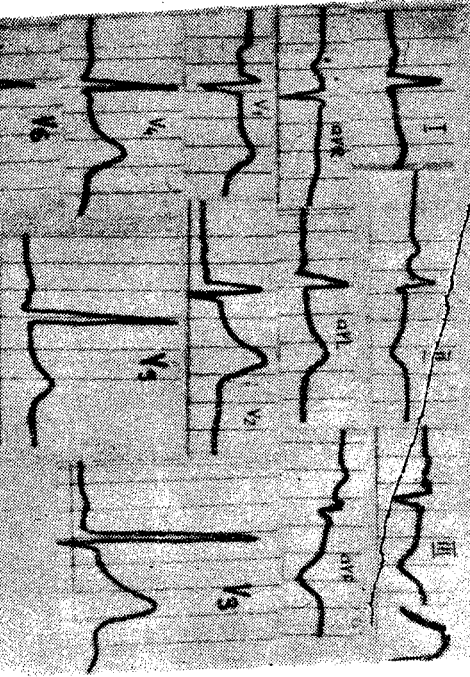


N. V. 27.X.1969



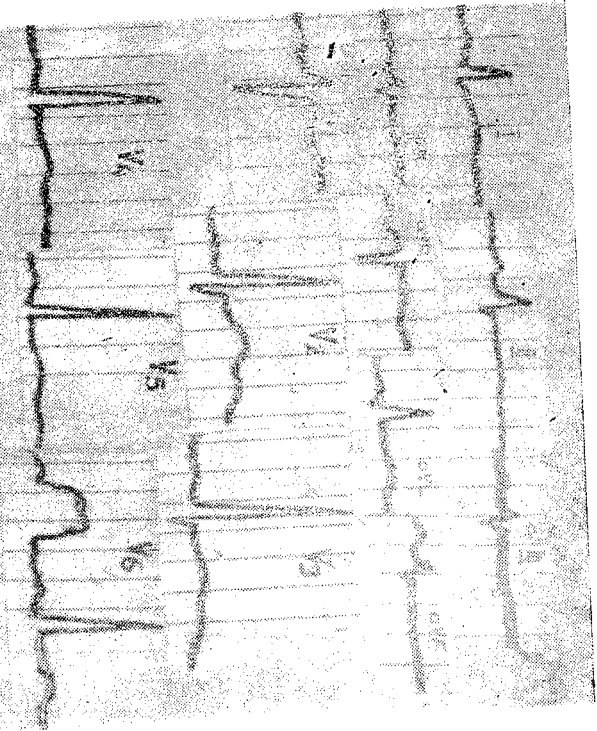


N.V. 11 XI. 1969

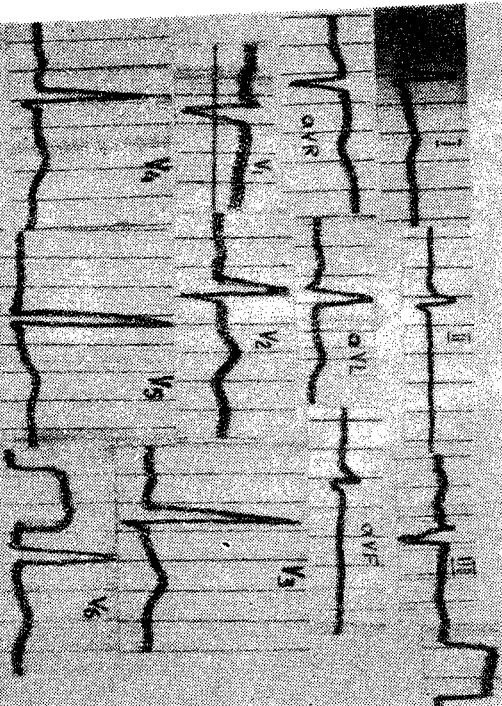


A.A. 5.IX.1971

Fig. 2



A. A. 19. X. 1971



A. A. 4. XI. 1971

FIG. 3

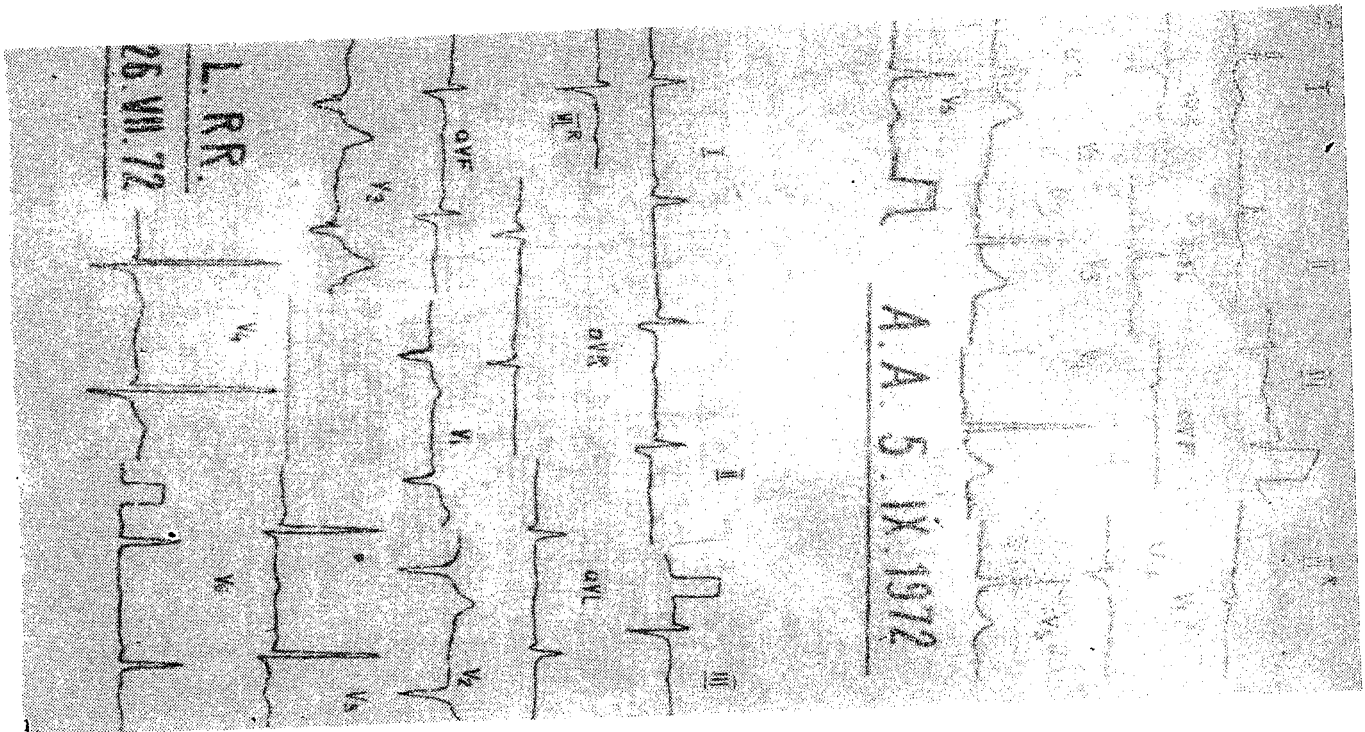
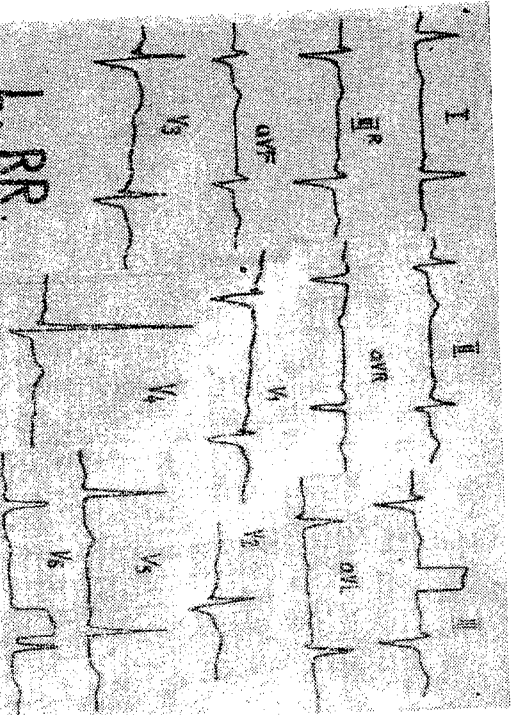
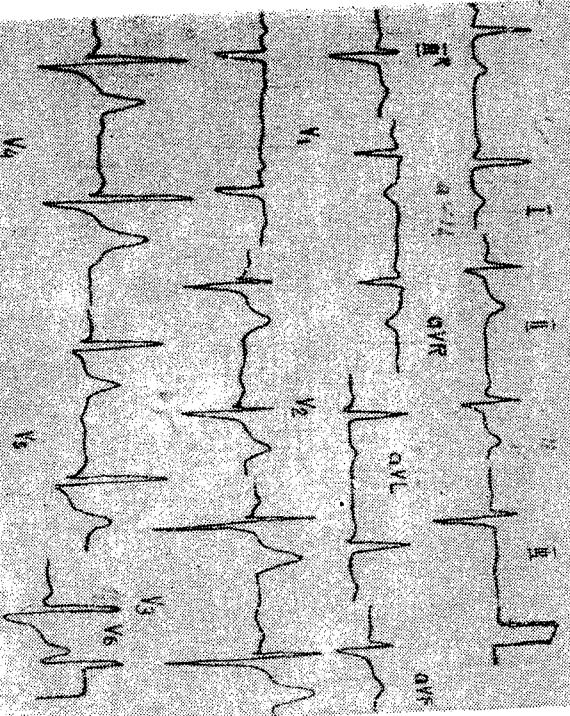


Fig. 4



L. RR.  
24.VIII.1972



L. RR. 11.IX.1972

Fig. 5

## DY RASTE ME SKLIEROZË TUBEROZE TË DIAGNOSTIKUAR NË AUTOPSI

— FATOS HARRTO, SHYQYRI SUBASHI —

(Katedra e Patologjisë së Përgjithshme, Shef Doc. Ç. Rrokun)

Skleroza tuberoze është një sëmundje familjare e trashëgueshme (Potter E.), që manifestohet me shumë lloje dëmtimesh në organe të ndryshme të organizmit, disa nga të cilët kongjenitale, kurse të tjerët duken se zhvillohen pas lindjes. Kjo sëmundje është konsideruar si sindrom neurokutian, megjithëse dihet mirë se mund të preken dhe inde të tjera të organizmit, që nuk rrihedhin nga ektoderma (Lagos J. C. e bp.).

Von Bogaert e quan të padryshimtë natyrën disembrionike të sklerozës tuberoze. Me këtë mendim bashkohen dhe shumë autorë të tjerë si Gulkevici J., Stowens D., Lagos J. C. e bp. Disa theksojnë prirjen për transformim blastomatoz të kësaj disembrionoplazie (Von Bogaert, Krašovskij E. B.).

Në materialin morfologjik që disponon katedra jonë, sëmundja në fjalë është takuar vetëm në dy raste.

*Rasti i parë:* Sh. S., 8 muajsh, maskull, nr. i protokollit të autopsisë 16/64, shtruar në spitalin nr. 3 me diagnozë klinike *Morbus Little, Spina bifida, teratoma, Pyelitis, Toxicosis, Insufficiëntia renalis Hypotrophia*.

Pas një jave të qëndrimit në spital vdiq.

Autopsia vuri në dukje: në regjionin lumbo-sakral një formacion me madhësinë e një mandarine, i butë, i lëvizëshëm, me pedunkul të trashë, i mbuluar nga jashtë me lëkurë, e cila në këtë zonë nuk paraqiste asnjë ndryshim (fig. nr. 1). Pas hapjes së lëkurës u gjend një masë e madhe fibrodispoze, e cila në mes përmbante segmentin e poshtëm të medullës spinale (*cauda equina*) me strukturë anatomike të ruajtur dhe të mbështjellë nga *dura mater*, që përfundonte në formë qese sa një kokër lajthie. Segmenti medular, së bashku me durën, delte prej kanalit vertebral në përmet një defekti kokkor të kolonës me përmasat e një kokër qershije (fig. 2). Kafka asimetrike, me fryrje të lehtë në të djathtë. Hemisfera e cerebrale e majtë paraqitej mjaft më e vogël se e djathta; giruset e saja ishin të rrudhura dhe vende vende të deformuara. Në disa zona të lobeve frontale, parietale dhe oksipitale, si dhe në regjionin oksipital të hemisferës së djathtë, në sektorët afër sulksit sagital shheshin vatra të fundosura me ngjyrë të bardhë në të verdhë, konsistencë të fortë, gati kartilagjinoze (fig. 3). Në prerje të indit trunor, shtresa kortikale dallohej mirë, indi trunor ishte i zbehtë. Ventrikulli lateral i djathtë ishte i zgjeruar, ependima e lëmuar. Reni i djathtë: 6.5 x 3.5 x 2, me formë të rregulltë; kapsulohej me lehtësi dhe paraqiste sipërfaqe kafe të çelët me shumë pika

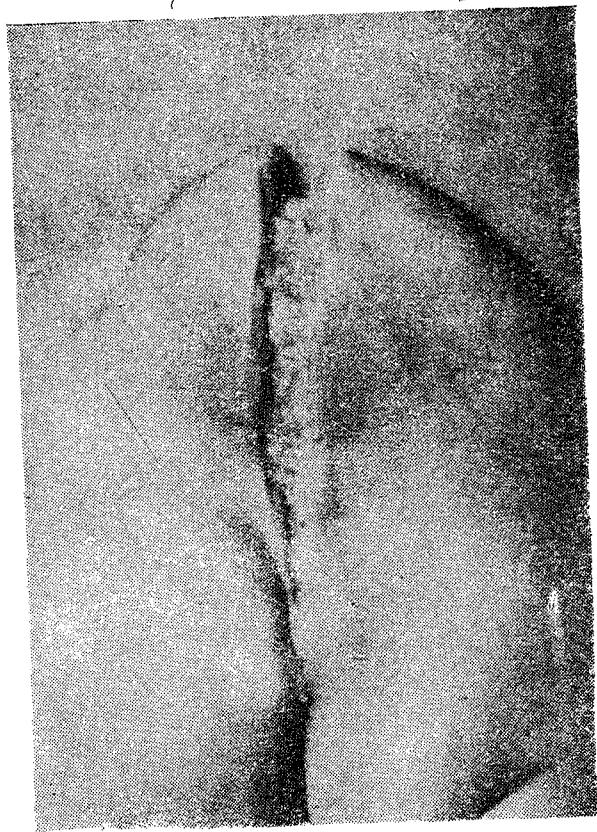


Fig. 1 Meningioma (pamje e jashtme)



Fig. 2 Meningioma (defekti kockor).

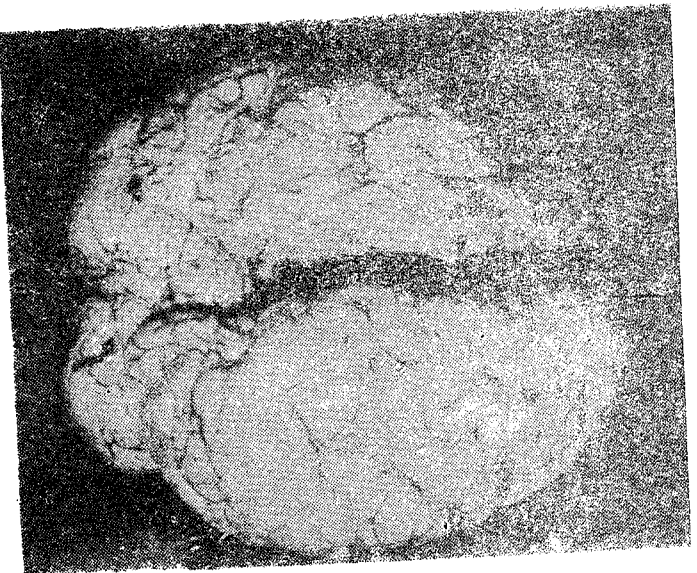


Fig. 3 Pamja e jashtme e trurit.

të verdhë, disa prej të cilëve konfluonin. Në prerje, struktura renale ruhej mirë, por dalloheshin disa zona të vogla të verdha, nga të cilat, gjatë shtrëdhjes, dilte likrid i turbullt. Pelvisi i kongjestionuar. Ureteri shumë i zgjeruar me diametër rreth dy cm., i përdredhur. Orificiumi vezikal i lirë. Mukoza e ureterit e lëmuar e shkëlqyeshme.

Reni i majtë nuk gjindej në llozhën e tij, por në hyrjen e pelvisit minor, kishte formë jo të rregulltë, si simte, me hilus të kthyer nga prapa. Arteria renale dilte nga aorta në nivelin e zakonshëm, duke formuar një kënd të gjërë. Reni dekapsulohet me lehtësi dhe paraqiste dëmtime të ngjajshme me të djathtin. Ndryshime të tjera makroskopike nuk u gjetën.

Në ekzaminimin mikroskopik nga truri konstatohet: zonat superficiale të korteksit paraqisnin strukturë shumë të alteruar, vërshoj reaksion fibrojar me fibrile të gërsëtuara, të cilat kishin drejtime të ndryshme dhe në përgjithësi, rrethonin zona të gjëra nodulare. Gjithashtu vëreheshin dhe zona të shtrira në formë pllakash, me reaksion të shprehur glial, ku struktura normale e korteksit gati ishte zhdukur, me mungesë të qelizave glionare dhe strukturave fibrilare normale (fig. 4), por përbëhet nga reaksion i dendur makrogjal me qlliza mjaft të zmadhuara zakonisht poligonale, shpeshherë të ngjajshme njëra me tjetrën ose linin hapësira të garta, optikisht boshë ndërmjet tyre, gjë që, bashkë me citoplazmën e bollshme të gartë, vende vende të mikrovaakuolizuar, u jepnin zonave pamje

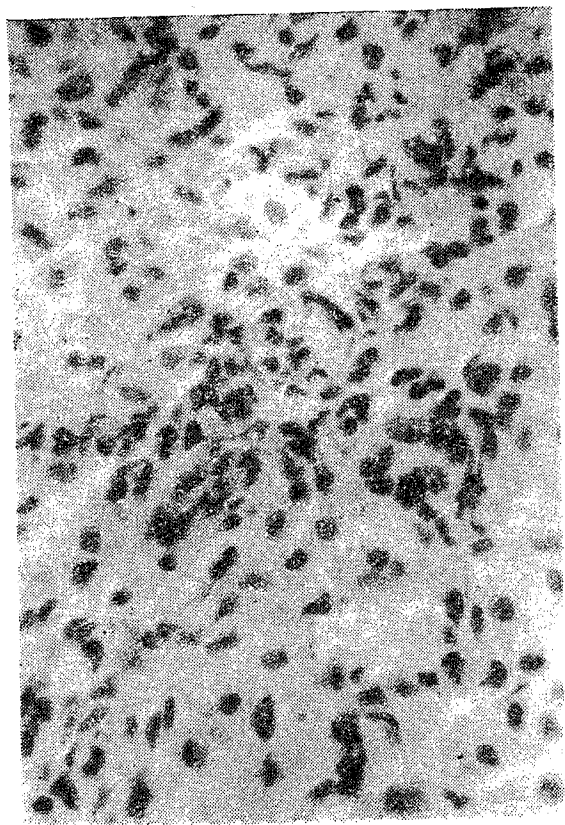


Fig. 4 Pamja mikroskopike e trurit.

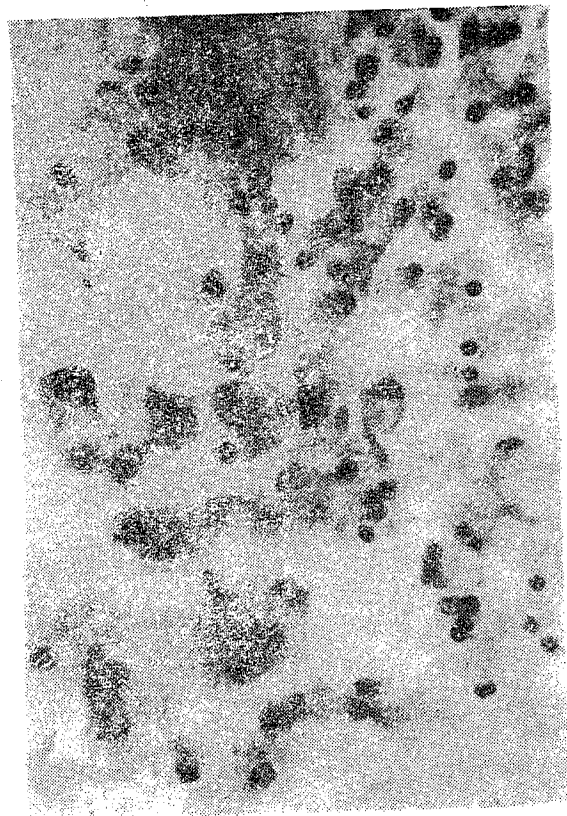


Fig. 5 Pamja mikroskopike e trurit.



spongioze, që kontrastonin me strukturat e përshkruara më lart në indin nervor për rreth (fig. 5). Nukleuset e këtyre elementeve makrogjiale paraqiteshin me përmasa mesatare, me ngjyrë të zakonshme, të vendosura më shpesh në periferi të qelizës. Edhe në zonat e tjera të trurit u gjenden struktura të tilla, por më të shpërndara, në formë mikrovatrash me reaktion fibrilar jo të shprehur, si në zonat e përshkruara më lart. Në rene mikroskopikisht u vërtetua diagnoza e pielonefritit purulent bilateral.

*Diagnoza anatomo-patologjike: sclerosis tuberosa, anomali kongjenitale urinare, Ectopia pelvica e renit të majtë me rotacion posterior të hilut me gaureter i djathtë. Pielonefrit purulent bilateral i komplikuar me insuficiencë renale. Rachischysis, meningomyelocele e regjionit lumbosakral.*

*Rasti i dytë:* Bebe T., dy ditësh, mashkull, nr. protokolli 18/66. Lindur në javën 39-40 të një gravidance primipare, normale nga prindër me gjendje shëndetësore të mirë. Lindi me peshë 3300 gr., pak asfiktik, iu respirua mukusi nga rrugët respiratore, u përmirësua, u bë rozë, vdes pas dy ditësh me gjendje cianoze të theksuar. U përcuall në autopsi me diagnozën *Pneumonia aspirative*.

Në autopsi u konstatua: lëkura pak cianotike. Në trake dhe bronke, kryesisht në bifurkacion, u gjend shumë material mukoid. Pulmonet në lobet bazale të regjioneve posteriore paraqiten ngjyrë kafe të errët, konsistencë të shtuar, të pa ajrosura, në seksion ngjyrë të kuqe të errët, në shtyrdyje dilte gjak likid i paafrosur dhe pak materiale mukoidë të bardha-gri. Zemra shumë e zmadhuar, sidomos në të djathtë. Venat koronare shumë të fryra. Nën epikard dalloheshin shumë pika të vogla me përmasat

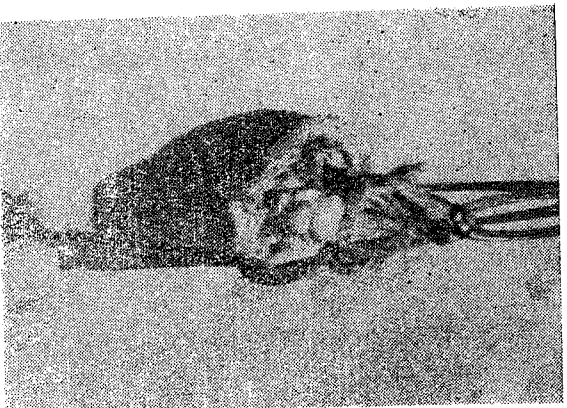


Fig. 6

Panja makroskopike e rabdomiomës

e kokrës së grurit, të bardha, të forta me vendosje të rregulltë. Atriumi i djathtë mjaft i zgjeruar i mbushur me gjak të koagulluar. Në valvula trikuspidale dukeshin disa kokrra më të vogla se kokrat e orizit, të bardha, të forta. Ventrikuli i djathtë gjithashtu i zgjeruar, i mbushur me gjak të koagulluar, mllokardi i tij i hipertrofuar. Në pars *membranaea* të septumit interventrikular dallohej një formacion nodular me madhësinë e një kokër arë, me konsistencë të fortë, ngjyrë të bardhë, sipërfaqe të granuluar, i cili prolaboronte në ventrikulin e djathtë dhe ngushtonte shumë konusin e arterjes pulmonare (Fig. 6). Në valvulat semilunare të arterjes pulmonare dukej një formacion si ato që përshkruam në epikard. Zemra e majtë e lirë, kalimi për në aortë pak i ngushtuar, nga spostimi i septumit interventrikular majtas, prej masës tumorale.

Në të dy hemisferat, truri paraqiste giruse me përmassa jo të njëjtëra-  
tësime. Disa prej tyre ishin në forma, të bardha dhe gjendeshin më shumë  
në lobet parietale, por edhe në polin inferior të lobit temporal dhe në lobin  
frontal dhe oksipital. Ventrikulat të lira, ependima me disa formacione të  
bardha nën të, me madhësi të ndryshme, deri sa një fasule, me konsisten-  
cë të fortë, të cilat prolaborin në kavitetet e ventrikulave laterale, duke  
u dhënë pamje granulare. Ndryshime të tjera nuk u konstatuan.

Mikroskopikisht në tru u konstatua: strukturë e alteruar nga një reak-  
sion gjal dituz, i cili vende vende merte karakter folklar. Në disa zona  
konstatoheshin nodule të përbëra nga qeliza gjiale dhe ganglionare të shu-  
mta, të ndara prej njëra tjetres me anë të reaksionit gjal. Këto qeliza  
ishin të mëdha me citoplazëm eozinofile të pa kufizuar mbrë, me bërthamë  
në përgjithësi të madhe të vendosur më shpesh në periferi të qelizës. Në  
disa raste, qelizat ishin të vakuolizuara. Madhësia e qelizave dhe e nu-  
kleuseve të tyre ishin shumë të ndryshueshme (fig. 7). Gjithë formacioni  
rrethohet nga ind nervor i dendur, që imitonte inkapsulimin e forma-  
cionit. Në regjionet subependimale vërehen formacione të tilla me po ato  
karakteristika, por më të vogla, me atipizim më pak të shprehur dhe me  
mbizotërim të gliozës.

Në zemër noduset e përshtkruara makroskopikisht paraqitnin forma-  
cione të rrumbullakta apo ovale, me kufizim jo të përpiktë. Fibrat mio-  
kardiale, që e rrethojnë formacionin, ndryshonin progresivisht strukturën  
e tyre, deri sa konfluonin me noduset e përshtkruara. Këto noduse përbë-  
eshin nga fibra miokardiale të cregullta, me drejtim të ndryshëm që, në  
shumicën e tyre, e humbnin pamjen e zakonshme, duke u transformuar në  
trabekula të cregullta, të gërshtëtara, bërthama shumë të mëdha, me  
kromalinë të pakët të shpërndarë në formë granulash të mëdha, disa  
me vakuola të vogla. Citoplazma ishte transparente, në disa vende opti-  
kisht boshë, sidomos për rreth bërthamës (fig. 8).

*Diagnoza anatomo-patologjike: sclerosis tuberosa (Bourneville) me rha-  
bdomyomatosis cordis, që provokon stenozë të arteries pulmonare, Hyper-  
trophya et dilatatio cordis dexter, Insufficiëntia cardio-vascularis. Pneu-  
monia aspirativa.*

*Diskutimi i rasteve.* — Skleroza tuberoza konsiderohet një sëmundje  
e rrallë (Cares R. M., Stowens D.) ose shumë e rrallë (Buraçlijeva A. M.,  
Sandler M. A., Savenko I. S. e bp.), sidomos në fëmijët e moshës së gjif-  
rit (Gaudier B. C. e bp.). Në të porsalindurit, sëmundja është edhe më  
e rrallë (Guljevitch J., Potter E.). Nga 71 raste të observuara në Mayo klinik  
të S.H.B.A. gjatë viteve 1935 deri 1964, Lagos J. C. e bp. nuk e kanë gje-  
tur asnjë herë në të porsalindur. Randazzo S. D. (citar nga Lagos J. C. e  
bp.) ka mbledhur në të gjithë Italinë deri në vitin 1958 gjithsej 46 raste,  
kurse Bonberg A. ka raportuar 37 pacientë, që sipas mendimit të tij,  
paraqitnin të gjithë rastet e hasura në Danimarkë në 20 vjet (1924-1943).

Skleroza tuberoze është përshtkruar për herë të parë nga von Rec-  
klinghausen më shumë se 100 vjet më parë (Lagos J. C. e bp.). Bournevi-

lle e njohu si entitet patologjik të veçantë.

Vënia e diagnozës klinike e kësaj sëmundje është e vështirë dhe vi-

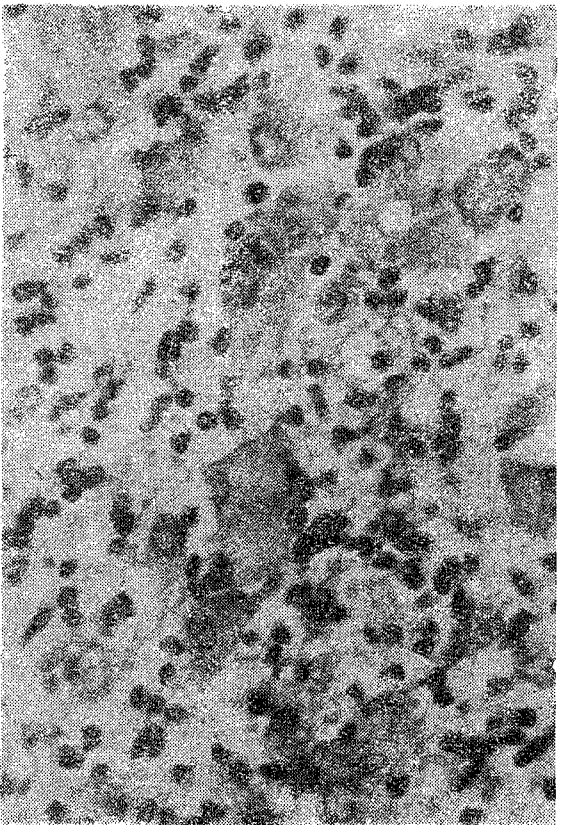


Fig. 7 Parnja mikroskopike e zonave të forta kortikale në tru.

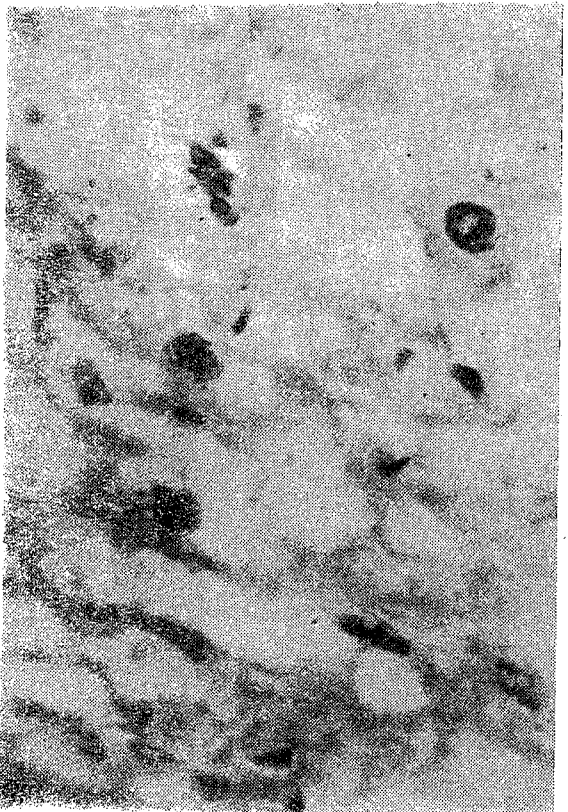


Fig. 8 Parnja mikroskopike e rabdomyomës.

het rralle gjatë jetës, megjithëse përshkruhet një triadë simptomesh (prapambetje mendore, konvulsione dhe adenoma sebace (Cares R. M.), e cila nganjëherë nuk është e plotë, të ashtuquajturat forma të pa plota të sëmundjes (Lagos J. C. e bp).

Në literaturën tonë mjekësore është botuar një rast me sklerozë tuberoze, i diagnostikuar gjatë jetës nga Preza B. Vitet e fundit (1971) theksohet rëndësia diagnostike e disa njoillave të hipopigmentuara multiple, të cilat mund të duken shumë vjet para fillimit të shenjave të tjera klinike të sëmundjes, madje qysh në moshën neonatale (Roth J. C. e bp).

Vdekja nga skleroza tuberoze zakonisht ndodh në femini (Sandler M. A.), por rralle në femijet e moshës së gjirit (Gautier B. C. e bp) dhe ende më rralle në të porsalinur (Gulkevic J., Potter E.), Njëri nga rastet tona kishite moshën tetë muajsh, kurse tjetri dy ditësh, kjo e bën të justifikueshme botimin e këtyre dy rasteve.

Dëmtime kryesore morfologjike të sëmundjes vihen re në tru, ku duken noduse kompakte gati kartilaginoze, gri të bardha, të përgjendruara më shumë në korteks dhe që u japin girusëve cerebral pamje jo të barabartë. Të tilla ndryshime janë parë në të dy rastet tona. Noduse mund të gjenden dhe në regionet subependimale, duke dhënë deformimin e ventrikujve laterale, si në rastin tonë nr. 2 dhe gjithashtu në noduset subkortikale e cerebelum etj. (Krasovski E.B.). Noduset e sklerozës tuberoze mund të duken si tumore aq sa nganjëherë është vështirë diferencimi i tyre (Monro P. e bp). Por njihen dhe raste të kombinit të sklerozës tuberoze me tumore të vërteta cerebrale, si spongioblastoma (Bollati A. e bp), apo astrocitoma (Poirier J. e bp).

Mikroskopikisht në noduset e sklerozës tuberoze konstatohet glizozë intensive, mjaft e gregulltë. Elementet më karakteristike janë qelizat gangliozë, me formë dhe përmasa të çuditshme (Cares R. M., Sandler M. A.).

Disa e diskutojnë natyrën e këtyre qelizave në se janë ganglionare apo gliale (Skorpil F., Sandler M. A.). Karakteristika të tilla janë gjetur në të dy rastet tona.

Kjo sëmundje kombinohet shpesh me tumore dhe malformacione të organeve të tjera, ndër të cilët më të shpeshta janë rhabdomyomat e zëmris dhe tumoret renale (Stowens D.). Në rastin nr. 2, skleroza tuberoze ishte e shoqëruar me rhabdomyomatozë të zëmris, e cila kishite shkaktuar stenozë të arteries pulmonare dhe nëpërmjet saj, çoi në vdekje të femijes. 50% e rhabdomyomave të zëmris është e kombinuar me sklerozë tuberoze (Adyanthay A. V. e bp). Sot me metoda moderne të ekzaminimit kardiologjik, rhabdomyomat e zëmris mund të diagnostikohen gjatë jetës edhe në neonatorët (Pernot C. e bp.).

Në rastin nr. 1, skleroza tuberoze ishte e kombinuar me anomali kongjentale të aparatit urinar dhe meningiomioleocele; raste të tilla janë përshkruar edhe nga Stowens, D., Skorpil F. etj.

Shpesh skleroza tuberoze kombinohet me adenoma sebace të Pringl (Montgomery H.), të cilat janë më të shpeshta në fytyrë dhe kanë karakter simetrik (Lever U. F.), Lagos J. C. e bp. i kanë vënë re adenomat sebace në 83% të rasteve me sklerozë tuberoze. Në fakt nuk është fjala për

adenoma të vërteta, por për procese proliferative (Chivatte J.). Këto adenoma zakonisht fillojnë të zhvillohen pas vritit të dytë të jetës, prandaj në asnjë nga rastet tona ato nuk janë gjetur.

Dorëzuar në redaksi më 21 shkurt 1974

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Adyanthaya A. V. dhe bp.: Membranous Subvalvular Aortic Stenosis in Tuberos Sclerosis. Chest, 1972, 61, 4, 407.
- 2) Bogaert (Van): Les dysplasies o tendance blastomateuse. *Traite de médecine*, 1949, T. XVII, 77.
- 3) Bollati A., Caneschi S.: Un caso di associazione di tumore intraventricolare e morbo di Bourneville. *C. Psychiatr. Neuropat.*, 1969, 97, 2, 339.
- 4) Borberg A.: Clinical and Genetic Investigation into Tuberos Sclerosis. *Acta Psychiatr. et Neurol.* Scandnav, Suppl. 71, 1951, 3.
- 5) Buravjeva A. M.: Tuberozni skleroz. *Pediatria*, Moskë, 1965, 10, 83.
- 6) Cares R. M.: The Tuberos Sclerosis Complex. *Journal Neuropath. Exper. Neurol.*, 1958, 17, 2, 247
- 7) Chivatte J.: Sclerosis tuberosa. Në librin «Anatomie Pathologique», Paris, 1969, 2504.
- 8) Gaudier B. C. dhe bp.: Tumeur intracardiaque au cours de la sclérose tubéreuse de Bourneville, simulant une anomalie d'implantation de la coronarite gauche. *Annales de Pédiatrie*, 1972, 4, 301.
- 9) Gulkevici J.: Tuberozni skleroz. Në «Balsnaja medicinskaja encikloped.» 1963, T. 32, 1214.
- 10) Krasovskij E. B.: Sclerosis tuberosa. Në librin «Patologičeskaja anatomija zaboljevanij goll. mozga». Moskë, 1957, 230.
- 11) Lagoz J. C., Gomez M. R.: Tuberos Sclerosis: Reappraisal of a Clinical Entity. *Mayo Clinic Proceedings*, 1967, V. 42, 24.
- 12) Lever U. F.: Adenoma sebaceum (sclerosis tuberosa). Në librin «Gistopatologija kozhi», 1958, 366.
- 13) Monro P., Smith J. F.: The Distinction between Central Neurofibromatosis and Tuberoze Sclerosis. *Acta Neuropathologica*, 1968, 11, 87
- 14) Montgomery H.: Adenoma Sebaceum (Pringle) — Tuberos Sclerosis. Në librin «Dermatopathology». New York, 1967, Harper et Row Publish. 911.
- 15) Poirier J., Escouvolle R.: Etude ultrastructurale d'un tumeur cerebr. dans un cas de sclérose tubéreuse de Bourneville. VI-e Congrès international de neuropath., Paris, 1970, Masson et Cie, Editeurs, 992.
- 16) Pernot C. dhe bp.: Le rhabdomyome congénita du coeur chez l'enfant. *Pediatrie*, 1972, 1, 5.
- 17) Potter E.: Tuberozni skleroz. Në librin «Patoll. anat. pildodov, novor. i djetej rann. vozrastu». *Medicina*, 1971, 259.
- 18) Preza B.: Skleroza tuberoze. *Bulet. U.S.H.T.*, 1963, 1, 70.
- 19) Roth J. C., Epstein J.: Infantile Spasms and Hypopigmented Macules. *Archives of Neurology*, New York, 1971, 25, 547.
- 20) Sandler M. A.: Sllucaj tuberozni skleroz s rabdomyon i adenosarkom poçek. *Pediatria*, Moskva 1957, 2, 65.
- 21) Sayenko I. S., Kniter M. S.: Tuberozni skleroz. *Zhurnal neuropat. i psihiatr. inenij Koirskakva* 1963, 2, 207.
- 22) Skorpil F.: Obecná e soustavna pathologie novotvarů, *Pragë*, 1950, 293.
- 23) Slovans D.: Tuberos Sclerosis. Në librin: «Pediatric Pathology», Baltimore, 1959, The Williams et Wilkins Co. 331.

## S u m m a r y

## TWO CASES OF TUBEROUS SCLEROSIS DIAGNOSED AT AUTOPSY

Two cases are presented of tuberous sclerosis discovered at the post mortem examination; these are the only ones recorded at the chair of pathology until 1974. The first case, aged eight months, had congenital anomalies in the urinary tract as well, as rachischisis with meningoencephalocele.

The second case, aged two days, had rhabdomyomatosis cordis. It is of particular interest since the disease is exceptionally rare at that age.

## R é s u m é

## DEUX CAS DE SCLÉROSE TUBÉREUSE DIAGNOSTIQUES A L'AUTOPSIE

L'article a trait à deux cas de sclérose diagnostiqués à l'autopsie, les deux seuls enregistrés par la chaire de pathologie jusqu'en 1974. Le premier cas, un enfant de huit mois, présentait des anomalies congénitales des voies urinaires, ainsi qu'une rachischisis avec myéloméninogocèles.

Le second cas, un nouveau-né de deux jours, présentait un rhabdomyome du myocarde. Ce dernier cas est d'un particulier intérêt en ce que cette affection est très rare à cet âge.

## INFARKT I MIOKARDIT PAS INTOKSIKIMIT ME FOSFOR — ORGANIKE

— Prof. JOSIF E. ADHAMI —

(Katedra e Terapisë së Faktiveit, Shef J. E. Adhami)

Në literaturën që patëm mundësi të shfrytëzojmë nuk kemi gjetur ndonjë rast infarkti të shfaqur pas intoksikimit me substanca fosfor-orgaanike, prandaj e konsiderojmë të vlefshëm të paraqitëm një rast të tillë. Në ora 2.00 të mëngjezit të datës 23 janar 1974 sillel nga Laçi në ambulancën e urgjencës të spitalit klinik nr. 1 i sëmundi Ndre P. M., vjeç 39, me diagnozën «intoksikacion me natyrë për t'u përcaktuar».

Familjarët treguan se rreth orës 16 të ditës së mëparshme, pacienti ishte shtrirë, rënkonte dhe nuk i përgjigjej të gjitha pyetjeve.

Kur u suall në ambulancën e urgjencës, i sëmundi ishte me vetëdije të errësuar.

Mjekët e rojes konstatuan se i sëmundi ishte i lagur nga djersë të shumta dhe mbante një erë karakteristike, që atyre u kujtonte erën e flebo-ilit. Pupilat i kishte izokorike, por reagonin në dritë me shumë përtesë. Refleksët osteotendinoze të anësive të sipërme mjaft të ulura, patelaret D = S, kurse Aktilanet dhe kutano-abdominalet të zhdukurra, T. A. 100/70 mmHg.

Në gjak u gjetën 4.340.000 eritrocite, mundësisht nga hemokoncentrimi, Hb 1030/0, leukocitet 12.600/mm<sup>3</sup> me neutrofil 930/0, ndërsa eritrosedimentacioni ishte 10 mm/1 orë. Urina për glukozë (+), acetoni nuk kishte. Pa pritje përgjigjet e analizave të tjera, të sëmundit iu fillua mjekimi me glukozë 50/0 500 ml dhe Atropini sulfurici 1 për mijë 2 ml. i-venoz pika-pika.

Në ora 3.30', i sëmundi ishte në gjendje komatoze stadi i I-II, kishte djersë të shumta dhe urinim të pavullneshëm. Kur erdhën ekzaminimet e tjera, azotemia ishte 28 mg<sup>0</sup>/0, glicemia 190 mg<sup>0</sup>/0, provat e flokulacionit pa ndryshime, transaminazat 80 U S G O T dhe 46 S G P T, kurse ajo që kishte rëndësinë më të madhe ishte kolhnesteraza, e cila qe aqë e ulët, sa nuk përcaktohej dot, prandaj solucioni të mëparshëm iu shtuan edhe 2 mg të tjera Atropinë. Pastaj glukozja iu përsërit bashkë sol. Kalii chloratit 7.50/0 7ml., Natrii chloratit 100/0 10 ml dhe Atropini sulfurici 1 për mijë 2 ml. pika-pika i venoz. Në ora 4.45' iu shtua edhe P A M 0.5 gr. në perfuzion, dozë që iu përsërit në ora 6.25' bashkë me 500 ml. sol. fiziologjik i-venoz. Megjithëse kjo terapi i ishte aplikuar, analiza e urinës e bërtë në laboratorin toksikologjik (G. Papadhopulli) vuiri në dukje gjurma substancash fosfororganike, kurse për barbiturate, alkaloidë dhe klorpromazinë ishte negative.

Kur e pamë të sëmundin ishte në komë, nuk u përgjigjej pyetjeve,

haptë ndonjëherë sytë me shkëm të fiksuar, pupilat shumë mioitike pun-ktiforme, respiracioni me zhurmë, tonet e zemrës rrimlike, puls 98/ml-minutë, T A 110/70 mmHg; në mushkëri degjoheshin rale të njoyna e të thata në të theksuar majtas. Në organet abdominale nuk konstatoheshin ndryshime. Reflektet kutane abdominale dhe osteotendinozet e anësive të poshtme genë zhdukur. Nuk kishte shenja piramidale as meningeale. Glucemia 130 mg<sup>0</sup>/o, nga elektrolitet, vetëm kalçiumi ishte 9 mg<sup>0</sup>/o, të tjerët brenda normës.

Dozat e P A M-it in shtuan në 4-6 ampula prej 0,5 në 24 orë, Atropinën e bëjmë 2 mg çdo 1-2 orë deri në shfaqjen e midriazës, solution glukozë 5<sup>0</sup>/o gjithsej 2 l, dhe fiziologjik një litër në 24 orë. Përveç këtyre i shtuam Tetralysali 100 mg. çdo gjashtë orë i-m., vitamioterapi, oksigjen dhe aspiracion të sekrecioneve të rrugëve respiratore.

Mesjithë-këtë terapi, kolinsterraza erdhi 0,16 mg, acetyl-kolinë % (norma 0,36-0,56), kurse radiografia e krahavorit vuri në dukje një bronkopneumoni masive të majtë me vatra konfluente. Këto dy fakte si dhe gjendja komatoze e pacientit, që sa vinte rëndohej, na bënë që po atë ditë, ora 15,00, dozat e Atropinës ti bëjmë 2 mg, çdo 30 minuta i — venoz, kurse krahaz Tetralysalit shtuam Oxacyllini 0,5 gr. çdo 6 orë i venoz pikapika dhe Bipneicillini 800.000 U çdo tri orë i — muskular. Për ngarkesën e madhe me likuide, që duhej të përballonte zemra, i shtuam edhe sol. Strofantini 0,00025 i-venoz.

Gjendja vazhdoi të jetë shumë e rëndë gjatë pas ditës dhe natës të datës 23 janar, puls 1uhatëte midis 136 dhe 154 në minutë, T A nga 110/80 zbriti gradualisht deri në 60/40 në ora 22.00, pastaj filloi të ngrihet përsëri rreth 100/70 mmHg, respiracioni rreth shifrave 36-40/minutë; kohë pas kohe paraqite turbullime të rimit respirator: respiracion me ndërprerje periodike, por jo tip Cheyne — Stokes. Që nga ora 15 e datës 23 janar deri në 6 të mëngjezit të datës 24 janar, d.m.th. brenda 15 orëve, përveç P A M-it, iu bënë gjithsej 62 mg. Atropinë intravenoz, pastaj dozat i ulën gradualisht 1 mg, çdo një orë, çdo dy orë dhe më pas ditën e datës 24 janar, 1 mg çdo 3-4 orë; pastaj çdo 4-5 orë deri në datën 28 janar kur atropina iu ndalua krejtësisht.

Pavarësisht nga gjendja shumë e rëndë e të sëmurit, porsa kishte marrë dozën e katertë masive të Atropinës (d.m.th. 8 mg. brenda një orë e 30 minuta), pacienti filloi të dalë nga gjendja komatoze, hapi sytë, kërkoi të pijë ujë, nxorri ekspektorat dhe tha se kishte pirë «një helm të fortë për çimka» (Fiebol). Pupilat vazhdonin të genë mioitike, kolinsterraza 0,16-0,17, mg. acetyl-kolinë %/o. Në ora 19 të asaj dite, i sëmuri filloi të ketë dhëmbje barku dhe fibrilacione muskulare në anësitë. Nata kaloi me periudha keqësimi e përmirësimi deri pas mezt të natës kur puls filloi të stabilizohet shumë a pak rreth shifrave 120/minutë, T A 90/60-110/80, respiracioni 18-34/minutë. Në mëngjezin e 24 janarit, gjendja duket keq më e kthiellët, djersët i genë ndaluar, mioza kishte filluar të zhduket dhe pastaj i zëvëndësua me midriazë të lehtë, por kolinsterraza qëndronte midis 0,16-0,20 mg<sup>0</sup>/o; në formulën e gjakut binte në sy një devijim i theksuar nga e majta me 40<sup>0</sup>/o shklopini dhe 14<sup>0</sup>/o limfocite dhe një hipokalçemi 8,6 mg<sup>0</sup>/o. E K G nuk paraqiste ndryshime, me përjashtim të dhëmbit T që ishte i ulur ose i rrafshë në derivacionet standarde dhe AVF, gjë që dhetet të jetë lidhur me gjendjen komatoze (fig. 1).



Më 25 janar gjendja e të sëmurit ishte më e mirë, u përgjigjej pyetjeve lirisht, ngrihet në shtrat, temperatura deri 37°7'. Po atë ditë iu shfaq një leukocitozë 18.700/mm<sup>3</sup> dhe u theksua devijimi i majtë me 46% shkolinj dhe 50% limfocite, por dy ditë më vonë leukocitet u ulën në 9.400/mm<sup>3</sup>, shkopinjtë u zëvendësuan me neutrofil 78%, kurse eritrosedimentacioni u ngrit në 47 mm/1 orë; kolimesheraza arriti në shifrat minimale të normës, d.m.th. 0,36, mg acetil-kolinë 0%. Pulsu u ul nën 100/m, T A u përgjendrua rreth shifrave 110-120/70-75 mmHg; megjithatë vazhdon të ankojë për dhembje barku difuze, që ndonjëherë i ngjiteshin në drejtim të krahavorit.

Më 30 janar ndjeu një dhembje të madhe në gjithtë hemitoraksin e majtë gjatë frymëmarrjes së thellë dhe kollës, të marrura mëndsh, turbullime të të parit dhe ishte rrezuar për tokë. Barku që i butë, tonet e zemrës të gartë, ritmike, puls 92/m, T A 130/70 mmHg, rale subkrepitante në hemitoraksin e majtë, pupilat normale. I sëmurë ndjehet i këputur, kishte pak djersë dhe temperaturë subfebrile.

Më 31 janar, pacienti na tregoi se kishte pirë rreth 50 gr. flebol «gabimisht», pas të cilit pati të vjella dhe rreth dy orë më vonë diare që iu përërit dy herë. Shoqëruesit tregojnë se kur u suall në Tiranë nxirrte shkumbë nga goja dhe kishte konvulsione. Të bazuar mbi dhembjet e barkut, që i përhapeshin deri në anën e majtë të krahavorit, dispnenë, të cilën i sëmurë filloi ta nxjerrë në plan të parë, megjithëse gjendja e përgjithshme, puls i dhe T A, ishin përmirësuar, i morrën një anamnezë më të hollësishtme; nga kjo rezultoi se para një viti, gjatë lodhjes, ka ndjerë dhembje të lehta prekororiale, pa iradhim në krahë, të cilat i kalonin kur ai qetësohej. Këto të dhëna i morrën me rezervë, pasi pacienti punonte në një ndërmarrje për kërkime gjeologjike dhe, sipas fjalëve të tij, prej disa muajsh e kishte braktisur punën, «sepse ishte shumë larg familjes», kështu që pyetjeve tona për dhembje prekororiale në të kaluarën mundet që iu përgjigjej pozitivisht, pasi i gjente si të përshtatëshme për të justifikuar braktisjen e punës pa lejën e ndërmarrjes.

EKG e përsëritur po këtë ditë (fig. 2) vuri në dukje një infarkt subepikardial anterolateral të zemrës. Temperatura vazhdoi subfebrile, SGOT 70 U.L.D.H. 9 μ mol/ml (Norma 0-7); të nesërmen SGOT 50 U, SGPT 65 U.L.D.H. 9,7 μ mol/ml. Terapisë së mëparëshme iu shtuan koronarodilatatorë, qetësues të sistemit nervor dhe u vu në qetësi absolute.

Në ditët e ardhëshme, i sëmurë vazhdon të ankohesh për shtrëngim retrosternal dhe vështrësi në frymëmarrje, veçanërisht gjatë natës, pra ndaj iu përdor edhe oksigjen me ndërpërje. Në një radiografi të dytë të bërë më 2 shkurt, bronkopneumonia ishte absorbuar dhe kishte mbetur vetëm një theksim i vizatimit pulmonar. T A mbeti shumë a pak i stabilizuar dhe brenda disa ditësh i kaluan gradualisht edhe ankesat subjektive që ai paraqiste. Kolesterolemia, hipemia, trigliceridet dhe fosfolipidet genë u normalizua. Transaminazet dhe eritrosedimentacioni filluan të ulen leucocitoza u normalizua brenda disa ditësh. EKG e përsëritur më 12 shkurt (fig. 3) ishte pothuajse normalizuar.

Më 16 shkurt filloi të ndjejë dhembje në këmbën e djathtë, pastaj në të dy anësitë dhe brenda dy-tre ditësh u instalua një polihourit toksik me paraparazë të anësive të poshtme dhe deficit motor e sensitiv.

Krahas koronarodilatatorëve, të sëmurit iu bënë Vitamina B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>

PP, Atriphos dhe fizioterapi, elektroforezë në anësitë e poshtme dhe re-gjionin lumbal, të shogërruar me banja drite dhe masazh, më vonë elektro-stimulacion të muskuajve të anësive të poshtme (30 seanca).

Gjendja përmirësohej me ngadalë, dhembjet i vazhduan për kohë të gjatë, pastaq filloi të levizë këmbët në shtat, u ngrit duke u mbajtur pas murit dhe më në fund filloi të ecë më lirshist (ecje sipërpante), duke u ndih-muar nga një shkop. Në gjendje të përmirësuar, i sëmurë doli nga klinika më 22 prill 1974 me diagnozën: *Intoxicatio ex fiebole, Coma, Infarctus subepicardialis anterolateralis, Polyneuritis toxica, Bronchopneumonia confluens sinistra*.

Nga këto të dhëna, problemi i parë që vlen të diskutohet është në se infarkti u shfaq në një zemër të shëndoshë, apo në një njeri të sëmurë, që më parë vuante nga insuficienca koronare kronike. Me siguri asnjëra prej tyre nuk mund të përijuarohet. Dhembjet e lehta prekordiale, që ai pretendonte se i kishte pasur gjatë lodhjes dhe që i kalonin kur qetësohej, mund të flasin për një demtim sado të lehtë të koronareve; por nga ana tjetër rezerva me të cilën duhen marrë këto dhembje, moshë e tij nën 40 vjeç, fakti që ai punonte në një sektor shumë të vështirë si punëtor gjeo-log, që duhej të ngjitej nga mali në mal dhe të ngrinte peshë të rënda, pa pasur simpotoma subjektive të theksuara, si dhe mungesa e ndryshimeve elektrokardiografike të nesërmen e shtirimit në klinikë, na bëjnë të mendojmë më tepër se infarkti është shfaqur në një zemër të shëndo-shë.

Pavarësisht nga gjendja e mëparëshme e zemrës, problemi i dytë janë shkaqet që përcaktuan iskeminë subepikardiale. Mund të supozohet që ro-lin kryesor ta kenë luajtur dozat e mëdha të atropinës, të cilat shkaktoan një takikardi të theksuar me ulje të debittit koronarrian dhe shfaqjen e lezionëve iskemike subepikardiale.

Janë të njohura dhembjet anginoze, të shfaqura gjatë takikardive pa-roksizmale, si pasojë e uljes së debittit koronarrian. Por kundër kësaj hipoteze është fakti se simptomat subjektive, si dhembja prekordiale, dispnea, vertigot etj. iu shfaqën më 30 janar, domethënë dy ditë pas ndërprerjes së atropinës, kur pulsi ishte rraluar në 92/m dhe jo atëhere kur pulsi luhatëte midis 136 dhe 154 në minutë.

Prej këtej kuptohet sa vështirë është të përcaktohen me përpikmëri shkaqet dhe mekanizmi ose mekanizmat, që kanë shkaktuar infarktin.

Përsa i përket gjendjes komatoze dhe polineuritit nuk duam t'i dis-kutojmë, pasi për shfaqjen e tyre gjatë intoksikimeve me fosfor-organikë ka të dhëna të shumta në literaturë.

Dorëzuar në redaksi më 15. V. 1974

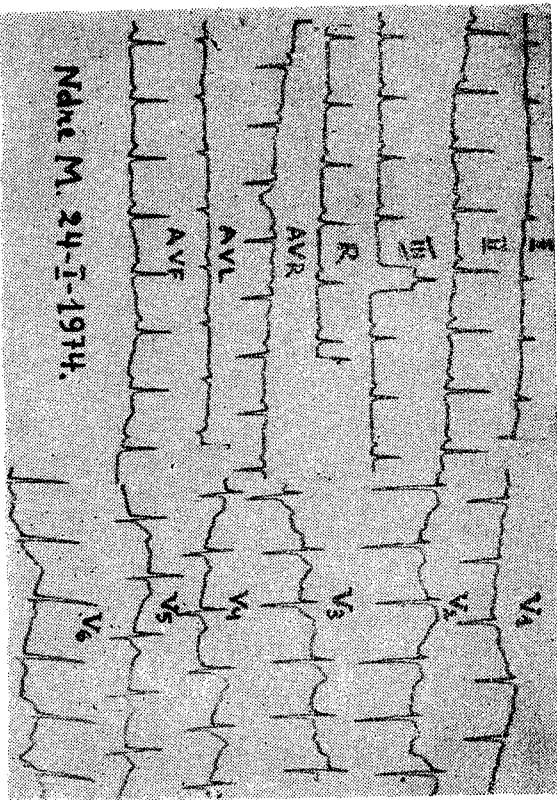


Fig. 1  
 Dhëmbët T në D I, me respiracion dhe në AVF janë shumë të ulur ose të sheshtë, gjë që duhet lidhur me gjendjen komatoze të pacientit.

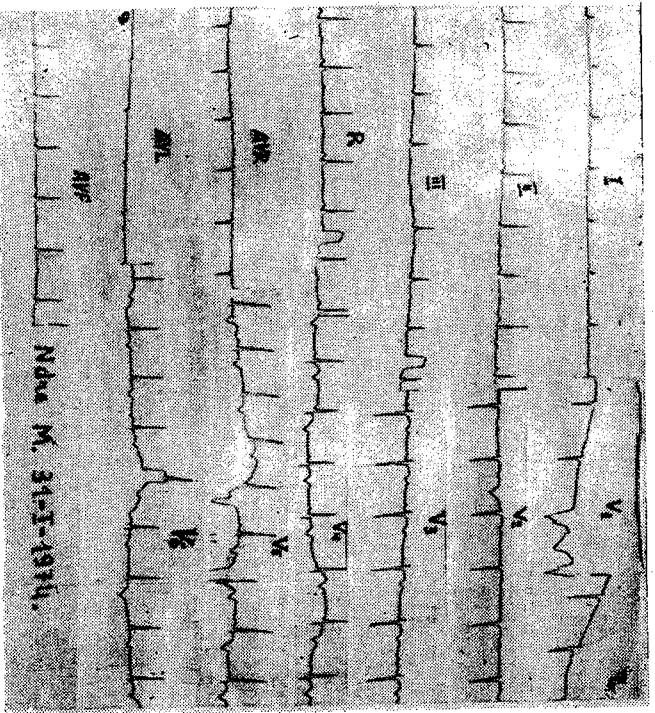


Fig. 2  
 Elektrokardiograma paragjti ndryshime të rripolarizimiti në D<sub>I</sub>, II dhe në prekordialët V<sub>2</sub>, që konsistojnë në negativizimin e dhëmbit T pa depresion të segmentit S-T, domethënë janë ndryshime që i përkasin shtresës subepikardiale të miokardit.

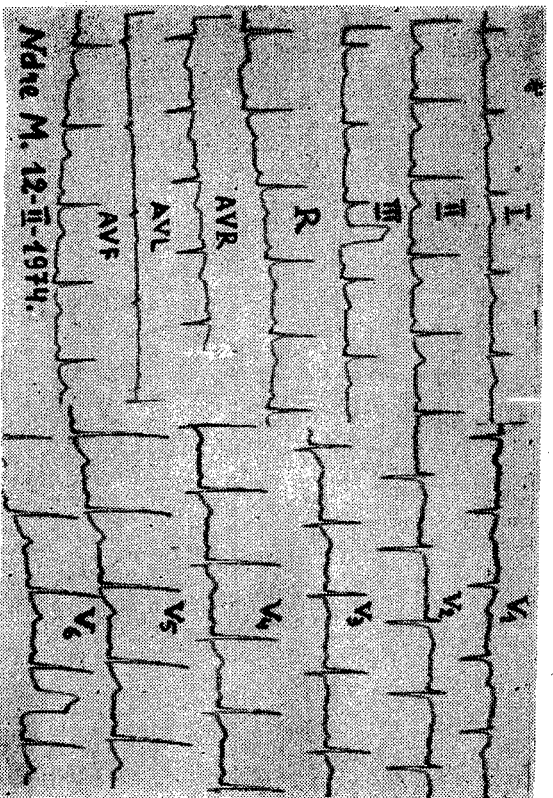


Fig. 3  
Elektrokardiograma u normalizua

### S u m m a r y

## MYOCARDIAL INFARCTION AFTER INTOXICATION WITH PHOSPHOR-ORGANIC PESTICIDES.

A case is described of a 38 year old man who had drunk accidentally about 50g of Flebol (a phosphor-organic insecticide discovered in the urine of the patient during the toxicological examination).

The cholinesterase activity was so low that it could not be determined.

The patient was treated with atropin 2mg every 1-2 hours, PAM 4-6 ampoules of 0.5 in 24 hours as well as antibiotics since the patient had developed a left lung pneumonia. After 30 hours the patient was still in coma. Then the dose of atropin was increased to 2mg every 30 minutes, so that within 15 hours he received 62 mg. After relieving the state of coma, the doses were gradually reduced under the control of the pupillae and the determination of the cholinesterase until the atropin treatment was discontinued completely.

On the 9th day after the intoxication the patient felt severe pain in the left hemithorax, vertigo, troubled eyesight and fell on the ground. The ECG showed a subepicardial anterolateral infarct, accompanied by an increased transaminase and

lactodehydrogenase activity. After two weeks the ECG returned to normal, but a month later the patient had an attack of polyneuritis together with paraparesis of the lower limbs, motor-sensitive deficit which persisted several months. Blood cholesterol, blood lipids, triglycerides, phospholipids, and electrolytes were all normal with the exception of blood calcium which was 9mg per 100 ml.

### R é s u m é

## INFARCTUS DU MYOCARDE CONSECUTIF A UNE INTOXICATION PAR UN PESTICIDE PHOSPHORO-ORGANIQUE

L'auteur expose le cas d'un homme de 39 ans, tombé dans le coma à la suite de l'absorption de quelque 50 mg de F1E601 (insecticide phosphoro-organique décelé dans l'urine au cours de l'examen au laboratoire toxicologique). La cholinestérase était si basse qu'elle ne pouvait être déterminée.

Le patient a été traité à l'atropine à la dose de 2 mg chaque un ou deux heures, au PAM — 4. — 6 ampoules de 0,5 toutes les 24 heures ainsi qu'aux anticholinergiques, le patient ayant été atteint d'une broncho-pneumonie confluyente sur le côté gauche. Au bout de 30 heures, le patient était encore dans le coma. La dose d'atropine a alors été portée à 2 mg toutes les demi-heures, en sorte que, en 15 heures, il lui en fut administré 62 mg. Le patient étant sorti du coma, on a progressivement réduit les doses tout en continuant d'exercer un contrôle constant sur ses pupilles et en poursuivant la mesure de la cholinestérase.

Le neuvième jour, le patient ressentit une forte douleur à l'hémithorax gauche, des vertiges, des troubles de la vue et il seifondra. L'ECG indiqua un infarctus subepicardial antérolateral, accompagné d'une légère augmentation des transaminases et de la lactodéhydrogénase. Quinze jours plus tard, l'ECG donna un tableau absolument normal, mais un mois après, le patient fut l'objet d'une attaque de polynévrite en même temps que d'une paraparésie des membres inférieurs et d'un déficit moteur — sensitif qui persista plusieurs mois. La teneur du sang en cholestérol, lipides, triglycérides, phospholipides et électrolytes se révéla normale. Seule la calcémie était de 9 mg pour 100 ml.

## KIST PLEURO PERIKARDIK (CELOMIK)

(Përshkrim i një rasti të operuar)

— AGIM SAFA —

(Instituti i Lutës kundër tuberkulozit. Drejtor Dr. L. Dusha)

Kistet pleuro-perikardike shquhen për origjinën e tyre embrionale, ndërtime anatomik të vegantë dhe topografinë e tyre në mediastinin anterior, sidomos në këndin kardio-diafragmatik të djathtë (1, 2, 3, 4, 5, 6). Sipas Flowell (citar nga 6), 70%<sup>0</sup> e kistave pleuro-perikardike vendosen në këndin kardio-diafragmatik të djathtë. Origjinën e tyre e marrin nga celulat mezoteliale, të ardhura nga kaviteti celomik primitiv, duke u quajtur dhe kiste celomike ose mezoteliale, origjinë, e cila lidhet me anomali të zhvillimit indor në periudhën embrionale (2, 4, 5). Është patologjia kongjenitale, që takohet shumë rrallë (1, 3, 4). Shpeshësia e këtyre kistave, në raport me pjesën tjetër të tumoreve të mediastinit, sipas statistikave të ndryshme, është 1-18%<sup>0</sup> (1, 2, 6).

Pamja e kistave celomike është ajo e një tumori të rrumbullakët me madhësi mesatare (sa një vezë ose mandarinë), me mure të holla transparente me ngjyrë të bardhë në të verdhë. Zakonisht bashkohet me perikardin me një kordon të vaskularizuar (1, 2, 3, 4, 6).

Përmbajtja e kistit është lëng i qartë pa ngjyrë ose serocitrinë. Sasia e pakët e albuminave, sheqerit dhe yndyrnave në të është karakteristike e transudatit.

Shenjat klinike janë të varfëra, sepse përmbajtja dhe elasticiteti i kistit kanë pak forcë shtypëse mbi organet fqinjë, me përjashtim të kisteve të mëdha (2, 3, 5, 6).

Megjithëse e vështirë, në radhë të parë, diagnoza e kisteve celomike është radiologjike dhe shpesh e rastësishe. Prania e një hije të rrumbullakët me konture të qarta në këndin kardiodiafragmatik të djathtë, më rrallë në të majtë, që deformohet gjatë frymëmarrjes dhe që shpesh pulson, është karakteristikë për kistat celomike (1, 2, 4, 6).

Edhe në lokalizimet tipike, shumë herë ngrihen probleme të diagnozës diferenciale me tumorët dhe kistet e pulmonit, me pleuritet e lokalizuar, me hernien diafragmale, ekinokokun, lipomen mediastinale, aneurizmen e aortës etj. (1, 2, 3, 4, 6). Për vendosjen e diagnozës një ndihmë japin pneumoraksia, pneumoperitoneumi diagnostik, pneumomediastionografia etj. (1, 2, 6).

Indikohet heqja nëpërmjet torakotomisë antero-laterale. Rreziku operator është i kufizuar dhe pa ndërlikime (1, 6).

Po përshtatimë një rast që kemi diagnostikuar dhe operuar, përshkrimi i të cilit na u duk i dobishëm për këto arsye:

- 1) Janë formacione kistike që takohen rrallë.
- 2) Veshtrësia në vendosjen e diagnozës, e cila sqarohet përfundimisht vetëm pas ndërhyrjes kirurgjikale dhe ekzaminimit laboratorik e histologjik të kistit.

E sëmurë N. D. (nr. i kartelës 210-1971) vjeç 36, shtrohet në repartin e kirurgjisë më 11.III.1971 me diagnozën e ardhjes *suspect* sindrom i loblit të mesëm. Sëmundja u zbulua rastësisht në kontroll Roskopik para gjashhtë muajve me hije në bazën antero-mediale të pulmonit të djathtë. Për tre muaj e gjysmë u kurua në një spital rural me streptomicinë, nikotin, PAS dhe kortizon, por nga kjo terapi, e sëmurë nuk pati përmirësim.

Në shturrin, e sëmurë ankonte për kollë dhe dobësi trupore. Zhvillimi fizik mesatar, me muskulaturën dhe shtresën dhjamore të zhvilluar normalisht, ngjyra e lekurës dhe e mukozave normale. Kafazi i krahavorit simetrik, në perkursion tingull pulmonar i gartë në të dy anët, në askultacion frymëmarrja vezikulare e pastër, bazat e mushkërive merrnin pjesë në frymëmarrje lirisht.

Ekzaminimi i zemrës vuri në dukje një sufël sistolik funksional në apeks, pulsi 72 në minut, T/A 110/70, kapaciteti vital 3500 ml.

Ekzaminimet laboratorike në hyrje:

— Gjaku: eritrocite 4.280.000, leukocite 6000, eritrosedimenti 6 mm në orë, N, 62, E, 2, L. 36, trombocite 252520, koha e hemorragjisë 2,2, koha e koagulimit 2',12"

— Urina: Leukocite 2-3 për fushë, të tjerat negativ, sasia e urinës gjatë 24 orëve 650 ml, densiteti lëvizte nga 1020-1035.

— Glicemia: 75 mgr, azotemia 25 mgr, provat funksionale hepatike normal.

Në ekzaminimin Ro — skopik dhe Ro — grafik u konstatua një hije trekëndëshe me bazë nga mediastini i vendosur në këndin kardio diafragmatik të djathtë. Për ta diferencuar hijen më mirë nga raportet me organet fqinjë, sidomos me diafragmën, të sëmurës iu bë pneumoperitoneum diagnostik iu insuflua në kavitetin e barkut 1000 ml. ajër. Në Ro — skopi dhe Ro — grafik, të bërë në frymëmarrje të thellë, u vu re hije në formë trekëndëshi me bazë nga mediastini dhe një kënd të mprehtë në drejtim të pulmonit, në kufi të gartë dhe homogjen, që është vendosur në sinusin kardio-diafragmatik të djathtë. Në Ro — skopi ishte karakteristike transmetimi i pulsacioneve kardiake në këtë hije (hijea pulsonje).

Në këtë rast, vënia e diagnozës u bazua tërësisht në të dhënat radiologjike, ndërsa ekzaminimet e tjera ndihmuan në përjashtimin e disa sëmundjeve si pleuriti i lokalizuar, aneurizmat e aortës, hernie diafragmatike, me të cilat duhet bërë diagnoza diferenciale.

Zbulimi i rastësishtëm, mungesa e shenjave klinike, vendosja në këndin kardio-diafragmatik të hijes dhe karakteri pulsant i saj, krijuan dyshimin për një kist pleuro perikardik (celomik).

Përpara një rasti të tillë u vendos për torakotomi eksplorative dhe, në të njëjtën kohë heqjen e kistit.

Më datën 29.III.1971, me anestezi intratrakeale (sistem gjysëm të mbyllur) kurare + aether +O<sub>2</sub>, me respiracion të drejtuar (anesteziologje

L. Karagjozi), pacientes iu bë torakotomia lateroanteriore e djathtë në nivelin e hapësirës së VI interkostale. Kaviteti pleural u gjet krejt i lirë, pulmoni normal. Në këndin kardiodiafragmatik u gjet një kist me madhësinë e një portokalli me kapsulë të hollë transparente, ngjyrë të bardhë në të verdhë, pak e vaskularizuar, në prekje e butë dhe elastike, e cila lidhej me perikardin nëpërmjet një kordoni të gjërë të vaskularizuar. Kaviteti i kistit nuk komunikonte me atë të perikardit. Kisti futej pjesërisht në scicurën midis lobit të mesëm dhe të poshtëm, prandaj në ekzaminimin radiologjik ai jepte formën e një trekëndëshi.

Kordoni i kistit dhe lidhjet e tjera me perikardin u prenë midis ligaturave, u bë kështu kistektomia. Operacioni kaloi pa ndërlikime. Në kavitetin pleural u vendos një dren gome, i cili u hoq pas 24 orëve, toraksi u mbyll sipas shtresave. Dekursi post operator normal.

Kisti formohej nga një kavitet i vetëm me përmbajtje të lëngu të pastër transparent, ngjyrë serocitine. Në ekzaminimin laboratorik rezultoi transudat karakteristik për kistet celomike. Në ekzaminimin histopatologjik konstatuam formacion kistoz me parët fibroz, i infiltruar nga elementë inflamatorë neutrofilë. Në parenin e kistës u vunë re edhe vatra të reja osifikimi metaplazik fillestar (Prof. P. Bitri).

E sëmura doli nga reparti i kirurgjisë më 15.IV.1971 plotësisht e shëruar, gjë që shihet edhe nga radiografitë e daljes.

Lokalizimi karakteristik i kistit, ndërtimi i tij anatomik, ekzaminimi laboratorik i përmbajtjes së tij dhe ekzaminimi histologjik i kapsulës treguan se rasti ishte një kist pleuro perikardik ose kist celomik.

Dorëzuar në Redaksi më 20 tetor 1973.

## BIBLIOGRAFIA

1. — Bakuliev A. N., Kolesnikov R. S.: Hirurgjieskoje lieçjenie opuhnoli i kist srediosthenia. Moskva 1967, fq. 137.
2. — Bruckner I., Anastasatu C.: Pneumologie. Bucuresti 1965, 607.
3. — Osipov B. K.: Hirurgjieskie zabolevania lokih i srediosthenia. Moskva 1961, 245.
4. — Petrovski B. V.: Hirurgia srediosthenia. Meditz Moskva 1960, 129.
5. — Stropeni L., Colombo C.: Patologia chirurgica. Minerva medica Torino 1963, vol. II, 671.
6. — Traian O., Lavin H.: Tumorie mediatinale. Editura medicala. Bucuresti 1971, 70.



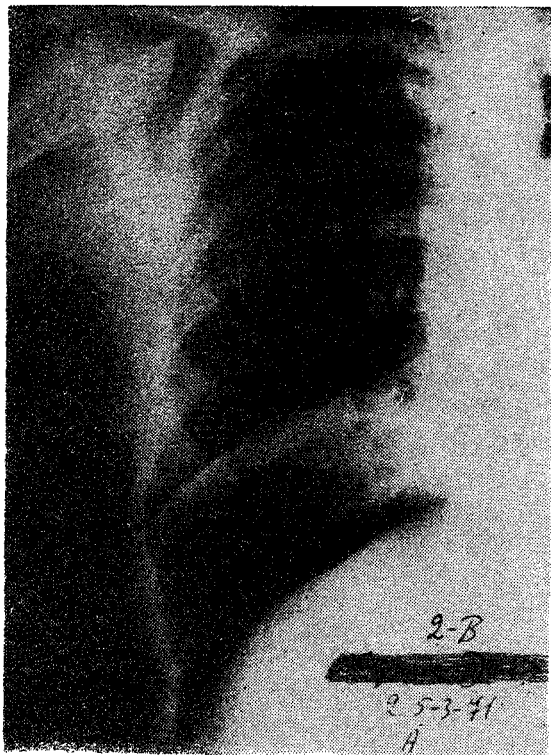


Fig. 1

Ro—grafi anti—post. para operacionit

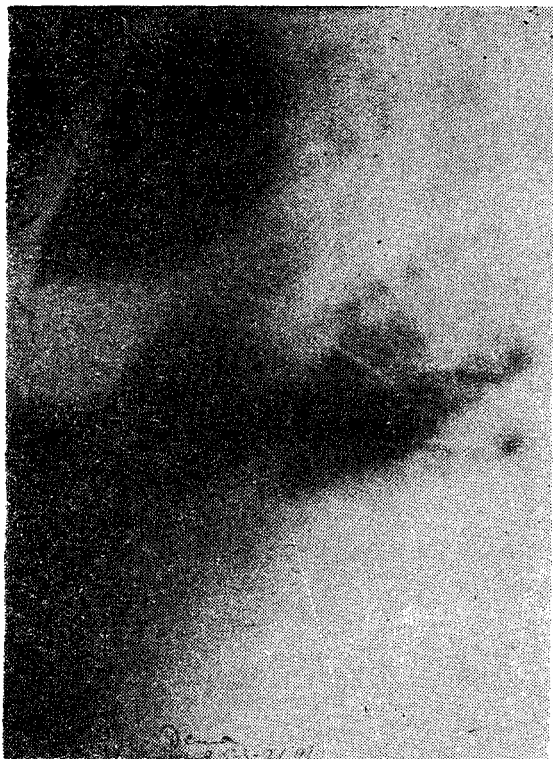


Fig. 2

Ro—grafi profil para operacionit



Fig. 3

Ro—grafi anti—post. pas operacionit



Fig. 4

Ro—grafi profil pas operacionit

## S u m m a r y

## A CASE OF PLEUROPERICARDIC (COELOMIC) CYSTIS

A case is described of a pleuropericardic cystis as a rare congenital malformation with insignificant clinical and laboratory symptoms.

The case was discovered on a 36 year old woman who presented only the radiological image of the disease with its characteristic localization at the right cardio-diaphragmatic angle.

The diagnosis was confirmed after thoracotomy, extirpation of the cystis and its examination.

## R é s u m é

## UN CAS DE KYSTE PLEURO — PERICARDIQUE (COELOMIQUE)

La communication traite d'un cas de kyste pleuro-péricardique, en tant que rare malformation congénitale, accompagnée de symptômes cliniques et de laboratoire négligeables.

Après avoir donné un bref aperçu de la littérature sur ce sujet, l'auteur décrit le cas d'une femme de 36 ans, qui ne présentait que les signes radiologiques de cette maladie avec la localisation caractéristique du kyste au coin droit du diaphragme du coeur.

Le diagnostic a été pleinement confirmé à la suite de l'extirpation du kyste et son examen.

## GLAUKOMA SEKONDARE — NJË KOMPLIKACION I BRAILLE I HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS

— GJERGJI CERA —

(Spitali i rrethit të Korçës, Drejtor S. Vreto)

Në praktikën okulistike, herpes zoster ophthalmicus përbën në ve-tëvehte një patologji okulare, që takohet rrallë.

Gjatë një periudhe gjatë vjeçare, në aktivitetin e reparitit për së-mundjet e syve të spital-poliklinikës së rrethit të Korçës, këtë patologji e kemi takuar vetëm tri herë.

Në herpes zoster, që është një sëmundje virusale dhe që le pas saj imunitet të vazhdueshëm, preken gelizat nervore e më shpesh ganglio-net spinale si dhe fije nervore, që u përkasin atyre (Hamperl H.). Tek nervat kranialë, sëmundja shfaqet në zonën e nervus trigeminus (Fuchs E.).

Në pjesët e lëkurës, që inervon nervi i prekur nga sëmundja, shfaqen fluska. Në herpes zoster ophthalmicus, ku sëmundja kap si trun-gun e nervit trigeminus edhe ganglion semilunare (Gasser) e ciliare, ato shogërojnë degën e parë ose të dytë të nervit trigeminus ose njëërën nga degëzimet e tyre. Ndërkaq krijohet një kufi i prerë në vijën media-ne të fytyrës në pjesën e ballit dhe të hundës.

Në sëmundjen e degës së parë të trigeminusit, nervus ophthalmi-cus, fluskat shfaqen në lëkurën e pjesës së përparëshme të kokës, në ballë dhe në kapakun e sipërmë të syrit. Kur preket nervus nasociliaris ato shfaqen në këndin e brendëshëm të syrit, ndërsa kur preket nervus lacrymaris ato shfaqen në këndin e jashtëm të syrit. Në sëmundjen e nervus infraorbitalis, fluskat shfaqen në kapakun e poshtëm, në faqe dhe në buzën e sipërme. Pjesëmarja e nervus mandibularis, që është dega e tretë e nervus trigeminus, është shumë e rrallë (Heydenreich A.).

**Herpes zoster ophthalmicus** prek më tepër gratë rreth moshës 55 vjeç. Kjo besohet të ketë lidhje me ndryshimet e plegërisë, që ndodhin në zonën e thalamus-it dhe në cortex cerebri (Neumayer 1956 — cituar Heydenreich A.). Ndryshe nga autori i mësipërmë, Bjoerk (cituar nga Heydenreich A.) e takon më shpesh midis viteve 30-40 dhe 60-70 të jetës. Në fëmijët, kjo sëmundje është shumë e rrallë dhe shpesh shoqëro-het me encephalitis (Schmidt-1955, Inoue-1955 — cituar nga Hyeden-reich A.).

Syri sëmurët në 50% të të gjitha rasteve me herpes zoster (Holm-berg-1951 — cituar nga Heydenreich A.). Në literaturë informohet për rreth 2000 raste të tilla.

Kur sëmundja prek ganglionin e nervit trigeminus, fluskat shfa-

gen edhe në korne, duke sjellë rregullime të mëdha të pamjes (Hamperl H.). Zakonisht krijohen keratite me vatra të ngjajshme me ato të *keratitis nummularis*. Zoster-keratitit të sipërfaqësëm mund t'i bashkëngjitet një keratit i thellë disciform. Komplikacionet më të rralla të sëmundjes janë: *iritis*, *scleritis*, paraliza muskulare e paralizë e *nervus oculomotorius* (Pincus 1944 — cituar Heydenreich A.), *ophthalmoplegia interna*, sëmundje të nervit optik si *papilitis* dhe *neuritis retrobulbaris*, *trachomosis venae centralis retinae* (Geertruyden -1933), *haemianopsie* (Fladl 1934) dhe *glaucoma secundaria* (cituar Heydenreich A.).

Rastet me herpes zoster ophthalmicus, të paraqitura tek ne, ishin të trija në gra në moshat 68, 39 dhe 54 vjeç.

Në rastin e parë herpes zoster ophthalmicus shogërohej me *iritis*, në të dytin me *keratit*, dhe në të tretin me *glaucoma secundaria*.

Rastin e fundit, duke qenë një komplikacion shumë i rrallë, të cilin megjithëse përmendet trajtimin nuk mundem ta gjejmë në literaturën që disponojmë, mendojmë ta demonstrojmë.

Më 11.IX.1970, pacientja V.D. (numër kartele 6312), vjeç 54, lindur dhe banuese në Korçë, shtëpijaqë, shrohet në repartin e dermatologjisë (Dr. J. Shano) me diagnozën herpes zoster. Një javë para se të shtrrohej, pacientes i kishte filluar sëmundja me dhimbje të forta të kokës në formë *haemicranie*, për të cilat kishte përdorur aspirina dhe algina, por ato nuk e mposhtën sëmundjen.

Në ditët e mëvonëshme, gjendja erdhi duke u rënduar dhe në fytyrë, në anën e djathtë të ballit, në kapakun e sipërmë të syrit të djathtë dhe në këtë anë të hundës, iu shfaqën njolla të kuqe, në të cilat u formuan fluska, të cilat në fillim kishin një përmbajtje (lëng) transparente. Ndërkaj dhimbjet qenë edhe më të forta dhe shoqëroheshin me djegie.

Me këto ankesa, pacientja paraqitet tek ne, ndërsa tabloja klinike ishte fare e gartë se kishim të bënim me një rast me herpes zoster ophthalmicus të shfaqur në zonën kutane, që inervon dega e parë e *nervus trigeminus*.

Në shtimin, nga ana dermatologjike, status *localis* përshkruhet si më poshtë: në anën e djathtë të ballit, në kapakun e sipërmë të syrit të djathtë, në këtë anë të hundës, shihen elementa të shumta vezikuloze, të grupuara me njëra tjetrën, në sfond të të cilave qëndron një eritemë kutane. Oedema e lehtë në këtë zonë. Syri qëndron gjysmë i mbyllur. Konjunktiva është e injektuar.

Nga analizat e bëra u muarën këto të dhëna: në gjak, numëri i eritrociteve 4.150.000, numëri i leukociteve 8.800, sedimenti 44 mm/orë. Në urinë konstatohen gjurma të lehta albumine. Në renngenoskopi: *patchypleuritis totalis sinistra*. Në ditët e para, temperatura e trupit ishte 37.20, pas tij vazhdimisht lëkundej midis 36.40 dhe 36.80.

Mjekimi i fillohet me tetraciklinë 1,5 gr. ditën (dy tableta çdo 8 orë) sol. vitamini B<sub>12</sub> 100 gama, vitamini B<sub>1</sub> 1 ampul, librium 3 x 1, algini 3 x 1. Lyerje e lëkurës dhe e syrit me pomadë tetracikline.

Në ditët e mëvonëshme, pacientja pati një pakësim të dhimbjes, ndërsa në atë zonë të lëkurës, oedema u shtua e u përhapën elementet vezikululoze. Më tej përmbajtja e tyre u turbullua gradualisht, dhe u kalua në formimin e krusteve. Gjashtë ditë më vonë, në vend të elemente-

ve bulozë, lëkura mbushej me kruste. Dhimbjet e kokës vazhduan dhe kohë pas kohe i bëheshin më të forta.

Më 21.IX.1970 e sëmura ankoi për ulje të pamjes, ajo nuk është në gjendje të diferencojë dhimbjet e kokës nga ato të syrit, por thotë se ka 4-5 ditë që po i pakësohet shikimi. Gjatë ekzaminimit konstatohet sa më poshtë: oedema e lehtë e ballit, që kalon edhe në palpebrën e sipërme të syrit të djathtë. **Rhima oculi** është më e ngushtë se e syrit të majtë. Konjunktiva e pastër, nuk paraqit injeksion: Kornea oedematose më pjesën centrale sensibiletin e ka të ulur. Camera anterior më e cekët se në OS. Iri si me konfiguracion të rregulltë. Pupila në midriase të mesme, pak e deformuar, në ditë nuk reagon. Refleksi i **fundus oculi** pengohet nga **oedema corneale**. Pas piktimit të glicerinës, papila e nervit optik duket mirë, konturet i ka të qarta, ngjyrën rozë dhe nuk ka ekskavacion glaukomatoz. Enët retinale dalin nga mezi i saj. Verëhen fenomenet Salus, Biro dhe Gunn I. Visus 0.03. Tensioni intraokular i matur me tonometrën Ma-klakov (ora 10) 39.0 mmHg. Tensioni arterial 170/90 mmHg.

Mjekimi i syrit iu fillua me sol. piliokarpini 2%, dy pika tri herë në ditë. Ndërkohë vazhdonte përdorimi i vitaminave B<sub>12</sub>, B<sub>1</sub>, alginave dhe poma ambromicinës. Në orën 18 të po asaj dite, tensioni intraokular ra në 36.0 mmHg ndërsa të nesërmen në 34.0 mmHg.

Tashmë, rasti paraqitet i qartë. Pacientja vuanë nga **herpes zoster ophthalmicus**, që kishte dhënë si komplikacion glaukomën.

Pavarësisht se për këtë rast na mungonte përvoja dhe nuk gjetëm ndonjë rast analog në literaturën që disponojmë, vendosëm që pacienten ta operojmë, pasi nuk shihnim rrugëdalje tjetër. Më 23.IX.1970 kryejmë trepanacionin e sklerës sipas Elliotit.

Si bëjmë anestezinë epiretrobulbare dhe subkonjuktivale në pjesën e sipërme, presim konjunktivën që një centimetër mbi orën 12 dhe e pre-parojmë deri në limb. Me trepanin 1.5 mm të Elliotit bëjmë trepanacionin skleral. Kyrejmë iredektominë bazale, mbulojmë sklerën me lambonë konjuktivale dhe pastaj me dy sutura qepim plagën konjuktivale. Pas operacionit, syrit i pikohet sol. atropini sulfurici 1%/<sub>0</sub> i vihet pomadë ambromicini dhe për 24 orë bëhet hidhja e dy syve.

Ditën e nesërme, syri kishte pak **chemosis conjunctivae**. Kornea ishte transparente. Kamera anteriore pothuajse mungonte. Filtrimi qe i shtuar, kurse pupila në midriazë maksimale. Në ballë vazhdonte rëna e krusteve dhe formimi i cikatriceve pak të thelluara, në formë njiollash e pllakash me ngjyrë vishnje. Mjekimi vazhdohet me bipenicilinë 2 x 400.000 UI, streptomicinë 2 x 0.5 gr. sol. atropini sulfurici 1%/<sub>0</sub>, pomadë ambromicini, vit. B<sub>12</sub> 100 gama, vit. B<sub>1</sub> 1 ampul dhe algina 3 x 1 tablete.

Më 26.IX.1970 kamera anteriore e cekët. Dhimbja e kokës në formë haemikranie vazhdonë. Në ballë dhe në lëkurën e hundës kishte ende kruste. Më 29.IX.1970 syri pak i injektuar. Kornea në pjesën centrale pak e turbulluar. Kamera anteriore e cekët. Krustet ranë të gjitha. Në ditët e mëvonëshme, kornea kthjellohet e kamera arrin thellësi normale. Syri u qetësua. Mjekimi vazhdoi me pika atropini, vit. B<sub>12</sub> 100 gama, vitaminina B kompleks 3 x 2 drage, algina 3 x 1 dhe në sy vendoset unguentum klorocisi — H. Pacientja pòthuajse nuk ka dhimbje. Në lëkurën e ballit, në kapakun e sipërmë dhe në atë anë të hundës verëhen cikatrice të holla,

**Rhina oculi** më e ngushtë se e të majtit. Pacientja del prej spitalit e shëruar.

Në rikontrollin e bërë më 3.III.1971, syri i djathtë paraqitej i qetë. **Rhina oculi** më e ngushtë se e syrit të majtë. Filtrimi i kameras nëpërmjet fistulës shumë i mirë. Kornea paraqiste turbullim të pakët central parenkimatos. Kamera me thellësi normale. Pupila e rumbullaktë, centrale, reagonte në dritë më vonë se pupila e syrit tjetër. Tensioni intraokular 19.0 mmHg. Pacientja paraqet hipermetropi. Me syze +1.50 dp. Sph. konvekse visus 8/10. Në syrin e majtë me syze +1.50 dp. Sph. konvekse visus 10/10.

Për 10 ditë, të sëmurës iu dha mjekim lokal me ung. ultrakortenoli dhe vit. B<sub>12</sub> 500 gamma, intramuskular. Pas mbarimit të mjekimit, kornea e syrit të djathtë kishte rifitur transparencën. Reaksioni pupillar vazhdon të jetë i vonuar dhe pupila anisokorike. Me syzet korrigjuese të hipermetropisë visus 10/10. Në zonën krtane, që u prek nga **herpes zoster ophthalmicus** ka cikatrice të holla, pak të thelluara, me ngjyrë vishnje të gjur. Pacientja nuk ka më dhimbje, por ekziston një ulje e lehtë e ndjeshmërisë në anën e djathtë të ballit:

Dorëzuar në redaksi më 15.XI.1973

## BIBLIOGRAFIA

1. — Fuchs E.: Lehrbuch der Augenheilkunde. 7 Auflage: Verlag Franz Deuticke Leipzig-Wien.
2. — Hampel H.: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie 24/25 Auflagen. Springer — Verlag 1960 S. 432, S. 733.
3. — Heydenreich A.: Krankheiten der Augenlider. Aus dem «Der Augenarzt» Band III VEB Georg-Thieme-Leipzig 1960.

### S u m m a r y

## SECONDARY CLAUCCOMA — A RARE COMPLICATION OF OPHTHALMIC HERPES ZOSTER

A case is presented of *herpes zoster ophthalmicus* complicated with glaucoma, which was successfully treated by trepanation of the sclera according to the Elliott's method.

### R é s u m é

## LE CLAUCCOME SECONDAIRE, COMPLICATION RARE DE L'HERPES OPHTHALMIQUE ZOSTER

L'article expose un cas d'herpès ophthalmique Zoster compliqué d'un glaucome, qui a été traité avec succès avec une trépanation de la sclérotique suivant la méthode d'Elliott.



Fig. 1

Herpes Zoster ophthalmicus cum iritis



Fig. 2

Herpes zoster ophthalmicus cum keratitis.



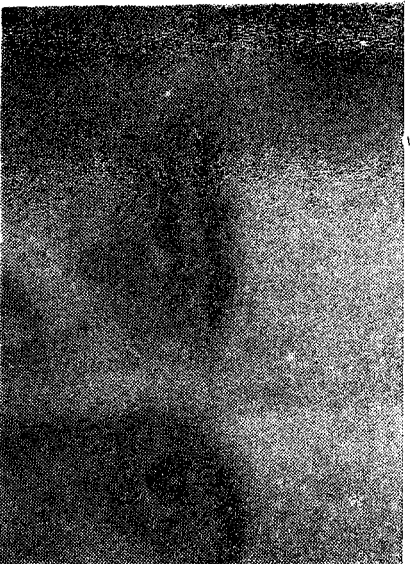


Fig. 3a

a) Gjendje pas kalimit të herpes zoster ophthalmicus. Cikatrice të holla të lëkurës, në anën e djathtë të ballit, të hundës dhe në kapakun e sipërnë. Rhima oculi qëndron gjysëm e mbyllur.



Fig. 3b

b) Gjendja e syrit pas trepanacionit Elliot të sklerës.

## HEMOBILIA SI KOMPLIKACION I RUPTURËS SË HEPARIT

— VELL ZOGU, EDMOND KAPEDANI, STAVRI ÇULI —

(Katedra e kirurgjisë së përgjithshme. Shef Prof. P. Gace)

Në vitin 1948, Sandbloni përdori termin hemobili, për të treguar hemoragjinë nëpër rrugët biliare, megjithëse kuadrin klinik të sajë e kishte përshkruar mjaft mirë qysh një shekull më parë (1848) Owen. Hemobilia përben një nosologji relativisht të rrallë, duke marrë parasysh shpesh-tësinë e madhe të ateksioneve hepatike, përgjegjëse për të.

Baza kryesore anatomike e saj është një komunikim intrahepatik ndërmjet vazave të gjakut dhe rrugëve biliare (fistul vazo-biliare). Zakonisht ky komunikim vendoset në lobin e djathtë të heparit dhe mund të jetë arterio-biliar, ose arterio-porto-biliar. Ka pasur dhe raste që ka qenë arterio-bilio-bronkial (Detrie Ph.).

Shkaku më i shpeshtë i hemobilisë janë traumat hepatike. Komunikimi arterio-biliar mund të bëhet drejtpërdrejt si pasojë i dëmtimit të vazave të gjakut dhe rrugëve biliare intra-hepatike. Në këto raste, hemobilia shfaqet menjëherë pas traumës. Por në shumicën e rasteve, nga momenti i traumës deri në shfaqjen e hemobilisë ka një interval kohe që ndryshon nga 16 orë (Brocker dhe Hay — cituar nga Detrie Ph.) deri në katër javë (Detrie Ph., Couinaud C.). Kjo shpjegohet me mendimin se shpesh komunikimi arterio-biliar ndodh në mënyrë sekondare si pasojë e nekrotizimit dhe autoizimit të indit hepatik të kontuzionuar dhe të devaskularizuar (Larykero, Asthasaran — cituar nga Detrie Ph.).

Infeksiioni sekondar i vatrës së kontuzionuar është jo më pak i rëndësishëm në shfaqjen e hemobilisë (Ingerlans, Lascheretz — cituar nga Detrie Ph.) Hemobilia më shpesh komplikon rrupturat e thella hepatike por haset dhe në kontuzione të vogla hepatike, që shpesh në operacion duken të pafajshme dhe mund të mos tërheqin vëmëndjen e kirurgut (Kaufman E.).

Shkage të hemobilisë mund të jenë dhe hepatopati të ndryshme, që shoqërohen me destruksion të indit hepatik, si infeksionet, parazitozat dhe tumorët hepatike.

Aspekti klinik karakterizohet nga triada simptomatike e përshkruar nga Owen: dhembje abdominale, iktër dhe hemoragji digjестive (hematemezë ose melena). Dhembjet lokalizohen në hipokondrin e djathtë dhe, në shumicën e rasteve, kanë karakterin e kolikës hepatike. Ato provokohen nga koagulat e gjakut, që mbyllin rrugët biliare. Po këto koagula janë dhe shkak i iktërit, i cili ka natyrë mekanike. Në rastet kur ka koleksione apo lezione subfrenike, i sëmurit mund të ketë dhe lemzë. Të sëmu-

rët pòthunajse gjithmonë kanë temperaturë, shkaku i së cilës është infeksioni, që shoqëron ose shkaktton hemolizë.

Në operacion bie në sy vezika biliare dhe duktsi koledok të tensionuar dhe që përmbajnë gjak. Por lokalizimi i toplikës së komunikimit arterio-biliar është i pamundur dhe në operacion. Për këtë ndihmon kolangiografia me ndihmën e një sonde të futur në koledok në drejtim retrograd. Diagnoza topike e përpiktë bëhet vetëm me arteriografi selektive të arteries hepaticë, por për deshirimin e saj duhet njohur mirë aspekti angiografik i heparit.

Për hemobilinë janë propozuar disa mënyra terapeutike:

Në fillim duhet orvatur për një mjekim konservativ me hemotransfuzione, hemostatikë dhe doza të larta antibiotikësh. Ky mjekim është më efikas në fëmijët. Kur hemoragjia digjестive nuk zotërohet, atëherë duhet kaluar në ndërhyrje kirurgjikale. Ka disa forma trajtimi kirurgjikal. Ekscizioni i indeve të kontizionuar dhe nekrotike me plombezah të kavitetit është pak efikas dhe me pasoja. Shpesh në sipërfaqe të heparit ndodhen zona të vogla kontuzive, që maskojnë fistula arterio-biliare në thellësi të indit hepatic.

Hepatektomia e djathtë konsiderohet si indikacioni kryesor në hemobilinë nga proceset supurative apo tumoret e lobit të djathtë hepatic (Ton That Tung), ndërsa në hemobilinë traumatike, ndërhyrja kirurgjike le duhet përdorur si arma e fundit, sepse sakrifikohet kot së koi një masë e madhe e indit hepatic të shëndoshtë dhe, nga ana tjetër, duhet të jemi të bindur se fistula arterio-biliare ndodhet në lobin e djathtë të heparit.

Ligatura e arteries *hepatica communis*, e kombinuar me drenazh të duktsit koledok, konsiderohet si terapia më e mirë në mjekimin e hemobilisë traumatike (Ton That Tung). Megjë në rastet e një ligature të fillë shkaktohet ishemia e celulës hepaticë dhe, për pasojë, mundësia e infeksionit hepatic është e madhe, indikohet aplikimi i antibiotikëve me doza të mëdha dhe spektër të gjerë veprimi. Sot është pranuar plotësisht benimjitheti i kësaj ligature dhe përfundimi letal i ligaturës së arteries *hepatica propria* (Couinaud C).

#### PËRSHKRIMI I RASTIT TONË:

Pacientja N.A., vjeç 10, me kartelë klinike nr. 7494 silltet urgjent në spitalin klinik nr. 2 më datë 4.X.1972. Shogëruesit referojnë se fëmija u rrëzua, ra ndën një karrrocë, rrotat e së cilës i kalojnë mbi bark. Në llyrje, fëmija rënkon dhe ankon për dhembje barku. Gjenjdia e fëmijës e rëndë, është e shqetësuar, lëkura e zbehtë e mbuluar me djersë, mukozat e dukësime dhe konjunktivat gjithmonë shumë të zbehta. Puls i dobët, ritmik, frekuenca 100 në minutë. Presioni arterial në arterien brakiale 100/80 mmHg. Ka takipnoe. Nga ana e zemrës dhe e mushkërive asgjë për të shënuar. Barku pak i fryrë, në palpim shumë e dhembëshëm dhe me mbrojtje muskulare. Simptomi Shejokitin-Blumberg pozitiv. Matiteti hepatic i ruajtur. Analiza e gjakut të kuq rezultoi: eritrocite 4.000.000 mm<sup>3</sup>, Hb. 72%. Urina pa ndryshime. Në radiografi të barkut nuk konstatohet ajër i lirë në kavitein peritoneal. Duke menduar se jemi para një

drame abdominale, mundësisht hemoragji të brendëshme nga ruptura e një organi parenkimatoz abdominal, fëmija merret në operacion, ku konsistohet një hemoragji e brendëshme intraperitoneale (në kavitetin peritoneal u gjend rreth 800 ml. gjak), nga një rrupturë masive (5 cm. gjatësi dhe 3 cm. thellësi) e sipërfaqes diafragmale të lobit të djathtë të heparit. Heparit suturohet me dy shtresa suturash «U» dhe epiploonplastikë. Në organet e tjera abdominale nuk konsistohen lezionet traumatike, as ndonjë patologji tjetër. Bëhet tualetit i kavitetit peritoneal, vendosen dy drenga gome, njëri subdiafragmal dhe tjetri subhepatik dhe pasi hidhen antibiotikë në kavitetin peritoneal, plaga operatore suturohet. Para dhe gjatë operacionit, të sëmurit iu transfuzua 900 ml. gjak gr. I (0). Pas operacionesh, pacientit trajtohet me antibiotikë dhe perfuzione ikidiesh.

Ditën e parë dhe të dytë pas operacionit, fëmija kishte parrezë intestinale dhe prirje për takikardi dhe hipotension arterial. (Pulsi rreth 120-130 herë në minut, ndërsa tensioni arterial 80/60 CO mm Hg). Pas ditës së tretë, fëmija përmirësohet shumë dhe ishte i qetë. Ditën e dhjetë pas operacionit vërehet një keqësim i menjëhershëm i gjendjes së fëmijës. Rreth orës 13 të datës 15.X.1972 menjëherë i fillojnë dhembje shumë të forta abdominale. Dhembjet kanë karakter kolike. Lëkura zbehet dhe mbullohet me djersë të ftohta. Pulsi filiformë, mezi preket. Presioni arterial 50 mmHg (minimali nuk përcaktohet). Në prekje barku i butë, pa mbrojtje, Simptomit Shjotkin-Blumberg negativ. Pas 30 minutash, fëmija pati hema-tenezë në sasi të madhe. Analiza e gjakut të kuq rezultoi: eritrocite 1.950.000 mm<sup>3</sup>, Hb 45%/o. (Dy ditë më parë, më datë 13.10.72, analiza e gjakut të kuq tregonte: eritrocite 3.530.000 mm<sup>3</sup>, Hb 64%/o. Menjëherë fëmijës iu fillua hemotransfuzion me presion dhe paralelisht perfuzione ikidiesh me noradrenalinë. Dalëngadalë, gjendja filloi të përmirësohet, presioni arterial sistolik rritet në shifrat 90-100 mmHg, ndërsa pulsi vazhdon të jetë i shpejtë në shifra 130-140 herë në minut.

Ditën e nesërme, sklerat marrin ngjyrë ikterike, bilirubinemia rezulton 1.98 mgr<sup>0</sup>/o. Pas dite, fëmija defekoi melena në sasi të mëdha. Për dy ditë, fëmija u mbajt me hemotransfuzione (mori 3 litra gjak gr. I (0), duke kontrolluar çdo dy orë eritrocitet dhe Hb. Pas dy ditësh gjendja përmirësohet dhe kuadri i gjakut stabilizohet (eritrocitet 3.500.000 mm<sup>3</sup>, Hb. 70%/o). Dhembjet e barkut u qetësuan, ikteri u zhduk, bilirubinemia u normalizua (më datën 18.X.1972 rezultoi 1.11 mgr<sup>0</sup>/o) dhe melena nuk kishte më. Vetëm temperatura persistonte, por dhe kjo u normalizua pas 12 ditësh (më 27.X.1972). Atëherë fëmija trajtohet me hemostatikë (vitamina K, Klauden), vitamina dhe antibiotikë (eritromicinë). Më datën 24.X.1972 përsëri fëmija pati dy kolika të forta abdominale, të cilat u qetësuan shpejt dhe nuk u shoqëruan me keqësim të gjendjes së përgjithshme dhe rënie të kuadrit të gjakut të kuq.

Një javë pas normalizimit të temperaturës, atëherë kur fëmija ishte gati për të dalë nga spitali, pësoi një infeksion të rrugëve urinare, për të cilin u mjekua me nitrofuronteinë. Më 19 dhjetor 1972 del nga spitali në gjendje të mirë. Në dalje eritrocitet ishin 4.125.000 mm<sup>3</sup>, Hb 80%/o.

Në rikontroll, pas gjashtë muajsh, gjendja e fëmijës ishte shumë e mirë.

Duke u mbështetur në kuadrin klinik: kolikë abdominale, ikter, he-

morrëgj digjeshive (rënie e theksuar e kuadrit të gjakut hematemezë dhe melena) dhe rakturë paraprake të heparit, bëhet e qartë se ditën e dhjetë të operacionit, femijës i ka ndodhur hemobilia, e cila u zotërua me mjekim konservativ.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Gaminand C.: Ligature de l'artère hépatique et désartérialisation hépatique. Journal de chirurgie 1972, 104, 7.
- 2) Deirie Ph.: Hémobilie traumatique. Journal de chirurgie 1962, 83, 185.
- 3) Kaufman E.: Trattato di anatomia patologica speciale. Torino 1967, vol. II, parte II, 465.
- 4) Ton That Tung: Chirurgie d'exérèse du foie. Hanoi 1962, 201.

## S u m m a r y

### HAEMOPHILIA AS A COMPLICATION OF THE RUPTURE OF THE LIVER

A case is described of a 10 year old child who suffered a rupture of the liver as a result of a trauma and necessitated an emergency operation of suturation of the liver. Ten days after the operation the state of the patient worsened unexpectedly, presenting the classical triad of haemophilia: digestive haemorrhage, abdominal colic and jaundice.

After the energetic treatment with blood transfusions, haemostatic and antibiotic drugs, the condition of the patient improved and he was released without the need for a second intervention.

## R é s u m é

### L'HEMOMILIE, COMPLICATION DE LA RUPTURE DU FOIE

Les auteurs exposent le cas d'un enfant de 10 ans, qui, à la suite d'un trauma, a subi de toute urgence une suture du foie. Dix jours après l'opération, l'état du patient s'est soudain sérieusement aggravé, et l'on a vu apparaître le tableau clinique de l'hémophilie avec sa triade classique: hémorragie digestive, colique abdominale et ictère.

À la suite d'un traitement énergétique avec transfusion de sang et administration de médicaments hémostatiques et d'antibiotiques, l'état de l'enfant s'est amélioré et il a été guéri sans qu'une nouvelle intervention chirurgicale se soit avérée nécessaire.

## STAFILOKOKSITË MALINJE DHE MJEKIMI I TYRE NË KLINIKËN E SËMUNDJEVE INFEKTIVE

— JAHJA PULO —

(Klinika e sëmundjeve infektive. Shef Dr. J. Pulo)

Sëmundjet e shkaktuara nga stafilokokët po tërheqin vëmendjen për arsye se ndërsa në fillim ata ishin të ndjeshëm ndaj penicilinës dhe antibiotikëve të tjerë, tani paraqesin rezistencë jo vetëm ndaj penicilinës, por edhe ndaj antibiotikëve të tjerë me spekter të gjerë veprimi, madje duke përfshirë këtu dhe antibiotikët e rinj antistafilokoksikë. Këto forma antibiotiko-rezistente luajnë rolin kryesor në ecurinë dhe zgjatjen e kohës së shërimit të sëmundjeve infektive purulente, qofshin këto të lëkurës, të kockave apo të mushkërive, veshkave dhe organeve të tjera.

### Paragjia e Materialit

Nga të nëntë rastet e paraqitur në klinikën tonë, gjatë viteve 1961-1972, pesë ishin burra dhe katër gra, të cilët janë shtruar nga dita e fillimit të sëmundjes si më poshtë:

Lokalizimi i procesit inflamator ka

Ditët	Nr. i rasteve
4-5	6
6-7	2
pas 10 ditë	1

qënë si vijon:

Në hundë 5 raste,

Në sy një rast,

Panaricium një rast,

Flegmon i parakrahut një rast,

Abort i provokuar një rast.

Midis nëntë rasteve kemi pasur tri vdekje. Shkaku i vdekjes ka qënë: tek një pacient tromboza e *sinus cavernosus*, ndërsa në dy të tjerë *septicopiemia*, e shogëruar me insuficiencë renale akute.

Ndërkohë u përcaktua edhe sensibiliteti i shtamit ndaj antibiotikëve. Rezultatet ishin këto: në gjashtë raste, mikrobi ishte rezistent ndaj penicilinës, ndërsa në tre raste ishte sensibel ndaj saj. Ndjeshmërinë më të mirë në të gjashtë rastet, stafilokoku e kishte ndaj vulkamicinës dhe eritromicinës dhe shumë më pak ndaj tetraciklinës dhe kloramfenikolit.

Këto analiza u bënë në laboratorin bakteriologjik të spitalit nr. 4 nga Dr. Dhionis Plaka e bp.

Mjekimi i bërë sipas ndjeshmërisë është si vijon: vulkamicina është përdorur dy gram ditën, duke e kombinuar edhe me eritromicinë 1.5 gr. në ditë endovenoz. Në rastin e shogëruar me pneumoni stafilokoksike dhe meningjit, si dhe në një rast me gjëndje septike të rëndë, si pasojë e shtrvuljes të një hordeole, u përdor vulkamicinë dy gr., e kombi-

nuar me meticinë 6 gr. në ditë. Në rastet penicilino - sensibilë, penicilina është përdorur 20 milion unitete në ditë, duke e kombinuar me vulkamicinë 1.5 gr. Shënojmë se të gjithë të sëmurët kishin bërë mjekim ambulator me antibiotikë me doza të vogla si penicilinë ose tetraciklinë. Mjekimi i bërë në spital ka zgjatuar nga 14 ditë deri në 30 ditë.

Të sëmurëve tanë iu gjetën këto shenja:

Shenjat më të shpeshta që ne i kemi takuar në të sëmurët tanë ishin: të ftohitt dhe të dridhura, temperaturë e lartë deri në 40°, në shumicën e rasteve e tipit intermitent, djersitje, dhembje të forta koke, të vjella, edemë e indeve, ku ishte lokalizuar procesi inflamator.

Në një rast, veg fenomeneve meningjeale mjaft të shprehura, u konstatua kollë, dhembje në hemitoraksin e djathtë dhe dispne e cianoze si rezultat i bronkopneumonisë, ndërsa në një rast tjetër, veg fenomeneve meningjeale, u vërejt ekzotfalni dhe edemë shumë të shprehur të fytyrës, si pasojë e trombozës të *sinus cavernosum*.

Në pesë pacientë u panë fokuse metastatike purulente kutane. Në një rast u vu re anuria. Vlen të përmendet se në një të sëmurë me flegmonë të parakrahut dhe hemokulturë pozitive për stafilokok të artë, u vërejt një ekzantemë e tipit skarlatinöz dhe me këtë diagnozë ai u shtrua. Në dy raste u konstatua splenomegalia.

## DISKUTIM

Pavarësisht se numëri i rasteve të vrojtara nga ne mund të jetë i vogël, megjithatë mund të shikohet se stafilokoksitë paraqiten në forma të ndryshme klinike, duke filluar nga ato me ecuri mesatare e deri në format e rënda dhe vdekje-prurëse.

Lokalizimi i proceseve inflamatore në fytyrë, sidomos në pjesën e sipërme të saj, aq më tepër kur ato shtrudhen ose incizohen para koke, bëhen shkak i zhvillimit të shpejtë të stafilokoksitë me ecuri shumë të rëndë, për vetë faktin se kjo zonë është mjaft e vaskularizuar dhe, në këtë mënyrë, lehtëson përhapjen bakteriale nëpër organet e tjera. Ky diseminim bëhet më i shprehur në të sëmurët me diabet, ateriosklerozë, kancer etj. (2, 7); ndoshta rrit përshtueshmërinë e indit lidhës, ndërsa koagulaza, siç dhejt, lejon formimin e tromboseve lokale në vazat e gjakut (1, 2, 7). Lokalizimin e procesit inflamator, gjashtë nga të sëmurët tanë e patën në fytyrë, nga anamneza rezultonte se ata i kishin shtrudhur forunkulat, duke i dhënë shkak zhvillimit të rëndë sëmundjes. Pikërisht në këtë grup takojmë dy vdekje baras me 22,20%, ndërsa duke shtuar dhe vdekjen e një paciente të tretë, tek e cila stafilokoksia u zhvillua pas abortit, përqindja e vdekjeve arrin, në vrojtimet tona, në 33,30%. Kjo përqindje është e përafërtë me atë që paraqesin Charles H. e bp. dhe Voiculescu M. e bp., të cilët thonë se vdekjet sot nga 80-900/0, që kanë gënë para përdorimit të antibiotikëve, kanë zbritur në 25-300/0. Këto të dhëna tregojnë se prognoza në stafilokoksitë gjithmonë është e rëndë dhe se ajo varet nga sensibiliteti i mikrobit përkates, koha e paraqitjes për ndihmë mjekësore, zgjedhja e antibiotikëve, koha e zgjatjes së tyre si dhe nga përcaktimi i dozës së këtyre antibiotikëve. Kjo gjë kushëzohet me faktin, tashmë të njohur, të krijimit të rezistencës së

këti grupi mikrobesh ndaj penicilinës, si rezultat i krijimit të penicilinazës (1,2,6,7,) si dhe ndaj antibiotikëve të tjerë. Këto fakte na bëjnë të mendojmë më drejt mbi qëndrimin që duket mbajtur lidhur me fitimin e mjekimit, sepse dy nga të sëmurët tanë, që u paraqitën pas ditës së pestë të fillimit të sëmundjes, ndonëse ishin mjekuar ambulatorisht me penicilinë dhe tetraciklinë, erdhën në gjendje të rëndë dhe, pavarësisht nga mjekimi, ata vdiqën.

Ngandonjëherë, megjithëse rrallë, në infeksionet stafilokoksike mund të vërehet ekzantemë, ashtu siç u paraqit edhe tek ne në një rast. Në ndonjë rast duhet të kihet parasysh se mund të vonohemi në përcaktimin e diagnozës dhe, sigurisht, kjo do të sjellë pasoja të dëmshme edhe në mjekimin, pra do të rriktojë drejtpërdrejt në prognozën e sëmundjes, ashtu siç na ndodhi dhe ne me të sëmurin M.S., vjeç 16, i cili u shtrua në klinikën e sëmundjeve infektive më 15.XII.1961 me nr. kartele 10450 me diagnozën e dërgimit për skarlatinë. Sëmundja i kishte filluar 4-5 ditë pasi ai kishte shtrëdhur një puçër në hundë, por nuk i vuri rëndësi. Ditën e gjashtë, pacienti pati të dridhura, dhembje koke, temperaturë, por ai si dhe prindërit, e konsideruan këtë si gjendje gripale dhe nuk kërkuan ndihmë mjekësore. Ditën e gjashtë dhe të shtatë, gjendja rëndohet. Pasi u vizitua nga mjeku, i cili konstatoi ekzantemë, pacienti dërgohet për shtrim me diagnozën skarlatinë.

Nga marrja e anamnezës me kujdes, u vu në dukje se pacienti kishte pasur një furunkul në hundë, të cilën e kishte shtrëdhur. Duke pasur parasysh shenjat klinike, u mendua se mund të kishim të bënim me një gjendje septike, ndoshta stafilokoksike. Pacientit iu morën sekcione nga hunda dhe u bë hemokultura. Në priftje të përgjigjes, pacientit iu filluan mjekimi me eritromicinë 2 gr. intravenos. Me këtë terapi, gjendja e të sëmurit filloi të përmirësohet. Kultura dha këtë përgjigje: *staphylococcus aureus* shumë sensibil ndaj eritromicinës dhe vulkamicinës. Temperatura vazhdoi 14 ditë. I sëmuri doli i shëruar nga spitali.

Vrojtme të kësaj gjinije kanë pasur dhe autorët të tjerë (2,4,5,7) në rastet e mjekuar prej tyre. Autorët e mësipërmë theksojnë se në këto raste, kryerja e hemokulturës dhe ekzaminimi i gelbit paraqitën rëndësi të veçantë, që, në këto raste, nuk duhet të nënvlefësohen.

Charles H. e bp. dhe Voiculescu M. theksojnë se nga komplikacionet më të zakonshme të bakteriemisë stafilokoksike janë ato pulmonare. Në kemi pasur vetëm dy raste, njëri prej këtyre, 16 vjeç, që pati pararitum, nga i cili u zhvillua bronkopneumonia dhe meningjiti. Me diagnozën *meningittis cerebrospinalis*, ky i sëmurë shtrohet në klinikën e neurologjisë në gjendje shumë të rëndë.

Nga likuori cerebrospinal, që ishte i turbullt, si dhe nga hemokultura, u izolua stafilokoku i arë sensibil ndaj eritromicinës, vulkamicinës. Radiologët e interpretuan bronkopneumoninë si stafilokoksike.

Ashtu siç theksojnë autorët e përmëndur më sipër (2,6,7), dekursi është shumë i rëndë, por nëqoftëse do të bëhet një mjekim adekuat, prognoza nuk është aq fatale. Këta të sëmurë mund të mjekohen dhe të shërohen.

Megjithëse i sëmuri ynë ishte në gjendje shumë të rëndë, por si rezultat i përdorimit të tre antibiotikëve — antistafilokoksikë — si eritromicina, vulkamicina dhe meticilina, i sëmuri u shërua. Ky mjekim i fi-



Iua gjysh ditët e para të shtrimit në klinikën e neurologjisë.

Ashtu siç rekomandohet nga të gjithë autorët (1,2,3,4,7), mjekimi i stafilokoksive duhet bërë gjithmonë i kombinuar me më shumë se dy antibiotikë antistafilokoksitë, sepse vetë koha po provon se ky lloj agjentit patogjen, nga kohë në kohë, vazhdimisht po rrit rezistencën edhe ndaj antibiotikëve të rinj gjysmë sintetikë (1,3,6). Edhe ne, në mjekimin e septicemive, e kemi vazhduar për 14 ditë deri 30 ditë sipas formës, duke përdorur, sipas rastit, penicilinë kristaline në rastet sensibel ndaj saj me dozë 400.000 unitete për kg/peshë, e shogëruar, sipas ndeshmërisë, me antibiotikë të tjerë, ose mund të përdoren eritromicina, vullkamicina dhe meticilina. Është mirë që në forma të filla të rënda, herë pas here, të bëhet shkëmbimi i antibiotikëve. Pra, siç del edhe nga paraqitja e vrojtimeve tona edhe për ne, problemi i stafilokokëve paraqet problem serioz, për vetë dekurshin që ato mund të marrin. Vlerësimi i këtyre proceseve inflamatore duhet të bëhet drejt gjysh në paraqitjen e parë të pacientit tek mjeku. Ai duhet të rekomandojë marrjen e materialit për ekzaminimin bakteriologjik për të izoluar shkaktarin dhe për të përcaktuar sensibilitetin. Sot ky mund të përcaktohet në gjithë rrethet kryesore të vendit tonë. Kjo na lejon që pas marrjes së përgjigjes, të bëjmë mjekimin e përshtatshëm. Është e domosdoshme që deri sa të vijë përgjigja, i sëmurit të mjekohet me një kombinim të penicilinës G me doza të larta, e shogëruar kjo me kloramfenkol, ose mjekimi mund të fillojë drejtpërdrejt me eritromicinë, tetraciklinë etj. Terapia përkatesë duhet të vazhdojë deri në shërim të plotë dhe në asnjë mënyrë nuk duhet të ndërpritet edhe pse i sëmurit, pas marrjes së tyre, e ndjen veten mirë brenda tre-katër ditëve. Terapia duhet të vazhdojë të paktën 7-10 ditë pas zhdukjes të plota të shenjave të sëmundjes, të normalizimit të sedimentit të gjakut e të numërit të leukociteve. Në rast të kundërtë mund të na lindin dy rrezide: së pari, sëmundja e pastabilizuar mirë mund të marrë një dekurs të rëndë, duke u shogëruar me komplikacione, siç na ka ndodhur me të sëmurin S.C., vjeç 60, shtruar në klinikën e sëmundjeve infektive më datë 16.X.1961 me nr. kartele 8248. Ky pacient shtrydhi funksionin në hundë dhe pas katër ditësh pati temperaturë deri 38.50, dhembje koke. Bëri katër flakon penicilinë, e njiu veten mirë dhe nuk vazhdoi mjekimin më tej. Tri ditë më vonë ai shtrohet në spital me sepsis stafilokoksik, me metastazë kutane. Tri ditë pas shtrimit vdiq. Hekmokultura vuri në dukje stafilokokun e artë, po kështu dhe materiali i marrur nga vatrart kutane dhe të njëjtin rezultat. Së dyti, ndodh që duke mos u mjekuar mirë, këta të sëmurë mund të mbeten edhe portatorë, rëndësia epidemiologjike e të cilëve dihet mirë.

#### K O N K L U Z I O N E

- 1) Stafilokoksitë janë ende problem për mjekësinë dhe se shkaktojnë mortalitet të lartë — 33,30% në rastin tonë.
- 2) Mjekimi duhet të fillohet sa më shpejt dhe me kombinime antibiotikësh jo më pak se dy, mundësisht duke përcaktuar sensibilitetin e shtamit.

3) Të mos shtrijdhën infeksionet purulente sepse mund të na japë septicemi ose komplikacione të tjera. Ndonjëherë stafliokoksitë mund të paraqiten edhe me ekzantemë.

Dorëzuar në redaksi më 15 mars 1974.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Baer J. G., Berger E. e tpp.: Staphylococcal infections. Në librin: Pathogenic organisms and infectious diseases, 1971, 30.
- 2) Charles H., Rammelkamp J.: Staphylococcal disease. Në librin: Text book of medicine by Cecil-Loeb 1968, 180.
- 3) Phyllis M., Rountree, Mary A. Beard.: Staphylococcal sepsis in New surgical Word British Med. Journal 1967, 1, 135.
- 4) Mesini M.: Trattato di terapia clinica. 1961, IV, 4287.
- 5) Sarlof J. V.: Infectie stafilococica insotita de sindrom scarlatiniform. *Pediatria* 1968, 2, 48.
- 6) Sidney Cohen and coll.: Effect of the prophage and Phenicillnase plasmid of recipient strain upon the transduction and the stability resistant in hospital. *Journal of Bacteriology* 1973, 2, 721.
- 7) Volulescu M.: Infectii stafilococice. Në librin: «Boli infectioase. Bucurcest 1968, 269.

## S u m m a r y

### MALIGNANT STAPHYLOCOCCAL INFECTIONS AND THEIR TREATMENT AT THE CLINIC OF INFECTIOUS DISEASES

Nine cases are presented of staphylococcal septicemia admitted at the hospital Nr. 4 of Tirana.

The initial inflammatory processes in six cases were located on the face, one was in the eye. These inflammatory processes had been molested by the patients (scratched or squeezed). The course of the disease was serious, meningitis and pneumonia had developed in some cases; three of the patients died.

In the cases that proved sensitive to penicillin the treatment was carried out with doses of 400,000 units per kilogram body weight; the other cases were treated with streptomycin, novomyacin and methicillin, according to the indications of the sensitivity tests and in various combinations.

In one case a rash of the scarlet fever type was observed.

## R é s u m é

**LES STAPHYLOCOCCES MALIGNES ET LEUR TRAITEMENT  
DANS LA CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES**

L'auteur traite du traitement de neuf cas de septicémie staphylococcique de patients hospitalisés à l'hôpital nr. 4 de Tirana.

Les procès inflammatoires dans six cas étaient localisés au visage, dans un cas aux yeux. Ces procès inflammatoires ont été irrités par les patients (grattés ou pressés). Le cours de la maladie s'est avéré grave; dans certains cas, on a observé des méningites et des pneumonies; trois des patients sont morts.

Dans les cas qui se sont révélés sensibles à la pénicilline, le traitement a été conduit avec des doses de 400.000 unités pour kg de poids; les autres cas ont été traités à la streptomycine, novomycline et méthicilline, dans des conditions variées sur la base des épreuves de sensibilité du microbe.

Dans un cas on a observé un exanthème scarlatineux.

## NJË RAST MJEKIMI KIRURGJIKAL I HEMANGIOMËS FACIALE

— ABDULLA BILALI —

(Spitali civil «J. Karamitri» — Shkodër. Drejtor Hamza Vneshta)

Hemangiomat zenë një vend me rëndësi në numërin e përgjithshëm të tumoreve, që zhvillohen në organe të ndryshme. Ato takohen shpesh herë edhe në regjionin maksillofacial. Sipas Evdokimov A. J. e bp., ato përbëjnë 65% të rasteve të tumoreve të zhvilluara në këtë regjion. Hal-dina S. A., Daljecko S. Ja. (cituar nga Mihalov M. N.) theksojnë se 70-75% të të gjithë angiomave, të zhvilluara në regjionin maksilo — facial, janë konstatuar tek fëmijët.

Nga analiza e 150 rasteve tona me neoplazi benignje të regjionit maksilo-facial, që janë konstatuar pranë spitalit civil «J. Karamitri» Shkodër (1960-1971), rezultoi se hemangiomat zenë 6,90% të numërit të përgjithshëm (Bilali A.). Bozhanov N. N. e bp. citojnë 7%, Bernadskij Ju. J. e bp. 12,80% etj.

Hemangiomat kavernoze janë tumoret më të shpeshta, që takohen në regjionin maksilo-facial dhe, megjithëse kanë karakter benignj, shpesh herë ato zhvillohen me shpejtësi, duke dëmtuar të gjitha indet që e rrethojnë. Zhvillimi i shpejtë i këtyre hemangiomave shkaktoi defekte të rënda kozmetike dhe funksionale, sidomos kur ato zhvillohen në gjuhë, në bazën e kavitetit oral, buzë etj.

Për diagnostikimin e këtyre rasteve përdoret me sukses angiografia dhe punksiomi. Mjaft autorë theksojnë se në regjionin maksilo-facial, hemangiomat lokalizohen, në radhë të parë, në gjuhë, në buzën e poshtëme, faqe, bazën e kavitetit oral etj. (Ngujen — Guj Fan, Penev P. Sh., Gorbushina P. M. etj.).

Mjekimi i hemangiomave të regjionit maksilo-facial mund të kryhet në tri mënyra: me metoda kirurgjikale, konservatore dhe kombini i së parës me të dytën (Ngujen Guj Fan, Bernadski J. J., Evdokimov A. J. e bp., Davidov S. N., Gorbushina P. M., Bozhanov N. N. e bp., Mihalov M. N.).

Pavarësisht nga rezultatet e arritura, shumica e autorëve, që kemi mundur të konsultojmë, janë të mendimit se metoda më efektive e mjekimit të hemangiomave të regjionit maksilo-facial është metoda kirurgjikale ose kombini i saj me atë konservative. Një pjesë e metodave kirurgjikale sjell rregullimi në qarkullimin e gjakut, duke prishur shqyerjen e tumorit dhe duke shkaktuar nekrozë aseptike të plotë ose të pjeshme nëpërmjet formimit të trombeve, ku, si përfundim, indit tumoral kthehet në ind cikatricial.

Duke pasur parasysh se aplikimi me sukses i mjekimit kirurgjikal të një rasti me hemangiomë gjigante në fytyrë dhe buzë mund të para-

qesë interres, po e përshkruajmë atë në veçanti.

Fëmija A. K. e datë lindjes 23.III.1971, nga Xhani i Dukagjinit, shtrihet në spital në 18.V.1972 me nr. kartejele 3106 me diagnozë: «Haemangioma regio-sinister et labii inferior». Nga anamneza rezulton se fëmija ka lindur pa ndonjë anomal, rregullisht dhe është rritur me ushqim natyral dhe artificial. Prindërit referojnë se në muajin e dytë të jetës së fëmijës konstatuan se në anën e majtë të fytyrës «një ngjollë, nishan të kuq sa një pulë këmishë», e cila i kish filluar t'i rrittej me shpejtësi.

Tek në fëmija paraqitet me tumor të zhvilluar në gjysmën e majtë të fytyrës nga regjioni temporal deri nën kendin mandibular në buzën e poshtëme dhe pjesën mediale të fages deri në regjionin e proc. mastoideus. Tumori ka ngjyrë të kuqe të mbyllur me disa ulçeracione që herëpas herë gjakokeshin shpejt. Fëmija nuk ka ndonjë dhimbje dhe shqetesim, por prindërit të alarmuar nga rritja e shpejtë e tumorit drejt tohen për ndihmë mjekësore.

Pasi fëmijës iu bënë analizat përkatëse laboratorike dhe radiografi e nollulës, nga të cilat konstatohet një deformim i trupit të mandibulës e nollulës, nga të cilat masa tumorale, më datë 26.V.1972 nën anestezë no-vokaine 0.50/0 dhe parapregatitje të tjera, fëmija u operua, duke i hequr pjesën mediale të tumorit në regjionin e fages. Periudha pas operacionit kaloi mirë, plaga iu shërua «per primam». Për heqjen e kësaj hemangiome, fëmija është operuar disa herë në intervale të ndryshme kohe, afërsisht krye çdo muaji. Kështu më 17.VI.1972 është operuar për të dytën herë, duke i hequr 1/3 e pjesës meziale të tumorit. Gjatë operacionit, fëmija ra në shok si pasojë e hemorragjisë, por në sajë të përdorimit të transfuzioneve dhe medikamenteve të tjera, gjendja u përmirësua dhe fëmija doli nga spitali. Më 23.X.1972 fëmija u shtrua përsëri me nr. kartejele 6617. Deri në fillim të marsit 1973 është operuar pesë herë.

Kështu fëmija ka qëndruar në spital gjithsej dhjetë muaj. Gjatë kësaj kohe ajo është operuar nëntë herë dhe më datë 10.VIII.1973 doli nga spitali me tumor plotësisht të hequr. Gjatë nëntë ndërhyrjeve kirurgjikale, dy herë fëmija ka qënë rënduar shumë si pasojë e hemorragjisë, duke rënë edhe në shok.

Plagët janë shëruar mjatë shpejt «per secundam», duke mos lënë ndonjë pasojë në drejtim të regjenerimit të indeve të mberura. Këtu ndoshta ka ndikuar edhe vaskularizimi i shumtë i regjionit ku është hequr tumori.

Fëmija është paraqitur përsëri për rikontrol, por deri në datën e punimit të këtij artikulli nuk janë vërejtur shenja recidivive. Megjithatë, fëmija po trajtohet me prednizon si profilaksi për zhvillimin e mundur të tumorit (sipas Boggio Robuati e bp.).

Dorëzuar në redaksi më 15 tetor 1973.



Fig. 1 Para operacionit



Fig. 2 Pas operacionit

## BIBLIOGRAFIJA

1. — Bernadskij Ju., Osnov J.: I hirurģijskekaj Stomatologi. Kiev 1970, 330.
2. — Bihali A.: Disa vereľlje ne kliničen die mjeđkmin e neoplazive te regjionit maksilo—facial na vitet 1960-1971. Buletini i Universitetit Shtetëror të Tiranës — seria shkencat mjekësore 1973, 1, 176.
3. — Boggio Kohuti, Masie L., Mazzola R.: Il trattamento degli angioni con somministrazione orale di prednisone. Minerva Chirurgica 1972, nr. 18-19, fig. 1072.
4. — Bozhanov N. N., Baġranov P. I.: Angiografia v diagnostike sosudistih obrozavante lica Stomatologia Moskva 1967, nr. 1, 58.
5. — Davidov S. M.: Hirurģiena Stomatologia, Sofie 1957.
6. — Evdokimov A. J., Vasiljev G. A.: Hirurģieskaja Stomatologia, Moskva 1964, 277.
7. — Gorbusina P. M.: Lecenie gemangiom celjuzmoličevoi oblasti v uslovijah poliklinik. Stomatologia Moskva 1967, nr. 6, 52.
8. — Mhallov M. N.: Primenenie rastvara uretana s himinem pri legentii gemangiom celjuzstno — ličevoi oblasti — Stomatolog Moskva 1965, nr. 2, 66.
9. — Neufen — Guj — Fan: Hirurģieskoe Lecenie gemangiom celjuzstno ličevoi oblasti. Moskva 1962.
10. — Penev P. Sh.: Kën vëprosa za klimkata i legeniele na kavernoznite hemangiomi v ličeve celjuznata oblast. Stomatologia Sofie 1965, 3, 205.

## S u m m a r y

## SURGICAL TREATMENT OF A CASE OF FACIAL HAEMANGIOMA

A case of gigantic facial haemangioma was successfully treated by surgical intervention.

The haemangioma had developed two months after birth and at that time was as large as a button. Gradually it had grown, covering the entire temporal region up to the mandibular angle, including the front part of the cheek and part of the lower lip.

The operation as performed in nine stages with results which can be seen in the accompanying photo.

## R é s u m é

## UN CAS DE TRAITEMENT CHIRURGICAL D'HEMANGIOME FACIAL

L'article traite d'une opération chirurgicale réussie sur un hémangiome facial géant.

L'hémangiome s'était développé deux mois après la naissance. Au début il avait la taille d'un bouton, puis progressivement, la tumeur est allée grossissant et a envahi la zone s'étendant de la région temporelle jusqu'à l'angle mandibulaire, y compris la partie antérieure de la joue avec la lèvre inférieure.

L'opération a été menée à terme en neuf étapes avec les résultats qui peuvent être constatés sur la photo.

## NJË RAST INVAGINACIONI JEJUNOGASTRIK SI NJË KOMPLIKACION I RRALLË NË FAZËN E VONËSHME PAS REZEKSIONIT TË STOMAKUT

— KRENAR PREZA, VASIL BAKALLI —  
(Katedra e Propedeutikës, Shef Doc. N. Shurpani)

Invaginacionet jejunogastrike janë komplikacione të rralla pas gastroenterostomisë ose rezeksionit të stomakut tip Billroth II. Diagnoza duhet të bëhet me kohë, kur nuk ka dhënë ende ilcusin e lartë, sepse fejnumun mund të gangrenizohet dhe atëherë bëhet shkak për një mortalitet të lartë. Në diagnostikimin e përpiktë dhe me kohë të këtij komplikacioni, një rol vendimtar loj ekzaminimi rentgenologjik. Rasti që paraqesim më poshtë ka si qëllim të vejë në dukje kontributin e rentgenologjisë në diagnostikimin e këtij komplikacioni, simptomatologjinë rentgenologjike dhe si duhet të silleni rentgenologjikisht kundrejt këtij komplikacioni ose dyshimit për të.

Pacienti R.S., vjeç 53 nga F.K., me profesion punëtor, paraqitet në urgjencën e spitalit klinik nr. 2 të Tiranës më datë 26.X.1972 ora 21 dhe shtrohet me nr. kartele 8130.

**Ankesat.** — Dhembje barku jo të forta në regionin epigastrik, të vjella me gjak (hematemesis). E konsideron veten të sëmurë qysh prej datës 26.X.1972, kur në orën 1 i filluan të vjella (në fillim masa ushqimore pastaj lëng), dhembje barku të forta, diare. Në orën 5 të mëngjesit paraqitet për vizitë me dhembje barku, diare e të vjella. Mendohet për intoksikacion nga ushqimi dhe trajtohet për këtë. Megjithatë, pacienti pati disa herë të vjella me ngjyrë të kuqe dhe dalje jashtë me ngjyrë të zezë. Në orën 20 të datës 26.X.1972 pati disa herë të vjella hemo-ragjike. Në këtë gjendje dërgohet urgjent në spitalin klinik nr. 2.

**A. Vida.** — Më 1958 ka bërë rezeksion të stomakut dhe apendektomi. Asgjë tjetër për t'u shënuar.

**Ekzaminimi objektiv.** — Vetëdija e gartë, lëkura pak e zbehtë, mucozat ngjyrë rozë. Barku dolent në prekje kryesisht në regionin epigastrik. Hepari dhe lieni në normë. Pasternacki negativ. T A 130/85. Gjak: eritrocitet 4.370.000 hemoglobina 85<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Hœc 72, leukocitet 16.000, segmentat 85. Azotemia 143 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Provat funksionale të heparit në normë. Urina: albuminë gjurmë, leukocite 2-3, eritrocite 10-12. Filloi reanimacioni. Në mëngjesin e datës 27.X.1972 i sëmurë filloi të ankohet për dhembje të forta barku, i cili në prekje ishte i fortë, i fryrë, asimetrik në zonën epigastrike, i dhembshëm në prekje. Në këtë gjendje sillel në kabinëin reontgenologjik për ekzaminim. Në skopinë e abdomenit



nuk shihen goja të Kloiber. Në skopinë dhe grafinë e stomakut konstatohet: kontrasti kalon lirisht nëpër ezofag, mukoza pa leziona. Stomaku (status post rezeksio ventrikuli tip Billroth II) mjaft i dilatar, me hipersekrecion, me defekt mbushje, që ze pjesën më të madhe të cungut gastrik. Konturet e defektit ondulant, vende vende sipërfaqja e defektit ka aspektin e reliefit të mukozes së zorrës së hollë (fig. 1). Ansa afferente mbushet mirë, e shkurtër kontrast në ansën eferente nuk kalon. Duke pasur parasysh klinikën dhe sidomos aspektin rentgenologjik, konkludohet për invaginacion të zorrës së hollë (jejunum) në cungun gastrik. Operacioni u krye nga Prof. F. Papanisio dhe u konstatua një zgjerim i madh i cungut gastrik, jejunumi i invaginuar në të. Bëhet gastrotomia; në cungun ishite invaginuar 1.5 metra jejunum, që paraqitej cianotik, stazik.



Fig. 1

## DISKUTIMI I RASTIT

Invaginacioni retrograd jejuno gastrik nëpërmjet gojës së një gastero enterostomie në stomak është përshkruar prej Betman Balwin më 1933 (cituar nga Golden R.). Edhe pasi rezeksionet e stomakut janë përshkruar mjaft raste me një invaginacion të jejunum në stomakun e operuar. Megjithatë në përvojën e një rontgenologu, incidencia e këtij komplikacioni është shumë e rallë (Golden R. 1969). Deri tani ne nuk kemi gjetur asnjë rast. Ky fakt dhe rëndësia e madhe praktike e diagnostikimit të hershëm (një ndihmë shumë të madhe jep rontgenologjia) na shtyn të botojmë këtë rast.

Sipas Baudisch E. (1970) në rezeksionin sipas Billroth II mund të kemi komplikacione në fazën e hershme dhe të vonëshme pas rezeksionit të stomakut. Invaginacioni i jejunumit në cungun gastrik mund të takohet në të dy fazat dhe mund të jetë:

1) Invaginimi i ansës eferente në stomak; 2) invaginimi i ansës aferente; dhe 3) të dy ansat invaginohen së bashku në stomak.

Sipas Golden R. e bp. (1969) mund të invaginohen dhe ansa aferente në veten e saj ose në ansën eferente. Më shpesh invaginacionet ndodhin në gastroenterostomi.

Sipas Poppel (1962) (cituar nga Golden R. e bp.) në rreth 3/4 e rasteve ansa eferente futet në cungun e stomakut dhe në 1/4 e rasteve ajo aferente vetëm ose bashkë me atë eferente. Në rastin tonë, ishte futur jo vetëm ansa eferente por dhe një pjesë e madhe e jejunumit (1.5 m), gjatësi që nuk kemi hdedshur në literaturë.

Sipas Schinz H. R. (1968), disa herë, invaginimi shfaqet pas një stigmuli alimentar. Në rastin tonë, invaginimi u shfaq pasi pacienti kishte ngulmë darke.

Në këto invaginime, simptomat klinike ndryshojnë mjaft nga rasti në rast. Të sëmurët mund të paraqesin dhembje epigastriale në formë kolkash, vjellje ushqime dhe ndonjëherë hematemesis; disa mund të paraqesin episode të shkurtra të shumta më të lehta me diskomfort gastrik, që lehtësohen pas të vjellit. Disa herë shfaqen simptomat tipike të një llesi të lartë dhe fenomenet e një inkarcerimi të jejunumit me simptoma shumë serioze dhe kërcënuese për jetën. Në disa raste, në regjionin epigastrik mund të palpohet një masë. Në rastin tonë, i sëmurë paraqiste shenjat e një llesi të lartë me inkarcerim.

Salem (1959) (cituar nga Golden R. e bp.) ka analizuar 27 raste, në të cilat simptomat fillojnë nga 3 ditë deri në 26 vjet pas operacionit. Në rastin tonë ndodhi pas 14 vjetëve. Sipas Porcher dhe Buffard (1957) (cituar nga Golden R. e bp.) mund të ndodhë një shërim spontan si rezultat i reponimit nën ndikimin e peristaltikës retrograde në ansën e invaginuar. Schinz H.R. (1968) shkruan se demonstrimi rontgenologjik i invaginimit gastrojejunal, pas rezeksionit të stomakut, është i kufizuar ar nga «regresioni i shpejtë i invaginimit». Ky fakt dhe invaginimi jo i plotë shpjegojnë episodet e shkurtra të lehta të diskomfortit gastrik në disa pacientë.

Diagnoza e një invaginacioni jejunogastrik në rezeksionet e stomakut mund të bëhet në ekzaminimin rontgenologjik ose gastroskopi. Ekzaminimi rontgenologjik është shumë i rëndësishëm.

Në ekzaminimin rentgenologjik, kur mbushet stomaku me kontrast, shihet një defekt mbushje tumoriforme, që mbyll gojën dhe zgjat kohën e zbrazjes së kontrastit. Ky fakt shpjegon ndjenjën persistente të mbushjes në stomak, që kanë shumë pacientë (Golden R. e bp. — 1969).

Defekti i mbushjes mund të ndryshojë në madhësi, ai varet nga gjatësia e ansës së invaginuar. Në rastin tonë, ai ishte shumë i madh (ansa e invaginuar 1.5 metra). Në siferage të defektit të mbushjes shihet aspekti i nukozës së zorrës së hollë si gjethe fieri (Baudisch E., Schina H. R.). Sipas Cummack D. H. duhet të kthet kujdes që të mos merret për invaginacion supozimi i ansës së zorrës së hollë në cungun e stomakut. Në rastin tonë, aspekti i nukozës së zorrës së hollë nuk ishte shumë i gatë, në gjithë sipërfaqen e defektit të mbushjes, çka shpjegohet me edemën dhe stazën në muret jejunum. Rasti ynë paraqiste gjithashtu një cung gastrik shumë të dilatuar.

Pipko A. S. (1958) shkruan se në asnjë rast të përshkruar në literaturë nuk është vënë diagnoza e përpiktë rentgenologjike para operacionit ose para autopsisë. Ne mendojmë se një diagnozë e tillë është e mundur plotësisht rentgenologjiksht, kur kemi kuadrin që përshkruan më lart dhe kur e dimë se ekziston një komplikacion i tillë.

Në literaturën botërore janë përshkruar raste kur pacientë të diagnostikuar për tumor të cungut të stomakut janë operuar ose të operuar për invaginacion (rentgenologjiksht dhe klinikisht të verifikuar) dhe nuk është gjetur gjë. Këto shpjegohen me dezinvaginimin spontan të ansës eferente. Prandaj këto «tumore» në literaturë njihen me emërin «tumore fantastike» (Gespenstertumoren) (Haurich R. 1966).

#### K O N K L U Z I O N

Për një komplikacion të tillë (disa herë shumë serioze dhe kërcënuese) duhet të mendojmë sa herë kemi përpara pacientë me gjendje pas rezeksionit të stomakut me shenjat klinike të larmishme, të përshkruara më lart dhe duhet kërkuar ekzaminimi rentgenologjik, sepse jep një ndihmë shumë të madhe në diagnostikimin e hershëm.

Aspekti rentgenologjik është tipik, por mund të mungojë ose mund të mos jetë shumë tipik kur kemi edemë dhe stazë në muret e jejunumit të invaginuar.

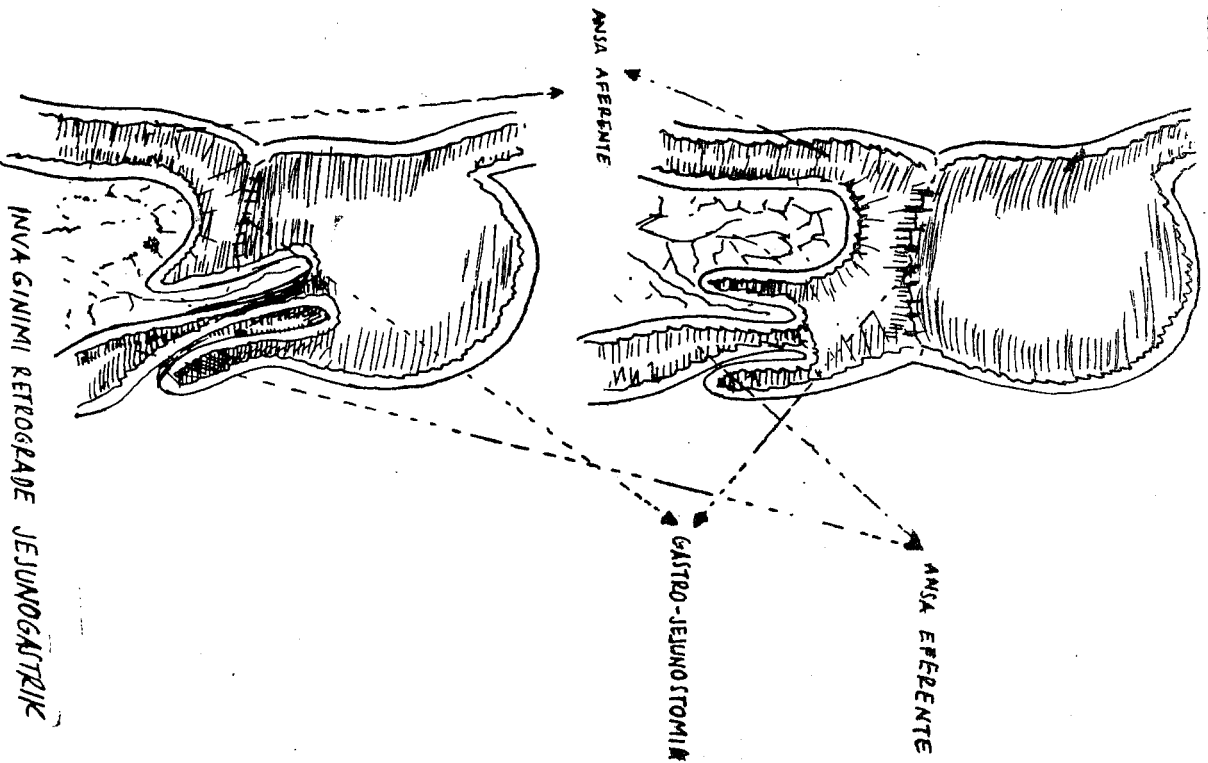
Duke marrë parasysh shpjegimin e termit (tumor fantastik) është mirë që pacientët të rikontrollohen rentgenologjiksht para operacionit, kur ai është diagnostikuar më parë, kur klinikisht është përmirësuar dhe nuk ka indikacione urgjente për operacion.

Dorëzuar në redaksi më 5 shkurt 1974

#### B I B L I O G R A F I A

- 1) Baudisch E.: Atlas rentgenologischer Befunde am operierten Magen. Veb Gustav Fischer Verlag Jena 1970.
- 2) Cummack D. H.: Gastro-intestinal X — ray diagnosis. A descriptive atlas. Baltimore 1969.
- 3) Haurich R.: Klinische Röntgendiagnostik innerer Krankheiten. II Abdomen. Springer — Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1966.
- 4) Golden R. e bp.: Golden's diagnostic radiology Section 5: Digestive Tract; Balti-

- more 1969 .  
 5) Pipko A. S.: Rentgenodiagnostika ramnh oslozhnjenij poslje rezeksii zheludka. Mediziz, Moskva 1958.  
 6) Schinz H. R.: Trattato di diagnostica radiologica. Addome. Edizioni Minerva Medica 1968, vol. V.



## S u m m a r y

**A CASE OF JEJUNOGASTRIC INVAGINATION, A RARE LATE  
COMPLICATION AFTER GASTRIC RESECTION**

The authors present a case of jejunogastric invagination after stomach resection and give their opinion about the interpretation of the radiological findings. They think that the radiological examination is of much importance especially in the less severe forms and recommend the radiological examination every time such a complication is suspected.

## R é s u m é

**UN CAS D'INVAGINATION JÉJUNOGASTRIQUE EN TANT QUE  
RARE COMPLICATION TARDIVE CONSÉCUTIVE A UNE  
RÉSECTION GASTRIQUE**

Les auteurs exposent un cas d'invagination jéjunogastrique consécutive à une résection de l'estomac et donne leur avis sur l'interprétation à donner aux données radiologiques. Ils estiment que l'examen radiologique est d'un grand secours, particulièrement dans les formes les moins graves et ils recommandent que l'examen radiologique chaque fois qu'est suspectée telle complication.

## GINGIVITI NË GRATË SHITAZENA

— THIMI KOÇI —

(Poliklinika Stomatologjike Berat, Drejtor F. Buzi)

Mukoza e zgavrës së gojës shpesh është një tregues i gjendjes dhe i ndryshimeve që ndodhin në organizmin e njeriut. Proceset inflamatorë në gingiva zhvillohen si rezultat i gërshetimit të ndikimeve të faktorëve lokalë dhe atyre të përgjithshëm (9).

Lidhja e mukozës së gojës me ciklin ovarial duhet të konsiderohet përfundimisht e përraktuar. Tashmë njihet enjtja e gingivës në periudhën e pjekurisë së plotë si dhe ndonjëherë gjatë kohës së menstruacioneve, gjë që shpie në shpërthimin e gingivo-stomatitëve (11,13,16,14).

Tëk gratë shtatzëna shpesh vihet re inflamacioni i gingivave *gingivitis gravidarum*. Për të shpjeguar shkaqet e preardhjes së tij janë bërë studime, por mendimet ndryshojnë nga një autor në tjetrin (15).

Ndryshimet në gingiva, disa autorë i shpjegojnë me çrregullimet dhe mbingarkesën e sistemit endokrin dhe sidomos të gjendrave seksuale, hipofizës; ndërsa Kinball e bp. e shpjegojnë me uljen e funksionit të lëndës kortikale të gjendrës suprenale, e cila nga ana e saj shpie gjithashtu në avitaminozën C (1,7,10,12,14). Roli të sistemit endokrin duhet t'i jepet një rëndësi e madhe po qe se e shohim çeshtjen nën dritën e koncepteve të Hans Selye (5).

Një numër studjuesish i kushtojnë vëmendje prishjes së metabolizmit dhe ballancit të vitaminave si dhe deficitit të tyre gjatë barrës, si ajo e vitaminës A, B kompleks, D, P, K e, në radhë të parë, vitaminës C dhe E. Pradis, Kusbel (cituar nga 14) ka vërtetuar rritjen e nevojës së vitaminës C gjatë barrës dhe kohës së laktacionit. Ndërsa Golbach (cituar 11) vë re se vitamina E përmirëson qarkullimin e gjatëkut në parodont e gingiva, ka veprim sinergjist me vitaminën A, gjithashtu merr pjesë në shërimin e plagëve të mukozës, madje edhe asaj të alveolit pas ekstraksionit të dhëmbit (6).

Përsa u përket faktorëve lokalë në ndryshimet që ndodhin në gingiva, Aslani Xh., Hoxha O., Karoly (cituar 11) i kushtojnë rëndësi të madhe gurit të dhëmbit, mikroflorës së gojës, mbushjeve jo të rregullta, si dhe punimeve ortopedike të pregaritura dhe aplikuarave keq, anomali të okluzionit dhe të dhëmbëve etj.

## TË DHËNAT TONA:

Ky studim është mbështetur në të dhënat klinike të 172 grave shtatzëna, punonjëse në Kombinatin e tekstilëve «Mao Ce Dun», të cilat janë ekzaminuar dhe ndjekur gjatë periudhës Janar 1971 — Qershor 1972.

Ekzaminimet dhe mjekimet janë kryer në këinlëkën stomatologjike me anë të instrumentave dhe mjeteve të zakonshme stomatologjike. Pacientët tona janë të moshës 17-35 vjeç dhe kanë bërë barrë të parë deri tek e nënta.

*Rezultatet dhe krahasimet po i paraqesim në pasqyrën nr. 1.*

Pasqyra nr. 1

Autori	Nr. i përgj.	Të shëndoshtë		të sëmurë	
		Nr.	%	Nr.	%
Fradis	252	104	41	148	59
Vahramejera N. I.	130	72	54	60	46
Të dhënat tona	172	64	37.2	108	62.8

Që të sqaronim çfarë lidhje ka përhapja e kësaj sëmundje në moshën e grave, i ndamë në grup moshat e tyre dhe u vu re se, me avancimin e moshës, rriten edhe rastet e grave të sëmurë, siç shihet në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Grup moshat	Nr. i rasteve	Të shëndoshtë		Të sëmurë	
		Nr.	%	Nr.	%
Nën 20 vjeç	38	21	55.3	17	44.7
21—25 vjeç	90	31	34.4	59	65.6
26—30 vjeç	25	8	32.0	17	68.0
31—35 vjeç	19	4	21.0	15	79.0

Për të sqaruar edhe lidhjen që ka sëmundja me barrën, gratë i ndamë në primipare, sekundipare, pluripare dhe vumë re se sëmundja ishte më e përhapur me shumtin e numrit të barrave, siç shihet në pasqyrën nr. 3, ndërsa duket e ndarë barrën në dy perudhat e saja, konstatuam se sëmundja ishte në shifra përafërsisht të barabarta, siç shihet në pasqyrën nr. 4.

Pasqyra nr. 3

Barra	Nr. i rasteve	Të shëndosha		Të sëmurë	
		Nr.	%	Nr.	%
I	94	40	42.5	54	57.5
II	27	11	40.7	16	59.3
+ III	51	13	25.5	38	74.5

Të dhënat e pasqyrave 2,3,4, nuk i kemi takuar në asnjë nga autorët që kemi mundur të konsultojmë.

## Pasqyria nr. 4

Periudha	Nr. i rasteve	Të shëndosha		Të sëmurë	
		Nr.	%	Nr.	%
I	49	18	36,7	31	63,3
II	123	46	37,4	77	62,6

Shtimi i rasteve të sëmundjes me rritjen e moshës dhe numrit të bavarave, për mendimin tonë, shpjegohet me atë që vetë gingiva sa vete bëhet më e ndieshme goftë nga faktorë të përgjithshëm, goftë nga ata lokale, ndaj ndryshimeve që ndodhin në organizmin e gruas gjatë barrës, periudhë në të cilën ne i marrim në studim.

Nga 172 gratë që ekzaminuam, vumë re se 42 vuanin nga tonsilitete, prej të cilave 33 paraqitnin edhe gingivit ose 78,6% e tyre.

Nga 172 gratë që ekzaminuam, vetëm 80 ose 46,5% mbanin gojën pastër. Nga këto, 46 ishin të shëndosha, ndërsa 34 ishin të sëmurë nga gojën gjithi. 92 gra ose 53,5% e tyre nuk përdornin furgë dhe nuk mbanin gojën pastër. Nga këto, 18 ishin të shëndosha, kurse 74 vuanin nga gingiviti. Është e qartë se rritja e edukatës higjieno-sanitare tek gratë shtatzëna duhet të kihet parasysh si një metodë për parandalimin edhe të kësaj sëmundjeje.

## K L I N I K A

*Ekzaminimi subjektiv:* Nga pyetjet e bëra rezultoi se të sëmurave tona u ka filluar sëmundja aty nga muaji i tretë i barrës. Ato kanë gjivorrëgji, djegie dhe kruarje të gingivave, dhembje që i bën të mos ushqehen normalisht, erë të keqe nga goja (foeter ex ore), kanë pita-hizëm, sidomos ato që janë në periudhën e parë të barrës.

*Ekzaminimi objektiv:* në *vestibulum oris* tek pacientët tona vumë re hiperemi të mukozave (91 raste), edematizëm të gingivave (63 raste), më e theksuar pranë qafës së dhëmbit. Aty gingivat janë si të shkolltura në pamje dhe kjo përshkrimi formohet nga prania e edemës. Dhëmbët dhe gingivat janë të mbuluara me një cipë. Në 91 raste u vu re hipertrofi sidomos në apaksin e papilës interdentalë. Kështuqë korona e dhëmbit, deri në një farë shkalle, ka humbur përmasat e saj në dukje. Vumë re se gingiva ka një buzë të kuq, i cili fillon nga kufiri me smaltin dhe shkon 2-3 mm. në thellësinë e sipërfaqes së gingivës. Që të dyja këto shenja fillojnë tek dhëmbët frontale të sipërmë ose të poshtëm dhe shtrihen me kalimin e kohës drejt dhëmbëve posteriorë, duke zbehur intensitetin e tyre.

Në prekje, gingiva kishte pritje gjivorrëgjie tek 102 raste. Sasia e gjakut është në vartësi të gradës së zhvillimit të sëmundjes.

Në *caenum oris proprium* ekzaminuam dhëmbët dhe procesin karioz si dhe mukozën, e cila ishte hiperemike. Gjitha shpeshherë e ngarkuar, ndonjëherë edhe shumë e skuqur, ndërsa papllat fungiforme si ato vlate të skuqura dhe të edematizuara. I gjithë radiksi i gjuhës ishte i hiperemizuar.

Guri i dhëmbëve u konstataua tek 115 paciente ose 66,8% (K. Dominik e ka takuar në 80%, Groholski në 73,8% — (cituar nga 2). Nga këto,



103 ose 89,50/0 paraqitnin gur supragingival të bardhë si në të verdhë, i butë në heqje, kurse 12 ose 10,50/0 paraqitnin gur serotik subgingival i zi si në kafë. Gurin e dhëmbëve e takuam si në harkun dentar superior dhe në atë inferior, por më të theksuar në dhëmbët centralë inferiore dhe në molarët superiorë. Kishte raste me gurëza edhe tek gra me gingiva normale, ashtu siç kishte edhe raste me gingivit dhe që nuk kishin gurëza.

Gjithashtu ekzaminuam xhepin gingival. Ky veprim u bë me shumë kujdes. Ne takuam xhepa deri në 3-4 mm. thellësi, më e theksuar kjo në dhëmbët frontalë, atje ku hipertrofia e papllave ishte më e theksuar dhe fillonte të zvogëlohej thellësisë në premolarët dhe molarët.

Duke ekzaminuar lëvizshmërinë e dhëmbëve, vumë re se në dhëmbët ku kishte gurëza më shumë dhe hipertrofi të gingivës më të theksuar, lëvizja ishte më e dukshme. Shpeshherë, gjendrat limfatike submentale dhe submandibulare ishin të interesuara, të prekshme, pa dhembje, dhe të lëvizshme.

*Dekursi i sëmundjes:* Dekursi fillon nga gingivat e dhëmbëve (100/0 e rasteve), aty nga muaji i tretë dhe barrës dhe zhvillohet e thellohet deri në lindje, vazhdon (në 26 raste — 240/0) edhe pas lindjes deri në muajin 3-5. U rëndua në formën e gingivitit hipertrofik në tre raste (2,70/0).

*Mjekimi:* për t'i trajtuar morrëm tre grupe me nga 30 gra. Grupi i parë. Iu bë sanacion i kujdesshëm i gojës, u trajtuan me kompleks vitaminash (multivitaminë, Vit. B kompleks, vit. B<sub>12</sub>, vit. E). Preparate kalciumi (Kalcivit ose kalci glikonat), u bë mjekimi i gingivave me lëndë ciumi (pasura me oksigjen si dhe me kloraminë dhe fodeglicerinë. Në 21 gra të pasura me oksigjen si dhe deri deri tek e dhëta ndërpritej gjingivorrësia. U pa se në seancën e tetë deri deri tek e dhëta ndërpritej gjingivorrësia. Nuk përdorëm lëndë kauterizuese sepse këto lëndë kauterizojnë edhe indet e shëndosha si dhe tregojnë ndikimin e tyre të keq në lëndët inorganike të smaltit. I këshilluam pacientet që të bëjnë masazh si dhe gargarë me klorur natrimum për tre deri pesë minuta, gjë që e rekomandojnë autorët 4, 16. Kjo gjë eliminon pjesët e nekrotizuara dhe të destruktuara, që pengojnë procesin e shërimit. Në këtë grup, pas lindjes, pati pesë gra me gingivit.

*Grupi i dytë.* U trajtua si i pari, me përjashtim që nuk i bëjnë asnjë mjekim në klinikë. Në këtë grup, pas lindjes, pati 9 gra me gingivit.

*Grupi i tretë.* Ishte grup krahasiimi; nuk u bë asgjë. Pas lindjes, në këtë grup pati 12 gra me gingivit.

Edhe në rastet kur sëmundja persistoi tek gratë e grupit të parë dhe të dytë u pa shërimi i plotë i saj aty nga fundi i muajit të dytë pas lindjes, ndërsa tek gratë e grupit të tretë, shërimi i plotë u vu re në fund të muajit të katërtë-pestë.

Në tre raste (2,70/0) një nga grupi i parë dhe dy nga grupi i tretë, sëmundja iu rëndua në formën e gingivitit hipertrofik, të cilat i trajtuam më tej. Kjo gjë na bën të themi se gingiviti gravidar mund të gojë në forma më të thella të paradontopative.

Nga ky studim nxjerrim konkluzionin se gingiviti gravidar është një sëmundje që takohet shpesh (62,80/0) në gratë shtatzëna.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Abramov N. M., Osorina E. P.: Kliniko-instologjceskaja karakteristika giperetroficeskih gingivitov u balnoj primimajushnej dilantn. Stomatologija, Moskva 1964, 3, 27.
- 2) Aizenshtejn E. D.: Soderzhanie kremnja v zubnom kamni. Stomatologija, Moskva 1972, 5, 70.
- 3) Aslani Xh.: Terapja stomatologjike. Dorëshkrim.
- 4) Belloni G., Cornelli E.: Conciderazioni clinico istologiche sulla baneterapia orale con speciale riferimento all'uso di soluzioni ipertoniche saline. Rivista italiana di stomatologia, Roma 1965, 3, 335.
- 5) Biki P.: Patologjia morfologjike Tiranë 1966, 10, 571.
- 6) Calandriello M., Capuzzi P., Moriani F., Stefanini F.: Ricerche sperimentali sull'impiego della vitamina E (alfa-tocopherol) sul processo di cicatrizzazione della ferita postestrativa. Riv. Italiana di stomatologia Roma 1967, 7, 743.
- 7) Groshiko M. I., Patrikjev V. K.: Metodi diagnostiki i legeniya v terapevticeskoi stomatologii. Medicina, Moskva 1967, 237, 243.
- 8) Hoxha O.: Mjekimi i paradontozës. Seminar kombëtar me dentistët. Prill 1957. Bohim i Ministrisë së Shëndetësisë.
- 9) Ivanov V. S., Lasovski I. I.: K metodikje obsledovania balnej s porazhenjim paradonta. Stomatologija Moskva 1971, 1, 48.
- 10) Miganov B. I., Zhukova E. I.: Morfologjceskoje sostojanije paradonta i nje kotovih kostjevoj skeleta pirtrakovom zaboljevanii i lejkoza. Stomatologija, Moskva 1962, 1, 21.
- 11) Novik I. O.: Parodontoz zdoorovje. Kiev 1964, 51, 78, 263, 271.
- 12) Novik I. O.: Boljezni zubov i slizistoi oboljocki pollosti tra u djetej Medicina, Moskva 1971.
- 13) Svrakov D. K., Dzhemiljeva T. T.: Ekstfoljativnie isledovania epitelia vilaga lisha i polostira isljunej zhenshin e normalnoi i patologiceskoi funkciej jajčlikov. Stomatologija, Moskva 1971, 6, 15.
- 14) Vahramejeva N. I.: Sostojanije diesten v period bierednosti. Stomatologija Moskva 1962, 4, 25.
- 15) Vajs S. I.: Terapevticeskaja stomatologija Medicina, Moskva 1965.
- 16) Zuccheri A., Montanari G.: Contributo clinico sull' impiego della balneoterapia quale mezzo coadiuvante nella terapia delle paradontopatie. Rivista italiana di stomatologia Roma 1965, 4, 415.

## S u m m a r y

## GINGIVITIS IN PREGNANCY

An examination of the oral cavity of 172 pregnant women showed that 108, or 62.8 percent of them were affected by *gingivitis gravidarum*. It was noted that the frequency of gingivitis increased with the age of the women. Without underrating the importance of the general factors, we have concentrated our attention to the local causes of the disease.

In order to compare the effects of different methods of treatment and prophylaxis, we selected three groups of 30 women each. The first group received the following treatment: dental cure, vitamins and clinical treatment of the gingivitis; the second group received the same treatment but without the clinical treatment of the gingivitis; the third group served as control. Better and more rapid effect was obtained in the first group.

By showing timely care for the condition of the mouth it is possible to prevent or interrupt the development of gingivitis, thus anticipating the more severe form of parodontopathy.

#### R é s u m é

### LA GINGIVITE CHEZ LES FEMMES EN ETAT DE GROSSESSE

L'examen de la cavité buccale de 172 femmes en état de grossesse a révélé que 108 d'entre elles, soit 62,80/0, étaient atteintes de gingivite gravidique. Avec l'élévation de l'âge augmente aussi le pourcentage des femmes souffrant de gingivite. L'auteur a constaté que cette augmentation est aussi fonction du nombre des accouchements antérieurs chez chaque femme. Sans ignorer nullement le rôle des facteurs généraux, il convient d'attacher une importance particulière à l'élimination des facteurs locaux. Afin de prévenir la maladie et de la soigner de manière comparative, l'auteur a divisé les femmes en trois groupes de 30 malades chacun.

Au premier groupe a été administré le traitement suivant: soins de la bouche, vitaminothérapie, soins des gencives en clinique; le second groupe a été traité comme le premier sans soins en clinique. Le troisième groupe a servi d'élément de comparaison. Une amélioration et une guérison plus rapide ont été constatées dans le premier groupe: Grâce à des soins attentifs on a réussi à prévenir la maladie et à la guérir au plus tôt, barrant ainsi la voie à des formes plus sévères de parodontopathie.

## MBI NDJESHMERINË E STREPTOKOKËVE BETA HEMOLITIKË NDAJ TETRACIKLINËS

— Dhionis Plaka —

(Laboratori bakteriologjik i spitaleve pranë spitalit nr. 4.  
Drejtores e Spitalit Dr. Athina Goroshiani)

Në punën tonë të përditshme, gjatë kryerjes së antibiogramave të kulturave të izoluar nga materialet patologjike, na ka tërhequr vëmendjen ndjeshmëria e ulët e streptokokëve Beta-hemolitikë ndaj tetraciklinës.

Sic dihet, streptokokët Beta-hemolitikë, sidomos ata të grupit A, tek njerëzit shkaktojnë një sërë sëmundjesh si anginat, skarlatinën, gro-mulonëtritin akut etj. (1, 2, 3). Prandaj qëndrimi që duhet mbajtur ndaj përdorimit të tetraciklinës në të sëmure që vuajnë nga sëmundje të shaktuara nga streptokokët Beta-hemolitikë, sidomos ata të grupit A, na u duk i rëndësishëm për ta diskutuar.

### *Materiali dhe metodat*

Në këtë punim përfshihen të dhënat e ndjeshmërisë së 2055 shtamesve të streptokokëve Beta-hemolitikë të izoluar nga analiza të ndryshme të kryera gjatë viteve 1967-1971.

Materiali për izolimin e streptokokëve nga proceset patologjike (Angina, piodermite, skarlatina etj.) është marrë me tampon të thatë nga gryka (në anginat) dhe me anë ose tampon nga plagët e procese të tjera dhe është mbjellë në terren agar me 10% gjak dashi. Pas izolimit, streptokokëve iu është bërë antibiograma ndaj nëntë antibiotikëve, nga të cilët, ne po parqesim të dhëna të hollësishme për ndjeshmërinë e tyre vetëm ndaj penicilinës, eritromicinës dhe sidomos ndaj tetraciklinës.

Nga numri i përgjithshëm prej 2055 shtamesh, në një pasqyrë të veçantë, ne kemi veçuar ndjeshmërinë e streptokokëve të izoluar vetëm nga gryka ndaj të njëjtevë antibiotikë.

### *Rezultatet dhe diskutimi*

Në pasqyrën nr. 1 janë paraqitur sëmundjet kryesore nga janë izoluar streptokokët. Në pasqyrën nr. 2 e nr. 3 janë paraqitur të dhënat e antibiogramës ndaj tre antibiotikëve për të gjithë numrin e streptokokëve të izoluar nga procese të ndryshme (2055 shtame, pasqyra nr. 2) dhe të streptokokëve të izoluar nga 1127 raste me angina akute dhe kronike (pasqyra nr. 3).

Nga materialet e paraqitura në pasqyrën nr. 1 na tërheq vëmëndjen fakti se streptokokët Beta-hemolitik ne i kemi izoluar në numër më të madh (1127 shtame) nga anginat.

Nga pasqyra nr. 2 shihet qartë se streptokokët e izoluar nga procese të ndryshme (2055 shtame) janë 100% të ndjeshëm ndaj penicilinës dhe eritromicinës dhe 52,11% rezistentë ndaj tetraciklinës.

Pasqyra nr. 1

Semundjet nga janë izoluar streptokokët (2055 shtame)

Angina	Pyodermit	Furunkula	Otitë	Të ndryshme	
				Plagët, sputum, urinë, sinuzite, osteomilite etj.	453
1127	232	122	121		

Pasqyra nr. 2

Ndjeshmëria e streptokokëve ndaj disa antibiotikëve (2055 shtame)

Penicilinë	Eritromicinë	Tetraciklinë			
		Të ndjeshëm	Rezistentë		
Të ndjeshëm	Rezistentë	Të ndjeshëm	Rezistentë		
100%	0%	7,10 %	16,25%	24,54%	52,11%

Pasqyra nr. 3

Ndjeshmëria e streptokokëve të izoluar nga anginat (1127 shtame)

Penicilinë	Eritromicinë	Tetraciklinë			
		Të ndjeshëm	Rezistentë		
Të ndjeshëm	Rezistentë	Të ndjeshëm	Rezistentë		
100%	0%	0,70%	17,30%	23,62%	58,38%

Nga pasqyra nr. 3 bie në sy se streptokokët e izoluar nga gryka janë gjithashtu 100%/0 të ndjeshëm ndaj penicilinës dhe eritromicinës (58,38%/0) në krahasim në një rezistencë ende më të lartë ndaj tetraciklinës (58,38%/0) në krahasim me ata të numrit të përgjithshëm që e kanë 52,11%/0.

Nga materialet e paraqitura më sipër bie në sy se streptokokët kanë një rezistencë shumë të lartë ndaj tetraciklinës. Për ta bërë edhe më të qartë raportin e ndjeshmërisë së streptokokëve ndaj tetraciklinës, kemi paraqitur ndjeshmërinë e streptokokëve ndaj tetraciklinës sipas gradës së saj dhe e kemi shprehur atë me tre pluse (+++) kur diametri i

zones së inhibicionit të mikrobrit ka gënë mbi 25 m/m (shumë i ndjeshëm), me dy pluse (++) kur diametri i zonës së inhibicionit të mikrobrit ka gënë 15-25 m/m (mesatarisht i ndjeshëm) dhe me një plus (+) kur diametri i zonës së inhibicionit të mikrobrit ka gënë deri në 15 m/m (ndjeshmëri me tre e ulët). Nga kjo shihet qartë se përqindja e shtameve të ndjeshëm me tre pluse ndaj tetraciklinës, në rastin tonë, është 7,10% dhe 0,70% me dy pluse 16,25% e 17,30% dhe me një plus 24,54% e 23,62%. Këto të dhëna na bindin se tetraciklina, edhe kur vepron mbi streptokokët B-hemolitik, vepron dobët.

Gjatë punës sonë ne na ka rënë në sy kjo rezistencë e lartë e streptokokëve B-hemolitik ndaj tetraciklinës, kur në të njëjtën kohë, për mjekimin e të sëmurëve, që vuanjë nga gryka (Angina), përdoret edhe tetraciklina. Duke u nisur nga këto fakte, ne nxorëm të dhënat e ndjeshmërisë së streptokokëve Beta-hemolitik të izoluar në procese të ndryshme dhe anginat ndaj tetraciklinës. Rezultatet që i kemi paraqitur në pasqyrën nr 2 dhe 3 na bindën ti paraqitim këto të dhëna për të tërhequr vëmendjen ndaj asaj që përdorimi i tetraciklinës për mjekimin e anginave ose edhe në sëmundje të tjera, që mendohet se mund të jenë shkaktuar nga streptokokë B-hemolitik, është i pabazuar.

Lidhur me ndjeshmërinë e streptokokëve Beta-hemolitikë të grupit A, ndaj tetraciklinës, eritromicinës dhe penicilinës, sipas të dhënave të OMS, vihet në dukje se megjithëse penicilina përdoret prej mbi 20 vjetësh, nuk është vënë në ende asnjë rast i shtameve të streptokokëve të grupit penicillinorezistentë. Nganjëherë vihen re shtame të streptokokëve të grupit A. rezistentë ndaj Eritromicinës, më shpesh në sallat e spitalëve, ku mjekohen djegiet.

Në këtë raport, ky komitet ve në dukje se streptokokët rezistentë ndaj tetraciklinës janë vënë re rastësisht pak kohë pas vënies në përdorim të saj. Observacionet e para, thotë ky komitet, janë bërë rreth vitit 1961. Sipas raporteve të reja nga Evropa, Amerika dhe Azia, 40% deri 60% e streptokokëve të grupit A janë tetraciklino-rezistentë (3). Sipas të dhënave të materialëve tona, sig shihet edhe nga pasqyrat përkatëse (nr. 2 e 3), se nuk kemi asnjë rast ku streptokokët të mos jenë të ndjeshëm ndaj penicilinës dhe eritromicinës.

Përdorimi i tetraciklinës në vend të penicilinës shpesh favorizohet nga fakti se tetraciklina meret më lehtë nga penicilina, e cila zakonisht meret me injeksione. Vec kësaj, përdorimi i tetraciklinës, në këto raste, ndofta justifikohet edhe me atë se ajo është një antibiotik me spekter të gjërë veprimi. Se sa i dëmshëm mund të jetë përdorimi i tetraciklinës në mjekimin e të sëmurëve me angina, ne mund të bindemi edhe nga praktika e punës sonë. Në kemi vënë re shumë raste kur të sëmurë të mjekuar me tetraciklinë për disa ditë me radhë, kanë vazhduar të mos kenë asnjë përmirësim dhe, vetëm pasi e kanë ndruar atë me penicilinë, kanë gjetur shërim. Po paragesim një rast. Fëmija P.S., që vuante nga një anginë akute dhe mjekohet prej disa ditësh me tetraciklinë, vazhdon të kishte temperaturë të lartë. Nga ky fëmijë ne mundëm të izolojmë, pas analizës bakteriologjike, streptokokë B-hemolitik nga gryka. Streptokoku i izoluar ishte rezistent ndaj tetraciklinës dhe shumë i ndjeshëm ndaj penicilinës dhe eritromicinës. Ne na tërhoqi vëmendjen fakti se streptokoku u izolua kulturë e pastër. Kjo

gjë, natyrisht, shpjegohet me faktin se tetraciklina, që ishte përdorur gjatë atëhere për mjekimin, si antibiotik me spektër të gjërë veprimi, kur gjërat zhdokur gjithë florën saprofitë dhe kishte lënë të rritet shumë kishte zhdukur gjithë florën hemolitike. Pra, tetraciklina jo vetëm që nuk mirë streptokokku Beta — hemolitik. Pra, tetraciklina i kishte krijuar kushte të kishite vepruar fare mbi të, por përkundrazi, i kishte krijuar kushte të zhvillohej më mirë. Pas heqjes së mjekimit me tetraciklinë dhe fillimit me penicilinë, femijes filloi t'i zbrastë temperatura qysh në fund të ditës së parë dhe në ditën e dytë ajo u normalizua.

Lidhur me rezistencën që kanë fituar streptokokët Beta-hemolitikë ndaj tetraciklinës, raporti i komitetit të OMS, që cituam më lart, thotë se klinicistët nuk e vlerësojnë ende drejt vlerën e shtrijës së kësaj rezistence.

Duke marrë parasysh sa parashtruan më lart, mendimi ynë është që në të sëmurrë me angina akute, të cilat në 63-82,6% të tyre kanë si shkaktarë streptokokët Beta-hemolitik të grupit A (5-6), për mjekim duhet të përdoret penicilina. Në rastet kur përdorimi i saj është i pamundur (alergji etj.), antibiotiku më i mirë, për ta zëvendësuar atë, është eritromicina. Këtu ne duam të sgarojmë se tetraciklina mund të përdoret në të sëmurrë me sëmundje të shkaktuara nga streptokokë Beta-hemolitikë, me përjashtim të anginae akute, pasi të jetë bërë më parë anbiogrami e shtamit të izoluar nga i sëmuri.

Në përfundim duam të tërheqim vëmendjen që në të sëmurrë me angina dhe të sëmurrë të tjerë, ku shkakitari i sëmundjes mendohet se mund të jetë streptokoku Beta-hemolitik (skarlatina, erizipel etj.), mund të jetë më i mirë mjekimi duhet të jetë penicilina dhe, në paktin e mundësi të përdorimit të saj për shkak që të ndryshme, antibiotiku më i mirë, që duhet ta zëvendësojë, duhet të jetë eritromicina, ndaj të cilëve streptokokët janë 100% të ndjeshëm.

### K O N K L U Z I O N E

- 1) Rezistenca e 2055 shtameve të streptokokëve Beta-hemolitikë ndaj tetraciklinës ishte 52,11%.
  - 2) Ndjeshmëria e 2055 shtameve të streptokokëve Beta-hemolitikë të izoluar në sëmundje të ndryshme ishte 100% ndaj penicilinës dhe eritromicinës.
  - 3) 1127 shtame streptokokësh Beta-hemolitikë të izoluar nga anginat akute dhe kronike ishin të ndjeshëm 100% ndaj penicilinës dhe eritromicinës dhe 58,38% rezistentë ndaj tetraciklinës.
  - 4) Tetraciklina mund të përdoret në procese të shkaktuara nga streptokokë Beta-hemolitikë vetëm pasi t'u jetë bërë më parë anbiogrami shtameve të izoluar.
- Dorëzuar në redaksi më 20 gusht 1974.

### B I B L I O G R A F I A

- 1) Jorgaqi P. : Mikrobiologjia mjekësore. Universiteti i Tiranës. Tiranë 1972, 183, 274, 293.
- 2) Kruiksbank R. : Medical microbiology. Livingstone limited Edinburg and London 1968, 149.

- 3) **Organisation Mondiale de la santé** : Genève 1963, 394. Les infections streptococci-ques et staphylococciques *page 21-22.*
- 4) **Platkin K. D.** : Mikrobiologia — Izdatel'stvo «Medicina» — Moskva 1971, 181.
- 5) **Preobazhenskij B. S.** : Sovremjenje sostojanie vaprosti ob etiologii, epidemiologii i profilaktike angini. Zhurnal Mikrobiologii, Epidemiologii i Immunologii 1955, 8, 8.
- 6) **Tarasov B. M.** : K voprosi ob etiologii i epidemiologii angini. Zhurnal Mikrobiologii, epidemiologii i Immunologii 1964, 9, 33.

#### S u m m a r y

### SENSITIVITY OF BETA-HAEMOLYTIC STREPTOCOCCI TO TETRACYCLINE

The results are discussed of the sensitivity tests carried out on 2055 strains of beta-haemolytic streptococci isolated during our bacteriological diagnostic work. Of these strains 52.11 percent were resistant to tetracycline, but all the strains were sensitive to penicillin and erythromycin.

Of these 2055 strains 1127 were isolated from cases with throat infections; 58.38 percent of them were resistant to tetracycline.

These results indicate that penicillin should be the choice treatment of acute pharyngitis, which in about 60 percent of the cases is caused by beta-haemolytic streptococci; in case of intolerance to penicillin, erythromycin can be used instead. Tetracycline should be used in infections caused by beta-haemolytic streptococci only when the sensitivity test shows that they are sensitive to that antibiotic.

#### R é s u m é

### SUR LA SENSIBILITÉ DES STREPTOCOQUES BETA-HÉMOLITIQUES ENVERS LA TÉTRACYCLINE

L'auteur présente les résultats de l'antibiogramme des streptocoques Beta hémolytiques envers la tétracycline, pénicilline, érythromycine. Ces données ont montré que sur 2055 souches streptococciques Beta-hémolytiques, isolées au cours du diagnostic microbiologique, étaient résistantes envers la tétracycline 52,11%. Les 2055 souches étaient 100% sensibles à la pénicilline et l'érythromycine.

Du chiffre total (2055) on a mis à part 1127 souches isolées de la maladie de la gorge.

Ces derniers souches présentaient de la résistance envers la tétracycline 58,38% et étaient sensibles envers la pénicilline et la streptomycine.

Avant présent à l'esprit la haute résistance des streptocoques Beta-hémolytiques envers la tétracycline et par contre leur grande sensibilité (100%) envers la pénicilline et l'érythromycine, l'auteur recommande, pour le traitement des angines aiguës, qui dans 60% des cas ont une étiologie streptococcique Beta-hémolytique, l'usage en premier lieu de la pénicilline et dans le cas d'une contre indication de cette dernière, l'emploi de l'érythromycine.

La tétracycline peut être employé dans les autres maladies causées par les streptocoques Beta-hémolytiques uniquement, après avoir eu le résultat de l'antibiogramme de la souche isolée.



## RECENSIONE

### RECENSION I LIBRIT :

#### « ETATS DEPRESSIFS »

(Nën redaktimin e Pr. P. Kilhoë)

Edit. Hans Huber. Berne 1972

Vitet e fundit, nga shkollat e ndryshme psikiatrike, po i jepet një rëndësi e veçantë studimit të depresioneve psikike. Këtu problemi iu kushtua edhe simpoziumi ndërkombëtar i zhvilluar në Zvicër në janar të vitit 1972, punimet e të cilit përmbliðhen në këtë libër, të redaktuar nga Pr. P. Kilhoë, që është i njohur për kërkimet në fushën e psikozaave depressive. Në simpozium u mbajtën 23 referate nga 39 autorë.

Pjesa e parë e punimeve ka lidhje me klasifikimin, etiologjinë, biokiminë, format atipike të sëmundjes, dhe mjekimin e gjendjes depressive.

Në fjalën e hyrjes, Pr. P. Kilhoëi ndalet me hollësi mbi kushtet diagnostike të mjekimit të depresioneve. Sipas tij, këto 20 vjetët e fundit është vënë re një rritje e numërit të të sëmurëve me depresione të ndryshme psikike. Kjo rritje shpjegohet me depistimin e hershëm të depresioneve, si pasojë e diagnostikimit të tyre të përpiktë dhe të hollësishëm. Veç kësaj, pas zbulimit të barnave anti-depresive, të sëmurët shkojnë gjithënjë e më shumë të konsultohen te psikiatri, nga i cili presin një mjekim efikas.

Autori konstaton se vitet e fundit janë shtuar depresionet psikogjene dhe ato të maskuara. Krahas rritjes së numërit të depresioneve janë shtuar orvatjet për vetëvrasje (suicid autolizë). Gjysma e personave që synojnë për autolizë vuanë nga depresionet psikike. Rritja e numërit të vetëvrasjeve është një indeks plotësues i shtimit të rasteve me gjendje depressive. Sipas Kilhoë, klinika e gjendjeve depressive nuk është ajo e mëparshnjaja. Ato manifestohen me shenja somatike dhe vegetative. Ndryshimi i tablosë së depresioneve në mjaft raste vështrëson diagnostikimin e tyre të hershëm. Ky autor, duke u mbështetur në parimin nozologjik, i ndan depresionet në somatogjenë (organike e simptomatike), endogjenë (skizofrenike, ciklike, periodike e të vonëshme), psikogjene (neurotike, të raskapitjes e reaktive). Klasifikimi nozologjik është i rëndësishëm për të vendosur në se i sëmurë duhet mjekuar me medikamentet psikotrope, apo me psikoterapi. Ky klasifikim është i pamjaftueshëm kur duhet vendosur për zgjedhjen e preparatit anti-depresiv. Në këtë rast merr një rëndësi të veçantë përcaktimi i sindromit kryesor që mbizotëron në tablone klinike, i të ashtuquajturave «sim-

ptome nishan («target symptoms» të Frejaniq), që janë inhibicioni i hovit vital, humori i deprimuar dhe ankthi.

Përsa i përket shtimit të rasteve me depresione psikike, njoftimet e Kilholciq do të ishin më të përpikta e më bindëse nëqoftëse do të parrqiteshin edhe të dhëna krahasuese statistikore dhe epidemiologjike për përhapjen e psikozave depressive tani dhe para njëzet vjetëve.

Kohët e fundit po behen përpjekje sistematike për ta vënë mjekimin e depresioneve psikike mbi baza biokimike. Këtiq problemi i kushtohet e referati i Matusekut N. mbi biokiminë e depresioneve. Sipas tij, sasia e acidit 5-hidroksi indol acelik, metabolitit kryesor të serotoninës të të sëmurëve me depresione endogjene dhe psikoza maniakale është më e ulët se në njerëzit normalë. Metabolizmi i katekolaminave, sidomos i noradrenalinës, në fazën depressive, është i ulur. Në fazën maniakale, metabolizmi i katekolaminave është i ngritur. Provokimi i episodeve maniakale me ndihmën e L-dopës flet për lidhjen e ngushtë që ekziston midis katekolaminave dhe manisë.

Autori arrin në konkluzionin se biokimia e depresioneve mbetet ende e pazbuluar. Shumë prova biokimike, që zhvillohen në sistemin nervor normal, janë ende të errëta, sidomos mekanizmi i rregullimit të fenomeneve ciklike, që kanë një rëndësi të vecantë për depresionin.

Studimet e Matusekut, me gjithë vlerën e tyre të madhe, duhen marrë me rezervë, sepse pjesërisht mbështeten në materiale të kadvrave. Ende dhe sot e gjithë ditën nuk dihen ndryshimet që pësojnë katekolaminat në tru pas vdekjes.

Duke diskutuar rreth biokimisë së depresioneve. Kopën shprehur mendimin se koncentrimi i serotoninës është i ulur në trurin e të sëmurëve me depresione. Sipas tij, efekti terapeutik i litiumit mund të shpjegohet me rritjen e sintezës së serotomisë.

Referati i Angstit J. u kushtohet aspekteve gjenetike të depresioneve. Duke u mbështetur në një material të pasur, autori arrin në këto konkluzione: 1) Përveç depresionit ciklik (maniako-depresiv), ekziston edhe ai endogjen ose periodik. Pavarsia e tyre nozologjike përcaktohet nga veçoritë e trashëgimisë dhe të tablosë klinike. 2) Një pjesë e mirë e depresioneve neurotike, reaktive dhe të raskapitjes janë sëmundje endogjene; trauma psikike, në këto raste, luan një rol vetëm provokues për të nxjerrë në sipërfaqe depresionin. 3) Të gjitha depresionet kanë bazë të njëjtë biologjike.

Diferencimin e depresionit endogjen (unipolar), si entitet të veçantë nozologjik, Angsti e mbështet kryesisht në të dhënat e anamnëzës familjare, dmth në trashëgiminë. Duke diskutuar për këtë problem, Matusek shtoi se, sipas të dhënave të Bunel, depresionet unipolare endogjene (periodike), nuk reagojnë ndaj mjekimit me kriprat e litiumit, kurse ato bipolare (maniako-depresive) janë sensible ndaj tij.

Duhet të themi se shumë shkolla psikiatrike, si ajo sovjetike etj., nuk e ndajnë më vete depresionin unipolar, por e konsiderojnë atë si një variant të psikozez maniako — depressive.

Mbi depresionet e maskuara dhe ekuivalencat depressive referoi Lopez Ibor. Ai u ndal sidomos në sindromet algjike, që nuk kanë baza organike, akatizinë, që nuk lidhet me medikamentet, sindromin e «këmbeve të shqetësuar», që lind natën, në dyshek, në çrregullimet paroksistike

të ngjajshme me sëmundjen e Menierit dhe në cefalëtë frontale timo-patike, të cilat i quan si shenja të depresioneve të maskuara. Vetëm me një ekzaminim të hollësishtëm mund të zbulohet sfondi depresiv i hu-morit, që nga të sëmurët nuk rrdjehet. Depresionet e maskuara shpesh shodërohen me anoreksi, pagjumësi dhe ulje të rendimentit në punë. Largimi i tyre nga mjekimi me preparate timonaleptike është një pro-vë tjetër e diagnostikimit të drejtë.

Duke diskutuar rreth këtij problemi, disa psikiater (Velher, Berner etj.) thanë se 20% e të sëmurëve, që shtrohen në spitalet e përgjithshme jo psikiatrike nuk parqesin patologji organike, por vuanjë nga depresionet e maskuara.

Në referatën e Lops Iborit nuk jepen pika të garta mbështetëse për diagnostikimin e depresioneve të maskuara. Duke u mbështetur në të dhënat e tij dhe të autorëve të tjerë, në grupin e depresioneve të maskuara mund të futësh fare mirë edhe neurozën hipokondrike e neurastenië, që shfaqet më shumë me shenja somatike. Krijohet përshtypja e një prirje ende të pabazuar mirë të zgjerimit të kufijve të gjendjeve depressive dhe e shkrirjes në to të një varg neurozave. Në tërësi, duhet të themi se problemi i depresioneve të maskuara duhet studjuar e përpunuar ende më thellë si nga ana klinike ashtu dhe biologjike.

I një rëndësie të veçantë ishte dhe referati që mbajti Hippus H. mbi gjendjen aktuale të mjekimit të depresioneve. Sipas tij, sodan në kimi bazë i depresioneve është ai meikamentos. Autori i ndan në tre grupe preparatet timoaleptike: 1) grupi i imprimanës me mbizotërim të cilësive antidepressive; 2) grupi i preparateve me veprim të theksuar qetësues (si p.sh. amitriptilina), ku mund të futen edhe dy neuroleptike, tiordazina dhe levomepromazina; 3) grupi me veprim të theksuar psikonaleptik, si dezipramina, që ka veprim të ngjajshëm me imhitorët e M A O. — kur preparatet antidepressive nuk japin rezultatet e dëshiruara, atëherë duhet përdorur elektroshtokun unilaterale, në hemisferën e djathtë, për të parandaluar çrregullimet e kujtesës. Nuk është pa efekt edhe somnoterapia. Kohët e fundit ka filluar të përdoret mjekimi i depresioneve endogjene me anën e privimit të gjatë nga gjumi. Në disa vende, si p.sh. në Angli përdoret edhe lobotomia bimediale, si dhe ndërhyrjet stereotaksike mbi bërthamat anteriore të talamusit, për mjekimin e depresioneve të rënda dhe rezistente ndaj çdo lloj terapie tjetër. Krijat e litiumit shërbejnë për profilaksinë e krizave depressive.

Në përgjithësi Hipusit tregohet tepër entuziast për mjekimin meikamentos të gjendjeve depressive. Ky qëndrim i tij nuk u mbështet nga shumë psikiater (Frejan, Velner etj.), të cilët folën për një farë deziluzionimi, që vihet re në disa vende për farmakoterpinë dhe kthimin në mjekimin me elektroshtok. Me gjithë sukseset e psikonaleptikëve duhet të pranohet se efektet e tyre, në një varg rastesh, mungon (10-30% sipas vetë Hipusit). Nga ana tjetër, recidivat e psikozave janë të shpeshta. Veq kësaj, barnat antidepressive nuk janë të privuara nga fenomenet anë-sore dhe komplikacionet.

Në referatën e tij mbi tendencat për vetëvrasje, angoshtjen dhe depresionin, Paldinger arrin në përfundimin se rreziku i vetëvrasjes varet

jo nga entiteti nozologjik e depresionit, por nga vegoritë e sinqromit depressive që mbizotëron në tablonë klinike, nga shkalla e ankthit dhe e agitacionit.

Në të moshuarit, vetëvrasjet realizohen në mënyrë të plotë dhe nuk mbeten në tentativë si në të rinjtë.

Në referatet e tyre, Pisho P. dhe Hamilton M. u ndalën në problemin e vlerësimit sasior të simptomeve depressive. Ata konkludojnë se megjithëse ekzistojnë një varg shkallësh që vlerësojnë sasinë e shenjave depressive, problemi mbetet ende i pazgjidhur dhe i pa përpunuar mirë.

Në pjesën e dytë të librit paraqiten një varg referatesh, që u kush-tohen vegorive klinike dhe farmakodinamike të një preparati të ri antidepressiv tetraciklik, ludiomilit (34276 — Ba, maprotilina). Midis tyre për mendim ato të Kunit, i cili mjekoi 320 të sëmurë me këtë preparat, me doza ditore 30-200 mg. Autori arrin në këto konkluzione: depresionet periodike (unipolare) mjekohen «shumë mirë» me ludiomil (41.200/0 rezultate të «shkëlqyeshme»; po të inkludojmë edhe rezultatet e «mira», zullate të «shkëlqyeshme»; po të inkludojmë edhe rezultatet e «mira», këto përqindje rrijet gjer në 90.5). Efekti i mjekimit të depresioneve ciklike është më i dobët. Ludiomili jep rezultate «shumë të mira e të mirat» në mjekimin e depresioneve kronike në 64/0 të rasteve. Në depresionet psikopatike, efekti është i mirë në 75/0 të të sëmurëve. Depresionet skizofrenike të mjekuara me ludiomil dhe një neuroleptik u përmirësuan në 51.30/0 të rasteve. Ludiomili është një «preparat i shkëlqyeshëm» për mjekimin e depresioneve të maskuara dhe të turbullimeve funksionale të tubit digjestiv. Ai mund të shkaktojë fenomene të lehta anësore si vertigje, tharje goje, shtrim në peshtë. Prallë mund të japë dhe kriza epileptiforme; reaksione kutane alergjike, leukopeni tranzitore etj. Në referatit e Kunit nuk del i qartë koncepti mbi «depresionet kronike».

Në referatet e tjera analizohen cilësitë farmakodinamike të ludiomilit (Delini — Shula A. Wilhelm M. Reiss W. etj., Reale A., Geisler L., Jovanović U.), si dhe vegoritë që e dallojnë atë nga imipramina e amitri-pitlina (Welner J., Guz I., Angst J., Pinto S. etj.). Mendimi i përgjithshëm është se ludiomili vepron më shpejt se preparatet antidepressive triciklike dhe ka një fushë më të gjërë veprimi. Fenomenet e tij anësore dhe komplikacionet janë më të pakta dhe më të lehta. Duhet më mirë nga të sëmurët, ka si efekt sedativ e anksiolitik ashtu dhe dezinhibues, por frenimi i të depresionuarve luftohet më mirë me imipraminë se sa me ludiomil. Në referatet e mbajtura i bëhen elozhe të shumta këtu për parati të ri, të cilat duhet menduar se nuk janë të zhveshura edhe nga subjektivizmi, megjë simpoziumi u organizua nga firmat e mëdha farmaceutike «Ciba-Zhejzhi», që prodhuan ludiomilin dhe ua dërguan atë për ta përdorur në klinika autorëve që përmënden më sipër dhe që referuan për të në simpozium.

Si përfundim, duhet thënë se libri mbi «gjençjet depressive» paraqet qartë pikëpamjet që ekzistojnë sot mbi etiopatogenezën, klinikën (pjesësisht) dhe mjekimin e gjendjeve depressive. Në të lexuesi do të gjejë të dhëna të hollësishme kliniko-farmakologjike mbi ludiomilin.

## REÇENSION I LIBRIT

## «THE ROLE OF DRUGS IN COMMUNITY PSYCHIATRY»

Botuesi i vullumit të Ch. Shagass.

Botuesit e serive: Freyhan AF. New York, Petrowich,  
Mainz Pichot P. — Paris

S. KARGEN BASEL, MUNCHEN, PARIS, LONDON, NEW YORK, SYDNEY 1971.

Ky libër i takon vullumit të gjashtë të serisë së botimeve mbi «Problemet moderne të farmakopsikiatrisë». Në vullumin e kësaj serie, që kanë filluar të botohen qysh në vitin 1968, trajtohen probleme shumë të rëndësishme të mjekimit psikiatrik.

Libri përbëhet nga 128 faqe dhe përmbleh 11 punime, duke llogaritur dhe hyrjen e shkruar nga psikiatri Shagass Ch..

Në hyrjen e tij, autori tregon se fusha kryesore e psikiatrisë është vendosur nga spitalet e izoluar psikiatrike në qendrat e komunitetit mendor, ndonëse nga disa autorë kjo merret me rezervë.

Në punimin e Goldberg «Shtirja dhe kufijt e komunitetit psikiatrik», me shumë të drejtë autori tregon se perindha, në të cilën u fillua grumbullimi në qendra të veçanta të të sëmurëve mendorë, krahës të mirave që solli, shkaktoi dhe izolimin e tyre prej shoqërisë.

Duke i veguar këta të sëmurë nëpër spitale, ata humbnin lidhjen me ambientin shoqëror dhe rrezikoheshin të mbeteshin për gjithmonë atje. Të parët që vendosën parimet fillestare të komunitetit terapeutik janë Conolly dhe Tuke. Tre parimet e vendosura nga Conolly ishin: 1) Të sëmurët mendorë duhen trajtuar si pacientët me sëmundje të tjera. 2) Sjellja e tyre duhet të rregullohet më tepër nga kontrolli i vetëvehjes sesa nga masat e jashtëme. 3) Kujdesi për të sëmurët mendorë duhet të bëhet jashtë spitalit, njëllloj sikur të ndodheshin të shtruar.

Qysh përpara përdorimit të lëndëve psikotrope, u shua numëri i këmbësorëve të sëmurëve nga spitali, kurse koha e qëndrimit të tyre u pakësua. Tani vëmëndja e psihatërve u përqëndrua në kujdesin dhe mjekimin e tyre pas daljes nga spitali.

Autori përmënd format e ndryshme fakultative të trajtimit të të sëmurëve psikikë, që ndahen në ato mjekësore dhe preventive (shërbimi diagnostik, programet e reabilitimit, shërbimet para dhe pas daljes nga komuniteti, skuadrat e stërvitjes).

Më poshtë autori përshkruan tri vështirësitë, që hasen në komunitet dhe tregon rrugët e mënjanimit të tyre. Më i rëndësishmi na u duk problemi i tretë: «sindromi i keqpërshtatjes shoqërore», i cili manifestohet me tërheqje në vetvete, neglizhencë, sjellje agresive, vetë-dëm-

tim, mungesë dëshire për punë etj. Kjo bën që i sëmurë të shmanget nga programi i zakonshëm dhe njëkohsisht t'u nënshtrohet masave të veganta deri sa të stabilizohet. Ky punim është më i gjati dhe autori ka shfrytëzuar 63 punime literature.

Tema: Medikamentet në spitalet psikiatrike» është shkruar nga Cole O. I. Autori thekson se përdorimi i lëndëve psikotrope në spitalet psikiatrike ka lehtësuar shumë pëparimet e psikiatrisë. Kështu nga viti në vit është zvogëluar (në vend që të rritet si normalisht) numëri i të shtruarve në spital. Kjo ndodh sepse janë perfeksionuar shërbimet e tjera psikiatrike (shërbimi pas spitalit, shërbimi në familje) dhe se është rritur numëri i të sëmurëve, që mjekohen jashtë spitalit. Ata që vazhdojnë të qëndrojnë nëpër spitale janë të sëmurët me defekte të rënda organike të trurit, alkolistët kronikë ose ata me çrregullime të rënda të personalitetit.

Duke parqatur përvojën e tij, autori tregon se medikamentet kanë qënë më efektive në skizofreni dhe në depresionet e rënda. Ai shton se depresionet neuroitike dhe reaktive janë rritur në numër dhe se ato i përgjigjen më mirë mjekimit me placebo sesa me triciklikë. Numëri i të sëmurëve depresivë, që shtrohen në spital, pakësohet gjithmonë e më tepër. Ata mjekohen kryesisht me triciklik dhe me elektroskok, nëqoftëse nuk veprojnë të parët. Fenotiazinat përdoren gjërësisht si mjekuese dhe si parandaluese të recidivave në skizofreni.

Autori përfundon se e ardhmja qëndron në dhënieën e ndihmës të sëmurëve kronikë për të lehtësuar kthimin e tyre në shoqëri, gjë që do të realizohet me medikamentet e reja ose me gjetjen e rrygëve më të mira në përdorimin e medikamenteve të vjetra.

Në «përdorimin e medikamenteve në krizat psikiatrike», të shkruar nga Panzetta F.A., përskruhen «krizat psikotike» dhe mjekimi i tyre në fazën akute të sëmundjes, parandalimi i vetëvrasjes dhe mjekimi i «krizave» tek të moshuarit.

«Medikamentet në mjekimin ambulator të pacientëve» është shkruar nga Ricketts K. Autori shtron problemin e trajtimit të gjendjeve të frikës, të tensionit emocional, të ankthit dhe të depresionit, gjendje që kohët e fundit janë shuar, sidomos në vendet kapitaliste. Është interesant, shkruan ai, se pacientëve me strukturë të shëndoshë u bën më efekt terapisia medikamentoze sesa psikoterapia, kurse hipokondriket janë më pak të ndjeshëm ndaj të dyjave. Ai sugjeron se mjekimi medikamentoz ka kufijt e tij dhe se nuk është panacea për të gjithë neuretikut.

Në nëntituj të vegantë, autori përskruan indikacionet e fenotiazinave, tranquilizuesve, barbiturateve, antidepresuesve dhe kombinimeve të tyre. Njëkohsisht aty shtjellohen dhe efektet anësore. Ai përfundon me mënyrat e zgjedhjes së medikamenteve për mjekimin ambulator. Psikiatri Norris S.A. ka shkruar mbi «medikamentet psikiatrike në spitalin e përgjithshëm». Këtë punim, autori ua kushon pacientëve që mjekohen me lëndë psikotrope në një spital të përgjithshëm. Megë këta të sëmurë janë më të parapregatitur për të pësuar efekte anësore, ndërlikime dhe, madje, përfundime letale, ai u bën medikamenteve një përshtkrim të hollësishtëm. Mirdis ndërlikimeve më me rëndësi, ai përmend ato neurologjike, kardiovaskulare, psikiatrike, ofthalmologjike, dermatologjike etj. Pasi bën klasifikimin e lëndëve psikotrope (hipnotiket, sedati-

vet, trunkuilizantet e mëdhenj dhe antidepressorët, autori përshkruan kundrindkimet e tyre. Punimi përfundon me rastet e marrjes së dozave të mëdha për qëllime vetëvrasjeje dhe masat e mjekimit.

Në punimin e Kris B. E. «roli i medikamenteve pas daljes nga spitali, në shtëpi dhe mjekimi mbajtës», autori përshkruan përvojën e tij mbi 100 të sëmurë të ndjekur për një kohë dhjetë vjeçare. Ai i ka kontrolluar ata në intervale prej një herë në javë deri në një herë në dy tre muaj dhe i ka mjekuar me Torezin (klorpromazine), Kompazine (proklorperazine), stelazine dhe elavil (Leroksil). Mjekimin e ka kombinuar me psikoterapi. Në këtë punim, autori ka për qëllim të përshkruajë sukseset e tij në reabilitimin dhe parandalimin e krizave tek këta të sëmurë.

Artikulli «Fenotiazinat me veprim të zgjatur në mjekimin mbajtës të psikozave», shkruar nga Fink M., paraqet një interes të madh praktik. Dihet se ato janë vënë në përdorim veçanërisht këto vjetët e fundit. Ky mjekim ka të mirat e tij, sepse ka ngjërëz, të cilët nuk i marrin rregullisht medikamentet, prandaj dhe bëjja e një injeksioni një herë në dy javë lehtëson mbajtjen e rregulltë të mjekimit.

Një punim tjetër është ai i paraqitur nga Comly H. H. mbi «medikamentet për kujdesin psikiatrik të fëmijëve». Këtu vend i veçantë i lihet diagnozës dhe mjekimit të «sindromeve të disfunksionit cerebral të fëmijë».

Autorët Anthony E. J. dhe Rizzo E. A. kanë shkruar «Efekti i trajtimit medikamentoz në familjen e pacientit». Në praktikën psikiatrike, shkruajnë ata, për të shënuar ose për të parandaluar përsëritjen e sëmundjes, duhet të kurohet dhe ndonjë pjesëtar i familjes, i cili mund të paraqesë rregullime të personalitetit dhe kështu pengon shërimin e të sëmurit. Autorët përshkruajnë gjësisht marrëdhëniet familje-i sëmurë. Ata tregojnë rrugët e shmangjes së kësaj pengese me anën e psikoterapisë në familje ose duke mjekuar atë pjesëtar të familjes të të sëmurit psikik, i cili paraqet rregullime të personalitetit.

Në kapitullin e fundit të Glaser mbi «shpërdorimin e agjentëve psikofarmakologjikë» përshkruhet keqpërdorimi i substancave psikotrope në praktikën mjekësore, në komunitetin psikiatrik ose nga vetë të sëmurët. Në këtë kapitull jepen udhëzime mbi përdorimin e drejtë të tyre.

Në këtë volum, vende vende përshkruhet se në SH B A i jepet shumë më rëndësi shërbimit privat psikiatrik. Madje me këtë mënyrë trajtimi mësohen studentët e mjekësisë qysh kur vazhdojnë studimet në Universitet. Kjo vështrëson dhe pengon përfitimin e shërbimit të kualifikuar nga ajo pjesë e popullsisë, e cila nuk ka mundësi të paguajë për këtë shërbim.

Në këtë volum, autorët kanë trajtuar në mënyrë të gjithanëshme aplikimin e substancave psikofarmakologjike dhe praktikën psikiatrike. Ata i kanë shkruar punimet e tyre duke u mbështetur në praktikën e tyre të përditëshme.

Regenzeni Nestor Polimeri

**SIMPOZIUM NDERKOMBËTAR I MIKOLOGJISË MJEKËSORE***(Bukurisht 20-22 Shtator 1973)*

Shogata ndërkombëtare e dermatologjisë tropikale, së bashku me shoqatën mjekësore rumune, organizuan në Bukuresht (20-22 Shtator 1973) simpoziumin ndërkombëtar të mikologjisë mjekësore.

Në këtë simpozium morrën pjesë delegacione nga më shumë se 45 vende të botës, midis tyre edhe një delegacion t'ga vendi ynë. Simpoziumi zhvilloi punimet nën drejtimin e Prof. Reiss Fr. dhe Prof. Longhin S. C.

Programi i simpoziumit përmblihte pesë probleme:

- 1) Të dhëna të reja mbi epidemiologjinë e mikrozeve
- 2) Të dhëna të reja mbi etiopatogjenezën e tyre.
- 3) Të dhëna të reja mbi klinikën e tyre.
- 4) Mjekimi i sotshëm i mikrozeve.
- 5) Diskutim mbi organizimin e shërbimit mikologjik.

Lidhur me këto probleme, në simpozium u paraqitën rreth 180 kumtesa.

Nga materialet e paraqitura në kuadrin e temës së parë doji se në vendet e ndryshme të botës, morboziteti i këtyre sëmundjeve është i ndryshëm dhe se në 20 vjetët e fundit, në strukturën e floris mikotike të shumë vendeve apo zonave gjeografike kanë ndodhur modifikime të rëndësishme.

Kumtesa e paraqitur nga ne «epidemiologjia e tinea capitis në Shqipëri» bente fjalë për këto probleme. Në vendin tonë mbizotëron kryesisht trikofitia, favusi haset rrallë, ndërsa mikrosporia nuk ekziston fare. Shkaktarë të trikofitisë janë T. violaceum në 86,90% të rasteve, T. tonsurans 7,60% dhe më rrallë dermatofite të tjerë. Burimi më i rëndësishëm i infeksionit dermatofik është njeriu i sëmurë dhe kryesisht trikofitia kronike e të rriturve.

Në botë sot vrehet prirja e përgjithshme e uljes së rasteve me pilomikozë. Në radhë të parë vihet re ulja masive e rasteve me favus, ndërsa izolimi i *T. echinoleini* sot bëhet në raste sporadike dhe në 20 vjetët e fundit, ai është pakësuar mbi dhjetë herë (Longhin S. C.).

Trikofitia mbizotëron në mënyrë të qartë në Shqipëri (Papaqorgji M.), ku përfaqëson mbi 96% të rasteve me pilomikozë. Ajo është mëjaft e shpeshtë në Indi (Mohapatra I.N.), ku *T. violaceum* dhe *T. tonsurans* janë shkaktarë kryesorë të sëmundjes. Në Spanjë (Lopes B.), trikofitia është dy herë më e shpeshtë se mikrosporia dhe shkaktari kryesor është *T. violaceum*. Trikofitia përfaqëson 80% të pilomikozave në Algjeri (Liataud B.) dhe *T. violaceum* është agjenti kryesor që izolohet.



Përsa i përket mikrosporisë, ajo është e shpeshtë në Itali (Mantovani A.), ku përbën 83% të pliomikozave dhe shkaktari kryesor i sëmundjes është *M. Canis*. Në Rumani (Cojocar u I.), mikrosporia përbën 85% të pliomikozave, ndërsa në Hungari (Szodoray L.) mikrosporia është në gjendje endemike dhe shkaktarë kryesorë e sëmundjes është *M. audouini*.

Një prirje tjetër e përgjithshme është rritja e rasteve me epidermofiti (*Trineo pedis* shkaktuar nga *T. rubrum* dhe *T. mentagrophytes interdigitalis*). U theksua nga shumë autorë (Cojocar u — Rumani, Prokaski — Poloni etj.) roli i disa kushteve favorizuese në zhvillimin e kësaj sëmundjeje si koha e nxehtë, lagështia, nxehësia në kushte industriale etj. Infeksioni mund të merret edhe në dushe në formë vaske, vende ku janë izoluar këta dermatofite.

Një konkluzion i përgjithshëm, u vu në dukje në simpozium, është ulja e rasteve me dermatomikoza në latantë dhe femijë të vegjël në 20 vjetët e fundit.

Problemi i transmetimit të mikozave nga kafshët tek njerëzit u diskutua nga shumë specialistë. Speciet zoofile si *T. verrucosum* dhe *T. mentagrophytes* përbëjnë në Çekosllovaki 94% të rasteve me tineë (Bulval J., Ocnasek M.), ndërsa në Poloni (Prokaski) *T. mentagrophytes* dhe *M. canis* janë dermatofitet që takohen më dendur. Pektov I., Filkov T. etj. treguan se në Bullgari kafshët e egër luajnë një rol të rëndësishëm në transmetimin e kërpudhave keratinofile. Christina Sch. (RDGJ) theksoi mundësinë e kontaminimit nga ajri dhe pluhuri në spitale nga disa mikroza, sepse pikerisht këtu, ajo ka izoluar jo vetëm kërpudha saprofitë (*Penicillium Aspergillus* etj.), por edhe disa shtame *T. rubrum* dhe *T. mentagrophytes*.

Badillet G., Degès R., Duberat B. (Francë), në 30 vjetët e fundit në spitalin St. Louis, kanë izoluar 40 shtame *M. presicolor* tek njerëzit. Ky dermatofiti gjendet zakonisht në maniferet e egër të Anglisë vetëm në skuama dhe tek njerëzit gjendet në Nepal. Këta autorë vërtetuan se ky parazit gjendet në të njëjtët kafshë edhe në Francën Veriore.

Arlević A. M., Stepanischeva Z. G. (BRSS) përshkruan një vatrë mikrosporie, të shkaktuar nga *M. distortum* në Moské gjatë vjetëve 1971-1972, dermatofiti që gjendet vetëm në Zelandën e Re dhe në SHBA. Si mbarës të shëndoshë të infeksionit janë macet. Infeksioni kishte hyrë në disa studentë Kamerunas.

Bakerspigel A. (Kanada) jep të dhëna mbi izolimin e një sërë dermatofitesh zoofile në tokë në thellësi deri 1,5 m. Për herë të parë ai përshkruan tre raste të infektimit të njerëzve nga *T. terrestris*.

Montovani (Itali) ka izoluar *C. neoformans* në lopë të sëmura me mashtë kriptokoksik dhe tregoi mundësinë e transmetimit të infeksionit tek njerëzit me anë të qumështit.

Kërkimet e bëra nga Lavalle P. (Meksikë) dhe Mariat F. (Francë) mbi epidemiologjinë e sporotrikozës tregojnë se *S. schencki* është izoluar jo vetëm nga toka, por edhe në disa palma, që gjendeshin në shtëpitë e banorëve të sëmurë me sporotrikozë.

Basset A. e bp. (Francë) theksuan rolin e klimës me lagështi ekuatoriale në zhvillimin e kromomikozës dhe të sëmundjes lobo në Guajanë,

Në shumë studime u vunë në dukje rritja e vazhdueshme në vjetërit e fundit të rasteve me kandidozë si pasojë e përdorimit gjithnjë e më shumë të antibiotikëve, kortizonikëve dhe citostatikëve. Kandidoza është dhjetëfishuar në dhjetë vjetët e fundit. Koranda F. (SHBA) theksoi rritjen e patogjentetit të një sërë kërpudhave saprofitë në organizmin e njeriut si pasojë e përdorimit të immunosupresorëve në njerëzit që ju transplantohen organe të ndryshme. Për shtatë vjet, ai ka observuar 573 pacientë, që ju janë transplantuar vesëllat dhe ka vënë re se në 120 të rasteve është shfaqur kandidozë dhe në 200 prej tyre tinea versicolor.

Punimet e zhvilluara në kuadrin e temës së dytë treguan nga njëra anë të dhëna të reja mbi biologjinë e parazitëve kripiogamik dhe nga ana tjetër të dhëna imunobiologjike mbi bashkëveprimin mikromakroorganizëm. Kasukejko (Japoni), Antonesku (Rumani) studjuan metabolizmin e *C. albicans* si dhe rolin e aminoacideve të ky parazit. Aminocidet e tipit alifatik zhvillojnë *C. albicans*.

Shumë punime u referuan mbi natikimin e faktorëve të ndryshëm fizikë, kimikë, bakteriologjikë mbi zhvillimin e kërpudhave. U theksua efekti inhibitor i rrezëve të dritës «in vitro» si dhe të një sërë hormonove seksualë, të disa kërpudhave.

Në diagnozën e mikozave, Badanou A. L. (Rumani) theksoi rolin e hemoaglutinacionit pasiv, Bohmen H. (RDGJ) rolin e immunofluoreshencës, ndërsa Drohuet E. (Francë) të elektrosinerezës.

Punimet e zhvilluara lidhur me klinikën e mikozave vunë në dukje aspekte të ndryshme klinike të infeksioneve mikotike. Disa mikozat të lëkurës mund të kenë pamjen e ekzemes, ekzematideve, neurodermitive, parapsoriasisës apo të një eitematode. Kërpudhat patogjene mund të shkaktojnë raskulite alergjike të tipit nodular ose folikulite pseudo-kristike. Gjithashtu u fol për ekzemat mikotike, që zhvillohen më bazën e infeksionit primar mikotik. Infeksiioni mikotik, jo rrallë, mund të ketë pamjen e një piodermiti.

Lidhur me mjekimin e mikozave, shumë diskutantë folën për Gritseofitvinën si antimikotiku më i mirë deri më sot për mjekimin e onkiko-mikozës. Në mikozat e lëkurës, griseofitvina mund të aplikohet edhe si pomadë 50% së bashku me acidin salicilik dhe vitaminën A. Në mikozat kronike të ekzematizuar, Longhin (Rumani), Prokaski (Poloni) theksuan rolin e autovaksinave krahas mjekimit antiparazitarr. Disa autorë folën mbi të dhënat eksperimentale mbi sensibilitetin «in vitro» të shumë kërpudhave patogjene ndaj Nistatinës, Pimaricinës, Amfotericinës B, polifunginës, N-G-I. Amfotericina B jep efekt shumë të mirë në meningjitet purulente të shkaktruara nga *C. albicans* (Gorz — BFGJ).

Ndër medikamentet më të reja antimikotike u përmëndën: Metilpatricina (S.P.A.S. 160) embiotik, antimikotik i ndjerrë nga Streptomycetes aureofaciens aktiv në kandidozë dhe trikomona, Mikonazol antimikotik aktiv ndaj dermatofiteve dhe kandidave, 5-Fluorocitozina antimikotik, që përdoret në dozën 100-150 mg. për kg. peshë me efekt të mirë në kandidozën e rrugëve urinare, otitet mikotike, mikozat pulmonare, septiceminë kandidozike, kriptokokoze, aspergilloze etj. Clotrimazol (BAY, b 5097) me efekt të mirë në dermatomykozat dhe kandidoza. Përdoret si pomadë 10% ose ovula vaginale.

Në diskutimet u fol gjërë mbi perspektivën e zhvillimit të mikozave në plan botëror. Nga shumë autorë u theksua nevoja e madhe e futjes së kësaj disipline mjekësore në mënyrë sa më të zgjeruar në programet e shkollave mjekësore dhe pregatitjes së specialistëve.

Delegacioni shqiptar, si antar i Komitetit drejtues i këtij simpoziumi, mori pjesë aktive në zhvillimin e gjithë seancave të tij.

MINELLA PAPAJORGI

THEODHORA DISHNICA

Dorëzuar në Redaksi më 15 janar 1974. —