

## DISA KARAKTERISTIKA KLINIKO-TERAPEUTIKE TE HEPATITIT INFEKTIV (M. Botkin) NË KLINIKËN E SËMUNDJEVE INFEKTIVE

O. PAPADHIMITRI  
Katedra e sëmundjeve infektive

Hepatiti infektiv është forma më frekvente e hepatiteve. I përhapur në vendin tonë veçanërisht në vjetët e fundit, ay është kthyer në një problem të një rëndësie të dorës së parë. Karakteri infektiv epidemik i kësaj sëmundje, i nënvizuar për herë të parë prej S. P. Botkinin (1888), gjen konfirmimin e tij në shpërthimet epidemike në familje, në uzina, në reparte (T. P. Krasnobajev, A. A. Kissel, G. A. Zeharin, etj.); gjatë vaksinimeve profilaktike (N. N. Kirikov (1879), P. G. Sergejev, E. M. Tarejev (1940), që njihen qysh prej kohësh.

Përhapja e tij është shtuar tepër sidomos pas luftës së dytë botërore, duke vazhduar edhe sot në shumë vende të Evropës dhe jo vetëm n'ato jugore, sikurse vërejnë disa autorë (E. M. Tarejev), por edhe në viset e Europës Qendrore (Çekosllovakia), me gjithë se si rezultat i masave antiepidemike (gamma-globulinizimit) vihet re një tendencë uljeje kohët e fundit (K. Raska).

Me gjithë pikëpamjen e qartë të S. P. Botkinin mbi hepatitin infektiv, A. A. Kisel, P. I. Shvarger, K. V. Smirkova etj. për një kohë të gjatë gabimisht e konsideronin hepatitin infektiv viral dhe M. Vassiliev Veil (Leptospiroza Ikterohemorragjike) si një njësi të vetme nosologjike me emrin iktirik — M. Botkin. Përveç kësaj, autorë të tjerë e konsiderojnë hepatitin infektiv si një sëmundje me karakter polietiologjik, si një inflamacion me karakter specifik ndaj infeksioneve banale (Heiss — 1932), ose një rezultat i shpërthimit protidik n'organizëm (Bergman), ndërsa Brugsh (1933), konsideron hepatitin infektiv si një sëmundje me karakter konceptional të vjetër virhovian, mohon krejtësisht të ashtuquajturit iktër katarrhal.

Me gjithë këto pikëpamjet e mësipërme janë në kundërshtim me konceptin e mësipërm mbi M. Botkin (hepatiti infektiv viral), ku përfshihen kohët e fundit format akute dhe kronike të hepatitit epidemik, format anikterike, cirrhozat hepatike, dystrofia akute e heparit.

Simbas shumicës s'autorëve, në kohën e sotme M. Botkin konsiderohet si faktori etiologjik kryesor i cirrhozave hepatike (M. G. Shallkina, M. A. Jassinovskij, N. M. Konçallovskaja, A. J. Jemeljanov, K. I. Gallkin, Z. D. Shteinderg). E. M. Tarejev nënvizon: «Mund të thuhet se rëndësia e vërtetë e M. Botkinin për patologjinë hepatike është gati po aq e madhe, sa edhe rëndësia e reumatizmit për patologjinë e zemrës». Ndërsa Mjasnikov rolin e M. Botkinin në patologjinë e heparit e vë në analogji me glomerulonefritin akut, që kalon në kronik dhe në nefroangiosklerozë gjatë patologjisë renale.

Qëllimi i punimit tonë qëndron në përshkrimin e formave klinike të rasteve t'analizuara dhe në efikasitetin e mënyrave të mjekimit të aplikuara prej nesh.

Materiali i ynë përfshin analizën e 174 rasteve të sëmurësh me hepatit infektiv, të shtruar gjatë vjetit 1959 në njerin prej pavioneve të klinikës së sëmundjeve infektive të Spitalit Nr. 1 të qytetit Tiranës. Të gjithë të sëmurët i përkisnin një seksi — burra. Moshës 10-14 vjeç i përkisnin 11 raste, moshës 15-19 vjeç 31 raste, moshës 20-29 vjeç 52, asaj 30-39 vjeç — 46, moshës 40-49 vjeç — 12 raste, 50-59 vjeç — 9 raste, mbi 60 vjeç 3 raste. Në këtë mënyrë, në strukturën e përgjithëshme të rasteve tona, *predominon moshë 20-40 vjeç, vendin e dytë e zënë rastet e moshës 10-19 vjeç; sa për moshën mbi 40 vjeç ajo përbën një numur relativisht të vogël, çka konkordon me të dhënat e autorëve të tjerë (E. A. Afanasjeva, D. B. Kurasheva etj.).*

Nga pikëpamja e natyrës së punës së tyre, 91 të sëmurë ose 52% ishin njerëz të profesioneve që karakterizohen me predominim të komponenteve të punës fizike në qytet, 24 ose 13,7% merreshin me bujqsi, 50 ose 28,6% me profesione të punës së mendjes, prej të cilëve më shumë se gjysma (26 raste) ishin nxënës. Këndeje rezulton se mbi 71% të rasteve ishin persona që merreshin me punë fizike. Ndoshta kjo ka të bëjë më tepër, jo aq me influencën specifike të punës fizike, sa me karakterin e strukturës së profesioneve në vendin tonë, pa përjashtuar momentet epidemiologjike të përshtatëshme n'ambientin profesional.

Qëndrimi mesatar i të sëmurëve në klinikë ka qenë prej 23,8 ditësh me maksimumin 115 ditë dhe minimumin 8 ditë. Ndërsa zgjatja mesatare e sëmundjes ishte 35 ditë. Këndeje rrjedh, se mesatarja e afatit (ditës) të hospitalizimit nga dita e fillimit të sëmundjes është 11,2. Analiza më e detajuar tregon se prej ditës së I-rë deri në të 5-tën nga fillimi i sëmundjes janë hospitalizuar 29 veta (16,6%), prej ditës së 6 në të 10-tën — 81 (46%), në të 11-14-të ditë — 40 veta (22,2%), prej 15-tës deri në të 19-tën ditë — 24 veta; me fjalë të tjera më se 2/3 e rasteve (69%) janë shtruar në ditën e 6-14-të të sëmundjes. Kjo ka rëndësi të veçantë, në radhë të parë, për të caktuar masa të gjithanëshme në lidhje me ngritjen e cilësisë së diagnostikimit të sëmundjes me metoda aktive, duke aplikuar sidomos metoda sotsme t'ekzaminimit laboratorik (aldolaza), me qëllim që të ndërrohet me kohë në vargun epidemiologjik të sëmundjes. Në bazë të ditës së kontaktit apo të kryerjes së infeksionit, transfuzionit, në çfaqjen e shenjave të para të sëmundjes, periudha të dhënat anamnestike, u arrit të përcaktohet në mënyrë të saktë në 95 raste. Në 1/3 e rasteve (32) ajo ish prej 0-20 ditë, në 19 raste 20-40 ditë, në 15 raste prej 40-60 ditë, në 23 raste prej 60-180 ditë dhe vetëm në 6 raste mbi 180 ditë. Kjo do të thotë se në mbi 2/3 e rasteve periudha inkubative zgjaste më pak se 60 ditë dhe në 1/3 mbi 60 ditë.

Me qëllim që të vërehet indirekt influenza e ditës së çfaqjes së ikterit në afatet e hospitalizimit dhe të vlerësohet shkalla e rrezikshmërisë së përhapjes s'infeksionit, ne krahasuam afatet e hospitalizimit me zgjatjen e periudhës preikterike dhe me atë të periudhës ikterike, gjatë së cilës të sëmurët nuk kanë qenë shtruar në sptal. Nga ky krahasim rezulton se të hospitalizuarit me periudhë preikterike 0-4 ditë (64 veta 36,7%) u hospita-

lizuan mesatarisht në ditën e 6-të të fillimit të sëmundjes ose në të 2-4-tën ditë të periudhës ikterike, ata me periudhë preikterike 4-6 ditë (gjithsejt 29 të sëmurë ose 16,6%) u hospitalizuan në ditën e 2-10-të prej fillimit të sëmundjes dhe në ditën e 2-4-tën të periudhës ikterike; rastet me zgjatje të periudhës preikterike 6-8 ditë (gjithsejt 27 ose 15,5%) u hospitalizuan në ditën 6-10 të sëmundjes dhe në ditën e 1-rë-2-të të periudhës ikterike, ata me zgjatje të periudhës preikterike 6-10-të ditë (gjithsejt 20 veta ose 11,5%) janë hospitalizuar në ditën e 11-14-të të sëmundjes dhe në ditën e 3-të e të 4-të të periudhës ikterike dhe, më në fund, ata me periudhën preikterike që zgjat 10-19 ditë (34 veta ose 19,7%) janë shtruar në ditën 15-19-të të sëmundjes dhe në ditën e 1-rë-9-të të periudhës ikterike. Me fjalë të tjera, ashtu sikurse duket edhe nga pasqyra Nr. 1, rastet me periudhën preikterike 1-8 ditë (që përbëjnë mbi 2/3 e të gjitha rasteve — 68,8%) janë hospitalizuar në ditën e 6-10-të të sëmundjes, dhe në 2-4 ditë të periudhës ikterike; ndërsa ato me periudhën preikterike 8-19 ditë (1/3 e rasteve — 31,2%) janë hospitalizuar në ditën 11-19 të sëmundjes dhe në ditën 1-9 të periudhës ikterike. Këndej rrjedh se rastet me periudhë preikterike më të shkurtër hospitalizohen më herët, gjë që është e vetëkuptueshme, me që çfaqja më e erëshme e ikterit si shenja kryesore e sëmundjes — bind të sëmurët për t'u drejtuar tek mjeku dhe lehtëson diagnostikimin e sëmundjes nga ana e mjekut.

Nga sa shihet prej pasqyrës Nr. 1, këto të dhëna flasin për një gjëndje jo të lartë diagnostikimi të hepatitit infektiv, gjë që ka pasoja epidemiologjike të disfavorëshme, mund të influencojë negativisht në lidhje me evolucionin klinik dhe prognozën e sëmundjes.

Nga pikëpamja e karakterit të dekursit klinik dhe shkallës së gravitetit të sëmundjes (sikurse shihet në pasqyrën Nr. 2) 157 raste përfshihen në formën akute dhe 17 në formën e zgjatur (me zgjatje të sëmundjes mb. 50 ditë prej fillimit të saj.

*Dita e hospitalizimit, periudha preikterike dhe periudha ikterike para hospitalizimit*

*Pasqyra Nr. 1.*

%	Zgjatja e periudhës preikterike para hospitalizimit (në ditë).	Periudha (preikterike në ditë)	Dita e hospitalizimit prej fillimit të sëmundjes
	2 — 4	1 — 4	6
	2 — 4	4 — 6	6 — 10
15,5%	1 — 2	6 — 8	6 — 10
11,5%	1 — 2	8 — 10	11 — 14
19,7%	1 — 9	10 — 19	15 — 19

Nga të 157 rastet e formës akute, 107 ishin të një graviteti të lehtë, 47 mesatare dhe 3 të rëndë. Ndër rastet me formë të zgjatur 3 të sëmurë kishin një dekurs të lehtë, 11 gravitet mesatar dhe 3 të rëndë. Në materialin që analizojmë nuk përfshihet asnjë rast me formë subakute dhe kronike, recidivonjëse, dystrofi dhe cirrhosis hepatiche, të cilat ndeshen relativisht shpesh simbas disa autorëve (A. P. Butjagina, E. L. Nazaretjan); nga totali i 174 rasteve nuk ka pasur asnjë rast me formë anikterike dhe asnjë rast letal.

Nga pikëpamja e sindromeve fillestare rastet tona u përkisnin formave të mëposhtme: gripoide 1, pseudorrhematike 3, doloroze 5 raste, asteno-vegetative 15 raste, dyspeptike 60 raste, 90 dyspeptiko-astenike. Me sa shihet, komponenti dyspeptik ndeshet në 150 raste ose në 86,1% nga numri i rasteve tona, dhe vetëm një sasi relativisht e vogël prej 13,9% paraqiten me forma pa komponent dyspeptik. Në materialin tonë, ndryshe nga disa autorë (D. B. Kurashva) ne takojmë më shpesh formën e komplikuar dyspeptikoastenike (51% e të gjitha rasteve), se sa atë dyspeptike të pastës.

Nga pasqyra Nr. 3 duket se struktura e të sëmurëve në dekursin akut simbas moshës për format e lehta, me gravitet mesatar dhe të rëndë, ka një tendencë analoge me strukturën e përgjithëshme të rasteve tona të analizuara simbas moshës. Mund të thuhet, si pasojë, se moshja nuk ka influencuar në shkallën e gravitetit të sëmundjes në këto forma.

Pasqyra Nr. 2

Moshja	A k u t e			Të zgjatura	Subakute		Kronike	
	E lehtë	Mesatare	E rëndë		Dystrophia	Recidivaris	Recidivaris	Civilosis
10—14	8	4	—	—	—	—	—	—
15—19	27	6	—	1	—	—	—	—
20—29	33	13	2	2	—	—	—	—
30—39	21	17	1	3	—	—	—	—
40—49	13	6	—	3	—	—	—	—
50—59	5	1	—	5	—	—	—	—
Mbi—60	—	—	—	3	—	—	—	—
	107	47	3	17	—	—	—	—

Po në këtë pasqyrë mund të shihet se 8 raste, që përbëjnë më së shumti pjesën më të madhe të sëmundjes, u përhapën në moshën e numrit të rasteve në formë të zgjatur, u përhapën në moshën e numrit të rasteve në formë të zgjatur, u përhapën në moshën e numrit të rasteve në formë të zgjatur, u përhapën në moshën e numrit të rasteve në formë të zgjatur, vjeç, ndërsa në strukturën e përgjithëshme simbas moshës, në moshën e numrit të rasteve në formë të zgjatur, u përhapën në moshën e numrit të rasteve në formë të zgjatur, u përhapën në moshën e numrit të rasteve në formë të zgjatur, u përhapën në moshën e numrit të rasteve në formë të zgjatur, përbëjnë rreth 1/13 e numrit total. Në këtë mënyrë, mund të thuhet se moshat e vjetra karakterizohen relativisht më shpesh me raste të zgjatura. Kjo është e kuptueshme, po të mernet parasysh aftësia më e ulët e mobilizimit të forcave mbrojtëse dhe të proceseve reparative, sidomos në parenchinën hepatiche në moshën e vjetër.

Pasqyra Nr. 3

E lehtë	Akute		E zgjatur	Subakute		Kronike	
	Mesatare	E rëndë		Dystrophia ak. hepatitis	Recidivaris	Recidivante	Civilosis
107	47	3	17	—	—	—	—



Duke krahasuar format simbas dekursit dhe ato simbas sindromeve fillestare të sëmundjes (pasqyra Nr. 4) mund të konstatohet se sindromi dyspeptiko-astenik paraqitet pozitiv më shpesh në rastet akute, të rënda, e të zgjatura dhe relativisht më rrallë në ato me gravitet mesatare, përsa u përket formave të tjera ato shpërndahen n'analogji me strukturën e formave simbas karakterit të dekursit.

*Format simbas dekursit dhe sindromeve fillestare*

*Pasqyra Nr. 4*

Simbas dekursit / Simbas sindromeve	Të lehta				Mesatarisht				Të rënda				Të zgjatura			
	Të lehta				Mesatarisht				Të rënda				Të zgjatura			
Gripoide													1			
Dyspeptike	35				21				1				3			
Astenike	9				5				—				1			
Doloroze	1				2				—				2			
Dyspeptikoastenike	60				19				2				9			
Pseudorheumatike	2				—				—				1			
	107				47				3				17			

Duke parë krahasimin e gravitetit të sëmundjes dhe periudhës s'inkubacionit (pasqyra Nr. 5) freskuenca e rasteve paraqitet gati e njëjtë në të gjitha grupet e periudhës së inkubacionit, gjë që vështirëson përcaktimin e ndonjë rregullariteti.

*Format dhe periudha e inkubacionit*

*Pasqyra Nr. 5*

Periudha e inkubacionit	E lehtë	Mesatare	Ë rëndë	E zgjatur
10—	23	8	—	3
20—40	9	2	1	5
40—60	13	1	—	2
60—180	15	4	—	2
Mbi—180	4	3	—	—

Mund të paraqesë interes lidhja midis zgjatjes së periudhës preikterike me gravitetin e sëmundjes (shih pasqyrën Nr. 6).

Periudha Preikterike ditë	E lehtë	Mesatare	E rëndë	E zgjatur
0 — 2	4	3		
2 — 4	27	11	2	3
4 — 6	16	5	1	3
6 — 8	15	13		2
8 — 10	18	3		2
10 — 19	17	9		7

Pasqyra e mësipërme Nr. 6 tregon se në shumicën e rasteve periudha preikterike për format e lehta zgjat 2-4 ditë, për 6 format mesatare prej 6-8 ditë, ndërsa për format e zgjatura më shpesh vihet re një zgjatje e periudhës preikterike 10-19 ditë. Në këtë mënyrë, format e lehta kanë një periudhë preikterike më të shkurtër seç e kanë format me gravitet mesatare ose format e zgjatura. Është me vend të mendohet se kjo ka lidhje me një kohë relativisht të shkurtër, të veprimit të virusit, me rezistencën e organizimit akoma relativisht të lartë, me hospitalizimin më të hershëm, që kondicionon fillimin e terapisë aktive shumë më parë se sa në rastet me periudhë preikterike të gjatë.

*Influenca e zgjatjes së periudhës preikterike në sindromin fillestar të sëmundjes*

Zgjatja e periudhës preikterike	Pasqyra Nr. 7					
	Gripoide	Pseudo-reumat.	Doloroze	A. V.	Dispep.	D.A.V.
0 — 2	—	—	—	2	1	4
2 — 4	—	—	—	—	16	26
4 — 6	—	—	—	—	10	15
6 — 8	—	1	2	5	6	17
8 — 10	—	—	1	5	6	17
10 — 19	1	—	1	3	12	17
Mbi 20	—	—	—	—	—	—

Nga pasqyra e mësipërme Nr. 7 duket se për shumicën e rasteve të formave dyspeptikoastenike zgjat 2-10 ditë, për format astenovegjetative 6-10 ditë; ndërsa për format dyspeptike 2-6 ditë me një tendencë për zgjatjen e saj deri në 10-19 ditë. Kënde j mund të mendohet se format dyspeptike paraqiten me një periudhë preikterike probablisht më të zgjatur se sa format astenovegjetative dhe dyspeptikoastenovegjetative. Ndoshta kjo mund të jetë kondicionuar nga fakti, se pesha specifike e formave të lehta mbi ato mesatare e të rënda në rastet me sindrom dyspeptik është shumë më e vogël, se sa në rastet me sindrom dyspeptikoastenik (pasqyra Nr. 7).

*Simptomi kryesor* i sëmundjes është, natyrisht, *ikteri i sklerave, mu-kozave të tjera dhe lëkurës*. Shkalla e intensitetit të tij ndjek një paralelizëm me koncentrimin e bilirubinës në gjak, duke u mvarur kryesisht nga veçoritë individuale në zhvillimin e lezioneve hepatike (G. F. Lang, A. L. Mjasnikov), nga shkalla e permeabilitetit vezal (Z. L. Bondar), nga veçoritë e ndërtimit të indeve të ndryshme (S. P. Botkin). Si pasojë, shpesh herë vihet re një ikteritet i theksuar, ndërsa herë të tjera vetëm një subikteritet i lehtë. Sidoqoftë, korrelacioni pozitiv midis nivelit të bilirubine-misë dhe intensitetit të ikterit është një rregullaritet i padiskutueshëm.

Ngjyra ikterike në hepatitin epidemik është rezultat i lezionit jo vetëm të funksionit pigmentogen, por i të gjitha funksioneve hepatike, që kanë për bazë ndryshimet strukturale të shkallëve të ndryshme. Krahas ndryshimeve në strukturën e parenchimës dhe formacioneve mezenkimale të hepatitit simbas të dhënave të kohëve të fundit, mund të vihen re ndryshime, të ngjashme me ato që takohen gjatë ikterit me retencion intrahepatik. Kalk në ikterin me retencion intrahepatik, *dallon hepatozën kolostatike*, me ndryshime vetëm në kapilarët biliarë dhe cholangiolat si dhe *hepatitin kolangiolitik*, kur ndryshimet patomorfologjike lokalizohen kryesisht në kanalikulat intrahepatike — në kapilarët dhe kolangiolat vihen re tromba biliare. A. Petro-Pons nuk shikon ndryshim midis hepatitit kolangiolitik dhe hepatitit epidemik, sidomos për format kriptogenike që shkaktohen nga i njëjti virus i shiringës të tipit SH. Si pasojë, në M. Botkin, ikter parenkimatoz të pastër pa shenja të ikterit me retension intrahepatik nuk ka. Me fjalë të tjera, gjatë hepatitit viral vihet re një lezionim i të gjithë sistemit hepatobiliar, sikurse nënvizojnë E. M. Tarejev, E. N. Ter-Grigorova, Poper, Schaffner, Watson, Kalk, Caroli, Me Mahon etj.

Ne u interesuam të vërejmë dinamikën e intensitetit të ikterit në format e ndryshme të M. Botkinin. Simbas pasqyrës Nr. 8 format e lehta në fillim dhe në kulm të sëmundjes në shumicën e rasteve kanë ikteritet pozitiv të sklerave dhe vetëm në një pakicë të vogël subikteriteti, ndërsa në fund të sëmundjes një pakicë sporadike mbeten me subikter. Një tablo analoge paraqesin format me gravitet mesatar dhe të zgjatura, ndërsa ato akute të rënda kanë një frekuencë të barabartë të intensitetit të ikterit të sklerave në fillim dhe në kulmin e sëmundjes.

*pozitiviteti i ikterit dhe subikterit të sklerave simbas formave të karakterit të dekursit*

*Pasqyra Nr. 8*

Forma	lehtë		Mesatare		E rëndë		E zgjatur	
	Ikter	Subik-ter	Ikter	Subik-ter	Ikter	Subik-ter	Ikter	Subi-ter
Fillimi	93	13	51	3	3	—	15	—
Kulmi	71	19	41	9	3	—	13	1
Mbarimi	3	9	4	3	—	—	2	2

Mund të konsiderohet, se *dinamika e ikteritetit, me përjashtim të formave anikterike, është një nga idekset më të rëndësishme të dinamikës së vetë sëmundjes, ndërkaq, shkalla e theksimit t'ikterit shkon aproksimativisht paralele me theksimin e sëmundjes.*

Një tendencë analoge ndjek edhe dinamika e ikterit në format simbas sindromeve fillestare (shih pasqyrën Nr. 9).

**Pozitiviteti i ikterit dhe subikterit të sklerave, simbas formave të sindromit fillestar**

**Pasqyra Nr. 9**

Periudha e sëmundjes	Forma		Gripoide		Pseudoreumatik		Doloroze		Astenovegetativa		Dyspeptike		Dispeptikoastenike	
	Ikter	Subikter	Ikter	Subikter	Ikter	Subikter	Ikter	Subikter	Ikter	Subikter	Ikter	Subikter	Ikter	Subikter
Fillimi	1	—	2	—	3	—	14	—	26	6	100	9		
Kulmi i sëmundjes	1	—	3	—	4	—	12	3	23	4	80	22		
Mbarimi	1	—	—	—	—	—	2	2	1	3	5	10		

**Ngjyra e urinës:** Në fillim të sëmundjes ngjyra e urinës në 100% të rasteve paraqitet e errësuar në shkallë të ndryshme theksimi dhe në një pjesë të madhe të rasteve ajo normalizohet në mbarim të sëmundjes, duke mbetur pozitive vetëm në raste sporadike. Midis dinamikës së këtij simptomi dhe rrjedhjes së sëmundjes ekziston një lidhje direkte, gjë që i shton shumë vlerën diagnostike të tij. Ky është një simptom i hershëm, që çfaqet së paku 3-5 ditë para çfaqjes së ikterit dhe zhduket para tij.

Të shumtën e herës të sëmurët janë paraqitur në stacionar në fillim me ankime për dobësi të përgjithëshme, këputje, dhëmbje në muskuj dhe n'artikulatione, zakonisht në gjendje apyreksie.

**Dhëmbjet n'artikulatione** janë një shenjë fillestare frekvente e hepatitit infektiv. Ky simptom ka qenë prezent në 68,2% të rasteve, ndërkaq në 67 (38,5%) raste për artikulationet e gjunjëve dhe në 52 (29,7%) për artikulationet e tjera. Artralgitë janë ndeshur vetëm në fillim të sëmundjes, ndërsa zhduken për të gjitha rastet në mes dhe në mbarim të saj.

Nga të 174 rastet cefalea u çfaq në 53 raste (30%) ekskluzivisht në fillim të sëmundjes, prej tyre 26 me forma të lehta, 20 me forma të mëdha, 1 i rëndë, 6 të zgjatur. Shumica dërmonjëse e tyre është e tipit të min fillestar dyspeptikoastenik, 11 raste dyspeptike, 3 raste të tipit të doloroze, 1 pseudoreumatik. Ky simptom është shprehje e një sistemi nervor gjatë hepatitit infektiv, që ndoshta kondicionohet nga fiksimi elektiv i virusit në sistemin nervor (M. Grous, A. Molinier).

Në rastet që paraqiten, *vertizhet* ishin më të rralla se sa cefalea. Ato ishin prezent gjithsej në 10 raste (5,7%) dhe këto ekskluzivisht në fillim të sëmundjes, 7 prej të cilave të formave të lehta, 3 të formave me gravitet mesatar, 9 me sindrom dyspeptikoastenik, 1 me sindrom dyspeptik.

Simtomi i *anoreksisë* dhe i *perversionit të shijës* ndaj duhanit, i cili është mjaft frekuent edhe nga të dhënat e literaturës (A. L. Mjasnikov, E. M. Tarejev), që simbas disa autorëve (H. Deubert, S. Leibowitz) arrin në 72%, në materialet tona ndeshet në 69,1% të rasteve. Në mesin e sëmundjes simptomi i anoreksisë zhduket për format e lehta dhe pakësohet për-

gjysëm në format e zgjatura, në fund të sëmundjes ky simptom persiston vetëm në 2 raste të dekursit akut me gravitet mesatar.

Si një shenjë e çrregullimeve dyspeptike në M. Botkin, — *nausea* nga materialet tona, është më frekvente, se sa anoreksia, por më pakë frekvente se sa *dolenca epigastrale*; ajo paraqitet pozitive në fillim të sëmundjes në 42 raste (24,3% nga të gjitha rastet), prej tyre 24 të formës së lehtë, 16 të formës mesatare dhe 2 të formës së zgjatur, ndërsa, në lidhje me sindromin fillestar 32 prej 42 rasteve i përkisnin formës dyspeptikoastenike, 7 asaj dyspeptike dhe 3 formës astenovegetative.

Në mes të sëmundjes ajo u ndesh vetëm në 2 raste me formë të zgjatur, ndërsa në fund të sëmundjes mungonte në të gjitha rastet.

Të *vjellat* janë ndeshur në 17 raste (9,7%) prej tyre 8 kanë qenë me formë të lehtë, 8 me gravitet mesatar, 1 i formës së zgjatur. Simbas sindromit fillestar, 11 raste ishin të formës dyspeptikoastenike, 5 të formës dyspeptike dhe 1 astenovegetative. Në të sëmurët e formës së rëndë ky simptom ka munguar gjatë gjithë sëmundjes.

*Dolenca epigastrale* ka qenë prezent vetëm në fillim të sëmundjes. Ajo paraqitet gati po aqë frekvente, sa edhe *dolenca* në hypokondrin e djathtë (gjithsejt 76 raste ose, 43,6% të të gjitha rasteve) prej të cilave 43 ose 56,5% të formës së lehtë, 27 (35,5%) të gravitetit mesatar, 5 (6,5%) të formës së zgjatur, 1 të formës së rëndë. Nga të gjitha rastet në 53 ose 70% ishin të sindromit fillestar dyspeptikoastenik 20 (26,3%) të formës dyspeptike, 4 dyspeptikoastenike, 4 doloroze.

Çrregullimet dyspeptike në përgjithësi në i kemi ndeshur në 88,1% të rasteve. Të dhënat tona janë më afër me ato të A. F. Bilibinit (50-75%) dhe të ndryshme nga ato të autorëve të tjerë (A. L. Mjasnikov: 40-50%).

Fenomenet dyspeptike që hasen në M. Botkin shpjegohen kryesisht nga prekja e sistemit unik hepatopancreatoduodenal (simbas Adrianova-s dhe nga shoqërimi i çrregullimeve gastrike gjatë patologjisë hepatike prof. Nesterov).

*Dhëmbja dhe ndjenja e rëndësimit në reg. hypokondrik të djathtë*, është një simptom frekuent në hepatitin viral. Ky fenomen shpesh është shprehja e sindromit pseudobiliar, që kondicionohet jo aqë nga prekja e sistemit biliar, sa nga hipertonia, fryrja e heparit, që pasohet me tendencë kapsulës, nga fenomenet kolestatike dhe parahepatiti, të konfirmuar me funksion biopsine hepatike dhe nga ekzaminime laparoskopike të autorëve (Kalk, Caralin G. M. Tarajev, A. Pedro Pons). Kjo është më e zakonshme në fillim të sëmundjes në format e ndryshme të sëmundjes dhe në fund të sëmundjes zakonisht zhduket. Megjithatë, në periudhën fillestare ajo ka qenë pozitive jo në të gjitha rastet. Nga 74 të sëmurët ka qenë prezent në 69 raste ose 39,7% midis të cilave predominonin rastet në formë të lehtë (39 raste), ndërsa me gravitet mesatar ishin në 25 veta në formë të zgjatur në 4 dhe të rëndë një rast. Ky simptom është paraqitur më frekuent në format dyspeptikoastenike (43 raste), ndërsa në ato dyspeptike ish pozitiv në 11 raste, në astenovegetativet në 5 raste, në format doloroze në 4 dhe në pseudoreumatiket 1 rast. Me sa duket, *dolenca* në hypokondrin e djathtë ndeshet më tepër në format e lehta dhe mesatare dhe n'ato që karakterizohen nga prezenca e komponentit dyspeptik në sindromin fillestar (88,1%).

Një simptom tjetër, që vihet re shpesh në M. Botkin, si një nga çfaqjet e kolemisë, e retensionit të acideve biliare, është *pruriti kutan*. Ndër-

mjet dinamikës së bilirubinemisë, të ikterit nga një anë dhe pruritit, n'atë të tjetër, nuk ka paralelizëm, ndonjëherë, bile mund të flitet për «ikterin e disociuar» të autorëve francezë, kur ka retension të acideve biliare me retension të parëndësishëm të bilirubinës që jep shpesh një subikter të lehtë. Në rastet që paraqiten në e kemi ndeshur pruritit në 2 të sëmurë me formë të lehtë, në 5 me gravitet mesatar, 3 të rëndë dhe 5 të zgjatur.

*Akolia e faces-ve* u vu re në fillim të sëmundjes për format e lehta në 26 raste, për ato me gravitet mesatar në 17 raste, për format e rënda në 3 raste, për të zgjaturat në 4 raste, në mes të sëmundjes u vu re në 4 raste të formave të lehta, në 1 rast me gravitet mesatar dhe 1 rast me formë të zgjatur, ndërsa në fund të sëmundjes në të gjitha rastet akolia faecale ishte negative. Këto të dhëna tregojnë, se vetëm një sasi relativisht e vogël shoqërohet me këtë simptom dhe se zgjatja e sëmundjes nuk ka të bëjë me praninë e tij. Megjithatë persisencia për një kohë të gjatë e akolisë faecale, sikurse nënvizon A. Pedro-Pons, flet për një obstruksion mekanik të rrugëve biliare, shpesh me karakter intrahepatik. Interesante është të vihet në dukje se ky simptom më shpesh ndeshet në format dyspeptikotënike (31 raste) dhe vetëm në fillim të sëmundjes, ndërsa në mes të sëmundjes mbetet vetëm 1 rast pozitiv dhe në mbarim asnjë. Me formën dyspeptike u ndesh në 11 raste në fillim dhe në 3 raste në mes të sëmundjes. E njëjta tendencë vihet re edhe për formën astenovegetative. Në këtë mënyrë, akolia faecale në mes të sëmundjes ndeshet në raste sporadike, ndërsa në fund të sëmundjes zhduket krejtësisht.

Në përmbledhje, mund të thuhet se në fund të sëmundjes simptom të tilla si akolia e faeëve, pruritus, dolenca dhe ndjenja e rëndimit n'hypokondrin e djathtë, epigastralgia, anoreksia, nausea zhduken plotësisht, ndërsa ikteri dhe ngjyra e errët e urinës, persistojnë në një shkallë relativisht më të madhe.

*Hepatomegalia.* Nga ekzaminimi objektiv vihet re si një nga simptomet kardinale dhe një nga hallkat e simptomatologjisë së herëshme të hepatitit infektiv, zmadhimi i heparit — organi ku shprehet lokalizimi elektiv i ndryshimeve morfologofunkionale gjatë kësaj sëmundjeje.

Për format e lehta, në shumicën e rasteve (60%), hepari u paraqit i zmadhuar deri në 2-3 cm. dhe kjo më shpesh në fillim të sëmundjes. Në kulmin e sëmundjes, në shumicën e rasteve, predominojnë ato me hepatomegali, 2-3 cm. (50%), ndërsa në mbarim të sëmundjes predominojnë ato me hepatomegali 0-2 cm., me gjithëse mbetet në një pjesë të rasteve një hepar i zmadhuar deri në 2-3 cm. nën harkun kos.

Të dhëna analoge janë marrë edhe për format me gravitet mesatar, format e rënda dhe të zgjatura.

Me sa shihet hepatomegalia mbetet dhe mbas daljes së të sëmurit, gjë që tregon, se dinamika e hepatomegalisë, me gjithë se korrelohet asociativisht, nuk është paralele me atë të ikterit dhe të bilirubinemisë. Kjo shpjegohet me proceset profilaktive në indin parenkimal dhe mezenkimal hepatic, që vazhdojnë edhe pas vendosjes së indekseve funksionale.

Shkalla e hepatomegalisë simbas sindromeve fillestare nuk paraqet veçori, ndjek tendencën e përgjithëshme, simbas së cilës në fillim dhe në mes të sëmundjes, ajo arrin 2-3 cm, duke iu përshtatur, kështu strukturës së përgjithëshme simbas formave të sindromeve fillestare.

*Splenomegalia* u vu re pozitive në 48 të sëmurë (27,6%), ose pak më

shumë se në 1/4 të rasteve. E. M. Tarejev e ndesh këtë simptom në 50% të rasteve, G. Ja. Gureviç në të gjitha rastet, M. Ja. Jasinovski në 40-85% të rasteve, M. I. Morozkin 29%, si pasojë të dhënat tona konkordojnë me ato të M. I. Morozkin.

Në të gjitha format dinamika e splenomegalisë karakterizohet nga tendenca për t'u pakësuar gjatë sëmundjes dhe për t'u zhdukur në mbarim të saj.

Sindromi hepatolienal në hepatitin infektiv është, veç të tjerave, rezultat i ndryshimeve identike hyperplastike, që vihen re në sistemin unik retikuloendotelial në këto dy organe.

*Nga ana e sistemit kardiovaskular dhe respirator, n'ekzaminimin fizik nuk vihen re devijime patologjike. Në pjesën më të madhe të rasteve, frekuenca e respiracionit paraqitet rreth 18 min. d.m.th. brenda caqeve normale. Frekuenca e pulsit në hyrje për shumicën e rasteve ishte 60-70 min. Në se do të merret 70-75 min. si frekuencë normale, këtu mund të flitet për tendencë të qartë për bradycardi, çka përbën një simptom konstant të M. Botkin. Nga 64 rastet, të cilëve iu përcaktua në hyrje *prestoni arterial*, 14 hynin në zonën e normotonisë (simbas metodës së prof. Rossit), 34 me hypotoni, 15 me hypotoni idastolike dhe 1 me hipertoni. Pra, në rreth 3/4 e rasteve u ndesh hypotonia, që kondicionohet me sa duket nga retensioni i acideve biliare dhe nga veprimi i substancave kolinerjike mbi n. vagus.*

### *Ekzaminimi i gjakut*

*Erytroцитet nuk pësojnë ndryshim në sasinë e tyre gjatë sëmundjes, duke qëndruar në shumicën dërmonjëse të rasteve (71%) midis 4.000.000-4.500.000 në fillim në kulm dhe në mbarim të sëmundjes. Në format e ndryshme të sëmundjes, numri i eryrociteve në dinamikë nuk paraqet veçori të rëndësishme dhe ndjek tendencën e përgjithëshme të sipërpërmendur.*

*Në 96% të rasteve hemoglobina ka qenë 70-90% gjatë gjithë sëmundjes. Numri i leukociteve në fillimin në mes dhe në mbarim të sëmundjes ishte për pjesën më të madhe 6-8000 me tendencë të dukëshme për leukocitozë (8000) sidomos në fillim të sëmundjes. Në mes të sëmundjes kjo duket dhe numri i leukociteve normalizohet. Gjatë gjithë sëmundjes në fillimit në mbarim, predominon *linfocitoza* (30-50%). *Monoцитet* mungojnë plotësisht në gjithë sëmundjen duke u ndeshur vetëm në rasteve në sasinë jo më shumë se 0-2%. Neutrofilet në pjesën më të madhe të rasteve nuk japin devijime patologjike (brënda 60-70%). E njëjta gjë mund të thuhet edhe për *eozinofilet*, të cilët gjatë gjithë sëmundjes në 75% të rasteve nuk kalojnë 0-2%.*

*Bazofilet mungonin. Vetëm në 0,6% të rasteve u vu re 0-1% bazofile. Sedimentacioni eryrocytar në 75-77% të rasteve gjatë gjithë sëmundjes paraqitej prej 0-10 cm. Reaksioni Wassermann në 100% të rasteve ish negativ.*

*Bilirubinemia.* Siç dihet, çrregullimi i funksionit pigmentogen të hepatit është ay që kondicionon simptomën kryesor — ikterin. Dinamika e bilirubinemisë mund të shërbejë si një indeks shumë i rëndësishëm i evolucionit të sëmundjes. Mund të mos ketë korrelacion asociativ paralel midis tyre, por korrelacioni direkt është gjithmonë i padyshimtë, prandaj ne

mund të mbështetemi të sigurtë në këtë indeks krahas shenjave të tjera. *Për format e lehta.* Në fillim të sëmundjes bilirubinemia (simbas Bokalçuk-Herzfield-it) arrin në shumicën e rasteve 49-200 mgr%, në mes të sëmundjes 24-49% dhe në mbarim 6.24-24 mgr%. Për format me gravitet mesatar në fillim të sëmundjes bilirubinemia arrin 200-500 mgr%, për format e rënda në fillim mbi 500 mgr%, në mes 49-200 mgr%, dhe në mbarim 6.24-24 mgr%. *Për format e zgjatura* në fillim mbi 500 mgr%, në mes 49-200 mgr% dhe në mbarim 6-24 mgr%.

*Në fillim të sëmundjes* për rastet me sindromin dyspeptikoastenik bilirubinemia arrin 49-200 mgr%, për ato dyspeptiket 49-200 mgr%, për astenovegetativet 49-500 mgr%. *Në kulmin e sëmundjes,* për format dyspeptikoastenike 49-200 mgr%, për dyspeptiket 25-200 mgr% dhe për astenovegetativet 6-200 mgr%, ndërsa në mbarim për të tre sindromet e mësipërme bilirubinemia paraqitet në nivelin e 6-24 mgr%; vetëm në raste të veçanta vihet re një bilirubinemi më e ngritur. Me sa duket, bilirubinemia në fillim, në mes dhe në mbarim nuk paraqet ndryshime në format e ndryshme simbas sindromeve fillestare.

Reaksioni i funksion-sublmatit (Takata-Ara), që flet për shkallën e çrregullimit të stabilitetit dhe dispersionit të protideve serike nën influencën e patologjisë hepatike mund të shërbejë si një indeks plotësues në hepatitin infektiv. Në materialet tona reaksioni i Takata-Ara ka qenë pozitiv vetëm në 11,5% të rasteve.

*Analiza e urinës* nuk jep ndryshime nga norma. Densiteti gjatë gjithë sëmundjes qëndron i pandryshuar prej 1010-1020 në shumicën e rasteve. Në fillim të sëmundjes në rreth 20% të rasteve vihen re gjurma albumine, të cilat në kulm dhe në mbarim të sëmundjes zhduken, ndonjë erythrociit sporadik dhe rrallë cilindra.

*Bilirubinuria* është më pak frekvente se sa urobilinuria. Në fillim të sëmundjes paraqitet pozitive në 84% të rasteve, në mes të sëmundjes mbetet pozitive në 28% dhe në mbarim vetëm 3,8%. Me sa shihet, me kalimin e sëmundjes pozitiviteti i bilirubinurisë në kulmin e sëmundjes është 3 herë më pak dhe në fund më se 24 herë më pak në krahasim me fillimin. Mund të thuhet, se më tepër kanë tendencë për persistencën e bilirubinurisë format e zgjatura të sëmundjes.

*Urobilinuria* në fillim të sëmundjes është pozitive në të gjitha rasteve, në mes të sëmundjes në 56% dhe në mbarim ajo persiston akoma në 23% të rasteve. Pozitiviteti i urobilinurisë persiston më tepër në format e zgjatura (1/3 e rasteve).

Në 93,4% të rasteve sterkobilina në faeces ishte negative, d.m.th. mungesa e urobilinës faecale (simbas materialeve tona) është një shenjë shumë frekvente e M. Botkinit, e cila kondicionohet nga retensioni biliar i formave të ndryshme në patologjinë hepatike të kësaj njesie nosologjike.

*Gjithësej me parazitë pozitive në faeces* u përcaktuan 42 raste ose 23%, prej të cilëve 27 ascaris lumbricoides dhe 15 me trichuris trichiura.

Zhdukja e plotë e ikterit, normalizimi i bilirubinemisë (deri në 6,24 mgr%), mungesa e plotë e pigmenteve biliare n'urinë dhe hepatomegalia qenë kriteret mbështetëse për shërimin dhe daljen e të hospitalizuarit.

Me daljen nga spitali të sëmurët marrin pushim zakonisht mbi 15 ditë, shpesh mbi 25 ditë, duke llogaritur edhe veçoritë individuale të tyre.





problemi i efekteve të aplikimit të kombinuar të insulinës me glukozën akoma është i diskutueshëm, ne kemi përdorur në një numur relativisht të madh rastesh solucionin hipertonic të glukozës intravenoz me insulinën subkutane njëkohësisht.

Grupi i I-rë (gjithsejt 75 raste) u mjekua me sheqer, vitaminë C<sub>1</sub>, B<sub>12</sub>, sulfat magnesiumi, solucion hipertonic glukozë intravenoze gjatë gjithë periudhës së mjekimit. Grupi II-të (34 raste) u mjekua me solucion hipertonic glukozë intravenoz në kombinim me insulinën 10-12 unitete subkutan në ditë për gjithë kohën e mjekimit krahas vitaminoterapisë. Grupi III-të (18 raste) mbi mjekimin e grupit të I-rë u mjekua me vitaminë B<sub>12</sub> dhe me delta-corten 20 mgr. në ditë për 10-15 ditë rjesht. Grupi i IV-të (4 raste) me vitaminë B<sub>12</sub> dhe serum glukozë 5%-500,0 — 1000 subkutan në ditë për 10-15 ditë. Grupi i V-të (28 raste) mbi mjekimin e grupit të I-rë u-mjekua me vitaminë B<sub>12</sub> (100-250 gamma në ditë) gjatë gjithë periudhës së mjekimit. Grupi i VI-të (gjithsej 8 raste) u mjekuan vetëm me sheqer, vitaminë C, B<sub>1</sub> dhe magnesium sulfuricum. Grupi i VII-të (7 raste) u-mjekua me kombinim të vitaminës B<sub>12</sub> (100-500 gamma në ditë), deltacorten-it (20 mgr. në ditë), ser. glukoseve (5% — 600,0 subkutan) të shoqëruar ngandonjëherë me biomicinë (1200 mgr), plasma (100 cc) për 15-20 ditë.

Si grup kontrolli shërbeu grupi i I-rë.

#### Paqyrra Nr. 10

#### Grupet e mjekimit dhe ditë qëndrimi mesatar në spital

	Grupi I-rë	Grupi II-të	Grupi III-të	Grupi IV-të	Grupi V-të	Grupi VI-të	Grupi VII-të
Numuri i rasteve	75	34	18	4	28	8	7
Ditë qëndrimi mesatar në spital	19	22	35	35	26	16	31,5

Nga një analizë më e detajuar rezulton se ata që janë përfshirë në grupin e parë të mjekimit kishin një mesatare të ditëqëndrimit mesatar baras me 19 ditë (min. 7 ditë dhe max. 53 ditë).

Grupi i dytë e kish mesataren e ditëqëndrimit prej 22 ditë, grupi III-të dhe i IV-të 35 ditë, grupi i V-të — 26 ditë, grupi i VI-të 16 ditë dhe i shtati 31,5. Sikurse shihet, me qëndrim mesatar më të shkurtër në spital dallohen grupi i I, II, IV, ndërsa grupi i III-të, VI-të VII paraqiten me qëndrim mesatar të zgjatur, grupi i V-të (i vitaminës B<sub>12</sub>) zë një vend intermediar.

Pra, mund të thuhet, se rezultatet më të mira (për ditëqëndrim mesatar në spital) i ka patur mjekimi me vitaminë C, B<sub>1</sub> magnesium sulfuricum dhe me glukozë intravenoze, ndërsa vitamina B<sub>12</sub> dhe kombinimi glukozë + insulinë japin rezultate relativisht pozitive, përse i përket vetë hormonoterapisë (delta-corten) ose kombinimeve të saj ajo nuk del të ketë dhënë rezultate pozitive. Ndoshta kjo kondicionohet nga një numur relativisht i vogël i rasteve, gjë që shtron ndjekjen e problemit në të ardhmen.

Në rezultatet e mjekimit, siç dihet, mund të influencojë edhe dita e hospitalizimit të të sëmurëve. Në të gjitha grupet të sëmurët janë hospitalizuar në ditën e 6-10, me përjashtim të grupit të gjashtë, ku mesatarja e ditës së hospitalizimit ishte 11-14 ditë nga fillimi i sëmundjes.

Në të gjitha grupet e mjekimit, struktura e tyre simbas gravitetit të dekursit dhe sindromit fillestar të sëmundjes ishte e njëjta, duke reflektuar strukturën e përgjithëshme simbas sindromit fillestar dhe gravitetit të dekursit, *prandaj në konkluzionet, në bazë të analizës simbas ditëqëndrimit mesatar nuk influencojnë dita e hospitalizimit dhe as format e sëmundjes.*

Nga analiza për përcaktimin e lidhjes së formës së mjekimit me simptomat themelore të sëmundjes, mund të thuhet, *se grupi i parë (solicioni hipertonic i glukozës) dhe i gjashtë influencojnë pozitivisht në shtimin e tempeve të uljes së ikterit në mes dhe në mbarim të sëmundjes, grupi i dytë, i tretë dhe i pestë nuk ushtrojnë influencë pozitive në lidhje me dinamikën e uljes së ikterit gjatë sëmundjes.* Përsa i përket mjekimit të grupit të VII, ky nuk e ndihmon uljen e ikterit nga fillimi në mes të sëmundjes, por influencën pozitivisht në mënyrë të dukëshme në zhdukjen e plotë të ikterit prej mezit në mbarim të sëmundjes.

Në lidhje me pigmentacionin e urinës, mjekimi me glukozë hipertonike vepron në mënyrë të favorëshme në dinamikën e uljes së këtij simptomi. E njëjta lidhje reciproke vihet re edhe përsa i përket grupit të dytë (glukozo-insulinës), grupit të tretë (hormonoterapia), grupi i IV-të (serum glucosae 5% dhe vitaminë B<sub>12</sub>), grupi V-të (vitamina B<sub>12</sub>). Një farë tendence për një shpejtim më të madh të zhdukjes së simptomit vihet re në ata që u mjekuan me sheqer, vitaminë C<sub>1</sub>, B<sub>1</sub>, magnesium sulfuricum. Grupi i VII-të (delta-corten, ser. glucosae dhe plasma) në dinamikën e ngjyrës së urinës paraqet të njëjtën tendencë sikurse edhe për dinamikën e ikterit d.m.th. në fillim dhe në mes të sëmundjes nuk ushtron asnjë veprim, ndërsa prej kalimit në mbarim vepron në mënyrë të dukëshme duke e normalizuar.

Në dinamikën e uljes së hepatomegalisë kanë influencuar pozitivisht të gjitha llojet e mjekimit. Në kulmin e sëmundjes predominojnë rastet me hepatomegali 2-3 cm. nën harkun kostal për ata që u mjekuan me glukozë hipertonike, ndërsa rastet me hepatomegali 0-2 cm. u mjekuan me insulinë + glukozë, delta-corten, vitaminë B<sub>12</sub> dhe multivitamina pa glukozë dhe pa vitaminë B<sub>12</sub>. Në fund të sëmundjes të gjitha llojet e mjekimit e ulin hepatomegalinë deri në 0-2 cm, sidomos *kjo del e evidente për grupin e I-rë dhe të dytë të mjekimit.* Grupi i VII-të në fillim të sëmundjes më shpesh paraqitet me hepatomegali 3-4 cm, në mes të sëmundjes 2-3 cm. dhe në fund të saj 0-2 cm. Kjo do të thotë se mjekimi i grupit të VII-të ka ndihmuar pozitivisht në uljen e hepatomegalisë.

Midis dinamikës së splenomegalisë dhe grupeve të mjekimit nuk u arrit të përcaktohet ndonjë rregullitet. Mund të nënëvizohet vetëm një tendencë për shtimin e tempit të uljes së splenomegalisë nga fillimi në mbarim të sëmundjes, sidomos për ato raste që u mjekuan me grupin e I-rë, të II-të dhe të IV-të.

Bilirubinemia ulet në të njëjtin intensitet nga fillimi në mbarim të sëmundjes për ata që përfshihen në grupin e I-rë, të II-të dhe të VI-të të mjekimit (në kulm 49-200 mgr%, në fund 6-24 mgr% simbas Bokal-

çuk-Herzfield). Grupi i III-të i mjekuar me delta-corten nuk ndryshon tendencën e dinamikës ascendente të bilirubinemisë në kulm të sëmundjes, ndërsa, në mbarim të saj, niveli i bilirubinës në gjak paraqitet pak a shumë e njëjtë me atë të grupeve të mësipërme të mjekimit. E njëjta gjë mund të vihet re edhe përsa i përket mjekimit me vitaminë B<sub>12</sub>. Me sa duket, *funkcioni pigmentogen i lezionuar, nuk pëson ndonjë ndryshim drejt restaurimit të shpejtë të tij nga aplikimi i delta-cortenit dhe vitaminës B<sub>12</sub>*. Mjekimi i grupit të VII-të nuk ka sjellë ndonjë ndryshim në nivelin e bilirubinemisë në fillim dhe në mes të sëmundjes (i cili qëndron në 49-200 mgr%), por influencon pozitivisht në mënyrë të dukëshme duke e ulur atë prej mezit deri në mbarim të sëmundjes (duke e sjellë deri në 6-24 mgr%), me fjalë të tjera, mjekimi i përdorur në grupin e shtatë ka të njëjtin efekt sikurse për dinamikën e ikterit, bilirubinemisë dhe pigmentacionit të urinës d.m.th. në fillim deri në fund nuk influencon, por vepron pozitivisht në mënyrë të konsiderueshme prej mezit në mbarim, ndërsa për hepatomegalinë pozitiviteti i efektit vihet re qysh në fillim të sëmundjes (ndoshta si rezultat i heqjes së fenomeneve inflamatore jo specifike në hepar nga delta-corten-i).

Si pasojë, dinamika e bilirubinemisë drejt zhdukjes së saj nuk paraqet ndryshime të ndijshme në grupet e ndryshme të mjekimit.

Si në kulm ashtu edhe në mbarim të sëmundjes, influencën më të madhe në rënien e frekuencës së urobilinurisë e ushtrojnë mjekimi i grupit të I-rë, II-të, V-të d.m.th. solucioni hipertonic, glukozës, delta-cortenit dhe vitaminë B<sub>12</sub>.

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

1. — Përhapja e hepatitit infektiv në vendin tonë shtrun detyrën e studimit të gjithanshëm kliniko-laboratorik dhe epidemiologjik të M. Botkin në Shqipëri.

2. — Ditëqëndrimi mesatar në spital i të sëmurëve që përfshihen në materialin tonë është 23,8, zgjatja mesatare e sëmundjës 35 ditë, mesatarja e ditës së hospitalizimit 11,2 ditë, gjë që shtrun nevojën e përmirësimit të diagnostikës së herëshme të M. Botkin me anën e aplikimit të metodave moderne.

3. — Në materialet tona kanë predominuar format akute me dekurs të lehtë dhe mesatar, ato dyspeptikoastenike dhe dyspeptike.

4. — Zgjatja e periudhës preikterike në format e lehta është më e shkurtër se sa në format e rënda dhe të zgjatura, ndërsa në format me sindrome dyspeptikoastenike dhe astenovegetative kjo periudhë është gjithashtu më e shkurtër, se në format dyspeptike.

5. — Theksimi dhe persistenca relative e ikterit të sklerave është më i madh në format akute të rënda, se sa në format akute të lehta e mesatare apo në format e zgjatura.

6. — Ndërmjet mënyrave të mjekimit t'aplikuara, vitaminoterapia pa dhe me glukozë ka ushtruar veprim pozitiv. Kombinimi i solucioneve hipertonike të glukozës intravenoz me insulinën subkutan dhe mjekimi me vitaminë B<sub>12</sub> japin efekt relativisht pozitiv. Ndërsa hormonoterapia (delta-corten) e pastër dhe kombinimi i saj me ser. glukozë 5%, plasma dhe biomycinë nuk ka dhënë efekt pozitiv, ç'ka shtrun ndjekjen e problemit në t'ardhmen me qëllim sqarimi përfundimtar të këtij rezultati.

(Paraqitur në redaksi 10-11-1960)

## BIBLIOGRAFIJA

1. — *Ananjev V. A., Llohoa S. V.* «Popitki ispolzovanja specifičnih serologičeskikh reakcij pri boleznji Botkina». Sovjetskaja medicina Nr. 12 — 1955.
2. — *Afanasjeva K. A.* — «K voprosu odiagnotike i srokah hospitalizacii pri boleznji Botkina». Sovjetskaja medicina Nr. 2 — 1959.
3. — *Bacques P.* — «Contribution a l'étude de l'insuffisance hépatique» — La semaine des hopitaux Nr. 58, 2/X/1956.
4. — *Barac S. M., Zak H. Z., Shteinbah Ja. M.* — «K voprosu o diagnotičeskoj cennosti opredelenjija aktivnosti aldolazi pri boleznji Botkina» — Sovjetskaja medicina Nr. 5 — 1959.
5. — *Bilibin A. F. i Lloban* — «O lečenjii blnih boleznji Botkina (epidemičeskij gepatit) glukozoj i insulinom». Kliničeskaja medicina Nr. 1 — 1959.
6. — *Blyger A. F.* — «O značeniji opredelenjija aktinosti shčelčnoj fosfatazi sivorotki krovi i diffenciacii parenhimatoznih i mehaničeskikh zhelltuh». Sovjetskaja medicina Nr. 12 — 1957.
7. — *Z. A. Bondar — E. L. Nazaretjan* — «Kliničeskaja ocenka mikrobiologičeskogo issledovanjija krovi pri boleznji Botkinina». Sovjetskaja medicina Nr. 7 — 1957.
8. — *Z. A. Bondar* — «Mehaničeskaja zhelltuha» Medgiz — 1956.
9. — *Z. A. Bondar — E. L. Nazaretjan i I. S. Priss* — «K voprosu olečenjii boleznji Botkina lipokainom». Boleznji Botkina — Medgiz — 1956.
10. — *A. P. Butjagina, O. I. Voronkova, P. K. Saharova, A. A. Semjenova, E. S. Shejubaum* — «Epidemiologičeskaja karakteristika Borkina v posjellke Lu boleznji Botkina — Megiz — 1956.
11. — *Butjagina A. P. Voronkova O. I. Talinskaja A. F. Ushakova S. P.* — «Izučenjenjije vspishek boleznji Botkina v islovijah detskih kolektivov» — Sovjetskaja medivina Nr. 12 — 1955.
12. — *A. P. Butjagina i E. L. Nazaretjan.* «Materiali po kliničeskoj karakteristike boleznji Botkina» — Boleznji Botkina Medgiz — 1956.
13. — *Cecil e Loeb* — «Trattato di medicina interna, SEU — Roma f. 629-634 vj. 1957.
14. — *Ceidler S. A. Zhitenjeva L. P.* — «K voprosu i teleangiktazijah pri boleznji Botkina» — Sovjetskaja medicina Nr. 11 1955.
15. — *Davidova T. A.* — «K karakteristikā porazhenjija zhellčnogo puzinja i zhellčnih putjej pri boleznji Botkina». Sovjetskaja medicina Nr. 2 — 1959.
16. — *R. F. Ezerski* — «O diagnotike stjertuh form epidemičeskogo gebatita u detej». Sovjetskaja medicina Nr. 5 — 1960.
17. — *Ju A. Iljinski* — «Issledovanjije narushenij uglevodnoj funkcii njervno-zhelezistogo aparata pečinjii pri boleznji Botkina» — Boleznj Botkina — Medgiz — 1956.
18. — *Ivanova N. A.* — «Osobermosti tečenjija boleznji Botkina u-detej — i sravnjetelnaja ocenka njekotorin vidov terapii otogo zavolevanjija» — Sovjetskaja medicina Nr. 11 1959.
19. — *Jarceva A. M., Kogoj T. F.* — «Recidivi i obstrenjija pri boleznji Botkina» Kliničeskaja medicina Nr. 4 — 1960.
20. — *Kapetanaki K. G.* — «Diagnotičeskoje značenjije aktivnosti aldo-

- lazi pri boleznji Botkina i drugih zhelltuhah». Klinjičeskaja medicina — Nr. 1 — 1959.
21. — *N. M. Končallovskaja* — «Tak nazivaemij semejnij cirroz pečjnji kak ishod boleznji Botkina «Boleznj Botkina — Medgiz 1956.
  22. — *Kornilova I. I., Jarceva A. M.* — «Primenjenje kortizona v kompleksnon lečenjii boleznji Botkina» Sovjetskaja medicina Nr. 2 — 1959.
  23. — *D. B. Kutosheva* — «Njehotorije voprosi kliniki boleznji Botkina» — Boleznj Botkina — Medgiz, 1956.
  24. — *L. Leger, P. Rambert, J. Ganivet, R. Roy*, — Camille et C. Dreux «Le probleme de la bile blanche intra-hepatique» La presse medicale Nr. 5, 28/1/1959.
  25. — *Lepjavko A. G.* — K voprosu o diferencialno-diagnostičeskom značenjii obnaruzhenjija efirorastvorimogo bilimbina sivorotke krovi leolnih zhelltuhoj».
  26. — *M. G. Mallkina* — «Civroz peccenji — konječnij ishod boleznji Botkina Bolezhnji Botkina Medgiz 1956.
  27. — *Milosh Netoushek i Millan Irsa* — «Novie vegiadi na metabolizm bilirubina i voznjknovenjije zhelltuhi». Klinjičeskaja medicina Nr. 1 — 1959.
  28. — *Mjasnikov A. C.* — «Rukovodstvo povnutrennjim boleznjam — Boleznji pečjnji» M. 1956. f. 1-106, 131-177.
  29. — *Mihajlova N. D.* — «O proischozhdenjii i klinjičeskom značenjii efirorastvorimogo bilimbina sivorotki krovi». Klinjičeskaja medicina Nr. 3 — 1955.
  30. — *N. I. Morozhin i A. P. Sokollovskaja* — «K vprosu o diagnostike stjertih i bezhelltushnih form infekcionnogo gepatita (boleznji Botkina). Vestnik Akademii Medicinckih Nauk SSSR — Nr. 6 — 1959.
  31. — *Nazaretjan E. L., Ananjev V. A., Puzenkova E. N.* — «Aktivnost aldolazi i reakcija gaterogemagglutinacii u u bolnih boleznii Botkina» Sovjetskaja medicina Nr. 5 — 1956.
  32. — *Nevrajeva O. G.* — «Izmenjenjija vkusovoj čustvitelnosti pri boleznji Botkina i cirrozah pečjnji». Sovjetskaja medicina Nr. 6 — 1959.
  33. — *O. G. Nevrajeva* — «Kharakteristike prodromalnogo perioda boleznji Botkina» — Boleznji Botkina Medgiz — 1956.
  34. — *Nikulenko N. M. Savinski G. M.* — «K voprosu o diagnostičeskom značenjii isledovanjija sosudov gllaza pri boleznji Botkina «Sovjetskaja medicina N. 10 — 1959.
  35. — *N. M. Nikulenko i G. M. Savinski* — «K voprosu ob izmenjenjii vishej njervnoj dejatelnosti pri boleznji Botkina» Bolezhnj Botkina — Medgiz — 1956.
  36. — *Nevrajeva, O. G.* — «Funkcionalnoje sostojanjije njervnoj sistem pri boleznji Botkina i cirroze pečjnji po dannim adekvatnoj optičeskoj hronaksimetrii. Sovjetskaja medicina Nr. 2 — 1959.
  37. — *V. I. Osipova* — «K voprosu o lečenji bolnih bolezhnji Botkina gidroliznom L-103. Sovjetskaja medicina Nr. 5 1960.
  38. — *Paktoris E. A.* — «Voprosi borbi s boleznji Botkina. Sovjetskaja medicina Nr. 5 — 1960.

39. — A. Pedro-Pons — «Diagnostic des diverses formes d'ictère par ré-tention». Symposium CIBA 1/IV/1959.
40. — P. L. Saharova i A. P. Tallinshaja — «Epidemiološkijskaja karakteristika boleznji Botkina» Boleznj Botkina — Medgiz 1956.
41. — Seregejev N. V. Sinajko G. A. — «Značenjije metoda opredelenjija aktivnosti aldolazi v diagnostike boleznji Botkinaz Sovjetskaja medicina Nr. 9-1959.
42. — I. G. Sipitiner — «Klinika bezhelitushnogo varianta boleznji Botkina» — Boleznj Botkina Medgiz 1956.
43. — V. V. Sirnjev — «Ob izmenjenjii arterialnogo dalenjija vo vramja boleznji Botkina u bolnih gipertoničeskoj boleznju» Boleznj Botkina — Medgiz 1956.
44. — V. I. Suharjev — «Akrivnost aldolazi u bolnih boleznji Botkina» Sovjetskaja medicina Nr. 7 — 1957.
45. — Shullaxe A. K. — Ananjev B. A. — «Snavnjit lnoje izučesnijije gepatitov čeloveka i životnih». Sovjetskaja medicina Nr. 12 — 1959.
46. — A. K. Shullaxe — «Njekotorije itogi po eksoerimentalnomu izučenjiju epidemičeskiego gepatila Botkina» Boleznj Botkina — 1956.
47. — E. M. Tarejev — «Aktualnie voprosu kompleksnogo i zučenjija boleznji Botkinaz — Boleznj Botkina — Medgiz 1956.
49. — E. M. Tarejev — «K istoriji razvitija učenjija i boleznji Botkina v SSSR» — Boleznji Botkina — Medgiz 1956.
50. — Tarejev E. M. — «Biliarnij sindrom, istinnij i lžhnij, pri boleznjii Botkina i njektorih drugih diffuznih gepatitah». Sovjetskaja medicina Nr. 12 — 1959.
51. — Tkačev P. G. — «Primenjenjije metionina pri lečenjii bolnih boleznju Botkina» Sovjetskaja medicina Nr. 12 — 1959.
52. — Vaisman S. P. i Grinberh Ja. M. — «Distrofija pečenji pri boleznji Botkina po materiallam terapeutičeskih klinik» — Klinjičeska-ja medicina Nr. 1 — 1959.
53. — O. I. Voronkova, S. P. Ushakova, A. P. Butjagina — «Perspektivi llaboratornoj diagnostiki boleznji Botkina» Boleznj Botkina — Medgiz 1956.
54. — O. I. Voronkova, A. F. Taranenk<sup>o</sup>, S. P. Ushakova — «Ekspermentalnoje izučenjije epidemičeskiego gepatika (boleznji Botkina)». Boleznj Botkina — Medgiz 1956.

**SOME CLINICO-TERAPEUTIC CHARACTERISTICS OF  
INFECTIOUS HEPATITIS (MORBUS/BOTKIN) IN  
THE CLINIC OF INFECTIOUS DISEASES**

( Summary )

*In this work the author analyses the cases of 174 patients with the Botkin's disease treated in the clinic of infectious diseases in the year 1959 and comes to the conclusion that the rate at which the disease is spreading*

in our country must oblige us to study it from the clinical, laboratory and epidemiological viewpoints.

He shows also that the average time the patients stay in hospital is 23,8 days, that the disease lasts 35 days, that the average delay of hospitalisation is 11,2 days, and for this reason we must improve the early diagnosis by way of applying more modern methods. Judging from his material the author arrives at the conclusion that the forms that have predominated have been the light and medium acute ones with dispeptico-asthenic and dispeptic character. In regard to the preicteric period the author thinks that it is shorter in the light forms and longer in the serious ones. The icterus of the sclerae is more accentuated in the grave acute forms. From the diverse ways of treatment the best results have been obtained with vitamins combined or not with glucose. The combination of the injections of hypertonic solutions of glucose with subcutaneous injections of vitamin B<sub>12</sub> has also, given satisfactory results. The treatment with hormones (delta-cortene) alone or combined with dextrose-serum 5%, with plasma and biomycline has not given good results.

---



## TË DHËNA PARAPRAKE MBI MJEKIMIN E THYREOTOKSIKOZAVE ME CHLORPROMAZINE

— JOSIF E. ADHAMI e MILTO K. KOSTAQI —

Klinika e Terapisë së Fakultetit

Thyreotoxicozat zënë një vend të konsiderueshëm midis sëmundjeve të tjera dhe bëhen shkak i rritjes së paaftësisë në punë.

Duke folur mbi rolin e faktorëve psikikë në çfaqjen e kësaj sëmundjeje, Baranov V. G., tregon se ndërsa në kohën e luftës së dytë botërore nuk u konstatua ndonjë ngritje e morbozitetit, pas mbarimit të saj numuri i thyreotoxicozave u shtua.

Përsa i përket seksit, të gjithë autorët janë dakord se sëmundja çfaqet më shpesh në gratë se sa në burrat; sipas Shereshevskij N. A. gratë sëmurën 5-10 herë më tepër. Edhe Albeaux-Fernet tregon se në Francë përqindja e burrave nuk përbën veçse 10% të rasteve, ndërsa në Shtetet e Bashkuara të Amerikës është shumë e lartë.

Në vëndin tonë, të bazuar mbi rastet e shtruar në tri klinikat e Terapisë gjatë vjetëve 1958-1959 dhe 10 muajt e para të 1960, konstatuam se përqindja e meshkujve me thyreotoxicozë përbën 13,45% (pasqyra Nr. 1).

*Pasqyra Nr. 1*

V i t i	Meshkuj	Femra	Gjithësejt	% e meshkujve
1958	8	51	59	13,56
1959	11	98	109	10,09
1960	18	89	107	16,8
<b>S h u m a</b>	<b>37</b>	<b>238</b>	<b>275</b>	<b>13,45</b>

Gjatë kësaj kohe janë mjekuar në klinikën tonë 70 veta prej të cilëve 11 me alkiron, 11 me alkiron të kombinuar me preparate të jodit, 5 me raisedyl, 11 vetëm me preparate të jodit ose qetësues të sistemit nervoz, kurse në 32 veta kemi përdorur chlorpromazinë të kombinuar ose jo me substanca të tjera. Por nga këto të fundit, një rast u mjekua vetëm pak ditë dhe dolli nga klinika për arsye familjare, kurse i dyti paraqiste një kompleks sëmundjesh, prandaj nuk mund të bazohemi në këto për të nxjerë konkluzione mbi rezultatet e përdorimit të chlorpromazinës.

Të 30 rastet e tjera të mjekuara me preparatin e fundit, ishin të gjitha femra.

Përsa i përket moshës, 50% të rasteve d.m.th. 15 paciente ishin midis 20-29 vjeç, në radhë të dytë vinte moshë 30-39 vjeç 12 raste, kurse ndënë 19 vjeç vetëm 3 raste,

Këto të dhëna përputhen me ato të Shereshevskit, sipas të cilave numri më i madh i rasteve u korespondon moshave 20-40 vjeç.

Në lidhje me profesionin, konstatuam se vëndin e parë e zenë punëtorët, 17 raste, pastaj nëpunëset 8, shtëpijaket 4, nxënësit 1, kurse nuk kishim asnjë fshatar.

Një rëndësi të madhe në çfaqjen e kësaj sëmundjeje u jepet traumave psihike të cilat, sipas Shereshevskit, konstatohen në 80% të rasteve, kurse sipas Havin I. B. megjithëse përqindja është më e pakët, ato predominojnë mbi të gjithë faktorët e tjerë etiologjikë. Në rastet tona trauma psihike qe vënë në dukje vetëm në 10% të rasteve.

Nga të 30 rastet e mjekuara me chlorpromazinë, 5 paraqitnin tonsilite chronike, kurse 10 veta caries dentare. Shumë autorë kohët e fundit, u japin rëndësi infeksioneve focale veçanërisht tonsiliteve chronike. Kështu Preobrazhenskij A. P. (cituar nga Havin I. B.) gjatë 18 vjetëve konstatoi se nga 1281 të sëmurë, në 34,5% të rasteve thyreotoxicoza shoqërohej me tonsilite. Shereshevskij N. A. në 381 raste me forma të theksuara të Morbus Basedowit, në 62,44% kishte të dhëna për tonsilite chronike. Por me shumë të drejtë ky autor, thotë se nuk duhen nxjerrë konkluzione në bazë të këtyre të dhënave, sepse tonsiliti mund të jetë vetëm si një bashkëudhëtar i thyreotoxicozës, por jo shkak i saj.

Në 4 nga pacientet tona, fillimi i sëmundjes është i lidhur me gravidancën. Kështu, në një rast u çfaq menjëherë pas lindjes, tek një tjetër pas një aborti me hydramnios, tek e treta pas një aborti të provokuar, kurse e katërta u sëmur në javët e para të barrës.

Gravidanca sipas Baranov V. G. është e rallë në këto të sëmura dhe në raste të veçanta mund të aktivizojë sëmundjen, ashtu sikurse dhe ndërprerja e barrës.

Nga 30 të sëmurat tona, 7 paraqitnin turbullime menstruale, 4 adneksite dhe një salpingoophoritis.

Një e sëmurë kishte kaluar erythema nodosum, 2 infiltrate pulmonare dhe 2 t. b. c. focale, prej të cilave njera ishte transferuar në klinikën tonë nga sanatoriumi antituberkular.

Havin I. B. tregon se sipas të dhënave të disa autorëve, thyreotoxicoza gjendet në 15% të të sëmurëve me tuberkuloz pulmonar.

Të katër të sëmurët tonë me procese pulmonare e toleruan mirë mjekimin me chlorpromazinë. Prej këtej kuptohet dhe avantazhi që ka ky preparat, veçanërisht në format aktive të tuberkulozit, ku methylthiouracili është i kontraindikuar, dhe preparatet e jodit nuk rekomandohen sepse për shkak të congestionimit që bëjnë, mund të shkaktojnë hemorragjira në format aktive ose të reaktivizojnë format e mbyllura.

Përsa i përket klinikës, në përgjithësi kanë qenë forma mesatarisht të rënda ose të lehta.

Këto vjetët e fundit me përdorimin e substancave neuroplegike me veprim central, janë bërë shumë punime mbi përdorimin e reserpinës në thyreotoxicozë, sepse kjo inhibon qëndrat cortikale, diencefalike, vegjetative, dhe përveç uljes së presionit arterial për të cilën përdoret në sëmundjen hipertoniqe, shkakton bradicardi, inhibon fazën sekretore dhe ekskretore të thyroides, pakëson formimin e thyrotropinës dhe në një farë grade influencën exophthalminë. Të sëmurët përmirësohen, shtojnë në peshë,

rallohet pulsi, ulët presioni arterial, rritet kolesterolhemia, ulët metabolizmi bazal dhe sipas observacioneve të Bornemisza Pal, preparatet e rauwolfias mund të vepronë edhe vetë pa ndihmën e medikamenteve të tjera, por me ndërprerjen e mjekimit simptomat recidivojnë shpejt. Një gjë të tillë ka konstatuar dhe njëri prej nesh <sup>1)</sup> që në vitin 1958.

Autorë të tjerë si Çuba S. P., rekomandojnë kombinimin e reserpinës me 6-methylthiouracil, se në këtë mënyrë mund të ulen dozat, bëhet më i qëndrueshëm efekti terapeutik dhe mund të përdoret jo vetëm në stacionare, por dhe ambulatorisht.

Por ndërsa të dhënat mbi përdorimin e serpasilit në thyreotoxicozat janë të shumta, në literaturën që patëm mundësi të konsultojmë kohët e rëndit, kemi gjetur shumë pak të dhëna në lidhje me përdorimin e chlorpromazinës në këtë sëmundje.

Nga 30 të sëmurët që kemi mjekuar me këtë preparat, rasti i parë ishte e sëmura Elvetie P. vjeç 28, shtëpijake, Nr. kartelles 11.848, e cila u shtrua në klinikë më 13 Nëntor 1958, mbasi paraqiste dobësi të përgjithëshme, humbi në peshë 8 kg. brënda 2 vjetëve të fundit ndjente palpacione, kishte dhëmbje koke, insomni, djersë të shumta, temperaturë subfebrile dhe kohët e fundit vuri re se i binin shumë flokët. E ndjente venten të sëmurë që prej dy vjetësh dhe është mjekuar ambulatorisht duke u konsideruar si cardiaca, aqë sa dhe diagnoza e shtrimit nga poliklinika ishte «arythmia perpetua».

Kur erdhi në klinikë përveç një tachicardie rreth 100/minutë nuk paraqiste asnjë lloj arythmie si klinikisht ashtu dhe elektrokardiografikisht. Por kjo gjë nuk ekskludon mundësinë e një arythmie fibrilare me karakter paroxizmal, që atëhere i kishte kaluar, mbasi pacientia u shtrua në klinikë dy ditë më vonë.

Në antecedentet personale ka kaluar një hepatocholecystitis chronica dhe një adnexitis dex., kurse anamneza familjare pa rëndësi.

Kur u shtrua në klinikë ishte e dobët, irritabile, mërziqte dhe qantë me lehtësi, lëkura ishte e njomë nga djersët, paraqiste një exophtalmus të lehtë, simptomat e Graefe dhe Moebius ishin pozitive, kishte tremor të extremiteteve, dermatografizëm të kuq të theksuar, tachicardi, zhurmë të lehtë sistolike në të gjithë focuset. Thyroidea paraqiste një hypertrophi të gradës II-III-të me një aspekt mikronodular, metabolizmi bazal + 20.

U mjekua me lugol, bromure, luminal, vitaminë C, glukozë, me insulinë etj. Tremori u pakësua pak, por tachicardia persistonte deri rreth 96 në minutë, dhe turbullimet e tjera neurovegetative mbetën të pandryshuara.

Të bazuar mbi rezultatet e mira që jepte chlorpromazina në një sërë sëmundjesh psihike, mbi veprimin farmacodinamik të këtij preparati, për-sa i përket bllokimit të qëndrave diencephalike si dhe veprimin periferik adrenolitik, që i atribuojnë disa autorë, vendosëm t'a përdorim këtë per os 3 herë në ditë nga 25 mgr. të kombinuar me mikrodoza jodi dhe vitaminë «A». Që atë ditë pacientia pati një reaksion me palpacione, vertigo, dispnoe, dhëmbje koke, dobësi të përgjithëshme dhe gjatë natës djersë të shumta. Të nesërmen dozën e saj e ulëm për gjysëm d.m.th. 3x12,5 mgr. Preparati u tolerua mirë, gjendja filloj të përmirësohet që ditën e dytë, ishte më e qetë dhe flinte më mirë. Brenda 4-5 ditësh, megjithëse chlorpromazina mund të japë dhe tachicardi të moderuar, pulsi ariu 75 të ratur në

minutë, oreksi iu përmirësua, djersët dhe asthenia që paraqiste iu pakësuan, i kaloj irritabiliteti dhe më 23 dhjetor të atij viti, dolli nga klinika duke shtuar në peshë 3 kg.

Manifestime kolaterale nga chlorpromazina janë përshkruar nga shumë autorë. Kështu Bantea C. flet për tachicardi të moderuar, tharje të gojës, sensacion të një rëndimi në kokë, por këto fenomene çduken disa ditë pas fillimit të terapisë. Po ky autor përmënd dhe raste ikteri që sipas I. Flamant, mund t'i detyrohen një veprimi hepatotoksik, si dhe fenomene sensibilizimi ose extrapiramidale. Tomorug Ep. dhe Tanasescu Gh. që kanë mjekuar me largactil një numur të konsideruarshëm pacientësh (42 burra dhe 124 gra) me turbullime të ndryshme endocrine dhe psihike, kanë observuar midis tyre dhe raste thyreotoxicoze, që pas dhënies për herë të parë të këtij preparati, paraqitnin kriza palpitacionesh dhe gjendje anksoziteti me dispnoe. Në disa prej tyre, shoqërimi i largactilit me fenergan evitonte çfaqjen e këtyre manifestimeve jo të pëlqyeshme, kurse në të tjerët jo. Po këta autorë tregojnë se në të sëmuret, që krahas me largactilin, mernin dhe preparate thyreostatike, nuk kanë konstatuar reaksione të këtilla.

Janë përshkruar dhe raste dermatitësh buloze (Smuljeviç A. B., Kallamkarjan A. A. etj.).

Ne nuk kemi patur manifestime alergjike, por kemi konstatuar se përveç rastit që demonstruam më lart, fenomene kolaterale më pak të theksuara u çfaqën dhe në 4 paciente të tjera. Simptomi i përbashkët ishin vertizhet, kurse dy prej tyre ankoheshin dhe për palpitacione. Këto simptoma në tre raste u çfaqën ditën e tretë të mjekimit me klorpromazinë, kurse në 1 ditën e katërt dhe kaluan brënda një dite pa qenë nevoja që të ulim dozat, me përjashtim të një rasti që u detyruam ta paksojmë sasinë ditore nga 75-50 mgr.

Përsa u përket simptomave që paraqitnin 30 rastet tona, para dhe pas mjekimit me chlorpromazinë, kemi konstatuar:

Të gjitha rastet paraqitnin hipertrofi të gjëndrës. Në 26 raste thyroidea ishte e rritur në mënyrë difuze, kurse në 4 raste nodulare (adenoma toxicum).

Përsa i përket madhësisë shumica ishin të gradës së dytë.

Grada e I-rë .....	4 veta
Grada e II-të .....	18 veta
Grada e III-të .....	5 veta

Në tre raste nuk është përcaktuar grada, por njera prej tyre paraqiste një recidivë pas një thyroidectomie subtotalë. Studimet eksperimentale të Milcu St. M. Negoescu, Lupulescu A. dhe Cocu Fl., kanë treguar se përdorimi kronik i chlorpromazinës, bën që thyroidea të mos i përgjigjet plotësisht veprimit të hormonit thyreotrop, por në mënyrë të dissociuar, qoftë dhe atëhere kur ky hormon përdoret me rrugë parenterale. Kështu ata kanë konstatuar se chlorpromazina nuk e redukton hipertrofinë e thyroides të shkaktuar nga thyreotropi, por nga ana tjetër, ndalon që të rritet metabolizmi bazal ndënë veprimin e këtij hormoni.

Prej këtej, autorët supozojnë, se chlorpromazina vepron më tepër mbi hypotalamusin posterior, i cili sekretion thyreotropin metabolik, se sa mbi anteriorin, që influencon thyreotropin e rritjes së gjëndrës.

Këto rezultate eksperimentale, korespondojnë me të dhënat tona kli-

nike, megjithëse koha e administrimit të chlorpromazinës nuk ka qenë e gjatë.

Kështu, gjatë mjekimit të të sëmurëve tanë, ku më shumë e ku më pak, kemi patur përmirësime të dukëshme, me përjashtim të një rasti që gjendja mbeti e pandryshuar, por në asnjë prej tyre nuk mundëm të konstatojmë ndonjë zvogëlim të dukshëm të dimensioneve të strumës.

Përsa i përket metabolizmit bazal, në ato raste të ralla që kemi matur, si para edhe pas ose gjatë mjekimit, kemi konstatuar një farë uljeje të tij. Për këtë dëshmon edhe shtimi në peshë i të sëmurëve pas mjekimit.

Para shtrimit 26 veta kishin patur humbje në peshë, kurse në 4 persona nuk përcaktohej.

#### Pas mjekimit kanë shtuar në peshë:

Deri 2 kg. ....	9 veta
2-3 kg. ....	5 »
Mbi 3 kg. ....	2 »
Të pa përcaktuar .....	13 »
Ka humbur në peshë .....	1 njeri.

Për të treguar uljen që pëson metabolizmi bazal pas mjekimit, do të demonstrojmë të sëmurën Fatbardha H. Vjeç 15, nxënëse, Nr. kartellës 875. U shtrua në klinikë më 9-2-1960. E konsideron vehten të sëmurë që para 3 vjetësh, kur një natë çohet përnjëherësh nga gjumi, mbasi ndjente një vështirësi në frymëmarrje, palpitatione, këputje gjunjësh dhe i dukej sikur e shtrëngonte diçka në kraharor. Vizitohet dhe i konstatohet thyreotoxicosis. Gradualisht humbi në peshë, pastaj iu pakësua orexi, ishte irritable qante me lehtësi për gjëra pa rëndësi, ndjente valë nxehtësie në trup, insomni, palpitatione në regionin precordial, i dridheshin duartë, i binin flokët më shumë se përpara dhe iu çfaq një diare 3-4 herë ditën.

Përveç fruthit dhe kollës së mirë, nuk ka kaluar sëmundje të tjera. Menstruacionet i kanë ardhur në moshën 14 vjeç të çrregullta, çdo 2-3 muaj, me dhëmbje, flux të madh dhe i zgjatnin 8 ditë.

Kur u shtrua paraqiste një llogorë, sytë të shkëlqyera me një exophthalmus të lehtë, simptomi Graefe pozitiv, thyroidea e hipertrofizuar në mënyrë difuze grada e tretë, kishte tremor të ekstremiteteve, tachicardi 112/minutë, T. A. 105/65. Temperatura subfebrile. Metabolizmi bazal sipas formulës së Read + 34. Otorinolaringologu vuri në dukje një tonsillitis chronica dhe rekomandonte tonsillectominë.

U mjekua me chlorpromazinë në fillim 50 mgr pastaj 75 mgr. ditën të kombinuar me vitaminë A. Gjendja filloj të përmirësohet, ishte më e qetë, iu ndalua diareja, iu shtua orexi, palpitationet iu pakësuan, pulsi ariu rreth 80-84/minutë, metabolizmi bazal u ul në +10, por struma dhe simptomat oculare nuk pësuan asnjë ndryshim. Më 26 fror, pacientja do-lli nga klinika e përmirësuar.

Metabolizmi bazal që në fillim u mat në 19 veta, prej të cilëve 6 me aparatën Krogh, kurse në 13 sipas formulës së Read,

Para mjekimit	Normal	16-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	Pa Përcaktuar
Numuri i rasteve	1	6	7	2	2	1	11

Në pasqyrën e mësipërme bie në sy një rast me metabolizëm normal. Në lidhje me këtë duhet thënë se shumë autorë nuk e pranojnë thyreotoxicozën pa metabolizëm bazal të ngritur, por ka dhe të tjerë si Janny dhe Henderson, Hamilton dhe Laqueur, Crile, Nordentoff, Eppinger, Brull, Bram (cituar sipas Albeaux-Fernet M.), të cilët kanë observuar se ekziston një diskordancë midis metabolizmit bazal dhe të dhënave të ekzaminimit klinik dhe veç kësaj, kanë përshkruar raste të sëmundjes së Basedowit me metabolizëm normal. Një diskordancë të këtillë, midis klinikës dhe rezultateve të metabolizmit bazal, kemi observuar edhe ne.

Përsa i përket gravitetit të thyreotoxicozës, Cameron A. T. thotë se në disa raste, grada e rritjes së metabolizmit bazal, nuk është një indikator i sigurtë që shkon paralelisht me gravitetin e kësaj sëmundjeje.

Një simptom i rëndësishëm që konsiderohet si kardinal për sëmundjen e Basedowit, është exophthalmia. Havin I. B. tregon se sipas të dhënave të institutit qëndror të endocrinologjisë eksperimentale të Bashkimit Sovjetik, ky simptom konstatohet në 21% të rasteve me thyreotoxicozë. Sipas Cameron A. T., exophthalmia vihet re në 60-70% të të sëmurëve me Morbus Graves. Albeaux-Fernet M. thotë se exophthalmusi nuk është konstant dhe citon të dhënat e Sainton që e ka gjetur në 84% të rasteve dhe të Azerad në 67%.

Ne e konstatuam në 23 veta ose 76,6%, kurse 16 paraqitnin sy të shkëlqyer. Pas mjekimit nuk u vu re ndonjë ndryshim.

Në lidhje me tremorin, Sattler (cituar nga Albeaux-Fernet M.) thotë se takohet në 99% të rasteve. Para mjekimit ne e konstatuam në të gjitha rastet kurse pas tij në 5 mund të themi se ishte çdukur, në 23 pakësuar dhe në 2 nuk ndryshoj fare.

Përsa i përket mjekimit 25 të sëmurë u mjekuan me chlorpromazinë të pakombinuar me alkiron ose preparate të jodit. 4 prej tyre merrnin njëkohësisht Vitaminë A, 7 të tjerë insulinë 10 unitete ditën dhe një insulinë dhe vitaminë A.

Në pasqyrën e më poshtme do të tregojmë ndryshimet që ka pësuar pulsi pas përdorimit të chlorpromazinës.

Pulsi	Ulet	Ngrihet	Ngrihet pastaj ulet	Nuk ndryshon
Numuri i rasteve	11	2	6	6

Nga 5 rastet e tjera, 2 u mjekuan me lugol e chlorpromazinë, kurse 3 me alkiron e chlorpromazinë.

Si pulsi dhe presioni arterial, paraqitën një instabilitet të madh, i cili karakterizon pjesën më të madhe të simptomave të thyreotoxicozës.

Pas mjekimit me chlorpromazinë, kemi konstatuar se ekziston një tendencë për t'u stabilizuar dhe normalizuar shumë a pak presioni arterial. Në pasqyrën e më poshtme ku paraqitim presionin arterial të një pjese

nga të sëmurët tanë, duket se si ulet presioni në ata që e kanë më të lartë se normalin dhe ka tendencë të ngrihet në ata që e kanë më të ulët:

Para mjekimit	Pas mjekimit
130/80	120/80
155/100	130/70
120/70	120/70
125/70	120/70
110/80	115/80
110/80	115/80
110/75	110/70
105/65	100/60
110/70	110/60
100/55	105/70
130/80	130/80

Në auskultacionin e zëmrës kemi dëgjuar zhurmë sistolike: në apex në 14 raste, nga 1 rast në art. pulmonalis dhe aortë si dhe një rast me arhythmia extrasistolike. Por këto kanë qenë zhurma funksionale, të cilat ndronin me pozicionin e pacientit.

Përsa u përket palpacioneve kemi konstatuar:

	Me palpacione	Pa palpacione	Të pa përcaktuara
para mjekimit	26	1	3
pas mjekimit	3	24	3

Një nga simptomat për të cilën ankohen pëthuhet të gjithë të sëmurët, është dobësia muskulare. Shereshevski tregon se këtë simptom Chvostek H, që në vitin 1917, e ka konsideruar si një nga shënjat kryesore të sëmundjes së Basedowit. Ky simptom ka qenë prezent para mjekimit në 29 nga të sëmurët tanë, kurse në një ishte i pa përcaktuar. Pas mjekimit u çduk në 25 raste, u pakësua në një, kurse mbeti i pandryshuar në 3 veta. Temperatura para mjekimit ishte subfebrile në 19 veta dhe afebrile në 11, kurse pas mjekimit, subfebrile në 17 dhe afebrile në 13 raste.

Një normalizim i subfebrilitetit vetëm në dy të sëmurë, në qoftë se nuk është i rastit, duhet t'i detyrohet pakësimit të veprimit calorigen të thyroxinës nga chlorpromazina (Milcu dhe bashkëpunorët).

Me veprimin hypotermik dhe antipyretik të chlorpromazinës, duhet lidhur dhe çdukja e valëve të nxehtësisë tek këta të sëmurë pas mjekimit.

Valë nxehtësie	Paraqitnin	Nuk kishin	Të pa përcaktuara
Para mjekimit	17	4	9
Pas mjekimit	4	17	9

Përveç subfebrilitetit një nga simptomat mjaft rezistente kundrejt terapisë me chlorpromazinë, ka qenë dhëmbja e kokës.

Dhëmbja e kokës	Prezente	Mungonte	E pa përcaktuar	E pakësuar
Para mjekimit	25	1	4	—
Pas mjekimit	10	12	4	4

Përsa u përket simptomave nervoze, ato influencohen më mirë ndënë veprimin e chlorpromazinës se sa shënjat e tjera. Kështu para mjekimit me përjashtim të një rasti, të gjithë paraqitnin irritabilitet, ndënë vepërimin e këtij preparati ai u çduk në 28 nga 29 rastet.

Edhe gjumi i të sëmurëve u normalizua në një numur të konsiderueshëm. Para mjekimit paraqitnin insomni 26 veta kurse pas, vetëm 7 veta.

Djersë	Kishin	Nuk kishin	Të pa përcaktuara	Të pakësuar
Para mjekimit	21	3	6	—
Pas mjekimit	2	9	7	12

Një vend të rëndësishëm në simptomatologjinë e kësaj sëmundjeje, u jepet turbullimeve digjестive, të cilat ndryshojnë sipas autorëve të ndryshëm. Kështu sipas të dhënave të klinikës së institutit të endokrinologjisë eksperimentale të Bashkimit Sovjetik, në 31% të rasteve është konstatuar diare. Kurse në të sëmurët tanë, vetëm në 3 raste në dy prej të cilëve u çduk pas mjekimit me chlorpromazinë.

Edhe Shershevskij N. A. tregon se në shumë të sëmurë me thyreotoxicozë, nuk shikohen turbullime dispeptike. Në raste më të ralla mund të konstatohet constipation. Kurse Baranov, thotë se këta të sëmurë mund të dalin jashtë 2-3 herë në ditë, por materjet janë të formuara dhe vetëm në raste shumë të rënda mund të jenë diarrhoike.

Me shumë të drejtë Havin I. B. thotë se, orexi i këtyre të sëmurëve, nuk është i qëndrueshëm, kur është i shtuar si i «ujkut» kur ulet aqë shumë, sa ata duhet t'i ushqesh me zor, veçanërisht në format e rënda.

Në të sëmurët tanë para mjekimit konstatuam se vetëm 10 paraqitnin orex të shtuar, kurse 20 e kishin të pakësuar. Pas chlorpromazinës, e cila siç treguam më lart, në një numur të konsiderueshëm të rasteve u kombinua dhe me insulinë, orexi ishte i mirë në 27 raste, kurse paraqisnin anorexi vetëm 3 veta.

Në lidhje me kuadrin e gjakut në thyreotoxicozat, pothuajse të gjithë autorët, janë të mejtimit se kemi të bëjmë me një leucopeni të shoqëruar me neutropeni dhe limfocitozë relative. (Shereshevskij N. A., Baranov V. G. Havin I. B. etj.). Sipas këtij të fundit limfocitoza mund të jetë jo vetëm relative por dhe absolute. Shereshevskij tregon se limfocitoza arin 30-40% dhe ka patur raste ku numuri i tyre është ngritur deri 50%. Edhe sipas Kocher (cituar nga Albeaux-Fernet M. ) limfocitoza mund të arrijë deri 40-50%. Në lidhje me leucopeninë, Baranov V. G. thotë se e konstatojmë në rastet e rënda dhe mesatarisht të rënda. Edhe sedimentacioni



mund të rritet. Kështu sipas Jonas (cituar nga Albeaux-Fernet M.) rritet në 78% të rasteve.

Shereshevskij citon punimin e Smirnov L. V. të bazuar mbi 550 ekzaminime, tek të sëmurë me thyreotoxicozë me grada graviteti të ndryshëm, sipas të cilit sedimentacioni mbetet normal vetëm në 1/3 e rasteve, në të tjerët rritet më tepër se 20 m/m në 1 orë me metodën Pançenko, kurse në raste të ralla arin 40-50 mm/ orë.

Edhe të dhënat tona, megjithëse numuri që kemi marrë në studim është akoma i pakët, shumë a pak konkordojnë me ato të autorëve të tjerë të sipër përmëndur, me përjashtim të sedimentacionit, që në 23 raste nuk e kalon normalin (duke marrë parasysh se të gjithë pacientët tonë janë gra).

#### Leukocitet para mjekimit:

Mbi 8.000	5-8.000	Ndënë 5.000
2	14	14

#### Neutrofilet në hyrje:

Ndënë 50%	51-60%	61-70%	Mbi 70%
4	10	10	6

#### Limfocitet para mjekimit:

Ndënë 20%	21-30%	31-40%	Mbi 40%
2	9	14	5

#### Sedimentacioni në hyrje:

5 mm e poshtë për 1 orë	6-10 mm	11-20 mm	Mbi 20 mm
10	13	3	4

Ka autorë si Zollotnicki R. I., Blejher V. M., Brandus D. A. dhe Pisaneç O. T., të cilët gjatë mjekimit të 30 të sëmurëve schizofrenikë me aminazinë intramuskulare, kanë konstatuar një rritje të sedimentacionit dhe leukociteve dhe supozojnë se kjo mvaret nga rruga e përdorimit të aminazinës, mbasi për os nuk kanë observuar ndryshime të këtilla.

Ne chlorpromazinën e kemi përdorur për os dhe për kohë të shkurtër sepse dozat totale, me përjashtim të një rasti që mori 3,75 gr, nuk i kalonin 2 gr. Megjithatë kemi konstatuar një rritje të leukociteve dhe neutrofileve, si dhe një ulje të limfociteve. Përsa i përket sedimentacionit nuk u konstatuan ndryshime të konsiderueshme.

Më poshtë po japim një pasqyrë të vogël të 6 rasteve që para mjekimit kishin leukopeni.

## Para mjekimit

## Pas mjekimit

Leukocyte mm <sup>3</sup>	Neutrofile mm <sup>3</sup>	Linfocite mm <sup>3</sup>	Sediment mm/orë	Leukocyte mm <sup>3</sup>	Neutrofile mm.	Linfocite mm <sup>3</sup>	Sediment mm/orë
1.500	48	42	4	4.700	46	53	7
3.900	44	46	10	5.700	56	42	7
3.500	60	32	10	5.300	66	30	27
4.800	58	39	27	4.900	72	26	10
5.000	60	34	2	5.500	69	24	3
3.200	63	36	6	3.700	68	28	4

Duke marrë parasysh se rastet tona janë akoma të pakta, është vështirë që të nxjerësh konkluzione definitive, sepse nevojitet dhe një ndjekje e këtyre të sëmurëve edhe pas mjekimit.

Me gjithatë, ne mund të nxjerrim këto konkluzione:

1 — Përdorimi i chlorpromazinës në thyretoxicozat bën që të pakësohen ose zhduken pjesa më e madhe e simptomave neurovegjetative, të ulet metabolizmi bazal dhe të përmirësohet gjendja e përgjithëshme e këtyre të sëmurëve, kurse volumi i strumës dhe manifestimet oculare, nuk influencohen.

2 — Chlorpromazina mund të administrohet në ata të sëmurë, ku përdorimi i antithyroidianëve të sintezës (thyouracilit) është i kontraindukuar si p.sh. në raste leukoponie ose tuberkulozi aktiv.

3 — Doza ditore 75 mgr chlorpromazinë per os, është e mjaftueshme për mjekimin e thyretoxicosës.

4 — Një nga simptomat e shpeshta të intolerancës së chlorpromazinës janë vertizhet, të cilat zakonisht çfaqen në 3-4 ditët e para të mjekimit dhe në shumicën e rasteve zhduken pa qenë nevoja të ulim dozat ose të ndërpresim mjekimin.

5 — Kombinimi me antithyroidianë të sintezës, mund të na lejojë t'i ulim dozat e këtyre të fundit.

6 — Chlorpromazina bën që puls të ulet në një pjesë të madhe të pacienteve, ose në fillim shkakton një shpejtim, pastaj ulje të tij.

7 — Ky preparat ka një tendencë për të normalizuar presionin arterial.

8 — Bën që të shtohet numuri i leukociteve dhe polinukleareve, të pakësohet përqindja e limfociteve kurse sedimentacioni nuk paraqet ndryshime të dukëshme.

(Paraqitur në redaksi 15-12-60)

## BIBLIOGRAFIA

1. — *Albeaux-Fernet M.* — «Pathologie du corps thyroïde» në: «Traité de Médecine». Tom. XIII, Ravina A. dhe Patel J., Paris 1948.
2. — *Baranov V. G.* — «Boljezniji endokrinnoj sistemi i obmjena vjeshčestv». Pod redakcijej Mjasnikova A. L. Medgiz. Leningradskoe otdjeljenjije 1955.
3. — *Bantea Corneliu.* — «Tratamentul bolilor cardio-vasculare». Bucuresti 1958.
4. — *Bornemisza Pal.* — «Tratamentul hipertineozei cu derivate de Rauwolfia». Revista Medicala. Tirgu-Mures, 1958, Nr. 1, 62.
5. — *Çuba S. P.* — «Leçenjije balnih tireotoksikozom rezerpinom v kombinaciji s 6-metiltiouracilom». Terapevtičeskij Arhiv, Moskva-1960, Tom. XXXII, Nr. 9, 76.
6. — *Havin I. B.* — «Zaboljevanjija ščitovidnoj zheljezi». V. knjige: «Rukovodstvo po kliniceskoj endokrinologiji». pod redakcijei Vasjukovoj E. A. Medgiz 1958, Moskva.
7. — *Kallamkarjan A. A.* — «Buljoznije aminazinovije dermatiti» Zhurnal nevro patollogiji i psihiatriji imeni S. S. Korsakova. Moskva 1960, Tom. LX, Nr. 5, 593.
8. — *Milcu St. M., Negoescu I, Lupulescu A., Cocu Fl.* — «Modificarea raspunsului tiroidei la hormonul tireotrop dupa administrarea de clorpromazina». Endocrinologia. Bucuresti 1957, 2, 121.
9. — *Smuljeviç A. B.* — «O njekatorih toksiko-allergičeskijh reakcijah, svjazannih s primenjenjijem aminazina». Zhurnal nevropatollogiji i psihiatriji imeni S. S. Korsakova. Moskva 1960 Tom. LX. Nr. 5, 585.
10. — *Shreshevskij N. A.* — «Kliničeskaja endokrinologija». Medgiz 1957. Moskva.
11. — *Tomorug Ep. si Tanasescu* — «Terapia cu largactil la bolnavii cu tulburari endocrine si psihice. Studii si Cercetari de Endocrinologie. Bucuresti 1957, VIII, Nr. 4. 449.
12. — *Tomorug Ep., Tanasescu Gh., Cortez M., Cherciulescu A. si Fruchter.* I. Influenta largactilului asupra unor constante biochimice si importanta asocierii terapiei hormonale cu largactilul la bolnavii cu tulburari psihice si endocrine». Studii si cercetari de endocrinologie. Bucuresti 1958, IX. Nr. 3, 359.
13. — *Zollotnickij R. I., Blejher V. M., Brandus D. A. i Pisanec O. T.* — «Dinamika pokazateljej krovi pri aminazioterapiji dlitelno-boljejuščijh šizofrenijej». Zhurnal nevropatollogiji i Psihiatriji imeni S. S. Korsakova. Moskva 1960, Tom; LX, Nr. 2, 220.

## PRELIMINARY DATA ON THE TREATMENT OF THE THYREOTOXICOSES WITH CHLORPROMAZINE

### (SUMMARY)

The authors since the end of 1958 until 1960 have treated 30 patients with light and moderately serious forms of thyreotoxicosis with chlorpromazine. The average daily dose was 75 mg.

Although the number of cases is still very small, they have come to some definite preliminary conclusions. They have noted that chlorpromazine helps to diminish or eliminate an important part of the neurovegetative symptoms, to lower the basal metabolism and to improve the general condition of the patients, while the size of the goitre and the ocular phenomena are not influenced. This preparation can be used in the cases where the use of synthetic antithyroidal preparations is not indicated, for example in the cases with leucopenia or active tuberculosis.

The authors, after having tried on some cases the combination of chlorpromazine with other antithyroidal preparations like thyouracil and iodine, point out that by way of such combinations it is possible to diminish the doses of these preparations.

One of the signs of intolerance toward chlorpromazine has been the vertigo that happens often during the first 3-4 days of the treatment, but usually disappears before it becomes necessary to diminish the doses or to stop the treatment with chlorpromazine.

The treatment with chlorpromazine makes the puls beat more slowly on most of the patients. It has the tendency to normalise the blood pressure, to increase the number of the white blood corpuscles, to increase the percentage of the polynuclear leukocytes and to lower the count of the lymphocytes.

The authors have not noted any change in the sedimentation rate.

## KARCINOMI BRONKOGEN, STUDIM ROENTGENOLOGJIK

(SHËBRIMI RADIOLOGJIK I SPITALIT TË RRETHIT TË  
JIHLAVES (R. S. ÇEKOSLLO.) SHEF PRIMAR MUDR VLAD. MALY

— Shkruar për Buletinin tonë —

Karcinomët bronkogene (k. b.) substrati i të cilëve është invazioni i pareteve të bronkeve pulmonare nga proliferimi tumoroz malign, janë nga tumoret maligne më të shpeshta të organizmit të njeriut. Masat tumoroze dëpertojnë paritet e bronkeve, shkaktojnë anjtjen e tyre në drejtim të lumenit dhe herët apo vonë ngushtojnë bronket e prekura dhe më në fund e mbyllin atë plotësisht. Nga këto ndryshime mund të preket cilido bronk pulmonar. Në qoftë se preket bronku kryesor, apo bronku lobar flasim për lokalizim qendror të k. b., ndërsa prekjë e bronkeve segmentare, subsegmentare apo të bronkeve të tjerë periferikë klasifikohen si lokalizim periferik i k. b.

Masat tumoroze gjatë rritjes së tyre atakojnë edhe enët e gjakut dhe nervat e sektorit përkatës, dhe duke qenë se ngushtojnë lumenin e bronkut, shkaktojnë ndryshime në ajrosjen e pjesëve përkatëse të parenhimit pulmonar. Nga kjo pastaj rrjedhin simptoma të ndryshme klinike, që lidhen dhe kondicionohen edhe me lokalizimin e tumorit dhe të gjëndjes së përgjithëshme të pacientit. Në qoftë se k. b. ka lokalizim central, d.m.th. në hilusin pulmonar, në rastet më të shpeshta dhe mjaft shpejt shkakton kollë të fortë, në të kundërtën kur k. b. është i lokalizuar më në periferi, atëherë mundet që procesi për një kohë të gjatë të qëndrojë klinikisht i shurdhët (fshehtë). Simptomat e tjera klinike klasike si: sputumi hemorragjik, pleuriti eksudativ, perikarditi, dobësimi, anoreksia, anemia etj. në rastet më të shpeshta janë simptome të proceseve shumë të zhvilluara.

Duke qenë se, vetëm zbulimi me kohë i k. b. jep shpresa të shërimit të tij me ndihmën e operacionit radikal, e gjithë vëmendja e punonjësve të shëndetësisë tek ne në R. Socialiste Çekoslovakë është drejtuar në zbulimin e tij të hershëm. Fatkeqësisht nuk ekziston gjer më sot asnjë simptomë klinike, apo metodë laboratorike, që të na flasi me siguri për ekzistencën e herëshme të kësaj sëmundje maligne. Pikërisht për këtë arsye ngrihet rëndësia e ekzaminimit rontgenologjik për përcaktimin e diagnozës së k. b.

*Cili është procesi i ekzaminimit rontgenologjik?* Në çdo rast, dyshimi më i vogël për k. b. kërkon ekzaminimin kompleks rrtg, që plotësohet me një radhë ekzaminimesh të tjera speciale simbas mundësive, si bronkoskopia dhe ekscizion probator në rastet e lokalizimit central të procesit, ekzaminimi i sputumit dhe i eksudatit për qeliza tumorale, etj. Ekzaminimi rrtg. në vetvehte konsiston në skiaskopinë orientuese, skiagrafinë në të dy projeksionet kryesore (themelore), tomografinë, gjithashtu në dy projeksionet, bronkografinë, dhe si mbas nevojës edhe në angiopneumografinë dhe pneumomediastinin.

## *Si çfaqen ndryshimet në kuadrin rtg. gjatë k. b?*

Kësaj pyetjeje nuk mund t'i përgjigjet në mënyrë përmbledhëse, mbasi si në radiografinë sumare ashtu edhe në tomografinë, ndryshimet e një rasti apo të një tjetri mvaren nga përhapja e procesit dhe stadi i k. b. si edhe nga lokalizimi i tij. Për këtë arsye ëshë e nevojëshme që të theksohen ndryshimet rtg. simbas këtyre kriterëve.

### *1. Lokalizimi central i k. b.*

a) Në skiagramin sumor shpesh herë shohim vetëm zgjanimin e kufizuar dhe jo të lokalizuar mirë të hilusit pulmonar pa ndryshime të transparencës së parenhimit. Ekzaminimi tomografik i shtresave hilare dhe bronkografia selektive kanë mundësi të na tregojnë ndryshimin e aparatit të bronkut kryesor apo të atij lobar, këto ndryshime karakterizohen nga shtrembërimi ose të një paretit (konture) të bronkut në një gjatësi disa mm. me ngushtimin përkatës të lumenit të tij, ose ndryshimet mund të jenë cirkulare dhe në një gjatësi më të madhe deri në disa cm.

b) Në zgjerimin e hijes së hilusit pulmonar në rastet më të përparuara, ndihmon edhe hija konfluente shpesh jo homogjene e bashkuar me te, e cila i përgjigjet atelektazes fillestare apo të përhapur të një pjese të caktuar të pulmonit, simbas saj hija merr forma dhe kufij tipik (shih fig. Nr. 1).

c) Në hijen e zgjeruar të hilusit pulmonar, nga një herë dallojmë dy konture, apo intensitet të hijes. Një gjë e tillë shkaktohet nga k. b. vetë, si edhe nga metastazat në limfonodulet përkatëse hilare apo mediastinale. Me ndihmën e tomografisë nga një herë në hijen konfluente dallojmë të ashtuquajturën hije bërthamore të vetë tumorit primar. Për metastazat e këtij regjoni janë karakteristike ndryshimet e drejtimit të bronkeve, eventualisht ndryshimi i këndit të bifurkacionit të shkaktuar nga shtyrja e tyre.

d) Skiagramet sumare përveç ndryshimeve të përshkruara, simbas progredimit të rasteve konkrete mund të venë në dukje edhe një radhë të tërë ndryshime të tjera të cilat vërtetojnë etiologjinë atelektatike të pjesës pulmonare të prekur, p.sh. zvogëlimi i volumit të pulmonit në zonën e atelektazes, tërheqja e mediastinit (tkurrja) në drejtim të anës së prekur, emfisema për rreth, si edhe shenja të presionit të k. b. apo të metastazave të tij në n. frenicus, elevacioni (ngritja) e diafragmes përkatëse — (fig. Nr. 1).

### *2. Lokalizimi periferik.*

Në skiagramet sumare vërejmë hije homogjene konfluente dhe vetëm rradhë të kufizuar mirë në drejtim të parenhimit pulmonar për rreth. Edhe k. b. të vegjel në një lokalizim të tillë janë të lidhur në mënyrë të dukshme me hilusin pulmonar. Në këtë rast, skiagrami sumar dhe veçanërisht tomografia tregon një grup hijesh në formë rrydash që shtrihen po thuaj në vija të drejta simbas fushës përkatëse të hilusit pulmonar dhe konturës më të afërt të vetë tumorit.

b) Në rastet, kur k. b. rritet në drejtim të hilusit pulmonar dhe bashkohet me të — vërejmë hijezimin masiv të pjesëve të mëdha të fushës

pulmonare dhe hilusit përkatës pulmonar. Shpesh herë nuk mund të vendosim për etiologjinë e këtyre ndryshimeve pa ndihmën e bronkografisë, në rastet kur bronku si i prekur është shumë periferik, atëhere nuk mund të vendosim as me ndihmën e saj. Arësyeja është se lënda kontraste nuk mund të hyjë në bronkun periferik, mbasi vendi i lokalizimit primar të k. b. është i mbështjellur me masat tumoroze, të cilat shpesh herë në bronkogram mund të japin ndryshime që përkundrazi flasin për komprimimin e bronkut nga njëherë ndryshime në kuptimin e proceseve tumoroze ekspansive ekstrapulmonare.

c) Këto ndryshime (figura) janë veçanërisht të shpeshta dhe të theksuara në ato lokalizime periferike të k. b. që rriten në drejtim të paretit torakal dhe që bashkohen me të, duke krijuar kështu hijezime masive në formë pykash apo të rrumbullakta (në formë buke) të vendosura me bazë në paretin e jashtëm të toraksit dhe me konture konvekse apo piramidale relativisht të theksuar në drejtim të hilusit pulmonar. Vurja në evidencë e bronkut periferik të proceseve jo tumoroze, apo të ndryshimeve të tjera, p.sh. pleuritit eksudativë të inkapsuluar, është shumë e vështirë (fig. 10, 11, 12).

Gjatë ekzaminimit të karcinomit bronkogen, metodat ekzaminuese speciale përdoren simbas nevojës dhe është e domosdoshme t'u kushtohet vemendje e veçantë si bamjes, ashtu edhe interpretimit të tyre.

A. TOMOGRAFIA. Në të dy projeksionet në shtresat hilare (në të rritur në thellësi 9-10-11 cm., në projeksionin lateral 12-13-14 cm) veçanërisht në lokalizimet qendrore të k.b. ka mundësi të na japë shpesh herë të dhëna aqë të sakta sa që nuk paraqitet nevoja për ekzaminime të tjera, si bronkografinë. Për vërtetim histologjik të diagnozës mund të bahet vetëm bronkoskopia selektive dhe ekscizioni.

Simbas vendosjes dhe përhapjes së tumorit venejmë (fig. 2, 4, 6).

1. Kontura jo të drejta të paretit të bronkut të prekur në drejtim të lumenit, d.m.th. kontura jo e drejtë që ngushton lumenin e bronkut:

- Në një segment të gjatë vetëm disa mm në një anë të bronkut,
- Në një segment disa mm cirkulare,
- Në një segment më të gjatë se 10 mm. deri në disa cm. vetëm në një anë,

d) Në një segment më të madh se 10 mm. deri në disa cm. cirkulare.

2. Ndërprerje e plotë e bronkut të prekur me fund (mbarim).

- në formë të gjëmbit.
- konkav në drejtim periferik,
- konveks në drejtim periferik,
- me kufizim të rregullt,
- me kufizim të ç'rregullt.

3. Ndryshime të drejtimit të bronkut të prekur apo atyre fqinj.

4. Tomografia mund të tregojë hijen bërthamore të tumorit dhe ta dallojmë atë nga limfonodulet hilare apo mediastinale të prekura nga metastazat.

## B. BRONKOGRAFIA

Jep mbushjen kontraste të bronkeve me ndryshimet siç janë përshkruar në tomografi në pikat 1, 2, 3 dhe praktikisht është indikuar në të gjitha rastet e dyshimta me qëllim që të vërtetojë apo përjashtojë diag-

nozën e k.b. Rëndësia e saj për përcaktimin e diagnozës së k.b. është veçanërisht e madhe në rastet e lokalizimit periferik. Prandaj në rastet e k. b. me të tilla lokalizime është e nevojshme që pas mbushjes edhe të bronkeve të hollë periferik të bahen skiagrame veçanërisht me kujdes dhe kualitet të lartë në të dy projekSIONET që kështu të kemi mundësi të ndjekim çdo bronk të hollë, për sa i përket lumenit, drejtimit dhe relacionit të tij me parenhimin e hijezuar. Shpesh herë për studimin e këtyre skiagrameve përdoret lentë zmadhuese, për arsye se shenjat më të vogla të ndryshimeve të përmendura, mund të na vërtetojnë apo të na përjashtojnë diagnozën e k. b. (shih fig. N. 3, 5, 7, 8, 12).

### C. ANGIOPNEUMOGRAFIA

Indikohet në rastet kur diskutohet mënyra e kurimit e të supozohet se ekziston. Kjo metodë speciale ekzaminuese e cila ka për qëllim të verë në dukje enët e mëdha të gjakut, të toraksit, dhe veçanërisht të *vena cava cranialis*, mund të na japë informata të vlefshme mbi ekzistencën e metastazave mediastinale të cilat me metoda të tjera vihen në dukje me vështirësi edhe gjë që është veçanërisht e rëndësishme mbi reaktionin e tyre me enët e mëdha, që kemi vënë në dukje. Ky ekzaminim në thelb na informon mbi konturën e jashtme të metastazave mediastinale. Për këtë arsye në skiagram është e nevojshme të studjohen me kujdes dhe gjerësia e v. c. *cranialis*, mbasi çfardo devijim i rrugës së saj, apo ndryshim i lumenit të saj, paraqet dyshim të madh për prezencën e procesit ekspansiv mediastinal. Në rastet pozitive konstatojmë më shpesh:

1) devijim të vogël apo të theksuar të rrugës së v. c. *cranialis* në drejtim lateral (fig. 13).

2) zgjerim të lumenit të enës nga komprimimi i saj në vendin e derdhjes në atriumin e djathtë.

3) ngushtimin e lumenit të enëve nga presioni direkt i metastazave në mediastinin.

4) dëmtimin e paretit të enës, gjer në difekt të intensitetit të mbushjes së saj të shkaktuara nga rritja direkte e masave tumorale në lumen të enës (fig. 14).

Skiagramet më të mira janë ato që bëhen në momentin e injektimit të lëndës kontraste dhe në 4 sekondat e para injektimit të saj (shpesh përdoren 50-70 cm<sup>3</sup> lëndë kontraste dhe injektimi bëhet brënda 2-3 sekondash).

Përshkrimi i ndryshimeve të sistemit të enëve gjatë lokalizimit periferik tek k.b. kalon kuadrin e këtij studimi.

### D. PNEUMOMEDIASTINI.

Është metodë që na informon mbi gjendjen e mediastinit, respektivisht vë në dukje konturën e brendëshme të metastazave mediastinale. Hapësira mediastinale pak a shumë ngushtohet ose zhduket fare, nga procesi ekspansiv ekzistues në mediastinin ose spostohet përtej vijës qendrore në anën tjetër.

Të dy metodat e përmendura në fund, në qoftë se bëhen në të njëjtën kohë (PAG në pacienti që i është bërë më përpara PNN), na informojnë



mbi dy konturat e metastazave mediastinale të gjëra që interesojnë më shumë kirurgut, d.m.th. mbi konturën e brendëshme dhe të jashtme.

Me gjithë ndihmën e metodave ekzaminuese speciale të lartpërmëndura ekzaminimi rtg. nuk mund t'i japë përgjigje substraktit histologjik të ndryshimeve të vrojtuarra dhe për këtë është e nevojshme të kemi në konsideratë të gjitha mundësitë e diagnozës diferenciale, edhe atëhere kur të dhënat rtg. simbas eksperiencës që kemi janë tipike për k.b.

Kuadro të tillë rtg mund të japin edhe: pneumonia kronike, tuberkulozi, ekinokoku cistik pulmonar, limfogramuloza, lymfosarkoma, tumoret benigne të mediastinit dhe ato me degjenerim malign, metastaza solitare pulmonare, proceset ekspansive ekstrapulmonare, anomalitë e sistemit vaskular, luesi dhe ndryshime të tjera jo të zakonshme të pulmoneve dhe të mediastinit.

1) *Pneumonia kronike* e cila është e vendosur më shpesh në bazë të ndonjë lobusi, formon hije konfluente, jo të thellë, homogene dhe jo të kufizuar mirë kundrejt parenhimit për rreth. Shpesh herë në tomografi gjejmë edhe limfonodule hilare përkatëse të zmadhuara. Ky kuadër fillon të jetë i dyshimtë për k.b., kur nuk ndryshon gjatë kohës, kur edhe në të vjetrit pneumonia zakonisht shërohet d.m.th. brenda 8-10 javësh. Bronkografia pastaj na ven në dukje jo vetëm ndryshimet në drejtimin e bronkeve të pjesës përkatëse të pulmonit, bronket të drejta të çveshur d.m.th. bronket e vegjël që dalin nga to si degëzime dhe më së fundi nganjëherë ndërprerjen në mbushjen e ndonjërit nga këto bronke. Shpesh në këto raste është çfaqur dyshimi për lokalizim periferik të k.b. dhe vetëm torakotomia probatore ka përjashtuar malignitetin e procesit. Ndërprerja në mbushjen e bronkeve në këto raste shkaktohet nga fakti se në lumenin e tyre ka mjaft mukus, i cili nuk lejon kalimin e lëndës kontraste në drejtim periferik.

2) Diagnoza diferenciale kundrejt tuberkulozit është e vështirë atëhere, kur procesi tuberkular ka formën e tuberkulomës. RTG, paraqitet si hijezim tumoroz i thellë, me kufizim të saktë formash të ndryshme, porse më shpesh ovale, ose të rrumbullakët, shpesh policiklike. Me ndihmën e tomografisë, në hilus gjejmë limfonodulet të zmadhuara, për fat të mirë shpesh me shënja të kalçifikimit. Këtë kuadër shpesh herë është e pamundur për ta gjykuar etiologjikisht me ndihmën e rtg. edhe të gjitha metodat e tjera ndihmëse nuk mund të vendosin. Prandaj nuk është për t'u çuditur, se ka ndodhur, që procesi i konsideruar si b.k. dhe që i është nënshtruar kurimit me Rongenoterapi të thellë, me kohë është treguar si proces tuberkular dhe rastet e lehta si tuberkulome, me njëherë fillon të rritet dhe operacioni vë në dukje etiologjinë maligne të tij. Për këto, si edhe për arsye të tjera, në kohën e tanishme të dhënat rtg-nologjike të tilla konsiderohen në çdo rast si indikacion operativ.

3) Ekinokoku cistik pulmonar, veçanërisht në vendet ku gjindet shpesh, shpesh herë paraqet vështirësi për t'u dalluar kundrejt lokalizimit periferik të k.b. Sigurisht që forma klasike e ekinokokut të vendosur në mes të parenhimit pulmonar në formë sferë të rrumbullaktë homogene të thellë nuk paraqet vështirësi. Me problematik është atëhere, kur hija e ekinokokut të vendosur afër pleurës viscerale kudo qoftë në bazë të pulmonit, në paretin e jashtëm apo në mediastin, pak a shumë fshihet nga reaksioni pleural (gjë e cila nga ana tjetër, është tipike për ekinokokun me një lokalizim të tillë, kundrejt tumoreve benigne p.sh. neurinomit).

Me gjithëatë edhe në këto raste, skiaskopia dhe skiografia e kujdesëshme ven në dukje të paktën me një pjesë të vogël të tumorit simptoma, të cilat janë tipike për ekinokokun. Këto janë: elasticiteti i pareteve dhe kontura e saktë sferike. Edhe bronkografia në rastet më të shpeshta jep shenja të dyshimta për k.b., kryesisht spostimin e bronkut nga hija tumoroze pa infiltrim të pareteve të tyre.

Formacione të tjera tumoroze që duhet të kihen parasysh gjatë diagnozës diferenciale dallohen në më të shumtën e rasteve nga klinika e tyre, metodave të tjera laboratorike, dhe simbas rastit nga reagimi i tyre kundrejt rontgenterapisë së thellë.

### K o n k l u z i o n

Për përcaktimin e diagnozës së k. b. shpesh është i nevojshëm një kompleks i tërë metodash ekzaminuese. Me gjithatë në 50% të rasteve diagnoza pozitive është tepër e vonëshme, d.m.th. zbulon k. b. në stadium kur nuk është më operabël. Arësyeja është e thjeshtë-pacientat për një kohë të gjatë nuk kanë asnjë shenjë klinike dhe për këtë drejtohen te mjeku tepër vonë. Për këtë arësye është e nevojshme që organizimi i luftës kundra k.b. ashtu si edhe kundra tumoreve të tjerë maligne, të drejtohet në mënyrë të tillë që shëndetësia të kërkojë aktivisht këtë sëmundje. Në R. S. Çekosllovake organizimi i një luftime të tillë ka tashmë traditat e veta dhe në kohën e tanishme karakterizohet nga të ashtuquajturat, ekzaminime depistazhi të disa grupeve moshash të popullsisë, dhe nga pjesëmarrja e natyrëshme në këtë luftë të fluorografisë së detyrueshme të popullsisë që bëhet për arësye të tjera. Numri i k. b. dhe të tumoreve të tjerë maligne të zbuluar me kohë si rezultat i këtij aksioni, po shtohet dita ditës gjë që na lenë të kuptojmë, se në gjendjen e tanishme të mjekësisë, rruga e zgjedhur është e drejtë dhe frytëdhënëse.

Paraqitur në redaksi 10-III-1961

### (S u m m a r y)

The author is describing the changes seen in the different cases and phases of growth of the bronchogeneous cancer in ordinary rontgenography and tomography, in pneumography and pneumomedistinum.

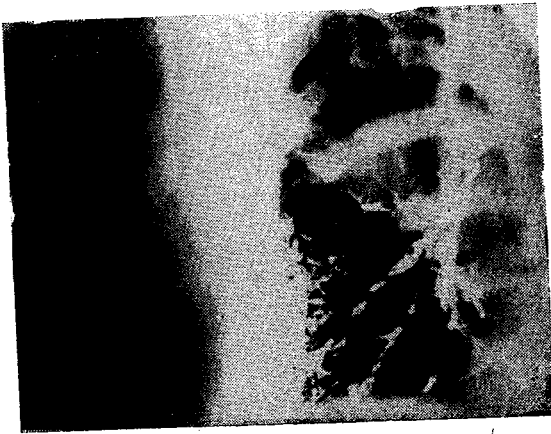
Some of the more typical figures complete dhe description. The author points out the necessity of seeking out the mentioned changes when they may be masked by tubercular lesions.



Nr. 1  
K. b. i djathtë me lokalizim  
qëndror (bronku për lobin e  
sipërm); atelektaza pjesore e  
lobit përkatës zmadhim metas-  
taktik i limfnodeleve medias-  
tinale-gjendje e ngritur (ele-  
vacion) i diafragmes.



Nr. 2, 3  
Mbarim jo i mbrehtë (në formë cingu) i bronkut  
kryesor të infiltruar (tomo dhe bronkografi).



Nr. 4, 5

Infiltrim cirkular jo i rregullt i bronkut  
me amputim të bronkut të lobit të sipërm  
(tomo dhe bronkografi)



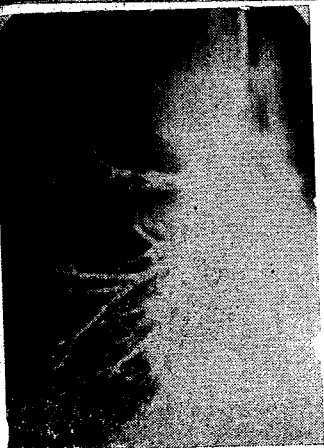
Nr. 6

Infiltrim cirkular stenoses i  
bronkut kryesor (mbarim në for-  
më gjembi) (tomo).



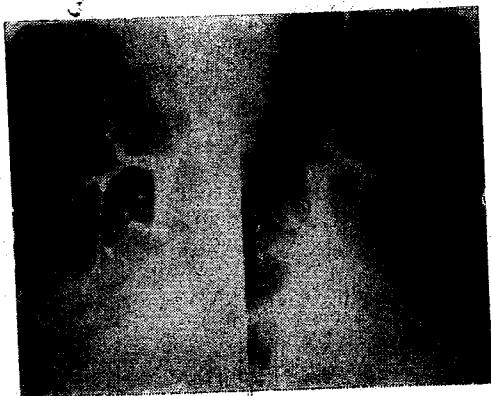
Nr. 7

Mbarim në formë gjembi i bronkut  
kryesor të infiltruar (bronkograf).  
Devijim në formë harku i bronkut  
të lobit të mesëm nga presioni i tu-  
morit dhe metastazave hilare.



Nr. 8

Thellim i drejtimt të bronkut kryesorë nga zmadhimi metastatik i limfonoduleve mediastinale, amputacion i bronkut për segmentin apikal të lobit të sipërm dhe shtypja e bronkut për segmentet e tjera të tij. (Bronkogr).



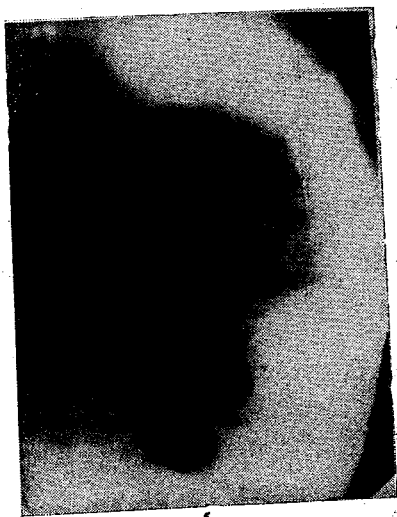
Nr. 9

Mbarim transversal i mbushjes së bronkut kryesor pas daljes së bronkut për segmentin apikal të lobit të poshtëm (lokalizim intermediar-bronkograf). Atelektaze e lobit të mesëm une të poshtëm me përjashtim të segmentit apikal të tij).



NR. 10. Përskrimi i fig. 10, 11, 12.

Në pjesët dorsale të bazë së majtë të pulmonit gjindet hije homogene e thellë formë ovale në projeksinin anteroposterior, madhsije afro 8 x 12 cm, e cila mbështetet në të gjithë gjatësinë e sajë në paretin e pasëm të toraksit në mënyrë të tillë që mesi i sajë asht i vendosur afërsisht në vijën skapulare. Me përjashtim të sipërfaqes, që mbështetet në paretin torakal, të gjitha konturat e saja janë mjaft të sakta veçanërisht në projeksinin anësor, kur fokusi merr formën e pykës së trashë me majë në drejtim të hilusit. Homogeniteti dhe konturimi janë të vërtetuara edhe me tomografi. Bronkografija tregon devijimin në formë të harkut të bronkut për segmentin apikal dhe posterobasal të lobit të poshtëm të majtë, devijimi asht në drejtim ventral. Bronku i poshtëm lateral për segmentin apikal dhe që është i devijuar është i zgjanuar në mënyrë të çrregullt difuze, nga ai del në formë qimesh të përdredhura mbushja e bronkeve që marrin drejtimin e hijes dhe futen në të në thellësi rreth 10 mm. Mbarimi i tyre asht në formë pikash. Në autopsi u verifikua k. b. i cili ishte rritur në madhësin e hijes me shkatrime të përparura të tij dhe buzë të gjana dhe të theksuara.



Nr. 11  
Skiagrafi sumore në projektion lateral.



Nr. 12  
Bronkografi-projektion i pjerrtë i majtë.  
(mbushje e bazës së pulmonit të djathtë).



Nr. 13  
Dislokim i rrugës së v. c. cranialis në drejtim lateral nga zmadhimi metastatik i limfonodulleve mediastinale (pneumoangiografi).



Nr. 14  
Rritja e tumorit në paretin e v. c. cranialis në regjionin e hilusit pulmonar.

(Pneumoangiografi).  
Fotogr. e dhanë hua nga reparti pulmonar i spitalit të Havliçkuv-Brod-it-prim. dr. Hirsh

## EKSPERIENCA E JONË MBI PËRDORIMIN E EPILINES NË KLINIKËN E DERMATOLOGJISË NË TË SËMURËT ME TRIHOMIKOZË

M. CARIDHA

Klinika e Dermatologjisë

Lidhur me planin e Ministrisë së Shëndetësisë për luftimin dhe likuidimin e sëmundjeve parazitare të lëkurës së kokës të mbuluar me flokë, gjatë planit të tretë pesë vjeçar, po publikojmë disa të dhëna mbi mjekimin e tyre me preparatin e ri sovjetik «epilinë». Klinika e dermatologjisë, së cilës i është ngarkuar organizimi dhe marrja pjesë aktive në këtë luftë, në bashkëpunim me specialistët e tjerë, ka marrë si detyrë edhe studimin e florës micetare të vendit tonë. Për këtë qëllim, pranë kësaj klinike, është ngritur laborator i mikologjik (drejtues M. Caridha), ku përveç ekzaminimeve klinike dhe mikroskopike bëhet edhe mbjellja dhe studimi i kulturrave.

Epilina është një preparat i ri, i cili ka veti të shkaktojë epilimin e flokëve. Ky preparat është zbuluar nga Prof. Arieviç A. M. të cilit i jemi mirënjohës që na dërgoj një sasi të tij.

Sëmundjet parazitare të lëkurës që shkaktohen nga parazitët me origjinë bimore (mycetet-këpurthat), përmbliohen me një emër të përgjithshëm dermatomykozat ose dermatofytet. Këto parazite prekin lëkurën, thojtë dhe rrallë organet e mbrëndëshme. Simbas vendeve ku këta parazitë janë lokalizuar dhe nga thellësia e procesit, këto sëmundje ndahen në 4 grupe. Prof. Arieviç A. M. ka përpunuar këtë klasifikim: 1. Keratomykozat, 2. Epidermykozat, 3. Trihomykozat, 4. Dermatomykozat profunde. Secili prej këtyre grupeve ndahet në shumë forma sëmundjesh, simbas parazitave, lokalizimit, etj.

Parazitët që shkaktojnë trihomykozat dëmtojnë flokun duke u futur edhe në thellësinë e tij. Këta parazitë dëmtojnë thonjtë edhe lëkurën duke dhënë fenomene inflamatore purulente që mund t'arrijnë edhe në shtresat e thella. Trihomykozat, simbas parazitëve ndahen në tre forma.

Problemi i mjekimit të trihomykozave i ka preokupuar prej shumë kohësh shkencëtarët për të gjetur metoda sa më efikase për mjekimin e tyre. Mënyra më e vjetër ka qenë shkëlqja e flokëve me anë të lëndëve ngjitëse ose të pincave. Këto metoda ishin shumë të dhimbëshme, barbare dhe nuk jepnin rezultate të mira, mbasi flokët e dëmtuar këputen mjaft lehtë.

Një metodë e tillë origjinale është përdorur edhe në vëndin tonë nga empiriku usta Mahmuti. Kjo tregon se trihomykozat kanë qenë të përhapura mjaft në vëndin tonë dhe se përveç mjekësisë shkencore, për mjekimin e tyre është marrë edhe mjekësia popullore-empirike.

Nga kartoteka personale e Doc. K. Kërcikut, i cili merret edhe me përpunimin e historisë së mjekësisë në Shqipëri, mundëm të nxjerrim metodën e empirikut të njoftur shqiptar, Mahmuti i Hasanajt për epilimin e



flokëve në «qeret e thata». Ai merrte një filxhan me katran, të cilin e përziente me një filxhan vaj-ulliri, i ziente dhe i rrihte deri sa kjo masë të merrte pamjen e një pomate. Mbase të lahesh dhe të thahesh mirë koka, e lyente për shtatë deri dhjetë ditë rresht me këtë pomatë. Bashkë me flokët deskuamohesh edhe shtresa e sipërme e epidermës.

Një metodë e tillë mjekimi është përdorur edhe në Rusi mbase luftës së dytë botërore, nga Jutejev (J. Jadassohn), Ky përdorte për epilimin e flokëve një masë me katran dhe acid pirogalik. (Ac. pirogalici 1. 0. ol. Cadinii, 4.0, Vaselini ad. 30,0). E ka përdorur këtë metodë n'azilet e Moskës. Ky lloj mjekimi, si dhe ai antiparazitar që përdorej nga Jutejev, atëhere ka qenë përdorur gjanë dhe thonë se rezultatet ishin të kënaqëshme.

Zbulimi i mëvonshëm i vetisë epilatore të *talium aceticum* nga Saburo (Sabouraud) 1894, i cili e përdori lokalisht dhe më vonë përdorimi i saj për gojë nga Cicero dhe Uruena, dhanë rezultate më të mira. Përdorimi i *talium aceticum* përveç vetisë së madhe toksike, ka dhënë recidiva të shumta, me qenë se rritja e flokëve të rij fillon tre katër javë mbase të kenë rënë flokët. Kjo periudhë është mjaft e shkurtër për terapinë antiparazitare. Një e metë tjetër e këtij preparati asht se nga ky preparat bijnë të gjithë flokët e trupit.

Një kthesë të madhe për mjekimin e trihomozave ka shkaktuar zbulimi i vetisë epilatore të rezeve Rontgen. Përdorimi i këtyre rrezeve për ramjen e flokëve deri në kohët e vona mbetet metoda kryesore.

Kjo cilësi u zbulua për herë të parë në vitin 1896 nga Shif, Kienbeg, Gaston, dhe Sh. G. Nikollaj (Schiff, Kienbock, Gaston dhe Nikolan) dhe është përpunuar më vonë në Francë nga Saburo dhe Nuar (Noirè).

Përdorimi i rrezeve të Rontgenit për mjekimin e trihomozave (trihofitise, mikroskopise dhe favusit) jep rezultate të mira (92% shërim), por kërkon aparate speciale dhe personel të përgatitur, posaçërisht, gjë që vështirëson një luftë t'organizuar kundër këtyre sëmundjeve. Për këtë arsye bëhen përpjekje të mëdha për të gjetur metoda më praktike, në mënyrë që të mos grumbullohen të sëmurët në një qendër, ku është vendosur aparati i Rontgenterapisë.

Edhe autorët sovjetikë bëjnë përpjekje për të gjetur një metodë të re për epilimin e flokëve pa përdorimin e aparateve të Rontgenit. Kësaj de-tyre, të cilës i kishin venë randësi të madhe, ata ja arrijtën duke zbuluar një substancë të re e cila ka veti epilatore. Përpunimi i teknikës së përdorimit të saj nga ana e disa autorëve (Prof. A. M. Arievic, Zasosov V. A. Tiu-filine O. V.) ka për të shkaktuar një kthesë të madhe për mjekimin e këtyre sëmundjeve.

Ky preparat, të cilit i kanë dhënë emrin «Epiline» është një substancë komplekse kimike prej grupit të ketoneve aromatike. Ky është një pluhur i bardhë ose i verdhë prej kristalesh t'imta që shkrihet n'ujë 1:40 dhe n'al-kool, temperaturën e tretjes e ka 118-119 gradë.

Simbas instruksionit të përpunuar nga autorët e sipërhënuar, ky preparat përdoret në formë emplastri ku ka 40% pluhur t'epilinës. Emplastri paraqet një masë të ngjeshur, por që tërhiqet lehtë dhe është e përbërë me lanolinë, dyll ujë të distiluar dhe emplastrum plumbi, në të cilën është shtuar edhe 4% pluhun epiline. Implastri i epilines përdoret me gram në bazë të peshës së fëmijës. Autorët e përpunimit t'instruksionit japin dhe sasinë e gramëve përkatëse për çdo peshë. Për të evituar në minimum veprimin toksik të këtij preparati, i cili me gjithëse është i pakët, autorët ka-

në përpunuar kohët e fundit këtë metodë përdorimi: Për fëmijët deri në 3 vjet sasia e nevojëshme e emplastrit t'epilinës vihet për shtatë ditë, hiqet për shtatë ditë pa përdorur asnjë mjekim dhe pastaj vihet prapë një sasi tjetër e barabartë me të parën për shtatë ditë të tjera. Mund të vihet po e njëjta sasi e përdorur në qoftë se kjo do të ruhet në një enë të mbyllur hermetikisht. Për fëmijët 3-6 vjeç sasia e emplastrit mbahet 20-23 ditë rresht, kurse fëmijëve më të rritur, u vendoset sasia e nevojëshme e epilines për 10 ditë, hiqet të nesërmen dhe vihet për 10 ditë të tjera një sasi e re e njëjtë e saj.

Ky preparat mund të përdoret edhe ndër fëmijët nën 3 vjeç por jo nën moshën 1 vjeçare. Një epërsi tjetër e këtij preparati është se bien edhe flokët me zonat midis regjoneve të kokës, si edhe në pjesën periferike të saj, të cilat shpesh nuk preken nga rrezet e Rontgenit. Kjo metodë mjekimi, përdoret pa rrezik tek fëmijët që kanë bërë 1 herë dhe sidomos 2 herë Rontgenterapi.

Në vendin e shëndoshë ose të sëmurë të kokës, ku do të vihet emplastri i epilines, flokët qethen me gërshërë në naltësi gjysëm centimetër. Mund të vihet emplastri edhe në pjesë të shëndosha të lëkurës së trupit. Sasia e nevojëshme e emplastrit t'epilinës me anë të një spatule metalike përhapet me një shtresë sa më të hollë. Kjo pjesë mbulohet me rrypa leukoplasti me gjerësi 1 cm. e gjysëm deri në 2 cm. duke vendosur pak njëren mbi tjetrën si tjegullat (foto Nr. 1).



Foto 1. — Trihofitia — Vendosje e epilines dhe mbulimi i saj me rrypa leukoplaste të vendosur si tjegullat.

vazelinë dhe pastaj lahet me ujë të ngrohët dhe sapun.

Si vendoset pomada ose vaselina në kokë, mbulohet me garze, mbi të cilën vihet një letër dylli dhe mbi të pambuk, pastaj e lidhim me fasho. Nga ky lloj mjekimi flokët bien dhe lëkura deskuamohet pa vështirësi.

Mbasi bien të gjithë flokët, fillon mjekimi anti-parazitar, me tinkturë të jodit 2-3%, simbas moshës së fëmijës dhe me pomadë me squfur, pomadë me squfur-acid salicilik (Ung. Wilkinsoni, Ung. Sulfurati 5-10%, Ung. Ac. Salicylici 2-3%). Ky lloj mjekimi vazhdon 4-6 javë.

Rritja e flokëve të rinj fillon zakonisht mbas 2-2 1/2 muejve. Emplastri 4% i epilines nuk duhet të përdoret ndër fëmijët nën 1 vjeç si edhe tek

ata që kanë çregullime akute gastrointestinale, inflamacione akute ose kronike të veshkave, tireotoksikoze dhe çregullime të sistemit nervorë.

Komplikacionet janë mjaft të lehtë dhe kalojnë shpejt. Vihen re dhimbje koke, konjuktivite, pa gjumësi blefarite, hipokeratoze folikulare në vendet ku është vendosur emplastrit ose në vende të tjera. Komplikacione më të rënda që vihen re më tepër te fëmijët e vegjël janë trembje, të bërtitura në gjumë dhe halucinacione. Të gjitha komplikacionet ikin shpejt mbas heqjes së emplastrit.

Duhet që fëmijëve para se t'ju fillojë mjekimi, si edhe gjatë tij, t'u bëhen analizat e gjakut dhe t'urinës, me gjithëse nuk janë konstatuar ndryshime nga gjendja e tyre normale.

Mos rruajtja e preparatit në vende të mbyllura hermetikisht dhe mbajtja për një kohë të gjatë në formë emplastri mbi 3-4 muaj, shkakton uljen e cilësisë së tij. Gjatë mjekimit të fëmijëve tonë, siç rekomandon instruksioni u kemi dhënë Vit B<sub>1</sub>, C dhe vaj peshku.

Nga 38 të sëmurë që kemi mjekuar, 17 kanë qenë meshkuj dhe 21 femra. Në kohën e çerdhes kanë qenë 9 fëmij, të moshës së kopshtit 8, dhe 21 fëmijë të moshës shkollore. Simbas formave të sëmundjes 32 fëmijë kanë pasur trikofiti dhe 6 favus. Mikrospori nuk kemi shumë në diagnozat tona, me qenë se nuk e kemi diferencuar këtë formë në vendin tonë. Edhe në studimet e mëparshme mbi florën micetare në Shqipëri të bëra nga K. Kërçiku dhe Z. Kakarriqi shkruhet se mikrospori nuk është konstatuar në vendin tonë.

Për të bërë studimin e florës micetare, të gjithë të sëmurëve që dërgohen në laboratorin mykologjik, mbasi i bëhet ekzaminimi mikroskopik, u merret material patologjik në paketa të veçuara për mbjellje. Për këtë qëllim nuk jemi kufizuar vetëm me materjal të marrë nga koka, por kemi marrë edhe nga lëkura, nga thonjt, nga këmbët në epidermofiti si edhe në rastet kur ka pasur dyshim për ekzeme parazitare.

Materjalin e marrë për trihomyoza e kemi mbjellur në terrenin Saburo me sheqer dhe pa sheqer (tereni i konservimit). Nga 38 të sëmurët tonë kemi mbjellë materjal patologjik të 30 të sëmurëve, për çdo fëmijë, materjalin e kemi mbjellë me dy eproveta. Nga të 30 materiale të mbjellura, kulturat kanë bimë dhe janë rritun në 19 raste d.m.th. 63,4%. Materiali i mbjellur, i vendosur në termostat, ka mbi dhe është rritur zakonisht në kohë normale 10-15 ditë. Në fund të javës së dytë kolonitë p. sh. të trichophyton violaceum kanë pasur madhësi mesatarisht 0,25 x 0,50 cm. me formë pak a shumë të rregulltë. Ngjyra e këtyre kolonive ka qenë violete tue pasun ndonjëherë nuanca më të zbeta ose më të errta. Kolonitë qenë të ngritura mbi nivelin e terrenit, pa push, dhe në sipërfaqe kanë pasur të thelluara dhe të ngritura. Zakonisht kanë filluar me mbi ditën e 4-5-të. Në dy raste të veçanta kolonitë kanë filluar të mbijnë shumë vonë, mbas 1 muaj dhe është dashur prapë një kohë e gjatë për t'u rritur. Mbas tre muajve këto kultura kishin madhësinë e një kokrrë bizeleje. Nga 19 kulturat e rritura, kemi diagnostikuar këto forma parazitesh: 13 *trichophyton violaceum*, 2 *trichophyton gypseum*, 2 *trichophyton krateriforme*, 1 *trichophyton violaceum* dhe krateriforme dhe 1 kulturë ka mbirë me favus të tipit *achorion Schenleini*.

Sikurse shihet më tepër trikofitia është e shkaktuar nga trikofiton *violaceum* (68,42%). Ky lloj paraziti është i tipit human dhe fëmijët e shëndoshë infektohen nga fëmijët e sëmurë. Edhe trikofiton krateriforme është

po e këtij tipi. Vetëm në dy raste (10,52%) në të sëmurët tonë kemi infeksion nga kafshët të shkaktuara me *trikofyton gypseum*. Kjo lloj kerpudhe paraziton më tepër në mijtë, si të shtëpisë ashtu edhe të fushës. Ky lloj paraziti mund të japë, sikurse edhe *trich. faviforme*, trichofiti të thellë dhe superficiale. Të dy rastet tona kanë qenë të formës superficiale. Më shpesh trihofiti profunde jep *trich. faviforme*, që paraziton në kafshët e trasha si tek viçat, lopët, kuajt etj. Edhe favusi tek i sëmuri tonë i shkaktuar nga *schorion Schenleini* është i tipit human. Një i sëmurë ka qenë i infektuar nga dy lloj parazitesh human — *trich. violaceum* dhe *crateriform*.

31 fëmijë janë mjekuar në klinikë dhe 7 ambulatorisht. Të gjithë fëmijëve para se t'u fillojë mjekimi i kemi bërë analiza të gjakut, urinës, radioskopi të toraksit dhe i kemi peshuar në mënyrë që t'evitojmë keqësimin e ndonjë sëmundje të më parëshme dhe për të caktuar sasinë e amplastrit t'epilinës. Epilinën e kemi vendosur në kokë, në vatrën më t'infektuar. Vetëm tek një fëmijë e kemi venë në krahë, por u detyruem ta heqim ditën e katërt se pat alucinacione. Ky fëmijë ka qenë mjaft i dobët. Megjithëse në moshën tre vjeçare, fëmija nuk ngrihesh në këmbë dhe nuk fliste. Mejtome së për këtë arsye kemi pasur këto komplikacione të rënda, për të cilën edhe në leteraturë bëhet fjalë. Megjithatë flokët filluan të bien në kohën e duhur. Nga mjekimet e përgjithëshme forcuese dhe nga ushqimi, fëmija ishte në gjendje të ecë kur doli nga klinika.

Fëmijëve deri në tre vjeç, epilinen e kemi vendosur në dy seanca nga 7 ditë duke bërë 7 ditë pushim midis seancave, atyre që ishin 3-6 vjeç u kemi vendosur epilinen në dy seanca nga 10 ditë, pa pushim midis seancave. 8 fëmijëve emplastri i epilines u është vendosur tre herë, me qenë se flokët nuk binin lehtë ditën e 25-të. Në seancën e tretë emplastrin e kemi mbajtur 5-7 ditë.

Flokët kanë fillue të bien ditën e 12 deri 15. Më parë flokët kanë rënë nga regionet periferike temporale dhe pastaj në pjesët e tjera. Më vonë flokët kanë rënë në regionin bregmatik. Në vendet ku ishte venë emplastri flokët binin lehtë.

Mesatarisht të gjithë flokët kanë rënë në ditët 22-27. Në këto ditë flokët binin nga një tërheqje e lehtë.

Mbasi është pastruar koka nga flokët, kemi përdorur këtë metodë të mjekimit anti-parazitare: 5 ditë nga 2-3 herë në ditë e kemi lyer kokën me solucion alkoolik të jodit 3-5%, ditën e gjashtë e kemi lyer kokën me një nga pomadat më preparate të squfurit, duke e lidhur siç thamë më sipër, dhe ditën e shtatë i kemi larë kokën me ujë të ngrohët dhe sapun. Si këtë cikël kemi bamë edhe 5-6 cikla të tjera.

Nga 38 fëmijë të sëmurë, në dy prej tyre (motra) me trichofiti patëm recidivë. Autori i preparatit ka pasur rezultate të mira në 92%, akademiku Sht. G. Nikollau dhe bashkëautorët në 98,5%, kurse ne kemi 94,74% të shëruar.

Të dy rastet me trihofiti, që kanë dhënë recidiva, mund të kenë ardhur nga mjekimi anti-parazitar që nuk u bë fort në rregull, me qenë se atyre iu çfaqën gjatë mjekimit, piodermite në një sipërfaqe të madhe të kokës. Për këtë arsye iu fillua mjekimi dezinfektonjës me penicilinë dhe pomada përkatëse. Gjatë kësaj kohe mjekimi antiparazitar u ndërpre. Rënia e flokëve tek këta fëmijë u bë normalisht.

Nga 38 fëmijët e mjekuar, 5 prej tyre kanë pasur edhe trihofiti të lëkurës që u mjekuan gjatë qëndrimit në klinikë.

Flokët e rinj filluan të dalin mbas 6-8 jave, si patën rënë të gjithë flokët. Në përgjithësi flokët kanë dalë më të dëndura. Komplikacionet zakonisht kanë qenë të lehtë dhe kanë kaluar shpejt pas heqjes s'epilinës. Përveç rastit me aluçinacione, tek fëmija distrofik, u konstatua një rast me trembje natën, tre raste me blefarite, katër raste me hyperkeratozë folikulare, tre raste me dhembje koke. Të gjitha komplikacionet janë zhdukur pa mjekim përkatës, mbas heqjes s'epilinës. Nga ekzaminimi i gjakut periferik dhe i urinës gjatë dhe pas mjekimit nuk u vunë re ndryshime nga norma.

Përsa i përket peshës, në fëmijët nuk u konstatua rënia e sajë, por përkundrazi, të gjithë fëmijët kanë shtuar në peshë. Një fëmijë ka pasur linfadenit cervikal në fazë indurative, kurse një tjetër osteomielit të kokës të kokës. Nga mjekimi me epilinë nuk u konstatua ekzacerbimi i këtyre proceseve.

Përveç rezultateve më të mira se rontgen-terapia, e cila jep 92% shërim, mjekimi i trikomykozave me përdorimin e emplastrit t'epilinës ka edhe epërsi të tjera. Teknika e përdorimit është relativisht e lehtë, nuk jep fenomene anësore të rënda, mund të përdoret pa frikë të atrofisë së lëkurës së mbulueme me flokët kur kemi pasë recidiva, mbas rontgen-terapisë. Efekti epilator i epilines, simbas mendimit të profesorit Arieviç A. M. (bisedë personale), konsiston në veprimin zgjedhës të këtij preparati në terminacionet nervore të folikulave të flokëve të kokës dhe të mjekrës.

Kohët e fundit në klinikën Dermatologjisë jemi duke eksperimentuar vetinë antimicetare të një antibiotiku të ri me emrin Griseofulvin (griso-vin). Nga ky preparat nuk është nevoja e epilimit të flokëve dhe të mjekimit anti-parazitarë. Gjatë mjekimit flokët e dëmtuara nga kërpudhat vazhdojnë të rriten të shëndoshë.

### Konkluzione

1. Emplastri me 4% epilinë është një preparat mjaft efikas për epilimin e flokëve dhe mund të zëvendësojë aparatet e rontgenepilacionit në ato vende ku nuk ka të tillë.

2. Teknika e përdorimit të tij është e thjeshtë, dhe me një përgatitje të shkurtë mund të përvehtësohet lehtë.

3. Nga ky medikament, rënia e flokëve bëhet në ato afate që bëhen edhe simbas rontgenterapisë.

4. Epërsia e këtij preparati është se përdoret edhe tek fëmijët nën 3 vjeç, por që kanë mbush moshën 1 vjeçare, si edhe tek të sëmurët që kanë adenite specifike.

5. Në format trikofitike, në vendin tonë, predominon shumë ajo humane e shkakëtuar nga trichophyton violaceum.

(Paraqitur në Redaksi më 15-XII-1960)

## Literaturë

1. Dr. K. Kërçiku, Dr. Z. Kakariqi. — Buletini për shkencat e natyrës i vitit 1955 numri 3.
2. Dr. K. Kërçiku kartoteka personale mbi mjekimet empirike.
3. Arieviç A. M. dhe O. V. Tjufilina — Vestnik Derma-Venere 1954 Nr. 4.
4. Arieviç A. M. etj. Instruksion mbi përdorimin e epilnës.
5. Sht. G. Nikollan etj., Vestnik Dermo-Venere, 1960, Nr. 8.
6. Kashkin P. N. Dermatomykozat. Medgiz 1954.
7. J. Jadassohn — Dermatomykozat ne Hanbuch der Hant-und geschlechtskrankleiton tom XI Berlin 1928.
8. Instruksioni mbi përdorimin e emplastrit t'epilnës për mjekimin e të sëmurëve me trihomikoza.

## TREATMENT OF DERMATOMYCOSES IN ALBANIA

### (Summary)

*The treatment of dermatomycosis (trichomycosis) in Albania has quite a long history.*

*For this purpose have been used empiric and scientific methods.*

*For the epilation of the hair we have used emplastrum Nr. 4 of epilne. The epilatory qualities of epilne have been discovered lately by prof. Ariev A. M. This preparation acts upon the nervous terminations of the hair follicules, and the hair falls only in the zones where the emplastrum has been applied. Epiline is a complex chemical compound of the group of aromatic ketones.*

*Its toxicity is very weak and it can be used on the patients that suffer from tubercular adenitis, on children under 3 years old, but not under 1 year.*

*The technique of its application is quite simple and can be learned easily.*

*We have treated in all 38 children. 32 with trichophytie and 6 with favus. 17 male and 21 female. The age of the children: 9 in the age of crèches, 8 in the age of kindergarden, 21 in the school age.*

*The complications have been quite slight: headache, blepharitis and conjunctivitis, hyperkeratosis. In one case we have had halucination.*

*Complete recovery we have had in 94,74% of the cases.*

*The predominating mycetic flora has been Trichophyton violaceum.*

## TË DHËNA PARAPRAKE MBI RECEPTURËN E DISA RRETHEVE TË VENDIT TONË GJATË V. 1957

PETRIT KOKALARI

Katedra e Fiziologji-Farmakologjisë

Receta është një nga dokumentat e aktivitetit mjekësor dhe si dokument zyrtar ajo duhet të plotësohet me përpikmëri jo vetëm nga ana e dozimit, por edhe nga forma e saj. Shkruarja jo e kurtë mund të shpjegjë në gabime, të cilat sjellin jo vetëm përgjegjësinë morale porse edhe juridike, mbasi ajo bëhet shkak fatkeqësish për tre persona: për pacientin, i cili në vend të efektit kurativ pëson efekt toksik, për mjekun i cili ka lejuar gabimin në recetë dhe për farmacistin që ka ekzekutuar recetën e mjekut pa korigjuar gabimin.

Recetat e ekzekutuara në farmacitë tona shpesh herë nuk u përgjigjen kërkesave elementare të recepturës dhe nuk janë konformë urdhërësës së Ministrisë së Shëndetësisë mbi rregullat e domosdoshme për shkrimin e recetave në vendin tonë.

Për këtë qëllim u studjuan një pjesë e recetave të ekzekutuara gjatë vitit 1957 në këto drejtime kryesore:

- 1) Receta, mënyra dhe nomenklatura e shkruarjes së saj.
- 2) Format farmaceutike të barnave dhe proporcioni midis tyre.
  - a) Format e forta, b) Format e lengeta dhe format e buta.
- 3) Ingredientet përbërës të recetës.
- 4) Proporcionaliteti midis antibiotikëve dhe mjeteve të tjerë medikamentoza.

1) Nga analizimi i materjalit të përmendur rezulton se recetat e ekzekutuara kanë një seri të meta: mungesa e pjesëve përbërëse, mungesa e vjetëve të pacientit, shkurtime jo të rregullta të fjalëve latine, doza dhe koncentrimet jo të drejta: gjithashtu në një pjesë të recetave nuk shënohet fare mënyra e përdorimit të barit nga ana e pacientit etj.

Për të ilustruar çka u tha më lart mund të sjellim disa shembuj: Në recetë shpesh herë vihen re shkurtime jo të drejta të fjalëve, si, papa. hyd. (*papaverinum hydrochloricum*), ex. bel. (*extratum belladonnae*). Dozime të gabuara si serpazili 0,01 në vend të 0.1 mlgr. dhënie bari në sasira të mëdha si 100-200 gr. kamfor ose 500 gr. shirop ekspektorant. Në disa receta mungojnë dozat, veçanërisht për preparatet sulfanilamide, disa nga mjetet antibiotike, vitaminat etj., ndërsa format e recetave nuk u përgjigjen aspak rregullave elementare të recepturës si p. sh.

Sulfat de barium

një dozë ose

Vit C 30.

për të ilustruar mënyrën e shkruarjes së recetës, dozimin dhe përdorimin racional ose jo të barit po sjellim këtu poshtë disa shifra statistikore:

Rec. shkruar drejt ose jo drejt		Rec. me doza ose pa doza		Rec. me sasi të rregullta ose jo		
Rrethi	Receta të shkruara drejt	Receta të shkruara jo drejtë	Receta me doza të rregullta	Receta pa doza	Receta me sasi normale	Receta me sasi jo normale
Gjirokastrë	5,8	94,2	34,2	65,8	99,1	0,9
Tepelenë	1	99	43,4	56,6	—	1
Përmet	4,6	95,4	41	59	100	—
Këlcyrë	30,5	69,5	—	—	97	3
Lushnje	—	100	33,44	66,56	—	—
Vlorë	25	97,5	36,2	63	—	—
Fier	1,2	98,8	32,4	67,6	—	—

2. Pasqyra e më sipërme tregon kjartë se në rrethet ku punojnë me shumë mjekë të rinj, receta shkruhet në bazë të rregullave të recepturës. Kjo na bën të mos dyshojmë se në një të ardhme jo shumë të largët do të bëhet unifikimi i plotë i shkruarjes së recetës.

Nga studimi i recetave për qytetin e Tiranës, rezulton se pjesa më e madhe e tyre shkruhet me emëra të shqiptarizuara, ndërsa vendin e dytë, të tretë dhe të katërt e zenë respektivisht nomenklatura latine, franceze dhe italiane.

*Nomenklaturat e përdorura për shkruarjen e recetave në % për disa rrethe të vendit tonë*

Rrethi	Latnisht	Shqip	Frengjisht	Italisht
Tiranë	28,3	48,6	20,8	2,3 = 100%
Gjirokastrë	4,8	32,2	45,5	17,5 = 100%
Tepelenë	2,1	12,2	85,7	— = 100%
Përmet	62,7	22,2	15,1	— = 100%
Lushnje	4,56	69	23,14	3,3 = 100%
Vlorë	4,5	68,8	16,2	10,5 = 100%

Megjithëse një pjesë e recetave janë shkruar në forma të drejta me nomenklaturë latine, përsëri në to vihen re disa gabime në shkruarjen e fjalëve që përmbajnë gjermën greke — *Ypsilon*, e cila shpesh herë zëvendësohet me i. Kështu p. sh. *Sintomicinum* do të ishte më drejt të shkruhej *Synthomycinum*, mbasi kjo fjalë rrjedh nga *Synthesis*. — *Synestrolum* dhe jo *sinestrolum*, bile akoma më drejt *synoestrolum*, mbasi ajo rrjedh nga fjala latine *oestrus*. *Atophanylum* dhe jo *atophanilum*. *Laevomycesinum* duhet shkruar me ae, mbasi ajo rrjedh nga fjala latine *laevus* — i majtë.

Megjithëse përqëndrimi i vëmendjes sonë në këto hollësira do të duket formal, prapsepapë kjoka rëndësinë e saj për atë kohë kur receta do të ekzekutohet nga farmacia, kur të përmbajë elementët përkatëse. Nga ana



tjetër nuk është e lejueshme që në të njëjtën recetë të përfshihen të gjitha gjuhët e mundëshme për shkruarjen e saj, si p. sh. receta që vijon:

Rp. Santonini centig. 0,5

Sucre

Olio Ricino gr. 40

D. S. me e marrë në mëngjes esell

cacodylat de soude amp. XII.

Neurokoh gl. I.

S; 2 lugë në ditë pas buke.

Shpesh këto gabime reflektohen rëndë te i sëmuri dhe te punonjësit e farmacive, të cilët janë të detyruar të kërkojnë mjekun për korigjimin e gabimit të kryer, dhe akoma më keq këto reflektohen në të sëmurët e ardhur nga katundet ose dhe qytete të tjera, koha e të cilëve është shumë e kufizuar.

Në konditat e zhvillimit të kulturës dhe arësimit të vendit, ne na duket se gabime të tilla si shkruarja e pakujdesëshme e recetës, tejkalimi i dozave, shkruarja e recetës pa emër dhe në copa letra nuk janë të lejueshme. Prandaj, për të dalë nga një gjendje e tillë duhet kujdes në radhë të parë nga mjeku që shkruan recetën dhe nga farmacisti që e ekzekuton atë.

Duhet kërkuar me këmbëngulje zbatimi i të gjitha rregullave të shkruarjes së recetës, të shprehura në urdhëresat përkatëse.

#### *Format farmaceutike dhe proporcioni i tyre.*

Studimi i recetave të ekzekutuara nga farmacistë tona, na lejon të nxjerrim një seri konkluzione jo vetëm mbi mënyrën e shkruarjes së recetës dhe nomenklaturës që përdoret në 'to, por edhe mbi peshën specifike të formave të ndryshme të barnave që vihen në përdorim të masave të gjera punonjëse të vendit tonë si dhe mbi përdorimin e tyre racional ose jo racional.

Zakonisht format e barnave që vihen në shitje nga farmacistë i ndajmë në tre grupe kryesore:

1) Barna në formë të fortë ose barna të forta.

2) Barna në formë të lëngët ose barna të lengëta.

3) Barna në formë të butë ose barna të buta.

Format e barnave të forta përdoren gjerësisht nga praktika mjekësore e vendit tonë mbasi ato kanë një seri anësh pozitive në krahasim me format e tjera të barnave. Kështu p. sh. ato transportohen lehtë, janë rezistente, kanë dozim të saktë, përdoren pa qenë nevoja e personelit të kualifikuar mjekësor etj.

Sikurse rezulton edhe nga pasqyra e mëposhtme vendin e parë e ze ekzekutimi i recetave që përmbajnë barna të forta, midis këtyre të fundit, në vendin e parë qëndrojnë tabletat, mandej vijnë pluhurat dhe mbas tyre ekstratet, pilulat, kurse barnat në forma kapsulesh ose jepen shumë rrallë ose nuk përdoren fare.

#### *Barnat e forta në krahasim me format e tjera të barnave në %*

Tabletat	Pluhura	Ekstrakte	Pilula	Kapsula	Shuma
37,3	11,5	I	0,6	0	44,4

Kështu 50,4% të recetave që ekzekutohen nga farmacitë i përbëjnë format e forta të barnave, kurse format e lehtëta dhe të buta sëbashku përbëjnë vetëm 49,6%.

*Përqindja e formave të forta të barnave midis tyre.*

Rrethi	Tableta	Pluhura	Ekstrakte	Pilula	Kapsula	Totale
Tiranë	74	22,82	1,88	1,3	0	100
Gjirokastrë	61,8	32,3	—	5,9	—	100
Tepelenë	60,8	39,2	—	—	—	100
Përmet	75,6	24,4	—	—	—	100
Këlcyrë	75,41	24,59	—	—	—	100
Lushnjë	64,62	35,38	—	—	—	100
Fier	60,8	39,2	—	—	—	100

Nga kjo pasqyrë del e qartë se tabletat zenë vendin e parë jo vetëm midis formave të forta të barnave, porse edhe midis formave të lehtëta dhe të buta, gjithashtu gjerësisht përdoren edhe pluhurat, ndërsa kapsulet nuk përdoren fare, megjithëse mund të shfrytëzohen gjerësisht në ato raste që duam të maskojmë shijen e hidhur ose erën e keqe të disa substancave, ose kur duam të japim substanca që mos shkatrohen nga lëngu gastrik, p. sh. me kapsula prej keratine ose prej glutoli.

Sasia e përgjithëshme e barnave të forta lëkundet shumë gjatë muajve të ndryshëm të vitit, kjo është e lidhur direkt me ndryshimin e klimës dhe zhvillimin e shpeshtë të gjendjeve katarale dhe gripale, në muajt e ftohtë të vitit.

Kështu p. sh. gjatë muajit janar të vitit 1957 janë vënë në shitje vetëm nga një farmaci e kryeqytetit 16.872 tableta Fenaskon dhe 1040 tableta Pyramidon, sasia e tyre shkoi duke u rritur krahas me zhvillimin e gjendjeve katarale dhe epidemisë së gripit, që u zhvillua në muajt shkurt dhe mars, ndërsa gjatë muajve të tjerë këto shifra zvogëlohen gradualisht, dhe rriten përsëri gjatë epidemisë së dytë në muajin shtator-tetor, sikurse rezultojnë edhe nga pasqyra e mëposhtme.

*Sasia e tabletave Fenaskon e Pyramidon konsumuar gjatë muajit janar-tetor 1957*

Muaji	Fenaskon	Pyramidon
Janar	16872	1793
Shkurt	34074	2245
Mars	49961	2259
Prill	14969	1510
Maj	19185	2471
Qershor	11206	1179
Korrik	13679	1135
Gusht	16191	1913
Shtator	52959	6638
Tetor	63752	7846

Një gjendje e tillë vërtetohet edhe në qoftë se do të krahasojmë sasinë e përgjithëshme të tabletave që janë lëshuar nga farmacia për muajt janar-shkurt dhe shtator-tetor. Gjatë muajt janar janë vënë në shitje vetëm nga një farmaci e kryeqytetit 142.425 tableta, shifër e cila në muajin shkurt arrin 170.941, ndërsa me kalimin e epidemisë në muajin prill bie deri në 140.588, kurse në muajin shtator arrin në 144.562 ndërsa në tetor 228.750.

II) Në grupin e dytë të formave të barnave duhet të përmendim format e lengëta, të cilat sipas sasisë së përdorimit zenë vendin e dytë pas barnave të forta.

Në këtë grup hyjnë këto forma bari:

a) Solucionet për përdorim të brëndëshëm.

b) Solucionet për përdorim të jashtëm.

c) Pikat.

ç) Tinkturat.

d) Solucionet injektabel.

e) Infuzionet.

g) Dekoksionet.

Nga recetat e ekzekutuara prej farmacive të Tiranës, rezulton se solucionet për përdorim të brëndëshëm, të jashtëm dhe solucionet injektabel kanë një peshë specifike të madhe në krahasim me format e tjera të barnave të lengëta.

Pasqyra e mëposhtme na tregon se vendin e parë, midis barnave të lengëta për qytetin e Tiranës e zënë solucionet për përdorim të brëndëshëm, në vendin e dytë dhe të tretë qëndrojnë respektivisht solucionet për përdorim të jashtëm dhe solucionet injektabel. Mbas tyre vijnë tinkturat, pikat, kurse infuzionet dhe dekokSIONET nuk janë shfrytëzuar fare.

*Format e lengëta të barnave në % në krahasim me format e tjera të barnave për qytetin e Tiranës*

Sol. brend.	Sol. jashtëm	Tinktura	Sol. injekt.	Pika	Infuzion.	Dekoksione
14,5	11,2	2,5	6,8	1,8	0,4	0,1

*Format e lengëta të barnave në % midis tyre për disa rrethe të vendit tonë*

Rrethi	Sol. të brëndëshëm	Sol. të jashtëm	Sol. Injektabel	Ti t.	Pikat	Inf.	Dekoks.
Tiranë	33	30	18,3	6,7	4,83	1	0,17
Gjirokastrë	50	21,2	23,6	3,7	—	1,5	—
Tepelenë	43,5	20,4	25,3	10,8	—	—	—
Përmet	36,2	12	48,3	—	2,5	—	—
Lushnje	31,3	5,2	63,3	—	—	—	—

Të dhënat që rezultojnë nga studimi i recepturës për qytetin e Tiranës dhe për disa rrethe të tjera, koncidojnë edhe me të dhënat e marra nga

studimi i recepturës për qytetin e Moskës. Kështu p. sh. 31% të barnave të lengëta, që janë venë në shitje nga farmacitë e Moskës, i përbëjnë solucionet me përdorim të brëndshëm 25% solucionet për përdorim të jashtëm dhe 1,23% solucionet injektabel.

Simbas të dhënave të A. I. Shimanko, format medikamentoze të lengëta për përdorim të brëndshëm gjatë viteve të fundit u zvogëluan shumë, në vend, të 46% që ishin në vitin 1936 dhe 36% në vitin 1949, pesha e tyre specifike në recepturën e vitit 1954 përbënte vetëm rreth 31%.

Një fenomen i tillë është vënë re edhe në konditat e vendit tonë dhe shpjegohet me këto, që në kohën e sotme janë shpërndarë shumë mjete të reja medikamentoze, të cilat përdoren në formë barnash të forta, veçanërisht në formë tabletash sikurse janë preparatet sulfanilamide, si dhe zëvendësimi i disa barnave që më parë jepeshin në formë të lengëtë, me tableta.

Megjithëse pesha specifike e formave të lengëta të barnave simbas A. I. Shimanko është i madh prapëprap, simbas të dhënave të tij, në shumën e përgjithëshme predominojnë tabletat, të cilat arrijnë shumën e përgjithëshme në grupin e preparateve të gatëshme rreth 49%, kurse nga të dhënat e qytetit të Tiranës arrijnë në 37-40%.

Në mënyrë të veçantë duhet të theksojmë se në praktikën mjekësore të vendit tonë solucionet injektabel përdoren jo vetëm gjerësisht, porse mund të themi në sasira jashtëzakonisht të mëdha.

Ndërsa në recepturën e qytetit të Moskës, solucionet injektabel përdoren vetëm 1,23% të sasisë së përgjithëshme të barnave të lengëta. Në konditat e praktikës sonë mjekësore kjo sasi është shumë e madhe, kështu p. sh. për qytetin e Tiranës 18,3%, të Gjirokastrës 23,6%; Tepelenës 25,3%, Përmetit 48,3% dhe Lushnjës 63,3% të sasisë së përgjithëshme të barnave të lengëta.

Përdorim mjaft të gjerë solucionet injektabel kanë gjetur veçanërisht në rrethin e Lushnjës, sikurse rezultojnë edhe nga përqindjet e mësipërme.

Për të qenë më të qartë në lidhje me shfrytëzimin e solucioneve injektabel në këtë rreth, po analizojmë këtu më poshtë recetat e ekzekutuara nga farmacia e këtij qyteti në datën 18-1-1958. Nga sasia e recetave të ekzekutuara gjatë kësaj dite, rezultojnë se 43 prej tyre janë lëshuar nga Poliklinika e rrethit, ndërsa 37 nga mjekët e ndryshëm privatë. Nga të 37 recetat private, 26 prej tyre përmbajnë solucione injektabel, gjë e cila pasqyron mjaft qartë shfrytëzimin e solucioneve injektabel nga mjekët e këtij rrethi. Gjithashtu vlen të theksohet se pjesa më e madhe e recetave përbëhet me solucione injektabel të salicilatit të natriumit, ampula Vit. B<sub>1</sub> dhe liniment. Kështu nga 26 receta me solucione injektabel të asaj dite, 14 prej tyre kanë liniment.

Kjo tregon se nga 37 vizitat e kryera gjatë ditës prej mjekëve të këtij rrethi një pjesë e konsiderueshme e tyre kanë marrë solucione injektabel me diagnozën e sëmundjes reumatizmale.

Në po këtë datë, nga kjo farmaci, janë ekzekutuar edhe 36 receta, të cilat përmbanin penicilinë, pjesa më e madhe e tyre — rreth 20 janë lëshuar nga mjekët privatë, kurse 16 receta me antibiotikë janë lëshuar nga entet shëndetësore.

Solucionet injektabel përdoren gjerësisht edhe në praktikën mjekësore të rrethit të Fierit, mjafton të përmendim se vetëm solucionet injektabel nga 5cc janë harxhuar 13.838, sasi e cila ja kalon shumë së përgjithë-

shme të ampulave nga 5cc në një seri rrethesh të marra së bashku për të njëjtin interval kohe si më poshtë.

*Sasia e ampulave nga 5cc të harxhuara nga:*

1) Përmeti	1202
2) Berati	1919
3) Memaliaj	218
4) Kavaja	2813
5) Këlcyra	37
6) Vlora	6052

shuma: 12.241

Për të ilustruar akoma më mirë gjendjen e shfrytëzimit të soluconeve injektabel nga mjekësia e Fierit mund të theksojmë se për të njëjtin interval kohe farmacia e këtij rrethi kish vënë në shitje rreth 138.807 ampula, sasi e cila i afrohet shumë së ampulave të harxhuara nga farmacitë e Gjirokastrës, Tepelenës, Memaliajt, Këlcyrës dhe Përmetit të marra së bashku me shumë totale 166.698.

Përdorimi i soluconeve injektabel në sasira kaq të mëdha nuk ka asnjë bazë, ajo vështirëson punën e enteve shëndetësore, kërkon personel të kualifikuar mjekësor; hap rrezikun e shpërndarjes të disa sëmundjeve infektive, si p. sh. sëmundjen e Botkinit, abseseve e tjera, kërkon kohë nga ana e pacientit dhe nuk ka leverdi ekonomike si për shtetin ashtu edhe për pacientin. Përdorimi i soluconeve injektabel, është shtuar veçanërisht gjatë muajve të ftohtë që shoqërohen me sëmundje katarale dhe inflamatore të rrugëve respiratore. Mjafton të përmendim se gjatë muajit janar të vitit 1957 janë vënë në shitje nga farmacia e Tiranës 3764 ampula nga 1cc, 8199 ampula nga 2cc, 286 ampula nga 5cc, dhe 2922 amp. që përmbajnë nga 10 cc.

Kurse gjatë muajve të epidemisë së gripit në shtator-tetor kjo sasi u rrit. shif pasqyrën:

*Sasia e ampulave të harxhuara nga një farmaci e qytetit.  
të Tiranës gjatë muajve janar-tetor*

Muaji	Amp. 1,0	Amp. 2,0	Amp. 5,0	Amp. 10,0
Janar	3.674	8.199	186	2.922
Shkurt	3.913	6.048	101	2.902
Mars	4.871	7.922	625	3.824
Prill	4.193	6.052	179	2.689
Maj	4.720	5.836	72	3.734
Qershor	4.248	12.744	85	3.167
Korrik	4.230	9.025	40	3.989
Gusht	2.474	9.428	155	2.642
Shtator	5.320	21.328	42	3.316
Tetor	5.376	19.975	—	4.048

Midis barnave të lëngëta dekoksiomet dhe infuzionet përdoren pak në praktikën mjekësore. Futja e infuzioneve dhe dekoksiomet në praktikën e përditëshme mjekësore do të shpinte në zgjerimin e fushës së manevrimit të mjekimit lidhur me përdorimin e formave të ndryshme të barnave, nga ana tjetër përdorimi i infuzioneve dhe dekoksiomet ka një seri anësh pozitive: ato përdoren lehtë, jepen relativisht për një kohë të shkurtër për 3-4 ditë rrjesht, me anën e këtyre barnave ekstrahohen lehtë disa materje aktive të bimës, si p.sh. të *Digitalis*, *fletëve Uvae Ursi*, barit të *Adonis vernalis* etj.

III) Grupi i tretë i formave të barnave përbëhet nga barnat e buta. Në këtë grup barnash duhet të përmenden:

- 1) Pomadat
- 2) Pastat
- 3) Supostat
- 4) *Globuli vaginalis* (ovulet)
- 5) Linimentet.

Barnat e buta zakonisht përgatiten në forma magistrale — në farmaci, kurse një pjesë fare e vogël e tyre përgatitet në mënyrë oficinale. Me që nëse teknologjia e përgatitjes së këtyre substancave është deri diku e komplikuar dhe rrugët e përdorimit janë të kufizuara, për këtë arsye këto forma bari shfrytëzohen më rrallë në praktikën mjekësore. Nga format e mësipërme pomadat janë format më të përdorëshme, nga grupi i barnave të buta, mbas tyre vijnë linimentet, rrallë përdoren ovulet.

Nga studimi i recetave të ekzekutuara gjat muajit tetor të vitit 1957 rezulton se pesha specifike e barnave të buta në krahasim me format e tjera të barnave përbën 3,4%, kurse nga kjo sasi 2,7% i përkasin pomadave, sikurse rezulton edhe nga pasqyra e mëposhtme.

*Format e barnave të buta në % në format e tjera të barnave për qytetin e Tiranës*

Pomada	Pasta	Ovule	Suposte	Linimente
2,7	0	0,5	0	0,2

*Format e buta të barnave midis tyre për rrethet e ndryshme*

Rrethi	Pomada	Pasta	Ovule	Suposte	Linimente	%
Tiranë	80%	0	14,7	0	5,3	100
Gjirokastrë	100	—	—	—	—	100%
Tepelenë	100	—	—	—	—	100%
Përmet	100	—	—	—	—	100%
Këlcyrë	73,33	—	—	—	26,67	100%
Lushnje	30	—	—	—	70	100
Fier	100	—	—	—	—	100

*Format e ndryshme të barnave midis tyre në % për rrethe të ndryshme*

Rrethi	Format e forta	Format e lëngëta	Format e buta	Mjetet antibiotike	Shuma
Tiranë	50,4	37,2	3,4	9	100
Gjirokastër	32,4	50,4	4,6	12,6	100
Përmet	34	48	6	12	100
Këlcyrë	30,5	50,5	7,5	11,5	100

III) Sikurse rezultojn nga pasqyra e mësipërme antibiotikët zenë një vend të konsiderueshëm midis formave të ndryshme të barnave. Përse nuk duhet harruar se krahas me rritjen e përdorimit të antibiotikëve zhvillohen edhe format rezistente të mikrobeve. Për ta ilustruar këtë mjafton të kujtojmë me këtë rast të dhënat e Douring dhe Lepper, të cilët treguan se para përdorimit të penicilinës letaliteti nga sepsis me origjinë stafilokoku arrinte 80%. Në vitin 1942-1944, kur filloi përdorimi i penicilinës, ajo u ul deri në 28%, ndërsa në kohët e fundit letaliteti filloi përsëri të ngrihet deri në 50%, si rezultat i zhvillimit të formave rezistente të stafilokoqeve. Si shembull tjetër mund të shërbejë gjithashtu statistika e letalitetit nga pneumonia. Në vitin 1942 letaliteti nga pneumonia përbënte rreth 2,3% të sasisë së përgjithëshme të vdekjeve, më 1944 kjo u ul në 0%, ndërsa nga viti 1945 kjo përqindje filloi të rritet përsëri.

Këto shifra që përmendëm japin sinjale të rëndësishme për të paralajmëruar se sa të kujdesëshëm duhet të jemi në lidhje me përdorimin e këtyre mjeteve. Dhënia e tyre duhet të bëhet në mënyrë racionale dhe me indikacione rigorozisht të caktuara, përdorimi i tyre i shpeshtë mund të shpjerë në zhvillimin e formave rezistente, në shtimin e efekteve anësore dhe komplikacioneve të llojeve të ndryshme.

Sasia e përdorimit të antibiotikëve rritet veçanërisht gjatë kohës së epidemive. Një gjë e tillë është krejtësisht e kuptueshme duke u nisur nga fakti se mbas sëmundjeve epidemike shtohet edhe lindja e komplikacioneve, megjithatë, kjo nuk duhet mbivlerësuar dhe nuk duhet lejuar, që çdo gjendje febrile të mjekohet me antibiotikë, kur ka mundësi mjekimi i saj me preparate të tjera antimikrobike.

IV) Një rol të rëndësishëm në efektin kurativ të barnave lozin edhe ingredientet përbërëse, që marrin pjesë në substancën.

Nga studimi i recepturës për qytetin e Tiranës rezultojn se: format e barnave me 1, 2, 3, 4, 5 dhe 6 qëndrojnë si më poshtë me 1 ingredient 56,3%, me 2 ingredientë 21,2%, me 3-7% me 4-3,3% me 5-1% dhe me 6 ingredientë 1,4%, kurse pjesa tjetër e recetave përbëhet nga antibiotikët.

*Sasia e ingredientëve përbërës të barnave në ‰*

Rrethi	Me ingrediente	Me 2 ingrediente	Me 3 ingrediente	Me 4 ingrediente	Me 5 ingrediente	Me 6 ingrediente	
Tiranë	56,3	21,2	7,3	3,3	1,7	1,4	9
Gjirokastrë	68	21	7,2	2	0,7	—	—
Tepelenë	84,2	12,5	2,3	1	—	—	—
Përmet	61,2	24	11,5	3,3	—	—	—
Këlcyrë	65	20	7,5	5	2,5	—	—
Lushnjë	59,43	17,42	7,28	4,58	4,15	—	—

**KONKLUZIONE**

1) Recetat e ekzekutuara nga farmacitë tona shpesh herë nuk ju përgjigjen rregullave të recepturës përsa i përket mënyrës së shkruarjes së recetës, ekzistencës së dozave dhe sasisë së përdorimit të tyre.

2) Recetat e lëshuara nga mjekët e këtyre rretheve shkruhen në gjuhë të ndryshme si:

- a) Frengjisht
- b) Italisht
- c) Latinisht dhe shpesh herë me fjalë të shqiptarizuara.

3) Format e barnave të forta përdoren më shpesh në praktikën mjekësore të vendit tonë, midis tyre tabletat zenë vendin e parë, dhe mbas tyre respektivisht vinë pluhnat, ekstraktet, pilulet.

Format e lengëta të barnave zenë vendin e dytë. Në disa rrethe përdorimi i solucioneve injektabel është shumë i madh, infuzionet dhe dekokcionet shfrytëzohen shumë rrallë, kurse mjetet antibiotike përdoren gjerisht në krahasim me barnat e tjera.

*(Paraqitur në Redaksi më 15-XII-1960)*

**PRELIMINARI DATA ON THE STATE OF THE MEDICAL  
PERSCRPTIONS IN SOME DISTRICTS OF OUR  
COUNTRY DURING THE YEAR 1957.**

**(SUMMARY)**

*In this article the author analyses the medical perscriptions during the year 1957.*

*This study deals mostly with the following points: the perscription, the way it is written and the nomenclature it uses, the farmaceutic formes and the proportions, the ingredients that are perscribed, the proportion between the antibiotics and other drugs. This study shows that the perscriptions are being written in four languages: Albanian, Frenc, Latin and Italian, that an important part of the perscriptions do not follow the acceptet rules, mostly in regard to the way of writing, of determining the doses etc.*



## DISA ASPEKTE TË TONSILEKTOMISË

Docent B. ZYMA  
Katedra otorino-okulistike

Në disiplinën tonë mjekësore operacionet e bajameve formojnë vëllimin më të madh të rasteve tona dhe janë ndërhyrjet më të shpeshta. Ky fakt vërtetohet nga numri i tonsilektomive në krahasim me operacionet dhe kjo tendencë vjen duke u shtuar çdo vit. Prej vitit 1932, datë kur u hap për të parën herë në vendin tonë një repart për sëmundjet e veshëve, hundës, fytit, nga ne gjer tani janë operuar rreth 15.000 raste.

Prej statistikave të nxjerra nga klinika e jonë për tre vjetët e fundit, shihet rritja progresive e numrit të tonsilektomive të kryera. Kështu p.sh. gjatë vitit 1957 në klinikën tonë janë shtruar 1120 të sëmurë prej të cilëve 650 kanë qenë me tonsilit kronik, d.m.th. 58% e rasteve. Gjatë vitit 1958 numri i tonsilektomive në klinikën tonë ka qenë 1120, kurse në vitin 1959 ky numër arrin në 1368 raste.

Sikurse dihet, 80% e sëmundjeve të përgjithëshme të njeriut e kanë burimin në hapsirat që gjinden në fytyrë. Kjo kuptohet vetvetiu po të kemi parasysh se sëmundjet më të shpeshta shkaktohen nëpër rrugët ushqimore dhe të frymëmarrjes. Lidhur me tonsilitet kronike në literaturën mjekësore është shkruar shumë dhe sigurisht do të shkruhet akoma mbi këtë temë sepse deri tani nuk kemi ndonjë metodë të sigurtë për të përcaktuar me saktësi në se nevojitet ose jo, heqja e bajameve. Në ato raste kur sidomos tek fëmijët çfaqen bajame të mëdha dhe përmbajnë sekrecione, indikacioni për tonsilektomi është i lehtë. Por ka mjaft raste kur tonsilet duken pa ndonjë ndryshim patologjik makroskopik dhe indikacioni për operacion bëhet problematik.

Dihet se për të siguruar një diagnozë në sëmundjet e bajameve, jash-të ndjekin metoda të ndryshme: Viggo-Schmidt, për shembull, ka konstatuar se kur një bajameje të shëndoshë i bëhet masazh prej së paku 5 minuta kjo ndërhyrje mekanike shkaktton paksimin e leukociteve në gjak (leukopeni). Kur përkundrazi i sëmuri paraqet një inflamacion kronik të bajameve dhe sidomos kur tonsilet fshehin vatrën e infeksionit fokal, atëhere mbas masazhit në gjak shtohet numri i leukociteve (leukocitoze). Një tjetër metodë është ajo e Gutzit, i cili duke aplikuar UVÇ mbi bajamet ka konstatuar se në rastet e sëmundjeve të bajameve sedimentacioni i eritrociteve në gjak shtohet.

Verner-Schultzi ndjek këtë metodë: mer material nga tonsilet dhe e injekton nën lëkurën e pacientit. Në rast se bajamet janë të sëmura, në vendin e injektuar çfaqet një eritemë.

Por të gjitha metodat që përmendëm janë tepër të komplikuar dhe në shumë raste nuk japin përfundime të sakta, prandaj nuk janë të përshtatëshme të zbatohen në praktikë. Ndër ne, deri tani nuk janë aplikuar të tilla metoda për diagnostikimin e sëmundjes, por kurdoherë kemi pa-

tur parasysh kundraindikacionet që ndalojnë intervenimin kirurgjikal ose që mund të rrezikojnë jetën e të sëmurit, si p.sh. tek kardiakët e rëndë, tek tuberkulozet me sëmundje të avancuar, tek hemofilikët, tek gratë shtatzanë ose gjatë sëmundjeve infektive në përgjithësi.

Neve nuk jemi partizanë të heqjes sistematike të çdo bajameje në të gjitha rastet. Por kemi qenë gati dhe jemi të dispozuar të intervenojmë në të gjitha ato sëmundje të përgjithëshme që përfshihen në kuadrin e infeksionit fokal (si p. sh. reumatizma, nefropati, kardiopati etj.) megjithëse tonsilet nuk paraqesin asgjë me randësi makroskopike, si dhe në ato raste kur i sëmuri ankohet për dhimbje në fyt ose kur ka erë të keqe nga goja.

Lidhur me indikacionet për tonsilektomi neve kemi ndërhyrë në të gjitha rastet kur tonsiliti kronik është paraqitur si një vatrë infeksioni, si p.sh. tek të sëmurët me reumatizëm, me sëmundjet e veshkëve dhe të zemrës. Ka dhe mjaft sëmundje të syve dhe të lëkurës që e bëjnë të nevojshme heqjen e bajameve. Këtu duhet të përmendim edhe rastet me limfadenit cervical me natyrë specifike dhe jo specifike, të sëmurët me temperaturë subfebrile dhe me korea minor. Ne u japim një rëndësi të veçantë edhe bajameve me madhësi gjigante, sepse këto shpesh janë edhe shkaktarë për një zhvillim jo normal të organizmit, në moshën e re.

Në indikacionin tonë për tonsilektomi mosha e të sëmurit nuk ka lojtur ndonjë rol. Pjesa dërmonjëse e të operuarve tanë i përket moshës 3-30 vjeç, e kjo kombinon edhe me të dhënat e autorëve të tjerë. Por në raste të jashtzakonëshme, kur indikacionet kanë qenë të domosdoshme, ne kemi operuar pothuajse në çdo moshë, prej fëmijvet 6 muajsh deri tek pleq të 60 vjeçarë, pa marrë parasysh seksin. Në përcaktimin e indikacionit për tonsilektomi, përveç të dhënave të anamnezës dhe të ekzaminimit, objektiv, neve jemi ndihmuar edhe nga intuïta mjekësore, duke nxjerrë nga i gjithë kompleksi i ankimeve të të sëmurit dhe i simptomave klinike konkluzionin e duhur për të vendosur ndërhyrjen kirurgjikale.

Mjekimi radikal i tonsileve të sëmura bëhet me anë të operacionit. Siç dihet, çdo operacion ka vështirësi të ndryshme, sidomos në rastet kur ka shumë të sëmurë dhe humbja e kohës pengon realizimin e detyrave në një klinikë me kuadro të kufizuar siç është në rastin tonë. Për të kapërxyer vështirësitë e çdo natyre, neve duke patur parasysh njëkohësisht edhe mjetet që disponojmë, kemi zbatuar një sistem që i përshtatet konditave tona duke operuar në mënyrë të shpejtë 20-30 të sëmurë në disa orë.

Në fillimin e aktivitetit tonë, tek fëmijët kemi praktikuar tonsilotomin njësoj siç veprohej jashtë asokohe; mirëpo, në disa raste, fëmijët e operuar çfaqin përsëri ankimet e mëparëshme ose ktheheshin pas një periudhe me absese peritonsilare.

Natyrisht prindët të çqetësuar nga kjo gjendje pëshpëritnin poshtë e lart se operacioni i bajameve nuk jep përfundime të mira ose të vazhdueshme. Duhet të pohojmë se të tilla ankime nuk kanë qenë të padrejta për arsëye se pas operacionit të tonsilotomisë formohen cikatriçe të ndryshme në mbeturinat e indeve tonsilare, të cilat shkaktojnë një tonsilit kronik me recidivë të sëmundjes. Eckert-Mebuis ka konstatuar se në 500 operacione të tonsilotomisë, 325 raste kanë përfunduar me tonsilit kronik për të cilat është nevojitur më vonë tonsilektomia. Megjithkëtë, ka mjaft mjekë që akoma te fëmijët praktikojnë vetëm tonsilotominë Schmidt-Hackenberg bile shkon edhe më tutje dhe e quan tonsilektominë

tek fëmijët një gabim trashanik sepse u hiqet atyre një organ i vlefshëm duke i predispozuar për sëmundjen e polimielitis.

Faber, Miller, Top dhe Kumm kanë konstatuar se janë prekur nga poliomielitisi 3 herë më tepër ata fëmijë të cilëve u janë hequr bajamet në mënyrë radikale në krahasim me fëmijët që nuk janë operuar.

Ne nuk kemi të dhëna statistikore për të afirmuar këtë pikëpamje, por sidoqoftë mund të themi se aplikimi i tonsilotomisë është sigurisht një hap prapa në një kohë kur përgjithësisht është pranuar tonsilektomia dhe është vërtetuar se tonsilotomia është një mjekim jo efikas as i sigur-të për të evituar recidivat.

Ne kemi operuar si të rriturit ashtu edhe fëmijët kur të sëmurët nuk paraqesin ndonjë inflamacion akut në regjonin tonsilar ose absesi periton-silare dhe kjo mënyrë na duket më e arësyeshme edhe pse nuk shkakton komplikacione të rënda dhe të rrezikëshme megjithë jashtë, në disa kli-nika, intervenimi kirurgjikal bëhet edhe gjatë inflamacionit akut të ba-jameve. Por në këto raste literatura mjekësore na informon se janë shkak-tuar mjaftë komplikacione si p. sh. sepsis, trombozë, hemoragji ose kom-plikacione të tjera që jo vetëm mundojnë të sëmurin, por kompromentoj-në edhe rezultatet e mira të tonsilektomisë. Nga ana tjetër ndërhyrja në një organ në flakën e një inflamacioni ose të qelbëzuarit që i shkakton të sëmurit dhimbje dhe trizmus nuk është pa dyshim një punë jo e kënaqë-shme dhe e vështirë. Kjo është arsyeja për të cilën, siç e thamë edhe më parë, neve preferojmë të operojmë gjithnjë jashtë krizave akute.

Në radhë të parë, për t'u siguruar nga çdo kundër-indikacion, para operacionit e vemë të sëmurin nën këqyrje të përgjithëshme, d.m.th. vë-rejmë në se i sëmuri paraqet sëmundje ngjithëse specifike ose jo, sëmundje të gojës dhe të dhëmbëve, ato të hundës, të sinuseve dhe të veshëve në fazë akute të shoqërueme me mastoidit ose me osteomielit, sëmundje të toraksit dhe të abdomenit dhe kardiopati me tension të lartë. Gjithashtu vemendje të madhe u kemi kushtuar sëmundjeve të gjakut, sidomos he-mofilisë dhe variceve. Gjithashtu nuk kemi intervenuar në rast epide-mirash të mëdha (si p. sh. në grip të shoqëruar me bronkopneumoni dhe laringit akut, në fruth etj.). Po kështu gjatë periudhës menstruale tek gratë, tek shtatzanat sidhe në muajt e para pas lindjes.

Operacionet e tonsilotomisë dhe ato të adenotomisë i kemi bërë pa ndonjë anestezi lokale ose të përgjithëshme; vetëm në disa fëmijë të çqe-tësuar kemi qenë të shtërnguar të përdorim anestezinë e përgjithëshme me klorure d'ethyle pa ndonjë pasojë të dëmshme dhe nga statistikat to-na rezulton se në të tilla operacione nuk është çfaqur asnjë komplikacion.

Pas vitit 1935 fëmijët edhe të rriturit i kemi operuar në mënyrë radi-kale, d.m.th. kemi preferuar të aplikojmë tonsilektominë, por nuk kemi përdorur në asnjë anestezi të përgjithëshme; gjithashtu nuk kemi përdorur as morfinë, as atropinë, por anestezin lokale e bëjmë me novokainë 1/2%, duke përzier 10 cc. novokainë dhe 10 pika adrenalinë 1% për çdo të së-murë. Në disa raste kur kemi dashur të krahasojmë efektin e adrenalinës, kemi përdorur për anestezi lokale vetëm solucion të thjeshtë novokaine, në këto raste është shkakuar një hemoragji që na ka shqetësuar gjatë operacionit dhe si pasojë ka zgjatur edhe kohën e ndërhyrjes.

Adrenalina, pra, sipas mendimit tonë duhet të përdoret për operacio-net e bajameve për të ndaluar gjakun gjatë operacionit, duke evituar kë-shtu shqetësimin e të sëmurit si dhe mbulimin e vendit të operacionit me

gjak. Mirëpo duhet pohuar njëkohësisht se dobia e adrenalinës nuk është e vazhdueshme dhe në shumë raste, duke vepruar për një kohë të shkurtër ose të gjatë, shkakton një dilatacion të enëve të gjakut dhe si pasojë, hemoragji post-operatore.

Duhet venë në dukje se përdorimi i anestezisë lokale në ndërhyrjet kirurgjikale në fyt nuk asht aq i thjeshtë dhe pa rrezik. Aksidentet gjatë anestezisë lokale në këto pjesë të trupit ndodhin shumë më tepër se në çdo pjesë tjetër dhe sigurisht vijnë jo vetëm nga teknika e gabuar, por edhe nga dozimi jo i drejtë i mjeteve të anestezisë. Në literaturë janë përshkruar gjithashtu raste kur nga pakujdesia, në vend të novokainës, është përdorur koksana duke shkaktuar vdekjen e të sëmurit.

Do të zgjatëshim shumë po të përmendnim të gjitha këto gabime prandaj u mjaftuam t'i tregojmë shkurtimisht. Sidoqoftë adrenalina duhet të përdoret sipas një kriteri të caktuar, sepse dihet se ajo duke vepruar drejtpërdrejt në zemër, shkakton ngacmimin e miokardit dhe një aritmi perpetua. Është me të vërtetë alarmante po t'i hedhim një sy statistikës të Kletzit, i cili ka konstatuar në 150 vdekje 87 të shkaktuara nga anestezitë lokale, d.m.th. më shumë se gjysma, ka qenë në operacionet e laringologjisë. Edhe statistikat e Soegerit të vitit 1932 na tregojnë se nga 64 vdekje prej anestezisë lokale me novokaine-adrenalinë, 37 raste kanë qenë në operacionet e fytit: 23 në tonsilektomi, 5 në struma, 3 në flegmonin e fytit dhe 6 në operacionet e ndryshme të fytit. Neve nuk kemi patur të tilla humbje dhe në përgjithsi asnjë komplikacion të rëndë.

Për të përballuar kërkesat e shumta në krahasim me numrin e kufizuar të kuadrove teknike, neve kemi aplikuar një metodë të shpejtë, me anë të së cilës brënda pak minutave heqim radikalisht bajamet në të dy anët në këtë mënyrë: anestezinë lokale u a bëjmë dy të sëmurëve përnjëherësh, me qëllimin evident që gjatë anestezisë të të sëmurit të dytë dhe gjatë operacionit të të sëmurit të parë, mbetet një kohë, goftë edhe e shkurtër, për çdo të sëmurë që anestezia të bëjë efektin e duhur. Në këtë mënyrë përfitohet mjaft kohë. Në anë tjetër në aktin kirurgjikal çdo manipulim është kalkulluar në të atillë mënyrë që dora të punojë pa pushim. Preparimi i mukozës nga kapsula bahet përnjëherë në të dy anët po me atë bisturi, lirimi i bajameve ekstrakapsulare nga cikatricet bahet me një raspator tonsilar ose me një gersherë të gjatë pak të përkulur, si majtas ashtu edhe djathtas përnjëherë.

Nga mënyra e përshkrimit që bëmë duket kjo të se sa kohë fitohet duke vepruar po me një vegël në të dy anët përnjëherë pa lëshuar ato nga dora. Përveç kësaj gjatë preparimit të bajames së anës tjetër ka mundësi të ndalohen hemoragjitë e lehta, duke mbështetur tonsilin e preparuar në shtratin e tij (hemostazë biologjike). Dhe në të vërtetë në shumë raste hemoragjitë në këtë mënyrë, brënda një kohe shumë të shkurtër, ndalohen dhe në goftë se në momentin e aplikimit të hallkës së telit vihet re se hemoragjia vazhdon, atëhere jo vetëm vendi i hemoragjisë identifikohet më mirë, por dhe kapja e anës së gjakut me pincë hemostatike bëhet më shpejt dhe më e sigurtë.

Shkëputjen e bajameve nga lidhja e fundit në pjesën e poshtme e bëjmë ose me anën e hallkës së telit ose me gërshtë. I gjithë akti operator, duke përfshirë edhe anestezinë, nuk zgjat më shumë se 6-8 minuta. Operacioni i bajameve përgjithësisht nuk paraqet ndonjë rrezik për të sëmurin, me konditë që qysh në fillim të punohet në shtresën retrotonsilare

pa u larguar nga kapsula dhe pa shkaktuar ndonjë lezion si në kapsulën tonsilare, ashtu dhe në indin muskular. Kemi patur dy raste që nuk është vepruar kështu kur kirurgu i ri bashkë me tonsilet kishte hequr indet muskulare retrotonsilare me harqet palatine të parëshme dhe të pasme, duke shkaktue një cikaçtrçe me imobilizim të qellzës së butë dhe si rrjedhim mosfunksionimin fiziologjik të këtij organi. Këta të dy të sëmurët flisnin me hundë (rinolalia aperta) dhe ushqimet e langëshme u dilnin nga hurda.

Konditë e dytë për të evituar rrezikun tjetër është sigurimi i masave për ndalimin e gjakut gjatë e pas operacionit: Dihet se kur operohet me instrumenta jo të mprehta, pa u larguar nga kapsulet tonsilare, hemoragjia pakësohet aq më tepër edhe në raste kur çfaqet hemoragji arteriale kjo duhet të kapet me një pincë dhe të bëhet lidhja e nevojshme. Për hemoragjitë postoperatore neve veprojmë prap në këtë mënyrë: ose e ndalojmë hemoragjinë me anën e bllokadës me novokain-adrenaline ose me një tampon pambuku hemostatik. Në shumë raste tamponi me pambuk hemostatik na ka dhanë rezultate të kënaqëshme. Tamponin e vendosim në vendin e hemoragjisë dhe në sajë të pambukut hemostatik tamponi ngjitet mirë në vatrën e operacionit, ku lihet afro 13 orë. Vetëm kohët e fundit në një rast kemi pasur një hemoragji arteriale persistente tek një të sëmurë 32 vjeç, hemoragji që filloi gjatë operacionit dhe me intervale kohe asht çfaqur në vende të ndryshme të gropës së operacionit duke vazhduar dy javë sa që u detyruam të bëjmë lidhjen e arteries karotis eksterna me përfundim të mirë, mbasi me asnjë mënyrë tjetër nuk qe i mundur ndalimi i gjakut.

Në përgjithësi tek fëmijët deri në 12 vjeç shumë rallë kemi patur hemoragji. Kjo vërtetohet edhe nga statistika e operacioneve të tonsileve të vitit 1959:

Numri i operacioneve	fëmijë gjer 12 vjeç	të rritur prej 12 vjeç e lartë.
1368	580	788

*Hemoragjitë gjatë operacionit*

tek fëmijët	tek të rriturit
—	6

*Hemoragji post-operatore*

tek fëmijët	tek të rriturit
2	8

Si përfundim themi se operacioni i bajameve, siç e thamë më lart, përbën pjesën më të madhe të ndërhyrjeve kirurgjikale të otorinolaringologjisë jo vetëm në vendin tonë por edhe në vendet e tjera.

S'ka dyshim se operacioni i tonsileve është në përgjithësi një ndërhyrje kirurgjikale e nevojës së parë të patologjisë së përgjithëshme dhe të sëmundjeve të gojës e të grykës, prandaj është i domosdoshëm bashkëpunimi i ngushtë midis otorino-laringologut nga një anë dhe terapefit dhe pediatrit nga ana tjetër, në dobi të të sëmurit dhe për rezultate më të kënaqëshme të tonsilektomisë.

(Paraqitur në Redaksi më 10-12-960)

## L I T E R A T U R A

1. Cattaneo L. — O. R. L. Italiana II 1959.
2. Raoul David — Annales d'Otto-Laring. 10/II/1950.
3. Gunel F — Arch-Ohrn-usw. Heilk 166.16. 1955.
4. Fruhwal H. F. Monatschrift f. Ohren heilk 70 Jahng II 1936.
5. Heirlein H. Arch. Ohrn-usw-Heilk 156. 1949.
6. Eichhoff H. Arch — Ohru — usw. Heilk 162-I-1952.
7. Schmidt-Hackenberg — Arch-Ohrn-usw. Heilk 163. 1953.
8. Rauch S. Grod W. — Arch-Ohrn-usw. Heilk 157-1950.
9. Mayersohn D. — Annales d'Ott. Laring. 66-1949.
10. Peller S. — Monatschrift f. Ohren heilkund 70-Johng.
11. Rodd J. Der Hals-nasen und ohrenarzd BD. 30 Heft 3.1932.
12. Vasiliu D. — Revue de Laringologie 5/6/1959.

### SOME ASPECTS OF THE TONSILECTOMY

#### (Summary)

After pointing out that in oto-rhino-laryngology the greatest part of the patients is formed by those with cronic tonsilitis, the author generalises his more than 30 years' experience based on more than 15,000 operations of tonsilectomy. The author notes that the number of these operations is growing constantly, as may be seen from the data of the statistics of the work during the last three years in the clinic he directs.

After mentioning the indications and counterindications to tonsilectomy, the author declares himself againts the tonsilectomy, which has not justified itself because of the frequent postoperative relapses, and declares himself in favor of the radical extirpation of the tonsils in all the cases with sufficient indications for surgical intervention.

The author is against surgical intervention during the phase of acute inflammation of the tonsils.

After describing the operational act the author insists on the necessity of precise dosing of the adrenalin in the novacain solution in order to eliminate the accidents that are describet in the medical literature. The author operates in series of 20 to 30 patients at one time, and thus he arrives at a great economy of time and uses not more than 6-8 minutes for each operation.

In regard to the postoperative accidents the author points out that the cases with hemorrhages are more frequent among the adults than among children, and he describes the methods he uses for stoping them. He points out that during his practice only once he has been obliged to apply the ligature of the arteria carotis externa.

In conclusion the author insists on the necessity of cooperation between oto-rhino-laringologists and pediatricians and therapist in the treatment of the chronic tonsilitis.

## AKTIVITETI NEURO HUMORAL I LIENIT PAS VEPRIMIT TË RREZEVE RENTGEN

I. L. XHAGJIK

*Kandidat i shkencave mjekësore  
Katedra e Patologjisë së Përgjithëshme*

Përdorimi i energjisë nukleare në mjekësi, industri bujqësi dhe në sektorë të tjerë të ekonomisë popullore ka venë për detyrë para shkencave mjekësore shpjegimin e veprimit biologjik të rrezeve jonizonjëse në organizmat e gjalla. Rëndësia e këtij problemi qëndron së pari në faktin se përdorimi i rrezeve jonizonjëse shkakton sëmundjeve. Që përdorimi i rrezeve jonizonjëse profilaktike dhe terapia e sëmundjes së rrezes të bëhet në mënyrë racionale është e domosdoshme të njihen mekanizmat e veprimit të tyre.

Organet e sistemit të gjakut sipas Jegorov A. dhe Boçkarov V. (1955), Jacobson L. dhe bashkëpunëtorët (1949, 1950); Protella A. (1953), Kuzni A. dhe Budilova E. (1953), Ackermen G. dhe bashkëpunëtorët (1954) Ivencakaja (1956 a, b.) Berenbon M. (1956), Kurcin I. (1957) Kostantinova M. (1957) janë shumë të ndieshme dhe të ndryshueshme nën veprimin e rrezeve jonizonjëse, por me gjithë këtë, mekanizmat e këtyre ndryshimeve janë pak të njohura. Prandaj në lidhje me këtë dhe, duke u nisur nga koncepti i I. Pavlovit mbi rolin e impulseve interoceptive, Bikov K. (1954), Kurcin I. (1954, 1958) Çernogovski V. dhe Jeroshanski A. (1953) në aktivitetin e organizmit, në gjendje normale dhe patologjike, patëm për qëllim të studiojmë aktivitetin reflektor dhe humoral të lienit pas veprimit të të rrezeve Rentgen.

### METODIKA

Eksperimentet u kryen në mace me peshë 2.8-3.5 kg. Nën narkozë të lehtë eteri, preparonim arterien karotis dhe në pjesën centrale të saja vendosej kanjula prej xhami e cila lidhej me manometrin prej zhive, që shërbente për të matur presionin arterial. Respiracioni regjistrohej me anën e kapsulës Marej, që qe e lidhur me kanjulen e vendosur në trahe.

Pas kësaj kafsha kalonte në narkoze uretani, i cili jepej në formë solucioni 10% intravenoz. Mbi thellësin e narkozës gjykonim sipas reflekseve kornëale dhe nivelit të presionit arterial.

Pas laparatomisë izoloni lienin. Të gjitha enët, nervat dhe ligamentet, që lidhnin lienin me organet e tjerë, me përjashtim të arteries, venes dhe nervit lienal, viheshin në ligatura dhe priteshin. Pastaj ndanim venën nga arteria dhe të fundit nga nervi lienal. Në pjesën centrale të arteries vendosej ligatura, kurse në pjesën periferike vendosej kanjulë xhami që bashkohej me një shishe të mbushur me solucion Tirodë të pasuruar me oksigjen. Presioni në shishe rregullohej nëpërmjet një çelsi prej zhive

dhe matej me anën e pneumetrit. Në lien solucioni shkante me presion 80-100 milimetra zhive dhe i ngrohur në temperaturë 38°. Solucioni që dilte nga vena lienale binte në një aparat që maste shpejtësinë e perfuzionit, regjistrimi i të cilit bëhej në kimograf nëpërmjet një sistemi tjetër elektromanjetik.

Kështu në kimograf regjistroheshin njëkohësisht: Presioni arterial, respiracioni, shpejtësia e perfuzionit, shenja e eksitimit dhe koha çdo 5 sekonda.

Në disa eksperimente të dy lobet e lienit përfuzoheshin veçmas.

Rrezatimi i lienit bëhej lokal me dozën 100 r. në aparatën RUM-3 në këto kondita: tensioni 170-180 Kv. intensiteti 15 MA, filtrat 0.5 mm Cu dhe 1.0 mm. Al., distanca fokale 30 cm., ekspozimi 1.7 minuta, fuqia e dozës 54.6 I. min. Gjatë rrezatimit të gjitha pjesët e trupit ishin të mbuluar me pllaka plumbi të trasha 3 mm.

Receptorët e lienit eksistoheshin duke injektuar në solucionin ushqyes 1.0-2% KCl ose 1.0-0.1% acetilkolin.

Gjithë materjali eksperimental është bërë në 80 mace, 15 lepuj dhe 50 bretkoca. Janë bërë 800 prova reflektore nga lienit, 200 prova reflektore nga intestimi, 600 prova biologjike dhe 300 analiza të gjakut periferik.

### MATERJALI EKSPERIMENTAL

Nga të dhënat tona mbi studimin e hemoreceptoreve të lienit normal konkludojmë se eksitimi i tyre me KCl dhe acetilkolinë shkakton ngritjen e presionit arterial në 65-75 mm/zhivë. Ky reaksion fillon pas 3-5 sekondash nga injektimi i eksitimit dhe vazhdon për 25-30 sekonda. Siç shihet edhe nga fig. 1 koha e ngritjes së presionit arterial zgjat më pak se 1/3 e kohës së gjithë reaksionit, kurse ulja në nivelin e mëparshëm bëhej më me ngadalë dhe zinte 2/3 e kohës. Ndryshimet në respiracion fillonin në të njëjtën kohë me ndryshimet e presionit arterial dhe shprehen në shpejti-

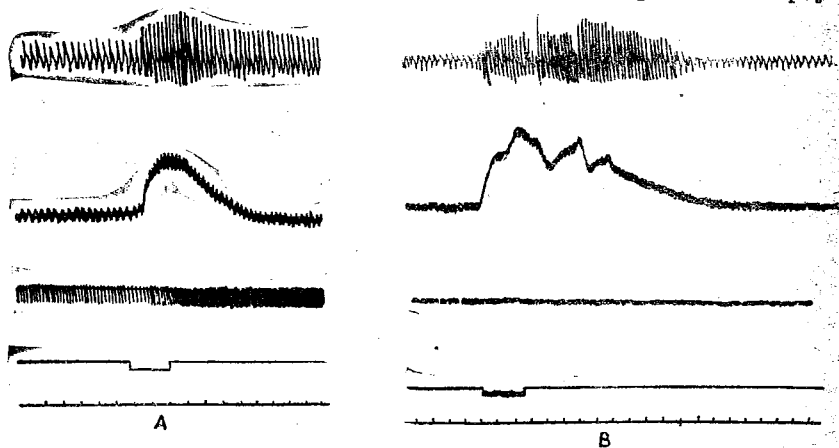


Fig. 1.

Respiracioni dhe presioni arterial gjatë eksitimit të hemoreceptorëve lienale me 1 ml. sol. 0.1% acetilkolinin para rrezatimit (A) dhe 1 minut pas veprimit të rrezeve Rentgen me doza 100 r. (B)

**Tregonjësit:** nga lart poshtë: Respiracioni, presioni arterial, shpejtësia e perfuzionit, shenja e eksitimit dhe shenja e kohës çdo 5 sekonda.



min dhe thellimin e tij. Refleksat interoceptive të lienit vazhdojnë të qëndrojnë të tillë gjatë 2-3 orëve dhe nëqoftëse perfuzioni do të vazhdonte më tepër se tre orë ato bëheshin më pak intensive.

Në serinë e parë refleksat interoceptive të lienit regjistroheshin para dhe 1-2 minuta pas rrezatimit lokal të tij. Duke krahasuar fig. 1. A dhe B shihet se eksitimi i receptorëve të lienit pas rrezatimit provokoj ndryshime më të theksuara në presionin arterial dhe në respiracion në krahasim me fondin. U vu re shkurtimi i periudhës latente, ngritja më tepër e presionit arterial dhe njëkohësisht zgjatja e efektit. Respiracioni bëhej më i thellë dhe më i shpeshtë. Presioni arterial ngrihej gjer më 75-90 mm/zhivë d.m.th. 15 mm/zhivë më tepër se sa nga po këta eksitantë kimikë para rrezatimit; efekti vazhdon 50-60 sekonda d.m.th. dyherë më shumë. Nëqoftëse në normë presioni arterial ulej ngadalë duke arritur nivelin e mëparshëm, pas rrezatimit, rënia e presionit kishte karakter valor, në kimogramat vihen re disa ngritje.

Në eksperimentet e vënë, 24 orë pas rrezatimit u konstatua se ndryshimet reflektore të presionit arterial dhe të respiracionit kanë karakter valor, periudha latente vazhdon të jetë e shkurtër, kurse efekti zgjat dy tre herë më tepër se para rrezatimit. Edhe pas 2-3 orëve të perfuzionit të lienit refleksat ruanin të njëjtin intensitet, domethënë këtu shohim një farë ngritje të aftësive punonjëse të receptorëve.

Veç kësaj vlen të përmendet se kafshët që përdoren për eksperiment, një ditë pas rrezatimit bëheshin me rezistojnëse karshi narkotikëve (uretanit). Nëqoftëse për narkotizimin e maceve me lien të pa rrezatuar duhej më pak se 1.0 ureten për kg/peshë, pas rrezatimit, për të mbajtur të njëjtin nivel narkozi, nevojiteshin 2.0 e më tepër ureten për Kg/peshë.

Në eksperimentet, dy ditë pas rrezatimit të lienit, refleksat interoceptive të tij vazhdonin të kishin karakter jo normal. Veç ndryshimeve të konstatuara me eksperimentet e mëparshëm në këtë periudhë u konstatua

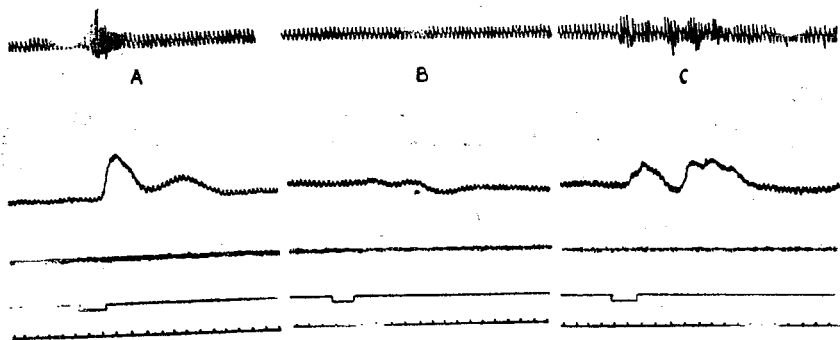


FIG. 2. — Respiracioni dhe presioni arterial gjatë eksitimit të hemoreceptorëve lienalë me ml. sol. 2% KCl, dy ditë pas rrezatimit A. B. C. injektimi i eksitantit pas 10 minutash intervali.

Tregonjësi si në fig. 1.

se jo gjithnjë, sa herë që eksitoheshin interoceptorët, kishte ndryshime në presionin arterial dhe në respiracionin. P. sh. injektimi i 1.0. KCl. në fillim të eksperimentit shkaktoi ngritjen e presionit arterial dhe shpejtimin e respiracionit, pas 10 minutash efekti mungoi, pas 20 minutash përsëri pati efekt d.m.th. përgjigjet reflektore nuk qenë të vazhdueshme, veç kësaj ato kishin karakter të theksuar valor dhe zakonisht vala e dytë e ngritjes së presionit arterial fillonte pasi të kish arritur nivelin e mëparshëm (fig. 3.a 2, c).

Në ditën e tretë pas rrezatimit, reflekset kishin të njëjtin karakter. Veç shpesh herë vihej re që eksitantet e zakonshëm kimike shkaktinin jo thellimin dhe shpejtimin e respiracionit, por inhibimin dhe ngandonjëherë edhe ndalesën e plotë të tij (fig. 4). Pas 5-8 ditësh reflekset ishin më të ulët

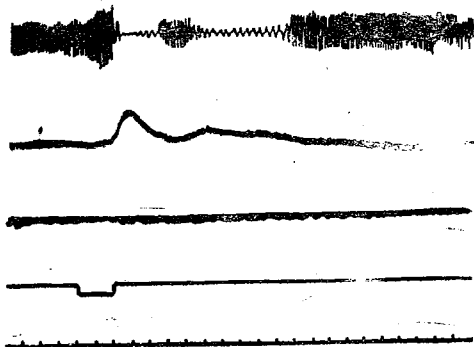


FIG. 3. — Respiracioni dhe presioni arterial gjatë eksitimit të hemo-receptorëve lienalë me 1 ml. 2% KCl. tre ditë pas rrezatimit. Tregonjësit si në fig. 1.

nga norma por efektin e kishin më të gjatë. Ngandonjëherë reflekset ishin të ngjashme me ato të lienit intakt. Kurse ngandonjëherë eksitimi i interoceptorëve të lienit nuk jepte asnjë përgjigje reflektore dhe jo çdo përgjigje ishte e njëjtë për të njëjtin eksitant.

9-12 ditë pas rrezatimit, periudha latente është e rritur, efekti vazhdon të jetë më i gjatë se norma, presioni arterial ngrihet më tepër, respiracioni thellohet dhe shpejtohet më tepër se norma. Në këtë periudhë vihet re disocimi i përgjigjeve reflektore d.m.th. ndryshimet reflektore të presionit arterial dhe të respiracionit nuk janë sinkronike, kanë periudha latente të ndryshme. Ashtu si edhe në periudhën 5 ditë pas rrezatimit por tashti më shumë përgjigjet reflektore të aparatit cirkulator nuk shoqëroheshin me përgjigje të aparatit respirator. Nëqoftëse në normë reflekset fillonin të bini 2-3 orë pas perfuzjonit tashti ato filluan të bëhen më pak intensiv që në orën e parë ose në fillim të eksperimentit.

Ndryshime të tilla reflektore u vunë re edhe në eksperimentet e vëna gjer më 25 ditë pas rrezatimit lokal të lienit. Në periudhën e mëvonëshme, 25-30 ditë pas rrezatimit është konstatuar se ngritja e presionit arterial, që më parë zinte 1/3 e kohës së reaksionit, tashti zë 1/2 ose deri 2/3. Gjatë dy tre orëve të eksperimentit reflekset ishin të ngjashëm ndërmjet tyre. Në eksperimentet e vëna pas 30 e më tepër ditë nga rrezatimi reflekset në të shumtën e rasteve ishin të ngjashme me ato të lienit intakt. Veçse ndonjëherë edhe pas 40-45 ditësh viheshin re ndryshimet reflektore të

presionit arterial dhe të respiracionit karakteristik për lienin e rrezatuar.

Analiza e gjakut periferik (sasia e eritrociteve, leukociteve hemoglobinës dhe sentimentacioni) të kafshëve tregojnë se pas rrezatimit lokal të lienit nuk pësojnë ndonjë ndryshim me rëndësi. Vetëm në raste të rralla në ditën e katërt pas rrezatimit vihej re një leukocitozë e lehtë.

Të bazuar në këto fakte arrijmë në përfundim se rrezatimi lokal i njëherëshëm i lienit me rreze Rentgen në dozën 100 r. shkakton ndryshime të dukëshme dhe për një kohë të gjatë në aktivitetin reflektor të tij. Gjatë gjithë kohës së çrregullimeve, reflekset nuk kishin të njëjtin intensitet, por karakter periodik. Bile në periudhën 3-8 ditë pas rrezatimit patëm një farë normalizimi të reflekseve. Fakt i rëndësishëm ky pse gjat zhvillimit të sëmundjes së rrezëve në këtë kohë kemi periudhën latente.

Nga faktet e përmendura, pamë se ndryshimet reflektore të presionit arterial dhe respiracionit u dukën menjëherë pas rrezatimit dhe mund të mendohet se genezi i tyre qëndron në ndryshimin e gjendjes funksionale të interoceptorëve lienal. Për të vërtetuar këtë hipotezë bëmë eksperimentet që vijojnë: kafshëve eksperimentale, para dhe pas rrezatimit lokal të lienit, iu përcaktuan reflekset në presionin arterial e respiracion si nga interoceptorët e tija ashtu dhe nga intestini ose këndi ileocekal. U konstatua se reflekset interoceptive nga intestini dhe këndi ileocekal nuk pësuan ndonjë ndryshim pas rrezatimit të lienit. Kurse reflekset nga lieni i rrezatuar ndryshonin krejtësisht prej reflekseve të tij para rrezatimit.

Këto të dhëna vërtetojnë vartësinë e influencës reflektore të lienit në presion arterial dhe respiracion nga gjendja funksionale e receptorëve të tija.

Për ta përcaktuar më hollsisht çështjen e influencës së rrezëve Rentgen në dozën 100 r. në gjendjen funksionale të interoceptorëve të lienit u vunë eksperimentet ku perfuzoheshin veças të dy lobet e lienit të izoluar dhe njera prej tyre iu nënshtua rrezatimit. Rezultoi se reflekset e lobit intakt ishin normale, kurse nga lobi i rrezatuar ata qenë më intensive dhe më të zgjatura në kohë. Pra edhe ky fakt vërtetoi rolin e gjendjes funksionale të interoceptorëve të lienit në aktivitetin reflektor, por ne nuk jemi të mendimit të shpjegojmë genezin e këtyre reflekseve vetëm në bazë të ndryshimit të gjendjes funksionale të receptorëve lienalë. Sigurisht një rol të rëndësishëm lozin edhe ndryshimet në mekanizmat qëndrore. Prandaj u studjuan reflekset interoceptive të lienit dhe intestinit 18-48 orë pas rrezatimit lokal të lienit dhe rezultoi se reflekset nga intestini ishin të ngjashëm me ato para rrezatimit. Po kështu edhe reflekset e zonës ileocecale por nganjëherë ato kishin karakter valor. Kurse nga eksitimi i hemoreceptorëve të lienit të rrezatuar po në këtë kafshë vumë re alternacione të dukëshme të përgjigjeve reflektore të aparatit respirator dhe cirkulator. Presioni arterial u ngrit shumë më tepër dhe kishte karakter të theksuar valor. Respiracioni bëhej më i thellë ose ngandonjëherë bëhej superficial, efekti që më i gjatë se norma dhe vazhdonte gjër më 60 sekonda. Pra edhe këto të dhëna vërtetuan vartësinë e natyrës së reflekseve nga gjendja funksionale e interoceptorëve, por nuk lejojnë që të arrihet ndonjë përfundim mbi rolin e qendrave nervore. Për të sqaruar këto çështje u ndryshua karakteri i eksperimentit. Ndamë lienin në dy pjesë, njera prej tyre u rrezatua me dorën 100 r. dhe pas 18-48-orësh u vunë eksperimentet e zakonshëm duke studjuar influencën interoceptive në aparatit cirkulator dhe respirator nga të dy pjesët e lienit dhe intensitetit. Konsta-

tuam se edhe pas këtyre manipulacioneve reflekset interoceptive të intes-  
tinit qenë normale, reflekset nga lobi i rrezatuar i lienit zakonisht ishin  
të ngjashme me reflekset e lienit të rrezatuar por të pandarë. Karakteri-  
zoheshin me pakësimin e periudhës latente në ngritjen e efektit dhe në  
karakterin valor.

Kurse eksitimet e hemoreceptorëve të lobit të pa rrezatuar nuk dhanë  
gjithnjë përgjigje reflektore normale. Sidomos në eksperimentet e vëna  
48 orë pas rrezatimit të lobit tjetër reflekset interoceptive nga lobi intakt  
në të shumtën e rasteve kishin karakter patologjik d.m.th. ishin të ngja-  
shëm me reflekset nga lobi i rreza-  
tuar (fig. 4).

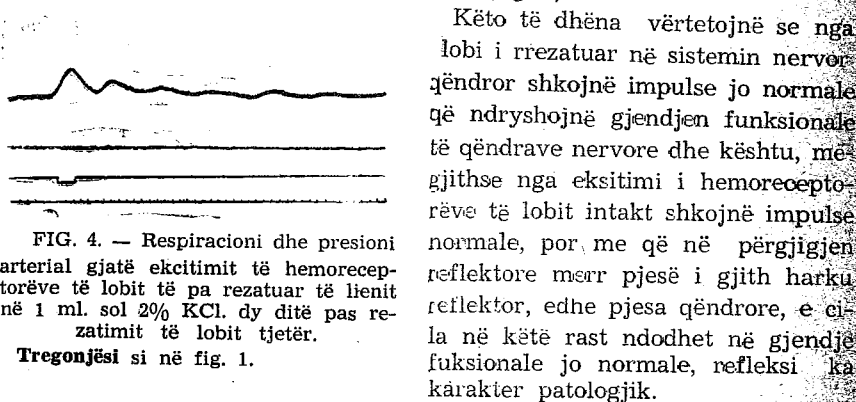


FIG. 4. — Respiracioni dhe presioni  
arterial gjatë eksitimit të hemorecep-  
torëve të lobit të pa rrezatuar të lienit  
në 1 ml. sol 2% KCl. dy ditë pas rez-  
zatimit të lobit tjetër.

Tregonjësi si në fig. 1.

Kjo tezë vërtetohet edhe nga të dhënat e eksperimenteve në të cilat  
lobi i lienit para se të rrezatohej denervohej. Në të tilla kondita reflekset  
në aparatit cirkulator dhe respirator nga lobi i pa rrezatuar i lienit gjith-  
një ishin normal dhe në asnjë rast nuk qenë të ngjashme me reflekset e  
lienit të rrezatuar. Si duket me anë të denervimit para rrezatimit u evitua  
rryma e impulseve patogjene në qendrën nervore dhe kështu gjendja e ty-  
re funksionale nuk ndryshon. Prandaj edhe reflekset nga lobi i pa rreza-  
tuar në të gjithë rastet qenë të zakonshme dhe asnjëherë nuk qenë të ngja-  
shme me reflekset e lienit të rrezatuar.

Nga këto të dhëna duket qartë se rrezatimi lokal i lienit shkakton  
çrregullime reflektore që janë rezultat i ndryshimit të gjendjes funksio-  
nale të sistemit nervor. Por rëndësi të madhe praktike dhe teorike ka edhe  
çështja e përcaktimit të faktorëve që shkaktojnë këto ndryshime në siste-  
min nervor. Në mënyrë racionale mund të arrihet në përfundim se ndry-  
shimi i gjendjes funksionale të receptorëve është rezultat së pari i veprim-  
it direkt të rrezeve jonizonjëse, sidomos gjatë kohës së rrezatimit dhe  
kohën e afërt pas asaj dhe së dyti, rrezet jonizonjëse mund të shkaktojnë  
çrregullime të metabolizmit në indet e organit dhe të formohen kështu  
lëndë biologjike aktive.

Për të përcaktuar egzistencën e lëndëve biologjike aktive dhe rolin e  
tyre në aktivitetin reflektor u egzaminua solucioni përfuzonjës i lienit pa-  
ra dhe pas rrezatimit të tij. Solucioni u centrifugua për 15 minuta në cen-  
trifug me 3000 rrotullime në minutë. Pas kësaj u egzaminua për të vër-  
tetuar në se ka ose jo lëndë biologjike aktive: në veshin e izoluar të lepu-  
rit pas metodës Pisemski-Kravkov, në zemrën e bretkocës me sistemin

nervor të shkatërruar, si edhe në lepuj dhe mace të cilëve u regjistrohej presioni arterial dhe respiracioni. Veç këtyre metodave biologjike perfuzati iu nënështrua dhe analizës spektrofotometrike.

Përcaktimi i lëndëve biologjike aktive në përfuzatin që ka kaluar në lien në veshin e izoluar të lepurit simbas metodës *Pisemski-Kravkov*.

### Protokolli i eksperimentit 19/IV/1957

Karakteristika e solucionit që injektohet për ekzaminim	Sasia e pikave në një minut që rrjedh nga veshi i izoluar i lepurit.								
	Minuta 1 <sup>re</sup>	2 <sup>të</sup>	3 <sup>të</sup>	4 <sup>të</sup>	5 <sup>të</sup>	6 <sup>të</sup>	7 <sup>të</sup>	8 <sup>të</sup>	9 <sup>të</sup>
Pa injektim	30	31	30	30	30	31	30		
Injektimi i 2,0 ml. sol. Tirode të centrifuguar.	31	31	30	30	30	30	30		
Injektimi 2.0 ml. përfuzati të centrifuguar të marrë nga lienit i pa rrezatuar.	31	30	31	30	30	31	30		
Injektimi i 2.0 ml. përfuzati të centrifuguar të marrë një minut pas rrezatimit të lienit.	31	31	30	30	30	30	31	30	30
Injektimi i 2.0 ml. përfuzati të centrifuguar të marrë 10 minuta pas rrezatimit të lienit	30	29	28	26	26	26	27	29	30

Sikurse shihet edhe nga protokolli i eksperimentit datë 19/IV/1957 injektimi në solucion ushqyes të veshit të izoluar të lepurit sol. Tirodë të centrifuguar rrit shpejtësinë e solucionit që rrjedh nga veshi në 2-3 pika. Ky shpjegohet me rritjen e presionit në sistemin përfuzionjës, pse pas pak kohe i kthehej në nivelin e mëparshëm.

Të njëjtin rezultat dha edhe injektimi i solucionit Tirodë të marrë në periudhën gjatë rrezatimit të lienit, kurse injektimi i solucionit Tirodë të marrë nga lienit 10 minuta pas rrezatimit shkaktoi ndryshime në shpejtësinë e rrymës së solucionit që rrjedh nga veshi i izoluar i lepurit.

Siç shihet edhe nga protokolli, shpejtësia e rrymës së solucionit përfuzionjës ulet menjëherë pas injektimit të centrifugatit dhe vazhdon për 3-4 minuta; pastaj kthehej në nivelin e mëparshëm, por ngandonjëherë vihej re jo vetëm kthimi në nivelin e mëparshëm por rritja e shpejtësisë. Rezultate analoge me këto të dhëna dha ekzaminimi i përfuzatit të marrë në kohët edhe më të vonëshme pas rrezatimit.

Në fillim të çdo eksperimenti në bretkoca në mace dhe në lepuj, përcaktanim ato doza minimale sol. Tirodë injektimi i të cilit intravenoz nuk shkaktonte alternacione në aparatit respirator dhe cirkulator dhe pastaj egzaminonim përfuzatin që kish kaluar nga lienit. Rezultoi se përfuzati i marrë nga lienit para dhe 10 minuta pas rrezatimit nuk dha ndonjë efekt, kurse përfuzati i marrë 10 minuta pas rrezatimit shkaktoi ndryshime të dukëshme në 40-45% të rasteve. Këto ndryshime çfaqeshin në shpejtimin e ritmit dhe thëllimin amplitudës së zemrës ose në ngadalësimin e ritmit

të zemrës dhe dobësimin e amplitudës, ose në ndalimin e ciklit kardiak dhe më vonë në shpejtimin e tij (fig. 6, 7).

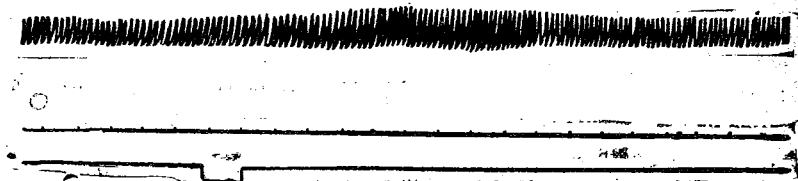


FIG. 5. — Kardiokimograma e bretkocës gjatë injektimit të 0.5 ml. perfuzati të centrifuguar i marrë nga lienit 10 minuta pas rrezatimit.

Tregonjësit nga lart poshtë: Amplituda e tkurrjeve të zemrës, shenja të kohës ç'do 5 sekonda dhe shenja e eksitimit.

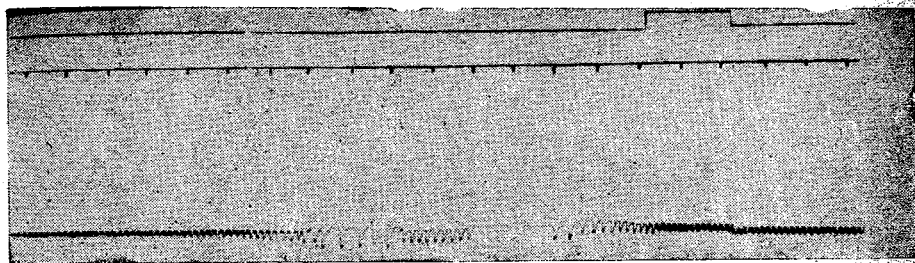


FIG. 6. — Kardiokimograma e bretkocës gjatë injektimit të 0.5 ml. perfuzati të centrifuguar i marrë nga lienit 24 orë pas rrezatimit. Tregonjësit si në fig. 5.

Në bazë të ndryshimit të kalibrit të enëve të gjakut të veshit të lepurit, të ndryshimit të ciklit kardiak të zemrës së bretkocës, të presionit arterial dhe respiracionit në lëpuj dhe mace mund të shpjegohet ekzistenca e lëndëve biologjike aktive në solucion që ka kaluar nëpër sistemin vaskular të lienit të rrezatuar. Këto të dhëna vërtetohen plotësisht edhe nga rezultatet e analizave spektrale të perfuzatit të cilat i kryem së bashku me A. G. Kuzakovin.

Analizat u bënë në fotospektrometrin model SF-4, sovjetik. Burimi i dritës merrej nga llampa me hidrogjen. Spektri ultraviolet i absorbimit të perfuzatit u bë në zonën  $\lambda\lambda$  2300-3500  $\text{A}^\circ$ . Madhësia e absorbimit optik përcaktohej në zonën e caktuar të spektrit çdo 10  $\text{A}^\circ$ . Spektri i perfuzatit të lienit të pa rrezatuar ka zonën e vet në  $\lambda$  2300-3100  $\text{A}^\circ$  dhe kurba e saj është e ngjashme me kurbën e proteinave. Absorbimi minimal është në  $\lambda\lambda$  2450-2500  $\text{A}^\circ$  dhe absorbimi maksimal në  $\lambda\lambda$  2650-2700  $\text{A}^\circ$ . Spektri i absorbimit të perfuzatit të marrë gjatë procesit të rrezatimit dhe me një herë pas rrezatimit nuk pati ndonjë ndryshim. Kurse kurbat e perfuzatit të marra nga 10-30-60 dhe më shumë minutash pas rrezatimit kishin karakter tjetër. Pikat e absorbimit minimal dhe maksimal u çvendosën në drejtim të valëve më të shkurtëra, e para në  $\lambda$  2400  $\text{A}^\circ$  dhe e dyta në  $\lambda\lambda$  2500-2540  $\text{A}^\circ$  (Fig. 8). Këto ndryshime të theksuara në spektrin e perfu-

zatit pasqyrojnë devijimet e thella biokimike që ndodhin në lienin e rezuatuar. Qënia e absorbimit maksimal në  $\lambda$  2540  $\text{A}^\circ$  tregon se në këtë periudhë kemi çrregullime të metabolizmit nukleinik. Spektri i absorbimit të perfuzatit, 15-21 ditë pas rrezatimit, ka patur ndryshime edhe më të thella, u vu re edhe një pikë tjetër absorbimi maksimal në  $\lambda$  3450  $\text{A}^\circ$ . (fig. 9). Për të përcaktuar hipotezën se maksimumi i ri mund të jetë rezultat i manipulacioneve tona dhe jo i rrezatimit, u bënë eksperimentet e kontrollit në të cilat kafshëve iu bë laporatomija, nxorrëm jashtë lienin dhe pas pak kohe qepëm plagën operatore, pas 15-22 ditëve u kryen eksperi-

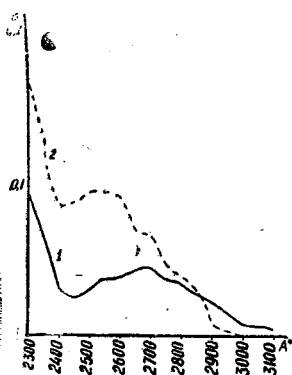


FIG. 7. — Kurbat e absorbimit fotospektrometrik të perfuzatit të marrë nga lienin para rrezatimit (1) dhe një orë pas rrezatimit (2).

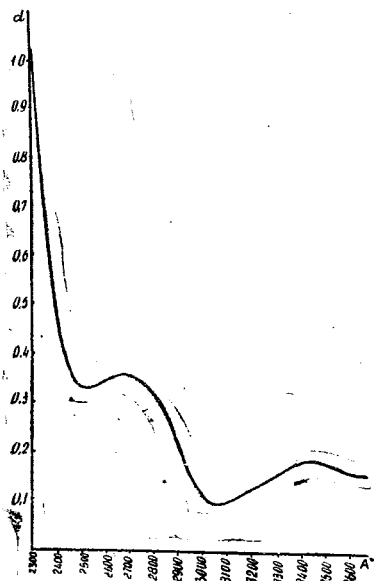


FIG. 8. — Kurba e absorbimit fotospektrometrik të perfuzatit të marrë nga lienin 21 ditë pas rrezatimit të tij.

mentet e zakonshme dhe perfuzati u egzaminua në fotospektrometer. Në këto eksperimente nuk u pa pika e re e absorbimit maksimal në  $\lambda$  3450  $\text{A}^\circ$  që vihej re në eksperimente me rrezatim ose pikë tjetër.

Këto fakte vërtetuan tezën se në indet e lienit të rrezatuar ndodhin ndryshime karakteristike të proceseve metabolike. Këto ndryshime kanë karakter specifik për periudhat e ndryshme pas rrezatimit.

Kjo tezë vërtetohet edhe nga të dhënat eksperimentale ku është bërë perfuzioni veças i lobeve të lienit. Perfuzati i marrë nga lobi i pa rrezatuar gjatë dhe në periudha të ndryshme gjer në dy ditë pas rrezatimit të lobit tjetër as edhe një herë nuk shkaktoi ndryshime të dukshme në vazet e veshit të lepurit, të zemrës së bretkocës, në presionin arterial dhe në respiracionin e maceve e të lepujve si edhe në analizat spektrometrike nuk u gjet ndonjë ndryshim. Ndërsa perfuzati i marrë nga enët e lobit të rrezatuar dha rezultate të ngjashme me atë të lienit të pa ndarë por të rrezatuar, gjë kjo që vërteton ekzistencën në të të lëndëve biologjike aktive. Lëndë biologjike aktive janë gjetur në perfuzatin e lienit duke filluar pas 10 minutash nga momenti i rrezatimit dhe vazhdon të zbulohet në perfuzat për 27 ditë rrjesht pas rrezatimit të lienit.

Duke u bazuar në rezultatet e këtyre eksperimenteve mund të konkludojmë se, duke vepruar në lien me rrezet Röntgen në dozën 100 r, vi-

hen re ndryshime të reflekseve interoceptive që çfaqen me rritjen e presionit arterial, me shkurtimin e periudhës latente në rritjen e efektit dhe me karakterin valor të tij, në eksitim ose inhibim të respiracionit.

Shkaku i këtyre alteracioneve janë në radhë të parë devijimet në gjendjen funksionale të interoceptorëve lienale që zhvillohen si rezultat në fillim i veprimit direkt të rrezeve Rentgen dhe më vonë si pasojë e çrregullimeve të metabolizmit indor të organit dhe së dyti nga ndryshimet në gjendjen funksionale të qëndrave nervore si rezultat i influencës së impulseve patologjike nga organi i rrezatuar.

Pas 10 minutash nga rrezatimi i lienit në perfuzatin që ka kaluar në enët e tij gjenden lëndë biologjike aktive. Nga ky fakt mund të konkludojmë se reflekset interoceptive të lienit dëmtohen më parë se mekanizmat humorale dhe kthehen në normë me vonë se të fundit.

## DISKUTIM MBI TË DHËNAT EKSPERIMENTALE

Të dhënat tona eksperimentale vërtetuan se pas rrezatimit lokal të lienit me rreze Rentgen me dozën 100 r, eksitimi i hemoreceptorëve të tij provokon reaksion jo normal në aparatit cirkulator dhe respirator. Ky reaksion karakterizohet me shkurtimin e periudhës latente të reflekseve, ngritja më e lartë e presionit arterial, disocimi i përgjigjeve reflektore të presionit arterial dhe respiracionit (mungesa e reaksionit të aparatit respirator dhe përgjigja e qartë e aparatit cirkulator) karakteri valor i ngritjes si presionit arterial dhe reaksioni jo adekuat i respiracionit kur në vend të thellimit të tij ai bëhet superficial.

Të gjitha këto reaksione të aparatit cirkulator dhe respirator, pas eksitimit të hemoreceptorëve të lienit dhe intestimit, kanë natyrë vetëm reflektore, pasi organi që perfuzohej që izoluar më parë nga organizmi në mënyrë humorale dhe me të mbante vetëm lidhjet nervore. Përveç kësaj, në fund të çdo eksperimenti bëheshin disa prova të cilat na bindnin neve për izolimin e plotë të organit. Kështu p. sh. pas bllokimit të hemoreceptorëve të lienit me solucion novokaine, eksitimi i tyre me 2% KCl ose 0.1% acetilholinë nuk shkaktonin asnjë reaksion në aparatit cirkulator dhe respirator. Mungesa e reaksionit u vu re edhe pas shtypjes ose prerjes së nervit dhe së fundi injektimi në solucionin ushqyes të tushit ose metilen blu shkakton ngjyrosjen vetëm të organit.

Domethënë ndryshimi ndërmjet reflekseve të lienit normal dhe të rrezatuar duhen shpjeguar me çrregullimet e mekanizmave reflektore. Në bazë të këtyre të dhënave eksperimentale mund të supozohet se ndryshimet në sistemin nervor të kafshëve eksperimentale janë rezultat i disa faktorëve: i veprimit direkt të rrezeve Rentgen në indin nervor, dhe influencës së produkteve metabolike që u gjetën në organin e rrezatuar dhe që nëpërmjet të sistemit vaskular janë shpërndarë në gjithë organizmin. Duhet patur parasysh se produktet metabolike (lëndë biologjike aktive) si dhe rrezatimi direkt i një organi influencën në organet e tjera në mënyrë reflektore. Reflekset e lienit në presionin arterial dhe respiracion ndryshojnë menjëherë pas rrezatimit lokal të lienit të izoluar në mënyrë humorale nga organizmi. Ky fakt lejon të supozojmë se genezi i tyre qëndron në ndryshimin e gjendjes funksionale të interoceptorëve të saj. Këtë tezë e vërtetojnë edhe të dhënat e marra nga kafshët në të cilat perfuzuan jo vetëm lienin e rrezatuar por edhe intestinën dhe këndin ileocekal. Në kë-



to eksperimente doli se influenca nga receptorët intestinalë që nuk iu nënështruan rrezatimit direkt kishte karakter normal.

Në eksperimentet, në të cilët lienit u nda në dy pjesë dhe u rrezatua vetëm njëra, gjithashtu vërtetohet teza se nga rrezatimi lokal i lienit në radhë të parë ndryshon gjendja funksionale e receptorëve të saj, pasi eksitimi i hemoreceptorëve të pjesës së pa rrezatuar provokoi reaktion reflektor normal, kurse eksitimi i hemoreceptorëve të pjesës së rrezatuar dha reflekse jo të zakonshme. Kështu pas rrezatimit interoceptorët bëhen burim impulsesh aferente patologjike që shkaktojnë dizekuilibrimin në qëndrat nervore, d.m.th. ndryshimet e më vonëshme reflektore janë rezultat jo vetëm i ndryshimit të gjëndjes funksionale të aparatit receptor por edhe të ndryshimeve në qëndrat nervore. Kjo tezë vërtetohet nga të dhënat eksperimentale të marra 1-45 ditë pas rrezatimit lokal të lienit. Së pari nga rezultatet e atyre eksperimenteve ku çdo eksitim i interoceptorëve nuk provokoi përgjigje reflektore në aparatit cirkulator dhe respirator, së dyti e vërtetojnë të dhënat e atyre eksperimenteve, ku eksitimi i hemoreceptorëve të lienit shkaktoi përgjigje reflektore vetëm të presionit arterial, ose të respiracionit, ose kur reaksioni i presionit arterial dhe respiracionet nuk qenë sinkrone.

Është e vështirë të interpretohen këto fakte vetëm me ndryshimet në gjendjen funksionale të interoceptorëve: me e llogjikëshme është që të mendohet se nga receptorët e lienit të rrezatuar shkojnë në sistemin nervor qendror impulse patologjike, që ndryshojnë gjendjen funksionale të qendrave nervore. Kështu p.sh. kur qendra e respiracionit, ose qendra vaskulare është e inhibuar ne kemi reaksione jo sinkrone ose mungesë të përgjigjes reflektore në njerën nga këto dy sisteme. Sigurisht në ndryshimet e sistemit nervor qendror e kanë gënezin përgjigjet patologjike të presionit arterial dhe respiracionit nga eksitimi i interoceptorëve intakte të këndit ileocekal pas rrezatimit të lienit. Nuk mund të shpjegohen reflekset patologjike nga lobi i pa rrezatuar (të ngjashme me ato të lobit të rrezatuar) pa ndryshimin në pjesën qendrore të harkut reflektor nga impulset patologjike, të lobit të rrezatuar.

Në këtë mënyrë, megjithëse impulset nga receptorët e lobit të pa rrezatuar shkojnë normal, ato bien në qëndrat nervore me gjendje funksionale të ndryshuar (sipas Vedenskit) prandaj edhe përgjigjet reflektore nuk janë normale.

Që impulset nga receptorët e organit lozin një rol të rëndësishëm në ekuilibrin funksional të qendrave nervore e vërtetoi qartë efekti në të cilin para se të rrezatohej një lob i lienit denervohej dhe se reflekset e lobit tjetër nuk pësuan ndonjë ndryshim.

Është vërtetuar në eksperimentet tona se ndryshimet reflektore vihen re menjëherë pas rrezatimit, kurse lëndët biologjike aktive zbulohen më vonë. Ky fakt vërteton edhe një herë ndjeshmërinë e lartë të sistemit nervor ndaj rrezeve Rentgen dhe dëshmon mbi veprimin direkt të tyre në sistemin nervor. Lëndët biologjike aktive, që krijohen më vonë, veprojnë mbi aparatet e ndryshme nervore të lienit, duke i bërë kështu devijimet e tyre edhe më të theksuara, pastaj nëpërmjet sistemit vaskular përhapen në gjithë organizmin. Ato shkaktojnë ndryshime në organe të tjera gjithashtu edhe në sistemin nervor.

Ky material eksperimental na lejon të arrijmë në këto konkluzione:

1) Rrezatimi i njëhershëm lokal i lienit me rreze Rentgen në dozë

100 r. shkakton çrregullime të dukëshme në aktivitetin e tij reflektor që çfaqet me shkurtimin e periudhës latente të reflekseve interoceptive, ngritjen më të lartë të presionit arterial, zgjatja e efektit reflektor me karakter valor thellimi ose inhibimi i respiracionit. Refleksët normalizohen 30-40 ditë pas rrezatimit. Intensiteti i këtyre çrregullimeve gjatë gjithë kësaj periudhe nuk ka qënë i njëjtë.

2) Shkaqet e këtyre ndryshimeve janë: devijimet në gjëndjen funksionale të interoceptorëve lienale si rezultat në radhë të parë i veprimit direkt të rrezeve Rentgen në ta dhe më vonë nën influencën e lëndëve biologjike aktive që krijohen pas rrezatimit. Impulset patologjike nga lieni i rezatuar shkaktojnë çrregullime në gjëndjen funksionale të qendrave nervore,

(Paraqitur në Redaksi më 12-XII-1960)

#### L I T E R A T U R A

- 1) ACKERMAN G. BELLIOS N., KNOFFA R., FRAJOLI N. — Cytochemi change in limphonodes and spleen of rest after total body X-radiation. Blood, 1954, 9, 8, 795-803.
- 2) BOIRON M., TUBIANI M., PAOLETTI C., DUTREIX A. et BERNARD J. — Lesions spleniques provoquées par irradiation de la rate, irradiation partielle ou globale de l'organisme. Sang, 1956, 27, 4, 318-336.
- 3) BIKOV K. — Izbranie proizvedenija Tom 2. Medgiz 1954.
- 4) BERELBON M. — Nucleic acid changes in rat spleen after localized X-irradiation. Radiation Res. 1956, 5, 6, 650-656.
- 5) IVANICKAJA A. — Reaktivnost kletocnih elementov selezjonki mishi na jonizirujushie izlucenija pri kultivirovanie vnie organizma. Arhiv Anatomii i gistologii i embriologii 1956 33, 3, 35-42.
- 6) IVANICKAJA A. — Izucenie deistvie Rengenovskih llucei na selezjonku mishi pri pomoshi kulturi tkani. Doklladi A. N. SSSR. 1956, 110, 6, 978-81.
- 7) KONSTANTINOVA M. — Vlijanie jonizirujushej radiaci na limfoidnuju tkan selezjonki i limfaticeski uzlli. Uspehi sovremenoj biologii 1957 44, 1, 68-81.
- 8) KURCINI I. — Narushenje kortiko-visceralnih vzaimnootnoshenija pri ostroj lucevoj bolezni. Radiobiologija, Moskva 1958, 211-221.
- 9) KURCIN I. — Znaceniye funkcionalnovo sostojanija kori gollovnovo mozga v patogeneze lucevoj bolezni. Tezisi dokladov nauçnoi konferenci VMOLA im. Kirova, 27-29 Marta, Leningrad 1957 7-9.
- 10) KURCIN I. — Prncipi kortiko-Viccerelnoi fiziologii i patologii. Leningrad 1954.
- 11) KUZIN A., BUDILLOVA E. — K voprosu o mekhanizme dejstvija promikajushej radiaci na sintez nukleoproteidov v selezjonke. Doklladi AN SSSR 1953; 91, 5, 1183-1186.

- 12) PORTELLA A. — Milza e sindrome de irradiazione. Comportamente del potere complementare. Boll. Soc. Ital. Biol. Sperim. 1953, 29, 9/II, 1805-7.
- 13) JACOBSON L., MARKS E., ROBSON M. GASTON E and ZIRKLE R. — The effect of spleen protection on mortality following X-irradiation. Jura. Lab. end Clin. Med. 1949, 52, 3, 371-394.
- 14) JACOBSON L., SIMMONS E., BERTHORD J., MARKS M. — The influence of the spleen in hematopoetic recovery after irradiation injury. Proc. Soc. exp. Bio. Med. 1950, 73, 455-459.
- 15) JEGPROV A. i BOČKARJOV V. — Krovetvorenije i jonizirujushaja radiacija Moskva 1955.
- 16) ČERNIGOVSKI V., JAROSHEVSKI A. — Voprosi nervnoi regulaci sistemi krovi Medgiz 1953.

## THE NEURO-HUMORAL AKTIVITY OF THE SPLEEN AFTER THE ACTION OF THE ROENTGEN RAYS.

### (SUMMARY)

*By the method of perfusion of the organ, isolated humorally from the organism, the author has studied the interoceptive influence of the spleen on the circulatory apparatus and on respiration. The author finds that the interoceptive reflexes change immediately after the local application of X-rays on the spleen (dose of the rays — 100 r.). The reflexes became more intense, the latent period became shorter, they took an undulatory and fasal character; the reflexes were normalised 30-40 days after the application.*

*The different biological analyses of the perfusate that passed through the spleen after the X-ray application showed that it contained new biologically active substances 10 minutes after the application, and that those substances disappeared before the normalisation of the reflexes.*

*The cause of these changes are the changes of the functional state of the spleen interoceptors as a result, firstly, of the direct action of the rays on the splenic tissue, later, of the influence of the biologically active substances. The pathogenic impulses of the spleen after the X-ray action cause disturbances to the functions of the nervous centers.*

## RIGJENERIMI I INDIT KOCKOR NËN VEPRIMIN E

### KORTIZONIT

SKENDER ÇIÇO

Katedra e Anatomisë dhe Histologjisë

Problemi i rigjenerimit të indit kockor ka një rëndësi të madhe jo vetëm për biologët, histologët por edhe për kirurgjinë reparative.

Çështja e rigjenerimit në përgjithësi dhe rigjenerimi i indit kockor në veçanti ka tërhequr vëmendjen e shumë shkencëtarëve në vende të ndryshme të botës.

Duke çmuar rëndësinë teorike dhe praktike të rigjenerimit të indit kockor, shkencëtarët kanë kryer një seri studime si në të kaluarën ashtu edhe sot.

Vëmendja e tyre është përqëndruar si në burimin e vetë rigjenerimit ashtu edhe në faktorët aktivizonjës që ndikojnë në rigjenerimin e indit kockor. Stefanenko L. A. 1941-1945, Munajtbasova G. A. 1953, Rapoport M. B. 1955, Vorobjov N. A. 1955, Samsonova V. F. 1955, Jemec G. LL. 1956, Boçorishvili G. B. 1956.

Rigjenerimi i indit kockor mvaret shumë nga gjendja e përgjithëshme e organizmit, e sistemit nervor central, faktorëve endokrine, të ushqimit, të llojit të kafshës, të moshës, vetë kockës, nga riparimi i fragmenteve të kockës etj.

Gjatë këtyre vjetëve të fundit, në literaturën mjekësore botërore janë botuar një numur i madh veprash që flasin mbi rolin dhe ndikimin e hormoneve të ndryshëm gjatë procesit të inflamacionit, të zhvillimit dhe të rigjenerimit të indit kockor.

Në vitin 1943 L. F. Bereskina trajtoi ndikimin e hormoneve seksuale në rigjenerimin e indit kockor.

Kastrimi, shkruan autori, frenon procesin e rigjenerimit të kockës. Injektimi i testosteronit meshkujve dhe estronit femrave me doza të mëdha stimulon procesin e ngjitjes së frakturave.

G. A. Munajtbasova (1953) tregon se nënë veprimin e tireoidinës shpejtohet procesi i rigjenerimit të indit kockor.

Cherubini C. në vitin 1958 studjoi veprimin e gonadotropinës korioinike në frakturat eksperimentale. Ai konstatoi se nënë veprimin e gonadotropinës korioinike u zhvillua një konsolidim i plotë dhe i shpejtë në vatrën e frakturës.

Midis hormoneve të tjerë, një rol të rëndësishëm lozin edhe hormoneve të gjëndrës suprarenale (gl. *suprarenalis*). Lichtwitz A, Parlier A. R. 1952, Karlson, Rusengren 1955, Judajev N. A. 1956, Frejdiviç A. L. Danilova M. P. 1956 Mercier Parot Lucette, Ragan dhe bashkëpunëtorët e tij në vitin 1949-1951 studjuan rolin e kortizonit në zhvillimin e indit granular, në ngjitjen e frakturave etj.

Më vonë R. Fontaine, P. Mandel 1952, Picchio 1954, Mayer 1954 në shpende dhe në kafshë të ndryshme (mij, qen etj), studjuan ndikimin e kortizonit në frakturat duke përdorur si oseosintezë thuprat metalike.

Sipas autorëve të më sipërm kortizoni ka veprim anti inflamator, ngadalëson mbylljen e plagëve në lëkurë, pengon rigjenerimin e indit kockor.

Përkundrazi autorë të tjerë si: Findlay dhe E. Howes në vitin 1952 treguan se rigjenerimi është ngadalësuar vetëm atëherë kur kafsha ka pasur proteina të pa mjaftueshme në lëndët ushqimore.

Me qenë se shumë anë të këtij problemi nuk janë skjaruar akoma mirë dhe nga ana tjetër duke pasur parasysh rëndësinë teorike dhe përdorimin e gjerë praktik të hormoneve të gjendrës suprarenale, ne i vumë vehtes si detyrë të studjojmë rolin e kortizonit në rigjenerimin e indit kockor në rastin e frakturave eksperimentale.

Çështja e ndikimit të kortizonit në rigjenerimin e indit kockor në rastin e frakturave është vetëm një pjesë e problemit, por në të njëjtën kohë edhe mjaft i rëndësishëm. Skjarimi i ndikimit të kortizonit në rigjenerimin e indit kockor ka edhe një rëndësi të veçantë klinike.

Për studimin e këtij problemi ne kemi kryer një serë eksperimente në lepuj me peshë 1-2 kg.

Në vendin e frakturës për oseosintezë nuk kemi përdorur thuprat metalike por gipsin.

Thuprat metalike sipas disa autorëve: I. L. Shullutko 1948, Senegue 1948, M. V. Raznatovskaja 1951, A. S. Ignatiev 1953, E. K. Drej 1954, V. A. Poljakov 1956, N. N. Jellanskij 1956 e shpejtojnë konsolidimin e frakturave.

Ka autorë të tjerë të cilët kanë një pikëpamje të kundërt me të parët. Si pas Kundscher 1945, Sauer 1946, F. P. Bogdanov 1948, I. G. Hercen 1951, A. J. Dubrov 1952 thuprat metalike e ngadalësojnë konsolidimin e frakturës.

Ne kemi eksperimentuar dy seri lepujsh. Seria e parë ka shërbyer si kontroll, kurse seria e dytë përfaqëson lepujt e eksperimentuar me kortizon.

*Seria e parë Kontroll.* — Për studim kemi marrë këmbën e djathtë të pasme të lepurit. Pasi kemi përgatitur fushën e operacionit, kryejmë me anën e narkozës në kondita sterile thyerjen e pjesës diafizale të kockës tibiale.

Thyerjen e bëjmë pasi e kemi çliruar kockën nga pjesët e buta. Pas frakturës plaga qepet shtresë mbas shtrese dhe në vendin e frakturës vendoset gipsi.

Afabet e vrasjes së lepujve kanë qenë si më poshtë: Lepuri i parë është mbajtur 24 orë, të dytin 3 ditë, të tretin 5 ditë, të katërtin 10 ditë, të pestin 15 ditë, të gjashtin 20 ditë, të shtatin 30 ditë, të tetin 40 ditë.

*Serija e dytë.* Lepujt e eksperimentuar me kortizon. Në serinë e dytë, lepujve ju kemi shkaktuar frakturën e kockës tibiale si në serinë e parë dhe nga ana tjetër çdo ditë kanë marrë 2,5 mg. kortizon.

Vrasja e lepujve është kryer në po ato afate që u përdorën edhe për lepujt kontroll.

Pas vrasjes së çdo lepurit nxiret materiali nga kocka e rigjeneruar për përgatitjen e preparateve mikroskopike.

Në të dy seritë e lepujve, pas vrasjes së tyre, kocka tibiale sharohet

më anën e një freze në të dy anët e frakturës (në segmentin central dhe në atë periferik të kockës) në mënyrë që të mos dëmtohet pjesa e rigjeneruar e saj.

Segmenti i kockës së sharuar ka patur një madhësi 0,75-1,5 cm.

Segmentin e kockës së sharuar së bashku me një pjesë të vogël të indeve të buta e kemi fiksuar 24 orë në solucionin «Suza», sublimat 4,5; NaCl 0,5; Aq. dest. 80 cm<sup>3</sup>, acidum trikloracetikum 2,0; acidum acetikum glaciolë 4 cm<sup>3</sup> dhe formalinë 20 cm<sup>3</sup> (15%). Ky lloj fiksimi jep shumë rezultate të mira në ngjyrosjen e indeve.

Pas fiksimit kocka çlirohet nga kalçiumi (dekalçifikohet) me anën e acidum trikloracetikum 5% gjatë 7-10 ditë.

Mikropreparatet i kemi përgatitur me metodën e celoidinës, ato kanë një trashësi 10-15 mikron dhe janë ngjyrosur me haematoxylinë + eosin; Asyr II + eozinë dhe Mallory.

Në bazë të studimeve tona histologjike të kryera në segmentin e rigjeneruar të kockës, del se procesi i rigjenerimit në vendin e frakturës zhvillohet si në serinë e parë të lepujve kontroll ashtu dhe në serinë e dytë ku lepujt kanë qenë të eksperimentuar me kortizon.

Rigjenerimi në të dy seritë e lepujve kryhet në sajë të shumëzimit të qelizave të periostit, endosit, palcës së kockës dhe elementeve të indit lidhor që ndodhen midis muskujve.

Qelizat fillestare që dalin nga periosti, endosti, palca e kockës dhe indit lidhor midis muskujve kanë pamjen e qelizave embrionale dhe kanë marrë emërin qeliza limfoide.

Prej këtyre qelizave diferencohen fibroblastet të cilat kanë formën e një boshti. Këto proliferohen në mënyrë të theksuar dhe infiltrojnë në zonën e frakturës duke u organizuar në fashikuj. Përveç fibroblasteve diferencohen edhe qelizat kartilaginoze që formojnë së bashku indin osteoid.

Krahas me qelizat e mësipërme zhvillohen osteoblastet. Osteoblastet ndërtojnë pllakat e para kockore (*travees Osseuse*).

Lindja e pllakave kockore shënon në të njëjtën kohë edhe shndrimin e Osteoblasteve në osteocite — të cilat vendosen në brendësinë e pllakave. Midis pllakave përveç qelizave të tjera ndodhen edhe disa qeliza mjaft të mëdha me shumë bërthama që quhen Osteoklaste (*Osteosimplast*).

Duke studjuar dinamikën e rigjenerimit të indit kockor në të dy seritë e lepujve, ne kemi parë se në etapat e herëshme nuk ekziston ndonjë ndryshim i madh midis tyre; kurse në etapat e mëvonëshme ne shikojmë një ngadalësim të ritmit të rigjenerimit në lepujt e eksperimentuar me kortizon.

Çfaqja e parë e pllakave shihet që ditën e pestë. Në këtë kohë shtresa e dytë e periostit është trashur mjaft si rezultat i shumëzimit të qelizave të tij. Këto qeliza kanë marrë emërin qeliza limfoide dhe shkojnë drejt për në vatrën e frakturës. Trashja e periostit fillon pak më larg nga vendi ku është kryer fraktura.

Në afërsitë e frakturës qelizat limfoide pakësohen pse dalin qeliza të tjera osteoblaste. Në këtë kohë lindin pllakat e para të ndërtuara nga indit osteoid. Për rreth pllakave ka osteoblaste dhe në vende të ndryshme ka struktura fibrilare dhe fibroblaste. Një pamje pak a shumë të tillë paraqet edhe rigjenerimi në lepujt e eksperimentuar me kortizon.

Në ditën e 10 në lepujt kontroll qelizat limfoide janë gjithashtu me

shumicë dhe vendosen në afërsitë e periostit. Prej këtyre qelizave në vatrën e frakturës kanë lindur osteoblaste, fibroblaste dhe qeliza kartilaginoze. Pllakat kockore duken më mirë dhe janë më me shumicë. Indi kartilaginoz fillon aty ku mbarojnë qelizat linfoide dhe ku fillojnë pllakat kockore. Qelizat kartilaginoze janë të vogla dhe kanë pothuaj madhësi të barabartë.

Midis pllakave kockore duken osteoklaste të shpërndara në sektorë të ndryshëm të pjesës së rigjeneruar të kockës.

Vaskularizimi është i theksuar.

*Në ditën e 10-të* në lepujt e eksperimentuar me kortizon në afërsitë e periostit në drejtim të vatrës së frakturës indi kartilaginoz është mjaft i theksuar. Ai është i shpërndarë në formë ishujsh të mëdhenj dhe të vegjël. Indi kartilaginoz qelizat i ka më të mëdha se sa ato të lepujve kontroll.

Osteoblastet janë më me shumicë dhe më të mëdha se sa ato të lepujve kontroll. Midis pllakave vërehen fibroblaste dhe osteoklaste të ralla.

Vaskularizimi nuk është i theksuar:

*Në ditën e 15-të në lepujt kontroll.* Periosti është mjaft i trashë. Prej tij dhe nga indi për rreth dalin si rëke qelizat e indit lidhor (fibroblaste) dhe krahas tyre qeliza osteoblaste. Qelizat kartilaginoze janë shumë të ralla.

Pllakat kockore janë më të zhvilluara, në 'to dallohen osteocite brënda dhe osteoblaste jashtë. Osteoblastet janë të mëdha, me forma të ndryshme, nga njeri skaj i tyre lëshojnë degëzime, kurse në skajin tjetër kanë të vendosur bërthamën. Midis pllakave vërehen Osteoklaste të cilat janë të ngjyrosura mirë, janë të rralla por mjaft të mëdha. Në gjirin e tyre përmbajnë 7-8 dhe më tepër bërthama. Përveç këtyre ndodhen edhe qeliza të gjakut dhe të indit lidhor.

Vaskularizimi është mjaft i theksuar.

*Në ditën e 15-të* në lepujt e eksperimentuar me kortizon në afërsitë e periostit indi kartilaginoz është mjaft i theksuar dhe nuk është zëvendësuar nga indi kockor. Në sektorë të ndryshëm indi kartilaginoz në mënyrë graduale shndrohet në ind kockor.

Qelizat kartilaginoze bërthamën e tyre nuk e kanë të rregulltë, ajo është e shkatërruar dhe shpesh vendoset në periferin e qelizës.

Pllakat që ndërtojnë indin e ri kockor janë më të gjera se sa ato të serisë kontroll dhe kanë pamjen e indit osteoid. Osteoblastet që ndodhen për rreth tyre janë të vogla dhe jo të rregullta.

Osteoklastet janë të rralla dhe të vogla.

Vaskularizimi është më pak i zhvilluar.

*Në ditën e 20-të në lepujt kontroll* duket qartë rigjenerimi i indit kockor që merr origjinë nga palca e kockës dhe nga periosti. Në të dy rastet janë zhvilluar pllaka kockore. Periosti është mjaft i trashë dhe në afërsitë e tij përveç pllakave kockore nga jashtë ka akoma ind kartilaginoz. Kurse në pllakat kockore që zhvillohen nga endosti nuk vërehet asnjë shenjë e indit kartilaginoz.

Vaskularizimi është mjaft i theksuar.

Osteoklastet janë shumë të rralla.

*Në ditën e 20-të* në lepujt e eksperimentuar me kortizon rigjenerimi i indit kockor zhvillohet si në serinë e lepujve kontroll me ndryshimin se këtu indi kartilaginoz është shumë i theksuar. Nga ana tjetër qelizat kar-

tilaginoze janë të infiltruara në të gjitha pllakat e kockës që shkojnë drejt diferencimit të tyre.

Në sektorin e periostit, pllakat nuk kanë mbaruar së formuar, ato janë të ndërtuara nga ind osteogen. Këtu shihet qartë një ngadalësim i shndrimin të indit osteoid në ind osteogen. Në pllakat nuk dallohen mirë osteocitet. Osteoblastet janë të vogla dhe të pa rregullta.

Në sektorin e palcës së kockës nuk sheh asnjë gjurmë të indit kartilaginoz.

Në ditën e 40-të në lejujt kontroll periosti ka trashësin e tij të zakonshme. Në brëndësin e tij janë të zhvilluara pllakat kockore të cilat janë mjaft të theksuara dhe mbushin gjithë defektin e frakturës.

Pllakat kockore janë homogjene dhe kompakte, në brëndësin e tyre kanë osteocite, për rreth osteoblaste. Osteoblastet në disa sektorë, janë shndruar krejtësisht në osteocite dhe prej tyre s'ka mbetur asnjë gjurmë, kurse në disa sektorë të tjerë ato duken si zakonisht në kockën që shkon drejt diferencimit të saj të plotë.

Midis pllakave kockore ose për rreth tyre nuk ka asnjë gjurmë të indit kartilaginoz.

Osteoklaste nuk kemi fare, ato kanë mbaruar ciklin e tyre.

Në ditën e 40-të në lepujt e eksperimentuar me kortizon periosti është akoma mjaft i trashë. Në sektorë të ndryshëm, në vatrën e frakturës ndodhet akoma ind kartilaginoz në formë ishujsh të vegjël. Pllakat e formuara kanë ruajtur pamjen e indit osteoid. Në brëndësinë e tyre këto pllaka janë të infiltruara nga qeliza kartilaginoze. Hapësirat midis pllakave të formuara janë më të mëdha se sa ato të lepujve kontrolle.

Midis pllakave ndodhen të shpërndara në vende të ndryshme shumë osteoklaste të vogla. Përveç këtyre ndodhen edhe qeliza të indit lidhor.

Në bazë të eksperimenteve të treguara më lart del e kuartë se ritmi i rigjenerimit nuk zhvillohet një soj në të dy sërity e lepujve.

Në rastin e lepujve të eksperimentuar me kortizon vihet re një farë ngadalësimi në shndrimin e indit osteoid në ind osteogen. Kështu lindja dhe zhvillimi i pllakave kockore në serinë e lepujve të eksperimentuar me kortizon bëhet më me ngadalë se sa ai i lepujve kontroll.

Ky ngadalësim i formimit të indit osteogen shihet më mirë në etapat e mëvonëshme në ditën e 10, 15, 20 dhe ditën e 40-të.

### Konkluzion

Duke u bazuar në eksperimentet e përmendura më lart arrimë në konkluzionin se kortizoni e pengon rigjenerimin e kockës.



## LITERATURA

1. BEREZKINA L. F. — «Vlijanjije pollovogo gormona na regeneracijo Kosti. Dokladi Akad. Nauk S.S.S.P. T 59 Nr. 1 147-150 — 1948.
2. BOÇORISHVILI G. B. — Eksperimentalnie materiali o regeneracijo kostnoj tkanji pri funkcionalnih i organiceskih povrezhdenijah višših otdellov C. N. S. Avtoreferat dissert, po seiskanje učenog stepeni doktora Med. Nauk 1956.
3. BOGDANOV F. P. — Vnutrisustavnie perellomi. Sverdlovsk — 1949.
4. CHERUBINI C. — Azione della gonadotropina corionica sulle fratture sperimentali. Il policlinico Nr. 2 — 1958.
5. DREJ E. K. — Trudi Rizhskogo N. I. I. ortop. i Vost hir 3 143-147 1954.
6. DUBROV ja G. — «Vnutrikostnaja fiksacija perelloma bedra M. 1952.
7. FONTAINE R., MANDEL P. — et d'autres Lyon chir 47, 1 23-36 1952.
8. FREJDOVIČ A. L., DANILOVA M. P. — «Sravnitelnoje izučenjije biologičeskoj aktivnosti kortina, korzona i dezoksikortikosteron-acetata. Problemi endokrinologii i gormonoterapii 2, Nr. 5 1956.
9. HERCEN I. G. — «Voprosi hir, travmatoll. i ortop. 34-35 Sverdlovsk 1951.
10. IGNATJEV A. S. — «Lečenjije perellomov trubčatih kostnej vnutrikostnoj fiksaciej stalnim sterzhnjem. Diss. L. 1956.
11. JEMEC G. LL. — «Citologija ran-jego perioda kostnogo regenerata. Nauč. Isled. in-ta ortopedii i travmatologii. Avtoreferat dokladov 1956.
12. JUDAJEV N. A. — «Biohimija steroidnih gormonov kori nadpočecnikov 1956.
13. KARLSON, RUSENGREN (Carlson Avid, Rësengren Evold) — «On the role of adrenal cortex in bone formation. K. G. I. fiziologi sãleskar lung forhandl 25 Nr. 10 1955.
14. KUNTSCHER G. A. MAATZ R. — «Die technik der Marknagelung Leipzig 1945.
15. LICHTWITZ A., PARLIER A. R. — «Action tissulaire, metabolique et glandulaire des hormones» La semaine des hopiteaux Nr. 95 1952.
16. MAYER O. — Dtsch. Ztsch. f. chir 253, 8-9, 552-556 1940.
17. MERCIER PAROT LUCETTE. — «Action comparative de la cortisone et de l'hormone corticotrope (A. C. T. H.) sur la croissance du rat nouveau né C. r. Akod sc. 1956.
18. MUNAJTBASOVA G. A. — «Regeneracija kostnoj tkanji v uslovijah tiroidizacii i vedenjija antitiroidnih veshestv. Trudi kafedri obshej biologii (Kazab. Med. Inst.) vip. 2. 1953.
19. PICCHIO A. ZTSCH. — f. orthop. 84 3 352-359 1954.
20. RAPPOPORT M. B. — «K voprosu vlijanjii njervnoj sistemi na regeneraciju kostnoj tkanji v knjige 19 ja nauç. sessija Arhang. Med. Inst. 1955.
21. RAZNATOVSKAJA M. V. — «Vlijanjije Vnutrikostnoj fiksacii metaliceskim shtiftom na zazhivlenjije nepeloma. Diss. L. 1951.

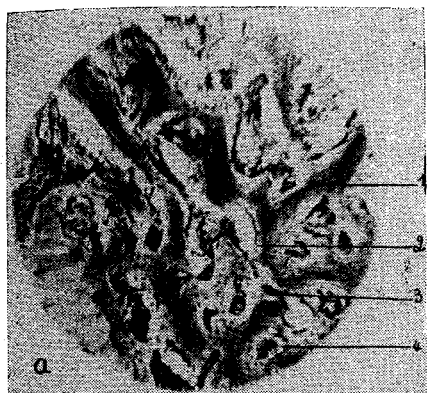


Fig. Nr. 1a. Rigjenerimi i kockës në serinë e lepujve kontroll 15 ditë pas kryerjes së frakturës.

1. — Pllakë kockore e rigjeneruar në brendësin e së cilës ndodhen osteocitet.
2. Osteoblastet
3. Osteoklast
4. Enë gjaku

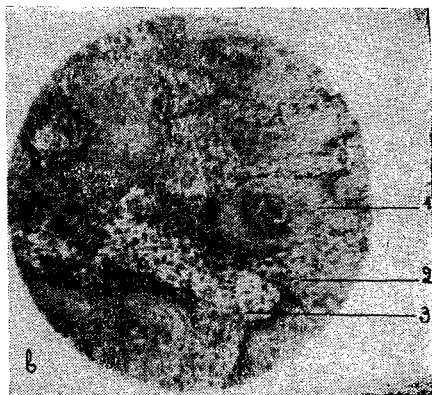


Fig. Nr. 1b. Rigjenerimi i kockës në serin e lepujve të eksperimentuar me kortizon 15 ditë pas kryerjes së frakturës.

1. Pllakë kockore e rigjeneruar mjaft e gjere në brendësin e së cilës ndodhen osteocitet.
2. osteoblaste
3. Fibroblaste.

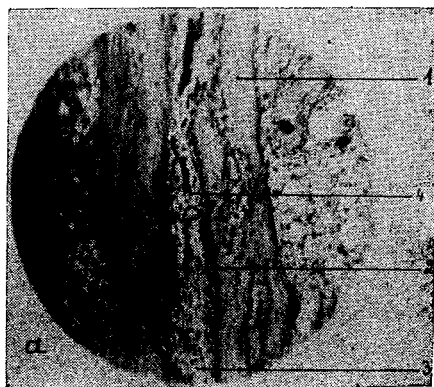


Fig. Nr. 2a. Rigjenerimi i kockës në serin e lepujve kontroll 20 ditë pas kryerjes së frakturës.

1. Pllake kockore e rigjeneruar pak a shumë e rregullt në brëndësin e së cilës ndodhen osteocitet.
2. Osteoblaste 3. Indi-lidhor 4. Enë gjaku.

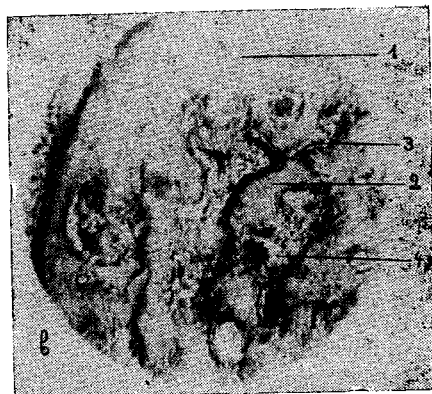


Fig. 2b. Rigjenerimi i kockës në serin lepujve të eksperimentuar me kortizon 20 ditë pas kryerjes së frakturës.

1. Qeliza. Kartilaginoze. 2. Pllakë kockore e rigjeneruar jo shumë e rregullt në brendësin e së cilës ndodhen osteocite.
3. Osteoblaste. 4. Fibroblaste që shkojnë drejt diferencimit të tyre të më tejshëm.



Fig. Nr. 3a. — Rigjenerimi i kockës në serin e lepujve kontroll 40 ditë pas kryerjes së fakturës.

1. Segmenti central i kockës 2. Pllaka e kockës së rigjeneruar është e rregullt; kompakte dhe në brendësin e saj ndodhen osteocitet. 3. Osteoblaste. 4. Periosti nga ku bëhet proliferimi i qelizave fibroblaste.



Fig. 3b. Rigjenerimi i kockës në serin e lepujve kontroll 40 ditë pas kryerjes së frakturës.

1. Segmenti central i kockës. 2. Pllaka e kockës së rigjeneruar është e rregullt; kompakte dhe në brendësin e saj ndodhen osteocitet. 3 Osteoblaste. 4. Periostin nga ku bëhet oliferimi i qelizave fibroblaste.



Fig. 4. Rigjenerimi i kockës në serin e lepujve të eksperimentuar me kortizon.

1. Pllaka e kockës së rigjeneruar, mjaft e gjerë në brendësin e së cilës ndodhen osteocitet jo mirë të dalluara. 2. Osteoblaste. 3. Osteoblaste.

22. SAMSONOVA V. F. — «Gistologičeskiye nabljudjenjija nad regeneracijej kosti koshki v različnih uslovijah. Avtoreferat diss. na soiskonije stepenji kand. med. nauk, 1955.
23. SENEGUE J. — Presse méd, supplém. du 6 72-73 1948.
24. STEFANENKO L. A. — «Regeneracija kostnoj tkanji i sposobi jejo stimulaciji v knjige kočergin i G. Doktorskie dissertacii po medicine. 1941-1945.
25. SHULLUTKO I. L. — Tr. Kazanskogo N. I. I. ortop i vest. hir. T. 2 128-132. 1955.
26. VOROBJOV N. A. — «Usloviya i istočnik ebrazovanjija hondroidnoj tkanji pri regeneraciji kostjei. Sbornik trudov (Ukr. centr. Nauč isled. in. st. Ortopedii i travmatologii T 6 1955.

---

## THE REGENERATION OF THE BONE TISSUES UNDER THE ACTION OF CORTIZONE.

### (Summary)

*The regeneration of the bone tissues has been studied on rabbits. A study has been made of the fracture of the tibia.*

*The tests have been made on two series of rabbits. The first series has served as control, the second presents the rabbits that have been experimented on with cortizone.*

*The regeneration has been studied after periods of 1, 3, 5, 10, 15, 20, 30, 40 days.*

*The tests show that the rhythm of regeneration is not the same in the two series. In the series treated with cortizone can be seen a lengthening of the process of the changing of the osteoid tissue into osteogeneous tissue (travées osseuses), which becomes more evident on the 10th, 15th, and 40th day.*

*On the basis of the said tests we arrive logically to the conclusion that cortizone delays the regeneration of the bone tissue.*

## VEPRIMI I ARMINËS MBI PARALIZËN E AKOMODACIONIT DHE MIDRIAZËN MEDIKAMENTOZE

SKËNDER SINOIMERI

Spitali Ushtarak Tiranë

Qëllimi i punës tonë është studimi i veprimit të arminës në midriazin medikamentoz dhe parezën e akomodacionit pas midriatikëve.

Armina është preparat i ri sovjetik, i cili përdoret kundra glaukomës dhe si miotik. Sipas strukturës kimike armina bën pjesë në grupin e eterëve të komplikuar të acideve alkilfosfine. Armina ul veprimin e kolinerazës ashtu sikurse prozerina dhe fosfakoli, por vepron më efektivisht se këto preparate.

Kërkimet klinike të kryera në mjaft institucione kurative oftalmologjike tregojnë se armina në shumë raste mund të uli tensionin intraokular tek të sëmurët me glaukomë. Veprimi i arminës mbi midriazën medikamentoze dhe parezën e akomodacionit nuk është studjuar.

Çështja e zhdukjes së efektit të këtij ose atij midriatiku, të cilët përdoren në praktikën okulistike me qëllim diagnostik ose kurativ, është shumë aktual për oftalmologët.

Në vitet e fundit për mjekimin e glaukomës janë rekomanduar mjaft preparate të reja. Si rregull, të gjitha këto preparate kanë veprim të theksuar miotik dhe forcojnë akomodacionin p.sh. solucioni fosfakol 1 : 5000 në instilacion 3-4 herë nga 2-3 pika mund të heqi midriazën e shkaktuar më përpara nga solucioni i atropinës 1% (I. M. Sharooof viti 1952). Ka të dhëna të atilla që solucioni diizopropilfosfat 0.1% mund të uli efektin midriatik të shkaktuar nga solucioni i homatropinës 4%. Solucioni më i konceptuar i këtij preparati (0,2%) mund të heqi midriazin dhe parezën e akomodacionit të shkaktuar nga përdorimi i solucionit të atropinës 1% (P. E. Tihomirof dhe N. K. Dimitrova viti 1952).

Në duke batur gjithë këto parasysh vendosëm të studjojmë veprimin e arminës mbi midriazën medikamentoze dhe parezën e akomodacionit, të shkaktuara nga disa preparate midriatike, të cilat më shpesh përdoren në praktikën okulistike. Si të këtillë ne zgjodhëm këto preparate: *Sol. platinhillini* 2%, *sol. homatropini* 1% dhe *sol. atropini sulfurici* 1%. I gjithë studimi u bë me të njëjtën metodë. Me pupilometrin Haab u mat diametri i pupilës. Me anë të rrathëve të Landoltit që i korrespondojnë N. 8 në pasqyrën e Siveevit përcaktohet pika më e afërt e pamjes së kuartë. Pas kësaj në sakun konjuktival instilohet preparati midriatik (dy herë nga dy pika me interval 1 minutë). Mbas një ore në kohën e veprimit më të fortë të substancës midriatike përsëri matet diametri i pupilës dhe pika më e afërt e pamjes së kuartë. Pastaj në sakun konjuktival instilohet *sol. armini* (2 herë nga dy pika me interval 1 minutë).

Në përdorim arminën në koncentracion 1:20.000 dhe 1:40.000. Pas kësaj matet diametri i pupilës pas 1/2 orë, 1 orë, 2 orë, 3 orë dhe 18-24 orë.

Gjithsejt ne studjuam 48 raste (tre seri) në njerën me moshë prej 17 vjeç deri në 30 vjeç, që kanë refraksion emmetropik.

*Ndarja e observacioneve në seri duket në pasqyrën 1.*

Seria	Grupi	Midriatiku	Adriana	raste studimi
I	1	Platiphizina 20%	1 : 20.000	6
	2	»	1 : 40.000	6
II	1	homatropina 1%	1 : 20.000	6
	2	»	1 : 40.000	6
	3	» *)	1 : 20.000	6
III	1	Atropina 1%	1 : 20.000	8
	2	» 1%	1 : 20.000 **)	10
				48.

*Observacionet e serisë së parë.*

Në 12 observacionet e kësaj serie midriaza dhe pazeza e akomodacionit lindën nga përdorimi i platifilinës. Kjo seri ndahet në dy grupe observacionesh. Përdorimi i arminës 1:20.000 në të gjitha rastet e grupit të parë shpejt pas 15-20 minutash hoqi midriazën dhe pazezën e akomodacionit bile në një pjesë të mirë të observacioneve u duk edhe mioze dhe spazmë e akomodacionit të cilat mbajtën jo më pak se tre orë. Pas përdorimit të sol. armini 1:20.000 të sëmurët u ankuan për dhimbje koke e dhimbje në sy. Për këtë u detyruam të përdorim arminën me koncentracion dy herë më të dobët d.m.th. 1:40.000, (observacionet e grupit të dytë të kësaj serie). Në të 6 observacionet e këtij grupi u vu në dukje që ky solucion plotësisht likuidon faktin e platifilinës si në pupilë, ashtu dhe në akomodacion mbas 30 minutave të instilimit. Veç asaj duhet theksuar se spazmë të akomodacionit dhe miozë ky solucion nuk dha. Përdorimi i arminës 1:40.000 nuk dha shqetësime dhe ndryshime subjektive. Rezultatet e veprimit të arminës 1:40.000 në madhësinë e pupilës duken në pasqyrën Nr. 2. Veprimi i arminës në njerëz të ndryshëm sigurisht nuk ishte i njëlojtë. Në pasqyrë ka dy kurba, njëra u korespondon rasteve ku armina ka vepruar më dobët (1-kurba e sipërme), ndërsa tjetra u korespondon rasteve ku armina ka pasur veprim më të fortë (2 kurba e poshtme).

Veprimi i arminës 1:40.000 në midriazën e shkaktuar nga përdorimi i sol. platiphilini 2%.

Në 18 observacionet e kësaj serie si midriatik u përdor homatropina. Kjo seri ndahet në tre grupe nga 6 raste për sejcilën. 6 rastet e grupit të parë treguan se solucioni i koncetruar i arminës 1:20.000 gjithëmonë jo vetëm heq midriazën dhe pazezën e akomodacionit, por jep edhe mioze e spazmë të akomodacionit. Shqetësimet subjektive ishin të theksuara njësoj si dhe në observacionet e grupit të parë në serinë e parë. Në observacionet e grupit të dytë u përdor armina 1 : 40.000. Ky solucion në të gjitha

\* Në këtë grup observacionesh sol. i homatropinës u instilua tre herë nga dy pika çdo herë me interval 5 minuta.

\*\*\*) Në këtë grup observacionesh armina u instilua 4 herë me interval 30 minuta.

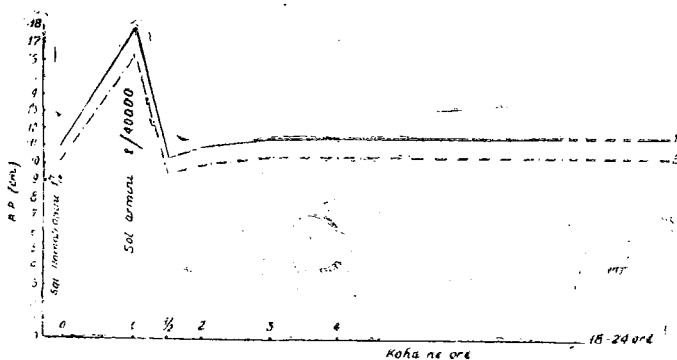


Fig. 1. — (Pasqyra. 2)

rastet ngushtoi pupilën, deri në pozicionin e fillimit dhe hoqi parezën e akomodacionit duke mos dhënë as miozë, as dhe spazmë të akomodacionit. Shqetësime subjektive nga ky solucion të sëmurët nuk patën. Veprimi i këtij solucioni të arminës në akomodacionin duket në pasqyrën 3. Në këtë pasqyrë ka gjithashtu dy kurba (1, 2), të cilat tregojnë rezultatet ekstreme të veprimit të arminës në akomodacion.

Veprimi i arminës 1:40.000 në parezën e akomodacionit të shkaktuar nga përdorimi i homatropinës 1% 1/2).

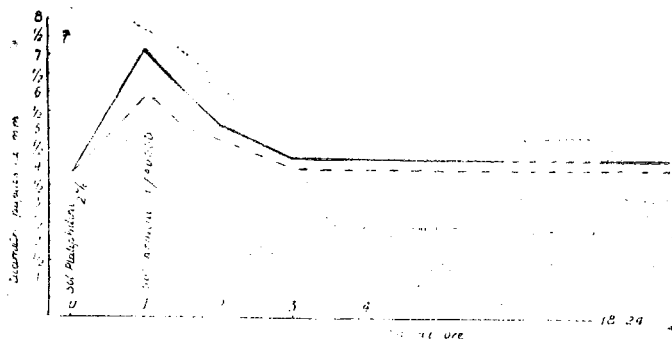


Fig. 2. — (Pasq. 3)

Me qëllim që të studjohen dhe më thellë veçoritë e arminës, në përdorim dhe një grup tjetër observacionesh në këtë seri po prej 6 rastesh. Në këto raste, si dallim nga të parat homatropina u instilua në sy tre herë me interval 5 minuta. Në këto raste ne patëm parasysh të dhënat e literaturës ku bëhet fjalë se instilimi tre herë i homatropinës jep afërsisht atë parezë të akomodacionit që jep dhe atropina. Për heqjen e efek-

\*) 1) Kurba që i korespondon veprimit më të dobët të arminës në akomodacion.

2) Kurba që i korespondon veprimit më të fortë të arminës në akomodacion.

tit të saj u përdor armina me koncentracione 1:20.000. U pa kjartë se edhe në këtë grup, në të gjitha rastet, armina eliminoi efektin e homatropinës pupilë dhe në akomodacion. Duhet theksuar se spazme të akomodacionit dhe mioze në këtë grup nuk u-vu re. Vlen gjithashtu të përmendet se në këtë grup munguan shqetësimet subjektive tek të sëmuret, megjithëse u përdor solucion i koncentruar i arminës (1:20.000).

### Observacionet e serisë së tretë

Në këtë seri midriaza dhe pareza e akomodacionit u shkaktuan nga përdorimi i atropinës. Seria përbëhet nga 18 observacione dhe ndahet në dy grupe. Në observacionet e grupit të parë u përdor sol. armini 1:20.000 sipas metodës së zakonëshme. Në këtë rast përdorimi i arminës nuk dha asnjë rezultat. Midriaza e shkaktuar nga atropina nuk u zhduk gjatë gjithë kohës së observimit.

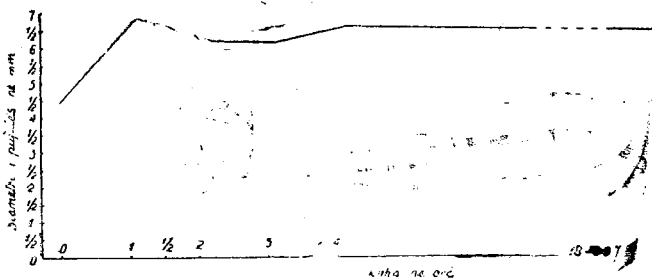


Fig. 3. — (Pasq. 4).

Nuk u diktua gjithashtu ndonjë veprim i dukshëm i arminës në akomodacionin e paralizuar. Në 4 observacione pika më e afërt e pamjes së kjartë ishte e pamundur të përcaktohej për shkak të paralizës së thellë të akomodacionit. Në 4 rastet e tjera pika më e afërt e pamjes së qartë u-përcaktua në largësi më të madhe se 26 cm.

Në këtë mënyrë instilini dy herë i arminës nuk dha ndonjë rezultat të dukshëm as në gjerësinë e pupilës as dhe në parëzën e akomodacionit.

Pikërisht për këtë ne u detyruam të krijojmë grupin e dytë të observacioneve të kësaj serie. Në këtë grup si dallim nga gjithë të tjerat armina u instilua në sy jo dy herë, por 4 herë me interval 30 minuta. U-pa se edhe ky përdorim i përforsuar i arminës jep vetëm efekt të dobët dhe të përkohshëm si në madhësinë e pupilës (si kurse duket në pasqyrën 5), po ashtu dhe në akomodacionin e paralizuar. Në këtë rast nga të dhjetët në 4 observacionet pika më e afërt e pamjes së qartë ishte e pamundur të përcaktohej. Në rastet e tjera ajo u përcaktua në largësi më të madhe se 23 cm. Ky pozicion u ruajt i pa-ndryshueshëm gjatë gjithë kohës së observimit.



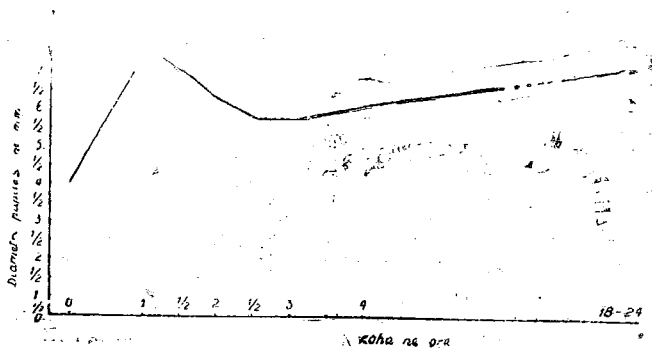


Fig. 4. — Pasq. 5.

### Konkluzion:

1. Për qëllime praktike për të kthyer akomodacionin dhe madhësinë e pupilës në gjendjen e fillimit pas përdorimit të platifilinës 2% ose të homatropinës 1% rekomandojmë solucionin e arminës 1:40.000.

2) Përdorimi për këtë qëllim i solucionit më të koncentruar të arminës 1:20.000 pothuajse gjithmonë jep miozë dhe spazmë të akomodacionit dhe shumë shqetësime subjektive (dhimbje në gjysmën e kokës, dhimbje syri, nauza etj.).

3) Përdorimi i arminës për heqjen e midriazës dhe paralizës së akomodacionit të shkaktuara nga përdorimi i atropinës 1% nuk jep efekt. Vetëm në raste të veçanta duket një efekt i vogël dhe i përkohshëm në ngushtimin e pupilës dhe në zvogëlimin e shkallës së paralizës së akomodacionit.

(Paraqitur në redaksi më 20-12-60)

### (Summary)

ARMINE is a new soviet preparation that has been recommended against glaucoma and as mioticum. The action of this preparation on medicamentous midriasis and on the paresis of the accommodation has not been studied previously. Having in mind the practical importance of this problem we decided to study the action of armine on the medicamentous midriasis and on the paresis of the accommodation caused by the midriatica that are used most often: Sol. atropini 1%, sol. homatropini 1%, sol. Platyphiliini 2%. We observed in all 48 cases and arrived at the following conclusions: In order to eliminate the action of homatropin and platyphiline on accommodation and on the diameter of the pupils we can use armine 1:40.000. If for this purpose we use a stronger solution (1:20.000) of armine, in most cases we cause miosis, spasms of the accommodation and a number of subjective disorders. In the cases when atropin has been used, the use of armine remains mostly without any effect.

## STRESS DHE SINDROMI I PËRGJITHSHËM I ADAPTIMIT

Me fjalën stress, që do të thotë «forcë», «peshë», «dhunë» simbas Hans Selye, i cili për herë të parë e përdori këtë shprehje, duhet të kuptojmë të gjitha ndikimet e jashtme ose të brëndshme të dhunëshme (violente) që shkaktojnë «Sindromin e adaptimit» që është një reaksion i stereotipuar jo specifik i organizmit.

Eshtë në vitin 1936 që endokrinologu dhe Eksperimentonjësi Hungaro-Kanadez Hans Selye, përshkroi në revisten «Nature» një «Syndrom të shaktuar nga agjentë të ndryshëm dëmtues», hap i parë në njësin fiziologjike që izoloj në vitin 1946 me emërin «Syndromi i Përgjithshëm i Adaptimit».

Syndromi i përgjithshëm i adaptimit (reaksioni i alarmit, faza e rezistencës, faza e dobësimit të adaptimit të fituar) përbëhet, simbas Selye, nga grupimi i reaksioneve jo specifike të organizmit që shkaktohen në qëniet e gjalla të larta nga veprimi i cilit do agjent që ka cilësi disekuilibruese.

Agjentët Stresant (Stressor) mund të jenë:

- 1) Fizik: të ftohtit, të nxehtit, ndryshime mëtereologjike violente, rrezet X, sforcimi muskular violent.
- 2) Psihik: Emocionet violente.
- 3) Traumatik: Aksidente të ndryshme, ndërhyrje kirurgjikale, gjendje shok-u.
- 4) Toksik dhe infektiv.

Syndromi i adaptimit të organizmit që këta faktorë shkaktojnë, zhvillohet në tri faza:

*E para:* Reaksioni i alarmit: që është një thirrje e vërtetë «në armë» të mekanizmave të mbrojtjes të organizmit.

Kjo fazë klinikisht karakterizohet nga gjëndje shoku, hypotension, hypotermi, takikardi dhe në kafshët eksperimentale me ulçer gastro-duodenale.

Gjithashtu vrehen dhe këto ndryshime kimike:

- a) shtimi i Corticosteroideve në ekskrecionin urinar
- b) limfopeni, eosinopeni, shtim i granulociteve (ndryshime këto që siç dëhet shoqërojnë shpesh infeksionet akute)
- c) bilanci azotik negativ.
- ç) hypocloremi, hypopitassiemi, Acidozë.

*Faza e dytë.* Faza e rezistencës (Reaksioni i adaptimit). Konditat e adaptimit ndaj «Stressor» janë optimale.

Reaksionet klinike dhe humorale që u panë në fazën e parë (Reaksioni i alarmit) kompensohen dhe munden bile të kalojnë nivelin normal. Kështu që mund të vrehim: hypertension hypertermi, hyperglicemi.

*Faza e dytë.* Faza e rezistencës (Reaksioni i adaptimit). Konditat e mit të organizmit mposhten.

Në këtë fazë të tretë, kafshët e eksperimentit që i nënshtrohen

Stress-or (agjent Stressant) paraqesin këto ndryshime anatomike: Hypertrofi e kapsulave surrenale (involucion të sistemit limfatik, ulcergastroduodenale, dhe hyalinoze të arterioleve.

## PATOGJENEZA

Simbas konceptimit të Selye dhe bashkëpunëtorëve, fuqia patogjene e shumë agjentëve iritonjës lokalë ose të përgjithshëm (për të cilët u fol më lart, mvarret për një pjesë të mirë nga funksioni i sistemit Hypofize-Korticale-Surrenale. Në fakt ky mund të aktivizojë, ose të ndalojë reaksionet mbrojtëse të organizmit kundrejt agjentëve të përmendur, që Selye i quajti «Provokuesa të Stress-it».

Mënyrën e ndërhyrjes të hormoneve prehypofizar dhe kortiksurrenal në këto raste, Selye e spiegon kështu:

Të gjithë provokuesit e Stress-sit që veprojnë mbi organizmin, ose mbi një pjesë të tij përcaktojnë dy kategori efektsh:

1) Veprime specifike në lidhje (raport) direkt me natyrën e tyre dhe me mënyrën e veprimit, dhe

2) Veprime jo specifike, ose veprime Stress-i karakteristikat themelore të të cilave skematizohen në figurën 1.

Stimuli vepron mbi organizmin ose mbi pjesën e tij të goditur direkt nga stimul (në fotografi shigjeta me bojë të zezë: *shënim i im*) për më tepër ky vepron dhe indirekt mbasi provokon ikjen e stimules nga zona e goditur, që vën në lëvizje një mekanizëm mbrojtës hormonal. Duket se ky mekanizëm nuk është gjithmonë i njëjloshëm. Nga një herë do të kemi të bëjmë me një shkarkim adrenaline, herë tjetër me lirin e një produkti të metabolizmit celular të ngjashme me histaminën,

dhe nga ndonjë herë tjetër akoma, me paksimin e sasisë të ndonjë komponenti të rëndësishme të organizmit (glukoze, ndonjë enzime), por, sigurisht një rol të madh luajnë, simbas Selye, ato stimule të cilët nepërmjet të rrugeve të pa njohur akoma, (që në figurë nga ana e djathtë e atij që shikon tregohen me pikëpyetje: *shënim im*) shkojnë nga regjioni i goditur, në lobin anterior të hipofizës. Këtu ata në fakt shkaktojnë një shkarkim të hormonit adrenokortikotrop (në figurë tregohet me gerrat ACTH: *shënim im*) i cili vepron mbi korteksin surrenal duke e nxitur këtë të përpunojë hormonet kortikosteroide surrenale që përveç veprimeve të tjera fiziologjike të rëndësishme kanë aftësinë të influencojnë thellësisht vetit e organizmit që të reagojë në shkaqet demtuuese, me fenomenet e njohura të inflamacionit.

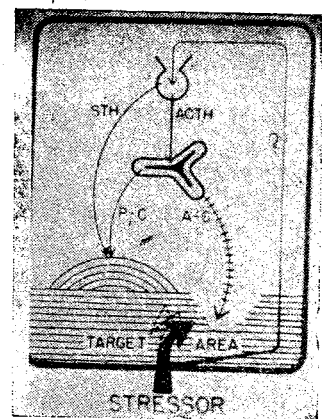


Fig. 1

Në fakt është vënë re që ndërsa disa corticoide surrenale (mineral corticoidet) nxitin aftësitë proliferonjese dhe reaktive të indit lidhor

1) Fotografia është marrë nga Medicamenta supplemente alla quinta edizione, koop. form. Milano 1956.

(dhe për këtë arsye quhen corticoide proflogistike ose P-C), të tjera (glicocorticoidet) përkundrazi pengojnë vetit e organizmit të ndërtojnë një barikadë të shëndoshë lidhore që bllokton agjentin patogjen (dhe për këtë arsye quhen corticoide antiflogistike A-C) dhe si rezultat do kemi një dobsim të potencialit flogogjen të mbrojtjes, dhe si pasojë çeljen e rrugës për përhapjen e infeksionit.

Është vërtetuar se nën nxitjen e hormonit preipofizar corticotrop surrenalet prodhojnë më shumë corticoide antiinflamatore se sa corticoide pro inflamatore. Por duhet shënuar se prehypofiza, nën nxitjen e agjentëve të Stress-it nuk prodhon vetëm hormonin adrenocorticotrop (ACTH), po përpunon edhe hormonin e rritjes (në një figurë tregohet me gërmat STH *shënim im*) i cili ka një veprim të ngjashëm me atë të hormoneve proflogogjen, ose sensibilizon sa më pak zonën e goditur me veprimin e këtyre të fundit (P-C), kështu që në instancën e fundit rezultatet e ndërhyrjes hormonale përsa i përket intensitetit të reaksionit inflamator të mbrojtjes ndryshon me shtimin ose paksimin e reaksionit inflamator mbrojtës simbas kombinimit të ndryshëm të veprimeve të hormoneve të treguara më lart, disa të favorëshme disa të kundërt me reaksionin mbrojtës.

Gjithmonë simbas Selye, reaksioni në bazë stimulimesh të lokalizuara çfaqet me inflamacion (të influencuar), në mënyrë të ndryshme nga ndërhyrja hormonale (siç u tha), ndërsa reaksioni në bazë stimulimesh të përgjithëshme çfaqet me sindromin e përgjithshëm të adaptimit, deviacionet e të cilit nga vijat fiziologjike të zhvillimit, do të ishin elementat kryesore determinonjese të disa sëmundjeve.

Midis sëmundjeve që simbas disa autorëve (L. Fruhling, A. Operman, R. Korn) janë nga ato me Stressa-nte mund të përmenden këto:

A) Në të porsalindurit: hemoragjia meningeale, pengesa respiratore, hemoragjite nga trubullimi i krizës së gjakut (hemipertone) hemmotoma nën kapsulare e mëlcisë së zezë hemoragji e surrenaleve, melena neonatale dhe prematuranca e madhe).

B) Në fëmijët e moshës së gjirit dispepsia e rëndë, kolera infantile-syndromi malinj, goditja e të nxehtit.

### C) Në infeksionet e mëdha

a) Të lokalizuara: Bronkopulmonitet, encefalitet, meningitet angina e grave.

b) Të përgjithshme: septicemit dhe purpura fulminas.

c) Në traumat e mëdha frakturat multiple, në këputjen e anësive, në djegiet e përhapura në sipërfaqe të madhe të trupit e tjera.

Këto deviacione mund të bëheshin në shumë drejtime:

1) Prodhim i corticosteroideve surenale dhe të hormonit prehypofizar-somatrop gjatë Stress-it në sasi të tepërt ose në sasi të pamjaftueshme.

2) Fiksacion i hormoneve të sipërme gjatë Stress-it nga ana e pjesës së goditur në sasi të tepërt ose të pa mjaftueshme.

3) Prodhimi ose fiksimi gjatë Stressit të hormoneve të treguara më lart, në raport sasije reciproke anormale dhe

4) Prishje të aftësive të reaksionit të indit mbi të cilin këto hormone duhet të veprojnë.

Gjatë periodës së parë të Syndromit të adaptimit që është reaksioni

i alarmit (përgjegje hormonale ndaj nxitësive Stressa-nt simbas Selye shkojmë nga një periudë shoku (në të cilën rezistenca është pakësuar) në një periudë kontrashokut (në të cilën rezistenca është shtuar). Në fazën e rezistencës organizmi që shkoi duke u adaptuar ndaj nxitësit Stressant tregon një rezistencë të madhe ndaj atij nga ajo që kish herën e parë që u godit.

Në fazën e dobësisimit në të cilën arrihet vetëm mbas një veprimi të zgjatur të agjentit stressant, kemi rrëniën e aftësisë së organizmit që të ruaj atë adaptim ndaj agjentit vetë, që karakterizonte fazën e rezistencës.

Pjesëmarrjen bashkërisht të prehypofizes dhe veçanërisht corteksit surenal në të tri fazat dhe në patogjenezën hormonale të fenomeneve që karakterizojnë Sindromin e Adaptimit e dëshmojnë, aspekte të veçanta histologjike të këtyre organeve endokrine (prehypofizës dhe veçanërisht Corteksit Surrenal).

PAVLLO PAVLI

Katedra e Patologjisë së Përgj.

# J E T A S H K E N C O R E

## U MBROJT EDHE NJË DISERTACION NË MJEKËSI

Disertacioni mbi «karakteristikat e epidemisë së fruthit gjatë viteve 1954-1955 në Shqipëri» u mbrojt me sukses nga shefi i katedrës së infeksioneve dhe epidemiologjisë Nikolla Dushniku.

Tema e disertacionit është interesante dhe me interes të madh aktual në punën mjekësore në vendin tonë. Trajtimi dhe zhvillimi i saj është dialektik, kurse nga pikëpamja e ideve të shfaqura është materialist megjithëse gjatë gjithë temës këto dy nocione nuk përmëndeshin. Autori e nisi nga rastet e para dhe paraqet dinamikën e zhvillimit ashtu sikurse ngjau rreth realitet që nga rastet e para e sporadike shpërtheu si një zjarr që brenda pak kohe dogji gjithshka që qe receptive duke lënë pas vdekjet. Ai spjegoi objektivisht shkaqet që ndihmuan epideminë e cila la pa prekur vetëm 189 fshatra nga të 2655 që janë gjithsejt në vendin tonë.

Në disertacion autori, me qënë se donte të jepte një plan të saktë përpara organeve të shëndetësisë për evitimin e përsëritjes së një epidemie si kjo që studjon, analizoi epidemiologjinë, klinikën, mjekimin dhe në fund masat profilaktike. Ai me të drejtë nënvizon rëndësinë e problemit, jo vetëm nga ana teorike, por edhe nga ana praktike duke na dhënë në këtë mënyrë një material të vlefshëm për ta luftuar me sukses këtë mikrob të rrezikshëm midis mikrobeve të tjera aerogjene.

Disertanti duke u mbështetur

në 190.120 raste të regjistruara gjatë epidemisë, si edhe nga studimi i 520 kartelave klinike të sëmurëve të shtruar në spital, bën sikurse përmëndëm konkluzionet e tij. Ai nënvizon se para çlirimit fruthi është shfaqur çdo vit ose çdo dy vjet në raste sporadike, disa herë edhe në formë epidemie. Pas çlirimit epidemia më e madhe ka qënë ajo e vitit 1948, e cila mbaroi në mars të vitit 1949. Në këtë epidemi u regjistruan 40.000 raste fruthi. Nga kjo kohë e gjer në qershor të vitit 1954 kaluan 6 vjete pa patur raste fruthi, u grumbulluan kështu 6 moshë receptive 6 mujore deri në 7 vjeçare për vech moshave të tjera që u kishin shpëtuar infeksionit të vitit 1949 dhe epidemive lokale të viteve të mëparëshme.

Në disertacion autori jep karakteristikat e përgjithëshme të këtij infeksioni si dhe literaturën ekzistuese botërore, pastaj tregon se si filloi epidemia e vitit 1954-1955. Rastet e para u vunë re në Tiranë në qershor të vitit 1954 dhe në mënyrë graduale filloi shtimi i tyre për të arrijtur kulmin në muajin dhjetor ku u regjistruan 57.644 raste në të gjithë Republikën dhe nga të 2655 fshatra që ka vendin ynë mbetën pa u prekur 189 nga të cilat në rrethin e Dibrës 21, në Elbasan 7, në Gjirokastrë 18, në Korçë 5 në Kukës 8, në Shkodër 85 dhe në Tiranë 45. Këto fshatra shpëtuan pa u prekur nga fruthi kryesisht për shkak të pozicionit të tyre malor dhe në dhjetor, kur

infeksioni arrijti kulmin ato qenë të izoluara nga dëbora dhe nuk kishin hyrje-dalje. Pastaj në disertacion shqyrtohen moshat që u prekën nga fruthi dhe arrihet në konkluzion se moshat gjer në 1 vit u prek 60,41%, nga 1-2 73,71%, nga 2-3 85,75%, nga 3-7 29,32%, nga 7-15 22,70%, nga 15-30 1,88%, nga 30-40 0,47%, nga 40 e lart 0,10%. Siç shihet 3 moshat e para kapin 44,98% të rasteve, ndërsa të gjitha të tjerat sëbashku kapin 55,02% të rasteve dhe mesatarja e morbozitetit, për gjithë popullsinë, arrijti në 13,53%.

Në disertacion autori bën një krahasim me të dhënat e vendeve të ndryshme për të njëjtën periudhë dhe arrin në konkluzion se në Europë morboziteti është lëkundur nga 0,001% në 5%, në Amerikë nga 0,1% në 10%, në Azinë 0,02% në 20%, në Oqeanin nga 0,01% në 1%, në Afrikë nga 0,005% në 3%. Nga të dhënat e mësipërme del se morboziteti më i lartë në botë gjatë periudhës që studjohet në disertacion ka qenë në vëndin tonë. Arsyeja është, nënvizon autori, se përveç kontingjentit të madh receptiv prej 6 moshash, rastet e ardhura nga jashtë dhe që u bënë pikënisja e shpërthimit të epidemisë së mëvonëshme, i shpëtuan kontrollit sanitar epidemiologjik. Është e qartë, thotë disertanti, se pas kalimit të sëmundjes nga të gjithë e pas fitimit të imunitetit, epidemia zhduket por për efekt të rritjes së popullsisë me kalimin e kohës fillon dhe rritet kontingjenti receptiv.

Veçoria epidemiologjike e fruthit qëndron në faktin se nuk ka lartës të shëndoshë dhe se sa më shumë zgjat koha e mos çfaqjes së sëmundjes aq më tepër rritet edhe numuri i njerëzve receptive. Me një importim të ri të infek-

sionit thotë autori, do të sëmuren aq njerëz sa më shumë kohë të ketë kaluar nga epidemia e mëparëshme. Vëndi ynë ndodhet para një fakti të tillë. Qysh nga 1955 kur epidemia filloi të shuhet e gjer tani ka patur vetëm 3 raste personash me fruth të ardhur nga jashtë, të cilët u bllokuan me njëherë nga masat e marrura prej organeve të shëndetësisë dhe infeksioni nuk u përhap. Si konkluzion thotë disertanti, sa më shumë kohë që do të kalojë pa patur raste të sëmundjes aq më e madhe do të jetë epidemia në qoftë se do të shpërthejë.

Më poshtë autori spjegon se krahas me morbozitetin e lartë të fruthit rezultoi dhe një letalitet i konsideruar dhe del më shumë në pah në rast se krahasojmë letalitetin që kanë shkaktuar tek ne difteria, skarlatina dhe pertusis në vite të ndryshme. Pra letaliteti i fruthit gjatë viteve 1954-1955 ka qenë 9 herë më i lartë nga ai që ka shkaktuar difteria në një periudhë prej 7 vjetësh (1953-1959), 5,7 herë më e lartë nga vdekjet që ka shkaktuar pertusis nga viti 1953-1958 dhe 3 herë më të lartë nga vdekjet e shkaktuara gjatë viteve 1953-1958 tri sëmundjet së bashku difteria, skarlatina dhe pertusis. Kurse në Europë letaliteti gjatë vitit 1954 është lëkundur prej 0,01% në 0,8% dhe gjatë vitit 1955 nga 0,02% në 1,2%; në Amerikë nga 0,07% në 20,6% dhe nga 0,06% në 25,7% përkatesisht; Azia nga 0,04% në 21,1% dhe 0,03% në 16%; Afrika nga 0,04% në 11,42% dhe nga 0,2% në 23,1% kështu del se letaliteti i periudhës që studjohet për gjithë vendet lëkundet nga 0,01% deri në 25,7%, kurse tek ne mbijti në 0,88%. Pastaj në disertacion jepen shifra të kësaj përqindje sipas rretheve të ndryshme të vëndit dhe nxjerr si konkluzion që ky

letalitet i ulët në krahasim me rastet e sëmundjes vjen si përfundim i përdorimit të mjekimeve efikase dhe masave higjienosanitare. Autori tregon se nga medikamentet e përdorura janë sulfopreparatet dhe antibiotiket që ndihmuan në evitimin e komplikacioneve dhe në numurin e pakët të rasteve të vdekjeve. Pastaj jepen shifrat e vdekjeve ndarë sipas moshave dhe nxjerr se moshë nga 0,5-1 vjeç ka pas numurin më të madh të tyre. Pas këtyre të dhënave, në disertacion shqyrtohen vdekjet nëpër spitale dhe këto natyrisht janë shumë më të pakta në krahasim me ato që kanë ndodhur nëpër familjet dhe kjo kuptohet nga masat dhe mjetet që disponohen nëpër spitale. Janë bërë krahasime me të dhënat e botës së jashtme ku ka dalë një afrim midis këtyre shifrave. Duke shqyrtuar faktorët që shpesh në vdekje autori nxjerr si përfundim surifunksionet e ndryshme të shkaktuara nga pneumokoku, stafilokoku, streptokoku, dizenteria, pertusis etj. Më poshtë jep shifrat e vdekjeve të ndëra sipas llojit të komplikacioneve dhe konkludon se komplikacionet e pneumonive zenë vendin e parë në rritjen e rasteve të vdekjeve.

Gjithashtu në disertacion bëhet një analizë e llojeve të fruthit të cilat janë: fruthi i zbutur që është shfaqur me një ulje të intensitetit të shenjave të ndryshme klinike. Kjo formë është shfaqur edhe në të sëmurët e mbrojtur me serumim e konvaleshenteve ose pas përdorimit të gamaglobulinës. Në këto forma periudha katarale ka qenë e shuar dhe jo karakteristike, erupsioni i zbetë, me subfebrilitet. Fruthi emoragjik është paraqitur me epistaksis, gjengjivit hemoragjik, në disa raste hemoptizi, melena dhe hemoragjia

punktiforme nën lëkurë. Fruthi hipertoksik që u identifikua solli shumë vdekje nër fëmijë. Fruthi u konstatua edhe në të rritur e pleq. Simptomi karakteristik i këtyre të sëmurëve ka qenë katari i kufizuar dhe erupsioni i përgjithshëm makulopapuloz etj. Fruthi zuri edhe gratë shtatzane të cilave u shkaktoi dhe dështime. Këtu autori përmend Dc.Lee-n që thotë se në gratë shtatzane 51% e tyre deshtojnë.

Në disertacion janë bërë krahasimet e komplikacioneve të konstatuara gjatë periudhës që studjohet dhe me të dhënat e autorëve të huaj. Krahasimet bëhen për çdo komplikacion veçanërisht.

Një studim të hollësishëm i bëhet në disertacion komplikacioneve dhe kryqëzimit të sëmundjeve të cilat përbëjnë 18% të rasteve. Nënvizohet se këto kanë dëmtuar posaçërisht fëmijë distrofikë e rakitikë. Sikurse u përmend edhe më sipër se bronkopulmonitë kanë qenë më të shpeshtat e më të rëndat nga komplikacionet e fruthit që kanë komplikuuar edhe pleuritën duke shkaktuar pleurit eksudativ, e në disa raste empiema dhe në një rast emfizema mediastinal. Larngjiti morbiloz dhe pseudokrupi është një komplikacion tjetër i fruthit që është shfaqur qysh në fillim të sëmundjes ose gjatë erupsionit. Ky komplikacion, me gjithë se i rrallë në spitale të Tiranës, preku 1,5% e të sëmurëve të moshës 15 muajsh deri në 7 vjete. Komplikacioni i shpeshtë i fruthit është edhe otiti. Më parë kur në spitale nuk bëhej izolimi i të sëmurëve otiti kapte pothuaj gjithë të sëmurët, por edhe në kushte të mira hospitalizimi ai prekte 16% të fëmijëve me fruth, thotë autori Ravina. Në spitalin e Tiranës në 240 të shtruar pati vetëm një rast otiti. Pra del si veçori që në krahasim me të dhënat e



literaturës së huaj otiti tek ne qe shumë i rallë. Fruthi shkaktoi dhe komplikacione në sy si dhe komplikacione nervore. Autorë të huaj përshkruajnë se konjuktiviti dhe edema palpebrale janë simptoma të theksuara e të zakonëshme të fruthit (Frontali, May.H.Ch). Kurse në vëndin tonë gjatë epidemisë së fruthit nënvizon disertanti janë vrejtur shumë komplikacione okulare me një simptomatologji të shumëllojshme. Këto dëmtime janë karakterizuar nga një zhvillim i shpejtë i procesit, kështu që një erozion korneal brënda pak orëve transformohet në një ulçer të shoqëruar nga ipopion, nekroza të indit korneal dhe përfundimisht në një panofthalmi purulent, kështu p.sh. në shërbimin e poliklinikës dhe të spitalit, brënda një kohe të shkurtër u paraqitën 35 raste me komplikacione morbiloze okulare, konkretisht 12 me konjuktivit purulent pseudomembranoz, 17 me keratit ulçeroz të rëndë dhe 3 raste me panoftalmi purulent. Nga këta që u mjekuan në klinikën oftalmologjike 13 u shëruan. 6 kishin verbim të plotë dhe 13 verbim të pjesëshëm. Këtu autori nënvizon komplikacionet okulare filluan të zhvillohen si një konjuktivit i thjeshtë morbilik po në mungesë të kontrollit mjekësor përfunduan gradualisht në komplikacione të rënda korneale dhe bulbare.

Autori në disertacion nënvizon se duke studjuar kartelat klinike të spitalit të Tiranës, Durrësit dhe Beratit, konstatoj se me përyshim të manifestimeve që mund të shoqërojnë fillimin e sëmundjes delirium me konvulsione nxjerr si përfundim, i mbështetur dhe në të dhënat e literaturës, së të gjitha segmentet e sistemit nervor mund të jenë vend lokalizimi, kurse për komplikacionet e zemrës veç takikardisë e qregullimeve të

lehta të ritmit nuk janë venë re pasoja të tjera. Edhe albuminuria është vrejtur si komplikacion i aparatit urinar në 35% të të sëmurëve që ju bë analiza e urinës. Të rënda kanë qenë edhe nefritet. Në spitalin e Beratit 25% e të shtruarve ju paraqit në periudhën e kovaleshencës. Stomatiti si komplikacion në mukozën e gojës ka qenë gjithashtu i përhapur. Stomatiti është shfaqur sidomos nër fëmijë distrofike e rakitikë dhe në ata të cilëve u kanë munguar kushtet higjienike.

Fruthi veç komplikacioneve që solli tek të sëmurët riaktivizoi dhe recidivoi një numur sëmundjesh. Kështu p.sh. influenza e virusit të fruthit mbi zorrën e fëmijës, bashkë me uljen e reaktivitetit të përgjithshëm të të sëmurit morbiloz, krijon kushte të favorëshme për shtimin e receptivitetit kundrejt infeksionit dizenterik, mikrobet e të cilit mund të merren gjatë sëmundjes, ose që ndodhen tek i sëmuri si bacilimbar-tës, ose nga një sëmundje kronike dhe të reaktivizohet gjatë infeksionit morbiloz. Edhe difteria ka qenë një komplikacion që erdhi si rezultat i fruthit. Shumë autorë të huaj kanë treguar shoqërimin e shpeshtë të fruthit me difterinë. — Pertusis gjithashtu i përzier me fruth jep komplikacione të shpeshta si bronkopneumoni, pneumoni, encefalite etj. Si virusi i fruthit ashtu edhe bacili Bordet Gengou me toksinat e tyre krijojnë në organet e frymëmarrjes terren favorizues për komplikacione të shkaktuara nga vetë virusi dhe nga flora e ndryshme e kekeve dhe kryesisht nga pneumokoku dhe stafilokoku. Në disertacion bëhet fjalë edhe për faktin se epidemia e fruthit solli kryqëzimin e fruthit me tuberkolozin. Ky i fundit u riaktivizua dhe u vrejtën gjithashtu riakutizime.

Në fund autori jep listën e masave që duhet të miren qoftë për të evituar epideminë e fruthit, qoftë për të kufizuar rrezikshmërinë e saj në rast se shpërthen. Midis këtyre masave më të rëndësishme janë:

1) Mbrojtja e kufive detare, tokësore dhe ajrore me anën e shërbimit mjekësor të kualifikuar në stacionet e karantinës.

2) Prgatitja e kuadrit shëndetësor për zbatimin e masave sanitare antiepidemike. Përdorimi i gamaglobulinës dhe i plazmës për të prevenuar dhe lehtësuar fruthin si dhe mjekimin e komplikacioneve kur këto shkaktohen.

3) Aplikimi i vaksinës kundër difterisë në qytete e fshatrat sipas indikacioneve epidemiologjike dhe depestimi në qerdhe e kopshite për Loffler për uljen në minimum të difterisë dhe të bacilmbartësve.

4) Mjekimi i drejtë i të sëmurëve me dizanteri dhe dispepsi për të shmangur bacilmbartësit.

5) Organizimi i luftës kundër tuberkulozit si aplikimi i BCG në qytete dhe fshatra, depestimi i popullsisë me anën e radioskopisë e florografisë etj.

6) Aplikimi i vaksinës antiper-tusis sidomos në kolektivat e fëmijëve dhe në malësitë, etj.

Pastaj autori radhit një sërë masash që kanë të bëjnë me luftën kundër komplikacioneve të fruthit kur ky është përhapur. Këtu ai nënvizon nevojën e organizimit të ndihmës mjekësore në banesa dhe poliklinika për të mënjeluar infeksionet e kryqëzuara. Të organizohen qendra mjekimi dhe profilaksie në rajone të ndryshme ose në pika të ndryshme të qytetit. Të ngrihen ekipe mjekësore pasi të ketë filluar infeksioni. Qendra e mjekimit të ketë një mjek, një ndihmës mjek, një in-

femiere dhe personel nga organizata e gruas e frontit dhe kryqi i kuq. Në kontrollin paraprak që bën mjeku i regjistron të vizituarit në 3 lista.

Në listën e parë (A) regjistrohen fëmijët gjer në 4 vjeç që kanë vuajtur nga brokadeniti, infiltratet tuberkulare, polmonare dhe ekstrapolmonare, pertusi, dizenteria, nga dispepsitoksike e akute, nga distrofitë etj. Në listën e dytë (B) regjistrohen fëmijët deri në 4 vjeç që nuk kanë kaluar sëmundjet e mësipërme duke shënuar dhe adresën e tyre. Në listën e tretë (C) regjistrohen emërat e të gjithë fëmijëve të shëndoshë mbi 4 vjeç që nuk kanë kaluar fruthin dhe kanë procese tuberkulare ose sëmundje të tjera që shihet e nevojshme të shënohet mbasi mund të rëndohen po të infektohen nga fruthi. Kur në të njëjtën shtëpi shfaqen raste të sëmundjes mjeku i rajonit fillon prevenciumin sipas sëmundjes, me gamaglobulina ose plazmë konvaleshentesh apo serum adultesh.

Në grupin e parë (lista A), fëmijëve që kanë rrezik tu riaktivizohen proceset e ndryshme ose për shkak të shëndetit të dobët mund të kalojnë një fruth të rëndë, u aplikohet gjithë doza e prevencionit duke i mbrojtur për dy javë, më vonë, sipas situatës epidemiologjike të konditave të mendohet për aplikimin e ri të prevencionit.

Për fëmijët e grupit të dytë (lista B) autori rekomandon atenuacionin. Për ata të grupit të tretë (lista C), në të sëmurët me TBC ose me sëmundje të tjera ngjitëse akute që rrezikohen të infektohen nga fruthi, të përdoret seroprevencioni. Në të tjerat, sipas mundësisë, mund të aplikohet seroatenuacioni për moshat

4-6 vjeç. Në gratë shtatzane që s'kanë kaluar fruthin u bëhet gamaglobulina gjer në muajin e 9-të të barrës.

Kryetari i ekipit dhe personeli ndihmës, pasi kontrollojnë rastet që u paraqitën, heqin fëmijët që kaluan fruthin nga lista dhe u kushtojnë kujdes atyre që nuk e kanë kaluar akoma, sipas indikacioneve që u përmendën për grupet A,B. Veç këtyre propozimeve shënohen dhe një serë masash të tjera. Kujdes ka treguar disertanti lidhur me masat që duhen marrë në institucionet për fëmijë dhe në fshat.

\* \* \*

Më 10 shkurt të këtij viti, në sallën kryesore të Universitetit Shtetëror të Tiranës, u bë mbrojtja e disertacionit nga Nikolla Dushniku. Tema e disertacionit është «Karakteristikat e epidemisë së fruthit në Shqipëri gjatë vitit 1954-1955» Kishin ardhur për të asistuar në mbrojtjen e disertacionit përveç anëtarëve të Këshillit Shkencor të Universitetit dhe një numur të ftuarësh mjekë dhe studenta.

Sipas traditës mbledhjen e hapi rektori i Universitetit docenti Zia Këlliçi, i cili, pasi pyeti në

se kish ndonjë vrejtje apo propozim për rendin e ditës, ja dha fjalën sekretarit të Këshillit Shkencor për të lexuar urdhërin e rektorit lidhur me mbledhjen për të dëgjuar mbrojtjen, si dhe dokumentet që ndodheshin në dosjen personale të disertantit. Me që Këshilli nuk kish ndonjë vrejtje ju dha fjala Nikolla Dushnikut për të bërë mbrojtjen. Mbrojtja u bë e mirë dhe në fund ju bënë një serë pyetjesh. Në pritje për t'u përgatitur që t'u përgjigjesh pyetjeve disertanti, e morën fjalën oponentët zyrtar profesorët F. Hoxha e S. Bekteshi. Oponentët në diskutimin e tyre analitik vlerësuan pozitivisht disertacionin dhe ftuan Këshillin Shkencor të aprovoj dhënien e gradës së kandidatit të shkencave. Pas oponentëve diskutuan mjaft mjekë të cilët vlerësuan gjithashtu pozitivisht punën e kryer nga disertanti. Këshilli dëgjoi gjithashtu vlerësimin e bërë nga udhëheqësi shkencor i N. Dushnikut V. N. Nikiforof dhe hodhi në votë kërkesën e bërë. Si rezultat i numurit të votave Nikolla Dushniku mori aprovimin për t'ju dhënë grada e kandidatit të shkencave mjekësore.

A. R.

## SINDROMI I LOFGRENIT

Marrazzi G., «Reumatismo», 3, 1960.

Autori bën fjalë për një rast sindromi Lofgren që u karakterizua nga një adenopati iliare bilaterale të shoqëruar me një eritemë nodoze dhe me kutireaksion të tuberkulinës negativ ose lehtësisht pozitiv. Shënjat e para të këtij sindromi u bënë në vitet 1942-43 dhe qysh atëherë janë përshkruar një numur mjaft i madh rastesh nga autorë të ndryshëm.

Faktorët etiologjikë që konsiderohen si shkaktarë të këtij sindromi janë të shumtë. Nga këta autori përmënd infeksionet tuberkulare, linfo-granulomatozat benigne të Besnier-Boeck-Schaumann, infeksioni streptokok, sëmundja e Nicolas-Favr, sifilizi, pneumonioza dhe mbi të gjitha agjentë të ndryshëm virusalë.

Rasti i përshkruar karakterizohet përveç adenopatisë iliare bilaterale edhe nga eritema nodoze si dhe nga poliartriti. Pacientia u kurua me penicilinë, salicilat dhe calçivitaminë e pas një muajit ju hoq duke pasë në një gjëndje akoma më të zhvilluar linfo-nodulat iliare, ndërsa që shëruar plotësisht nga gjithë simptomat e tjera. Pas dy muajsh adenopatia iliare u zhduk plotsisht dhe kontrollet mjeksore nuk vunë në dukje ndonjë gjë patologjike. Midis egzaminimeve të tjera ju bë dhe biopsia e një nodule kutane e të një lembi të kapsulës artikulare që zbuloi prezencën e elementeve inflamatore të tipit linfo-plasmocitik.

Për diagnozën etiologjike nuk u vërtetua tuberkulozi jo aq për negativitetin e reaksionit intradermal të tuberkulinës se sa për benignitetin e kuadrit klinik. Për po këto arsye u hoq dorë dhe nga linfo-granulomatoza benigne. Kërkimet e shumta nuk dhanë asnjë ndihmë në diagnostikimin. Rezultuan ndërkaq negativ reaksionet Paul-Bunnell-Davidsohn, analiza antistreptolisike, kërkimet e aglutinës së ftohtë fiksimi i komplementit për viruset A dhe B, ethe Q, virusi APC.

Artropatia që u konstatua në rastin e përshkruar interpretohet nga autori si shprehje e një reumatizmi sekondar, e cila doli në shesh si rezultat i një sëmundje infektive me etiologji të panjohur.

*Mbi një rast sindromi i Tietze në periudhën e barrës.*

Zangara A., Cavalli D., «Reumatismo» 3, 1960.

Autorët përshkruajnë një rast sindromi Tietze të përfaqësuar nga një tumefacion të fortë, të dhimbshëm dhe të mbuluar nga lëkura në gjëndje normale në nivelin e kartilageve kostale deri në kufirin kondrokostal ose të artikulacionit sternoklavikular.

Në leteraturë janë përshkruar rreth 100 raste të observuara nga

autorë të ndryshëm, por është mendimi i shumë shkencëtarëve se ky sindrom është më i shpeshtë.

Etiopatogeneza që përmendet më shpesh konsiston në faktorë mekanikë, në formën e mikrotraumave që ndodhin fill mbas grisjeve të ligamenteve sublusative të vazhdueshme provokojnë një iritacion kronik. Teori të tjera ja atribuojnë atyre tuberkulare, artrozës dhe dimetabolës.

Në rastin e përshkruar ishte një grua në periudhën fillestare të barrës që paraqiste një tumefacion në nivelin e artikulacionit të 4 kondrokostal sinistra mjaft të dhimbshëm, pa adenopati dhe elemente të tjera patologjike. Dhëmbja kish ardhur gradualisht duke u shtuar edhe për faktin se pacientia refuzonte çfardo terapi. Pak ditë pas lindjes dhëmbja zhduket plotsisht.

Autorët shtrojnë hipotezën që ashpërsimi i sindromit gjat barrës dhe zhdukja e tij pas lindjes lidhet me ndryshimet e kafazit toracik si rezultat i barrës, qoftë dhe për ndryshimet në përgjithësi që ndodhin në të gjitha tesutet në barrë, qoftë dhe për arsye mekanike të shtytjes lartë të visherës dhe diafragmës të provokuara nga uteri i zmadhuar.

(Marrë nga *Minerva Medica* 14-2-1961)

LINDENBRATEN L. D. Kontrastimi i rugëve biliare në normë (sipas të dhërave të kolegrafisë)

Napollnenie normalnih zhellçnih putjei (po danim holografii)

*Vjestnik Rengenollogii i Radiollogii* 1960, 5, 3-8

Autori vë në dukje përdorimin e gjërë dhe rëndësin e madhe për klinikën të kolegrafisë në diagnostikimin e sëmundjeve të heparit. Gjithashtu konstaton numurin e pak të punimeve shkencore që janë marë me deshifrimin e kolegrafive në njerëz të shëndoshë. Për të plotësuar këtë boshllëk autori ka bërë kolegrafinë intravenoze në 46 njerëz të shëndoshë nga moshë 20-60 vjeç.

Lëndë kontraste u përdor 20 ml. Sol 20% bilignosti, 14-20 ml. sol 30% biligrafinë ose 7-20 ml. sol 50% biligrafinë i ngrohur gjer në temperaturën e trupit. Bëhen 12-13 radiografi të regjionit hepatic, njëra para injektimit të kontrastit dhe të tjera 5, 10, 15, 20, 30, 40-45, 50-60, 75, 90, 105, 120 minuta pas injektimit të kontrastit dhe në raste të veçanta edhe më vonë. Të dhënat e kontrollit dosimetrik treguan se rezatimi gjat egzaminimit është brenda normave fiziologjike.

Duktet hepatiche dhe biliare, si në qëndrimin horizontal ashtu edhe vertikal të pacientit kontrastohen në rentgenograme 5-10 minutat e para pas injektimit të kontrastit dhe vazhdojnë të duken gjatë  $\frac{1}{2}$  - 2 e më tepër orësh. Diametri i dukteve hepatiche dhe biliare në normë nuk është më tepër se 0,7 cm. Cyste felle kontrastohet 10-15 minuta pas mbarimit të injektimit të kontrastit. Gjat qëndrimit vertikal hija e kontrastit vazhdon të ulet 1-1,5 cm. për çdo 10-15 minuta dhe bëhet homogjen pas 2-4 orësh.

Gjat aktit të tretjes lënda kontraste nuk derdhet në cyste felle por direkt në duoden. Autori duke u dhënë pacienteve të verdhën e ves mundi të ndryshojë funksionin motor të cyste felle dhe rugëve biliare.

Përmbledhur nga I. XHAGJIK

## SUKSESET E KURIMIT MEDIKAMENTOZ TË KANCERIT

Gleichmann O. Fortschritte in der medikamentösen Therapie des Krebses. «Erfahrungshoukunde», 1960, 9, N. 4, 153-165.

Autori shef detyrën e kurimit me medikamentoz në ndërhyrjen në metabolizmin e pacientit me tumor malign me qëllim forcimi dhe stimulimi të proceseve që janë mbështetja esenciale e jetës së organizmit dhe që njikohësisht kundërveprojnë në zhvillimin e indit tumoroz. Ay zhvillon pikëpamjen, e cila pranon se kanceri nuk asht vetëm një proces lokal, por edhe sëmundje e përgjithëshme. Kjo kuptohet si analogji e pikpamjes mbi infeksionin latent, i cili nuk manifestohet me shënja specifike, por megjithatë influencon në organizëm dhe njikohësisht dobson dhe ndryshon organizmin dhe funksionet e tija (gjendja prekanceroze). Konkretisht zhvillon pikpamjen, se procesi bazë i cili çon në gjendjen prekanceroze organizmin asht asimilimi jo i plotë i prodhimeve të karbohidrateve dhe grumbullimi i acidit laktik. Tue u nisë nga pikëpamjet e veta autori mëndon, se të gjitha forcat medikamentoze duhet të drejtohen në intensifikimin e proceseve oksidues të organizmit të sëmurë dhe gjithashtu në rritjen e aktivitetit të proteolizës. Autori publikon se ay ka mujtë me nxjerrë biokatalizatorë aktiv të shkëlqyeshëm, të cilët përmbajnë platin, ari, argjend, fosfor dhe sulfur (në sasi të vogla hemeopatiqe). Të gjithë përbamje të shkrijëshme në ujë të këtyne elementave nuk janë të vlefshme; përbamjen e biokatalizatorëve autori nuk e publikon. Autori paraqet një përshkrim shumë të shkurtër të dy të sëmurëve të randë (me kancer të kardiit, plazmocitom), të shëruem nga autori.

## TUMORE PRIMARE TË HEPARIT. RREZULTATET E TERAPISË ME RREZE.

(Primary neoplasms of the liver. Results of radiation therapy) Cancer, 1960, 13, 4, 714-720.

Analizohen rrezultatet e Rontgenoterapisë në 26 raste të tumorit primar të heparit. Në 4 raste u aplikue doza ma pak se 2000 R, e cila nuk pati asnjë efekt. Në 22 raste u aplikuen doza ma të mbëdhaja se 2000 r. Në këto raste asht konstatue në 9 të sëmurë një regresion i dukshëm i tumorit dhe në 5 raste një regresion i konsiderueshëm. Një përmirësim klinik dhe simptomatologjik asht konstatue në 21 raste, ndërsa një përmirësim i lehtë u konstatue vetëm në 5 raste. Zgjatja e jetës mbas terapisë me rreze ka qenë mesatarisht 20 muej, d.m.th. 3 herë ma e gjatë se mesatarja e jetës tek këta të sëmurë që nuk janë kurue me rreze.

## KURIMI KLINIK I TETANUSIT

D. M. Cerencjan (Kliniceskoe lecenie stollbnjaks). Ortopedia Traumatologija i protezirovanie, 2, 1961, 55.

Në kohë paqe tetanus i konstatohet ma shpesh në popullatën e fshatit. Me që kjo sëmundje asht shumë e rrallë ulet vigjilenca e mjekëve dhe shpesh herë diagnoza në këto raste vihet shumë vonë. Nga 28 raste tetanusit të mbledhuna nga disa spitale të qarkut të Bretskut, diagnoza e drejtë asht vu në 23 raste, ndërsa në 5 raste janë vu diagnozat: morbus hyper-

tonicus, gripp, rradiikulit sakrolumbare, meningit tuberkular, meningoencefalit.

Rrezultatet ma të mira në kurimin e tetanusit i kemi pasë në raste të mjekimit të kombinuem. Mjekimi kompleks, i aplikuem në 9 të sëmure, i cili shëroj plotësisht pacientet konsistonte në përdorimin intravenoz të penicillinës dhe streptomycinës me qëllim veprimi në florën e plagës, gjë kjo që lehtëson dhe përmirëson veprimin e serumit antitetanik. Serumi asht aplikue vetëm intramuskulare nga 80.000-100.000 unitë në 24 orë. Gjatë gjithë kursit të mjekimit janë aplikue 200.000 unitë. Përveç këtyne janë aplikue bllokada sakrolumbare simbas Vishnjevskit, aplikimi endovenozi 0,25%, solucion novokaine nga 30 cc. dhe gjithashtu janë aplikue substanca të ndryshme somnolente dhe narkotikesh, janë krijuë kondita të favorëshme qetsije dhe shërbimi i nevojshëm.

Si rrezultat i terapisë komplekse të të gjithë pacientet ka fillue të ulet tensioni arterial tue fillue nga dita e 4-5 dhe ka ardhë në normë në të 12 ditë. Mbas aplikimit të novokainës endovenoze asht konstatue kalimi i dhimbjeve në kokë, pakësimi i të dridhunave, pakësimi i rigiditetit muskular të qafës, të barkut, opistotonusi, asht ulë kontraktura e muskujeve të nofullave; por veprimi i novokainës nuk ka zgjatë më tepër se tre dit.

Metodat e tjera të mjekimit kan qënë pa rrezultat. Kështu nga 19 të sëmure ku asht aplikue vetëm serumi dhe penicilina, 10 prej tyre vdiqën. Përmbledhur nga F. SPAHIU

*Uhore. Ja. A.*

## REAKSJON I VI AGLUTINACJONIT NË DIAGNOSTIKËN E BACILO+MBARTËSVE TË TIFOS ABDOMINALE (Zhur. Medc. E. I. Nr. 2, 1961)

Reaksjoni i vi aglutinacionit është specifik për zbulimin e baçilombartësve të tifos abdominale si metodë suplimentare për zgjedhjen e personave që do ti nënëstrohen kontrollit bakterologjik. Titri 1:20 është titer diagnostik.

Ngrohja e serumit në temperaturë 56° për 30 minuta ul në mënyrë të theksuar, përqindjen e reaksjoneve jo specifike.

Reaksjoni i vi aglutinacionit mund të përdoret si kontroll serologjik për nxjerien nga spitali personat që kanë kaluar tifon abdominale dhe për të hequr nga evidenca si baçilombartës.

Diagnostikumi i vi që prodhohet nga Instituti serum vaksinave të Leningradit mund të rekomandohet si antigen për të bërë reaksjonin në konditat e përdorimit të gjerë praktik.

*Kremnjerea Ja. Z.*

## KRAHASIMI I KARAKTERISTIKAVE KLINIKE TË BRUÇELLOSES TEK TË VAKSINUARIT DHE NË TË PA VAKSINUARIT.

Zhur. M. E. I. Nr. 2, 1961.

Profillaksia specifike nuk eviton gjithmonë zhvillimin e sëmundjes tek njerzit.

Morboziteti i bruçellozes në dy muajt e parë si dhe 9 muajsh mbas

vaksinimit është regjistruar tre herë më pak se sa tek ata që janë sëmure në afate më të afërta ose më të vonshëm.

Veçanti e dekursit klinik tek të vaksinuarit konsistojnë në fillimin gradual, dekurs të lehtë që shoqërohet me temperaturë, subfebrile dekurs më të shkurtër, mungesa e dëmtimit të aparatit lokomotor si edhe e komplikacioneve. Këto të dhëna vërtetojnë nevojën e aplikimit të vaksinave prollaktike të brucellozës jo më von 1-2 muaj para thërjes në masë të kafshëve të shëndoshë ose të sëmura nga brucelosis.

#### OBSERVACIONET PRAKTIKE MBI EFIKASITETIN E PËRDORIMIT TË $\gamma$ . GLOBULINËS ANTIRABIKE GJATË KAFSHIMEVE TË RËNDA NGA UJKU I TËRBUAR. Zhur. M. E. I. Nr. 1, 1961.

Efekt i  $\gamma$  Globulinës antirabike në profillaksinë e tërbimit është i madh. Observasjonet shumë vjeçare tregojnë se në kafshimet e ujçërve të tërbuar sidomos në fytyrë pamvarësisht nga graviteti i tyre, vetë vaksinimi pa përdorimin e  $\gamma$ . globulinës nuk të ruan nga sëmundja. Vaksinimi qoftë edhe me doza të dyfishta i filluar 15-20 orë mbas kafshimit për 30-35 ditë zakonisht mund të të çojë në zhvillimin e sëmundjes në qoftë se nuk do të shoqërohet qysh në fillim me  $\gamma$ . globulinë antirabike.

#### PROBLEMI MBI DIAGNOSTIKËN BAKTEROLOGJIKE TË DYSENTERISË ÇUHLLOVIN A. B. — Zh. M. E. I. Nr. 2, 1961.

Me qëllim që të ritet përqindja e rezultateve bakteriologjike të dysenterisë duhet që krahas me mbjelljet e zakonëshme të feçeve të bëhen mbjellje paralele të feçeve me tampon rektal, si dhe të materjalit me maku nga reduktimi duke e marrë nëpërmjet të rektomanoskopisë.

Mbjelljet primare është e nevojshme të bëhen me një herë mbas shtrimit të semurit në spital para fillimit të terapisë duke marrë fecet me tampon rektal dhe mbjellien në vend në ambulancën e pranimit.

Në tre ditët e para të mjekimit rekomandohet ekzaminimi bakteriologjik i feçeve për ditë.

#### EKSPERIENCA E PROFILLAKSIS SË SËMUNDJEVE STAFILOKOKSIKE NË MATERNITETE DUKE IMUNIZUAR GRATË SHTATZANE ME ANATOKSINË NGA STAFILOKOKU: VOSKRESENSKI V. B. DMITRIJEVA I. A. LEBETJEVA I. Z. — Zhurn. M. E. I. Nr. 1, 1961.

Vaksinimi me anatoksinë të stafilokokut në gjysmën e dytë të barës dhe para lindjeve është jo i dëmshëm për mëmat dhe fëmijt e porsa lindur.

Vaksinimi me anatoksinë të stafilokokut të çojnë në uljen e theksuar të smundjeve purulente me origjinë stafilokoku midis mëmave dhe fëmijëve të porsalindur.

Efektin më të mirë imunobiologjik e jep vaksinimi dy herësh i grave shtatzane në kosulltoçe, e grave me anatoksinën e pastër sorbente e stafilokokut është një mjet suplementar mjaft i vlefshëm për profillaksinë



e smundjeve nga stafillokoket tek lehonat dhe fëmijët e porsalindur, dhe kjo metodë mund të rekomandohet për aplikim të gjerë praktik sidomos në rajonet maternitete të cilat, paraqiten jo mirë me këtë infeksion dhe ku jo rallë vrehen epidemira të saj; kjo masë duhet të aplikohet në mënyrë të detyrueshme; por është e nevojshme të kihet parasysh që zbatimi rigoros i regjimit sanitaro higjienik në maternitete dhe puna profillaktike midis grave shtatzane në konsultore duhen të bëhen në mënyrë të plotë dhe me përgjegjësi mbasi nga konceptimi i madh i shkaktarit në ambjentin rethues imunizimi mund të jetë më pak i efektshëm.

Është e domosdoshme të forcohet puna për kërkimin e metodave të shëndoshjes së mbartesve të stafilokokut patogjen midis personelit të maternitetit dhe të aplikohet imunizimi me anatoksinë të stafilokokut në mënyrë të detyruar.

### KONTROLLI DISPANSER I REKONVALESHENTEVE QË KANË KALUAR DISENTERINË ACUTE. KOSHTANOVA G. M. Zhurn. M. E. I. Nr. 1, 1960.

Disenterinë akute mjekët e rajoneve gjatë vizitës primare e kanë diagnostikuar vetëm në 58%. Me gjithë atë ata i kanë vonuar këta të sëmurë në kabinetin e infeksioneve gastrointestinale, ku diagnoza e të sëmurëve me shenja klinike jo të kjarta ju është bërë në dy ditët e para të hyrjes.

Gjatë kontrollit dispanser të rekonvaleshenteve ekzaminimi klasik bakterologjik i feceve po thuhet se nuk ka dhënë rezultate pozitive (1,4%) përdorimi i metodave suplementare laboratorike (reaksjoni me antigen dhe i aglutinacionit) favorizojn zbulimin e 15,4 dhe 13,9% të sëmurëve, tek të cilët mund të dyshosh disenterinë kronike.

Kalimi i dysenterisë acute në dysenteri kronike është konstatuar në 10,6% të atyre që kanë kaluar dysenterinë. Shkaqet që kanë favorizuar këtë kalim ka qenë diagnoza e vonëshme si konsekuence ospitalizimi dhe mjekimi i dysenterisë acute, si edhe prezenca tek këta të sëmurë e sëmundjeve të tjera akute kronike dhe helmintozat.

Shumica e rekonvalesheneve (2/3) nuk qe e nevojshme observimi i gjatë dispanser dhe vetëm një pjesë e vogël (1/3) që prezenca e shkaqeve bënin të mundur kalimin e dysenterisë acute në kronikë, kërkonin observacion të gjatë. Kjo duhet pasur parasysh gjatë zgjedhjes të atyre që kanë kaluar smundjen për observacion dispanserik.

Kontrolli dispanserik i rekonvaleshenteve duhet ushtruar jo më pak se një vit.

### PROBLEMI MBI PROFILLAKSINË E LIS NË KONDITAT E TANISHME SERENKO F. A. Zhur. M. E. I. Nr. 7, 1960

Me gjithse problemi i profillaksisë së lisë është përpunuar në kohën e sotme mjaft mirë, niveli i sotmë i dijenive kërkon që shumë probleme të lidhura me luftën kundër këtij infeksioni të studjohen thellë dhe në disa raste të ndryshohen.

Në to përfshihen:

a) Aplikimi i masave të ndryshme antiepidemike në mënyrë kosen-guente kur depërtojnë raste lije në shtete të cilat nuk kanë pasur.

b) Problemi i perfeksjonimit të vaksinave që ekzistojnë dhe kërkimi i preparateve të rinj më pak reaktive dhe më shumë imunogene.

c) Perfeksjonimi i skemës ekzistuese të vaksinimit dhe rivaksinimit kundra lis.

d) Analiza dhe perfeksjonimi i metodave laboratorike diagnostike ekzistuese.

Për lindjen dhe zhvillimin e procesit epidemik në çdo infeksion ose smundje infektive duhen për veç konditave socialo-ekonomike dhe prezenca e tre faktorëve kryesore: burimit infeksionit, rugët përkatëse të përhapjes dhe receptiviteti i kolektivit karshi infeksionit të dhënë.

Receptiviteti i kolektivit karshi lisë është shumë i math sidomos në fëmijët 2-21/2 afro 100%. Ulja e receptivitetit arihet me anë të vaksinimit dhe rivaksinimit në afate të caktuara, duke i respektuar me përpikmëni. Në qoftë se nuk do respektohen këto afate, imuniteti ulet shumë dhe mund të lindij epidemija në rast se depërton, qoftë dhe një rast me li.

Skema ekzistuese e vaksinimit dhe rivaksinimit është si vijon: në moshat 3 muaj dhe 1 vjeç pastaj në 4-8-12-18 vjeç. Në moshat mbi 18 vjeç nuk parashikohen rivaksinime.

Duke u nisur nga fakti se analizat e bëra për përcaktimin e imunitetit në grupet e moshave mbi 20 vjeç dhanë një indeks pozitiv imuniteti të pa mjaftushëm për të mbrojtur kolektivin nga smundja, është i nevojshëm rivaksinimi edhe në moshat mbi 20 vjeç jo më rallë se çdo 7 vjet, rivaksinimi i fundit në moshën 55 vjeç.

Në disa rajone duke u nisur nga rethanat epidemiologjike duhet që vaksinimi të bëhet në masë çdo 3 vjet, personeli mjeksor, punonjësit e porteve dhe të aerodromeve, punonjësit e shërbimit sanitaro-epidemiologjik të kufirit, ekipazhi i vaporeve dhe aeroplanave, i trenave që bëjnë udhëtime në shtete të huaja të cilat kanë infeksionin e lis duhet të vaksinohen çdo vjet, personeli i spitaleve infektive i ambulancave të pranimit dhe institucioneve (reparteve dezinfektonjëse) çdo 3 vjetë.

Vaksinimi kundra lis në personat që do të shkojnë në rajone ose shtete që kanë li, do të aplikohet jo më von se 15 ditë para nisjes që të shikohet rezultati i vaksinimit dhe në rast nevojë të përsëritet.

*Përmbledhur nga M. MUÇO*

SPENCER A. ROWLAND, M. D., DAVID C. DAKLIN, M. D. ALVIN, B. HAYLES  
M. D., AND C. ROGER SULLIVAN, M. D., ROCHESTER MINN.

Djagnoza dhe mjekimi i tumoreve të kockave tek fëmijët

JAMA 1960, 174, 5, 489-491.

Nga studimi i regjistrave të klinikës maj deri në dhjetor 1958 u nxuarrën 338 raste neoplazmash primare (të vërtetueme histopatologjikisht) të kockave tek fëmijët (deri në 14 vjeç). Prej tyre 145 ishin benignë dhe 193 malignë. Në mes tumoreve benignë tek këta fëmijë, ma i shpeshtë ishte osteokondroma. Mbas saj vinte oseoma osteide dhe chondroma. Tumor gigantocellularis ishte shumë i rrallë (2%), kurse nuk kishte fare hemangiopericytoma, lipomaneurileucoma.

Në mes të 193 tumoreve malignë që u gjetën tek këta fëmijë ma i shpeshtë ishte sarcoma osteogene. Vendin e dytë zinte sarcoma Ewing. Nuk kishte myeloma multiple, tumor gigantocellularis maligne adamon-

tinoma. Kishte vetëm një rast chondrosarcoma. Për diagnozën dhe mjekimin rekomandohet kriteri që vijon: Çdo fëmijë me dhimbje persistente (ose të shpeshtë), aftje, ose kufizim të lëvizjeve të një pjese të skeletit duhet të studiohet rengenologjikisht me njëherë. Në qoftë se zhvillohet neoplazëm, rentgenogramat mund të studjohen me kujdes për me përcaktue regionin e tumorit ma të përshtatshëm për biopsi. Për tumoret e vogla preferohet ekcizioni total për biopsi, me përjashtim të rasteve të sarcomës osteogene. Biopsia duhet ba ose temporae. Mjekimi i neoplazmave pa diagnozë histologjike nuk i qëndron kritikës. Në bazë të biopsisë të vendoset në se tumori është radioremitiv si sarcoma Ewing, lymphoma maligne, ose i tillë që kërkon operacionin kirurgjikal ablativ si sarcoma osteogene ose fitrosarcoma. Në rastin e fundit amputacioni duhet të kryhet menjëherë. Autorët kanë arrijtë zgjatje t'afërt të jetës mbi 5 vjet në 18,1% nga 106 rastet me sarcoma osteogene.

JOHN A. EVANS, M. D., MORDECAI HALPERN, M. D., and NATHANIEL FINBY, M. D., NEW YORK CITY

### DIAGNOZA E KANCERIT TË VESHKAVE

(Analizë e 100 rasteve konsekuative)

JAMA 1961, 175, Nr. 3

Janë krahasue të dhanat klinikopatologjike dhe rentgenologjike në 100 raste të neoplazmave primare të veshkave (të provueme histologjikisht) tue përjashtue lezionet papilare të pelvis-it renal dhe Wilnis tumor. 97 paciente kishin hypernephroma, 2 lymphosarcoma të veshkës kurse njeni kishte një malignitet jo të zakonshëm me diagnozë histologjike përfundimtare mucous adenocarcinoma, primare në veshkë. Shumica e pacienteve në moshë 41-70 vjeç. Rastet ma të shpeshta në moshën 51-60 vjeç (41%). Raporti në mes të seksit mashkullor e femror 2:1.

Pothuaj një e treta e pacienteve të kësaj serie nuk kishin simptoma për sëmundje veshkash. Triada klasike: hematuria, dhimbja dhe masa tumoroze — asht pamë vetëm në 10-15% të pacienteve, 58% të pacienteve të serisë kishin hematuri abundante, 12 prej tyre këtë shprehje nuk e kishin vue re vetë. Vetëm një pacient kishte hematuri mikroskopike.

Dhimbja në pacientët e kësaj serie asht vërejtë në ma pak se 20% të rasteve. Masa tumoroze asht vërejtë në 15% të pacienteve dhe në shumicën e rasteve kur ajo ka qenë ma e madhe se 10 cm. në diametër. Ekzaminimi i urinës përveç hematurisë ose polycythemisë (në raste) nuk jep të dhanuna të tjera. Testi Papanicolaou nuk jep asgja për hypernephromat. Ekzaminimet rentgenografike konvencionale dhe ato pyelografike japin vetëm 50% siguri në diagnozet diferenciale në mes të një cisti renal dhe të një tumori. Nephrotomographia si mbas autorëve jep 94% siguri në diagnozën diferenciale në mes të cisteve dhe neoplazmave të veshkave.

THOMAS S. NELSEN, M. D., PALO ALTO, CALIF., and LESTER R. DRAGSTEDT, M. D., GAINESVILLE, FLA.

ADRENALEKTOMIA DHE OOFOREKTOMIA NË KANCERIN E GJIUT  
JAMA 1961, 175, Nr. 5.

Janë paraqitur 24 raste me cancer gl. mammae metastatike në të cilët është ba adrenalectomia dhe ooforectomia bilaterale. Afati i ndjekjes

tre deri në tetë vjet. Pesëdhjetë përqind të pacienteve kanë pasë përmi-rësim objektiv; 33% të patientëve kanë jetuar 3 vjet ose ma gjatë mbas adrenalektomisë e ooforektimisë 29% të pacienteve ishin gjallë në kohën që u shkruie ky raport, me një zgjatje mesatare të jetës prej 60 muajsh. 20% të pacienteve ishin asimptomatike që nga adrenalektomia dhe oofe-rektomia, me një zgjatje mesatare të jetës prej 66 muejsh (nga 36 deri në 92 muej).

## VEÇORITË E PREGATITJES PREOPERATORE DHE DEKORSI POSTOPERATOR TEK FËMIJT — Dolecki S. J.

Dihet se suksesi i operacionit tek fëmija mbahet shumë nga përgati-tja korrekte preoperatore edhe nga dekorsi i drejtë postoperatore.

Ndër metodat që aplikohen për përgatitjen e fëmijve për operacion një përdorim të gjerë kanë gjetur transfuzioni i gjakut dhe i plazmës, gjimnastika kurative dhe massazhimi. Në mënyrë profilaktike të sëm-urëve i nepen vitamina C. D. B.

Më poshtë në këtë artikull autori analizon gjëndjet patologjike të cilat takohen më shpesh tek fëmijët me sëmundje kirurgjikale. Autori thotë se analiza e letalitetit nëpër spitalet kirurgjikale pediatrike tregon se shpesh si shkak i vdekjeve ka qenë mos përgatitja e mirë dhe e mjaftueshme preoperatore e pacientit të vogël. Kirurgët, p. sh. mbasi kanë vue diagnozën peritonit, ileus ose vitium kongenital tek të porsalindurit, tentojnë sa më shpejt me e operue të sëmurin pa llogaritur mirë forcat rezervë të organizmit.

Shrregullimi i metabolizmit hydro-salin vërehet gjithmon tek të se-murët e dehidratuar si rezultat i vjelljeve të vazhdueshme gjatë peritoni-tit, ileusit, pilorostenozës, djegëjeve të ezofagut etj.

Infuzimi i solucioneve të ndryshëm në organizmin e fëmijës mund të kryhet nëpër rrugë të ndryshme. Me efekt por dhe ma me rrezik është transfuzioni i njëkohshëm intravenoz i solucioneve dhe i medikamenteve: doza e madhe si dhe shpejtimi i tempit të infuzionit mund të shkaktoj su-prevenuar reaksionet postoperatore autori propozon infuzion të sol. novo-monare dhe vdekjen e fëmijës (Gross).

Për me e pakësue rrezikun e transfuzioneve intravenoze të menj-herëshme, autori propozon këto masa: të transfuzohen solucione hyperto-nike sol-glucosae 10-50%, sol. Natrii chlorati 10-20%; Sol. Calcii chlorati 5-10%, sol. plazme të thatë 150-200% (plazmë e thatë e tretur në gjysmë vellimin e sajë me ujë të destiluar). Një solucion i tillë hypertonik ka cil-sina të fuqishme dehidrative. Përpara çdo transfuzion intravenoz, për ti prevenuar reaksionit postoperator autori propozon infuzion të sol. novo-caini 0,25%. Në një kohë rekomandohet të transfuzohen në rrugë intra-venoze më shumë se 1/4 pjesë e dozës së 24 orëve që është llogaritur simbas peshës së fëmijës. Kjo dozë infuzohet jo më shpejt se 30-45 minuta.

Metoda e transfuzioneve me intravenoze me pika është më e mirë mbasi bën të mundëshme transfuzionet në sasi të madhe solucionesh pa rrezikuar superngarkesën e qarkullimit të vogël të gjakut. Shpejtësia e transfuzionit të pikave duhet t'i respektohet. Ja p.sh. për një fëmij me pesh 8 kg. shpejtësia në 1 minut e pikave duhet të jetë: simbas tabelës ai duhet të marri në 24 orë 600,0 solucion izotonik (solucion i Ringa me 5%

solucion glucosae). Në 1 orë duhet të transfuzohen 25 ml. që i korrespon-  
don  $25 \times 20 = 500$  pika solucion. D.m.th. fëmia në 1 minut duhet të marrë  
jo më shumë se 8-9 pika solucion, në qoftë se atij do t'i bëhet transfuzio-  
ni, në 24 orë.

Shrregullimet e metabolizmit proteinave ka vend tek fëmijët në dje-  
gëjet, sëmundjen favallirshprung, etj. Për ristabilizimin e balancit duhet  
të transfuzohen 25 ml. plazëm në 1 kg. peshë të sëmurit çdo 24 orë.

**P n e u m o n i a.** Më shpesh tek fëmijët me sëmundje kirurgjikale  
është rezultati i vjelljeve të vazhdueshme dhe në raste të veçanta shërben  
si kontraindikacion i përkohshëm për operacionin bile dhe n'ato raste kur  
interventi diktohet nga indikacione jetësore, p.sh. në akrezit e ezofagut,  
hernia diafragmale etj.

Temperatura e naltë e trupit (me nalt  $38,5^{\circ}$ ) s'është aspak e dëshë-  
rueshme tek fëmijët të cilët do t'i nënshtrohen interventit kirurgjikal.  
Narkoza në temperaturë të naltë, sidomos kur ajo ka ekzistuar për një  
kohë të gjatë mund të sjellë si pasojë mbas operacionit konvulsione të  
rënda, kolaps bile dhe ndalim të zemrës. Prandaj para operacionit duhet  
me e ul temperaturën.

Anemija jo rrallë observohet si pasojë e traumave, croziant të diver-  
tikult të Meckel — të krizës hemolitike në sëmundjen hemolitike, hernia  
e ostiumit ezofagut të diafragmës. Në gjendje septike të shkaktueme nga  
prezenca e plagëve të mëdha granulonjësore, osteomiellitit etj. Rezultat shu-  
më të mirë në këto raste jep transfuzioni i gjakut — zakonisht 5-10 ml.  
gjak në 1 kg. peshë të sëmurit, në raste të veçanta kjo dozë shtohet.

Gjatë përgatitjes të porsalindurve për operacion duhet pa tjetër të  
infuzohet vitamina K në dozë 2,5 mg. në 24 orë.

Organizmi i periudhës postoperatore kërkon kujdes të veçantë nga  
ana e kirurgut pozioni i të sëmurit në krevat duhet të jetë ai i Fowler-ets.  
Për të luftuar hypoksin — të sëmurëve u aplikohet oksigjenoterapia. Oksi-  
gjëni jo vetëm që shërben si mjet i mirë për profilaksinë dhe kurimin e  
pneumonisë dhe shokut por tue u thethitun në zorrë shërben edhe si mjet  
për luftimin e meteorizmave postoperatore. Për të luftuar dhimbjet reko-  
mandohet injektimi i omnopontit (2-4 herë në 24 orë). Kohët e fundit ka-  
në gjetur aplikim të gjerë substancat neuromplegjiqe (chlorpromazina, di-  
medroli, diprazina etj.) të cilat ulin intensitetin e proceseve indore, ulin  
reaktivitetin e organizmit dhe prevenojnë zhvillimin e shokut postope-  
ratore.

Aplikimi i antibiotikeve kohët e fundit jo gjithmon siguron efektin  
terapeutik të dëshëruem. Tue u nisur nga kjo aplikohet kombinim i anti-  
biotikve me sulfamide (kur nuk ka leukopeni), aplikimi i përbashkët i disa  
antibiotikëve.

Mbas laparotomis ka rëndësi të madhe profilaksia e vjelljeve post-  
operatore të cilat çojnë në pneumonite postoperatore. Për këtë qëllim du-  
het të aplikohet aspirimi i përmbajtjes së stomakut me anë të kateterit a  
demeur.

Ushqimi mbas operacionit, në qoftë se nuk ka kontradiksione specia-  
le fillon sa më shpejt sa më i vogël që të jetë i sëmuri. Kështu p.sh. për  
fëmijën laktantë porcionet e para të qumështit fëmia mund t'i marrë qysh  
2-3 orë mbas operacionit. Fëmijët në moshën më të madhe se 1 vjet mbas  
operacionit i nepen vetëm lëngje për t'i pirë, në 2-3 ditët e para diete e  
lehtë dhe më vonë ushqimin e zakonshëm të tyre.

Mbas 24 orëve mbas operacionit, fëmijët e operuar me përjashtime të rralla, duhet të merren me gjimnastikë kurative, masazh.

Më poshtë autori analizon një seri komplikacionesh që ndodhin në periudhën postoperatore tek fëmijët.

Një ndër komplikacionet më të rrezikëshme dhe karakteristike për fëmijët e moshës së vogël është hipertermia. Shkaku i hipertermisë nuk është krejt i kuartë me gjithëse si shkak i shregullimeve serjoze të termoregulacionit me prejardhje centrale shpesh shërben infeksioni, i cili nuk është i shoqëruar me simptoma lokale të theksuara.

Hipertermia është jashtzakonisht e rrezikëshme për të sëmurin, për këtë arsye ngritja e temperaturës sipas 38,5° duhet të shërbej si indikacion për kurim aktiv.

Fëmijës duhet ti aplikohen antibiotike, sol. Novokaine 0,25% intravenam, solution glucosae 40%, me mikrokliзма a po intramuskulare infuzohen salicilate (solucio<sup>n</sup> pyramidoni 1%. Natrii salicylici, aspirin). Borsat me akull në rajonin e vazave të mëdha (trigonet femorale) dhe tek koka: aplikohen gjithashtu mikrokliзма të ftohta (16-18°) me solution glucosae 5%. Një ftohje ma e shpejtë e trupit mbërrihet me ndihmën e ventilatorit; tue e drejtue ajrin e ftohjes në trupin krejtësisht të zbuluar të sëmurit (Jiesewetter). Efekti i mirë hipotermik mund të mbërrihet tue aplikue chlorpromazinë ose substanca neuroplegjike. Përveç hipertermisë në grupin e komplikacioneve postoperatore autori përmend peritonitin pneumonin, atelektazën pulmonare, edeman pulmonare.

*Përmbledhur nga P. GAÇJA*

**KORNIEV I. I.** — Telegamaterapija rotative e kancerit inoperabel të pulmoneve.

Rotacionaja telegamaterapija neoperabilnovo raka logkovo.

*Vjestnik Rentgenologii i Radiologii 1961, 1, 33-36.*

Autori ka mjekuar me telegamaterapi rotative (Gut. Co-400) 70 pacient me kancer inoperabel të pulmoneve. Mjekimi vazhdonte 3-5 javë. Doza fokale pro dio 200-250 r. Doza totale fokave mesatarisht 7000-8000 r.

Pjesa më e madhe e pacientëve pas telegamaterapis rotative pati përmirësim të gjëndjes së përgjithëshme, zhdukjen e simptomave patologjike, normalizimi i formulës së gjakut dhe sedimentacionit. Shumë paciente u bënë të aftë për punë. Si rezultat i kësaj terapije në shumicën e rasteve ka qenë zvogëlimi i masës tumorale ose zhdukja e saja e plot.

Nga 70 të sëmurë kanë vdekur 48, nga të cilët 13 jetuan gjer më 6 muaj pas telegamaterapisë rotative, 27 gjer një vit, 8 gjer një vit e gjysëm.

Vazhdojnë të jetojnë 22 veta. Nga të cilët 4 jetojnë gjer më një vit e gjysëm, 10 gjer më dy vjet dhe 8 më shumë se dy vjet.

Si reaksioni lokal ashtu edhe reaksioni i përgjithshëm i organizmit pas telegamaterapisë rotative është shumë më i lehtë se sa pas metodave të tjera rezore.

Si komplikacion autori përmend pneumofibrosen lokale të kufizuar në regjionin e rezatuar që nuk shpije në insuficiencë kardio-pulmonare.

SOSNOV I. V. Zevendësimi i magneziumit sulfurik gjat zondimit të duodenit.

Zamenitel sernokislloi magnezii pri duodenalnom zondirovanii.

*Laboratornoe dello 1960, 6, 6, 6-7.*

Autori në 150 observacione në të sëmurë të cilve ju bëri zondimin e duodenit zëvendësoi magneziumin sulfurik me 20 ml. Sol. 10% clorur natriumi dhe në të gjitha rastet mori porcionin B dhe C.

Duke patur parasysh se clorur inatriumit gjer më 2 gram nuk jep asnjë efekt toksik, autori rekomandon zëvendësimin e magneziumit sulfurik me klorur natriumi.

*Të dhëna mbi pneumonitë nga stafilokoku në latantët dhe fëmijët.*

Dr. Tibor Kaszas dhe Dr. Sandor Csorba, «Gyermeqyogvaszat» 2, 1961

Autorët përveç literaturës shfrytëzojnë 1532 raste pneumonish në klinikën e pediatriisë së Debrecenit gjatë 5 vjetëve të fundit. Nga këta 63 raste (41%) kanë qënë pneumoni nga stafilokoku.

Dëndësia, dekursi i rëndë, letaliteti i lartë, komplikacionet e mëvonëshme dhe rritja e rezistencës karshi antibiotikëve ka shtytur shumë autorë të meren me këtë çështje. Autorët nxjerin nga literatura disa të dhëna: Kështu p. sh. Frankel më 1904 ka mundur të izolojë nga pulmonet kultura të stafilokokut, Chiekring dhe Perk më 1919 në epidemitë nga influenza kanë përshkruar një numur të madh pneumonish nga stafilokoku. Në të rriturit nga gjithë pneumonitë 8-10% i mbajnë me origjinë stafilokoku. Lidhur me moshën e fëmijve pikpamjet nuk janë unike. Disa të tjerë thonë se pneumonitë nga stafilokoku janë duke u rritur.

Dëndësia e infeksionit nga stafilokoku lidhet me rezistencën e madhe dhe aftësinë e adaptimit. Stafilokoket saprofite i gjejmë në lëkurë dhe mykozat e njeriut pothuajse në të gjithë rastet, veç këtyre gjejmë dhe stafilokoke patogjene. Sipas Daranyi në çdo tre vetë të egzaminuar njëri rezulton mbartës stafilokoku.

Nga pikpamja epidemiologjike një rëndësi të veçantë i japin infektimit nga kontakti. Ka statistika që tregojnë se pneumopati e shkaktuar nga stafilokoku rriten nga infeksionet e lëkurës. Latantët mund të infektohen gjatë tithjes së gjurit. Autorët, nga 1532 rastet e pneumonive 63 ose 4,1% i kanë përcaktuar me origjinë stafilokoku. Për djagnozën janë bazuar në të dhënat klinike, radiologjike dhe kulturat bakteriolgjike. Nga të sëmurët kanë marrë sekret nga fyti dhe kanë kultivuar, kanë bërë gjithashtu një sasi hemokulturash me 7 raste 11% pozitiv, nga 16 raste punktati i toraksit, në 11 fëmijë është supozuar se infeksioni ka ardhur në rrugë hematogjene, janë konstatuar 3 raste nga sekretet e veshit dhe 3 raste nga pusi me infeksionet e lëkurës. Në seksio të tetë fëmijve me përfundim letal është gjetur stafilokoku aureus patogjen, 26 të këtyre rasteve (41%) qënë të moshës ndën 6 muajsh. Nga të dhënat anamnestike 2 fëmijë kanë kaluar morbili, 1 varicela para fillimit të sëmundjes. Në 8 raste del infeksioni i sipërfaqes së lëkurës. Në 1/3 e rasteve 20 fëmijë përpara fillimit të sëmundjes kanë qënë shtruar më shumë se një herë në klinikë. Si faktorë predispozues dalin: 2 prematurë, 13 distrofikë, 9 raktikë. Klinikisht bie në sy veç kuadrit pulmonar dhe një rënie e shpejtë në

peshë, temperaturë metiorizmë dhe të vjella. Në bazë të këtij materjali autorët përmendin disa simptoma të rëndësishme si dëmtimi i shpejtë i qarkullimit të gjakut. Po thuaj se në të gjitha rastet shihet një dëmtim i qarkullimit central dhe periferik. Kjo në fillim është shfaqur si dëmtim toksik dhe takikardi dhe më vonë me dëmtim të metabolizmit me ndryshime në EKG si shtrimje e T dhe deprimimi i ST. Në shumë raste është vënë në dukje dhe kuadri i një insufiçence akute të koronareve e përshkruar nga prof. Gegesi Kiss. Në disa raste përshkruajnë shregullime të ekstrabilitetit dhe konduktivitetit në EKG.

Autorët tregojnë raste prematurësh dhe atrofikë që nuk kanë patur temperaturë dhe të varfër në simptomat pulmonare. Tek këta anoreksia rënia e peshës dhe më vonë egzaminimi radiologjik kanë vënë në dukje sëmundjen e cila është përforcuar me të dhënat e kulturës. Në 1/3 e rasteve (22) janë zhvilluar komplikacione (5 apse polmonare, 16 pyopneumotorakse dhe një pneumotoraks). Nga shikimi i 8 rasteve me përfundim letal rezultoi se ishin të një moshe një javë deri 10 muajsh me një rezistencë mjaft të ulur. Ulja e rezistencës lot rol jo vetëm në zhvillimin e sëmundjes por edhe në prognozë. Nga këto 8 raste është vënë në dukje një gjëndje alergjic, gjithashtu në këto 8 raste është përcaktuar shkaktari dhe antibiogrami ku rezultoi në sensibil karshi antibiotikëve. Këtë autorët nxjerin se shpesh sensitiviteti in vitro dhe in vivo nuk korespondojnë. Autorët kanë përcaktuar në çdo rast sensitivitetin karshi penicilinës, streptomycinës dhe klorocidit, pjesërisht dhe me anën e antibiotikëve që kanë aplikuar më vonë.

Si konkluzion i materjaleve sensitiviteti rezultoi 7.9% penicilina, 36.5% streptomicina, 52,8% klorocidi; ndërsa eritromicina 68,1%. Rezistenca karshi antibiotikëve nga viti në vit shtohet, kurse karshi eritromicinës nuk u vunë në dukje shtim të shtameve të rezistencës. Autorët e shpjegojnë këtë me faktin se medikamenti bie më me vështirësi në duart e të sëmurëve dhe ka më pak mundësi abuzimi në përdorimin e tij ambulatorisht.

Në mjekimin e fëmijve si princip në fillim është ndjekur fillimi i një terapie bazë, d.m.th. penicilinë e kombinuar me një antibiotik tjetër me spektrë më të gjërë veprimi deri sa të arrijë rezultati i antibiogramit. Pas kësaj në rast rezistence karshi penicilinës është aplikuar terapia përkatëse sipas të dhënave të antibiogramës.

Krahas mjekimit etiologjik janë aplikuar kardiotonike dhe rëndësi e veçantë është treguar për ushqimin e fëmijës, në komplikacionet janë aplikuar funksionet torakale. Në rekovalëshencë janë aplikuar roborantë dhe mikrotransfuzione.

Më në fund autorët theksojnë kujdesin profilaktik që duhet treguar personi që ka kontakt me fëmijë, higjenën dhe pastrimin e personelit.

Për fëmijë hipotrofikë dhe raketikë dhe eventualisht me vatra infektive duhet të meren masat më urgjente që në fillim. Autorët e theksojnë gjithashtu evitimin e infektimit të neonatëve në repartet e obstetrikës. Pra të bëhet profilaksia e stafilokokut ndër gratë që lindin.



Drejtor Prof. Dr. W. Buckhardt nep një pomade të re mbrojtëse për puntorët ekzematik që merren me llaç, cement dhe allçi (gips). Pomada u provue ndër 259 puntor t'industrisë së ndërtimit. Kjo pomade ndalon çarjen dhe tharjen e lëkurës si edhe dermatitet e lehta. Ajo ka një efekt profylaktik përkundrejt lëkurës së shëndoshë dhe puntorëve ekzematik. Përbërje e pomades asht e thjesht (Rp) Dyll Lanette SX 2.5 Paraffin. Solid. 0.5, vaselin, album 7.5 zinc. undezylen 1.5 pH: 6,2 Talc. venet 12.0 Cetea-cium 2.5 ol. rosae 0.3, Aq. dest. ad. 50.0).

DERMATOLOGICA 121: 52-62 (1960) Louis Kaiser (Drejtor Prof. Dr. W. Burckhardt) duke folun për përdorimin per os të griseofulvinës përkundrejt Mykosave, nep të dhana mbi historikun e Penicillium griseofulvinum (Isolue në vjetin 1939 prej Oxford e bashkëpuntor) deri sa u provue për të parën herë nga Williams dhe bashkëpuntor, Riehl, Blank dhe Roth ndër njerëz. Autori ka mjekue forma të ndryshme të Dermatomykosave. Gjithsejt 45 persona. Ai ka përdor zakonisht 4 Tabl. Griseofulvine (1 gr.). Kur u zbrit dosa në 1/2 gr. d.m.th. 2 Tabl., atëhere u vuen re recidiva klinike dhe mykologjike. Ky dosazhe u mbajt vetëm në mjekimin e Mykosave të thojve, por edhe këtu, nga ndonji herë, sëmundja u riçfaq. Gjatë mjekimit u konstatue se 6 të sëmur vuejtën nga dhimbja e kokës, 4 nga çqetësime gastro-intestinale, një humbi nga pesha 3.5 kg. brenda 3 javësh. Urticaria nuk u vue re: Vetëm 3 të sëmurë patën Eosinofilie prej 7-10%. Së fundi, autori nep si konkluzion se mjekimi i Dermato dhe i onychomykosave me Griseofulvin per os nep rezultate të mira shërimi. Mykoset e duerve dhe të kambëve duan një mjekim prej 4-6 javësh kurse mykoset e trungut shërohen brenda tri javësh. Për shërimin e thojve të duerve, mjekimi zgjati 4 muej dhe për atë të kambëve 6 muej.

**Dermatologica 121: 257-264 (1960) Frederick Reiss e bashkëpunëtor (Drejtor M. B. Salzberger) përdorën ndër 14 fëmijë me Mikrosporie, griseofulvinen me doza të nalta. Ata dhanë 4 gram griseofulvin në ditë për 1-5 javë. 11 të sëmuem u shiruen (73%) brenda 3 javëve, 2 mbas 4 dhe një mbas 5 javësh. Këto rezultate, të një terapije intensive, vërtetojnë se ky lloj përdorimi shkurtton mjaft kohën e mjekimit dhe banë të nevojëshme veçanërisht, kur duem me e çduk brenda një kohe të shkurtën dhe shpejt një vatër endemike të Mikrosporisë.**

**Minerva Dermatologica 34 (1959) 2: Autori**

M. Artom flet mbi përdorimin e mjeteve antimalarike sintetike në Dermatologji. Në pjesën e parë ai përshkruhen strukturën kimike dhe vetitë farmakologjike të mjetit sintetik antimalarik dhe nep indikacionet e përgjithëshme të tij në terapin dhe profylaksinë e sëmundjeve.

Në pjesën e dytë të referatit, ai nep në veçantie përdorimin e medikamentit në Dermatologji. Në mjekimin e Lupus erythematodes ai e përdor, «M.S.A.»<sup>1)</sup> për një kohë të gjatë dhe e kombinon me medikamente të tjera si me Kortikosteroidet dhe në preparatet Wismutike. Indikacione të tjera të «M.S.A.» qenë Dermatitis bullosa, Dermatitis herpe herpetiformis. Rezultate të shkëlqyeshme nep në shërimin e bullunges së Orien-

1) «U.S.A.» — medikamenti sintetik antimalarik.

tit. Përdoret edhe në dermatose të tjera si Liehen, Psoriasis, Periarteritis nodosa, Sklereodermie, Kapillaritis necrotica, Porphyria acutis, Lepra etj. Nga eksperiencia e tij dhe i mbështetur edhe në autorë të tjerë, ai rekomandon me e përdor edhe në Acne rosacia. Në fund autori, thotë se efekti i «M.S.A.» asht fotoprotektive.

*Dermatologische Wochenschrift* 11.II.1961 Heft 6 fq. 144: Mjekimi me Novocain i gjëndjes së reaktionit lepros. Autorët Prof. Dr. Dang-Vu-Hy dhe Tu-Cao-Phan të Klinikës së Dermatologjis të Universitetit Hanoi-Vietnam, mbasi shpjegojnë shkaqet e reaktionit Lepros dhe përshkruajnë medikamentet e ndryshme që janë përdor deri sot kundër reaktionit lepros, propozojmë një metodë të thjeshtë. Ata aplikojnë për ditë 10. ml. Novocain 10% intermuskular. Mjekimi u vazhdue edhe 4-5 ditë mbas ramjes së temperaturës. Gjatë reaktionit të Leprës me temperaturë, u pezullue dhania e Sulfoneve. Ata kanë pas rezultate të mira. Periudha e gjëndjes febrile dhe e ndryshimeve të lëkurës (të llojit *Erythema exudativum* multiforme ose *Erythema nodosum*) u shkurtue mjaft. Temperatura e të sëmurëve zgjati vetëm 5-6 ditë në vend të 20-21 ditëve dhe shenjat klinike të lëkurës u çdukën mbas 7-8 ditëve (zakonisht zgjasiq 20-25 ditë). Novokaina u soportue mirë.

*Hautarzt*, Fruer 1961 fq. 90/91. Në këtë revistë Dermatologjije (Mjeku Dermatolog) Prof. Dr. H. E. Klein — Natrop Drejtor i Klinikës së Dermatologjis të Akademisë Mjekësore «Carl Gustav Carus» Dresden, shkruen një artikull mbi Shqipnien, Dermatomykosit dhe Dermatologët shqiptar. Ai ka qënë si turist për 15 ditë para dy vjetësh dhe ka mbledhur të dhana mbi Shqipnien. Në faqen e parë, ai nep të dhana historike mbi Shqipnien dhe vën në dukje përparimet e bëra ndërmjet 15 vjetëve mbas çlirimit. Deri në moshën 40 vjet, të gjithë dinë me shkruie. Janë ngritur me qindra shkolla dhe një Universitet shtetnor. Janë ndrequr 130 km. Hekurdhë, Hydrocentrale, kombine dhe asht zhvillue një industri e konsumit të gjerë. Asht ba reforma agrare, janë zhvillue kulturat e rrushit, të fruteve jugore, të duhanit dhe të pasuris nëntokse. Shkurt ai thot se Shqipëria ka ba një etapë të mrekullueshme në rrugën drejt një vendi Industrial-agrar të shëndoshtë dhe e ka tund nga vehtja prapambetjen groteske. Mandej flet për Durrësin dhe Kryeqytetin e Tiranës me 130.000 banorë. Këtu, ai ka vizitue Spitalin Nr.II dhe ka dhanë disa të dhana (disa edhe me gabime) mbi Historikun e Spitalit Civil dhe të Klinikës së Dermatologjis. Flet për Dr. Panon, Kandidatin e shkencave K. A. Seropjan, Kadri Kerçikun, Dr. Shyqyri Bashën dhe Drejtorin Dr. Aleko Bozo. Flet për Spitalin Nr. I, II dhe Klinikën e Pedriatis që asht në ndreqje e sipër. Thot se Klinika e Dermatologjis ka 80 shtreten dhe 25 shtreten për fëmijë me Dermatomykose. Përveç Klinikës së Dermatologjis ka, thot ai, edhe 10 shtreten në dy vende të vogla për sëmundje lëkure në Jug të Shqipnis. Kjo natyrisht asht gabim, pse sot ekzistojnë edhe 3 Spitale të tjerë në vendin tonë me nga një Pavillon prej 10 shtretenesh të drejtueme nga mjek-specialist (Korçë, Vlorë, Durrës) dhe 10 shtreten janë vendos në Spitalin e Shkodrës për Dermatomykosit.

Mandej Profesori flet mbi luftimin e Sifilizit dhe mbi rezultatet e shkëlqyeshme të një grupi të vogël të mjekëve shqiptar tue përfundue se kjo sëmundje nuk asht ma problematike për vendin qysh në vitin 1949. Tani ka fillue t'i bahet një luftë sistematike Dermatomykosave dhe Le-

për. Raste Lepre nuk ka ma në Shqipëri si në Bullgari. Ata tani do instalohen në një Leprosorium të ri. Me problemin e Lepres merret Dr. Kërçiku. Ky interesohet edhe për Historinë e Mjekësisë së Shqipërisë. Nga fundi si përmend disa qytete të tjera, thotë se Shqipëria nuk asht ma ajo sikur përshkruhet në Enciklopedinë e Brockhausit të madh të vitit 1898 dhe në këtë përparim, marrin pjesë edhe Dermatologët shqiptarë.

*Vestnik Dermatologii i Venerologii 9 (1960) fq. 56-60.*

Në këtë revistë, i mirënjohet Dermatolog dhe Leprolog i B. S. Prof. Dr. N. Torsuev, shkruen një artikull mbi Dermato-venerologjinë në R. P. të Shqipërisë. Autori si nep një përshkrim të shkurtër të vendit tregon sakrificat e mëdha të popullit për çlirimin e Shqipërisë (30.000 të vrarë) dhe përparimet e bëra. Shqipëria thot Prof. Torsuev asht vue në rrugën e ndërtimit socialist, duke rritur me shpejtësi treguesit e ekonomisë popullore, të kulturës dhe të mjekësisë. Ai ve në dukje gjëndjen e vajtueshme të shëndetësisë në të kaluemen dhe përhapjen e Malariae, TBC dhe Sifilizit në popullsi. Me tharjen dhe bonifikimin e kënetave Malaria u likuidue. Thot se Tirana ka një Spital civil prej 1200 shtretësh, një Spital 3 kateshe me 300 shtretën për Pediatri, një Spital të Kirurgjisë ku bahen operacione në zemër dhe mushkëri prej mjekëve shqiptar që kanë studiue në B. S. Në fakultetin e mjekësisë studijojnë 640 studentë. Dekan asht Medar Shtylla, një aktivist i dalluar shoqnor, laurant i medaljes së artë të Paqes «për forcimin e paqes midis popujve». Ky ka dhanë shumë për zhvillimin e shkencës mjekësore shqiptare.

Mandaj flitet për Klinikën e Dermatologjisë që drejtohet nga Dr. K. Kërçiku dhe që ka 100 shtretën, e ndar në 4 salla dhe në një repart prej 20 shtretësh për fëmijët me Dermatomykose. Klinika asht e pajisun me aparate Rontgentherapie, Laborator serologjik etj. dhe asht furnizue mirë me medikamente të reja.

Përshkruen sëmundjet e lëkurës ma të shpeshta dhe të rralla të vendit. Nep një statistikë mbi epilacionet e kryeme për shërimin e Qeres, dhe rekomandon një bashkëpunim me veterinarët për luftimin edhe të shtazëve t'infektueme. Lepra dokumentohet se ka ekzistue që në vitin 1790 (shënim i redaksisë: Kjo e dhanë atje asht marrë nga një punim i Doc. K. Kërçikut mbi zhvillimin e shëndetësisë gjatë 200 vjetëve në Shkodër). Dëfton se ma parë ata strehoheshin në repartin e Dermatologjisë (1936) dhe në vitin 1955 u izoluen në Luar afër Fierit dhe tani asht projektue të ndreqet një Leprosorium modern. Profesori përshkruen format e ndryshme të Lepres së konstatueme dhe mandaj kalon me vue në dukje sukseset e mëdhaja që kanë arritur mjekët në luftimin e sëmundjeve venere. Përshkruen historikun dhe përhapjen e tyre gjatë okupacioneve dhe nep të dhana nga Monografia interesante e Dr. K. Kërçikut mbi «Përhapjen dhe luftimin e Sifilizit në qytetin dhe Qarkun e Durrësit», shtypur shqip në vitin 1955. Shkruen mbi ligjin dhe organizimin e luftës kundër kësaj sëmundje shoqnore. Të dhana nepen edhe për Beratin (nga Dr. Bash) dhe për gjithë Shqipërinë. Dëfton zbritjen e shpejtë të sifilizit, çduken e sifilizit genital primar (qysh në vitin 1949) dhe kongenital të herëshëm.

Ma në fund, Prof. Dr. Torsuev falënderon për mikëpritjen dhe uron

kollektivin e vogël të dermatologëve shqiptar suksese edhe ma të mëdha. Shton se shëndetësia në R. P. të Shqipërisë me ndihmën e Partisë dhe të Qeverisë arriti mbas çlirimit mbrenda një periudhe të shkurtën suksese të mëdha.

Përmbledhur nga K. KERÇIKU

*Medicinskij Rabotnik Nr. 33 (1989)*

E martë 25 Prill 1961

## USHQIMI I KOSMONAUTIT

Kandidat i shkencave Mjeksores G. A. Arutjunov

Studimet e shumta eksperimentale dhe klinike bënë të mundëshme përpilimin e një diete të afërt për pilotat kosmonautë.

Ka rëndësi që të gjitha substancat përbërëse të racionit ushqimor të përvehtësohen në maksimum nga organizmi dhe të japin një sasi minimale produktesh ekskretore.

Dieta që jep mbeturina sa më të pakta, përbëhet prej substancash që përmbajnë proteina me vlerë të vogla, si dhe prej sheqerit, lëngjeve të frutave, çaj dhe kafesë.

Pesha e ushqimit duhet të jetë minimale. Ka rëndësi gjithashtu edhe forma e ushqimit. Më i përshtatëshëm është ushqimi në formë koncentri, tabletash ose xhelatinoze në tubeta.

Në fluturimet kosmike dhe interplanetare uji, p.sh. në konditat e mungesës së peshës silltet në mënyrë karakteristike. Duke humbur peshën ay, rëshqet lehtë nga ena dhe evaporon në ajër, duke u zbrëthyer në rruaza të vogëla. Ushqimi i thatë pulverizohet në gojë, në këtë rast termijat mund të depërtojnë në rrugët e frymëmarrjes dhe në mushkëri. Detyra e mjekut dhe e specialistëve të tjerë ishte që ti sigurohej pilotit kosmonaut një ushqim me vlerë sa më të plotë, të kërkoheshin konditat për marrjen pa vështirësi të ushqimit. Kujdesi kryesor u drejtua nga kalorazhi dhe nga asimilimi i ushqimit.

Si u ushqye pra Jurij Aleksejeviç Gagarini?

Gjatë përgatitjes për fluturimin në kosmos, ushqimi i tij nuk ndryshonte aspak nga ushqimi i pilotave të tjerë.

Para fluturimit Jurij Aleksejeviç hëngri drekën me oreks e cila përbehej prej mishi, pure mishi, krem. Në darke hangeri pure prej mëlçie të zezë (pashtet), djath, me çokollatë, çaj.

Gjatë fluturimit simbas programit ay hangeri ushqim të ngurtë, në formë paste dhe të lëngëshëm.

Dieta ishte ndërtuar në mënyrë t'atillë që organet digjестive të mos andoheshin me te tepër, që mos kishte më produkte sasira të shumta celuloze. Simbas thënjeve të tij, me konditat e mungesës së peshës ushqimi mund të merej pa vështirësi.

Nuk është gjithashtu vështirë për të bërë përtipjen dhe gëlltitjen.

Para se të fluturonte në kosmos Jurij Aleksejeviç shpesh herë hante ushqim, — të cilin do ta përdorte në kosmos. Ay zgjodhi vetë atë që eëlqen.

Tani në bazë të të dhënave të marra, shkencëtarët perfeksionojnë

dieta racionale për kosmonautët. Gjendja aktuale e shkencës dhe teknikës lejon që në një të afërme jo të largët të priten fluturime më të gjata të njeriut në kosmos. Prandaj detyra e shkencëtarëve që punojnë në fushën e ushqimit është që të krijojnë produkte të atilla të cilat zënë sa të jet e mundur më pak vënd, të peshojnë pak dhe në të njëjtën kohë të jenë me kalorazh të lartë, të përshtatëshme (të volitëshme) për tu ngrënë.

Përmbledhur nga M. Karagjozi.

## PRODHIME TË REJA TË N. I. SH. PRO-FARMES

### F T A L A Z O L — ProFarma

**Kompozicioni:** *Phtalilsulfathiazolum* me tableta nga 0,50 gr. Sinonime, Sulfathalidine, Talidine, Talisulfazol (*Lande kimioteapeut*).

**Indikacioni:** Dizenteri bacilare, enterokolit akute me origjinë bacilare, gjendje dispeptike në fëmijët, kolit ulçeroze në fazën e infeksionit sekondar, në kirurgji para ndërhyrjeve kirurgjikale në zorrën e trashë.

**Kundra indikacione:** Infeksion ematogen i veshkave (sëmundja Brisht), nefrolitiazë, sëmundje të melcisë, granulocitopeni, tineaotoksikoze e rende, polineurit.

**Dozazhi:** Të rriturve mesatarisht 14 tableta në ditë, fëmijve të rritur 5 tableta në ditë.

*latanteve* 2 tableta në ditë. Doza ditore ndahet në pjesë të barabarta dhe i jepet me intervale 4-6 orësh. Në qoftë se kura fillon në kohën e duhur, simptomat objektive dhe subjektive zhduken mesatarisht mbrenda një jave, disa herë edhe mbrenda 24-48 orëve.

Në koliten ulçeroze (në fazën e infeksionit sekondar) rekomandohen këto doza:

Të rriturve 6-14 tableta në ditë fëmijve simbas moshës 1-5 tableta në ditë.

Disa autorë rekomandojnë këtë skenë dozazhi për të rriturit: 2 ditët e para 2-4 tableta 4-6 herë në ditë, në ditët tjera doza përgjysmohet.

Tabletat e ftalazolit përdoren më mirë të thermuara dhe pluhuri i përzier në një gotë ujë.

**Shënime:** Si për të gjitha lëndët sulfonamidike, gjatë kurës me Ftalaz është mirë të jepen edhe Vitamina të grupit B dhe vitamina C. Së bashku me Ftalazolin nuk duhet të jepen lëndë anestetike të grupit të novokainës, piramidonit, lëndë barbiturike, morfin dhe derivatet e saja, urotropine, preparate të arit dhe arsenit, oleum vaselini

Kompozicioni: Sulfanilamidi 0,10

Sulfadimezini

Methylsufathiazoli na 0,20 me një tablete prej 0,50 gr.

*Lande kemioterapeutike*

Indikacioni: Infeksione të streptokokut, stafilokokut, pneumotokut, gonokokut, meningokokut, enterekokut dhe atë kolibacilare. Ulcus molle, linfogranuloma inguinale etj.

Kurdraindikacione: Si ato të Ftalazolit.

Dozazhi: Mjekim sulmi i zakonshëm: Doza fillestare 4 tableta dhe pastaj pas çdo 4 orësh 2 tableta gjatë ditës dhe gjatë natës, deri sa të bjerë temperatura dhe të përmirësohet gjendja e përgjithëshme. Pastaj doza ditore zbritet në 1-2 gr., simbas gjëndjes së përgjithëshme lihet pa u dhënë doza gjatë natës, dhe mjekimi përfundon përsëri me 1-2 doza të larta, ashtu si në fillim të kurës.

*Fëmijve:* Në infeksionet e zakonëshme latanteve u jipen 0,20 gr. fëmijve të rritur 0,1-15 gr. në gjëndje të rënda dhe meningjitike 0,30-0,50 gr. Këto doza kuptohen si ditore për kilogram peshë trupore dhe jipen të ndara në pjesë të barabarta çdo 4 orë. Gjatë mjekimit është mirë të jepen shumë lëngje.

*Shënim:* Rekomandohet ndjekja e kuadrit të gjakut, koncentracionit të emoglobinit dhe funksionimi i veshkave gjatë kurës. Së bashku me këtë preparat nuk duhet të jipen anestetike të grupit të novokainës, landë barbiturike, piramidon, morfinë dhe derivate të saja, urotropinë, preparate të arit dhe të arsenit.

*Ky preparat është një kombinim prej tre landësh sulfonamidi-ke të cilat përforcojnë veprimin e njera tjetrës dhe paksojnë deri diku mundësitë e krijimit të shtameve rezistente.*

