

LAVDI 20 VJETORIT TË PARTISË SË PUNËS SË SHQIPËRISË

DR. MEDAR SHTYLLA

Deklarim i Fakultetit të Mjekësisë

Universitetit Shtetëror të Tiranës

Edhe pak ditë na ndajnë nga jubileu i lavdishëm i 20 vjetorit të Partisë sonë hercike. Në pragun e këtij jubileu populli ynë bën bilancin e fitoreve të arritura në fushën politike, shoqërore dhe ekonomike nën udhëheqjen marksiste-leniniste të Partisë dhe themeluesin dhe udhëheqësin e saj, shokun Eliver Hoxha në krye. Në këtë bilanc, ai konstaton me një ndjenjë gëzimi dhe kërenarie, që ato çka i kish thënë Partia, qysh në krijimin e saj, janë realizuar dhe tejkaluar, për këtë bëhet zemra mal e me mirënjohje të thellë për përgatitjet dhe festojë 20 vjetorin e saj si kurrë ndonjëherë tjetër.

Më 8 nëndor 1941, kur vendi ynë vuante nën zgjedhën e rëndë fashiste, kur rrezikohej vetë ekzistenca e popullit si popull e si komb, kur fashizmi me terror përpiqej të shuante çdo ndjenjë kombëtare, me anën e zjarrit dhe hekurit, nga përfaqësuesit e grupeve komuniste, u krijua në Tiranë Partia Komuniste Shqiptare, sot Partia e Punës së Shqipërisë. Ajo, e krijuar nga vetë komunistët shqiptarë, si rezultat i kushteve të zhvillimit historik, ekonomik, politik e shoqëror të vendit, si dhe nga gjendja ndërkombëtare e krijuar, sidomos pas sulmit të pabesë të Gjermanisë hitleriane kundër Bashkimit Sovjetik,

Partia lindi në zjarrin e luftës, në ilegalitetin më të thellë dhe që datën e parë të krijimit, i vuri vetes si detyrë luftën e ashpër dhe pa kompromis kundër okupatorëve fashistë dhe tradhëtarëve të vendit, luftën e vendosur për çlirimin e Atdheut. Ajo, duke u bërë trashëgimtarja më e denjë e traditave më të mira patriotike e revolucionare të popullit tonë, me shembullin dhe gjakun e anëtarëve të saj më të mirë, dëjti të fitojë besimin e popullit, t'a bashkojë atë dhe t'a udhëheqë me guxim e urtësi në luftën e ashpër të çlirimit, për një Shqipëri të lirë, demokratike e popullore, për kryerjen e transformimeve të thella ekonomike, politike dhe shoqërore me karakter thjesht socialist.

Në realizimin e programit të saj, Partia jonë, qysh në fillim dhe në mënyrë të drejtë, i tregoi popullit vështirësitë dhe sakrificat që duhet të bënte. Në këtë luftë për lirinë dhe pavarësinë kombëtare populli ynë pati 28 mijë të vrarë, 12.000 invalidë, 10.000 të internuar, 62475 shëpi të dërguar e të shtatëruara, por ai triumfoi kundër pushtontëve dhe tradhëtarëve të vendit. Partia luftoi dhe fitoi kundër elementeve me shprehje antimarksiste e likuidatore brenda radhëve të saj, luftoi dhe fitoi kundër pushtuesve dhe veprave të tyre të brendëshme, duke çliruar

përgjithmonë popullin. Partia mundi të fitojë, sepse në krye kishte timonierin e sprovuar të saj shokun Enver Hoxha dhe si busull marksizëm-leninizmin.

Shoku Enver Hoxha në krye të Komitetit Qëndror të Partisë, që në fillim e luftën e popullit shqiptar për çlirimin e Atdheut me luftën e popujve sovjetikë kundër Gjermanisë hitleriane, duke farkëtuar kështu miqësinë shqiptaro-sovjetike, që pas çlirimit u forcua për jetë të jetëve, dhe u bë guri themelor i të gjitha fitoreve tona në jetën e brendëshme dhe ndërkombëtare. Miqësia dhe ndihma e Bashkimit Sovjetik qenë faktori i jashtëm vendimtar i fitoreve të realizuara. Armiqtë e popullit dhe Partisë, armiqtë e marksizëm-leninizmit, janë përpjekur dhe përpiqen ta prishin këtë miqësi, por kanë dështuar dhe do të dështojnë sepse, siç ka thënë shoku Enver, në Kongresin e IV-të të P.P.SH. «... Miqësia me Bashkimin Sovjetik do të rrojë në shekuj, sa malet kreshnike të Atdheut tonë dhe s'ka forcë në botë që mund ta prektë». Jubileu i Partisë sonë koïncidon me atë të 44 vjetorit të Revolucionit të Madh Socialist të Tetorit, prandaj, në të katër anët e Atdheut po pregatiten të kremtojnë me madhësi si festën e tyre më të shtrenjtë, ashtu, sikurse i kanë kremtuar çdo vit. Populli ynë kurrë nuk harrron se në ditët e vështira të luftës Nac. Çl. bijtë e tij më të mirë binin në fushën e nderit për çlirimin e Atdheut me emrin e Partisë Komuniste të B.S. dhe J.V. Stalinit në gojë, ai kurrë nuk mund të harrojë gjithashtu se gruri i zbarkuar në portet tona për ta shpëtuar nga rreziku i urisë që e kërcëronte në ditët e para të çlirimit, ishte dërguar nga Stalini dhe populli sovjetik, ay shikon se çdo ndërtim me rëndësi i socializmit mban vulën sovjetike. Ja përse miqësinë me B.S. do ta ruajë si dritën e syve.

... * * * * *
... * * * * *

Partia e jonë e punës, e bazuar në parimet jetëdhënëse të marksizëm-leninizmit dhe në kushtet konkrete të vendit tonë, më të gjithë veprimtarinë e saj, ka përpunuar dhe zbatuar një vijë të drejtë në politiken e saj të brendëshme, ashtu dhe në atë të jashtëme. Praktika dhe jeta gjatë këtyre 20 vjetëve të ekzistencës së saj i kanë vërtetuar plotësisht drejtësinë e kësaj vije. Fitortja e madhe e luftës Nac. Çl. përmbysja e klasave feudalo-borgjeze dhe triumfi i revolucionit popullor, vëndosja e pushtetit të demokracisë popullore, lufta dhe sukseset për industrializimin socialist, kolektivizimin i bujqësisë, rritja e vazhdueshme e nivelit kultural e material të punonjësve, rritja e fuqisë mbrojtëse të Republikës sonë Popullore dhe autoritetit të saj ndërkombëtar, janë disa nga treguesit e kësaj vije të drejtë të zbatuar nga Partia. Sot, në të gjitha degët e ekonomisë popullore, kanë triumfuar format dhe marrëdhëniet socialiste në prodhim, dhe ashtu sikurse e përcaktoi kongresi i IV i P.P.SH., tek në u zhdruk në përgjithësi ekonomia shumë formëshe dhe në vend të saj është krijuar sistemi i vetëm socialist i ekonomisë. Kështu baza ekonomike e socializmit është krijuar si në qytet ashtu edhe në fshat dhe çështja se «kush do të fitojë» është zgjidhur përfundimisht në favor të socializmit. Shqipëria, nga një vend i prapambetur agrar në të kaluarën, u kthye në një vend agraro-industrial dhe në fund të pesëvjeçarit të tretë do të kthehet në një vend industrial-agrar.

Vendi ynë ka qenë një nga vendet më të prapambetura jo vetëm nga ana ekonomike dhe nga ana kulturalë. Para çlirimit 85% e popullsisë

ishte analfabete, kurse sot është zhdukur analfabetizmi, është realizuar arësimi fillor i detyrueshëm dhe ay 7 vjeçar. Janë rritur në 3000 institucionet arësimore me 313.000 nxënës e studentë, 48 veta në 10.000 banorë studiojnë në arsimin e lartë, kurse në Francë 37 dhe në Gjermaninë perëndimore 27 veta për çdo 10.000 banorë. Qysh më 1946 u hap Instituti i lartë Pedagogjik e më vonë Instituti Politeknik, Ekonomik, Bujqësor, i Mjekësisë etj. Më 1957 u ngrit Universiteti Shtetëror i Tiranës me 6 Fakultete dhe një numër të madh degësh, Instituti Pedagogjik 2 vjeçar në Tiranë e Shkodër. U ngrit inteligjenca e re popullore dhe kuadrot po drejtojnë me sukses sektorët e ndryshëm ekonomikë e kulturalë. Këto kuadro dhe kjo inteligjencë e re u përgatit në B.S. në vendet e demokracisë popullore dhe në vendin tonë; arti, kultura dhe shkencën po e zhvillojnë dhe e lulëzojnë jetën e popullit tonë. Sot në Republikën tonë Popullore, në çdo 5 vete një vete në shkollë.

Partia e jonë ka mbajtur një qëndrim parimor e të drejtë jo vetëm në çështjet që kanë të bëjnë me ndërtimin e socializmit, por edhe në të gjitha çështjet dhe problemet ndërkombëtare. Lufta e vendosur, demaskimi dhe asgjësimi i komplotëve të imperialistëve dhe shërbëtorëve të tyre, revizionistëve jugosllavë kundër Republikës sonë Popullore, përbëjnë një kontribut të çmuar në kauzën e mbrojtjes së paqes dhe kanë rritur autoritetin e Partisë, kanë forcuar pozitën ndërkombëtare të R.P. të Shqipërisë. Partia jonë e bazuar në mësimet e marksizëm-leninizmit, ka vënë në themel të politikës së jashtme miqësinë e përjetëshme me Bashkimin Sovjetik, me gjithë popujt e tjerë të vendeve socialiste. Ajo me vendosmëri ka luftuar për forcimin e unitetit të kampit socialist dhe lëvizjes komuniste e punëtore ndërkombëtare. Në të gjithë veprimtarinë e saj në arenën ndërkombëtare Partia jonë zbaton politikën leniniste të miqësisë dhe të unitetit me popujt e vendeve socialiste, të përkrahjes dhe solidaritetit në luftën e popujve të shtypur kundër imperializmit dhe kolonializmit, të fqinjësisë së mirë dhe bashkëekzistencës paqësore midis vendeve me sisteme të ndryshme shoqërore.

Sot në botë, raporti i forcave ndërkombëtare ka ndryshuar në favor të socializmit dhe të paqes. Duke u udhëhequr nga mësimet e Leninist, Partia jonë nuk harron se gjersa të ekzistojë imperializmi, do të ekzistojë dhe baza për shpërthimin e luftërave agresive. Partia jonë, në veprimtarinë e saj është treguar konsekuente dhe besnike e këtij parimi. Ajo, duke zbatuar me besnikëri deklaratën e Moskës të vitit 1957 dhe 1960 të 81 Partive komuniste e punëtore, ka luftuar me vendosmëri e guxim kundër imperializmit me atë amerikan në krye, si dhe kundër revizionizmit modern e veçanërisht atij jugosllav, si rrezikun kryesor të përçarjes së unitetit të kampit socialist dhe lëvizjes komuniste e punëtore ndërkombëtare, duke plotësuar kështu me besnikëri detyrën e saj internacionalistike.

Në sajë të vigjencës revolucionare dhe patriotizmit të lartë të Partisë sonë dhe të popullit shqiptar, vitin e kaluar, u zbulua dhe u shpartallua komploti kriminal kundër Republikës sonë popullore që kishin përgatitur revizionistët jugosllavë, monarko-fashistët grekë dhe flota e 6 amerikane në Mesdhe, në bashkëpunim me disa tradhëtarë shqiptarë brenda e jashtë vendit, Panajot Plaku, Teme Sejko e shokët e tij. Gjyqori zhvilluar në maj të këtij viti kundër këtyre tradhëtarëve, vërtetoi edhe një herë natyrën agresive të imperializmit amerikan dhe rolin minues të revizionistëve jugosllavë kundër vendeve dhe gjithë kampit socialist.

Në pragun e 20 vjetorit të themelimit të Partisë, duke shikuar me optimizëm rrugën e lavdishme që ka bërë populli ynë, nën udhëheqjen e saj, gëzohet për bilancin e shkëlqyer që ka në aktivin e tij brenda këtyre vjetëve, për veprat madhështore që ka ndërtuar me dorën e tij, për begatinë, përparimin e gjithanëshëm dhe mirëqënien që ka krijuar. Në këtë jubile historik, ay kujton me dhëmbje të kaluarën e zezë dhe shikon me besim të ardhmen e ndritur, se në krye ka Partinë, pjellën e tij besnike dhe konseguente që po i realizon dëshirat dhe ëndrat e tij shekullore.

Zhvillimi i gjithanshëm i ekonomisë sonë popullore, rritja e ardhurave kombëtare, sukseset e revolucionit arësimor e kultural, sukseset e arritura në shërbimin komunal dhe ndërtimi i banesave në shkallë të gjerë, sukseset e shërbimit shëndetësor etj. janë rezultatet e punës së madhe dhe kujdesit të përhershëm të Partisë, janë rezultatet e zbatimit të ligjit të saj themelor, rritja e vazhdueshme e nivelit material e kultural të masave punonjëse.

Le të shohim shkurtimisht punën e madhe të Partisë për mbrojtjen e shëndetit të popullit. Partia, këtij problemi, ashtu sikurse të gjithë sektorëve të tjerë, i ka kushtuar një kujdes të madh. Duke vlerësuar njeriut si kapitalin më të çmuar, Partia është kujdesur t'i bëjë jetën më të mirë, më të gëzuar dhe më të shëndetshme. Me çlirimin e vendit u trashëgua një prapambetje e thellë edhe në këta sektorë. Para çlirimit kishte vetëm 10 spitalet me 820 shtretër, 1 maternitet me 15 shtretër, 36 ambulanca, 102 mjekë, 136 infermierë, 32 mami, 20 dentistë dhe 47 farmacistë, të gjitha të vendosura nëpër qytete dhe asnjë në fshat. Shërbimi shëndetësor shtetëror në atë kohë kufizohej në pak qytete me anën e një mjeku komunal për të vobegtit (sic) ose për të vërtetuar vdekjet dhe krimet e ndryshme nga ana mediko-ligjore. Spitalet dhe ambulancat e paka që ekzistonin në qytetet kryesore, jepnin një ndihmë shumë të vogël, të pa kualifikuar dhe fare të pamjaftueshme. Mjekësia private dhe tregëtia e barnave kishin marrë formën spekulative, duke rënduar mbi popullin e varfër, bile në shumë raste sëmundja shkatërronte gjithë ekonominë e pakët të familjeve që luftonin me vdekjen. Më shumë se gjysma e popullsisë vuanin nga malarja, sifilizi kish zënë rrënjë në krahina të tëra, trakoma që përhapur shtëpërmi në zonën e Fierit, Lushnjës, etj. dhe shumë sëmundje të tjera infektive bënin kërdrinë në familje e në popull. Asnjë masë preventive profilaktike nuk merrej me përjashtim të vaksinimeve të pjesëshme kundër lisë.

Pas çlirimit, Partia jonë dhe pushteti popullor, të udhëhequra nga interesat jetike të popullit dhe humanizmi i lartë socialist, muarë një sërë masa për organizimin dhe forcimin e shëndetit të popullit. Sukseset e arritura janë shumë të mëdha në krahasim me gjendjen që u trashëgua nga regjimet antipopullore, të së kaluarës dhe mund të themi me bindje se kemi lënë prapa shumë vende perëndimore. Shërbimi shëndetësor tek ne është organizuar në bazë të drejtimit unik dhe zhvillohet në bazë të planeve të shtetit. Kështu, për shërbimin shëndetësor janë harxhuar gjatë këtyre 17 vjetëve 9 miliard e 630 milion lekë. Vetëm gjatë vitit 1961 janë caktuar të shpenzohen 1 miliard e 480 milion lekë, kurse në vitin 1938 u shpenzuan vetëm 5 milion e 304.000 lekë (me vlerën e solme). Sot tek ne funksionojnë 140 institucione mjekësore dhe profilaktike me një kapacitet prej 9061 shtretër, ose 11 herë më

shumë se më 1938. Prej këtyre, 74 spitale, maternitete dhe qendra shëndetësore me 534 shtretor dhe rreth 600 ambulanca, farmaci, reparte dentare e konsultore janë vendosur në fshatra. Ky zgjerim i institucioneve shëndetësore u bë në sajë të përgatitjes së kuadrit të nevojshëm. U dërguan në Bashkimin Sovjetik dhe vendet e tjera socialiste me qindra studentë, ku midis specialiteteve të tjera, një numër i mirë u bënë mjekë. Përveç kurseve të shumta për infermierë, më 1948 u hap politeknikumi mjekësor ku u përgatitën të gjitha profilet e kuadrove të mesme. Më 1952 u krijua Instituti i lartë mjekësor, i cili duke filluar nga 1957 u kthye në fakultet, që u inkuadrua në Universitetin Shtetëror të Tiranës. Sot tek ne ka 567 mjekë e dentistë, 5,5 herë më shumë se më 1938, kurse nga 259 kuadro të mesme e të ulta në 1938, sot janë 4917 ose 18,9 herë më shumë. Ndihma mjekësore jepet falas për masat punonjëse dhe anëtarët e familjeve të tyre. Tregëtinë e barnave e bën shteti në formacitë e tij. Mbrojtja e shëndetit të nënës dhe fëmijës është në qendër të vëmendjes së organeve të shëndetësisë dhe i janë krijuar mundësi të mëdha me spitale, maternitete, konsultore për gra e fëmijë.

Krahas masave për organizimin e punës nëpër institucione, qysh në fillim u organizua edhe lufta kundër tuberkulozit, sifilizit dhe gjithë sëmundjeve të tjera ngjitëse dhe epidemike. U bënë depistime të vazhdueshme, u kryen dhe kryhen vaksinime të rregullta dhe u muarnë të gjitha masat profilaktike. Lufta kundër malarjes me anën e bonifikimeve, përdorimi i D.D.T. dhe mjekimi i detyruar i malarikëve arritën rezultate të mrekullueshme. Sot, malarja, që qe një e keqe kombëtare, është bërë një sëmundje e pakuptueshme. Po ashtu edhe trakoma dhe sifilizi, rasti i fundit u pa më 1949, me anën e masave dhe mjekimit sistematik të detyruar janë në zhdukje e sipër.

Si rezultat i masave të gjithanëshme që mori Partia dhe Pushteti për rritjen e nivelit material e kultural të popullit, bonifikimet dhe hygjienizimi i vendit, zgjerimi i rrjetit të institucioneve kurativo-profilaktike dhe antiepidemike, vdekjet e përgjithëshme dhe ato të fëmijve janë ulur nga viti në vit. Nga 17,8% vdekje të përgjithëshme që kishte më 1938, janë ulur në 10,4% më 1960, kurse shtesa natyrale e popullsisë nga 16,9% që qe në 1938 arriti në 32% më 1960.

Për zhvillimin e mëtejshëm të shërbimit shëndetësor, për zgjerimin, specializimin dhe rritjen e nivelit të punës mjekësore, një detyrë e dorës së parë i është ngarkuar fakultetit të mjekësisë. Fakulteti i mjekësisë në rritjen, zhvillimin dhe perfeksionimin e punës së tij, ka patur një ndihmë të madhe nga 22 profesorë dhe pedagogë sovjetikë, të cilët punuan nga 1, ose 2 vjet në katedrat e ndryshme. Ata me eksperiencën e tyre të pasur, kanë ndihmuar në ngritjen e nivelit të punonjësve të fakultetit, në sistemimin dhe përshtatjen e planeve mësimore dhe në përgatitjen e mjekëve të rinj. Gjatë 5 vjetëve të fundit janë përgatitur 350 mjekë të rinj, të cilët me dijet e fituara në fakultetet dhe me aftësitë e tyre kanë ditur të fitojnë besimin e popullit si bij të denjë të tij. Kur u hap për herë të parë fakulteti kish 60 studentë, kurse sot ka 800 dhe së afërmi ky numër do të rritet në 1200. Ay ka sot në efektivin e tij 5 profesorë, 3 kandidatë të shkencave mjekësore, 5 docentë e kandidatë të shkencave mjekësore, prej të cilëve 3 kanë mbrojtur dizertacionin e tyre para këshillit shkencor të Universitetit Shtetëror të Tiranës. Shumë pedagogë të tjerë punojnë për përgatitjen e dizertacioneve të tyre.

Kongresi i IV i P.P.SH. na ka vënë si detyrë, që së bashku me fakultetin e shkencave të natyrës të pregatisim 700 kadro të larta gjatë 5 vjeçarit të III-të, mjekë, farmacistë dhe stomatologë. Kolektivi ynë është mobilizuar ta plotësojë me sukses këtë detyrë.

Krahas punës pedagogjike mjekësore, punonjësit e Fakultetit zhvillojnë dhe një veprimtari të mirë kërkimore. Rreth 60% e tyre kanë probleme të caktuara dhe po bëjnë studimin klinik të shumë sëmundjeve të përhapura në vendin tonë. Puna kërkimore shkencore, përveç detyrave të mësipërme, ka bërë që të rritet niveli i dijeve të kadrit tonë pedagogjik shkencor.

Kolektivi i pedagogëve dhe studentëve të Fakultetit, të rritur dhe edukuar nga Partia me ideologjinë, moralin komunist dhe ndjenjën e lartë të patriotizmit, nuk do të kursejë asgjë për të vënë në jetë mësimet dhe porositë e Partisë. Ata do të luftojnë me besnikëri për mbajtjen lart të flamurit të marksizëm-leninizmit.

(Paraqitur në Redaksi më 15 Tetor 1961).

UREMIA AKUTE (VESHKA AKUTE- TOKSIKO - INFEKSIONE) 1)

Profesor E. M. TAREJEV

Anëtar i Akademisë së Shkencave Mjekësore të B.R.S.S.

Mjekët, deri në 2-3 dhjetëvjeçarët e fundit, nuk i kanë dhënë kujdesin e duhur insuficiencës renale akute, ose veshkës akute toksikoinfeksioze (simbas klasifikimit tonë). Por kjo sëmundje ka një rëndësi të madhe për shpeshësinë e saj, për patogjenezën e saj të veçantë dhe në veçanti për faktin që ekzistojnë mundësitë për të ndryshuar fatin e të sëmurit me një ndërhyrje aktive racionale, gjë që nuk ndodh gjithmonë në përgjithësi në sëmundjet serioze të veshkave.

Qëndrimi i mjekut karshi këtyre të sëmurëve, fatkeqësisht, përcaktohet shpesh nga koncepte dhe tradita të prapambetura, të cilat influencojnë në mënyrë negative në zhvillimin dhe përfundimin e sëmundjes.

Në klasifikimin e Folhard-it, që është më i përhapur deri në kohën e sotëshme në Bashkimin Sovjetik, ky grup i sëmundjeve të veshkave ka zënë një vend të vogël dhe veç asaj nuk është skjaruar në mënyrë të kënaqëshme, duke u futur, vetëm për arsye të një skeme patogjenetike, në kapitullin e përgjithshëm të nefrozave, të cilat karakterizohen si sëmundje vetëm të kanaleve renale, për çrregullime të qarkullimit renal dhe simptoma të përgjithëshme.

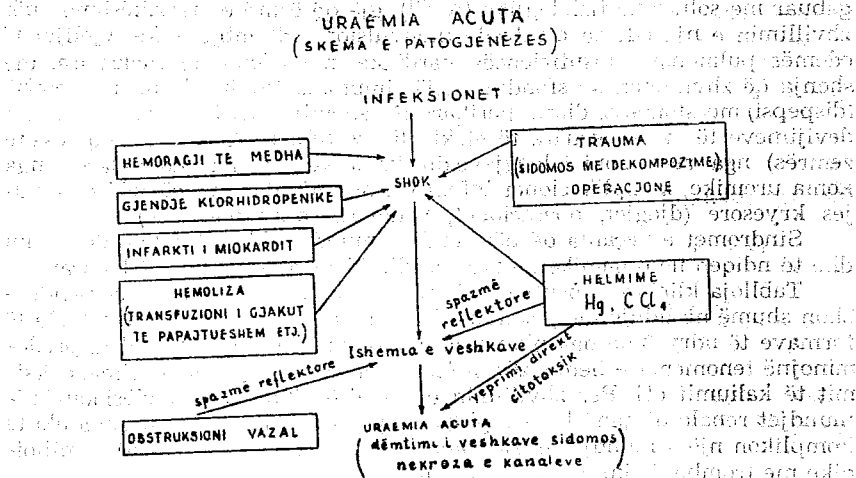


Fig. 1

1) Referat i mbajtur para pedagogëve të Fakultetit mjekësor dhe mjekëve të Tiranës, Tetë 1960 (shënim i redaksisë).

Si faktor kryesor patogjenetik i uremisë akute duhet të konsiderohet dëmtimi ishemic (anoksik) i indit renal, i elementeve parenkimatozë më të ndijshëm të saj (celulave të kanaleve) si rezultat i kontraksionit spastik të vazeve renale në gjendjet shok ale me prejardhje të ndryshme.

Ky pakësim i qarkullimit renal, duke (persistuar) qëndruar për orë të tëra si rezultat i mekanizmave të ndryshme humorale dhe refletores, në fakt humbet kuptimin adaptues të vet, që e kishte në fillim.

Pikërisht ishemia duhet të vihet në qëndrën e patogjenezës të sëmundjeve që ne po shqyrtojmë, sikundër e konsideroi veshkën e dëmtuar nga kolera jo në grupin e nefritëve por në ishemitë renale qysh në vitin 1884 Homjakov, i cili përdori për këto gjendje dhe shprehjen «uremia akute».

Proteinuria e madhe, deri në 200%o në observimet tona, si dhe çfaqjet e tjera klinike të veshkës akute toksikoinfeksioze, janë në radhë të parë konsequenca të kësaj.

Shok-u shpesh ka lidhje me prishjen (vdekjen) e indit, shkatërrimin e muskujve të skeletit, të organeve parenkimatoze (hepar), hemolizën dhe humbjen e gjakut; humbjen e lëngut indor (në plagosjet dhe djegiet), të lëngjeve digjестive etj; me pakësimin në gjak të elektroliteve në radhë të parë të NaCl dhe me çrregullime më të komplikuar të raporteve të elektroliteve në gjak, inde dhe likuide. Si rezultat i këtyre çrregullimeve, gjatë bllokadës së veprimtarisë eskretore të veshkave, në gjak mbetet uji, i çili lirohet si rezultat i autofagisë, me rënien e presionit osmotik të gjakut dhe retensionin e kalium-it, që lirohet nga celulat dhe që nuk gjënjë rrugë dalje nëpërmjet veshkave (gjatë anurisë); në të njëjtën kohë zhvillohet acidoza si rezultat i grumbullimit të produkteve acide të metabolismit proteinik dhe azotemia d.m.th. grumbullimi në gjak i uresë, që transformohet në mukozat në lidhje toksike që përmbajnë amiak. Grumbullimi i liquidit extracelular shtohet shumë edhe si rezultat i një mjekimi të gabuar me solucione fiziologjike (NaCl), gjë që është e rrezikëshme për zhvillimin e një edeme cerebrale (konvulsione, dhimbje koke, vjellje) të edemës pulmonare, insuficiencës kardiake, me edema të theksuara, me shenja që zhvillohen në sfondin e një simptomatologjie klasike të uremisë (dispepsi) me stomatit, diare, perikarditë (anemi). Vdekja vjen si rezultat i devijimeve të të theksuara të elektrolitëve (hiperkaliemia me ndalesë të zemrës) nga retencioni i lëngjeve dhe kriprave (edema pulmonare), nga koma uremike, komplikacionet infektive, nga një dekurs i rëndë i sëmundjes kryesore (djegiet, operacionet, traumat, infeksionet etj.).

Sindromet e veçanta që përmendëm mund të identifikohen deri diku dhe të ndiqen në dinamikën e tyre si klinikisht dhe me anë të laboratorit.

Tabloja klinike e insuficiencës renale akute në të njëjtën kohë ndryshon shumë në lidhje me periudhën e sëmundjes dhe vetitë individuale të formave të ndryshme nga pikpamja etiologjike, kur p.sh. mund të predominojnë fenomenet e hemolizës, infeksionet anaerobë, hemoragjinë, paksimin të kaliumit etj. Për zhvillimin e uremisë akute pak rëndësi kanë sëmundjet renale që janë kaluar përpara; por nga një herë uremia akute komplikon një sëmundje renale banale si p.sh. gjatë një distrofie amiloidike me trombozë akute të venave renale.

Po nënvizojmë vetitë e përbashkëta për të gjitha format klinike të uremisë akute, të cilat ishin bazë që ne të ndanim ato në një kapitull të veçantë të patologjisë renale, në kapitullin «dëmtimet renale akute toksike dhe infektive». Këto janë: 1) Një zhvillim akut ciklik, pothuaj standart, me çfaqjen e oligoanurisë dhe uremisë akute.

2) Një patogjenezë në përgjithësi e njëjtë simbas skemës: gjendje shok-u vazokonstriksioni renal, dëmtimi ishëmik i veshkave me hipertoni të vonshme, por pa zhvillimin e edemës renale dhe të lipoidurisë (lipovidemisë).

3) Përfundimi në shërim të plotë (ose vdekje) pa kalimin në sëmundje kronike të veshkave.

4) Riprodhimi relativisht i lehtë i tipareve kryesore të procesit patolojik gjik në eksperiment në kafshë.

Faktorët etiologjikë të uremisë akute janë të shumtë; është e arësyeshme të grumbullohen ata në grupe etiopatogjenetike më të mëdhenj, si p.sh:

Klasifikimi i formave klinike të uremisë akute

Grupi etiopatogjenetik	Format klinike kryesore
<p>1. Veshka shok-ale</p> <p>a) Shkatërrimi i madh i indeve</p> <p>b) Veshka kloropenike</p>	<p>Sindromi i shkatërrimit (mioglobinauria, traumatike, uremia traumatike).</p> <p>hemoliza e theksuar (veshka e dëmtuar nga transfuzioni etj).</p> <p>Djegëjet</p> <p>Aborti.</p> <p>Sindromi hepatorenal.</p> <p>Infarkti i miokardit</p> <p>Tetania ventrikulare. Neus. Hiperkalemia</p> <p>Diare e vazhdueshme. Hemorragji masive ventrikulo-intestinale.</p> <p>Diurezë e theksuar. Veshkë e dëmtuar nga kolera.</p>
<p>2. Veshka toksike</p>	<p>Veshka e dëmtuar nga salinimat, nga sulfamilamidet.</p> <p>Helmimi akut me CCl₄, me KCl etj.</p>
<p>3. Veshka akute infektive</p>	<p>Leptospiroza ikterohemoragjike</p> <p>Ethja hemoragjike e Lindjes së lagësme.</p> <p>Sepsisi anaerob.</p>
<p>4. Obstruksioni vazal</p>	<p>Nekroza e korteksit renal-Panilliti nekrotik. Vaskulitet renale. Veshka sklerodermike.</p> <p>Arterialonekroza renale akute</p>
<p>5. Obstruksioni urologjik</p>	<p>Veshka e dëmtuar nga sulfamilamidet fanilamidet.</p> <p>Auria në bazë të nefrolitiazës.</p>

Në grupet e ndryshme etiopatogjenetike mund të çfaqen fenomene të mekanizmave të veçanta patogjenetike: Kështu p.sh., në hemolizën masive mbas 1-2 orë përcaktohet hemoglobinemia si dhe hemoglobinuria, kurse në ditët e para, ngandonjëherë mbas 3-5 orëve, lktëri i cili zhduket shpejt.

II. Në periudhën oligoanurike, në 2-4 ditët e para ankesat e të sëmurëve kufizohen shpesh vetëm në një dobësi të përgjithëshme, që më tutje shoqërohet me sindrome të veçanta, të cilat kanë lidhje sejcila me një patogjenezë të veçantë dhe që njohja e tyre ka rëndësi në mënyrë që i sëmurit të trajtohet drejt, sidomos janë të rëndësishme: 1) **Retensioni i ujit**: hidratimi i madh i organizmit shkakton reaksione psikike të dobëta, dhembje koke, nauzea, vjellje, konvulsione, ngandonjëherë psikozë dhe ethe; shkaktohet ngritja e tensionit venoz, edema, rale në pulmone. 2) **Retensioni i kaliumit** (kaliemia), që shoqërohet me hipokalcemi (si rezultat i acidozës), bën që i sëmurit të jetë i shqetësuar, shkakton hipotoninë arteriale, ndryshime karakteristike në EKG: në një kaliemi të theksuar konstatohet dhëmbi T i lartë me bazë të ngushtë, zgjerimi dhe dhëmbëzimi i kompleksit QRS, zhdukja e dhëmbit P, me zhvillimin e mëtejshëm të braditmisë dhe vdekjes si rezultat i **fibrillatio ventriculorum**.

Çfaqet gradualisht dobësi e përgjithëshme, ulen reflektet e thella të dinoze. Për rrezikun që afrohet flet edhe ndjenja në formë çpimi rreth gojës, gjuhës, në duar dhe këmbë, mpirja e ekstremiteteve.

Kur uremia çfaqet plotësisht, ajo ka simptoma klasike: Lemzë, diare, hematemezë, errësim të ndërgjegjes me dridhje të vogla muskulare, komën uremike. Të sëmurët janë të predispozuar për infeksione të ndryshme.

III. **Periudha diuretike** fillon gradualisht, rrallë me një diurezë që rritet shpejt (deri 4-6 litra dhe më shumë në 24-orë), si rezultat i ujit dhe elektrolitëve të grumbulluar në periudhën anurike, veprimt diuretike të ureas, dhe insuficiencës kanalikulare.

Diureza mund të shkaktojë një dezidratim të rrezikshëm dhe paksim të elektrolitëve në gjak. Si rezultat i eliminimit të ujit në sasi të mëdha me anë të veshkave, kurse lëndët —mbeturina nuk eliminohen sa duhet, ndodh që koncentracioni i azotit rezidual dhe kaliumit në plazmën e gjakut, ditët e para, të rritet akoma, pa marrë parasysh se gjendja e përgjithëshme e të sëmurëve përmirësohet, çfaqet apetiti, bëhen më aktivë, për këtë arsye klinikistët e konsiderojnë këtë rritje të azotemisë si gabim të laboratorit. Vazhdon të rritet dhe anemia si rezultat i deprimimit të veprimtarisë së palcës kockore, e varfër në eritroblastë, si dhe në ureminë kronike (dhe jo krejtësisht si rezultat i hemolizës), me shifrat më të ulta në periudhën e fillimit të uljes së azotemisë. Në periudhën diuretike të sëmurin e kërcënon pnevmonia (hipostatike, aspirative), embolitë dhe edema e mushkërive.

IV. **Periudha postdiuretike**, periudha e shërimt, fillon gradualisht, me normalizimin e diurezës dhe funksionit koncentronjës të kanaleve, megjithëse i sëmurit praktikisht mund të lihet në shërimin natyral të tij.

Po japim disa shembuj të uremisë akute nga observimet tona. Të sëmurës S, 38 vjeç mbas një aborti i komplet, të komplikuar në një sepsis anaërob dhe krizë hemolitike, ju çfaq anuria, që i vazhdoi 6 ditë me azotemi deri 168 mg^{0/0} (të azotit rezidual); në fillim të sëmundjes u konstataa proteinuria e theksuar (193 mg^{0/0}).

Mjekimi konservativ normalizoi diurezën dhe shpejt u arrit shërimi i plotë (shih fig. 2).

Të sëmurët G, 43 vjeç, që vuante nga një anemi hipokrome, mbas një hemotransfuzioni (225 ml gjak) i çfaqen dridhje, dhembje në regionin

ANEMIA HIPOKROMI AKUTE
UREMIA (anemi hemolitikë) (shif fig. 2)

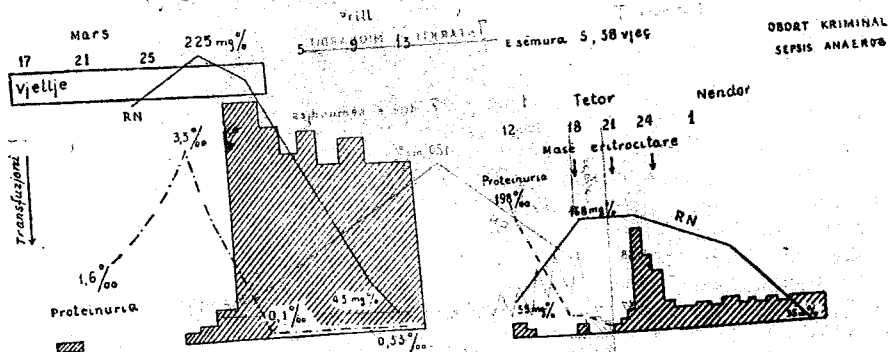


Fig. 2.

lumbar, vjellje dhe i zhvillohet pothuajse anuria e plotë, që i zgjati 9 ditë, me azotemi deri 225 mg⁰/o. Në periudhën e normalizimit të diurezës u konstatua proteinuria. Përfundimi ishte shërimi i plote, në ditën e daljes nga spitali peshë specifike e urinës ishte e ulët (shih fig. 3).

Të sëmurit A, 50 vjeç, i operuar nga një hernie inguinale të pa komplikuar, i shfaqet mbas 3 ditësh një pneumoni, nga infarkti, i shqëruar me kolaps në ditën e 5 dhe më vonë me anuri.

Më vonë, megjithëse diureza u normalizua, u konstatua rritja e vazhdueshme e azotemisë (deri 252 mg⁰/o në ditën e vdekjes).

Në autopsi u konstatua nefrozë nekrotike dhe pieloktazi bilaterale në bazë të një hipertrofie të prostatës (shif fig. 4).

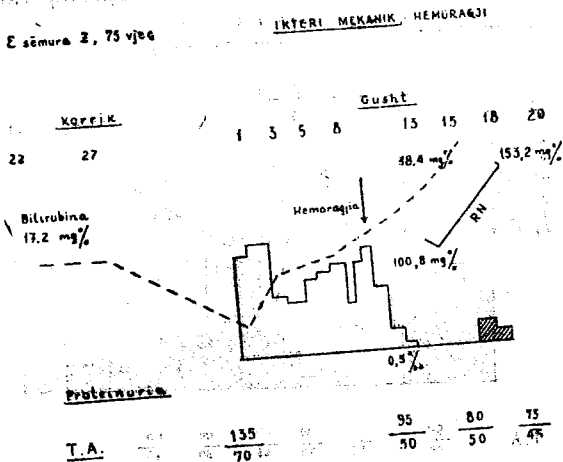


Fig. 4

Te sëmures Z, 75 vjeç, që vuante nga **cancer vesicae felleae** me iktër mekanik, i çfaqet hemorragji kolemitike me rënie të tensionit arterial deri 70-40 mm-Hg, me insuficiencë hepatike progresive proteinuri dhe, më vonë anuri me azotemi deri 153, 2 mg⁰%. Në autopsi përveç tumorit, u konstatua distrofi e heparit dhe nefroza nekrotike (shih fig. 5).

I sëmuri T INFARKTI I MIOKARDIT

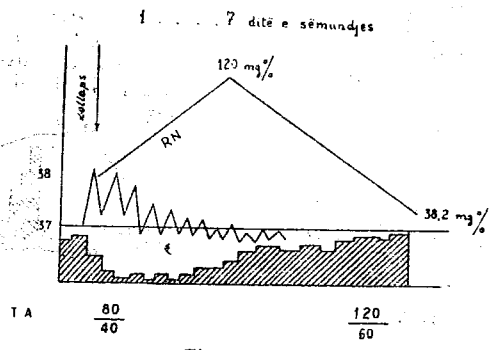


Fig. 5

Të sëmurit T, mbas infarktit të miokardit, me kollaps të rëndë i zhvillohet pothuajse anuria e plotë me azotemi deri 120 mg⁰%, ditën e 7 të sëmundjes.

Më vonë diureza u normalizua dhe azoti gjithashtu. I sëmuri vdiq nga një infarkt i dytë i miokardit (shih fig. 6).

Diagnostikimi i uremisë akute nuk është i zorshëm, me qenë se sëmundja çfaqet me shenja të dukëshme, sikur është ndalimi (ulja e theksuar e formimit të urinës.) Me gjithatë mund të mos i kushtohet një vëmendje e duhur funksionit ekskretor të veshkave, duke u marrë me sëmundjen kryesore, gjendjen e plagës në periudhën postoperative etj. Krye-

I sëmuri A, 50 vjeç HAEMICTOMIA (Uraemia acuta)

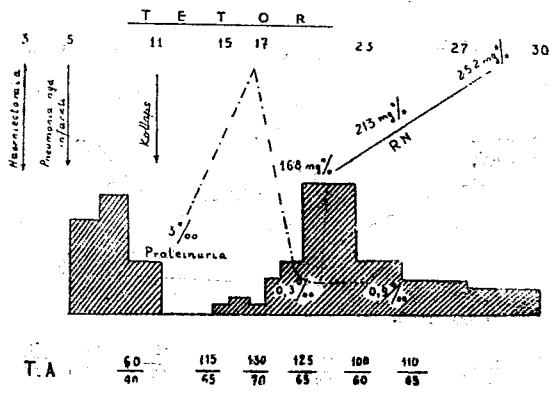


Fig. 6

tik i serumit gjakut, si dhe përmbajtja e natriumit, duhet të qëndrojë në kufijtë e normës, pesha e trupit (sikundër thamë) duhet të ulet pak dhe në mënyrë të vazhdueshme.

2) Ushqimi me karbohidrate (yndyrnat tolerohen keq) i përgjigjet edhe detyrës të kufizimit të dekompozimit të proteinave t'organizmit të të sëmurit, gjë që përpiqen t'a evitojnë edhe me dhënien e aminoacideve kryesore, vitaminave (vitamin B₁ nga 200 γ, çdo dy ditë, Vitamin B₁, B₆, P, acid folik); testosteron (testosteron-propionat nga 25-50 mg në ditë intramuskular gjatë jo më shumë se 10 ditëve).

3) Indikacioni tjetër i mjekimit konservativ është që t'i kundërveprohet intoksikacionit me kalium, duke ulur përmbajtjen e tij në plazmën e gjakut me anë të fiksimit të tij në indet (në celulat) gjë që mund të arrihet në përdorimin e insulin-glukozës dhe NaCl (200 ml. 3-5%⁰ solucion intravenoz me një herë përmirëson elektrokardiogramën, por nuk është e parrezikëshme me qenë se shkakton hipervolemi); duke dhënë antagonistin fiziologjik të kaliumit-kalciumin (100 ml 10%⁰ glukonat në 24 orë); duke eliminuar me përmbajtjen e zorrëve (me anë të sondës, të purganteve të pastrimit të intestinit).

Është mirë të kujtojmë se bashkë me përmbajtjen e zorrëve (me anë purganteve etj.) eliminohen uji, kaliumi, pjesërisht urea, dhe vetëm në shkallë të pakë eliminohen produktet më toksike të metabolizmit të proteinave-fosfatet, prandaj është real rreziku i dhënies në sasi të mëdha të NaCl.

4) Nga masat e tjera janë: regjim shtrati, por jo një qetsi absolute në shtrat. Duhet të rekomandohet një frymëmarrje e thellë, lëvizje pasive dhe aktive të gjymtyrave të poshtme.

Rekomandohet në mënyrë simptomatike kundër vjelljes, pruritit — aminazina (nga 20 mg., 4 herë në ditë intramuskular ose në formë suposte) kundër lemezës jepet gjithashtu CO₂ me anë të inspirimit, bëhet bllokada e n. frenicus; kundër pruritit përdoret metilttestosteron, 25-50 mg. nënë gjuhë), uguent me hidrokortizon; kundër konvulsioneve (d.m.th. retensionit të theksuar të ujit dhe kripës) përdoren purgative drastike, glukozat të kalciumit, magnesium sulfuricum në mënyrë parenterale, barbiturat, që përpunohen në hepar dhe pra nuk dëmtojnë veshkat (p.sh. amital-natrium, i cili është edhe kundër eksitacionit, si dhe paraldehid).

I lejojmë vehtes të nënvizojmë në mënyrë të veçantë se disa masa në dukje indiferente, që merren në ureminë akute janë të rrezikëshme dhe pra të kundraindikuara si p.sh. :

1) Hedhja intravenoze e një sasije të madhe të solucioneve me kripë, diuretikeve osmotike, sidomos të natrium-sulfuricum, hemotransfuzioni (kundër anemisë) për faktin që rrezikon zhvillimin e hipervolemisë dhe insuficiencës kardiake, hemotransfuzioni veç asaj mund të shkaktojë gjithashtu konvulsione me qenë se lidhet citrati me kalciumin.

2) Kundraindikohet gjithashtu edhe hedhja intravenoze e sasive të mëdha të solucioneve jo të koncentruara (5%⁰) të glukozës, sidomos në të njëjtën kohë me marrjen e sasive të mëdha të ujit, me qenë se në këtë mënyrë rritet mbi normën volumi i lëngjeve dhe mund të shkaktohet «helmimi me ujë».

3) Kundraindikohen ose duhet të përdoren me shumë kujdes bar-na të tilla që eliminohen kryesisht me anë të veshkave si p.sh. streptomicina, me qenë se mund të shkaktojë bllokadë të veshkave, kur bile lëngu i portokalles rrit nivelin e kaliumit në gjak, d.m.th. çfaqet një

lloj veprimi akumulues; Penicilina, e cila në kondita normale eliminohet shumë shpejt nga qarkullimi i gjakut, në uremimi akute mund të përdoret më rallë dhe me doza më të vogla dhe megjithatë të sigurojë një efekt të mjaftueshëm anti-infeksioz. Përdorimi i digitaletit mund të jetë i rrezikshëm gjatë kohës së uljes së theksuar të kaliemisë.

4) Kundraindikohen edhe masa të tilla kurative si p.sh. dekapajllimi i veshkave dhe bllokada paranefrale, me qenë se shkaktojnë traumatrizim që deri në një farë shkalle i bashkohet dëmtimi fillestar, bllokada paranefrale shkakton gjithashtu edhe hipotoni-arteriale; diatermia e veshkave kundraindikohet me qenë se, sikundër është provuar, qarkullimi renal shkohet jo nga rrezikshmëria, por nga të ftohtit.

Duhet të nënvizojmë se mjekimi konservativ i thjeshtë që përmendim më lart ka qenë qepur efekt, sa më parë të fillohet.

Për të sëmurët që ndodhen në një gjendje të avancuar të uremisë, duhet të marrim masa të menjhërsme të drejta me shprehje të kërkimit të rritur të tërënjëve (me konvulsione, edeme pulmonare, hipertoni-arteriale, dekompenzim kardial) duhet me një herë të merren masa më emergjente si p.sh. heqja e një sasije gjaku (300-500 ml) nën kontrollin e tensionit arterial, përgjante drastike (natrium sulfat 40 gram me ujë të ngrohtë, fillimën që të mos absorbohet 1,5 l ujë), një mjekim kompleks sipas tipit, p.sh. të emergjency cocktail, intravenoz me Calcium gluconicum (3-10 gram), natrium lacticum (30 gram), insulin (20-40 unitë) në një liter të solucionit 10-20% të glukozës bashkë me strofantinë, si dhe mjekimi i lartpërmendur simp-tomatik.

Mjekimi konservativ, që mund të realizohet me lehtësi, është i mjaftueshëm në një pjesë të madhe të të sëmurëve të intoksikuar me helmë, në abortet, kur azotemia dhe kaliemia rriten relativisht me ngadalë dhe kur, megjithatë oliguria dhe anuria mund të jenë çfaqur prej 2-3 javësh, gjendja e të sëmurëve mund të mos jetë katastrofike.

Në rastet e shkaktuara nga trauma të rënda me dekompozim të masës muskulare, të infeksionit të rëndë etj., përfundimi i mirë mund të shpresohet me përdorimin e veshkës artificiale, por kuptohet se nuk është fjala për të sëmurët in extremis, dhe kjo pothuajse vetëm në gjysmën e rasteve të të sëmurëve.

Veshka artificiale ose dializa me përdorimin e membranës natyrore (peritoneum-i) mund të ulë shpejt kalieminë, të eliminojë komponentët acide të intoksikacionit uremik si dhe ujin e grumbulluar (deri 4 l ujë në një kohë të shkurtër të dializës në aparat). Këto devijime të konsiderueshme patologjike, krahas me simptomatologjinë përkatëse klinike (konvulsione, gjendja stuporoze, edema pulmonare, hipertonia, frymëmarrja e thellë, arithmitë e zemrës etj) janë indikacionet kryesore në përdorimin e veshkës artificiale gjatë insuficiencës renale akute.

Ndërsa exsanguino-transfuzioni i autorëve francezë i përgjigjet këtyre indikacioneve në një gradë më të ulët.

Duhet të kujtojmë se azotemia dhe grumbullimi në gjakoi urese, kreatininës, acidit urik bile deri në shifra kolosale, nuk është indikacion kryesor për përdorimin e veshkës artificiale, me qenë se veprimi toksik primar i lëndëve kimike të lartpërmendura nuk është treguar në mënyrë bindëse.

Po japim diagramën e të sëmurit 26 vjeçar i intoksikuar me zhivë i cili ndodhet tashmë në klinikën tonë fillimi i sëmundjes është akute me

vjellje të shumta, diare, konvulsione të muskujve të gjymtyrave, temperaturë deri 37,60, kolaps. Gjatë ekzaminimit në repartin infektiv, ky u-shtrua ditën e dytë të sëmundjes me dyshim për toksikoinfeksion, u zbuluan ndryshime në urinë (proteinë deri 9,90/00, cilindra hialine dhe granulare). Presioni-arterial 120/75 mmHg — Azoti rezidual 22 mg⁰/0. Ditën e tretë të sëmundjes i u-çfaqën dhimbje të forta në regjionin lumbar, zhvillohet oliguria dhe ditën e pestë anuri complete. Ditën e gjathtë të sëmundjes përmbajtja në gjak e ureas është 100,9 mg⁰/0, e indikatorit 0,26 mg⁰/0, e kreatinës 7,5 mg⁰/0 — Presioni arterial 130/90 mmHg. I sëmuri u transferua në institutin Qëndror të hematologjisë dhe transfuzionit të gjakut, që udhëhiqet nga prof. A.A. Bagdasarov.

Ditën e tetë të sëmundjes përmbajtja në gjak e ureas është 314 mg⁰/0, e kreatinës 40 mg⁰/0. U-bë mjekimi me neokompenson intravenoz (300 mg) dhe solucion 10% të glukozës por pa efekt.

Mbas dy ditësh V.A. Agranenko i bëri operacionin e hemodializës me veshkën artificiale gjatë 2 orëve me rënien e azotit rezidual nga 314 në 214 mg⁰/0. — Mbas operacionit u pa ulja e azotemisë deri 114 mg⁰/0, u normalizua diureza deri 1,5 l. dhe më von deri 3,7 l.

Tashti tek i sëmuri, mbas tri javëve, konstatohet një përbërje kimike normale e gjakut dhe gjurma albumine n'urinë; por ankohet për dobësi të përgjithëshme dhe në urinë konstatohet hipostenuria. Kur i sëmuri, më mjekimin konservativ, ose përdorimin e veshkës artificiale, hyn në periudhën diuretike (me shumë shpresa për shërim), rreziku për shëndetin, për jetën e tij akoma nuk është mënjanuar, por duhet vazhdimi i një mjekimi të mirë dhe racional.

Tashti, jo rallë, lind rreziku i një natyre të kundërt: rreziku i dezidratimit, i humbjes së NaCl, të kaliumit, mbi çka mund të gjykojmë në bazë të rritjes të etjes, të uljes të tensionit arterial, takikardisë duke kontrolluar këta tregues klinikë me përcaktimin e elektroliteve në serumin e gjakut. Në këtë gjëndje, në të kundërt me periudhën anurike, rekomandohet dhënia e lëngjeve në sasi të mëdha me shumë NaCl dhe K, dhënia e lëngjeve të frutave dhe zarzavateve (rush, pjeshkë, lëng domate, bile edhe lëng-mishi). Mbetet gjithmonë rreziku i infeksionit, i cili kërkon mjekimin përkatës (në rast se gjejmë rezistencë të stafilokokut karshi antibiotikëve të zakonshëm atëhere përdorimi eritromicin nga 2 gr. ditën e parë dhe nga 1 gr. ditët e tjera).

K o n k l u z i o n e :

1) Insufienca akute renale, ose uremia akute (uremia akute oligoanurike), klinika e saj, zhvillimi, etiologjia mbeten akoma pak të njohura për masat e gjera të mjekëve, pa marrë parasysh shpeshtësinë e madhe të kësaj forme të dëmtimit të veshkave në të sëmurët që u përkasin specialistëve të ndryshëm (patologë, kirurgë, obstetregjinekologë, infeksionistë etj.).

2) Në patogenezën e insuficiencës renale akute rolin kryesor e ka ishemia e veshkave si rezultat i shok-ut («veshka shokale»), që lind nga shkaqe të ndryshme. Më pak rëndësi ka vetë faktori toksik (intoksikacioni nefrotrop). Duke marrë parasysh këtë mekanizëm të patogenezës edhe tabloja klinike e uremisë akute anurike zhvillohet simbas një mekanizmi kryesor standard, vetëm me disa ndryshime të vogla që mvaren nga faktori etiologjik specifik.

3) Midis çfaqjeve klinike të insuficiencës akute renale shënjat krye-

shprehje progresive e peshës së
 të sëmurit që të
 paraysh rritjen ka
 e urinës me
 veprimtarisë
 etj.
 dhe simptoma të
 stransudat në kavitate,
 të ndryshojnë shu-
 kalël me intoksikacio-
 shkurtër e poliuri-
 nuk përfundon

me përmasa të mjekimit e ure-
 shme dhe shok-ut
 dhe energjik si mundësi, duke marrë
 negativ në rastet e anurisë, të një num-
 konishtë në mënyrë të gjere
 veçanë ka edhe evitimi i veprimeve të tjera të
 veshkat (barnat që nuk janë indiferente për veshkat etj).
 studiumi i metodave speciale të mjekimit, të drejtuara në elimi-
 nime e harkave suplementare të patogjenezës.

Përdorimi i dializës artificiale (veshkës artificiale) kërkon një studim
 të hollësishëm të vetive individuale të gjendjes të të sëmurit, sidomos
 në dinamike, kur edhe mund të llogaritet në një efekt mjaft pozitiv.

ACUTE UREMIA

(Summary)

The author describes the acute renal insufficiency, which passes into acute uremia as a result of heavy ischaemic destructions caused by different etiological factors: heavy lesions with decomposition of the tissues, the action of renal poisons, like mercury, KCL etc., heavy infectious processes, acute obstructions of the renal vessels.

If the treatment of these cases is started early and is followed rationally, it succeeds in saving their lives.

ANOMALIRA KROMOZOMIKE NË EPITELIOMAT INTRAEPITELIALE TË KOLUMIT UTERIN 1)

RENÉ MORICARD

Drejtor i laboratorit të hormonologjisë të shkollës për studimet të larta
të Ministrisë së Arsimit të Francës

Problemi i shtruar për diagnostikimin e parakohshëm (prekoks) të kancerit të kolumit uterin ka shpënë në veçimin e nocionit të epitelioma-s pavimentoze intraepiteliale (ose epitelioma insitu, ose karcinoma in-situ) ose stadi 0 (zero).

Në institojmë mbi interesin që paraqesin anomalitë kromozomike që lejojnë të interpretohen si kanceroze disa leziona epiteliale të cilat janë ende intraepiteliale dhe jo invaduese.

Në laboratorin e Klinikës gjinekologjike të Fakultetit të Mjekësisë së Parisit, në 9531 ekzaminime anatomopatologjike kemi observuar 93 metaplazira pavimentoze të gjëndrave cervikale, 222 leukoplazira, 670 displazira, 100 epitelioma intraepiteliale dhe 422 epitelioma invazive (karcinoma).

Diagnoza klinike është realizuar me këqyrjen kolposkopike dhe veçanërisht në testin e Schiler-it, me ngjyrosje me jod të kolumit uterin. Një zonë jodnegative tregon një anomali strukturale në epiteliumin pavimentoz. Në ekzaminimin e pjesëve operatore kolumi nuk hapet as një herë por pritët i tëri në drejtim sagital. Kështu mund të realizojmë një studim topografik të karcinomave intraepiteliale. Stadi I klinik është një lezion i cili ka të paktën 5 mm. diametër dhe që klinikisht nuk invadon parametrin.

Të gjitha fiksacionet bëhen me Bouin-alkoolik, si për biopsitë ashtu edhe për pjesët operatore. Si ngjyrim përdorim hematoksilinën Weigert, Pikro-Ponso de Kurtis (Picro-Ponceau de Curtiss) i cili ngjyros bërthamat në të zi, epitelin në të verdhë dhe indin lidhës në të kuq.

Për glukogjenin ne preferojmë ngjyrosjen me gomë jode simbas Klod Bernar (Claude Bernard). Për retikulimin mund të realizohet një imprenjim simbas teknikës së afërme me atë të Beilshovski-t mbi biopsitë ose pjesëve operatore të fiksuara me Bouin — alkoolik. Po ashtu është i aplikueshëm edhe reaksioni i Hoçkis Mak Mamis (PAS). Kemi mundur të përcaktojmë lokalizimin e leukoplazive dhe të displazive në hyrjen e kolumit (orificium), ndërsa për metaplazite pavimentoze të gjëndrave cervikale lezioni është në përgjithësi endo-cervikal (fig. 1).

Metaplazia pavimentoze e gjëndrave cervikale njihet nga fakti se në një strukturë pavimentoze ekzistojnë qeliza cilindrike mucikarmino-file (ose me PAS pozitiv). Leukoplazia njihet për arësyë se zhdukja e glukogjenit shoqërohet me formimin e një **stratum granulozum** dhe të një keratinizimi superficial.

Në displazinë ka gjithashtu zhdukje të glukogjenit por nuk ka diferencim të një **stratum granulozum** as keratinizim superficial.

1) Përmbledhje e një konference të bërë në Universitetin e Tiranës më 12 qershor 1961 e mçfaqjen e një filmi 16mm. mbi diagnozën e kancerit të parakohshëm të kolumit uterin.

...për shprehje të vështira për klasifikim; në
...bërthama të rregullta. Mbi 670 displazi që
...bërthama të çrregullta, ku shihet
...theksuar ë citoplazmës dhe një
...superficiale. Këto lëziona mund
...antibiotike dhe japin mbas ekzaminimit
...evidente që mund t'i vëmë në rangun
...këto lëziona riuk janë kan-
...qelizave epiteliiale pavi-

...kolomit (orificium)
...gjitmonë i
...epitelin cilind-
...bazale mbe-
...epite-
...për-
...shtrës së I ibete
...ngashësia dhe
...Haa-
...intraepitel-
...I) (marrë I) sh
...qelizave epiteliiale
...dis- mund të gjëjmë qeliza ku numri i kromozomeve është 45, 46, 47 dhe
...mund të kalojë qindin. Në karcinomën intraepiteliiale plus proliferimit
...anormal ka një zhdukje të menjëherëshme të ngarkesës me glukogjen me
...epitelin patclogjik.

Lezioni epitelial pavimentos depërton shpesh herë në gjëndrat cervikale por membrana retikulare e gjëndrave cervikale mbetet e rregulltë.

Në rast se ekziston një reaksion inflamator dhe bëjmë një mjekim me antibiotike, F. Moricard dhe R. Palmer kanë konstatuar se proliferimi anormal persiston.

Mikroskopia elektronike i ka lejuar Kartier-it (Cartier) që të demostrojë rëndësinë e karakterit anaplazik të këtyre lëzioneve dhe ka konstatuar një strukturë anormale të desmozomeve; dihet se këto korespondojnë pjesërisht me urat intercelulare të histologëve. Në pjesën e mesme të desmozomit gjendet një shirit i qartë dhe i rregullt, kur kemi të bëjmë me një epitel pavimentos normal; kursë në karcinomën intraepiteliiale, ky shirit i qartë zgjerohet në formë çerek hënëze (fig. 5). Ky karakter nuk është specifik për kancerizim. Anomali të membranave mund të vërrehen në displazitë me bërthama të çrregullta.

Studimi i strishëve vaginale mund të ndihmojë në diagnostikimin e karcinomës intraepiteliiale por faktet është gabimet janë të shpeshta, një mund të arrijnë 20% në rastet që he kemi observuar.

Një diagnozë karcinome intraepiteliiale mund të bëhet me siguri para studimit të pjesëve operative. Në 100 raste karcinome intraepiteliiale që bëjnë diagnozën me anën e biopsisë, në dy raste studimi i pjesëve operative na tregoi se lezioni ishte bërë invadues. Ky invadim ishte i kufizuar në madhësinë e milimetrit, porse tubat epiteliiale i tejkalonin gjëndrat cervikale dhe kishin anomalira strukturale të konsiderueshme të retikulimit. Në rastin e raportuar këtu, kjo e sëmurë jeton qysh prej 5 vjet dhe gëzon shëndet të mirë.

Një tjetër rast karcinome i përngjashëm, që filloi me invadim dhe ku problemi i invadimit u diskutua mbi biopsinë, kur u praktikua operacioni Wertheim, studimi i pjesës s'operuar kallzoi ekzistencën e një embolie limfatike; e sëmura vdiq brenda 2 vjetëve nga metastaza hepatohepatike (fig. 6). Është pra shumë vështirë sot për sot që të përcaktohet thjeshtësisht në bazë të morfologjisë karakteri malinj i një karcinome invaduese në fillim.

Në praktikën e përditëshme për ekzaminimin cervical duhet të përdoren testi Schiller, Kolposkopia, eventualisht disa strishio dhe veçanërisht një ose dy biopsira.

Karcinoma intraepiteliale është një lezion i orificium-it (hyrja për në kolumnin uterin) i lokalizuar në vendin e takimit të epitelit pavimentoz dhe të epitelit cilindrik (fig. 7). Karcinoma intraepiteliale kur bëhet invaduese shtrihet shumë herë në brendi drejt kanalit cervical. Në nivelin e orificiumit bëhet çarja e cila lejon depërtimin e tubave epiteliale në indin lidhës. Kjo na bën që të ndajmë stadin zero jo invadues nga stadi I që është invadues. Së bashku me Kottmeir ne mund të admetojmë një nëndarje të stadi I në një stad IA (mikro-karcinomë) dhe në një stad IB (kancer klinik i lokalizuar në kolumnin uterin) i cili është makroskopik dhe është stadi I i klasifikimit të vjetër të S.D.N. (të shoqërisë së kombeve të Hinselmann, dhe Lakasanj (Lacassagne). Nocioni i karcinomës intraepiteliale është një përparim i madh në diagnozën e parakohe të kancerit të kolumnit uterin.

Bibliografi

- R. Moricard — 1) Association française de chirurgie 57 Congrès- Paris 1955.
 2) Gynécologie et obstetrique, tome 57, page 453-1958.
 3) Bulletin Société Royale Belge de gynécologie et d'obstetrique, tom 30, fascicule 4-1960.

CHROMOSOMIC ANOMALIES OF THE INTRAEPITHELIAL EPITHELIOMATA OF CERVIX UTERI.

(Summary)

Summary of a conference by Professor René Moricard, director of the hormonal laboratory of the Superior Study School of the National Education Ministry of France, held for the personnel of the Faculty of Medicine and the physicians of the city of Tirana.

The author presents his points of view, based on a long personal experience of early diagnosis of the cancers of cervix uteri.

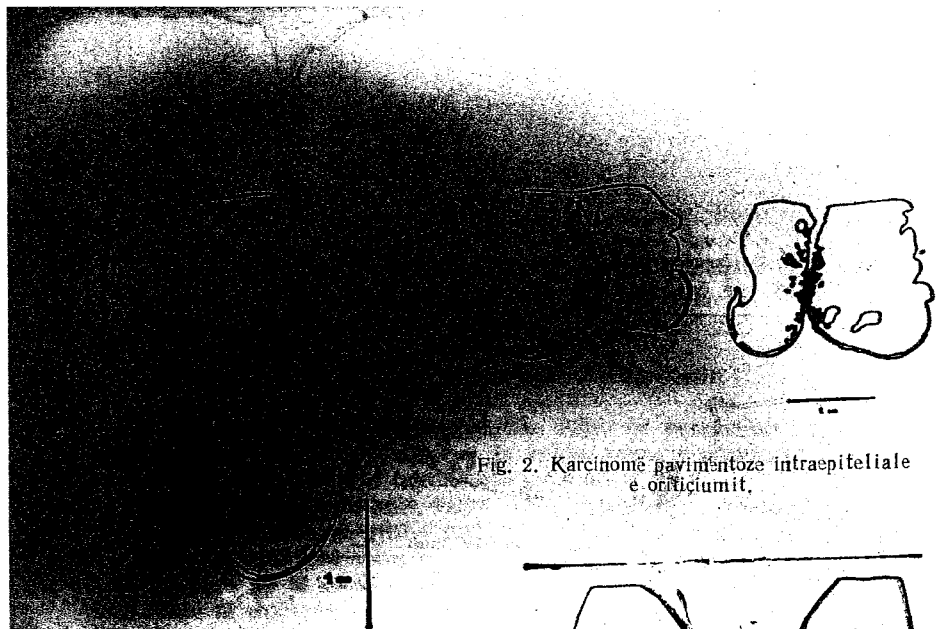


Fig. 1. Lokalizim i displazive në orificiumin cervical dhe i metaplazive pavimentoze në kanalim cervical.

Fig. 2. Karcinomë pavimentoze intraepiteliale e orificiumit.



Fig. 3. Karcinomë pavimentoze intraepiteliale e orificiumit e cila ngjitet në kanalim cervical.

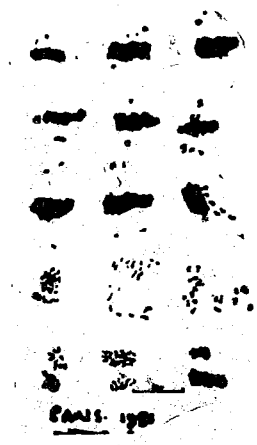


Fig. 4. Metafaza me kromozome të përhapura, anafaza anormale.



Fig. 5. Zgjerim i zonës së qartë medjame të një desmozomi anormal në një karcinomë intraepiteliale

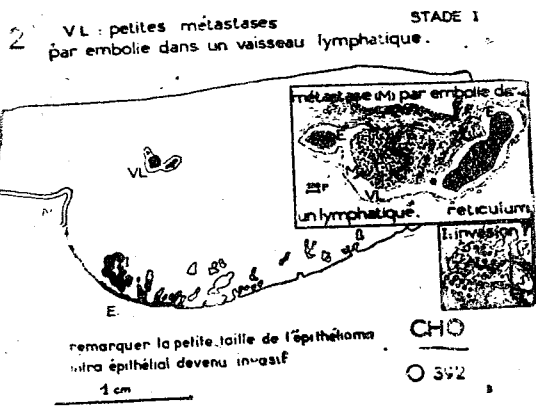


Fig. 6. Karcinomë pavimentoze intraepiteliale që u bë invaduese (metastozë limfatike)

b) Le gynécologue doit connaître la coloscopie, en clinicien av-rit,

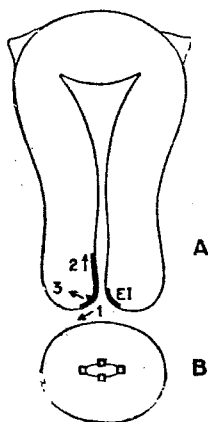


Fig. 7. Evolucion i karcinomës pavimentoze intraepiteliale cervikale.
A—Skema e përgjithëshme
B—Lokalizimi i biopsive eventuale; këto duhet të jenë të brëndëshme dhe orificiale.

KLASIFIKIMI JONË MBI PERITONITET TUBERKULARE DHE KRITIKA E DISA KLASIFIKIMEVE TË TJERË.

JOSIF E. ADHAMI

Klinika e Terapisë së Fakultetit.

Ashtu si në çdo njësi nosologjike edhe në peritonitet tuberkulare klasifikimi ka rëndësi të madhe, jo vetëm për sa i përket unifikimit të terminologjisë, por edhe taktikës së mjekimit.

Përpilimi i klasifikimit, është një punë shumë e vështirë, mbasi duhet të përmbledhë të gjitha format e ndryshme të sëmundjes dhe njëkohësisht të mos jetë shumë i komplikuar dhe konfuz.

Përparë se të ekspozojmë klasifikimin t'onë do të japim një përmbledhje të shkurtër dhe kritikën e disa klasifikimeve të tjerë.

Dupré E. dhe Ribierre P. (1909), nga pikëpamja klinike, dallojnë peritonite tuberkulare, akute dhe kronike.

Në akutet përshkruhet «forma miliare granulike» e cila, sipas tyre, çfaqet gjatë një diseminimi miliar akut, që intereson serozat dhe organet parenkimatoze.

Ne megjtojmë, se nuk është e domosdoshme, që ky lloj peritoniti, të jetë vetëm akut. Sot janë të njohura format e tuberkulozit miliar kronik. Shpesh herë, gjatë ndërhyrjeve kirurgjike në abdomen, ose në rastin e hernieve, është konstatuar një tuberkuloz miliar i peritoneumit, që është zhvilluar në mënyrë krejt latente.

Herë tjetër, sëmundja fillon si një miliare akute, kurse më vonë, zhvillimi i saj mer një karakter subakut ose kronik, veçanërisht sot, ndënë vepërimin e preparateve antibakteriale.

Një rast i këtellë ishte ai i Donika K. vjeç 14, nxënëse. U shtrua në klinikën t'onë më 27 Janar 1958, Nr. kartellës 880. Sëmundja i fillon në mënyrë akute që në fillim të shtatorit 1957, me dhëmbje barku, të vjella, temperaturë të lartë deri 41°, djersë të shumta sa ndrohej 3-4 herë gjatë natës, dhëmbje koke, iu pre oreksi, kishte diare 5-6 herë ditën dhe humbi në peshë.

U mjekua në shtëpi pa efekt, prandaj më 3 Tetor të atijviti, u shtrua në repartin infektiv, me diagnozën «Typhus abdominalis». Atje qëndroi dy muaj dhe iu tha se kishte «mëlçinë e zezë të sëmurë». Edhe kur doli nga spitali, kohë pas kohe paraqiste temperaturë, prandaj pas dy javësh u shtrua në një klinikë tjetër dhe u mjekua me diagnozën **Cholecystitis, thyreotoxicosis**. Gjatë qëndrimit atje, paraqiste subfebrilitet dhe anemi mjaft të theksuar. Ekzaminimi i gjakut: Eritrocite 2,160.000, Hb. 45%, Leukocite 12.000, Bazofile 0%, Eozinofile 4%, Shkopinj 2%, Neutrofile 58%, Limfocite 36%, Monocite 0%. Sedimentacioni 74 m/m 1 orë.

Pasi doli nga klinika, filloj të ketë dhëmbje në shpatullën e majtë, pastaj në të dy bazat e thoraksit, në abdomen, të vjella, diare që alternohej me konstipacion dhe me diagnozën **Pleuritis exsudativa sinistra**, u

dërgua në klinikën t'onë. Ekzaminimet klinike dhe laboratorike, treguan se kishim të bënim me një **tuberculosis miliaris pulmonum, pleuritis exsudativa bilateralis, tuberculosis miliaris peritonei** dhe **hepatitis me perihepatitis**, të cilat duhet të kishin pa tjetër, të njëjtën etiologji.

Kjo paraqitje e shkurtër, tregon se sëmundja me gjithëse filloj si akute, evolucioni i më vonëshëm ishte subakut.

Në grupin e peritoniteve akute, autorët e më sipërmë, futin edhe formën miliare pleuroperitoneale, të cilën gjatë studimit anatomopatologjik të sëmundjes e kanë konsideruar si subakute. Kjo vjen gjatë një granulie me virulencë të dobësuar dhe të lokalizuar në serozën pleuroperitoneale.

Po këta autorë, citojnë punimet e Fernet dhe Boulland, sipas të cilëve evolucioni i kësaj forme, është i ndryshëm dhe mund të kalojë në gjëndje kronike.

Forma e tretë, sipas tyre, është ajo miliare peri-coecale e tipit apendikular.

Kjo u veçua për herë të parë nga Lejars (1896), i cili observoi një rast tuberkulozi miliar të peritoneumit, që simulonte apendicitin dhe që karakterizohej nga një lokalizim pericoecal i tuberkulave.

Duprë E. dhe Ribierre P., tregojnë se forma të këtilla janë paraqitur edhe nga autorë të tjerë: Brun, Routier, Quénu, Broca, Moizard.

Të këtilla përshkrime, kemi gjetur në punimet e Çervjakovskij N. Ja. (1938), Scotti Douglas R. (1940), Ignataviciute B.K. (1956) etj.

Edhe në materialin t'onë, kemi patur mjaft raste, ku peritoniti ka simuluar apendicitin.

Në lidhje me këtë, pikëpamjet t'ona pajtohen plotësisht me ato të Scotti Douglas R., se peritoniti tuberkular, në disa raste, mund të simulojë jo vetëm apendicitin akut, por dhe subakutin e kronikun.

Të gjitha këto, na lejojnë të arrijmë në konkluzionin, se tuberkulozi miliar i peritoneumit, mund të jetë akut, subakut, kronik dhe latent.

Duke marrë parasysh se forma miliare peri-coecale, nuk përfaqëson veç se një variant të tuberkulozit miliar të peritoneumit, në të cilën tuberkulat mund të predominojnë ose të lokalizohen vetëm në një regjion të caktuar, nuk na duket e arësyeshme që t'a ndajmë si formë të veçantë, gjë që do të komplikonte klasifikimin, prandaj do të ishte më mirë t'a futnim në grupin e peritoniteve të lokalizuara.

Përsa u përket peritoniteve kronike, Duprë E. dhe Ribierre P. dallojnë katër forma: ascitike, kazeozo-ulçeroze, fibroze dhe peritonitet e lokalizuara.

Të dhënat t'ona, tregojnë se format ascitike, nuk janë vetëm kronike, por mund të fillojnë dhe në mënyrë akute ose subakute.

Peritonitet fibroze, që sipas klasifikimit t'onë u korespondojnë formave adesivo-plastike dhe adesivo-tympanike, janë vetëm kronike dhe nuk mund të konceptojmë ekzistencën e formave të këtilla, me fillim dhe veçanërisht me zhvillim akut.

Në lidhje me peritonitet e lokalizuara, shpesh herë procesi patologjik nuk intereson gjithë peritoneumin, por vendoset në një regjion të caktuar, si p.sh. në pelvis minor, duke shkakëtuar pelvio-peritonitis.

Ato zakonisht i gjejmë si mbeturina të peritoniteve të generalizuara, që shpesh herë evoluojnë në mënyrë latente, prandaj atëherë kur pengojnë funksionimin normal të organeve abdominale, është vështirë të vësh një kufi të saktë, midis vetë sëmundjes dhe komplikacioneve të saj.

klasifikimi i Dupré E. dhe Ribierre P. ndryshme të peritonitit, ato e ruaj-
të studimin e mëtejshëm të

peritonitit tuberkulare në:

peritonitit i thatë, kazeoz, noduloz, eksudativ, timpanik, asetik, ose mesozozio-
peritonitit i thatë, kazeoz, noduloz, eksudativ, timpanik, asetik, ose mesozozio-

Po të pranohet një shtet i kësaj ndryshimi, atëherë mund të bëhet ndryshimi
variancave të kësaj ndryshimi, ose kësaj ndryshimi, ose kësaj ndryshimi, ose kësaj ndryshimi,
një formë nodulash, ose konglomerate, asetik, intestinalit, aspekt
tumoral, qas em timpanik, eksudativ, timpanik, asetik, ose mesozozio-

Këto variante i takojmë në format adezive timpanike dhe eksuda-
tivo-adezive. Për këtë arsye ne nuk i kemi ndarë si formë timpanike.

Në klasifikimin, sipas karakterit të fillimit dhe dekursit klinik të
sëmundjes, nuk jemi dakord me këtë autor, i cili meiton se format ade-
zive, nodoze, timpanike, ato me aspekt tumoral dhe eksudativ-adezi-
vet, mund të jenë akute. Sepse edhe në qoftë se mund të fillojnë si aku-
te, që të formohen aderenca, plastrone ose konglomerate, nevojitet një
kohë shumë a pak e gjatë. Veç kësaj, këto forma precedohen nga një
peritonit eksudativ me evolucion të ngadaltë, ndonjëherë latent, që sa
kçmi përshlytjen, sikur peritoniti është adeziv që në fillim. Prandaj ne
i konsiderojmë si kronike, që kohë pas kohë mund të paraqitin perioda
akutizimi. Në format mikste, evolucioni i tyre mund të jetë edhe suba-
kut.

Përveç këtyre që thamë, në klasifikimin e mësipërm, nuk përfaqë-
sohen peritoniti i thatë, tuberkulozi miliar i peritoneumit dhe format e
lokalizuara të sëmundjes. Ka mundësi që peritonitin e thatë, autori, ta
ketë inkadruar në formën timpanike të kësaj sëmundjeje.

Hatiganu dhe Goia (1941), pranojnë formën akute, që zakonisht
vjen gjatë një granulie dhe formën subakute pleuro-peritoneale, sipas
Fermé dhe Boulland.

Përveç këtyre peritoniteve kronike, i ndajnë në katër forma:

- 1 - Fibro-adezive (fibro-plastike)
- 2 - Fibro-kazeoze ose ulçero-kazeoze.

Në këto grupe si lokalizime më të shpeshta, konsiderojnë: peripendicitin
peritonitit perisigmoidian, pelvi-peri-
tonitit tuberkulare, peritrenik dhe peritonitin superior, që
mund të jetë perigastrik, ose perikolecistik.

Rastë të këllillë të izoluar, ne kemi konstatuar shumë rallë; zakonisht këto i gjejmë si pjesë përbërëse të një peritoniti të generalizuar.

Kovtunoviç G.P. dhe Keleman V.D. (1957), në monografinë e tyre mbi peritonitet tuberkulare, i ndajnë në gjashtë forma:

- 1 — Tuberkulozi i nyjave limfatike mezenteriale.
- 2 — Eksudative.
- 3 — Eksudativo-nodoze.
- 4 — Tumoroze.
- 5 — Adezive.
- 6 — Pürulento-kazeoze.

Përveç formave të pa përfaqësuar këtu, e meta kryesore e këtij klasifikimi është se tuberkulozin e nyjave limfatike mezenteriale e konsideron si një nga format e peritonitit.

Po të pranohim një gjë të këllillë, duhet që dhe bronchadenitet t'i konsiderojmë si një formë e pleuritit ose perikarditit tuberkular.

Përsa u përket formave eksudative, është e drejtë pikëpamja e këtyre autorëve, se këto mund të jenë jo vetëm kronike, por dhe akute.

Shçupak N.B. (1958), kur flet për formën tumorozë, tregon se në peritonitet adhesive, ndonjëherë palpohe formacione me aspekt tumoral, të cilat u detyrohen cikatrizimeve të epiplonit, aderençave me stomakun, intestinën, ngjitjes midis ansave intestinale dhe ndryshimeve fibrotike të mezenterit.

Këto korespondojnë me të dhënat t'ona, sepse si forma tumorozë, ashtu dhe nodulare, nuk janë gjë tjetër veçse variante të peritonitit adeziv.

Të bazuar mbi të dhënat e literaturës dhe mbi më tepër se 400 observacionet personale, mund të përpilojmë klasifikimin që vijon.

1 — **Peritonitis sicca.** — Mund të jetë akute, subakute, kronike dhe latente.

Të sëmurët paraqitin dobësi, anoreksi, djersë të pakta më tepër në mbremje, dhëmbje barku, mund të kenë turbullime menstruale, kurse ato dispeptiket mund të mos jenë shumë të theksuara. Objektiviisht ata janë të zbehtë, kanë polimikroadenopati periferike, kurse Rontgenologjikisht, mund të jenë të rritura dhe nyjat limfatike mediastinale. Abdomeni është i fryrë, ka meteorizëm por jo shumë të theksuar si në format adezivotympanike. Gjatë palpimit të barkut, vihet re një sensibilitet difuz, por më i theksuar duket në regjionet paraumbilikale.

Muri i abdomenit nuk është i ntrashur as edematoz, por më shpesh është i hollë dhe me vështirësi vihet re një ntrashje fare e lehtë e peritoneumit; më rallë, gjatë palpimit mund të ndjehen krepitacione dhe në auskultacion fërkime peritoneale. Hepari mund të jetë i rritur 1-2 cm. ndënë harkun brinjor dhe sensibil në palpim. Splina zakonisht nuk preket.

Diagnoza është mjaft e vështirë, mbasi simptomat klinike nuk janë shumë të theksuara dhe shpesh herë konfondohet me visceroptozat, gastritet, parazitët intestinalë, veçanërisht në rastet, kur ekzaminimi i feçeve është pozitiv.

Kaç është e vërtetë, sa shpesh herë diagnoza vihet në mënyrë retrospektive. Zakonisht është fjala për të sëmurë me pleurit eksudativ, të cilët njëkohësisht paraqitin dhëmbje të lehta barku, meteorizëm, diare ose konstipacion, amenore, dismenore ose turbullime të tjera menstruale, sen-

... në abdomen, sidomos në regjionet paraumbilikale. Por të
... simptoma u atribuohen pjesërisht shkaqeve të më sipërm.
... antoksikacionit tuberkular dhe mjeku nuk u jep rëndësi.
... temperaturës, djersëve, dobësisë, anoreksisë dhe shënja-
... të antoksikacionit, këto janë të përbashkëta si për pleuritën,
... dhe për peritonitin tuberkular.

... veprimin e terapisë antibakteriale, krahas me shërimin e
... dhe peritoniti i thatë, kështu që diagnoza e këtij të
... Por herë tjetër, pak kohë pas likuidimit të
... shenjat e peritonitit, të cilat kësaj here janë
... ose më rallë evolucioni bëhet drejt

... se shprehjet dispeptike, menstruale
... pleuritit eksudativ, nuk
... i cili më vonë u

... në rastet
... është interesuar

... sëmundjeve kronike të beson përto-
... hollesi mbas-
... sëmundjeve të terapisë antibakteriale, të sëmundjeve shprehur. Me
... gjatë shpesh here gjatë akutizimeve të procesit, kur inflamacioni inter-
... në apendicit akut ose subakut, pacientët
... operacionit.

... inflamuar, hiperemik, ka hum-
... deqazit, depozitim fibrinozë, zakonisht
... në shumë ose më pak të rritura në
... inflamuar, edematoz. Gjatë akutizimit të pro-
... apendikulare, mund të prodhohet në kaviti-
... serofibrinos ose serohemoragjik.
... zhvillohet prej një kohe shumë e pak
... dhe aderenca midis anasave intestinale ose
... Këto tregojnë se evolucioni i tij, bëhet drejt for-
... dhe adezive.

... Një rast i këtillë është ai i pacientes Naile M. vjeç 17, e cila u
... 2 Korrik 1956. Nr. Kartellës 5956. E konside-
... prej një muaji, kur filloj të ketë dobësi të përgj-
... në hypokondrin e djathtë që ndonjëherë
... gjithë abdomenin, sidomos perumbilikal, pastaj iu çfaq
... në klinikë, gjendja e përgjithshme ishte relativisht
... ankohet për rëndim retrosternal kollë të
... nënstratit dhe natën. Përveç këtyre paraqiste një
... të menstruacionet i kishte të rre-
... të lehtë të bu-
... të fryra si tuba.
... periferike
... të bota, ritmike, por të shpejta
... të perikardit. Presioni ar-
... Presioni venoz 152 mm ujë. Fërkimet
... të majtë, kurse sinusi freniko-

kostal nuk hapej mirë. Respiracioni 27/minutë. Kapaciteti vital 1800 cc. Abdomeni ishte ndënë nivelin e toraksit, i dhëmbëshëm gjatë palpimit, sidomos në regjionin paraumbilikal të majtë. Heparit i rritur 7 cm ndënë harkun brinjor, i butë, i mprehtë, i dhëmbëshëm, zinte gjithë hypokondrin e djathtë dhe pjesën e sipërme të epigastriumit. Splina nuk prekej.

Ekzaminimi i urinës pa ndryshime, përveç Diazoreksionit që ishte pozitiv. Gjakut: Eritrocite 3.870.000, Hb. 65%, Leukocite 5.800, B.O⁰/₀, E. 2⁰/₀, Sh. 1⁰/₀, N. 72%, L. 25⁰/₀, M. 0⁰/₀. Sedimentacioni 48mm/1 orë. Reaksioni Pirquet i graduar pas 24 dhe 72 orësh me tuberkulinë humane 5⁰/₀ (-) (-), 20⁰/₀ (±) (+), bovine 5⁰/₀ (-) (-), 20% (+) (+ +).

Radioskopia e toraksit në fillim tregoj se hija kardiake ishte e rritur në të dy anët, konfiguracioni mitral, spaciumi retrokardiak i mbushur, kurse disa ditë më vonë, kur likuidi perikardial ishte resorbuar ndënë vepërimin e preparateve antibakteriale dhe hormonale, u konstataua **lymphadenitis paratrachealis dextra dhe bronchadenitis bilateralis**.

Të bazuar mbi të dhënat e anamnezës dhe ekzaminimit objektiv, vumë diagnozën e **perikarditis exsudativa dhe pleuritis sicca sinistra**. Por dhëmbjet abdominale difuze, të cilat ishin më të theksuara periumbilikal, turbullimet menstruale, shënjat e intoksikacionit tuberkular, sensibiliteti që konstatohej gjatë palpimit të regjionit paraumbilikal të majtë, polimikroadenopatia periferike, na bënë të mejtajmë se përveç pleuroperikarditit, pacientja paraqiste dhe një **peritonitis sicca**.

Ndënë vepërimin e terapisë, gjendja e pacientes përmirësohej me shpejtësi. Më 18 Gusht të atij viti, iu ndalua ultra corteni dhe i vazhdohej vetëm mjekimi me streptomycinë e phtihvasid. Në mbas ditën e 9 shtatorit, pati dhëmbje të forta në fossa ilica dextra, defans muskular, Blumberg pozitiv, takikardi, iu tha gjuha, prandaj mjeku i rojës në konsult me kirurgun, e transferon në repartin e kirurgjisë, me diagnozën «**appendicitis acuta**». Nuk paraqiste të vjella, kurse leukocitet ishin 7.600 mm³.

U operua që atë natë. Në kavitetin peritoneal u gjend mjaft eksudat serohemoragjik. Apendiksi ishte mesocoecal, edematos, aderent, shumë hyperhemik. Po ashtu peritoneumi, por nuk paraqiste tuberkula miliare. Zorra e hollë kishte aderenca, ndërsa nyjat limfatike mezenteriale qenë të zmadhuara. Iu bë **appendectomy** duke iu shtënë 1 gr. streptomycinë intraperitoneal dhe 500.000 U penicilinë.

Pastaj u transferua përsëri në klinikën t'onë, ku iu vazhdua terapia e më parëshme, deri në 7 Tetor, kur doli në gjendje fare të mirë. Presioni arterial, venos dhe analiza e gjakut, u normalizuan krejtësisht.

Siç duket nga demonstrimi i më sipërm, simptomat peritoneale janë aqë diskrete, sa mund të vihej në dyshim ekzistenca e një **peritonitis sicca**, por evolucioni i më vonëshëm, tregoi se prapa tyre fshihej jo vetëm inflamacioni i peritoneumit, por edhe një limfadenit mezenterial dhe peritoniti evoluonte drejt formës adezive. Akutizimi i procesit, megjithëse nuk shoqërohej me perforacion të apendiksit, leukocitozë etj., u bë shkak që të prodhohet eksudat serohemoragjik, i cili sipas mejtimit t'onë, i detyrohet jo vetëm inflamacionit të këtij organi, por të gjithë peritoneumit.

Ka dhe raste kur limfonodulat mezenteriale janë të rritura shumë, të kazeifikuar, aqë sa mund të fistulizohen dhe përmbajtja e tyre të zbrastet në kavitetin peritoneal, atëhere peritoniti kalon në formën kazeozo-purulente.

Veç kësaj, nuk duhet haruar, se ndonjëherë, prapa peritonitit të thatë, mund të fshihet një tuberkuloz miliar e peritoneumit.

Në një pacient që paraqiti një simptomatologji të tillë, sado diskrete, duhet bërë pa tjetër ekzaminimi gjinekologjik (mbasi në shumicën dërmuese të rasteve është fjala për femra), për të zbuluar adnexitin, që mund të jetë piknisja e përhapjes së procesit në peritoneum. Është e nevojshme të bëhet dhe një ekzaminim i kujdesëshëm i toraksit, mbasi peritoniti i thatë, shpesh herë mund të shoqërohet me pleurit të thatë.

Në klinikën t'onë, kemi konstatuar se ndonjëherë peritoniti i thatë efaqet në të sëmure me pleurit eksudativ edhe gjatë kohës, kur këta ndodhen ndënjë vepërimin e preparateve antibakteriale, natyrisht me një simptomatologji më pak të theksuar se zakonisht.

Në rastet kur peritoniti i thatë është pjesë përbërëse e një pleuro-peritonitit ose shtakut, në qoftë se nuk mjekohet për kohë të gjatë, ai transformohet në eksudativ dhe adeziv.

Në rastet kur këto që thamë, në demonstrojmë shkurtimisht pacientin që ka qenë i punësuar. U shtrua në klinikë më 30 Korrik 1958. Në historikun e sëmundjes, në fillim të vitit u sëmur në mënyrë akute nga një pleuritis eksudativa dextera, dhe njëkohësisht paraqiste turbullime dispneutike të theksuara, si diçka 2 herë ditën, të përzjera, të vjella, meteorizëm etj. Por shënjat fizike të abdomenit, me sa duket, nuk lejonin të vihej diagnoza e peritonitis sicca, brëndaj u mjekua nga dispenseria antituberkulare, vetëm për një kohë të shkurtër.

Pa kaluar 2-3 muaj, u shtrua në klinikën t'onë me pleuritis eksudativa sinistra deri në brinjën e III-të.

Kur u shtrua, përveç simptomave të tjera, paraqiste dhembje abdominale, i fryhej barku sidomos pas buke, kishte amenore prej dy muajsh. Objektivisht, nryat limfatike periferike palpoheshin në të gjitha regjionet, abdomeni që pak i fryte nga meteorizmi, sidomos në gjysmën e majtë dhe i dhembëshëm, më tepër në regjionet paraumbilikale, në të cilat gjatë auskultacionit, ndërghjoheshin fërkime peritoneale. Hepar i prekej 2 cm. ndënjë harkun brinjor dhe ishte i dhembëshëm në palpim.

Megjithëse ne e vumë diagnozën e peritonitis sicca, bëmë gabim që e nxuarmë të sëmurën shumë shpejt nga klinika, brenda 31 ditësh, duke u bazuar mbi faktin, se likuidi pleural u resorbua shumë shpejt, ndënjë vepërimin e preparateve antibakteriale të kombinuara me prednison.

7-8 muaj më vonë ajo u shtrua përsëri në klinikën tonë, me peritonitis eksudativa, megjithëse dhe ambulatorisht vazhdoj, sipas rekomandimit t'onë, mjekimin me isoniasid dhe P.A.S.

Ipokulimi i likuidit ascitik në kavie, shkakëtoj tuberkuloz të generalizuar.

Fillimi i sëmundjes, zhvillimi i saj, rezistenca kaq e madhe e një peritoniti të thatë kundrejt preparateve antibakteriale, prezença e mycobacterium-it të tuberkulozit në likuid, na bënë të mejojmë se prapa kësaj forme të peritonitit, fshihej tuberkulozi miliar i peritoneumit.

Të bazuar mbi të gjitha këto që thamë, mund të arrijmë në konkluzionin, se për të vënë diagnozën e peritonitis sicca, duhet të kërkojmë këto të dhëna:

1 — Shënjat e tuberkulozit primar dhe intoksikacionit specifik; anoreksia, humbja në peshë, lodhja e shpejtë, iritabiliteti i theksuar ose e kundërta e tij, pagjumësia, temperatura subfebrile dhe e pa rregulltë, dier-

së, rritja e nyjave limfatike periferike ose mediastinale e mezenteriale, anemia hypokrome, shtimi i sedimentacionit, zvogëlimi i raportit albumina-globulina, sensibiliteti i madh kundrejt tuberkulinës etj.

Të gjitha këto na ndihmojnë për të vënë diagnozën, por nuk janë karakteristike për peritonitin e thatë, sepse pjesën më të madhe të tyre e gjejmë në të gjitha format e seroziteve.

2— **Sindromi dispeptik**, konsiston në të përzjera, të vjella, diaree, herë tjetër konstipacion ose alternacion midis tyre, meteorizëm jo shumë i theksuar etj.

Ky flet në favor të prekjes së serozës peritoneale; por takohet në të gjitha format e peritonitit, si dhe në sëmundje të tjera të traktit digjektiv.

3. — **Sindromi dëloros**. Dhëmbjet zakonisht janë të lehta, në formë rëndimi difuz në gjithë abdomenin, por më të theksuara në regjionet paraumbilicale, veçanërisht gjatë palpimit të thellë. Herë tjetër dhëmbjet lokalizohen në regjionet inguinale dhe iradiohen poshtë në drejtim të kofshës; këto nuk janë karakteristike të peritonitit, por të adneksitit që shpesh herë e precedon dhe e shoqëron atë. Në këto raste të sëmurat ankohen dhe për dhëmbje mezi.

Gjatë palpimit të thellë të regjionit paraumbilikal të majtë ose të fosave iliakë, mund të palpohen nyjat limfatike mezenteriale, atëhere kur ato janë injart të ritura, kur meteorizmi është i pakët dhe muri abdominal i hollë, siç ngjet në multiparet.

4. **Simptomat peritoneale**.— Këto janë më karakteristike, por njëkohsisht më të vështirat për t'u vënë në dukje.

Ntrashja e peritoneumit të cilën Kisel A.A. (1929), e ka përshkruar në peritonitët eksudative, veçanërisht pas resorbimit të likuidit, në gjejmë më të theksuar atëhere kur evolucioni bëhet drejt formës adhesivo-plastike, kurse në peritonitet e thata, ntrashja është më e rallë dhe pak e theksuar, prandaj konstatimi i saj, kërkon një farë eksperince shumë a pak të gjatë.

Gjatë palpimit të murit abdominal, mund të ndjehen krepitacione, kurse në auskultacion fërkime të peritoneumit. Këto të fundit ndëgjoen vetëm atëhere, kur respiracioni bëhet sipas tipit torako-abdominal e duhen dalluar nga peristaltika intestinale e cila ndëgjoet dhe kur i sëmuri e ndalon frymëmarrjen.

Ndëgjimi i fërkimeve peritoneale, mund të themi se përbën simptomën më të sigurtë, ashtu sikurse fërkimi i pleurës, në pleuritët e thata.

Prezenca e këtyre simptomave, konfirmon diagnozën e peritonitis sicca, kurse mungesa e tyre, nuk na lejon t'a ekskludojmë atë, në qoftë se ekzistojnë simptomat e përshkruara më parë.

5.— **Turbullimet menstruale**.— përbëjnë një nga shënjat më të shpesh-ta dhe takohen në të gjitha format e peritonitit tuberkular.

Ato u detyrohen salpingoophoriteve tuberkulare, prej të cilave procesi inflamator shpesh herë përhapet në peritoneum.

U zgjatëm në përshkrimin e peritonitit të thatë, sepse në literaturë, jo vetëm që nuk kemi gjetur ndonjë paraqitje të hollësishme të klinikës së kësaj forme të peritonitit tuberkular, por shumica dërrmuese e autorëve, as që e përmendin fare!

2— **Peritonitis eksudativa**.— Në kundërshtim me autorët e tjerë, të cilët e konsiderojnë vetëm si formë kronike, ne kemi konstatuar se fillimi

dhe zhvillimi i tij, mund të jetë akut, subakut, kronik, me akutizime, të përsëritura ose dhe tërësisht ose në mënyrë asimptomatike, ose simptomatike. Në mënyrë të zakonshme, sëmundja fillon me një sëmundje të vogël të fëmijëzisë, e cila mund të jetë zbulohet pas sëmundjes së mëtejshme. Kjo formë, siç është e njohur, mund të pasqyrojë peritonitin e thartë ose tuberkulozizim mullor, peritonitin e fëmijëzisë dhe në këtë rastin e fundit, çfaqja e likuidit është e zakonshme. Në këtë rast, nëse sensibilitetet dhe reaktivitetet të bagazhit të sëmundjes së mëtejshme, nuk prodhohet për shkak të sëmundjes së mëtejshme, të cilat shfaqen në pacientit dhe gjatë sëmundjes së mëtejshme, në mënyrë të përsëritshme. Në këtë rast, sëmundja mund të jetë kronik.

Sëmundja mund të jetë kronik, e cila shfaqet në formë të kërkimit të tij në formën më të zakonshme të sëmundjes së mëtejshme, e cila prodhohet për mungesë të formimit të peritonitit të fëmijëzisë, e cila shfaqet në formë të kërkimit të fëmijëzisë. Kalimii peritonitëve eksudativë të kazeozë përuldate, në të cilin formë, nuk ka qenë i rallë, porrë sot kur posedojmë substancë antibakteriale, ky është eksepsional.

Forma e tretë sipas klasifikimit t'onë, është ajo mikste ose eksudativo-adhesiva. Në këtë formë të sëmundjes, sëmundja shfaqet në formë të kërkimit të tij në formën më të zakonshme të sëmundjes së mëtejshme, e cila prodhohet për mungesë të formimit të peritonitit të fëmijëzisë, e cila shfaqet në formë të kërkimit të fëmijëzisë. Kalimii peritonitëve eksudativë të kazeozë përuldate, në të cilin formë, nuk ka qenë i rallë, porrë sot kur posedojmë substancë antibakteriale, ky është eksepsional.

Forma e katërtë sipas klasifikimit t'onë, është ajo mikste ose eksudativo-adhesiva. Në këtë formë të sëmundjes, sëmundja shfaqet në formë të kërkimit të tij në formën më të zakonshme të sëmundjes së mëtejshme, e cila prodhohet për mungesë të formimit të peritonitit të fëmijëzisë, e cila shfaqet në formë të kërkimit të fëmijëzisë. Kalimii peritonitëve eksudativë të kazeozë përuldate, në të cilin formë, nuk ka qenë i rallë, porrë sot kur posedojmë substancë antibakteriale, ky është eksepsional.

Forma e pestë sipas klasifikimit t'onë, është ajo mikste ose eksudativo-adhesiva. Në këtë formë të sëmundjes, sëmundja shfaqet në formë të kërkimit të tij në formën më të zakonshme të sëmundjes së mëtejshme, e cila prodhohet për mungesë të formimit të peritonitit të fëmijëzisë, e cila shfaqet në formë të kërkimit të fëmijëzisë. Kalimii peritonitëve eksudativë të kazeozë përuldate, në të cilin formë, nuk ka qenë i rallë, porrë sot kur posedojmë substancë antibakteriale, ky është eksepsional.

Në këtë formë të sëmundjes, sëmundja shfaqet në formë të kërkimit të tij në formën më të zakonshme të sëmundjes së mëtejshme, e cila prodhohet për mungesë të formimit të peritonitit të fëmijëzisë, e cila shfaqet në formë të kërkimit të fëmijëzisë. Kalimii peritonitëve eksudativë të kazeozë përuldate, në të cilin formë, nuk ka qenë i rallë, porrë sot kur posedojmë substancë antibakteriale, ky është eksepsional.

Në këtë formë të sëmundjes, sëmundja shfaqet në formë të kërkimit të tij në formën më të zakonshme të sëmundjes së mëtejshme, e cila prodhohet për mungesë të formimit të peritonitit të fëmijëzisë, e cila shfaqet në formë të kërkimit të fëmijëzisë. Kalimii peritonitëve eksudativë të kazeozë përuldate, në të cilin formë, nuk ka qenë i rallë, porrë sot kur posedojmë substancë antibakteriale, ky është eksepsional.

Në këtë formë të sëmundjes, sëmundja shfaqet në formë të kërkimit të tij në formën më të zakonshme të sëmundjes së mëtejshme, e cila prodhohet për mungesë të formimit të peritonitit të fëmijëzisë, e cila shfaqet në formë të kërkimit të fëmijëzisë. Kalimii peritonitëve eksudativë të kazeozë përuldate, në të cilin formë, nuk ka qenë i rallë, porrë sot kur posedojmë substancë antibakteriale, ky është eksepsional.

tjetrën, vihet re jo vetëm në rastet e pa mjekuar, të cilët paraqiten më vonësë në klinikë, por shpesh herë dhe gjatë mjekimit me preparate antibakteriale, veçanërisht atëhere kur nuk evakuhet eksudati dhe resorbi- mi i tij bëhet me ngadalë.

Një gjë e tillë ndodhet rallë, gjatë përdorimit të kortikoterapisë, mbasi ajo bën që likuidi peritoneal të resorbohet shpejt dhe nuk ka kohë që fi- brina të organizohet.

Ntrashja e theksuar e peritoneumit dhe e gjithë murit abdominal, pas- toziteti dhe aspekti edematoz i tij, janë simptoma që ne i kemi konstatuar pothuajse gjithëmonë, gjatë kalimit të formave eksudative, në adezivo- plastike.

Herë tjetër, pastoziteti nuk është uniform, por në vënde vënde, palpo- hen masa me aspekt tumoral, të cilat janë bërë shkak që disa autorë (Kovtunoviç G.P. dhe Keleman V.D. 1957, Shçupak N.B. 1958) t'a konsi- derojnë këtë variant, si formë të veçantë.

Shpesh herë, ansat intestinale aglutinohen midis tyre, epiplooni i ntrashur mund të marrë pjesë në to, ose mbeten zona me eksudat midis aderencave të trasha; këto masa të forta, të pa rregullta, në formë plla- kash, përbëjnë të ashtuquajturat «Gâteaux péritonéaux» dhe janë më të shpeshta në formën kazeozo-purulente.

Në palpim mund të ndjehen krepitacione dhe në auskultacion mund të ndëgjojnë fërklime peritoneale, njëlloj si në formën e thatë.

Më rallë, pas resorbimit të eksudatit, volumi i abdomenit mbetet shu- më i madh, i fryrë nga meteorizmi, që zakonisht është më i theksuar në gjysmën e tij të djathtë. Në thellësi mund të preken brida dhe aderenca të shumta, të cilat i fiksojnë organet e abdomenit dhe mund të bëhen shkak për komplikacione të ndryshme; midis tyre duhet përmëndur okluzioni in- testinal, që sipas Lejars (1881), mund t'i detyrohet strangulacionit, coudu- re-s, aglutinimit të ansave intestinale në formë paqétash, ose paralizisë.

Në materialin t'onë, kemi konstatuar dhe raste të ralla, kur okluzioni nuk ka qënë i plotë dhe pacienti ka paraqitur simptomatologjinë e një sindromi subokluzional të tipit König.

Të dy variantët e formës adesive, mund të pasojnë jo vetëm peritoni- tin eksudativ, por dhe atë kazeozo-purulent, ose t'a precedojnë atë, në ras- tet kur ndonjë limfonodul mezenterial i kazeifikuar, fistulizohet në kavi- tetin peritoneal.

Dallimi kryesor i formës adezivo-tympanike, nga adezivo-plastikja, është rritja shumë e madhe e volumit të abdomenit, për shkak të meteo- rizmit të theksuar. Një karakteristikë tjetër e peritoniteve adezivo-tim- panike, është rezistenca shumë e madhe kundrejt terapisë.

Në këtë variant, mund të futet e sëmura Tote L. vjeç 61, shtëpijake, e cila u shtrua në klinikë për herë të parë në 21 Mars 1955. E konsideron- te vetten të sëmurë që në fillim të janarit të atij viti, kur kishte tempera- turë, të dridhura, dhëmbje në hypokondrin e djathtë që i përhapeshin në gjithë barkun, djersë sidomos natën, iu pre oreksi dhe filloj t'i rritet vo- lumi i abdomenit.

Kur u shtrua, paraqiste një peritonit eksudativ të shoqëruar me meteo- rizëm të theksuar. Mbasi vinte nga një zonë e Shqipërisë së jugut, ku kishte raste brucelloze dhe reaksioni Wright i doli 1/200, në fillim u ezi- tua për etiologjinë tuberculare dhe u mjekua vetëm me streptomycinë. pa e kombinuar me preparate kimioterapeutike.

Reaksioni Wright i përsëritur, jo vetëm që nuk paraqiste titër më të

lartë, por ishte vazhdimisht negativ, po ashtu dhe reaksioni Burnet, ndër-
sa Pirquet ishte (+ +).

Nga fundi i prillit të atij viti, iu çfaq likuid pleural bilateral dhe u
përbush kuadri i polyserozitit. U mjekua me streptomycinë, PAS, dhe
mbasi u përmirësua, u dërgua për 6 muaj në sanatoriumin ekstrapulmo-
nar të Vlorës.

Në Tetor të 1956, u shtrua përsëri në klinikë, me shenjat e një peri-
tonitis adhesivo-plastica, hepatitis, perihepatitis dhe bronchadenitis dex-
tra - me calcifikime dhe fibrozë parahylare.

Në shkurt të 1957, u mjekua në një klinikë tjetër, po me këtë diagno-
zë. Në gusht të atij viti, shkoj në plazhin e Vlorës, por një javë mbas mba-
nimit të helioterapisë, kaloj gripin epidemik dhe iu përsëriten të gjitha
simptomat. Kështu më 2 Tetor, kur u shtrua përsëri në klinikën t'onë iu
konstatua likuid ascitik, d.m.th. reaktivizimi i procesit e transformoi perito-
nitin adezivo-plastik, në eksudativo-adeziv. Gjatë mjekimit, likuidi u re-
zorbua, por abdomeni mbeti i rritur në volum nga meteorizimi dhe ade-
rencat, aqë sa cirkonferenca e tij shtrirë ishte 105 cm, kurse më këmbë
108 cm.

Kontrollet periodike treguan se peritoniti mori një karakter adezivo-
timpanik kronik, me përmirësime ose keqësime periodike, me gjithë sasi-
në e madhe të substanca antibakteriale që kishte përdorur.

Ky demonstrim i shkurtër, vë në dukje se:

a— Fillimi me vonesë i terapisë, bën që format akute ose subakute,
të kronicizohen.

b— Format e ndryshme të peritonitit, nuk përfaqësojnë, veçse stadi
të ndryshme të të njëjtit proces.

5.— **Peritonitis caseoso-purulenta.**— Evolucioni i kësaj, ashtu sikurse
dhe i formës adezive, është vetëm kronik, por që kohë pas kohe, mund të
paraqitë perioda akutizimi.

Në kohën e sotëshme, kjo formë është shumë e rallë.

E gjejmë zakonisht në të sëmurë me limfadenite mezenteriale, të cilat
kazeifikohen, fistulizohen dhe pusi i tyre derdhet në kavitetin peritoneal.
Pusi mund të organizohet, formohen aderenca të shumta dhe barku duket
i mbushur me masa tumorale ose «Gateaux péritonéaux», prandaj për
shkak të tyre dhe ansave intestinale të meteorizuara, vihen në du-
kje zona matiteti, që alternojnë me zona timpanizmi dhe i ngjasin fushës
së shahut.

Herë tjetër, aderenat janë më të pakta dhe pusi mund të jetë pjesë-
risht i lirë në kavitetin peritoneal, ashtu siç ndodhi tek e sëmura Qamile
D. vjeç 37, që u shtrua në klinikë më 10 maj 1955, Nr. Kartellës 3534. E
konsideron vehten të sëmurë që prej një viti, kur filluan t'i rriten nyjet
limfatike cervikale, të cilat arinë madhësinë e një grushti; pas 2 muajsh
iu zvogëluan, por 3 muaj më vonë, iu rriten përsëri dhe formuan paqeta
të mëdha në të gjithë regjionet.

Pastaj iu çfaqën dhëmbje në bazat e toraksit, kollë e thatë dhe tempe-
raturë me të dridhura. Ndenji në fshatin e saj, pa asnjë mjekim dhe gjend-
ja, kur përmirësohej kur keqësohej. Kohët e fundit kishte dhëmbje bar-
ku dhe vuri re se filloj t'i rritet volumi i tij, iu shtuan dhëmbjet torakale,
paraqiste dispnë, prandaj erdhi në Tiranë, vizitohet dhe me diagnozën
«ascites» shtrohet në klinikën t'onë.

Kur u shtrua, gjendja ishte e rëndë, temperatura e pa rregulltë, herë

subfebrile, herë tjetër ngrihej deri 39⁰, nyjat limfatike periferike të rritura në të gjitha regionet në formë paqetash, veçanërisht cervikalet, të cilat arrinin madhësinë e një grushti, por nuk qenë të fistulizuara.

Veç këtyre u konstatua një **pleuritis exsudativa sinistra** me pak likuid, **pericarditis sicca**, me aderenca pleuroperikardiale të majta dhe **pleuritis sicca dextra**. Barku që i fryrë, mbi nivelin e toraksit, paraqiste fluktacion dhe në regjionin hypogastrik, në një zonë me diametër 7-8 cm, dukej një skuqie dhe edem i murit abdominal që të jepte përshtypjen e një flegmoni, por që po të mës ishin marrë masat, mund të fistulizohej. Kërthiza ishte pak e dalë. Në ekzaminimin gjinekologjik, u konstatua pelvi-peritonitis. Ndënë vepërimin e terapisë me streptomycinë dhe isoniasid, zona e infiltruar e murit abdominal, u resorbua brenda 2 javësh, por temperatura vazhdonte të ngrihej kohë pas kohe. Më 25 maj bëmë paracentezë, në linën spinë-umbilikale të majtë, por për shkak të aderencave të asaj zone, nuk mundëm të nxjerrim likuid. Barku kishte fluktacionin në gjysmën e djathtë, kurse në të majtë palpohej një masë tumorale sa një kokë fëmije. E përsëritëm punkzionin në të djathtë, hoqëm 300 cc pus të verdhë, të trashë, dhe i shtimë intraperitoneal 0,5 gr streptomycinë dhe 300.000 U Penicillinë. Pesë ditë më vonë, paracentezën e bëmë me troakar dhe mundëm të heqim 4-5 litra pus. Me gjithë terapinë që i bëhej kaviteti peritoneal u mbush përsëri dhe më 17 Qershor i hoqëm 4 litra të tjera.

Në ekzaminimin bakterioskopik të pusit, nuk u konstatua B.K., prandaj iu bë një biopsi e nyjave limfatike të regjionit cervical, e cila vërtetoi natyrën tuberkulare. Ndënë vepërimin e terapisë me streptomycinë, isoniasid, PAS, të shoqëruar me transfuzione të përsërituar, gjendja u përmirësua, masa tumorale që palpohej në abdomen filloj të kërket gradualisht dhe më 1 gusht të atij viti, u konstatua një fiskulë umbilikale prej nga eliminohej pusi.

Gjatë terapisë, iu shkakëtua një leukopeni, të cilën ia atribuam PAS-it, prandaj e ndërprem këtë preparat. Megjithatë vazhdonte mjekimin me streptomycinë dhe isoniasid, nga fundi i dhjetorit të atij viti, nyjat limfatike të regjionit supraklavikular të djathtë u kazeifikuan, paraqitnin fluktacion, prandaj u bë punkzioni i tyre. Baciloscopia ishte pozitive.

U mjekua në klinikë deri më 26 shkurt të 1956 dhe mbasi gjendja u përmirësua shumë, u dërgua në sanatoriumin ekstrapulmonar të Vlorës.

Ky rast tregon qartë, se sa të rënda dhe sa rezistente kundrejt terapisë janë format kazeozo-purulente.

Fistulat e murit abdominal janë të shpeshta në këto raste. Ndënë vepërimin e terapisë me preparate antibakteriale për kohë shumë të gjata, të sëmuret shpëtojnë, por evolucioni i peritonitit bëhet drejt formës adезive.

Step. 6.- Tuberculosis miliaris peritonei. Në kundërshtim me pikepamjen e Dupré E. dhe Ribierre P., të dhënat tona tregojnë se kjo formë nuk është vetëm akute por mund të jetë edhe subakute, kronike ose latente.

Sikurse e treguam më parë, shpesh herë, pra pa një peritonitis sicca ose exsudativa, tshihet forma miliare e peritonëmit.

Shoqërimi i saj me tuberkulozin miliar të pulmoneve, nuk është i domosdoshëm, mbasi kemi konstatuar raste që në ekzaminimin e toraksit, nuk kanë paraqitur ndryshime, përveç bronkadenitit, kurse gjatë ndërhyrjes kirurgjikale në abdomen, peritonëumi ka qenë i diseminuar me tuberkula miliare.

loni i kësaj forme, është
 paranditë perioda aku-
 te si në tuber-
 generalizuar.
 ngosin, fun-
 nga konside-
 peritonitit ade-
 Dupré E
 Goje (1911)

PERITONITIS
 Adhesiva
 Adhesivo-plastica
 Adhesivo-tympanica — chronica.
 Caseoso-purulenta — chronica.
 Tuberculosis miliaris peritonei
 Localisata (Partialis)
 Subacuta.
 Chronica.
 Latens.
 Chronica.
 Chronica.

Përpilimi i klasifikimit të kësaj sëmundje është shumë i vështirë, sepse përveç këtyre formave kryesore që përshkruam shkurtimisht, ka shumë variante dhe forma tranzitore.

Megjithatë, ky na duket më i plotë se të tjerët, mbasi këtu përmblihen të gjitha format kryesore të peritonitit, si nga pikëpamja anatomicke, ashtu dhe nga karakteri i dekursit klinik të sëmundjes.

Format tumorozë dhe nodoze, në klasifikimin t'onë, mund të futen, sipas prejardhjes së tyre, në peritonitin mikst, adeziv, kazeozo-purulent ose të lokalizuar, sepse ato nuk janë gjë tjetër, veçse një variant i këtyre.

Por sidëqoftë, ne nuk pretendojmë që ky klasifikim është i përsosur dhe pa të meta. Koha dhe eksperiencia t'onë e më vonëshme, do të na tregojnë, në se duhet t'a konsiderojmë këtë si definitiv, ose do të na lejojnë t'i bëjmë ndryshime eventuale.

Paraqitur në redaksi më 5-X-61

L I T E R A T U R A

- 1 — ADHAMI JOSIF. — Format eksudative të tuberkulozit.
Buletini i Shkencave Mjekësore Tiranë 1957, 1.
- 2 — ÇERVJAKOVSKII N. JA. — Ob izmjenjenijah peçenji pri poliserozิทah.
Kliničeskaja medicina 1938, № 4-5, 539.
- 3 — DUPRE E. et RIBIERRE P. — Maladies du péritoine.
Në: «Traité de médecine et de thérapeutique» publikuar ndënjë drejtimin e «A. Gilbert» dhe «L. Thoinot». Tome XVIII, Paris 1909.
- 4 — HATIEGANU-GOIA. — Tratat elementar de semiologie si patologie medicale.
Volum II, Sibiu 1941, 617.
- 5 — IGNATAVIČUTE B. K. — K voprosu o klinike i lečenjii tuberkulozних peritonитov.
Sbornik naučnih trudov Litovsk. respubl. nauč. — issl. tub. in-ta. Vilnius 1956, T. 3, 89.
- 6 — KISEL A. A. — O trudnosti raspoznavanija tuberkuloznovo peritonita u djetel.
Voprosi tuberkuloza 1929, 4, 422.
- 7 — KOVTUNOVIČ G. P. dhe KELEMAN V. D. — Tuberkulozний peritonit.
Kiev 1957.
- 8 — LEJARS. — Occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse.
Gaz. des. hóp. 1881.
- 9 — SCOTTI DOUGLAS R. — La sintomatologia iniziale pseudo-appendicolare acuta, subacuta e cronica della peritonite tbc.
Archivio per le scienze mediche. Anno LXV, Vol. 69, 1940, N. 6, 546.
- 10 — SHÇUPAK N. B. — Klinika tuberkulozних poliserozитov.
Në: «Tuberkuloznie poliseroziti» «Sbornik rabot kafedri fakultetskoi terapii Cernovickovo medinstituta».
Kiev 1958.
- 11 — ZHMAKIN L. N. — Materialli o vozrastnom razvitii brjushini i lečenjii tuberkuloznovo peritonita.
Problemi tuberkuloza 1936, N. 11, 1483.

CLASSIFICATION OF THE TUBERCULAR PERITONITIS IN THE LIGHT OF OTHER CLASSIFICATIONS

(Summary)

The classification of tubercular peritonitis is a well-known nomenclature, but also for the author of this paper. In the literature, some authors, as Dupré E. (1936), Hatieganu and Goja (1941), and others, illustrating it with 500 cases he had collected, consider as separate forms, but in most of them, the different forms of tubercular peritonitis pass from one to the other, and the author considers them as different phases of the same process. The advantage of this classification is that it includes all the main forms of tubercular peritonitis, taking in consideration their anatomical forms and the character of their clinical development. The author does not pretend that his classification is faultless.

**FAKTORET ETIOLOGJIKË QË NDIHMOJNË NË LINDJEN
DHE ZHVILLIMIN E AFONIVE FUNKSIONALE
(HISTERIKE) 1)**

Kand. i Shkenc. Mjek. Docent. H. Mehmet Dibra

Spitali i Përgjithshëm. Ushtarak

Në vitet 1954-1958, në disa qendra pune kolektive, reparte ushtarake, si dhe ndër lokalitete të ndryshme u përhap një valë e lehtë afonie funksionale. Këta të sëmurë ankoheshin kryesisht për marrje zëri, ata nuk mund të bisedonin normalisht të pakuptueshme. Përkishtë për këtë arsye ata u detyruan t'i drejtohen mjekut ose të shtrohen nëpër spital.

Deri në vitin 1954 në vendin tonë janë takuar shumë raste çrregullime funksionale të zërit në formë të thjeshtë afonie. Disi më të shpeshta kanë qenë afonitë e thjeshta si pasojë e sordomutizmit ose mutizmit histerik.

Brenda 4 vjetëve kemi observuar dhe mjekuar një numër të konsiderueshëm (më shumë se 250 raste) të sëmurësh me afoni funksionale. Afonia që po shqyrtojmë çfaqet si një varietet i nevrozës histerike dhe paraqitet në formën e histerisë së lehtë. Nga observacionet e çfaqjeve të ndryshme histerike rezultoi se afonia zen vendin e parë. Nga të dhënat statistikore del se çfaqjet nevrologjike në vendin tonë nuk janë shtuar, përkundrazi ato kanë ardhur duke u pakësuar, por afonia ka zëvendësuar si me thënë manifestimet e tjera të histerisë (sidomos ato konvulsive). Me fjalë të tjera, kjo lloj histerie në miniaturë është një fenomen histerik i këës së paqës.

Në përpunimin e 70 rasteve me afoni funksionale ne u munduam t'analizojmë faktorët e ndryshëm që mund të shkaktojnë çrregullime funksionale të zërit, si dhe faktorët shpërthyes të gjëndjes histerike në formë afonie funksionale.

Duke shqyrtuar anamnezën e këtyre të sëmurëve, në fillim krijohet përshtypja se kemi të bëjmë me raste jo të ndërlikuar, mbasi në shumicën dërrmuese të këtyre rasteve marrje e zërit shkaktohet nga një episod inflamator infeksioz të grykës, si gripi, angina, laringitis ose një të ftohur në përgjithësi. Por po të thellohemi në anamnezën e tyre shohim se si shkak i tërthortë i marrjes së zërit është tronditja e papritur shpirtërore, si p.sh. vuajtjet e forta morale, fatkeqësitë personale ose familiare, mossukseset në punë, humbja e shpresës, prishja e fejesës, sëmundjet e rënda, vdekja e t'afërmëve etj.

Duke studjuar në mënyrë të veçantë veprimtarinë më të lartë nervore të këtyre pacientëve, arritëm në përfundimin se çrregullimet e zë-

1) Nga punimi "Afonja funksionale si një varietet i nevrozës histerike".

sur me cilësi të larta energjie morale, me një inteligjencë të zhvilluar e vullnet të gjallë (Baruk, Kretchmer, Nyssen).

b) **Kushtet materiale të jetesës.** Manifestime neurotike të tipit historik mund të vërehen tek të gjithë pjestarët e shoqërisë: tek puntorët, fshatarët, intelektualët. Ne konstatuam se shumica e afonikëve tanë (65, 8%) janë rritur në kushte të këqia jetese, ndërsa 28,4% në kushte të mesme dhe vetëm 5,8% në kushte të mira. Prandaj mendojmë se kushtet materiale të jetesës luajnë një rol me rëndësi në lindjen dhe zhvillimin e nevrozave në përgjithësi dhe të çfaqjeve historike në veçanti. Shumë nga të sëmurët që kemi observuar kanë vuajtur në jetën e tyre, kanë qënë të detyruar të punojnë rëndë për t'i ardhur në ndihmë familjes dhe për të mbajtur vehten e tyre. Një pjesë janë rritur jetimë (18,5%), të përvuajtur dhe t'urritur «pa u qeshur kurrë buza».

Faktori ekonomik, sikundër e kanë vënë në dukje autorët klasikë si dhe bashkëkohësit Charcot, I.P. Pavlov, V.P. Osipov, G. Uzunov, A. Kreindler, ka riperkusione në forcimin ose dobësimin e sistemit nervor në përgjithësi.

c) **Ambienti familiar.** Roli i familjes, i vatrës, s'edukimit të parë, është shumë i madh dhe nuk duhet nënvleftësuar. Në familje fitohen veti të mira, por edhe vese të këqia. Edukata familiare është një ndër faktorët kryesorë që shërben për tonizimin e sistemit nervor ose, në drejtim të kundërt, për lindjen dhe zhvillimin e mëvonshëm të çfaqjeve neuropatike. Shumë nga pacientët tonë kanë patur një edukatë familiare të mangët, janë përkëdhelur dhe rritur me «naze» e «lëdhatime» si fëmijë të vetëm. Familja nuk ka mundur të luftojë anët e dobëta dhe negative ose të çdukë çfaqjet e dëmshme të fëmijëve, përkundrazi ajo ka ndihmuar për t'i krijuar ose për t'i mbajtur gjallë, bile për t'i zhvilluar edhe më tej.

Një pjesë e madhe e afonikëve tanë është rritur në një ambient familiar «negativ», «t'infektuar» nga manifestimet neurotike ose më mirë nga çfaqjet historike të nënës, nga grindjet familjare të brendshme. Ky ambient, që ne e quajmë «nevrotik», ka ndihmuar në mënyrë negative mbi pihikën e fëmijës ose të porsarriturit.

Akademiku rumun A. Kreindler shkruan: «Shpesh herë, rrethi familiar i të sëmurit e ushqen nevrozën historike ose çfaqjen e simtomave të saj me anën e alarmit dhe të çqetësimit të madh që tregon familja». Kjo «kulturë familiare» është e dëmshme për historikun, prandaj del nevoja e veçimit të tij nga ambienti i zakonshëm i jetesës.

Kështu, 51,4% t'afonikëve tanë kanë çfaqur fenomene historike qysh në vogli në familje. Sipas anamnezës këto fenomene historike çfaqeshin në situata të vështira për t'u kapërxyer, në rrethana mosmarrëveshjesh, mbas një traume psikike ose një psikogjenie tjetër të shkaktuar brenda në familje.

Krizat historike ose çfaqjet e tjera nevrotike në gjirin e familjes krijojnë, si me thënë, një lloj «induksioni nevrotik», ndihmojnë në «imprenjimim» më vonë të të sëmurëve që lindin dhe rriten në një rreth familiar jo të shëndoshë. Shpesh herë në një ambient të tillë familiar t'infektuar me çfaqje nevrotike pacientët tanë kanë parë me sytë e tyre grindje të zakonshme ose dramatike familiare, ku kanë shpërthyer kriza historike; të gjitha këto nuk kanë kaluar pa lënë gjurma negative sidomos tek personat me procese të dobëta nervore.

ç) **Ambienti shoqëror.** Vetëm një edukatë familiare me baza të shëndoshta mund t'i japë shoqërisë njerëz me sistem nervor të shëndoshë.

...shoqëri ku sundojnë parime të larta mo-
...në forcimin e edukatës familiare:
konkret në fjalët «ambient shoqëror» ne kuptojmë fshatin ose
...mësuar dhe u edukuan të sëmuret
...tyre janë fshatarë (75,7%), ndërsa
...11,4%. Një pjesë e këtyre, fsha-
...pase dalë kurrë në qytet (14,28%); ata janë
...«e gjithë bota përbllidhej në fshatin e
...të lidhur me familjen, me
...mira të fshatit, sikundër edhe me «të
...rezulton nga anamneza, në disa raste lar-
...fshati ose nga malësia krijon një lloj situatë

...eksperimentalisht gjendje
...dhe ambientin e jetesës së
...shkëputja nga am-
...adaptimit në kushtet e reja të
...në disa raste një moment traumati-
...Kapërcimi i kësaj situatë ose përgje-
...sistemi nervor i të cilëve nën ndikimin e
...faktoreve astenizues somatike ose psikogjenë tronditet më lehtë. Një pjesë
...të sëmureve tanë, duke qenë të mbyllur në guackën e tyre, ruajnë
...e jetesës patriarkale në fshat, siç janë bestytinitë dhe pa-
...prandaj është më lehtë
...në rrethana të vështira, në raste psikogjenie «të gjunjëzohen» du-
...reaksiione hysterike, halucinozën hysterike, që shpejt a vo-
...në shoqërohet me afoni. Shumë nga këta të sëmurë kanë pohuar sinqe-
...në një farë frike kur kujtojnë tërë ato që kanë dëgjuar në fshat. Mbetu-
...në ndërgjegjen e disave nga të sëmuret tanë
...një imagjinatë të sëmurë.

d) Faktori kulturë. Gati të gjithë pacientët tanë kanë qenë me arë-
...vetëm 9 analfabetë. Sigurisht arësimi i ulët, sidomos ndër fsha-
...të shëndoshë dhe të çrre-
...nga fantazia e të sëmurëve thashethënat me karakter imagjinuës,
...supersticion. Arësimi dhe kultura janë faktorë të
...dhe predispozuar, ku mund të çfa-
...P.A. Astore, Padovan dhe Densen, duke u mbështetur
...në dytë botërore kanë arritur në
...reaksionet hysterike çfaqen kryesisht ndër individët me
...dhe me zhvillim të pakët shoqëror.

Akademiku A. Kreindler, i Institutit të lartë të mjekësisë në Buku-
...zakonisht tek individët me
...E dhe Prof. Georgi Uzunov, Shef
...pranë Institutit të lartë mjekësor në Sofje, mbështet
...«ajo është në përputhje me pikë-
...Pavlovit mbi predispozimin e tipave të sistemit të parë të
...sinjalizimit ndaj hysterisë».

Edukimi në frymën e materializmit dialektit, lufta e ashpër dhe sis-

tëmatike kundër të gjitha mbeturinave mikroborgjeze, kundër obskuran-tizmit fetar lozin një rol të dorës së parë për parandalimin dhe uljen në maksimum të çfaqjeve nevrotike.

II. Faktorët somatikë. Sa më pak sëmundje somatike të ketë kaluar individi, aq më i fortë do të jetë organizmi në përgjithësi dhe sistemi i tij nervor në veçanti. Faktorët somatikë që predispozojnë lindjen dhe zhvillimin e gjendjeve neurotike dhe t'afonisë funksionale veçanërisht duhet t'i kërkojmë në këto grupe kryesore:

- A) Sëmundje somatike të kaluara.
- B) Sëmundje somatike debilitante që paraprijnë afoninë funksionale.
- C) Sëmundje somatike të pleksura me afoninë, që është mbishtresë funksionale.

A) Sëmundje somatike të kaluara:

Përveç sëmundjeve të zakonëshme të fëmijërisë, një rëndësi të veçantë në zhvillimin e afonive tona funksionale kanë sëmundjet debilitante. Kështu, p.sh., 33,9% kanë kaluar infeksione tuberkulare (pleuritis exsudative, adenitis specifica, infiltrate); 10% tifo abdominale të zgjatur, 7,41% malarje kronike dhe 5,71% morbus Botkin, etj. Gjithashtu vlen të përmendet komocioni cerebral (5,71%) e pastaj vijnë sëmundjet e tjera somatike si asma bronkiale, alcus-duodeni, otitis etj., që janë në një përqindje shumë më të ulët. Disa autorë sovjetikë sëmundjeve të tubit digjestiv u kushtojnë një rëndësi të veçantë lidhur me predispozicionin për çfaqjen e fenomeneve nevrotike.

Në një teren me procese të dobëta nervore «gjithshka somatike» mund të vlejë për ta shndruar atë në një shkak shpërthyes t'aksidenteve hysterike. Ekzistenca e një gjendje lezionale të lehtë, latente, të cilën autorët francezë e quajnë «gjemb ngacmues» (Rimbaut, Roussy, Lhermitte), kondicionon shpesh herë lokalizimin e simptomit funksional si p.sh. kontrakturën, anestezinë dhe në rastin tonë afoninë.

Në zhvillimin e afonive tona funksionale një rëndësi e veçantë duhet t'i kushtohet pranisë së anginave të shpeshta që kanë kaluar të sëmurët qysh në fëmijëri. (41,42%). Mund të themi se anginat e përsëritura shkaktojnë një farë procesi inflamator në grykë, në laring si dhe në kordet vokale, të cilat duke qenë afër njëra tjetres pësojnë pa tjetër një farë iritacioni. **Tracheitis** ose **laringitis** shkaktojnë si rrjedhim një ngjirje të lehtë të zërit, një farë ndryshimi në tonin dhe timbrin e tij. Anamneza tregon se 50% e afonikëve janë diagnostikuar dhe mjekuar për **laringitis chronica** ose për **tonsilitis**.

Është për t'u shënuar se nga sëmundjet e fëmijërisë kolla e bardhë (pertusis) paraqet një farë interesi për lidhjen dhe zhvillimin e afonisë funksionale, kur ajo çfaqet në një moshë relativisht të rritur. Kolla e bardhë shpesh herë ka shkakuar një farë ngjirje të zërit si pasojë e iritimitit t'aparatis të fonacionit, duke dhënë fenomene disfonike të një natyre organike (observatori 15).

Obs. 15 (Kartela 2098).

Është sëmuri Xh.T., vjeç 23, shtrihet në spital me 22-XII-1957, mbasi i ndërte marrë zëri prej tre muajve. Ankohet se ka kollë të thatë dhe vështirësi në frymëmarrje, gjumë të keq, goja i mbushet me flet kur flet dhe kollitet.

Xh.T. lindi dhe u rrit në malësi në kondita të mesme jetese. Kreu 4

... ka qëndruar në fshat dhe është
... dhe punon si marangoz
... si marangoz
... të shpeshë në
... më shumë se
... ka filluar
... nën urtë për
... mërzitej bërë
... të tij koïncidon
... rima t'ua.
... Atje rrufeja i vret
... Natë kohë
... shtrita si
... shpirtëtorë. Ndërsa
... të gjithë të dukur të dukullsi dhe si
... të gjako
... dhe nuk
... qytet për të hyrë në
... me një fëmijë

Anamnezi i sëmundjes aktuale: Në punën e re adaptohet pa vështirësi, por mendjen e ka tek e shoqja dhe fëmija e tij. Puna e tij çmohet dhe për këtë e gradojnë duke i dhënë një farë përgjegjësie. Mejtonte se përsëshpejt do të lirohej dhe kjo e gëzonte. Në këtë kohë i propozohet nga ana e Komandës të qëndrojë si nëoficer i karrierës. Nuk u përgjigj as pozitivisht as negativisht por propozimi e futi në dilem. Nga ana e gruas pati kundërshtime. Pëkisht në këto rrethana thotë ai filloi të ketë një kollë të fortë, dhimbje të grykës, marrje fryme dhe një mëngjes të rëndë për të. Gjumi i bente të keq; në mëngjes ishte si i raskapitur. Për këto ankime konsultoi mjekun e repartit dhe mjekë të tjerë të gjatë kohë për të mbetën pa rezultat. Në këto kondita mbas 3 muajsh dërgohet në Spitalin e Përgjith. Ushtarak Tiranë.

Status praesens: Fiet me një zë të zbutë gati të shuar. Ka kollë të thatë që disa herë kalon në një kollë të zgjatur spasmodike. Disa herë pacientin kongjestionohet në fytyrë gjatë kollës, e cila është tëingëlluese, ay pështyn dendur.

Ekzaminimi objektiv: Polmone: inspiracioni pak si i zgjatur, muri normal. Zemra normale në ton dhe ritëm. T.A. 13-80, pulsi normal në formë dhe vëllim normal.

Ekzaminimi nevrologjik: asgjë për t'u shënuar përveç një instabiliteti të vogël dhe një pakësim të refleksit faringial. Fundus oculorum normal.

Hydrja në fyt e lirë, kordet vokale pak eritematoze, peritrofikë. Gjatë fonacionit ato nuk puthiten plotësisht. (stomatit). Amillogorja tërë si një saktësi e normalit. E 4.320/1000. U. 7.700. Sedim: 5. Vaserman negativ. Azotemia 0,30/0,00. Feces për vezë parazitësh normale. Hazzal normal.

Ekzaminimi fizik: Asgjë me rëndësi. Mbas aplikimit të procedurës së zakonëshme lyzëri i erdhi në gjendje të shëruar. **Procedura e dominantit** të dhimbjes është një metodë e përpunuar nga vetë autori.

mei jëherë. Xh.T. bisedon me një timbër normal. Edhe kolla spazmodike iu zhduk njëkohësisht me ristabilizimin e zërit normal.

Analiza e rastit: Në etapat e jetës së tij ay ka pasë trauma të ndryshme psihike të cilat kanë determinuar një gjendje reaktive pak a shumë të theksuar. Mos të harrojmë edhe sëmundjet që ka kaluar në vogëli, anginat e shpeshta, pertussis, që kanë predispozuar terrenin. Marrja e zërit qe një fenomen funksional i natyrës hysterike në një teren të dobët të veprimtarisë më të lartë nervore.

Interesi i këtij observacioni qëndron në faktin se kolla e bardhë jo vetëm ka pasur një dekurs të rëndë e ka zgjatur për mjaft kohë, por më vonë gjatë manifestimit t'afonisë hysterike janë çfaqur kriza kòlle spastike të përngjashme me të kollitura spastike të pertussis, që ky i sëmurë kishte kaluar disa vjet më parë. Mekanizmi patofiziologjik i këtyre gjendjeve shpjegohet me teorinë e reflekseve të kondicionuara patologjike të I.P. Pavlovit dhe më lidhjet e përkohëshme që janë krijuar. Gjurmët e pikave të izoluara patologjike të kollës së bardhë të mbetura në korteksin cerebral, duke u stimuluar nga një gjendje gripale, dhe të nxitura nga një trauma psihike ose psikogjeni, favorizuan lindjen dhe zhvillimin e afonisë funksionale të shoqëruar me kollën spastike, e cila gjithashtu ka origjinë hysterike.

B. Sëmundje somatike dehilatante që paraprijn afoninë funksionale.

Në këtë grup vendin kryesor e ze gripi. 60% të të sëmurëve tanë e konsiderojnë gripin si shkaktar të dobësimit të zërit, ndërsa disa të tjerë thonë se dobësimi i zërit erdhi mbas të ftohurit. Anamneza na tregon se pacientët kanë pasur dhimbje në grykë, kollë dhe disa herë një farë ngritje të temperaturës, simptoma këto të një gjendjeje gripale.

Roli i gripit në lidhje me lindjen dhe zhvillimin e afonisë funksionale, sipas mendimit tonë, duhet parë në këto aspekte:

- 1) Si faktor astenizues i organizmit në përgjithësi.
- 2) Si faktor dëmtues ose lezionues i sistemit nervor dhe astenizues i proceseve psihike.
- 3) Si faktor irritues lokal.

1) **Lidhur me rolin astenizues të gripit për organizmin në përgjithësi** mendojmë se nuk është nevoja të zgjatemi, mbasi ay njihet dhe pranohet nga të gjithë.

2) **Gripi ndikon gjithashtu në dobësimin dhe astenizimin e proceseve psihike.**

Përsa u përket lezioneve organike të sistemit nervor nga gripi, ky fakt është i njohur, por ne do të kufizohemi të përmendim më poshtë disa autorë gjermanë për të cilët rregullimet funksionale të zërit, tek personat që kanë kaluar grip, duhet të konsiderohen e të studiohen si pasojë e dëmtimeve nervore që shkakton virusi gripal. Edhe në rastin tonë nuk mund të quhet një koincidencë e thjeshtë çfaqja dhe zhvillimi i afonive funksionale me përhapjen e epidemive gripale. Për fat të keq na mungojnë statistika të plota dhe të detajuara në vite dhe në muaj për përhapjen në vendin tonë të gripit të popullsisë civile dhe n'ushtri. Megjithatë vetë fakti se pjesa më e madhe e pacientëve tonë me manifestime hysterike në formë afonie janë sëmurur në periudhën e të ftohtit,

midis faktorit grip dhe këtyre çre-
toreve të tjerë. Në vitin 1918-1919, i cili na
është i njohur si "Pandemia Gjermane", i cili na
është i njohur si "Pandemia Gjermane", gjatë gjithmonë në di-
këto raste, kemi faktet, shkruan Prof.

Prof. Hakenberg, Shef i Katedrës së Hi-
storisë së Mjekësisë Gjermane, kemi ha-

Prof. Hakenberg e mbivlerëson rolin e fakto-
rëve të tillë të afonisë funksionale,

nga autorët gjermanë?
Kjo u dha shkas shumë studionjësve të ndërma-
toreve të bërëaktuar korelacionin grip-fenomena nervore, psi-
kologjike dhe të afonisë funksionale.

Prof. K. Grosz dhe M. Pappenheim (1918) shkruajnë
se në raste të tilla të shkaktohet nga gripit, mbi çrregullimet e zërit
si pasojë e dëmtimeve organike të nervave motore të aparatit të fonacio-
nit, si dhe mbi likuorin cerebro-spinal; në këto raste, ata nënvizojnë mun-
dësinë e ndryshimeve nga ana patologjike.

Prof. K. Kichhefel (1918) përshkruan paralizitë e palatum mole mbas gripit,
E. Glas (1918) flet për sëmundjet e laringut gjatë gripit në të cilat
vrehen çrregullime të zërit. O. Speidel në «Encephalitis, gjumësi dhe
ngjirje në grip» jep raste të sëmurësh që mbas çfaqjes së gripit kanë
numur të trishtuar dhe një ngadalësim të proceseve psikike ose pengë-
sa të shprehur të fjalëve të veshtrira.

N. Herzog (N. Herzog) në një punim original me titull «Sëmundjet
e veshit, të hundës dhe të grykës, të shkaktoara nga gripit» ka studiuar
veçanërisht «çrregullimet e zërit prej natyre funksionale» që ngjajnë
mbas gripit. Ai ka përshkruar «zërin e ngjirur», «zërin fishkëllues», «zë-
rin e marrur» tek personat që kanë kaluar gripin.

Edhe autorët anglo-saksonë C.E. Roogen dhe A.S. Rhodes (1948)
në «Enciklopedinë e Madhe» në kapitullin «Sëmundjet virusale të nje-
rit» flasin mbi atakun atipike gripale, që shoqërohen me simptoma të
tilla si në mënyrë të cilëve edhe fenomenet afonike.

Prof. Hakenberg, me sa duket, i shtyrë nga fakti se ndër ne gjatë
vitit 1918-1919 u përhap një farë «vale afonike», shprehu mendimin
se këto raste duhet të shihen prej natyre organike dhe t'i atribuohet
veçanërisht të afonisë funksionale. Në punimin e tij, Hakenberg e
përdori si analogji me epidemitë e gripit të viteve
1918-1919, me qëllim që të vërtetë me vend dhe se pikëpamja divergjente e Prof. Ha-
kenberg është e njohur në radhë të parë në faktin se ai nuk pati mundë-
sinë të njihet «in extenso» me punimin tonë.

Në punim të mëtejshëm të një mendimi me Prof. Hakenberg dhe me auto-
rët e tjerë gjermanë për sa i përket rolit astenizues të gripit mbi siste-
min nervor. Në nuk mohojmë, bile, ngulim këmbë se në ato raste, kur
afonia çfaqet mbas një episodi të qartë gripal, kemi një shartim të çrre-
gullimeve organike me ato funksionale, të cilat vazhdojnë pastaj si fun-
ksionale deri sa të shërohen. Por ne insistojmë me bindje në tezën tonë
se çrregullimet e zërit të afonikëve tanë kanë qenë të një natyre funk-
sionale dhe këtë e provojmë:

a) me konstatimet tona dhe ato t'otojatrëve, të cilët nuk kanë venë në dukje leziona të sistemit nervor central ose periferik që mund të shpjegojnë çrregullimet e zërit;

b) anamneza e thelluar flet qartë në favor të tezës sonë;

c) rezultatet pozitive t'arritura në përdorimin e një psikoterapie aktive dhe me metodën e «dominantit të dhimbjes»¹⁾ dëshmojnë për karakterin funksional të çrregullimeve të marrjes së zërit;

ç) edhe sikur të pranohim gripin si shkaktar t'afonive tona, kjo nuk do të justifikonte rastet e tjera që nuk janë paraprirë nga gjendja gripale (40%);

d) marrja e zërit në mënyrë të menjëherëshme në 80% të rasteve 2-3 ditë mbas gjendjes gripale, si dhe koincidenca me faktorët psikogjenë, flet qartë për natyrën funksionale nevrotike të kësaj marrje zëri në formë afonie.

dh) zgjatja e çrregullimeve të zërit, për muaj, bile për vjete me rrahë, nuk mund të shpjegohet kurrësi me faktorin grip.

3) Gripi si faktor irritues lokal që shkakton ngacmime irritative ose leziona në rrugët e sipërme aerodigjестive.

Përveç rolit astenizues të gripit për organizmin në përgjithësi dhe sistemin nervor në veçanti, faktori grip nuk duhet nënvlerësuar edhe si irritues lokal.

Fenomenet inflamatore të shkaktuara nga gripi nuk duhen nënvlerësuar. Në shohim se afro 50% e të sëmurëve, (34 mbi, 70) drejtohen nëpër spitale, infermeri për shtrim dhe mjekim, me diagnozën e «gatëshme» laringitis ose tracheitis. Ka të ngjarë që në fillim këta pacientë të kenë kaluar një episod inflamator të faringut ose të laringut, duke pësuar kështu një farë ngjirje të zërit. Gripi i shikuar në këtë prizëm pa dyshim krijon një farë «locus minoris resistentiae» irriton, aparatit e fonacionit dhe shkakton një ngjirje të zërit. Në këtë mënyrë fiksohen di-ra reflekse fonacioni «jo të drejtë». Çrregullimet e zërit të shkaktuara nga tronditja e veprimtarisë më të lartë nervore gjejnë një terren të pregatitun dhe mpleksen me të. Praktika jonë na ka dhënë dy lloj rastesh:

a) Çrregullimet e zërit vazhdojnë edhe mbas gjendjes gripale dhe, po të mos mjekohen, mbeten si çrregullime funksionale deri në mjekimin e tyre. Kështu ngjirja fillestare, e cila kishte karakter organiko-funksional, mbetet vetëm e natyres funksionale. Këtu do të mund të bënim një analogji me fenomenet funksionale e të ashtuquajturit «histero-traumatizëm», që ngjajnë më tepër në kohë luftë dhe kanë një pamje më të rëndë (Charcot-Babinski, Froment, Roussy, S.N. Davidénkov, V.I. Osipov, E.A. Popov). Në këto raste, sa më shumë të vonojë mjekimi, aq më i vështirë bëhet ay.

b) Në qoftë se çrregullimet funksionale të zërit mjekohen menjëherë, mund të mbetet akoma një farë ngjirje e zërit prej natyre thjeshtë organike që zgjat deri në kapërcimin e gjendjes gripale. Shtojfë se këto raste recividojnë më shpesh;

1) Mbi metodën e «dominantit të dhimbjes» të përpunuar nga autori, do të flitet në një numer tjetër të këtij Buletini.

...faktor inflamator in-
 ...dhe sidomos
 ...traditisi;
 ...në formë
 ...funksionale,
 ...zërit rastet
 ...dhe ato
 ...vatra septike
 ...marja e
 ...shpesh
 ...në asnjë
 ...organo-nevrozë.
 ...nevrozë e organit të
 ...karakter histerik ku tabllonë e për-
 ...irregullimet funksionale të zërit me pamje
 ...në sfondin e tronditjes të veprimta-
 ...krijohen pika të sëmurë të zëluara. Kë-
 ...në rastet tona shërbejnë si bazë fiziologji-
 ...zërit në formë afonie funksionale.

3. Sëmundjet somatike të pleksura me afoninë që është funksionale

Afonia funksionale si manifestim i nevrozës histerike është e çfaqur
 dhe bërë ndër persona me hipertoni nevrogjene. Origjina nervore e hi-
 pertonisë nevrogjene tashmë është një fenomen i njohur nga të gjithë
 autorët. Punimet e autorëve sovjetikë e sidomos ato të Prof. Lange kanë
 zbuluar fort mirë bazat patofiziologjike të kësaj gjendje morbide.
 Në të shumtën e rasteve me afoni 24,3% paraqesin një hipertoni arte-
 rielle me shprehje të vogël ose të mesëm të shoqëruar nga një mori
 i shprehjeve të tjera për një paqëndrueshmëri të sferës neurovegetative.
 Në hipertoni nevrogjene ose më mirë ky instabilitet i presionit arterial
 është i lidhur me sistemin nervor në përgjithësi, gjë që kon-
 firmohet nga të dhënat e herës të një natyre me-
 rikante të personat me hipertoni të dobëta të
 të cilëve mund të shprehin një influencë veçanë-
 shërisht të shprehur për pamje të rëndësishme psi-
 kologjike të shprehura të vështira konfliktoze duke
 marrë parasysh tërësinë e tipit të karakterit, në rastet që ose
 historikisht ose në të kaluarën kanë shfaqur një rrethanat.
 Për të kuptuar më mirë lidhjen e hipertoniës së çfaqur përpara afonisë,
 por kjo nuk do të thotë se hipertoni nevrogjene është shkak i afonisë
 funksionale. Për të kuptuar më mirë lidhjen e hipertoniës së çfaqur
 i lidhjes etiologjike të hipertoniës së çfaqur me hipertoni nevrogjene çrregul-
 limesh të shprehura veçanërisht janë shumë më të theksuara se ndër afo-

nikët e tjerë; këto çrregullime janë të tipit të distonisë neurocirkulatore. Gjatë qëndrimit të këtyre të sëmurëve në spital vumë re se në një pjesë të madhe prej tyre, shërimi nga afonia funksionale ndihmoi gjithashtu n'uljen ose normalizimin e presionit arterial. Kështu pra, një psikoterapi racionale mund dhe duhet të ndihmojë për të lehtësuar çrregullimet funksionale të një natyre neurotike të presionit arterial.

Prof. Georgi Uzunov i shikon afonitë funksionale dhe hipertonië neurogjene si dy manifestime të së njëjtës gjendje neurotike, megjithëse këto të dyja nuk kanë lidhje etiologjike me njëra tjetrën por kondicionohen nga etiologjia e përbashkët e terrenit të dobët të veprimtarisë së lartë nervore.

Ne mendojmë se faktorët negativë të një natyre psikogjene luajnë rolin e një «gjemb ngacmues» në ngritjen e presionit të gjakut tek një person me procese të dobëta nervore ose t'astenuar. Megjithëse nuk ka lidhje etiologjike në mes të hipertensionit neurogjën dhe afonisë funksionale, mendojmë se këtu ka një korelacion. Ky korelacion duhet parë në prizmin e «pregatitjes» së terrenit për çfaqjen e fenomeneve nevrotike, në rastin tonë t'afonisë funksionale.

Përshkrimi i çfaqjeve të ndryshme hysterike në formën e çrregullimit të fjalës dhe të zërit, si pasojë e kontuzionit të kokës dhe të traumave në përgjithësi, zën një vend me rëndësi në literaturën mjekësore ushtarake sovjetike. I.V. Osipov e më vonë S.N. Davidenkov dhe E.A. Popov janë marrë posaçërisht me studimin e rasteve të tilla gjatë luftës së parë botërore (1914-1917) dhe luftës së madhe patriotike (1941-1945).

S.N. Davidenkov shkruan se shumica e rasteve me çrregullime funksionale të të folurit dhe të zërit janë çfaqur mbas kontuzionit. Nga këto vendin e parë e zën sordo-mutizmi (80%), pastaj vjen dizartria që çfaqet menjëherë mbas kontuzionit (8%) dhe mern zakonisht formën belbëzuese, mutizmi i thjeshtë (5%) dhe çrregullimet e zërit në formë afonie (2%). Po këto shifra ka gjetur edhe M.E. Teleshevskaja.

S.N. Davidenkov ka konstatuar se mbas kontuzionit vjen një fazë tranzitore nga e cila kalohet në sodromutizëm ose mutizëm, ndërsa më vonë në fazën e afonisë dhe më shpesh n'atë të «belbëzimit». Ay thotë se vetëm 7% e të sëmurëve me sordo-mutizëm ose mutizëm kalohet nëpër stadin e afonisë për t'arritur më në fund në stabilizimin e plotë të zërit.

Ndërmjet rasteve tona ne kemi konstatuar një numër relativisht t'u-lët (7,1%) pacientësh me antecedente të qarta të një komocioni cerebral.

Kemi patur një rast të vetëm, por interesant (obs. Nr. 3) ku afonia funksionale implekset me miotoní. Kjo lloj «mpleksje» e vështirëson diagnozën, sepse «mbishtresa hysterike» dhe gërshetimi i simptomave funksionale me ato organike të miotonisë mund ta shtyjnë mjekun që ta shikojë sëmundjen si organike ose si krejtësisht funksionale.

Obs. 3 (Kartela Nr. 2482)

Z.A. nga fshatrat e Korçës u shtrua në spital më 23/8/1957 i dërguar për laryngitis chronica.

Ai ankohet se prej 8 muajsh i ishte marrë zëri dhe kishte vështirësi në të hapur të duarve.

Z.A. lind në fshat dhe u rrit në kondita të këqia jetese. Kreu me sukses shkollën shtatëvjeçare. Përveç sëmundjeve të fëmijërisë, ai ka

kaluar një titë abdominale dhe disa herë angina me temperaturë. Edhe tani gjyketia dhe hën shpesh dhe është mjaft i ndieshëm ndaj të ftohtë.

Në anamnezën e tij, episodi i poshtëshënuar paraqet interes nga pikëpamje klinike. Në moshën 14 vjeçare ay u fut në një kopsht të huaj. Kësaj papritmas i doli i zotri i kopshtit, ay «ngriu» në vend nga frika dhe nga «torpi», nuk lëviste dot nga vendi, dhe, «ndonse kuptonte çdo gjë, nuk fliste dot». Kjo gjendje zgjati dy orë.

Mbas kësaj ngjarje ay konstatoi se filloi të nevríkosej shpejt. Pëson të ndryshime të menjëherëshme të humorit. Z.A. është shumë i ndieshëm, mizantrop, shpërbën në kriza të forta iritabiliteti dhe çfaq një natyrë të papërmbytur brenda në familje, kurse jashtë ndodh e kundërta. Tregohet gjithashtu i paqëndrueshëm në ndjenjat e tij, fejojhet dhe ndahet dy herë; ai ndron mjeshtri duke kaluar nga marangoz në llogaritar, nga elektrikist në shofer pa zënë vend gjëkund.

Nga anamneza familiare shënojmë se i ati vuante nga morbus Parkinson.

Anamneza e sëmundjes aktuale: Z.A. në janarin e 1957, mbas një stërvitje ushtarake në terren malor, pati një gjendje gripale me dhimbje gryke, gjoksi dhe koke me kollë dhe pak temperaturë. Për këtë u shtrua në infirmieri dhe pas 10 ditësh doli i shëruar. Dy ditë më vonë, ndërsa kryente shërbimin e rojës, ay e ndjeu vechten si «të ngrirë», të gozhduar në vend. Ay kuptonte gjithçka, por nuk bënte dot asnjë lëvizje; u dërgua urgjentisht në spitalin civil të Korçës dhe aty pas 6 orësh filloi të lëvizte normalisht, por pa se zëri i ishte marrë. Dy ditë më vonë ay mundi të fliste, por me një zë shumë të ulët e të dobët. Në të njëjtën kohë nuk ishte në gjendje të hapte lirisht duart e mbyllura në grusht. Më vonë Z.A. dërgohet në Tiranë me diagnozë laringitis chronica.

Status praesens: Pacienti flet me një timbër zëri shumë të ulët dhe sikur shqipton me vështirësi bashkëtingëlloret e lëngëshme. Interes të veçantë paraqet një farë ngrirje në lëvizjet e artikulacioneve të qorës dhe të gjurit. Kur i sëmuri zë diçka në duar me shpejtësi, ay mezi e lëshon; herë herë kur hap gojën me të shpejtë, s'ia mbyll dot për disa sekonda. Në mëngjes ka vështirësi të madhe në të kryerit e lëvizjeve të para, sidomos kur nata ka qenë e ftohtë.

Gjendja e përgjithëshme e mirë. Lëkura dhe mukozet me ngjyrën normale. Muskulatura paraqitet e zhvilluar mirë; konstitucioni atletik. Asgjë në organet e brendëshme.

Ekzaminimi neurologjik: Pupilet janë lehtësisht miotike D-S.; ato reagojnë mirë në dritë, por ka më pak vonesë në akomodacion dhe konvergjençë. Refleksi korneal dhe faringial janë gati të zhdukur. Forca muskulare e konservuar. Tonusi muskular është normal. Sfera reflektore normale, në mëngjes pacienti ka vështirësi në kryerjen e lëvizjeve të para; refleksët patelare përgjigjen me vonesë, kur ato ekzaminohen në mëngjes, para se pacienti të ketë bërë ndonjë lëvizje.

Fundus oculi si dhe kampi vizif nuk paraqesin ndonjë alternacion.

Në laringoskopi: nuk rezulton ndonjë ndryshim patologjik, hyrja në fyt është e mirë, kordet vokale normale, ato nuk puthisen krejtësisht gjatë fonacionit (ekzaminim nga Docent B. Zyma).

Ekzaminimet e ndryshme paraklinike: Gjaku: H. 4.400.000, L. 5.500, S. 56, E 2, B-O, L 40; M. C. Sedim. = 8. Vasermani dhe reaksionet e

tjera serologjike janë negative si në gjak ashtu dhe në likuor. Azotemia 033 c/oo; kalcemia 1 o/oo, urina paraqet kristale oksalat kalciumi 8-10 në fushë mikroskopike; metabolizmi bazal normal; elektro-kardiogrami normal, analiza e fecevet negative për vezë parasitësh.

Nga ekzaminimi elektrik dhe mekanik i muskujve rezulton se eksi-tabiliteti muskular mekanik është i shtuar; kur i bihet muskujve del-toid dhe pektoral me çekiçin e reflekseve, lëshimi i tyre bëhet me nga-dalë dhe me vonesë.

Në ekzaminimin e muskujve me korentin galvanik vihet në dukje një paksim i eksitabilitetit të nervit dhe shtim i eksitabilitetit musku-lar. Reaksioni miotonik është pozitiv. Prova e acetyl-ceholines është indifferente.

Diagnozi: afoni funksionale me miotoni.

Me mjekimin me anë të procedurës së «dominantit të dhimbjes» zëri iu kthye menjëherë; përsa i përket miotonisë u muarën masa me-diko-legale për të përcaktuar aftësinë e tij ushtarake.

Analiza e rastit: Pacienti ka hequr mjaft sëmundje somatike: an-gina të shpeshta, tifo abdominale etj. Ay rezulton të jetë një psikopat histerik: «ndëron mjeshtri shpesh herë», nuk qëndron në familje, largohet si pa të keq, është i paadaptueshëm në punë dhe i paqëndrueshëm edhe në jetën sentimentale. Në moshën 14 vjeçare ka pësuar një tronditje të thellë «frike», e cila i shkaktoi një gjendje katalepsie histerike. Mbi një sfond histerik me çrregullime të sferës motorike të natyrës mio-tonike vijnë e shartohen çrregullime funksionale. Faktorë të tjerë fizike e lodhën më tej organizmin dhe në këtë teren të pregatitur, me një apa-rat lokomotor fragjil, u shkaktua tronditja e veprimtarisë më të lartë nervore, duke u manifestuar me një episod histerik në formë mutizmi që kaloi shpejt në atë t'afonisë.

Ky rast paraqet një interes të veçantë për origjinalitetin dhe mplek-sjen e një sëmundje organike mjaft të rëndë me afoninë funksionale e cila gabimisht u trajtua si laringit. Diagnozi «laringitis» la shteg për keq-interpretime, sepse miotonia, po të mos thellohemi në analizat dhe kërkimet komplementare e sidomos duke u bazuar në ekzaminimin ob-jektiv, mundet të na lajthitë për një manifestim histerik.

Në raste të tjera anamneza na tregon se afonia është çfaqur mbas një flegmoni t'amygdales ose pas nxjerrjes së një dhëmballe. Flegmoni i dhëmballës shkaktonte një ënjtje në fyt duke sjellur kështu një disfoni dhe disfagji të natyrës mekanike. Më vonë afonia funksionale shartohet mbi atë të natyrës organike. Me zhdukjen dhe shërimin e lezioneve lokale të fytit zëri duhej të ristabilizohej, ndërsa ay vazhdon të jetë «i fikur». Tashmë afonia është krejtësisht e natyrës funksionale. Gjithashtu nxjer-rrja e një dhëmballe mund të shërbejë si «gjemb ngacmues» për provo-kimin e çrregullimeve funksionale të zërit.

F. Marsh dhe D. Douglas (1948) kanë përshkruar raste afonie fun-kcionale ndër persona që paraqesin fenomene inflamatore të amigdæ-leve, të dhëmbëve dhe të hundës.

III. Faktorët psikogjenë dhe shpërthyes të fenomeneve afonike.

Nga analiza e rasteve rezulton se 29,1% e pacientëve tanë kanë pas-ur në të kaluarën një tronditje të thellë shpirtërore, e cila u ka mbe-

tur e gjallë në kujtesë. Po të bëjmë një analizë t'imët t'anamnezës do të shohim se grindjet dhe dizarmonia n'ambientin familiar, shkëputja e padëshëruar nga shkolla, ndarja nga gjiri i familjes qysh së vogëli, mbetja jetim, dështimi i një dëlli dashurie etj. të gjitha këto shkaktojnë një tronditje, shpirtërore ose një situatë të vështirë konfliktuoze. Këto rrethana janë të vështira për t'u kapërxyer nga tipet me veprimtari të lartë nervore të dobët dhe si rrjedhim përbëjnë në vetvete shkaqe psikogjene që provokojnë eksplozimin e veprimtarisë së lartë nervore që manifestohet me nevrozën historike ose nevroastenike.

Traumë psikike të së kaluarës përbëjnë «sprovën» që ka pësuar dikur sistemi nervor i tyre. Çdo traumë psikike që pëson njeriu gjatë jetës formon një «ngjarje» me rëndësi në anamnezën e tij. Ajo pa tjetër le gjurma në psikikë. Jeta në vetvete është një seri sprovash. Gjatë saj mund të dalin shpesh herë situata të vështira që duhen kapërxyer. Njeriu i përballon këto për hir të forcës së vullnetit, me aftësinë e plasticitetit që duhet të kenë proceset kryesore të veprimtarisë së lartë nervore. Por kjo varet nga tipi i veprimtarisë më të lartë nervore: t'individit, nga aftësia e të përmbajturit të vetvetes në këtë ose atë rrethanë.

Përveç traumave psikike të së kaluarës që e kanë tronditur pacientin, ne mendojmë se gjithmonë duhet t'ekzistojë edhe një traumë psikike që procedon në kohë manifestimin e çfaqjeve historike. Sipas ligjit të fuqisë së proceseve psikike të formuluar nga I.P. Pavlovi, menjëherë mbas fazës përgatitore një traumë psikike mund të prishë ekuilibrin e sistemit nervor duke dhënë një gjendje nevrolike, e cila në rastet tona është afonia funksionale.

Në disa raste ky «faktor psikogjen» është aq i fortë, sa shkakton vetëm shpërthimin e veprimtarisë më të lartë nervore. Në raste të tjera, duke «koinciduar» me një sëmundje somatike (grip, anginë, etj.), me një lodhje të tepruar ose një dobësim të madh t'organizmit, ay gjen një teren t'astenzuar jashtëzakonisht të favorshëm.

Në 68,80% të të sëmurëve tanë faktori psikogjen ka dalë në dritë me qartësinë më të madhe. Në afro 30% të pacientëve tanë mungonte trauma psikike imediate e dukëshme, por ne jemi të sigurtë se ajo mbahej e fshehtë. Me gjithë kujdesin dhe këmbënguljen tonë në bisedë e sipër me këta të sëmurë, s'kemi mundur ta zbulojmë. Por reticenca, dëshira e dukëshme e tyre për të «kapërxyer» tregimin e disa ngjarjeve, pohimet si «diçka me ndodhi, por kjo s'ka rëndësi» na forcojnë bindjen për ekzistencën e një traume psikike imediate.

Përkundrazi, ka pacientë të cilët nuk e fshehin traumën psikike dhe e kuptojnë efektin e saj duke thënë «nuk iam i sëmur, marrja e zërit nuk më pengon, unë vuaj shpirtërisht» ose «unë e di se zëri më është marrë nga mërzia» (obs. nr. 10).

Obs. 10 (Kartella 3064).

I sëmuri I.P., 22 vjeç, nga katundi Matkë i Fierit, u shtrua në spital më 23/VIII/1958 mbasi ankohej për marrje zëri, dhimbje koke, gjoksi dhe se nuk mbushej me frymë.

I.P. lindi e u rrit në fshat në kondita mesatare jetese. Kreu 4 klasë shkollë. Si djalë i vetëm është rritur me përkëdheli.

Ka qenë gjithnjë inatçi i papërmbytur, plot teka; në shtëpi ishte mësuar që t'i plotësonin të gjitha dëshirat.

Ka kaluar të gjitha sëmundjet e fëmijërisë. Ay ka qenë subjekti anginal sidomos në stinën e dimrit. Në vitin 1950 ka kaluar morbus Botkin për të cilën u shtrua për tre muaj në spital. Pas kësaj sëmundje mbeti shumë i dobët dhe u bë me «huqe». Ka një fantazi të zhvilluar dhe të sëmurë. Dy vjet para se të mobilizohej, u largua nga fshati dhe, mbasi kreu një kurs, doli shofer, por jeta e shoferit me vështirësitë e saj e mërziti shumë, nervoziteti ju shtua edhe më tepër.

Me shokët grindet shpesh, nuk është i qëndrueshëm në mendimet dhe në punët e tij, sugjestionohet lehtë nga të tjerët, nuk vendos shpejt.

Anamneza e sëmundjes aktuale: Për disa javë me radhë ka udhëtuar poshtë e lart, ditë e natë, pa patur mundësi që të pushojë. 5 ditë para se t'i merresh zëri u ftoh, pati dhimbje koke dhe gjoksi, pak kollë dhe temperaturë. U mjekua me sulfamide, aspirinë, bipericillinë etj.; gjendja gripale «gati i kaloi»; por i mbeti një rëndësi në kollë, pak kollë dhe një farë vështirësie në frymëmarrje. Veç kësaj i dukej sikur i mbeti një top në lukth që i ndalonte frymën.

Duhet shënuar se kohët e fundit I.P. dukej shumë i mërzitur, nga shkak i prishjes së fejesës së tij që u shkaktua nga prindërit fanatikë të vajzës. I sëmurë rrinte i vetmuar dhe nuk pajtohej dot me situatën e krijuar (këtë rrëthënë e mësuar më vonë nga një shok i ngushtë i tij).

Status praesens. Pacienti flet me zë të mekur, përdor gjepte për t'u spjeguar më mirë. Gjendja e përgjithëshme jo e keqe. Lëkura dhe mukozet kanë ngjyrë normale. Në auskultacionin e polmoneve ndihen disa rale bronkiale ndër baza; Zemra: toni i parë i fortë e pak i zgjatur; herëpashere ka ndonjë ekstrasistole ekspiratore të natyrës funksionale; Inspiracioni duket lehtësisht i zgjatur. T.A. 140-80; puls i 80 në një minutë. Vihet re një hepato-splenomegali e lehtë.

Ekzaminimi neurologjik tregon se reflekset osteotendinoze janë të gjalla D=S; refleksi korneal dhe faringial është i dobët në të dy anët. Vihet re një hipolestesi në një rrypi të lëkurës të pjesës së përparëshme të fytyrë të një gjerësie 3 gishtash duke filluar nga nënmjekra deri në gropën sternale (fenomen i sugjestionuar pacientit nga ne).

Ekzaminimet e ndryshme nuk venë në dukje ndonjë deviacion nga norma. Metabolizmi bazal + 7. Radioskopia polmonare, trauma polmonare e theksuar në bazë.

Mjekimi me procedurën e «dominantit të dhimbjes» dha efekt të menjëherëshëm.

Nga anamneza katamnestike rezulton se I.P. është fare mirë dhe punon rregullisht në repart.

Analiza e rastit: Pacienti është rritur me shumë ledha, është lehtësisht psikopat me tendencë hysterike. Mbasi hoqi morbus Botkin, mbeti i dobët dhe u bë «me huqe». Nuk duhet harruar se ay që në vogëli ka kaluar disa herë angina. Tip sentimental, u ushqye me ëndërrime dhe iluzione nga një idil dashurie. Prishja e fejesës që një traumë e rëndë psikike, e vështirë për t'u kapërxyer nga një tip i dobët i vaprimtarisë së lartë nervore. Sëmundja somatike e astenizoi dhe e dobësoi organizmin në një periudhë pune intensive pa pushim dhe gjumë të rregullt. Në këto kondita inferioriteti fizik dhe shpirtëror, në këtë shtet

nevrotik dhe psikopat u çfaq shkëputja e veprimtarisë së lartë nervore në formën e afonisë funksionale.

Gati në të gjitha rastet në periudhën që nis nga trauma psihike deri në deklarimin e afonisë, takojmë një «etapë prodronale», një «fazë meditacioni» (siç e quajnë autorët francezë), një periudhë gjatë së cilës pacienti bluan vuajtjen dhe hidhërimin. Simptomi prodromal klasik në shumicën e rasteve është «globus histericus». Të sëmuret tanë flasim për «siklet», «mulla», «top në zemër», «për një lëmsh që ngjitet nga gropa e barkut dhe e shtrëngon në fytyrë», «për vështirësi në kapërcimin e ushqimit dhe t'ujit». Analogjia me fazën preparatore që paraprin gjithmonë konvulsimet klasike historike është evidente, por në rastin tonë manifestimi merret vetëm formën e «shuarjes së zërit». Pikërisht atëhere «ankthi zhduket, i sëmuri ndjen një lehtësim shpirtëror, sikleti, duke dalë nëpër fytyrë ia pret zërin» (kështu deklarojnë këta afonikë).

Me gjithë ekzistencën e karakteristikave të përbashkëta të tabloës klinike të manifestimit t'afonisë, është vështirë të gjesh përsëritjen e njëllëjtë të tyre. Në larinë e simptomave klinike dhe të sjelljes së pacientit pasqyrohet temperamenti, personaliteti, shkalla e kulturës, origjinaliteti i secilit rast.

Ne mendojmë se në këtë larmi ndikojnë tre faktorë kryesorë: tipi i pacientit, momenti traumatizues dhe intensiteti ose fuqia e traumës psihike. Kështu ekzistenca e vërtetuar nga anamneza e një komponenti psikastenik le një vulë të saj, dashuria e thellë spikat me një karakter morböz, malli i papërmbajtur për familjen e largët, kujtimi i mallëngjyer i një të afërmi të vdekur shkaktojnë një «krizë morale», një «melankoli të vogël», ku pasqyrohet thellësia, pasuria dhe bujaria e ndjenjave të këtyre «tipave artistikë» pavlovianë. Tendenca kah egoizmi i disa të tjerëve çfaqet me prirjen e tyre për t'u vënë në qendër e vëmendjes të kolektivit, për «t'u mëshiruar» dhe për të akuzuar me çdo kusht shkak-tarin e vuajtjeve shpirtërore.

Nuk janë të pakta (14,50/0) rastet e pacientëve indiferentë, apatikë. Këta nuk janë debilë në kuptimin e vërtetë të fjalës. Kemi të bëjmë me shumë me njerës të thjeshtë, naivë, të padjallëzuar, me sinqeritetin e një fëmije. Ky teren është shumë i favorshëm për t'u «indikuar», për t'u sugjestionuar. Në kushte të favorëshme një traumë psihike pak a shumë e lehtë krijon premisat për çfaqjen e asaj forme të nevrozës historike që ndodhet në qarkullim.

Pasojat që mund të shkaktojë trauma psihike lidhen ngushtë me momentin e goditjes. E njëjta ngjarje në kohë të ndryshme ose më mirë në dy gjendje të ndryshme psihike tek i njëjti subjekt mund të mos ketë fare ose të ketë një efekt të madh. Prandaj ne mund të përfundojmë me konkluzionin se në vetvete nuk ka aq rëndësi shkakun nga-cmues, sa terreni ku ai vepron, premisat somatike dhe morale.

Një traumë psikogjene e fuqishme në një terren të dobësuar i jep çfaqjes historike një ngjyrë të veçantë. Në rastet tona zëri merret fare, ay «shuhet». Tabloja e përgjithëshme dëshmon qartë për «krizën e madhe morale» që kalon pacienti.

Po përmendim edhe disa faktorë të tjerë, të cilët sipas mendimit tonë kanë rëndësinë e tyre në çfaqjen dhe zhvillimin e afonisë.

Faktori jatrogjenik.

Jatrogjenia është një fenomen i njohur në mjekësi, sidomos në rastet e fenomeneve nevrojike e veçanërisht n'ato të histerisë. Në epokën e J.M. Charcot roli jatrogjenik pati një influencë shumë të madhe në lindjen dhe përhapjen e fenomeneve histerike, sidomos të formave konvulsive. Shumë autorë më vonë folën për një «nevrozë artificiale» për «nevrozë kulture» të krijuar në ato kohë nga vetë Charcot dhe nxënësit e tij. Por ky opinion, ndonjë i ekzagjeruar, në realitet përmban një të vërtetë. Siç e ka provuar praktika e klinikistëve të ndryshëm, «jatrogjenia» ekziston dhe gjen vend të shartohet sidomos tek tipat me veprimtari më të lartë nervore të dobët dhe tek personat e astenizuar nga sëmundje të ndryshme debilitante. Përsa u përket afonikëve tanë, sidomos ushtarakë, na rezulton nga anamneza se kur disa prej tyre paraqiteshin në vizitë për dhimbje gryke ose ftohje, ndihmës-mjeku e nga një herë edhe mjeku u thoshte: «Mos të ngjasë si filanit që iu muar zëri». Ky sugjestionim disa herë ka qenë i mjaftueshëm në këtë teren të përgatitur të krijojë një «pikë të sëmurë» në korteksin cerebral dhe ngjirja e zërit të marrë formën e afonisë, ndërsa më parë ishte vetëm një farë «ngjirje» e shkaktuar nga gripi ose të ftohtit.

Edhe diagnostikimi i gabuar mund t'influencojë në keqësimin e gjendjes nevrojike (L.B. Peiermann — 1938).

Në rastin tonë diagnoza «laringitis» ndonjë herë ka luajtur rol jatrogjen. Disa të sëmurë tanë patën një ide të gabuar mbi kuptimin e këtij termi. Në drejtim të mjekimit mungoi trajtimi psikoterapik.

Roli i ambientit spitalor si mjet kontazhioni. Është një fakt i njohur se spitali, ku ndodhen të shtruar të sëmurë të ndryshëm, luan një rol kontazhioz. Kështu disa të sëmurë të shtruar në spital u ndodhën në kontakt me afonikët tanë, biseduan me ta, bile duke u familiarizuar ua qanin hallin e merrnin pjesë në «fatkeqësinë» që kishin pësuar. Disa prej këtyre, sigurisht të tipit të dobët të veprimtarisë më të lartë nervore, kur u ndodhën më vonë nën veprimin e atyre faktorëve somatogjene dhe psikogjene, «përqafuan» më lehtësisht këtë formë histerike që ndodhej «në qarkullim». Në këtë prizëm mund të pohohet se «afonia spitalore» shërben si një «imitacion patologjik».

Briquet dhe Charcot shkruajnë se manifestimet histerike në formë mutizmi, afonie, belbëzimi, lemze, kollë spaçike, grëmësire përhapen shumë shpejtë nëpër spitale dhe kolektiva. W. Mitchel, Charcot, M.V. Behterev kanë treguar se sa rëndësi ka izolimi në rastin e ndonjë manifestimi histerik; një gjë e tillë duhet të praktikohet gjithmonë për t'evituar «hetero-sugjestionin», sidomos në konvikte, internate, reparte ushtarake, etj. ku ka jetesë kolektive.

J.S. Tashkin, duke u mbështetur n'observationet e shumta lidhur me sordomutizmin, mutizmin dhe afoninë histerike, tregon se personeli mjekësor dhe sidomos ay sanitar ndikon në mënyrë negative ndër të sëmurët, kur ay vazhdon të merret vesh me ta me shkrim e me gjeste që nga fillimi e deri në fund. Kjo mënyrë sjelljeje bën që mutizmi, sordomutizmi ose afonia histerike të zhvillohen ose të zgjaten edhe më. Shërimi në këto raste është më i vështirë.

Simbas S.N. Davidenkov afër 30% të rregullimeve histerike të fjalës dhe të zërit çfaqen ndër qendra mjekimi si spitale, infermieri ose konvaleshenciare. Ay ka konstatuar se gjatë Luftës së Madhe Patrioti-

ke tek të plagosurit me kontuzione, komocion ose plagë të ndryshme si dhe ndër të sëmurë të tjerë me otitis, avitaminozë etj. u zhvillua histeria spitalore në formë mutizmi, sordo-mutizmi, afonia ose belbëzimi.

Simbas Babinskit dhe Fromont gjatë luftës së parë botnore (1914-1918) aksidentet që mund t'i atribuoheshin histerisë qënë të rralla në vijën e zjarrit. Ato u çfaqën në shumicën e rasteve ndër spitale dhe qendra mjekimi larg frontit.

Duke patur përasysh këtë rrethanë negative të ambientit spitalor ne vepruam ndryshe; afonikët histerikë i kemi mbajtur gjysmë të izoluar dhe kemi aplikuar mjekimin pa humbur kohë. Sikur të marrim mesataren e ditëve të shtrimit, na rezulton se një afonik ka qëndruar i shtruar në spital 6 ditë. Në realitet kjo shifer është edhe më e vogël, sepse disa pacientë kanë qëndruar për t'u mjekuar nga hipertonia, pro-chitis, otitis etj.

Nga sa parashtruam del se ambienti spitalor ka shërbyer në një farë mase, sigurisht të kufizuar, si mjet kontazhioni në vitet 1954-1958 lidhur me përhapjen e valës s'afonisë histerike.

Paraqitur në redaksi më 5-X-61

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

- Astore P.A.** — Le nevrosi post traumatiche in pensionistica privilegiata di pace e di guerra. *Minerva. Medica* Nr. 59-60 Luglio 1958.
- Babinski et Fromont** — Hystérie, Pythiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre, Paris Masson 1917.
- Behterjev V.M.** — Nevrozi i psihonevrozi v. kh. Častnaja patologija i terapija vnutrenih boleznej pog. red. Prof. Lenga G.P. Leningrad 1929 g. T. IV.
- Davidenkov, S.V.** — Opit Sovjetskoj Medicini v Velikoj Otečestvenoj Vojnje Tom XX 1941-1945.
- Kreindler A.** — Neurologie, Vol. II Editura Medicinale, Bukuresht 1957.
- Marsh F. D.** — Fintionelle aphonie. *Lencet* 1932 II.
- Nyssen A.** — La probléme de la constitution et du caractère hysterique. *Acta neurologica et Psychiatrica Belgica* Nr. 2 1948.
- Osipov V.P.** — Psikozi i psikonevrozi vojni Ogiz. Lenbiomedgiz 1934.
- Popov E.A.** — Očerki psihogenii i nevrosov vojennovo vremeni Trudi u krainskovo psihonevrologičeskovo instituta T. 14 Gosmedizdat U.S.S.R. 1945. g.
- Popov E.A.** — Opit sovjetskoj Medicini v Velikoj Otečestvenoj Vojnje Tom Nr. 26 Medgiz, Moskva 1949 g.
- Roussy G. et Lhermitte J.** — Psychonevroses de Guerre. Masson — Editeurs Paris 1917.
- Srebrny Z.** — Aphonie — dysphonia spastica. *Ksiega jubileus E. Flatau* 1929 342-350 Ref Zbl f. Hols-Nasen.
- Rimbaut** — *Precis de neurologie*, Paris, Masson Ed. 1940.

(Summary)

The article «Etiological factors that lead to the forming and development of functional (hysterical) aphony» is a chapter of the author's work «Functional aphony as a variant of hysterical neurosis».

During the years 1954-1957 an «epidemics» of functional aphony was observed in this country, the author saw about 250 cases, 70 of which he studied more thoroughly and analysed in detail the factors that led to functional disturbances of the voice and the causes that immediately set off the functional loss of the voice in a previously existing hysterical state.

Statistical data show that in this country neurotic manifestations are not increasing, but diminishing; functional aphony has taken the place of the other forms, and this milder form of hysterical neurosis can be considered as a peace-time hysterical phenomenon.

The author thinks that the etiological factors that determine hysterical manifestations in general and particularly functional aphony can be divided into three main groups:

I) — Factors predisposing, pertaining to the so-called «terrain». The study of the «superior nervous activity» of these patients shows that they belong to the weak type (according to Pavlov's classification) and that about 60 percent of them have previously had neurotic troubles.

The factors linked with the «terrain» are:

a) Heredity, which plays a predisposing part,

b) Material living conditions,

c) Family environment. The author gives much importance to education and the family environments, because many of his patients have grown up in «negative» family conditions, in an atmosphere «infected» by the neurotic conduct of the parents or the continuous family conflicts, which in the end succeed in creating a sort of neurotic «induction».

d) Social environments. The figures of the author show that most of his patients (86,1 percent) are of low cultural level, mostly peasants and mountaineers.

e) Cultural factor: Almost all the patients have low school education and insufficient social development.

II) — Somatic factors: According to the author past somatic diseases that weaken the organism precede the functional aphony; in some cases the somatic illness is concomitant with the aphony, which in this case stands on functional ground. Influenza has a special importance, because 65 percent of the patients remember an influenza episode immediately before losing their voice.

III) The psychogenic, or setting-off factors. From the anamnesis of the patients can be seen that the psychogenic factor, in different forms, can be clearly demonstrated in at least 72 percent of the cases.

The author gives much importance to the «yatrogenic» factor and to the other hospital conditions as causative factors of the functional aphonies of the years 1954-1958.

PROBLEMI I BARTËSVE TË MIKROBËVE NE LIDHJE ME EPIDEMIOLOGJINË E TIFOS ABDOMINALE DHE TË PARATIFOVE NE SHQIPNI

LUIGJ BENUSI

Kandidat i Shkencave Mjekësore

Tifo abdominale, bashkë me paratifot, ashtu si, të gjitha smundjet intestinale, kondicionohet nga faktorë të shumë epidemiologjikë dhe higjienikë; por faktori më i rëndësishëm ashtu pa dyshim bartësi konvaleshent dhe sidomos bartësi i shëndoshë i mikrobëve.

Në fakt, bartësi i mikrobëve asht burimi kryesor i infeksionit, pse me ekskrecionet e tij përhap n'ambjent mikrobet e smundjes. Smundja persiston në një komunitet për një kohë të pacaktuar, në format më ndryshme të saja: sporadike, endemike ose epidemike, simbas numrit të mikrobeve të përhapura n'ambjent dhe simbas konditave që favorizojnë ose pengojnë jetën e mikrobeve jashtë trupit të njeriut.

Ekzistenca e bartësve të mikrobëve në përgjithësi u konstatue në vitet e fundit të shekullit XIX. Gjetja e mikrobëve patogjenë ndër organet dhe ekskrecionet e njerëzve të shëndoshë u duk n'atë kohë një fenomen paradoksal për shkencën mikrobiologjike t'atëherëshme e cila nën ndikimin e teorive të Robert Koch pranonte se cilësia kryesore e një mikrobi patogjen ishte shkaktimi i domosdoshëm i infeksionit kur ai hynte dhe zhvillohej në një organizëm. Ekuacioni i formuluar nga Koch se, infeksioni asht baras me mikrobën patogjen plus organizmin, ishte atëherë pothuaj një dogëm i padiskutueshëm.

Por përsëritja e konstatimeve ndër shumë njerës, të cilët, megjithatë dukmenisht nuk kishin kaluar një smundje infektive, barshin n'organizmin e tyre mikrobët patogjenë përkatës, krijoj bindjen në shumicën e shkencëtarëve se ky fenomen mund të shpjegohesh si një çfaqje biologjike e veçantë e mikroorganizmave, dhe se mund të konsiderohesh si universal d.m.th. i vlefshëm për të gjitha infeksionet.

Nën dritën e doktrinës së Darwinit të zhvilluar në fushën e mikrobiologjisë nga Pasteur, Meçnikov e të tjerë u provue se edhe jeta e mikrobëve asht e lidhur ngushtë me ambientin dhe se fenomeni i bartësve të mikrobëve tregon unitetin e pandarë në mes të mikrobët dhe t'organizmit, dhe se konditat e ambientit të jashtëm ndikojnë thellësisht në zhvillimin e procesit infektiv.

Gromashevski, i cili asht marrë hollësisht me problemin e bartësve të mikrobëve mohon universalitetin e këtij fenomeni dhe kritikon autorë që e pranojnë atë.

Në të vërtetë nga të dhënat eksperimentale dhe epidemiologjike del e k'jartë se bartësit e mikrobëve nuk çfaqen në të gjitha infeksionet, veçanërisht ndër ato për të cilat njeriu ka receptivitet absolut siç janë fruthi, lia, tifo egzantematike etj. Simbas këtij autori, prania e një

mikrobi patogjen në një organizëm të shëndoshë ka lidhje të ngushtë me imunitetin natyral e artificial dhe mekanizmi i zhvillimit të bartjes së mikrobëve në infeksionet e ndryshme ashtu krejt specifik për një infeksion. Gromashevski pranon se në tifon abdominale rreth 50% e të sëmurëve mbeten bartës mikrobesh për një kohë pak a shumë të gjatë.

Siç shifet, faktorët kryesorë në determinimin e fenomenit të bartësve të mikrobëve në përgjithësi janë mikrobi dhe njeriu. Të dy këta faktorë ushtrojnë ndikim njëri mbi tjetrin dhe shkaktojnë ndryshime në strukturën biokimike të tyre.

Krijimi i gjendjes së bartësve të mikrobëve nuk mund të shpjgohet tue i konsiderue faktet si fenomene të rastit, të prodhueme nga shkaqe të mbrendëshme të një organizmi, por tue pasë parasysh unitetin e pandarë të organizmit me ambientin. Të gjitha fenomenet janë të lidhuna ngushtë me ndryshimet që pëson nga njena anë organizmi që mban mikrobin dhe nga ana tjetër mikrobi që gjindet n'ambientin e ri.

Engelsi ka shkruar se «funksionet mvaren nga tipi i metabolizmit», që don të thotë se një organizëm tue shfrytëzue anabolitet e ambientit ndikohet nga ato në strukturën biokimike të tij dhe me katabolitet e formueme në konditat e reja ambientale ndikon mbi kompozimin material t'ambientit në mënyrë që formohet një proces zinxhir në marrëdhانيت metabolike në mes të dy sistemeve. Dhe këto marrëdhanie kanë randësi të madhe në prodhimin e variacioneve dhe të mutacioneve ndër mikroorganizma, siç rezulton nga studimet e Pasteur, Meçnikov e të tjerë. Por, gjithashtu edhe organizmi që bjen në kontakt me mikrobin pëson ndryshime të cilat kanë lidhje edhe me gjendjen imunitare të tij. Pavlovi e quejti imunitetin «rindërtim për kondita të reja» dhe provoi se në krye të këtij rindërtimi qëndron sistemi nervor qëndror. Gamaleia sostenoi, se për të fitue imunitet kundrejt një agjenti infektiv, organizmi duhet të mobilizohet krejtësisht, tue pësue, si pasojë, ndryshime të randësishme. Për hir të këtij imuniteti mikrobët ose zhduken fare ose bahen të padamshëm për organizmin që i ban, me një fjalë imuniteti që prodhohet mund të jetë steril ose jo steril.

Në bazë të ktyne të dhanave fenomeni i bartjes së mikrobeve mund t'interpretohet shkencërisht ndër smundjet e ndryshme infektive.

* * *

Tue marrë n'analizë në mënyrë të veçantë dhe specifike problemin e bartësve të Salmonelle Typhi, të Salmonella Paratyphi A dhe B (Schottmuelleri) që janë shkaktarët e tifos dhe të paratifove ndër njerës, duhet të përsëritet se burimi i ktyne infeksioneve, në të gjitha rastet, janë ekskrecionet e njerëzve që kanë kalue smundjen qoftë edhe shumë kohë ma parë në mënyrë të dukëshme ose të padukëshme. Këte gjendje të fundit Bordet e quen infeksion inaparent ose mikrobizëm latent që ka lidhje me fenomenin e bartësve të shëndoshë.

I pari që përshkroi një rast bartësish të S. Typhi qe Northon-Smith i cili në 1900 konstatoi n'urinën e bartësit praninë e mikrobit dhe nuk u mundue t'i jepte fenomenit ndonji shpjgim epidemiologjik ose biologjik.

Në 1904 nxansi i Koch, Drigalsky, vërtetoi se bartësi konvaleshent ishte burimi kryesor i persistencës s'infeksionit në një komunitet dhe se S. Typhi mundi të kishte një jetë të gjatë n'organizmin e njeriut nga

infiltrimund i eskretohesh me materjet fekale. Gjithashtu Drigalsky studioi bashkë me të tjerët së S. Typhi n'ambientin neutral të jashtëm. Në bartës të përkohëshëm ose transitorë në raste se nxjerrin mikrobe për një kohë jo ma të gjatë se një vjet, dhe bartës kronikë kur eskretimi i mikrobeve e kalon vjetin.

Janë cilësue si bartës aktivë të sëmundit dhe konvaleshentët, dhe si bartës pasivë bartësit klinikisht të shëndoshë.

Randesi e madhe e bartësve të S. Typhi mund të gjykohet nga numri i testëve zakonisht të mikrobeve që ata nxjerrin Thomson (1954) ndër bartësit kronikë ka mundur me përfaqëse se një gram materije fekale mund të përmbajë deri 12.000.000.000.000 mikrobe.

Numri i bartësve kronikë të S. Typhi simbas statistikave botënore (Lentz, Kayser, Gill, Morsucki etj.) rezultojnë se është mesatarisht rreth 3 përqind në barazim me numrin total të sëmundjeve me lloj abdominalë, megjithse në disa vende kjo përqindje është shumë ma e lartë. Këto statistika përfshijnë periudhën 1905-1949.

Edhe seksi dhe moshë ushtrojnë një ndikim të dukshëm në krijimin e bartësve të S. Typhi. Bordet paraqet si shembull tipik të ashtuquajturit mikrobizëm latent persistencën e S. Typhi në vijat biliare ndër njerëz që kanë kalue infeksionin, sidomos ndër gra.

Klinger (1909) tue studiue bartësit e S. Typhi simbas seksit në lidhje edhe me sëmundjen anemnestike dhe me kohën e nxjerrjes së mikrobeve arrin në këto konkluzione statistikare:

1. Bartës për një kohë ma të shkurtë se tre muajt

Me smundje n'anamnezë: mashkuj 31, femra 61.

Pa smundje n'anamnezë: mashkuj 58, femra 61.

2. Bartës për një kohë ma të gjatë se tre muajt

Me smundje n'anamnezë: mashkujt 33, femra 143.

Pa smundje n'anamnezë: mashkuj 5, femra 39.

Në grupin e parë bien në sy numri i madh i bartësve ndër personat pa smundje n'anamnezë, kurse në të dy grupet ban përshtyje sasia proporcionalisht shumë e madhe e seksit femnuer. Po të krahasohet sasia e bartësve të seksit femnuer, me sasinë e femnave që vuejnë ngà cholelithiasis — në të dy rastet në barazim me mashkujt — proporcioni është pothuaj e barabartë.

Klinger gjithashtu ka konstatue se bartës të përkohëshëm mbesin ma shpesh personat me moshë të re, kurse të vjetrit bahen ma shumë bartës kronikë.

Nga pikpamja e mënyrës së eskretimit të mikrobeve, bartësit janë dallue në bartës biliare, intestinalë dhe urinarë. Wildfuehr jep këto përqindje:

Bartës biljarë 60-65%

Bartës intestinalë 30%

Bartës urinarë 4-8%

Ndë depistime të popullatave, simbas studimeve të Klinger, Welch, Minelli, Rosenau, Lumden e të tjerë, përqindja e bartësve të S. Typhi

arrijnë në shumicën e vendeve të ndryshme rreth 1%, kurse në shtetin e New-Jorkut 42 për 100.000 dhe B janë gjetë bartës mikrobësh por për këtë kategori numri i bartësve kronikë nuk njihet aq me saktësi. Mendohet gjithashtu se S. Paratyphi A dhe B zhduken nga organizmi ma me shpejtësi se S. Typhi.

Kërkimi i bartësve të mikrobëve të smundjeve intestinale në vendin tonë u fillue në vitin 1952 në Laboratorin Bakteriologjik të Shtetit, në të cilin me ndihmën e specialistëve sovjetikë, u krijue një repart për kërkime epidemiologjike, me qëllim që të kontrolloheshin punonjësit e ushqimit social dhe punonjësit e institucioneve të ndryshëm si çerdhe, kopshte, konvikte, spitale e të tjera. Ky kontroll ishte ba i domosdoshëm për shkak të shumëzimit të vazhdueshëm të ktyne institucioneve dhe, si pasojë, të shtimit të punonjësve përkatës. Ma vonë (1953) u krijue në Tiranë Laboratori Bakteriologjik pranë Drejtorisë së Shërbimeve Shëndetësore, i cili vazhdon në mënyrë sistematike depistimet për bartësit e mikrobëve.

Në Shkodër ky shërbim filloi të funksionojë në vitin 1956 dhe ndër qendra të tjera të vendit në 1959, mbas krijimit të Laboratorëve bakteriologjikë pranë Drejtorive të Shërbimeve Shëndetësore, të drejtueme nga specialistë të rinj të pregatitun në vend.

Përveç depistimeve me karakter të përgjithshëm për punonjësit e naltpërmendun, ndër raste të veçanta çfaqjesh të smundjeve intestinale ndër familje, kolektiva ose ndër raste çfaqjesh vatrash epidemike, ndër këto laboratorë bahet kontrolli familjar dhe kolektiv.

Vetëm kontrollët familjare dhe ndër kolektive, ku çfaqet smundja tifo-paratifike, ka karakter specifik, kurse në depistimet e përgjithëshme kërkohen bartësit e smundjeve intestinale në mënyrë gjenerike. Por edhe në këto depistime asht gjetë një numër relativisht i madh bartësish të S. Typhi dhe ma rallë të S. Paratyphi A dhe B. Kontrolli i të sëmurëve me tifo-paratifo të hospitalizuem nuk do të shqyrtohet këtu, për shkak se nuk paraqet ndonji interes epidemiologjik, mbasi një koaleshent që kalon tifon ose paratifon në një spital nuk lirohet deri sa kopro-, urino- dhe bilikultura mos të rezultojnë negative për Salmone-lla në mënyrë permanente.

Tue analizue rezultatet e kërkimit të bartësve S. Typhi, paratyphi A dhe B simbas qyteteve të ndryshme që nga viti 1952 dhe deri në fund të vitit 1960 dalin këto të dhana:

Tiranë

Viti 1952	— Depistime : 2356	— Bartës të S. Typhi : 3.
Viti 1953	— Depistime: 3945	— Bartës të S. Typhi : 2.
Viti 1954	— Depistime : 5895	— Bartës të S. Typhi : 1.
Viti 1955	— Depistime: 8039	— Bartës të S. Typhi : 2.
Viti 1956	— Depistime : 9359	— Bartës të S. Typhi : 6.
		Bartës të S. Paratyphi B : 1.
Viti 1957	— Depistime : 12.586	— Bartës të S. Typhi : 6.
Viti 1958	— Depistime : 12.923	— Bartës të S. Typhi : 3.
Viti 1959	— Depistime : 15.280	— Bartës të S. Typhi : 2.
Viti 1960	— Depistime : 19.132	— Bartës të S. Typhi : 3.

Po të përmbledhen numri i viteve, numri i depistimeve dhe i bartësve tue nxjerre përqindjen e përgjithshme del kjo pasqyrë:

Nr. i viteve	Numri i depistimeve	Numri i bartësve	Përqindje
9	89.915	21	0.023%

Sic shifet përqindja e pozitivitetit nën ngjarje të ulët për shkak se sikur u tka ma sipër, depistimet nën ngjarje të mënyrë specifike për bartësit tifo-paratifikë.

Për qytetet dhe lokalitetet e tjera, për të cilat nuk do të merret parasysh numri i përgjithshëm i depistimeve, ambasatë e Institutit i Laboratorëve Bakterjologjikë asht zhvillue për një kohë prej pak vitesh, rezultatet janë si vijon:

Shkodër:

Viti 1956 — Bartës të S. Typhi: 2.

Viti 1957 — Bartës të S. Typhi: 3.

Viti 1958 — Bartës të S. Typhi: 4.

Viti 1959 dhe 1960 — Bartës të S. Typhi: asnjë

Gjithsejt: Bartës të S. Typhi: 9.

Korçë:

Viti 1959 — Bartës të S. Typhi: 1.

Viti 1960 — Bartës të S. Typhi: asnjë

Gjithsejt: Bartës të S. Typhi: 1.

Elbasan:

Viti 1959 — Bartës të S. Typhi: 3.

Viti 1960 — Bartës të S. Typhi: 5

Gjithsejt: Bartës të S. Typhi: 8.

Vlorë

Viti 1960 — Bartës të S. Typhi: 1.

Bartës të S. Paratyphi A: 1.

Gjithsejt: Bartës të S. Typhi: 1.

Bartës të S. Paratyphi A: 1.

Durrës:

Viti 1959 — Bartës të S. Typhi: 9.

Bartës të S. Paratyphi B: 4.

Viti 1960 — Bartës të S. Typhi: 5.

Gjithsejt: Bartës të S. Typhi: 14.

Bartës të S. Paratyphi B: 4.

Berat:

Viti 1960 — Bartës të S. Typhi: 2.

Gjithsejt: Bartës të S. Typhi: 2.

Ulëz

Viti 1957 — Bartës të S. Typhi: 2.

Gjithsejt: Bartës të S. Typhi: 2.

Numri total i bartësve rezulton 63.

Asht për t'u shënue se Laboratori Bakteriologjik i D.SH.SH. të Durrësit ka numrin ma të naltë të bartësve në relacjon me kohën e aktivitetit, që ka lidhje të ngushtë me numrin e përgjithshëm të depistimeve. Tuc mos dashtë të jepen gjykime pa baza të sigurta statistikore, mund të mendohet se ky fakt, ose asht një fenomen i rastit, ose asht shkaktue nga përdorimi i metodave kulturele ma specifike në kërkimin e bartësve të Salmonella-ve. Gjithashtu duhet të shënohet se n'Ulëz të dy bartësit e S. Typhi janë gjetë me rastin e çfaqjes së një vates epidemike të tifos abdominale, nga një ekip teknikësh të dërguem në vend nga Laboratori Bakteriologjik i Tiranës.

Për këtë çështje do të flitet ma poshtë kur të shqyrtohen depistimet nër incidencat epidemike të tifos abdominale.

Në lidhje me moshën e bartësve ndër statistikak e Laboratorëve të ndryshme vihen në dukje të dhanat e përmbledhuna në pasqyrën që vijon:

Mosha

e bartësve prej 1-60 vjeç, e ndame në periudha prej 10 vjetësh, ndër qytete e lokalitete të ndryshme dhe në përgjithësi:

Qyteti o lokaliteti	1-10 v	10-20 v	20-30 v	30-40 v	40-50 v	50-60 v
Tiranë	4	2	4	3	5	3
Shkodër	—	2	2	—	—	5
Korçë	—	—	1	—	—	—
Elbasan	2	—	1	2	3	—
Vlorë	—	1	—	1	—	—
Durrës	5	—	3	6	—	4
Berat	—	—	—	1	—	—
Ulëz	2	—	—	—	—	—
Gjithsejt	13	5	11	13	9	12

Elementi që bie në sy ma shumë në këtë pasqyrë asht numri relativisht shumë i vogël i bartësve në moshë prej 10-20 vjeç. Në lidhje me këtë fakt mund të mendohet ndofta për një receptivitet ma të madh t'individëve të kësaj moshe kundrejt infeksionit tifo-paratifik ose për

nji rezistencë ma të madhe në moshën e rinisë së parë për të pranue Salmonella-t të hyjnë n'organizëm pa shkaktue smundje.

N'anë tjetër këto statistika konfirmojnë pak a shumë opinionin e të gjithë autorëve, se seksi femnuer predominon ndër bartësit e Salmone-lla-ve.

Pasqyra që vijon e ven në dukje njëjft mirë rolin e seksit.

Seksi

i bartësve i ndamë simbas qyteteve dhe lokaliteteve, në përgjithësi dhe simbas përqindjes:

Qyteti o lokaliteti	Bartës femna	Bartës mashkuj
Tiranë	14	7
Shkodër	5	4
Korçë	1	—
Elbasan	3	5
Vlorë	1	1
Durrës	9	9
Berät	1	1
Ulëz	2	—
Gjithsejt	36	27
Në përqindje	57%	43%

Ma në fund, po të shikohet ana profesionale e depistimeve, duhet të thuhet se ndarja e bartësve ndër kategorina profesjonesh në statistikat tona nuk ka një vlefë të reale, mbasi dihet se depistimet bëhen ndër njerëz me profesjone të caktueme të cilat u përmendën ma nalt. Prandaj kjo çashtje nuk do të shqyrtohet veçanërisht.

* * *

Deri këtu u analizuen depistimet pothuë vetëm në mënyrë të përgjithëshme, por vlen të përmenden edhe disa raste të veçanta të cilat paraqesin një interes njëjft të madh nga pikpamja epidemiologjike dhe mikrobiologjike.

Nga këto raste do të vihet në dukje randësia e kërkimit të bartësve ndër çfaqje vatrash epidemike. Tri nga këto raste janë shumë karakteristike:

1. Në marsin e vitit 1952, në konviktin e Ujit të Ftohtë në Vlorë u paraqitën disa raste me tifo abdominale. Nji ekip teknikësh i Laboratorit Bakteriologjik të Tiranës u dërgue në vend për kërkimet e rastit. Nga koprokulturat e përonjësvë të kuzhinës së konviktit rezultoi pozitive për S. Typhi një ndihmëse kuzhiniera.

Me t'u largue bartësja nga konvikti nuk u paraqitën raste të reja infeksionit.

2. Po në vitin 1952, në një shkollë pranë kombinitit të tekstitit Stalin u çfaqën disa raste me tifo abdominale ndër nxënësit konviktoë.

Nga depistimet e shumanëshme rezultoi se njeni nga nxansit ishte bartës i S. Typhi.

3. Në Ulëz në kantierin e punimeve t'ujësjellsit Karl Marx, në fruer të vitit 1957 u çfaq një vatër epidemike e tifos abdominale, e cila, nga mënyra e përhapjes, linte të dyshohesh se mjeti i përhapjes ishte uji i pijshëm. Uji u merrte nga lumi, u filtronte dhe u klorinonte para se të shpërndahesh ndër zona të ndryshme të lokalitetit dhe të kantierit.

Nga një kontroll i imtë epidemiologjik dhe mikrobiologjik rezultoi se filtrimi dhe kloronimi nuk kryheshin simbas rregullave higjienike dhe se mbi vendin e marrjes s'ujit kishte kontaminime prej origjine fekale nga banesat e afërme.

Prandaj përveç masave higjieno-sanitare që u zbatuen, menjëherë u banë edhe depistime koprologjike të shumta. Nga këto depistime u gjetën dy bartës të S. Typhi, një vajzë dy vjeçe që banonte mbi vendin ku pompohesh uji, dhe një tjetër dhjetë vjeçe, vajza e shitësit të dyqanit t'ushqimeve.

Me largimin e të dy bartësve dhe me masat higjieno-sanitare vatra epidemike u shue mbrenda një kohe fare të shkurtë.

Por edhe në depistimet e përgjithëshme ka pasë raste me tipare të veçanta që paraqesin interes sidomos nga pikpamja mikrobiologjike. Mund të mjaftojë të përmendet rasti i një shitëses në një dyqan pasticerie e cila rezultoi bartëse e S. Typhi. Për këtë u bë një tentativë mjekimi me sulfoguanidinë me doza orale ditore prej shtatë gramësh e gjysmë. Mbas një mjekimi që zgjati shtatë ditë, ekzaminimi koprologjik tregoi se flora e zakonëshme intestinale (E. coli etj.) ishte zhdukë gadi fare dhe se kultura e materjeve fekale jepte zhvillimin e S. Typhi në formë të pastër.

Kjo mënyrë mjekimi që nuk dha asnjë rezultat për sterilizimin e bartëses mund të sugjerojë ndofta ndonji metodë pasurimi «invivo» me anë barnash bakteriostatike elektive, me qëllim që me anë të paksimit të florës intestinale të zakonëshme, të bahet ma i lehtë veçimi i Salmone-llave.

Një tjetër fakt që paraqet interes imunologjik për të cilin do t'insistohet, në lidhje me njohuritë e reja mbi antigenin Vi të Salmonellave, asht mungesa e vërtjes t'infeksionit tifo-paratifik n'anamnezën e bartësve që janë marrë në shqyrtim; në të vërtetë janë përjashtue nga statistikat të gjithë bartësit konvaleshent ose me smundje n'anamnezë.

Nga pikpamja imunologjike mund të mendohet se në rastet e bartësve të shëndoshë, në mes të forcave morbigjene të mikrobit të forcave mbrojtëse t'organizmit duhet të krijohet qysh në fillim një ekuilibër i qindrueshëm. Nga njëra anë mikrobi duhet të ketë virulencë të theksueme për t'u instalue në një organizëm në kondita të forta shëndetësore, nga ana tjetër, një organizëm që sulmohet nga një mikrob shumë virulent duhet të disponojë mjete mbrojtëse të mjaftueshme për të ndalue veprimin morbigjen të tij. Vetëm në këto kondita Salmonella-t mund të vendosen ndër organe të bartësve të shëndoshë në formë të një komensali të padamshëm për ta, por shumë të rrezikshëm për organizmat e tjera që nuk kanë mjete mbrojtje të përshtatëshme.

Dhe këto mjete mbrojtëse vërtetohen me praninë e aglutininave anti-Vi në serumin e bartësve të shëndoshë.

Dihet se S. Typhi ka tre lloje antigenesh: antigenin H, antigenin O

dhe antigeni Vi. Antigeni Vi tregon fuqinë patogjene të mikrobit ose virulencën e tij.

Felix (1930) ka vërtetuar se aglutinina anti-Vi gjinden më numër dhe më të naltë ndër bartësit kronikë.

Rezultatet e studimeve të Felix u konfirmuan nga Elliot në 1940, nga Elliot e Cameron në 1941, nga Klein në 1943 dhe nga shumë autorë të tjerë.

Në dritën e ktyne konstatimeve u vunë në veprim nga studiozët e problemit të bartësve të Salmonella-ve, gjurmimi i ktyne me anë të kërkit paraprak të aglutinave anti-Vi. Kërkimi i Vi-aglutinave ka dhënë një ndihmë të madhe ndër depistimet masive, për shkak se me anë të ktyj kërkimi seleksionohen njerzit, të cilët me probabilitet të madh janë bartës të Salmonella-ve. Megjithkëtë, nuk mund të thuhet absolutisht se prania e Vi-aglutinave tregon gjithmonë gjendjen «bartës mikrobesh», por në përgjithësi duhet të thuhet se kërkimi i Vi-aglutinave asht një provë paraprake e domosdoshme për depistimin e bartësve të Salmonella-ve tifo-paratifike.

Në rasë se gjinden bartës, serumi i të cilëve nuk përmban Vi-aglutinina, mund të mendohet se infektimi asht pròdhue nga ndonji shtam Salmonella-sh që nuk përmbante antigenin Vi, sikur e ka vërtetue Rauss në 1939. Gjithashtu ka rastë bartësish të cilët, megjithse kanë Vi-aglutinina, në kopro — dhe urinokultura dalin negativë për S. Typhi. Në rastë të këtylla, asht i nevojshëm kërkimi me anë të bilikuturës, për shkak se bartësit biliarë nxjerrin mikrobët në materjet fekale në mënyrë intermitente. Vi-aglutinacioni mund të përdoret edhe për bartësit e S. Paratyphi B, megjithse, simbas autorëve, antigeni Vi shumë herë nuk asht që i dukëshëm për shtamet e ktyj mikrobi. Për S. Paratyphi A, Vi-aglutinacioni nuk asht i nevojshëm.

Po të shqyrtohet pozitiviteti i Vi-aglutinacionit në lidhje me veçimin e S. Typhi ndër koprokultura do të shifet se autorët e ndryshëm japin shifra të cilat vërtetojnë me saktësi vleftën e madhe të kësaj metode kërkimi.

Zhdanova ka konstatue në 100% të bartësve Vi-aglutinina.

Timen gjithashtu, ndër 68 bartës ka provue se 67 jepshin pozitivisht për Vi-aglutinacion.

Widfuhr tue përmbledhë rezultatet e autorëve të ndryshëm, konstaton se pozitiviteti për Vi-aglutinina ndër bartës të S. Typhi arrin mesatarisht në 92%, dhe sostenon se ndër persona me Vi-aglutinacion pozitiv, koprokulturat duhet të përsëriten shumë herë, pse vetëm një ose dy kontrole nuk mjaftojnë.

Metodat e kërkimit të bartësve të Salmonella-ve me anë të Vi-aglutinacionit asht tue u përdorë edhe në mënyrë masive në shumë vende të botës. Mjafton të përmendet se De Nooy ka krye 33.000 Vi-aglutinacione ndër ushtarë të shëndoshë.

Në një referat që mbajti në Tiranë, disa muej ma parë, një mikrobiolog sovjetik i deleguem nga organizata botnore e shëndetësisë (O.M.S.), tregoi rezultatet e përgjithëshme të vendeve të ndryshme mbi Vi-aglutinacionet. Simbas ktyne statistikave që përfshijnë trevjetëcarin 1958-1960, në 100% të konvaleshentëve të tifos abdominale konstatohen Vi-aglutinina dhe se shumica e madhe e tyre janë bartës të S. Typhi.

Kjo shifër asht në kundërshtim me statistikën e Gromashevsk, por

duhet të mendohet se në periudhën e vjetëve në të cilat Gromashevski bani studimet e tija nuk ishin përhapë antibiotikët specifikë për infeksionet tifo-paratifike. Reaksioni i Vi-aglutinacionit simbas të dhënave të O.M.S.-it duhet të përsëritet çdo pranverë tue u shoqñue edhe me veprimet e zakonëshme kulturale.

* * *

Në përfundim po të shikohet retrospektivisht gjendja epidemiologjike e infeksioneve tifo-paratifike në vendin tonë, do të shifet se masa e vetme që merrej më parë kundër ktyne smundjeve ishte denoncimi. Mbas çlirimit u fillue një luftë e vërtetë me masa të rrepta anti-epidemi-ke. U ba i detyrueshëm denoncimi, hospitalizimi, dizinfektimi dhe vak-sinimi masiv me vaksinën T.A.B. të prodhueme në vend qysh nga viti 1947. Depistimi i bartësve u fillue më 1952 dhe u aplikue gradualisht ndër qytetet kryesore të Shqipnisë.

Por, sikur u tha ma nalt, nuk bahet në mënyrë sistematike dhe sido-mos specifike për bartësit e mikroëve tifo-paratifikë dhe rezultatet anti-epidemikë nuk janë krejt të sigurta pse herë mbas here praqiten epizode epidemike, megjithse jo të shumta, të cilat po mos të shuheshin nga një aplikim i shpejtë i vaksinimeve në masë, me siguri do të kishin një përhapje të rrezikëshme. Por duhet pohue se bashkë me vaksinimet në ma-së edhe depistimet e bartësve kanë luejt rolin e tyre për zhdukjen e endemisë tifo-paratifike që ekzistonte më parë në çdo anë të vendit tonë.

Asht e vërtetë se 63 bartës, po të merret nga një pikpamje absolute, janë shumë të pakët, por duhet të mendohet edhe numri hiperbolik i mikroëve tifo paratifikë që do t'u përhapte n'ambient tue dijtun se një gram materje fekale e një bartësit mund të përmbajë 2 biljonë mikroëve.

Perspektiva e t'ardhmes, për organet e shëndetësisë sonë popullore, në lidhje me infeksionet tifo-paratifike duhet të jetë zhdukja totale e tyre. Për t'ia arrijtun këtij qëllimi nevojitet të ndërmerret një luftë e organizueme për zhdukjen e bartësve të mikroëve, të cilët dukmenisht janë të shëndoshë. Prandaj depistimi sistematik dhe specifik për bartësit e Salmonella-ve tifo-paratifike duhesh t'organizohet tue caktue kua-dro dhe mjete materiale, po t'ishite e mundun, vetëm për këte qëllim.

Puna duhej të fillonte me kërkimin e Vi-aglutinacioneve, dhe për njerëzit pozitivë për Vi-aglutinina të kryheshin kopro-urino-dhe në rastë nevojë bilikultura, ndër terene sa më shumë specifike. Kto veprime do t'ishite e nevojëshme t'aplikoheshin ndër qytete dhe fshatra dhe pran-daj duhej të viheshin në dispozicion të kuadrove përkatëse mjete mate-riale të mjaftueshme dhe një laborator lëvizës me anë të cilit do të mund të veprohej në mënyrë indipendente në çdo vend të Shqipërisë.

Vien të permëndet këtu një metodë e thjeshtë dhe praktike për kërkimin e bartësve ndër qytete të kanalizueme. Metoda konsiston në shpër-ndarjen e disa copave garze ndër kanale. Këto copa garze lihen në vend për 48 orë dhe nga ato bahen mbjellje ndër terene të përshtatëshme. Në rastë pozitiviteti mund të gjndet drejtimi i banesës së bartësit.

Ma në fund bartësit e depistuem duhet t'i shtrihen një kurë specifi-ke e cila mund të jetë e gjatë dhe e vështirë dhe riganjthëre mund të rrijë deri tek kolecistektomia.

Për injektimin e bartësve janë përdorë antibiotikë dhe medikamente

Vaichulis, Franke e të tjerë, ndër bartës biljarë kanë përdorë Penicilinën me doza prej 6.000.000 unitete në ditë bashkë me sulfonamide; si mbas ktyne autorëve mjekimi ka pasë sukses në 80% të rasteve.

Kloromicetina nuk ka dhanë rezultate ndër bartës biljarë.

Ndër bartës intestinalë La Care ka pasë sukses tue përdorë Kloromicetinën me doza 100 mg/kg për ma shumë se shtatë ditë.

Janë ba tentativa për të ndryshue florën intestinale me qëllim: qi të krijohet një konkurrencë vitale interspecifike tue u dhanë bartësve nga goja emulsjone të gjalla të *B. subtilis* të tipit Marburger për një kohë prej dy deri në katër javë.

Siç shifet mjekimi, tue marrë parasysh edhe metodat e shumta të përdoruna, deri sot nuk asht i përcaktuem mirë.

Në vendin tonë mjekimi i bartësve bëhet në mënyrë sistematike dhe periodike me antibiotikë dhe sulfonamide. Mëgjithse nuk ka statistika krejt të sakta, shumica e bartësve sterilizohen krejtësisht ose përkohësisht por ka një përqindje të vogël që mbeten bartës kronikë.

Problemi i bartësve të *Salmonella*-ve tifo-paratifike mbetet një problem i madh e i vështirë, por duhet të thuhet se zbërthimi i tij asht mjeti ma i sigurtë për zhdukjen e burimit t'infeksioneve tifo-paratifike dhe si pasojë i vetmi mjet për zhdukjen rranjësore të ktyne smundjeve të gjata e të rrezikëshme.

KONKLUZIONE

1) Nga statistikat e studjueme del e kjo të randësia e gjurmimit të bartësve për epidemiologjinë e infeksioneve tifikë dhe paratifike.

2) Ky gjurmim duhet të shtohet me anë të depistimit të përgjithshëm ndër punonjësit ushqimorë si dhe me anë të depistimeve specifike me rastin e çfaqjes së sëmundjeve në formë epizodesh dhe vatrash epidemike.

3) Për t'arrijtë rezultate sa më të mira duhet që të vihen në praktikë metodat e kërkimit ma të përshtatëshme, ndër të cilat ashtë sidomos aplikimi i Vi-aglutinacionit për seleksionimin paraprak të bartësve.

4) Për këto qëllime nevojiten kuadro dhe mjete materjale të veçanta ndër të cilat ma me randësi asht një laborator lëvizës.

(Paraqitur në Redaksi më 7-IX-61)

Referenca bibliografike

1. Crispini — Randësia e bartësve për epidemiologjinë e infeksioneve tifoide — Terapia 1933 — Torino.
2. Puntoni — Manual i mikrobiologjisë mjekësore — 1936 — Romë.
3. Abba — Traktat i Hygjenës. 1936. — Torino.
4. Bordet — Traktat i Imunitetit — 1939 — Paris.
5. Gromashevski — Epidemiologjia e Përgjithëshme 1946 — Moskë.
6. Gastinel — Manual i mikrobiologjisë mjekësore — 1949 — Paris.
7. Zhdanova — Mikrobiologji dhe Epidemiologji e smundjeve bakterike dhe virusale — 1953 — Taschkent.
8. De Nooy — Rezultatet e 33.000 Vi-aglutinacioneve ndër serumet e ushtarëve të shëndoshë. Ber. Rijkinst. Volksgezondheid- 1954 Utrecht.
9. Sutin — Zinn — Selenskaja — Mikrobiol. mjekësore — 1958 — Moskë.
10. Topleya — Wilson — Parime të Bakteriologjisë dhe Imunitetit. 1957. London.
11. Wildfuhr — Mediz. Mikrob., Immunol. und Epidemiol., 1959 Leipzig.
12. Timen — Mikrobiolog. — Epidemiol. — Immunol. — 1959 — Moskë.
13. Schearer — Bronne, Gordon, Hollister — Gjetja e bartësve të S. Typhi me anë kampjonesh ndër kanale, Journ. Amer. Med. ASS; 1959.

(Summary)

THE PROBLEM OF GERM-CARRIERS IN CONNECTION WITH THE EPIDEMIOLOGY OF TYPHOID FEVER IN ALBANIA.

After a general review of the theoretical side of the problem of germ carriers the article discusses the carriers of *Salmonellae typhi*, paratyphi A and B (Schottmueller).

The author studies from different viewpoints the findings of the bacteriological laboratories of the Republic in connection with the typho-paratyphoid carriers discovered in the course of wholesale examinations for carriers among food workers or during special investigations of epidemic foci of typhoid fever.

The author points out the practical value of such examinations for the prevention of those infections.

He also mentions the value of Vi-agglutination as a practical bacteriological method for the detection of germ carriers.

Finally the author emphasises the results obtained in this country after its Liberation in the fight against infectious diseases and mentions briefly the prospective of our work in this field and the problem of the treatment of germ carriers.

DISA NGA TË DHËNAT MBI VESET REUMATIZMALE GJATË GRAVIDANCËS

HYSNI RUSI

Klinika Ospitaliere e Terapisë së Fakultetit

Simbas observarioneve tona të bëra në klinikat e terapisë dhe ambulatorisht, vihet re se janë të shpeshta rastet e të sëmurëve me sëmundje reumatizmale. Midis këtyre, me vese të zemrës, endocardite dhe me stade të ndryshme të Insuficiencës kardiovaskolare, takohen shumë vajza dhe gra. Qëllimi i këtij studimi qëndron në evolucionin e barrës te të sëmurat me vese reumatizmale të zemrës, si influencon barra mbi muskulin e zemrës dhe si është zhvillimi i sëmundjes mbas lindjes.

Shpesh herë mjekut, gjatë punës së tij, i duhet të zgjidhë disa probleme praktike të lidhura me mundësinë e lënies së zhvillimit ose të ndërprerjes së barrës tek gratë shtatzane që paraqesin ndryshime patologjike në aparatën kardiovaskolare. Zgjidhja e drejtë e këtyre problemeve është e pamundur pa një studim të hollësishëm të tabllorë klinike të sëmundjes, si dhe pa patur parasysh ndryshimet fiziologjike që pëson aparatë kardiovaskolar tek gratë e shëndosha gjatë barrës, të shkaktuara nga ndryshimet e mekanizmit neuro-humoral dhe të organeve të brendëshme. Kështu p.sh. tek gratë e shëndosha shtatzane, mjeku ndodhet shpesh herë përpara disa ankesave të ngjashme me ankesat e të sëmurave nga zemra. Shpesh herë shtatzanat ankohen për dobësi, lodhje, vështirësi në frymëmarrje, palpitationi të zemrës, vilani, oedema periferike, etj. Nganjëherë në gravidancat e avancuara, për arsye të pozicionit të ngritur të diafragmës, zemra është e spostuar dhe mund të na bëjë ta konsiderojmë gabimisht, të zmadhuar. Në pjesën e sipërme të zemrës sidomos mbi arterien pulmonare shpesh ndihet një zhurmë sistolike, që shpjegohet nga përkulja relative e arteries pulmonare si rrjedhim i spostimit të zemrës. Toni i dytë pulmonar është shpesh i aksentuar, për arsye të afimit të konit të ventrikulit të djathtë me murin e thoraksit. I njejtë mekanizëm mund të ndodhë edhe në aortë dhe të bëhet një aksentim i tonit të dytë të aortës. Zhurma funksionale mbi arterien pulmonare, që dëgjohet në rreth 30% të grave shtatzane, dallohet nga një timbër i ashpër dhe nga zhdukja e tij në frymëmarrjen e thellë. Mbas lindjes, kur diafragma vjen në vendin normal, në fund të javës së parë zhduken dhe zhurmat funksionale. Problemi fiziopatologjik dhe klinik i kardiopatisë tek shtatzanat është përpunuar me pesimizëm ose optimizëm nga internistët dhe obstetrikët e ndryshëm. Deri në kohën e tanishme, mendimet, interpretimet e autorëve të ndryshëm janë aq në kundërshtim me njëri tjetrin sa që akoma studimi i kësaj çështje vazhdon të jetë aktual.

Që nga afirmimet e Peters Lusk (1893), që asnjë grua me stenozë mitrale, nuk mund të jetojë mbas muajit të gjashtë të barrës dhe se është e nevojshme ndërprerja, në çdo rast stenozë, kur çfaqen shenjat më të vogla të dekompsimit, kalohet në mënjtimet krejt optimiste si ato të Vagner (1922), për të cilin, gravidanca dhe lindja zhvillohen pa influencuar as edhe në kardiopati të më të rënda. Dellepiane, Lian etj. mendojnë

se stenoza mitrale nuk duhet të konsiderohet si më e vështira, dhe se edhe në rastet e dekompsimit gjatë barrës mundet të vazhdohet barra, duke bërë mjekimin konservativ. Në përgjithësi kohët e fundit predominon një interpretim më optimist në mundësinë e evolucionit të favorshëm të barrës në stenzën e thjeshtë mitrale ose në sëmundjen mitrale me predominim të stenzës.

Couveilaire duke analizuar përfundimet në raport me llojin e valvulopatisë jep këto të dhëna: Pacientët e sëmura me stenzë mitrale 36% e kalojnë gravidancën pa dëmtime, 33% ndjejnë shqetësime të lehta, ndërsa 31% paraqesin episode të dekompsimit prej formave të lehta deri tek oedemat pulmonare. Për shtatzanat me insuficiencë mitrale, relativisht 68%, 17% dhe 15%; për sëmundjen mitrale dekompsimi i rëndë mund të jetë deri në 41 % të pacientëve.

Një koncept i tillë si i Couveilaire-s nuk na duket i drejtë. Evolucioni i kardiopatisë në gravidancë nuk duhet të lidhet vetëm në tipin e vesit të zemrës, porse në gravitetin e saj ka rëndësi kompensimi, grada e kapacitetit funksional të pacientes dhe konditat e miokardit. Në përcaktimin e rendimit të gjëndjes nuk duhet gjithmonë t'i kushtohet e gjitha vetëm barrës, mbasi mund të ketë shkaqe të tjera si konditat sociale, të ambientit, të ushqimit të gabuar, të lodhjeve fizike, emocionet negative, etj.

Qysh në tremujorin e parë, ndryshimet neuro-vegjetative dhe hemodinamike shkaktojnë shpesh herë shqetësime me rëndësi, por insuficiencat cirkulatore shfaqen më tepër në muajin e pesë deri në të nëntin (IX), ndërsa në javët e fundit, si pasojë e pakësimit të gjakut qarkullues dhe të uljes relative të sasisë së gjakut të hedhur në aortë, frekuenca e insuficiencës cirkulatore gradualisht zvogëlohet, për t'u shtuar përsëri gjatë kohës së lindjes dhe të puerperit.

Materiali i ynë është përqëndruar në studimin e 44 grave shtatzana, me vese rheumatizmale të zemrës, prej vitit 1959-1961. Nga këto në 34 gra, zhvillimi i barrës është ndjekur në klinikën ospitalore, maternitet dhe repartin e kardiologjisë së Poliklinikës, dhe 10 rastet e tjera në maternitet dhe repartin e kardiologjisë. Pacientët janë mbajtur në observacion për një kohë të gjatë dhe pas lindjes.

Të ndara si mbas moshës kanë qenë: Nënë moshën 29 vjeç 2 raste, 21-25 vjeç 16 raste, 26-30 vjeç 12 raste, 31-35 vjeç 10 raste dhe 36-40 vjeç 4 raste. Siç shihet predominon mosha 21-25 vjeç me 26% të rasteve dhe në radhë të dytë mosha 26-30 vjeç, Këto të dhëna përputhen me të dhënat e letaturës.

Nga pikëpamja e natyrës së punës, 19 kanë qenë puntore, 12 nëpunëse, 12 shtëpijake dhe 1 fshatare. Përqindja e ulët e të sëmurave fshatare nuk besojmë të jetë reale, duke marrë parasysh se këto nuk frekuentojnë as duhet ambulancat e qytetit.

Nga anamneza rezulton se 15 gra kanë kaluar poliartitit reumatizmal akut, ndërsa në 29 gra vesi rheumatizmal i zemrës është shfaqur pa shenja të mëparëshme të poliartitit. Çfaqjet më të tepërta të veseve mitrale pa të dhëna anamnestike për poliartitit reumatizmal akut korespondojnë me të dhënat e letaturës (Dellepiane) që në gratë është shumë e kollajta të shkaktohet një valvulopathi mitrale pa të dhëna anamnestike për sëmundjen Sokolskij-Buoillaud. 13 gra kanë vuajtur shpesh herë nga angina, 10 e kishin barrën e parë, 10 barrën e dytë, 7 të tretën, 4 të katërtën, 4 të pestën, 2 të gjashtën, 3 të shtatën, 2 të tetën, 2 të nëntën. Abort

tet si mbas anamnezës që kanë qenë, 14, të ndara si mbas pasqyrës së mëposhtme.

B a r r a	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
G r a	10	10	7	4	4	2	3	2	2
1) Terapeutike			3		1				
Dështime:									
2) Spontane		1		2	2	2	2		1

Të dhjetë abortet spontane kanë ndodhur në gjashtë gra. Katër gra në barër: e IV, V, VI, VII-tën barrë, kanë patur nga dy aborte. Këto gra janë marrë vazhdimisht me punra të rënda pa marrë asnjë masë profilaktike për të evituar rreziqet e dështimit. Kështu mund të spjegohet numri relativisht i madh i dështimeve që është në kundërshtim me të dhënat e literaturës ku flitet se në shtatzanat me kardiopati, abortet spontane janë të rralla. Të katër abortet terapeutike janë bërë me dëshirën e pacienteve për arsye familjare, pa indikacione të domosdoshme. Neve, me gjithë se siç do të shohim më poshtë kemi patur dhe raste ku mund të këshillohet ndërprerja profilaktike, nuk kemi këshilluar këtë pa patur indikacione kryekëput të domosdoshme; sepse ndërprerja shkakton ndryshime biologjike që i shtohen traumës operative, dhe që na kujton konditat hormonale, neuro-vegjetative, hemodinamike, që i shohim të ndodhin gjatë puerperit dhe që e bëjnë këtë periudë të rrezikëshme për fatin e lehonës. Rastet eventuale të interupsionit profilaktik që mund të këshillohen, si p.sh. në veset e rënda mitroaortale, në dekompensimet e shkakëtuara nga dëmtimet e theksuara të miocardit, shoqërime me sëmundje të tjera patologjike, janë shumë të pakta dhe duhet të bëhen në dy muajt e para, përndryshe nuk është më logjike ndërprerja. Në disa raste të rralla mund të këshillohet ndërprerja e barrës, e kombinuar me sterilizimin, në mënyrë që në pamundësi përmirësimi të një vesi të rëndë të zëmrës, mos të kihen gravidanca të tjera.

Ndarja e grave me barrë si mbas stadeve të Insuficiencës kardiovaskolare dhe karakterit të vesit të zëmrës

Karakterit i vesit	Shkalla e Insuf. së qarkullimit					Shuma
	0	I	II.A	II.B	III	
	Numri i të sëmurave					
Insuf. e valvulës mitrale	14	1	—	—	—	15
Ves i kombinuar mitral me predominim të insuficien.	8	4	1	—	—	13
Ves i kombinuar mitral me predominim të stenozës	6	—	4	—	—	14
Stenozë mitrale	—	—	—	—	—	—
Ves mitral e insuf. v. aortale	—	1	1	—	—	2
Ves mitr. dhe steno. aort.	—	—	—	—	—	1
S h u m a	29	9	6	—	—	44

Siç shihet nga pasqyra Nr. 2 rreth 66% të rasteve kanë përfunduar barrën pa shënjatë e insuf. kardiovaskolare. Përqindja më e madhe e insuf. kardiovaskolare i përket veseve të kombinuara mitrale me predominim të stenczës gjë që është krejtësisht e arësyeshme. Një rast me ves mitral dhe insuf, të aortës ka pësuar edeme pulmonare akute. Nga të sëmuret me shënja të insuf. kardiovaskulare kemi patur para-lindje me insuf. kardiovaskolare të gradës I-rë, 9 gra, 2 me insuf. k. vaskolare të gradës II-të A një me edeme pulmonare akute dhe 3 të kompensuara. Këto tri të fundit pësuan insuf. k. vaskolare gjatë fillimit të puerperit. Duke marrë parasysh se akti i lindjes paraqet një provë të madhe për zemrën sidomos kur ajo është e dëmtuar neve jemi përpjekur që nëpërmjet të kontrolleve të shpeshta ambulatorë, shtrimit në spital dhe shtrimit para kohe në Maternitet, të evitonim sa më tepër paraqitjen për lindjen me insuf. Kard. Vaskolare. Në lindje, perioda e dilatacionit mund të kalohet lehtësisht edhe nga gra kardiopatike me dekompensim të lehtë, por e njëjta gjë nuk ndodh në periodynë expulsive gjatë së cilës sforcimi është më i theksuar, (shtimi i presionit abdominal, intratorakal, modifikime të theksuara të topografisë së zemrës, presionet arterial dhe venos, etj.). Në këtë periode zemra që ka qënë më parë e dekompensuar, mund të rëndohet dhe më tepër. Po i njëjti rrezik ndodh dhe në kohën e post-partumit për arsye të lodhjes së zemrës. Rreziku i fundit për të përballuar është puerperi, në kohën kur ndryshojnë hormonet karakteristike të gjëndjes së gravidancës.

Lloji i lindjeve si mbas veseve të zemrës

Lloji i Lindjeve	Karakterit i yesit				Shuma	Vrejtje
	Insuf. V. mitrale	Ves mitr. me predom. të insuf.	Ves mitral me predom. të stenoze	Ves i kombin. mitr. aort.		
Lindje normale	14	12	11	2	39	Me insuf. K. v. I-II-A.
„ me forceps	—	1	3	—		
„ me sectio Cesarea	1	—	—	—	1	Placenta previa

Siç shifet nga pasqyra Nr. 3, 88,5% të lindjeve kanë qënë normale, 4 gra kanë lindur me aplikim të forcepsit, dhe 1 me sectio cesarea. Numri i math i lindjeve në rrugën normale i përgjigjet të dhënave të literaturës. Lindja e provokuar, goftë edhe me mjete më të thjeshta, duhet konsideruar si një intervenim i vërtetë dhe i rëndë që duhet bërë vetëm në raste të veçanta, mbasi evolucioni i vetë kardiopatisë mund të agravohet nga një lindje e tillë. Duhet lënë të fillojë spontanisht akti i lindjes, mbasi në këtë mënyrë, me gjithë se mund të shkaktojë trauma të lehta fizike dhe psikike, largojmë traumën biologjike që janë mjaft të dëmshme për fazën puerperale. Forcepsi është përdorur në 4 gra me insuf. k. vaskolare gr. I-II A., në periodynë expulsive, për të shkurtuar sforcimin. Sectio Cesarea është bërë një herë në një grua në muajin e VIII-të me placenta previa. Sectio Cesarea duhet të bëhet shumë rrallë, vetëm në rastet kur vihet në rrezik 100% jeta e nënës dhe e fëmijës.

Mjekimi i të sëmurve ka qënë si mbas rastit. Në rastet pa shenja

të insuficiencës kardiovaskolare janë dhënë: Vitamina, rikostituente dhe është rekomanduar evitimi i lodhjeve trupore; dy muajt e fundit të barrës, pushim. Për rastet me insuf. k. vaskolare janë përdorur kardiotonike dhe kardiocinetikë. Medikamentet anti-reumatizmale nuk janë dhënë sepse në këto të sëmura nuk kemi konstatuar riakutizime të reumatizms. Në fakt është admetuar se ekziston një farë papajtueshmëri ndërmjet sëmundjes reumatizmale dhe barrës, e lidhur me aktivitetin hormonal-placentar. Në tremujorin e I-rë, për arsye të aktivitetit hormonal-placentar të pakët, veçanërisht për sa i përket prodhimit të ACTH, mund të kemi rakutizime ose zhvillim të sëmundjes reumatizmale. Nuk kemi patur raste për të përdorur komisurotomin mitralike, porse sot një intervenim i tillë në shtatzanat, në shumë vende është shumë i përhapur, dhe konsiderohet jo vetëm intervenim profilaktik për të eliminuar ndërprerjen e gravidancës, por dhe i urgjencës që duhet bërë menjëherë në çdo periudë kur shfaqen shenjat prodromale të eedmës pulmonare akute.

Për sa i përket paraqitjes të ekzaminimeve para klinike, studimin e hemodinamikës, elektrokardiografisë etj., për arsye kohe dhe vendi ne do t'i paraqesim në një artikull të dytë.

Po përshkruajmë dy nga rastet tona më të rënda: njerin me ves mitro-arterial, insuf. cardiovasculare gr. II A, edema pulmonare acuta; dhe një me stenozo e insuf. mitrale, insuf. c.v. Gr. II-A-B.

Observacioni Nr. 1: E sëmura N.G. vjeç 26, robaqepëse, shtrohet në klinikën Ospedaliere më 10-XII-1960 me diagnozë: Vitium Cordis rheumaticum, stenosis et insuf. mitralis, insuf. cardio-vascularis gr. II-A, graviditas 35 jave.

Sëmundja e zemrës ju konstatua për herën e parë, 4 vjet përpara, gjatë një lindjeje. Shqetësimet me rëndësi deri në Janar të këtij viti 1960 nuk ka patur. Në Janar u shtrua në klinikën Ospitalore me shenjat e Insuf. kardiovaskolare të gradës I-II.A. Nga klinika doli e përmirësuar. Në Maj filloj të ndjente shenjat e barrës me nausea, cefale dhe vilani që ju larguan pas një muaji. Deri dy muaj përpara shtrimit kishte pak dispne pas punës dhe palpitatione periodike të zemrës por që nuk e pengonin të punonte. Këto dy muajt e fundit ndjehej më e këputur, vilania dhe dispneja ju shtuan më tepër. U vizitua në repartin e kardiologjisë prej nga u drejtua për shtrim..

Në fëmëni ka kaluar fruthin dhe kollën e mirë. Në moshën 7 vjet ka qenë e sëmurë në shtëpinë e vet për disa muaj nga poliartiriti reumatizmal akut. Në moshën 15 dhe 17 vjeçare pati përsëri aksese reumatizmale të artikulacioneve që i kuroj në shtëpi me salicilat. Nuk ka vuajtur nga tonsilitët.

E martuar prej 5 vjet, me dy fëmijë të shëndoshë. Dështime nuk ka patur. Në familje nuk ka njeri të sëmurë. Konditat e jetesës të mesme.

Të dhënat objektive: konstitucioni normostenik, pozicioni aktiv, të ushqyerit e mjaftueshëm. Fytyra e zbehtë, buzët lehtësisht cianotike, dhe mbët pa karrë. Tonsilet jo hipertrofike, qafa e lirë, me fryrje dhe pulsacion të karotideve. Limfonodulat nuk preken. Zemra me kufi djathtas 1,5 cm. nga linea sternale e djathtë. Majtas 1-2 cm. jashtë lineas medio-klavikulare të majtë. Sipër në të tretën interkostale në drejtim të lines parasternale të majtë. Iktusi në të VI-tën interkostale të majtë 1 cm. jashtë lindjes medio-klavikulare të majtë. Fremissement catair në apex. Tonet e zemrës ritmike 90 n. 1 minut. Në apex zhurmë sistolike, dhe dyfishimi i tonit të dytë dhe zhurmë e lehtë diastolike. Në aortë zhurmë e theksuar sis-

tolike me përhapje në karotide. Puls i mbushje të mesme, ritmik 90 në 1 minutë. T.A 120/55 mm Hg. Tensioni venoz 110 mm H₂O. Shpejtësia e qarkullimit të gjakut 22 sekonda.

Respiracioni i ashpër në të dy anët e mushkërisë, frekuenca 26 në 1 minutë. Kapaciteti vital 1600 cc. Abdomeni mbi nivelin e toraxit, hepari 1-2 ndën harkun kostal, i butë. Lien i nuk preket. Edema në ekstremitetet nuk ka.

Analizat.— Gjak komplet me 10-XII-1960: Er. 3.800.000, Leuc. 9.400, Hb. 55%, eritrosedimentacioni 53 m/m në orë.

S Sh B E L M

Azotemia me 13-XII-1960 0,30%₀ Urina me 12-XII-77 1 0 0 20 2

1960: densiteti 1012, albumina, Gluc negativ. Ortodiagrama: L — 17,5 cm., T — 16 cm., Ro-scopia e toraksit me 12-XII-1960: Cor me konfiguracion mitral të kombinuar, shumë e dilatuar in toto. Tali i mbushur, tonusi i dobët, staze ilare. E.K.G me 14-XII-60: ritmi sinusal 105 në 1 minutë, aksi elektrik normal, PQ — 0,18, QRS — 0,08, QT — 0,32, P_{II} mitrale, Ipërtrofi e ventriculit të majtë.

Vizita e gjinekologut: fundus uteri 5-6 cm. mbi ombelik, forma ovoïdale, situs longitudinale. Zhurmat e zembrës së fetusit normale. Diagnoza: graviditas 35 javë.

U vendos të qëndronte në spital deri sa të vinte koha e lindjes mbasi gjendja e keqe e pacientes paraqiste domosdoshmërinë për të qënë nën kontroll të vazhdueshëm mjekësor. Qëndroj në spital prej datës 10-12-1960 deri në 16-I-1961. Gjatë qëndrimit në spital gjendja gradualisht u përmirësua. Shenjat e stazës në pulmonet u përmirësuan mjaft. Respiracioni 23 në minutë. Kapaciteti vital 2000 cc. Tensioni venoz. 120. Shpejtësia e qarkullimit 20 sekonda. Gjatë qëndrimit në spital u mjekua me solucion strofantini 1/4 miligram, sol. glukoze 40% — 20 cc., vitamin C 5% — 2 cc., vit. B₁ 3x2 tabl. vit B₁₂ 100 g, dhe ditët e fundit me Lanadin 2x15 pika. Dieta vazhdimisht pa krypë. Në dalje me datë 16-I-1961, pacientja paraqitej në gjendje të mirë, pa ankesa subjektive me rëndësi. Ju dha një muaj pushim dhe u këshillua që të mos bënte asnjë punë.

Shtatë ditë më vonë, me datë 23-I-1961, u suall urgjent në ora 23.00 me edemë pulmonare akute. Gjatë qëndrimit në shtëpi, në kundërshtim me këshillat tonë, pacientja bënte lloj-lloj punë. Në mëngjes ndihej e dobët, kishte dispne të vazhdueshme, palpitacione të zembrës dhe filluan t'i ejeteshin këmbët. Në ora 20.30 gjendja u keqësua mjaft më të rihura të shpeshta të zembrës, qëndrim të detyruar ndejtur në shtrat, respiracion të shpejtë, me pamundësi ngopjeje me frymë, kollë me ekspektorat me shkumbë pa gjak. Në këtë gjendje u suall në spital. Në ekzaminimin objektiv gjendja e përgjithëshme tepër e rëndë, pa ndjenja, e cianotizuar, syte e dalur, reflekset pupilar gati të zhdukura, puls i dobët, zemra me tone të maskuara prej zhurmave të mushkërive. Nuk ishte e mundur të çaktoheshin kufijtë e zembrës. Në dy anët e mushkërive, rale bronkiale me natyrë dhe kalibrë të ndryshme si dhe rale krëpitante. Abdomeni dy gisht mbi nivelin e toraksit. Uterusi dy gisht ndën procesin ksifoid, nuk lejonte të palpohet hepari, edema në kërcijt dhe këmbët. Gjishtrat e këmbëve të ftohta cianotike. Respiracioni 60 në minutë. Temperatura 35⁰, T.A. 180/70. Ju bë me një herë salas 300 cc., morfinë 1%, 1 cc atropinë 1% 1cc nga një ampulë, strofantine 1/4 mgr. dhe 30 cc. soluc. Glucozë 40%, oksigjen me tube

nga hunda njomur me alkool dhe ujë gjysëm-për-gjysëm. Kafinë kamfura dhe pëncilinë, 1.000.000 UI. Deri në orë 2 mbas mezit të natës, gjendja vazhdoj njësoj. Mbas kësaj ore filloj diçka të përmirësimit, dispnë kishte më pak, cianoza më e pakët, puls i plotë 100-110 në minut, T A 135/60. Për dy ditë të tjera gjendja vazhdoj të ishte e rëndë. Ju vazhduan kardiotoniku, sedativet, diuretikët dhe vazhdimisht oksigjeni. Ditën e tretë kishte fare pak dispnë dhe cianoza të buzëve. Kërkonte vazhdimisht të flinte. Prej ditës së katërt, më 26-I-1961, ndjehet fare mirë, respironte lirisht, cianoza nuk kishte. Në pulmone respiracioni vesikular. Terapia vazhdoj njësoj, vetëm pa oksigjen. Më 28-I-1961 u vizitua nga obstetrikun i cili konstatoj fetus të vdekur. Më datën 2-II-1961 filloj të kishte kontrakturat e lindjes prandaj u transferua me një herë në Maternitet.

Tre orë e gjysëm pas fillimit të periudhës së parë të lindjes, lindi një fëmijë me peshë 3600 gr. të vdekur, të maceruar. Lindja ka qenë normale pa intervenim. Gjatë kohës së lindjes kishte mjaft dispnë. Ju bë strogantine 1/4 mgr. me glukozë dhe ju dha oksigjen. Mbas lindjes ndihet e dobët, por ishte e qetë dhe respironte lirisht. Pacientja gjatë qëndrimit në Maternitet prej datës 2-II-1961 deri më 9-II-1961, nuk paraqiti gjë me rëndësi për t'u shënuar. U mjekua me kardiotonik, diuretik, rikostituentë, vitaminoterapi dhe antibiotikë. Shtatë ditë mbas lindjes u rikthye në Klinikën ospitalore për të vazhduar kurat e mëtejshme.

Në analizat e bëra në hyrje në Spital paraqiste: Er. 2.500.000, Hb, 32%, Leuc. 6.400, Eritrsed, 55 m/m në orë. Formula leucocitare pa gjë me rëndësi. Urina normale. Azotemi 0.40% Fece për gjak okult negativ. Koha e hemoragjisë 6', e koagulimit 4', trombocitet 158.000, reticulocit 6%. Lëngu gastrik - HCl i lirë, 18 N/10 NaOH, aciditeti total, 80 N/10 NaOH. Fundus oculi normal. Ro-scopia e zemrës: Cor me konfiguracion mitral, të kombinuara, me zmadhim të të gjithë kufive, sidomos atriumi i majtë shumë i dilatuar. Staze ilare. Ro-scopia, e stomakut nuk shënonte gjë me rëndësi. E K G aksi elektrik normal, pozicioni vertikal P₁₁ mitral. T₁₁₁ negativ. P_Q 0.24, Ipertrrofia e ventrikulit të majtë.

Në ekzaminimin objektiv: Zbehje të lëkurës dhe mukozave, respiracioni 24 në minut. Kapaciteti vital 1600 cc. Në zemër të njëjtat të dhëna objektive. Puls i mbushje të mesme 90 në minutë ritmik. T A 105/50. Shpejtësia e qarkullimit 30 sekonda. Tensioni venoz 120. Hepar i 1-2 cm. ndën harkun, i butë. Lien i nuk prekej. Ekstremitetet pa edema. Në spital u kurua me kardiotonik, kardiocinetik, diuretik, rikostitruent, anti-ahemik dhe dy herë ju bë transfuzioni nga 200 cc. gjak.

Pacientja doli nga spitali më 12-IV-1961 në gjendje të mirë. Komplexivisht ndejti e shtruar në spital dhe Maternitet 4 muaj. Ju referua K.E.M.P.-it me propozim për 6 muaj paaftesi pune.

Në kontrollin e bërë në Repartin e Kardiologjisë me datën 2-VII-1961, gjendja e pacientes ishte e mirë, pa shenja të insuf. kardio-vaskolare.

Observacioni Nr. 2: E sëmura R.M. vjeç 32, puntore në ndërmarrjen Duhan-Pambuk, shtrohet në klinikën ospitalore më 1-X-1958 me diagnozë: Vitium cordis rheumaticum, stenosis et insuf. valvulæ mitralis, insuf. cardio-vascularis gr. II-A, graviditas 24 javë.

E ndjen vehten të sëmurë qysh prej 4 muajsh, me pengesë në frymëmarrje sidomos kur punon; palpitation me karakter shtrengues dhe pak kollë të thatë. Me kalimin e muajve, simptomet e më sipërme bëhen më të theksuara. Para 4 muajsh, pacientja ka patur simptomet e barës me

vjellje dhe cefalea. U vizitua dhe ju tha se vuante nga zëmra. U shtrua për 2 javë në spitalin e Vlorës dhe prej andej erdhi në Klinikën tonë.

Nga sëmundjet e fëminisë ka kaluar: morbillin, pertusis dhe varicella. Në moshën 15-20 vjeçar ka vuajtur shpesh herë nga anginat. Nuk ka kaluar poliartrite reumatizmale akute. Më 1951 lindi në maternitet një vajzë; lindja ka qenë normale. Më 1955 dështoj një fëmijë në muajin e II-të, prej asaj kohe deri 4 muaj përpara shtrimit nuk ka ndjerë asnjë shqetësim. Në familje nuk ka njeri të sëmurë. Banon në një dhomë me lagështirë.

Të dhënat objektive: Kënstytucioni normostenik, pozicioni aktiv, të ushqyerit e mjaftueshëm. fytyra e zbehtë, buzët pak cianotike, mukozat e dukëshme, pak të zbehta, tonsilet pa ipertrofi as iperemi. Karie dentare nuk ka. Qafa e lirë, limfoglandulat nuk preken. Në apex; fremissement Cater. Kufiri i djathtë i zëmrës 1,5 cm. nga linja sternale e djathtë, kufiri i sipërm në brinjën e III-të në linjën parasternale të majtë, majtas 1,5 cm. përtej linjës medioklavikulare të majtë. Tonet 100 në 1 minutë, ritmik. Zhurmë sistolike në apex, me përhapje në drejtim të aksiles dhe diastolike më të theksuara në apex. Pulsu 100 në 1 minutë ritmik, i plotë. T.A. 110/60. Presioni venos 140. Shpejtësia e qarkullimit 40 sekonda. Në mushkëri asgjë me rëndësi. Respiracioni 24 në minutë kapaciteti vital 2000 cc. Palpacioni i organeve të kavitetit abdominal pa dhimbje. Heparu 3 cm. nën harkun e brinjëve, i butë. Lienë 1-2 cm. nën harkun, i butë. Ekstremitetet pa edema dhe deformacione:

Analizat: Er. 3.140.000, leucoc, 6000, eritrosed. 23 m/m në orë. Hb. S Sh E B L M

60%, —————. Urina: Reaksioni acid, Densiteti 1013, Albumin 83 1 1 0 14 1

gjurma, sheqer negativ, leuc. 12 për fushë. Waserman negativ. Feçe për parazit negativ. Gjyçk Formol negativ. Hemokultura negativ. Bilirubin në gjak si mbas Bokauçuk 6.24% E K G: dextrogram, ritëm sinusal 110 në minutë, theksim i P_{II} dhe më pak i theksuar i P_{III}. Ortodiagrami L— 16.5, T — 15.5. Ro-scopia e toraksit: statis hilar, diafragma ne pozicion të lartë. Cor me dimension të zmadhuar në të gjitha drejtimet, më tepër majtas, pulsacione superficiale (affectio mitralis, precipue stenosis valvulae mitralis).

Vizita e gjinekologut: Grua me barrë 24 javësh, gravidancë fiziologjike.

Diagnoza klinike: Vitium cordis rheumaticum, stenosis et insuf. mitralis, insuf, cardiovascularis Gr. II.A, graviditas 24 javë.

U vendos të qëndronte në spital deri sa të vinte koha e lindjes për të qenë nën kontrollin e mjekëve, mbasi siç tregojnë të dhënat e mësipërme mund të mejtohej për ndërprerje barre.

U mjekua me sarofantin 1/4 e mgr., sol. glukozë 40%, vitamin C, B₁, ekstrakt hepatic. 3 javët e fundit strofantina ju zëvendësua me digital, për os për ta digitalizuar para lindjes.

Gjatë qëndrimit të saj në Spital (1-X-1958 — 31-I-59) pacientja nuk ka qenë asnjëherë febrile. Dispnea sa vinte pakësohej, palpitacionet si ndjente më rrallë, por anemia qëndronte gati e njëlllojtë.

Më 31-I-1959 u transferua në Maternitet ku, mbas katër ditësh, lindi një fëmij 2000 gr. Lindja ka qenë normale, doli nga Materniteti në gjendje të mirë.

Me 12-III-1959 u rikontrollua në repartin e Kardiologjisë. Paraqitej

e zbehtë, porse në përgjithësi gjendja që e mirë, dhe subjektivisht nuk ankonte veçse pak lodhje dhe dispné të lehtë mbas sforcimit. Pacientja shkoj në Vlorë ku kishte vend banimin, 6 muaj më vonë na shkruante se vazhdonte të ndihej mirë.

KONKLUZIONE:

- 1) Rastet më të shumta të kardiopative reumatizmale në gratë me barrë që përfshiheshin në materialin tonë janë konstatuar në moshën 21-25 vjeç (36%).
- 2) Si profesion kanë predominuar puntoret (44%).
- 3) Përqindja më e madhe e pacienteve (64.4%) nuk kanë patur në anamnezë lokalizime të procesit reumatizmal në organet e artikulacionet e tjera.
- 4) Gjatë barrës nuk janë konstatuar riaktivizime të reumatizmës.
- 5) Aborte spontane janë vënë re në 4 gra.
- 6) 66% të rasteve kanë mbaruar barrën pa shenja të insuficiencës kardio-vaskolare. Nuk ka patur asnjë vdekje.
- 7) Në 86% të rasteve lindja është bërë normalisht. Në 4 gra është aplikuar forcepsi në fazën ekspulsive. Në një rast — Sectio Cesarea (grua me placenta previa).
- 8) Mjekimi ka qenë i njëjlojtë si dhe në kardiopatet e zakonëshme.
- 9) Sipas të dhënave tona paraprake mund të themi me rezervë se gratë shtatëzane me vese reumatizmale të zëmrës mund të lindin normalisht në qoftëse ndiqen rregullisht gjatë barrës, lindjes dhe periudhës pas lindjes.

(Paraqitur në Redaksi më 2-10-61)

B I B L I O G R A F I

1.— E CAMARRI, G. VERME:

Malattie cardiache in gravidanza e puerperio

Minerva Medica Nr. 82 dt. 13-X-1959. ff. 3231-3237

2.— G. DELLEPIANE:

L'attuale orientamento diagnostico e prognostico delle cardiopatie in gravidanza

Minerva Medica-Nr. 32. 21-IV-1957 ff. 1393-1397

3.— G. DELLEPIANE:

Il problema fisiopatologico e clinico delle cardiopatie complicanti la gravidanza

Minerva Medica Nr. 87 31-VIII-57 ff. 3601-3606

4.— G. DELLEPIANE:

L'ostetrico di fronte al problema delle cardiopatie e gravidanza.

Minerva Medica Nr. 55 11-VII-55 ff. 2729-2734

- 3.— **FATTORUSSO — RITTER:**
La grossesse chez les cardiaques.
Vademécum clinique ff. 550-551.
- 6.— **CAMILLE LIAN:**
Les accidents gravido-cardiaques dans un retrecissement mitral
«Le coeur» Tom II ff. 82-85
- 7.— **SCHERF — BOYD:**
Cardiopatie e gravidanza.
«Malattie del cuore e dei vasi» ff. 528-535.
- 8.— **WADE G., NICHOLSON W.F., JONES A.M.:**
Komisurotomia u clezarnych,
Kardiologia Polska Tom
Kardiologia Polska Tom II Nr. 3/1959
(Mare nga Lancet 1958. ff. 1 — 559).
- 9.— **WITOLD ORLOVSKI:**
Nauka o chorobach wewnetrznych
Narząd krążenia
Choroby narządu krążenia a ciąża
f. 223 — 4, 1950.
- 10.— **BURWELL — METCABEE:**
Circulation, Vol. XXI Mars 1960
- 11.— **FOGELSON:**
Kliničeskaja elektrokardiografija ff. 140-141
- 12.— **DONZELOT E., BALSAC R., DAVID A. :**
Mitralni paroki i beremenost
Vaprosi patologiji serdecno-sosudistoj sistemi, Nr. 2. 1959
faqe 35 (mare nga Am. J. Gardial 1, 1, 51-56. 1958).
- 13.— **UKRAINCEVA E.F.:**
Oh elektrokardiograficeski izmenjenja u zhenshin s parokami
serdca vo vremena beremenosti rodof i v posleredovam periode kliničeska medicina. Nr. 1 1960. ff. 98-103.
- 14.— **UKRAINCEVA E.F.:**
Gemodinamiceskie ismenjenja e zhenciñ e parokami sardcave
vremnia beremenosti v rodak i posle rodov.
Sovjetskaja medicina Nr. 4 1960.
- 15.— **D.F. GEBOTARJEV:**
Vlijani Beremenosti na tečenie njekotoryh vnutrenik baljenz-
nej.
Sovjetskaja Medicina Nr. 9 1960 ff. 10-19
- 16.— **V. V. SAIKOVA:**
Profilaktika i lečenie serdecno-sosudistoj nedostatocnosti u
beremenih s naligienj mitralnoj boleznj.
(Monografija)

17.— R. GENTILLI — G. PANERO.

Pericardite cronica esostiva e gravidanza
Minerva Medica Nr. 32 — 1957.

18.— M. MAYER — B. PARENT:

Coarctation de l'aorte et grossesse
Coarctation de l'aorte et grossesse

Minerva Medica Nr. 15 25-III-1964 11600-669

PETER LUSK, WAGNER, COUVELAIRE (Cituar nga G. Dellepiane

në Minerva Medica Nr. 32 — 1957.).

(Summary)

SOME DATA ON THE RHEUMATIC VITIA CORDIS
DURING PREGNANCY

This study is based on the observation of 44 pregnant women affected by different kinds of rheumatic lesions of the heart. The observations were made during the years 1959-1960 in the university hospital in the obstetrico-gynaecological clinique and in the cardiologic cabinet of the state Polyclinique.

Most of the patients (36 percent) were 21-25 years old, than those of the age of 26-30.

The anamnesis shows that 15 of the patients remembered to have had previously acute pains in the joints, whereas in 29 cases the attack was not preceded by any symptoms of polyarthritis rheumatica acuta. The author has not noted in any of his patients the signs of acutisation of the rheumatic process during pregnancy. In four cases was provoked artificial abortion, although the indications for such an intervention were not absolute. Six other patients had spontaneous abortions.

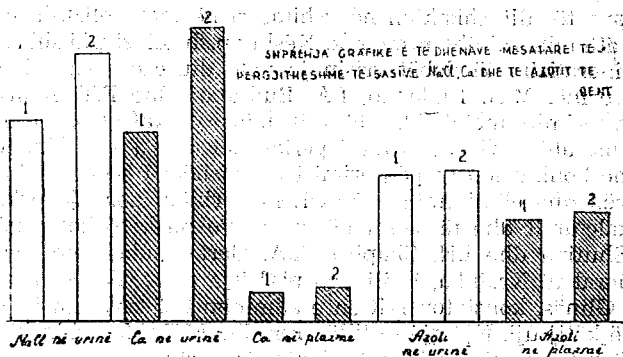
During the observation of the 44 cases not once has it been absolutely necessary to provoke artificial abortion. About 66 percent of the patients attained the term of their pregnancy without signs of cardio-vascular insufficiency, 20.4 percent had insufficiency of the first grade, and 13.4 percent had insufficiency of grade II A.

The largest number of cases with insufficiency was observed in the patients with combined mitral vitia with predomination of mitral stenosis.

There were no fatal cases.

In 86 percent of the cases childbirth was normal. In 4 cases with cardiovascular insufficiency of I and II A grades forceps were applied in the phase of expulsion. In one case was applied sectio caesaria in the 8th month of pregnancy, since she had placenta praevia.

Shprehja grafike e të dhënave mesatare të përgjithshme të sasisë së NaCl, kalciumit dhe azotit të qentë.



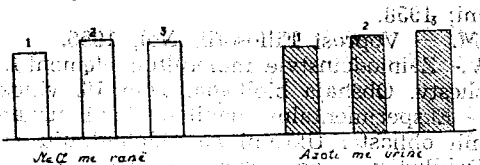
Të dhënat mesatare të përgjithshme të sasisë NaCl dhe azotit në njerëzit.

	Uji i zakonshëm	Ujë Gline	Ujë Gline
Sasia e NaCl të nxjerrë gjatë dy orëve me urinë	1.33 gr.	1.97 gr.	1.81 gr.
Sasia e azotit të nxjerrë gjatë dy orëve me urinën	1.31 gr.	1.97 gr.	2.04 gr.

Sikurse duket nga këto të dhëna rezultojnë se uji mineral i Glines në krahasim me ujin e zakonshëm rrit sasinë e NaCl dhe të kalciumit në urinë gjatë përdorimit të tij të brendshëm si të qentë ashtu dhe të njerëz të sëmurë me urolithiazë. Rritja e sasisë së NaCl në urinë është më e shprehur se sa rritja e diurezës gjë që nuk mund të shpjegojë shimin e eliminimit të NaCl vetëm si pasojë të thjeshtë të rritjes së diurezës. Një fenomen të tillë e konstaton dhe E.D.H. Kasatkin në studimin e veprimtimit metabolik të ujit mineral të Zheleznovodskut. Ai e shpjegon këtë fenomen si veti të këtij uji për të «tërhequr» NaCl nga indet. Për ne, një fenomen i tillë mbetet akoma i pa qartë. Përsa i përket kalciumit në

kërkimet tona rezultojn se imbas pritjes së ujit mineral të Glinës në krahasim me ujin e zakonshëm rritet sasia e kalciumit në urinë, dhe se kjo rritje është më e theksuar se rritja e nivelit të kalciumit në gjak. Ndodhja shtimi i theksuar i eliminimit të kalciumit me urinen mund të jetë stimuluar nga prezenca e magneziumit në ujin e Glinës.

Mungesa e ndryshimeve të karta në metabolismin azotik ndodhja mund të jetë dhe rezultat i metodës jo shumë të saktë që kemi përdorur në (metoda kolorimetrike) për studimin e metabolismit të azotit.



(Paraqitur në redaksi më 18-9-61.)

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

1. Aleksandrov B.A. — Soderzhanië bilirubina i kolesterina v krovì pri kurortnom leçenii v Esentuka. T.G.C.K.M.V. Tom2, 1929
2. Agarkov F.T. — Vlianië streptomicina i mineralnoi vodi Naftusja na moçevidenië. Disertacioni për gradën e doktorit 1955.
3. Bikov K.M. — Sutoçnie kolebania PH moçi sabaki pri vnutrievnon potrebenii nekatorih istoçnikov na KMV. Trudi B.I. K.M.V. Tom 4 1927.
4. Budaçenko I.A. — Vlianië Naftusja na diurez videlenië kloridov i kalciumi Voprosi kurortologgii 1958.
5. Dudaçenko N.A. — Leçenie balnik smoçekamernoi balezniami na kurort kurorte Turskavec, Disertacion 1936.
6. Efizarova M.P. — Kolebania jonov kalcia v krovì pod vlianiem Narzanih van. TBI na KMV, Tom 4, 1926.
7. Engels F.- Djalektika Prirodi, 1937.
8. Gerke A.A. — Kurort Krainka i jejo leçebnie faktori, Voprosi Sanitarnovo leçenia 1947.
9. Kapllanski S.J. — Mineralni odmen 1938.
10. Kasatkin E.B. — Vodnosolevoi odmen pri pitic mineralni vod. Voprosi Kurortologgii 1937.
11. Kirillova A.B. — Lipoidi odmen u balnih s aterosklerozom i izmene-nië evo pod vozdoistviem serovodorodni van. (Materjali sesii po voprosam balneofiziologienia zabolëvanii serdjeçnososudistoi sistemi. 1958.
12. Linde T.L. — Vlianië vodi i Zhevskoso istoçnika na diurez i videlenië kloridov. Trudi Instituta kurortologgii mom 4 1932.

13. Lozinski A.A. — Lekciji po balneologii, 1949.
14. Merizhinski M.F. — Fiziologičeskoe deistvie vodi Kulianskovo mineralnovo istočnika. Voprosi Kurortologii, 1937.
15. Mihail S. — Metabolizmul normal sipatologia al apei sariu sipotasiu-liun 1958.
16. Pavlov I.P. — Pischevoi kanall i azotisti metamorfoz. Polnie trudi. Toh V, 1950.
17. Rotlin E.M. — Kalcevi obmen i jevo regulacia vsvete novih isled dovanii,
18. Vasilenko F.D. — Reaksia serdječno sosudistoi sistemi sabak s eksperimentalnim aterosklerožom. Materjali sesii po voprosam balneofiziologena zabolevanii serdječno sosudistoi sistemi; 1958.
19. Sisakian N.M. — Voprosi Fillosofii, Nól, 1955.
20. Shkolnik I.V. — Zaimodeinstvie mineralnih elementov vobmen, veshstv. Obshaja biologia, Tom 16, vipusk 1-2.
21. Shutina I.A. — Eksperimentalnie danii o vlianii nekatorih vod zapadnih obllastei Ukraïni na videlitelnuju funkciu poček. Dokklad na Konferencii po veprosam eksperimentalnoi balneologii, 1958.
22. Zajec T.L. — Osobenosti vsasivania i abmenovo v organizme kalcia, Dokklad na konferenciji po voprosam eksperimentalnoi kurortologii. 1957.
23. Zbarski I.B. — U) ebnik biohimii, 1955.
24. Zorkendorfer W. — L'Action minéral sur le système hepatobiliar, 1955.
25. Zhavelier M. — Tractait de biochimie général, Tom 1. 1959.

(Summary)

SOME DATA ABOUT THE INFLUENCE OF THE WATER OF GLINA ON METABOLISM

In this article the author presents an experimental study concerning the action of the mineral waters of Glina on the metabolism of NaCl, Ca and N. It results that the drinking of the water of Glina causes an increase of the contents of NaCl and Ca in the urine. This increase of the excretion of NaCl with the urine is not a simple consequence of an improved diuresis, because in this case the increase of the excretion of salt is greater than the increase of the diuresis.

K U M T E S A

SHOC-K ANAFILAKTIK MORTAL NGA BIPENICILINA NË PERSON ME ASMA ALERGIKE NGA MEDIKAMENTE

PAVLO PAVLI

Katedra e Patologjisë së Përgjithëshme

Seksioni i Mjekësisë Ligjore

Penicilina, si shumë medikamente të tjera, mund të shkaktojë tipa të ndryshme reaksionesh lokale dhe të përgjithëshme. Këto reaksione, në përqindjen më të madhe, janë të natyrës alergjike dhe nuk lidhen me natyrën farmakologjike të medikamentit, por si rezultat i një hypersensibiliteti, ose të një reaksioni të modifikuar të pacientit, që i dedikohet në përgjithësi një soministrimi të mëparshëm të këtij medikamenti, ose të një substance tjetër të ngjashme me të.

Duket se penicilina mund të prodhojë dy tipa antikorpesh:

Një antikorp që sensibilizon lëkurën, dhe një tjetër që është përgjegjës për reaksionet e tipit anafilaktik.

Antikorpët që sensibilizojnë lëkurën mund të shkaktojnë një reaksion ekzematoz ose një çfaqje ortikarie, si edhe një grup reaksionesh që i përngjajnë sëmundjes së «Serumit» dhe përmblendhin ortikarion vetë, Ede-me — të Quincke-ut, dhëmbje të kyçevë, inflamacionin e gjendrave limfatike, temperaturatyrë, febrile dhe çfaqje të tjera si këto.

Këto reaksione çfaqen përgjithësisht mbas injeksionit të penicilinës por vihen re nganjehere edhe kur penicilina jepet me rrugë tjetër. Këto çfaqen në krye të 30 minutave ose edhe mbas disa ditëve.

Të gjitha format e sensibilitetit të lëkurës nga penicilina janë në përgjithësi transitorë dhe zhduken gradualisht e progresivisht brenda një kohe 6 deri 12 muaj.

Megjithatë duhet të kemi kujdes në trajtimin me penicilinë të njerëzve që kanë kaluar të tilla reaksione, mbasi këto përsëriten, dhe nga ana tjetër duhet patitur parasysh mundësia e një sensibilizimi jo vetëm të lëkurës, por të përgjithshëm.

Megjithatë, reaksionet alergjike të lëkurës nga penicilina, shumë rrallë vëna në rrezik jetën e njeriut.

Shumica e rasteve mortale që janë përshkruar në literaturën botërore, janë shkakuar nga reaksionet e tipit anafilaktik, siç është dhe rasti i observuar nga ne në obitorin e Mjekësisë Ligjore me numër të aktit të autopsisë 34 dt. 29-4-1961.

Si rregull, reaksionet e tipit anafilaktik çfaqen në njerëz që kanë bërë më përpara kura me këtë medikament dhe sidomos ata që kanë çfaqur shenja reaksionesh alergjike të të dy tipeve në dozat e mëparshme, ose edhe në persona që kanë vuajtur nga polinoza ose nga asma, siç ka qenë rasti që ne përshkruajmë.

Këto rrethana duhet t'i kemi parasysh që të evitojmë aksidente nganjehere mortale dhe si pasojë edhe përgjegjësinë tonë penale dhe shoqëqerore mortale.

Nganjëherë këto reaksione çfaqen dhe në persona që nuk kanë paraqitur asnjë herë çqetësimë të natyrës anafilaktike ose alergjike, megjithse mund të kenë bërë doza të përsëritura të këtij medikamenti me qëllim terapeutik. Edhe në këto raste faktori etiologjik sensibilizues përfaqësohet nga kontakti me këtë lloj antibiotiku (penicilinën) i cili vlerësohet edhe si shkak i deterrinonjës i Shock-ut anafilaktik.

RASTI

Adile S. lindur në 1938, e martuar, me fëmijë. Në anamnezën e saj të kaluar të afërme sëmundje katarrale të stinës, angina, trakeobronkite, grip. Në vitin 1959 i është diagnostikuar anexitis për të cilin ka bërë kurra me penicilinë për një kohë të gjatë. Më 1960 i përtiroidizëm. Në muajin mars të këtij viti është paraqitur në Poliklinikën Qëndrore për të mjekuar fëmijën e vet. Menjëherë sa doli nga reparti i injeksioneve pati një dispne, kollë, teshtima, gjendje kjo që zgjati disa minuta dhe i kaloi. Një javë më vonë shoqëroi — prapë fëmijën e vet për injeksion në ambulancën e Krabës. Kur doli nga ambulanca u përsërit po ajo gjendje, dispne, kollë, teshtima, kësaj radhe më e theksuar. E njëjta gjë u përsërit në datën 21-IV-1961 po në të dalë nga ambulanca e Krabës. Për këtë u thirr mjeku në shtëpi. Konstatoi asma bronkiale në akses; mbas mjekimeve të rastit pacientja u qetësua. Mjeku këshilloi shtrimin në spital, familjarët refuzuan. U nis për në Tiranë për t'u vizituar, ku nga një koleg u konfirmua diagnoza «asma bronkiale» — «anexitis» me dobësi trupore. Për këtë iu përshkruan medikamente të ndryshme midis të cilave bipenicilinë fl. nga 400.000 unite 6, dhe vitamina B-12 nga 100 gama copë 12. Më datën 28-4-1961 u paraqit në ambulancën e Krabës për të bërë injeksionet, megjithëse nga mjeku i është këshilluar që të mos vinte në ambulancë mbasi i zihesh fryma. Në fakt infermiëri i praktikoi përmbajtjen e një flakoni bipenicilinë nga 400.000 unite me rrugë intramuskulare dhe në anën tjetër të regjionit gluteal, përmbajtjen e një ampuli vitamina B/12 100 gama. Aty për aty pacientja nuk pati ndonjë shqetësim, sa doli te porta «i erdhi për të kollitur dhe për të pështyrë» (siç i tha ajo farmacistit i cili ndodhej atje). U përkul për të pështyrë por ra përdhé. «Fytyra krejt cianotike, sidomos buzët dhe lllapat e veshëve, nga goja delte pak shkurmë, puls i nuk prekesh, të rahurat e zemrës nuk dëgjohehin; bëri sikur do përtyפש dhe nuk lëvizte më». Ndiheja e shpejtë nuk pat asnjë efekt. Pacientja vdiq.

AUTOPSIA

Vuri në dukje: subjekt me kostitucion skeletik të rregullt dhe të fortë në gjendje të mirë nutricional. Cianozë në buzë, në veshë, shkurmë nga goja, edem i lëkurës; vendet e injeksioneve nuk kishin ndonjë nekrozë. Dura mater e tendosur, edem i meningeve të holla dhe i trurit, në sipërfaqen e prerjes pika hemorragjike të shpërndara, vazat piale të injektuara. Vazat në fossa romboidea të injektuara.

Mushkëritë (pulmonet): Enfyzema e theksuar dhe edem, aorta toraksike edem i aventicjes dhe fryrje edematose e parët vazal, pika hemorragjike nën pleura, veshkat të fryra ngjyrë të errët, pika hemorragjike në

pelviset. Zemra: ventriculi i dj. i zgjeruar nuk ka gjak te koaguluar. Mëlçia e fryrë (edematoze) në premje del pak gjak, struktura e ruajtur, nyjet limfatike mezenteriale në (madhësinë e një fasuleje, të konxhestionuara; vazat e organeve abd. iperëmiqe.

Tyroide — me focuse edematoz sa një bizele e butë; **Tymus** persiston ngjyrë rozë e zbehtë; shpretka: e rudhur me staze, fshihet me bollëk rgyjra vishnjë e hapur.

Stomaku: përmbajtja ushqimore, fasule të patretura, pankreasi asgjë, me rëndësi. Ulterus: në prerje del një likuid purulent. Ovajat — cistike, në premje del likid (citrin) i verdhë.

Ekzaminimi histologjik i bërë në Laboratorin e Anatomisë patologjike (Pullumb Bitri) vuri në dukje në polmone: shumë parete të çkëputura, një numër i konsiderueshëm alveolësh përmban një sasi likuidi seroz me elementë të rallë globulesh të kuqe, emoknxhestion i vazave të intersticiumeve dhe i pareteve intervalveolare karakterizon fenomenet e stazës akute në qarkullimin pulmonar. Në hapësirat intersticiale peribronkiale konstatohen infiltrate të dy kategorive: a) infiltrat krejtësisht eosinofilik rrethon pothuaj në mënyrë uniforme spaciumin peribronkial; b) infiltrat parvicelular me karakter circumskript pranë hapësirës peribronkiale, mukoza e bronkeve të kalibrit të mesëm paraqitet thëllësisht e alternuar, në disa sektorë ajo mungon krejtësisht.

Mëlçia e zezë: edem perikapilar, kapilaret të ngushtuara.

Miokardi: edem interfibrilar i theksuar.

Veshkat: emoknxhestion i vazave në glomerula, hapësira e Baumanit e dukëshme, disa ansa paraqesin fryrje të qelizave epiteliale!

Kapsulat surenale: medularja paraqitet krejtësisht e transformuar në lëndë omogjene, substanca kortikale e holluar, indi përshkohet nga një likuid edematoz, qelizat e zonës fashikulare pothuaj nuk diferencohen fare nga shkaku i edemës. Në përgjithësi elementet qelizore nuk paraqesin zona nekrobieze. Emoknxhestion i vazave të glandules.

Shpretka: staze akute e theksuar e pulpës që nuk lejon të diferencohen sinuset dhe folikulet, vazat intratrabekulare janë të mbushura me gjak.

Pankreasi: edem celular, insulat duken të rralla por të paprekura në disa teritore glandula ka humbur strukturën e saj glandulare, elementët qelizore ndodhen në gjendje nekroze dhe nekrobieze.

Tymusi: iperplasi e theksuar e formacioneve limfoide të glandules, rjeti i kapilareve në glandul është i konxhestionuar, stroma edematoze, trupëzat e Hasall — janë të shkëputura nga sistemi limfoidi iperplazuar.

Tyroide: konxhestion i rruzave në parenkimen e glandules, edem e intersticumit, folikulet ruajnë strukturën e tyre.

Truri: Edem pericelular i theksuar kryesisht në qelizat e shpërsave piramidale, gjithashtu edem edhe në hapësirat parakapilare (Virchow-Robin), disa vaza paraqesin lumenin mbyllur nga masa gjaku.

Stomaku: Edem i theksuar, gjithë paretet kryesisht në submukoze, mukoza paraqet me vaza të konxhestionuara.

Gjëndrat mezenterike: iperplazi e theksuar e indit limfoid, vazat e gjakut në indin periglandular dhe atë intraglandular janë të iperemifara.

Endometri: paraqet me disa infiltrate limfocitare të cilat aty-ketu thellohen deri në myometër.

KOMENTI

Siç shihet nga të dhënat e Akt-Ekspertit mjeko-ligjor Nr. 34 dt. 29, IV.1961 të kufomës të Adile S. që u përshkrua më lart ndodhemi para një vdekje nga SHOC-K Anafilaktik i shkaktuar nga penicilina në person të sensibilizuar që më parë me këtë medikament, po deri në atë kohë nuk ka shfaqur shenja hipersensibiliteti. Nga ana tjetër po ky person në kohët e fundit të jetës së tij, dy javë para se të vdiste, dhe pikërisht në datën 14-4-1961, ka paraqitur fenomene të një riniti vazomotor ose të një asme bronkiale me origjinë alergjike të provokuar nga një ose disa medikamente që zakonisht gjenden në dhomën e mjekimit të ambulancave tona. Pra një terren alergjik në të cilin faktorit etiologjik sensibilizonjes dhe shkaku determinonjes ka qenë kontakti me penicilinën dhe jo me vitaminën B/12, mbasi nuk rezultoi që të kishte përdorur edhe më përpara mendikamentin e fundit, edhe pse, me sa dihet deri më sot vitamina B/12 nuk jep reaksione alergjike dhe simbas disa autorëve (Annoni 1951, Simon 1951, Caruselli 1952, Romeo F), kjo ka një veprim anti-alergjik.

Duke marrë parasysh se rastet e aksidenteve nga medikamente të ndryshme nuk janë të rralla, në praktikën tonë, është e nevojshme që nga ana e personelit mjekësor t'i kushtohet një kujdes i veçantë këtij problemi dhe të merren të gjitha masat e mundshme profilaktike:

a) një anamnezë e hollësishtme e pacientëve, për të zbuluar një gjendje eventuale alergjike ose hipersensibiliteti ndaj medikamentit që do të përdoret;

b) përdorim me kriter edhe vetëm simbas indikacioneve të medikamenteve të ndryshme, duke përfshirë dhe antibiotikët dhe sidomos penicilinën;

c) Me rastin e injektimit të serumëve, vaksinave, medikamenteve të ndryshme që shërbejnë si mjet-kontrasti për ekzaminimin plotësues, si edhe gjatë manipulimeve të ndryshme që lyp praktika e përditëshme mjeko-kirurgjikale, të veprojnë simbas rregullave të shkencës dhe simbas udhëzimeve të Ministrisë së Shëndetësisë për të evituar aksidente të dëmshme për shëndetin, dhe nga njëherë vdekje-prurëse, për ata pacientë që kemi në kura, dhe përgjegjësinë shoqërore-morale për neve.

(Paraqitur në redaksi më 7-9-1961)

BIBLIOGRAFI

1. Chronique de l'organisation mondiale de la santé Vol. 12 Nr. 9 Shtator 1957.
2. Z.M. Bacq — Principes de Physiopathologie et dhe Therapeutique generale — Seconde édition 1959 Faqe 170.
3. Farmitalia — Publikim Griseviti, faqe 15-59.
4. Mario Cecolini, Pietro Forfetti, «Ineteranei mortale nga penicilina» Kontribut klinik «Presse Medicale» N. 12. 9 Shkurt 1957.
5. Ludovico Antonio Scuro: «Moderne vedute sulla allergia ai farmaci» Policlinico N. 1, Janar 1959.
6. Policlinico N. 26 Korrik 57.
7. Vannotti A. — Praxis 12 — 286 — 1958 cituar nga Policlinico Nr. 4, Janar 1959.

8. G.P. Wright («The Practitioner VI 1957), cituar nga Minerva Medica Nr. 61 — 62 Gusht 1957, faqe 2560.
9. O. Volterani. — Osservazioni in un caso di grave ipersensibilita alla penicillina — Minevra Medica N. 85 — Tetor 1958, faqe 3982.
10. A. Minozzi. — Sulla patogenesi, dei fenomeni emorragici in decorso di scioc anafilagico da penicillina. — Minerva Medica N. 87, Tetor 1959.
11. Minerva Medica N. 89 — Nëndor 1957, faqe 3720.
12. Minerva Medica N. 22 — Mars 1957.
13. Minerva Medica N. 54 — Korrik 1958.
14. Minerva Medica N. 72 — Shtator 1959.
15. Minerva Medica N. 94 — Nëndor 1959.
16. Semaine des hopitaux Nr. 46 — Tetor 1959 — H. Bour et R. Melhen
«L'exterrain allergique et sa modification possible par un complexe de gamma globulines et histamines»
17. Semaine des hopitaux Nr. 95, Nëndor 1959.
18. Helmuth Denning. Trattato di medicina interna — Botim italisht vol. II — 1955.
19. Mariano Messini. — Terapia Clinica — oVI. 3 — 1958.
20. Williard H. Sodeman. — Fiziopatologji — Völ. I — Bot. italisht 1960.
21. Dr. Pavlo Pavli. — Aksidentet nga përdorimi pa kriter të penicilines Shtator 1959.
22. Dr. Pavlo Pavli, — Antibiotikët dhe përdorimi i tyre — Aktivisti sanitar Nr. 4 — Korrik-Gusht 1958.
23. Pavlo Pavli. — Vdekje të papritura në praktikën mediko-kirurgjikale. Leksion i mbajtur në seminarin e ekspertëve mjeko-ligjorë të Republikës — Mars 1961.

(Summary)

A FATAL ANAPHYLACTIC SHOCK CAUSED BY PENICILLIN

In this article the author describes a case of anaphylactic shock provoked by penicillin in an allergic patient, which ended fatally. The author points out that in such cases the medical personnel must take special care to prevent similar tragic accidents.

SINDROMI DEMONS MEIGS **Provokue nga edenokystoma papilliferum**

P. BITRI dhe P. GJURA
Klinika e Tetapisë

Na e gjejmë të nevojshme të komunikojmë në shtypin mjekësor të vendit tonë mbi sindromin DEMONS-MEIGS me që ky afeksion, megjithëse mjaft i rrallë, vën përpara mjekëve të specialiteteve të ndryshëm, kryesisht përpara patologëve, kirurgëve dhe gjinekologëve, problemin e diferencimit të tij nga sëmundjet e tjera. Nga zgjidhja e drejtë dhe në kohë diferenciale e diagnostikës varet shpesh fati i jetës së atij që vuan nga ky lloj sindromi. Në literaturën mjekësore vijnë duke u shtuar rastet e konstatuara dhe të përshkuara të sindromit DEMONS-MEIGS. Ne mendojmë se është interesante të komunikojmë mbi këtë sindrom dhe ta ilustrujmë me një rast personal të shtruar në klinikën e IV-të.

Syndromi DEMONS-MEIGS, asht i karakterizuar, kur ai është komplet me prezencën e një tumori ovarial në shumicën e rasteve me karakter benign, me një ascit dhe një hydrotoraks. Në raste të tjera kjo frilogji (F. Famé) mungon dhe mund të paraqitet në dy variante: tumori i ovariumit + ascites ose tumori i ovariumit + hydrotoraks.

Ky afeksion shpie të sëmurën shpesh tek gjinekologu, për shkak të çrregullimeve menstruale ose tek kirurgu për shkak të rritjes së volumit të abdomenit nga asciti. Shpesh i sëmuri shkon për t'u konsultue tek kardiologu për shkak të çrregullimeve që nga pamja e jashtme duken me origjinë kardiake, si p.sh. edemat e mëdha në ekstremitete inferiore, ose më sëfundi nga që i sëmuri mundohet prej dispnesë progresive shkon për t'u konsultuar me ftziologun. Në këtë mënyrë i sëmuri duke u endë në specialitet të ndryshëm, të cilët eventualisht përqëndrojnë vëmendjen në simptomët e këtij sindromi, luftojnë fatkeqësisht me kot, me që terapia rezulton të bëhet jo mbi baza patogjenetike. Sekretioni peritoneal ose ay pleural, zakonisht sieros, duke u zhvilluar shpie dalë nga dalë të sëmurën në vdekje nëpërmjet të një kaheksie të ngadaltë ose të shpejtë (facies ovarica, F. Battaglia). Rastet e para të këtij sindromi u observuan ndër-mjet viteve 1887 dhe 1903 nga Demons (F. Famé) dhe gati në një kohë, si dhe më vonë dhe Meigs ka konstatuar shumë raste të tjera rreth viteve 1937. Nga literatura neve na është njoftuar se ekzistojnë, deri më 1957, 83 raste të këtij sindromi. Rasti që na u paraqit na duket interesant nga disa pikëpamje. E sëmura S.B. me moshë 46 vjeç shtrohet në klinikën e IV-të me datën 26-VI-1961, me diagnozën klinike: **Peritonitis exsudativa T. BC.?** Kartela klinike Nr. 3220. E sëmura ishte mjekuar me antibiotikë dhe kartiko-steroidë, por pa efekt. Nga anamneza rezulton: E sëmura ka një vit që ndjen dhimbje therëse herë pas here në abdomen; dhimbjet e mbajnë 20 minuta ose një orë dhe pastaj e lirojnë. Gjithmonë i shtohet dobësia trupore, diare nuk ka pasë kurrë. Është mjekuar ambulatorisht por pa ndonjë efekt. Dy muaj para se të shtrohej në klinikën filluan ta shqetësojnë të vjellurat menjëherë mbas ngrënies, oreksi iu dobësua, të

vjellurat izgjaten 3 javë; kishte një farë diskomforti në abdomen dhe filloi të vejë re se ky i fundit i ishte fryrë. Vizitohet tek mjeku, dhe shtrihet në spital ku njoftohet për sëmundjen që përmendëm më sipër dhe më vonë transferohet në klinikën e IV-të të spitalit Nr. 1. Anamneza e jetës na tregon: Në moshën 17 vjeçare ka pasë qenë sëmurë me temperaturë dhe se iu ka pasë «anjtur barku»; mbasi qëndroi një javë në spital u mjekua dhe barku iu shfry mori shëndetin e plotë mbas një viti. Menstruacionet i kanë filluar në moshën 15-16 vjeç, pa dhimbje, i kanë zgjatur 5-7 ditë dhe kurrë nuk i janë ndërprerë. Është e martuar, nuk ka lindur asnjehere, nuk ka dështuar. Tani ka 5 muaj që menstruacionet i mungojnë. Burri është i shëndoshë, nga familja e saj nuk ka asnjë të sëmurë me sëmundje të rënda, veçanërisht kronike.

Nga ekzaminimi objektiv rezultoi: Nga ana e sistemit kardio-vascular asnjë send për t'u shënuar. Nga ana e organeve respiratore përvç një respiracioni të dobësuar në bazën e hemitoraksit të majtë asgjë tjetër patologjike. Sistemi gastrointestinal: Gjuha e pastër, e njome, abdomeni i rritur në volum, mbi nivelin e toraksit, merr pjesë aktive në respiracion. Në palpacion abdomeni i butë i trajtuëshëm, jo i dhimbshëm; ka matitet dhe simptomë të valës pozitiv. Heparit dhe splina nuk palpoheh. Simptomi Giordano-Pasternacki negativ. E sëmura urinon dhe defekon normalisht.

Gjatë gjithë kohës së qëndrimit në klinikë, e sëmura ka qenë afefrile. I janë bërë këto ekzaminime laboratorike dhe kanë rezultuar këto të dhëna: Gjaku komplet datë 27-IV-1961, eritrocite 4 milion, Leukocite 5600, Sëntimentacioni 9 mm në një orë, neutrofilet 67%, eozinofilet 4%, lincocitet 26% në monocitet 30%. Retikulacitet 14%, trombocitet 240.000. Gjak për WRIGHT — negativ datë 28-IV-1961, gjak azotemi 0,30 për mijë.

Gjak komplet datë 18-V-61, eritrocitet 4 milion, leukocitet 6.800, sëntimentacioni 6 m/m në 1 orë: Neutrofilet 65%, lincocitet 26%, monocitet 1%, eozinofilet 5%.

Analiza e urinës gjithmonë ka qenë normale. Është ekzaminuar likidi peritoneal më datë 3-V-61 dhe ka rezultuar në këtë mënyrë: Densiteti 1018, reaksioni alkaline, albumina 2,5 për mijë, klorure 8,7 për mijë, celula shumë, rivalta pozitive, eritrocitet 30-40 për fushë, lincocitet shumë, neutrofilet pak. Nga provat funksionale të heparit kanë rezultuar: Takata-Ara Pozitiv i lehtë tubi III-të; Sulfat-Kadmium pozitiv i lehtë; Tymol 33,4 (pulfrik); Kolesterina 182 mg. për qind, Glukoza 110 gr. për mijë.

Radioskopia e toraksit e bërë më datë 28-IV-61, tregon disa kalkifikime hilare në anë të djathtë dhe të një diaphragme të ngritur; Cor me formë normale, tonusi i mirë.

Radioskopi i gastro-intestinales bërë më datë 29-IV-61, ve në dukje vetëm një dyshim për duodenitis.

E sëmura mjekohet në klinikën tonë gjatë një muaji me antibiotike, detakorton, preparate vitaminike, nikotinë, kalcium etj. pas përmirësimit nuk duket. Më datën 16-V-61 dyshojmë që të jemi përpara një abdomeni që përmban një likid asetik, probabël me natyrë neoplazike duke dyshuar për një tumor ovarial, me që në hipogastriumit e djathtë mund të jemi në presionin e një tymefaksioni jo fort të përcaktuar. Aftëherë kërkohet konsultën e ginekologut e çila u bë më datën 17-V-61. Ekzaminimi ginekologjik në kartelen klinike të sëmures sonë ka këto të dhëna:

BIBLIOGRAFI

1. F. Famé «La presse medicale Nr. 68 p. 1527, 1957».
- 2) N. Foot. «Raspor. opuholei 1951 Medgis f. 148 dhé 150».
- 3) Davidoski I.V. Patoll. anat. i Patog. Bol. Cell. volumi II F. 491 Medgis 1958.
- 4) Ogilvie R.F. Pathological Histology p. 306 1957.
- 5) F. Battaglia. Tratt. Ital. di Anat. Patol. V.I. p. 860, 1944.
- 6) C. Covollaro. At. di ist. Pat. dell'onomo p. 222; 1557.
- 7) Abrikosov. A.J. Strukoff A.J. Patholl. Ana. Cest. IV str. 224, 1954.

(Summary)

THE DEMONS-MEIGS SYNDROM

The authors describe the rare syndrom of Demons-Meigs and illustrate it with the history of a personal case observed in the hospital. After reviewing the bibliographic data concerning the disease, they analyse it from the clinico-anatomical point of view in the light of their personal case, although it has been diagnosed rather late. The authors find it necessary to make a careful differential diagnosis of the cases with ascitis caused by ovarian tumors. A quick diagnosis of the nature of the ascites or hydrothoraxes caused by ovarian tumors will help the recovery of the patient after the operation of the tumor. For this reason it is necessary that the gynecologists, surgeons, pathologists and therapeuticians bear in mind the existence of the syndrom of Demons-Meigs.

MBI NJI RAST EMOLEKTOMIE

Kandidat i Shkencave Mjekësore: P. GAÇJA

Katedra e Kirurgjisë

Kanë kalue ma shumë se 50 vjet kur kirurgu rus Sabanjerev propozoi të nxirret trombi nga vaza sanguine tue hapun kështu një kapitull të ri në kirurgji. Me gjithë këtë deri në ditët tona operacioni i embolëktomisë nuk ka gjetun përhapjen e duhur. Kjo spjegohet deri diku nga rezultatet e këqia të sëmundjes kryesore që shkakton embolinë, Mbas nxjerrjes së trombit megjithëse ristabilizohet plotësisht kalueshmëria e lumenit të vazës, të sëmurët vdisnin nga recidivat e embolisë.

Kohët e fundit rezultatet e kurimit të kësaj sëmundjeje të randë janë përmirësue dhe kjo ka ardhë nga se këtyre të sëmurëve u nepet ndihma mjekësore e kualifikueme ma shpejt dhe e një cilësie ma të mirë. Në qoftë se përpara të sëmurët me endokardit septik si rregull vdisnin, në kohën e tanishme, jo vetëm që mund të shpëtojnë, por të bahen edhe të aftë për punë. Në qoftë se përpara mbas embolisë të arteries magjistrale të ekstremitetit pothuajse gjithmonë kishte vend embolia tjetër e ndonji arterie të organit me randësi vitale, tani tue aplikue metodat e reja të kurimit mund të prevenojmë këto emboli recidivuese.

Në vendin tonë janë tue u krijue konditat e një ndihme mjekësore urgjente sa ma të mirë. Suksesi i operacionit të embolëktomisë varët në radhë të parë nga koha se kur të sëmurit i asht dhanë ndihma mjekësore. Konditë e domosdoshme që operacioni të kryhet në orët e para asht fakti që mjekët duhet të njohin mirë kuadrin klinik të embolive të arterieve magjistrale të ekstremiteteve. Të sëmurin me emboli të arterieve në orët e para e shikojnë mjekët terapeftë dhe nevropatologë. Disa prej këtyre mjekëve fatkeqësisht edhe atëhere kur diagnostikojnë sëmundjen e quajnë jo gjithmonë të domosdoshëm dërgimin sa ma të shpejtë të sëmurit në repartin e kirurgjisë.

Pak kohë ma parë ne operuam një të sëmurë me emboli të arteries iliakë. Tue qenë se në literaturën tonë nuk asht botue ma parë ndonji rast i tillë e quajtmë të arësyeshme përshkrimin e tij, për arësyt që në do ti përmendim ma poshtë. Po kalojmë në përshkrimin e rastit.

E sëmura F.J. vjeç 21, Nr. i kartelës 128 u shtrua në klinikën e I-të të kirurgjisë më 21/II/1961. E sëmura u transferua urgjent nga klinika e terapisë ku ndodhesh e shtruarë prej një mueji me diagnozë endocarditis rheumatica. Ne u thirrëm nga kolegët tonë terapeftë tek e sëmura në orën 12 të dt. 21/II/1961. Të sëmurën e gjetëm shtrirë në shtrat kur «përpelitej» nga dhimbjet e padurueshme në kambën e majtë. Në ora 17 të mëngjezit kur ishte tue shkue në tualet menjherë ndjeu një dhimbje jashtëzakonisht të fortë në kambën e majtë. E sëmura mbeti aty ku ishte dhe nuk gjente vend se ku me e vendosë kambën. Simbas fjalëve të saja kamba sikur ishte e huej. Ma vonë dhimbjet deri diku u qetësuan.

E sëmurë asht invalide. Prej 10 vjetësh vuan nga vitium mitral. I kombinuem me predominim të stenozës. Shpesh ka riakutizime të endokarditit reumatizmal, gjë për të cilën asht shtrur herë mbas here në spital.

Ekzaminimi objektiv. Gjendja e përgjithëshme e të sëmurës e randë. Ngjyra e lëkurës dhe e mukozave të dukëshme — cianotike. Puls i në art. radialis sinistra 120 në 1 minutë, aritmik (arythmia perpetua), në art. radialis dextra puls i palpohet me shumë vështirësi (embolia). Vëhet re sheshim i sulcus naso-labialis sin. Kufitë e zemrës të smadhuem nga e majta dhe e djathta. Në auskultacion — tonet e zemrës aritmike, në apex cordis ndigjohet fortësim i tonit të parë, zhurmë sistolo-diastolike e theksuar, akcenti i tonit II në a. pulmonalis. Në pulmone — respiracion i ashpër dhe rale të shumta të njoma. Abdomeni i butë, pa dhimbje në palpacion. Hepar 3-4 gishta nën harkun kostar të djathtë me margo të rrumbulluar me pak dhimbje.

Locus morbi. Ekstremiteti i poshtëm i majtë tue fillue nga gjysma e kofshës deri në gishtat e kambës në ngjyrë të zbetë, në disa vende me desinen e mermerit. Gishtat e kambës së majtë cianotike, temperatura e këaj kambe shumë ma e ulët se e djathta. Ka mungesë të plotë të pulsacioneve në arteria femoralis sinistra. Konstatohet hipostezi tue filiae nga 1/3 e sipërme e kofshës së majtë e deri tek gishtat.

Tue analizue të dhanat e mësipërme u vue diagnoza: Vitium mitral i kombinuem me predominim të stenozës, arythmia perpetua, embolia e arteria iliaca externa sinistra, probabel — embolia e a. radialis dex. dhe a. cerebralisa.

Në konsult të përbashkët me terapeutët u vendos të bahet urgjentisht operacioni i embolektomisë.

Ora 17 dt. 21. II. 1961. (8 orë mbas embolisë) e sëmurë u muar në sallën e operacionit. Premedikacion: Omnopon 2% — 2 cc, Sol. Atropini sulfurici 1:1000 — 0.5 cc.

Narkoza induktore: Sol. Pentothal 2% — 15 cc, Scolini 3 cc. Lëndë delisani 1 cc.

Narkoza intratracheale: Oksigjeni + eter 20 ml. Incision pararektal i majtë nga niveli i umbilikusit deri në plukë inguinale. Mbas u hap peritoneumi e sëmurë u vendos në pozicion të Trendelenburgut, ansat intestinalë u spostuen nga sipër tue shliur mirë rajonin hipogastrik. Kontroll i vazave iliake tregoi se: arteria iliaca communis sinistra pulson mirë deri në vendin e bifurkacionit të sajë në a. iliaca interna et externa. Fleta e peritoneumit parietal posterior u hap pas lateralisht vazave iliake. Në indet rreth vazave për të evitue spazmen dhe për preparimin ma të mirë të tyre u infiltzue Sol. Novocaini 0.5%. U ba spastrimi i mirë i vazave nga indet rrethojëse dhe u konfirmue plotësisht diagnoza me operatore pulsacionet në arteria iliaca externa sinistra, mungoi në krejtësisht. Kjo e fundit asht shumë e spoznueme (2. herë ma të vogël se dimensioni i zakonshëm i sajë). Arteria iliaca interna pulson mirë. Trombi asht i vendosun mbas vendit të bifurkacionit të a. iliace komunis sinistra dhe ven. Krejtësisht lumelini e a. iliaca externa sinistra të cilja hodor gurës së gjatë e gjatë 3-4 cm nga vendi i bifurkacionit u mungoi në një distance prej 3-4 cm nga vendi i bifurkacionit u mungoi në ligatura provizore. Me bisturi vazash u ba një incizion oblik.

em, i gjatë pak më sipër vendit, ku ndodhesh embolli. Menjherë porsa u hap intima e arteries, filloi të lindi trombi në cilin u krijuan krejtësisht jashtë. Dimensioi i tij 1 cm, 0,8 cm. (fig. Nr. 1). Mbas kësaj u shkrirte ligatura e sipërme provizore e a. iliaca communis. Curgu i gjakut nxorri me vehte prej lumenit të vazës edhe 2 trombe të vegjël të tjerë me dimension 0,2 x 0,3 cm. Mandaj u shkriruen ligaturat provizore edhe nga aa. iliaca externa et interna, tue u sigurue se lumeni i tyre asht i lirë mbasi prej tyre vinte me shumicë gjak. Në lumenin e vazave iliake u infuzuen 25 cc. Sol. Novocaini 0,5% për tëlikuidue spazmën e vazëve. Vendi i incizionit të vazës u çap me gjelpana atraumatike me disa sutura të vecanta. Hemostazë e plot. Mbas u bindëm që në vazat iliake nuk ka embolje të tjerë, operacioni u përfundue tue e rabyllun plagën operatore krejtësisht sipas shtrësave. Operacioni vazhdoi një orë e gjysmë. Gjatë kësaj kohe gjendje e të sëmurës nuk i keqësua, breja u djalit asht

Me qëllim që të luftohet kundër trombeve të tjerë që ekzistojnë në a. iliaca communis si dhe për profilaksin e embolive të tjera dhe trombozinin e vendit të sutureve katër orë mbas operacionit të sëmurës u fillue terapia energjike me antikoagulantë der në 75000 unite Sol. heparinë në 24 orë. Parveç kësaj të sëmurës u aplikueh preparatë me veprim antispazmatik -- Divascal, Neopevita etj. Të nesërmen mbas operacionit në arteria femoralis sin. filluen të shfaqen pulsacionet, por këto të fundit nuk mund të përcaktoheshin në a. dorsalis pedis dex. a. axillaris dex. dhe distalisht kësaj.

Në konsultin e përbashkët me terapeftët dhe mjekët e tjerë u vu diagnoza, emboli multiple arteriale -- aa. axillaris dex. a. axillaris sin. dex., mundet aa. cerebrale. Për kësaj gjendjeje u quejt me shprehje të vazhdohet terapia energjike me antikoagulate. Në 4 ditë mbas operacionit gjendja e të sëmurës u ba shumë e rëndë, gjendja natën pati të vjelluna të pandërprerë. Ankon dhimbje në rajonin abdominal dhe në abdomen. Puls 120/100 në 1 arhythmik me përmatje të mëdha. Respirationin -- 40 në 1' superficiale. E sëmura nuk mund të ekspektorojë grumbullimet e sekrecioneve në trake e bronke. Në auskultacionin e thoraksit konstatohet edemë kronike pulmonare. Për të luftue insuficiencën respiratore u vendos të bahet trakeostomia urgjente. Menjherë mbas vendosjes së kanjulas trakeostomike u ba aspirim i tërësor i shtetit të grumbullimeve në trake e bronket. Ky manipulacion e përmirësua shtet më aktive e respirationit. E sëmura u qetësua, respirationi u ba i lirë, ngjyra e lëkurës u ba më rozë. Gjithë natën e kalajti qetë. Dhimbjet në kambën e majtë nuk e shqetësojnë, ngjyra e lëkurës dhe temperatura e kësaj nuk ndryshon nga ajo e kambës së shëndoshë. Vazhdon të ankojë dhimbje në rajonin lumbal dhe në abdomen. Gjatë 24 orëve ka eliminue vetëm 300,0 urinë. Në mbramjen e kësaj date gjendja e saj filloi rishit të keqësohet vjell vazhdimisht, ndjen dobësi të theksueme. Në mëngjezin e datës 24/II/1961 (dita e katër mbas operacionit) gjendja e të sëmurës tepër e rëndë. U mendue se keqësime të tjerë gjendjes i saj vjen nga insuficiencia kardio-vaskulare, embolia e aa. renale e shogërueme me oliguri, mundet emboli të tjera të a. mesenterice që mund të çojë në shokun eksanguin. Tue u nisur nga kjo u quejt me shprehje të aplikimi Sol. Glucose 5% 1000,0 me 5 mg. Noradrenalinin 5 ml. Glucose 5% -- 500,0 + Sol. Kalium chloridi 10% 30 ml. Traksfiziologjia, Soroanioni, Euphinin, Deltacorton AC, TH, DGA, Transdirona ngjaktësi i glukozës me Naradrenalin e përmirësoi për një ditë të gjendjes e të

sëmurës, por me gjithë masat e marruna ajo vazhdoi të mbesi shumë e randë. Në mbramjen e ditës katër masat e të vjellunit kishin ngjyrën e kafes. Tue mendue për hemoragji interne të shkaktueme nga antikoagulantet (megjithëse kontrolli i kohës koagulinat e hemoragjisë gjakut ishte afër normës) u ndërpreu antikoagulantet dhe u injektue në venë solucion i Protaminës (antidotqe i heparinës). Gjendja vazhdoi të keqësohet dhe n'ora 20 të kësaj dite e sëmura mbaroj me fenomene të dobësimit të punës së zemrës.

Autopsia, Diagnoza anatomo-patologjike (P. Bitri). Gjendja mbas operacionit të embolektomisë, **stenosis valvulae mitralis, thrombosis auricularae sinistrae, infarkte multiple renale bilaterale, bronchopneumonia paravertebralis bilateralis, atelektazë fokale pulmonale e majtë, emfizema bulare bilaterale, hemoragjia interne (abdominale)**. Sutura e arteries iliake u gjend në gjendje të mirë. Lumeni i arteries i lirë (fig. Nr. 2).

Megjithse rezultati i operacionit tonë të parë i embolektomisë qe i keq, ne menduem se ky rast vlen të përshkruhet, për arësyse se asht rasti i parë i operacionit të embolektomisë që botohet në shtypin tonë dhe ajo që asht ma e rëndësishme për të tregue këtu mënyrën e trajtimit të këtyre të sëmurëve të randë.

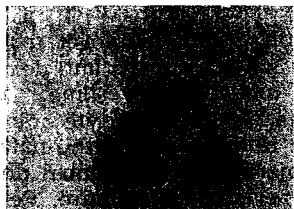


Fig. 1

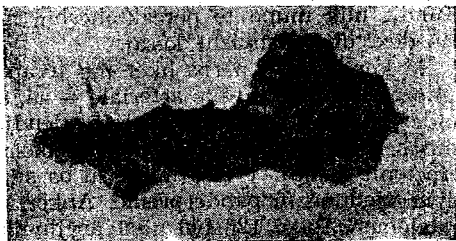


Fig. 2

Dy fjalë mbi therapinë me antikoagulante. Dihet se antikoagulantet duhet të aplikohen me kujdes të madh. Në rastin tonë ne qemë të detyruem me aplikue doza të mëdha heparine. Megjithse ne kontrollueme çdo 2-3 orë kohën e hemoragjisë e të koagulimit, në autopsi sikurse u përmend ma sipër, u konstatue hemorragji në kavitetin peritoneal.

Paraqitur në redaksi më 2-X-61

(Summary)

A CASE OF EMBOLECTOMY

The author describes a case of the operation of embolectomy. The author mentions the negative side of this operation, which often gives relapses. In Albania, thanks to a well organised service of first medical aid, the patients with similar affections are well taken care of.

In his communication, the author shows the way these seriously ill patients should be treated.

KONFERENCA E TRETË NACIONALE E PSIKONEUROLOGËVE TË VENDIT TONË

Më 24 shtator 1961, në Spitalin Neuro-Psikiatrik të Vlorës u festua 40 vjetori i themelimit të këtij Spitali. Kjo datë përkon me një datë tjetër më të rëndësishme, madhështore dhe vitale për popullin tonë, me XX-të vjetorin e themelimit të Partisë. Kështu që 40 vjetori i themelimit të Spitalit Neuro-Psikiatrik të Vlorës u festua në mënyrë madhështore nën kuadrin e XX-të vjetorin e themelimit të Partisë sonë të Punës. Kjo festë, u organizua nga Drejtori i këtij Spitali Bajram Kruja, në marrëveshje me Katedrën e psihoneurologjisë. Kështu në kuadrin e XX-të vjetorit, të themelimit të Partisë, me rastin e 40 vjetorit të themelimit të Spitalit Neuro-psikiatrik të Vlorës, u zhvillua konferenca e III-të nacionale e Psiho-neurologëve të vendit tonë. Në këtë konferencë u zhvilluan një varg referatesh me karakter shkencor dhe organizativ. Kështu Drejtori i Spitalit Dr. Bajram Kruja referoi mbi historinë dhe aktivitetin e këtij spitali gjatë 40 viteve të themelimit të tij. Ai u ndal sidomos me hollësi mbi sukseset e mëdha të arritura në këtë spital mbas çlirimit të vendit. Kapaciteti i këtij spitali gjatë viteve të fundit në krahasim me kohën e paraçlirimit pothuaj se është trefishuar. Është krijuar gjithashtu Kolonia e parë Psikiatrike agrare në vendit tonë, e cila gjendet nën patronazhin e këtij Spitali. Mbas Çlirimit dhe sidomos gjatë viteve të fundit

Spitali Neuro-Psikiatrik i Vlorës ka marrë pamjen e një spitali modern. Aty përdoren metodat më të fundit aktive të psikiatrisë kundër psikozave të ndryshme endogjene, toksikoinfektive, reaktive etj. Një vend të posaçëm i kushtohet në këtë spital sot psio-terapisë. Trajtimi i të sëmurëve është jo vetëm krejtësisht humanitar, por i lirë dhe bëhet simbas fjalës së fundit të shkencës. Sidomos të bie në sy sot, rregulli dhe disiplina e përsosur. Po kështu i kushtohet në këtë spital dhe ergo-terapisë, e cila aplikohet në stil të gjerë në të sëmurët kronikë.

Prof. Xhavit Gjata referoi mbi historinë e psikiatrisë në vendin tonë në përgjithësi dhe u ndal në mënyrë të veçantë mbi disa të dhëna statistikore të skizofrenisë simbas materialeve të klinikës së psikiatrisë së Fakultetit të mjekësisë. Këto të dhëna statistikore të prof. Xhavit Gjatës përfshijnë rreth 350 të sëmurë dhe janë frut i një studimi të imtë dhe të gjatë nga ana e tij e problemit të skizofrenisë në këtë klinikë.

Kandidati i shkencave mjekësore Mit Vokopola foli mbi aktivitetin e pavionit të psikiatrisë të Durrësit; ai gjithashtu referoi disa të dhëna mbi historinë e psikiatrisë në vendin tonë.

Doc. Kol. H. Dibra foli mbi sëmundjet cerebrale vasculare. Ai mbasi bëri fjalë mbi format e ndryshme të trubullimeve të qarullimit të gjakut cerebral, u ndal me hollësi mbi mjekimin e këty-

re turbullimeve vasculare cerebrale.

Kand. shk. Mjek. Bajram Preza foli mbi aktivitetin e Klinikës së neurologjisë prej kohës së themelimit të saj (Shtator 1955) dhe deri në ditët e sotme. Ai u ndal me hollësi mbi morbozitetin, mortalitetin, mbi aktivitetin shkencor dhe kurativ në këtë klinikë.

Ull Vehbiu, bëri një përmbledhje të punimit të tij origjinal klinik mbi sindromet skizofenike në bazë lues congenita. Autori ekspozoj me një gjuhë të kjohtë dhe të pastër rezultatet e punës së tij katërvjeçare. Tema që studion U. Vehbiu është punimi i tij shkencor që së shpejti do të paraqitet për mbrojtje si disertacion për të fituar gradën shkencore të Kandidatit të Shkencave Mjekso-

Konferenca e III-të nacionale e psiko-neurologëve u zhvillua me një entuziazëm të veçantë. Të gjithë referuesit shprehën mirënjohjen e tyre për Partinë e Punës së Shqipërisë, e cila u ka dhënë të gjitha mundësitë për zhvillimin e punës shkencore dhe për ruajtjen e traditave më të mira të mjekësisë tonë. Në këtë konferencë ishin të ftuar dhe merrnin pjesë Ministri i Shëndetësisë Sh. Ciril Pistoli, Sekretari i II-të i Komitetit të Partisë të

Vlorës sh. Gani Keçi, N/Kryetari i komitetit Ekzek. të Vlorës sh. Piro Rexhepi. Në konferencë merrnin pjesë shumë mjekë nga Tirana, pothuajse të gjithë mjekët e Vlorës dhe shumë të ftuar qytetarë të Vlorës dhe punonjës që kishin punuar më parë në këtë Spital.

Konferencën e III-të kombëtare të psiko-neurologëve e mbylli Ministri i Shëndetësisë sh. Ciril Pistoli, i cili me fjalët e tij inkurajoi për lëmin e psiconeurologjisë i entuziazmoi të gjithë mjekët psiconeurologë. Ai foli sidomos për perspektivat dhe detyrat, që u dalin përpara mjekëve psiconeurologë, gjithashtu foli mbi profilaksinë e këtyre sëmundjeve dhe për përpjekjet, që duhet të bëhen për ngritjen e kualitetit të punës në lëmin e psiconeurologjisë. Konferenca u zhvillua në një atmosferë të ngrohtë, të përziermë. Mbas konferencës të pranishmit, vizituan Spitalin dhe u ndalën në ekspozitën e cila paraqiste aspekte të ndryshme të veprimtarisë së spitalit, si paraqitja dhe mbas Clirimit.

Konferenca ishte organizuar shumë mirë. Një meritë e posaçme në organ zimin e saj i përket kolektivit të Spitalit Neuropsihiatrik të Vlorës dhe sidomos Drejtorit.

KONFERENCA SHKENCORE E XIV E STUDENTËVE PËR NDER TË XX VJETORIT TË THEMELIMIT TË P.P.SH.

Më 4-11-61, për nder të XX vjetorit të themelimit të P.P.SH. u zhvillua konferenca e XIV e shoqatës shkencore të studentëve. Shoqata shkencore e studentëve të Fakultetit tonë ka tradita të mira. Ajo prej më se 7-8 vjetësh zhvillon në mënyrë të rregullt konferenca shkencore. Në shumicën dërrmuese të katedrave ekzistojnë rrethën shkencore, të cilat

zhvillojnë një aktivitet të gjërë. Studentët që bëjnë pjesë në këto rrethe punojnë nën udhëheqjen e shefave të katedrave ose pedagogëve të lëndëve.

Gjatë këtyre viteve, janë punuar rreth 70 tema të rëndësishme të karakterit klinik, eksperimental dhe statistikor nga katedrat e terapisë, kirurgjisë, fiziologjisë, patofiziologjisë, psiconeurologjisë,

farmakologjisë, pediatrië, otorinolaringologjisë, obstretriko-gjynekologjisë etj. Vitet e fundit shumë tema të studentëve janë kombinuar me temat e pedagogëve.

Ky kombinim ka qënë shumë i vlefshëm se ka ndihmuar, që temat të studjohen më thellë dhe gjërë lidhur me problemet në fjalë nga studentët. Në konferencën e XIV u referuan 5 tema. Referatit I. I. kë u bë nga studentët i kursit të V të Beqirani Nerjaku i rrethit të otorinolaringologjisë mbi «otoklerozën». Autori mbasi bëri një përshkrim të shkurtër të historisë së otoklerozës u ndal në të dhënat klinike dhe të audiogramëve. Observacionet e tij arrin në rreth 70 persona Ekspozimi u bë në mënyrë të qartë. Pozitive është se ai punoi me konseguencë dhe ngulm në klinikën e otorinolaringologjisë dhe ka mësuar të aplikoj dhe të interpretoj me lehtësi audiogramet.

Referati i II. të u mbajt nga studentët e kursit të IV. të Sezai Braho dhe Mehdi Agolli të rrethit të farmakologjisë mbi temën «Veprimi i vit. B. mbi presionin arterial në kafshë eksperimentale». Autorët vënë në dukje që vit. B. vepron si hypotensiv në kafshët eksperimentale. Rezultatet e të mës janë tepër interesante, por fatkeqësisht numëri i eksperimenteve nuk është i mjaftuarshëm për të bërë konkluzione bindëse. Shpresojmë se autorët do të vazhdojnë punën e tyre.

Referati i III. të u bë nga studentët i kursit të V të të rinjve mbi rrethit të fiziologjisë mbi «Teorija e reflektimit të Lëvizimit nën dritën e rrezeve të Pavlovit».

Referati kishte karakter referativ dhe u ekspozua mirë nga autori. Mbasi u paraqitën elementet kryesore të teorisë së reflek-

timt të Lëvizimit autori i shpjegoi ato duke u mbështetur në doktrina e Pavlovit.

Referati i IV. të u zhvillua nga studentët e kursit të IV. të Kësaj rrezeje nga rrethi i prikonurologjisë mbi «Veprimin e vit. B. tek njëjtat». Ajo referoi që në 9 të sëmura aplikoi vit. B. 5q dhe 100 mg. gjatë ditë rradhe në bazë të një metode, që shpjegoi me hollësi. Në 8 persona ajo vuri në vull të presionit arterial. Kjo gjë ka rëndësi për klinikën e neurologjisë. Për për konkluzione më bindëse duhet një numër më i madh personash. Ili Braodaj shpresojmë që autorja do të vazhdojë punën më tej.

Referati i IV. të u zhvillua nga studentët i kursit të Vitë A. Kësaj rrethit të prikonurologjisë mbi «Të dhëna statistikore mbi sëmundjet vaskulare cerebrale se gjatë kësaj periode kanë kaluar 189, të sëmurë me sëmundje vaskulare cerebrale. Ai u bëri një analizë të hollë këtyre rasteve. Punime të kësaj gjinije ndihmojnë për të njohur më mirë se si qëndron puna me morbozitetin dhe mortalitetin nga sëmundjet vaskulare në vendin tonë sëmundje këto që zehjnë një vend të posaçëm midis të gjitha sëmundjeve të tjera. Interesantë ishin krahasimet që bëri autori me të dhënat e klinikës neurologjike të Dnjepropetrovskit prej një periode koheje të ngjashme me atë që studion autori.

Si karakteristike e përbashkët për pesë referatet e zhvilluara në këtë konferencë ishte se të gjithë autorët kishin cfrytëzuar mjaft burime bibliografike. Po ashtu të gjithë referuesit i u përmbajtën plotësisht kohës së caktuar për referim 15-20 minuta.

SAJRAM PRRZA

Mbrohet dhe një disertacion për gradën e kandidatit të shkencave mjekësore

Në pjesën e dytë të muajit tetor u mbrojt para këshillit shkencor të Universitetit Shtetëror të Tiranës disertacioni me temën «Veprimtaria motore e aparatit tretës dhe kolecistës në të sëmurët me ulcerë» nga roentgenologu Petrit Selencia.

Në sallë përveç këshillit shkencor mirrin pjesë dhe një numur mjekësh. Rektori i universitetit, sipas traditës, hapi mbledhjen dhe ja dha fjalën sekretarit shkencor të Këshillit për të lexuar dosjen personale të disertantit. Pasi nuk pat ndonjë vrejtje nga ana e antarëve të këshillit ju dha fjalë P. Selencia. Ai bëjë mbajtjen. Disertantit u tregua kompetent në fushën ku kish zhvilluar studimin dhe mbrojtjen e bëri me sukses. Pasi disertantit e morën fjalën prof. F. Hoxha dhe kandidoi në

SESION SHKENCOR PËR NDER TE 20 VJETORIT TË P.P.S.H.

Për nder të jubileut të madh të 20 vjetorit të themelimit të Partisë së Punës së Shqipërisë, në fakultetin e Mjekësisë u organizua një sesion shkencor që zgjati 3 ditë (2-4 nëndor).

Mirrin pjesë përveç studentëve dhe pedagogëve të fakultetit dhe një numur të ftuarish nga mjekët e qytetit si dhe ministri i shëndetësisë shoku Ciril Pistoli dhe zëvendës ministri shoku Vera Pojani.

Në sesion u paraqitën 11 referate për probleme të ndryshme praktike e teorike të mjekësisë tonë. Në referatin e hapjes që u bë nga dekan i fakultetit shoku Medar Shtylla u nënvizua entuziazmi dhe krenaria legjitime e studentëve dhe pedagogëve për Partinë e Punës nën udhëheqjen e së cilës janë arrijtur suksese të

mjek. P. Gacia si oponentë zyrtarë të disertacionit të paraqitur. Aa çmuar punën pozitivisht dhe fituan këshillin që të aprovojë kërkesën e disertantit si një nga specialistët me me kompetencë në vendin tonë. Pastaj e muarë fjalën me radhë shumë kolegë dhe mjekë të P. Selencia që nënvizuan njohurit e gjëra të tij në fushën e roentgenologjisë. Para auditorit u lexua dhe recension i lënë me shkrim nga specialisti roentgenolog çek Villadimir Maly. Në fund Këshilli shkencor hodhi me votë kërkesën që P. Selencia dhe si rezultat i votimit atij unanimisht ju dha grada kandidat i shkencave mjekësore që hyn në fuqi pasi të jet aprovuar ky vendim nga Këshilli i Lartë i Atestimit.

pa para në jetën e një populli brënda një periudhe historike kaq të shkurtër. Ai tregoi me fakte mobilizimin e ndërgjegjshëm të tyre dhe, sot me shumë se kurrë po tejkalojnë detyrat nën një kompaktësi akoma më të madhe rreth Komitetit Qëndror leninist me shokun Eaver Hoxha në krye.

Referatet që u mbajtën pas fjalës së hapjes kishin një karakter thjesht pune, lidhur me probleme të rëndësishme që preokupojnë shëndetësisë tonë popullore. Kështu për shëmbëll, në referatin e mbajtur nga kandidati i shkencave mjekësore P. Gacia për rezultatin e largët të operacionit të komisarotomisë tek një e sëmurë me stenozë mitrale, u demonstrua para auditorit se si e sëmura për shkak të stenozës mitrale vuante nga një dispne e fortë që i kufizonte

shumë lëvizjet kurse një vit e gjysëm pas operacionit të kryer nga autori ajo ishte fare mirë dhe nuk pengohej fare. Po ky autor bashkë me R. Golemi referuan mbi dy raste reanimacioni nga një gjëndje terminale.

Profesor F. Hoxha referoi mbi punën e zhvilluar prej tij lidhur me sëmundjen e strumës në Krahinën e Mokrës dhe të Gorës së Pogradecit. Mbasi paraqiti pikëpamjen e tij lidhur me përhapjen e kësaj sëmundjeje në këto dy krahina që kish studiuar bashkë dhe një sërë rekomandime shumë të vlefshme për përmirësimin e gjëndjes. Profesor S. Bekteshi foli mbi sëmundjen e rallë dhe fare pak të njohur nga mjekët tanë praktikë, talasedrapanocitezën. Ai vuri në dukje karakteristikat e saj dalluese si dhe rezikun e ngatrrimit me simptomat e sëmundjeve të zëmrës, kockave etj. Kandidati i shkencave mjeksore P. Gacia, paraqiti dhe një referat tjetër të përgatitur me Q. Lezhën lidhur me problemin e djegëjeve në vendin tonë. Autorët pasi vijnë në dukje metodat e reja të kurimit të djegëjeve që synojnë mbi të gjithë organizmin nënvizuan se akoma mjekët tanë nuk janë të njohur me këto metoda dhe vdekjet nga djegëjet janë akoma të larta nëpër spitalet e periferisë.

Interesant ishte dhe referati i paraqitur nga kandidati i shkencave mjeksore B. Preza lidhur me sëmundjen e ashtuquajtur të latirizmit ose të koçkolave siç njihen nga populli ynë. Autori vuri në dukje simptomat dalluese si dhe mundësitë e diferenciales me gjithë që shërimi i saj është shumë i vështirë sa të thuash i pamundur me mjete konservative. Për këtë ai nënvizoi nevojën e heqjes nga përdorimi të koçkolave për ushqim (bukë e përzier me koçkola) nga fshatarësia jonë sidomos lloi i quajtur latirus satira që ndo-

dhet më i përhapur tek ne. Në referatit e Mj. B. Preza foli dhe për letëratoren e gjërë botrore që egziston për këtë sëmundje si dhe llojet e saja që janë si rezultat i disa llojeve latirus që përdoren në vende të ndryshme. Në referatit e Mj. B. Haritos u bë tjalë për sëmundjen gjithashtu të rallë e terminale. A. Vesho referoi mbi eksperiencën e klinikës së tij lidhur me mjekimin e diatezave hemorragjike. Me mjaft fakte që ilustronin punën e tij tregoi se kish pasë rezultate shumë të mira duke përdorur kortizonin për mjekimin e tyre. Edhe referati i H. Rusit lidhur me të dhënat e grumbulluara për gratë shtatzane të sëmura me vese reumatizmale të zëmrës. Këto rezultate autori i botoi në revistë.

Mjaft interesante ishin dhe preparatet e veshkës dhe disa tesueteve të tjera që paraqiti në auditor P. Papadhropulli. Ai duke përdorur disa preparate kontrasti kish arritur ta zhyesh veshkën nga pjesët e buta dhe të mbetët pjesa e mërvuar që i ngjante një pemë të bukur shumë të degësuar. A. Spahiu referoi mbi mjekimin kompleks të Ca labi inferior. Paraqiti një numër të madh rastesh si dhe rezultatet e harijtura me mjekimin kompleks të tyre.

Në mbarim të sesionit, duke bërë konkluzionet, profesor F. Hoxha nënvizoi nivelin e mirë të tij dhe ndihmën reciproke lidhur me shkëmbimin e eksperiencës së njeri tjetrit. Sesioni ishte mjaft i ngritur në krahasim me sesionet e kaluara prandaj është koha që herë të tjera të krijojmë mundësitë që të marrim pjesë dhe mjekët e rrethëve. Pasi vlerësoi me radhë referatet tha se ato qenë shumë mirë të përgatitura dhe tregojnë eksperiencën e punonjësve tanë në fushat e ndryshme të mjekësisë.

-IL POLIKLINIKO-, Nr. 31, Korrik 1961

MBI MJFKIMIN E EDEMËS NË PERIU DHËN E BARRËS

(Rëc Kenschamb A.)

Është e zakonëshme të ndeshemi me një kuadër klinik edematoz gjatë periudhës së barrës. Ky kuadër na paraqitet me edema, albuminuri, hipertension; në këtë rast flitet për një preeklapsi që mund të shpjerë në formën e një toksikozës gravidike të eklampsisë. Natyrisht këtu të ngjarë që secili nga të tri simptomat e përmendura më lart mund të na paraqitet veçmas dhe jo kurdohërë së bashku. Paraqitja e një kuadri edematoz, që në vetvete është më pak i rrezikshëm, mund të predispozorjë në një alteracion metabolik më serjöz. Është pra e nevojëshme ndërhyrja për zhdëkjen e gjendjes edematoze.

Mëqenëse edema është në raporte të ngushta me titencionin e sodiumit, nevojitet të kërkohet një raport i ballancuar negativisht i vetë sodit dhe kjo është e mundur në dy mënyra: Pakësimi i sasisë alimentare të sodit ose shtimi i eliminimit të tij. Vlera e një diete me pakësim të Na është eksperimentuar shpesh në klinikë dhe ka dhënë rezultate të mira dhe kjo është një nga pikat më të sigurta ku mund të mbështetemi në terapinë shumë të turbullt të toksikozës gravidike.

Më problematike paraqitet heqja ose eliminimi i H₂O dhe Na. Për këtë çështje janë maritë parasysh tre grupe medikamentesh:

Baza purinike

Diuretikë merkuriale

Derivate të sulfonamideve.

1) Vlera e bazave purinike është shumë e diskutueshme dhe si rrjedhim, përdorimi i tyre paraqet një efekt të dyfishtë.

2) Merkurialet janë në të kundërtën, shumë efikase dhe pak të dëmshëm për parenkimën renale edhe kur toksikoza është në zhvillim. Diskutohet megjithatë përdorimi praktik i këtyre medikamentit në se është i indikuar përdorimi i tij, mëqenëse shpesh edema e toksikozave shoqërohet me një farë albuminurie.

3) Preparatet e sulfonamideve të tipave të ndryshëm, janë eksperimentuar për veprimtarinë e tyre inhibuese të anionit të karbonit. Këto preparate nuk kanë dhënë kolaterale të padëshëruara, janë ndërkaq të kufizuara në kohën e veprimit të tyre.

Kyri përgulohet një gjendje acidoze e nevojëshme për diurezin ndërhyrja të gjithë proceset kundrarregullonjes që kufizojnë ose anullojnë efektin diuretik në një pikë të tillë sa mund të arrijë një efekt të kundërt.

Një grup tjetër derivatesh të sulfonamideve nuk është sqaruar se si

vepron, aq më tepër kur nuk kanë anët negative të diuretikëve të tjerë dhe duket se janë më të indikuarit në terapinë e edemave të burrës. I veprimi diuretik i hjojtur i tyre është eliminimi i pësuar që eliminohet lehtësisht.

Autorët kanë eksperimentuar 6-amilofrormentihil 7-sulphatyl 8,3-di-hidro-1,2,4-benzothiadiazine-1,1-dyoxid (Noflat, Lee) në 33 të së-mura me edemë në kohen e burrës. Me një dozazh mesatar 75-100 mg. prodhe të sëmurët pakësonin peshën e tyre të trupit deri në 30 kg. në javë. Si kriter vlerësimi më i mirë aplikativ të përdorur dem në dyfishin e eliminimit të lëngëve në urinasin më gjatë dhe në bazë perçdo të së-murë të kontrolluar në ditët e mëpastajme të fillimit të terapisë. Duke ndjekur terapinë e mësipërme autorët nga 31 të sëmurë vetëm 4 nuk patën sukses. Me shprehim të dozave nuk u vërtetuan rezultate të padë-shëruesare ose të dëmshme.

NJOPTIME TË REJA LIDHUR ME DIABETIN MELITUS

Butterfield W.J.H. : «Erit Med. Jour» 1.5524, 1961.

Rëndësia e sëmundjes së diabetit del nga konstatimet e një propor-cioni që ndryshon nga 1-3% të popullsisë, natyrisht simbas diastave dhe të prekura nga kjo sëmundje. Kontrolli i të sëmurëve diabetikë bëhet zakonisht në bazë të rezultatëve të metabolizimit glicidik, me gjithë se kjo sëmundje nga një pikëpamje teorike nuk është e saktë. Të dhënat e reja mbi metabolizimin glicidik kanë modifikuar pikëpamjet tona lidhur me mendimin e hiperqlicemisë e glikozurisë. Është provuar se për të hyrë glikoza në indet është e nevojshme një ngritje e nivelit të saj në gjak. Ndër diabetikët, paralelisht në ngritjen e qlicemisë ngrihet dhe përgu e kaptacionit (thithjes) nga ana e indeve, pra del se po të arrijmë një ulje ose eliminim të glikozës nëpërmjet veshkave (në përgjithësi rreth mg. 180%) do të kemi glikozuri. Përdorimi i insulinës shpie në një ulje të pragut të futjes së glukozës në inde dhe rrjedhimisht në një pakësim të qlicemisë dhe së fundi dukja e glikozurisë. Observimet e përdorimit intravenoz të insulinës shpie, brenda pesë minutave, në një ulje të kon-siderueshme të pragut të hyrjes së glukozës në qelizat e regjionit që ush-qehet nga ajo arterie, kjo nënvizon rëndësinë e indeve periferike në rregullimin e nivelit glicemik duke ndryshuar pragun (nivelin) e shfry-tëzimit të glukozës.

Këto konstatime janë në harmoni me teorinë, prej kohësh të pranuar, sipas së cilës, insulina vepron në mënyrë të favorëshme në lehtësimin e hyrjes së glukozës në brendësinë e qelizës. Ato sugjerojnë ndërkaj se efekti i insulinës në nivelin glicemik i detyrohet një shtimi të propor-cioneve të qelizave të indeve periferike të cilat janë në gjendje të ve-pron në mënyrë të glukozës. Duket patur parasysh që në goftë se një diabetikë ndihet rrezet me nëpërmjet urinës mund të gëjë më mungesë të glikozurisë, ndërsa, megjithatë, pragu i shfrytëzimit të glukozës nga ana e celulës është patologjikisht i rritur megjithëse nuk e kalon atë të eliminimit të sheqerit me urinën.

Konsiderohet në përgjithësi se diabeti në mosha të ra shoqërohet me mungesë të insulinës, por e vërteta nuk është kaq e thjeshtë. Sikurse flasin faktet, sipas të cilave, në fazat fillestare të këtij lloji diabeti ka në gjak sasira të mjaftueshme. Mund të mendohet për një ndërhyrje

të ormonit të rritshmërisë, rëndësia e të cilit mund të faktohet me ekzistencën e sindromit diabetik në akromegali (insulinorezistente) që mund të vijë nga një ezauriment i qelizave beta ishullore pankreatike. Mundësia e provokimit të një diabeti me përdorimin tek një kafshë eksperimentale të serumit (siere) antiinsulinik mund të arrijmë dhe në një patogjenezë imunizuese. Mbetet, sidoqoftë, fakti se diabeti rinor ka nevojë absolute, për kontrollimin e tij në përdorimin e insulinës.

Dihet se diabeti është më i shpeshtë në moshat e kaluara dhe ku sëmundja merr një kuadër më të rëndë dhe që zbulohet rastësisht ose për prezencën e ndonjë komplikacioni. Këta të sëmurë vështirë të paraqesin aëtonuri dhe pothuaj gjithënjë mund të kontrollohen me të njëjtën dietë; në të vërtetë prodhimi i insulinës është i mjaftueshëm për të garantuar qoftë në sasi të vogëla të glukozës. Megjithatë nuk njihet akoma arsëya se përse prodhimi i insulinës është i pamjaftueshëm, ose përse veprimi i saj është inadeguat. Disa mendojnë se dhe celulat beta të pankreasit, të cilave u është ngarkuar barra e sekrecionit të insulinës, disponojnë një cak për glukozën dhe se në këto raste një cak i tillë është patologjikisht i shtuar në mënyrë të atillë sa të kërkojë një nivel më të lartë glicemik para se glukozja, duke hyrë në brëndësi stimulon rirprodhimin e insulinës.

Nga pikëpamja terapeutike kontrolli i dietës është deri më sot elementi kryesor. Tek të sëmurët rekomandohet një dietë ipokalorike në mënyrë që të arrihet një ulje në peshë. Në këtë mënyrë mund të arrihet njëkohësisht dhe një kontroll më i mirë i diabetit me zhdukjen e glikozurisë. Në të sëmurë të dobët ose të rij diëta e dobët nuk këshillohet, bile është e nevojëshme të përdoret një dietë me sasi të mjaftueshme karbohidratesh deri në 150-200 kalori në ditë brenda një kalorazhi të përgjithshëm 1500-2000 kalori në ditë. Në këtë mënyrë mund të sigurojmë ekuilibrin porsa ti japim dhe insulinë ose antidiabetikë oralë.

Përdorimi i insulinës është i detyrueshëm në rast se kemi të bëjmë me raste të rënda ose me acidozë.

Antidiabetikët oralë kanë hyrë në përdorim prej disa vjetësh. Aktiviteti i tyre si duket përqëndrohet në stimulimin e qelizave beta të pankreasit për të prodhuar insulinë. Këto medikamente gjejnë përdorimin e tyre sidomos në raste të lehta diabetike ose të mesme, në subjekte të kaluara nga moshja dhe në forma të reja të sëmundjes. Nuk indikohen në raste të rënda me tendencë për acidozë dhe në format rinore. Këto preparate që përdoren më shumë janë tolbutamidët të cilat kanë pak inkonvenience, karbutamidët për të cilat janë përshkruar raste agranulocitoze dhe dëmtime hepatike, klorpropamidët me të cilat është fare lehtë të kesh hipoglicemi. Të gjitha këto preparate humbasin aftësitë pas një kohe pak a shumë të gjatë përdorimi.

Kohët e fundit janë futur në përdorim preparatet guanidike të cilat janë të afta dhe në rastet e rënda ose dhe me acidozë. Eksperienca lidhur me këto preparate është e vogël dhe mjaft çështje të veprimtarisë së tyre mbeten për t'u skjaruar, kështu p.sh. paraqitja e aëtonurisë pa hiperglicemi etj.

Shënime dhe vrejte nga praktika

MJEKIMI ME A.C.T.H. DHE CORTIZONI I FORMAVE TË RËNDA TË ASTHMES BRONKIALE

Seropian, Greçan, Joan — (Bukuresht)

Hormonoterapia është një mjekim simptomatik. Në klinikën e terapisë të spitalit Kolcja në periudhën prej vitit 1955-1957 hormonoterapia u aplikua në 25 të sëmurë me forma të rënda të asthmës bronkiale, 14 të sëmurë ishin me status asthmaticus, 6 asthma chronica me dispne të pandërprerë, 3 të sëmurë kishin atake të përditëshme, 2 kishin atake një herë në 2-3 ditë. Nga 25 të sëmurë, 23 ishin gra dhe vetëm 2 burra.

U aplikue A.C.T.H. tek 14 të sëmurë, vetëm kortizoni tek 7, ACTH dhe Cortizon tek 2, A.C.T.H., Cortizon dhe Delta cortizon tek një, ACTH dhe Delta cortizon në një të sëmurë.

A.C.T.H. u aplikua me rrugë intravenoze ngadalë 16-50 mg në 24 orë, intramuskular në doza 40-125 mg në 24 orë, zgjatja e mjekimit 2-12 ditë mesatarisht 6 ditë. Kursi i mjekimit për çdo të sëmurë 100-850 mg mesatarisht 300 mg. Nga ky preparat ataket asthmatiche u ndërprejnë pas një deri në katër ditë dhe tek gjysma e të sëmurëve pas 24 orësh.

Cortizoni u përdor më shumë intramuskular, doza e 24 orëve 50-100 mg e futur në 3-4 herë. Terapia zgjat nga 5-29 ditë, mesatarisht 15 ditë. Doza e kursit 500-2.200 mg. Ndërpritën nën influencën e tij ataket asthmatiche pas 2-6 ditë, mesatarisht 5 ditë.

Deltacortizoni u përdor në 2 raste me rrugë perorale nga 30 mg në 24 orë. Doza e gjithë kursit 340 mg. Përdoret në ato raste kur asthma bronkiale kombinohet me insuficiencën e ventrikulit të djathtë ose gjatë ngritjes të tensionit arterial nën influencën e A.C.T.H. dhe Cortizonit.

Me anën e kësaj terapie u arritën rezultate të mira në shumicën e të sëmurëve, me përjashtim të dy rasteve njëri me Sinusitis purulenta dhe tjetri me lamblia intestinalis.

Pastaj autorët citojnë të dhëna nga Paster, Valer, Rado të cilët nga 95 të sëmurë që u mjekuan me preparate hormonale nuk patën rezultate në 15%, kurse Kogan nga 26 të sëmurë të mjekuar nuk pati efekt në 6 prej tyre.

Kombinimi me antibiotikë në të sëmurët me etiologji infektioze ose të fshehtë dha rezultate të shkëlqyshme.

Gjatë hormonoterapisë duhet të mbahet dieta pa krypë ose ti jipet klorur potasi 1-2 gr. në ditë, të vrehet tensioni arterial, të matet glicemia, pesha etj.

MARËDHËNIET MIDIS ASTHMES BRONKIALE DHE SKLEROMES

Doktor i shkencave Mjekësore Kniga-Minsk

Xhejms në 90% të sëmurëve me asthma bronkiale vrejti ndryshime patologjike në hundë. Kogan tregon se nga 195 të sëmurë me asthma bronkiale në 42 prej tyre u konstatuan sëmundje të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes ose të veshit si p.sh. polipe nazale, otite, tonsilite, hajgmorite, adenoide etj.

Autori sjell si shëmbëll studimet mbi 8 të sëmurë që kishin skleromë dhe vuanin nga asthma bronkiale. Prej këtyre në moshën 14-20 vjeç ishin 3 të sëmurë, 21-30 vjeç 2, 31-40 vjeç 2 dhe mbi 40 vjeç një i sëmurë. Lidhur me zgjatjen e sëmundjes paraqiten kështu: Në 3 të sëmurë sëmundja kishte zgjatur 2 vjet, në 2 zgjati 5 vjet, në një 10 vjet, kurse në 2 të tjerë mbi 20 vjet.

Vrejtjet klinike treguan se aplikimi i streptomycinës tek të sëmurët me asthmë bronkiale dha rezultate të qëndrueshme gjatë 4 vjet vrojtimesh. Kursi i mjekimit 13-18 gr. Streptomycinë me dozë ditore 1 gr.

(Përmbledhur nga Margarita Vullkaj)

APENDICITI AKUT NDER PLEQTE

Apendiciti akut është sot me një interes të veçantë edhe për njerëzit që kanë kaluar 60 vjetët, mbasi është gjithënjë më i shpeshtë për shkak të zgjatjes së vazhdueshme të mesatares së jetës. Lanzara (Min Chir. faqe 579 Nr. 9, 1961) ka vërtetuar mbi 4469 të operuar me apendektomi një përqindje që arrin 1,1/2% të njerëzit në moshën më të lartë se 60 vjet dhe me një predominim të seksit mashkull.

Karakteristikat e apendicitit akut ndër pleqtë janë me prirje për gangrenë dhe perforacion, nuk kanë një simptomatologji të kjahtë klinike dhe prognoza e tyre është e errët. Lidhur me kuadrin klinik, tre simptomat kryesore d.m.th. vjellja, dhëmbjet abdominale dhe ethja çfaqen si më poshtë: Vjelljet janë gati gjithënjë edhe ndër pleqtë dhe fillojnë me nxjerrje uji, me nxjerrje ushqim dhe më në fund me nxjerrje të bilës; ato fillojnë pas dy tre ditësh të atakut apendikular, në kundërshtim me moshat e reja tek të cilat shpesh herë vjelljet paraqiten më përpara. Dhëmbjet egzistojnë gjithënjë, por shpesh janë të ndryshuara (të fshehta, në formë krampesh, në formë rëndimi dhe të përhapura, nuk janë shumë të rënda, të ndërprera dhe gjatë këtyre ndërprerjeve gjendja në dukje është e mirë); Ethet janë të lehta dhe në qoftë se ka filluar një komplikacion peritoniti. Ellokimi i albusit (zorrëve) për mater jetë fekale dhe për gazrat bëhet me vonesë; rezistenca abdominale është gjithënjë e dobët, për arsye të dobësit të pareteve, kurse dhëmbjet e lokalizuara me anë të palpacionit superficial dhe të thellë është një simtom i rëndësishëm, i cili paraqitet në çdo rast.

Në disa raste apendiciti çfaqet me një sindrom okluziv pa dhëmbje dhe diagnoza vërtetohet vetëm në tryezën e operacionit. Karakteristike

e përgjithëshme në këto raste është gjendja hiperglikike dhe energjike e pleqve. Për këto arsye operacioni del shpesh i nevojshëm që të mos shterojnë rezervat energjike të dobësuar, të pleqve, si dhe për t'u përkrahur përhapja e shpejtë e toksemisë. Në këto raste, mastektomi është i njëjft i lartë po të krahasohet me mortalitetin e të operuarve në moshë të reja.

TERAPIA E PIELONEFRITËVE NË PERIUJDHËN E BARRËS

Pielonefritet kronike mund të çfaqen në cilëndo periudhë të barrës, praktika ka vërtetuar se ato shkaktohen shpesh nga mikroob rezistent kundrejt antibiotikëve dhe shumë pak sensibel kundrajt preparateve kimike. Kjo i dedikohet në përgjithësi dozimit të papërshtatshëm të mjeteve terapeutike që përdoren në fillim të përparimit të kuadrit simptoma-tologjik, kurse po të përdoret një terapi me doza masive (sulumese) mund të evitohet shpesh kalimi në format kronike. Në infeksionet kroni-ke urinare në periudhën e barrës. H. Scheidegger (Die Medizinische Welt, 22, 1192, 1961) këshillon: a) Një kontroll të vazhdueshëm të diurezës së përditëshme të marrjes së lëngjeve, dhe niveli azotemik. b) Analizën bakteriologjike të urinës para se të fillohet çdo terapi antibakteriale. Terapi antibiotike duhet të përdoret në bazë të rezultateve të antibiogra-mit. c) Egzaminimin me kontrast të vijave urinare dhe mënyra më e preferuar do të ishte rruga nga poshtë lart. Në këtë mënyrë mund të konstatohet një stazë prëlouretale mekanike, siç ndodh shpesh në muajt e fundit të shtatzanisë, ose një dilatacion atomik i uretereve që ndodh zakonisht në muajt e parë të barrës, probabilitet për çfaqje toksike. Mund të konstatohet gjithashtu ekzistenca e gurëve që favorizojnë kronicitetin dhe gjendje e rëndë të procesit pielitik.

Në disa raste mjekimi i këtyre formave mund të paraqesin vështirësi të veçanta, sidomos kur staza renale pengon çdo terapi antibakteriale dhe atohere kateterizmi uretero-pielik është i vetmi mjet që mund të sigurojë hapjen dhe pastrimin e pelvit renal.

Ndërprerja e barrës në asnjë rast nuk ka qenë e domosdoshme simbas thënieve të autorit, as edhe në gra me një veshkë të vetme.

Il. polikliniko, Nr. 35, Gusht 1961.)

VESHKA E LËVIZËSHME DHE KOMPLIKACIONET E SAJ

Ptoza renale bilaterale është një sindrom që gjendet shpesh por që zakonisht nuk i jepet rëndësi nga mjekët. Por në çoftë se ky sindrom shoqëroret me një lëvizshmëri të veshkës fizike mund të jetë shkak i turbullirash dhe komplikacionesh të ndryshme (Darget B. La semaine des Hopitaux 37, 1358, 1961). Veshka atozike mund të jetë pikë-sëpari shkak dhëmbjesh të cilat nga ana patogjenike mund të shpjegohen në dy mënyra: Dhëmbjet mund të shkaktohen nga tërheqja e pedikulit renal dhe mund të zhduken me anë të adhe pushtimi të agutur në shtrat, ose mund të shkaktohen nga zgjerimi i pelvit renal ose nga përkulja e uretrit në nivelin e qafës për shkak të një artorieje jo normale ose për shkak të një aderençe.

Ptoza renale mund të shkaktojë, jo shpesh, ematurira të përsëritura si rrjedhim i një kongjestionit të parenkimës renale, si rezultat i pengimit të rrjedhjes së gjakut venoz në nivel të pedunkulit renal. Janë përshkruar raste ematurie të zgjatura vjete me radhë, që janë ndaluar shpejt e definitivisht me anën e nefropeksisë. Përpara se të caktohet që ematuria është e shkaktuar nga ptoza renale duhet të bëhen kërkime të imta për të përjashtuar shkaqet më të shpeshta të saja.

Ptoza renale kur shoqërohet me ngadalësimin e rrjedhjes së urinës dhe me pielektazi përbën një rrethanë favorizuese të nefrolitiazës. Konstatimi i nefrolitiazës duhet të bëhet radiologjikisht ose në rast nefropeksie me anë të palpimit.

Është vërtetuar se ptoza renale mund të jetë shkak albuminurie zakonisht jo shumë të rëndë dhe të tipit ortostatik. Ndër pacientët me ptozë renale unilaterale që paraqesin albuminuri egzaminimi i fraksionuar i urinave vërteton se albumina vjen nga veshka ptozike.

Nga pikëpamja terapeutike ptoza renale e pa komplikuar nuk ka nevojë për asnjë intervenim, por në rast dhëmbjesh të vazhduara dhe në rast elektazie të theksuar dhe në rrezikun e formimit të gurëve, për shkak të stazës urinare, intervenimi kirurgjikal i nefropeksisë është jo vetëm i indikuar por dhe i detyruar.

(Përmbledhur nga **L. BENUSI**)

CËSHTJE MBI AZOTEMINË EKSTRARENALË

A.M. Pleshkov,

«Sovjetskaja Medicina» 1961, 5, 100-104.

Në praktikë, mjeku shpesh herë takohet me raste azotemie të ardhura si rezultat i insuficiencës renale. Po shpesh kemi të bëjmë me azotemi jo renale ose, siç quhet, ekstrarenale, e cila takohet më shpesh në hypokloremi të shkaktuar nga ulja e nivelit të klorideve në gjak.

Për veprimtarinë normale të organizmit, niveli i klorideve në gjak duhet të jetë 450-500 mg% (sipas Levinson). Kjo rregullohet nga një radhë mekanizmash fiziologjike.

Në hypokloridri mund të shpien një seri shkaqesh si: dieta akloridrike për një kohë të gjatë, të vjellat e përsëritura, marrja e substancave laksative dhe diuretike, sëmundjet që shoqërohen me një diare profuze, pra sëmundje që prishin metabolizmin normal të klorideve.

Humbja e klorideve dhe e ujit mund të shpjerë gjer në vdekje, prandaj nga ana e mjekut kërkohet një vëmendje e madhe.

Një nga sindromet bazë të klorohidropenisë është prishja neurovaskulare e qarkullimit renal dhe më në fund anoksia.

Azotemia ekstra renale takohet më shpesh nga sa diagnostikohet.

Autori përmend një numër sëmundjesh që çojnë në azotemi hypokloremike si: Sëmundje të sistemit nervor central, traktit gastro-intestinal, sistemit endokrin, sëmundjeve infektive, helmimeve etj.

Më poshtë autori sjell shembuj nga praktika të azotemisë ekstrarenale, si rezultat i hypokloremisë, si psh. në një të sëmurë me pneumoni gripale që shpuri në uremi hypokloremike, kurse në një tjetër kjo u shkaktua si rezultat i intoksikacionit alimentar,

Hormonoterapia (A.C.T.H., Kortizon, Adrezon) në

Polyarthritet infektioze jo-spezifike

Kand. Shkenc. Mjekësore E.D. Ivanova, Shkollëtorëve

«Sovjetskaja Medicina» 1961, 6, 87-90

Një nga metodat më efektive të kohës së sonje në mjekimin e polyarthriteve infektioze jo specifike është hormonoterapia, e cila tregon një efekt veprimi të fuqishëm antiinfektioz dhe desensibilizues. Ajo jep një efekt të shpejtë klinik, eviton zhvillimin e ndryshimeve të rënda anatomike në artikulacione dhe shprehim të mjaftueshëm të aftësinë për punë.

Në kohën e sotme, përveç A.C.T.H., Kortizonit dhe Adrezonit, ka filluar përdorimi i Hidrokortizonit, të Prednizonit, të kombinuar Kortizon dhe aspirinë, superaspirinë, stimgagen etj.

Autori ka patur nën kontroll 50 të sëmurë me arthrite reumatoide, nga të cilët 19 meshkuj, 29 femra (me moshë nga 27 deri 66 vjeç) dhe 2 fëmijë njeri 9 dhe tjetri 13 vjeç me zgjatje të sëmundjes nga disa muaj deri në 21 vjet.

Shumica e të sëmurëve është paraqitur në një gjendje të rëndë, tek 36 kishte deformacione të artikulacioneve dhe atrofi muskulare, në 3 anikloza artikulare, dobësi të përgjithshme, shpejtim të sedimentacionit, ngritje të temperaturës. Tek 36 të sëmurë u vretën vatra infeksioni.

Para fillimit të mjekimit, të sëmurëve i bëhej matja e tensionit arterial, glicemisë, ekzaminimi röntgenoskopik i traktit gastro-intestinal dhe grafia e artikulacioneve dhe kockave për të përjashtuar sëmundjet në të cilat terapia me preparate hormonale është e kontraindikuar, si: p.sh. (Morbus hypertonicus, Ulcus duodenii, Diabetes Mellitus, Morbus Icenko Kushing, osteoporozja e theksuar).

Autori tregon se para fillimit të terapisë hormonale duhet të bëhet eliminimi i fokusave të ndryshme. Në rastin e të sëmurëve me procese pulmonare aktive, me sukses kanë përdorur në mjekimin e arthriteve reumatoide A.C.T.H. të kombinuar me preparate antibakteriale.

Pjesa më e madhe e të sëmurëve, d.m.th. 26, u mjekuan me A.C.T.H. duke marrë 40-100 Unite në 24 orë intramuskular (gjithë kursi i mjekimit nga 300-3045 Unite), 11 me adrezon dhe 13 me kortizon. Kortizoni në 2-3 ditët e para është dhënë nga 200 mg në 24 orë dhe pastaj është ulur në mënyrë progresive duke marrë ditët e fundit nga 50 mg në 24 orë (doza mbajtëse). Gjatë kursit të mjekimit mirrej deri në 4125 mg kortizon. Adrezoni jepet për os në tableta nga 25 mg ose 5 mg në po ato doza 24 orëshe, si dhe kortizoni por ky mund të përdoret lehtë dhe në kondita ambulatorë. Mjekimi me kortizon dhe adrezon përfundon me përdorimin gjatë 3-5 ditëve të fundit të A.C.T.H.

Gjatë mjekimit me preparate hormonale u likuiduan dhembjet në artikulacione, u shtuan lëvizjet fleksore dhe ekstensore të artikulacioneve, temperatura dhe sedimentacioni u normalizuan. Tek ata u rrafshuan një oreks i mirë dhe shtonin në peshë nga 3-4 kg.

Në një të sëmurë 30 vjeç me zgjatje të sëmundjes prej 5 vjet, me formën eksudativo-proliferative të prekjes së artikulacioneve, pavarësisht se mori 4175 mg adrezon dhe 260 Unite A.C.T.H. nuk pati asnjë efekt

nga mjekimin. Gjatë mjekimit me preparate hormonale këtë të sëmurë iu çfaq një hipertrihozë dhe hiperglicemi. I sëmurë qëndroi në spital 133 ditë dhe gjithë llojet e tjera të mjekimit me antibiotikë, salicylat, atofan, novokainë, nuk dhanë asnjë efekt.

Autori përmend se në 2 të sëmurë pas mjekimit me ACTH u çfaq hiperglicemi, glukozuri dhe ngritje e tensionit arterial, kurse në 3 të sëmurë facies lunata, djersë, pagjumësi. Të gjitha këto kalonin pas uljes së dozave të preparateve hormonale ose ndalimit të mjekimit.

Për sqarimin dhe prevenirimin e komplikacioneve autori ka përdorur metodën e plezizmografisë, e cila i ka dhënë mundësinë të gjykojë mbi gjendjen e qendrave të larta vazo-motore, mbasi gjatë mjekimit me preparate hormonale çfaqen komplikacione nga ana e sferës psikike. Kjo metodë është përdorur në 22 të sëmurë.

(Përmbledhur nga Milto Kostaqi).

PATOGENEZA E MORBUS BOTKIN

Simbas «Zhurnal Mikrobiologji Epidemiologji dhe Immunologji»

6, 1961

Prof. G.P. Rydnjev

Në analizën e çdo procesi infektiv, rëndësi kryesore ka çështja e patogjenезës, zgjidhja dhe interpretimi i të cilës duke e kuptuar dhe duke e shpjeguar drejt, siguron një bazë të fortë për klinikën e të gjitha sëmundjeve të tjera.

Procesi infektiv në hepatitin viral kërkon një sërë analizash, të cilat duhet të llogariten (përcaktohen) sipas një kriteri etiologjik, epidemiologjik, klinik dhe patomorfologjik.

Ndarrja e patogjenезës në sëmundjen e Botkinit si dhe në përgjithësi në hepatitet infektive që më përpara nuk ka qenë e njohur, por sot ne nuk duhet të mendojmë se kjo nuk njihet plotësisht. Për të shpjeguar këtë po përmojnë shumë shkencëtarë të shumë vendeve. Po sigurisht mungesa e izolimit të kulturave të pastra të shkaktarit të sëmundjes, si dhe krijimit të modeleve eksperimentale, në kaqshet, vështirësojnë përcaktimin e drejtë të patogjenезës. Gjithashtu të pamjaftueshme të dhënat anatomo-patologjike si konsequencë e një letaliteti të ulët në këtë sëmundje.

Terapia dhe sukseset e mjekimit të morbus Botkin, me një radhë preparatesh steroidë të bëjë mjekësinë e sotme të drejtë të vendosjen mbi funksionin e gjendrave suprarenale.

Njëkohësisht duhet batur parasysh lidhjen midis sistemit hipofizor dhe suprarenal dhe errëgjillimi i tyre sapozimin e patogjenезës të Morbus Botkin për të cilën sot përmojnë njëfarë virusologje kliniciste etj. simbas studimeve patogjenезën mund ta shprehim në këtë mënyrë:

1) Faza epidemike (infeksioni) d.m.th. Perorel
2) Faza e rritjes dhe adaptimit të Parenteral
3) Faza e deri në gjeneralizimin primar d.m.th. (Inkubacioni).

3) Gjeneralizimi primar d.m.th.

Fillimi i shënjave klinike deri në periudhën e ikterit kjo i përngjigjet — virusemisë.

4) Diseminacioni parenkimatoz dhe ivetrave viscerale kutanor klinike me ikter pa ikter.

Gradualisht ulët infeksioni

5) Gjeneralizimi sekondar dhe ndryshimi toksiko-alergjike.

Klinika	}	acutizimet
		recidivet
		komplikacionet

Dekursi ondulant klinik dhe infeksioni (kontagioziteti)

6) Paza reziduale dhe përrindimi

- a) Reparacioni i plotë b) Distrofia acuta c) kolangiti
 d.m.th. shërimi bleva hepatis procese të tjera hepato-
 bileare
 c) Formë kronike: cirozat hepatike.

KOLITI ULCEROZ

ANIV. Bondarjeva dhe I. Ju. Elkina

Kliniceskaja Medicina, 2, 1961

Problemet e kolitit ulceroz me origjine jo specifike, preokupojne mjeket e te gjitha specialiteteve, qofshin keto infeksioniste, terapefte, apo kirurgje. Deri ne ditet e soteme nuk ka akoma nje mendim, mbi shkaktesarin e kolitit ulceroz.

Studimet mbi etiologjinë e kolitit ulceroz tregojnë se luajnë rol agjentët mikrobikë, rëndësi ka izolimi i mikrobeve të veçantë të cilët shkaktojnë ndryshime të thella në mukozën e zorrës së trashë.

Për këtë gjë duhet të na tërheq vëmendjen faktori, i cili, në symbion organizmin, ndryshimet fermentative të prishjes së procesit regenerativ, të distonisë vegetative dhe të momenteve të psihike etj.

Nga analizat laboratorike që janë bërë, janë gjetur në zorrë të njerëzve të sëmurë mikrobe të ndryshme si streptococcus fekalis, beet gens, escheridia coli, proteus vulgaris, mirë por këta mikrobe nuk luajnë rol në pamundësi etjologjike në këtë sëmundje.

Disa autorë thonë se në etiologjinë e kolitit ulceroz luajnë rol simbiotizimi i mureve të zorrës nga produktet ëshqimorë me origjine shqazore. Ata bazohen në faktin se në 20-30% të të sëmurëve me kolitit ulceroz në statuan fenomenë alergjike në formë urtikarie dhe asthme bronkiale. Disa të tjerë thonë se kolitit ulceroz vjen si rezultat i pamjaftueshmërisë të vitaminave.

Në kohët e fundit vëmendja kryesore duhet drejtuar në prishjen e insrvinitit të gjelër të zorrëve, si mekanizim patogjenetik në kolitit ulceroz. e vërejtja se fibratoxymolisidina, escurivir, ismagna, kilitoes, nitritin

Kolitit ulceroz e gjejmë në grupe moshash të ndryshme nga 12-67 vjeç. Më tepër takohet te gratë se tek burrat, (2-3) herë në moshat e reja ka dekurs më të rëndë se në të vjetërit.

Forma të lehta shihen në gratë me moshë të kaluar, në përdorim të periodën e klimeksit.

Shënjat klinike. Ka të dalura diaroike me mukus e gjak, dhimbje barku, nga një herë tenezma; mund të ketë pus, pakësohen albuminet, kemi deficit kaliumi, pakësohet acidi kloridrik i stomakut, anemi, hipokrome.

Mjekimi:

Qetësi fizike e psihike, regjim shtrati, hospitalizim 3-6 muaj.

I jepet sol-kripë gjellë deri 2-5 litra në 24 orë, glukozë sol. izotonik të kaliumit, plazmë 500-1000 cc. albumina 50 ml. transfuzione gjaku. U jepen substanca albuminoide të cilat kanë qëllime anabolike d.m.th. kanë cilësi të pakësojnë azotin në inde si p.sh. restosteron, u jepen vit. C.K.B.

Këta të sëmurë duhet të marrin për 24 orë 2500-3000 Kalori, t'u pakësohet qumështi në racionin ditor. Albumina të marrin 125-150 gr., yndyrnat u kufizohen 50-70 gr.

Për të evituar infeksionet sekondare përdorim tetraciklinet. Përdorimi i substancave ganglioblokuese ndihmon në pakësimin e dhimbjeve në bark dhe normalizon funksionin e zorrëve, mjekimi zgjat 2 deri 6 muaj.

Përdorimi i klorpromazinës, përmirëson shpejt gjendjen e të sëmurit e cila duhet të zgjatë për shumë kohë, klorpromazina bllokton sinapset kalinergjike dhe adrenërgjik, gjithashtu lidhjen me kis korteksit dhe diencefalit. Autorë të ndryshëm thonë se për mjekimin e kolitit ulceroz duhet dhënë të sëmurit 75-100 mg. në ditë për 30 ditë.

Disa përdorin për mjekim kortizonin, hidrokortizonin dhe A.C.T.H. Përdorimi i këtyre preparateve për një kohë të gjatë ka dhënë rezultate, por nga ana tjetër duke e përdorur gjatë në të sëmurët janë parë perforacione të zorrëve, dhe hemorragji.

VIRUSET INTESTINALE DHE ROLI I TYRE NË PATOLOGJINË

INFEKTIVE TË NJERËZVËT

«Sovjetskaja medicina», 1. 1961.

Të dhënat e këtyre viteve të fundit, zbulojnë një grup të madh virusesh, të cilët sipas vendit të lokalizimit rrjedhin prej traktit gastrointestinal dhe quhen me emërin e përgjithshëm enteroviruse, përveç virusit të poliomielitit, këtij grupi i përket dhe grupi shumë i madh i viruseve E.C.H.O. dhe koksaki.

Studimi i viruseve të grupit E.C.H.O. dhe koksaki treguan se shumë prej tyre jo vetëm që kanë cilësi patogjene, por mund të bëhen faktorë etiologjikë lokalë, në disa kondita të veçanta e ku mund të shkaktojnë shpeshherë epidemike. Kështu p.sh. virusi koksaki i marrë nga sekretionet e një farinjskit ka qenë i aftë të shkaktojë sëmundje të tilla si meningitit aseptik, anginat virusale, encefalomyokardit të fëmijve e s.m.

shave të rritura. Disa tipe virusesh të grupit E.C.-H.O. bëhen shkaktarë të përhapjes së shumë epidemive të meningitit seroz, të tjerë tipe shkaktojnë diaret e verës, veçanërisht në fëmijët e moshës së gjirit dhe të moshës së rritur. Më në fund, shkalla e patogjenitetit të viruseve të ndryshme të këtij grupi, përbën atë që quhet mikroflora normale virale e zorrëve, e cila deri tani nuk është e njohur. Në kohën e sotme njihen 5 forma të ndryshme klinike të sëmundjes, lidhja etiologjike e të cilave bëhet me viruset intestinale. Këtu bëjnë pjesë: a) Angina herpetike, b) plevrodinia, c) meningiti aseptik seroz, ç) meningo-encefaliti me ekzantemë, d) miokarditi akut aseptik. Është e qartë se këto sëmundje lidhen ngushtë me viruset enterale të cilët kanë cilësi të hyjnë lehtë në organizëm.

Këta në shkallë të ndryshme prekin organet me rëndësi jetike, si p.sh. S.N.C., miokardin, perikardin etj. Viruset intestinale sot përbëjnë problemin më të rëndësishëm aktual.

Për studimin e ligjshmërisë epidemiologjike të të dhënave të sëmundjes ishte e nevojshme njohja e disa faktorëve: a) kontagioziteti i lartë b) deseminacioni i infeksionit në rajonet ku shpërtheu epidemia, c) sezonaliteti pranverë-verë, d) 80% të të sëmurëve qenë fëmijë të rritur.

Studimi se neuroviruset e shumta mund të shkakojnë sindromet meningeale si në meningitin aseptik virusi i poliomielitit e c.h.o. etj. të cilat u përcaktuan më 1956.

Për studimin e epidemive të shkaktuara nga neuroviruset duhet të kihen parasysh faktorët e mëposhtëm:

- 1) karakteri i zhvillimit epidemik.
- 2) shprehja e simptomeve meningeale tek të sëmurët,
- 3) të dhënat e likuorit cerebrospinal (në cirozë).
- 4) mungesa në atë rajon e vatrës së parotitit epidemik, sinusiteve, etj. të cilët japin infeksione sekondare.

(Përmbledhë nga J. Pulo)

«II Polikliniko» Nr. 31, korrik 1961.

Trajtimi kirurgjikal i emoragjive digjестive tek të sëmurët cërotikë

(Girard M., Guiddemia G., Pel A., Volle H.)

Mbasi aty nga 1945 u realizuan proteza të reja vaskulare të tolerueshme nga organizmi, metoda të reja suturash të enëve, antibiotikë dhe teknika gjithënjë më të reja anestezish dhe heqjen e saj (sjellja në vetë) bënë të mundur shtruarjen e problemit të kirurgjisë vaskulare të sistemit portal, e destinuar të korrigjojë alteracionet hemodinamike të këtij regjioni prezent në cërozën hepatike. Pas disa vjetësh pune intensive të kirurgëve të gjithë botës, u arrijt në një precizim të saktë të disa metodave midis atyre të propozuara dhe të praktikuar, duke lënë një sërë prej tyre pas dore si të panevojshme, si të pasakta. U arrijt gjithashtu si rezultat i manometrisë, portale direkte në përcaktimin e vendit ku bëhet pengesa cirkulatore e hipertensionit portal, vend që u njojt si post-sinusoidal. Më fjalë të tjera pengesa në cërozën hepatike nuk është tamam porta-

Në përgjendjet më të mëdha të venaheve sovrahepatike të vendosura në brendësi të e mëlçisë veç sinusoidit hepatic.
 37. Manifestime hemorragjike digjestive tek cirotikët, frekuenca e të cilëve është maksimale tek cirotikët alkoolikë dhe në format më të rënda Banti, kanë një patogjenitë komplekse. Të një rëndësie të padyshimtë është hipertensioni portal (presione mbi 17 cm. ujë) që mund të krijojë zgjerime varikoze, në herozion të vazhdueshëm dhe gjakosje si rezultat i shpërthimit të parietes venoze. Janë gjithashtu alteracionet e funksioneve hematopojetike me pakësim të kompleksit protrombik dhe nga një herë ai i fibrinociteve. Mund të ketë dhe faktorë të tjerë lokalë me karakter inflamator si gastrit dhe esofagitet. Mund të koekzistojnë me çirozën gjendje hemorragjike të ndryshme si ulçera gastroduodenale, herniet e hiatusit etj.

Duke u bazuar në statistika, një e sëmure cirotik me hemoragji është në një gjendje të rëndë. Në këto raste në tre veta njëri vdes brenda javës, 8 në 10 vdesin brenda vitit. Vdekja vërtetohet përfundimisht pas një hemorragjie të rëndë.

Rreziku i një prognoze të tillë evlën për një ndërhyrje kirurgjike, e cila edhe ajo ka kundraindikacione të përcaktuara: Ister persistent, ascit persistent, kompleksitet protrombik dhe mbajtje e bromosulfaleinës për më 40%.

Objektivat teorike për një ndërhyrje kirurgjike mund të fiksohen si më poshtë: Të ndalohen hemoragjitë digjestive, të evitohen emorragjitë recidive, të influencojnë mbi procesin e rrogjen. Kjo e fundit është fatkeqësisht jashtë mundësive aktuale: mundet të shprehet për një stabilizim të gjendjes. Ndalimi i hemoragjive është shpreh për kirurgjinë e urgjente problem i saj dhe të gjithëshein në prapicën e hemoragjive të varëve ezofagale duke vendosur in situ një sonde me pompë ose duke kërkuar qepjen e varëve që rrjedhin gjak dhe në rast se gjatë këtyre veprimve nuk provokohet një shtim i presionit portal. Objektivat bazë i kirurgjisë, sepse është më i lehtë i realizueshëm, është ai i ndalimit të recidivave hemorragjike. Teknikat që mund të përdoren janë të ndryshme. Lidhja e portokaves është më e përdorshmeja ose më e praktikuar. Ajo realizohet me një anastomozë portokave latero-laterale, ose me një anastomozë splenorenale, kjo është më pak e rrezikëshme po më pak mundësi për arritjen e suksesit të dëshiruar. Mund të përdorin reaksionin esofagogastrik në lidhjen e arteries hepaticke, në seksionin e pëlasitit të djathtë të djafragmës të ndjekur me lidhjen e pendukelit të korenarit stomachik dhe së fundi në splinektomi.

Ndërhyrja më e zgjedhur duhet të jetë ajo e shuntit portokaval të shprehur ose ajo (sipas rastit konkret) me splenektominë.

APENDICITET LATENTE

«I. Polikliniko» Nr. 33 q. 18 Shtator 1961
 Për apendicite latente duhet të kuptojmë ato tubullina apendikolare klinishte utipike që karakterizohen nga sistematë përgjithëshe me aspekte: Më tej më rëndësishme dhe mbje reumatike, neuritike, dhimbje koke persistente dhe mbje këmbështesip që përshirohen. Këto simptome zakonisht i sëmurit qutan lidh me gjendjen gastroenterike të tij. Apendicite të tillë

fastë vegron si vatrë infektive në kuptimin e Rozemaut dhe që ka një logji me vatrë e infeksioneve të dhëmbëve dhe të kolecistit (latentit). Dyshimi për një sëmundje apendikolare edhe kur s'ka simptome objektive duhet të krijohet në rast se nga anamneza vihet në dukje ndonjë defekt në kanalizimin intestinal i cili vërtetohet në një ekzaminim radiologjik të kujdeshshëm; në praktikë vetëm ky ekzaminim mund të lejojë të bëhet me saktësi djagnoza e të ashtuquajturit apendicit radiologjik (Stephani, Med. Suisse Romande faqe 339, Nr 5, 1961). Në krahasim me apendicitet kronike, ku kirurgu mbas operacionit gjen shenja të qarta anatomopatologjike të sëmundjes, në këto apendecite latente nuk shihen shenja të qarta të sëmundjes në formën e një stazi apendikolar. Simbas këtij autori, këto apendecite të fshehta, (latente) mund të ndahen në dy kategori. E para përfshin apendise që mbushen mirë po që zbrazen në një kohë shumë të gjatë që përfshin shumë orë deri në disa javë; e dyta përfshin apendise që nuk mbushen as nga lart as nga poshtë, as dhe me ndihmën e medikamenteve laksative. Me fjalë të tjera kemi të bëjmë me një sindrom radiologjik mjaft tipik që është në kundërshtim me mungesën e simptome klinike objektive dhe që duhet të kërkohet duke përdorë një teknikë të veçantë radiologjike (Filma të përsëritura për shumë ditë me radhë të bëra edhe në pozicion Trendelenburg ose në pozicion përmbys duke shtypur me një jastëk radiotransparent regionin iliak dhe me dhënie e sulfi bariumit në solucion shumë të holluar etj.).

NGA KONGRESI I OKULISTEVE POLONEZE

Më 2 shtator 1960, në qytetin Poznan të Republikës Popullore në të Polonisë, u mbledh Kongresi i XXVII i okulistëve polonëzë. Punimet e tij vazhduan 3 ditë, gjer më 4 shtator. U mbajt një numër i madh referatësh shkencore shumë interesante dhe origjinale. Po japim një përshkrim të shkurtër të disave nga këto; të bctuara në «Klinika Oczna» të vitit 1961/3.

Tadeusz Krwawicz: «Rezultatet e ekstraksionit të kataraktit intumescent me anë të krioekstraktorit».

Profesori T. Krwawicz, në një punë të tij të mëparshme ka përshkruar një metodë të re ekstraksioni të kataraktit, me anë të krioekstraktorit. Në këtë punë përshkruan ekstraksionin me anë të kësaj metode të kataraktit intumescent, që siç dihet është forma më e vështirë për ekstraksion intrakapsular. Në këtë stad zhvillimi të kataraktit volumi i tij është i rritur për shkak të thithjes së ujit. Kapsulja e tij duke qenë e tendosur, kapet me vështirësi nga pincat kapsulare dhe çahet lehtë gjatë manipulacioneve. Për çdo operator është e qartë se ekstraksioni në kapsulë i këtij lloji katarakti është shumë i vështirë.

Krioekstraktori është një instrument prej bakri, krejtësisht i nikeluar, në formë kalemi, që mbaron me një majë në formë sferike. Para operacionit instrumenti i sterilizuar vendoset në një enë metalike me alkool etilik. Kjo enë është e zhytur në një ambient akulli të thatë të përzier me alkool metilik. Kështu krioekstraktori ftohet gjer në temperaturën — 790 C. Para përdorimit instrumenti fshihet mirë nga alkooli dhe majja

tij zhytet në ujë të destiluar steril. Sipërfaqja e tij mbulohet menjëherë me një shtresë akulli. Tani me majën e ngrirë të instrumentit takohet kapsula e kataraktit. Si kjo ashtu edhe masat kataraktale rreth e rrotull ngrijnë dhe ngjiten fort në instrument. Simbas autorit luksacioni i kataraktit kryhet lehtë, pa rrezik që kapsula të çahet.

Operacioni karakterizohet me këto momente: Incizioni në limb është më i gjërë se zakonisht. Sutura korneosklerale që vihet qysh më parë, rregullohet në mënyrë që të shërbejë për tërheqjen poshtë të kornesë gjatë ekstraksionit. Kryhet iridektomi bazale dhe irisi tërhiqet lart me re- traktor, kështu që të zbulohet pjesa e sipërme e kataraktit. Krioesktraktori, i përgatitur si më lart, takon kataraktin afër orës 12. Menjëherë ky i fundit ngrin dhe ngjitet në instrument. Me lëvizje rotatore operatori çan lehtë ligamentin Zinni dhe kryhet ekstraksioni i kataraktit me traksion direkt.

Në asnjë nga 80 katarakte intumescente të operuar në këtë mënyrë, nuk u çua kapsula në vendin e kapjes. Vetëm në një rast ajo u çua në pjesën e poshtme. Në 3 raste gjatë operacionit ka patur humbje corpus vitreum. Në 2 raste është observuar pas operacionit ablatio chorioideae dhe në 2 raste opacifikime në corpus vitreum. Në 78 raste mprehtësia e pamjes pas operacionit qe e plotë dhe vetëm në 2 raste arrinte në 0,5.

Autori nënvizon sigurinë e madhe të metodës së përshkruar, që realizon ekstraksionin intrakapsular të kataraktit pa komplikacione.

Marian Wilczek: «Zonulizina në operacionet e kataraktit».

Në vitin 1957 Dr. Joaquin Barraquer konstatoi se fermenti alphachymo- trypsina me veti fibrinolitike dhe proteolitike, ka një veprim selektiv shkërrës në ligamentin Zinni. Veprimi shkërrës në këtë ligament pa dëmtimin e cipave të tjera të syrit, mund të jetë një ndihmë në operacionet e ekstraksionit intrakapsular të kataraktit, ku ligamentin në fjalë operatori përpigjet ta këpusi mekanikisht. Pas eksperimentimit në kafshët dhe në kufomat, ai e përdori këtë në syrin e njeriut të gjallë. Kështu Barraquer në 1958 botoi me entuziazëm rezultatet e para të ekstraksionit të kataraktit me ndihmën e këtij fermenti. Autorë të ndryshëm në shumë vende filluan t'a përdorin alpha-chymo-trypsina-n dhe shpejt u përhap kjo metodë pothuaj se kudo. Një numër i madh firmash farmaceutike kanë vënë në shitje preparate me emëra të ndryshëm, që përmbajnë këtë ferment.

Profesori M. Wilszek ka përdorur preparatin anglez Zonulysin në solucion 1:4000. Pas incizionit korneal injekton 1 ml. të këtij solucionit në camera posterior nëpërmes të pupilës. Pas 3, më rrallë 4 minutash, operatori kryen lehtë ekstraksionin intrakapsular të kataraktit, të liruar nga lidhja me ligamentin Zinni, të shkërrës nga veprimi i preparatit.

Në këtë mënyrë ka operuar 150 veta me katarakt në shumicën e rasteve senil, në faza të ndryshme zhvillimi dhe vetëm në 3 veta me katarakt të komplikuar. Moshë e të sëmurëve në 70% të rasteve qe 56 gjer 75 vjeç. Mungesë veprimi të zonulizinës ka observuar në disa raste: në një pacient 16 vjeçar me katarakt traumatik, në një 35 vjeçar me katarakt të komplikuar dhe në një grua 55 vjeçare me katarakt senil. Në të gjitha rastet e tjera autori konstatoi veprim të mirë të këtij fermenti, që si rrjedhim lehtësoi operacionin.

Ekstraksioni intrakapsular u krye në 113 raste (75%). Në 80 raste ekstraksioni intrakapsular u krye me ndihmën e pincës kapsulare, në 31 ras-

të me presion të lehtë nga jashtë dhe në 5 raste me ansë. Në 37 raste kapsula u çka gjatë ekstraksionit të kataraktit për arësye të ndryshme.

Autori konkludon se përdorimi i këtij preparati është i vlefshëm, sepse lehtëson ekstraksionin intrakapsular të kataraktit, pa shkaktuar komplikacione gjatë operacionit.

Witold Orłowski: «Ekspulsioni i kataraktit në konditat e zonulolizës fermentative».

Docenti W. Orłowski përshkruan rezultatet e ekstraksionit të kataraktit me ndihmën e alpha-chymo-trypsina-s. Ka përdorur preparatin danez Trypure-Novo dhe atë anglez Chymar-Zon, në solucion 1:5000.

Karakteristika e veçant e operacionit të kryer prej këtij autori, qëndron në vehtë aktin e ekstraksionit. Ky kryhet pa përdorur pinçë kapsulare, në këtë mënyrë: Pás veprimin të fermentit në ligamentin Zinni, asistenti ngrë lart me kujdes lambën korneale. Operatori në njërën dorë mban një ansë, kurse në tjetrën një kroshe. Me ansën e vendosur në ora 12, ushtrohet presion i lehtë në sklerë, duke tërhequr irisin lartë. Krosheja vendoset në pjesën e poshtme të kornesë, duke ushtruar presion të lehtë në bregun e poshtëm të kataraktit. Katarakti i liruar nga lidhja me ligamentin Zinni, shtyhet lehtë lart dhe përpara. Bregu i tij i sipërm në fillim ngrë irisin e pastaj kalon nëpërmes, të pupilës. Presioni i kroshe së tani merr drejtim nga lart dhe kur katarakti kalon nëpërmes të pupilës, rëshket në sipërfaqen e kornesë duke vazhduar të shtyjë lehtë kataraktin i cili del dhe mbështetet në ansë (expulsio cataractae).

Autori ka operuar në këtë mënyrë 55 veta, me moshë prej 20 gjer 92 vjeç (mezatarja 65 vjeç). Ekstraksioni intrakapsular i kataraktit u krye në 49 veta (89%). Humbje korpus vitreum ndodhi në dy raste. Hyphaema u konstatua në 14,5% dhe mungesë e camera anterior (ose camera anterior e cekët) në 25,5% të rasteve. Keratit u konstatua në 1,8% dhe irit në 10,9% të rasteve.

Autori konkludon se në konditat e zonulolizës fermentative, është më e favorëshme të mos përdoret pinça kapsulare, sepse kjo shkakton çarjen e kapsulës në një pjesë të rasteve. Simbas autorit ekspulsioni i kataraktit në mënyrën e përshkruar, eliminon këtë të metë dhe ngrë përqindjen e ekstraksionit intrakapsular, pa dhënë komplikacione të tjera gjatë operacionit.

Kand. Shk. Mjek. **Andrea Aroni**

METODA ME INDIKATOR PËR GJETJEN DHE IDENTIFIKIMIN E KULTURAVE TË DIFTERISË

G.V. Andrejeva dhe Z.N. Poljakova

(Zhurnal Mikrobiologii, Epidemiologii dhe imunologii Nr. 8 1961 faqe 12-15)

Dihet se difteria është një nga infeksionet, diagnoza mikrobiologjike e së cilës vihet më shpesh në bazë të vetive morfollogjike të shkaktarit.

Kohët e fundit në shumicën e laboreve është vënë në praktikë metoda e nxjerrjes së kulturave të pastra të difterisë dhe të përcaktimit në terene të ngurta të toksicitetit. Por kjo metodë është shumë e vështi-

Veprimet e sotme është aktualisht lufta për një metodë diagnostike të shpejtë dhe jo të komplikuar të gjetjes të shkaktarit të difterisë. Kësaj kërkesë i përgjigjet një metodë e propozuar nga autorët G.V. Andrejeva dhe Z.N. Poljakova.

Metoda e propozuar prej tyre është një metodë me indikator. Këtu qëllimi autorët ja kanë arritur duke studjuar proceset e frymëmarrjes të mikrobeve. Si indikator për gjetjen dhe identifikimin e bakterieve të difterisë ata propozojnë 2,6 diklorfenolindofenolin. Autorët në bazë të një analize të kujdesëshëm kanë gjetur se 2,6 diklorfenolindofenoli në ambientet bazik merr ngjyrë ble, në ambient acid merr ngjyrë të kuqe dhe në reaksionin e oksidimit shngjyroset (humbet ngjyrën).

Solucioni ujor i 2,6 diklorfenolindofenolit përgatitet në këtë mënyrë: 0,02 g preparatit tretet në 60 ml. ujë të distiluar duke e tundur energjikisht. Solucioni i tillë filtrohet dhe i shtohet ujë i distiluar derisa të arrijë sasia 100 ml. Ky solucion mund të ruhet jo më tepër se 14 ditë në kondita të mbajteshëm në ambient të errët, në shishe qelqi të errta dhe të mbyllura me tapë të puthitura mirë.

Për të provuar saktësinë e metodës së tyre autorët kanë mbjellur kulturat difteriale pseudodifteriale stafilokoku dhe kulturat të përziera në bujon martin me pH 7,6 deri 7,8. Pas 24 orësh frytjeje në këtë temperaturë në temperaturën 37 gradë Celsius autorët për 2-5 ml. terren kanë shtirur 0,1 deri 0,3 ml. indikator — solucion ujor të 2,6 diklorfenolindofenolit.

Leximi i reaksionit bëhet në këtë mënyrë. Në qoftë se qmbas hedhjes së indikatorit terreni merr ngjyrë ble, prova konsiderohet negative, i në qoftë se indikatorit shngjyroset, prova konsiderohet pozitive. Vërtet kësaj autorët shënojnë se terreni ku do të kultivohet bakterit i difterisë nuk duhet të përmbajë glukozë, mbasi prezenca e glukozës në terren jep rezultate të kundërta. Me anë të kësaj metode autorët kanë qenë në gjendje të dallojnë prezencën e difterisë edhe në kulturat e përziera: difteriot + pseudodifteri + stafilokok. Ata kanë mundur të identifikojnë difterinë dhe në ato raste kur simbas të dhënave bakteriologjike materialit ka qenë negativ. Në sajë të eksperimenteve të tyre të kujdesëshme dhe të rezultateve shumë të mira autorët deklarojnë se metoda e propozuar prej tyre për gjetjen dhe identifikimin e kulturave të difterisë është 100% e sigurtë.

Thjeshtësia e vënjes së kësaj metode e bën atë që të rekomandohet për punën praktike të laboratorve në analizën bakteriologjike për zbulimin e difterisë.

P. s. autorët kanë shfrytëzuar 6 burime literature.

METODA ME INDIKATOR PËR GJETJEN E IDENTIFIKIMIN E BAKTERIOT QENTË SI BURIM TË LEPTOSPIROZAVE TË NJERZIT

Z.H. Karimova, N.E. Rossamakhina

(Zhurnal epidemiologii i imunologii i mikrobiologii Nr. 5 1961 f. 76—80).

Studimi i leptospirozave të qentë paraqet interes jo vetëm teorik por edhe praktik, sepse ka shumë të dhëna që vërtetojnë se qentë jo vetëm janë burim i shumë sëmundjeve por dhe i leptospirozave të një rëzit.

Më rastet e infektimit të njerëzve direkt ose indirekt flasin shumë autorë sovjetikë dhe të huaj. Në sajë të eksperimenteve të kryera në laborator dhe në natyrë është zbuluar se qentë janë burim i leptospirozave të njerëzve. Qentë sëmurë nga leptospirat e tipave: *L. canicola* dhe *icterohaemorrhagiae*.

ragika dhe simbas autorëve të huaj dhe të tipave të tjerë të leptospirave, si p.sh. saxkoebing, hebdomadis, australis, grippotyphoza.

Leptospirat në qentë janë përshkruar në B.S., Francë, Angli, Sh.B.A. etj. Rëndësi të madhe simbas autorëve ka fakti se qentë për një kohë të gjatë ngelin bacilobartas të leptospirave, deri 26% për leptospiren ictorohemoragjike dhe deri 56% për të ashtuquajturën sëmundje e shtugardit — që nuk është gjë tjetër veçse sëmundje e shkaktuar nga *L. canicola*.

Qentë më tepër paragesin forma të fshehta ose obortive të sëmundjeve që diktohen vetëm me analiza serologjike. Qentë kryesisht janë rezervuar të *L. canicola*.

Autorët, me qëllim që të gjejnë burimin e leptospirave në njerëzit që vijnë nga qentë, kanë ekzaminuar në Kazan të B.S. 115 qenë — 53 femra dhe 62 mashkuj.

Ekzaminimi i qenve është bërë me metoda serologjike (reaksioni aglutinacionit dhe mikrobiologjike. Si antigen janë përdorur kulturat e muzeu. Reaksioni i aglutinacionit është vënë paralel në eprave dhe në xham (lamela.) Me të dy mënyrat janë marrë të njëjta rezultate.

Nga të 115 serumet e qenve që u studjuan në 61 prej tyre d.m.th. 53,1% reaksioni për leptospira ishte pozitiv dhe në 54 d.m.th. 46,9% ishte negativ.

Mikrobiologjikisht janë studjuar 40 qenër. Nga të 40-të vetëm në 3 d.m.th. 7,5% qe e mundur të izoloheshin leptospira. Ky shembull tregon se qentë i kalojnë në forma të msheftë ose pa shenjë sëmundjen e leptospirave.

Për të argumentuar se qentë shërbejnë si burim infeksioni të leptospirozave të njerëzit, autorët bien një shembull të tillë: Më 1953 ai sëmur me leptospirozë gruaja e quajtur Z. Në analizat e serumit të të sëmurës ai jepte reaksion aglutinacioni pozitiv në titër 1.500.000 për *L. Kazan 2* dhe për *L. canicola* në titër 1:200.000. Nga urina e të sëmurës u izolua *L. Canicola*.

Në ekzaminimin e minjëve të shtëpisë (nga oborri i të sëmurës) dhe të lopës nga e cila e sëmura merre qumështin rezultatet për leptospirat ishin negative.

Kurse nga urina e një klyshi që i përkiste të sëmurës u nxuar *L. canicola*; gjithashtu dhe provat serologjike për leptospirët e serumit të klyshit dhan rezultate pozitive. *Leptospira* e izoluar nga klyshi që i përkiste të sëmurës jepte rezultate pozitive të aglutinacionit me serumin e të sëmurës.

Të gjitha këto flasin se qeni që mbante e sëmura në shtëpi kishte shërbyer si burim infeksioni. E sëmura u shërua mbas 2 muajsh, ndërsa klyshi vazhdoi të jetë bartës leptospirash edhe mbas mjekimit me kujdes të tij. Mbas 4-5 muajsh u sëmur një pjestar tjetër e po kësaj familje — një grua 50 vjeç, e cila me gjithë mjekimin, energjik që i bëri një vdiq. Diagnoza e kësaj të sëmure ishte leptospirozë nga *L. canicola*.

Virulencën e leptospirës të izoluar nga klyshi në fjalë, autorët e kanë provuar me prova biologjike në tre grupe kafshësh në këlysh-pirës, minj dhe kavije. Të gjitha kafshët ngordhën.

Gjithë këto të dhëna flasin që qentë me leptospirozë mund të shërbejnë si burim infektimi për njerëzit. Prandaj me luftën kundër leptospirozave duhet pa tjetër të merren masa për të gjetur qent e sëmurë dhe qen bartës leptospirozash. Autorët kanë shfrytëzuar 17 burime.

(Përmbledhur nga Dhionis s. Plaka).

RRETH ÇESHTJES SË VEPRIMIT TË GALANTAMINËS NË SISTEMIN NERVOR QËNDROR

Mashkovski M.D. e Hiuçenok R. Ju.

(«Zh. Neuropathologii i Psihiatrit» Vip. II, 1961, ff. 166-175).

Siç dihet galantamina është një alkaloid që përdoret gjerësisht në neurologji, sidomos këto vitet e fundit. Galantamina vepron sidomos mirë në rastin e myastenisë polineuriteve, poliomyelitit, myopathive. Ky preparat paraqet një aktivitet të fuqishëm anti-kolinesterazik. Ajo vepron në mënyrë eksituese kundrejt sistemeve kolinoreaktive të sistemit nervor. Muskuajt e lëmuar dhe skeletikë, pas injektimit të galantaminës, veprojnë në mënyrë më të fuqishme, kundrejt acetil-kolinës, përmirësohet conducibiliteti në sinapset neuromuskulare. Përsa i përket veprimit në formacionet kolinoreaktive të sistemit nervor qëndror nga ana e këtij preparati nuk ka gjëra të kjarta. Për këtë arsye auktorët kanë bërë disa eksperimente në qen dhe lepuj dhe kanë treguar se galantamina provokon modifikime të aktivitetit të korës cerebrale, të Centrum-medianum, të nucleus reticularis thalami dhe të formacionit reticular mezenkephalik. Këto modifikime i përngjasojnë reaksionit aktivizues. Veprimi i galantaminës i afrohet shumë veprimit të eserinës. Përsa i përket aktivitetit bioelektrik, por dallohet në mënyrë të dukëshme nga ay i prozerinës. Galantamina ushtron një veprim të veçantë mbi formacionin reticular të truncus cerebri. Janë bërë eksperimente me prerje në nivele të ndryshme të truncus cerebri duke përdorur benactizinën, që është një lëndë kolinolitike, dhe është treguar se galantamina vepron mbi formacionet kolinoreaktive centrale të formacionit reticular të mesencephalonit.

* * *

RRETH KLINIKËS SË TUMOREVE TË LOBEVE OCCIPITALE CEREBRALE

(Mbi disa vështirësi dhe gabime diagnostike)

Popov N. A.

(«Zh. Neuropathologii i psihiatrit», Vip. IV. M. 1961 ff. 481-487).

Autori ven në dukje se tumoret occipitale paraqesin vështirësi diagnostike. Dihet se simptomat e këtyre tumoreve janë hemianopsitë centrale, por për fat të keq ato nuk konstatohen në të gjitha rastet; po ashtu si simptom i hershëm janë hallucinacionet optike, të cilat mund të shfaqen në formë krejt të thjeshtë, d.m.th. në formë fotomash, ose në formë hallucinacionesh optike të komplikuar që mund të takohen edhe në rastin e turomeve temporale. Nganjëherë me qenë se mund të kemi një lloj kompresioni nga ana e tumorit mbi trurin e vogël nëpërmjet të tentorium cerebelli, siç ndodh në rastin e arachnoendoteliomave, mund të manifestohen edhe simptome që takohen në rastin e tumoreve cerebellare, siç është sindromi tentorial Burdenko-Kramér. Nganjëherë tje-

tër në rastin e glioblastomave multiforme, që bëjnë një dekurs akut dhe japin një kuadër klinik me një progresion të shpejtë dhe pleocitozë të theksuar në liquorin cerebrospinal, ka mundësi që të ngatërrohet kuadri i neoplazmës oksipitale me një sëmundje inflamative të trurit. Po ashtu diagnoza topike paraqet vështitësi në rastin kur kemi të bëjmë me symptome dislokimi dhe kompresioni të truncus cerebri. Kjo gjë bëhet më e vështirë atëherë kur mëngoni hemitoksisia Romashtul vështitësi të veçantë paraqet diagnoza e tumoreve deorifalike që zhvillohet në të dy lobet. Këto lloj tumoresh duket seohen më së shumti dhe shprehohen me turbullime të dy gjysmave të fushave vizuale (sidhe) turbullime optikognozike të ndërlikuara. Nganjëherë tjetër këta tumore paraqesin një dekurs të shpejtë, keqësim të papritur, manifestim të simptomave meningeale, çfaqje të paralizave të nervave okulomotor, gjatë murratë bëjë të dyshosh për një meningit tubercular, edhe në rastin që kur ekzistojnë shprehjet e meningit tubercular dhe shprehjet e meningit deorifalike. Në këtë rast, M. Benbadji dhe E. P. Pasaer (W. Neurology, Volum I, Nr. 4 Tetor 1960, fq. 439-451) në 1930-31 si edhe në Francë, Gjermani në vitet 1940 dhe 1941 Raste të rallë të tilla janë përshkruar gjatë luftës së II-të botërore edhe në Bashkimin Sovjetik.

Toksi-epidemi marokene e Shtatorit-Tetorit 1959

H. Godefroy, A. Slomic, M. Benbadji dhe E. Pasaer

(W. Neurology, Volum I, Nr. 4 Tetor 1960, fq. 439-451)

Gjatë Shtatorit-Tetorit 1959 në Maroko u konstatuan 10.000 raste intoksikationesh të shkaktuara nga Trihezilfosfati. Në Maroko, në krahinat e Mehme dhe Rabat, në këtë kohë u shit në vend të vajit të ullit, vaj i turboreaktivëve aeronautikë që kur u përdor nga popullsia shkaktoi 10.000 intoksikatione. Kuadri neurologjik tek këta pacienhtë është shumë i afert me rastet e përshkruara në S.H.B.A. dhe Xhamajkë më 1930-31 si edhe në Francë, Gjermani në vitet 1940 dhe 1941 Raste të rallë të tilla janë përshkruar gjatë luftës së II-të botërore edhe në Bashkimin Sovjetik.

Simbas autorëve, rastet e tyre vlejné të përshkruhen për arsye se paraqesin disa shenja klinike që nuk janë përshkruar më parë siç janë turbullimet e sensibilitetit. Këto raste myelo-polineuropathish të shkaktuara nga Trihezilfosfati karakterizoheshin nga paraliza flakside poli-neuritike, të cilat më vonë zhdukeshin dhe zëvendësoheshin nga paraliza spastike, të cilat shoqëroheshin me hiperrefleks dhe hipertoni. Ekzaminimet elektro-neuro-fiziologjike, vënë në dukje turbullime në shkallë të ndryshme të myelinizimit të fibrave nervore. Vetëm në një rast është bërë autopsya, por rezultatet e saj nuk janë të kënaqëshme; analiza kuantitative organike e organeve të ndryshme nuk ka qenë e mundur të kompletohej. Analiza histologjike e rastit ende nuk është kompletuar. Terapia e bërë me vitamina B₁₂, korticoterapike dhe një efekt pozitiv për simptomat e sistemit nervor. Pilokarpina hidroklorike ka dhënë rezultate pozitive përse përket anës fiziopatologjike, shumicë e të sëmundjeve tani u janë nënshtruar kurave fizioterapeutike, masazheve dhe riedukimit motor. Ende autorët nuk kanë rezultatet e efikasitetit të aritur.

dhe Acne Röntgenterapi. Si shtesë e mjekimit u aplikue epilimi mekanik dhe mjekimi vitaminoz. Nga të 65 personat e mjekuem me antibiotikë (Biomycin, aureomycinë) të kombinueme me syntomycin (chloramphenicol) dhe lokal me pomadë biomycinë, u shëruan 56. 16 të sëmurë mbetën refraktor. Prej 76 rasteve që u mjekuen pa antibiotikë, u shëruan vetëm 34, kurse të tjerët (42) nuk patën ndonji efekt shërimi.

Sidorova, V.N. (Magnitogorsk) ep rezultatet e mjekimit të Lupus Erythematodes me Resochin Bayer. Autori e aplikoi Resochinen ndër 18 të sëmurë, tue i dhanë 3 herë në ditë nga 1 tabl. (025) dhe kur filluen t'i shihen përmirësimet, e paksoi dozën. Doza totale e përdorun për një mjekim, ishte 20 gr. Ndër të sëmurët e mjekuem 13 u shëruen, 3 u përmirësuen dhe dy nuk patën efekt. Ndër 9 të sëmurë u çfaqën recidiva mbas 3-7 muejve.

Suljar, I.I. (Cernokic) fq. 69 referon se ka shëruë 25 të sëmurë me Gonore, tue i aplikue një injekcion të vetëm prej 600.000 U. Bipenicillinë. Tek disa të sëmurë, u observuen në vendin e injektimit dhimbje dhe temperaturë deri 38°C.

Dermatologische Wodionschrift 5 (1961) fq. 113. Autorët Kantner, Vlcek dhe Wolstein, referojnë mbi mjekimin e tumoreve maligne me pomaden Zytostatike E. 39. Ata e rekomandojnë E. 39 me e përdorë ndër tumoret ma pak maligne (Basaliome, Cutis Precancerosa) dhe njëherë të kombinueme me rentgenterapi, mbasi pritet një efekt potencial. Mund të përdoret edhe ndër Hyperkeratoset dhe Dyskeratoset e ndryshme.

Dermatologische Wochenschrift 7 (1961) fq. 161. Dr. D. Karabachtschrieff propozon një preparat bimor të quejtun «Zeol», të cilin e ka provue klinikisht dhe në mënyrë eksperimentale për shërimin e epidermofiteve, moniliasis dhe ekzemave mikrobike etj. Autori thotë se ka efekt antibakterial, antiparazitarr, antimykotik dhe që mund të përdoret edhe në gjinekologji (Trichomonas), në stomatologji dhe në mjekësinë veterinarë.

Dermatologica 121:313-319-334 (1960). I. Gutekunst dhe Inderbitzin japin një shikim të përgjithshëm të literaturës për shumë sëmundje dermatologjike. Ndër këta, po japim shkurtimisht një përmbledhje të mjekimit të disa nga këto sëmundje që vihen re ma shpesh ndër ne dhe kanë një interes për të gjithë mjekët e vendit tonë.

Për mjekimin e Psoriasis Vulgaris autorë të ndryshëm rekomandojnë Aminopterin si antagonist i acid. Folic-ut, Antidiabetik per os Vit B₆, Vit B₁₂, Acid folic, Acid Fumar, Isoprepyderivatin e Nikotibinës. Lokal këshillojnë aplikimin e Ditranoit në solucionin 0.25-1%.

Acne Vulgaris. Për këtë sëmundje japim Ostrogen, që shkakton si ndër burra ashtu edhe ndër gra një përmirësim të shenjave kronike si edhe një pakësim të prodhimit të yndyrës. Edhe Androgenet shkaktojnë një pakësim të yndyrës, por vetëm tek grat.

Proesteroni nuk ka ndonjë efekt, kurse Testosteroni shton sekretionin e yndyrës së lëkurës dhe në këtë mënyrë edhe erupcionet e acnes. Disa autorë kanë pas rezultate të mira në I.N.H. dhe Marsilid. Të tjerë autorë dyshojnë se Acne-a shkaktohet nga hypovagotomia dhe japin sol. Pilocarpini 1% 3 herë nga 10 pika. Këshillohen edhe vit. C, A, vit. B₂ dhe acid P. Amino-Benzoe. Si mjete lokale vazhdon të jipet Sulfuri

kryesisht. Strakoch këshillon Röntgenterapi të superficiale, e eventua-
lisht në kombinim me antibiotikët ose sulfanetoxypyridacin.

Për Urticarian jep një referat të gjatë nga Ev. Kogoj, i cili për së
përkjet mjekimit rekomandon injeksione të kalotumit, antihistaminikë,
adrenalin, efetonin, insulin, ACTH, cortison, injektimin e Nat. bicarbo-
natit, Gynergeon, vitamina, vaksina të tifos, injektimin intravenoz të
novokainës, përdorimin e celichin, bismut, injektimin e trypanblau, he-
moterapie, glikokoll, radiacionin e ovarëve, injeksione me helmin e ble-
tëve etj. Ngandongjehere rekomandohet edhe anpedektomia.

Shënim: Në klinikën e dermatologjisë kemi pasë një rast i cili nuk
mund të përmerosehej deri sa u bë anpedektomia dhe e sëmura u shë-
rue përgjithënjë.
(Përmbledhur nga Doc. K. Kërçiku)

P. DE GRACIANKY (Sem. des hop. de Paris, 1957, 33)

Përmbledhë nga vest. Krij ven, 1959, 3, E. 87 (A. Larkov)

NDRYSHIMET NGA CANDIDAT E LEKURËS DHE MIKROZAF GJATË MJEKIMIT ME ANTIIBIOTIKË

Tue studijue problemin e kandidozave që shkaktohen nga përdori-
mi i antibiotikëve. P. Gracianky paraqet disa mendime:

1) Në një sasi të sëmurësh që përdorin antibiotikë shpesh shfaqen
sasia e kandidozave; 2) Sëmurën kryesisht femijë e moshës së çfilit ose
femijë e mushave të reja, gjatë së shpesh konstatuohet edhe në periudhën e
ra antibiotikëve; 3) Shpesh bëjnë faktorë antibiotikët me spekter të
gjanë veprimi dhe disa kombinime të tyre (p.sh. Streptomycina, peni-
cilina). Megjithatë Sulfamidet dhe preparatet e tipit itiazid mundet
gëthashu t'apin aktivizim të theksuem të kandidatave; 4) Marrja e anti-
biotikëve për os dhe sidomos në formë të aerozoleve shpesh ep k mpli-
kacione; 5) Nga përdorimi i antibiotikëve për një kohë të gjatë, vihen
rë recidiva të kandidozave. Shpesh at e para janë në gojë, tharje dhe
dhimbje dhe prishja e shijes; gjuha zbardhet dhe shkakton hipertrofi
të papilave filiforme. Shpesh gjuha rrixhet, ngandongjehere asht e kuqe
e lekurte. Janë përshkrue aftë dhe elemente pustuloze. Kandida konsta-
tohet në gojë në 80% të i jerez të shëndoshë. Reaksionet imunologjike
nuk janë të sigurta. Vetëm kuadri klinik dhe sasia e madhe e kandidatëve,
mund t'apin diagnozë të sigurte.

«Vesnik Dermat. i ner», 1960, Nr. 7, faqe 78.

Antibiotik «Nistatin» për rjekimin e Kandidomikozave

Prof. M. A. Arisovic

Nistatin ose micostatin asht antibiotiku i parë që vepron kundër kë-
purdhëve. Përdhohet nga akkionucela e Streptomycis auris. Përdoret
për gojë. Pasqitet në formë shtufit të verdhë amrt, ka shije të dhëti
dhe nuk shkakton në një

Nistatina ka efekt fungostatik në shumë këpurdha patogjene, por ma te-

për veprim fungostatik dhe fungoid ka në këpurdhat e tipit kandida. Në flo-
rën mikrobike nuk ka efekt. Për këtë arsye përdoret në kandidomiko-
zën e mukozës së gojës, vagjinës, lëkurës si dhe t'organeve të mbrëndsh-
më (pulmonëve, zorrëve, veshkave etj.) Prodohet në tableta nga 250.000
un. i dhe përdoret për të rriturit nga 2 tableta 3-4 herë në ditë (ose nga
1 tabletë 6-8 herë në ditë (mezatarisht). Në të sëmurët e randë me kandido-
mikoze ose kandidosepsis përdoret me doza më të mëdha, nga 500.000
un. i 6-8 herë në ditë. Fëmijve çeri në 1 vjeç nistatina u jepet tue llo-
garitë 75.000 un. i. prej 1-3 vjeç nga 100.000 un. i. 3-4 herë në ditë dhe
më tepër. Fëmijve mbi 3 vjeç u jepet nga 500.000-1.000.000 un. i. në
ditë tue i marrë në 4 porcione. Nji kurs mesatarisht vazhdon 2 javë. Në
rastet e kandidomikozave kronike të gjeneralizueme dhe recidivonjëse,
kurset e mjekimit me nistatin përsëriten tue bamë nga 10-16 ditë inter-
val.

Nistatina asht pak toksike; nganjherë jep nauze dhe çrregullime
intestinale. Në këto raste duhet me ulë pak dozën ose me e ndërpre për
1-2 ditë.

Nistatina është efikase edhe për qëllime profilaktike, që të mos
shkaktonte kandidomikoza, kur përdorim doza të mëdha dhe për nji
kohë të gjatë antbiotikët, sidomos ato të grupit të Tetraciklinës, në
fëmijtë, pleqtë dhe të dobëtit.

Shënim i përmblëdhësit. Me të njëjtin emën e prodhojnë këtë anti-
biotik sovjetik dhe amerikanët, gjermanët e prodhojnë me emnin Moron-
al edhe në formë pluhuri dhe pomade, kurse japonezët me emnin Tri-
homicin. Preparatin japonez e kanë përdorë shumë autorë për mjekimin
e inflamacioneve të vulvës, columit dhe uretrës të shkatuëm nga
trihomonas vaginalis. Mbi rezultatet, mejtimet e autorëve janë të ndrysh-
me.

Preparatin gjerman-moronal e kemi përdorë në nji të sëmurë, i cili
mbas operacionit kishë marrë sasi të mëdha antibiotikësh. Gjatë anti-
biotikëve u çfaq pus, i cili nuk u ndërpre nga ato. Nga ekzaminimi mik-
roskopik i pusit, u konstatuen kandida në grumbuj dhe në zinxhirë, që
kishin edhe fenomenin e ndarjes (sythëzimit). Nga ndërprerja e anti-
biotikëve dhe përdorimi i moranalit pusi u pastrue krejtësisht dhe nuk
prodhohesh ma.

PROF. ARIEVIÇ M. M., SMELLOS N. S., PORUDOMICKI I. M.,
KAND. SHK. BIOLL. STEPANÇEVA Z. G., KAND. SHK. MJEK.
TURRANOVA E. N., BASHK. SHK. KALLAMKALJAN A. A.

«Mbi lezionet nga këpurdhat (kandida) të mukozave dhe
lëkurës, të shkatueme nga mjekimi me biomicinë dhe sinto-
micinë. (Vest. Ven. i der. 1955 N. 1. 8).

Ndërmjet komplikacioneve të ndryshme që shkaktohen nga antibio-
tikët, janë dhe lezionet e lëkurës dhe mukozave nga disa lloje këpur-
dash të gjinisë kandida. Këto komplikacione kanë marrë emnin Kandido-
mikoze.

Autorët të ndryshëm kanë konstatue lezionet në gojë (500, afte) dhe
lëkurës (lezione intertriginoze), si edhe lezionimin e organeve të bren-
dëshme (pulmonet, veshkat, hepari, etj.) deri në gjeneralizim të sëmund-
jes.

Autorët e artikullit kanë studjue 32 të sëmurë të mjekuem me biocin për gonore kronike dhe leziona jo gonoroike të rrugëve urogenitale. Në 20 të sëmurë glosit, 2 stomatit, 2 eroziona të *angulus oris*, 1 angine, 1 vulvovaginit, 1 intertrigo perinei. Në 5 të sëmurë u konstatuen këto kombinime lezionesh: 2 intertriga perinei, plikat gluteale dhe vulvovaginit, 2 intertrigo perinei dhe plikave inguinale dhe 1 glosit dhe vulvovaginit.

Në pjesën më të madhe lezionet janë cfaqe mbas 4-10 dit mjekimi. Doza mesatare e sintomicinës 10-20,0 kurse e biomicinës 3-1,0. Koha mesatare e mjekimit 3-19 ditë.

Kuadri klinik në të gjithë të sëmurët ka qenë tipik. Në mukoza janë cfaqë cipat të bardha në buzë fisura dhe ulceracione në plikat e mëdha vatra hiperemike dhe erozionimi i tyre me lufij të kjihtë kurse sipërfaqet e shkëlqyeshme dhe nëpër anë epidermi i deskuamuem. Lezionet në plikat shpeshohen më të lehtë në të theksuar.

Ekzaminimi mikroskopik ka dhënë gjuhë të këpurdhase me sythëzim dhe shumë micela të holla të septave. Nga mbajtja u rritën koloni të këpurdhase të gjinisë *Candida*.

Në 24 të sëmurë lezionet zhduken me ndërprejen e antibiotikëve pa mjekim special. Nga ekzaminimi i florës së gojës para mjekimit me antibiotike kulturat e *Candida* u rritën në 18 persona nga 40 kurse nga mukoza e tjera kulturat janë rritë, ma pak (2 në tre të sëmurë). Mbas mjekimit kolonitë e *Candida* janë rritë në 29 nga 40 të sëmurë me material të marrun nga mukoza e gojës. Sasia e kolonive të *Candida* pas mjekimit ishte më e madhe se sa para mjekimit. Më shumë koloni rriten nga për dorimi i biomicinës ditën 6-10.

Autorët konstatuen se nga antibiotikët në terrene nuk u rritën koloni stafilokokësh, *bacterium coli* ose mikrofloret tjetër e zakonshme prej materialit të marrun nga mukoza. Autorët kanë konstatue dispartioze dhe antagonizim midis këpurdhase të gjinisë *Candida* dhe disa përfaqësuesve të florës bakteriale të mukozave.

«Duhet me shtue se antibiotikët që studiohen me sa duket kanë edhe veprim stimulonjës në rritjen e këpurdhase *Candida*».

Përsa i përket patogenezës përmenden autorët të tjerë që çfaqin mendimin mbi çrregullimin e biosintezës së kompleksit të Vitaminës B. Autorët kanë konstatue edhe zhvillimin e një saprofiti tjetër të mukozës së gojës *leptothrix buccalis*.

(Përmbledhë nga M. Caridha).

Disertacion i mbrojtur për gradën e Kandidatit të Shk. Mjek.

ZHVENDËSIMI QË ARTIKULACIONI QË BRYLLIT

ME ENDOPROTEZË PLASTMASHË DHE METALL

INORSDABEL

Kand. shk. mjek. Fadil Spahiu

Klinika e Onkologjisë

H. V. 1

Alloplastike në kirurgji ka një histori të pasur dhe të gjatë. Me gjithatë operacionet alloplastike deri në kohët e fundit nuk kanë qenë shumë të përhapura, gjë që pengohet nga mungesa e materialeve të tilla,

te cilat mund te plotësohin kërkesat dhe konditat e nevojshme për operacionet alloplastike.

Për këtu qëllime janë përdorur të disa raste të veçanta metale të çmueshme, por ata shpesh shkaktorin ndryshime reaktive në indet përballë dhe operacionet ishin të destinueme të përfundojnë pa sukses.

Vetëm në 25 vjetët e fundit dhe sidomos mbas luftës së dytë botërore operacionet alloplastike filluan të aplikohen përsëri, filloj të shtohet interesi i kirurgëve për këto operacione, kështu që këto gradualisht filluan të aplikohen më me shumicë.

Ringjallja e operacioneve alloplastike u nxit dhe është e lidhur ngushtë me zbulimin e një seri substancash (metale e masa plastike), të vlefshme për qëllime alloplastike praktikisht indiferente për indet rrethorjesë, rezistente dhe të lira.

Brënda një kohe të shkurtër u kryen një seri kërkimesh shkencore, rezultatet e të cilave treguan më së miri mungesën e reaksioneve të indëve në raste kontakti të vazhdueshëm me Tantalin, disa lloje të çelikut të pandryshkëshëm (inoksidabel), disa metaleve si kobalti, vitallium, një shumicë masa plastike të ndryshme, si polimetilmetakrilat, etj.

Filluan të dalin në dritë një mbas një vepra klinike, që i dedikoheshin problemeve të aplikimit të alloplastikës në korrigjimin e deformimeve të fytyrës, në operacionet e osteosintezës, artroplastikës, bile problemeve të zëvendësimit të pjesëve të ndryshme të kockave të veçanta ose sipërfaqeve artikulare të ndryshme me metal e masa plastike.

Në kohën e sofme dihet botërisht aplikimi në praktiken klinike i operacioneve të tilla, siç janë: zëvendësimi i defekteve të kockave të kafkës me pllaka Tantal ose pllaka prej masash plastike; zëvendësimi i kockës të femurit me endoprotezë prej çeliku inoksidabel ose masa plastike etj.

Më gjithatë mundësitë e alloplastikës nuk janë shfrytëzuar sa duhet, ajo rufen rezervë të mëdha të bashfrytëzuarve deri më sot dhe siç duket, ajo do të ketë një vend më të rëndësishëm në zhvillimin e mëtejshëm të kirurgjisë restauruese.

Ky studim u krye prej nesh, tue fillue qysh në janar të 1952, ma parë në institutin e kirurgjisë restauruese të qytetit Gorki, dhe ma vonë në institutin e kërkimeve shkencore klinike të Qarkut të Moskës me emrin e Vladimirsikut.

Më propozimin e profesorit N.N. Bilonin në vendosëm të merremi me studimin e mundësisë së prohezimit të brëndëshëm të artikulationit të bryllit tek njeriu me aplikimin e metodës të alloplastikës. Ne i vumë vëhtes për detyrë të projektojmë dhe të krijojmë një prohezë të brëndëshme të përshtatëshme për këtë qëllim, të përbërë prej metali dhe masa plastike, e cila të mund të vëhej në vendin e artikulationit të bryllit, tue zëvendësue njëkohësisht të dy sipërfaqet artikulare dhe e aftë të kryejë lëvizjet eksperimentale + konstruksioni i prohezës, studimi dhe analiza e reaksionit të indëve të shtazës në qëndrimin e prohezës në ta, studimi i funksionit të një artikulationi të tillë të rikrijuar tek qenët. Mbas një vitesh u krye eksperimentale në këtë drejtim në 1955 studimi i ynë mbaroj me aplikimin e këtij operacioni tek njeriu i cili kishte një ankylosis cubiti. Mbas operacionit u arrit restaurimi i artikulationit me anë të alloplastikës me endoprotezë të projektuar prej nesh.

Kjo veper përmban të gjitha matoret e kërkimeve tona dhe

shprehje, se varianti i alloplastikës të artikulacionit të brrylit i për-
punuar dhe i rekomanduar prej nesh, do të aplikohet në rastet e la-
vorshme për të dhe, se do të jetë në favor të së shpejtte që kanë humb-
ur lëvizjet në një artikulacioni, të vendosëshim sid është artikulacio-
ni të brrylit.

Në anaharim të këtyr studimit, në shprehim kërkime të mëtejshme dhe-
heqjes së institutit të kirurgjisë restauruese, depanti M.G. Grigorjev dhe
docenti të MONIKI M.E. Leonenko për ligjtim e kërkime të mëtejshme
të studimit të këtyr problemat, si dhe të kërkimeve të mëtejshme të
e institutit eksperimental të instrumentave dhe aparatëve kirurgjikale
(docent M.G. Ananjev) dhe sidomos të ligjtim M.V. Sokolov për ndih-
mën e shpejtshme që shpesh në praqullim të këtyr të artikulacionit
të brrylit.

Në mënyrë të vesante dhe me ligjim të papërshtatshëm, shpreh
mirënjohjen e pëllë dhe falënderimet e mia, më të përzierura me respekt
të shprehur të profesorit N.N. Blodan për këtë temë studimi që më
siganje dhe gjithashtu për udhëheqjen e tij të përjetshme.

Kapitulli e I-rë

Aspekti historik i problemit të mobilizimit të artikulacioneve

Një ndër problemet më të komplikuar dhe më të veshtrta të ortho-
pedisë dhe traumatologjisë, i cili deri më sot nuk ka gjetë zgjidhjen e
tij, është problemi i restaurimit të lëvizjeve normale në artikulacionet
e ankilozueme ose të lira.

Tentativat e mjekimit të ankilozave filluan që në kohët më të lash-
ta. Euk, me gjithë punën e madhe që është bërë për zgjidhjen e drejtë të
këtij problemi, edhe sot ky problem mbetet i pa përpunuar plotësisht.

Në saj të sukseseve të kirurgjisë, sidomos në vitet e fundit, është
hërë shumë në këtë drejtim, u përpunuan një seri variantesh të reja
artoplastik, alloplastike dhe protezim i brendshëm, i sipërfaqeve arti-
kulare me materiale alloplastike.

Një rol të madh në zhvillimin e problemit të mobilizimit të artiku-
lacioneve luajti dhe zbulimi i narkozës. Deri në këtë kohë aplikohet
kryesisht vetëm redresacioni në një moment me forcë, i cili kishte re-
zultate pozitive vetëm në kontrakturat artikulare, por jo në raste ankilo-
ze. Me zbulimin e narkozës filloi epoka e re, për kirurgjinë në përgjithë-
si, dhe veçanërisht, për mobilizimin e artikulacioneve të ankilozume.
Zaduria e faktorit dëmbaje gjatë operacionit me narkozë krijoi mundësi-
të reale për të krye manipulacione të komplikuar në artikulacione, kë-
shtu që i dha hov zhvillimit të mëtejshëm shkencor të përpunimit të me-
todave të reja të ndërhyrjeve kirurgjikale. Në zhvillimin e problemit
të mobilizimit të artikulacioneve influencoi zbulimi dhe aplikimi i aseps-
isë dhe antiseptikës në kirurgji. Në vitet e fundit aplikimi me sukses i
antibiotikëve në kirurgji, i dha hov progresit të mëtejshëm dhe përmir-
ësimit të rezultatit të ndërhyrjeve kirurgjikale në artikulacio-
nave të narkozës.

Një ndër komplikacionet më të krezeshme në ndërhyrjet operative,
që synojnë në restaurimin e lëvizjeve në artikulacione, ka qenë dhe

është zhvillimi i proceseve purulente në artikulationin e operuem. Ky fakt i hidhun ka qenë një ndër pengesat kryesore për zhvillimin dhe perfeksionimin e problemit të mobilizimit të artikulationeve në shekullin e kaluem dhe deri më sot nuk e ka humbë rëndësinë e vet. Në rastë të manifestimit të proceseve purulente në periudhën postoperatore prognoza e lëvizjeve funksionale në artikulationin e operuem gjithmonë është e errët, operacioni është i destinuar në disfatë. Në këto raste puna mbaron ose në recidivë të ankilozës, ose ajo që është më e keqe, përfundon në amputacion të doemosdoshëm të ekstremitetit.

Zbulimi i aseptikës, dhe pastaj i antibiotikëve, iu dha kirurgëve në dorë një armë të fortë profilaksije dhe lufte kundër infeksionit në periudhën postoperatore. Respektimi rigoroz i ligjeve të aseptikës gjatë operacioneve, krahas me aplikimin e antibiotikëve, uli deri në minimum rrezikun e zhvillimit të proceseve purulente mbas operacionit të artroplastikës. Në lidhje me këtë u zgjerue horizonti i indikacioneve për aplikimin e metodave të ndryshme të interventeve kirurgjikale që synojnë në restaurimin e lëvizjeve në artikulatione. Në kohë të ndryshme janë aplikue metoda të shumta të mobilizimit të artikulationeve të ankilozueme të cilat mund t'i ndajmë në grupe si vijojnë:

I. Redresacione të mbyllta me forcë, dhe të shoqënueme me tenotomi.

II. Neoarthritis (osteotomia)

III. Mobilizimi operativ (i hapun) i artikulationeve:

a) Arthrolisis i thjeshtë i artikulationeve

b) Rezekcioni i gjatë i artikulationeve (piksynimi diastaza)

c) Artroplastika me interpozicion

1) Interpozicioni prej indesh të ndryshme (substancë adipoze fascie, muskuj, inde heterogjene etj).

2) Interpozicioni prej materialesh alloplastike (metale, masa plastike etj).

IV. Zëvendësimi i sipërfaqëve artikulare.

a) transplantim i sipërfaqëve artikulare ose i artikulationit në tanësi

b) Protezimi i brëndëshëm me materiale alloplastike i sipërfaqëve artikulare ose i artikulationit në tanësi.

I. Redresacione të mbyllta me forcë të artikulationeve

t'ankillozume, dhe redresacione të shoqënueme me tenotomi.

Mjekimi i kontrakturave dhe antikollozave të artikulationeve me metodat e drejtimit ose përkuljes me forcë njëfshë qysh prej kohëve të lashta dhe ishte e vetmja mënyrë mjekimi që aplikohet në këto raste para zbulimit të narkozës.

Në kohët kur narkoza nuk ekzistonte, kirurgët gjithmonë përpiseshin të vepronin shpejt, mbasi dhimbja e shkaktueme nga një ose një tjetër manipulacion kërcëronte me ramjen në gjëndjen shokale të të sëmurit.

Në literaturë gjenden edhe sot përshkrimet e aparatëve speciale për drejtimin e menjëhershëm të ekstremiteteve të deformueme qysh në shkullin e XVI. Me anë të këtyne aparatëve aplikohet drejtimi me forcë i ekstremitetit në rastë kontrakturë ose ankillozë të artikulationit.

Në shekullin e XVII. Fabricius Hildanus për herë të parë propozoi dhe aplikoi metodën e mjekimit të ankillozave në artikulacione me anën e frakturave të mbyllta të shkaktueme me forcë në zonën e ankillozës tue drejtue kështu ekstremitetin. Kjo metodë aplikohet në raste ankillozash t'artikulacionit të gjurit.

Më vonë Louvrier propozoj korigjimin e ankillozave dhe kontraktura-ve t'artikulacionit të gjurit në një moment (për exstension forse) me ndihmën e aparatit special të projektuem prej tij. Metodën e tij të korigjimit me forcë me një moment t'ekstremitetit në raste kontrakturash ose ankilozosh t'artikulacioneve Louvrier e publikoj në Paris në vitin 1839. Por rezultatet n'aplikimin e kësaj metode qenë të pa kënaqëshme. Ndër 22 të sëmurë me ankilloza dhe kontraktura t'artikulacioneve, ku u aplikua metoda e Louvrierit, tre prej tyre mbaruen në exitus, një recidiv dhe në një rast puna mbaroi me amputacionin e ekstremitetit pasi filloj të zhvillohet gangrena. Në këtë mënyrë tue pasë parasyshë rrezikun serioze dhe rezultatet e pakënaqëshme në aplikimin e metodës Louvrier, brënda një kohe të shkurtë u refuzua përdorimi i saj.

Në Rusi për herë të parë e aplikoj metodën e korigjimit me forcë Bush I.F.

Në veprën e tij «Teksti i pedagogjisë së kirurgjisë» në 1808 ai përshkruan metodën e korigjimit të deformimeve të ekstremiteteve në raste ankillozash dhe kontrakturash të artikulacioneve.

Mbas 15 vjetësh, 1823, ai shkruan për një maqinë speciale të cilën i a tregoi Bujalski I.V. dhe pati përshtypje mjaft të mira, tue theksue se e aplikon atë me dobi të madhe.

Në vitin 1840 Llamovski përshkruan me hollësi «maqinën e ekstensionit» të cilën e përdori me sukses nga viti 1839 në raste t'ankillozave dhe kontrakturave t'artikulacioneve.

Për me gjithëse veprat e Bushit, Llamovskit dhe të tjerëve, monin në mënyrë pozitive metodën e redresimit me forcë, duhet të theksojmë se kjo metodë në Rusi nuk gjeti një aplikim të gjerë siç ndodhte në vendet e perëndimit. Qysh në vitin 1842 shumë kirurgë në Rusi refuzuan aplikimin e korigjimit me forcë. Shprehja më e qartë e kësaj proteste u reflektoe nëpërmjet të artikullit të Zabllodckit — Desjatkovskit P.P. «Mbi për-lëvizshmërinë në artikulacione» 1842.

Eksperiencia praktike e shumë autorëve si në perëndim ashtu edhe në Rusi, tregoi se metoda e korigjimit të mbylltë në një moment të kontrakturave dhe ankillozave t'artikulacioneve të deformuara, bile edhe në duart e korifejve të kirurgjisë nuk ishte një metodë indiferente dhe e parrezik për të sëmurin. Shpesh zhvilloheshin komplikacione të ndryshme të cilat jo vetëm keqësonin gjëndjen e të sëmurit dhe të ekstremitetit, por shpesh mbaronin në exitus. Komplikacionet më të shpeshta ishin emboli, oleoze, lezionet e vazave dhe të nervave kryesore, zhvillimi i infeksionit me suprim dhe formim fistulash, hemoragji të mëdha etj. Në të gjitha këto, edhe kur komplikacione të tilla nuk zhvilloheshin, rezultatet në këto raste shumë rrallë ishin të kënaqëshme.

Prandaj është e natyrëshme që kirurgët nuk kënaqeshin me aplikimin e metodës së redresacionit me forcë, por kërkonin metoda mjekimi të tjera të ankillozave të artikulacioneve, të cilat të ishin të parrezik dhe njëkohësisht më me efekt. Që nga gjysma e shekullit të kaluar kjo metodë filloj të braktisej tue i lëshue gradualisht vendin metodave të tjera me

rezultate në të mira në mjekimin e ankilozave të artikulacioneve, rridërsa
sërkajso metode aplikohet vetëm në raste kontrakturash muskulare
Për sa i përket mobilizimit të artikulacioneve në raste ankilozash
koekore në ditët e sotme metoda e drejttimit dhe përkuljes me forcë pa
raquet vetëm interes historik, sepse nuk përdoret asnjë herë
Në rastet e ankilozave të artikulacioneve në mënyrë permanente ke-
mi kontrakturën muskulare e cila pengon drejtimin e ekstremitetit me anë
të korigjimit me forcë. Me qëllim që të lehtësohet korigjimi me forcë në
vitin 1842. Diefenbach propozoj që redresacioni të kryhej vetëm mbasi i të
jetë ba tenotomija, mbasi kontraktura e tendineve dhe muskujve pengonin
drejtimin e ekstremitetit.

Kështu redresacioni realizohet në dy etapa. Në fillim kryhej përkulja
(fleksioni) me forcë e ekstremitetit dhe pastaj ekstensionin i plotë. Autori
aplikoj këtë metodë në 72 raste ankilozash të artikulacioneve të ndryshme
dhe simbas të dhënave të tij pati sukses në 18 të sëmurë.
Mbasi publikimit të kësaj metode nga autori, edhe shumë kirurgë të
tjerë filluan të aplikojnë këtë metodë.

Metoda e Diefenbachut në disa modifikime të vogla mori përvojë
me të gjëra sidomos në perëndim, ku kryesisht aplikohet nga Palascia-
no, Bonnet, Langenbeck, Frank, Schen, Calot etj.

Analizën shkencore të të gjitha këtyre metodave e bëri N.I. Pirigov.
Tue analizue në formë kritike të metodave të privilegjet e korigjimit të ar-
tikulacioneve ankilozave me forcë Pirigovi në 1849 publikoj raste
të korigjimit me sukses të ankilozave. (Raport mbledhës në Kau-
kaz). Ky aplikonte në edhe Diefenbachin korigjimin në dy momente, në
fillim fleksionin dhe pastaj ekstensionin e plotë. Pirigovi mendoi të ma-
në i vrasë martoze, mbasi në këndita vëllim kur dërrmohet dhe tenotomi
muskular mungojnë është shumë ma e lehtë dhe pa rrezik të manipulohet.
Më vonë në 1860, u publikue disertacioni i L.A. Bekersit. Shtrirja me
forcë ankilozave të gjurit. Në këtë veper publikoheshin shtrirja dhe
korigjimi i ankilozave të gjurit në 20 të sëmurë. Këta ishin rastet e mje-
kimit nga Pirigovi. Në këtë veper gjen shprehjen e plotë analizën kritike
e hollësishme shkencore e të gjitha metodave të korigjimit me forcë të an-
kilozave.

Në këtë veper në mënyrë të hollësishme analizohen kundër shtrirje
esenca patologjiko-anatomike e ankilozave dhe në lidhje me të taktika e ki-
rurgut. Në Rusi për herë të parë u përpunuan në bazë shkencore indika-
cionet dhe kontrindikacionet për aplikimin e korigjimit me forcë. Por
me gjithë që kjo metodë u përpunue dhe përfektionua ma së miri, pas-
sepër rezultatet mbeten të pa kënaqësme dhe shpesh kishin të njëjtat
konplikacione si dhe metoda e mbylltë e redresacionit. Prandaj, si me-
toda e redresacionit të thjeshtë është ashtu edhe metoda e kombinuar e redres-
acionit në tenotomi në zonën e ankilozave koekore të artikulacioneve në di-
tët e bëtime nuk aplikohen kurse, dhe kanë humbë drejtësisht rëndësinë e
tyrë praktike.

II. Nearthrosis (osteotomia) është një ndër ndër interventet kirurgjike
shpesh në orthopedi. Osteotomia aplikohet në ditët e sotme për
mbyllje likuiditimi të deformacioneve të ndryshme të ekstremiteteve. Në
aktuale raste të deformacioneve të ndryshme të ekstremiteteve edhe i sot
osteotomia përdoret si metoda më e mirë.
Në të kaluar, osteotomia aplikohet gjithaashu për tërëllime të

mi t'artikulacioneve t'ankilozueme, me fjalë të tjera për restaurimin e lëvizjeve të tyre. Me premjen e kockës jashtë dhe afër artikulacionit të ankilozuem dhe me lëvizje të vazhdueshme në vendin e osteotomisë, më pas krijohej postoperatorë; krijohej mundësi që fragmentet e kockave të bëheshin me të mos konsolidohen. Në këtë mënyrë, afër artikulacionit të ankilozuem krijohej artikulacioni i rrejshëm (pseudoartikulacion), i cili në të ardhmen duhet të kompensojë lëvizjet e ish artikulacionit normal.

Për këtë qëllim në vitin 1824 për të parën herë John Rhea Barton kreu me sukses osteotominë subtrahanterike në një rast ankilozë të artikulacionit coxofemoral. Rezultati, simbas shkrimeve të tij që i mirë. Arrijti lëvizshmëri të mirë në vendin e osteotomisë. I sëmuri u mbajt në kontroll të vazhdueshëm gjatë gjashtë vjeteve.

Me një herë mbas tij po në këtë Sayre aplikojë një rast me ankilozë të artikulacioni coxofemoral, ku ky kreu rrezekcionin kuneiform të kockës femorale në zonën e trochanter major.

Në vitin 1840 në New York Carnochen rastërisht, gjatë operacionit pa dashja shkaktoi frakturën e mandibulës tek pacienti të cilën që i detyruar ta lejë pi në atë pozicion. Mbas operacionit ay konstatoi se në vendin e frakturës kishte lëvizshmëri. Tue u bazue në këtë rast, ay propozoj si metodë të re, për mjekimin e ankilozave të mandibulës osteotominë.

Në Rusi për të parën herë aplikoj Osteotominë në raste t'ankilozave t'artikulacioneve Zablodcki në vitin 1842, i cili ishte kundërshtar i fortë i metodës të korigjimit me forcë t'artikulacionit t'ankilozuem. Në vitin 1861 Shimanovski J.K. (Kiev) dhe në mënyrë të pa mvarun nga ky, Turbe V.F. aplikuen osteotominë e degës ascendente të mandibulës së më afër qafës së saj tuj ndërhyrë nga ana e brëndëshme e gojës. Ky operacion teknikisht është i ngjashëm me propozimin e Esmarchut që u bë në vitin 1854, dhe që u realizua vetëm në vitin 1858 nga Wilous.

Duhet të theksojmë, se në Rusi osteotomia, si metodë restaurimi i lëvizjeve në artikulacione, nuk gjeti përhapjen dhe popullarizimin e duhur si në vendet perëndimore.

Me problemin e osteotomisë në perëndim u muerën kryesisht Mayer, i cili është autori i emrit të Osteotomisë, Volkman, Langenbeck, Billroth, Gent, Folkmann, Bernard, Richet, Duffenbach etj.

Metoda e krijimit të Neoarthrosis afër artikulacionit të ankilozuem me anë të osteotomisë nuk është një metodë që nuk ka të meta. Ky është shkaku që ma vonë gradualisht filloj me i lëshue vendin metodave tjera më të mira të mobilizimit të artikulacioneve.

Artikulacioni i rrejshëm i riformuem, tue krijue konditat e lëvizshmërisë në vendin e tij, njëkohësisht krijon një artikulacion të lirë i cili u ul mjaft aftësinë funksionale të ekstremitetit. Nga ana tjetër shpesh në vendin e osteotomisë kundër vullnetit tonë zhvillohet procesi i konsolidimit të fragmenteve.

Me gjithë këto të meta, duhet të theksojmë, se osteotomia deri më sot aplikohet me sukses për qëllime mobilizimi të artikulacioneve në raste të veçanta.

N'artikulacionin coxofemoral, për qëllime të restaurimit të lëvizjeve osteotomia tani aplikohet shumë rrallë. Vetëm në ato raste kur kemi kontraindikacione për operacione alloplastike si p.sh. në raste ankilozash

mbas koksitesh tuberkulare kur pozicioni i ekstremitetit është stabilizuar, osteotomia kryhet me qëllim të korigjimit të pozicionit të ekstremitetit. Krijimi i një artikulationi të rrejshëm në të shumtën e këtyre rasteve nuk pritet, mbasi praktikisht kjo ndodh shumë rrallë. Në artikulationet e tjera, si p.sh. në ato të brylit etj. osteotomia nuk aplikohet për qëllime të mobilizimit të tyre.

Në këtë mënyrë, në ditët e sotme osteotomia mbetet si një ndër metodat më të mira kirurgjikale për korigjimin e deformimeve të ekstremiteteve, dhe njëkohësisht ajo len shumë për të dëshëruar në krahasim me metodat tjera më të perfeksionuara në raste të mobilizimit të artikulationeve të ankillozuar ku aplikohet shumë rrallë.

III. Mobilizimi i artikulationeve me operacion (metoda e hapët)

a) arthrolisis.

Arthrolisis është interveni kirurgjikal në artikulationet e ankillozuar, i cili synon në prerjen e thjeshtë të indeve që pengojnë lëvizjet në artikulatione.

Për të parën herë në vitin 1888 Wolf propozoi arthrolizën si metodë të re mjekimi të ankillozave. Përpara arthrolizës aplikohet në një shkallë të gjërë rezeksioni i artikulationeve por sheshi mbas këtyre operacioneve fitohet artikulationi i lirë. Wolf rekomandon të arthrolizën duke llogaritur mundësitë minimale të krijimit të artikulationeve të lira. Simbas mendimit të tij, në qoftë se arthrolisis do të pasohet nga lëvizjet e herëshme në artikulation, bëhet i mundur fitimi i rezultateve të mira. Autori në vitin 1855 publikoi 6 raste ku aplikoi me sukses këtë metodë në të shumtën e këtyre rasteve. Idenë e arthrolisis, siç duket, Wolf e mori nga Schun, i cili qysh në vitin 1853 shqepi patelën nga kocka femorale në një rast ankilloze patelare.

Arthrolisis në disa raste e aplikoi Ollier 1868, por nga ana e tij nuk pati ndonjë vlerësim pozitiv.

Në Rusi arthrolisis për të parën herë në mënyrë atipike e bëri prof. Subbotin M.S. në vitin 1902. Operacioni i arthrolisis në Rusi nuk qe i popullarizuar. Kishte disa komunikime të shkëputura (Krupko III, etj) mbi aplikimin e arthrolizës vetëm në rastet e ankillozave fibrotike. Ky operacion aplikohet edhe tani në raste të veçanta kur nuk ka konsolidim kocka. Përsa i përket ankillozave kockore arthrolisis tani më nuk aplikohet dhe paraqet vetëm interes historik.

b) Rezeksioni i gjanë i artikulationeve

Mbas zbulimit të narkozës në gjysmën e shekullit XIX-të filloj të aplikohet interveni kirurgjikal më i komplikuar në raste të ankillozave të artikulationeve për qëllime mobilizimi të tyre. Ky operacion konsiston në rezeksionin e gjanë të artikulationit të ankillozuar.

Ideja e rezeksionit të artikulationit në raste ankillozash me qëllim mobilizimi të tij përqëndrohet në hjekjen e sipërfaqeve artikulare të ngjiturave tue likuidue kështu ankilozën dhe njëkohësisht krijohet një boshllëk mes të dy kockave, e ashtuquajtura distazë e cila pengon ringjijtjen e kockave, d.m.th. pengon recidivën e ankillozës.

Propozimi i rezenksionit të sipërfaqeve artikulare në raste ankilozash me qëllim restaurimi të lëvizjeve funksionale dhe përpunimi shkencor i këtij operacioni u bë nga shkencëtari Rus E.I. Bogdanovski për të parën herë. Bogdanovski 7 vjet para Ollier (të cilit në perëndim i dedikojnë prioritetin në mobilizimin e artikulacioneve me rezeksion të artikulacioneve me rezeksion të artikulacionit), në vitin 1861 aplikoi rezeksionin e gjërë në raste ankilozash të artikulacioneve. Ay rekomandoi në disertacionin e tij «Mbi rezeksionet në artikulatio cubiti» vetëm rezeksionin e gjërë, i cili simbas mendimit të tij pengon recidivën e ankilozës.

Vetëm 7 vjet mbas Bogdanovskit, Ollier bashkë me Hutter në Francë propozuan rezeksionin e gjërë në raste ankilozash.

Ollier ka meritë të madhe në problemin e mobilizimit të artikulacioneve me anë të rezeksionit. Për shumë vjet ay u muar me këtë problem, tue studjue dhe perfeksionue teknikën operatore dhe problemin në përgjithësi. Por me gjithë meritat e mëdha të K. Ollier, nuk mund të mohohet fakti, që në vitin 1861 Langenbeck e të tjerë publikuan 7 raste rezeksioni të artikulatio cubiti me qëllim restaurimi të lëvizjeve. Këta të sëmurë vuanin nga ankylosis. Bilroth në vitin 1876 publikoi 2 raste rezeksioni të artikulacioneve të ankilozuar, kurse në vitin 1877 Schede dhe Hutter publikuan nga një rast.

Në vitin 1878 Kenig i pari realizoi rezeksionin e artikulatio geni në rast ankilozë.

Në vitin 1867 Ollier propozoi në raste ankilozë të artikulacioneve të nofullës, të bëhet rezeksioni i artikulacionit. I pari e realizoi këtë operacion Bottini në vitin 1872 dhe Kenig në vitin 1876 në mënyrë të pa mbarur nga Bottini. Me vopë Ollier, me qëllim që të pengohet recidiva e ankilozave, propozoi që përveç rezeksionit të gjërë të artikulacionit të kryhej edhe tamponimi i artikulacionit për disa ditë me radhë mbas operacionit.

Në vitin 1868 J.K. Shimanovski në «Kirurgjia operative» përshkruan me hollësi incizionet e ndryshme që duhen përdorë për rezeksion të artikulacioneve për çdo artikulacion në vehtë dhe, gjithashtu, përshkruan teknikën operatore të rezeksionit të artikulacioneve. Tue qenë plotësisht dakord me Bogdanovskin, Shimanovski rekomandon rezeksionin e gjërë të artikulacioneve të ankilozueme dhe i jep një rëndësi të madhe përuidhës postoperatore e cila influencon kryesisht në prognozën e operacionit. Këto studime bënë që në Rusi të filloj aplikimi në stil të gjërë i rezeksionit të artikulacioneve të ankilozueme si metoda më e mirë në luftë me ankilozat. Osteotomija filloi të aplikohet shumë më rrallë.

Shkencëtarëve Rus iu përket merita dhe prioriteti për aplikimin e rezeksionit të artikulacioneve të ankilozueme me qëllim restaurimi të lëvizjeve funksionale. Në anë tjetër meritë të madhe ata kanë në studimin e dhe perfeksionimin e kësaj metode. Në literaturë filluan të publikojnë një mbas një, një shumicë kirurgësh Rus, raste dhe grupe të sëmurësh të mjekuem me këtë metodë dhe rezultatet e tyre.

Më 25-VI-1867 P.I. Skrobotov në prezencën e profesorit Zablodcki P.P. realizoi rezeksionin e caput humeri me rastin e një luksacioni të vjetër.

Më 8-XII-1869 I.N. Novicki me sukses kreu rezeksionin e artikulatio cubiti në spitalin e Ekaterinës në Moskë.

Dy vjet mbas tij, në vitin 1871 Gaasr në Moskë demonstroi një femijë.

të operuem dy herë me radhë për luksacion traumatik të articulatio cubiti, ku me sukses aplikoi rezeksionin e artikulacionit. Një operacion të tillë, 7 vjet mbas tij, e realizuan N.V. Sklifasovski dhe V.I. Kuzmin.

Në raste ankiloze të articulatio cubiti, mbas Novickit, me 16-V-1896, realizoi rezeksionin e artikulacionit të ankillozuem E.F. Klin në spitajin e qytetit të Moskës.

Por, pa marrë parasysh përpunimin e kësaj metode, në Rusi deri nga vitet 80 të shekullit të kaluëm rezeksioni i artikulacioneve t'ankillozuem kryhej rrallë. Dhe vetëm pas viteve 8 në saj të Sklifasovskit dhe Veljaminov-it filloi aplikimi i gjerë i mjekimit t'ankillozave me anën e rezeksionit t'artikulacioneve. Kirurgët që përmendëm shpesh demonstroi në sëmuret e tyre dhe propagandoi gjërësisht rezeksionin e artikulacioneve t'ankillozuem. Në këtë mënyrë në Rusi rezeksioni i artikulacioneve zëvendësoi metodën e osteotomisë në mjekimin e ankillozeve.

Në v. 1885 në kongresin e shoqërisë së mjekëve rusë Buhman R.R. mbajti një referat mbi rezultatet përfundtare të 72 rezeksioneve të artikulacionit Coxofemoral dhe të 45 rezeksioneve të artikulatio genit të kryera në klinikën e Rejerit.

Në vitin 1888 Podrez demonstroi disa të sëmure t'operuem për shkak t'ankillozave ku kishte aplikue rrezeksionin e artikulacioneve.

Më vonë autor të ndryshëm Rusë publikuan shumë raste të rezeksionit t'artikulacioneve. Kështu p.sh. Ratimov V.A. në v. 1888 publikoi një rast, Bobrov, në v. 1886-1891 - 4 raste, kurse në v. 1895-14 raste dhe shumë të tjera si Iljinski P. Kiu A.A. Pljushkov P.P. (Kazan), Lezin V.V. dhe të tjerë.

Në një kohë dhe krahas me rezeksionin e thjeshtë të artikulacioneve në raste ankillozash, gjetën aplikimin e tyre edhe tashtuqajturat rezeksione subperiostale dhe subkapsulare. Studimi eksperimental i këtyre operacioneve bëhej që në V. 1837 prej Hejnc, i cili parashikonte dhe mendonte, se mund të kryhej regjenerimi i plotë i pjesës kockore të hequr (të rezeksioneveve), në qoftë se kjo do të bëhej në mënyrë subperiostale. Një regjenerim i tillë llogaritej në sajë të vetive fiziologjike të përtesit.

Në v. 1854 Langenbeck për të parën herë realizoi rezeksionin subperiostal në caput humeri të lezionuar. Mbas disa vjetësh kur vdiq ky i sëmure nga tuberkulozi i pulmonëve, n'autopsi ai konstatoi qorrqimin e një kocke të vogël të kockës humerale. Ma vonë e përvehtësoi dhe e aplikoi gjansisht këtë metodë Ollier, i cili e quajti resection periostal interompue. Nësenë ky operacion simbas Ollier ishte rezeksioni i gjerë i artikulacionit të kombinuem me tamponadën e mëtejshme të kavitetit articular me qëllim lufte preventive të recidivave t'ankillozave.

Mbas Ollier, Lerish publikoi 15 raste, ndër të cilët 9 prej tyre patën rezultate të mira pas operacionit. Në vitin 1883 Richter shkruan se metoda e Ollierit krijon në përqindjen ma të madhe artikulacione të lira.

Ky konstatim i Richter më vonë u vërtetua nga eksperiencia e një shumice kirurgësh. Duhet vënë në dukje se operacione të tilla shumë rallë konkludojnë në recidiva ankillozash ose në lëvizje të kufizueme të ngurta dhe të dhimbëshme t'artikulacioneve.

Në vitin 1938 Zaharzhovski V.P. propozoi një metodë të re ndërhyrjeje operative në raste ankillozash, interpozicionin. Aty propozoi me zëvendësime me kauterizimin e sipërfaqeve të rikritueme artikulare me anën

e aparatit të Pakelen-it. Në vitin 1948 A.I. Apasova publikoi 78 raste operacionesh arthroplastike tue aplikue kauterizimin e sipërfaqeve artikulare me aparat të Pakelenit. Por rezultatet e kësaj metode nuk qenë më të mira se sa në raste aplikimi të metodave të tjera.

Në vitin 1946 K.M. Klimov propozoi që kauterizimi i sipërfaqeve artikulare të riformueme me aparat të Pakelenit në arthroplastikë të zëvendësohej me përdorimin e acidit fosforik 85% me qëllim që të shkaktohet djegia kimike, e cila pengon regjenerimin e indit kockor.

E.P. Mezhenina ka publikue materiale të cilat flasin për rezultate të mira të kësaj metode. Por me gjithë atë si metoda e kauterizimit me aparat të Pakelenit ashtu edhe metoda e përdorimit t'acidit fosforik nuk muerën përpjestimë të gjëra dhe në literaturë nuk ka të dhëna bindëse mbi rezultatet e mira të këtyre metodave.

Në këtë mënyrë rezeksiioni i gjanë i artikulacioneve në rast ankilozash me qëllim mobilizimi në përqindjen më të madhe arrin restaurimin e lëvizjeve n'artikulacion por kërcënon kryesisht në krijimin e artikulacionit ulet përqindja e krijimit t'artikulacioneve të lira, por si ligjë në këto raste kemi vazhdimisht recidivën e ankilozës. Prandaj në qoftë se osteotomia, taci i lëshue frugën rezeksiionit të artikulacionit dhe me vonë metodave të tjera të mobilizimit t'artikulacionit në raste ankilozash sot përdoret shumë rallë, përta i përket rezeksiionit t'artikulacioneve të thjeshtë ose të gjanë pa interpozicion, gjithashtu aplikohet shumë rrallë tue u zëvendësue me metoda më efektive si p.sh. nga arthroplastika,

e) Arthroplastika me interpozicion

Një etapë më të zhvillueme të luftës me ankilozat e artikulacioneve paraqet arthroplastika. Ideja e arthroplastikës lindi në lidhje me konstatimet e vazhdueshme të kirurgëve gjatë konsolidimit të frakturave të kockave. Eksperienca e mjekimit të frakturave të kockave tregoi se kur në mes të fragmenteve të kockave futen inde të buta, konsolidimi i frakturës nuk realizohet. Si rezultat i interpozicionit të indeve të buta krijohen pseudoarthrozat. Për deri sa metodat ekzistuese të operacioneve n'atë kohë në të shumtat e rasteve mbaronin në recidiva t'ankilozave, përpiqjet e kirurgëve u drejtuan drejt kërkimit të metodave të tilla, të cilat janë në gjendje të pengojnë recidivat e ankilozave.

Në procesin e zhvillimit të arthroplastikës për interpozicion janë përdorur materiale të ndryshme. Në lidhje me llojet e materialeve të cilat përdoren për interpozicion arthroplastikën mund t'a ndajmë në dy grupe kryesore:

1. Arthroplastika me përdorimin për interpozicion t'indeve të ndryshme të vet të sëmurit (substancia adipozë, fascje muskuj etj. heterogjinde).
2. Arthroplastika me përdorimin për interpozicion të materialeve atoplastike (metale, masë plastike).

1. Arthroplastika me përdorimin për interpozicion t'indeve

të ndryshme

Tue shfrytëzue idenë e formimit të pseudoarthrozave në frakturat e kockave në raste interpozicioni të indeve të buta, në vitin 1863 Verneuil propozoi mobilizimin e mianfibules simbas metodës Rizzoli-Bemarch, të

cilës t'i shtojë interpozicioni muskular. Vet Verneuil nuk e realizoi në praktikë idenë që parashtroi.

Vetëm mbas 29 vjetësh, në vitin 1892, I.F. Sabanjevi për të parën herë në botë publikoi në zhurnalin «Arkivi Rus» artikullin: «Dy raste kontrakturash cikatriciale të nofullave të mjekëve me operacion» Në këtë artikull Sabanjevi përshkruan dy raste të arthroplastikës me sukses t'artikulacionit mandibular, tue përdor për interpozicion për herë të parë indin muskular.

Në vendet e perëndimit si të parin që aplikoj arthroplastikën pranoi në Gelferich, i cili më 1893, një vit më vonë se Sabanjevi realizoi arthroplastikën e artikulacionit mandibular simbas Verneuil tek një vajzë e vogël 3 vjeçare, e cila kishte një recidiv anilloze mbas operacionit të rekomanduem nga Kenig. Për këtë rast Helderich shkroi më 1894 dhe demonstroi të sëmurën në kongresin e kirurgëve gjerman më 1895.

Qysh në vitin 1891 Ollier projektoj planin e rezeksionit kuneiform të collum femuri, me interpozicion lemboje indesh të buta me qëllim restaurimi të lëvizjeve, por ai nuk e realizoi këtë plan para Sabanjevit dhe Helderich.

Në vitin 1895 Roshe propozoi premjen e copës kockore trapezoide të degës ascendente të mandibules në nivelin e kandit të sajë tue e plotësue këtë me interpozicion muskujsh. Me njëherë mbas tij dhe në mënyrë të pavarur nga Roshe në vitin 1895 Lentz realizoi me sukses këtë operacion.

Simbas të dhënave të M.M. Kuznecov në v. 1898, në literaturë ishin publikue 11 raste operacionesh simbas metodës së Roshe.

Tue shfrytëzue principin e arthroplastikës së artikulacionit mandibular, në vitin 1896 Roche realizoi operacionin në një rast ankilozë t'artikulacionit coxofemoral, tue krye me sukses osteotominë e kombinueme me interpozicionin muskular.

Arthroplastikën e artikulacionit mandibular me interpozicion muskujsh e kryen në vitin 1898 Shmidt V.V. (Moskë), M.M. Kuznjecov (Karkov) dhe Krajevskij (Varshavë).

Siç shihet përpunimi dhe studimi shkencor i arthroplastikës filloi nga fundi i shekullit të XIX.

Përpara fillimit të shekullit të XX operacionet arthroplastike ishin shumë të rralla. Problemet e arthroplastikës filluan të përpunohen e të studjohen në stil të gjerë vetëm nga fillimi i shekullit XX.

Kështu në Rusi mbas vitit 1902 filloi të mirret me studimin e këtij problemi P.I. Djakonov me nxënësit e tij, ma vonë nga vitit 1806 R.R. Vreden.

Djakoov përpunoi problemin e interpozicionit muskular, teknikën operatore, periudhën e paraoperacionit dhe atë të pas operacionit, indikacionet dhe kontraindikacionet për arthroplastike.

R.R. Vreden bashkë me nxënësit e tij kreu punime të mëdha shkencore në studimin e arthroplastikës. Ai studjoi pathogenezën dhe anatominë patologjike t'ankilozave, problemet e regjenerimit t'indit kockor: Për interpozicion Vreden propozoi inde të ndryshme si p.sh. mbështjelljen e sipërfaqeve artikulare me veziken urinare të derrave, të përpunueme me një metodë speciale (e propozoi që më 1895 Foderl), kurse bashkë me Durrante ai propozoi për interpozicion lembo të lirë dhe të gjanë të fascia lata.

Nga kllhika e Vrednit u publikuen një seri veprash shkencore të cilat analizojnë në mënyrë të gjithanëshme problemet e arthroplastikës.

Në të njëjtën kohë edhe në vendet e tjera në fillim të shekullit XX shumë kirurgë filluen me aplikue gjanësisht arthroplastikën.

Kështu Nelaton në vitin 1903 shfrytëzoi për interpozicion në një rast arthroplastike t'artikulationit coxofemoral muskulin dhe fasciet.

Në vitin 1904 Coville shfrytëzoi musculus deltoideus si material interpozicioni në articulatio Scapulohumeralis.

Në vitet 1902-4 u publikuen edhe disa raste arthroplastike t'articulatio cubiti nga Kenu, Albarran dhe Merphy..

Operacionin arthroplastik n'articulatio geni për herë të parë me sukses e realizoi në vitin 1902 Merphy-i cili për interpozicion shfrytëzoi fascia lata dhe substancë adipoze.

Në vitin 1906 Hoff publikoi 60 raste arthroplastike të articulatio-genit, prej të cilëve 40 raste ishin të mbledhun nga literatura dhe 20 të tjerat ishin të tija.

Për interpozicion janë shfrytëzue inde të ndryshme. Merphy në vitin 1902, Schhantz në vitin 1904, Lexer në vitin 1906, shfrytëzuan lembo të indit adipoz. Ombrendanne — tendine, Wulstein në vitin 1906 — lëkurën, Tuffir në vitin 1901, Venklovski në vitin 1907 — kartilogon; Hoffman—periostin.

Në vitin 1909 në kongresin e IX-të kirurgëve gjermanë Kirchener nga klinika e Payer pulikoi përdorimin si material interpozicioni të një lemboje transplantat të lirë fascie, ndërsa rezultatet përfundimtare i publikoi në vitin 1910. Duhet vu në dukje, se përpara Payer në vitin 1908 ishte R.R. Vreden, ai që bani për herë të parë arthroplastikën tue përdorë për interpozicion transplantat të lirë fasciesh. Në eksperiment mundësinë e përdorimit të transplantit të lirë të fascies dhe aponeurozës për qëllime interpozicioni e tregoi V.A. Bogoljubov. Në këtë mënyrë, si në eksperiment, ashtu edhe në klinikë u aplikua shfrytëzimi i transplantit të lirë të aponeurozës ose fascies përpara Kirschnerit në Rusi nga Vredeni dhe Bogoljubovi. Nga viti 1910 deri 1913 në Rusi në detaje u zbërthye dhe u studjue problemi i shfrytëzimit të transplantit të lirë të fascieve dhe aponeurozave nga P.G. Kornjev. Në këtë periudhë studime të ngjashme publikohen nga një seri autorësh.

Mënyrën e përdorimit të transplantit të lirë të fascieve dhe aponeurozave si material interpozicioni në eksperiment e aplikuen në vitin 1915 Allison dhe Brooks, por rezultatet e tyre qenë negative.

Prandaj ata u shprehën kundër propozimit të Kirschnerit. Në kundërshtim të plotë me këta autorë në vitin 1912 me eksperimentet e tija Sumit mbrojti pozitat e Kirschnerit. Mbas publikimit të materialeve të Kirschnerit dhe Sumit kirurgët filluan në shkallë të gjerë të shfrytëzojnë transplantatet e lira të fascieve dhe aponeurozave në operacionet arthroplastike si material interpozicioni. Ndër këta ishin kryesorët: Kramer, Eizelsberg, Ritter, Enderlen, Hohman, Denk, Pupovac, Thom etj.

Pas luftës së parë botnore problemi i arthroplastikës u ngrit prap si një ndër problemet ma të komplikume të kirurgjisë. Në aplikim në stil të gjerë të arthroplastikës pati në shumicën e rasteve provokim të infeksionit latent. Prandaj lindi nevoja e përcaktimit të mirë të indikacioneve dhe kontraindikacioneve për arthroplastikë. Në këtë kohë u publikuan një seri punimesh shkencore mbi infeksionin latent dhe luftën kundër tijë.

Disa autorë fillojnë të shprehën kundër përdorimit të interpozicio-

Kështu, tË mëndur sË interpozicioni ËshtË faktor stimulues i manifestimit tË infeksionit latent. Kështu, p.sh. Shmerc nË vitin 1916 proteston kundËr pËrdorimit tË interpozicionit.

NË vitin 1917 Shepelman nË artikullin «QËllimet dhe rrugËt e arthroplastikËs», nË bazË tË 60 rasteve arthroplastike tË kryeme me sukses, simbas metodËs sË tij, pa pËrdorim tË interpozicionit, (nË mËnyrË kategorike proteston kundËr pËrdorimit tË tij). PËr profilaksi tË recidivËs tË ankilozave ay rekomandon fillimin e herËshËm tË lËvizjeve nË artikulacionin e operuem. MetodËn e tij ay e quajti «arthroplastikË funksionale». Por nË verifikimin e kËsaj metode doli e kËjrtË se ajo nuk ishte e qËshun nga mundËsia e krijimit tË recidivave tË ankilozave. NË anË tjetËr lËvizjet e herËshme nË artikulacionin e operuem, siç kËshillon Shepelman, krijojnË kondita tË disfavorËshme pËr regjenerimin e plagËs operatore dhe gjithashtu mund tË provokojnË manifestimin e infeksionit latent. Lëxer publikoi dy raste arthroplastike ku aplikoi metodËn e Shepelman dhe pati rezultate tË kËqia.

NË vitin 1918 Phemister nË bazË tË tË dhËnave tË eksperimenteve tË tija erdhi nË pËrfundim se si metoda e arthroplastikËs me interpozicion indor, ashtu dhe metoda e Shepelman japin tË nËjtit rezultate.

Duhet vu nË dukje, se qysh nË vitin 1901 Kocher kryente operacionet arthroplastike pa interpozicion tue lënë pËr 14 ditË me radhË artikulacionin e operuem nË pozicion luksacioni, d.m.th. deri nË kohËn e formimit tË granulacioneve dhe mbas kËsaj repononte luksacionin dhe fillonte pËrpunimin e lËvizjeve nË artikulacionin e operuem.

Disa autorË si Lericq, Santu, MuschË edhe mbas luftËs sË parË botËrore gËndonin nË pozitËt e Ollier. Kjo vihet re me sË miri nË fjalimet e tyre nË kongresin ndËrkombËtar tË shoqatËs sË kirurgËve nË LondËr qË u bË nË vitin 1923.

NË kËtË kongres Putti demonstroi 113 raste arthroplastike me rezultate tË shkëlqyeshme. AtË e mbËshtetËn Mac, Ausland dhe Grewer.

NË vitin 1917 Moszkowicz propozoi metodËn e tij tË arthroplastikËs e cila pËrqËndrohej nË dy etapa kryesore. NË etapËn e parË ai propozonte tË kryhej rezeksioni i gjanËt i artikulacionit me qËllim krijimit tË pseudoarthrozËs. Mbas kËsaj, nË etapËn e dytË kryhet pËrforcimi i aparatit tË Ligamenteve. Por me gjithatË kjo metodË nuk dha rezultate tË mira dhe sË shpejti u braktis. Rezultate tË mira tË arthroplastikËs publikuën nË vitin 1923: Olbi, 470 raste me 67% rezultate tË mira, Lëxer 390 raste me 75% rezultate tË mira, Paye, 78% rezultate tË mira dhe Putti, 142 raste me 82% rezultate tË mira.

NË Rusi mbas revolucionit socialist u krijuan tË gjitha konditat pËr zgjidhjen me sukses tË problemeve tË ndËrshme tË shkencËs nË pËrgjithËnË.

Me Krasas me tË gjitha degët e shkencËs dhe studimin e gËshjeve tË arthroplastikËs merr rrugËn e zhvillimit me tË mirË tË tij. KarakteristikË e kËqËsisË sovjetike e cila lindi me revolucionin e Tetort ËshtË puna kolektive nË zhvillimin e shkencËs. NË anË tjetËr rendi socialist qysh nË fillim tË ekzistencËs sË tij krijoi tË gjitha konditat e favorËshme dhe hap rrugËn tË gjana pËr zgjidhjen e problemeve tË shkencËs. KËto dy faktore jana detyrues nË stimulim dhe mbËshtetjen e zhvillimit tË shkencËs nË pËrgjithËsi dhe shkencave tË mjekËsisË veçanËrisht. Mbas luftËs sË parË botËrore nË Bashkimin Sovjetik u muarËn me qËshje tË

arthroplastikës shumë kolektive dhe shkencëtarë, të cilët dhanë mundësi zhvillimit dhe perfeksionimit të operacioneve arthroplastike.

Ndër shkencëtarët sovjetikë të cilët u muarën me studimin e arthroplastikës mbas luftës së parë botërore janë: A.G. Blecki, N.I. Berezne-govski, N.I. Krauze, S.I. Spasokukocki, V.R. Hesin, R.R. Vreden dhe shkolla e tijë, N.O. Kiptenko, N.E. Kazakeviç, N.A. Bogoraz, M.I. Kuslik., M.I. Sitenko, M.O. Frideland, A.N. Apasova, L.E. Ruhman, M.I. Bellousova dhe shumë të tjerë.

Në sajë të studimeve të shkencëtarëve sovjetikë edhe ma tepër u perfeksionue teknika e ndërhyrjeve operatorë në raste të ankilozave. U propozuen një seri metodash të reja mjekimi të ankilozave. Në mënyrë të hollësishme dhe të gjithëanëshme u studjuen problemi i etiologjisë, i pathogenezës dhe gjithashtu esenca anatomico patologjike e ankilozave. Në lidhje me këto u përpunuan taktika e mjekimit, indikacionet dhe kontraindikacionet për operacione, afatet e ndërhyrjeve kirurgjikale të mundshme. Gjithashtu u përpunue edhe trajtimi i të sëmurit në periudhën pas operacionit. Mbi këto probleme duelen një seri veprash shkencore, u publikue një sasi e madhe materiali klinik mbi arthroplastikën. Qyshi në vitet 30 një radhë kirurgësh sovjetikë publikuen rezultatet e arthroplastikës në të sëmurë. Kështu Bogoraz N.I. publikoj 10 raste, Allmazov — 5, Jelecki — 13, Krauze — 11, Kiptenko — 100 etj.

Nga të dhanunat e shumicës së autorëve rezultate më të mira në mjekimin e ankilozave jep arthroplastika me interpozicion. Të gjitha metodat e tjera nuk e kanë justifikue vetvehten. Problemi i interpozicionit është një ndër problemet qëndrore të arthroplastikës. U propozuan inde të ndryshme për interpozicion. Së pari u propozuan auto indet: muskuaj, fascie, aponeuroza, substanca adipoze, kartilago, lëkura, peritosi, të cilat aplikohen në stil të gjanë edhe sot. Tue marrë përasysh se në një përqindje të konsiderueshme shfrytëzimi i indeve të vetë të sëmurit për interpozicion mbaron në recidive të ankilozës, me qëllim për mirësimi të rezultateve të arthroplastikës u propozuan dhe shfrytëzohen për këtë qëllim heteroindet. Autorët të cilët propozuan këtë u nisën nga fakti se heteroindi, si trup i huaj për organizmin, nuk i nënshtrohet metaplazisë, kështu që pengon konsolidimin e fragmenteve d.m.th. pengon recidivën e ankilozave. Kështu p.sh. në vitin 1895 Foerderi shfrytëzoi lembon e veshikës urinare të derrit dhe murin e kistit ovarial. Në vitin 1907 Baer aplikoi për interpozicion në arthroplastikën të articulatio geni veshikën urinare të derrit, të përpunueme me një metodë speciale. Këtë ai e publikoi në kongresin ndërkombëtar në Londër. Në vitin 1917 publikoi 100 raste të arthroplastikës të articulacionit coxofemoral. Në vitin 1911 Schmerz publikoi shfrytëzimin për interpozicion në rast të arthroplastikës të articulatio cubiti të membranës së placentës. Autorë të tjerë përdorën membranën e placentës së përpunueme, të thatë, e cila mbas mendimit të tyre pengon recidivën e ankilozës, ngjitet me indin kërkor dhe shkakton absorbimin e indit lidhor (Pukerman I.V.)

Por me gjithë se u publikuan një seri rastesh arthroplastike me interpozicion prej heteroindesh, duhet thënë se rezultatet e tyre nuk qenë më të mira se sa në arthroplastikën me autoinde. Prandaj, kërkimet e materialeve më të përshtatshëm për interpozicion në arthroplastikë, natyrisht, vazhduan.

2. Arthroplastika me përdorimin e materialeve alloplastike për interpozicion.

Me gjithë që disponohej një sasi e madhe indesh të ndryshme për interpozicion në arthroplastikë, përqindja e recidivave të ankilozave mbas operacionit mbeti e konsiderueshme (nga të dhanunat e shumicës së autorëve prej 15 deri 50%). Prandaj krahas me përdorimin e indeve të ndryshme për interpozicionin kirurgët kërkuan vazhdimisht metoda më të mira të arthroplastikës, të cilat janë në gjëndje të pengojnë mundësinë e zhvillimit të recidivave. Mundësia e zhvillimit të recidivave t'ankilozës mbas arthroplastikës me interpozicione t'indeve të ndryshme, i shtyri kirurgët në kërkimin e t'atilla materialeve për interpozicion të cilat do të mundeshin me pengue ngjitjen e sipërfaqeve artikulare. Me këtë qëllim filluen të përdoren trupa të huej, si metale, masa plastike etj. Alloplastika është aplikue në kirurgji me kohë. Simbas të dhanunave të G.I. Turner dhe A.D. Ozerov që në shekullin e gurit defektet e kafkës i mbyllnin me lëvozhgën e arrës kokos. Fiset e vjetra për këtë qëllim përdornin pllaka argjendi. Simbas të dhanunave të literaturës në shekullin e XVI për alloplastikë përdornin arin dhe plumbin.

Në V. 1647 Fabricius, kurse simbas të dhanunave të disa autoreve në vitin 1755 Ikar (A.M. Ziman), për të parën herë përdorën metal si material qepës në mberthimin e fragmenteve kockore në raste fakturash të kockave tubulare.

Kurse simbas të dhanave të N.V. Putov për të parën herë aplikoi qepjen metalike White në v. 1760.

Në shek. XIX metaloplastika filloi të përdorej gjerësisht në kirurgji. U banë një seri kërkimesh shkencore në këtë drejtim. U studiuën si nëksperiment, gjithashtu edhe në klinikë, një seri materialesh plastike si p.sh. alumini, bakri, platini, ari, nikeli, çeliku, xingu, argjendi, bronxi, hekuri etj. Shfrytëzimi i këtyre materialeve në kirurgji në fillim kishte karakter empirik. Së shpejti u vu re se në raste kur lleshin n'inde t'organizmit të njeriut këto metale shkaktounin procese inflamatorë dhe shumë komplikacione të tjera.

Dihet se Lane dhe Lambotte në kohën e tyre aplikuen gjerësisht shina metalike të ndryshme, vida dhe tela për osteosintezë në raste frakturash të kockave, por me qenë se në një shumicë rastesh zhvilloheshin komplikacionet u detyruan që t'i hiqnin ata (në 40-60% të rasteve). Rezultate të tilla patën edhe shumë autorë të tjerë.

Por me gjithë këto disfata studimet dhe kërkimet e materialeve indiferente nuk u ndërpreën. Si rezultat i kërkimeve të shumta, sukseseve të mjeksis, dhe gjithashtu i shkencave tjera, si fizika, kimia, e të tjera u zbuluan një seri metalesh dhe masash plastike, të cilat janë gati krejtësisht indiferente për indët e gjalla në raste kontakti të vazhdueshëm me to dhe gjithashtu edhe për të gjithë organizmin në përgjithësi.

Në studimin e metaleve të ndryshme kanë luejtë një rol të madh punët eksperimentale të A.A. Vasiljevit, M.M. Kozakov dhe A.I. Vlasova, V.K. Danillov, E.M. Krinicki, J.G. Dubrov dhe L.G. Shamesova, V.V. Sokollov, I.G. Hercen, gjithashtu dhe rastet klinike të D.N. Citrin, M.S. Znamensk, D.S. Kovaljov, M.O. Fridljand, J.G. Dubrov, F.R. Bogdanov, V.V. Sokollov etj.

Nji kontribut të madh në lëmin e studimit të mundësive t'aplikimit në kirurgji si materiale plastike të lëndëve të ndryshme plasmase, sue-

Ilen IBlagoveshcenskij S.V., Shapiro G.L., B.N., Rovzin N.I., Vish-njeveckaja R.I., Dihno R. Shvarc, B.A. Vares, F.J. dhe shumë të tjerë.

Materialet alloplastike aplikohen gjerësisht nga kirurgët në lëmin e stomatologjisë dhe të plastikës së kafkës. Në kohën e sotme është mblet dhe material i shumë të plastikës së kafkës dhe i stomatologjisë alloplastike, rezultat i të cilit vërtetoi aplikimin e tyre në klinikë.

Në lëmin e artroplastikës, për herë të parë në vitin 1895 Foderl (Foderl) propozoi dhe aplikoi për interpozicion një pllakëz prej celuloidi, tue pas parasysh se celuloida pengon recidivën e ankillozës dhe nuk absorbohet.

Në vitin 1900 Hlumski (Chlumsky) arriti rezultate pozitive në eksperimente tue përdorë për interpozicion pllakëza prej magnezi, argjendi, celuloidi, zingu dhe të tjera. Përpara se me ty pllakëzën në fundin e kycit ky i fundit lyhej me kolodium.

Ma vonë Kenig tue shfrytëzue idenë e Gljukut (Gluck), propozoi që të përdorej për interpozicion fildishi, kurse në vitin 1904 në kongresin e III-të të ortopedëve Gjerman Goff propozoi që të përdoren pllakëza prej magneziumi. Por të gjitha këto materiale shpejt dualën jashtë përdorimit me qenë se nuk dhanë rezultate të mira në praktikë. Arsyeja që fakti se këto materiale ishin kimikisht jo indiferent ndaj indeve që i rrethojshin. Kur ata aplikoheshin në artroplastikë viheshin re rastë manifestimi procesesh inflamative, shpesh kishte raste të formimit të fistulave dhe zhvillim recidivash t'ankillozave.

Interesi për të përdorë trupa të huaj për interpozicion lindi përsëri pas disa vjetësh në lidhje me faktin e kërkimeve për të gjetë materiale të cilët janë të padëmshëm për indet dhe organizmin në përgjithësi.

Kështu në vitin 1923 Smit-Peterson (Smith-Peterson) kreu artroplastikën e artikulacionit coxo femoral tue aplikue për interpozicion një ksulez prej qelqi, por shpejt u detyrue me e heqë atë me qenë se tue u ndodh nën presion të madh të peshës kësuleza prishej. Ishte interesante se kur e hoqi kësulezën autori pa regjenerimin e plotë të sipërfaqeve kockore.

14 vjet ma vonë pas këtij rasti pa sukses, simbas këshillave të Kukut (Cook) Smith-Petersen bëri një kësulez për kokën e femurit prej aliazhi (Kromo-nikel), tue marrë parasysh rezistencën e tij dhe se ky aliazh është kimikisht indiferent ndaj indeve. Tue përdorë kësuleza të tilla Smith-Petersen kreu 29 operacione me sukses dhe me rezultate të mira. Me daljen dhe studimin e vitaliumit Smith-Petersen filloi me përdorë për interpozicion n'arthroplastikën e artikulacionit coxo femoral nga viti 1938 kësuleza prej vitaliumi ma tepër se 300 raste. Pas Smith-Petersenit filluan me aplikue alloplastikën me metodën e tij autorit të ndryshëm si: Baker (Baker), Uoters (Waters), Magnuson (Magnusson), Spfid (Spead), Steport dhe të tjerë. Si rezultat i punëve të Smith-Petersenit dhe të tjerëve alloplastika e artikulacionit coxo femoral me kësuleza në përdim ishte operacion jo i rrallë dhe në kohët e sotme operacione të tilla numurohen me mijra.

Në literaturë ka të dhëna të shkëputura se artroplastikën me kësuleza e aplikonin jo vetëm n'ankillozat e artikulacionit coxo femoral por gjithashtu edhe në rastet e luksacioneve centrale të kokës së femurit. Kështu Anders Vesterhorn (Anders Vesterhorn) njofton përveç 180 operacioneve artroplastike me kësulezën n'artikulacionin coxofemoral për shkak të osteoartritit, ai kish aplikue një operacion të tillë në 6 rastet

e luksacioneve centrale të kokës së femurit me rezultate të mira tek 5 të sëmurë.

Pas Smit-Petersenit u propozue me përdorë për interpozicion kësulëza prej plastmasash të ndryshme. Në vitin 1940 Berman (Burman) aplikoi për interpozicion n'artikulationin coxofemoral plastmasën Ljuciti dhe nejlonin. Ai njoftoi se plastmasa jep rezultate të mira n'arthroplastikë. Pas tij shumë autor të ndryshëm njoftuan mbi përdorimin e plastmasave të ndryshme për interpozicion, por në disa raste të veçanta; në krahasim me vitaliumin, ata jepnin rezultate ma të këqia. P.sh. Bikel U.G. (Bickel) në vitin 1944, tue analizue eksperiencën e klinikës së Májó (Mayo) t'arthroplastikës në artikulationin coxofemoral me kësulëza prej Ljuciti dhe vitaliumi, thekson se Ljuciti dha 30% komplikacione, kurse vitaliumi shumë ma pakë.

Në lëmin e arthroplastikës Ljuciti u aplikua përveç se në artikulationin coxofemoral edhe n'artikulatione tjera. Berman (Burman, dhe Abramson (Abrahamson) në vitin 1943 njoftuan për rezultate të mira t'arthroplastikës me interpozicion me pllakëza prej ljuciti në raste ankilozash të fallangave proksimale të gishtit të mesëm në një rast të luksacionit të vjetër të falangës së parë.

Për alloplastika e këtyre artikulationeve ma vonë nuk gjëti aplikim të gjerë.

Interes të madh paraqet materiali i shumtë i alloplastikës së artikulationit të gjunit. Në vitin 1953 Kuns (Kuhns), Potter (Potter), Hormeli (Hormell) dhe Elliston (Elliston) njoftuan mbi 77 raste t'alloplastikës së artikulationit të gjunit në raste artritesh kronike tue përdorë për interpozicion pllakëza prej nejloni me trashësi rreth 1 cm. Veçimet për gjashtë muaj me radhë i 70 të sëmurëve, sipas të dhënave t'autoreve, në 58 raste dhanë rezultate të mira. Tek 26 të sëmurë lëvizja në artikulationin e gjunit t'operuem u rivendos në 90%. Por duhet theksue se arthroplastika e artikulationit të gjunit me interpozicion me trupë të ndryshëm të huej jep rezultate jo më të mira se sa arthroplastika me interpozicion t'indeve të gjallë.

Në B.S. arthroplastika tue përdorë për interpozicion materiale alloplastike nuk aplikohet aq gjerësisht sa në perëndim, por në disa institucione të veçanta aplikohen me sukses. Në vitin 1946 Priorov N.N. përdori kësulëza prej polimetilmetakrilati n'arthroplastikën e artikulationit coxofemoral. Kështu, në vitin 1954 Bllohin V.N. (nga klinika e Priorovit N.N.) njoftoi për 20 raste t'arthroplastikës të artikulationit coxofemoral me kësulëza prej polimetilmetakrilati. Në disa raste të veçanta këtë metodë e aplikoi Bllohin N.N. (Gorkij) dhe Bogdanov N.N. (Sverdlovski). Dihno A.M. publikoi 6 raste t'arthroplastikës t'artikulationit coxofemoral me kësulëza prej pleksiglasi në 4 të sëmurë dhe së pati rezultate të mira.

Në kohën e sotme në Bashkimin Sovjetik paralelisht me punët eksperimentale në këtë lëmë përpunohet metodika e aplikimit të alloarthroplastikës dhe indikacionet për të. Materialet alloplastike në Bashkimin Sovjetik përdoren gjerësisht në plastikën e kafkës, në stomatologji dhe në plastikën e hundës dhe fytyrës. Tue studjue historinë e alloarthroplastikës duhet theksue edhe dy metoda, të cilat për kohën e sotme kanë veçim interes historik. Në vitin 1939, pas njoftimeve të Smit-Petersenit, Xhiangraso (Giangrasso) përdori për interpozicion tek njeriu, n'arthroplastikën e artikulationit të mandibules dhe në një eksperiment

n'artikulacionin e gjunit tek një qen llastik doreza. Ai arriti rezultate të mira tue përdorë llastikun e dorezës për interpozicion. Këtë e pohojnë të dhënat e tij.

Bajoki (Baiocchi) propozoi ma përdorë për interpozicion pergamentin. Vëzhgime klinike autori nuk bëri, por ai e bëri këtë propozim vetëm tue u bazue në eksperiment. Ma vonë të dy këto propozime nuk gjetën përkrahjen kurse në praktikë filluan me përdorur gjëresisht vitaliumin, plastmasat dhe çelikon inoksidabël, të cilët, si në eksperiment ashtu dhe në klinikë u treguan t'afhtë për t'u përdorur më mirë se sa të gjithë materialet alloplastike që u propozuan më parë.

Zëvendësimi i sipërfaqeve artikulare

a) Transplantimi i sipërfaqeve artikulare ose të gjithë artikulationit

Pothuejse njëkohësisht me arthroplastikën me interpozicion indesh të gjalla dhe me materialet alloplastik filluan tentativat e realizimit të transplantimit të sipërfaqeve t'artikulationeve ose të gjithë artikulationit.

Në perëndim prioritetin e transplantimit t'artikulationeve ja atribuojnë Lekserit. Gjatë studimit të historisë së kësaj çështje gjeme të dhëna të përpikta që tregojnë se që në V. 1893 për herë të parë në botë Penskiy J.P. në Karkov në eksperiment kreu transplantimin e artikulationeve në qen dhe në dhen. Në këtë mënyrë ideja dhe tentativa me provue eksperimentalisht mundësinë e transplantimit me sukses t'artikulationeve i takon Penskit dhe jo Lekserit.

Në klinikë për herë të parë në botë më 15 shkurt 1907 d.m.th. 8 muaj para Lekserit, Buhman P.I. në Peterburg kreu me sukses rezeksi-onin e artikulationit të brrylit në një rast ankilloze e kombinueme me transplantimin e artikulationit metatarzo falangeal I në vend të tij. Më vonë po këtë operacion ai e bëri përsëri dhe në vitin 1908 dhe publikoi të dhënat e tij.

Vetëm në tetor të vitit 1907, 8 muaj më vonë se Buhmani, Lekser kreu transplantimin e pjesës së sipërme të tibies bashkë me hondrin nga kamba e amputueme e një të sëmuri 38 vjeçar mbas hjekjes së sarkomës mielogene të pjesës së sipërme të tibies.

Pas 8 muajsh i sëmuri filloi t'eci vetë tue u mbështete plotësisht në ekstremitetin e operuem. Pas këtij rasti Lekser përshkruen një të sëmuri 19 vjeçare t'operuem për arsye ankilloze t'artikulationit të gjunit në pozicion të kandit të drejtë mbas një goniti purulent ku bëri transplantimin e artikulationit të gjunit plotësisht nga këmba e amputueme për shkak të gangrenës similë.

Ma vonë këtë metodikë ai e përdori në raste shkatrimesh tuberkulare t'artikulationeve. Lekser me problemin e transplantimit t'artikulationeve u muer gjatë 18 vjetëve. Gjatë kësaj kohe ai mbledhi material të madh klinik, në bazë të të cilit ai studjoi me hollësi problemet e transplantimit të artikulationeve.

Në vitin 1910 në kongresin e 9 të kirurgëve gjermanë Bizalski (Bie-salski) demonstroi një rast, në të cilin kishte kryer astrodezen e këtij artikulationi një fëmije tjetër me ankilloze t'artikulationit coxofemoral.

Në vitin 1911 Petra Shevskaja G.F. kreu transplantimin autoplastik të gjysëm artikulacioneve. Në këtë mënyrë, përveç Lekserit në literaturë mund të takojmë vetëm raste të veçanta të transplantimit t'artikulacioneve në njerëz. Kjo është e lidhur me faktin se operacionet e transplantimit të artikulacioneve teknikisht janë të vështirë dhe të rrezikshëm.

Ekspierienca e transplantimit t'artikulacioneve shpejt tregoi se kjo metodikë jep rezultate të mira vetëm në një afat të shkurtër, 2-3 vjet pas operacionit, n'ato raste kur perioda pas operacionit kalonte mirë dhe arriheshin rezultate të mira funksionale vihej re formimi i arthrozave deformuese, viheshin re dhimbje, nekroza të transplantatit dhe deformime t'artikulacioneve.

Në këtë mënyrë jo vetëm autor të tjerë, por edhe vetë Lekseri u detyrua në vitin 1925 me i braktisë këto operacione.

Pas Lekserit deri në ditët e sotme në literaturë takohen disa punë eksperimentale mbi transplantimin e artikulacioneve, të cilët nuk na japin të drejtë me aplikue ende në klinikë operacione të tilla.

b) Protezimi i brëndëshëm i sipërfaqeve artikulare ose i artikulacioneve në tanësi

Përdorimi me sukses në klinikë i kësulëzave prej materialesh alloplastike n'arthroplastikën e artikulacionit coxofemoral dhe gjetja e materialeve të ndryshëm alloplastike të vlefshme për operacione plastike bëjnë të mundëshme zhvillimin e mëtejshëm t'alloplastikës së artikulacioneve. Studimet e shumta eksperimentale të plastmasave të reja dhe të metaleve dhanë mundësinë me përcaktue se një seri materialesh prej tyre janë kimikisht indiferente ndaj organizmit. Veçanërisht pas luftës së dytë botnore në kirurgji filluan me u aplikue gjerësisht plastmasa dhe metale të ndryshme për qëllime plastike. Kjo dha mundësinë me realizue në klinikë jo vetëm përdorimin e materialeve alloplastike në formë shtresash për interpozicion n'arthroplastikë, por gjithashtu edhe me krye protezimin e brëndëshëm të sipërfaqeve artikulare.

Arthroplastika e artikulacionit coxofemoral tue përdore kësulëza alloplastike për interpozicion është e mundëshme vetëm n'ato raste kur femoris është i plotë.

Në mungesë parciale të caput femoris ose në mungesën e tij të plotë arthroplastika me kësulëzat sipas Shmit-Petersenit është e paefekt.

Në raste të tilla metoda e Shmit-Petersenit është e kontrindikuese dhe zakonisht në këto raste aplikohen operacione rekonstruktive ose në fund të fundit aplikohet arthrodeza.

Me qëllim që të rivendosim lëvizjet n'artikulacionin coxofemoral kur murgon caput femoris në vitin 1946 Zhjude R. dhe Zhjude Zh. aplikuan endoprotezën e caput femoris prej Ljuziti.

Në vitin 1949 ata publikuan 76 raste alloplastike të artikulacionit coxofemoral tue zëvendësue caput femoris me protezë prej akrilati. Prej tyre në 3 raste, siç theksojnë autorët, ndodhi fraktura e kambzës së protezës. Në raste të tilla autorët rekomandojnë të përsëritet operacioni, gjë të të cilit hiqet proteza e prishur dhe zëvendësohet me protezë të re.

Më vonë ata përshkruan 150 operacione të protezimit të caput femoris me akrilate dhe me rezultate të mira. Të sëmurët u vëzhguan nga 6 muaj deri në 3,5 vjet. Në këtë punë ata njoftojnë se fraktura e kamb-

zës së protezës u vu re në 12 të sëmurë, të cilët ju nënshtruan operacionit të përsëritur të protezimit të caput femoris.

Rezultatet funksionale ishin të mira.

Të sëmurët pas protezimit me endoprotezë të caput femoris në 60% të rasteve e lëvizin këmbën në artikulacionin coxofemoral në kufijt deri në 90 gradë, në 30% të rasteve — nga 60 gradë deri në 90 gradë, i.e. 30% të rasteve — nga 60 gradë deri në 90 dhe vetëm 10% të të sëmurëve nuk mundën të kryejnë fleksionin më tepër se deri në 60 gradë. Aduksioni simbas autorëve nuk ka qenë më e vogël se 20%. Nga ana e artikulacioneve deformime nuk u vunë re. Të sëmurët ecnin, 3% e të sëmurëve ecnin pa shkop, 70% — pa shkop nuk mundnin më ecë. Nga gjithë të operuemt 80% e të sëmurëve ktheheshin në punë. Përveç ecjes së pavarur (të lirë) dhe lëvizjeve në artikulacione të sëmurët mund të bridhnin edhe me biçikletë. Këta të sëmurë ishin në gjëndje me krye punë të rënda. Nga një herë gjatë ecjes ndigjohen kërcellime në zonën e artikulacionit.

Pas njoftimit të parë të Zhjude mbi protezimin e brëndëshëm të caput femoris shumë kurrug filluan përdorimin e kësaj metode në klinikë. Në kohën e sotme ekziston një material i shumë klinik mbi zëvendësimin alloplastik të caput femoris. Midis punëve të shumta mbi protezimin e caput femoris ka njoftime mbi disa të meta të kësaj metode.

Gjatë studimit histologjik të 18 rasteve Hebert (Herbert), Grase (Grasset E), Montmollin (Montmollin) erdhën në konkluzionin se, gjatë protezimit të caput femoris me metodën Zhjude, rreth gozhdës fikse zhvillohet procesi Osteoporotik. Skefir (Scaffir) tue u bazue në eksperiencën e 41 rasteve të protezimit të caput femoris njofton mbi mundësinë e lirimit të protezës dhe rekomandon me kufizue indikacionet për protezimin e caput femoris.

Një rol të madh për protezimin luan edhe materiali nga i cili është pregatit proteza. Sipas të dhënave të Levi-t (Levy), Lupskombit (Lipscomb), Makdonaldit (Macdonald) protezat prej hejloni japin rezultate negative më qenë se shkaktojnë nekrozën e indeve që rrethojnë kockën.

Në njoftimet e kirurgëve që aplikojnë protezën prej metali ose prej polimetil metakrilati rreth protezës nuk vihej re çfaqje nekroze.

Në radhë të parë metoda e protezimit të caput femoris aplikohet në raste frakturash të collum femoris kur koka është absorbue, ose kur kemi nekrozë aseptike të kokës së kockës së femorit, ose në raste ankilozash kur koka është prish dhe gjithashtu në disa raste artritesh të artikulacionit coxofemoral. U bënë përpjekje me e përdorë këtë metodë në raste frakturash të freskëta mediale të collum femoris. Operacione të tilla Kregan (Cregan J.C.) bëri 65. Sipas të dhënave të tij rezultatet ishin krejtësisht të pakënaqëshme. Pothuajse fare mungonin lëvizjet në artikulacionet e operuem dhe viheshin re dhimbje të forta. Sipas mendimit të Kreganit, në raste frakturash të freskëta mediale të collum femoris, metoda e protezimit të brëndëshëm të caput femoris është e pakëshillueshme. Në raste të tilla rezultate shumë më të mira jep osteosinteza me gozhda sipas Smit-Petersenit.

Movin publikoj një rast frakture intertrochanterica, i rrjedhim i osteoartritit të rëndë, ku ai me protezë njëkohësisht zëvendësoi me sukses caput femoris dhe gjithashtu fiksoi fragmentin Collum femoris në kockën femorale.

Nga viti 1951 zëvendësimi alloplastik i caput femoris me metodën Zhjude gjeti aplikim të gjërë në Bashkimin Sovjetik. N.N. Bllohim (Gorky), N.N. Priorov, D.K. Jazikov, (Moskë). Por pavarësisht nga materialë klinik i mbledhur mbi protezimin e caput femoris, duhet të pohojmë se këtë problem nuk mund t'a konsiderojmë të përpunuem si duhet. Akoma nuk janë përpunue me përpikmëni indikacionet dhe kontra-indikacionet për këto operacione. Për këtë po bëhen përpjekje me përmirësue konstruksionin e protezës dhe teknikën e ndërhyrjes operative. Paralelisht me aplikimin e metodës Zhjude filluen me zëvendësue jo vetëm caput femoris por njëkohësisht edhe collum femoris dhe gjithashtu pjesën e sipërme të kockës femorale. Këshitu p.sh. (Hudack) dhe Blent (Blunt) në vitin 1949 njoftuan mbi 6 të sëmurë, tek të cilët ishte krye zëvendësimi i kokës, qafës dhe i pjesës së sipërme të kockës femorale me protezë prej akrilati të fiksueme të kocka femorale me gozhda.

Sipas të dhënave të tyre tek të gjithë të sëmurët u rivendos në shkallë të ndryshme, sasia e lëvizshmërisë së ekstremiteteve, mundësia e lëvizjes me patericë, kurse tek disa të tjerë u bë e mundur të lëviznin pa patericë.

Në këtë mënyrë, në kohën e sotme, ka proteza të caput femoris të konstruksioneve të ndryshme, të përgatitura prej metalesh dhe plasmasazash të ndryshme.

Ato mund t'i ndajmë në 3 lloje: a) proteza që zëvendësojnë caput femoris, b) proteza që zëvendësojnë caput femoris, collum femoris dhe c) proteza që zëvendësojnë njëkohësisht edhe pjesën e sipërme të kockës femorale.

E vetmja e mëtej e madhe e protezimit të caput femoris sipas të dhënave të shumtë kirurgëve është fakti se për shkak të peshës kur funksionon artikulacioni me kohë fillon në disa raste të lirohet proteza. Në këtë drejtim bëhen përpjekje me përmirësue mundësinë e një fiksimi sa më të mirë. Për këtë qëllim u propozue nga ne në vitin 1953 me ba në fletët e gozhdave fiksuese dritareza tucë dhe dhanë mundësi kështu mbushjes së tyre me ind kockorë.

Pas realizimit të protezimit të caput femoris gjeti aplikim edhe protezimi i sipërfaqeve artikulare si p.sh. caput humeri, caput radii, 1/3 poshtëme të humerusit, pjesës së poshtëme të femurit etj.

Në kohën e sotme mbi protezimin e sipërfaqeve tjera artikulare ekzistojnë punë të veçanta, por vetëm me rezultate që lejnë me shpresue shumë.

Në vitin 1946 Hjudek S.S. njoftoi për 6 raste në qen të cilëve u kish zëvendësue caput humeri me protezë prej vitalumi. Pas protezimit mbas 5 javësh qenët ecnin tue u mbështetur në ekstremitetet e operuara me. Studimi histologjik i indeve tregoi se ndryshime patologjike në të nuk u gjetën. Në vitin 1949 Hjudek dhe Blent njoftuan mbi një rast me sukses të protezimit dhe Mak Tellander (Mak Tellander) njoftoi për 4 raste të protezimit të caput humeri në rast luksasioni të pafepënuem.

Aj theksopte se kemi rezultate ma të mira funksionale gjatë protezimit të caput humeri se sa gjatë rezeksionit të thjeshtë.

Në vitin 1955 C. Nir (Charles Neer) njoftoi për 12 raste të protezimit të caput humeri. Autori krahason të dhënat e 20 rasteve të kërue deri në vitin 1953 për arsye luksasioni të kokës humerusit ose për arsye frakturash coll humeri me rrugën e operacionit të reponimit ose

resectio capitis. Gjatë këtyre operacioneve rezultatet nuk qenë të kënaqshme. Pas kësaj ai aplikoi protezimin e caput humeri në 7 raste luxatio capitis humeri dhe në 5 raste frakturash të collum humeri. Në këto raste sipas të dhënave të Niv rezultatat qenë të mahnitshme. Kishin mundësi të plotë dhimbjesh, lëvizje të mira. Vetëm në 2 raste pati lëvizje të zorrshme, të këqija. Tek të sëmurë autori vuri re tendencën e luksasionit të poshtëm por ajo u zhduk me restaurimin e Tonusit muskularë.

Në vitin 1955 n'Institutin e patologjisë eksperimentale dhe të terapisë së kancerit të Akademisë së shkencave mjekësore të Bashkimit Sovjetik nga ana jonë u kryen në 3 raste protezimi i caput humeri dhe pjesës së sipërme të humerusit në të sëmurë me tumore të caput humeri.

Rezultati i menjëhershëm i pas operacionit ishte plotësisht i kënaqshëm. Proteza qe pregatitë prej çeliku inoksidabel dhe polimetilmetakrilati.

Në vitin 1952 Venabl (Venable Charles S.) njoftoi për një rast të protezimit të pjesës së poshtme të humerusit në një rast fracture multiplex. Operacionin autori e kish bërë në dy etapa: 1) etapanë e parë u përpunue kocka dhe u pregatit për protezë. Pastaj olekrani u mbeshtet në humerus në një kënd 90° dhe u stabilizue në këtë pozicion me një vijë të gjatë vitalium. Plaga u qep ekstremiteti u fut në allçi dhe u la në atë pozicion. 2) Etapa e dytë e këtij operacioni u krye pas 11 javësh. Në pjesën e mbetun të humerusit u vu proteza e cila paraqet një gëlze simbas formës së kockës të humerusit.

Brënda gëlzës së mbrëthyeme, në bazën e saj kalonte një gozhdë intramedular me 3 faqe për fiksimin e protezës. Pas mbylljes së plagës, dora n'artikulationin e brrylit u mbloodh në këndin 90° dhe në pozicionin gjysëm supinacioni u vu fashiatura prej allçije.

Sipas të dhënave të autorit pas 15 muajsh dora mbliidhej deri në 110° dhe shtrihet deri në 180° , pronacioni dhe supinacioni i parakrahut normalë.

Cerri (Cherry) zavëndësoi me sukses caput radii në një rast fracture.

Në vitin 1954 Kraft (Kraft G.L.) dhe Lievintal (Leynthäl) njoftuen për një rast të protezimit të pjesës së poshtme të kockës femorale tek një e sëmurë 37 vjeçare për arësye të një tumori gigantocelular. Këtu u krye rezeksioni i pjesës së poshtme të kockës femorale, tue mës dëmtuë indet e buta që e rrethojnë, dhe zëvendësimi me protezë prej akrilati, tue u fiksue me një gozhdë të vogël pa kokë në kanalim medullarë. Pas 9 javësh mbas operacionit u arritën lëvizje të mira funksionale dhe një qëndrueshmëri e mrekullueshme e artikulationit. Në muajin e 8 i për shkak të peshës gjatë funksionit ndodh shtrëmbërimi dhe fraktura e gozhdës së vogël metalike. Autorët e përsëritën operacionin, gjatë të cilit autorët e hoqën protezën e thyemë dhe vendosën një të re. Gjatë operacionit u konstatue se indet e buta dhe kockat, kishin formën normale. Pas operacionit të dytë u arritën rezultate të mira.

E sëmura u vëzhgue gjatë një viti pas operacionit të dytë.

Në vitin 1955 n'Institutin e patologjisë eksperimentale dhe të terapisë së kancerit të Akademisë së Shkencave mjekësore të B.S. nga ana jonë u krye protezimi i pjesës së poshtme të radiusit për shkak sarkome me protezë prej polimetilmetakrilati dhe prej çeliku të paoksidueshëm dhe rezultati funksional qe i mirë.

Tue dijtë se ekziston mundësia e zëvendësimit të caput femoris me endoprotezë prej plastmase dhe çeliku të pa oksidueshëm, nga viti 1952 ne filluëm eksperimentet në kafshë për krijimin e artikulacionit të gjunit tek qeni (qyteti Gjorkij — Instituti i kirurgjisë restauruese), tue pasë parasysh me përdorë protezën e këtij tipi për rivendosjen e artikulacionit të brnylit tek njeriu. Një operacion i tillë n'artikulacionin e brnylit të njeriut u krye nga ne për herë të parë me 14 mars 1955 në Moskë (M.O.N. N.K.I.).

Tentativat e protezimit të gjithë artikulacionit me endoprotezë prej plastmase dhe çeliku të paoksidueshëm në vitin 1951 u bënë nga një seri autorësh si Diamant, Berus, Boren dhe Konçer, por rezultatet qenë negative. Pas tentativave të shumta atë hqën dorë nga këto operacione.

Vetëm në vitin 1953 u duk publikimi i Valdiusit (Valldius) për 4 raste të protezimit t'artikulacionit të gjunit me protezë prej akrilati. Këto operacione autori i bani për arësye poliartriti, artroze dhe deformimi t'artikulacionit të gjunit si rrjedhim i prishjes (thyerjeve) traumaturike brënda artikulacioneve. Të sëmurët qenë invalidë. Autori konstruktoi protezën sipas tipit të rezëve (bravave). Naltësia e pjesës qendrore 38 mm, në mënyrë që të japi gjatësin e plotë e cila nevojitet në rezeksionin e maleoleve dhe pjesës së sipërme të tibies. Proteza fiksohet në kanalet medulare të kockës femorale dhe të kockës tibiale me anën e gozhdave metalike. Proteza jep mundësinë e lëvizjes në kufijt 90°-185° grada. Pas një operacioni të tillë disa të sëmurë mund t'ecnin pa paterica deri në 1 km.

Në vitin 1954 E. Moies (Moyes E.J.) (Hollandë) njoftoi për 3 eksperimente të protezimit të artikulacionit të gjunit në qen me endoprotezë prej metali.

Këto eksperimente i dhanë atij mundësinë me të vazhduë këto studime.

Punë të tjera përveç këtyre të dyjave (Valdius dhe Mojes) për protezimin e gjithë artikulacionit në literaturë ne nuk kemi takue.

Duke studjuar të dhënat e literaturës për alloplastikën e sipërfaqeve artikulare, mund të vijmë në konkluzionin se në kohën e sotme ekziston një seri materialesh alloplastike kimikisht indiferente për organizmin dhe se gjithashtu ekziston një material i shumë eksperimental dhe klinik me rezultate të mira.

Operacionet alloplastike mund t'aplikohen edhe në rastet kur kemi të bëjmë me artikulacione të lira.

Deri në kohën e sotme artikulacionet e lira mjekohen me arthrodezë ose me zëvendësimin e sipërfaqeve artikulare me transplantat kocke (Hovaçenko N.P., Shullutko L.I., Cinenkov A.V., Voskresenski G.P., Llopatka S.I., Nikiforova E.K., Mihelman M.D., Grigoriev A.T. dhe të tjerë).

Duhet tregue se në raste të artikulacioneve të lira më tepër aplikohet arthrodeza tue i dhënë artikulacionit një pozicion fiziologjik. Përkëz kockore shumë shpesh nuk ka sukses me qenë se nga ajo shpesh lindin ndryshime destruktive. Nga ana e transplantatit zhvillohet n'artikulacion një lëvizje e keqe dhe e zorshme dhe gjithashtu edhe ankilloza. Në disa raste për fiksimin e artikulacionit përdoren aparate të ndryshme.

Operacionet alloplastike mund t'aplikohen në raste të veçanta të lirimt t'artikulacionit.

Është e natyrshme se në artikulacionet e lira të një natyre paralitike, d.m.th. kur kemi dëmtim t'apararit neuromuskular të çfarëdo lloji preardhjeje që të ketë, operacionet alloplastike nuk janë të këshillueshëm. Në këto raste gjithnjë arthrodeza jep rezultate shumë më të mira. Operacionet alloplastike në raste të artikulacioneve të lira mund të bëhen vetëm atëhere kur është rezultat i shkatërrimit të sipërfaqeve artikulare me kusht që aparati neuro muskular të jetë në gjëndje të mirë. Në raste të tilla alloplastika jep mundësi me zëvendësue me një protezë si të sipërfaqes artikulare ashtu edhe defektet e kockave në gjatësi.

Prandaj problemi i alloplastikës së artikulacioneve në kohën e sotme jo vetëm që nuk e ka humbë kuptimin e vet, por përkundrazi, lind nevoja e një studimi dhe perfeksionimi të mëtejshëm.

(vijon në numurin e ardhshëm)