

SUKSESE TË MËDHA

Dr. CIRIL PISTOLI
MINISTËR I SHËNDETËSISË

U bënë 20 vjetë që kur atdheu i ynë u çlirua, mbas një lufte të ashpër me pushtuesit nazi-fashistë italianë dhe gjermanë si dhe me reaksionin e brëndëshëm. Revolucioni ynë triumfoi dhe u vendos Pushteti Popullor. Gjatë 20 vjetëve populli ynë luftoi kundër provokacioneve të armiqve të jashtëm, kundër bllokadave të imperialistëve dhe revizionistëve modernë, nuk u përku përpara asnjë vështirësie dhe duke pasur në një dorë kazmën dhe në tjetrën pushkën iu vu punës për ndërtimin e shoqërisë së re, pa shfrytëzues dhe të shfrytëzuar. Dhe në tërë këtë rrugë, gjatë luftës për çlirimin dhe për ndërtimin e socializmit në vëndin tonë, organizatore dhe drejtuese ishte Partia e jonë heroike, me në krye shokun Enver Hoxha.

Ndryshime të mëdha janë kryer gjatë kësaj kohe në jetën e vëndit tonë, të mahnitëshme mund të themi. Po kështu edhe në shëndetësi janë arritur suksese të mëdha që as mund të krahasohen me paraçlirimin.

Para çlirimit shëndetësia ishte një sektor pothuajse i braktisur. Vetëm 1.4% e buxhetit të raskapitur të atëherëshëm caktohej për mbrojtjen e shëndetit të popullit dhe fonde shumë më të mëdha caktoheshin për mbajtjen e oborrit mbretëror. Me ato mjete financiare shumë të varfëra, kuptohet se nuk mund të ngrihej dhe të mbahej veçse një rrjetë institucionesh shëndetësore shumë të kufizuara: 10 spitale me 820 shtretër — ose 8 shtretër për 10.000 banorë, 40 ambulanca nga të cilat 14 në tërësi — ose një mjek për 10.000 banorë, 32 mami dhe disa kuadro të tjera, gjithësej 428. Me përjashtim të infermierëve, të gjitha kuadrot përgatiteshin jashtë shtetit.

Populli i shtypur dhe i shfrytëzuar me një shërbim shëndetësor shumë të kufizuar, vuante nga sëmundje shoqërore dhe epidemike. Kështu p.sh. në vitin 1938, vdisin 17.8 veta për çdo 1000 frymë dhe zgjatja mesatare e jetës ishte vetëm 38.8 vjetë.

Ky ishte, me fjalë të pakta, kuadri i përgjithshëm i shëndetësisë para çlirimit në regjimet antipopullore.

Me vëndosjen e Pushtetit Popullor ky kuadër ndryshoi rrënjësisht. Filloi një punë e madhe, epike, për ngritjen e shoqërisë së re socialiste, për përmirësimin e vazhdueshëm të mirëqënies të popullit. Një kujdes i madh iu kushtua mbrojtjes së shëndetit.

«Mirëqënia e popullit, nuk mund të kuptohet pa mbrojtjen e shëndetit të tij» (Enver Hoxha). Mbi këtë koncept është bazuar politika shëndetësore e Partisë dhe e Qeverisë, gjatë këtyre 20 vjetëve. Kjo politikë është e shprehur në ligjin që i siguron popullit të drejtën e ndihmës mjekësore pa pagesë, në planet pesëvjeçare që janë konkretizuar në institucionet e shumta shëndetësore të ndërtuara, dhe në përgatitjen e një armate të tërë kuadrosht mjekësore.

Shëndetësia e jonë u ndërtua mbi parimet e shëndetësisë socialiste: karakter shtetëror i shëndetësisë, ndihmë mjekësore pa pagesë për popullin, zhvillimi me plan; drejtim profilaktik; pjesëmarrje e vetë masave punonjëse në mbrojtjen e shëndetit të tyre.

E mbështetur mbi këto parime dhe mbi potencialin ekonomik gjithënjë në ritje të vendit tonë. (për mbrojtjen e shëndetit shpenzohen më shumë se 5⁰/₀ e buxhetit të shtetit) shëndetësia e jonë pati një zhvillim të madh, megjithëse nga e kaluara trashëgoi tepër pak.

Sado mjete të shumta financiare që Pushteti Popullor të ndante për mbrojtjen e shëndetit të popullit, detyrat e mëdha që i dilnin përpara shëndetësisë sonë, nuk mund të zgjidheshin pa siguruar kuadrot e nevojshme mjekësore. Politika largpamëse e Partisë për pregatitien e kuadrove në përgjithësi, në rastin tonë e kuadrove mjekësore, ishte kyçi që do të zgjidhte me sukses problemin e shëndetësisë në vëndin tonë. Për këtë arsëye në fillim u ngritën kurse e shkolla për pregatitjen e kuadrove të ulëta mjekësore (infermiere etj.) dhe më vonë, në vitin 1949 u ngrit Politeknikumi Mjekësor, i cili pregatiti kuadro të mesme, të profileve të ndryshme. Në vitin 1952, me vendim të Komitetit Qëndror të Partisë dhe të Qeverisë, u ngrit edhe Instituti i Lartë i Mjekësisë sot Fakulteti i Mjekësisë i Universitetit Shtetëror të Tiranës. Kështu sot në vënd pregatitien të gjitha kuadrot e mjekësisë duke përfshirë mjekët, stomatologët dhe farmacistët. Kjo është një fitore e madhe. Kështu, nga një repart i vogël punonjësish të mjekësisë para çlirimit, sot në të gjitha anët e atdheut punon një numur i madh kuadros mjekësore të shkallëve të ndryshme që as mund të krahasohet me paraluftën. Kundrejt 428 kuadrove të 1938-tës, sot punojnë 6667 kuadro mjekësore dhe kemi një mjek për çdo 2300 banorë.

Pushteti Popullor caktoi mjete financiare kolosale për ngritjen e institucioneve shëndetësore, që sot janë shpërndarë në të gjithë anët e Republikës tonë. Institucione profilaktike, Institucione për ndihmë mjekësore ambulatorë, institucione me shtretër, institucione të specializuara që nuk njiheshin para çlirimit sot janë ngritur në vëndin tonë në numër të madh dhe i sigurojnë popullsisë ndihmë mjekësore të specializuar dhe të kualifikuar. Ne sot kemi 57 shtretër për 10.000 banorë.

Profilaksia është drejtimi i shëndetësisë sonë. Për mbrojtjen e shëndetit të popullit, merren masa të gjëra shtetërore. Industrializimi socialist, kolektivizimi i bujqësisë në baza socialiste, ndërtime të mëdha të banesave dhe të objekteve të tjera komunale, revolucioni kultural që u bë në vëndin tonë, të gjitha këto kanë për qëllim përmirësimin e vazhdueshëm të konditave të jetesës, rritjen e mirëqënies së popullit, forcimin e shëndetit të tij. Krahas këtyre masave, janë marrë edhe masa profilaktike ngushtësisht mjekësore. Për këtë qëllim janë ngritur institucione mjekësore profilaktike si qëndra sanitare epidemiologjike (që tani funksionojnë në përbërjen e drejtorive të shërbimit shëndetësor, D.SH.SH. në rrethe) konsultore për gra e fëmijë, dispanceri, preventoriume etj. Qëllimi i këtyre institucioneve është parandalimi i sëmundjeve, nëpërmjet masave preventive mjekësore, nëpërmjet të ngritjes së nivelit të kulturës sanitare të masave punonjëse.

Për vetë karakterin e Pushtetit tonë popullor, për arsëye të gjëndjes së trashëguar nga e kaluara, nuk mund të mos përballoheshe problemi i sëmundjeve shoqërore dhe i sëmundjeve epidemike-masive, organizimi i luftës kundër tyre. Në saje të masave të gjëra që janë marrë në këtë fushë, janë arritur rezultate të shkëlqyera. Në vëndin tonë nuk vërtetohet

më forma të fshehta sifilizit. Tuberkulozi po shkon duke u pakësuar çdo vit, në mënyrë të vendosur dhe vdekjet nga të gjitha format e tuberkulozit në vitin 1963 ishin 1.3 për 10.000 banorë. Malaria, kjo sëmundje shekullore në vëndin tonë, që dërmonte shëndetin e popullit, praktikisht është çrënjosur dhe po i kalon historisë. Poliomieliti është sëmundje tepër e rrallë dhe jemi në prak të zhdukjes së tij krejtësisht. Po pakësohet shumë difteria, po zhvillohet me sukses lufta kundër sëmundjeve të tjera.

Kujdes i veçantë i kushtohet mbrojtjes së shëndetit të nënës e fëmijës. Përveç të drejtave të mëdha shoqërore që gëzojnë tek ne gratë gjatë shtatëzarisë dhe pas lindjes, për mbrojtjen e shëndetit të tyre është ngritur një rrjetë institucionesh shëndetësore të posaçme. Në të gjitha qytetet janë të ngritura konsultoret për gra shtatëzane dhe fëmijë të moshave deri në 3 vjeç, në fshat numëri i tyre po shkon duke u shtuar me shpejtësi në këto vitet e fundit. Veprimtaria e këtyre institucioneve shkon nga viti në vit duke u zgjeruar. Çdo vit shtohet numëri i shtretërve për lindje në institucionet tona shëndetësore, ne kemi sot 1296 shtretër të tillë. Numëri i grave që lindin në shtëpitë e lindjeve shkon duke u shtuar dhe në vitin 1963, afro gjysma e grave kanë lindur në shtëpitë e lindjes, të cilat para çlirimit nuk ekzistonin.

Për fëmijët e moshës deri në 3 vjeç sot kemi 9652 vënde në çerdhet. Për të janë organizuar edhe çerdhe speciale. Për mbrojtjen e tyre nga sëmundjet ngjitëse bëhen vaksinime në masë. Për mjekimin e fëmijëve, në spitalet tona ka më shumë se 1000 shtretër. Për fëmijët e moshës deri një vit barnat jepen pa pagesë edhe kur ata mjekohen në shtëpi.

Në sajë të masave të gjëra që janë marrë për mbrojtjen e shëndetit të tyre, vdekjet e fëmijëve të moshës së gjirit janë ulur. Nuk shihet më influenza e stinës së verës në vdekjet e fëmijëve. Në vitin 1939, vdekjet e fëmijëve gjatë muajve të stinës së nxehtë (qershor-korrik-gusht) përbënin 38.9% të vdekjeve të vitit në fëmijët, kurse në vitin 1963 — 26.4% që është një përqindje thuajse e barabartë me atë të tremujorëve të tjerë. Barku i fëmijëve nuk zë më vëndin e parë në shkaqet e vdekjeve në fëmijët e moshës së gjirit. Kjo ka ardhur si pasojë e përmirësimit të ndihmës mjekësore, të higjenës, të rritjes së nivelit të kulturës sanitare të nënave.

Fshatarësia e merr ndihmën mjekësore në institucione shëndetësore të fshatrave, por edhe në ato të qyteteve. Për çdo 3-4 fshatra ka një ambulancë, ka gjithashtu edhe spitale, shtëpi lindje. Por plenumi i Qershorit 1963 i K.Q. të P.P.SH. konstatoi se ndihma mjekësore në fshat ka mbetur prapa asaj të qytetit dhe vuri si detyrë të ngushtojmë dalngadalë, por në mënyrë të vendosur, ndryshimin që ekziston në shkallën e shërbimit mjekësor midis qytetit dhe fshatit. Kështu u muarën masa dhe u organizua ndihma mjekësore në bazë lokaliteti dhe po fuqizohen institucionet e shëndetësisë në fshatrat me kuadro të mesme dhe të larta. Sot në fshat punojnë 1270 kuadro mjekësore, ndërmjet të cilave 86 mjekë, 392 mami etj. Deri në 1966 çdo lokalitet fshatar do të ketë së paku një mjek, çdo 3-4 fshatra 1 mami etj.

Rezultatet e mëdha që janë arritur gjatë 20 vjetëve në fushën e ekonomisë dhe të kulturës, puna e madhe që është bërë për mbrojtjen e shëndetit të popullit, pasqyrohen më së miri në treguesit demografikë. Në vitin 1963 rritja natyrale e popullsisë ishte 29% në krahasim me 16,9% në vitin 1938; vdekjet e përgjithëshme 10% në krahasim me 17.8% në 1938,

zgjatja mesatare e jetës afro 64 vjet në krahasim me 38,8 në 1938. Këto shifra flasin shumë qartë për ndryshimet e mëdha që janë kryer në jetën e vëndit tonë gjatë viteve të Pushtetit Popullor nën udhëheqjen e urtë marksiste leniniste të Partisë, të Komitetit të saj Qëndror, me në krye shokun Enver Hoxha.

Megjithëse mjekësia e jonë është e re dhe shumica dërmuese e kuadrove janë të reja dhe të ngarkuara me detyra të shumta në shërbim të mbrojtjes të shëndetit të popullit. ata nuk e kanë lënë mbas dore punën shkencore dhe për këtë ata kanë patur vazhdimisht inkurajimin e Partisë dhe të Qeverisë. Puna shkencore është zhvilluar në bazë të planit të aprovuar nga Qeveria me problematikë të caktuar, sidhe jashtë tij. Sidomos kuadrot e fakultetit të mjekësisë i kanë kushtuar kujdes këtij problemi. Puna e bërë për realizimin e këtij plani, disertacionet e mbrojtura për të fituar titullin e kandidatit të shkencave mjekësore, sesionet e ndryshme shkencore të organizuara deri tani nga fakulteti i mjekësisë dhe temat e referuara në to, flasin për interesin e kuadrove mjekësore për shkencën mjekësore, për seriozitetin gjithënjë e më të madh që po i kushtohet këtij problemi shumë të rëndësishëm. Me konditat gjithënjë e më të mira që u krijohen, me një bazë më të gjerë eksperimentale, laboratorike dhe me një punë më sistematike, kuadrot tona, sidomos ato të fakultetit të mjekësisë do të kenë mundësi të hyjnë më thellë problemeve dhe do ta shpien kështu përpara edhe shkencën tonë të mjekësisë.

Kuadrot e mjekësisë sonë i kanë kryer me ndërgjegje detyrat e mëdha që u ka ngarkuar Partia për mbrojtjen e shëndetit të popullit. Ata do ti shtojnë edhe më shumë përpjekjet e tyre dhe do ti kenë parasysh vendimet e Plenumit të korrikut 1964 të Partisë.

Punonjësit e mjekësisë sonë nuk do të kursejnë asgjë, dhe me shpirt sakrifice, veti e luftëtarëve kundër vdekjes, do të punojnë për të ngritur në një shkallë më të lartë mjekësinë tonë, ashtu siç porosit Partia, në interes të popullit.

MBI MORTALITETIN NGA TUBERKULOZI NË SHQIPËRI (Mortaliteti nga T.B.C. në disa qytete)

Doc. SHEFQET NDRUQI
Katedra e Terapisë Fakultetit
(shf. Doc. JOSIF ADHAMI)

Gjendja epidemiologjike e tuberkulozit në një vënd të caktuem, sot vlerësohet në bazë të disa treguesve të veçantë si ai i infeksionit, i morbiditetit, i endemicitetit, i mortalitetit dhe i letalitetit.

Por në praktikë, për t'i caktue të gjithë ato treguesa nuk është një punë e lehtë, bile e pamundur. Vetëm ai i mortalitetit është më pak i vështirë pse vdekjet tashma rregjistrohen rregullisht kudo. Sa për saktësinë e shkakut të vdekjes (d.m.th. të diagnozës së vdekjes) kjo është një tjetër punë. Këtu fillojnë e dalin vështirësitë.

Autorët e ndryshëm epidemiologë, deri vonë për të studjue gjendjen e T.B.C. dhe për të dhanë një ide mbi të, kanë pasë si ndihmë kryesore të dhanat e mortalitetit. Nga këto të dhana kanë ba krahasime dhe kanë nxjerrë konkluzione të vlefshme mbi gjendjen e t.b.c., zhvillimin e përhapjen e tij, si dhe masat që duhen marrë për luftimin e kësaj sëmundjeje.

Regjistrimet e vdekjeve dhe statistikat mbi mortalitetin nga t.b.c. kanë fillue në Europë në gjysmën e dytë të shekullit XIX-të megjithëse për disa qytete gjenden elementa statistikore edhe ma të vjetra.

Pikërisht po në këtë periudhë edhe t.b.c. ka fillue të përhapet ma tepër në këtë pjesë të botës.

Në bazë të atyne të dhanave, autorë të ndryshëm si Gottstein, Hafbauer, Flatzek etj. (7) kanë nxjerrë konkluzionin se tuberkulozi, sikur edhe sëmundjet e tjera infektive, ka një dekurs me fazat e tij të zhvillimit. Fillon, zhvillohet, përhapet tue mrrijtë një kulm, pastaj zbret.

Këto periudha në tuberkuloz janë shumë të gjata dhe nga një herë është vështirë me i caktue. Siç do ta shohim jo shumë rrallë, ato paraqesin zik-zake.

Dekursi gjatë viteve të kësaj sëmundjeje influencohet nga një seri faktorësh me karakter ekonomiko-social dhe me nivelin higjieno-sanitar të popullit. Krahas me këta faktorë, ka autorë (si Given Peurl etj. (7) të cilët mendojnë se faktorë me randësi në uljen dhe pakësimin e t.b.c. është seleksionimi natyral që bahet gjatë viteve, kështu qi me kohë ato që e kalojnë sëmundjen fitojnë një lloj rezistence ose imunitet relativ qi e trashigojnë.

Pra, simbas shumicës së autorëve në përhapjen ose pakësimin e t.b.c. kemi dy seri faktorësh:

Faktorët ambiental ose ekzogjen dhe faktorët konstitucional ose endogjenë: i pari me karakter social dhe i dyti me karakter biologjik.

Shumica e autorëve pranon se në tuberkuloz randësinë ma të madhe e kanë faktorët ambientalë ekonomiko-socialë.

Asht një fakt i provuem se ushqimi i keq, lodhjet, vuetjtjet, konditat e këqija të banimit e të punës, mungesa e edukatës higjieno-sanitare etj. favorizojnë zhvillimin dhe përhapjen e t.b.c.

Në periudhën e luftës ku lodhjet, vuajtjet, mizeria, mungesa e ushqimit, shpërnguljet etj. janë ma të theksueme, edhe plaga e tuberkulozit në popull randohet.

Me gjithë këtë edhe influenza e faktorit endogen konstitucional e biologjik nuk mund të përjashtohet.

Zhvillimi i indekseve epidemiologjike e sidomos i mortalitetit flet në këtë drejtim.

Prof. L'Ettore (9) në konferencën e XIV t'Unionit Internacional kundra tuberkulozit (New Deli), tue u bazue me të dhanat statistikore botnore ekzistuese dhe në disa konsideracione biologjike e shoqërore, përcaktoi në relacionin e tij, se fenomeni tuberkular zhvillohet në bazë të tre ligjeve epidemiologjike:

1) I pari ligj, asht ai i *evolucionit në kohë*, qi tregon ekzistencën e një dinamizmi evolutiv të tuberkulozit, me tri fazat e zhvillimit: faza epidemike, e tranzicionit dhe endemike.

2) I dyti asht ai i *ambientit* qi tregon bashkëekzistencën e faktorëve biologjike e sociale në fenomenin tuberkular.

3) I treti asht ai i *përhapjes ose i zhvillimit në hapësirë*, ai tregon shpërndarjen gjeografike të mortalitetit t.b.c. në botë në lidhje me konditat demografike, sanitare e sociale të grupimeve (popullatave) njerëzore.

Sigurisht ky ligj (spacial) nuk mund të jetë fiks dhe mund të ndryshojë me ndryshimin e konditave që e krijojnë. Gjithashtu dhe ligji i parë, ai i kohës me tri fazat e tij (epidemike, e tranzicionit dhe endemike) mund të ndryshojë fazat e tij, të paraqiten ma të shkurtna ose ma të gjata, të përzihen po në një shtet prej një vëndi te një tjetër, simbas zhvillimit të tij dhe simbas luftës që i bahef tuberkulozit.

Përparimet qi ka ba shkenca si në fushën e terapisë (me zbulimin e antibakterialeve), ashtu dhe të profilaksisë (me hovin qi ka marrë bioprofilaksia (B.C.G.) e kimio-profilaksia) dhe masa se deri ku do të aplikohen në praktikë në vëndet e ndryshme, mund të bajë qi këto ligje të ndryshohen shumë. Këto ndryshime do të mvaren shumë dhe me ndryshimet e sistemeve shoqërore qi do të vendosen në vëndet e ndryshme.

Kështu p.sh. vendosja e një sistemi socialist në një vënd të caktuem do të krijojë kondita të reja sanitare e sociale dhe do të lejojë të merren masa të tilla në luftën kundra t.b.c. qi do të pengojë zhvillimin ritmik të fazave, (epidemike, e tranzicionit dhe endemike), që përmend prof. L'Ettore, dhe të kapërxehen këto faza; gjithashtu aplikimi në masë i kemio-antibioterapisë do të ndryshojë karakteret e këtyre ligjeve dhe kuptimin e tyre, p.sh. ulja e mortalitetit jo paralel me indekset e tjera epidemiologjike.

Konkretisht për vëndin tonë:

Na tue njohtë mirë ligjet epidemiologjike të t.b.c. tue studjue mirë gjendjen epidemiologjike të tuberkulozit në Shqipni do të shohim se ku gjendemi dhe do të dimë ma mirë me marrë masat përkatëse.

Nga disa të dhana statistikore paraprake qi disponojmë, dhe nga disa sondazhe qi janë ba (Dr. Kalmari, Dr. Ndroqi, Dr. Lito) del se në Shqipni ka zona ku t.b.c. është në fazën epidemike, ka të tjera që kanë hy në fazën e tranzicionit, ka dhe lokalitete ose fshatra ku t.b.c. nuk është përhapë dhe mund të thuhet se janë virgin nga kjo sëmundje.

Simbas rastit, na mund ti drejtojmë forcat tona dhe ta ndalojmë zhvillimin e fenomenit tuberkular të zakonshëm.

Një nga indekset me randësi të epidemiologjisë së t.b.c. siç e theksuem qysh në fillim, ashtë ky i mortalitetit.

Kemi kërkuar me gjetë të dhana sa më të vjetra në këtë drejtim, porse para çlirimit nuk kemi gjetë gja.

Anuari statistikor i botuem nga Drejtoria e Shëndetësisë e asaj kohe prej vitit 1927-1932 dhe prej 1933 deri në 1940, jep vetëm vdekjet e përgjithëshme si numur por jo me shkak vdekjeje.

Studimi i Dr. Kërçikut «Zhvillimi i shëndetësisë në Shkodër gjatë shekullit XVIII (») nga faqia 168-176 tue folë mbi tuberkulozin në Shkodër gjatë kësaj periudhe paraqet disa të dhana statistikore mjaft interesante të nxjerruna nga regjistrat e kishës mbi të vdekunit katolikë në qytetin e Shkodrës.

Citimet e ndonji autori të huaj si A. Degrand, Santucci etj. (1) qi kan vizitue e ka shkruajtë mbi Shqipnin përta i përket t.b.c. dhe vdekjeve nga kjo sëmundje, nuk kanë asnjë vleftë shkencore pse bazohen vetëm në thanie e në përshtypje.

Studimi i mortalitetit në Shqipni nga ana e jonë ashtë ba kryesisht nga skedat qi ka disponue Drejtoria Statistikore dhe ashtë përqëndruar në radhë të parë në skedat e qytetarëve që në shumicën dërmuese të rasteve ishin me raport mjeku dhe jo në fshatarë ku zakonisht ka mungue mjeku.

Kemi zgjedhë dhe klasifikue skedat jo simbas vendit ku ka ndodhë vdekia por simbas vënd rregjistrimit në gjendjen civile, kjo për të evitue që shifrat dhe indekset e mortalitetit të mos fryhen ndër ata qytete ku gjinden Institutet anti t.b.c. siç janë senatoriumet dhe stacionarët e dispenserve.

Prandaj, në llogaritjen e indekseve të mortalitetit nga T.B.C. ne kemi parasysh në fillim popullsinë simbas regiistrave të gjendjes civile, pastaj kur ligji i pashaportizimit ka hy në fuqi dhe ka eliminue deridiku diskordancat në mes vënd banimit të zakonshëm dhe vënd regjistrimit, atëhere ne kemi marrë parasysh popullatën simbas vënd-banimit ose të pashaportizimit, kjo d.m.th. nga viti 1959.

Kështu dhe skedat e vdekjes janë punue simbas vënd-regjistrimit në gjendjen civile për vitet e para deri në vitin 1958 dhe pastaj nga viti 1959 simbas vënd-banimit të zakonshëm d.m.th. i ati qi praktikisht ashtë po ai i pashaportizimit.

Tue dashtë me qenë sa më ekzakt kemi kërkuar dhe kemi gjetë nga Drejtoria e Statistikës popullsinë e qyteteve në studim për çdo vit dhe simbas seksit kurse simbas moshës kjo nuk ishte e mundur me u gjetë veçse në vitet kur ashtë ba regjistrimi i përgjithshëm i popullsisë d.m.th. 1950, 1955 e në 1960. Kështu ne muarëm koeficientin mezatar ose $\frac{0}{10}$ e popullsisë të vitit 1955 për çdo grup moshe p.sh. 12% e popullsisë i përket grup moshës 1-4 vjeç etj. dhe me këtë koeficient llogaritëm popullsinë në gjith grup-moshat për çdo vit dhe çdo qytet në studim.

Megjithëse regjistrimi i përgjithshëm i popullsisë paraqet popullsinë prezente sa për llogaritjen e grup moshave për indeksin e mortalitetit simbas grup moshës në mundam, tue mos pasë si me ba ndryshe, se do të jetë e mjaftueshme.

1) Degrand A. Souvenir de la Haute-Albanie — f. 26; Santucci St. Un viaggio nell'Albania Settentrionale, 1916, f. 8-63.

Nga sa u tha deri këtu shifet se ç'vështirësi kemi gjetë me llogaritë indekset e ndryshme të mortalitetit në bazë të popullsisë.

Tash mbas këtyre konsideracioneve të përgjithëshme statistikore le të diskutojmë materialin tonë.

I. MBI DISA TË DHANA TË MORTALITETIT T.B.C. PARA VITIT 1950

Na kemi shfletue skedat e vdekjes që dispononte Drejtorja e statistikës qysh prej vitit 1947.

Këto, në fillim nuk ishin të plota jo vetëm në drejtim të diagnozës por duket se mungojnë dhe mjaft skeda.

Megjithëkëtë, na i përpunuem dhe nxorëm disa pasqyra simbas seksit, grup-moshës, profesioneve dhe të ndarë në qytetarë e fshatarë. Nga këto rezulton se numuri total absolut i vdekjes nga t.b.c. në tre vjetet e para 1947-1948-1949 nuk del i naltë, por kjo nuk i përgjigjet së vërtetës për arsye që thamë dhe kryesisht se shumë skeda ishin pa diagnozë. Me gjithë këtë, kjo punë për këto tre vite nuk ishte e kotë pse na vlen për të pa për atë sasi të studjueme, ndarjen e tyre simbas seksit, grupmoshës dhe profesioneve.

Ktu na nuk mund të nxjerrim indekse në bazë të popullsisë por vetëm ndarien në shifra absolute.

Nga këto del se në vitin 1947 në disa rrethe kemi 235 vdekje t.b.c. të denonsueme me diagnoz mjeku nga këto 127 meshkuj ose 54% dhe 98 femna ose 46% me peshë specifike afro 18% (vdekje nga t.b.c. në krahasim me vdekjen e përgjithëshme).

Në vitin 1948 kemi 374 vdekje nga t.b.c. të denonsueme, nga këto 217 meshkuj dhe 157 femna ose 58% meshkuj me 42% femna, 229 qytetarë dhe 145 fshatarë, ndonse popullsia fshatare asht shumë ma e madhe rreth 80%, por njëkohësisht nuk duhet harrue se vdekjet pa diagnozë janë shumica dërmuese fshatare.

Simbas profesioneve, kemi në shifra absolute 77 fëmijë, 10 studentë, 39 bujq, 24 punëtorë, 20 nëpunës, 6 ushtarakë, 25 artizanat, 103 shtëpiakë 62 të ndryshmë.

Simbas grup-moshave, vdekjet ma tepër i shohim në fëmijët nën 10 vjeç dhe në grup moshë 20-29 vjeç.

Në vitin 1949 kemi 459 vdekje nga t.b.c. të denoncuem dhe nga këto 301 meshkuj ose 65.5% dhe 158 femna ose 34.5%, 363 qytetarë nga të cilët 238 meshkuj e 125 femna ose 65.5% meshkuj dhe 34.5% femna dhe 96 fshatarë nga këta 60 meshkuj ose 62.5% e 36 femna ose 37.5%.

Në këtë vit disponojmë skedat nga të gjitha qytetet dhe janë të plotësueme më tepër me diagnozë. Kështu që për qytetarët shifrat që disponojmë i afrohen të vërtetës, prandaj mund të provojmë me nxjerr indekset përkatëse për qytetarët në krahasim me popullsinë.

Kështu kemi një mortalitet nga t.b.c. për qytetarët 145,3 për 100.000 banorë, nga këta ma shumë meshkuj se femra, e konkretisht meshkuj 180.7 për 100.000 banorë m. dhe femna 101.1 për 100.000 d.m.th. afro për 100 femna 180 meshkuj (është marrë për bazë popullsia e vitit 1950).

Simbas grup-moshave vërejmë se: gjithsej në shifra absolute mortaliteti ma i naltë asht në grup-moshat 0-5 vjeç dhe 15-30 vjeç. Sa për profesionet asht parimisht e pamundun me dhanë një indeks të drejtë në

shifra relative me 100.000 banorë, por mund të japim shifra absolute për çdo profesion e konkretisht tue përjashtue fëmijët e nrxanësit kemi

	Gjithësejt	Meshkuj	Femra
Bujq	51	49	2
Puntorë	54	51	3
Nëpunës	44	37	7
Usharakë	14	14	—
Zanatçi	28	25	3
Shtëpijake	115	—	115

Po të krahasojmë vdekjet e qytetarëve në vitin 1949 nga t.b.c. e çdo formë me vdekjet e qytetarëve nga çdo sëmundje tjetër, d.m.th. peshën specifike do të kemi 10.42%, kjo% duhej të ishte pak më e naltë pse kemi një numur vdekje t.b.c. të pa deklarueshme.

(Këtë % e kemi nxjerrë nga vdekjet e qytetarëve nga t.b.c. me vdekjet totale të qytetarëve me diagnozë të shkakëtuese nga gjithë sëmundjet e tjera).

II. MBI TË DHANAT TONA NGA VITI 1950

Të dhanat statistikore që disponohen deri në vitin 1949 nuk ishin të mjaftueshme me nxjerrë konkluzione me vleftë shkencore.

Prandaj ne muarrëm në konsideratë për studim më të hollësishëm ata mbas vitit 1950 pse atëhere materialet që disponoheshin ishin deri diku ma të plota. Them i deri diku pse edhe këtu gjejmë një sërë pengesash.

Nga vdekjet në përgjithësi kemi një numur të madh skedash pa diagnoza dhe kjo veçanërisht për fshatarët për arësye të mungesës së mjekëve.

Me zgjanimin e shërbimit mjekësor dhe të rrjetit të institutëve mjekësore dhe me shtimin e numurit të mjekëve filloi të rritej % e numurit të vdekjeve me diagnozë. Kështu prej 19.3% që ishte në vitin 1950, arrijti në 50.2% në vitin 1963 dhe ma hollësisht në 92.3% për qytetarët dhe 39% për fshatarët.

Me gjithë këto, përmirësimet në drejtim të diagnozës prapë nuk janë të mjaftueshme për ti konsiderue të vleftshme indeksat që do të dilshin nga shifrat e mortalitetit nga t.b.c. në përgjithësi pse akoma % e vdekjeve pa diagnozë asht e naltë.

Prandaj na muarëm për studim vetëm vdekjet në qytete, ku ka dhe ka pasë gjithënjë mjekë, dhe ku skedat me diagnozë kapërcejnë 80%. Nji gja të tillë kanë ba edhe shumë autorë të tjerë, kur kanë dashtë me studju mortalitetin t.b.c. p.sh. Lapina (10, 11) në B.S. etj.

MBI MORTALITETIN T.B.C. NË DISA QYTETE TË SHQIPËRISË

Studimi i jonë këtë radhë përqëndrohet kryesisht mbi mortalitetin nga t.b.c. në disa qytete të Shqipërisë, ku na kemi pasë të dhana të rregullta prej 1950 deri 1961. Konkretisht ne e kemi studjue më parë mortalitetin nga t.b.c. në këto 6 qytete: Tiranë, Shkodër, Korçë, Vlonë, Fier, Lushnje dhe këtë për çdo vit dhe gjatë 12 vjeteve rresht. Kurse për një numur ma të madh qytetesh gati të gjith qytetet me një popullsi mbi 85% popullsi qytetarë (dhe efektivisht në 15 qytete) e kemi studjue vetëm për

vitet 1950-1951 e 1960-1961, për vitet e tjera të dhanat nuk ishin të plotë dhe prandaj nuk i llogaritëm.

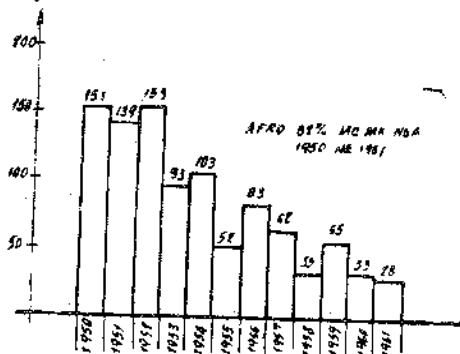
Me gjithë këtë njohja e dy grupviteve (1950-51 e 1960-61) me një interval 10 vjetësh, na ka ndihmë me ba krahasime të vlefshme.

Njohja e mortalitetit nga t.b.c. në pjesën më të madhe të popullatës qytetare (86,6% në 15 qytete në vitin 1950) nuk na tregon mortalitetin nga t.b.c. në gjithë popullatën e Shqipërisë, por me gjithë këtë tue ba disa krahasime të disa qyteteve të vogla me karakter fshatar dhe tue pasë parasysh disa sondazhe epidemiologjike në disa fshatra ashtu dhe dinamikën e vdekjeve të fshatarëve në qytete, mund të arrijmë në disa konkluzione dhe të krijojmë një ide aproksimative mbi mortalitetin në Shqipëri.

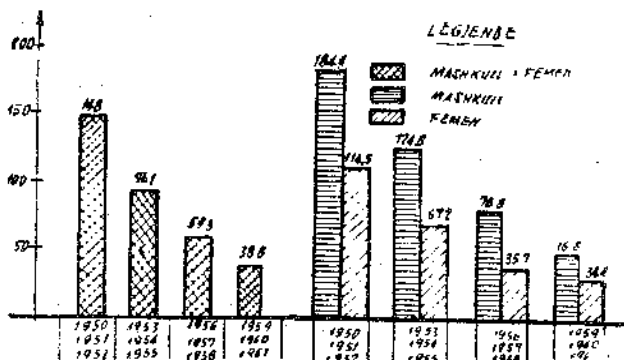
Sido qoftë, studimi i mortalitetit nga t.b.c. në disa qytete të Shqipërisë qi po mundohemi me paraqitë, mendojmë se do të vlejë të pakën si kontribut mbi epidemiologjinë e t.b.c. në vëndin tonë.

Ky sigurisht nuk asht pa të meta por asht një hap i parë që studimtarët e tjerë do ta plotësojnë e do ta vazhdojnë.

Pra le të analizojmë të dhanat tona. Me këto ne kemi formue një seri pasqyrash simbas formës, grup-moshës, seksit për çdo vit e grup vitesh për çdo qytet e grup qytetesh etj. Në bazë të këtyne pasqyrave kemi krijuë grafikët e ndryshëm:



Grafiku Nr. 1. — Dinamika e indekseve të mortalitetit T.B.C. Çdo formë për 12 vjet në 6 qytete



Grafiku Nr. 2 — Mortaliteti i T.B.C. Çdo formë M.F. në 6 qytete në 12 vjet për çdo 3 vjet (indeksi për 100 000 banorë)

1) *Dinamika e mortalitetit të çdo forme gjatë 12 vjetëve.* Kështu tue shikue grafikun Nr. 1 që paraqet ndryshimet për çdo vit në 12 vjet të indekseve të mortalitetit për t.b.c. të çdo forme në 6 qytetet e studjueme konstatojmë se gjatë kësaj periudhe mortaliteti nga t.b.c. ka shkue progresivisht tue u pakësua me përjashtim të disa zikzakeve.

Nga viti 1950 më 1961 pakësimi asht ulë 82%, ulje e kënaqëshme që mund të krahasohet me shumë vënde të përparueme, pamvarësisht se indekset tona të mortalitetit qëndrojnë akoma të malta.

Kështu p.sh.

Në Itali nga viti 1948 në 1959	kemi një zbritje prej 73%
» » » » 1948 në 1958	» » » » 76.8%
Në SHBA » » 1948 në 1958	» » » » 76.7%
Në Francë » » 1948 në 1958	» » » » 65.25%
Në Çekosllovakia 1952 në 1962	» » » » 62%
Në Rumani » 1951 në 1961	» » » » 76.3%
Në Shqipëri » 1950 në 1961	» » » » 82%

Mortaliteti nga t.b.c. çdo formë për të dy seksat në 6 qytetet e malt-përmëndura në vitin 1950 ka qënë 151 për 100.000. Ky indeks qëndron gati i pandryshueshëm për tre vjetë dhe në vitin 1953 ban një zbritje të theksueme jo të zakonëshme prej 38.4%. Kjo ulje e konsiderueshme këtë vit shpjgohet kryesisht nga hyrja në përdorim e antibakterialit të rizoniazidit. Ky fenomen asht vue re nga shumë autorë të huaq dhe në vënde të ndryshme si F. Blanco (4) etj.

Në vitin 1954 mortaliteti nga t.b.c. ngrihet pak, ndoshta nga fakti që në disa raste të rënda izoniazidi i përdorun për një kohë të shkurtën e të pamjaftueshme i zgjatin jetën për pak kohë këtyne të sëmurëve por nuk pengoi që të vdisnin pas një viti.

Sidoqoftë mbas këtij viti vazhdon zbritja e mortalitetit ngadalë por në mënyrë progresive deri në vitin 1958. Në këtë vit kemi një ulje tjetër ma të fortë 76.8% në krahasim me vitin 1950 dhe 42.7% në krahasim me vitin 1957.

Kjo zbritje mund të shpjgohet jo vetëm nga fakti se në këtë vit kemi një pakësim të mortalitetit të përgjithshëm por ma tepër se në këtë vit filloj zgjanimi i përdorimit të izoniazidit në format më të rënda dhe në raste kronike ose që ishin konsiderue si inkurable.

Por mbas kësaj ulje të theksueme të vitit 1958 kemi një rritje në vitin 1959. Kjo shpjgohet kryesisht nga se një pjesë e të sëmurëve të randë e kronikë qi do të vdisnin në vitin 1958 ju zgjat jeta nga antibakteriale dhe vdiqn në vitin 1959. Mbas këtij viti vazhdon prapë ulja e mortalitetit nga t.b.c. që ka fillue në vitet e parë të këtij 12 vjeçari dhe mrrin në 28 për 100.000 në vitin 1961.

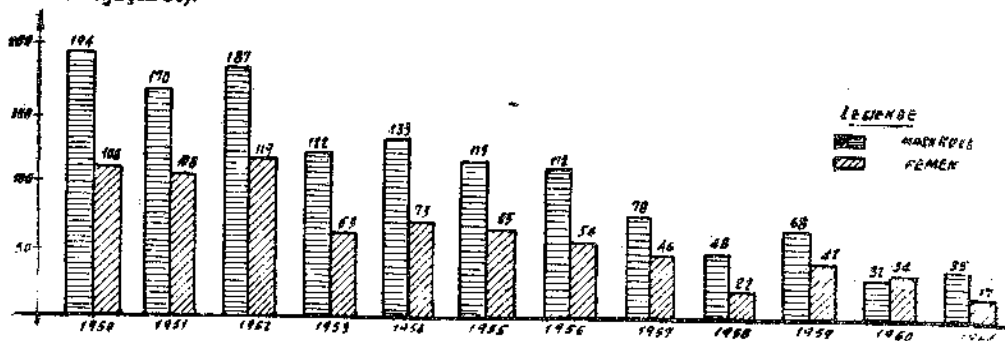
Po të analizohet me kujdes grafiku i dinamikës së mortalitetit në këto 12 vjet, do të shihet se ulja e mortalitetit nuk asht e influencueshme vetëm nga antibakterialet por edhe nga një seri faktorësh të tjerë me karakter ekonomikë-social.

Ulja e theksueme e mortalitetit në vitin 1953 e në vitin 1958 mund të spjegohet në pjesën ma të madhe nga aplikimi i antibakterialeve kryesisht i isoniazidit por ulja progresive në mes të këtyne dy zbritjeve shpjgohet edhe nga përmirësimi i mirëqënies së popullit, i edukatës higjensanitare dhe i masave anti t.b.c. të gjithanëshme që janë marrë për luftën kundra t.b.c. Për të mbështetë këtë tezë le të marrim indekset e mortalitetit

për çdo grup vitesh trevjeçar, atëhere shofim një ulje progresive të rregulltë pa shkallëzime të forta të mortalitetit. (shif grafikun Nr. 2).

Indeksi mesatar i mortalitetit t.b.c. në 6 qytete në këtë periudhë asht 83 për 100.000.

Ulja mezatore vjetore në këtë periudhë është 6.8%. (nxjerrë nga grup 3 vjeçarët).



Grafiku Nr. 3 — Dinamika e indeksit (për 100 000 banorë) e mortalitetit nga T.B.C. Çdo formë simbas seksit në 12 vjet në 6 qytete.

2) *Mortaliteti simbas seksit dhe moshës.* Tue shikue grafikun (nr. 3) dinamikës t'indekseve të mortalitetit nga t.b.c. simbas seksit në 6 qytete në studim gjatë 12 vjeteve për çdo vit vrejme se *vdekjet në meshkujt janë gjithënjë ma tepër se në femna* dhe kjo për çdo vit me përjashtim të vitit 1960 dhe grafiku ndjek gati të njajtin drejtim për çdo seks. E njejta gja shifet dhe në grup 3 vjeçarë (shif grafikun nr. 2).

Po të shqyrtojmë vdekjet nga t.b.c. gjatë tre vjeçarit 1950-1951-1952 dhe 1959-1960-1961 simbas seksit dhe grup moshës (shif grafikun nr. 4) do të shofim se në mes të këtyne dy periudhave kemi një zbritje të mortalitetit nga t.b.c. në të dy sekset por jo paralele.

Gjithashtu vihet re se prej moshës 1 deri 34 vjet ndryshimet në mes seksit mashkull e femnë janë të neglizhueme në dy periudhat bile në periudhën e dytë nga mosha 15 vjeç deri në 34 vjeç, mortaliteti t.b.c. në seksin femnë asht pak ma i naltë. Kjo mund të shpjegohet nga disa faktorë të veçantë fiziologjik si pubertiti, materniteti, pueriliteti e laktacioni që dobësojnë organizmin dhe favorizojnë zhvillimin e t.b.c. në femna. Këtu nuk ekskludohen dhe faktorët ambiental e ekonomiko-sociale.

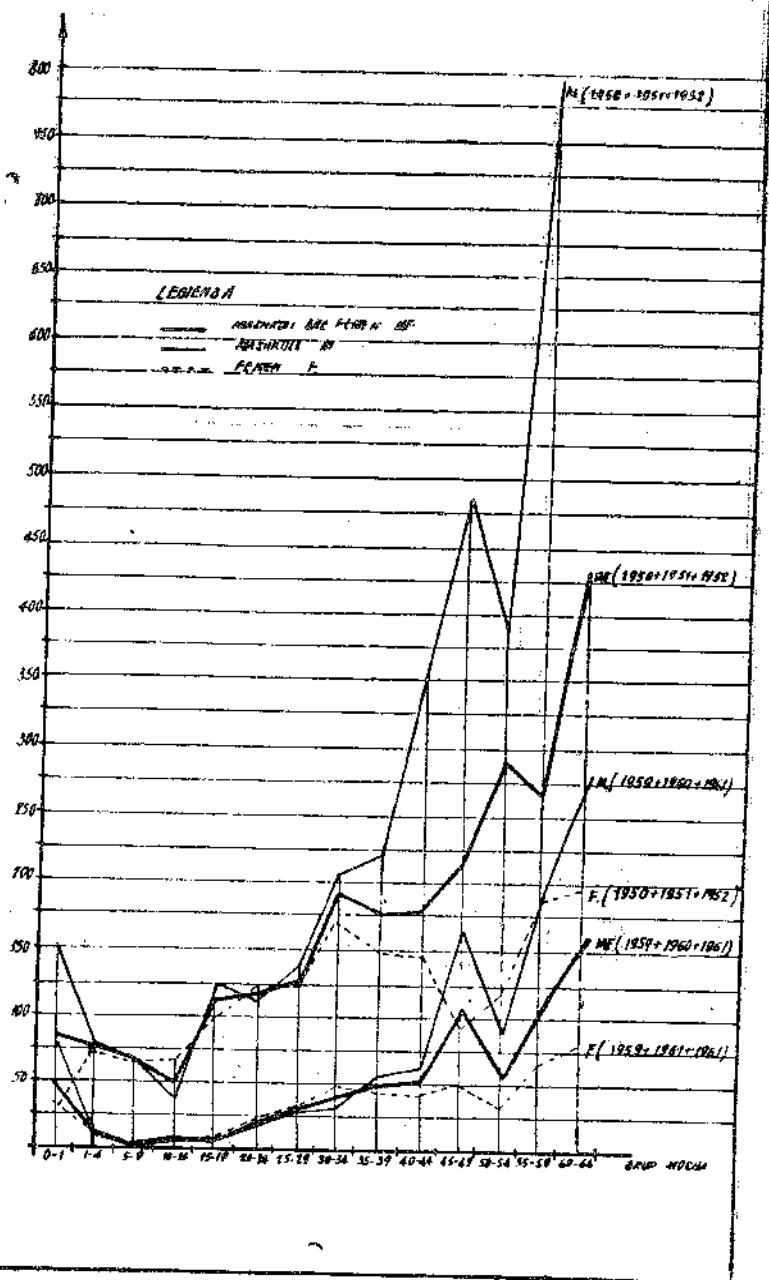
Mbas moshës 35 vjeç shifet se në dy periudhat vdekjet nga t.b.c. *predominojnë krejtësisht në seksin mashkullor.* (Shif grafikun Nr. 4).

Indeksi mesatar për çdo seks për periudhën 12 vjeçare asht për meshkujt 108.7 për 100.000, për femnat 62.2 d.m.th. se predominon seksi mashkull (nxjerrë nga grup moshat 3 vjeçarë).

Kjo mund të shpjegohet nga fakti se seksi mashkull asht ma në kontakt me shoqërinë dhe ka ma tepër mundësi infektimi.

Deri tash ka qenë burri qytetar qi punonte jasht dhe në kontakt me shoqërinë kurse grueja qëndronte në shtëpi, por tash qi grueja merr pjesë kudo me të drejta të barabarta çdo të ngjaj? Kjo do të varet dhe nga masat qi do të merren dhe do të zbatohen në luftën kundra t.b.c.

Ka disa ftiziatër si Dr. Kalmari qi mendon se gratë tue mëshefë sëmundjen do të jenë ma pak n'evidencë si të njoftuna dhe kështu do të

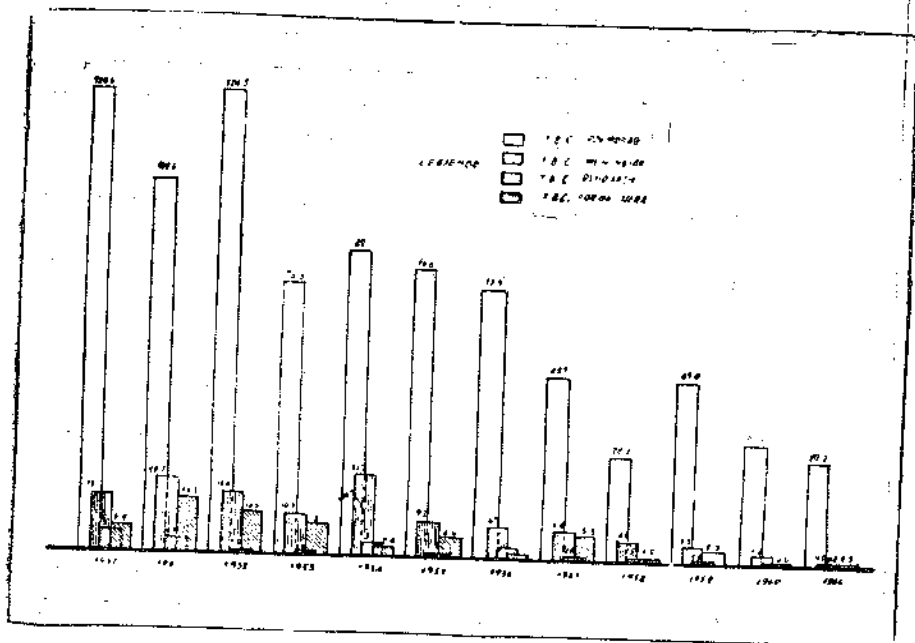


Grafiku Nr. 4 — Mortaliteti T.B.C. Çdo formë simbas grup moshe dhe seksit për çdo grup 3 vjeçar 1950+1951+1952 (1959+1960+1961)

kemi ma pak raste të denoncuar e të llogarituna. Kjo në një pjesë sido-
mos ke të rehat asht e drejtë, por na mendojmë se këto raste nuk janë
edhe aq të shpeshta, me përjashtim, ndoshta në Shkodër, por nuk asht
për t'u neglizhuh fakti që gratë i ndjekin ma tepër këshillat e mjekut dhe
kurat me antibakteriale ose operacione. Sidoqoftë predominimin e seksit
maskullor ne e shofim dhe në shumë vende të huaja.

3) *Mortaliteti t.b.c. simbas formës.* Ne studjuam mortalitetin e t.b.c.
po në këto 6 qytete simbas 4 formave që përcakton nomenklatura ndër-
kombëtare.

Tue shikue tabellën nr. 1 dhe grafikun nr. 5 konstatojmë se t.b.c.
pulmonar predominon gjithnjë gjatë 12 vjetëve prej 77.45% në grup vitet
1950-1951 në 96% në grup vitet 1960-1961. Kjo % shkon progresivisht
tue u ngrejte për t.b.c. e mushkrive dhe tue u ulë për t.b.c. ekstra-pulmo-
nare dhe për nën format e këtij.



Grafiku Nr. 5. — Dinamika e Mortalitetit T.B.C. simbas formës në 12 vjet në 6 qytete

Mbas t.b.c. pulmonar % ma e madhe i përket t.b.c. meningeal pastaj
formave të tjera të t.b.c.; e në fund t.b.c. osteo artikular. Ndërsa po të
krahasojmë t.b.c. pulmonar me t.b.c. ekstrapulmonar në % me shumën do
të kemi në fillim të 12 vjeçarit (1950-1951) 22.55% t.b.c. ekstrapulmonar
dhe në fund të 12 vjeçarit (1960-1961) 4% d.m.th. se t.b.c. ekstra pulmonar
ulet ma tepër se t.b.c. pulmonar. Me fjalë të tjera pesha specifike e t.b.c.
ekstra-pulmonare në përgjithësi dhe atij meningeal dhe osteo-artikular
në veçanti asht ulë brënda 12 vjetëve në kurriz të t.b.c. pulmonar.

Tab. Nr. 1. Peshat specifikë e formave të ndryshme të mortalitetit t.b.c. për grup-vitet 2 vjeçare nga 1950-61

Grup-vitit	1950-51	1952-53	1954-55	1956-57	1958-59	1960-61
t.b.c. çdo formë	100%	100%	100%	100%	100%	100%
„ pulmonare	77.45%	80.40%	81.20%	84.05%	87.30%	96%
„ meningit	12.25%	11	12.70%	9.05%	7.75%	3%
„ osteoritik	3.20%	0.80%	2.40%	2.20%	2.75%	—
„ forma të tjera	7.10%	7.80%	3.70%	4.70%	2.20%	1

% T.B. C. pulmonar me t.b.c; ekstrapulmonar po në këto grup vite.	1950-51	1952-53	1954-55	1956-57	1958-59	1960-61
t.b.c. pulmonar	100%	100%	100%	100%	100%	100%
+ „ „ „ „ ekstrapulmonar	77.45%	80.40%	81.20%	84.05%	87.30%	96%
t.b.c. pulmonar ekstrapulmonar	22.55%	19.60%	18.80%	15.95%	12.70%	4%

Tue studjue mortalitetin nga t.b.c. simbas seksit në format e ndryshme të t.b.c. në grup tre vjeçarë (shif grafikun nr. 2) konstatojmë se në mortalitetet t.b.c. të çdo forme në t.b.c. pulmonar kemi një zbritje të rregulltë në çdo tre vjetë. Këtë zbritje e gjejmë dhe për çdo seks. Po të studjojmë seksin në format e ndryshme do të gjejmë në seksin mashkullor predominimin në t.b.c. e çdo forme e në t.b.c. pulmonar kjo dhe gjatë 12 vjeçarit, por për t.b.c. e meningeve dhe t.b.c. forma të tjera vrehet se predominimi i seksit mashkull konstatohet në 6 vjetet e para (1950-1955) kurse në 6 vjetet e dyta indeksi i mortalitetit për femra hypën mbi burrat. Pse? asht vështirë me shpjegue. Po të shqyrtojmë dinamikën e çdo forme veçan (veç e veç) shif grafikun nr. 5 gjejmë se t.b.c. pulmonare pëson gati po atë ulje si t.b.c. e çdo forme se grafikun ndjek pothuaj po atë rrugë me një ulje progresive prej vitit 1950 deri në 1961 dhe me dy shkallëzime ma të theksueme në vitin 1953 dhe në vitin 1958. (shif graf. Nr. 5).

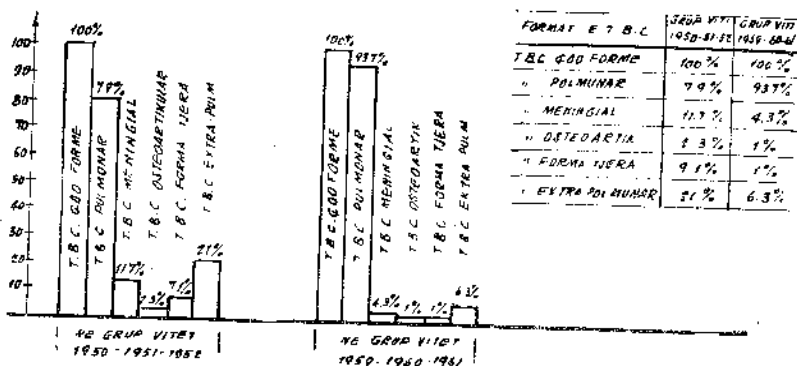
Kurse në t.b.c. e meningeve kemi një ulje ma të rregulltë me përjashtim të vitit 1954 ku gjejmë që indeksi të jetë ma i naltë i 12 vjeçarit (21.7 për 100.000). Këtu duket influenza e epidemisë së fruthit. Me gjithë këtë prej atij viti zbrit rregullisht çdo vit për të arrijtë në 0.3 për 100.000 në 1961.

Grafiku i t.b.c. osteoritikular paraqet një ulje pak a shumë të rregulltë me përjashtim të një ngritjes në vitin 1954.

Kurse grafiku i t.b.c. forma të tjera paraqet disa zikzak.

Në përmbledhje, në të gjitha format e t.b.c., mortaliteti nga viti 1950 deri në vitin 1961 ka pësue një ulje të kënaqëshme, siç e tregon tabella nr. 2.

Ulja asht shumë ma e theksueme në format ekstrapulmonare të t.b.c. edhe ma e pakët në format pulmonare. (shif tab. Nr. 2 e grafik N. 6).



Grafiku Nr. 6 — Peshat specifike e mortalitetit T.B.C. simbas formës në 6 qytete për vitin 1950-1951-1952 dhe 1959-1960-1961.

Pasqyra Nr. 2

Ulja e mortalitetit t.b.c. në % për çdo formë nga viti 1950 në 1961.

	% 1950	% 1961
t.b.c. çdo formë nga 100 (ose 151 për 100.000)		në 18.54% (ose 28 për 100000 d.m.th. 81.5% ma pak.
t.b.c. pulmonare 100% (124.6 për 1000.000)		21.83% (27,2 për 1000000 ose 78.17% ma pak.
t.b.c. mening. 100% (15 për 100000)		2% (0,3 për 100000) 98% ma pak
t.b.c. osteoartikulare 100% (5 për 100000)		2% (0,9 për 100000) ose 98% ma pak.
t.b.c. forma të tjera 100% (6.4 për 100000)		4.7% (0.3 për 100000) ose 95.3% ma pak.

Po të krahasojmë t.b.c. pulmonar me t.b.c. ekstrapulmonar do të kemi si vijon:

	1950	1961
t.b.c. çdo formë	vdekur 211 ose 100%	78 veta 100%
» » » pulmonar	» 175 » 82.4%	76 » 97.4%
» » » ekstrapulmonar	» 36 » 17.6%	2 » 2.6%

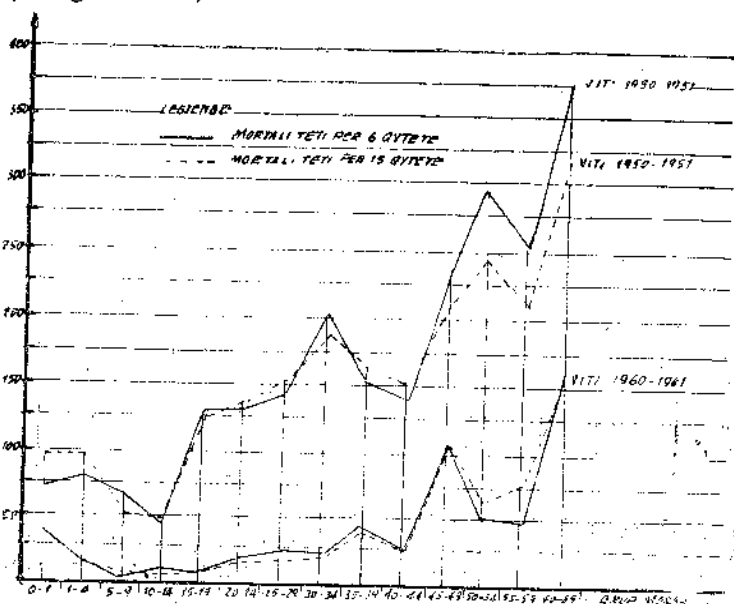
Në vitin 1961 % e t.b.c. pulm. asht ma e madhe se sa në atë të vitit 1950, kurse asht e kundërta për t.b.c. ekstrapulmonarin.

4) MORTALITETI SIMBAS GRUP MOSHËS. —

Për të studjue mortalitetin nga t.b.c. simbas grupmoshës na kemi marrë në konsideracion shifrat me grup vitesh 2 vjetor ose 3 vjetor, për arsëye se numuri i të vdekurve për çdo grup-moshe gjatë një viti ishte i pakët dhe si konsekuencë indekset qi do të dilshin nga ato do të kishin ma pak probabilitet. Kështu ne llogaritëm vitin 1950-1951 së bashku me vitin 1960-1961 prapë së bashku. Këto për 6 qytete veçan dhe për 15 qytete veçan.

Nga këto kemi nxjerrë dy grafikët: grafiku nr. 7 për 6 qytete veç dhe po grafiku nr. 7 për 15 qytete veç.

Tue i analizue këto vrejme se indeksi i mortalitetit në një interval 10 vjeçar zbrct në të gjithë grup-moshat, por ma tepër në moshat e reja me përjashtim të grup-moshës 0-1, 10-14 e 45-49 ku zbritja nuk asht aq e theksueme. Ky fenomen asht pothuë njisoj si në 6 qytete, ashtu dhe në 15 qytete. (shif graf. Nr. 7).



Grafiku Nr. 7 — Mortaliteti nga T.B.C. çdo formë në 6 qytete (—) dhe në 15 qytete (---) të Shqipërisë simbas grup moshës për vitin 1950-1951 nënt dhe për vitin 1960-1961 posht.

Po të shikojmë mortalitetin simbas grup moshe dhe simbas seksit (shif graf. Nr. 4) në grup-vitet 1950-51-52 dhe 1959-60-61 do të shohim këto ndryshime interesante: mortaliteti në meshkujt asht ma i naltë se në femna, në grup moshën 0-1 vjeç dhe mbi 40 vjeç, kurse nga 1 deri në 40 vjet mortaliteti asht gati njisoj si për meshkuj ashtu edhe për femna.

Bile në grup-vitet 1959-1960-1961 për grup-moshat e reja prej 15 vjeç e deri 35 kemi një predominancë të lehtë të seksit femën. Kjo mund të shpjegohet nga fakti se në këtë moshë kemi disa faktorë të tjerë të ve-

gantë me karakter fiziologjik qi e randojnë gjendjen e t.b.c. ke femnat sikur e kemi shpjegue ma sipër.

Ndryshimet e indekseve të mortalitetit nga tuberkulozi gjatë 12 vjetëve dhe simbas seksit kanë ngjasim me ato të disa vendeve të jashtëme (shif Bul. e U.I.K.Tub. e T'OMS).

5) MORTALITETI SIMBAS PROFESIONIT

Na kemi dasht me studjue dhe vdekjet nga t.b.c. dhe simbas profesionit të paktën për disa vite. Kjo nuk ishte e lehtë sidomos për të mujtë me nxjerrë indekse relative me numurin ose popullatën e atij profesionit.

Me ndihmën e Drejtorisë statistikave, arritëm me gjetë dhe me nxjerrë disa të dhana për qytetet qi kemi në studim mbi përbanjen shoqërore të popullatës dhe veçanërisht për disa profesione simbas regjistrimit të përgjithshëm të popullsisë në vitet 1955 e 1960.

Kështu na morëm në konsiderim mortalitetin nga t.b.c. simbas profesioneve në vitet 1955 e 1956 së bashku me 1960 e 1961.

Muarrëm grup 2 vitesh për të pasur numur absolut ma të madh dhe si konsequencë për të nxjerrë indekse ma të vlefshme (shif tab. 3).

Për të qenë ma të sigurtë e ma preçiz na muarëm parasysh vetëm 6 qytetet e njohuna tashma (Tiranë, Shkodra, Korça, Vlora, Fieri, Lushnja) dhe dy profesione kryesore që kanë rëndësi të veçantë sociale.

Tab. Nr. 3

Mortaliteti nga t.b.c. në 6 qytete në puntorë e nëpunësa

grup Viti	Në puntorë		‰	Në nëpunësa		
	nr. absolut i vdekjeve	numuri vd. për 100.000		nr. absolut i vdekjeve	për 100000	‰
1955-1956	45	24	100‰	24	15.6	160‰
1960-1961	30	10	41,6	20	12	80‰

Nga tabella e lartpërmëndur del se:

1) Mortaliteti nga t.b.c. në fillim ka qënë ma i naltë ke puntorët se ke nëpunësit kurse tash mortaliteti paralelisht në uljen shkon drejt barazimit -puntorë-nëpunës). Kjo tregon se konditat ekonomiko-sociale të punëtorëve janë përmirësuar mjaft dhe ndryshimet në mes të këtyre dy grupeve shoqërore të rëndësishme po zhduken (gja qi pritej në kondita socialiste).

2) Mortaliteti nga t.b.c. në këto dy grupe shoqërore asht ma e ulët se indeksi mesatar i të gjithë grupeve shoqërore.

3) Se mortaliteti nga t.b.c. në puntorë dhe nëpunësa asht ulë brenda 5 vjetëve, por kjo ulie asht ma e theksueme në puntorë se në nëpunësa.

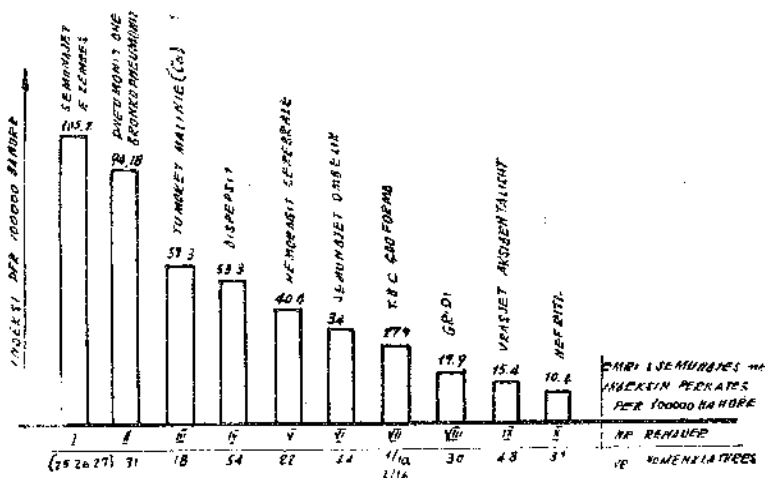
II. Mortaliteti nga t.b.c. në krahasim me atë nga sëmundjet e tjera.—

Pesha specifike e mortalitetit nga t.b.c. çdo forme d.m.th. ‰ (përqindja) e mortalitetit nga t.b.c. çdo forme në krahasim me mortalitetin e përgjithshëm nga viti 1950 deri në vitin 1961 asht ulë progresivisht në më-

nyrë të kënaqëshme. Konkretisht (për 6 qytetet në fjalë) nga 10.6% në vitin 1950 në 4.1% në vitin 1961. Kjo ulje shifet dhe në vendet e tjera ku më shumë ku më pak.

Nuk asht e pa vlefshme me dijtë vendin që zen tuberkulozi si shkak vdekje në krahasim me sëmundjet e tjera. Kjo do të ndihmojë ma tepër me justifikue masat qi duhen marrë për me e luftue këtë sëmundje.

Për të studjue këtë anë të mortalitetit tuberkular muarrëm në konsideratë të dhënat e Drejtorisë së statistikës të viteve 1960-1961 e 1962 mbi mortalitetin në qytetarë simbas shkakut të vdekjes. Nga këto të dhana na përpunuem grafikun Nr. 8.



Grafiku Nr. 8 — Vdekjet qytetare për gjithë qytetet të R. P. Shqipërisë për vjetët 1960-1961-1962 të radhituna simbas sëmundjeve që i ka shkaktoe dhe vendi që zen T.B.C. në këtë renditje.

Në këtë pasqyrë dhe shkallëzim të sëmundjeve u la veçan dhe nuk u radhit Nr. 45 i nomenklaturës, ai që shënon «pleqërin» si shkak vdekjeje as dhe Nr. 46 qi përmbledh «sëmundjet e tjera», kjo për arsye se këto dy grupe si shkak vdekjeje nuk janë të përcaktueme mirë dhe nuk tregojnë kuartë se nga vjen vdekja.

Në këtë pasqyrë nga 54 sëmundje që shënon nomenklatura internacionale për shkaqe vdekjeje na muarëm në konsiderim 10 grupe sëmundjesh ose forma sëmundjesh ma të randësishme:

Në grupin «sëmundjet e zëmës» na përmblohdhëm përveç numur 26 të nomenklaturës ose sëmundjet degenerative të zëmës qi përmbajnë shumicën e konkretisht në tre vjet (1399 raste ose 84.5%) por edhe grupin nr. 25 të nomenklaturës ose sëmundjet kronike reumatike të zëmës (19 raste ose 1.14%). Gjithashtu dhe grupin Nr. 27 ose sëmundjet e tjera të zëmës (238 raste ose 3%).

I. Mbas këtyne konsideratave të përgjithëshme tue shikue me kujdes këtë pasqyrë dhe grafikun del e kuartë se vendin e parë (I), si shkak vdekjeje e zajnë sëmundjet e zëmës me 1956 raste ose 18.8% në krahasim me vdekjet e tjera qytetare me diagnozë ose 105,2 për 100.000. Këtë vend

zenë dhe në shumë vende të tjera të zhvilluara si n'Itali (Ceino, Rusticelli etj. (28).

II) *Pneumonitë dhe bronko-pneumonitë* (N. 31) zajnë vendin e dytë.

Këto sëmundje nuk kanë kët rradhë kaq të naltë në shum vende të tjera p.sh. n'Itali këto zajnë vendin e IV-të.

Numuri akoma i madh i vdekjeve nga pneumonitë dhe bronko-pneumonitë, sëmundje qi sot konsiderohen të shërueme, duhet të na preokupojnë pavarësisht se mund të ketë edhe raste diagnoze të gabueme. Kjo ndoshta mund të shpjegohet nga paraqitja me vonesë e të sëmurëve ose dhe mos kurimi i tyre aq sa duhet në spital.

III) Vendin e tretë e zajnë *tumoret malinje* të cilat duket se janë shtueme këto vitet e fundit siç janë dhe në shumë vende të tjera të përparueme kurse n'Itali zan vendin e dytë.

IV. *Vendin e IV-të e zajnë dispepsit toksike të fëmijëve* që siç dihet janë akoma problem për mjekësinë infantile në vëndin tonë.

Vendin e V-të e zajnë *hemorragjitë cerebrale*, këto duket se janë ma pak se në disa vende të përparueme (p.sh. n'Itali).

Vendin e VI-të e zajnë *sëmundjet Ombilikale* ke fëmit. Këtë duhet ta kenë parasysh mamit dhe obstetrët tanë.

Vëndin e VII e zanë *t.b.c. të çdo forme*, kurse n'Itali zen vendin e VIII (në vitet 1954-56) (shif Ceino, Rusticelli etj.).

Vendin e VIII-të e zajnë *gripi* dhe atë *IX-in* e zajnë *vdekjet aksidentale*.

Kurse vëndin e X-të e zajnë *nefritet e nefrozat*.

Cirrozat hepatiche zajnë vendin e XI-të.

Po të krahasojmë të 10 grupet e sëmundjeve ma të randësishme si shkak vdekje me vdekjet e përgjithëshme me raport mjeku del se 78.3% të gjith vdekjeve kanë për shkak 10 grupet e sëmundjeve të naltpërmenduna kurse 21,7% mbeten për gjithë sëmundjet e tjera dhe në mënyrë të veçantë në mes këtyne 10 grupeve të para t.b.c. zen nji vend me randësi në shkallëzimin e përgjithshëm dhe konkretisht afro 5% në krahasim me sëmundjet e tjera.

MORTALITETI TUBERKULAR SIMBAS MUAJVE (tremujorve) DHE STINAVE TË VITIT

Tue u mundue me studjue mortalitetin tuberkular në vendin tonë në drejtime të ndryshme u përpoqëm me pa në se klima dhe sidomos muajt dhe stinat kishin ndonji influencë në kët fenomen.

Simbas thanieve të popullit të sëmudët tuberkulos vdesin ma tepër kur çelin lulet në pranverë, dhe kur bien gjethet në vjeshtë. Prof. L'Eltore dhe të tjerë tue fol për mortalitetin tuberkular në periudhën para luftës tregojnë se vdekjet nga t.b.c. ndodhin ma tepër në pranverë. Në këto vitet e fundit duket se kimioantibioterapia e kan ulë influencën stinore mbi mortalitetin tuberkular.

Të dhanat statistikore italiane ashtu dhe të vendeve të tjera tregojnë se mortaliteti tuberkular në vitet mbas luftës së dytë botnore konstatohet ma tepër në tre muajt e para të vitit (Daddi).¹⁶

Për vendin tonë ne kemi marrë në studim 2 grup-vitesh atë 1950-1951 dhe atë 1960-1961 me dhjet vjet interval për të mujt me pa ndryshimet gjatë kësaj periudhe. Kështu me materialin që dispenuen krijuem tabelën përmbledhëse Nr. 4, si vijon:

Tabela nr. 4

Shpërndarja e vdekjeve me përqindje përkatëse në tremujorë
simbas vitesh 1950-1951 dhe 1960-1961 për
qytetarë e fshatarë:
1950—1951

Tremujori	Nr. i vdekjeve qytetarë	%	Numuri i vdekjeve fshatarë	%	Numri i vdekjeve qytet. + fshat.	%
I	161	25	74	10.1	235	21.3
II	175	27.2	152	13.6	327	31.4
III	158	24.5	17	3.2	275	25.6
IV	149	23.1	87	19.2	236	22
1960 -1961						
I	90	35.2	126	34.1	215	4.6
II	44	15.16	100	27.1	144	22.1
III	63	22.4	70	19	133	20.45
IV	75	26.7	73	20	148	22.75

Me këtë pasqyrë na shofim kuartë shpërndarjen e vdekjeve nga T.B.C. në tremujorët e grup viteve 1950-1951 dhe 1960-1961 me përqindjet përkatëse në krahasim me totalin e vdekjeve.

Tue studjue të dhanat tona në këtë pasqyrë rezulton se:

A) Në grup-vitet 1950-1951 mortaliteti tuberkularë asht ma i naltë në tremujorin e II d.m.th. në pranverë. Ky superioritet në këtë perjudhë shifet si në mortalitetin tuberkularë global ashtu dhe të ndamë në meshkuj e femna, në qytetarë e fshatarë.

B) Në grup-vitet 1960-1961, mortaliteti tuberkularë asht ma i naltë në tremujorin e parë të vitit d.m.th. ma tepër në dimën.

Edhe në këtë periudhë ky superioritet shifet si në mortalitetin tuberkular global ashtu dhe për çdo seks dhe për qytetarë e fshatarë të marrë veç e veç.

Ky konstatim nuk pajtohet krejtësisht me ato të autorëve të huaj që kanë ba studime në këtë fushë.

Ndryshimi i mortalitetit maksimal nga t.b.c. prej pranverës në dimën me një interval 10 vjetësh (1950-1951), (1960-1961) spjegohet simbas mendimit tonë me influencën e antibakterialeve. Këto kanë ba që numuri i T.B.C. kronik në këto vitet e fundit të shtohet e veçanërisht tek ata të kaluemit në moshë.

Këto raste t.b.c. kronik i shofim ma shumë ke ato që nuk kanë ndjek kurat në rregull ose që kanë refuzue operacionin ose tue qenë në moshë të kalueme nuk mund të operohen. Ke këto zhvillohet ciroza, emfizoma, bronchioktazet etj.

Këto raste arrijnë shpesh në një insuficiencë kardiorespiratore me kapacitet vital të reduktuem. Në kohën ma të përshtatshme kur marrim një grip ose kongestion pulmonar ose një bronkopneumoni ose pneumoni, desekuilibrohen dhe vdesin. Këto pneumopati jo specifike ngjajnë ma tepër në dimën dhe ndihmojnë pra me shpejtue dhe shtue vdekjet e t.b.c. në këtë stinë.

Po të krahasojmë vdekjet nga t.b.c. me vdekjet nga gjithë sëmundjet në vitin 1950-1960 e 1961 (shif anuarin statistikor 1963 faqe 93) do ta shofim se vdekjet nga gjithë sëmundjet ngjajnë ma tepër në muajt e verës dhe të dimnit, gja që spjegohet: Për në verë nga vdekjet e fëmijve prej dispepsie dhe në dimën nga vdekjet e pleqve nga pneumopati siç e thekson edhe Dr. Kërçiku për popullatën katolike të Shkodrës. Sidoqoftë nuk shkojnë paralel me mortalitetin nga t.b.c.

MORTALITETI T.B.C. NË DISA QYTETE TË VOGLA ME KARAKTER FSHATAR

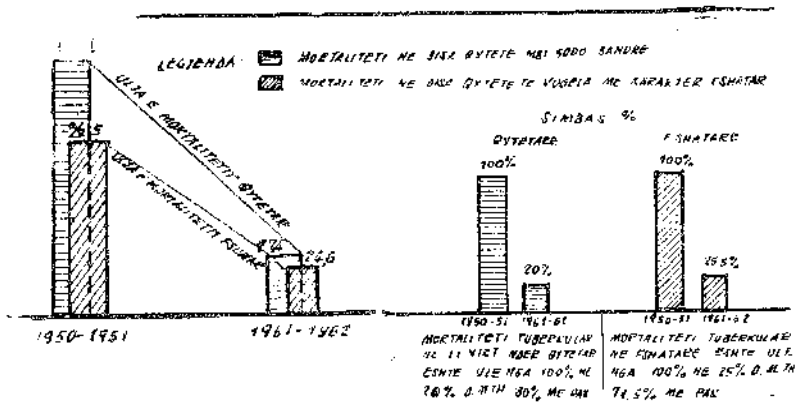
Studimi i plotë i mortalitetit tuberkular ndër fshatarë ka qenë i pamundur për mungesë të dhanash siç u theksue qysh në fillim. Megjithkto na jemi përpjekë me disa të dhana të pjesëshme, me nxjerrë disa konkluzione të përgjithëshme.

Tue njoftë mortalitetin tuberkular ndër të gjitha qytetet na muarrëm në studim veçan mortalitetin t.b.c. ndër disa qytete të vogla me karakter fshatar, kryesisht bujqësor, nxorrëm indeksat përkatëse për 100 mijë b. dhe këta në dy grup vitesh: Në 1950-51 dhe në 1961-1962. Këto indekse i krahasuem në mes të tyre ashtu dhe me mortalitetin tuberkular të qyteteve të tjera ma të mëdhej me karakter jo fshatarë. Me këtë grup të fundit bashkuem edhe ndonji qytet të vogël me karakter kryesisht puntor (miniere ose industrie), p.sh. Selenicën.

Kështu pamë se indeksi i mortalitetit tuberkular në grup vitet 1950-1951 në 8 qytete kryesore ka qenë 139.4 për 100.000 dhe në qytete të vogla me karakter fshatar kryesisht bujqësor ka qenë 96,58 për 100.000. Kurse në grup vitet 1961-1962 në 19 qytete kryesore jo fshatare ka qenë 27.4 për 100.000 dhe në 21 qytete të vogla me karakter fshatar ka qenë 24.61 për 100.000.

Këtu shifet se: a) Mortaliteti tuberkular ka qenë dhe asht akoma ma i naltë në popullatën qytetare se në popullatën fshatare. b) Mortaliteti tuberkular nga viti 1950-1951 në vitin 1961-1962 asht ulë si në popullatën qytetare ashtu dhe në popullatën fshatare por ma tepër në të parën se në

të dytën: respektivisht në qytetarë 80% ma pak dhe në fshatarë 74.6% ma pak. (shif grafikun nr. 9.).



Grafiku Nr. 9 — Ulja e mortalitetit T.B.C. në 12 vjet nga 1950-1951 në 1961-1962 në qytete disa nga të cilët me karakter fshatar.

Nga të dhanat tona mbi infeksionin dhe morbozitetin tuberkular del se tuberkulozi në zonat fshatare ka qenë ma pak i përhapur por ma shum vdekje-prues. Kuadri i ktushëm nuk na lejon me e zhvillue dhe me e spjegue ma gjatë këtë pik kaq interesante që mund të jetë objekt i një artikulli të veçant.

Sidoqoftë me këto të dhana aproksimative dhe nga këto konkluzione paraprake na mund të deduktojmë se duhet shiue njohja e t.b.c. në fshat dhe forcue ma tepër lufta kundra kësaj sëmundje në këto zona ku ajo asht akoma në një pjesë të mirë në fazën epidemike.

KONKLUZIONE TË PËRGJITHËSHME

Studim i mortalitetit nga tuberkulozi në Shqipni deri në vitin 1945 ka qenë i pa mundur për mungesë të dhanash. Mbas këtij viti e deri në 1949 arrihet me pasë një ide pse disa vdekje rregjistrohen me shkakun përkatës.

Nga viti 1950 të dhanat janë të mjaftueshme për një studim të vlefshëm të mortalitetit tuberkular në disa qytete.

Nga ky studim rezulton se:

1) Vdekjet nga tuberkulozi i çdo forme gjatë 12 vjeçarit (1950-1961) në 6 qytetet e studjueme kan shkue progresivisht tue u ulë: Nga 151 për 100 mijë b. në vitin 1950 në 28 për 100 mijë b., në 1961 ose 82% ma pak. (graf. Nr. 1).

Kjo ulje e konsiderueshme spjegohet jo vetëm nga antibakterialet por edhe nga përmirësimi i konditave ekonomike sociale të popullit dhe masave të gjithanshme për luftën kundra t.b.c. në vendin tonë.

2) Mortaliteti t.b.c. asht ma i naltë në meshkuj se në femna në t.b.c. të çdo forme dhe në t.b.c. pulmonar sidomos mbas moshës 35 vjeç. (shif graf. Nr. 3 e Nr. 4).

Indeksi mesatar në 12 vjet asht për meshkuj 108.7 për 100 mijë dhe për femna 62.2 për 100 mijë.

3) Mortaliteti ma i naltë asht nga t.b.c. pulmonar (bile shum ma i naltë) pastaj nga ai meningeal dhe në fund nga ai osteoartikular. (shif graf. Nr. 5 e Nr. 6).

Gjatë 12 vjetve ulen ma tepër vdekjet nga t.b.c. ekstrapulmonar se sa pulmonar.

4) Simbas grup moshës, mortaliteti nga t.b.c. në grup vitet 1950-1951 dhe 1960-1961 asht gjithnji më i ultë nga 5-15 vjeç dhe mbas kësajë moshe vjen tue u ngrejtë kurse në nji interval 10 vjetesh zbrit në gjith grup-moshat por ma tepër në moshat e reja. (graf. Nr. 7).

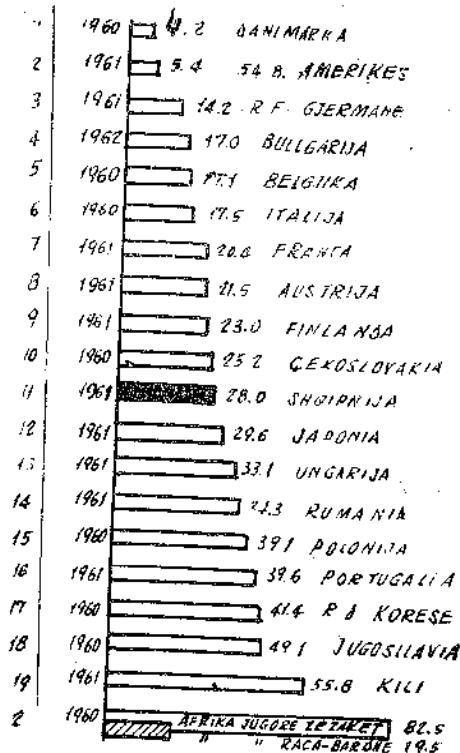
5) Simbas profesionit mortaliteti nga t.b.c. në vitet 1955-1956 ka qenë ma i naltë në puntorë se sa në nëpunës por në vitet 1960-1961 zbrit në të dy grupet dhe ma shum në puntorë. Konkretisht indekset e fundit (1960-1961) janë respektivisht 10 për 100 mijë për punëtorët dhe 12 për 100 mijë për nëpunsit.

6) Peshat specifike e mortalitetit t.b.c. në krahasim me mortalitetin e përgjithshëm në kto 12 vjet në 6 qytetet e studiueme asht ulun nga 10.6% në 4.1% kurse tue krahasue mortalitetin tuberkular me atë të 10 sëmundjeve kryesore në gjith qytetet gjatë viteve 1960, 1961 dhe 1962 do të shofim se tuberkulozi si shkak vdekjeje zen vendin e shtatë. (shif graf. Nr. 8)

7) Simbas stinave dhe tremujorve, në vitet 1950-1951, të sëmundët tuberkular vdesin ma shum në tremujorin e dytë ose në pranverë, kurse në vitet 1960-1961 ata vdesin ma tepër në tremujorin e parë ose në dimën. (tab. Nr. 4)

8) Tue krahasue po në kët grup vitesh mortalitetin tuberkular në disa qytete të vogla me karakter fshatar me atë në disa qytete ma të mdhaj e me karakter jo fshatar shifet se mortaliteti tuberkular në fshatarë ka qenë ma i ulët se në qytetarë por tash kjo diferencë asht paksue, dhe mortaliteti t.b.c. zbrit ma shpejt në qytetarë se në fshatarë në kto 12 vjet. (shif graf. Nr. 9).

9) Tue u nis nga këto të dhana parciale për qytetarët dhe nga konkluzioni se mortaliteti tuberkular në fshatarë nuk asht ma i naltë se ai qytetar, nuk gabojmë, në qoftë se do të konsiderojmë si mortalitet të përgjithshëm t.b.c., mortalitetin tuberkular në disa qytete dhe si i tillë mund t'a krahasojmë me vendet e huja. Kështu tue radhitë mortalitetin nga t.b.c. të 20 Shteteve gjatë viteve 1960-1961 del se Shqipnija zen një vend mesatar relativisht më kënaqshëm. (shif graf. Nr. 10)



Grafiku Nr. 10 — Mortaliteti nga T.B.C. çdo formë në disa shtete në vitet 1960 dhe 1961. Renditja në bazë të indekseve për 100 000 banorë:

(Paraqitur në redaksi më 15-9-64)

DEATH RATE OF TUBERCULOSIS IN ALBANIA

(Summary).

In this work the author discusses the death rate of tuberculosis in Albania, especially in some cities.

He treats the factors that have an influence on the changes of this index. He gives the epidemiological laws of prof. L'Eltore, discussing them impartially, with the purpose of understanding them and applying them for the conditions of this country.

After that the author mentions that before the Liberation (1944) he has not found any data of the mortality rate, but for the period after the Liberation he has studied attentively the materials of the Bureau of Statistics.

The data up to 1949 were not sufficient for the extraction of comparative indexes.

His study is based mainly on the death notices. Their analysis has shown that with the population, since many of these notices did not contain the diagnosis. After that year he finds sufficient data for conclusions, which can have a certain scientific value, but only for the citizens and for certain cities; from this incomplete study he makes valuable general conclusions about the death rate of tuberculosis in Albania. Thus he shows that:

1) The death rate of tuberculosis from 1950 until 1961 has been gradually falling from 151 per 100,000 to 28 per 100,000, which is a fall of 82%. This important fall can be explained not only with the use of antibiotics, but also with the improvement of the social-economic conditions of the population and the general measures of control of tuberculosis.

2) The mortality rate is higher among men than women.

3) It is higher in pulmonary tuberculosis, then meningitis, and lastly in osteo-articular tuberculosis. During the last 12 years the fall of the mortality rate has been more important on the extrapulmonary forms than in the pulmonary cases.

4) The fall is more considerable for the younger age groups.

5) During the period 1955-1956 it has been higher for manual workers than for office employees, but after 1960-1961 it is equal for the two groups.

6) The specific weight of tuberculosis mortality compared with the total mortality of the population during the last 12 years for the 6 cities has fallen from 10.6 to 4.1%, whereas if the tuberculosis death rate is compared with that of the 10 principal diseases, it can be seen that for the period 1960-1962 it occupies the seventh place.

7) During the period 1950-1951 the season of the highest mortality for tuberculosis was spring, while for the period 1960-1961 it is highest during the winter.

8) In comparing the tuberculosis death rate for some small towns with peasant character with that of the larger cities, it can be seen that in the past it was higher in the cities, but now this difference has disappeared, and mortality rate falls more quickly in the cities.

9) On the basis of these partial data for some cities the author concludes that the mortality rate of tuberculosis in the cities can be considered equal to the mortality rate for the whole population, and as such can be taken as a basis for comparison with other countries.

Considering the tuberculosis death rate for 20 different countries it can be seen that Albania occupies a middle place, which can be considered satisfactory.

BIBLIOGRAFI

- 1) Prof. SH.A. ALIMOV. — Probleme të epidemiologjisë regionale të tuberkolozit në Uzbekistan «Probleme të tuberkolozit» nr. 9, faqe 8-12, 1963.
- 2) A. D'AGOSTINO — U. DI LEONI. — «Lo stato attuale dell'endemia tubercolare negli Stati Uniti d'America «Lotta contro la tubercolosi» Nr. 11-12 faqe 891-903, 1962.
- 3) E. BERNARD — A. LOTTE. — Mesure de pcril tuberculeux — Revue de tubere. Tom 23, Nr. 7 Faqe 759-768, viti 1959.
- 4) F. BLANCO. — Influence des nouvelles therapeutiques sur l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse. — «Bull. Un. Inter. contre la tuberculose. F. 303-307, 1954.
- 5) P. BOURGEOIS et Coll. — Tuberculose pulmonaire et pleurale. F. 850-881, 1954.
- 6) O. CEINO — V. RUSTICHELLI. — Determinazione della malattia tubercolare nell'Azio (morbosita, mortalita e letalita); Lotta con. tuber. Nr. 16, f. 943-959, v. 1960.

- 7) O. CEINO. — La mortalita tuberculare in Italia, nella provinca e regioni dal 1887 al 1959. — Lotta con. tuber. — Nr. 12, faqe 1337-1387, viti 1960.
- 8) DREJTORIA E PËRGJITHËSHME E SHËNDETËSISË. — Statistika shëndetësore dhe demografike për periudhën 1927-1932 dhe 1933-1940.
- 9) K. KERÇIKU. — Zhvillimi i shëndetësisë në Shkodër gjatë shekullit XVIII-XX faqe 168, viti 1962.
- 10) G. LELTORE, O. CEINO, V. MARCHIANO. — Mortalita tuberculare (Karakteristikat evolutive-geografike, influenca e faktorit luftë dhe të masave mbrojtëse.)
- 11) G. L'ELTONE. — Les trois lois épidémiologiques de la tuberculose et leur application dans le programme de la lutte contre la tuberculose. «Bulletin de l'Union International contre la tuberculose. Bull. Inter. cont. tub. Nr. 12, faqe 53-72, viti 1957.
- 12) A.L. LAPINA. — Bulletin de l'Un. Int. contre la tuber.
- 13) A.L. LAPINA. — «Probleme t.b.c. Nr. 7, viti 1961, Moskë.
- 14) A. LOTTE et ROULLION. — Mortalité par la tuberculose en France — Bulletin dz. I.N.N., Nr. 3, 1958.
- 15) PERABATOVA M. A., KUNIZINA Z.D. — Treguesit e uljes së mortalitetit në Sverdlov. «Probleme t.b.c., Nr. 4, f. 12, viti 1961.
- 16) MASSINO. — «Probleme të t.b.c.» N. 6, viti 1961.
- 17) E. MERCUSSEN. — Social Hygiene «Kapit. tuberc.» faqe 122-158 — Leipzig, 1954.
- 18) E. MORELLI — E. DADDI — Trattato di Tisiologia «Relievi sulla mortalita për tubercolosi». — faqe. 26-75, viti 1961.
- 19) SH. NDROQI — Disa konsiderata të përgjithëshme rreth studimit të t.b.c. në Shqipëri. Bul. për Shkencat natur. Nr. 2, faqe 101-110, viti 1955.
- 20) NESTOROV. V. — Indeks i rëndësishëm i luftës anti-tuberkulare. — Problemet e tuberkolozit. Nr. 2, viti 1959, Moskë.
- 21) RABUHIN A.E. — Epidemiologia e profilaksia e t.b.c. (Kap. «Shkaqet e uljes së mortalitetit t.b.c.» Moskë 1957.
- 22) T.V. SAKOV. — La lutte contre la tuberculose dans la Republique Populaire de Bulgari «La santé publique. Rev. International — Bucarest. Nr. 2; f. 75-89, v. 1958.
- 23) St. TODOROV. — L'épidémiologie de la tuberculose et l'organisation de la lutte contre la tuberculose en Bulgarie. «Bulletin de l'Union Inter. contre la T.B.C. «Nr. 3-4, faqe 302-311, viti 1957.
- 24) B. ZEJNO. — N. BAROTHY. — Analiza kualitative e mortalitetit nga t.b.c. në rajonin e dispanserisë Tergu-Murash (Rumanie).
- 25) UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Quelques donnees statistiques concernant la tuberculose en Europe et en Amerique du Nord. — Mars, 1964.

TURBULLIMET PSIHIKE NË TUMORET CEREBRALE

Kand. shkencave mjeksore **BAJRAM PREZA** e Kand. shkencave mjeksore
ULVI VEHBIU.

(Katedra e neuro-psikjatriisë, Shef. i kat. Prof. **XH. GJATA**)

Studimi i sindromeve psikopatologjike në klinikën e tumoreve cerebrale filluan që në shekullin XIX-të. Punimet e para u botuan nga fundi i këtij shekulli (Ladame — 1865, Starr 1884, Jastrowitz 1888, cit. nga (4). Këtu duhet përmendur edhe kapitulli i tumoreve cerebrale në tekstin e Oppenheim-it, të botuar në vitin 1896, ku analizohen turbullimet psikike gjatë tumoreve frontale (2). Për herën e parë Schuster botoi një vepër me karakter bibliografik (Psychische storungen her heintumoren — Stuttgart, 1902 — cit. nga 2) ku analizon të gjitha punimet e botuara deri në atë kohë mbi tumoret cerebrale. Ai gjeti gjithsej 588 raste, nga të cilat 323, shoqëroheshin me turbullime psikike. Punime të tjera të rëndësishme janë artikulli i Dupre (1903), ato të Pfeiffer (1910 dhe në traktatin e Bumke — 1930), teza e Barukut (1926), botimet e psikiatërve sovjetikë të viteve 1933-1936 (Rapoport (11), Shamburov (15), etj.). Deri sot më e plotë në drejtim të përshkrimit të turbullimeve psikike gjatë tumoreve cerebrale, është monografia e Shmarjanit e vitit 1940 (16), ku analizohen 420 raste të tilla, nga të cilat 180 frontale. Vitet e fundit, punime me vlerë shkencore dhe praktike, kanë botuar Schlesinger (1950), Walther-Buel — (1951) Hecaen dhe Ajuriaguerra (1956) (6), Rozdolski (55) etj.

Turbullimet psikike, gjatë tumoreve cerebrale, takohen shpesh. Autorë të ndryshëm nuk japin përqindje të barabarta, sepse disa prej tyre, futin në kategorinë e psikozave edhe lëkundjet e lehta të humorit. Kështu Oppenheim, (1902), Bruns (1908) Mocrsch (1925), Kanzer — (1941), i takuan në 100%, të rasteve (cit. nga (4)), Baruk (2) në 74,6% — (1959), Pfeiffer në 3,7% (1910), Schlesinger në 51% (1951), Sonia në 51,5% (1951), Walther—Buel në 70% (1951) Hecaen dhe Ajuriaguerra në 52% (1956), në 75-78% (1961), Inger (33) në 40% (1959), etj. Duke u mbështetur në statistikat më të reja, rezulton, se, çrregullimet psikike gjatë tumoreve cerebrale takohen në 50-70% të rasteve.

Këto turbullime mendore shpesh zotërojnë në të gjithë tablonë klinike dhe të sëmurët gabimisht shtrihen në spitalet psikiatrike, duke mos dyshuar për tumor cerebral. Marchand (1939), midis 573 autopsive të të sëmurëve psikikë, gjeti 36 me tumor cerebri, d.m.th. 6,2% (Cit. nga (4). Guiraud në 1000 autopsi zbuloi 7 neoformacione cerebrale — 0,7%, kurse Raskin (1950), duke bërë 2430 autopsi, arrin në përfundimin se 3,45% e të sëmurëve psikikë kanë tumore intrakraniale.

Pothuajse tumoret e çdo rajoni të trurit të madh japin alteracione psikike, por më shpesh; këto të fundit, takohen gjatë neoplazmave të lobeve frontale, parietale, diencefalice dhe temporale (2), (4), (5), (9), (11), (12) etj). Turbullimet psikike i shkaktojnë jo vetëm tumoret cerebrale të marrë në kuptimin e ngushtë të fjalës (duke futur këtu edhe raste me-

tastatike), por edhe abseset, cisticerkozat dhe pseudotumoret e tipit Nonne.

Në studjum çrregullimet mendore të çfaqura në 33 të sëmurë me tumore cerebrale. Këto raste u mblodhën gjatë tetë vjetëve të fundit dhe kanë manifestuar turbullime të rënda psikike. Ndërsa rastet e tjera, tek të cilët çfaqjet psikopatologjike nuk kishin rëndësi të veçantë diagnostike, u lanë me njëanë. Shtatë nga këto raste u shtruan në klinikën e psikiatrisë, sepse alteracionet e tyre psikike ishin shumë të theksuara, dhe diagnozat e hyrjes ishin psikiatrike: skizofrenia (3 veta), psikoza maniakale, (2 veta) psikoza depresive (2 veta). Në pesë nga këta të sëmurë diagnoza e tumorit cerebral u vu në kohë dhe ata u transferuan në klinikën e neurologjisë, kurse 2 tumoret e tjera u zbuluan gjatë autopsisë (një me formën katatonike të skizofrenisë dhe një me formën hebefrenike). Po të marrim parasysh numurin e përgjithëshëm të të sëmurëve psikike, të shtruar në klinikën e psikiatrisë këto tetë vjetët e fundit (2380 veta) rezultojnë se të shtatë rastet e shtruar me tumore cerebrale zënë vetëm rreth 0,3% të shumës së përgjithëshme. Të 26 të sëmurët e tjerë u hospitalizuan direkt në klinikën e neurologjisë të fakultetit, sepse ata, krahas turbullimeve psikike, kishin edhe simptome të theksuara neurologjike, që zinin një vënd të rëndësishëm në tablonë klinike. Duke krahasuar rastet e tumoreve cerebrale, që shoqërohen në turbullime psikike të konsiderueshme (33 veta) me numurin e përgjithëshëm të neoformacioneve intrakraniale, të shtruar në klinikën e neurologjisë, del se ato zënë rreth 20% të shumës së përgjithëshme të tumoreve cerebrale. Po ta krahasojmë këtë shifër me ato të autorëve të tjerë, del se është shumë e ulët. Kjo shpjgohet me faktin se në studjum vetëm ato raste që u shoqëruan me çrregullime psikike shumë të rënda p.sh. Baruk (2) raste të tilla gjeti vetëm në 27,2% të të sëmurëve me tumore cerebrale.

Midis 33 rasteve tona, 19 kishin tumore frontale, 1 frontotemporal; 2 fronto-parietale, 1 temporal, 5 diencefalo-hypofizare, 4 cerebelare, 1 i ventrikulit të tretë. Pra edhe nga materiali ynë rezultojnë se tumoret frontale shoqërohen më shpesh me turbullime psikike, sesa tumoret e lobeve të tjera. Kjo shpjgohet me faktin se lobet frontale lozin një rol me shumë rëndësi në aktivitetin psikik të njeriut. Nga të 33 të sëmurët, një kishte absces serebral (*regio fronto-parietalis*), një tumor metastatik frontal, një pseudotumor Nonne frontal (*encephalitis circumscripta*). Nga shumë e përgjithëshme e këtyre të sëmurëve 24 vdiqën: 9 u operuan me sukses dhe vazhdojnë të jetojnë.

Në përgjithësi psikiatrit, turbullimet mendore që çfaqen gjatë tumoreve cerebrale, i ndajnë në dy grupe: simptomet e përgjithëshme (të shkaktuara më tepër nga hipertensioni intrakranial dhe edema cerebrale), dhe ato të karakterit lokal. Simptomet e përgjithëshme të tumoreve cerebrale janë studjuar me hollësi nga Baruk (2) Pfeiffer, Weinsenber (cit nga 2), Dide, Guiraud (3), Oppenheim (9), etj. Turbullimet psikike, në mvartësi nga lokalizimi i tumorit, u studjuan nga Shmarjani (16), Leonora Welt, Raymond; Bruns, Gianelli, Jastrowitz, Hecaen, Ajuriaguerra, Jackson etj. (cit nga 2).

Për herë të parë, në formë të plotë, sistemi i simptomeve të përgjithëshme psikotike, gjatë tumoreve cerebrale, u bë nga Baruk, i cili dallon konfuzionin mendor tranzitor (bradypsicha dhe onirizmi ekmcnezik), format me gjumë patolgjik, që shoqërohen me amnezinë e fiksimit dhe fabula, format apatike me torpor, që arrijnë deri në stupor me katalepsi, gjëndjet konfuzionale aktive me impulsione dhe automatizëm ambulator

(fuga, ekuivalenca psihike), format e zgjatūra psihotike (pseudoparalizia gjenerale e përshkruar nga Closton, Obernie, Baraduc, Raymond, Petiawy, Brault etj. me tablo të psikozës Korsakov, të demences së parakohëshme dhe senile, halucinacionet, sidomos vizivet, sindromi halucinatoro—paranoid i studjuar me hollësi nga Gordon, Dide dhe Guiraud (14). Si simptome të përgjithëshme gjithashtu konsiderojnë gjendjet depressive intermitente, statusin maniakal pa fuga idearum, anomalinë e karakterit, epilepsinë (kriza e madhe, karakteri epileptik, gjendja krepuskulare, amentive). Sipas Ey H. Bernard (4), në Gjermani, sindromi konfuzional i Baruk-ut, njihet me emërin e sindromit të Korsakovit, që e quajnë ndryshe sindrom amnestik organik, ose «psykoorganik», sipas Bleuler-it.

Në të sëmuret tonë, çrregullimet e përgjithëshme psikike, që u takuan më shpesh janë: sindromi neurastenik ose hysterik në fillim të procesit patologjik, frenimi i përgjithëshëm i të sëmurit, që kalon në disa shkallë (adinamia, apatia, obnubilacioni, somnoleca patologjike, torpori — gjendje turlosjeje, sopori dhe koma), sindromi amnestik i Korsakovit (amnezi e të fiksuarit, dezorientim amnestik në kohë dhe vënd, konfabulacione), krizat epileptike, gjendja amentive, sindromi depresiv, maniakal, pseudoparalitik, labiliteti emocional, puerilizimi, onirizmi ekmnezik.

Ne nuk e shikojmë me vënd të paraqesim raste për të demonstruar simptome të përgjithëshme psikotike gjatë tumoreve cerebrale, sepse këto janë përshkruar me hollësi nga autorë të tjerë. Do të ndalemi pak më gjatë mbi onirizmin ekmnezik. Sikurse u tha edhe më sipër ëndrrat ekmnezike gjatë tumoreve cerebrale u përshkruajtën nga Baruk. Më vonë edhe Shamburov (15) përshkroi dy raste të tilla, në njërin nga të cilat ekmnezia çfaqet në formë të aurës epileptike. Të sëmuret e tij ishin me tumore frontale, ndërsa Baruk (2) nuk ndalet në lokalizimin e tumorit. Ekmnezinë, për herë të parë, e përshkroi Pitres gjatë histerisë. Ajo konsiston në kthimin e subjektit në një periudhë të mëparëshme të ekzistencës së tij, të cilën ai e jeton plotësisht. Bie në sy çorientimi në kohë dhe vënd.

Më poshtë do të përshkruajmë një rast me onirizëm ekmnezik të konstatuar tek i sëmuri me tumor cerebelar.

Pacienti H.Ç., vjeç 47, bujk. U shtrua në klinikën e neurologjisë, 20.XII.1960 dhe vdiq më 28.I.1961. Në hyrje ankonte cefale, vertigo, pasiguri në ecje. Objektivisht, veç lezioneve organike (sindromi paleo-cerebelar), u vunë re edhe turbullime psikike. I sëmuri jetonte periudhën e viteve të para pas çlirimit, kur në fshatin e tij, akoma nuk ishin eliminuar feudalo-kulakët. Me ditë të tëra i dukej sikur ndodhej në fshat, bisedonte gjallërisht me «kulakët», u kundërshtonte atyre, jepte reaksione të gjalla emotive, protestonte energjikisht për «padrejtësitë» e elementëve reaksionarë, falenderonte «njerëzit» që do të zhvillonin reformën agrare. Të sëmuret e tjerë i konsideronte si bashkëfshatarë, hynte në kontakt me ta, u ndryshonte emrat. I mungonte pra orientimi në kohë dhe vënd. Kritikën e gjendjes së tij nuk e kishte. Në përgjithësi paraqitej i kënaqur. Me periudha binte në gjendje adinamie, somnolence dhe torpori. Punksioni lumbal dha një disociacion të fuqishëm albuminocitologjik. Në *fundus oculi* staze papilare. Është karakteritike të shënojmë se pas çdo punkcioni lumbal, fenomenet e ekmnezisë i largoheshin. Para vdekjes ra në gjendje stuporoze, pastaj iu zhvillua sopori dhe më vonë koma. Në autopsi u konstatua tumor cerebral me komprimin të ventrikullit të IV-të.

Në rastin konkret duket kjo të se onirizmi ekmnezik është pasojë e hipertensionit intrakranial. Këtë rast ne e paraqisim si shumë të rallë, sepse në bibliografinë e konsultuar (66 autorë) e gjetëm të përshkruar vetëm në dy punimet, që përmëndëm më sipër.

Më poshtë po analizojmë edhe një rast për të treguar se si tumoret cerebrale mund të çfaqen me sindromin neurastenik, ose hysterik.

E sëmura F.F. 48 vjeç, e martuar. U shtrua për herën e parë në klinikën e psikiatrisë, 9.IV.58 (N. Kartelës 3200), me diagnozë susp. psikozë presenciale. Sëmundja iu çfaq para dy muajve, pas një traume jo të rëndësishme psikike. Humbi gjumin, oreksin; qëndrueshmërinë në punë. I lindën dhëmbjet e kokës, të lokalizuara më tepër në rajonin fronto-temporal të majtë, vertigoja, prishjet e skemës së trupit në momentin kur ishte duke e zënë gjumi. Më vonë u bë njaft nervoze, prekej për gjëra pa rëndësi, qante, s'duronte dot as zhurmën më të vogël, lodhej shpejt. Pas një muaji i u çfaqën halucinacionet auditive, me përmbajtje jo të kënaqëshme. Për këtë e suallnë në klinikën e psikiatrisë, ku qëndroi deri më 30.IX.59. Gjatë qëndrimit në klinikë manifestoi fenomene të sindromit depresiv me prishje të skemës së trupit (zgjatja e duarve, këputja e gjishtrinjëve etj.). U mjekua me insulinë, glukozë, polivitamina dhe 6 seanca elektrosjoku bitemporal. Doli e shëruar plotësisht me diagnozë: psikozë pellagroze, sepse paraqiste shënja dermatiti në qafë, duar dhe këmbë dhe kishte ngrënë bukë misëri. Ekzaminimet e përsëritura objektive të statusit neurologjik, likuorit cerebral dhe fundit të syve dhanë rezultate negative. Herën e dytë u shtrua me 7.VII.61, e dërguar nga neurologu i poliklinikës me diagnozën e formës hebefrenike të skizofrenisë (?). Nuk dihej si filloi sëmundja. U paraqit e gëzuar, bënte naze, dukej e kënaqur, përdorte fjalë diminutive, sillej si fëmijë, ngacmonte të sëmurët e tjerë. Pas dy ditë ra në gjendje adinamie dhe somnolence, më vonë u zhvillua turpuri (ishte si e turllosur, sikur e kishte goditur njeri në kokë), sopori dhe koma. Në mbrëmjen e datës 3.VIII.1961 vdiq. Në autopsi tumor fronto-temporal nga ana e majtë (meningeoma). Edhe kësaj here ekzaminimi jo shumë i thellë i statusit neurologjik nuk zbuloi leziona organike.

Duke analizuar këtë rast të tërheqin vëmendjen dy momente kryesore: 1. Herën e parë tumori debyton me sindromin neurastenik i shoqëruar me gjendje depressive, dhe prishje të sintezës senore. Këto fenomene më tepër lidhen me dëmtimin që i bëri në fillim tumori temporal. 2. Herën e dytë në plan të parë del sindromi hysterik, puerilizmi i shoqëruar me sjellje stupide, që mund të lidhen me kalimin e tumorit në lobin frontal.

Në literaturë janë përshkruar raste kur tumoret cerebrale fillojnë me sindromin psikopatik, me turbullime të theksuara të karakterit dhe perversione seksuale.

Shpesh herë, tabloja klinike psikopatologjike e tumoreve intrakraniale është shumë e ngjashme me atë të formave të ndryshme të skizofrenisë (deri në depersonalizim) epilepsisë, paralizës progresive. Të shumta janë rastet kur në autopsin e «skizofreneve» janë gjetur tumore masive cerebrale. Për këtë ka shkruar edhe Pishçugin. Një gjë e tillë do ta shikojmë edhe në të sëmurët tonë, të cilët do t'i analizojmë pak më poshtë.

Tani do të ndalem i mbi manifestimet e ndryshme psikotike që takohen gjatë neformacioneve intrakraniale, në mvartësi, nga lokalizimi.

Nga të gjithë neuropsikiatret pranohet se tumoret frontale japin më shpesh dhe më shumë turbullime psikike (2, 6, 15 etj.), e se këto ndryshime në shumicën e rasteve, çfaqen para lezioneve organike neurologjike (16). Sipas të dhënave të literaturës, kur dëmtohet pjesa konvekse e lobeve frontale lind apatia, akinezia, torpori etj. (16), kur dëmtohet rajoni premotor çfaqet sindromi automatizmave motore, psikomotore dhe emocio-

nale, ndërsa lezionimi i pjesës bazale manifestohet me sindromin e inhibicionit ose pseudoparalizës (4, 8, 16). Një vënd të rëndësishëm zë dismnezia (hypomnezia, çorientimi spaciotemporal, konfabulacionet) narkolepsia (Lechelle, Alajuanine, Thevenard -cit nga 2), turbullimet e karakterit dhe të humorit (1,9 16), lodhja e shpejtë, vështrësia për të përqëndruar vëmëndjen (4), gjëndjet e vërteta maniakale (4, Lange, Palish). Më rrallë takohen ekmnezia, puerilizmi, gjëndjet e tipit histeroid (Messimy, Hecaen, Ajuariaguerra — cit nga 4). Një vënd të rëndësishëm gjatë tumoreve frontale zë moria e përsëhruar për herë të parë nga Jastrowitz, ose «mendjemprehtësia». Vështrësi të madhe për diagnoz- diferencialin paraqet sindromi pseudoparalitik, që mund të ngatërrohet lehtë me paralizën progresive, demendën senile dhe hebefrenine.

Midis 33 të sëmurëve tonë, 19 kishin tumore frontale të lokalizimeve të ndryshme. Nga këta 7 ishin gra, 12 burra, me profesione të ndryshme dhe moshë mesatare rreth 35 vjeç. Tabloja klinike e 19 rasteve ishte si më poshtë: 6 paraqitën sindromin pseudoparalitik, 3 sindromin adinamikopapatik, 3 sindromin depresiv, 2 sindromin katatonik, 2 gjëndjen maniakale, 2 sindromin e morias dhe një fenomene distimike.

Gjatë gjëndjeve pseudoparalitike binin në sy këto simptome: euforia e shoqëruar me ndjenja bamirësie, mungesa e kritikës karshi gjëndjes së vet psikopatologjike, indiferentizmi për detyrat familjare, hypomnezia, që shpesh hynë në kuadrin e sindromit të Korsakovit; sidomos binte në sy çorientimi spaciotemporal. Të tërhiqte vëmëndjen sjellja mendjelehtë e këtyre të sëmurëve, mungesa e shqetësimit për të ardhëshmen, ezauribiliteti psikik, me periudha idetë e madhësisë. Fenomenet e përsëhruara në i gjctëm gjatë tumoreve frontale me lokalizim bazal. Më poshtë po përsëhruajmë një rast të tillë.

I sëmuri R.G. vjeç 40, bujk, i martuar. Herën e parë u shtrua në klinikën e neurologjisë në Shkurt të vitit 1961. Sëmundja i filloi gradualisht, me ndryshimin e sjelljes. Humbi gjumin e u bë grindavec, nuk i pëlqente më të punonte, nisi të përdorte pijet alkoolike. Shumicën e kohës e kalonte jashtë shtëpisë, nuk preokupohej aspak për familjen. Largohej nga fshati pa lajmëruar njeri: nuk kujdesej si përpara për veten e tij, rrinte në mendime. Kjo gjëndje i vazhdoi rreth dy muaj. Si shkak për shtrimin e tij në klinikë shërbeu fakti, se në mes të dimrit, u la në lumë, gjë që s'e kishte bërë përpara. Në hyrje në klinikë ishte euforik, i predispozuar për të hyrë sa më shumë në kontakt me mjekun, kishte logore, sikur i mbahëj goja, (dizanteri), i pëlqenin bisedat erotike. Me momente të linte përshtypjen e njeriut të dehur, të turlosur, që për një çast humbiste në ëndërim të largëta. Objektivisht në *status neurologicus* u konstatuan leziona organike, të ngjashme me ato të paralizës progresive (pupilat myotike, lehtësisht të deformuara, paralize centrale faciale D, ataksi e lehtë dextra, hiperrefleksi patelare, pa reflekse patologjike D.—S. *Fundus oculi*, kraniografia dhe punkcioni lumbal nuk zbuluan asgjë patologjike. Meq-nëse edhe në anamnezën familjare kishte momente që mund të dysboje për sifiliz, të sëmurit iu vu diagnoza e neuro-luesit. Pas dy muaj qëndrimi në klinikë doli pak i përmirësuar. Në fshat më tepër rrinte i vetmuar, apatik, indiferent. Me periudha nisi të ankojë dhëmbje koke, dobësi shikimi, pasiguri në ecje, nauze. Sipas këshillave të mjekut u rishtruar në klinikë më 26.IX.1961. Atëhere i sëmuri ishte i obnubiluar, nuk përgjigjej ndaj pyetjeve që i drejtonin, sikur kishte pësuar një kontuzion cerebral. Fundus oculi kishte stazë papilare, likuori ngelej normal. Pas mjekimeve me solucione hipertонike gjëndja disi u përmirësua, por mbeti

apatik, si i huaj për ambientin rrethonjës, me orientim të humbur allopsiqik. I mungonte kritika karshi gjendjes së vet patologjike. Më vonë u zhvillua afasia sensore, astereognoza, obnubilacioni, sopori dhe në gjendje komatoze vdiq datë 19.X.1961. Në autopsi tumor masiv frontal që prekte në mënyrë të veçantë rajonet bazale.

Këtë rast ne e paraqesim për të treguar se tumoret frontale mund të japin tablonë e paralizës progresive si nga ana e jashtëme klinike ashtu dhe dekursi. Në rastin konkret sëmundja çfaqet me sindromin neurastenik, më vonë dominon sjellja stupide me fenomene demence dhe më në fund i sëmuri bije në gjendje torpori, sopori, kome dhe vdes. Nuk duhet harruar se edhe gjatë tumoreve cerebrale serorëaksionet specifike mund të japin rezultate pozitive. Pneumoencefalografia, arteriografia dhe elektroencefalografia, që atëhere nuk mund t'i bëheshin të sëmurit, do të kishin ndihmuar në precizimin e diagnozës.

Edhe në rastin e dytë, që do të përshkruajmë më poshtë; do të ndalemi më gjatë për të parë se si tablonë psihotike të tumoreve cerebrale, mund të ngatohen me psikozat endogjene.

I sëmuri P.N. vjeç 40, i martuar, bujk. U shtrua në klinikën e psikiatrisë datë 18.VIII.1961 me diagnozën «gjendje depressive». Sëmundja i u çfaq para 3 muajve, pa ndonjë shkak të jashtëm provokues. Nisi të bëhej me qejf, të hajë shumë, të humbasë ekuilibrin (anonte nga e djathta). Pastaj u izolua nga shoqëria, i pëlqente vetmia, s'bisedonte me njeri, nuk dilte në punë, s'interesohej për asgjë, rinte në mendime, kishte një frikë të pashpjegueshme. Nga neurologu i poliklinikës i u caktuan 4 seanca elektrohoku bitemporal, pas të cilave statusi psihik pothuajse u normalizua. Por mbas dy javë gjendja përsëri u keqësua. U bë si i ngrirë, me zicte, i merreshin mentë, i dridhej trupi, nuk i fliste njeriut, preu të ngrënit. Për këtë u risuall për kontroll dhe u shtrua në klinikën e psikiatrisë. Në anamnezën familjare dhe personale nuk u zbulua asgjë me rëndësi. Statusi psiqik i të sëmurit në hyrje paraqitet si më poshtë: Pacienti hyn në dhomën e mjekut kokë ulur. Në fytyrë duket i deprimuar. Ambienti i ri nuk i bëri asnjë përshlypje. Ulet në karrike si pa qef, duke e parë atë me vretjtje. Pastaj, pasi ngrihet, ulet përsëri (ambitendencë). Ndaj shumë s'është pyetjeve që i drejtohen nuk jep asnjë përgjigje. Me periudha përgjigjet, e me vonesë të madhe. Orientimin auto dhe alopsiqik e ka të ruajtur. Bien në sy barazhet, ndërprerjet në procesin e të menduarit. Karaste kur përgjigjet sipas stilit telegrafik, me zë monoton, pa gjallërinë përkatëse. Gjatë bisedës nuk qëndron i qetë në karrike, disa herë ngrihet prej saj, qëndron në këmbë, pastaj përsëri ulet (lëvizje stereotipike). Formalisht ka kritikën e sëmundjes, por nuk di të shpjegojë natyrën e saj. Kontakti me të është i vështirë. Në fytyrë me momente të le përshlypjen, se nuk shpreh asgjë, duket indiferent. Ka raste kur qesh pa arsye, kur mjeku e pyet për diçka. Nuk impresionohet nuk i kujtohen të afërmit dhe i thuhet se do të qëndrojë gjatë në spital. Objektivisht u vu re parazi facialë centyrale nga ana e majtë. Gjatë më se dy javë qëndrimi në klinikën e psikiatrisë statusi psiqik i të sëmurit shkoj duke u keqësuar. Ra në gjendje somikatatonie: gjithë kohën e kalonte shtrirë, nuk preokupohej për asgjë, s'parashtronte asnjë kërkesë, urinonte në dyshek. Gjatë vizitave të mjekut, në përgjithësi, nuk reagoonte, veçse kur pyetej thoshte se ishte i sëmurë. Pyetjet e mjekut s'i tërhiqnin vëmëndjen, ndaj tyre nuk përgjigjeje, shumë herë e shikonte atë në sy si i çuditur. Me periudha ruante duke qenë shtrirë në dyshek një pozë të caktuar. Kishte ditë kur tabloja katatonike zhdukej dhe kontakti me të sëmurin përmirësohej. Ai atëhere

paraqitëj somnolent, i frenuar. Ankonte dhëmbje koke, marje-mendësh dobesi të përgjithëshme. Në këto momente binte në sy lodhja psiqike, që e pengonte të vazhdonte bisedën. Ditët e fundit, para se të transferohej në klinikën e neurologjisë lindën levizjet e pavullnetëshme në dorën e djathtë, që të llin përshyqjen e simptomit të «numurimit të parave». Duke u nisur nga mikrosimptomatika neurologjike dhe atipiciteti i tablosë klinike, u dyshua për tumor. Punksioni lumbal, zbuloi në likuor një disociacion proteino-citologjik. Datë 6/IX/1962 transferonet në neurologji. Objektivisht në status *neurologicus* u vunë re këto shenja: Fytyra amirike, gjunën nuk e nxjerr s'kupton fjalët, parezë taciaie nga ana e majtë, hyperoni muskulare në ekstremitetet e majta, rigiditet i përgjithshëm në duart. Refleksi Marinesco-Radoviç bilateral, sidomos nga ana e majtë, simptomi i Babinskiit spontan nga ana e majtë. Kernig i lehtë bilateral. Ataksia sinistra. Urinon dhe deiekton në dyshek. Më vonë çfaqen edhe më kurtë simptomet e automatizimit oral, reflekset patologjike. I sëmurë bie në gjendje subkomaatoze, më pas në kome dhe vdes me 7.XI.62. Kranio, pneumo dhe arteriografia përfurcuan diagnozën e tumorit frontal dexter, gjë që u vërtetua edhe në autopsi.

Tabloja klinike e këtij është ajo e katatonisë. Si shenja atipike, që shërbyen për diagnoz-diferencialin ishin ruajtja e kritikës karshi sëmundjes; kthjellimet periodike, e zauribiliteti i proceseve psiqike. Në materia-lin tonë disponojmë edhe një rast ku psikoza çfaqet me histeri.

Mbi tumoret e bazës cerebrale është shkruar një literaturë shumë e pasur. Ne do të ndalemi shkurtimisht në turbullimet psiqike gjatë lokalizimit të neoplazmës në diencefalon, dhe hypofize. Për tumoret hypofizare është tipik sindromi Icenko-Kushing i shoqëruar në stadet e avancuara me turbullime të karakterit, labilitet emocional, episode psikotike me agresivitet (5), lodhje të madhe, asteni, apati, somnolence dhe hypomnezi (10). Gjatë tumoreve diencefalike takohen më shpesh turbullimet e gjumit (hypersomnia, asomnia, dysomnia), narkolepsia me fenomene onirizmi, halucinacionet vizive (2, 16), epilepsia diencefalike, gjendjet akinetike me mutizim (4), sindromi i Korsakovit (16), rënie e aktivitetit intelektual (Cushing, Sainton, cit nga 2), instabiliteti emocional, krizat maniakale dhe depresive (2, 16), turbullimet e metabolizmit etj. Shpesh herë turbullimet psiqike çfaqen në kuadrin e sindromit diencefalik anterior të Penfildit ose atij posterior të G. de Marsier. Ne sindromet hypotalamiko-pedunkulare fusin edhe sindromin e halucinozës pedunkulare të Lhermitte, që quhet ndryshe onirizmi hypnogogjik, gjatë të cilit i sëmurë shikon «ëndra me sy hapur» (9, 14, etj.).

Më poshtë po japim një rast me tumor diencefalik që u shoqërua me turbullime psiqike. I sëmurë Z.B. vjeç 36, shofer, i martuar. U shtrua në klinikën e psikiatrisë, i dërguar nga K.M. L. i neurologjisë, datë 13.XI.1961, (N. Kartelës 9309) me diagnozë: «*Psychopathia*, ose M. Bleule». Sëmundja i filloi para 3 muajve me pagjumësi, nervozitet, ndryshim të sjelljes. Nisi të tregoj arrogant në familje, s'përfillte njeri, (përpara nuk kishte një zakon të tillë), sillej në mënyrë të ashpër me fëmijët. Më vonë mbante thikë, me të cilën kërcënonte gruan. Në punë nuk ishte i sjellshëm nuk respek-tonte orarin, manifestonte impulsivitet. Me periudha qante pa arsye. Më vonë filloi të bjerë në sy labiliteti emocional, rrinte si i humbur, braktisi plotësisht punën. Për këto fenomene u hospitalizua. Në hyrje statusi psiq-ik i të sëmurit paraqitet si më poshtë: Është me orientim të ruajtur auto dhe allopsiqik. Ndaj pyetjeve që i drejtohen përgjigjet me vështirësi, megjithëse drejt. Të le përshtypjen e njeriut të përgjumur, të trullësuar,

sikur është lodhur shumë. Referon se ka tri muaj që s'punon, sepse pa prituri e zë gjumi si natën ashtu edhe ditën, prandaj ka frikë se mos t'i ndodhi ndonjë aksident me maqinën. Ka kritikën e sëmundjes së vet. «Kam ardhur të bëjë një kurë, që të «shërohem»; por këto fjalë nuk i thotë me ekspresionin përkatës, i nxjerr nga goja si me zor. Duket sikur është në gjumë, ëndëron. Shton, se këto kohët e fundit i ka hypur një mërzitje e madhe, që s'di si ta shpjegojë. Kur pyetet sikur zgjohet, mobilizohet të përgjigjet drejt. Paraqitet tepër i frenuar, në gjendje torporoze jo të theksuar. Objektivisht dukej se kishte një paralizë faciale centrale nga ana e majtë dhe asgjë tjetër patologjike. U diagnostikua psikoza depresive.

Të nesërmen, duke qenë i shtuar në klinikën e psikiatrisë, pati një krizë të vërtetë epileptike, më shumë nga goja: 24 orë pas krizës statusi psikoneurologjik i të sëmurit paraqitet si më poshtë: Vetëdija e errësuar. Është në gjendje torpori. Pyetjet që i drejtohen i kupton me zor. Përgjigjet me vështirësi. Paralizë centrale faciale nga ana e majtë. Hemihy-poestezia sinistra. Prezent sindromi meningeal. Provat cerebelare janë negative. Vetë i sëmuri ankon dhëmbje koke, thotë se ka patur të vjella. Me diagnozën «tumor cerebri» u transferua në klinikën e neurologjisë. Këtu u konstatua edhe dizartria, rigiditeti i përgjithshëm i këmbëve, hyperrefleksia bilaterale tendinoza dhe periostale, lëkundja në pozën Romberg. Më vonë paraqiti paralizë të nervit hypoglossus nga ana e djathtë (pa fibrilacione), hyperrefleksi më të theksuar në ekstremitetet e djathta, refleksin e Babinski nga ana e majtë, simptomën Bare pozitiv nga ana e majtë.

Deri me datën 20.XII.1962, nga ana psiqike paraqitet i frenuar, i obnubiluar. Ankon dhëmbje koke, të vjella. Shpesh herë e zë gjumi ditën dhe në mbrëmje. Me periudha manifeston eufori, i mungon kritika karshi gjendjes së vet patologjike. Duket si i trullosur, si i dehur. I pret me buzëqeshje pyetjet e mjekut ka momente kur kërkon të dalë nga spitali. Nuk reagon ndaj talljeve që i bëjnë disa të sëmurë. Të ecurit s'e ka të sigurtë i merren mendtë. Gjumi e zë pa prituri me cigare në gojë, e mban 2-4 orë, ose edhe më tepër. Shumë herë kur e pyet të shikon në sy si i përgjumur dhe nuk përgjigjet.

Pas funksionit lumbal, që zbuloi një disociacion të theksuar proteinocitologjik, pneumoencefalografisë dhe funksionit cisternal, gjerëdija e të sëmurit u rëndua. Filloi të çfaqet afazi sensor dhe motore, gjumë të fortë patologjik, refuzonte ushqimin. Terapia e shumëlojësme që i aplikohet e ndihmonte pak. Datë 21.XII.1962 ka patur disa atake epileptike rrjesht, që fillonin me Jackson motor nga ana e djathtë dhe që i u përsëritën disa herë edhe në mëngjezin e datës 22.XII.62. Pas një muaji lindi agnosia optike dhe hemipariza nga ana e djathtë. Datë 14.II.62 mjeku kurues shkruan se i sëmuri paraqitet euforik. Vetën e ndien mirë, si në shtëpinë e vet. I mungon kritika e gjendjes së tij. Më vonë, krahas somnolencës patologjike, gjendjes torporoze dhe euforisë, del në evidencë edhe orientimi spacialotemporal. Mendon se ndodhet në hotel. Manifeston siellë të vecanta, që të kuiton të sëmurët me paralizë progresive, nderon si ushtar. Të tërhiqte vëmëndjen amnesia e fiksimit, e shkaktuar nga gjënda torporoze. I sëmuri nuk mbante mënd asgjë nga ngjarjet e ditëve të fundit në klinikë. Binte në sy afazia amnestike.

Për tablonë klinike të rastit që ne analizojmë është karakteristike labiliteti i simptomatikës psikopatologjike, kthiellimet e përkohëshme, gjatë të cilave i sëmuri paraqiste një gjendje pseudohypomaniakale. Shtimi i krizave epileptike ditët e fundit dhe krizat e shpeshta të narkolepsisë.

Datë 24.IV.1962 gjëndja e të sëmurit pa pritur u keqësua, tensioni arterial i hypi në 190/80 mm. Hg. ra në gjendje subkoma, më vonë në koma dhe vdiq ora 17.

Diagnoza klinike, tumor i hemisferit të majtë (*regionis fronto-temporalis*) me interesim të rajonit diencefalik. Kjo diagnozë u mbështet edhe në të dhënat e arteriografisë. Në autopsi u gjet tumor *cerebri regionis hypothalamici* me penetrim në ventrikulin e III. *Glioma Cysticum*. Duke analizuar këtë rast nga ana psikiatrike, të tërhcqin këto fenomene: sindromi psikopatik në fillim, labiliteti emocional dhe gjendja depresive, somnolenca patologjike, narkolepsia, torpori, sindromi i Korsakovit, euforia e shoqëruar me mungesë kritike, sjellja e një të sëmuri me paralizë progresive, afazia sensore dhe motore, krizat epileptike.

Në një rast tjetër me tumor hypotalamik, (i sëmuri A.B. vjeç 31, shtruar në klinikën e neurologjisë datë 13.III.1961 deri në 31.III.1961) krahas adipozitetit, subfebrilitetit dhe dhembjeve të kokës të karakterit paroksitik, binin në sy edhe gjendja amentive, sindromi i Korsakovit, inkoherenca në mendime, sjellja psikopatike, obnubilacioni, somnolenca, lëkundjet e mëdha të tablosë psikopatologjike. Në rastin konkret doli tepër pozitiv edhe reaksioni i Wassermanit në gjak.

Një nga të sëmurët me tumor hypofizar paraqiti gjendje të zgjatur depresive (N.P. 28 vjeç, shtruar në klinikën e neurologjisë me 16.VII.60 deri 13.XII.1960 me adenome bazofile, kurse një grua e re ra në gjendje të thellë katatonie me stupor, mutizëm, katalepsi, negativizëm.

Duke konkluduar ne themi se tumoret diencefalike shoqërohen shpesh me turbullime psikike, e se këto të fundit zënë një vënd të rëndësishëm në tablonë klinike.

Të shpeshta janë rastet kur tumoret temporale shoqërohen me turbullime psikike, sidomos kur procesi patologjik lokalizohet në lobin e majtë. Fenomenet psikotike janë aq karakteristike sa që mund të mbështetesh plotësisht për të vënë diagnozën topike. Në materialin tonë ne disponojmë një rast me tumor të lobit temporal dhe një fronto-temporal. Në të dy rastet turbullimet psikike kanë patur karakter të përgjithshëm dhe nuk përmbajnë asgjë specifike. Në fillim kanë çfaqur distraksion, adinami, apati, obnubilacion, somnolence, gjendja torporoze, subkoma dhe kanë vdekur në komë. Duhet thënë se këtu ka munguar studimi special i turbullimeve psikike; të sëmurët janë shtruar në gjendje të rëndë dhe ekzaminimi i tyre i hollësishëm është penguar shumë.

Një vënd jo pak të rëndësishëm zënë edhe çrregullimet psikike gjatë tumoreve parietale, megjithëse, sipas autorëve të ndryshëm, ato nuk janë specifike (4). Këto janë më të shpeshta dhe më të shumta, atëhere kur neoplazma dëmton lobin e majtë. Në materialin tonë kemi dy raste me tumore fronto-parietale, gjatë të cilave më tepër ishte dëmtuar lobi parietal. Në njerin, tumori parietal, ndodhej në lobin e djathtë dhe kishte komprimuar ventrikulin lateral. I sëmuri paraqiste somnolence. Më vonë ra në gjendje stuporoze të thellë dhe vdiq jasht shtetit, pas operacionit. Në rastin e dytë do të ndalemi pak më gjatë.

I sëmuri M.L. vjeç 35, i martuar, u shtrua në klinikën e neurologjisë me 27.IV.1962 dhe vdiq me 24.VI.1962. Shenjat e para të procesit intrakranial ishin dhëmbjet e kokës të lokalizuara në rajonin parietal të majtë, iritabiliteti, labiliteti emocional. Më vonë u bë indiferent karshi gjendjes së vet patologjike, humbi kuriozitetin, i lindën çrregullimet e skemës së truvit (i dukej sikur i fryhej koka, i këputeshin duart etj.). Para se të nisej jashtë shtetit për operim ra në gjendje somnolente, ishte tepër i frenuar. Kur

kthjellohej binte në sy gjendja depresive me ide shkatërimi, qante me lot, e konsideronte veten të humbur. Lezionet e shumta organike neurologjike dhe ekzaminimet ndihmëse, flisnin më tepër për tumor parietal të majtë. Kjo diagnozë u vertetua në autopsi.

Sikurse shihet, në rastin konkret, turbullimet psikike mund të përmbliken në sindromin neurastenik, depresiv, atë të Babinski, të prishjes së sintezës sensorë dhe të somnolencës.

Alteracionet psikike gjatë tumoreve parietale në mënyrë të veçantë u studjuan nga Jackson (1863), Monakov, Minkowski, Munk (Cit nga 2) Gureviç, Shmarjan etj. Më shpesh takon këto fenomene; 1) sindromi i anosognozisë, i Babinski (indiferentizmi për turbullimet neurologjike-anosodiaporia, mungesa e kuriozitetit). 2. Turbullimet e imazheve trupore hemiasomatognosia 3. Sindromi Gerstmann (lobi i majtë): agnozia digitale, agrafia, humbja e orientimit «djathtas», «majtas», akalkulia, hemianopsia 4. Dysomatognosia paroksitike (i sëmuri ka përshtypjen se i mungon dora, sensacioni i deformimit të ekstremiteteve). 5. Epilepsia sensorë, halucinacionet taktile, apraksia ideomotore (1-6 janë cit. nga 2) 7. Prishja paroksizmale e skemës së trupit (depersonalizimi), sidomos, kur dëmtohet lobi i majtë: mikropsia, makropsia; allestesia optike, dezorientimi spacial. Të sëmurët e kanë të vështirë të bëjnë konkluzione të komplikuar (2). Ndjenja e katastrofës, ose e pavdekshmërisë e shoqëruar me sindromin hypokondriko-depresiv dhe delirin nihilistik (12) 10. Automatizma të ndryshme, fenomene halucinatoro-paranoide (16) 11. Depersonalizimi me jehonën e mendimeve (16) etj.

Edhe tumoret cerebelare mund të shoqërohen me turbullime psikike, atëhere kur kemi një ngritje të konsiderueshme të hipertensionit endokranial. Midis 4 të sëmurëve tonë që patën tumore cerebelare me çrregullime psikike, njeri manifestoi onirizëm ekmezik (për këtë u fol me hollësi në faqet e para të këtij punimi), kurse në tre të tjerët u konstatua logorea, euforia, mungesa e kuriozitetit dhe e kritikës ndaj sëmundjes, i shoqëruar nganjëherë me ndjenjën e indiferentizmit (sindromi i anosognozisë i Babinski). Sipas të dhënave të literaturës, çrregullimet psikike gjatë tumoreve cerebrale karakterizohen me asteni të përgjithëshme, hypomnezi, somnolence (deri në torpor), halucinacione, sjellje stupide (7), nganjëherë dhe sindrom paralitik.

Para se të analizojmë patogjenezën e turbullimeve psikike gjatë tumoreve cerebrale duhet të themi se edhe cisticerkoza e trurit të madh mund të japi alteracione psikike të ngjashme me ato që japin tumoret.

Cila është patogjeneza e turbullimeve psikike që lindin gjatë tumoreve cerebrale. Maruk (2) i lidh me hipertensionin intrakranial, intoksikacionin, reaksionet inflamatorë meningeale, edemen cerebrale, shkaqet e përgjithëshme dhe lokale. Sipas Shmarjanit -(16) tre janë faktorët kryesorë: 1) Faktori lokal. 2) Faktori i përgjithshëm cerebral. 3) Faktori i përgjithshëm patogjenetik. Ky autor i jep rëndësi turbullimeve hemo dhe likuorodinamike, reaksioneve glioze inflamatorë, fenomeneve dislokative trunkale, reflektore dhe çrregullimeve kortiko-trunkale.

Knipel, Marie, Dupre i lidhim me toksicitetin e vetë tumorit. Lidhur me këtë problem ka diskutime të shumta. Një pjesë e psikiatereve duan t'i shpjegojnë turbullimet psikike vetëm me faktorin lokal, kurse të tjerët me faktorin e përgjithshëm cerebral. Zgjidhja e drejtë është ajo që i ka dhënë Pavlov i cili ka thënë: «Hemisferat janë instrumenti special i taktikimeve, lidhjeve që disponon një reaktivitet të lartë, pra rrjedhimisht çdo

dëmtim i tij në një vend, duhet të japi jehonë, duke u reflektuar në të gjithë instrumentin, ose në shumë pika, ose pjesë, larg tij».

Ne mendojmë se midis shkaqeve jo lokale, që determinojnë turbullimet psiqike, roli kryesor i përket hipertensionit endokranial. Këtë që thamë do ta ilustrojmë me një rast shumë demonstrativ, shtruar në klinikën e kirurgjisë hospitaliere.

I sëmurit I.K. 40 vjeç, bujk i martuar. U shtrua në klinikën e kirurgjisë hospitaliere me 18.7.1962 (Nr. kartelës 3047) dhe doli me 24.VIII.1962. Diagnoza klinike: Ca metastatik pulmonar bilateral. Në kohën kur psikiatri u thirr për konsultë statusi psikoneurologjik i të sëmurit paraqitej si më poshtë: Ishte me orientim të humbur allopsiqik, mendonte se ndodhej në shtëpinë e vet. Ndaj pyetjeve që i drejtoheshin përgjigjej me vështirësi. Perseveronte në mendimet, kishte ekolali, pak e interesonte ambjenti rrethonjës, i mungonte kritika ndaj gjendjes së vet patologjike. Me periudha dukej euforik, urinonte dhe defektonte në dyshek. Në përgjithësi binte në sy kuadri klinik i gjendjes torporoze. U bë punkzioni lumbal, likuori doli me presion të lartë — 160 pika në minutë. U zhblua një disociacion jo i theksuar proteino-citologjik. Në *Status neurologicus* u konstatua paralizë centrale e djathtë e nervit facial dhe *hypoglossus*, hemiparezë centrale e djathtë, ataksi në anën e djathtë dhe disimetri. Në *fundus oculi* — staze papilare me zhvillimin mesatar. Pas punkcionit lumbal i u zhdukën fenomenet psikopatologjike të përshkruara më sipër. I sëmurit kishte kritikën e gjendjes së tij. Kërkonte ndihmë. I ngeiën simptomet neurologjike dhe doli në dritë amnezia e të fiksuarit të ngjarjeve korente. U mendua për tumor metastatik në lobin frontal të majtë.

KONKLUSIONE

1. Sipas të dhënave të literaturës dhe observacioneve tona, tumoret cerebrale shpesh herë japin turbullime psiqike, që mund të mbizotërojnë në tablonë klinike. Ka raste kur ato çfaqen para lezioneve organike, si p.sh. gjatë tumoreve frontale.

2. Më shpesh alteracionet psiqike sipas materialit tonë takohen në neoformacionet frontale dhe diencefalike. Turbullimet psiqike që çfaqen gjatë tumoreve frontale mund të ngatërrohen me paralizëm progresive, demencen senile, alkolicizmin kronik dhe formën hebefrenike të skizofrenisë.

3. Simptomi më i shpeshtë psikotik që takohet në këto raste është inhibicioni i të sëmurit, që mund të manifestohet me obnubilacion, somnolencë, gjendje torporoze, subkoma ose koma. Në plan të dytë vijnë krizat epileptike, euforia, sindromi i Korsakovit, turbullimet e karakterit etj.

4. Përveç simptomeve të përgjithëshme psikotike, tumoret cerebrale shoqërohen me rregullime psiqike në vartësi nga lokalizimi. Më të kjarta dhe më specifike në këtë drejtim janë alteracionet psiqike gjatë dëmtimit të lobeve frontale, temporale, parietale dhe rajonit diencefalik. Zakonisht tabloja klinike psikopatologjike gjatë neoformacioneve cerebrale është kombinimi i simptomeve të përgjithëshme me ato lokale.

5. Për të bërë diagnoz-diferencimin nga psikozat endogjene duhet të mbështetemi në këto veçori të turbullimeve psiqike gjatë tumoreve cerebrale: a) Labiliteti i simptomatikës psikopatologjike, kthjellimet e përkohëshme të të sëmurit, të zhvilluara sidomos pas punkcionit lumbal ose mjekimit me solucione hipertoniqe; b) Ruajtja e kritikës në fillim ndaj

fenomeneve, patologjike; c) Shumëllojshmëria e simptomatikës psikotike kombinimi i saj me kriza epileptike dhe leziona organike. S'ka dyshim se ekzaminimet komplementare (analiza e likuorit, *fundus oculi*, pneumo, angio dhe kraniografia) janë shumë të rëndësishme për diagnizëm, 4) Një rëndësi të veçantë ka frenimi i përgjithëshëm i të sëmurëve. Këtu s'kemi autizmin e skizofrenëve, indiferentizmin, ose otuzitetin emocional. Të sëmurët janë vetëm të inhibuar, kurse emocionet i kanë të ruajtura, synojnë të mjekohen. Të tërheq vëmëndjen lodhja e madhe, ezauribiliteti i proceseve psikike.

6. Sipas mendimit tonë hipertensioni endokranial gjatë tumoreve cerebrale lott një rol shumë të rëndësishëm në çfaqjen e simptomëve të përgjithëshme psikotike.

(Paragjitur në Redaksi më 5/X/64)

BIBLIOGRAFIA

1. Abaimova V.M., Bobkova K.A. «K voprosu o psihiceskih izmenenijah pri opuholjah mozga».
— Trudi Instituta im. Gannushkina Vpusk V M. 1940 (f. 530-549)
2. Baruk H. «Les troubles mentaux dans les tumeurs cerebrales»
— Traite de psychiatrie. Tom. II Massen et Cie Paris 1959 (F. 1318-1336)
3. Dide et Guiraud. Psychiatri clinique
«Etiologie neoplasique (F. 673-678) L. le François Paris. 1956.
4. Ey H. Bernard; P. Brisset Ch. — Manuel de psychiatrie, Masson et Cie Editeurs 1960 (F. 759-773)
5. Ferrio C «La psicosi de tumori endocranici»
— Trattato di psichiatria clinica e forense. Vol. I 1959 (F. 914-929)
6. Hecaen et Ajuriaguerra — Troubles mentaux au cours des tumeurs intracranienes I Vol. Masson et Cie. edit. Paris 1957.
7. Inger. I.M. — Klinjika e hirurgeskoe leçenjiye upholej mozzheçka Medgiz 1959 (F. 188-189)
8. Krol M.B. — Nevrollogiceskie sindromi G.M.I.
Harkov-Kiev 1933 (f. 297-326; 332-333)
9. Oppenheim H. — Rukovodstvo po nervnim boleznjam
(Përkthim në rusisht nga gjermanishtja) Moskva 1896 (F. 506-524)
10. Popov N.A. — Opuholi gipofiza igipofizarnoj Obllasti (monografi)
Medgiz. 1956 (F. 45-196)
11. Rapoport B.I., Zilbershejn H.N., Litvak L.B. «Materialli k Klinjike opuholej llobnoj doli»
— Opuholi centralnoj nervnoj sistemi 1936 (f. 55-63)
12. Rapoport M.F. — Nevrollogiceskaja diagnostika opuholej visocnih dolej (monografi)
Medgiz 1948 (F. 65-69, 103, 107, 113-122; 175-190)
13. Razdolskij I.J. — Opuholi gollovnovo mozga (monografi)
Medgiz 1954 (F. 94-111)
14. Razdolskij I.J. — Klinjika opuholej gollovnovo mozga (monografi)
Medgiz 1957 (F. 18-26; 26-82; 123-125)
15. Shamburov D.A. «K. klinjike opuholej llobnoj doli gollovnovo mozga»
— Opuholi Centralnoj nervnoj sistemi 1936 (F. 63-75)
16. Shmarjan A.S. — Mozgovaja patollogia e psichiatria (monografi) Tom I
Medgiz 1949 (F. 46-281)

PSYCHIC DISTURBANCES IN BRAIN TUMORS (Summary)

The work presented by the authors is based on a rich bibliography of 66 sources. They have studied for 8 years 33 patients with cerebral tumors with serious mental disturbances. Seven of these patients were received in the psychiatric clinique, the other 26 cases were treated in the neurological clinique, since besides the psychic troubles they had pronounced neurologic symptoms.

If we compare the number of these patients with the total number of patients

of the psychiatric clinique during the last 8 years, we find that it makes 0.3%, and if we compare the number of patients with brain tumors (33 cases) that are accompanied by serious disturbances with the total number of endocranial tumors treated in the neurologic clinique, we see that they are 20% of the total number of tumors.

This percentage is low if we compare it with the figure of other authors, but we should remember that we consider only the cases with serious mental disturbances. Baruk has found such cases only in 27.2% of his patients with brain tumors. From the 33 cases of the authors 19 had a frontal localisation, 1 — fronto-parietal, 2 — fronto-temporal, 1 — temporal, 5 — diencephalo-hypophysary, 4 — cerebellar, 1 — in the IIIrd ventricule. So it can be seen that the frontal tumors give more often psychic troubles than the other localisations.

The second place is taken by the diencephalic tumors. The psychic troubles in the frontal tumors can be interpreted for symptoms of progressive paralysis, senile dementia, chronic alcoholism and the hebephrenic form of schizophrenia. The most frequent psychotic symptom in these cases is the inhibition with obtundation, somnolence, torpor sub-coma or coma. In second place are placed the epileptic crises, euphoria, the Korsakov syndrome, character troubles etc. Besides the general psychotic symptoms the brain tumors are accompanied by psychical troubles caused by the localisation of the process. More clear and more specific are the disturbances in the tumors of the frontal, temporal, parietal and diencephalic regions. A special interest presents the first case illustrated by the authors. This case presented the syndrome of amnesic onirism, described for the first time by Pitres in hysterical accesses. This symptom consists in the return of the patient to a previous period of his existence, which he lives in entirety. Very characteristic is the desorientation of time and place.

Shamburov describes two such cases of ekmnesy in patients with brain frontal tumors. Also Baruk describes a case of ekmnesy, but does not mention the localisation of the tumor. The case of the authors was a brain tumor that compressed the IV ventricule.

In their work the authors point out that for the differential diagnosis with endogenous psychoses should be kept in mind the following psychic troubles: a) the lability of the psychopathologic symptoms, the periods of remission, especially after lumbar puncture or treatment with hypertonic solutions; b) the perseverance of the sense of critique in the begining of the process; c) the variety of psychic symptoms combined with epileptic crises and organic lesions. They mention at the same time the necessity of the paraclinical examinations; analysis of the liquor, examination of fundus oculi, pneumography, encephalography, craniography, electroencephalography etc.

The authors pint out that in his patients is obvious a general inhibition. Usually they do not have autism as the cases of schizophrenia, or their indifferentism or emotive obtusity. The patients are simply inhibited, but with preserved amotions; they ask for medical aid. According to the authors, in the origine of the psychotic troubles should be considered, besides others, the increased endocranial pressure.

DISA KONSIDERATA STATISTIKORE MBI VDEKJET NGA SËMUNDJET KARDIOVASKULARE

ÇESK BROKU

Shërbimi Anatomisë Patologjike të Spitaleve Tiranë

Sëmundjet kardiovaskulare dhe vdekjet nga këto sëmundje janë bamë problem shumë i randësishëm që preokupon me plot të drejtë shëndetësinë, qoftë për përqindjen e natë që zejnë në shkaqet e vdekjeve, qoftë për vendin shumë të randësishëm që zejnë në pa aftësinë e përgjithëshme të popullatës, veçanërisht edhe për faktin se, prekin kryesisht ato grupe moshash, që kanë arritur kulmin e perfeksionimit në aktivitetin e tyre profesional. Simbas Bednar dhe kol.(1), vlefësimi statistikor i arsyeve të sëmundjeve dhe të vdekjeve tregon se sëmundjet e zemrës janë vazhdimisht në rradhë të parë, dhe se sëmundjet e vazave me në krye arteriosklerozen, janë problem i rradhës së parë për njeriun modern. Simbas Davidovski (5), «Problemi i arteriosklerozës (dhe hipertonisë) shtron përpara njerëzimit problemin fundamental të racionalizimit të konditave dhe mënyrës së jetesës, ndryshimin e natyrës së njeriut». Problemi është shumë preokupant për të gjitha vendet. Simbas Boyd W. (3) «Sëmundjet e zemrës në vendet e zhvillueme, janë bamë shkaku ma frekuent i pa aftësisë dhe vdekjeve. Në qoftë se këtu inkludojmë involucionin e reneve dhe të vazave periferike, me termin e përshtatshëm të sëmundjeve kardiovaskulo-renale, nuk ekzagjerojmë po të themi se, ma shumë se gjysma e vdekjeve shkaktohen nga këto sëmundje». Po simbas këtij autori, statistikat e Metropolitam Life Insurance Company tregojnë se: çdo vit në Sh.B.A. vdesin rreth 600.000 veta nga sëmundjet e zemrës dhe se një në çdo tre persona të popullatës që mbrin moshën 10 vjeçe, vdes nga sëmundje organike e zemrës. Jo vetëm për faktin se sëmundjet kardiovaskulare dhe vdekjet nga ato, zejnë vendin e parë për randësinë e tyre, por edhe për faktin se këto sëmundje, dhe vdekjet nga to vijnë gjithnji tue u shtue, e bajnë edhe ma preokupant këtë problem. Indeksi i mortalitetit nga kardiopatite prej vitit 1938 deri në vitin 1957 në Sh.B.A., Francë, Britanin e Madhe dhe Itali, simbas Concini, B., dhe Masini V. (4), ka pasun këtë dekurs:

1938. SH.B.A. 291,6, Francë 268,7, Britani 379,0, Itali 204,1
1945. SH.B.A. 346,6, Francë 273,8, Britani 377,3, Itali 224,6
1951. SH.B.A. 349,9, Francë 216,9, Britani 368,4, Itali 208,0
1957. SH.B.A. 369,0, Francë 213,3, Britani 375,7, Itali 256,3

Në pasqyrën e ma sipërme shifet kuartë se indeksi ka ardhun gjithnji tue u rritun për SH.B.A. dhe Italinë, kurse në Britani shënon ulje dhe vetëm në vitet e fundit një ngjitje të theksueme.

Tue paraqitun të dhana të shumta dhe nga ma të ndryshmet, autorët e sipërpërmendun, shtimin e vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare e

shpjegojnë me argumentat e ma poshtëm si: variacionin kualitativ të popullsisë, paksimin e mortalitetit për forma të tjera morboze, precizimin ma të mirë diagnostik dhe ekspertimin ma të saktë të arsyeve të vdekjeve, variacionin e klasifikimit nosologjik të arsyeve të vdekjeve, edhe me shtimin real të morbozitetit nga sëmundjet kardiovaskulare. Të gjithë autorët e përmendun ma sipër, shtimin e morbozitetit dhe të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare e konsiderojnë problem real dhe mjaft preokupant.

Ky problem sigurisht preokupon edhe shëndetësinë tonë. Për të mundun me kontribue sado pak në këtë problem të randësishëm, i vuem për detyrë vehtes, që me anë të këtij artikulli me karakter statistikor të informojmë rrethet sanitare të vendit tonë, mbi përqindjen e naltë që zejnë sëmundjet kardiovaskulare në shkaqet e vdekjeve si edhe mbi vendin që zejnë ato ndër këto shkaqe.

Materiali që po përpunojmë asht nxjerrun nga 2044 raste autopsish, të spitalit klinik Nr. 1, spitalit klinik Nr. 2 dhe spitalit Nr. 3 (pediatrik). Materiali pra asht marrun nga të tre spitalet, me të gjitha llojet e shërbimeve dhe specialiteteve, me përjashtim të atij gjinekologjik-obstetrikal, dhe përfshin grupe moshash nga ma të ndryshmet, që nga disa ditë dhe deri në moshat ma të nalta.

Nga studimi i këtij materiali del se gjatë viteve 1957-1963 në 2044 autopsi, në 428 raste, që janë barazi me 20,9%, vdekja asht shkaktue nga sëmundjet e sistemit kardivaskular. ¹⁾

Ato zejnë vendin e parë në arsyet e vdekjeve në materialin autopsik 7-vjeçar të marrun në studim. Siç shifet pra, pak ma shumë se nji ndër pesë vdekje, shkaktohet nga sëmundjet kardiovaskulare, shifër kjo mjaft e naltë edhe për vendin tonë.

Me gjithë vështirësit që paraqet problemi, tue marrun parasysh edhe gabimet e mundëshme, nga njëherë të pa evitueshme në ndamjen e vdekjeve simbas njësave morboze, ne jemi mundue të bajmë nji ndamje të tillë dhe t'a krahasojmë me statistika të hueja. Fatkeqësisht statistikat që kemi në dispozicion nuk janë nga burime të ndryshme. Edhe ato statistika prosektoriale që kemi marrë për krahasim, për arsyet që kuptohen dhe që nuk duem t'i shtjellojmë veçanërisht këtu, nuk janë fort të përshtatëshme për t'u krahasue me materialet tona. Me gjithate jemi të detyruem t'i krahasojmë.

Vdekjet nga anomalitë kongenitale të zemrës.— Në materialin tonë paraqiten me 19 raste që janë barazi me 4,43% të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare, dhe me 0,82% të të gjitha autopsive. Frekuenca reale e kardiovative kongenitale asht akoma e pa njoftun mirë. Simbas Friedberg (7), ndryshon simbas moshës, ato ma të randësishmet takohen në rreth 0,3% të të gjitha lindieve. Për Scherf D. dhe Boyd L. (8), anomalitë kongenitale të zemrës nuk janë të rralla, ato takohen në rreth 1% të të gjithë autopsive. Kësaj frekuence, dhe për ma tepër në material autopsik i afrohet mjaft edhe frekuenca e gjetun nga ne.

Miokarditet. — Gjatë kësaj periudhe kemi hasun në 48 raste vdekjeje nga ato, që janë barazi me 11,21% të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare dhe 2,3% mbi numurin e përgjithëshëm të autopsive. Janë hasun kryesisht në fëmijët e moshave 0-10 vjeç në 32 raste, pjesa tjetër

1) Nga 428 rastet e vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare, 38 i përkasin Katedrës së Anatomisë Patologjike të Fakultetit të Mjekësisë.

në moshë ma të naltë. Këtu janë përfshi edhe miokarditet nga differia, të cilat përfaqësohen në materialin tonë me 16 raste që janë barazi me 33,3% të rasteve me miokardite. E theksojmë këtë këtu për arsye se simbas Veselhoeft cituem nga Friedberg (7) duket se 10-25% të rasteve të differisë komplikohen me miokardit dhe se arësyeja e vdekjeve gjatë differisë në 59,4% të rasteve është miokarditi.

Për sa i përket miokarditeve në përgjithësi Saphir, cituem nga Scherf dhe Boyd L.(8) frekuencën e tyre në material autopsik ndër fëmijë e jep në 8,83% kurse ndër të rritur 4,3%.

Sëmundjet e perikardit. — Perikarditet që kanë determinue vdekjen kemi gjetur në 9 raste. Kjo shifër përfaqëson 2,10% të rasteve të vdekun nga sëmundjet kardiovaskulare dhe 0,42% mbi numurin e autopsive. Prej këtyne 7 raste kanë qënë akute. Shifra jonë qëndron shumë larg atyne që jepen nga literatura. P.sh. Smith dhe Willius cituem nga Friedbergu, në 8912 autopsi të bame në Mayo Clinic, përqindjen e perikarditeve e japin 1,6%. Sosman po nga Friedbergu e jep përqindjen e perikarditeve të gjetuna në 1900 autopsi të kryeme në Massachusetts General Hospital në 2,26%, kurse Moschowitz cituem po nga ky autor, në 9618 autopsi të kryeme në Mont Sinai Hospital të New York-ut, këtë përqindje e ka gjetur në 1,4%. Siç shifet pra edhe të dhanat e autorëve të huaj largohen mjaft njana nga tjetra.

Koronaropatitë aterosklerotike. — Koronaropatitë me origjinë aterosklerotike kur kanë qënë shkak vdekje, (tue përjashtue kështu koronaropatitë aterosklerotike të gjetuna si sëmundje shoqëruese) në materialin tonë përfaqësohen me numurin absolut 85 raste. Përqindja e tyre mbi numurin e vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare është 19,9% dhe përqindja mbi numurin total të autopsive 4,5%. Nga këto 46 raste që janë barazi me 10,74% të rasteve të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare kanë qënë miokardioskleroza që kanë determinue vdekjen, dhe 39 raste barazi me 9,11% të numurit të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare kanë qënë infarkte të miokardit. Përqindja e infarkteve të miokardit mbi numurin total të autopsive është 1,9%.

Koronaropatitë aterosklerotike janë bamë sot një nga problemet ma të randësishme të mjeksisë moderne. Vdekjet nga okluzionet e arterieve koronare janë shumë frekvente dhe si duket numuri i tyre po vjen gjithnjë tue u shtue. Simbas Boyd W.(3), në Shtetet e Bashkueme të Amerikës në vitin 1930, vdekjet nga okluzionet koronare kanë qënë 28.000, në vitin 1940, 101.000, në vitin 1942, 114.000 dhe në vitin 1949, 333.757 raste. Edhe në Angli dhe Walles nga 1900 raste në vitin 1926 në vitin 1947 numuri i tyre ka arritur në 33.000. Simbas Friedberg Ch. (7) indeksi i vdekjeve nga okluzionet koronare në Shtetet e Bashkueme në vitin 1952 ka qënë 226,1 kundrejtë 145,4 të vitit 1950. Simbas këtij autori ky shtim është real dhe jo thjeshtësisht i shkaktuem nga progresi i metodave të ekzaminimit apo të statistikave ma komplete. Ky shtim i frekuencës shpjegohet veçanërisht me uljen e infeksioneve infantile dhe të sëmundjeve të tjera dhe nga progresi i përgjithshëm i mjeksisë. Për këtë arsye një fraksion i madh i popullatës arrin moshën kur vdekja shkaktohet ma shpesh nga tromboza e koronareve me origjinë aterosklerotike (Friedberg). Dihet se frekuenca e aterosklerozës rritet me moshën dhe se mbi 40 vjeç është ma frekvente. Simbas Bednar dhe Kol. (1), ndryshime aterosklerotike gjejmë po thuej në çdo autopsi të personave të rritur, sigurisht që jo pa përjashtime. Por me gjithë këto të dhana incidenca e infarktut të miokardit është vështirë të vleftësohet. Simbas Scherf dhe Boyd L. (8), në 1000 autopsi të moshave dhe

sekseve të ndryshme infarkti i miokardit përmban rreth 4,9% dhe kjo 8 herë më shpesh në meshkujt se sa në femnat. Fatkeqësisht, siç thamë ma sipër, nuk kemi të dhana statistikore të mjaftueshme (nga prosekura të ndryshme) që të mund të krahasojmë përqindjen tonë 1,9% mbi numurin e autopsive. Simbas seksit, në materialin tonë frekuenca ka qënë 11 burra 1 grue. Duhet shënue gjithashtu se 33 raste nga 39 rastet e infarkteve të miokardit kanë qënë mbi moshën 50 vjeçe. Ne jemi të mendimit se për konditat e vendit tonë përqindja 1,9% asht mjaft e naltë dhe se duhet të tërheqë vëmendjen e organeve tona shëndetësore.

Kardiopatië valvulare.— Janë gjithashtu mjaft frekvente. Simbas Beretta A.(2), kardiopatië valvulare (reumatizmale), përfaqësojnë rreth 1/4 e kardiopatië në përgjithësi. Siç dihet, në këto kardiopati, valvula që preket ma shpesh asht ajo mitrale e izolueme ose e kombinueme me prekje të valvulave të tjera. Whitte, në bazë të studimit anatomopatologjik, simbas Berettas, ka konkludue se në 10 raste kardiopatië reumatizmale, valvula mitrale asht prekun shtatë herë, e izolueme në 53,6% të rasteve kurse bashkë me aorten në 28,9% të rasteve. Aorta vetëm në 14,7% të rasteve. Për endokarditet bakteriale jepen përqindje të ndryshme. Whitte frekuencën e endokarditeve bakteriale akute e jep në 1% të kardiopatië.

Në materialin tonë prej 428 rastesh të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare afeksionet e valvulave që kanë qënë në vdekje përfaqësohen me 57 raste që janë barazi me 13,3% të rasteve të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare, kurse në mortalitetin e përgjithshëm në materialin prej 2044 autopsishë përfaqësohen me 2,7%. Prej këtyne valvulopatië ato reumatizmale janë 49 barazi 11,45% të rasteve të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare, kurse endokarditet bakteriale janë 8 raste, barazi me 1,8 %.

Ndër kardiopatië reumatizmale valvula mitrale ka qënë prekun në 30 raste që janë barazi me 61,21% të kardiopatië reumatizmale, valvula aortale në 2 raste, barazi me 4,08%, dhe e kombinueme aorto-mitrale në 17 raste barazi me 34,65% të rasteve të kardiopatië reumatizmale. Nga afeksionet mitrale reumatizmale 25 raste barazi me 83,33%, kanë qënë stenoza dhe vetëm 5 raste barazi me 16,66% kanë paraqitur insuficiencë. Prej veseve reumatizmale aortale të dy rastet kanë qënë stenoza (raste të pa kombinueme). Në endokarditet bakteriale kanë qënë dy raste mitrale, 5 aortale dhe vetëm 1 aortomitral. Endokarditi reumatizmal asht hasun ma shpesh ndër femna, nga 49 raste, 30 janë femna. Grup moshë që paraqet frekuencën ma të naltë asht ajo prej 20-30 vjeç me 17 raste.

Sëmundjet e vazave.— Në këtë grup kemi përmbledhun sëmundjet e vazave me origjinë të ndryshme tue përfshijue aterosklerozën. Nga sëmundjet e vazave ka pasun 18 raste vdekjesh prej të cilave 8 me arterit luetikë (të gjitha mezoartite), tre raste me arterite inflamatore banale, tre raste periarteritë nodoze dhe katër raste endoarterite obliterante (Bürger). Vdekjet nga sëmundjet e vazave përfaqësojnë 4,20% të rasteve të vdekjevet nga sëmundjet kardiovaskulare. Nga anomalitë kongenitale të vazave ka patun 8 vdekje prej të cilave 3 anurizma idiopatike dhe 5 raste angiomas të cilat bashkarisht përfaqësojnë 1,86% të rasteve të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare.

Sëmundja hipertensive. Asht shumë e vështirë që të përcaktosh në sëmundjet kardiovaskulare pjesën që i përket sëmundjes hipertensive të pastërt, mbasi dihet mirë se lezionet terminale konfluojnë me një numur të madh afeksionesh të sistemit kardiovaskular. Ne jemi mundue, edhe në bazë të kartelave klinike, të përcaktojmë, aq sa ka qënë e mundun, sëmun-

djen hipertensive të pastërt. Kemi mundun gjithsejt të izolojmë 54 raste që janë barazi me 12,62% të rasteve të vdekuna nga sëmundjet kardiovaskulare, barazi me 2,6% mbi numurin e autopsive. Nuk kemi mundun të gjejmë të dhana statistikore mbi vdekjet nga sëmundja hipertensive. Simbas Scherf D. dhe Boyd L.: «Direkt hipertension shkakton rreth 15% të vdekjeve mbi moshën 60-vjeçare». Clawson (cituem nga Friedbergu) në 30000 autopsi nga të cilat 4700 raste kanë qënë me origjinë kardiovaskulare supozon, se në rreth 45% të këtyne të fundit vdekja duhet të jetë shkaktue nga kardiopatitë hipertensive. Vdekjet nga sëmundjet hipertentike i kemi pasun mbi moshën 50 vjeçe.

Në këtë grup, me një farë probabiliteti, mund të inkludojmë edhe një numur prej 57 rastesh me encefalopati vaskulare të cilat as nga klinika dhe as nga ana anatomopatologjike nuk kanë patun të dhana të plota për të mundun me i inkludue në sëmundjen hipertentike. Për ne këto raste kanë qënë një problem i madh të cilin nuk kemi mundun t'a zgjidhim në mënyrë të kënaqëshme dhe të inkludojmë me siguri në grupet përkatëse. Një numur i konsiderueshme i tyre sigurisht që ban pjesë në involucionin aterosklerotik të vazave mbasi janë hasun kryesisht mbi moshën 60-vjeç.

Vdekjet nga cor pulmonale.— Janë mjaft frekuentë në materialin tonë ku përfaqësohen me 77 raste që janë barazi me 17,99% të të gjithë rasteve të vdekuna nga sëmundjet kardiovaskulare dhe 3,6% mbi numurin e autopsive. Siç dihet «Cor pulmonale» nuk asht sëmundje «sui generis» por një kompleks simptomash që shkaktohet kur ventrikuli i djathtë asht i detyruem t'i përgjigjet kërkesave të shtueme të shkaktueme nga hipertensionin në qarkullimin e vogël, i cili nga ana e tij mund të shkaktohet ose nga sëmundjet që prekin funksionin respirator ose sëmundje që damtojnë në rrjetin vaskular pulmonar. Siç shifet, vdekjet nga cor pulmonale janë shumë frekuentë dhe zënë rreth 1/5 e rasteve të vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare dhe 3,7% të vdekjeve të përgjithëshme në materialin autopsik që disponojmë. Për përqindjen relativisht të naltë të vdekjeve nga Corpulmonale, (megjithëqë nuk ka të dhana të sakta statistikore me përjashtim të disa të dhanave nga proskturat), flet edhe fakti se asht bënë problem i randësishëm për shëndetësinë botnore tue u bënë edhe objekt diskutimi në OMS, organizatë e cila ka ngritur komitete speciale për studimin e saj. Problemi i cor pulmonale asht mjaft i randësishëm për vendin tonë, ku siç dihet për arësytëna të ndryshme afeksionet pulmonare janë mjaft të shpeshta, gjë që mund të çojë ma vonë në evolucionin e cor pulmonale. Randësi të madhe mer ky problem edhe për faktin e industrializimit të vrullshëm socialist të vendit tonë, gjë që mund të sjellë me vete mundësinë e zhvillimit të pneumokoniozave të cilat zanë vend të randësishëm në zhvillimin e cor pulmonale. Gjithashtu e ndjejmë të nevojëshme të rikujtojmë një fakt që njihet mirë se cor pulmonale influencën në mënyrë të konsiderueshme në uljen e aftësisë për punë dhe bahet problem i randë për sigurimet shoqnore.

Frekuencën ma të naltë të cor pulmonale në statistikën tonë e kemi gjetun në grup-moshën 50-60 vjeç me 21 raste pra n'atë moshë ku individi mund të japi shoqnisë goftë vlera materiale apo shpirtnore të shumta.

Së fundi duhet përmendun se 4 raste kanë mbetun pa komentim mbasi kanë qënë raste të veçanta.

(Paraqitur në Redaksi më 5-IX-64)

1. Bednar B, Fingerland A, Jedlička V. Patologická Anatomie. Díl II. Část I. Page 577, 647, 652. Praha 1963.
2. Beretta A. Malattie dell'apparato circolatorio. Edizione Minerva Medica 1953.
3. Boyd W. A Textbook of Pathology. Seventh Edition. Lea-Febiger. Philadelphia 1961. Page 431-463.
4. Concina B., Masini V. Il policlinico Nr. 15. Vol. 70. 1963. Page 521-535.
5. Davidovski V.I. Problema ateroskleroza. Arkiv Patologi. Nr. 1. Viti 1961. Page 3-26.
6. Chronique OMS Vol. 15 Nr. 5-6. Mai-Juin 1961. Page 206-209.
7. Friedberg Ch. Maladies du Cœur. Deuxieme édition. Tom I-II. Maloine S.A. Paris 1959.
8. Scherf D., Boyd L. Cardiovascular Diseases. Third edition. Grune&Stratton. New York and London 1958.

SAME STATISTICAL CONSIDERATIONS ON THE MORTALITY FROM CARDIOVASCULAR DISEASES.

(Summary)

On the basis of 2044 autopsies that include the deaths of all the hospital services except those of gynaecology and obstetrics, all the age groups, the author finds 428 deaths from cardiovascular diseases, i.e. 20.9% of all the deaths.

The author points out that the deaths from cardiovascular diseases are more than those from other diseases. Congenital anomalies of the heart were 0.82%, myocarditis 2.3%, pericarditis 0.42%, atherosclerotic coronaritis 4.5% (myocardial infarctus 1.9%), valvular rheumatic cardiopathy 2.7% and hypertension 2.6%.

The author discusses especially the problem of the coronary diseases and of cor pulmonale, which occupy an important place in his material. In many instances he compares the figures of his findings with those of the medical literature.

DIAGNOSTIKIMI DHE ZGJEDHJA E TË SËMURËVE ME VES MITRAL PËR KOMISUROTONI

PETRAQ VESHO

(Katedra e Propedeutikës — Shef N. SHURBANI)

Përparimi i kirurgjisë kardio-vaskulare krijoi mundësitë e mjekimit kirurgjikal edhe të stenozës mitrale. Ky hap i madh e ngarkon terapinë me një përgjegjësi të rëndë në zgjedhjen e të sëmurëve për ndërhyrje kirurgjikale.

Në qendrat kardiologjike të të gjithë botës, paralelisht me luftën e kirurgut për një teknikë sa më të përparuar dhe të sigurtë për ndërhyrje kirurgjikale, ka filluar edhe lufta e terapeuttit për precizimin e diagnozës dhe për njohjen e patfiziologjisë të vesit mitral.

Komisurotomi ka për qëllim zgjerimin e vrimës atrio-ventrikulare të ngushtuar. Në qoftë se zgjerimi kryhet në mënyrë normale dhe në kushte optimale, në parim ky nuk e shndron stenozën në insuficiencë mitrale, porse nga ana tjetër, nuk largon insuficiencën mitrale që ka ekzistuar para operacionit.

Rezultati pozitiv nga operacioni mund të shpresohet në ato raste kur shkaku themelor i shrrëgullimeve hemodinamike është ngushtimi i vrimës atrio-ventrikulare të majtë, i pa komplikuar me insuficiencë, ose i lidhur me një insuficiencë mitrale të lehtë, ndërsa në të sëmurë ku bashkë me një stenozë mitrale të lehtë ka dhe një insuficiencë të konsiderueshme, mjekimi kirurgjikal nuk jep rezultate të kënaqëshme.

Problemi themelor me rëndësi praktike për terapeuttin është precizimi i diagnozës së stenozës mitrale dhe i gradës së insuficiencës mitrale që shoqëron stenozën mitrale.

Në gjendje normale, sipërfaqja e hapësirës së vrimës atrio-ventrikulare të majtë është baras me 4-6 cm², ajo lirisht lejon hyrjen e dy gishtrinjve. Kur kjo sipërfaqe zvogëlohet afërsisht në 50-60% vrehen ndryshime në qarkullimin e gjakut.

Egzaminimet e Karlotit dhe bashkëpunorëve (1952), Gorlin (1951), treguan se hapësira e vrimës mitrale më e vogël se 1,5 cm² përfaqëson një sëmundje të rëndë me shrrëgullime të theksuara të hemodinamikës.

Stenoza e theksuar e vrimës atrioventrikulare të majtë, manifeston ndryshime karakteristike në kuadrin pat-fiziologjik. Një nga ndryshimet e herëshme dhe të zakonëshme në këtë sëmundje është rritja e presionit në brendësinë e atriumit të majtë. Në fazën fillestare të stenozës mitrale, si rezultat i rritjes së presionit në atriumin e majtë shtohet presioni edhe në enët e gjakut të mushkërive, sidomos në arteriolet, kështu krijohet hipertonia pulmonare. Në qoftë se stenoza mitrale dhe hipertonia pulmonare vazhdojnë për një kohë të gjatë, si rrjedhim, në mbarsat e arterieve të mushkërive, mund të zhvillohen ndryshime organike, muret e tyre trashen dhe ngushtohen (arterioskleroza pulmonare). Në këto raste, presioni në enët e gjakut të mushkërive rritet 10-15 herë më

shumë nga gjendja normale, në këtë mënyrë zhvillohet bariera pulmonare ose bariera e dytë, pasojat e së cilës mund të jenë më të rënda se sa në vetë stenozen mitrale, që përbënë barrierën e parë.

Natyrisht, në këto raste dispnea bëhet më e theksuar, sidomos gjatë punës fizike, zhvillohet dobësia, lodhja trupore, të sëmurët ankohen për hemoptizi. Në këtë mënyrë, në mjekimin kirurgjikal të stenozes mitrale; nuk duhet marrë parasysh vetëni gjendja e zemrës por edhe ndryshimet në arteriet dhe arteriolet pulmonare, mbasi prognoza post-operatore mvaret jo vetëm nga ngushtimi i vrimës mitrale (bariera e parë), por edhe nga rritja e presionit në enët pulmonare sidomos në arteriolet (bariera e dytë).

Në periudhën para mjekimit kirurgjikal të vesit mitral, klinicietë, shpesh herë, e patën vënë në dyshim ekzistencën e një stenoze të thjeshtë, të pa komplikuar me insuficiencë, ose të paktën e konsideronin këtë ves si shumë të rrallë. Vetëm ndërhyrja kirurgjikale krijoi mundësi për një kontroll direkt dhe in vivo, ku gishti i kirurgut i futur në atriumin e majtë nuk vërteton regurgitacion gjatë sistoles së ventrikulit të majtë. Kjo na jep mundësi të mendojmë se në këto raste praktikisht mungon insuficienca e valvulave mitrale dhe kemi të bëjmë me stenoze mitrale.

Diagnostikimi i stenozes mitrale të pastër, në kohën e sotme nuk paraqet vështirësi të veçantë, vështirësi mund të hasen për të përcaktuar predominencën e stenozes në veset e kombinuara të zemrës, mbasi mbizotërimi i shënjave të insuficiencës të valvulave mitrale ose të një vesi tjetër krijon një kundërrindikim për operim.

Në klinikat tona, në konsultet e veçanta javore, kemi marrë në analizë të sëmurët me vese mitrale. Në zgjedhjen e të sëmurëve që përbënin indikacion për komisurotomi mitrale kemi patur parasysh pamjaftueshmërinë e terapisë konservative dhe progresivitetin e sëmundjes. Për caktimin e gradës së insuficiencës kardio-vaskulare i kemi përmbajtur klasifikimit të propozuar nga A.N. Bakulev (1954).

Të sëmurët qënë observuar për një kohë të gjatë në klinikë dhe të pregatitur me të gjitha analizat e nevojshme. Një rëndësi i kushtuar edhe çështjes së riakutizimit ose të formave latente të remalizmit. Kirurgët Sovjetikë A.N. Bakulev, L.A. Kuprianov, E.N. Meshalkin, të bazuar në eksperiencën e tyre, mendojnë se edhe në riakutizimet jo shumë të theksuara mund të bëhet komisurotomi, mbasi ajo shpie në një shërim më të shpejtë se sa terapia konservative. Autorë të tjerë mendojnë se komisurotomi në fazën e riakutizimit rematizmal është e kundër indikuar.

Në rastet tona, ne i kemi përmbajtur taktit të mjekimit preoperator, ku shenjat klinike dhe laboratorike të rematizmit mungonin.

Në observim kemi patur 22 të sëmurë, prej tyre janë operuar 9. Të 22 të sëmurët qënë diagnostikuar me ves mitral me mbizotërim të stenozes mitrale — 19 të sëmurë, dhe — 3 u diagnostikuan me stenoze të thjeshtë mitrale. Në grupin e të operuarve, para operacionit stenoza e thjeshtë u diagnostikua në 2 veta, kurse në 7 të tjerë u vu diagnoza e vesit mitral me mbizotërim të stenozes. Në kohën e operacionit regurgitacioni gjatë sistoles nuk u vërtetua në 6 të sëmurë, në 2 të tjerë u konstatua një regurgitacion i lehtë, nësa tek një u konstatua stenoza subvalvulare.

Sorokin P.A. dhe bashkëpunorët (1958) konstatuan stenozen e thjeshtë gjatë operacionit në 44,6% të rasteve. Bejli dhe bashkëpunorët, me 1955, diagnostikuan stenozen mitrale të thjeshtë në 64,5% në të sëmurët e ope-

ruar, tek të cilët para operacionit mendohej ves i kombinuar i valvulës mitrale me mbizotrim të stenozës.

Vitet e fundit, në literaturë është shkruar mbi rëndësinë diagnostike të stenozës mitrale dhe mbi metodat e ndryshme të egzaminimit. Ndër këto metoda, një rëndësi të madhe kanë egzaminimet fizike, sidomos auskultacioni, egzaminimi rontgenologjik dhe elektrokardiografia. Nga egzaminimet indirekte vlejné të përmenden kateterizimi i zemrës, angiokardiografia etj.

Ndër të sëmurët e observuar nga ne, në 18 vetë u ndëgjua zhurma presistolike, në 4 zhurma diastolike që mbushte gjithë diastolen. Nga të 9 të sëmurët e operuar u ndëgjua zhurma presistolike në 8, dhe në 1 u dëgjua zhurma diastolike e zgjatur që mbushte gjithë diastolen.

Grada e stenozës mitrale nuk mund të përcaktohet vetëm simbas karakterit të zhurmës, për ta përcaktuar atë duhen marrë parasysh edhe shrrëgullimet hemodinamike, që manifestohen me dispne, stazë në mushkëri, cianozë, hipertrofi të ventrikullit të djathtë dhe me simptome kardipulmonare.

Një karakteristikë tjetër e stenozës mitrale është dhe ndryshimi i tonit të parë, i cili paraqitet i akcentuar dhe trokitës, që mvaret nga mbushja jo e plotë e ventrikullit të majtë. Në arterien pulmonare përveç aksentit të theksuar të tonit të dytë, shpesh herë dëgjohet dyfishimi i tij, që flet për një probabilitet më të madh të stenozës mitrale të thjeshtë. Ne patëm mundësi të dëgjojmë dyfishimin e tonit të dytë në dy të sëmurë të operuar.

Egzaminimi rontgenologjik lot një rol me rëndësi në diagnozën e stenozës mitrale. Të sëmurët tonë u janë nënështuar këtyre egzaminimeve rontgenologjike: Ro.skopisë, R.-grafisë në projeksonin e parë dhe të dytë, egzaminimit me kontrast të ezofagut dhe rontgenokimografisë. N. R.skopi dhe R.-grafi, stenoza mitrale paraqet zgjerimin e atriumit të majtë, hipertrofinë e ventrikullit të djathtë dhe proeminencën e konusit pulmonar. Kimografia na ka ndihmuar për studimin më të hollësishëm të segmenteve të ndryshme të zemrës dhe për të diferencuar në një ves mitral të kombinuar predominimin e stenozës. Në këtë rast vrchen në konusin e arteries pulmonare dhëmbëza me amplitude më të madhe ose të barabartë me dhëmbëzat e aortes, gjë që dëshmon për një hiperfluks në qarkullimin e vogël dhe hipofluks në të madhin. Nga aspekti i ndryshëm i dhëmbëzave të tipit atrial, ventrikular dhe vazal ka qënë e mundur të përcaktoheshin më me hollësi hipertrofija dhe difatasjoni i atriumit të majtë i konusit të arteries pulmonare dhe i ventrikullit të djathtë. Ezofagu, siç dihet, është në kontakt me zemrën e majtë dhe çdo zgjerim i segmenteve të zemrës shpie në spostimin e tij. Duke studjuar kalimin e kontrastit nëpër ezofag, kemi konstatuar në rastin e stenozës mitrale një devijim të rëndësishëm të ezofagut prapa dhe nga e majta në nivelin e atriumit të majtë kurse në nivelin e ventrikullit të majtë nuk kemi vrejtur spostime të tilla.

Egzaminimi rontgenologjik ndihmon edhe në diagnozën e hipertonisë pulmonare. Në këta të sëmurë, si rezultat i stazës në qarkullimin e vogël, kemi observuar jo vetëm një lëksim të vizatimit pulmonar, por edhe depozitim të thembijave të hekurit në indin pulmonar (hemosiderosa), duke marrë mushkëritë një aspekt miliariform. Konstatimi i hemosiderosës së konsiderueshme tregon ndryshime mjaft të avancuara në barrierën e dytë, gjë që krijon kundër-indikacion për ndërhyrje kirurgjikale. Në një

rast të tillë, megjithëse kishim të bënim me një stenoze të thjeshtë, hoqëm dorë nga ndërhyrja kirurgjikale.

Ekzaminimi elektrokardigrafik i të sëmurëve me stenoze mitrale ndihmon në diagnostikimin e saj dhe në vlerësimin e gjendjes funksionale të myokardit.

Nga ndryshimet elektrokardiografike në stenozen mitrale karakteristik është dhëmbi P mitral dhe devijimi i boshtit elektrik nga e djathta që flet për hipertrofinë e zemrës së djathtë.

Sorokin P.A. — dhe bashkëpuntorët (1958) dhembin P karakteristik (të zmadhuar, të zgjeruar, dhe të dhembëzuar) e ka vrejtur në 60% të sëmurëve të operuar, dekstrogramën në 90%, ndër të tjerët është vrejtur normograma. Vetëm tek një e sëmurë me kuadër klinik të stenozës mitrale është gjetur sinistrograma.

Pamvarësisht nga ky fakt e sëmura u operua dhe u konstatua stenoze e konsiderueshme e vrimës atrio-ventrikulare të majtë.

Në 22 elektrokardiogramet e të sëmurëve tonë, dhëmbi P. mitral karakteristik u konstatua në 20 raste, dekstrograma në 20 raste, dhe tek një i sëmurë u konstatua normograma.

Për përcaktimin e diagnozës së stenozës mitrale përdoren dhe metoda speciale, siç janë kateterizimi i zemrës, angio-kardiografia dhe punkcioni direkt i kavitateve të zemrës.

Me anën e kateterizimit të zemrës nxirren të dhëna të rëndësishme mbi përbërjen kimike të gjakut dhe veçanërisht mbi saturimin e tij me oksigjen dhe gas karbonik; me anën e kateterizimit është i mundur të matet presioni në kavitetet e zemrës dhe në qarkullimin e vogël, gjë që ka rëndësi për diagnozën e stenozës mitrale. Të dhënat e angiografisë në format e kompensuara të stenozës mitrale, janë të varfëra. Në format e përparuara përkundrazi shihen zgjerime jo vetëm të konusit pulmonar, por edhe të degëzimeve të A. pulmonare, që paraqiten të zgjeruara dhe të përdredhura. Kohët e fundit ka filluar të përdoret nga disa autorë matja e presionit të gjakut dhe përcaktimi i përbërjes së tij, me anën e punkcionit direkt të kavitateve të zemrës. Punkcioni mund të bëhet ose nga muret e toraksit, ose nga bronket nën kontrollin e bronkoskopit.

Këto metoda egzaminimi, janë të komplikuar dhe kërkojnë një aparaturë e pregatitje të veçantë dhe nuk janë gjithëmonë pa rreziqe.

Duke marrë parasysh se edhe me metodat diagnostike jo operatore mund të vihet diagnoza e stenozës mitrale dhe mund të përcaktohen indikacionet e intervenimit të saj, këto metoda nuk janë përdorur në të sëmurët tonë.

Suksesi i operacionit mvaret, në më të shumtën e rasteve, nga moshë e të sëmurëve, nga koha e sëmundjes, nga grada e insuficiencës kardiovaskulare dhe sidomos nga ndryshimet patologjike, që kanë ndodhur në valvulat dhe në muskulaturën e zemrës. Moshë e të sëmurëve tonë të operuar ka qënë ndërmjet 25-35 vjeç. Në literaturë janë përshkruar raste, ku komisurotomia është bërë edhe në moshë të kaluar. Koha e fillimit të sëmundjes, nga ataku i parë i rematizmit, ndër të sëmurët tonë nuk i kalonte të 7 vjetët. Përsa i përket gradës së insuficiencës kardiovaskulare, në grupin e të sëmurëve tonë të operuar simbas klasifikimit të A.N. Baku-levit u paraqitën 7 të sëmurë të stadit të III-të, 1 i sëmurë i stadit të II-III dhe 1 i stadit të III-IV-të.

Ndryshimet e valvulave vendosin për suksesin ose mos suksesin e operacionit, mbasi aftësija funksionale e valvulave mitrale mvaret nga

grada e rigiditetit, fibrozitetit, dhe kalcifikimit të valvulave, kordeve si dhe të muskujve papilare.

Në rast se ndryshimet morfologjike janë shumë të theksuara, operacioni nuk sjell dobi, mbassi valvulat nuk mbyllen plotësisht dhe formohet një insuficiencë mitrale më e theksuar se para operacionit. Diagnostikimi i këtyre rasteve paraqitet i vështirë, sepse klinikisht nuk ka simptome të veçantë për të menduar mbi ndryshimet e thella që kanë pësuar valvulat dhe muskujt papilare.

Ndër 9 të sëmurët e operuar nga kirurgu P. Gaçja tek njeri, ku shënjat klinike dhe egzaminimet e tjera flasin për një ves mitral të kombinuar me mbizotërim të stenozës mitrale, gjat operacionit u konstatua kalcifikim i valvulave mitrale. Po paraqitimi shkurtimisht epikrizën e tij:

«I sëmuri R.S. vjeç 30, hyrin në klinikë me këto ankime: dispncë të theksuar, lodhje trupore, rrahje të shpejta në regionin e zembrës. E konsideron vehten të sëmurë prej 5 vjetësh. Kufijtë e zembrës të zgjeruar. Puls i 84 në 1 minutë ritmik, T.A. 110/75 në të dyja duart. Në auskultacion, në majë të zembrës ndihet zhurmë presistolike dhe diastolike. Toni i dytë në A. pulmonare i akcentuar.

Ekzaminimi rentgenologjik: zemra e zmadhuar në tërësi më tepër djathtas. Elektrokardigrami: P. mitral, hipertrofi e ventrikulit të djathtë.

Diagnoza: ves i kombinuar mitral me mbizotërim të stenozës mitrale.

Me datë 15/I/1962 u operua (kirurg Petrit Gaçe). Gjatë operacionit kirurgu kaloi lirisht një gisht nëpërmjet vrimës mitrale. Valvulat mitrale u paraqitën shumë rigide, të pa lëvizëshme, rreth vrimës mitrale palpohen tuberozitetë të shumta të petrifikuara. Vrima mitrale e tipit «gojë peshku» me stenozë subvalvulare. Këto ndryshime shpjegojnë edhe regurgitacionin që konstatohet me gisht në atriumin e majtë.

Meqenëse zgjerimi i vrimës mitrale, përveç rrezikut të embolive, shtonte insuficiencën ekzistuese, kirurgu nuk bëri ndërhyrje të mëtejshme.

Kuadri klinik i stenozës mitrale, tek disa të sëmurë, nuk paraqitesh shumë i kjartë që të vendosesh për domosdoshmërinë e operacionit. Në këto raste, të dhënat anamnestike, (dispnea, haemoptoe, atake të edemes pulmonare), si dhe të dhënat klinike, rentgenologjike, elektrokardiografike, lejojnë të zgjidhet problemi me anën e operacionit.

Eksperienca na shtyn të nënvizojmë rëndësinë e bashkëpunimit të mjekëve terapeftë me kirurgët, për diagnostikimin e drejtë, dhe për të përcaktuar indikacionet operative të të sëmurëve me ves mitral, në dobi të shërimit të tyre dhe të progresit të mjekimit kirurgjikal të këtij vesi në vendin tonë.

(Paraqitur në redaksi më 1/X/1964)

LITERATURA

1. Bakuliev A. N. Në librin: «Kirurgičeskoe lečenje mitralni stenozov» 1959.
2. Gaxhiev S.A. Në librin: «Kirurgičeskoe lečenje mitralnogo stenoz» 1961.
3. Sorokin P.A. etj. «Nekatorie vaprosi diagnostiki mitralnogo stenoz» v svjaz i s kirurgičeskim lečenem». Kl.Med. 1953, 1, 60-66.
4. Kuprianov L.A., Meshalkin E.N., Bakaliev A.N. Cituar nga Gaxhiev në librin: «Kirurgičeskoe lečenje mitralnogo stenoz», 1961.
5. Čizhov A.N. «K voprosu o diagnostike reskoj stepeni mitralnogo stenoz». Sov. Med. 1961, 12, 119-121.
6. Lebedieva L.N. «O predoperacion podgotovke i posleoperacionom vedeie bolni pri mitralni komisurotomia» Kl. Med. 1953, 11, 36-41.

7. Carloti J. etj. «Etude physio-pathologique de la petite circulation au cours du rétrécissement mitral» Ar. Mal. Coeur, 1952, 5, 412-447.
8. Gorlin R. etj. «Hydraulic formula for calculation of the area of the stenotic mitral valve, other cardiac valves, and central circulatori shunts». Am. Heart J. 1951, 41, 1-29.
9. Bejli Cituar nga Gaxhiev S.A. në librin «Kirurgjçeskoe leçenie mitralnogo stenoza» 1961.

DIAGNOSIS AND SELECTION OF THE PATIENTS WITH VITIAM MITRALE FOR COMMISSUROTOMY.

(Summary)

The author has had under observation 22 patients with mitral vitia with rheumatic etiology. In 19 cases predominated the stenosis of ostium atrio-ventriculare (combined mitral vitia), and only in three cases the stenosis of the left atrio-ventricular ostium was pure. From the 22 cases were operated 9. According to the author's observations, commissurotomy is indicated for the cases, when the principal cause of the cardiovascular disturbances is the stenosis of the left ostium atrioventriculare. In the selection of the patients for surgical intervention should be taken into consideration not only the state of the heart muscle (first barrier), but also the pulmonary hypertension (second barrier).

As counterindications for surgical intervention the author considers: the predomination of mitral insufficiency in the combined mitral vitia and the evolution of the rheumatic inflammatory process.

The author points out also that for the prognosis of the operated cases most important are the anatomic alterations of the valves.

DISA TË DHËNA MBI SHENJAT FILLESTARE TË MENINGITIT T.B.C. NË FËMIJË

THOMA KRISTO

(Katedra e Pediatriisë — Shefi Katedrës Prof. S. Bekteshi)

Në sajë të masave profilaktike dhe kurative t'aplikuara në vendin t'onë kemi një ulje të dukëshme për T.B.C., në përgjithësi dhe në veçanti të meningitit T.B.C. edhe në fëmijë ku zakonisht çfaqet më shpesh. Porse me gjithë uljen e dukëshme të rasteve me meningit T.B.C. aktualiteti nuk ka humbur për vetë faktin se ala vrehen raste në fëmijë siç e shohim dhe nga shifrat e rasteve të paraqitura në klinikën e pediatriisë. Në kohën e sotme meriton të flitet mbi shenjat fillestare të kësaj sëmundje mbi diagnozën e herëshme dhe fillimin e herëshëm të mjekimit specifik prej nga varet suksesi i shërimit dhe evitimi i komplikacioneve dhe të postumevet të shkaktuara nga meningiti tbc. Gjithashtu nga observimet e klinikës rezulton se kanë ardhur në gjendje të rëndë me errësim të ndër-gjegjes 16.3% dhe humbje të plotë të ndër-gjegjes 18.2% shifra që flasin se janë vrejtur me vonesë dhe diagnoza është bërë në një fazë të avancuar. Gjithashtu në rastet e sipërme rezultojnë se janë dërguar me diagnoza të ndryshme si Hemiplegji, Poliomiellit, dispepsi *toxica*, gjendje konvulsive, *typhus abdominalis*, *bronchoadenitis*, *grippe toxica*, *tumor cerebri*, etjera, tregojnë se nuk i është dhënë kujdesi i duhur shenjave fillestare ose nuk kanë çfaqur një kuadër klasik për meningitin T.B.C. që ka çuar në vështirësi diagnostike.

Lidhur me periudhën fillestare të Meningitit T.B.C. theksojmë se është e përshkruar në mënyrë klasike në traktate dhe artikuj të ndryshëm me hollësit përkatëse. Ky përshkrim klasik që do ta përmendim më poshte nuk paraqitet në të gjitha rastet. Sot me përdorimin e antibiotikëve sidomos streptomycinës, izoniacidit dhe medikamenteve të tjera antituberkulare për forma T.B.C. pulmonare dhe extra-pulmonare si dhe përdorimi i streptomycinës më gjerësisht në infeksione të tjera kanë influencuar që të mos gjenden gjithëmonë të gjitha shenjat fillestare tipike ose të mos hasim kuadrin klasik që natyrisht vështirëson diagnozën e herëshme qysh në periudhën fillestare.

Periudha fillestare me meningit T.B.C. karakterizohet në dy etapa kryesore: a) Prodromet e meningitit T.B.C. dhe b) fillimi i shenjave karakteristike.

a) Prodromet e meningitit T.B.C. përfaqësojnë një fazë të analizuar e përshkruar me kohë. Theksojmë se është mjaft e vështirë për të dhënë një përqindje të saktë mbi frekuencën e sajë në veçanti në fëmijë mbasi një pjesë e tyre nuk janë në gjendje të çfaqin ankesat e tyre dhe nga ana tjetër jo të gjithë prindërit kanë ushtruar një kujdes mbi kohën e fillimit e këtyre shenjave. Disa prej tyre retrograd kujtojnë disa të dhëna fillestare gjë që e vërmë edhe në observimet t'ona. Mbi përcaktimin e këtyre shenjave autorë të ndryshëm japin përqindje të ndryshme p.sh.

R. Debré—H.E. Brisaud e përcaktojnë me saktësi në 52⁰/₀, J. Pernod—C. Chambette—J. Batime në 31⁰/₀. Mbi vështirësinë e përcaktimit e shenjave fillestare vrehen edhe nga autorë të tjerë (Jean—Dry—J. T. Vainshtein N.I. Grashenkov — D.S. Futer — E.V. Prohorovic — R. Moreau — G. Boudin — E. Contamin G. Fankoni etjerë). Periudha prodromale në më të shumtën e rasteve vazhdon nga 2-3 javë deri në disa muaj (R. Debré — D.S. Futer) në përgjithësi vihet në dukje një gjendje subfebrile, dobësim i përgjithëshëm, anoreksi, lodhje, modifikimi i karakterit (fëmija lëviz më pak, paraqitet i mërzitur, shpesh bëhet nervoz, mënjanohet nga shokët dhe ambjenti, shqetësohet natën etj.) ndërsa më vonë fillojnë shenjat karakteristike si të vjella, cefalé etj.. Jo të gjitha rastet paraqiten në formën e sipërme. Përmenden raste ku ka çfaqje me kriza konvulsive, shenja paralize, cefalé tranzitore, kriza vazomotorë, kriza motorike ose sensitive të tipit Bravais—Jacksoniens në periudhën fillestare (R. Debré H.E. Brisaud, G. Boudin, Jean-Dry D'Alba, Rovera S. etjerë). Në këtë fazë likuori cerebrospinal mund të jetë normal dhe qëndron i tillë për një kohë. Ky konstatim është një mësim për klinikistin i cili duhet të përsërisë funksionin lumbal, eventualisht të bëjë kulturat e likuorit c.s.p. për B.K. dhe inokulimet në kafshë.

b) Fillimi i shenjave karakteristike të meningitit T.B.C. është më i krtaj dhe më i përcaktueshëm. Vështirësija paraqitet në latante dhe në fëmijë mjaft të vegjël. Kjo periudhë karakterizohet nga ngritja e temperaturës. Mbi frekuencën e sajë (temp.) përmendim p.sh. nga R. Debré 83.5⁰/₀ të rasteve në 11⁰/₀ nuk është matur dhe në 5.5⁰/₀ javën e parë apireksi.

— R. Moreau thotë se në përqindjen më të madhe të rasteve ekziston temperaturë; kjo temperaturë mund të jetë pak a shumë e ngritur, subfebrile ose në raste të rralla mund dhe të mungojë krejtësisht (F. Rusci, G. Rossi —R. Bonnezza, R. Debré etjerë.) kanë përshkruar raste me fillim apireksie gjë që e konfirmojmë dhe ne në një nga observimet t'ona. Mungesa e temperaturës në këtë fazë nuk është e mjaftueshme për të përjashtuar mundësinë e një meningiti T.B.C.

Çfaqje të tjera janë cefalé dhe të vjella këto dy simtome shifen shpesh dhe shumë herë të kombinuara (J. Pernod — C. Chambette — J. Batime në 72.5⁰/₀ të rasteve, Debré 62⁰/₀, R. Moreau G. Boudin, F. Contamin 75⁰/₀ për cefalé dhe 50⁰/₀ për të vjella nga rastet e tyre. Zakonisht këto të vjella çfaqen të pa varura nga ushqimi.

Ka raste kur i vetmi manifestimi inicial është dhëmbje abdominale ose otalgi që mund të çojë dhe në gabime diagnostike (Debré e vren në 7⁰/₀ të rasteve, J. Batime — J. Pernod etj. dhëmbjet abdominale vrehen 1.25⁰/₀). Këto të dhëna përforcohen dhe nga autorë të tjerë si E. Nelson — G. Fanconi Jean Dry — R. Moreau — G. Boudin etj.

Shpesh vrehen konstipacione po nuk përjashtohen raste që shkojnë me diare kryesisht në latante (J.T. Vaishtein — N.I. Grashenkov — D.S. Futer, E.V. Prohovic etjerë). Një gjë të tillë e kemi konstatuar dhe në rastet t'ona. Në një numur të pakët egzistojnë edhe manifestime neurologjike si p.sh. J. Batime etj. e vren në 1.25⁰/₀, R. Debré 15⁰/₀, R. Moreau — G. Boudin në 5⁰/₀ në fazën e parë fillestare, që mund të jenë paraliza të nervit Oculomotor, konvulsione, hemiplegji, çrregullime të folurit e të shkruarit etj.

Çrregullimet e ndërgjegjes janë të rralla në periudhat fillestare prezenca e një simptomi të tillë e rëndon dekursin dhe prognozën e të sëmurit.

Vlen të përmendim gjithashtu dhe disa të dhëna të literaturës mbi disa raste të rralla meningiti T.B.C. me fillim krejt atipik, kështu p.sh. J. Chaptal — R. Jean (1962) referojnë me një rast meningiti T.B.C. me syndrome hiponatremie në fillim të sëmundjes.

M. Cachin — S. Vegne (1959) referojnë mbi një vajzë 15 vjeç me meningit T.B.C. ku në fillim të shenjave pati në aparenceë ikter.

G. Boudin — B. Pepin — J. Barbizet (1957) referojnë një rast meningiti T.B.C. që është paraqitur me shenja fillestare nën kuadrin e një encefaliti letargjik me hipersomni, ptosis, syndrome extrapiramidal.

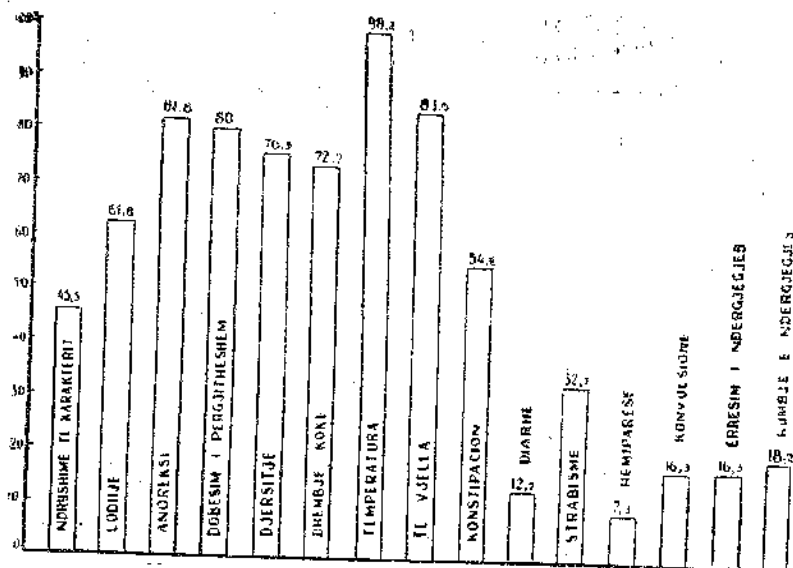
Çrregullimet vegetative janë më të rralla dhe më të vonëshme në raport me shenjat funksionale të fillimit. Në fazë më të avancuar të sëmundjes rëndësi i jepet dhe disa të dhëna objektive si prezenca e shenjave miningeale (rigiditeti i qafës, Kerning, Brudzinski etj.) që në disa raste mungojnë sidomos në latantet ose zhvillohen pak ditë më vonë. Prej këtyre të dhënave të literaturës konkludohet se shenjat fillestare të meningitit T.B.C. janë funksionale dhe të përgjithëshme. Natyrisht për përcaktimin e saktë të diagnozës ndihmojnë dhe të dhëna të tjera si provat e tuberkulinës, ekzaminimi oftalmologjik, ekzaminimi R/Skopik dhe R/Grafik i pulmoneve dhe me rëndësi decidonjëse ekzaminimi komplet i likuorit cerebrospinal.

Duke u nisur nga këto të dhëna gjatë vjetëve të fundit në klinikën e pediatriisë të Tiranës kemi observuar 55 fëmijë të trajtuar për meningit T.B.C. Për përcaktimin e diagnozës jemi nisur nga të dhënat anamnestike mbi shenjat fillestare, nga të dhënat e ekzaminimit objektiv fizikal, interpretimin e drejtë të simptomave në hyrje si nga të dhënat e tjera plotësonjëse që janë aplikuar si provat e tuberkulinës ekzaminimi Radioskopik dhe R/Grafik të pulmoneve, ekzaminimi oftamologjike si dhe ekzaminimi biokimik dhe bakteriologjik i likuorit cerebrospinal. Po ti analizojmë me hollësi rastet e më sipërme rezultojnë se 58.2% janë nga Tiranë, 12.8% nga qytetet tjera dhe 29% nga fshati. Shifrat e më sipërme tregojnë një predominim në fëmijët e qytetit. Si pas moshave rastet t'ona mund t'i shprehim si pas pasqyrës Nr. 1.

0—1 vjeç	1—3 vjeç	3—7 vjeç	7—14 vjeç
7.30%	25.4 %	47.30%	20%

Nga rastet e sipërme 10.9% frekuentojnë kopështin, 20% janë nxënës dhe 69.1% të tjerë nuk frekuentojnë asnjë nga institucionet e fëmijëve, këta të fundit kanë qënë më pak të kontrolluar. Megjithëse shumica e tyre kanë lindur në maternitete nuk kemi të dhana të sakta për fëmijët në se janë vaksinuar nga B.C.G.. Duke analizuar kontaktin me T.B.C. nga të dhënat t'ona del se 52.7% kanë qënë në kontakt familjarë ose t'ambientit rrethonjës, ndërsa të tjerët nuk dinë dhe prindërit nuk referojnë një gjë të tillë, natyrisht kjo nuk përjashton mundësinë e kontaktit të tyre me T.B.C. Nga proceset specifike në të kaluarën vetëm 21.9% dinë dhe janë kuruar për T.B.C. të formave të ndryshme, ndërsa 78.1% nuk dinë ose nuk kanë patur në të kaluarën procese T.B.C. këta kryesisht janë fëmijë që nuk kanë qënë nën kontroll R/scopik ose të Dispancerisë anti.T.B.C; numurin më të madh në këtë drejtim e zënë fëmijët e fshatit.

Duke analizuar më me hollësi të dhënat fillestare të Meningjitit T.B.C. nga të dhënat e më sipërme të literaturës dhe duke i krahasuar edhe me të dhënat t'ona theksojmë se është vështirë përcaktimi me saktësi i kohës



Grafiku N.1 Paraqitje e shenjave fillestare në %

së fillimit të prodromeve. Nji pjesë e prindërve sidomos nga fshati nuk i kanë observuar, ndërsa nji pjesë tjetër retrograd i kujtohen për shenjat fillestare që më parë nuk u kanë dhënë rëndësinë e duhur. Veç asaj kemi dhe konstatime të atilla me gjithë kujdesin që është treguar nga prindërit këto shenja fillestare kanë munguar krejt.

Duke i ndarë si më sipër në shenja fillestare prodromale dhe karakteristike të meningit T.B.C. në rastet t'ona mund t'i shprehim si mbas grafikun Nr. 1.

Siç shifet dhe nga grafiku i sipërmë kanë paraqitur çrregullime të karakterit 45.5% të rasteve prej të cilëve 4% nji javë 56% 2 javë 28% 3 javë dhe 12% mbi 4 javë prej kohës së fillimit karakteristik të sëmundjes. 20% të rasteve mohohet çfaqja e këtyre ndryshimeve të karakterit, ndërsa pjesa tjetër nuk dinë me saktësi dhe nuk kanë observuar ndryshimet e tyre.

Lodhja është nji simptome që vihet shpesh në dukje në periudhën prodromale; këtë e konstatojmë në 61.8% të rasteve ndërsa pjesa tjetër nuk referojnë nji gjë të tillë. Sigurishtë këtu përfshihen dhe ata fëmijë që nuk janë në gjendje të çfaqin të dhëna subjektive për arsye të moshës. Kjo lodhje vihet në dukje midis javës së 2 dhe të 4 e llogaritur nga koha e fillimit të shenjave karakteristike të meningitit T.B.C.

Anoreksia e cila përmbën nji simptom të shpeshtë në fazën prodromale e vrejme në 81.8% të rasteve, prej të cilëve 13.3% javën e parë 31.1% javën e dytë, 33.4% javën e tretë dhe 22.2% mbi 4 javë nga fillimi i shenjave karakteristike.

Në 80% të fëmijve rezulton nga anamneza nji dobësim i përgjithshëm me ulje të peshës që ka çuar në hipotrofi të shkallave të ndryshme dhe kaheksi në disa raste. Vetëm 20% janë paraqitur në gjendje nutricional

të mirë. Nga anamneza del gjithashtu se prindërit kanë vënë re në fazën fillestare — djersitje në 76.3% që ka vazhduar edhe në kohën e hyrjes në klinikë.

Këto janë disa konstatime fillestare, por që më vonë kanë vazhduar dhe kohën e çfaqjes së shenjave më karakteristike. Këto të fundit që nga ana e prindërve dhe e mjekëve vizitonjës janë vënë në dukje më me lehtësi. Kanë paraqitur cefalë 72.5% që ka ardhë duke u shtuar dhe që po ti krahasojmë me kohën e hospitalizimit rezultojnë se fillimi ka qënë në 42.5% javën e parë, 37.5% javën e dytë, 12.5% javën e tretë, dhe 7.5% javën e katër. Në 27.3% që nuk referohen ankime të tilla janë kryesisht fëmijë të moshës së vogël dhe latante.

Fillimi i meningitit T.B.C. karakterizohet me një ngritje të temperaturës. Këtë konstatim e kemi në 98.2% të rasteve vetëm 1 rast është paraqitur si në fillim edhe gjatë dekursit afëbril, i verifikuar si me të dhënat klinike ashtu edhe me të dhënat bakteriologjike të likuorit cerebrospinal. Temperatura ka qënë e ndryshme duke lëvizur midis 37.5° deri 39°. Për sa i përket kohës së fillimit mbajmë me rezervë për fëmijë të fshatit dhe një pjesë e vogël e qytetit që nuk e kanë matur në rregull qysh në fillim. Nga të dhënat anamnesticke rezulton se 46.3% u ka filluar javën e fundit; 37% dy javë 13% tre javë dhe 3.7% mbi katër javë e llogaritur nga koha e shtrimit në klinikë.

Të vjellat janë simptome shumë me rëndësi i fillimit të një meningitit T.B.C.

Në observimet t'ona e vrejme në 83.6%. Të vjellat kanë qënë në orë të ndryshme gjatë ditës pa patur lidhje me ushqimin. Në latante 7.3% këto të vjella janë shoqëruar me diare dhe janë paraqitur në kuadrin e një dispepsie acute. Kryesisht të vjellat janë vrejtur 65.2% në javën e parë dhe 34.8% në javën e dytë.

Në 54.5% të fëmijëve përmendet që kanë patur konstipacione ndërsa 12.7% janë paraqitur me diare. Përveç këtyre në periudhën fillestare është vënë në dukje hiperestezi si dhe pareza të nervave okulomotor dhe abducens me manifestime të një strabizmi gjë që në disa raste ka tërhequr vëmendjen e prindërve për të çuar fëmijën tek mjeku.

Megjithëse më lartë përmendëm mbi shenjat fillestare dhe çfaqje të tjera neurologjike si hemipareze, hemiplegi, somnolencë, konvulcione, çrregullime të ndërgjegjës e tjera, në observimet t'ona të tilla simptoma i kemi vënë në dukje në fazë shumë të avancuar të sëmundjes dhe jo në periudhën e fillimit. Kështu p.sh. në kohën e hyrjes është vënë në dukje hemipareze 7.3% konvulzione 16.3% errsim të ndërgjegjës 16.3%, humbje e plotë e ndërgjegjës (koma) 18.2% të rasteve të hospitalizuara.

Gjithashtu në periudhën e hyrjes në klinikë shenjat e tjera nga ekzaminimi objektiv rezultojnë se janë çfaqur me rigriritet të qafës 70.9%, Kerning 70.9% simptomi Brudzinkit 54% ndërsa në latantet vëmë në dukje një bombim i fontanellës.

Duke konkluduar mund të themi se:

— Meningiti T.B.C. në fëmijët paraqit një aktualitet me gjithë uljen e tuberkulozit në përgjithësi.

— Shenjat fillestare përfshijnë prodromin dhe fillimin e shenjave karakteristike.

— Përcaktimi i prodromeve paraqit vështirësi objektive në veçanti në moshë të vogël.

— Periudha e prodromeve zgjat mesatarisht 2-3 javë.

— Fillimi i shenjave karakteristike përcaktohet më me saktësi dhe në kohë.

— Fillimi i meningitit T.B.C. në përqindjen kryesore është me temperaturë, mungesa e temperaturës nuk ekskludon zhvillimin e meningitit T.B.C. kur ekzistojnë shenjat e tjera të lartpërmendura.

— Të vjella e cefalë janë një simptom shumë i rëndësishëm dhe i shpeshtë nën meningitin T.B.C.

— Manifestimet neurologjike në periudhën fillestare janë më të ralla.

— Çrregullimet e koshiencës janë një simptomë progностik i keq dhe zhvillohen në një fazë të më vonëshme të meningitit T.B.C.

— Në latantet kuadri fillestarë paraqitet më i vështirë, në këta fillimi i meningitit T.B.C. në shumicën e rasteve paraqitet me të vjella, diare dhe konvulsione.

— Ekzaminimi fizikal ndihmon në orientimin e drejtë të diagnozës në prezencën e shenjave meningiale.

— Decizionjës në konfirmimin e diagnozës klinike ngel ekzaminimi biokimik dhe bakteriologjik i likuorit cerebrospinal.

(Paraqitur në Redaksi më 5/X/64)

LITERATYRA:

- Cahin M. Vegne S. La Semaine des hopitaux 1959 Nr. 4 F. 1368.
- Chaptal J. — Jean R; Dossa D. Pédiatrie 1963 Nr F. 253.
- D'Alba A. — Rovera S. Minerva medica 1958 Nr. 6 F. 213.
- Debré R. — Brisaud H. E. Meningite tbc. et Tbc. miliaire de l'enfant. 1953.
- Fanconi G. — Wallgren A. Trattato di pediatria 1961.
- Futer D.S. — Prohovic V.E. Tuberkulezni meningit u detej 1963 F. 60.
- Jean Dry. Le progres medical. 1933 N. 19. F. 753.
- Mitchel — Nelson. Trattato di pediatria. 1954. F. 547.
- Moreau R. — Boudin G. — Contamin F. Encyclopedie medico-chirurgicale 17160 B. I.
- Pernod J. — Chambette C — Batime J. La semaine des hopitaux 1961 F 3362.
- Russi F. — Rossi G. — Bonizza R. Minerva medica 1959 N. 17. F. 606.
- Vainshtein T.J. — Granshenkov I.N. Meningiti 1962. F. 155.

SOME DATA ON THE INITIAL SYMPTOMS AND OTHER DIAGNOSTIC ELEMENTS OF TUBERCULAR MENINGITIS.

(Summary)

This article discusses the importance of the initial symptoms of tubercular meningitis in view of an early diagnosis. It points out the difficulty of discovering the prodromal signs of the disease, especially in small babies, who may show no such symptoms. Some of these symptoms may not be typical, especially during the application of antibiotics. Then it presents the initial symptoms in 55 cases of tubercular meningitis observed in the pediatric clinique during the last years, some data on the beginning of the disease, analysing the age groups and the different periods of hospitalisation.

Lastly it shows the importance of the complementary elements of diagnosis, like the tuberculin tests, X-ray of the lungs, the changes in the cerebrospinal liquid, the laboratory results in looking for the tubercular bacilli with the methods of culture, of animal inoculation and other examinations.

**DISA TË DHËNA KLINIKO-STATISTIKORE MBI RADIKULITET
LUMBO-SAKRALE GJATË VITEVE 1959-1961
NË KLINIKËN E NEUROLOGJISË**

JANI AVRAMI

(klinika e neurologjisë, shef i klinikës kand. shk. mjekësore B. PREZA)

Sëmundjet e sistemit nervor periferik zenë një vend të rëndësishëm midis sëmundjeve organike të sistemit nervor. Simbas të dhënave të autorëve P.M. Saradzhishvili, D.S. Guber-Gric, S.M. Petjelin, D.A. Shamburov, radikulitet lumbo-sakrale zenë 12-20% nga 70% të të gjitha dëmtimeve organike të sistemit nervor periferik. Në klinikën e neurologjisë, gjatë viteve 1959-1961, sëmundjet e sistemit nervor periferik zenë 18-20% të të gjithë morbozitetit. Pikërisht për arsye se radikulitet lumbo-sakrale zenë një vend të rëndësishëm midis sëmundjeve organike të sistemit nervor, menduam që të paraqitim disa të dhëna kliniko-statistikore dhe likuorologjike të të sëmurëve me radikulite, të cilat janë kuruar gjatë viteve 1959-1961.

Gjatë këtyre tre vjetëve, në klinikë janë mjekuar gjithsejt 276 pacientë, prej të cilëve 216 kanë qenë meshkuj dhe 60 femra.

Simbas të dhënave të D.S. Guber-Gric, rezulton se nga shuma e rasteve, që ay ka patur në studim, 71% të tyre e zinin meshkujt, ndërsa 29% të rasteve e zinin femrat. Observacionet tona në përqindje ndahen në 74% meshkuj dhe në 26% femra, përqindje e cila midis meshkujve dhe femrave korespondon me ato të Guber-Gricit.

Sikundër shihet tek ne ka disproporcion mjaft të madh. Ne mendojmë se një fenomen i tillë e gjen shpjegimin e vet, në faktin se burrat marin pjesë më aktive dhe më të gjerë në të gjitha fushat e prodhimit në krahasim me gruan. Burrat zakonisht kryejnë punët më të rënda fizike, ata hasen më dëndur dhe më tepër me faktorët meteorologjikë të ndryshëm e jo të favorshëm sikundër janë: lagështira, era etj. Nga ana tjetër qëndrimi për një kohë të gjatë më këmbë gjatë procesit të punës, ngritja e peshave të rënda, hecjet e gjata, shkaktojnë ndër ta lodhje të madhe fizike dhe bëhen kështu faktorë predispozues për këto sëmundje.

Nga analiza e rasteve në bazë të profesioneve të sëmurët ndahen si më poshtë:

Viti	1959	1960	1961	Shuma
Puntorë	31	55	94	180
Nëpunës	11	12	17	40
Shtëpiake ose pension.	11	11	25	47
Nxënës	1	3	5	9
Shuma	54	81	141	276

Nga shuma e të gjitha rasteve rezulton se puntorë janë gjithsej 180, nëpunësa 40, 47 raste (ku përmbliidhen invalidë, pensionistë dhe shtëpijake) dhe nxënës 9. Nga pikpamja e profesionit, të bie në sy gjithashtu se puntorët zenë vendin e parë dhe formojnë kështu shumicën dërmuese të rasteve, ndërsa profesionet e tjera nuk zenë vend të rëndësishëm. Po të njëjtën gjë vërtetojnë dhe të dhënat statistikore të autorëve të lartpërmendur.

Analiza nga pikpamja e profesionit përsëri flet për faktin se njerzit e punës fizike, të cilët i ekspozohen të ftohtit, ngritjes së peshave të rënda janë më të predispozuar për tu sëmurur nga radikulitet.

Simbas moshave, në observacionet tona vihet re kjo shpërndarje:

Viti	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 e lart	shuma
1959	2	9	23	8	8	3	1	54
1960	2	16	24	28	10	—	1	81
1961	5	27	42	39	23	3	2	141
Shuma	9	52	89	75	41	6	4	276

Moshat prej 21-50 vjetësh mund të themi se karakterizohen me një morbozitet më të lartë se moshat e tjera, megjithëse mosha 31-50 na duket se jep një morbozitet më të madh. Këto shifra na japin të drejtë që të supozojmë se radikulitet takohen në ato mosha të cilat janë në kulmin e forcës fizike.

Pra duke shënuar observacionet tona, duke analizuar ato qoftë nga pikpamja e seksit, qoftë nga pikpamja e profesionit dhe e moshës, në të gjitha këto momente bie në sy se: radikulitet takohen më shpesh në moshat të cilat janë në kulmin e fuqisë së tyre dhe kryesisht tek ata që merrin me punë fizike. Këtë gjë venë në dukje dhe Guber-Grici, i cili shkruen se moshat më frekvente janë 30-50 vjet, që zenë 60-70% të rasteve, ndërsa simbas Saradzhihvilit mosha 40-50 vjeçarë zen 60% të rasteve gjë që pajtohet me të dhënat e observacioneve tona.

Në analizën simbas stinave rezulton në këtë mënyrë:

Viti	1959	1960	1961	Shuma
Pranvera	13	15	39	67
Vera	19	34	29	82
Vjeshta	14	28	32	74
Dimri	8	4	41	53
Shuma	54	81	141	276

Pra në një shikim të shpejtë kjo gjë na duket krejt paradoksale në krahasim me të dhënat e autorëve të tjerë, të cilët tregojnë se «frekuenca më e madhe e rasteve me radikulitet duket në muajt e vjeshtës, arin kulmin në dimër dhe në muajt e parë të pranverës». Në observacionet tona vërehet e kundërta, në dimër, ku të ftohtit dhe lagështira është më e madhe, takohen më pak raste, kurse në stinën që është më e nxehtë, bile që tek neve është e thatë hasen më shumë raste. Ky fenomen nga ana e jonë shpjegohet me faktin se numuri i rasteve me radikulite të shtruar në vitin 1959 dhe 1960 ka qenë i pakët, me qenë se shumë pacientë kanë qenë shtruar në klinikat e tjera të spitalit të Tiranës, kështu të dhënat tona nuk kanë patur mundësinë të përfaqësojnë numurin e përgjithshëm.

të këtyre të sëmurëve, për këtë arsye numuri i të shtruarve gjatë muajve të dimrit të 1959 dhe 1960 ka qenë më i pakët, në krahasim me numurin e shtrimeve të vitit 1961 (ku në muajt e dimrit numuri i pacientëve ka qenë më i madh se i çdo stine). Në 1961, nga 141 raste 41 prej tyre janë shtruar në muajt e dimrit. Ne supozojmë se radikulitet në vëndin tonë mund të takohen me disa luhatje pothuajse me të njëjtat shifra në stinat e ndryshme. Me këto shifra të pjesëshme sigurisht neve nuk kemi pretendime që të bëjmë përgjithësime kategorike dhe absolute për dy arsye:

E para se në klinikën tonë janë shtruar një pjesë e rasteve.

E dyta se ne nuk disponojmë të dhëna përsa i takon frekuencës së radikuliteve në qytetet e ndryshme të vëndit tonë, që kanë kondita të ndryshme meteorologjike.

Radikulitet lumbo-sakrale i kemi ndarë në dy grupe të mëdha.

1. Grupi radikuliteve primare.
2. Grupi radikuliteve sekondare.

Në grupin e parë përfshihen 244 raste, ndërsa në grupin e dytë 32 raste.

Në grupin e radikuliteve primare ne kemi dalluar këto forma klinike.

1. Meningoradiculitis lumbo-sacralis	raste	3
2. Radiculitis lumbo-sacralis	raste	194
3. Funiculitis lumbo-sacralis	raste	1
4. Radiculo-neuritis	raste	8
5. Lumbago	raste	7
6. Ischias	raste	26
7. Neuritis n. peronei et tibialis	raste	8

244

Format primare të studjuara simbas vetive ndahen si më poshtë:

Viti	meningoradiculitis l. sacralis	radiculitis lumbo-sacralis	funiculitis lumbo-sacralis	Radico-neuritis	Lumbago	Ischias	Neurite	Shuma
1959	2	36	—	8	1	1	2	50
1960	1	63	—	—	2	12	1	78
1961	—	95	1	—	4	13	5	116
Shuma	3	191	1	8	7	26	8	244

Midis të gjitha këtyre formave predominojnë në mënyrë të qartë format klinike të radikuliteve lumbo-sakrale.

Format sekondare ne i kemi takuar si simptoma të një sëmundje kryesore siç kanë qenë: spondilozatoza (*spondyloathrosis deformans*), spondilitet, metastazat kanceroze etj. Nga të 32 rastet e radikuliteve sekondare kanë qenë:

- 27 raste të shkaktuar nga spondilo-atrozat
- 3 raste nga kanceret metastatike
- 1 rast nga spina bifida
- 1 rast nga spondiliti t.b.c.

Në klasifikimin e formave klinike, që kemi paraqitur më sipër, në i jemi përmbajtur klasifikimit të përpunuar nga Sikar dhe pjesërisht atij të Shamburovit.

Nga 276 raste të radikuliteve lumbo-sakrale, që kanë kaluar në klinikën e neurologjisë, 250 pacientëve u janë bërë radiografitë, ndërsa 133 rasteve u është bërë funksioni lumbar dhe analiza e likuorit cerebrospinal.

Nga ekzaminimi i likuorit në 133 rastet e përmendura është venë re, ashtu siç e përshkruajnë dhe shumë autorë, një disociacion albumino-citologjik, që oshilon (luhat) nga 0,45 gr.‰ deri në 1,60 gr.‰.

Po këtë gjë por me një diferencë pak të ndryshuar jep dhe Guber-Grici.

Guber-Grici dallon 3 grada apo shkallë të pozitivitetit të disociacionit proteino-citologjik tek i cili jemi bazuar ne dhe kemi bërë shkallëzimin simbas grupeve për 133 rastet.

Shkalla	I	0,36‰ — 0,50 gr.‰	=	30 raste	(pozitivitet i lehtë)
»	II	0,50‰ — 0,80 gr.‰	=	24 raste	(» i mesëm)
»	III	0,80‰ — 1,60 gr.‰	=	12 raste	(» i lartë)
				66 raste	

Në analizat e likuorit cerebrospinal të gjithë elementët e tjerë ishin normalë, përveç se në njërin rast u vu re pleocitoza limfocitare (12 limfocite për fushë).

Një vëmendje të posaçme në likuorin cerebrospinal qoftë në bazë të të dhënave të literaturës si dhe nga rastet tona meriton disociacioni albumino-citologjik.

Siç vihet re nga 133 raste, të cilëve u është bërë analiza e likuorit cerebrospinal në 67 raste likuori ka qenë normal, në 30 raste verëhen disociacioni i lehtë albumino-citologjik dhe në 24 raste disociacion i mesëm alb. citologjik dhe në 12 raste disociacion i lartë. Kështu pra nga të dhënat tona rezulton se nga 133 rastet kemi patur likuor patologjik në 66 raste d.m.th. në rreth 50‰ të rasteve.

KONKLUZION

1. Radikulitet lumbo-sakrale tek neve zënë një peshë specifike rreth 18‰ të sëmundjeve organike të sistemit nervor periferik.
2. Nga 276 raste të marrur në studim 202 ishin burra dhe 74 gra d.m.th. predominojnë burrat.
3. Nga pikpamja profesionale rezulton se masën dërmonjëse e zenë punëtorët.
4. Observimi në bazë të stinave nuk jep predominim të veçantë të njerës stinë mbi tjetrën.
5. Predominiojnë moshat që janë në kulmin e fuqisë prodhonyjëse.
6. Nga pikpamja e formave klinike rezulton se radikulitet lumbo-sakrale zenë vendin e parë.
7. Në 50‰ të rasteve likuori cerebrospinal del patologjik (disociacion albumino-citologjik).

(Paraqitur në redaksi më 1/X/1964)

LITERATURA

1. Čuber Gric D.C. «Zabolevanija pojasnično-krestcovovo oddela periferičeskei nervnoi sisteme» v. 1960.
2. Petjelin S.M. «Infekcioni i Pojasnično-krestcovij radikulonavit i Ičenija jevo na kurortje» v. 1961.
3. Saradzhusvili T.M. «Nekotore spornie vaprosi patogeneza r.h. radikulitov» 1960.
4. Šamburov D.A. «Ishias» 1954.
5. Šamburov A.A. Porazhenia nervov pojasničkei krestcovo-i-šhečivoi oblastei «Sovramnoi sastojanie osnovnih klaseliov. Nevropatologii» «Medgiz 1961, f. 65-96.
6. Pitres Vaillard, Laignal-Lavastine Maled. Des nerfs periferiques et du sympathique». Paralyties et Neuralgies du nerf. grand sciatique». Paris 1924 f. 670-704.
7. Cotugno. Des ischide nervosa commentarius, Napoli 1764. Cituar nga Pitres dhe Vaillard.
8. Lasegue. Consideration sur la sciatique (Arch. du medecin 1864, et etud medical, Tom II, f. 304) Cituar nga Pitres et Vaillard.
9. Roger M. «Nerf sciatique» Traite de Medicina 1948 --- 49 Tom XVI, 854-884.
10. Fridman A.P. «Osnovi likuorologii 1956.

CLINICO-STATISTICAL DATA ABOUT LUMBO-SACRAL RADICULITIS DURING THE YEARS 1959-1961 IN THE NEUROLOGICAL CLINIQUE.

(Summary)

The diseases of the peripheric nervous system occupy a special place among the diseases of the nervous system. According to the figures of our clinique about 25% of the diseases of N.S. belong to the peripheric system. Of these about 70% are lumbosacral radiculites.

From the point of view of the sex, age and profession, the diseases are more frequent in males (about 74%). This can be explained with the fact that men work in harder conditions. The disease is also more frequent among people of hard physical work (workers and peasants), who are more exposed to bad weather, lift heavy weights and are obliged to walk long distances.

According to the clinical formes our observations can be divided as follows: meningoradiculitis 3, radiculitis lumbosacralis 191, funiculitis 1, radiculitis 3, lumbago 7, ischialgia 26, neuritis 8.

These clinical figures are only preliminary; we need more time and more complete observations to finish our study.

The cerebrospinal liquid, examined in 133 cases, has given the following results: in 67 cases it has been normal; in 30 cases can be noticed a slight albuminocytologic dissociation (0,36-0,50%), in 24 cases the dissociation is higher (0,50-0,80%) and in 12 cases it is high (0,80-1,60%). According to these data in about 50% of the observations the liquor is pathologic in about 50% of the cases, which is very important and must oblige us to look for such pathological findings in all the cases, insist that the examination be done very carefully.

These preliminary clinico-statistical data on the lumbo-sacral radiculites should be considered carefully, since the disease is quite frequent and is of a considerable clinical and economic interest, because the patients are invalidated for a relatively long time.

ENURESIS NOCTURNA DHE MJEKIMI I SAJ ME AKUPUNKTURË.

STEFAN VOKOPOLA — Spitali Civil Durrës.

Ndonse e pa rrezikëshme për jetën, por tepër e bezdisëshme dhe e pa kënaqëshme për pacientin dhe familiarët e tijë, urinimi i pa vullnetshëm gjatë natës, asht një sëmundje e përhapun në fëmijët e moshës parashkollore dhe 6-8% ndër fëmijët e moshës shkollore e adoleshente, tue prekun ma shpesh meshkujt.

Prej mesit të shekullit të kaluem, urinimi i pavullnetshëm gjatë natës, njihet si entitet nosologjik dhe trajtohet prej mjekëve. Kjo sëmundje rrjedh si pasojë e traumave psiqike dhe t'edukimit jo të drejtë të fëmijës në moshën e herëshme. Çfaqet si neurozë e fëmijëve. Faktori patogenetik i kësaj sëmundje asht dobësimi i veprimtarisë frenuese të qendrave cerebrale ndaj qendrave spinale të miksionit që ma shpesh çfaqet në kohën e gjumit, i cili në këte rast asht shumë i thellë. Duhet të thekësojmë se mund të ndeshemi dhe me «syndromin» *nocturn* ose *diurn* të *enuresis*, që asht çfaqje e sëmundjeve të ndryshme siç janë proceset patologjike të rrugëve urinare, turbullime të metabolizmit, anomali të zhvillimit të kolonës vertebrale etj. «syndrome» të cilat duhen diferencue me sëmundjen *enuresis nocturna*. Mjekimi i kësaj sëmundje asht i shumëllojshëm dhe i shumëanshëm.

Studimit tonë i përkasin dy grupe fëmijësh të moshave dhe sekseve të ndryshme, të mjekuem në dy mënyra.

Në grupin e parë u përfshinë 13 të sëmurë, prej të cilëve 6 djemë të moshës 4-11 vjeç dhe 7 vajza të moshës 4-14 vjeç. Të tanë pacientët u hospitalizuen gjatë vitit 1961 dhe respektivisht me kartelat klinike numër: 159, 160, 4636, 4666, 4696, 4719, 4754, 4889, 5050, 5051, 5332, 5622 dhe 5623. Pacientët në anamnezën familiare nuk paraqisnin ndonji sëmundje kronike ose të trashigueme (përveç një rasti, të cilin do ta paraqesim ma poshtë). Ndërsa në anamnezën personale kishin kalue turbullime dispeptike si dhe angina sezonale. Prej këtyne, një pacient (Shpëtim K. me K.K. numër 4754) paraqiste *spina bifida* të vertebrës lumbare të IV, pa ndonji malformacion tjetër. Të sëmurët e tjerë paraqiteshin të një zhvillimi të mirë somatik pa ndonji sëmundje nga organet e mbrendëshme, thekësojmë se të tanë pacientët paraqiteshin tipa neurotikë, tepër të eksitueshëm si dhe me vese të ndryshme.

Për ilustrim po paraqesim dy rastet e ma poshtëme:

Arben H. me kartelë klinike numër 5622, vjeç 6. qëndroi i shtruem në sektorin neurologjik prej datës 10.XI.1961 deri më 12.XII.1961. Në anamnezën e tijë shënohet: i lindun në të nandin muej të gravidancës, me asistencë mjekësore, me peshë 3.500 kg. Asht ushqye me gjinin e nanës deri në të gjashtin muej të jetës, mandej asht mbajtur me ushqim artificial. Shpesh herë ka patun turbullime dispeptike, dy herë asht shtrue në spital për dispepsi toksike tepër të randë. Ndonji sëmundje somatike

tjetër me randësi nuk shenohet të ketë kalue. Në anamnezën familiare i ati asht alkoolist, me turbullime psikopatike të karakterit. Gjyshja, nga ana e nanës, ka vuejtun nga psikozë presenile dhe ka përfundue me suicid. Vetë fëmija asht i një zhvillimi të mirë fizik, pa ndonji patologji të dukëshme nga organet e mbrendëshme, sistemi nervor qëndror dhe periferik ishte i zhvilluem si në normë. Pacienti ishte i shkathët në shoqni, ngacmonte tepër të sëmuret e tjerë, të cilët e kishin frykë sepse për arësye shumë të thjeshta dhe ndonjherë krejt pa arësye i rrihte. Ai kishte vesin e onikofagisë, kruente hundët, gjumin e bante të thellë, por shpesh ngrihej i frykësuem tue thirun: «plaku» ose «ou! qeni i zi», qëndronte pak si i obnubiluem dhe përsëri flente i qetë. Urinonte çdo natë pothuaj dy ose tre herë.

Rasti i dytë i përket të sëmurës Natasha Ç. me kartelë klinike numër 4696, vjeç 5, qëndroi e shtrueme në sektorin neurologjik prej datës 13.VIII.1961 deri më 15.IX.1961. Në anamezën e sajë shënohet se ka lindun në të nandin muej të gravidancës me asistencë mjekësore, me peshë 2,900 kg. Asht ushqye me gjinin e nanës deri në të 14-in muej të jetës. Ka kalue turbullime të lehta dispeptike dhe një herë Bronchopneumoni. Në anamnezën familiare nuk shënohet asgja patologjike. Pacientja asht e një zhvillimi të mirë fizik pa ndonji shenjë patologjike nga organet e mbrendëshme, sistemi nervor qëndror dhe ay periferik qenë të zhvilluem si në normë. Pacientja qëndronte autike, sa herë që hynte mjeku për vizitë, ajo nepte përgjigje negative, e kundërshtonte ate, paraqiste tendenca erotomanie ndaj pacientëve të shtruem së bashku me te. E sëmura urinonte çdo natë.

Të 13-të pacientët e këtij grupi u mjekuen me ganglioplegjikë (tableta clorpromazine 0.025) nga një tabletë për pesë ditët e para, mbas ushqimit të darkës, mandej për 15 ditë nga dy tableta (një mbas dite dhe një para gjumit në darkë); pesë ditë mbareshin përsëri me nga një tabletë para gjumit në darkë dhe së fundi për pesë ditë të tjera i mbajshim pa mjekim. Kursi i mjekimit zgjaste 30 ditë. Njikohësisht fëmijëve, në darkë i nepshim ushqime të krypun dhe sasina relativisht të pakta uji për të pimun, gjithashtu para se të flejshin urinonin. Këto të fundit ja këshilluem dhe prindërve për t'ja vazhdue fëmijëve mbas daljes së tyre nga spitali.

Pacientët dalën të shëruem nga spitali, përveç të sëmurit Shpëtim K. i cili paraqiste *spina bifida* të vertebrës lumbare të IV-të. Simbas të dhënave që patëm ma vonë nga prindërit e pacientëve, 15 ditë ma vonë prej daljes nga spitali, vetëm pesë nga të sëmuret nuk urinojshin ma (të sëmuret me kartela klinike numër: 160, 4666, 4669, 5051 dhe 5622). Sikundër vërehet ky llojë mjekimi na dha rezultat në 38.4%.

Në grupin e dytë u mjekuen 13 pacientë të tierë, nga të cilët 12 nuk kanë qenë mjekue ndonji herë për këte sëmundje, përveç njanit, i cili asht mjekue prej neshë me ganglioplegjikë pa rezultat, dhe asht rasti i sipërpërmendun me *spina bifida*.

Në këte grup u mjekuen 7 djemë 4-15 vjeç dhe 6 vajza 4-10 vjeç. Të tanë pacientët u trajtuen ambulatorisht, pranë dispanserit psiko-neurologjik të Poliklinikës së Qytetit, me akupunkturë. Të sëmurëve u përka-sin kartelat individuale të «mjekimit me çpim dhe djegie» numër 2,3,5,6, 7,8,10,12,13,14,15,16 dhe 18. Në anamnezën personale të këtyne pacientëve nuk shënohen sëmundje të randësishme, përveç patientes Ilirka M. (kartela individuale numër 6), e cila para tre vjetësh kishte kalue *meningitis specifica*. Në anamnezën familiare të këtyne pacientëve nuk shenohen së-

mundje kronike ose të trashigueme, përveç rastit të pacientes Ilirka M. (kartela individuale numër 6) dhe të vëllait të sajë Rakip M. (kartela numër 5), që kanë të vëllain e të jatit me skizofreni.

Këto pacientë, njiilloj si dhe ato të grupit të parë, paraqiteshin tipa neurotikë, kishin vese të ndryshme (onikofagi, kruejshin hundët, veshët etj.), njani paraqiste një tick nervor (lëvizte periodikisht vetullën e majtë), katër pacientë kishin «fryka të natës». Sejcili prej tyre urinonte disa herë në çdo natë. Të gjithë të sëmurët e këtij grupi paraqiteshin të një zhvillimi të mirë fizik, pa ndonji sëmundje nga organet e mbrendëshme.

Mjekimi i tyre u ba me akupunkturë, dhe nuk u shoqnue me asnjë lloj medikamenti ose diete. Fëmijët banë gjithësej dhjetë seanca sejcili, nga një seancë çdo dy ditë. Respektivisht një ditë i çponim në *regio vesicae urinariae*, në *linea alba* 2 cm. mbi *symphysis ossum pubium* (pika Kuan Juan, e katërta e kanalit «përgjegjës — Zhën Mae») dhe në dy pika në kambë, 3 cm. mbi sejcilin *malleolus medialis* (pika San in Çjao), e gjashta e kanalit të «shpënetkës me projeksion në kambë — T'hai In). Ndërsa në seancën tjetër çponim në po këto dy pika në kambë (San In Çjao) dhe në katër pika në shpinë: dy në regionin lumbar anash kolonës vertebrale (pikat Shën Shu — pika e veshkave; e 23-ta e kanalit të «vesikës urinare me projeksion në kambë — T'hae Jan»), dhe dy pika në regionin sakral, nën dy të parat (pikat P'han Kuan Shu — pika e vesikës urinare; e 28-ta e kanalit të «vesikës urinare me projeksion në kambë — T'hae Jan»). Kështu vazhduem alternativisht gjatë dhjetë seancave. Gjatë procedurave në pikat e marruna në shpinë dhe bark kemi përdorun metodën forcuese, ndërsa në kambë përdorëm metodën dobësuese. Duhet të cilsojmë se pikat e marruna në shpinë i përkasin zonave të inervimit të segmenteve lumbo-sakrale të medulës spinale, në nivelin e të cilave ndodhen qendrat somatike dhe vegjetative, që rregullojnë mikSIONIN.

Zakonisht mbas procedurës së tretë dhe rrallë mbas të katërtës, fëmijtë nuk urinonin ma gjatë natës, gjendje e cila ka vazhdue gjatë tanë kursit të mjekimit si dhe një muej ma vonë, kur i thirëm për t'u rikontrollue.

Rezultatet e këtij mjekimi, që në rastin tonë, sikundër u vërejt, ishte 100%, tregojnë efikasitetin e tij. Në këte rast mendimi i ynë, darkord me studimet e Profesorit V.G. Vogralik, asht se nëpërmjet rugës reflektore ngacmohen qendrat e kateve të sipërme nervore, tue krijue një vatër eksitimi, e cila forcon procesin e frenimit të qendrave spinale të mikSIONIT, që sikundër theksuem në fillim të këtij artikulli asht i dobësuem.

Nga të 13 pacientët, që trajtuem, në të dhanat që kishim gjashtë muej ma vonë rezultoj se i sëmuri që paraqiste spina bifida të vertebrës lumbarë të IV-të dy muej e gjysëm mbas përfundimit të mjekimit rifilloi të ketë enuresis, me këte rast ja përsëritëm mjekimin si dhe mbas përfundimit të tijë ju vazhdue për dy muej rrjesht para gjumit doza të vogla ganglioplegjikësh (Chlorpromasini 0,025). Mbas këtij trajtimi pacienti nuk ka patun ndonji shqetësim tjetër (qysh atëherë kanë kalue shtatë muej). Përveç këtij rasti, pacienti me kartelë individuale numër 14, shtatë muej mbas përfundimit të mjekimit ngeli në një landë për vjeshhtë dhe me një herë, qysh natën e parë pati enuresis nocturna. Këtij të sëmuri ju përsëritën vetëm pesë seanca të akupunkturës dhe mandej çdo natë ka qenë i pastër.

Për veç këtyne dy rasteve, të sëmurët e tjerë nuk patën asnjë herë ndonji rast urinimi të pavullnetshëm gjatë natës.

Në përfundim e quajmë të domosdoshme të theksojmë se vlera dhe

supremacia e këtij lloj mjekimi, ndaj metodave të tjera qëndron në faktin se:

Së parit me këte metodë mjekimi kemi rezultate shumë ma të mira dhe ma të shpejta.

Së dyti kjo metodë paraqitet sa e thjeshtë aq dhe ekonomike.

Së treti këte metodë mjekimi e aplikojmë lehtësisht në mënyrë ambulatorie, kështu që fëmijët nuk pengohen nga shkolla, gjithashtu në stacionar nuk angazhohen vendet për këte nosologji.

Së katërti, ndonse praktikës sonë i përket vetëm një rast fëmije me spina bifida të vertebrës lumbare të IV-të, rezultati i suksesëshëm i tij nuk duhet përgjithësue. Vlen të shënohet se spina bifida ndeshet dhe në një seri personash të shëndoshë, dhe kjo gjendje kur nuk shoqnohet me malformacione të tjera ose patologji të tjera shoqnuese të sajat, nuk paraqet ndonjë randësi (A.S. Malkov), për këte duhet tentue dhe akupunktura ndër të sëmuret që paraqesin këte gjendje.

(Paraqitur në Redaksi më 5/V/64)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bojeva E.M. Vejn A.M. Kamenckaja B.I. Malcina V.S. Melnikova E.M. Novinski G.D. Igloukallovanie e prizhiganie. (Çen-cju tjerapia) 1962.
- 2) Fën Li Da dhe Parmenkov D.Ll. Igloterapia e prizhigania (Çen-cju tjerapia) 1980.
- 3) Kreimer A.Ja. Nočnoe nederzhanie moçi. 1962.
- 4) Llaskov B.I. Problemi enureza. 1962.
- 5) Malkov A.S. Nočnoe nederzhanie moçi. 1958.
- 6) Preza B. Akupunktura dhe aplikimi i sajë në praktikë. Në librin «Punime të psikonevrologëve me rastin e festimit të XV vjetorit të qirimit» Volumi i I 1959; faqe 112-124.
- 7) Preza B. Aplikimi i acupunkturës kineze në sëmundjet nervore. Shëndetësia Popullore 1960. Nr. 2; faqe 12-22.
- 8) Preza B. Mjekësia popullore kineze. Buletini i Universitetit Shtetëror të Tiranës — Seria Shkencave Mjekësore. 1962 Nr. 1; faqe 102-114.
- 9) Simson T.P. Nevrozi u detej — ih preduprezhdenie i leçenie. 1958.
- 10) Vinai A. Agopunktura cinesë. 1958.

ENURESIS NOCTURNA AND ITS TREATMENT BY ACUPUNCTURE.

(Summary).

After describing briefly enuresis nocturna as a childrens neurosis and after making the differentiation with the «syndrome» of enuresis as a manifestation of other somatic diseases, the author describes the treatment of the two states in neurotic children, illustrating it with the history of two separate cases. From each group he has taken 13 patients of different sexes and age groups (4 to 14 years). The patients have not been treated previously for this disease (with one exception of the second group, who presented spina bifida on the level of the IVth lumbal vertebra, treated before with ganglioplegics). These children had no other disease or pathologic alteration of the internal organs.

The first group was treated with ganglioplegics (Chlorpromazine 0.025 for 5 days, then 0.050 for 15 days and again 0.025 for 5 days; after that they remained 5 days without treatment, so that the whole treatment lasted 30 days). During the treatment the children of this group have used salt at lunch, as well as a limited amount of water, trying at the same time to create the reflex of urinating before going to bed. This treatment have good results in 38.4% of the cases. In the second group was used only acupuncture 10 ambulatory treatments for each case once every two days. In this group the results have been 100 percent.

At the end the author explains the effect of this treatment by a reflectory mechanism, and recommends the treatment for its rapid and very satisfactory results, for the simplicity of its application, for its cheapness, as well as for the fact that the children are not stopped from going to school and do not occupy hospital beds. Finally he recommends the treatment also for the patients with spina bifida, which do not present other malformations.

RUBRIKA EKSPERIMENTALE

MBI SEKRESIONIN E LËNGUT BILIAR NËN INFLUENCËN E UJIT MINERAL TË GLINËS (Të dhëna paraprake)

MUNIR KARAGJOZI

(Katedra e Fiziologjisë-Farmakologjisë)

Ujrat minerale luajnë një rol të rëndësishëm në mjekimin e shumë sëmundjeve, midis tyre në çrregullimet e heparit dhe të rrugëve biliare.

Efekti i ndryshëm i ujrave minerale mbi funksionet e heparit në mvarhtësi nga përmbajtja minerale, nga mënyra e përdorimit, temperatura etj., vërteton rëndësinë e madhe që paraqet ky problem në pikpamje teorike dhe praktike (E. LUTRINGER 1961, V.N. DONSKOJ, S.S. OZERJEV 1964). Por megjithë eksperiencën e madhe klinike dhe punimet e shumta në këtë drejtim, gjer më sot akoma nuk ka një mendim shkencor unik në përdorimin e diferencuar të këtij ose atij uji për kurimin e këtyre sëmundjeve. Bile edhe për një çështje kaq të thjeshtë siç është p.sh. influenza e ujrave minerale në sekretimin e lëngut biliar autorë të ndryshëm kanë mendime kontradiktore. N.A. TJULEJNEV (1961) pohon se nuk ka një mendim të përcaktuar për ndikimin e ujrave minerale mbi përbërjen kualitative të bilës dhe studimet në këtë drejtim janë të pakta.

Duke marrë parasysh rëndësinë praktike që paraqet ky problem edhe për vendin tonë, ku prej shumë vjetësh të sëmurëve nga mëlcia dhe nga rrugët biliare u rekomandohet mjekimi në stacionin balneologjik të ujit mineral të Glinës, ne i vumë për detyrë vehtes të studjojmë në mënyrë eksperimentale influencën e këtij uji mbi sekrecionin biliar gjë që shënon përpjekjen e parë në këtë drejtim.

Në një artikull të botuar në Buletinin e Shkencave Mjekësore në vitin 1962 Nr. 4, ne kemi publikuar disa të dhëna lidhur me ndikimin e ujit të Glinës mbi sekrecionin dhe zbraziën e stomakut. Meqenëse funksionet fiziologjike të traktit digjestiv janë të lidhura ngushtë me proceset metabolike të heparit, ne i vazhduem kërkimet tona edhe në këtë drejtim duke u munduar kështu që veçoritë fiziologjike të këtij uji të studjohen në mënyrë komplekse. Për këtë qëllim si test biologjik u përdorën qenë me fistula kronike të *vesica felia*, me të cilët u kryen 150 eksperimente dhe 303 analiza duke përcaktuar në sejcilin prej tyre sasinë e lëngut biliar, acidet biliare dhe bilirubinën e sekretuar gjat 4 orëve.

Metoda e punës. Studimet u bënë në dy qenë simbas metodës Shiff (I.V. DANILLOV 1960), por njëkohësisht duke lidhur edhe *ductus chole-docus*. Në këtë mënyrë bila eliminohet jashtë nëpërmjet një fistule prej çeliku inoksidabël, njëri skaj i sëcilës vendoset në *vesica felea*, ndërsa tjetri nxirret dhe fiksohet jashtë paretit abdominal. Duhet theksuar se kjo metodë është nga më perfëktet me që jep të dhëna ekzakte lidhur me gjithë sasinë e lëngut biliar të prodhuar dhe të eliminuar nga hepari gjat eksperimentit. Kur *ductus choledocus* nuk lidhet ose nuk pritet midis dy ligaturave, siç veprojnë disa autorë, (S.S. OZERJEV 1964 etj.) sekretimi i

bilës maskohet meqenëse një sasi e caktuar e saj derdhet në duodenum nëpërmjet *ductus choledocus* gjatë procesit të digjestionit. Për këtë arsye, ashtu siç bëjnë shumica e autorëve (I.A. MIGUNOV, M.T. KOVALEV 1960 etj.), ne, me anën e ligaturës së *ductus choledocus*, evituam plotësisht depërtimin e bilës në duodenum, ndërsa lëngun biliar të mbledhur gjatë eksperimentit u a kemi dhënë me ushqim qenëve çdo ditë mbas mbarimit të punës. Kafshët janë vënë në eksperiment gjithëmonë mbas shërimit të plotë të plagës dhe jo më parë se 18 orë mbas ngrënies së fundit.

Qentë kanë qenë të tipit sanguin; njeri me peshën 19 kg. («Bruno») dhe tjetri 19,5 kg. («Ngjala»). Në stativ u mësuan të qëndrojnë relativisht shpejt. Gjatë eksperimentit përgjithësisht kanë qenë të qetë dhe jo agresiv me njeri tjetrin. Përsa i përket sekrecionit të lëngut biliar ata bëjnë pjesë në tipin normal.

Procedura e punës ka qenë e tillë: në fillim u bënë eksperimentet e fonit për të përcaktuar tipin e sekrecionit kundrejt eksitantëve ushqimorë. Pastaj u bënë provat krahasojëse të efektit sekretor të ujit të Selitës, i cili u përdor si ujë kontroll dhe t'atij të Glinës. Zakonisht seria e parë e eksperimenteve është bërë me ujë Selite, ndërsa seria e dytë me ujë Gline tek i njëjti qen dhe në të njëjtat kondita. Mbas mbarimit të çdo serie është bërë një pushim prej jo më pak se tre ditë, për të evituar efektin e njohur të mbasveprimit fiziologjik.

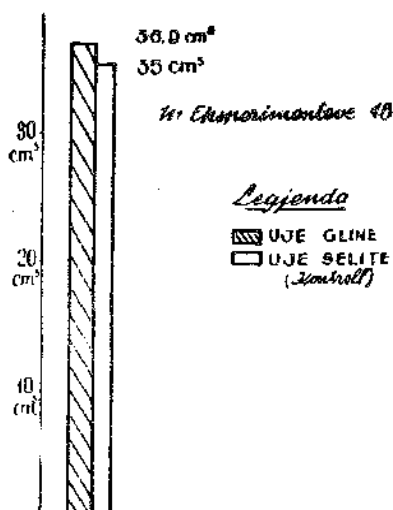
Kafsha është vënë në eksperiment duke zbatuar gjithëmonë rregullat e njohura d.m.th. mbasi të ketë shetitur, të ketë defekuar dhe urinuar. Në këtë mënyrë është krijuar me të njëjtin steriotip dinamik i stabilizuar. Para fillimit të çdo eksperimenti është bërë pastrimi i indeve rreth fistulës artificiale dhe pastaj është dhënë uji mineral i Glinës ose ai kontroll në sasi 300 cm.³ («Ngjalës») dhe 400 cm.³ («Brunos») në temperaturën 18°C. Në shumicën dërmuese të rasteve qentë e kanë pirë vetë ujin (çka është krejt fiziologjike), në raste të veçanta u është hedhur me sondë pa vështirësi. Menjëherë mbas ujit u është dhënë 100 gr. mish («Ngjalës») dhe 200 gr. mish («Brunos»). Pastaj me një gotë të vendosur nën fistulën artificiale dhe të fiksuar për rreth abdomenit është mbledhur për çdo 15' sasia e lëngut biliar të sekretuar gjatë 4 orëve, duke ndarë veçmas për çdo orë. Së fundi ekstempore, me anë e fotokolorimetrit Pulfrichk sipas R. GRIGOR, PASCOE T.A. etj. (1959) është përcaktuar sasia e acideve biliare të çdo ore veçmas sidhe bilirubina e 4 orëve të marra sëbashku, simbas metodës BAKALÇUK (V.E. PREDTENÇESKIJ etj. 1950). Sikurse është përmendur edhe më lart, pjesa e lëngut biliar që nuk çfrytëzohej për analiza, u është dhënë qenëve sëbashku me ushqimin, fill mbas eksperimentit.

Rezultatet e marra:

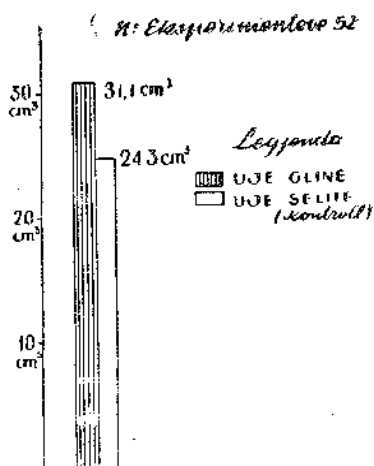
1) *Sasia e lëngut biliar.* Nga 48 eksperimente të bëra me qenin «Bruno» rezultoi se mesatarja e përgjithshme e bilës të sekretuar gjatë 4 orëve për ujin e Glinës ka qenë 36,9 cm.³, ndërsa për të Selitës (uji kontroll) 35 cm.³. (Shif grafikun Nr. 1).

Kështu pra në rastin e parë kemi një sekretim prej 1,9 cm.³ ose 5,42% më shumë. Ky veprim kolagog i lehtë nën influencën e ujit të Glinës duket edhe më qartë në 52 eksperimente të bëra me qenin «Ngjala» mesatarja e përgjithshme e të cilave rezultoi për ujin e Glinës 31,1 cm.³, kurse për të Selitës (kontroll) 24,3 cm.³. (shif grafikun Nr. 2).

Siç shifet edhe nga grafiku i më sipërmë, nën veprimin e ujit të Glinës kemi një shtesë prej 6,4 cm.³ ose 26,38% më tepër nga uji «kontroll».



Grafiku Nr. 1 Qeni «Bruno» pesha 19 kg. Mesatarja e përgjithshme e bilës së sekretuar gjatë 4 orëve në cm^3 .



Grafiku Nr. 2 Qeni («Ngjala») Pesha 19,5 kg. Mesatarja e përgjithshme e bilës së sekretuar gjatë 4 orëve në cm^3 .

2) Raporti midis sasisë së sekretimit të lëngut biliar gjatë dy orëve të para dhe dy orëve të dyta: Një karakteristikë tjetër që evidencohet shumë mirë për ujin e Glinës, është sekretimi më i madh i 2 orëve të para në krahasim me ato të orëve të fundit të katër orëshit. Kjo vërteton edhe një herë influencën e theksuar sekretore fillestare të ujit të Glinës, sikurse është provuar nga ne edhe në eksperimentet mbi sekrecionin e lëngut gastrik (M. Karagjozi 1962). Simbas autorëve të ndryshëm (J.K. VASILENKO 1958-1964, F.D. VASILENKO dhe S.V. SHOLLOHOV 1960, RUTENBERG 1961; A.M. LANDA 1963; A.S. VISHNJEVSKIJ 1951 etj.) ujrat minerale në shumicën e rasteve fazën e parë të sekretimit e kanë më të rritur se fazat e tjera.

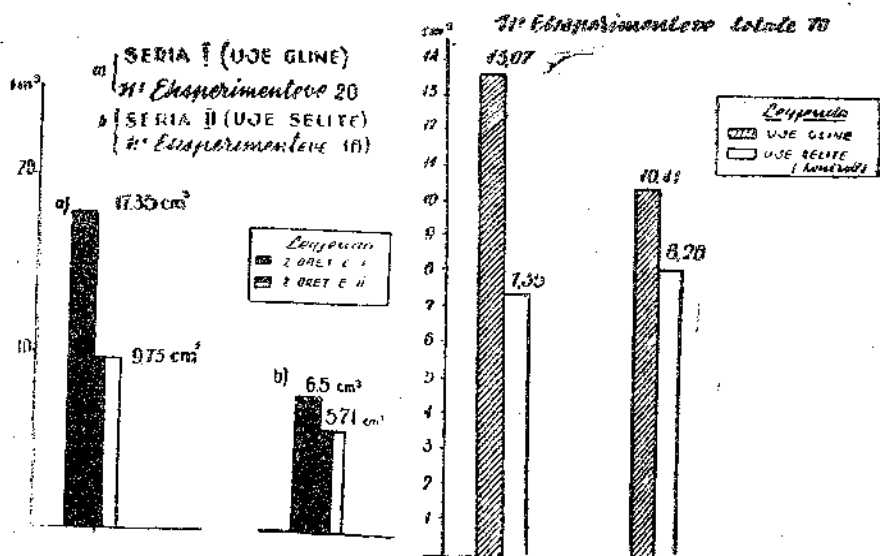
Siç paraqitet në grafikun Nr. 3 të serisë së parë të eksperimenteve me ujë Gline, të bëra në qenin «Ngjala» (gjithsejt 20 eksperimente), mesatarja e përgjithshme e sekretimit të lëngut biliar në 2 orët e para është $17,35 \text{ cm}^3$, ndërsa në 2 orët e dyta $9,75 \text{ cm}^3$.

Kështu pra vërehet një diferencë e konsiderueshme prej $7,6 \text{ cm}^3$ ose $77,94\%$ më tepër në 2 orët e para.

Po të krahasohen këto të dhëna me ato që japin eksperimentet e serisë së dytë të bëra me ujë Selite «kontroll» (gjithsejt 18 eksperimente) në të njëjtin qen me të njëjtat kondita, rezulton se diferenca nuk është fort e ndijshme (shif grafikun Nr. 3).

Pra siç del e kjo nga grafikun Nr. 3 për ujin e Selitës, mesatarja e sekretimit të dy orëve të para është $6,5 \text{ cm}^3$, kurse për dy orët e dyta $5,71 \text{ cm}^3$, d.m.th. në rastin e ujit kontroll raporti nuk ndryshon shumë, kemi një shtesë jo fort të konsiderueshme në fazën fillestare të sekrecionit të lëngut biliar dhe pikërisht $0,79 \text{ cm}^3$ ose $13,85\%$ më shumë. E njëjta gjë vërehet edhe në dy seri eksperimentesh të bëra me qenin «Bruno» (gjithsejt 70 eksperimente) të dhënat e të cilin japin si mesatare sekrecioni në 2 orët e para për ujin e Glinës $13,07 \text{ cm}^3$ lëng biliar dhe për 2 orët e dyta

7,35 cm³. Siç shifet pra ka një diferencë prej 5,72 cm³ ose 77,83% më tepër në fazën e parë, kurse kjo diferencë për ujin e Selitës «kontroll» është vetëm 2,13 cm³ ose 25,84%, meqenëse mesatarja e 2 orëshit të parë në këtë rast rezulton 10,41 cm³, ndërsa e të dytit 8,28 cm³. (Shif Grafikun Nr. 4).



Grafiku Nr. 3 Qeni «Ngjala»
Raporti midis sasisë së lëngut biliar të sekretuar gjatë 2 orëve të para dhe 2 orëve të dyta (në cm³).

Grafiku Nr. 4 Qeni «Bruno»
Raporti midis sekrecionit të lëngut biliar gjatë 2 orëve të para dhe 2 orëve të dyta (në cm³).

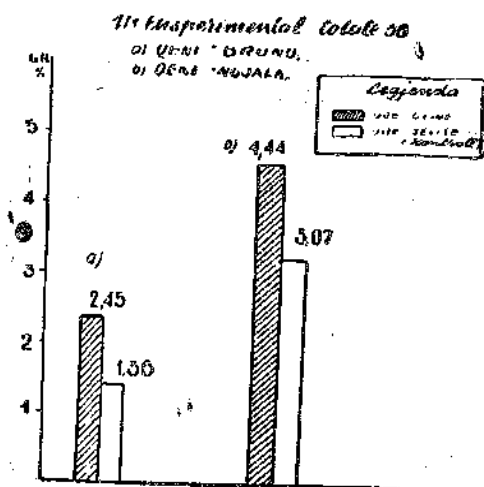
3. *Sasia e acideve biliare.* Nga të dhënat e eksperimenteve rezulton se sasia e acideve biliare nën veprimin e ujit të Glinës shtohet në mënyrë të konsiderueshme në krahasim me ujin e Selitës «kontroll». Kështu p.sh. në një seri prej 39 eksperimentesh të bëra me ujë Gline tek qeni «Bruno» (shif grafikun Nr. 5) mesatarja për orë e acideve biliare është 2,45 gr.%, ndërsa për ujin e Selitës 1,36 gr.% d.m.th. 1,09 gr.% ose 80,14% më tepër për ujin e Glinës.

E njëjta gjë vërehet edhe në 19 eksperimente të bëra me qenin «Ngjala», tek i cili të dhënat janë 4,44 gr.% për ujin e Glinës dhe 3,07 gr.% për ujin e Selitës «kontroll». Pra ka një shtesë prej 1,37 gr.% ose 41,34% (shif grafikun Nr. 5).

Ky fakt ka një rëndësi të veçantë, meqenëse kripërat e acideve biliare e mbajnë kolesterolin në solucion dhe rritja e koncentracionit të tyre në sëmundjet inflamatore kronike të rrugëve biliare, mund të shërbejë si profilaksi në sëmundjen e formimit të gurrave (M.F. GOLLOSAJ 1960).

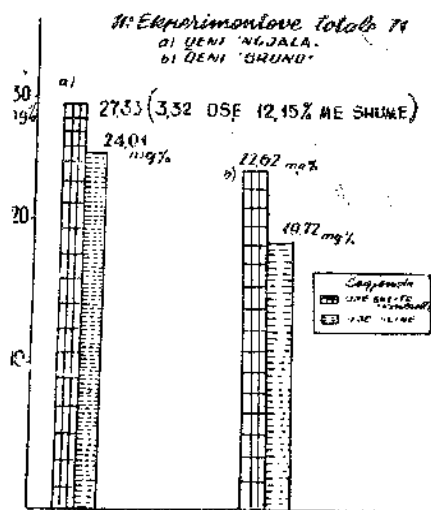
Sasia e bilirubinës. Nga të dhënat e nxjerra prej 27 eksperimentesh të bëra me qenin «Bruno», mesatarja e bilirubinës së sekretuar gjatë 4 orëve rezulton të jetë 2,90 mg.% ose 12,88% më e paktë për ujin e Glinës në krahasim me atë kontroll. E njëjta gjë vërehet edhe në 44 eksperimente

të bëra me qenin «Ngjala», tek i cili kemi mesatarisht 3,32 mg⁰/o ose 12,14⁰/o më pak bilirubinë. (Shif grafikun Nr. 6).



Grafik Nr. 5

Mesataria e përmbajtjes së acideve biliare të sekretuara me lëngun biliar gjatë 1 ore (në gr.%)



Grafik Nr. 6

Raporti midis mesatares së bilirubinës të sekretuar nën veprimin e ujit të Glinës dhe atij «kontroll» gjatë 4 orëve.

KONKLuzionET

Në bazë të të dhënave të eksperimenteve që u paraqitën më lart mund të nxirren këto konkluzione:

1) Uji mineral i Glinës, i marrë sëbashku me ushqimin në temperaturën 18° C, në krahasim me atë të Selitës «kontroll», e shton lehtësisht sekretimin e lëngut biliar.

2) Sekretimi është më i theksuar gjatë 2 orëve të para.

3) Koncentracioni i acideve biliare është relativisht më i madh për ujin e Glinës në krahasim me atë të Selitës «kontroll» dhe kjo ka një rëndësi të veçantë praktike në profilaksinë e sëmundjes së formimit të gurëve.

4) Së fundi nën influencën e ujit mineral të Glinës sasia e bilirubinës pëson një rënie të lehtë në raport me ujin e Selitës «kontroll».

(Paraqitur në redaksi më 5/9/64)

LITERATURA E KONSULTUAR

1. S.S. OZERJEV — Vlijanije Orenburgskoi mineralnoi vodi na zholceobrazovatelnuju funkciu pecheni — voprosi kuror, fizioter. Itegeb. fiz. kult. Medgiz Moskë 1961 Nr. 2 ff. 156-160.
2. E. LUTTRINGER — Obesite plethorique et cure de Contrexeville bilan therapeutique de 305 cas. — Extrait de la semaine des Hopitaux Paris 1961 Nr. 28 ff. 1704-1707.
3. V.N. DONSKOJ, V.K. LUBINEC dhe M.N. CETMANECEVA — Effektivnost kompleksnovo lechenija bolnih s broniceskimi zabolevanijami pecheni i zholcnih

putjev na kurorte Karlovi Vari (Čekoslovačija) — Voprosi kurort, fizioter. i rekreac. fiz. kul. Medgiz Moskë 1961 N. 1 ff. 35-40.

4. N.A. TJULENEV — Ovljanii vodi gorjačih istočnikov zheleznovodska na zhoščetodelenije i omjen zhoščnih pigmentov Voprosi kurort., fizioter. i lečeb. fiz. kul. Medgiz Moskë 1961 N. 1 ff. 41-46.
5. M. KARAGJOZI — Te dhëna eksperimentale mbi veprimin e ujit mineral të Glinës në sekretimin dhe evakuimin e stomakut. Buletin i Shkencave mjekësore Tiranë 1962 Nr. 4 ff. 4-10.
6. I.A. MIGUNOV — Sravnitel'naja ocenka dejstvija mineralnih vod «Sojmi» i «Piloskovskaja» na zhoščetodelenije v eksperimente — Tezisi i referati dokladov — IV načnopraktičeskoja konf. po vop. san. leč. bolnih na kurort. Ukraini epit. min. vod. Truskavec 1960 ff. 117-118.
7. M.T. KOVALEV — O vlijanii nekotarih mineralnih vod tipa Naftusja na zhoščetobrazovanije — Tezisi i referati dokladov — IV načno prak. konf. po vep. san. leč. bolnih na kurort. Ukraini s pit. min. vod. Truskavec 1960 ff. 116-120.
8. N.F. GOLLOSAJ — Isledovanije vlijanija mineralnoj vodi «Naftusja» Nr. 2 na sekreciju i himizm zhošč — Tezisi i ref. dokl. IV načno prak. konf. po vop. san. leč. bolnih na kurort. Ukraini s pit. min. vod. Truskavec 1962 ff. 82.
9. I.V. DANILLOV — Eksperimental'naja fiziologija Tashkent 1960.
10. F.D. VASILENKO dhe S.V. SHOLLOHOV — Izmenenije sekretornoj funkcii zhvlludočnih zheležov pod vlijanijens mineralnoj vodi kurorta Krainka Medgiz Moskë 1960 ff. 27-32.
11. A.E. BABINEC, E.E. GORDIENKO, B.P. DENISOVA. — Lečebnie mineralnie vodi i kurortu Ukraini — Izd. Ak. nauk Ukr. SSR Kiev 1963 ff. 26-29, 123-129.
12. J.K. VASILENKO — O mehanizme dejstvija mineralnih vod pri vnutrenem primenenii Voprosi kurortologii i fizioterapii i leč. fiz. kult. Medicina 1964 Moskë Nr. 3 ff. 193-200.
13. J.K. VASILENKO — Vlijanije Pjatigorskoj mineralnoj radonovoj vodi na sekretornaju, cvakuotornaju i perjokičesbuju motornuju dejatelnost zhelludka Moskë 1958 f. 13.
14. L.A. RUTENBURG — Izučenije lečebnih faktorov kurorta «Krainka» Moskë 1961 f. 21.
15. A.Ç. VISHNJEVSKIJ — Lečenije mineralnimi vodami zabojevanij pishčevorittnovo trakta Medgiz — Moskë 1951 f. 15.
16. A.M. LANDA — Fiziko-balneoterapia v kompleksuom lečenii travm. porazhenij, Voprosi kurortologii, fizioterapii i lečeb. fiz. kult. Medgiz Moskë 1963 f. 3.
17. V.E. PREDTENCESKIJ etj. — Laboratorine metodi. issledovanija Medgiz — Moskë 1950 f. 506-515.
18. R. GREGOR, PASCOC T-J: — j Biol. Chem. (Am) 83 (1929) S. 35-42. Falck. W: Diss. Kiel, 1944. Griebmann H. Falck W. Wschr. 26 (1948) S. 52-55. Arbeitsvorschriften für das Pulfrich — Photometer Sammlung I Jena 1959.

PRELIMINARY DATA ON THE SECRETION OF BILE UNDER THE INFLUENCE OF THE MINERAL WATER OF GLINA.

(Summary).

In this article the author describes the study he has made on the influence of the mineral water of Glina on the bile secretion. This work includes 150 experiments on dogs with chronic fistule of the vesica felea and 300 laboratory analyses.

In the beginning he studied the type of secretion, then he made the comparative tests of the effect of the mineral and ordinary water on the bile secretion.

For each test he used 300 ml water and 100-200 g meat as accitant. The bile was collected every 15 minutes for 4 hours, while the animals were kept fixed, and the analyses were made extemporaneously every hour for the biliar acids and totally for the bilirubine.

From the data of these tests the author concludes:

1. The mineral water of Glina, taken together with food at 18°C increases slightly the bile secretion.
2. The bile secretion is more intensive during the 2 first hours.
3. The concentration of the biliar acids is relatively higher for the Glina water, which has a practical importance for the prophylaxis of the forming of calculi.
4. The amount of bilirubine falls under the influence of the Glina water as compared with that of the ordinary water.

TURBULLIMET PSIKO-NERVORE PAS VARJES.

Prof. XH. GJATA, Kand. Shk. Mjek. ULVI VEHBUI; LLAMBRINI
 RADOVANI (klinika e psikiatrisë — Shef i klinikës prof.
 XH. GJATA).

Për turbullimet psikike nervore pas varjes është shkruar pak në literaturën botërore, sepse personat që varen në përgjithësi vdesin shpejt dhe të pakët janë rastet që shpëtojnë. Është vënë re se disa nga ata që shpëtojnë çfaqin ndryshime patologjike në statusin psikik.

Sipas Avdejev (2) rastet që çfaqin turbullime psikike pas varjes «janë shumë të rralla dhe mjaft interesante». Studime më të gjera në këtë drejtim ka bërë Maintenon (cituar nga Attilio Ascarelli-1), i cili ka gjetur në këta persona aneksi parciale dhe totale, anterograde dhe retrograde, vetëatribute dhe humbjen e aftësisë për të njohur vetëveten. Për amnezinë retrograde në këto raste ka shkruar dhe Iljin (4). Matvejeva (5), duke bërë fjalë mbi hypoksinë akute cerebrale, shënon se simptomat që takohen më shpesh tek këta të sëmurë janë konvulsionet, eksitacioni dhe amnezia retrograde në 1-2 ditët e afërta. Në një punim tjetër (6) autorja analizon një rast që jetoi vetëm 83 orë pas varjes dhe që në fillim u gjet me mungesë: pulsi, respiracioni, arefeksi pupilare dhe vetëdije të errëuar. Më vonë tek ky person u restaurua pulsi, lindi frymëmarrja, rigiditeti i përgjithëshëm i muskujve të ekstremiteteve, hyperhydroza, inkontinenca e urinës, refleksi patologjik i Babinski dhe në sfondin e vetëdijës së errësuar u zhvillua edema cerebrale dhe pulmonare, që e shpunë të sëmurin në vdekje.

Në autopsi u gjetën më shumë të dëmtuara cortex cerebri, cerebellumi dhe cornu ammonii. Tunjina (7) konstatoi, këto ndryshime patologjike në të sëmurët pas varjes: hemoragji në sklerat dhe kapakët e syve, ngjyrje të zërit, dhëmbje në grykë, ataksi, humbje të funksioneve vegjetative, të orientimit alopsikik dhe akseset konvulsive. Disa nga këto fenomene i ka konstatuar dhe Vroblevski. Gofman cit. (3) jep një rast me afoni dhe vështirësi të aktit të gëlltitjes.

Në kemi observuar dy të sëmurë, që kanë manifestuar turbullime psikike dhe nervore pas varjes.

Rasti i parë: E sëmura D.Xh. 32 vjeçe, e martuar, shitëse. U shtrua në klinikën e psikiatrisë datë 13.VII.1962 ora 21, me diagnoza gjendje depressive me veprime suicidale.

Nga të dhënat anamnestike rezulton se para këtij veprimi kishte patur një grindje me të shoqin me karakter xhelozie. Pas zënics shkoi në shtëpi dhe vari veten në banjë. Sipas përshkrimeve të ekspertëve, mjekë legjistë, duket se akti i kësaj ka patur më tepër karakter butaforik, pitiatik, për të tërhequr «vëmëndjen e të tjerëve».

Rreth orës 18.30 të datës 13.VII.1962, i shoqi e gjeti brenda në vaskën e banjës, të ulur, me duar të lëshuar dhe kordonin në qafë. Kur e nxorën nga banja ishte krejtësisht cianotike, pa puls dhe me respiracion

shumë superficial. Pesë minuta pas kamfores, kofeines dhe respiracionit artificial zemra nisi të rrahë. Nuk dihet sa qëndroi e varur.

Ora 23.30 u çfaqën ataket konvulsive, që s'kishin rregullshmërinë e epileptikëve, as kaocitetin dhe teatralitetin e histerikëve. Kontraksionet ishin tonike dhe klonike. Gjatë përpjekjeve për ta mbajtur u konstatua fuqizimi i konvulsioneve. Pupilat izokorike, me madhësi normale, por dobët reagojnë në dritë. Reflektet osteotendinoze dhe kutano-abdominale prezente. Mungojnë sindromi meningal dhe reflektet patologjike. Me qenë se u dyshua për karakterin funksional të konvulsioneve, të nesërmen iu aplikua një seancë elektrohoku femoral 40 volt, gjatë së cilës bërtiti dhe nga dhëmbja tërhoqi këmbën. Datë 14.VII.1962 statusi psiho-neurologjik i të sëmurës paraqitet si më poshtë: Nuk përgjigjet ndaj pyetjeve që i drejtohen. Reagon vetëm ndaj ngacmonjësve shumë të fuqishëm. Manifeston konvulsione tonike dhe klonike të ekstremiteteve, që s'kanë regularitet në çfaqjen e tyre. Pupilat reagojnë në dritë. Reflektet prezente. Patologjikët mungojnë. Puls i shpejtë, 120 goditje në minutë, ritmik, me mbushje të dobët; respiracioni superficial 28 në minutë; T°39. Në pulmonet nuk dëgjohen zhurma patologjike, respiracioni vezikular.

Ora 10 deri 12 të kësaj date të sëmurës iu bënë 1 ampule luminal (0,20), 2 ampule klorpromazine (100 mg), 10 cc sol. Glucosae 40% në vene me 5 cc sol. Magnezii sulfurici 25%, 400.000 unitete peniciline dhe 0,5 gram streptomycinë. Pas përdorimit të luminalit dhe klorpromazinës e sëmura ra në gjumë, tensioni arterial nga 120/90 mm. Hg. që e kishte, i ra në 100/70 mm HG. Pas një ore gjumë personi shqetsohet, nis të rënkojë me zë të lartë dhe të bëjë lëvizje kaotike me dorën e djathtë. Ekstremitetet inferiore i kishte krejtësisht të kontraktuara në ekstension, kurse të sipërmet të lira. Dolën më në dritë gjurmat e varjes në fytyrë dhe të brazdës strangulare në qafë. Nën sy dhe kapakët e tyre u zbuluan njolla hemorragjike me madhësi të ndryshme, por në përgjithësi të vogla. Në të dy anët e qafës u çfaqën kjartë dy vija lineare të drejtuara horizontalisht me gjatësi rreth 6 cm. sejcila dhe ngjyrë vishnje. Vija analoge, me këto u dukën dhe në gushë. Pas dite iu bë punkzioni lumbar, i cili në fillim doli me presion, por ishte i kjartë. Analiza e tij dha këto ndryshime: Pandy +; albumina 0,33%, celula 2 për cm³, glukozja 0,40%; klorur 9,2%. Pas punkturës lumbale iu zhduk kontraktura e ekstremiteteve. Në darkë të po kësaj dite gjendja e të sëmurës paraqitet e përmirësuar, megjithëse në dukjen e jashtëme të linte përshtypjen e një pacienteje me stupor katatonik, por reagonte ndaj pyetjeve që i drejtoheshin më tepër me anën e shikimit. Nganjëherë bënte përpjekje të fliste, por nuk arrinte ta shqiptonte dot fjalën, jo vetëm sepse zërin e kishte të dobët, por kishte edhe vështirësi artikulimi. Në mbrëmje temperatura i zbriti në 38°; u ushqye me sonde. Dy ditët e mëvonëshme statusi psiko-neurologjik i të sëmurës shkoi drejt përmirësimit. Nisi të ushehej vetë, pa sonde. Nga dysheku nuk ngrihej. Sjellja e saj u bë më adekuate. Nuk urinonte më, as defekonte në dyshek. Nga ana e sistemit nervor nuk paraqiste ndryshime patologjike. Sfera cerebellare nuk mund të ekzaminohej. Në kontakt me mjekët nuk hynte. Ushqimin e pranonte vetëm nga një kujdestare, me të cilën diku shkëmbente edhe ndonjë fjalë. Një herë asaj i tha: «Ç'turp bëra, burri nuk ka fai, ku është, le të vijë». Si terapi iu vazhdua penicilina, streptomicina, glukozja, magnezii sulfurik, vitaminat e llojeve të ndryshme dhe klorpromazina me doza ditore deri 100 mg.

Ditën e gjashtë të qëndrimi, datë 18.VII.1962, statusi i të sëmurës u qëqësua. Ra përsëri në gjendje subkomatoze. Pupilat reagonin me përtaci

ndaj dritës. Nuk jepte asnjë përgjigje ndaj pyetjeve që i drejtoheshin. Iu zhdukën reflekset abdominale, patelare dhe akiliane, reagonte lehtësisht ndaj përkimeve me gjilpërë. Fytyra hyperemike. Temperatura u ngrit në 40°5, puls i 140, ritmik, me mbushje të plotë, respiracioni vezikular, pa zhurma patologjike. Tonet e zembrës pak të largëta, abdomeni i butë, indolent. Sindromi meningeal dhe reflekset patologjike mungonin. Për këtë arsye iu dyfishua doza e penicilinës dhe e streptomycinës, iu caktua noradrenalina në vene me 5% sol. glucosae, kamfora, kofeina, vitamina B₁₂ — 500 γ, serumi fiziologjik dhe kloramfenikoli 6 x 500 mg. Në mbrëmje të kësaj dite iu bënë dhe 200 cc plazme në vene. Nga mezi i natës respiracioni u bë stertoros, temperatura iu afrua 41°.

Datë 19.VII.1962 gjendja e të sëmurës u keqësua edhe më tepër. Temperatura i kaloi të 41°, tensioni arterial nuk mund të përcaktohej, puls filiform, 150 në minutë, me periudha aritmie, frymëmarja superficiale, stertoroze, 40 në minutë. Në mëngjezin e kësaj dite iu bë edhe 1 ampule adrenaline, me 1 ampule lobeline. Ora 9— e mëngjezit pati konvulsione epileptike. Temperatura 41°5. Ora 10 puls i nuk prekej. Tonet e zembrës mezi dëgjoheshin... Në këtë kohë iu bë edhe 1 cc. Noradrenalinë, por pa dobi. Në fillim pushoi zemra së punuari, respiracioni u bë tepër superficial dhe e sëmura vdiq ora 17.

Në autopsinë e bërë nga P. Pavli u gjetën këto ndryshime: «Në qafë shenjat e jashtme karakteristike të brazdës strangulare në gjendje rezorbimi të avancuar. Fenomene anoksie dhe iskemie, më karakteristike në pulmone dhe në tru».

Analiza e rastit. Për ta kuptuar më mirë dinamikën e sëmundjes do të ndalemi në disa momente me rëndësi.

1. Çfaqja me kjarhtësi të madhe në ditën e dytë pas varjes të brazdës strangulare dhe e mikrohemoragjive nën sy dhe kapakët e tyre, janë simptome baze, që dëshmojnë mbi shtrengimin e qafës me lak, për qëllime vetvrasjeje. Zhvillimi i mëvonshëm i tablosë klinike e konfirmoi edhe një herë këtë fakt.

2. Të tërheq vëmendjen dekursi i sëmundjes në orët e para dhe ditët e mëvonëshme. Në fillim normalizohet respiracioni, pastaj lind puls, reflekset nga mukozat, lëkura dhe osteotendinozet, kurse vetëdija u kthiellua pothuajse e fundit, krahas rregullimit të procesit të gjëllitjes. Dy ditët e para të qëndrimit në klinikë pacientia qëndroi në gjendje torporoze e herë subkomafoze, dhe reagonte vetëm ndaj ngacmonjësve më të fuqishëm, si elektroshoku femoral 40 volt.

3. Në tablonë klinike të ditëve të para, përveç vetëdijes së errësuar, e sëmura manifeston edhe konvulsione të ekstremiteve që s'ishin të ngjashme me epileptikët, por më shumë u përngjanin hyperkinezive që lindin nga encefalitët subkortikale. Gjithsejt pati dy kriza të tilla të zgjatura. Urinonte dhe defekonte në dyshek. Ushqehej me sondë. Në mëngjezin e ditës së dytë ekstremitetet e poshtme i mbante në ekstension të vazhdueshëm.

4. Duke filluar nga mbrëmja e ditës së dytë pas varjes, pasi i bëhet punkzioni lumbal, që zbuloi ngritjen e sasisë së klorureve dhe uljen e glukozës, statusi somato-psiqik i të sëmurës fillon e përmirësohet. I largohet ekstension i ekstremiteve, përpiket ta ndjekë me anën e shikimit mjekun që bisedon me të, bënte përpjekje të fliste, por kishte disfoni dhe dizartri. Në paraqitjen e jashtme të linte përshtypjen e një të sëmure me stupor katatonik. Ditën e tretë, të katërtë dhe të pestë pas varjes, pacientia shkoi duke u përmirësuar. Nisi të ushqehet pa sonde, por hante vetëm

nga duart e një kujdestareje me të cilën diku ndronte ndonjë fjalë, kurse mjekëve nuk u përgjigjej. Manifestonte një farë negativizmi, më tepër pasiv se sa aktiv. Në përgjithësi çfaqej me një sindrom semikatatonik, jo të formuar mirë.

5. Duhet të shënojmë se që të nesërmen e ditës pas varjes, e deri sa vdiq temperatura ka qënë e lartë nga 38° — $41^{\circ},5$ e cila me sa duket ka patur origjinë centrale, si rezultat i dëmtimit të rajonit diencefalik, sepse në pulmonet dhe abdomen nuk u konstatuan ndryshime patologjike, si në periudhën kur ishte gjallë, ashtu edhe në autopsi.

6. Në ditën e gjashtë gjendja e të sëmurës përsëri keqësohet, bie në gjendje subkomafoze, iu zhdukën reflektset abdominale, patelare dhe akiliane. Të nesërmen pati edhe një akses tipik epileptik. Pulsu iu bë filiforme, respiracioni superficial, stertoroz, tonet e zemrës të largëta, temperatura i shkoi deri $41^{\circ},5$ dhe në gjendje të thellë komatoze vdiq ora 17 të datës 19/VII/1962, ditën e shtatë pas varjes.

Me gjithë terapinë e shumëllojëshme të përdorur (klorpromazinë, luminal, kamfore, kafeine, noradrenaline, lobeline, glukoze në vene dhe subkutane, polivitamina me anë injeksionesh etj.) të sëmurën nuk mundëm ta shpëtonim. Nga kompresioni i enëve të gjakut të qafës, në pulmonet dhe në tru dukeshin kjarhtë fenomenet e anoksisë dhe iskemisë. Pa dyshim se një shok i rëndë për sistemin e saj nervor dhe gjithë organizimin ishin impulset e forta, që lindën nga zonat e pasura reflektogjene të qafës, në kohën e shtrëngimit nga kordoni varës.

Mund të supozohet se në gjendje shoku aftësitë mbrojtëse të organizmit të të sëmurës ishin të ulura, vetitë kompesatore të kores së trunit — mjaft të kufizuara. Duhet menduar pra se vdekja është shkaktuar nga disa faktorë së bashku, që lidhen ngushtë njeri me tjetrin.

Rasti i dytë: E sëmura L.H., vjeç 25, arsimitare, e martuar, u shtrua në klinikën e psikiatrisë datë 16.VIII.1962, e transferuar nga klinika e kirurgjisë hoptaliare me diagnozë «Turbullime psiqike pas varjes».

E lartpërmendura është zhvilluar normalisht si nga ana fizike ashtu edhe psiqike. Ka kaluar pa komplikacione infeksionet infantile. Ka kryer shkollën e mesme. Me mësimë ka shkuar mirë. Nga karakteri ka qënë e gjallë, e hedhur, e qeshur, e dashur me shoqet, aktive ndaj ambientit rrethonjës. Ngulte këmbë në mendimet e saj dhe përpiquej që ato t'i realizonte. Kohët e fundit punonte si mësonjëse duke u marrë direkt me mbarëvajtjen e organizatës së pionierit në shkollë.

Nga anamneza familjare nuk zbulohet asgjë e veçantë.

Anamneza e sëmundjes. Dy muaj para se të shtrohej në klinikën e psikiatrisë u martua me dëshirën e saj, megjithse familjarët nuk ishin dakord dhe bënë çmos ta pengonin këtë martesë. Që në kontaktin e parë seksual që pati me të shoqin ngeli e hutuar dhe e pakënaqur, sepse ai nuk e kreu në mënyrë të rregulltë, fiziologjike (sipas të dhënave anamnesticke, jo shumë të sigurta, i shoqi ka qënë pederast aktiv dhe pasiv). Vjehra nuk e trajtonte mirë, e shante e linte pa ngrënë, përpiquej ta ndante nga i biri, e ofendonte. Si reaksion ndaj situatës së krijuar ra në depresion, nuk dilte nga shtëpia, qante, humbi oreksin, përpiquej të evitonte takimet me fqinjët. Për këtë arsye u largua nga burri dhe u kthye në shtëpinë e mëmës. Datë 12.VIII.1962 rreth orës 9 të mëngjezit, kur nëna kishte dalë, pasi i dha nipit disa lodra dhe e largoi nga guzhina u fut në nevojtoze, rregulloi vendin e varjes, vuri lakun në qafë, lidhi duart me rryp dhe u var. Sipas thënieve të nënës duhet të ketë qëndruar e varur 3-4 minuta.

Mjeku i urgjencës e gjeti të sëmurën pa puls, pa respiracion me cianoze

të thellë dhe me njolla të zeza në këmbët. Pupilat nuk jepnin asnjë reaktion ndaj dritës. Iu fillua respiracioni artificial. Pas pesë minutave iu bë 1 cc sol Adrenalin hydrochloridi 1,0-1000 : 1 në venë dhe 2 cc lobelinë subkutane. Me gjishtinjtë iu pastrua gryka nga mukusi i tepërt, i grumbulluar, që kishte hyrë thellë.

Në minutën e 15 pas çlirimit nga laku i varjes, e sëmura respiroi për herën e parë. Disa minuta më vonë nisi të rrahë zemra dhe të palpohej pulsi. Por refleksat pupilare, abdominale dhe osteotendinoze ishin të zhdukura. E sëmura paraqitej në gjendje të thellë komatoze. Në gjendje të tillë u shtrua në klinikën e kirurgjisë. Gjatë dy ditëve të para qëndrimi në këtë klinikë është paraqitur në gjendje subkomatoze, me kriza konvulsive, më tepër të karakterit tonik, që shkonin nganjëherë deri në opistonus. Urinonte dhe defekonte në dyshek. Reagonte me lëvizje të trupit vetëm ndaj ngacmonjësve më të fortë. E ushqenin me sondë. Temperatura iu ngrit deri në 38°. Ditën e tretë filloi të kthjellohej, fiksonte shikimin, pupilat reagonin, iu çfaqën refleksat, por nuk përgjigjej ndaj pyetjeve që i drejtoheshin, vetëdija qëndronte akoma e errësuar. Të nesërmen njohu mëmën, bënte përpjekje të fliste, por me sa duket kishte dhëmbje, sepse mbante dorën në fytyrë. U mjekua me sol. Natrii chlorati 10%-10,0 në vene, polivitamina, antibiotike, glukozë 40%, kurse ditët e para iu dha për të respiruar edhe oksigjeni.

Ditën e katërt pas varjes somato-neurologjik i të sëmurës paraqitet si më poshtë: Kontakti me të sëmurën është shumë i vështirë. Nuk i kupton pyetjet që i drejtohen. Në fillim u trëmb nga ardhja e mjekut, iu afrua më tepër mëmës. Përpiqet të flasë, por zëri i saj nuk ka timbrin e duhur, s' di të artikulojë mirë fjalët dhe roketet. Ka frikë të pijë ujë dhe të gëlltitet. Të tërheq vëmendjen fakti se e sëmura është e inhibuar; si e trullësuar, e hutuar. Nuk rri e qetë në dyshek, bën lëvizje të duarve të duket sikur synojnë drejt një qëllimi të caktuar, por në realitet s'janë produktive, këmbët i mbledh dhe i lëshon, përpiqet të ngrihet nga dysheku. Bije në sy tendenca e saj e theksuar për të kapur çdo gjë që ka pranë. Kur mjeku i afroi çekiçin, e kapi me forcë dhe s'e lëshonte. Objektivisht nuk u vunë në dukje leziona organike neurologjike, përveç refleksit të kapjes, palmo-mental dhe nasolabial. Sfera cerebellare nuk mund të ekzaminohet. Mjeku otojater shënon se aparati i gëlltitjes dhe kordat vokale nuk paraqesin ndryshime patologjike lokale. Shënojmë se e sëmura kishte frikë të gëlltitej sepse mbytej. Ekzaminimi objektiv zbuloi një ulje jo të theksuar të refleksit faryngeal.

Ditën e dytë të qëndrimit në klinikën e kirurgjisë hospitaliere dolën kjarhtë në qafë shënjat e brazdës strangulare.

Datë 16.VIII.1962 e sëmura u transferua në klinikën e psikiatrisë.

Ditët e para të qëndrimit në klinikë, me terapinë e aplikuar gjendja filloi të përmirësohej, nisi të hajë ushqimet, të pijë ujin (ditën e shtatë pas varjes), por ankonte dhëmbje në grykë, kuptonte që ndodhej në spital, njihje njerëzit e saj të afërt, por jepte të dhëna kontradiktore kur pyetej për jetën e saj. Në fillim u mjekua me sol. natri chlorati 10%-10,0 në vene, polivitamina dhe klorpromazinë deri 100 mg. në ditë. Më vonë iu shtua edhe meproamati.

Gjatë qëndrimit në klinikën e psikiatrisë statusi psiqik i të sëmurës nuk ndryshoi shumë, prandaj ne do të analizojmë gjendjen e saj psikotike të ditëve të fundit (Datë 12.XI.1962).

E sëmura e ka të humbur orientimin në ambientin rrethonjës. Mendon se ndodhet në shkollë. Nuk di të përcaktojë stinën e vitit, ditën, mua-

jin dhe vitin. Një mirë nënën dhe vëllezërit. Nga ana emocionale paraqitet si e mpirë.

Në mendimet është monotone, e varfër. Përgjigjet shkurt ndaj pyetjeve që i drejtohen dhe me zë të ulët. Artikulimin e fjalëve nuk e ka të kthartë. Me momente duket se ka logokloni, të cilën përpiqet ta maskojë. Më tepër operon me të menduarit konkret. Mendimet e saj janë të lidhura ngushtë me situatën rrethonjëse, aftësinë për abstraksione e ka humbur. Konkluzionet i ka të përcipta, jo të bazuara mirë.

Sjellja e pacientes të kujton herë atë të oligofrenëve, herë të të dehurve, ose të atyre që sa kanë bërë elektroshok bitemporal. Rrethi i interesave të saj është shumë i kufizuar. Nuk i bën përshtypje të rijë pa të mbathura, shpesh herë i heq vetë ato, s'impresionohet kur i duken organet seksuale, ecën zbathur, me gjoks të hapur, veshjen nuk e mban pastër, këmbët nuk i lan. I mungon inisiativa për veprime të koordinuara, që të shpien drejt një qëllimi të caktuar.

Ajo që bie më shumë në sy në statusin psikik të të sëmurës është dëmtimi i kujtesës. Pacientia herë mendon se ndodhet «në pavionin e tretë», herë në «mapon A», e herë «në shkollë». Është e bindur se jemi në vitin 1953, në stinën e pranverës. Nuk mban mend ditët e javës. Ka harruar që ka qenë e martuar. Kur pyetet thotë se është «15 vjeç», se ka «14 ditë e shtruar» e se «dje» e lanë pa ngrënë drekë. Për burrin thotë se është «shumë i mirë», punon në «telegraf» (kurse në realitet punon në një sektor tjetër), e se ai, së bashku me vjehrën, vijnë dy herë në ditë dhe e takojnë. Ngatron dhomën dhe krevatin. Saherë që takohet me mjekun e përhëndet dhe s'i kujtohet që e ka parë më parë.

Pacientia ka humbur shumë shprehi të fituara gjatë jetës. Nuk di të nderi shkrepjen, s'është e aftë të vizatojë një romb, katerkëndësh, apo trekëndësh, ose t'i emërtojë ato pasi i janë paraqitur. S'di të dallojë cili numër është më i madh 729 apo 279, të përcaktojë ose të kujtojë meloditë e këngëve shumë të njohura etj.

Si paraqitet statusi neurologjik në momentin e tanishëm? Ka hyposmi bilaterale, bile alkalini nuk ishte në gjendje ta dallonte. Refleksi laringeal pak i ulur. Nuk u konstatuan leziona të tjera të nervave kraniale. Reflektet prezente. Sensibiliteti superficial dhe profund, aq sa mund të ekzaminohet, janë precize. Paraqet ataksi dextra gjatë të ecurit me sy mbyllur. Ecën si e dehur, duke hedhur këmbët anash. Dismentria në të dy duart. Bën shumë lëvizje komplementare të panevojëshme, ka humbur ato finet. Sindromi meningeal, reflektet e automatizmit oral dhe ato patologjike mungojnë. E sëmura ka shumë jargë nga goja, lëkura e fytyrës i shkëlqen nga lyra.

Analiza e rastit: Duhet menduar se veprimi suicidal në rastin konkret u krye nga një person me karakter jo të theksuar psikopatik, që kishte dhënë një psikozë reaktive. Për faktin se e sëmura qëndroi për një kohë të gjatë e varur, flet mungesa e pulsit, apoja, cianoza e theksuar dhe mungesa e refleksëve pupilare. Duke ndjekur me hollësi dinamikën e sëmundjes të tërheq vëmendjen fakti se me kalimin e ditëve restaurohen plotësisht ose pjesërisht, të gjitha proceset e rëndësishme jetike, kurse vetëdija kthjellohet e fundit.

Në rastin konkret, turbullimet psikike zënë një vend dominonjës në tabillonë klinike. Ato janë të shumëllojshme dhe me sa duket disa prej tyre kanë karakter ireversibël. Në fillim e sëmura manifestoi gjendje komatoze, subkomatoze, torporoze, kriza konvulsive me opistotonus, fau-

sses reconnaissance, kurse më vonë, në plan të parë, dalin turbullimet emocionale dhe motore; indiferentizmi, otuziteti emocional, të qarat e papritura, apatia, puerilizmi, shqetësimi i përgjithëshëm motor («dromomania»), veprimet impulsive, poza embrionale, hutimi, ekolalia dhe eko-praksia.

Shumë demonstrativ është sindromi i Korsakovit me amnezinë anterograde dhe të të fiksuarit të ngjarjeve, pseudoreminishencat, konfabulacionet dhe dezorientimin amnestik, në vend dhe kohë. Shtojmë se ditët e fundit ky sindrom ka dalë më në evidencë.

Në tërësi, në momentin e tanishëm, e sëmura paraqitet me sindromin dement. Për këtë flet varfëria e gjykimit të saj, pamundësia për të shpjeguar edhe proverbat më elementare popullore, mungesa e kritikës dhe autokritikës, hypomnesia, akalkulia, ulja e syrit të observacionit, pamundësia për t'u përgjigjur kërkesave të ambientit të jashtëm, paraqitja e saj e jashtme e çrregulltë, të ngrënit pamasë dhe jo në mënyrë fiziologjike, sugjestionabiliteti etj.

Si simptome neurologjike u konstatuan: disfonia, dizartria, disfagia, reflekset e automatizimit oral, hyposmia, turbullimet cerebelare me humbjen e lëvizjeve fine, jargat e shumta nga goja, lyra e tepruar në fytyrë etj. (çrregullime vegjetative).

Në përgjithësi sot e sëmura të le përshtypjen e një oligofreneje, e një personi të dehur, sikur i ke bërë elektroskok. Ndihma e parë që iu dha (respiracioni artificial, adrenalina etj.) ishte e menduar mirë dhe u aplikua drejt. Terapia e mëvonëshme konsistoi në rregullimin e qarkullimeve hemolikuorodinamike dhe në qetësimin e sistemit nervor me ndihmën e neuroleptikëve.

Koha prej tre muaj ndoshta është akoma e shkurtër për t'u shprehur për prognozën, por ne kemi përshtypjen se në rastin konkret kemi lëziona të rënda organike të trurit.

Konkluzione të përgjithëshme.

1. Pas varjes, në të sëmurët që shpejtojnë, mund të lindin turbullime psiqike e nervore që shpesh janë të rënda dhe ireversibile. Edhe sipas materialit tonë më tepër dëmtohet cortex cerebri, veçanërisht lobi frontal, cerebellumi dhe gyrus hypokampi.

2. Si turbullime neurologjike më të shpeshta në të sëmurat tona u konstatuan: dhëmbje në grykë, dizartria, disfagia, disfonia, sialorea, yndyra në fytyrë, hyposmia, reflekset e automatizimit oral, turbullimet cerebelare dhe agnoziko-apraktike.

3. Si turbullime psiqike u konstatuan a) Turbullimet e rënda të vetëdijes: gjendje torporoze, subkomoze, komatoze, krizat epileprike, fausses reconnaissance).

b) Turbullimet e kujtesës, që u çfaqen me sindromin e Korsakovit.

c) Turbullimet e intelektit (sindromi dement).

ç) Turbullimet motore: sindromi semikatatonik, poza embrionale veprimet impulsive, echolalia, echopraxia, shqetësimi motor (dromomania), sjellja e pamotivuar etj.

d) Turbullimet emocionale: gjendje depresive, indiferentizëm otuzitet.

4) Në bazën e këtyre çrregullime neuropsiqike qëndrojnë vatrë ne-krotike, që janë pasoja e anoksisë dhe iskemisë cerebrale, të shkaktuara nga komprimimi i vazave të qafës. Një rol shumë të rëndësishëm lozin

impulset e fuqishme, që linden në zonat relíksogjene të qafës dhe drejt-
hen për në koren e trurit.

Nën influencën e këtyre ngacmimeve mund të linden në tru zona të
gjëra inhibicioni mbrojtës, që determinojnë çfaqjen e disa nga shenjat
psikotike dhe neurologjike.

(Paraqitur në Redaksi më 5-X-64)

BIBLIOGRAFIA

1. Ascarelli Attilio — Compendio di medicina legale Roma 1924 F. 461.
2. Avdjejev M.I. — Kurs sudjebnoj medicini Gosjurizdat 1959 (F. 272-285).
3. Gamburg A.M. — Sudjebnomedicinskaja ekspertiza obvinjajemovo Kijev 1948.
4. Iljin A.S. — «Tri silučaja retrogradnoj amnezii u ozhivlennih poveshihhsja»
— Sbornik sudjebno — medicinskoj eksperimenti Nr. 15 1931 (F. 44).
5. Matvejeva T.S. «O morfoložičeskikh izmenenijah centralnoj nervnoj sistemi čel-
llovjeka pri ostrom kislorodnom gollođanji». — Voprosi sudjebno — me-
dicinskoj ekspertizi. Gos. Izd. 1954 (254-270).
6. Matvejeva T.S. «Dalnjejšie isledovanjija gollovnovo mozga čelloveka pri ostrom
kislorodnom gollođanji (mečaniceskaja strangulacija). — Voprosi sudjebno
— medicinskoj ekspertizi Gos. Jur. Jsdat 1950 (F. 203-215).
7. Tunjina E.L. «Kvalifikacija stepeni tjazhesti telesnih povrezhdjenij pri sdavlenji
organov shei, rukami, ili petloj». — Sbornik naučnih rabot po sudjebnoj
medicini i kriminalistike posvjashčonij pamjati N.S. Bokarius. Harkov 1958
(F. 110-117)
8. Vroblevski P.M. «O boleznennih javlenijah nabludajemih u ozhivlennih posle
poveshenija». — Arhiv krimin. i sudjebnoj medicini. Harkov 1928 T.I. Kn. I.
(faqe 61).

PSYCHONEUROLOGICAL TROUBLES AFTER HANGING

(Summary).

This work analyses the nervous and psychic troubles observed after an attempt to hanging in two women: one of them is still alive (two and a half months after the event) The authors conclude that after attempts for hanging may appear psycho-nervous disturbances, often serious and irreversible. The heaviest damages are caused to the brain, especially to the frontal lobe, to the cerebellum and gyrus hippocampi. The observed neurologic troubles were mainly: pains in the throat, dysarthria, dysphagia, dysphonia, sialorrhoea, hyposmia, troubles of the automatic reflexes of the mouth, cerebellar and agnozió-apraxis troubles. The more serious psychic troubles were noticed in the sphere of consciousness (coma, subcomatous state, torpor, epileptic crises, fausses reconnaissances), of memory (Corsakov symptom), of the intellect (dementia syndrome). In the motor sphere was noticed the semicathatonic syndrome with embrional poses, impulsive acts, echolalia, echopraxis etc. The emotional sphere was characterised with a depressive state, with indifference and emotional obtusness.

According to the authors on the basis of these alterations lie organic lesions of the brain, caused by ischaemia and anoxia, as well as functional troubles (inhibition of the relative zones), caused by the strong impulses sent by the reflexogène zones of the neck to the brain as a result of the compression.

SINDROMI POSTINFARKT I MIOKARDIT OSE SINDROMI DRESSLER

Doc. JOSIF E. ADHAMI

Katedra e Terapisë së Fakultetit (Shef i Katedrës J. E. ADHAMI)

Ky sindrom u përshkrua për herë të parë në vitin 1955 nga Dressler, analogjikisht me sindromin e postkomisurotomisë dhe perikarditin idio-patik.

Sëmundja karakterizohet nga çfaqja e një perikarditi eksudativ të shoqëruar me pleurit në afro dy të tretat e rasteve dhe pneumoni në afro një të tretën e tyre. Fërkimi i perikardit ndëgjohet më shpesh midis javës së dytë dhe të njëmbëdhjetë mbas prodhimit të infarktimit të miokardit, zgjat tre ditë deri disa javë dhe konstatohet pamvarësisht nga madhësia e tij.

Me ndryshim prej perikarditit epistenokardik që zbulohet klinikisht gjatë infarkteve të murit të përparshëm, në sindromin e Dressler perikarditi ka një karakter më difuz, zhvillohet më me vonesë se i pari dhe ka prirje për recidiva. Gjatë recidivave të sëmurët paraqitin temperaturë, ngritje të sedimentacionit, leukocitozë me neutrofili dhe në një pjesë të rasteve eozinofili. Versamentet perikardiale ose pleurale janë zakonisht hemorragjikë; po ashtu pneumonitë, të cilat mund të zhvillohen që në ditët e para mbas infarktimit të miokardit, të shoqërohen me hemoptoe dhe të konsiderohen gabimisht si infarkte pulmonare.

Simbas të dhënave të Damir A.M. dhe Sidoroviç S.H. (1961), Dressler mundi të mbledhë 44 raste që nga viti 1955 deri në 1960, Mandel W. dhe Jonnson E. (1957) përshkruan një rast, Stein I. dhe Weinstein J. po në atë vit 2 raste, kurse Broch O.J. dhe Ofstag J. (1960) paraqitën tre të sëmurë, por duke parë në mënyrë retrospektive 500 kartela të rasteve me infarkt-akut të miokardit, mundën të zbulojnë edhe tre të tjerë.

Matusova A.P. (1961), flet për 6 pacientë dhe tregon se deri në atë vit, në literaturën sovjetike nuk qe përshkruar asnjë rast. Njëkohësisht me këtë autor, Damir A.M. dhe Sidoroviç S.H., paraqitën 4 të sëmurë me një sindrom të tillë.

Në literaturën që kemi patur mundësi të çfrytëzojmë, kemi konstatuar se Rajevskaia G.A. dhe Kazmina P.V. (1962) kanë paraqitur 3 raste. Çernjak N.G. (1962) një pacient, kurse Paunescu-Podeanu.A. dhe Munteanu M. (1963), dy të tjerë.

Në klinikën tonë kemi patur rastin të mjekojmë tre pacientë, të cilët i përkasin këtij sindromi. Në dy të fundit, diagnoza e sindromit Dressler u vu që në fillim, prandaj u mjekuan me preparate hormonale dhe dolën nga spitali në gjendje të mirë, ndërsa në rastin e parë diagnoza u vu në mënyrë retrospektive, mbasi ne më parë nuk e njihnim këtë sindrom. Prandaj dhe demonstrimin e rasteve, nuk po e bëjmë në mënyrë kronologjike.

Rasti i Parë: Alije A. vjeç 55, shtëpijake, u shtrua në klinikë më 27/V/1962 me diagnozën «infarkt kardiak». Nr. i kartelës 4222.

E konsideronte vehten të sëmurë që para 2 javësh, kur ndjeu një dhimbje të fortë si thikë në regjionin prekordial që i iradiohej në shpatullën e majtë, kishte dispne, djersë, dobësi të theksuar, pastaj temperaturë. Dhëmbjet i përsëriteshin gjatë natës dhe nuk e linin të flerë. Mjekohet në shtëpi për diagnoza të ndryshme, por pa rezultat, derisa më në fund dërgohet për shtrim në klinikën tonë.

Ka kaluar sëmundjet e foshnjërisë dhe një limfadenit specifik të fistulizuar në regjionin sub dhe retromandibular të djathtë. Anamneza familjare pa rëndësi.

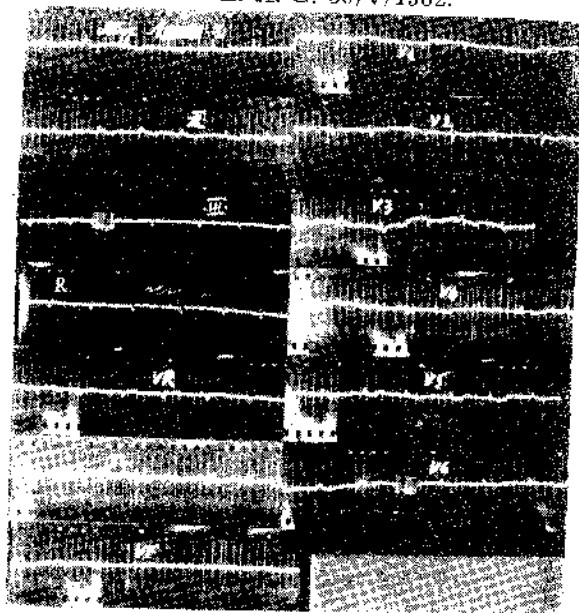
Kur u shtrua gjendja e pacientes ishte relativisht e mirë, temperatura rreth 38°, paraqiste dhëmbje prekordiale që i përhapeshin në qafë dhe shpatullën e majtë, të cilat i theksoheshin gjatë frymëmarrjes dhe i lehtësoheshin kur rinte ndergjur në shtrat. Kishte dobësi të përgjithëshme, anoreksi, konstipacion. Objektivisht dukej e zbehtë, me cianoze të buzëve, paraqiste strumë retrosternale të gradës III-të. Pulsu 72/m, presioni arterial 130/80 mm Hg. Zemra e zgjëruar në të gjitha drejtimet, tonet e dobët, pa zhurma patologjike, ritmikë. Mushkëritë pa ndryshime. Mëlçia prekej 3 cm. nën harkun brinjor.

Në gjak u konstatua një anemi e lehtë, leukocitet qenë brenda normës por vihej re një polinukleozë 75%, sedimentacioni 28 mm në 1 orë. Indeksi i protrombinës i rritur në 131%, kurse koha e protrombinës që ulur në 19" nga 35" që ishte

E. K. G. 30/V/1962.

norma. Glicemia 1,80 gr%. Urina me kateter paraqiste gjurma albumine, shumë epitete pavimentoze dhe 2-3 epitete renale për fushë. Azotemia 0.50 gr%.

Të gjitha këto flisnin më tepër për një perikardit oksudativ, se sa infarkt të miokardit. Veç kësaj, vihej re një hipertrofi e ventrikulit të majtë.



Voltazhi i ulur. Ritmi sinusal. Frekuenca 100/m. Aksi elektrik horizontal. Pozicioni horizontal. P-Q: 0,14" QRS: 0,06". Q-T: 0,24"-0,26". S-T: II, VL, V3, V4, V5: nën vijën izoelektrike. T I, II, VL, V4, V5, V6: negativë por jo simetrikë.

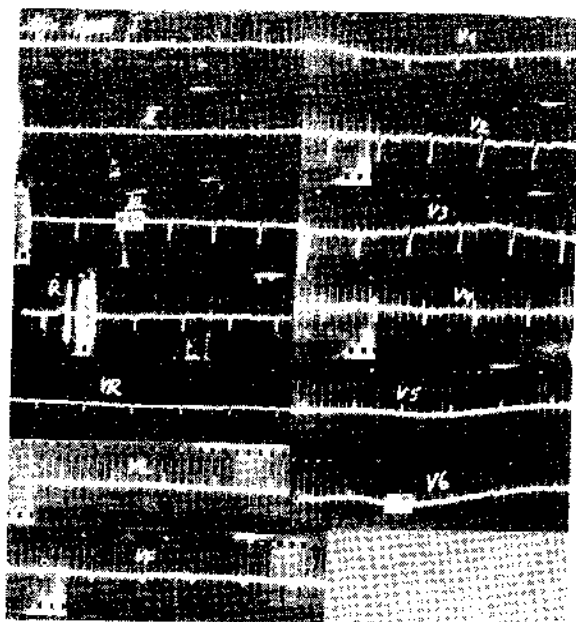
Ditën e gjashtë të shtrimit në klinikë, d. m.th. tri javë mbas fillimit akut të sëmundjes, gjendja e pacientes u rëndua, iu theksua cianoza, puls i ariji 96/m, presioni arterial u ul në 90/70 mm Hg., jugularet qenë të fryra, zemra e dilatuar, ictus cordis mezi prekej, kurse në auskultacion ndëgjoheshin fërkime pleuro-

perikardiale në zonën e matitetit absolut të zcmrës si dhe fërkime pleurale në 2/3 e poshtme të hemitoraksit të majtë, më tepër lateralisht, ndërsa në regjionin aksilar të kësaj ane, ndëgjoheshin rale të thata, subkrepitante dhe respiracion bronkial; hipokondri i djathtë i dhëmbëshëm, mëlçia pre-kej 3-4 cm. Temperatura e cila qëndronte rreth 38°, megjithë penicilinën që i bëhej, në ditët e ardhëshme morri një karakter intermitent.

U mjekua me noradrenalinë, penicilinë, ambramycinë etj. dhe duke mejtuar për një sindrom Dressler, megjithë rritjen e madhe të indeksit të protrombinës, nuk iu filluan antikoagulate, por më 6 qershor iu shtua delta korteni me doza të vogla : 15 mg/ditën. Të bazuar mbi të dhënat specifike të anamnezës, dhe cikatricet e mbetura si pasojë e tyre, delta korteni u përdor nën mbrojtjen e streptomycinës, kurse më vonë iu shtua dhe izoniazid. Që ditën e parë të hormonoterapisë temperatura u ul nën 38° dhe brenda disa ditësh u normalizua; ndërsa ekzaminimi radiologjik i bërë po atë ditë, tregonte se zemra që e zgjëruar «in toto», kishte fenomene staze pulmonare, versament pleural dhe probabilitet perikardial.

Më 16 qershor delta korteni iu ul në 10mg/ditën, por mbas 48 orësh

E. K. G. 28/VI/1962.



Voltazhi është ngritur në krahasim me ekzaminimin e mëparshëm. Ritmi Sinusal. Frekuenca 85-90/m. Aksi elektrik horizontal. Pozicioni horizontal. P-Q : 0.14"-0.16" QRS : 0.08". Q-T : 0.30".

T I, III, VL, VF, V5; vs, të sheshtë TI, VI-V4; negativë me pamje koronariane.

Iskemi e murit anterior të miokardit.

pësoi një ngritje temperature deri 37° 9, e cila u normalizua brenda 4 ditësh. Presioni arterial qëndronte midis 80/60 dhe 100-110/70 mm Hg. (R. R.).

Prej këtej kuptohet se nën veprimin e terapisë hormonale, u resorbua likuidi perikardial dhe u dukën më qartë shënjat e infarktut të murit të përparshëm, megjithëse kuadri elektrokardiografik nuk ka qënë e mundur ti shkëputet plotësisht influencës së perikarditit.

Më 29 të atij muaji, gjatë natës, iu çfaq një trombozë e venës femorale të djathtë, për të cilën mjeku i rojës i kishite shtuar heparinë 4 herë 10.000 U dhe pelen-tan 2 herë në ditë nga 0.3, por që të nesërmen pacientja pati një

hematemezë të vogël, prandaj iu ndërpre në antikoagulantet me-

njëherë, aqë më tepër që kishim të bënim me një sindrom Dressler. Në vënd të tyre u lëshuan shushunjëza në nivelin e venës së trombozuar. Gjatë tromboflebitit temperatura iu ngrit deri 39°. u konstatua një leukocitozë 17.300/mm³ me neutrofile 75% dhe shkopi një 6%. Deltakortenin e ulëm në 5 mg/ditën dhe e vazhduam deri më 31 korrik, kur ia ndërpreëm përfundimisht. Gjatë kësaj periode temperatura u normalizua, presioni arterial u stabilizua rreth 110/80 mm. Hg. sedimentacioni ishte i lartë 56 mm/1 orë, leukocitoza dhe polinukleozja u ulën, por u çfaq një eozinofili 11%, e cila me sa duket, më parë qëndronte e ulur nën veprimin e delta kortenit. Gjatë korrikut i kaluan fenomenet e tromboflebitit. Radioskopia nuk paraqiste asnjë ndryshim. Më 18 gusht të atij viti, pati përsëri një ngritje temperature deri 39°, leukocitozë 14.000, sedimentacioni 36 mm/1 orë; në skopi u vu re një zgjërime i zemrës në të dy anët, tonusi që i dobët, por në mushkëri nuk paraqiste ndryshime patologjike. Në ditët e para të shtatorit temperatura qe normalizuar, por në bazën e hemitoraksit të djathtë ndëgjoheshin fërkime pleurale të cilat tregonin se krahas riakutizimit të perikarditit qe prekur edhe pleura e asaj ane. Pastaj të gjitha simptomat i kaluan gradualisht, kufilitë e zemrës u zvogëluam, por mbeti tonusi mjaft i ulët, konfiguracioni aortal, një zhurmë e lehtë sistolike në majë dhe më 24 shtator të atij viti, mbas 119 ditësh, pacientja doli nga klinika në gjendje të mirë.

Edhe EKG e bërë disa ditë para daljes, megjithë ndryshimet që kishte bërë drejt normalizimit, vazhdonte të ketë disa të dhëna që flisnin për persistencën e ndryshimeve iskemike. Këto qenë T_{VF} i sheshtë dhe T_{III}, V₁ - V₃ negativë. Dhëmbëct e tjerë T, si në derivacionet e tjera prekordiale ashtu dhe në standartet qenë pozitivizuar dhe kishin arrijtur lartësinë e tyre normale.

Nga të gjitha këto del se e sëmura u shtrua në klinikë dy javë mbas çfaqjes së infarktit të miokardit, atëhere kur filloi të zhvillohet eksudat perikardial. Nga fundi i javës së tretë, krahas perikarditit eksudativ u çfaq dhe një pleurit i thatë i anës së majtë dhe një vatrë bronkopneumonike në regjionin aksilar të asaj ane. Në javën e katërt të sëmundjes, u konstatua versament në kavitetin pleural të majtë, d.m.th. se pleuriti i thatë u transformua në eksudativ. Javën e pestë, pati një riakutizim të lehtë të procesit, në fund të javës së shtatë tromboflebit, kurse javën e XIV-të riakutizim të perikarditit dhe pleurit të thatë në të djathtë.

Çfaqja e tromboflebitit, simbas mejlimit tonë, duhet të jetë favorizuar nga tre faktorë kryesorë: 1. Hiperprotrombinemia dhe hiperkoagulabiliteti i gjakut që karakterizojnë çfaqjen e infarktit të miokardit. 2. Regjimi i shtratit që iu rekomandua pácientes. 3. Përdorimi i delta kortenit, megjithëse në doza të vogla.

Në fund të javës së XIV-të pacientja pati përsëri një riakutizim të pleuroperikarditit, mbas të cilit procesi u qetësua përfundimisht.

Damir A.M. dhe Sidoroviç S.H., Matusova A.P., Rajevskaja G.A. dhe Kazmina P.V., duke iu referuar punimeve të Dressler, vënë në dukje nevojën e përdorimit të preparateve hormonale, kurse antikoagulantet ky autor i konsideron të kontraindikuara, mbasi ka observuar një rast që gjatë mjekimit vdiq nga tamponada e zemrës, për shkak të hemorragjisë në kavitetin perikardial. Megjithatë, ka autorë që krahas preparateve hormonale kanë përdorur edhe antikoagulate: Rajevskaja G.A. dhe Kazmina P.V. në dy raste, Çernjak N.G. në një tjetër, pa patur asnjë komplikacion hemorragjik. Ky i fundit citon punimet e Greenfield J.C. dhe Dillon M.L.

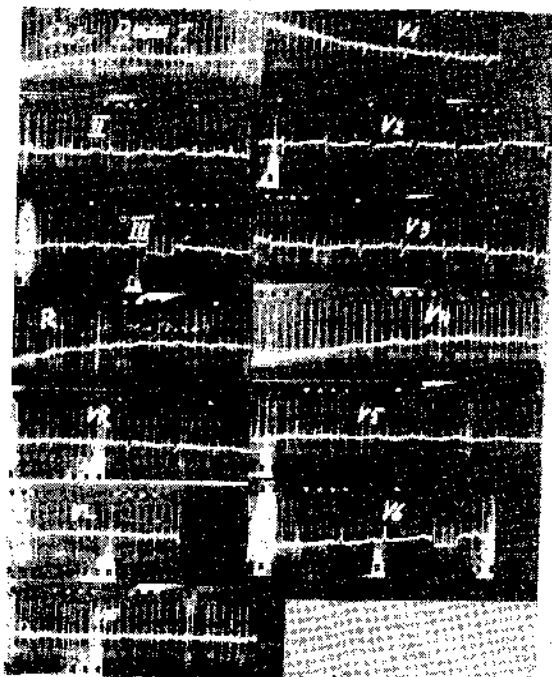
(1959), të cilët mohojnë rolin e antikoagulateve në çfaqjen e komplikacioneve hemorragjike gjatë këtij sindromi, si dhe të Nicolay J.H. që rekomandon ndërprerjen e këtyre preparateve, vetëm kur çfaqen shënjat e rritjes së versamentit.

Rasti i II-të: Sheko B. vjeç 68, shtëpijake, u shtrua në klinikë më 31 mars 1962. Nr. Kartelës 2536.

Prej 15 vjetësh vuante nga sëmundja hipertionike. Tre muaj para se të shtrohej në klinikë, pati një krizë hipertionike për të cilën iu bë salas. Para dy javësh ndjeu dhëmbje të forta prekordiale që i përhapeshin në regjionin submandibular dhe skapular të majtë, në krahun dhe dorën e majtë, duke marrë karakterin e një ataku anginoz tipik. Ditën e shtrimit iu përsërit një akses tjetër, i shoqëruar me dispne, shtërngim në grykë të përzjera, të marra mendësh, zhurmë në veshët dhe humbje të ndërgjegjes. Vizitohet dhe dërgohet urgjent në klinikë me diagnozën e shtrimit: *Myocardiosclerosis me komplikacion të lehtë cerebral. Lipothimia*.

Kur u shtrua gjendja ishte e rëndë, cianotike, pulsi 105/m, aritmik, jo i mbushur mirë, kufitë e zembrës të zgjëruar, tonet e zembrës të shpejtë me ekstrasistola të vazhdueshme dhe një fërkim të perikardit që ndëgjohet gjatë sistolës dhe diastolës. Në bazën e hemitoraksit të majtë respiracioni që i dobësuar, kishte rale staze në dy regjionet interskapulovertebrale. Mëlçia prekej 4.5 cm nën harkun brinjor, pak sensibil në palpim.

E. K. G. 21/IV/1962.



Voltazhi pak i ulët. Ritmi sinusal. Frekuenca 100/m. Aksi elektrik horizontal. Pozicioni horizontal. P-Q: 0.14". QRS: 0.06". Q-T: 0.30". S-T V₂-4: subdeniveluar. T I, VL, VF, të sheshtë. T III, V₃-5 negativë.

Konkluzion: Shënja iskemie të pjesës anterolaterale të miokardit.

Kishte edema vetëm në regjionin sakral. Iu fillua mjekimi me penicillinë, oksigjen etj. dhe duke marrë parasysh shënjat e insuficiencës kardiovaskulare që paraqiste pacientja, iu shtua strofantinë.

Më 3 prill gjendja vazhdonte të jetë e rëndë, u përgjigjej pyetjeve me vështirësi, gjatë natës i qenë përsëritur ataket anginoze, iu çfaq një bradikardi 56/m, kurse presioni arterial ishte i ulët 105/60 mm.Hg. Mbas dite filloi të ankojë dhëmbje në bazën e hemitoraksit të majtë dhe hypokondrin e djathtë. Pulsi nga bradikardik u ndrua në takikardik 112/m, presioni arterial u rrit në 145/85 mm.Hg., në

majë ndëgjohej një zhurmë e lehtë sistolike, kurse fërkimi i perikardit persistonte. Të nesërmen ndëgjohehshin rale subkrepitante në bazën e majtë dhe nga dreka iu çfaq një atak tjetër anginoz shumë i fortë, i cili kaloi vetëm me përdorimin e morfinës, atropinës dhe iu përsërit edhe më 5 prill. Më 6 prill kishte submatitet e rale subkrepitante në bazën e djathtë. Radioskopia e kraharorit tregonte se zemra kishte formë të lehtë aortale, tonusi që i dobët, pulsacionet superficiale. Vihej re minimal likuid në të dy sinuset frenikokostalë. Ndërsa në një ekzaminim radioskopik që pacientja kishte bërë ambulatorisht më 23 mars të atij viti, në mushkëri nuk paraqiste asnjë ndryshim.

Nga ekzaminimet e tjera komplementare vlen të përmendet, se në analizen e gjakut të bërë më 24 mars, d.m.th. një javë para shtrimit në klinikë, paraqiste një leukocitozë 13.200 mm^3 , me neutrofilë 70% , ndërsa kur u shtrua leukocitet qenë 9.800 mm^3 , sedimentacioni $10 \text{ mm}/1 \text{ orë}$, por më 5 prill mbas përsëritjes së atakut anginoz u konstatua një rritje e leukociteve në 10.800 me neutrofilë 79% dhe sedimentacionin $36 \text{ mm}/1 \text{ orë}$.

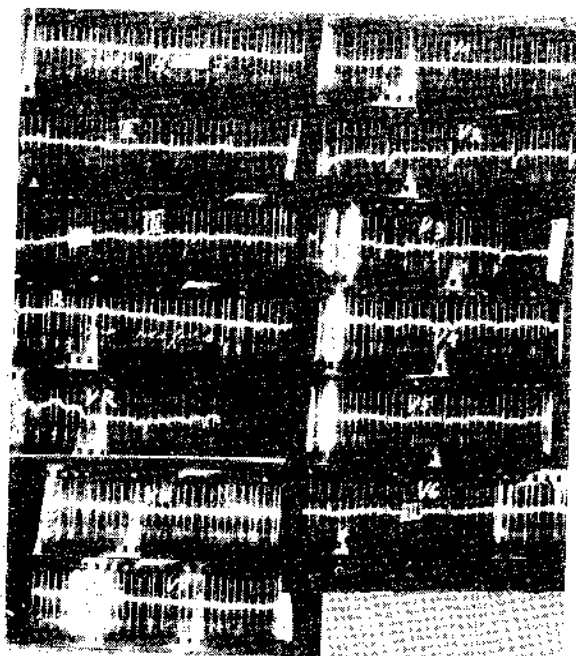
Ekzaminimi i urinës në shtrim tregonte një albuminuri të lehtë $0,13\%$, leukocite $4-6/\text{fushë}$ dhe eritrocite $2-3/\text{fushë}$. Kolesterinhemia $330 \text{ mg}\%$.

Temperatura që ishte subfebrile deri $37^{\circ},7$, filloi të normalizohet, por mbas dy atakeve anginoze të 4 dhe 5 prillit iu ngrit përsëri deri në $37^{\circ},8$ dhe vazhdoi të jetë subfebrile megjithëse penicilina u kombinua me streptomcinë 1 gr. ditën . Brenda $4-5$ ditësh u çdukën edemat sakrale dhe fenomenet e stazës dhe ne ia ndërpreme strofantinën menjëherë. Nga data 11 prill, filluan të ndëgjohej fërkime pleurale në të dy bazat e kraharorit.

Duke marrë parasysh se kishim të bënim me një paciente të kaluar në moshë, e cila prej 15 vjetësh vuante nga sëmundja hipertionike dhe që kishte paraqitur atake të forta anginoze të shoqëruara me ngritje temperature, leukocitozë me neutrofilë, rritje të sedimentacionit, ulje të presionit arterial, duke u bazuar mbi fenomenet cerebrale, të cilat nga mjeku i urgjencës qenë konsideruar si komplikacione cerebrale të hipertionisë, si dhe ndryshimet elektrokardiografike, i vumë diagnozën e infarktut të miokardit tek një paciente që vuante nga miokardioskleroza atherosklerotike me aritmi ekstrasistolike dhe insuficiencë kardiovaskulare të gradës së II-të A.

Por çfaqja e perikarditit me një fërkim që vazhdoi për një kohë të gjatë, me kufijtë e zemrës të zgjerruar dhe pulsacionet superficiale, nuk mund të interpretoheshin si një *pericarditis epistenocardica*, i cili çduket brenda pak ditësh. Gjithashtu çfaqja e dhëmbjeve në bazat e kraharorit, shoqërimi me likuid pleural dhe më vonë fërkimet pleurale bilaterale, temperatura subfebrile etj., nuk mund të konsideroheshin vetëm si manifestime të thjeshta stazike, sepse pacientja nuk kishte edeme të anësive të poshtme, por vetëm të regjionit sakral të cilat i kaluan brenda $4-5$ ditësh nën veprimin e strofantinës, kurse likuidi pleural u çfaq mbas çdukjes së edemeve, kështu që duhen interpretuar si pleurit eksudativ bilaterale. Përsa u përket raleve subkrepitante, është më vështirë të thuhet në se ato i detyroheshin stazës pulmonare ose ndonjë pleuropneumonie bazale. Të gjithë këta ndryshime të çfaqur njëri mbas tjetrit, të shoqëruar me ngritje të temperaturës, leukocitozë me polinukleozë, sedimentacion të lartë etj., na bënë të mejojmë për sindromin Dressler dhe më 14 prill filluam mjekimin me delta korten 15 mgr. ditën . Që të nesërmen temperatura u ul dhe mbas tre ditësh u normalizua përfundimisht. Ekzaminimi

radiologjik tregoi se likuidi pleural dhe perikardial qe resorbuar brenda 10 ditësh. Zemra kishte një konfiguracion aortal dhe paraqiste të dhëna për sklerozë të aortës. Ky konfiguracion i detyrohej hipertrofisë së theksuar të ventrikulit të majtë, të zhvilluar si pasojë e sëmundjes hipertonike dhe duket qartë në elektrokardiogramën e datës 12 maj 1962:



Voltazhi i mirë. Ritmi sinusal. Frekuenca 80-85/m. Aksi elektrik horizontal. Pozicioni horizontal. Rrotullim kundra akrepave të sahatit. P-Q: 0.12" — 0.14". QRS: 0.06". Q-T: 0.30" — 0.32". S-T_{V3-5}: të subdeniveluar.

T_I, V_L, V_F, I, a_VL në vijën izoelektrike. T III V₃₋₅ negativë.

Konkluzion: Shënja iskemie të pjesës antero-laterale të miokardit dhe hipertrofi e ventrikulit të majtë.

ditë u shoqërua me A.C.T.H. Vlen të shënohet se në gjysmën e dytë të atij muaji, atëhere kur dozat e delta kortenit qenë zbritur në 5 mg./ditën, u konstatua një eozinofili prej 8%.

Gjendja e përgjithshme shkoi duke u përmirësuar progresivisht, por fërkimet perikardiale ndëgjoheshin deri në gjysmën e dytë të prillit, ndërsa pleuralet persistonin dhe kur doli nga klinika, megjithëse më të pakta se më parë. Në dalje të dhënat e gjakut qenë normalizuar plotësisht.

Rasti i III-të: Ramiz H. vjeç 68, arsimtar, u shtrua në klinikë më 21 janar 1962 me diagnozën «myocardiosclerosis. Stenocardia?» Nr. i kartelës 651.

Porsa u këtheje nga pazari në shtëpi, pa pritur i filluan dhëmbje të

Po të krahasojmë dy elektrokardiogramat e më sipërme do të shohim se ndërsa në të parën nuk mund të flitet për hipertrofi të ventrikulit të majtë, në të dytën ajo duket qartë. Kjo gjë shpjegohet me faktin se në fillim likuidi perikardial e ndryshonte konfiguracionin e zemrës, ndërsa më vonë me resorbimin e tij doli në dritë hipertrofia e ventrikulit të majtë dhe shënjat e iskemisë së miokardit; njëkohësisht u vu re një rritje e voltazhit dhe thellim i dhëmbëve T në derivacionet prekordiale, të cilët morën karakterin e dhëmbëve T koronarianë.

Delta korteni iu vazhdua deri në fund të majit, kurse 4-5 ditët e fundit

forta therëse në regjionin prekordial që iradioheshin në krahun e majtë, të vjella dhe u shpu urgjentisht tek mjeku i rojës të Spitalit Klinik Nr. 1.

Pacientit i kujtohej se në vitin 1922 kishte kaluar një «plevit», por nuk ishte në gjendje të tregojë në se ishte fjala për pneumoni, broncho-pneumoni ose pleurit; para 30 vjetësh ishte operuar për nefrolitiazë. Anamneza familiare pa rëndësi. Pinte duhan një paqetë ditën.

Kur u shtrua qëndronte në pozicion ortopnoik, ndëgjoheshin rale staze në fushat pulmonare, por sinuset freniko-kostalë qenë të lirë. Tonet e zemrës ritmikë me një zhurmë sistolike në majë. Puls i 80/m., T.A. 145/100 mm/Hg. Mëlçia palpohej 1,5 cm. nën harkun brinjor, por lobi i saj i majtë prekej mirë në pjesën e sipërme të epigastriumit dhe ishte i dhëmbëshëm.

Nga mezi i natës, dhëmbjet prekordiale iu përsëritën agë sa mjeku i rojës që detyruar ti bënte morfinë dhe atropinë.

Të nesërmen kishte temperaturë subfebrile, kurse të pasnesërmen ajo arrijti në 38°. Presioni arterial, ditën e dytë të shtrimit zbriti në 125/75, kurse të tretën 115/70 mm.Hg.. Në urinë nuk paraqiste ndryshime, në gjak kishte leukocitozë 12.200, me neutrofilë 72%, sedimentacioni 11 mm/1 orë. Glicemia 1.60 gr.%, azotemia 0.50 gr.%, koha e protrombinës e përsëritur 2 ditë rresht ishte 13". Më 26 të atij muaji leukocitoza vazhdonte të jetë 12.100, kurse sedimentacioni u rrit në 25 mm/1 orë.

Të bazuar mbi këto të dhëna iu vu diagnoza infarkt i miokardit dhe iu rekomandua acetasi absolute, duke mos lëvizur as për ekzaminimin elektrokardiografik.

U mjekua me morfinë, atropinë, penicilinë, eufilinë, kardiocinetikë etj. Që ditën e tretë të shtrimit, krahas me ngritjen e temperaturës filloi të ketë kollë të thatë, ndëgjoheshin rale subkrepitante dhe sibilante në të dy bazat e kraharorit. Penicilina iu kombinua me streptomycinë 1 gr. ditën.

Gjendja filloi të përmirësohet gradualisht, nuk kishte më akcese anginoze, por vetëm një rëndim në regjionin prekordial dhe mpirje të qafës; më 29 të atij muaji iu ul temperatura, kurse ralet subkrepitante ndëgjoheshin vetëm në bazën e majtë.

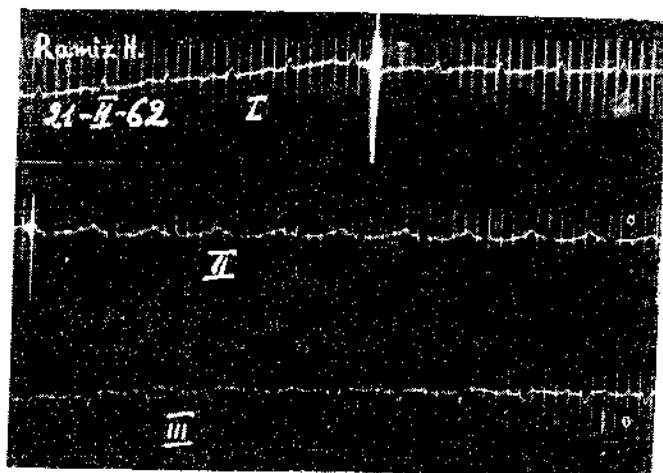
Temperatura vazhdoi të jetë normale deri ditën e XIV-të të shtrimit, pastaj u ngrit përsëri, megjithëse vazhdonte të jetë nën mbroitjen e antibiotikëve. Filloi të ndiejë palpitacione dhe dhëmbje prekordiale të lehta të cilat nuk përhapeshin, por kishin më tepër një karakter rëndimi. Në të majtë, jashtë aries kardiake, ndëgjoheshin rale subkrepitante. Mbas 5-6 ditësh temperatura u ul, por më 9 shkurt leukocitet vazhdonin të jenë 9.000/mm³. Të nesërmen konstatuam se paraqiste një submatitet në bazën e majtë, respiracioni që i dobësuar kurse në anën laterale dhe të përparëshme të atij hemitoraksi, ndëgjoheshin fërkime pleurale dhe pleuroperikardiale.

Më 14 shkurt fenomenet e stazës iu riçfaqën dhe kishte dispne të theksuar, prandaj iu fillua strofantinë me doza të vogla 1/8 mg. Pesë ditë më vonë fenomenet e bronkopneumonisë së majtë iu theksuan përsëri, megjithëse temperatura për shkak të gjendjes areaktive nuk u ngrit. I rritëm dozat e penicilinës, i shtuam kalin chlorati 3 gr. ditën etj. Mbas dite iu përsërit një atak anginoz i fortë dhe ra në gjendje kolapsi: puls i 120-140/m, respiracioni 40/m, TA 95/65 mm Hg., paraqiste zbehje dhe cianozë, djersë të ftohta, ftohje të anësive etj. Me masat e marra, pacienti mundi të dalë nga kjo gjendje. Të nesërmen u konstatuan ndryshime në urinë: albuminë 0.13%, leukocite 1-2 për fushë, eritrocite 0-1,

cilindra hialine 8-10, cilindra epiteliale 0-1/fushë. Mbasi densiteti ishte 1031, këto u konsideruan më tepër si fenomene siaze; veç asaj pacienti qe operuar për nefrolitiazë para shumë vjetësh.

Në ditët e ardhëshme gjendja sa vinte rëndohej, fenomenet e insuficiencës kardiovaskulare u theksuan, u rrit mëlçia, u shtuan dispnea dhe cianoza, u çfaq meteorizëm i theksuar. Më 20 të atij muaji, tonet e zemrës qenë të dobët, pulsi filiform 140/m, TA ra përsëri 95 Mx., kurse Mn. nuk mund të përcaktohej me saktësi. Iu fillua noradrenalinë pika-pika intravenoz dhe në mbrëmje presioni arrijti 105/80 mm.Hg.

E. K. G. 21/II/1962, e bërë në shtrat.



Voltazhi i ulët. Ritmi sinusal. Frekuenca 105-110/m. Aksi elektrik horizontal. P : 0.10" pak i deformuar. P-Q : 0.14" — 0.16". QRS: 0.8" — 0.10". Q-T : 0.30". S-T_{I,II} : në vijën izoelektrike. S-T_{III} : pak i supradeniveluar. T_{I,II,III} : të sheshtë.
Konkluzioni: Shënja perikarditi.

Porsa ndalohej noradrenalina, presioni ulej përsëri, pulsi shpejtohej, bëhej filiform. Iu shtua ambramicinë, i jepej kohë mbas kohe oksigjen dhe noradrenalinë, vitamina, sondë rektale për meteorizmin, i bëhej kate-terizimi i vezikës për retencionin e urinës etj., por megjithë masat e marra, më 22 të atij muaji pacienti vdiq.

Diagnoza klinike: *Infarctus myocardii, myocardioaorto-sclerostis, insufficiencia cardio-vascularis gr.II A. Bronchopneumonia sinistra. Pleuritis sicca sinistra et pericarditis sicca.*

Në autopsi u gjend një trombozë e trunkut të arteries koronare të majtë me një infarkt të gjërë të miokardit të lokalizuar në murin e përparshëm të ventrikulit të majtë me aneurizëm akut të zemrës, me trombozë globoze në vëndin e infarktut, të gjitha këto në bazë të një ateroskleroze. Përveç këtyre u konstatua perikardit adeziv, pneumoni kronike e lobit bazal të djathtë dhe disa vatra bronhektazike bilaterale.

Edhe në dy nga tre rastet e paraqitur prej Rajevskaja G.A. dhe Kaz-

mīna P.V., perikarditi ishte shumë i përhapur dhe obliteronte gjithë kavitetin perikardial. Po këta autorë citojnë punimet e Stewart dhe Turner, të cilët kanë konstatuar gjatë infarktit, raste të tilla perikarditi reaktiv, që çonin deri në obliterim të kavitetit perikardial.

Të dhënat e elektrokardiogramës qenë shumë të varfëra, por ne të bazuar mbi klinikën e vumë diagnozën e infarktit të miokardit. Megjithëse në EKG mungonin prekurdialet, mungesa e shënjave tipike të infarktit duhet lidhur me ekzistencën e njëkohëshme të perikarditit. Lidhur me këtë Verdun di Cantogno L.(1959), thotë se shpesh herë një infarkt masiv transmural, mund të shkaktojë një reaksion perikardik dhe në këtë rast mikrovoltazhi mund të vështirësojë vlerësimin dhe njohjen e shënjave të nekrezës.

Kuptohet vet-vetiu se një mundësi e këtillë ka qënë akoma më e madhe në rastin e pacientit tonë, ku infarkti shoqërohej me një perikardit adeziv që kishte prekur gjithë sipërfaqen e kavitetit perikardial.

Natyrisht është vështirë të thuhet me saktësi në se ky perikardit ishte pasojë e infarktit të miokardit, apo ishte i lidhur me të ashtuquajturin «plevit» që pacienti kishte kaluar në vitin 1922. Ne megjtoimë që supozimi i parë mund të pranohet më lehtë, mbasi në autopsi kishim të bënim më tepër me adezione të thieshta midis fletëve të perikardit, pa shënjat e një pakieperikarditi konstruktiv, kurse pacienti nuk kishte patur asnjë shqetësim subjektiv gjatë gjithë kësaj periode 40 vjeçare.

Por dhe sikur të pranohim supozimin e dytë, çfaqja e fërkimeve pleuroperikardiale dhe pleurale jo që në fillim të sëmundjes, por gjatë evolucionit të saj, ve në dukje rolin që ka luaitur infarkti në zhvillimin e mëtejshëm ose akutizimin e procesit patologjik.

Nën veprimin intensiv të preparateve antibakteriale, bronkopneumonia e majtë u resorbua, kështu që në autopsi mbeti një pneumoni kronike e djathtë, që është vështirë të interpretohet drejt koha e zhvillimit të saj.

Nga të gjitha këto që thamë, kuptohet rëndësia e madhe që ka njohja e këtij sindromi, aqë më tepër që dhe terapia është e ndryshme, sepse ndërsa në infarktet e zakonshme shumica e autorëve nuk rekomandojnë përdorimin e kortikosteroidëve dhe indikojnë dhënien e antikoagulantëve, kurse në sindromin Dressler ngjet e kundërta. Kështu që nga njohja e këtij sindromi dhe nga taktika terapeutike, shpesh herë mvaret jeta ose vdekja e këtyre pacientëve.

Megjithatë nuk mund të lëmë pa përmendur se si në dekadën e kaluar ashtu dhe tashti, ka autorë që rekomandojnë përdorimin e kortizoneve në infarktet e thjeshtë, kurse të tjerë, në kundërshtim me pikëpamjet e Dressler, përdorin antikoagulate në sindromin postinfarkt. Edhe përsa i përket kohës së çfaqjes së pleuroperikarditit gjatë këtij sindromi, të gjithë autorët pranojnë se ky zhvillohet jo më parë se javën e dytë mbas çfaqjes së infarktit, megjithatë ka autorë si Bouvrain Y. dhe b.p. që thonë se nga ky regull bëjnë përjashtim disa raste në të cilët sindromi mund të çfaqet vetëm 36-48 orë mbas infarktit të miokardit.

Është e kuptueshme se me tre raste nuk mund të nxiren konkluzione, por megjithatë nuk mund të mos bjerë në sy fakti që të dy rastet e mjequar me delta korten, pamvarësisht nga gjendja e rëndë, dolën nga klinika në gjendje të mirë.

Veprimi i mirë i këtyre preparateve, duhet lidhur me natyrën alergjike të këtij sindromi, aqë sa disa autorë sikurse Rajevskaja G.A. dhe Kazmina P.V., e kanë quajtur poliserozit alergjik të çfaqur tek të sëmurët

me infarkt të miokardit. Lidhur me këtë, Matusova A.P. dhe autorë të tjerë, kanë treguar se proteinat e serumit të gjakut gjatë infarktit të miokardit, pësojnë ndryshime shumë të afërta me ato të reumatizmit, gjë që flet në favor të natyrës alergjike të këtij sindromi.

(Paraqitur në Redaksi 5-X-964)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bouvain Y. e coll. Le pleuro-pericarditi consecutive ad infarto miocardico. Actual. Cardiol. Angeiol. Int. 1962, 11, 105 (Marrë nga Minerva Medica 1963, 54, 14, 479.)
- 2) Černjak N. G. Silučaj postinfarktnevo sindroma. Terapevtičeskij arhiv, 1962, XXXIV, 7, 94.
- 3) Damir A.M., Sidorovič S.H. Postinfarktnej sindrom. Terapevtičeskij arhiv, 1961, XXXIII, 7, 3.
- 4) Matusova A.P. O klinike i patogeneze tak nazivajemovo postinfarktnevo sindroma. Kliničeskaja medicina, 1961, XXXIX, 7, 78.
- 5) Paunescu-Podeanu A., Munteanu M. Local corticoizilor în terapeutica infarctului miocardic. Medicina interna 1963, XV, 4, 389.
- 6) Rajevskaja G.A., Kazmina P.V. Allergičeskij poliserozit u bañnih infarktom miokarda. Sovjetskaja medicina. 1962, XXV, 3, 24.
- 7) Verdun di Cantogno L. Manuale di elettrocardiografia clinica. Edizioni Minerva Medica. 1959, 452.

POST MYOCARDIAL INFARCTION SYNDROME DRESSLER SYNDROME

(Summary)

After a brief survey of the literature, the author presents three cases of a postinfarctal syndrome.

The first patient was a woman 55 years old, who was accepted in the hospital two weeks after the infarction, when she began to develop pericardial exudation. At the end of the third week she had pleuritis sicca on the left side and a focus of bronchopneumonia on the axillar region of the same side. In the fourth week was discovered some exudation on the left pleural cavity, in the fifth she had a light reactivation of the process, at the end of the seventh week thrombophlebitis of the right femoral vein, and in the fourteenth week a serious reactivation of the pericarditis and pleuritis of the right side.

During the night when thrombophlebitis developed, the doctor on guard began a treatment of heparin 10,000 units every 6 hours and pelentan 0.3 twice a day, but the following day she had haematemesis, for which reason the treatment with anticoagulants was discontinued and bleeding was applied.

The second case, a 68 year old woman with hypertension from 15 years. Two weeks after the infarctus she had pericarditis exsudativa and pleuritis exsudativa on both sides.

In both cases the treatment with corticosteroids gave good results.

The third case, a man 68 years old, whose disease was diagnosed as myocardial infarct, bronchopneumonia on the left lung, pericarditis, pleuritis sicca sinistra, and at the necropsy was discovered also a pericarditis adhesiva. The co-existence of infarctus with pericarditis makes the electrocardiographic picture very poor.

The last case was not treated with hormonal preparations, since the diagnosis of the syndrome of Dressler was made retrospectively.

NJË RAST I RALLË ENDOCARDITIS BACTERIALIS MALIGNA SILENS

SHERIF KLOSI

Spitali Klinik Nr. 1 Tiranë — Ercjtori spitalit Dr. Sherif Klossi

Mbas luftës së dytë Botnore, në vitet 1945-1950, në Gjermani dhe në vendet e tjera të afërme të Lindjes, sipas W. Trummer, nga shkaku i vuajtjeve të shumta fizike, jo vetëm në ushtarët, por edhe në popullatën që u godit rëndë, pati një ritje të theksuar të *endocarditis bacterialis*. Njëkohësisht në këtë periudhë vazhdoi me sukses edhe shtimi i prodhimit të disa antibiotikëve bazë si penicilina dhe streptomocina, u zgjerua dhe gama e tyre në përgjithësi. Ky sukses nxiti që në shumë vende të përparuara t'i jepet një rëndësi e madhe studimit të kësaj sëmundjeje të rezikëshme, e cila para epokës së antibiotikëve konsiderohej e pashërueshme. Pra për të mjekuar me kohë dhe mirë *endocarditis bacterialis* e sidomos *maligna*, lypset diagnostikë e shpejtë dhe terapi energjike me antibiotikët përkatës. Mirë po shumë raste të *endocarditis bacterialis acuta* paraqiten me simptomatologji të ndërlikuar, që vështirëson mjaft diagnostikimin. Dihet se kjo sëmundje ka një zhvillim të rëndë, me një kuadër toksiko-infektivë shumë të theksuar, me anemi të madhe, me mundësi vendosje septiko-pioemike në disa organe dhe inde, temperaturë të lartë remitente, leukocitozë neutrofile të lartë, dëmtime me rëndësi të veshkave e tjera. Një gjë tjetër që vihet re në *endocarditis bacterialis acuta*, është se dëmtimet endokarditike vinë në radhë të dytë në krahasim me gjendjen e keqe të pacientit dhe gradën septike të sëmundjes. Lezionet e endokardit, shpesh herë keqësohen shumë shpejt, me dëmtime të rënda të pariparuara të valvulave; në ndonjë rast lezioni i endokardit zhvillohet në mënyrë aqë të qetë në krahasim me sepsin e përgjithësuar, sa që rastësisht e konstatojmë atë në repertin nekropsik. Karakteristikë që bije në sy e këtyre formave është septicemija e theksuar dhe e qëndrueshme, për të cilën, hemokultura si regull është pozitive që në ditët e para dhe për gjithë periudhën që të zgjasë sëmundja.

Shkurt, duhet të dimë se kemi të bëjmë me një sëmundje shumë të rëndësishme ku faktori lidhur me bakterin luan një rol të dorës së parë në drejtim të kuadrit klinik (sepsis), të repertit laboratorik (leukocitoza, hemokultura pozitive e tjera) dhe të terapisë (sensibiliteti ndaj antibiotikëve — antibiograma — dhe nëse antibiotiku është baktericid).

Në përcaktimin klinik të *endocarditis bacterialis acuta* kanë shkruar mjaft autorë të dëgjuar të vjetër dhe të rinj si për shembull: Levin, Kerr, Freidberg, Scherf, Dogliotti, Lenti etj.

Rasti që po përshkruajmë na duket si nga ata të rrallët që meriton vëmendje.

Dhosi N.B., me kartelë klinike Nr. 2537, 23 vjeç, bujk, u transferua nga spitali i Fierit në spitalin tonë me 3/4/1961.

Ankime: Në hyrje pacienti ankonte dobësi të theksuar, shpesh herë

dhimbje prekordiale, me palpitacione kardiake, epistaksis të shpeshtë, temperaturë të lartë (39°5) remitente me të dridhura. Që prej disa ditësh, herë pas here ndjente dhimbje abdominale, e cila përqëndroresh më tepër në hipokondrin e mëngjert, e shoqëruar me të vjella, të cilat në ditët e qëndrimit në spitalin tonë vinin duke u shtuar.

Anamnesis Vitae: Lindur dhe zhvilluar normalisht, nuk i kujtohet të ketë kaluar ndonjë sëmundje me rëndësi si në fëmëni dhe gjatë jetës së tij. Eshhtë i pa martuar, nuk pi duhan as pije alkoolike.

Anamnesis Morbi: Bënte një jetë aktive me punë energjike deri në Janar të vitit 1961, kur u sëmur për afro 10 ditë resh të një grip i parëndësishëm, siç rezulton nga anketa e anamnezës dhe nga familiarët, dhe pas disa ditësh filloi të ketë shqetësime në syrin e djathtë me pakësim të pamjes. Për këtë u vizitua me të shpejtë në Vlorë nga mjeku okulist, i cili konstatoi se vuante nga *Irido-cyclite* të natyrës probablisht rheumatike, me *seclusio-occlusio pupillae* të syrit të djathtë dhe si konsequencë kishte humbje të pamjes. Nga disa barna paliative nuk pati efekt, prandaj u rivizitua prapë atje dhe mjeku këtë radhë i shtoi dhe penicillinë; por me gjithë këtë gjendja e përgjithëshme shkonte keq dhe humbja e pamjes e njëllotë. Me sa na rezultoi, edhe me këto mjekime ambulatorë, i sëmuri nuk pati përmirësime të kënaqëshme, kështu që u detyrua mbas 2-3 javësh të vijë në Tiranë të rivizitohet, ku pas një mjekimi me antibiotikë më energjikë, shqetësimet e syrit u përmirësuan dhe pacienti filloi të shikonte më mirë me syrin e djathtë, ku pamja ishte dobësuar. Në këtë gjëndje vazhdoi për afro dy muaj, kur ay ndjeu dhimbje të forta në artikulacionet e duarve dhe të këmbëve aq sa i lëvizte me vështirësi, i dhimbte fyti; ndjente dhimbje dhe palpitacione prekordiale, kishte temperaturë të lartë intermitente deri në 39°2 mbas dite me të dridhura, me djersë, në mëngjcs temperatura ishte më e ulët. Veç këtyre simptomave, pacienti kishte vënë re se urina ishte e kuqereme, akuzonte dhimbje edhe gjatë nervave sciaticke. Në këtë gjëndje ay u shtrua në spitalin e Fierit me kartelë Nr. 529 datë 23/3/1961. Gjatë dekursit në spital, pacienti vazhdoi të keqësohej, humbi apetitin, kishte temperaturë të lartë remitente, herë pas here epistaksis dhe akuzonte dhimbje të forta prekordiale në formë aksesesh. Pas një jave, filloi të dëgjohesh një zhurmë e lehtë sistolike në majë.

Gjatë qëndrimit në spitalin e Fierit, në ekzaminimin e urinës: Albumin trace, leukocite 2-4 për fushë. Gjaku: leukocite 6.700, eritrocite 3.930.000, eritrosedimentacioni 26 m/m në orë.

Këtu u mjekua me: Penicillinë 400.000 UI x 2 në ditë, Streptomycinë 0.5 gr x 2 në ditë, Vitaminë B+C, sulfamide 0.5 x 6, Atophan 1 amp. në ditë, aspirinë 0.50 x 4.

Me mjekimet që iu bënë atje si më sipër, në të vërtetë, të sëmurit dhimbjet e artikulacioneve i u pakësuan dhe filloi t'i lëvizte më mirë ato, kurse përkundrazi, gjendja e përgjithëshme vazhdonte të keqësohej, epistaksi përsëritesh njësoi, ngjyra e lëkurës po bëhesh më e zbehtë temperatura e pandryshuar. Në këtë gjëndje pacienti u transferua në spitalin tonë.

Në ekzaminimin objektiv në hyrje u konstatua: gjendja e pacientit e rëndë; ay për shkak të dhimbjeve që ndjen në hipokondrin e majtë ishte i detyruar të qëndronte në një pozicion të detyruar, pak i përkulur nga e majta; kishte pamjen e një të sëmuri të intoksikuar, anemik, ngjyra e lëkurës dhe e mukozave të dukëshme e zbehtë.

Në pulmone nuk vrehet ndonjë gjë me rëndësi.

Ap. Kardiovaskulare: Në perkusion zemra dukesh me kufi normale, në auskultacion dëgjoresh një zhurmë e lehtë sistolike në majë, tonet ishin pa ndonjë çrregullim patologjik. Pulsu 80-90 në minutë, ritmik i plotë, T.A.: 110/60.

Ap. Tretes: Gjuha pak e ngarkuar, në ekzaminimin e gojës, në dhëmbët dhe tonsilet nuk vrehesh ndonjë gjë me rëndësi. Barku i butë, në prekje ishte pak i dhimbëshëm, sidomos në hipokondrin e majtë, ku lieni ishte i zmadhuar 2 cm. nën harkun kostal, i dhimbshëm dhe i butë. Heparu nuk prekesh. Në prekjet e llozhave renale prap ndjente dhimbje nga e majta ku Pasternackij ishte pozitiv.

Nuk kishte edemë në artet e poshtme.

Temperatura vazhdimisht ka qënë $38^{\circ},5 - 39^{\circ},4$ intermitente.

Ekzaminimet Komplementare: Në ekzaminimin radiologjik të aparatit kardiovaskular nuk vrehet ndonjë gjë me rëndësi, kjo u vërtetua dhe në radiografi.

Azotemia më 7/4/1961: gram 1.40%_{cc}.

Gjaku: Eritrocite 3.020.000, Leukocite 14.800, Eritrosedimentacioni 46 m/m në orë. Formula: Bazofil —, Eo. 7, Shkop. 4, te seg. 74, limfocit 12, mon. 3.

Koha e hemoragjisë 10', koha e koagulimit 4'.

Trombocitet 220.200.

Urina: densiteti 1010, Albumina gr. 0.33%_{cc}, leukocite 15-20 për fushë, eritrocite me shumicë, ka cilindra granulare 2-4 për fushë.

Neve duke u orientuar nga një gjendje septike e rëndë prej një absesi subfrenik nuk vlerësuam sa duhet ato pak të dhëna që duhesh të na bënin të shpejtonim edhe për një E.K.G., ekzaminimin e *fundus oculi* dhe hemokulture; dhe kjo është arsyeja që në të vërtetë nuk arritëm t'i kryenim këto ekzaminime, të cilat mund të na ndihmonin në diagnostikimin e shpejtë të rastit tonë.

Me një herë iu fillua terapia me penicillinë bashkë me streptomycinë, transfuzion gjaku, solution glucoze, kardiotonikë, vitamina. Tre ditët e para gjendja dukej sikur ishte e pandryshueshme; Ay ankonte pothuaj të njëjtat shqetësime që pati në hyrje, përveç epistaksit, i cili pas pastrimit të hundës dhe tamponimit nga otojatri, u rrallua. Kjo gjendje vazhdoi deri më 6 prill 1961 ora 13, kur gjendja e pacientit u keqësua shumë. Temperatura u ngrit më lart, në hypokondrin e majtë iu shtua shumë dhimbja, e cila theksohej më tepër gjatë inspiracionit dhe në palpacion vrehesh rezistencë muskulare. Në këtë kohë në perkusionin e toraksit, në bazën e majtë vrehesh një submatitet që nga brinja e 7 e poshtë. Në perkusionin e këtij matiteti të hemitoraksit, u tërhoqën 3 cc likuid i turbullt. Që nga kjo orë iu shtua sasia e penicillinës në 6 milion UI në ditë bashkë me një gram streptomycinë. Kështu u vendos t'i vazhdohej mjekimi intensiv për suspekt të një absesi subfrenik me sepsis të përgjithësuar. Me datën 8/4/61 gjendja u keqësua edhe më tepër, defansi abdominal u bë më i theksuar dhe në konsultë me kirurgun (F. Papaniston), u mendua për të njëjtën diagnozë dhe u vendos laparatomia. Pacienti urgjentisht u transferua direkt në sallën e operimit në Spitalin Klinik Nr. 2. Në këtë kohë tek pacienti, veç të tjerave që thamë më lart, vreheshin: gjuha ishte e thatë, e kuqe, puls i dobësuar 115 në minutë, temperatura vazhdonte e lartë, Blumberg pozitiv, prekjet në regjionin e lienit shumë të dhimbëshme, ka të vjella të vazhdueshme. Gjendja preoperative paraqitet shumë e rëndë me *facies toxica*.

Në laparatomi nuk kishte likuid të lirë në abdomen, lieni i zmadhuar lehtësisht, me konsistencë jo uniforme, vende-vende i butë dhe vende-vende i fortë, i ngjitur me shumë aderenca në kupolen e diafragmës. Ngjyra e lienit lara-lara nga cianotikë blu në të verdhë. Arteria lienale nuk pulson, venat e hilusit lienal të zgjeruara. I u bë splenektomia.

Diagnoza operatore makroskopike : *splenomegalia trombo-flebitica*.

Operacioni u krye nga doc. F. Paparisto dhe T. Theodhosi.

Ekzaminimi anatomo-patologjik i shpretkës pas splenektomis:

Splina me dimensione të zmadhuara (1,1/2 herë). Në prerje pulpa paraqet nuanca ngjyrash, zona të bardha të rethuar me korone hemorragjike, alternojnë me pjesë të pulpës normale, ngjyra vishnje të erët, zonat e bardha kanë formë trikëndëshe me konus të drejtuar nga hilusi i organit. Pra ky aspekt morfologjik i splinës paraqet tabllonë e infarkteve multiple të madhësive të ndryshme të këtij organi që ka marë aspektin e hartës gjeografike (shif foto Nr. 1). Natyra e këtyre infarkteve siç rezulton nga trombozat multiple të arterieve të vogla të pulpës kanë natyrë trombo-embolike. Nga ekzaminimi mikroskopik u konfirmua plotësisht origjina e sipërpërmendur e këtyre infarkteve, dhe nuk qe e mundur të dokumentohen të ashtuquajturat «abscese» të përshkruara makroskopikisht nga kirurgët. Prandaj mendojmë se funksioni splenik bërë para operacionit na dha neve material *detritus necroticus* dhe jo eksudat purulent.



Foto Nr. 1

Pas operacionit, deri me datën 10 prill gjendja vazhdon të jetë shumë e rëndë, pacienti nuk ka urinuar, gjuha mbetet e thatë, nuk ka më të vjella, koshienca e pacientit vazhdon të jetë e kurtë, ka lehmë, dispne, pulsi filiform. Me datën 10 prill leukocitoza u rrit në 27.000 dhe azotemia në gr. 1.70%.

Me gjithë mjekimet pacienti vdiq më 11 prill 1961, me diagnozë klinike post-operatore: Infarkte multiple të lienit me absese multiple, nefrite toksike, anuri.

Autopsia nga anatomo-patologu (Doc. P. Bitri) ve në dukje:

Zemra me kufi të zgjeruar kryesisht në drejtim transversal; në kavitetet atriale dhe ventrikulare sasi abondante koagulash të përzjera. Muskulatura e zemrës me konsistencë mjaft të butë, ngjyra e saj kafe e zbehtë. Kaviteti ventrikular i majtë, i zgjeruar së tepërmi mbi endokardin valvular mitral, në drejtim të *linea Jucstamarginalis* vihen re formacione trombotikoverukoze të freskëta që prominojnë mbi sipërfaqen e valvulave dhe me madhësi të ndryshme, endokardi i paretit atrial të majtë duket sikur ka humbur shkëlqimin e zakonshëm, paraqitet i turbullt. Formacionet trombotiko-polipoze të freskëta, me dimensione më të mëdha të përshkruara në valvulat atriale, u konstatuan edhe mbi valvulat semilunare-aortale. Vazet koronare me lumen të lirë. (Shif foto Nr. 2 e Nr. 3). Renet me dimensione të zmadhuara, formë e zakonshme, konsistenca mjaft e butë, kapsula hiqet lehtësisht, sipërfaqja e lëmuar, me *venulae stellatae* të hiperemuar, mbi sipërfaqen vihen re pika difuze të rralla hemorragjike, ashtu dhe në prerje; kryesisht në substancën kortikale vrehen disa grimca



Foto Nr. 2



Foto Nr. 3

të vogla të bardha-gri si pluhur mjaft i imët i shpërdarë në parenkimën renale. Mukoza e pelvisit renal manifeston pika të kuqe hemoragjike. Ureteret dhe vesika urinare pa veçorira patologjike. Diafragma nga ana e majtë në sipërfaqen abdominale të sajë paraqitet hyperemike, e ashpër, dhe me disa formacione fshikzash të sipërfaqëshme. Në kavitetin pleural të anës së majtë mbi pleurën visherale, kryesisht të lobit bazal, u vunë re formacione fibrinoze të verdha në të bardhë që shkiten lehtësisht. Pulmoni i majtë në një sektor të lobit bazal paraqet një zonë kompakte të erët, e cila ka formën në prerje të një trekëndëshi me bazë nga pleura visherale, ngjyrë të kuqe vishnje, e thatë, me dimensione të një arre.

Në organet e tjera visherale nuk u konstatuan leziona patologjike që vlejné të shënohen.

Diagnoza anatomo-patologjike : Status post-splenectomiam. Endocarditis verrucosa valvulae mitralis et endocarditis verrucoso-poliposa valvulae semilunaris aortae. Nephroso-nephritis acuta. Infarctus ruber lobi inferior pulmonis sinistri cum pleuritëm fibrinosam incipientem.

Diskutimi dhe konkluzioni:

Nga studimi i këtij rasti del se kemi patur të bëjmë me një *endocarditis acuta ulcerosa* (maligna), e cila ka qënë burimi i embolive, në fillim në vazot e retinës të syrit të djathtë, pastaj në lien dhe në veshkat, duke dëmtuar këto organe dhe shkaktuar njëkohësisht një sepsis të rëndë.

Rastet e endokarditëve bakteriale, që manifestojné si shenja të para leziona embolike të arteries centrale të retinës janë shumë të rralla, sic rezultojn nga literatura që kemi patur mundësi të konsultojmë.

Lezionet e *valvulae mitralis*, me sa duket në fillim nuk kishin shkaktuar dëmtimet e tyre aqë sa klinikisht mund të dëgjohesh ndonjë zhurmë patologjike në funksionin e zemrës, dhe pacienti nuk ankonte ndonjë shqetësim. Ky *endocarditis bacterialis silense*, çfaqjen e tij të parë e dha me humbjen e pamjes në syrin e djathtë që në janar të vitit 1961; pa ndonjë simptomatologji tjetër, mirë po nuk u thelluam për të studiuar më imtësisht pacientin që në shenjat e para të janarit, nga se shkaktohesh kjo ulje e pamjes në një sy e të tjera. Edhe në mars kur u shtrua në spitalin e Fierit, dhe sëmundja kishte një zhvillim më të avancuar, prapë studimi i pacientit nuk ka qënë i plotë. Nga kjo anë edhe në spitalin tonë, sepsis i rëndë dhe ankimet në regjionin splenik na dizorientuan për disa ekzaminime të domosdoshme si hemokultura, mielokultura, ekzaminimi i syrit, E.K.G. e të tjera, dhe keqësimi shumë i shpejtë i pacientit na gaboi. Ky kuadër septik me dhimbje të forta në hipokondrin e majtë, që na orientonte për

një sepsis kriptogjen, siç u mendua për abses subfrenik sinister, na bëri që anamnezën e kaluar të mos e vlerësonim drejt, dhe suflin e lehtë sistolik që ndigjohesh në javën e fundit ta interpretonim si funksional.

Vërtetimi nekroskopik *Endocarditis ulcerosa maligna*, që siç e pamë u zhvillua në formë *silense*, duhet të na nxiti, që në raste të tilla të kemi parasysh edhe ato të pakta simptoma, të cilat janë sinjalizimet e para të fshehta, që shpesh nuk i vlerësojmë sa duhet për të orientuar nga endokarditet septike, sidomos akute, dhe nuk interpretohen ndryshe.

(Paraqitur në redaksi më 20/9/64)

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Freidberg* Les maladies du coeur. Vol. I ff. 674-683.
- 2) *Levine* Cardiologia Clinica ff. 227-246.
- 3) *Scherf* Malattie del cuore e dei vasi — 1957.
- 4) *Kerr A. Fr.* Subacute Bacterial Endocarditis 1955.
- 5) *Dogliotti G., Lenti G.* Mbi mjekimin me antibiotikë të Endocarditis septica lenta. Minerva Medica Nr. 25 Mars 1958.
- 6) *Trummert W.* Endocardite meligne lenta. XXXI Congres français de medicine. Paris 1957. ff. 158-162.
- 7) *Lenti G. Tartarolo E.* Aspetti evolutivi delle Endocarditi batteriche subacute. Giornale delle malattie infettive e parassitare. ff. 162-180.

A RARE CASE OF SILENT MALIGNANT BACTERIAL ENDOCARDITIS

(Summary)

A rare case of silent malignant bacterial endocarditis is described in a patient, 23 years old; the disease developed without discernible clinical symptoms. The first symptom that appeared was the loss of sight of the right eye as a result of an embolus in the retinal artery. Later the state of the patient as aggravated by multiple splenic abscesses, for which splenectomy was applied. At the autopsy it was confirmed that these manifestations were caused by an endocarditis bacterialis maligna, which developed without apparent clinical symptoms of the cardio-vascular system.

TUMORET GJIGANTO-CELULARE TË GJANDRËS TYROIDE (Paraqitja e dy rasteve anatomo-patologjikë)

PULLUMB BITRI

(Katedra e Patologjisë Përgjithëshme Shef Doc. PULLUMB BITRI)

Tumoret malinje të gjandrës tiroide në përgjithësi janë të rralla. Frekuenca e tyre në regjonet endemike strumogjene shtohet. Simbas Hedinger, tumorët malinje të tiroides janë gjetur në 7% të të gjitha autopsive. Aspekti histologjik i tumoreve të tiroides ndryshon simbas rastit: ndërmjet tumorit klinikisht malinj, me formën e një adenome të thjeshtë dhe të një epiteliome ku e gjithë përnjës e tiroides është transformuar krejtësisht, qëndrojnë një seri tipesh intermedjarë (Foot, Welti, Cabanne); epiteliomat me strukturë krejtësisht të transformuar ose epiteliomat atipike, në të cilat është e pa mundur me njohtë origjinën nga tiroidea, janë tumore të rralla (Frantz, Roussy, Lerouz, Oberling, Levitt, Nassif, Chevrel) dhe që në literaturën mjeksore janë cilësuar me emër të ndryshëm: *carcinoma sarcomatodes* (Levitt, Hedinger), *sarcoma carcinomatodes* (Cavallero), epitelioma atipike (Roussy, Lereux, Oberling). Ky grup tumorësh, është relativisht i rrallë; simbas Frantz vihet re vetëm në 15% të të gjitha rasteve të tumoreve malinjë të gjandrës tiroide.

Në këtë punim dëshirojmë të diskutojmë pikërisht për këtë lloj tumori me qenë se në stolin e autopsisë e kemi hasur dy herë.

Frantz në studimin e tij anatomo-patologjik mbi tumorët e gjandrës së tiroides konstaton ekzistencën e tre llojeve kanceresh: një lloj janë tumorët malinje me strukturë adenomatoze, që shpesh quhen me termin «adenoma malinje» (Foot). Lloji i dytë përmbledh tumorët me diferencim të moderuar. Lloji i tretë janë tumorët e pa diferencuar me malinjitet të shkallës së lartë të cilët janë cilësuar me emra të ndryshëm; këto tumore zhvillohen shumë shpejtë dhe shkaktojnë vdekjen nga fenomene të komprimimit dhe të infiltrimit lokal. Rastet tona janë:

I. — Gj.B. femër, vjeç 42, kartela klinike Nr. 4410, spitali Nr. 2; vdes me datë 5/XI/1962; protokoli i autopsisë Nr. 86.

* «E sëmura ka 15 vjet që vuën nga struma, muajin e fundit filloj t'i rritet shumë dhe shpejtë». Nga ekzaminimi anatomo-patologjik u konstatua se tumori i gjandrës tiroide me një aspekt nodular ishte zhvilluar duke komprimuar trakenë në një të tretën e sipërme të saj kaq shumë sa që provokon asfiksionë. Gjatë autopsisë u vunë re metastaze tumorale në nyjet limfatike regionale cervikale dhe submandibulare, infiltrimi i paretit të trakesë; metastaze të vogla dhe të rralla u gjendën në pleurën visherale si dhe në thellësi të parenkimës pulmonare të dyja pulmoneve.

II. — D.T. mashkull, vjeç 52, kartela klinike Nr. 299, spitali Nr. 2; vdes me datë 29/I/1964. Protokoli i autopsisë Nr. 8.

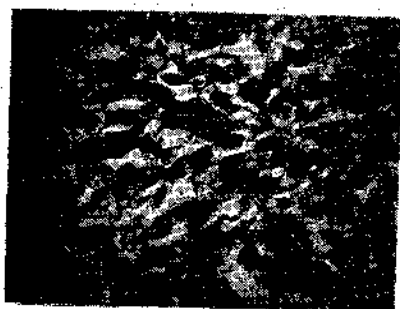
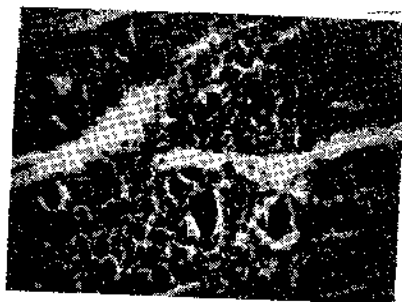
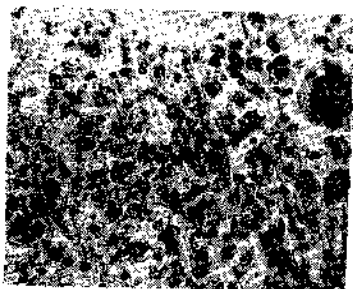
«Sëmundja i filloj para dy muajve: i sëmuri vuri re një nyje sa një arrë e cila ardhi duke u rritur shumë shpejtë».

Nga ana makroskopike masa tumorale me aspekt modular në pjesën

e përparëshme të gushës dhe pak lateralisht, me dimensionet e kokrës së ftoit, ka konsistencë relativisht solide, komprimon gati krejt ezofagun dhe ka infiltruar trakenë në nivelin e gjëndrës tiroide. U vunë re metastaze në limfonodulet cervikale, në hepar, si dhe në endokardiumin e ventrikulit të djathtë në formë vegetacionesh polipoze (Makro-foto Nr. 1).

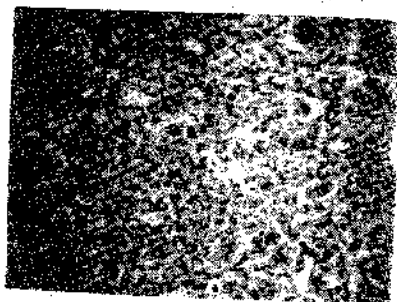
Duke studjuar si njërin rast ashtu edhe tjetrin nga ana histo-patologjike na tërhoqën vemendjen këto cilësira: polimorfizma e theksuar e celulave: krahas celulave të vogla vemë re celula mjaft të mëdha, gjigande me nukleuse hiperkromatike dhe me mitoza të shumta dhe të çuditëshme (Mikro-foto Nr. 1). Në të dyja rastet konstatojmë celula gjigante multi nukleare me nukleuse gjithashtu hiperkromatike. (Mikro-foto Nr. 2) metastaza e tumorit në endokardium; preparat nga rasti Nr. 2).

Një cilësi tjetër që na bie në sy në materialin tonë është dhe fenomeni i metaplazisë në celulat e tumorit: p.sh. në disa preparate celulat kanë pamje fuziforme, kaq tipike sa i ka detyruar shumë autorë t'i konsiderojnë si sarkoma të gjandrës tiroide (mikro-foto Nr. 3).



Por mbi të gjitha celulat gjigante multinukleare dominojnë indin tumoral në preparatet tona: aspekti mikroskopik i tyre nuk është i një-llojtë: krahas formave të celulave gjigante me shumë nukleuse, me një atipizëm të theksuar vihen re celula gjithashtu gjigante dhe multinukleare, por gati pa fenomene atipizmi nuklear (Mikro-foto Nr. 4), që mund të krahasohet me celulat në epulide. Ky fenomen është hasur më tepër në preparatet e rastit Nr. 1. Por në të njëjtën kohë në zona të tjera vihen re celula gjigante multinukleare më të pa pjekura sikurse vumë re në mikro-

foton Nr. 2. dhe po i njëjti preparat i zmadhuar në mikro-foto Nr. 5, që me të vërtetë justifikojnë shprehjen e njohur të «Kancerit gjiganto celular të gjëndrës tiroide».



* * *

Carcinomat e gjëndrave tiroide, pamvarësisht nga struktura e tyre histologjike gati si rregull linden në terren të adenomave të tiroidës, ose në terren të strumave të ndryshme, prandaj nën këtë aspekt duhen shikuar nga klinikistët shumë sëmundje të kësaj gjendre, sepse strumektomia ose adenomektomia e herrët, eviton kancerizimin e tyre.

(Paraqitur në redaksi më 5/IX/64)

BIBLIOGRAFI

1. — Cabanne F. et coll; Le sarcome squelettogene du corps thyroide. Ann. Anat. Pathol. 1959. T. 4. N. 1. p. 136.
2. — Cavallero C; Anat. Patologica 1956. p. 527.
3. — Chevrel M.L. et coll; L'Epitheliosarcoma Thyroidien. Arch. d'Anat. Pathol. 1959. V. 7. N 1. p. A. 19.
4. — Welti H. et coll; Un cas d'epitheliome du corps thyroide chez un fillette de 13 ans. Arch. Anat. Path. 1959. V. 7. N 1. p. A. 82.
5. — Werner C; The Thyroid a fundamental and clinical text. 1957 (Përkthim rusisht 1963).
6. — Hedinger Chr.; Citue nga Labhart A.
7. — Labhart A; Klinik der inneren sekretion (Përkthim Italian 1960, p. 314).
8. — Nassif N. et coll; Une type special de cancer de la thyroide: l'epitheliosarcoma sclerosant occulte. Ann. Anat. Path. 1962. T. 7. N 4. p. 615:

9. — Roussy G; R. Lérroux — Ch. Oberling. *Precis d'anatomie Pathologique*. 1950 p. 1218.
10. — Levitt Tobias — *La tiroide* 1955.
11. — Frantz V.K. *Citue nga traktati i Werner*.
12. — Foot N; *Identification of tumors (Përkthim Rusisht 1948)*.

Gigantocellular tumors of the thyroid gland.

(Summary)

The author presents two cases of gigantocellular malignant tumors of the thyroid gland, discovered during the autopsy. He analyses them from the histopathologic view point, which shows pronounced malignant features with polymorphism, cellular metaplasia, sarcomatous characters together with gigantic multinuclear cells, which, as may be deduced for these cases from their microphotographies, are cells in evolution: from simple multinuclear characteristic for epulis, to monstrous non-differentiated gigantic cells. The author points out that one of the cases has had goiters from a long time, and he supposes that it may have undergone a malignant degeneration, a possibility that should be kept in mind in endemic regions of goiters.

RASTE HELMIMESH ME KËRPUDHËN AMANITA PHALLOIDES

KATEDRA E PATOLOGJISË SË PËRGJITHËSHME
SEKSIONI I MJEKSISË LIGJORE
BASHKIM ÇUBERI

Intoksikacionet me kërpudhat janë njohur qysh në kohrat e lashta. Kështu p.sh. shkrimtarit të njohur grek, Evripidit, i kanë vdekur nga përdorimi i kërpudhave: gruaaja, vajza dhe të dy djemtë. Në literaturën botanore përmenden mjaft raste intoksikacionesh nga kërpudhat. Numri më i madh i intoksikacioneve është regjistruar në maj nga kërpudhat e para, të cilat çfaqen me një herë pas shkrirjes së borës dhe nga mezi i qershorit zhduken. Në shtator, megjithëse kërpudhat shtohen, numri i intoksikacioneve bie si rezulltat i zarzavateve të shumta që dalin dhe i llojeve të ndryshme të kërpudhave, gjë e cila shton kërkesat e popullatës në llojin dhe cilësinë e tyre. Edhe burime të tjera të literaturës japin po këto të dhëna.

Kërpudhat toksike numërohen me dhjetra, por nga këto vetëm një pjesë e vogël shkakton intoksikacione. Lënda toksike me kërpudhat është një lëndë organike e cila hyn në grupin e preparateve azotike. Këto përbërje kanë strukturë kimike të ndryshme në kërpudha të ndryshme. Si kërpudha me toksike konsiderohen: *amanita phalloides* dhe *helvella esculenta*.

Amanita phalloides ka një ngjyrë kafe ose ulliri, me kapele ngjyrë gri të mbuluar me mbeturinat e cipës në formë pare peshku. Më von kapela mund të marrë ngjyrë kafe ose ulliri. Këmba në pjesën e sipërme ka një unazë të përbërë nga mbeturinat e cipës, dhe pjesa e fundit e këmbës është e vendosur në një vaginë, e cila përfaqëson edhe kjo mbeturinat e cipës në të cilën ndodhej kërpudha në zhvillimin embrional të saj. *Amanita phalloides* përmban dy lëndë toksike: amanita-hemolizinën dhe amanita-toksinën. Amanita hemolizina në patogenezën e intoksikacioneve luan një rol të dorës së dytë. Vetia hemolitike e saj pjesërisht humbet në temperaturën 70° dhe nën veprimin e pepsinës, sekretionit pankreatik, bazave dhe acideve të dobëta. Amanita-toksina, që konsiderohet një nga helmët më të forta të të gjithë produkteve toksike me prejardhje bimorë, është shkak kryesor i ndryshimeve të rrënda që ndodhin në hepar, ndryshime këto që në përqindjen më të madhe çojnë në vdekje (35-90% Orlov, 60-80% Rajski etj.).

Helmimet me kërpudhat janë raste aksidentale. Aksidentet që ndodhin nga përdorimi i tyre i dedikohen faktit se ka njerëz të cilët nuk i dallojnë dot kërpudhat e ngrënëshme nga ato helmueset.

Në vendin tonë rastet e intoksikacioneve nga kërpudhat janë shumë të ralla për shkak se populli jonë nuk e preferon shumë këtë lloj bime. Nga statistikat e byrosë së ekspertimit mjekoligjor rezullton se qysh nga viti 1958 dhe deri në qershor 1964 janë takuar vetëm 3 raste intoksikacio-

nesh dhe këto vetëm në një familje, nga të cilët dy kanë përfunduar në vdekje.

Kjo është pra arsyeja që na shtyn të përshkruajmë këto raste, të cilat mjekët mund ti takojnë në praktikën e tyre mjeksore.

RASTET TONA:

Në datën 15/IV/1963 tre fëmijët e qytetarit D.K., në kohën që po kullosnin bagëtinë në një pyll, grumbulluan kërpudha të cilat, pasi i poqën në zjarr, i hëngrën. Pas 15-16 orë tek fëmijët filluan të çfaqen dhimbje të forta barku, të vjella dhe diare të shpeshta. Masat e të vjellave dhe materiet fekale përmbanin mbeturina ushqimi, gjak dhe mukus. Me qenë se gjendja e fëmijëve nga çasti në çast shkonte duke u keqësuar, prindërit i transportuan për në spitalin rural të rrethit përkatës. Gjatë rrugës, fëmija më i vogël në moshë, vdes. Fëmija i dytë sillet në spital në datën 18/IV/1963 në një gjendje shumë të rrëndë. Në momentin e shtrimit fëmija paraqitej mjaft i zbehtë, lëkurën dhe sklerat i kishte të verdha, buzët të maviosura. Puls i vogël, i shpejtë. Tonet e zemrës ritmike, të pastërta, por të dobëta. Raspiracioni vezikular i ashpër dhe jo i rregullt. Pas disa minutash tek fëmija filluan të çfaqen simptomat e dëmtimit të sistemit nervor central: konvulsione dhe të humbasë kohëncën, dhe në këtë gjendje me gjithë ndihmën mjeksore të dhënë, fëmija vdes. Fëmija i tretë, më i madhi në moshë, me përjashtim të dhimbjeve të barkut, të vjellave dhe diarese, të cilat në krahasim me ato të dy fëmijëve të parë, ishin më pak të theksuara, nuk pati shenja të tjera. Në ditën e dytë të intoksikacionit, shënjat e përmendura filluan të qetësohen dhe gradualisht të zhduken dhe të mbetet vetëm një dobësi e theksuar.

Kqyrja e jashtëme e kufomës të fëmijës vdekur në spital vuri në dukje: lëkura dhe mukozat e dukëshme me ngjyrë të verdhë dhe të thatë. Njollat e kufomës të zhvilluara në pjesët e pasme të trupit, të cilat gjat shtypjes me gjisht zbehen me vështirësi. Shtangimi i kufomës nuk është çfaqur në asnjë nga grupet e muskujve. Sytë të futura, sklerat ikterike, konjunktivat me pika hemoragjike të shumta. Gjatë kqyrjes së mbrendëshme të kufomës u konstatua: indet e buta që mbulojnë kafkën të njoma, të shkëlqyeshme dhe me ngjyrë të verdhë. Dura dhe pia mater të lëmuara, të shkëlqyeshme dhe pak ikterike. Indi trunor edematoz, në prekje ka një konsistencë të butë, në prerje struktura e rruajtur por me pika hemoragjike të shumta. Mukoza e rrugëve të respiracionit e lëmuar, e shkëlqyeshme dhe me ngjyrë të verdhë. Ezofagu i lirë, mukozë e tij e lëmuar, e shkëlqyeshme dhe me ngjyrë gri. Në pleurat vrehen pika hemoragjike të shumta. Mushkëritë në prekje të ajrosura, në prerje pak edematoze. Zemra pa ndryshime të dukshme makroskopike, valvulet të lëmuara, të shkëlqyeshme dhe transparente. Stomaku me përmbajtje kafe të errët, mukozë e saj e hyperimuar dhe me pika hemoragjike të shumta. Zorrët kanë humbur shkëlqyeshmërinë e tyre, mukozë e tyre me pika hemoragjike. Heparit me formë të zakonshme, pak i zmadhuar, ngjyrë kafe në të verdhë, në prekje me konsistencë shumë të butë dhe që dëmtohet lirisht nga presioni i gjishtit mbi sipërfaqen e tij. Shpërthim me dimensione dhe konsistencë të zakonshme, kapsula e saj pak e rrudhur, ngjyrë gri, në prerje me ngjyrë vishnje të errët. Pankreasi dhe suprarenalet pa ndryshime makroskopike. Veshkat me konsistencë dhe dimensione të zakonshme, në prerje: shtresat kortikale dhe medulare të gypere muara dhe me kufi të kjarra midis tyre; kapsula hiqet lirisht pa dëm-

timin e indit renal. Fshikëza urinare përmban një sasi të vogël urine, të kuqe; mukoza e fshikzës e lëmuar dhe me pika hemoragjike të shumta.

Ekzaminimi histologjik i organeve, (Docenti Pëllumb Bitri), vuri në dukje:

H E P A R.— struktura histologjike e heparit është transformuar krejtësisht; lobulet hepatiche gadi janë eliminuar, rreth venës centrale konstatohet një hiperimi dhe një hemoragji kaq e zhvilluar sa që ka bërë të zhdruken qelizat trabekulare. Në këtë zonë vihet re një sasi e madhe pigmenti hemosiderinik. Vazat sinusale janë të zgjeruara përsëtepërmi, dhe trabekulat hepatiche pothuaj se nuk duken fare, me përjashtim të disa mbeturinave celulare bazofilike të mbetura në regjionin perilobular, protoplazma e të cilave është e mbushur plot me vakuole. Kapsula e heparit paraqitet edematoze dhe me vaza hyperemike. Nekrobioza, nekroza dhe distrofia e shkallës së rëndë karakterizon imazhin histologjik të këtij hepari (shif foton).

T R U R I. — Karakterizohet me një edemë dhe hiperimi të moderuar. Celulat nervore manifestojnë procese edematoze dhe distrofike.

Z E M R A. — Miokardi paraqet një edemë interfibrilare (intersticiale) dhe trubullirë të protoplazmës të miofibrileve.

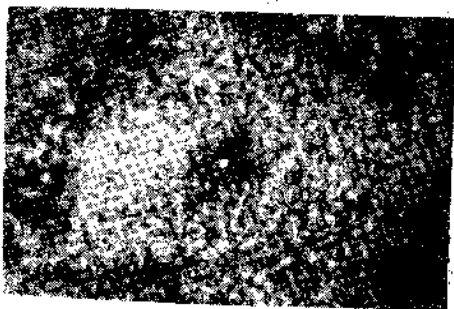
R E N E T. — Glomerulat janë të fryra, nukleuset e tyre të shtuara. Hapësirat në kapsulën e Bowmanit janë zhdukur krejtësisht. Në hapsirën e kapsulave të Bowmanit të disa glomerulave vihet re eksudat seroz homogjen. Ndërmjet anseve vaskulare të glomerulave duket gjak i moderuar. Tubuli kontorti me epitel në gjendje distrofike, nukleuset e celulave janë të rruajtura. Në disa tubuli kontorti dukën aty këtu shenja të nekrozës të epitelit.

P U L M O N E T. — Paraqesin një edemë të lehtë.

I N T E S T I N E T. — Epiteli i mukozës të zorrëve të holla paraqet

nekroze të tipit koagulativ që vendosen në formë membranash oksifile me thellësi të ndryshme. Kriptet janë në gjendje hyperfunktioni. Aty këtu vihet re ndonji infiltracion i lehtë celular i mukozës.

Ekzaminimi i kufomës të fëmijës, vdekur rrugës gjatë transportimit për në spital vuri në dukje: lëkura dhe mukozat e dukshme subikterike. Shtangimi kufomor mungon. Në sklerat dhe organet e mbrendëshme vihen në dukje pika hemoragjike të shumta. Edemë e



trurit dhe e pulmoneve, por më e theksuar se në rastin e parë. Heparit me ngjyrë kafe në të verdhë, në prekje pak e butë. Organet e tjera pa ndryshime të dukshme makroskopike. Stomaku përmbante një leng homogjen ngjyrë kafe të zbehtë, mukoza e tij e hyperimuar dhe me pika hemoragjike.

Në kqyrjen mikroskopike të organeve konstatohen të njëjtat leziona, me përjashtim të hyperimisë të heparit e cila mungon.

KONKLUZIONI MJEKOLIGJOR.— Të dhënat anamnestike dhe klinike: fillimi i simptomave 15-16 orë pas ngrënjes së kërpudhave, dhimbjet e forta të barkut, të vjellat dhe diaretë e shpeshta, humbja e ndjenjave, konvulsionet, lëkura dhe mukozat ikterike si dhe të dhënat makro dhe mikroskopike të ekzaminimit të kufomave: mungesa e shtangimit kufomor, pikat hemoragjike në sklerat dhe organet e mbrendëshme, ngjyra ikterike e lëkurës dhe e organeve, edemë e trurit dhe e pulmoneve nekrobioza, nekroza dhe distrofia e rëndë e heparit si dhe ndryshimet e tjera distrofike të konstatuara në organet e ndryshme të kufomave, na dhanë mundësinë të konkludojmë se vdekja ka ardhë nga intoksikacioni i organizmit si rezultat i përdorimit (si ushqim) i kërpudhës — *amanita phalloides*.

(Paraqitur në redaksi më 15/9/64)

BIBLIOGRAFIA

- 1) M.I. Avdejev Kurs sudebnoi medicini 1959.
- 2) T.S. Matvejev Voprosi sudebnoi medicini 1955.
- 3) M.I. Bajski Sudebnaja medicina 1953.
- 4) N.V. Popov Sudebnaja medicina 1950.
- 5) A.V. Rejsler Higienja pitanja 1957.
- 6) V.M. Smoljaninov, K.I. Tatjev, V.F. Çerbakov Sudebnaja medicina 1963.
- 7) V.M. Smoljaninov, K.I. Tatjev, V.F. Çerbakov Sudebnaja medicina 1963.

(Summary)

Three cases of poisoning with *Amantita phalloides*

After a brief entry about the history of poisoning with fungi, the author notes that these cases are discussed quite often in the World literature from the clinical as well as from the pathological point of view. The author discusses three cases of accidental poisoning by *Amantita phalloides*, from which two died.

These cases were seen at necropsy in 1963. The author, judging from his own experience and that of his colleagues of the Bureau of medicolegal experts, concludes these cases are rare in this country.

DY RASTE ME URTIKARIA PIGMENTOZA

Kand. Shk. Mjek. K. S. KËRÇIKU dhe Sh. BASHA
Klinika e Dermatologjisë (Shef i Katedrës doc. K. KËRÇIKU)
Shokut Prof. DR. TORSUEV N.A. me rastin e 60 vjetorit
të ditëlindjes së tij.

Urtikaria pigmentoza është përshkruar për herë të parë nga Nettle-shid në arshivën e Virhovit viti 1869, nën titullin «Chronic urticaria lea-ving brown stains». Piktura e parë u dha nga Baker (1875), kurse Sangster-i e quajti me emrin e sotshëm «urticaria pigmentosa» (1878). Dallimin e U.P. nga «Urticaria chronica cum pigmentatione» e bëri Unna në vitin 1887 me anë të vërtetimit histologjik të Mastcelulave në substratin tesu-tar të U.P., që 10 vjet më parë e kish ngjyrosur me bojrat e anilinës studen-ti i mjekësisë 23 vjeçar Ehrlich (H. Fischer 1962). Patogeneza e sëmundjes mbeti e paqartë, mbasi nuk njihej rëndësia e mastcelulave. Disa autorë i konsiderojnë këta si një anomali të pigmentit (Schwalb), kurse të tjerë si një formë naevoide (Jadassohn, Noble, Bloch, Little) ose tumor reten-cioni (Darier) dhe së fundi sëmundja u iradhit në sistemin hemopoetik (Bizzozero) ose në genodermatozet (Lever). Cacciolanza dhe Campani mej-tojnë më tepër se U.P. ka lidhje me formimin e heparinës.

Në vitin 1916 u gjet heparina në heparin e qenjve (Mc Lean, Howell, Holt) dhe në 1937 u identifikue në granulat e mastcelulave si substancë metakromatike tek njeriu (Jorpes, Holngren, Wilander). Ajo është lidhur mirë me strukturën celulare të mastcelulës dhe mendohet se vepron si substancë antikoagulante, por H. Fischer shkruan se një hiperheparinemi që të shkaktojë një koagulopati tek U.P. ende nuk është vërtetuar as me metodat më moderne të ekzaminimit (Meningnin, Hofman, Corbleet, Degos, Deutsch dhe Ellergast, Gaté, Bell dhe Jacobson etj.) Rasti i Grunbergut kishte një kohë të zgjatur të hemoragjisë prej 25-30 minuta.

Me rëndësi për U.P., ka qënë edhe vërtetimi i histaminës nga Filey dhe West (1953) në mastcelulën, gjë që spjegon reaksionin urtikal (reak-sioni i Darier). Po kështu spjegohet edhe dermografizmi i shtuar. Si kusht i çfaqjes të këtij fenomeni është zbulimi i deliberatorëve të histaminës (Macinton dhe Paton 1949).

Thuhet se mastcelulat kanë substanca vazoaktive si serotina, por kjo nuk është vërtetuar (Braun-Falce, Herzberg, Tamine K. Remy). Hiper-pigmentacioni zakonisht nuk çfaqet kur infiltrati i U.P. është i thellë në kutis dhe subkutis. Disa herë janë vërejtur në sipërfaqen e efloresencave të U.P. teleangiektasie dhe gjakosje punktiforme (Parker, Weber).

Si forma të rralla të U.P. konsiderohen ato tumorose (U.P. xanthelas-moide Tibur J. Fox), të mukozave, format erytrodermike, ose difuse të lichenizuara dhe mastocitozat e organeve të brendëshme (Hassard 1950, Degos 1951, Ellis, Reily, Zaks, Lednert, Touraine, Nickel etj.), veçanërisht të heparit, lienit dhe të skeletit (osteoskleroze ose osteoporozë). Sëmundja paraqitet më shpesh në foshnjëri (Bordman 1941) qysh në lindje, rrallë

me karakter familjar (Nakam, Sezary, Darier, Horowitz) dhe ndër të rritur.

Prognoza e sëmundjes është e mirë: mbas shumë vitesh, ekzantemat regenerohen dhe hiperpigmentacioni zhduket krejtësisht ose pjesërisht në moshën shkollore ose mbas 30-40 vjetëve duke lënë një atrofi të lehtë të lëkurës. Tek mastoidozat e gjeneralizuara prognoza është e keqe.

Në përgjithësi, U.P. është e rrallë, Firment gjeti 152 raste (1923), Pipping-Gottron 62 (1936) dhe 25 të sëmurë me Haemoblastose mastocitarë (të gjeneralizuara) u mbledhën nga literatura.

Në Shqipëri sëmundja është diktuar 3 herë. Rasti i parë është diagnostikuar tek një foshnje në vitin 1957 nga doc. K. Kërçiku, i dyti në vitin 1960 nga Shyqri Basha dhe i treti po në këtë vit përsëri nga doc. K. Kërçiku. Këto dy raste të fundit përshkruhen këtu pa analizime të plota me genë se prindërit e këtyre fëmijëve refuzuan t'i bëjshin. Vetëm tek rasti i dytë mujtëm të bënim ekzaminimin histologjik të një papule.

Rasti i I-rë. V.K. 5 muajsh, mashkull, diagnostikuar në shtator të vitit 1960. Është fëmija e dytë e një nëne të shëndoshë me profesion punëto-re. Lindje eutocike me peshë 3100 gram dhe gjatësi 50 cm: pa patur ndonjë shënjë në lëkurë. 3 muaj më vonë filluan t'i çfaqen disa njolla me ngjyrë të errët në fytyrë të cilat shpejt duke u ngrejtur mbi sipërfaqen e lëkurës u përhapën në të gjithë trupin. Objektivisht vihen re efloresenca papulose me madhësi të një maje gjilpëre, thoji ose gjysëm leku në formë përgjithësisht të rrumbullakta por në mënyrë jo të rregullt me ngjyrë të kuqe të errët. Ngjyra duket me vitropresion. Në shpinë dhe në regionin gluteal efloresencat e pigmentuara janë të bashkuara ndërmjet tyre dhe formojnë rrethe ose figura trekëndëshe. Në lëkurën e kokës shenjat e U.P. janë të rralla; po kështu në regionet plantare, palmare, në skrotum dhe dorsum penis. Gjendrat limfatike nuk preken, reaksioni i Darier i dukshëm. Gjendja e përgjithëshme e mirë, asgjë për të shënuar në organet dhe aparatet e brendëshme. (Fig. 1) Fëmija u rivizitua në frur të vitit 1963 dhe u konstatua se gjatë dy vjetë e gjysëm ka shtue gjithnjë normalisht në peshë, gjatësi, dhe ka patur një zhvillim psihomotor të mirë. Simptomatologjia e lëkurës nuk është ndryshuar (Fig. 2). Edhe tani reaksioni Darier-it është pozitiv dhe gjendrat limfatike nuk janë të smadhuara.

Rasti i II-të D.A. mashkull 8 muajsh, nga një katund i afërt i Tiranës, lindur me peshë normale nga një nënë e shëndoshë. Në lindje fëmija nuk paraqiste ndonjë shënjë në lëkurë. Mbas 2-3 muajsh (e ëma nuk është në gjendje të përcaktojë kohën me saktësi) fëmijës iu çfaqën disa njolla të errëta në të gjithë lëkurën e trupit. Më vonë ato u vunë re edhe në gojë.

Objektivisht në pamjen e parë, fëmija duket pak i zbehtë si anemik, por në fakt ka një zhvillim të mirë. Turgori i lëkurës është normal. Qëndron mirë i mbajtur në këmbë dhe ka lëvizje të gjalla. Nuk ka qenë ndonjëherë i sëmurë. Ushqehet me qumështin e nënës. Asgjë për të shënuar në organet e brendëshme. Në lëkurën e fytyrës, të shpinës dhe të ekstremiteteve shifen efloresenca papuloze të ngritura, të dalluara mirë mbi sipërfaqe, me madhësi të një gjysëm leku deri në dy lek, me ngjyrë të verdhë deri në të kuqe të errët. Ato dallohen mirë nga lëkura normale dhe kudo janë të disimnuara, përveç në regionet palmare dhe plantare, ku nuk janë të shprehura. Sipërfaqia e papulave është e lëmuar në formë ovale. Në mukozën e gojës vatrata janë gjithashtu të rrumbullakta dhe të dukshme, por me pak të kufizuara.

Përgjegje e biopsisë Nr. Prot. 858 dt. e dërgimit 21.II.1960 dhe e marrjes 26.III.1960, (kryer nga Çesk Rroku):

Në preparat gjinden qeliza në formë të rrumbullakët dhe ovale me protoplazëm të mbushur me granula euzinofile (heparinocitemastcele). Ka shumë të dhëna për Urtikaria pigmentosa megjithëse nuk u bë ngjyrosja me violet kresili.

U.P. sikur pamë nga të dhënat e literaturës është e rrallë dhe përgjithësisht konsiderohet si një retikulose e diferencuar mastcelulare.

Përsa i përket terapisë, është provuar röntgenoterapia (Fox), Bucky, Thorium, kortikosteroidet dhe bismuth — të shoqëruar me hemoterapi dhe dietë të veçantë (zarzavate e pemë). Baxar, Berseni dhe Pelzik (1959) duke u bazuar në të dhënat e prodhimit të serotoninës në mastcelulat, provuan dhe resorhinën me doza 0,25-0,125 mg. në ditë megjithëse serotonina në njerzit nuk është vërtetuar (Blank, Blusfarb dhe M. Hasegava). Edhe mjekime të tjera si Besocyc-corticesteron-acetat me doza 4 mg. pro die, antihistaminike etj. nuk kanë dhënë rezultate të kënaqëshme.

(Paraqitur në Redaksi më dt. 10/5/1963.)

BIBLIOGRAFI

1. Fischer, H.: Zur Pathogenese der Urticaria pigmentosa. Derm. Vochenschrift. 145 (1962) 10.
2. Gertler V.: Trophangeuneurosen der Haut. Dermatologie u.Venerologie von Gottron u. Schönfeld III/2. 1959.
3. Gottron, A.A.: Retikulosen der Haut. Dermatologie u.Venerologie Gottron-Schönfeld IV 1960.
4. Hertzberg, J.I. Allgemeine Therapie der Haut. Handbuch der Haut u. Geschlechts-Krankheiten-Jadassohn. Ergänzungswerk V/I Band A 1962.
5. Latz, W.: Lehrbuch der Haut u. Geschlechts-Krankheiten Basel 1957.
6. Riehl, G.K. Hekel dhe D. Lefferer: Säuglingsdermatosen. Dermatologie u. Venerologie. Gottron-Schönfeld Vol. IV Stuttgart 1960.
7. Schönfeld V.: Lehrbuch der Haut u. Geschlechts Krankheiten. Stuttgart 1959.
8. Schreiner, H.E.: Hormone. Handbuch der Haut u. Geschlechts-Krankheiten Jadassohn. Ergänzungswerk V/I Bandteil A.
9. Sutton, R.I.: Diseases of the skin. Mosby Company-St. Louis 1956.

(Summary)

Two cases of pigmentous urticaria

The authors discuss first the literature data on this rare disease, then point out the importance of the mastcells, the heparine, histamine etc, the describe two cases of the disease in children about 5 and 8 months of age. One of the cases is completed with histologic data, the other was kept under observation for 3 years. They have observed only 3 such cases in Albania.

DY RASTE ME DEGENERACION KOLOIDALE TË LËKURËS (PSEUDOMILIUM COLOIDALE)

Kand. Shk. Mjek. K. KERCÌIKU, K. MIHO.
(Katedra e Dermato-Venerologjisë — Shef. Doc. DR. K. KERCÌIKU)

Një ndër sëmundjet e rralla të vendit tonë dhe përgjithësisht të dermatologjisë, është *pseudomilium coloidale*, të cilën e kemi ndeshur dy herë. Kjo sëmundje është emërtuar me emra të ndryshme si *pseudomilium coloidal* (Pelizani), *Koloidmilium* (Wagner), *Koloid-degeneracioni kutan* (Besnier-Butzer), *Hyaloma* etj. Etiologjia e saj nuk njihet mirë. Boselli supozon për rastet e moshës së re, se sëmundja është një distrofi kongjenitale. Mendohet edhe se në zhvillimin e sëmundjes lloj i një rol më rëndësi rrezatimi i shumtë diellor (Pfocken), por kjo nuk mund të quhet gjithmonë si shkak i vetëm, pse simbas Gans dhe Steigleder, të tilla ndryshime tesutare i observojmë edhe tek cikatrict, tumoret si edhe në proceset inflamtorë. Disa të tjerë, duen të thonë se *pseudomilium koloidale* çfaqet ndër njerëz që kanë kontakte me katram dhe produktet e tij (Loos). Autorët në pjesën më të madhe dyshojnë pra për ngacmime eksogjene. Rastet tona janë me origjinë fshatare që i nënshtrohen më shumë, për profesionin e tyre, rrezeve të diellit. Prof. Leopold Arzi nuk mendon se *pseudomilium koloidale* është një degeneracion koloidal, por më tepër për atë të hyalinës. Unna e konsideroi si të vërtetuarë që degeneracioni koloidal rrjedh nga transformimi degenerativ i kolagenit kutan prandaj e quajti "koloid", por nga ana tjetër nuk ekskludohet në ky proces të vijë edhe një degenerim i fibrave elastike të tesutit (Wagner). Mund të mendohet edhe për një sëmundje familjare.

Rasti i Irtë. Pacienti I.C. Nr. Kartelës 1196, vjeç 50, nga fshatrat e rrethit të Elbasanit. Sëmundja u diagnostikua për herë të parë nga Doc. K. Kerciku (Foto Nr. 1) ambulatorisht para disa vitesh. Në papiloret të vitit 1961 paraqitet përsëri i sëmurë në ambulancën e dermatologjisë, mbasi përvec sëmundjes kryesore kishte edhe një epitelomë në dorsum nasi (foto Nr. 2). Nga ana anamnestike asgjë për të shënuar. Në lidhje me sëmundjen *pseudomilium koloidale*, pacienti referon se ajo është ofatur shumë kohë më parë, gati 20 vjet përpara. Në fillim vuri re pa ndonjë shkak të jashtëm, se në lëkurën e ballit, në mollëzat e faqeve dhe në hundë u çfaqen disa të ngritura të pakta dhe të vecuara, të cilat me kohë u bashkuan dhe vazhdimisht duke u shtrirë në pjesën më të madhe të fytyrës, nga të cilat ai subjektivisht nuk ndiente asgjë. Në vit më parë filloi të çfaqet në shpinë të hundës një tumor i vogël i fortë në prekje, me ngjyrë të errët i padhimbshëm, që rritesh më ngadalë. Pacienti e përveçtesoi sëmundjen dhe nuk u paraqit për një kohë të gjatë tek mjeku. Me kohë ky tumor i vogël u smadhua, u hap dhe u ulçerua.

Në ekzaminimin objektiv konstatohet në ballë, në regionin orbital dhe temporal bilateralisht, në mollëzat e faqeve dhe në dorsum nasi, papula transparente me dimensione të vogla dhe me një madhësi prej një kokëri meli deri-therze. Ngjyra e tyre është e verdhë pak e çelur si lëkura e limonit, me konsistencë të fortë dhe me sipërfaqe të lëmuar dhe të rrafshë. Papulat në paraqitjen e parë dukeshin si vezikula të vogla, por nuk nxorën ndonjë likuid mbas epimit. Më tepër doli një masë gëllente. Elementi në prekje ishte i padhimbshëm. Në *dorsum nasi* shifet një



Foto 1



Foto 2



Nr. 1



Nr. 2



Nr. 3

epiteliomë me madhësinë e një kokër arre e kufizuar mirë nga lëkura normale. Sipërfaqja e saj është e ulçeruar dhe e mbushur me granulacione, në prekje të forta, pjesërisht e mbuluar me kruste serohemoragjike.

Klinikisht u konstatua pseudomilium koloidale kurse epithelioma spinocelulare dorsum nasi (Foto Nr. 2) u vërtetua dhe histologjikisht. Epithelioma u mjekua me rontgenoterapi dhe u shërua, kurse për pseudomilium nuk u bë asnjë mjekim.

Analizat laboratorike rezultuan normale (RW, gjak komplet, urinë, feqe etj.).

Rasti i II-të. Ishte nga fshatrat e veriut të Shkodrës, 40 vjeç (N.M.) me profesion bujk. Diagnoza iu vu klinikisht në mënyrë ambulatorie mbasi refuzoi të shtrohet në klinikë. Nga ana anamnestike asgjë për të shënua. Si bujk qëndron shpesh në diell. Sëmundja i është çfaqur para disa vjetësh me disa të ngritura të vegueme në mollëzat e faqeve, hundë dhe më pak në ballë. Me kohë ata vazhduan të shumohen dhe të kufizohen në vatrat e lartpërmëndura. Pacienti nuk ndjen asgjë nga ana subjektive.

Objektivisht shifet një vatër e madhe nga palpebra e poshtme e syrit të djathtë me një brez prej 1-2 cm. që fillon nga regioni os *zygomaticus* dhe vazhdon deri në pjesën e djathtë të hundës, duke u shtrirë me pakicë në *dorsum nasi* dhe si një rryp i hollë prej 0,5-1 cm. në pjesën e majtë të fytyrës gati simëtrikisht në anën që u përshkrua më sipër. Vatrat janë të mbushura me papula, mesatarisht të forta, të shkëlqyeshme, në ngjyrë të verdhë si të lejmonit dhe në sipërfaqe të rafshët. Elementi morfologjik ndahet nga rrudhat e fytyrës që shkon si viza të çrregullita që përfshijnë ndërmjet tyre grupe papulash. Klinikisht u diagnostikua pseudomilium koloidale (foto Nr. 3).

Në të dy të sëmurët nuk u përdor ndonjë terapi e veçantë mbasi dihet se rezultatet me dborën karbonike ose elektokoagulimi i papulave janë të dobëta dhe disa herë të pakëshillueshme për rrjedhimet e më vonëshme nga defektet kozmetike.

Si konkluzion sëmundja pseudomilium koloidale është e rrallë dhe ndeshet më tepër ndër njerëz që i nënshtrohen vazhdimisht rrezeve të diellit.

BIBLIOGRAFI

1. Arzt, I. dhe Fuhs, H.: Gutartige Neubildungen der Haut. ne Haut u. Geschlechts Krankheiten Arzt-Ziehler Band II.
2. Bude H.G. u.Kerting G.M. Lehrbuch der Haut u. Geschlechts — Krankheiten von E. Riecke, Stuttgart 1962.
3. Prenchthwal: Pseudoxanthoma elasticum (Darier) Jadassohn IV/3 Berlin 1932.
4. Gottron u. Schönfeld: Dermatologie-Venerologie-Stuttgart 1960.
5. Lutz, W.: Lehrbuch der Haut u. Geschlechts — Krankheiten 1957 fq. 125.
6. Stainer, E.: Angeborene Anomalien der Haut, Jadahsson IV/I Berlin 1932.
7. Schönfeld, N. Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Stuttgart 1959.
8. Wagner, G.: Altersveränderungen der Haut-Altersdermatosen. ne Dermatologie u.Venerologie IV von Schönfeld-Gottron.

TWO CASES OF COLLOIDAL DEGENERATION OF THE SKIN (Summary).

The authors describe the clinical picture of two cases of pseudomilium colloidale on the face of two patients at the age of 40 and 50 years, which were diagnosed for the first time in Albania. One of the cases was complicated with an epithelioma of the nose after about 20 years. Both patients are peasants. They have been exposed continuously to the sun rays, especially during springtime. This fact corresponds with the suggestion that the disease is caused by exogenous occitments.

RECENSION

I LIBRIT «PROBLEMES DE BASE EN ELECTROENCEPHALOGRAPHIE»

I redaktuar nga:
H. FISCHGOLD, C. DREYFUS — BRISAC — et Ph — PRUVOT
Masson et c^{ie}, ed. 1963

Ky libër është rezultati i pesë seminareve të mbajtura gjatë viteve 1960-61 dhe është frut i një pune 15 vjeçare të zhvilluar në fillim në spitalin Sent-Anne dhe pastaj në spitalin Pitié. Siç e thotë edhe vetë titulli i librit këtu ngrihen një varg probleme themelore dhe jepen një seri njohuri të rëndësishme të elektroencefalografisë klinike të neurofiziologjisë eksperimentale dhe të elektronikës, pa të cilat do të ishte e vështirë të kuptoheshin elementet grafike, ritmet dhe figurat e ndryshme të elektroencefalogrameve. Sigurisht, në këtë libër nuk ekspozohen njohuritë elementare të neurofiziologjisë dhe të elektroencefalografisë. Këto njohuri konsiderohen nga autori si një etapë e kaluar, prandaj në tërë librin ndihet gjuha e specialistëve elektroencefalografistë, të cilët i kanë vënë si detyrë vetes që të ngrejné dhe të diskutojnë një varg probleme mjaft aktuale dhe të rëndësishme të kësaj disipline që prej disa vitesh ka hyrë në shumë klinika të neurologjisë, të psikiatrisë, neurokirurgjisë etj. Gjithsejt në libër ekspozohen rreth dhjetë çështje.

Në këtë seminar morën pjesë këta autorë: G. Arfel, Cl. Blanc, J. Buisson-Ferey, P. Buser, O. Creutzfeldt, A. Fessard, H. Fischgold, P. Gerin, J.F. Hirsch, M. Jouvet, G. Raoul, A. Robert, J. Weiss.

Artikulli i parë bëhet nga presidenti i elektroencefalografisë së gjuhës franceze Prof. Fischgold mbi «Disa nocione të elektrogjenezës cerebrale.»

Çështja e elektrogjenezës cerebrale është një nga problemet më të vështira të elektrofiziologjisë cerebrale, thotë me të drejtë F. Bremer. Dhe në të vërtetë ne sot njohim mirë ritmin alfa, beta, valët patologjike teta, delta, fenomenet paroksizmale etj. Por natyrën e vërtetë të këtyre valëve nuk e njohim prandaj me të drejtë autori thotë që po na ndodh me elektroencefalogramën një aventurë e njohur mirë në mjekësi: aplikohet një zbulim për vlerën e tij klinike dhe, sukcesi praktik i tij na bën të harrojmë pamjaftushmërinë e njohurive tona mbi natyrën e tij. Dhe më poshtë ai shton: U zbulua dhe u përdor termometri pa njohur mekanizmin e ethes dhe digitalit përpara se të sintetizohej digitalina.

I pari që Berger, i cili dha mendimin e tij përsa i përket elektrogjenezës. Ai thonte se ritmet alfa dhe beta janë me origjinë kortikale. Përveç kësaj, ai e konsideronte këtë veprimtari «si globale» nga pikpamja që është e prodhuar nga tërësia e korteksit cerebral. Më poshtë H. Berger pranon pikpamjen e Dusser de Bareme dhe të Mc Culloch simbas të cilëve valët

alfa vijnë nga shtresat 4,5, dhe 6 ndërsa valët beta vijnë nga tri shtresat e para të korteksit.

Ky autor e argumenton pikëpamjen e tij me faktin që ritmi alfa në bën një reaksion global të korteksit dhe që ai çvendoset nga veprimtaria beta në çastin e përqendrimit të vëmëndjes. Më von, një autor tjetër A. Kornmuller nuk është dakord me tezën që elektroencefalograma është çfaqje globale. Ai e konsideron elektroencefalogramën si një veprimtari lokale dhe e diferencuar. Ai mendon se kemi të bëjmë me një mbledhje neuronike me një sumacion të mikroaktiviteteve të dendriteve dhe të fibrave të korteksit. Po me këtë mendim bashkohet më vonë Edrian. Mjaft vonë në 1949 F. Bremer e përmbledh elektrogjenezën në tre pikëpamje kryesore: 1. Valët alfa janë shprehje e automatizmit ritmik të qelizave nervore dhe sidomos të qelizave të mëdha piramidale. 2. Ato janë rriedhim i ngacmimit ritmik të kores nga influksat e një qendre rregulluese diencefalike. 3. Ato flasin për kalimin periodik nëpërmjet të kores së një fluksi të vazhdueshëm, që vjen nga circuitet talamo-kortiko-talamikë.

Më në fund në simpoziumin e dytë kushtuar bazave fiziologjike të elektroencefalografisë në Kongresin Ndërkombëtar të elektroencefalografisë të Bostonit të vitit 1953 u dhanë këto tri njohuri kryesore, që endë sot pranohen prej shumë autorësh:

1. Valët cerebrale i detyrohen potencialeve dendritike të ngadalëshme të graduara lokale; potencialet aksonike, të shpejta, të çfaqura simbas ligjit të gjithçka ose hiç, të përhapura gjatë fibrave, janë pjesërisht të moduluara nga këto valë dendritike pa ndërhyrë në gjenezën e lëkundjeve elektrike cerebrale.

2. Fenomene të tjera elektrike më të qëndrueshme, më të vazhdueshme, rrymat e depolarizimit marrin pjesë në modulimin e elektroencefalogramave.

3. Veprimtaria autoritmike dhe pjesa më e madhe e varianteve të saj gjindet në preparate të ndryshme të korës së izoluar.

Artikulli i dytë i kushtohet veprimtarisë neuronike të sistemit nervor central. Ky artikull shkruhet nga O. Creutzfeldt. Një nga mënyrat kryesore për kërkimet e elektrogjenezës cerebrale, simbas autorit është studimi i veprimtarisë së neuronit të izoluar, që regjistrohet nëpërmjet të mikroelektrodave.

Autori ekspozon metodën e tij të studimit eksperimental në trurin e izoluar të Bremerit me anën e respiracionit artificial. Veprimtaria neuronike regjistrohet me anë mikroelektrodesh prej 0,5 deri 5 mikron të diametrit të lagur me solucion KCl (3 m1.). Elektrodat futen në koren cerebrale nëpërmjet të një mikromanipulatori me një thellësi 0,5 deri 5 mm. Elektrokortikograma regjistrohet në të njëjtën kohë në afërsinë imediate të mikroelektrodës.

Me anën e kësaj metodike dhe të metodikave të tjera është e mundur të studjohet aktiviteti neuronik unitar kortikal dhe marrëdhëniet e tij me elektroencefalogramën.

Në artikullin e tretë njohuri të reja mbi formacionin retikular të *truncus cerebri* të Xh.G. Arfel jepet shkurtimisht një pasqyrë e sukseseve të mëdha të arritura gjatë viteve të fundit në lidhje me studimin e formacionit retikular. Duke përdorur prerjet në bazë katesh të sistemit nervor qëndror simbas Bremer, Megun dhe Moruci është bërë e mundur, që të studjohet formacioni retikular, i cili shërben për konvergimin e influksëve heterogjene dhe ndihmon për koordinimin e një vargu ngacmimesh, të cilët drejtohen për në koren cerebrale.

Në bazë të një vargu prerjesh sagitale mediane të propozuar nga Myers dhe Sperry, të trurit të izoluar, të hemisferit të izoluar, kanë filluar të bëhen studime interesante mbi funksionet globale të trurit nën prizmën e kujtesës dhe të mësimit.

Kapitujt «Formacioni retikular dhe sjellja» e M. Jouvét Potencialet e evokuara në neurokirurgji të F. Hirsch dhe J. Buisson-Ferey, japin një varg njohurisht të reja të elektroencefalografisë eksperimentale.

Në artikullin heshtje cerebrale të Arfel, Fischgold dhe Weis diskutohet mbi një nga problemet më të rëndësishme dhe të vështira të elektroencefalografisë: mbi heshtjen e plotë cerebrale, që vihet re në elektroencefalogramën.

Gjatë regjistrimit të një elektroencefalogramë në qoftëse do të kemi një trase krejtësisht të rrafshhtë dhe të heshtur, do të thotë se jemi përpara një heshtje cerebrale. Kjo gjë mund të fitohet në rastin e një aksidenti anoksik, në rastin e ndaljes kardiorespiratore etj. Vetëm me një regjistrim nuk është e mundur që të konkludohet në se ka posibilitet apo jo të bëhet reanimacioni. Për këtë arsye është e nevojshme që të përsëriten trasetë dhe të jepet një mendim më i plotë. Në Artikullin «*Ekstraksion dhe trajtim i informacioneve në elektroencefalografi*» jepen konsideracione interesante në lidhje me rrugën e bërë nga elektroencefalografia që nga koha e H. Berger dhe në një varg suksesesh të vazhdueshme siç janë ato të Gr. Walter, Gibbs, Brazier, Knot, Drobocki e të tjerë.

Në artikullin Truri elektronik dhe elektronika cerebrale të A. Robert dhe të H. Fischgold, përshkruhen sukseset e mëdha të arritura në sajë të ndihmës së automатеve elektronike, të cilat shtojnë në një mënyrë të çuditëshme disa nga funksionet e trurit tonë.

Por megjithë ndihmën e madhe që japin këto makina, autori ka të drejtë kur thotë se këto janë shumë të ngjajshme me ganglionet e insektit që kanë një numur të reduktuar neuronesh dhe funksionet e tyre janë të kufizuara dhe të fiksuara si ato të instinktit.

Ai me të drejtë citon Jungun, i cili shton se makinat elektronike janë të ndryshme nga truri njerëzor.

Artikulli i parafundit «Paralelizma neuro-biologjike» i Prof. Fischgold dhe Blanc është një studim interesant, i cili kërkon që të argumentojë bazat e elektroencefalografisë duke u nisur nga studime në fushën e biologjisë, dhe kështu ai bën fjalë për një bazë anatomo-fiziologjike, histologjike, elektrofiziologjike, psikosensoriale, psikofiziologjike, psikofizike, elektronike, neurokimike, gjenetike dhe evolutive si dhe antropologjike.

Artikulli i fundit është mbi elektroencefalografinë klinike të prof. H. Fischgold. Në këtë artikull flitet mbi vëndin që zën sot elektroencefalografia klinike në praktikën e përditëshme mjekësore. Ai shton se vëndi i elektroencefalografisë në disiplinat e neurologjisë, neurokirurgjisë neuropediatrisë dhe neurofarmakologjisë, as që mund të diskutohet.

Elektroencefalografia klinike sot mund të shikohet nën shumë prizma. P. sh.

1. elektroencefalografia e subjektit normal. Këtu bëjnë pjesë elektroencefalografia e fëmijës, ajo e të rriturit, ajo e plakut, e njeriut ansioz, e njeriut të zgjuar, atentiv, të fjetur. Të gjitha këto ngrejnë një varg problemesh, përsa i përket karakteristikave individuale dhe shpesh herë kërkon prurëndë.

2. Elektroencefalografia ambulatorë, që është e domosdoshme për diagnostikimin e epilepsisë.

3. Elektroencefalografia hospitaliere, e cila shpesh herë paraqet vësh-
tirësi të mëdha dhe kërkon studime sistematike.

Kand. i shk. mjek. B. Prezu

RECENSION OF THE BOOK «PROBLEMES DE BASE EN
ELECTROENCEPHALOGRAPHIE»

(Summary)

The author points out the importance of this work in connection with the pro-
blems of encephalography, discussed during the symposium at the Pitié hospital in
1960-1961. After a brief survey of the contents, the author recommends the book
as a source of reference.

MBI ROLIN E RICKECIOZAVE ATIPIKE OSE TË PA IDENTIFIKUARA, NË PATOLOGJINË VASKULARE

G. DELANOE — «La Semaine des Hopitaux» 1963, Nr. 40, f. 1433

Fisiopatologjia e Rickeciozave karakterizohet nga tropizimi i tyre i veçantë për aparatit kardio-vaskular dhe me qënë se biologjikisht afrojnë me viruset, paraqesin infeksione me forma latente ose të pa dukëshme (inapparente).

Kështu rezultojnë që gjithë sistemi vaskular mund të goditet prej tyre shpesh me forma subakute, në mënyrë që mbulohet natyra e infeksionit.

Ky evolucion mer formë të zgjatur, alternohet shpesh me rizgjime, ku fenomenet alergjike lozin një rol të konsiderueshëm. Paraqitet i qartë zbulimi i Leo Buerger, të trombo-angjeitit, kurse paralelisht, Brill, në këtë ambient përshkruante formën e veçantë të tifos. Prej asaj kohe janë bërë shumnë punime mbi rolin e Rickeciozave në angjiopatit dhe në mënyrë të veçantë në arteriet juvenile.

Autori i këtij artikulli ka depistuar 53 raste me arteriopati në forma të ndryshme duke studjuar etiologjinë e tyre; për këtë arsye ka përdorur metodën e mikro-aglutinacionit në lame simbas metodës së Girond. Vëmëndja e autorit është përqëndruar në këto variante: në arteriopati, filluan para 40 vjetësh, në pacienta që kanë jetuar për shumë kohë në vende ku rickeciozat paraqiten në formën endemike ose në raste ku aspekti klinik lejonte për një etiologji infektive dhe së fundi në rastin e një flebiti «kryptogenike» në të cilën reaksioni për ricketcie Prowazecki ka rezultuar fort pozitive.

Në këto 53 raste të depistuar kanë rezultuar 11 pozitive ose 20.7% por për raste me arteriopati juvenilis përqindja harriti në 41% (nga 17 raste kanë rezultuar 7 pozitiv). Pozitiviteti paraqitet i vogël, 7%, në rastet e çfaqura 40 vjet më vonë (në 28 raste, vetëm 2 pozitiv). Nga ana epidemiologjike ndërmjet rasteve pozitive, 3 kanë jetuar në vende ku rickeciozat paraqiten në formë endemike dhe 3 kanë jetuar në fushat e përqindrimit gjatë luftës së dytë botërore.

Autori komenton rezultatet në këtë mënyrë:

Mikro-aglutinacioni me këtë metodë zbulon ekzistencën e procesit infektiv në evolucion por duhet përsëritur shpesh për të kapur në kohën e rizgjimit.

Arteriopatitë juvenile duket se korespondojnë në një entitet nosologjik të veçantë.

Njeriu është rezervuari i rickecieve dhe tropizimi i tyre arterial është i pranuar nga të gjithë, prandaj është e drejtë të mendosh, të paktën për disa raste, se këto mund të jenë shtrati i një arteriopatie, së fundi duhet patur parasysh gjithmonë eventualitetin e rickecieve në sindromet vaskulare të ndryshme.

Prandaj kur jemi përpara një reaksioni të përsëritur pozitiv për rickecioze dhe kur anketa epidemiologjike pajtohet sidomos në formën juvenilis duhet aplikuar një mjekim me antibiotikë për të stabilizuar infeksionin dhe për të ndaluar evolucionin e asaj duke vepruar me insistim dhe me kura të përsëritura.

MJEKIMI I ENCEFALOPATISË PORTO-KAVA ME EKSKLUZION OSE REZEKSION TOTAL TË KOLONIT

L. LEGER, M. FOURESTIER, PH. DETRIE, S. NEVOYX
«La presse medicale» 1963, nr. 46, faqe 2181

Për mjekimin e encefalopatisë porto-kava egjiston një listë e gjërë medikamentesh dhe manipulimesh. Roli i amoniemisë në krijimin e çfaqjeve neuropsiqike gjatë sëmundjeve hepatike është i padiskutueshëm, megjithëse ka shumë elemente ende të pa-determinuara.

Dihet se amoniaku i organizmit ka origjinën nga këto dy burime. Një pjesë formohet në veshkat dhe në muskulat prej diseminimit të aminoacideve, por pjesa më e madhe formohet në intestimin në kolon, prej degradimit të proteinave alimtare nën influencën e enzimeve bakteriale. Për këtë arsye janë aplikuar shumë mjete terapeutike, si dieta hypo-protidike, antibioterapia për florën intestinale, por asnjë prej tyre ose të tjerave nuk paraqesin një mjet të sigurtë për evitimin e shtimit të amoniemisë.

Një orientim i ri propozohet, me goditjen e formimit, në bazën e amoniogjenезës kolike; ekskluzioni ose rezeksioni total i kolonit.

Autorët paraqesin eksperiencën e tyre në një seri rastesh në koma hepatike të komplikuar me hemoragji intestinale kanë parë zbritjen e amoniakut nga shifra të larta 2,2-3 mg ul (simbas metodës Conway) në 0,7-1,14 g me një herë pas operacionit edhe për një kohë të gjatë, të shoqëruar me zhdukjen e fenomeneve të encefalopatisë.

Indikacionet për interventin janë koma hepatike e vërtetë dhe koma portal ose encefalopati porto-kava.

Interventi bëhet me anestezi lokale.

HEPATITIS VIRALIS ME HYRJE ATYFIKE

M. CACHIN, F. PERGOLA, Y. HECHT «La Semaine des Hopitaux» Nr. 73 faqe 2672

Kërkimet virusologjike të reja të detyrojnë të mendosh se agjentët etiologjikë të hepatitis viralis nuk kufizohen vetëm midis viruseve A dhe B, siç pranohet por se ka shumë të dhëna që varieteti i virus S ka shumë shtama (Souche) virale krejtësisht të dalluara, por afër midis tyre.

Shumë autorë si Rightsell, Boggs, Mc Lean, Nikolau e tjerë, pranojnë se ekzistojnë tri tipa viruse.

Nga ana tjetër problemi i hepatotropizmit okazional e disa viruseve jo me natyrën iktterigjene mbetet i pa zgjidhur. Një shumicë e tillë agjentësh etiologjikë mund të shpjegojnë disa raste të hepatitis viralis me çfaqje të ndryshme që shpesh i shofim në klinikë. Disa prej tyre janë të njohura, siç janë bashkimi i hepatitis viralis me pneumopatitë e tipit viral, ose shoqërimi me syndromë të ndryshme neurologjike, meningoencefalitike, radikulite, myelitë e tjera.

Shpjegimi i këtyre rasteve nuk është i plotë, por mund të mendojmë këto variante: është një tip i veçantë nga viruse hepato-trope, ose janë agjente të zakonshme të hepatitis viralis okazional të një virus neurotrop.

Autorët paraqesin disa raste të rralla të cilët qëndrojnë afër këtij problemi.

1) *Hyrje me polyatrit inflamatorë*. Shumë raste të hepatitis viralis shoqërohen në fazën fillestare të sëmundjes me manifestime artikulare, duke patur një simptomatologji të lehtë, forma e cila përhapet në shumë artikulacione. Përveç kësaj forme ka raste ku fenomenet artikulare marrin një formë të rëndë që të japin përshypjen e një poliartiritis artikolar akut.

2) *Hyrja me uretrite*. Autorët paraqesin një rast me uretrite amikrobike, çfaqur në periudhën prej hepatitis; rasti është konsideruar në fillim si një koïnçidencë, por më vonë u paraqitën edhe raste të tjera me syndrome uretro-konjuktivale të tipit Rejter- Fiessinger. Etiologjia e këtij sindromi është i panjohur por konsiderohet se shkaktohet prej entero-virusit.

3) *Hyrja me orchitis*. Deri më sot nuk është botuar asnjë rast me orchitis si fenomen fillestar të hepatitis viral me gjithë këtë është paraqitur në disa sëmundje të tjera virale; Riggs dhe Sanford paraqesin disa raste me orchitis si komplikacion

e disa sëmundjeve virale (me përjashtim të parotitis) si në coxsackio, Danguë, chorio-meningitis lymphocytare, variole, grip, ose me virus ECHO.

4) *Ijryja me perikarditis*. Autorët paraqesin një rast të tillë por shpjegimi i tij është pak i vështirë, dhe mund të mendojmë për dy hipoteza; ose është një virus rastësisht hepatotrop ose është një prej viruseve të hepatitis viral, i cili në mënyrë të pa pritur ka goditur perikardin.

AGRANULOCITOZË E RËNDË, SHKAKTUAR PREJ MJEKIMIT ANTI-EPILEPTIK

G. OLMER, P. CASANOVA, R. MURATORE, F. BATAGLINI, C. DELBOY dhe A. GIROLANMI — SANTANDREA «La Presse medicale» 1963 Nr. 47 f. 2257.

Lista e medikamenteve që shkaktojnë agranulocitozën është mjaft e gjatë. Midis medikamenteve të grupeve të ndryshme që konsiderohen si shkak i një agranulocitoze është konstatuar, se edhe prej grupit të medikamenteve anti-epileptike, janë paraqitur raste me të tillë leziona hematologjike; këto janë derivatet të hydantoines, të paramethadioninës (Milontin, Colentin) etjera.

Tani në fund një preparat i ri anti-epileptik, kimikisht i afërtë me ata me tipin kimik Alpha-ethyl-alpha-methyl succinimid, i vënë në qarkullim me emërin Zorantin, ka shkaktuar trubullimet hematologjike të tipit agranulocitoze.

Autorët përshkruajnë rastin e një vajze 16 vjeçare, shtruar në klinikën e tyre me një simptomatologji të një aplasia medullare të rëndë.

Nga anamneza rezultoi se pacientja vuante prej vjetësh nga epilepsia dhe se mjekohesh me medikamente të ndryshme anti-epileptike; kohët e fundit, para çfaqjes së fenomeneve morboze ka filluar mjekimi me preparatin Zorantin, në doza relativisht të lartë për moshën e saj. Agranulocitoza u konsiderua se është shkaktuar prej këtij medikamenti që përdorte para çfaqjes së komplikacionit.

Rasti ishte tepër i rëndë, leukocitet harritën deri 200 kurse polynuklearet kanë munguar krejtësisht.

U mjekua me gjithë arsenalin e medikamenteve, si kortizonet, poly-antibioterapi, transfuzione masive të përsëritura. Me qënë se gjëndja keqësohesh më tepër dhe me mielogramin u paraqit mungesa totale e çdo elementi u aplikua një shartim (Gref) prej palcës së kockës, po me gjithë këto pacientja ekzitoi.

Ky medikament ka shkaktuar edhe një rast agranulocitoze siç e ka përshkruar Loslie Mann në 1962 në Los-Angelos që edhe në këtë rast, si rjedhim shkaktoj vdekjen e pacientit.

(Përmbledhur nga Lluka Dhimitri)

MORTALITETI I POPULLSISË SË MOSKËS NGA NEOFORMACIONET MALIGNË

Kliničeskaja Medicina 1964, 4, 38

Britja e mortalitetit nga tumoret maligne është vrejtur në fund të shekullit të kaluar. Cuyler tregon se më 1900 mortaliteti i popullsisë të SH.B.A. nga tumoret maligne qëndronte në vëndin e tetë dhe përbënte afro 4% të numurit të përgjithshëm të vdekjeve më 1948 zinin vëndin e dytë dhe përbënin 14% të vdekjeve. Mortaliteti nga tumoret maligne në SH.B.A. më 1955 në racën e bardhë përbënte 150,4 në 100.000 banorë dhe në racat e tjera 114. Në Britaninë e Madhe gjatë 28 vjetëve vdekja nga kanceret është rritur nga 612 të vdekur në 1922 në 12.241 më 1950. Në Francë gjithashtu është rritur nga 137 për 100.000 banorë më 1936 në 184 më 1950. Autori tregon se punimet statistikore flasin për rritjen e mortalitetit nga tumoret maligne si në popullsinë e Moskës ashtu dhe në qytetet e tjera në periudhën nga fillimi i shekullit të XX e deri më sot.

Britja e mortalitetit shpjegohet nga ndryshimet e strukturës së moshës së popullsisë dhe vënjes së diagnozës së herëshme dhe të saktë.

Mortaliteti nga neoformacionet maligne në Moskë pas 1958 vrehet midis personave më tepër se 15 vjeç, midis personave më të rinj se 15 vjeç ka raste të veçanta sidomos tek djemtë. Mortaliteti nga të gjitha format e kancerit në moshën 20-39 vjeç më tepër shihet tek gratë, duke filluar nga 40 vjet e lart vdesin nga tumoret më tepër burrat.

Krahasimi i mortalitetit të viteve 1956, 1947, 1937 tregon se janë rritur tumoret e organeve gjenitale (4 herë), në vendin e dytë qëndrojnë ato të organeve respiratore (3 herë). Tek meshkujt dëmtimi nga tumoret e organeve respiratore i kalon gratë 8-15 herë. Vëndin e tretë e zen mortaliteti nga tumoret e gjëndrës mamare. S.A. Novosalski tregon se rritja e tyre mvaret nga njohja e përsosur dhe shumë e saktë e formave të kancereve, përsosmëria e metodave diagnostike. Me gjithë sukseset progresive në mjekësi, vdekjet nga kanceri janë rritur dhe kjo tregon përhapjen e tij.

MBI KLINIKËN E GJENDJEVE KOMATOZE GJATË INSUFICIENCËS SUPRARENALË

SHVEDENKO LL. A., BEREZHNIKI M. N.
Sovjetskaja medicina 1964, 3, 97.

Klinika e gjendjeve komatoze gjatë insuficiencës suprarenale pak është përshkruar në literaturë. M.Ja. Brejtman, G. Condek etj. krahas përshkrimit të Morbus Addison tregojnë se nganjëherë gjatë kësaj sëmundjeje zhvillohet gjëndja komatoze por nuk dhanë kuadrin klinik të saj. Ka përshkrime të vetme të gjëndjes komatoze gjatë insuficiencës suprarenale nga S.G. Vajsbein, A.G. Tetelbaun etj.

N.K. Bogolepov përshkruan dy varjante të komës suprarenale me fenomene meningo-encefalitike dhe me sindrom abdominal. Autorët kanë vrejtur një rast të komës suprarenale me kolaps të shprehur, hipoksi dhe me ndryshime nga ana e sistemit nervor (fenomene meningo-encefalitike). Kuadri klinik i ndryshëm i komës suprarenale mvaret siç duket nga shkalla e dëmtimit të suprarenaleve.

A.G. Tetelbaun përshkruan dy tipa të dekursit të komës gjatë insuficiencës suprarenale. 1— Koma gjatë dëmtimit të shprehur të suprarenales e cila çon në vdekje të të sëmurit dhe 2— Koma që zhvillohet tek i sëmuri me insuficiencë suprarenale gjatë sëmundjeve interkurente dhe ka një prognozë të mirë.

Në rastin që përshkruajnë autorët u vrejt dëmtimi masiv tuberkular i suprarenaleve gjë që çojti në vdekjen e të sëmurit.

DËMTIMI I VEZIKËS URINARË GJATË HERPES ZOSTER

GOLLUBJEV I. S., MAZO E. B.
Kliničeskaja medicina 1964, 6, 134

Sipas mendimit të sotëshëm herpes zoster paraqet në vetëvehte një ganglioneurit viral me dëmtim të rrënjëve posteriore. Simptomatika është e thjeshtë dhe bazohet në fenomene që duken në lëkurë (fshikzat). Shënjat e tjera karakteristike janë: 1— shtrirja në grupe e fshikzave në një zonë që inrvohet nga ky ose ai segment i medula spinalis, ose gjatë rrugës së nervit më shpesh të 1— nervave interkostal 2— Më tepër lokalizohet unilateral. 3— Dhëmbje me karakter nevralgjik në pjesën e lëkurës ku ndodhet dhe korespondon me degët e nervit.

Por në disa raste paraqet vështirësi diagnostike dhe kjo ndodh atëhere kur lokalizohet në organet e brëndëshme dhe vihen kështu diagnoza të gabuara si infarkt miokardi, apendicit, kolika renale etj.

Vezika urinare rrallë dëmtohet nga herpes zoster. Sipas Gais dhe Abrahamson nga 42 raste me herpes visceralis në 6 u vrejt hematuri dhe dizuri.

Në literaturën botërore autorët kanë mbledhur vetëm dy raste me dëmtim të vezikës urinare nga herpes zoster dhe njeri prej tyre u konstatua me cistoskopi.

Pastaj autorët përshkruajnë rastin e një të sëmurit me herpes zoster të vezikës

urinare. Dëmtimi i funksionit të vezikës urinare nga herpes zoster shpjegohet me marrjen pjesë në procesin patologjik të segmentit të II-III-IV lumbal-spinal. Gradualisht procesi inflamator shkakton hipertoni të vezikës urinare dhe fenomene dizurike.

Sipas Meyer, dëmtimit të vezikës urinare gjatë herpes zoster i bashkangjitet një infeksion sekondar që mund të çojë në cistit intersticial dhe atoni të vezikës urinare. Gjatë kësaj sëmundjeje mund të dëmtohen rrugët parasimpatike duke shkakëtuar hipotoni të vezikës urinare dhe aplikimi i mjeteve parasimpatikotrope mund të forcojë tonusin e detrusorit që ndihmon kthimin në normë të urinimit.

RAST I SHOKUT ANAFILAKTIK TË SHKAKTUAR NGA APLIKIMI I AMIDOPIRONËS

BALLAUDIN V. N.
Kliniçeskaja medicina 1964, 5, 236.

Në literaturë autori nuk ka gjetur përshkrim të shokut anafilaktik nga aplikimi i amidopirinës.

Përshkruhet rasti i një të sëmurë 36 vjeçar që erdhi në gjendje të rëndë, pa ndërgjegje, në lëkurën e fytyrës, gjoksit, barkut kishte urtikarie, në pulmone respiracion të dobësuar vezikular, tensioni arterial 90/60 mmHg. Puls 96/minutë. Kur iu kthye ndërgjegjia pacienti tregoi se i filloi menjëherë me dobësi të madhe, vështirësi në frymëmarrje, dhëmbje koke, prurit në lëkurë, errësim para syve dhe pastaj humbi ndërgjegjen. U sqarua se i sëmurë kishte pasur dhëmbje në dhëmb dhe për këtë kishte marrë një tabletë amidopirinë 10-15 minuta mbas marrjes së saj i filluan shënjat e mësipërme. Një vit më parë pacienti kishte marrë amidopirinë dhe kishte pasur dhëmbje koke dhe urtikarie. Kështu që është e qartë se shoku anafilaktik lidhet direkt me marrjen e amidopirinës.

RASTI I REAKSIONIT ALERGIK PAS APLIKIMIT TË TETRACIKLINËS

KISELEVA A. S., KULLAGIN P. P.
Kliniçeskaja medicina 1964, 5, 135.

Autorët kanë vrejtur një të sëmurë tek i cili mbas aplikimit të tetraciklinës, lindi një reaksion i rëndë alergjik që u çfaq në formën e urtikaries dhe edemës subkutane të fytyrës.

Tetraciklina jep shumë rrallë reaksione alergjike dhe prandaj nuk është e nevojshme që çdo personi të bëhet prova kutane, por është i domosdoshëm aplikimi i dozës test. Mjekimi me të duhet të fillohet me doza të vogla prove.

KLINIKA E «ABDOMENIT AKUT» GJATË PERIARTERITIT NODOZ

POPUGAJEV V. I.
Kliniçeskaja medicina 1964, 5, 117.

Çështjet e diagnostikimit të «abdomenit akut» të shkaktuar nga periarteriti nodoz deri më sot nuk kanë marrë rëndësinë e duhur në literaturë. Autori përshkruan shkurtimisht 2 raste të observuar prej tij.

Periarteritis nodoza u përshkrua në literaturë për herë të parë më 1866 nga Kusmaul dhe Meyer. Në kohën e sotme sipas R.V. Voleviç i kalojnë 1500 raste. E.M. Tarajev, Klemperer duke vrejtur se gjatë kësaj sëmundjeje dënohet indi lidhor-kolagen e futën atë në grupin e sëmundjeve të kolagenit-kolagenozave.

Kuadri klinik është mjafit i ndryshëm dhe prandaj ka vështirësi diagnostike.

Simptomet e tij gjatë lokalizimit në abdomen karakterizohen me simptome të përgjithëshme dhe lokale. Simptomet e përgjithëshme shprehen me lodhje, dobësi, temperaturë, vjellje, nauze, konstipacion. Në gjak konstatohet sedimentacioni i rritur, leukocitozë, neutrofil. Në feçe ka gjak okult. Simptomi lokal bazë është dhëmbja në abdomen gjë që e bën të sëmurin të drejtohet dhe te mjeku. Lokalizimi dhe rëndësia e dhëmbjes varet nga vazet e kujt organi ose grup organi ka kap procesi. Krahas kësaj kemi dhe prishjen e funksionit të organit.

Të sëmurët e përshkruar nga autori kishin të gjitha simptomat e Jartëpërmëndura. Tek vasti i parë çoi në ileus dinamik, ndërsa tek i dyti në ileus mekanik me kuadrin e një peritoniti. Kështu fenomenet e një obturacioni me kuadrin e një peritoniti krahas me simptomet e përgjithëshme janë të dhëna bazë për vendosjen e diagnozës së periarteritis nodoza.

Çështja mbi indikacionet e ndërhyrjes operatore gjatë arteritis nodoza me fenomenet e një «abdomeni akut» në literaturë nuk është përshkruar shumë. Por në bazë të atyre pak të dhënave ndërhyrja indikohet gjatë rupturës së aneurizmës, perforacionit të ulçerës së traktit gastrointestinal, apendicitit, fenomenet e ileusit.

INFARKTI AKUT I MIOKARDIT DHE HEMORAGJITË GASTROINTESTINALE

NEBLINA E. M.

Kliniçeskaja medicina 1964, 3.

Mbi hemoragjitë gastro intestinale si një nga çfaqjet e mundëshme të infarktit të miokardit kanë folur në punimet e tyre V.P. Vasilenko, M.Ju. Mjelikova, A.G. Tetelbaun etj.

E.G. Daniljak duke studjuar materialot e arkivit, nga 153 raste letale nga infarkti i miokardit 7,8% (12 raste) u konstatuan ndryshime akute në traktin gastrointestinal (ulçera dhe erozione gastrike, shumë hemoragji në mukozën e stomakut dhe të intestinit, ulçera në intestin). Të dhëna anamnesteke për morbus ulcerosus kishtë vetëm në dy. Hemoragjitë nuk janë të shkaktuara nga përdorimi i antikoagulantëve mbasi ato janë konstatuar gjatë indeksit të lartë të protrombinës, gjë që tregon lidhjen e pakët të hemoragjisë me dëmtimin e koagulabilitetit të gjakut.

Autori ka studjuar 365 të sëmurë me infarkt miokardi (prej vitit 1953 deri në kohën e sotme), hemoragji gastrointestinale u çfaqën vetëm tek 6 (1,7%), prej tyre vdiqën 4. Në anamnezë morbus ulcerosus u konstatua tek një. Të gjithë ishin burra në moshë 43-70 vjeç. Pastaj autori mirret me përshkrimin e shkurtër të këtyre rasteve.

Tek të gjithë të sëmurët hemoragjia gastrointestinale u zhvillua në periudhën akute të infarktit të miokardit, në orët e para të tij dhe jo më vonë se 31 ditë në kuadrin e kolapsit. Hemoragjia keqëson prognozën e infarktit.

Në 5 prej 6 të sëmurëve u konstatua neutrofilozë, eozinopeni limfopeni, monocitozë, ky gjithashtu u vrejt dhe në 75% të rasteve të tjera.

Autori bashkohet me opinionin e shumicës së autorëve që e shpjegojnë lindien e hemorragjisë gastrointestinale gjatë infarktit të miokardit duke u nisur nga pozita e secilës me çfaqjen e reaksioneve jo specifike që lindin gjatë stress-it.

Hemoragjinë në orët e para të infarktit të miokardit e shpjegojnë me fazën e parë të stressit, me shokun që bën ndryshime të permeabilitetit vazal. Për konstatimin e dëmtimit në traktin gastrointestinal tek të sëmurë me infarkt miokardi E.G. Daniljak rekomandon ekzaminimin e fçeve për gjak.

MBI INFLUENCËN E ALKOLIT NË QARKULLIMIN KORONAR TEK TË SËMURËT ME STENOKARDI DHE MORBUS HYPERTONIKUS

TETELBAUN A. G.

Kliniçeskaja medicina 1964, 3, 45.

Sipas Grotel në lidhje me rolin e alkoolit si një nga faktorët etiologjikë në genëzën e mbylljes akute të arteries koronare në infarkt in e miokardit nuk ka të dhëna bindëse.

Këtë e bazon në të dhënat statistikore duke studjuar të sëmurë që pinë dhe që nuk pinë alkool. dhe del raporti 35,7: 64,3. Megjithatë roli i alkoolit shihet nga dy pikëpamje: 1- Roli i alkoolit në dekursin e aterosklerozës dhe veçanërisht në atë

të arterieve koronare. 2- Influenca e alkoolit mbi gjëndjen funksionale të arterieve koronare (indirekt me anë të gjakut ose me rrugën e funksionit rregullues të kores së trurit).

Sipas Grotel, alkooli nuk luan ndonjë rol esencial në zhvillimin e aterosklerozës dhe veçanërisht asaj të arterieve koronare.

Pastaj autori mirret me përshkrimin e rasteve ku alkooli ka favorizuar zhvillimin e infarktit të miokardit dhe del me konkluzion se aplikimi i dozave të mëdha të alkoolit mund të shkaktojë tek të sëmurët me stenokardi dhe me morbus hipertonus infarkt miokardi dhe shpesh në një zonë të gjërë. Tek të sëmurët me aterosklerozë të shprehur të koronareve, infarkti i miokardit mund të provokohet dhe me doza të vogla alkooli.

Influenca e alkoolit tek njeriu i rritur mvaret nga sensibiliteti individual kundrejt tij. Rëndësi të madhe kanë gjithashtu këto ose ato fenomene patologjike në organizëm. Veçanërisht sensibilitet të madh kundrejt alkoolit sipas vrejtjeve të autorit kanë njerëzit që vuajnë nga stenokardia ose morbus hipertonus ku sipas autorit është konstatuar që dozat e mëdha të alkoolit mund të shkaktojnë infarkt miokardi ndërsa dozat e vogla dhe mesatare jo rrallë favorizojnë lindjen e atakut të stenokardisë. Në E.K.G. në shumë raste vrehen ndryshime dinamike të qarkullimit koronar.

L.I. Fogelson tregon se marrja e dozave të vogla të alkoolit rrit shpejtësinë e qarkullimit të gjakut dhe sasinë e gjakut qarkullues shkakton shpesh rritjen e presionit arterial. Dozat e vogla sipas tij zgjerojnë arteriet koronare. Këto që u thanë më sipër i përkasin njerëzve të shëndoshë. Çështja mbi influencën e dozave të vogla të alkoolit mbi qarkullimin koronar tek të sëmurët me stenokardi ose morbus hipertonus akoma është e pa qartë.

Patogjeneza e infarktit të miokardit dhe stenokardisë nga përdorimi i alkoolit akoma nuk është e plotë. Mund të lejohen disa hipoteza: 1- Ngritja, nën influencën e alkoolit, e permeabilitetit të mureve të arterieve koronare. 2- Ngritja e koagulibilitetit të gjakut dhe shtimi i formimit të trombozave. 3- Veprimi i alkoolit në arteriet koronare nëpërmjet sistemit nervor (duke u dëmtuar funksioni rregullues i korteksit).

Sipas Llangut frenimi i korteksit cerebral dhe eksitimi i subkorteksit nga alkooli mund të kondicionojnë ataket e stenokardisë të infarktit të miokardit.

Sipas I.A. Çernogorov alkooli mund të shikohet si agjent që dëmtton funksionin normal të sistemit nervor central dhe veçanërisht kontrollin ndaj sistemit vazal.

Fra shumica e autorëve mendojnë se alkooli vepron në sistemin kardio-vaskular nëpërmjet sistemit nervor dhe jo direkt mbi të.

SINDROMI MARTOBELL GJATË MORBUS HIPERTONIKUS (Patogjeneza, klinika, mjekimi)

ALEKSEJEV P. P.

Kliničeskaja medicina 1964, 3, 79.

Në vitin 1964 Martorell mblodhi disa raste të ulçerës së gjurit, klinika e së cilës nuk vendosej në kuadrin e dëmtimeve vazale të njohura. Sëmundja u vrejt tek gratë në moshë 35-70 vjeç që vuanin për një kohë të gjatë nga morbus hipertonus.

Sipas Hines sëmundja ka patogenezën e saj dhe duhet konsideruar si morbus *suigeneris*.

Shkaku i dëmtimeve lokale të qarkullimit të gjakut gjatë këtij sindromi është obliterimi i arterieve dhe arterioleve në një pjesë të kufizuar të ekstremiteteve inferiore. Çrregullimi i trofikës dhe ulçerat lindin si rezultat i iskemisë së shkatërruar nga dëmtimi obliterues i arterieve të vogla të lëkurës më tepër në gjunjë. Hines, Alonso etj. konsiderojnë karakteristike për këtë sëmundje presionin e lartë diastolik i cili është tregues i shkallës së lartë të spazmës vazale.

Sëmundja mund të lindi si rezultat i një traume të vogël ose presionit të veshjeve, influencë të keqe ushtron ngarkesa e gjatë për këmbët. Siç u tha më sipër, takohet më tepër në gra me presion të lartë diastolik mbi 100 mg., më shpesh në gjunjë në sipërfaqen e përparëshme ku çfaqet një njollë e kuqe e dhëmbëshme e cila brënda 10 ditëve bëhet cianotike dhe rreth e qark purpurike, lëkura në këtë vend është më e ftohtë se sa për rreth. Fenomenet akute për disa muaj zhduken dhe më pas një atrofi të lëkurës dhe hiperpigmentacion. Nganjërë dëmtimet janë simetrike dhe bilaterale. Jo rrallë në këtë vend ngelet ulçer, me dhëmbje të fortë

që nuk pushon as në shtrat, me diametër 1-15 cm. Karakteristike janë ndryshimet në fundus okuli të tipit të angiosklerozës. Ulçera herë çfaqet dhe herë çduket, por kurë nuk çduket krejtësisht. Autori ka vrejtë shpesh kombinimin e sëmundjes Reino me sindromin Martorell, të cilat kanë afërsi patogjenetike. Në fillim duhet mjekuar morbus hipertonicus dhe pastaj preparati me veprim lokal që të bllokojnë angioreceptorët. Të gjithë autorët rekomandojnë simpatektominë.

MBRI APLIKIMIN E DOZAVE TË MËDHA TË ACIDIT NIKOTINIK GJATË DËMTIMIT TË METABOLIZMIT TË YNDYRNAVE (Tek të sëmurët me aterosklerozë dhe ksantomatozë).

GANELINA I. E. KRIVORUCENKO I. V.
Kliničeskaja medicina 1964, 3, 55

Vitamina PP gjeti aplikim në mjekësi nga viti 1930, në fillim u përdor specifike në pellagër, pastaj si vazodilatatore.

Sipas shumë autorëve, acidi nikotinik në doza 0,15-0,45 në ditë i përdorur për ose parenteral tregohet efektiv në stenokardi për sëmundje të tjera që shoqërohen me angiospazmë.

Në metabolizmin yndyror sipas disa autorëve acidi nikotinik tregon veprim jo të kënaqshëm në dozat e më sipërme duke shkakëtuar tendencë për hiperkolesterinemi dhe duke shtuar zhvillimin eksperimental të aterosklerozës tek lepujt.

Më vonë Altschu e b.p. përsëri tërhoqën vëmendjen e mjekëve se dozat e mëdha të acidit nikotinik 1-4 gr. pro die japin efekt të shprehur hipokolesterinemik. Eshhtë konstatuar se prej tij ulet niveli i triglicerideve dhe përqindja e përbajtjes së lipoproteideve (O'Reilly, Comesana etj). Sipas disa autorëve futja parenterale e tij shkakton tendencën në ngritjen e koagulabilitetit të gjakut kurse të tjerë në të njëjtën kohë thonë se ai favorizon fibrinolizën (Weiner, Wilson, Imhofel).

Autorët kanë mjekuar me acid nikotinik 30 të sëmurë me dëmtim të shprehur dhe të qëndrueshëm të metabolizmit të yndyrave për 2-3 vjet, 3 prej tyre (3 burra dhe 5 gra) vuanin nga ksantomatoza, ndërsa 22 nga ateroskleroza me predominim të asaj koronare. Të gjithë të sëmurët para mjekimit kishin dhëmbje anginoze, tek të sëmurët u ekzaminua kolesterina sipas metodës Caketta, fosfolipidet sipas metodës, Devis, betalipoproteidet me elektroforezë.

F.A. Abdurahmanov përcaktoi gjithashtu nxjerrjen e kolesterolinës me feçe dhe përbajtjen e kolesterolinës dhe acideve biliare në bilën hepaticë (në porcionin C). U studjua protrombina fibrinogjeni, funksioni i gjëndrës tiroide me metabolizmin bazal dhe përbajtja e jodit lidhur me proteinat e gjakut. Mjekimi u fillua në klinikë dhe pas stabilizimit të kolesterolinës u vazhdua ambulatorisht. Të sëmurët gjatë këtij mjekimi nuk morrën preparate të tjera që vepronin në metabolizmin e yndyrnave. U fillua 100 mg. 3 herë në ditë mbas buke, pastaj u rritën dozat gjatë 4 ditëve 1-1,5 gr. në ditë, të tilla doza kanë marrë gjatë 2 javëve në qoftë se niveli i kolesterolinës nuk ulët doza rritet deri në 3 gr. Zgjatja e kurës tek shumica e të sëmurëve ishte 4-8 javë, tek 6 të sëmurët zgjatj 3-6 muaj. Kolesterina ulet 2 javë mbas fillimit të kurës, ndërsa para mjekimit kolesterina ishte mesatarisht 350 mg¹⁰⁰, mbas mjekimit 275 mg¹⁰⁰. Niveli i lartë i kolesterolinës ishte më shumë tek ata me ksantomatozë 300-600 mg¹⁰⁰ dhe pas 4 javë ishte nën 300 mg¹⁰⁰. Fosfolipidet u ndryshuan më pak gjatë mjekimit. Beta lipoproteidet e ngritura në ato me aterosklerozë, mbas mjekimit filluan të ulen. Tek ata me ksantomatozë serumit i gjakut që para mjekimit kishte pamjen e qumështit mbas mjekimit u bë transparent, kjo tregon uljen e nivelit të tri glicerideve në gjak. Kolesterina e eliminuar me feçe u ekzaminua në 10 të sëmurë, ndërsa përcaktimi i kolesterolinës dhe acideve biliare në bilë u bë në 8 të sëmurë. Vërehet rritja e nxjerrjes së kolesterolinës me materjet fekale dhe me bilë. Ekzaminimi i tyroides me anën e metabolizmit bazal u bë në 10 të sëmurë, ndërsa përcaktimi i jodit lidhur me proteinat e gjakut u bë në 9 të sëmurë. U vrejt tendencë e rritjes së metabolizmit, ndërsa niveli i jodit nuk u ndryshua 18 të sëmurë krahas këtyre u vrejt dhe përmirësim i gjëndjes së përgjithshme u ndërpre në ose u rrailluan ataket e stenokardisë, u përmirësua gjumi, u zhduk zhurma në vesh, në ata me ksantomatozë, u zhdukën pilakat ksantomatoze. Shumica e të sëmurëve e suportoi mirë acidin nikotinik. Sipas autorëve ky acid forcon funksionin e gjëndrës tiroide dhe ngren metabolizmin bazal (Foffer, RD. Vjazovskaja, Ferry etj).

Hipokolesterinemia që jep acidi nikotinik mund të lidhet me eliminimin e saj me bilë dhe materje fekale, normalizimi i metabolizmit yndyror lidhet me ngritjen e funksionit të gjëndrës tiroide.

Sipas Altschult veprimi i këtij acidi lidhet me forcimin e pro-

ceseve oksiduese intracelulare dhe krijimin e oksikolesterinës që lirohet më lehtë nga gjaku se sa kolesterina. Efekti i mirë i Vit. PP gjatë stenokardisë mund të shpjegohet me krijimin në gjak të koncentracioneve të tilla të tij dhe me uljen e nivelit të kolesterinës. Gjatë përdorimit të dozave të mëdha dhe për një kohë të gjatë vrehen fenomene anësore, më i shpeshti është shtimi i atakeve të stenokardisë.

MBI INFLUENCËN E RESERPINËS NË QARKULLIMIN KORONAR

KURIANOVA E. I.

Kliniçeskaja Medicina 1964, 3, 66.

Influenca e preparateve të Rauwolfies në qarkullimin koronar nuk është studjuar plotësisht.

B.P. Kushelevski dhe N.N. Kollotova tregojnë keqësimin e qarkullimit koronar gjatë mjekimit me reserpinë, forcimin e atakeve të stenokardisë, zhvillimin e infarktit të miokardit, duke i shpjeguar këto me aftësinë e preparatit për të ulur tensionin arterial dhe të eksitojë nervin vagus ateroskleroza koronare e shprehur sipas tyre është e kontraindikuar për të përdorur reserpinën.

Në të njëjtën kohë I.I. Veretjanov, A.G. Gukasian etj. vërejtën influencën pozitive të reserpinës në qarkullimin koronar dhe këtë e shpjegojnë jo vetëm me uljen e tensionit arterial por me tonizimin arterial të miokardit i cili përmirëson ushqimin e tij dhe proceset metabolike në të. Autori ka vërejtur 193 të sëmurë me morbus hipertonicus prej të cilëve më 148 të sëmurë kjo shoqërohej me aterosklerozë koronare dhe çfaqje klinike të stenokardisë.

Të gjithë të sëmurët gjatë hyrjes në klinikë në fillim u mjekuan me mjete të zakonshme hipotensive. Në goftë se tensioni arterial nuk ulej ose ulej pak atëhere pas 7-14 ditë i jipej reserpinë në doza 0,1-1 mg. në 24 orë e ndarë në 1-4 porcione, doza më e madhe në pjesën e dytë të ditës. Dozat ishin individuale dhe në mvartësi nga respiracioni i të sëmurit nga efekti i mjekimit.

U kontrollua tensioni arterial, ndryshimi i tij, i kontraksioneve të zemrës, u gjykua mbi ndryshimin e qarkullimit koronar në bazë të E.K.G. që u bë para dhe mbas mjekimit. Tensioni arterial u ul në normë ose afër normës në 81,4% të sëmurëve, u pakësua shpejtësia e rahjeve të zemrës në 60,6%. Tek 30 të sëmurë u zhduk dhëmbja në zemër. Forcimi i atakeve të stenokardisë gjatë përdorimit të reserpinës u vërejt në 2,7% të sëmurëve, pakësimi në 37% zhdukja në 46,6%. Ndryshime nuk u vërejtën në 13,7%.

Zhdukja ose pakësimi i shënjave të insuficiencës koronare në periudhën e mjekimit me reserpinë u regjistrua me E.K.G. në 23 të sëmurë.

Presioni arterial u ul deri në normal ose afër saj tek shumica e të sëmurëve me përmirësim të qarkullimit koronar, në krahasim me të sëmurët ku qarkullimi koronar u keqësua.

Në grupin e të sëmurëve me morbus hipertonicus që shoqërohej me aterosklerozë koronare, përmirësimi klinik i qarkullimit koronar në periudhën e mjekimit me reserpinë u vërejt në 83,6% të rasteve dhe u keqësua në 2,7% të rasteve. Gjatë 3 vjetëve të sëmurët me morbus hipertonicus morrën vazhdimisht doza reserpine nën kontrollin e repartit të kardiologjisë. Autori studjoi një grup tjetër të sëmurësh si kontroll me morbus hipertonicus shoqëruar me aterosklerozë koronare të mjekuar me preparate vazodilatatore, mjete ganglioblokuese etj. gjithësejt 32 të sëmurë me moshë 41-70 vjeç.

Si rezultat i mjekimit u arrit përmirësimi në 21 të sëmurë. Kështu që tek të sëmurët që u përdor reserpina, përmirësimi i qarkullimit koronar është në një numur më të madh rastesh.

REZOKINA NË KLINIKËN E SËMUNDJEVE TË BRENDËSHME DHE FENOMENET E MUNDËSHME ANËSORE GJATË APLIKIMIT TË SAJ

MAKARENKO I. I., LEVICKI E. R.

Sovjetskaja medicina 1964, 3, 72.

Krahas veprimit të saj kryesor si antimalarike rezokina kohët e fundit ka gjetur përdorim në praktikën dermatologjike, atoma më gjërë në mjekimin e sëmundjeve alergjike, në disa forma të dëmtimit të veshkave (glomerulonefrit, amiloidozë), dhe në aritmitë e zemrës.

Freedman dhe Bach propozuan me e aplikue rezokinën gjatë aritmisë reumatoide dhe kolagenozave.

Rezokina rekomandohet të aplikohet gjatë kolagenozave në doza 0,25 një herë në 24 orë mbas ushqimit.

Kron rekomandon në dy javët e para 2 tableta në ditë, ndërsa Bëumer dhe Schwiete 3 tableta.

Vykydal futi 1% solucion rezokinë në hapësirën e artikulacioneve në vënd të hidrokortizonit. E.M. Tarajev, V.R. Nasonova gjatë kolagenozave rekomandojnë mjekim të gjatë nga disa muaj deri në 2-3 vjet. Veprimi i preparatit është gradual dhe gfaqet 4-6 javë mbas mjekimit.

Jep efekt të mirë në artrite, tek të sëmurët me stad të herëshëm, pa ndryshime të thella organike.

Sipas autorëve kombinimi i rezokinës me preparatet hormonale gjatë kolagenozave jep efekt të dukëshëm dhe kjo rekomandohet të jipet gjatë ndërprerjes së hormoneve ose pakësimit të dozave të tyre. Në rast se mbas 2-3 muaj nuk jep efekt atëhere duhet të ndërpritet.

Mekanizmi i veprimit të rezokinës gjatë kolagenozave akoma nuk është studjuar në mënyrë të mjaftuëshme. Sipas Haydu preparatet frenojnë përpunimin në organizëm të adenozin-trifosfatazës si rezultat i së cilës përmirësohet kërkesa e indeve të të sëmurit me kolagenozë për acid adenozin trifosfatik. Ka gjithashtu të dhëna për veprim anestetik, jo specifik antiinflamator Rezokina tregon veprimin e saj antiinflamator si lokalisht ashtu edhe nëpërmjet rregullimit nervor. Ueberlant tregon për influencën e rezokinës në zhvillimin e indit të granulacionit në vatrën e inflamacionit. Keleman dhe Csoka panë ngritje të dukëshme të sekrecionit të 17 ketosteroideve nën veprimin e rezokino-terapisë.

PËRMBAJTJA E DISA MIKROELEMENTEVE NË GJAKUN E TË SËMURËVE ME DIABETES MELLITUS

Kliniçeskaja medicina 1964, 4, 113

V.P. Llisun, Lobanova duke ekzaminuar përmbajtjen e manganit, bakrit dhe zinkut në gjakun e të sëmurëve me diabet, vrejten mvarhtësinë e elementëve të më sipërme me gjatësinë dhe formën e sëmundjes. Sipas disa autorëve mikrodozat e manganit ndihmojnë depozitimin në organizëm të vitaminës C dhe B₁ dhe tregojnë efekt lipotrop. Jonet e manganit dhe të bakrit tregojnë veprim të ngjashëm me insulinën, sipas disa autorëve të tjerë pjesëmarrja e mikroelementëve në proceset biokimike përcaktojnë marrëdhëniet midis mikroelementëve, hormoneve, vitaminave, proteinave dhe në veçanti fermenteve.

Koncentrimi i manganit, aluminit, titanit, bakrit në gjak u përcaktua në 122 të sëmurë me diabet mellitus me moshë nga 13,5-81 vjeç. Forma e lehtë u konstatua në 19 të sëmurë, mesatarja në 74 dhe e rëndë në 29. Në bazë të pasqyrave të përpunuara nga autori vrehet se tek njerëzit e shëndoshë kemi një sasi më të madhe alumin dhe titan dhe më pak mangan dhe bakër. Duhet nënvizuar se ulja e mikroelementëve në gjak me përjashtim të manganit shkon krahas rritjes së sëmundjes. Sipas S.G. Genes në kohën e sotme nuk mund të kuptohet patogeneza e diabetit mellit pa marrë parasysh rolin e korteksit, hipotalamusit, sistemit vegjetativ, endokrin dhe veçanërisht hipofizën anteriore me suprarenalet. Sipas V.R. Soroki eksitimi i sistemit nervor shoqërohet me ngjitjen e përmbajtjes së manganit, aluminit, titanit dhe bakrit në gjak, dhe uljen e këtyre elementeve në hepar, tru dhe organe të tjera.

NDRYSHIMET NË ARTIKULACIONE DHE NË KOCKA GJATË FORMAVE TË NDRYSHME TË HEMOFILISË

SHEVÇENKO V. J., SUHOVJEVA E. Ja.

Kliniçeskaja medicina 1964, 4, 109.

Ndryshimet kliniko rentgenologjike në artikulacione gjatë hemofilisë janë përshkruar nga një sërë autorësh: Konik, S.A. Frejdberg, Doub, Davidson etj. Të gjithë këta autorë thonë se në artikulacione dhe kocka këto ndryshime fitojnë karakter shkatronjës dhe shpesh përfundojnë në ankiloza fibrokokore.

Më tepër vrehet hemoragji në artikulacionet e gjurit dhe të brylit, më rrallë në

kokso-femoral dhe talo-krural. Artikulacionet e vogla dëmtohen rrallë. Këto artropati hemofilike disa autorë (Jordan O.S.H. Bauçitse) e klasifikojnë sipas stadeve.

Stadi i parë ose i herëshëm karakterizohet me rritjen e hijes artikulare si rezultat i hemorragjisë ose i sinovitit me kontraktura lëvizëse. Stadi i dytë karakterizohet me defekte tipike në sektorin subkondral në formë ovale ose në formë kisti. Kemi dëmtime në formë krateri ose tubeli që janë karakteristike për homofilinë e kockave, osteoporozë, rritja e epifizave dhe zvogëlimi i diafizave.

Shkatrohen kartilagot që çojnë në rafshim të sipërfaqes artikulare dhe ngushtimet gafa artikulare.

Stadi i tretë ose forma e rëndë karakterizohet me destruksion të plotë të sipërfaqes së dëmtuar dhe deformimin e strukturës trabekulare të metafizave. Vërehen kontraktura të qëndrueshme dhe fenomene të osteoartrozave deformante.

Petersen, Kahn tregojnë për disa raste të veçanta gjatë hemofilisë si për frakturat, miozite osifikante, dëmtime hemofilite jashtë artikulacioneve dhe kockave.

Autorët kanë patur nën observacion 20 të sëmurë me forma të ndryshme të hemofilisë. Me ndihmën e testit tromboplastik hemofilia A u konstatua tek 9 të sëmurë, hemofilia B tek 4 të sëmurë dhe C tek 7 të tjerë. Me hemofili A të sëmurët ishin në moshë prej 2,5-36 vjeç. Sipas protrombinës nga 10-30% ishin 7 veta kurse mbi 30% 2 veta. Sasia e globulinës antihemofilite ishte shumë e ulur. U vrejtën hemoragji në artikulacione që shoqëroheshin me ndryshime tipike të stadi të II dhe të III, më tepër në artikulacionet e gjurit dhe të brylit. Kishte në këtë grup hemartroza nga format më të lehta gjer në më të rëndat.

Nga 4 burra me hemofili B në moshë nga 12 deri në 23 vjeç 3 kishin hemartroza të shprehura të artikulacioneve të gjurit dhe të brylit. Sipas autorëve të sëmurët e të njëjtës moshë gjatë hemofilisë B përsa i përket ndryshimeve artikulare nuk ka ndryshim nga hemofilia A.

Interes të veçantë paraqesin ndryshimet osteoartikulare gjatë hemofilisë C. Në literaturë ka të dhëna se hemofilia C rrjedh më lehtë dhe nuk shoqërohet me hemoragji abondante dhe hemoragji në artikulacione. Ndërsa sipas autorëve gjatë hemofilisë C mund të kemi një dekurs të rëndë të sëmundjes që nuk dallohet në disa raste nga hemofilia A dhe B e i ndajnë të sëmurët në dy grupe. A-forma e shprehur e hemofilisë C që rrjedh me hemoragji të rëndë dhe hemoragji në artikulacione. B-forma e lehtë që karakterizohet me çfaqjen e hemoragjive të gjata dhe të hollësishtme vetëm pas traumave dhe ndërhyrjeve operatorë. 7 të sëmurët me hemofili C kishin ndryshime artikulare të stadi të dytë dhe të tretë megjithëse gjatë kësaj forme takohen rrallë. Tek të sëmurë me protrombinë nga 13-24% dhe në remision 40% u vrejtën hemartroza të rënda që lindin që në periudhën e herëshme të jetës. Kur protrombina është 23-26% dhe në remisione 54% kemi hemartroza të stadi të parë dhe të dytë që lindin vetëm në moshën 4-6 vjeç. Krahas ndërhyrjeve terapeutike kundër hemorragjisë influencë të mirë gjatë hemartrozave tregon rontgenoterapia e artikulacionit të dëmtuar. Përcaktimi i karakterit të ndryshimeve, metodat efektive të terapisë ndihmojnë në parandalimin e hemoragjive nga artikulacionet dhe ruajtjen e funksionit të ekstremitetit.

PËRMBAJTJA E VITAMINËS B₁₂ NË GJAKUN E TË SËMURËVE ME DIABETES MELLITUS DHE RËNDËSIA E SAJ NË KOMPLEKSNIN E TERAPISË

GUMBATOV N. B.

Terapevtičeskij arhiv 1964, 2, 59.

Gjatë diabetit melitus dëmtohet edhe metabolizmi i vitaminave. Metabolizmin e vitaminës B₁₂ dhe C e kanë studjuar shumë autorë.

Sipas Bosolli mekanizmi i vitaminës B₁₂ kondicionohet me prezencën në hepar të një lënde të veçantë që duke u bashkuar me ciankobalaminën krijon një holoferment aktiv që vepron si katalizator në procesin e transmetimit.

Autori studjoi përmbajtjen e kolesterolinës, lecitinës dhe vitaminës B₁₂ në gjakun e të sëmurëve me forma të ndryshme të diabetit melitus të komplikuar dhe jo, para injektimit dhe pas, me insulinë e me sulfamilamide dhe të kombinuar me vitaminë B₁₂.

Nën mbikëqyrjen e tij u ndodhën 110 të sëmurë me diabet melitus me moshë nga 19-72 vjeç, zgjatja e sëmundjes nga 1-5 vjet me formë të lehtë 34 të sëmurë, formë mesatare të rëndë 60 të sëmurë dhe të rëndë 16. Përmbajtja mesatare e vitaminës B₁₂ tek njerëzit e shëndoshë është 450-800 mkrmkg/ml. U përcaktua vitamina B₁₂ tek 76 të sëmurë me diabet, në 19 të sëmurë me formë të lehtë vi-

tamina B₁₂ ishte nga 420-760 mkmg/ml, në 36 të sëmurë me formë mesatarisht të rëndë 380-540, në 15 të sëmurë me formë të rëndë 280-400. Vitamina B₁₂ tek të sëmurë me diabet melitus ulet paralel me rritjen e rëndësisë së sëmundjes dhe zgjatjes së saj. Nga autori u vrejt se më e ngritur është kolesterina dhe më e ulur lecitina në format e rënda të diabetes mellitus ose në format e kombinuara me aterosklerozë, endarterit etj.

Në bazë të vrejtimeve të autorit del se gjatë çdo forme të diabetit melitus dhe me zgjatje të ndryshme terapia komplekse me vitaminë B₁₂ siguron efekt shumë të mirë, veçanërisht kur diabeti është i komplikuar ose i shoqëruar me sëmundjet e tjera.

ASMA BRONKIALE NË KLINIKËN E KOLAGENOZAVE

ELLKONIN B. LL., SHIMELIOVIC LL. B.
Terapevtičeskij arhiv 1964, 5, 101.

Roli i faktorit alergjik në zhvillimin dhe dekursin e kolagenozave njihet prej shumë autorëve.

Interes paraqet studimi i raportit midis asmsë bronkiale- sëmundjes klasike alergjike dhe formave të ndryshme të kolagenozave. Më tepër takohet shoqërimi i asmsë bronkiale me periarteritis nodoza dhe sipas Vilson dhe Aleksandër vrejtën asmsë bronkiale në 18% të të sëmurëve me periarteritis nodoza. Sipas Jimenez-Diez në disa raste asma bronkiale të çon në kolagenoza me transformimet e saja atipike.

Autorët kanë vrejtur shumë të sëmurë tek të cilët asma bronkiale mund të shikohet si një çfaqje e sëmundjes kolagenoze. Pastaj ata mirren me përshkrimin e një rasti që paraqiste një vaskulit më tepër me dëmtim të enëve pulmonare dhe të zemrës që çuan në zhvillimin e infarktit të miokardit dhe të shumë infarkteve pulmonare. Asma bronkiale tek i sëmuri që përshkruajnë ata që një nga çfaqjet e para të vaskulitit të qarkullimit pulmonar.

(Përmbledhur nga Margarita Vullkaj)

RASTI RIGJENERIMIT TË SPLINËS MBAS SPLENEKTOMISË

KRASOVSKIJ I. J. KONDRAKOV V.M.
Kliničeskaja medicina 1964, 5, 1924.

Disa autorë flasin për rigjenerimin e mirë të lienit, ata sjellin fakte mbi këtë mundësi dhe pas heqjes së tij të plotë. Zhvillohen fenomene hiperplastike në pulpë dhe në nyjet limfatike duke marrë kështu funksionin e tij.

V.A. Florens mendon se pas splenektomisë së plotë tek lepujt mund të rigjenerohet plotësisht duke krijuar strukturën dhe funksionin e saj. Burim rigjenerimi janë nyjet limfatike të shtrira në hyrjen e arteries lienale duke krijuar një ndërtim tipik të ngjashmë me lienin.

Autorët përshkruajnë rastin e një personi me rigjenerim të lienit mbas splenektomisë që vdiq mbas një viti nga fenomenet e një ileusi akut dhe në abdomen u vrejt një organ 10 x 9 mm që të kujtonte lienin. Siç treguan ekzaminimet mikroskopike ndërtimi i tij përsëriste atë të lienit. Ka disa autorë që mohojnë mundësinë e rigjenerimit të lienit. Mundësia e rigjenerimit të lienit tek njeriu është i mundur dhe sidomos në moshë të re ku fuqitë kompesatore rigjenatore të organizmit janë të shprehura më shumë.

MJEKIMI I MORBUS HIPERTONIKUS ME PREPARAT TË RI GANGLIOBLLOKUES SINAPLEG (PEROLIZEN)

SULTANOV M. N., ERINA E. V.
Kliničeskaja medicina 1964, 3, 71.

Preparatet ganglio-blokuese filluan të përdoren për mjekimin e morbus hipertonicus nga viti 1951. Aplikim më të madh morën pentamina, heksametoni, pentapirolidina që kanë veprim hipotensiv gjatë përdorimit parenteral. Dobësia e tyre qëndron se veprojnë për një kohë të shkurtër.

Më vonë u përdor preparati i ri sinapleg dhe ramfon që kanë një veprim më të madh gangliosimpatik dhe që thithen peroral. Qëllimi i autorëve ishte studimi në

klirikë i veprimt kurues gjatë *morbis hipertonicus* të preparatit hungarez sinapleg ose angliez perolizen.

Mjekimit iu nënshtruan 50 të sëmurë me moshë 30-59 vjeç 5-7 ditë para mjekimit u përcaktua tensioni arterial. Doza fillëtare 2,5 mg. në fillim iu mat tensioni arterial shtrirë, ulur dhe në këmbë çdo gjysëm ore dhe pastaj çdo orë për 6-8 orë. I sëmurë duhet të qëndrojë 1-1,5 orë mbas marrjes së preparatit shtrirë. Ulja e tensionit arterial nganjëherë shoqërohet me shpeshtësimin e pulsit sidomos gjatë qëndrimit në këmbë. Doza efektive e preparatit është 5 mg; ulja maksimale e tensionit arterial fillon mbas 1-2 orë dhe ruhet për 5-12 orë, prandaj preparati i jipet 2-4 herë në ditë. Doza ditore ndryshon simbas individit nga 10-60 mg. Nga 50 të sëmurë 15 u mjekuan vetëm me sinapleg, ndërsa tek 35 u përdor ky preparat në kuadrin e efektit të pamjaftueshëm të reserpinës për 20-25 ditë. Si rezultat i mjekimit vetëm me këtë preparat ose të kombinuar, u arrit efekti hipotensiv dhe u pakësuan shumë simptomat tek 31 të sëmurë, presioni sistolik u ul 30-50 mmHg, ndërsa diastoliku 20-40 mmHg. Si fenomen anësor i preparatit ishte bllokada parasimpatike e ganglioneve intestinale me zhvillimin e konstipacionit dhe meteorizmës dhe nganjëherë pareza e vezikës urinare. Për të zhdukur këto fenomene është përdorur kombinimi me preparatet e reserpinës ose me hipotiazid për 2-8 javë. Sipas autorëve është më e mirë të fillohet kura me reserpinë dhe kur kjo nuk ka efekt të mjaftueshëm pas 10-15 ditësh fillohet sinapleg-u. Ulja duhet të bëhet gradualisht për 5-8 ditë dhe të ngrihet doza e reserpinës ose e hipotiazidit. Dozat e preparatit janë individuale dhe nganjëherë preparati mund të japi kriza hipertoniqe.

MBI QËSHTJEN E TERAPISË ME ANTIKOAGULANTE

SHAHBAZIAN E. S.

Kliniqeska medicina, 1964, 3, 122.

Interes të madh praktik paraqet qëstja e zgjatjes së terapisë me antikoagulantë. veçanërisht në periudhën mbas infarktit. Antikoagulantët, sikurse dihet, dozohen në mënyrë individuale nën kontrollin e kujdesëshëm dhe sistematik të mjekut. Afati i aplikimit është i ndryshëm dhe mvaret nga veçoritë e këtij apo atij rasti, nga disa ditë deri në 3-6 muaj dhe disa herë më tepër. Janë të njohur rastet e përdorimit të antikoagulantëve gjatë 5,5 vjetësh. (Suzmann, Ruskin, B.P. Kushelevski).

N.G. Rabinoviç përmënd vrejtitet e disa kardiologëve amerikanë të publikuar në vitin 1958 mbi mjekimin e të sëmurëve me antikoagulantë me afat 1-8 vjet me rezultate pozitive.

Autori përshkruan rastin e një të sëmurë që mori antikoagulantë pa pushim për 7 vjet me radhë pa ndryshime të dukëshme të funksioneve jetësore dhe në mungesë të ndryshimeve morfologjike të gjakut. Nuk është vërejtur ambientimi i të sëmurit ndaj pelenianit dhe fenilinës. Gjatë sklerozës së arterieve korenare të kombinuar me sklerozën e arterieve të ekstremiteteve inferiore, me fenomenet e një endarteriti obliterans, përdorimi i gjatë dhe pa pushim i antikoagulantëve, duke mbajtur indeksin e protrombinës 40-50%, janë një nga mjetet më racionale në luftë për formimin e tromboseve.

NDRYSHIMET E PËRMBAJTJES SË PROTEINAVE TË PËRGJITHËSHME DHE FRAKSIONEVE PROTEINIKE NË SERUMIN E GJAKUT GJATË REUMATIZMIT

BACEVIÇ A. A.

Sovjetskaja medicina 1964, 3, 33.

Elektroforeza është një metodë e saktë dhe objektive për të pasqyruar ndryshimet proteinike të gjakut dhe ka gjetur aplikim të gjërë në klinikë.

Disa autorë mendojnë se përmbajtja e proteinave në gjak gjatë reumatizmit nuk kalon normën, ndërsa të tjerë thonë që niveli i proteinave të përgjithëshme gjatë fazës aktive ka tendencë të ngrihet, krahas kësaj në literaturë ka të dhëna mbi uljen e proteinave të përgjithëshme gjatë kësaj faze. Në fazën aktive është karakteristike ulje e sasisë së albuminave në mvartësi nga rëndësia e fenomeneve

Klinike dhe rritja e globulinave dhe si rezultat koeficienti albuminë globulinë ulet. Tregues të procesit aktiv konsiderohen ndryshimet e fraksionit të globulinave sipas M.S. Vovki etj., tregues i procesit aktiv janë ngritja e alfa₂ globulinave, ndërsa M.V. Bavina, Hansen, Baser etj. konsiderojnë si tregues më të mirë rritjen e njëkohshme të alfa₂ dhe gama globulinave.

Autori ka patur si qëllim të tregojë ndryshimet e kuadrit proteinik të gjakut gjatë fazave dhe formave të ndryshme të reumatizms.

U muar një grup kontrolli me njerëz të shëndoshë prej 20 vetash në moshë 19-35 vjeç. Sasia e proteinave ishte 7,91 prej të cilave albuminë 60,8% alfa₁ globulina 4,8%, alfa₂ globulina 7,1%, beta globulina 10,7%, gama globulina 16,3%. Koeficienti albuminë globulinë 1,55%.

U ekzaminuan 111 të sëmurë me reumatizëm me moshë 16-67 vjeç. Në mvar-tësi nga faza dhe dekursi i procesit reumatizmal të gjithë së sëmurët u ndanë në pesë grupe. 56 të sëmurë dhe fazë aktive me dekurs akut dhe subakut. 2-12 të sëmurë fazë aktive me dekurs latent. 3-19 të sëmurë fazë e qetësimit të procesit aktiv, 4-14 të sëmurë faza jashtë atakut. 5-10 të sëmurë me endokardit septika lenta. Pastaj autori përshkruan një tablicë nga del se përmbajtja e proteinave të përgjithëshme në fazën aktive me dekurs akut dhe subakut ka tendencë të ulet dhe vazhdon të qëndrojë e tillë në fazën e qetësimit të fenomeneve aktive. Gjatë kësaj faze shihet ulja e albuminave me ulje të koeficientit albuminë globulinë. Rriten alfa₁ dhe veçanërisht alfa₂ dhe gama globulinat. Këto sipas autorit janë tregues të procesit aktiv reumatizmal. Rritja e beta-globulinave nuk u vrejti.

Në fazën e dytë ulja e albuminave është më pak e shprehur por ruhet ngritja e alfa₂ globulinave dhe më pak e alfa₁ globulinave. Në fazën e tretë, shihet përmirësimi i proteinogramës për llogari të sasisë së albuminave dhe ulja e alfa₂ globulinave. Përmbajtja e alfa₁, beta dhe gama-globulinave i afrohet normës. Faza e katërt nuk ka ndryshim në fraksionet proteinike nga grupi i kontrollit.

Gjatë prezencës së insuficiencës kardio vaskulare gr. II-III tek 16 të sëmurë me fazë aktive u vrejti ulja e sasisë të proteinave dhe albuminave.

Pas 20-30 ditë mjekimi të poliartirit reumatizmal vrehet normalizimi i proteinave.

Një kuadër tipik i proteinave u vrejti tek 10 të sëmurë me endokardit septika lenta. Përmbajtja e proteinave të përgjithëshme është pak e ngritur, vërehet ulja e albuminave dhe alfa₂ globulinave. Janë shumë të rritura gama globulinat që është karakteristike për këtë endokardit dhe e dallon nga endokarditi reumatizmal. Kur kemi ngritje të njëkohshme të alfa₁ dhe gama globulinave flet për një formë kalimtare, të endokarditit reumoseptik.

MBI QËSHTJEN E MJEKIMIT TË EDEMËS AKUTE PULMONARE

RABINER A. P.

Kliniqeska medicina 1964, 5, 138

Edema pulmonare paraqet një rrezik direkt dhe serioz.

Vëmendja e autorit është tërhequr nga propozimi i Luisad në lidhje me aplikimin gjatë edemës pulmonare akute të inhalacionit të alkoolit etilik. Për këtë oksigjeni kalon nga balloni në një enë me alkool 96° dhe mbasi ngopet me avujt e tij fitet me një shpejtësi 2-3 litra në minutë dhe pastaj 10 litra në minutë. Këtë metodë autori e kombinon me respiracion të drejtuar nën presion. Duke hyrë me presion krijon një kundër-veprim ndaj likuidit që filtrohet në alveole nga ana tjetër ngritja e presionit në rrugët respiratore krijon një presion të rritur intrapleurral me pakësim të rrymës së gjakut në ventat e zemrës së djathtë dhe në qarkullimin pulmonar.

Ja.A. L Lazaris dhe I.A. Serebravskaja mendojnë se shkakut më i rëndësishëm dhe direkt i edemës pulmonare është ngritja e presionit hidrostatik në kapilarë e qarkullimit të vogël dhe rritja e permeabilitetit të murit kapilar. Prandaj duhen përdorur mjete që ulin permeabilitetin vazal (CaI₂, Vitaminë C, mjete antihistaminike). Po të ketë hipertoni ose tension normal përdoret eufilina, përdoret morfinë për të hequr eksitacionin psiko-motor. Po të ketë bradikardi bëhet atropinë.

Autori ka vërtetur edemë pulmonare në 8 raste. Tek njëri u zhvillua 6 orë mbas komisurotomisë mitrale në sfondin e një insuficiencie kardiovaskulare progresive. Tek një tjetër 1,5-2 orë mbas perikardektomisë etj.

Pastaj autori tregon skemën e mjekimit të edemës akute pulmonare.

1— Dhënja e oksigjenit që kalon në alkool 96°. Inhalacioni vazhdon 30-40 minuta me 10-15 minuta pushim.

2— Futja intravenoz 10 ml. 10% CaCl₂.

3— Futja subkutane 1% -1 ml. morfinë.

4— Gjatë bradikardisë 0.1% -1 ml atropinë.

5— Në fenomene të dobësisë kardiake 0,5 ml. 0,05% atropinë në 20 ml. 40% glukozë intravenoz ngadalë.

7— Kur tensioni është normal ose i rritur 0,5 ml 5% pentaminë në 10 ml. 40% glukozë.

8— 2 ml. 2,5% pipolfen intramuskular.

9— 20 ml. 40% glukozë me 100 mg. vitaminë C.

Në qoftë se këto masa nuk ndihmojnë dhe tek i sëmurit theksohen shënjat e insuficiencës respiratore, atëhere mirren këto masa:

1 — Bëhet trakeostomia ose intubacioni i trakesë dhe i dërgohet oksigjen i ngopur me avuj të alkoolit.

2 — Hiqet në mënyrë periodike mukusi nga trakeja.

3 — Me anë të aparatit të narkozës bëhet respiracioni i drejtuar nën presionin 20-30 cm. të shtyllës së ujit.

RËNDËSIA E ALDOSTERONIT NË PATOGENEZËN E SINDROMIT EDEMATOZ DHE HIPERTONIK GJATË SËMUNDJEVE TË VESHKAVE

GERASIMOVA E. N., PALEJEVA F. M., RATNER N. A.

Terapevtičeskij arhiv 1964, 3, 40.

Që nga viti 1953 u nda hormoni i ri i kores së suprarenales aldosteroni por akoma qëndron i paqartë roli i tij në patogjenezën e edemave dhe të hipertonicës.

Nga ekzaminimi klinik është vërejtur sekrecioni i rritur i aldosteronit tek të sëmurët me edema nefrotike e tek të sëmurët me hipertoni renale.

Autorët për të studjuar rëndësinë e aldosteronit në patogjenezën e edemave dhe hipertonicës, kanë marrë nefritin kronik i cili sikurse dihet paraqitet në 3 forma, edematoze, edematoze-hipertonike dhe hipertonicë. Gjithashtu autorët kanë marrë hipertonicë simptomatike renale lidhur me sëmundjet e tjera si pielonefriti kronik dhe okluzionin e arterieve renale kryesore.

U studjuan 56 të sëmurë, 47 me nefrit kronik difuz (12 forma edematoze, 22 hipertonicë, 8 edematoze-hipertonike dhe 5 pa edema dhe hipertoni), 7 me pielonefrit kronik, 2 me okluzion të arterieve renale. Ekzaminime analoge u bënë në 30 persona të shëndoshë, si grup kontrolli. Iu dha një dietë ku përmbajtja e natriumit ishte 2,8-3,8 gr. ndërsa të shëndoshët morrën ushqim pa kufizim të natriumit. Më poshtë autorët paraqesin një tablicë me rezultatet e arritura ku shihet se tek të sëmurët me nefrit kronik në formë latente përmbajtja e aldosteronit ishte 5,3 mkg. për 24 orë. Tek pacientët me edema në formë edematoze ose edematoze hipertonicë sekrecioni i aldosteronit ishte i ngritur, gjatë formës edematoze 19,8 mkg. në edematoze hipertonicë 20,4 mkg, hipertonicë 14 mkg. Kemi ulje të dukëshme të natriumit në urinë. Në formën edematoze 0,9 gr. edematoze hipertonicë 1,4 gr. tek të shëndoshët 4,5 gr. Tek ata me hipertoni 24 gr. që korespondon me natriumin që mbahet në racionin ushqimor.

Kështu, në formën edematoze dhe edematoze hipertonicë rritet shumë nxjerrja e aldosteronit dhe uljet ajo e natriumit, ndërsa në formën hipertonicë rritja e nxjerrjes së hormonit nuk çon në uljen e natriumit. Në rastet e tjera të hipertonicës renale simptomatike rritja e nxjerrjes së aldosteronit nuk çon në pakësimin e nxjerrjes së natriumit.

Tek të sëmurët me edema në formën edematoze dhe edematoze hipertonicë të nefritit kronik, shkakun që çon në rritjen e nxjerrjes së aldosteronit është humbja e proteinave në urinë, kjo çon në uljen e proteinemisë, të volumit intravazal dhe stimulimin e surenaleve për prodhimin e aldosteronit siç është treguar në eksperiment tek kafshët nga Bartter. Rritja e aldosteronit në gjak influencën në furnizimin e absorbimit të natriumit në kanalet renale dhe kjo bën të kalojë natriumi dhe uji në hapësirat intercelulare që pakëson volumin intravazal dhe shton stimulimin e surenaleve për sekrecionin e aldosteronit. Lind kështu një rreth vicioz që ndihmon shtimin dhe lindjen e edemave. Gjatë formës hipertonicë humbja e proteinave me shtimin nuk është e madhe prandaj nuk vrehet ulja e proteinave në gjak, dhe hipoproteinemia nuk mund të quhet si faktor stimulues i sekrecionit të aldosteronit.

Gjatë formës hipertoniqe dhe hipertoniqe renale simptomatike mund të shënohet se vepron mekanizmi renin-hipertensiv. Kjo është provuar në mjekimin e hipertoniqe simptomatike renale me dëmtim të njerës veshkë ku nefrektomia ka treguar jo vetëm influencë hipotensive por ka çuar dhe në uljen e nxjerrjes së aldosteronit. Gjatë sindromit edematoz dhe hipertoniq tek të sëmurët me sëmundje renale vrehet një hiperaldosteronizëm sekondar, porse mekanizmi që çon në sekrecionin e aldosteronit është i ndryshëm ashtu si dhe çfaqjes klinike janë të ndryshme. Tek disa vrehen edema, tek disa hipertoni dhe tek të tjerë edeme dhe hipertoni së bashku.

Në sindromin hipertoniq hiperaldosteronizmi realizohet me rrugën e katimit të joneve të natriumit prej hapësirave ekstracelulare në celula dhe në veganti në muskulaturën e murit vazal që çon në fryrjen e saj, në ngritjen e tonusit dhe të rezistencës periferike. Mekanizmi renin-hipertensiv çon nga njëra anë në ngritjen e tonusit të enëve periferike dhe nga ana tjetër në stimulimin e sekrecionit të aldosteronit nga surenalet. Influenca e aldosteronit gjatë sindromit hipertoniq çfaqet me dëmtimin e metabolizmit të elektrolitëve në murin e arterioleve. Të dy këto mekanizma shihen në formën edematoze hipertoniqe si në shtimin e reabsorbimit të natriumit në kanalëzat renale dhe mbajtjen e natriumit në organizëm dhe zhvillimin e edemave dhe në ndryshimin e elektrolitëve në murin e arteriolës që ndihmon në zhvillimin e hipertonisë. Sekrecioni i aldosteronit në këtë formë bëhet nën influencën e proteinurisë dhe iskemisë renale me mekanizmin renin hipertensiv.

MBI ÇËSHTJEN E AGRANULOCITIZAVE RECIDIVANTE

RUBZITIS M. F.

Terapevtičeskij arhiv 1964, 3, 50.

Schultz në vitin 1922 solli përherë të parë termin agranulocitozë gjë që karakterizohet me ardhjen e shpejtë dhe dekursit akut dhe përfundim letal.

Beck më 1933 përshkroi 5 tipe të dekursit klinik: *Agranulocitosis fulminans*, *agranulocitosis subacuta*, *subcronica*, *ciclica*, *rekurens* ose *recidivans*.

Karakterin recidivues të saj për herë të parë e vuri re Leabe më 1910. Reiman dhe De Berardini publikuan 17 raste me agranulocitozë recidivante dhe vunë re si metodë të vetëme efektive splenektominë. Tek shumica e të sëmurëve zhvillimi i recidivave kondicionohet nga aplikimi i medikamenteve.

Disa autorë mendojnë se në bazë të agranulocitozës recidivante janë infeksionet periodike që akutizohen. Sipas Fitz-Hygh dhe Krumbhaar agranulocitoza periodike vjen si rezultat i deficitit të atyre lëndëve që janë të nevojshme për të pjekur leukocitet.

Autori ka mbledhur vetëm agranulocitoza recidivante nga viti 1958-1961. U mjekuan gjithësejt 30 veta me agranulocitozë prej të cilëve 9 me agranulocitozë recidivante; nuk janë futur agranulocitozat simptomatike nga medikamentet, rontgeni etj, pra janë vetëm agranulocitoza esenciale. Ishin 8 gra dhe një burrë me moshë 35-72 vjeç. Me dy recidiva ishin 3 të sëmurë, me 3 recidiva 3 të sëmurë, me 5 recidiva 2 të sëmurë, një e sëmurë kishte 12 recidive. Nga 9 të sëmurët një që ishte dhe më e vjetra në moshë vdiq, kurse të tjerët u përmirësuan. Në shumicën e rasteve recidivat predispozohen nga lodhja fizike ose psikike, dhëmbja e fortë ose ndërhyrja operatore. Intervalet midis recidivave lëkunden nga 2 javë deri në 41 muaj. Pastaj autori me përshkrimin në tre rasteve më interesante.

Kuadri klinikohematologjik i sëmundjes tek personat e studjuar nga autori nuk ndryshon nga ai i zakonshmi por në disa raste mund të rrjedhë me numur normal leukocitesh.

Kohët e fundit si mjete terapeutike përdoren hormoni adrenokortikotrop dhe kortizoni. Zgjatja e periudhës akute tek ata që u mjekuan me hormonoterapi ishte mesatarisht 6 ditë, në ata që u mjekuan me preparate të tjera 13,5 ditë.

Fakti që me agranulocitozë sëmurën më tepër gratë lidhet me veçoritë hormonale të grave Rëndësi në zhvillimin e agranulocitozës ka gjithashtu reaksioni i organizmit dhe në një sërë rastesh mund të shikohet si sëmundje adaptimi.

MBI ÇESHTJEN FUNKSIONIN E KORES SUPRARENALE GJATË MJEKIMIT TË ZGJATUR ME KORTIKOSTEROIDE

FLEISHMAN E. V.

Terapevtikeskij arhiv 1964, 4, 98.

Kortikosteroidet kanë gjetur një fushë të gjërë aplikimi por megjithatë dhe komplikacionet janë të shumta. Në eksperiment është provuar se futja e korrikosteroidëve shkaktonte pakësimin e peshës së suprarenaleve, të shtrësës kortikale, pakësimin e sasisë së lipideve dhe acidit askorbinik në pjesën kortikale dhe pakësimin e sekrecionit të kortikosteroidëve. Lindin gjithashtu ndryshime degjenerative dhe atrofiqe në hipofizë. Salossa, Goth, Bierich vunë re uljen e funksionit të sistemit hipofizo-adrenalin nën influencën e terapisë së zgjatur me kortikosteroidë në klinikë. Në bazë të të dhënave të literaturës hipofunksioni i sistemit hipotalamo-hipofizosurrenal pas futjes së zgjatur të steroideve është i përkohshëm dhe reversibel, vendoset funksioni i humbur pas 10-20 ditë, këtë e kanë provuar në mënyrë eksperimentale dhe klinike Money, Andersson, Winter etj.

Sipas E.M. Tarajev nga 13 të sëmurë të mjekuar gjatë me kortikosteroidë vetëm tek njëri në seksion u vrejt atrofia e kores së suprarenaleve.

Autori ka si qëllim të sqarojë shkallën e shpejtësisë së vendosjes së funksionit «bazal» dhe «rezervë» të sistemit hipofizo adrenalin gjatë terapisë së zgjatur me kortikosteroidë. Si tregues i funksionit dinamik të kores së suprarenaleve u morrën 17 hidroksi-kortikosteroidet në afate të ndryshme mjekimi. Në influencën e ACTH, testi i Thornit, kurba glicemike, metabolizmi eletrolitik hidroksikortikosteroidi është një hidrokorizon dhe produkti i metabolizmit të tij një glukokordikoid bazë tek njeriu. Si kontroll u muarrën 6 persona të shëndoshë në moshë nga 20-32 vjeç dhe 14 të sëmurë pa shënja të dëmtimit endokrin. Nxjerrja e 17 hidroksikortikosteroidëve tek personat e kontrollit ishte nga 1,2-1,5 mg në 24 orë që korespondojnë me vlerat normale të tyre. Pastaj u studjuan 46 të sëmurë 30 gra dhe 16 burra të mjekuar gjatë me kortikosteroidë. U përdorën dhe injeksione ACTH. 17 hidroksikortikosteroidet pas futjes së ACTH u rritën 2 herë. Tek të gjithë të sëmurët, pamvarësisht nga zgjatja dhe taktika e mjekimit, sekrecioni i kores suprarenale filloi jo më vonë se 2-3 javë mbas ndërprerjes së kortikosteroidëve dhe tek shumica në ditën e dytë. Kështu që terapia e zgjatur me kortikosteroidë krijon një rrezik për një sëmundje të dytë, insuficiencën kronike suprarenale, funksioni bazë i së cilës vendoset menjëherë mbas ndërprerjes së tyre. I sëmurit duhet të jetë nën kontrollin e mjekut të paktën një vit mbas ndërprerjes së tyre.

(Përmbledhur nga Milto Kostaqi)

USHQIMI I PREMATUREVE

M. LELONG

Pres. Med. 72 Nr. 27 30 Maj 1964 fq. 654.

Autori përmend metodat që ka përdorur në qendrën e prematureve të shkollës së Puerikulturës, gjatë 15 vjeteve, në të porsalindurit me peshë lindje nën 1800 gram. Ushqimi bazë duhet të plotësojë nevojat kualitative dhe kuantitative, racioni hidrik mbas të 10-tës ditë të lindjes është të paktën 150 cm. kubik për kg. peshë në ditë që duhet të përmbajnë mesatarisht 120 kal. për kg. peshë në ditë. Fëmija premature ka nevojë sidomos për protide (nga 4-6 gr. për kg. peshë në ditë) dhe glucide (12-15 gr. për kg. peshë në ditë). Qumështi nënës është ideal por me konditë që të jetë i pasuruar. Ushqyerja kryhet me anë të sondës që përdoret në çdo ushqim. Volumi i dhenë në çdo gavazh ka pak rëndësi, ushqyerjet të jenë të shpeshta (10-12 në 24 orë). Përpara ka qenë zakon që 48 orët e para fëmija të libesh pa ngrënë por tashti ka argumenta kundër këtij «agjërimi» sistematik (acidoze, humbje e tepërt e rezervave glucidike) dhe prandaj sot ka prirje që fëmija të ushqehet sa më herët dhe bile t'i jepet glukoze me anë paraenterale në rastet e anoksisë.

GABOB-I NË PEDIATRI
(Studim klinik dhe elektroencefalografik i 28 rasteve).

F. BERTAMINO, R. VENTO
Min. Ped. vol. 16. Nr. 20-30 Qershor 1964, fq. 714-730.

Autorët japin njoftime mbi dy preparate farmakologjike, «Gaba» dhe «Gabob» që në këta vjetet e fundit janë përdorur për kurimin e epilepsisë. I pari (Gaba) që është vërtet për herë të parë në trurin e sisorëve në 1950 nga Awapara dhe që identifikohet me «Factor I» të Florcy, bën pjesë në metabolizimin oksidativ cerebral dhe rrjedh nga acidi glutamik për veprim të 1 glutamik — dekarbossilasi (enzimë që gjëndet vetëm në S.N.C.) në presencë të vitaminës B₆ si kofermnt.

Punimet e shumta kanë treguar në mes tiorash, një paksim të Gaba-s dhe të Gabob-it në Korteksin e trurit të njeriut që vuan prej epilepsie, një pakësim të Gaba-s në korteksin e kafshëve të trajtuara me substanca konvulsionante dhe me antimetabolite të vitaminës B₆, një veprim mprojtës së Gaba-s ndaj shfaqjeve konvulsive të provokuara (nga megimidi, metionina, sulfomixina, idrazidi, pentametilen tetrazoli, strikoina dhe stimulim elektrik i korteksit).

Megjithëse nuk ka qenë e mundur të tregohesh eksperimentalisht shtimi i koncentritimit encefalik të Gabo-s, mbas soministrimit të kësaj me rrugë të ndryshme, shumë autorë mendojnë se, në disa rrethana të veçanta, ky aminoacid kalon nga barriera ematoencefalike sepse është konstatuar prezenca e saj në liquor c.s. mbas dhënies për os.

Përsa i përket «Gabob»-it, është treguar nga shumë autorë se ky është 5-10 herë më aktiv se «Gabo» dhe se ndryshe nga ky i fundit që mund të japë konvulsione të përgjithëshme kur jepet me rrugë endorakide, shkakton një veprim inhibitor konstant. Autorë japonezë (Takashita e Nagai) kanë trajtuar me Gabob 50 epileptikë dhe kanë patur përmirësime në 38 prej tyre (76%), lkiishi në 83% të pacientëve dhe mbas këtyre edhe autorë të tjerë, kanë patur rezultate kush më të mira e kush më të pakta. Në të gjitha rastet e përshkuara «Gabob»-i është dhënë me doza nga 0.5 në 3 gr. pro die per os dhe rrallë për rrugë paraenterale; në disa raste është përdorur si i pari dhe i vetmi farmak antikomical por në shumicën më të madhe të rasteve është dhënë bashkë me preparate anti epileptike që pacientët merrshin përpara por që pastaj u reduktuan ose u lanë fare.

Përmirësimet e vërteta ishin nga ana klinike, pakësimi numerik deri në zhdukjen e plotë të krizave konvulsive me ndikim të mirë edhe mbi çrregullimet e karakterit që janë tipike për disa epileptikë. Ky përmirësim klinik, shoqërohet në rastet e kontrolluara me E.E.G. me një pakësim ose zhdukje të çrregullimeve elektrografike parosistike të tipit konvulsiv.

Megjithëse në shumë raste, Gabob-i në fillim ka shkaktuar një keqësim të kuadrit elektro klinik, më vonë, jo vetëm që ka zhdukur keqësimin fillestar por ka dhënë përfundime të kënaqëshme si klinike ashtu edhe elektroencefalografike. Të gjithë autorët janë dakord mbi faktin se rezultatet zgjaten deri sa jepet Gabob-i dhe se shpesh gjendja klinike dhe elektro-encefalografike shfaqet si më parë, posa ndërpritet medikamenti.

Në fushën klinike, përveçse si farmak antikomical, Gabob-i është përdorur, duket me përfundime gjithashtu të mira, edhe si «psikostimulues» në pacientë me debilitas mentalis ose oligofrenikë; si ipotensiv në rastet me hipertension arterial. Asnjëherë nuk janë vërtur rrjedhime anësore të këqija të Gabob-it.

Autorët kanë studiuar ndikimin e «Gabob-it» në kuadrim klinik dhe encefalografik tek 28 fëmijë me moshë prej 2 muajsh gjer në 5 vjeç të ndarë në 11 me kriza konvulsive të rënda e të shpeshta dhe vizatim e.e.g. të tipit komical; në 6 me kriza konvulsive sporadike dhe vizatim e.e.g. jo specifik; në 9 me vonesë psihomotore dhe çrregullime në sjellje dhe në 2 raste «kontrolli» që nuk kishin çrregullime neuro-psihike por për të vërtetë modifikimet eventuale klinike ose elektroencefalografike të shkaktuara nga «Gabob»-i.

Doza e përdorur që nga një minimum 250 mmgr. në një maksimum 500 mmgr. pro die, si mbas moshës, e dhënë per os dhe për një kohë prej 10 ditësh gjer në 6 muaj.

Në bazë të studimit klinik dhe elektroencefalografik të këtyre rasteve, rezultojnë se Gabob-i pranohet mirë prej të gjithë pacientëve, ka veprim terapeutik kryesisht në fushën e epilepsisë ku dha përmirësime të qarta klinike dhe elektro-encefalografike në 6 raste ndërsa veprimi i tij terapeutik në rastet me vonesë psihomotore nuk që i qartë dhe në rastet normale nuk u vërtetë asnjë ndryshim.

SINDROMI I MBIDOSAZHIT TË VITAMINËS D.

C. DE LUCA — M. COZZI

Min. Ped. vol. 16 Nr. 6 25 Frues 1964 f. 210-219

Vitamina D e dhënë me doza të larta ose me doza mesatare për një kohë të gjatë, shkakton një sindrom ipervitaminik të karakterizuar me anoreksi, të vjella, konstipacion, ethe të parregullta, hepatomegalie, iperkalcemie, pakësim të fosfatëve në serum, iperkalciurie, ipostenurie dhe polidipsi. Ky sindrom çon edhe në vdekje. Frontali ka tërheq vemendjen mbi këtë fakt duke përmendur 17 vjekje në 300 raste të literaturës me ipervitaminosi nga Vitamina D₂ qysh në vitin 1953. Autorët duke u nisur nga këto të dhëna dhe duke konstatuar në një periudhë të shkurtër prej 60 ditësh 8 raste mbidosazhi të vitaminës D. përshkruajnë 12 raste të tilla në të cilët kanë studiuar funksionimin renal, (s.d.m kapacitetin funksional tubular) ionet e eliminuar në urinë në 24 orë, aftësinë e acidifikimit të renit me përcaktimin e pH. it të urinës. Mbas japin përfundimet e kërkimeve të tyre dhe mendimin e autorëve më të njohur për sa i përket dozës së vitaminës D (Bulgarelli si dozë profilaktike 400 U. pro die vit. D₂ për moshën e gjirit dhe 800-1000 U. pro die për fëmijën imaturë, dhe si dozë terapeutike 6000-10.000 U. pro die; De Toni, Debré, Fanconi 5 mgr. vit. D ose 200.000 U. për rahitis gravis), arrijnë në këta konkluzione:

1) Vitamina D, duhet dhënë gjithmonë me dije e ndërgjegje mbasi të kontrollohet mirë mirë gjendja e çdo patienti sidomos kur vitamina jepet me qëllim profilaktik.

2) Duke qenë ngritur niveli i jetesës së popullit, rastet e rahitizmit janë të rralla dhe prandaj duke ditur se Vitamina D mund të shkaktojë gjendje toksike të përdoret me shumë kujdes për të mos shkaktuar sëmundje «jatrojene».

3) Mjeku duhet të zgjedhë mbas një studimi të mirë të çdo rasti momentin e përshatshëm të dhënies së vitaminës D dhe njëkohësisht të lajmojë prindët mbi rrezikshmërinë eventuale të këtij medikamenti.

(Përmbledhur nga Xh. Basha)

MBI LEZIONET REUMATISMALE TË DIENCEFALIT

M. G. GOLDEMAN

Korsakov, 1963, 63, 10 1445-1448

Autori ka ekzaminuar 32 raste (11 burra) nga 17 deri 45 vjeç me diencefalite reumatismale: të gjithë patientët paraqesnin leziona kardiake aktive (19) dhe inaktive (13). Tre nga të sëmurët kishin kriza artikulare primare ose recidivuese. Në kundërshtim me autorë të tjerë, ai ka observuar çrregullime diencefalike jashtë periudhave aktive të reumatizmit. Natyra diskrete e çrregullimeve trofike është karakteristike për encefalitet reumatismale, ndryshe me sa ndodh në lezionet neurovirale, në të cilat çrregullimet çfaqen shumë shpejtë e janë më të theksuara.

Në 27 raste vërehen kriza diencefalike me ndjenjën e nxehtësisë, marrje mendsh, ftohje të ekstremiteteve, skuqje dhe edema lokale që i përngjajnë urtikaries ose edemës së Quinckut. Ai ka observuar gjithashtu gjendje nevrolike: histeri, neurastenii, psikastenii, depresion, hipokondri, etj. Gjatë zhvillimit të manifestimeve nevrolike, me kalimin e kohës ndodhin alteracione vegetative konstante (sidomos vasikulare dhe sekretore), paroksizme vegetative (kriza diencefalike dhe epilepsi), çrregullime të reflekteve (anisorefleksi, reflekte patologjike, sindrome automatizmi oral) dhe çrregullime të tonusit muskular.

MENINGOENCEFALITIS REUMATISMAL SI PASOJË E INTERVENTIT KIRURGJIKAL NË LEZIONET E FITUARA TË ZEMRËS

A. N. LUK

Korsakov 1963 63 10 1449 - 1452

Shumica e aksidenteve të përshkruara janë të natyrës embolike. Autorë të tjerë (Bogolepov e Badalian) thonë se çrregullimet hemodinamike dhe respiratore të insuficiencës kardiake shoqërohen me manifestime hipoksike dhe angioparetike, pastaj vjen staza dhe ramolimenti.

Autori ka studiuar status neurologicus të 147 pacientëve që i janë nënshtruar komisurotomisë dhe ka konstatuar raste me emboli, edemë cerebrale, ramoliment jo trombotik, psikoza delirante akute dhe konfuzion mental delirant.

Në këtë punim autori përshkruan raste encefaliti dhe meningoencefaliti reumatismal që janë çfaqur 3-5 ditë mbas interventit të komisurotomisë mitrale. Duke u nisur nga konceptet etiopatogjenike aktuale, autori vërteton se interventit kirurgjikal në zemër luan një rol deklanshues jo specifik dhe nxit në organizmin e sensibilizuar aktivizimin e procesit neuro-reumatismal. Simbas tij ky aktivizim është një komplikacion i interventit për komisurotomi mitrale. Në encefalitet ose meningoencefalitet reumatismale çrregullimet vazhdojnë nga dy deri katër muaj, ndërsa në menengismal vetëm disa ditë. Kriteri më i saktë është përbërja e likuorit cerebrospinal. Tek 147 të operuar autori ka gjetur 1,4% meningo-encefalite.

KONSIDERATA ETIOPATOGENIKE MBI EPILEPSINË. STUDIM STATISTIKOR I 362 RASTEVE ME AFEKSIONE CEREBRALE

C. PAOLOZZI, E. DE DIVITTIS
Annales médico-psychologiques 1964 122, 1, 5, 360

Autorët paraqesin një studim statistikor mbi akseset epileptike motore të përgjithësuara apo të pjesëshme tek 362 të sëmurë që vuajnë nga sëmundje të ndryshme cerebrale: 100 tumore cerebrale primitive, 30 tumore metastatike, 30 hematome intrakraniale, 30 abcese cerebrale, 20 tromboza të karotides së brendëshme, 22 aneurizma, 50 raste atrofie cerebrale, 50 arteriopati, 20 atrofi tek arteriopati dhe 10 sindrome pseudo-tumorale.

Në secilën prej këtyre kategorive, autorët studiojnë në pikëpamje statistikore numurin e krizave konvulsive të përgjithësuara e të pjesëshme. Observimet klinike janë plotësuar e kontrolluar me ekzaminime elektro-encefalografike dhe neuro-radiologjike. Tumoret janë klasifikuar simbas rezultateve të ekzaminimit histologjik.

Më në fund autorët studiojnë faktorët e ndryshëm që janë në origjinën e 362 rasteve të epilepsisë «simptomatike», të shkaktuar nga lezionet cerebrale. Si faktorë etiopatogjenikë më të rëndësishëm ata konsiderojnë hipertensionin intrakranial, vendin e lezionit, natyrën e procesit anatomik, kronicitetin e lezionit, predispozicionin ndaj epilepsisë.

SINKOPI DHE EPILEPSIA

L. ROUVES dhe G. ROUVES
Revue Neurologique 1963, 109, III, 334-338

Autori paraqet rastin e një fëmije 22 muajsh me kriza konvulsive apiretike qysh në moshën 1 vjeç. Pacientit iu bë E.E.G. gjatë një krize që iu çfaq për shkak të drejtimit të gabuar të biberonit. Në kohën e krizës pati kollë spastike, apne, kongestion të fytyrës, revulsion okular, agjitacion. Këtë tablo autori e konsideron sinkop. Frymëmarrja u rivendos mbas 15 sekondash edhe u konstatua një lëshim muskular. Mbas kësaj u çfaqën konvulsione toniko-klonike të përgjithëshme tipikisht epileptike. E.E.G. vuri në dukje, në fillim, tri fazat klasike të sinkopit, kurse në fazën terminale ndodh kriza toniko-klonike me valë të theksuara epileptike.

Autori është i mendimit se nuk kemi të bëjmë me një sinkop respirator që vë në dukje epilepsinë, por me një sinkop epileptogjen që është shumë i rallë.

STUDIM MBI 240 RASTE EPILEPSIE INFANTILE TË NDJEKUR GJATË 5 VJETVE E MË TEPËR

A. LERIQUE, J. MISES, M. BASSET, M. DAVEAU etj.
Revue Neurologique 1963, 109 III 3 342-348

Autori ka studjuar 240 fëmijë që kanë paraqitur kriza konvulsive epileptike (nga disa muajsh deri moshën 12 vjeç) dhe i ka ndjekur nga shtatë deri dymbëdhjetë vjet. Ata paraqesin në përgjithësi epilepsi esenciale, duke përjashtuar çdo epilepsi simptomatike. Në 125 raste (85%) krizat janë kontrolluar të paktën qysh prej dy vjetësh. Ndërsa në 115 raste krizat ose nuk janë kontrolluar aspak ose

janë kontrolluar keq. Në rrethanat më të mira, krizat zhduken në vitin e parë të mjekimit. Rrallë herë ato ndërpriten në pubertet. Elektroencefalografia nuk për-cakton në fillim të sëmundjes prognozën, mbasi në format e ndryshme evolutive traset mund të mbeten për një kohë të gjatë të alterueme. Përkundrazi, elektro-encefalogrami na jep mundësi të ndjekim evolucionin, të vlerësojmë gravitetin e rastit dhe është një ndër elementet më të rëndësishëm për të vendosur në se duhet të vazhdohet apo të ndërpritet terapia.

MBETURINAT KONVULSIVE TË LOBOTOMISË PREFRONTALE

C. FEUILLET, R. POIRE, P. MABILLE, M. DEGRAEVE
Revue Neurologique, 1963, t. 109, nr. 3, 306.

Autorët kanë praktikuar lobotominë prefrontale tek 479 të sëmurë (190 burra dhe 289 gra), shumica e të cilëve skizofrenë, nga moshë 16 deri 78 vjeç. Nga 447 raste klinike 69 kanë paraqitur konvulsione epileptike, që nuk kanë prirje të zhduken me kalimin e kohës. Këto kriza tonikoklonike gjeneralizohen menjëherë pa aura dhe prodrome. Herë të tjera krizat janë të menjëherëshme dhe çfaqen në formën e status epilepticus jo fort të rëndë. Më shpesh krizat mbeten të izoluara. Këtu kemi të bëjmë më tepër me «mbeturina konvulsive». Numuri më i madh i këtyre mbeturinave epileptike takohet tek të operuarit nga lobotomia prefrontale në moshë 16-30 vjeç (35%). Më shumë preken burrat se sa gratë (17%). Sismoterapia post-operatore, kura e Sakelit nuk e kanë lehtësuar çfaqjen e epilepsive spontane. Medikamentet psikotrope mund të pakësojnë çfaqjen e epilepsive post-operatore.

VEPRIMI I RESERPINËS NË KOMAT POST-TRAUMATIKE NË NEURO-KIRURGIJË

P. FOSSATI, Mme CARIDROIT, PH. PRUVOT, J. PARIS, M. FONTAN, M. LINQUETTE dhe E. LAINE
Revue Neurologique, 1963, T. 109, nr. 4, 476-481

Përdorimi i reserpinës me doza nga 2 deri 3 mg në ditët që pasojnë traumën e kranit, shoqërohet me pasoja të papritura; tek 71 të traumatizuar ka shkaktuar 8 riaktivizime të ulcus dhe 5 ulcus duodenale akute.

Për të spjeguar këtë veprim të dyfishtë të reserpinës vlen të kujtohet ndikimi që ajo ushtron mbi amino-aminet cerebrale e digjестive, veçanërisht në rastin e inhibimit të mono-amino-oksidadzës:

— në sistemin nervor qendror, reserpina çliron serotoninë dhe amine kateshike, ndërsa mbas inhibimit të M.A.O. ajo humb vetitë e saja sedative dhe mund të shkaktojë një eksitim, si pasojë e çlirimit të adrenalinit.

— në nivelin e regjionit gastro-duodenal, reserpina çliron histaminë e serotoninë dhe mund të shkaktojë ulcere akute të tipit vaskular. Patogjeneza e ulcerave akute të shkaktueme nga reserpina është komplekse dhe ndodh si pasojë e çlirimit të aminoamineve ose e stimulimit vagal.

Duke pasur parasysh lokalizimin e amino-amineve, autorët mendojnë se në hypotalamus grumbullohen katekolaminet e serotoninina dhe në nivelin e duodenit serotoninina.

Autorët kanë vërejtur se ulceret duodenale mbas një traume të kranit çfaqen kur pacienti përmirësohet e zgjohet, prandaj ata këshillojnë një kujdes të veçantë në përdorimin e reserpinës dhe dhënjen e antiserotonineve si terapi preventive të ulcereve duodenale.

TUMORET E SEPTUM LUCIDUM

M. CASTAIGNE, F. LHERMITTE, J. C. GAUTIER, G. GEOFFROY
Revue Neurologique 1964, T. 110, nr. 1, 52-62

Për arësyje të lokalizimit dhe natyrës së indit në të cilin zhvillohen, tumoret e septum lucidum dallohen vështirë. Megjithatë eksereza e tyre është e mundëshme në disa raste.

Autorët paraqesin tre raste anatomo-klinike dhe bëjnë fjalë për 69 raste të përshkruara në literaturë.

Simptomat klinike më të shpeshta janë hipertensioni intrakranial, çrregullimet psikike e sidomos ato të kujtesës dhe krizat epileptike të gjeneralizuara ose të lokalizuara.

Në një nga observimet anatomo-klinike të këtij punimi bëhet fjalë për një pinealomë ektopike të septum lucidum. U konstatua një diabetë insipide dhe shenja insufiçience multiglandulare.

Ndër analizat komplementare klinike rezultate më të mira jep encefalografia gazore. Ndërhyrja kirurgjikale ka dhënë përfundime të kënaqëshme për arësye të disa nga tumoret e septumit kanë qenë beninjë (astrocitome sussepiudimare dhe subependimare).

AMNEZIA E BËNDË POST-TRAUMATIKE

PETIT-DUTAILLIS, CHAVANY J. A., MESSIMY R.

Presse Médicale, 1959, 67, nr. 14, fq. 537-540

Autorët mbasi vënë në dukje karakteristikat e zakonëshme të amnezisë post-traumatike, thonë se ajo në përgjithësi është një amnezi traumatike që ka lidhje me vet aksidentin dhe me periudhën para ose mbas aksidentit. Megjithatë ata paraqesin një rast amnezie masive me depersonalizim të plotë të të plagosurit: në këtë rast nuk mund të dyshohet as për pitiazëm, as për simulim. Natyra organike e kësaj amnezie është e sigurt: çrregullimi i kujtesës përshin gjithë jetën e pacientit dhe shoqërohet me një sindrom afaso-apraksik. Kemi të bëjmë me dy manifestime që nuk janë pasojë e njera tjetrës dhe që përfundojnë me demencë për shkak të lezioneve difuze në nevraks. Ndofta këtu është prekur edhe rinencefali.

NGRITJE E PSIKOTERAPI E PARAKOHËSHME PËR MJEKIMIN E TRAUMAVE CEFALIKE TË MBYLLURA

RAGNAR MULLER, BENGT NAUMANN

Revue Neurologique, 1964, t. 110, nr. 1, 87-91

Megjithëse qysh prej disa vjetësh psikoterapia është këshilluar gjerësisht në rastin e traumave të kokës të mbyllura, ajo nuk është përdorur aq sa duhet.

Në punimin e tyre autorët paraqesin 253 raste pacientësh të prekur nga trauma të mbyllura të kranit (të shkaktuara sidomos nga aksidente rrugore) dhe të mjekuara me ngritje e psikoterapi të parakohëshme. Moshë e të sëmurëve luhet midis 13 dhe 79 vjetve. Zakonisht pacienti mbahet në shtrat për 24 orë mbas aksidentit, pastaj ai është i lejuar të çohet, veçse mund të ketë ndonjë cefale apo marrje mendsh. Psikoterapia përdoret njëkohësisht me ngritjen nga shtrati. Kur i plagosuri është amnezik apo ka humbur ndërgjegjen, vetkuptohet masat e përmendura nuk zbatohen deri sa ai të vijë në vete.

Autorët janë të mendimit se ngritja e psikoterapia e parakohëshme janë mjete efikase për të evituar komplikacionet e traumave cefalike të mbyllura.

VETPROVOKIMI I KRIZAVE TEK EPILEPTIKËT FOTO-SENSIBËL

H. R. RICHTER

Revue Neurologique, 1962, t. 107, nr. 3, fq. 281

Autori përshkruan këto dy raste:

1) E sëmura epileptike është 30 vjeç; dy herë në vit (mesatarisht) i çfaqen kriza të gjeneralizuara. Ato i çfaqen gjatë ditës, përjashta, kur e sëmura hap e mbyll sytë për shkak të dritës së fortë që e bezdis. Pacientes i kujtohet se kur ishte në shkollë nuk e ka ndërë veten mirë dhe ka pasur miokloni sa herë përqëndronte shikimin në drejtim të diellit përmes gjishtrinje që i dridheshin. Elektroencefalogrami flet për çrregullime të tipit epileptik. Nuk ka qenë e mundur ripërsëritja e krizave të vetprovokuara duke përdorur aparate ndriçimi të forta fotografike e kinematografike.

2) Fëmijë në moshën 10 vjeç. me prapambetje mendore. Prindërit

kanë vërejtur se absence-t ndodhin zakonisht mbrëmjeve në veturë, kur një dritë oblike intermitente bije mbi fytyrën e fëmijës. Shpesh fëmijën e kanë gjetur me shkrimin e përqëndruar nga dielli e duke tundur kokën; në këtë mënyrë ai provokonte «absence-t». Fëmija nuk është rrëzuar ndonjë herë për tokë, nuk ka pasur humbje të ndërgjegjes ose manifestime motore. Ekzaminimi elektroencefalografik ka vënë në dukje episode disritmike me valë theta delta polimorfë. Gjatë marrjes frymë janë vërejtur valë të theksuara.

EFEKTI I DRITËS NË EPILEPSI (anallzë e 115 rasteve)

FENG JING-KUM, HUANG HUEJ-PEN
Chinese Medical Journal, 1962, vol. 81, Nr. 3, fq. 187-194.

Tek 115 epileptikë u përdor stimulimi me dritë intermitente dhe ritmike. Vetëm në 13,9 përqind të rasteve u përfytuan të dhëna klinike. Intensiteti i reaksioneve ishte i dobët, por më i lartë se sa në grupet e kontrollit, tek psikonevrotikët dhe tek të sëmurët e prekur nga ulcera peptike. Kur tek epileptikët disfunzioni cerebral ose ndryshimet strukturale janë më të theksuara, edhe stimulimi me dritë shoqërohet me një reaktivitet më të lartë.

ASPEKTI NEUROLOGJIK I SËMUNDJES BASEDOW

EMANUEL J. COHEN
Revue Neurologique, 1963, t. 109 nr. 5, 580

Si përfundim i kërkimeve klinike autori thotë se shenjat neuropsihike dhe neuro-vegjetative në sëmundjen Basedow kanë lidhje me hipertiroksineminë, ndërsa shenjat ekstra-piramidale spieghohen me tepricën e tireotropeve. Autori i studjon tireotropet në pikëpamje klinike dhe fiziopatologjike.

PROBLEMI I ALERGJISË NË PSIKIATRI

I. G. RAVKIN
Korsakov, 1963, 63, 5, 722-728

Nën ndikimin e një toksikoze endogjene që zhvillohet në disa sëmundje psiqike, sidomos në skizofreni, mund të formohen auto-antigenë që luajnë rolin e endoalergjenëve. Substanca të përcaktuara si histamina, acetylkolina dhe serotoninina shkaktojnë reaksione alergjike dhe luajnë një rol me rëndësi në patogjenezën e skizofrenisë. Megjithëse nuk është e mundur të provohet roli i alergjisë në të gjitha format klinike të skizofrenisë për shkak të kompleksitetit të manifestimeve dhe tendencave evolutive të kësaj sëmundje, nuk mund të përjashtohet roli i alergjisë në zhvillimin e disa sindromeve psikopatologjike dhe disa gjendjeve psikotike që çfaqen në format e ndryshme të skizofrenisë.

Simbas autorit, alergjia është në bazë të gjendjes së stuporit katatonik dhe të sindromit delirant akut (si në format hipertoksike febrile të skizofrenisë ashtu dhe në disa encefali të shkaktuara nga intoksikacionet). Në favor të kësaj hipoteze flasin jo vetëm nuancat klinike (hiperpati, çregullimet trofike e vegjetative, manifestimet kutane alergjike), por edhe të dhënat biokimike, imunologjike dhe histokimike.

Alergjia duhet të jetë faktor determinues në disa kriza epileptike dhe sidomos në status epilepticus. Krizat konvulsive çfaqen shpesh si pasojë e edemës Quincke në regjionet përkatëse të trurit.

Përkundrazi, simbas autorit, mund të flitet për kriza epileptike gjatë afeksioneve alergjike (epilepsi reumatizmale, kriza konvulsive të periarteritis nodosa). Edhe konvulsionet gjatë barrës janë të natyrës alergjike. Të së njëjtës natyrë janë edhe krizat që çfaqen menjëherë pas përdorimit të arsenikut, të disa neuroleptikëve, të akrininës (që përdoret lokalisht në lupus eritematosus).

Autori konsideron gjithashtu si alergjike manifestimet psikike që çfaqen tek tuberkolotikët, sidomos në T.B.C. të rëndë, të mjekuar me streptonicinë.
Simbas autorit i duhet kushtuar një kujdes i veçantë faktorit alergjik në mjekimin e sëmundjeve psikike.

NEVROZA E SKOPTOFOBISË

F. N. DOSUZZKOV

Korsakov, 1963, vol. 63, nr. 1, fq. 130-136

Duke përdorur termin skoptofobi (frika për t'u paraqitur qesharak), autori përshkruan një sindrom që karakterizohet me timiditetin patologjik, turpin së jemi të sëmurë (*pathoaidie*), belbëzimin, tiket, eritrofobinë, dismofobinë, hidrosfobinë, kakoteknofobinë (frika për t'u dukur qesharak për arsye të kontrollimit të keq të funksioneve organike). Timiditeti mund të ketë si pasojë veçimin e individit. Turpi mund të shoqërohet me një delir të vërtetë, sikurse e përshkruan autori në rastin e dismorfobisë. Shenjat e tjera përshkruhen si nevroza autonome.

Simbas autorit, rastet e belbëzimit të shoqëruara me turp janë më të shumtat 2/3 dhe u përkasin nevrozave të ndryshme (edhe histerisë). Si eritrofobia ashtu dhe hidroskobia shoqërohen me të gjitha simptomat e sindromit.

Sindromi çfaqet zakonisht nga moshë 3 deri 7 vjeç dhe janë konstatuar dy tipe evolucioni: 1) zhduket në moshën shkollore e riçfaqet gjatë pubertetit; 2) evolucioni vazhdon e rëndohet në kohën e pubertetit ose fill mbas saj. Diagnoza diferenciale me gjendjet paranoide lehtësohet nga theksimi i ndjenjës së inferioritetit gjatë skoptofobisë.

Në pikëpamje nosologjike, autori e konsideron skoptofobinë si një nevrozë autonome dhe rrallë herë një gjendje psikopatike e shumë më rrallë një sindrom skizofrenik. Mjekimi më i përshtatshëm, simbas tij, është logoterapia.

MBI RIADAPTIMIN SHOQËROR TË EPILEPTIKËVE

O. MASSARO, D. RAGOZZINO

Annales médico-psychologiques, 1963, T. 1, nr. 3, 758

Autorët parashtrojnë rezultatet e kërkimeve të tyre mbi 104 epileptikë të rëndë (me konvulsione dhe çrregullime psikike të rëndësishme). Mbas një periudhe të mjaftueshme mjekimesh e riedukimi me anë të punës, 48 pacientë u nxuarrën nga spitali. Nga kontrolli i bërë në shtëpi të tyre rezultoi se 17 nga këta të sëmurë ushtronin një profesion, sidomos në degën e artizanatit, gjë që u lejoi të riadaptoheshin në gjirin e shoqërisë.

Autorët këshillojnë si përfundim të studimeve të tyre që të krijohen qendra të posaçme mjekimi e riedukimi në mënyrë që të shpëtohet, të paktën, një pjesë e të sëmurëve epileptikë të rëndë, sepse po të braktisen në fatin e tyre, ata do t'i bëhen barrë shoqërisë.

EPILEPSIA — PROBLEM SHOQËROR

GONZALO MOYA

Annales médico-psychologiques, 1963, t. 2, nr. 1, 156

Autori thotë se epilepsia shtron një varg problemesh të rëndësishme me karakter shoqëror. Mënyra më e drejtë për zgjidhjen e këtyre problemeve qëndron në adaptimin e të sëmurit ndaj sëmundjes, në adaptimin e shoqërisë ndaj të sëmurit dhe, më në fund, në adaptimin e të sëmurit ndaj shoqërisë. Mjerisht shpesh vëmendja kryesore i kushtohet vetëm aspektit të parë (mjekimi i epileptikëve), ndërsa dy aspektet e tjera, megjithë rëndësinë e tyre, lihen pak a shumë mbas dore.

Më tej, në punimin e vet, autori merr në shqyrtim me radhë personalitetin e epileptikëve, vështirësitë që ata hasin në gjirin e shoqërisë dhe më në fund mundësitë terapeutike e shoqërore (e sidomos edukimi i fëmijëve epileptikë dhe pregatitja e tyre për ndonjë profesion).

EKZISTENCA E NJËHERËSHME E EPILEPSISË ME PREDOMINANCË TEMPORALE DHE E ULCERËS GASTRO-GUODENALE

R. MESSIMY, G. LOBEL, F. MIKOL
Annales médico-psychologiques 1964, t. 1, nr. 4, 655

Autorët analizojnë 9 raste me epilepsi dhe kanë konstatuar se më të shumtën e herëve çrregullimet digjестive paraprijnë çfaqjen e krizave epileptike, me përjashtim të një rasti që ulcera u çfaq më vonë. Tek 4 të sëmurë krizat u përngjasin krizave të epilepsisë abdominale ose digjестive. Mjekimi me barbiturikë jo vetëm zhduk krizat, por ndonjëherë mund të përmirësojë edhe gjendjen digjестive.

Më tej autorët marrin në shqyrtim një varg problemesh: roli i ulcërës dhe i gastrektomisë; në se prekja nervore ose epilepsia me predominancë temporale është pasojë e çrregullimit gastrik apo ajo vetë shkakton ulcerën kronike?

ANOREKSI MENDORE PRIMARE DHE SEKONDAKE

ARTHUR KING
Annales médico-psychologiques, 1964, t. 1, nr. 2, 346-347

Simbas autorit anoreksia mendore nuk ka karakter specifik. Studimin e tij autori e mbështet në 21 raste anoreksie mendore pa leziona organike të dukëshme dhe menjëherë ai dallon dy grupe patologjike të veçanta: ose anoreksia është pasojë e mospasjes dëshirë për të ngrënë dhe kemi anoreksinë primare, ose prapa saj fshihen shkaqe të ndryshme (delir, fobi, depresion) dhe kemi anoreksinë sekondare. Duke u mbështetur në këtë klasifikim, autori i ndan të sëmurët në dy grupe: 12 në të parin dhe 9 në të dytin. Përgjithësisht tërë të sëmurët janë gra. Në grupin e parë sëmundja çfaqet në moshën 7 vjeç mbas pubertit, ndërsa për grupin e dytë nuk ka ndonjë moshë të caktuar.

Duke u mbështetur në të dhënat anamnestike, autori shpreh mendimin se anoreksia mendore është një afeksion psikosomatik që shoqërohet me çrregullimin e apetitit në një farë moshe tek individë me konstitution specifik dhe që gjatë jetës kanë përballuar rrethana të veçanta shoqërore.

MBI NEVROZAT KARDIAKE

F. VEGA DIAZ
Annales médico-psychologiques, 1964, t. 1, nr. 3, 458

Mjeku tërheq vemëndjen e të sëmurit mbi ndonjë anomali (sullë, aritmi, galop, hipertension, etj.) dhe lind nevroza kardiale jatrogene. Në grupin e kardiopative jatrogene autori dallon dy varietete: kardiopatitë organike ose funksionale të shkaktuara nga një terapeutik agresiv (blloç aurikuloventrikular si pasojë e digitalinës, hemoragji nga anti-koagulantët, iskemi cerebrale tek senilët si pasojë e purgantëve ose diuretikëve të fortë, etj.) dhe pseudokardiopatitë funksionale ose nevrozat kardiale të shkaktuara nga diagnoza e gabuar, nga ndonjë frazë e pa peshuar mirë, nga medikamente jo të përshtatëshme (50 deri 60% të të sëmurëve) të dhëna pacientëve që nae të vërtetë kanë leziona organike (leziona valvolare minimale të kompensuara mirë), për të cilat mjeku cakton një regjim medikamentoz e higjienik (pakësimi i veprimtarisë, etj.). Në këto raste faji rëndon mbi mjekun, i cili tregohet i pamatur, nuk ka siguri profesionale, është vet hipokondriak.

Gjithashtu autori bën fjalë për nevrozat kardiale të ambientit, të cilat lindin kur një pjesëtar i familjes apo një mik pëson një aksident kardial; në nevrozat kardiale somatogjene mjafton një aerofagji, një nevralgji interkostale që pacienti të përqëndrojë vemëndjen në zemër dhe ta bëjë vet interpretimin e sëmundjes së tij. Kjo lloj nevroze lind si pasojë e interpretimit të gabuar që i bëhet një simptomi real. Nevrozat akute të ankthit lindin si pasojë e tronditjeve të thella e të forta, që shoqërohen me reaksione të shumta kardiovaskulare, që lehtësojnë nevrozën. Në vargun e nevrozave kardiale të shkaktuara nga abuzimi seksual (masturbim, coitus interruptus) pacienti ndjen dhimbje në regjionin prekordial të majtë, i pengohet frymëmarrja, etj.

Në 72 raste me ekstra-sistol rebele pa leziona organike, po me nuanca ankthi,

simptomatologjia në 42 raste është zhdukur mbas gjumit dhe 68 herë gjatë gjumit të përfëruar me barbiturikë. Administrimi i sedativëve gjatë ditës pakëson frekuencën e ekstra-sistoleve deri 70% me zhdukjen e plotë të ekstra-sistolit natën edhe pa përdorimin e barbiturikëve.

Nevrozat kardiake autori i përfshin në sindromet psiko-neurokardiovaskulare të mos adaptimit.

MBI ÇFAQJEN E NJËHERËSHME TË FORMAVE «SKIZOFORME» DHE EPILEPTIKE TEK FËMIJËT

S. S. MNUKIN

Korsakov 1963, 63 7 1047-1051

Autori përshkruan një grup të sëmurësh, të përbërë nga 17 fëmijë (nga 5 deri 12 vjeç), tek të cilët modifikimet «skizoforme» që kanë lidhje sidomos me psikizmen çfaqen njëkohësisht me manifestime të ndryshme epileptike (veçanërisht «status epilepticus»).

Më të shumtët e këtyre fëmijëve janë meshkuj dhe sëmundja ka karakter kongjenital: është pasojë e një barre patologjike të nënës dhe e «traumave të barrës». Tek shumica e pacientëve u konstatuan çrregullime cerebro-endokrine dhe vegjetatrofike të ndryshme, si dhe të meta kongjenitale të zhvillimit (obesitet, mikrocefali, oligofreni në shkallë të ndryshme, iktiozë e përgjithësuar ose e pjesëshme, dekalçifikim në tru, katarakte kongjenitale, ptoze, etj.).

Të gjitha këto simptoma, simbas autorit, të bëjnë të mendosh për preklazë rrurit të mesëm, në çfaqjen e së cilës lot pa dëshim një rol të dukshëm toksoplazmoza kongjenitale. Gjithashtu, simbas autorit, çfaqja e njëherëshme e manifestimeve «skizoforme» dhe epileptike tek fëmijët nuk spjegohet me veprimin e përbashkët të genotipëve të ndryshëm, por me qënjen e lezioneve organike në tru (megjithëse pneumoencefalogramet janë thujtse negative).

PËRDORIMI NË PSIKIATRI I DISA PSIKOTROPËVE GJATË BARRËS

Q. BEGHI

Annales médico-psychologiques, 1963, 87, 2, 829-851

Autori shqyrton disa medikamente psikotrope që mund të përdoren me dobi gjatë barrës. Në fillim ai merrret me Reserpinën, që ka gjetur një përdorim të gjerë dhe efekti i së cilës mbi barrën është krejtësisht i parëndësishëm. Kloipromazina nuk ka efekt teratogen, por e përdorur me doza më të mëdha se 150 mg. në ditë mund të shkaktojë dështim; promazina, që është një preparat thujtse i njëjlojtë, ërsa i përket efektit dhe përdorimit, paraqitet më i sigurt. Edhe perfenazina dhe proklorperamazina paraqiten më të sigurt në përdorim. Ndërsa klorperazina dhe roklorperamazina duhet të përdoren me kujdes. Në fakt, proklorperamazina po të përdoret me doza më të vogla se 250 mg. në ditë, nuk ka asnjë efekt teratogen tek ruaja.

Në fund autori propozon një klasifikim praktik lidhur me përdorimin e këtyre medikamenteve:

- medikamente që nuk duhen përdorur për mungesë rezultatesh eksperimentale: tipet nialamide;
- medikamente që duhen përdorur me kujdes: reserpina, haloperidoli, imipramina, isocarboxazide.
- medikamente të sigurt po të mos kalohet doza e përshtatëshme: klorpromazina, promazina, klorperazina.
- medikamente që nuk paraqesin asnjë rrezik: perfenazina, meprobatet.

LIBRIUMI NË RRUGË PARENTERALE NË MJEKIMIN E PSIKOZAVE ALKOLIKE AKUTE

C. CAVAGNA, E. CABURRI

Annales médico-psychologiques 1963 121 2 5 851

Në 40 raste aksidentesh alkoolike akute apo subakute, ndërmjet të cilëve 17 me delirium tremens, autorët kanë përdorur librium në rrugë intra-venoze ose intra-uskulare me doza 100 mg. në 24 orë, duke bërë deri 2-3 injeksione në 24 orë. Ky

mjekim është shoqëruar edhe me terapin kimike klasike: rehidratim në rrugë subkutane, poli-vitamina, analeptikë dhe antibiotikë në rast nevojë. Me kalimin e periudhës së rëndë të agjitacionit dhe të gjendjes konfuzo-onirike, administrimi parcentral i libriumit u zvendësua me rrugën orale duke dhënë në çdo 24 orë doza nga 60 deri 100 mg.

Autorët janë të mendimit se libriumi ka një veprim sedativ të dukshëm mbi «ankthin psiko-motor» që shoqëron aksidentet alkoolike akute dhe subakute, si dhe ndihmon në lëshimin muskular. Gjithashtu libriumi nuk ka ndonjë efekt sekondar mbi aparatën kardio-vaskular.

(Përmbledhur nga H. Dibra)

MJEKIMI KIRURGJIKAL I TUMOREVE TË KOCKAVE TË BACINIT

V.P. SELJUVANOV ORTOP. TRAUM. I. PROTEZ. 1964, Nr. 3 f. 58-63.

Në artikull mbasi tregohet mbi frekuencën e tumoreve primare ose metastatike në kockat e bacinit, bëhet fjalë për mjekimin kirurgjikal të tyre. Për tumoret benigne me një lokalizim të vetëm në kockat e bacinit rekomandohet rezeksion i pjesës së dëmtuar deri në kufitë e shëndosha. Për disa tumore malinj si Chondrosarcoma, fibrosarcoma etj., rekomandohet rezeksion i gjërë i bacinit, në vend të amputacionit transileoabdominalis, kur ka shpresë të ruhet funksionimi i ekstremitetit.

17 burime literat.

MBI PSEUDOARTROZEN POST-TRAUMATIKE TË CLAVICULES

V. CALCAGNI — Min. Ortop. v. 1964. Vol. 15, f. 136-145.

Autori mbas një paraqitjeje të shkurtër mbi frekuencën e pseudoartrosave post-traumatike të clavicules, paraqet rezultatet e 14 pacienteve me këtë lezion. Ndërmjet shkaqeve kryesore të pseudoartroses, autori flet për mos krijimin e një kontakti të mirë ndërmjet fragmenteve dhe nga prishja e qarkullimit të gjakut mbas traumës. Për mjekim ndërmjet metodave të shumta kirurgjikale, preferon sintezën aksiale të fragmenteve dhe vendosjen e një kocke autoplastike. Kur bëhet rezeksion i gjërë i vatrës së pseudoartroses, autori rekomandon një metodë personale që konsiston në fiksimin e fragmenteve me tel Kirschner dhe rforcim me një rryp kocke tibiale 7 X 1 cm. duke e mbështjellë me një fletë periosti të marë nga tibia. Në hapësirë futen copa spongioze.

40 burime literature

MBI TRAJTIMIN E FRAKTURAVE TË METAEPIFISËS PROKSIMALE TË RADIUSIT.

A. CAGNAZZO — L. RICCHIONI Min. Ortopedica 1963, Nr. 11, 600-608.

Në artikull mbasi jepen një seri të dhënash mbi etiologjinë dhe anatomo-patologjinë e frakturave të metaepifisës proksimale të radiusit në fëmijë dhe adulte, autorët paraqesin studimin mbi 117 raste të mjekuar në klinikën ortopedike të Universitetit në Bari prej vitit 1949-1963. Për mjekimin e tyre jepen metoda të shumta në përputhje me moshën dhe formën e frakturave. Autorët kryesisht preferojnë metodën konservative. Metodën operative e përdorin rrallë dhe këtë në ditët e para të traumës deri në tre javë, pse më von këmi shumë ndryshime funksionale në artikulation. Në frakturat komminutive në adultet, e vetmja metodë mjekimi është heqja e kokës së radiusit. Nuk është partizan i protezave acrilike ose metalike.

19 burime literat.

TRUPA TË LIRË DHE OSTEOCONDROMATOSA ARTEKULARE

A. MAGISTRONI, G. ROCCO — VISCONTINI *Minerva Ortopedica*, v. 15, v. 1964.
Nr. 1-2 f. 23-30.

Autorët i referohen tre rasteve personale me osteokondromatose artikulare. Në fillim paraqiten punimet e autorëve të ndryshëm për këtë sëmundje duke filluar nga Dare që bëri heqjen e parë të një trupi të huaj nga artikulacioni. Për etiopatogenezën akoma sot ka teori divergjente.

Së fundi autorët japin me hollësi simptomatologjinë, e cila karakterizohet nga dhimbje në artikulacion në fillim të lehta dhe më vonë shpesh, duke u ndërprerë nga periudha qetësie. Shpesh vetë pacientët ndiejnë një trup të huaj që i pengon në lëvizjen e artikulacionit më vonë dhimbjet shihen dhe akuzohen në një bllokim të artikulacionit. Artikulacioni është i fryrë, pastaj mund të kemi hidroartrozë. Në Ro-grafi vërejmë trupa të lirë, por ka raste që nuk shohim gjë kur trupat e lirë kartilajozë nuk janë radio-opak, prandaj kryesore nënvizojnë autorët është simptomatologjia dhe kur dyshon duhet të bëjmë artrotomi. Nga tre rastet e përshkruara dy në gju dhe një rast në bryl janë mjekuar me intervent kirurgjikal. Një nga ato raste është e bazuar në një artrozë deformante.

40 burime leteratyre

ARTRODESA TREFISHE ME METODËN E HEQJES SË PËRKOHËSHME TË TALUSIT.

M. BELGRANO — N. CAPPELLO — R. TARDELLA *Min. Ort.* V. 1964, vol. 15 f. 90-94

Në artikull paraqiten rezultatet e largëta të një studimi klinik dhe radiologjik të 40 pacientëve me paralizë të këmbës mbas poliomyelitit, të cilëve ju është bërë artrodesa trefishe me heqjen e përkohëshme të talusit. Metoda e përdorur nga autorët njihet si metoda e Lorthior dhe konsiston: 1) në lirim të përkohëshëm të talusit duke prerë të gjitha ligamentet e tij; 2) në dekontinacionin e talusit dhe sipërfaqeve respektive artikulare të calcaneus, scafoides dhe haritit (libio-peroneal); 3) në ripozicionin e talusit të dekontinuar.

Mbas kësaj autorët rekomandojnë imobilizimin e talusit me dy tela Kirschner dhe pastaj atëgj.

Nga të 40 rastet e operuara 37 kanë patur rezultat të mirë; tre raste jo të njohura për mungesë të funksionit në libio-tarsal. Në asnjë rast nuk është konstatuar nekroze e talusit. Autorët këtë metodë e rekomandojnë si më të mirën për mjekimin e deformimit të këmbës paralizike, për mundësinë e modelimit të mirë të talusit dhe kockave të tjera të tarsit.

NË TEMËN E OSTEOTOMISË TË DETORSIONIT (modifikim personal i teknikës)

L. TOS *Min. Ortop.* v. 1964 Vol. 15 f. 145-149

Autori bën një përshkrim skematik të osteotomive të detorsionit në kockat tubulare për të korrigjuar intra ose ekstrarotacionin e ekstremitetit, të shkaktuar nga: dëmtime kongenitale, dëmtime të fituara jo traumatike ose mbas frakturave të konsoliduar në pozicion vicioz. Së fundi bën përshkrimin e metodës personale të osteotomisë në formë dhëmbëzimi. Në artikull paraqitet dhe një rast i operuar me këtë metodë.

18 burime leteratyre.

OSTEOARTRIITI I LATANTËVE

A. FACANI, F. C. PAVETTO *Min. Ortopedica* v. 1964 vol. 15 F. 70-77

Autorët kanë paraqitur studimin e 28 rasteve me osteoartrit, në muajt e para të jetës. Duke u bazuar dhe në rastet e tyre theksojnë se infeksioni osteoartikular në latantët është më i theksuar në dy muajt e para të jetës, kjo nga disekuilibri hormonal dhe neurovegetativ të kësaj moshe. Ndërsa sipas Agrifoglio nga që fëmijët kanë vetëm një imunitet pasiv nga antikorpet e nënës. Në latantët osteomyeliti krye-

sisht është i tipit «metafiso-epifises». Në latantet kartilagoja e ritjes nuk është e ndarë nga epifisa, si rezultat vazot nga metafiza kalojnë direkt në epifizë duke formuar sinuse, kështu infeksioni prej metafizës shumë shpejt kalon në epifizë dhe artikulation. Në latantët osteomyeliti nuk shkatron gjithë kockën, pse kartilagoja e hollë çahet shpejt nga qelbi dhe i len vend të lirë përjashta. Por ndryshimet në qelizat epifizare dhe kartilagon e ritjes sipas Truete janë ireversibël. Kështu kemi ndryshime të dukëshme osteoartrike. Simptomatologjia nuk është karakteristike për të gjitha rastet, shpesh dominojnë simptomat lokale mbi të përgjithëshmet.

Në R.d.grafi ndryshimet në artikulation vihen re qysh në 24 orët e para në dallim nga osteomyeliti i diafizo-metafizes.

Për mjekim autorët kanë përdorur me rezultat të mirë antibiotikët, imobilizim me allçi për ekstremitetin superior dhe ekstension leucoplastik për inferiorin që të evitojnë kontrakturën flexu punktion të artikulationit.

25 burime literat.

MBI SËMUNDJEN E KOCKËS SË MERMERIT

V. CALCAGNI Min. Ortop. v. 1964, Vol. 15 f. 77-84

Autori i referohet 24 rasteve të botuara në literaturën botnore në këto vitet e fundit me sëmundjen e kockës së mermerit e përshkruar më 1906 nga Albers-Schonberg, gjithashtu jep karakteristikat e një rasti të tija. Nga rastet e botuara del se në 80% të rasteve sëmundja çfaqet në moshën infantile. Ndryshimet e kuadrit hematopoetik takohen në 56%, të të sëmurëve. Simptomi i hershëm është dhe anemia me një limfocitozë relative. Përveç tre simptomave kryesore: a) osteoskleroza e gjeneralizuar, b) fragiliteti i madh i kockës dhe c) anemia, në 12% të rasteve është takuar osteomyeliti i mandibules dhe në 16% qorimi.

Në rastin e paraqitur nga autori, e sëmura ka arrijtur moshën 61 vjeç, pa shumë çrregullime me përjashtim të frakturave të përsëritura. Osteoskleroza si të gjitha rastet, por mungonte anemia dhe splenonepatomegalia. Ro-grafinë e kokës përveç sklerosës kishte dhe një dendësim të kockave të volta croni që nuk është observuar në dy rastet e tjera. Pacientja kishte dhe fenomene artrose.

24 burime literat.

VEÇORITË E MJEKIMIT OPERATIV TË PESEQUINUS TEK TË RITURIT

Prof. Ja. S. JUSEVIÇ Ortop. travm. i protezirov. 1964 Nr. 2 f. 47-51.

Autori jep një përshkrim të shkurtër të shkaqeve dhe formave të pesequinus tek të riturit, tregon se ndryshimi kryesor është në talus. Për mjekim rekomandon osteotomi kuneiforme horizontale të alusit brenda sipërfaqeve artikulare dhe Achilotomi.

Rezekcioni i përparshëm në artikulationin e Shopart nuk e korrigjon deformacionin. Autori tregon shtatë raste të operuara sipas kësaj metode me rezultate të mira.

FASHATURA E ALLÇISË MBAS OPERACIONIT NË TORTICOLLIS

V. P. SAVADEROV — Ortopediya-traumat. i Proteziç. 1964 Nr. 3 f. 73.

Autori mbas mjekimit radikal të torticollit që konsiston në rezekcionin e muskullit sternokleido-mastoideus, i jep rëndësi aplikimit të allçisë në hiperkoreksion. Për këtë propozon një fashaturë të lehtë allçie: një rreth allçie në kokë duke lënë veshët e zbuluar dhe një rreth në pjesën e poshtme të toraksit. Mbas veni kokën në koreksion, të dy allçitë i bashkon me një hosht metalik që e gipson.

KONSIDERACIONE MBI TRAJTIMIN E FRAKTURAVE TË KLAVIKULËS ME BANDAZH TË THJESHTË TË BUTË

A. MAGISTRONI, G. ROCCO VISCONTINI Min. Orb. 1964, Vol. 15, 291-285.

Autorët i referohen eksperiencës së tyre në trajtimin e 186 pacientëve me frakturë të klavikulës. Në artikull përshkruhen dizavantazhet e mjekimit kirurgjikal të sintozës metalike aksiale dhe i referohen rezultateve të arritura në mjekimin e 181 pacientëve me bandazh të butë në formë tetshi. Kur ky bandazh aplikohet mirë fragmentet e reponuara nuk do të pësojnë lëvizje dhe arrihet një mjekim ambulator me sukses. Bandazhin e heqim mbas një muaji. Funkzioni i rrethit të krahut tek këta pacientë është më i plotë dhe fitohet më shpejt se tek seria e operuar me fiksion metalik.

20 burime literat.

MBI INDIKACIONIN E MOSHËS NË MJEKIMIN KIRURGJIKAL TË SYNDACTILIS CONGENITALE TË DUARVE

G. S. GODUOVA — Ortop. traumat. i Protezir. 1964, Nr. 8, 27-31

Autorët paraqesin mendimet e autorëve të ndryshëm, për moshën kur duhet të operohen fëmijët me syndactyli. Bauer, Tondra, Truales etj. rekomandojnë operacion në moshën e hershme kur fëmija është në gj. Por shumica e autorëve duke parë shpesh recidiva, rekomandojnë operacion në moshën e ritur 18-20 vjeç dhe disa në moshën parashkollore. Në artikull duke u bazuar në eksperiencën e 85 të sëmurëve me syndactyli, paraqesin rezultate shumë të mira në fëmijët e operuar në vitin e parë të jetës. Për këtë nuk kanë përdorur metodën e Celler ose Didot, por për mbylljen e defektit kanë kombinuar plastikën lokale me transplantim të lirë të lëkurës. Lëkurën e transplantuar e marrin me gjithë trashësinë pa dhjam, e qepin me qime kali. Imobilizimi mbas operacionit zgjat 5-7 javë.

23 burime literat

PATELEKTOMIA NË LUKSACIONIN RECIDIVANT TË PATELES

F. LETIZIA, G. L. E MOLI Milano Ortop. 1964, V. 15, 35-42

Në fillim autorët japin definicionin e luksacionit recidivant të pateles duke e dalluar nga luksacioni abitual dhe luksacioni permanent. Në etiopatogenezën lot rol anomalia e vetë kockave të artikulationit, kur kondili lateral më i shtypur ose gjuri në pozicion valgus, lot rol vetë muskuli quadriceps kur është shumë oblik nga jashtë, inserimi i ligamentit të pateles lateralisht tuberosites tibiof dhe së fundi vetë sistemi capsulo-ligamentoz. Ndërmjet metodave operatore kemi osteotominë suprakondiloide e Mac Ewen, Lucas Championiere, Pillard dhe Albee operojnë gjithashtu për të koregjuar deformacionin kockor. Vinditi dhe Forcella bëjnë torsion intern të gjithë diafizës femorale, kështu medializohet quadricepsi. Të shumta janë operacionet në sistemin capsulo-ligamentoz; ndërmjet tyre autorët përmendin: Roux, Delitalia, Putti, Hoffa, Zanoli, Goldewait. Ndër metodat operatore në sistemin muskulo-tendinoz kemi: metoda e Krogus, Boeke, Galeazzi etj. Ka raste që kemi një inkongruencë ndërmjet pateles dhe brazdës femorale, në këto raste mbas operacionit shpesh kemi recidive. Autorët propozojnë patelektominë për mjekimin e luksacionit recidivant të pateles, mbasi paraqesin eksperiencën e autorëve të ndryshëm që e indikojnë ose kontraindikojnë patelektominë. Si paraqesin dy raste të klinikës së tyre që i u është bërë patelektomia, autorët konkludojnë që patelektomia është një intervent i domosdoshëm kur kemi luksacion të përsëritur me fenomene artroze të Pateles. Funkzioni i gjurit mbas patelektomisë ka qenë i kënaqshëm.

Përnbi P. Karagjozi

PËRDORIMI I SARKOLYSINËS ME KOLKAMINË NË CARCINOMË ESOPHAGUS

L. P. LARIONOV, M. A. ÇUDAKOVA. Voprosi Onkologii H. 63, Nr. 12 Faqe 3-8

Autorët nga Shkurti i vitit 1959 deri në shkurt 1962 kanë përdorur sarkolysinën dhe colhaminë në 50 të sëmurë (22 burra dhe 18 gra). Moshat nga 40-70 vjeç. Lokalizimi i tumorit në esofag ishte i ndryshëm; stadiet II-III-IV. Sarkolysina u përdor me doza 10-20 mgr. dhe kolkamina 5-6 mgr. Kursi i mjekimit zgjati 4-5 javë. Doza për kurs e të parës ishte midis 110-225 mgr. e të dytës 50-75 mgr. Pas 1-3 muajve përdorës mjekimi i dytë. Disa të sëmurë përsëritën tre kurse mjekimi njëri deri në 5. Të sëmurët me pakalueshmëri komplete të ezofagut preparatit e morën nëpërmjet gastrostomisë. Kombinimi peroral i këtyre dy medikamenteve dha në 37 të sëmurë d.m.th. 74% përmirësim klinik. Ky i fundit konsiston në përmirësimin e kalueshmërisë së ezofagut, uljen ose zhdukjen e dhëmbjeve, përmirësimi i gjëndjes së përgjithshme dhe rritja në peshë. Në kurset e përsëritura të mjekimit ky efekt vjen duke u dobësuar dhe sëmundja ecën vazhdimisht.

Në dy të sëmurë me Ca të së tretës së sipërme të ezofagut të stadiet të dytë, pas tre kurse mjekimi, u fitua regresimi i plotë i tumorit dhe shërimi praktik për një afat 2-3 vjet. Zhdukja e tumorit pas kursit të parë të mjekimit duke gjykuar nga të dhënat rongenologjike u fitua dhe të një të sëmurë me Ca të së tretës së mesme. Ky afat shërimi është i shkurtër, kanë kaluar vetëm 6 muaj.

Përpunimi i mëtejshëm i kimioterapisë së Ca të ezofagut duhet të konsistojë në përdorimin më të gjërë të preparateve dhe në kombinimin e rontgen-kimioterapisë.

Literatura 5 burime

MBI MUNGESËN KONGENTALE TË VENAVE PROFUNDE TË EKSTREMITETEVE TË POSHTËME NË ANGIOMATOSIS.

R. P. ZELENIN, O. P. BLIAU, Hirurgjia, 1963, Nr. 12, Faqe 84-86.

Angiomat, këto vese të lindura të zhvillimit të vazave takohen shpesh në moshën feminare dhe zënë 2-3% të sasisë së përgjithshme dhe 7% të tumorëve benignë (I.E. Kornman). Angiomat e ekstremiteteve të poshtëme takohen rrallë. Mjekimi kirurgjikal i angiomave të ekstremiteteve të poshtëme është radikal dhe jep rezultate të mira. Operacioni duhet të bëhet vetëm atëherë kur konditat anatomike lejojnë të kryhet ai pa prishjen e funksionit të ekstremitetit. Përpara operacionit kirurgu pa tjetër duhet të dijë kufijtë e saktë të angiomës dhe thellësinë e shtrirjes së sajë, gjithashtu gjëndjen e venave të thella të ekstremiteteve të poshtëme. Te të sëmurët me angiomë të lokalizimeve të mësipërme, mund të ketë trombozë të venave të thella ose në përgjithësi ato mund të mungojnë (anomali vazore kongenitale). Diagnoza e saktë vihet pas flebografisë e cila nga autorët është bërë 15 herë në 12 të sëmurë. Diagnoza e atrezisë kongenitale të venave të thella në përgjithësi mund të vihet me anën e triadës: 1) angiomatoza, 2) zgjatja e ekstremitetit, prezenca e njollave të pigmentuara, 3) flebografia dyfishe. Venat superficiale të zgjeruara angiomatoze të të sëmurëve me airazi kongenitale të vëndeve të thella nuk duhet t'ju nënshtrihen mjekimit operativ. Mjekimi operativ i angiomatozës të të sëmurëve që kanë kaluar trombozë të venave të thella është i mundur vetëm në rastet e rivedosjes së rekanalizimit të plotë për të cilin kirurgu sigurohet me anën e flebografisë.

Literatura 13 burime

T.B.C. I APPENDIXIT SIMBAS TË DHËNAVE TË 24300 APPENDEKTOMIVE

A. S. ALBERG dhe S. V. SKVORCOVSKI, Hirurgjia, 1964, Nr. 2 faqe 97-100.

T.B.C. i appendixit gëdhis lokalizimeve të tij të njohura që një nga vëndet e fundit. Në spitalet e Magnitogorskut nga viti 1951-1959 janë bërë 24300 APPENDEKTOMI TË nga të cilat u janë bërë të sëmurëve që vuanin dhe nga T.B.C. pulmonum. Të gjithë appendixet ju nënshtruan ekzaminimit histologjik, vetëm në 4 u konstatua T.B.C.

Të dhënat pat-histologjike si dhe dekursi postoperator lejojnë që të mendohet se T.B.C. i processus vermiformis në këta të sëmurë ardh si rezultat i prezencës

së infeksionit T.B.C. latent dhe kur u ul aftësia imunobiologjike me rrugë limfatike ose hematogjene u dhanë ndryshme specifike në appendix.

Nga të 75 të sëmurët me T.B.C. pulmonum që ju bë appendektomia tek asnjë nuk u konstatua T.B.C i appendixit me gjithë se në shumicën prej tyre kishte procese të akutizuara specifike pulmonare. Në lidhje me këtë, autorët konkludojnë se mendimet e përparëshme në lidhje me gëzëzen e infeksionit tuberkulare të appendixit me rrugë enterogjene kanë humbur rëndësinë e parë.

Literatura 12 burime

INFLUENCA E TRILLËKSISË SË NARKOZËS NË NIVELIN E RIKONTROLIMEVE TË SERUMIT TË GJAKUT NË TË SËMURËT ONKOLOGJIKË

A. V. SUDZHIAN, Kirurgji, 1963, Nr. 12, faqe 93-94.

Për të parë influencën e thëllësisë së narkozës në nivelin e elektroliteve në të sëmurët onkologjikë u eksaminuan 96 të sëmurë me lokalizime të ndryshme të procesit kanceroz. Ndërryjet u bënë në organet e toraksit, abdomen dhe ekstremitet. Promedikacioni 0.1% atropine dhe 2% solucion promedol. Për narkozën endotracheale u përdor 2.5% Hekrenal ose tiopental. U përdor NO_2 me eter dhe NO_2 me O_2 me shtimin e 3%, solucion promedol nën respiracion të drejtuar. U përdorën relaksante të tipit depolarizues (ditilinë, miorelaksinë, listenon). Shumica e narkozave u dhanë me aparatit «Hirana 5». U bënë gjithësejt 3 prova e para u bë mbas injektimit të relaksantit, e dyta para injektimit të dorës së parë të relaksantit e treta 10 minuta pas injektimit të dozës së parë të relaksantit, pas 20 minutash e katërta pas 30 minutash e pesta, pas një ore e gjashta, pas dy orëve e shtata, provën e tetë të fundit pasi i sëmurë u zgjue. Autorët konkluduan se në shumicën e të sëmurëve onkologjikë në serumin e gjakut vihet re ulja e përmbajtjes së joneve K, Ca, Na, Mg, NO_2 me O_2 dhe NO_2 me eter në stadin e III₁ të narkozës ulin sasinë e K pa ndryshuar përmbajtjen e Mg, Ca dhe Na. Në stadin e thëlla të narkozës (III₂-III₃) rritet niveli i K dhe Mg dhe ulet Ca dhe Na. Relaksantet e tipit depolarizues risin sasinë e K në serumin e gjakut në 20-30 minutat e para pas injektimit. Dozat e mëvonëshme të tyre nuk influencojnë në përmbajtjen e kaliumit.

Bibliografia 15 burime

REKANALIZIMI I EZOFAGUT SI OPERACION PALIATIV NË KANCERIN INOPERABEL TË TIJ

Profesor A. V. VISHNJEVSKI, Kandidat i shkencave mjekësore T. T. DAUROVA
Kirurgji 1963, Nr. 12, Faqe 47-53.

Në këtë artikull autorët rekomandojnë përdorimin e rekanalizimit të ezofagut në Ca inoperabel të tij. Ata venë në dukje prioritetin e kësaj metode para metodave të tjera paliative siç janë gastrostomia dhe jejunostomia, diafragmokruromia, ekstrirpacioni paliativ i tumorit, vendosja e anastomozës tërthor tumorit. Rekanalizimi bëhet me tuba polietilenike me trashësi 0.5-1 mm. Diametri i protezës mund të ndryshojë nga 6-12 mm. Më shpesh përdoren proteza me diametër 10 mm.

U rekanalizuan 44 të sëmurë, 23 nga të cilët u bënë gjatë torakotomive probatore dhe 16 si operacion i veçantë.

Jepet teknika e operacionit me anën e ezofagotomisë cervikale dhe me anën e ezofagoskopisë. Operacioni kryhet me anën e anestezisë lokale ose në rastin e ezofagoskopisë me narkozë intratracheale. Në 44 pacientët vdiq vetëm 1 me fenomenet pleuritë purulent dhe mediastinit. Në autopsi u konstatua se ezofagotomia ishte bërë në ind me ndryshime patologjike. Pacientët të cilëve nuk ju bë rentgenoterapi rojtën 5-7 muaj po aq sa dhe në operacionet e tjera paliative. Të tjerët që bënë dhe rentgenoterapinë post operatore rojtën mesatarisht 14 muaj e gjysëm. Si rezultat i rekanalizimit restaurohet kalueshmëria normale e ushqimit që i jep të sëmurit iluzionin e mjekimit të plotë. Ata kanë mundësi që deri në fund të jetës së tyre të ushqehen nëpërmjet gojës. Rekanalizimi zgjeron mundësinë e përdorimit të rentgenoterapisë kështu që zgjatet jeta e këtyre të sëmurëve që vuajnë nga kjo sëmundje e rëndë e pashërueshme.

Literatura 2 burime

BEZEKSION I STOMAKUT NË DISA FORMA TË GASTRITIT KRONIK

A. P. MIRZAJEV

Voprosi Onkologji, 1964 Nr. 2 faqe 41-47

Shpesh ndodh që kirurgët operojnë të sëmurë për ulçera, polipe, Ca të stomakut dhe gjatë operacionit vihen në pozitë të vështitë mbasi nuk konstatojnë ndonjë patologji të tillë, atëhere operacioni mbarohet vetëm me laparotomi. Shumë forma të gastriteve mund të simulojnë ulçerën, polipin ose kancerin. Në artikullin e dhënë studjohen 36 të sëmurë që kanë vuajtur nga forma të ndryshme të gastriteve kronike dhe që u është bërë rezeksioni i stomakut. Në rastet e mjekimit të gjatë, jo efektiv të disa formave të dyshimta rentgenologjiksht të gastriteve sidomos kur dyshohet për Ca duhet bërë rezeksioni i stomakut. Autori mendon se të sëmurët me gastrit kronik, më shpesh anacit, në format polipoze, gastritet rigide antrale, gastritet adenomatoze duhet t'ju nënështrohen rezeksionit të stomakut. Të sëmurët që vuajnë nga gastritis hemoragjika shpesh i nënështrohen gastrektomisë totale. Studiimi i të sëmurëve si menjëherë mbas operacionit dhe në afate të largëta deri 11 vjet tregoi se operacioni është i indikuar në raste të tilla.

Literatura 32 burime

MBI AFTËSINË NË PUNË TË TË SËMURËVE ME KARCINOMA VENTRICULI PAS OPERACIONEVE RADIKALE

A. M. Korkmasov

Onkologia 1964, Nr. 2 faqe 56-60.

Në sajë të sukseseve të mëdha që ka arritur onkologjia në kohën e sotme janë përmirësuar dhe rezultatet e largëta të karcinoma ventrikuli. Në literaturë janë përshkruar raste që i sëmurit me këtë sëmundje ka rojtur 30 vjet mbas operacionit.

Efektivitetin e operacionit autori nuk e shikon vetëm me zgjatjen e jetës pas mjekimit kirurgjikal, ai merr si indeks dhe aftësinë për punë. U studjuan 45 paciente të cilat ishin operuar. Afatet pas operacioneve radikale për Ca ventrikuli kanë qënë 10-18 vjet. Burra ishin 25, gra 20. Moshë: nga 41-50 vjet 18 të sëmurë dhe 51-60 vjet 20 të sëmurë. Të gjithë të sëmurët u operuan në klinikat e spitaleve dhe institutet e specializuara të Moskës. Simbas strukturës histologjike, tumoret ishin si më poshtë: adenokarcioma 26 raste, Ca solid -9, Ca i mukozës 2 raste dhe forma të tjera 6 raste. U operuan në stadin e parë 6 të sëmurë, në të dytin 22, në të tretin 10. Stadi nuk u përcaktua në 7 të sëmurë. Pas operacionit 42 të sëmurë rojtën nga 10-15 vjet dhe 3 mbi 15 vjet. Gjëndja e përgjithëshme e mirë asnjeri nuk pati metastaza ose recidiva. Rezeksioni i stomakut u bë në 42 të sëmurë, gastrektomia në 3.

Ndërmjet të operuarve u konstatua në 7 raste dyping sindrom. Në 13 të sëmurë u vrejt një ulje në peshë prej 5-10 kg. në 10 më shumë se 10 kg. Te 22 pacientët e tjerë nuk patën humbje në peshë.

Në 39 të sëmurë analiza e gjakut komplet ishte normale, u konstatua në gjak anemia hipokrome. Nga 45 të operuar u kthyen në punë 35; filluan punë 1 vit mbas operacionit 20. Pas një viti 15 pacientë. Punën e tyre të mëparëshme e kryejnë 21, tek 14 të tjerët është vënë re ulja e kualifikimit në punë. Autori mendon se si të dhënat e literaturës po ashtu dhe të tijat shpie në konkluzionet e mëposhtëme:

1) Në kohën e sotme është i padiskutueshëm dhe shkencërisht i bazuar fakti që Ca ventrikuli është plotësisht i shërueshëm, 2) të sëmurët që kanë bërë operacione radikale jetojnë për një kohë të gjatë dhe pjesërisht ruajnë aftësinë për punë dhe mënyrën e zakonëshme të jetesës.

Literatura 21 burime

PËRCAKTIMI I PËRHAPJES SË CA VENTRIKULI ME NDIHMËN E SPLENOPORTOGRAFISË

G. I. VERONSKI. Onkologia, 1964, Nr. 2 faqe 28-34.

Splenoportografia në Ca ventrikuli është më pak e studjuar në studimet me kontrast të sistemit portal. Të parët bënë spleno-portografi në Ca ventrikuli Bulren, Shevale, Gallius dhe Razhel në vitin 1951. Studiimi u bë në një të sëmurë me hipertension portal. Në splenoportogram u konstatua blok i venës lienale në vëndin

e derdhjes së sajë në vena porta dhe në kohën e operacionit u konstatua Ca inoperabel i regjionit prepilorik të ventrikulit. Autori ka bërë 38 splenoportografi në të sëmurë me Ca ventrikuli ku nga të dhënat e ndryshme dyshohej se ishin inoperabel. Manipulacioni është bërë simbas metodës së përpunuar nga autori. Në pragun e splenoportografisë në paranefralin e majtë injektohen 60 ml. 0,5% solution novokaini, me po këtë gjelperë me ndihmën e aparatit për pneumotoraks në hapësirën retroperitoneale futen 300-400 cm³ ajër. Një ditë përpara i sëmuri ka marrë 0,05 dimedrol dhe 0,01 luminat. Në darkë dhe në mëngjes i bëhen klizma pastruese, gjysëm ore para splenoportografisë i bëhet 1 ml. 1% promedol subkutan. Në skopinë e abdomenit kur pacienti ri shtirë, shikohet shpretka e rethuar nga ajri. Pasi lyhet lekura me jod dhe bëhet anestezia futet në kontrollin e rrezeve rontgen në lien agi sa më afër ilusit të tij. Që agi është në vëndin e duhur e provojmë duke dhënë 1-2 ml. kontrast. Substancën kontraste (50% kardiostastil ose 70% solution diodeni) e fusim për 2 sekonda 20-40 ml. Në fund bëjmë rontgenografi me një ekspozicion 0,3-0,4 sekonda. Nga 36 të sëmurë u operuan vetëm 27. Studimi me kontrast i sistemit portal mund të dalloj përhapjen e Ca ventrikuli në organet dhe indet fqinj (pankreas, hepar, ligamentum hepato-duodenale. lien, hapsira retroperitoneale) dhe metastazimi në hepar, në linfo glandulat rreth venes porte dhe venes lienale. Splenoportografia mund të ndihmojë të vendoset diagnoza e inoperabilitetit të Ca ventrikuli dhe të evitohen kështu operacionet e panevojshme.

LEIOMIOMAT E STOMAKUT

Doktor i shkencave mjekësore A. P. BEZHNOVA, H. KAMILLOV
Hirurgia, 1964, Nr. 2, faqe 152-158.

Leiomiomat e ventrikulit zënë 0,5-5%, të gjithë neoformacioneve të këtij organi dhe 30-65% të tumoreve beninje jo epiteliale të stomakut.

Në institutin ku punojnë autorët janë bërë 2120 operacione në stomak. Në 26 raste u konstatuan tumore beninje jo epiteliale dhe 8 leiomioma d.m.th. 30,7%. Më shpesh sëmuren femrat, moshë 32 deri në 72 vjeç. Sëmundja nuk ka shënja patognomonike, megjithatë të sëmurët që kanë dhëmbje në regjionin epigastrik, dobësi, hemorragjira gastrike, ulje të aciditetit të stomakut, ngadonjherë akili dhe që indeksin e hemoglobinës e kanë normal duhet të dyshohen se vuajnë nga leiomioma ventrikuli.

Veçanërisht është i vështirë diagnostikimi i sëmundjes kur në stomak ka dhe sëmundje të tjera si Ca (dy raste), ulkus kronik (3 raste etj.). Ekzaminime rontgenologjike iu bënë 8 të sëmurëve dhe u vunë këto diagnoza: Në 5 Ca ventrikuli, njeri polip dhe në 2 tumore beninje intramurale ventrikuli, Leiomiomat zhvillohen nga fibrat muskulare të lëmuara të mureve të stomakut. Ato mund të rriten ose në kavitetin e organit ose subseroz, në raste të rralla mund të jenë intramurale etj. Më shpesh lokalizohen në murin posterior të stomakut në kurvatura minor. Megjithëse është e vështirë disa autorë janë përpjekur të studjojnë lidhjen që kanë vegoritë e rritjes të leiomiomës dhe lokalizimit të sajë. Mjekimi i sajë është vetëm operativ, por mbi karakterin e ndërhyrjeve kirurgjikale ka mendime të ndryshme. Autorët mendojnë se në tumoret intramurale, submukoze dhe subseroze duhet bërë rezeksion tipik i stomakut, përjashtim mund të ketë vetëm për tumoret që shtrihen në pjesën kardiale ose në regjionin subkardial të ventrikulit. Autorët nuk kanë ndeshur asnjë të sëmurë me leiomyosarkoma. U studjuan dhe rezultatet e largëta të mjekimit të sëmurët rojnë gjatë një periudhe observacioni 1-15 vjet.

Literatura 16 burime.

REZULTATET E LARGËTA TË MJEKIMIT KIRURGJIKAL TË CANCER PULMONUM

Profesor I. S. KOLESNIKOV, Docent M. V. SHEJAKOVSKIJ.
Hirurgia 1964 Nr. 4 faqe 63-68

Nga viti 1952 deri 1958 në klinikë janë mjekuar 613 të sëmurë me Ca pulmonum, nga ata 235 dolën pa operacion dhe 378 u operuan (298 të sëmurëve ju bë resectio pulmonum dhe 80 torakotomia probatore). Autorët kanë patur në kontroll 218 të sëmurë nga ata që dolën të pa operuar. 97,3% të tyre vdiqën gjatë 3 vjetëve nga çfaqja e simptomave fillestare të sëmundjes me shumë se 5 vjet jetuan vetëm 2 të

sëmurë (6,9). Nga 80 të sëmurë të cilëve ju bë vetëm torakotomia probatore dolën nga spitali 74,6 vdiqën. Torakotomia probatore nuk e shkurttoi jetën e të sëmurëve me Ca pulmonum dhe këta zakonisht vdesin 3 vjet pas çfaqjes së sëmundjes dhe afërsisht 2 vjet pas operacionit.

Midis atyre që u janë bërë operacione radikale 33,4% rojnë më shumë se 5 vjet. Nga 290 të sëmurë me resectio pulmonum 52 vdiqën në periudhën post operative kurse 240 dolën nga spitali. Autorët kanë pasur në kontroll 245 të sëmurë. Nga këta 184 vdiqën në afate të ndryshme pas operacionit, kurse 61 prej tyre (dori në nëndor dhjetor 1962) jetonin dhe e ndjenin vëhten mirë.

Në artikull janë krahasuar të dhënat e zgjatjes së jetës të 245 të sëmurëve që kanë bërë resectio pulmonum dhe 54 të cilët ishin operabël por refuzuan ndërhyrjen kirurgjikale. Nga të parët 23,5% rojtën më shumë se 5 vjet dhe më shumë se 5 vjet 22,2% e të sëmurëve, kurse nga grupi i dytë 51 vdiqën në dy vjetet e para pas daljes nga klinika, kurse 1 rojti më shumë se 5 vjet. Autorët mendojnë se prognoza pas resectio pulmonum nga canseri në një gradë të konsiderueshme varet nga struktura histologjike, lokalizimi i tumorit gjithashtu nga seksi dhe mosha. Rezultatet e largëta të mira në të sëmurët me stad të parë të Ca pulmonum meren dhe në rastet që bëhet pneumonectomia dhe në rastet e lobektomisë. Në stadin e II-III të mira janë rezultatet pas pulmektomisë. Nga 184 të sëmurë të operuar dhe vdekur në kohë të ndryshme të 90 u vu shkak i vdekjes. Ata vdiqën nga metastaza në organet e ndryshme (27), nga recidivat lokale 52 dhe nga arsye të ndryshme 11.

Literatura 26 burime

MBI CA VENTRIKULI PRIMAR-MULTIPLEX

Profesor S. I. BABIÇEV dhe Kand. i Shkencave mjekësore G. N. Arkhig'itov.
Hirurgia, 1964, Nr. 4, faqe 88-91

Tumor primar-multiplex quhet dalja në mënyrë indipendente a'organizëm, pamvarësisht njeri nga tjetri i dy ose më shumë neoformacioneve. N.N. Jellanski duke studjuar për shumë vjet (1923-1963) patogenezën e Ca ventrikuli harin në konkluzion se çfaqja e primar-multiplex Ca nuk duhet të shikohet si përjashtim por si ligjëshmëri. Neoformacionet çfaqen në mënyrë unicentrike dhe multicentrike. Në rritjen unicentrike kapet diku një organ nga i cili në të vërtetë mund të lindin metastaza të tjera. Rritja multicentrike karakterizohet nga dalja e disa tumoreve në një ose disa organe të ndryshme.

Dalohen Ca primar-multiplex sinhronik kur tumoret dalin në të njëjtën kohë ose në një interval prej 6 muajsh dhe metahron kur tumori i dytë del pas një kohe me të gjatë.

Autorët për Ca ventrikuli primare-multiplex japin klasifikimin e më poshtëm: 1) Carcinoma multiplex ventrikuli, 2) Carcinoma ventrikuli dhe të tjera të traktit digestiv, 3) Carcinoma ventrikuli dhe organeve të sistemeve të tjera. Në artikull janë përmbledhur të dhënat mbi klinikën, diagnostikimin dhe rezultat i mjekimit operativ të Ca primar multiplex ventrikuli. Nga 809 të sëmurë që kanë bërë resectio ventrikuli ose ekstirpacion total për Ca në 29 (19 burra dhe 10 gra) u konstatu kjo sëmundje. Shpesh recidivat pas resectio ventrikuli mund të jenë si shkak i rritjes sinhrona të tumorit tjetër. Tumoret primare multiplex sipas histologjisë mund të jenë të njëjta ose të ndryshme. Dekursi është me karakter më malinj. Nga 27 të sëmurë të operuar që dolën nga spitali pas një viti mbeten gjallë 11 veta, pas 5 vjetësh vetëm një njeri i operuar për Ca labi inferior dhe pas një viti për Ca ventrikuli. Shkaqet e polineoplazisë nuk janë të qarta akoma.

DISA PROBLEME MBI DIAGNOSTIKIMIN DHE MJEKIMIN KIRURGJIEAL TË Ca PULMONUM

Docent O. S. SHKREB, Hirurgia, 1964, Nr. 4, faqe 119-126

Nga viti 1958-1963 në klinikën e parë të kirurgjisë së fakultetit MOLNI janë ekzaminuar dhe kurrar 440 të sëmurë me Ca pulmonum primare (230 nga këta u operuan).

Autori në artikull përdor klasifikimin klinik të Ca pulmonum.

1) Central (69%) a) endobronchial, b) peribronchial nodos, c) peribronchial i degëzuar.

2) Periferik (38%), a) Tumor sferik; b) forma kavitare; c) forma subpleurale, d) tumor penkost.

Në artikull janë përmendur pothuaj të gjitha ekzaminimet që duhen bërë për diagnostikimin e sëmundjes. Studimi i veçantive të metastazimit në lokalizimet dhe format e ndryshme histologjike japin mundësinë autorit të rekomandojë për punën praktike skemën e mëposhtme për ekzaminimet speciale:

1) Në Ca lobi superior pulmonit dextra duhet bërë pneumotomomediastinografia dhe flebografia mediastinale.

2) Në Ca lobi superior pulmonit sinistra është e domosdoshme të shfrytëzohet pneumotomomediastinografia.

3) Në Ca të lobit inferior duhet të përdoren angiopulmonografite selektive për të studjuar gjëndjen e vazave të mëdha pulmonare.

4) Në tumorat penkost duhet të përdoret studimi me kontrast i venes subklavia. Rëndësi vendimtare për suksesin e operacionit ka sistemi kardio-vaskular dhe respirator. U kryen 121 pulmonektomi, 20 lobektomi dhe bilobektomi, 9 operacione pative dhe 80 toraktomi. Letaliteti pas operacioneve radikale ishte 2,2% dhe shkaqet ishin: hipoksia në kohën dhe mbas operacionit, insuficienca kardio vaskulare akuta, pneumonia, hemorragji tromboembolia e arteries pulmonare, pagëndrueshmëria e kullit bronkial dhe empiema e pëcurës. Metoda bazë e kurimit të Ca pulmonum duhet të jetë pulmonektomia me heqjen e linfoglandulave trakeobronkiale, të bifurkacionit të linfoglandulave paratracheale dhe paraezofagale. Autori jep mendimin e tij në lidhje me disa çështje të teknikës operatorie dhe përdorimit të kimioterapisë që favorizojn kryerjen me sukses të operacionit.

MBI SËMUNDJET E STOMAKUT TË OPERUAR, ELASIFIKIMIN E TYRE, MJEKIMIN KIRURGJIKAL DHE PROFILAKSINË ME NDIHMËN JEFUNOGASTROPLASTIKËN

Prof. E. I. SAHAROV Hirurgia 1964, Nr. 4 faqe 127-135

Me sëmundje të stomakut të operuar duhet të kuptohen gjëndje morboze të ndryshme, që ndryshojnë nga veçantitë anatomike dhe patofiziologjike por që gjithmonë janë të lidhura me këtë ose atë operacion që është bërë më përpara në stomak.

Autori klasifikimin e sëmundjeve të stomakut të operuar i ndan në dy grupe. Në grupin e parë futen gjëndjet morboze në bazën e të cilave qëndrojnë ndryshimet funksionale, që lindin tek të sëmurët e operuar në konditat e prishjes së proceseve antomo-fizikologjike në traktin gastrointestinal pas *resectio ventriculi* sipas Bilrot II dhe modifikimeve të tij. Midis këtyre gjëndjeve morboze me të njohurat janë: 1) astenia gastrike dhe astenia gastrointestinale (Dumping sindrom); 2) sindromi i stomakut të vogël; 3) sindromi hiperglicemik; 4) hiper-hipoglicemik sindrom; 5) sindromi postgastrorezeccion; 6) astenia psikosomatike; 7) diskonforti abdominal; 8) shoku i zorëve të holla dhe sindromi jejunal; 9) astenia enterogjene; 10) kolapsi alimenter.

Në grupin e dytë hyjnë gjëndjet morboze të lidhura me ndryshime anatomomorfologjike destruktive, këtu hyjnë: 1) ulçerat peplike, 2) fistulat 3) stenozat cikatrizante të anastomozës; 4) «circulus viciosus» nga gabimet teknike në operacion; 5) kanceri i kullit të stomakut pas rezeksionit të tij; 6) recidiva e sëmundjes ulçeroze; 7) ezofagitet ulçeroze.

Shpeshësia e gjëndjeve morboze të grupit të parë sipas shumicës së autorëve është 30-60%. Autori konkludon se në rastet e formave të rënda dhe progresive të astenisë të lidhura me operacionin sipas Bilrot II indikohet reduodenizimi me ndihmën e plastikës së zorrës së hollë. Në forma destruktive që kërkojnë rezeksionet të «dyta» dhe «të treta» jejunoplastika lehtëson shumë plotësimin e këtyre operacioneve të vështira. Qëllimi i operacioneve të sotme radikale në stomak nuk duhet të jetë vetëm heqja e organit por dhe mundësia e rivendosjes së gjëndjes anatomike dhe funksionale me ndihmën e jejunogastroplastikës. Rezultatet e largëta do të tregojnë në qoftëse kjo metodë ka rëndësi profilaktike.

Literatura 106 burime

MBI MJEKIMIN E MYELOMËS ME SARCOLYSINË

N. V. MERKULOVA Voprosionkologii, 1964, Nr. 3, faqe 51-58.

Duke u nisur nga afërsia genetike e qelizave myelomatoze dhe qelizave të tumorit Ewing dhe retikulosarkomatozës prej 1956 filloi studimi i përdorimit të sarkolysinës tek të sëmurët me morbus Rusticki-Kaler.

Në institutin e onkologjisë eksperimentale dhe klinike A.M.N. të B.S. nga viti 1956-1962 nga 55 të sëmurë me mieloma 40 u mjekuan me sarkolysinë. Myeloma multiplex kishin 37 të sëmurë, në 3 u konstatua myeloma solitare. Midis të sëmurëve 23 ishin meshkuj dhe 17 femra, shumica ishin midis 46-68 vjeç, 2 të sëmurë me myelomë solitare ishin 8 dhe 11 vjeç. 17 të sëmurë ishin mjekuar pa efekt me rontgenoterapi, fosfor radioaktiv, preparate hormonale, degranol; 23 ishin mjekuar në mënyrë simptomatike. Sarkolysina u përdor intravenos në formë solucioni 0,25%. Dosa ditore 40-50 mgr. në fillim të kursit të mjekimit dhe 30 mgr. në fund. Preparati injektohej një herë në javë. Doza e përgjithëshme midis 150-300 mgr. Në këto doza u përdor dhe në formë tabletash. Në rastet e rënda kur pacienti nuk është në gjëndje të marrë doza kaq të mëdha mund të përdoren 15-20 mgr. në ditë me një interval pushimi 3-4 ditë ose një javë. Mjekimi bëhet me ndihmën e terapisë hemostimuluese. Doza e përgjithëshme 120-220 mgr. Modifikimi i kësaj terapie është përdorimi i 10 mgr. sarkolysine çdo ditë për 10-15 ditë rrjesht (doza e përgjithëshme 100-150 mgr.). Më vonë përdoren 10 mgr. një ditë po një ditë jo deri në dozën e përgjithëshme 200-250 mgr. pastaj intervali i pushimit bëhet 2-3 ditë deri sa të bëhet doza e përgjithëshme 300-400 mgr. Për forcimin e mjekimit mund të aplikohet terapia mbajtëse prej një muaji e gjysmë deri në dy, 10 mgr. në javë. Pas 2-4 muajsh mund të fillohet përsëri mjekimi në «mënyrë profilaktike».

Doza e përgjithëshme e sarkolysinës në mjekimin e përsëritur 100-210 mgr. Në kohën e sotme janë në observacion 29 të sëmurë, 12 ruajnë aftësinë për punë, kanë vdekur 10 pacientë në një interval kohe nga 2 muaj në 5 vjet.

Remisionet zgjasin nga 6 muaj deri në dy vjet. Komplikacionet dhe fenomenet sekondare nuk janë kundërrindikacione dhe mënjanohen lehtë me ndihmën e terapisë hemostimuluese. Rezultatet e mara tregojnë efektin e preparatit në mjekimin e myelomës.

Literatura 37 burime.

EKSPERIENCA E JODOTERAPISË NË MASTOPATIT

M. I. BOBROV

Onkologia, 1964, Nr. 4, faqe 57-69

Sot njihet mirë lidhja midis prishjes së regularitetit endokrin dhe çfaqjes së cancer mamae.

Lazarev dhe bashkëpunëtorët kanë treguar në eksperiment se mastopatia lind në bazë të cistëve folikulare ovariale dhe se heqja e këtyre ovareve ndalon zhvillimin e mastopatisë. Autori ka aplikuar jodoterapinë në mjekimin e 50 të sëmurëve: 49 gra dhe 1 burrë. Mjekimi u bë me solucion 0,25% kali i jodatit një lugë çaj dy herë në ditë. Moshë e pacientëve nga 20-59 vjeç, 75,6% ishin në moshën 30-49 vjeç. Të gjithë të sëmurë u ndanë në dy grupe: i pari — me çrregullime të ciklit menstrual (32,7%) dhe i dyti pa çrregullime menstruale (67,3%).

Një e treta e grupit të parë në anamnezë kishin inflamacione të adneksëve, në të njëjtën kohë si dhe në grupin e dytë 15 gra (46,1%) kishin bërë aborte.

Shumica e të sëmurëve 75,7% u mjekuan gjatë 2-3 muajve. Efekti i parë i mjekimit ishte pakësimi dhe më vonë zhdukja e sindromit të dhëmbjes. Sindromi doroz u zhduk në 29 të sëmurë, në 8 dhëmbjet recidivuan dhe në 8 të tjera nuk pati efek mjekimi (17,8%). Mastopatia u zhduk fare në 11 të sëmurë, në 24 pati zvoglime të shkallëve të ndryshme, në 14 (28,2%) masa nuk pati ndryshime.

Efekti i mirë u mar në 71,8% dhe vetëm në 28,2% nuk pati asnjë rezultat. Rezultati më i mirë (78,6%) ishte në të sëmurët që u mjekuan për 2-2,5 muaj.

Autori konkludon se jodoterapia është metoda efektive për mjekimin e mastopative. Ajo është e pa dëmshme mund të përdoret gjërësisht dhe duhet të rekomandohet si profilaksi e mundëshme e carcinoma mammae. Një pjesë të rasteve sindromi i dhëmbjes mer karakter recidivant dhe kërkon kurse të përsëritura mjekimi.

Literatura 13 burime.

MBI DIAGNOSTIKEN E FORMËS KAVITARE TË CANCER PULMONUM

I. I. NEJMARK dhe D. A. NAJMARK
Onkologia Nr. 5, 1964, faqe 11-15.

Midis formave të ndryshme kliniko-rontgenologjike të kancer-pulmonum, takohet ai periferik me shkatërim dhe me prezencën e një ose më shumë kaviteteve dhe mer eroërën «Kavitar», «Kavernoz», «i absceduar». Mekanizimi i formimit të kavitetit në Ca periferik nuk është i njëjtë.

Kaviteti mund të vijë si rezultat i degjenerimit të indit të vetë tumorit ose në sajë të abscedimit të pjesës pulmonare të atelektazuar, varet nga trombozimi i vazave ose nga kompresioni i tyre.

Një rol të rëndësishëm mund të luaj infeksioni. Nga 34 të sëmurë që u shtruan në klinikë për Ca periferik të pulmoneve, në 5 u vue diagnoza e formës «kavitare» të Ca. Veshlicësi e madhe haset në diagnozën diferenciale të formës «kavitare» të Ca pulmonum me absesi kronik, tuberkulomën, kavernat e izoluar, cystet.

Forma «kavitare» në fillim çfaqet pa simptoma, shpesh diagnostikohet rastësisht. Vetëm kur tumori kap bronket e mbëdha, çfaqet kolla, hemoptizia, dhëmbja në toraks, dispnea dhe ankesa të tjera.

Rëndësi të madhe ka ekzaminimi rontgenologjik i cili ve në dukje hije në formë ovale ose sferë, në bazën e hijes patologjike shihet kaviteti i cili zë pjesën centrale ose periferike dhe ka formë jo të rregulltë.

Kaviteti mund të mos përmbajë likuid, mund të ketë pak ose mund të jetë i mbushur plot. Nga ndonjëherë në të konstatohen sekuesira të indit tumoral.

Në 5 të sëmurë me forma kavitare të kancerit pulmonar klinikisht u diagnostikuan 3. Në dy të sëmurë diagnoza preoperatorë ishte abscesus pulmonum.

Literatura 13 burime

TUMORET E URETRËS TË FEMRAT

A. E. KUSHELEV Onkologia, 1964, faqe 56-62

Në 17 muajt e fundit në dispanserinë onkologjike të rajonit të Donecit u konstatuan 71 gra të sëmura me tumore të uretrës nga të cilat 6 kishin neoformacione maligne dhe 65 benigne. Midis malinjve të 6 ishin Ca, që përbëjnë 0.15% të gjitha carcinomave të femrat. Nga 65 me neoformacione benigne 58 ishin polype, 5 fibroma dhe 2 kondiloma.

Autori sipas strukturës histologjike tumoret maligne të uretrës i ndan në tre grupe: a) karcinoma, b) sarkoma, c) melanoblastoma.

Për klasifikimin e tumoreve benigne përdor klasifikimin e M.P. Phtokoves të modifikuar nga V.I. Lozinski: 1) polype uretrale që vinë nga mukoza e uretrës dhe gjëndrat e saj; 2) fibroma, fibromioma, mioma, angioma parauretrale nga indit konjuktiv dhe shtresat muskulare; 3) cistet e uretrës. Kanceri primar i uretrës është sëmundje e rrallë, zakonisht zë moshat rreth 56 vjeç. Faktorë etiologjikë janë tumoret benigne. Predominon kanceri planocelular. Nga ana makroskopike u konstatuan dy raste me forma infiltrative dhe egzofite dhe një rast me formën polypoide dhe ulçeroze.

Kur neoformacionet janë të vogla, të kufizuara, bëhet heqja radikale me elektrobisturi e pjesës së lezionuar të uretrës në kufitë e indeve të shëndosha; në rastet më të avancuara bëhet rezeksioni i uretrës 2-2.5 cm. larg tumorit. Si rregull bëhet radioterapia e regionit të shtrirjes së tumorit dhe rontgenoterapia e lymfogladulave inguinale. Në 81.7% të të sëmurëve u konstatuan polype uretrale, zakonisht sëmuren njerëzit nga 41-70 vjeç. Rol të rëndësishëm në etiologjinë dhe patogenezën e polypeve kanë sëmundjet gjinekologjike të zgjatura, në veçanti proceset inflamatore. Autori konsideron metodë të drejtë elektroeksionin e tumorit në polypet e veçanta dhe resection uretre me elektrobisturi në poliposis multiple. Autori tërheq vëmendjen se pothuaj se më shumë se gjysma e të sëmurëve u drejtuan në dispanseri me diagnozë të gabuar.

Literatura 24 burime

MBI MJEKIMIN KIRURGIKAL TË PNEUMOTORAKSIT VALVULAR SPONTAN

Kandidat i shkencave mjekësore E. F. FISHER, S. Ja. RIZENFELD dhe
B. N. POKROVSKI

Vjesnik Hirurgii, 1964, Nr. 4, faqe 25-28.

Pneumotoraksi valvular spontan është një nga komplikacionet e rralla por shumë të rënda për një sërë sëmundjesh pulmonare (emfizema buzoze, T.B.C. sëmundjet purulente), e cila kërkon masat të menjëherëshme për shpëtimin e jetës së të sëmurit. Metoda konservative bazë e terapisë së pneumotoraksit valvular është aspiracioni i vazhdueshëm i ajrit nga kaviteti pleural, me qëllim që të ulët presionin intrapleural dhe të kthehet pneumotoraksi valvular në të mbylltur ose në të hapur në mvarësi nga madhësia e perforacionit pleuro-pulmonar. Analiza e të dhënave të literaturës tregon se nga metodat e ndryshme kirurgjikale për mjekimin e këtij komplikacioni në kohën e sotme përdoren metodat e më poshtëme:

1) Punksion i toraksit me anën e Leitchsky që bën për qëllim uljen e presionit intrapleural deri në atë atmosferik.

2) Drenimi i kavitetit pleural sipas metodës Bewlow.

3) Torakoskopi me dissacion të adhezioneve pleurale.

4) Torakoskopi me çarjen e formacioneve buzoze për të krijuar hendejtë për shërim sa më të shpejtë të fistulës pleurale. Nga njëherë përdorimi i metodave të sipërpërmendura nuk ja harrinë qëllimit për mbylljen radikale të perforacionit pleuropulmonar, por bën vetëm kalimin nga pneumotoraksi valvular spontan në pneumotoraks të mbylltur. Pulmonet duan deri një muaj e gjysëm për të ardhur në gjëndjen e mëparëshme. Gjatë kësaj kohe pleura të disa të sëmurë pëson transformime fibroze dhe hialinoze. Sëmundja kalon në një fazë të re: formohet pneumotoraksi spontan kronik, mjekimi i të cilit është i mundur vetëm me një ndërhyrje kirurgjikale shumë traumatike siç është pleurektomia. Për këtë përdorimi i metodave kirurgjikale që zhdukin perforacionin pleuropulmonar në fazën akute të pneumotoraksit spontan valvular dhe që sa më shpejt bëjnë pulmonin në normë duhet t'u jepet rëndësi e veçantë.

Përdorimi i metodave kirurgjikale radikale në fazën akute të pneumotoraksit spontan valvular bën të mundur të evitohet formimi i pneumotoraksit spontan kronik dhe që i sëmuri të shërohet në një afat sa më të shkurtër. Autorët nuk kanë konstatuar recidiva në të sëmurët e operuar prej tyre.

Literatura 16 burime

RËNDËSIA E TERAPISË KOMPLEKSE NË EFEKTIVITETIN E NDËRHYRJEVE KIRURGIKAL TË T.B.C. PULMONUM

A. RABUHIN, M. I. PERELMAN, V. M. ALEKSEJEVA, V. O. GARGOLLOJAN,
E. M. GOREVA, F. M. JOFFE, I. F. LEVITIN

Vjesnik Hirurgii, 1964, faqe 28-32

Autorët kanë studjuar 787 të sëmurë me tuberkuloz pulmonar të cilët ishin operuar në klinikat tuberkulare të institutit qëndror të perfeksionimit të mjekëve.

Në 573 prej tyre u bë resectio pulmonum, në 214 pneumoliza ekstrapleurale, torakoplastika dhe kavernotomia.

Rezultatet më të mira dhe komplikacionet më të pakta post operatore u konstatuan te të sëmurët të cilët u operuan në gjëndje remisioni, në mungesë ose kur lezionet specifike të mbëdha kanë qënë të shëruar dhe kur ndjeshmëria e mikobakterieve tuberkulare është e ruajtur ose tek abacilaret. Për këtë duhet patur parasysh se efektiviteti i operacionit është i mvarun nga efektiviteti i mjekimit kompleks. Sipas observacioneve të autorëve forma destruktive tuberkulare nën veprimin sistematik të terapisë tuberkulostatike të kombinuar me hormone steroide kanë mbylljen e kavernave në 66.4% për 6 muaj dhe 74.6% në një mjekim prej 12 muajsh. Rezultatet e observacioneve shumë vjeçare i lejojnë autorët të nxjerrin konkluzionin e mëposhtëm: Mjekimi kompleks në të cilin rolin kryesor e luan terapia tuberkulostatike duhet të vazhdojë deri atëherë kur shikohet involucioni i sëmundjes, ndalimi i zhvillimit të proceseve reparative duhet të shpjeri në rishikimin e taktikës së mjekimit që në etapat e para të tij. Atëherë në bashkëpunim me kirurgun duhet të vendoset zgjidhja e problemit mbi indikacionin e këtij apo atij operacioni.

Sipas eksperiencës së autorëve, ky afat është midis 4 deri 6 muajsh. Për prega-

Ufjen preoperatorë përfrohën substanca kimioterapeutike të cilët pacientët nuk i kanë përdorur më parë dhe që ruajnë aftësinë mjekënjëse (viocla, cicloseria, trector). Përdoren gjërësisht në këto raste medikamentet horizontale dhe antiinflamatore, vitaminat, aplikimi intrabronkial i antibiotikëve transfuzionet e gjelbra, shpesh përdoren pneumoperitonemi dhe ngandonjëherë raumotoraksi.

MBI DIAGNOSTIKËN E CA RECTI

V. P. PETROV Vjesnik Hirurgji, Nr. 4 1964, faqe 65-70.

Sëmundjet e rektumit takohen shpesh. Kohët e fundit në klinikë u shtruan 1512 të sëmurë me sëmundje të ndryshme të zorrës së trashë, 107 prej tyre ishin me neoplazione maligne.

Operacione radikale ju bënë 33 të sëmurëve, palliative 41, laparatomi probatore 2, nuk u operuan për arsye të ndryshme 26 të sëmurë.

Në këtë mënyrë ju nënshtruan operacioneve radikale 35,5%. Moshë e të sëmurëve nga 23 vjeç, pothuaj 3/4 ishin mbi 50 vjeç. Midis të sëmurëve që ju nënshtruan mjekimit radikal shumica ishin nga 5 deri në 70 vjeç, kurse ata që bënë mjekim paliativ nga 61 në 90 vjeç.

Burra ishin 26, femra 81 d.m.th. 1:3.

Tumori shtrihesh në ampula rekti në 76 të sëmurë, shumica e tyre ishin në regjionin infra-ampular. Te një i sëmurë i cili u operua në mënyrë radikale u konstatuan 2 tumore njëri në regjionin supraampular tjetri në regjionin recto-sigmoidal.

Sipas të dhënave të autorit zgjetja mezatore e sëmundjes nga simptomat e para deri në operacion radikalisht ishte 13,4 muaj, në të sëmurët që u operuan paliativisht rreth 15 muaj. Diagnostika e Ca recti nuk paraqet vështirësi të mëdha duke përdorur metodat e zakonshme (tushë rectale, rektoromanoskopi, metoda rentgenologjike), megjithatë shumë të sëmurë diagnostikohen në stadi të vonësme. Nga 107 të sëmurë 25 u drejtuan në klinikë me diagnoza jo të drejta, ose pa diagnozë fare. Në 25 të sëmurët diagnoza e saktë mund të vihej vetëm me tushë rectale. Diagnostikimi i vonësëm i Ca recti ka dy shkaqe kryesore: i pari vonesa e paraqitjes të të sëmurëve te mjeku dhe e dyta diagnoza jo e drejtë, kjo e fundit është kryesorja. Nga 107 të sëmurë 57 ishin drejtuar në poliklinikë për ndihmë mjekësore dhe i vunë diagnoza të ndryshme si hemoroide, dizantari, paratifo etj. Simptomat më të herëshme janë: melena, konstipacion, dhimbje, ndryshimi i formës së materieve fekale etj. Autori nuk është partizan i ekzaminimit histologjik të domosdoshëm preoperator.

Literatura 12 burime

VEÇORITË E BRONKOSKOPISË TE FËMIJËT

Kandidat i shkencave mjekësore I. G. KLIMKOVIÇ
Vjesnik Hirurgji, 1964, Nr. 4, faqe 112-117

Në klinikën e kirurgjisë për fëmijë të Institutit Qëndror të perfeksionimit të mjekëve, prej vitit 1959 janë bërë më se 400 bronkoskopi në fëmijë me moshë të ndryshme.

Anestezia e përgjithëshme veçanërisht më përdorimin e relaksanteve muskulare lehtëson përdorimin e bronkoskopisë tek fëmijët dhe ka avantazh shumë më të madh para anestezisë lokale. Momentet psikologjike ekskludohen krejtësisht. Fëmija nuk ka asnjë shqetësim dhe ai vullnetarisht bie dakord që të përsëritet interventi.

Në sajë të relaksanteve muskulare bronkoskopi futet lirshëm në trake dhe bronke. Bronkoskopia është bërë me barbiturik dhe protoksid azoti të kombinuara me mio-relaksante me veprim të shkurtër të tipit ditilin. listenon në solucion 2% me doza 2-3 miligram për kg. peshë.

Bronkoskopia bëhet me qëllim diagnostikimi dhe kurativ. Përdoret si në periudhën pre dhe postoperatorë në operacionet e pulmoneve.

Fërdorimi i bronkoskopisë ndihmon në shumicën e rasteve të eliminohen komplikacione të rënda postoperatorë.

Kundër-indikacion për bronkoskopi tek fëmijët mund të shërbejë gjëndja shumë e rëndë në qoftë se kjo e fundit nuk është e lidhur me pakalueshmërinë e rrugëve respiratore. Komplikacionet në pjesën më të madhe lidhet me mungesën e eksperiencës së anesteziologut.

Komplikacioni më serioz regurgitacio çfaqet në ato raste kur fëmija ka ngrënë para manipulacionit. Ky komplikacion mund të evitohet në qoftë se para futjes së relaksanteve përdoret sonda gastrike.

Në artikull jepen indikacionet e bronkoskopisë.

Literatura 12 burime

MBI DIAGNOSTIKIMIN DHE MJEKIMIN E TUMOREVE TË MEDIASITINIT

N. ANÇEV dhe A. PINKAS Sofia Bullgaria Onkologjia 1964, Nr. 5 faqe 31-37

Në artikull autorët kanë dhënë eksperiencën 10 vjeçare të diagnostikimit dhe mjekimit të tumoreve të mediasitinit në Institutin e Lartë Mjekësor ushtarak.

Në observation dhe mjekim kishin 23 të sëmurë. Me termin «Tumore të mediasitinit» autorët kanë inkluduar jo vetëm neoformacionet tipike beninje dhe malinjne por dhe gjithë cistet parazitare dhe jo parazitare, gjithashtu disa procese inflamatore kronike të inkapsuluara (T.B.C.).

Në termin «tumore të mediasitinit» nuk janë futur tumoret e organeve kryesore të këtij regjioni: zemrës enëve të mëdha etj., sepse kanë karakteristika të veçantë në diagnozë dhe mjekim.

Zakonisht sëmundja kalon pa simptoma të theksuara dhe shpesh diagnostikohet rastësisht. Metodot themelore të përcaktimit të diagnozës janë ekzaminimet rontgenologjike. Vetëm në 8 të sëmurë u vu diagnoza e saktë preoperative. U konstatuan 7 adenopati paratrakeale, dy teratoma, një cist dermoid, dy ciste bronkogene, një cist celionic, një lipome, dy fibroma, dy neurinoma, një adenocarcinomë e glandulës tymus, dy ciste ekinokoku, dy ciste me prejardhje të pa kjarhtë. U konstatua se tumoret ishin në pjesën më të madhe në regjionin e përparshëm të djathtë të sipërme të mediasitinit.

Të gjithë të sëmurëve që ju vihet diagnoza «tumore të mediasitinit» duhet të operohen sa më shpejt sepse mund të japin komplikacione (malinjizim, supurim, perforim etj.) dhe në kohën e sotme torakotomia është një ndërhyrje e parëzëshme.

Në pamundësi për të diferencuar tuberkulozin e limfoglandulave trakeobronkiale nga neoformacionet mediasitinale dhe cistet duhet të bëhet torakotomia. Evakuimi i materies kazeoze nga limfoglandula dhe futja lokale e antibiotikëve të shoqëruara me terapinë specifike antibakteriale çojnë në shërim të plotë.

Literatura 13 burime

Ca POLYPOID PULMONUM

N. K. SHUKAREVA. Onkologjia, 1964 Nr. 5 faqe Nr. 24-31.

Qëllimi i artikullit është përshkrimi i veçorive kliniko-morfologjike të tumoreve polypoide bronkiale që zënë 5-8% të gjitha kansereve pulmonare. Shumica e tumoreve polypoide janë kanseroze.

Metode vendimtare për diagnostikimin e këtyre tumoreve është bronkoskopia e cila ndihmon jo vetëm për të parë tumorin po për të marrë dhe biopsi.

Autori ka studjuar 18 të sëmurë, në 12 nga të cilët sëmundja filloi në mënyrë akute, zgjatja e simptomave të shumica ishte nga 2 deri në 6 muaj. Vetëm në 3 të sëmurë (në 1 me kancer dhe 2 me papiloma të bronkut të malinjizuar) sëmundja u zhvillua në formë pneumonie obturative kronike të riakutizuar për 3 deri 6 vjet. Në 16 të sëmurë që u bë bronkoskopia vetëm në 7 u pa tumori.

Të gjithë të sëmurëve u ishte vënë diagnoza preoperative Ca pulmonum, 15 të sëmurë ju bë pulmonektomia, njërit lobektomi superiore.

Tumoret polypoide të bronkeve më shpesh janë nga ana histologjike kansere planocelular cornificans që mund të vijnë nga malinjizimi i papilomave ekzistuese në bronke. Këto lloj tumori takohen më shpesh në bronket e mëdha, në raste të veçanta në bronket e sipërme të lobeve të poshtëme dhe akoma më rrallë në bronket segmentare.

Rezultatet e largëta të mjekimit kirurgjikal tek të sëmurët me Ca polipoid planocelular janë më të mira se sa të atyre me Ca polipoid pak të diferencuar.

Në bazë të studimit morfologjik dhe analizës së rezultateve të mjekimit kirurgjikal të Ca polipoid të pulmoneve mund të konkludojmë se në tumoret me ndërtim planocelular pa metastaza mund të kufizohemi vetëm me metodën kirurgjikale.

kurse në tumoret me ndërtime jo të diferencuar, bile kur kanë dimensione jo të mëdha dhe pa metastaza krahas operacionit duhet të fillojnë dhe kimioterapinë.

Kanë jetuar 5 vjet pas operacionit 6 njerëz, vdiqën 2 1/2 deri 4 vjet pas operacionit nga metastaza 2 kanë jetuar më pak se 1 vit dhe vdiqën nga metastaza; 7 jetojnë 3 muaj pas operacionit 3; vdiqën pas operacionit 2, fati i njërit nuk dihet.

Literatura 16 burime

MBI SEKRETIMIN E UROPEPSINËS NË TË SËMURËT ME CA VENTRIKULI

L. F. GREH dhe E. A. BOGNIKOV Onkologjia, 1964, Nr. 4, faqe 25-29

Përmbajtja e uropepsinës në urinë me përcaktimin në të njëjtën kohë të sekretionit gastrik u studjua në 24 të sëmurë me Ca ventrikuli të diagnostikuar klinikisht, rentgenologjikisht, me biopsi dhe të konfirmuara me operacion.

Qëllimi është studimi i uropepsinës tek të sëmurët me Ca ventrikuli dhe i krahasimit të këtyre të dhënave me të dhënat e klinikës, radiologjisë dhe histologjisë. Më poshtë autorët japin metodikën e studimit.

Përcaktimi i uropepsinës është bërë me metodën e Uest-it sipas modifikimit të tyre. Tek të sëmurët me Ca ventrikuli përmbajtja e uropepsinës lëkundet midis 2 deri 100 unitete në orë. Në 52 nga 84 të sëmurë përmbajtja e sajë nuk harriti nivelin e ulët 20 unitete që vihet re tek njerëzit e shëndoshtë. Në të sëmurët e tjerë niveli i fermentit ishte normal ose i rritur. Niveli i ngritur i uropepsinës në urinë u vue re në të sëmurë me Ca ventrikuli të stadit të tretë dhe të katërt që kishin tumore pak të diferencuara.

Ulja e përmbajtjes të uropepsinës në urinë nuk mund të shërbejë si një shënjë absolute e proceseve atrofike të mukozës së stomakut. Ajo më shpesh flet për një inhibicion funksional gjëndror dhe të mukozës së stomakut që kondicionohet me uljen e aktivitetit të sistemit hipofizio-suprarenal. Përcaktimi i fermentit të të sëmurët me Ca ventrikuli ka interes për të gjykuar në shtrirjen e tumorit ose gradën e diferencimit të tij.

Literatura 13 burime

MBI DIAGNOZËN DHE MJEKIMIN KIRURGJIKAL TË TUMOREVE BENIGNE PULMONARE

Prof. V. I. STRUCKOV, A. V. GRIGORJEN, G. L. BOL-EPSHTEJN, Kirurgia, Nr 4, 1964 F. 24-31.

Në klinikën e kirurgjisë së përgjithëshme të fakultetit të parë të mjekësisë MOLMI prej vitit 1952-1963 janë bërë 270 operacione për Ca primar të pulmoneve dhe 25 operacione për tumore benigne (9,2%) adenoma (10 të sëmurë), fibroma pulmonare (1), limfangioma (1), tumore neurogene (2), hematochondroma (10), teratoma (1).

Shumë nga tumoret benigne nuk kanë dhënë simptoma, janë konstatuar rastësisht gjatë ekzaminimeve rentgenologjike. Adenonë bronkiale zë 5-8% të të gjithë tumoreve bronkogene dhe është më e shpeshta midis tumoreve benigne të rugeve respiratore (60%).

Më shpesh takohet në femra se në meshkuj (21), mosha mesatare e t' sëmurëve 38-40 vjeç. Në pulmonin e majtë takohet 40% në të djathtën 60%. Forma centrale e adenomës bronkiale takohet në 75% të rasteve periferikja në 25%. Adenomat bronkiale kanë aftësi të metastazojnë në limfoglandulat parashylliare dhe paratrakeale, më rrall në hepar, kockë, tru, surenale etj.

Malinjizimi është konstatuar në 10% të rasteve. Karakteristika e sëmundjes është i quajtur «Sindromi i edemës» komponentet e të cilit janë hemorragjitë dhe hemoplizitë e shpeshta, shënjat e bronkostenozës, zgjatja e sëmundjes. Dekursi klinik i adenomës bronkiale ndahet në tre stade.

Adenoma endobronkiale e pa komplikuar me inflamacion dhe ndryshime në pulmone, mund të hiqet por pa tjetër me rezeksjonin e bronkut ose me rezeksjonin segmentar të pulmonit. Kur konstatohet malinjizimi operacioni minimal është lobektomia, limfoglandulat regionare duhet pa tjetër të hiqen. Në adenomat periferike është i indikuar rezeksjoni segmentar i pulmonit ose lobektomia, në raste të tjera ndërhyrja kirurgjikale mavaret nga shtrirja e proceseve sekondare në pulmone.

Në klinikë janë operuar dhe 8 burra e dy gra me hematoma pulmonum. Në 5 të sëmurë diagnoza u vu para operacionit. Në artikull jepen shënjat karakteristike të sëmundjes dhe mjekimi i saj kirurgjikal.

Literaturë 20 burime

ANESTESIA NË OPERACIONET E ZGJERUARA PËR ELEFANTIAZIS

I. G. DUTKEVIÇ, P. M. MEDVEDEV,
Vestnik Hirurgii, Nr. 4 1964 f. 97-101.

Në kohën e sotme përdoren shpesh operacione të zgjeruara për limfostazat kronike dhe elefantiazet e ekstremiteteve. Këto lloj operacione janë shumë të vështira, sepse heqja e lëkurës dhe e shtrësës sukutan është një moment shokogen që shoqërohet me hemorragji dhe plazmoze. Shokun e ndihmon dhe prezenca e shguttit i cili në këto lloj operacione mbahet për një kohë të gjatë.

Weinstein, Roberts etj. operojnë vetëm me narkoz, të tjerë në anestezi spinale. Kirachner dhe bashkëpunëtorët përdorin hipotonin e drejtuar, Zwicher etj. e ndajnë operacionin në disa etapa me intervale deri në 48 orë për të evituar shokun.

Autorët kanë studjuar 67 operacione të bëra në 60 të sëmurë me elefantiazis duke u përqëndruar në metodën e anesteziës.

Nga 60 të sëmurë 58 kishin elefantiazis të ekstremiteteve të poshtëme: i kishte limfostaze të ekstremiteteve të sipërme dhe një kishte elefantiazis të organeve genitale. Vetëm në 14 të sëmurë nuk u konstatuan ndryshime patologjike të organeve të brëndshëm.

Përpara operacionit, të sëmurët u përgatitën me tonik (solucion: glukozë me vitaminë, kordiaminë, kanforë) dhe substanca sedative.

Premedikacioni u bë në pragun e operacionit me luminal, dimedrol, pantopon, atropinë, në dozat e zakonshme. Pas futjes intravenoze të barbiturateve të tipit tiopental, heksenal, intranarkon dhe injektimit të miorelaksantëve depolarizues (lis-tenon) u bë intubimi i të sëmurëve. Narkoza bazë me eter, rrallë me protoksid azoti. Thellësia e narkozës në stadin analgjik ose më shpesh në fazën e parë të stadi kirurgjikal. Gjatë kohës së operacionit përdoren fuqione të solucioneve makrocelulare, 0,25% solucion novokainë me glukozë dhe gjak.

Tensioni arterial dhe pulsi ishin stabilë në 34 të sëmurë. Një moment me përgjegjësi është heqja e zhguttit, para heqjes së tij futet gjak në sasi të madhe, në fund të operacionit u vendos respiracioni dhe pas kësaj u hoq tubi intratrakeal. Hapnoje e zgjatur u konstatua 19 herë. Zgjatja e apnoes ishte mesatarisht 20-30 minuta. Tek tre të sëmurë në fund të operacionit nuk u stabilizua respiracioni aktiv individual, ky i fundit u stabilizua vetëm pas dekararizimit me prozerin (1-1,5 mg). Në asnjë rast nuk u konstatua shoku operator gjat narkozës me respiracion të drejtuar. Vdiq vetëm një i sëmurë të cilit gabimisht në vend që ti jepej narkozë endotrakeale me respiracion të drejtuar ju dha pa këtë të fundit, i sëmurë vdiq nga shoku i rëndë në kohën e operacionit. Periudha postoperatore të shumica e të sëmurëve kaloi mirë. Në 19 pacientë u konstatuan komplikacione të ndryshme (hipofoni, nauze, vomitues, dhimbje muskulare, dhimbje gjatë gjëllitjes, ndryshime në zë), vetëm një i sëmurë kaloi pneumoni postoperatore. Metodika e narkozës së përshkruar më lartë lejon që të mos ndahet operacioni në etapa por të kryhen intervente të mëdha në të njëjtën kohë jo vetëm në një por dhe në dy ekstremitete bashkë.

Literatura 13 burime
Përrmbledhur nga Zino Matathia

STUDIMI RONTGENOLOGJIK, ME KONTRAST I SINUSEVE MAKSILARË, NË PROJEKSION OBLIK

S. I. ALEKSEJEV, L. I. SULAK
(Vjestn. Otorinolaring. 1963, Nr. 6, fq. 19-20)

Diagnoza diferenciale në alteracionet inflamatore të sinuseve maksilarë, deri tashmi dhe me ndihmën e ekzaminimeve roentgenologjike, paraqet vështirësi, për arsye të kuadrës klinikë të ngjashëm.

Studimi roentgenologjik me kontrast i sinuseve maksilar është rekomanduar nga Ginzburg, Troickaja-Trogubova, Bardak etj, por jo me metodën e futjes së kontrastit në një moment.

Janë ekzaminuar 68 të sëmurë (136 sinuse maksilarë). Jodolipoli është i introduktuar

në dy sinuset, në një moment. Pacienti i shtrinë në bark, mbështetet në anën nga tuberat frontale, tue afrue mjekimin te gjoksi, në mënyrë që plani i mesëm sagittal, i kokës, me atë të tavolinës, të formojë një kënd 45 gradë. Koka duhet fiksue.

Sinuset maksilarë, në grafi, kanë formë ovale të pa rregulltë, duken njeni mbas tjetrit. Në këtë mënyrë krijohet mundësia që të observohet gjendja e mukozës së sinuseve në pjesët anteriorë, superiorë dhe posteriorë. Këmbimi me roentgenogramën nazomentalë të sinuseve na jep mundësi me precizue jo vetëm karakterin e procesit patologic por edhe gradën e përhapjes së tij. *Highcroftis Cutarhalis chronica* karakterizohet me një trashim marginal të mukozës prej 0,3 -- 0,6 cm., forma purulente kronike 0,3 -- 1 cm., konturat janë të lëmuara, nga njëherë të valëzuara. Në formën polipozosupurative vrehet hije jo e barabartë e masës së kontrastit.

Në format polipoze dhe me hiperplazi të zhvilluar, masa e kontrastit vendoset në qendër të kavitetit të sinusit, kurse në periferi ka defekte të mbushjes me madhësi të ndryshme. Konturat e masës së kontrastit janë të pabarabarta, me hymje dhe dalje.

Në rastet e kisteve precizohet ekzistenca dhe lokalizimi i tyre.

Me anë të këtij ekzaminimi, tue përcaktue llojin e procesit inflamator dhe gradën e përhapjes, përcaktohet drejtë taktika e mjekimit. Kështu shkurtrohet dhe afati i ekzaminimeve.

MBI DIAGNOZËN DIFERENCIALE TË KISTEVE MAKSILARË DHE FORMAVE SEROZE TË SINUSITIT MAKSILARË KRONIK

M. I. KADIMOVA, M. P. BOGOMILSKI
(Vjestn. Otorinolaring. 1963, Nr. 6 fq. 21-24)

Diferencimi midis formës seroze të sinuzitit dhe kisteve ka rëndësi të madhe për caktimin e llojit t'interventit.

Janë observuar 63 raste (41 me formë seroze dhe 27 me kiste). Në 34 raste me forma seroze ishte evident terreni alergjik ndërsa në kistet në 9 raste.

Rinoskopia në format kistike ka vue në dukje edemë dhe hiperemi të mukozës, sidomos në *meatus nasi medius*.

Në rastet me inflamacion seroz asht vërejtë gjithmonë proces hiperplazik.

Moment deciziv për diagnozën diferenciale asht funksioni maksilar. Kur punktura bjen në lumenin e kistit, gjatë tërheqjes me shiringë, del likuid seroz, po të bahet lavazhi fillon dhimbje e fortë koke. Mbas heqjes së shiringës, nga gjypana rrjedh lëng pika pika.

Kur punktura kalon ma tej se kisti, gjatë aspiracionit del ajër lavazhi bahet lehtë.

Në rastet e sinusitit maksilar seroz, kur punktura bahet në kavitetin e sinusit, gjatë aspiracionit me shiringë del shumë likuid, gjatë lavazhit, në se apertura e sinusit asht krejtë e mbyllun, fillon dhimbja.

Kur punktura kalon në trashësinë e mukozës, gjatë aspiracionit dhe lavazhit ka shume dhimbje.

Makroskopikisht transudati në kistet asht nga njëherë mukoz, ngjyra si qehlibari, ka shpesh kristale kolesterine, rrallë epitel të deskuamuar, nga gjypana del me preston, me pika të shpeshta ose si curril.

Në format seroze, transudati nuk asht kurr mukoz, ka ngjyrë të verdhë të zbehtë, nuk përmban kristale kolesterine, ka shpesh epitel të deskuamuar sidomos në sediment, vjen në shiringë me aspiracion, nga njëherë pika pika.

Kur procesi inflamator okupon gjithë kavitetin e sinusit, diagnoza diferenciale vështirësohet. Në këto raste randësi të madhe ka simptomi i «currilit» që asht karakteristik për kistet e mëdha. Në këto raste nevojiten dhe ekzaminime të tjera komplementare si roentgenograma me kontrast e tjera.

MISA QESHTEJE TË MJEKIMIT TË SËMURËVE ME DISFAGI, TË ZHVILLUEME NË TERRENIN E KOMBUSTIONEVE AKUTE TËZOFAGUT DHE SI REZULTAT I STENOZAVE KRONIKE TË TIJ.

Prof. P. D. BUJEV
(Vjestn. Otorinolaring. 1963, Nr. 6 fq. 30-33)

Në rastet e kombustioneve akute, kondicionohet nga ezofagospazma kurse në stenoza kronike nga ezofagostenozë.

Në kombustionet akute disfagia shpesh nuk ka karakter konstant, në mvarhtësi

nga gjendja funksionale dhe tipi i SNC. Kjo dislagi mund të jetë krejt e lehtë, deri në pamundësi të plotë për kalim t'ushqimit.

Përdorimi i novokainës në këto raste, pakëson spazmën dhe influencën pozitive në organizëm. Novokaina (0,25 — 0,5%) përdoret nën lëkurë, në muskul, venë ose kockë. Ka rëndësi individualizimi. Mund të përdoret dhe bllokada vago-simpatike. Mjekimi me novokainë duhet kombinuar me preparate hormonale (kortizon, ACTH), me rekonstituentë, simulantë.

Në format kronike (stenozat) përdoret buzimi i cili në stenozat mbas kombustioneve gr. II/III dhe strikturat kalozë, bahet për një kohë mjaft të gjatë. Në çrregullime të randa alimentacioni rekomandohet gastritomia që lejon dhe buzimin retrograd.

Stenozat shumë të vjetra, shpesh, influencohen pak nga buzimi.

Shumica e autorëve kërkojnë sot mënjanimin e zgjerimit mekanik dhe zvendësimin me biologjikë, me përdorim të peritoneumit heterogen të teutoterapisë, përdorimin e aloë dhe placentës).

Të tjerë përdorin me efekt kombinimin e Lidazës me ACTH. e kortizon (vepron pak ma dobët se në format akute).

Nga procedurat fizioterapeutike përdoret Jonteforeza me 0,5% novokainë.

Përmbledhur nga Simon Pistani

PROBLEME AKTUALE TË KURIMIT TË SIFILIZIT.

M. P. de Graefsky.

Pres. Med. 72. Nr. 25. 23 maj 1964.

Autori merr në studim efikasitetin e penicillinës në luftimin e formave të ndryshme të sifilizit:

Për sifilizin praecox (gjer në fund të periudhës sekondare), duhet t'i përmbahemi këtyre principeve:

1) Doza e efikase e penicillinës të mos jetë më pak se 0,03 U për ml. serum por edhe duke ndejtur brenda këtyre kufive, duhet patur parasysh se çdo sifiliz nuk është i njëjlojtë dhe se përmbajtja e penicillinemisë ndryshon prej një pacienti në tjetrin. Me një fjalë duhet patur gjithmonë një penicillinemi të efektëshme dhe prandaj duhet vepruar në këtë drejtim e jo vetëm në njësi penicilline të dhënë.

2) Skemat e ndryshme të propozuara janë të vlefshme deri sa sigurojnë një mbajtje penicilline në gjak simbas sasisë që thamë më sipër.

Preferencat që kanë disa autorë për njerën apo tjetrën lloj penicilline (aquosa apo retard) nuk kanë ndonjë mbështetje shkencore.

Çdo sifiliz i trajtuar në periudhën preserologjike negativizohet me çdo lloj skeme por negativizimi i plotë i serologjisë së sifilizit është aq më i zorshëm sa më vonë të fillohet kura mbas çfaqjes së lezimeve. Në rastet e serologjisë pozitive (mbas kurimit), nuk duhet të shqetësohemi sepse asnjëherë vërejtja klinike nuk ka vënë në dukje një acarim të sëmundjes dhe kontrollet e likuorit c.s., në këto raste, nuk kanë tregue prejke të meningeve aq sa, këto kontroile të fundit, na janë dukur të tepërta. Përveç kësaj, pacientët me këtë gjendje, kanë bërë fëmijë të shëndoshë pa bërë kura gjatë shtatzanisë.

Pa hyrë në diskutime doktrinale të shumë studiozëve që e konsiderojnë seropozitivitetin permanent si shkak të qëndrimit të trononemës n'organizmë ose si një difekt serologjik si mbas të cilit organizmi edhe i sterilizuar vazhdon të prodhojë antikorpe si në shumë sëmundje infektive, autori mendon se në këta raste, s'ka arësye të vazhdohet mjekimi.

Penicillinoterapisë mund t'i shtohet Bismuthoterapia pse simbas Gougerot, ka shumë të ngjarë që kështu «ti jepet pacientit një mundësi e dyfishitë shërimi».

Sifilizi i vonshëm. Këtu është shumë i vështirë negativizimi i këtyre pacientëve. Simbas Huriez, negativizimi, shifet në 3-5% të rasteve me sifiliz të vonshëm. Vazhdon të mbetet e pazgjdhur përshtatshmëria e kohës së zgjatjes të penicillinoterapisë dhe e bashkimit me këtë kurë të cianurë Hg. për efektin antiskleroz dhe të Bismuth-it e jodit për efektin risolutiv që kanë.

Sifiliz asimptomatik. Disa raste të rralla të këtij lloj sifilizi negativizohen shpejt sepse pa dyshim janë të një sifilizi të hershëm (recens) i pakonstatuar por shumica janë irreduktibel. Është interesant në këtë drejtim, konstatimi i Bolger-it mbi irreduktibilitetin e Wassermannit në 90% të meshkujve dhe 35% të femrave në mes të cilave shumë prostitute të ekspozuara infeksionit.

Përsa i përket gruas shtatzane, autori pohon se sifiligrafet, duke u nisur nga vërejtje personale dhe nga njohja e ekzistencës së spiroketës në formë granulare, nuk e vlerësojnë absolute pamundësinë e transmetimit të sifilizit në fetus përpura të së pestës javë dhe se pranojnë sifilizin patern. Për këtë qëllim ata trajtojnë me penicillinë dhe sa më parë, çdo grua shtatzane sifilitike dhe bile edhe një grua jo sifilitike por që ka të shoqin të infektuar.

Në lidhje me trajtimin profilaktik të një personi që ka patur kontakt me një sifilitik, autori pohon se shumë studiues këshillojnë një injektim të vetëm me një dozë mesatare penicillinë retard.

TRANSPLANTIMI I ORGANEVE.

Idem. faqe 1525

A. Ravina.

Pengesa më e madhe e transplantimit është sistemi antigjenik që mbron trupin kundër organizmave patogene: çdo person duket se prodhon një sasi antigenesh që luftojnë ata (antigenet) «subversivë» të organeve të transplantuar duke prodhuar antikorpe që shkatërrojnë qelizat e huaja dhe kështu kontribuojnë në largimin e transplantit.

Megjithëse në gjendjen e sotshme të mekanizmit biologjik ne nuk kemi njohuri të plota, në këtë drejtim e dimë se «antigenet T» (antigene të transplantimit) gjinden në të gjitha qelizat me nukleus të të njejtit person. Megjithatë gjendje errësire, ka dalë një farë drite nën mbrojtjen e specifitetit organik. Disa regjione jo fort të vaskularizuara ose me drenazh limfatik të dobët, janë më të favorshme për transplantim kështu p.sh. dhoma e përparshme e syrit, spatium ndën kapsular renal, truri dhe testis.

Disa hinde nuk shtyhen (luftohen) prej organizmit. Kornea mund të transplantohet me qenë se duke mos patur enë gjaku nuk atakohet prej qelizave të organizmit marrës. Hindi ovar, për arsye të panjohura, mund të qëndrojë gjatë në një organizëm të huaj. Kështu ka qënë e mundur të ndërrohet moshë e minjve duke grefuar ovarët e të riëve në pleqitë dhe të pleqve në të rinj.

Ka patur sukses grefimi i kockave dhe i enëve të gjakut (arterie) por vetëm sepse homologu është shkëputur dhe zëvendësuar sistematikisht me hind të furnizuar prej organizmit marrës.

Sukseset më të dukshme janë vërejt në transplantimin e renit të një viçi unitellin (të formuar prej fertilizimit të një veze të vetme dhe prandaj në çdo pikëpamje, edhe nga ana e antigenëve e njejtë) në një tjetër.

Këto raste janë të rralla sepse — në rastet e tjera — është e domosdoshme të prishet ose të dobësohet mekanizmi i mbrojtjes ndaj grefeve alogene.

Ndonjëherë për të patur jetesë të transplantimit, kur dhënësi dhe marrësi nuk janë të ngajshëm ngushtësisht ose janë krejt të ndryshëm, janë përdorur doza masive rrezesh X me qëllim që të zhdukesh përgjegjja imunologjike dhe të vonohesh eliminimi i grefeve. Por ky sterilizim absolut i marrësit, zhdruk mundësinë e mbrojtjes ndaj infeksioneve dhe prandaj ai vdes prej septicemie.

Edhe kemioterapja ka ndërhyrë në këtë drejtim me përdorim të substancave si steroidet, antimitotikët dhe në mes të këtyre sidomos të aktinomycinës D, të cilët duke ndërhyrë në prodhimin e acidit desoxyribonukleik në gjendrat limfatike, ndalojnë prodhimin e antikorpeve por vështirësia e këtyre medikamenteve të ndryshëm qëndron në dosazhin e tyre i cili, duhet të jetë i tillë, që të ndalojë eliminimin e grefeve dhe njëkohësisht, të mos prishë mbrojtjen e organizmit dhe gjendjen fiziologjike të individit të trajtuar.

Me këto metoda ka qënë e mundur të transplantohet veshka në raste ku dhënësi e marrësi ishin krejtësisht të ndryshëm dhe të ketë funksionuar për ma tepër se një vit e gjysëm.

Disa autorë, duke menduar se në grefet problemi imunologjik do të sqarohet, mendojnë qysh tashmi për gjatjen e organeve për transplantim. Në qoftë se është e lehtë të jetojë njeriu vetëm me 1/5 e kapacitetit renal, mund të gjinden persona që të japin një veshkë për transplantim por organet e tjera si zemër, hepar nuk mund të marrin vegjë prej kadaverash gjë që ngren shumë probleme legale dhe teknike. Megjithatë, thonë disa autorë, në qoftë se kadaverat do të bëhen, për pak kohë, burime «pjesësi shkëmbimi» mund të studiohen masat që lejojnë konservimin dhe përdorimin e organeve. Eksperimentet mbi kafshë kanë treguar se pjesë të trupit si anësitë, mund të mbahen të padekompozuar në ftohtësi të madhe si p.sh. në temperaturë minus 15°.

CIKAT JANË INDIKACIONET E KORTIKOTERAPISË NË DERMATOLOGJIT

M. R. Tourain. Pres Med. 72, Nr. 40 20 Qershor 1964.

10 vjet përdorimi të kortikosteroive kanë lejuar përcaktimin e disa indikacioneve të vlefshme por kanë dhënë edhe shkas përshkrimi të saj jo të drejtë në disa raste. Për të evituar këta keqpërdorime, autori i ndan në katër grupe indikacionet e kortikoterapisë në Dermatologji.

I. Indikacione të thjeshta.

Këtu përmblihen dermatozat akute, të ashpëra dhe me natyrë reaktive si fjala vjen ekzema akute e përhapur, urtikaria e menjëherëshme, erytëma me natyrë alergjike (shpesh medikamentoze) si dhe dermatozat hyperpruriginose. Doza në këto raste nuk duhet të kalojë të 50 mgr. të deltakorteni që mund të përdoret edhe me rrugë intramuskulare ose intravenoze duke patur kujdes që të mos përzgjatet shumë dhe të paksohet në mënyrë të rregullt, jo të menjëherëshme. Në sifilizin sidomos në format e saja sekondare, në të porsalindurin dhe në gruan shtatzane, kortikoterapia e shoqëruar me penicillinë gjen një aplikim të përshtatshëm.

II. Indikacione të plota.

Këto duhen njohur mirë sepse kortikoterapia lejon në këto raste, të ndryshohet prognostiku i sëmundjeve të rënda o vdekjeprurëse. Në mjekimin e këtij grupi që kryesohet prej pemfigus vulgaris në të cilin kortikoterapia ka ulur vdekshmërinë në 20%, duhet të pranohen disa fakte:

Nuk ka aq rëndësi zgjedhja e kortikosteroidit të sulmit (mbasi të gjithë kanë të njejtën veprim) sa doza, që mesatarisht duhet të jetë prej 80-200 mgr. deltakortizon dhe e përzgjatur (gjithnjë nën mbikqyrje të mjekut në Spital) deri sa të cikatrizohen lezionet mukoze, mesatarisht 1-2 muaj. Rrjedhimet e këqia digjестive o tromboembolike të kësaj terapie, janë të rralla.

Pakësimi i dozës duhet bërë në mënyrë të rregullt, sa më ngadal pa u influencuar as prej aksidentëve të shpeshta e të ndryshme as prej atyre me të rënda as edhe prej gjendjes së mirë të pacientit.

Doza e mbajtjes së kortikosteroideve, mesatarisht 8-12 muaj, është 10-15 mgr. deltakortizon.

Përsa i përket sëmundjeve të kollagenit, këtu indikacionet e kortikoterapisë janë klasike. Kështu për Lupus erythematodes sistemik në të cilën doza e sulmit nuk është aq e lartë sa në pemfigus por e njejtë doza e mbajtjes. Këtu terapia shoqërohet me antimalarikë. Gjithë kjo terapi (kortikosteroide + antimalarik) përdoret edhe për Lupus Erythematodes Acutus por për një kohë shumë më të shkurtër.

Për dermatomyositis, një dozë prej 50-80 mgr. është përgjithësisht e mjaftueshme për të ndaluar menjëherë sindromin kutaneomuskular sidomos në lokalizimet e saja të rënda laringo-faringeale ose respiratore; në periarteritis kortikoterapia përdoret gjithashtu në të njejtat doza kurse në skleroderminë e gjeneralizuar, megjithëse zhvillon një veprim të favorshëm në infiltrimin e lëkurës dhe mbi retraksionet muskulare, paraqet shpesh kundëriindikacione. Sidoqoftë në këtë rast, kura duhet të jetë e përzgjatur dhe e kryer më shumë kujdes.

Së fundi në eritrodermite kronike që as klinika as ekzaminimet histocitologjike nuk mund të dallojnë në se janë ekzema apo hematodermi dhe, kur të gjitha mjekimet e tjera nuk kanë dhënë ndonjë përfundim të kënaqshëm, mund të përdoret kortikoterapia. Në këto raste në të cilat doza e mbajtjes nuk duhet të jetë e pakët, të mos harrohet se insuksese eventuale mund të shpëjnë në një refikolopatie të lëkurës

III. Indikacionet e arësyeshme.

Në këtë grup, përmblihen sëmundje në të cilat kortikoterapia nuk është e domosdoshme por mund të përdoret kur të gjitha medikamentet e tjera kanë qënë të paefektëshme, disa dermatozat bulloze si p.sh. Dermatitis herpetiforme Dühring kur mjetet e tjera klasike (sulfamide, antibiotike, sulfone) nuk kanë dhënë përfundime të kënaqëshme. Kortikoterapia është e efektshme në raste të tilla por me kushte që të paksohet ngadalë dhe të vazhdohet doza e mbajtjes 3-5 mgr. deltakortizon. Po ashtu e efektshme është kortikoterapia në eritemat polimorfe të rënda të lëkurës dhe të mukozës si ektoderma Fiessinger-Renda, Stevens-Jonson, sidomos tek fëmijët dhe me komplikacione okulare.

Në hematodermite, si mukosis fungoides mund të përdoret sa më vonë dhe mbasi të jenë shfrytëzuar mjete tjera terapeutike, sidomos radioterapia.

Në retikulosen e lëkurës kortikoterapia mund të përdoret në doza të lartë e shoqëruar edhe me antimitotike; në leukosat mund të përdoret sa më vonë. Në sarcoidosat e Besnier-Boeck-Schumann, kortikoterapia mund të përdoret mbas dështimit të isoniacidit. Së fundi kortikoterapia gjen aplikim në Hypodermite, në vaskularitet akute dhe në disa forma lichen planus akute të përhapura dhe hyperpruriginisë.

Kundraindikacione të përdorimit të kortikoterapisë janë psoriasis në të cilën përmirësimi i përkohshëm pasohet me një keqsim që këthehet shpesh në erithrodermi, ekzemat dhe lepra.

Duke përmbledhur mund të themi se kortikoterapia është shumë e vlefshme në Dermatologji me kusht që të njihen mirë indikacionet duke mos patur kundrejt saj as entuziazëm as edhe aversion të tepruar.

TRAJTIMI I RI I ALOPECISË SEBORRHOIKE. LIDHJA E ENËVE TEMPORALE SUPERFICIALE

Raymond Marechal (Bruxelles).
Pres. Med. 72 Nr. 13. 14 Mars 1964.

Autori mbasi përmend se çfarë traume psikike shkakton ramja e flokëve dhe se si deri më sot të gjitha mjetet terapeutike kanë qënë të pavlefshme në ndalimin e rënies së tyre, përshkruan punimet e fundit mbi rritjen dhe mirërritjen, fizio-patologjinë e flokut dhe sidomos zhvillimin e endokrinologjisë që ka lejuar përcaktimin e etiologjisë së seborrheas, pytiriasis dhe të alopecias.

Simbas këtyre studimeve, prezenca anormale në gjak e androgeneve që shtojnë aktivitetin e gjendrave sebace dhe të qelizave epiteliale të lëkurës së kokës nga një anë (Hamilton, Montagne) dhe grumbullimi, nga ana tjetër, në fund të gjendrave sebace të lyrës jo të tretur (të metabolizuuar) që vjen nga ushqimi dhe që dallohet nga lyra e gjendur në qendër të këtyre gjendrave (Behrman, Policard e Trikovich), janë para së gjithash shkaqet e sëmundjes.

Mjekimi i pranuar tek femra, në këta raste është përdorimi i estrogeneve ose i inhibitorëve hipofizare dhe në përgjithësi është i efektshëm në alopecinë seborrhoike por nuk lejohet gjithmonë. Tek mashkulli përkundrazi, dhënia e hormoneve estrogene nuk lejohet pse shkakton humbjen e karaktereve sekondare mashkullore dhe të libido-s. Duke qënë pra kështu, për t'i hequr lëkurës së kokës veprimin e tepruar të androgeneve dhe të lyrës jo të metabolizuuar, autori ka menduar të paksojë gjakimin e saj (të lëkurës së kokës) për të patur më pak lyrë dhe kështu të ndalohet ramja e flokëve.

Duke u nisur edhe nga konstatimet kirurgjikale mbi mosvërtetjen e alopecisë në raste ndërprerje të qarkullimit të lëkurës së kokës mbas traumatizmesh ose në raste teknike neurokirurgjikale, mbas hemostaze të lëkurës së kokës ose mbas arteritis temporalis, në të cilën sindromi qarkullimit në arterien e lëkurës të kokës është paksuar shumë bile ndonjëherë zhduk fare, autori, me anë të legaturës së enëve temporale superficiale mbi arkatën zigomatike, ndënë anestezi lokale, ka operuar 15 meshkuj me moshë prej 18-31 vjeç që kishin, para së gjithash flokë të lyrtë, skuama dhe ramje flokësh të bollshëm dhe tek të cilët mjekimet e zakonshme kishin dështuar.

Simbas autorit mbas 48 orësh, shumë mbas një jave, flokët e këtyre pacientëve të operuar humbasin lyrën e tyre dhe bëhen të thatë, hedhat zhduken mbas 2-4 javësh ndërsa ramja e flokëve pakësohet me më ngadalë: ato paciente që humbisnin çdo ditë 100-150 fije flokësh, mbas 10-12 javësh, nuk i humbisnin më.

GJENDJA AKTUALE DHE PRESPEKTIVA E APLIKIMIT TERAPETIK TË GRIZEOFULVINES.

S. D. Randazzi, A. Giardina.
Min. Derm. Vol. 39, Nr. 3. 1964 fq. 81-85.

Autorët përshkruajnë përveç rezultateve dhe efekteve anësore që kanë konstatuar me përdorimin e grizeofulvinës në luftimin e dermatomikozave, edhe mundësinë e shtrirjes të këtij përdorim në fusha ekstra-fungine.

a) Patologji fungine.

Rezultate të mira janë vërejtë me përdorimin e grizovinës çoftë me doza ditore një gr. për një muaj mesatarisht çoftë me doza të mëdha (5-30 gr. ditën për 1-15 ditë ose po me këtë dozë në dy periudha të ndryshme 15 ditore) në favus, mikrospori e trihofiti të kokës, lëkurës pa qime (cutis glabra), të adneksëve (qime e thoj) dhe në trihofitidet. Përfundime të mira janë vërejtë edhe në raste sporotricosis (nga Sporotrichum Schenkei dhe Noctardia brasiliensis) në një kohë prej 1-2 muajsh. Me qëllim që të shpejtohesh shërimi, bashkë me grizovinën, është këshilluar prerja e flokëve, e thonjve dhe aplikimi i pomadave keratolike dhe antimikotike.

E përdorur lokalisht në vaj arachidis me 2.25%, grizovina nuk ka dhënë përfundime të mira për pamundësi shtrirje të saj në keratine, për inaktivim nga ana e enximeve të lëkurës.

Rezultate negative janë vërejtë në erithrazma, pityriasis versikolor, në kandidozat dhe në mykosat e thella jo dermatofitike.

b) Patologjia ekstrapungine.

Autorë si Kaminsky kanë pasur efekt të mirë në raste të psoriasisit ungeal, Aleksander në pustolosa me prejardhje prej kafshësh, në herpes zoster: doza të larta (5 gr. ditën për një javë) dhanë ramja të etheve për crisis, paksim në fillim dhe zhdukje më vonë të dhimbjeve dhe të kuadrit klinik qysh në ditët e para.

Cohen e bashkëpunorë kanë konstatuar efekt antiinflamatorë në sindromin shpatull dore, në reumatizmin neurotrop të anësive të epërm, por asnjë efekt në rastet e poliartiritit kronik. Në doza të forta (mbi 3 gr. ditën) grizovina ka dhënë rezultate të mahnitëshme në goutte.

Sere dhe Simon mbas një studimi mbi 94 pacientë, e kanë çmuar të vlefshëm veprimin antireumatik të grizeovinës në këto forma: sindrom shpatull dore, periartit seapolo-omerale, reumatizëm rizomelik të pleqve, në algodistrofitë reflekse posttraumatike dhe në goutte.

c) Efekte anësore.

Dhënia e grizovinës për os ka shkaktuar të përzier, (nausea), vjellje, diarre, dhimbje abdominale, ekzantemë morbillo dhe skarlantiformë të përhapura, çfaqje eretimateoze pamfoide, makuloze dhe petekiale të përhapura, urtikarie në persona jo alergjike përpara, dermatis ekzantiforme, likenoide, eriteme eksudative, furunkulose. Por përveç këtyre, janë vërejtë edhe trazime neurotoksike si cefale, vertigo, nervozizëm, depresion mental, pagjumësi, lodhje, trazime hemopoietike si leukopeni, limfopeni, eritropeni dhe shtim të eritrosedimentacionit.

PREVENIMI I KANCERIT.

Chron. O.M.S. vol. 18, Nr. 9 Shtator 1964.

Komiteti i ekspertëve të O.M.S-it për preventimin e kancerit ka lëshuar, në Nëntor 1963, një raport mbi preventimin e kancerit, prej të cilit po marrim pikat kryesore.

Prevenim' i kancerit quhet veprimtaria që ka për qëllim eliminimin ose neutralizimin e faktorëve të njohur ose të dyshuar të karcinogenezës dhe trajtimin e gjendjeve prekanceroze. Përsa i përket këtyre gjendjeve, duhen dalluar rastet e kancerit të vërtetuar nga ato të dyshimtë sepse raporti në mes disa lezionesh dhe kancerëve që zhvillohen më vonë është shpesh i diskutueshëm. Në këtë drejtim, një vlerësim sistematik dhe një klasifikim anatomo-patologjik i lezioneve prekanceroze tek mashkulli, do të ishin shumë të vlefshme. Duket e sigurtë se kanceri i collus uteri mund të njihet në fazën pre-invazive ose intraepiteliale. Gjithashtu mund të diagnostikohen si gjendje prekanceroze disa leziona osteo-muskulare ndërsa ato që çojnë në limfome maligne ose në leucemi, nuk diagnostikohen kollaj.

Është e domosdoshme që menjëherë mbas diagnostikimit të gjendjeve prekanceroze, të fillohet mjekimi dhe prandaj mjekët duhet të jenë informuar mirë mbi të dhënat e fundit në këtë drejtim.

Në bazë studimesh dhe eksperimentësh të ndryshëm, supozohet se shumë alteracione jo kancerogjene në vetvete, kanë një ndikim të fortë mbi procesin e kancerizimit.

Përsa i përket faktorëve të kancerogenezës më me rëndësi tek njeriu ata janë, në radhë të parë drita e fortë e diellit dhe kjo sepse janë vërejtë shpesh epitelioma të lëkurës sidomos në fytyrë dhe në qafë tek popujt e regjioneve që kanë shumë diell dhe sidomos në persona që kanë pak pigmente në lëkurë.

Prej studimesh të kryera n' Afrikën e Jugut, n' Australi dhe në Zelandën e Re del se zhvillimi i melanomëve të lëkurës mund të rrjedhë prej një ekspozimi të

tepruar në dritën e diellit dhe se prandaj evitimi i kësaj i prevenon ato. Edhe krema antisolare është e vlefshme.

Roli kancerogen i irritimit mekanik akut ose kronik nuk është provuar por është treguar se cikatrizimi i një plage ndonjëherë, mund të lozë rolin e një shtyesi në kancerogenezën dhe duket se po kështu vepron edhe irritimi mekanik. Djegëjet nuk përfundojnë në kancer veçse në shumë pak raste por acarimet mekanike o termike mund të veprojnë së bashku si faktorë kancerogjenë prandaj duhet mprojtë lëkurra nga çdo acarim mekanik sidomos kur ajo ka qenë ekspozuar ndaj një aksioni kancerogjen.

Në reziione ku është përhapur zakoni i të përtypërit një fax piperi vetëm ose të përzier me gëlqere e duhan, është vrejt zhvillimi i kancerit të orofaringsit, prandaj duhet evituar përtypja e këtyre lëndëve (s.d.m. e duhanit) dhe duhen marrë masa asepsie të gojës. Dyshimi se pija e alkoolit në mënyrë të tepruar favorizon kanceret e gojës, të laringsit dhe të ezofagut, nuk është konfirmuar në mënyrë të qartë, por kur shoqërohet me karcenë ushqimore mund të lozë një rol shpërthyes të tyre prandaj luftimi i alkoolizmit kontribuon në pakësimin e këtyre formave të kancerit.

Përsa i përket duhanit pranohet që ky shkakton kanceret e mushkërijve megjithëse nuk njihet mekanizmi i një veprimi dantues të tillë. Autorët porosisin në këtë drejtim të mos tprehet në pirjen e duhanit dhe njëkohësisht të bëhen përpjekje për ti bërë më pak të damëshme cigaret.

Mbiushqyerja mund të favorizojë shfaqjen e disa kancerëve si atë të qeses së tëmthit ndërsa ndënushqyerja favorizon llojë tjera kancerësh, sidomos të heparit. Ushqimet kur bahen shumë të nxehta, duket sikur favorizojnë shfaqjen e kancerit të ezofagut. Cilësi kancerogene duket se kanë prodhimet industriale që i shtohen ushqimeve të përgatitura artificialisht.

Cirkonkoneioni prevenon kancerin e penis-it dhe të collus uteri tek partneri femër, ndërsa ekzistenca e një raporti në mes të martesës së moshës së re dhe kancerit të collus uteri, nuk është përcaktuar.

Prodhime industriale për higjenë e zburkum shpesh herë janë treguar kancerogene prandaj përdorimi i tyre duhet të jetë i kujdesëshëm dhe nuk duhen lenë në vende nga ku mund ti marrin fëmijët që janë në mënyrë të veçantë, sensibël ndaj kancerogjenëve.

Raporti jep pastaj një listë të kancerogjenëve të dyshuar ose të njohur të tillë si p.sh. për lëkurë e mushkëri janë të dëmshëm: 1) prodhimet e distillimit të qymyrit duke përfshi edhe ziftin, kresozotin, vaj antracenin, vajra zifti, prodhimet e vajurit dhe të vajrave minerale të hidrogenuara; për qesen e ujit, benzidina e prodhime analoge; për lëkurë, kocka, mushkëri, sistem hemato-limfopoetik, rrezatimet ionizuese nga rrezet X dhe elementë radioaktiv etj.

Prishia e airit nga tymra prej burimesh industriale automjetesh është gjithashtu faktor kancerogen.

Edhe disa medikamente si ormonet estrogene, substanca të grupit të thio-urea-s që përdoren për kurtimin e sëmundjeve të gjendrës tiroide kanë efekt kancerogen prandaj duhen përdorur me shumë kujdes.

Gjithashtu me shumë kujdes duhen përdorur rrezatimet terapeutike që në doza të larta janë të damëshme.

Mbas përshkrimit të lëndëve kancerogene, autorët nënvizojnë randësinë e masave që duhen marrë për tu mprojtë nga përhapja e kancerit. Në radhë të parë ka rëndësi që masat unonjese të njohin substancat e rrezikëshme në këtë drejtim, të kenë vizita mjekësore të herëpashërshme dhe mjete mbrojtëse si tesha etj.

Por përveç këtyre masave, kanë rëndësi të madhe në njohjen dhe prandaj në luftimin e kancerit, studimet epidemiologjike dhe sidomos depistimi sistematik që përmbledh ekzaminimet profilaktike periodike për personat mbi 30 vjeç. Me këtë mënyrë zbulohen jo vetëm shumë gjendje kanceroze dhe prekanceroze por edhe shumë sëmundje të tjera që kërkojnë trajtim të veçantë. Këta ekzaminime që është mirë të përsëriten sa më shpesh (simbas mundësisve të çdo vendi), duhet të drejtohen në kontrollin e imtë të lëkurës dhe të të gjithë birave natyrale të kësaj, të thoraksit dhe në krverien e analizimit të urinës të rektoskopisë: në meshkujt të bëhet ekzaminimi i prostatës në femrat ekzaminime mikroskopike të materialit marrë nga cerviksi. Në rast dyshimi të kancerit, do të kryhet ekzaminimi citologjik i pështymës, radiografia gastro-intestinale, numurimi i elementëve të gjakut, kolposkopia dhe në qoftë se është e mundur, mammografia.

Ka rëndësi të veçantë për zbulimin e kancerit të uterus-it, ekzaminimi citologjik i collus-it gjë që mund të kryhet si në konsultimet gjinekologjike obstetrikale pre ose post natale ashtu edhe në dispenserira të veçanta duke përfshi të gjitha femrat mbi 20 vjeç në një periudhë të paktën 5 vjeçare në qoftë se nuk është e mundur

kyre çdo vjeti. Është venë re në Kanada një paksim 45% i frekuencës së kancerit në një popullsi në të cilën gjysma e femrave është vizitue rregullisht gjatë 8 vjetëve.

MBI XANTHOMATOSIS NGA IPERKOLESTEROLEMIA ESENCIALE

M. Pisani, C. Biondi, M. de Luca
Min. Derm.

Autorët mbassi kujtojnë vështirësitë e një klasifikimi të lipidëve të pranuar prej të gjithë studiuesve për shkak se ky kapitull përmbledh forma morboze të ndryshme nga ana klinike, morfologjike, biokimike, istomorfologjike, istokimike dhe se prandaj të ndryshëm janë edhe kriterët që ndiqen për çdo klasifikim të propozuar, përmendin se si dermatologët ndjekin një kriter të bazuar mbi të dhëna istokimike dhe prandaj i dallojnë lipidozat në ekstra dhe intracelulare sinbas selisë së lipidëve.

Xanthomatozat nga iperkolesterolemia dhe xanthomatosis sinbas selisë së lipidëve esenciale ose sekundare, me patologji që zhvillohen në pjesën më të madhe në lëkurë, janë intracelulare.

Në grupin e xanthomatosave iperlipidemike esenciale hyjnë edhe kuadra hereditare si xanthoma nga iperkolesterolemia esenciale (xanthomatosis iperkolesterolemica familiare — Thannhauser), që nuk paraqet gjithnjë lezione xanthomatoze dhe prandaj disa autorë e quajnë «iperkolesterinemia esenciale familiare» për të treguar se trazimi primitiv është në metabolizimin e kolesterolit.

Simptomatologjia përbëhet prej manifestimesh me karakter xanthomatoz, tuberoz ose të përfushët, trazimesh kardiovaskulare, nga lezione atromatoze në enët e gjakut dhe në endokardium.

Xanthomatosis nga iperlipemia esenciale ka përkundrazi karakter populoz që shoqërohet me një gjendje diabetike të lehtë, epatosplenomegali dhe dhimbje abdominale. Në mes këtyre dy formave, ka edhe të tjera «të përziera» (Borrie) në të cilat shifer shfaqje klinike qoftë nga iperkolesterolemia qoftë nga iperlipemia.

Mbas kësaj hyrje në kapitullin e lipidëve autorët përshkruajnë një rast xanthomatosis nga iperkolesterolemia esenciale interesant qoftë për zhvillimin e manifestimeve në lëkurë qoftë pse bashkë me këta paraqiste edhe lezione tendine, kardiovaskulare dhe ndryshime të metabolizmit lipidik. Përveç kësaj u konstatua edhe një shtim i kolesterolmisë në disa pjesëtarë të familjes dhe prandaj e quajtën këtë xanthoma nga iperkolesterolemia esenciale të tipit familiar.

SËMUNDJE VIRALE TË LËKURËS: FREKUENCA DHE TRAJTIMI I TYRE ME NJË AGENT ANTIVIRAL

M. El Zawahry
Min. Derm. Nr. 1964

Duke u nisur nga konstatimi se sëmundjet virale të lëkurës paraqiten në 3-4.1% në ambulancat dermatologjike dhe se shumë prej tyre prekin moshën e re, autori mbasi përshkruan përpjekjet e studimitarëve për të gjetur një mjet specifik për të luftuar, udalet mbi përfundimet që ai ka patur me përdorimin e xenalaminas në kurimin e këtyre sëmundjeve.

Ky medikament i ri antiviral, i përdorur për os me dozë 4-8 kompresa ditën dhe për një periudhë 2-3 ditëshe e deri më një muaj, ka dhënë përfundime të mira në verruche (vulgares et planae) dhe deri diku të kënaqëshme në stomatitet aftose rikorrens dhe në erythema polimorfa.

-PAMJE RADIOLOGHIKE E LOKALIZIMEVE SKELETIKE NË LUES CONGENITA PRAECOX-

G. C. Maggi — E. Grassi
Min. Ped. 163 Nr. 37.

Duke qenë se R.W. në gjakun e fëmijës me lues c.p. del shpesh negativ, të dhënat anamnestike të prindërve nuk janë gjithnjë të besueshme dhe se ekzaminimet serologjike të muajve të fundit të shtatzanisë dhe në lehon rezultojnë në një përgjindje të lartë të dyshimita, për diagnozin e sifilizit c.p., duhet dhënë rëndësi ekzami-

nirrit radiologjik të kockave. Aq më tepër del vlera e këtij ekzaminimi kur mendohet se kuadri rontgenografik i kockave, përben shpesh, të vetmen të dhënë për të vendosur diagnozin lues c.p. Por ka autorë si Mc Lean (1931) dhe Coffery (1939) që mendojnë se vetëm të dhënat radiologjike nuk janë të mjaftueshme për të vendosur diagnozin l.c.p. dhe prandaj, simbas këtyre, ekzaminimet radiologjike të kockave nuk duhen përdorur si bazë për të vendosur terapinë antitubike.

Lues c.p. që transmetohet prej nënës në fetus nga muaji V i shtatzanisë si infeksion ematogen matern-fetal, paraqitet me leziona kockore në 80% të rasteve (Lefort 1950). Shpesh këta leziona paraqiten në mes të të dytë dhe të tretit muaj të jetës kurse mbas të gjashtit muaj ato janë të rralla.

Lezionet paraqiten zakonisht në kockat e gjata të anësive, shumë rrallë në kockat e sheshta dhe në vertebra, me osteocondritis, periostitis dhe osteomyelitis.

Autorët paraqesin disa raste pacientësh të vegjël që kishin qysh në lindje leziona të cilat i diskutojnë gjerësisht duke i barazuar të dhënat e tyre me ato të literaturës.

Osteocondritis apo osteochondrosis siç e quajnë disa për të theksuar se kocka nuk ka pësuar ndonjë malcim (inflamacion) nga spiroketa por një shndërrim me karakter distrofik, shkaktohet nga një absorbim i pamjaftueshëm i zonës së kockifikimit të përkohshëm dhe formim anomal të spongiosis primitive nga një aktivitet i pakësuar i osteoblastëve. Për shkak të këtyre çrregullimeve, në radiogram, nuk duket si zakonisht, zona e përkohshme e kockifikimit por një rryp opak, më i dendur, i gjerë, me kartilago epifisare si me «dhëmbë të sharrës». Përveç kësaj, për shkak të formimit të një hendi granulimi nga procesi patologjik, në mes të epifizit dhe të diafizit të kockave të gjata, formohet një zonë hendi spongios që duket si një rryp radiopermeabël.

Periostitis që vërehet edhe në të porsalindurët, por më shpesh në fëmijët e moshës 2-3 vjeçare, mund të jetë diafizare primitive ose sekundare mbas gumash ose me destruksion të metafisit kurse osteomyelitis përmbledh lezionet që shfaqen në diafisid sidomos në zonat diafizo-metafisare.

Dactylitis që duhet dalluar nga spina ventosa me origjinë specifike, është një tjetër shfaqje karakteristike e lues congenita.

SHKAQE TË VDEKJEVE: NEOPLASMAT MALIGNË.

Rap. epid. démog. vol. 17, Nr. 5 1964. O. M. S.

O.M.S. ka marrë informata prej autoriteteve shëndetësore të 33 vendeve të ndryshme të botës mbi llojë të tumorëve që gjatë vitit 1961 kanë shkaktuar vdekje mbas konstatimit të mëparshëm se në Amerikën e Veriut, në Europë dhe në Australi, neoplazmat maligne në 1961 zenë vendin e dytë të shkaqeve të vdekjeve (Rap. epid. démog. 1964, 17, Nr. 1-2). Prej këtyre informatave del se ndër meshkujt vendin e parë në mes të tumorëve që shkaktojnë vdekje më të shumta e zenë ato maligne të stomakut, pastaj ato të bronkeve, të trahesë, të pulmoneve jo të specifikueme si sekundare dhe vendin e tretë e zenë tumorët maligne të prostatas, ndërsa ndër femrat vendin e parë e zenë tumorët maligne të gjirit.

Përsa i përket grup moshave të ndryshme, tumori malign i stomakut është vërejtë (si shkak vdekje) më të njëjtat përpjesëtime në mes të meshkujve dhe femrave të grup moshës 0-34 vjeç (0.35 dhe 0.3 përkatësisht për 100.000 banorë), me ndryshime disi më të theksuara në mes të dy seksëve të grup moshës 35-44 vjeç (7 dhe 4 përkatësisht për 100.000 banorë), dy herë më tepër tek meshkujt se sa tek femrat në grup moshën 45-54 vjeç (27 dhe 13 përkatësisht gjithënjë për 100.000 banorë) më tepër se dy herë tek meshkujt se sa tek femrat në grup moshat 55-64 vjeç (84 dhe 40 përkatësisht) gadi dy herë më i lartë tek meshkujt se sa tek femrat në grup moshën 65-74 vjeç (188 kundrejt 107 përkatësisht).

Të dhëna të tjera interesante përsa i përket lokalizimit dhe shpeshësisë së tumorëve maligne që kanë shkaktuar vdekje gjatë vitit 1961 jepen në shumë tabela kockitëse.

Sh. Basha

MBI VLERËN PRAKTIKE TË DISA METODAVE TË EKZAMINIMIT NË DIAGNOSTIKËN MYKOTIKE

Dr. I. Shaulow, Dermatologische Wochenschrift viti 1964 volumi 149, Nr. 4, fq. 81-90

Autori përshkruan disa metoda laboratorike për diagnostikimin e myknave të ndryshme, të cilat kanë një vlerë praktike. Ai mer në studim: 1. ngjyrosjen e preparateve native me bojë Parker. 2. Ekzaminimet mikroskopike të kulturave mycetike në tub-xhami. 3. luminoskopinë. 4. terrenet për të dalluar trichophyton rubrum nga trichophyton metagrophytes. 5. vërtetimi i chlamydosporeve tek candida albicans dhe 6. reaksionet fermentative të candida albicans për ngjyrosjen e preparateve, rekomandohet boja Parker (Parkerink blue black super crom 51). Përzihet një pjesë e bojës me 9 pjesë të KOH 5%, si material shërbëues në tepër skuamat dhe thonjtë e infektuëm. Materialit për ekzaminim, i hidhet 1-2 pika të përzierjes të bojës «Parker» dhe shifet mbas disa orëve ose të nesërmen. Më tepër rekomandohet tek pityriasis versicolor dhe mykozet e kambëve. Për sa i përket ekzaminimit mikroskopik të kulturave në tub të xhamit, autori e rekomandon për diferencimin e shpejtë të dermatofiteve të ndryshme, pa qenë nevoja me përgatit preparate nga kultura e zhvillueme mykotike.

Tue fol për përhapjen e jashtëzakonshëm të epidermofytisë në këto 30 vjetet e fundit, thotë se epidermofyton floccosum nuk është i vetmi sikaktar i kësaj sëmundjeje, ajo përhapet nga trichophyton rubrum dhe trichophyton mentagrophytes, të cilat me vështirësi mund të diferencohen. Kjo bëhet vetëm me anën e pigmentit që formohet nga trichophyton rubrum. Për këtë qëllim ai përdor terrenet me agar dhe mjell misri dhe ujët peptonik simbas metodës së gürzit. Metodën me anën e ujit peptonik, D. Shaulow e quan të pa vlefshme për diferencimin e dy trihofytoneve të natë përmenduna. Ky rekomandon më tepër terene agari me 2% detroze dhe 4% mjell misri. Në tubë, zhvillohet një pigment i kuq, kur kemi të bëjmë me trichophyton rubrum. Për diagnostikimin e 7-8 llojeve të candida albicans që janë patogen për njeriun, autori përdor terene agari me mjell misri dhe me mjell orizi. Chlamydosporet vihen re në terrenet relativisht shpejt mbas 1-3 ditëve, por ka pasë rezultate më të mira në terrenet e orizit. Në shumë raste të Candida albicans ndihmon për diferencimin e tyre edhe aftësia me fermentue glykoze dhe maltoze deri në formimin e gazit. Autori tue u bazue në të dhanat e literaturës dhe në eksperiencën e tij, thotë se edhe saharozet e kanë këtë cilësi.

ZBULIMI DHE PËRHAPJA NË TOKË TË DERMATOFYTEVE NË BERLIN

Prej H. Böhme Dermatologische Wochenschrift 1964 volumi 149 Nr. 8 fq. 185-200

Në këtë artikull jepet koha e zhvillimit të dermatofyteve të ndryshme, vendet e maruna të provave dhe zbulimet e parazitëve për çdo vend në përqindje. Shpeshmërija e çdo lloji dermatofyti ndryshon simbas preardhjes së provave të tokës. Microsporium gypseum dhe microsporium cookej gjinden më shpesh në toka të pasuna, kurse trichophyton tereste në ato më të varfëna me landë organike, dhe ceratomyces ajelloi nuk varet nga përbërja e tokës. Të dhënat e autorit krahasohen me ato të qyteteve të tjera Gjermane dhe diskutohen problemet e përhapjes së këtyre kërpudhave.

MBI MJEKIMIN E VITILIGOS

Prej K. Balabanov dhe Iv. Dogramadiev Dermatologische Wochenschrift volum 149 Nr. 8 fq. 200-203.

Autorët Bullgarë të klinikës së Dermato-venerologjisë së Sofjes, japin rezultatet e tyre të mjekimit me amminajus Line (Meladinine) dhe me Cu-Lyt që ka substancë kuprum. Për të dy medikamentet përdoren rezet e djellit dhe rezet artificiale ulira violet. Këta kanë konstatue përmirësime, por në përgjithësi nuk kanë mbet të kënaqun. Më tepër shpresë simbas tyre napin banjat e djellit për 45-60 -75 ditë në plazh, ku të sëmurët gradualisht mund ta zgjasin radiacionin deri në 3 orë dhe të lahen edhe 4 herë në ditë. Ata kanë mjekue në këtë mënyrë në një periudhë prej 12 vjetësh, 10 fëmijë, 9 gra dhe 6 burra. Nga këta 14 u shëruan mirë (të thuesh), 5 në të gjithë trupin, por patën në vitin tjetër recidiva që u repigmentuan shumë më

shpejt. 3 të sëmurë që vazhduen mjekimin për 3 vjet reshi u shëruen definitivisht kurse një femijë për 2 vjet banja u shërua dhe recidivoj më vonë mbas 9 muajve. Autorët rekomandojnë mjekimin me reze të djellit, si mjekimin më të mirë. Rezultatet e Cu-Lyt-it vijnë ma tepër nga banjat e djellit në plazhe, mbasi ky mjekim i kombinuem me UV, nuk jep as një rezultat. Edhe mjekimet me substanca fotosensibiluese (melanin) nuk e këshillojnë për komplikacionet dhe rezultatet e pakëta të tyre. Mjekimi i vitiligos i rekomanduem prej shokëve Bulgarë, nuk është gjë tjetër veçse një këhim në metodat klasike të mjekimit të kësaj sëmundjeje.

INFEKSIONI EKSPERIMENTAL I NJERIUT ME TRICHOPHYTON QUINCKEANUM DHE MJEKIMI ME GRIZEOFULVINE.

Prej **Fadwiga Schwann** Dermatologische Wochenschrift, 1964, volumi 149, Nr. 12, fq. 302-308

Siç dihet trichophytoni quinckeanum ka prejardhje shtazore dhe prek lëkurën e lëmuet melanugo, rallë kokën ose bëhet shkak për tu çfaq sicerion Celsi. Shumë rrallë mer forma të infeksionit të përgjithshëm. Strehues i parazitit asht miu, por dhe qentë, macat, dhelprat, zogjtë etj. Infeksione artificiale ndër njerëzit njihen me kohë. Mjekimi me pomadë antimykotike asht i lehtë. Autori i ven barrë vehtes me nxjer të dhana mjekimi me grizeofulvinë tek një rast i infektuem artificialisht. Ky konstaton se gjatë mjekimit me grizeofulvinë, u çfaq një reaksion lokal alergjik dhe se intoleranca e grizeofulvinës (të vjellët, diare e dhimbje koke mungesë apetiti etj.) ishte intensive dhe e gjatë me gjithë sasinë e paktë të medikamentit të përdorun. Autori mendon se kjo lidhje me intolerancën individuale të sëmurëve përkundrej edhe medikamenteve të tjera (sulfamida, auromicinë, cloromycetinë etj.).

MUNDËSITË TERAPEUTIKE TË GRIZEOFULVINËS NË FUSHËN ANTI TUMORALE DHE ANTIVIRALE

Prej **S. D. Raudazzo** me **A. Giardina**. Dermatologische Wochenschrift 1964, volumi 150 Nr. 27 fq. 3-6.

Autorët italian, vejnë në dukje rezultatet e arrituna në mjekimin e reumatizmit dhe të Angina pectoris me anën e këtij medikamenti. Kjo i shtyri ata me provue në se ka edhe mundësi të tjera për të provue këtë medikament edhe në sëmundje të tjera. Përdorimi i grizeofulvinës në format e ndryshme të reumatizmit, spjegohet me efektin antiflogestik direkt në vatrën e inflamuem dhe në veprimin nervor të sympatikuesit. Po kështu mendohet edhe për anginën pektorale. Asht vërtetue se grizeofulvina ka një veprim antimitotik dhe e shton potencën toksike të Colchizinës. Dihet se veprime antimitotike kanë edhe antibiotikët. Autorët, tue dhan disa njohuri të literaturës të përdorimit të antibiotikëve si mjete antivirale dhe vetit e grizeofulvinës vejnë hipotezën se grizeofulvina në një fardhëme duhet të veprojë edhe si antibiotik antiviral dhe antitumoral. Nga praktika e tyre, ata paraqesin një rast me Herpes Zoster të randë me temperaturë, dhimbje dhe lesione vesikulobulloze, që e kanë mjekue me doza të nalta të grizeofulvinës, tue pas rezultate të kënaqëshme (5 gr. grizeofulvinë për 7 ditë rjesh).

SYNDROMI CIANOTTI -- CROSTI

Prej **H. Reich**
Der Hautarzt, volumi 14 Nr. 7 fq. 315-318.

Në vitin 1953 dermatologu i Milanos F. Gianotti konstatoi një pasqyrë klinike të përcaktueme që e paraqiti si sëmundje sui generis në vitin 1955. Ma von u përshkruie edhe në qytetet e tjera të Italisë dhe të vendeve të tjera (London, Paris, Lausanne, Bretagne dhe në Jugosllavi). Në vitin 1960 u përshkruie nga Gianotti-Crosti në Gjermani edhe raste të tjera (Acrodermatitis papulosa infantilis ose eruptive papulose infantile acrodermatose) me rastin e një mbledhje të shoqatës së dermatologëve gjermane në Hamburg. Autori përshkruen 3 raste klinikisht dhe histologjikisht për të parën herë në Gjermani dhe vjen në konkluzion se duhet theksue veçanërisht purpura hemoragjike e Gianotti-Crosti. Sëmundja prek zakonisht ekstre-

mitetet në formë simetrike në pjesët ekstensore, tue përfshi edhe shuplakat, shojet, mishrat e trasha, qafën dhe fytyrën në moshën feminare prej 9 muejsin deri 9 vjet. Shenjat klinike fillojnë distal dhe hypin shpejt në pjesët e sipërme. Së fundit preket fytyra. Ajo paraqitet me papula edematose lithenoidë, që më von fillojnë të deskuamohen ose kanë një pamje hemorragjike. Eksantema çduket brenda 4-6 javëve. Smadhimi i gjendrave në aksillat, qafë dhe inguinal konstatohet gjithmonë (P.S. U dha ky përshkrim i shkurtër klinik simbas autorit, mbasi është një sëmundje e re që është konstatue në poliklinikën e Tiranës dhe të Durësit nga dermatologët tanë për të parën herë).

MJEKIMI ME VIT.D2 DHE REZIQET E MUNDËSHME

Prçj H. Dürr, Dr. Hautarzt, 1963, volumi 14, Nr. 5, fq. 227-230

Autori përshkruan një rast me acne vulgaris, që u mjekue për 6 muaj me vit. D2 (600 tabl. nga 1 mg) me doza të nalta. Të sëmurit ju çiaq një lloj ekzemo dhe një keqçsim i acnes në formë të një dermatose acne-thermatose me hypercalcemie dhe insufiencë të funksionit të veshkave. Këtu përshkruen mjekimet me sukses të vit. D — terapisë në patologje, pediatri dhe në dermatologi. Më tepër është përdorun terapia me vit.D2 në tuberkolozin e lëkurës, por dhe në ekzemat akuic me shpërthencë, psoriasis etj. Gjatë këtij mjekimi me doza të nalta janë vu re depozitime të calciumit në veshka, skelct etj. Në ekzemat janë dhënë 30-60 mg Vit.D2 në fillim, mandej për 6-7 ditë 15 mg.i.v. Të tjerë kanë përdor për tre ditë resht nga 600.000 U. intermuskular për të pengue eksudatin. Kjo dozë konsiderohet e naltë pse janë observac disa herë hypercalcemie, çregullime të veshkave dhe të metabolizmit gëlqeror.

PËRMBLEDHJE TË SHKURTËRA MBI DERMATOMYKOZET MARRË NGA ZENTRAL — BLATT FÜR HAUT — U GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Volumi 114, Nr. 12, 4, 5 viti 1963

Christina Schönborn duke folur mbi trichophyton verucosum që prek njerëzit dhe shtazët, thotë se ky lloj paraziti është shkakëtori kryesor i çeres së vjçave. Njerëzit infektohen ma tepër prej shtazëve dhe kërkon si shumë autorë të tjerë që të meren masa urgjente për mjekimin e shtazëve megjith se këta nuk dëmtohen dhe aqë shumë. Së fundi përmend se shtazët ka mundësi të jenë infektue nga toka ose nga materiet bimore si kashta dhe mjelet e tjera të ushqimit të shtazëve. (Heft-1).

Paul Recepto flet mbi përhapjen e dermatomykozave në regionin anogenitalë, të cilat si i përshkruan shkurtimisht (epidermophyton moniliasis Erythrasma) thotë se më parë duhet ekskludue ndonji diabetes melitus ose ndonji vatër infeksioni në këtë zonë dhe mandej të mjekohet me 1-2% të një solucioni gentianoviolet, 3% jodochlorhydroxyin ose amphotericin B-Locio (fungizone-Lotic). Ky mjekim ka dhënë vazhdimisht rezultate të kënaqëshme. Në rast se konstatohet një rezistencë e terapisë atëherë mund të përdoret peroral grizeofulvinë ose Nystatin simbas vërtetimit me anën e tereneve kulture të parazitit. (Heft 1).

P. Pinetti dhe A. Lostia përshkruajn mekanizmin e veprimit të grizeofulvinës në terapinë e dermatofytozeve në lidhje me marjen e medikamentit në mënyrë të shkëputur. Autorët kanë marrë në shqyrtim një grup të sëmurësh që kanë patun 28 Tinea trichophytica, 6 Tinea favosa, 4 Tinea microsporica, 1 Sycosis trichophytica dhe një rast me trichophyti superficiale. Gjithsejt 45 të sëmurë. Ndër këta u përdorën 4 skema mjekimi të ndryshëm me grizeofulvinë. Për grupin e parë u përdorën 29 mg/kg 2-3 herë në ditë. Në grupin e dytë u përdor po kjo dozë po duke e marun 3 herë në javë. Në grupin e tretë të sëmurët morën 25-30 mg/kg. 2-3 herë në ditë — dy herë në javë dhe në grupin e fundit u përdor 30-35 mg/kg një herë në javë.

Rezultatet e shërimit u ngadalësuen në grupin e parë dhe në grupin e katërt por të gjithë grupet u shëruen deri në 97% në katër grupet.

Xavier Vilanova dhe J. Pujol bënë prova klinike duke përdorun një grizeofulvinë të re që ka vetëm 125 mg. me granula të imta në mjekimin e llojeve të ndryshme të dermatomykozave dhe përfundojnë tue thanë se me këto tablete të reja mund të harihet shërimi si me tabletet prej 250 mg. grizeofulvinë por shtojnë se rezultatet më të mira ishin atëhere kur u përdorën dozat e plota të tableteve të vjetra. Autorë të tjerë kanë pas rezultate më të mira por kanë përdor preparate grizeofulvinë me granula shumë të imta.

N. Hejtmánkova Úhrova dhe *A. Hanelova* fiasin mbi destruksionin e dermatofyteve në tokë. Si mbas të dhënave të shumë autorëve dihet se dermatofytet në tokë shkatërohen nga veprimi antagonist i mikroorganizmave. Autorët provuan veprimin e krimbit *Diplocaptes Coronata* mbi trichophyton rubrum, trichophyton tereste dhe microsporium gypseum. Në provat e bamuna në terrenet e ushqimit me agar si dhe në terrenet sterile të tokës me flokë njeriu, treguan se krimbat i hajin mycelet parazitare dhe ushqehen prej tyre. Shporet mbeten dhe ishin në gjendje me u rrit në agarin me glikoze.

Jon D. Foley: Autori thotë se një selucion procaine 2%, ka veti antibakteriale, antifungale, por edhe i mbyt mykozat.

A.F. Memmesheimer, E.G. Mc Nall dhe *T.H. Sternberg*: Autorët duke barmun 7 prova të ndryshme vinë në përfundim se serum i gjakut të njeriut ka një veprimtari antifungostatike.

A. Avram: autori përshkruan katër familje me infeksione mycetare nga trichophyton rubrum, që u kostatuan ndër kambë në 2-6 pjestarë të familjes së prekur. Kto pjestarë u infektuen nga i sëmurë brenda 6 muajve deri 1 vit. Përhapja e infeksionit u ndërmjetësue siç duket nga përdorimi i përbashkët i papuceve, banjës, peshqirëve, çarçafëve dhe gërshtëreve (Heft 2).

I. Schaulow: autori jep të dhanat e klinikës së dermatologjisë së Plovdivit në Bullgari prej vitit 1954 deri 1961. Në këtë periudhë janë izolou dhe identifikou 310 fise parazitësh. 55.8% kishin trichophyton menta grophytes, 39.7% trichophyton rubrum, 4.5% epidermophyton floccosum. Në mykozën e kambëve u gjetën ma tepër trichophyton metagrophytes kurse në mykozën e duave trichophyton rubrum ishte 4 herë ma i shpeshtë se trichophyton metagrophytes. Në mykozën e thonjve u gjet trichophyton rubrum ma tepër si edhe në epidermophytin inguinale dhe në lëkurën e mbushun me flokë lanugo. Në tre raste u konstatue edhe prekja e folikut të flokut nga epidermofytija. (Heft 2)

A.M. Arieviç: autori ven disa pyetje reth klinikës, diagnostikës, mjekimit dhe profilaksisë së mykozave të kambëve dhe thotë se shumica e dermatologëve anojnë me i konsideru syndromet dysidrotike të durve dhe të kambëve si epidermofyti. Si mbas të dhënave të tij 1/3 e të sëmurëve kanë epidermofyti kurse pjesa ma e madhe vuajn nga dermatozet e ndryshme. Kur procesi lokalizohet në palat interdigitale me maceracione të lëkurës, me erozione, ragade dhe të krume atëhere kemi ma tepër të bajm me ekzemën dyshidrotike, me pyodermit ose me infeksione stafylokoksike banale. Në pranverë dhe në vjeshtë konstatohet ndër të rinjtë Dysidrosis lamellosa sicca. Në kto vitet e fundit konstatohen psoriasis me lokalizim në shuplakat e durve dhe në shojt e këmbëve që kanë një formë të thatë hyperkeratotike që të kujton rubrofitin ose ekzemën tylotike kurse forma eksudative (psoriasis pustuloza) i ngjan ekzemës dysidrotike. Kto gabime diagnostike, të shpjen shpesh në insuksesc të terapisë. Tek ekzema, psoriasis dhe keratodermija asht tipike simetriciteti. Nji randësi të madhe ka lokalizacioni. Diagnoza e epidermofytisë Kaufmann-Wolf vihet me anën e vezikulave, erozioneve dhe deskuamimeve që shifen në pjesën dorsale të kambës dhe të gishtriinjve, në kandin e përparshëm të shollës dhe të thundrës në pikat aksilare dhe në regionin e axiles. Disa herë konstatohet epidermofytija dhe ekzema njikohësisht në kambë. Randësi ka aplikimi i provës intra-dermale me epidermofytinë. Për mjekim përdoren pasta dhe pomada me mjete fungicide dhe desensibilizimi në koncentracione të vogla. Kur kemi rubrofiti do të përdoren në mënyrë energjike mjete keratolytike. Rubrofitija nuk është e pa shërushme së paku asht nevoja të përdoren tre kura dhe mbasi konstatohet se mjetet fungicide zhvillojnë një rezistencë kundrejt parazitëve, këshillohet që kto preparate ti ndryshojmë vazhdimisht. Autori këshillon që nji preparat të mos përdoret ma tepër se 10-14 ditë. Disa herë asht nevoja që kto preparate të jenë fungicide dhe baktericide. Mjaft r vështirë është mjekimi i onychomykozave. Rezultate të mira kemi kur përdoret grizeofulvina një kohësisht me mjete fungicide dhe keratolytike. Grizeofulvinën autori e jep për 6-8 javë nga 4 tablete në ditë prej 0.25 Gr. Së fundi jepen masa profilaktike përkundrejt infeksionit të mykozave dhe çfaq nevojën e domosdoshme të dizinfektimit të përditshëm të banjave dhe të dhomave.

P. Rimbaud dhe J.A. Ricoux: Autorët përdorin për mjekimin lokal të pityriasis versicolor një pomadë me grizeofulvinë 5% dhe 2.5% solucion alkoolik. Pjesa më e madhe u shërue por u vunë re edhe recidiva pa shkakto komplikacione si acarime dhe reaksione alergjike. Autorët besojnë se kto nuk kemi vetëm një veprim fungistatik por duen të luajn rol edhe mekanizma të tjera për shërimin e sëmundjes.

C. Schirron: Autori përmend se dermatomykozat vihen re si tek shtazët ashtu edhe tek njerëzit dhe se infeksionet e shtazëve janë të shpeshta. Këta shërbejnë shpesh si burim infeksioni për njerëzit. Infeksioni kryhet me ndërmjetësinë e shtazëve shtëpijake sikur asht macia, qeni dhe shtazët e laboratorit. Kto të fundit shka-

këtojnë infeksione edhe në qoftë se kanë ndonjë shenjë të dukëshme klinike. Për të siguruar pastërtinë e terreneve kulturale Dr. C. Schirren rekomandon me i futi ne cycloheximid. Së fundi thotë se mjekimi i mykozave në shtazë me grizeofulvinë jep rezultate më të mira.

D. Janke: rekomandon terrenin e thatë me agar maltose të Saboraudit të firmës Merk për kultivimin e mykozave. Për vërtetimin e parazitave mikroskopikisht, autori vlerëson mjaft ngjyrosjen e preparateve native me solucionin e Amanit (acid carbol 20.0, acid lactic 20.0, glycerin 40.0 Baumwollblau 0.1, aqua des.ad 100.0) në vend të solucionit hydroxit të kaliumit. Me solucionin e Amannit ngjyrosen mirë dhe preparatet e pityriasis versicolor. Për mjekimin e infeksioneve sekondare bakteriale të (a-Phenoxyn-n-propyl-penicillin-Kalium Bayer), mbasi nuk stimulon ritjen e paraziteve.

W. Meinhov: Autori mbase tre vjet praktike thotë se mjekimi me grizeofulvinë të Onykomykozave, tue përfshi edhe ato të gishttrinje të këmbës, shërohen me këtë medikament pa extracion të thonjve. Vatrast që mbeten eventualisht mund të priten pjesërisht ambulatorisht. Sasija e grizeofulvinës nuk mund të jepet në mënyrë ske-matike por do të veprohet në mënyrë individuale. Disa herë të sëmurët mund të shërohen me doza të vogla kurse në raste të tjera doza e grizeofulvinës do të rritet 1,5-2 gr. Rëndësi të madhe ka që para një mjekimi me grizeofulvinë, të bëhet diagno-juventibus.

Hans-Kristian Krogh: Autori ka mjeku 5 të sëmurë me grizeofulvinë të zakonshëm dhe me grizeofulvinë të imtë tue përdor në këtë rast gjysmën e dozës. Dihet se preparati i përdorun deri sot i grizeofulvinës ka një madhësi prej 10 μ dhe në rast se kjo madhësi zbrat në 2.7 μ atëherë medikamenti ka mundësi të resorbohet edhe më mirë, prandaj rezultatet në të sëmurët e lartpërmendun ishin të kënaqëshme. Mjekimi zgjati 6 javë. Rekomandohet pra që të përdoret grizeofulvina e imtë me gjysmën e dozës për mjekimin e dermatomykozave.

(Përmbledhë nga doc. K. Kërciku)

JETA SHKENCORE

U MBROJTËN TRE DISERTACIONE

Krahas punës pedagogjiko-mësimore në fakultet një zhvillim të kënaqshëm ka marrë dhe puna shkencore. Një pjesë e temave shkencore u paraqit nga autorët si material për disertacion. Në vijim të kësaj pune të vemendëshme nga ana e disa punonjësve të fakultetit këtu vit u lejuan të mbroheshin tre disertacione.

Disertacioni i parë u mbrojt nga dermatovenerologu me eksperiencë Shuquri Basha me temën «Sifilizi në qarkun e Beratit». Autori në disertacion paraqet përfundimet e tij 10 vjeçare në studimin dhe luftën kundër sifilizit që në qarkun e Beratit ishte me një morbozitet të theksuar gjer para pakë vjetësh. Sh. Basha është përpjekur në studimin e tij të zbulojë rrugët e prejardhjes së sëmundjes nga pikpamja historike, përpjekjet e pamjaftuarshme për kurimin e të sëmurëve gjatë regjimeve antipopullore dhe kujdesin e thellë gjer në çdukjen e sëmundjes gjatë pushtetit popullor. Përsa i përket prejardhjes ai nuk arrin në përfundim lidhur me lashtësinë e sëmundjes por nga fakti se vendi ynë nuk ka qënë kurrë i izoluar duke filluar që nga periudhat më të lashta, kanë egzistuar mundësitë e përhapjes së sëmundjes. Format që autori ka gjetur i ka ndarë në dy: Në qytet, si rjedhim i prostitucionit të toleruar në të kaluarën dhe nga mungesa e një mjekimi të pamjaftuarshëm, sëmundja paraqitej në forma primo-sekondare, kurse në fshat predominonin format terciare destruktive si rjedhim i mungesës absolute të mjekimit. Shtatë kapitujt e tjerë të disertacionit Sh. Basha i a kushton punës së madhe për depistimin e sëmundjes dhe masave kundër saj në periudhën 1948-1957. Ai jep shifra e fakte për rezultatet e harijtura dhe përfundon duke theksuar se është zhdukur krejtësisht sifilizi genital dhe ai ekstragenital. Në disertacion bëhen një sërë rekomandime interesante për zbulimin dhe luftimin e rasteve latente e kongenitale që eventualisht mund të rezultojnë në persona pasardhës të sifilitikëve.

Patfiziologu Përparim Tepelena mbrojt disertacionin me temë: «Disa të dhëna mbi veprimin metabolik dhe përdorimin praktik të ujit mineral të Glinës». Nga kjo temë autori studjon disa aspekte të veprimit metabolik të këtij uji mineral në mjekimin e urolitiazave. Meqenëse faktorët kurortologjike (balnealogji) dhe ujërat minerale janë në vetvete një urë që lidh mjekësinë profilaktike me atë kurative, studjoi efektin e ujit mineral të Glinës dhe mundësitë praktike të përdorimit të tij. Nga përfundimi i materialit të tij eksperimental disertanti vërtetoi se uji mineral i Glinës e shton diurezen në krahasim me ujin e zakonshëm të Selitës tek qentë e lepujt e marrë në eksperiment. Nga përpunimi i të dhënave të sasive të klorurit të natriumit dhe azotit të eliminuar në urinë nga të sëmurët me urolitiazë që i janë nënshtruar mjekimit në Glinë, rezultoi se ky i fundit jep një ngritje të vogël të sasisë së klorurit të natriumit të dhe azotit të eliminuar gjatë dy orëve të para pas marrjes së ujit.

Nga krahasimi i të dhënave me ujin e Peshkopisë afër Glinës dhe që përdoret si uj i zakonshëm del se diferenca e klorurit të natriumit dhe azotit vjen nga shtimi i diurezes me ujin e Glinës. Autori i disertacionit nënvizon se nga 125 të sëmurë me urolitiazë të observuar, 12 prej tyre kanë eliminuar gurë urinarë. Veç kësaj, në disertacion jepen edhe një numur të dhëna mbi përmirësimin objektiv të atyre të sëmurëve që kanë vazhduar kurat.

Në disertacionin e Josif Adhamit me temë: "Poliserozitet tuberkulare (etiopatogjenezën, klinikën dhe mjekimin si mbas të dhënave të spitalit klinik të Tiranës), ka marrë në studim 71 të sëmurë të cilët pasi kanë përfunduar kurat ka vazhduar t'i mbajë në observacion për afro 1-5 vjetë. Pas përfundimit të studimit, autori ndërton skemën e tij të klasifikimit të peritoniteve, që ndryshon nga ato egzistuese. Ai konkludon se poliserozitet janë polietiologjike, por faktori kryesor etiologjik është tuberkulozi, këtu duhet të mos harohet roli i bacilit të tipit bovin i cili shkakton poliserozite që janë më të zgjatur e recidivante. Docent J.E. Adhami nënvizon në disertacionin e tij se poliserozitet primare të ri ose kronike ku rolin kryesor e lot komponentja linfonodulare e kompleksit primar. Rruga kryesore e shpërndarjes është linfoematogjene, kurse drejtimi i përhapjes mund të jetë ashendent dhe transversal, koncentrik ose eksentrik. Barra dhe laktacioni, megjithëse janë procese fiziologjike, ndikojnë shumë në zhvillimin e manifestimeve patologjike, prekja e organeve genitale të femrave është bashkëudhëtare e shpeshtë e peritonitit tuberkular. Autori i disertacionit ka paraqitur rezultatet e mjekimit me preparate antibakteriale të kombinuar me kortizonike dhe tregon se eksudatet e serozave të ndryshme resorbohen shumë më shpejt se sa atëhere kur mjekoheshin vetëm me preparate antibakteriale. Kjo ka një rëndësi të dorës së parë për të evituar aderenat, veçanërisht në rastet me perikardit.

Në fund J.E. Adhami nxjerr një numur konkluzionesh shumë të rëndësishme e me vlerë të madhe praktike në luftën kundër kësaj sëmundjeje.

A. Rapo

SESION SHKENCOR PËR NDER TË XX VJETORIT TË ÇLIRIMIT

Këshilli shkencor i Fakultetit të Mjekësisë, për nder të XX vjetorit të çlirimit të Atdheut, organizoi një sesion shkencor të randësishëm. Në sesion muarnë pjesë veç punonjësve të Fakultetit, institucioneve shëndetësore të Tiranës dhe të ftuar nga rrethet e tjera të vendit. Sesioni i zhvilloi punimet në 8 seksione të ndryshme ku u dëgjuan me vemendje 85 kumtesa në profilet e ndryshme mjeksore.

Ndërsa sesionet e organizuara në të kaluarën nuk kanë patur karakter problematik për vetë kushtet objektive të nevojave urgjente në pregatitjen e kuadrit dhe eksperiencës së pakët, në këtë sesion u dëgjuan referate e kumtesa për probleme të parashikuara në planin e gjatë të punës shkencore të fakultetit. Të tilla kumtesa mund të përmendim mjaft si: Strumen në vendin tonë, ccrozat hepatike, ekinokokozat, urolitiazat, tuberkulozi etj. Me një fjalë u paraqitën rezultatet e pjesëshme të punonjësve mësimorë-shkencorë efektivë dhe të jashtëm të fakultetit mbi probleme që preokupojnë organet tona të shëndetësisë për ruajtjen dhe forcimin e shëndetit të popullit. Niveli i kumtesave të paraqitura në seksionet e ndryshme nuk tregoi vetëm karakterin problematik të planifikuar mbi të cilin punojnë shkencëtarët tanë të mjekësisë, por dhe përpjekjet e suksesëshme për analizë, përgjithësim dhe sinteza interesante lidhur me studimet që kanë në dorë. Ky është një hap i madh përpara i punonjësve tanë mjekësorë të cilët nga etapa e parë e grumbullimit të materialit eksperimental, klinik apo dhe statistikor dhe përshkrimi i tij, filluan të bëjnë analiza të thella dhe përgjithësimet teorike e praktike si faza të domosdoshme të një pune shkencore të frytëshme.