

# KIRURGJIA KARDIOVASKULARE NË KINË

HOU YU-LIN; WU YING-K'AI

(Spitali i Akademisë së shkencave mjekësore Pekin)

## A. HIPOTERMIA DHE QARKULLIMI EKSTRAKORPORAL

Që nga viti 1957 në shumë klinika të vëndit tonë është zhvilluar kirurgjia intrakardiake, me zemër të hapur, nën hipotermi. Tani përdoret hipotermia e përgjithëshme në rreth  $30^{\circ}$ , për korigimin e stenozës së valkulave, të a. pulmonare, të defektit të septumit interatrial (ostium secundum), në raste të zgjedhura, të trilogjisë së Fallot dhe defekteve të septumit interventrikular, në të cilat diagnoza është bërë me saktësi dhe operacioni mund të bëhet brenda 8 minutash. Hipotermia përdoret gjithashtu edhe si një ndihmëse në kirurgjinë e aortës dhe operacionet e tjera vaskulare.

Që nga viti 1958, kur u përdor për herë të parë qarkullimi ekstrakorporal, si vazhdon të përdoret në qëndrat kirurgjikale kardio-vaskulare dhe në shumicën e spitaleve të kolegjeve mjekësore në gjithë vendin. Aparati zemër-mushkëri artificial, i fabrikuar në Shangai, që përdoret zakonisht, ka një oksigjenator me disk rotullues dhe pompë me rulo rolante. Megjithëse qarkullimi ekstra-korporal i kombinuar me hipotermi përdoret në përgjithësi në shumicën e klinikave, delajet teknike ndryshojnë në klinika të ndryshme. Kryesish këto janë tipat e mëposhtëme.

1. *By-pass (qarkullimi ekstrakorporal) total me hipotermi të përgjithëshme* në rjë temperaturë të trupit të ulur me ftohje të sipërllojaçes deri në  $30^{\circ}$  C, dhe me një ritëm perfuzioni 40-70 cc/kg/min. Me këtë metodë janë bërë operacione të ndryshme ekstra-kardiake. Kjo metodë siguron perfuzion adekaut të të gjithë trupit dhe shkakëton velëm një gradë të lehtë acidoze pas operacionit (fig. 1).

2. *Hipotermia e thellë me qarkullim ekstrakorporal*. Një ndryshonjës i temperaturës ngjitet në cirkuitin ekstrakorporal, me qëllim që të ulë temperaturën  $15-20^{\circ}$  C. Në këtë temperaturë metabolizmi ulet shumë duke bërë të mundur qarkullimin artificial gjatë procedurës intrakardiake, në çdo kohë që të jetë c nevojshme. Mbas kryerjes së procedurës intrakardiake, gjaku ringrohet dhe temperatura zgjitet shumë shpejt në  $35^{\circ}$  C. Kjo metodë ka avantazhin se siguron një fushë operative të thaë gjatë procedurës intrakardiake.

Në duar të një personeli të stërvitur mirë, të paisur me një ndryshonjës të shpejtë të nxchtësisë, kjo metodë është praktikuar me sukses dhe nuk e zgjat shumë kohën totale të perfuzionit. (Fig. 2).

3. *Hipotermia e thellë me oksigjenim pulmonar autogjen*. Mbas vendosjes së by-pass-it të majtë dhe të djathltë të zemrës me oksigje-

gjenim pulmonar autogjen, temperatura e trupit ulet në nivelin që shkakton ndalim të zemrës (rreth 15-20° C), dhe bëhet operacioni me ndërprerje të gjakut që hyn në zemër. Gjaku ringrohet pas mbarimit të procedurës intrakardiake. Megjithse kjo metodë mënjanon përdorimin e oksigjenatorit artificial, ajo përdoret në pak klinika. (Fig. 3.)

4. *Hipotermia me perfuzion të gjysmës së sipërme të trupit.* Kjo metodë e përpunuar nga puntorët shkencorë të vëndit tonë në bazë të perfuzionit cerebral dhe kardiak, është e njojur zakonisht si «teknika e perfuzioneve të gjysmës së trupit». Me këtë metodë përvetëq okluzionit të rrymës së hyrjes dhe daljes, aorta descendente mballet gjatë operacionit intrakardiak dhe një perfuzion i cili jep 10-20 cc/kg/min. Është i mjastueshmë, Disa nga autorët tanë janë të mendimit se aorta descendente duhet të lirohet për 5 minuta në fund të çdo gjysmë ore perfuzioni. Gjatë kësaj periudhe të perfuzionit në të gjithë trupin duhet shtuar edhe ritmi i perfuzionit. Përdorimi i një kapushoni me akull në kokë dhe qafë dhe ringrohja e gjakut me anë të ndryshuesit të nxehësisë, në fund të procedurës, ndihmojnë shumë. Kjo teknikë është përdorur më tepër se 500 herë dhe ka dhënë rezultate të kënaqësime. Kjo metodë ka avantazhe se sasia e gjakut të nevojshëm për perfuzion pakësitet shumë dhe hemoliza është më pak e shprehur. Megjithatë grada e acidozës është më e thicksuar, sidomos pas një perfuzioni prej 30 minutash, kështu që ekuilibri acido-bazik duhet të kontrollohet dhe të korigohet në kohë.

5. Qarkullimi ekstrakorporal i kombinuar me hipotermi në një sallë operacioni me presion atmosferik të lartë është aplikuar me sukses tani vonë në spitalin e kolegjit mjekësor të Fukienit. Me këtë teknikë tretet shumë më tepër oksigjen në plazmë, kështu që anoksia indore, gjatë perfuzionit, evitohet.

Lidhur me qarkullimin ekstrakorporal është adaptuar gjithashtu edhe principi i hemodilucionit ose 5% dekstrozë në solucion fiziologjik, ose dekstran 6% me peshë molekulare të vogël. Solucioni fiziologjik normal ose solucioni fiziologjik i Ringerit me bikarbonat natriumi ose laktat natriumi janë përdorur në sasi 20-60 cc/kg për të shplarë oksigenatorin; kjo masë jo vetëm që pakëson sasinë e gjakut të konsumuar por edhe ndihmon shumë në pakësimin e reaksioneve hemolitike nga transfuzioni masiv dhe në preventimin e koagulave intravaskulare.

Për projektimin dhe fabrikimin e zëmrës dhe pulmoneve artificiale dhe aksesorëve të tyre, punonjësit tanë të mjekësisë, inxhinjerët dhe teknikët kanë bërë një punë të madhe së bashku. Që nga viti 1960, tipi II, zemër-pulmon artificial i Shangait është fabrikuar dhe përdoret më shpesh në Kinë. Ndryshimet e nxehësisë të tipit cilindrik, koncentrik, përdoren zakonisht me rezultate të favorshme.

## B. MJEKIMI KIRURGJIKAL I SËMUNDJEVE KONGJENITALE TË ZËMRËS.

Ndërbyrjet kirurgjikale për shumicën e sëmundjeve kongenitale të zemrës bëhen në cëndrat kardiovaskulare dhe gati në të gjithë spitalat e Fakulteteve Mjekësore; eksperiencia e klinikës tonë mund të paraqesë gjëndjen e përgjithshme në këtë fushë.

1. Ductus Arteriosus Botalli persistent, është një nga anomalitë më të shpeshta kongjenitale të zemrës, që mijekohet në mënyrë kirurgjikale sa herë që diagnoza vihet me saktësi. Transekzioni dhe sutura

e duktusit është meioda e preferuar në shumicën e rasteve. Në kemi humbur 4 të sëmurë gjatë dhe pas operacionit në 325 raste. Dy nga ata u komplikuani me hipertoni të theksuar pulmonare dhe me shunt të dyanshëm; njëri kishte stenozë pulmonare bashkëçekzistente dhe hipertrofi të ventrikulit të djathë, ndërsa shkaku i vdekjes së tjetrit i atribuohet kujdesit të pamjaftueshëm postoperator. Kur diagnoza është e saktë, teknika kirurgjikale prçize dhe kujdesi i duhur postoperator risku operativ per duct-Batalli mund të jetë minimal.

2. Për stenozën e thjeshtë pulmonare, ne preferojmë operacionin me zemër të hapur me hypotermi të moderuar. Qarkullimi ekstrakorporal përdoret në rastet që shoqërohen me stenozë infundibulare. Kur diagnoza klinike nuk është e qartë, angiokardiografia selektive bëhet para operacionit.

3. Defekti septal intraatrial i tipit sekundum, me shënja të qarta klinike, konsiderhet si indikacion për krigjinin me shikim direkt nën hipotermi. Mund të theksohen këtu se në shumë klinika të Kinës ky operacion bëhet me ndihmën e aparatit ekstrakorporal. Mendimi ynë është se shumica e defekteve interatriale të tipit sekundum mund të operohen nën hypotermi me rezultatë të kënaqëshme. Siç flasin statistikat, nga 262 raste, vetëm 4 të sëmurë kanë vdekur pas operacionit. Në rast se diagnoza preoperatorre nuk është vendosur, ka ose jo refluks abnormal shoqérionjës të venave pulmonare, ose anomali të tjera kongenitale ose, defekte të tipit primum, do të ishte më e sigurt të bëhej gati aparatura ekstrakorporale për ta përdorur gjatë operacionit.

4. Defekti septal interventrikular. Të sëmurët me defekte të vogla asimptomatike zakonisht nuk kanë nevojë për operacion, po ashtu dhe tek ata me defekte të gradës së katërt me përdorim të shunit të nga e djathët në të majtë, operacioni ësh'të i kundëriindikuar. Grada e dytë dhe e tretë ashtu si edhe grada e katërt me përdorim të shunit të nga e majta në të djathët, është e indikuar për operacion. Shumica e mjekëve tanë preferojnë ta bëjnë operacionin me qarkullim ekstrakorporal, por në klinikën tonë, shumica e të sëmurëve me defekte të gr. II, janë operuar nën hypotermi me rezultate të mira. Në një seri prej 96 rastesh të operuara me hypotermi vetëm 3 vdiqën pas operacionit.

5. Mjekimi operativ i trilogjisë së Fallot duhet të individualizohet. Kateterizimi preoperator i zëmrës dhe kardicangiografia selektive, duhet të bëhen për të përcaktuar gradën dhe natyrën e stenozës. Në rast se stenoza është e tipit valvular, operacioni me hypotermi zakonisht është i mjaftueshëm. Në rast se është obliteruar dhe trakti aferent i ventrikulit të djathit, duhet të aplikohet qarkullimi ekstrakorporal. Komunikimi interatrial i tipit të foramen ovale apertum zakonisht nuk ka nevojë për operacion. Në rast se ka difekte të përcaktuara, duhen suturuar, pas lirimt nga obliterimi i a. pulmonare.

6. Rezultatet e riparimit intrakardial të tetralogjisë së Fallot nuk kanë qënë të kënaqëshme në duart tona duke gjykuar nga statistikat e dhëna në mbledhjen e shtatë të Komitetit të sëmundjeve kardiovaskulare (1965). Shkaqet kryesore të vdekjeve kanë qënë moszgjedhja e mirë e të sëmurëve, gabimet teknike dhe trajtimi postoperator jo i përshtatëshëm. Përpjekje të mëtejshme duhen bërë për të ulur letalitetin.

7. Rezultate të kënaqëshme kanë dhënë gjithashtu operacionet për mjekimin e sëmundjeve të tjera kongenitale si aneurizmat e sinus Valsalvi, stenoza supravalvulare ose subvalvulare e aortës dhe defektet e pjesëshme të shtresës endokardiale etj.

Vietnam, King Kial I. signed military alliance agreements with the northern and southern states. In 1954, however, the French had split the province into the north and south. Between 1955 and 1957, the Chinese government sent 10,000 men to help the South Vietnamese. Ziemba, transcribing the Chinese records, notes that the Chinese troops were administrative rather than combat troops. He also notes that the influence of the Vietnamese communists was strong in the South, and that the Chinese troops were sent to help the South Vietnamese against the communists.

After the 1952 victory of the North Vietnamese Communists, the Chinese and the North Vietnamese Communists became close allies. In 1958, the Chinese sent 100,000 troops to help the North Vietnamese Communists. The Chinese troops were not combat troops, but administrative troops. They were used to maintain communications, build roads, collect taxes, and maintain agriculture. Although the Chinese did not have much combat experience, they were able to provide the North Vietnamese Communists with the skills and knowledge needed to build up their military forces.

The Chinese government's support of the North Vietnamese Communists was a major factor in the Chinese government's decision to support the North Vietnamese Communists. The Chinese government wanted to ensure that the North Vietnamese Communists would not be able to control the South Vietnamese government.

The Chinese government's support of the North Vietnamese Communists was a major factor in the Chinese government's decision to support the North Vietnamese Communists. The Chinese government wanted to ensure that the North Vietnamese Communists would not be able to control the South Vietnamese government.

The Chinese government's support of the North Vietnamese Communists was a major factor in the Chinese government's decision to support the North Vietnamese Communists. The Chinese government wanted to ensure that the North Vietnamese Communists would not be able to control the South Vietnamese government.

The Chinese government's support of the North Vietnamese Communists was a major factor in the Chinese government's decision to support the North Vietnamese Communists. The Chinese government wanted to ensure that the North Vietnamese Communists would not be able to control the South Vietnamese government.

The Chinese government's support of the North Vietnamese Communists was a major factor in the Chinese government's decision to support the North Vietnamese Communists. The Chinese government wanted to ensure that the North Vietnamese Communists would not be able to control the South Vietnamese government.

The Chinese government's support of the North Vietnamese Communists was a major factor in the Chinese government's decision to support the North Vietnamese Communists. The Chinese government wanted to ensure that the North Vietnamese Communists would not be able to control the South Vietnamese government.

The Chinese government's support of the North Vietnamese Communists was a major factor in the Chinese government's decision to support the North Vietnamese Communists. The Chinese government wanted to ensure that the North Vietnamese Communists would not be able to control the South Vietnamese government.

The Chinese government's support of the North Vietnamese Communists was a major factor in the Chinese government's decision to support the North Vietnamese Communists. The Chinese government wanted to ensure that the North Vietnamese Communists would not be able to control the South Vietnamese government.

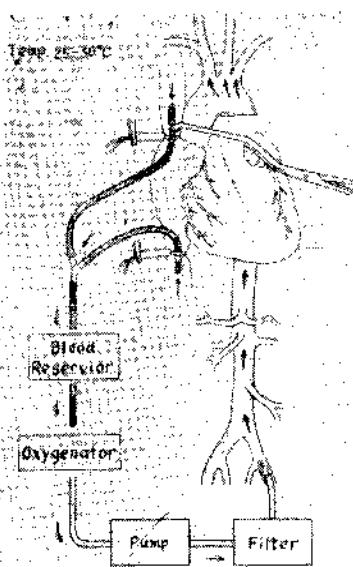


Fig. 1. «Baj pass» total me hipotermi gjenerale.

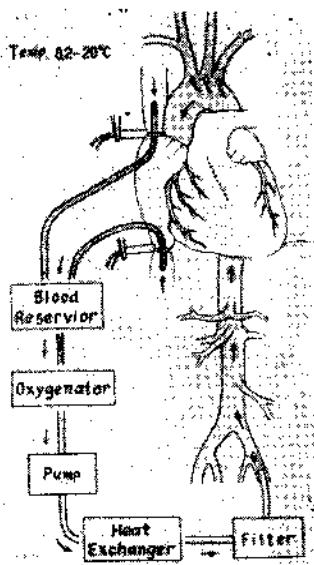


Fig. 2. «Hipotermia e thellë me qarkullim ekstrakorporal.

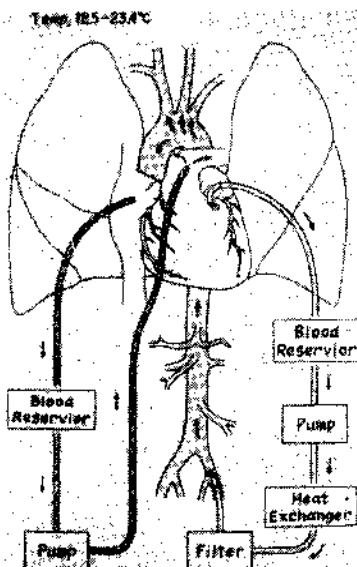


Fig. 3. «Hipotermia e thellë me oksigjenim nga mushkrija autogjene.

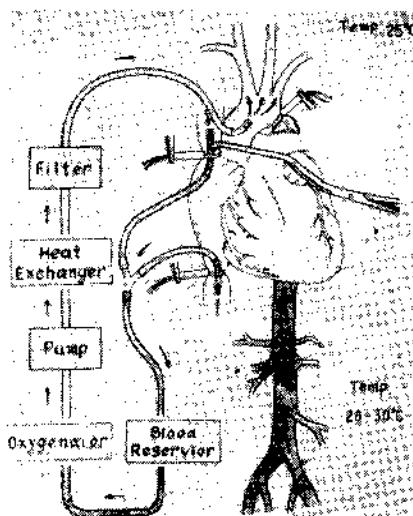


Fig. 4. «Hipotermia me perfuzion të gjysmës së sipërme të trupit.

ageve për suturë, për anastamoza vaskulare. Kjo do të përmirësojë shumë rezultatet e kirurgjisë vaskulare.

\* \* \*

Duke shqyrtuar përparimin e shpejtë të kirurgjisë kardiovaskulare që ne kemi arritur në Kinë gjatë 10 vjetëve të fundit, duam të vëmë në dukje tri pika kryesore nga eksperienca e jonë:

1. Udhëheqja e Partisë sonë ka qënë një forcë vendimtare për përmirësimin e kirurgjisë kardiovaskulare. Nën udhëheqjen e partisë, specialistët punojnë në harmoni për qëllimin e përbashkët të shërbimit të popullit. Inisiativa dhe entuziazmi i shokëve tanë të mjekësisë kanë qenë të vazhdueshme dhe kanë ndihmuar shumë për përparimin e kirurgjisë kardiovaskulare në Kinë.

2. Shkëmbimi i shpeshtë i eksperiençës dhe organizimi i bashkëpunimit teknik: kirurgjia kardiovaskulare filloj kryesisht në Pekin, Shangai, Tientsin, Sian dhe disa qendra të tjera mjekësore. U organizua bashkëpunimi midis specialistëve të ndryshëm të mjekësisë dhe inxhinierëve. U mbajtën konferenca kombëtare dhe rajonale të rrengullta për shkëmbimin e eksperiençës dhe u dha ndihmë reciproke. Kur aprovohet një metodë e re teknike, ajo përhapet në gjithë vëndin me anën e konferencave dhe shtypit periodik.

3. Puna këmbëngulëse dhe besimi në forcat tona. Gjatë zhvillimit të kirurgjisë kardiovaskulare u çfagen shumë probleme teknike dhe vështirësi të furnizimit, të cilat u përballuan në saje të punës së palodhur të punonjësve tanë të mjekësisë dhe të inxhinjerisë. Duke vmbëshqitur vetëm në përpjekjet tona dhe mbi burimet tona, duke përsëritur shumë eksperimente dhe prova klinike, ne përvetësuam shumë parime dhe teknika të reja. Paisjet dhe aparatet që nevoiteshin u pregatitën dhe tani ne kemi dhënë kontributin tonë në lëmin e kirurgjisë kardiovaskulare.

# NDRYSHIMET ELEKTROFORETIKE TË SERUMIT TË GJAKUT NË NJERÉZ TË HELMUAR AKSIDENTALISHT ME GRANOZAN.

Dr. ELEZ SELIMAJ

Granozani asht preparat insekto-fungicid që përdoret për dezinfektimin e farërave të të lashtave, perimeve dhe luleve. Përmban 2-2,5% Ethyl-merkur-chlorid, 96-97% talk dhe 0,6-1,2% vaj mineral. Në pamjen e jashtëme asht pluhur me ngjyrë të bardhë-gri ose të verdhë. Ka erë jo të këndëshme.

Pjesa toksike e preparatit asht  $C_2H_5Hg Cl$  që në vetëvehte asht pluhur i bardhë kristalin me peshë molekulare 265,13 dhe temperaturë vlimi 192,5°. Tretet keq në ujë, kurse në alkool dhe tretësit e tjerë organikë, pak më mirë. Asht shumë rezistent ndaj ujit, oksigjenit, gazit, karbonik dhe sclventëve të lokës. Në qoftë se bije në kontakt me bakrin, jep zhivë. Doza toksike për njëzit nuk asht përcaktue. Doza letale momentale për mijt e laboratorit asht 0,6-0,65 mgr. (P.V. Popov).

Helmimet më zhivë njihen që në kohërat e vjetëra. Për to ka shkrue Plini. Ato njiheshin nga alkimistët. Janë të njohura intoksikacionet nga zhiva në Minicrat e Spanjës në kohën e Perandorisë Romake ose ma vonë helmimet në Itali dhe në Austri. Megjithatë problemi i helmimit nga zhiva dhe preparate e saj ka mjaft të panjohura dhe autorë të ndryshëm kanë të dhëna dhe mendime jo të afërta. Simbas autorëve Hamilton, Holtzmann dhe Kotzing, zhiva qarkullon në gjak në formë albuminati. Helman dhe Derviz thonë se ajo qarkullon në formën e sajë të pastërt. L.N. Gracianskaja, G.E. Rozencvit dhe të tjerë janë të mendimit se albuminatët formohen kur në organizëm bien kripëra të zhivës. Kurse për jonet e zhivës që qarkullojnë në gjak thonë se edhe këto shumë lehtë bashkohen me proteinat dhe në sajë të kësaj lidhjeje humbasin, në një farë shkalle, aktivitetin e tyre.

Zhiva ka veticinë të akumulohet në organizëm. Shumë autorë si Holtzmann, Kotzing, Sirkina, Stock e tjerë janë të mendimit se depozitohet më tepër në melçi dhe në veshka.

Stock thotë se zhiva depozitohet edhe në hipofizë e në trurin e vogël. P.E. Sirkina me eksperimentet e saja në kafshë tregon se zhiva depozitohet në të gjitha organet, por ma tepër në veshka dhe në tru. A.I. Gurjanov ka konstatuar në kafshët eksperimentale, të helmuar me granozan, hemoragji dhe ndryshime nekrotike gati në të gjitha organet parenkimotoze. Dr. P. Pavli, në autopsitë e bëra në njérëz të helmuar me granozan, ka konstatuar hemoragji në mushkëri, zëmër dhe veshka, edemë cerebrale, kongestion dhe zmadhim të heparit. E.A. Dragićina dhe A.K. Karimova kanë konstatuar në njérëz të helmuar me granozan myelopolineurit dhe encefalomiyelopolineurit. G. E. Zapesoshnaja ka

vrejtë kuadrin e një ecenfalopatie difuze. G.T. Muradian në 64 të helmuar me granozan në 9 vatra të ndryshme ka konstatuar një damtum difuz të trunit në formën e një encefalopatie merkuriale. Ky autor nënvizon se, granozani, para së gjithash, damton qendrat subkortikale të trunit të madh, por në të njejtën kohë shifen gingivite, stomatite, damtime funksionale të sistemit kardio-vaskular të veshkave e tjera.

Zhiva eliminohet nga organizmi kryesisht me urinën. Një sasi e vogël eliminohet edhe me materjet fekalë, si rezultat i sekrecionit që derdhet në duoden dhe nga sekretimi i vctë gjendrave të zorrës. Sëfundit, zhiva eliminohet edhe me sekretimin e gjendrave të pëshlzymës dhe mamare.

Me këtë punim që paraqesim, duem të kontribuojmë, sadrapak, në sqarimin e raportit dhe gjendjen e proteinave në gjak, simbas të dhënat e elektroforezës në letër në njërit të helmuem aksidentalisht me granozan, me rrugë gastrointestinale. Nga literatura që kemi pasë mundësinë me konstatuar nuk kemi gjetur asnjë autor që të ketë përshtuar ndryshimet elektroforetike të serumit të gjakut në helmime të tillë.

Elektroforeza është metodë ekzakte për ndarjen e fraksioneve proteïnike, jo në kuptimin e zbërrimit kimik të tyre, por në qëndrimin, në fushën elektrike. Elektroforeza asht shumë e çmuçhme për të studjuar me saktësi të madhe dekursin e sëmundjes, për të çmuar efikasitetin e mjekimit dhe sëfundi për të dhanë një mendim të saktë për shërimin e të sëmunit (Buchner, Sorin, Afonski, Richter, Tareeva, Megdof, Zollner, Gabsch, Burger, Vunderli, Pedrazzini, Petrushko, Predteçenski, Smirnova, Everett).

Materjali që paraqesim asht punuar me aparatin tip. «Vocam». Pufferi-simbas Mihailis; 1) Natrium diaethylbarbituricum 10,3 gr. 2) Acidium diaethylbarbituricum 1,84 gr. 3) Aq. distill 1000,0 pH-8,6.

Letra acetat celuloze; qëndrimi - horizontal, tensioni 160 v, serumi - 0,0075 ml. dozuar me mikropipetë; ngjyrimi - simbas Korver me azokarminë.

Leximi: Asht ba me fotoelektrodensitometër.

Gjaku asht marrë nga venat kubitale dhe mbas tre orëve asht ekzaminue serumi. Të sëmurët kanë qënë me dietë të pasun me proteita dhe mjekim medikamentoz antimerkurik. Për normën e fraksioneve proteïnike jemi bazuem në të dhënat e ekzaminimeve tonë elektroforetike në njërit të shëndoshë dhe në ekzaminimet e dhuruesave të qendrës së konservimit të gjakut në Tiranë. Duke qënë se oshilacionet ishin mbrenda kusive të përcaktuara nga Gabsch, Rapoport, Reutov, Burger, Zoller dhe Adhami morëm për bazë të dhënat e Gabschit ku albuminat janë 56-72% (mesatarisht 62,5%),  $\alpha_1$ -globulinat 2,5-8,5% (mesatarisht 6,1%),  $\alpha_2$  globulinat 3,7-11% (mesatarisht 8,8%),  $\beta$ -globulinat 4-12,8% (mesatarisht 7,5%),  $\gamma$ -globulinat 10-20,3% (mesatarisht 15,1%). Koeficienti Alb/globul. - 1,6.

Me qëllim që të nxjerrim të dhana sa më të sakta për moshat e ndryshme kemi marrë në studim disa grupe moshash: Fëmijë të moshës së gjirit, të cilët helmin nuk e kanë marrë drejtëpërdrejt, por nëpërmjet qumështit të nanës. Fëmijët 1-5 vjeç, i futëm në një grup mbasi ndryshimet nga një moshë në tjetrën janë të afërtë, ndërsa grupet e tjera i ndamë 6-10 vjeç, 11-15, 16-20, 31-40, 41-50 e 51 e lart (shif shpërndamjen simbas grup-moshës dhe seksit, pasqyra Nr. 3). I ndamë në këtë mënyrë dhe morëm këto mosha të ndryshme me qëllim që të

shohim se si ndikon granozani në njerëz që janë në lulëzim, me ballanc azotik pozitiv, në njerëz që janë në gjendje të stabilizuar me në njerçz të thyer në moshë ku rezistencë e organizmit ka filluar me ra dhe ballanci azotik asht negativ.

Nga të dhanat tona rezulton se hypoalbuminemia asht prezente në të gjithë të sëmurët, pavarësisht nga mosha dhe seksit. Në 30% të rasteve që paraqesim, albuminat janë nën 40%, afërsisht gjysma e rasteve i kanë nën 50%, kurse normën mesatare nuk e arrin asnjë. Rënia ma e theksueme e albuminave asht vjetrje në rastin Nr. 25 ku ato kishin zbritë në 23.7% (shih pasqyrën nr. 1 dhe 2).

### PROTEINOGRAMA

Pasqyra Nr. 1

Nr.	Numri i rasteve	Albuminat në %	GLOBULINAT				Raporti albumin globulin	Moshë
			$\alpha_1$ në %	$\alpha_2$ në %	$\beta$ në %	$\gamma$ në %		
1.	3	44.5	6.6	19	8.8	21.1	0.80	57
2.	5	31.2	9.6	17	14.5	27.7	0.45	35
3.	6	29.8	5.9	9.5	17	37	0.42	17
4.	8	34.2	8.2	19.5	19.3	18.8	0.52	43
5.	9	54.1	7.2	14.8	11.9	12	1.18	60
6.	10	32.3	5.7	10.8	30.2	21	0.47	42
7.	11	33.8	7.9	13.2	30.2	15.9	0.48	60
8.	25	23.7	6.6	21.3	17.7	39.7	0.30	8
9.	28	51	5.7	11.1	10.2	22	1.02	13
10.	35	46.6	4.4	13.3	16.1	19.7	0.87	13
11.	36	50.8	7.1	10.7	16.1	15.3	1.03	0.7
12.	37	31.1	8.7	18.2	14	26	0.49	4
13.	40	47.2	6.6	17	15.9	13.3	0.89	3
14.	61	46.8	5	12	11.2	25	0.87	6
15.	62	46.7	5.8	14.2	11.5	21.8	0.87	4
16.	63	55	5.1	14.4	13.5	12	1.11	3
17.	64	52.1	7.9	13	12.8	14.2	1.08	38
18.	65	45.1	5.8	17.3	12.6	18.2	0.82	10
19.	66	48.7	6.3	12.5	12.5	20	0.88	33
20.	69	57.7	5.8	12.8	9.5	14.2	1.36	45
21.	69	48.2	6	13	9.8	23	0.93	57
22.	72	58	5.8	14.3	10.5	11.4	1.03	14
23.	76	44.2	8.4	10.6	15.9	20.9	0.79	10
24.	79	41.5	9.9	22.9	9.6	16.1	0.70	16
25.	80	30.7	6.3	24	11.2	27.8	0.44	2
26.	81	46.5	7.2	21.7	11.9	12.7	0.86	5
27.	85	46	6.5	10.5	15	22	0.85	1.1/2
28.	86	46.1	4.2	8.9	15.6	25.2	0.85	0.10
29.	88	39	4.5	1.5	13.5	28	0.65	18
30.	90	58	2	13	7	20	1.03	15

### ALBUMINAT

Pasqyra Nr. 2

NORMA 56-72% (MEZATARE 62.5%)

Nën 40 %	Nën 50 %	Nën 60 %	62.5 e lart
Raste 9 ose 30%	raste 13 ose 43%	raste 8 ose 27 %	—

$\alpha_1$  - GLOBULINAT  
NORMA 2.5-8.5% (mezatare 6.1%).

Nën 6.1%	Mbi 6.1%	Mbi 8.5%
Raste 14	Raste 12	Raste 4
48%	40%	14%

$\beta$  - GLOBULINAT  
NORMA 4-12.8% (Mezatare 7.5%).

Nën 7.5%	Mbi 7.5%	Mbi 12.8%
Raste 1	Raste 13	Raste 16
3%	43%	54%

$\alpha_2$  - GLOBULINAT  
NORMA 3.7-11% (mezatare 8.8%).

Nën 8.8%	Mbi 8.8%	Mbi 11%
Raste - asnjë	Raste 6	Raste 24
0 %	20 %	80 %

$\gamma$  - GLOBULINAT  
NORMA 10-20.3% (mezatare 15.1%).

Nën 15.1%	Mbi 15.1%	Mbi 20.3%
Raste 6	Raste 9	Raste 15
20%	30%	50%

Fraksionet globulinike të marruna sëbashku paraqesin një rritje deri diku të theksueme në të gjitha rastet pa përashtim,

Globulinat janë fraksioni që ka ndryshue ma pak; ato në 40% të rasteve janë mbrenda kufive të normës dhe vetëm në 14% janë të rritura mbi normën maksimale. Globulinat pësojnë rritjen ma të madhe, këto janë të shtueme në të gjitha rastet. Në 80% të rasteve janë të shtueme mbi kufitë e normës maksimale. Globulinat në 54% të rasteve janë të rritura mbi normën maksimale. Globulinat në 50% të rasteve janë mbi normën maksimale (shih pasqyrën nr. 2).

Koefficienti albuminë/globulinë në të gjitha rastet asht nën 1,5 kurse në 76,6% të rasteve asht nën 1 (shih pasqyren nr. 4)

Pasqyra Nr. 3

SHPËRNDARJA SIMBAS MOSHËS DHE SEKSIT

Grup mosha	0-10 muaj	1-5 vjet	6-10 vjet	11-15 vjet	16-20 vjet	21-40 vjet	31-40 vjet	41-50 vjet	51-vjet
Seksi	M	F	M	F	M	F	M	F	M
2	—	2	5	3	1	—	4	1	2
Shuma	2	7	4	4	3	1	—	3	3

Pasqyra Nr. 4

SHPËRNDARJA E TË SËMURËVE SIMBAS KOEFİCENTIT ALBUM./GLOBUL.

Koefficienti Album/Globulinë		
Nën 0-45	0.45-0.94	0.95.-1.44
3	19	8

Alteracionet më të vogëla shihen në fëmijët e moshës së gjirit, të cilët nuk e kanë marrë granozanin drejtpërdrejt. Disproporcionet më të mëdha të fraksioneve proteinike shihen në moshat 1-5 vjeç, kurse në moshat ma të rrituna ky disproporcion vjen duke u ulë. Në individët me moshë mbi 50 vjeç, në fillim të intoksikacionit, shihet një rezistencë ndaj ndryshimeve proteinike. Me kalimin e kohës, në këto mësha, vijnë duke u çregullue përherë e ma tepër këto fraksione, kurse në moshat e reja shkojnë drejt normalizimit.

Në ata të sëmurë ku simptomat e intoksikacionit kanë qënë të shprehuna, alteracionet proteinike janë shumë të theksueme. Këshiu p.sh. rasti Nr. 80, pacientja Manushaqe H., vjeç 2 me nr. kartele 2487/661, me fenomene të randa intoksikacioni, si damtime cerebrale, paralizë të ekstremiteteve të poshtme dhe damtime të tjera të organeve parenkimatoze, paraqisht devijime të theksueme të fraksioneve proteinike: albuminat - 30.7%,  $\beta$  - globulinat 24% dhe  $\gamma$  - globulinat 27.8%. Koeficienti albuminë/globulinë 0.44.

Rasti Nr. 69, i sëmuri Gani Z. vjeç 57, me kartelë klinike Nr. 2528/938, me fenomene të theksueme intoksikacioni, kryesisht hepatike, kishte një afër ndryshim të fraksioneve proteinike, albuminat 48.2%,  $\beta$ -globulinat 13%,  $\gamma$ -globulinat 23%, koeficienti albuminë/globulinë 0.93. Mbas 6 mësive iu çfaqën simptomat e qarta të një cirroze hepatike me hipertoni portale. Duke u bazue në të dhanat tonë, mendojmë se granozani damton në një shkallë të theksueme mëlçinë, frenon sintezën e albuminave në celulat hepatike, të vetmet celula të njohura deri më sot për sintezën e albuminave. (Eger, Schoger, Fisher, Magyar).

Duke u bazue në sa thamë ma sipër, mund të arrijmë në këto konkluzionë: 1) Moshat ma vulnerabile në helmimet me granozan në rastin tonë kanë qënë ato 1-5 vjeç dhe 50 vjeç e lart.

- 2) Albuminat janë të uluna nën kufit e normës në të gjitha rastet.
- 3)  $\alpha_2$ -Globulinat rriten mbi normën në 80% të rasteve.
- 4)  $\beta$ -Globulinat në 54% të rasteve rriten mbi normën maksimale
- 5)  $\gamma$ -Globulinat rriten në 50% të rasteve mbi normën
- 6) Koeficienti albuminë/globulinë në të gjitha rastet asht nën kufitë e normës.

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

1. ADHAM J. Bul. Shk. Mjek., 1963, I, 3-13.
2. AFONSKIJ S.I., Biohimija zhivotnih, 1960, f. 508.
3. BUCHNER M. Moderne chemische Methoden in der Klinik. Leipzig, 1961 f. 444-448.
4. BURGER M. Pathologische Physiologie, Leipzig 1956.
5. DRAGIĆINA E.A., KARIMOVA A.K., Gigiena i sanitaria, 1956, 4, 31.
6. EGER W. Ärztliche Sammelblätter, Jänner 1961 Nr. 1, f. 1-14.
7. EVERETT W.W., The Journal of Biological chemistry, 1963, vol. 238, nr. 8 f. 2676-2683.
8. FISHER A., Fiziologija i eksperimentalnaja patologija peçenji; Budapest, 1961.
9. GABSCH H. CH., Elektrophorese, 1961 f. 374-443.
10. GRAČINSKAJA L.N., ROZENCVIT G.E., Klinika profesionalnih neirotoksikoza, 1961 f. 153.
11. GURJANOV A.I., Trudi sudebno-medicinskih ekspertov Ukrainsi, 1958, f. 333.
12. HAMILTON, HOLTZMANN, KOTZING, STOCK, SIRGINA (cituar nga Gračinskaja)
13. MAGYAR I., Zabolevania peçenji i zholičnih, putjej, Budapest, 1962, f. 114.
14. MEDGOF B., Analitičeskie metodi bellkavoju himii, 1963, f. 106.
15. MURADIAN G.T., Zhurnall imeni Korsakova, 1962, vol. 62, nr. 5, f. 706.

16. PAVLI P., Bui. shk. Mjek., 1962, 4, 84-87.
17. PEDRAZZINI A., La disproteinemia nella cirrosi epatica, 1956.
18. PETRUSHKO P.S., Aktualnie voprosi prakticheskoy medicini, 1961, f. 380-387.
19. POPOV P.V., Spravochnik po jadobimikatom, 1956, f. 472.
20. PREDTECENSKIY V.E. et al., Laboratorniye metodi issledovaniya, 1950.
21. RAPOPORT S.M., RADERECHT H.J., Physiologisch chemisches Praktikum 1960 f. 200.
22. REUTOV R.L., STOLJARENKO N.V., Sovjetskaja medicina, 1964, 7, f. 63.
23. RICHETER G.W., The B.J.E. pathology, 1960, vol. XIV, nr. 1, f. 88;
24. SMIRNOVA L.G. et al., Rukovodstvo po klinicheskim laboratornym issledovanijam, v. 1960.
25. SORIN IDU et al., Elektroforeza, 1957, f. 11.
26. SCHROER G.A., Ärztliche Sammelblätter, 1961, nr. 1, f. 15-24.
27. SHTRAUB F.B., Biohimija, Budapest, v. 1963.
28. TAREJEVA I.E., Sovjetskaja medicina, 1960, 8, f. 5.
29. VUNDERLI H., Analiticheskiye metodi bjelkovoj himii, v. 1963, f. 1951.
30. ZAPESOSHNAJA G.E., Voprosi klinicheskoy nevropatologii, v. 1957, f. 128.
31. ZOLINGER; Physik, Physiologie und Klinik der Plasma Protein, 1950.

### *S u m m a r y*

#### ELECTROPHORETIC CHANGES OF THE BLOOD-SERUM IN CASES OF ACCIDENTAL POISONING WITH GRANOSAN

In all cases of accidental poisoning with granosan a fall of the blood albumin is noted. These changes are more accentuated in patients between 1 and 5 years of age, as well as over 50. Of the globulins the increase is more obvious for alpha-2 globulin (in 80 percent of the cases). The albumin/globulin coefficient is lower than 1 in more than 3/4 of the cases.

# ZHVILLIMI I PROTEZAVE VASKULARE, KËRKIMET EKSPERIMENTALE DHE PËRDORIMI I TYRE KLINIK

Prof. Dr. KURT PAFCHOLD

(Akademie mjekësore Erfurt — R.D. Gjermane)

«Jeta fillon me një obliterim vaskular, vazhdon si e tillë, dhe shpesh përfundon po me një obliterim vaskular». Duke shprehur këto fjalë, themeluesi i angiologjisë moderne në Gjermani, Prof. Dr. Max Ratschow hapi mbledhjen e vitit 1963 të shoqërisë Gjermane për kërkimet e qarkullimit. Gjashtë muaj më vonë ai vetë vdiq pa pritur si pasojë e një obliterimi vaskular.

Dihet se sëmundjet e zemrës dhe të vazave zenë një përqindje të madhe në statistikat e vdekjeve të shumë vëndeve të globit tonë. P.sh. raste vdekjeje, prej të cilave, 427 nga sëmundje të zemrës dhe vazave, 187 nga tumoret malinje dhe 22 nga aksidentet automobilistike. Kjo mund të shkaktohet nga dëmtimi i vazhduar si rezultat i punës së te-përuar dhe ngarkesës së madhe në kohën tonë. Nga ana tjetër në 10 vjetët e fundit, diagnostikimi, sidomos i sëmundjeve të vazave, ka shkuar përparrë. Sot kontrollimi i vazave me lëndë kontraste, me anën e arteriografisë dhe aortografisë, është bërë dëska e zakonshme për diagnozën në shumicën e spitaleve. Pra me anën e aortografisë dhe arteriografisë, jemi në gjëndje të shohim me saktësi ndryshimet morbide dhe obliterimet në sistemet qëndrore dhe periferike. Prej sëmundjeve, të cilat për kirurgun kanë një rëndësi të madhe, përmëndim arteritis obliterans, arteriosklerozë, aneurizmat dhe traumatizmat.

Nga kërkimet e 10 vjetëve të fundit del se përveç sëmundjeve vaskulare të përgjithësuarë takhen edhe sëmundje me karakter segmentar, të cilat mund të kuren me ndërhyrje kirurgjikale.

Të para në planin praktik dhe klinik, sot më tepër ilitet për sëmundjen kryesore se sa për tipin e lokalizimit të ndryshimeve të vazave. Kështu p.sh. kur flasim për «tipin e kofshës», nënkuptojnë obliterime në sektorin e arteries femorale. Gjatë dekursit klinik të sëmundjes, gjejmë një klaudikacion intermittent të formës klasike. Dhëmbjet e pulpës sa venë e shtohen dhe e detyrojnë të sëmuri të takollet me mje-kun. Vetë radiografia tregon ndalimin e mbushjes në zonën femorale. «Tipi i bacinit» reflektohet me obliterime në arteriet iliak me dhimbjet përkatëse të regioneve gluale dhe të kofshës, të ngashme mo ato të ihiatikut. Në këto raste, është obliteruar më shpesh arteria iliakë eksterne. Obliterimi i arteries shkakëton turbullira të fuqisë seksuale.

Obliterimi i aortës, i pershkruar për herë të parë më 1923 nga Leriche, çfaqet si trombozë akute, dhe njëkohësisht, mbi bazën e një arterioskleroze me trombozë të mëtejshme, me dobësi në këmbë, mungesë të pulsit dhe turbullira të fuqisë seksuale. Radiografia tregon një shkallëzim të vërtetë cbliterimesh.

Po përmëndim gjithashtu tipin e «brezit skapular», i cili u përshtrua për herë të parë më 1908 nga Takayasu, me simptome të pulsit nga më të thjeshtat deri tek fenomeni i zbutjes lokale cerebrale. Aortograma, simbas metodës Seldinger, tregon obliterime dhe angiostenzoza të vazave karotide dhe subclavia.

Njohuritë tona sot janë të lidhura me eksperiencën kirurgjikale vaskulare si edhe me kërkimet e kryera nga fillimi i shkullit (Jaboulai dhe Briau, Jassimovski, Schede, Payr, Carrel etj.). Carrel më 1906 u muar me transplantimin e vazave, Ai për herë të parë bëri transplantimin e acrtës të një qeni tek një tjetër. Për eksperimentimin e transplantimit të organeve si edhe për prova të tjera, atij ju dha më 1912 qmimi Nobel. Payr në Laipsig prepatiti një protezë të rezorbueshme prej magnezi dhe karameli; u bënë gjithashtu prova transplantimi me proteza prej fildishi, xhami dhe kauçuku. Nënkuqtohet se këto eksperimente patën një sukses të përkohëshëm.

Për të plotësuar këto të dhëna, vlen të përmëndet se ndërmjet viteve 1920-1940, u përdor materiali autoplastik i venave për implantimin gjatë sistemit arterial. Megjithatë numuri dhe kalibri i tyre kufuzoi këto eksperimente kirurgjikale. Në mars të vilit 1948 Gress mundi për herë të parë të përdorë një transplantat homoplastik në një coarcetacio aortae të nxjerrë në mënyrë sterile nga kadavri dhe të konservar duke i dhënë kështu nji impuls kirurgjisë së vazave. Më vonë këto transplantate homoplastike të liofilizuara vazhduan të implantohen gjersa u konstatua se i nënështroheshin ndryshimeve, pak a shumë të theksuara, duke filluar nga një degjenerim i thjeshtë deri tek formimi i aneORIZMave dhe rupturave. Përveç kësaj mënyra e nxjerrjes dhe e prepatitjes së transplantateve të tillë homoplastike, ishte e vështirë. Për këtë qysh më 1952, u studiuau substancat plastike, si nyloni, crloni, ivaloni, dakroni, tefloni dhe cilësitetë e tyre për transplantim (Blakemore, Vorrhees dhe Jaretzki, Hufnagel, Harrison, de Bakey, Linderr dhe Schmitz, Petry dhe Heberer).

Në Republikën Demokratike Gjermane më 1958 në bashkëpunim me ingjinierët e teknilit Barthold dhe Walther, fillova së pari të ekzaminoj substancat plastike artifisiiale për të gjykuar mbi pajtueshmërinë e tyre biologjike. Në fillim na u ofrua dederoni poliamid, derivat i grupit të nailonit. Duke e çfrytëzuar këtë substancë plastike, në fillim bëmë një protezë të endur si tekstil dhe të qepur me maqinë qepëse. Për të evituar tërheqjen e tekstilit, buzët u kthyen qysh gjatë qcpjes dhe u bë implantimi në aortën abdominale të qenit. Por shpejt u çfaqën, gjatë implantimit vështirësi teknike, kirurgjikale, të cilat u shkaktuan gjalë qepjes nga kolabimi i protezës. Prandaj, duke e lënë pas këtë lloj proteze, ju vumë kërkimeve të reja dhe prepatitëm proteza të endura në forme tubi për të parë ndryshimin me të parën. Nga rezultatet e kërkimeve dolli se proteza më e mirë ishte ajo me endje të trikotazhit sepse nuk tërhiqej. Përpjekjet tona i shtuam për të fabrikuar një protezë të tillë trikotazhi në formë tubi. Ajo u implantua tek qeni në pjesën abdominale të aortës (foto 3-5). Problem i mëvonëshëm ishte prodhimi i formës «me pala» në mënyrë që proteza të mos defor-

mohej në vendet më kthim ose në vende takimi. Mbas më shumë se 1 viti, këto proteza poliamidi u nxuarën për tu ekzaminuar nga ana histologjike dhe nga pikpanja e teknologjisë tekstile dhe mikroskopisë tekstile. Nga ekzaminimi u vërtetua se ato plotësonin mirë kërkesat kirurgjikale, por bëhen gjithmonë më të forta, si pasojë e sterilizimit me të përsëritura, aq sa vështirësohej qepja. Veç kësaj, në një rast me protezë dederoni u gjet një aneurizmë, e vërtetë mbas dy vjetësh. Këto pengesa na detyruan të ekzaminonim fibra të tjera të industrisë kimikë të Republikës Demokratike Gjermane dhe më në fund mbrijtëm në *Grisuten-in*, fiber poliestere, e cila për cilësitet kimike dhe teknike, korespondon mjaft me dakronin (foto 4).

Fibri *grisuten* ka të gjitha cilësitet nga ana biologjike për përdorimin kirurgjikal, prandaj mund të përdoret si material proteza d.m.th. është i fortë dhe reziston kundër rupturës sa dyfishi i dederonit, ka veti absorbimi minimale të ujtit, është i qëndrueshëm kuridrejt acideve dhe substancave alkaline si edhe lëngjëve humerale të organizmit, dhe sëfundit, ka një reaktivitet minimal biologjik. Duke u nisur nga këto cilësi kemi rindertuar maqina të posaçme për endjen e tyre në seri gjë që dha mundësinë e përdorimit në shkallë të gjërë për qëllime eksperimentale në qentë. Implantimi u krye në fillim në aortën abdominale të qenve të rritur. Më vonë mbaasi u kaluan vështirësitet teknike na ndodhën disa paraliza. Implantimi u bë edhe në pjesën torakale të aortës. Më vonë u kalua në transplastimin e kalibrave 12 mm. Të nxitur nga këto suksese bërmë edhe inçizionë të protezës, njëkohësisht nga anët (foto 7). Gjatë këtyre provave lloji i endur ishte shumë i përshtatshëm sepse proteza nuk tërhiqej dhe lejonte qepjen e degëve anësore, gjë e cila do të ishte e një rëndësije të veçantë përmjetësine humane në operacionin për zëvëndësimin e aortës, të arterieve të veshkave ose të enëve të qafës. Kemi arritur të zëvëndësojmë tekniki pjesën më të madhe të këndit të aortës dhe të trungut brakiocefali të majtë. (Fig. 6). Më vonë, me anën e radiografisë, u vërtetua një cikatrizim i mirë. Me kalimin e kohës u çfaqën simptoma paralitike periferike dhe na u desh të përdorim pontazhin.

Eshëtë mirë të theksojmë burimet e gabimeve që mund të çfaqen gjatë implantimit kirurgjikal:

Në qofiqë se nuk do të bëhet ngjitja e protezës gjatë qepjes me sistemin arterial, do të ndodhë rënia e protezës. Kjo mund të shihet mbas 3 javë ose një vit. Për këtë arësyte të gjitha koagulat të hiqen me kujdes nga proteza, mbaasi ajo të jetë bërë impermeabile, përndryshe rrëth do të formohen gunga hematomash, të cilat do të lozin rolin e një izoluesi me të gjithë pasojat e tyre (depozitimi i kalciut në hematomë dhe ndalimi i cikatrizimit).

*Problemi i asimilimit.* Del pyetja, si mund një trup i huaj, i implantuar, të asimilohet? Këtu kemi të bëjmë me një «novum absolut» këtij lloji. Kondita e parë e realizimit i dedikohet porozitetit të madh, të mjauftueshëm, të vlerësuar simbas teknikës së zakonëshme. Duhet të kihet kujdes në zgjedhjen e porozitetit në mënyrë që humbja fillestare e gjakut të mos jetë e madhe. Poroziteti nuk duhet të jetë gjithashtu të përfshirë i vogël. Një protezë e endur me laqe të shtërguara në një mënyrë që të mos ketë hemoragi mbas implantimit, dhe mbas një viti, mund të tjerhiqet pa dëmtuar intimën e re në trajtë cipe, sepse nuk është asimiluar siç duhet për shkak të laqeve të përfshirë shtërguara. Për realizimin e këtyre kushteve zgjodhëm një masë mezatare e cila



Fig. 1. Implantimi i një proteze grisuten në aorten e toraksit të një qeni me diametër 12 mm (metoda Bej pass).



Fig. 2. Reimplantimi i arkut të aorteës me një protezë Grisuten e me një derivacion për trunkun *brachio-cephalicus*.



Fig. 3. Rentgenograma e fig. 1 pas 6 mujsh.



Fig. 4. Rentgenograma e një proteze Grisuten e implantuar në aortën abdominale të një qeni pas 4 javësh.



Fig. 5. Rentgenograma e të njejut qen të Nr. 4 pas 6 muajsh. Proteza është cikatrizuar plotësisht.

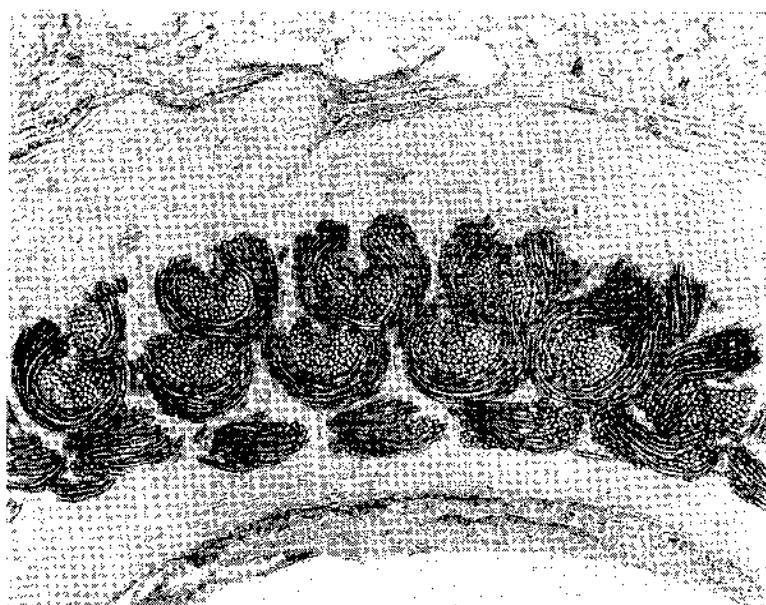


Fig. 6. Kuadri histologjik i një proteze të implantuar, duken të tri pjesët e murit të ri të vazës *adventitia*, të dy pjesët e *media-s* me protezën dhe intiman.



Fig. 7. Injezioni seksion (pjeshë) i nr. 6 në trajtim longitudinal. Nga e djathla duket *muscularis* i vazave të veta.



Fig. 8. Aneurizma e arteries femorale të një njeriut 32 vjeç.

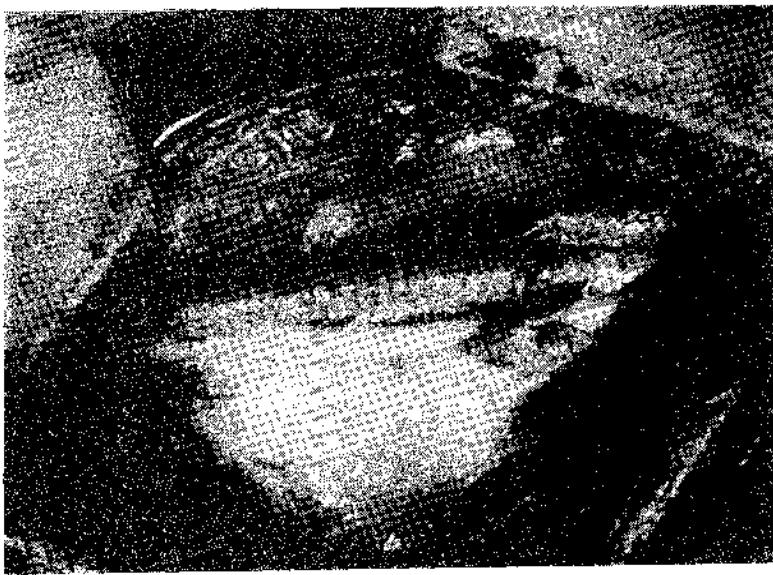


Fig. 9. Aneurizma është ekuizuar dhe zëvendësuar me një protëzë Grisulen.

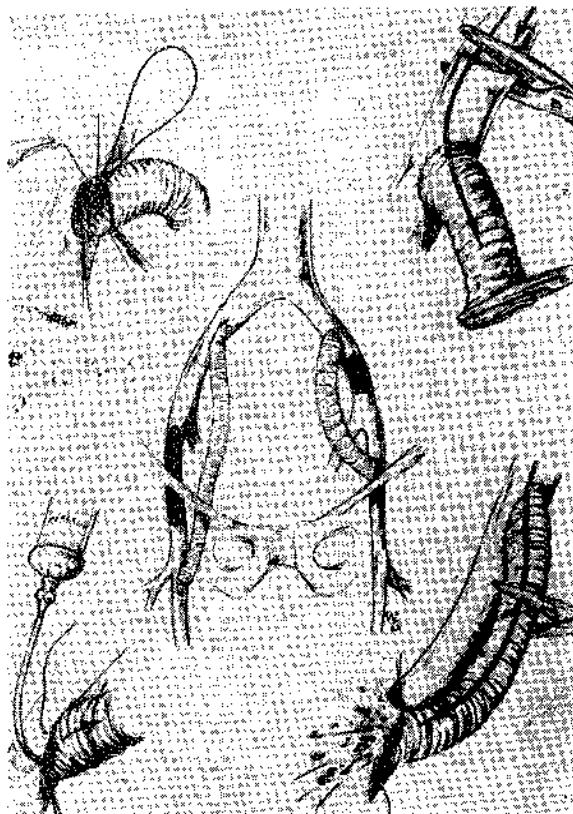


Fig. 10. Model implantimi i protëzës Grisulen i tipit By-pass (pontazh) që mënyra e suturimit nga lart e nga posht me përdorimin e heparinës.

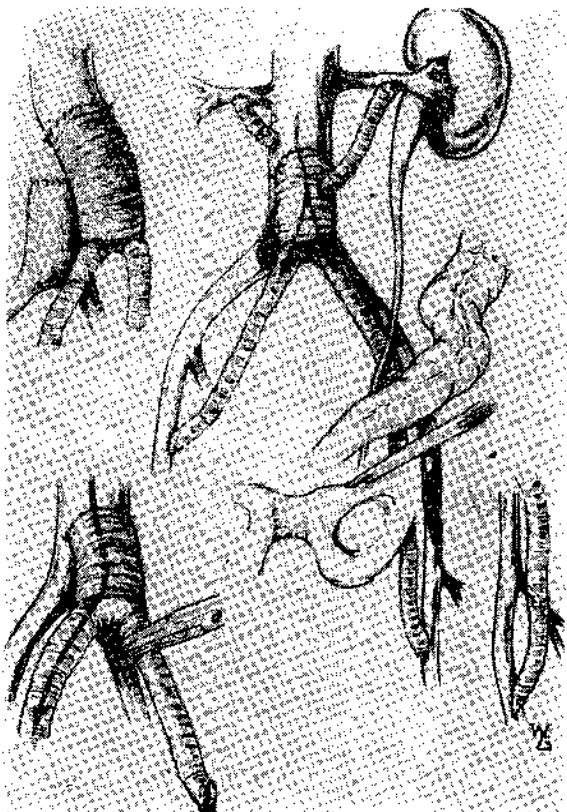


Fig. 11. Implantimi i një proteze Grisutti për pontazhin e bifurkacionit të aortës abdominale dhe arterieve të reneve.

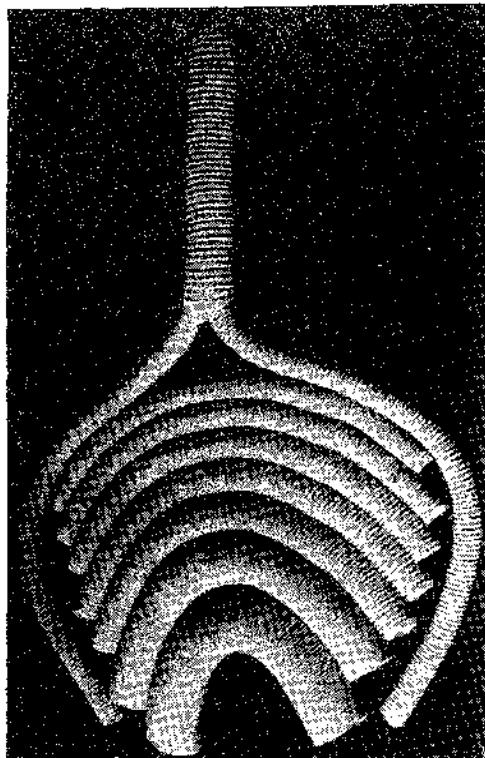


Fig. 12. Plani i prodhimit të protezave Grisuten nga ana e VEB Catgut Markneukirchen RDGJ. me dy proteza të bifurkacionit të aortes 16.5 mm : 8 mm dhe 19.5 : 9.5 mm 7 proteza të një gjatësi prej 6 mm-23.5 mm,

dollë më e përshtatëshme edhe nga pikpamja histologjike. Proçesi i asimilimit fillon praktikisht fill mbas implantimit, kur lajet e protezave zihen nga kaugulat (në rastin konkret mbas një orë). Mbas 6 ditëve kaugulat e gjakut u zëvëndësuan nga fibrina; ekzaminimi mikroskopik tregon në brëndësinë e protezës së hapur, një shtresë të hollë fibrine. Nga pikpamja histologjike, bie në sy një invazion celular histocitesh dhe fibrocytesh, të cilat e kanë origjinën nga adventicia (Foto 1-2).

Njëkohësisht organizimi i indit konjuktiv vihet në lëvizje. Në prerjen mikroskopike anësore shihet një invazion i madh celular në protezin ku plikat janë shumë pak të mbuluara me fibrinë. Në prerjen e bërë mbas 60 ditë shihen *vasa vasorum*, të mbushura dhe të tendosura mirë ndërmjet bojës së kinës. Në këtë rast, vihen re të gjitha shënjet e inflamacionit me hiperemi, leukocitozë dhe histiocitozë. Del se procesi i asimilimit paraqitet si një lloj inflamacioni steril. Qysh në këtë moment bie në sy zhvillimi i parejtë të ri vaskular pra perfundimisht zhvillohet një *media* e re mbas 134 ditë; njëkohësisht formohet intima e re. Ndërkohë proteza mund të konsiderohet e asimiluar nga indi në ritje që e ka përfshirë atë. Në disa ekzaminime të kryera në kohë të ndryshe në qentë, u vuri re për shembell mbas 134 ditët të implantimit, të njejtat karakteristika. Mbas 154 ditëve u zhvilluan *vasa vasorum* që futen në protezë dhe ushqejnë pjesën e poshme të medias. Gjatë prerjes anësore u pa se palët janë qartësish të organizuara dhe të mbushura në rregull, në kundërshtim me pamjen e pierjes mbas 16 ditëve të gjendjes fillestare. Vendi i qepjes është i mbuluar me një ind epitelial uniform dhe mbas 165 ditëve vemi re në mënyrë të dallueshme vaza nutritive që kalojnë përmes lajeve të protezës. Në këtë kohë asimiliimi i indit konjuktiv është shoqëruar me fermimin e tre shiresave origjinalë: adventicia, media, (ana e jashtme dhe ana e brëndëshme) dhe intima; ka përfunduar edhe asimilimi i indit konjuktiv. Gjithashtu është bërë vaskularizimi i të gjitha shtresave me përashtim të intimës e cila është plotësisht e formuar. Mbas 211 ditëve asimilimi i indit konjunktiv shtohet vazhdimi i vasa vasorum dallohet qartë. Mbas 280 ditësh është përfunduar asimilimi i protezës dhe vendi i suturës. Së fundi, në një prerje mbas 1194 ditësh ose mbas 3 vjet e 3 muaj, dallohet qartë hialinizimi i indit konjuktiv.

Mbas këtyre kërkimeve, më tepër teorike, mbi mënyrën e asimilimit të këtyre protezave vaskulare, më poshtë po rrudhis disa raste nga praktika klinike. Duke u nisur nga kjo në Republikën Demokratike Gjermane u implantuan rrëth 650 proteza me gjatësi dhe diametër të ndryshëm.

Rastet tonë: 1) Një burrë 37 vjeç me një aneurizëm të arteries femorale të shkaktuar nga një goditje me armë zjarri. Mbas preqitjes të indeve për rrëth dhe heqjes së aneurizmës u bë rikonstruksioni arterial me një protezë dederoni.

2) Tek një grua 62 vjeç, gjatë ekzaminimit për një tumor të aksilës së djathtë, u gjend një aneurizëm e arteries aksillare. Në anamnezë nuk kishte ndonjë plagë të njohur. U krye ekzaminimi i aneurizmës dhe u bë rikonstruksioni arterial me një proezë grisutën.

3) Një minatori 49 vjeç, iu shtyp pjesa e sipërme e kofshës së djalhitë ndërmjet vagonave të një treni në minierë. 24 orë më vonë mbriti në klinikë me këmbën cianotike blu. Aurtografja tregoi një ndalesë në daljen e arteries femorale. U gvesh vaza nga indet për rrëth. Në pamjen e jashtme nuk paraqiste veçanti, ndërsa nga ana e brëndë-

shme, kur u hap, u gjend një cipë si shollë e ndarë nga intima me një oksluzion trombotik. U bë prerja e segmentit vaskular të dëmtuar dhe implanti i një protezë me gjatësi 15 cm. Kontrolli mbas 8 javësh dhe mbas 3 vjet tregoi se operacioni kishte patur sukses.

4) Një burrë 49 vjeç vuante nga disa dëmitë arteriosklerotike të arterisë femorale në pjesën e sipërme të kofshës. Gjatë përpunimit operativ u gjenden pilaka arteriosklerotike në të gjitha vëndet e devijacioneve të vazave deri në vëndin e bifurkacionit të arterisë iliake. Pët këtë u bë vendosja e urës (pontazhi) duke filluar nga arteria *iliaca communis* deri tek arteria *poplitea*. Ndërmjet arterisë femorale (protezë) dhe arterisë profunda femorale, u zbatua një anastanozë laterolaterale në mënyrë që arteria profunda të ushqehet nga rrëryma e protezës.

Mbas 4 vjet pune eksperimentale dhe mbas 3 vjet eksperience klinike, mund të themi se kemi mundur të paraqesim një zëvëndësues për vazat arteriale që i përshtatet të gjitha nevojave të kirurgjisë dhe biologjisë. Nuk është e thënë nga ana tjetër, që ne injektojmë mos i kushtojmë kujdes të mëtejshëm kimi-së së polimcreve të larta, d.m.th. të substancave plastike artificiale dhe se me kalimin e kohës pa tjetër do të fabrikohen substanca artificiale akoma më të mira, të cilat do të na lejojnë të zëvëndësojmë vaza më të vogla pa rreziqe dho me cilësira biologjike akoma më të mira.

#### Pasqyra Nr. 1

#### MORTALITETI OPERATIV GJATË MJEKIMIT KIRURGJIKAL TË SËMUNDJEVE KONGENITALE TË ZEMRËS

D i a g n o z a	Numri i rasteve	Numri i vdekjeve	Mortaliteti operativ
Ductus arteriosus i pambyllur	325	4	1.2%
Stenoza e a.pulmonare	99	6	6.0%
Difektë i septumit interatrial	271	4	1.4%
Difektë i septumit interventrikular	194	20	10.3%

#### Pasqyra Nr. 2

#### LLOJËT E OPERACIONEVE DHE REZULTATET E HËRESHME NË 33 RASTE ME ANEURIZME TË AORTËS TORAKALE

	Numri i rasteve	Shërim	Vdekje
Mështjellja e aneurizmës	6	6	0
Ekscisioni tangencial	10	5	5
Rekksioni segmental i barkut distal të aortës descendente me plastikë	5	4	1
Rekksioni segmental i barkut proksimal të aortës ascendente me plastikë	2	1	1
Rekksioni total i barkut të aortës me plastikë	10	8	2

## ASPEKTE TË EPIDEMIOLOGJIKE TË RUBEOLËS NË VËNDIN TONE GJATË VITIT 1956.

PROF. NIKOLLA DUSHNIKU

(Katedra e sëmundjeve infektive, shef. Prof. N. Dushniku)

Ndërmjet përparimeve të theksuara në fushën e teratologjisë të bëra në dekadat e fundit, nga më interesantet kanë qënë observacionet e bëra nga Gregg në vitin 1941 për rubeolen si shkaktare e malformacioneve kongenitale (1,5,7) si anomali të syve, veshçve, zemrës, sistemit nervor, lokomotor, respirator, endokrin dhe të gjakut. Anomalira kongenitale ndodhin kur gratë me barrë sëmuren gjat muajve të para të barrës deri në muajin e 4 dhe më pak gjat muajve të tjerë. Këto konstatime bënë që infeksioni nga një sëmundje e dorës dytë që ishte, sot zë një vënd me rëndësi, mbasi rubeola përfshin e saj teratogen nuk është vetëm një problem mjekësor, por edhe shoqëror, sepse përvëç dëshitimve, lindjeve parakohë, malformacionet kongenitale kërkojnë një kujdes mjekësor të posaçém.

Në kohën kur mbaroi epidemia e fruthit, fill mbas saj, në fillim të vitit 1956 u paraqitën rastet e para të rubeoles, të cilën në fillim e konfunduan me fruthin, përfshak të ngashmërisë klinike.

Rubeola në veftë-vehte si infeksion paraqitet lehtë në përgjithësi, por meqënëse malformacionet kongenitale në nënrat shtatzana janë të rënda, e shofim të nevojshme të përqëndrohemët në epideminë e vilit 1956, me qënë se në vëndin tonë nuk çshëtë përshtkuar asnjë epidemi e tillë dhe, më kryesorja, është se prej vitit 1956 dhe deri sot, në këtë periudhë 10 vjeçare, është grumbulluar një kontigjent receptiv mbi 500.000 persona përvëç rasteve të shumta që i shpëluan infeksionit gjatë vitit 1956. Një pjesc e mirë prej ketyre sot e ka kaluar pubertetin dhe në rast të paraqitjes të epidemisë të rubeolës gratë shtatzane që do të sëmuren nga ky lloj infeksioni, do të paraqesin rezikun e malformacioneve kongenitale, ndërsa fëmijët komplikacione të ndryshme, vëcanërisht dëmtimi të sistemit nervor si encefalite etj.

Tabela mbi paraqitjen e rubeolës tregon shpërndarjen e saj sipas moshave dhe rrëtheve të ndryshme.

Pjesa më e madhe e statistikave botërore vë në dukje se rubeola paraqitet zakonisht midis 5-15 vjeç (2,4). Autorë të tjerë (3) pranojnë se të gjitha moshat janë të predispozua përfshirë sëmundjen me përfjashtim të latantëve në 5 muajt e para të jetës, kur kanë lindur nga nëna imune, ri analogji me atë që vërehet në fruthin. Simbas Tice (8) mosha më tepër e prekëshme është ajo shkolllore. Autori pranon se më shumë se 75% të rasteve ndeshen në moshën 15 vjeçare dhe se mbi 40 vjeç rastet janë shumë të ralla. Me këtë rast vlen të shënojmë observacionet e Ph.

Stimson (cituar nga Çarlfanti) (3) se në Universitetet Amerikane vrehet më shpesh rubeola se sa fruthi, gjithashtu observationet e Gregg-ut në Australi dhe të autorëve të shumtë që kanë vërejtur rubeolën në gratë shtatzane me malformacione kongenitale. Opteri, (2) në epidemitë e paraqitura në Gjermani, Angli dhe në Francë midis ushtarakëve, dëshmon mbi paraqitjen e rasteve të shumta në moshat e ritura.

Infekzioni rubeolik që është paraqitur mbi 15 vjeç në vëndin tonë dëshmon se këta i kanë shpëtuar infekzionit në fëmijëni ndër qytete ose në katundë dhe kështu me shpërthimin e epidemisë, kësaj radhe u sémurën. Numuri i rasteve që paraqitet në tabelë në rrethet e ndryshme sigurisht ka qënë më i lartë, por duke matë parasysh dekursin e lehlë të sémundjes, mungesën e komplikacioneve dhe të letalitetit, një pjesë e tyre probalisht nuk është denoncuar.

Sipas muajve, morboziteti është paraqitur si më poshtë:

Janar	400
Shkurt	302
Mars	15
Prill	7
Maj	5

### Paraqitja e rubeolës në rrethet e ndryshme të vëndit gjatë vitit 1956.

Moshat	Tiranë	Shkodër	Vlorë	Berat	Korçë	Peshkopi	Shusha e përgj.
1 muajsh	1	—	7	1	—	—	9
3 "	2	—	15	2	—	—	19
6 "	8	2	—	1	—	—	11
12 "	11	33	—	2	3	1	77
24 "	47	10	13	8	14	—	92
3 vjeç	30	16	7	3	9	—	65
4 "	30	113	8	5	7	1	54
5 "	22	1	7	2	7	1	50
6 "	16	7	7	3	10	1	44
7 "	8	6	8	4	6	—	40
8 "	6	13	2	3	6	—	39
9 "	1	11	2	2	7	1	21
10 "	14	47	9	6	29	2	107
15 "	6	25	14	3	6	—	54
20 "	8	8	10	2	4	—	32
30 "	6	3	4	—	1	—	14
40 "	2	2	—	—	—	—	4
50 "	—	1	—	—	—	—	1
60 "	—	1	1	—	—	—	2
Shuma	234	187	147	47	107	7	729

Ndikimi i stinës nuk luani ndonjë rol me shumë rëndësi në përhapjen e infekzionit (8). Simbas Wach, stina e shirave është më e favorshme për zhvillimin e sajë. Pjesa e madhe e epidemive janë zhvilluar prej Janarit deri në Korrik si epidemitë e Petrogradit, Rostokut e Leipzigt; në Wurtzbourg epidemia u zhvillua nga muaji Maj deri në Korrik. Në New-York është zhvilluar prej dhjetorit, në Maj (cituar nga D.Opteri).

Simbas Carlifantit E., Magrassit F., epidemitë zakonisht konstatohen nga fundi i dimrit dhe gjatë pranverës dhe siç pësh herë koincidojnë me

epidemitetë e fruthit dhe zhvillohen çdo 3-4 vjet. Por numuri i rasteve është i ndryshueshëm nga epidemia në epidemi. Epidemi të mëdha vërtetohen vetëm në disa shtete çdo 10-20 vjet.

Zonat më tepër të prekura në Europë janë Anglia dhe Gjermania. Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës është regjistruar një epidemi në New York (Mars-Qershori) me 22275 raste të denoncuara.

Në Itali rubeola nuk është e shpeshtë. Nga fundi i dimrit dhe pranverës së vitit 1950 është regjistruar në Milano një epidemi e gjërë që preku moshat e vogla per nuk la pa infektuar edhe moshat madhore.

Në pjesën më të madhe të rasteve epidemitetë e rubeoles zgjasin nga 1-4 muaj. Zakonisht rubeola mer karakterin epidemik dhe zgjat pa ndërprerje deri në konsumimin e kontigjentit receptiv, por ka edhe raste me valë intermitente të ndara me intervalle të cilat korespondojnë me periudhën e inkubacionit. Çdo valë paraqitet në çdo 15-20 ditë. Epidemia e garnizonit të Maubenge e përshkruar më 1892 prej Fabier është aqë tipike sa mund ta citojmë si shembull. E të njejtët karakter është epidemia e përshkruar prej Carrien në Montpellier (1892), prej Desplates në Donai, prej Sevestre në një kolezh të Parizit. Në këto epidemë janë konstatuar dy, tre, katër valë ose «pousses».

Epidemia e rubeolës në vendin tonë është paraqitur me një intensitet të lartë në Janar e Shkurt; në Mars, Prill e Maj u regjistruan raste sporadike deri në shuarjen e sëmundjes. Mbas zhdukjes të sëmundjes valë të reja nuk u konstatuan.

Nga sa përmendëm më lart del si konkluzion se faktori stinë nuk luaj ndonjë rol me shumë rëndësi në rastin e rubeoles. Receptiviteti dhe imuniteti janë faktorë që përcaktojnë mbizotërimin e morbozitetit.

Sot në periudha epidemie për prevenimin e sëmundjes në kontaktet përdoret gamma globulina (4,5) në sasi prej 0,10 pér kg. peshë. Kjo sasi përdoret në gratë shtatzana qysh në fillim të barrës veçanërisht në tremujorin e parë nga ana e konsultoreve të grave dhe përsëritet çdo 3 muaj deri në lindje.

## KONKLUSIONE

Gjatë vitit 1956 u paraqit në vendin tonë epidemia e rubeoles në 729 persona me një maksimale të rasteve gjat muajve Janar-Shkurt, raste që gradualisht erdhën duke u ulur pér tu shuar në mbarim të muajt Maj.

Moshat 0-15 vjeç përbëjnë 92,8% të të gjithë rasteve, ndërsa moshat prej 15 vjeç e lart përbëjnë 7,2%.

Prej vitit 1956 e deri sot, në periudhën 10 vjeçare, është grumbulluar një kontigjent receptiv mbi 500.000 persona, përvëç rasteve të shumta që i shpëtuan infekzionit gjatë vitit 1956. Një pjesë e mirë e këtyre njerëzve sot e ka kaluar pubertetin dhe në rast të paraqitjes së epidemisë së rubeolës gratë shtatzane që do të sëmuren nga ky lloj infekzioni do të paraqesin rezikun e malformacioneve kongenitale; për këtë duhet treguar një kujdes i posaçëm nga ana e konsultoreve për prevenimin e tyre me anë të gamma globulinës.

## BIBLIOGRAFIA

1. CARLIFANTI E.; Trattato di malattie infettive vol. I, 1951, 923-932.
2. CECIL E LOEB; Trattato di medicina interna (Përkthyer nga anglishtja) vol. II 1957, 832-835.
3. DENNING H.; Trattato di medicina interna (Përkthyer nga Gjermanishtja) vol. I 1954, 225-228.
4. DOPTIER DR., LA VERGNE V.; Traité d'Hygiène et épidémiologie vol. XIX 1926, 202-208.
5. ROCHAIT A.; Traité d'Hygiène et épidémiologie vol. II 1951, 1422-1923.
6. MARY D. SHERIDAN; British medical journal 1964, 536-539, 5408.
7. STANLEY BANKS; La pratica moderna nelle malattie infettive vol. II, 1956, 536-576.
8. TICE F.; Practise of medecine vol. III 301-313, 1949.

(Summary)

### EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF RUBEOLA IN ALBANIA DURING THE OUTBREAK OF 1956.

No epidemic of rubeola has been described in Albania before 1956. During that year, immediately after an epidemic of measles, began an outbreak of rubeola, which attained its maximum in January and February with a total number of 729 cases, then diminished gradually and spent itself out in May.

Most of the cases were from 1 to 15 years of age (92% of all the cases), while those over 15 were relatively few (7.2%).

Since 1956, for a period of more than 10 years, a large contingent of susceptible persons has been accumulated, numbering more than 500,000 born during that period plus those who escaped the 1956 epidemic. Most of these (of the second group) have passed the age of puberty; should a new outbreak of rubeola appear, many pregnant women may catch the infection, and their children may be exposed to the danger of congenital malformations. This possibility should be born in mind by the staff of the womens' consultation centers, and such women should be treated with gamma-globulin during the three first months of pregnancy.

## MIKROFLORA E OTITEVE KRONIKE DHE SENSIBILITETI I SAJ NDAJ ANTIBIOTIKËVE NË QYTETIN E SHKODRËS

SIMON FISTANI

(Spitali i Rrethit të Shkodrës «J. Karamitri», Drejtor Selaudia Mborja)

Për arësyte të morbozitetit të naltë ende, çështja e taktikës së kurimit të otiteve kronike paraqit një problem aktual të otorino-laringologjisë së sotme.

Kurimi i të sëmurrëve me mesotympanit zgjidhet zakonisht nëpërmjet rrugës konservative; rastet me epitympanite i nënshtronen interventit kirurgjikal, vetëm mbas tentativave pa sukses me mjete konservative (Lihaçov, Ibrahimov e tjera).

Epoka e antibiotikëve zgjanoi për së tepërtimi mundësitetë e terapisë konservative efektive dhe prevenimin e mjastë komplikacioneve të mundëshme në këtë sëmundje. Por si kudo ekziston rreziku i krijimit të rezistencës mikrobike që sot ka marë proporcione të konsiderueshme; pikërisht për këtë qëllim dhe OMS ka vënë si detyrë përcaktimin e mikrobeve antibiotiko-rezistente në të gjithë botën (Jermoljeva).

Zakonisht rezistenca përftohet nga përdorimi jo i regullt i antibiotikëve, ose përdorimi i tyre në doza të vogla. Rezistencën disa e ndajnë në specifike, të tjera edhe në jo specifike. Ekziston edhe rezistenca e kryqëzueme kundrejt disa anti biotikëve me një herë.

Rezistenca e fitueme zgjat me afate të ndryshme që mvaren nga lloji i florës, asociacioni dhe lloji i antibiotikut. Disa mendojnë se rezistenca shpesh nuk është e qëndrueshme, sepse shumë shtame penicilino-rezistentë bëhen prapë sensibël mbas disa pasazheve në terene pa anti-biotikë (Trabucchi, Garattini). Në praktikën otorino-laringologjike, kryesisht në mënyrë lokale, antibiotikët përdoren shpesh me rezultate të dukëshme. Për ma tepër disa pranojnë vetëm mjekimin lokal, sepse përdorimi parenteral në otitet kronike, jo vetëm është pak efektiv, por maskon edhe komplikacionet e mundëshme intrakraniale (Rutenburg). Rutenburg kë-shillon përdorimin lokal të antibiotikëve në vesh në formë pudrash, pikash, lavazhesh. Por nevoiten disa masa paraprake: 1) Duhet të meren parasysh veprimet në mikro dhe makro-organizmin, 2) të përdoret antibiotiku vetëm tue u bazue në antibiogramën, 3) gjatë mjekimit të ndrohet preparati antibiotik me antiseptikë, qdo 7-10 ditë (kur nuk janin menjëherë efekt), 4) të bëhet sanacioni i rrugëve të sipërme respiratore.

Gjatë përcaktimit të mikroflorës marrim të dhëna të vlefshme, që na orientojnë afërsisht, me caktue dekursin e procesit inflamator dhe efektin e antibiotikoterapisë. Kështu p.sh. na vlejnë shumë të dhënat që na përcaktojnë në se kemi të bëjmë me mono- apo poliflorë, me florën e vërtetë apo të kontaminacionit etj.

Rezultatet e terapisë, siç dihet, varen edhe nga forma e procesit patologjik në vesh që duhet pasë parasysh për rezultatet e mira të mjekimit. Në bazë të rezultateve të antibiogramave dhe formave të procesit inflamator orientohemi me percaktue indikacionet e mjekimit (kryesisht në poliklinikë), mënyrën e mjekimit lokal (me pika, me presion, lavazh retroauricular); deri diku përcaktohen edhe rezultatet e mundëshme në lidhje me prognozën (për mprehtësinë e dëgjimit në të ardhëshmen).

Gjatë mjekimit të otiteve kronike, në bazë të antibiogrameve, siç rezulton nga shumica e autorëve, shkurtohet shumë dhe afati i mjekimit në krahasim me antiseptikët, në më të shumtën, 2-5 herë.

Mjekimi i otiteve kronike në vëndin tonë për herë të parë, i bazuem në të dhënët e antibiogramave, ka fillue në klinikën e otorino-laringologjisë në vitin 1959 nga Dr. S. Trimçev.

Në qytetin e Shkodrës që nga Dhjetori 1962, gradualisht dhe mandej në mënyrë sistematike, janë ba antibiogramat për çdo rast otiti kronik dhe më vonë mjekimi asht bazue në rezultatin respektiv.

Janë ekzaminuar sekrecionet otorrheike të 282 personave me *otitis media chronica* (192 meshkuj dhe 90 femna). Materjali është marrë me instrumenta sterile. Mbas pastrimit të pjesës së jashtme të *canalis auditivus*, tue pasë afér llampën alkoolike, nën kontrollin vizual nëpërmjet spekulumin steril të veshit, futet tamponi deri në *cavum tympani* (kur e lejon perforacioni) për arsy se shpesh flora e kanalit është e kontaminacionit. Kultivimi asht ba në agar-gjak për 24 orë, në temperaturë 37°. Mbas leximit të mikroflorës, asht ba mbjellja e kulturës të pastër në pjatën e Petrit me agar-agar të segmentuam. Në çdo segment vendoset një disk i vogël letre i imbibuem me solucion antibiotiku (gjithsej 11 antibiotikë, shif pasq. nr. 1) Solucionet e antibiotikëve janë përdorur 1000 U.I./ml.

Gradët e sensibilitetit janë nda në katër simbas zhvillimit ose jo të mikrobeve për rrëth disqeve t'imbibuam me antibiotikë:

I. Kur për rrëth diskut nuk ka zonë me mungesë rritjeje të mikrobeve (-). Mikrobi në këtë rast asht rezistent, kundrejt antibiotikut të dhënës.

II. Kur për rrëth diskut ka zonë me mungesë rritjeje të mikrobeve deri 15 m/m, mund të mendojmë për sensibilitet të paktë të mikrobit ndaj antibiotikut të dhanë (+).

III. Kur zona me mungesë rritjeje të mikrobeve rrëth diskut zen 15-25 m/m, mikrobi asht sensibël ndaj antibiotikut të dhanë (++) .

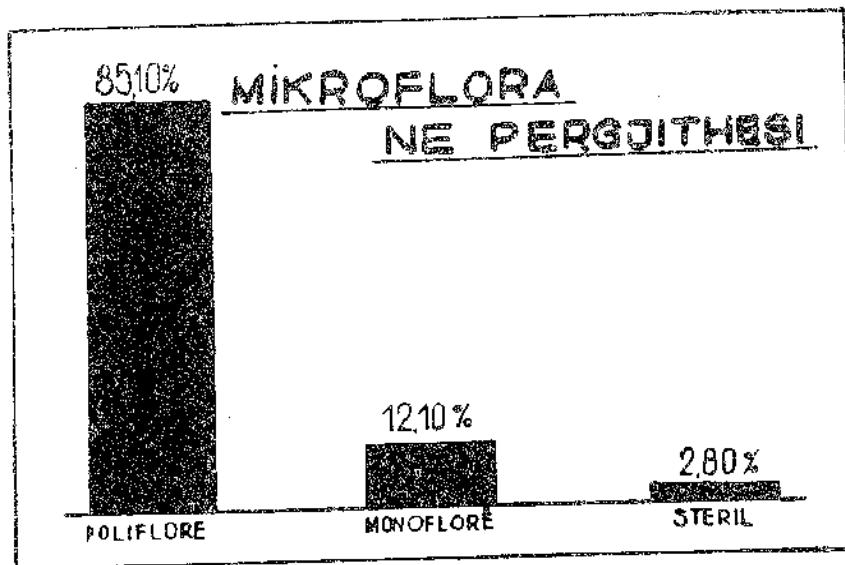
IV. Kur për rrëth diskut, zona me mungesë rritjeje të mikrobeve kalon 25 m/m, mikrobi asht shumë sensibël ndaj antibiotikut të dhanë (+++).

Nga të sëmuni të ekzaminuam, në 225 raste (90,4%) otiti kronik ishte në njerëz anë, kurse në 27 raste (9,6%) bilateral. Ekzaminimet dhe mjekimet, zakonisht janë ba në poliklinikë (265 raste — 93%) dhe në spital (17 raste — 7%). Nga të sëmurët e ekzaminuam, 200 (74,5%) paraqesin mesotympanitis (me forma dhe lokalizime të ndryshme të perforacionit); 43 (14,1%) paraqesin *epitymanitis* (me perforacion anterior, posterior, marginal ose total). Në 39 të sëmurë (11,4%) janë vrejtë forma të komplikuamit të mesoepitymanitit me granulacione, polipe ose kolesteatomë etj.

Ekzaminimet bakteriologjike dhe bakteriskopike janë krye në laboratorin bakteriologjik (D.S.H.SH. Shkodër) nga mjeku L. Plani.

## Rezultatet .

Rezultatet e marruna jepin në 230 raste (85,1%) monoflorë, në 44 raste (12,1%) poliflorë. Nga të gjithë materialet e ekzaminueme, 8 (2,8%), rezultojnë sterile (pasq. Nr. 3).



Nga studimi i mikroflorës rezulton se vendin e parë e zen:

1. *Staphylococcus aureus Haemolyticus*, në 99 raste, në bashku me streptokokus në 2 raste — gjithsejt në 101 të sémurë (35,43%).

Në studimet e Jarosllavcev dhe Pogosova si flore predominuese rezulton *proteus vulgaris*, kurse Ibrahimov, në punimet e veta, i jep vëndin e parë *pyocyanus*-it.

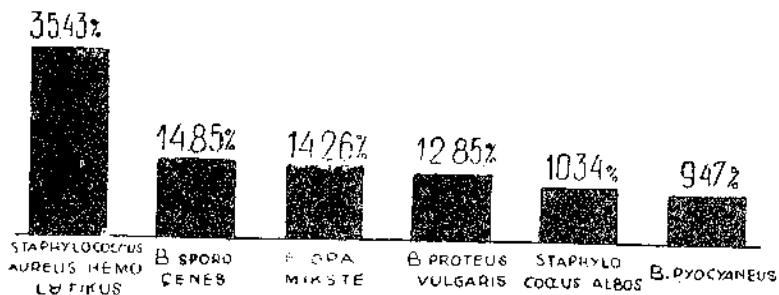
2. Vendin e dytë e zen *B. sporogeni* (*S. Clostridium sporogenes*) në 42 të sémurë (14.85%) *Clostridium Sporogenes* mund të janë: *B. Fallax*, *Teretius* (nuk prodhon ekzotoksinë dhe dyshohet patogeniteti i tij) etj. (Mackei, Mc. Cartney). Në materialin tonë, llojet nuk janë përcaktue.

3. Flora mikste (e pa përcaktueme) në 40 të sémurë (14,26%). — 4. *Proteus vulgaris* (*S.B. proteus*) i izoluem në kulturë të pastër, në 35 të sémurë dhe me *B. sporogenes* në 1 të sémurë, gjithsejt 36 të sémurë (12.85%). Si faktor etiologjik, *proteus vulgaris*, asht përskrue në otitet kronike edhe nga Ibrahimov etj. Simbas Mockie, Mc Cartney, *proteus vulgaris*, takohet mjaft shpesh si shkaktar i otiteve kronike. 5. *Staphylococcus albus* në 29 të sémunë (10,34%) dhe 6. *Pyocyanus* i izoluem në kulturë të pastër, në 25 të sémurë dhe së bashku me *B. Sporogenes* në 1 të sémurë, gjithsejt 26 raste (9.47%) (pasq. Nr. 4).

Edhe Mackie, Mc. Cartney kanë gjetur shpesh *pyocyanus* si faktor etiologjik në otitet kronike.

Simbas klasifikimit të formave klinike, të otiteve kronike, rezulton se në eptympañitet izolohet ma tepër *proteus vulgaris* dhe *B. pyocyanus* (në të gjithë eptympañitet). Vetëm në 17 raste *pyocyanus* dhe *proteus vulgaris*, i takojnë si faktorë etiologjikë të mesotympaniteve.

## MIKROFLORA SIMBAS LLOJEVE

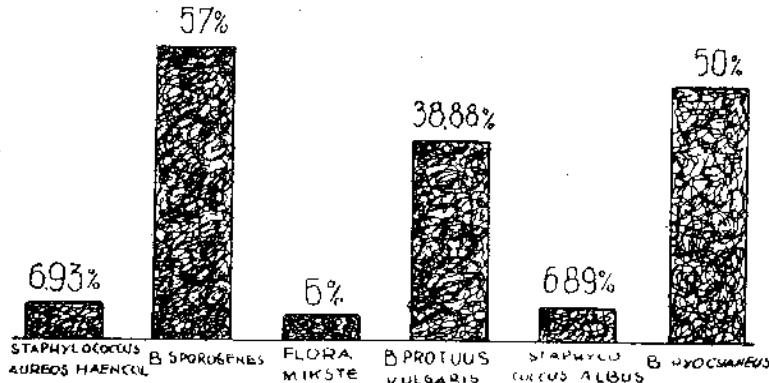


Në mesotympanitet në përgjithësi mbizotëron kokoflora, mandej vijë sporgenët dhe flora mikste.

Ky fakt asht kuptim plotë, po të shifet nën prizmin e rezultateve të terapisë, sepse gjithmonë mesotympanitet i nënshtrohen ma mirë mje-kimit dhe me afate ma të shkurtna, se sa epitympanitet (përsa i takon mjeteve konservative).

Sic u tha edhe ma nalt pér antibiotikët u përdorën 11 antibiotikë me metodën e disqeve. Nga të dhënat e antibiogrameve, rezulton se në një gradë ose një tjetër, pothuajt të gjithë antibiotikët veprojnë mbi mikroflorën.

## REZISTENCA MIKROFLORES KUNDREJT ANTIBIOTIKEVE NE PERGJITHESI



Siq shihet nga pasqyra nr. 1, mbi florën në përgjithësi, veprojnë ma pak sulfanilamidet dhe kolimycina. Nuk veprojnë mirë rovamycinë dhe kloramfenikoli. Penicilina dhe tetraciklina veprojnë në shumë raste por jo me gradë sensibiliteti mikrobik të theksuem.

Mikroflora rezistente kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku rezulton në 62 raste (21.25%).

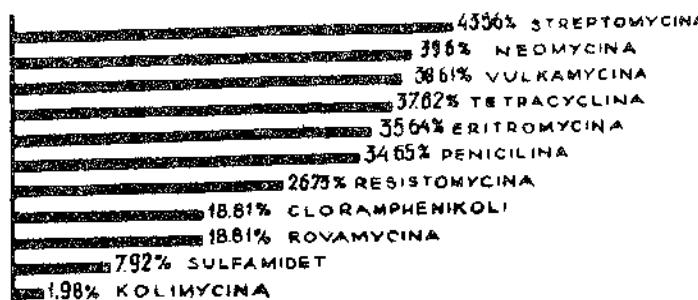
Nga studimi i veprimit të antibiotikëve, në llojet e veçanta të mikroflorës, pa përcaktimin e gradës së sensibilitetit (pasq. Nr. 2), rezulton ndjeshmëni variabël ndaj 11 antibiotikëve.

1. *Staphylococcus aureus haemolyticus*: Asht sensibël në shumicën e rasteve ndaj streptomocinës (44 raste — 43.56%), neomycinës (40 raste — 39,6%) dhe vulkamycinës (39 raste — 38,61%). Veprojnë mirë tetracyklina, erytromycina dhe penicilina.

*Staphylococcus aureus haemolyticus* reziston mjaft kundrejt kolimycinës dhe sulfanilamideve.

Në 7 raste asht rezistent kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku (6,93%) (shif pasq. Nr. 6).

## SENSIBILITETI I STAPHYLOCOCCUS AUREUS HAEMOLYTICUS NDAJ ANTIBIOTIKEVE



2. *B. sporogenes*: Disa nuk i quajnë si patogenë, kurse të tjerrë thonë se janë jo patogenë për kafshët e laboratorit (Mackie, Mc, Cartney).

Siq u pa edhe ma nalt, këto zënë vëndin e dytë si faktor etiologjik në otitet kronike, në Shkodër, prandaj asht e arësyeshme që të tregohet vëmëndje e domosdoshme. Në sporogenët veprojnë neomycinë (12 raste 28,57%), resistomycinë (9 raste — 21,42%) dhe streptomycinë (7 raste 16,66%). Veprojnë ma rrallë rovamycinë, tetracyklina, vulkamycinë etj. me radhë. Nuk vepron aspak kloramfenikoli.

Sporogenët rezultojnë rezistent kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku, gjithësejt 24 raste (57%).

3. *Flora mikste (e pa përcaktue me)* — Sensibël ndaj tetracyklinës (28 raste 70%), vulkamycinës (21 raste — 52,5%) dhe neomycinës (18 raste 45%).

Veprojnë mirë në florën mikste edhe penicilina, eritromycinë dhe streptomycinë. Antibiotikët e tjerë kanë veprim të paktë, kurse koli-mycinë dhe sulfanilamidet nuk veprojnë aspak.

Kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku, flora mikste asht rezistente në 2 raste (5%).

4. *Proteus vulgaris*. Asht sensibël ndaj neomycinës (15 raste — 41,66%) dhe rezistomycinës (14 raste — 38,88%).

Veprim të mirë kanë, relativisht, edhe streptomycinë e vulkamycinë. Nuk vepron aspak kolimycinë. Rezistentë kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku — *proteus vulgaris* rezulton në 14 raste (38,88%).

5. *Staphylococcus albus*. — Megjithëse shumë tipa të tij janë jo patogenë (Mockie, Mc Cartney) meriton vëmëndjen e duhun, mbasi rezultoni faktor etiologjik i otiteve kronike në Shkodër në 10,34% të rasteve. Asht sensibël ndaj streptomycinës (16 raste — 55,13%), neomycinës (15 raste — 51,72%) dhe tetraciklinës (11 raste — 37, 93%).

Antibiotikët e tjerë veprojnë ma rrallë, kurse sulfanilamidet asnjëherë.

Rezistentë kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku rezultoi në 2 raste (6,89%).

6. *B. pyocianeus* asht pak sensibël ndaj gjithë antibiotikëve në përgjithësi e në veçanti. Veprojnë pak resistomycinë (4 raste — 15,39%) dhe tetracyclina (4 raste — 15,39%). Nuk veprojnë kloramfenikoli, revamycinë, e sulfanilamidet. Rezistent kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku rezulton në 13 raste (50%).

Sic u tha edhe ma nalt, gradët e sensibilitetit janë nda në katër kategorji: rezistente, pak sensibël, sensibël, shumë sensibël.

Mikroflora në përgjithësi rezulton shumë sensibël kundrejt vulkamycinës (45 raste 15,95%), streptomycinës (38 raste — 13,47%), neomycinës dhe eritromycinës (34 raste — 12,05%), mandej me radhë kundrejt rezistomycinës (33 raste 11,7) penicilinës (32 raste — 11,35%), tetracyklina (20 raste 7,09%), kloramfenikolit (12 raste 4,25%), rovamycinës (8 raste 2,83%), kolimycinës (3 raste 1,06%) dhe sulfanilamideve (1 rast 0,35%) (pasq. Nr. 1).

Tue krahasue veprimin e antibiotikëve në mikroflorën, pa përcaktimin dhe me përcaktimin e gradëve të sensibilitetit, shifet se ka paralelizëm. Nga pasq. Nr. 2 rezulton, se vendet e para i zënë neomycinë, streptomycinë, vulkamycinë, tetracyklinë dhe penicilina; nga pasq. nr. 1 rezultojnë: vulkamycinë, streptomycinë, eritromycinë dhe resistomycinë.

Duhet theksuem se mikroflora në përgjithësi, edhe ndaj antibiotikëve ma efektivë, rezulton shumë sensibël në përqindje jo të madhe (vulkamycinë 15,95%, streptomycinë 13,47%, neomycinë 12,05%).

Mikroflora në përgjithësi rezulton sensibël ndaj tetracyklina (50 raste 17,78%), neomycinës (40 raste 14,81%), streptomycinës (39 raste 13,82%), vulkamycinës (29 raste 10,28%), penicilinës (26 raste 9,21%), rezistomycinës (25 raste 8,86%), e me radhë (shif pasqyrën nr. 1).

Kurse pak sensibël, mikroflora në përgjithësi rezulton ndaj neomycinës, tetracyklinës dhe penicilinës (21 raste 7,4%), rezistomycinës (11 raste 3,9), streptomycinës (10 raste 3,4%) e të tjerëve me radhë. Mikroflora në përgjithësi rezulton rezistente kundrejt gjithë antibiotikëve së bashku në 62 raste (21,25%).

Antibiotikët ma efektivë veprojnë mbi mikroflorën, në përgjithësi simbas gradëve të sensibilitetit, pa oshilacione të mëdha, kështu p.sh. mikroflora rezulton ndaj neomycinës — shumë sensibël 12,05%, sensibël 14,18%; kundrejt streptomycinës — shumë sensibël — 13,47%, sensi-

bël — 13.82%; kundrejt vulkamycinës — shumë sensibël — 15.95%, sensibël — 10.28%; tetracyklinës — shumë sensibël — 7.09, sensibël — 17.76%; penicilinës — shumë sensibël — 11.35%, sensibël — 9.21%.

## DISKUTIM

Nga studimi i mikroflorës së otiteve në Shkodër, faktori etiologjik, në shumicën e rasteve, asht *staphylococcus aureus haemolyticus* (35,43%). Megjithse nuk u përcaktuan plazmokoagulaza dhe toksiciteti, flora stafilokoksike konsiderohet patogene sepse, gjithmonë, vetëm stafilokokët patogenë janë shkakëtarë të proceseve inflamatore purulente, forunkulozave etj. (Predtegenskij). Po kështu të tjerë konfirmojnë se *staphylococcus aureus haemolyticus* asht gjithmonë virulent (Mackie, Mc Cariney).

Në lidhje me rezistencën e *staphylococcus aureus haemolyticus*, kundrejt antibiotikëve, ka mjaft mendime të ndryshme e nganjëherë kontradiktore. Disa autorë mendojnë se rezistencë e stafilokokut kundrejt antibiotikëve vjen tue u ritë (Mociç), kurse simbas disa të tjerëve kjo nuk ndryshon (Gavrila, Comes).

Studimi krahasues i rezistencës së stafilokokut simbas viteve në sekresionet otorrheike, në qytetin e Shkodrës, nuk përbën ndonji shkak që të flasë, në favor ose jo, të shtimit të rezistencës. Që nga fillimi (1962) e deri tashti, rezistencë mesatare e stafilokokut kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku asht 6.93%. Shprehja në përqindje e rezistencës së stafilokokut kundrejt antibiotikëve në qytetin e Shkodrës asht si ma poshtë: kundrejt streptomycinës — 56.44%, neomycinës — 60.4%, tetracyklinës — 62.38%, vulkamycinës — 61.93%, eritromycinës — 64.36%, penicilinës — 65.25%, rezistomycinës — 81.19%, sulfanilamideve — 92.03%, kolimycinës — 98.02%. Rezistent kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku, ashtu siç u përmënd edhe ma nalt, asht në masën 6.93% (shif pasqyrën nr. 7).

## REZISTENCA E STAPHYLOCOCCUS AUREUS HAEMOLYTICUS KUNDREJT ANTIBIOTIKEVE TE VEÇANTE

56.44%	STREPTOMYCINA
60.4%	NEOMYCINA
61.93%	VULKAMYCINA
62.38%	TETRACYCLINA
64.36%	ERITROMYCINA
65.25%	PENICILINA
73.27%	REZISTOMYCINA
81.19%	CLORAMFENICOLI
81.19%	ROXAMYCINA
92.03%	SULFANILAMIDEV
98.02%	KOLIMYCINA

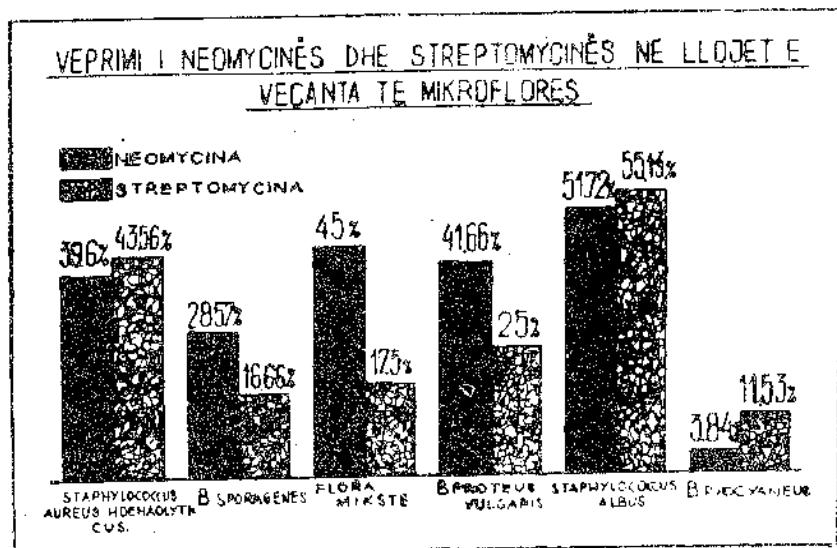
Tue krahasue këto të dhëna me ato të autorëve të huej, vërehet se rezistencë e stafilokokut kundrejt disa antibiotikëve (penicilinës, strepto-

mycinës etj.) korespondon. Rezistenca e stafilokokut kundrejt antibiotikëve të marun së bashku, tek ne, asht mjaft e ulët (6.93%), kurse simbas Mosiq — 42.1%. Ma rezistent rezulton stafilokoku në sekresionet otorrheike, në Shkoder, kundrejt kolimycinës (pasq. nr. 7) — 98.02% dhe sulfanilamideve — 92.08%. Këto të dhëna përpushten deri diku me ato të autorëve që mohojnë veprimin e sulfanilamideve mbi stafilokokun (Feldman etj.).

Tue fillue nga kloramfenikoli, rezistomycina e mandej me radhë, në mënyrë progresive peniciliqa, eritromycina, tetracyklina, vulkamycinë, neomycinë e streptomycinë, rezistenca kundrejt tyne e stafilokokut vjen tue ra në fornië mjaft të dukëshme (pasq. nr. 7).

Vlen tó nënvízohet se rezistenca e stafilokokut kundrejt disa antibiotikëve që përdoren rallë në vëndin tonë (relativisht), asht e madhe (erytromycinë 64.36%, rezistomycinë 73.27%). Kështu pra, antibiotikët e rallë dhe me spektër të gjanë veprimi, nuk kanë efektivitet të dukëshëm gjithmonë në florën stafilokoksike të otiteve kronike.

Antibiotikët më efektivë në stafilokokët rezultojnë, siç shihet nga të dhënat (pasq. nr. 8), streptomycinë dhe neomycinë. Veprimin mjaft efektiv të kësaj të fundit në florën stafilokoksike e përmëndin edhe Trabucchi e Garattini.



*B. sporogenes*, rezultojnë ma rezistentet kundrejt të gjithë antibiotikëve (pasq. nr. 5) në përgjithësi (57%), po kështu edhe në vëçanti siç u përmënden edhe ma nalt. Ka mundësi që faktori i rezistencës së madhe të kësaj mikroflore të jetë edhe vetë struktura morfollogjike e celulës mikrobiike. Mbi *B. sporogenes* veprojnë: *neomycinë* (me 71.43% rezistencë), mandej resistomycinë (me 73.58% rezistencë) e të tjerët me radhë. Siç shihet, edhe kundrejt antibiotikëve mjaft të fuqishëm rezistenca e sporogenëve asht mjaft e madhe (pasq. nr. 2).

Mackie dhe Mc Cartney këshillojnë kundër sporogenëve mjekimin me penicilinë dhe sulfanilamide. Nga egzaminimet në qytetin e Shkodres, veprimi i penicilinës dhe sulfanilamideve asht krejt i pa konsiderueshëm dhe, si rezultat edhe i pa këshillueshëm për mjekimin e otiteve kronike me etiologji sporogene. Përcaktimi i neomycinës si antibiotiku më efektiv për sporogenët, ka mjaft rëndësi për vetë faktin se kjo mikroflorë zen vëndin e dytë si faktor etiologjik i otiteve kronike në Shkodër (14,85%).

*Proteus vulgaris* dhe *pyocyanus* rezultojnë mjaft rezistentë kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku dhe në veçanti (pasq. nr. 5). Në qytetin e Shkodrës kundrejt *proteus vulgaris* vepron (relativisht) tue u marrë në raport me antibiotikët e tjerë, neomycinë, me rezistencë 58.34%, mandej ma pak, me radhë, antibiotikët e tjerë (pasq. nr. 8).

*B. pyocianeus* asht rezistent kundrejt të gjithë antibiotikëve së bashku në 50% të rasteve, po kështu edhe në veçanti i reziston scicilit (pasq. nr. 5). Me gjithë këto, ka autorë që thonë se *pyocyanus* asht sensibël kundrejt pelimyxinës, streptomycinës dhe kloromycetinës (Mackie, Mc Cartney).

Faktet e sipër-shënueme kanë rëndësi të madhe sepse *B. pyocyanus* dhe *proteus vulgaris* janë faktorët etiologjikë të të gjithë epitympaniteve që ishin në studim. Në se marim parasysh studimet e Ibrahimov, i cili ka mjeküe me sukses në mënyrë konservative epitympanitet, për mjekimin efektiv të tyne në Shkoder mund të pritet pak nga veprimi i antibiotikëve lokalish (me lavazhe të atticus-it). Në këtë rast ka shumë mundësi që të veprojnë më mirë solucionet e ndryshme dizinfektante. Rezistanca, pra, e kësaj flore mikrobiike justifikon në mënyrë të njëanëshme efektivitetin e paktë të metodave konservative në mjekimin e epitympaniteve ndër ne. Ky kapitull mer randësi të vegantë dhe kërkon thellim të mëtejshëm sepse në 30-40 vjetët e fundit otologët kanë filluar të mos pranojnë regullin e maparëshëm, që ç'do cholesteatomë ta mjejkjmë me operacion radikal. Në cholesteatomat e kufizueme mirë, mjejkimi mund të bëhet me lavazhe të atticus-it (Lihaçov) me dizinfektantë ose antibiotikë.

Në shumicën dërmuese të mikroflorës, veprimin më të mirë «in vitro» e rezervon neomycinë, jo vetëm kuantitativisht por edhe si gradë e theksueme sensibiliteti (në raport me veprimin e antibiotikëve të tjerë), kryesisht në stafilokokët (39.6%), sporogenët (28.57%), florën mikste (45%), *proteus vulgaris* (41.66%) etj. (pasq. nr. 8).

Nga studimi i rezistencës së mikroflorës në përgjithësi kundrejt antibiotikëve të tjerë (pasq. nr. 5) rezulton se veprimi i tyne lëviz pak, gja që lejon të mendohet se antibiotikët në përgjithësi veprojnë në shumicën e mikroflorës, por me gradë sensibiliteti jo të theksuem.

## KONKLUSION

- 1) Mikroflora predominuese e otiteve kronike në Shkodër asht *staphylococcus aureus haemolyticus*.
- 2) Në mesotympanitet takohen vetëm *B. pyocyanus* dhe *proteus vulgaris*.
- 3) Sensibilitet të dukëshëm kundrejt antibiotikëve në përgjithësi kanë stafilokokët dhe flora mikste.
- 4) Mikroflorën me rezistencë më të madhe kundrejt antibiotikëve e përfaqësojnë *B. pyocyanus*, *proteus vulgaris* dhe sporogenët.
- 5) Antibiotikët ma efektivë «in vitro» janë neomycina, streptomycina, e mandej me radhë, vulkamycina, tetracyklina dhe penicilina.

Praqitur në redaksi më 19/Z/965.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ERMOLJEVA Z.V. Kliničeskaja medicina, 1963, 11, 5.
- 2) FELDMAN A.I. VULESON S.I.; Boleznji uha i vjerhnij dihatelnih putjej v djetskom vozrastje, 1964 fq. 110-111.
- 3) GAVRILAJ, COMES L., MURESANU T., NEGRU M., Archives de l'Union medical Balkanique; 1963, nr. 4, Tom I, fq. 431-436.
- 4) GOLLOSOVA T., SHEDEROVIĆ V.A., VEDMINA E.A., ANIKINA T.P., Antibiotiki, 1964, 8, 744-748.
- 5) IBRAHIMOV G.F., Vjestnik otorinolaringologii, 1961, 3, 26-32.
- 6) KAPLLAN A.E., Antibiotiki, 1964, 7, 657-661.
- 7) KOLLOMICJEV LL.R., VARENKO J.U.S.; Antibiotiki, (Zdorovja) 1965, fq. 176-178.
- 8) LIHAČOV A.G.; Vjestn. Otorinolaring., 1965, 1, 18-19.
- 9) MACKIE T.J., MC CARTNEY J.E.; Manuale di Batteriologia pratica, 1965 fq. 365-372, 390-393, 574-575.
- 10) MOĆIĆ MIRJANA; Archives de L'Union medical Balkanique, 1963, nr. 4 Tom I, fq. 403-407.
- 11) PREDTECENSKIJ V.E.; Rukovodstvo po kliničeskim laboratornym issledovanijam, 1964, fq. 777-779.
- 12) RUTENBURG D.M.; Rukovodstvo (mnogotomnoje) po otorinolaringologiji; 1960, Tom II, fq. 212-233.
- 13) STANLEY BANKS H.; Malattie Infettive, 1951, fq. 404-407.
- 14) TRABUCCHI E., GARATTINI S.; Chemioterapia, (Min. Medica), 1954, fq. 98-120, 202-208, 214, 265-268, 273-276, 288-296, 307-312, 335-337, 372-373, 381-390.
- 15) UNDRIC V.F., HILLOV K.LL., LLOZANOV N.N., SUPRUNOV V.K.; Boleznji uha, gorila i nosa; 1960, fq. 120-126.
- 16) VITVICKIJ V.M.; Antibiotiki; 1964, 8, 744-748.
- 17) ZHURAVLJOVA N.V.; Antibiotiki; 1964, 3, 280-283.

(Summary)

**THE MIKROFLORA IN CHRONIC OTITIS AND ITS SENSITIVITY  
TO ANTIBIOTICS IN THE CITY OF SHKODRA**

Since 1962 a systematic study has been made of the microflora in chronic otitis and its resistance to antibiotics in 282 patients observed in the city of Shkodra.

The sensitivity test was made with paper discs impregnated with different antibiotics.

From the study of this material it can be seen that the germs most frequently found in the pus of these cases were *Staphylococcus aureus haemolyticus* (35.43%), *sporogen bacilli* (14.85%), mixed flora (14.26%), *Proteus vulgaris* (12.85%), *staphylococcus albus* (10.34%), and *Ps. pyocyanea* (9.47%).

A marked sensitivity towards antibiotics has shown *S. aureus* and mixed flora, while *Ps. pyocyanea*, *Pr. vulgaris* and *sporogen bacilli* showed considerable resistance.

*Neomycin* and *streptomycin* were more effective «in vitro». The other antibiotics were less active, while *colimycin* and *sulphonamides* revealed a marked resistance.

The resistance towards all the antibiotics taken together showed an average of 21.25%.

**Sensibiliteti mikroflorës ndaj antibiotikëve në përgjithësi (me përcaktimin e gradëve të sensibilitetit).**

*Pasqyra Nr. 1*

Antibiotikët	Mikroflora në përgjithësi				
	Shum sensibël	Sensibël	Pak sensibël	Rezistent	Steril
1. Streptomycina	38-(13,47%)	39-(13,82%)	10-(3,4 %)		
2. Vulcamycina	45-(15,95%)	29-(10,28%)	7-(2,1 %)		
3. Neomycina	34-(12,05%)	40-(14,18%)	21-(7,4 %)		
4. Penicilina	32-(11,35%)	26-(9,2 %)	21-(7,4 %)		
5. Eritromycina	34-(12,05%)	20-(7,44%)	6-(2,12 %)		
6. Resistomycina	33-(11,7%)	25-(8,86%)	11-(3,9 %)	62-(21,25%)	8-(2,8%)
7. Cloramphenicoli	12-(4,25%)	10-(3,4 %)	7-(2,1 %)		
8. Rovamyciuia	8-(2,83%)	22-(7,8 %)	8-(2,83 %)		
9. Tetracyclina	20-(7,09%)	50-(17,76%)	21-(7,4 %)		
10. Colimycina	3-(1,06%)	2-(0,7 %)	2-(0,7 %)		
11. Sulfanilamidet	1-(0,35%)	6-(2,12%)	1-(0,35 %)		
Shuma	260	269	115	62	2

## Veprimi antibiotikëve në llojet e vëçanta të mikroflorës pa përaktimin e gradës së sensibilitetit

Mikroflora	Staphylococcus aureus haemol	B. sporogenes	Flora mikste	B. proteus vulgaris	Staphylococcus albus	B. pyocyanus
Antibiotiket	(ABS.) (%)	(ABS.) (%)	(ABS.) (%)	(ABS.) (%)	(ABS.) (%)	(ABS.) (%)
1. Streptomycina	44 (43,56%)	7 (16,66%)	7 (17,5%)	9 (25%)	16 (55,43%)	3 (44,33%)
2. Vulvamycinë	39 (38,01%)	5 (11,9%)	21 (52,5%)	7 (19,44%)	8 (27,58%)	1 (3,84%)
3. Neomycinë	40 (39,6%)	12 (28,57%)	18 (45%)	15 (44,66%)	15 (51,72%)	1 (3,84%)
4. Penicilinë	35 (34,65%)	3 (7,1%)	15 (37,5%)	8 (22,22%)	10 (34,48%)	1 (3,84%)
5. Urtroacycina	36 (35,64%)	5 (11,9%)	7 (17,5%)	2 (5,55%)	8 (27,58%)	2 (7,69%)
6. Resistomycinë	27 (26,73%)	9 (21,42%)	5 (13,5%)	14 (38,88%)	5 (13,79%)	4 (15,39%)
7. Cloramphenicoli	19 (18,81%)	—	3 (7,5%)	5 (13,88%)	3 (12,34%)	—
8. Rovarycina	19 (18,81%)	6 (14,28%)	3 (7,5%)	4 (2,88%)	5 (13,79%)	—
9. Tetracyclina	38 (37,62%)	5 (11,9%)	28 (70%)	3 (8,33%)	11 (37,93%)	4 (15,39%)
10. Colimycinë	2 (1,98%)	3 (7,1%)	—	—	2 (6,89%)	1 (3,84%)
11. Sulfaamilidet	8 (7,92%)	1 (2,38%)	—	1 (2,88%)	—	—
Rezistant	7 (6,93%)	24 (57%)	2 (5%)	16 (38,88%)	2 (6,89%)	13 (50%)

## MEJI REZISTENCËN E CULEX PIPiens KUNDREJT DDT-së NË QYTETIN E TIRANËS

JORGJI E. ADHAMU

(Laboratori Qendror i Prodhimeve dhe Kërkimeve Mikrobiologjike,  
Drejtore Hulo Hadëri).

*Culex pipiens* është mushkonja shtëpijake e zakonshme.

Tek ky lloj u zbulua për herën e parë rezistenca e mushkonjave kundrejt insekticideve. Mosna (7) vrejti rezistencë te *C. pipiens* kundrejt DDT-së në Latina (Itali) që më 1947, dmth vetëm një vit mës fillimit të spërkatjes të banesave me këtë insekticid (2). Në Greqi Hadjinicolaou (5) bën fjalë për rezistencë të kësaj mushkonje kundrejt DDT-së që më 1948, dmth dy vjet mës fillimit të spërkatjes të banesave. Më vonë është zbuluar rezistenca kundrejt DDT-së në SH.B.A. më 1955, në Izrael e Japoni më 1959 (8) dhe në Rumani më 1963 (9). Përveç asaj, në disa vënde është konstatuar rezistencë e *C. Pipiens* edhe kundrejt grupit insekticid HCH-dieldrine: në Itali më 1950, në Izrael 1955 dhe në Francë e Japoni më 1959 (8).

Në vëndin tonë DDT-ja ka filluar të përdoret në shkallë të gjëre kundra malaries më 1947.

Ka mjaft vjet që në vënde të ndryshme të Shqipërisë është vënë rëse *C. pipiens* mund të gjëndet në lokale të ndryshme pak ditë mës trajtimit të tyre me DDT dhe se efikasiteti i insekticidit kundrejt kësaj mushkonje ka qënë ulur, qoftë si imagocid, qoftë si larvicid. Megjithatë, prova për të përcaktuar shkallën e rezistencës nuk ishin bëre, me përjashtim të atyre që u bënë në shtator 1960 me një sasi të kufizuar larvash në qytetin e Tiranës, me DDT dhe dieldrinë. Për këtë qëllim, në gusht, shtator e tetor 1965 u bënë prova të tilla me DDT, me mushkonja fluturake të mbledhura në Tiranë.

Lidhur me historikun e përdorimit të insekticideve në qytetin e Tiranës duhet shënuar: përdorimi i DDT-së në luftën kundra mushkonjave fluturake (1947-1960, me metodën e spërkatjes barjerë pak a shumë të gjëre) dhe si larvicid. Prej viti 1958, në luftën kundra çimkave, mizave etj. është përdorur në shkallë të kufizuar triklorfon (a) ose diazinoni, kurse gjatë viti 1965 edhe HCH.

Për të luftuar gjithashtu këta insekte, nga vetë popullsia, është përdorur preparati i importuar për përdorim në formë fliti me emrin «MUX», i cili përmban DDT, lindan (gamma-HCH) dhe metoksilor.

a) Triklorfon (trichlorfon) është emri i rekandomuar nga organizata ndërkombëtare e normalizimit (ISO); sinonime të këtij insekticidi janë dipterex, hlorofos etj. I përket grupit të fosfororganikëve. Preparati «Flibol E» përmban 50% triklorfon.

Si pér provat me larva ashtu pér ato me fluturake, u pér dor metoda e OBSH (8).

Me mushkonja fluturake u bënë dy seri provash me zgjatje të periodës të ekspozimit në 1,2,4 dhe 24 orë; u kryen në laborator dhe u pér dorën vetëm femra. Mortaliteti u regjistrua mbas 24 orë observimi.

Serija e parë u krye nga 26-29 gusht dhe 2-5 shtator, me koncentrasionet 2% dhe 4% DDT, me mushkonja që kishin thithur gjak. Gjatë periodës së ekspozimit dhe asaj të mbajtjes në observacion, temperatura lëviste nga 20-25°C. Mushkonjat u kapën në strehime të pa trajtuar me insekticide. Rezultatet jepen në pasqyrën nr. 1.

Serija e dytë u krye nga 15-24 tetor me koncentrasionet 1%, 2% dhe 4% DDT, me mushkonja që nuk kishin thithur gjak dhe që pérpara se t'i ekspozoheshin insekticidit, u ushqyen me solucion sheqeri. Gjatë periodës të ekspozimit dhe asaj të observacionit, temperatura lëviste nga 19-25°C. Mushkonjat u kapën në një podrum gati krejt të mbyllur, ku zhvilloheshin në një kanal në instalimet e kaloriferit. Muret e lokalit kanë qënë spërkatur dy herë me triklorfon (b). Pér të mënjanuar ndikimin eventual të spërkatjes mbi mortalitetin, pérpara se të testoheshin, mushkonjat u mbajtën në observacion pér 24 orë. Gjatë kësaj kohe ato u ushqyen me solucion sheqeri. Rezultatet jepen në pasqyrën Nr. 2.

Këtu më poshtë përshkruhen rezultatet e provave të bëra me larva më 1960 dhe të atyre të bëra me fluturake më 1965:

1. Përcaktimi i sensibilitetit të larvave të *C. Pipiens* në shtator 1960 vuri në dukje rezistencë kundrejt DDT-së: koncentrasioni prej 2,5 p.p.m. (pjesë pér milion) shkaktoi ngordhjen e vetëm 81,2% të tyre, pra  $CL_{50}$  rezultoi më i naltë se 2,5 p.p.m. Sensibiliteti kundrejt Dieldrinës, e cila nuk është përdorur ndonjë herë në vendin tonë, rezultoi normal:  $CL_{50} < 0,004$  p.p.m.,  $Cl_{90} = 0,0065$  p.p.m. dhe mortaliteti 100% arrihet me koncentrasionin 0,10 p.p.m.

2. Seria e parë e provave me fluturake, e bërë me mushkonja të ushqyera me gjak, zbulon rezistencë të theksuar të *C. Pipiens* kundrejt DDT-së (pasqy. nr.1). Mortaliteti 100% nuk arrihet me koncentracionin 4% as pér 24 orë ekspozim; ky koncentrasion me këtë periudhë ekspozimi na jep një mortalitet prej 71,3%, Pra  $CL_{50} > 4.0\%$  dhe  $CL_{90} = 2,6\%$ .

### Pasqyra Nr. 1

#### Rezultatet e provave të sensibilitetit të *C. pipiens* të ushqyer me gjak kundrejt DDT-së

Koha e ekspozimit. (në orë)	Koncentrasioni i DDT, %	Mushkonja të testuara, Numbri.	Mortaliteti %
1	2	20	0,0
1	4	20	5,0
2	4	20	25,0
4	4	20	45,0
24	2	62	37,1
24	4	87	71,3
Prova dëshmuese		65	1,5

b) Spërkatja e parë e lokalit me triklorfon është bërë rreth 4 muaj dhe e dyta rreth 2 muaj pérpara provave.

3. Seria e dytë e provave, e bërë me mushkonja që nuk kishin thithur gjak dhe që u ushqyen me solucion sheqeri, (pasqyra Nr. 2) zbulon gjithashtu rezistencë të theksuar të fluturakeve të *C. pipiens* kundrejt DDT-së, me gjith që jo në ate shkallë që del nga seria e parë. Kështu, simbas zgjatjes të periodës të ekspozimit kundrejt insekticidit, gjatë kësaj serie të provave, mortaliteti arin këto vlera: në grupin e mushkonjave të ekspozuara për një orë, koncentracioni 4% DDT jep një mortalitet prej vetëm 18,3% dmth.  $CL_{50} > 4\%$ ; në grupin e ekspozuar për dy orë  $CL_{50} = 3,6\%$ ; në grupin e ekspozuar për 4 orë  $CL_{50} = 2,3\%$ ; në grupin e ekspozuar për 24 orë kemi  $CL_{50} < 1\%$  kurse  $CL_{90} > 1\%$ .

### Pasqyra nr. 2

#### Rezultatet e provave të sensibilitetit të *C. Pipiens* ushqyer me solucion sheqeri, kundrejt DDT-së.

Koha e ekspozimi (orë)	Prova dëshmuese /		1%		2%		4%		$CL_{50}$
	Numuri i mushkonjave	Mortaliteti %							
1	60	0,0	62	0,0	60	5,0	60	18,3	>4,0
2	61	0,0	79	3,8	81	24,7	81	54,3	3,6
4	41	2,4	82	15,9	31	48,1	81	70,4	2,3
24	83	1,2	80	70,1	80	81,2	79	88,6	<1,0

Të dy seritë e provave me fluturake tregojnë se *C. pipiens* është rezistent kundrejt DDT-së. Shkalla e rezistencës së kësaj mushkojne mund të dalë më mirë në pah po tu hedhim një sy rezultateve të provave të bëra me anofelet kryesore të vëndit tonë, në të cilat sensibiliteti përmbahet brënda kufijve normale; nga këto prova rezulton se  $CL_{50}$  për DDT-në, për një kohë eksposimi prej një ore, lëviz nga minimumi prej 0,7% për *A. superpictus* në fushën e Godoleshit (Elbasan), në maksimumin prej 3,1% për *A. maculipennis* në Tushemisht (Pogradec) dhe se mortaliteti 100% arrihet gjithmonë me koncentrasionin 4,0%. e zgjatje të periodës të ekspozimit 1 ose 2 orë (1).

Po të kahasojmë të dhënët e dy serive të provave të bëra me fluturake, shohim se seria e parë e bërë me mushkonja që kishin thithur gjak dhe të kapura në lokajt që nuk ishin trajtuar me insekticide, vë në dukje rezistencë më të lartë se seria e dytë e bërë me mushkonja që nuk kishin thithur gjak dhe që u ushqyen me solucion sheqeri, të kapura ne një podrum të trajtuar dy herë me triklorofon, si imagocid, gjatë muajve të mëparshëm. Por me gjithë këtë ndryshim, bie në sy se në të dy seritë e provave, në asnjë rast, as për zgjatjen e periodës të ekspozimit kundrejt konsentrasionit 4,0% DDT në 24 orë, nuk arrihet mortaliteti 100% dhe se  $CL_{50} > 4.0\%$  në të dy seritë; (në qoftë se do të përcaktonim  $CL_{50}$  mbi fletën logaritmike me ekstrapolacion, për serinë e parë, vlera e tij do të mbriten në 7,1%, kurse për të dytën, në 4,4% DDT për zgjatjen e periodës të ekspozimit në 24 orë).

Fakti që në serinë e parë, rezistenza rezulton më e lartë mund të shpjegohet me ndikimin e disa faktorëve.

Siq dihet, sensibiliteti i anofeleve kundrejt insekticideve ulet me uljen e temperaturës dhe fillimin e hibernimit [(Busvine (3), Duport e b.p. (4))]. Por në rastin e dhënë na duket se shkaku i ndryshimit nuk janë këta faktorë, mësai temperatura gjatë provave është mbajtur në të njëtin nivel për të dy seritë dhe se, përkundrazi nga q'mund të pritej, rezistencë është më e lartë në serinë e parë që është bërë në fund të gushtit — fillim të shtatorit, se në të dytën që u bë në javën e tretë të tetorit.

Pra mendojmë se duhen marrë në konsideratë këta faktorë:

1. Gjendja ushqimore e mushkonjave. Busvine (3) ka provuar se femrat e uritura janë më të ndjeshme kundrejt insekticideve në krahasim me femrat e ushqyera, kurse Hadaway e Barlow (6), cituar nga Brown (2), kanë gjetur se ngopja me gjak gati e dyfishon tolerancën e femrave për DDT-në. Jemi të mendimit se në rastin tonë ushqimi me gjak është faktori kryesor që ka ndikuar në rritjen e rezistencës në mushkonjat e serisë së parë kundrejt atyre të serisë së dytë, të ushqyera vetëm me sheqer.

2) «Presioni» intensiv i triklorfonit mbi mushkonjat e serisë së dytë. Siq dihet, këto mushkonja zhvilloheshin në një lokal të myllur mjaft mirë dhe të sperkatur me triklorfon, 2 herë gjatë muajve para provave. Veprimi i triklorfonit, ndoshta, duke çdukur gjérësisht mushkonjat DDT-rezistente (megjithse nuk dimë të ketë një korelacion negativ midis DDT-së dhe triklorfonit) ka ndikuar në uljen e rezistencës kundrejt DDT-së.

## KONKLUSION

1. *C. pipiens* në qytetin e Tiranës ka fituar rezistencë të theksuar kundrejt DDT-së.

2. Fluturaket e ngopura me gjak dhe të kapura në lokale të pa trajtuar me insekticide rezultojnë më rezistente se fluturaket e kapura në lokale të trajtuar dy herë me triklorfon (4 dhe 2 muaj para provave) dhe të ushqyera me sheqer.

3. Për qëllimet praktike të luftës kundra kësaj mushkonje, është e nevojshme që provat të zgjerohen dhe nga rezultatet e tyre të përcaktohet insekticidi që duhet përdorur.

## BIBLIOGRAFIA

- ASHTA A., ADHAM Jor.: Buletini Unive. Shtet. të Tiranës, Ser. Shkencat mje-kësore, 1961, 1, 37.
- BROWN A. W.A.: Resistance des arthropodes aux insecticides. Org. Mond. Sante, Geneve, 1959, Ser. Monograf. Nr. 38.
- BUSVINE J.R.: Bulletin OMS, 1956, XV, 3-4-5, 389.
- DUPORT M. et al: Bulletin OMS, 1958, XIX, 6, 1110.
- HAJDINICOLAU J.: Suplemento R.C. Inst. Superiore Sanita, Roma, 1954, 160.
- HADAWAY A.B., BARLOW F.: Ann. Trop. Med. Parasitol. 1956, L, 438.
- MOSNA E.: Riv. di parasitolog., 1948, IX, 1, 19.
- ORG.MOND.SANTE, COMITE D'EXPERTS DES INSECTICIDES, XIII rapport: Resistance aux insecticides et lutte contre les vecteurs. Serie Rapp. Techniques, 1963, Nr. 265.
- UNGUREANU E., TEODORESCU K., GEORGIU T.: Med. parazitol., 1964, 3, 338.

(Summary)

RESISTANCE OF CULEX PIPiens TO DDT IN THE CITY OF TIRANA

Estimates have been made of the sensitivity to DDT of larvae and adult Culex pipiens mosquitoes in Tirana and the following rates of resistance have been found: 1) for larvae CL<sub>90</sub> = 2.5 p.p.m; 2) for female adults captured after sucking blood in sites non - treated with insecticides (the tests were made during the last days of August and the beginning of September) CL<sub>50</sub>=2.6% for a period of exposal lasting 24 hours; 3) for female adults found in closed basements treated with trichlorfon as imagocide 4 and 2 months before the tests (the tests were made during the third week of October), which were fed on a suggar solution, the exposal for 1 hour (at a concentration of 4.0 percent) gave a mortality rate of 18.3%, so that CL<sub>50</sub> was higher than 4.0%; the exposal for 2 hours — CL<sub>50</sub>=3.6%; for 4 hours CL<sub>50</sub>=2.3% and for 24 hours CL<sub>50</sub> < 1%, CL<sub>90</sub> > 1%.

The sensitivity of larvae to dieldrin was found normal: CL<sub>50</sub> < 0.004 CL<sub>90</sub> = 0.0085 p.p.m., while a mortality rate of 100% was attained with 0.10 p.p.m.

In Tirana DDT has been used as imagocide (barrier spraying) from 1947 to 1960 and as larvicide from 1947 to 1965. For flies, bed-bugs etc. since 1958 diasinoxon and trihlorfon have been used on a limited scale, and during 1965 — BHC; Flit, a mixture of lindan DDT and methoxychlor, has been used by the population of the city as house insecticide.

## KARAKTERISTIKAT E SOTME TE TIFOS ABDOMINALE DHE TERAPIA AKTUALE

LLUKA DHIMITHI

(Reparti infekti spitalit Durres, Prezantat Te Kellue)

Tifosi abdominal iroodhat e perhapur ne te gjithe vendet e botës die ka dematura jo vetem shtedjetin e populilit por ka si shpejt edhe mortalitetin te larte. Sot me perdomion e antibioticave dhe ne radhe te par te chloramphenicol-it (CAF) dekursi klinik ka ndryshuar dhe vdekjet janë ulur shume. Qelimi i punimit tona eshte stadium i ne serie i catesh me tifo abdominal te kemi patur muanesi te obeservuar ne Veshtrinë te klinikit klinik asti sic paraqitet sot qe te elektrit te tifosit sotme. Per keto arsyet janë obervuar 86 raste te parashirte ne vitin 1963-1964. Diagnostikimi i tyre eshte bazuar ne tendencial epidemologjike, ne amanestike, ne kryesore ne klinikën, ne pjesen me te madhe dia nobza eshte konfirmuar me unan biologjike.

### A. Shpërime te pergjithshme

1. Njëzet e katërve — 1. Seksi. Numri i rreth 1000 te dy sekset eshte afershtuar ne parabarte. M 42 raste, ose 40%, qe P 44 raste ose 51%.

2. Moshë. Ta e parashitur ne moshat e poshtesh mund:

Moshë	0-5 vjeç	6-10 vjeç	11-15 vjeç	> 16 vjeç
"	6-10	13	31-40	16
"	11-15	> 10	41-50	5
"			51-65	5

3. Prezantimi shqipteve. Numri i rreth 1000 rasteve tona janë shqiptare. Rishqiptare 65 raste, ose 70.6%, qytetare 21 raste, ose 24.4%.

Parashitje rasteve kryesore tona te shqiptarët apo 47 raste, ose 52.3% ne kronologjikisht te shkurtor nga ana tjetër te tifosit, jashtë 20% te parashitja.

### B. Pjesa Klinike

1. Koka e parashitjeve te sepioreve ne spital. Dita e shkurtimit ne spital i kohës e fillojti fitim i këmbimisë simptomave akutante, ne dritë, ne agjastsi ne lufte, ne shkak me poshtë. Dite ne tifos — 7.7 raste, ose 7.9%, — 4-vjeçte — 45 raste, ose 53%, mbi 14 vjeç — 9 raste, ose 10.1%. Ne 7 raste, ose 8.1% ne parashitje me vonesë — me rreptje 7-dite — per herë.

similitudine cu boala mea este o boala cronică și înțelegeră să simulăm într-o anumită măsură boala mea. Înțelegem că boala mea este o boală cronică și că nu pot fi tratată într-un mod definitiv, însă trebuie să am un lucru în vedere, și este că trebuie să am o atitudine pozitivă față de boala mea, să credem că există posibilitatea de a obține rezultate pozitive.

2) Prețuirea și răumirea semunării. Sfîrșitul clinicei me te-ai spus că este paracituri keto răste ne conținătoare de apă și sănătatea noastră te răsu-  
se adorabil. În ceea ce urmărește clasică me udrivșime nuva răsu ne răsu.  
- Temperatura. Karaktărul saue temperatură excesivă ne-șurubesc  
e răsu-ve este o boală. De exemplu că la o anumită temperatură se udrivșime  
căciună e răsu-are ne spălă-umăne răsu-ută căciună și zhvăllimul și semună-  
dies, căciună abine me prole.

Pasquale

**Temperatura de dren e sotrim**

Temperature	Time	Method	Rate
65–70°C	1 h	Incubation	High
65–70°C	1 h	Incubation	Medium
70–80°C	1 h	Incubation	Low
70–80°C	1 h	Incubation	Very low
Alkaline	1 h	Incubation	Very low
Alkaline	1 h	Incubation	Very low

PAGE TWO OF TWO

Veröffentlicht am 12.09.2019 von [Brett](#)

	90-91	91-92	92-93	93-94
90-91	100	100	100	100
91-92	100	100	100	100
92-93	100	100	100	100

Pasqyra nr. 3

Shënjet klinike	Java I	Java II	Java III	Raste	%
Gjendje tifoze	4	6	—	10	12%
Delir	—	7	—	7	8%
Vjellja	1	1	—	2	2%
Disrea	20	1	2	23	27%
Gjuha tifike	15	56	2	73	84%
Meteorizmi	23	42	2	67	77.8%
Gurg. ileo-cekale	3	18	5	26	30%
Epistaksis	1	—	2	3	3%
Roscola	1	10	—	11	12%
Splenomegalia	24	48	1	73	84%
Hepatomegalia	20	35	4	59	68.9%
Bradikardia	8	28	2	48	55.8%
Bronchitis	8	5	2	15	17.4%
Pneumonia	3	—	—	2	2.3%
Bronchopneumonia	2	4	1	4	4.6%
Myokarditis	—	—	—	—	—
Enterorragja	—	—	—	—	—
Perforacion int.	—	—	—	—	—
Dikrotizmi	—	2	3	5	6%

**Diarea:** Ky simptom paraqitet zakonisht në fillimin e sëmundjes dhe është më i theksuar në moshën e vogël. Në të sëmurët tanë kemi patur në javën e parë 16 raste në moshën 5-16 vjeç dhe tre në moshën madhore, javën e dytë vetëm një, gjithësej 22%. Autorë të tjerë referojnë: A. Fontain (17) në 50% dhe Kalpan (21) në 64%, në fëmijët, kurse në të riturit: Banks (4) në 20%, A. Ushmanova (32) 14%, I. Ash (3) në 45.4%.

**Cefalea:** Është një shenjë që çfaqet shpesh në këtë periudhë me intensitet të ndryshëm, prandaj dhe sinjalizimi nga ana e të sëmurëve ndryshon. Me cefale disi të theksuar kemi patur 9 raste në javën e parë dhe tre në javën e dytë, në përgjithësi 14%. E. Zverev (33) referon 88%.

**Pneumopatitë.** Në periudha të ndryshme paraqiten raste me pneumopati të ndryshme, si: pneumo-tifozë ose pleuro-tifozë. Kur ndodhin në periudhën e parë, kanë mundësi të maskojnë sëmundjen kryesore. Ne kemi patur 6 raste të rënda (Nr. kart. 4720, 5220, 5806, 2469, 847, 783), të gjithë të konfirmuar radiologjikisht, kurse raste me bronchitis të thjeshtë 15. Cerga (9) ka patur dy raste me pleurit, një me pneumoni dhe dy me bronkopneumoni. Raste me rozeola kemi patur vetëm 11 ose 12% (autorë si Kaplan — 78%; Cecil-Loeb (8) 90%; Fontain — 35%; Sharp (30) — 19,5%, Cerga — 2%). Ndryshimi i përqindjes varet më tepër nga koha e shtimit në spital, kështu shpjegohet edhe përqindja e vogël në rastet tonë. Splenomegalinë e kemi konstatuar në 84% të rasteve kurse Livieratos (25) në 90%, Ushmanova në 69%, Cerga në 65%, Banks në 22%. Raste me meteorizëm kemi patur në 77.8% të rasteve kurse Ushmanova në 69% dhe Cerga në 65%. Hepatomegalia është e barabartë me atë të Cergës, i cili e ka konstatuar në 70%.

c) Të dhënrat laboratorike. Formula leukocitare, e cila ka një rëndësi diagnostike lidhur me leukopeninë, në rastet tona është paraqitur si më poshtë:

Pasqyra nr. 4

Moshë	5 - 15 vjet	mbi 15 vjet	Në përgjithësi
Leukopeni	22	26	48 ose 51 %
Normale	10	27	57 ose 48.9%
Leukocitozë	-	-	1 ose 0.1%

Lëvizja e polinuklearëve neutrofilë nuk paraqet asnjë rëndësi patognomonike.

Eritrosedimentacioni (E.S.) nuk ka asnjë rëndësi diagnostike.

Pasqyra nr. 5

E. S.	Deri 10	11-15	16-20	21-30	mbi 30
Raste	35	11	5	19	16

Megjithse kuadri hematologjik nuk jep të dhëna patognomonike përvèç leukopenisë, vëzhgimi i tij në mënyrë të përsëritur ka rëndësi për konstatimin e aplazisë medulare eventuale, shkaktuar nga përdorimi i CAF-it.

Hemokultura në rastet tona ka rezultuar pozitive në 32 vetë ose në 37.2% të rasteve.

Në javën e I-rë	raste	19	ose 59.4%
»     »     » II-të	»	9	» 28.1%
»     »     » III-të	»	4	» 12.5%

Raste negative 54 ose 62.8%. Arsyja për të cilën pozitiviteti është paraqitur në shifra relativisht të vogla, rjedh nga fakti se, pjesa më e madhe e pacientëve janë shtruar me vonesë. Pozitivitetin autorë të tjerë e parasesin në shifra të ndryshme: në punimet e reja M. Kaplan (1963) — 75%, autorët e tjerë si A. Fontain 66,6%, I. Ash 40%, Sharp 50%.

Cerga ka patur 38 raste pozitive në 242 ose 16% në 1964.

Aglutinacioni. Në çdo rast është kërkuar aglutinacioni dhe është vëzhguar rritia e titrit. Me aplikimin e antibiotikëve me fushë veprimi të gjérë, kryesisht CAF, dhe kortizonikëve, qfaqen turbullime imunologjike të ndryshme, që shpesh janë titret anormale dhe të paqëndrueshme. Në të sëmurët tonë të shtruar në javën e parë është kërkuar aglutinacioni pas përdorimit të CAF, kurse në pjesën tjeter, të shtruar në

javët II-të dhe III-të, është kërkuar para përdorimit të tij. Rezultatet e sero-diagnostikës në rastet tonë paraqiten me këtë pasqyrë:

### Pasqyra nr. 6

Titr i	Raste deri 7 ditë	7—14 ditë	mbi 14 ditë	Titi maksimal raste
Negativ	23	20	17	17
1 : 200	5	2	3	3
1 : 400	4	20	32	31
1 : 800	—	26	26	27
1 : 1600	—	6	8	5
1 : 3200	—	3	—	3
Raste	32	77	86	86

Rezultuan pozitiv me titr të ndryshme 69 raste ose 80% (dy prej tyre i përkasin paratifos «A») dhe 17 negativ ose 20%. Prej këtyre 17 rasteve negative, 11 kanë patur hemokulturën pozitive; negativiteti i këtyre 11 rasteve konsiderohet abnormal. Pjesa e fundit, 6 raste ose 6.2% ka qenë negativ me të dy metodat: hemokultura-Widal. Krahasimi me autorë të tjerë që kanë punuar këto dy vitet e fundit, jep këto shifra A. Fontain 83% pozitive, I. Ash 59%, G. Sharp 89%, Ushmanova 80%, Kaplan 56% dhe 4.4% me negativitetin abnormal; Cerga 60%.

D. *Terapia*: Prej kohës së zbulimit më 1947, nga Burkholder të CAF-it, rezultoi se ky ka efekt elektiv edhe për grupin e salmonellave *typhi*. Të sëmürët e obseruar i kemi ndarë në dy grupe terapije: grupei I-rë 71 raste janë mjekuar me CAF dhe grupei II-të, 15 me CAF plus kortizon. Jemi rezervuar në përdorimin e këtyre hormoneve në raste adinamike, me një toksicitet të theksuar ose kur paraqitej një farë rezistence kundrejt CAF. Bunin (6) dhe shumë autorë të tjerë kanë ndjekur po këtë kriter. Kemi përdorur CAF për të rritur 2 gr. prodic të ndara në 6 orë dhe për moshën e vogël 75 mg/kg; vazhdimi i terapisë është bërë pa ndërprerje deri në 12-13 ditë apyreksie. Për të evitar shkatërimin e salmonelave nuk kemi përdorur doza masive fillestare. Medikamentë është toleruar mirë, përvëç se në dy raste ka provokuar vjellje dhe në tre, diare, fenomene që u mposhtën lehtë. Hormonet kortikosurrenale janë përdorur simbas moshës duke u pakësuar gradualisht. Periudha në të cilën është filluar CAF, është kondicionuar me ditën e shtimit. Në javën e I-rë është filluar në 32 raste, në javën e dytë në 45 dhe më vonë 9 raste. Kurse kortizonet: në javën e I-rë në 5 raste dhe në të II-tën në 7 raste. Nuk kemi patur asnjë rast me aplasi medulare.

1. *Rezultatet e terapisë*. Gjatë përdorimit të antibiotikëve shënjat e intoksikacionit ulen gradualisht. Splenomegalia dhe hepatomegalia dita ditës regredojnë, temperatura, mbas mjekimit me CAF, normalizohet në shumicën e rasteve siç shihet në pasqyrat 7 dhe 8; rënia e saj në nivelin normal bëhet në pjesën më të madhe të rasteve me lysis dhe në disa raste me krisis, kurse mbas mjekimit me CAF plus kortizon, ngjet e kundërtë. Në të mjekuarit tonë me CAF, 66 të sëmürë patën rënie me lysis dhe 5 të sëmürë me crisis, kurse në ato me kombinim CAF plus kortizon, 13 me crisis dhe 2 me lysis. Rënia e temperaturës në të dy grupet paraqitet në këtë dy pasqyra:

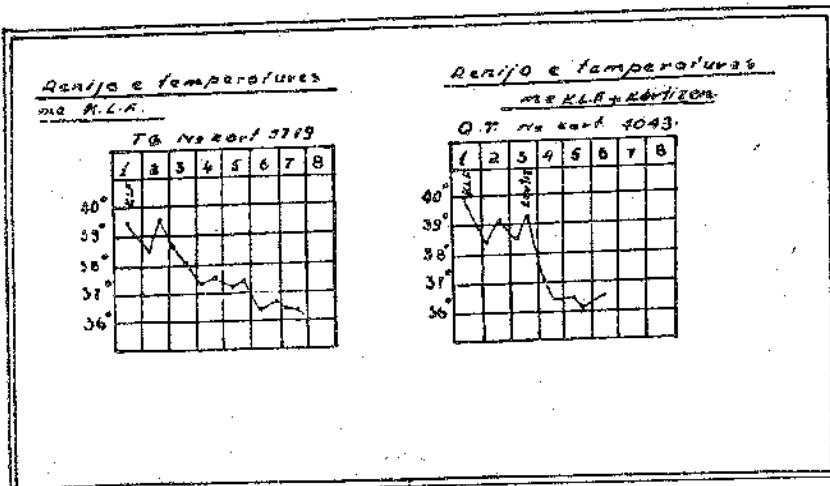
## Rënia e temperat. me CAF

Dita e rënies	Raste	%
3-4	40	52%
5-7	24	38%
mbi 7	7	10%

## Rënia e temperat. me CAF plus kortizon.

Dita e rënies	Raste	%
24 orë	12	80%
2-3	2	3.3%
3-4	1	6.7%

Paraqesim një nga grafikët e temperaturës karakteristike për sejci-lin grup:



Autorë si Bunin, Klein, Debre (6,22,14) referojnë rënien e temperaturës në 3-4 ditë. R. Sleet, duke kahasuar efektin e CAF-it me ampicillitë, ka konstatuar uljen, përfshirë parën në tre ditë dhe përfshirë dytën në 6 ditë. M. Kaplan referon rënien në 4 ditë me 44.9%, në 5-7 ditë me 31%, dhe më vonë me 21%. Q. Cerga me terapinë, më tepër me cikle, në 242 raste ka patur në përgjithësi rënie në 1-3 ditë në 82 raste, në 4-6 ditë 85, në 7-9 ditë 43. S. Bushati dhe E. Lapi kanë patur në të mjekuarit me CAF normalizimin e temperaturës mbas 4-6 ditësh, kurse CAF plus kortizon mbas 2-3 ditësh. Me gjithë këtë mjekim etiotrop, problemi i terapisë nuk është zgjidhur, mbasi paraqet edhe një seri të metash.

2) Recidiva: Rastet tona me recidiva të paraqitura mbas kurës e CAF janë këto: gjithsejt tre raste kliniko-laboratorike.

T.G. vjeç 23 Nr. Kart. 4281, pas 26 ditë apyreksie

S.Sh. > 6 > > 3452 > 22 > >

H.B. > 9 > > 4262 > 27 > >

Mbas mjekimit me CAF plus kortizon nuk kemi patur asnjë rast recidive, (gjithashtu edhe S. Bushati, E. Lapi). Para erës së antibiotikëve

recidivat kanë qënë më të shumta, kështu Strumpell<sup>1)</sup> referon 8.60%, Colet 9%. Mbës mjekimit me CAF, në punimet e këtyre 2-3 vjetëve të fundit, rezultojnë shifra më të ulta, kështu M. Kaplan 6%, R. Sleet 2.1%, S. Bushati 5% dhe në rastet tona në 4.2%.

**3. Komplikacione:** Komplikacionet kryesore, si enteroragjia dhe perforacioni intestinal paraqiteshin, para përdorimit të antibiotikëve, më të shumta, ndërsa ne nuk kemi patur asnjë rast prej këtyre komplikacioneve. Autorë të tjerë kanë patur raste relativisht të pakta mbës mjekimit me CAF. Kështu enteroragi Kaplan ka patur në 4% të rasteve. Sleet — 1%, Fontain — 1.9% Sharp — 0.52%. Perforacione s'kanë patur asnjë rast.

**Koha e qëndrimit në spital:** Kjo paraqitet më e zgjatur për moshën e vogël.

Mesatarja e qëndrimit prej 5-12 vjeç	në 38 ditë
»      »      »      për të rritur	në 31 ditë
»      »      »      e përgjithëshme	në 38 ditë

## KONKLUSION

1. Kuadri klinik, në kohën e shtrimit dhe para përdorimit të CAF, nuk ka paraqitur ndryshime të dukëshme nga kuadri i para erës së antibiotikëve.

2. CAF është sot medikament me efekt elektiv dhe i sigurt në duart e infeksionistit për rastet akute. Kombinimi i tij me kortizonikët jep efekte më të shpejtë në febrilitet dhe në gjendjen e përgjithëshme.

3. Rastet me komplikacione nuk janë eliminuar krejtësisht, por janë paksuar; ne nuk kemi patur asnjë rast.

4. Përdorimi i kortizonikëve nuk ka shkakëtar asnjë rast komplikacioni.

5. Mjekimi me CAF ka pakësuar recidivat në krahasim me ato të para erës antibiotike. Kombinimi me kortizon duhet rezervuar për raste adynamike ose kur CAF paraqet një farë rezistence.

6. Mjekimi i sotëm ka shkurtuar ditët e qëndrimit në spital më tepër se 1/3-ta në krahasim me kohën para erës antibiotike.

(Paraqitur në redaksi me 7/I/1966)

## BIBLIOGRAFIA

- ANISIMOVA V.A. Ndryshimet e aktivitetit kardio-vaskular në Tifo abdominalis. «Sovjetskaja Medicina», 1960, 6, 39.
- ARAVANTINOS A. Sëmundje infektive 1927 Vol. I, 214.
- ASH I. ET COL. Outbreak of typhoid fever connected with corned beef. «British Medical Journal» 1964, 5396, 1470.
- BANKS H.S. Malattie infective 1956, Vol. I, 495.
- BENUSI L. — HOXHA F. Tifo abdominalis në Shqipëri. «Bul. i Institutit të Shkencave» 1951, 2, 33.
- BUNIN K.V. Rëndësia e zhvillimit të imunitetit nën aktivitetin e antibioterapisë në tifo abdominalis. «Sovjetskaja Medicina» 1960, 6, 21.
- BUSHATI S., LAPI E. Të dhëna klinike krahasuese mbi mjekimin e tifos me kloramfenikol vetëm dhe të kombinuar me D-korten. «Shëndetësija Popullore» 1965, 1, 23.

1) Cituar nga Aravantinos (2).

8. CECIL AND LOEB. Text-book of Medicine. 1956, 221.
9. CERGA Q. Kurimi i tifos abdminale me anti-biotikë dhe dijetoterapija e kësaj sëmundje. «Bul. Univ. për shkencat natyrore». 1959, 2, 33.
10. CHRISTIE A.B. Treatment of typhoid carriers with ampicilline. «British Medical Journal». 1964, 5338, 1609.
11. COLLET F. Traité de Pathologie interne 1926, Vol. II. 727.
12. COURY ET COL. N'indentification de la fièvre «entero mesenterique» ou typhoïde, par Petit et Sarres. «La Semaine des Hopitaux» 1964, 55, 3056.
13. CROSNIER R. Salmonelloses et atypies du sero-diagnostic. «La Presse Médicale» 1962, 53, 2565.
14. DEBRE R. et Col. Pathologie infantile. Paris 1954, Vol. I. 417.
15. DEPARIS M. et Col. Les infections typho-paratyphiques. «La Presse Médicale» 1963, 31, 1553.
16. DOMART A. et Col. Aplasie médullaire mortelle après administration du chloramphenicol. «La Semaine des Hopitaux». — 1961, 55, 2256.
17. FONTAIN A. et Col. A propos des 100 cas de fièvre typhoïde traité par chloramphenicol. «Annales de Pédiatrie», 1964, 39, 1597.
18. GHALIOUNGUI P. Aprecus sur la Medicine de l'Egypte antique. «Symposium Ciba». 1961, 5, 206.
19. GIROND G. Les infections typhiques en France. «La Semaine des Hopitaux» 1962, 77, 777.
20. KADEN M. et Col. Tifos dhe paratifos. «Sovjetskaja Medicina» 1960, 5, 17.
21. KAPLAN M., BERNHEIM R. Etude de 50 cas de fièvre typhoïde. «La Semaine des Hopitaux» 1961, 48, 2035.
22. KLEIN Y. Hormonoterapi në sëmundje infektive. «Kliniciska Medicina» 1964, 2, 57.
23. KONKUSHINA D.M. Antibiotiki i imunitet. 1963, 3.
24. KOSTIĆ A. Le probleme des fievres typhoides a sero-diagnostic negatif. «La Presse Médicale» 1963, 52, 2489.
25. LIVIERATOS S. Patologja Klinike. 1927, Vol. I.
26. MARANGES P. La situation épidémiologique en France. «La Semaine des Hopitaux» 1963, 14, 90.
27. MARANGES P. Epidemie de typhoïde transmise par des Sandwichs. «La Semaine des Hopitaux» 1963, 21, 153.
28. MUÇO M. Principe kryesore të hormonoterapisë në të sëmurët me sëmundje ngjitëse. «Shëndetësia Popullore» 1961, 4, 25.
29. RONDINELLI E.G. et Col. La clinica della febbre tifoide nell'epoca pre-antibiotica ed in quella antibiotica. «Giornale delle malattie infettive e parassitarie» 1963, 7, 892.
30. SHARP S. et Col. Outbreak of para-typhoid in the Edinburgh area. «British Medical Journal» 1964, 5363, 1282.
31. SLEET R.A. et Col. Comparison of ampicillin and chloramphenicol in treatment of paratyphoid fever. «British Medical Journal». 1964, 5376, 148.
32. USMANOVA A.V. Problemi diagnostik dhe terapeutik i tifo-paratifio. «Sovjetskaja Medicina». 1961, 11, 123.
33. ZVERET E.I. Karakteristikat e veçanta të paratifos A.B. «Kliniciska Medicina», 1964, 2, 78.

### (Summary)

#### PRESENT-DAY CHARACTERISTICS OF TYPHOID FEVER AND ITS TREATMENT

86 cases of typhoid fever are discussed and their clinical picture analysed. Both the severe and milder forms were typical in most of the cases. The temperature of the patients treated with chloramphenicol became normal within 4-5 days. The fall of the temperature was lytic in 66 cases and critical in 5. In a second group of patients, treated with chloramphenicol combined with cortison preparations, the temperature got normal in the 1st or 2nd day of treatment. The fall was lytic in 3 cases and critical in 13. The phenomena of intoxication disappeared more rapidly in the second group as compared with the first. In neither of the groups did the author observe any complications or side effects due to the treatment. Three relapses occurred in the first group, none in the second. The cortizone preparations, even when used in later stages of the illness, provoked no intestinal perforation.

## ACARODERMATITIS URTICAROIDES

VASIL KULI (SPITALI LUSHNJES Drejtor Hilmi Delialiisi)

Zgjebja ose kukunjëzat e grurit, sikur e quan fshatarësia e Myzeqesë, është një dermatozë pruriginoze infektive e njerzve dhe e shtazëve, e përshkruar për të parën herë në vitin 1901 nga Schamberg-u dhe e shkaktuar nga *acari pediculoides ventricosus NEWP*, që gjëndet në drithrat e depozituara të grurit, tershanës, orizit, misrit, groshës dhe kashtës së barit të shtazëve. Infeksione mund të ndodhin edhe me ndërmjetësinë e dyshkëve që janë të mbushur me bar ose kashtë me parazitë. Sëmundja çfaqet zakonisht gjatë muajve të vjeshtës. Disa herë përhapet në formë epidemike (Rumani, Sicili) ose në vatra endemike (Bullgari). Paraziti (*acari pediculoides ventricosus NEWP*) është një insekt i drithrave që rron në kurriz të larvave (*calandra granaria* L. dhe të tenjave të ndryshme). Nga pikpamja e bujqësisë, ai është i dobishëm për arsyen se ruan farën e drithrave që të mos dëmtohet nga insektet dhe tenjat e ndryshme. Kur këto shkatérrojnë të gjitha larvat e dëmtonjësve, largohen dhe prekin njerzit në afërsi, duke iu shkaktuar dermatite. Parazitet bëjnë, si të thuash, një jetë të ndenjur, vetëm akarinët e porsa lindura janë mjaft të lëvizëshme. Në hambarët me një temperaturë prej 15-20°C, parazitet zhvillohen brënda dy javëve, kurse në tempraturë më të larta (30-40°C), zhvillohen afërsisht për një javë. Nuk zhvillohen në një temperaturë më të ulët se 10°C. Akari respirojn me anën e sipërfaqes të lëkurës së tij. Për këtë arsyen lagështina e hambarëve të drithnave lot një rol me rëndësi. Paraziti mikroskopikisht konstatohet lehtë në pluhurin e drithrave të infektuara, kurse në lekurën e njeriut të sëmurë, të thuash se, nuk vihet re fare, për arsyen se këtu ai nuk i ka kushtet<sup>te</sup> favorëshme për ekzistencën e tij dhe ngordh shpejt. Në përgjithësi, sëmundja paraqitet me elementë morfollogjikë erytemopapulosë, vesikulosë, pemphigoide dhe purpurike.

Meqënëse zgjebja e grurit ka një rëndësi praktike në bujqësi, e pamë të arësëshme me përshkrue dy epidemi të vogla që u vunë re në vjeshtën e vitit 1963 dhe 1964 në fshatrat Çiflik dhe Këmishtaj të rrethit të Lushnjës. Simbas hetimeve tona, akarodermatiti takohet gadi për çdo vit në formë të epidemive të kufizueme në të gjithë popullsinë e fshatrave të bregdetit tonë.

Nga këto dy epidemi, zgjodhëm 30 raste për t'i studjuar më afër. 20 të sëmurrë ishin të vitit 1963 dhe 10 të vitit 1964. Mosha e tyne lëvizte prej 16-50 vjet. Të gjithë janë punonjës të bujqësisë që kanë pasë kontakt me grurin e infektuar ose kanë pasë punë në territorin e grurit. Më tepër u vunë re në puntorët që mbanin thasë të grurit ose kishin punë gjatë ditës në hambarët.

*Kuadri klinik i sëmundjes.* Mbas një inkubacioni të shkurtën prej 1 deri disa orësh, të prekunit nga parositët fillojnë të kruhen mjaft në trup, krahë, qafë dhe këmbë etj. Në rastet tona, koha e inkubacionit ka qénë ma e gjatë. Në 16 raste të sëmurët na njoftuen, se krurja u ka ardhë mbas një ore, në 11 raste mbas 2-10 orëve, dhe në dy raste mbas 1-2 ditëve. Në vëndet e kruejtuna filluen me një herë të formohen zona erytematoze me kufi të përcaktueme mirë nga lëkura e shëndoshë. Në mesin e kësaj zone me erytemë, u formuan urtikat (shif figurën Nr. 4). Ky zhvillim shihet zakonisht në ditën e parë. Në përgjithësi, sëmundja paraqitet si një urtikaria e zakonshme, natyrisht, pa shënja morfologjike në mukozën e gojës, laringsit dhe të farinksit. Në ditën e dytë eryema zvogëlohet mjaft dhe vëndin e urtikës e zen papula ose vesikula. Prej 30 rasteve tona, 27 të sëmurë kishin elementë morfologjike erytemopapulosë dhe 3 vesikulosë (shif fig. 5), të cilat qëndrojnë, të thuesh, gjatë gjithë kohës së sëmundjes dhe me kohë zhduken. Qysh nga mbarimi i ditës së parë, disa të sëmurë fillojnë të kenë dhimbje koke (18 raste). Subfebribilitet kemi konstatue vetëm në dy raste ( $37.2^{\circ}\text{C}$  —  $37.3^{\circ}\text{C}$ ). Pruriti asht i fortë në ditët, dhe veçanërisht, në netët e para të sëmundjes. Nga të sëmurët tonë, 20 kishin prurit të fortë vazhdimisht për 3 ditë rrjesht, 6 për 4 ditë dhe 4 për 5 ditë, megjithse një prurit i lehtë konstatohet vazhdimisht gjatë gjithë kohës së sëmundjes. Të kruemit asht veçanërisht i padurueshëm natën në të sëmurët me hyperhidrozë. Elementët morfologjikë lokalizoheshin në 17 raste në sipërfaqen e lëkurës së barkut, të gjoksit dhe 13 raste ata ishin më të grumbulluara në ekstremitet. Vetëm në tre raste me *acarodermatitis urticaroides* u vunë re edhe elementë morfologjikë në fytyrë, të shoqëruar me një edemë të syve. Asnjë herë nuk pamë të çfaqet sëmundja në kokë. Zakonisht sëmundja shërohet vet-vetiu pa ndonjë mijekim brënda 7-13 ditëve, simbas rasteve tona, pa lënë ndonjë gjurmë në lëkurë. Aftësia për punë ruhet. Vetëm në tre raste puntorët nuk u paraqiten për arësyte të pruritit të fortë.

Nga ekzaminimi i formulës leukocitare, e marrur nga dita e dytë dhe më vonë gjatë zhvillimit të sëmundjes, kemi konstatuar në 18 raste eozinofili nga 5-10%; në 10 raste eozinofilia ka qënë në kufitë e normës dhe në dy raste 0%.

Mjekimi i sëmundjes konsiston në izolimin e të sëmurit, ose më mirë në largimin e tij nga burimi i infeksionit, në ndërrimin e rrobeve dhe në banja të shpeshta të trupit. Ne, duke u bazuar në të dhënat e literaturës bujqësore, zbatuan metodën e Damianoviçit me sol. natrii hyposulfurosi 60%, mbasi fitopatologët këtë akar e luftojnë me preparate squfuri. Zbatimi i kësaj metode na duket se e shpejtoi shërimin, mbasi sëmundja zhduk brënda 3-4 ditëve, megjithse dihet që në raste të lehta sëmundja zhdukjet brënda 4-5 ditëve vet-vetiu, mbasi paraziti asht pasazher në lëkurë.

### *Diskutimi i rasteve.*

Rastet tona janë vërtetuar mikroskopikisht dhe klinikisht, prandaj diagnoza e akarodermatitit urticaroid me shënja klinike erytemopapulose dhe vesikulose është e vërtetuar. Parasiti nuk u vu re në lëkurë dhe kjo përputherford plotësisht me të dhanat e literaturës. Fakti se kemi urtika, eozinofili, megjithse nuk shifet paraziti në lëkurë, tregon se sëmundja nuk duhet konsideruar si thjesht infekcioze, por më tepër infekciozo-alergjike. Fakti se dy të sëmurë u shëruan vet-vetiu pér dy javë, me gjithse punuan

për një muaj rrjesht, duke qënë në kontakt të vazhdueshëm me grurin me parazitë, vërteton se infeksioni varet edhe nga predispozicioni i të sémurëve, sasia e parazitëve, koha e veprimit të tyre etj. Dihet se nuk preken të gjithë punitorët dhe të gjithë pjestarët e një familjeje, që punojnë me drithra të infektuara. Për këtë arsy sot mendohet se ka një imunitet natyral individual.

(Paraqitur në redaksi me 20/IX/1965)

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

1. POPOV I., BALLABANOV K., BEÇVAROV. «Dermatologia i venerologja» Sofia 1957 faqe 275-283.
2. LLAZAROV A., POPOV V., DIRIMANOV M. «Dermatologja» Sofia 1959. Zamizdat, faqe 452-454.
3. «Fraise de Zoologie publie sous la direction de Pierre—P. Grasse» tom I VI. 1949.
4. KRESTCANOV C. «Zarazni i kozhni bolesti» Sofia 1950 faqe 11-31.
5. MASHKILAJSON L.N. «Infekcionije i parazitarnije bolezni kozhi» Medgiz 1960 faqe 327-328.
6. NICOLAU ST.GH., MAISLER D.A. «Dermatologie si venerologi», Editura medicală Bucuresti 1955 faqe 131-132.
7. PAVLLOVSKIJ E. «Bolshaja medicinskaja enciklopedija» tom 35 faqe 948-958.

## S u m m a r y

### ACARODERMATITIS URTICAROIDES

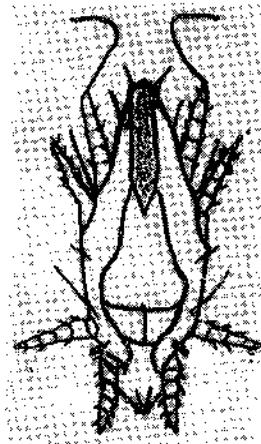
Two small epidemics are studied of this skin disease caused by *Acarus pediculoides ventricosus* NEWP, which were observed in two villages and were confirmed through clinical and microscopic examinations. It is pointed out that all the patients were agricultural workers who had worked either with wheat infected by the parasite, or on territory of wheat cultivation. Clinically the disease appeared in its erythematopapulous form in most of the cases (27 out of 30). Only 3 patients presented vesicular morphological elements. In the beginning all the patient had severe itching, high during the night became unbearable. The morphological elements were localised mostly in the abdominal region, on the chest and limbs, rarely on the face (never on the hairy part of the head), and were accompanied by palpebral oedema.

In 18 cases high eosinophilia was noted.

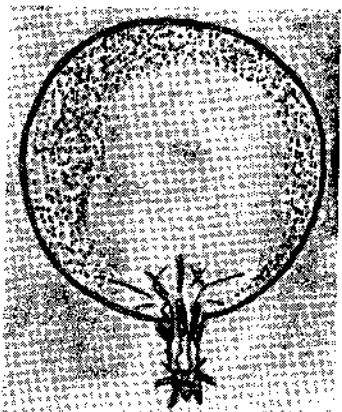
The treatment consisted mostly in isolation, frequent baths and change of underwear. The only medicamentous treatment consisted in applications of a 60 percent solution of Natrium hyposulfuricum, and the cure was obtained within 3-4 days (as compared with 7-13 days needed for a spontaneous cure).

Taking into consideration the fact that the skin manifestations are often localised on sites where the parasites are absent, the author concludes that the disease must be of an infectious-allergic nature, in which individual predisposition and immunity must play an important part.

*locina e zekonsmine*



*Fig. 1.  
forma gravide*



*PEDICULOIDAE VENTRICOSUS NEW, SIMBAS PICARD*

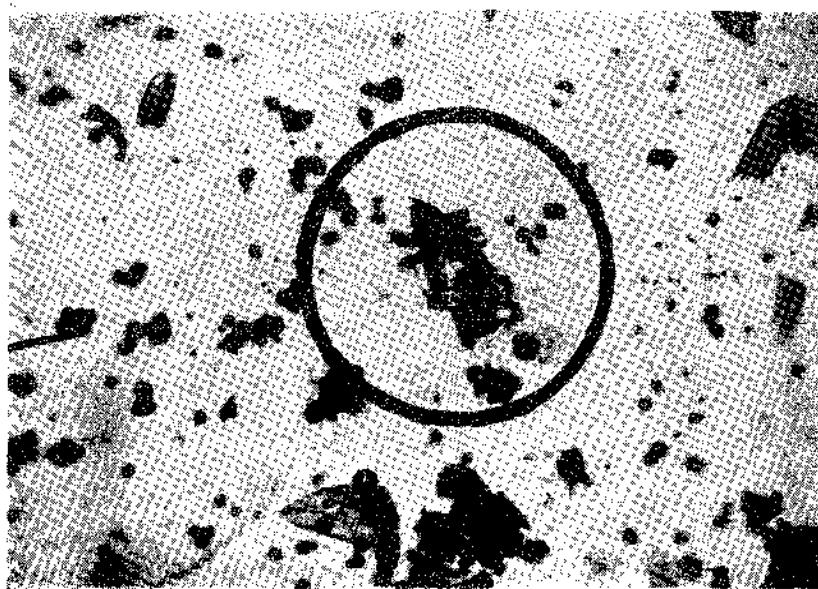


Fig. 2. *Pediculoidae ventricosus* NEWP. Preparat i ynë — forma e zakonshme

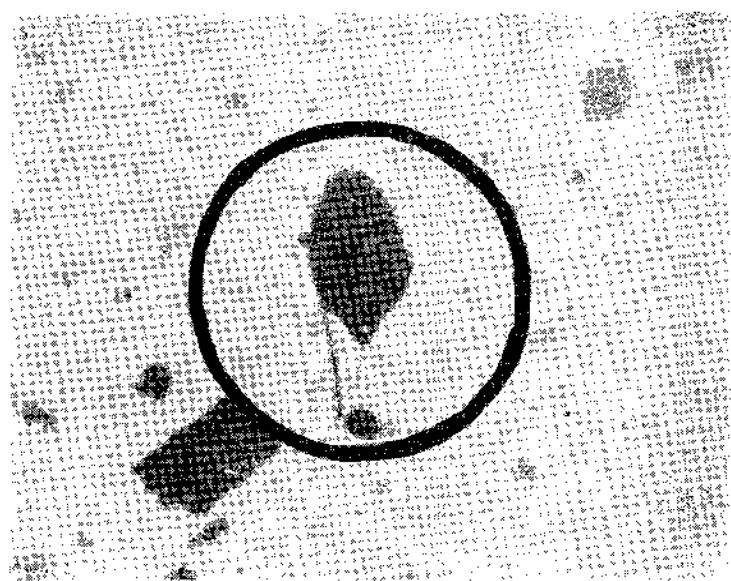


Fig. 3. *Pediculoidae ventricosus* NEWP. preparat i ynë — forma gravide

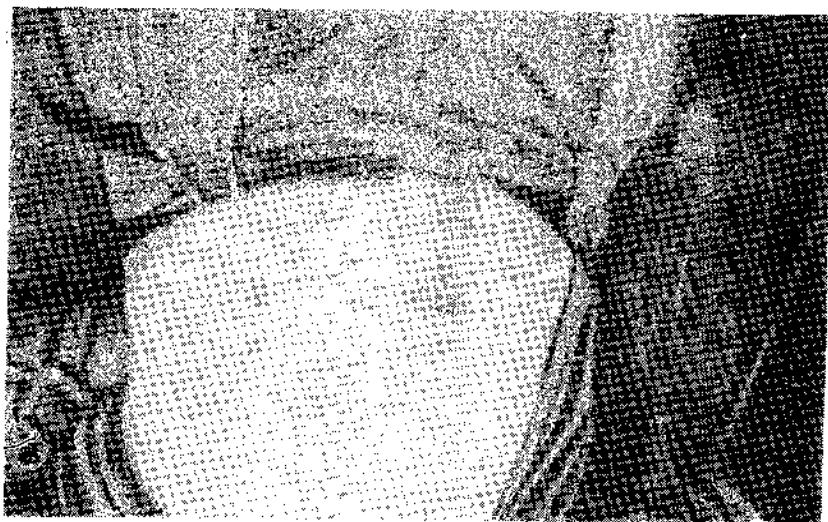


Fig. 4. Pacjenti M.M. vjeç 22 një orë mbas fillimit të sëmundjes

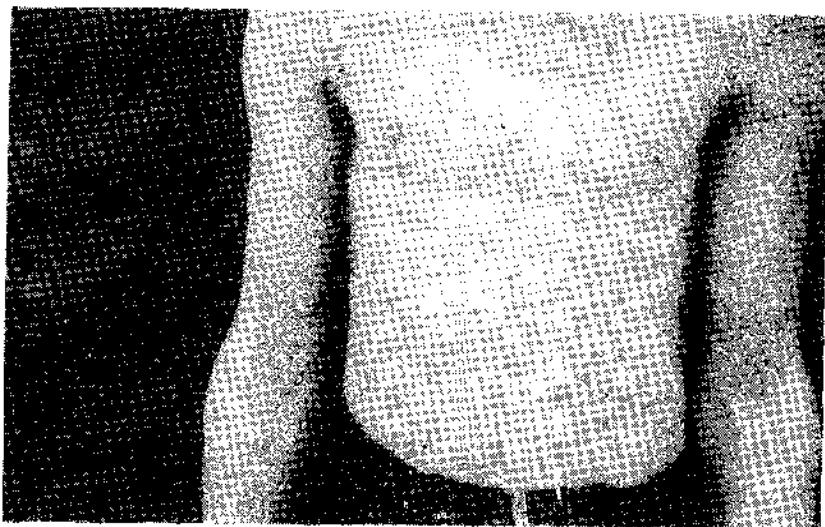


Fig. 5. Pacjenti B. Gj. vjeç 27 në ditën e dytë të zhvillimit të sëmundjes.

## DISA TË DHËNA KLINIKO-STATISTIKORE MBI SËMUNDJEN ULÇEROZE NË USHTRI

HAJRO SHYTI

(Spitall i P. Ushtarak, drejtor Sinan Imam)

Sëmundja ulçeroze në ushtri përfaqëson një nga sëmundjet me të beshta të aparatit gastrointestinal dhe ze një vënd të dorës së parë sepse bën shkakun kryesor të paftësisë dhe aftësisë së kufizuar në shërbim. Këtë arësy studimi i këtij problemi nga ana e terapisë ushtarake riton një vëmëndje të posaçme.

Materiali i këtij punimi është mbështetur në analizën klinike të ushtarakeve me sëmundje ulçeroze të observuar në repartin e terapisë spitalit P. Ushtarak gjatë 5 vjetëve të fundit (1961-1965) dhe ka përlim që të japë një informacion të shkurtër mbi disa nga veçoritë kli- e të saj.

Të sëmurët janë observuar në kondita stacionare. Nga këta, 570 të janë shtruar për herë të parë, në 80 të sëmurë shtrimi i tyre ka është i përsëritur. Shtrimi në spital i të sëmurëve ka koinciduar me periudhën akute (për rastet e reja) dhe periudhën e riakutizimit (për rastet e tra) të proçesit morboz.

Me studimin e anamnezës së të sëmurëve jemi munduar, në vija të gjithëshme, të caktojmë vjetërsinë e sëmundjes. Simbas të dhënavët tregon se 31 (4.76%) të sëmurë janë paraqitur në spital vitin e parë të sëmundjes. Me vjetërsi të sëmundjes deri në 5 vjet janë paraqitur 281 (23%) të sëmurë; me vjetërsi deri 10 vjet — 124 (19.07%) të sëmurë. (6.92%) të tjerë kanë patur një stazh akoma më të gjatë të sëmundjes. 169 (26%) të sëmurë, koha e fillimit të sëmundjes nuk është përtuar.

5 raste me *ulcus ventriculi* ishin të moshës 21-25 vjeç, 1 -26 vjeç, 3, -35-40 vjeç. 2 të sëmurë vuanin nga *ulcus pylori*: njëri ishte 25 vjeç e tjetri 40 vjeç. Me sëmundje ulçeroze të duodenit në moshën deri vjeç janë paraqitur 18 vetë, në 21-25 vjeç -237 vetë, 26-30 vjeç -120, 35 vjeç -84, 36-40 vjeç -107, 41-50 vjeç -69, dhe në moshën 51-55 vjeç etë.

Në këtë material vëmëndjen kryesore e tërheq fakti që numurini më madh të të sëmurëve e përfaqësojnë rastet me lokalizim duodenal të erës. Në këtë pënyrrë 9(7.38%) raste i takojnë sëmundjes ulçeroze të makut, 2(0.3%) ulçerës pilorike, ndërsa 639(98.32%) ulçerës duodenale. Rastët midis numurit të sëmurëve me *ulcus ventriculi* dhe *ulcus duodenii* të 1 : 71.

Symptomi kryesor i përherëshëm i sëmundjes ka qënë dhimbja e cila filluar në ditë dhe kohë të caktuara. Kjo ka përfaqësuar shkakun e

parë dhe të vetëm që i ka detyruar të semurët të shkëputen nga stërvitja dhe të kërkojnë ndihmën mjekësore.

Si në ulqerat gastrike ashtu edhe në ato duodenal, dhimbjet janë karakterizuar nga një periudhë, orar, lokalizim dhe përhapje të caktuar. Lokalizimi i tyre kryesor ka qënë në epigastrium, disa centimetra djathas vijës mediale. Periudha e dhimbjes ka zgjatur zakonisht 15-30 ditë. Në 15 të sëmurë ajo ka zgjatur më tepër se 1 muaj. Ndërsa periuda e qetësisë ka qënë shumë e ndryshme dhe ka përfshirë kohën nga disa muaj deri në 2-3 vjet. Krizat e dhimbjes, në shumicën e rasteve, janë çfarë me data të regullta duke respektuar ritmin sezonal (kryesisht pranverë, vjeshtë).

Tek të gjithë të sëmurët me *ulcus ventriculi*, dhimbjet kanë qënë të forta në formë-krampe dhe djegije. Ato kanë filluar 1/2 orë deri 1 orë mbas ngrënies dhe kanë zgjatur 1-2 orë. Karakteristika për këta të sëmurë ka qënë ritmi me 4 kohë: marja e ushqimit, mirëqenia, dhimbje, mirëqenie, marje e ushqimit.

Në rastet me *ulcus duodeni*, cilësia e dhimbjeve ka qënë e ndryshme. Ato janë çfarë me stomak bosh ose 2-3 orë mbas ngrënies. Në 437 (66.61%) të sëmurë dhimbjet kanë qënë të forta, me karakter krampe, të shoqëruara me debolesë të përgjithëshme, kurse në 204 (33.39%) të sëmurë të tjerë dhimbjet kanë qënë të lehta në formë djegije dhe rrëndimi në epigastër. Orët më të shpeshta të dhimbje janë preçizuar në orën 11, 17 dhe në orët e vona të natës. Ato zakonisht kanë zgjatur disa minuta deri disa orë dhe kanë pushuar vetëm mbas marjes së ushqimit. Karakteristike për të sëmurët me *ulcus duodeni* ka qënë ritmi me 3 kohë: Marja e ushqimit, mirëqenia, dhimbje, marja e ushqimit, në kundërshtim me ritmin në 4 kohë të rasteve me *ulcus ventricul*.

Në 85 (13.26%) të sëmurë dhimbjet janë përhapur në shpinë, ndërsa në 18 (2.8%) të sëmurë të tjerë, në gjoks dhe në zonën prekordiale.

Tek të gjithë të sëmurë dhimbjet zakonisht kanë filluar menjëherë pa patur asnje shkak provokues; vetëm në 30 (4.6%) të sëmurë ato i janë atribuar abuzimit në ushqim. Në 5 të sëmurë me *ulcus duodeni*, dhimbjet kanë qënë të vazhdueshme pavarësisht nga koha e marjes së ushqimit; dhe në këto raste bëhej fjalë për periudë shumë të gjatë të proçesit të sëmundjes. Në 20% të rasteve janë vërejtur turbullira kolitike të tipit spazmatik me periuda të herëpasherëshme obstipacioni.

Apetiti tek të sëmurët ka qënë i paprekur. Nga shënjet e tjera funksionale, të vjellat janë ndeshur në 6 raste me *ulcus ventriculi*, ndërsa në rastet me *ulcus duodeni* ky fenomen ka qënë i rrallë. Pyrosis është vërejtur në 70 (10.77%) të sëmurë. 25 (3.9%) të sëmurë me *ulcus duodeni* në anamnezë kanë referuar për melenë.

Këto të dhëna së bashku kanë përfshirë gjithë simptomatologjinë klinike të sëmundjes ulçeroze.

Ekzaminimi klinik objektiv ka vënë në dukje në 9(1.23%) të sëmurët me *ulcus ventriculi*, dhimbje palpatore në regionin epigastrik, ndërsa në 360(55.68%) të sëmurë me *ulcus duodeni* dhe 2(0.3%) të sëmurët me *ulcus pylori*, lokalizimi i dhimbjeve palpatore ka qënë i njëjtë si në epigastër ashtu edhe në anën pyloroduodenale. Në 277(42.61%) të sëmurët e tjerë me *ulcus duodeni* dhimbjet palpatore kanë munguar.

Në shumicën e të sëmurëve ka mbizotëruar konstitucioni astenik. Vetëm në 61(9.03%) të sëmurë pesha e trupit i ka koresponduar naltësinë. Në 165 (25.23%) të sëmurë pesha ka qënë 1-5 kg. nënë naltësinë, në 185 (28.46%) 11-15 kg. në 103 (15.84%) 16-20 kg. pesha më e madhe se naltësia e trupit është gjctur në 54 (8.30%) të sëmurë nga të cilët prej 1-5 kg. në

40 (6.15%) të sëmürë, prej 6-10 kg. në 14 (2,15%). Në 48 (7.33%) raste të tjera pesha e trupit nuk është përcaktuar.

Në një numur të konsiderueshëm të sëmürësh është gjetur tensioni arterial i zbritur. Presioni maksimal më pak se 100 mmHg është gjetur në 66(11.61%) të sëmürë; nga 100-110 mmHg në 123(21.65%). Presioni minimal nga 50-60 mmHg është gjetur në 59 (10.38%) të sëmürë dhe nga 60-70 mmHg në 190(33.43%). Sëmundja hipertensive si sëmundje shoqëruuese është ndeshur në 11(1.93%) të sëmürë.

Anemia e theksuar me ulje të hemoglobinës deri 60% është vërejtur në 2 të sëmürë me ulcerus duodeni si rezultat i komplikimit të sëmundjes me hemoragi të brëndëshme. Anemia e moderuar e karakterit hypokrom është vërejtur në 10 të sëmürë të tjerë. Leukopenia (me numurin e leucociteve më pak se 5.000) është vërejtur në 41 të sëmürë. Leukocitoza (mbi 9.000) në 31 të sëmürë, të cilët kanë paraqitur sëmundje të tjera shoqëruuese. Në po këta të sëmürë eritrosedimentacioni ka qënë i lartë mbi 15 mm/orë. Në fund të mjekimit kuadri i gjakut si për serinë e kuqe, të bardhëns ashtu edhe eritrosedimentacioni, janë normalizuar.

Ekzaminimi radiologjik ka përbërë të vetmin mjet me anën e të cilët është verifikuar sëmundja ulçeroze. Këto ekzaminime janë bërë pranë kabinetit radiologjik të Spitalit P. Ushtarak nën drejtimin e I. Koles. Simbas këtyre të dhënave, shënja direkte patognomonike e lezionit — nisha ulçeroze —, është përcaktuar në 419 (61.36%) të sëmürë me skopi dhe dokumentuar në 329(51.38%) të sëmürë në seriografi. Vetëm deformimi i bulbit të duodenit i izoluar është pëershkuar në 231 (36%) raste.

Për ulçerat gastrike, nisha ulçeroze në 8 raste është lokalizuar në 1/3 e mesme të *curvatura minor*, në 1 rast në 1/3 e sipërme të saj. Në 2 raste ulçera gastrike ishte e kombinuar me ulcerus duodeni. Në 2 ulçera ishte me lokalizim pilorik. Në ulçerat duodenale, topika e nishit ulçeroz është përcaktuar vetëm në 183 të sëmürë nga të cilët në 42 (22.95%) në *curvatura mediale*; në 65(35.53%) të sëmürë në atë anësore, në 13(7.10%) — në paretin anterior; 51(27.86%) — në paretin posterior, 2(1.09%) — në apeks; 7(3.82%) — prepilorike; një i sëmürë paraqiste *ulcus duble* në 2 faqet e bulbit (Kissing-ulcus).

Nga pikpamja radiologjike 27(4.15%) raste i takojnë formave të reja të sëmundjes ulçeroze të duodenit, kurse 614(95.85%) — formës kronike. Aspekti radiologjik në 67(10;3%) raste ka paraqitur kombinim të ulçerës duodenale me gastrit kronik.

Përsa i takon simptomeve funksionale, në 132 (20.3%) të sëmürë është gjetur hipertonia gastrike, në 72 (54.54%) nga të cilët me konstitucion astenik, 50(37.89%) me konstitucion normostenik dhe 10(7.57%) me konstitucion hiperstenik. Në 73 (11.23%) të sëmürë është gjetur hipotonia gastrike, nga të cilët në 67(91.78%) me konstitucion astenik, 3 (4.1%) me konstitucion normostenik dhe 3(4.1%) me konstitucion hiperstenik. Në 435 (66.92%) të sëmürë është vërejtur sekrecioni i shtuar, në 311 (47.84%) — reliivi hiperplazik i mukozes së stomakut. Në 271 (41, 69%) të sëmürë është vrejtur peristaltika e tipit të eksituar, dhe në 135 (20,76%) — evakuacioni i shtuar. 5(0.76%) të sëmürë kanë paraqitur stenozë pylori. Në 64(9,84%) të sëmürë është vrejtur pylorospazmë tranzitore; 102(15.69%) të tjerë kanë patur rënje të stomakut 2-6 gishta nënë linjën biliakë. Bulbi i duodenit spastik është vrejtur në 50(7.69%) të sëmürë, në 333 (51,23%) — mbushje me zor dhe në 43 (6.61%) të tjerë mbushje e zbranjë e shpejtë.

Në 8 (1.23%) të sëmürë janë gjetur periduodenite, 1.(0.15%) i sëmürë paraqiste *ulcus penetrans*.

Tubazhi gastrik është bërë me 118 të sëmürë me *ulcus duodeni* simbas metodës së fraksionuar (Ehrman-Leporski). Simbas këtyre të dhënavë, rezulton se shifrat e aciditetit të lëngut gastrik për rastet me hipoklorhidri janë vërejtur në 64.4-71.2%, ndërsa për aftësinë sekretore të stomakut, rastet me hipersekrecion janë vrejtur në 34-57%. Në 27.9%-38.1% të rasteve është gjetur normosekrecion dhe në 25.4%-35.6% normoklorhidri, kurse në 4.2%-38.1% hiposekrecion dhe në 3.4% hipoklorhidri.

Karakteristikat evolutive të ulçerës duodenale janë studjuar në 80 të sëmürë, të cilët janë observuar për një kohë mesatare prej 3-4 vjetësh. Në të gjitha këto raste është vërejtur se krizat e dhimbjeve kanë përbërë elementin evolutiv kryesor të sëmundjes. Intervalet e qetësisë kanë qënë me zgjatje shumë të ndryshme, prej disa javësh, muajsh, deri 3-4 vjet. Gjatë kësaj periudhe të shërimit të dukeshëm, simptomat e sëmundjes janë zhdukur dhe të sëmurët e kanë ndier vehten mirë. Por më vonë sëmundja është përsëritur me intervale kohe të ndryshme dhe në mënyrë të çrrregullt duke mos premtuar që të bëhej një parashikim i përafert mbi zhvillimin e më tejshëm të saj.

Në të gjitha rastet, nën ndikimin e mjekimit konservativ, dekursi klinik i sëmundjes është shkurtuar. Dhimbjet janë bërë më pak intensive dhe me zgjatje më të shkurtër. Gjatë kësaj perjudhe, në pikpamje klinike, vetëm në dy të sëmürë kemi afirmuar shërimin e plotë të saj. Të sëmurët e tjerë në fund të mjekimit, duke u liruar nga dhimbjet e kanë ndjerë vehten mirë. Ata mbas krizës së dhimbjes, kanë harruar mbi sëmundjen dhe rishtas janë kthyer në aktivitetin e tyre të mëparshëm, duke kujtuar se shpëtuan definitivisht nga kjo sëmundje, por pa kaluar shumë kohë, ata rishtas u janë nënshtruar vuajtjeve doloroze dhe pikërisht në 33 raste brënda vitit nga kriza e fundit, në 26 raste mbas dy vjetësh, në 17 raste mbas tre vjetësh dhe në 2 mbas katër vjetësh. Ekzaminimi klinik dhe radiologjik i përsëritur tek këta të sëmürë ka afirmuar rishtas praninë e procesit ulçeroz me lokalizim duodenal.

Këta të sëmürë përgjithësisht e kanë suportuar mirë sëmundjen duke u adaptuar në mënyrë të plotë me gjëndjen e tyre morboze. Vetëm tek 1 i sëmürë i moshës 40 vjeç që paraqiste *ulcus pylori* prej 3-4 vjetësh, sëmundja ishte bërë e pa durueshme sepse, megjithë mjekimin konservativ, qdo vit recidivat e sëmundjes ishin bërë më të shpeshta dhe të forta, aqë sa i sëmuri detyrohej të nderpriste punën në qdo rethanë. Në janarini e vitit 1965 sëmundja u rëndua me çfaqjen e një ulcere tjetër në 1/3 e mesme të kurbaturës minor. Në këtë mënyrëjeta normale ishte bërë e pa mundur dhe i sëmuri e gjeti shpëtimin e vet në interventin kirurgjikal.

Taktika e ndjekur për mjekimin e së sëmürëve në kondita stacionare, si për rastet akute ashtu dhe për rastet e riakutizuara, ka konsistuar në këto masa:

Pushim fizik e mendor në kondita të spitalit deri në zhdukjen e simptomeve të sëmundjes. Kjo për rastet tonë ka zgjatur mesatarisht 15 ditë. Regjim ushqimor duke eliminuar të gjitha ushqimet irituuese. Kalorazhi i përgjithëshëm gjatë 24 orëve për të gjithë të sëmurët ka qënë 2503 kalori me përberje në proteinë 70.0 gr., karbohidrate 412.2 gr. dhe yndyrna 56.6 gr.

Nga medikamentet vagolitike, në 529 të sëmürë është përdorur

atropina dhe në 552, Belladon. 91 të sëmurë janë mjekuar me subnitrat bismuti. Me substancat alkalinizuese (natri bicarbonici dhe magnesi usaqe) janë mjekuar 552 të sëmurë. Proteino-terapia me histidinë e kombinuar me vitamina eshtë aplikuar në 404 të sëmurë.

Me këtë terapi, në 56% të rasteve paroksizmi i dhimbjes ka pushuar në javën e dytë, në 20% të rasteve ka pushuar javën e parë të mjekimit, në 19% javën e tretë dhe vetëm në 5% të rasteve dhimbotet kanë pushuar mbas tre javësh.

Simbas këtyre të dhënavë, për format e sëmundjes tek subjektet e moshës së re, proteinoterapia e kombinuar me vitamina, medikamente vagolitike dhe alkalinizuese ka dhënë përfundime të mira. Në 91 rastet e tjera të moshës më të rritur që kanë patur një proces më të vjetër të sëmundjes, mjekimi me subnitrat bismuti ka dhënë rezultate më të mira.

Komplikacione të menjëherëshme për periudhën e qëndrimit të sëmurëve në spital si dhe për 80 të sëmurët e tjerë të parë, për një kohë të gjatë, nuk janë vrejtur.

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

1. Sëmundja ulçeroze në ushtri eshtë një fenomen i shpeshtë dhe përfaqëson shkakun kryesor të pa aftësisë dhe të aftësisë së kufizuar në shërim.

2. Lokalizimi duodenal i sëmundjes ulçeroze përbën 98% të rasteve të observuara në terapi, prej të cilëve 4.15% i takojnë formës akute të sëmundjes.

3. Komplikacionet më të shpeshta të sëmundjes ulçeroze (3.9%) i takojnë hemoragjisë së brendëshme e cila eshtë ndeshur më shpesh në subjekte të moshës së re.

4. Regjimi higjeno-diedetik dhe trajtimi kompleks me preparate vagolitike substanca alkalinizuese të shoqëruara me proteino-terapi (Histidinë) e vitamina, ka shkurtuar periudhën e dhimbjeve dhe ka shpejtuar remisionin e sëmundjes. Kurse për rastet me dekurs të zgjatur dhe në subjekte të moshës më të ritur mjekimi me subnitrat bismuti ka dhënë rezulata më të mirë.

(Paraqitur në redaksi me 5/I/1966)

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

1. ARTOMJOV EN. TITOV V.I. — klin. mod. v. 1959, N. 11, f. 63.
2. FLEKOL I.M. Jazvjennaja bolezni. M. 1958.
3. GLOZOR G.I. TRESKUNOV K.A. Klin. Mod. v. 1958, Nr. 2, f. 113.
4. GRIGORJEV V. e bashkëpuntorë — Klin. Mod. v. 1959, N. 10, f. 41.
5. GJONÇA L. Buletini shkencave mjekësore v. 1965, n. 1, f. 6.
6. LLORIE I.F. Jazvjennaja bolezni M. 1958.
7. PAUL SAVY Traité de therapeutique clinique P. 1955-59.
8. PIERRE HILLEMAND. Maladies de l'estomac, de l'oesophago et duodenum. në Collection Medico-chirurgical.
9. SAMSON E.I. Klin Med. v. 1959 n. 10 f. 79.
10. SELENICA P. Veprimtaria motore e traktit tretes dhe e kolecistit në ulcerën e pykorit dhe të duodenit T. 1961.
11. ZDENEK MARATKA Vredova memoc në Repotitotium praktickeho Lekare P. 1955.

## *S u m m a r y*

### CLINICO-STATISTICAL DATA ON ULCER DISEASE IN THE ARMY

A study is undertaken of a number of cases of gastric and duodenal ulcer (650) on treatment in the military hospital of Tirana.

After the analysis of the cases the author finds that the ulcer disease is a frequent phenomenon in the army and is one of the main causes of invalidity or limited ability for military service.

Of the 650 hospital cases 82 percent had a duodenal localisation of the process. 4.15 percent of them were acute forms. The most frequent complication, in the author's opinion, is internal haemorrhage — in 3.9 percent of the cases. The complications were encountered most often among young conscripts.

The hygieno-dietetic and complex medicamentous treatment with vasolytic and alkalinising preparations, together with proteinotherapy and vitamins shortened considerably the pain period and prevented relapses. On more chronic cases and older subjects the treatment with bismuthum subnitricum gave satisfactory results.

## DISA TË DHËNA PARAPRAKE KLINIKO-EKSPEKIMENTALE MBI HELMINET ME GRANOZAN

Doc BAJRAM PREZA, Dr. S. DINÇI, G. PAPADHOPULLI.

S. SKËNDERAJ, N. DREDHA

(Katedra e Neuropsihiatrisë — Shef Katedre Prof. Xh. Gjata)

Merkuri është një nga metalet më të lashta, që njeriu ka filluar të njohë dhe të shfrytëzoj për nevojat e tij. Me zhvillimin e industrijeve, me perfeksionimin e teknikës në përgjithësi, me aplikimin e gjërë të merkurt në fushat e ndryshme dhe sidomos me krijimin e preparateve organike merkuriale, filluan të shumëzohen rastet e helmimeve me mërkur. Por megjithëse helmimet me mërkur inorganik njihen prej kohëve të lashta, megjithëse edhe ato me mërkur organik kanë filluar gjithashtu të përshtakuhen, përsëri mbeten shumë anë të pa studiuara dhe të pa skjuarura të këtyre intoksikacioneve.

Bashkëzimet organike të mërkurit përdoren gjerësisht si në industri ashtu dhe në bujqësi. Ato janë mjaft të fuqishme në bujqësi shërbijnë për të ngordhur agjentët e shumë sëmundjeve (funge e mikrobe) duke mos dëmtuar aspak materialet e përpunuara me to, qoftë farat, qoftë kulturat bujqësore. Përbajtja e këtyre bashkëzimeve organike të mërkurit luhatet 2 deri më 6%, kurse përbajtja e mërkurit midis 4 dhe 6% (Kahler 1960). Por krahas këtyre anëve pozitive, këto preparate merkuro-organike, janë mjaft të rrezikeshme për njeriun për arsyen se mund të shkaktojnë helmime të rënda vdekjeprurëse nëpërmjet rrugëve per-orale, respiratore, perkutane etj.

Helmime nga këto preparate, herë shumë të rënda, siç janë ato të Zapesoshnaja (1957), Dragicina (1956), Jalili dhe Abbazi A.H. (1961), Ikram Ul Haç (1963), ose ato të përshtakuara në Japoni me emrin «sëmundje e Minamata-s; herë mezatare si ato të përshtakuara nga Ashbel (1959), dhe herë të lehta si ato të përshtakuara nga U Çzhi-çzhun etj., prej disa vjetësh kanë filluar të tërheqin vemannjen e mjekëve nëpër tërë botën. Në vendin tonë Dr. P. Pavli ka përshtuar repartin patanatomik të 4 rasteve të intoksikuar me granozan (1963). Dr. E Selimaj ka referuar mbi ndryshimet elektroforetike tek të sëmurët të helmuar me granozan (1964). Njeri prej nesh (B. Preza), në Sessionin shkencor të Fakultetit të Mjekësisë kushtuar 20 vjetorit të çlirimit t'Atdheut në nëndor të vitit 1964, në referatin e mbajtur prej tij paraqet të dhëna më të hollësishme reth historikut të këtij problemi. Ai gjithashtu eksponon me hollësi edhe klasifikimin e sindromeve të merkurializmit simbas Kusmaull (1861), Maranzana (1955) dhe Dragicina (1962). Për këtë arsyen në këtë punim nuk e shohim me vend që të përshtaujmë më me hollësi simptomet e merkurializmit. Mbasi kemi observuar për më tepër se tre vjet, tre raste helmimi aksidental per-oral me granozan, menduan që ti para-

qitim ato në këtë punim dhe njëkohësisht të ekspozonim disa të dhëna eksperimentale të helmimit me granozan të shkaktuara tek lepujt në doza të ndryshme.

Tri observacionet klinike që po përshkruajmë më poshtë janë zgjedhur nga rastet më të rënda në një helmim aksidental të ndodhur në fshatin Prëvallë të Librazhdit.

Në bazë të të dhënavë anamnestike, pjestarët e familjeve O.Gj. dhe D.Gj. përdoruan gabimisht për ushqim bukë prej misri të dezinsektizuar me preparatin granozan. Këto familje e përdorën këtë bukë përrreth një javë. Mbas kësaj filluan simptomet e para të intoksiacionit. Pjestari i familjes Sh. Gj. vdiq dhe në autopsinë e bërë u muarën përkuzaminim organet e mbrendëshme ku rezultoi prania e zhivës, e cila gjindet në sasi mjaft të konsiderueshme, mbi 0,01% gr. zhivë. Elementi zhivë u gjend në linjet me gjatësi vale 2536,5 A. (G. Papadhopulli).

H.D.Gj. i datlindjes 1959, u shtrua në pavionin e neurologjisë të spitalit të Elbasanit me 22/X/1962.

Sëmundja i ka filluar katër ditë më parë, simbas tregimit të të vëllait, me dhimbje gjunjësh, dobësi, anoreksi dhe apati. Dy ditët e fundit nuk mund të qëndronit në këmbë. Në momentin e vizitimit paraqitet mjaft i rëndë me temperaturë subfebrile. Zemra me tone pak të dobëta por ritmike, organet e mbrendëshme pa patologji. Duket i mërzitur, i lodhur, ka frikë, ngacmohet shpejt, reagon në mënyrë të tepruar ndaj ambientit që e rethon. Pupillat izokorike, por midriatike. Reaksiuni pupilar i ruajtur. Reflekset tendinoze dhe periostale të gjalla. Reflekset kutano-abdominale nuk provokohen për arsy se fëmia qan vazhdimisht. Reflekset kremasteriane të pranishme. Nuk qëndron më këmbë, nuk e mban dot qafën dhe kokën në pozicionin e duhur, ajo i shkon nga mbapa. Lëvizjet e vullnetëshme janë të kufizuara në anësit e sipërme vihen re reflekse patologjike: Babinski, Çadok, Puusep, Bing, bilaterale. Fytyra e fëmijës hyperemike. Ecja e tij e pamundur.

Ekzaminimet paraklinike paraqiten në pasqyrën Nr. 1.

Me datën 23/X/1962 ai transferohet në Tiranë në Klinikën e neurologjisë të Spitalit Nr. 1.

Që ditët e para viheshin re shenja stomatiti dhe gingiviti. I sëmuri paraqitej në gjendje mjaft të rëndë, nuk reagon te kundrejt ambientit të jashtëm, nuk lëvizte nga vëndi, kishte temperaturë të lartë, dobësi të madhe fizike, kahekzi. Mbas disa ditësh i u zhvillua humbje e vetëdijes. Tre katër ditët e para reflekset osteo-tendinoze ishin të ulura, më vonë fillojnë të gjallërohen, dhe rrëth datës 5/XI/62 këqësohet dhe më shumë. Vihet re midriaze e theksuar, këmbët në pozicionin ekinovarus, arefleksi patelare dhe akiliante, reflekset kutano-abdominale të pranishme, reflekset osteo-tendinoze në anësit e sipërme të ruajtura, është në gjendje torpozo, ka hypertoni muskulare, kohë mbas kohe shqetësohet, nuk ushqehet, nevojat i bën në shtrat. Është dobësuar mjaft, është i zbetë, paraqet temperaturë febrile, tonët e zemrës të dobëta dhe të shpejtuar. Kuadri klinik të len përshtypjen e një encephalomyelopolineuriti toksik. Konsultohet me patologun dhe kardiologun me datën 9/XI/62.

Gjendja e fëmijës mjaft e rëndë, lëkura e zbehtë, paraqitet kahektik, nuk reagon ndaj ngacmuesve të ndryshëm, pulsi 60 të rahura në minut, i dobët, tonet kardiake të dobëta dhe të shpejta. Ndihet një sufël sistolik në apex cordis dhe në arterien pulmonare. Respiracioni pak i thelli, abdomeni i butë, melçi e shprekta në kufi.

I sëmuri vazhdon të jetë në këtë gjendje të rëndë për dy javë. Ai

mjekohej në mënyrë intensive me plazërm 200 gr., Sol. glucosae 5% - 500 cc; Sol. fiziol. 500 cc., Vit. C 5% 10 cc., Vit. B<sub>1</sub> 5% 10 cc intravenoz, metrazol 20% — 1 cc - katër herë në ditë, Vit. B<sub>12</sub> 100 gamma intramuskular, Sol. sodium hyposulfurosi 10% — 5 cc., streptomicine 0,25, 2 herë në ditë, penicilin 400.000 UI, Vit. B<sub>6</sub> 50 mgr — 1 ampule intramuskular, kokarboksilazë 200 mgr. — 1 ampule intramuskular dhe unitiol intravenoz 3 cikle, duke llogaritur 2 mgr. për Kg. peshë. Mbas dy ditësh fëmijës i shtohen dhe ultrakortenol 10 mgr. intravenoz, kurse solucioni fiziologjik i glukozës 5% i bëhet 1 litër në ditë.

Vetëm mbas dy javësh të terapisë intensive, fëmija fillon e përmirësohet, por në këtë kohë vihet re se ai paraqet hypertoni muskulare më të theksuar, ka një pozicion të detyruar të kokës dhe të trupit, si në gjendje të lehtë opistotonusi, vazhdon të jetë kahektik dhe është mjaft i shqefësuar, qan, grindet, i bën nevojat në shtrat, sidomos natën qan e qesh pa arsy (hallucinacione vizive?).

Më vonë tek fëmija vihet re vështirësi në gjelltitje, të folur nazal, bradipsihi, oligokinczi, fytyra animike, hypertoni muskulare, reflekset osteo-tendinoze të gjalla, të shoqëruara me clonus pedis et patellae pa reflekse patologjike piramidale.

Zhvillimi i tij psihik është gjithashtu mjaft i prapambetur në krahasim me moshën e tij. Nuk i kuption pyetjet e mjekut, përgjigjet vetëm për ndonjë pyetje shumë të thjeshtë, fjalët e tija nuk janë të plota dhe të shqiptuara mirë, të len përshtypjen se bëlbëzon. Gjithashtu paraqet ulje shumë të theksuar të pamjes.

I sëmuri mbasi mjekohet për afro 5 muaj në klinikën e neurologjisë në mënyrë shumë intensive, në datën 16/III/63 del nga spitali me diagnosten: *Mercurialismus; encephalopathia mercurialis; nephropatia mercurialis* dhe *amaurosis transitoria*. I rekomandohet që gjatë verës të kalojë 1 muaj në ujrat minerale sulfuroze për arsy se supozohet që squfuri ndihmon për eliminimin e merkurit nga organizmi. Pacienti është ekzaminuar periodikisht në klinikën e neurologjisë. Herën e fundit u shtrua në këtë klinikë me datën 13/II/1965.

Në shtrrim gjendja e përgjithëshme e mirë; organet e mbrendëshme pa ndonjë patologji, nervat kraniale në normë, gjatë bisedës paraqet disartri, ecje, spastiko-paretike, reflekset oseto-tendinoze të gjalla D = S, paraqet reflekse patologjike Babinski, Openhajm, Çadok, bilateral, hypertoni muskulare, clonus pedis et patellae bilateral. Analizat paraklinike paraqiten në pasqyrën Nr. 1.

Gjatë qëndrimit në spital u mjekua me Vit. B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, E, Acid glutaminik, atrifos; zhvillimi i tij psihik nuk i përgjigjet moshës. Nuk paraqet turbullime vizive.

Sh.D.Gj. i datlindjes 1948, bujk, beqar. U shtrua në pavionin e neurologjisë të spitalit të Elbasanit me datën 22/X/1962. Ankon dobësi, këputje gjunjësh, të folur të çregullt, të ngadalshëm dhe dizartrik. Sëmundja i ka filluar para katër ditësh me dhimbje këmbësh dhe raskapitje. Paraqitet afebril, organet e mbrendëshme pa patologji, vihet re hypomimi, brandilali, bradipsihi, pupillat midriatike reagojnë në drithë, reflekset osteo-tendinoze të gjalla, sidomos patelare, reflekset kutano-abdominale të pranishme por ezaurohen shpejt, vihen re reflekse patologjike piramide; Babinski spontan bilateral, Bing bilateral, Puusep i majtë, sensibiliteti superficial lehtësish në alteruar simbas tipit distal, vihet re tremor. Forca muskulare e dobët në pjesët distale më tepër nga e majta, deficit i theksuar motor sidomos në këmbën e majtë. Tendencë për clonus pedis

bilateral. Kernig i lehtë bilateral. Ecje e karakterit spastiko-paretik, experiment organik.

Analizat paraklinike: shif pasqyrën Nr. 1.

Me datën 23/X/62 shtrohet në klinikën e Neurologjisë të spitalit Tiranës ku mjekohet me të njëjtën terapi si i pari. Del në të njëj kohë nga spitali në gjendje mjaft të përmirësuar me rekonditiv që gjë verës të shkojë 1 muaj në ujrat sulfuroze të Elbasanit.

Me 23/I/1965 shtrohet përsëri në Klinikën e neurologjisë. Në shtë gjendja e përgjithëshme e të sëmurit e mirë, nutricioni në normë. Orgjet e mbrendëshme pa patologji, po ashtu dhe nervat kraniale, vihëre një tendencë e lehtë për paralizë faciale centrale e djathët, edhe spastiko-paretiqe, reflekset osteo-tendinoze të ekzagjeruara me zonë rre fleksogjene të gjerë, të folurit paraqitet disi i ndryshuar, nuk i artikulen mirë fjalët.

Mjekimin në spital si i pari.

Diagnoza: *Encephalopathy mercurialis*.

K.A.GJ. i datlindjes 1940, shtrohet në pavionin neurologjik të spitalit të Elbasanit me datën 20/X/1962. Ankon: dhimbje trupi, ecje me vështirësi dhe dhimbje në anesit e poshtme. Referon se sëmundja i lëndave para një javë, me vështirësi në ecje, anoreksi dhe raskapitje. Gjendja e përgjithëshme e pacientit paraqitet e rëndë, vihet re hypotensioni, bradikardia, bradipsihi, të folur nazal të theksuar, tonet e zemrë ritmike të dobëta, bradikardi 40 të rahura në minut. Mëlcia dhe shprethja nuk preken. Reflekset ostero-tendinoze të gjalla, reflekset akiliane mund gjonë, vihet re dobësi muskulare në duart, sidomos në pjesët distale. Lëvizjet aktive të kufizuara në pjesët distale të duarve dhe të këmbëve Poza Mingazini e poshtëme e pamundur, e sipërmja e vështirësuar shumë. Duarët dhe kembët paraqiten të ftohta, të djersitura, kish retentiv alvi, incontinentia urinae, vihen re reflekse patologjike piramidale: Babinski spontan i djathët, Bing i djathët. Ulje e lehtë e sensibilitetit termor, algezik simbas tipit distal në duart dhe këmbët. Atrofi muskulare evidente në tenar, hypotenar, mm. interossei në duart si dhe në kembët. Ecja spastiko-paretiqe, por shumë e vështirësuar. Pupilat midriatike, sëmuri mjekohet si të parët, dhe me datën 23/X/62 transferohet në klinikën neurologjike në Spitalin Nr. 1 Tiranë. Gjatë qëndrimit në këtë klinikë vihet re se si atij ashtu dhe Sh.D.Gj. reflekset osteo-tendinoze gjallërohen dhe u zhvillohet clonus pedis et patelae dhe ecja merr karakter spastiko-paretiq mjaft të theksuar, po ashtu vazhdon hypomimia, bradipsihi dhe oligokinezia si dhe të folurit e ngadalësuar hundor dhei jo i kjartë. U mjekua në mënyrë komplekse si dhe dy të parët. Për analizat paraklinike shiko pasqyrën Nr. 1.

Diagnoza klinike: *Encephalopathy mercurialis*.

Nga të tre të sëmurët e observuar nga ne, rezulton se rasti i parë H.Gj. ka qenë më i röndi dhe përvëç turbullimeve nervore paraqiste dhe turbullime renale, kardiake dhe psihike. Tek dy pacientët e tjerë kryesisht bie në sy *Encephalopathy mercuriale*. Mbës observationit tre vjeçar vihet re se dérmitet më konstante dhe evidente janë ato të sistemit piramidal, kurse fenomenet e tjera zhduken krejtësisht, medje edhe ato ekstrapiramidalet ose zhduken pa lënë gjurma ose reduktohen në minimum.

Përsa u përket ndryshimeve hematologjike ato normalizohen, kurse ndryshimet urinare vetëm tek një pacient vazhdoi në trajtë të një albuminurie (tek i pari) 0.26 gr. %.

Me qenë se të dhënat eksperimentale të intoksikacionit me granozan janë përshkruar rallë në literaturë, ne pikërisht i vumë vehtes këto detyra:

1) Të shkaktojmë merkurializmin eksperimental me granozan duke gjetur dozën më të përshtatëshme.

2) Të ndjekim kuadrin klinik dhe mundësishët hematologjik. Për këtë qëllim ne zgjodhëm si kafshë eksperimentale dhjetë lepuj, kurse si rrugë introduksioni rrugën gastroenterike. U muarën gjithsejt 10 lepuj, të cilët u ndanë në 2 seri. Në serinë e kontrollit u muarën 2 lepuj, kurse për dy seritë e tjera nga 4 lepuj. Lepujt u lanë në një dhomë në kushte të zakonshme me ushqim të zakonshëm, të ndarë në kafazë simbas serisë, të gjithë ata u peshuan para dhe mbas helmimit. Po ashtu u bënë dhe analizat e gjakut periferik para helmimit dhe mbas tij. Të gjithë lepujt për tri ditë para helmimit u kontrolluan në përgjithësi përsa i përket sjelljes së tyre, ngrënies së ushqimit dhe gjendjes së përgjithëshme, dhe mbas 3 ditësh filloj eksperimentimi në këtë ményrë: Seria e parë: grupi i parë, i u dha lepurit me ushqim 0.2 mgr/Kg. peshë granozan. Grupi i dytë i u dha lepurit 0.1 mgr/Kg. peshë granozan. Gjashtë orë mbas helmimit lepujt ishin të shqetësuar, bënин lëvizje të tepërtë në kafaz, nuk i afroheshin ushqimit, mbas 10 orësh filloj diarrea e tipit muko-hemoragjik. Po ashtu filluan fenomenet e anurisë, tremor i gjeneralizuar, pasiguri në ecje dhe inkoordinim i lëvizjeve. Pastaj u vunë re konvulsione të tipit të përzjerë. Mbës 18 orëve të marjes së granazonit ngordhen lepujt e këtij grupi.

Kuadri hematologjik i gjakut periferik i marë para dhe mbas helmimit të shikohet në pasqyrën Nr. 2.

Në grupin 2 të serisë së parë, të helmuar me 0.1 mgr/Kg. peshë, mbas 10 orësh lepujt ishin të shqetësuar, reagonin në ményrë të tepruar ndaj zhurmave; mbas 15 orëve u filloj diarrea e tipit muko-hemoragjik e vazhdueshme, hypersalivacion, anuri, tremor i lehtë i përgjithshëm, inkoordinim i lëvizjeve dhe adinami e theksuar. Më vonë kontraksione muskulare të vazhdueshme dhe dy lepujt ngordhen mbas 36 orësh.

Kuadri anatomo-patologjik makroskopik: në rrugët gastro-intestinale, sidomos në zorrën e trashë vihesin re: mukoza edematoze dhe vende vende hemoragjike. Në pulmonet, ndën pleure, pika të vogla hemoragjike. Në zemër në ventrikulin e djathtë koagula gjaku. Mëlçia e zmadhuar, e butë, me pika hemoragjike, hiperemike. Renet disi të buta, hiperemike. Kapsula hiqej me lehtësi. Për kuadrin hematologjik të shikohet pasqyra N. 2.

Duke i konsideruar këto rezultate të serisë së parë si helmime të karakterit akut, në serinë e dytë u zgjodhën doza më të vogla. Në grupin e parë doza e përdorur qe 0.025 mgr/Kg. peshë. Ditën e parë u vunë re shenja hypersalivacioni, diarre e lehtë muko-hemoragjike dhe oliguri. Lepujt nuk reagonin ndaj ngacmuesve, nuk e hanin ushqimin, nuk lëviznin, paraqiteshin të ngathët, adipamike. Gjatë ecjes kishin inkoordinim të lëvizjeve. Konstatohet hiperemia e koniuktivave, tremor i lehtë. Po kjo gjendje vazhdoi ditën e dytë, ditën e tretë lepujt filluan të ushqeshin po prap se prap ishin pertacë, lëviznin me vështirësi, nuk ishin të sigurtë në ecje, po ashtu vihej re rënje e theksuar në peshë, stomatit dhe gingivit. Ditën e katërt u vunë re në fillim konvulsione të lehta, pastaj ato u shtuan dhe lepujt ngordhën në kriza të përgjithëshme konvulsive. Për kuadrin hematologjik shiko pasqyrën Nr. 2.

Seria e dytë, grupi i dytë: Lepujt u helmuar me dozën 0.0125

mgr/Kg peshë. Ditën e parë vihej re adinami, hipersalivacion, diarre e lehtë muko-hemoragjike, oliguri. Ditën e dytë tremore, adinami, përtaci, anizokori. Njeri nga lepujt qëndronte në pozën e bretkocës, paraqiste tremor të lehtë të ekstremiteteve, dobësi të theksuar të ekstremiteteve të poshtme, kur nxitej të lëvizte, me vështirësi i hidhët këmbët, sidomos të prapnet. Ditën e pestë lepujve u filluan konvulsionet, dhe po atë ditë ngordhën. Kuadri hematologjik, shiko pasqyrën Nr. 2.

Mbas ngordhjes së lepujve, makroskopikisht vihej re: truri me pika hemoragjike më evidente në regjionin e ganglioneve bazale. Pulmonet hiperemike, me hemoragi punktiforme; trakti gastro-intestinal, stomaku: mukozë hiperemike disi edematoze, vende vende shikoheshin shirita gjaku dhe erozione të vogla. Në zorrët e trasha viheshe re zona hemoragjike edematoze, muko-fibrinoze sidomos në pjesën rektale. Në renet vihej re se kapsula hiqeje me lehtësi, ato ishin hiperemike në prerje, hemoragi punktiforme, dukeshin të zbehta. Po të duam të përbledhim të dhënët klinike, paraklinike dhe ato eksperimentale, na rezulton se:

1) Kuadri klinik i të tre të sëmurëve flet për një intoksikacion më tepër të tipit subakut, që shoqërohet kryesisht me një encephalopathi të shprehur me një syndrom piramidal central, syndrom ekstrapiramidal dhe disa shenja cerebelare dhe neurovegjetative e polineuritike.

2) Simbas observacionit trevjeçar, zakonisht zhduken ose reduktohen në minimum të gjitha simptomet e sferave të tjera dhe mbeten më të qëndrushme dhe të dukëshme turbullimet e sistemit piramidal në trajtë parapareze spastike inferiore dhe mjafit më pak superiore.

3) Se dozat më të përshtatëshme për shkaktimin e intoksikacionit akut dhe subakut eksperimental në lepuj janë 0.1-0.2 mgr/Kg peshë për të parin dhe 0.025 — 0.0125 mgr/Kg peshe për të dytin.

4) Në fillim vihet re leukocitoze, tendencë e lehtë për ulje të sasisë së eritrociteve, shpejtëm i eritrosedimentacionit, neutrofiloze, eozinofili dhe limfopeni. Pastaj gradualisht këto elemente normalizohen. Përsa i përket urinave, tek tre pacientët tanë vihen re hiperalbuminoze relative përket urinave, tek tre pacientët tanë vihen re hiperalbuminoze relative e shoqëruar në fillim me aceton pozitiv. Përsa i përket liquorit cerebrospinal gjithashtu vihet re një hiperalbuminoze prej 0.92-0.99 gr% (ne dy tre pacientët tanë).

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

1. — ASHBFL S.I. Në librin «Tiolovie sajedinjenja v medicine». Kiev 1959, f. 161.
2. — DRAGIÇINA E.A., KARIMOVA A.K., K klinike intoksikacii granozanom. Gjiena i sanitaria. 1956, Nr. 5, ff. 31-34.
3. — DRAGIÇINA E.A. Otravlenie rastu i jejo sojedijenjami. Rukovodstvo po nevrologii 1962, T. III, knjiga 2, ff. 960-967.
4. — IKRAM UL HAQ Agrosan poisoning in man. Brit. med. journ. Jun. 15, 1963, ff. 1579-1582.
5. — JALILI M.A., ABBASI A.H. Poisoning by ethyl mercury toluen sulphonaliid. Brit. J. industr. med. 1961, v. 18, Nr. 4, ff. 303-308.
6. — KAHLER H.J. Zur Frage der kardiotoxischen Wirkung des Que eksilbers, insbesondere des Saatfruchtbeizmittels «geresan» (Begutachtung). Zbl. Arbeitsmed Arbeitsschutz 1960, Bd. 10, H. 2 S. 25-31.
7. — KUSMAULL A. Cituar nga Dragiçina E.A. (1962).
8. — MARANZANA Malatje causate dal mercurio. I. N.J.N.A.ILall 1953.
9. — PAVLI P. Helmimi aksidental i 4 pjestarve të një familie me granozan. Bul. Un.Shtet. të Tiranës. Seria Shk. Mjeksore 1962, Nr. 4, ff. 84-87.
10. — PREZA B. Nevrologjia e merkurializmit. Referat i mbajtur në sesionin pënder të 20 vjetorit të çlirimtë të Atdheut. Tetor 1964.

11. — SELIMAJ E. Ndryshimet elektroforetike tek të sëmuret e helmuar me granozan. Ibidem. Totor 1964.
12. — ZAPESOSHNAJA G.A. Nevrologia intoksikacii granozanom. Në librin: Voprosi kliničeskoi nevropatologii. Irkutsk, 1957, ff. 123-134.
13. — U ÇZHIN-ÇZHUN, LU IBN-XZAN dhe HU XZA-MEI: Kliničeskie nabludenia pri profesionalnoi intoksikacii fenil-merkur-acetatom. 1963, Dorëshkrim.

### *S u m m a r y*

#### **PRELIMINARY CLINICAL AND EXPERIMENTAL DATA ON POISONING BY GRANOSAN**

Three cases are described of subacute intoxication by granozan ingested orally. These cases have been kept under observation for three years. During that period was observed the disappearance of the extrapyramidal symptoms, as well as those of the brain and peripheral nervous system; while the pyramidal syndrome and the spastic tetraparesis persisted more accentuated in the lower limbs.

At the same time the following haematologic changes were noticed: leucocytosis, anaemia, high blood sedimentation rate, neutrophilia, eosinophilia, lymphopenia; the urine albumine was increased, the cerebrospinal liquor showed a hyperalbumose, reaching 0.92-0.99 per mille (in two patients) (tab. Nr. 1.).

The paper includes some experimental work.

In ten rabbits acute and subacute intoxication was reproduced with granozan. The development of the clinical and haematologic changes was followed up. The doses of granozan necessary for the mentioned changes were determined (Tab. Nr. 2)

# K U M T E S A

## SINDROM VIRILIZUES SHKAKTUAR NGA TUMOR OVARIAL JO I ZAKONESHËM

Dr. A. PRENUSHI dhe Doc. P. BITRI,  
(Katedra e Pathologjisë së përgjithëshme, Shef Doc. P. Bitri)

Tumoret ovariale kanë origjinë histogenetike shumë të komplikuar, sepse shumë e komplikuar është edhe struktura histologjike e vetë ovaremeve (Scheidegger). Prandaj dhe tumoret ovariale shpesh kanë vështiri përfshirë identifikuar nga aspekti histologjik dhe veçanërisht i vështirë është interpretimi i tyre lidhur me aktivitetin hormonal, sepse në shumë raste ato manifestojnë cilësi plurihormonale, ose më mirë të themi plurikomponencë endokrine (Nikollajev O.V. dhe Tarakanov E.I., Glazunov M.F., Zhordania F.I., Bodjazhina V.I. etj.). Tumoret ovariale maskulinizues janë të rrallë; simbas Riciere S. dhe Leuret J.Ph., deri më 1961. vjetëm 230 raste janë publikuar (Lacroix M. dhe b.p.).

Vetëm bashkëpunimi kliniko-anatomik ka mundur të vlerësojë rënë-dësinë e tumoreve hormono-produktorë, të cilët në shumicën e rasteve nuk janë marrë parasysh. Për shkak të mbeturinave embrionale, shpesh herë tumoret ovariale manifestojnë aktivitet endokrin të ndryshëm, dhe, shpesh herë, histologjia jo e thelluar e tumoreve jo vetëm që nuk ndihmon klinikën, por mund të bëhet shkak përfshirë mos skjaruar tablonë e saj. Prandaj vetëm një bashkëpunim i klinicistit me antomopatologun dhe një studim sa më i gjërë histopathologjik do të vërtetojë shkencërisht rastet klinike.

Shpesh herë, në tumoret ovariale me aktivitet hormonal mund të ndeshemi me manifestime të dy dy sindromeve: feminizuese dhe maskulinizuese (ose défeminizuese), sepse tumore morfollogjikisht identike kanë ndryshim të madh të aktivitetit të tyre funksional. Kështu p.sh. thekomat mund të janë hormonalisht jo aktive, ose mund të janë feminizante dhe maskulinizante; po ashtu dhe folliculomat, luteoma, hypernephroma, mund të kenë aspekte të ndryshme hormonale. Dimë p.sh. se theka, (indi thekal) zakonisht prodhon estrogjene, ndërsa në rastet e «hiperthekezave» po ai ind mund të prodhojë androgjenë (Labhard, Sodeman, Glazunov).

Rasti që po paraqesim është interesant nën prizmin e njohurive që shkurtimisht paraqitëm më sipër: klinika shumë e qartë, morfollogjia kurjoze në drejtimin e polikomponencës histologjike dhe endokrine, si dhe rezultati i mrekullueshëm mbas mjekimit kirurgjikal:

Bëhet fjalë përfshirë të sëmurë, femër N.F. me datlindje 1944 (21 vjeç) e pa martuar. Në prill të vitit 1964, paraqitet në konsultore me disa ankesa jo të zakonshme. E sëmura tregoi se përfshirë kishte pasur menstruacionet në moshën 15 vjeçarc, ato i kishin ardhur me cikël të rregullt 4-5 ditësh, pa dhëmbje, por vetëm dy herë. Mbas kësaj kohe ajo përfshirë 18 muaj nuk i kishte pasur më këto menstruacione. E preokupuar përfshirë gjendje, ishte konsultuar disa herë me patologët dhe ka përdorur folikulinë, progesteron, vitaminën E etj. Mbas këtyre kurave ajo mbani



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

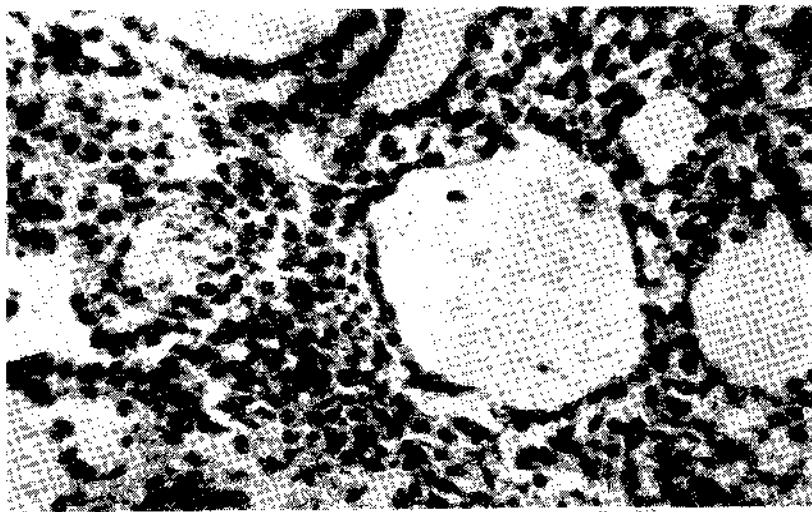


Fig. 4.

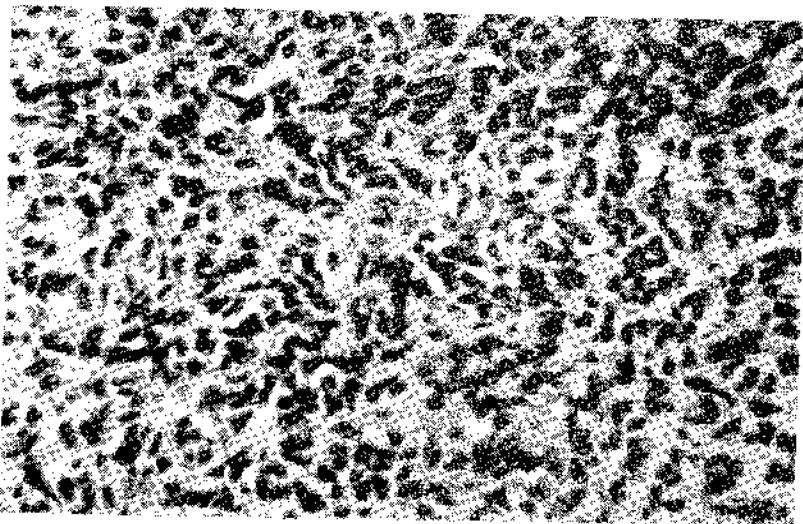


Fig. 5.

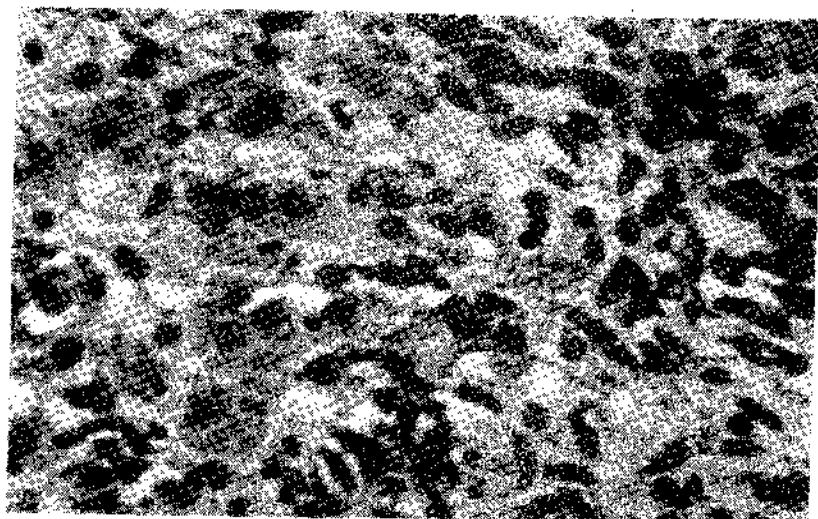


Fig. 6.

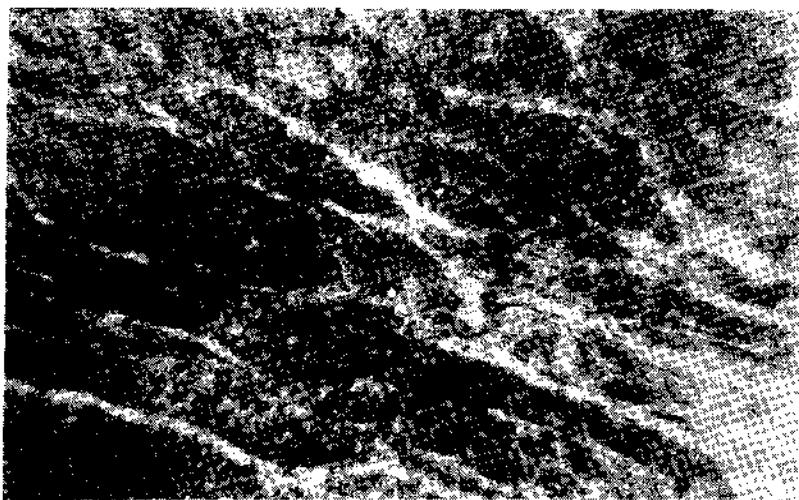


Fig. 7.

mend se menstruationet iu përsëriten vetëm dy herë, ndonse me cikle jo të rregullta, pa dhimbje, por me sasi të paktë gjaku. Më vonë, gjatë tre vjetëve, asaj iu ndërprenë krejtësisht menstruationet. Kjo gjë është anormale, për një fizik të shëndoshë e të formuar si ajo, shqetësoi familjen e saj. Ky shqetësim u shtua edhe më tepër kur në muajt e fundit paraqitja e jashtëme e abdomenit të saj linte për të dyshuar se mos ishte gravide, sado që ajo s'kishte pasur kurrë marrëdhënje seksuale. Në pesë muajt e fundit ajo vuri re rënien në peshë, fryrjen e barkut në mënyrë progressive; në fytyrë filloj të ketë ndryshime të ndjeshme: filluan t'i rrithen qimet e fytyrës, zëri filloj t'i trashet dhe për më tepër ndjente ftohje të ndjenjave seksuale. Ankohej gjithashu se dy muajt e fundit ndjente dobësi trupore të theksuar.

Nga ekzaminimi mjekësor u konstatua: në anamnezën vetiakë si dhe në familje, asgjë patologjike për t'u shëruar. Objektivisht gjëndja e përgjithëshme e dobët, asgjë tjetër patologjike, ndërsa fytyra e saj ka shprehje të gjallë, që anon nga aspekti rrashkullor: sytë i shkëlqejnë ndërsa në faqet e saj ka qime, relativisht të rralla, të shndritëshme dhe me gjatësi deri në 1,5 cm. (makrofoto nr. 1). Toraksi simetrik merr pjesë lirisht në respiracion. Glandulat mamare të atrofizuara. Nga ekzaminimi i organeve të brëndëshme si pulmone, zemër, hepar, asgjë patologjike. Në abdomen palpohet një masë tumorale me konture të qarta dhe relativisht e lëvizëshme.

Ekzaminimi obstetrikal: organet e jashtëme gjenitale infantile, labia pudente major dhe mons veneris të mbuluara me qime të zesa, të ndritëshme, të rralla që vazhdojnë lart në drejtim të linea alba, të tipit maskulin. Labia pudenta minor mbulohet plotësisht nga ajo major; himen në formë semilunare; virgo intakt. Duke ekzaminuar për rectum, uterusi palpohet me vështirësi aqë më tepër sepse pengon masa tumorale e vendosur sipër tij, ndërsa adneksat nuk palpohen fare. Nga ana e majtë e uterusit dominon masa tumorale, masë e cila shtrihet edhe mbi uterusin, nga sipër, dhe përfshin gati gjithë abdomenin. Ajo ka konsistencë të fortë, elastike dhe nganjëherë të jep përshtypjen e ballotimit jo të plotë. Kjo masë, në palpacion, nuk është e dhimbëshme, konturet i ka të qarta dhe gjysmë e lëvizëshme.

Nga këto të dhëna, diagnostikuam cistën ovariale të tipit dermoid ose adenocistomën ovariale.

Nga analizat e tjera të gjakut dhe urinës, përpara ndërhyrjes kirurgjikale, shënojmë: eritrocite 4.090000, leukocitete 8200 (formula leukocitare pa deviacione), eritrosedimentacioni — 8 mm/orë, koha e koagulimit 1 minutë e 30 sek., koha e hemoragjisë 3 minuta; urina pa deviacione patologjike, glicemia 1,30 gr. azotemia 0,36.; tensioni arterial 140/80; temperaturo normale.

Pacientia iu nënështrua ndërhyrjes kirurgjikale, ku ju bë ovaro-salpingektomia e anës së majtë ku qe vendosur tumori me peshë prej 8100 gr. (makrofoto nr. 2). Gjëndja post operatore kaloi normalisht. Pacientja dolli nga spitali krejtësisht e shëndoshë dhe që në ditët e para shënjet e maskulinizimit filluan të regresojnë. Mbas 6 muajsh nuk pati as shënjën më të vogël të tyre. Fotografitë që paraqesim janë marrë piktërisht 6 muaj mbas operacionit. Objektivisht fytyra është krejtësisht e pastër, ngjyrë gruri, pa pigmentacione, pa qime, me shprehje femnore të një vajze të re. Në muajin e dytë mbas operacionit u restauruan menstruationet, me cikël të rregullt dhe për këtë arësy ne nuk e quajtëm të nevojshme të zbatojmë ndonjë mjekim hormonal (makrofoto Nr. 3).

Rastin që paraqesim e kemi kontrolluar një vit e gjysëm mbas ndërhyrjes operatore dhe deri tani nuk vemi re ndonjë recidivë të tumorit. Tani dimë se e sémura është martuar dhe nuk çfaq asnjë ankira subjektiv. Në shtator të vitit 1965 në ekzaminimin tonë konstatuam kolum të mbyllur, pak të gjatë, të vogël; uterusi gjithashtu i vogël, i butë, jo sensibel; adneksi i majtë i lirë, dhe me vështirësi palpohet; në adneksin e djathë të ku ishte cista nuk preket asgjë. Kemi të bëjmë me organe gjenitale të brendëshme infantile apo hipoplazi gjenitale. Tensioni arterial ishte 115/5.

Tumori i hequr gjatë operacionit makroskopikisht ka këto karakteristika: dimensionet  $50 \times 50$  cm; në prerje struktura e tij është karnoze, me disa formacione të vogla cistoze. Ekzaminimi histologjik: u prenë pjesë të ndryshme dhe të shumta nga masat tumorale dhe u përpunuuan me metoda të ndryshme histologjike si p.sh. me hematoksilinë, eozinë, mucikarminë van-Giezon, Sudan 3, Scharllah, acid perosmik, sudan 4. Histologjikisht u konstatua se tumori nuk ka strukturë të njëllojtë mikroskopike: në disa preparate vihen re formacione celulare të grumbulluara ose të renditura në formë kordonesh, sikur të rrrethojnë disa kavite mikroskopike pseudocistoze të ndara ndërmjet tyre nga ind, gjithashtu të përbërë po nga këto lloj celulash, ose nga celula të tjera. Celulat që rrrethojnë këto kavite janë me dimensione gati të njëllojta, nukleuset e tyre — të rrumbullakëtë dhe të hiperpigmentuar, por që nuk kanë aspektin e vërtetë të celulave epiteliale, megjithëse këto formacione cistoze përmbajnë një substrakt të koaguluar rozë si kolloid, i cili nuk jep reaksionin pozitiv tipik me mucikarminë. Krahas këtyre elementave celulare të vogla dhe të rrumbullakta (mikrofoto Nr. 4) dhe me nukleus të ngjyruar mirë, vihen re zona të përbëra nga celula, gjithashtu të dëndura ndërmjet tyre, në formë pak më të stërgjatur, ndërmjet të cilave vihen re hapësira që janë të mbushura me substancë sudanofilike. Këto lloj zonash nuk përmbajnë stromë fibroze dhe megjithatë të krijojnë përshtypjen e theca-cellulave (mikrofoto nr. 5), ose të arenoblastomës pér shkak të vendosjes së tyre në trabekula, megjithëse të çregullta. Një tjetër karakteristikë e tumorit është prezenca e zonave të tëra celulare, të cilat ose janë vendosur në formë ishuish brenda në celulat që përmëndëm më sipër, (mikrofoto nr. 6), ose janë në formë kordonesh të tëra epiteliale të vendosura pranë njëra tjetrës pér të paraqitur kështu strukturë të dendur celulare, celulat në të dy rastet janë të mëdha, me protoplazëm të zbehtë ose vakuolare, nukleusi i tyre i rrumbullakëtë, shpesh i spostuar në periferi. Duke aplikuar koloracionet pér substancë yndyrore të ndryshme (të thjeshta apo të komplikuara) vihet re një fenomen i njëjtë kurioz: celulat që vendosen në formë ishuish nuk përmbajnë granula yndyrore të komplikuara por vetëm të thjeshta, ndërsa celu'at të vendosura në formë kordonesh të dëndura, paraqesin protoplazmë të mbushur nga granulacione yndyrore të komplikuara (mikrofoto nr. 7). Ky fenomen na siguron të bëjmë dallim dhe të diferencojmë ndërmjet këtyre celulave elemente që përpunojnë estrogjen dhe elementë që përpunojnë androgjen, megjithëse nga aspekti i përgjithshëm kanë përashtime të mëdha.

Nga ekzaminimi histologjik i këtij tumori na mendojmë se ai kon siston në një tumor granuloso-cellular i variantit folikuloid, ose i pseudo adenomatoz me elementë thekalë si dhe celula hilare (intersticiale, lutetike), të rralla të tipit Leydig. Kështu pra që kemi të bëjmë me një tumor plurikomponent nga ana e elementeve celulare që e përbetjnë.

Duke patur parasysh rastet e përshkruara nga autorë të ndryshëm, rrëth tumoreve ovariale që realizojnë kuadrin klinik të maskulinizmit po përmëndim: sindromin defeminizant apo maskulinizant mund ta vemë re edhe në shumë tumore të tjerë që nuk janë krejt androgjenë, por duke qënë të përfaqësuar nga celulat të cilat kanë aktivitet hormonal androgjeno-prodhues, mund të provokojnë shënja virilizimi apo maskulinizimi në femra të moshave të ndryshme. Kështu p.sh. edhe tumori feminizes më klasik, domethënë tumori granulozo-cellular, në disa raste (veçanërisht «folliculoid») simbas Glazunovit, ngjanë shumë me «sertoliomat» të cilat prodhojnë dhe estrogjenë dhe androgjenë. Këto tumore i kanë quajtur dhe «folliculoma lipidique» (Lesen), ose tumore granulozo-cellularë luteinizues ose »luteoma« e Novak (citue nga Labhart). Teilum (citue nga Scheidegger) mendon se tumoret e ovariumeve që përbajnjë lipoide janë më shumë adenoblastoma të zhvilluara mirë, domethënë të pjekura. Po kështu edhe tumoret granulozo-cellulare të pjekura, simbas tij, mund të janë maskulinizuese dhe nuk duhet të përzihen me tumoret kortiko-suprarenale të zhvilluar, gjëja heterotopikisht, për çka i kanë quajtur dhe «tumore kortiko-suprarenale heterotopiko».

Lidhur me sindromin virilizues (maskulinizues) dëshirojmë të përmëndim se e hasim përvëç mundësive të më sipërme edhe në shumë rrethana të tjera patologjike që na i palëm parasysh duke diferencuar rastin tonë; në këtë drejtim ne na ndihmoi klinika e të sëmurit, e cila na orientoi që të konsiderojmë si shkak të virilizimit të pacientes sonë tumoren ovarian, pra duke përjashtuar sindromet e tjera të virilizimit të vonëshëm (siç janë ato që shoqërohen me hiperkorticizmin «metabolik», të glandulave suprarenale, virilizimi i akromegaleve, virilizimi idiopatik etj.). Kështu që, duke bërë diferencial-diagnostikën e mundëshme histopatologjike, arritëm në konkluzionin e më sipërmë.

(Paraqitur në redaksi me 5.II.1966).

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

- 1) SCHEIDEDECKER S. Le cancer de l'Ovaire. Symposium CIBA, 1962, v. 10, 25, 70.
- 2) GLAZUNOV M.F. Opuholi jaiçnikov; Medgiz, 1961.
- 3) NIKOLLAJEV dhe TARANOV
- 4) LABHARD A. Endocrinologia. UTET 1960.
- 5) SODEMAN W.A. Fisiopatologia. UTET 1960.
- 6) PEARSE E.G. Histochimistry (përkthim në rusisht) 1962.
- 7) TEILUM (citue nga Scheidegger)
- 8) LESFN (citue nga Glazunov)
- 9) ZHORDANIA F.I., Učebnjik ginekollogii, Medgiz 1962.
- 10) OGILVIE R.F., Pathological histology — Baltimore. 1957.
- 11) COMPEL C. Anatomic patologique gynecologique, Ed. Arseia, 1963.
- 12) LACROIX L. et LEURET J.P.H., Les tumeurs virilisantes de l'ovaire Sem. des Hop., 1961, 2, 1867.
- 13) NIKOLLAJEV O.V., TARAÇANOV E.Y., Gormonalno aktivnie opuholi kori nadpoçegenjikov — Moskva 1963.

## S u m m a r y

### A. VIRILISING SYNDROME DETERMINED BY AN ORDINARY OVARIAL TUMOR

A case is presented of a virilising ovarian tumor in an adult woman, which after total surgical removal of the tumor ended in complete regression of the masculin traits. The histological examination of the tumor revealed diverse granulocellular thecal elements and hilar interstitial cells.

## KATARAKT KONGJENITAL ME FIBRIL LIDHËS ME KORNENE

Doc. ANDREA ARONI Kand. Shk. Mjeks.

Po përshkruajmë një rast shumë të rrallë katarakti kongjenital me fibril lidhës me kornenë, sepse në literaturën mjekësore janë përshkruar pak raste të këtilla. Kemi patur mundësi gjithashtu, që rastin në fjalë ta ekzaminojmë në biomikroskop, kështu që përshkrimi i tij i detajueshëm, mund të ketë nji farë vlefte për shpjegimin e lindjes së kësaj anomalie embrionale.

Në klinikën tonë u paraqit fëmija 6 muajsh, R.K., nga Fieri Nr. Kart. 8126, me katarakt kongjenital në të dy sytë. Fëmia i shëndoshë, i zhvilluar mirë për moshën e tij, gjer tanë nuk ka kaluar asnje sëmundje. Nëna e shëndoshë, gjatë periudhës së barrës nuk ka kaluar asnje sëmundje. Para barrës nuk mban mend të jetë sëmurur ndonjë herë. Është nënë shumë fëmijësh, që të gjithë të shëndoshë. As në familjen e saj, as në atë burrit nuk ka patur rast me katarakt kongjenital.

Menjëherë pas lindjes nuk vuri re ndonji anomali në sytë e fëmijës vetëm 2 muaj më vonë, vuri re se bebet e syve qenë të bardha dhe fëmia nuk ndiqte me sy lëvizjet e objekteve përpara tij.

Status praesens gjatë ekzaminimit me anë të biomikroskopit:

OD: Bulbi me madhësi normale, pa injektim. Kornea është transparente kudo me përjashtim të qendrës së saj. Eksaktërisht 1-2 mm larg qendrës anatomike të kornesë, në drejtim infero-nazal, duket nji turbullimi i rrumbullaktë, i bardhë, në mes shumë intensiv dhe në periferinë e tij më pak. Gjithë turbullimi ka diametër 3 mm. kurse qendra e tij, me ngjyrë të bardhë shumë intensive ka diametër 1,5 mm. Turbullimi në fjalë përfshin vetëm shtresat më të pasme të substantia propria, membranën e Descemetit. Pjésot e përparrshme korneale, mbi këtë janë krejtësisht transparente. Siç thamë më lartë turbullimi është i bardhë, në qendër ka ngjyrë të bardhë intensive dhe nuk shkëlqen, kurse rreth e rrotull ngjyra është më pak intensive dhe gradualisht zhduket në indin transparent të kornesë. Turbullimi i përmendur nuk mbështetet në endotel por përfshin membranën e Descemetit. Prej qëndresës së këtij turbullimi, niset nji kordon shumë i hollë me ngjyrë të bardhë intensive pa shkëlqim, që të kujton pambukun. Diametri i kordonit shpejt zmadhohet dhe në afërsi të kristalinit arrin në 2-3 mm. Kështu forma e këtij është konike, me majën e hollë në korne dhe bazën të mbështetur në qendrën e kristalinit. Në vendin e mbështetjes së kordonit, shifet një opacifikim intensiv i kristalinit që qëndron mbi sipërfaqen e kapsulës së tij, me formë të çrrregulltë, me madhësi 4-5 mm dhe ngjyrë të bardhë intensive, pa shkëlqim, me sipërfaqe jo të lëmuar, që jep përshtypjen e depozitimeve gëllqerore. Opacifikimi i kristalinit, intesiv në qendër, vazhdon më pak intensiv dhe në mënyrë të çrrregullt në periferi. Opacifikimet në periferi

janë të vogla, të zgjatura, në thellësira të ndryshme dhe ndahen me pjesë transparente ose lehtësisht të opacifikuara.

Pupila është me miozë, reaksiuni pupilar i ngadalshëm. Me aplikimin e përsëritur të solucionit 0,5% të atropinës, u arrjet në nji midriazë të vogël. Irisi ka ngjyrë gri, nuk shkëlqen, në pamje duket si atrofik, por gjatë ekzaminimit nuk u panë shënja atrofike. Vazot e irisit nuk duken, refleksi i dritës nuk depërtón nëpërmjet tij. Nga bregu pupilar, ekzakte-risht 1 mm larg tij, nisen nga drejtime të ndryshme fije shumë të holla, pothuajse transparente që kapen në kapsulën e kristalinit, në vëndin ku është opacifikimi intensiv i tij. Këto janë mbeturina të membranës pupilare. Mioza e konstatuar, si dhe midriza e dobët pas atropinës mund të shpjegohen me traksionin e këtyre fijeve.

OS: Gjendja e këtij syri është i njejtë me atë të OD, por me disa ndryshime, në të cilat do të përgendrohem shkurtimisht. Kordoni i përmendor në syrin e djathë, nuk kapet në qëndrën e kornesë, por në gjysmën e distancës midis qëndrës korneale e limbit, në drejtim infero-nazal. Në këtë vend duket turbullimi korneal me karakteristikat e përshkruara për syrin e djathë. Është për tu shënuar se në qëndrën e kornes, në membranën e Descementit, duket nji turbullim i lehtë korneal me diametër 1 mm, që i përgjigjet vëndit të kapjes së kordonit në syrin e djathë. Turbullimi i përmendor bëhet i dukshëm vetëm me anë të biomikroskopit. Shtresat e përparshme korneale, mbi të, janë transparente. Përjashtim bën nji turbullim shumë i hollë i membranës së Bowmann-it, pikërisht përkarshi turbullimit të përmendor.

Në rastin tonë konstatohet lloji i njohur i «Cataracta poli anterioris», i shkaktuar nga mbeturinat e membranës pupilare persistente. Për këtë dëshmojnë si opacifikimi intensiv që qëndron mbi sipërfaqen e kapsulës së kristalinit, ashtu dhe fijet e holla që nisen nga bregu pupilar. Kristalini paraqet gjithashtu opacifikime të çrrgullta në të gjitha pjesët, në drejtime e thellësira të ndryshme, që nuk lidhen me persistencën e membranës pupilare.

Prezenca e fibrilit lidhës midis kristalinit e kornesë tregon se anomalia e përmendor ka ndodhur në periudhën e zhvillimit embrional, para zhdukjes së pedunkulit të kristalinit, në javën e katërt. Këtij katarakti disa autorë i jepin emrin «cataracta pyramidalis».

Ndryshimet e holla në qendër të kornesë të syrit të majtë, tregojnë se kjo, si të thuash, qe e preqatitur qysh më parë për tu lidhur me kordonin e përmendor. Lidhja megjithatë nuk u bë në qendër, për shkaqe të pa niohura.

Katarakti i shkaktuar nuk është sekondar mbasi mungojnë shenjat e një inflamacioni të kaluar, precipitate dhe sineki posteriore. Simbas mejtimi tonë ai është rezultat i anomalisë së zhvillimit, që lidhet me pedunkulin e kristalinit.

## LITERATURA

1. ADLER F.H. Textbook of ophthalmology f. 318, 1962.
2. KACNELSON A.B. Anomali razvitiya i zabolovanija glaz v raugnem detskom vozraste — f. 51. 1957.
3. MAUN I. Developmental abnormalities of the eye. 1958; f. 333.

## *Summary*

### **CONGENITAL CATARACT WITH FIBRIL CONNECTIONS WITH THE CORNEA**

A case is presented of bilateral congenital cataract with a fibril connecting it with the cornea, detected by slit lamp in a 6 month old child.

OD: The cornea presents in its central zone a round opacity of the back layers (membrana Descementi), 3 mm in diameter, with an intensely white center. The superficial layers of the cornea covering the opacity are transparent. From this opacity parts an intensely white fibril, which like a cotton tuft reaches the lens. The fibril, conic in form, is attached with its thin end to the cornea and lies with its 2-3 mm wide base on the lens. At this point the lens presents an opacity that rises above the level of the capsule; it is irregular in form, 4-5 mm wide, white, opaque, calcareous in appearance. On the edges of the lens can be observed limited elongated opacities, situated at different depths and separated among themselves by transparent layers. The pupil is in a state of myosis and can hardly be dilated by atropin because of the very thin strands of the persistent papillary membrane that link the iris with the opaque zone of the lens.

OS: Similar to the right eye, with the difference that the fibril is not situated in the center of the cornea, but half distance between the center and the edge in the infero-nasal direction. In the center of the cornea, on the Descementi and Bowman membranes, can be seen (by slit lamp) two very thin and delicate stains, corresponding to the localization of the fibril on the right eye. The corneal layers between the membranes are transparent.

The described case is not a hereditary occurrence.

The absence of inflammatory processes in the patient's history, on the cornea as well as on the iris, shows that the cataract is not of a secondary nature. It differs from the anterior polar cataract in that the opacities are situated on the peripheral regions of the lens. The connecting fibril as well as the stains on the center of the left eye suggest that the cataract is a developmental anomaly, which must have appeared during the 4th week, before the disappearance of the lens stalk and before the complete formation of the cornea (substantia propria) for unknown reasons.

## MBI NJË RAST LEUCEMIE PLAZMACELULARE.

Docent JOSIF E. ADHAMU

(Katedra e Terapisë Fakultetit. Shef. Doc. J.E. Adhami)

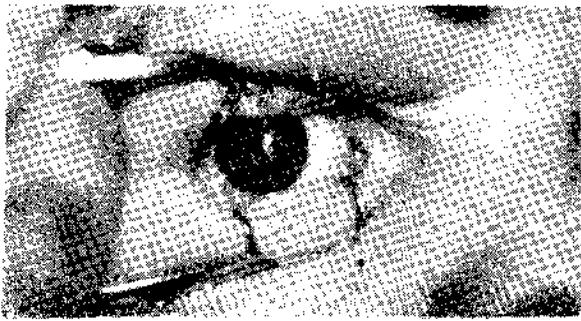
Plazmocytoma ose myeloma multipleks, u përshkrua për herë të parë në mezin e shekullit të kaluar (1845) nga Mc. Intyre (simbas Arseni C. he b.p.), pastaj nga Rustickij (1873), Kahler (1889) dhe më vonë nga Bozzolo (1897). Që atëherë numuri i rasteve është shtuar nga dita në ditë he këto vitet e fundit, në literaturë shkruhet më tepër për format atipike saj. Kështu Coste F. dhe b.p. (1957), kanë përshkruar një rast atipik manifestime glosso-digitopalpebrale (amylose tip Lubarsch), Morin L. dhe b.p. (1958) paraqitën dy raste me manifestime cerebrale, Palek J. ne Axmann K. (1964) një plasmocitom solitar të vendosur në sinusin aksilar, Durant J.R. dhe b.p. (1966) flasin për ndryshimin e fizionomisë mielomës, Vignon G. e b.p. (1966) paraqitin një rast me sindrom të analit karpian nga mieloma etj.. Analizat imunokimike të fraksioneve proteinike, kanë bërë që të diferencohen forma atipike të plasmocitomës cheurlen P.G. 1964, Vulpis N. e b.p. 1965, Hobbs J.R. e b.p. 1966 etj.). Në vëndin tonë komunikimi i parë mbi mielomën është bërë nga prof. S. Bekteshi në një nga sesionet shkencore të fakultetit, kurse boni i parë në shtypin tonë nga Doc. B. Preza dhe b.p. (1965).

Rasti që ne do të paraqitim, dallohet nga disa karakteristika të vënta, midis të cilave më e rëndësishmja është invadimi i gjakut periferik a një numur i madh plazmocitesh dhe plazmoblastesh, duke marrë shkurt karakterin e një leucemie plazmacelulare.

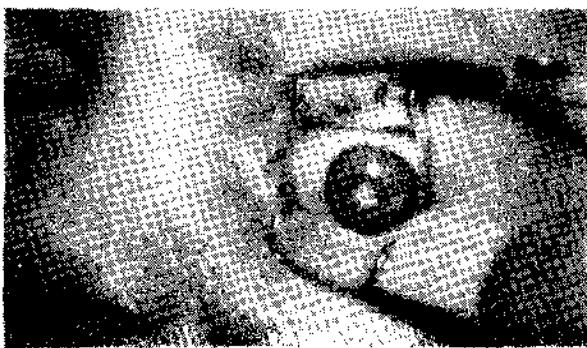
I sëmuri Islam K., vjeç 51, puntor në komunale, u shtrua në klinikë 9 shtator 1964 me diagnozën e dërgimit: «Pleuritis exsudativa inciens?». E konsideronte vehten të sëmure që para dy muajsh kur filloj ketë temperaturë, të dridhura, më vonë iu çfaqën dhëmbje në herni-aksin e majtë, kollë e pakët, dobësi e përgjithëshme, djersë, iu preksit, ra në peshë, kishte dhëmbje në ekstremitetet e poshtme, sidomos kofshët dhe kohët e fundit polakiuri. U mijekua ambulatorisht por rezultat; iu rekomandua të bëjë një skopi të toraksit dhe me diagnozën në sipërme dërgohet për shtrim në klinikën tonë.

Nga anamneza personale përvçe një ulceri të stomakut për të cilin te operuar në vitin 1951, mohonte të kishte kaluar sëmundje të tjera. Anamneza familjare pa rëndësi.

Gjendja e pacientit ishte e rëndë. Në inspeksion ai dukej i dobët, katitik, i zbehtë aqë sa të jepte përshtypjen e një subikteri të lehtë. Gjuishte shumë e thatë, e ashpër, e ngarkuar. Në pulmon u konstatua një ër bronkopneumonike bazale e majtë, e lokalizuar në pjesën posteriore një tjetër nën hilare e djathtë, kurse dhëmbjet kryesore pacienti i nte në pjesën e sipërme dhe të përparëshme të hemitoraksit të majtë.



R.K. Nr. kartele 8126. Syri i mëngjér.



R.K. Nr. Kartele 8126. Syri i djathitë.

Në palpimin e regjionit subklavikular të majtë, u konstatua se dy brinjët e para qenë të parregullta, shumë të dhëmbëshme gjatë palpimit dhe ndëgjoheshin krepitacione. Pulsi i mbushur mjaft mirë, takikardik rrëth 100/m, tonet e zemrës pak të largëta, një zhurmë e lehtë sistolike në majë. T.A. 120/70 mm.Hg.(RR). Barku nën nivelin e toraksit, pak i dhëm-bëshëm, hepari e lieni në fillim nuk e kalonin harkun brinjor. Giordano pozitiv në të dy anët. Azotemia e bërë që të nesërmen e shtrimit, ishte e lartë 1,20 gr%. Urina: albuminë gjurma, glukoza negativ, densiteti 1010, epitele pavimentoze disa, celula renale 2-3/fushë, lekuocite 4-6/fushë, eritrocite 0-1/fushë. Gjaku: Eritrocite 3.630.000/mm<sup>3</sup>, Hb. 63%, lekuocite 8.200/mm<sup>3</sup>; formula: N. 60%, E. 4%, B. 0%, L. 24%, M. 1%, Shk. 10%, Mielocite 1%. Eritrosedimentacioni 50 mm/l orë. Provat funksionale të heparit: Bilirubinhemia totale 0,83 mg%, direkte 0,33 mg%, indirekte 0,50 mg%. Kunkel 10,5 U. Pulfrick, Thymoli 1,4 U. Mac Lagan, Takata Ara negativ, Wuhrmann e Wunderly negativ, Mallen (+++), Sellek Frade negativ.

Të nesërmen e shtrimit, iu çfaqën në regjionet kubitale, disa petekie hemoragjike të vendosura në mënyrë të parregullt. Trombocitet ishin 220.000/mm<sup>3</sup>.

Prova e Zimnickijt e bërë ditën e katërt të shtimit, tregoi se pacienti gjatë 24 orëve climinoi gjithësej 787 cc urinë dhe densiteti qëndronte midis 1012-1015. Urokultura ishte steril. Radiografia e aparatit defekte kockore multiple të diseminuara në kockat e bacinit dhe ngriti problemi e diagnozës diferençiale midis metastazave osoze dhe myeloma multiplex. Atëherë iu bë radiografia e toraksit për brinjët ku u konstatajnë defekte osoze të njëjta dhe frakturna patologjike të brinjëve të I-II të anës së majtë. Radiografia e cranium-it vinte në dukje defekte «a stampo» në *fornix cranii*, karakteristike për M. Rustickij-Kahler. Azotemia për ato ndryshime me 1-2 eritrocite për fushë dhe ndonjë cilindër granular. Anemia shkoi duke u theksuar dhe filluan të çfaqen celula plazmatike në gjakun periferik. Kështu më 18-9-964, eritrocitet ishin 2.820.000 mm<sup>3</sup>, Hb. 50%, leukocitet 6.500 mm<sup>3</sup>. Formula: N. 60%, E. 3%, B. 0%, L. 20%, M. 2%, Shk. 10%, celula plazmatike 3%, celula retikulare 2%. Eritrosedimentacioni 70 mm/l orë. Më 1-X eritrocitet zbritën në 2.590.000/mm<sup>3</sup>, kurse leukocitet u ngritnë në 9.900/mm<sup>3</sup>. Brenda pak ditësh gjaku periferik u invadua nga celulat plazmatike aqë sa më datën 5 tetor ato arritën në 32%. Kurse mielogramma e bërë po atë ditë, tregonte: Mieloblaste 2%, Mielocite 3%, Shk. 4%, N. 6%, celula plazmatike 83%, celula retikulare 2%. Proteinemia e bërë me metodën refraktometrike fliste për një hiperproteinemi totale 10,2 gr%, kurse elektroforeza në letër (5-X-964) tregonte: Albumina 12,8%; Globulina: α1 3,4%, α2 4,0%, β 3,7%, γ 76,0%.

Urina për albumina Bence Jones e përsëritur disa herë ishte negative. Prova e formolit (5-X-964) (+++).

Fosfataza alkaline nga 1-2,5 U Bodansky që konsiderohet normal, ishte rritur në 5,8 U.

Elektrolitët në gjak (21-IX-964): Kalcemia 10,3 mg% (N. 9-11,5), fosforemia 2,6 mg% (N. 2,5-5,0), kalemia 16,2 mg% (N. 16-22), natremia 323 mg% (N. 300-350), kurse në urinë: Kalciuria 177,1 mg/24 orë (N. 250-400), fosforuria 0,08 gr/24 orë (N. 0,5-1,5), kaliuria 0,3 gr/24 orë (N. 2,0-4,0). U injekua me ambramycinë, glukozë hipertonike i-v., solucion glu-

koze 5% e serum fiziologjik, kardiotonikë, kardiocinetikë e vitamina të ndryshme. Azotemia fillor të ulet në 1,5 gr%, pastaj 1 gr%, temperatura iu normalizua pas 10 ditësh, por më vonë pati një subfebrilitet për 4-5 ditë dhe iu rinormalizua, takikardia persistonte, gjendja vazhdonte të jetë e rëndë, fillor të preket hepati rrëth 3 cm. nën harkun brinjor, i padhëmbëshëm në palpim. Iu fillua një mijekim me uretan dhe transfuzione glaku, por më 8-X-1964 pacienti doli nga klinika në të njëjtën gjendje me dëshirën e familjarëve, megjithë insistimin tonë për të qëndruar. Pas disa ditësh muarrëm vesh se ai kishte vdekur në shtëpinë e tij.

Shumë autorë tregojnë se në raste të rralla të plazmocitomës, mund të rritet më shumë ose më pak numuri i lekuociteve dhe të invadohen gjaku periferik nga një sasi e konsiderueshme celulash plazmatike (Bernard J. dhe Bessis M. 1958, Fieschi A. dhe Storti E. 1961, Janovskij D.N. 1962, Dulcin M.S. 1965 etj). Një numur i vogël plazmocitesh, mund të gjenden shpesh herë në gjakun periferik të të sëmurëve që ndodhen në stadin terminal të M. Rustickij-Kahler. Por vetëm në raste të veçanta, 15-20% e leukociteve, sipas Fieschi A. dhe Storti E., përbëhen nga celula plazmatike më tepër ose më pak të pjekura dhe atipike. Në rastin e paraqitur prej nesh, megjithëse numuri leukociteve nuk u rrit shumë, përqindja e plazmociteve arrijeti në 32%, midis të cilëve dukeshin dhe elementë të papjekur, plazmoblaste atipike, disa me dy nukleuse rjastë të mëdhenj, të cilët na lejojnë plotësisht që rastin tonë ta futim në grupin e leucemive plazmocitomare.

Në bazë të të dhënave elektroforetike, rasti tonë i takon grupit të y plazmocitomave, tek të cilët, sipas të dhënave të literaturës, çfaqja e albuminës Bence Jones në urinë është pak më e shpeshtë se në format e tjera. Megjithatë ekzaminimet e përsëritura të urinës në rastin tonë, nuk mundën të vënë në dukje një gjë të tillë. Simbas Wintrobe M.M. kjo paraproteinë konstatohet në 47-65% të rasteve me mielomë. Kurse Cecil R.L. dhe Loeb R.F., thonë se afersisht në 55% të pacientëve me proteinuri Bence Jones, konstatohen démtive të funksionit renal.

Pacientit tonë, megjithëse nuk paraqiste në urinë albuminë Bence Jones, por vetëm gjurma albuminurie, iu çfaq insuficiencia renale me azotemi të lartë. Zosin P. dhe b.p. (1966), të bazuar mbi ekzaminimet histologjike të bëra në 4 pacientë me mielomë, me anën e punksionit biopsi të reneve, konstatuan se manifestimet renale mund ti detyrohen një nefropatie specifike ose jo specifike. Natyrishët që në rastin tonë, ku nuk kemi bërë ekzaminimin histologjik, nuk mund të themi në se këto leziona janë specifike ose jo. Por nga ana tjetër nuk mund të injorohet roli që duhet të lozin hiper dhe disprotidemia në zhvillimin e kësaj nefropatie.

Një karakteristikë tjetër e rastit tonë është kalcemia normale dhe kalciuria më e ulët se norma, megjithë lezonet e mëdha që paraqitnin kockat e skeletit, veçanërisht ato të bacinit, sikurse shihet në radiografitë përkatëse. Një rast me kalcemi dhe kalciuri normale, kanë përshkruar Italia R. dhe b.p. (1964). Kurse zakonisht në këta të sëmurë konstatohet një hiperkalcemi sekondare nga osteoporoza.

Nga të gjitha sa thamë, kuptohet vet vetiu, se ne u përqëndruam vetëm në disa karakteristika të veçanta të rastit tonë dhe patëm për qëllim të vëmë në dukje një formë të rrallë të kësaj sëmundjeje, e cila jo vetëm nga ndryshimet hematologjike, por dhe nga evolucioni klinik, kishte karakteristikat e një leucemie akute, që e shpuri të sëmuran në vdekje brenda një kohe jo më të gjatë se tre muaj.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — ARSENI C., CHIMION D., CUNESCU V., PIETRARU N., SALZBERG S. Aspecte clinice și de laborator în boala Kahler. Considerații pe marginea a 19 cazuri. Medicina internă 1966 XVIII, 9, 1049-1056.
- 2 — BERNARD J., BESSIS M. Hématologie clinique. Paris 1958.
- 3 — CECIL R.L., LOEB R.F. Tratado de Medicina Interna (Botim Cuban i vînt 1961) Vol. II., 1048-1052.
- 4 — COSTE F., DELBARRE F., BASSET F., TABARY J.C. Maladie de Kahler atypique avec manifestations glosso-digito-palpébrales (Amylose type Lubarsch) Sem. des Hop. 1957, 33, 20/3, 1257/SP. 189-1264/SP. 196.
- 5 — DULCIN M.S. Miellomnaja bolezni (boleznj Rustickovo). №: «Lejkozi» tă «Dulcin M.S., Kassirskij I.A., Raushenbah M.O.» Moskva 1965, 372-387.
- 6 — DURANT J.R., BARRY W.E., LEARNER N. The changing face of myeloma. The lancet 1966, 7429, 119-121.
- 7 — FIESCHI A., STORTI E. Plasmocitoma e Leucemia plasmacellulare. №: «Manuale di patologia medica» di Domenico Campanacci. Edizioni Min. Med. 1961, Vol. III, 234-245.
- 8 — HOBBS J.R., SLOT G.M.J., CAMPBELL C.H., CLEIN G.P., SCOTT J.T., CROWTHER D., SWAN H.T. Six cases of gamma-D myelomatosis. The lancet 1966, 7464, 614-618.
- 9 — ITALIA R., LOPS M., CASATI G. Aspetti ematoologici in un caso di mörbo di Rustitzy-Kahler-Bozzolo a decorso protracto. Min. Med. 1964, 55, 72, 2656-2659.
- 10 — JANOVSKIJ D.N. Mnoghestvennaja mieloma kostej (boleznj Rustickovo-Kahlera) №: «Rukovodstvo po vnutrennim boljezznjam» Tom. VI. Re-daktor torna Bagdasarov A.A. Medgiz 1962, 507-520.
- 11 — MORIN M., GRAVELEAU J., PEROL R., SCHIMMEL H., TESTARD R. Les manifestations cérébrales du myélome plasmocytaire. Sem. des Hop. 1958, 34, 52, 2663-2669.
- 12 — PALEK J., AXMANN K. Su di un caso di plasmocitoma solitario del seno mascellare. Bull. Cancer. 1964, 51, 109 (Marré nga Min. Med. 1965, 56, 7, 268-269).
- 13 — PREZA B., VESHO A., XHUMARI A., HASA D., MEKSI F. Një rast me myeloma multipleks. Shëndetësia Popullore 1965, 3, 33-37.
- 14 — SCHEUREN P.G. Plasmozytom mit mehrfacher Proteinanomalie. Dtsch. Med. Wschr. 1964, 89, 42-44.
- 15 — VIGNON G., MEGARD M., VAUZELLE J.L., GOUTELLE A., CHATIN B. Syndrome du canal carpien et myélome multiple. Revue Lyonnaise de Méd. 1966, XV, 12, 565-571.
- 16 — VULPIS N. e coll. Analisi immunochimica delle frazioni proteiche 19S, 7S e 4S in tre casi di mieloma multiplo ed un caso di macroglobulinemia di Waldenström. Haematologica Arch. 1964, 49, 784 (Marré nga Min. Med. 1965, 56, 41, 1661)
- 17 — WINTROBE M.M. Ematología Clínica (Ferkthim italisht i botimit tă IV), 1959, Tom II.
- 18 — ZOSIN P., ROTH L., VILCULESCU C., TUDOSE N., HOTA Fr. Leziunile renale în boala Kahler. Medicina internă 1966, XVIII, 6, 735-740.

### Summary

#### A CASE OF PLASTMACELLULAR LEUKAEMIA

A case is presented of a 51 year old man, suffering from a myeloma multiplex with bone lesions on the skull, the basin and pathologic fractures of the I and II ribs on the left. Blood calcium was at a normal level. The electrophoresis on paper speaks for a plasmacytoma of the gamma type. Bence Jones albumin is negative, blood urea attains 1.80-2.20 g%. The myelogram shows 83% plasmocytes and plasma blasts, which had invaded the blood stream at the rate of 32%.



Fig. 1. Defekis «a stampo» në fornix crani.



Fig. 2 Të ajëjtat ndryshimi në pozicion latero-lateral.

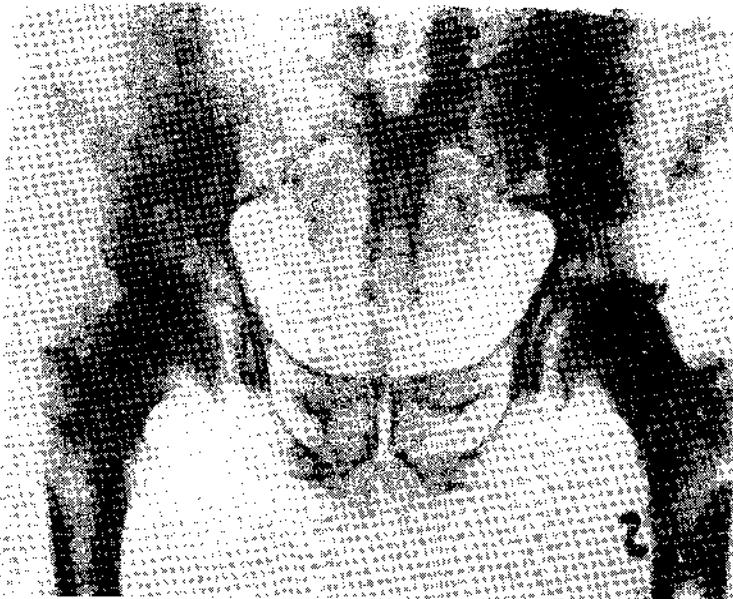


Fig. 3 Defekte të shumta osoze të diseminuara në kockat e baçinit, vertebrat dhe pjesën proksimale të femurëve, tipilte për myeloma multiplex.

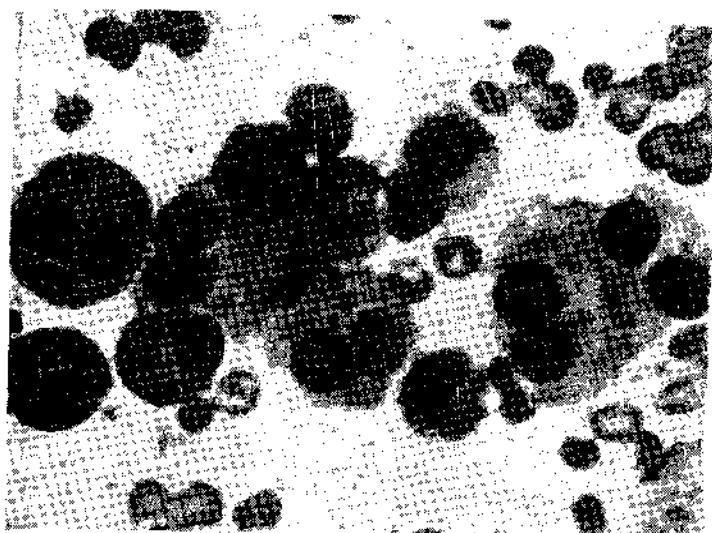


Fig. 4 Mielogramia (5-X-964). Vihen rë plazmocite dhe plazmoblaste, disa prej të cilave kanë nga 2 nukleuse.

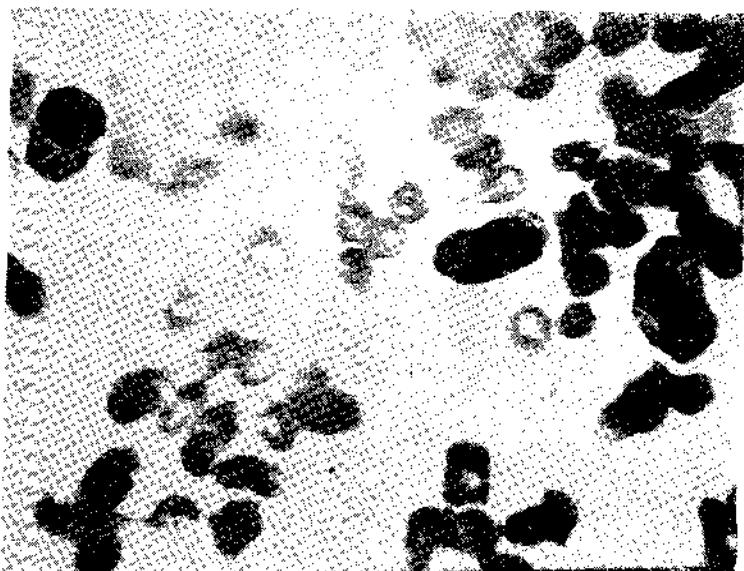


Fig. 5 Gjaku periferik (5-X-864) Vihen re dy plazmocite të reja dhe një plazmoblast me dy nukleuse, si pasojë e invadimit të gjakut periferik nga celulat plazmatike.

# HISTORI MJEKËSIE

## NJË LETËR E VITIT 1844 MBI EPIDEMINË E LISË NË SHKODËR

KADRI KERÇIKU

(Katedra e Dermato-Venerologjisë — Shef Prof. K. Kërçiku)

Mbi përhapjen e lisë në Shkodër prej viti 1790 deri në vitin 1918 kemi shkrue një kapitull në librin f'onë, kushtue zhvillimit të shëndetësisë në këtë qytet dhe në rrethet e tija<sup>(1)</sup>. Ndërsa të tjera kemi vu në dukje edhe shkaqet e përhapjes të kësaj sëmundje në formë epidemike, dhe kemi thanë se disa zakone e disa bestytni antihigjenike që ushtronë popullsia e qytetit e sidomos ajo e rrethit, kontribuonin në përhapjen e sëmundjes dhe baheshin pengesë për luftimin e saj (faqe 118, 119).

Kohët e fundit kemi ndesh në një dokument pranë Arkivit Qëndror Historik të Tiranës (A.Q.H.), që pikërisht e shikon çështjen e lisë lidhur me disa zakone antihigjenike, dhe menduem ta botojmë.

Dokumenti në fjalë, është një shkresë zyrtare e nënkonsumit austriak në Shkodër drejtue ipeshkut të Shkodrës, që, me sa duket, atë kohë qëndronte në Budue. Letra është e datës 25 shkurt 1844. Vetë shkruesi i saj, që është zyrtar shtetëror austriak, kishte dhe profesionin e mjekut. Është fjalë për Dr. Med. V. Ballarini, i cili u ba edhe një albanolog e mjek i njobur në Shqipërinë e Veriut e të Mesme (vdiq më 28/IX/1871).

Në këtë letër trajtohet çështja e lisë lidhur me përhapjen e saj dhe bëhen përpjekje, simbas letër shkruesit, për mënjanimin e sëmundjes me luftën që u duhej bamë disa zakoneve.

Në radhë të parë në këtë letër, kuptohet se autoritetet e administratës turke nuk merrnin asnjë masë profilaktike kundër kësaj sëmundje epidemike, sikurse përgjithësisht nuk mernin as një masë edhe kundër sëmundjeve të tjera infektive.

Problemi i lisë shtrohet në këtë letër si një çështje e ditës, me karakter të përgjithshëm për qytetin dhe fshatrat. Në të vërtetë bahet fjalë për epideminë e lisë të vitit 1843-44 dhe, për koincidencë edhe për epizootinë e gushtit të vitit 1841 në Shkodër.

Lidhur me epideminë dhe mungesën e masave profilaktike, nënkonsumi i drejtohet ipeshkut për të nisë një aksion të përgjithshëm ndër besimtarët, me anën e famullitarëve, në mënyrë që pranvera e ardhëshme mos ti gjente të pa preqitit përfunduar kundër epidemisë. Pasi i ve në dukje ipeshkut rastet e shpeshta të lisë në verën e vitit 1843, Dr. Ballarini çfaq mendimin që të luftohen disa zakone në shtëpitë qytetare dhe sidomos fshatare, të cilat sipas tij, bëhen shkak përfhapjen e lisë.

(1) K. Kerçiku: Zhvillimi i shëndetësisë në Shkodër gjatë shek. XVIII-XX  
Tiranë 1962.

Të tillë zakone, nënëkonsulli mjek, konsideron, në radhë të parë, vizitat e shpeshta të rrëthit në shtëpinë e të sëmurëve dhe pastaj zakin për me vje buzët mbi fytyrën e të vdekunve prej kësaj sëmundje. Vizitat dhe zakoni «me i ra sipër» të vdekunit, konsiderohen nga ky mjek si burimi kryesor për përhapjen e infeksionit. Dhe kjo ashtë arsyeja, thuhet shprehimisht në këtë letër, që lija vjen tue u shtue dhe nuk do të shuhet kurë.

Në të vërtetë, na e dimë se, në ato 4 vjetët (1840-1844) e ma vonë lija ka vazhdue në Shkodër e rrethe. Në regjistrat e kishës gjënden vazhdimisht të vdekun nga lija gjatë kësaj kohe, po ashtu edhe në fshatrat malore e fushore (Kir-1840,42,44, Obot-1843-44 etj.).

Në përgjegjen që gjindet prapa kësaj letre, duket se ipeshku premton se do të bëjë çdo përpjekje për të plotësue déshirat e mjekut Ballarini, tue dhanë dispozita që të luftohen e të zhduken zakonet e këqia e antihipjenike.

Me të drejtë mjeku austriak e shef rrezikun e përhapjes së lisë dhe të sëmundjeve të tjera infektive në këto zakone të këqia, por ashtë e vështirë të besohet se me një shkresë, me një aksion lëçitjcs hënë kishë etj. do të mund të arrihesh zhdukja e këtyre zakoneve kaq të rrënjosuna në jetën e përditëshme familjare të atyne kohëve, ku mbizotnonin zakonet e këqia në kundërshtim me rregullat e higjenës.

Këtu po jepim tekstin e përkthyer të letrës që i drejtohet Luigji Gulielmit, ipeshkut të Shkodrës, në Budue.

Nënëkonsulli perandorak dhe mbretëror i Austrisë në Shkodër të Shqipnisë Nr. 124.

Shumë i ndrituni e i nderuem i Imzot.

Nuk duhet të jenë të panjohun për zotninë t'uaj shumë të ndritun e të nderuem, rastet shumë të shpeshta të sëmundjes së zhvillueme nga variola (lija) e natyrshme që zotnuen në Shkodër në verën e kalueme. Stina e ftotë, që pandehej se do ta kishte shue krejtësisht egërsinë e sëmundjes, e paksoi, asht e vërtetë, pjesërisht frekuencën e goditjeve, por nuk u pa shuemja, së paku momentane e sëmundjes.

Qeveria otomane nuk merr asnjë masë paraprake, nuk i kundërven asnjë rrijet për të heq këtë sëmundje në asnjë pjesë të perandorisë, sepse dihet që masat paraprake të asaj (qeverije) në çështje të shëndetit publik shtrihen, bile brënda disa caqeve, mbi sëmundjen ngjitëse orientale.

Me që kështu janë faktet, dhe nga ana tjetër tue pasë parasysh se privatët nuk marrin pothuaj asnjë masë paraprake nga ana e tyne dhe se, përkundra, bajnë vizita shumë të shpeshta në shtëpitë e të infektuemve, dhe se mbi fytyrën e atij që ka vdek nga shkaku i lijes që ka shpërthy, tue njëk zakonet — pështesin faqet dhe buzët, në mënyrë që miazma ngjitëse s'ban tjetër veçse sërisht hyn në njerëz të tjere të shëndoshë, tue u pështet në faktin se ndoshta në pranverë do të zhvillohet në forma ma të renda sëmundja e thanun, meqënëse sikurse shihet nuk u pa shuemja e saj gjatë dimnit, në bazë të detyrate të mia që të mbikqyr shëndetin publik në keto krahina, e shoh se është rasti ti lutem zotnis suaj të shumë ndritur e të nderuem, që në se e shihni të udhës, të bani me anën e të nderuemëve famulltarë të Shkodrës dhe të vëndeve të tjera, që katolikët të njojin në interesin e tyne, se ata, si për vehte ashtu dhe për personat e tyne ma të dashtun, po e mbajnë të gjallë këtë sëmundje midis tyne tue njëk zakonet e sipërtregjueme. Z.J. shumë e ndritun, e nderuem, në Gushtin e 1841, mirësisht i erdhët në ndihmë kësaj konsultate që të tregohej vëmendja e katolikëve me

rastin e epizotisë që zotnonte atë kohë dhe shpresoj që hirësija e juaj do të dëshironit gjithash tu të bashkpunoni me mua në këtë përiudhë të sëmundjes, që tashma asht ba kaq e shpeshtë në Shkodër nga shkaku i një paragjykimi të verbët, dhe të paksohet kështu në një pjesë të madhe frekuenca e goditjeve.

I lutemi Z.J. shumë të nditun e të nderuem të pranoni nderimet e respektit t'imi ma të thellë.

Shkodër e Shqipnisë 25 Shkurt 1844

I.Z.S. shumë të nditun e të nderuem, shërbëtor shumë i bindun

Dr. Ballarini

## TË DHËNA TË SHKURTËRA I HISTORIKE MBI PREJARDHJEN DHE MUNDËSINË E PËRHAPJES SË SIFILIZIT NË SHQIPËRI DHE NË QARKUN E BERATIT

K. SH. M. SHYQRI BASHA

(Katedra e dermatovenerologjisë — Shef Prof. K. Kérçiku)

Para se të flasim mbi përhapjen e sifilizit në Shqipëri, na duket e domosdoshme t'i hedhim një sy problemit të prejardhjes të kësaj sëmundje në vendet e tjera të Europës nga ku infekzioni luetik mund të jetë importuar në vendin tonë.

Ende nuk është zgjidhur me saktësi çështja e prejardhjes së sifilizit në Europë. Pothuajse në të gjitha traktatet e sifilizit, theksohen patmundësia e zgjidhjes, tanë përf tanë, e këtij problemi. Ekzistojnë dy teori mbi prejardhjen e sifilizit, por si do të shohim, as njëra as tjetra nuk janë krejtësisht bindëse. Këto teori janë: e para, e ashtuquajtura e «europisteve» simbas së cilës sifilizi ka ekzistuar në Europë qysh në kohën parahistorike, dhe e dyta, ajo e «amerikanisteve» simbas së cilës infekzioni luetik u suall në Europë nga Amerika prej marinareve të Kristofor Kolombit ku ky zbuloi kontinentin e pestë.

Mbrojtësit e teorisë «europiste» mbështeten në shkrimet e vjetra që përmenden simptoma të ngjashme me manifestimet e ndryshme luetike dhe në gërmimet arkeologjike që kanë zbuluar leziona gjithashtu të ngjashme me ato sifilitike. Mirëpo pëershkrime të tillë mbetën vetëm dyshime sepse mund t'i atribuohen sëmundjeve të tjera dhe lezonet e gjetura mund të janë shkaktuar prej sëmundjesh të ndryshme dhe në radhë të parë prej traumash.

Mbrojtësit e teorisë «amerikaniste» përkundrazi duke u mbështetur në shkrimet e mjekut barceloncz Roderig Diaz de Isla, pohojnë se sifilizi ishte i pa njobur në botën e vjetër dhe se u duk për herë të parë në Barcelone në 1493, një vit pas zbulimit të Amerikës (1. 2. 3. 4. 5).

Autorët turq si Osman Shevki duke u mbështetur me mejtimin e shumë mjekëve të famshëm të kohës së mesme (Xhindisabur, Xmer Shefaj etj), pohojnë se sifilizi ka qenë i pa njobur në Turqi përpëra shek. XV dhe se hyri nga Europa me anë të marrëdhënjeve tregëtare siç vërtetojnë emrat e ndryshme që ai mori në Turqi (Ablai freng, Pish freng, Zami freng) (6).

Ekzistenza e sifilizit në Dalmaci (Jadassohn) (7) përpëra se kjo sëmundje të njihesh në Turqi, përpushtet me mejtimin e Osman Shevkiut. Edhe dokumentat gjyqësore çifute të zbuluara në Bullgari dhe që vërtetojnë përhapjen e sifilizit në fund të shek XV dhe në fillim të XVI, e mbështesin këtë pikpamje (Kérçiku 1963) (8).

Autorët shqiptarë Sinan Imami (9) dhe K. Kérçiku (10) duke u mbështetur në të dhënët e studimeve të tyre, mendojnë se sifilizi ka ar-

dhur nga Italia me anë të marrëdhënieve të shumta sidomos ushtarake në kohën e përhapjes së epidemisë së madhe sifilitike në Napoli e Pule nën gjurmat e armatës të Karlit VIII.

Mund të përmendim me këtë rast se në Shqipëri sifilizin përgjithësisht e quajnë «frëngjyz». Me rrallë përdoret edhe fjala «molla-franc», që padyshim vjen nga fjala «mal francioso» (sémundja e frengut). Ka të ngjarë që fjala frëngjyz të ketë ardhur prej turqishtes «frëngji» ose prej fjalës tjeter po turqishte «freng ujuz» që do të thotë zgjabe frengu. Në një fletore anonime të shekullit XVIII, që ndodhet në Arkivin Qendror Historik dhe të gjetur në Elbasan, e cila përmban shënime të ndryshme, përmendet fjala «freng ujuz». Por ciladoqoftë etimologjia e fjalës «frëngjyz», në të dy rastet mbetet rrenja «frengje» që të le të nënkuftosh për origjinën e sémundjes, në mos drejt për së drejti nga francezët e Karlit VIII, të paktën nga shtetet perëndimore.

Në të vërtetë armata e Karlit VIII ishte një farë vatre për të përhapur sifilizin sepse në mes të 32,000 ushtarëve, kishte shumë spanjollë të cilët dy vjet më parë mund të kishin fituar sifilizin prej marinareve ose hindianëve të Kristofor Kolombit (11). Veç kësaj ajo kishte mbas vëthes një grumbull grash me zakone shumë të çthurura. (12) Marin Sanudo thotë se pati numuruar në ushtrinë e Karlit VIII 800 gra, nga të cilat 500 ishin të një rangu shumë të ulët. (13) Këtu duhet vënë në dukje se me të vërtetë këto gra të çthurura moralisht qenë, në fund të shekullit XV, shkaku kryesor i përhapjes së infeksionit sifilitik porse ky u përhap në qdo shtresë të shoqërisë së atëherëshme sepse kjo vetë ishte e çthurur dhe e koruptuar.

Përhapja e vrullëshme e epidemisë në fjalë, dëshmohet dhe prej shqetësimeve të autoriteteve shtetërore të kohës sikurse tregojnë ediktet e shumta si dekreti i Worms-it në gusht 1495, Arrêt du Parlement, Paris 6 mars 1497, ediki i Lyonit në 12 gusht 1497 dhe ai i Edinburgut i dekretyuar prej mbretit James IV, në Skoat më 22 shtator 1497, qëllimi i të cilëve ishte të izoloni të infektuarit.

Në këtë kohë pra kur sifilizi merr dhenë, nuk ka sesi të mos jetë përhapur edhe në vendin tonë.

Sigurisht nuk kemi të dhëna të dokumentuara për përhapjen e sifilitit në Shqipëri ashtu siç kemi për murtajën — por mund të mendojmë se edhe sifilizi mund të jetë përhapur në të njëjtën mënyrë, si një sémundje infektive, sidomos në fillim kur infekzioni duke gjetur teren të pa prekur, mund të përhapej në formë të rëndë dhe në mënyrë epidemike. Në rastin hipotetik të ekzistencës së sifilitit para zbulimit të Amerikës, rrugët e depertimit të tij në Shqipëri duhet të kenë qenë kryesisht qytetet e Adriatikut me të cilët qytetet tona bregdetare kishin kontakte të shpeshta. Fakti që epidemitë e murtajës kur kanë prekur qytetet e Adriatikut janë çafaqur edhe në Durrës, Vlorë Ulqin (15) eshtë në favor të kësaj hipoteze, megjithë sifilizi nuk është një sémundje shtogtare. Veç kësaj, në qytetet tona bregdetare ekziston, si në antikitet ashtu edhe në mesjetë, kushte të favorshme për përhapjen e sifilitit me anë të vatrave të brendëshme. Ata qenë qytete të lulëzuara, me një popullsi relativisht të konsiderueshme. Durrësi në shekujt e parë të erës sonë supozohet që arriti 40.000 banorë, në shekullin XVI llogaritet so kishte rreth 25 000 me një jetë plot défrime që tërhiqte për argëtim dhe zbatimje mjaft të pasur (16). Të paktën për në Durrës ne e kemi të dokumentuar ekzistencën e shtëpive publike. Në Vlorë në fund të shekullit XV u vendos një koloni e fortë qifutësh të larguar nga Spanja ku, siç u tha, tanë pas zbulimit të Amerikës.

kës, ishte e provuar në një mënyrë të pa diskutueshme ekzistencia e sifilit. Ardhja e armatës frënge me Karlin e VIII në Itali më 1494, epidemia e sifilitit që u përhap prej saj në gadishullin Apenin dhe kontaktet e shqiptarëve me këtë armatë që kishte për qëllim të zbarkonte në bregdetin shqiptar për të vazhduar që këtej marshimin e vetë kundër turqëve, kanë mundësi të jenë bërë përgues të sifilitit në Shqipëri. Një farë vërtetimi në këtë drejtë mund të jetë njoftimi i Marcus Antonius Coccius që pohon se sifilizi u përhap me shpejtësi në Ballkan sidomos në bregdetin e Dalmacisë dhe Maqedonisë<sup>(17)</sup> (e pra edhe të Shqipërisë) në fund të shek. XV.

Nga studimet e përmendura të S. Imamit dhe K. Kërcikut del se dy skelat më të rëndësishme të vendit tonë Vlora dhe Durrësi, së bashku me Kavajën afér bregdetit, që ishin në kontakte më të shpeshta me gadishullin italian, kanë qenë deri pak kohë përpara, me indeks leutik shumë të lartë. Por sikurse thamë, dokumenta që të ilustrojnë lashtësinë e sifilitit në Shqipëri dhe rrugët e depërtimit të kësaj sëmundje, mungojnë plotësisht dhe këto pohime mbeten hipoteza për t'u provuar.

Përsa i përket sifilitit në qarkun e Beratit, për pjesën më të madhe të shekullit XIX, ne nuk kemi akoma të dhëna të sigurta. Jo vetëm Mahn-i<sup>(18)</sup> që ishte më tepër një studiues i shkencave shoqërore, por as udhëtarët mjekë që e kanë vizituara para atij Shqipërinë dhe Beratin, nuk na jepin shënimë për ekzistencën e sifilitit në këtë vend. Për më tepër Ami Boué, i cili e vizitoi perandorinë otomane edhe Shqipërinë 10 vjet përpara Hahn-it, duke folur për jetën shoqërore të popullit, pohon se shqiptarët në përgjithësi janë të fortë fizikisht, të përbajtur në marëdhëni me gratë (e kundërtat ndodh në pasanikët). Gjithashtu ay pohon se Shqiptarët nuk kanë zakon të rrijnë beqarë dhe duke mos patur gra publike veçse në skelat e mëdha, nuk shihen «ato fytyra të shëmtuara, të deformuara prej sëmundjesh të turpëshme (freng-leti, malla franca) domethanë ilet frengu-frengjyz, sëmundje frengu-sifilitz»<sup>(19)</sup>.

Përderisa sifilizi ishte shumë i përhapur në Europë dhe në perandorinë Otomane (në shekullin XIX), është shumë e vështirë të besohet se qyteti i Beratit t'i ketë shpëtuar kësaj sëmundje por ky pohim nuk mund të merret i sigurt mbasi nuk është frut vëzhgimesh shkencore.

Megjithë rënien që pësoi Berati në fund të shekullit XVIII, ai vazhdoi të ishte një nga qytetet më të lulëzuara të vendit. Marrëdhëni e tij me vise të ndryshme të Shqipërisë, të Turqisë dhe të Europës ishin shtuar edhe më tepër. Në librin e vetë kushtuar historisë kishtare dhe botuar më 1868, metropoliti i kësaj peshkopate, Anthim Aleksudhi, i cili ka jetuar për një kohë të gjatë në këtë qytet, shkruan se si Berati bëhet një nga qëndrat tregëtare më me rëndësi të Ballkanit në shekullin XIX dhe që ka lidhje me lindjen dhe Perëndimin<sup>(20)</sup>. Por në importimin dhe përhapjen e sifilitit në rrëthin e Beratit në këtë periudhë, përvës marëdhënieve tregëtare të shumta, kanë ndikuar edhe emigracioni periodik i një pjesë të mirë të banorëve të saj jashtë Shqipërisë si dhe në Stamboll, bile dhe jashtë perandorisë Otomane si në Rumania, Egjipt e gjetkë. Gjatë luftës së Krimesë (1853-1856) ne shohim edhe disa qytetarë beratas si vullnetarë në ushtrinë ruse. Krahas kësaj, ne duhet të vëmë në dukje edhe emigracionin stinor të brendëshëm që kryenin blegtoret vlehang, që nga Myzeqeja gjatë verës, deri në Skrapar e anasjelltas gjatë dimrit, si dho arixhijtë nomadë të cilët shtegëtonin nga Myzeqeja në viset e ndryshme të Maqedonisë. Fenomeni i emigracionit periodik, sidomos i familjeve blegtore vlehang që ka vazhduar deri në vitet e fundit të para çlirimt, ka mundësi të ketë qenë shkak transportimi dhe përhapje

të sifilitit në rrithin e Beratit. Këtë e konfirmon fakti i ekzistencës së sifilitit në shumë familje me origjinë vllëshe që kemi pasë në kurë në rrithin e Beratit e sidomos në Myzeqe.

Rrugë tjetër e transportimit të sifilitit në këtë qark ka qënë shërbimi i detyrueshëm ushtarak që u vendos nga Perandoria Otomane me reformën centralizuese të tanzimatit e cila u zbatua në Shqipëri në vitet 40 të shekullit XIX. Ky shërbim ushtarak në Azi dhe Afrikë zgjaste 7-10 vjet. Në mërgim pjesa më e madhe e ushtarëve vdiste dhe vetëm një përqindje e vogël e tyre këthehejsh në atdhe por edhe kjo, në shumicë e sëmurë.

Të dhëna statistikore për të ilustruar këtë parashtesë sikurse përcështje të tjera, nuk kemi. Por ne do të vëmë këtu në dukje se i pari autor që me sa dimë, flet përsifilitin jo vetëm në Berat, por edhe në Shqipëri, eshtë E. Vlora i cili në veprën e tij botuar më 1911, ia atribuon importimin e kësaj sëmundje në Shqipëri shërbimit ushtarak. Të dhënat e këtij autori mbi përhapjen e sifilitit në Qarkun e Beratit janë të fryra sepse nuk i afrohen indeksit të morbozitetit të sifilitit të konstatuar në depistimet masive mbas çlirimt.

Duke folur mbi përhapjen e sifilitit në qarkun e Beratit, ai pretendon se në Sulovë vetëm 3% të fshatarëve janë të pa prekur prej kësaj sëmundje e cila eshtë importuar simbas tij, para 30 vjetësh në Shqipëri me anën e shërbimit ushtarak të detyrueshëm. Ai sigurisht bën aluzion këtu për ngjarjet e lidhjes së Prizrenit (1878-1881) e cila, me luftën që zhvilloi kundra Stambollit, i tronditi themelët e sundimit turk në Shqipëri.

Në moskokçarjen e qeverisë turke për luftimin e sifilitit në Shqipëri, autori shikonte me të drejtë një mjet përsifilit të çfarosur shqiptarët të cilët me aspiratat e tyre përliri, ishin bëre të rrezikshëm për Turqinë. Në lidhje me këtë pikë, autori pohon se krahina të mëdha të Shqipërisë janë të infektuara nga sifili i cili se askush nuk kujdeset përkëtë.

\* \* \*

Të dhëna dokumentare që të provojnë ekzistencën e sifilitit në Shqipëri në antikitet nuk kemi. As përkohën e mesme nuk kemi gjetur dokumenta që të provojnë ekzistencën dhe përhapjen e sifilitit në vendin tonë.

Mund të mendohet se sëmundja në fjalë u përhap mbas epidemisë së madhe të Napolit, në saje të marëdhënieve të shpeshta politiko-ushtarak me Italinë dhe të gjondjes higjenike-sanitare të ulët të vendit tonë. Mund të kenë rëndësi në këtë drejtim dokumentat cifute që flasin përpërhapjen e sifilitit në Bullgari e në Selanik në fillim të shekullit XVI dhe ai i Sabelius Antonius Coccius që flet përpërhapjen e sifilitit në Ballkan në fund të shekullit XV.

Përsa i përket përhapjes së sifilitit në qarkun e Beratit në mënyrë të veçantë, nuk kemi të dhëna dokumentare përpëra mesit të shekullit XIX. Supozimi i të huajve (Jadahsohn) se sifili i u përhap në Shqipëri në fillim të shekullit XI nga ushtitë turke, që nga Shqipëria e jugut mësyen Greqinë me 1820-1825, nuk mund të ketë rëndësi për Beratin sepse ata kishin përqëllim rrëzimin e Ali Pashë Tepelenës dhc prandaj, u drejtuan menjëherë në Janinë pa u ndalur aspak në Qarkun e Beratit.

Të dhënat e E. Vlorës përcakun e fundit të shekullit XIX, me gjithëse të ekzagjeruara pse nuk përputhen me realitetin, janë të parat që vërtetojnë se sifili ka ekzistuar në atë kohë në Berat dhe Shqipëri.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARIUTINOV, V.Ja.: «Kozhnje i veneričeskie bolezni». Moskva, 1936 f. 269.
2. CECIL, R.L.: «Textbook of Medicine», London — New-York 1934, f. 136.
3. JEANSELME G.: «Traite de la syphilis», Paris 1931, Tomi I.
4. ASTVACATUROV, K.R.: «Sifiliz, jevo diagnostika i lečenie», Moskva 1936, f. 5-6.
5. KARTAMISHEV, A.I.: «Kozhnje i veneričeskie bolezni», Moskva 1935.
6. OSMAN SHEVKI: «Beshbuçuk aserlek Tarihi türk tebabeti», İstanbul, 1925, f. 67-89.
7. JADASSOHN, J.: «Haut und Geschlechtskrankheiten», Berlin, 1936.
8. KERÇIKU K.: «Si u përhap dhe u luftue sifilizi në Republikën pop. të Shqipërisë», Tiranë, 1963, shënd. pop. Nr. 4 f. 20-28.
9. IMAMI S.: «Hyrja e sifilitit në Shqipëri», Bul. Shk. shq. 1952, Nr. 2.
10. KERÇIKU K.: «Përhapja e luftimi i sifilitit në qytetin e qarkun e Durrësit» Bul. Shk. shq., Tiranë, 1957, Nr. 1, f. 62-98.
11. GREGOROVIUS, T.: «Geschichte der Stadt Rom im Mittelalter», Stuttgart, 1870, vol. II, f. 267.
12. BENEDICTUS, A.: «De Rebus e Carolo VIII Galliac Bege in Italia gestis libri duo in J.G. Eccard «Corpus Histor. Med. aevi, Lipsia, 1793.
13. SANUDO, M.: Cituar nga Karl Ruhl: La sifilide, Torino, 1911.
14. HARRISON, L.W.: «Origin of Syphilis», Brit. Jour. Ven. Dis., London, 1959, vol. XXXV, Nr. 1, f. 1-7.
15. Acta et Diplomata res Albaniae eatatis illustrantia Dr. L. Thalloczy, Dr. Jirecek et Dr. E. Sufflay — Vindobonae, A. Holzhauzen, 1913-1916, vol. f. 38.
16. SUFFLAY M., Stadte und Burgen Albaniens hauptsächlich während des Mittelalters, Wien, 1924, 75, A. Alb., II 425.
17. SABELLICUS, M.A.C. cituar nga Jean selme, G.
18. HAHN, J.G.: Albanesische Studien, Jena, 1854, f. 3-6.
19. BOUE, A.: «La Turquie d'Europe», Paris, 1840.
20. — ALEKSUDIS, A.DH.: Symtomas istorige perigraphjet ieras metropolon Belogradon tai tes ypo ten pneumatikon aytcsdiskiolosian ypogomaneas horas, Korfuz, 1868.
21. VLORA, E.: «Aus Berat und vom Tomor», Sarajevë 1911.

(Summary)

### SOME HISTORICAL DATA ON THE ORIGIN AND SPREAD OF SYPHILIS IN ALBANIA

After a brief review of the much discussed problem of the origin of syphilis in Europe, the author analyses some documents dating from the period of the Turkish domination of Albania with the purpose of discovering some data concerning the origin of the disease in this country. From this analysis he concludes that there is not sufficient proof that the disease existed in Albania before the mentioned period.

The origin of syphilis in Albania, especially in the district of Berat, is discussed by E. Vlora in his work published in Sarajevo in 1911, where he shows that the infection was brought to Albania by soldiers returning from military service abroad. Although the facts given by Vlora are exaggerated and not very accurate, they are of some importance, since they prove that at least at that time syphilis existed in Berat and Albania.

# KRITIKË E BIBLIOGRAFI

## BEÇENSION

I LIBRIT «KANDIDOMIKOZIT KAK OSLLAZHENJENIE ANTI-BIOTIKOTERAPII» NGA A.M. ARIVIÇ DHE Z.G. STEPANISHÇEVA. IZDATELSTVO «MEDICINA» 1965

Në hyrje të librit përmendet se antibiotikët kanë luajtur një rol shumë të madh në uljen e sëmundjeve infektive. Kanë zbutur mjaft kuadrin klinik të tyre dhe kanë shkurtuar shumë periudhën e shërimit të tyre. Por krahas këtyre cilësive të mira janë vënë re dhe anët negative të antibiotikëve, si çfaqia e toksicitetit, çfaqia e sensibilizimit të organizmit, çfaqia e tipeve rezistente të mikrobeve patogenë. Sot paraqisin interes të veçantë në mjeksinë praktike dhe shkencore komplikacionet kandidoze të terapisë me antibiotikë, të cilat lindin si çfaqie të disbakteriozës ose të superinfeksionit mykotik.

Autorët skjarojnë gjëndjen e sogme të kandidomikozave dhe jepin eksperiencën e tyre shumëvjeçare kërkimore dhe të punës së tyre praktike në këtë fushë.

Libri përbëhet nga dy pjesë: në pjesën e parë flitet për kandidomikoza që takohen ma shpesh (jo në lidhje me përdorimin e antibiotikëve), për shkaktarët e tyre, për epidemiologjinë dhe padogenezinë e tyre. Në pjesën e dytë flitet për kandidomikoza si komplikacion i terapisë me antibiotikë, për kuadrin klinik të tyre dhe diagnostikimin.

Në kapitullin e I-të, autorët flasin për historinë e studimit të kandidomikozave. Sëmundja më e vjetër, që njihet është Soor-i i mukozës së gojës që takohet në praktikën e çdo specialisti. Akademia e shkencave Franzeze qysh më 1786 hapi një konkurs për studimin e soor-it që ishte përhapur mjaft atëhere në fëmijët. Përmenden shkencëtarët e njohur Amavadik Maksimoviç (1784) Auvity (1787) Lelut (1827) Valleix (1838) e tjerë. Oesterlen (1831) dhe Langenbeck (1839) kanë gjetur elementat e mykyt në copat e mukozës së gojës. Por më drejtë e përcaktoi Berg (1841) dhe vetëm Robin (1843) i dha emrin Oidium albicans. Elementet mykoze u gjendën edhe në mushkëri nga Holler (1895), Castellan (1905), Carter (1940) e tjerë.

Në fund të shekullit XIX dhe në fillim të shekullit XX u bënë të njohura të gjitha format klinike të shkakëtuara nga mykrat kandidoze. U studjuat biologjia e tyre, cilësitë biokimike dhe imunobiologjike. Me përdorimin e antibiotikëve janë shtuar rastet e kandidomikozave. Autorët amerikanë Rovina (1955) Elloi (1955) komunikojnë se mortaliteti nga mikozat në SH.B.A. është ritur 10 herë në periudhën 1935-1955.

Mohimi ose injorimi i këtij fakti mund të tregojë vetëm atë që këto komplikacione nuk indentifikohen si të tilla kur ato e çojnë edhe në vdekje të sëmurin.

Sot janë zbuluar antibiotikë që jepin rezultate të mira në mjekimin e këtyre sëmundjeve siç janë: Nistatina, Trikomicina, Levurina, amfotericina etjera.

Në kapitullin e dytë flitet për klinikën dhe diagnostikimin e kandidomikozave. Kandidomikozat kanë cilësi të damtojnë të gjitha mukozat, lëkurën dhe thonjtë, organet e brendëshme dhe sistemet, sepse ato përhapen edhe në mënyrë hepatogene. (*Candida sepsis*). Prej këndë del e nevojshme njohja e klinikës së tyre nga mjekët e të gjithë specialitetave.

Klasifikimi klinik i kandidomikozave.

1. Kandidomikozat e mukozave.
2.       »           e lëkurës dhe e anekseve të saja.
3.       »           viscerale dhe të sistemeve.

Klasifikimi klinik i kandidomikozave.

Çfaqien e soorit tek të sëmurët e rëndë mjekët e vjetër e kanë quajtur *Signum mali eminis*. Sot soor-i i mukozës së gojës takohet ma shpesh nga përdorimi i antibiotikëve. Paraqiten në formë stomatitesh, glositesh, «*lingua scrotalis*» ose gjuha e tetraciklinës «*lingua pilosa nigra*» etj. Forma e fundit ka filluar të takohet ma shpesh në përdorimin e antibiotikëve nga goja. (W. Tomaszewski 1953, L. Meltezer et al. 1954). Por ka autorë të tjera si dhe Arieviç që e mohojnë natyrën kandidoze të *Lingua pilosa nigra*.

Më tej autorët përshkruajnë klinikën e kandidomikozave të farinksit, laringsit, trakes, vulvovaginitet e tjera.

Një vend të rëndësishëm autorët i japid përshkrimit të kandidomikozave intertriginoze. I japid rëndësi diagnozës diferenciale me erithrodermine Leiner, dhe dermatitin eksfoliativ Ritter. Format intertriginoze dhe démtimi i thonjëve shpesh paraqiten si sëmundje profesionale të njerzëve që punojnë me brumra, ëmbëlsira etj. *Ragades mammillaris* shpesh paraqitet si kandidomikoze. (Kisin 1963). Më tej përshkruhet klinika e kandidomikozave viserale dhe të sistemeve. Format granulomatoze të generalizuara që takohen në fëmijët kohët e fundit janë shtuar si rezultat i përdorimit të antibiotikëve. Këto raportojnë edhe Craps, Rothman, Degos, Staft, Casala, Arieviç, Moroz. (1950-1962) Kandidomikoza e mushkërive është një nga format që takohet ma shpesh si komplikacion i antibiotikoterapis. Në konsultimet që kanë pasë vetë autorët, kanë diagnostikuar 200 raste të tilla. Demostrojnë katër rastet e tyre ma tipike duke dhënë edhe nji serë radiografish. Klinika e këtyre sëmundjeve nuk ndryshon nga bronkiti, pneumonija dhe bronkopneumonija e zakonshme. Ato mund të komplikohen edhe me pleurit, me destruktione kavernoze e tjera. Disa herë kandidomikoza e mushkërive mund të kalojë edhe si asthma bronkiale, prandaj autorët japid mendimin se *Candida* mund të jetë nji faktor etiologjik në asthme. Më tej autorët përqendrojnë vemannjen në kandidomikozat e traktit gastrointensinal duke përshkruar format klinike të tyre që nga ezofagu, stomaku, zorët, kolecisti etjera. Kuadri kliniki i tyre zor të dallohet pa analiza nga format e tjera të sëmundjeve të shkakëtuara nga mikrobet e tjero. Në kandidomikozat e rrugëve urinare flitet për uretritet, cistitet, pielocistitet dhe nefritet që kanë të njëjtën klinikë me ato sëmundje me etiologji jo mykotike. *Candida sepsis* pak dallohet nga sepsisi bakterial. Diagnosa vihet vetëm mbas mbjelljes së gjakut në teren Saburo ku rriten. *C. albicans*. Takohen edhe endokardite, meningite dhe meningoencefalite candidoze. *C. albicans* ka cilësinë të ndryshojë reaktivitetin e organizmit dhe kondicionon zhvilimin e reaksionave sekondare alergjike që quhen kandidomikide ose levuride që nga ana morfologjike na kujtojnë ekzemën, eritemën eksudative polimorfë e tjera.

Përmenden edhe disa mykoza të tjera që mund të vinë si rezultat i

komplikacioneve dhe antibiotikët sic janë geotribozat, penicilozat mu-korozat, aspergilozat, por që këto takohen më rrallë.

Jepen karakteristika specifike të kandidomikozave në pediatri, kirurgji fitiatri, urologji, ginekologji-obstetrike, dermato-venerologji, otorino-laringologji, oftalmologji dhe odontologji.

Në kapitullin e III-të flitet për patogenezën e kandidomikozave. Për minden faktorët që ndikojnë në lindjen e tyre dhe janë: 1) *Mosha e njëriut*. Fémijët edhe pleqjt preken ma tepër nga kjo sëmundje. 2) *Seksi*. Femrat preken ma tepër. 3) *Çregullimet e metabolizmit* të lëndëve si diabeti adipoziteti, podagra ndihmojnë në lindjen e kandidomikozave. 4) Çrrëgullimet e funksionit të iraktit gastro intestinal (mos thithja e vitaminave) 5) Sensibilisimi i organizmit nga *C. albicans*. 6) *Çregullime të funksionit të s.n.v. sidomos e djersitjes*. 7. Ndihamojnë *kushtet* e terenit si temperatura dhe lagështija. 8) Sot në lindjen e këtyre sëmundjeve rëndësi i jepet edhe *përdorimit të antibiotikëve*. Për këtë qështje autorët shpjegojnë se këtu luan një rol të madh disbakterioza. Njihet se mikrobet intestinalë marin pjesë në biosintezën e vitaminave B1, B2, B6, B12, Ac. nikotinik, Ac. Fclik, Ac. pantotenik, vitamines K, lactoflavines etjera. Pra disbakterioza sjell si pasojë uljen e vitaminave në organizëm e një-kohësisht edhe rritjen e mykrave që nuk janë sensibël karshi antibiotikëve. Ka mendime që antibiotikët veprojnë edhe direkt duke stimuluar rritjen e mykrave. Antibiotikët ulin forcat e imunobiologjike të organizmit. Sasia e uljes së antikorpeve asht indirekt proporcionale me sasinë e marrjes së antibiotikëve.

Në kapitullin e IV-të autorët flasin për diagnozën laboratorike dhe disa qështje të morfolojisë dhe sistematikës së mykrave kandidoze. Rëndësi i jepet indentifikimit kultural dhe serologjik. Nga tipet ma patogen përmenden *C. albicans*, *c. stellatoïdes*, *C. Kruzei*, *C. parakruzei*, *C. tropikal*, *C. pseudotropikal*, *C. parapsilosis*, *C. Guilliermondi* etjerë. Në përcaktimin e tipit përdoren edhe metoda e enzimogramës dhe auksionogramës. Në diagnostikimin serologjik përdoren reaksionet e lidhjes së komplementit, aglutinimit, precipitimit o tjera. Përdoren provat alergjike kutane. Nji vend të veçantë autorët i kushtojnë diagnostikimit citomorfologjik. Rekomandojnë ngjyrosjen histokimike sipas metodës Mac-Manus (1946) dhe Hotchkins (1948) që quhet edhe reaksiuni PAS ku përdoret acidi periodik dhe reaktivti Schiff.

Në kapitullin e V-të flitet për epidemiologjinë e kandidomikozave. Konstatohen shumë raste të soor-jt në shtëpilë e lindjes në fëmitë e porsalindur. Konstatohen se këto sëmundje jepen nga nënët tek fémijët, dhe e kundërtë. Shumë autorë sjellin raste të infeksionit kandidoz me rrugë seksuale. Njihen shpërthimet endemike të angulus infectiosus në familje dhe kolektiva fémijesh. Njihen infeksione profesionale në punishtet e ëmbëlsirave, zarzavateve, frutave e tjera. Infeksioni kandidoz lind në kushlet e caktuara të ambientit të jashtëm e të gjendjes makroorganizmit. Më shpesh bahet fjalë për zhvillimin e sëmundjes me rrugë endogjene.

Në kapitullin e VI-të flitet për mjekimin e kandidomikozave. Një nga mjetet e zakonshme është solucion kalix-jodati 2-4-6-8-10-12% sol. ujor 3 herë nga 1 lugë gjelle. Sol. gencian violet 0,5% solucion ujor, 5 mgr për 1 kg peshë i.v. Mjete specifike përdoren dhe antibiotike antimikotike. Përdoret nistatina në formë tablete nga 250.000 deri në 500.000 U.I. Të rriturve mund tu jepet deri në 10.000.000 unitet në ditë. Levurina (antibiotik 26/I) përdoret me sukses 0,6 mgr për 1 kg. peshë (ose 0,03 x 2 çdo ditë). Kursi zgjat dy javë. Trikomicina përdoret 150.000 deri në 300.000

unitet në ditë. Amfotericina B. (fungizon) përdoret në raste të rënda. Me që është shumë toksik përdoret me pikë i.v.; për 5-6 orë 1 mg pér 1 kg. peshë. Në mjekimin e përgjithëshëm jepen kryesisht vitamina të kompleksit B. Dieta duhet të jetë kryesisht me proteina (mish i zier, kos, gjizë etj.), kufizohen karbohidratet. Në mjekimin e formave të lëkurës dhe të mukozave përdoren soluc. 1% e bojrave të anilinës, Solucion Luggoli, 10% boracis me glicerinë, 5-10% argenti nitrici, 10-20% sol. ujor Liq. Ferri sesquichlorati -1-2%, sol. tanini. Përdoren vitaminat. Në lingua pilosa nigra përdoret edhe në mënyrë lokale pudër pankreatine pér 15 minuta. Në format e lëkurës përdoren dhe sol. Castellani, nistatine në formë pomade 100.000 U.I. pér 1 gram pomadë. Simbas gjendjes të sëmurit përdoret edhe transfuzion gjaku edhe mijete desensibilizuese, rekomandohet përdorimi i *lactobacillus acidophilus* që pengon rritjen e *C. albicans* në zorrë.

**NË KAPITULLIN E VII-të flitet pér profilaksinë e kandidomikozave.** Autorët ngrejnë me të madhe se mjekët duhet të njoftin mirë këto cilësi të antibiotikëve me çfaqien e disbakteriozës e të superinfeksionit mikotik gjatë antibiotikoterapisë. Rekomandojnë që antibiotikët të mos përdoren në forma të lehta të sëmundjeve. Sipas O. Gsell (1954) në SH.B.A. kanë axjerrë se nga të gjithë njerzit që kanë marrë antibiotikë vetëm 10% të tyre kanë pasur nevajë të domosdoshme. Rekomandojnë të kihen parasysh këto faktorë:

1) Mosha e të sëmurit. 2) Gjendja e përgjithëshme e të sëmurit. 3) të njihet mirë «anamneza e barnavet të përdoruna». 4) Të njihet prezencia e ndonjë çrregullimi të metabolizmit. 5) Të njihet mirë sinergjizmi dhe antagonizmi i antibiotikëve. 6) Duhet që antibiotikët të shqërohen kryesisht me vitaminat e kompleksit B. 7) Përdorimi i antibiotikëve të mos zgjasë ma tepër se 8-10 ditë dhe të ndërpriten në qoftëse s'japin efekt. Mjekimi të bëhet me cikla dhe me ndërprerje duke i ndëruar antibiotikët. 8) Kur nuk ka efekt të mos përdoren antibiotikë të tjerë pa bërë antibiogramën duke kërkuar dhe çfaqien e mundëshme të ndonjë komplikacioni mikotik kandidoz.

Monografija përbëhet nga 298 faqe. Autorët kanë konsultuar një literaturë të gjerë si nga lindja ashtu dhe nga perëndimi prej 474 burimesh të ndryshme.

Dr. Mantho Nakuçi

## REÇENSION I LIBRIT «DISEASES OF THE SKIN»

(Sémundjet e Lëkurës)

G.C. ANDREWS dhe A.N. DOMONKOS. W.B. SAUNDERS COMPANY 1963.

Libri i përbërë prej 688 faqesh (përveç indeksit), është i ndarë në 38 kapituj që përmbledhin, përveç njohurive të përgjithëshme (në dy kapitujt e parë), përshkrimin e dermatozave të ndryshme të ndarë simbas shkaqeve të tyre (në 33 kapitujt e mesëm) dhe përshkrimin e metodave fizike (në tre kapitujt e fundit).

Përshkrimi është i qartë, përmbledhës, i shkurtër dhe kudo përmendet përparimi që është bërë në Dermatologji. Dhe kjo duket qysh në kapitullin e parë ku përshkruhet anatomia e lëkurës. Aty jepen të dhënët e fundit të elektromikroskopisë, simbas të cilave struktura e elementeve qelizor është lidhur ngushtë me funksionin dhe biokiminë e tyre. Po ashtu pasqyrohet e reja edhe në kapitullin e sémundjeve virusale dhe të atyre nga Ricketsia ku flitet pér acidet dezoxiribonukleik dhe ribonukleik të cilët janë jo vetëm përbërës bazë të qelizave dhe transmetues të karaktereve trashëgues, por édhe të aftë të transformohen ato vetë në viruse.

Në këtë libër përshkruhen edhe njohuritë e reja të Genetikës. Të dhëna të kësaj natyre përmblidhen në kapitullin e Genodermatozave ku në dritën e njohurive të Genetikës në këta vjetët e fundit, përshkruhen sémundjet si incontinentia pigmenti, adenoma sebaceum, epidermolysis bullosa, Hailey-Hailey, cutis hyperplastica, ichtyosis etj.

Rëndësi e veçantë i është dhënë sémundjeve të indit lëdhës, të alergjisë, sémundjeve profesionale (contact-dermatitis) dhe kërpudhave të përfushta dhe të thella që përshkruhen gjërë e gjatë në 45 faqe të plota dhe që përbëjnë në veftë-veftë një monografi.

Siq thotë autorë vetë në parathënie, libri është shkruar pér studentët që kanë njohuri të sémundjeve të lekurës, por në të mundi të gjejnë të dhëna diagnostike e terapeutike edhe dermatologët e formuar pér të cilët ky libër përbën një rjet konsultimi të vlefshëm.

Gjë interesante pér studiozin, që do të thellohet në probleme të veçanta të dermatologjisë, është bibliografia e pasur bri çdo kapitulli. Kjo pa dyshim ka rëndësi të madhe pér studimin e aspekteve të ndryshme të Dermatologjisë, por do të kishte qënë më e vlefshëm (simbas mendimit tonë), sikur të përmblidhët édhe punimet e autorëve të ndryshëm të botës dhe jo vetëm ato të gjuhës angleze. Kështu do të zhdukesh kjo e metë e këtij libri që, megjithatë, mbetet një burim i çmuashëm studimi e konsultimi.

K.SH.M. SHYQRI BASHA

# PËRMBLEDHJE NGA LETERATURA E HUAJ

## **TOKSOPLAZMOZA**

Toksoplazmoza është sëmundje me origjinë protozoare dhe përfshihet në grupin e zoonozave (4); simbas të tjerëve është antropozoonocë (20) dhe karakterizohet klinikisht nga një polimorfizëm i theksuar (4).

Toksoplazmoza gondii është izoluar për herë të parë nga kafshët prej C. Nicolle dhe T. Manceaux (4,6,11); në mjaft gondii (*Ctenodactylus gondii*) në Tunis prej A. Splendore dhe në Iepuj në Brazil (4,5). Më vonë shkaktari i sëmundjes është izoluar nga kafshët e cgëra dhe shtëpiakë (4, 5).

Përshkrimi i parë i hollësishëm i përket shkencëtarit çek Janku në vitin 1923 tek një fëmijë me toksoplazmozë kongjenitale (hydrocefali mikroftalmë, korioretinit) (4,6). 5 vjet më vonë, Levad vërtetoi se shkaktari i sëmundjes, përshkruar prej Jankut, është toksoplazmoza gondii(6) Kërkimet parazitologjike nga A. Sabin 1937, A. Wolf, D. Cowen 1937 (4), D. Cowen A. Welf, D. Paige 1939, izoluan shkakëtarin (4,5,6) në fëmijë të porsa lindur me fenomene të meningo-encefalilit (5,6). Më 1930 D.N. Zasuhin dhe N.A. Gaiski izoluan toksoplazmozën në brejtësit e Kazakistanit, të lloit *cystellus* (4). Më 1945 po këta autorë përshkruan formën pulmonare të toksoplazmozës (5,6). Më 1955, 1956, 1957, me inisiativën e akademikut E.M. Pavlovski dhe prof. Zasuhin, fillon studimi sistematik i tokso-plazmozës në B.S. (10,17).

Toksoplazmoza është e përhapur në të gjithë botën, ku më shumë e ku më pak. (4,6). O. Jirovec dhe J. Jira vunë në dukje se në popullatën e shëndoshë Ceke rezultatet e reaksioneve serologjike dolën pozitiv në 2-21%. Në mëmat që kanë lindur fëmijë me morbus Daun, këto reaksione ishin pozitiv në 80%; në gratë me patologji obstetrikale (si lindje spontane, lindje fëmijësh të vdekur) në 60%, në të sëmurët me sëmundje psiqike 40-50%, në sëmundje të ndryshme të syrit 50-60%. Në Poloni, sipas Kozar, nga 3000 të ekzaminuar, reaksionet serologjike pozitive dualën 25-39%; simbas Hetqvit, reaksiioni kutan alergjik doli pozitiv në 10% të popullatës së Suedisë veriore dhe 40% në popullatën e Suedisë qëndrore. Simbas Zeipel dhe Linder në Geteborge, reaksiioni Sabin-Feldman doli pozitiv në 37% të dhuruesave; në gratë shtatzana — 49% (4).

Talhammer në Austri nga ekzaminimi i 1006 personave të shëndoshë vuri re se reaksiioni intrakutan doli pozitiv në 10,6-73,6%. Në SHBA (H. Feldman, L. Miller) aplikuan reaksiionin me ngjyrosje në 1747 serumë të njerëzve, të marra nga krahina të ndryshme të Amerikës, Hondurasit, Haitit dhe Taitit. Përqindja e pozitivitetit rrритet gradualisht nga veriu në jugë prej 11% në Islandë dhe 68% në Tait. (4)

Simbas Westphal në Hamburg janë të infektuar nga toksoplazmoza 2% e popullatës së shëndoshë (1,6), autorë të tjerë paracesin shifra

10-20%; në SHBA 2-10%; të dnënat e shkencëtarëve suzedezë 40-50%; Sabin paraqet përqindjen e pozitivitetit të reaksioneve serologjike në disa qytete të SHBA në popullatën e shëndoshë 10-60% (6). Prova Sabin-Feldman del pozitiv në popullatën e rritur të Laipsigut në 35% dhe në ato të fshatrave të Laipsigut 56.6%. Kjo është si rezultat i kontakteve më të shpeshta me kafshët (24). Në B.S. simbas Kovalevës, nga ekzamini mi i 948 personave të ndryshëm, të dyshimtë për toksoplazmozë, me reaksiionin intrakutan pozitiv dualën 39.7%. Simbas Gracevës, prova për toksoplazmozën e bërë në 330 të shëndoshë, rezultoi pozitiv në 16,6% dhe nga 289 gra me pathologji obstetrikale, në 51% (4). Përhapja e toksoplazmozës në popull përcaktohet nga konditat e jetesës dhe profesionit. Popullata e fshatit, me qenë se çshtë në konlakt me kafshë, paraqet një morbozitet më të lartë në krahasim me popullatën e qyteteve. Simbas Kovalevës, punonjësit e kombinatit të mishit në Moskë janë të infektuar nga toksoplazmoza në 64%, ata të Gorkit 40% (4). Nga toksoplazmoza sëmuren më shpesh fëmijët në 90% të rasteve. [Thalhamer(6,11)].

Shumë autorë kanë treguar rolin e rëndësishëm të toksoplazmozës në pathologjinë e njeriut, i detyron epidemiologët të studojnë në mënyrë të detajuar burimin dhe rrugët e infektit të tij (20). Ky problem i intereson klinikistëve sidomos pediatërve, obstetër-gjinekollogëve, neuropatologëve, okulistëve etj. (6).

Përhapja masive dhe roli i rëndësishëm i toksoplazmozës në pathologjinë e njeriut, i detyron epidemiologët të studojnë në mënyrë të detajuar burimin dhe rrugët e infektit të tij (20). Ky problem i intereson klinikistëve sidomos pediatërve, obstetër-gjinekollogëve, neuropatologëve, okulistëve etj. (6).

*Shkaktar* çshtë toksoplazmoza gondii (1,4,5,6,11) e cila përfshihet në grupin e protozoarëve (4,11), me dimensione 4-7 me 2-4 mikron (4,5,6); ka formën e gjysëm hënës ose të thelës së portokalles, e mprefët nga një anë dhe e rrumbullakët nga ana tjetër (1,5,6,11). Paraziti lokalizohet më shumë në qelizat e sistemit histofagocitar, hepar dhe në sistemin nervor (6).

Kultivimi i toksoplazmave bëhet në embrionin e pulës dhe në kultura me inde (4,11). Rruga më e sigurtë e kultivimit të toksoplazmozës është infektimi i minjve të bardhë në kavitetin abdominal. Në eksudatin e krijuar ditën e 3-4 gjëjmë shumë parazitë (4). Në format kronike të sëmundjes, paraziti ruhet në organizmin e kafshëve dhe njerzve në formë cisti (4).

Toksoplazmat janë sensibile në ambientin e jashtëm—thatësirë (4,6,11). Në temp. 59° ngordhin shpejt; në 50% alkoll, 1% sol fenol (1% sol. acid karbolik) 20% sol. kloraminë, durojnë 5-10 minuta; në ujë të distiluar me temperaturë 50° rezistojnë 5 minuta (4). Toksoplazmoza ngordh mbas disa orësh në sol. fiziologjik dhe në pëshëmën e njeriut, në lëngun gastrik mbas 1/2 ore (6). Në ambient me lagështirë me temp. 18-20° ngordh për 10 ditë dhe në 4°C mbas 20 ditë (24).

Paraziti është patogen për njerzit, kafshët e egra dhe shtëpiake si dhe për disa shpendë (11).

Porta e hyrjes për parazitin është e ndryshme. Paraziti nga vëndi i hyrjes, përhapet në sistemin limfatik dhe hematogen. (4,7). Parazitemia fillon shpejt (7), parazitët shumëzohen në qelizat dhe indet e organeve të brëndëshme duke dhënë pseudociste të cilat shkatërohen dhe parazitët që lirohen, depërtojnë në qeliza të tjera duke përsëritur ciklin (4).

Në indet e organeve, toksoplazmat shkaktojnë ndryshime inflama-

tore, nekrotite, proliferative dhe granulomatoze. Në periudhën akute të sëmundjes parazitët gjenden në pështymë, sekrecionet e hundës, qu-mësht, urinë, gjak, sekrecione vaginale. Periudha e parazitemisë zgjat 1-2 javë, (L. Jacobs) (4). Ndërprerja e parazitemisë koinçidon me kriji-min e antikorpeve mbas 1-3 javësh (4,7). Në qoftë se organizmi i reziston infeksionit, atëherë sëmundja kalon në formë subakute ose kronike. Në këto raste toksoplazmozat në organet e brëndëshme dhe indet jashtë S.N.C. gradualisht pakosohen, ose zhduken krejt, ose ruhen në formë cisti, rezistente ndaj antikorpeve, kurse në tru dhe në indet e syrit tokso-plazmozat vazhdojnë të shumëzohen për disa vjet. R. Lainron e shpjegon këtë me faktin se antikorpet nuk përshkojnë barierën encefalitike dhe okulare në sasi të mjaftueshme. Frenkel vërtetoi se raporti i antikorpeve në gjak, tru, likuor është respektivisht 300: 3: 1(4).

Lidhur me mënyrën e infektimit, dallojmë toksoplazmozën kongenitale dhe të fituar (4). Toksoplazmoza kongenitale është si rezultat i infektimit të fetusit me anë të placentës (4, 11, 18). Kur infektimi i fetusit bëhet në fazën e vonëshme të jetës intra uterine, fëmija lind me formën akutë të toksoplazmozës (4,11,18), kur infektimi i fetusit bëhet në fazën e herëshme fëmija lind në fazën subakute me dëmtimë të theksuara të S.C.N. (4,11,18). Në këto raste fëmija lind i vdekur (4,5).

Klinika e toksoplazmozës është polimorfë, e kondicionuar nga rrugët e hyrjes së parazitit në organizëm, lokalizimi, virulenca, mosha e të së-murit dhe mekanizmat mbrojtëse (1,4,5,6).

Simbas Sabin, 1955, dallojmë: 1) toksoplazmozën kongenitale dhe 2) toksoplazmozën e fituar (5,6,11,17). Po simbas këtij autori, dallohen tre forma të toksoplazmozës kongenitale me: a) vdekje të fëmijës në bark të nënës; b) vdekje të fëmijës në muajt e parë të jetës; c) fëmija lind i gjallë me aftësi jetësore por me defekte të theksuara të zhvillimit të trurit dhe të syrit (5,6). Fetusi infektohet nga përhapja hematogjene e parazitit nëpërmjet placentës (4,5,6,7,11).

Në qoftë se më parë mendohej se abortet në gratë shkakëtohen nga sifilizi, tashti duhet menduar në radhë të parë për toksoplazmozën (5,6).

Mbi rendësinë e toksoplazmozës si faktorë i aborteve spontane referojnë autorët V. A. Gllagollova, G. I. Golloraskaja, M. I. Cirubnikof, D.N. Zasuhin etj. (15):

*Toksoplazmoza kongenitale*, sipas mendimit të Sabin, Feldman, Kozar, mund të ndahet në formën cerebralc, me dëmtime të sistemit nervor qëndror dhe të syrit dhe, në formën viscerale me dëmtimin e organeve të brëndëshme (5,6). Sipas dekursit, toksoplazmoza mund të jetë akute, subakute dhe kronike (4,5,6,18).

Lidhur me moshën disa autorë dallojnë: 1) toksoplazmozën kongenitale në të porsalindurit, 2) toksoplazmozën e fëmijëve të gjirit, 3) toksoplazmozën e fëmijëve të rritur, 4) toksoplazmozën e të rriturve (6).

Toksoplazmoza sjell shpesh vdekjen e fëmijëve të porsalindur ose shëmtimë, prandaj ka tërhequr vëmëndjen e obstatërve (6). Simbas të dhënavë të literaturës (D.N. Zasuhin, LL.G. Stefanov, E.A. Shevkunova) toksoplazmoza është një nga shkaqet e lindjeve të parakohëshme, aborteve ose e lindjeve të fëmijëve të vdekur (2).

Toksoplazmoza kongenitale paraqitet me dëmtimin e S.N.C. në formën e meningoencefalitit dhe meningoencefalomielitit (4,5,6,11).

Dekursi klinik i toksoplazmozës kongenitale është i ndryshëm. Intensiviteti i fenomeneve klinike varet nga afati i infektimit të fetusit në

jetën intrauterine, kjo reflektohet në klasifikimin e Thalhammer (4). Simbas këtij klasifikimi dallohen tre stade: 1) stadi ose faza akute e gjeneralizimit, 2) stadi subakut, 3) stadi kronik (4).

Forma akute e toksoplazmozës, kongjenitale paraqitet si një meningoencefalit akut me ngritje temperature, konvulsione toniko-klonike, paraliza e pareza, tremor, rigjiditet të muskulaturës së regionit oksipital, çrrregullime të tonusit muskular (4,5,6,11). Likuori cerebrospinal karakterizohet nga një disociacion albuminocitologjik ksantokromik (4,11) ose, simbas autorëve të tjerë, likuori ka albuminë 500 mgr% dhe pleocitozë të moderuar prej disa deri në 300 celula me predomnim të limfocideve, monociteve dhe qelizave plazmatike (4,5,6); sheqeri është në masën 38-52 mgr% kloridet 400-450 mgr% (6).

Forma subakute ka një dekurs të njëjtë me formën akute, por simptomat janë më pak të theksuara (4).

Forma kronike karakterizohet nga hydrocefalia, korioretiniti dhe dëmtime të tjera të syrit, kalcifikime në tru (4,5,6,11,17). Hidrocefalia vjen si pasojë e progresive inflamatore në vazat e pleksuseve të trurit, prishet qarkullimi i likuorit si rezultat i obturimit të brimave komunikonjëse Mazhandi e Lushka dhe aqueductus Sylvii. Në këto raste dimisjonet e kokës rriten shpejt, kockat hollohen, suturat hapen, shënjat meningale mund të janë të shprehura ose jo. Shpesh konstatohet mikrocefalia si rezultat i frenimit të rritjes të trurit nga toksoplazmoza. Simbas të dhënave të literaturës, toksoplazmoza kongjenitale është shkaku i hidrocefalisë në 42,9% dhe mikrocefalisë në 16,6% (Cellasho 1956) (4).

Nga të dhënat e grumbulluara prej Bematter Hebbeger (1952) në 74 fëmijë me toksoplazmozë kongjenitale, u vrejt hydrocefalia në 50 fëmijë kalcifikime në 38, konvulsione në 31, nistagmë në 9 dhe strabizëm në 6 fëmijë etj. (6).

Ndryshimet në sy kanë karakterin e një korioretiniti, mikroftalmi, që të shpie në strabizëm dhe atrofisë e nervit optik katarakte kongjenitale, iridociklite, uveite (5,6,11). Feldman (1955) e ka konstatuar korioretinitin në 99% të rasteve nga 198 vetë të sëmurë; Aihenvald në 40% të rasteve (6). Autorë të tjerë dëmtimet e syrit i paraqesin në 55% të rasteve (10). Simbas Facra dëmtimi më karakteristik i syrit është korioretiniti.

Një vënd të rëndësishëm në toksoplazmozën kongjenitale zenë çrrregullimet e zhvillimit mendor dhe psiqik (5,6,11), oligofrenia. Simbas Aihenvald në 80% të fëmijëve vërehet ngadalësimi i zhvillimit mendor në gradacione të ndryshme (5,6). Kalcifikimet në tru, karakteristike për toksoplazmozën kongjenitale, që lokalizohen në vazat e pleksuseve të ventrikulave laterale dhe ganglionet bazale, janë me dimensione të ndryshme, 1-2 mm. por mund të arrijnë deri në 1 cm (17). Simbas J. Francios dhe bashkëpuntorëve, De witt 1955, kalcifikimet u gjetën në 75% të rasteve; nga të dhënat e autorëve të tjerë në 56.8% (4). Në 400 raste me toksoplazmozë kongjenitale, kalcifikimet u gjetën në 55-60% (F. Francis, A. De witte, S. Chocps, Bamatter Wergartner). Në shumë raste sëmundja mund të shoqërohet me ekzantemë, ikter, dëmtim të zemrës, heparit, intenstinit *enterocolitis ulcerosea*, rritje të lienisit etj. (4,6).

Në gjakun periferik vërehet eozinofili, limfocitozë, në disa raste leukopeni (Z.K. Filipova-Nutrihina 1961).

*Toksoplazmoza e fituar* është rezultat i infektimit pas lindjes. (5,6,11). Paraqitet në fëmijë dhe në të rritur (11). Shpeshet në formën e meningoencefalitit ose meningocefalomyelitit (5,6). Toksoplazmoza e fituar

pas lindjes fillon me dhimbje të forta koke, vertigo, diplopi, dobësi të nervit okulomotor, fenomene të meningizmit. Në likuor vihet re rritja e albuminës, sheqeri është normal ose i ulët. Më vonë mund të qfagen konvulsione dhe humbje të ndërgjegjes. Ndryshime në sy në këto raste mungojnë; kalçifikimet po ashtu mungojnë. Zakonisht vërehet rritja e limfoglandulave dhe e lënit (5).

Mbas periudës së inkubacionit 3-9-10 ditë ose 7 ditë (9), sëmundja fillon me periudën prodromale, me dobësi të përgjithëshme me rritje të lodhjes, asteni, dhimbje në muskujt e në artikulacionet, sidomos në këmbë dhe në shpinë, që favorizohen nga miozitet e përhapura (1,4,6). Periudha prodromale mund të zgjatet disa javë dhe muaj (Thalhammer).

Mbas periudës prodromale fillojnë sindromet e tjera si ngritja e temperaturës në 38-39°C e cila shoqërohet me frisione, dhimbje të forta koke, të vjella, diplopi, marrje mendsh, konvulsione e pareza, çregullime të ndërgjegjes.

Sabin (1939-1940) dallon këto forma neurologjike të toksoplazmoxës së fituar: 1) encefalistike, 2) meningeale, 3) meningoencefalitike dhe 4) formën me simptomatologji të varfër.

Simbas dekursit, mund të paraqiten në formën akute, subakute dhe kronike (5,6). J. Siim e ndan toksoplazmoxën e fituar në katër forma kryesore:

1. *Linfadenopatia toksoplazmike* që shoqërohet me dëmtimin e limfoglandulave cervikale oksipitale, supraklavikulare, aksilare dhe inguinale (4,17). Forma të limfadenitit toksoplazmik kanë pëershkuar dhe autorë të tjerë (3,4,23).

Këtë formë e ndajmë në tre nënforma:

a) me ngritje temperature, frisione, rritje të limfoglandulave, të cilat mund të janë të dhimbëshme ose jo, nuk supurohen; b) pa temperaturë, por me ritje të limfoglandulave, c) Forma subklinike, kur nuk konstatohet rritja e limfoglandulave.

Gjaku në limfadenopatin karakterizohet nga hemoglobina normale, po ashtu leukocitet e trombocitet, limfocitoza është relative, eritrosendimentacioni është në normë ose lehtësisht i rritur. Reaksiuni Paul-Burnel neg. Simbas Siim 5% e limfoadenopative në Danimarkë është me origjinë nga toksoplazmoza (4).

2. *Forma ekzantematiqe* formë e rëndë, që i ngjan tifos së morrit, me fillim akut, temperaturë të lartë 39-40°, me ekzantemë makulopapuloze në të gjithë trupin me përjashtim të kokës, pellëmbëve të duarve dhe shuajve të kembëve. Nga kjo formë pëershkuhen raste letale (4,17).

3. *Forma cerebrospinale* me fenomene meningoencefalitike, shpesh me ekzantemë makulopapuloze, dhimbje të forta koke, vertigo, gjëndje depresive, çregullim gjumi të tipit letargjik, vërehen hemiplegji, dëmtimi i disa nervave kraniale, simptome cerebrale, fenomene të radikulitit, shënya meningiale; reaksionet serologjike janë pozitive pa të cilat është zor të dalosh encefalin me origjinë tjetër.

Prognoza është serjoze (4,17).

4. *Forma okulare* karakterizohet nga një uveit ose koriretinit të diseminuar granulomatoz (4,17).

Prof. S.D. Nosov, përvëc formave të sipërme, paraqet edhe formën pulmonare si formë të veçantë me pneumoni intersticiale (11), ndërsa Franke dhe Horst më 1952 (simbas citimeve të Kosarit paraqesin: a) formën që i ngjan tifos së morrit, b) formën që i ngjan encefalitit, meningitit ose encefalomielitit, c) formën pulmonale, d) formën e enterokolitit

akut ose subakut (1,4,6). Si forma tē tjera me simptomatologji tē varfér tē toksoplazmozës së fituar mund tē përmënder miokarditet, enterokolit, erytema nodeze, tromboslebiti obliterant toksoplazmik (1,7).

Përshkruhen raste me toksoplazmozë tē fituar në punonjësit e laboratorëve, që merren me kultura tē toksoplazmozës ose në laboratorët diagnostike veterinare. Kështu K. Reul përshkruan epideminë e toksoplazmozës në 17 punonjës tē laboratorit, me dhimbje kocke, muskujsh, ngritje tē temperaturës deri  $40^{\circ}$ , rritje e limfoglandulave periferike (4). Përshkruhet rasti i ependimoencefalitit në një grua mjeke veterinare, punonjëse e laboratorit diagnostik, me fillim tē sëmundjes në formë tē një enterokoliti (9).

Përsa i përket problemit tē kalcifikimeve në toksoplazmozën e fituar takohen rrallë ose mungojnë [(Leitritz, Koch (17), Kosar 1954, Thalhamruer 1955 (5)]. Nga tē dhënat e M.G. Smaikin, kalcifikimet në toksoplazmozën e fituar (forma kronike), takohen shpesh dhe lokalizohen kryesisht në regionet parietale dhe frontale me dimensione 1-2 deri 5-6 m/m në disa raste deri 1-2 cm (17).

Përveç formave me simptoma klinike nuk janë tē rralla edhe rastet e lehta latente, abortive pa simptoma klinike, tē cilat vihen në dukje me anë tē analizave laboratorike (1,4,6,24).

Në gjakun periferik vërehet leukocitozë me eritrosedimentacion tē rritur, kurse gjaku mund tē jetë normal (6).

Diagnoza e formave kongjenitale dhe tē fituara tē toksoplazmozës paraqet vështirësi (6,17). Diagnoza bazohet në anamnezën epidemiologjike, (anamneze e zgjatur obstetrike, lindje parakohe, aborte, lindje fëmijësh tē vdekur ose tē gjallë me anomali tē S.C.N. për toksoplazmozën kongjenitale) (2,4,18,20), në kuadrin klinik (4,6,17,20) si edhe tē dhënat laboratorike si ekzaminimi parazitologjik (izolimi i toksoplazmozës nga i sëmuri, ose me anë tē provës biologjike) (4,6,9), reaksionet serologjike si reaksiioni me ngjyrë Sabin-Feldman (3,4,6,7,17,18,23), reaksiioni i lidhjes së komplementit (3,4,5,6,8,9,13,15,16,23), reaksiioni i deviacjonit tē komplementit (14) prova alergjike intrakutane (5,6,8,9,10,13,16,18). Në klinikë rëndësi diagnostike kanë reaksiioni i lidhjes së komplementit dhe reaksiioni alergjik (6).

Diagnoza diferenciale e toksoplazmozës kongjenitale duhet tē bëhet me embriopatinë rubeolare (5,6), me sëmundjet e këpurdhavë, tē cilat mund tā gojnë në encefalitin e tē porsalindurve pa dëmtime tē syrit (6); me parotitin, fruthin, hepatitin infekcioz, poliomielitin (5) me sifilizin kongjenital, dhe traumat intracerebrale (4).

Diagnoza diferenciale e toksoplazmozës së fituar duhet bërë me sëmundjet nervore si me encefalitet virusale, encefalomielitet, meningitet (5,6) ethet me origjinë tē pa njojur, limfadenopatinë (6) korioretinitin, myokarditin, tuberkulozin, histoplazmozën, limfomën malinje (morbis Hodgkin) etj. (6).

Prognoza është e rëndë në ato raste kur defektet janë tē theksuara (4). Prognозë tē keqe ka edhe toksoplazmoza kongjenitale në fëmijët (7).

Përsa i përket mjekimit toksoplazmoza kongjenitale i nënështrohet më me vështirësi mjekimit në krahasim me toksoplazmozën e fituar (6). Edhe format kronike me zor i nënështrohen mjekimit (4). Mjekimi më i efektëshëm në toksoplazmozën është përdorimi i kloridinës (preparat sovjetic) identik me preparatin çek deraprimum i kombinuar me sulfopreparat (4,5,6,9,11,23).

Ka autorë që jepin kloridinën (chloridinum) 0,5-1 miligr. për kgr.

peshë në 24 orë, doza ditore ndahot në 1-2 porcione e jepet me sheqer. Sulfadimesinën e jepet: fëmijëve 0,2 pér kg peshë në 3 porcione (4), të tjerë e përdorin kloridinën  $0,025 \times 2$  ose  $0,025 \times 3$  dhe sulfadimesinën  $0,5 \times 3$  (5,6,9,11). Doza ditore e kloridinës pér fëmijë jepet 1-3 vjeç 0,01 gr., 4-7 vjeç 0,02 gr., 8-11 vjeç 0,03 gr., 12-13 vjeç 0,04 gr. dhe 14 vjeç e lart 0,05 gr (6).

Për mjekimin e toksoplazmozës së fituar përdoret preparati antimalarik pirimetamin 500 miligr. në ditë pér 10-14 ditë i kombinuar me sulfamide si sulfadimesinë, sulfadimetoksinë etj. në doza të zakonshme (12). Pirimetamina e kombinuar me sulfamide mund të përdoret edhe pér 3 javë, ditën e parë nga 50 miligr. dhe ditët e tjera nga 25 miligr. (7). Pirimetamina vepron në mënyrë toksike në medulla oscea, prandaj duhet kontrolluar gjaku herë pas here (7,12). A.K. Nikonova rekomanon mjekimin e fëmijëve të gjirit me toksoplazmoze kongjenitale (1961) me anë të qumështit të mëmës duke i shtuar 25 miligr. kloridinë të shqëruar me sulfadimesin, në cikle 5 ditore me nga 10 ditë pushim (4). Mjekimi me antibiotikë nuk jep efekt (4,11). Ka të dhëna pér efekt të mirë, përdorimi i tetraciklinës, kloromycetinës (4) aurcomycinës (11) spiramici-nës (7). Jep efekt edhe hormonoterapia e kombinuar me kimioterapinë (4,7). Përveç medikamenteve të sipërme përdoren dhe glukoza, urotropina, vit B1, B12 acidi glutaminik, oksigjenoterapia (5,6,9). Ka rëndësi të madhe fillimi i hershëm i mjekimit në gratë me barrë (6).

Lidhur me epidemiologjinë e toksoplazmozës, kjo është një sëmundje me vatra natyrale (6,11), shkakëtarë qarkullon në kafshë të egra dhe shtëpijake (11). Burim infekzioni pér toksoplazmozën shërbijnë kafshët e sëmura ose bartësit e parazitit (4,11,20,21). Nga kafshët e egra janë le-pujt, dhelpra, e brejtës të ndryshëm (4,20,24) si (*cystellus pygmaeus*, *cri-cetus migratorius*, *apodemus sylvaticus*, *mus musculus*, *microtus orvalis*, *rattus norvegicus*, (20). Nga kafshët shtëpiake rëndësi epidemiologjike kanë kafshët e trasha, dhëntë, derrat (20) shpendët (1), qentë, macet (1,4,6,8,11,23,24). Format latento në qentë janë konstatuar në 5-40% dhe në macet 24% (4,11). Kafshët midis tyre infektohen me anë të qumështit të nénës (qen, mij), nga ngrënia e trupave të ngordhur të infektuar etj. (24). Përshkruhen epizooti në kafshët e fermave nga shumë autorë. Zakonisht çfaqen në muajt e dimrit. Më 1953 Senxher (V. Senger) përshkruan një epizooti të toksoplazmozës në një fermë të SH.B.A.. Në kafshë u çfaq diareja, tremori, çregullimi i koordinimit të lëvizjeve, lindje para kohe ose lindje të ngordhura. Nga hepati, lieni e zemra u izolua toksoplazmoza. J.F. Jegorov konstatoi epizooti në qarkun e Lvovskut; në 75% të derave u izolua toksoplazmoza (4).

Disa autorë i kushtojnë vëmëndje zogje si burim infeksioni. Toksoplazmoza është konstatuar në pullumba etj. Epizooti e toksoplazmozës në pulë u vrejt në Norvegji, Danimarkë, (S. Trichsen, A. Harboe) (4).

Paraziti eleminohet nga kafshët me rrugë të ndryshme: me urinën, sekrecione të nasofaringsit, pështymën, feçet (1,4). Toksoplazmoza është gjetur në qumësht nga H. Eichenwald, Koul etj. (4).

Njeriu infektohet duke qënë në kontakt me kafshët e sëmura, ose bartësit, me rrugë të ndryshme: 1) me anë të kontaktit (4,6,12,23), 2) me anë të rrugës alimentare (duke përdorur produkte ushqimore të infektuara, mish, qumësht, vezë (1,4,7,8,11), 3) me rrugë aerogjene (4,6,11), 4) nepërmjet lekurës së dëmtuar (1,4,9,19), konjuktivës së dëmtuar (1,6), mukozave të dëmtuara, tonsileve, nazofaringsit, vaginës (4,6,24), 5) me rrugë transmisiive me anë të pickimit të disa insekteve të këpushave (1,6,11).

Sëmundja është profesionale pér disa kategori njerëzish, si kasapë, punonjësit e kombinateve të mishit, veterinerët, punonjësit e laboratorëve bakteriologjik, (11). Njeriu është burim infekzioni vetëm pér toksoplazmozën kongjenitale p.sh. gruaja shtatzanë me formë asimptomatike ja transmeton infekzionin fetusit me anë të placentës (1). Ka autorë të tjerë që mendojnë se njeriu e përhap infekzionin me anë të pështymës (7) ose me anë të sperklave (22), ndërsa simbas të-tjerëve nuk dihet nëse njeriu është burim infekzioni pér toksoplazmozën (4). Receptiviteti ndaj infekzionit është i rritur sidomos në fëmijë (4).

Profilaksia konsiston në shëndoshjen e vatrave natyrale (11), në përcaktimin e intesivitetit të infektimit të kafshëve shtëpijake të trasha dhe të imita (4), në bërjen e zbulimit aktiv të të sëmurëve me toksoplazmozë. Këta të sëmurë shtrohen simbas indikacioneve klinike (4). Duhet të respektohet hygjena personale (11) dhe të merren masa individuale duke përdorur tesha speciale pér të evitar në maksimum infektimin nga kafshët sidomos gjatë pritjes së lindjeve (4,11). Gjithashtu të ndalohen reptësisht përdorimi i placentës të sëmurëve ose të dyshimtëve me toksoplazmozë pér gamma-globulinë, plazëm etj. (4).

Në vatrën e infekzionit duhet të bëhet ekzaminimi pér të zbuluar burimin e infekzionit, rrugët e përhapjes dhe të aplikohen masat antiepidemike, kontrolli sanitaroveteriner i kafshëve shtëpiake dhe i produkteve të tyre. Ka rëndësi zhvillimi i propagandës sanitare (4).

Për profilaksinë e toksoplazmozës kongjenitale duhet të ekzaminohen klinikisht dhe serilogjikisht gratë shtatzana, që kanë në anamnezë patologji obstetrikale (lindje fëmijesh të vdekur, lindje parakohe ose lindje me anomali të mëdha). Ato që dyshohen pér toksoplazmozë të mjekohen me sulfamide dhe kloridinë (11).

M. MUÇO

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

1. AVERINA N.I. Sovjetskaja medicina 1962 nr. 1 f. 43-47.
2. BELINSKAJA N.V. Sovjetskaja medicina, 1963, nr. 11, f. 68-70.
3. BILIBIN A.F. Rukovedskvo po infekcioni boleznjam, 1962 f. 410 Rudnjev G.P.
4. Bolshaja Medicinskaja Enciklopedia 1963, vëll. 32 F. 339-371.
5. BRONSHTEIN L.L.E. Infekcioni sosudistie zabolereanti nervnoj sistemi 1963 f. 67-78.
6. CUKER M.B. Infekcioni zabolovanija nervnoj sistemi u detej 1963, f. 358-371.
7. DEMONTS G., GOUVREUR I. Med. Ref. zhurnall, 1963, 7, 62.
8. GRIGORASHENKO A.V. STANKOV A.G. Medicinski referativni zhurnall, 1963, Nr. 10, Çerjnevskaja Li. V. f. 45-46, (3457)
9. IGNATEVA E.N. SHEVKUNOVA E.A. Sovjetskaja Medicina, 1962, nr. 3, f. 130-132.
10. LUPESCU Gh. e b.p. Medicinski referativni zhurnall; 1963, nr. 11, f. 30-31 (3762).
11. NOSOV S., D. Djetskih infekcionih boleznjci, 1961, f. 314-316.
12. POHLE M.D. Medicinski referativni zhurnall, nr. 5, f. 63-64 (1484).
13. RESHENNIKOVA A.D. e bashkëp. Sovjetskaja medicina 1962 Nr. 1 f. 47-50.
14. REVOL. L. e b.p. Medicinski referativni zhurnall, 1965, nr. 1, f. 69 (226).
15. SAXEN L. SAXEN E. TENHUNEN A. Medicinski referativni zhurnall, 1963, Nr. 6 f. 45-46 (1959).
16. SKOKOVA L.L.P. Sovjetskaja medicina, 1964, nr. 8, f. 80-83.
17. SMAJKINA M.G. Sovjetskaja Medicina, 1965, Nr. 3, f. 140-141.
18. SHEVKUNOVA E.A. Sovjetskaja medicina, 1960, nr. 6, f. 60-68.
19. SHEVKUNOVA E.A. Medicinskii referativni zhurnall Nr. 7, f. 61-(2364).
20. SHEVKUNOVA E.A. e b.p. Sovjetskaja medicina, 1963, Nr. 4, f. 131.
21. UNSELD, D.W. Medicinski referativni zhurnall, 1963, Nr. 7, f. 52 (2367).
22. VANDERWAAL D. Medicinskii referativni zhurnall, 1965, Nr. 7, f. 65 (2119).
23. WATSON G.I. Medicinski referativni zhurnall, 1963 nr. 7, f. 51-52 (2365)
24. WILDFUHR G. Medicinskii referativni zhurnall, 1963, Nr. 6, f. 45 (1957).

## FIZIOLOGJIA E FORMACIONIT RETIKULAR

Formacioni retikular (*formatio retikularis* ose *substantia retikularis*) është një tërësi strukturale kryesisht në pjesën qëndrore të trucus cerebri, e përbërë nga një numur i madh fijesh nervore në drejtime të ndryshme, të cilat në mikroskop krijojnë përshtypjen e një rjeti. Pikërisht duke u nisur nga kjo karakteristikë, rreth 100 vjet më parë, Dejters (Deiters) e quajti atë formacion retikular (nga retikula = rjetë).

Fiziologjia e formacionit retikular mund të karakterizohet nga këto veçori kryesore:

Në *truncus cerebri* ka struktura anatomike, eksitimi i të cilave tonizon pjesët e përparëshme të trurit. Ky grup formacionesh anatomike — sistemi retikular aktivizonjës ngjitës lot një rol të madh në ruajtjen e gjëndjes aktive e të vëmëndëshme si dhe në formimin e shumë reaksioneve reflektore të kondicionuara të organizmit.

Në të njëjtën kohë formacioni retikular me rrugë zbritëse kontrollon edhe veprimtarinë reflektore të medules spinale. Aktiviteti ngjitës dhe zbritës i formacionit retikular lidhet me impulset aferente të vazhdueshme, që mbrijnë tek ai nëpërmjet fijeve kolaterale të rrugëve sensore. Një rol të rëndësishëm në këto mekanizma luajnë eksitantet humorale (acidit karbonik, adrenalina etj), ndaj të cilave formacioni retikular (F.r.) është shumë sensibël.

F.r. është njëkohësisht dhe vendi ku veprojnë shumë medikamente, që përdoren për mënjanimin e shumë sëmundjeve të sistemit nervor central. Sot këtij formacioni i jepet një rëndësi e veçantë për shpjegimin e mekanizmit të dhimbjeve, anestezisë etj.

Në F.r. realizohet një bashkëveprim i ngushtë i impulseve që mbrijnë nga receptorët e ndryshëm periferikë me ngacmimet, që vijnë prej trurit të vogël dhe prej kores së hemisferave të mëdha.

Në bazë të lidhjeve të shumta kortiko-retikulare, korja ndikon në mënyrë kontrolluese mbi veprimtarinë e mekanizmave retikulare duke regulluar shkallën e aktivitetit të tyre.

### Korelacioni retikulo-spinal.

U provua për herën e parë nga Seçonovi në vitin 1862, i cili vërtetoi se ngacmimi i *truncus cerebri* mund të shkakëtojë si frenimin ashtu edhe lehtësimin e reaksioneve reflektore.

Në vitin 1944 u botua një punim i shkurtër i Megunut (Magoun) i cili provoi se ngacmimi i sektorëve të caktuar të F.R. bulbar shkakëton ndërprerjen e plotë të lëvizjeve.

Megun shpreh mendimin se ndikimi kontrollues i F.R. realizohet në nivelin e medules spinale, por jo në korteks, gjë që e vertetoi në kafshët

e decerebeluar. Më vonë, nga i rjejti autor, u provua se frenimi i aktivitetit motor të medules spinale ndodhte kur ngacmohej pjesa ventro-médiale e F.R. te *medula oblongata* (m.o.) dhe nuk konstatohej po të ngacëmoheshin pjesët e vendosura sipër m.o.

Rrugët frenuese mbi medulen spinale prej regjionit bulbar kalojnë nëpërmjet *funiculus anterior* dhe *lateralis*.

Interesant është fakti se mbas frenimit të reaksioneve motore, vrehet një lehtësim i tyre, gjë që tregon se, në sektorë të tjera të F.R. ndikim i një regjionin hypotalamik ndodhen strukturë të tjera, ndikimi i të cilave përciljet në medula spinale me rrugë të veçanta nga ato frenueset. Kështu pra në F.R. të *medulla oblongata* ka struktura aktivizuese dhe frenuese të aktivitetit motor të medulës spinale.

Mbi mekanizmin retikulo-spinal ka mendime të ndryshme në literaturë. Disa mendojnë se F.R. ndikon direkt mbi motoneuronet e medules spinale, të tjera thonë se ky ndikim realizohet nëpërmjet neuroneve ndërmjetëse.

Aktiviteti i mekanizmave retikulo-spinale sigurohet nga shumë faktorë si humorale ashtu edhe nervore. Një rol i rëndësishëm në këtë drejtim i takon ndikimeve që vijnë prej aparatit vestibular, trurit të vogël dhe kores së hemisferave të mëdha. Kjo e fundit ndikon shumë në ruajtjen e tonusit të mekanizmave bulbare frenuese. Në koren e trurit ka zona të veçanta, ngacmimi i të cilave shpie në eksitim e theksuar të strukturave frenuese të medula oblongata.

Ky akt shfrytëzohet nga disa autorë për të shpjeguar mekanizimin e rigjiditetit decerebrativ. Në këtë rast humbet tonusi frenues i *truncus cerebri* dhe predomonon ndikimi lehtësues i tij mbi medulen spinale, si rezultat i së cilës zhvillohet një rritje e tepruar e tonusit muskular.

#### *Raportet retikulo-kortikale dhe ndikimi aktivizues i mekanizmave retikulare mbi koren.*

Prej kohe dihet nga klinicistët se kur dëmtohen pjesët e *truncus cerebri*, bie aktiviteti i të sëmurit dhe shkakëtohet adinami, sonnolencë etj. gjë që është vërtetuar edhe eksperimentalisht.

Duke ngacmuar këtë sektor, mund të shkakëtohet gjumë ose e kundërtë. Studimi i këtij regjioni u bë akoma më mirë kur u përdorën metodat me të perfektionuara elektro-fiziologjik. Kështu p.sh. me anën e metodës stereotaksike, sot ka mundësi të ngacmohen, ose të prishen me shumë preçizion, strukturat subkortikale. Nga këto eksperimente u konstatua se, kur ngacmohen pikat e caktuara të *truncus cerebri* vrehet një ndryshim në koretet e veprimit të kores: oshilacionet e ngadalta sinkrone me voltazh të lartë, që janë karakteristike për gjumin, bëhen me amplitudë të ulët dhe me frekuencë të lartë, gjë që karakterizon gjëndjen aktive të organizmit. Histologjikisht është provuar se këto fenomene ndodhin kur ngacmohen sektorë të ndryshëm të formacionit retikular duke filluar qysh prej *medula oblongata* e deri në mesencephalon.

Në *medula oblongata* zona e eksituuar korespondon me po ata sektorë të F.R. që ushtrojnë edhe veprimin zbritës mbi aktivitetin e medules spinale. Këto struktura të *truncus cerebri* përbëjnë sistemin aktivizues retikular ngjitet.

Studimi i rolit fiziologjik të F.R. është bërë edhe me anën e dënitimit ose prerjeve të tij në nivele të ndryshme, duke regjistruar në të

njejtën kohë ndryshimet e elektroencefalogramës (E.E.G.), eksperimente këto që u bënë në mace dhe në majmunë. Vlen të përmendet se në raste të tilla shkalla e çrregullimit të sjelljes së kafshës dhe e ndryshimit të E.E.G. është në vartësi direkte nga dëmitimi i shkakëtar.

Kohët e fundit janë botuar shumë punime që pasqyrojnë të dhëna klinike nga të sëmurë me dëmtime të sektorëve të ndryshëm të sisternit retikular aktivizues. Ato vertetojnë rolin e F.R. në ruajtjen e aktivitetit të kores së hemisferave të mëdha.

Sot njihen dy rrugë prej nga korja merr energji: 1) Rruga nervore dhe 2) rruga humorale. Studimet anatomike kanë vërtetuar prej kohësh se në nivelin e *truncus cerebri* prej rrugëve transmetuese klasike të sistemit lemniskular kalojnë në F.R. një numur i madh kolotaralesh, roli fiziologjik i të cilave mbetet i pa kjartë dori kohët e fundit. Një farë drite u hodh në këtë drejtim, me anën e ngacmimit të receptorëve porifërikë ose të ndonjë nervi aferent dhe regjistrimit të potencialeve elektrike të marra në këtë rast nga zona projektuese specifike në kore. Kjo është e ashtuquajtura «përgjigje primare». Po të jetë se elektrodat marrëse spostohen pak nga zona e caktuar ahore nuk regjistrohen korenët në fjalë.

Fill mbas përgjigjes së parë në kore çfaqet një valë e re impulsesh, që quhet «çtarkesa sekondare» ose «përgjigja sekondare» e cila dallohet shumë nga ajo që mund të regjistrohet në të njëjtin moment prej pikave të tjera të trurit.

Studimet e mëvonëshme vërtetuan se këto dy përgjigje njëra mbas tjetrës janë rezultat i mbritjes së impulseve me rrugë të ndryshme në përfaqësinë përkatëse kortikale.

Impulset që jepin përgjigjen e parë shkojnë nëpërmjet fijeve aferente specifike (rrugë klasike), ndërsa ato që jepin përgjigjen e dytë kalojnë nëpërmjet F.R. dhe bërthamave jo specifike të talamusit (F.A. Asratjan). Eksitacioni mbrin në F.R. me anën e kolateraleve, prej rrugëve transmetuese specifike në nivelin e *truncus cerebri*. Ngacmimi kolateral i F.R. realizohet nëpërmjet impulseve të njohura aferente që vijnë projekstero-interoreceptorëve dhe proprioreceptorëve. Një rol të rëndësishëm në ruajtjen e aktivitetit retikular lozin ngacmimet që vijnë prej trurit të vogël dhe kores së hemisferave të mëdha. Po ashtu ndikim të madh në këtë drejtim ushtrojnë faktorët humoralë, në veçanti adrenalina, veprimi i së cilës bëhet nëpërmjet F.R., mesencephalonit dhe ponsit. Ndjeshmëri të veçantë karshi adrenalinës kanë sektorët rostralë të *truncus cerebri*, ku ndodhen edhe shumë elementë që përbajnë adrenalinë dhe noradrenalinë (Anohin). Aminazina (klorbromazina) përgjithësisht bllokon elementët adrenergjikë të formacionit retikular dhe në këtë mënyrë aktivizohen sektorët frenonjës të *truncus cerebri* (Serbinjenko).

Simbas Anohin influenca aktivizuese e F.R. mbi koren e hemisferave të mëdha në rastin e dhimbjeve realizohet pór shkak të aktivizimit të elementeve adrenergjike të sektorëve rostralë të *truncus cerebri* (Anohin, 1957).

Përveç adrenalinës një rol të rëndësishëm lot edhe acidi karbonik i gjakut, ndikimi stimulues i të cilët mbi qëndrën e frymëmarrjes dihet prej kohësh. Shtimi i  $\text{CO}_2$  në gjak, aktivizon korentet elektrike të kores. Ky veprim bëhet në mënyrë reflektore ose direkte.

Simbas autorëve të ndryshëm substancat kolinergjike kanë veprim elektrik mbi sistemin retikular.

*Me çfarë rruge realizohet ndikimi i mekanizmave retikulare në koren*

*e hemisferave të mëdha?*: Simbas Megunit dhe Morucit njëra nga rrugët nëpërmjet të cilave kalojnë impulset prej formacionit retikular në kore është grapi medial i bërtnamave talamike që përbën të ashtuquajturin sistemi projekциони talamokortikal jo specifik. Kur ngacmohen bërthamat jo specifike të talanusit, vreten ndryshime të gjencralizuara të aktivitetit të korcs së hemisferave të mëdha, pavarësisht se cila berthamë ngacmohet. Berthamat e këtij regjioni kanë midis tyre një numur të madh lidhjesh në sajë të së cilave kur ngacmohet ky sistem reagon si një tërësi unike.

Përsa i takon lidhjeve midis sistemit projektues talamik jo specifik me koren e hemisferave të mëdha, në literaturë ka të dhëna kontradiktore.

Një seri shkençtarësh mendojnë se F.R. mund të ndikojë mbi koren e hemisferave të mëdha edhe nëpërmjet rrugëve ekstratalamike.

Ekzistenza e dy sistemeve aferente, specifike dhe jo specifike, ka detyruar eksperimentuesit të studjojnë në mënyrë të detajuar veçoritë e mbaresave të fijeve të të dy këtyre sistemeve në koren e hemisferave të mëdha.

Është vërtetuar se fijet nervore të këtyre sistemeve kanë mbaresa të ndryshme në kore, që ndryshojnë si nga forma ashtu edhe nga shpërndarja në shtresat e ndryshme kortikale.

Fijet specifike mbarojnë kryesisht në shtresën e 4 të kores dhe ato jo specifike në të gjitha shtresat e korcs. Bashkëveprimi i të dy këtyre sistemeve, siç duket, kondicionon reaksionin përfundimtar të neuroneve kortikale.

Mbi influencën aktivizuese të formacionit R. mbi koren është gjykuar kryesisht duke shikuar ndryshimet e aktivitetit elektrik të kores nën influencën e eksitimeve aferente ose të ngacmimit direkt të F.R.

Në të gjitha rastet ndryshimet e elektrokortikografisë (EKoG) kanë karakter të gjencralizuar dhe nga paraqitura e jashtëme janë të ngjashme me ngacmimet më të ndryshme.

Është vërtetuar se klorpromazina i blllokon në mënyrë elektrike komponentët adrennergjik të F.R., zhduk desinkronizimin, që shkaktohet nga ngacmuesi i kushtëzuar mbrojtës, pa ndryshuar reaksionin kortikal kundrejt ushqimit. Injektimi i adrenalinës përkundrazi, shkakton reaksionin mbrojtës tipik të kafshës.

*Ndikimi i kores mbi mekanizmin retikular dhe raportet kortiko-retikulare.* — Ky problem për një kohë të gjatë nuk u studjuau nga fiziologët, gjë që i shpuri disa shkencëtarë në absolutizmin e F.R. dhe në vlerësimin e tij si determinues në mekanizmin e formimit të lidhjes së përkohëshme. Studimet e vjetove të fundit kanë treguar rolin e rëndësishëm të kores në rregullimin e veprimitarisë së mekanizmave të *truncus cerebri*.

Para së gjithash është vërtetuar se ekzistojnë rrugë nervore që lidhin F.R. me të gjithë sektorët e kores së hemisferave të mëdha.

Një rëndësi të veçantë në kuptimin e mekanizmit të ndikimeve kortiko-retikulare ka fakti që korja e trurit ndikon në po ato neurone retikulare, të cilat aktivizohen nga impulsat aferente.

Ngacmimi i kores mund ose ta lehtësojë ose ta bllokojë reaksionin e neuroneve retikulare kundrejt ngacmimit aferent. Karakteri i bashkëveprimit përcaktohet, siç duket, nga raportet e përkohëshme midis impulseve që mbrijnë, si rezultat i të cilave mund të vërehet ose sumacioni i eksitimit, ose bllokada për shkak të zhvillimit të gjëndjes së refraksionit. Në këtë mënyrë korja mund të kontrollojë nivelin e aktivitetit të

mekanizmave retikulare dhe kështu të rregulloje shkallën e ekscitabilitetit.

Shumë kohë më parë se të bëheshin studimet mbi F.R., Seçenovi tregoi se në regjionin e *trucus cerebri* gjenden struktura që kontrollojnë veprimtarinë e medullis spinale. Pavlovi i dha një rëndësi të vegantë formacioneve subkortikale në ruajtjen e aktivitetit kortikal. Ai ka folur nga njëra anë mbi «fuginë qorre» të subkorteksit dhe nga ana tjeter mbi subkorteksin si «burim energjie për korteksin».

*Transmentimi adrenergjik dhe kolenergjik i impulseve në formacionin retikular.* Kohët e fundit është provuar se reaksioni i gjeneralizuar elektrokortikal i zgjimit mund të shkakëtohet me anën e adrenalinës dhe noradrenalinës duke vepruar direkt në regjionin e tektumit të mensecefalonit.

Normalisht këto substanca ndodhen në regjionin central të *truncus cerebri* në koncentrimë të ndryshme, të cilat paksohen mbas ngacmimive doloroze.

Ekzistenza e komponentit kolinergjik në sistemin retikular ngjilës është vërtetuar eksperimentalisht duke i injektuar kafshës së kurarizuar acetilkolinë dhe duke vrejtur ndryshimet e EEG.

Të dhënët eksperimentale tregojnë se midis mekanizmave aktivizuese adrenergjike dhe kolinergjike në EEG ekzistojnë ndryshime rrënjosore. Të parat janë të lidhura ngushtë me formacionin retikular të trurit të mesem ndërsa të fundit veprojnë më rostralisht (midis mesencephalon dhe centrum ovale). Ndryshimet e EEG të shkaktuara nga substana që shtojnë ose blokojnë veprimin e adrenalinës, koincidenjtë me ndryshimet në sjelljen e kafshës. Përsa i takon atyre që shtojnë ose blokojnë veprimin e acetilkolinës, ato shkakëtojnë ndryshimin e EEG, pa ndikuar në sjellje.

Prandaj mund të thuhet se në aspektin EEG sistemi retikular aktivizues përmban si komponentin adrenergjik ashtu edhe atë kolenergjik. Mekanizmi i zgjimit (në aspektin e sjelljes), siç duket është vetëm adrenergjik me që gjer më sot nuk ka të dhëna që në këtë drejtim të përfshihet edhe hallka kolinergjike.

*Bashkëveprimi i kores dhe i F.R. në përpunimin e reflekseve të kushtëzuara.* Të dhënët eksperimentale vërtetojnë në mënyrë bindëse se lidhjet kortikopetale dhe kortikofugale, sigurojnë bashkëveprimin e formacionit retikular me koren. Punimet e fundit tregojnë se bashkëveprimet funksionale të këtyre dy regjioneve të trurit mund të lozin një rol të rëndësishëm në formimin e reflekseve të kushtëzuara. Teoria e Pavlovit mbi reflekset, mbi eksitacionin dhe frenimin, mbi iradimin dhe koncentrimin në koren, e bazuar mbi eksperimentet e shumta, mbi observimet dhe analizën e reaksionit periferik, vërtetohet sot edhe me anën e studimit direkt të aktivitetit të kores. Kështu p.sh. janë përpunuar reflekset të kushtëzuara me anën e ngacmimit elektrik të kores së trurit dhe janë konstatuar ndryshime të aktivitetit elektrik në regjione funksionale të kores në kohën e formimit të refleksit të kushtëzuar si dhe në procesin e frenimit ose të shuarjes së tij (Belenkov N.J.).

Autorë të ndryshëm, duke bërë direkt regjistrimin e aktivitetit elektrik të strukturave subkortikale në procesin e krijimit të refleksit të kushtëzuar, treguan në mënyrë të kjartë pjesmarrjen e F.R. në këtë proces. Supozohet se në stадет е herrëta të përpunimit të refleksit të kushtëzuar eksitanti i kondicionuar shkakëlon impulse, të cilat shpërndahen nëpërmjet

sistemit aktivizonjës të trunkut, në të gjithë trurin duke përfshirë regjionin e veprimit të eksitantit të pa kushtëzuar.

Kur sistemi R. talamik fillon ti «filtrojë» këto impulse të shpërndara, ndërkaq, ato nuk kalojnë në sektorë të tjerë të trurit, me përjashtim të asaj vatre të kufizuar, në të cilën realizohet veprimi specifik i eksitantit të pa kushtëzuar. Impulset që dërgohen nga organi receptor periferik, kur mbi të vepron ngacmuesi i kushtëzuar, mbas filtrimit në sistemin retikular të truncus, mbrijnë në këtë sektor të caktuar dhe e aktivizojnë, si rezultat i të cilës çfaqet reaksiioni specifik.

Kohë e fundit ekzistojnë të dhëna që vërtetojnë se formimi i lidhjes së përkohëshme nuk realizohet vetëm në kufijt e kores, me qënë se prerja e kores midis analizatorit ose heqia e njerit prej tyre nuk e pengon formimin e lidhjes së përkohëshme. Sot mendohet se lidhja primare realizohet qysh në subkorteks, pjesërisht në regjionin e formacionit retikular dhe para sëgjithash në nivelin e talameve, (N.J. Belenkov S.P. Nazikoshvili). Por duhet theksuar se vetëm me pjesmarrjen e kores në përpunimin e reflekseve të kushtëzuar, mund të shpjegohet roli i madh i emocioneve si dhe i inkurajimit ose i ndëshkimit, në procesin e të mësuarit.

Studimet e bëra nga Anohin dhe bashkëpuntorët e tij mbi formacionin retikular tregojnë se tek ky i fundit mbrijnë degëzime kolaterale nga të gjitha rrugët ngjitëse-aférante. Kjo vëçori e pozicionit të formacionit retikular i jep atij mundësinë të tèrheqi me vehte (nëpërmjet lidhjeve sinaptike në nivelin e talamusit) të gjitha ngacmimet aférante, me pare se ato të mbrijnë në koron e trurit. Prandaj është e zorshme bile të supozohet që këto transmentime kolaterale të ngacmimeve të ardhura nga periferia në formacionin retikular, të mbeten pa pasojë kur veprojnë eksitantet e kushtëzuar.

Nuk ka dyshim që çdo ngacmim i kushtëzuar, para sëgjithash shkakton ngacmimin e formacionit retikular dhe kjo vërtetohet nga ato fenomene funksionale të organizmit, të cilat lidhen direkt me këtë formacion.

Anohini dhe bashkëpuntorët e tij supozojnë se pikërisht për këtë arsy, komponenti i frysémarrjes preçedon të gjithë komponentet e tjerë të reaksiionit të kushtëzuar. Kështu pra gjeneralizimi i ngacmimit të kushtëzuar, në rajonin e formacionit retikular, bëhet më parë sesa ky eksitacion të përfshijë komponentin më të diferencuar kortikal të reaksiionit të kushtëzuar motor. Kjo do të thotë se sistemi i qëndrave të frysémarrjes, i qëndrave kardiake dhe sistemit retikular mund të eksitohej nën veprimin e eksitantit të kushtëzuar, qysh në nivelin e formacionit retikular dhe të regjionit hypotalamik. Po të miret parasysh kjo, atëhere shumë momente të pa kjarta për ne, lidhur me sjelljen e komponenteve vegetative të reaksiionit të kushtëzuar, bëhen mjaft të kjarta.

Por duhet theksuar se një supozim i tillë, në asnjë mënyrë nuk mohon faktin që cilësia specifike e reaksiionit të kushtëzuar-karakteri i tij sinjalizues i takon kryesisht kores së hemisferave të mëdha.

Këtu çështja është vetëm për të zbuluar komponentet e vëçanta të reaksiionit reflektor të cilët në mvartësi nga arqitektura e tij e përgjithëshme fiziologjike duhet të kalojnë në aparatet periferike më parë sesa të formohet reaksiioni i kushtëzuar në tërësi. Kështu ngjet p.sh. në rastin konkret të reaksiionit të kushtëzuar mbrojtës, kur ne ngacmojmë këmbën e djathë të pasme të qenit: Po të qe se kafsha do ta ngrinte këmbën para se të dislokohej tonusi i muskulaturës ekuilibruese të trupit (në raport me lëvizjen lokale) atëhere ajo do të rrëzohej me një herë, ashtu siç rrëzohej statuja prej bronxi kur i thyhet njera këmbë (Anohin). Zakinisht kur kafsha qëndron në këmbë pesha e trupit të saj është e shpër-

ndarë në mënyrë proporcionale në 4 pikë mbështetëse dhe rjedhimisht sejciла nga ekstremitetet merr pjesë në mbajtjen e trupit në pozicionin horizontal. Çfarë ridodh kur fillon të veprojë eksitanti i refleksit mbrojtës? Siç tregonjë faktet eksperimentale, para së gjithash shkaktohet dislokimi i ngacmimive pozicionale, si rezultat i së cilave pesha e kafshës shpërndahet në 3 pikë mbështetëse. Kjo do të thotë se në këtë fazë të formimit të reaksionit të kushtëzuar qëlohet nga ngacmimet pozicionale pikërisht ajo këmbë e pasme, sëcilës i takon të kryejë reaksionin lokal (në rastin konkret e djathita).

Nga analiza e oshilogrames rezulton se i gjithë ky proces realizohet brenda 0,1-0,2 sekondash.

Në këtë mënyrë pra janë grumbulluar gjithmonë e më shumë fakte të cilat kanë lejuar të arrihet në një mendim të përbashkët se:

1. Formacioni retikular i *trucus cerebri* është një farë akumulatori i energjisë së impulseve aferente, nëpërmjet të cilët bëhet aktivizimi i veprimitarisë kortikale.

2. Mënjanimi i këtij aktivizimi shpie në humbjen e tonusit të kores dhe krijon gjendje gjumi-tek kafsha.

3. S'kaasnjeve veprimitari nervore të organizmit në tërësi që të jetë vetëm kortikale ose vetë subkortikale.

4. Si hallkë kryesore në zgjidhjen e problemeve të veprimitarisë së lartë nervore sot konsiderohet studimi i raportit midis kores dhe formacionit retikular.

M. KARAGJOZI

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

1. ANOHIN P.K. Vnutrniye formozhenijije kak problema fiziologii. Moskë 1958.
2. ANOHIN P.K. Novie danie o funkcii gelogenosti retik. formacii stvolla mozga — zhurnall vishej ner. dejat. N. 4/1959 ff. 489-499 Izdat.akad.nauk SSSR.
3. ANOHIN P.K. Elektrofiziologiceskij analiz uslovnovogo refleksa. Moskë 1958 ff. 16-28.
4. ASRATJAN E.A. Problemi sovromjonoj fiziologi N. 11/1956 ff. 5-8.
5. ASRATJAN E.A., SIMONOV P.V. Nadjozhnost mozga 1963 ff. 72-73.
6. BRODAL M.D. Retikuljarnaja formacija mozgovovo, stvolla (përkthim nga anglishtja).
7. BELENKOV N.J. Cituar nga Gasto (Gastaut) Uslovniye refleksi i podkorkovije obrazovanija mozga. Moskë 1965 ff. 235-255.
8. HERBERT H. JASPER, LORNE D. PROCTOR etj. Retik. formacija mozga (përkthim nga anglishtja — Mezhdunarodnij simpozium, Detroit (Sh.B.A.) Medgiz. Moskë 1962 ff. 5-11.
9. H.W. MAGOUN, h.D. — Bodrvujushij mozg. (përkthim nga anglishtja) Moskë 1961
10. NARIKOSHVILI S.P. — K voprosu o mekanizme uslovno reflektornoj dejat. — Zhurnall vishej nerv. dejat. Nr. 4/1962 Izdat.akad.nauk SSSR ff. 613-620.
11. Rapports au XX congress international des physiologistes a Bruxelles ff. 151-160 Izdat.Akad.nauk SSSR Moskë 1956.
12. SERBINJENKO K voprosu o lokalizaciï i vozmozhnom mekanizme deistviya aminazina na nishodjashchiju retik. formaciju stvolla mozga — Fiziolog. zhurn. SSSR Nr. 4/1960 f. 1110.

## JETA SHKENCORE NË VËNDIN TONË

### **SESION SHKENCOR PËR NDER TË 25 VJETORIT TË THEMELIMIT TË P.P.SH., KONGRESIT TË V-të TË PARTISË DHE FESTAVE TË MËDHA TË NËNDORIT**

Me datën 11-12 Nëndor, në Fakultetin e Mjekësisë të U.S.H.T. u zhvillua një sesion shkencor i rëndësishëm kushtuar Kongresit të V-të të Partisë dhe festave të mëdha të Nëndorit, i organizuar nga këshilli shkencor i Fakultetit, Dekanati dhe Organizata bazë e partisë. Në këtë sesion u paraqitën 69 referate nga punonjësit e fakultetit si dhe të institucioneve të tjera shëndetësore të kryeqytetit dhe të rretheve. Punimet e tij sesioni i zhvilloi në shtatë seksione të ndryshme sipas specialiteteve mjekësore. Karakteristikë e këtij sesioni ishin temat aktuale tek të cilat rritheshin probleme që dalin para mjekësisë sonë. Vetëm një temë kishte karakter teorik, ndërsa të gjitha temat e tjera kishin karakter klinik, kliniko-eksperimental, kliniko-statistikor, dhe thjesht eksperimental.

Në seksionin e terapisë u referuan 13 tema ndër të cilat — studimi kliniko-statistikor i diabetes mellitus sipas të dhënave të klinikave të terapisë në vitin 1964-65, mjekimi i poliarthritez reumatizmale sipas të dhënave të klinikave të terapisë, vdekjet bronda 24 orëve në spitalin klinik Nr. 1, ndryshimet fiziologjike tek aviatorët gjatë fluturimit, ndryshimet e fermenteve tek të sëmurët me cirroze hepatike etj. Në seksionin e sëmundjeve infektive u paraqitën 16 tema ndër të cilat, epidemiologja e hepatitit viral në qytetin e Tiranës gjatë viteve 1956-1965, sindromi i Lyell etj. Në seksionin e kirurgjisë u dëgjuan 11 referate dhe kumtesa ndër të cilat, rëndësia e vagotomisë në trajtimin e ulçerave duodenale, mbi mjekimin kirurgjikal të elefantiazës etj. Seksioni i neuro-psikiatrisë pati 9 referate dhe kumtesa ndër të cilat, psikoleptikët në sëmundjet psiqike, efektet sekondare dhe aksidentet nga haloperidoli dhe triperidoli etj. Në seksionin e obstetrikë-gjinekologjisë u lexuan 9 referate dhe kumtesa. Ndër temat më interesante mund të përmenden ato me titull: të dhëna aktuale kolpocitologjike lidhur me diagnozën e insuficiencës placentare në gravidancën serotine, citologjia vaginale gjatë ciklit mestruale dhe hë periudhën e barrës, septicemia dhe aksidentet renale në teren të aborteve të provokuara. Edhe në seksionet e ORL- Okulistikë-stomatologjisë dhe dermatologjisë, ku u referuan, përkatësisht, 8 dhe 4 tema, pati mjaft referate interesante si perforacioni i esofagut, kujdesi për kavitetin e gojës dhe dhëmbëve tek fëmijët, përhapja dhe luftimi i sifilizit në rrethin e Burrelit etj.

Niveli i referateve dhe kumtesave të paraqitura në këtë sesion, tregoi se punonjësit tanë të mjekësisë, si të fakultetit ashtu dhe të institucioneve

Në sëmundjet e heparit serumi turbulohet shpejt dhe arrin maksimumin në 10 minutat e para. Elxiston një paralelizëm midis reaksionit të Sellek-Frads dhe Takata-Ara.

Duke parë ndryshimet elektroforetike autorët tregojnë se tek 3 patientë kishin një pakësim të raportit albumina/globulina që mvaret nga rritja e gamaglobulinave.

Reaksioni Sellek-Frade është më sensibël në patologjinë hiperaktive të sistemit retikulo-endotelial para inversionit të raportit albumina/globulina.

Rëndësi ka ndryshimi i këtij reaksiuni gjatë injekimit të të sëmurëve me prednisolon. Së bashku me përmirësimin e kuadrit klinik këthehet në vlera normale ose subnormale dhe ky reaksiuni.

MILTO KOSTAQI

## STUDIM MBI NATRIUMIN DHE KALIUMIN E SHKËMBYSHËM DHE TË LIKUIDEVE EKSTRACELULARË NË CIRROZAT ETILIKE.

A. ROBERTI, H. TRAVERSO, P. VESIN, R. VIQUIE, P. Blanchon.  
*La semaine des Hopitaux 1966, 39, 1714*

Përcaktimi i natriumit dhe i kaliumit të shkëmbbyshëm dhe i likuideve ekstracelular tek cirotitë tregon ndryshime të randsishme. Autorët kanë përcaktuar regullisht elektrolitet e gjakut dhe urinar në 21 cirrotikë para dhe pas injekimit, dha kanë vrejtë se ndryshimet e tyne nuk janë paralele me elektrolitetet e shkëmbbyshëm. Pra jonograma e gjakut nuk reflekton masën globale të joneve të kaliumit dështë natriumit. Në cirrozat pa ascites (11 raste) kaliumi i shkëmbbyshëm asht normal i shprehur nga rritja e natriumit të shkëmbbyshëm dhe i likuideve ekstracelular në afro 25%.

Në cirrozat me ascites vrehet një ulje netto e kaliumit të shkëmbbyshëm afro 32% të shifrës normale, dhe kjo ulje theksohet në cirrozat me evolucion të randa. Shifrat e kaliumit mund të arrijnë në 1,900 mEq dhe ma pak. Por sipas trajtimit të përdorur shifrat se kaliumi i shkëmbbyshëm mund të ndryshojë në këtë mënyrë: kortikoidët e rrisin sasin e kaliumit dhe triamtereni duket se asht i vetmi produkt që e rrit osa nuk e ndryshon kaliumin tue uljan sekrecjonin e tij urinar.

Rritja e shifrave të natriumit dhe i likuideve ekstracelulare në cirrozat ascitike reflekton rindërsin e edemës dhe të ascitit. Shdhukja e edemave dhe e ascitit shprehen me uljen e natriumit të shkëmbbyshëm dhe të likuideve ekstracelularë. Në cirrozat ascitike ulja e kaliumit të shkëmbbyshëm asht konstante, kurse variacjonet e natriumit dështë i likuideve ekstracelulare reflektojnë stadiet klinike dhe retensjonin. Tuge genë se ulja e kaliumit ka vlerë prognostike në cirrozat e randa, autorët konkludojnë se mund ti jipet kaliumi një cirotku dhe kurrë mos të jepen produkte që eliminojnë kaliumin nga qelizat, pse tek cirotku elxiston gjithmonë një ulje e tij.

Burime 8  
ENIS BULETINI

## KROMOKOLOSKOPIA E BROMSULFALEINËS NË DIAGNOZËN DIFERENCJALE TË IKTEReve OKLUZIVË INTRA DHE EKSRAHEPATIKË.

C. BAIOTTI — M. ABRATE  
*Minerva medica 1966, 75, 332*

Autorët kanë studjuar kohën e çfaqjes së bromsulfaleinës (B.S.P.) në bilë në dy grupe të sëmurësh:

Grupi i parë: 10 raste me ikter okluziv intrahepatik.

Grupi i dytë: 10 raste me ikter okluziv ekstrahepatik.

Në kolostazën intrahepatike koha e çfaqjes së B.S.P. në bilë asht nga 3-34 minuta (mezatarisht 9,7), kurse në kolostazën ekstrahepatike 28-59 minuta (mezatarisht 40). Normalisht koha asht 5-15 minuta (mezatarisht 10). Në rastet e para

Autori më poshtë përshkruan rastin e një të sëmuri me cirrozë hepatike dhe me komë hepatike recidivante, tek i cili kishte dëma e edema të theksuara, siq duket të shkaktuara nga dëmtimi i rëndë i metabolizmit mineral. Nuk u vrejt gjilhashtu midis shkallës së ikterit dhe dëmtimeve neuropsiqike. Prezenca e kolateraleve massive dhe insuficiencia funksionale e heparit janë faktorët bazë në patogenzën e encefalopatishës hepatoportale.

MILTO KOSTAQI

## NIVELI I HEKURIT NË SERUMIN E GJAKUT GJATË HEPATITIT KRONIK DHE CIRROZAVE HEPATIKE

ZIKEJEVA V.K.  
*Kliničeskaja medicina* 1965, 11, 53

Rolin kryesor në metabolizmin e hekurit në organizëm e luani hepari i cili rregullon nivelin e tij në gjak.

Eshë konstatuar se gjatë hepatitit akut infekcioz niveli i tij në gjak është i rritur dhe shpjegohet se hepari në këtë rast humb aftësinë e depozitimit si rezultat i dëmtimit të parenhimës. Ndërsa gjatë formave të rënda të Morbus Botkin niveli i hekurit në gjak ulet dhe kjo lidhet me proceset e thella nekrotike në celulat e parenkimës hepatike. Përsa i përket hepatitit kronik janë bërë pak studime.

Autorët N.I.I. Popova, A.A. Panina, A.M. Jarcev, kanë vrejtur ulje të nivelit të hekurit në gjak gjatë hepatiteve kronike.

Autori ka studjuar nivelin e hekurit në gjak në 17 të shëndoshë ku e gjeti nga 84-126 mkg, dhe në 120 të sëmurë prej të cilëve 103 me hepatit kronik dhe 17 me cirrozë hepatike. Nga këta 76 ishin burra dhe 44 gra me moshë prej 20-60 vjeç. Prej 120 të sëmurëve 99 kishin kaluar hepatit infekcioz akut.

Të sëmurët u ndanë në 3 grupe. Në grupin e parë 76 të sëmurë me dekurs benign të hepatitit kronik. Në grupin e dytë 27 të sëmurë me dekurs më të rëndë, kurse në grupin e tretë 17 të sëmurë me cirrozë.

Në 47 veta nga të sëmurët e grupit të parë niveli i hekurit ishte normal, në 26 i ulur ndërsa në 3 pak i rritur. Në grupin e dytë ishte i ulur në 21 nga të 27 të sëmurët. Kurse në 17 të sëmurët me cirrozë në 2 ishin normal, në 15 të ulura prej të cilëve në 10 shumë të ulura. Kjo tregon se në hepatitet kronike me dekurs benign niveli i hekurit është normal, kurse në të sëmurët e grupit të dytë dhe të tretë, hekuri ulet sidomos në grupin e tretë d.m.th. në cirrozat.

Në shumicën e rasteve vrehet një paralelizëm në gjak midis nivelit të hekurit dhe provave të tjera funksionale të heparit. Pas injekimit kompleks me dietitë vitaminozë, antibiotikë, hormonterapi, krahas përmirësimt të gjendjes së përgjithshme u vu re dhe rritja e nivelit të hekurit në gjak, ndërsa në cirrozat niveli i tij nuk ndryshon.

MILTO KOSTAQI

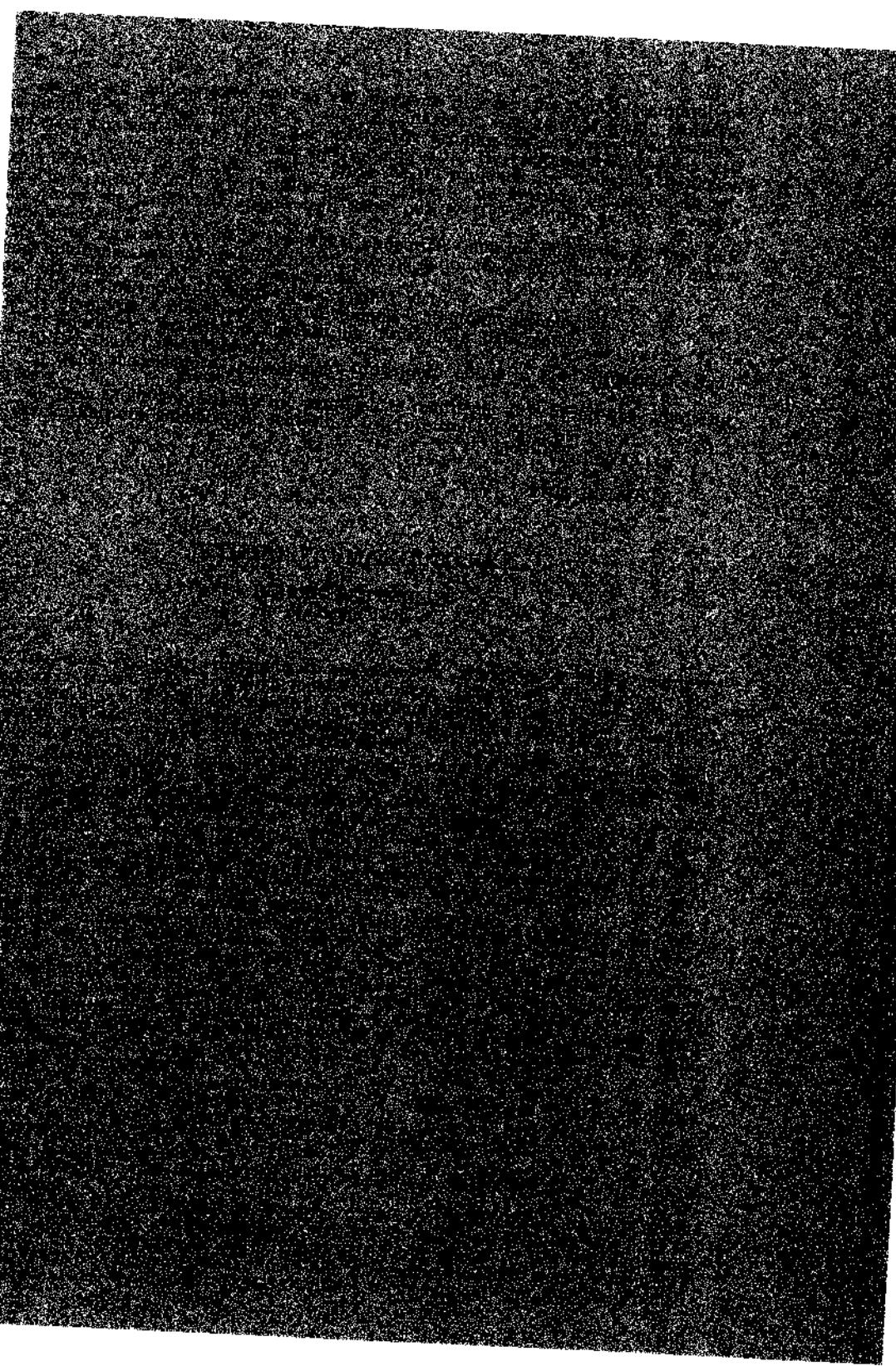
## PËRDORIMI I REAKSIONIT SELLEK — FRADES NË DËMTIMET HEPATIKE DHE KONSIDERACIONET KLINIKE MBI NDRYSHIMIN E TIJ PAS TERAPISË ME PREDNISOLON.

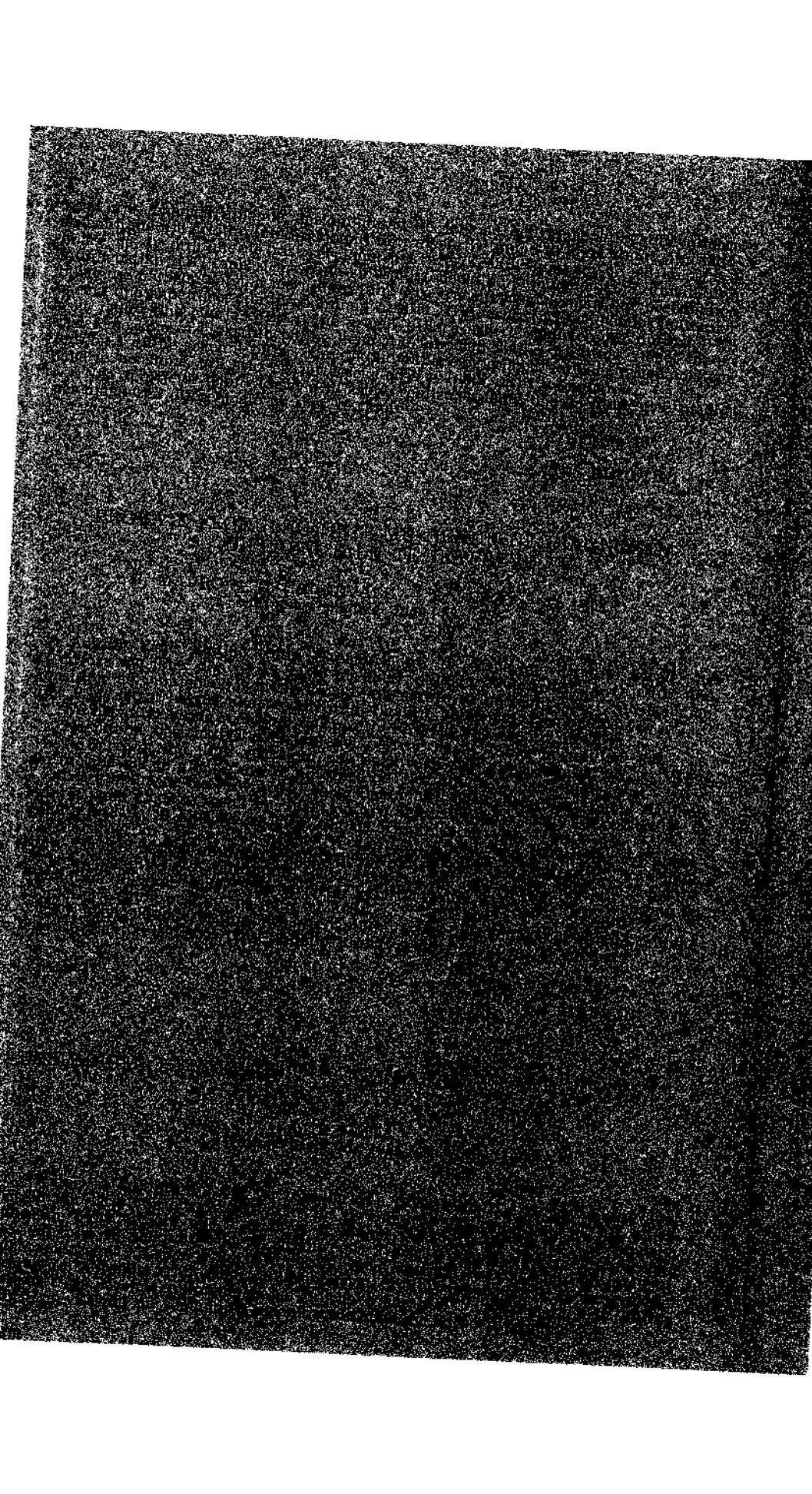
BASSI M., BUFARDECY G., D'ALONZO D., MENCI S.  
*Il Policlinico* 1965, 72, 19, 639.

Testi i Sellek-Frades është futur në grupin e reaksioneve të precipitacionit me kripira të metaleve bivalente si kloruri i zhivës, i kalciutit, sulfati i zinkut etj. Ky test indikohet në eksplorimin funksional të heparit, në lezonet e hepatocitit, hypoalbuminemisë me hyperglobulinëm.

Metoda origjinale e autorëve është e thjeshtë. Reaksiioni është negativ në qofë se mbetet i qartë dhe është pozitiv po që se formon një flokulacion që mund të marrë pamje të ndryshme në mivartësi nga intesiteti. Kur është shumë pozitiv opaleshenca dhe flokulacioni manifestohen përmjedha minutë.

Autorët kanë ekzaminuar 75 raste me sëmundje të heparit që përfshinin cirroza alkoolike, hepatite virale, ikterë obturativë, neoplazma hepatike.





## INFETKIMI I MËLCISË ME «CAPILLARIA HEPATICA» NË NJË FËMIJË 11 MUAJSH.

R. CAMAIN, X. DOR, dhe F. RANAVO  
*«La semaine des Hopitaux» 1965, 51, 2187.*

Autorët e këtij artikulli përshkruajnë një rast me infektim të mëlcisë nga kapilaria hepatike në një fëmijë 11 muajsh, i cili pas 5 ditë terapije në spital vdiq. Diagnostikimi u bë posle-mortem. Në kohën e shtimit fëmija ishte astenik, me atrepzi të theksuar, apyretik; nga anamneza referohet se fëmija ka patur prej dy muajsh vjellje periodike dhe hante shpesht dhe. Hemogramma, urina, ujet e trashë dhe analizat e tjera rezultuan normale, fëmija hyri në koma dhe vdiq. Në autopsi in gjetën lezione në mëlcit të tipit nekrotik me mikro-absesë të shumta të mbushura me vezë të helmintit që morfoligjikisht i përkisnin kapilaricët hepatike.

Këto raste janë të rralla, rasti parë është përshkruar mië 1924 në një ushtar indian. Ky parazit është shumë i përhapur në shqipëri dhe veganërisht në brejtës, si minj të shtëpive dho t'arave, lepuj etj. Kurse macja nuk infektohet. Lutermosëri në 2500 minj që ka kontrolluar ne një gytet rezultuan 85% infektuar. — Paraziti bën pjesë në familjen e nematoideve dhe është vështirë të zbulohet mbassi rri gjithmonë i mbuluar në hepar, nuk respektion asnjë moshë, dhe përhapja e tij favorizohet nga mungesa e hygjencës personale dhe të ambientit, sidomos nga toka e lagurit. Kuadri klinik karakterizohet me vjellje, hepatomegalji, hyper -globulinemi, eozinofili, çregullim të gjëndjes së përgjithshëm dhe mungesë të vezëve në ujet e trashë. Mjeti për diagnostikimin është biopsija e mëlcisë.

Duhet theksuar se sëmundja është zakonisht e rëndë; një autor referon se nga 11 raste, 3 vëtëm kanë shpëtuar. Përsa i përket terapisë, vëtëm përdorimi i hormoneve cortiko-surenaale ka dhënë rezultate deri diku të mira.

LLUKA DHIMITRI

## VLERËSIMI KRAHASUES I METODAVE TERAPEUTIKE TË REUMATIZMIT.

MUTIN S.S. e b.p.  
*Terapevtičeskij arhiv 1966, 6, 48.*

Janë analizuari rezultatet e mjekimit të 152 të sëmurëve, të cilët për dy vjet aluan 195 kurse mjekimi antireumatizmale. Për vlerësimin e rezultateve të mjekimit autorët morën dinamikën e 8 indekseve objektive.

Karakteristikat e ekzaminimit përshkruan në një tablicë të veçantë, ku midis sëmurëve reumatizmalë me aktivitet të shkallës së parë dhe të dytë, nuk vrehen dryshime të rëndësishme, ndërsa në shkallën e tretë vrehen disa, sidomos në pothën e re dhe me dërtimë të lehta të kllapave. Nga 195 kurse mjekimi, 112 herë aplikua terapi e izoluar (62 herë aspirinë, 20 herë pirazolon dhe 30 herë hormone steroidë), 83 herë u përdor një terapi e kombinuar (hormone steroide me aspirinë e piramidon). Doza e kursit të aspirinës ishte 67 gr, e piramidonit 38,8 butadionit, përdor 337 mg, triamsinolon 151 mg, ndërsa në terapinë e kombinuar ose 58 gr piramidon.

Përmirësimi klinik u arrit në 149 të sëmurë nga 152 të obseruar. Më shumë hperheq u vrojt tek format eksudative të sëmundjes. Tek 148 të sëmurë u konfirmohet dinamika pozitive e reumokarditit. Në shumicën e rasteve u vrejt se terapia në uljen e indekseve të aktivitetit të sëmundjes.

Në shkallën e parë të aktivitetit të sëmundjes, veprim të mirë tregon aspirina; ke u rrithur aktiviteti i sëmundjes efekti gradualisht ulet dhe ngrihet efekti i tilkosteroideve dhe veganërisht i terapisë komplekse. Tek të sëmurët me shkallë parë të aktivitetit të sëmundjes mjekimi me kortikosteroidë nuk i uli indekset aktivitetit të procesit. Në të njëjtën kohë gjatë shkallës së dytë dhe të tretë jep ultat aplikimi i mjekimit kompleks të hormoneve kortikosteroide me medikament e tjera antireumatizmale.

Vrehet një ulje e gama globulinave tek grupi që kanë përdorur aspirinë gjë që mbi efektin antialergjik të preparatit.

MARGARITA VULLKAJ

Ndër **FENOTIAZINIKET** dhe **PSIKOLEPTIKET** e tjerë duket se klorpromazina asht ma i njohuni. **SEDATIVËT** dhe qelësuesit jepin lezione hepatike, vëçanës riskt hydantoinet dhe fenacetylurea. **SULFAMIDET ANTIBAKTERIANE** mund të jepin gati të gjithë iktere citolitike. **VITAMINA K** jep hyperbilirubinemi shpesh tek neonatët.

**IKTERET ME BILIRUBIN TË PA KONJUGUAR** (bilirubina e lirë) Këtu futen: NOVOBIOCINA dhe disa ekstrakte mashkullorë. Këtu mund të futen edhe disa gregullime të metabolizimit të ngjyronjësve, normalisht të eksretueme nga hepati, siç asht p.sh. B.S.P.

**TRAJTIMI.** Trajtimi të efektshëm për ikteret farmakologjikë nuk ka. Shpesh janë përdorë kortikoidët por pa ndonji efekt. Praktikisht duhen ndërpore medikamentet përgjegjse.

Pra këto medikamente të përdoren vetëm në indikacione absolute dhe nën kontrollin biologjik.

Burime 7

ENIS BULETINI

## METODA E «TË MËSUEMIT» (Accoutumance) TEK SUBJEKTËT ME ALERGJI KUNDREJT ANTIBIOTIKËVE

WOLFROM R., NATAF P.  
*La presse Medicale 1966, 6, 239.*

Autorët parasesin 6 raste në të cilat përdorimi i metodës së të mësuarit u ka lejue me vazhduen trajtimin me një antibiotik të pa-zavendësushëm por që kishte dhanë fenomene alergjike të randa. Metoda bazohet në rritjen progresive dhe me intervale të dozave dhe që lejon me arritje pa rreziqë mbrenda 24-48 orësh dozën terapeutike. «Të mësuarit» realizohet sistematikisht nën veprimin e antihistamini-këve dhe kortikoideve kur manifestimet alergjike kanë qenë shumë serioze. Doza e parë e injektuar asht shumë e vogël: 1 unite penicillin asë colimicin, 0,001 mgr. streptomycin; ajo administrohet me rrugë intradermale. Injekejonet vazhdohen nën lëkurë kur injektori intradermal ka shkaktue reaksjon edematos të theksuar. Mbrenda disa orësh kalohet në rrugën intramuskulare. Autorët rekomandojnë që në fillim injeksjonet të baihen çdo gjysëm ore, pastaj çdo orë kur kemi kalue në rrugën intramuskulare dhe nuk asht vrejtë asnjë incident. Rritja e dozave mvaret nga randësia e manifestimeve alergjike nga antibiotiku dhe nga reaksjonet e vrejtura gjatë «të mësuarit». Në rast reaksioni kutaneal, progresiviteti i dozës ndalohet dhe e njajta dozë përsëritet deri në zhdukjen e manifestimeve anomale. Në mungesë të incidenteve, zakonisht arrihet doza terapeutike mbrenda 24-36 orësh. Kur kemi të bajmë me penicilinë, mund të bahet një përfuzjon intra venoz që në rëtë stad nuk asht ma e damshme se rruga intramuskulare. Mekanizmi i një të mësuarit» të tillë nuk njifet mirë.

Autorët insistojnë se kjo metodë nuk përban nji desensibilizim: «të mësuarit» uk mvaret vëçse nga nji zgjatje e limitueme e aplikimit të antibiotikut kundrejt saj të trajtimit; kur ay ndërpritet, rifillimi duhet të bahet me të njajtat masat si trajtimit fillestar, pse përndryshe mund të kemi aksidente të randa.

ENIS BULETINI

**INFLUENCA E EUFILINËS DHE STROFANTINËS NË SHPEJTËSINË  
E QARKULLIMIT TË GJAKUT TEK TË SËMURËT ME  
KOR PULMONAR KRONIK.**

ADLER A.M.  
*Terapevticeskij arhiv 1965, 6, 71.*

Është përcaktuar shpejtësia e qarkullimit të gjakut tek të sëmurët me kor pulmonal kronik dhe është sinquruar influenca e eufilinës dhe stofantinës.

Të sëmurët me kor pulmonal u ndanë në 4 grupe sipas klasifikimit të R.R. Kogan. Në grupin e parë hyjnë të sëmurët pa shënja të insuficiencës kardiakë, ndërsa të tjerët u grupuan sipas shënjeve të insuficiencës së ventrikulit të djathlë.

Në pjesën dorë-vesh shpejtësia e qarkullimit të gjakut u përcaktua në 103 të sëmure dhe 25 të shëndoshë, prej të cilëve 75 burra dhe 53 gra me moshë 17-71 vjeç. Shpejtësia e qarkullimit në pjesën pulmon-vesh u mat në 102 të sëmure dhe 11 të shëndoshë me moshën 17-74 vjeç.

Autori rezultatet i hedh në tablicë të veçanta dhe në bazë të tyre rezulton se në pjesën dorë-vesh shpejtësia e qarkullimit tritet pak gjatë insuficiencës së ventrikulit të djathët shkalla O-I, pastaj gradualisht ngadalësohet dhe ngadalësimin më të madh e arrin në shkallën e tretë të insuficiencës. Në pjesën pulmon-vesh vrehet një ngadalësim gradual i shpejtësisë së qarkullimit. Krahasimi i këtyre dy rezultateve tregon se me rritjen e insuficiencës së ventrikulit të djathët shpejtësia e qarkullimit në qarkullimin e vogël pakësohet në një shkallë më të vogël se sa në pjesën dorë-vesh ku për illogari të sistemit venoz qarkullimi i gjakut ngadalësohet veçanërisht në insuficiencën e ventrikulit të djathët të gradës së tretë.

Influenca e eufilinës në shpejtësinë e qarkullimit është konstatuar nga Steinberg dhe Jensen, Kopelman, Glimor etj. Influenca e eufilinës në shpejtësinë e qarkullimit është studjuar nga autorët në 83 të sëmure me kor pulmonar. Rezultatet e ekzaminimit tregojnë se preparati nuk ka ndonjë veprim të kënaqshëm, ndërsa influenca e stofantinës tek 46 të sëmure me kor pulmonal nuk ndryshon shpejtësinë e qarkullimit.

MARGARITA VULLKAJ

**APLIKIMI I KORTIKOSTEROIDEVE NË MJEKIMIN E  
SINDROMIT POST INFARKT.**

MATUSOVA A.P. e b.p.  
*Sovjetskaja medicina 1965, 5, 59*

Nga ekzaminimet e autorëve dhe të dhënat e literaturës (A.N. Demir, Dressler etj), del se pleuriti, perikarditi, etjha dhe shfaqje të tjera të sindromit postinfarkti, gjasin dekursin e infarktit të miokardit, ngadalësojnë shërimin.

Shumica e autorëve ja detyrojnë natyrës autoalergjike të sindromit postinfarkti, të shërbën si një çfaqje patologjike e këtij procesi. Nga 496 të sëmure tek 21 u rrejt zhvillimi i sindromit postinfarkti i cili konstatohet zakonisht nga dita e 7-54 gaga fillimi i sëmundjes. Transaminazat zakonisht nuk ndryshojnë.

Në 9 të sëmure u aplikua kortikoterapia kurse 12 të tjerë u mbajtën si kontroll. Predisoloni fillohet me doza 20 mg, gjatë gjithë kurosit të mjekimit i sëmuri merr 27-520 mg. Autorët tregojnë efektin e kësaj terapije në zhdukjen e dhëmbjeve, shkudurat etj. Ndërsa në të sëmuret që u mbajtën si grup kontrolli simptomat u ndukën për një kohë më të gjatë. Kortikoterapia nuk i preventon plotësisht recidivat domos kur ulen dozat e preparatit.

Rëndesi të madhe gjatë mjekimit ka kurba e temperaturës dhe sedimentacioni.

MARGARITA VULLKAJ

## STENOZA MITRALE DHE HIPERTONIA ARTERIALE

MEJERZON T.I., RIBAK E.S.  
*Terapevtičeskij arhiv 1966; 6, 65.*

Kombinimi i stenozës mitrale me hipertoniqë arteriale është vrejtur shumë tek 7,9% u vrejt hipertonia, prej tyre 2,9% deri në moshën 50 vjeç dhe 21,7% në moshën mbi 50 vjeç.

Siq dihet nuk ka një analogji midis rritjes së presionit arterial dhe rritjes së moshës. Por një radhë autorësh kanë vrejtur se tek të sëmurët me stenozë mitrale, hipertonia arteriale vrehet më shpesh se sa në njerëzit e shëndoshë të të njëjtës moshë ose me sëmundje të tjera.

Autorët kanë studjuar 68 të sëmurë me stenozë mitrale të kombinuar me hipertoni si sëmundje ose simptomatike, prej të cilëve 12 deri në moshën 50 vjeç u konstatuan këto stade: stadi i I-rë 4, stadi i dytë A 9, stadi i dytë B 28 dhe i treti 12. Shkaqet e vdekjes ishin morbus hipertonikus ose komplikacionet e saj (uremia tromboza e trurit, enëve koronare) ndërsa tek të tjerët insuficiencia kardiovaskulare, trombembolitë etj.).

Në asnjë rast të kombinimit të hipertoniqës me stenozë mitrale nuk u vrejt përmirësim i dekursit klinik të stenozës mitrale, por përkundrazi u vrejt shpejtimi progresiv i insuficiencës kardiovaskulare.

Shkaku më i shpeshë i lindjes së hipertoniqës simptomatike tek të sëmurët me stenozë mitrale është dëmtimi i veshkave uni ose bilateral. Këtu ka rëndësi në radhë të parë reumovaskuliti renal në radhë të dytë staza renale, në radhë të tretë trombembolia renale.

MARGARITA VULLKAJ

## VESET E ZEMRËS GJATË KOLAGENOZAVE (SKLERODERMIA DHE LUPUS ERYTHEMATODES)

GUSEVA N.G., SHANINA V.A., KOTELNIKOV G.P.  
*Terapevtičeskij arhiv 1966, 6, 42.*

Akoma pak kohë përpara veset e zemrës që vreheshin tek të sëmurët me sklerodermi dhe lupus konsiderohen si reumatizmale.

Autorët kanë vrejtur 100 të sëmurë me sklerodermi dhe 100 me lupus erythematos prej të cilëve 184 gra dhe 16 burra me moshë nga 15 deri në 64 vjeç, me gjatje të sëmundjes nga 8 muaj deri në 24 vjet. Të sëmurët si rrugët kanë marrë preparatë steroide, pirazolon, rezorkinë etj.

Veset e zemrës (me predomini të insuficiencës së valvulës mitrale u vrejtën në 17 të sëmurë me sklerodermi dhe në 12 me lupus. Rezultatet autorët i paragjinë në një pasqyrë të veçantë. Autopsitë vërtetuan karakterin sklerodermik dhe erytematos të dëmtimit të kllapave duke dhënë karakteristikat e një dëmtimi endokardial. Gjatë sklerodermisë dëmtimi sklerotik i kllapave dhe i endokardit parietal janë më të shprehura. Në bazë të tyre shtrihen procese specifike për sëmundjen skleroza fibrinoïde e desorganizuar. Kjo evoluon duke dhënë insuficiencën e kllapave dhe më rallë stenozin e tyre. Gjatë lupus erythematosës më shpesh vrehet një skleroza anësore. Skleroza anësore e kllapave me endokardit përkates nganjëherë shoqërohet dhe me sklerozë papilare.

Kadri klinik auskultativ, fonokardiografik dhe rontgenologjik tregojnë qartë përdëmtim të kllapave dhe jo rallë me mbizotërim të dëmtimit të miokardit (veganëzë gjatë sklerodermisë), të perikardit (vecanërisht gjatë lupus erythematosës).

Nganjëherë vesi i zemrës paraqitet gjatë sëmundjes në fazën aktive duke u zhvilluar gradualisht për dy vjet paralel me procesin bazë. Nganjëherë terapia me steroide zhulton nga ana auskultative vesin e zemrës. Studimet mbi të sëmurët me vese të zemrës gjatë kolagenozave kanë treguar karakterin beninj të këtyre veseve, ndryshimet hemodinamike janë të shprehura pak, dekompenzimi vrehet rallë, vetëm gjatë perikarditeve dhe miokarditeve të rënda.

MARGARITA VULLKAJ

**EKZAMINIMI I KOMPLEKSIT TË FERMENTEVE DHE I DISA TRE-  
GUSËVE TË METABOLIZMIT TË PROTEINAVE DHE LIPIDEVE NË  
DIAGNOSTIKIMIN E FORMAVE TË NDRYSHME TË  
INSUFICIENCËS KORONARE**

GRACËVA G.V.  
*Terapevtikëskij arhiv 1966, 7, 34.*

Autori ka ekzaminuar 95 të sëmure prej të cilëve 49 me stenokardi, 9 me distrofi akute të miokardit, 16 me mikroinfarkte dhe 21 me infarkte të gjëra.

Tek të sëmuret me stenokardi u vrejt: rritje e përbajtjes së fibrinogjenit, shtim i aldolazës dhe transaminazës, tek 34 kishte disproteinemi me ulje të albuminave dhe rritje të  $\alpha_2$  globulinave. Proteinat C reaktive nuk ndryshoi. U vrejt një rritje e moderuar e kolesterinës në gjak, ndërsa niveli i lipoproteideve nuk ndryshoi.

Në të sëmuret me distrofi akute të miokardit u vrejt: rritje e fibrinogjenit në gjak pas 18-24 orëve, rritje pak e transaminazës, ulje e albuminave dhe rritje e  $\alpha_2$  globulinave. Proteinat C reaktive negative. Tek disa u vrejt rritje e nivelit të kolesterinës ndërsa tek shumica rritje e lipoproteinave.

Tek të sëmuret me mikro-infarkte u konstatua: rritja e theksuar e fibrinogjenit, rritje e transaminazës dhe aldolazës, ulja e albuminave dhe rritja e  $\alpha_2$ , beta dhe gama globulinave. Proteinat C reaktive çfaqet pas 24-36 orësh dhe eduket nga dita e XVI-XXX, rriten gjithashtu kolesterina dhe lipidet.

Në të sëmuret me infarkt të gjërë të miokardit u vrejt rritje e transaminazës dhe aldolazës, rritje e fibrinogjenit, ulje e albuminave dhe rritja e  $\alpha_2$  globulinave, proteinat C reaktive, rritje e theksuar e Beta lipoproteideve dhe kolesterinës.

MARGARITA VULLKAJ

**MBI ÇËSHTJEN E NDRYSHIMIT TË GJAKUT TË KUQ GJATE  
SËMUNDJES ISHEMIKE TË MIOKARDIT.**

LISOVSKIJ V.A.  
*Terapevtikëskij arhiv 1966, 7, 41.*

Shumica e autorëve vrejnë një tendencë për eritrocitozë në ditët e para të zhvillimit të infarktit të miokardit.

Autori ka ekzaminuar 115 të sëmure, 76 gra dhe 39 burra me moshë prej 40-70 vjeç. Prej tyre 73 vuanin nga morbus Hypertonicus. Si normë u muarën të dhënët e gjakut të ekzaminuar në 500 njerëz të shëndoshë.

Tek 44% e të sëmureve në ditët e para të zhvillimit të infarktit të miokardit u vrejt eritrocitozë. Në periudhën e mëvonëshme sidomos gjatë formave të rënda përbajtja e hemoglobinës dhe eritrociteve ulet. Zakonisht ndryshimet e gjakut të kuq karakterizohen jo nga eritrocitoza por nga rritja e indeksit të hematokritit, diametrit të eritrociteve vëçanërisht të shprehur në ditët e para të sëmundjes. Rritja e përbajtjes së hemoglobinës dhe eritrociteve u vrejt shumë i shprehur tek të sëmurët me morbus hypertonicus.

Shumica e autorëve tregojnë se hipoksia kondicionon zhvillimin e eritrocitozës gjë që vërtetohet dhe nga ekzaminimet e autorit.

Tek pjesa më e madhe e të sëmureve u vrejt se nën influencën e oksigjenit terapisë u përmirësua gjendja e përgjithëshme, ndryshimet e gjakut të kuq.

Autorë të tjera mendojnë se shtimi i proceseve hemolitike në konditat e hipokondicionon lindjen e eritrocitozës. Ndryshimet kompensatore të gjakut të kuq rozës së shprehur keqësohet.

MARGARITA VULLKAJ

## IZOFERMENTET E LAKTIKODEHYDROGENAZËS SË SERUMIT TË GJAKUT NË INFARKT MIOKARDI

J. MARKELOV, T. BOLSFROM, A. EJDINOV, E. NODOVA  
*Kliničeskaja Medicina 5, 1966, 121.*

Autorët kanë përdorur enzimoelektroforezën në agar, për përaktimin e aktivitës së izofermenteve të laktikodehydrogenazës (LDH), në 24 të sëmurë me infarkt miokardi, në 6 të sëmurë me stenokardi dhe në 8 njerëz të shëndoshë.

Aktiviteti i tyre ne të sëmurët me infarkt miokardi u përcaktua në dinamikë, qysh në orët e para të sëmundjes dhe pastaj në ditën e 1-3-9-15-20-30-të. Diagnoza ishte konfirmuar edhe me E.K.G. dhe me të dhuanat hematologjike. Në personat e shëndoshë u ndanë mirë me elektroforezë 5 izoenzimat: LDH<sub>1</sub>, LDH<sub>2</sub>, LDH<sub>3</sub>, LDH<sub>4</sub>, LDH<sub>5</sub>, dhe u pa se aktivitetin më madh e ka LDH<sub>4</sub>. (LDH<sub>5</sub> 24,1%, LDH<sub>4</sub> 37,4%, LDH<sub>3</sub> 11,3%, LDH<sub>2</sub> 12%, LDH<sub>1</sub> 8,2%).

Indeksi LDH<sub>4</sub>/LDH<sub>5</sub> ishte 0,63.

Në të sëmurët me stenokardi aktiviteti i izofermenteve praktikisht nuk pati ndonji ndryshim të dukshëm kundrejt njerëzve të shëndoshë. Në të sëmurët me infarkt miokardi u rrit aktiviteti i LDH<sub>5</sub> në 12-15 orët pas fillimit të sëmundjes, në një rast deri 41%. Rritja maksimale e LDH<sub>5</sub> u pa në ditën e tretë dhe filloj të dita 3-9 nga 1,68-1,69, pas ditës së 15-të në 1,13 dhe në ditën e 30-të arriti në 0,89.

Në një rast u pa një rritje edhe e LDH<sub>4</sub>, por jo sa e LDH<sub>5</sub>.

Burime 24

## ENIS BULETINI

### HIPERKALEMIA GJATË BLLOKADËS SË PLOTË ATRIOVENTRIKULARE DHE NDRYSHIMET E SAJ NËN INFLUENCËN E TERAPISE.

ABAKUMOV G.G., KOC Ja.I.  
*Terapevtiqeskij arhiv 1966, 7, 59.*

Ekzaminimet eksperimentale të vijave të fundit (Burgen dhe Terrouks) konstatuan ndjeshmëri të veçantë të nyjës atrio-ventrikule ndaj rritjes së nivelit të kaliumit në plazëm. Gjatë ngritjes së përbajtjes së kaliumit ekstracelular ritmi i zemrës ngadalësohet, intervali PQ zgjatet dhe lind bllokada atrioventrikulare. Disa autorë gjunjë paralelizëm midis shpeshtësisë së krizave të Adam-Stokes dhe rritjes së nivelit të kaliumit në gjak.

Mundësia e veprimit të ndryshimit të metabolizmit elektrolitik me ndihmën e disa mjeteve (kortikosteroidët, klortiazidi) rrisin efektin e injekimit konservativ gjatë bllokadës së plotë.

Nën mbikëqyrjen e autorëve kanë qënë 4 të sëmurë me bllokadë atrioventrikulare. U përcaktu përbajtja e kaliumit dhe natriumit në plazëm, eritrocite dhe urinë, u përcaktu raporti i kaliumit dhe natriumit intra dhe eksracelular. Me poshtë autorët janin një tablicë me të dhënat e ekzaminimeve të tyre. Siç shihet në tabelë tek të gjithë të sëmurët para injekimit kalumi në plazëm ishte i rritur, koeficienti kalium ekstra dhe intracelular ishte i ulur. Tek 3 u vrejt rritje e natriumit në plazëm.

Në të gjitha rastet u vrejt hiperkalemia me mbizotërim të kaliumit ekstracelular mbi atë intracelular.

Nën influencën e hipotiazidit dhe prednizolonit indekset e metabolizmit të kaliumit u normalizuan krejtësisht tek 3 të sëmurë.

Në bazë të të dhënavë të literaturës duhet të konsiderohet kontraindikacion aplikimi i kaliumit tek të sëmurët me dëmtim të përcjellshëmrisë atrioventrikulare. Kjo ka rëndësi të theksohet në lidhje me përdorimin e gjërë të kalii chlorati gjatë insuficiencave kardiovaskulare, aritmive dhe rasteve të injekimit të gjatë me ACTH.

Gjatë bllokadës atrioventrikulare kalumi mund të cojë në shtimin e akceseve e Adam Stockes dhe kalimin e bllokadës atrioventrikulare jo të plotë në të plotë.

MARGARITA VULLKAJ

Diureza arriti deri në 73.08 ml. në një orë. Medikamentë u tolerua deri në 5 g/Kg, doza letale 7 gr/kg. Tek njeriu diureza maksimale arriti në 6 orët e para rreth 1500 ml. dhe specifisht në orën e 6 maksimumi. Gjithashu u pa paksimi i potasit, kurse natriumi, azotemi, glicemja qëndruan në shifra normale. Hematokriti paqiste një farë tendencë pakësimi. Shtimi i askorbinisë qëndroi deri në 24 orët e para.

Askorbat i Na ka cilësi diuretike të konsiderushme dhe autorët e sipërëm mendonë se doza i gr/kg është më e përshtatëshme.

LL. DHIMITRI

## MASAT TERAPEUTIKE MBAS DHËNIES SE GJAKUT INKOMPATIBEL

GAERISCH F., USBECK W.  
*Folia hematologica 1965, 2, 178-189.*

Hemoliza transfuzionale bau dekursin në 4 fazë simbas Resigl (R. H. Die Bluttransfuzion. W. Mandrich — Wien 1963).

1. Faza e shokut. Hemolizë në gjendje shoku dhe spazme të arterieve renale, hemoglobinemë.

2. Faza anurike. Dëmtim renal, nekroze tubulare akute, oliguri, anuri, uremi, dëmtime hepatike, edeme pulmonale, edeme cerebrale.

3. Faza poliurike. Me përmirësimin e dëmtimeve renale; komi rifitim të funksionit renal me poluri dhe normalizim të azotit rezidual si dhe shërim eventual të dëmtimit renal.

4. Faza e riparimit.

Symptomatologjia komplekse e aksidenteve transfuzinale hemolitike është si më poshtë: 1) Kuadri klinik me dridhje të lehta ose të forta, temperaturë, nusea, vjellje, dhimbje koke dhe mezi, ndjenjë shtypjeje dhe rënje e tensionit (shok). 2) Hemoglobinemë. 3) Hemoglobinuri. 4) hypohaptoglobulinemi. 5) Rritje e hekurit serik (mbi 140 gamma %). 6) Rritje e enzimave serike. 7) Hipertalemë (mbi 5,6 mEq/l). 8) Anemi. 9) Shtim i eritropoczes. 10) Hiperbilirubinemë tranzitorë. 11) Insuficencë akute renale.

### Masat terapeutike.

1) Luftimi i shokut: Në fazën akute rivendoset funksioni kardiovaskular me infuzione sëbashku me injete kardiakë dhe cirkulatorë; mund të aplikohet edhe noradrenalline pikë-pikë intravenoz.

2) Kontrollë serologjike. — shifet formula e gjakut përpëra transfuzionit dhe formula e gjakut të transfuzuar; bëhen provat e hemolizës dhe testi Coombs.

3) Blokada vegetative. Aplikohet megaphen ose atasan, dolcontral ose koktaili-lik me 2 ml propaphenin (50 mgr), klorpromazinë (2 ml), prothazinë (50 mgr), phenergan, pilolphen 2 ml, dolcontral (100 mgr), dolantinë, dolsin me dozë ditore 6 ml. e ndarë në 1 ml. në çdo 4 orë. Eventualisht aplikohet anestesi peritoneale, blokada paravetërale, anestesi lumbare, infiltrim novokainik i kapsulës adipozë perirenale.

4) Kortikosteroïdet. Aplikohen 50-200 mgr. i.v. për të pakësuar reaktionet antigen-antikorp, për të ulur simptomat e shokut, për të penguar insuficencën akute të suprarenaleve.

5) Alkalinizimi. Mund të jepet 300-800 ml. sol. bikarbonat natriumi 3% ose solucion laktat pikë-pikë. Mendohet se precipitimi i hematinës hidroklorike në tubulat i blokon këto mekanikisht dhe kjo nuk ndodh në ambiente alkaline.

6) Eksanguinotransfuzioni. Është e domozdoshme bërja e provës së kryqëzimit dhe e Coombs indirekt. Mundësish të përdoret gjak i plotë, jo më i vjetër se 72 orë. Zakonisht higen 500 ml. gjak dhe futen nga krahу tjetër 500 ml. Mbas 1000 mililitra bahan 10 ml. calcium chloratum 10%.

7) Hemodializa. Aplikohet kur çfaqen shenja uremic dhe azoti rezidual e kalon kufirin e 200 ml%. Më përpëra meren këto masa: Dietë, bilanc uji dhe elektrolytesh, antibiotikë, lëndë anabolike, klizma të larta. Në rast anemie bëhet transfuzion, sidomos në kombinim me hemodializën. Përdoret diatermia sidomos nga fundi i fazës anurike ose oligurike.

ENIS BULETINI

## PËRDORIMI I HIPOTIAZIDIT PËR MJEKIMIN E GLOMERULONEFRITIT DIFFUZ.

PALJEJAVA F.M.  
*Terapevtičeskij arhiv* 1966, 7, 97.

Autori ka studjuar efektin dhe mekanizmin diuretik dhe saliuretik të hipotiazidit tek 88 të sëmurrë me glomerulonefrit diffuz. Preparati u aplikua në formë edematoze, hipertone dhe të përziera. Rezultati i mjekimit vlerësohet në bazë të dinamikës së edemave, ndryshimit të diurezës dhe saliurezës, poshës së trupit, presionit arterial, gjendjes funksionale të veshkave.

Hipotiazidi u aplikua 50-100 mg 2 herë në ditë gjatë 14-20 ditëve, deri në marrjen e efektit të plotë. Tek format me hipertoni krahës normalizimit të presionit ulet dhe doza e hipotiazidit kombinuar me rezerpin.

U studjuan 9 të sëmurrë me glomerulonefrit diffuz. Zgjatja e sëmundjes nga tek 8. Me nefrit subakut ishin 3 të sëmurrë, me nefrit kronik 74 të sëmurrë, me formë edematoze 5, hipertone 27, edematoze-hipertone 19, ndërsa me insuficiencë renale 23.

Efekti diuristik i hipotiazidit fillon në dy ditët e para dhe arrin deri në 3 litra urine në 24 orë. Rritja e diurezës u vrejt në 81% të të sëmurrëve. Gjatë formës edematoze diureza u rrit 50-480%, ndërsa natriureza 10-16.400%. Ky efekt u vrejt në 6 ditë deri në 6 muaj. Sindromi edematoz u vrejt në 7 veta kurse ai hipertone tek 8. Me nefrit subakut ishin 3 të sëmurrë, me nefrit kronik 74 të sëmurrë, me formë edematoze 5, hipertone 27, edematoze-hipertone 19, ndërsa me insuficiencë renale 23.

Efekti hipotensiv i hipotiazidit u studjuat tek 80 të sëmurrë. Niveli i tensionit arterialis u ul tek të gjithë me përjashtim të dy rasteve me hipertoni maligne. Më shumë ulet presioni sistolik dhe më pak ai diastolik. Tek të sëmurrët me insuficiencë renale efekti hipotensiv është më pak i shprehur. Rritja e aftësisë filtruese të glomerulave nën influencën e hipotiazidit sigurohet në sajë të përmirësimit të zonës së membranës baze të glomerulit.

Tek të sëmurrët me insuficiencë renale hipotiazidi nuk tregon efekt në uljen e është e lidhur jo me veprimin tokik të hipotiazidit në indin renal, shkaku janë i cili ndryshon tonusin e tyre. Tek të sëmurrët me hematuri nuk u vrejtën ndryshim.

Në dy të sëmurrë që në orët e para të aplikimit të hipotiazidit u vrejtën shënjat e hipokalemisë me palpitacione në zemër, nauze, marrje mendsh, si dhe ulja e kaliumit në gjak. Veprimi saliuretik i hipotiazidit shoqërohet me uljen e reabsorbsionit të natriumit dhe më pak të kaliumit në kanalet renale. Ky është dhe mekanizmi kryesor i veprimit të tij.

MARGARITA VULLKAJ

## VEPRIMI DIURETIK I ASKORBATIT TË NA: VROJTIME NË SHTAZË DHE NË NJERËZ.

V. CAGLI, G. CANTORE, J. GIRALDI dhe M. VIRNO.  
*«Il Policlinico»* 1965, 25, 835.

Më 1954, Bayer dhe Staub, duke injektuar pacienta me hepatit viral me askorbat Na në doza të mëdha, 10 gr. pro die dhe kanë konstatuar një rritje të diurezës. Më 1957 Kirchmaier dhe Kirsch kanë përdorur të njëjtën dozë, në të njëjtën sëmundje e ndër fëmijë mbi 5 vjeç, dhe kanë konstatuar diurezë të shtuar po ashiu toleruar mirë pa asnjë turbullim.

Autorët e këtij artikulli kanë studjuar efektin diuretik të këtij medikamenti në kafshë dha në njérëz. Pregatitja e tij është bërë në solucion 20% me pH 7.5 me anën e bikarbonatit të natriumit dhe është aplikuar në rrugën endovenozë me shpejtësi 60 pika në minutë. Në lepurin e butë është përdorur doza 1.5 gr/kg.

Duke u nisur nga këto të dhëna paraprake, autor i ka përdorur tiامfenikolitë  
në 45 pacientë (43 m dhe 3 f.) prej të cilëve 31 me uretrite gonokoksiqe dhe 14 me  
uretrite jo gonokoksiqe, të vërtetuar të parët me ekzaminim të sekretit uretral të  
ngjyrosur me bleu-methylen dhe gram. Tiامfenikoli u dha për os nga 0,25 deri në  
16 gr. dhe rastet u mbajtën nën vërejtje për dy javë mbas shërimit.

Përfundimi: Nga uretritet gonokoksiqe 27 u shëruan nga gjithsejt 31 (me doza  
nga 0,25 në 16 gr), kurse nga uretritet jo gonokoksiqe për të cilët doza nuk që  
është më e vogël se 2 gr. u konstatuan 11 shërimë nga gjithësejt 14 rastet

Në kontrollot e mëvonëshme nuk u konstatua asnjë rast recidiv as efekt anësor  
dhe prandaj autor i mendon se tiامfenikoli është një antibiotik që duhet përdorur  
në kurimin e uretriteve gonokoksiqe dhe në mënyrë të veçantë t'atyre jo go-  
nokoksiqe.

SHYQYRI BASHA

## SHËNIME MBI PËRDORIMIN E GAMMA GLOBULINËS NË ASTMËN E FEMIJËVE

D. PAVESIO. MIN. PED. 1965, 37.

Numuri i madh i rasteve me astmë bronkiale në të rriturit pakësobet shumë  
dhe ka një progozë më të favorshme kur kjo sëmundje kurohet mirë më të ve-  
gjelit të cilëve në të njëjtën kohë ua lehtëson shumë vuajtjet.

Astma bronkiale kurohet në dy rrugë, e para, terapi specifike duke vepruar  
drejtëpërsëdrejtji mbi faktorët etiopatogenetikë të jashtëm, desensibilizim specifik,  
e sezonale dhe, kur është e mundur, përdorimi i kortikosteroidave në mënyrë të  
ndërprerë (me cikla) ose të vazhdueshme dhe i antibiotikëve kur kemi ndonjë  
faktor infektyos. Rruja tjetër është ajo aspecifike që ndikon kryesisht në predis-  
pozicionin subjektiv, trajtim psikologjik i pacientit dhe i ambientit familial, terapi  
shojnë terrenin organik predisponues.

Mirëpo, duke qenë se në fëmini e sidomos në foshnjëri (0-1 vjet) terapia spe-  
cifique është e vështirë sepse kërkimet alergometrike nuk apin mundësi gjithnjë të  
përcaktojsh alergjenin, terapia aspecifique ka një rëndësi të veçantë. Në këtë drejtim  
duke ndjekur punimet e autorëve: Friedlander (1958), Beudo (1959), Brow e Botstein  
(1962), që kanë përdorur në kurimin e astmatikëve dhe me përfundimtë mira  
gammaglobulinat në dozë 0.12 e 0.60 CC/Kg peshë i.m. qdo 7-15 ditë dhe duke u  
tuar se janë arritur rezultate shumë të mira me doza të vogla 0.1 CC në rrugë  
intradermale, për qdo javë.

Autori ka marrë kështu në studim një grup fëmijësh që i ka kuruar vetë me  
gamma globulinë në dozën e përmendur (0.1 CC intradermal) për 7 ditë deri për

Del kështu vlera e terapisë me gammaglobulin në astmën e fëmijëve.

XHANFIZE BASHA

## IKTERI I TË PORSA LINDURIT LIDHUR ME QUMËSHTIN E NËNËS.

B: CHEVREL dhe J.P. CHEVREL  
*La presse medicale 1936, 34, 1755.*

Ikteri i të porsa lindurit, detyruar qumëshitit të nënës (Breastmilk-Jaundice),  
është një ikter me bilirubinë (indirekte) të pa konjuguar, përshtuar nga Arias më  
në qumësh të dëshkuar si 3-alfa-20-beta diol. Deri tashti janë përshtuar  
15 raste. Mendohet se kjo substancë inhibon glukoro-konjugimin e bilirubinës  
në hepar.

Nëna tregon se lindja është zhvilluar normal. Në të gjitha rastet dhenja e  
qumëshitit ka filluar nga dita e dytë-e tretë. Vërehet një ikter i lehtë në ditët e para

## KLINIKA DHE DIAGNOZA E ALDOSTERONIZMIT PRIMAR.

GERASIMENKO P.P., ERINA E.V., GERASIMOVA E.M.  
Terapevtičeskiy arhiv 1966, 6, 103.

Conn më 1955 përshkroi aldosteronizmin primar baza morfollogjike e të cilit në 85% të rasteve është adenoma benigne, uni ose bilaterale, e pjesës kortikale të suprarenaleve. Tek 9% e të sémurëve është konstatuar një hiperplazi e kores së suprarenaleve, ndërsa në 6% nuk janë gjetur ndryshime (Conn). Jo rallë kuadri klinik ngaturohet me hiperkortizemin.

Në literaturën botërore deri në vitin 1963 ishin përshkruar 150 raste të aldosteronizmit primar, si rregull tek gratë. Jo rallë simptomet fillestare janë vrejtur në periudhën e barrës që shumë autorë e lidhin me influencën stimuluese të hormoneve gjenitale femrore në zonën kortikale të suprarenaleve. Sémundja karakterizohet me sekrecionin e shtuar të aldosteronit i cili sipas influencës në metabolizmin e elektrolitëve është 130 herë më aktiv se deozokortikosteroni dhe 1000 herë më aktiv se hidrokortizoni. Vepron direkt në pjesën distale të kanalizave renale, rrit reabsorbsimin e natriumit dhe favorizon shtimin e ekskresionit të kaliumit. Përbajtja e kaliumit në gjak ulet deri në 1,9 meq (7,4 mg%). Simptomet kryesore janë dobësia muskulare që arrin shkallën e paralizës, parestezia, akcese dridhje, hipertonia, poliuria, nikturia, nefropatiqë hipokalemike që shkaktohet nga dëmtimet vakuolare të epitelit të pjesës distale të nefronit. Natriumi në gjak shpesh është normal ose i rritur, përbajtja e kaliumit në gjak çfaqet në sindromin Conn jo me edema periferike por me ndarjen e elektrolitëve në murin e arterioleve. Vrhet gjithashtu hipokloremia, akilia, alkaloza.

Diagnostika e sindromit Conn paraqet vështirësi. Mjekimi është kryesisht operator duke larguar tumorin, në goftë se nuk ka dhënë ndryshime ireversibla veshkat.

Disa herë sémundja shoqërohet me një pielonefrit si komplikacion i dëmtimit hipokalemik të renit.

Hipertonia rjedh tek shumica e të sémurëve në mënyrë benigne por ngandonjëherë merr karakter malign, duke arritur 250/150 mmHg dhe ulet shumë ngadal. Hipertonia shpesh vjen me kriza që të kujton atë të feokromocitomës, si rezultat i rritjes së katekolaminave nga presioni i tumorit kortikal mbi pjesën medulare të suprarenaleve. Ngritja e tensionit shikohet gjithashtu dhe si rezultat i ndryshimeve intracelulare të kaliumit dhe shtimi i joneve të natriumit qon në edemëm e murit të arteriolit, ngushtimin e lumenit të vazës dhe ngritjen e ndjeshmërisë së muskulaturës vazale ndaj veprimit vazokonstriktor të katekolaminave të organizmit.

Tek shumica vrhet rritje e aldosteronit deri në 95 nmkg, por ngandonjëherë mund të jetë dhe brenda normës.

Në bazë të të dhënave të literaturës autorët përfundojnë se kombinimi i hipertonisë, hipokalemisë, poliurisë jo diabetike dhe i çfaqës së ashtuquajturit sindrom diensefalik, flet për një aldosteronizëm primar. Kjo është e rëndësishme për diagnozën e herëshme të sémundjes duke mos patur ndryshime të rëndësishme në organet e tjera dhe kur me sukses mund të bëhet operacioni.

MARGARITA VULLKAI

## MBI EFEKTIN E TIANFENIKOLIT ME DOZA TË VOGLA NE KURIMIN E URETRITEVE

A. RIBOLDI. MIN. DEM. 966, 1.

Duke parë shtimin e uretriteve gonokoksike dhe jo gonokoksike rezistente ndaj penicillinës, shumë autorë janë përpjekur të gjejnë antibiotikë të tjerë që ta zëvendësojnë penicillinen në trajtimin e uretritëve, sidomos me prejardhje Neisseriane. Në këtë drejtim është konstatuar se tianfenikoli ka një veprimitari të theksuar mbi Neisseria gonorrhoeae.

Koncentrimi më i pakët, që ndalon zhvillimin e germëve, është mesatarisht 0,28 mgr/ml, ndërsa kloramfenikoli është aktiv me koncentrime të dyfishta dhe kanamicina në koncentrim përtëj 8 mg/ml.

## MBI VEGANTITË E MUNDËSHME TË SËMUNDJES HIPOGLICEMIKE TEK GRATË.

E.G. VEINBERG.

*Problemi endokrinologji i gormonoterapii, 1966, 2, 26.*

Gjithnjë e më shpesh në literaturë flitet mbi sëmundjen hipoglicemike e cila mund të ketë origjina të ndryshme. Sot paraqet interes problemi i diagnozës diferencale lidhur me mjekimin, sepse sëmundja hipoglicemike e kondicionuar nga insuloma *pancreatis* kërkon ndërhyrje kirurgjikale, ndërsa hipoglicemitë simptomatike kërkojnë mjekim konservativ. Vështiresitë e diagnozës diferencale shtohen tek gratë veçanërisht kur hipoglicemja haset vetëm në periodat premenstruale ose menstruale, si edhe kur kombinohen gjëndjet hypoglicemite me barrën. Lidhur me mekanizmat që çojnë në hypoglicemi në periudhën mestruale, autori vë në dukje se në literaturë të dhënat janë të pakta dhe kontradiktore, dhe ai citon disa duke shprehur më tej dhe mendimin e tij.

Autori theksion pastaj se tek gratë, tek të cilat gjendjet hypoglicemike korespondojnë me periodën e menstruacioneve, nuk duhet haruar përmundësinë e ciklicitetit të sëmundjes hypoglicemike. Kjo lejon të evitojen gabimet diagnostike.

Më tej autori flet mbi influencën e barrës në këtë sëmundje. Në bazë të të dhënave të literaturës dal se barra ka qar deri në zhdukjen e simptomeve të hypoglicemisë dhe se pas saj ataket u përsëriten. Por pasi autori analizon katër rastet e tij arin në një konkluzion të kundërt, që barra lot rolin e faktorit stimulues duke nxjerrë në dritë sëmundjen që deri atëherë ka kaluar në mënyrë latente. Çfaqia e barrës në sfondin e sëmundjes hypoglicemike, të shprehur klinikisht, është një moment që shpesh e keqëson shumë dekursin e saj dhe që kërkon marjen e masave të shpejtë.

Autori rekomandon në këtë rastë operacion të menjëherëshëm dhe heqjen e insulomës.

Këqësimi i gjendjes së përgjithshme, injekimi konservativ simptomatik i pa suksesëshëm, janë argumenta me peshë në dobi të ndërrprerjes së barrës.

Më së fundi autori törheq vëmëndjen se këta të sëmënuar mund të shtrohen në institucionet mjekonjëse me diagnoza nga më të ndryshmet si psh. vegetoneurozë, epilepsi, histeri, psikozi post partum, narkolepsi, fenomene reziduale të neuroinfeksionit etj.

8 burime literature.  
GJERGJI MINGA

## ASPEKTE TË KOMPLIKACIONEVE KARDIOVASKULARE POST DIFTERIKE

RAPELLINI M, MARTANO M.

*«Giornale di Malattie infettive e Parassitarie» 1965, 17, 6, 353.*

Nga komplikacionet e herëshme dhe të vonëshme post difterike predominojnë ato të aparatit kardiovaskular, qoftë si lokalizim, qoftë si shkak vdekje. Në shumicën e rasteve vdekjet nga komplikacionet kardiovaskulare u vërtetuan në mënyrë të herëshme (jo më vonë se ditën e 7 të sëmundjes). Vetëm në 4 raste ishin të më vonëshme (në të 15, 32, 42, 46 ditë të sëmundjes).

Në 105 raste me difteri të vërtetuarë klinikisht dhe bakteriologjikish u pa një mortalitet mesatar prej 7 %.

Kryesisht u kapën fëmijët, por nuk përjashtuan dhe moshat madhore (rreth 1,6%).

Forma stenozante ishte si komplikacion në 40%, ndërsa forma orofaringeale 55%.

Miokarditi dhe kolapsi nga insuficiencia kardiovaskulare janë më të shpeshta në lokalizimet laringeale, pavarësisht nga fenomenet asflike ose forma stenotike.

Në anginën hipertoksike është karakteristike kolapsi kardiovaskularë (me ritëm galopi ose ekstrasistolë).

Në rreth 50% të rasteve, komplikacionet kardiovaskulare çfagen me mungesë të çfarë simptomatologjje subjektive dhe objektive; ato vihen në dukje vetëm me kërkimet elektrokardiografike. Ka raste në të cilat u takuan ndryshime elektrike, kur dekursi i infeksionit dukej tashmë i nisur për shërim.

Me miokarditit çregullimet subjektive vijnë duke u shtuar dhe paraqiten me rendim në regjionin prekardial, shtrëngimë retrosternale, dispne.

të jetës, dhe nga dita e 7-10 ose më vonë çfaqet një hiperbilirubinemi sekondare, disa herë mjaft e rëndësishme (145-245 mg. pér litër). Gjendja e fémijës është e mürë. Biologjia ve në dukje një ikter me bilirubinëm tē pa konjuguar dhe asgjë tjetër. Britja e bilirubinës është në korelacion me aftësinë inhibuese të qumështit mbi aktivitetin e glukoronil-transferazës. Zakonisht evolucioni është benini, pa komplikacione dhe dëmtime neurologjike. Bilirubina zakonisht normalizohet mbas 2-3 muajsh. Po që se hiqet qumështi i nënës dhe i jetet qumësht artificial, bilirubina normalizohet pér disa ditë dhe si kundërproç, në rast se i fillohet qumështi i nënës, bilirubina i rritet përsëri. Diagnoza shpesh paraqitet e vështirë, sidomos kur nëna nuk tregon çfaqjen e ikterit në të njëjtë vëllezoër në fémijët e rritur me gjit. Diagnoza diferenciale bëhet me ikteret nga difekti i eliminimit siç janë: ikteri fiziologjik i neonatorit nga imaturitet hepatic i sistemit të konjuginit; me ikterin e Crigler-Najar që është afeksion familjar dhe shpesh mortal (ikteri qfaqet qysh në orët e para dhe persiston edhe me aksidente neurologjike); me ikterin e Gilbert që është një ikter familjar kronik me hiperbilirubinë tranzitor. Edhe vitaminat K tā dhëra nënës ose fémijës në lindje, mund tā jepin rritje të bilirubinës tē pa konjuguar.

Arias dhe Gunter, mbasi përcaktuan se inhibitori i glukoroniltransferazës prodhohet nga pregnandioli i milligram në ditë, ju injektuan 4 tē porsa lindërvë nga 0,33 mg/kg/peshë pregnandiol. Dy nga ata tē trajtuar në ditë 6-8 pësuan një hiperbilirubinë tē rëndësishme dhe tranzitore kurse dy tē tjerët tē trajtuar nga dita 36-68 nuk patën asnjë ndryshim. Pra qumështi i nënës ka aftësi të fortë inhibitore të glukoronil-transferazës në fillim tē sekrecionit të qumështit, nga dozat e pregnandiolit që përmban dhe kjo aftësi inhibitore zhduket spontanisht brenda disa javësh.

Trajtimi i vetëm është zëvendësimi i qumështit tē nënës me ushqim artificial.

#### 20 burime literature ENIS BULETINI

## MBI KOMEN HIPERGLIKEMIKE NË PAKREATITIN AKUT

V.M. LLASHÇEVKER

*Problemi endokrinologji i gormonoterapii, 1966, 2, 23.*

Autori në fillim tē artikuillit vë në dukje se çrrregullimet e metabolizmit të karbohidrateve në pankreatitet akute vërehen mjaft shpesh: në 20-60% tē tē së-murëve. Në përgjithësi ato kanë karakter të lehtë; vetëm në disa raste përbajtja e sheqerit në gjak mund tō arrijë në shifra shumë tē larta, 600-1000 e bile 1500 mg%.

Edhe koma hiperglikemike e cila zhvillohet në kuqmin e krizës së pankreatitit akut, takohet relativisht rallë në tē sëmurë që nuk kanë vuajtur më parë nga diabeti. Kur kemi kombinimin e «abdomenit akut» me komén hiperglicemike, pothuaje gjithmonë në themel tē sëmundjes është pankreatiti akut. Edhe kur koma qfaqet tek tē sëmurë që kanë vuajtur herë pas here nga dhimbje në bark (ose që i kanë patur tē tillë dhimbje përparrë se tē vinte gjendja komatoze), duhet patur gjithmonë parasysh mundësia e një pankreatiti akut.

Pastaj autorit merret me tē dhënët e spitalit klinik Nr. 1 tē Odesës dhe analizon tē dy rastet që patën vdekur nga koma hiperglicemike.

Më poshtë në artikull vihet në dukje se në 326 tē sëmurë me pankreatit akut, glicemia është matur në 146 tē sëmurë dhe në 55 prej tyre (37.7%) është gjetur e rritur. Në 9 tē sëmurë ajo ka qënë në shifra tē larta (mbi 200 mg%), e shoqëruar dhe me açonotonuri.

Në bazë tē tē dhënavë tē tij dhe tē literaturës, autorit konkludon se çrrregullimet serioze tē metabolizmit të karbohidrateve nuk janë kazuistikë. Për këtë gjë ai rekomandon një kërkim dinamik, tē përsëritur, tē freguesve tē përbajtjes së sheqerit në gjak urinë, si gjatë krizës së pankreatitit akut, ashtu dhe pas saj. Në përgjithësi mjekimi i njohur i komës diabetike që komplikon pankreatitin akut është pa sukses. Në këtë rast insulinoterapia, injektimet intravenoze dhe subkutane tē glukozës dhe solucionit fiziologjik duhen kombinuar me një terapi aktive patogenetike tē pankreatitit akut (blokadë paranefrale, futje intravenoze e plazmës, injeksione tē kolonilitikëve, substancave antihistaminike, antibiotikëve). Me perspektivë shifet përdorimi i preparateve antifermentativë tē tipit tē trazilolit dhe iniprolit.

#### 15 burime literature. GJERGJI MINGA

Në epokën e antibiotikëve çfaqjet e ndryshimeve të defekacionit janë më pak të shpeshta; me shpeshtësi më të pakët është gastro-enteriti paratifik i njoftuar me emrin *cholera nostra*.

Rozeola në bazë të shpeshtësisë së saj, ka sot një rëndësi klinike më të kufizuar.

Hepatomegalia rrallë vrehej në epokën para antibiotikëve shpeshtësia e saj shthohet në mënyrë të qartë në vitet pasuese.

Splenomegalia është më e shpeshtë në mes të shenjave objektive të studiuara. Pas aplikimit të kloramfenikolit rezulton pakësim i mundësisë, që tifoja të çfaqet me një zmadhim të lienit.

Në periodën e antibiotikëve hospitalizimi bëhet me vonesë. Kjo vjen nga ndrrimi i fenomeneve klinike, gjë, që sjell në njoftime të vonëshme të infeksionit tifik.

Literatura 2 burime  
SULEJMAN MYÇKYRI

## NJË RAST POLIARTRITI ALERGIK I SHKAKTUAR NGA ANTIBIOTIKËT

MYKOMJELL M.A. *Kliničeskaja Medicina* 1965, 11, 131.

Autori vrejti çfaqjen e edemës të artikulacionit karpo-falangeal të gishtit I-rë të dorës së djathtë, të shoqëruara me dhëmbje në lëvizje, prurit dhe skuqje të lëkurës në ditën e 5-të marries të 2 g. levomacetinë. Me vazhdimin e kurës për dy ditë të tjera fenomenet e artritit u shtuan. Në ditën e 7-mjekimi u ndërpresa dhe fenomenet u pakësuan.

Pas 4 ditë pushim pacientit iu fillua biomicinë 300.00 U.I në 24 orë. Në ditën 2-3 u çfaq edemë në të gjitha artikulacionet karpo-falangeale të dorës së djathtë, si dhe edemë, dhëmbje dhe skuqje të artikulacionit radio-karpal të djathtë.

Pas 4 ditëve që u ndërpresa terapia dhe u aplikuan prednizon, dimedrol, klorur kalçiumi, të gjitha fenomenet u zhdukën.

SULEJMAN MYÇKYRI

## MEDIKAMENTET E RINJ ANTI EPILEPTIKE

(Raport i mbajtur në Tetor 1964 në Shoqérinë psiko-farmakologjike) nga  
G. Gastaut, T. Roger, H. Lob, C.A. Tassinari të shkollës së Marsilles  
*Encephale* 1965, 5.

Autorët kanë bërë këtë ndarje të medikamenteve anti epilektike.

1. Antiepileptikët madhorë që janë të aftë të zhdukin krizat tek një numur i madh pacientësh.

2. Anti-epileptikët minorë që kanë cilësinë të plotësosnjë ose të fuqizojnë efektin e antiepileptikëve madhorë.

3. Anti epileptikët për të cilët disa thonë se kanë efikasitet dhe disa jo.

Ky klasifikim nuk i kënaq autorët për arsyen se disa anti epileptikë megjithëse ndodhen në të njëjtin grup, efikasiteti i rjerit është më i madh se i tjetrit.

Autorët shpjegojë vështirësitë që hasin për të klasifikuar këto medikamente, veçanërisht për anti-epileptikët e rinj.

Në këtë punim vijet në dukje qëndrimi i eksperimentit që ngarkohet nga fabrikat e ndryshme farmaceutike për të eksperimentuar një medikament. Eksperimentator, nga një anë e ka për nder që u zgjodh për të bërë eksperitën klinike, nga ana tjetër për këtë punë, ai shpërblyhet me të holla në mënyrë të kënaqëshme. Për këtë si mbetet i detyruar karshi firmës farmaceutike; kështu bëhen lëshime dhe dallin në qarkullimin anti-epileptikë që nuk kanë asnjë veprim të favorshzm. Po ashtu firmat tregëtarë me argumenta të dobëta të bazuara në veprimin e produktit mbi minjtë, veprim i cili ndryshon tek njeriu, pretendojnë se efikasiteti tek këta shtazë është më i lartë se sa efekti i fenobarbitalit ose i difenilhidantoinës. Tregëtarët marrin si fakt ndonjë anë pozitive të pa rëndësishme të medikamentit duke heshtur për

Gjithmonë në shpesh vihen në dukje komplikacionet klinikisht të heshtura, me të dhëna auskultatore normale gjatë gjithë dekursit të miokarditit. Në 28% të rasteve të komplikuara, objektivisht u çfaqën vetëm me ekstrasistoli ventrikularë sporadike.

Në 44% të rasteve, forma hipertoksike malinje jep vdekje mbrenda javës së parë nga kolapsi kardiovaskulare.

6% e rasteve me miokarditit me qfaqje më të vonëshme dhe dekurs të zgjatur patën shërim të plotë dhe këthim të E.C.G. në normë.

Gjatë dekursit të diferisë së lokalizuar ose laringeale me toksinemi mesatare ose të rëndë, është gjithmonë rreziku i vdekjes së papritur të shkaktuar nga insuficjenca kardiocirkulatorë.

SULEJMAN MYÇKYRI

## TITULLI I ANTITOKSINËS NË TË SËMURË ME TETANOS TË TRAJTUAR ME SERO-ANATOKSINOTERAPI.

T. COPAITICH, S. D'AGOSTINO, R. MADDELUNO.

*Ibidem, 1964, 16, 12, 747.*

Dozazhi i antitoksinës është vënë në veprim me testin biologjik në minjtë e bardhë.

Në të gjithë rastet doza prej 100.000 U.I. pro die është përsëritur për 3 ditë rjesht. Në 4 rastë serumi është aplikuar endovenoz, në ditën e parë në dozën prej 25.000 U.I..

Gjaku u muar në fillim të injektimit të seraterapisë, në ditën e 4-6 nga fillimi i trajtimit, si dhe gjatë dekursit të mëtejshëm të sëmundjes.

Injektimi intramuskulare i serumit antitetanik në dozën prej 100.000-150.000 U.I. shpërndahet shpejt në gjak duke arritur koncentracion të lartë (16-20 U për ml.) mbas 24 orëve të aplikimit; ndërsa niveli i antitoksinës në gjak shtohet shpejt duke arritur titullin prej 80-100 U. për ml. në ditën e 3-4 të trajtimit. Ky titull i lartë mbahet në gjak për 4-5 ditë të tjera.

Aplikimi endovenoz i 25.000 U.I. në shtesë të atij të aplikuar intramuskular, nuk ka influencuar në mënyrë të dukëshme në titullin antitoksim të kontrolluar mbas 24 orëve të injektimit.

Mbas 10-15 ditë të injektimit u vërejt një pakësim i lehtë i titullit antitoksim, që lëviz ndërmjet 32 dhe 80 U. për ml. Ndërsa në ditën e 26 deri në të 40 ditë u takua 3,2 U. për ml.

SULEJMAN MYÇKYRI

## PATOMORFOZA E TIFOS ABDOMINALE

E. GRASSO.

*Ibidem, 1965, 17, 6, 369.*

Janë të njoftura thellimet e ndryshimeve, që sjell kloramfenikoli në kuadrin klinik të tifos.

Në përgjithësi perioda prodromale u çfaq pa shenja të veçanta ose drejt përdrejt nuk ekzistonte.

Epistaksi kaq i shpeshtë, sot shifet mjaff rrallë.

Në epokën e antibiotikëve fillimi akut i eteve të shoqëruara me të dridhura paraqet një ngjarje më të zakonëshme. Kurba e temperaturës rezulton në shumicën e rasteve e tipit kontinua. Më përpëra, tifket kanë pasur djersë profuze; sot kjo shihet rrallë. Cefalea në epokën para antibiotikëve paraqitesh në 82% të rasteve, ndërsa në epokën e antibiotikëve shpeshtësia e sajë është e pakësuar. Bradikardia relative shihet me shpeshtësi lehtësisht më të lartë në epokën e antibiotikëve. Ndryshimet e gjuhës të përshkruara si tipike në tifo, janë prezent në një të katërtën e rasteve në epokën para antibiotikëve dhe pothuajse në gjysmën e pacientëve të gjuhës është shtuar pas aplikimit të kloramfenikolit.

anët kryesore negative të tij. Po ashtu ata pretendojnë se produkti i tyre nuk ka cilësi sekondare, si somnolencë dhe ngadalësim të psihikës ashtu si ka luminall ndër厮 realiteti është i kundërt etj. etj.

Mjeku praktik ndodhet në pozitë të veshtrë për zgjedhjen e medikamentit, megjëmëse reklamat thuren në mënyrë jashizakonishë të bukur e bindëse, megjithë falsitetin që kanë në brendi. Në këtë drejtim ndodhin gabime, mjeku zgjedh pa dashur një produkt me efekt të dobët duke menduar se është më pak toksik dhe të pa përdorur në disa raste epilepsie të rëndë barna që kanë një efikasitet siç është metil-fenil-etyl-hidantoina.

I. Autorët e këllëj punimi kanë klasifikuar antiepileptikët e vjetër në këtë mënyrë:

A. Medikamentet që *vaprojnë* në mënyrë elektive mbi epilepsitë e tipit *absancë-pa konvulsione* d.m.th. derivatet e oksazolidinës 2-4 dione.

I. *Trimethadione*, *Epidione* si dhe *Paramethadione* (*Paradione*) që jepen nga 0,30 g. deri në 1,5 g tek fëmijët dhe 0,90 g. deri në 3 g. tek adultët. Si fënomene sekondare takohen, një somnolencë e lehtë, erupzion në lëkurë ose leukopeni e pakët Aksidentet vdekjeprurëse nga nefroza lipoidike, dhe pancitopenia janë jashizakonishë të rralla.

2. Suksinimidet, *methyl-methyl-suksinimid* (*celontin*).

B. *Barnat antiepileptike* që *vaprojnë* në format e tjera të epilepsive (parciiale ose të përgjithshme me konvulsione).

a) *Antiepileptikët madhore*.

1. Në krye zënë vënd *barbiturikët* me medikamentin e mirënjohur për efikasitetin e tij shumë të lartë, *fenobarbitalin*, i cili mbetet antiepileptiku më i çuar deri më sot.

2) *Hidantoinat* vijnë mbas barbiturikëve. Këto janë: *Fenitoina e lirë* (*Di-hydant*) dhe *fenitoina sodike* (*Solantyl*) në tab. 0,10 g. Doza mesatare është nga 0,20-0,50 g. tek adultët dhe 0,10-0,30 tek fëmijët. Këto nuk tolerohen në 20%, të rasteve, sepse jepin iritim gastrik ose sindrom ataksik me marrje mendesh, ose hipertrikozë.

— *Mefenitoina* (*Sedentoinal*) në tabletë 0,10 g. përdoret njësoj si fenitoina. Nuk është hipnotik, mundet të shkakëtojë erupSIONE NË LËKURË OSE TURBULLIME NË gjak me hiperplazi të përhapur të ganglioneve. Me ndonjë përsashtim të rrallë mundet që të ndodhë dermatit eksfoliator ose pancitopeni mortale.

3. *Primidon* ose *Primaklon* (*Mysoline*) në konpresa 0,25 g. është hypnotik, astenizues dhe nga ndonjëherë provokon një sindrom cerebelolabirintik.

Me doza mesatare asht mjaft efikas: 0,75-1 g. tek adultët dhe 0,25-0,75 g. tek fëmijët.

b. *Antiepileptikët minorë*. *Fenacetilurea* (*epiclase*) është më pak aktiv se barnat e më sipërme, gjendet në tabletë 0,30 g. Tolerohet mirë në përgjithësi me doza mesatare 0,60-1,80 g., tek të mëdhenjët. Ka patur disa raste aksidentesh hepatike mortale, për këtë arsyesh efekti i tij i mirë nuk kompenson rrezikun që ka toksiciteti i tij.

## II. Antiepileptikët e rinj.

a) *Antiepileptikë madhorë*. A) Medikamenti i ri i epilepsive të llojit të absancave tipike pa konvulsione, është një derivat i suksinimidve *etosuksimid* (etyl-metil-suksinimid) ose zarontin i cili paraqitet në kapsula prej 250 mg. Efikasiteti i tij është i sigurt me dozen mesatare prej 4-6 kapsulesh dhe jep përfundim të mirë në 60-80% të rasteve. Tolerohet mirë, me gjithse një raste tepër të rralla kanë ndodhur turbullime hematopojetike të rënda me pancitopeni mortale. Nuk duhet t'i jetet rëndësi faktit kur ulen polinuklearet neutrofile; por në asnjë mënyrë t'u mos zbresin nën 1600 përmirë gjak. Janë obseruar aksidente të vogla të aparatit tretës si anoreksi, nauze, vomitus si dhe somnolencë. Po ashtu janë konstatuar turbullime psikotikë të aspektit pseudoskizofrenik të cilat zhduken shpejt. Zarontina ka inkovenjenicën që të jepë mjaft herë konvulsione, për këtë del nevoja e domosdoshme që të shqërohet gjithmonë sëbashku me barbiturikët. Në rastet e veçanta të epilepsisë së ashpër pa konvulsione mund të bashkohet zarontina me trimetadionin ose më mirë me paragon-in, por duke patur parasysh që të kontrollohet shpesh herë formula e gjakut.

B. Antiepileptiku i dytë madhor është *Diazepam-i* ose *valiumi* d) Në status epilepticus ky produkt me injektione (ampuli ka 10 mg) ka një veprim të plotë dhe mund të injektohen për çdo herë 10 deri 20 mg. Gjendja e statutit epileptik zhduket menjëherë në mënyrë të habitëshme, ciladoqoftë forma (toniko-klonike e përgjithshme, parciiale ose në absancë). Valium-i nuk vepron mirë në statusin epileptik simptomatik të një sëmundjeje cerebrale akute të rëndë, kur persiston shkaku

gatogjen. Por dhe në këto raste ky medikament ashtë i indikuar sepse ai është më me efekt se barnat e tjerë që përdoren në këto raste, sepse nuk është i dëmshëmi për funksionet e fryshtëmarres dhe kardiovaskularë, nuk provokon turbullime të mëdha të vëtedijes dhe në mënyrë të veçantë nuk maskon simptomat klinike dhe as shenjet elektroenzefalografike të sëmundjes që është shkaku i çrrregullimit.

b) Kur merret me anën e gojës valiumi, i cili është i preqatitur në tabletë prej 2-5-10 mg, ka një veprim të shquar mbi epilepsinë me absancë tipikë pa konvulsione. Ky bar nuk ka toksicitet veçanërisht për gjakun; po ashtu vepron dhe mbi epilepsitë parciale të lobit temporal. Valiumi ka një të metë se eleminohet shpejt, për këtë arsyesh nevojitet të jetet doza ditore në 4 deri 6 herë. Pozologjia tek të vegjelit 5-10 vjeç është prej 2 mg-ës e cila jetet 4 deri 5 herë në ditë; në të mëdhenjë mund të shkohet deri në 60-70 mg në ditë. Në rastet kur valiumi ose derivatet e oksazolidinës 2-4 diçone ose suksinimidet, të përdorura vegë e vez nuk janë të efektëshme atëherë mundet të bashkohet valiumi me një nga këto produktet e fundit. Në këtë mënyrë evitohet edhe reziku i dëmitimit të gjakut si mund të ndodhë kur bashkohen oksazolinat me suksinimidet. Efektit sekondare të valiumit janë të ndryshme. Disa pacientë nuk përqesin obnubilacion as ngadalësim të kurentit të psihikës me doza 30 dhe 50 mg, ndërsa të tjerrë çfaqin një gjendje përgjumjeje edhe me doza të vogla. Në disa raste ndodh që të konstatohet një hypotonji muskulare e cila e detyron mjekun që të ulë dozën e medikamentit. Duhet shënuar, thonë autorët e këtij punimi, se nuk kanë observuar deri më tash asnjë anomali në gjak nga përdorimi i këtij bari. Ata shtojnë se është e nevojshme që të shoqërohet valiumi me një sasi medikamentanti anti-konvulsiv, më shpesh në formën e barbiturikëve.

Autorët thonë se duhet bërë një rezervë, kur një bar përdoret shumë, pas një kohe vihet re një tolerancë e madhe për të, aq sa ky medikament më vonë bahet i pa efektëshëm. Për valumin autorët nuk kanë ende eksperiençën e duhur për tu shprehur në këtë drejtim.

C. Medikamenti i ri i tretë antiepileptik madhor asht *Trinuridi* i cili ka këtë formulë:

Foniletilacetilure	0.20 g.
Difenilhidantoin	0.04 g.
Fenobarbital	0.015 g.
Biuret	0.10 g.

Ky produkt nuk jep aksidente në gjak as dhe aksidente hepatike të rënda. Pozologjia mesatare është një tablet e gjysmë deri në 5 tableta simbas moshës.

Autorët kanë përshtypjen se *Trinuridi* vepron mirë në epilepsitë parciiale dhe në epilepsitë që rrjedhin nga mbeturinat e encefalopatisë; më mirë vepron në krizat parciiale të tipit psiko-motor, në ataket epileptike të përgjithësme të tipit tonik që shihen sidomos te fëmijët. Efekti është më i paktë në krizat e përgjithësuarë të tipit «hilet i madh». Në përgjithësi tolerohet mirë. Çrrregullimet hematologjike janë minimale dhe sinjalizohen rallë. Në disa raste çfaqen turbullime cerebelo-vestibulare që janë më të pakta sesa kur përdoren hidantoinët. Në disa të sëmurë kur jepen doza të rëndësishme mund të vihet në dukje një farë obnubilimi. Janë vërejtur disa raste intolerance me manifestime në lëkurë. Kur konstatohet një eozinofili dhe një neutropeni e lehtë nuk del nevoja që të ndërpitet kura me *trinurid*.

### b) Antiepileptikët minorë.

A. *Tegretol*-i ky është një bar plotësues në mjekimin e epilepsive parciiale (temporale ose jo) dhe të epilepsive parciiale që janë gjeneralizuar më vonë. Nuk duhet përdorur në «absancat» tipike sepse disa herë e rëndon gjendjen e sëmundjes. Në të sëmurët e mjekuar me tegretol shihet një pëmirësim i turbullimeve psihike, ulje e agresivitetit e impulsivitetit, vërehet një ngritje e eficiencës së intelektit.

B. *Kinakrina*. — Është një produkt medikamentoz antimalarik. Jepet me doza 0.05 deri 0.10 në «absancat» pa konvulsione. Mundet të jetet 20 ditë në muaj në të sëmurët ku medikamentet madhorë në «absancat» tipike epileptike nuk kanë qenë aspak aktive.

C. *Elisal* (ose ospolot i Gjermanisë përndimore). Ky produkt u ka dhënë pak rezultate autorëve të këtij punimi.

(Përmblehdhur nga Xhavit Gjata)

## PARALIZA FACIALE PERIFERIKE ME ORIGJINË POLIOMYELITIKE

N. LAMY, M. JAMMET, N. AJJAN, C. BONISSOL  
«Annales des Pédiatrie» 1965, 58, 618.

Forma atipike të infekzionit poliomielitik mund të na çorientojnë në diagnozë. Studimi më i thellë i infekSIONeve me origjinë virale me anën e kulturës së virusit në celulën embrionale të njeriut që u realizua për herë të parë nga J. Enders në 1947, ka lejuar të caktohet virusi poliomielitik në shumë raste me manifestime klinike, etiologjia e të cilave më parë ishte e pa njohur. Kohët e fundit Thieffry, Arthuis etj. kanë njoftuar shumë raste me kuadër atipik, si forma ataksiko, encefalitike, konvulsive, parkinsonike ose me goditje të izoluar të një nervi kranial.

Autorët e këtij artikulli izoluan virusin poliomielitik në tre fëmijë me paralizë faciale periferike të izoluar. Në një rast prej tyre, në moshën 18 muajsh, u çfaq paraliza me një herë pas tre ditë hyperpyreksi. Nga ana virusologjike u konstatua virus polio. I tipit të II-të. Rasti i II-të me moshën 22 muaj, ju çfaq paraliza pas dy ditë hyperpyreksija dhe rezultoi i njëjtë tip i virusit. Në rastin e III-të foshnja ishte me moshën një vit. Paraliza iu çfaq pas një rinofaringjiti dhe rezultoi i tipit të parë.

Të tilla paraliza me origjinë poliomielitike paraqiten prej 5 deri 50% simptoma autorëve dhe epidemive. Rastet e para janë përshtuar nga Levaditi në 1910, verifikuar me inokulum tek majmuni, në të cilët shkakëtoi paraliza. Pjesa më e madhe paralizave faciale të përshtuarra në literaturë janë të thjeshta ose me origjinë bulbare, kurse paralizat faciale të izoluara, të verifikuara me anën virusologjike, janë të rralla.

Të tre rastet e përshtuarra më lartë janë të tipit periferik, unilaterale dhe të plota që u çfaqën me një herë gjatë dekursit klinik. Evolucioni zakonisht është i mirë dhe shërimi bëhet i plotë pa lënë as një shenjë, siç u bë edhe në tre rastet e përshtuarra më lart.

LL. DHIMITRI

## NJË RAST ME BARRË EKTOPIKE T'INSTALUAR NË HEPAR, NË FEMIJË TË GJALLË.

Y. MEAR, J. EKRA, S. RAOELISON  
«La semaine des Hôpitaux» 1965, 32, 1430.

Vitet e fundit janë botuar mjaft raste me barrë ektopike në abdomen. Në shumë zonën rekto-sigmoide ose cistike, por rrallë vezë vendoset në abdomen, sidomos në melci ose në shpretkë. Carayon dhe Moystard referojnë nga një rast sejçili me vendosje në shpretkë. Nga literatura referohen dy raste sejçili me vendosje në shpretkë. Nga literatura referohen dy raste në melci, njeri nga Vastenager dhe tjetri nga Vadensky. Autorët e këtij artikulli referojnë rastin e tyre: një grua afrikane 21 vjeçare u shtrua në spital me diagozen abses të melçisë dhe amenore prej afro 3 muaj. Klinikisht kish një prominencë jashtë hypokondirt të dhathtë, të butë dhe të mbushur me likuid; në thellësi të kësaj prekesh një masë e fortë dhe e rrumbullaktë. Shpretkë qëndronte në nivelin normal. Gjithashtu ka patur likuid të lirë në bark, pa qarkullim anësor. Nuk kishte eozinofili dhe reaksiuni Casoni doli negativ, eritrosedimentacioni ishte i rritur, T.A. 140/90. Transaminaza Sgot 125, Sept 230, Rivalta e likuidit ishte pozitiv. E sëmura kishte vertigo me fenomene synkopikale dhe dipne të theksuar.

Në hapjen e kavitetit abdominal, faqja konvekse e melçisë kishte një masë voluminoze të mbuluar me një membranë. Pas incisionit të saj u duk koka e një fëmije i cili ishte i gjallë; «folea» kishte drejtëm antero-posterior në lobin e dijathë, që formë ovoide në thellësi të melçisë. Kordoni umbilikal ishte i gjatë 23 cm. Fëmija, që dukelesh në gjendje të mirë, vdiq pas 45 minutash, kurse nëna vdiq gjatë operacionit pas një hemorrhagje mësive. Në autopsi uterusi dhe anekset ishin në gjendje normale, të lira pa asnjë aderencë.

Artikulli shqyrohet me katër fotografji.

LL. DHIMITRI

## QELIZAT KANCEROZE NË GJAKUN PERIFERIK NË KANCERIN E STOMAKUT

M.N. FISHER

*Kliniçeskaja medicina* 1965, 16, 27.

Megjithse transmetimi hematogen i qelizave kanceroze nijhet prej kohësh, nuk është vlerësuar rëndësia e tij. Kohët e fundit janë përpunuar metoda të reja për nxjerrjen e qelizave kanceroze prej gjakut.

Autori ka marrë në studim 100 të sëmurë me kancer të stomakut të stadeve I, II, III, IV. Si metodikë e punimit ka qënë kjo: nga vena kubitale mërej 10 ml. gjak e hidhej në një cpruvetë me 0.2 ml. heparinë. Ky gjak centrifugohej 5 minuta dhe hiqej plazma. Në pjesën e mbetur shfohej sol. 1% saponin dhe sol. izotonik deri në 10 ml. Pas përzgjerjes, centrifugoeshin përsëri për 10 minuta. Prej precipitatit bëhej një preparat me shtrësë të hollë. Preparati thahej, fiksohen me përzgjerjen e Nikiforovit dhe ngjyrosej sipas Romanovski-Gimsa. Identifikimi i celulave kanceroze paraqet vështirësi sepse ato janë të pakta dhe dallohen jo lehtë nga qelizat e reja të serisë melloide etj. Celulat kanceroze kanë dimensione të mëdha, rrëth bërthamës së tyre kanë një shtrësë të hollë protoplazme ose kjo e fundit mund të mungojë. Bërthama ka 2-4 bërthamëzë dhe shumë vakuole.

Autori ka gjetur qeliza kanceroze në gjakun periferik në 61% të të sëmurëve me kancer të stomakut. Frekuencë e zbulimit të qelizave kanceroze varet nga përhapja e proçesit, nga forma e tumorit dhe nga shkalla e traumatizmit në kohën e operacionit. Autori ka vënë re se pas operacioneve radikale, qelizat kanceroze janë zhdukur nga gjaku periferik ditën e 4-5 dhe arin në konkluzionin se vërejtja e qelizave kanceroze 1-2 javë pas operacionit ve në dyshim radikalitetin e tij dhe paraqet prognозë të keqe për të sëmurin.

Në fund autorit flet për identitetin e qelizave kanceroze të gjatura në gjakun periferik me qelizat e gjetura në ujin me të cilin është shpëlarë stomaku, si dhe me qelizat tumorozë të mara nga sipërfaqia e preparateve të rezekuara.

8 burime literaturë  
**GJERGJI MINGA**

## KONSIDERACIONE TERAPEUTIKE MBI EPIFISIOLIZËN E KOKËS SË FEMURIT

L. CATTANEO F. DEFABIANI

*Min. Ortop. 1965, 16, 229*

Në mjejkimin e epifisiolises të kokës së femurit dy janë problemet kryesore, ai i diagnostikimit të hershëm dhe problemi i teknikës së mjejkimit. Për diagnostikimin, kryesorë janë të dhënat klinike të më poshtëme:

- Mosha 12-14 vjeç me peshë dhe gjatësi mbi normën.
- Coxalgia pa karakteristika të veçanta, pakësimi i rotacionit intern.
- Të dhënat e radiografisë në dy projeksione tregojnë rëshqitjen e kokës poshtë dhe mbropa.

Për mjejkimin autorët i ndajnë të sëmurët në dy kategori. Tek të sëmurët ku rëshqitja e kokës verifikohet në momentin akut mbas një traume të lehtë, ndërhynë urgjentish.

Në këtë rast mund të korigohet plotësisht epifisiolisa, me narkozë të thellë, me lëvizje jo traumatike, bëhet reponimi konservativ. Menjëheqë mbas reponimit ose më vonë duhet bërë epifisiodesa, sepse reziqet e një rëshqitjeje tjetër janë të shumta qoftë edhe kur është e imobilizuar me allçi. Për epifisiodesë preferohet fiksimi me transplant kockor të marrë nga tibia.

Tek të sëmurët që kanë kaluar disa javë nga epifisiolisa, reponimi konservativ është i pa mundur dhe indikohet osteotomia. Me pak reziqe është osteotomia intertrokanterike.

**P. KARAGJOZI**

## FRAKTURA SUPRACONDYLOIDE TË HUMERUSIT NË FËMLIJE

G. PARMEGGIANI G. LOMMI.  
Min. Ortop. 1965, 16, 490.

Autorët kanë bërë studimin e 124 rasteve me frakturë suprakondyloze tek fëmijë, të mjekuar 10 vjetët e fundit në repartin ortopedik të traumatologjisë të spitalit civil në Piacenza. Për reponimin e fragmenteve, kur janë të spastruar, rekombanojnë ekstension të vazhdueshëm me Kirschner prej olskrantit, rrëth 8 ditë 25 ditë. Mjekimin kirurgjikal (kruent) e përdorin shumë rrallë, vetëm kur është një frakturë e pa mjekuar me pseudoartrose, ose kur ka fenomene të rëndë kompresioni vaskulo-nervosë (bëhet fasciotomi dhe qirimi i nervave dhe arteris humerales), ose në konsolidimet, vicioze si varizëm apo valgizem dhe në rastin e kallusit të deformuar apo për rezeksionin e speronave kockore.

Për të rimësuar lëvizjet e brylli mbas heqjes të allçisë, autorët shënojnë që lëvizjet të fillojnë ngadalë se ndodhin kontrakturat e mbrojtjes, reaksiuni i artikulacionit të konxhestionuar. Masazhi i artikulacionit është i kontraindikuar, mjekimet e nxehta duhet të jenë për një kohë të shkurtër dhe jo shumë të nxehta. Lëvizjet të bëhen në ményrë aktive nga vetë i sëmuria pa shumë forcë. Nga të 134 raste të mjekuara, autorët kanë patur 93 raste me rezultate të mira, 25 raste mesatare dhe 6 me rezultat të keq.

99 burime literaturë  
P. KARAGJOZI

## OSTEOSINTESA E FRACTURAVE TË COLLUM FEMORI ME VIDEN E STRICHER

R. MARSANO A. NANNEI  
Min. Ortop. 1965, 6, 304.

Autorët, pasi fasin për gozhdet dhe vidat e shumta që përdoren në osteosintesa e frakturave të *collum femori*, tregojnë se: rezultatet më të mira kanë patur holla në pjesën e përparshmë të saj, e përbërë prej vitallium. Kjo vidë ka gjetur aplikim të gjërë sidomos në fracturat subcapitalë dhe transcervikale, të cilat paraqesin më shumë vështirësi në ngjittje. Mbasi bëhet reponimi, futet një spicë Krischner prej gropzës subtrokanterike në drejtëm të qafës. Pozicioni i saj i mirë kontrollohet me grafi. Bëhet incizion i lekuresh rrëth 3 cm dhe përcaktohet vendi ku do të fusim perforatorin, i cili ka gjercinë e trupit të vidës. Si kontollohet me grafi pozicioni i drejtë i perforatorit, futet më poshtë një spicë tjetër Krischner që të evitojmë rotacionin e kokës. Së fundi heqim perforatorin dhe fiksojmë vidën e strycher. Vida me filatura e gjëra dhe të holla, nuk traumatizon spongiosën, krijon një afrim të mirë të fragmenteve dhe një presion reciprok ndërmjet tyre.

P. KARAGJOZI

## FRAKTURA E EPIFISES PROKSIMALE TË RADIUSIT

F. MORERA P.L. SILIQUINI  
Min. Ort. 1965, 6, 706.

Fraktura e epifizës proksimale radiale, e përshtkuar për herë të parë prej Verneuil më 1851, është një problem i rëndësishëm i traumatologjisë. Fraktura e epifizës proksimale sjell çregullime në artikulacionin radio-humeral dhe radio-ulnar. Këto fraktura përbëjnë 6-7% të frakturave të brylit.

Autorët kanë marrë në studim 36 raste. Për mjekimin e frakturave të epifizës proksimale ka mendimë të ndryshme. Në artikuli përkrahet mjekimi konservativ, që është përdorur në 31 të sëmurë. Vihet allçi metakarpo-humeral për 18-25 ditë simbas gravitetit të frakturës. Mbas allçisë vazhdojnë kurat e kinezioterapisë. Punën, 25 të sëmurë kanë filluar mbas 30 ditës, 5 të tjera mbas 60 ditëve.

Në posë rastet e tjera është bërvë mjekimi kirurgjikal. Tek dy rasicë është bërvë rezekcionji i kokës radiale mbasi koka që copuar dhe fuksuar. Në tre rastet e tjera është bërvë reponim dhe fiksrim me spicë Kirschner. Mbës rezekcionit, allgja është mbajtur për 25 ditë, me qëllim që të evitohej mundësia e kalcifikimit paraartikular.

P. KARAGJOZI

## KONTRIBUT NË STUDIMIN E FRAKTURAVE TË KONDILIT TË JASHTËM TË HUMERIT TEK FËMIJËT.

S. PATANIA G. LETIZIA  
Min. Ortop. 1965, 16, 418.

Autorët mbasi fasin shkurtimisht për pr鱉ceci e osifikimit të epifizës distale të humerit, përvshkruanë karakteristikat etiopatogenetike, anatomo patologjike dhe klinike të frakturave të kondilit të jashtëm të humerosit. Në mjekimin e këtyre frakturave kur kemi një shkolitje pa spostim, autorët ashtu si gjithë të tjerrt e vënët rë allçi për tri javë me krylin në flexion 90° me pozicion të ndërmjetës pronosupinacion. Në shkolitjet opifizare me spostim, po që se nuk reponohet me lehtësi, bëhet reponim kruent dhe fiksrim me spicë Kirschner. Spicën e heqim mbas 10 ditëve. Nga komplikacionet autorët permandin rigiditetin articular, cubitus valgus dhe pseudoartrozën e fragmentit të shkëputur. Një nga arsyet e rëndësishme të rigiditetit sipas autorëve është fizioterapia, si mësazhi dhe lëvizjet pasive, të bëra mjaft shpejt që nuk mënyrë jo korekte.

P. KARAGJOZI

## KONSIDERACJONE KLINJKO-STATISTIKORE MBI LEZIONET TRAUMATIKE TË MENISCEVE (822 raste)

R. ALLEGRENI R. DELL'ORTO.  
Minerva Ortop. 1965, 16, 331.

Autorët kanë martë një studim 822 raste me rupturë të menisceve, të kurnar në klinikën ortopedike të Universitetit të Milanes prej vitit 1953-1961. Në etiopatogenzë i jepet rëndësi traumës. Por trauma nuk është momenti patogenetik determinant, por vetëm shkaktare e rupturës në një teren të predispozuar nga shkaqe të ndryshme. Kështu ajo vihet re tek njerzit që punojnë vazhdumisht në këmbë, ose kanë përkulje të vazhdushme në gjunjë dhe tek sportistat që pësojnë mikrotrauma në menisqet. Simbas Ponzoni e Parrini, 20% e të sëmurëve kanë patur meniscopati profesional. Rupturat e menisceve janë shumë të rralla tek zezakët. Kjo si rezultat i variazioneve anatomiche të gjunjëve, në dalim nga evropjanët. Sipas japonezit Amako (1960) tek bashkëatdhetarët e tij ka konstatuar një frekuencë më të madhe, 4 me 1, të rupturës së meniskut lateral në krahasim me medialin. Tek evropjanët më tepër çahet morrisku medial. Për vënien e diagnozës autorët janë bazuar në të dhënët e anamnezës dhe klinikës. Nuk përdorin arthrografinë me kontrast përfshi arsyet e gabimeve të rrijohura nga interpretimi i saj. Përmjekim kanë përdorur heqjen e plotë të meniskut. Kështilojnjë ndërryryjen kirurgjikale vetëm mbasi të kenë kaluar fenomenet e synovitit si rezultat i traumës, pse ndërryryja kirurgjikale në fazën e synovitit si rezultat i traumës, do e shfojë traumën e membranës synoviale dhe do të kemi rezultate të këqia postoperatorore. Në fund autorët bëjnë përvshkrimin e rasteve. Nga 822 të operuar, 71,74% ishin meshkuj dhe 28,26% femra. Prej tyre 80,65% kanë qënë dëmtimë të meniskut medial, ndërsa 16,30% të lateralit. Tek një person kanë qënë dëmtuar të dy meniscet. 49,57% të lezioneve i takonin gjurit të djathë, ndërsa 48,83 gjurit të majtë. Frekuencë më e madhe ishte në moshën 20-30 vjeç. Forma më e shpeshtë e çarjes së meniskut ka qënë longitudinale (si doreza e kovës) — 36,93%.

Nga 451 pacientë të kontrolluar ka pasur  
rezultate shumë të mira në 42,66%  
rezultate të mira në 32%  
rezultate jo të mira në 20%  
rezultate të këqia në 5,34%

63 burime literature  
P. KARAGJOZI

## EPIFIZIOLIZA E KOKËS SË FEMURIT

G. FIORANI — GALLOTA  
*Min. Ortop. 1964 16, 5, 207.*

Epifizioliza e kokës së femurit karakterizohet nga një zvogëlim i kendit cervikocefalik. Kryesish takohet në moshën 14-15 vjeç përmes shkakut dhe 12-13 vjeç e infeksionit lokal, e çregullimeve cirkulatorë lokale dhe ajo që pranohet më tepër është teoria endokrine e defiqencës hormonale, kryesish në të sëmurë me sindromin adioposo-genital.

Kur flet përmes klinikës, autori thekson se duhet dalluar mirë epifizioliza e ngadalëshme dhe progresive. Sëmundja kalon në tre periudha kryesore klinike: 1) Periudha e preepifiziolizës ose e epifizeliza fillstare, 2) e epifiziolizës në çfaqie të plotë dhe 3) e shërimit dhe e mbeturinave.

Në periudhën e parë, të sëmurët ankojnë përmes dhimbjeve të lehta që vazhdojnë, në regionin inguino-femoral, në regionin adduktor dhe shpesh në gjuri. Mund të kufizohet rotacioni intern dhe abduksioni. Në periudhën e dytë dhimbyjet bëhen të vazhdushme dhe më të forta, ndërsa rotacioni intern dhe abduksioni kufizohet më shumë. Në stadin e fundit kemi një mbështetje vicioze të këmbës, kufizimi i lë-kartilagos epifizare, një dekalcifikim të ekstremitetit të sipërm të femorit, paksohet lartësia epifizare dhe sëfundit qafa bëhet më e shkurtër dhe më e trashur, kemi *varus* në pjesën cerviko-cefalike dhe vetë qafa përkulet nga poshtë. Në mjeckimin konservativ përdoret vitamina A e D, kalcium, rezatimi ultraviolet, aminoacidet dhe anabolizantet. Në mjeckimin ortopedik në fazën e parë përdoret getësi me ekstension të këmbës në abduksion dhe rotacion të brëndëshëm, më vonë po në këtë pozicion vendoset allci, tip koksit. Më tepër preferohet mjeckimi kirurgjikal, fiksimi me gozhdë në qendrën e qafës gjë që nuk lejon rëshqitjen e epifizës. Autori preferon fiksimin me kockë duke e marrë nga tibia. Në fazën kur ka rëshqitje epifiza, bëhet reponimi konservativ i saj (kur rëshqitja është e freskët) ose reponimi kryhet duke bërë osteotomi poshtë vizës epifizare. Rezultatet e të dy metodave sjanë shumë të kënaqëshme; mund të ndodhë nekroza e kokës femorale. Në fazën e shërimit, kur kemi fenomëne artroze përdoret osteotomia intertrokanterike.

P. KARAGJOZI

## OSTEOTOMIA SUBTROKANTERIQUE NË MORBUS PERTHES

O. BARUFFALDI F. PISCHETTA  
*Min. Ortop. 1965, 5, 268.*

Kohët e fundit është dokumentuar përdorimi me sukses i osteotomisë subtrokantericës në mickimin e sëmurdies së Perthes. Autorët mendojnë se suksesi i këtij interventi shpjetohet nga përmirësimi i qarkullimit të gjakut në epifizë dhe zvogëlimi i ngarkosës mekanike në kokat artikulare në kohën e imobilizimit. Mbas operacionit të sëmurët mbahen për 40 ditë në allci. Mbas hecjes të allcisë bëhet fizioterapia në shtrat përmes 15-20 ditë. Lejohet të peshohet në këmbën e operuar mbes 10-12 muaj.

Nga 20 të operuar: 5 të sëmurë kanë patur rezultat të shkëlqyer, 9 rezultate të mira, 5 rezultate mesatare 1 pa ndryshime. Rezultate më të mira shikohen kur nukleusi epifizar nuk është i coptuar dhe s'ka hipoplazi.

P. KARAGJOZI

## MBI FRAKTUREN E OS PISIFORME

L. TOS *Min. Ortop.* 1965, 16, 360.

Në 152 thyerje të kockave karpale, të injekuara në institutin e ortopedisë «Maria Adelaid» të Torinos, gjatë 15 vjetëve, vetëm tre ishin thyerje të os pisiforme (1,98%).

Fasi vijet në dukje rëndësija e kësaj thyerje dhe jepet përshkrimi i shkurtër i anatomicës, diskutohet mëkanizimi i traumës. Përshkrohen shenjat klinike dhe radiologjike të thyrjes e theksohen se pa tjetër duhet bërë një grafi në projeksion oblik duke mbështetur mbi lasetë pjesën lateralo-doresale të qishitë të vogël. Për injektim këshillohet imobilizim në atlli për 40 ditë. Në tre rastet e injekuar ka patur rezultat të mirë.

29 burime

P. KARAGJOZI

## RUPTURA SUBCUTANE E TENDINIT DISTAL TË BICEPS BRACHI

(Paraqitja e dy rasteve të operuar).

A. MINA *Min. Ortop.* 1965, 16, 373.

Autorët bëjnë një përmbledhje të literaturës mbi etiopatogenezën e rupturës osc dezinscrim të tendinit distal të *biceps brachi*. Një lezion i tillë është rjaft i rralë dhe kryesisht ndodh rrëth moshës 50-60 vjeç me çregullime lokale të tendinit, pra ndodh një rupturë ose desinscerim patologjiko-traumatik. Për injektim autori përmend shumë metoda. Kur kemi rupturë të tendinit mund të bëhet tenorafia ose tenomyorafja. Po që se kemi desinscerim prej tuberozitetit radial, autori ka përdorur me sukses fiksmin e tendinit në majën e tuberozitetit radial me një fije tantalium. Në këto raste si princip kryesor është që gjithmonë duhet të qepet *lacertus fibrosus* po është dëmtuar. Autori nuk është entuziasti për metodën e Buunel pse është e komplikuar dhe rezultatet nuk janë më të mira.

22 burime

P. KARAGJOZI

## EKSPERIENCA JONË PËR ANESTEZINË PERIDURALE SEGMENTARE NË ORTOPEDI DHE TRAUMATOLOGJI.

G.F. MANZOTTI, U. CRESCENZI  
*Min. Ort.* 1965, 16, 377

Autorët përshkruajnë mëkanizimin e veprimit dhe teknikën e anestezisë peridurale. Si lëndë anestezikë kanë përdorur ksilokainën 2%. Duke u bazuar në eksperiencën e fituar në 775 raste me anestesi peridurale segmentare, të bëra me të sëmurë të moshave 18-65 vjeç në ortopedi dhe traumatologji, autorët konkludojnë se kjo anestesi është veçanërisht e preferuar në kirurgjinë e disceve lombare. Nga 775 anestesi peridurale 416 janë bërë për operacionet në radikset lombare, në pjesën më të madhe (95%) për hernie diskale. Kjo anestesi pakson në një farë shkalle hemorragjine në vendin e operacionit (rrëth diskut lumbare) dhe realizon një ekuilibër të mirë postoperator të të operuarit. Anestezia peridurale është e indikuar në operacionet mbi baçin dhe ekstremitetet e poshtme.

P. KARAGJOZI

## RRETH ZBULIMIT STATISTIKOR TË PSORIASIS

J. JANULA dhe Fr. NOVOTNY

Hautarzt, 1965, 6.

Autorët, në vitin 1962 kanë organizuar në Çekoslovakia kontrollimin e 44 vendeve të mjekimit të psoriasis. Ata kanë mbledhur të dhana mbi disa faktorë, për psoriasis. Përveç kësaj, mjekët janë mundur të përcaktue edhe typologjinë konstiducionale të të sémurëve. Gjithsejt u kontroiluan 2202 raste me psoriasis (1107 m. dha 1095 f.). Nga këto, 208 ishin fëmijë deri 14 vjeç. Zakonisht psoriasi çfajet mesatarisht 25.7 vjet tek burrat, dhe 19.8 tek gratë. Mjekët arritën edhe në konklinacionin se 31.1% të rastave kanë pasë të sémurë në familjet e tyre dhe 6% në pasardhësit e mëvonshëm.

Format e psoriasit dhe vendosjet e tyne paraqiten në dy pasqyra mjaft interesante. Sémundja shpërthen gati 75.2% në forma të lokalizuar. Nga këto 62.9% e të sémurëve u keqsuar në 25.4% nga faktorë psiqik; 56% të psoriatikëve ishin nervozë, 17% kishin pagjumi, 26% irritacione shpirtore në vendin e punës ose në shtëpi. Nga të dhanat anamnesticë, del se 30% janë shërur gjatë pushimeve ose mbas ndërrimit të klimës. Rezultoi se 85% të tyne i toleronin rracet e diellit, 12% jo, kurse 3% nuk ishin në gjëndje të jepnin një përgjigje të saktë. 42% e të sémurëve u keqsuar në dëmër, 25% në pranverë, 18% në vjeshtë dhe 4% në verë, kurse 11% nuk dhanë ndonjë ndryshim gjatë stinave. 16% e të sémurëve u keqsuar mbas ushqimit pikanti, të yndyrët ose mbas alkollit. 26% vuasin nga angina, 10% nga reumatizmi, 9.5% nga sémundjet e stomakut, 9% nga neuropati dhe psikopati, 11% nga inflamacione të frymëmarrjes, 4.3% nga hypertensionia, 4.1% nga sémundjet e mushkërive, 3.6% nga gjendrat tiroide, 2.3% nga sémundjet e heparit, 1.9% nga veshkët, 1.7% nga diabetes atj. Me infeksione fokale dentare u gjetën 28% të të sémurëve. Sémundja u përmirësuar gjatë barrës në 44%, u keqsuar mbas barrës në 38%, kurse 20% nuk u influençuan nga barra. Në 19.5% të psoriatikëve sémundja u provokonte nga traumat mekanikë dhe në 5% të tyne nga kemikalet. Interesant është edhe eksperiencë e dermatologëve sovjetikë gjatë luftës së II botiore. Këta gjicën se 48.2% e të sémurëve me prosiasi kishin qëndrë të plagosun ma parë. Përsa i përkët analizave, autorët gjetën se 18% e të sémurëve kishin lymfocitozë dhe 12% veju analizue lengu gastrik dhe u konstatue se 22% vuasin nga hypoaciditeti dhe anaciditeti dhe 8.5% nga hyperaciditeti. Kolesterina në serum u kontrollua në 1433 raste dhe u vu re se ajo ishte e ngritun përmbi 240 mg.% në 56% të rasteve. Mesatarisht ngritisë e kolesterins ishte 286 mg%. Lipemia u kontrollua në 644 raste. 28% kishin një lipemi rrëth 300 mg%. Titri O-antistreptolysin u përcaktue me 1075 raste. Në 29% u gjet një ngritisje mesatare prej 224 unitete. Testi i mëlcisë indirekt dhe direkt-bilirubin, takataran, tymol- u gjet në 11% i lehtë patologjik. Sendimentacioni u provue në 1723 raste dhe u gjetën 22% pak e shpejtuar, kurse autorë të tjerë e japid 45%. Glicemja në 1258 të sémurë u gjet në 3.1% e ngritun dhe ma tepër në ato që kishin kapërcyer moshën 50 vjeç. Të tjerë autorë japid 7.7% ose edhe përqindje ma të nalta. Vetëm në dy herë rezultoi W.R. pozitiv nga 365 psoriatike. Nga shuma 1305 të sémurë, patën 9% një hypertoni dhe 7% një hypotoni. Përveç këtyre analizave u përdorën edhe testet e histaminës, trihoytinës etj.

Përsa i përkët terapisë autorët thonë se 1018 e banë mjekimin nëpër spitale; prej këtyre 440 u shtruën një herë, 250 2 herë, 141 3 herë, 51 4 herë dhe 136 5 herë e ma tepër. Mesatarisht të sémurët qëndruen në spital 3.7 javë. Disa të sémurë kanë përdorë përmjekimin e prosiasi edhe banjat termale dhe plazhin. Interesant është se 54.6% e të sémurëve u shëruen krejtësisht mbas një kurimi në plazh dhe 26.5% mbas një mjekimi stacionar në spital. Në banjat e detit sémundja nuk u përmirësuar në 7.3% dhe në spital 6.8%. Përsa i përkët dictës, autorët rekomanojnë dietetikën antisklerotike. Mjetet e shërimit i radhisin si më poshtë: banja dielli dhe deti, qetësi. Përveç kësaj përdorin një terapi lokale me kaframe, salicyl, cignolin, krisarobin, zhivë etj. Përt os jepen vitaminë, ma tepër vitamin D<sub>2</sub>, A,B komplex, penicilinë, arsen, iod, bismut dhe në raste të rënda triamcinolon, aminopterin, acid folic, Vit. B<sub>12</sub> chlorpromasin dhe preparate të tjera bromike.

K. KERÇIKU

## MBI DERMATOFITET KERATOFILE TË TOKËS

POPOV I.S., GOLLOVRAN V.K., ARTAMANOVA L.A.  
*Vestnik Dermatologii i venerologii, 1985, 11, 50.*

Shumë autorë kanë përcaktuar se tokë është një rezervuar për shumë këpurdha patogene si: *Cryptococcus neoformans*, *coccidioides immitis*, *aspergillus fumigatus*, *sporotrichum Chenki*, *phialophora verrucosae*, *phialophora Jeanselmi*, *actinomycetes Israeli*, *candida albicans* etj.

Mbas përpunimit nga Vanbreuseghem të metodës së kultivimit të parazitëve nga toka, ky problem hyri në rrugë të drejtë. Metoda është e bazuuar në aftesinë keratofile të këpurdhave që gjendin në tokë. Flora keratofile e tokës është studjuar në shumë shtete: Belgjikë, Francë Austri etj. Vanbreuseghem nxori nga toka e Belgjikës një këpurdhë keratofile të cilën e quajti keratinomyces ajelloi (K.a) ajo ka shumë cilësi të dermatofiteve. Ma vonë është përcaktue se K.a mund të jetë patogene për njeriun dhe kafshën. Kjo këpurdhë është ndër keratofilet me të përhapur të tokës dhe gjindet në të gjitha vendet e botës. Shpesh zbulohet me mier, gypsum (Ajelloi 1953). Ma rallë zbulohen mierë Cookei (Ajelloi 1959) micro-sporum nana (Fuentes dhe bashkë), trichophyton terrestre (Dyrije Frey), të cilët janë të ngjashme me trichophyton gypsum.

Përsa u përket dermatofiteve të vërtetë që shkaktojnë dermatomykozat, janë zbulue në sasi të pakët. Megjithatë thohet se këto këpurdha jetojnë në mënyrë saprofite në tokë, ku kalojnë një pjesë të ciklit të jetës së tyne. Vanbreuseghem (1960) flet për veprimin «rinizonjë» të këpurdhave në tokë.

Autorët kanë ekzaminuar 235 prova toke, prej të cilave janë rritë 180 koloni (80%) të pastërtë keratofile. Nga mbijella e këtyre kolonive në terenin Saburo, janë zhvillu 226 shtama: 144 K.a, 80 micro,gypsum, 4 mier. Cookei dhe dy shtame keratofile të ndryshme. Kultura të micro-gypsum autorët i kanë nxjerrë edhe nga leshi i qenve, kurse K.a nga leshi i maceve, nga plehu i stallës dhe nga sholla e këmbëve të njerzve.

Kulturat e K.a. kanë pasë këtë paraqitje të kultivuerme nga toka: Koloni e sheshtë me kokriza të inta, ngjyrë të verdhë, dhe në periferi në një zonë të ngushtë prej pushi të bardhë. Ata janë rritë shpejtë dhe mbas tre deri pesë javëve kanë degjenecur. Nga ana e prapme shumë kultura kanë ngjyrë të zezë ose verë të kuqe. Mikroskopikisht konstatohen shumë masure të ngushtë, të gjatë, me mure të hollë. Micelat janë të pakte, me septume të rallë dhe nga një herë të fryme. Kulturat e mier, gypsum kanë pasë karakteristikat makroskopike të K.a. Mikroskopikisht shihen shumë masure me shumë dhoma, më të gjera dhe më të shkurtëra se K.a, si dhe shumë mikrokonidje.

Zhvillimi i dermatofiteve të zakonshëm nuk është bërë. Si mbas Vanbreuseghem kjo shpjegohet me mungesën e metodave të përfektionuara, me mungesën e dijenive tonë lidhur me konditat biologjike të ekzistencës dhe me morfollogjinë e ndryshme të tyre në tokë dhe në jetën saprofite. Ettig thotë se disa parazite ndoshta nuk jetojnë si saprofite në tokë ose zhvillimi i tyre pengohet nga aktiviteti antibiotic i baktereve.

M. CARIDHA

## ROLI I KËRPUDHAVE TË TOKËS NË EPIDEMIOLOGJINË E DERMATOMIKOZAVE

TATAROVSKAJA L.M., Po aty.

Më 1893 Saburo ka supozuar se dermatofitet janë saprofite tokësore. Nga studimet e deritanishme ka lind mendimi se, cikli jetësor i dermatofiteve nuk është i kufizuar me periudhën parazitare dhe se ato mund të jetojnë në tokë (Szathmary, Ajelloi, Stepanishçeva).

Vanbreuseghem supozon se dermatofitet kalojnë një pjesë të jetës së tyre në tokë, dhe në kondita të favorshme kalojnë tek njeriu ose kafshët, ku fillon jeta e tyre parazitare.

Autori ekzaminimet e tij i ka bërë si mbas metodës të Vanbreuseghemit. Ka studjuar 173 mostra toke prej të cilëve ka nxjerrë 60 shtama të dermatoftiteve tokësore (35%). Ka zbuluar 27 herë trich. terrestre, 15 K.a., 13 micro.gypseum, tre micro. Cookei e të tjera. Kultura e micro. Cookei ka pasë sipërfaqe të sheshta, të është ngjyrë purpur e ndezur. Autori ka egzaminuar tokat në stinat të ndryshme nimi i tokës në të njëjtin vend, në stina të ndryshme, vihet re se ndryshon jo vctëm sasia e keratofileve tokësore por edhe përbëria e tyre.

Infektimi i kafshëve me këto këpurdha nuk dha rezultat. Vaksinimi paraprak ndihmon për infektimin e kobejeve. Kafshët e pa vaksinuara nuk infektohen. Infektimi i kafshëve me koloni të zhvilluara nga lezonet e kobejeve të infektuara më parë, dha rezultat pozitiv. Kjo lejon për të supozuar se kultura që kanë kaluar nëpër organizmin e kafshës, e shtojnë virulencën e këpurdhavet.

M. CARIDHA

## DISA TË DHËNA MBI PATOGENITETIN E KERATOFILEVE TOKËSORE

STEPANISHÇIEVA Z.G. MALLKINA A.J.  
*Vjestrink Dermatologii 1965, 4, 11.*

Në vitin 1934 Karremberg njoftoi mbi ekzistencën e dermatofitit M.g., i cili takohet rallë në natyrë. Më 1936 Szathmary vërejti një të sëmurë me dermatomykoze në traumën e shkaktueme me dru. Nga lezioni u zhvillue M.g. Po ky autor (1937) pasi përlëu me tokë të marë nga kopshët, lëkurën e skarifikuese tek kobejt, shaktoi mykoze, prej nga kultivoi trich.terrestre gyratum dhe trich.terrestre radiosulcatum. Stepanishçieva ka studjuar paralelizmin epidemiologik të këpurdhavet të tokës së disa vendave, dhe përrapjen e disa formave të dermatomykozave në këto zona. Megjithëse është mbledhur nga material i madh mbi këpurdhat keratofile, problemi i rëndësisë epidemiologjike të tokës nuk është zgjidh. Keratofilat megjithëse kanë ngjajshmëri morfologjike me dermatofitet, nuk janë të njëjtët me to, kanë aftësi patogene relativisht të dobët në krahasim me M.g. dhe trich.gypsum, inokulohen rallë në kafshët eksperimentale megjithëse janë të përrapur në shumë vendë në tokë, infektimi i njerëzve dhe i kafshëve vërehet relativisht rallë. Për këtë arësys parazialëve dermatofite të sotshëm. A ndodh në kohë tonë kalimi i keratofileve në mënyrën parazitare të jetësës, dhe në qoftë se bahet, në çfarë konditash pikërisht? Shumë autorë kanë kultivuar nga leshti i shumë kafshëve të shëndosha dermatofite (trich.gypsum, micr. gypsum dhe lanosum), dhe keratofile (keratinomyces Ajelloi, micr.cookei, trich.terrestre etj.). (Fuentes e bashkëp., McKeever e bashk., Attreberger, Otcenashuk, etj.) Të tjerë autorë flasin përmundësinë e mykozës eksperimentale në kafshë dhe njerëz me keratofilitë tokësore (Ajelloi, Volçanu dhe Alteras, Stepanishçeva etj.) Më në fund janë përshtikuar rastet e infektimit të njerëzve dhe Rieti dhe El-Fiki etj.).

Për të studjuar ndjeshmienë e llojeve të ndryshme të kafshëve përkundrejt keratofileve tokësorë, autorët kanë inokuluar 75 shtama të ndryshme, 221 kafshëve. Inokulimin e kanë bërë me anë të färkimit në lëkurën e skarifikuar. Konstatuan se micr. gypsum ishte patogene për të gjithë kafshët (kobeji, mijtë e bardhë, lepujt, macet, majmunët). Në kobejt infeksioni që vazhdoi tre javë, u paraqit me hyperemi dhe deskuamacion të lëkurës, pa dënitimin e flokëve. Një shtam të K. Ajelloi autorët e prouvan në 4 njerëz vullnetarë (ndërmjet tyne dhe autorët). Infektimi ndodhi në tre veta. Subjektivisht ndjen ditën e dytë të krojtur, djejëje dhe pak dhimbje. Ma vonë u çfaq infiltrat i hipcremuar me kufi të qartë. Në sipërfaqe të vatrës dhe në periferi u formuan pustula. Mbas tre ditëve inflamacioni u qetësue dhe u formuen kore dhe skuama. Në skuama konstatohen mycele.

Ekzaminimet e kryera nga autorët, përforcuën aftësinë e sigurtë patogene jo vetëm të dermatofitit keratofil (micr.gypsum) por edhe të dermatoftiteve të tjera tokësore (K. Ajelloi, trich. terrestre dhe micr. cookei).

M. CARIDHA

# KËPURDHAT TOKESORE NË FOLETË E BREJTËSVE DHE AFTËSIA PATOGENE E TYNE.

DEMBOVIC A.SH.  
Po aty, 1965, 4, 15-17.

Njoftimet e para mbi saprofitizmin e dermatofiteve në tokë i kanë dhënë Mund dhe Beb, të cilët kanë zbulue në thundrat e kuajve trichomycophytes. Ma parë autori ka përcaktue se mijtë e arave të infektue me trich. gypseum, në dimën bëjnë foletë e tyne në barin e ihatë, në kashitë etj. prej nga infekzioni kalon në viçat, tue infektue në radhë të parë leschin e kokës.

Në këtë artikull autori studjon tokën e kultivatë të qarqeve të Ukrainës. Ka ekzaminuar 324 prova toke të marrnë nga foletë e brejtësve (mij, iriq etj.). Në ato vende, në verë kulisëna kafshët e trasha. Britja e Këpurdhavje u vu re pas 2-3 javëve në 171 pjata Petri. Fllokët u mbuluan me një shkresë ngjyrë krema që gradualisht u ndryshue në pluhun granuloz i ngjashëm me allçinë. Mikroskopikisht fllokët ishin shkatërrue plotësisht dhe ishin rrëtues prej një rrjete të dendur micelash që kishin shumë masure shumëdhambëshe (makrokonidie). Kutikula e fllokut gradualisht hollëj dhe pastaj zhdukej. Në disa pjata të tjera fllokët qenë mbuluan me zhinxhir të përbërë prej sporesh të vogla të rumbullakta. Nga mbjellja e fllokëve të damtuem me micela dhe mikrospore në terrenin Saburo me glukozë, u zhvilluan shumë kultura me forma të ndryshme, ngjyrë të bardhë dhe krema. Nga rimbjellja e përsëritur e këtyre të fundit u rritën koloni të trich. gypseum. Këto kultura ishin pak patogene për mijtë e bardhë dhe kobejt. Në skumat u vërtetëjën micela, kurse fllokët nuk u dëmtuan. Inokulimi i fllokëve të damtuem me makrokonidie tek mijtë e shtëpijave dhe mijtë e bardhë të laboratorit, shkaktoi kuarndisë klinik të trihofilisë së thellë. Për të provue kontagiozitetin e këtyre mijve të infektue, një prej tyre e futi në 10 minj të tjerë, të cilët u infektuan me trich. gypseum.

Nga ekzaminimet e tij, autori thotë se këpurdha tokësore bëhet patogene vetëm mbas pasazhit në brejtësit. Këpurdhat në tokë dhe kulturat e tyne, të zhvillueme në terrenet Saburo, janë saprofit.

M. CARIDHA

## «MBI PROBLEMIN E MORFOLOGJISË, AKTIVITETIT PARAZITAR DHE EKOLOGJISË SË TRICHOPHYTON TERRESTRE DURIE ET PREU 1957.

OTÇENASHEK M. dhe DVORZHAK JA.  
Po aty, 1965, 2, 32-36.

Trich.terrestre (T.t) asht zbulue nga toka e shumë shtetëve. Deri tashti toka asht quet burim i vetëm natyral i këtij paraziti keratofil. Ma vonë dolën të dhana se gjëndet edhe në ujin e ndejtun. Shtamat e nxjeruna prej tokës dhe ujut në pjesën ma të madhe ishin jo patogene. Për kultivimin e T.t. nga kafshët apo nga njerzit nuk ka të dhëna në literaturë.

Autorët kanë ba kërkime për gjeljen e këtij dermatofiti në qimet e pandryshume të sisorëve të egër të vegjë. Kanë ekzaminuar 761 kafshë, në qimet e të cilëve kanë gjet T. terrestre nga ana makromorfologjike kanë qenë të ndryshme. Nga inokulimi i 22 shtameve në kobejt, dy shëma qenë patogene. Klinikisht infeksioni u paraqit me eksudacion të thicksuer, me kore të ngjitura mirë në qëndër dhe deskuamacion në periferi. Ma von koret dhe fllokët ranë, lëkura u forcue dhe u infiltrue. Mbës 25 ditëve procesi u shëruet vet-vetiu.

K. Terrestre asht i përhapun relativisht shumë, keratotropizmi asht një nga cilësítë biologjike kryesore të ekzistencës së tij. Deri tashti nuk asht vërtetue se kafshët e imta të shëndosha janë bartës apo transmetues pasiv të kësaj këpurdhce. Ekzaminimi i qimeve të kafshëve ujore dha rezultat negativ. T. terrestre autorët e kanë zbulue në të gjithë llojet e tjera të sisorëve që kanë ekzaminuar, por që jetojnë jashtë ujut.

M. CARIDHA

«STUDIMI KLINIK DHE MYKOLOGJIK I NJË RASTI ME MIKROSPORI  
TË EPIDERMËS NGA MICROSPORUM GYPSEUM PROBABLISHT  
ME ORIGJINË TOKËSCORE».

LOSTIA A.,  
*Min. Dermatol., 1965, 5, 171-176.*

Prej vitit 1900 Saburo ka parashikue mundësinë e ekzistencës së një faze sa-  
profile geofile të dermatofiteve dhe pat manë në konsideratë hipotezën se toka  
Eminons, Vanbreuseghem dhe Ajelloi kanë vërtetue këtë hipotëzë dhe kanë gjet në  
tollë dermatofite keratofile si në formë imperfekte konidiale, ashtu edhe në atë  
përfekte seksuale-askospore. Prej tyne janë jo patogen *M. cookei* dhe *T. terrestris*,  
kurse patogene *M. gypseum*, dhe *Tr. mentagrophytes*.

Synonimet e *M. gypseum*: *M. fulvum*, *flavescens*, *xanthoides*, *scortem* etj. *M.g.*  
*gypseum* ka qenç quejt achorion *gypseum*.

Autori përshkruen rastin e një vajze 4 vjeçë, me një lezion në vetullën e majtë.  
Njollë e vogël, e kufizuar, me skuama të imta. Ai flet edhe për origjinën geofile  
të paraziteve.

Konsideron me shumë probabilitet infektimin e fëmijës nga toka d.m.th. me  
parazit të origjinës tokëscore, me qenëse nuk zbuloi asnjë të sëmurë në rrethin tă-  
miljar të vajzes dhe në rreth shtëpisë.

M. CARIDA