

ANALIZA E 34 OPERACIONEVE NË ZEMËR TË THATE NË KUSHTET E HIPOTERMISE DHE TE QARKULLIMIT EKSTRAKORPORAL

(Studim eksperimental)

Prof. P. GACE, V. ZOGU, A. ALUSHANI, SH. HEQAMI, S. CULA,
E. KAPEDANI, M. FARKA, M. STRUGA, T. PEMA.

(Katedra e kirurgjisë së përgjithshme, Shif Prof. P. Gace)

Zhvillimi i kardiokirurgjisë është i lidhur kryesisht me zotërimin e metodave dhe mjeteve, që zevendesojnë përkohësisht punën e zemrës, për ti dhënë mundësi kirurgut që të korigojë patologjinë në zemër të hapur. Metoda të tillë janë hipotermia dhe qarkullimi ekstrakorporal. Të dy këto metoda janë relativisht të reja. Pavarësisht nga studimet e shumta që janë bërë, shumë probleme ende nuk janë zgjidhur përfundimisht. Nga ana tjetër, mënyra konkrete e aplikimit klinik të tyre paraqet një ndryshueshmëri shumë të madhe nga një klinikë në tjetër. Prandaj për zbatimin në praktikë të hipotermisë dhe të qarkullimit ekstrakorporal është e nevojshme kryerja paraprake e një seri eksperimentesh në kafshë (1).

Kolektivi i klinikës sonë, para se të kalonte në zbatimin në klinikë të operacioneve në zemër të hapur, bëri një seri eksperimentesh në kafshë, të cilat po i paraqesin më poshtë.

I. — HIPOTERMIA

Ujja e temperaturës pakëson kërkosat e organizmit për oksigjen: kur temperatura zbojt nën 30°C , nevoja për oksigjen (O_2) ulet në 50% , kur temperatura arrin 25°C , është e nevojshme $20-25\%$ e O_2 , që nevojitet në normotermi dhe kur temperatura zbojt deri në 10°C , kërkosat për oksigjen ulet në 5% të normotermisë (4).

Ujja e kërkosës së indeve për oksigjen krijon mundësi për të ndërrprerë përkohësisht punën e zemrës, pa pasur pasojë të dëmshme në organizëm. Truri, si organi më i ndjesëm ndaj hipoksise, në temperaturën 37°C , e toleron ndërrprerjen e qarkullimit të gjakut vëtëm tri minuta, në temperaturën 30°C 6-8 minuta, në temperaturën 25°C – 15 minuta dhe në temperaturën $10-15^{\circ}\text{C}$ deri në 40-45 minuta.

Në klinikë, për herë të parë, hipotermia u përdor nga Bigellov (cituar nga Galletti P. e bp.). Sot hipotermia përdoret në klinikë si metodë e pavarur ose e kombinuar me qarkullim ekstrakorporal. Në vartësi të thellësisë së saj, ajo ndalhet në hipotermi të moderuar mbi 28°C dhe hipotermi të thellë nën 28°C . Hipotermia e thellë përdoret gjithmonë e kombinuar me qarkullim ekstrakorporal.

Qellimi i operacioneve tona me hipotermi të moderuar ishtë përvetësimi i teknikës së operacioneve për korigjinim e defekteve interatrial tip secundum, stenozes valvulare të arteris pulmonare dhe rezekcionin e aortës descendente torakale.

Në kliniken tonë u kryen gjithsejt 13 eksperimente: në 8 u simulua satura e defektit interatrial tip secundum, në dy valvulotomia pulmonare dhe në tre raste u bë rezekzioni i aortës descendente torakale. Në të gjitha rastet është përdorur hipotermia e moderuar 28-29°C.

Metodika e punës: Si premedikacion është përdorur petidinë 1 mgr për kg/peshë dhe skopolaminë 0.01 mgr. për kg/peshë. Narkoza ka qënë endotrakeale e ter me oksigen. Për narkozë induktive është përdorur tiopentali i natriumit. Kurare nuk kemi përdorur pasi tolerohen keq nga kafshët (gentë). Ulja e temperaturës është përdorur bërë duke zhytur kafshët në vaskë me uje të ftohtë, ku janë mbajtur deri sa temperatura ka zbritur në 32-33°C. Pastaj ato janë nxjerë nga vaska me uje dhe rënia e temperaturës ka vazduhar edhe 3-4°C., deri sa temperatura arrin 28-29°C. Për matjen e temperaturës është përdorur elektrotermometri me dy elektroda nazale dhe rektale. Për të gjykuar mbi gjendjen e kafshës, gjatë operacionit dhe në periudhën e afërtë pas tij, është matur në mënyrë direkte presioni arterial dhe ai venoz nëpërmjet kanjulave të aplikuara respektivisht, në njërin nga arteriet dhe venat femorale. Për çdo eksperiment është mbajtur protokoll i rrregulltë.

Incizioni është zgjedhur në vartesi të llojit të ndërryrjes që do të min e IV interkostal djàhtas sternumin, ndërsa për stenozat e arteris pulmonare dhe rezekzionin e aortës descendente torakale është përdorur incizioni në spaciunin e IV interkostal majtas sternumin. Ndërprerja e qarkullimit të gjakut në zemër është bërë duke marre në ligature vizore dy venat kava. Për korigjinimin e defekteve interatriale është vepruar në këtë mënyrë: pas hapjes së atriumit të djàhtë, është prerë septumi interatrial në gjatësi 2-3 cm. prapa dhe mbi ostiumin e sinusit koronar, duke formuar këshu një defekt interatrial tip secundum "artificial". Pastaj është bërë suturimi i tij me sutura të vecanta. Për korigjinimin e stenozës pulmonare, hyrja në zemër është bërë nga trunkusi i arteries pulmonare. Meqenëse në kafshë nuk kishim mundësi të provokonim artificalist stenozë pulmonare valvulare, pas hapjes së trunkusit të arteries pulmonare, kemi pritur 3-4 minuta, kohë kjo shumë e mjaftuese përmes përkryerjen e valvulotomisë pulmonare dhe pastaj është rivendosur qarkullimi në zemër.

Ndërprerja e qarkullimit: të gjakut është bërë në dhjetë kafshë. Koinha e ndërpërjetës ka lëvizur nga 3'50" deri 6'5". Nëntë kafshë u zgjuan menjëherë pas operacionit, çka tregon se celulat nervore nuk kanë vuajtur nga hipoksia, pavareësish nga ndërprerja e qarkullimit. Një kafshë ngordhi nga hemorrhagjia gjatë operacionit si pasojë e një aksidenti hemorragic. Fibrilacioni ventrikular u shfaq vetëm në një rast, që u zgjdh me defibrilm, ndërsa fibrilacioni atrial në tre raste, por u korrigjua vetëveti pasi u rrit temperatura.

Rezekzioni i aortës descendente, eklampohet me fund me suturë të vazhdueshme De-Bakey. Rezakale descendente, eklampohet me fund me suturë të vazhdueshme De-Bakey.

Eklampimi i aortës zgjati 15-20 minuta. Çregullime nervore në anësitë e pasme pas operacionit nuk pati në asnje kafshë.

Nga të 13 kafshët, tek të cilët u përdor hipotermia e modheruar, vëtëm një ngordhi; të tjerat jetuan: 3 jetuan gjatë, 4 deri 24 orë, 5 nën 12 orë.

II. — QARKULLIMI EKSTRAKORPORAL I GJAKUT (QEK)

Përpunimi i metodës së QEK me ndihmën e apparatit «zemër mushkëri artificiale» (aparati ekstrakorporal — AEK) konsiderohet si një nga sukseset më të mëdha në historinë e mjekësisë. QEK krijon kushtet shumë të favorishme për korrigjimin kirurgjikal potkuaj të të gjithë vëseve të zemrës. Nga ana tjeter, me ndihmën e AEK mund të asistohet përkohësisht puna e zemrës së sëmurë (Galletti P. e bp.). QEK hap perspektivë për të zhvendësuar përgjithmonë zemrën e sëmure e të eza-uruar me zemër mekanike. Në ditët e sotme, kjo nuk është më fantazi, por realitet i afërmë (Amosov N.M. e bp.). Për herë të parë operacionet me «zemër të hapur», me ndihmën e AEK, u kryen nga Gibbon (1951), Dogliotti (1951), Dennis (1953), etj.

Megjithë përvojën e madhe tanimë të operacioneve me ndihmën e AEK, njëjtë probleme mbeten ende të pa qarta. Ndërt ta përmëndim: përcaktimin e volumit të perfuzionit, problemin e traumatizimit të gjakut, mënyrën e lidhjes së AEK me të sëmuren, formimin e «hemofiliës artificiale» dhe problemin e kardioplegjisë. Gjatë eksperimenteve tonë me AEK patëm si qëllim që të studjonim problemet e sipërmëndura, të provonom funksionin e aparatit që dispononim ne dhe të trajnohej ekipi kirurgjikal për përvetësimin e teknikës së operacioneve në zemër të thatë: me metodën AEK.

Kemi kryer gjithsej 21 eksperimente në kafshë. Në punën eksperimentale kemi përdorur AEK «Shangai 2». Ky aparat ka oksigjenatorin me disqë dhe pompë me rryl tip De Bakey. Sipërfaqja oksigjenuese e tij varet nga numri i disqeve që do të përdoren dhe shpejtësia e rrallumeve arrin 100 herë në minut, sipërfaqja oksigjenuese është 142 m².

1. Mënyra e lidhjes së AEK me të sëmuren

- a) Në eksperimentet tona kemi përdorur këto lloj lidhjeesh:
 - a) për të provuar funksionin e apparatit, në katër raste kemi përdorur QEK paralel.
 - b) QEK total, por pa hapje të zemrës, e kemi përdorur në gjashëtë raste përsëri për të provuar funksionin e apparatit.
 - c) Për të zotëruar teknikën e korrigjimit të anomalive kongjenitale si: defekt interventrikular, defekt interatrial, stenozë pulmonare subvalvulare etj., në gjashëtë raste kemi përdorur QEK total me hapje të zemrës së djathtë, duke vendosur dy konjula venozë, njëjën në vena kava superior dhe tjetrën në vena kava inferior.
 - d) Për të zotëruar teknikën e operacioneve në valvulen mitrale, në katër raste kemi përdorur QEK total me hapje të zemrës së majtë, duke vendosur një kanjul venozë në aurikulen e djathtë.

d) QEK të pjesshëm të zënrrës së naijtë me autoksigjenin e kemi përdorur në një rast. Qëllimi ishte për të zotëruar teknikën e rezeksioneve të aortës torakale descedente.

Perfuzioni arterial është kryer nga arteria femorale në 17 raste. Në tre rastet e fundit, kur përdorëm perfuzionin nëpërmjet aortës ascendente, ne mbetëm shumë të kënaqur për dy arsyen: a) mënjanon një ascedente mund të futen kanjulla me përmasa të mëdha, gjë që nuk arrin në arterjen femorale, sidomos kur kjo është e holle.

2) Kontrolli i funksionit të AEK që dispononim ne.

Për të provuar funksionin e AEK që dispononim u bazuam në dy elementeve celulare të gjakut.

Aftësinë oksigjenuese të aparatit e provuam duke matur ngopjen me oksigen, të gjakut arterial dhe venoz të AEK në çdo dhjetë minuta. Këtë eksaminim e bëmë në 12 eksperimente. Rezultatet paraqiten në pasqyrën nr. 1.

Pasqyra nr. 1

Ngopja e gjakut arterial e venoz me O₂ e shprehur në vol.%

Numi i eksperimenteve	1	2	3	4	5	6	9	10	11	15	16	17
Koha në minutë	V/A											
Minuta 10	54	93	48	92	59	99	56	97	48	93	54	92
Minuta 20	48	93	47	99	44	94	56	92	54	96	52	90
Minuta 30	47	91	47	94	50	97	53	93	50	92	56	90
Minuta 40	48	94	50	96	55	96	50	92	53	98	48	98

Shënim: V — tregon gjakun venoz, A — tregon gjakun arterial.

Sig shihet nga pasqyra, funksioni oksigjenues i oksigjenatorit është mjaft i mirë. Oksigjenimi i gjakut arterial ka qënë mbi 90 vol%, ndërsa diferenca ndërmjet oksigjenimit të gjakut arterial dhe venoz ka qënë 45 — 50 vol%. Vetëm në eksperimentin nr. 17 oksigjenimi i gjakut u ul ndën 90%, megjë nëse ngrohja e gjakut u bë në oksigjenator, gjë që ul solubilitetin e oksigjenit në gjak.

Për të gjykuar mbi traumatizmin që u bën aparati elementeve celulare të gjakut u mbështetëm në përbajtjen e hemoglobines së lirë në 45 vol%. Vetëm në eksaminimin e kryen në 12 eksperimente (rezultatet paraqiten në pasqyrën nr. 2). Traumatizimi i elementeve celulare të gjakut e sidomos i eritrociteve varet nga shumë faktorë: lëmueshmëria e të gjithë sipërfaqeve të aparatit që bie në kontakt me gjakun, pastër-nga shkalla e përdorimit të pompës koronare (Galleti P. e bp., Amosov M.N. e bp.).

**Rezultatet e ekzaminimit të gjakut për hemoglobinën e lirë në mg%
Pasqyra nr. 2**

Koha	Numri i eksperimenteve											
	1	2	3	4	5	7				10	11	12
Min.	10	52	76	22	9	22	16	20	12	8	20	16
Min.	20	74	98	14	10	28	28	24	12	12	36	24
Min.	30	80	96	28	8	34	36	56	16	12	48	36
Min.	40	124	36	6	42	40	18				48	30

Në dy eksperimentet e para, sasia e hemoglobine së lirë ishte e lartë, por pas ripastrimit të aparatit, sasia e saj ulet ndën 40 mg%, sasi kjo plotësisht e lejueshme. Me zgjatjen e kohës së aparatit shtohet dbe hemoliza, por përsëri në shifra të lejueshme. Hemoliza e lartë, që u takua në dy eksperimentet e fillimit, ishte lidhur jo me cilësi e vetë aparatit që dispononim ne, por me pastrimin jo të mirë të tij në fillim.

3) Volumi i perfuzionit.

Përcaktimi i volumit të perfuzionit është një nga problemet më të rëndësishme të QEK. Per llogaritjen e tij ka kritere të ndryshme, që bazohen në peshën e të sëmurit, në sipërfaqen e tij, ose në metabolizmin bazal. Aplikim më të gjërë praktik ka gjetur llogaritja e volumit të perfuzionit, duke u bazuar në peshën. Sa më i madh të jetë volumi i perfuzionit aq më i mirë bëhet oksigjenimi i indeve. Por volumet e mëdha të perfuzionit (70 — 100 ml. për kg. peshë në min.) kanë të meta, sepse kërkonë oksigjenator të mëdhenj me shumë disqe, përmblidhjen e të cilëve nevojitet shumë gjak, si dhe shtohet hemoliza. Në eksperimentet tonë kemi përdorur volume mesatare perfuzioni (40 — 50 ml. për kg. peshë në minute), por kemi kombinuar QEK me hipotermi të moderuar.

4) Kombinimi i QEK me hipotermi

Duke kombinuar QEK me hipotermi, volumi i perfuzionit ulet, duke mënjanuar kështu dhe të metat e volumeve të mëdha të perfuzionit. Në temperaturë 30°C., volumi i perfuzionit mund të ulet deri në 70% të volumit të nevojshëm në normotermi, ndërsa në temperaturë 20°C. mund të ndërpitet puna e AEK për 20 minuta në fëmijt dhe 25 minuta në të vërtuturit (Navratil J., Galletti P. e Bricer G.).

Dy eksperimentet e para i kemi kryer në normotermi, duke përdorur volum perfuzioni 50 ml. për kg. peshë në minutë. Të dy kafshët nuk u zgjuan pas operacionit, gë ka tregon për hipoksi cerebrale, megjithëse gjaku arterial ishte i oksigjenuar mirë (shih pasqyrën nr. 1, eksperimenti 1 dhe 2).

Hipotermi të moderuar 28-30°C. kemi përdorur në 16 raste. Të gjithë rastet, ku u kombinua hipotermia me QEK me volum perfuzioni 40-50 ml. për kg. peshë në minut, u zgjuan.

Në tre raste kemi përdorur hipotermi të thellë të gjysmës së sipërme të trupit. Gjatë hipotermisë së thellë, proceset metabolike ulen shumë dje pakosher kërkuesat për oksigjen. Për këtë tregonjë shumë qartë të dhënat e përbajtjes së oksigjenit në gjakun arterial dhe venoz të AEK

në eksperimentet nr. 15, 16, 17, tek të cilët u përdor hipotermi e thelle. Siç shihet nga pasqyra prapambetja e oksigjenit, në gjakun venoz, është e lartë, pothuaj si në gjakun arterial, sepse ai nuk konsumohet nga organizmi.

Avantazhet e hipotermisë së thelle qëndrojnë në faktin sepse gjatë saj mund të ndërpritet plotësisht puna e A E K për 20-25 minuta, duke kriuar plotësisht fusnë të thatë operatore. Kjo gjë është shumë e vlefshme në veset blu, ku vërelhet një refluks i madh i gjakut bronkial në zemer.

5) Problemi i kardioplegjisë.

Ndalimi i punës së zemrës krijon kushte optimale për kryerien e ndërrhyres. Galletti P. e bپ. dallon këto forma të kardioplegjisë: kardioplegji kimike, hipoksike, hipotermike dhe fibracion ventrikular.

Kardioplegjinë e kemi përdorur në 14 raste. Në të gjitha rastet kemi përdorur kardioplegjinë hipotermike: në 11 raste kemi mbështjellë zemrën me akull steril të thërmuar, ndërsa në tre raste kemi përdorur perfuzion koronar të ftohtë (hipotermi e thelle e gjysmë së sipërme të trupit). E dyta ka prioritet ndaj të parës, sepse jep ftohje të njërajtshme të miorëndës, por është më e ndërlikuar.

Në dy raste, puna e zemrës u rivendos vetëvetiu, ndërsa në 12 raste u përdor defibrilatori.

6) Disa probleme hematologjike.

a) **Diliumi i gjakut.** Për mbushjen e oksijenatorit kemi përdorur për t'u marrë gjakun. Gjaku është diluar në solucion glukofizë, duke llogaritur 30 ml. sol. gjukofizë për çdo kg. pesë të katshes. Sol. glukofizë është pregatitur duke shtuar glukoza në sol. fiziologjik, deri sa rianon rreziqet e hemotransfuzioneve massive dhe përmirëson mikroqarkullimin, sidomos në kushtet e hipotermisë, ku kapilaret janë të konstruktuar dhe viskoziteti i gjakut është i rritur.

b) **Problemi i «hemofilës artificiale».** Kur del jashtë vazove, gjaku i organizmit koagulan. Për ta bërë gjakun që kalon në A E K të pakoadgulueshmëri, ose siç thuhet, për të kriuar «hemofili artificiale», përdoren substancë antikoagulantë. Ne kemi përdorur heparinë me dozë: 3 mgr. për kg. pesë e kemi injektuar direkt në zemrën e kafshëve para kanjunit, ndërsa në aparat kemi hedhur 20 mgr. heparinë për çdo 400 ml. gjak që ndodhet në oksigjenator dhe në tubat. Pas dekanjulimit të zemrës, heparinën e kemi neutralizuar me sulfat protamine. Në 10 raste, raporti i heparinës me protaminën ka qënë 1:1, kurse në 11 rastet e tjera 1:1/2. Megjithëse pas një neutralizimi të tillë, treguesit e koagulimit të gjakut kanë qënë të mirë, pas operacionit, kafshët kanë pasur shumë hemorrhagji post-operatore. Për mendimin tonë, kjo hemorrhagi ishte lidhur me faktin se nga mungesa e gjakut, pas operacionit, ne u transfuzuan kafshëve gjakun që mbetej në A E K. Ky është gjak i traumatizuar dhe i defibrinuar, që ka veprim toksik në organizëm, ul koagulabilitetin e gjakut dhe jep apnoe e hipotension së përfundon në ndalimin e punës së

zemrës (Penich — cituar nga Galletti P.). Në eksperimentet e fundit, ku për hemotransfuzion nuk përdorëm gjakun e apparatit, nuk patëm hemorrhagji.

Rezultatet. — Për të gjykuar për rezultatet e eksperimenteve ka mendime të ndryshme. Disa autore i vlerësojnë rezultatet pozitive kur kafsha zgjohet pas operacionit. Të tjerë kërkojnë që kafsha të jetojë disa 12-24 orë dhe madje disa të tjere kërkojnë që kafsha të jetojë disa ditë. Në lidhje me vlerësimin e rezultateve patëm parasysh këto faktorë:

- 1) Miokardi i qenve është shumë sensibil ndaj traumës operatorë madje më sensibil se miokardi i njerezve të sëmurë.
- 2) Tek qentë shpesh torakotomia shoqërohet me pneumotoraks bilateral (meqënëse sakuset pleurale ndahen vetëm nga një cipë e hollë), që tolerohen keq prej tyre.

3) Në mënyrë paraprake duhet bërë një studim i hollësisëm i gjendjes funksionale të kafshes, që ne nuk e kemi bërë për pamundësi.

4) Duhet vazhduar një mjezin postoperator energjik, që ne nuk e bëmë, pasi këkkonte forca njerezore dhe materiale, që ne i konsideruam të panevojshme, sepse ishm jashtë kërkesave tona.

Si rezultat pozitiv ne vlerësuam zgjimin e kafshëve që flet për oksigjenim të mirë të trurit, organit më sensibël të hipoksisë.

Rezultatet tona janë: dy qen nuk u zgjuan (pasi ato u operuan në normotermi me volum perfuzioni 50 ml. për kg. peshë në minutë, që është i pamjaftueshëm); tre qenë jetuan deri në pesë orë; 12 jetuan 6-15 orë, tre jetuan 15-24 orë dhe një jetoi mbi 24 orë.

Shkaqet e ngordhjes qenë: hipoksia cerebrale në dy raste, hemorrhagja pas operacionit në një raste, insuficiencia kardiovaskulare në të raste dhe sindromi koronaro-pulmonare një rast. Një qen jetoi.

K O N K L U Z I O N E

Duke u mbështetur në eksperimentet tona, mund të nxjerrim këto konkluzione:

1) Hipotermia e moderuar është një procedurë e thjeshtë. Në kushtet e hipotermisë deri në 28°C mund të ndërpritet qarkullimi i gjakut për 5-6 minuta pa ndikuar në dëmtimin e organizmit.

2) Në kushtet e hipotermisë mund të kryhen operacione në zemër të thatë, në të cilat ndërprerja e qarkullimit nuk zgjat mbi gjashëtë minuta. 3) Gjatë hipotermisë së moderuar mund të ndërpritet qarkullimi i gjakut në aortën torakale descedente deri në 20 minuta, pa pasur ndikim negativ në medulën spinale.

4) Në kushtet e hipotermisë së moderuar, volumi i perfuzionit 40-50 mL për kg. peshë në minutë është i mjaffueshëm.

5) Normalizimi i heparinës me sulfat protamine në rapport 1:1½ është i mjaffueshëm.

6) Aparati 3 shangai 2», që disponojmë ne, ka forcë të mirë oksigjenuese dhe traumatizon pak elementët celulare të gjakut. Pas operacionit, gjaku, që mbetet, nuk duhet përdorur për transfuzion në oksigjenerator.

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

- 1) Amosov N.M. dhe bp.: Operacii na serdece s iskussvjeniem krovobrashqeniem. Kley 1962.
- 2) Galletti P., Briger G.: Osnovi i tekhnika ekstrakorporalnovo krovobrashqenija. Përklyyer nga anglishtja. Moskva 1966.
- 3) Nevratij J., Mallov G.A., Bakulev A.N.: Në librin Sovremenije voprosi iskustvenno-vo krovobrashqenje v eksperimente i klinike (Grup autorësh). Moskva 1966, 9, 281, 131.
- 4) Zhorov I.S.: Obshaja obezbolivanjija. Moskva 1966.

S u m m a r y

AN ANALYSIS OF 34 HEART OPERATIONS CARRIED OUT UNDER CONDITIONS OF HYPOTERMIA AND EXTRACORPOREAL CIRCULATION.

An analysis is made of 34 «dry heart» operations, in which it is possible to correct pathologic changes on the «open» heart.

Before undertaking operations on the open heart, the authors experimented on animals the effect of the interruption of the circulation.

The authors arrived at the conclusion that under conditions of hypothermy (28°C) it is possible to interrupt the circulation for 5-6 minutes without causing any harm to the organism. In hypothermy it is possible to operate on the «dry heart» when the interruption of the blood circulation does not last longer than 6 minutes. In conditions of a more moderate hypothermy, the circulation of the thoracic aorta can be interrupted for 20 minutes without any negative effect on the spinal cord.

R é s u m é

ANALYSE DE 34 OPÉRATIONS A COEUR SEC DANS DES CONDITIONS D'HYPOTHERMIE ET DE CIRCULATION EXTRACORPORELLE

L'article offre une analyse de 34 opérations «à cœur sec», ce qui permet de corriger les modifications pathologiques sur le «coeur ouvert».

Avant d'entreprendre des opérations sur cœur ouvert, les auteurs ont expérimenté sur des animaux l'effet de l'interruption de la circulation.

Ils sont arrivés à la conclusion que dans des conditions d'hypothermie (28°C), il est possible d'interrompre la circulation pendant 5 à 6 minutes sans que l'organisme en soit affecté. Dans des conditions d'hypothermie il est possible d'opérer «œœur sec» quand l'interruption de la circulation du sang ne dépasse pas six minutes.

Dans les conditions d'hypothermie plus modérée, la circulation dans l'aorte thoracique peut être suspendue pendant 20 minutes sans aucun effet négatif pour la moelle épinière.

SHINTILOGRAFIA NË SËMUNDJET E MËLCISË

PROF. JOSIF E. ADHAMU — BASHKIM RESULI

(Katedra e Terapije së Fakultetit. Shef. Prof. J. E. Adhami)

Përdorimi i izotopëve radioaktivë përbën një nga sukseset më të mëdha të mjekësisë së sotshme jo vetëm në fushën eksperimentale, por edhe në atë klinike.

Përsa i përket diagnostikimit të sëmundjeve të mëlcisë, shintilografiështë një nga metodat më të reja të hulumtimit, që, në shumë raste, konkuron me të gjitha metodat e tjera instrumentale.

Me anën e saj mund të arrihen të dhëna shumë të vlefshme mbi formën, përmasat dhe vendin e proceseve patologjike. Por megjithatë, si qdo metodë tjetër instrumentale, vlerësimi i saj duhet bërë në kompleks me gjendjen klinike të të sëmurit, ekzaminimet biologjike dhe instrumentale të tjera si laparoskopja, punksioni biopsi, arteriografië selektive, splenoportografië etj.

Shintilografia hepatike mund të bëhet me dy grupe radioizotopësh: radiokolorantët dhe radiokoloidët. Sipas Benhamou J.P. (1972), radiokolorantët përfaqësohen nga roza Bengal e shënuar me jod radioaktiv (131I); ky kolorant kapet nga hepatocitet dhe eliminohet me anën e bilës. Në radiokoloidët bëjnë pjesë ari koloidal radioaktiv, mikroagregatet e albuminave të shënuara me jod radioaktiv dhe koloidet e technetium radioaktiv. Radiokoloidët kapan nga celulat e Kupffer dëhe jo nga hepatocitet, prandaj kapja e tyre nuk pengohet as nga insuficiencia hepatocelulare as nga kolostaza, siç ngjitet me radiokolorantët.

Sipas të dhënavë të Wagner H.N. e bp. (1961) dhe Barbieri L.L. (1968), indikacionet e shintilografisë hepatike janë të shumta, por ne do të përmëdëm ato më kryesoret. Me anën e saj mund të vlerësohet volumi dhe Shintilografia ka rëndësi të vegantë në zhvulimin e lezonave kongjenitale etj. Shintilografia ka primare ose metastatike, abcese, kiste, malformacione vasekulare etj., të cilat kur nuk dalin në siperfaqë, ose kur vendosen në faqen e pasme të mëlcisë nuk mund të shihen as gjatë ekzaminimit laparoskopik. Përvèc këtyre, shintilografia jep të dhëna të rëndësishme si në vlerësimin e shkallës së dëmtimit hepatik gjatë hepatiteve kronike dhe cirrözave, ashtu dhe të proguozës së tyre. Vlerë jo më të pakët merr shintilografië edhe në përcaktimin e diagnozës diferencale me masa të tjera intraabdominale, ose sëmundje inflamatore të hipokondrit të djathë, të shqodëruar me dhembje. Një indikacion tjetër është dhe lokalizimi i lezioneve intrahepatike para punksionit biopsi ose ndërhyrjeve kirurgjikale.

Duke marrë parasysh se në vendin tonë, ekinokokoza nuk është së-

mundje e rrallë, shintilografja hepatike na ka ndihmuar në përjashtimin e saj para punksionit biopsi të mëlcisë.

Në këtë punim do të analizojmë 156 regjistrime shintilografike të hepatit, të bëra me 198 Au koloidal në laboratorin e izotopeve radioaktivë (shef Dogj S., i cili ka realizuar shintigramat e para).

Ari koloidal 198 është injektuar intravenoz me dozë mesatare 250 mikrokyri. Regjistrimi ka filluar afersisht një orë pas injektimit të substancës radioaktive. Zakonisht shintigramat janë bërë në pozicion anterior dhe, në raste të veçanta, sipas nevojës dhe në pozicione të tjera: lateral dhe posterior.

Harta shintografike normale e mëlcisë, në pozicionin anterior parafiqitet në formë të një trekëndshi me kënde të rrumbullakosur, i vendosur brenda grilës kostale, ku sipas Delaloye B. (1966), kufiri i poshtëm i lobit të djathë arrin deri në harkun brinjor, ndërsa lobi i majtë deri në procesin ksifoid, ose pak më poshtë se ai. Substanca radioaktive është e shpërndarë në mënyrë homogjene, me intensitet më të madh mbi lobin e djathë, për shkak të trashësise së parenkimës hepatike më të madhe sesa në lobin e majtë dhe në margot hepatike, ku parenkima është më e holle. Këtu ndikojnë dhe lëvizjet respiratore gjatë regjistrimit.

Kufiri i sipërmë i hartës hepatike, sipas Mc Afee J.G. dhe bp. (1965) ka zakonisht formën e gërmës S me konveksitet lateral, që ndjek kupolet e diafragmës dhe konkavitet medial nga impresioni kardiak. Kufiri lateral i lobit të djathë zakonisht është i drejtë, por shpeshherë mund të jetë edhe konveks; persa i takon kufirit të poshtëm, në shumicën e rasteve, është konkav.

Në persona krejtësisht të shëndoshë, fiksimi lienal është shumë i dobët, aq sa në hartën anteriore nuk regjistrohet, pasi lieni është organ më tepër posterolateral. Sipas Desgrez A. e bp. (1966), mungesa totale e shëmbëllimit të shpretkes është shumë e rrallë, por zakonisht paraqitet me radioaktivitet shumë të dobët sa me vështirësi e kalon aktivitetin e sfondit.

Në bazë të të dhënave klinike, biologjike, të laparoskopisë dhe punctionit biopsi të heparit, të sëmurët tanë i kemi ndarë në 5 grupe, sipas të cilëve do të analizohen edhe rezultatet e shintografisë.

1) Hepatitet kronike 79 veta; 2) Gjendje precirrotike dhe cirroza 53; 3) kancere të heparit 13 veta; 4) Ekinokokë 4 raste; 5) steatoza 6 raste dhe 1 hemokromatozë (pasqyra nr. 1)

Vlerësimin e të dhënave të shintografisë e kemi bërë duke u mbështetur në këta indekse: a) ndryshime të formës; b) të madhësise; c) të shpërndarjes së substancës radioaktive; d) shëmbëllimit të lënit dhe të kolonës vertebrale për shkak të fiksimit ekstrahepatik.

Për vlerësimin e perpiktë të formës është e nevojshme, që të nijhen edhe variantet normale të shintografisë hepatike.

Në materialin tonë, variante të tilla kemi hasur: lobe të Riedel në 12 të sëmurë ose 7,1% e rasteve, formë kuadrati tre të sëmurë ose 1,8% dhe formë globoze 2 ose 1,2%. Pjesa tjeter e shintilografive hepatike kishin formë triangulare.

I. — Hepatitet kronike. — 79 veta ose 50,7% e rasteve, nga të cilat hepatite persistente 34, agresive 16 dhe hepatitë kronike të pa vërtetuan

NDRYSHIMET E MADHESISE, SHPERNDARIES SE SUBSTANCES RADIOAKTIVE DHE
FIKSIMIT EKSTRAHEPATIK NE 156 SHINTIGRAFI HEPATIKE ME Au

DIAGNOZA	N ^o R. RASTEVE	MADNESI NORMALNE	HIPER- TROFI		ATROFI		HOMOGEN		HETEROGENE		SHPRETKA		KOLONA STERNU OT			
			Lobi DEX. SIN.		Lobi DEX. SIN.		Lobi DEX. SIN.		Lobi DEX. SIN.		LAKUNA		DIFUZE			
			Lobi DEX.	Lobi SIN.	Lobi DEX.	Lobi SIN.	Lobi DEX.	Lobi SIN.	Lobi DEX.	Lobi SIN.	+	+	+	+		
HEPATITE KRONIKE PERSISTENTE	34	3 8,6%	21 61,7%	22 59,4%	-	2,9%	28,4%	-	-	16 44,1%	24 70,6%	9 26,4%	23 67,6%	8 5,9	-	-
HEPATITE KRONIKE AGRESIVE	16	6 37,5%	13 91,4%	16 100%	-	-	6 37,5%	-	-	2 43,7%	10 62,1%	-	9 56,3%	7 43,5%	-	-
STENOZA HEPATIKE	6	-	6 100%	6 100%	-	-	2 33,3%	-	-	3 50,0%	4 66,6%	2 33,3%	3 50,0%	16,6%	-	-
HEPATITE KRONIKE	29	5 17,2%	18 62,1%	23 79,3%	-	-	11 37,9%	-	-	8 37,6%	13 44,4%	11 38,9%	16 55,1%	2 6,9%	-	-
GJENDJE PRESCIRTOKE	14	-	5 50,0%	6 62,0%	4 28,6%	5 42,9%	-	-	-	10 55,6%	13 52,0%	12,5 12,5%	12 42,9%	6 42,9%	6 42,9%	-
CIRROZA	39	20 51,3%	19 48,1%	20 51,3%	15 38,5%	11 28,2%	3 7,9%	2,8%	2,5%	10 24,6%	20 66,6%	2 5,1%	14 35,9%	10 28,6%	4 10,3%	15 38,4%
KANCER HEPARI	13	-	10 76,9%	10 76,9%	3 23,1%	7 53,8%	-	-	5 38,4%	9 15,4%	4 35,7%	5 38,4%	6 46,2%	-	-	2 15,4%
EKINOKOK HEPARI	4	-	1 25%	4 100%	3 75%	-	-	-	1 25,0%	-	1 25,0%	-	-	-	-	-
HEMOKROMATOZA	1	-	-	1 25%	-	-	-	-	-	1 25,0%	-	-	-	-	-	-

Passeggiata n. 1

me punkcion biopsi të heparit 29 raste. Përsa u përket përmasave të heparit në 9 veta ose 11,4% të rasteve, ato qenë brenda kufijve të normës, 52 të sëmürë ose 65,7% paraqitnin hipertrofi të lobit të dajtë, 66 ose 84,8% e rasteve hipertrofi të lobit të majtë, kurse në një të sëmürë ose 1,2% e rasteve u gjet atrofi e lobit të majtë. Siç shihet edhe në pasqyrën nr. 1, hepatitet kronike paraqitnin një imazh shintilografik hipertrofik, ku mbizotëron lobi i majtë, veganërisht në format agresive.

Shpërndarja e substancës radioaktive ishte homogjene në 26 të së-murë ose 32,8% të rasteve, kurse në 53 të tjerët ose 67,2% ishte heterogenë ne në mënyrë difuze, me rënje të njëtrajtësime të radioaktivitetit dhe në asnjë rast në formë lakunash. Heterogeniteti u gjet më shpesh në lobin e majtë se në të dajtë sipas raportit 1,5 : 1.

Përsa i përket fiksimit lineal jemi bazuar mbi klassifikimin e Weiss linjët e kemi shënuar me (+), shëmbellimin më të theksuar por më të uljet se ai hepatik me (++) kur shëmbellimi i linjët është i njejtë me atë të heparit e shënojmë me (+++) dhe, kur ai ia kalon edhe atij të heparit, vlerësohet me (++++). Në grupin e hepatiteve kronike, 20 veta ose 25,4% nuk paraqitnin fiksim ekstrahepatik, 48 ose 60,7% paraqitnin fiksim të shkallës së pare, kurse 11 ose 13,9% të rasteve me heparit kronik shkin fiksim të shkallës së dyte. Vlen të theksohet se fiksimi ekstrahepatik u konstatua në të gjitha rastet me heparit kronik agresiv.

II) Gjendje precirrotike dhe cirroza hepatike. — Në këtë grup bëjnë pjesë 53 të sëmürë ose 33,8% e rasteve. Prej këtyre, 14 janë me gjendje precirrotike dhe 39 cirroza hepatike.

Sipas Girolami M. dhe De Dominicis A. (1968), gjatë cirrozës hepatike, kuadri shintografik nuk është i njejtë, por ndryshon në rapport me periudhën evolutive të sëmundjes, praninë ose jo të ascitit dhe splenomegalisë.

Si pasojë e atrofisë, hipertrofisë dhe veganërisht atrofohipertrofisë, formohen gryverie të rema dhe pseudoampatacione, që ndryshojnë formën normale të mërgisë (Desgraz A. dhe Papanicolaou N. 1967).

Sipas Lloginov A. S. dhe bp. (1973), gjatë cirrozave, këto ndryshime i detyrohen dëmtimit jo të njërajtëshëm të mërgisë, por sipas ndarjes së saj në segmente.

Përsa u përket përmasave të mërgisë, gjatë gjendjeve precirrotike dhe cirrozave, konstatuan se lobi i dajtëtë ishte hipertrofik në 26 raste dhe atrofik në 21, kurse i majti hipertrofik në 26 dhe atrofik në 17. Prej këtëj kuptohet se cirrozet hipertrofike janë më të shpeshta se ato atrofike, gjë që përkon edhe me të dhënat tona laporoskopike. Mbizotërimi i formave hipertrofike mund të jetë edhe më i madh po të kemi parasysh faktin se në margot e sklerotizuar të heparit cirrotik fiksohen më pak substancë radioaktive, prandaj imazhi shintografik duket më i zvogëluar. Nga të dhënat tona del se ndryshimet shintografike shkojnë paralelisht me stadin evolutiv të cirrozes, gjë që është vënë në dukje edhe nga Pécurariu O. dhe bp. (1972), të cilët e vlerësojnë si një test prognostik.

Për cirrozën karakteristike është shpërndarja heterogjene e substancës radioaktive, e cila sipas Lin S. dhe Ucmar F. (1963), iu detyrohet: a) pakësimit të fluksit të gjakut total dhe sinusoidal, pasi në hiperten-

sionin portal vërehet një pakësim selektiv i fluksit sinusoidal, për shkak të shunteve intrahepatike, pasojë e të cilët është zvogëlimi i irrigimit me gjak të celulave poligonale dhe atyre të Kupffer; b) proceseve regenerative dhe cikatriciale me atrofi të theksuar. Kështu nga 53 rastet tona, vetëm tre ose 5,6% paraqitën shpërndarje homogjene të substancës radioaktive. Një gjë të tillë kanë konstatuar edhe D'Agnolo B. e Zagarese R. (1961) dhe Pezzuoli G. (1966) në disa raste me cirrozë hipertrofike. Në 50 cirroat e tjera ose 94,3% të rasteve tona, shpërndarja ishte heterogene. Heterogeniteti ishte i njërajtshëm dhe dituz, me përfshirje shtim të një rasti me cirrozë makronodulare, të vërtetuar në laparoskopie.

Shkalla e fiksimit ekstrahepatik të substancës radioaktive përbën një nga indekset më të rëndësishëm në vlerësimin e shintigramës gjatë cirrozave. Me fiksrim ekstrahepatik, sipas Papanicolau e bp. (1966) kuptohet fiksimi i substancës radioaktive hepatotrope edhe në organet e tjera përvëç heparit.

Përsa i përket këtij problemi, në literaturë ka pasur pikëpamje të ndryshme, por sot shumica e autorëve mendojnë se fiksimi ekstrahepatik lidhet me dy faktore kryesore: 1) me fiksimin e pakët të substancës radioaktive në nivelin e heparit, si pasojë e hipoavaskularizimit të këtij organi nga shunët e shunta spontane intra dhe ekstrahepatike; 2) me shtimin e aktivitetit fagocitar të sistemit retikuloendotelial splenik. Sipas Barbieri L.L. (1968), ky është shkaku që shprektë skëmbellhet në të gjitha gjendjet e tjera që manifestohen me hiperplazi ose hiperaktivitet të sistemit retikuloendotelial të saj.

Nga 53 të sëmurët e këtij grupi, vetëm në katër veta ose 7,5% të rastevë mungonte fiksimi ekstrahepatik; prej këtyre dy ishin me cirrozë dhe dy me gjendje precirrotike. Në bazë të kriterit të paracaktuar, nga 49 rastet me fiksim splenik, 15 ishin me (+), 19 me (++), 11 – (+++) dhe katër me (+++). Në 15 të sëmurë me cirrozë ose 38,4% të rastevë u gjet edhe fiksrim i substancës radioaktive në kolonë vertebrale, kurse nga të sëmurët me gjendje precirrotike nuk u vërejt asnjë rast me fiksim në nivelin e saj.

III) Kanceri i heparit. — Në këtë grup bëjnë pjesë 13 të sëmurë ose 8,3% e rastevë, prej të cilëve tre me kancer — cirrozë, një me kancer primar të mëlçisë dhe 9 forma metastatike. Celula tumorale nuk është e aftë të fiksojë substancë radioaktive, prandaj imazhi shintografik, në këto rastë, merr pamjen e një gryerje marginale, të një lakuue intraparenkimalë, osse të një amputacioni.

Sipas Bekiev A. dhe Berkovits G. (1974), vënia në dukje e një processi eksplativ në një hepar të zmadhuar është më e vështirë sesa në një hepar me përmasa normale, por duhet pasur parasysh se defektet më të vogla se 2,5 cm. nuk duken. Po këta autorë thonë se defektet në siperfaqe të mëlçisë dhe në lobin e majtë kafen më lehtë dñe se defektet e shumta ka mundësi të zbulohen më shpejt sesa defektet e vëtmuara.

Në rastet me kancer cirrozë, diagnoza vështirësomet për shkak të ngatërrimit të zonave me infiltrim neoplazik me ato sklerotike, ku fiksimi i substancës radioaktive është i ulur. Kështu në tre nga rastet tona, diagnoza etiologjike u përcaktua gjatë laparoskopisë.

Në metastazat e vogla të shumta, të shpërndara në parenkim hepatike, shintigrama duket e zbehtë dhe jo homogjene, prandaj mund ngatërhohet me atë të një cirroze makronodulare. Nërsa metastazat mëdha janë imazhe lakunare të qarta, me mungesë të fiksimit të su stancës.

IV) Ekinokoku i mëlcisë është gjetur në katër të sëmurrë ose 2,5 të të gjithë rasteve të ekzaminuara. Kur kistet janë të vogla, imazhi e tyre nuk paraqitin ndonjë karakteristikë të veçantë, prandaj nuk mund dallqen nga ato të abceseve ose metastazave. Në kistet e mëdha ekzaminimi shintigrafik është patognomonik dhe mund të numrin e tyre. Imazhi i tij paraqitet si një zonë e gjërë, e rrumbullakë me kufi të përcaktuara mirë, e vendosur në një ose të dy lobet dhe shqerohet me çvendosje dhe hipertrofi kompensatore të parenkimës shëndoshë.

V) Në grupin e pestë bëjnë pjesë gjashi të steatoza dhe një hemorrije heterogjene të substancës në pésë dhe fiksim të lehtë lienal në kaveta. Mellii G. (1968) në rastet e tija me hepatosteatozë, hemokromatozhe amiloidozë ka konstatuar veteën hepatomegali dhe shpërndarje heterogjene, veçanërisht në amiloidozë, por nuk ka gjetur fiksim ekstr hepatik.

K O N K L U Z I O N E

- 1) Hepatitet kronike, veçanërisht ato agresive, paraqitin imazh hipotrofik me mbizotërim të lobit të majte.
- 2) Fiksimi ekstrahepatik është shumë i shpeshtë në thepatitet kronike, veçanërisht në format agresive, ku sipas të dhënavë tona, u gjendet 100% të rastev.
- 3) Shpërndarja e substancës radioaktive në cirrozt nuk është homogjene. Në 94,3% të rastev tona ajo është heterogjene.
- 4) Fiksimi ekstrahepatik tek cirrotikët është një nga indekset më të rëndësishëm, jo vetëm për përcaktimin e diagozës, por edhe atë të programozës.
- 5) Formacionet tumorale beninje ose malinje të mëlcisë përbëjnë indikacionin më të madh të shintigrafisë, por për përcaktimin etiologjik të tyre, kjo duhet të kombinohet me metoda të tjera ekzaminimin.

Dorëzuar në Redaksi më 25.XI.1974

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

- 1) D'Agnolo B, Zagarese R: Explorazione angiografica del circolo porto epatico: condizioni normali e patologiche. Relazione al LXII. Congresso della Soc. It. Med. int. Luigi Pozzi Editore, Roma 1961.
- 2) Barthélémy L.L.: Contributo alla scintigrafia delle affezioni del fegato, del pancreas e della milza. Minerva Medica Giuliana 1968, 8, 5, 389.

- 3) Bekiev A., Benkovits G.: Der heutige Stand der Leberszintigraphie. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1974, 4, 40, 1803.
- 4) Bonhamou J.P.: Foie. Pathologie médicale de Vallery-Radot P., Hamburger J., Lhermitte F. Flammarion Médecine, Paris 1972, 5, 15.
- 5) Dekaloye B.: Introduction à la scintigraphie clinique. Masson, Paris 1966.
- 6) Desgrez A., Papanicolaou N., Ameri-Rad M., Agnely J., Duhell M.: Recherche d'un index de fixation extrahépatique des colloïdes (F.E.H.). Revue Médico-chirurgicale des maladies du Foie, de la Rate et du Pancréas 1966, 41, 5, 211.
- 7) Desgrez A., Papanicolaou N.: La sémiologie scintigraphique du foie. Atlas pratique. Masson et Cie. Éditeurs 1967, Paris.
- 8) Girolami M., De Dominicis A.: Su alcuni particolari aspetti scintigrafici della cirrosi epatica. Minerva Medica Giuliana 1968, 8, 5, 378.
- 9) Ian S., Uemar F.: Elementi di incertezza e cause di errore nell'esecuzione ed interpretazione dell'esame scintigrafico del fegato. Minerva Medica Giuliana 1968, 8, 5, 416.
- 10) Loginov A.S., Petrova O.P.: Analiz genetoskenogramm pri cirroze s toksi zrenija segmentarnovo strojenija piegjenji. Terapevtigeskij Arhiv 1973, XLV, 8, 40.
- 11) Mc Afie J.G., Ause R.G., Wagner H.N. Jr.: Diagnostic Value of Scintillation Scanning of the Liver. Follow — Up of 1000 Studies. Arch. Intern. Med. 1955, 116, 95.
- 12) Meli G.: Scintigrafia epatica, splenica e pancreatica. Minerva Medica Giuliana 1968, 8, 5, 381.
- 13) Papanicolaou N., Opolon P., Julien C., Desgrez A., Caroli J.: Etude de la fixation extrahépatique au cours de la scintigraphie à l'or colloidal radioactif. Valeur clinique. Essai d'étude physiopathologique: Revue Médico-Chirurgicale des maladies du Foie, de la Rate et du Pancréas: 1966, 41, 5, 219.
- 14) Pecurariu O., Gödri I.: Bilanul a 400 de scintigrafii hepatice. Revista medicală 1972, XVIII, 1, 17.
- 15) Pezzoli G.: L'angiographie des veines sus'hépatiques dans le diagnostic des états pathologique du foie. Revue Intern. d'Hépatologie 1966, 4, 785.
- 16) Wagner H. N. Jr., Mc Afie J.G., Mozley J.M.: Diagnosis of Liver Disease by Radioisotope Scanning. Arch. Intern. Med. 1961, 107, 324.
- 17) Weiss Y., Marleau D., Stoot C., Faubert R.: La scintigraphie hépatique. Revue Prat. 1971, 21, 12 bis, 2039.

S u m m a r y

SCINTILLOGRAPHY IN DISEASE OF THE LIVER

An analysis is presented of 156 scintillographies of the liver, performed on colloidal 198Au injected intravenously in an average dose of 250 microcuries. On the basis of the clinical, biological, laparoscopic and biopic findings, the patients were divided into five groups: (1) chronic hepatitis 79 cases (34 persistent, 16 aggressive and 29 not confirmed by biopsy); (2) precirrhotic state and cirrosis — 53 cases; (3) liver cancer — 13 cases; (4) hydatid cysts 4 cases; (5) steatosis 6 cases and one case of haemochromatosis.

In evaluating the findings, the authors have taken into account the following indices: a) the changes of the form of the liver; b) its size; c) the distribution of the radioactive substance; d) its extrahepatic fixation.

The following conclusions were reached:

- 1) Chronic hepatitis, particularly the aggressive cases, presented a hypotrophic image predominantly in the left lobe.
- 2) The extrahepatic fixation was frequent in chronic hepatitis, especially in the aggressive forms, in which it was found in 100 percent of the cases.
- 3) The distribution of the radioactive substance was heterogeneous in the cases with cirrhosis (94.3 percent).
- 4) Extrahepatic fixation in cirrhosis is one of the most important indices not only for the diagnosis, but also for the prognosis.
- 5) The tumoral formations of the liver constituted a primary indication for scintillography, but for the determination of their etiology it should be combined with other exploratory methods.

LA SCINTILLOGRAPHIE DANS LES MALADIES DU FOIE

R e s u m é

Les auteurs analysent 156 scintillographies du foie effectuées avec injection intraveineuse d' Au 189 colloïdal à la dose moyenne de 250 microcuries. Sur la base des données cliniques et biologiques, de la laparoscopie et de la ponction biopsie du foie, les patients ont été classés en cinq groupes: 1) hépatites chroniques — 79 cas (34 persistants, 16 agressifs et 29 non vérifiés par ponction biopsie). 2) Etats pré-cirrhotiques et cirrhotiques — 53 cas. 3) Cancers du foie — 13 cas. 4) Echinocoque — 4 cas. 5) Steatose — 6 cas et un cas de hémochromatose.

Dans leur appréciation de ces données, les auteurs se sont fondés sur les indices suivants: a) modifications de la forme du foie; b) taille; c) dispersion de la substance radioactive; d) fixation extrahépatique.

Sur la base de ces données, les auteurs ont abouti à certaines conclusions:

- 1) Les hépatites chroniques, en particulier les hépatites agressives, présentent une image hypertrophique avec prédominance du lobe gauche.
- 2) La fixation extrahépatique est très fréquente dans les hépatites chroniques, principalement dans les hépatites agressives où elle se produit dans 100% des cas.
- 3) La dispersion de la substance radioactive dans les cirrhotiques est hétérogène (94,3%).
- 4) La fixation extrahépatique chez les cirrhotiques est un des indices les plus importants, non seulement pour la détermination du diagnostic, mais aussi du pronostic.
- 5) Les formations tumorales du foie constituent l'indication majeur de la scintillographie; toutefois pour pouvoir les définir étiologiquement, il est nécessaire de combiner la scintillographie avec d'autres méthodes d'examen.

Fig. 2. — Hepatomegali uniforme e tē dy lobeve me margo tē pandrysuhara. Substanca radioaktive e shpēndarē nē mēnýrē jo homogiene kryesist. nē lobin e majje. Lieni shēmbēlhet me vēshirēsi. Diagnoza: Hepatitis chonicaagressiva.

Fig. 1. — Heparin nē forme shumē a pak normale, paragat hepatomegali tē dy lobeve, margot pa ndryshime. Substancia radioaktive me shpēndarje homogjene. Vihet refleksim plenik. Diagnoza: hepatitis chonica agressiva.

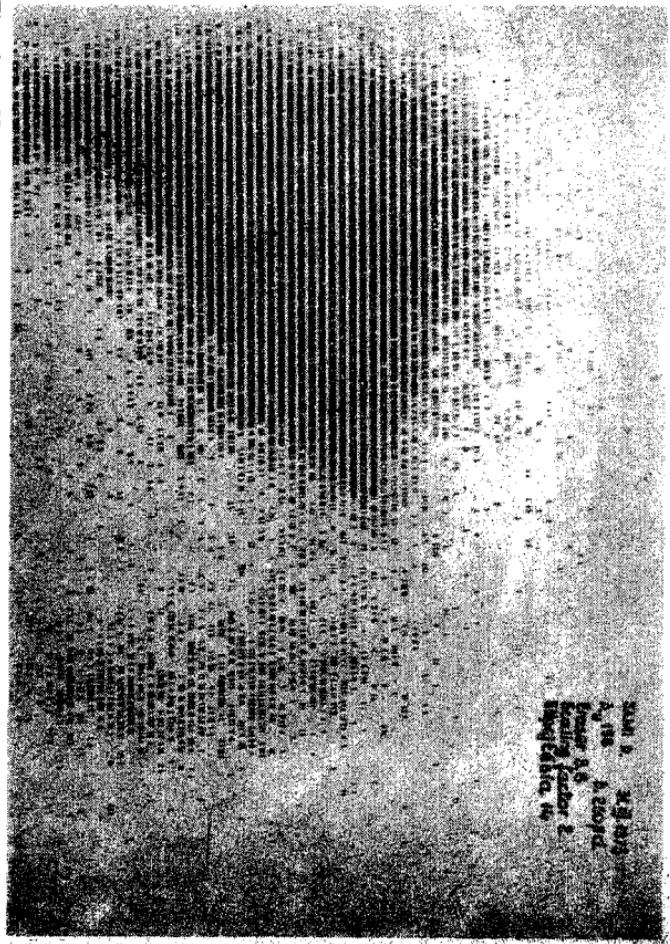


FIG. 3.— Mëlia e ka humbur formën e saj normale, për shkak të atrofisë së theksuar të lobit të djahtë. Substancia radioaktive me shpërndarje jo homogene me aktivitet të ulur vëganërisht mbi lobin e djahtë. Ka fiksim shumë të theksuar ekstrahepatik: hernal dhe mbi kolonën vertebrale. Diagnoza: Cirrhosis hepatis decompesata.

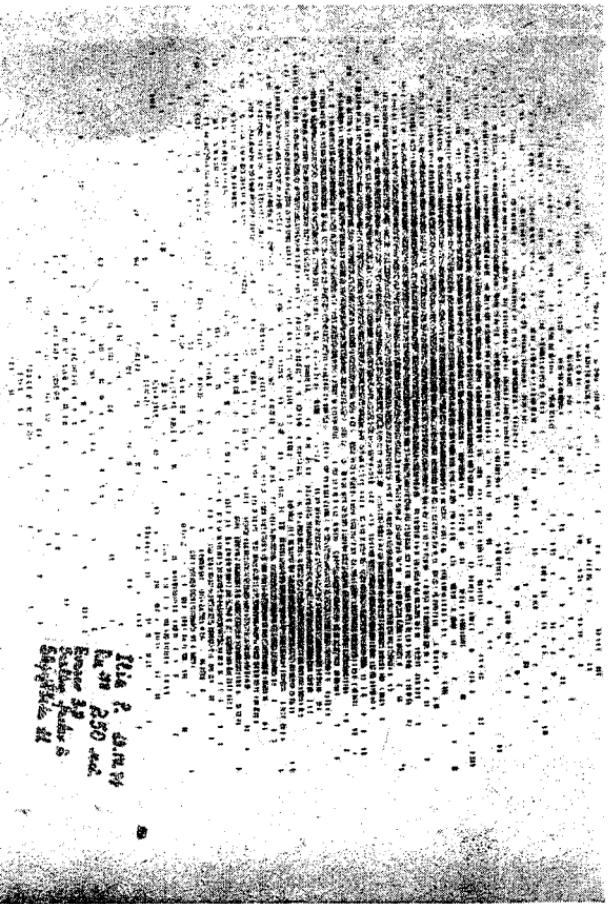
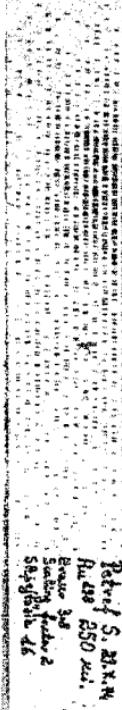


FIG. 4.— Mëlia me madhësi dhe formë shumë e pak normale. Substancia radioaktive e shpërndarë jo në mënyrë të njërrajtshme dhe me aktivitet të rënë vëganërisht në pjesët laterale dhe inferiore të lobit të djahtë. Paraqit fiksim shumë ekstrahepatik: hernal dhe kolonën vertebrale. Diagnoza: Cirrhosis hepatis.

Fig. 6. — Hepatomegali e konsiderueshme që mbush gjithë epigastrumini. Gjysma laterale e lobit të djalitë me aktivitet shumë të ulur si pasojë e zonave të shumta me defekt mbushjeje. Defekte mbushjeje të vogla e më të rralta shihen edhe në pjesën tjeter të lobit të djalitë dhe në lobin e majtë. Ka fiksim të shprehur lienal. Diagnoza: Hepatoma mbi cirroze.



Fig. 5. — Hepatomegali e theksuar dhe zhvendosje e mërgisë poshtë dhe majtas. Kufiri i spërmë dhe lateral jo rregulltë me defekte marginale kryesish në polin e sipërme dhe të poshtem të lobit të djalitë. Defekte mbushjeje të tjera më të vogla vihen re në të gjithë parenkimin. Diagnoza: Ca metastatik i mërgisë.



Pjetër S., 22 v.

Rr. 458 250 v.

Breast 3d

Skin 1d

Supp. 4d

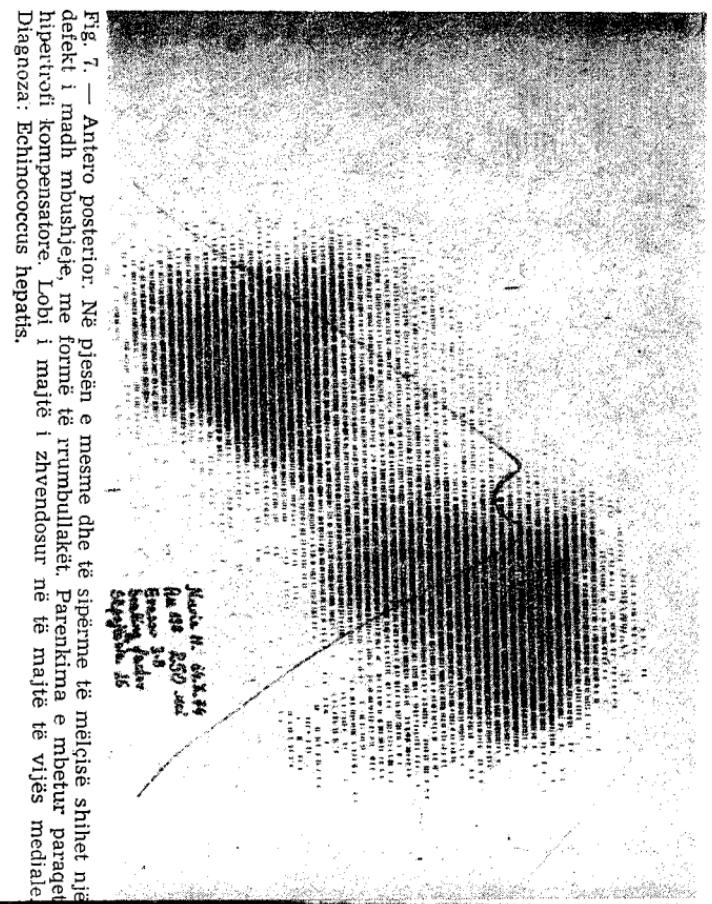


Fig. 7. — Antero posterior. Në pjesën e mesme dhe të sipërme të mëcisi shihet një defekt i madh mbushtjeje, me formë të rrumbulakët. Parenkima e mbetur paragjë hiperstrofi kompensatore. Lobi i majtë i zhvendosur në të majtë të vijës mediale. Diagnosa: Echinococcus hepatis.

Fig. 8. — I njëjtë rast në projksion lateral. Në pjesën e sipërme të hartas hepatike shihet një defekt i madh mbushtjeje, në formë të rrumbulakët me kufi të perçak-tuarë mirë me parenkimën e shëndoshë.

INSUFICIENCA RENALE AKUTE PAS ABORTIT SEPTIK

— HANE PETANI — NESTOR THERESKA —

(Katedra e Terapije hospitallore, Shef. Doc. H. Rusi)

Aborti septik, i provokuar, gjithmonë ka zënë vend kryesor në përgindjen e lartë të mortalitetit, që takohet gjatë urgjencës obystetrike. Në një nga komplikacionet më të rënda të abortit septik është shoku septik dhe, si posojë, instalimi i IRA (insuficiencës renale akute). Eshtë pikërisht ky komplikacion që shkakton mortalitetin e lartë, pavarësisht nga përdorimi i antibiotikoterapisë në doza sulmi.

Sipas mendimit të të gjithë autorëve të konsultuar nga ne, të përmendur në bibliografi, gjendja septike ndodh si posojë e invadimit të organizmit me mikrobe anaerobe (bac. perfringes), megjithëse mund të takohen dhë mikrobe të tjerë si *Pyocyanus*, *B. Coli*, streptokoku hemolitik etj. Këto mikrobe mund të futen në kavitetin uterin nëpërmjet mjetit, që ka kryer abortin ose nëpërmjet eggarreerbinit të florës vaginale saprofite. Nga ana tjetër, placenta, gjaku i grumbullutuar, mbeturinat ovulare përbëjnë një ambient të favorshëm për zhvillimin dhe shumëzimin e florës anaerobe.

Aborti septik njihet si një nga shkaktarët kryesorë të IRA. Gjatë periudhës pesë-vjeçare (1969-1973) në shërbimin tonë, atë e kemi takuar në 30 të sëmura (40% e rasteve), nga 75 raste me IRA me etiologji të ndryshme. Në shërbimet e tyre, shifra të larta takojnë edhe autorë të tjerë si Proca E. (43%), Hamburger J. (32% e rasteve).

Në rastet tona, aborti septik është posojë e orvajtjeve që kanë ndërmarrë të sëmurat për ndërprerjen e barrës. Mjetet e përdorura kanë qënë 30 të sëmura (40% e rasteve), nga 75 raste me IRA me etiologji të ndryshme. Kryesisht katekeri, pastaj me radhë-bishta pene, shtiza, tel, fije kashtë etj. Në rastet tona nuk kemi takuar përdorimin e substancave medikamentozë ose futje të likuideve të ndryshme në kavitetin intrauterin, gjë që vihet në dukje si shkak i shpeshtë nga autorë të tjerë.

Të sëmurat e paraqitura në shërbimin tonë kanë qënë në tremujorin e parë të barrës. Mosha mesatare e pacienteve ka qënë 30 vjeç. Tabloja klinike e ditëve të para-është zotëruar nga sindromi toksiko-infeksiot me shok dhe hemolizë.

Në të sëmurat tona, ky sindrom është hasur në 93.33% të rasteve (28 të sëmura). Guedon J. e bp. e gjen në 50% të rasteve të studjuara prej tij.

Sindromi toksiko-infeksiot shfaqet disa orë deri një-dy ditë pas provokimit të abortit. Zakonisht fillon me frione dhe ngritje të temperaturës në shifra të larta ($39\text{--}40^\circ\text{C}$). Në rastet tona, ngrittë brutalë e temperaturës mbi 39°C u gjet në 93.33% të rasteve (28 të sëmura). Këto shifra

vazhduan kështu për dy-tri ditë dhe pastaj temperatura u ul, duke qëndruar në shifrat subfebrile.

Në 17.8% të rasteve u pa një ngritje bifazike e temperaturës, e cila u takua kryesishët në fazën e polurisë, si rezultat i pranisë së fokusit septik.

Në rast se kërkohet qysh në ditët e para, përparrë se të trajtohet me antibiotikë, hemokultura ve në dukje shkaktiarin e gjendjes septike me prejardhje nga kaviteti uterin. Më shpesht hemokultura jep rezultat negativ. Këdje e thekson edhe Merger, i cili nga 93 raste me shok septic, gjeti vetëm 16 hemokultura pozitive (citar nga Renyi Vamos e bp.). Ky rezultat negativ i detyrohet ndoshta mjekimit me doza të larta antibiotikësh, që marrin këto të sëmura në repartet e gjinekologjisë për ditë të tjerë, përparrë se të dergohen në qendrën e hemodializës.

Hamburger J. mendon se rezultati negativ i hemokulturës mund t'i shërbimin tonë me temperaturë subfebrile ose pa temperaturë dhe anti-biotikoterapia me doza të larta ishte aplikuar përparrë se të shtroheshin në klinikën tonë për 4-5 ditë rjesht. Kjo ka qënë arsyja e mos-kërkimit të hemokulturës, si ekzaminim rutine në rastet tona, Vështirësi të kësaj natyre kanë hasur edhe autorë të tjerë. Në të tilla rrethana për diagnostikimin e sepsisit anaerob bazohen tek të dhënët klinike si hemoglobinemi e rritur, hemoglobini, ikter, hipertermi, hiperleukocitozë, anemi e theksuar, oliguri (Goligorski S. e bp.). Sindromi tokskiko-infekzios pasohet nga një gjendje shoku me kolaps cirkulator. Pavarësisht nga temperatura e lartë, anësitë mbeten të ftohta, të zbeta, më vonë ngjyra shndrohet në violetë si rezultat i anoksisë. Ky është shkaku që në shumicën e të së-murave mund të takojmë nelkrozë të gishtave dhe të majës së phundës. Është me interes të shënohen se anësitë mbeten të ftohta edhe pas normalizimit të TA. Tensioni arterial pëson një rënje bruske (60/40 mmHg, 50/30 mmHg.), por nuk qëndron gjatë në shifra të tilla, pasi normalizohet shpejt.

Të bazuar në të dhënët anamnestikë dhe në observimet tona mbi të sëmurat, kemi vërejtur se kolapsi cirkulator ka qënë i pranishëm në 23.3% të rasteve (7 të sëmura).

Shoku septik shoqërohet me fenomene hemorrhagjike, që vijnë si pasojë e rënies së theksuar të proteinave të gjakut, kryesishët të atyre që luajnë rol në koagulinin, si proakcelerina, prokonvertina dhe protrombinë. Sindromi hemorrhagjik vërehet në 73.3% të rasteve (22 të sëmura), kryesisht në formë epistaksi, hemorrhagji buko-faringeane dhe uterine. Guedon J. dhe Persianov L. S. sindromin hemorrhagjik e gjejnë përkatësish në 10% dhe 12% të rasteve.

Toksemia është shkaktare e hemolizës intuavazale, e cila klinikisht shfaqet me ikter, anemi dhe hiperbilirubinemi, kryesisht për llogari të asaj indirektes.

Ikteri paraqitet në grada të ndryshme. Në të sëmurat tona, ikteri i theksuar u vërejt në 53,33% të rasteve (16 të sëmura), në formë të lehtë

në 26,66% të rasteve (8 të sëmura), kurse në 20% të rasteve (6 të sëmura) ai nuk u takua fare.

Si pasojë e hemolizës, sëmundja karakterizohet nga një anemi e rëndë. Numri i eritrociteve biu në dy milion dhe jo rrallë deri në 1.500.000 për mm^3 , e pasur nga ulja e vleftave të hemoglobinës dhe të hematokritit.

Aneminë e kemi hasur në 28 të sëmura (93,33% e rasteve); në 16 prej tyre (57,1%) ajo u gjet në vleftat nën dy million. Si ekzaminim, hematokriti është kryer në 20 të sëmura (66,6%) dhe në të gjitha ka rezultuar nën normë.

Si rregull, aborti septik shqërohet me një rritje të numrit të leukociteve, shpesh deri në 50 mijë për 1 mm^3 . Zak J. e gjen këtë simptom në të gjithë rastet. Të mëjten gjë vëmë re edhe në të sëmurat tonë; në 20% të tyre (6 raste), numri i leukociteve ish mbi 40 mijë, në 53,3% të rasteve (16 të sëmura) mbi 20 mijë dhe në 26,6% të rasteve (8 të sëmura), numri i leukociteve ish në shifrat 15-20 mijë për 1 mm^3 .

Në shokun e rëndë septik, të shoqëruar me hemolizë të shprehur, takohet edhe hemoglobinuria, të cilën ne e ndeshëm në 7 të sëmura (23,3% e rasteve).

Të sëmurat që kanë kaluar fazën e shokut septik paraqiten në gjendje relativisht të mirë, ikteri pakësitet dhe, me kohë, zhdukjet, temperatura ulen dhe indekset hemodinamike rregullohen. Këto të sëmura shqetësohen nga disa turbullime digestive banale, si anoreksi, nauze dhe rrallë nga të vjella. Simptomi kryesor është oligoanuria, ndërsa anuria e plotë takohet rrallë, diureza nuk shikon më shumë se 50-100 $\text{ml}/24$ orë në format e ashtuquajtura anurike.

Cërrregullimet humorale, në këtë stad, karakterizohen nga ngritja e vleftave të urësë në gjak, turbullime të ekuilibrit acido-bazik dhe të atij hidroelektrolitik.

Ngritja e urësë në gjak mund të jetë e shpejtë, si pasojë e katabolizmit të shtuar proteik, i cili nganjëherë kalon vleftejn 1 gram për litarë në ditë. Në të sëmurat tona, urea u gjet e rritur në të gjitha rastet. Në 15 të sëmura (50% e rasteve), ajo nuk e kalonte shifrën 300 mg%, në dhjetë të sëmura (33,33% të rasteve) u gjet mbi 300 mg% dhe në pesë të sëmura (ose 16,6% të rasteve) mbi vleftejn 400 mg%.

Vleftat e rritura të kaliumit janë të ndryshueshme, ato varen si nga prania e acidozës metabole, ashtu dhe nga katabolizmi i shtuar indor dhe hemoliza intravaskulare. Në të sëmurat tona, vleftat e rritura të kaliumit u gjejnë në 11 të sëmura (36,6% të rasteve) në katër prej të cilave, këto vlefta ishin pak të rritura.

Në materialin tonë, dëshirojmë t'i kushtojmë një vend të rëndësishëm mjekimit të insuficiencës renale akute pas abortit septik dbe kryesishet mjekimit etiologjik dhe aplikimit të hemodializës.

Në kuadrin e mjekimit etiologjik, së pari radhitet pastrimi i fokusit primar. Si burim të sepsisit dhe të intoksikimit të organizmit konsiderohen mbeturinat ovulare në uterus, të cilat përfaqësojnë një ferren të favorshëm per zhvillimin e mikrobeve. Këto mbeturina, në rast se nuk mënjanohen me kohë, mund të gjinë deri në nekroze të ujeruist dhe vonesë të proceseve regeneruese në tubujt renali. Kjo procedurë duhet kryer nën mbrojtjen e antibiotikëve dhe pas normalizimit të TA. Ky mendim përkrahet nga të gjithë autorët e konsultpat prej nesë (Proca E.,

Goligorski S. D., Guedon J., Réynui Vamos F. e bp., Persianov L. S., Zak. J.P., Shvarc P. e bp., Lopatkin N. A. etj.). Gjatë ndjekjes së dekursit të sëmundjes vumë re se të sëmurat tona iu nënshtruan pastrimit qysh në orët e para pas pranimit në repartet obstevik-gjinekologjik, nën mbrojjen e antibiotikëve. Në të sëmurat e tyre, një gjë të tillë e kanë aplikuar edhe autorë të tjere si Derot M. e bp., Guedon J. Në të 18 të sëmura ose 60% të rasteve, kjo ndërhyrje u përsërit në sherbimin tonë. Në dy nga këto raste, kjo procedurë u krye pëtrejtë tjetren here. Vlen të përmendet se nga 18 të sëmura, tek të cilat është ndërhyrë më se një herë, nëntë (ose 50% të rasteve) patën përfundim fatal.

Në ekzaminimin gjinekologjik, të kryer në shërbimin tonë, më 28 të sëmura (93,33% të rasteve) u konstatua endometrit sepik.

Me përashtime të rralla (Shwarc P.), të gjithë autorët të përmëndur në bibliografinë tonë janë të mendimit se në rast se gjendja septike vazhdon dhe infeksioni ka shkaktuar nekrozë uterine, parametrit ose peritonit, si metodë e zgjedhur mjekimi është lëqja e uterusit, pasi me më-njanumin e tij, hiqet dëhe vatra kryesore e infeksionit.

Përsa i përket kohës se kur duhet kryer histerektomia, pothuajse të gjithë autorët, të konsultuar nga ne, janë të mendimit se ajo duhet ndërmarrë pasi të sëmures t'i janë mënjanuar shenjat e shokut septik.

Trajtimi i shokut septik përbën një urgjencë të madhe, sepse zgjatja e gjendjes shokale mund të shkaktojë lezione të paktiyeshme. Dhënia e gjakut të freskët përbën indikacion vital edhe në aneminë hemolitike pa hemorrhagi, dhe në kolapset vaskulare pa humbje gjaku. Dhënia e gjakut duhet të zbatohet qysh në filim të gjendjes shokale. Pakësimi i diurezës nuk duhet konsideruar si kundraindikacion. Përkundrazi, është irregull që para se të ndërmirret dializa, të jetë normalizuar volumi i shtratit vazal (Réunyi, Vamos F. e bp., Derot M., Guedon J.).

Kjo terapi është zbatuar në 27 të sëmura (90% të rasteve) me një mesatare transfuzionesh prej 7,3. Kjo terapi është zbatuar kryesisht në ditët e para, përparrë përdorimit të veshkës artificial dhe në rastet me anemi të rëndë, kur shifrat e eritrociteve kishin rënë nën 1,5 milion për 1 mm³.

Përdorimi i antibiotikëve lot një rol me rëndësi për të zotëruar me sukses gjendjen septike. Përcaktimi i përpiktë i shkaktarit të infeksionit është njëshëmëria e tij ndaj antibiotikëve nuk mund të arriben gjithmonë. Në rast se në filim të sëmundjes zotëron flora anaerobe, më vonë kjo florië përzihet. Meqë mikrobet anaerobe (*Clostridium Welchii*) zakonisht janë sensibil ndaj penicilinës dhe, meqë ky preparat nuk zotëron efekte anësore mbi veshkat, radhitet në antibiotikët kryesore për injektimin e IRA nga aborti septik. Penicillina aplikohet kryesisht në doza të larta (10-40 milion Unite për 24 orë) me rrugë intravenozë ose i.m. e shqëruar nga një antibiotik me spektër të gjërë veprimi dhe eliminim kryesor me rrugë ekskrenale (Proca E., Goligorski S.D., Réynui Vamos F. e bp., Zak J. etj.).

Në të sëmurat tona penicillina u dha me rrugë i.m. ose i.v. në doza që luhatin nga 6-40 milion unite/24 orë. Ky injektim është aplikuar në 27 të sëmura, në 21 prej të cilave është kombinuar me Ismiochin, 1,5 gr./24 orë i.m. Në tri nga 21 të sëmurat, mjekimi ka konsistuar në përdorimin e

tre antibiotikëve: Penicillina, Ismicitina dhe Eritromicina, meqë gjendja septicke nuk zotërohej. Në një rast është përdorur vetëm penicillina. Në dy raste, mjekimi me penicillinë është kombinuar respektivisht me Eritromicinë dhe kolimicinë. Në tri të sëmurat, në të cilat nuk është aplikuar penicillinë, mjekimi me antibiotikë ka konsistuar në përdorimin e Eritromicinës dhe Ismicitinës.

Në mjejkimin e zgjedhur të IRA nga aborti ze vend dhe veshka artificiale. Për të vënë në dukje rendësinë e madhe të këtij mjekimi, mjafton të përmëndim se aplikimi i këtij mjekimi e ka ulur mortalitetin nga 80-85% në 50%.

Për përdorimin e hemodializës, si kriter kryesor, nuk mirren të dhënat e çrrregullimeve humorale, por keqësimi i gjendjes së përgjithshme të sëmurave. Për tu parandaluar ky keqësim i të sëmursës, si këp për fillimin e hemodializës kemi zgjedhur dijetën e katërtë apo të pestë pas in-stalmit të oligoanurisë. Në tre-katër dijetë para luftohet për normalizimin e diurezës me mjejkim konservativ etiologjik, duke përfshirë këtu edhe Lasixin me doza të larta.

Në 22 të sëmurat tona (73,3% e rasteve) u aplikua veshka artificiale; tetë të sëmura (26,6% të rasteve) u trajtuan me mjejkim konservativ (pesë prej të cilave edhe me doza të mëdha Lasixi).

Cdo e sëmuri, të cilës iu aplikua veshka artificiale, u trajtua mestarishëtarisht me 6,7 seanca hemodialize.

Nga 22 të sëmurat të trajtara me hemodializë, ky mjejkim dha efekt në 13 (59,1% e rasteve), ndërsa në 9 të sëmurat që vdiqën, mjejkimi nuk pati sukses, meqithëse seicilles iu aplikuan mesatarisht nga gjashtë seancë hemodialize.

Aparati që u përdor për hemodializë ish ai i tipit AUE, me një sipërfaqe dializuase (pastruese) 0,3 m². Si rezultat i sipërfaqes së vogëlës dia- lizuese, ky operacion është kryer çdo ditë në rastet tona.

Insuficiencia renale akute nga aborti septic nuk rradhitet në ato forma shifrat 15-20% të rasteve (Hamburger J. etj.), pavareësish se në ditët e Gjatë periodit 1969-1973, në shërbimin tonë kemi regjistruar 12 raste vdekjeje nga IRA pas abortit septic, prej të cilave katër prej tyre (ose 33,33% e rasteve) vdiqën në dy-tre ditët e para, atëherë kur zotëronte tabloja klinike e shokut septic, ndërsa shenjat klasike të IRA nuk ishin të pranishme ose nuk dilnin në plan të parë. Në këtë fazë, Persianov L. S. e gjjen mortalitetin më të lartë (62% të rasteve) ndërsa Hamburger J. në 11,10% të rasteve. Duhet theksuar se shifra e dhënë nga Persianov L. S. është regjistruar në shërbimin obstetrikogjinikologjik, atje ku të sëmurat paraqiten për herë të parë, ndërsa Hamburger J. jep shifra më të ulta sepse ai ka studjuar raste, ku shoku septic është i mënjanuar. Shifra të përaferta me Hamburger J. regjistrojnë edhe Derot M. e bp., Guedon J. e bp. Kuptohet se vlefta të tillë të ulta mortaliteti janë arritur duke mos u llogaritur këtu mortaliteti i shkaktuar nga shoku septic, sepse ky studi i mjejkohet nga qendrat e hemodializës, por nga reanimatorët e shërbimeve obstruktivale. Si rregull, e sëmura duhet dërguar në qendrën e hëmodializës kur gjendja shokale është e mënjanuar plotësisht dhe kur IRA

ka dale në plan të parë (Derot M. e bp., Guedon J. e bp., Rényi-Vamos F. e bp., Lopatkin N. A. e bp. etj.).

Përqindja e vdekjeve në shërbimin tonë (12 raste, dmth 40%) pak a shumë i afrohet asaj të Proca E. (44%), Rényi-Vamos F. e bp. (31%) dhe Zak J. P. (27,7%). Më lart u përmënd se katër të 12 të sëmurat, që patën përfundim letal, vdiqën në periudhën e shokut septik, të derguara në qendrën tonë pa iu mënjanuar ky komplikacion kaq i rezikshëm. Pra, po të llogarit përqindjen e mortalitetit nga IRA, duke mënjanuar katër të sëmurat që vdiqën nga shoku septik, përqindja e mortalitetit zbutet nga 40% në 26,66%.

Në ekzaminimin anatomo-histologjik, kryer në shërbimin e anatomi-së patologjike pranë spitalit klinik nr. 1, u vërejt se në pesë të sëmura ose në 41,6% të rasteve ishte i pranishëm endometriti nekrotik, ndërsa në shtatë rastet e tjera ishte ai septik. Vlen të përmëndet se në 41,6% të rasteve (pesë të sëmura) u gjetën shenja të një septikopiemie të përgjithshme me abcedime në organe të rëndyshme si veshkë, mushkëri, tru etj. Po të shohim edhe një iherë mjekimin nën dritën e të dhënavë anatomo-histologjike, del se të paktën në pesë të sëmura histerektomia duhej të zinte vendin kryesor në mjekimin kompleks të këtij sindromi. Prandaj rekonomandojmë, që në rastet me ndërlidhje të tillë si nekroza uterine dhe septikopiemia, të aplikohet histerektomia si e vetmja shpresë për shpëtimin e të sëmureš.

K O N K L U Z I O N E

- 1) Në materialin tonë, insuficiencia akute nga aborti septik ze një përqindje të madhe (40% të rasteve) në krahasim me faktorët e tjierë etiologjike.
- 2) Shoku septik duhet trajtuar me urgjencë dhe me terapi sulmi nga spitalet obstetrike gjinjekologjike dhe duhet dërguar në qendrën e hemodializës vetëm atëherë kur janë mënjanuar në mënyrë radikale shenjat e shkaktarit primar dhe në plan të parë del IRA.
- 3) Nga eksperiencia jone më modeste ne konkludojmë se në rast se fokus i septikës është në aktivitet dhe me prirje gjeneralizimi, përparrë se të ndërmerrët hemodializa duhet mënjanuar vatra (histerektomia), përendyshe ka rrezik që vatrati septike të përhapen edhe në organet e tjera.

Dorëzuar në redaksi më 15 shtator 1974

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

- 1) Babic A., Renyi — Vamos F.: Anuria — Therapeutic experiences Akademiai Kiado, Budapest 1972, 132.
- 2) Bruener S., Blaja C., Nicolaescu V.: Reanimare si terapie intensiva. Editura Medicala, Bucuresti, 1966.
- 3) Derot M., Ringoir S.: Etude de 33 observations de nephropathies tubulaires aiguës aigues post-abortum. La semaine des hopitaux 1962, 5, 243.
- 4) Dimitru C., Beroniade V.: Nefrologie. Editura Medicala. Bucuresti 1963, 94c.

- 5) Goligorski S.D., Terehov N. T.: Ostraia poqe) Naja nedostatočnost. Izdatelstvo «Zdorobja» str. 215. Kiev 1969.
- 6) Guedon Y., Jacobs C., Aubert Ph.: Les insuffisances rénales aiguës post-abortum et post partum. La revue du praticien 1969, 1669 Paris.
- 7) Hamburger J.: Pocegnaja nedostatočnost str. 225. Izdatelstvo «Medicina» Moskva 1965.
- 8) Hamburger J.: Nephrology, N.B. Saunders Company, Philadelphia 1968, N.B. 545.
- 9) Łopatkin N.A., Kujinski J.N.: Lečenie ostrovi i kromičeskoi pocegnoi nedostatočnosti. str. 71, Moskva «Medicina» 1972.
- 10) Mazhdakov G., Popov Nikoallai: Bolesti na bebricite ctr 503. Medicina i fiskultura, Sofia 1970.
- 11) Persianov L. S., Menshikov V.V., Serob V.N.: Akusherstvo i ginekologija str 3, 1971, 11.
- 12) Proea E.: Insufficienti renala acuta. Editura medicala. Bucurest 1968, 267.
- 13) Prorokova B. K., Akerman L. S.: Akusherstvo i ginekologija, str 36, Moskva 1970, 6.
- 14) Shvrac P., Reiske Y., Bruckner G.: Akusherstvo i ginekologija str. 8, Moskva 1971.
- 15) Zatk J. P.: Akusherstvo i Ginekologija str. 8, Moskva 1971, 11.
- 16) Zosin C.: Progrese in Nefrologie. Viața Medicală, 1971, 9, 397.

S u m m a r y

ACUTE KIDNEY FAILURE AFTER SEPTIC ABORTION

A study is presented of 30 cases of acute renal failure following septic abortion. The importance is stressed of early prevention and treatment of the state of shock and the use of blood transfusion.

In 27 cases penicillin was used by intravenous injections in doses between 6 and 40 million units in 24 hours, associating it with ismycetin in 21 cases. In three cases three antibiotics were used: ismycetin, penicillin and erythromycin, since the septic state could not be controlled with only two.

In the treatment of acute kidney failure an important place is given to artificial kidney. In 22 cases artificial kidney was applied, and the remaining 8 patients received conservative treatment (five of them with large doses of lasixil). In 22 patients haemodialysis was applied; it was successful in 13, but failed in 9 (who died).

R é s u m é

L'INSUFFISANCE RENALE AIGUE CONSECRATIVE A L'AVORTEMENT SEPTIQUE

Les auteurs ont étudié 30 cas d'insuffisance rénale aiguë consécutive à l'avortement septique. Ils soulignent la nécessité d'un traitement précoce de l'état de choc et de transfusions de sang.

Il a été administré aux 27 malades de la pénicilline par voie i.m. ou i.v. à des doses qui oscillent entre 6 et 40 millions d'unités par 24 heures, la pénicilline ayant

été combinée, chez 21 d'entre elles, avec l'isnicétine. Dans trois cas, il a été employé trois antibiotiques: isnicétine, pénicilline, érythromycine, l'état septique ne pouvant être maîtrisé.

L'emploi du rein artificiel a joué un rôle essentiel dans le traitement de l'insuffisance rénale. L'appareil a été appliqué sur 22 malades et huit d'entre elles ont été soignées suivant un traitement conservatoire (5 à doses élevées de Lasixii).

Vingt-deux malades ont été traités par hémodialyse, avec des résultats positifs sur 13 d'entre elles, et négatifs chez les neuf autres qui sont décédées.

KONTRIBUT ANATOMO PATOLOGJIK MBI KARCINOMËN E STOMAKUT

— Prof. PULLUMB BITRI —

Krahas sëmundjeve inflamatore të stomakut, kohët e fundit është vënë re një shtrim i ndjeshmë i tumoreve malinje të ketij organi, çka ka dhëne shkak për një shqetësim të justifikueshm lidhur me përsosjen e diagnostikës së herëshme të kësaj sëmundjeje. (1, 2, 3, 6, 8, 11).

Kanceri i stomakut nuk është më një sëmundje e shpeshtë vetëm e popullatës japoneze dhe e rralle për atë evropiane. Në Amerikë, incidenca e karcinomës së organeve digjestive është shqetësuese. Këshfu p.sh. brenda vitit 1973 kanë vdekur 97.300 njerëz nga karcinoma e organeve digjestive, nga të cilët 47.400 raste prej kancerit të kolonit dhe të rektumit (4). Sidomosftë, pas karcinomës bronkopulmonare, kanceri i stomakut ze vendin e dytë për meshkujt. Këtë frekuencë e ndihmojnë shumë faktorë: sëmundjet kronike të stomakut, që konsiderohen si gjendje prekanceroze (sëshumtë embiantale, që, për disa autore, lidhen me rrëhana gjografike dhe, për të tjerë, me rrëhana ushqimore të posaçme për grupe etnike të caktuara, ose me lloje të caktuara profesionesh (5, 7).

Qëllimi i këtij punimi është që të jepim një panoramë të përgjithshme rrëth nëjë serie rastesh karcinomash të verifikuara pas ekzamimit anatomopatologjik (makro dhe mikroskopik) të stomaqeve nëpërmjet ndërhyrjeve kirurgjikale.

Materiali që trajtojmë 73 tumore të stomakut, që janë dërguar vëtëm pjesa e rezekuar e stomakut, ose së bashku me limfonodulet regjionale. Meqënëse këto të fundit nuk janë prelevuar në të gjitha rastet e dërgjimit të ushtarak.

Në këtë punim trajtojmë 73 tumore të stomakut, që ka kryer shërbimi i anatomisë patologjike për spitalin nr. 2 të Tiranës si dhe për atë të përgjithshëm ushtarak.

Në këtë punim trajtojmë 73 tumore të stomakut, që janë dërguar vëtëm pjesa e rezekuar e stomakut, ose së bashku me limfonodulet regjionale. Meqënëse këto të fundit nuk janë prelevuar në të gjitha rastet e dërgjimit të ushtarak. (Dochat G.R. — cituar nga 9). Meqënëse ndjekja prognostike nga ana e klinicistëve në atë kohë nuk ka qënë qëllim më vete për të sëmurët e operuar me kancer të stomakut, edhe ne, në punën tonë të përditshme, nuk mund të merrnim në studim të posaçën të gjithë faktorët e quajtur prognostikë, por kemi parë vetëm disa prej tyre, pikërisht ato më kryesoret.

Po japim pasqyrén e pergjithshme të shpërndarjes së rasteve tonave sipas sekës dhe grup moshave (pasqyra nr. 1).

Seksi	M	F	Deri 20 vjeç	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65
44	29	2	2	—	7	5	12	10	7	8	10	1
				66—70	mbi 71 vjeç	Gjithsejt						
				5	5	73						

Sikurse shihet në Pasqyrën e mësipërme, na tërheq vëmëndjen numri relativist i rritur i karcinomave tek femrat që arrin mbi $1/3$ e rastave. Autorët e tjere nuk e kanë gjetur një incidence të tillë. Dihet se karcinoma e stomakut është shumë e rrallë në femra.

Ferveç kesaj, kater rastet e karcinomave të hasura deri në moshën 25 vjeçare kanë qënë në subjekte femrash; sipas viteve, ato kanë qënë të ndara si vijon: dy raste në femra 20 vjeçare, një rast në femër 22 vjeçare, dhe tjetri në 25 vjeçare.

Dua: "Aja, vegaunia qejci qe meiliton te vjetet ne duktur persa i perekurit seksit. Deri ne nê moshën 55 vjeçare, kemi pasur 45 raste karcinomash, ngajtë cilat 18 fëmra dhe 27 meshkuj. Sikurse shihet, numri i femrave me karcinomë në moshat e reja dhe në ato relativisht mnë të prekshme ngakanceri i stomakut (20-55 vjeçare) është me të vëretet i rritur.

Reisa i perkerit mosnes dune frekuencessë kancerit të stomakut: edhejësë incidence e kancerit në mosha të vjetra është lekundur. Kanceri i stomakut nuk është më kancer i rinisë, por vjetë është «rinuar». Në pasqyrën tonë e rasteve, që nuk studojmë në këtë punim, është relativisht e pakët, prapësë prapë vihet re prirja e zbrtijes së tili në mosha nën 40 vjeçare.

Nga numri i përgjithshëm prej 73 rastesh, në 16 raste, kanceri është mbi një të katërtë e rastevëve gjetur në mosha nën 40 vjeçare, domethënë mbi një të katërtë e rastevëve me kancer të stomakut i përkasin moshës deri në 40 vjeç.

Në materialin tonë, numri më i madh i kancereve është hasur në moshat 41-45 vjeçare (12 raste) dhe pastaj vjen mosha 46-50 vjeçare më 10 raste.

Edhe në literaturën e huaj prej kohësh është vënë në pah se moshata 40-50 vjeçare është mosa më e preferuar për këtë sëmundje.

Po té pérqendrojmë vémëndjen në té gjitha grup moshat, pra 41 vjeçare garët (16 raste), si dhe moshat mbi 50 vjeçare, do té shohim se zotëron numri i rasteve të hasura në moshat 40-50 vjeçare me 22 raste, që në të vërtetë është gati $\frac{1}{3}$ e rasteve të studiuara.

Né moshat 50-60 vjeçare ka një ulje të ndeshjes së rasteve kancer (15 raste), për t'u ngritur përsëri në grup-moshat 61-65 vjeçarë me 10 raste, ndërsa né moshten mbi 65 vjeçare vjen duke u ulur né mënyrë të ndieshme.

Në diagnostikën histo-patologjike të rasteve të studjuara kemi pasur parasysh edhe aspektet makroskopike siç janë lokalizimi i tumorit, karakteri i rritjes së tij, forma makroskopike, përmasat e tij etj., por këto të dhëna nuk kanë rëndësi parimore për diagnostikën morfollogjike.

Ne kemi përgëndruar vëmëndjen në dy indekse kryesore me karakter vendintar për diagnozën dhe prognozën e karcinomave të stomakut; mendojmë se këto indekse do t'u interesojnë, në punimet e ardhshme, klinicistëve dhe histopatologëve të profilit përkatës;

a) shkalla e përhapjes së procesit neoplazik;

b) tipi histologjik i tumoreve (Si Chun Ming). Duke pasur parasysh parimin e diferençemimit të qelizave kanceroze, rastet tonë i gjejmë të shpërndara në këtë mënyrë:

Pasqyra nr. 2.

T i p a t H i s t o g j i k ë	Nr. i rasteve
Adenocarcinomë	37
Carcinoma Solidum	7
Carcinoma Scirrhosum	12
Carcinoma mucoides	17
Gjithsej	73

Sikurse shihet në materialin tonë, gjysma e numrit të përgjithshëm të rasteve kanë qënë karcinomatë e diferençuara, të cilat gjithashtu i gjiej më të shpeshta në moshën 41-50 vjeçare. Nëqoftëse në këto raste diagnostika bëhet në kohë dhe zbatohet teknika e përshtatshme e ndërhyrjes operatorore, atënjëse progoza anon për një zgjatje më të kënaqshme të jetës.

Në studimin tonë i kemi kushtuar një vëmëndje edhe gjendjes së mukozës së stomakut në përgjithësi. Në një numër të madh rastesh kemi vënë re se stomaqet, të dëmtuar nga karcinoma, karakterizohen nga një atrofi e theksuar e mukozës. Pavarësisht nga forma, përmasa dhe lokalizimi i tumorit në stomak, na është krijuar bindja se gastriti atrofik duhet të ketë qenë një sfond i padiskutueshëm, që i ka paraprirë procesit neoplazik.

Me të drejtë, kërkues të ketë gastriti atrofik me karcinomën e stomakut. Dihet se gastriti atrofik nuk është vegse fazë përfundimtare ose pasoja e përsërtiveve të eksacerbimeve të gastriteve akute, të cilët, duke kaluar nëpër formën hiperetrofike, arrijnë në atrofinë e mukozës së stomakut (Lubarsch — ci-tuar nga 12).

Përvoja shumë vjeçare anatomo-patologjike na ka mësuar se përfundimtari e gastriteve atrofike edhe në vendim tonë është shumë e lartë. Por fatkeqësishët ende nuk kemi studime klinike, kliniko-radiologjike dhe kliniko-patologjike, që të flasin në mënyrë të bazuar mbi incidentën e karcinomave në persona me forma atrofike të gastritit. Duke vrojtuar përshtumë vjet dokumentacionet kliniko-radiologjike të personave të autotuar, si dhe të pacientëve të ndryshëm, na ka tërhequr vëmëndjen faktit se terma gastritit atrofik, qoftë klinikisht, qoftë radiologjikisht, pothuaj nuk përdoret fare, kështu që diagnoza kliniko-radiologjike e gastritit atrofik plotësohet vetëm pas ekzaminimit anatomo-patologjik.

Mendojimë se nuk është pa interes praktik dhe teorik studimi i ga-
striteve në përgjithësi dhe i atyre atrofike në vëganti.

Autorë modernë, qoftë në eksperimente, qoftë mbi material kliniko-
patologjik, kanë komunikuar se incidencë e gastritit atrofik dhe ajo e kar-
cinomave të stomakut në japonezë është shumë e rritur në krahasim me
popuj të tjerë (4, 7, 10). Autorë të tjerë kanë treguar, nëpërmjet biopsive,
se gastritet atrofike pas 9, 10, 18 vjetësh kanë evoluar në karcinomat e
stomakut. Karcinomat e stomakut janë gjetur më të shpeshta në njerëz
me anemi pernicioze (4, 7).

Autorët që kanë bërë kërkime të posaçme në këtë drejtim kanë vënë
në pah raportin e gastriteve atrofike me lëndët pikante, si dhe beharnat
që përdoren në ushqimet e përditshme në mishin dhe peshkun e tymosur
(japonezët, rusët, kilianët etj), si dhe ndryshimet patologjike që pësojnë
qelizat epiteliale të mukozës së stomakut.

Kohët e fundit, studimet histokimike kanë treguar praninë e aktivit-
tetit amino-peptidazik në mukozën e stomakut, që evoluan nga procesi
neoplazik. Ky aktivitet enzimatik i aminopeptidazës mungon në mukozën
normale. Po këshfu janë konstatuar rritje të aktiviteteve të tjera enzi-
matike si p.sh. në lëngun gastrik shtohet në mënyrë të ndjeshme laktikde-
hidrogenaza dhe beta-glukuronidaza. Në klinikë, këto enzima mund të
përcaktohen me interes të madh diagnostik. Kërkime radiodiagnostike
të herëpasherëshme, të përvitshëm në persona me gastrit atrofik
me moshë mbi 40 vjeç është gjetur se 1% e tyre evoluon në karcinomë të
stomakut (3).

Duke pasur parasysh faktoret kancerogenjë (ushqimore, ambientale
ose profesionalë), gjendjet e njohura si premalinje për mukozën e sto-
makut dhe metodat e shumta diagnostike (gastroskopike, histologjiko-ci-
tologjike dhe biokimike), problemi i kancërit të stomakut ka ardhur duke
u bërë një fenomen epidemiologjik potencialisht i aftë për t'u nënshtruar
kontrollit laboratorik (5).

Dorëzuar në redaksi më 10 qershor 1974

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

- 1) Colcher H.: Diagnostic Fiberoptic gastroscopy. JAMA 1974, Vol. 228, 7, May 13, 891.
- 2) Derizhanova J.S.: Argentaffinu apparat Zhelludka pri jazvennoj bolezni i rake. Arhiv Patologji 1974, 4, Str. 23.
- 3) Janower M. L.: Diagnostic Radiology. JAMA 1974, vol. 228, 7, May 13, 892.
- 4) Mac Gregor J.L.: Carcinoma of the colon and Stomach. JAMA, 1974, vol. 227, 8, Feb. 25, 911.
- 5) Mac Donald Eleonor J.: Epidemiological Aspects. JAMA 1974, vol. 228, 7, May 13, 884.
- 6) Petrova A. S. et alt.: Znacenje citologjесkovo issledovanija pri gastrobiopsii u bolnih rakkom Zhelludka. Arhiva Patologji 1973, 10, Str. 32.
- 7) Rubin Ph.: Cancer of the gastrointestinal Tract — C. Gastric Cancer Diagnosis. JAMA 1974, vol. 228, 7, May 13, 883.
- 8) Schade R.O.K.: Cytology in Early Diagnosis. JAMA, 1974, vol. 228, 7, May 13, 890.

- 9) Sevov V. E. et alt.: Analiz prognostičeskikh faktorov pri rake zhelludka. Arhiv Patologii 1974, 3, Str. 14.
- 10) Si Chung Ming: Histogenesis and Premalignant lesion. JAMA, 1974, Vol. 228, 7, May 13, 886.
- 11) Takeo Nagayo, Hidekihi Yokoyama: Early Phases and Diagnostic Features. JAMA 1974, Vol. 228, 7, May 13, 886.
- 12) Templeton F. E.; X — Ray Examination of the stomach. Chicago Press-Illinois 1964, 401.

S u m m a r y

AN ANATOMO-PATHOLOGICAL CONTRIBUTION ON STOMACH CANCER.

A general review is presented of 73 cases of stomach carcinoma in which the diagnosis was confirmed after macro-and microscopic examinations of the resected parts and lymph glands in the cases when these were examined. In his work the author had in mind some important prognostic factors and offers some suggestions to the clinicists and morphologists who wish to treat this problem in their work.

Of the 73 studied cases, 44 were male and 29 female; an increase is noted of the relative incidence of stomach cancer in women, particularly in the age group of 20 to 55 years. More than 1/4 of the cases occurred in persons under 40 years of age; most of the cases were 41-45 and about 1/3 were 45-50.

From the histopathological point of view, the index was studied of the spread of the pathologic process and the histological type of the tumors was determined. By following the principles of identification of the carcinomatous cells it was possible to distinguish the following main types: adenocarcinoma — 37 cases, carcinoma mucoides 17, carcinoma scirrhosum 12, carcinoma solidum 7.

In his material the author finds an increased association of atrophic gastritis with cancer and draws attention of the clinicists and radiologists to the importance of the former condition. On this subject the author mentions the bibliographic information on the histochemical studies carried out on the stomach mucosa.

R é s u m é

CONTRIBUTION ANATOMO-PATHOLOGIQUE SUR LE CARCINOME DE L'ESTOMAC

Dans cette étude, l'auteur brosse un tableau général de 73 cas de carcinomes constatés à la suite d'un examen macro et microscopique sur les parties qui ont été l'objet d'une résection ainsi que sur les ganglions lymphatiques de la région concernée dans les cas où ils ont été prélevés. L'auteur a tenu compte dans son travail de certains facteurs essentiels du pronostic et il fait certaines suggestions aux cliniciens et aux morphologistes qui désirent traiter ce problème.

Sur les 73 cas étudiés, 44 étaient de sexe masculin et 29 de sexe féminin. En ce qui concerne l'âge, plus d'un quart des cas étaient constitués par des personnes âgées de moins de 40 ans, la plupart par des personnes âgées de 41 à 45 ans et un tiers des cas par des sujets de 45 à 50 ans. Sur le plan histopathologique,

L'auteur a étudié l'indice de propagation du processus néoplasique et le type histologique de la tumeur. S'en tenant au principe de la différenciation des cellules cancéreuses, l'auteur a distingué ces types principaux: adenocarcinome 37 cas, carcinome scirphie — 12 cas, carcinome solide — 7 cas.

Dans ses matériaux, l'auteur découvre une association accrue de la gastrite atrophique et des carcinomes et attire l'attention des cliniciens et des radiologistes sur l'importance du premier de ces états. A ce sujet, il cite les plus récentes données bibliographiques sur les études histochimiques effectuées sur la muqueuse de l'estomac.

REZISTENCA PRIMARE KUNDREJT ANTIBIOTIKËVE TË SHTAMEVE TUBERKULARE TË IZOLUAR NË LABORATORIN BAKTERIOLOGJIK TË SANATORIUMIT TË TIRANËS

— GAQO DISHNICA —

(Instituti i hënës kundër Tuberkulozit. Drejtor Dr. L. Dusha)

Në këtë pumim janë marrë në studim shtamet e izoluarra në laboratorin bakteriologjik të sanatoriumit të Tiranës, gjatë viteve 1964-1973 nga pacientë tuberkulare me forma të reja të paniquar para diagnostikimit dhe që janë ritrit në prani të përgëndrimit inhibitor të medikamenteve antituberkulare.

Laboratori përpunon sensibilitetin e të gjithë shtameve që izolohej nga kulturat në antibacilaret: STM, INH, PAS, Trekator, Kanamicinë, Viomycinë, Cikloserinë.

Për përcaktimin e sensibilitetit të shtameve tuberkulare në laboratorin tonë punohet me metodën e provës indirekte, të marrë nga Sula. Përdoret ferroni Sula dhe përgëndrimet e antibiotikëve të ndryshëm për 1 cm^3 terren, që vlerësohen si kritere kryesore të rezistencës, janë si më poshtë:

STM — 3 gama, INH — 1 gama, PAS — 3 gama, Trekator — 5 gama, Cikloserinë — 25 gama, Kanamicinë — 1 gama, Viomycinë — 2 gama.

Në evidencat e mëposhtme është marrë në konsideratë vetëm numri i pacienteve, që plotësonin kërkesat e nevojsime dhe të qarta. Para materialit të kulturës për BK, këta pacientë nuk kanë marrë antibacilare. Pasqyra e mëposhtme jep rezultatet e antiogramës sipas antibiotikëve, me të cilët është përpunuar prova e sensibilitetit të shtamit të izoluar për periudhën e viteve 1964-1973.

Antibiotiku	Raste	Sensibel	Resistant
STM	1152	1125—97,7%	27—2,3%
INH	1150	1074—93,4%	76—6,6%
PAS	1135	1131—97,9%	24—2,1%
Trekator	798	796—99,8%	2—0,2%
Kanamicinë	1098	1095—99,7%	3—0,3%
Viomycinë	1029	1027—99,8%	2—0,2%
Cikloserinë	694	689—99,3%	5—0,7%

Në këto evidence përfshihen edhe 77 pacientë, që janë mjequar afersisht rrëth 15 ditë, prej të cilëve rezultojnë katër raste rezistente, të gjithë në një antibiotik (3 në STM dhe një në INH). Këta katër raste janë

mjekuar gjashëtë deri 12 ditë, periudhë mjekimi e shkurtër, që mund të lejojë të përjashtohet mundësia e krijimit të një rezistente sekondare. Canetti G. e bp. (1964) lejonë një gjë të tillë kur pacienti është mjekuar deri 15 dite, duke e konsideruar sikur nuk është mjekuar.

Përsë i përket rezistencës primare për antibiotikët e serisë së parë, marrura nga autorë të shteteve të ndryshém si vijon: për INH rezistencë primare jepen të dhëna që shkojnë nga një minimale 0,7% deri në 15,8%, për SMT prej 0,6% në 15% dhe për PAS nga 0% në 14%. Në këto pasqyra është për të vënë në dukje se edhe brenda një shteti, duke krahasuar shifra të dhëna nga autorë të ndryshém, rezulton se ka diferenca të rëndësishme, psh. në France për INH, rezistencë primare jepen 0,7%, 1,3%, 3,8%, 9%; për STM 0,6%, 4,7%, 8%.

Për antibiotikët madhorë, po të krahasojmë evidencat tona me ato në STM — 2,3% — është e kënaqshme. Për INH — 6,6% — qëndron afersisht në nivelin e treguesve mesatarë; këtu, tek ne mund të ketë ndikuar edhe përdorimi në shkallë të gjërë i këtij medikamenti.

Lidhur me shtamet rezistentë në antibiotikët e serisë së dytë (Treksator, Kanamicinë, Viomicinë, Cikloserinë) duhet të vënë në dukje se janë izoluar nga pesë pacientë, katër prej të cilëve janë mjekuar me medikamente të serisë së parë dhe me ndonjë të serisë së dytë, por asnjë prej tyre nuk ka marre medikamentin homolog, që ka rezultuar rezistent para kulturës për BK. Prej këtyre katër shtameve, dy janë identifikuar shtame atipike me rritje të shpejtë (grupi 4 Runyon), për dy të tjerrët nuk ka pasur mundësi të identifikohen, por kanë rezultuar rezistentë në shkallë të lartë njëkohësisht në të gjithë antibacilaret e provuar (STM, INH, PAS, Treksator, Kanamicinë, Viomicinë, Cikloserinë). Këta katër shtame janë izoluar vetëm një herë dhe përsëritjet e shumta të kulturateve të mëvonshme nga të katër pacientët, për të izoluar përpozitiv për bacille acido-rezistant. Mendojmë se këta shtame janë atipike dhe të mos janë shkaktarë të sëmundjes. Shtami i pestë është izoluar nga një pacient, zbulim i ri, që nuk ka marre asnjë mjekim para kulturës, por ka qënë në kontakt gati të përditshëm për një periudhë të gjatë me pacientë me TBC kronikë në klubin e të sëmurëve tuberkularë në sanatoriumin e Tiranës. Antibograma ka dhënë plurirezistencë: STM + INH + PAS + Cikloserinë. Mendojmë se ky pacient mund të konsiderohet me rezistencë primare në këta të katër antibacilarë. Pra nga të pesë pacientët që kanë rezultuar me rezistencë primare në antibiotikët e serisë së dytë, vetëm një rast vlen të mirret në konsideratë si rezistencë primare në cikloserinë.

Nga të dhënët tona vërehet se rëndësi të posaçme i duhet kushtuar përhapes së infeksionit tuberkular me shtame rezistente në antibiotikët e serisë së parë, kurse qarkullimi i shtameve rezistente edhe në ata të serisë së dytë është krejt i pa rëndësishëm dhe nuk paraqet rrezikshmëri.

Për të bërë një studim në një drejtim tjeter, lidhur me shfaqjen e rezistencës primare të të njëjtit shtam njëkohësisht në një, dy ose tri antibacilarë, serisë së parë, po jepim rezultatet e mëposhtme:

Është përfunduar antibiograma njëkohësisht në të tre antibiotikët madhorë të shtameve të izoluara nga 1141 pacientë zbulime të reja. Prej këtyre 1141 shtameve kanë përfunduar:

- Sensibel në të tre antibiotikët 1055 — 92,50%
- Rezistentë të paktën në një antibiotik 86 — 7,50%
Shpërndarja e 86 rasteve rezistentë paraqitet në pasqyrën e mëposhtme:

Antibiotikët	Raste	Raste
STM	7—0,6%	
INH	42—3,7%	monorezistencë 52—4,6%
PAS	3—0,3%	
STM+INH	13—1,1%	
INH+PAS	14—1,2%	birezistencë 27—2,3%
STM+PAS	0—0%	
STM+INH+PAS+CS	6—0,5%	Trirezistencë 7—0,6%
	1—0,1%	
	86—7,5%	86—7,5%

Lidhur me plurirezistencën po japin disa të dhëna të literaturës Thibier R. e bp. (1962) japon rezistencë primare në një antibiotik 10%, në dy 40% dhe asnjë në tre antibiotikë.

Israel-Asselain L. (1965) në një studim të 202 pacientëve japon rezistencë primare të paktën në një antibiotik 12,8% të ndara 7,4% në INH, 6,4% në STM, 1% në PAS, 1% në dy antibiotikë dhe 0,5% në tre antibiotikë.

Në një studim të bërë nga të dhënat e 56 instituteve të Japonisë, nga 1094 raste antibiograma, Iwasaki T. (1962) jep 15,8% rezistence, të paktën në një antibiotik, të ndara: monorezistencë 12,1%, birezistencë 2,9% dhe trirezistencë 0,8%.

Canetti G. e bp. (1964) japon rezistencë primare në një medikament 6,4%, në dy 24% dhe në tre 1,1%, si total 9,9%.

Të dhënat e literaturës, që përmendëm më sipër, tregonjë se rezistencë primare e një shtami, në të tre antibacilarët e serisë së parë, është shumë e rrallë, afersisht nga 0% deri në 1%, në dy antibiotikë nga 1% deri 4%, kurse shumica e rasteve paraqitet rezistent vetëm në një antibiotik. Përsa u përket antibacilarëve madhorë, në krahasim me evidencat e autorëve të ndryshëm, ne kemi tregues: trirezistencë 0,6%, birezistencë 2,3% dhe monorezistencë 4,6%. Këto janë shifra mesatare të kënaqshme të tregojnë se masat e luftimit kundër tuberkulozit tek ne janë të mira.

Përsa u përket antibacilarëve të serisë së parë, për të bërë një krah basim ndërmjet frekuencës të rezistencës primare të shtameve të zot

luara gjatë periudhës dhijetë-vjeçare (1964-1973) me atë të vitit 1973, po japim evidencat e mëposhtme:

Gjatë vitit 1973 kanë përfunduar antibiogramën, raste të pamjekuar si më poshtë:

Antibiotiku	Raste	Sensibël	Resistant
STM	132	130	2—1,5%
INH	132	129	3—2,3%
PAS	132	131	1—0,7%

Në të tre antibiotikët kanë përfunduar njëkohësisht 126 shtame, prej këtyre kanë dalë:

— sensibël në të tre antibiotikët

122 — 96,9%

— rezistent të paktën në një antibiotik

4 — 3,1%

Pasqyra e mëposhtme paraqet shpërndarjen e katër shtameve rezistentë:

Antibiotiku	Raste	Raste
STM	1—0,8%	Monorezistencë 3—2,3%
INH	2—1,5%	
STM + INH + PAS	1—0,8%	Trirezisten cë 1—0,8%
	4—3,1%	4—3,1%

Lidhur me antibiotikët e serisë së parë, nga krahasimi i treguesve të rezistentëve primarë të vitit 1973 dhe të atyre të periudhës 1964-1973, rezulton një ulje e konsiderueshme, siç shihet në pasqyrën krahasuese të mëposhtme:

Rezistencia primare

STM	INH	PAS	Monorezis- tencë	Birezistence	Trirezistence	Rezistence të paktën në një antibiotik
1964-1973	2,3%	6,6%	2,1%	4,6%	2,3%	0,6%
1973	1,5%	2,3%	0,7%	2,3%	0	0,8% (1 rast)

Ulje e	1,5	3	2	asnjë	gati	2,5
përafertë	herë	herë	herë	rast	njelloj	herë

Me përjashtim të përqindjes së trirezistencës, që paraqitet gati një lloj, ose me një rritje të lehtë (ka qënë vetem një pacient), gjithë treguesit e tjere të vitit 1973 kanë një ulje shumë të mirë.

Përvëg kësaj, në krahasim me shifrat e dhëna nga autorët e huaj të lartpermëndur, evidencat tona të vitit 1973 janë shifra të ulta; ato flasin se në vendin tonë lufta kundër tuberkulozit, në gjithë kompleksin e saj, bëhet në lartësinë e duhuar dhe janë indekse shumë inkurajuese për suksesë ende më të mira në të ardhmen.

Lidhur me njekimin dhe profilaksinë e tuberkulozit, sipas Rocher G. e bp. (1965), cilësia e luftes kundër tuberkulozit të një vendi është në proporcion të kundërtë me frekuencën e reja, me rezis- tencën primare.

Nga evidencat e lart-pärmendura, sidomos té atyre fë vitut 1973, mund té thuhet se përhapja e infekzionit nga shtame rezistentë tek ne eshtë i parëndësishëm, efikaciteti i antibacilarëve té serisë së parë qëndron, si rregull, në lartësinë e duhur dhe si orientim, për rastet e pacientëve té pamjekuar, fillimi i mjekimit té trillojshëm duhet, té jetë i mjaftueshëm deri në marrjen e antibiogramës; mund té rekombinohet një kurë më energjike, duke shtuar antibiotikë té tjerrë në ndonjë rast, té rendë me lezjone pulmonare té mëdha, ose kur anamneza e pacientit na le té dyshojmë se mund té jetë infektuar me shtam rezistent. Në këtë drejtim, Israel Asselain L. argumenton se duke qënë se bi ose trirezistenza janë shumë té rralla, një mjekim i trillojshëm ka pak preziz té jetë bakteriologjiksh i pamjafueshëm nëqoftëse eshtë aplikuar në mënyrë korekte. Në disa raste té veganta, në forma té rendëndë kavitar me madhësi té konsiderueshme, domethënë një vatrë me popullatë bacilare té lartë, ku mundësitet për krijuimin e rezistencës sekondare janë më té shumta, autorë té ndryshëm këshillojnë që kurësë zakonishtën t'i shtohet edhe ethionamidi.

Për fitiologët, detyrë e rendësishme eshtë që té bëjnë té gjitha përpjekjet për té aplikuar një terapi sa më té efektshme për tia arritur qëllimit terapeutik té sterilizimit bakteriologjik. Profilaksia më e mirë e rezistencës prinare, vëren Kreis B. (1962), eshtë një kimietërapia korekte, që nuk lejon që té sëmurë té rinj té bëhen bartës dhe përhapës té bacileve rezistente.

KONKLUSIONE

- 1) Nga studimi i shtameve të BK të izoluar nga pacientë të pa mjekuar, gjatë viteve 1964-1973, rezultoi se rezistencë primare e kishtë INH 6,6% pastaj vinte STM — 2,3% dhe në fund PAS — 2,1%. Rezistencë primare e vitit 1973 ishte shumë më e ulët se sa ajo e dhjetë-vjeçarit, përkafësisht 2,3%, 1,5% dhe 0,7%.

2) Monorezistencë e dhjetëvjeçarit është sa dyfishi i asaj të vitit 1973 (4,6%) kundrejt 2,3%, birezistencë nga 2,3% nuk është konstatauar asnjë rast, kurse trirezistencë nga 0,6% në 0,8% (vetëm një rast).

3) Rezistencë primare kundrejt antibacilarëve të serisë së dytë tekne nuk është aspak problem, kurse ajo e serisë së parë, duke u bazuar veçanërisht mbi të dhënat e vitit 1973, është i parëndësishëm.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Barlety M., Bonniot R. e bp.: Etude de la résistance d'embûlée des bacilles de Koch aux bactériostatiques. Rev. Tuberc. 1962, 26, 4, 408.
 - 2) Canetti G., Kreis B. e bp.: Fréquence et caractères de la résistance primaire. Rev. Tuberc. 1964, 28, 11, 1139 e 1122.
 - 3) Israel Asselain L.: Problèmes pratiques posés par la résistance du bacille de Koch à la STM et à l'INH. Presse médicale 1965, 14, 791.
 - 4) Iwasaki T.: Epidemiology, bacteriology and clinics of primary drug resistance of tubercle bacilli in Japan. Bull. Un. Int. Tub. 1962, 32, 2, 119.
 - 5) Kreis B.: Résumé du Président. Bull. Un. Int. Tub. 1962, 32, 2, 130.
 - 6) Rocher G., Viallier J., Bouvy-Guillot F.: Résistances primaires et secondaires à l'isoniazide, à la streptomycine et au PAS. Poumon et cœur 1965, 9, 1091.
 - 7) Thibier R., Canetti G. e bp.: Tuberculoses à bacilles résistants d'embûlée en milieu universitaire. Bull. Un. Int. Tub. 1962, 32, 2, 119.
- Summary**
- PRIMARY RESISTANCE TO ANTIBIOTICS OF THE STRAINS
OF TUBERCULOUS BACILLI ISOLATED AT THE
BACTERIOLOGICAL LABORATORY OF THE SANATORIUM
OF TIRANA.**
- A study is presented of the primary resistance of the strains of tuberculous bacilli isolated from patients who had received no previous treatment with antibacillary drugs; the study covers the period 1964-1973. The tests of sensitivity to the major antibacillary drugs showed that of a total of 1141 strains, 1055 (92.5 percent) were sensitive and 86 (7.5 percent) were resistant to at least one of the drugs: resistant to STM resulted 2.3 percent, to INH — 6.6 percent, to PAS — 2.1 percent; to only one of these drugs — 4.6 percent, to two — 2.3 percent and to three — 0.6 percent.
- Of 126 strains isolated in 1973 the test showed that 122 (96.9 percent) were sensitive to the major antibacillary drugs and 4 (3.1 percent) were resistant to at least one of the drugs: to STM — 1.2 percent, to IHN — 2.3 percent, to PAS — 0.7 percent; to only one drug were resistant 2.3 percent of the strains, to two drugs — none, to three drugs 0.3 percent (only one strain).
- Of the strains isolated during the 1964-1973 period the sensitivity test showed that 5 strains were resistant to various drugs of the minor antibacillary group: 0.2 percent to treator, 0.3 percent to canamycin, 0.2 percent to viomycin and 0.7 percent to cycloserine. All these strains were also resistant to some of the major antibacillary drugs. Four of the strains were regarded as atypical mycobacteria, and only one strain could be described with much probability as primarily resistant to cycloserine.

Résumé

LA RÉSISTANCE PRIMAIRE AUX ANTIBIOTIQUES DES SOUCHES TUBERCULEUSES ISOLEES AU LABORATOIRE BACTÉRIOLOGIQUE DU SANATORIUM DE TIRANA.

Dans cette étude l'auteur présente la résistance d'ensemble des souches isolées les cultures positives en l'absence de thérapeutique antécédante durant la période d'années 1964-1973. Le tirage de sensibilité aux antibacillaires majeurs, parmi les 1141 cas étudiés, 1055 soit 92,5% ont montré une souche sensible aux trois drogues et 86 soit 7,5% une souche résistante à un au moins de ces trois médicaments. Il y a résistance à la STM 2,3%, à l'INH 6,6% au PAS 2,1% monorésistance 4,6%, birésistance 2,3%, trirésistance 0,6%.

L'auteur présente aussi la résistance primaire des souches isolées pendant l'année 1973. Parmi les 126 cas étudiés 122, soit 96,9% se montrent sensibles aux trois antibiotiques majeurs et 4, soit 3,1% résistants à une ou plus d'une drogue: la résistance à la STM est 1,5%, à l'INH 2,3%, au PAS 0,7%, monorésistance 2,3%, birésistance aucun cas, trirésistance 0,8% (1 cas).

Parmi les souches isolées pendant la période d'années 1964-1973 l'antibiotique parame a mis en évidence aussi 5 souches résistantes à différents antibiotiques mineurs: 0,2% au fréactor, 0,3% à la kanamycine, 0,2% à la viomycine et 0,7% à la cycloséroline. Toutes ces souches sont associées avec résistance d'antibacillaires majeurs divers. 4 de ces souches se comportent comme *Mycobacterium atypiques*, tandis qu'une de ces souches seulement, très probablement, peut se considérer avec résistance primaire à la cycloséroline.

PËRÇAKTIMI I SEKSIT ME ANË TË KAFKËS

— ASIM YLLI, BARDHIL ÇIPI —

(Katedra e Anatomisë — Histologjisi. Shef Doc. Skënder Çipo)

Shpeshherë lind nevoja për të përcaktuar identitetin e një personi të zhdukur me anën e eshtave të tij, si p.sh. në krimet e vrasjes me coptime të kufomës, në rastet e kufomave të kalbëzuara, kur njojja bëhet e pamundur.

Në katastrofat ajrore, që shkaktojnë vdekjen e shumë personave, identifikimi bëhet me anën e rindërtimit të kufomave, duke u bazuar kryesisht në vgoritë e eshtave.

Qysh prej kohësh janë vendosur metoda shkencore të identifikimit të eshtave, të cilat janë përdorur pjesërisht, sidomos pas luftës së dytë botërore në gjetjen e ushtarëve të panjohur të rënë në fushat e betejave ose të internuarve të vdekur në kampet naziste të përqëndrimit. (Simonin C).

Këto detyra të identifikimit individual, zgjidhjen e të cilave e bën mjeku ligjor, dalin shumë rrallë përparrë antropologut, meqënëse ai kufizohet kryesisht në identifikimin grupor. Studimi i eshtave eishti bërë objekt i shkencës së antropologjisë, sepse vetëm me anën e tyre, thotë Olivier G., mund të rilidhen njëritë e sotshëm me fosilet e tyre, të vjetra, të sgarohet historia e formimit, e jetës dhe klasifikimi i tipave antropologjikë.

Dihet se eshrat e njeriut, terësia e të cilave përbën skeletin, kanë shumë shenja grupore dhe të veganta, të cilat i japin çdo skeleti individualitetin e tij.

Shenjat grupore kanë të bëjnë me përcaktimin e origjinës humane, racës, sekshit, shthatit dhe moshës së një personi, të cilat i përkasin eshrat e studjuara, kurse shenjat e veganta ndihmojnë në vendosjen e identitetit të plotë të personit të caktuar.

Duke u mbështetur në dijet tona modeste në fushën e antropologjisë dhe në të dhëna të marrura nga burime të ndryshme bibliografike të kësaj shkencë, i vumë vetes si detyrë të përcaktojmë seksin në 90 kafka, të mbledhura si material studimi në katedrën tonë të Anatomisë normale.

Në një punim të tij mbi kafkat e vietra nordike në Kopenhagen, ai pohonte: «Unë nuk e ndjej veten të sigurtë për të përcaktuar kufirin midis kafkave femërore dhe mashkulllore, prandaj kam hequr dorë

me kënaqësi nga ekzaminime të tillë, për të mos bërë këshfu një ndarje jo të vullnetërësime dhe të dyshimet.

Po ne këtë drejtim, His dhe Rutinmeyer (cituar nga Peschel O.) deklaronin: «Në ndarje të kafkave sipas seksit ne nuk e kemi kryer. Përcaktimi i seksit, duke u nisur nga një pamje e vetme, të shpie shumë lehtë në arbitraritet».

Në mënyrë edhe më të shprehur janë vënë në dukje vështirësítë e këtij përcaktimi nga kranilogu Bernard Dovis (cituar nga Peschel O.) në një leter që i dërgonte A. Eckerit: «Kafka nga Bengalemi, shkruanë ai, sipas karakteristikave të saj, që unë kam marrë në studim, duhet t'i përkasë seksit mashkull, ndonse unë e di me siguri se kjo është kafka e një femre».

Përkundrazi sot, në sajë të pëparimeve të shkencës së antropologjisë, kur madhësitë e pjesëve përbërëse të kafkës dhe raportet e tyre indekseve të saj ka kaluar mbi 100, lidhur me përcaktimin e seksit vështirësítë janë më të vogla.

Në punën tonë, ne përdorëm kryesishët metodën e matjeve antropologjike me përpikmëri deri 1 mm dhe njëkohësisht studjuam shenjat e ndërtimit anatomo-morfologjik. Për seicilit kafkë u kryen 21 matje dhe, së bashku me të dhënat e tjera, me anën e tyre u përpilua pasqyra kryesore (pasq. 1). Të gjitha të dhënat u studjuan një për një, duke i krahasuar me ato të autorëve të huaj, të nxjerra nga studimi i kafkave me seks të rjobur. Në këtë drejtim, shfrytëzuam kryesishët punimet e Iordanidis P. dhe Pashkova B. U. Por të dhënat e autorëve të huaj duhet të merren me rezerva, sepse ato u përkasin kafkave të racave tyre, që ndryshojnë nga tipi racion shqiptar. Megjithatë, konkluzionet e

Ne përdorën më shumë pasqyren e Pashkova B. U. ne bazë të së cilës përmasën që fliste me siguri për një seks të dhëne e shënuam me s, përmasën që tregonë seksin e mundshëm me m dhe në rastin e seksit të papërcaktuara me.

Seksi u caktua nga prania e shumicës së shenjave të mundshme. Prej pranisë qoftë edhe të një shenje të sigurtë, pavareësishët nga sasia e shenjave të mundshme dhe të papërcaktuara, kafka i takon seksit të kesaj shenje.

Sipas Pashkova B. U., përcaktimi i seksit me anën e kafkës është i mudshëm në 75-80% të rasteve. Por nëqofisë studjojen edhe shenjat përskruese, pra vgoritë anatomo-morfologjike të ndërtimit, përqindja e përcaktimit të seksit rrjetet deri në 90-93%.

Në burimet bibliografike, që kemi shhyrtëzuar, nuk kemi gjetur punime, që të tregojnë rëndësinë e indekseve të ndryshme në përcaktimin e seksit, me përfashjtëm të indekseve kranio-facialë dhe céfalik vertikalë. Lidhur me këtë indeks të fundit (pasqyra 3, sipas Iordanidis P.), autorët japin vlera të ndryshme, por tek të gjithë këto vlera janë më të medha tek mashkulli në krasim me femrën.

Në përcaktimin e seksit, një ndihmë të madhe jep edhe ekzaminimi i jashtëm. Në përgjithësi, kafkat e femrave paraqiten më fine, më të vogla, me karaktere infantile të shprehura. (Ivanov G. A., Prokop O. Për këto arsy, në përcaktimin e seksit femër, një ndihmë të madhe jep

gjetja më parë e moshës, sepse jo rrallë jemi ndodhur përrpara kafkash me të dhëna të sigurta përfshi femër, por që u takonin moshave të vogla (7-20 vjeç), të cilave, siq dihet, nuk mund t'u përcaktohet seksi.

Pesha absolute më e vogël e kafkës femore përbën 80-82% të asaj mashkullorës, sipas Broca, Pittard, Manouvier etj. (cittuar nga Morel P.). Kjo gjë shpjegohet si me volumin më të pakët, ashtu dhe me trashësinë më të vogël të mureve të saj sidomos në nivelin e parietaleve.

Vlerësimi i ICV — sipas autorëve të ndryshëm

Indeksi cefalik vertikal

Autorët	Meshkuj	Femrat
Broca	75.6	73.8
Ecker	83.9	79.4
Mantegazza	73.3	72.3
Zeicker	73.9	70.1

Diametri antero-posterior, në përgjithësi, është më i vogël tek femrat, gjë që shpjegohet edhe me zhvillimin më të pakët të glabekës dhe protuberancës oksipitale tek ky seks. Prandaj kafkat femërore janë zakoniشت më brakicefale se ato mashkullorët.

Në percaktimin e sekshit, një rëndësi të madhe ka studimi i kurës të skuamës frontale. Broca (cittuar nga Morel P.) kushte vërvë re bës të skuamës frontale. Femrat në fillim ngrihej vertikalishët deri në nivelin se kjo skuamë tek femrat është më e lëmuara. Në këtë drejtë së tubera frontalia, pastaj kthehej duke formuar një kënd e shfaqjes së tubera frontalia, pastaj horizontalisht. Kurse tek meshkujt, skuama ishtë të drejtë dhe vazhdonte horizontalisht. Kurse tek meshkujt, skuama ishtë e pjerrët ose e rrumbullakosur nga poshtë sipër pa formuar ndonjë kënd të dukshëm.

Orbitat femërore janë më të larta dhe më të rrumbullakosura, kurse ato mashkulloret kanë pothua se formën e një katërkëndshi të drejtë. Buzët e tyre paraqiten më të holla dhe më të imprehta tek femrat, kurse meshkujt i kanë më të trasha dhe më të lëmuara.

Lidhur me përmasat e hundës, Pittard (cittuar nga Morel P.) ve në dukje se indeksin nazal më të madh e kanë femrat. Prandaj edhe incisura nazale është më e gjërë tek ato, kurse tek mashkulli ajo vjen duke u ngushtuar.

Kafkët mashkullorë i kanë më të shprehura tuberozitet, kreshtat dhe proceset, që janë vende për fiksimin e muskujve, kjo ndodh se sistemi muskular i burave është në përgjithësi më i zhvilluar. Në të gjitha racat, meshkujt kanë një inion më voluminoz dhe anash tij linea nuchae ngritet në formën e një kreshëte (Broca — cittuar Morel P.).

Proceset mastoide, që femrat i kanë të vogla dhe të rrumbullakosura, janë mjaft voluminoze tek meshkujt. Në qoftëse kafka e vendosur mbi tavolinë do të mbështetet mbi proceset mastoide do t'i takojë sekshit mashkullorë kur ajo mbështetet mbi kondilet oksipitale është e seksit femër (Morel P., Simonin C.).

Edhe formacionet e tjera anatomike si proçeset stiloide, kuba pa-latinë, mandibula etj. janë më të mëdha tek meshkuj; kurse progra-mizmi alveolar është më i shprehur tek femrat.

Të gjitha këto shenja seksuale karakteristike të gjetura në mate-rialin tonë bibliografik janë permblodhur dhe renditur qartë në pjesën e fundit të pasqyrës nr. 1.

Si rezultat i kësaj punë me karakter antropologjik dhe mijeko-li-gjor, arritëm në përfundimin se nga të 90 kafkat e studjuara, 53 ose 58,89% i takojnë seksit femër dhe 31 ose 34,45% i takojnë seksit mash-kull. Në gjashtë kafka ose 6,66% nuk mundëm ta përcaktojmë seksin, sepse pesë prej tyre janë të moshës së vogël, 7-20 vjeç.

KONKLUSIONE

Përcaktimi i seksit me anën e kafkës kryhet në radhë të parë me ndihmën e matjeve kraniometrike.

Shenjat anatomo-morfologjike të përshtkrimit të kafkës marrin një rëndësi të dorës së parë në përcaktimin e seksit vetëm atëherë kur matjet kraniometrike nuk e janin seksin përkatës.

Seksi nuk u përcaktua në 6,7% të kafkave, meqënëse përmasat e matura dhe shenjat përshtkruese, në këto raste, shpreheshin jo qartë,

Mandibula dhe përmasat e saj, në lidhje me pikat pér rreth, lozin një rol të rëndësishëm në përcaktimin e seksit. Pér fat të keq, mandi-bulat e kafkave, të marrura në studim, ishin të shperndara dhe siste-mimi i tyre, sipas kafkave, nuk mund të bëhej.

Dorëzuar në redaksi më 15.8.1973

BIBLIOGRAFIA

- 1) Iordanidis P.: Détermination du sexe par les os du squelette. Annales de médecine légale. Paris 1961.
- 2) Ivanov G. A.: Bazat e anatomi-së normale. Botin shqip, Tiranë 1966, 214.
- 3) Morel P.: L'anthropologie physique. Paris 1962.
- 4) Olivier G.: Anatomie anthropologique. Paris 1965, 4.
- 5) Pashkova V. I.: Očerki sudobno-medicinskoj osteologii. Medgiz 1963, 23.
- 6) Peschel O.: Volkerkunde. Leipzig 1881, 53.
- 7) Prokop. O.: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Berlin 1960.
- 8) Simion C.: Médecine légale judiciaire. Paris 1962, 801.
- 9) Virchow R.: Entwicklung des schadelgrundes. Archiv fur anthropologie 1896 Bd. 4, 61.

Summary

IDENTIFICATION OF THE SEX BY THE CHARACTERISTICS OF THE SKULL

On the basis of craniometric and anatomo-morphological measurements it was possible to identify the sex of 90 skulls.

Of these, 53 (58.89 percent) resulted female and 31 (34.45 percent) male. In six skulls (6.66 percent) the sex could not be identified because the findings were not sufficiently distinct (five of them were aged from 7 to 20 years).

The dimensions of the lower jaw were not taken into consideration, since it was impossible to tell which jaw belonged to which skull.

Résumé

DETERMINATION DU SEXE D'APRES LES CARACTÉRISTIQUES CRANIENNES

Sur la base des données craniométriques et des données anatomo-morphologiques, les auteurs, dans cet article, traitent de la détermination du sexe de 90 crânes. Sur ce total, 53 (soit 58,89%) se sont révélés être du sexe féminin, et 31, soit 34,45%, du sexe masculin.

Sur six crânes (6,66%), le sexe n'a pu être identifié, les données n'apparaissant pas clairement (5 d'entre eux avaient de 7 à 20 années d'âge).

Les dimensions de la mandibule n'ont pas été prises en considération, du fait qu'il n'était pas possible de les attribuer à un crâne donné.



Foto 1
Katka mashkullore.



Foto 3
Kafkë mashkullore me proceset mastoide të shprehura.



Foto 2
Kafkë temëtore. Balli vertikal. Harqet superficiale dhe këndi nasofrontal nuk janë të shprehura.



Foto 4
Kafkë mashkullore. Këndi nasofrontal i theksuar. Harqet supraciliare të zhvilluar, squama frontale kalon pjertazi.

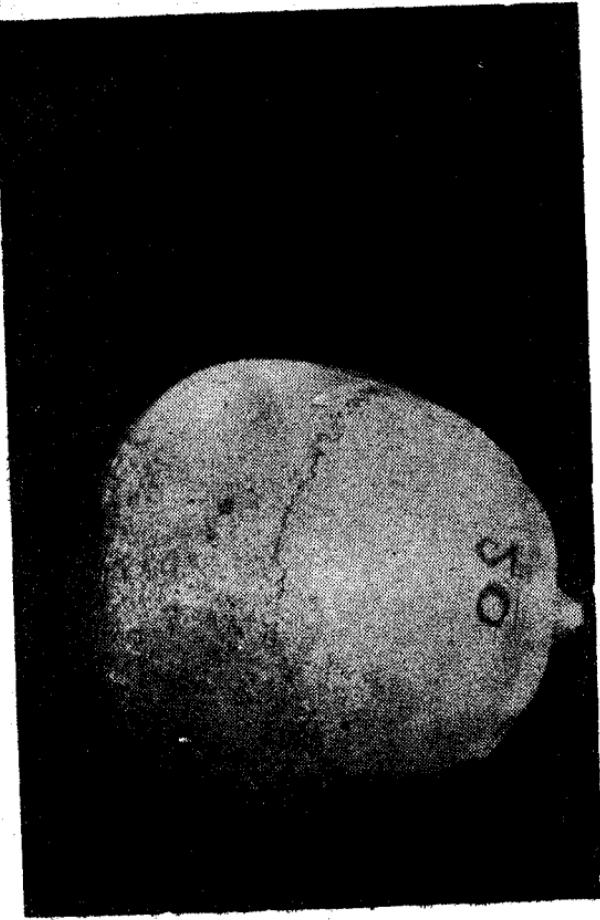


Foto 5
Kafkë mashkullore në normë verticalis. Harqet supraciliare të zhvilluara.

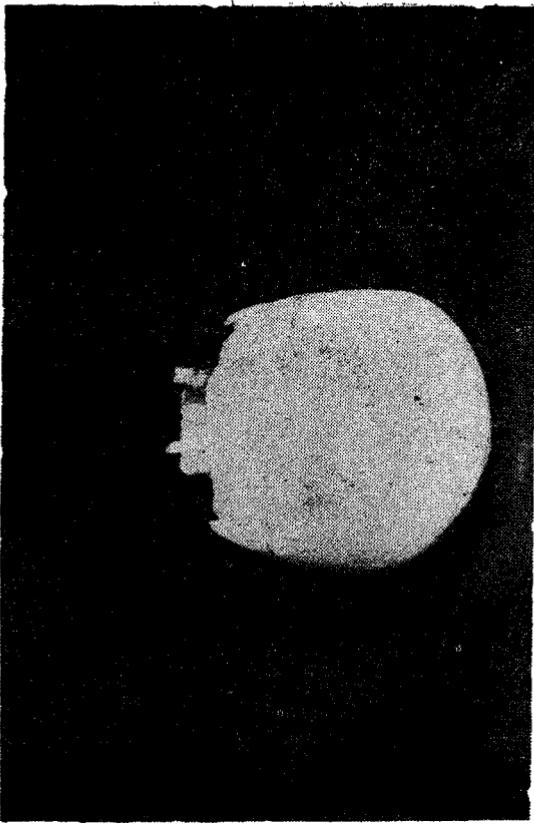


Foto 7
Kakë femërore. Proceset mastoide të pa zhvilluar gjenden mbi nivelin e kondilieve okspitale.

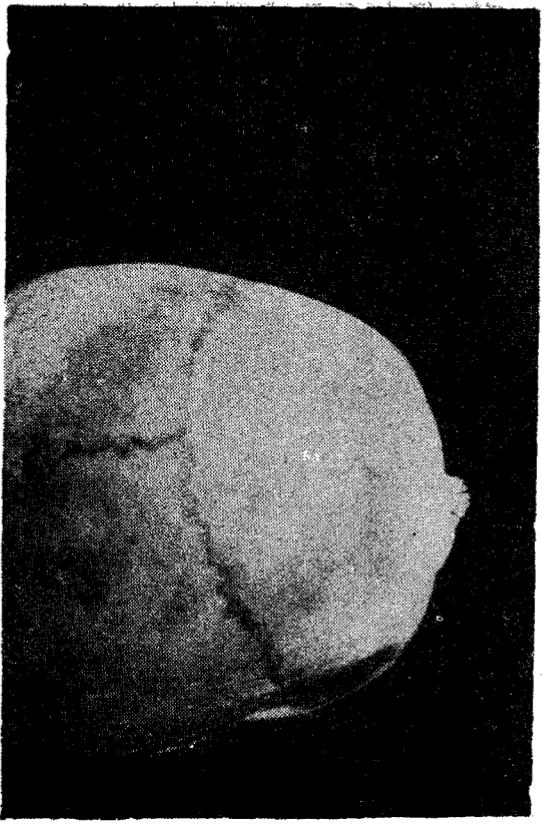


Foto 6
Kakë femërore në norma verticalis. Balli vertikal pa harqe të shprehura.

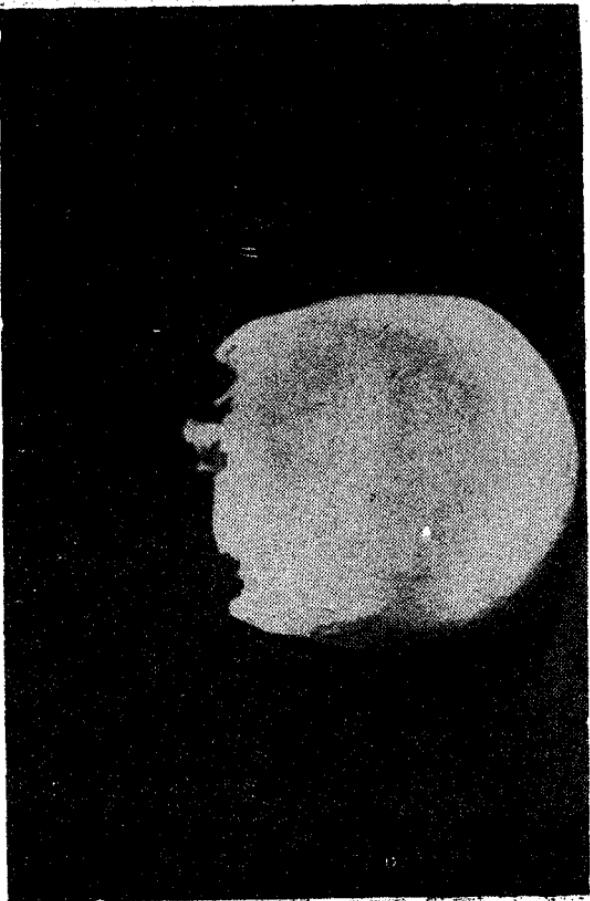


Foto 8

Kafkë femërore me kondilët oksipitale të pazhvilluara

DUGLASEKTOMIA NE TRAJTIMIN E RETRODEVIJIMEVE TE DHËMBSHME TË UTERUSIT

— DOCENT ILIR GJYLBEGU —

(Klinika e Obstetrikë-Gjinekologjisë. Shef Prof. K. Gliozheni)

Duglasektomia, si një nga mënyrat e trajtimit kirurgjikal të eltroveprintarise gjenitale, është aplikuar për herë të parë në vitin 1972. Kjo ndërhyrje, paraqitur për herë të parë në vitin 1962 nga Jamain B. e bp., konsiston në duglasektominë e zgjeruar dhe afrimin e ligamenteve uterosakrale (shih figurën 1,2,3, 4).

Një ndërhyrje e tillë, pak a shumë e ngashme me duglasektominë sipas Jamain-Letessier, që ka përfazë zhdukjen e gropëzës duglasiale, është propozuar nga Marion (1905), më vonë nga Gernez dhe së fundi nga Bret A. dhe Bardiaux M. (1965). Në klinikën gjinekologjike të Tiranës është aplikuar vetëm duglasektomia sipas Jamain-Letessier, pasi të paraqitura në konsulta gjinekologjike, ankon përfundimisht dhembje gjatë menstruacioneve si dhe gjatë marrëdhënieve seksuale. Këto graptë parë si më rrënjesore dhe e efektishme. Një numër i madh grash, të vazhdueshme në fundin e barkut dha në mes, përfundimisht dhembje kryesisht të moshës aktive gjenitale dhe që kanë lindur 1-2 ose më tepër fëmijë, vite me radhë janë trajtuar përfshirje visheralë, përfundimisht të dhembshëm të uterusit, përfshirje cervikale, parametritë, por pa ndonjë përmirësim të dukshëm. Dhe pikërisht këto raste, të panënshtresëshëm ndaj trajtimit konservativ, na shtyjnë të aplikojmë mënyrën kirurgjikale të mjekimit — duglasektominë.

DISA KONSIDERATA ANATOMIKE DHE KIRURGJIKALE

Gropëza e duglasit dhet tashmë se ndryshon sipas individit. Tek gratë e cënuara nga retrodevijimi i uterusit, në shumicën e rasteve, ajo është e gjëre, e thellë, e distenduar. Forma jo normale e gropëzës duglasiale është vështirë të përcaktohet në se është e lindur apo e fituar, sepse ndërtimi anatomik kongjenital ndihmon kthimin e uterusit nga prapa. Po ashtu dhe dëmtimet indore, pas lindjeve, provokojnë rënien prapa uterut, grishjen e bazës së ligamentit të gjëre ose sindromin Masters-Alien (Varangot J. e bp.).

Në formën e një llozhe boshe, ajo ndërtohet prapa uterusit dhei, rrëfthana të ndryshme, «thith ose têrheq» uterusin me gjithë aneksem-

gropëzë, e thellë dhe e hapur, përbën një nga shkaqet kryesë devijumit të uterusit.

Shumica e histeropeksive direkte apo indirekte nuk janë njëherë në nivelin e gropëzës së duglasit. Gjatë hapes së abdome ngrihet lart uterusi me gjithë anekse, që është zhytur në funksion ligamenteve uterosakrale të larguara së tepërm, duke krijuar një elirocele të vërtetë (Robert H.G., Lenzi E.). Në këto kushtet që uterusi, me gjithë anekse, të vendoset në pozicion normal, mirë në raport me boshtin vaginal dhe të mënjanohet kthimi sëri nga prapa. Pra, si detyrë e domosdoshme del zhdukia e duglasiale dhe afrimi i ligamenteve uterosakrale. Kjo ndërhyrje është shumë e mirë jo vetëm si teknikë, por edhe për efektku dalim nga operacioni Marion, tashmë i paaplikueshmë dhe

MATERIAL I STUDIMIT

Gjatë viteve 1972-1973 në klinikën obstetrikale-gjinekologjike Tiranesë duglasektomisë sipas Jamain-Letessier i janë nënshtruar Periuadha e ndjekjes së tyre është 1-2 vjet. (Jamain B. dhe Leetessier 1962 paraqiten 43 raste, ndërsa në 1964 paraqiten 90 raste). Nëntë, mosha e grave paraqitet si vijon: 20-30 vjeç — tetë raste, 40 vjeç — 13 raste, mbi 41 vjeç dy raste. Pariteti rezulton i tretë — tre raste, 2-3 lindje — 12 raste, mbi tri lindje — tetë raste. Ankesat kanë qenë këto: pelvialgja (dhembje në fund të marrëdhënive sekuale — 23 raste, dhembje gjatë menstruacioneve — 19 raste, dñe në mes, sidomos gjatë qëndrimit në këmbë për një kç — 23 raste, dhembje gjatë menstruacioneve — 15 raste, inkontinenca e urinës e fertiliteti një rast.

Nga ekzaminimi klinik gjinekologjik dalin këto të dhëna:

vaginës dhe të uterusit në shkallën e parë, si dhe elirocele retrodevijime të theksuar, të dhembshme të uterusit — 22 rje e kolumnit të mbetur të uterusit pas histerektomisë suprapigjithë vaginë — një rast. Në ekzaminimet plotësuese të kësaj janë përdorur celioskopia në dy raste; uretrocistografia në cisterografija në katër raste.

Gjatë aplikimit të ndërhyrjes kirurgjikale, duglasi i gjërë si dhe largimi i theksuar i ligamenteve uterosakrale është 22 raste, likidi citrik në zgavrën duglasiale në katër raste, rastet që uterusi dhe zhytja e tij prapa me gjithë anekse në 22 raste, met varikoze të vazave uterine në dy raste, sindromi Mönckeberg — 2 raste, salpingooforit kronik në katër raste.

Gjatë aplikimit të duglasektomisë si komplikacione rastë: një rast dëmtimi të intestinit, pa ndonjë pasojë, të gjatë çkloïtjes së peritoneumit në afersi me rektumin dhe neshtimi jo të theksuar të intestinit, me normalizim spontan të funksionit intestinal, nga vendosja shumë e ulët e ligatura min e ligamenteve uterosakrale.

Përveg duglasektomisë dhe vendosjes normale të uterust

anekse, në 18 raste është aplikuar sterilizimi (tubektoomia e dyanëshme), në pesë raste histeropeksia promontoriale, në katër raste adnesektomia, në një raste shkurtimi i ligamenteve rotunde, në një rast heqja e kolumnit restant të uterutit pas histerektoimitë dhe një rast operacioni i Marshall-Marchett-it.

Rastet e trajtuar janë observuar gjatë 1-2 vjetjëve dhe rezultojnë këto të dhëna: normalizimi i plotë i gjendjes së përparshme (zhdukja e dhembjeve pelvike, e dhembjeve gjatë menstruacioneve dhe marrëdhënive seksuale) — 17 raste; normalizimi i vendosjes së uterutit si dhe likuidimi i gropëzës duglasiale — 22 raste; lehtësimi i pjesëshëm i ankesave të mëparëshme tre raste; mbetje e gjendjes së njëllotë tre raste. Në rastet e operuara nga ne nuk rezulton asnjë lindje pas duglasektomisë (vetëm një rast është operuar për infertilitet dhe pelvialgji të 'theksuar').

DISA MENDIME RRETH KËSAJ PATHOLOGJIE GJINEKOLOGJIKE DHE TRAJTIMI I SAI.

Me të drejtë Huguier M. e bp. theksojnë se 2/3 e retrodevijimeve uterine konstatohen nga mjekët gjinekologë gjatë konsultave të përditshme dhe vetëm 1/3 e tyre denoncohen nga vetë gratë në formën e ankesave të njohura tashmë, siç janë dhembjet pelvike, dizmenorrhea dhe dispareunia.

Me këtë mendim bashkohen Giozheni K., Hervé R. e të tjere. Atëherë del përfundimi se duglasektomisë nuk duhet t'i nënshtronë pa përijashtim të gjitha rastet e retrodevijimeve apo ndonjë mënyrë tjetër histeropeksie direkte ose indirekte, sepse në këtë kontigjent, prej 1/3 e rasteve, me fenomene të shprehura pelvialgjike, një pjesë të mirë zenë dhembjet me origjinë vertebrale, inflamatore periuuterine, endometrioza etj.

Për diagnostikimin më të plotë të rasteve në retrodevijime uterine, që kanë nevojë për duglasektomi, Bret A. e bp. mendojnë se, krahas ekzaminimit vaginal, është e domosdoshme celioskopia dhe bisterografja, pasi shpeshherë mund të ndeshemi me një salpingit kronik, ovar polikistik, sindromin Masters-Alen etj. (në materialin tonë rezultojnë vetëm dy celioskopi dhe katër histerografi). Vetëm në bazë të të dhënavë të një ekzamimini të tillë të plotë mund të dalin indikacionet e padiskutueshme për këtë ndërhyrje siç janë: duglasi i thelle dhe i gjëre, largimi i theksuar i ligamenteve uterosakrale, sindromi Masters-Alen etj. Sipas të dhënavë të Bret J., shpeshësia e ndërhyrjeve kirurgjikale për retrodevijime uterine ka ndryshuar shumë nga një epokë në tjetrën. Tani kjo mënyrë trajtimi praktikohet në rreth 0,2% të rasteve. Në klinikën tone rreth, 3% për vitin 1972-1973.

Një të dhënë të tillë, respektivisht 11% dhe 0,2% e jep dhe Musset R. e bp. Këtë shpeshtësi të madhe të kësaj ndërhyrjeje në fillim të shëkullit, ky autor e shpjegon me lehtësinë teknikë kirurgjikale. Sipas Musset R. e bp. dy gëshje kryesore duhet të zgjidhen përpara se të vendoset ndërhyrja kirurgjikale për këtë qëlim. Së pari, në se është e sigurte origjina e dhembjeve nga retrodevijimi i uterutit dhe, së dyti, se pacientja nga ana psikike është normale dhe e ekilibruar. Për

zgjidhjen e çështjes së parë na ndihmon celioskopia, histero-ogfia e kolonës vertebrale dhe në asnjë mënyrë nuk duhet të vëtëm nga të dhënët e ekzaminimit vaginal dhe të anamnezit. Për çështjen e dytë me të drejtë theksion H. Michel-Wolff tuar nga Musset R. e bp.) se «ndërrhyra kirurgjikale nuk duhet kohet asnjë herë vëtëm për dhembje pelvike. Ajo është e rezgratë me çregullime neuropsikke». Në materialin tonë rezastë të tillë, megjithëse pozicioni i uterusit është korriguar kështu del dhe përfundimi i drejtë se një retrodevijim uterin i lirë dhe i izoluar, në një paciente me labilitet neuropsikik, operuar (Musset R. e bp.).

Nga të dhënët tona del se duglasektomia e vëtme nuk monë e mjaftueshme dhe shprehim mendimin se ajo duhet të ose me shkurtimin e ligamenteve rotunde ose dhe me histeropmontoriale, përcakta insiston dhe Huguier e bp. Në materialin pese raste histeropeksie promontoriale, një rast shkurtimi teve rotunde dhe dy raste operacioni sipas Pestalozzës.

K O N K L U Z I O N E

- 1) Duglasektomia, me indikacione të përpikta, është një kirurgjikale teknikshët e lehtë, që ka për qëllim zhdukjen e gjatë statikës uterine dhe të retrodevijimit në veganti.
- 2) Duglasektomia sipas Jarnain-Lelessier është një ndërsa plotë dhe e gjërrë në krahasim me operacionin e Marionit -Bardiaux, që kanë për qëllim vëtëm zhdukjen e gropëzës.
- 3) Sipas indikacioneve të përcaktuara mirë, duglasektomia plotësohet me histeropeksinë promontoriale.
- 4) Në shërbimet gjinekologjike të vendit tonë, ku elini retrodevijimet uterine nuk janë të pakta, problemi i pelvia het drejt jo vëtëm për trajtimin konservativ, por dhe kirurgpelviajgjike dhe sidomos tek subjekte me labilitet neuropsikik të operohen.

Dorëzuar në redaksi më 1

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

- 1) Bret A. et Bardiaux M.: L'exclusion de Douglas dans les rétrodeviations. Revue française de gynécologie et d'obstétrique 1965, nr. 7-8,
- 2) Heavé R.: Douleurs pelviennes d'origine génitale. E.M.C. Paris 19-
- 3) Huguier J. et Scott P.: La suspension postérieure de l'axe génital mbo-sacré dans le traitement de certains prolapsus. La Presse nr. 35, 782.
- 4) Huguier M. Cerbonnet G.: Chirurgie de l'utérus. Masson, édition
- 5) Janin B., Lepesteir A., Grenet C.: Traitement chirurgical de l'urine par douglasectomie élargie et clivature des ligaments. Gynécologie et obstétrique 1962 Tome 61, nr. 2, 230

- 6) Jamain B, Lefessier A: La douglaesction en gynécologie. Semaine des Hopitaux 1967, 4, 157.
taux 1967, 4, 157.
7) Lenzi E, Hernia vaginale, elytrocela. Edizione Medica, Pisa 1959, 30.
8) Musset R, e bp.: Procédé d'exclusion du Douglass. Entretiens de Bichat. Revue française de gynécologie et d'obstétrique 1965, 5, 367.
9) Eubert H.G., Nouveau traité de technique chirurgicale. Gynécologie, Masson Editon Paris, 1969, Tome XIV, 94.
10) Varangoz J, Granjon A, Charrrier M, Lofreda V: Le syndrome de Masters — Allen. La presse médicale 1959, 28, 1139.
11) Gliozhend K: Terstli i Gjinekologjije (Dorschkrim 1972).

S u m m a r y

DOUGLASECTION IN THE TREATMENT OF PAINFUL RETRODEVIATIONS OF THE UTERUS

The paper presents 23 cases of painful retrodeviation of the uterus accompanied by a deepening of the Douglas cavity, in which douglaesction according to the method of Jamain-Lefessier was applied.

This surgical intervention, introduced in this country by the author himself, was followed up for 1-2 years.

The paper indicates the cases in which the operation should be undertaken, the methods of diagnosis, especially the value of histerography and celloscopy, and describes some of the possible complications.

Judging by the excellent results obtained, the author expresses the opinion that douglaesction should be accompanied and completed by promontorial histeroscopy.

R é s u m é

LA DOUGLASECTION AU TRAITEMENT DES RETRODEVIATIONS DOULOUREUSES DE L'UTERUS

Dans cet article, l'auteur présente 23 cas de rétrodéviations douloureuses de l'utérus accompagnées avec des approfondissements de la cavité de Douglas qui sont traités avec de la douglaesction, selon la méthode Jamain-Lefessier.

Cette intervention chirurgicale est appliquée pour la première fois dans notre pays par l'auteur.

Les cas sont surveillés dans une période d'un à deux ans.

Dans l'article, l'auteur détermine les indications pour cette intervention chirurgicale, les méthodes du diagnostic, et en particulier la grande valeur de l'histerographie et celloscopie, ainsi les complications éventuelles.

En ayant des meilleurs résultats post opératoires, l'auteur conclut que la douglaesction doit compléter avec la histoscopie promontoriale.

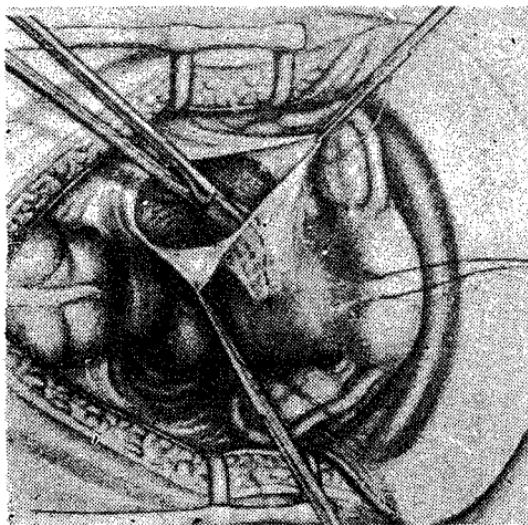


Fig. 1

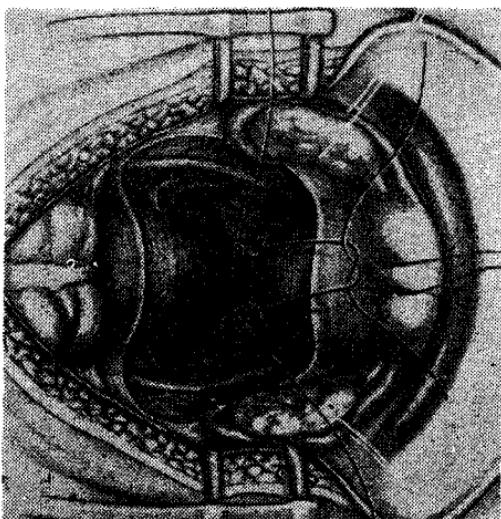


Fig. 2

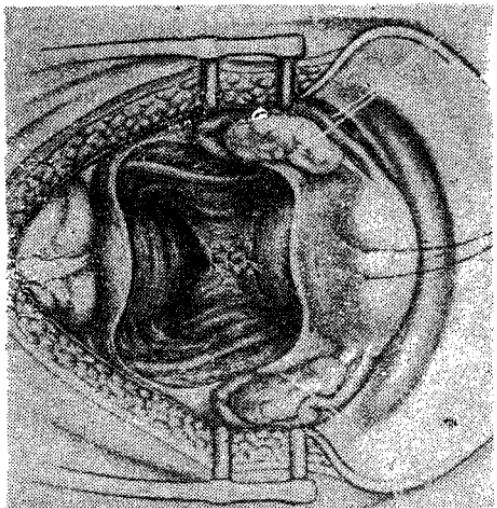


Fig. 3

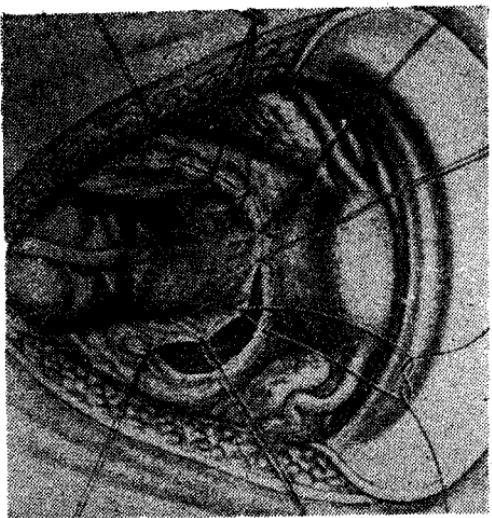


Fig. 4

HIGJIENE DHE EPIDEMIOLOGJI

MBI PROBLEMIN E RIVAKSINIMIT KUNDRA FRUTHIT

DR.  — DR. KOÇO PAPAJANI

Efekti mbrojtës i vaksinimit kundra fruthit është tanimë i vërtetuar aq mirë sa që pothua të gjithë vendet e botës përdorin vaksinimin në shkallë të gjërë dhe, të paktën, gjysma e shteteve të Evropës e kanë përfshirë atë në programin e vaksimeve të rregullta të fëmijve. Këtë efekt e vërteton ulja e konsiderueshme e morbozitetit të fruthit në çdo vend që përdor vaksinimin, kurse në vendin tonë e vërtetoi rezultati i shkëlqyeshëm i vaksinimit në fillim të epidemisë së vitit 1970-1971, kur nga 892.730 fëmijë të vaksinuar, u sëmuren **3876 vëtë**.

Problemi kryesor që paraqit më shumë interes sot është sa qëndron efekti i vaksinimit dhe në se ka nevojë të bëhet rivaksinimi. Përveç kësaj, duhet të studohet karakteri që merr fruthi në kushtet e ndryshme të aplikimit të vaksinimit kundra fruthit, në nivelet e ndryshme të imunitetit të popullatës etj.

Në bazë të këtyre studimeve dhe të vrojtimeve epidemiologjike mund të nxirren tregues, norma dhe kritere, që mund të shfrytëzohen për organizimin dhe drejtimin e ardhëshëm të luftës kundra fruthit.

Disa tregues të tillë, të bazuar në vrojtimet epidemike, janë përdorur edhe përpara vëniec në jetë të vaksinimit kundra fruthit dhe, me gjithëse kanë karakter empirik dhe jo të përpiktë, mund të përdoren edhe sot si kriterie orientuese. Thuhet p.sh. se atje ku janë mbrojtur 40-50% të populatës, frutni nuk mund të përhapet në formë epidemike, kurse po të jene mbrojtur 80-90%, nuk do të ketë as raste sporadike (7). Këta tregues, duke u nxjerrë jo vetëm në bazë të anamnezave epidemiologjike, por kryesisht në bazë të kontrollit serologjik periodik të grupeve që, nga pikëpamja statistikore, përfaqësojnë gjithë popullsinë, mund të narin një karakter më të përpiktë dhe më shumë shkencore dhe mund të shërbujnë më mirë për qellimet epidemiologjike.

Për qëndrueshmërinë e imunitetit, pas vaksinimit kundra fruthit, ne kemi të dhënat tona, që nuk janë të plota dhe duhet të plotësohen me kërkime të tjera, kemi edhe të dhënat e autorëve të huaj.

Sipas Katz S.L. e bp. (1965), brenda dy-tre vjetëve, mbrojtja pas vaksinimit ulet deri 25%; sipas grupit të eksperitëve të OSHH në vitin 1964, mbrojtja kundra frutit natyral qëndron 4-5 vjet pas vaksinimit, vaksinimi me vaksinë të prodhuar me shtamin L. 16 jep efekt mbrojtës për 6-7 vjet; studime të bëra në R.P. të Kinës më vaksinë të preqatit me shtamin Pekin 55 (vaksinë që prodhohet dhe përdoret edhe në vep-

din tonë), kanë treguar se mbrojtja, pas vaksinimit, qëndron të paktën pesë vjet.

Për vendin tonë, vrojtjme epidemiologjike me afat të gjatë ende nuk kemi. Epidemia e fruthit e vitit 1970-1971 na gjeti me 362.236 fëmijë të vaksinuar në vitet 1965, 1967 dhe 1968, por ata nuk mund të merreshin për vrojtim sepse u rivaksinuan në filim të epidemisë, në kohën kur u vaksinuan fëmijët e tjere.

Pas epidemisë kanë kalluar afro katër vjet, por të dhëna epidemiologjike nuk mund të kemi, sepse prej asaj kohe nuk kemi pasur asnjë rast me fruth në vendin tonë.

Prandaj të dhënat tona mund të mbështeten vetëm në përcaktimin e nivelit të antikorpeve me afate të ndryshme pas vaksinimit të gjente të ndryshme fëmijësh.

Përsa i përkert efektit të vaksinimit, të dhënat e literaturës janë shumë të pakta, sepse në këtë drejtim janë bërë pak studime.

Në përgjithësi është krijuar bindja se imuniteti i fituar me anën e vaksinimit përfrohet nga kontaktet me infekzionin që vazhdon të qarkullojë në formë endemike me raste sporadike, që formojnë një varg të pandëprerë edhe në kolektivat ku një përqindje e mirë e njerëzve janë imunë. Në konferencën e mbajtur në Algjer, në Mars 1972, u theksua se një nga arsyet e dobësimit të imunititetit të njerëzve, që janë vaksinuar mirë, është mungesa e ngacmimit të përsritur imunologjik, që mund të shkaktohet nga virusi i egër që qarkullon në popullsi ose nga një vaksinum i dyte dhe se ka ardhur koha që të studjohet problemi i rikvaksinimit.

Kjo gjendje ekziston pikërisht tek ne, ku virusi i egër nuk qarkullon prej afro kater vjetësh dhe pjesa më e madhe e populësisë është mbrojtur vetëm në sajë të vaksinimit të bëre një herë (pjesa tjeter ka kalluar sëmundjen). Por kjo gjendje do të krijohet edhe në të gjithë vendet e tjera që aplikojnë vaksinimin në mënyrë sado pak sistematik, sikurse ka ndodhur p.sh. në Rhode Islande, ku pas vaksinimit masiv vërehen vetëm raste të importuar, të cilat, sipas Schaffner W. (1968), nuk arrijnë të përhapin infeksionin as të shkaktojnë qarkullimin e tij në popullatë:

Për gjendjen epidemiologjike të vendit tonë, në lidhje me fruthin, duhet të sqarohet në se rivaksinimi është i nevojshëm dhe cilët janë kohë më e përshtatshme për rivaksinim. Për këtë qëllim është dashur të sqarohen disa çështje plotësisse, për të cilat kemi nxjerë disa të dhëna paraprake nga studimet që kemi bërë deri tanë.

Këto të dhëna janë nxjerë nga përcaktimi i nivelit të imunitetit (titri i antikorpeve) në katter grupe që ndodhen në gjendje të ndryshme, persa i përket infeksionit morbilos dhe vaksinimit kundra fruthit, që paragjeni në pasqyrat që vijojnë:

I — Grupi i parë përbëhet prej 70 vjetësh me moshë 25-40 vjeç që, sipas thënies se tyre, kanë kalluar fruthin para vitit 1970. Dihet se ata që kanë kalluar fruthin kanë imunitet të fortë dhe të qëndrueshëm, prandaj ky grup është marrë si grup krahasimi (pasqyra nr. 1). Nga pasqyra shihet se pas më shumë se 15 vjet (shumica kanë kalluar sëmundjen gjatë epidemisë së vitiit 1954-1955), mesatarja e titrit të antikorpeve të tyre është 26 dhe shumica prej tyre kanë titra 1:16 ose 1:32 ose 1:64.

Pasqyra nr. 1

Mosha në viet	Numëri i meve	Titri i serumit							Titri mesatar gjeometrik
		0	:2	:4	:8	:16	:32	:64	
25—40	70	—	—	1	6	26	18	17	2 :26

II. — Në pasqyrën 2 paraqitet niveli i imunitetit një muaj dhe dhjetë muaj pas vaksinimit në një grup prej 69 fëmijesh të vaksinuar në moshën 9-12 muajsh. Këta janë fëmijë normalë të vaksinuar në moshën që konsiderohet më e përshtatshme për vaksinim. Nga pasqyra shihet se një muaj pas vaksinimit, titri mesatar gjjeometrik i tyre arrin 13 dhe pas dhjetë muajsh bie në 10.6. Sipas Peterson J. (1972), një vit pas vaksinimit, niveli i antikorpeve bie përgjysmë, kjo ulje nuk është e madhe dhe ne kemi përshtypjen se kjo gjendje eshtë në shumicën e fëmijëve tanë dhe, se pas vitit të parë, rënia e titrit të antikorpeve bëhet mengdalë, sepse edhe pas pesë vjetësh, fëmijët e vaksinuar kanë një nivel imuniteti të mjaftueshëm për mbrojtje.(5).

Këtu mund të shtojmë se si titrë mbrojtës i një niveli të ulët nga fruthi natyral konsiderohet titri 1:2.

Pasqyra nr. 2

Mosha në muaj	nr. i ekza- minimeve dhe koha	Titri i serumit							Titri mesatar gjeometrik
		0	:2	:4	:8	:16	:32	:64	
9 - 12	69, një muaj pas vaksinimit	—	1	4	24	29	7	4	— :13

19 - 21	69, dhjetë muaj pas vaksinimit	—	2	4	30	29	4	—	— :10.6
---------	--------------------------------------	---	---	---	----	----	---	---	---------

Pasqyra nr. 3

Nr. i ekza- minimeve	Titri i serumit							Titri mesatar gjeometrik
	0	:2	:4	:8	:16	:32	:64	
174 para rivaksinimit	88	20	2	31	19	9	5	— :2,7

137 një muaj pas rivaksini- mit	—	—	13	48	47	20	9	—	— :13
---------------------------------------	---	---	----	----	----	----	---	---	-------

III. — Në pasqyrën 3 kemi një grup prej 174 fëmijësh të vaksinuar në moshë 3-6 muajsh (me datëlinjtë prej nëntor 1970 deri në shkurt 1971 dhe të vaksinuar në Prill 1971) dhe të rivaksinuar në prill të vitit 1973, pra pas dy vjetësh. Kontrolli i tyre u bë para rivaksinimit dhe një muaj pas rivaksinimit kur gjetëm vetëm 137 prej tyre. Ky grup është interesant, sepse përshtatshme për vaksinim, mosha që janë të mbrojtura në sajë të antikorpeve kongjenitale, por dhe që nuk i përgjigjen vaksinimit me sero konversion dhe titër të mirë antikorpesh. Sikurse shihet në pasqyrën, rreth gjysma e tyre nuk kanë antikorpe (titër zero) dy vjet: pas rivaksinimit dhe titri mesatar gjimetrik i gjithë grupit është 2.7. Pas rivaksinimit, titri mesatar gjimetrik rritet në 13 dhe asnjë nga fëmijët nuk ka titër më të ulët se 1:4. Në ekzaminimin individual të këtij grupe vihet re se rivaksinimi dha rritje të titrit të antikorpeve tek fëmijët, që para rivaksinimit kishin pasur titër zero, 1:2 dëhe 1:4, kurse tek fëmijët, që kishin pasur titër 1:8 dhe më të lartë, rivaksinimi nuk bëri asnjë efekt dhe ata mbeten me titrin që kishin pasur më përparr.

IV. — Së fundi në pasqyrën 4 paragjitet një grup fëmijësh (44) të vaksinuar në vitin 1968, të rivaksinuar në Nëndor 1970 dhe të kontrolluar në Qershori 1971, sic shihet nga pasqyra. Këta fëmijë rezultuan të mbrojtur që të gjithë dhe me titër mesatar gjometrik 17.1 pas rivaksinimit, titër shumë i mirë përsa i përkert mbrojtjes nga frutih natyral.

Pasqyra nr. 4

Nr. i eksa-minimeve	Titri i serumit							Titri mesatar gjometrik	
	0	:2	:4	:8	:16	:32	:64		
44	—	—	4	8	15	14	3	—	17.1

Nga këto studime shihet se në të vaksinuarit, imuniteti qëndron rrëth 4-5 vjet dhe pastaj bie nën nivelin e një aftueshmë përmbrrojtjen dhe se për të vazduar mbrojtjen duhet të bëhet rivaksinimi.

Por ulja e titrit; nuk ndodh një lloj në të gjithë të vaksinuarit; disa e humbasin titrin në shpejtësi disa më vonë. Nga studimi ymë del se për të pasur erëkt, rivaksinimi duhet të bëhet në një kohë kur antikorpet janë zhdukur krejtësisht ose kanë zbrirur të paktën në titër 1:2 ose 1:4. Si do të caktohet atati që do të jetë më i pershtasshëm përvaksinim, mbetet një problem që do të zgjidhet nga studimet e mëtejshme.

Studime nevojitet edhe për të vlerësuar gjendjen imunitare të popullsisë nga dy pikëpamje: si kontroll i vaksinimit që kryhet sistematikisht në rrethet e ndryshme dhe nga pikëpamje e rezikut epidemiologjik e mbrojtur një përgjindje e mirë e sajë, por kjo mbrojtje është e një niveli të ulët minimal (1:2 ose 1:4), kjo mbrojtje duhet të qubet e pa-mjaffueshme, sepse humbet shpejt. Këto studime duhet të bëhen në të gjitha rrethet, sepse nga sondimet që kemi bërë deri tani, na ka rezultuar se niveli i mbrojtjes në grupe fëmijësh, në mretje të ndryshme,

paraqit ndryshime të mëdha, se në disa rrethe rezultojnë të mbrojtur më pak se 60% të fëmijve. Në këto rrethe, si pasojë e vaksinimit të tyre të keq apo i humbjes tepër shpejt të imunitetit, për kushtet e vendit tonë paraqitet një gjendje e rrezikshme nga ana epidemiologjike, dhe duhet të marrin masa qoftë duke foruar punën e vaksinimit, qoftë duke imponuar rivaksinimin.

Dorëzuar në redaksi më 30 tetor 1974.

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

- 1) Chu Fu Tang e coll.: Studies on active immunization agenst measles in Ew China. Simpozium Pekin 1964.
- 2) Katz S.I. e coll.: Viral and rickettsial infections of man. Edited dy Horstfall and Tamm. Philadelphia 1965, 784.
- 3) Korevih Vaksin Doklad nauçnoj gruji V.O.Z. Geneva 1964.
- 4) Measles vaccination: Raport on a working group. Algeires 25-29 April 1972.
- 5) Ngjela V., Papajani K.: Karakteristikat e epidemisë së rufutit të vitit 1970-1971 në R.P. të Shqipërisë në një popullatë të imunizuar me anën e vaksinës. Buletini i U.S.H.T. — seri shkencat mjekësor 1971, 2, 9.
- 6) Peterson I.: The measles in countries of the W.H.O. European region. Measles Vaccination 1972, 23.
- 7) Schaffter W.: Clinical epidemiology of sporadic measles in a highly immunized population the New England. Journal of Medicine 1968, 12, 27.
- 8) Weekly epidemiological record 1971, 18, 30 April.
- 9) Weekly epidemiological record 1971, 13, 26 March.

S u m m a r y

PROBLEMS OF MEASLES REVACCINATION

The successful mass vaccination of about 900,000 susceptibles in 1970-71 and the subsequent systematic yearly vaccination of children who reach the age of 9 months have created in this country a situation in which more than half of the population is protected against measles only by vaccination (the rest have had measles), and during the last five years there has been no circulation of natural virus.

In this situation, the opportuneness of re-vaccination arises as a natural question, since little is known about the permanence of the protection conferred by a single dose of vaccine.

In a series of trials the authors found that:

1. Of 70 persons who have experienced measles in 1954-55, all had sufficiently high protective titre of measles antibodies and the mean geometric titre was 1:26.
2. In 69 children, who prior to vaccination had no measles antibodies, one month after vaccination the mean titre was 1:13 and one year later had fallen only to 1:106.
3. In a group of 174 children, to whom vaccination in 1970 had given an insufficient degree of protection (half of them had no antibodies and the mean titre was only 1:27), re-vaccination in 1973 raised the titre to an average of 1:13. The individual analysis of these cases showed that a rise of the titre was obtained only

in those children who had had a titre inferior to 1:4 before revaccination. In children with titres over 1:8 re-vaccination produced no significant change.

4. In 44 children vaccinated in 1968 and re-vaccinated in 1970, the mean titre of antibodies in 1971 was 1:17.1, i. e. considerably higher than in those vaccinated with a single dose of vaccine (1:10.6).

From these findings, which must be confirmed by further investigations, it can be deduced that re-vaccination, if decided upon, should be timed very carefully: neither too early, which would jeopardize its effect, nor too late, which would expose the children to natural measles infection.

Résumé

PROBLÈMES DE LA REVACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE

L'immunisation réussie, en 1970-71, d'environ 900.000 personnes susceptibles et la subséquente vaccination annuelle des enfants, à partir de l'âge de 9 mois, ont contribué dans le pays à une situation, où plus de la moitié de la population est déjà protégée de la rougeole par la seule vaccination (le reste en a été contaminée) et, au cours des 5 dernières années, il n'y a pas eu de circulation naturelle du virus.

La situation étant telle, la question de la revaccination se pose encore, étant donné qu'on ne connaît pas bien la durée de protection obtenue par une seule dose de vaccin.

Par une série d'expériences, les auteurs ont constaté:

1) De 70 personnes ayant eu la rougeole en 1954-55, toutes étaient pourvues d'un titre suffisant d'anticorps protecteurs, la moyenne géométrique étant de 1:26.

2) De 69 enfants, n'étant pas avant leur vaccination pourvus d'anticorps contre la rougeole, le titre moyen, à la suite de leur vaccination, était de 1:13, et, un an après il ne s'était réduit qu'à 1:10.6.

3) Chez un groupe de 178 enfants, auxquels la vaccination n'avait apporté, en 1970, qu'un degré insuffisant de protection (la moitié parmi eux ne disposant pas d'anticorps et le titre moyen n'étant que de 1:27), la revaccination, effectuée en 1973, releva le titre à une moyenne de 1:13. L'analyse individuelle montra que telle élévation n'était obtenue que parmi ceux qui indiquaient des titres inférieurs à 1:4, tandis que parmi les autres, indiquant des titres supérieurs à 1:8, la revaccination n'avait apporté aucun changement.

4) Chez 44 enfants, vaccinés en 1968, et, revaccinés en 1970, le titre moyen d'anticorps, en 1971, était de 1:17.1, c.à.d. considérablement supérieur à celui des enfants n'ayant subi qu'une seule vaccination (1:10.6).

On pourrait bien conclure de ces expériences, devant être confirmées par des études ultérieures, que la revaccination, si nécessaire, ne devrait être appliquée, en délit trop bref risquerait de compromettre ses résultats, tandis qu'un autre trop long pourrait bien exposer les enfants à l'infection naturelle.

MISKONJA (CULICIDAE) TË ORIZOREVE

— JORGJI ADHAM, NAZMI MURATI —

(Instituti i Higjienës (she Epidemiologjisë. Drejtor Dr. M. Muço)

Me kohë dihet se orizoret janë biotipë shumë të përshtatshëm për zhvillimin e miskonjave malarike (anofeleve) dhe se aty larvat e tyre gjejnë kushtë më të mira zhvillimi se në kënetat. Orizoria përbën një «optimum» për zhvillimin e jetës së tyre larvore. Kushtë optimale në orizoret gjiejnë edhe disa lloje të tjera të miskonjave, të cilat, në vende të ndryshme, mund të jenë vektorë sëmundjesh ose, me pickimet e tyre, të shkaktojnë shqetësimë të padurueshme tek popullsitë e qendrave të banuara të aferta.

Para qërimit, orizi kultivoftëj vetëm në disa zona të kufizuara të vendit tonë dhe, në kuadrin e përgjithshëm të epidemiologjisë së malarjes, orizoret losnin një rol krejt të parëndësishëm, pasi, në krahasim me kënetat dhe sipërfaqjet e tjera ujore, këto nuk binin fare në sy. Në fakt, në atë kohë, sipërfaqja ujore arrinte në afro 920 km² (Ashta A. 1961), kurse sipërfaqja e mbjellë me oriz më 1938 arrinte vetëm në 400 ha, domethënë 0,43% të saj. Megjithatë edhe atëhere eshtë ngritur çeshtja e orizoreve si vende të zhvillimit të anofeleve (Simonidhi S. 1926), por kjo nuk ka vegse rëndësi historike.

Pas qërimit, sipërfaqja e mbjellë me oriz u rrit vazhdimisht, duke mbritur në 1700 ha, më 1950, në 2.995 më 1960 dhe në 5.024 ha. më 1970 (Drejtoria e Statistikës, 1973). Megjithatë, në sajë të masave që u morrën për të luftuar anofellet fluturake, kjo nuk u bë pengesë për realizimin e grrënjosjes së malarjes.

Vitet e fundit, pas tharjes të pjesës më të madhe të kënetave, zgjedhimi i sipërfaqes së mbjellë me oriz dhe përhapja e kultivimit të kësaj bime, në shumë rrethe të vendit tonë, bënë që orizoret të krijojnë një nga sipërfaqjet ujore kryesore të zhvillimit të miskonjave në zonat brengdetare dhe të ulta; kjo i jep shkas ritjës së receptivitetit të këtyre zonave ndaj malarjes dhe shqetësimit të popullsisë nga pickimet e këtyre insekteve.

MATERIALI DHE METODA: në këtë material përfshihen jo vetëm anofelët, por gjithë miskonjat (familja Culicidae), që janë mbledhur në orizoret.

Trajtohet një sasi materiali, i mbledhur herë pas here nga viti 1958 deri më 1972, si dhe ai që është grumbulluar më 1973, larva dhe adulte. Me qëllim që të njihet dinamika e zhvillimit të miskonjave, gjatë gjithë periudhës së vegetacionit të orizit, në zonën e orizoreve të Kavajes janë bërë kapje dy javore larvash në orizore dëlle fluturakesh në ahure. Kapja e larvave është bërë me rjetë, me diametër të zgjegjuar në 10 cm., pasi rjeta standard nuk është e përshtatshme për kapjen e larvave në orizore. Larvat janë peshkuar në pjesë të ndryshme të 10 «oxhaqeve» tē

orizores, afér hyries së ujët, në mes, në qoshet dbe në anët e tyre. Me rjetën e spârme 10 peshkave me gjatësi prej 1 m. seicili përfshinjë një spërtaqe prej 1 m². Dendësia e larvave është studjuar më 1973 edhe në kater vendë të tjera. Për krahasim, larva janë grumbulluar edhe në biotipë të tjerë (kanale, gropë) midis ose përbri orizoreve. Janë marrë në konsideratë vjetëm larvat e stadiit të IV, prandaj gjatë eksponimit të materialit, me fjalën larvë kuptojmë atë të stadiit IV.

Larva të kulticidive. — Larva janë mbledhur në 18 orizore në zona të ndryshme të shtatë rretheve: Shkodër, Lezhë, Krujë, Durrës, Elbasan, Lushnje, Sarandë. Në këtë material janë identifikuar 11 lloje miskonjash që u përkasin kater gjinive: gjinisë *Anopheles* 4 lloje (larva të grupit «maculipennis»; dbe të llojeve *A. hyrcanus*, *A. algeriensis* dbe *A. superpictus*); gjinisë *Culex* pesë lloje (*C. apicalis*, *C. hortensis*, *C. pipiens*, *C. theileri* dbe *C. triannularhynchus*); gjinisë *Aëdes* një lloj (*Aë. caspius*), dbe gjinisë *Uranotaenia* një lloj (*U. unguiculata*). Pasqyra nr. 1.

Pasqyra Nr. 1
Larva të miskonjave të orizoreve 1961-1973

Rrethi Vendi	Data	<i>Anopheles</i>		<i>Culex</i>		<i>Aëdes</i>	<i>Uranotaenia</i>
		maculipe- nnis	hyrcanus	algeriensis	superpictus		
Kryebushat	VIII. 966						
Burbulush	VII. 972	+	-	-	-	-	+
Lezhë:							
Tresh	VIII. 972	+	-	-	-	-	+
Tresh	VII. 73	+	-	-	-	-	+
Gjader	VII. 73	+	-	-	-	-	+
Fushkrujë							
Xhaftotaj	VIII. 71	+	-	-	-	-	-
Durrës:							
Xhaftotaj	VII. 69	+	-	-	-	-	-
Golem	VII. 70	+	-	-	-	-	-
Xhaftotaj	VII. 72	++	++	++	++	++	++
Kavajë	VII. 72	++	++	++	++	++	++
»	VII-X. 73	++	++	++	++	++	++
Maminas	VII. 73	++	++	++	++	++	++
Ebasan:							
Mjekës	VIII. 66	++	++	++	++	++	++
Cerrik	VIII. 66	++	++	++	++	++	++
Muriqan	VII. 66	++	++	++	++	++	++
Bugës	VIII. 72	++	++	++	++	++	++
Labinot-RushnëX.	73	++	++	++	++	++	++
Lushnje:							
Jeta e Re	VII. 72	+	-	-	-	-	-
Sarandë:							
Mesopotam	VII. 961	+	-	-	-	-	-
Krrate	VII. 61	+	+	+	+	+	+
Livadha	VII. 61	+	+	+	+	+	+

Shënim: + dëmt që është gjetur, — dënu nuk është gjetur.

Përhapja: Larvat e *A. maculipennis* dhe *C. theiléri* janë gjetur në gjithë orizoret, ku është mbledhur materiali. Pas këtyre vjen *C. pipiens*, i cili është gjetur në 13 raste mbi 23, kurse larvat e miskonjave të tjera janë gjetur më rralle. Pra, përsë i përket përhapjes në orizore, vendin e parë e zenë *A. maculipennis* dñe *C. theiléri*, pastaj vjen *C. pipiens*, kurse *C. tritaeniorhynchus*, *A. caspius* etj. takohen më rralle.

Dendësia: Për të vlerësuar dendësinë e larvave në orizoret, kemi marrë jo numrin e përgjithshëm të larvave e nimfave të kapura në një sине e sipërfaqes ujore, sikurse bëjnë shumë autorë për anoflet (Ullitgeva A.V. 1956, 1958, Semushkina e bp. 1973 etj.), por vetëm larvat e stadi IV, pasi siq dihet për determinimin, zakonisht përdoren larvat e këtij stadi dhe veg asaj, këtyre u mbetet vetëm stadi nimfë për të flutuar, pra edhe mortaliteti nga stadi i IV në fluturake është shumë më i ulët se nga stadet e rinx në fluturake. Kështu mund të gjykohet më drejt mbi madhësinë e populatës fluturake.

Të dhënët mbi dendësinë e larvave janë nxjerrë nga pesë orizore: Kavajë, Maminas, Tresh, Gjadër dhe Labinot-fushë (pasqyra nr. 2, Skica nr. 1).

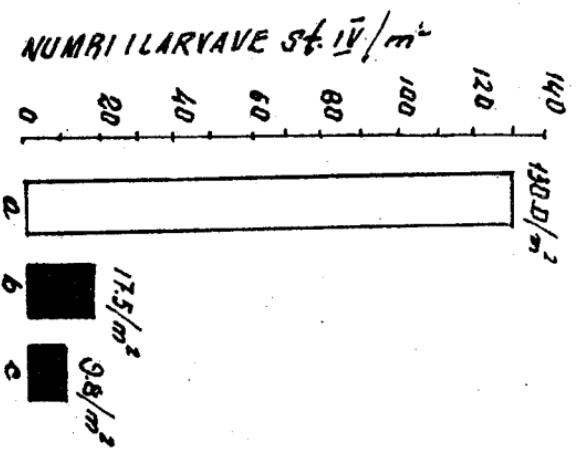


Fig. 1. DENDËSIA E LARVAVE ST. IV TË DËNA ORIZORE.

o - *C. theiléri*; b - *C. pipiens*;
c - *C. maculipennis*

Larva miskonjash të stadtit IV mbledhur në orizore dhe biotipë të tjera përbri tyre (1973)

Pasqyra nr. 2

Nr.	Lloji i miskonjës	Sasia m ²	Në orizore:		Në biotipë të tjeter
			% mbi shumë gjithshme	% mbi shumën e përshtatshme	
1	A. maculipennis	9,75	6,14	1,23	
2	A. hyrcanus	0,02	0,01	—	
3	A. superpictus	0,11	0,07	—	
4	C. theileri	130,02	81,85	17,25	
5	C. pipiens	17,52	11,03	49,61	
6	C. hortensis	0,07	0,04	—	
7	C. tritaeniorhynchus	1,05	0,66	12,76	
8	Aë. caspius	0,32	0,20	19,04	
9	✓ C. tritaeniorhynchus	—	—	0,11	

Nga këto del në pah se orizoret përbëjnë një biotip shumë të përshtatshëm për zhvillimin e miskonjave.

Dëndësia e larvave aty mund të arrrijë në vlera shumë të larta. Vlera mesatare e përgjithshme arrin në 158,9 Larva/m², kurse maksimalja është gjetur më 19.VIII.1973 në Maminas me 563/m². Kushite vencanërisht të përshtatshme gjeljnë disa lloje, sikurse **C. theileri** dhe **A. maculipennis**.

Culex theileri ze vendin e parë jo vëtëm përsa i përket përhapjes (siq u tha më sipër është gjetur në gjithë orizoret ku është mbledhur material), por edhe përsa i përket dendësë. Ai përbën 81,9% të gjithë materialit të mbledhur në orizoret dhe dëndësia mesatare arrin në 130 larva/m² sipërfaqe ujore, kurse ajo maksimale ka mbritur në 412 larva për m² në gusht 1973 në Kavajë.

Përsa i përket dendësë, vendin e dytë e ze **C. pipiens**, i cili përbën 11,0% të larvave të grumbulluar dhe dendësia mesatare e tij arrin 17,5 larva të stadtit të IV/m². Edhe ky lloj miskonje pra mund të gjiejë kushte të përshtatshme për zhvillim, por këtë zakonisht nuk e kemi gjetur ose e kemi gjetur në ekzemplarë të rrallë. Vëtëm dy herë është vënë re zhvillim intensiv, në qershor 1973 (Kavajë) dhe në korrik 1973 në Maminas (maksimumi 259/m²). Në dy rastet, bima e orizit ka qënë rrëfë 20 — 25 cm. e lartë dhe e rrallë.

A. maculipennis vjen e treta përsa i përket dendësë. Përbën 6,1% të materialit të grumbulluar dhe një dendësi mesatare prej 9,8/m². Dendësia maksimale është gjetur në Gjadër, në gusht 1973 (36 larva të stadtit të IV/m²). Bima ishte mjaft e dendur në atë kohë, kishte filluar të lulëzojë dhe lartësia e saj arrinte në 60 — 70 cm. Dëndësia e llojeve të tjera është shumë e ulët në krahasim me tre llojet e mësippërm. Dëndësia e **Culex tritaeniorhynchus** arrin në një larvë/m², kurse e katër llojeve të tjera në vlera shumë të ulta (pasqyra nr. 2).

A. superpictus dhe **C. hortensis** janë gjetur në Labinot-fushë. Orijozet e kësaj zone, ndryshe nga të tjera, janë të vendosura në lugjen e lumit Shkumbin, midis maleve, dhe furnizohen me ujin e lumit, i cili në atë zonë është i ikthijellët dhe më i freskët se uji i kanaleve, me të cilin furnizohen orizoret e tjera. Kështu formohen kushte të përshtatshme për zhvillimin e këtyre lloj miskonjave.

Po të llogaritim prodhimtarinë mesatare të një hektari orizore, duke supozuar që për zhvillimin nga stadi i IV larvor deri në fluturake kemi një mortalitet prej 30—35%, mund të mendohet se një hektar orizore, gjatë muajve korrik-gusht, mund të prodhojë 300.000-400.000 mis-konja fluturake të gjithë llojeve në ditë, prej të cilave rreth 6% anofele. Natyrishët këto llogaritje janë aproksimative. Ullitgeva A. V. (1956) ka llogaritur se në korrik një hektar orizore, në kuqshët e Uzbekistanit, mund të prodhojë 7.000-99.000 nimfa të *A. sacharovi* në ditë, këtë ndryshim autorë i shpjegon me vendosjen e oxhaqeve në fund të parcelave, ose në fillim të tyre dhe ka vërejtur se oxhaqet, të vendosur nga fundi, prodhojnë pak anofele, kurse ata të fillimit më shumë. Një gjë të tillë, ne nuk e kemi vërejtur.

Orizorja përbën një biotop me karakteristika të veganta biocenotike, që ndikojnë shumëzimin e llojeve që u përmendën më siper. Këto, kushte nuk krijohen në biotopë të tjere, as në ato që kanë lidhje me orizonen ose që ndodhen në afersitë immediate të saj, sikurse kanale e gropave mne bine të ndryshme vertikale. Prandaj struktura e populatës së larvave të kalicideve në këto ndron nga ajo e orizoreve (pasqyra nr. 2, fig. nr. 2). Në të vërtetë në këto biotipe mbizotëron *Culex pipiens* mbi gjithë të tjerët (49,6% kundrejt 11,0% në orizoret), ndërsa *C. theileri* zbret nga 81,9% në orizoret, në 17,2% në biotopët e tjera. Gjithashtu rritet *A. caspius* nga 0,2 në 19,0% dhe *C. tritaeniorhynchus* nga 0,6 në 12,8%.

MISKONJA FLUTURAKE NË ZONAT E ORIZOREVE

Megjithë dendësinë e madhe të larvave të *C. theileri* në orizoret, fluturake të kësaj miskonje, të strehuara në banesa isë ahure, janë gjetur shumë rrallë. Kjo, pra, strehohet në natyrë. Nuk kemi të dhëna mbi biologjinë e saj dhe rolin që luan si «shqetësues» e njjeriut. Sipas Stackerberg A.A. (1937), këto miskonja shpesh hyjnë në banesa, ku sulmoinë njierin. Me që ky lloj është përbërsi kryesor i faunës së kalicideve të orizoreve, mendojmë se duhet svaruar lidhja e tij me njëriun, gjë që ka të bëjë edhe me planifikimin e masave të luftimit.

Popullata e miskonjave, që strehohen në ahure dhe banesa në zonat e orizoreve, përbëhet kryesisht nga anofelët, dendësia e të cilave, në disa vende, arrin në vlera shumë të larta. Maksimumin e kemi gjetur në një alur lope në zonën e orizoreve të Kavajës në korrik 1973, në një qoshë të tavani, ku kishte një sasi agjë të madhe anofele të grupit «*maculipennis*» sa ishtë e pamundur të numëroheshin dhe që mund të vlerësohem në 3—4000, (ndoshta edhe më tepër). Me qindra ekzemplarë për m^2 tavan ahuri kemi gjetur edhe në vendë të tjera, si në Kryebushatë Shkodrës ($210/m^2$ tavan), etj. Per një dendësi të madhe anofele të grupit zonat e orizoreve bëjnë fjalë edhe Alessandrini G. (1925) në Itali, Vojslanskaia E. A. e bp. (1972) në disa zona të krahinës së Odeseës (7000-10.000 ekzemplarë në një alur me vëllim $15-20 m^3$), Semushkina T. V. e bp. (1972) dhe Sichava Sh.G. (1972), por kësà dy të fundit nuk përmëndin në se stacionet e kontrollit të tyre kanë qënë afër orizoreve.

Në zohat ku orizoret janë vendosur afër lumenjve me shtrat zallor dhe furnizohen me ujin e kthjellët të tyre, fauna është e përzjerë, tyrishët strehohen dhe fluturake, që zhvillohen në biotopë të tjera pë-

veç orizoreve), duke mbizotëruar herë njëri herë tjetri lloj, sikurse në Mollas, Godolesh, Shrigian, Labinot të Elbasanit etj.

Për të parë strukturën e grupit «maculipennis» në zonat ku mbillet orizi, në 12 zona të tillë të shtatë rrëtheve u determinuan 2.621 barqe vezësh të piella në laborator nga këto miskonja dhe u identifikuani 90.90% Anopheles maculipennis maculipennis, 1.30% A. subalpinus dhe 7.80% A. sacharovi. Ky i fundit është gjetur vetëm në Piniq, Kryebushat dhe Kavajë (pasqyra nr. 3).

Dinamika e zhvillimit stinor të miskonjave në zonat e orizoreve

Përsa i përket dinamikës, të dhënat janë nxirrë në zonën e Kavajës gjatë vitit 1973. Jane kryer vrojtime mbi dinamikën e zhvillimit ndikimin e veprimeve agroteknike, sikurse të mënyrës së mbijelljes, të ujijtes, përdorimit të insekticideve kundra dëmtuesve të bimës etj. Shënojmë këtu se në zonën e Kavajës, orizi është mbjellë pjesërisht me fidane dhe pjesërisht me farë.

DINAMIKA E ZHVILLIMIT TE LARVAVE NE ORIZORE

Zhvillimi i larvave në orizore, përvogë të tjera, është edhe nën ndikimin e veprimeve agroteknike, sikurse të mënyrës së mbijelljes, të ujijtes, përdorimit të insekticideve kundra dëmtuesve të bimës etj. Shënojmë këtu se në zonën e Kavajës, orizi është mbjellë pjesërisht me fidane dhe pjesërisht me farë.

Pasqyra Nr. 3 Struktura e grupit «maculipennis» në disa zona të orizoreve

Nr.	Rrethi, Vendi	Muaji viti	Prej këtyre		
			Nr. i barve vezë determinuar	A.m. maculipennis	A.m. subalpinus
1	Shkodër:				
2	1) Kryebushat	VIII.966	128	83,6	14,1
2	Lezhë:				
1)	Zejmen	IX.973	110	100,0	—
3	Krujë:				
1)	Fush-Krujë	VIII.971	34	100,0	—
2)	»	VIII.973	171	100,0	—
4	Durrës:				
1)	Xhaftzotaj	VIII.967	63	83,6	16,4
2)	Katajë	VIII.972	371	86,8	0,3
3)	»	V.IX.973	1,003	94,0	—
5	Elbasan:				
1)	Godolesh-Fushë	I.X.958	111	96,4	3,6
2)	Labinot-Fushë	VIII.59	52	98,1	1,9
3)	Mollas	VI.965	44	100,0	—
4)	Shigian	VIII.965	116	100,0	—
5)	Muriqan	VII.966	144	98,6	1,4
6)	Labinot-Fushë	IX.973	91	100,0	—
6	Lushnje:	VII.961	27	96,3	3,7
7	Sarandë:				
1)	Savrë	VIII.974	156	39,8	0,6
	Shuma:		2.621	90,9	1,3
				7,8	59,6

Në fidanishtë, fara është mbjellë nga 15 - 20 prill, kurse në orizore ka filluar nga 20 maji dhe ka vazhduar deri nga mezi i qershoret. Pas mbjelljes, uji është lëshuar për disa ditë (4-5 ditë) dhe pastaj është prerë për 5 - 6 ditë deri në çarjen e tokës. Kjo ngordh larvat dhe ndalon zhvilimin. Ndërprerje të tillë periodike janë bërë deri nga mezi i qershoret. Më 19 qershor ka filluar lëshimi përfundintar i ujit, që më vonë është prerë më 16 shtator.

Kontrolli i parë u bë më 29.V.1973. Nuk u gjetën larva. **Kontrolli i dytë** më 12.VI.1973. Larva u gjetën vetëm në blokun e fidanishtes, të cilës nuk i ishte prerë uji prej më se dy javë. Në orizore nuk u gjetën.

Kontrolli i katërtë më 30.VI.1973. Uji i lëshuar më 19.VI.1973 nuk është ndërprerë më. Bima rrëth 15 cm. e lartë dhe e rrallë. Dendësia e përgjithshme e larvave të stadiit të IV mbrit në $33/m^2$. Mbizotëron C. theileni ($14,2/m^2$) por edhe A. maculipennis e C. pipiens janë mjافتë dendur (përkatesisht $9,5$ dhe $9,2/m^2$).

Pas kësaj date, dendësia e përgjithshme e larvave është rritur, duke arritur vlerën më të madhe, prej $334,3/m^2$ më 11.VIII.1973 (pasqyra nr. 4), pastaj ka filluar të zbrësë.

Pasqyra nr. 4

Dinamika e dendësisë së larvave të miskonjave në orizoret e Kavajës më 1973

Kohë kontrollit	Lartësia e bimës në cm.	Një uni mesatar i larvave për m^2					Shuma
		A. maculipennis	C. theileni	C. pipiens	C. tritaceum	A. caspius	
12.VI	në farishtë	15,0	3,8	49,2	0,0	0,4	68,4
30.VI	15-20	9,5	14,2	9,2	0,0	0,0	33,0
16.VII	25-30	11,0	178,5	0,7	1,0	0,0	191,2
30.VII	35-40	233,0	0,0	0,5	0,0	0,0	242,5
11.VIII	45-50	23,0	310,3	0,0	1,0	0,0	334,3
29.VIII	60-65	160,7	0,0	0,7	0,0	0,0	169,0
14.IX	—	145,5	0,7	0,5	0,0	0,0	155,7
Mesatarja stimore		11,7	138,8	10,3	0,5	0,1	161,4

Edhe këtu vendin kryesor e ze C. theileni me 86,0% të sasisë së përgjithshme të larvave dhë me një dendësi mesatare prej $138,8/m^2$. Pasta j vjen A. maculipennis me 7,3% dhe $11,7/m^2$; C. pipiens është gjethur kryesisht në qershor kur bima është e ulët dhe e rrallë. Nga korriku deri në shtator, qdo herë janë kapur nga disa larva të C. tritaceum e Caspius. Aë caspius është gjetur vetëm në fidanishtë më 12.VI.1973.

Rritja e dendësimit i bimës nuk kanë penguar rritjen e dendësimit së së larvave deri nga mezi i gushtit, e cila pas kësaj kohe ka filluar të zhbresë.

DINAMIKA E DENDËSISE SË ANOFELEVE FLUTURAKE

Kjo dinamikë eshtë ndjekur në zonën e Kavajës dhe si stacionështë marre një ahur ku mbahej një lopë. Sipërfajja e tavaniit ka qënë rrëth 12m²; nga tre anët ishte me gardin të dendur dhe nga ana tjeterë me mur gurësh, kurse mbulesa ishte me kashtë kënete. Lartësia 2,2 m. nga njëra anë dhe 1,7 nga ana tjeter.

Kontrolli i parë u krye më 29.V.1973 dhe nuk u gjet asnjë mis-konjë. Më 12 qershori në tavani e ahurit u gjetën 224 anofele ose 18,7 përm². Më 20 qershori po aty u gjetën 493 anofele, ose 41,1/m².

Më 29 qershori u gjetën 3.916 anofele ose 326/m². Anofellet e kapuratë tri herët ishin të gjitha *A. maculipennis*. Më 17 korrik, miskonjat ishin shtuar jashtëzakonisht shumë; u vlerësuan në mbi 10-12 mijë. Dendësia më e madhe ishte në tavani e njësës nga qoshet kundrejt derës (në më të ultën), ku ato ishin vendlodur njëra bri tjetërës dhe duhet të kenë qënë mbi 3-4 mijë në një metër katror.

Më 28.VII.1973 ahuri u trajtua me DDT (+). Megjithatë, më 30.VII.1973 kishte sasi shumë të mëdha anofellesh, por shumë prej tyre me shenja intokksionit dhë në lëvizje. Nuk u numëruan. Më 11.VIII.1973, domethënë 14 ditë pas trajtimit me DDT në ahur u gjetën 406 anofete ose 33,8/m² sipërtaqe tavani dhe këto qëndronin të pasqyrtësuaratë *nga insekticidi*.

Në vitin 1973 u ndaoq edhe dinamika e strukturës së grupit «maculipennis» gjatë kohës së vegjjetacionit të orizit. U determinuan 1003 barqe vezësh (Fif. 2) dhe u identifikuan, *A. m. maculipennis* në 94,0% të tyre, kurse *A. sacharovi* 6,0%. Kjo e fundit ka filluar të duket në qershori, ka arritur maksimumin në gusht (12,0%) dhe pastaj prapë ka rënë.

KONKLUSIONE

1) Në orizoret zhvillohet një sasi e madhe miskonjash. Përbësi kryesor i populatës larvore në orizoret eshtë *Culex theilleri*, i cili mbabin mbi 80% të saj.

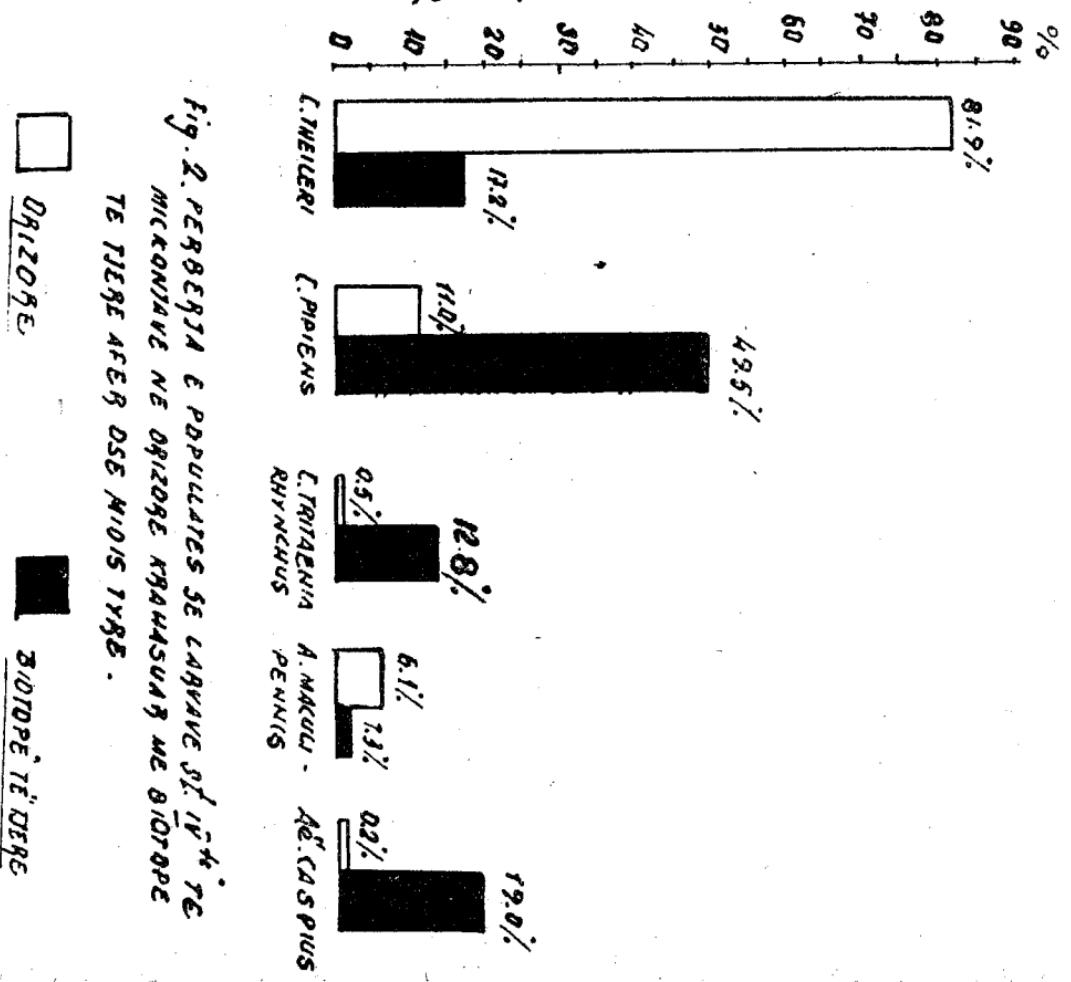
2) Fauna e anofelineve në zonat e orizoreve, që furnizohen me ujë të qartë të lumërive me shtrat zallor, përbëhet nga *A. maculipennis* dhike *A. superpictus*, kurse ajo e zonave të tjera fushore nga *A. maculipennis*.

3) Në zonat e orizoreve, përbërsi kryesor i grupit «maculipennis» eshtë *A. m. maculipennis*, i cili përbën 90,9% të materialit të determinuar, por edhe *A. sacharovi* mund të arrijë vlera të larta të dendësisë relative, në zonat bregdetare.

4) Prania e një populatë të tillë anofelelesh përbën një rrezik të madh potential përsa i përkret rihyrries së malarjes nga raste të importuarat.

Dorëzuar në Redaksi më 15.IX.1974.

(+) Trajtimi u bë gabimisht nga punëtori i QSE, në vend të disa afroreve të tjera lidhur me provat e ndjeshmërisë të *A. maculipennis* ndaj insekticidave.



BIBLIOGRAFIA

- 1) Alessandrini G.: Lo studio biologico della risaia (në Giardino G. e bp.: La riscoltura e la malaria nelle zone tristicole d'Italia). Roma, 1925.
- 2) Astita A.: Malaria në Shqipëri. Tiranë, 1961.
- 3) Drejtoria e Statistikës e RPSH: Vjetari statistikor i vitit 1971 - 1972. Tiranë, 1973.
- 4) Montchadskij A. S.: Lijenki krovososushcii komarov. M. L. 1951.
- 5) Sehitkakberg A. A.: Krovososushcii komari. Leningrad, 1937.
- 6) Semashkina T. V., Jozhova A. D.: O kolebanijah gislenosti Anopheles maculipennis messeae Faller. V zone viklinivanija podpora kujbishevskovo vodohra-

- ničšča na Volge (Guvajskaja ASSR) za 15 let evo sugestrovanija (1957-1972).
- Medicinskaja Parazitologija 1973, XLII, 5, 592.
- 712.
- 8) Štefanava SH. G.: Vostanovlenie čislenosti populacii komarov An. maculipennis poslie likvidacii maljarii v Abhazii. Medicinskaja Parazitologija 1972, XLI, 6.
- 9) Simonidhi S.: Malaria ne Shqipéri e masa pér paksim tě sajë. Vlorë, 1926.
- 10) Uliteeva A. V.: Risovje polja kak anofelogenne vodojomi, ih znachenje v epidemiologiji maljarii i meroprijetija po ih dezanofelizaciji. (Soobshchenie 1). Trudi Yzbejkanskogo Instituta Maljarii v Medicinskoj Parazitologii 1956, II, 129.
- 11) Uliteeva A. V.: Risovje polja kak anofelogenne vodojomi, ih znachenje v epidemiologiji maljarii i meroprijetija po ih dezanofelizaciji (Soobshchenie 2). Trudi Yzbejk. Instituta Maljarii Med. Parazitol. 1958, III, 281.
- 12) Voljanaska E. A., Fufran G. S.: Maljarogennaja karakteristika Odeskoj oblasti v svjazi s vozmožnostju zavoda vozбудitelja maljarii. Medicinskaja parazitologija 1972, XII, 1, 11.

Summary

MOSQUITOES IN RICE FIELDS

Larva of mosquitoes (Culicidae) were collected from rice fields in 18 zones of rice cultivation and the identification was made of 11 species of mosquitoes: *Anopheles maculipennis*, *A. hyrcanus*, *A. algeriensis*, *A. superpictus*, *Culex apicalis*, *C. horvensis*, *C. pipiens*, *C. theileri*, *C. trixaeniorhynchus*, *Aedes* and *Uranotaenia unguiculata*.

More numerous were *C. theileri* and *A. maculipennis*. All these species were found in the rice fields where the material was collected. As regards the density *C. theileri*, which occupies the first place, it attains 81,9% of the entire material; its mean density was 130 larvae of the fourth stage per m² and the maximum density reached 412 larvae per m². In some cases the density of *C. pipiens* reached very high levels.

A. superpictus was found in the rice fields that were irrigated from limpid mountain rivers.

The larvae population of the other biotopes (water holes, canals etc.) differs from that of the rice fields. Prevalent were *C. pipiens* (49,6%) and *C. theileri* (17,2%).

Despite the considerable density of the larvae of *C. theileri* in the rice fields, rarely adults of the species were found in stables and human habitations.

In a certain stable (dairy), on 29 june 1973 were found 326 adult *A. maculipennis* per m² of the ceiling, whereas on 17 august 1973 their number was much superior.

Of 2,621 batches of eggs deposited by adult *A. maculipennis* and found in the rice zones, 99,9% resulted *A. maculipennis*, 1,3% *A. m. subalpinus* and 7,8% *A. sacharovi*.

LES MOUSTIQUES DES RIZIERES

Des larves des moustiques (Culicidae) ont été recueillies dans les rizières de 18 zones de culture du riz et il en a été identifié 11 espèces de moustiques: *Anopheles maculipennis*, *A. Hyrcanus*, *A. algeriensis*, *A. superpictus*, *Culex apicalis*,

C. hortensis, *C. pipiens*, *C. theilari*, *C. tritaeniorhynchus*, *Aedes capius* et *Ura-notaenia Unguiculata*.

Les plus répandus sont le *C. theilari* et le *A. maculipennis*. Ceux-ci ont été trouvés dans toutes les rizières des matériaux ont été recueillis. En ce qui concerne leur densité, le *C. theilari* occupe la première place et constitue 81,9% des matériaux recueillis; la densité moyenne a été de, 130 larves du quatrième stade par m², et la densité maxima a atteint 412 larves par m². Dans certains cas, la **densité du *C. pipiens*** a aussi atteint des valeurs assez élevées.

La *A. superpictus* a été trouvé dans les rizières qui sont approvisionnées d'eaux claires de rivières montagneuses.

La population larvaire des autres biotops (fosses, canaux) proches des rizières diffère de celle de ces dernières. Il y prédomine le *C. pipiens* (46,96%) et le *C. theilari* (17,2%).

Malgré la densité élevée de larves de *C. theilari* dans les rizières, on a rarement trouvé de ces moustiques adultes abrités dans les habitations ou dans les étables.

Dans une étable il a été trouvé, le 29.VI.1973, 326 *A. maculipennis* adultes par m² de surface de plafond et, le 17.VII.1973, leur nombre s'était considérablement accru.

Sur 2.621 pointes d'oeufs d'*A. maculipennis* adultes recueillies dans des zones de rizières, 90,9% ont résulté être des *A. Maculipennis*, 1,3% des *A. m. subalpini* et 7,8% des *A. Scharovi*.

K U M T E S A

STAPEDEKTOMITE E PARA NË VENDIN TONE

— ANESTI BOÇKA —

(Klinika e ORL, Spitali klinik nr. 1 — Tiranë)

Otoskleroza është një sëmundje distrofike e kapsulës labirintike, që karakterizohet me shfaqjen e vatrave otospongioze në strukturën e kap-sulës kockore të labirintit. Këto vatra janë të vendosura më shpesh në dritaren ovale, gjë që shpjegon dhe klinikën e kësaj sëmundjeje. Kështu përhapja e tyre në artikulacionin stapodovestibular dhe, më vonë, anklizimi i tij, çojnë në fillim në një shurdhim të tipit transmisiv, që më vonë kthehet në një shurdhim të përzjerë për shkak të përhapjes sekondare të dëmtimeve në kokle (1, 4, 5, 8).

Etiopatogjeneza e otosklerozës ende nuk është sclaruar përfundimisht. Mendohet se në zhvillimin e saj ndikon trashëgimia, çrrëgullimet hormonale etj. (5,8).

Klinika e otosklerozës njihet mirë dhe diagnoza e saj përcaktohet me përpikmëri me anën e audiometrisë. Simptomi i saj kryesor është shurdhimi, që fillon nga njëri vesh dhe, më vonë, kalon edhe në tjetrin. Zakonisht zhurma i paraprin uljes së dëgjimit. Të sëmurët nuk kanë anamneze ottikë. Kuadri i tyre otoskopik është normal. Nganjëherë konstatohet simptom i Shvarcitt (1, 5, 6).

Ekzaminimet me kaimerton japid një Rinne negativ, Weber të laterализuar në veshin që ka dëmtimë më të mëdha dhe provat e Bingut, Zhelesë dhe të Levis negativ.

Audiometria përcakton me përpikmëri shkallën e dëmtimit të dëgjimit. Në bazë të studimit të kurbave audiometrike, autorë të ndryshëm (5) dallojnë stade të ndryshme dëmtimesh. Në kësë punim, ne i jemi përmbytjor klasifikimit të kurbave audiometrike sipas Xhjuër dhe Shambo (cituar nga 8), të cilët i ndajnë në katër stade.

Përsa i përket mjekimit, e vetmja shpresë e këtyre të sëmurëve me otospongiozë është kirurgjia, e cila, në këto dy dekadat e fundit, ka marrë një hov të madh si pasojë e përparimit të fizikës optike, të zbulimit të antibiotikëve si edhe e njohjes më të mirë të fiziopatologjisë së veshit. Kjo kirurgji synon që të krijojë një dritare të re ose të rivendosë funksionin e dritares ovale, të sigurojë transmetimin e mirë të valëve të tingujve, nëpërmjet kësaj dritareje në labirint dhe të garantojë vazdueshmërinë e funksionimit të këtij sistemi (2, 3, 8).

Historia e përpjekjeve për mjekimin kirurgjikal të kësaj sëmundjeje është e gjatë. Të shuma janë disfatat e saj, por viti 1952 shënoi fillimin e një etape të re me operacionin e mobilizimit të stapesit nga Rosen.

(cituar nga 5). Kështu u bë e mundur kryerja e teknikave të shunta të stapedektomive të pjeshtme dhe të përgjithshme dhe zgjidhja me sukses e rikthimit të dëgjimit te këta të sëmure, që deri atëherë ishin të detyruar të vuajn nga shurdhimi.

Të entuziasmuar nga këto suksese të kirurgjisë funksionale, të arritura në botë, i caktuan vetes detyrën që ta njohim këtë kirurgji, ta eksperimentojmë në kufoma dhe, brenda kushteve e mundësive tona, ta përvetësojmë atë për tu ardhur në ndihmë të sëmureve me këtë patologji.

Eksperimentet tona i filluan në vitin 1964 me një mikroskop operator jo shumë të përsosur dhe me instrumenta të produhuara në ndërmarrjen e prodhimeve të konsumit të gjërë në Tiranë. Më vonë, me ndihmën e Ministrisë së Shëndetësisë u siguruan instrumentat e duhura për këto ndërryje të imta si dhe mikroskopi operator në vitin 1971. Eksperimentimi në kufoma vazhdoi gjër në vitin 1971.

Gjatë kësaj periudhe janë bërë rrëth 100 stapedektoni në kufoma sipas metodës së stapedektomisë me interpozicion venoz me protezë polietileni (mënyra e J. Shea-s), si edhe metodës së stapedektomisë totale sipas Shuhneht (cituar nga 6).

Këto eksperimente na dhanë mundësinë të adaptohemi mirë me mikroskopin operator në anatominë mikroskopike të veshit të mesëm, të fitojmë shprehjtë që të punojmë me mikroskop dhe të përvetësojmë këto metoda operatore.

Operacioni i parë u krye më 26 nëntor 1971 për nder të Kongresit të VI të PPSH dhe në prag të festave të 28-29 nëntorit. Qysh prej asaj koheri në fund të vitit 1974 janë kryer mbi 300 operacione të tillë, me rezultate mjaft të kënaqshme, që krahasohen me ato të përmëndura në literaturën botërore.

Në këtë punim do të paraqesim gjashhtë operacionet e para që kemi kryer në klinikën tonë, sipas metodës së stapedektomisë totale të Shuhnehit.

1) I sëmuri O. M., vjeç 23, këpuçar, shtruar më datë 8.XI.1971 me otosklerosis auris bilateralis, më të theksuar në anën e djathë Tipi II-III djathas me nr. kartele 8206.

Në shtrir, i sëmuri ankon për zhurnë (sikur bie shi) dhe ulje dëgjimi në të dy veshët, sidomos më të theksuar djathas. Sëmundja i ka filuar tre-katër vjet më parë dhe me kalimin e kohës u rendua. Në otoskopji normale, Tubat e Eustakit të lira me Valsalva. Akumetria instrumentale ve në dukje Rinne negativ në të dy veshjet, Weber lateralizohet djathas, Gelle negativ nga të dy anët.

Audiograma e datës 21.XI.1971 zbuloi një ulje të dëgjimit të tipit transmisiv, Tipi i II-III, më i theksuar djathas. Më datë 26.XI.1971 bëhet stapedektonia totale djathas sipas Schuhnehtit. Gjatë operacionit u vurre se vatra otosklerotike ishte vendosur për rrëth dritates ovale. Me vendosjen e protezës, i sëmuri pati përmirësim dëgjimi (si në mikrofon). Nuk pati parallëzë faciale dhe fenomene vestibulare. Periudha pas operacionit ishte e qetë. I sëmuri doli nga spitali ditën e 13 pas operacionit. Në dalje dëgjon mirë.

Akumetria instrumentale në dalje: Rinne veshi i djathëtë u bë pozitiv dhe Weberi ndroi drejtim (lateralizohet majtas). Nga ana e djathës Gelle u bë pozitiv. Audiometria e bërë në dalje dhe pas një viti e gjysmë

vunë në dukje një përmirësim të theksuar të dëgjimit (përputhje e plotë e dy kurbave kockore dhe ajrore). Përfitimi i pragut ajror deri në 4.000 hz., në 30-50 db. Mbi 4000 hz.: 20-5 db.

2) E sëmura P. J., vjeç 38, e martuar, gjeologe, shtruar më 13 dhjetor 1971, me **otosclerosis auris bilateralis**, tipi i II, më e theksuar djathas, me nr. kartele 9195.

Ankor për shurdhim të veshit të djathët dhe ulje të dëgjimit të theksuar majtas. Ulja e dëgjimit i filloj para 6-7 vjetësh dhe i është rënduar me kohë. Ka **paracusis Willisi**. Otoskopia rezultoi normale. Tubat e Eustakit të lira me Valsalva.

Akumetria instrumentale vuri në dukje: Rinne negativ në të dy veshët, Weber lateralizohet djathas dhe Gelle negativ në të dy anët. Audiometria e datës 6.IX.1971 tregoi një hipoakusi transmetive të tipit II, më e theksuar djathas.

Operacioni i datës 17. XII. 1971 i tipit të stapedektomisë totale, si-

polin e përparmë të dritares ovale.

Në dalje, ditën e tretë pas operacionit, akumetria jep: Rinne djathas pozitiv, ndërsa majtas negativ. Weber lateralizohet majtas. Gelle djathas bëhet pozitiv. Audiograma, e bërë në dalje dhe pas një viti e gjysmë pasi dolli nga spitali, paraqet përputhje të dy kurbave ajrore dhe kockore në veshin e djathit. Rinne audiometrike bëhet pozitive. Ka pasur përfitim audiometrik për të gjitha frekuencat edhe 4000 e 8000 hz. në masën 40-45 db.

3) E sëmura A.M., 19 vjece, e pamartuar, kooperativiste, shtrosuar djathas, tipi i II-III, me numër kartele 10304.

Ankon për zhurmë në veshë dhe ulje dëgjimi më të theksuar djath-

tas qysh prej katër vjetësh.

Otoskopja: membranat e timpanit pak të turbullta, me pikë orintuese të ruajtura dhe të lëvizshme. Tubat e Eustakit të lira me Val-

salva.

Akumetria instrumentale jep: Rinne negativ në të dy veshët, We-

ber lateralizohet djathas dhe Gelle negativ në të dy anët.

Audiometria e datës 6.XII.1971: hipoakusi transmesive në të dy ve-

shët, më e theksuar djathas e tipit të II-III.

Operacioni i datës 15.XII.1971: stapedekomi totale e veshit të djath-
të. Në operacion, vatra otosklerotike është e vendosur për rrëthë drita-
res ovale, sidomos në polin anterior të saj. Ditën e shtatë dha një otit të
mesëm akut purulent. U mjekua me antibiotikoterapi të përgjithshme e
lokale si dhe aspirim të sekrecioneve nga kanali. Dolli nga spitali një
muaj pas operacionit.

Në dalje, akumetria instrumentale jep: Rinne pozitiv djathas. We-
ber lateralizohet majtas. Gelle djathas pozitiv.

Audiometria e datës 15.III.1972 dhe pas një viti japin një përfitim
të kurbës ajrore deri në 2000 hz. në masën 40-60 db., ndërsa përfre-
kuencat 4000 dhe 8000 hz. në masën 30 db.

4) I sëmuri A.L., vjeç 36, elektroautoteknik (punë me zhurmë), i

martuar, i shtruar më 3.I.1972 me otsclerosis auris **bilateralis** tipi i III, më i theksuar majtas, me nr. kartele 27. Ankon për zhurmë dhe shurdhim në të dy veshët, por më shumë majtas, që i kanë filluar para dhjetë vjetësh, duke u shtuar progresivisht. Ka parakuzi të Willist.

Otoskopia normale. Simptomi Schwarze pozitiv në të dy veshët. Kalsnesnëria e tubave të Eustakit e mirë në të dy veshët me Valsalva. Akumetria instrumentale jep: Rinne negativ. Weber i centralizuar. Gjelle negativ në të dy anët. Audiometria e datës 4.I.1972 hipokausi transmetive bilaterale e tipit të II më e theksuar majtas. Operacioni i datës 6.II.1972 (stapedektomi totale nga ana e djathtë). Vatra otosklerotike ndodhet në pjesën e përparshme të dritares ovale. Membrana e timpanit normalizohet ditën e 14.

Akumetria instrumentale në dalje jep: Rinne djalthas negativ dhe majtas pozitiv. Weber lateralizohet djathtas. Gjelle bëhet pozitiv majtas.

Audiometria pas një viti (10.I.1973): të dy kurbat përputhen plotësisht, përfitimi audiometrik deri në 2000 hz. nga 30-40 db., ndërsa në 4000 hz. 20 db.

5) Pacientja B. Dh., vjeç 30, rrobaqepëse, e martuar. Shtrohet në spital më 5 janar 1972 me **otosclerosis bilateralis**, më e theksuar majtas dhe **otitis chronica adhesiva sinistra**. Ankon për zhurmë dhe shurdhim në të dy veshët. Ka parakusi Willisi. Sémundja i ka filluar para 12 vjetësh me zhurmë dhe ulje dégjimi nga ana e veshit të majtë dhe para pesë vjetësh edhe nga veshi i djathtë. Ka katër fëmijë edhe dy dështime. Lindja e tretë rëndoi uljen e dégjimit.

Otoskopja: Membrana e timpanit të djathtë normale, ndërsa e majta me një cikatrice në qendër. Lëvizzhësnëria e të dy membranave e mirë. Kalueshmëria e tubave të Eustakit e mirë me Valsalva.

Akumetria instrumentale jep: Rinne negativ në të dy veshët. Weber lateralizohet në veshin e majtë. Gjelle negativ në të dy anët. Audiometria e bërë në 4 janar 1972 jep ulje të dégjimit të tipit të përzjere në të dy veshët, më e theksuar majtas, tipi i III.

Operacioni: stapedektomi totale e veshit të majtë. Vatra otoskopioze ndodhet në pjesën e përparshme të dritares ovale. Membrana normalizohet ditën e 13. Në dalje akumetria instrumentale jep: Rinne pozitiv majtas, Weber lateralizohet djathtas. Gjelle pozitiv majtas. Audiometria e datës 8 mars 1972 ve në dukje një afirim të plotë të dy kurbave dhe një përfitim audiometrik në frekuencat deri në 4000 hz. 30-45 db.

6) E sëmura M.M., 56 vjeç, shtruar më 3 janar 1972 me **otosclerosis auris bilateralis**, tipi i IV, më i theksuar majtas, me nr. kartele 29. Ankon: zhurmë dhe shurdhim në të dy veshët. Sëmundja i ka filluar para 25 vjetësh nga veshi i majtë dhe pas dy vjetësh edhe nga i djathtë. Pas lindjes së dytë, gjendja keqësitet.

Otoskopia: membranat timpanike pak të turbullta dhe me pikë orintuese jo fort të shprehura. Ato janë të lëvizshme. Simptomi i Schwartzes pozitiv në të dy veshët. Tubat auditive të lira me Valsalva.

Akumetria instrumentale jep: Rinne negativ në të dy veshët. Weber negativ në të dy anët. Audiometria e datës 4 janar

nar 1972 jep një kurbë të dëmtimit të dëgjimit të tipit të përzjerë, të tipit të IV, po më të theksuar majtas.

Operacioni i 12 janarit 1972: stapedektomi totale nga ana e majtë. Vatra otospongioze kap gjithë bazën e stapesit në formë shkëmbi (forma obliterative). Në ditën e 14, membrana normalizohet plotësisht.

Në dalje akumetria jep: Rinne pozitiv majtas. Weber me kamertonin 128 lateralizohet diatitas që me 512 është i centruar. Gelle është pozitiv majtas. Audiometria e datës 20 mars 1972 ve në dukje përputhje pothuajse të plotë të dy kurbave, Rinne audiometrik pozitiv majtas. Përfitimi audiometrik i kurbës ajrore të veshit të majtë për frekuencat deri në 1000 hz. është 40-50 db., ndërsa në 2000 hz. 15 db.

Si përfundim mund të themi se nga gjashtë të sëmurrët, që parqitën në këtë studim, katër janë femra dhe dy meshkuj. Në bazë të analinezas, në tre raste, që patologji ka filluar në moshën 20-30 vjeç. Vatra otospongioze në kurse tek tre të tjerët në moshën 20-30 vjeç. Vatra otospongioze në katër raste ka qenë e vendosur në polin anterior të dritares ovale, tek njëri për rrëth kësaj dritareje dhe sidomos në polin anterior të saj, ndërsa tek një ka qenë i vendosur rmbi bazën e stapesit në formën e një mavisë (shkëmbi), që ngushton dhe vlefë dritaren.

Kuptohet pra, se me këto raste nuk mund të nxirret ndonjë konkluzion për problemet që u thanë më lart. Megjithatë duhet thënë se ndërhyrja kirurgjikale (stapedektomi totale sipas Shuhnehtit), në gjashtë rastet e përmendura, ka dhënë rezultate shumë të mira, pavarësisht nga stadi i vatrës otospongioze, vjetërsisë së patologjisë si dhe të tipit auditometrik. Në të gjitha rastet rezulton se kurba e transmetimit ajror i është afruar asaj kockore, duke u puqur me të plotësish dhe përfitimi auditometrik, në të gjitha rastet, është i dukshëm.

Prova Rinne, në të gjitha rastet, është bërrë pozitiv në veshin e operuar, ndërsa prova Weber është lateralizuar në të gjitha rastet në anën e kundërtë, domethënë në veshin e paoperuar.

Këto rezultate, si ato të më se 300 stapedektomive të tjera, të kryera në klinikën tonë, flasin qartë se problemi i otosklerozës tek ne ka gjetur tashmë rrugën e drejtë të zgjidhjes së tij. Nga ana tjetër, vënia në jetë e këtyre operacioneve hap një etapë të re në mëjekimin kirurgjikal të veshit tek ne, atë të kirurgjisë funksionale të tij, kirurgji i cili e kryer nën mikroskop.

Dorëzuar në Redaksi më 25. I. 1975

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aubry M. et coll.: Chirurgie cervico — faciale et Oto-rhinolaryngologique. Masson Paris 1966, 788.
- 2) Bartalena G.: Risultati della chirurgia dell'otosclerosi nella clinica ORL di Pisa. Boll. Mal. Orecch 1967, 84, 45, 403.
- 3) Charanchon R.: Progrès en chirurgie de l'oreille. Journal français Oto-rhino-laryngologie 1972 21, 3, 259.

4) Deutsch H. J.: Correlation of otosclerosis of crura and Footplate. Arch. Otolaryng 1967, 86, 2, 158.

5) Hilov K. L., Preobrazhenski N. A.: Otoskleroz, Izdatelstvo «Medicina» 1965.

6) Portman G.: Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique. Masson-Paris 1962, I, 396.

7) Sudaka, J., Lecolier Ph.: Les résultats de la chirurgie stapedienne dans les grands surdités par otospongiosse. Ann. Oto-laryng. Paris 1967, 84, 7-8, 539.

8) Truffert P.: Oto — rhino — laryngologie. Éditions médicales Flammarion 1969, 442.

Summary

STAPEDECTOMY IN THE TREATMENT OF OTOSCLEROSIS

The operation of stapedectomy according to the method of Schucknecht was introduced in this country for the treatment of otosclerosis. The early results and the follow-up one and two years later were satisfactory. The Rinne test on the operated ear became positive and the Weber test is being lateralized on the opposite ear; the air conduction curbs of the operated ear had become almost identical with the bone conductivity curbs in the six cases analyzed by the author.

The paper presents a summarized analysis of the characteristics of the disease, of the operation and of its results on the first six cases operated at the ORL clinic of the Nr 1 Hospital of Tirana.

Résumé

LES PREMIÈRES STAPEDECTOMIES DANS NOTRE PAYS

L'auteur traite de la première opération de stapedectomie effectuée dans le traitement de l'otosclérose selon la méthode de Schucknecht dans notre pays. Les premiers résultats ainsi que l'évolution post-opératoire dans les deux années successives ont été satisfaisants. Le test Rinne sur l'oreille opérée s'est révélé positif et le test Weber se latéralise sur l'oreille opposée. Les courbes aérières de l'oreille opérée se sont presque complètement rapprochées des courbes osseuses dans les six cas analysés par l'auteur.

L'article donne une brève analyse des particularités, de l'affection, de l'opération ainsi que des résultats post-opératoires dans les six premiers cas opérés à la clinique de l'hôpital nr. 1 de Tirana.

R e k o m a n d i m e p e r a u t o r e t

1) Mbi përmbylljen dhe paraqitjen e artikullit:

a) Titulli i artikullit duhet të jetë i shkurtër, nën titullin duhet të vihet emri i autorit dhe nën këtë, dendra e punës ose katedra, drejtori i Institutit ose shenjat e katedrës.

Artikulli duhet të fillojë me një hyrje të shkurtër nga literatura, që nuk duhet të kalojë një faqe, pastaj vazhdon me ekspozimin e materialit, ose metodikave të përdorura, me paraditën e rezultateve dhe me diskutimin e tyre, duke bërë krahasim, në rast se janë të nevojshme, me rezultatet e autorëve të tjere, bri të cilive do të vihet emri ose numri rendor i bibliografisë, i mbuluar në klapa. Në fund të artikullit vijen konkluzionet (në rast se ka), që dalin si rezultat logjik i punës origjinale.

Bashkë me artikullin, autorit duhet të dërgojë një përbledhje të shkurtër të lindes së trajtar rrëth 15-20 reshtë, që i nevojitet redaksisë për ta përkthyer në anglisht dhe frëngjisht. Në këtë përbledhje të dalë thebi i artikullit, ajo që i intereson të dije lëxuesi i huaj.

b) Artikulli duhet të jetë i redaktuar nga ana gjuhësore. Aty ku ka mundësi, autorit duhet të shqipërojë terminologjinë teknike. Fjalët latine shkrohen originale dhe të nënizuar.

c) Artikulli dërgohet në redaksi i daktigrafuar në tri kopie, i shkruar vetëm duhet të dërgohen të vizatuara me bojë kine të zezë në letër transparente. Diagramat

d) Artikulli duhet të shoqërohet me një shkresë, me anën e së cilës, drejtuesi i qendrës se punës, apo pëngjegjësi i katedrës aprovon botimin e artikullit.

2) Mbi bibliografinë. — Redaksia nuk pranon asnjë artikull pa citimin e plotë të literaturës dokumentuese. Në faqet e artikullit, literatura shënohet me mbiemrin e autorit ose me numra, të cilët i referohen bibliografisë, që vihet në fund të artikullit me këto të dhëna:

a) Për traktatet dhe monografi shënohet mbiemri dhe gërrma fillestare e emrit të autorit, titulli i artikullit (në gjithë origjinalit, emri i revistës i plotë, vendi i botimit, viti, numri dhe faqja).

c) Për autorët që përmënden në artikujt, të cilët autorit i artikullit nuk i kamrë drejtspërdrejt nga originali, por nga bërume të tjera, nuk është nevoja e shënimt të tyre në bibliografi, por në artikull të shënohet bri emrit të tij nga kush citohet nga që janë shënuar në bibliografi.

3) Mbi disa të drejta të redaksisë. — Redaksia i rezervon vetes të drejtën e ko-rektimeve nga ana gjithasore dhe terminologjikë, pa qënë nevoja e marries së pëlgjimit të autorit, të drejtën e përcaktimit të radhës së botimit si dhe rregullimin përfundimtar të artikullit për botim.

4) Shënim: Artikujt dë nuk respektojnë kërkkesat e mësiperme u kthehen auto-rëve për plotësim pa u marrë në shqyrtim nga ana e redaksisë.



Pasqyra nr. 1

Mosha në ekzamini- vjet	Titri i seruminjt							Titri mesatar gjeometrik		
	0	:2	:4	:8	:16	:32	:64			
25-40	70	—	—	1	6	26	18	17	2	:26

II. — Në pasqyrën 2 paraqitet niveli i imunititetit një muaj dhe dhjetë muaj pas vaksinimit në një grup prej 69 fëmijësh të vaksinuar në moshën 9-12 muajsh. Këta janë fëmijë normalë të vaksinuar në moshën që konsiderohet më e përshtatshme për vaksinim. Nga pasqyra shihet se një muaj pas vaksinimit, titri mesatar gjeometrik i tyre arrin 13 dhe pas dhjetë muajsh bie në 10.6. Sipas Peterson J. (1972), një vit pas vaksinimit, niveli i antikorpeve bie përgjysmë, kjo ulje nuk është e madhe dhe ne kemi përshtypjen se kjo gjendet gjithë shumicën e fëmijëve tanë dhe, se pas vitiit të parë, rënia e titrit të antikorpeve bëhet menjdalë, sepse edhe pas pesë vjetësh, fëmijët e vaksinuar kanë një nivel imuniteti të mjaftueshëm përmbrrojtje.(5).

Këtu mund të shtojmë se si titri mbrojtjes i një niveli të ulët nga fruthi natyral konsiderohet titri 1.2.

Pasqyra nr. 2

Mosha në muaj	Titri i seruminjt							Titri mesatar gjeometrik	
	nr. i ekza- minimeve dhe koha	0	:2	:4	:8	:16	:32	:64	:128
9 - 12 muaj pas vaksinimit	69, një	—	1	4	24	29	7	4	— : 13

19 - 21 muaj pas vaksinimit	69, dhjetë muaj pas vaksinimit	—	2	4	30	29	4	—	— : 10.6

Titri i seruminjt

Pasqyra nr. 3

Nr. i ekza- minimeve	Titri i seruminjt							Titri mesatar gjeometrik
	0	:2	:4	:8	:16	:32	:64	
174 para rivaksinimit	88	20	2	31	19	9	5	— : 2,7

174 një muaj pas rivaksinji-	—	—	13	48	47	20	9	—	:13

III. — Në pasqyrën 3 kemi një grup prej 174 fëmijësh të vaksinuar në moshe 3-6 muajsh (me datëlinje prej nëntor 1970 deri në shkurt 1971 dhe të vaksinuar në Prill 1971) dhe të rivaksinuar në prill të vitit 1973, pra pas dy vjetësh. Kontrolli i tyre u bë para rivaksinimit dhe një muaj pas rivaksinimit kur gjetëm vetëm 137 prej tyre. Ky grup është interesant, sepse përfshin mosha jo të përshtatshme për vaksinim, mosha që janë të mbrojtura në sajë të antikorpeve kongjentiale, por dhe që nuk i përgjigjen vaksinimit me sero konversion dhe titër të mirë antikorpes. Sikurse shihet në pasqyrën, rreth gjysma e tyre nuk kanë antikorpe (titër zero) dy vjet pas vaksinimit dhe titri mesatar gjemetric i gjithë grupit është 2.7. Pas rivaksinimit, titri mesatar gjemetric rritet në 13 dhe asnjë nga fëmijët nuk ka titër më të ulët se 1:4. Në ekzaminimin individual të këtij grupei vihat re se rivaksinimi dha rritje të titrit të antikorpeve tek fëmijët, që para vaksinimit kishin pasur titër zero, 1:2 dhe 1:4, kurse tek fëmijët, që kishin pasur titër 1:8 dhe më të lartë, rivaksinimi nuk bëri asnjë efekt dhe ata mbeten me titrin që kishin pasur më përpara.

IV. — Së fundi në pasqyrën 4 paraqitet një grup fëmijësh (44) të vaksinuar në vitin 1968, të rivaksinuar në Nëndor 1970 dhe të kontrolluar në Qershor 1971, sic shihet nga pasqyra. Këta fëmijë rezultuan të mbrojtur që të gjithë dëme me titër mesatar gjemetric 17.1 pas rivaksinimit, titrë shumë i mirë përësia i përket mbrojtjes nga fruthi natyral.

Pasqyra nr. 4

Nr. i ekzaminave	Titri i serumin							Titri mesatar gjemetric	
	0	:2	:4	:8	:16	:32	:64		
44	—	—	4	8	15	14	3	—	17.1

Nga këto studime shihet se në të vaksinuarit, imuniteti gjendron rrreth 4-5 vjet dhe pastaj bie nën nivelin e mjattueshëm për mbrojtjen dhe se për të vazduhar mbrojtjen duhet të bëhet rivaksinimi.

Por ulja e titrit nuk ndodh një lloj në të gjithë të vaksinuarit; disa të humbasin titrin më shpejt disa më vonë. Nga studimi ynë del se për të pasur efekt, rivaksinimi duhet të bëhet në një kohë kur antikorpet janë zhdukur krejtësisht ose kanë zbritur të paktën në titër 1:2 ose 1:4. Si do të caktohet afati që do të jetë më i përshtatshëm për vaksinim, mbetet një problem që do të zgjidhet nga studimet e mëtejshme.

Studime nevojiten edhe për të vlerësuar gjendjen imunitare të populisë nga dy pikëpamje: si kontroll i vaksinimit që kryhet sistematikisht në rrethet e ndryshme dëme nga pikëpamja e rezikut epidemiologjik të hyrjes dëme të përhapjes së fruthit. Në rast se psh. në populisi rezulton e mbrojtur një përqindje e mirë e sajë, por kjo mbrojtje është e një niveli të ulët minimal (1:2 ose 1:4), kjo mbrojtje duhet të quhet e pa-njafueshme, sepse humbet shpejt. Këto studime duhet të bëhen në të gjitha rrethet, sepse nga sondimet që kemi bërë deri tani, na ka rezultuar se niveli i mbrojtjes në grupe fëmijash, në rrethe të ndryshme.

paraqit ndryshime të mëdha, se në disa rrethe rezultojnë të mbrojtur më pak se 60% të fëmijve. Në këto rrethe, si pasojë e vaksinimit të tyre të keq apo i humbjes tepër shpejt të imunitetit, për kushtet e vendit tonë. paraqitet një gjendje e rrezikshme nga ana epidemiologjike qoftë duhet të marrin masa goftë duke foruar punën e vaksinimit, qoftë duke imponuar rivaksinimin.

Dorëzuar në redaksi më 30 tetor 1974.

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

- 1) Chu Fu Tang e coll.: Studies on active immunization agenst measles in Ew China. Simpozium Pekin 1964.
- 2) Katz S.L. e coll.: Viral and rickettsial infections of man. Edited dy Horsfall and Tamm. Philadelphia 1965, 784.
- 4) Korevih Vaksin Doklad nauqnoj grupi V.O.Z. Geneva 1964.
- 4) Measles vaccination: Raport on a working grup. Algeries 25-29 April 1972.
- 5) Ngjela V., Papajani K.: Karakteristikat e epidemisë së fruthit të vitit 1970-1971 në R.P. të Shqipërisë në një popullatë të imunizuar me anën e vaksinës. Buletini i U.S.H.T. — seria shkencat mjekësor 1971, 2, 9.
- 6) Peterson I.: The measles in countries of the W.H.O. European region. Measles Vaccination 1972, 23.
- 7) Schaffner W.: Clinical epidemiology of sporadic measles in a highly immunized population the New England. Journal of Medicina 1968, 12, 27.
- 8) Weekly epidemiological record 1971, 18, 30 April.
- 9) Weekly epidemiological record 1971, 13, 26 March.

S u m m a r y

PROBLEMS OF MEASLES REVACCINATION

The successful mass vaccination of about 900,000 susceptibles in 1970-71 and the subsequent systematic yearly vaccination of children who reach the age of 9 months have created in this country a situation in which more than half of the population is protected against measles only by vaccination (the rest have had measles), and during the last five years there has been no circulation of natural virus.

In this situation, the opportuneness of re-vaccination arises as a natural question, since little is known about the permanence of the protection conferred by a single dose of vaccine.

In a series of trials the authors found that:

1. Of 70 persons who have experienced measles in 1954-55, all had sufficiently high protective titre of measles antibodies and the mean geometric titre was 1:26.
2. In 69 children, who prior to vaccination had no measles antibodies, one month after vaccination the mean titre was 1:13 and one year later had fallen only to 1:10.6.
3. In a group of 174 children, to whom vaccination in 1970 had given an insufficient degree of protection (half of them had no antibodies and the mean titre was only 1:27), re-vaccination in 1973 raised the titre to an average of 1:13. The individual analysis of these cases showed that a rise of the titre was obtained only

in those children who had had a titre inferior to 1:4 before revaccination. In children with titres over 1:8 re-vaccination produced no significant change.

4. In 44 children vaccinated in 1968 and re-vaccinated in 1970, the mean titre of antibodies in 1971 was 1:17.1, i. e. considerably higher than in those vaccinated with a single dose of vaccine (1:10.6).

From these findings, which must be confirmed by further investigations, it can be deduced that re-vaccination, if decided upon, should be timed very carefully: neither too early, which would jeopardize its effect, nor too late, which would expose the children to natural measles infection.

R é s u m é

PROBLÈMES DE LA REVACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE

L'immunisation réussie, en 1970-71, d'environ 900 000 personnes susceptibles et la subséquente vaccination annuelle des enfants, à partir de l'âge de 9 mois, ont contribué dans le pays à une situation, où plus de la moitié de la population est déjà protégée de la rougeole par la seule vaccination (le reste en a été contaminée) et, au cours des 5 dernières années, il n'y a pas eu de circulation naturelle du virus. La situation étant telle, la question de la revaccination se pose encore, étant donné qu'on ne connaît pas bien la durée de protection obtenue par une seule dose de vaccin.

Par une série d'expériences, les auteurs ont constaté:

- 1) De 70 personnes ayant eu la rougeole en 1954-55, toutes étaient pourvues d'un titre suffisant d'anticorps protecteurs, la moyenne géométrique étant de 1:26.
- 2) De 69 enfants, n'étant pas avant leur vaccination pourvus d'anticorps contre la rougeole, le titre moyen, à la suite de leur vaccination, était de 1:13, et, un an après il ne s'était réduit qu'à 1:10.6.
- 3) Chez un groupe de 178 enfants, auxquels la vaccination n'avait apporté, en 1970, qu'un degré insuffisant de protection (la moitié parmi eux ne disposant pas d'anticorps et le titre moyen n'étant que de 1:2.7), la revaccination, effectuée en 1973, releva le titre à une moyenne de 1:13. L'analyse individuelle montra que telle élévation n'était obtenue que parmi ceux qui indiquaient des titres inférieurs à 1:4, tandis que parmi les autres, indiquant des titres supérieurs à 1:8, la revaccination n'avait apporté aucun changement.
- 4) Chez 44 enfants, vaccinés en 1968, et, revaccinés en 1970, le titre moyen d'anticorps, en 1971, était de 1:17.1, c.à.d., considérablement supérieur à celui des enfants n'ayant subi qu'une seule vaccination (1:10.6).

On pourrait bien conclure de ces expériences, devant être confirmées par des études ultérieures, que la revaccination, si nécessaire, ne devrait être appliquée, en ce qui concerne le moment de son administration, qu'avec circonspection, car un délai trop bref risquerait de compromettre ses résultats, tandis qu'un autre trop long pourrait bien exposer les enfants à l'infection naturelle.

MISKONJA (CULICIDAE) TË ORIZOREVE

— JORGJI ADHAMİ, NAZMI MURATI —

(Instituti i Higijenës dhe Epidemiologjisë, Drejtor Dr. M. Muço)

Me kohë dihet se orizoret janë biotipë shumë të përshtatshëm për zhvillimin e miskonjave malarike (anofeleve) dhe se aty larvat e tyre gjejnë kushte më të mira zhvillimi se në kënetat. Orizoria përbën një «optimum» për zhvillimin e jetës së tyre larvore. Kushte optimale në orizoret gjejnë edhe disa lloje të tjera të miskonjave, të cilat, në vende të ndryshme, mund të jenë vektorë sëmundjesh ose, me pickimet e tyre, të shkaktojnë shoqëtësimë të padurueshme tek populositë e qendrave të banuara të afërtë.

Para çlirimit, sipërfaqja e mbjellë me oriz u rrit vazhdimisht, duke vendit tonë dhe, në kuadrin e përgjithshëm të epidemiologjisë së malarjes, orizoret losnin një roli krejt të parëndësishëm, pasi, në krahasim me kënetat dhe sipërfaqjet e tjera ujore, këto nuk binin fare në sy. Në fakt, në atë kohë, sipërfaqja ujore arrinte në afro 920 km² (Ashta A. 1961), kurse sipërfaqja e mbjellë me oriz më 1938 arrinte vetëm në 400 ha, domethënë 0,43% të saj. Megjithatë edhe atëherë e shëftë ngritur geshtja e orizoreve si vende të zhvillimit të anofeleve (Simonidhi S. 1926), por kjo nuk ka vëgse rëndësi historike.

Pas çlirimit, sipërfaqja e mbjellë me oriz u rrit vazhdimisht, duke mbritur në 1700 ha, më 1950, më 2.995 më 1960 dhe në 5.024 ha, më 1970 (Drejtoria e Statistikës, 1973). Megjithatë, në sajë të masave që u morrën për të luftuar anofellet fluturake, kjo nuk u bë pengesë për realizimin e çrrënjosjes së malarjes.

Vitet e fundit, pas tharjes të pjesës më të madhe të kënetave, zgjerimi i sipërtaqes së mbjellë me oriz dhe përhapja e kultivimit të kësaj bime, në shumë rrethe të vendit tonë, bënë që orizoret të krijojnë një nga sipërtaqet ujore kryesore të zhvillimit të miskonjave në zonat bregdetare dhe të ulta; kjo i jep shkas rrëtjes së receptivitetit të këtyre zonave ndaj malarjes dhe shqetësimit të populisë nga pickimet e këtyre insektiveve.

MATERIALI DHE MÉTODA: në këtë material përfshihen jo vetëm anofelët, por gjithë miskonjat (familja Culicidae), që janë mbledhur në orizoret.

Trajtohet një sasi materiali, i mbledhur herë pas here nga viti 1958, deri më 1972, si dhe ai që është grumbulluar më 1973, larva dhe adulte. Me qëllim që të njihet dinamika e zhvillimit të miskonjave, gjatë gjithë periudhës së vegjencionit të orizit, në zonën e orizoreve të Kavajes janë bërë kapje dy javore larvash në orizore dëhe fluturakesh në ahure. Kapja e larvave është bërë me rjetë, me diametër të zvogëluar më 10 cm., pasi rjetë standard nuk është e përshtatshme për kapjen e larvave në orizore. Larvat janë peshkuar në pjesë të ndryshme të 10 «oxhagjeve» të

orizores, afér hyrjes së ujت, në mes, në qoshet dhe në anët e tyre. Merjetën e sipërme 10 peshkime me gjatësi prej 1 m. seicili përfshinë një spërflaqë prej 1 m². Dendësia e larvave është studjuar më 1973 edhe në katër vendë të tjera. Për krahasm, larva janë grumbulluar edhe në biotipë të tjerë (kanae, gropë) midis ose përbri orizoreve. Janë marrë në konsideratë vetëm larvat e stadtë IV, prandaj gjatë ekspozimit të materialit, me fjalën larvë kuptojmë atë të stadtë IV.

Larva të kulicidave. — Larva janë mbledhur në 18 orizore në zona të ndryshme të shtatë rrithive: Shkodër, Lezhe, Krujë, Durrës, Elbasan, Lushnjë, Sarandë. Në këtë material janë identifikuar 11 lloje miskonjash që u përkasin katër gjinive: gjinisë **Anopheles** 4 lloje (larva të grupit «maculipennis» dhe të llojeve *A. hyrcanus*, *A. superpictus*); gjinisë **Culex** pesë lloje (*C. apicalis*, *C. hortensis*, *C. pipiens*, *C. theileri* dhe *C. tritaeniorhynchus*); gjinisë **Aëdes** një lloj (*Aë. caspius*), dhe gjinisë **Uranotaenia** një lloj (*U. unguiculata*). Pasqyra nr. 1.

Larva të miskonjave të orizoreve 1961-1973

Shkodër: Rrethi Vendi	Data	Anopheles				Culex	Aëdes	Uranotaenia
		maculipe- nnis	hyrcanus	algeriensis	superpictus			
Kryebushtat	VIII. 966	—	—	—	—	—	—	—
Barbulush	VII. 972	+	—	—	—	—	+	+
Lenë:								
Tresh	VIII. 972	+	—	—	—	—	—	+
Tresh	VIII. 73	+	—	—	—	—	—	+
Gjader	VIII. 73	+	—	—	—	—	+	+
Krujë:								
Fushkrujë	VIII. 71	+	—	—	—	—	—	—
»	VII. 72	+	—	—	—	—	—	—
Durrës:								
Xhaftozat	VII. 69	+	—	—	—	—	—	—
Golem	VIII. 70	+	—	—	—	—	—	—
Xhaftozat	VIII. 72	++	—	—	—	—	—	—
Kavaje	VII. 72	++	—	—	—	—	—	—
»	VIII. 72	++	—	—	—	—	—	—
Mannas	VII. 73	++	—	—	—	—	—	—
Eliasban:								
Mjekës	VIII. 66	++	—	—	—	—	—	—
Cerrik	VIII. 66	++	—	—	—	—	—	—
Muriqan	VII. 66	++	—	—	—	—	—	—
Bugës	VIII. 72	++	—	—	—	—	—	—
Labinot-Fushë-X.	73	+	—	—	—	—	—	—
Lushnjë:								
Jeta e Re	VII. 72	+	—	—	—	—	—	—
Sarandë:								
Mesopotam	VI. 961	+	—	—	—	—	—	—
Krane	VIII. 61	+	—	—	—	—	—	—
Livadha	VIII. 61	+	—	—	—	—	—	—

Shënim: + dmth që është gjetur, — që nuk është gjetur.

Përhapja: Larvat e *A. maculipennis* dhe *C. theileri* janë gjetur në gjithë orizoret, ku është imbledhur materiali. Pas këtyre vjen *C. pipiens*, i cili është gjetur në 13 raste mbi 23, kurse larvat e miskonjave të tjera janë gjetur më rrallë. Pra, përsë i përket përhapjes në orizore, vendin e parë e zënë *A. maculipennis* dje *C. theileri*, pastaj vjen *C. pipiens*, kurse *C. tritaeniorhynchus*, *A. caspius* ejtakohen më rrallë.

Dendësia: Për të vlerësuar dendësinë e larvave në orizoret, kemi marrë jo numrin e përgjithshëm të larvave e nimave të kapura në një sinë e sipërfaces ujore, sikurse bëjnë shumë autorë për anofelejt (Ullitgeva A.V. 1956, 1958, Semushkina e bp. 1973 ejt.), por vetëm larvat e stadiit të IV, pasi siç dihet për déterminimin, zakonisht përdoren larvat e këtij stadii, dhe veg asaj, këtyre u mbetet vetëm stadii nimfë për të futuruar, pra edhe mortaliteti nga stadi i IV në futurake është shumë më i ulët se nga stadet e rinj në futurake. Kështu mund të gjujohet më drejt mbi madhësinë e populatës futurake.

Të dhënat mbi dendësinë e larvave janë nxjerrë nga pesë orizore: Kavajë, Maminas, Tresh, Gjadër dhe Labinot-fushë (pasqyra nr. 2, Skica, nr. 1).

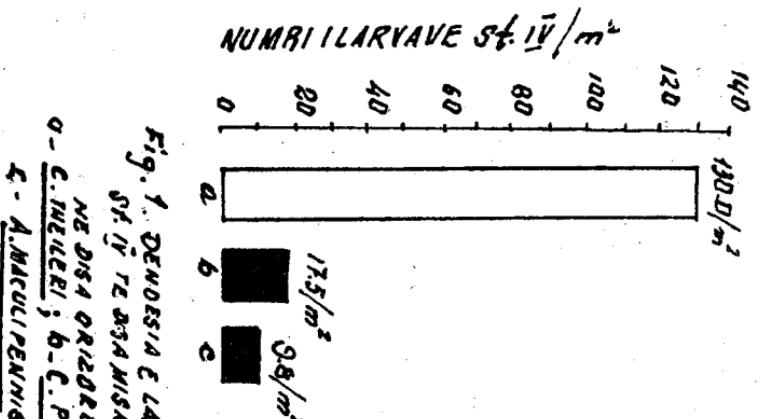


Fig. 1. DENDËSIA E LARVAVE ST. IV RE DSA MISKONJAVE

NE DSA ORIZORE.

a - *C. THEILERI*; b - *C. PIPIENS*;

c - *A. MACULIPENNIS*

Pasqyra nr. 2

Larva miskonjash të stadiit IV mbledhur në orizore dhe biotipë të tjera përbri tyre (1973)

Nr.	Lloji i miskonjës	Në orizore:		Në biotipë të tjere:
		% mbi shumë gjithshme	% mbi shumën e përgjithshme	
1	A. maculipennis	9,75	6,14	1,23
2	A. hyrcanus	0,02	0,01	—
3	A. superpictus	0,11	0,07	—
4	C. theileri	130,02	81,85	17,25
5	C. pipiens	17,52	11,03	49,61
6	C. hortensis	0,07	0,04	—
7	C. tritaeniorhynchus	1,05	0,66	12,76
8	Aë. caspius	0,32	0,20	19,04
9	"	—	—	0,11

Nga këto del në pah se orizoret përbëjnë një biotip shumë të përshtatshëm për zhvillimin e miskonjave.

Dëndësia e larvave aty mund të arrrijë në vlera shumë të larta. Vlera mesatare e përgjithshme arrin në 158,9 larva/m², kurse maksimalja është gjetur më 19.VII.1973 në Mamimas me 563/m². Kushtet vëçanërisht të përshtatshme gjeljnë disa lloje, sikurse C. theileri dhe A. maculipennis.

Culex theileri ze vendin e parë jo vetëm përsa i përket përhapjies (siç u tha më sipër është gjetur në gjithë orizoret ku është mbledhur material), por edhe përsa i përket dendësisë. Ai përbën 81,9% të gjithë materialit të mbledhur në orizoret dhe dëndësia mesatare arrin në 130 larva/m² sipërfaqe ujore, kurse ajo maksimale ka mbritur në 412 larva për m² në gusht 1973, në Kavajë.

Përsa i përket dendësisë, vendin e dytë e ze C. pipiens, i cili përbën 11,0% të larvave të grumbulluara dhe dendësia mesatare e tij arrin 17,5 larva të stadiit IV/m². Edhe ky lloj miskonje pra mund të gjeljë kushte të pershtatshme për zhvillim, por këtë zakonisht nuk e kemi gjetur ose e kemi gjetur në ekzemplarë të rrallë. Vetëm dy herë është vënë re zhvillim intensiv, në qershor 1973 (Kavajë) dhe në korrik 1973 në Mamimas (maksimumi 259/m²). Në dy rastet, bima e orizit ka qënë rreth 20 — 25 cm. e lartë dhe e rrallë.

A. maculipennis vjen e treta përsa i përket dendësisë. Përbën 6,1% të materialit të grumbulluar dhe një dendësi mesatare prej 9,8/m². Dëndësia maksimale është gjetur në Gjadër, në gusht 1973 (36 larva të stadiit të IV/m²). Bima ishte mjaft e dendur në atë kohë, kishte filluar të lulëzojë dhe lartësia e saj arrinte në 60 — 70 cm. Dëndësia e llojeve të tjera është shumë e ulët në krahasim me tre llojet e mësipërme. Dëndësia e Culex tritaeniorhynchus arrin në një larvë/m², kurse e katër llojeve të tjera në vlera shumë të ulta (pasqyra nr. 2).

A. superpictus dhe C. hortensis janë gjetur në Labinot-fushë. Orijoret e kësaj zone, ndryshe nga të tjera, janë të vendosura në luginët e lumit Shkumbin, midis maleve, dhe furnizohen me ujin e lumit, i cili në atë zone është i kthijellët dhe më i freskët se uji i kanaleve, me të cilin furnizohen orizontet e tjera. Kështu formohen kushte të përshtatshme për zhvillimin e këtyre lloj miskonjave.

Po të llogaritim prodhimitarinië mesatare të një hektari orizore, duke supozuar që për zhvillimin nga stadi i IV larvor është në fluturake kemi një mortalitet prej 30 — 35%, mund të mendohet se një hektar orizore, gjatë muajve korrik-gusht, mund të prodhoje 300.000-400.000 mis-konja fluturake të gjithë llojeve në ditë, prej të cilave rreth 6% anofele. Natyrisht këto llogaritje janë aproksimative. Uitgeva A.V. (1956) ka llogaritur se në korrik një hektar orizore, në kushtet e Uzbekistanit, mund të prodhoje 7.000-99.000 nimfa të *A. sacharovi* në ditë; këtë ndryshim autorë e shpjegon me vendosjen e oxhaqeve në fund të parcelave ose në fillim të tyre dhe ka vërejtur se oxhaqet, të vendosur nga fundi, prodhjojnë pak anofele, kurse ata të fillimit më shumë. Një gjë të tillë, ne nuk e kemi vërejtur.

Orizorja përbën një biotop me karakteristika të veganta biocenotike, që ndikojnë shumëzimin e llojeve që u përmendën më sipër. Këto kushte nuk krijohen në biotopë të tjere, as në ato që kanë lidhje me orizoren ose që ndodhen në afersitë immediate të saj, sikurse kanale e grapa me binë të ndryshme vertikale. Prandaj struktura e populatës së larvave të kultiveve në këto ndron nga ajo e orizoreve (pasqyra nr. 2). Në të vërtetë në këto biotipe mbizotëron *Culex pipiens* mbigjithë të tjerrët (49,6% kundrejt 11,0% në orizoret), ndërsa *C. theileri* zbrit nga 81,9% në orizoret, në 17,2% në biotopët e tjere. Gjithashtu rritet *Aë. caspius* nga 0,2 në 19,0% dhe *C. tritaeniorhynchus* nga 0,6 në 12,8%.

MISKONJA FLUTURAKE NË ZONAT E ORIZOREVE

Megjithë dendësimë e madhe të larvave të *C. theileri* në orizoret, fluturake të kësaj miskonje, të strehuara në banesa vose ahure, janë gjebitur shumë rrallë. Kjo, pra, strehohet në natyrë. Nuk kemi të dhëna mbi-biologjinë e saj dhe rolin që luani si «shtojtësuese» e njeriut. Sipas Stac-kelberg A.A. (1937), këto miskonja shpesht hyjnë në banesa, ku sul-mojnë njeriun. Me që ky lloj është përbërsi kryesor i fauriës së kuli-cideve të orizoreve, mendojmë se duhet sqarruar lidhja e tij me njeriun, gjë që ka të bëjë edhe me planifikimin e masave të luftimit.

Popullata e miskonjave, që strehohen në ahure dhe banesa në zonat e orizoreve, përbëhet kryesisht nga anofele, dendësia e të cilave, në disa vende, arrin në vlera shumë të larta. Maksimumin e kemi gjetur në një ahur lope në zonën e orizoreve të Kavajës në korrik 1973, në një qoshe të tavani, ku kushte një sasi aqë të madhe anofele të grupit «*macculipennis*» sa ishtë e pamundur të numëroeshin dhe që mund të vlerësohen në 3 — 4000, (ndoshta edhe më tepër). Me qindra ekzemplarë, për m² tavan ahuri kemi gjetur edhe në vende të tjera, si në Kryebushat të Shkodrës (210/m² tavan) etj. Për një dendësi të madhe anofelesh, në zonat e orizoreve bëjnë fjale edhe Alessandrini G. (1925) në Itali, Voj-ljanskaja E. A. e bp. (1972) në disa zona të krahinës së Odses (700-10.000 ekzemplarë në një ahur me vëllim 15-20 m³), Semushkina T. V. e bp. (1972) dhe Siginava Sh.G. (1972), por këta dy të fundit nuk përmëndin në se stacionet e kontrollit të tyre kanë qenë afër orizoreve.

Në zonat ku orizoret janë vendosur afër lumenjve me shrat zanor dhe furnizohen me ujin e kthijellë të tyre, fauna është e përzjereë. **A. maculipennis** dhe **A. superpictus** (në strehimet e këtyre zonave na-tyrishit strehohen të fluturake, që zhvillohen në biotopë të tjere pë-

veç orizoreve), duke mbizotëruar herë njëri herë tjetri lloj, sikurse në Mollas, Godollesh, Shingjan, Labinot të Elbasanit etj.

Për të parë strukturën e grupit «maculipennis» në zonat ku mbillet orizi, në 12 zona të tillë të shqatë rretheve u determinuan 2.621 barqe vezësh të pjella në laborator nga këto miskonja dhe u identifikuani $90,9\%$ Anopheles maculipennis maculipennis, $1,3\%$ A. subalpinus dhe $7,8\%$ A. sacharovi. Ky i fundit është gjetur vetëm në Finiq. Kryebushat dhe Kavajë (pasqyra nr. 3).

Dinamika e zhvillimit stinor të miskonjave në zonat e orizoreve

Përsë i përket dinamikës, të dhënët janë nxjerrë në zonën e Kavajës gjatë vitit 1973. Janë kryer vrojtime mbi dinamikën e zhvillimit stinor të larvave në orizore, mbi dendësinë e fluturakëve në një ahur kontrolli dhe mbi strukturën e grupit «maculipennis».

DINAMIKA E ZHVILLIMIT TE LARVAVE NE ORIZORE

Zhvillimi i larvave në orizore, përvëg të tjera, është edhe nën ndikimin e veprimeve agroteknike, sikurse të mënyrës së mbjelljes, të ujimes, përdorimit të insekticideve kundra dëmtuesve të bimes etj, Shënojmë këtu se në zonën e Kavajës, orizi është mbjellë pjesërisht me fidane dhe pjesërisht me farë.

Pasqyra Nr. 3 Struktura e grupit «maculipennis» në disa zona të orizoreve

Nr.	Rrethi, Vendi	Muaji viti	Nr. i barqeve vezë			Prej këtyre
			determinuar	A.m.macu	A.m. subalpinus	
1	Shkodër:					
2	1) Kryebushat	VIII.966	128	83,6	14,1	2,3
	Lezhë:					
2	1) Zejmen	IX.973	110	100,0	—	—
3	Krujë:					
1)	Fush-Krujë	VIII.971	34	100,0	—	—
2)	» »	VII.973	171	100,0	—	—
4	Durrës:					
1)	Xhaftzotaj	VIII.967	63	83,6	16,4	—
2)	Kavajë	VII.972	371	86,8	0,3	12,9
3)	»	V-IX.973	1,003	94,0	—	6,0
5	Elsasani:					
1)	Godollesh-Fushë.	IIX.958	111	96,4	3,6	—
2)	Labinot-Fushë	VII.59	52	98,1	1,9	—
3)	Mollas	VI.965	44	100,0	—	—
4)	Shigjan	VIII.965	116	100,0	—	—
5)	Orizqan	VII.966	144	98,6	1,4	—
6)	Labinot-Fushë.	IIX.973	91	100,0	—	—
7)	Lushnjë:	VII.961	27	96,3	3,7	—
1)	Savrë					
7	Sarandë:					
1)	Finiq	VIII.974	156	39,8	0,6	59,6
	Shumë:		2,621	90,9	1,3	7,8

Në fidanishte, fara është mbjellë nga 15 - 20 prill, kurse në orizore ka filluar nga 20 maji dhe ka vazhduar deri nga mezi i qershori. Pas mbjelljes, uji është lëshuar për disa ditë (4-5 ditë) dhe pastaj është prerë për 5 - 6 ditë deri në çarjan e tokës. Kjo ngordh larvat dhë ndalon zhvillimin. Ndërpërveje të tillë periodike janë bërë deri nga mezi i qershori. Më 19 qershor ka filluar lëshimi përfundimtar i ujit, që më vonë është prerë më 16 shtator.

Kontrolli i parë u bë më 29.V.1973. Nuk u gjetën larva. Kontrolli i dytë më 12.VI.1973. Larva u gjetën vetëm në blokun e fidanishtes, të cilës nuk i ishte prerë uji prej më se dy javë. Në orizore nuk u gjetën.

Kontrolli i tretë më 20.VI.1973. Orizorja e tharë; larva u gjetën vetëm në disa depresione të vogla brenda në oxhaqet (disa copë). Lëshimi i ujit ka filluar më 19.VI.1973.

Kontrolli i katërtë më 30.VI.1973. Uji i lëshuar më 19.VI.1973 nuk është ndërpërve më. Bima rrëth 15 cm. e lartë dhe e rrallë. Dendësia e përgjithshme e larvave të stachtë të IV mbrrin në $33/m^2$. Mbizoteron C. theileni ($14,2/m^2$) por edhe A. maculipennis e C. pipiens janë mjaft të dendur (përkatësisht 9,5 dhe $9,2/m^2$).

Pas kësaj date, dendësia e përgjithshme e larvave është rritur, duke arritur vlerën më të madhe, prej $334,3/m^2$ më 11.VIII.1973 (pasqyra nr. 4), pastaj ka filluar të zbresë.

Pasqyra nr. 4

Dinamika e dendësisë së larvave të miskonjave në orizoret e Kavajës më 1973

Koha e kontrollit	Lartësia e bimës në cm	Njuri mesatar i larvave përmë m ²					
		A. maculipennis	C. theili- ri	C. pipiens	C. tritae- noiohyn.	A. caspius	Shuma
12.VI	rë farishte	15,0	3,8	49,2	0,0	0,4	68,4
30.VI	15-20	9,5	14,2	9,2	0,0	0,0	33,0
16.VII	25-30	11,0	178,5	0,7	1,0	0,0	191,2
30.VII	35-40	9,0	233,0	0,0	0,5	0,0	242,5
11.VIII	45-50	23,0	310,3	0,0	1,0	0,0	334,3
29.VIII	60-65	7,5	160,7	0,0	0,7	0,0	169,0
14.IX	—	9,0	145,5	0,7	0,5	0,0	155,7
Mesatarja shtore		11,7	138,8	10,3	0,5	0,1	161,4

Edhe këtu vendin kryesor e ze C. theili-ri me 86,0% të sasisë së përgjithshme të larvave dhe me një dendësi mesatare prej $138,8/m^2$. Pastaj vjen A. maculipennis me 7,3% dhe $11,7/m^2$; C. pipiens është gjetur kryesisht në qershor kur bima është e ulët dhe e rrallë. Nga korriku deri në shtator, gdo herë janë kapur nga disa larva të C. tritae- niorhynchus. Aë caspius është gjetur vetëm në fidanishte më 12.VI.1973.

Rritja dhe dendësimi i bimës nuk kanë penguar rritjen e dendësise së së larvave deri nga mezi i gushtit, e cila pas kësaj kohe ka filluar të zhresë.

DINAMIKË E DENDËSISË SË ANOFELEVË FLUTURAKE

Kjo dinamikë është ndjekur në zonën e Kavajës dhe si stacion rrëth 12m²; nga tre anët ishte me gardh të dendur dhe nga ana tjeter nga njëra anë dhe 1,7 nga ana tjeter.

Kontrolli i parë u krye më 29.V.1973 dhe nuk u gjet asnjë misper m². Më 20 qershor po aty u gjetën 224 anofele osë 18,7 m² tri herët ishin të gjitha *A. maculipennis*.

Më 17 korrik, miskonjat ishin shtuar jashtëzakonisht shumë; u vlerësuani në mbi 10-12 mijë. Dendësia më e madhe ishte në tavanin e njëjes nga qoshet kundrejt derës (në më të ultën), ku ato ishin vëndosur njëra bri tjetërs dhe duhet të kenë qënë mbi 3-4 mijë në një metër katror.

Më 28.VII.1973 ahuri u trajtua me DDT (+). Megjithatë, më 30.VII.1973 kishte sasi shumë të mëdha anoflesh, por shumë prej tyre me shenja intokksikacioni dhe në lëvizje. Nuk u numëruan. Më 11.VIII.1973, domethënë 14 ditë pas trajtimit me DDT në ahur u gjetën 406 anofele ose 33,8/m² sipërfaqë tavani dhe këto qëndronin të pasqyrtësura nga insekticidi.

Në vitin 1973 u ndoq edhe dinamika e strukturës së grupit «maculipennis» gjatë kohës së vëgjetacionit të orizit. U determinuan 1003 barqe vezësh (Fig. 2) dhe u identifikuani, *A. m. maculipennis* në 94,0% të tyre, kurse *A. sacharovi* 6,0%. Kjo e fundit ka filuar të duket në qershori, ka arritur maksimumin në gusht (12,0%) dhe pastaj prapë ka rënë.

KONKLUSIONE

1) Në orizoret zhvillohet një sasi e madhe miskonjash. Përbërsi mbrin mbi 80% të saj.

2) Fauna e anofelive në zonat e orizoreve, që furnizohen me ujë dhe *A. superpictus*, kurse ajo e zonave të tjera fushore nga *A. maculipennis*.

3) Në zonat e orizoreve, përbërsi kryesor i grupit «maculipennis» është *A. m. maculipennis*, i cili përbën 90,9% të materialit të determisë relative, në zonat bregdetare.

4) Prania e një popullata të tillë anofelesh përbën një rrezik të madh potencial përkatës së malarjes nga raste të impor- tuara.

Dorëzuar në Redaksi më 15.IX.1974.

(+) Trajtimi u bë gabimisht nga punëtori i QSE, në vend të disa, atunave të tjera lidhur me provat e ndjeshmërisë të *A. maculipennis* ndaj insekticideve.

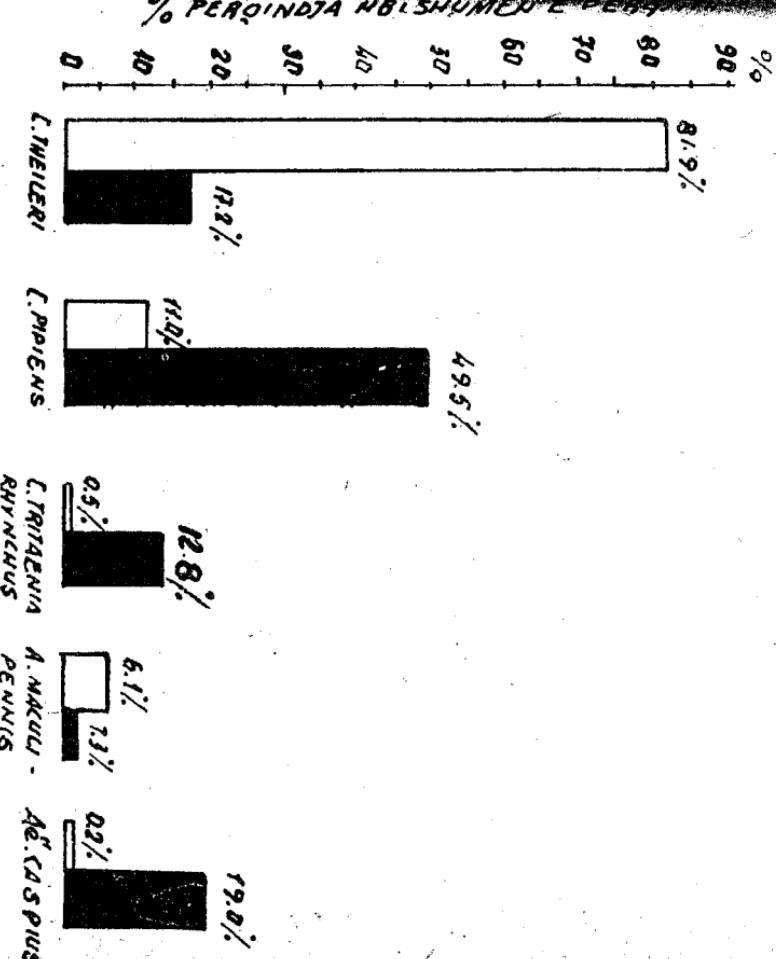


Fig. 2. PERCENTAJA E POPULATORES SE LAGJAVE ST. 14^{te} RE
MICRONJAVE NE ORIZORE KROVOSUSHLJE NE SIONORE
TE RJEZE AFER DSE NIOS TURE.



DŽEZOFE



DŽOZORE' RE DŽEZE

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alessandri G.: Lo studio biologico della risaia (në Giardino G. e bp.: La riscoltura e la malaria nelle zone risticole d'Italia). Roma, 1925.
- 2) Astha A.: Malaria në Shqipëri. Tirane, 1961.
- 3) Dreftorja e Statistikës e RPSH: Vjetari statistikor i vitit 1971 - 1972. Tirane, 1973.
- 4) Montchadskij A. S.: Liçinkë krovosusuhqë komarov. M. I. 1951.
- 5) Schiakelberg A. A.: Krovosusuhqë komari. Leningrad, 1937.
- 6) Semushkina T. V., Jozhova A. D.: O kolebanjih cistennosti Anopheles maculipennis messeae Faller. V zone viklinjavani podpora kujbishevskovo vodohra-

- nilishča na Volge (Čuvajskaja ASSR) za 15 let evo sugestovovanija (1957-1972).
- Medicinskaia Parazitologija 1973, XLII, 5, 592.
- 8) Siginava SH. G.: Vostanovlenie čislenosti populacii komarov *An. maculipennis* posle likvidacii malarii v Abhazii. Medicinskaia Parazitologija 1972, XLII, 6, 712.
- 9) Simonidhi S.: Malaria ně Shqipëri e masa pér paksim tē sajë. Vlorë, 1926.
- 10) Ulitjeva A. V.: Risovie polja kak anofelogenie vodojomi, ih znägenie v epidemiologii malariji i meropriyatija po ih dezanofelezacii. (Soobshchenie 1). Trudi Yzbejkistanskogo Instituta Malariji i Medicinskoy Parazitologii 1956, II, 129.
- 11) Ulitjeva A. V.: Risovie polja kak anofelogenie vodojomi, ih znägenie v epidemiologii malariji i meropriyatija po ih dezanofelezacii (Soobshchenie 2). Trudi Yzbejk. Instituta Malariji Med. Parazitol. 1956, III, 281.
- 12) Voljanskaja E. A., Futran G. S.: Maljarogennaja karakteristika Odeskoj oblasti v svjazi s vozmožnostju zavoza vozбудitelja malarii. Medicinskaia paratologija 1972, XLI, 1, 11.

Summary

MOSQUITOES IN RICE FIELDS

Larva of mosquitoes (Culicidae) were collected from rice fields in 18 zones of rice cultivation and the identification was made of 11 species of mosquitoes: *Anopheles maculipennis*, *A. hyrcanus*, *A. algeriensis*, *A. superpictus*, *Culex apicalis*, *C. hortensis*, *C. pipiens*, *C. theileri*, *C. tritaeniorhynchus*, *Aedes* and *Uranotaenia unguiculata*.

More numerous were *C. theileri* and *A. maculipennis*. All these species were found in the rice fields where the material was collected. As regards the density *C. theileri*, which occupies the first place, it attains 81.9% of the entire material; its mean density was 130 larvae of the fourth stage per m² and the maximum density reached 412 larvae per m². In some cases the density of *C. pipiens* reached very high levels.

A. superpictus

was found in the rice fields that were irrigated from limpid mountain rivers.

The larvae population of the other biotopes (water holes, canals etc.) differs from that of the rice fields. Prevalent were *C. pipiens* (49.6%) and *C. theileri* (17.2%).

Despite the considerable density of the larvae of *C. theileri* in the rice fields, rarely adults of the species were found in stables and human habitations.

In a certain stable (dairy), on 29 june 1973 were found 326 adult *A. maculipennis* per m² of the ceiling, whereas on 17 august 1973 their number was much superior.

Of 2,621 batches of eggs deposited by adult *A. maculipennis* and found in the rice zones, 90.9% resulted *A. maculipennis*, 1.3% *A. m. subalpinus* and 7.8% *A. sacharovi*.

LES MOUSTIQUES DES RIZIERES

Des larves des moustiques (Culicidae) ont été recueillies dans les rizières de 18 zones de culture du riz et il en a été identifié 11 espèces de moustiques: *Anopheles maculipennis*, *A. Hyrcanus*, *A. algeriensis*, *A. superpictus*, *Culex apicalis*,

C. hortensis, *C. pipiens*, *C. theilari*, *C. tritaeniorhynchus*, *Aedes capius* et *Ura-notaenia Unguiculata*.

Les plus répandus sont le *C. theilari* et le *A. maculipennis*. Ceux-ci ont été trouvés dans toutes les rizières des matériaux ont été recueillis. En ce qui concerne leur densité, le *C. theilari* occupe la première place et constitue 81,9% des matériaux recueillis; la densité moyenne a été de 130 larves du quatrième stade par m², et la densité maxima a atteint 412 larves par m². Dans certains cas, la densité du *C. pipiens* a aussi atteint des valeurs assez élevées.

La *A. superpictus* a été trouvé dans les rizières qui sont approvisionnées d'eaux claires de rivières montagneuses.

La population larvaire des autres biotops (fosses, canaux) proches des rizières diffère de celle de ces dernières. Il y prédomine le *C. pipiens* (46,96%) et le *C. theilari* (17,2%).

Malgré la densité élevée de larves de *C. theilari* dans les rizières, on a rarement trouvé de ces moustiques adultes abrités dans les habitations ou dans les étables.

Dans une étable il a été trouvé, le 29.VI.1973, 326 *A. maculipennis* adultes par m² de surface de plafond et, le 17.VII.1973, leur nombre s'était considérablement accru.

Sur 2.621 pontes d'oeufs d'*A. maculipennis* adultes recueillies dans des zones de rizières, 90,9% ont résulté être des *A. Maculipennis*, 1,3% des *A. m. subalpinus* et 7,8% des *A. Scharovi*.

KUMTESA

STAPEDEKTOMITE E PARA NË VENDIN TONE

— ANESTI BOÇKA —

(Klinika e ORL, Spitali klinik nr. 1 — Tiranë)

Otoskleroza është një sëmundje distrofike e kapsulës labirintike, që karakterizohet me shifqjen e vatrave otospongioze në strukturën e kap-sulës kockore të labirintit. Këto vatra janë të vendosura më shpesht në dritaren ovale, gjë që shpjegon dhe klinikën e kësaj sëmundjeje. Kështu përhapja e tyre në artikulacionin stapodovestibular dhe, më vonë, ankipozimi i tij, çonë në fillim në një shurdhëm të tipit transmesiv, që më vonë kthehet në një shurdhëm të përzjerë për shkak të përhapjes sekondare të dëmtimeve në kokle (1, 4, 5, 8).

Etiopatogjeneza e otosklerozës ende nuk është sclaruar përfundimisht. Mendohet se në zhvillimin e saj ndikon trashëgimia, çreguillimet hormonale etj. (5, 8).

Klinika e otosklerozës njihet mirë dhe diagnosta e saj përcaktohet me përpikmëri me anën e audiometrisë. Simptomi i saj kryesor është shurdhimi, që fillon nga njëri vesh dhe, më vonë, kalon edhe në tjetrin. Zakonisht zhurma i paraprin uljes së dëgjimit. Të sëmurët nuk kanë ana-mnezi ëtitike. Kuadri i tyre otoskopik është normal. Nganjëherë konstatohet simptomoni i Shvarcit (1, 5, 6).

Ekzaminimet me kamerton japin një Rinne negativ, Weber të laterallizuar në veshin që ka dëmtim me të mëdha dhe provat e Bingut, Zhelesë dhe të Levis negativ.

Audiometria përcakton me përpikmëri shkallën e dëmtimit të dëgjimit. Në bazë të studimit të kurbave audiometrike, autorë të ndryshëm (5) dallojnë stade të ndryshme dëmtimesh. Në këtë punim, ne i jemi përmbyajtur klasifikimit të kurbave audiometrike sipas Xhjuer dhe Shambo (cituar nga 8), të cilët i ndajnë në katër stade.

Përsa i përkët mjekimit, e vërtina shpresë e këtyre të sëmurëve me otospingiozë është kirurgjia, e cila, në këto dy dekadat e fundit, ka marrë një hov të madh si pasojë e perparimit të fizikës optike, të zbulimit të antibiotikëve si edhe e njohjes më të mirë të fiziopatologjisë së veshit. Kjo kirurgji synon që të krijojë një dritare të re ose të rivendosë funksionin e dritarës ovale, të sigurojë transmetimin e mirë të valëve të tingujve, nëpërmjet kësaj dritareje në labirint dhe të garantojë vazhdueshmërinë e funksionimit të këtij sistemi (2, 3, 8).

Historia e përpjekjeve për mjekimin kirurgjikal të kësaj sëmundjeje është e gjatë. Të shumta janë disfatat e saj, por vitë 1952 shënoi fillimin e një etape të re me operacionin e mobilizimit të stapesit nga Rosen

(cituar nga 5). Kështu u bë e mundur kryerja e teknikave të shumta të stapedektomive të pëjesshme dhe të përgjithshme dhe zgjidhja me sukses e rikthimit të dégjimit te këta të sëmure, që deri atëherë ishin të detyruar të vuanin nga shurdhimi.

Të entuziasmur nga këto suksese të kirurgjisë funksionale, të arritur në botë, i caktuan vetes detyren që ta njohim këtë kirurgji, ta eksperimentojmë në kutoma dhe, brenda kushteve e mundësive tona, ta përvetësojmë atë pér t'u ardhur në ndihmë të sëmureve me këtë patologji.

Eksperimentet tona i filluan në vitin 1964 me një mikroskop operator jo shumë të përsosur dhe me instrumenta të prodhuara në ndërmarrjen e prodhumeve të konsumit të gjërë në Tiranë. Më vonë, me ndihmën e Ministrisë së Shëndetësisë u siguruan instrumentat e duhura pér këto ndërhyrje të imta si dhe mikroskop operator në vitin 1971. Eksperimentimi në kufoma vazhdoi gjer në vitin 1971.

Gjatë kësaj periudhe janë bërë rreth 100 stapedektomi në kufoma sipas metodës së stapedektomisë me interporacion venoz me protezë polietileni (mënyra e J. Shee-s), si edhe metodës së stapedektomisë totale sipas Shuhneht (cituar nga 6).

Këto eksperimente na dhanë mundësinë të adaptohemi mirë me mikroskopin operator në anatominë mikroskopike të veshit të mesëm, të fitojmë shprehritë që të punojmë me mikroskop dhe të përvetësojmë këto metoda operatore.

Operacioni i parë u krye më 26 nëntor 1971 pér nder të Kongresit të VI të PPSH dhe në prag të festave të 28-29 nëntorit. Qysht prej asaj koheri në fund të viti 1974 janë kryer mbi 300 operacione të tila, me rezultate rrijft të kënaqshme, që krahasohen me ato të përmëndura në literaturën botërore.

Në këtë punim do të paraqesim gjashtë operacionet e para që kemi kryer në klinikën tonë, sipas metodës së stapedektomisë totale të Shuh-

1) I sëmuri O. M., vjeç 23, këpuçar, shtuar më datë 8.XI.971 me otosclerosis auris bilateralis, më të theksuar në anën e djathë Tipi II-III djalthias me nr. kartele 8206.

Në shtrim, i sëmuri ankon pér zhurmë (sikur bie shi) dhe ulje dégjilluar tre-katër vjet më parë dhe me kalmimin e kohës u rëndua. Në otoskopin normale. Tubat e Eustakit të lira me Valsalva. Akumetria instrumentale ve në dukje Rinne negativ në të dy veshët, Weber lateralizohet djalthias, Gelle negativ nga të dy anet.

Audiograma e datës 21.XI.1971 zbuloi një ulje të dégjimit të tipit stapedektomia totale djalthias sipas Schuhnehtit. Gjatë operacionit përvendosjen e protezës, i sëmuri pati përmirësim dégjimi (si në mikrofon). Nuk pati paralizë faciale dhe fenomene vestibulare. Periudha pas operacionit ishte e qetë. I sëmuri doli nga spitali ditën e 13 pas operacionit. Në dalje dégjon mirë.

Akumetria instrumentale në dalje: Rinne veshi i djathë u bë pozitiv dhe Weberi ndroi drejtin (lateralizohet rrijftës). Nga ana e djathë Celle u bë pozitiv. Audiometria e bëre në dalje dhe pas pas një viti e gjysmë

vunë në dukje një përmirësim të theksuar të dëgjimit (përputhje e plotë e dy kurbave kockore dhe ajrore). Përfitimi i pragut ajror deri në 4.000 hz., në 30-50 db. Mbi 4000 hz.: 20-5 db.

2) E sëmura P. J., vjeç 38, e martuar, gjeologe, shtruar më 13 dhjetor 1971, me **otosclerosis auris bilateralis**, tipi i II, më e theksuar djathas, me nr. kartele 9195.

Ankon për shurdhim të veshit të djathë dhe ulje të dëgjimit të theksuar majtas. Ulja e dëgjimit i filloj para 6-7 vjetësh dhe i është rënduar me kohe. Ka **paracusis Willisi**. Otoskopia rezultoi normale. Tubat e Eustakit të lira me Valsalva.

Akumetria instrumentale vuri në dukje: Rinne negativ në të dy veshët, Weber lateralizohet djathas dhe Gelle negativ në të dy anët. Audiometria e datës 6.IX.1971 tregoi një hipokusi transmetive të tiptit të II, më e theksuar djathas.

Operacioni i datës 17.XII.1971 i tiptit të stapedektomisë totale, si pas Shuhnehtit vuri në dukje një vatër otospongiotike të vendosur në polin e përparnë të driftores ovale.

Në dalje, ditën e trejtë pas operacionit, akumetria jep: Rinne djathas pozitiv, ndërsa majtas negativ. Weber lateralizohet majtas. Gelle djathas bëhet pozitiv. Audiograma, e bëre në dalje dhe pas një viti e gjysmë pasi dolli nga spitali, paraqet përputhje të dy kurbave ajrore dhe kockore në veshin e djathës. Rinne audiometrike bëhet pozitive. Ka pasur përfitim audiometrik për të gjitha frekuencat edhe 4000 e 8000 hz. në masën 40-45 db.

3) E sëmura A.M., 19 vjeç, e pamartuar, kooperativiste, shtrohet më datë 20.XII.1971 me diagozë **otosclerosis bilateralis**, më e theksuar djathas, tipi i II-III, me numër kartele 10304.

Ankon për zhurmë në veshë dhe ulje dëgjimi më të theksuar djathas qysh prej katër vjetësh.

Otoskopia: membranat e timpanit pak të turbullta, me pikë orien-

tuese të ruajtura dhe të lëvizshme. Tubat e Eustakit të lira me Valsalva.

Akumetria instrumentale jep: Rinne negativ në të dy veshët, Weber lateralizohet djathas dhe Gelle negativ në të dy anët. Audiometria e datës 6.XII.1971: hipokusi transmesive në të dy veshët, më e theksuar djathas e tipit të II-III.

Operacioni i datës 15.XII.1971: stapedektomi totale e veshit të djathës. Në operacion, vatra otosklerotike është e vendosur për rrëth drithres ovalë, sidomos në polin anterior të saj. Ditën e shtate dha një oit të mesëm akut purulent. U injekua me antibiotikoterapi të përgjithshme e lokale si dhe aspirim të sekrecioneve nga kanali. Dolli nga spitali një muaj pas operacionit.

Në dalje, akumetria instrumentale jep: Rinne pozitiv djathas. Weber lateralizohet majtas. Gelle djathas pozitiv.

Audiometria e datës 15.III.1972 dhe pas një viti japin një përfitim të kurbës ajrore deri në 2000 hz. në masën 40-60 db., ndërsa përfrekuencat 4000 dhe 8000 hz. në masën 30 db.

4) I sëmuri A.L., vjeç 36, elektroautoteknik (punë me zhurnë), i

martuar, i shtruar më 3.I.1972 me **otosclerosis auris bilateralis** tipi i III, më i theksuar majtas, me nr. kartele 27. Ankon pér zhurmë dhe shurdhim në të dy veshët, por më shumë majas, që i kanë filluar para dhjetë vjetësh, duke u shtruar progresivisht. Ka parakuzi të Willisit.

Otoskopia normale. Simptomi Schwartz pozitiv në të dy veshët. Akumetria instrumentale jep: Rinne negativ. Weber i centralizuar. Gëlle negativ në të dy anët. Audiometria e datës 4.I.1972 hipokausi transmetive bilaterale e tipit të II më e theksuar majtas. Operacioni i datës 6.I.1972 (stapedektomi totale nga ana e djathë). Vatra otosklerotike ndodhet në pjesën e përparsime të dritares ovale. Membrana e timpanit normalizohet ditën e 14.

Akumetria instrumentale në dalje jep: Rinne djathas negativ dhe majtas pozitiv. Weber lateralizohet djathas. Gelle bëhet pozitiv majtas. Audiometria pas një viti (10.I.1973): të dy kurbat përpunen plotësisht, përfitimi audiometrik deri në 2000 hz. nga 30-40 db, ndërsa në 4000 hz. 20 db.

5) Pacientja B.Dh., vjeç 30, rrobaqepëse, e martuar. Shtrohet në spital më 5 janar 1972 me **otosclerosis bilateralis**, më e theksuar majtas dhe **otitis chronica adiesiva sinistra**. Ankon pér zhurmë dhe shurdhim në të dy veshët. Ka parakusi Willisi. Sëmundja i ka filluar para 12 vjetësh me zhurmë dhe ulje dégjimi nga ana e veshit të majtë dhe para pesë vjetësh edhe nga veshi i djathë. Ka katër fëmijë edhe dy dështime. Lindja e tretë rëndoi uljen e dégjimit.

Otoskopia: Membrana e timpanit të djathë normale, ndërsa e majta me një cikatrice në qendër. Lëvizshmëria e të dy membranave e mirë. Kalueshmëria e tubave të Eustakit e mirë me Valsalva.

Akumetria instrumentale jep: Rinne negativ në të dy veshët. Weber lateralizohet në veshin e majtë. Gelle negativ në të dy anët. Audiometria e bërë në 4 janar 1972 jep ulje të dégjimit të tipit të përzjere në të dy veshët, më e theksuar majtas, tipi i III.

Operacioni: stapedektomi totale e veshit të majtë. Vatra otoskopioze ndodhet në pjesën e përparsime të dritares ovale. Membrana normalizohet ditën e 13. Në dalje akumetria instrumentale jep: Rinne pozitiv majtas, Weber lateralizohet djathas. Gelle pozitiv majtas. Audiometria e datës 8 mars 1972 ve në dukje një afim të plotë të dy kurba dhe një përfitim audiometrik në frekuencat deri në 4000 hz. 30-45 db.

6) E sëmura M.M., 56 vjeç, shfipjake, e martuar, shtruar më 3 janar 1972 me **otosclerosis auris bilateralis**, tipi i IV, më i theksuar majtas, me nr. kartele 29. Ankon: zhurmë dhe shurdhim në të dy veshët. Sëmundja i ka filluar para 25 vjetësh nga veshi i majtë dhe pas dy vjetësh edhe nga i djathti. Pas lindjes së dytë, gjendja keqësohet.

Otoskopia: membranat timpanike pak të turbullta dhe me pikë orienteuse jo fort të shprehura. Ato janë të lëvizshme. Simptomi i Schwartzes pozitiv në të dy veshët. Tubat auditivë të lira me Valsalva.

Akumetria instrumentale jep: Rinne negativ në të dy veshët. Weber pozitiv në të centruar. Gelle negativ në të dy anët. Audiometria e datës 4 janar

nar 1972 jep një kurbë të dërmimit të dëgjimit të tipit të përzjere, të tipit të IV, po më të theksuar majtas.

Operacioni i 12 janarit 1972: stapedektomi totale nga ana e majtë. Vatra otospongioze kap gjithë bazën e stapesit në formë shkëmbi (forma obliterative). Në ditën e 14, membrana normalizohet plotësisht.

Në dalje akumetria jep: Rinne pozitiv majtas. Weber me kamerto-nin 128 lateralizohet djathias dhë me 512 është i centruar. Gelle është pozitiv majtas. Audiometria e datës 20 mars 1972 ve në dukje përputhje pothuajse të plotë të dy kurbave, Rinne audiometrik pozitiv majtas. Përfitimi audiometrik i kurbës ajrore të veshit të majte për frekuencat deri në 1000 hz. është 40-50 db., ndërsa në 2000 hz. 15 db.

Si përfundim mund të themi se nga gjashtë të sëmurejt, që parqiten në këtë studim, katër janë femra dhe dy meshkuj. Në bazë të anal-mnezës, në tre raste, kjo patologji ka filluar në moshën 10-20 vjeç. Vatra otospongioze nekatër raste ka qenë e vendosur në polin anterior të dritares ovale, tek njëri për rrëth kësaj dritareje dhe sidomos në polin anterior të sëj, ndërsa tek një ka qenë i vendosur mbi bazën e stapesit në formën e një mësive (ishkëmbi), që ngushton dhe vetë dritaren.

Kuptohet pra, se me këto raste nuk mund të nxirret ndonjë konkluzion për problemet që u thanë më lart. Megjithatë duhet thënë se ndërhyrja kirurgjikale (stapedektomia totale sipas Shuhnebit), në gjashtë rastet e përmendura, ka dhënë rezultate shumë të mira, pavarësisht nga stadi i vatrës otospongioze, vjetërsisë së patologjisë si dhe të tipit auditometrik. Në të gjitha rastet rezulton se kurba e transmetimit ajror i është afuar asaj kockore, duke u pugur me të plotësisht dhe përfitimi auditometrik, në të gjitha rastet, është i dukshëm.

Prova Rinne, në të gjitha rastet, është bërë pozitiv në veshin e operuar, ndërsa prova Weber është lateralizuar në të gjitha rastet në anën e kundërtë, domethënë në veshin e paoperuar.

Këto rezultata, si dhe ato të më se 300 stapedektomive të tjera, të kryera në kliniken tonë, flasin qartë se problemi i otosklerozës tek ne ka gjetur tashmë trugën e drejtë të zgjidhjes së tij. Nga ana tjeterë vënia në jetë e këtyre operacioneve hap një etapë të re të re me njekimin kirurgjikal të veshit tek ne, atë të kirurgjisë funksionale të tij, kirurgji qjo e kryer nën mikroskop.

Dorëzuar në Redaksi më 25. I. 1975

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aubrey M. et coll: Chirurgie cervico — faciale et Oto-rhinolaryngologique
Masson Paris 1966, 788.
- 2) Bartalena G.: Risultati della chirurgia dell'otosclerosi nella clinica ORL di
Pisa. Boll. Mal. Orecch 1967. 84, 45, 403.

- 3) Charachon R.: Progrès en chirurgie de l'oreille. Journal français Oto-rhino-laryngologie 1972 21, 3, 259.

4) Deutsch H. J.: Correlation of otosclerosis of crura and Footplate. Arch. Otolaryng 1967, 86, 2, 158.

5) Hillov K. L., Preobrazhenstij N. A.: Otoskleroz. Isdatelstvo «Medicina» 1965. Paris 1962, I, 396.

7) Sudaka, J., Lecolier Ph.: Les résultats de la chirurgie stapedienne dans les grands surdités par otospongiose. Ann. Oto-laryng. Paris 1967, 84, 7-8, 539.

8) Truffert P.: Oto — rhino — laryngologie. Editions médicales Flammarions 1969, 442.

Summary

STAPEDECTOMY IN THE TREATMENT OF OTOSCLEROSIS

The operation of stapedectomy according to the method of Schucknecht was introduced in this country for the treatment of otosclerosis. The early results and the follow-up one and two years later were satisfactory. The Rinne test on the operated ear became positive and the Weber test is being lateralized on the opposite ear; the air conduction curbs of the operated ear had become almost identical with the bone conductivity curbs in the six cases analyzed by the author.

The paper presents a summarized analysis of the characteristics of the disease, of the operation and of its results on the first six cases operated at the ORL clinic of the Nr 1 Hospital of Tirana.

Résumé

LES PREMIERES STAPEDECTOMIES DANS NOTRE PAYS

L'auteur traite de la première opération de stapedectomie effectuée dans le traitement de l'otosclérose selon la méthode de Schucknecht dans notre pays. Les premiers résultats ainsi que l'évolution post-opératoire dans les deux années successives ont été satisfaisants. Le test Rinne sur l'oreille opérée s'est révélé positif et le test Weber se lateralise sur l'oreille opposée. Les courbes aérrifiantes de l'oreille opérée se sont presque complètement rapprochées des courbes osseuses dans les six cas analysés par l'auteur.

L'article donne une brève analyse des particularités, de l'affection, de l'opération ainsi que des résultats post-opératoires dans les six premiers cas opérés à la clinique de l'hôpital nr. 1 de Tirana.

R e k o m a n d i m e p ë r a u t o r ë t

1) Mbi përmbytjen e paraqitjen e artikullit:

- a) Titulli i artikullit duhet të jetë i shkurtër, nën titullin duhet të vijet emri i autorit dhe nën këtë, qendra e punës ose katedra, drejtori i Institutit ose shëf i katedrës.

Artikulli duhet të fillojë me një hyrje të shkurtër nga literatura, që nuk duhet të kalojë një faqe, pastaj vazhdon me ekspozimin e materialit, ose metodikave të përdorura, me paraqitjen e rezultateve dhe me diskutimin e tyre, duke bërë krahasime, në rast se janë të nevojshme, me rezultatet e autorëve të tjera, bri të cilëve do të vijet emri ose numri rendor i bibliografisë, i mbyllur në kllapa. Në fund të artikullit vijen konkluzionet (në rast se ka), që dalin si rezultat logjik i punës origjinale.

Bashkë me artikulin, autorri duhet të dërgojë një përmblehdje të shkurtër të lëndës së trajtuar rreth 15-20 reshta, që i nevojitet redaksisë për ta përkthyer në anglisht dhe frëngjisht. Në këtë përmblehdje të dale thelli i artikullit, ajo që i tregon të dijë lëxuesi i huaj.

b) Artikulli duhet të jetë i redaktuar nga ana gjuhësore. Aty ku ka mundësi, autorri duhet të shqipërojë terminologjinë teknike. Fjalët latine shakuhen origjinale dhë të nënvízaura.

c) Artikulli dërgohet në redaksi i daktilografuar në tri kopje, i shkruar vetëm nga një anë me tridhjet e dy reshta seicila dhë jo më shumë se 6-7 faqe. Diagramat duhet të dërgohen të vizatuara me bojë kine të zezë në letër transparente.

d) Artikulli duhet të shoqërohet me një shkresë, me anën e së cilës, drejtuesi i qendrës së punës, apo përgjegjësi i katedrës aprovon botimin e artikullit.

2) Mbi bibliografinë. — Redaksia nuk pranon asnjë artikull pa citimin e plotë të literaturës dokumentuese. Në faqet e artikullit, literatura shënohet me mbiemrin e autorit ose me numra, të cilët i referohen bibliografisë, që vijet në fund të artikullit me këto të dhëna:

a) Për traktate dhe monografi shënohet mbiemri dhe gërrma fillestare e emrit të autorit, titulli i veprës në gjuhën origjinalë, shtypia botuese, vendi, viti i botimit dhe numri i faqes.

b) Për literaturën periodike shënohet mbiemri dhe gërrma fillestare e emrit të autorit, titulli i artikullit (në gjuhën origjinalë, emri i revistës i plotë, vendi i botimit, viti, numri dhe faqja).

c) Për autorët që përmenden në artikujt, të cilët autorri i artikullit nuk i kamarrë drejtëpërdrejt nga originali, por nga burime të tjera, nuk është nevoja e shënimit të tyre në bibliografi, por në artikull të shënohet bri emrit të tij nga kush ëtotonet nga që janë shënuar në bibliografi.

3) Mbi disa të drejtë të redaksisë. — Redaksia i rezervon vetes të drejtjen e konkretimitve nga ana gjuhësore dhe terminologjike, pa qënë nevoja e marries së pëlqimit të autorit, të drejtjan e përcaktimit të radhës së botimit si dhe rregullimin përfundimtar të artikullit për botim.

4) Shënim: Artikujt që nuk respektojnë kërkimesat e mësiperme u kthehen autorëve për plotësin pa u marrë në shqyrtim nga ana e redaksisë.