

KUSHETUTA E RE E REPUBLIKËS POPULLORE SOCIALISTE TË SHQIPËRISË

— DOC. XLVI VEHBU —

Me një gëzim të madh dhe krenari të llogjshme e priti mbare popull shqiptar dhe, në këtë mes edhe punonjësit e studentët e Fakultetit të mjekësisë, botimin e projekt Kushtetutës së re të Republikës sonë Popullore dhe Socialiste.

Kushtetuta e re është një dokument juridik, politik dhe ideologjik me rëndësi të madhe historike për popullin tonë. Ajo u hartua sipas orientimeve themelore që dha shoku Enver Hoxha në Kongresin e VI të PPSH. *Kushtetuta është lagji më i lartë i shtetit.* (neni 114).

Kushtetuta që është sot në fuqi, e aprovuar 30 vjet më parë, ka luajtur një rol shumë të rëndësishëm në forcimin e unitetit moralo-politik të popullit tonë, në ndërtimin socialist të vendit dhe në mbrojtjen e fioreve të revolucionit.

Gjatë 30 vjetëve të glirimit, në vendin tonë u kryen një varg transformimesh të thella revolucionare, të cilat ishin një nga arsyet kryesore, që bënë të nevojshëm hartimin e Kushtetutës së re. U ndërtua baza ekonomike e socializmit, u zhdukën klasat shfrytëzuese dhe shfrytëzimi i njeriut nga njeriu, u forca aleanca luftarake midis dy klasave mike të shogërisë sonë, klasës punëtore dhe fshatarësisë kooperativiste nën udhëheqjen e klasës punëtore. Uniteti moralo-politik i popullit tonë u ngrit në një shkallë të një cilësie të re. Të gjitha këto ndryshime kanë gjetur pasqyrim të plotë në projektin e Kushtetutës së re.

Kushtetuta pasqyron drejt dhe qartë vijën e përgjithshme që ka përpunuar dhe zbatuar gjatë më shumë se 30 vjetëve Partia e Punës së Shqipërisë.

Neni i parë i Kushtetutës e shpall *Shqipërinë Republikë Popullore Socialiste*, sepse i tillë është realiteti i vendit tonë, ku është ndërtuar me sukses socializmi dhe është hapur perspektiva e shkëlqyer e së ardhmes komuniste.

Projekt Kushtetuta jonë sanksionon *domosdoshmërinë e udhëheqjes së Partisë marksiste-leniniste në sistemin e diktaturës së proletariatit (neni 3)*, karakterin klasor, proletar të shtetit tonë *si shtet i diktaturës së proletariatit, që shpreh e mbroton interesat e gjithë punonjësve* (neni 2).

Në Kushtetutën e re një rëndësi të veçantë u kushtohet çështjeve të mbrojtjes së fioreve të revolucionit socialist dhe të Atdheut, sidomos në kushtet e sotme të rrethimit të egër imperialisto-revizionist, kur armiqët e tërbuar të vendit tonë na kanë halë në sy. Neni 61 i Kushtetutës thotë: *“Mbrojtja e Atdheut socialist është detyra më e lartë dhe nderi*

më i madh për të gjithë shtetasit. *Tradhtia ndaj Atdheut është krimi më i rëndë*». Ky nen ve para nesh detyrën shumë serioze të preगतijes sistematike dhe të gjithanshme ushtarake të rinisë studenteske të fakultetit të mjekësisë, në kushtet kur sistemin e «ushtrisë së kazermës» e ka zëvendësuar populli ushtar.

Në nenet e Kushtetutës një kujdes i veçantë i kushtohet edukimit komunist të brezit të ri, organizimit dhe zhvillimit të arsimit dhe të punës shkencore në vendin tonë.

Neni 32 e projekt-kushtetutës së re thotë: «*Shteti zhvillon një veprimtari të gjërë ideologjike e kulturore për edukimin komunist të punonjëseve për formimin e njeriut të ri. Shteti kujdeset në mënyrë të veçantë për zhvillimin dhe edukimin e gjithmëshëm të brezit të ri në frymën e socializmit e të komunizmit*».

Ky nen na ngarkon në pedagogëve me detyra të mëdha dhe serioze për të brumosur kuadrot e reja të ardhshme me ideologjinë revolucionare marksiste-leniniste të Partisë sonë. Të nisur nga ky nen, lind nevoja e të shkuarit me sy kritik të detyrave të edukimit dhe të forcimit të boshit ideologjik të lëndëve që mësohen në fakultetin tonë. Në këtë mënyrë ne do të venë edhe më mirë në jetë vendimet e plenumit të 8 të KQ të PPSH për revolucionarizimin e arsimit, porositet e shokut Enver, të dhëna në Kongresin e VI të Partisë dhe në plenumin e IV të KQ, të vitit 1973. Në bazën e preगतijës së kuadrit, ashtu si edhe përpara, ne do të venë trekëndshin revolucionar mësim-punë prodhuese dhe edukim fiziko-ushtarak, duke pasur në qendër boshin ideologjik marksist-leninist të Partisë sonë të Punës.

E gjithë puna jonë mësimore (tekstet, leksionet, praktikat etj.) dhe shkencore duhet të përshkohem nga fillimi gjër në fund nga filli i kuq i ideologjisë së Partisë sonë.

Partia dhe Pushteti ynë Popullor i kanë kushtuar një kujdes të posaçëm zhvillimit të arsimit në vendin tonë. Në mesin 34 të projekt-kushtetutës, midis të tjerave thuhet: «*Arësimi organizohet e drejtohet nga shteti, është i hapur për të gjithë dhe jepet falas; ai ndërtohet mbi bazën e botëkuptimit marksist-leninist dhe kombinon mësimin me punën prodhuese dhe edukimin fizik e ushtarak. Kurse neni 51 thotë: «Shtetasi kanë të drejtë për arsim. Arsimi tëvotëçar është i përgjithshëm dhe i detyrueshëm. Shteti synon ngritjen e shkallës së arsimit të detyrueshëm për të gjithë*».

Sot në vendin tonë në çdo tre veta njëri mëson. Shteti ynë socialist, duke e dhënë arsimin falas dhe për të gjithë, në të njëjtën kohë ka krijuar edhe kushtet e përshatshme që ai të ndiqet nga një e treta e popullsisë. Kjo është një fitore madhështore e rendit tonë socialist, e politikës largpamëse dhe të zgjuar të PPSH. Sa fisnike dhe humanitare është detyra që shteti i ve vetes në mënyrë që arsimi i detyruar të ngrihet në një shkallë më të lartë për të gjithë. Shogëria e përparuar socialiste kërkton njerëz të ditur dhe të brumosur ideologjikisht. Sa është zgjeruar rrethi i arsimit në këto 30 vjetet e Pushtetit Popullor, dhe sa është rritur numri i nxënësve dhe i studentëve që mësojnë në shkolla e në Universitetin e Tiranës dhe filialet e rrethve! Vetëm 67 studentë i kishte Institutit i mjekësisë në vitin 1952, kurse në vitin 1974, numri i

tyre arriti mbi 2000 vota! Përparime kolosale që nuk kanë nevojë për koment.

Në Kushtetutën e re i kushtohet një kujdes i veçantë edhe *Zhvillimit të punës shkencore*, e cila organizohet dhe drejtohet nga shteti, në *mbajtje të ngushtë me jetën e prodhimin*, në shërbim të përparimit të *shoqërisë e të mbrojtjes së Atdheut. Shteti përkras përhapjen e dijes shkencore në masë dhe tërheqjen e gjërë të tyre në veprimtarinë kërkimore-shkencore* (neni 34).

I një rëndësie të veçantë është edhe neni 50, ku midis të tjerave thuhet se «*shteti garanton lirinë e punës shkencore dhe të krijimtarisë artistike*».

Këto dy nene na hapin perspektiva të shkelqyera për zhvillimin e mëtejshëm të punës shkencore, duke na ngarkuar, në të njëjtën kohë, e detyra serioze për përparimin e mëtejshëm të shkencës së re shqipëtare. Pas çlirimit të Atdheut dhe kryerjes së revolucionit popullor dhe sidomos me ngritjen e Institutit të mjekësisë dhe zgjerimin e rrejt shkencësor, u krijuan kushte të përshatshme për zhvillimin e punës shkencore, që u kurorëzua me një varg suksesesh, dhe që shpunë në fushkudimin e shumë sëmundjeve të rënda ngjijëse të trashëguara nga kaluara e hidhur. Në vendin tonë u prodhuan një numër i mirë vakcinash e medikamentesh, që i shërbyen forcimit të shëndetit të popullit.

Sot fakulteti i mjekësisë i UT në bashkëpunim edhe me Ministrinë e Shëndetësisë, kryen një punë volumnoze shkencore, që ka për qëllim të zgjidhë problemet që shqetësojnë shërbimin mjekësor të vendit tonë, duke i dhënë përparësi profilaksisë së sëmundjeve të ndryshme, që ta kohen në shumë në vendin tonë. Si asnjëherë në të kaluarën, sot puna shkencore ka karakter masiv. Në punën shkencore janë inkluduar jo vetëm pedagogët, por edhe shumë mjekë të rrethve të Republikës si edhe një varg kuadrosh të mesme mjekësore. Ne e ndajmë veten të sigurtë se do të zgjidhim me sukses edhe detyrat e punës shkencore të pesëvjeçarit të ardhshëm. Garanci për këtë është mbështetja e fuqishme dhe kujdesi i madh që tregon Partia për punën shkencore si edhe fryma revolucionare që mbisundon kudo në fakultetin tonë për të vënë në jetë zotimet e marrura.

Në projekt Kushtetutën e re, një varg nensh kanë të bëjnë me shërbimin shëndësor të popullsisë. Neni 45 thotë: «*Shteti u siguron shtetasve falas shërbimin e nevojshëm mjekësor si dhe mjekimin në qendrat shëndësore të vendit*».

Sa e lartë dhe njerëzore është përmbajtja e këtij neni! Jo vetëm shërbimi mjekësor falas, por edhe mjekimi në qendrat shëndësore falas! Sa ka vuajtur populli ynë në të kaluarën e hidhur për ndihmë mjekësore. Vetëm 10% të burxheut caktonte satrapi Zog për shëndëtimin. Para çlirimit një banori të vendit tonë i takonte një vizitë në shtatë vjet. Vetëm 100 mjekë kishite në gjithë Shqipërinë. Jeta mesatare ishte vetëm 38 vjet. Në gjithë vendin kishite 10 spitale me 805 shtrëtarë. Nëntë mijë banorëve iu takonte një mjek. Mjer ai që sëmuraj se e prisnin ditë të zeza. Ishte i detyruar të shiste plaçkat e shtëpinë që të blente ilaçet dhe të paguante vizitat mjekësore.

Në vendin tonë sot funksionojnë 559 institucione (nga të cilat 442 në fshat) me 15.747 shtretër (2480 në fshat). Rreth 3000 Kuadro të lartë mjekësore ka nxjerrë vetëm fakulteti i mjekësisë për ti shërbyer popullit. Nga 40 ambulanca që ishin në vitin 1938, sot kemi 2171, nga të cilat 1907 në fshat. Në fshatra funksionojnë 75 klinika dentare nga 148 që janë në të gjithë vendin. Një zhvillim të gjithanshëm ka marrë edhe hapur në zonat fshatare. Gjithashtu janë ngritur 325 agjenci farmaceutike po në fshatrat e Atkheut tonë. Jeta mesatare e popullsisë është ngritur në 68 vjet.

Në të ardhmen sukseset do të jenë edhe më të mëdha. Garanci për këtë është vija e drejtë e PPSH në sektorët e shëndetësisë, Kushetutaja jonë e re socialiste.

E dhe neni 29 i projektikutshetutës së re i shërben ruajtjes së shëndetit të popullit. Në të midis të tjerave thuhet: «Shteti kujdeset dhe merr masa për mbrojtjen në punë...». Ky nen na ngarkon me detyrën që të studjojmë më thellë shkaget e sëmundjeve profesionale dhe të propozojmë marrjen e masave për parandalimin e tyre. Në këtë pesë-vjeçar një kujdes i veçantë do t'u kushtohet studimeve shkencore në fushën e sëmundjeve profesionale. Duke e kryer me sukses këtë detyrë, ne plotësojmë edhe një nga vendimet e rëndësishme të Kushetutës.

Rëndësi të veçantë ka neni 47 i projektikutshetutës së re, që merr nën mbrojtje nënën dhe fëmijën. Në të thuhet: «Nëna dhe fëmija gëzojnë kujdes dhe mbrojtje të veçantë. Nëna ka të drejtën e rishimit të paguar para e pas lindjes. Shteti hap shtëpi lindjeje si dhe qendra e kopshte për fëmijë». E vajteshme lka që në gjendja shëndetësore e fëmijve dhe e gruas para qëlimit të Atkheut. Në qytetet kryesore rreth 60% e nxënëseve të shkollës vuanin nga malarja, kurse në zonat fushore bregdetare, ky infleksion arrinte në 100%. Vetëm 25 shtretër kishin për fëmijët dhe një repart lindjeje me 15 shtretër, 99,60% e të gjitha lindjeve bëheshin në shtëpi, të asistuara nga plakat shariatane. Me mijra fëmijë dhe nëna kanë vdekur në kohën e lindjes, sepse ka munguar ndihma mjekësore. Kurse sot puna qëndron krejt ndryshe. Gruaja shtatzënë merret në mbrojtje nga shteti. Asaj i jepet pushimi i nevojshëm para (nga të cilat 1956 në fshat), nga një që ishte para qëlimit. Sot në fshatra punojnë 3000 mami-inf-armiere. Për këtë arsye është ulur shumë numri i vdekjeve të fëmijëve gjatë lindjes si edhe të nënave. Në të kaluarën e zezë as që mund të ndërrohej një shërbim i fillë për nënën dhe fëmijën! Me mijra janë qendrët dhe kopshtet e ngritura në vendin tonë, ku rriten të shëndetshëm fëmijët e Atkheut tonë socialist. Ne na bie detyra e ngritjes në një nivel më të lartë të shërbimit për nënën dhe fëmijën, duke u dhënë studentëve nocionet më të domosdoshme të specialiteteve përkatëse.

Shteti ynë socialist kujdeset në mënyrë të veçantë për pushimin e punonjëseve dhe për sigurimin e jetës së tyre në plegeri, ose kur ata, që për arsye sëmundjesh, dalin në invaliditet. Në Kushetutën e re, këto detyra janë formuluar në nenet 43 dhe 44.

Për ne ka një rëndësi të veçantë edhe neni 9, ku thuhet: «Nëpunësit i shërbejnë popullit, marrin pjesë në punën e drejtëpërdrejtë në pro-

dhim dhe shpërblehen në raport të drejtë me punëtorët e kooperativistët për të mos lejuar krijimin e ndonjë shtrese të privilegjuar. Raportet e shpërblimit caktohen me ligj. Partia ka marrë masa që të ngushtohen diferencat midis rrogave të kuadrove nga njëra anë dhe të punëtorëve nga ana tjetër, në mënyrë që të mos krijohen privilegje për një kategori njerëzish dhe të mos ketë disnivele të theksuara midis jetesës së qytetit dhe atij të fshatit.

Në i kemi përkrahur vazhdimisht këto masa shumë të rëndësishme të Partisë, që kanë për qëllim t'i presin rrugën krijimit të një shtrese të privilegjuarish, e cila u bë mbështetje e fuqishme në Bashkimin Sovjetik dhe vendet e tjera revizioniste për degjenerimin e diktaturës së proletariatit dhe restaurimin e kapitalizmit.

Miratimi i Kushtetutës së re përbën një ngjarje të madhe politike e ideologjike në gjithë jetën e vendit. Ajo do t'u shërbejë ngritjes së mëtejshme të situatës revolucionare, rritjes së entuziazmit politik e mobilizimit të të gjithë masave punonjëse nën udhëheqjen e Partisë për të përmbyshur me sukses detyrat që dalin në të gjitha fushat e ndërtimit të socializmit dhe të mbrojtjes së tij.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Enver Hoxha:** Raport në Kongresin e VI të PPSH, Tiranë 1971.
- 2) **Hysni Këapo:** Raport në sesionin e tretë të legjislaturës së tetë të Kuvendit Popullor të RPSH. Rruga e Partisë 1975, 11, 5.
- 3) **Ramiz Alla:** Raport i mbajtur në mbledhjen e Këshillit të Përgjithshëm të Frontit Demokratik të Shqipërisë. Zëri i Popullit 1976, 27 janar.
- 4) **Ramiz Alla:** Fjala e mblylles në konferencën shkencore për problemet e Kushtetutës. Zëri i Popullit, 1976, 8 shkurt.
- 5) **Aranaj Çela:** Kushtetuta e re — Kushtetutë e ndërtimit të plotë të shoqërisë socialiste. Zëri i Popullit 1976, 6 shkurt.
- 6) **Foto Çani:** Organizimi politik i shoqërisë socialiste në Shqipëri dhe projekti i Kushtetutës së re. Zëri i Popullit 1976, 7 shkurt.
- 7) **Çifli Pistoli:** Fakulteti i Mjekësisë në 30 vjetorin e çlirimit të Atdheut dhe revolucionit popullor. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore — 1974, 1, 3.
- 8) **Gago Trebicka:** Zhvillimi i shërbimit shëndetësor gjatë 30 vjetëve. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore — 1974, 1, 9.
- 9) **Gramos Hysi:** Përmbajtja dhe rëndësia e të drejtave dhe e detyrave kushtetuese të shtetasve tanë. Zëri i Popullit 1976, 10 shkurt.
- 10) **Koço Çifozhemi:** Zhvillimi i obsletrikës dhe Gjinokologjisë gjatë 30 vjetëve të çlirimit. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore 1974, 1, 73.
- 11) **Nikolla Dushniku:** Luftimi i sëmundjeve ngjitëse gjatë 30 vjetëve të çlirimit. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore — 1974, 1, 69.
- 12) **Shkencat Mjekësore:** Trrdhjet vjet pediatri shqiptare. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore — 1974, 1, 63.
- 13) **Pënnani i VIII i KQ të PPSH (1975).**
- 14) **Projekt Kushtetuta e Republikës Popullore Socialiste të Shqipërisë.** Tiranë 1976.
- 15) **Dokument me rëndësi të madhe historike.** Zëri i Popullit 1976, 22 janar.
- 16) **Pasqyrë e vijës së drejtë marksiste-leniniste të Partisë, e mishëruar në praktikën tonë revolucionare.** Zëri i Popullit 1976, 24 janar.

ASPEKTE KLINIKE TË SËMUNDJES HIPERTONIKE

PROF. FEJZI HOXHA — DOC. HYSNI RUSI

(Katedra e Terapisë Hospitaliere)

Hipertensioni arterial konsiderohet një nga sëmundjet më shqetësuese për shkak të ndërlikimeve në zemër, veshka e në tru. Zbulimi i hershëm i të sëmurëve me hipertension arterial, diagnostikimi dhe mjekimi i tyre i rregulltë dhe korrekt, i pakëson ose i largon rastet e invaliditetit dhe zgjat jetën e këtyre të sëmurëve. Megjithë mjetet diagnostike më të perfeksionuara, që disponohen sot, shumë shkaqe të hipertensionit mbeten ende të pazbuluara dhe u vihet etiketa e hipertensionit arterial esencial. Ka rëndësi që çdo të sëmurë, të cilët i gjenden shifra të tensionit mbi normalin, t'i merret mirë dhe me hollësi anamneza për të përjashtuar rastet e hipertensionit sekondar, të cilat kanë karakteristikat dhe mjekimin e tyre të veçantë dhe zenë nga 100% (15), 20% (5) gjër në 40% (12) të të gjithë rasteve të të sëmurëve me hipertension.

Pasqyra nr. 1

Forma e HTA	Nr. i përgj.	Seksi M. F.	Nëp.	Profesioni Pun. Koop.	stud. Shitëp.	Koha e konstatimit në vite									
						1	1-2	3-5	6-10	11-15	16-20	+20			
HTA I	136	75	61	19	96	—	3	18	29	34	43	25	3	2	—
HTA II	171	87	84	34	104	1	—	32	31	32	47	38	19	3	1
HTA III	28	15	13	3	9	3	—	13	5	4	6	4	6	2	1
HTA malinje	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—

Gjatë vitit 1973 dhe shtatë muajve të parë të vitit 1974, në klinikën tonë janë s'udjuar 336 të sëmurë të shtruar me hipertension arterial esencial (shih pasqyrën nr. 1). Siç shihet nga pasqyra, numrin më të madh e përbejnë punëtorët (62,4% — femra e meshkuj së bashku). Ky numër i punëtorëve të shtruar me hipertension arterial afërsisht katër herë më i madh nga ai i nëpunsave, shpjegohet me arsyen se këta të fundit janë shumë më të pakët nga punëtorët që banojnë në Tiranë.

Megjithëse për klasifikimin e hipertensionit esenciale ka mendime të ndryshme, ne i jemi përmbajtur atij të propozuar nga një sërë autorësh (3,6 etj.), që duke u mbështetur më tepër në prekljen e vazave dhe orga-

neve, sesa në vetë shifrat e TA, hipertensionin arterial e ndajnë në kater stade:

1) Hipertension arterial i lehtë, që karakterizohet nga shifra të morderuara të TA (TA sistolik nën 200 mmHg dhe diastolik nën 110) dhe nga mungesa e prekjeve të organeve. 2) Hipertension arterial i mesëm (stadi i dytë) me shifra të TA sistolik rreth 200 mmHg dhe të diastolikut 110-120, me rregullime funksionale pak a shumë të shprehura dhe me prekje të organeve, por jo shumë të theksuara. 3) Hipertension arterial i rëndë (stadi i tretë) me shifra të TA sistolik mbi 200 mmHg dhe diastolikut mbi 120 — 130, me rregullime funksionale të theksuara, lezime të përparuara të fundit të syrit, hipertrofi me mbingarkesë të ventrikullit të majtë, me ose pa insuficiencë të koronareve dhe rregullime të pakta ose të shumta të funksionit të veshkave, 4) Hipertensionin arterial malinj (që nga disa konsiderohet si stadi i katërtë) me specifitkat e vetë karakteristike.

Nga të 336 të sëmurët me hipertension arterial esencial, të studjuar nga ne, 136 kanë genë të formës së lehtë, 171 të formës së mesme, 28 të formës së rëndë (Shih pasqyrën nr. 2).

Pasqyra nr. 2

Stadi i sëmundjes, grup moshë dhe seksi

Stadi i sëmundjes	Nr. i përgjith-shtëm	Moshë												+60
		15—20	21—30	31—40	41—50	51—60	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	
Forma e lehtë	136	—	7	1	13	7	14	10	25	28	11	10	5	5
Forma e mesme	171	—	—	—	4	—	15	9	33	41	26	15	13	15
Forma e rëndë	28	—	—	—	—	—	1	2	4	1	2	4	9	5
HTA malinjë	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Nga moshat 15-40 vjeç, 55 meshkuj dhe 29 femra, dmth gjithsej 84 raste. Prej këtyre, 52 kanë genë forma të hipertensionit arterial të lehtë; 28 të stadi të mesëm, tre të rëndë dhe një i ri me hipertension arterial malinj. Hipertensionin arterial malinj karakterizohet me një ngri-tje të shpejtë dhe shumë të lartë të tensionit arterial, ku shumë herë diastoliku arrin mbi 130 — 150 mmHg dhe sistoliku 230-250 mmHg e më lart. Kjo formë është takuar shumë rrallë tek ne (vetëm një në 336 raste me hipertension esencial). Por nuk duhet har-ruar se edhe rastet e hipertensionit të stadi të lehtë, në të rinjtë nga moshë, shpeshherë kanë një zhvillim të rëndë. Për çdo nivel të hipertensionit, sa më i ri të jetë pacienti kur i fillon sëmundja, aq më i madh është shkurtimi i jetës së tij në krahasim me njerëz të moshës së tij me tension normal. Sipas të dhënave statistikore (7), rezultoni se në njerëz të moshës 50-59 vjeç me TA 150/100 gjatë 20 vjetëve, mortaliteti është dyfish nga ai në njerëzit me të njëjten moshë, por me tension normal.

Ndërmjet të sëmurëve tanë, në 252 raste me hipertension në moshat mbi 40 vjeç, 25 raste (9,92%) kanë genë të stadi të rëndë. Në burrat mbi

40 vjeç e lart, ky stad është gjetur në 11,75%/o; ndërsa tek gratë mbi 40 vjeç e lart në 8,06%/o të rasteve. Siç shihet, statet e rënda të hipertensionit arterial janë vënë re pak më të shpeshta tek burrat sesa tek gratë. Kjo nuk përputhet me të dhënat e disa autorëve të huaj (7).

Sëmundjet shoqëruese që janë vërejtur më shpesh në të sëmurët tanë kanë gënë: spondiloartroza deformante, obeziteti, diabeti i sheqerit, ulçera gastro duodenale dhe pneumopatië.

Pasqyra nr. 3

Forma e HTA	Nr. i përgjithshëm	Sexsi		Obezitet	Diabet	Ulçera	Sëmundjet shoqëruese		Trauma lumbare	Trauma në kokë
		M.	F.				Interv. Kirurgj.	Trauma lumbare		
HTA I	136	75	61	20	14	3	19	—	3	
HTA II	171	87	84	39	15	15	37	1	2	
HTA III	28	15	13	5	3	—	4	—	—	
HTA malinje	1	1	—	—	1	—	—	—	—	

Në të sëmurët tanë me hipertension, ulçera gastroduodenale është gjetur në 18 raste (5,3%/o), kurse disa autorë të tjerë (8,17) e kanë gjetur në një përqindje që shkon nga 1,4%/o gjer në 4,1%/o. Pneumopatië kronike janë gjetur në 45 raste (13,3%/o) dhe janë vënë re kryesisht në të mosshuarit. Gorbanov P. e bp. i kanë gjetur në 14,2%/o të rasteve, po në atë kontigjent moshe.

Ndërmatjet të sëmurëve me hipertension, 33 kanë pasur diabet të sheqerit (9,8%/o). Për koincidencën e hipertensionit arterial dhe diabetit të sheqerit kanë shkruar shumë autorë (4, 8, 11, 18, 22). Duhet të vëmë në dukje se kur hipertensioni shoqërohet me diabetin e sheqerit, prognoza është shumë e rëndë, pasi të dy këto sëmundje dëmtojnë enët e gjakut, kryesisht ato koronare, cerebrale dhe renale.

Obeziteti është gjetur në 64 të sëmurë me hipertension (19%/o). Komplikacionet e HTA ai i bën më të shpeshta dhe më të rënda. Turbullimet metabolike, që ndodhen në obezitetin, ndihmojnë zhvillimin e aterosklerozës, por nuk është i qartë mekanizmi patogjenetik i zhvillimit të hipertonisë tek obezët (13, 19).

Spondiloartrozat deformante janë gjetur në 55 të sëmurë (16,4% o). duke zënë kështu një vend të rëndësishëm në shpeshësinë e sëmundjeve shoqëruese në hipertoni këtë tanë. Megjithatë në pjesën më të madhe, rastejt janë vrojtuar në moshat më të vjetra, ndoshta në zhvillimin e tyre, një rol mund të kenë lojtur proceset metabolike dhe distrofike si dhe ateroskleroza.

Ndërmatjet pacientëve tanë u gjel se 321 prej tyre (95,53%/o) kishin dhembje koke. Kjo është një shifer shumë e lartë në krahasim me atë që japin shumë autorë të tjerë. Por kjo ndoshta është e lidhur me faktin që të sëmurët e shtruar kanë gënë prej atyre që kanë pasur keqësim të sëmundjes (Pasqyra nr. 4).

Pasqyra nr. 4

TA mesatar sipas grup moshës dhe seksit

Stadi i sëmundjes	15—20		21—30		31—40		41—50		51—60		+60	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
HTA I	145.7	140	160.7	156.4	161.7	155	165.8	163	172.2	155.5	199	159
	78.5	100	80.7	92.8	91.4	83.5	92.8	95.3	86.8	92	96	90
HTA II	—	—	178.7	—	184	197.2	191.8	184.5	194	209	212.3	201.4
	—	—	115	—	98.6	109.4	109.3	100.7	102.6	109.3	104.6	102.6
HTA III	—	—	—	—	165	222.5	207.5	230	200	235	212.2	210
	—	—	—	—	100	130	115	115	105	120	107.7	112
HTA malinje	—	—	270	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	150	—	—	—	—	—	—	—	—	—

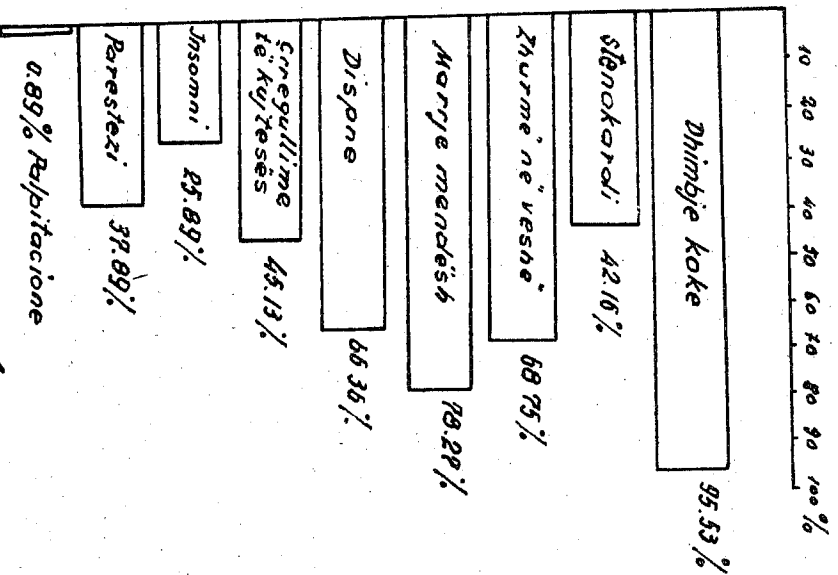
Ayman dhe Pratt (cituar nga Pickering G.) dhembjen e kokës e gjejnë në 72% të pacientëve të tyre; Gorbanov e bp. e kanë takuar në 78% të të sëmurëve me hipertension. Sipas Vendereviç (cituar nga Lang G. F.) dhembja e kokës vihet re sidomos kur hipertensioni është në fazën e rësktizimit të simptomave klinike, ose kur sëmundja ka arritur një fazë zhvillimi të fillë ku janë shfaqur edhe shenja të theksuara të retinopatisë. Sidogofitë, dhembja e kokës është një nga simptomat subjektive, që ka lidhje të shpeshta me hipertensionin arterial, por ajo vihet re dhe në shumë raste të tjera, sidomos në gjendjet neurotike. Kështu Pickering e ka gjetur atë në 50% të atyre me psikoreurozë dhe me tension normal.

Edhe zhurma e veshëve dhe në kokë, që ndjejnë shpesh të sëmurët me hipertension arterial, është një shenjë subjektive, që në shumicën e rasteve ka karakter funksional. Në të sëmurët tanë, zhurma është takuar në 231 prej tyre, dmth në 68,75% të të gjithë rasteve të shtruar me hipertension arterial. Zhurma është gjetur pothuaj me të njëjten shpeshësi në të gjitha stadet e sëmundjes, por pak më e dendur është gjetur në rastet e stadi të mësim të hipertonisë, ku është takuar në 71,34%, kurse në stadin e lehtë është gjetur në 66,90% dhe në stadin e rëndë të sëmundjes në 64,28%. Ka mundësi që këto zhurma në veshë dhe në kokë të jenë si shkak i anemisë cerebrale, nga një garkullim i keq i përkohshëm i gjakut në tru, ose në një raion të kufizuar të tij, fenomen, që njëkohësisht me zhurmën, mund të shkaktojë tek pacienti errësimin e panjës dhe, për një çast edhe humbjen e ndjenjave (14). Gorbanov e bp. zhurmën në veshë e kanë gjetur në 36% të të sëmurëve.

Nga pyetjet që iu janë bërë pacientëve rezultoi se 263 prej tyre kishin marrje mëndsh, dmth 78,27% e të gjithë rasteve me hipertension. Në shkakuin e shfaqjes së tyre ndërhyjnë sidomos turbullime funksionale të përkohshme të garkullimit cerebral, ndoshta të një angiospazme, ku një rol me rëndësi mund të kenë edhe faktorët neurovegetativë.

SHPESHËSIA E SIMPTOMAVE
NË TË SËMURËT HIPERTONIKË

(NË %)



Në 142 raste (42,16%), të sëmurët tanë kanë pasur dhembje steno-kardie. Këto janë venë re në ata me moshë mbi 21 vjeç. Roli i hipertensionit arterial, që ndihmon në shfaqjen e akseseve stenokardike dhe infarktimit miokardit, është përshkruar nga shumë autorë (1, 10, 16). Në 63%, të rasteve, të shtruar në klinikë me infarkt të miokardit, Wallein. E. ka gjetur tension arterial të larë. Gorbanov P. e bp. i kanë gjetur krizat e stenokardisë në 32%, të të sëmurëve me hipertension. Në shkaktun e krizave të stenokardisë ndikojnë jo vetëm ateroskleroza e ko-

ronareve, e cila zhvillohet më shpesh në hipertoniçet, por ndërhijë edhe faktorë të tjerë: puna më e sforcuar që duhet të bëjë zemra në të sëmurët me hipertension si dhe vetë hipertrofia, që pëson miokardi në këta pacientë.

Dispnea është gjetur në 233 raste (66,36%). Kjo është shfaqur edhe në shumë raste që nuk kanë pasur asnjë shenjë të insuficiencës së miokardit. Siç vlihet re nga të dhënat tona, në 78 të sëmurë të dispnea është gjetur në stadin e parë të hipertensionit; pra kjo duhet të shpjegohet me turbullimet neurovegetative që kanë pacientët në këtë stad të sëmundjes. Por në rastet kur hipertensioni arterial është zhvilluar prej një kohe të gjatë, dispnea e të sëmurëve ka lidhje edhe me dëmtimet që ka pësuar miokardi dhe me reperkusionet që ka kjo gjendje në qarkullimin pulmonar.

Çrregullimet e kujtesës janë vënë re në 155 raste (46,13%). Këto shpjegohen me sklerozën e enëve të gjakut të truve dhe kryesisht me vazospazmat cerebrale.

Vlefat mesatare aritmetike të TA, sipas grup moshave, seksit dhe stadeve të HTA janë paraqitur në pasqyrën nr. 4. Nga kjo rezulton se lidhur me moshën, si presioni sistolik ashtu dhe ai diastolik tek meshkujt tregojnë pak a shumë ndryshime të njëjta dhe shkojnë duke u rritur me përparimin e moshës.

Tek femrat nuk ndodh e njëjta gjë, sepse ndërsa TA sistolik mesatar shkon duke u rritur nga grup moshë 31-40 vjeç deri 51-60 vjeç për t'u ulur në moshat mbi 60 vjeç, TA diastolik mesatar, duke filluar nga grup moshë 31-40 vjeç, ku arrin maksimumin e vet, shkon vazhdimisht duke u ulur edhe mbi moshat 60 vjeç.

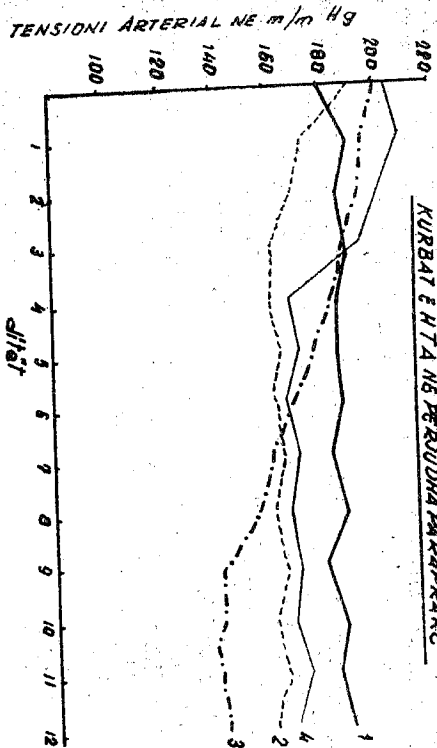
Shumë autorë (2, 8, 9) kanë konstatuar se në të sëmurët e shtruar në spital shpeshherë vërehet një ulje spontane e konsiderueshme e TA përpara se të fillohet terapia. Me qëllim që të vlerësojmë këtë të dhënë në mënyrë statistikore, nga kontingenti i përgjithshëm ne kemi studuar 115 të sëmurë me hipertension arterial esencial, që u mbajtën pa mjekim për një kohë paraprake, që shkonte nga tre gjer në 12 ditë. Në këta të sëmurë konstatuam shtatë lloj kurbash të ndryshme:

1) Kurbë hipertensive e sheshtë pa zbritje, ku lekundjet nuk kalojnë 10-15 mmHg për TA sistolik dhe 5-7 mmHg për diastolikun. U gjjet në nëntë të sëmurë, 5,80% e të sëmurëve të marrur në studim. Kjo kurbë është vërejtur shpesh në formën e rëndë të hipertensionit arterial (55,50%), shumë rrallë në formën e lehtë (1,80%) dhe nuk ndryshon lidhur me seksin.

2) Kurbë hipertensive me zbritje dhe fiksim në shifrat normale. U gjjet në dhjetë pacientë (8,60%). Kjo kurbë u vërejt më shpesh në format e lehta të hipertensionit (18,50%), më shpesh tek meshkujt.

3) Kurbë zbrithëse me normalizim të vonshëm. U gjjet në 15 pacientë (13,04) më shpesh në formën e lehtë të hipertensionit (12,70%), me shpesh-tësi pak a shumë të njëjtë në të dy sekset. Ulja e TA sistolik dhe diastolik, në pjesën më të madhe të rasteve, ka qënë në mënyrë graduale dhe më e theksuar në tre ditët e para, pastaj bëhej më e pakët deri në ditët 6-7, ndërsa në ditët 8-12, ulja ishte e parrëndësishme. Një kurbë zbrithëse të tillë Campus S. e bp. e kanë gjetur në 77,20% të rasteve,

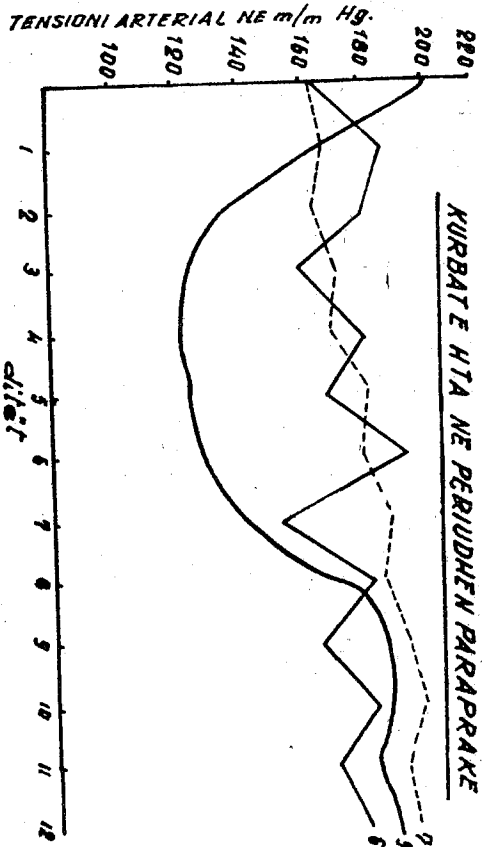
KURBAT E HTA NE PERIUDHA PARAPRAKE



1. KURBË E SHESHIT PA ZBRITJË
2. KURBË E SHESHIT ME ZBRITJË JE SHPEJT DHE FIKSIM ME SHIFRA MAKSIMIALE TE NORMES
3. KURBË ZBRITJËSE ME NORMALIZIM TE
4. KURBË ZBRITJËSE ME VAZHDIJTE SHESHIT PA NORMALIZIM TE PLOTË.

grafiku nr 2

KURBAT E HTA NE PERIUDHEN PARAPRAKE



5. KURBË NE FORMË 'GUVATE'
 6. KURBË E KURREGULLIT ME LEVIZJE TE INKONSUARTE TE T.A.
 7. KURBË NGJITJËSE ME FIKSIM ME SHIFRA ME TE LARTA SE ATO TE FILLIMIT.
- grafiku nr. 3

ndërsa Gorbanov P. e bp. në 40,2%/o. Siç shihet, rezultatet e këtyre autoreve nuk përputhen me tonat, ka mundësi që këta autorë, në këtë grup, të kenë futur edhe ata me kurbë zbritëse të shpejtë, të cilën ata nuk e përmëndin.

4) Kurbë zbritëse me vazhdim të sheshtë, pa normalizim të plotë kemi gjetur në 38 pacientë (33,04%/o); është kurbë më e shpeshtë në rastet tona dhe haset më tepër në të sëmurët me hipertension të mesëm (46,1%/o), me shpeshtësi pak më të madhe tek burat Gorbanov P. e bp. këtë kurbë e kanë gjetur në rreth 10%/o të rasteve më shpesh në stadin e tretë të hipertonisë.

5) Kurbë në formë govate (TA ulët gradualisht në ditët e para, qëndron disa ditë ulur, pastaj ngrihet përsëri në shifrat fillestare), e kemi gjetur në 11 pacientë (9,5%/o), më shpesh në format e lehta të HTA (12,7%/o) dhe të mesme (9,6%/o) më tepër në meshkujt.

6) Kurbë e rregulltë, me lëvizje të theksuara të TA sistolik dhe diastolik. E kemi gjetur në 25 të sëmurë (21,6%/o), më shpesh në formën e mesme (23%/o) dhe të lehtë (20,3%/o), pa ndryshim të rëndësishëm të shpeshtësisë midis meshkujve dhe femrave.

7) Kurbë ngjitesë e TA me fiksion në një shifër më të lartë se fillestaria. E kemi gjetur në shtatë të sëmurë (6%/o). Kjo kurbë është gjetur në proporcija pak a shumë të barabartë në të gjitha stadet e ndryshme të hipertensionit arterial dhe në të dy sekset.

Duke studiuar rezultatet e shprehura në kurbat e mësipërme rezulton se në 25 të sëmurë (21,7%/o) tensioni arterial është normalizuar në periudhën paraprake (pa mjekim) dhe në 39 (33,9%/o) është ulur, por nuk është normalizuar; pra ulje e përgjithshme në 64 (56,4%/o). Gorbanov P. e bp. normalizimin e TA, në këtë periudhë, e kanë gjetur në 43,6%/o të rasteve, ulje pa normalizim në 10%/o, ndërsa Campus S. e bp. ulje të shtrave (normalizim dhe përmirësim) në 72,2%/o. Gofitë nga të dhënat tona, ashtu dhe nga të dhënat e autoreve që përmëndëm, ndryshimet e TA përkonin si për sistolikun ashtu edhe për diastolikun dhe, në përgjithësi, zhvillimi është pak a shumë një lloj në të dy sekset.

Shpjegimi i uljes së TA, nga vetë fakti i shtruarjes së të sëmurëve në spital, mund t'i kushohet pushimit fizik dhe psikik, largimit nga stimujt emocionalë, të lidhura me ambientin e jetesës dhe të punës.

KONKLUZIONE

1) Hipertensioni arterial, ndër të shtruarit, haset më shpesh në meshkujt se në femrat gjër në 40 vjeç; pas kësaj moshe, ai qëndron në raport të barabartë.

2) Sëmundjet që e shoqërojnë më shpesh hipertensionin arterial janë: obeziteti (19%/o), spondiloartrozat deformante (16,4%/o), pneumopatië kronike (13,3%/o), diabeti i sheqerit (9,8%/o) dhe ulçera e duodenit (5,3%/o).

3) Ndër simptomat subjektive, më e shpeshta është dhembja e kokës (95,5%/o), e pasuar me vertizhet (78,27%/o), zhurmë në veshë (68,75%/o), dispnea (66,33%/o) dhe stenokardia (42,16%/o).

4) Shifrat e TA rriten me kalimin e moshës, por tek femrat, rritja është një lloj si tek meshkujt.

5) Në një pjesë hipertonicësh, tensioni arterial pëson ulje në periudhën paraprake. Në të sëmurët tanë, në këtë periudhë, ai është normalizuar në 21,70/0 të tyre; është ulur pak por nuk është normalizuar në 33/0. Pra në përgjithësi një ulje prej 54,7/0 të rasteve të marrura në studim për këtë qëllim.

Dorëzuar në Redaksi më 15 janar 1975.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bronstet R. e bp.: Coeur et hypertension arterielles. Gaz. Med. Franc. 1972, 13, 350
- 2) Campus S. e bp.: Rilievi clinico-statistici sugli effetti del ricovero ospedaltiero nei pazienti ipertesi. Min. Medica 1968, 22, 1238.
- 3) Dalocchio M. Le traitement de l'hypertension arterielle essentielle simposium hypertension arterielle. Bordeaux 1970 (28-29 Novembre).
- 4) Dieterle G. e bp.: Diabete mellito asimomatico in soggetti con ipertensione senza o besita. Min. Medica 1968, 20, 1145.
- 5) Froment A.: Traitement moderne de l'hypertension arterielle. Rev. Lyon Med. 1966, 5, 195.
- 6) Fritel D., Meyer P.: L'hypertension arterielle et son traitement. Edit. Maloin Paris 1967.
- 7) Frels Edward: Age, race, sex and other indices of risk in hypertension. Hypertension. (Laragh J.H.). New York 1974, 31.
- 8) Gorbanov P. e bp.: Klinični nabydenja pri bolni ot arterialna hipertoniya. Arterialna hipertoniya Sofia 1972, 9.
- 9) Berhaux A., Himbert J.: Examen clinique d'une hypertendu. La revue du praticien 1969, 2, 147.
- 10) Goldberger E.: Le malattie del cuore. I Edizione Italiana. Milano 1959, 680.
- 11) Gonfier F.: Hypertension et surcharge. Archives des maladies professionnelles 1969, 3, 158.
- 12) Guendon J.: Formes étiopathogéniques de l'hypertension arterielle. Revue du praticien 1969, 2, 189.
- 13) Julien J.L.: Obésité et troubles cardio-vasculaires. Gaz. Med. France 1972, 22, 3837.
- 14) Lang G.F.: Gipertonicskaja bolezn. Medgiz 1950.
- 15) Laragh J.H.: Hypertension. Clinical medicine Columbia. New York 1974.
- 16) Levine S.A.: Cardiologia clinica. Cardiopatia hipertensiva e ateroscleroti unione tipografica Edit. Torino 1957.
- 17) Masnikov L.: Gipertonicskaja bolezn. Medgiz Moskva 1954.
- 18) Milliez P. e bp.: Comment pratiquer les examens complementaires d'un bilan et d'une surveillance d'hypertension: La revue du praticien 1973, 9, 641:
- 19) Milon, Froment A., Froment R.: Epidemiologie de l'hypertension arterielle. Lyon — Medier, Medical 1970, 6, 23.
- 20) Pikerings G.: Hypertension. Definitions. Natural histories and consequences. Amer. J. Med. 1972, 52, 570
- 21) Vallheim E.: Diagnosti diferenziale e terapia dell'ipertensione. Min. Med. 1963, 43, 1615.
- 22) Zech P., Traeger J.: Complications renales du diabete sucré. Gaz. revue du praticien 1969, 26, 3749.

REVISTA DE LA FAC. DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
MAY 1975

SUMMARY

CLINICAL ASPECTS OF ESSENTIAL HYPERTENSION

A study was carried out of 336 patients (178 male and 158 female) suffering essential hypertension, of whom 136 were in the first, 171 in the second and 29 in the third stage of the disease; one patient had malignant hypertension.

The more severe forms of hypertension were observed mostly in the group aged about forty (9.9 percent), more often among the men (11.75 percent) than among the women (8.06 percent) of that age.

Other illnesses which accompanied essential hypertension were: obesity (19%); deformant spondylarthritits (16.4 percent), chronic pneumopathies (13 percent), diabetes (9.8 percent) and peptic ulcer (5.3 percent).

The more frequent subjective symptoms were headache (95.5 percent), vertigo (78.27 percent), ear noises (68.75 percent), dyspnea (66.36 percent), stencocardia (42.16 percent).

In regard to the mean arithmetic values of the blood pressure according to the age, sex and stage of the disease, it was noted that among the males both the systolic and diastolic pressures underwent more or less the same changes and tended to rise with the age. Among the women, on the contrary, the systolic pressure rose until the age of 50-60, then tended to fall, while the diastolic pressure continued to rise after that age.

In 115 patients, who were left without any treatment for periods ranging from 3 to 12 days, no fall of the blood pressure was observed in 54.7 percent (in 21.7 percent the blood pressure fell to normal, in 33 percent it tended to fall but failed to reach normal values.

RÉSUMÉ

ASPECTS CLINIQUES DE L'HYPERTENSION

Les auteurs ont étudié 336 malades (178 hommes et 158 femmes) à hypertension essentielle, dont 136 du premier stade, 171 du deuxième, 29 du troisième et une hypertension maligne.

Les formes graves d'hypertension artérielle ont été observées davantage chez les hommes de 40 ans (9,9%) un peu plus fréquentes chez les hommes (11,75%) que chez les femmes du même âge (8,06%).

Selon les constatations des auteurs, les maladies sociales qui accompagnent le plus fréquemment l'hypertension sont: l'obésité (19%), la spondylarthrite déformante (16,4%), la pneumopathie chronique (13,3%), le diabète sucré (9,8%) et l'ulcère gastroduodénal (5,3%).

Les symptômes subjectifs le plus fréquemment observés sont les maux de tête (95,5%), les vertiges (78,27%), les bourdonnements (66,36%), la dyspnée (66,36%) et la stencardie (42,16%).

En ce qui concerne les valeurs moyennes arithmétiques de la tension arté-

rielle, selon les groupes d'âge, le sexe et les divers stades d'hypertension, il a été constaté que chez les hommes, tant la pression systolique que la pression diastolique font apparaître plus ou moins les mêmes altérations et tendent à augmenter avec l'âge. Ce phénomène ne s'observe pas chez les femmes, chez lesquelles la pression systolique tend à augmenter jusqu'aux groupes d'âge de 51 à 60 ans, puis au dessus de 60 ans, tend redescendre, alors que la pression diastolique continue de s'élever même après 60 ans.

Sur 115 malades laissés sans aucun traitement au cours d'une période préliminaire de 3 - 13 jours, les auteurs constatent une baisse de la tension artérielle chez 54.7% d'entre eux (normalisation de la T.A. chez 21,7% et baisse, mais non normalisation chez 33%).

KARAKTERISTIKAT ELEKTROKARDIOGRAFIKE NË SËMUNDJEN HIPERTONIKE

— NAMIK SHEHU —
(Spitali i rrehtit Berat)

Sëmundja hipertonike përbën një nga afeksionet më të përhapura të sistemit vaskular. Ajo manifestohet kryesisht me shfaqjen e hipertensionit arterial, duke sjellë ndryshime hemodinamike me pasoja dëmtimi kudo, veçanërisht në zemër.

Frekuenca e lartë e morbozitetit, e paafësisë në punë, e invaliditetit dhe e vdekshmërisë nga kjo sëmundje, sot ka prirje rritjeje kudo në botë. Kjo bën të domosdoshme njohjen dhe diagnostikimin e hershëm të saj, sidomos në dëmtimet që jep në aparatit kardio-vaskular.

Krahës metodave dhe shënjahe të tjera objektive, që vlejnë për diagnostikimin e sëmundjes paraqiten dhe të dhënat e E K G, që konsiderohen si simptoma objektive me vlerë praktike. Ato mund të vënë në pah, madje në stadet e hershme, ndryshime që mund të shprehin dhe të përcaktojnë gjendjen funksionale të miokardit, të sgarojë vendin e lokalizimit të ndryshmeve dhe të ndjekin në dinamikë zhvillimin e tyre (8).

Në literaturën mjekësore ka mendime të ndryshme mbi alteracionet e E K G në sëmundjen hipertonike (8). Krahës këtyre, po radhisim të dhëna dhe interpretimet e studimit të materialit tonë.

Materiali dhe metoda e punës. — Për studim janë marrë 107 të sëmurë me sëmundje hipertonië të formës beninjë, në stade të ndryshme (stadi I ka 13, stadi II ka 84 dhe stadi III ka 10), të moshave 30 - 70 vjeç me profesione dhe seksa të ndryshme, në kushte spitalore dhe ambulatorë, të pajisur me kartela klinike. Presioni arterial është matur disa herë dhe kohë pas kohe. Të sëmurët kanë bërë analiza plotësuese të ndryshme si E K G, radioskopi, fundin e syve, kolesterolinë, lipeminë, azoteminë, gliceminë, analizat e gjakut dhe urinës etj.

Është marrë në konsideratë metoda e mënyrës së krahasimit para-lele të E K G me ekzaminimet e tjera. Në vlerësimin e karakteristikave të E K G është ndjekur metoda e njohur e përcaktimit të vlerave përkatëse. Deshifrimi i përgjithshëm është bërë me metodën vizuale. Boshtet e zemrës, përcaktimi i këndit alfa dhe shkallët e devijimit janë përcaktuar me metodën aksonometrike, duke i llogaritur sipas tabelave të kalkuluar nga Petrenko M.I. e bp. Po ashtu sistola elektrike dhe indeksi sistolik. Intervali Q — T, i gjetur dhe i kalkuluar, është vlerësuar me metodën aksonometrike, duke i llogaritur sipas tabelave dhe të mbingarksesës së ventrikulit të majtë, u jemi përmenduar disa kritereve, duke i përdorur paralelisht. Jemi përgjendruar në kriteret Sokolow Lyon, në indeksin Withé-Book e të disa shënjahe të tjera.

Nga ekzaminimet plotësuese, në pesë të sëmurë nuk janë bërë unipolarret e ekstremiteve, në 15 radiokopia dhe në katër të sëmurë nuk është bërë fundi i syve.

Vlerësimi i karakteristikave të E K G, në materialin tonë, do të jepet sipas stadeve të sëmundjes, të bazuar në klasifikimin e Mjasnikov A.I.

Rezultatet e ekzaminimit. — Në deshifrimin e E K G, që iu janë bërë të sëmurëve tanë, rezultoni se është gjetur ritëm sinusal dhe është konstatuar deflektim interesikoid normal në të gjithë stadet e sëmundjes. Këtë gjë e ve në dukje edhe Cabrera E. Sipas të dhënave të literaturës (1,7,8), që kemi mundur të konsultojmë, në stadin e parë të sëmundjes, ndryshimet e E K G kanë shprehje dhe interpretime të ndryshme. Më kryesoret janë alteracionet e hershme të dhëmbit «T», të dhëmbit «R», të tipit të majtë të kompleksit «QRS», të dhëmbit «r», të vogël dhe të dhëmbit «I» të lartë dhe pozitiv në lidhjet prekorordiale të djathtë, duke i përgjithësuar këto në katër tipe kryesore (10), si dhe me hipertrofi të ventrikullit të majtë, rregullime të sistemit konduktor e fenomenet të hipoksisë (7). Në këtë stad, ka autorë që nuk kanë gjetur fare ndryshime në E K G.

Gjatë stadi të parë të sëmundjes, në materialin tonë janë vërejtur disa ndryshime të E K G. Është konstatuar bradikardia sinusale (nën 60 në një minutë), në 15% të rasteve, takikardia (mbi 90 në minutë) në 25%, arithma sinusale në 23%. Janë gjetur ndryshime të dhëmbit «P» në 30% ($P_2 > 0.12$), në 15,3% «P₃ negativ në 7,6%», «P₃v₁ ≠ 7,6%/0). Është vënë në dukje një rritje e «P₃ në respiracion me atë të «P₃ të zakonshëm në 46,1%». Është konstatuar zgjatje e intervallit P — Q > 0,22 në 7,6%, «R» v₆ > 15 mv. në 30,7%/0. Tipi rS v₁ me T v₁₋₂ pozitiv (ku r < 2mv) në 23%. Boshit elektrik i zemrës (AQRS), i devijuar majtas në 23%/0, ndërsa vertikali në 38,5%/0. Rrotullimi i zemrës rreth boshit antero-posterior majtas në 15%/0. Vala «U» është e pranishme në 61,5%/0, këndi i formimit midis krahut të uljes së «R» dhe krahut të ngritjes së S — T është gjetur rreth 45° në 100%/0. Indeks sistolik patologjik mbi + 5 der + 13 është gjetur në 23%/0. Q—T e gjetur ka dalë mbi 0,04" në 7,6%/0. Blok atrioventrikular i gradës së parë në 7,6% hipertrofi të ventrikullit të majtë në 15,2%/0. Raporti Q—Tn/Q—T është gjetur mbi normë (0,5) në 76%/0, raporti Q—T/T—Q është vlerësuar si patologjik në 7,6%/0.

Në stadin e dytë të sëmundjes hipertonike, në vartësi nga rritja e presionit arterial, qëndrueshmëria e saj dhe nga koha e veprimt (vletësia e sëmundjes) vihen në dukje ndryshime të E K G relativisht të shprehura, që reflektojnë kryesisht gjendjen funksionale të miokardit.

Nga materiali i studimit tonë në këtë stad është konstatuar bradikardi sinusale në 6%/0, takikardi në 19%/0, arithmi supraventrikulare në 3,5%/0 dhe ventrikulare në 6%/0. Ndryshimet e dhëmbit «P» në 43,9%/0 ($P_1 > 0,12$), në 3,5%/0, P_2-3 i zmadhuar në 14,2%/0, P_3 — në 13%/0, P_{v1} në 13%/0); P_3 i rritur në respiracion është gjetur në 21,4%/0, Q₁ ka qenë i pranishëm në 25%/0, tipi Q₁S₃ është gjetur në 16,6%/0, Q_{av1} patologjik në 3,5%/0. Dhëmbi «R»_{v1-V-6} i lartë në 69%/0 (R₁ > 10 mv. 14,3%/0, R_{v5-6} > 15 mv. 54,7%/0). QRS₂ > 10* në 29,6%/0. Zona e tranzicionit normal është gjetur në 51,2%/0. Boshit elektrik i zemrës i devijuar maj-

tas dhe horizontalisht në $41,60\%$. Pozicioni elektrik i zemrës ndërmjetës në $61,70\%$. Dhembti $\ast S_3 \geq 2$ mv. në 44% , $S_{VI} > 15$ mv. në $30,90\%$. Këndi i formimit midis dhembtit R dhe intervalit S—T rreth 90° është gjetur në 56% . S — T_{V5-6} rekti linjë u gjend në 26% (S— T_1 — 19% , S— T_{V5-6} — 7%). Denivelimi i intervalit S— T_{V5-6} në $39,20\%$ (S— T_1 = $0,5$ mv. $23,8\%$, S— T_{V5-6} = 1 mv $15,40\%$). $T_{V5-6} < 2$ mv. në $41,90\%$. T_{V5-6} negativ në $21,40\%$, T bifazike $10,7\%$, T të rrumbullakët $15,40\%$. Tipi rSvI me T vI-2 pozitiv në 63% . Vala «U» ka qenë e pranishme në $84,50\%$. Indeksi sistolik patologjik në $14,20\%$. Q — T e gjetur mbi $0,04$ në $3,50\%$. Raporti Q— T_{II} /Q—T në 71% , raportit Q—T/T—Q— $9,40\%$. Shenja të hipertrofisë së ventrikullit të majtë janë gjetur në $56,90\%$. (Rv5-6 > 26 mv. në $36,90\%$, Rv6 + SvI > 35 mv. në $42,80\%$, indeksi W—B — 17 mv. $11,9$, Rv > 15 mv. 70% , Rv + Sv3 > 25 mv. në 60% , $T_{V1} > T_{V5-6}$ $30,90\%$, rritja e R₄ e menjëhershme në raport me S u gjend në $8,30\%$. Hipertrofia e ventrikullit të majtë në prekordiale me tip të majtë E K G në plan horizontal është gjetur në $23,70\%$. Mbingarkesë sistolike të ventrikullit të majtë u konstatua në $3,50\%$. Ishemi subendokardiale në $1,10\%$, bllok të fascikullit Hiss në $4,6\%$ (degës së djathtë $2,30\%$ e degës së majtë $2,30\%$).

Në stadin e tretë të sëmundjes, ndryshimet e E K G vihen në dukje më mirë, janë më tipike e më të thella dhe bëhen më të qëndrueshme. Shumica e autorëve janë të mendimit se alteracionet e E K G, në këtë stad, dëshmojnë për dëmtime më tepër të karakterit organik dhe që mund të formulohen nën emërtimin E K G hipertontke (9).

Në materialin e studjuar, në stadin e tretë të sëmundjes, janë konstatuar ndryshime të tilla të E K G, që vënë në pah alteracionet karakteristike të sëmundjes hipertontke. Takikardia sinusale është gjetur në 30% të rasteve, aritmi sinusale në 100% , supraventrikulare në 100% . Ndryshime të dhembtit «P» në 60% (P₁ e gjërë në 100% ; P₂ e zmadhuar në 100% , P v \neq 40%), P₃ e rritur në respiracion në 200% . Qr ishte e pranishme në 500% , tipi QR_S në 30% . Q_{vI} patologjike në 200% . Sindrom Burch në Pasquale në 100% , Rv5-6 e lartë në 90% . Rv1 > 10 mv. 400% , Rv5-6 > 15 mv. — 500% . QRS ≥ 10 mv. në 200% , S₃ e thellë në 600% , Sv > 15 mv. në 600% . Boshiti elektrik i zemrës horizontal dhe majtas në 700% (horizontal 100% , majtas 600%). Protullimi i zemrës rreth boshitit antero/posterior 500% . Zona e tranzicionit normal 500% . Pozicioni elektrik horizontal e gjysëm horizontal 400% . Këndi i formimit midis R dhe intervalit S — T 90° u gjend në 900% (90° në 400% mbi 90° në 500%). Denivelimi i intervalit S— T_{V5-6} në 1000% . $T_{V5-6} \leq 3$ mv. 600% (T_I 500% , T_{V5-6} 100%). T_{V5-6} negativ 1000% (T_I 400% , T_{V5-6} 600%). Tipi rSV-2 me T pozitiv në 90% . Vala «U» ishte e pranishme në 90% . Indeksi sistolik patologjike në 400% . Q — T e gjetur mbi $0,04$ në 200% . Vekhazi i ulur në 300% . Raporti Q — T_{II} /Q — T në 700% , raporti Q — T/T — Q në 200% . Shenja të hipertrofisë së ventrikullit të majtë në 90% (Rv5-6 > 26 mv. në 500% , Rv6 + SvI > 35 mv. në 600% , indeksi W. B. 100% , Rv > 15 mv. 20% , Rv + Sv3 > 25 mv. 100%). $T_{V1} > T_{V5-6}$ 200% , rritje Rv₄ e menjëhershme në raport me S në 300% . Mbingarkesë sistolike e ventrikullit të majtë në 400% . Ishemi subendokardiale 200% . Dëmtime të karakterit nekrozë e lezion në 200% .

Komentimi i rasteve. — Në varësi nga stadet e sëmundjes vihen

re alteracione të shkallëzuar. Në stadin e parë gjejmë alteracione në format e ndryshme të dhëmbit «P» në 300/0 dhe të rritjes P₃ në respiracion në 46,10/0, në stadin e dytë — 43,90/0 dhe në stadin e tretë, këto ndryshime shtohen deri në 600/0. Vlera e dhëmbit «P» është struktuar pak deri më sot. Dhëmbi «R» IV5-6 u konstataua i rritur në stadin e parë në 30,70/0, në stadin e dytë — 69/0 dhe në stadin e tretë 900/0. Dihet se dhëmbi «R» reflekton potencialin e indit muskular aktiv të ventrikullit (Nahum — cituar nga 1) dhe varet nga madhësia e masës muskulare, nga rrotullimi i zemrës rreth boshtit longitudinal e antero-posterior. Rritja e f. e m. shoqërohet me rritjen e amplitudës së R (1), të qëndrueshmërisë dhe kohës së veprimit, në lidhje me statet e sëmundjes, kemi dhe ndryshimin e «R». Vecori tjetër, që shkon paralel që përfaqësohet ventrikulli i majtë. Kështu në stadin e parë nuk konstatohet, në stadin e dytë gjendet në 25/0, në stadin e tretë në 500/0. Kjo e përkon me faktin se me hipertrofinë e ventrikullit të majtë, rritet f.e.m. e septumit intra ventrikular (1), me vonimin e eksitimit ose me ndryshimin e pozicionit të zemrës, ku Q thellohet, por ka vazhdim normal (1), duke sjellë një farë paralelizmi midis shtimit të amplitudës «R» dhe «Q» në këtë sëmundje.

Tipi Q₁ S₃ është një tregues tjetër i vlefshëm dhe orientues për të menduar mbi pozicionin e zemrës dhe hipertrofinë e ventrikullit të majtë, që, siç dihet, shfaqet zakonisht në hipertensionin arterial (1) — nish cituar nga 2). Në stadin e parë, ky tip nuk është takuar, në stadin e dytë është gjetur në 16,60/0 dhe në stadin e tretë — 300/0. Indeks tjetër që luhet në ndikimin e stadeve të sëmundjes dhe që është i pranishëm në këtë sëmundje është devijimi i boshtit elektrik (AQRS) të zemrës horizontalisht e majtas (2). Tek ne, në stadin e parë, ky tregues është gjetur në 230/0, në stadin e dytë në 41,60/0, kurse në stadin e tretë shihet një rritje më e madhe deri në 700/0, gjë që shkon paralelisht me thellimin e ndryshimeve të sëmundjes. Vlerë pozitive diagnostike ka edhe tipi rSv₁ me T v₁₋₂ pozitive e lartë me pjesët e tjera normale të E K G. Prania e këtij tipi dëshmon për një insuficiencë funksionale të hershme të miokardit të ventrikullit të majtë të hipertrofizuar (7). Ky tip është takuar në stadin e parë në 230/0, në stadin e dytë — 630/0 dhe në stadin e tretë — 900/0, duke vënë në pah rëndësinë e shkallës së insuficiencës funksionale të ventrikullit të majtë, në vartësi nga ndikimi hemodinamik të sëmundjes sipas stadeve.

Përcaktimi i këndit midis «R» dhe S — T ka një vlerë orientuese, që dëshmon për gjendje të insuficiencës koronare, kur shoqërohet së bashku me disa indekse të tjera. Formimi i këtij këndi bëhet më i dukshëm në hipertensionin arterial të shprehur (2). Ky indeks është gjetur të kufi të normës, në stadin e dytë rreth 90° në 560/0, në stadin e tretë ≥ 90° në 900/0. Modifikimi i repolarizimit ventrikular (RS—T, T) është një tregues tjetër me rëndësi të vegantë, që dëshmon për një përhapje më të gjërë të fenomeneve të hipoksisë dhe të keqësimit të gjendjes funksionale të miokardit të ventrikullit të majtë (7). Densitetimi i S — T për një insuficiencë relative të rjedhjes koronare, në krahasim me ma-

sën e hipertrofizuar të miokardit (4). Këto ndryshime janë në vartësi të shkaqeve sekondare dhe primare. Shpesh këto paraqiten si alteracione primare (Jimsh etj.; — cituar nga 2), dhe në shumicën e rasteve, si faktor kryesor është insuficienca relative ose absolute. Gjithashtu ndikon edhe tritja e përgëndrimit të kaliumit intracelular, që, në stadin e parë të hipoksisë, kaliumi thithet shumë nga miokardi (Prizmenat — cituar nga 1) Tek ne fenomene të tilla në stadin e parë nuk janë konstatuar, në stadin e dytë, intervali S—Tiv5-6 në vijë të drejtë dhe i spostuar poshtë vijës izoelektrike është gjetur në 65,20% dhe ndryshim në të Tiv5-6 në 63,30%, kurse në stadin e tretë spositim i S — Tiv5-6 nën vijën izoelektrike me ndryshime të Tiv5-5 në 100%. Vala «U» takohet në sëmundjen hipertoniqe. Në stadin e parë në materialin tonë është gjetur në 61,50%, në stadin e dytë në 84,50% dhe në stadin e tretë në 90%. Përcaktimi i hipertrofisë ventrikulare ka rëndësi të madhe se identifikon veçorinë hemodinamike dhe dëshmon për një kardiopati (2). Hipertrofia e ventrikullit të majtë vihet re në hipertensionin arterial (2), madje është një nga shenjat e hershme, që mund të zhvillohet shumë shpejt (Llang-cituar nga 7) dhe është më me shpresë se sa cilësia e pulsit dhe aksentimi i tonit të dytë në aortë. Ekziston një raport i ngushtë midis shtimit të veprimit hemodinamik të një aktiviteti dhe alteracioneve të E K G dhe kjo paraqitet si një konstanccë specifike (2). Në sëmundjen hipertoniqe, hipertrofia e miokardit është e kushhtëzuar edhe nga moshë. Sa më i ri të jetë subjekti aq më i hipertrofizuar do të jetë miokardi (Davidovski V.J. — cituar nga 3). Sa më i larët dhe i stabilizuar të jetë presioni arterial, aq më i shtuar dhe i konsiderueshëm do të jetë hipertrofia e ventrikullit të majtë (3). Megjithatë nuk ka gjithnjë një paralelizëm të tillë (9). Rëndësi të veçantë për diagnostikimin e E K G të hipertrofisë së ventrikullit të majtë, të pa komplikuar me aterosklerozë, ka indeksi Sokolow-Lyon e Kimuro, që mund të plotësohet edhe me tregues të tjerë (Dorozevoi — cituar nga 3, 5). Shenjat e E K G të hipertrofisë së ventrikullit të majtë janë konstatuar në materialin tonë, në stadin e parë në 15,30%, në stadin e dytë 56,90% dhe në stadin e tretë në 90%. Ky është një tregues që reflektion më së miri ndikimin e demtimeve të sëmundjes hipertoniqe në vartësi nga stadi dhe karakteri i tyre.

Hipertensioni arterial mund të sjellë mbingarkesë sistolike ventrikulare, por që nuk mund të konsiderohet si patognomonike dhe se semiotika e tyre nuk mund të interpretohet si unike (2). Mbingarkesa sistolike, kur zgjat shumë, gon në mbingarkesë diastolike. (2). Tek ne mbingarkesë sistolike është gjetur në stadin e dytë në 3,50% dhe në stadin e tretë në 40% dhe dyshim për mbingarkesë diastolike në 2,30% në stadin e dytë. Një tregues tjetër orientues, që mund të dëshmojë për keqësimin e gjendjes funksionale të miokardit në këtë sëmundje është indeksi sistolik (7). Ky tregues është gjetur në stadin e parë në 230/0, në stadin e dytë në 14,20% dhe në stadin e tretë në 40%. Verë diagnostike kanë dhe disa raporte me tregues patologjike si Q—Tn/Q—T, Q—T/T—Q. Cregullimet e ritmit dhe të përgueshmërisë me natyrë të ndryshme takohen në sëmundjen hipertoniqe, por nuk janë të domosdoshme (2, 3).

Përshkrimi i kompleksit të ndryshimeve tipike për sëmundjen hi-

pertonike takohet sidomos në të gjitha raste kur kemi hipertrofi të konditurueshme të miokardit, që përfshihen në tipin E K G hipertonike. Në materialin tonë një kompleks i tillë tipik i E K G hipertonike vihet re më tepër në stadin e tretë të sëmundjes.

Duke i krahasuar ndryshimet e E K G me të dhënat klinike dhe me vlerat e presionit arterial, të fundutit të syrit, radioskopisë, arritjme të nxjerrim tregues, që reflektojnë më qartë gjendjen e aparatit kardio-vaskular, karakterin e dëmtimeve dhe bëjnë më bindëse këto të dhëna. Duke i vlerësuar këto indekse sipas stadeve të ndryshme të sëmundjes, dalin më në pah treguesit në rritje të alteracioneve të E K G me të gjitha analizat e tjera plotësuese.

Gjatë studimit të materialit tonë kemi konstatuar një seri të dhënash me vlera krahasuese. Alteracione të E K G të krahasuara përkrahësisht me dhembje prekordiale në stadin e parë janë gjetur 7,69%, në stadin e dytë në 32,10% dhe në stadin e tretë në 40%. Hipertrofi të ventrikullit të majtë në E K G, të krahasuar përkrahësisht me ndryshime në fundusin e syve janë konstatuar në stadin e parë në 7,69%, në stadin e dytë në 93,80% dhe në stadin e tretë në 90%. Hipertrofi e ventrikullit të majtë në E K G të krahasuar përkrahësisht me ndryshime hipertrofike në radioskopi, në stadin e parë janë gjetur në 15,30% në stadin e dytë në 37,90% dhe në stadin e tretë në 80%. Ndryshime të dhëmbit «T» të krahasuar përkrahësisht me presionin arterial të lartë, në stadin e parë nuk janë vërejtur, në stadin e dytë janë parë në 730/0, në stadin e tretë në 100%. Ndryshimet e intervalit S — Tiv5-6 nën vijën izoelektrike në formë vije të drejtë, të krahasuar me presionin arterial të lartë, në stadin e parë nuk janë konstatuar, në stadin e dytë janë konstatuar në 65,20% dhe në stadin e tretë në 100%. Hipertrofia e ventrikullit të majtë në E K G, e krahasuar me presionin arterial të lartë, është gjetur në një presion arterial të lartë në 70%/0, në stadin e dytë në 29,80%/0; në presionin arterial të lartë në 70%/0, në stadin e dytë në 29,80%/0; në presionin arterial me 200/100 mmHg me vjetërsi 3-5 vjetë, në stadin e tretë 20%/0, në stadin e dytë, në 27,10% dhe në presionin arterial të lartë nën 200/100 mmHg me vjetërsi një deri tre vjet, në stadin e parë në 15,30%/0.

KONKLUZIONE

1) Ndryshimet e E K G, në sëmundjen hipertonike, janë në pjesëtim të drejtë, në shumicën e rasteve, me lartësinë e shiftave të presionit arterial, me karakterin e qëndrueshmërisë dhe me vjetërsinë e sëmundjes.

2) Ekziston një paralelizëm progresive midis evolucionit të sëmundjes dhe alteracioneve të E K G sipas stadeve.

Dorëzuar në redaksi më 20.11.1975

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Delttar Gja.**: Elektrokardiografeskaja diagnostika. Medicina 1966, fage 93-100 dhe 248-256.
- 2) **Gabrera E.**: Teoria e practica della E K G (përkthim italian) 1959, fq. 197.
- 3) **Kononjasevko V.A.**: Gipertonijeskaja bolezn i simptomatijeskie gipertonii. Medicina 1971, 77-87.
- 4) **Masanikov A. L.**: Gipertonijeskaja bolezn i ateroskleroze. Medicina 1965, fq. 125-144.

- 6) Petenko M. I., Pismenni P. Ja.: Elektrokardiograma u djeteti. Medgiz 1959, fq. 29, 34-35.
- 7) Shurbani N., Vesho P., Vullkaj M., Meksi F.: Ndryshimet elektrokardiografike në morbus hypertonicus. Shëndetësia popullore 1966, nr. 4, 43.
- 8) Shyti H.: Ndryshimet elektrokardiografike në stadin e parë të sëmundjes hipertensive. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore — 1967, nr. 1, 21.
- 9) Volinskii Z.M.; Solovjev V.S.: Gipertonicheskaia bolezn u mal'agih ljudi. Meditsina 1965, 132.
- 9) Zelenin V.F.: Bolezni serdtsa — sosudistoi sistemi. Medgiz 1956, 117.

Summary

ELECTROCARDIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF ESSENTIAL HYPERTENSION

The ECG changes were studied on 107 patients of different age, sex and occupation, suffering from essential hypertension in its different stages of the Miasnikov scale.

The particular characteristics of the ECG for each for the stages of the disease are described as they appear in these cases; it is pointed out that the ECG changes become more pronounced with the evolution of the disease.

A parallelism is noted between the high levels of the blood pressure and the duration of the disease on the one hand, and the ECG changes on the other. The typical changes, as resumed in the hypertensive ECG type (hypertrophy of the left ventricle, dislevelment of S—T, altered T, lowered voltage, systolic surcharge etc), appear mainly in the third stage of essential hypertension.

Résumé

CARACTERISTIQUES ELECTROCARDIOGRAPHIQUES DANS L'HYPERTENSION

L'auteur a étudié les altérations de l'ECG dans l'hypertension artérielle de forme bénigne sur 107 malades âgés, de sexe et de profession divers, divisés en différentes stades, suivant la classification de Miasnikov.

L'article décrit les caractéristiques de l'ECG pour chacun des stades de la maladie, telles qu'elles sont apparues dans les cas étudiés; il indique que les altérations de l'ECG s'accroissent à mesure que la maladie évolue.

L'auteur observe un parallélisme entre les valeurs élevées de la pression artérielle, et l'ancienneté de la maladie, d'une part, et les altérations de l'ECG, de l'autre part. Les signes les plus typiques de l'ECG, qui se regroupent dans le type d'ECG hypertonique (hypertrophie du ventricule gauche, dénivèlement S-T, altération de T, baisse du voltage, surcharge systolique, etc) se manifestent principalement au troisième stade de la maladie.

VDEKJET NGA INFARKTI AKUT I MIOKARDIT (I.A.M.)
GJATË 11 VJETËVE (1963 — 1973)

— DOC. PETRAQ VESHO, DR. MUZAFER JANINA —

(Katedra e Propedeutikës.)

Qysh nga viti 1944 dhe sidomos në dekadën e fundit, shumë autorë (2, 5, 11, 12) i kanë kushuar një rëndësi të veçantë prognozës dhe shkaqeve të vdekjes nga I.A.M. Edhe kongresi i VI botëror i kardiologjisë (1) (Londër 1970), në punimet e tij, u kushtoi një vëmendje të rëndësishme shkaqeve të vdekjeve në të sëmurët me I.A.M. Sipas Meltzer. E. (1970), në SHBA vdesin 500,000 vetë çdo vit nga I.A.M., ndërsa sipas Standler J. (1971) vetëm rën moshën 65 vjeç vdesin 165,000 vetë në raport 3 : 1 meshkuj me femra. Autorë të tjerë (1, 3, 9, 16) në vende të ndryshme, japin statistika gjithënjë në rritje të kësaj sëmundjeje, që po merr karakterin e një pandemie të madhe për njerëzimin, duke u shtrirë edhe në moshat e reja.

Metodika dhe materiali. — Punimi ynë paraqet studimin e vdekjeve nga I.A.M. në spitalin nr. 1 gjatë 11 vjetëve (1963-1973). Gëllimi i këtij punimi është të bëjmë analizën dhe klasifikimin e disa faktorëve patologjikë kryesorë, që ndikuan në rëndimin e dekursit të sëmundjes dhe shkaktoan vdekjen e të sëmurëve. Ky studim retrospektiv është bërë duke u bazuar në parametra të paracaktuara të nxjerra nga kartelat klinike të të vdekurve me I.A.M. Të gjitha vdeqet janë vërtetuar në prosecturë nga katedra dhe shërbimi i anatomisë patologjike pranë spitalit nr. 1. Nga 115 vdekje nga I.A.M. të analizuara, ne studiuam 106 kartela me I.A.M., pra 92,7% të tyre, megjë 9 kartela klinike nuk iu përgjigjeshin parametrave të paracaktuara. Nga 106 të vdekur, 83 (78,00%) ishin meshkuj dhe 23 (22,00%) femra.

Diskutim. — Për 11 vjet (1963-1973) kanë vdekur 115 vetë nga I.A.M., që përbëjnë 6,30% të të gjithë të vdekurve të spitalit nr. 1. 9,10% të vdekjeve të përgjishme në tre shërbimet e terapisë dhe 20,24% të të gjithë të shtruarve me I.A.M.

Vdekshmëria e të sëmurëve me I.A.M.

Pasqyra nr. 1

T ë v d e k u r

Për 11 vjet	Gjithsej në spital	Nga I.A.M.	Në shërbimet e terapisë	Të shtruar me I.A.M. dhe përqindja e vdekjeve nga I.A.M.
1963—1973	1800	115(6,30%)	126(9,10%)	568 (20,24%)

Nga të dhënat vërejtëm se vdeksshmëria mbi të shtruarit me I.A.M. nga 30,50/0 në vitin 1963, zbriti në 13,30/0 në vitin 1973, megjithëse numri i të shtruarve me I.A.M. ishte rritur 21,950/0 më shumë. Këtu u përjashtuan të gjitha vdekjet jashtë spitalit.

Nga studimi i 106 kartelave, ne kemi vërejtur se moshat 51-70 vjeç kanë pësuar më shumë vdekje. Moshë mesatare e të dy seksëve ka qënë 60 vjeç: për meshkuj 59 vjeç dhe për femra 64 vjeç. Vdeksshmëria e moshës më të re për meshkuj ka qënë 38 vjeç, e moshës më të rritur 86 vjeç; ndërsa për femra 39 dhe 80 vjeç. Raporti meshkuj/femra ka qënë 5 : 1. Për moshat nën 50 vjeç 7 : 1, ndërsa për ato mbi 50 vjeç është 3 : 1 (42,80/0 më pak). Ky raport ka ndryshuar, pasi numri i femrave të vdekura nga dy në moshat nën 50 vjeç, u rrit në 21 në moshat mbi 50 vjeç.

Vdekjet sipas moshës dhe seksit

Pasqyra nr. 2

Moshë në vjeç	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	Mbi 70	Shuma sipas seksit
Meshkuj	—	6	7	31	30	9	83(78,00%)
Femra	—	1	1	6	9	6	23(22,00%)
Shuma	—	7(6,60)	8(7,54)	37(35,06)	39(36,40)	15(14,40)	106(100%)

Në studimin tonë, vdekjet kanë ndodhur si në muajt e stinës së nxehë të ashtu dhe në muajt e stinës së ftohtë.

Vdekjet nga I.A.M. sipas muajve

Pasqyra nr. 3

Muajt	Janar	Shkurt	Mars	Prill	Maj	Qershor
Vdekjet	8(7,54%)	9(8,40%)	8(7,54%)	15(14,00%)	7(6,70%)	12(11,32%)
Korrik	Gusht	Shtator	Tetor	Nëntor	Dhjetor	
6(5,66%)	7(6,70%)	7(6,70%)	14(13,20)	5(4,70%)	8(7,54)	

Shuma

106(100%)

Ataket e I.A.M. në 106 të vdekurit kanë qenë gjithsej 158, të cilët sipas muajve paraqiten në pasqyrën nr. 4. Nga tetori deri në mars, numri i atakeve të I.A.M. ka qenë 13 raste më shumë se në gjashtë muajt e tjera të shënëve më të ngrohta.

Pasqyrë nr. 4

Muajt	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Nr. i ...
Me një I.A.M.	7	8	7	8	8	4	6	6	4	10	6	11	21
Me I.A.M. të dytë	6	4	3	6	3	3	1	5	3	5	2	2	—
Me I.A.M. III	1	—	—	2	1	1	—	—	1	1	1	1	—
Shuma	14	12	10	16	12	8	7	11	8	16	9	14	21

Nga 106 vdekjet 21 (19,80%) vdiqën pas atakut të parë, ndërsa pas atakut të dytë vdiqën 28,50% më shumë, kurse pas atakut të tretë vdiqën 176,00% më shumë se gjatë atakut të parë.

Vdekjet sipas infarkteve akute të miokardit të përsëritura

Pasqyrë nr. 5

Pas I.A.M. të parë	Pas I.A.M. të dytë	Pas I.A.M të tretë
21(19,80%)	27(25,50%)	58,(54,70%)

Nga 106 rastej tona, deri në ditën e dhjetë të shtirimit vdiqën 83 (78,20%), nga të cilët 42 (39,60%) në 24 orëshin e parë të pranimit në spital; ndërsa nga dita e njëmbëdhjetë, përqindja e vdekjeve zbriti gradualisht. Pra rreziku më i madh paraqitet në 24 orëshin e parë dhe sidomos në orën e parë të shtirimit në spital pas atakut të I.A.M. Këtu të dhëna përkojnë edhe me ato të literaturës mjekësore të konsultuar nga ne (2,5,9,11).

Vdekjet nga ora dhe dita e shtirimit në spital nr. 1

Pasqyrë nr. 6

		Të vdekur në											
		3-12			13-24			24 orët e dyta			... ditët e ...		
Shuma	Orën e parë	Orën e dytë	Orët e para	Orët e para	Orët e para	Orët e para	3	4	5-10	11-15	16-20	21-30	mbi 30
106	24	2	11	5	9	10	5	17	9	7	1	6	
100%	22,6	1,8	10,4	4,8	8,5	9,5	4,7	16	8,5	6,7	0,9	5,6	

Të vdekur në 24 orët e para 42 = 39,6%. Nga dita 2 — 10 — 41 0/0 38,00/0.

Siç shihet (pasqyra nr. 7) I.A.M. në 69 raste (65,30%) është vendosur në murin e përparshëm, në 23 raste (21,60%) në murin e prapshëm dhe në 28 raste (26,40%) është vendosur në murin e prapshëm e me vendosje masive të septumit. Këto të dhëna përkojnë edhe me ato të autorëve të konsultuar (2, 5, 9, 11, 13), të cilët theksojnë mbizotërimin e vendosjes të I.A.M. në murin e përparshëm.

Vendosja e I.A.M.

Pasqyra nr. 7

Lokalizimi	Muri i përparshëm			Muri prapshëm			Masiv i septumit	i lartë	Subnfo kardial	Masiv i septum dhe anterior i gjërë	Anterior i gjërë dhe posterior	Lokalizim i vëshirë
	Anterolateral	Anteroseptal	Anterior i gjërë	Posterior	Posterolateral	Masiv i septumit						
Raste	22	16	31	11	12	5	2	1	1	1	4	
Përq.	20,8	15,0	29,5	10,3	11,3	4,8	1,8	0,9	0,9	0,9	3,8	

Autore të ndryshëm (4, 5, 7, 8, 17) kanë studiuar shkaqet e vdekjeve të I.A.M. dhe kanë dhënë mendime të ndryshme. Kështu sipas Miller dhe Nachlas (1964) (cituat nga Stock J.P. (1971), që studjuan në mënyrë retrospektive 138 të vdekur nga I.A.M., i ndanë këto raste në tre grupe klinike, sipas shkakut kryesor të vdekjes. Në grupin e parë kanë përfshirë vdekjet e papritura nga aritmie; në grupin e dytë vdekjet nga insuficienca kardiale akute dhe në grupin e tretë vdekjet nga shoku kardiojen, që kur shoqërohen me insuficiencë akute të zemrës së majtë, ky grup zuri 44% të rasteve të studjuara. Duke ballafaquar klasifikime të ndryshme të përshkruara nga Friedberg Ch. K., Lenègre J. dhe të disa autoreve të tjerë (15, 16), për lehtësi studimi, në punimin tonë, shkaqet e vdekjeve i kemi klasifikuar në tre grupe: a) në grupin e parë kemi përfshirë vdekjet e papritura nga aritmie; b) në grupin e dytë vdekjet nga shoku kardiojen, shoqëruar me edemë pulmonare akute; c) në grupin e tretë vdekjet nga ndërlikimet e tjera të I.A.M. si rrupturën e zemrës, tromboembolitë dhe disa sëmundje të tjera, që shoqërojnë I.A.M.

a) Në materialin tonë vumë re se nga 106 vdekje, 24 raste (22,60%) kanë vdekur nga cregullimet e ritmit. Kjo përgjindje, relativisht e ulur, mund të shpjegohet me faktin se këto raste nuk janë monitorizuar. Këtu përfshihen tre raste me fibrilacion ventrikular, katër me bllok A-V të gradave të ndryshme (njëri kish paraqitur kriza Adams Stokes), katër me takikardi paroksizmale supraventrikulare dhe 13 raste të tjera, që pas aritmisë, ditën e parë të shtrimit, zhvilluan shok kardiojen dhe edemë pulmonare akute. Elektrokardiogramet e këtyre të fundit paraqimin ekstrastisoli ventrikulare. Mund të mendohet se të 13 rastet kanë vdekur nga fibrilacioni ventrikular, megjithëse nuk janë doktu-

mentuar me E K G. Më shpesh fibrilacioni ventrikular u vu re në I.A.M. të murit të përparshëm dhe të sepiumit. Sipas Lowri dhe bp. (1967) cituar nga Stock J.P.P. — 1971), 40% e vdekjeve ndodhin nga aritmia, 2/3 e tyre nga fibrilacioni ventrikular dhe 1/3 nga bradikardia, bllokuri kardial dhe asistolia. Këta autorë theksojnë se vdekje elektrike të tilla mund të menjahen nga trajtimi i menjëhershëm i tyre në njësitë e shërbimit intensiv koronar.

Në pasqyrën nr. 8, po paraqesim shpeshësinë e rrregullimit të ritmit dhe të përcimit në përgjindje tek 106 të vdekurit nga I.A.M., të krabasura me ato të Melzer L.E., Çazov E.I., Horvath I. dhe Mate K. (5).

Pasqyra nr. 8

Të dhënat me E K G	Të dhënat tona	T e d h e n a t e		
		Horvat-Mate	Melzer	Çazov E. I.
Fibr. atrial	5,66	7,4	7,8	20,7
Ekstrasistol ventrikular.	38,68	4,3	—	22,0
rrregullimet e përcimit A V	8,47	2,7	18	22,6
rrregullimet e përcimit të tufës së Hissit	15,09	5,0	18,4	26,4
Fibrilacion ventrikular	2,74	6,7	10,2	10,0
Taktardia paroksizmale	3,77	2,7	—	24,0
Asistolia	—	—	10,2	—

Ndërsa sipas Killip I. dhe Kimball J. (1967) aritmia shtagen në 46% të infarkteve të pandërlikuara, në 90% në të sëmurë me I.A.M., që paraqesin shenjat e insuficiencës kardiovaskulare dhe në 95% kur I.A.M. është e ndërlkuar me edemë pulmonare akute ose me shok kardilogjen. Edhe vdeksshmëria nga aritmia ka lidhje me ndërlkimet e rënda të I.A.M., praktikisht është më e lartë në të sëmurë me shok kardilogjen. Duke pasur ndihmën e shërbimit intensiv koronar, vdeksshmëria nga I.A.M., në stadin më të hershëm, pas atakut, ka zbritur rreth 20%.

b) Në grupin e dytë, si shkak vdekje, shoku kardilogjen ze vendin kryesor, kur shogërohet me edemë pulmonare akute. Në materialin tonë, ne e vunë re në 15 raste (14%) të vdekur nga I.A.M. të pashoqëruar me sëmundje apo me ndërlkime të tjera. Shoku kardilogjen me edemë pulmonare akute u vu re edhe në katër të sëmurë me I.A.M., që vuanin nga vese të rënda të zemrës si dhe në 22 raste të tjera të shoqëruara edhe me pneumoni ose bronkopneumoni. Pra, shoku kardilogjen me edemë pulmonare akute u vu re në 41 raste (38,68%) të vdekjeve nga I.A.M.

c) Në grupin e tretë renditëm ndërlkimet e tjera të I.A.M.: ryp-lurën e zemrës, tromboembolitë dhe disa sëmundje. Rypitura e zemrës është një nga shkaqet më të zakonshme të vdekjeve të papitura në 15 ditëshin e parë pas I.A.M. Autorë të ndryshëm (10, 11, 18) japin një përqindje që luhet nga 2 - 20%. Ky ndërlkim vdekje-prurës varët nga disa faktorë: moshë, vendosja, gjërësia dhe shtrirja e I.A.M., mos respektimi i regjimit të shtraitit, përsëritja e infarktit, përdorimi i glukokorti-

deve kardiake, mosformimi me kohë i vazave anësore koronare, grregullimi i metabolizmit, diabeti i sheqerit, shkalla e zhvillimit të aterosklerozës, hipertonion arteriale, faktorë meteorologjikë e të tjera. Në materialin tonë, rruptura e zemrës u vërejtua në 10 (9,43%) raste, që u shprehuan me hemoperikard, tamponadë të zemrës dhe me vdekjen e menjëhershme të të sëmurit. Nga të 10 rrupturat, shtatë kanë ndodhur në burra dhe tre në gra. Moshë ishte 54-70 vjeç. Sipas vendosjes së infarktit, në 80% u vu re në murin e përparshëm, në 10% në murin e prapshëm dhe në 10% në pjesët posterolaterale.

Tromboembolitë, ndryshe nga rruptura e zemrës, përbejnë një fenomen të zakonshëm, por jo shkak aq i shpeshtë i vdekjeve nga I.A.M. Kështu nga 41 raste (38,6%) me I.A.M. dhe me tromboemboli në qarkullimin e vogël dhe të madh, vetëm në tetë raste (7,50%), tromboembolia ka qenë shkak i vdekjes. Nga të tetë rastet, tre pësuan tromboemboli masive, dy raste me tromboemboli cerebrale dhe tre tromboemboli të shumta në mushkëri. Në të tetë rastet vunnë re një lidhje ndërmjet vendosjes së tromboembolisë dhe I.A.M. Kështu tromboembolitë pulmonare u vunnë re në I.A.M. të murit posterior dhe posterolateral, ndërsa ato të qarkullimit të madh në I.A.M. të murit të përparshëm. Përdorimi i antikoagulantëve mund të ulë përqindjen e vdekjeve nga ky ndërlikim.

Në grupin e tretë bëjnë pjesë edhe disa sëmundje që mund të shohëtojnë I.A.M. Prania e tyre e bën të diskutueshëm shkakun e vdekjes. Në 106 të vdekur nga I.A.M., 36 vuanin nga sëmundja hipertoniqe, por vetëm 12 prej tyre vdiqën në krizë hipertensive, shtatë vuanin nga diabeti i sheqerit, një i sëmurë vdiq në uremi renale, kurse tre të tjerë vuanin edhe nga sëmundje kanceroze.

KONKLUZIONE

- 1) Vdekjet nga I.A.M. përbejnë një problem serioz edhe për veqndin tonë.
- 2) Me thellimin e shërbimit të kardiologjisë edhe në vendin tonë vihet re një diagnostikim më i hershëm i I.A.M. dhe një ulje e përqindjes së vdekjeve nga viti 1963 në 1973.

Dorëzuar në redaksi më 10.VIII.1975.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **British Heart Journal:** VI World Congress of cardiology. London 6-12 Sept. 1970. Plenary Session: 1971, Vol. 33 Supplement.
- 2) **Friedberg Ch. K.:** Diseases of the heart. Third edition 1969. Saunders. London. «Coronary occlusion and myocardial infarction (797-836). Complications and causes of death (851-860). Prognosis rate of the acute attack (874-924).
- 3) **Ganelina I.E.:** Vinjezapnaja smërt pri ostron infarktije miokarda i vaprosi reanimacii. Kliniceskaja Medicina 1969, 11, 112.
- 4) **Gibson T. C., Burlington P.:** The significance of fever in acute myocardial infarction: American Heart Journal April 1974 (439-444).
- 5) **Horvath J. — Mate K.:** Analiz përcin letalnosti pri ostron infarktije miokarda. Kliniceskaja Medicina 1972, 3, 48.

- 6) James T.H.N.: Coronary circulation in acute myocardial infarction. British Heart Journal 1971, Vol. 33 Suppl. 138.
- 7) Kilip Th.: Cecil — Loeb, Textbook of Medicine Third Edition 1971. Saunders Comp. Acute myocardial infarctions 1029.
- 8) Kimball J.T., Kilip Th.: Aggressive treatment of arrhythmias in acute myocardial infarction: Procedures and results. Progress of Cardiovascular Diseases 1968, 10, 483.
- 9) Lénègre F. et Soulie P.: Maladies de l'appareil cardiovasculaire 1968, tomm I. Edition med. Flammarion (1104, 1126).
- 10) Meltzer L. E., Kitchel J.B.: The incidence of arrhythmias associated with acute myocardial infarction. Progress of cardiovascular diseases 1966, 9 (50).
- 11) Norris R.M., Bensey M.E., Ganghey D.G.J., Scott P.F.: Hospital mortality in acute myocardial infarction. British medical Journal 1968, Vell. 3, 143.
- 12) Opic L.H.: Acute metabolic response in myocardial infarction. British Heart Journal 1971, Vol. 33, suppl. 129.
- 13) Ross R.H.: Harrison's principles of Internal Medicine. Sixth Edition 1970. McGraw — Hill Book Comp: Ischemic Heart Disease 1214.
- 14) Sloman G., Dowling J., Vohra J.: Prevention and treatment a ventricular dysrhythmias. British Heart Journal 1971, Vol. 33 Suppl. 165.
- 15) Stanier J.: Acute myocardial infarction — progress in primary prevention. British Heart Journal 1971, Vol. 33, Suppl. 145.
- 16) Stock F. P.P.: Diagnosis and treatment of cardiac arrhythmias. Second Edition 1970. London Butterworth. Arrhythmias in acute myocardial infarction 236.
- 17) Talano J., Roman J.A., Washington D.C.: The effect of sinus tachycardia on the phases of left ventricular systole during acute myocardial infarction in man: American Heart Journal. April 1974, 428.
- 18) Teodor M. J., O narsushenjah serdcecnovo ritma u bolnjih infarktom miokarda. Terap. Arch. 1953, Tom XXV b. 1, 19.

Summary

DEATHS FROM ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (1963 — 1973)

An analysis is presented of 106 cases of acute myocardial infarction (AMI) who died in the Hospital Nr 1 of Tirana during the 11 year period from 1963 to 1973. The immediate causes of death are discussed.

The paper describes the main aspects of this world wide problem which does not spare even the younger age groups. The causes of death are roughly classified in three groups. The first group comprises disorders of the rhythm and conduction; the second, cardiogenic shock associated with acute lung oedema, the third includes other causes such as: a) heart rupture and massive multiple thrombo-embolies of the vital organs; b) associated conditions which, when concomitant with AMI, raise doubts about the real cause of death (hypertension, diabetes, kidney uremia, malignant tumours).

The paper concludes that AMI is a serious problem for this country. Preventive measures and adequate treatment of the causes of death can contribute much in lowering the death rate of AMI. With the improvement of the services of cardiology, the diagnosis of AMI has become possible at the early stages of the disease and the proportion of deaths has consistently fallen from 1963 to 1973, although the ischemic disease of the heart and the number of cases of AMI have increased

Résumé

**LES MORTS PAR INFARCTUS AIGUË DU MYOCARDE AU COURS
LA PERIODE DE 11 ANS (1963 — 1973)**

Les auteurs analysent les causes de décès de 106 cas d'infarctus aigu du myocarde (I.A.C.) à l'hôpital de Tirana dans les onze années (1963 — 1973).

L'article développe les principaux aspects de ce problème pandémique, qui tend à atteindre aussi les jeunes âgés. Les données recueillies sont confrontées avec celles de la littérature mondiale consultée. Les auteurs classent les causes de décès en trois groupes. Le premier comprend les troubles du rythme et de la conduction; le deuxième, les chocs cardiogènes accompagnés d'œdème pulmonaire aigu; le troisième, les autres causes: a) rupture du cœur, thrombo-embolies massives et multiples dans les organes vitaux; b) les maladies sociales, qui en présence de l'I.A.M., suscitent des doutes sur la véritable cause du décès (maladies hypertoniques, diabète sucré, urémie rénale, tumeurs malignes).

Les auteurs en arrivent à la conclusion que les décès par I.A.M. constituent un problème sérieux pour notre pays également. Les mesures préventives et le traitement adéquat des causes des décès tendent à diminuer le taux de mortalité par I.A.M. Le perfectionnement du service de cardiologie a entraîné des diagnostics plus précoces de l'I.A.M. et une baisse du taux de mortalité par I.A.M., de 1973 à 1974, encore que la maladie ischémique du cœur et l'I.A.M. soient en croissance.

DEKORTIKACIONI OSTEOMUSKULAR NË TRAJTIMIN E PSEUDOARTROZAVE

DOC. PANAJOT BOGA, PULLUMB KARAGJOZI

(Klinika e Kirurgjisë Ortopedike.)

Konsolidimi i vonuar dhe pseudoartroza, si ndërlkime relativisht të shpeshta të frakturave, përbëjnë një problem të vështirë trajtimi, në veçanti pseudoartrozat e supuruara.

Çilido që të jetë shkaku i jashtëm, mosngjitja e eshtrës është pasojë e ndërprerjes së procesit biologjik regjenerativ të indit eshtror, nga dëmtimi i rëndë i garkullimit të gjakut në vatrën e frakturës. Një frakturë ngjitet në afatet optimale vetëm kur fragmentet e saj janë të vaskularizuara mirë dhe furnizohen mirë me gjak.

Meqë pseudoartrozat lidhen me çrregullimin e procesit biologjik të ngjitjes apo regjenerimit eshtror edhe trajtimi i tyre mund të bëhet vetëm nëpërmjet procedurash biologjike, të cilat restaurojnë vaskularizimin e zonës së pseudoartrozës dhe provokojnë formimin e kallusit eshtror.

Në rrugën e gjatë të trajtimit të pseudoartrozave janë përpunuar një sërë metodash, por pak syresh i kanë rezistuar kohës. Ndër to përmëndim ato metoda, që lidhen me përdorimin e autotransplanteve eshtrore të freskëta (2, 3, 4, 6, 16, 17). Megjithatë, konsolidimi nuk arrihet gjithënjë me anë të transplanteve autogjene të lira. Statistikat më të mira (3) arrijnë deri në 88% ngjitje pas operacionit të parë. Para, rreth 10% e pseudoartrozave mbeten objekt i ndërhyrjeve kirurgjikale të përsëritura. Kjo përqindje u referohet vetëm pseudoartrozave aseptike, sepse në pseudoartrozat e supuruara, rezultatet e konsolidimit janë shumë më të ulta.

E keqja kryesore e transplanteve të lira eshtrore lidhet me faktin se gjyha në momentin e marrjes së tyre nga zona donore, u ndërpritet furnizimi me gjak dhe devitalizohen në shkallë të ndryshme, për pasojë edhe forca e tyre stimulative dobësohet.

Duke u nisur nga këto përfundime, mendimi kryesor u drejtua ndaj avantazheve të transplantave eshtrore pendukuloze, pra të vaskularizuar mirë, të gjallë dhe me vesh të plotë biologjike stimulative për kallusin eshtror.

Punimet e para në këtë drejtim i përkasin Dunn N. më 1939, pastaj Forbes D.B. më 1961, deri sa Judet R. dhe shkolla e tij më 1965 përpunuan një metodë të standartizuar të transplantave eshtrore me pendukul perosto-muskular, të mbiquajtur dekoritikacioni osteomuskular.

Cështje dekoritikacioni osteomuskular?

Dekoritikacioni osteomuskular konsiston në krijimin e një kellefi transplantesh të holla e të vogla eshtrorë, rreth pseudoartrozës, të cilat ruajnë mirë ngjyjen e tyre me periositin, muskujt dhe indet e tjera që i rrethojnë. Me fjalë të tjera, transplante, që ruajnë me qdo kusht vaskularizimin dhe vitalitetin e tyre.

Duke e përdorur në vitin 1967 për herë të parë në klinikën tonë (P. Boga) dekoritikacionin osteomuskular për trajtimin e pseudoartrozave dhe turbullimeve të tjera të konsolidimit eshtror, dëshirojmë të paraqesim përvojën tonë modeste për këtë metodë relativisht të thjeshtë dhe efikase.

Rastet tona: Dekoritikacioni është zbatuar në 83 të sëmurë, si më poshtë:

- | | |
|--|----------|
| 1) Pseudoartroza aseptike | 54 raste |
| 2) Pseudoartroza septike (të supuruar) | 10 raste |
| 3) Fraktura me konsolidim të vonuar | 12 raste |
| 4) Fraktura me konsolidim vicioz (kallus vicioz) | 7 raste |

Metoda. — Në këtë studim janë shqyrtuar problemet e indikacioneve të dekoritikacionit, sipas grupimit të porta përmëndur të materialit klinik, duke analizuar mandej në secilin grupim veçori të teknikës operatorë, osteosinteza dhe imobilizimit post operator, si dhe afatet e konsolidimit, dëshimet dhe së fundi avantazhet e dekoritikacionit osteomuskular.

1) PSEUDOARTROZAT ASEPTIKE (54 RASTE)

Dekoritikacionin osteomuskular e kemi kryer në 54 pseudoartroza aseptike të eshtrave të gjata të anësive (pasqyra nr. 1). Moshë e pacientëve ka qënë nga 4 vjeç në 70 vjeç. 43 kanë qënë meshkuj dhe 11 femra.

Pasqyra nr. 1

Lokalizimi	Femur	Tibia	Humerus	Radius	Ulna
Raste	7	28	8	5	6

Sig shihet nga pasqyra, gjysma e rasteve i përkasin tibies, të cilat kanë qënë të lokalizuara kryesisht në gjysmën distale të diafizës së saj. Shpeshësia e pseudoartrozave në këtë segment tibial, veç të tjerash, shpjegohet me vaskularizimin e keq të tij (14).

Teknika operatorë. — Pikërisht në pseudoartrozat aseptike, dekorikacioni osteomuskular mund të kryhet me teknikën origjinale të Judet R., të cilën shkurtimisht po e përkrahujmë:

Operohet me lak hemostatik, duke eksanguinuar mirë paraprakisht anësinë përkatëse. Në vatrën e pseudoartrozës arrihet me incizion drejt nga lëkura në kockë, pa bërë asnjë shkolitje të muskujeve dhe indeve të tjera nga perosti dhe pa bërë asnjë shkolitje të perostit nga kocka ndën të. Me dalte të mprehtë, të vendosur tangencialisht, shkëpusim një shtresë osteoperisotale të përbërë nga copëza me 1-2 mm. trashësi gjatë 3/4 të cikunferencës, në një gjatësi prej 5-7 cm. nga secil skël i pseudoartrozës (fig. 1,2,3), duke u kujdesur me çdo kusht që këto copëza të ruajnë mirë ngjifjen e tyre me perostin, muskujt dhe indet e tjera rrethuese. Operacioni vazhdon me korrigjimin e deformimeve eventuale dhe me osteosinteze solide metalike. Në fund, me sutura të veganta, çepen buzët e shtresës apo këllëftit osteoperiostal për të mos lejuar boshllëk midis tij dhe pjesës së dekortikuar, për ndryshe ka rrezik të formohet një kallus i dobët periferik, që nuk bashkohet me vatrën pseudoartrozike, e cila mberbet e pa ngjitur dhe praktikisht operacioni dështon.

Këtë teknikë e kemi kryer me lehtësi në pseudoartrozat femorale dhe humerale dhe, në përgjithësi, në ato raste ku vatra pseudoartrozike nuk ka pasur sklerozë eshtrorë (të ashtuquajturat «pseudoartrozat hipervaskulare» të Judet R.). Vështrësi kemi hasur në dekortikimin e radiusit dhe gjysmës distale të ulnës për shkak të hollësisë së tyre. Gjithashtu pseudoartrozat e gjysmës distale të diafizës tibiale kërkohin më shumë kujdes, sepse shtresa e dekortikuar shkolitet lehtë nga perosti dhe, nga ana tjetër, për shkak të sklerozës, eshtra është e brishtë dhe dalta mund të shkaktojë lehtë çarje në drejtime të padëshiruara, të cilat vështrësojnë së tepërmi kushtet e osteosintezës. Përpara të tilla vështrësish jemi ndeshur në 10 pseudoartroza të tibias.

Ne i jemi përmbahjur parimit të Judet R. (1966), që krahas deortikimit, nuk kemi përdorur transplantë të lira eshtrorë, duke e konsideruar si procedurë të tepërtë. Por në pseudoartrozat me defekt kockor, përdorimin e autotransplantëve kortiko-spongioze, të marrë nga kresta iliake, e kemi konsideruar të domosdoshëm, sepse pavarësisht nga aftësitë e dukshme regjenerative të këllëftit osteo-periostal, kallusit i formuar prej tij nuk arrin të mbushë boshllëkun midis skajeve eshtrorë. Prandaj kombinimi i dekortikacionit me autotransplante të lira, në të tilla raste, është më se i arsyeshëm. Këtë kombinim ne e kemi bërë në 20 raste.

Osteosinteza. — Që dekortikacioni të japë konsolidimin e shpejtë të pseudoartrozës, kërkohet me çdo kusht imobilizim i plotë gjatë gjithë kohës së formimit dhe evolucionit të kallusit. Osteosinteza solide dhe rigide metalike ia arrin më së miri këtij qëllimi. Imobilizimi i thjeshtë në gips gjen zbatim të rrallë dhe ne e kemi përdorur atë vetëm në shtatë raste (pesë pseudoartroza tibiale dhe dy radiale pa sklerozë eshtrorë). Në të gjitha rastet e tjera kemi bërë osteosinteze si më poshtë: pllakë metalike — 34 raste, shiftt centromedular — 6 raste, Vida kompresive — 5 raste, fiksator ekstern — 2 raste. Siç shihet ne preferojmë osteosintezen me pllakë, e cila është realizuar pa kompresion në rastet kur nuk ka pasur defekt dhe kontakti i fragmenteve ka qënë i mirë, për ndryshe osteosinteza me pllakë kompresive ka qënë e domosdoshme. Për fat të keq, osteosinteza kompresive, në rastet me defekt masiv, ku përdoren

shumë transplantë të lira, nuk është gjithënjë e realizueshme. Shittitën endomedular në e gjejmë të përpërlatshëm në trajtimin e pseudoartrozave, sepse nuk bllokton lëvizjet rrotatore dhe e kemi përdorur atë vetëm në pseudoartrozat e gjymës së sipërme të difizës femorale.

Konsolidimi. — Nga të 54 pseudoartrozat aseptike, 51 u konsoliduan me dekortacionin e parë, ndërsa tre raste kërkuan dekortikacion të përsëritur. Këto tre raste përbëhen nga një ulnë, ku dekortacioni nuk u realizua teknikut mirë në ndërhyrjen e parë dhe dy humerusi. Njëri prej tyre bëri frakturë të pllakës së osteosinteze, tjetri pati osteosintezë jo rigide me pllakë. Ulna dhe humerusi i parë e konsoliduan pas dekortikacionit të dytë. Ndërsa humerusi i dytë kërkoi dekortikacion për herë të tretë, sepse edhe herën e dytë osteosinteza ishte e cilësishë së dobët, për shkak të kushëve jo të përçatshme të vendosjes së vidave. Një pjesë e të sëmurëve tanë kanë qënë operuar më parë me metoda të tjera pa rezultat.

Afatet e konsolidimit paraqiten në pasqyrën nr. 2

Lokalizimi	Koha e konsolidimit në muaj			Mbi 12	Komplikacione dhe dështime
	2-3	3-6	6-12		
Femur (7)	—	5	1	1	— Një infeksion i femurit, konsolidimi 14 muaj
Tibia (28)	6	18	4	—	— Një humerus dhe një ulnë, konsolidim pas dekortikacionit të dytë.
Humerus (8)	—	3	2	1	— Një humerus, konsolidim pas dekortikacionit të tretë.
Radius (5)	3	2	—	—	
Ulna (6)	1	4	1	—	

2. — PSEUDOARTROZAT SEPTIKE (TË SUPURUARA) — 10 RASTE:

Me metodat klasike, trajtimi i pseudoartrozave të supuruara kërkon kohë të gjatë. Së pari luftohet infeksioni dhe pas disa muajsh, kur fista të jetë mbyllur, bëhet osteoplastika me autotransplante të lira, të cilat jo rrallë sekuestrohen për shkak të riakutizimit të infeksionit. Studimet eksperimentale (Judet R. — 1968) dhe konstatimet klinike vërtetojnë se transplantet pedunkuloze të dekortikacionit osteomu-kular, duke ruajtur vaskularizimin periferik, jo vetëm që nuk sekuestrohen, por ruajnë dhe vetitë e tyre osteogjenetike në terrenin supurativ. Prandaj infeksioni dhe pseudoartroza mund të luftohen në të njëjtën etapë kirurgjikale, duke shkurtuar kështu kohën e trajtimit dhe ritur efikasitetin e tij. Ne kemi trajtuar dhjetë pseudoartroza të supuruara në këto lokalizime: femur kater raste, tibia gjashtë raste.

Eksicizimi i kujdesshëm i indeve nekrotike dhe septike nga vatra e pseudoartrozës është çelsi i suksesit kundër infeksionit për të bërë të mundurshëm veprimin osteogjenetik të dekortikacionit. Teknika e dekortikacionit, sado që më e vështirë, është e njëjtë si në pseudoartrozat aseptike. Copëzat eshtarore priten pak më të mëdha, duke kontrolluar mirë cilësimin e ngjiftës së tyre me periosstin dhe duke eksicizuar copëzat e lira për të mos u transformuar në sekuestra.

Për të mënjannuar riakutizimin e infeksionit, që shkaktojnë zakonisht metalet e osteosintezës së brendshme, në të gjitha raste, kemi realizuar osteosintezë kompresive me fiksatore eksteme, kryesisht në formë kadrash.

Të dhjetë pseudoartrozat septike u konsoliduan, por njëra (femur) kërkoi dekortikacion të dytë. Vlen të përmëndim se dy pseudoartroza të tibias ishin operuar disa herë me metodat klasike pa rezultat (njëra katër herë dhe tjetra tetë herë). Të dy këto raste u konsoliduan respektivisht brenda katër dhe nëntë muajve me zhdukje të infeksionit.

Afatet e konsolidimit paraqiten në pasqyrën nr. 3

Lokalizimi	Koha e konsolidimit në muaj			Komplikacione dhe dështime
	2-3	3-6	6-12	
Femur (4)	—	1	2	1
Tibie (6)	—	3	2	1

Regjenerim plage per secundam tre raste.
Dekortikacion për herë të dytë një femur (konsolidim)

Sig shihet afatet e konsolidimit nuk ndrojnë shumë nga ato të pseudoartrozave aseptike.

3. — FRAKTURAT ME KONSOLIDIM TË VONUAR — 12 RASTE.

Ne emërtojmë kështu ato fraktura, të cilat nuk konsolidohen brenda afateve optimale të tyre, ndërsa pseudoartroza — ato fraktura që nuk konsolidohen edhe në dyfishimin e afatit optimal.

Dekortikacionin osteomuskular e kemi kryer në 12 fraktura, në të cilat, tej afateve optimale, nuk shiheshin shenja të osifikimit fillestar, duke pasur si shkak reponimin vicioz (7 raste) dhe imobilizimin jo adekuat (pesë raste). Dekortikacioni ka nxitur procesin e osifikimit dhe të gjitha frakturat u konsoliduan brenda afateve optimale, sig shihet në pasqyrën nr. 4.

Pasqyra nr. 4

Lokalizimi	Koha e konsolidimit në muaj			Komplikacione dhe dështime
	2-3	3-6	6-12	
Femur (2)	1	1	—	—
Tibie (7)	3	4	—	—
Humerus (1)	1	—	—	—

Asnjë

4. — FRAKTURAT ME KONSOLIDIM VICIOZ — 7 RASTE

Në grupimin «fraktura me «konsolidim vicioz» apo «kallus vicioz» përshihen ato fraktura të ngjitura në pozicione vicioze me deformimin dhe rregullime funksionale të anës së përkatëse. Korigjimi kërkon osteotomi në nivelin e kallusit vicioz, por këto osteotomi konsolidohen me

vështrësi dhe shpesh transformohen në pseudoartrozë. Kjo është edhe arsyeja e ngurimit të korigjimit të këtyre frakturave. Tashmë, përvoja ka vërtetuar se dekortikacioni osteomuskular e transformon osteotominë korigjuese të kallusit vicioz në osteotomi të zakonshme (Judet R. — 1972) me konsolidim në afa të optimale dhe pa rrezik pseudoartroze. Shtatë raset e operuara prej nesh na krijojnë të njëjtën bindje. Koha e konsolidimit të tyre paraqitet në pasqyrën nr. 5.

Pasqyra nr. 5

Lokalizimi	Koha e konsolidimit n muaj			Komplikacione dhe dështime
	2-3	3-6	6-12	
Femur (3)	1	2	—	Asnjë
Tibie (2)	2	—	—	
Radius (2)	2	—	—	

Teknika e dekortikacionit, ashtu si edhe në frakturat me konsolidim të vonuar, nuk ka ndonjë vegorë. Vështrësia e vetme që kemi hasur është shkoftja e pllakëzave eshtrore nga perosisi, gjatë manovrave për korigjim e deformacionit. Prandaj këty momentit i duhet kushtuar kujdes i posaçëm.

PËR FUNDIM

Përvoja e fituar deri tani na ka bindur për efikasitetin e dekortikacionit osteomuskular në trajtimin e turbullimeve të konsolidimit eshtror, ku procesi i formimit dhe evolucionit të kallusit është i penguar ose i ngadalësuar, siç janë pseudoartrozat (aseptike dhe septike) konsolidimi i vonuar dhe kallusit vicioz. Në këtë punim ne nuk bëmë fjalë mbi aplikimin e dekortikacionit edhe në trajtimin e pseudoartrozave kongjenitale apo zgjatjen osteoplasike të kockave, ku përvoja jonë është ende e pakët.

Transplantet osteo-periostale pedunkuloze të vaskularizuar mirë, që krijojnë dekortikacionin osteomuskular, kanë forcë stimulative dhe ndihmojnë procesin e osifikimit. Të gjitha raset, të trajtuar nga ne, përfunduan në konsolidim të plotë.

Dorëzuar në redaksi më 18.II.1975

BIBLIOGRAFIA

- 1) Abbot I. C.: The use of iliac bone in the treatment of ununited fractures. A.A.O.S. Instructional Course Lectures, Edwards, Ann Arbor 1944, Vol. II.
- 2) Albes F. H.: Bone — Graft Surgery. Saunders Co. Philadelphia 1915.
- 3) Boyd H.B., Anderson L.D., Johnson D.S.: Changing concepts in the treatment of nonunion. Clinical Orthopaedics, Lippincot Co. Philadelphia 1965, Vol. 43.

- 4) **Campbell W.C.:** The treatment of ununited fractures. Né «Campbell's Operative Orthopaedics. Mosby Co. Saint Louis 1971, Ed. 5, vol. 1 761.
- 5) **Dunn N.:** Treatment of ununited fractures. Brit. Med. Journal 1939, 2, 221.
- 6) **Henderson M.S.:** Bone Graft in ununited Fractures. Né «Campbell's Operative Orthopaedics. Mosby Co. Saint Louis 1971, Ed. 5, 757.
- 7) **Forbes D.B.:** Subcostal Iliac Bone Graft in Fracture of the Tibia. J. Bone J. Surgery 1961, 43-B, 672.
- 8) **Evrard J.P., Lebard J.L.:** Pseudarthroses infectées de la diaphyse fémorale. Revue de Chirurgie Orthop. 1971, 57, 527.
- 9) **Judet R., Judet J., Patel A.:** La déortication ostéomusculaire (technique chirurgicale). La Presse médicale 1966, 74, 1139.
- 10) **Judet R., Patel A.:** La déortication ostéomusculaire. Actualités Chirurg. Orthop. Traumat. Hôpital Raymon Point caré, Masson, Paris 1966, 285.
- 11) **Judet R.:** La déortication ostéomusculaire (greffon pédiculé ostéopéristé). Orthopédie-Traumatologie, SOFCOT 1968, 93.
- 12) **Judet R., Patel A.:** Déortication ostéomusculaire, revision de 1150 cas. Revue de Chirurg. Orthop. 1972, 53, 147.
- 13) **Lord G.:** Traitement des intégrités des membres inférieurs par allongement progressif du squelette jambier spus déortication ostéomusculaire. Orthopédie-Traumatologie. SOFCOT, Paris 1968, 141.
- 14) **Merle d'Aubigne R.:** Infection of ununited fractures. Clinical Orthopaedics. Lippincott, Philadelphia 1965, Vol. 43.
- 15) **Merle d'Aubigne R., Dubouset J.:** Surgical Correction of Large Length Discrepancies in the Lower Extremities J. Bone Joint Surg 53-A, 1971, 411.
- 16) **Nicoll E.A.:** The treatment of gaps in long bones by cancellous insert grafts. J. Bone Joint Surg. 38-B, 1956, 70.
- 17) **Phenister D.B.:** Treatment of ununited fractures by onlay bone grafts. J. Bone Joint Surg. 29, 1974, 946.

Summary

OSTEOMUSCULAR DEORTICATION IN THE TREATMENT OF PSEUDARTHROSIS

The authors describe their experience in osteomuscular deortication, which they have been using in their clinic since 1967. The method has been applied in the treatment of 54 cases of aseptic pseudarthrosis, 10 septic (suppurative) ones, in 12 cases of fractures with delayed union and in 7 cases with vitious union (gallus vitiosus). The technique of the operations was that described by R. Judet in 1965, which is discussed in detail for each of the pathologic groups mentioned, as well as the, problems of osteosynthesis and the time required for good bone union. Union was obtained in all the 83 operated cases, but in four of them (one septic) the intervention had to be repeated (twice in three cases and three times in one).

The abundantly vascularized peduncula osteo-periostal graft created in osteomuscular deortication provides good stimulation and helps the process of ossification. That is one of the reasons why osteomuscular deortication has proved an efficient method of solving the difficult problems arising from pseudarthrosis and of the disorders of hone union.

Résumé

LA DECORTICATION OSTÉOMUSCULAIRE DANS LE TRAITEMENT DES PSEUDOARTHROSES

Les auteurs décrivent leur expérience en matière de decortication ostéomusculaire, qu'ils appliquent dans leur clinique depuis 1967. Ils ont notamment employé cette méthode pour le traitement de 54 pseudoarthroses aseptiques, de 10 pseudoarthroses septiques (suppuratives), de 12 fractures à consolidation tardive et de 7 fractures mal consolidées (Callus vitiosus). La technique employée dans l'opération a été celle décrite par R. Judet en 1965, et les auteurs en traitent en détail pour chacun des groupes pathologiques mentionnés, de même que des problèmes de l'ostéosynthèse et des durées de consolidation. La consolidation a été obtenue dans les 83 cas opérés, mais dans quatre pseudoarthroses (dont une septique), la decortication a dû être répétée (deux fois dans trois cas, et trois fois dans un cas).

L'abondante vascularisation des greffes ostéo-périostales pédunculaires créée dans la decortication ostéomusculaire fournit un bon stimulant et contribue au processus d'ossification. Aussi la decortication ostéomusculaire est-elle une méthode efficace pour le traitement du difficile problème des pseudoarthroses et des autres troubles de la consolidation des os.

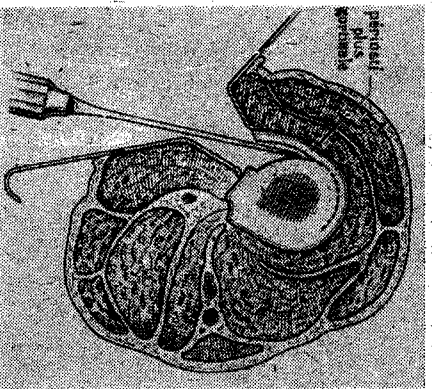


Fig. 1

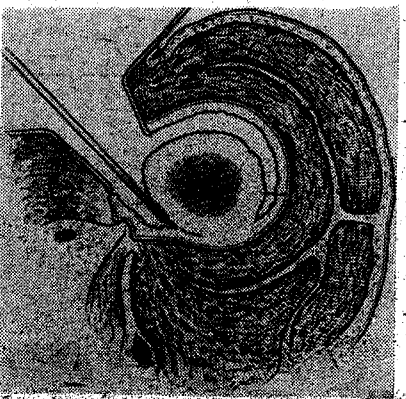


Fig. 2

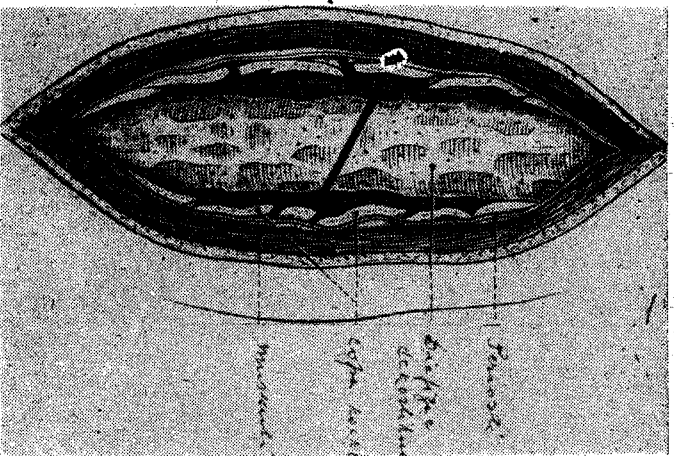
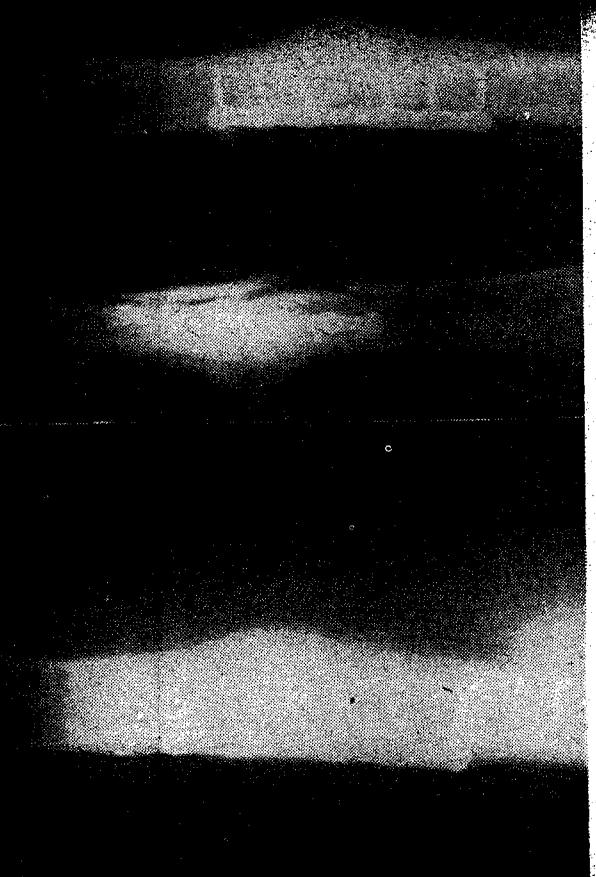


Fig. 3

4. Pseudoartrozë e humerusit, fill pas dekortimit dhe pesë muaj pas tij; konso-
limi i plotë.



NDIKIMET E BRUCELOZËS MBI SISTEMIN NERVOR

ELMAS ELTARI — NASI BOZHEKU

(Klinika e sëmundjeve ngjitëse.)

Lokalizimet neurologjike të brucelozës njihen prej shumë kohësh. Autorët e pellgut të Mesdheut janë preokupuar më shumë për neuro-brucelozën. Megjithatë ka pasur edhe autorë të tjerë, që janë interesuar për këtë patologji (Petro A. Pons e bp.—1973).

Ndërshimet e karakterit organiko-funksional, nga ana e sistemit nervor, janë pjesë e shfaqjeve klinike të brucelozës. Shumica e të sëmurëve ankohen për dhembje koke, nganjëherë shumë të forta, pa gjumësi, paqëndrueshmëri nervor, lodhje të shpejtë etj. Këto shenja takohen në kombinim me shenja të tjera klinike dhe lëkunden shumë në intensitetin e tyre. Në ato raste kur këto shfaqje zotërojnë kuadrin klinik bëhet fjalë për «neurobrucelozën». Gjithashtu dihet se dëmtimi i sferës psikike tek të sëmurët me brucelozë ndodh në një seri të sëmurësh, gjë që jep mundësinë për të folur për «psikobrucelozën». Zakonisht, psikobruceloza zhvillohet gradualisht dhe në periudhën e vonshme të brucelozës, madje në mungesë të shfaqjeve të shprehura klinike të sëmundjes.

Kur kemi prekje të trurit mund të shfaqen encefalite, meningoccefalite etj. etj. Në të sëmurët me brucelozë është përshkruar encefalopatia difuze ose e lokalizuar së bashku me një reaksion vaskuliti ose perivaskuliti inflamator, të cilat janë shkaku i zakonshëm i shfaqjeve cerebrale, që janë me karakter tranzitor si afazia, dizartria, humbje të vetëdijes, paraliza ose pareza, zhurmë në veshë, vjellje dhe adinamia. Kanë ndodhur encefalite progresive dhe difuze. Sidomos janë parë dëmtime të nervit të VI, VIII dhe optik. Shpesh encefalitet janë shfaqëuar me meningjte akute dhe kronike. Janë përshkruar raste me sindromin Guillain — Barré (Spink W. — 1956, Picoli M. — 1972, Pedro A. Pons e bp. — 1973). Si formë të veçantë të patologjisë së diencefalitit, Mironova T. nxjerr marrjen e gojës dhe prishjen e gjumit.

Dëmtimet e sistemit nervor periferik, megjithëse takohen rrallë, në krahasim me dëmtimet artikulare, në disa të sëmurë mund të marrin karakterin zotërues në formën e ischias, radikulitëve, lumbo-ischialgjis, neuritëve (polineuritëve), nevralgjisë, pleksitëve etj. (Shqerbak J. — 1967, Pedro A. Pons e bp. Vokopola S. — 1961).

MATERIALI DHE REZULTATET

Gjatë periudhës 1968 — 1974, në spitalin e sëmundjeve ngjitëse Tiranë janë shtruar 104 të sëmurë me brucelozë. Këto raste përbëhen nga 46 forma akute të brucelozës, 13 të formës subakute dhe 45 raste të formës kronike.

Në 59 rastet me brucelozë akute dhe subakute janë vënë re këto të dhëna: dhembje koke në 39 raste. Dhembjet e kokës janë vënë re rë periudhën fillestare të sëmundjes deri një muaj në 21 raste. Këto dhembje kanë persistuar edhe pas rënies së temperaturës, madje edhe pasi mjekimet specifike kanë dhënë efekt të dukshëm mbi klinikën.

Të sëmurët janë ankuar për pagjumësi, por në nëntë raste, pagjumësia ka qenë persistente, e gjatë dhe shqetësuese.

Në 30 raste, qysh në fillim të sëmundjes, të sëmurët janë ankuar për lodhje të shpejtë. Ata e kanë ndjerë veten të këputur pas normalizimit të temperaturës. Në dy raste (forma subakute), të sëmurët kanë parajditur dridhje të gishtinjtve.

Në tre raste janë vënë re shenjat e depresionit dhe mungesës së humorit. Në dy raste (pas vaksinës) kanë ankuar mpurje të dorës dhe këmbës. Në një rast, në audiogramë shënohet: «ka dëmtime neuro-sensoriale të anës së majtë».

Pasqyra nr. 1

Paraqitja e simptomave në format akute dhe subakute

Shenjat	Muajt					
	deri 1 m.	deri 2 m.	deri 3m.	deri 4m.	deri 5 m.	deri 6m.
Dhembje koke	21	11	4	1	1	1
Pagjumësi	1	2	3	1	1	1
Adnania	11	7	6	3	2	1
Iritabilitet nervor i theksuar	—	—	1	1	1	1

Shkurtimisht po përshkruajmë disa raste me brucelozë, duke u përqëndruar në shenjat që tregojnë interesimin e sferës nervore:

1) H.L., vjeç 26, shtuar më datë 5.X.1973 me nr. kartele 2437. Ankonte për dhembje koke gjatë periudhës febrile. Më 28.V.1974, në rikontrol ankon për: asteni nervore, lodhje të shpejtë, ka iritabilitet nervor dhe humbje të kujtesës.

2) P.N., vjeç 36, shtuar më datë 18.VIII.1970 me nr. kartele 7059, paraget iritabilitet nervor të theksuar, grindet me shokët e dhomës dhe personelin. Ankon për pagjumësi të vazhdueshme.

3) B. G.J.E., 24 vjeç, shtuar më 1.XIII.1971, me nr. kartele 2420. Ankonte për dhembje koke, që i vazhdoi edhe pas zhdukjes së gjithë shënjavte të tjera të sëmundjes. Ankonte për djersë dhe mpurje të duarve. Në mënyrë persistente kishte pagjumësi dhe dhembje të kokës.

4) T.H., vjeç 33. Shtuar më 12.VI.1972, me nr. kartele 1238, me këto ankesa: dobësi trupore, subfebrilitet, djersë, dhembje koke, pagjumësi etj. Sëmundja i filloi para katër muajve. Gjatë dekursit në spital vihet re: iritabilitet nervor i theksuar dhe pagjumësi. Më 24.XI.1972 me nr. kartele 2683 shtrohet përsëri me hepatosplenomegali, orëhitis. Këtu herë vihet re iritabilitet nervor i theksuar: «çdo zhurmë më shqetëson». Pacienti është zënë me shumë njerez dhe ankohet lart e poshtë për

shëndetin e tij. Më 19.X.1974 nga sfera nervore shënohet: pacienti ankon dhembje koke të vazhdueshme, pagjumësi, irritabilitet të theksuar, tremor digjtal gjatë emocioneve; ka djersë profuze sidomos në pëllëmbët e duarve. Ka humbje të theksuar të kujtesës. Gjatë bisedimeve, pacienti ka konfuzion mendimesh, që shogërohet me djersë profuze.

Në ekzaminimin neurologjik. — Nervat kraniale pa patologji. I sëmurit paraqet tremor të palpebrave të sipërme. Ka një atrofi të lehtë të muskujve të këmbës së majtë dhe pakësim të forcës muskulare. Sensibiliteti superficial i këmbës së majtë është i ulur, kurse sensibiliteti i thellë ruhet. Reflektet bicipitale dhe tricipitale janë shumë të gjalla D = S. Reflektet patelare shumë të shprehura D = S, po ashtu dhe reflektet akiliane, D = S, reflektet kutano-abdominale të shprehura. Dermografizimi i kuq. Reflekte patologjike piramidale nuk paraqet. Sfera cerebrale e pa prekur.

Format kronike të brucelozës: edhe në këto forma, dhembja e kokës ka qënë ankesa kryesore e të sëmurëve, kështu ajo u gjend në 27 raste, në dy raste shogëruar me zhurmë në veshë.

Adhania e theksuar u përshkrua në shtatë raste, irritabiliteti nervor në tetë raste, pagjumësia në dhjetë raste, **neurosis cordis** në dy raste, radiculitits në dy raste, asteni nervore në tre raste, neurasteni të rëndë me gjendje depresioni në një rast.

Pas vaksinës dhe gjatë mjekimit me antibiotikë (tetraciklinë + streptomicinë), u vu re një rast, me sindromën vertizhnoz dhe labirinit total të majtë. Paralizë faciale të lehtë në një rast, tremor digitorum në tre raste.

Pasqyrë nr. 2

Shenjat në formën kronike dhe koha e shfaqjes së tyre

Shenjat	Vitet										
	—1	1—2	2—3	4	5	6	8	9	10	11	15
Dhembje koke	2	7	6	1	4	1	1	1	2	1	1
Pagjumësi dhe irritabilitet nervor	—	2	1	1	—	—	—	—	1	1	—
Adhania	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1

Përshkrim rastesh me brucelozë kronike:

5) P. B., vjeç 27, veteriner, i sëmurë qysh në qershor 1967, shtrohet në spital për herë të dytë më 3.VII.1968 me nr. kartele 5642, me këto ankesa: artralgi, adhania të theksuar, irritabilitet nervor dhe dhembje koke. Në ekzaminimin neurologjik shënohet një parrezë e lehtë faciale. Më 15.V.1971 i shtuar me nr. kartele 96, i sëmurë ankon: adhania, pagjumësi dhe humbje të kujtesës.

6) P.Sh., vjeç 30, shtuar më 12.VIII.1968 me nr. kartele 6719. Sëmundja i ka filluar në mënyrë graduale qysh para dy vjetësh. Ndër të tjera, pacienti ankon për pagjumësi, djersë, rënie në peshë. Më 17.III.1969 me nr. kartele 2363 paraqet këto ankesa: artralgi, dobësi, djersë, shq-

tësime nervore, të cilat u përcaktuan si distoni-neuro-vegetative. Më 3.XII.1969 me nr. kartele 10656 shënohet: ka irritabilitet nervor, paraqet nystagmus horizontal të djathtë. Sensibiliteti i ruajtur. Refleksët e gjalla të pranishtme. Sfera cerebellare e paprekur. Nuk ka reflekse patologjike të tipit piramidal. Paraqet tremor të tipit funksional. Hipertidrozë të duarve. Dermografizëm të kuq të theksuar. Neuroastenii. I sëmurit është ankuar edhe për impotencë seksuale.

7) V.N., vjeç 56, shtruar më 13.III.1971, me nr. kartele 522, me këto ankesa: arthralgji, anoreksi, adnami, dhembje koke. Mjekimi iu fillua me tetraclilinë 0,5 x 3 per os dhe streptomichë 0,5 x 2, i.m. Në ditën e nëntë të këtij mjekimi dhe pas dy vaksinave të brucelezës, të sëmurit iu shfaq sindroma vertizinoz (nga streptomichina, vaksinoterapia ose vetë sëmundja?) Në ekzaminimet plotësuese shkruhet: «sindrom labirintik total i majtë me arefleksii komplete në periudhën e parë».

8) M.B., 33 vjeç, e ka ndërjerë veten të sëmurë gysh nga viti 1954. U shtrua në spital më 14.VI.1972. Është shtruar edhe disa herë të tjera. Më 1965 është mjekuar për spondilo-artrozë deformante. Është mjekuar me antibiotikë dhe vaksinoterapi. Në shkrimin e fundit (14.VI.1972) ankon për: rëndim në kokë, dobësi trupore, rrahje të zemrës, irritabilitet nervor, ka mpirje të pjesës laterale të dorës dhe këmbës së djathtë. Referon se ka momente hutimi. Tani për tani nuk paraqet lezione nervore organike. E sëmurura paraqet një sindromë neuroastenik të rëndë me elemente depresioni.

Të gjithë të sëmurët që janë studjuar, të paraqitur në këtë material, janë diagnostikuar me metoda komplekse: epidemiologjike, klinike dhe sidomos laboratorike (serologjike) dhe alergjike. Të sëmurët janë mjekuar me antibiotikë, vaksinoterapi, kortizonikë, qetësues etj.

DISKUTIM

Shpeshhtësia e vërtetë e neuro ose psikobrucelezës është vështirë të përcaktohet. Këto janë manifestime të zakonshme, por që ndryshojnë në intensitetin e tyre dhe në periudhat e ndryshme të sëmundjes. Prandaj dhe nxjerja e përqindjes së rasteve nuk është e lehtë. Kjo gjë shpjegon dhe papatueshmërinë e frekuencës së raportuar nga autorë të ndryshëm; prandaj dhe ne nuk nxorëm përqindjen e rasteve me neurobrucelezë në të sëmurët tanë. Moshë dhe seksi nuk luajnë ndonjë rol në prekjen e sistemit nervor.

Sipas përvojës sonë, siç duket nga materialet e paraqitura më lart, shqetësimet e sferës nervore vërehen në të gjitha format e brucelezës, por më shpesh shihen gjatë evolucionit të sëmundjes, sidomos gjatë periudhës së parë të saj. Jo rralle shihen format e vonshme, që shfaqen javë ose muaj, madje vite pas një shërimi të dukshëm të sëmundjes. Në këto raste neuro ose psikobruceleza paraqitet si një recidivë e sëmundjes kryesore. Format shumë të vonshme ne i kemi gjetur më rralle (shih pasqyrën nr. 1 dhe nr. 2).

Me mjekimet specifike që kryen sot, gysh në fazat e herëshme të brucelezës u pritjet rruga lokalizimeve të saj në sistemin nervor; për këtë arsye, dëmtimet organike të sistemit nervor janë më të rralla se ato

që kanë përshkruar autorët e viteve para erës së antibiotikëve (Rudnjev G., Spink W.). Kështu në materialin tonë vërehen më tepër shprehje të interesimit funksional se sa organik.

Agalliu S. (1956) ka përshkruar një rast me meningjit nga bruce-loza, i cili në fillim qe marrë për meningjit tuberkular. Ky rast u stabilizua shpejt, pas mjekimit me antibiotikë, por rëndohet gjatë përdorimit të vaksinoterapisë. Autori ka vënë re një gjë të tillë edhe në një rast tjetër, prandaj nuk e rekomandon vaksinën në meningjitet nga bruce-loza.

Në klinikën tonë kemi pasur një rast me nystagmus gjatë bruce-lozës kronike — (rasti nr. 6), gjithashtu një rast me paralizë të nervit facial (rasti nr. 5).

Gjatë viteve 1963-1967, në klinikën infektive të Tiranës kemi pasur Pesë raste me radikulite dhe një me paralizë të n. facial nga bruce-loza. Vokopola S. (1961) ka përshkruar një rast me neurit të n. radialis dexter nga bruce-loza. Në periudhën 1968-1974 ne kemi pasur dy radikulite në fazën kronike të sëmundjes. Gjithashtu kemi pasur një rast me labirintitiz (shih rastin nr. 7). Picoli M. (1972) dhe Spink W. (1956) shkruajnë se: «në format encefalike të neuro-brucelozës mund të shihen labirintitë dhe shurdhim. Kjo mund të vijë nga lokalizimi i brucelave në nivelin e n. VIII ose nga faktorë toksikë ose vaskularë», siç kemi pasur dhe në rastin nr. 7.

Sipas Shgerbak J. (1967) radikulitet janë parë në 190/0, neuritet në 150/0, pleksitet në 30/0. Po ky autor është i mendimit se dëmtimet e S.N. qëndror janë të rralla, dëmtimet e diencefalit në 1/0, araknoiditet në 30/0.

Në studimin e 102 rasteve me dëmtime të sistemit neuro-vegjetativ nga bruce-loza, Mironova T. gjei shenjat e diencefalitit në 15 raste. Veg shenjave të tjera, këta persona «kanë vështirësi në frymëmarrje, kanë lenzë, prishje të termoregulacionit dhe në fund të krizave kanë adinami që vazhdon 15-20 minuta».

Në të sëmurët tanë ishte e shprehur astenia, rënia e kujtesës. Gjatë ngarkesës së zakonshme ndodh lodhja fizike dhe psikike. Mbiozëtojnë rënia e humorit dhe iritabiliteti. Në kemi pasur raste me pagjumësi të theksuar. Gjendja përmirësohet për 5-6 muaj, pastaj një faktor si rrufa, lodhja etj. e aktivizojnë gjendjen.

Konkluzione

1) Në zonat endemike të brucelozës, ndër të sëmurët që paragesin manifestime të tipit neurologjik, të kërkohet edhe në drejtim të kësaj sëmundjeje.

2) Çrregullimet funksionale të sistemit nervor nga bruce-loza janë më të shpeshta sesa dëmtimet organike, prandaj këto duhet të kihen parasysh nga mjekët dhe në veganti nga neuropsikiatritë.

3) Në rastet me neuro-bruce-lozë, vaksinoterapia nuk duhet aplikuar sepse jep acarim të sëmundjes.

Dorëzuar në Redaksi më
10 prill 1975

BIBLIOGRAFIA

- 1) Agallii S.: Terapia vaktsinalne në ethen e Martës të komplikuar me meningfizëm. Buletini i Shkencave natyrore 1956, 4, 106.
- 2) Beklemishev D.N.: Hroniqeski i latentnij bruceloz. Alma-Ata 1965.
- 3) Contamin F., Sabouraud O.: Éléments de neurologie. Flammarion et Cie. Paris 1970, 800.
- 4) Petro A., Pons M. Foz.: Neurobruceellosi. Minerva Medica. Europa Medica 1973, 17, 846.
- 5) Picoth M. e bp.: Su di un casi di neurobruceellosi con interessamento deli VIII paio del nervi cronici. G.M.I.P. 1972, 12, 875.
- 6) Mironova I.T.: Bruceelloznie diencefaliti. Sovjetskaja Medicina 1970, 5, 106.
- 7) Rudnjev G.: Antropozoonozi. Moskva 1970.
- 8) Spink W.: The nature of Brucellosis. Minnesota 1956, 171.
- 9) Shgerbak J.: Bruceelloz. Moskva 1967, 52.
- 10) Vokopola S.: Mbi dy raste me neuro-brucelozë të injektuar me sukses. Shëndetësia popullore 1961, 5, 15.

Summary

EFFECTS OF BRUCELLOSIS ON THE NERVOUS SYSTEM

A study was carried out of 104 cases of bruceellosis of whom 59 with acute-subacute forms and 45 with chronic forms of the disease.

In the 59 cases with acute bruceellosis the following nervous changes were observed:

— Head ache in 39 cases; the pains persisted even after the fall of the temperature as a result of the specific treatment. It was noted that the pains increased after vacinotherapy, which in two cases also provoked vomiting.

— The patients complained of insomnia, which in 9 case was persistent and very disturbing.

— Pronounced lassitude in 30 cases was a complaint which persisted from the beginning of the illness and long after the fall of the fever. In two cases tremor digitalis was noted. Two patients had signs of depression and had temperature diagram of one patient read: «Neurosensory left side injury».

In the chronic forms of the disease were found:

— Head ache in 27 cases, of whom two had also ear noises.

— Pronounced adynamia was found in 7 cases, nervous irritability in 8, insomnia in 10, heart neurosis in 2.

Résumé

EFFETS DE LA BRUCELLOSE SUR LE SYSTEME NERVEUX

Les auteurs ont étudiés 104 cas de bruceellose, dont 59 formes aiguës et subaiguës et 45 cas de bruceellose chronique.

Sur 59 cas de bruceellose aiguë on a relevé les données suivantes:

— Maux de tête dans 39 cas. Ces douleurs ont persisté même après la chute

de la température à la suite du traitement spécifique administré. Il a été observé que la vaccinothérapie a aggravé les maux de tête et, dans deux cas, provoqué des vomissements.

— Les malades se sont plaints d'insomnie; dans neuf cas l'insomnie a été persistante, longue et pénible.

— Dans 30 cas, les patients se sont plaints de fatigue dès le début de la maladie. Cette sensation de lassitude a persisté même après la normalisation de la température. Dans deux cas, on a observé un tremblement des doigts. Deux cas ont présenté des signes de dépression et d'abattement. L'audiogramme d'un patient a relevé des «lésions neuro-sensorielles du côté gauche».

Dans les formes chroniques de la maladie on a observé:

— Des maux de tête dans 27 cas, dont deux cas accompagnés de bourdonnements.

— L'adynamie a été constatée dans 7 cas, l'irritabilité nerveuse dans huit cas, l'insomnie dans 10 cas et une névrose cardiaque dans deux cas.

DISA TË DHENA STATISTIKORE MBI SËMUNDJEN ULÇEROZE NË RRETHIN E MATIT GJATË VITEVE 1968-1970

— TAHIR HSYA —

(Shërbimi radiologjik i spitalit Barrell)

Sëmundja ulçeroze e stomakut dhe e duodенit është mjaft e përhapur në të gjithë vendet e botës. Në vartësi të stadeve të ndryshimeve morfologjike, të vegorive individuale, klinikisht sëmundja paraqitet me shenja shumë të ndryshme. Për shkak të kësaj, në sëmundjen ulçeroze shumë shpesh vihet diagnoza e rregullimeve dispeptike, e gastritit, e kolecisitit, veqetoneurozës, apendicitit, stenokardisë etj. (1).

Në kohën e sotme, në shumicën e rasteve, ekzaminimi radiologjik është metoda kryesore e më kryesore dhe dokumentuese e ekzaminimit, që jep një paraqitje të thelbit morfologjik dhe shpesh patmorfologjik të procesit (1).

Frekuenca e sëmundjes ulçeroze. — Gjatë viteve 1968-1970, në spital — poliklinikën e rrethit të Matit, ekzaminimin radiologjik të aparatit tretës e kanë bërë 2742 të sëmurë. Nga këto 222 janë të rrethave fqinj, kurse 100 janë ekzaminuar nga dy herë, kështuqë numri i vërtetë i tyre është 2420. Prej këtyre të sëmurëve, 1680 (ose 70%) kanë qenë meshkuj dhe 740 (ose 30%) femra.

Nga të ekzaminuarit, në 467 (ose mbi 19%) të tyre është konstatuar sëmundja ulçeroze. Të dhënat tona janë më të larta në krahasim me ato të autorëve të huaj, që kemi mundur të konsultojmë, dhe të vendit.

Selenica P. ka konstatuar ulçer në 9-12% të të sëmurëve, që paraqiten me ankesa të aparatit tretës.

Nga të ekzaminuarit me ulçer të stomakut dhe të duodенit, 392 (ose 84%) të të sëmurëve tanë kanë qenë meshkuj dhe 75 (ose 16%) e tyre kanë qenë femra (në raport 5.21 me 1). Sig shihet kemi një mbizotërim të madh të meshkuve midis të sëmurëve me ulçer. Këto të dhëna janë të njëjlojta me ato të Selenica P., i cili ka konstatuar 85.5% meshkuj dhe 14.5% femra. Mbizotërimi i meshkuve ruhet gjithashtu dhe në lidhje me lokalizimin e ulçerës në stomak dhe duoden. Kështu në 409 të sëmurë me ulçer të duodенit, 349 janë meshkuj dhe 60 femra. Pra respektivisht 85% dhe 15% e të sëmurëve me ulçer.

Në 58 të sëmurë me ulçer të stomakut, 43 janë meshkuj dhe 15 janë femra (ose 72.41% e tyre meshkuj dhe 27.59% e tyre femra).

Megjithëse vërehet një mbizotërim i madh i meshkuve në të sëmurët me ulçer të stomakut dhe duodенit, në lidhje me lokalizimin e ulçerës, raporti midis dy seksëve ndryshon. Në të sëmurët me ulçer të duodенit vërehet një mbizotërim i meshkuve në raport 6 me 1, ndërsa në të sëmurët me ulçer të stomakut në raport 2.86 me 1.

Ulqera, si e stomakut ashtu dhe e duodenit, takohet në të gjitha moshat, duke filluar qysh në fëmijë dhe vëgjel dhe deri në moshën 70-75 vjeç. Megjithëse takohet në çdo moshë, shpeshësia e saj parqet ndryshime të mëdha në lidhje me grup moshat. Duke analizuar rastet tona, ne kemi nxjerrë këto të dhëna:

a) **Për ulqerën e duodenit.** — Nga moshë 10 deri 20 vjeç — 5 raste ose 1.25%/o e të sëmurëve. Në grup moshën 21 deri 30 vjeç — 94 raste ose 23.90%/o. Nga moshë 31-40 vjeç — 140 raste ose 34.90%/o, nga moshë 41 deri 50 vjeç — 82 raste ose 20.10% e të sëmurëve, nga moshë 51-60 vjeç — 67 raste ose 16.30%/o, nga moshë 61 — 70 vjeç — 16 raste ose 5.10%/o dhe nga moshë 71 vjeç e lart — 5 raste ose 1.250%/o.

b) **Për ulqerën e stomakut.** — Në grup moshën 21-30 vjeç — 5 raste ose 8.50%/o të të sëmurëve, në grup moshën 31-40 vjeç — 15 raste ose 25.80%/o, në grup moshën 41-50 vjeç — 12 raste ose 20.70%/o, në grup moshën 51 — 60 vjeç — 18 raste ose 310%/o, nga moshë 61 deri në 70 vjeç — 8 raste ose 13.70%/o.

Siç shihet, shpeshësia e ulqerës së duodenit ngrihet gradualisht deri në moshën 40 vjeç. Më se 68.80% e të sëmurëve janë të grup moshës 21 deri 40 vjeç, pastaj shpeshësia e saj vjen duke u ulur në lidhje me moshën. Kurse për ulqerën e stomakut, 77,50% e të sëmurëve kanë qënë të moshës 31 deri 60 vjeç.

Në lidhje me moshën dhe seksin, ulqera e stomakut dhe duodenit parqesin tregues gati të njëjtë.

Duke analizuar rastet tona, ne kemi konstatuar se shpeshësia më e lartë e ulqerës së duodenit është në grup moshën 21 deri 40 vjeç si për meshkujt dhe për femrat. Kurse për ulqerën e stomakut, shpeshësia më e lartë vërehet në grup moshën 31 deri 60 vjeç si për seksin maskull ashtu dhe për atë femër. Në lidhje me shpeshësinë e ulqerës në moshë të ndryshme në të dy sekset, të dhënat tona përkojnë me ato të Selenica P., sipas të cilit, morboziteti më i lartë për ulqerën e duodenit vërehet në grup moshën 21 deri 40 vjeç për të dy sekset dhe për ulqerën e stomakut në grup moshën 31 deri 50 vjeç. Sipas të dhënave të literaturës, shumica e të sëmurëve me ulqer janë të moshës deri 40 vjeç (Selenica P.). Përsa i përket ulqerës së stomakut, lokalizuar në kurvatoren e vogël, një vegori tjetër është pirirja, sidomos tek pleqtë, e shëruar spontan.

Gjatë praktikës sonë pesë vjeçare, ne kemi pasur katër raste me ulqer në kurvatoren e vogël, në të cilat në disa ekzaminime të përsëritura nuk është parë ulqera e konstatuar më parë. Këta të sëmurë i janë nënshtruar një mjekimi të rregulltë anti-ulqeröz.

Ulqerat lokalizohen në të gjitha segmentet e aparatit tretës, por më shpesh në duoden. Ne kemi konstatuar ulqer në duoden në 850%/o të rasteve dhe në stomak në 150%/o të rasteve (në një raport 7 me 1). Përsa i përket lokalizimit, të dhënat tona janë më të larta se të Selenica P., i cili ka konstatuar 70,40%/o të rasteve me lokalizim në duoden dhe 290%/o të rasteve në stomak. Këto janë të përfaqëta me ato të Albrecht (cituar nga 1), i cili ka konstatuar respektivisht 840%/o ulqer duodeni dhe 160%/o ulcus ventriculi.

Të dhënat statistikore të vitit 1971 në një radhë shtetesh si në SHBA, Skoci, Brazil, Kubë, në mbi 900%/o të rasteve flasin për mbizotë-

rim të ulçerës duodenale, kurse në disa vende të tjera si në Kili, Norvegji, Japoni, në më shumë se 50%⁰/₀ të rasteve flasin për lokalizim në stomak (cituar nga 5).

Në stomak, ulçera lokalizohet më tepër në 1/3 e mesme të kurvaturës së vogël. Në të sëmurët janë kemi konstatuar në 44 ose në 75,8%⁰/₀ të rasteve ulçer në një të tretën e mesme të kurvatura minor, në 4 ose 6,8%⁰/₀ të rasteve në murin posterior dhe në 10 ose 17%⁰/₀ të rasteve në regjionin prepilorik. Shpeshherë, ulçerat mund të jenë më tepër se një dhe ato mund të hasen si në stomak ashtu dhe në duoden. Në literaturë ka komunikime për ekzistencën në të njëjtën kohë të një numri të madh ulçerash. Sipas Moimhan, ulçera e stomakut njëkohësisht me ulçer duodenale vërehet në 25%⁰/₀ të rasteve. Të dhënat statistikore të Sturtevant dhe Chapiro, të bazuara në 7700 autopsi, tregojnë shifra më të vogla deri në 3%⁰/₀ (cituar nga 2). Ulçera multiple, Albrecht ka vërejtur në 11%⁰/₀ të rasteve, ndërsa autorë të tjerë japin shifra më të ulta deri në 5%⁰/₀ (cituar nga Selenica P.). Vetë Selenica P. ka konstatuar ulçera multiple në 4%⁰/₀ të rasteve.

Në të sëmurët e ekзамinuar prej nesh, në 2,3%⁰/₀ të rasteve kemi vërejtur më shumë se një ulçer. Në një rast kemi vërejtur tre ulçera në kurvaturën e vogël, një rast tjetër dy ulçera në regjionin prepilorik, kurse kombinim të ulçerës duodenale me atë gastrike kemi vërejtur në dhjetë raste.

P E R F U N D I M

Në trehin tonë, sëmundja ulçeroze e duodenit dhe e stomakut ta kohet më shumë tek meshkujt sesa tek femrat respektivisht në raport 5.8 me 1 për ulçerën e duodenit dhe 2.86 me 1 për ulçerën e stomakut.

Ulçera e duodenit takohet më shumë në dekadën e tretë të jetës, kurse ajo e stomakut në dekadën e pestë të jetës.

Dorëzuar në Redaksi më 15.XII.1974

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

- 1) **Dhagenko A.J.:** Rongenodiagnostika zaboljevani vnutrenih Organov. Moskva 1966, 323.
- 2) **Segateljan G.M.:** Rongenodiagnostika zaboljevani pishhevoda i zhelludka. Erevan 1966, 260.
- 3) **Selenica P.:** Kontribut për studimin e ulçerës në vendin tonë. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore 1961, 1, 18.
- 4) **Sokolov J.N.:** O kliniko rongenologijeski osobenostijah jazvzhelludcki opozhllilih ludlej vjestnik rongenologiji i radiologiji 1971, 5, 26.
- 5) **Virsaladze K. S.:** Kliniceskaja Medicina 1971, 10, 33.

SUMMARY

STATISTICAL DATA ON PEPTIC ULCER IN THE MATI DISTRICT

Of 2420 X-ray examinations, 467 or over 19 percent resulted with gastric or duodenal ulcers.

Of the patients with duodenal ulcers 349 or 85 percent were male and 60 or 15 percent female (ratio 5.8:1), while of the patients with gastric ulcers 43 or 72.41 percent were male and 15 or 27.59 percent female.

Duodenal ulcer was more frequent in the 31-40 age group, while gastric ulcer in the 51-60 age group.

Duodenal combined with gastric ulcer was found in 2.3 percent of the patients.

A second examination showed that in four cases (7 percent) with gastric ulcers located on *curvatura minor*, the ulcers had disappeared after the patients had undergone a regular treatment.

Résumé

DONNEES STATISTIQUES SUR L'ULCERE DANS LE DISTRICT DE MATI

Sur 2420 examens radiologiques, l'auteur a constaté 467 cas, soit 19% d'ulcère. Sur les malades atteints d'ulcère duodénal 349, soit 85%, étaient des hommes et 60, soit 15%, des femmes (rapport 5,8 : 1) : sur les malades d'ulcère gastrique 43, soit 72,41%, étaient des hommes et 15, soit 27,59% des femmes (rapport 3 : 1). L'auteur a observé une plus grande fréquence de l'ulcère duodénal dans le groupe d'âge de 31 à 40 ans et de l'ulcère gastrique dans le groupe d'âge de 51 à 60 ans.

L'ulcère gastro-duodénal a été observé dans 2,3% des cas.

Un second examen a révélé que dans quatre cas (soit 7%) d'ulcère gastrique de la petite courbure, l'ulcère avait disparu, après un traitement régulier antilucé-reux.

HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

TE DHENA KRAHASUESE MBI EFEKTIN E VAKSINËS ANTIVARIO- LIKE TË PRODHUAR NË SHQIPËRI

— HULO HAJDERI, VANGJEL BASKO, FAIK SHAROFI —

(Instituti i Higjenes dhe Epidemiologjisë)

Për kontagiozitetin dhe mortalitetin e saj shumë të lartë, si dhe për pasojat e tjera, variola vera, ose lija e vërtetë, bën pjesë në sëmundjet e konventës ndërkombëtare.

Epidemitë e saj janë nga më të rrezikshmet që njeh historia e njerëzimit. Për shekuj me radhë, ato i kanë detyruar njerëzit që të kërkohjné dhe të gjejné, në rrugë empirike, mjete mbrojtëse ndaj kësaj sëmundje.

Aplikimi dhe zgjerimi i profilaksisë specifike e ndryshoi rrethësisht tablónë epidemiologjike të sëmundjes, dhe, duke filluar nga viti 1967, kudo vihet re një ulje pohnuaj krejtësisht e qëndrueshme e rasteve me variolë (5, 6).

Në këtë rënie të rregullt të lijes, dy kanë gënë faktorët, që luajtën një rol të rëndësishëm: përmirësimet e ndjeshme të cilësisë së vaksinës së përdorur në zonat endemike dhe gjejja e metodeve më të efektshme për vaksinim (11).

Sikurse dihet, vaksinimi antivariolik bëhet me virusin e vaksinës (vaccinia virus ose cow pox virus), i cili ka ngjashmëri të madhe me virusin e lijes dhe, me këtë të fundit, jep imunitet të kryqëzuar.

Në përgatitjen e vaksinës janë përdorur shtame të ndryshme të virusit vakcinal, duke kërkuar shtamin, që duhet të japë më shumë reaksione pozitive dhe më pak ndërlikime.

Vaksinat janë përgatitur kryesisht nga shtamet Elstrée, EM 63 ose nga shtami i Board of Health (6). Pjesa më e madhe e vaksinave që përdoren sot prodhohen sipas metodës klasike, duke u nisur nga virusi i kultivuar mbi lekurën e disa katshëve (viça, kotorë, dele, dhi etj.). Në këto vakcina nuk mund të mënjanohet molepsia mikrobike, prandaj dhe lejohet një normë e mikroorganizmave jo patogjene, që mbrin deri në 500 mikrobe për një ml. vaksinë.

Si vakcina më të pastërta nga ana bakteriologjike dhe që përmbajnë më pak trupa të huaj janë ato që përgatiten nga rritja e virusit në embrionin e pulës ose në kulturat in vitro. Por këto vakcina, në gjendje të liofilizuara, nuk janë aq rezistente ndaj temperaturës sa vakcinat e liofilizuara të kultivuara në katshë. Vështrësitë që hasen në përgënderimin e virusit, madje në stabilizimin e këtyre vaksinave, pas tharjes, kanë ngadalësuar pëparimin e tyre (6, 9).

Vaksinat klasike, që përdoren sot, mund të jenë të lengta ose të

thara (të hofilizuara). Si vaksinat e lëngta ashtu dhe të tharët duhet t'u përmbahen normave të pranuarra (7). Për të genë më të efektshme, ato duhet të përmbahenë të paktën 10^8 njësi infektive pas inkubimit në 37°C gjatë katër javësh.

Në vendin tonë, vakcina antivariolike është prodhuar për herë të parë në vitin 1953, në laboratorin qëndror të prodhimeve dhe kërkimeve mikrobiologjike Tiranë (sot IKHE). Qysh nga ai vit, tek ne vetëm kjo vaksinë është aplikuar në shkallë të gjërë për vaksinim.

Qëllimi i Studimit

Kur shpërtheu epidemia e lijes në Jugosllavi në shkurt-mars 1972 (13) u ndodh në revzik edhe vendi ynë dhe Ministria e Shëndetësisë e pa të arsyeshme të organizojë vaksinimin masiv të popullsisë (me moshë gjasthtë muajsh deri 60 vjeç), duke përfshirë edhe ata që kishin bërë vaksinimin më parë. Për këtë qëllim, përveç vaksinës së prodhuar në vend, u përdorën edhe dy lloj vaksinash të importuara nga jashtë, prej të cilave njëra ishte e lëngët, kurse tjetra e hofilizuar.

Në përputhje me kushtet e krijuara, ne ndërmorëm këtë studim në qytetin e Beratit, ku ende nuk kish filluar vaksinimi i popullatës, duke pasur si qëllim të sqarojmë këto tri probleme kryesore:

1) Efektin e vaksinës shqiptare nëpërmyjet përqindjes së reaksioneve kutane pozitive, të krahasuar me dy vaksinat e tjera të huaja;

a) në vaksinimet e para; b) në vaksinimet e moshave të ndryshme;

c) në reaksionet postvaksinale anësore dhe ndërlikimet e tjera.

2) Metodat më të përshtatshme të vaksinimit lidhur me kushtet e aplikimit të vaksinës sone.

3) Gjëndjen immunitare në grup moshash të ndryshme: a) para vaksinimit të parë ose rivaksinimit; b) pas vaksinimit ose rivaksinimit, në ditën e 7, 14 dhe 21; c) pas një viti dhe pas tre vjetësh.

MATERIALI DHE METODA E PUNËS

Në qytetin e Beratit, grupi i punës mori në studim 360 persona, të cilët u vaksinuan me të tre llojet e vaksinave: 160 me vaksinën shqiptare, 100 me vaksinën e pregatitur në kulturë indore dhe 100 me vaksinën e hofilizuar. Vaksinat e përdorura kanë këto karakteristika:

1. — *Vakcina antivariolike shqiptare* është një suspensie në glicerinë (60%/) e virusit të gjallë, të nxjerrë nga përmbytja e pustulave vakcinale të prodhuara në lëkurën e vëgave. Titri i kësaj vakcine, i bazuar në skarififikimin korneal në lepuj është me ++++ në hollimin e 1/5.000, kurse diametri mesatar i infiltratit që rezultoi nga inokulimi intradermal në lëkurën e lepurit është 40 mm deri në hollimin 10⁻⁵. E ruajtur në temperaturë të përshtatshme (+4 deri +12° C), kjo vaksinë skadon një muaj pas ditës së ampullimit.

2. — *Vakcina antivariolike e pregatitur me kulturë indore*, që u përdor në këtë rast, është dhe kjo një vaksinë e lëngët e prodhuar në kulturë prej fibroblastesh të embrioneve të vezës. Çdo tub kapilar përmbynte 10 doza. Të dhëna të tjera nuk disponojmë.

3. — *Vaksina antivariçelle e liofilizuar*. «Lancy-vaksina» është një vaksinë e nxjerrë nga lëkura e kafshëve të infektuara (vija, dhi) me virusin vakcinal me prejaridhje nga shtami «Elstree». Kjo vaksinë prodhohet sipas metodave të përhurruara nga Dostal dhe bp. Një ml. e kësaj vaccine përmban: virus vakcinal 10⁸ PFU, Pepton 0,05 gr., Buffer-fosfat-citrat Mc-Ilvaine 0.01 ml. Kjo vaksinë e ruan efektin e saj për muaj dhe vite me radhë kur mbahet në temperaturë të përshtatshme.

— Në kontigjentin e personave të marrur në studim përfshihen individë të moshave të ndryshme nga qyteti e fshati me këto të dhëna: 30 femijë të gerdheve pa vaksinim të parë; 60 femijë të moshës parashkollore, prej të cilëve 42 veçën me vaksinim të parë dhe 18 edhe me rivaksinim të parë; 180 nxënës, prej të cilëve: dy të pavaksinuar, 40 me vaksinim të parë, 128 me rivaksinim të parë dhe 10 me rivaksinim të dytë; 90 persona me moshë mbi 20 vjeç (punonjës të fshatit) prej të cilëve: dy të pavaksinuar, 10 me vaksinim të parë, 46 me rivaksinim të parë dhe 32 me rivaksinim të dytë.

Për të qenë sa më të përpiktë në aplikimin e vaksinës si dhe në vlerësimin e rezultateve u ndoqën të njëjtat kritere për të tri llojet e vaksinave. Me qëllim që të përcaktohet përqindja e pozitivitetit dhe shkalla e reaksioneve kutane, reaksionet postvaksinale anësore si dhe komplikacionet eventuale, që mund të lindin nga vaksinimi, personat e marrur në studim u kontrolluan një për një nga grupi i punës si para aplikimit të vaksinës dhe pas vaksinimit.

Për të tri llojet e vaksinave, aplikimi u bë nga i njëjti vaksinator, në pjesën e jashtme të krahut në regionin e inserimit të muskullit deltoid, ose në 1/3 e sipërme të pjesës së jashtme të kofshës (kryesisht për femrat).

Për ata që ishin të vaksinuar më parë, rivaksinimi u bë në krahun apo kofshën tjetër për të mënjnuar kështu imunitetin lokal që mund të ketë lëkura afër vendit të vaksinimit të mëparshëm. Mbi lëkurën e thatë, por të dezinfektuar më parë me përzjerje në pjesë të barabarta alkooli dhe eteri, u vendos një pikë vaccine. Skarifikimi dhe shtrirja e vaksinës u bë me gjilpërë të vegantë ose me majë pene të djegur në flakën e alkoolit.

Në feminjë që vaksinoheshin për herë të parë u bënë dy gërvishitje paralele 4-5 milimetra dhe me distancë nga njëra tjetra 3-4 milimetra, duke pasur parasysh që të shmangej prekja e dermës. Kurse për ata që rivaksinoheshin, në shumicën e rasteve, skarifikimi u bë me majë pene me dy gërvishitje të thella të lëkurës, zakonisht pa gjakosje, me gjatësi 6-7 mm. Vendi ku u aplikua vaksina u la i zbuluar në hije për 10-15 minuta.

Vlerësimi i intensitetit të reaksioneve pozitive postvaksinale u bë sipas kritereve të caktuara.

REZULTATET DHE DISKUTIMI I TYRE

Vlerësimi krahasues i rezultateve të vaksinimit sipas moshave paraqitet në pasqyrën nr. 1, nga të dhënat e së cilës rezultoi se: përqindja e reaksioneve kutane pozitive (për vaksinimet dhe rivaksinimet e ma-

rritura së bashku) është: për vaksinën e vendit 87⁰/₀, për vaksinën e pre-gatitur në kultura indore 69⁰/₀, kurse për vaksinën e liofilizuar 89⁰/₀.

Në vaksinimet e para të aplikuarra në moshat 6 muaj - 2 vjeç, megjithë numrin e vogël, përqindja e reaksioneve kutane pozitive është si më poshtë: për vaksinën e vendit dhe atë në kultura indore 90⁰/₀, kurse për të liofilizuarën 100⁰/₀.

Për moshat e tjera në të rritura, që kanë vetëm rivaksinime (me përjashtim të katër rasteve), përqindja e reaksioneve pozitive për të tri vaksinat është më e ulët. Bie në sy se përqindja e pozitivitetit shkon duke rënë me rritjen e numrit të rivaksinimeve dhe kjo më e theksuar për vaksinën nga kultura indore.

Për moshat 16-20 vjeç, pozitiviteti për vaksinën e vendit është 86⁰/₀, për atë në kultura indore 68⁰/₀, kurse për të liofilizuarën 86⁰/₀, ndërsa për moshat mbi 20 vjeç, kjo përqindje është respektivisht 83⁰/₀, 60⁰/₀ dhe 86⁰/₀.

Në pasqyrën nr. 2 vihet në dukje përqindja e pozitivitetit sipas llojeve të vaksinave të aplikuarra në vaksinimin e parë dhe rivaksinimet e veganta. Kjo përqindje pozitiviteti rezulton si më poshtë:

— Vakcina e vendit: rivaksinimi I: 91⁰/₀, rivaksinimi II: 85⁰/₀, rivaksinimi III: 73⁰/₀.

— Vakcina në kultura indore: rivaksinimi I: 85⁰/₀, rivaksinimi II: 68⁰/₀, rivaksinimi III: 47⁰/₀.

Vakcina e liofilizuar: rivaksinimi I: 92⁰/₀, rivaksinimi II: 88⁰/₀, rivaksinimi III: 80⁰/₀.

Pozitiviteti kutan për të tri rivaksinimet e marrura së bashku është: për vaksinën e vendit 86⁰/₀, për vaksinën e pregatitur në kultura indore 67⁰/₀, kurse për të liofilizuarën 88⁰/₀.

Në pasqyrën nr. 2 vihet re se me rritjen e numrit të rivaksinimeve ulët përqindja e pozitivitetit, e cila, e marrur së bashku për të tri vakcinat, rezulton: në rivaksinimet e para 89.3⁰/₀, në rivaksinimet e dyta 77.7⁰/₀ dhe në rivaksinimet e treta 65.6⁰/₀.

Të dhënat tona për vaksinën shqiptare përputhen afërsisht me të dhënat e nxjerra për gjithë rrethin e Beratit, ku u aplikua në mënyrë masive vetëm vakcina antivariolike e vendit me pozitivitet kutan 83⁰/₀ (për vaksinimet dhe rivaksinimet të marrura së bashku).

Rezultatet më të mira dha vakcina e liofilizuar. Kjo lidhet ndoshta me ttrin e lartë të njërive infektuese që ajo ka.

Efikaciteti i vaksinës përcaktohet nga shkalla e infeksiozitetit në momentin e aplikimit dhe jo vetëm nga përmbytja e virusit në kohën e preratjes. Prandaj kryesore është që kushtet e ruajtjes, të transportimit dhe të inokulimit të vaksinës t'i sigurojnë kësaj një aktivitet të njafutshëm. Diferenca e vaksinës së glicerinuar dhe asaj të liofilizuar konsiston në qëndrueshmëri më të madhe në kohë të kësaj të fundit. Fuga infektuese është e barrabartë për të dy llojet e vaksinave dhe çdo millitër duhet të përmbajë jo më pak se 10⁸ PFU. Ky përqëndrim siguron maksimumin e përgjigjeve pozitive në vaksinimin e parë dhe, mbi të gjitha, në rivaksinimet (7, 9). Me të tilla vakcina duhet të kemi më tepër se 95⁰/₀ të reaksioneve të mëdha (<major>) në vaksinimin e parë dhe, të paktën, 90⁰/₀ në rivaksinimet që bëhen pas dhjetë vjet

e lart. Kur rezultatet janë më të ulta duhet të kontrollohet metoda e kontrollimit të vaksinës, teknika e vaksinimit dhe aftësia e vaksinatorit.

Specialistët për problemet e variolës shprehin se kontrolli i efektit të vaksinës nuk duhet bazuar thjesht në vaksinimet e para, sepse një vaksinator i aftë mund të ketë, në këto raste, një përqindje të mjaftueshme reaksionesh të mëdha edhe me vaksinë më pak aktive. Një provë kontrolli e tillë nuk paraget realitetin e fuqisë infektuese të vaksinës dhe nuk mund të garantojë për efikasitetin e saj tek të porsalinduarit ose për rivaksinimin, prova këto që vërtetojnë përdorimin e një produkti plotësisht aktiv (4, 6). Në të ardhmen këto duhen pasur parasysh edhe për vaksinën tonë.

Në interpretimin e reaksioneve pozitive për rivaksinimet hasen vështirësi. Një rivaksinim quhet me sukses kur prodhohet shumëzimi i virusit vakcinal. Gjatë rivaksinimeve vumë re: reaksione të menjëherëshme, reaksione të nxituara, reaksione majore të ngjashme me vaksinimin e parë.

Në reaksionin e menjëhershëm u pa shfaqja në ditën e parë ose të dytë të një papule të fortë, e cila zhdukej shpejt brenda tre ditësh, pa lënë gjurmë. Ky reaksion është i tipit të hipersensibilitetit të vonuar (2) ndaj virusit dhe mund të prodhohet edhe me vaksinë të inaktivizuar, gjë që ve në dyshim arritjen e shumëzimit të virusit.

Në reaksionin e rrituar u vu re një intensitet më i madh në ditën e 3-4 me vezikul, e cila ndiqet shpejt nga pustula dhe formimi i korrikës rreth ditës së tetë. Dëmtimet lokale janë më të zbehta sesa në reaksionet e vaksinimit të parë, por vezikula u konstatua në të gjitha rastet. Ky reaksion ndodh në persona, që kanë një imunitet rezidual.

Në shumicën e rasteve konstatuam reaksione «të mëdha», të ngjashme me ato të vaksinimit të parë, por me zhvillim më të shpejtë. Gjatë kontrollit, rreth ditës së 6-8 vumë re një lezion vezikular ose pustuloz i rrethuar nga një zonë e fortë, e skuqur, e kufizuar mjaft mirë.

Në përgjithësi, në personat e rivaksinuar me sukses u vu re se periudha e inkubacionit dhe dekursi ishin më të shkurtyrë sesa në vaksinimin e parë. Prandaj mendojmë se në rivaksinime, kontrolli duhet të fillojë nga dita e katërtë dhe e pestë, kurse në vaksinimet e para nga dita e 6-8, kur pustula është më e dukshme.

Intensiteti i reaksioneve kutane postvakcinale për të tre llojet e vaksinave paraqitet në pasqyrën nr. 3.

Në këtë pasqyrë venë re se për të tre llojet e vaksinave të marrura së bashku, rastet me reaksione të lehta zënë 55⁰/₀, me reaksione të mesme 28⁰/₀ dhe me reaksione të rënda 17⁰/₀. Reaksionet e rënda u vumë re më shumë në vaksinën e liofilizuar (22⁰/₀) dhe pastaj në vaksinën e vendit (17⁰/₀). Në vaksinën e pregatitur në kultura indore, këto ishin më të pakta (12⁰/₀). Rastet e rënda u shfaqën sidomos në moshat e vogla që morën vaksinimin e parë si dhe në moshat e rritura, që ishin vaksinuar shumë kohë më parë. Për të tre llojet e vaksinave, në rastet e marrura në studim, nuk patëm komplikacione.

Tek të rivaksinuarit në kategorinë e reaksioneve të lehta (+) përfshimë, konformë udhëzimit të Ministrisë së Shëndetësisë, (3) edhe ato me raste me papulë që, sipas nesh, lmin një depigmentim ose the-

Ilim të lehtë të jekurës. Këto papula, megjithëse në numër relativisht të vogël, u vunë re më tepër në vaksinë e pregatitur në kulturra indore. Sipas mendimit tonë, interpretimi i papulës në të rivaksinuarit është i vështirë, sepse kërkon personel të kualifikuar dhe ndjekje në dinamikë qysh në ditët e para. Këto reaksione janë të dyshimta dhe interpretohen në mënyra të ndryshme (6, 9). Në situata të veçanta epidemiologjike, interpretimi i këti reaksioni si «zënie me sukses dhe arritje e imunizimit» do të ishte ndoshta një gabim. Sig ka treguar përvoja, shpeshherë këto raste kanë pasur lidhje me shtaqjen e variolës, nga një herë në mortale (1, 10).

Sipas disa të dhënave (6), 50%⁰ e personave, që paraqesin reaksione të dyshimta, nuk kanë prodhim të kënaqshëm antikorpesh. Kështu që në situata të veçanta epidemiologjike një rëndësi merr sidomos ndjekja e rasteve kur nuk arrijmë pozitivitet, pasi shpeshherë gabohet duke vënë shenjën e barazimit midis mungesës së reaksionit postvaksinal me atë të gjendjes imunitare të personit receptiv. Një mungesë e reaksionit lokal duhet konsideruar si një gabim i teknikës, ose i vlerës së ulët immunogjene të vaksinës, gjë që tregon se personi receptiv kërkon një vaksinë më të fuqishme.

Nga literatura e specialitetit dhe nga përvoja e vatrave të fundit të variolës në Evropë dhe në Azi, njihen njëaft raste të variolës, shpesh mortale, në persona ku mungesa e reaksionit lokal në rivaksinime është konsideruar si gjendje mbrojtje imunitare. Prandaj në situata të kërcënimit të variolës, mendojme se rivaksinimi duhet përsëritur deri në arritjen e pozitivitetit, sepse, sipas specialistëve indianë (cituar nga 10), ku përvoja për variolën dhe vaksininin është e madhe, i vetmi kritër për të vërtetuar që imunizimi është kryer me sukses, është pranja e vezikulës. Për ritjen e përgjindjes së pozitivitetit, në personat që rivaksinohen 2-3 herë, do të ishte mirë të përdorej një vaksinë 5-10 herë më aktive sesa ajo që përdoret për vaksininin e parë (6, 8).

Inokulimi i vaksinës mund të bëhet në forma të ndryshme, por rezultatet më të mira në zënie jep metoda me spime të shumta ose me presione të shumëfishuara. Gjatë punës sonë, ne aplikuan, në mënyrë të kufizuar, disa metoda vaksinimi. Kështu p.sh. në raset kur reaksioni u quajti negativ, ne e përsëritëm atë për të dytën apo të tretën herë, duke bërë skarifikime më të thella me majën e penës ose disa spime me anën e gjilpërës në vendin ku vendosej më parë vaksina. Në mungesë të gjilpërës së bifunktuar u përdor gjilpëra e zakonshme qepje. Mbi jekurën, ku qe vendosur vaksina, me gjilpërë të thatë dhe sterile, të mbajtur në pozicion vertikal, u kryen disa spime të thella në një zonë me diametër 5 mm. Kjo metodë, për aq pak sa u aplikua, na dha rezultate më të mira. Mendojme se në të ardhmen, ajo do të studjohet në mënyrë më të hollësishtme.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Golublikova V.K., Samnelova S.I.: Problemi i epidemiologjisë së shpërthimit të lisë në Moskë në janar 1960. Lija (botim shqip), Tiranë 1972, 9.
- 2) Grey D.F.: Immunology. Editura medicala 1966, 106.
- 3) Ministria e Shëndetësisë: Udhëzimi mbi vaksininmet. Botim i vitit 1972, 21.

- 4) **Organisation mondiale de la santé:** Le programme OMS d'éradication de la variole. Comité OMS d'experts de la variole. Série rapports techniques 1964, nr. 283, 3.
- 5) **Organisation mondiale de la santé:** La variole dans le monde. Chronique OMS 1971, vol. 25, nr. 9, 421.
- 6) **Organisation mondiale de la santé:** (Comité OMS d'expert de l'éradication de la variole). Série rapports techniques 1972, nr. 483, 3.
- 7) **Organisation mondiale de la santé:** Série rapports techniques 1966, nr. 323, 60.
- 8) **Organisation mondiale de la santé:** L'éradication de la variole. Chronique OMS 1968, vol. 22, nr. 12, 580.
- 9) **Ponçecervo M.:** Vaccini. Sieri Immunoglobuline. Editura Minerva Medica 1972, 14.
- 10) **Strati I., Tudor V.:** Variola. Editura mlhltara 1971, 127.
- 11) **Weekley** Epidemiological Record 1970, 9, 95.
- 12) **Weekley** Epidemiological Record 1973, 2, 19.

Summary

COMPARATIVE DATA ON THE EFFECT OF A SMALL POX VACCINE PREPARED IN ALBANIA

A study was carried out of the skin reactions produced by the smallpox vaccine prepared in Albania — a glycerol vaccinia suspension prepared in the skin of calves —, as compared with those of two foreign vaccines, the one prepared on chick embryo fibroblast tissue culture, the other a freeze-dried dermovaccine.

The overall positive skin reactions, in both primary vaccination and re-vaccination, were: for the local vaccine 87 percent, for the tissue culture vaccine 69 percent, for the freeze-dried vaccine 89 percent.

On primary vaccination alone, the positive skin reactions were: for the local vaccine and the tissue culture vaccine 90 percent, for the freeze-dried vaccine 100%.

On revaccination (the three revaccinations of the immunization scheme taken together) the skin reactions were: for the local vaccine 87 percent, for the tissue culture vaccine 66 percent, for the freeze-dried vaccine 88 percent.

The reactions were more pronounced (but without complications) with the freeze-dried and the tissue culture vaccines than with the local vaccine.

Of the various techniques of vaccination, the most effective resulted that of multiple pricks with a needle over an area of 5 mm in diameter.

Résumé

DONNEES COMPARATIVES SUR L'EFFET DU VACCIN ANTIVARIOLIQUE PREPARE EN ALBANIE

Les auteurs ont étudié l'effet du vaccin antivariolique préparé en Albanie — vaccin glycérolé préparé dans la peau de veau — en le comparant à l'effet de deux vaccins de préparation étrangère, l'un préparé dans des cultures tissulaires de fibroblastes d'embryons d'oeuf et l'autre dermovaccin.

Le taux de vaccins cutanés positifs (pour les vaccinations et les revaccinations prises ensemble) est le suivant: pour le vaccin du pays 87⁰/₀, pour le vaccin préparé en culture tissulaire 69⁰/₀, et pour le dermovaccin 89⁰/₀.

Pour les primo-vaccinations, le pourcentage des réactions cutanées positives est; pour le vaccin du pays et pour le vaccin en culture tissulaire de 99⁰/₀, et pour le dermovaccin de 100⁰/₀.

Pour les trois revaccinations, le pourcentage des réactions cutanées positives, prises ensemble, est respectivement: pour le vaccin préparé dans le pays, de 87⁰/₀; pour le vaccin préparé en culture tissulaire de 66⁰/₀; et pour le dermovaccin de 88⁰/₀.

Des réactions graves, mais sans complications, ont été observées dans le dermovaccin et, dans une moindre mesure dans celui à cultures tissulaires.

Des diverses techniques d'inoculation de la vaccine, la plus efficace s'est révélée être une incision profonde de 5 mm. de longueur.

Vlerësimi krahasues i rezultateve të vaksinimit sipas moshave

Pasqyra nr. 1

Nr. rendor	SIPAS GRUP moshave	Numëri i personave	Vaksinime dhe rivaksinime të kryera me të tre llojet e vaksinave		Nga këto sipas llojit të vaksinës								
			Vaksinime të para (bazatë)	Rivaksinime (I,II,III)	E vendit			Në kultura indore			E liofilizuar		
					Gjithësej			Gjithësej			Gjithësej		
					Numëri i të vaksinuuarve dhe rivaksinu.	Raste pozitive	% e pozitivitetit	Numëri i të vaksinuuarve e të rivaksinu.	Raste pozitive	% e pozitivitetit	Numëri i të vaksinuuarve e të rivaksinu.	Raste pozitive	% e pozitivitetit
1	6 muaj—2 vjeç	30	30	—	10	9	90%	10	9	90%	10	10	100%
2	3—7 vjeç	60	—	60	40	36	90%	10	8	80%	10	10	100%
3	8—15 »	30	—	30	30	26	87%	—	—	—	—	—	—
4	16—20 »	150	2	148	50	43	86%	50	34	68%	50	43	86%
5	mbi 20 vjeç	90	2	88	30	25	83%	30	18	60%	30	26	86%
GJITHËSEJ		360	34	326	160	139	87%	100	69	69%	100	89	89%

Përqindja e pozitivitetit në vaksinim dhe rivaksinim

Pasqyra nr. 2

Emërtimi	Vaksina e vendit						Vaksina në kultura indore						Vaksina e liofilizuar					
	Gjithsej	Nga këta					Gjithsej	Nga këta					Gjithsej	Nga këta				
		Vaksinim parë	Me rivaksinim					Vaksinim i parë	Me rivaksinim					Vaksinim i parë	Me rivaksinim			
			I	II	III	I,II,III së bashku			I	II	III	I,II,III së bashku			I	II	III	I,II,III së bashku
Nr. personave	160	14	66	65	15	146	100	10	13	60	17	90	100	10	13	67	10	90
Raste pozitive	139	13	60	55	11	126	69	9	11	41	8	60	60	10	12	59	8	79
% e pozitivitetit	87%	93%	91%	85%	73%	86%	69%	90%	85%	68%	47%	67%	67%	100%	92%	88%	80%	88%

Intensiteti i reaksioneve kutane post — vaksinale

Pasqyra nr. 3

Nr.	Lloji i vaksinës së aplikuar shqiptare	nr. i personave të vaksinuar e të rivaksinuar	Vlerësimi i reaksionit kutan pozitiv							
			Gjithsejt me reaksion kutan pozitiv	Nga këta						
				(+)		(+ +)		+ + +		
				Raste	%	Raste	%	Raste	%	
1	Shqiptare	160	139	82	59%	33	24%	24	17%	
2	Në kultura indore	100	69	41	59%	20	29%	8	12%	
3	E liofilizuar	100	89	40	45%	30	33%	19	22%	
4	Gjithsejt	360	297	163	55%	83	28%	51	17%	

EKSPERIMENTALE

VEPRIMI I TORILIS NODOSA NË PRESIONIN ARTERIAL TË
KAFSHEVE EKSPERIMENTALE

VASIL MICI, ENGJELLUSHE ELJAZI

(Katedra Fiziologji-Farmakologji-Bllokim)

Në vendimin e plenumit të XI të KQ të PPSH thuhet: «Të studjohet me vëmendje përvoja e mjekësisë sonë popullore, për t'u përdorur me sukses në shërbim të popullit, në kombinim me metodat moderne të shëndetësisë».

Duke u bazuar në këto vendime të rëndësishme të Partisë dhe të Qeverisë, kolektivi i lëndës së farmakologjisë i vuri vetes detyrë studimin eksperimental të disa metodave të mjekimit popullor.

I bazuar në përvojën shumë shekullore dhe në vrojtimet e kujdesshme, populli ynë ka nxjerrë në pah rolin që luajnë, në drejtim të profilaksisë dhe mjekimit të sëmundjeve, bimët e njohura mjekësore dhe ato jo mjekësore (1, 5).

Midis bimëve jo mjekësore, që prej kohësh përdor empirizmi popullor i zonës së Gjirokastërës, përtshihet edhe Torilis nodosa, e cila është përdorur, vazhdon të përdoret edhe sot për trajtimin e lythëve (verruka vulgare).

Ky vrojtim popullor tërhoqi vëmendjen për një studim klinik-eksperimental. Rezultatet e para në drejtim të studimit klinik u referuan nga Mezini K. dhe ato eksperimentale paraprake nga kolektivi i lëndës së farmakologjisë në sesionin e parë kombëtar të mjekësisë popullore në Përmat.

Megjithatë, këto ishin vetëm të dhëna paraprake, të cilat vërtetuan efektivitetin e kësaj metode në mjekimin e sëmundjes të përmendur më lart. Kjo na detyroi që këtë bimë t'ia nënshtrojmë një studimi të hollësishtëm eksperimental, lidhur me veprimin e saj në sistemin kardio-vaskular, në diurezë dhe në sistemin nervor.

Në këtë punim mendojmë të parashtrijmë disa të dhëna teoriko-eksperimentale përsa i përket veprimit në presionin arterial.

Perhapja gjeografike. — Torilis nodosa është bimë barishtore, që rritet në shumë zona të vendit tonë në jugë e veri, Frakull, Zharës (Fier) mali i Rensit (Lezhë), Kashar, Shtish Tufinë, Marginet (Tiranë), Nartë, Pllogë, Uji i ftohtë (Vlorë), NB 28 nëntori (Lushnjë).

Përshkrimi botanik. — Trupi i bimbës është i veshur me gime të ashpra, gjelthet i ka dyfishe (pendore), të gara në segmente, si dhe gjelthe pendore të prera në formë vezake. Lulet i ka të bardha, nuancë trëndafili, të barabarta, të rregullta, ombrelat pa bisht, të shkurtra, për kundrejt gjeltheve kompakte. Lritet i ka të shkurtra, vezake, në qendër

ka ombrella me kokrriza, kurse ato të jashtmet janë me gjëmba të drejta. Bima lulëzon nga maji deri në gusht. Frulet dhe lulet e bimës mbidhen gjatë qershorit, të cilat thahen në hije.

Përbërja kimike, përbajtja e principeve aktive dhe veprimet farmakologjike nuk janë të njohura nga literatura mjekësore dhe ajo tok-sikologjike, e konsultuar nga ne.

NDIKIMI NË PRESIONIN ARTERIAL

Metodika e punës. — Studimet eksperimentale u kryen në 25 lepuj dhe pesë mace të të dy seksëve, me peshë rreth 2-3 kg., të narkotizuara me solucion uretemi $10^0/0$, i futur me rrugën intraperitoneale, duke llogaritur 1.0 preparat i pastër për një kg. peshë të kafshës. Presioni arterial u mat me metodën akute, duke vendosur kanjuhën prej qelqi në arterien karotide, në të cilën është futur më parë një sasi e pakët heparine (50-100 U.J.) për të parandaluar koagulimin e gjakut. Po për këtë qëllim, në venën e veshit, kafshës i është futur e njëjta sasi e heparinës. Nëpërmjet një tubi prej gome, kanjula lidhet me manometrin prej zhive. I gjithë ky sistem është i mbushur me solucion citrat sodiumi, për të njëjtin qëllim që u fol më lart.

Ndryshimet e presionit arterial u regjistruan në letërën e tymosur të kimografit elektrik, e cila pas eksperimentit fiksohet në solucionin alkoolik të gomallakut $5^0/0$.

Infuzionet e Torilis nodosa u pregatitën nga frutat dhe lulet e bimës, të pastuara nga gjëmbat anësore, në përqëndrim $10^0/0$; gjithmonë të freskëta për çdo eksperiment. Infuzioni iu injektua kafshëve nëpërmjet venës së veshit me sasi të ndryshme.

Rezultatet e eksperimenteve

Veprimi në enët e gjakut. — Infuzioni i Torilis nodosa $10^0/0$, i futur me rrugën intravenoze, në fillim me sasi të pakët 0,2-0,5 ml. nuk dha efekt të dukshëm. Kur u injektua 1 ml. infuzion, u vu re efekti hipotensiv, i cili vjen duke u theksuar më tepër, me rritjen e dozës 2-3 ml., si në thellësi, dmth përsa i përket intensitetit, po ashtu dhe në drejtim të zgjatjes së kohës së veprimt (fig. 1, 2).

Shtimi i dozës 5-10 ml., shpie në veprim toksik, me ulje të theksuar të presionit arterial dhe ngordhje të kafshës (tre lepuj).

Për të krahasuar efektin, kafshëve iu injektua solucion të klorhidratit papaverinës 2% — 0,1 ml. dhe rezultoi se të dhënat janë të përafërta me ato që merren kur injektohen 2 ml. infuzion (fig. 3).

Mekanizmi i veprimt. — Efekti hipotensiv i infuzioneve të Torilis nodosa mund të shpjegohet duke i drejtuar eksperimentet në levat e vecanta, që marrin pjesë në rregullimin e qarkullimit të gjakut dhe tonusit vazal të kafshëve eksperimentale.

Disa substanca farmakologjike e tregojnë efektin hipotensiv, duke bllokuar strukturat alfa adrenoreaktive. (2, 3, 4). Gjatë eksperimenteve,

veëndjendjen tonë e përgëndruam edhe mbi veprimin e infuzionit në këto formacione funksionale.

Në sasi 3 ml., preparati dha ulje të presionit arterial, i përdorur si para dhënies të 10 gama noradrenalinë me rrugë intravenoze, po ashtu dhe pas saj. Nga ana tjetër, noradrenalina e përdorur pas infuzionit dha rritje të presionit arterial. Kjo tregon se efekti hipotensiv i Torilis nodosa nuk shpjegohet me ndikimin në strukturat biokimike indore adrenoreaktive (fig. 4, 5).

Në kurbat e paraqitura tregohet se eksperimentet janë kryer duke lidhur ose prerë nervin vagus në qafë. Futja e 3 ml. infuzioni, pas prerjes së nervit vagus, dha ulje të presionit arterial, sikurse edhe në krahshet e ekzistencës së tërësisë së harkut reflektor. Kjo tregon se efekti hipotensiv nuk shpjegohet me ndikimin qëndror vaginal të infuzionit (fig. 6).

Për të vërtetuar ndikimin në ganglionet vegetative, në mënyrë paraprake, bëmë bllokimin e tyre me anën e futes intravenoze të solucionit TEAB 1% — 0,1 ml., që manifestohet me ulje të theksuar të presionit arterial në kafshët (3, 4). Futja pas tij e infuzioneve të torilistit 3 ml. nuk dha efektin e mëparshëm, pra nuk ulet më presioni arterial. Me kalimin e kohës (15-40 minuta), veprimi i TEAB pakësohet ose zhduket dhe, në këto kushte, përdorimi i infuzionit shkaktonte efektin e zakonshëm — ulje të presionit arterial (fig. 7, 8).

Kjo tregon se efekti hipotensiv i torilistit shpjegohet pjesërisht me ndikimin e tij në ganglionet vegetative, duke penguar transmetimin e impulseve në to, nga fije preganglionare në atë pasganglionare.

Infuzioni i torilistit, i përdorur pas bllokimit të strukturave m. kolinoreaktive, me ndihmën e sulfatit të atropinës (0,1%/0-0,5 ml.), nuk dha efekt hipotensiv. Me kalimin e kohës, efekti hipotensiv i infuzionit rivendoset, si pasojë e qitimit të strukturave m. kolinoreaktive nga atropina (fig. 9).

Futja e infuzionit të torilistit, pas solucionit 0,1%/0-0,025 ml. të kloridrahit të acetilkolinës nuk dha efekt, gjë që vërteton edhe një herë veprimin e preparatit në këto struktura biokimike indore (fig. 10).

Interpretimi i rezultateve

Të bazuar në të dhënat eksperimentale të mësipërme, mund të konkludojmë se Torilis nodosa in përket substancave me veprim hipotensiv, e cila është në lidhje dhe varët nga sasia e preparatit të përdorur. Mekanizmi i veprimi hipotensiv nuk mund të shpjegohet me veprimin në qendrat e larta nervore, as në strukturat alfa adrenoreaktive, sepse torilisi jep efekt kur përdoret si para ashtu dhe pas dhënies së noradrenalinës, po ashtu dhe pas prerjes së nervit vagal.

Me qënë se infuzioni i torilistit nuk jep efekt pas administrimit të TEAB dhe atropinizimit të strukturave me kolinoreaktive, flet për ndikimin e preparatit si ganglioblokues dhe m. kolinomimetik, kurse mos marrja e efektit nga infuzioni, pasi është përdorur acetilkolina, flet për atë që preparati nuk ndikon drejtpërdrejt në muskulaturën e lëmuar të vazave të gjakut.

Konkluzione:

- 1) Infuzionet e torillist, të përdorura në kafshët eksperimentale, japin efekt hipotensiv, të shpejtë, të thellë dhe me zgjatje kohe, që varet nga sasia e infuzionit të përdorur.
- 2) Efekti hipotensiv i kushkohet pjesërisht bllokimit të ganglioneve vegetative (ganglioblokues) dhe pjesërisht stimulimit të strukturave biokimike indore m. kollinoreaktive të vazave të gjakut (m. kollinomi-metik).

Dorëzuar në redaksi më 1.III.1975

BIBLIOGRAFIA

- 1) Goda P., Sima Z., Demiri M.: Vademekumi i bimëve mjekësore. Tiranë 1972.
- 2) Kokalari P., Hhazi B.: Mbi mekanizamin e veprimt të rozmarinës në presionin arterial të kafshëve eksperimentale. Buletini i USHT — Seria shkencat mjekësore 1969, 2, 125.
- 3) Kokalari P., Braho S., Misiri N.: Farmakologjia mjekësore. Tiranë 1973, 129, 319.
- 4) Kokalari P., Braho S., Mici V., Mandro F.: Farmakologjia për degen e farmacisë. Tiranë 1974, 111, 185.
- 5) Mezinl K.: Mjekimi i luthëve me Torillis nodosa (Material i referuar në sesionin shkencor të Përmelit 1971 — i dorëzuar për botim).

Summary

ACTION OF TORILLIS NODOSA ON THE BLOOD PRESSURE OF EXPERIMENTAL ANIMALS

Experiments were carried out with preparations of the plant *Torillis nodosa*, which was found to be growing in many parts of the country.

The plant is commonly used as a cure of warts (verrucae vulgares) in which it gives good results. It is used in the form of powders taken orally. The experiment was intended to show the effects of the plant on the various systems of the organism of laboratory animals. The paper describes particularly its influence on the blood pressure.

Infusions (100%), injected into the marginal veins of the ears of rabbits, induced a rapid and deep fall of the pressure, the duration of which varied according to the injected quantity.

The hypotensive effect is presumed to be due partly to the blockage of the vegetative ganglia (ganglio-blockage) and partly to the stimulation of the biochemical structures of the tissues (M. cholinoreactive) of the vessels (M. cholinomimetic).

R é s u m é

L'ACTION DE LA TORILIS NODOSA SUR LA PRESSION
ARTERIELLE CHEZ LES BETES EXPERIMENTALES

Les auteurs ont effectué des études expérimentales sur la plante *Torilis nodosa*, dont ils constatent qu'elle est assez répandue dans notre pays.

Chez nous, cette plante est employée pour le traitement de la verrue (verrucae vulgans) et donne de bons résultats. La poudre de la plante est ingérée par voie buccale. Aussi les auteurs on-ils procédé à l'étude expérimentale des effets de cette plante sur les divers systèmes des bêtes expérimentales, et leur travail énonce des données relatives à son influence sur la pression artérielle.

Les infusions de cette plante à 10% introduites par la veine de l'oreille ont entraîné une baisse rapide, accentuée et durable de la tension, et ce en fonction de la quantité d'infusion introduite.

La baisse de la tension est due en partie au bloc des ganglions végétatifs et en partie à la stimulation des structures biochimiques tissulaires. (M. cholino-réactive) et des vaisseaux sanguins (M. cholinomimétique).

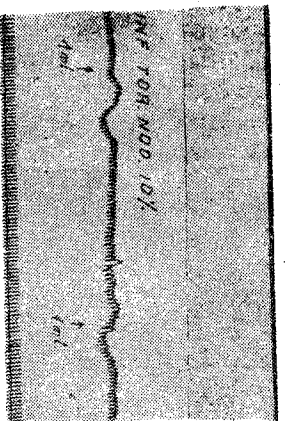


foto 1

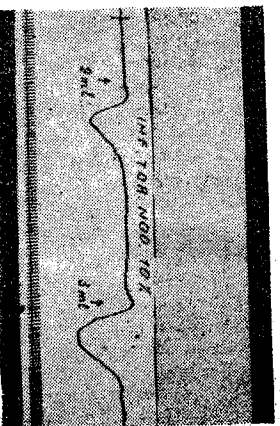


foto 2

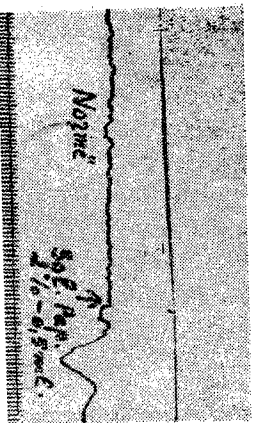


foto 3

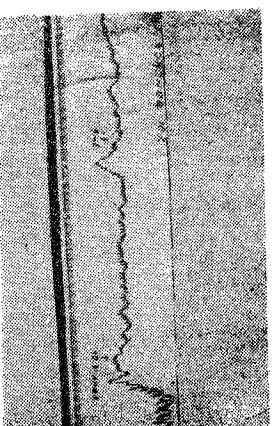


foto 4

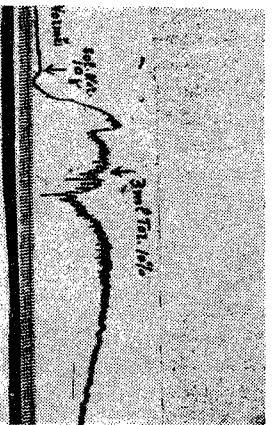


foto 5

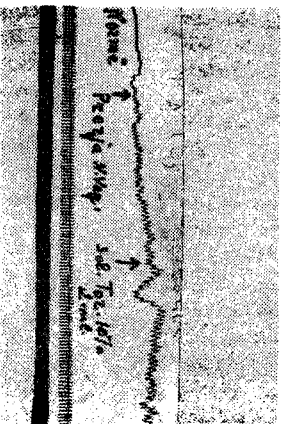


foto 6

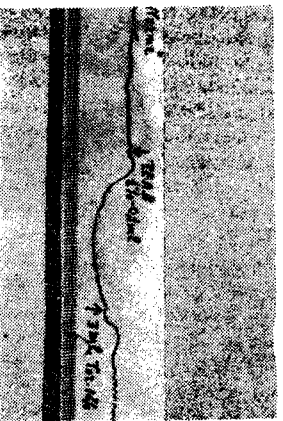


foto 7

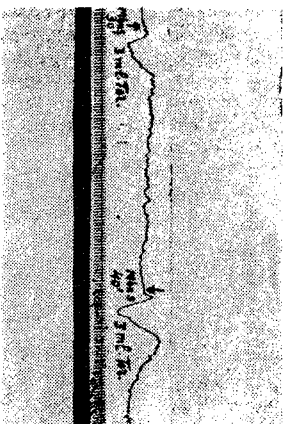


foto 8

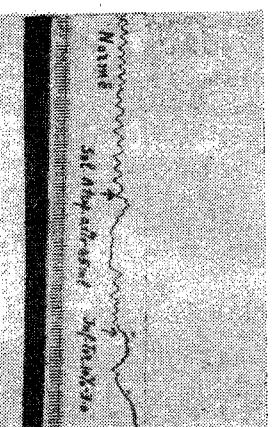


foto 9

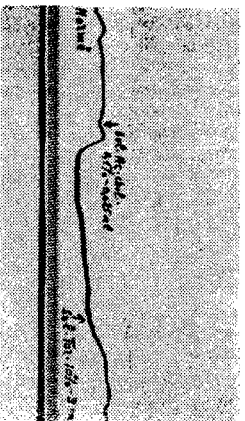


foto 10

MODIFIKIMI NË TEKNIKEN E REZEKSIONIT TË STOMAKUT ME GASTROENTEROSTOMI «Y» TEK QËNI

— FERIT HOTI —

(Spitali «Jorgji Karamitri» — Shkodër.)

Në rastin e operacioneve përsëritëse të stomakut, shpesh kirurgu ndeshet me vështirësi teknike për vendosjen e vazhdueshmërisë së traktit gastrointestinal dhe aq më tepër kjo gjë është e padëshirueshme kur kemi të bëjmë me pacientë të dobësuar apo në gjendje shoku të rëndë dhe, që në këto kushte, kërkon me doemos një ndërhyrje të tillë.

Me një rast të tillë u ndeshëm në një të plagosur me armë zjarri të stomakut, që kohë më parë kishte bërë rezekSION gastrik dhe paragjiste aderenca të shumta.

Gjatë manovrimeve për regastroenteroanatomozën na lindti idea e modifikimit të momenteve të gastroenterostomisë «Y», të cilin e eksperimentuam në gjashhtë qen.

Shkurtimejt po japim realizimin teknik të saj, duke e ilustruar me skicat përkatëse.

Skeletizimi i stomakut dhe përpunimi i duodanit bëhet sipas mënyrës së njohur prej të gjithëve. Pas kësaj, 15-20 cm, poshtë plikës Treitz, bëhet prerja e jejunumit dhe çirimi i pjesës distale të tij, duke respektuar arterializimin. Prerja e jejunumit bëhet transversalisht sipas Roux, ose kur dëshirojmë të zmadhojmë sado pak gojën e anostomozës, bëhet prerja oblike e saj, sipas Monproffit. Hansat e zorrës së prerë mbahen me klema intestinale.

Gojën e stomakut të rezektuar (pasi është bërë pastrimi i kavitetit të tij), e kapim me dy qepje mbajtëse mëndafshi, njërën të vendosur në anën e kurvaturës së vogël, ndërsa tjetrën nga ana e kurvaturës së madhe. Shtohet dhe një mbajtëse e tretë, që bashkon murin e përparën dhe të pasëm të cungut të stomakut, me largësi nga kurvatura e madhe e stomakut, pak më shumë se diametri i jejunumit të prerë.

Qepja mbajtëse e kurvaturës së madhe kalohet ndën mbajtësen nr. 3, duke formuar një palosje të asaj pjese të stomakut në formë lugu (fig. 1). Pas kësaj, pjesa distale e jejunumit, e çiruar nga klema intestinale dhe e kapur me dy qepje mbajtëse prej mëndafshi, përshkohet nëpër «lugin e formuar» të gojës së stomakut deri sa të kemi kongruencë të plotë të gojës anastomotike.

Qepja e anastomozës bëhet në të gjithë shtresat nga ana e brendëshme, me qepje të vegantë ose të vazhdueshme ketguti (fig. 2). Zorrë e invertuar tërhiqet duke e çuar në pozicion normal (fig. 3). Goja gastrike, që mbetet, qepet me ketgut të vazhdueshëm sipas njërës metode inverse (Pribravn ose Schmiden) (fig. 4). Shtresa e dytë seroseroze bëhet me qepje të ndërprera mëndafshi në gjithë shtrijën e saj.

Vazhdimësia e pjesës proksimale të hansës jejunale kryhet rëpërnjet të vendosjes së anastomozës jejunojejunale, anë më anë sipas Matholi-Gallet (Fig. 5) ose fund me anë, duke realizuar, në këtë mënyrë, një anastomozë në formë «Y».

Ky realizim teknik i gastroenteroanastomozës, sikurse u tha më lart, u realizua në gjashtë gen, të cilët janë ndjekur respektivisht: qeni i parë 21 ditë; i dyti 18 ditë; i treti 12 ditë; dy të tjerë nga 15 ditë dhe i fundit 15 orë. Në autopsitë e kontrollit rezultoi se anastomozat kishite mbajtur mirë.

Si konkluzion të këtij punimi eksperimental modest mund të themi se:

- 1) Nga ngjiftja fund me fund e stomakut me jejunumin dhe pozicionin dekliv të kësaj të fundit, mënjanohet së tepërmi staza gastrike.
- 2) Në rastin e operacioneve rekonstruktive të stomakut të operuar, kur paritetet e tij janë të infiltuara ose të retraktuara nga proceset adenenciale, anastomozat me gojë të plotë paraqet vështirësi dhe, nganjëherë, jemi të detyruar të qepim në inde jo fort të shëndosha. Në këtë modifikim zgjidhet pjesa e shëndoshë e cungut të stomakut, duke mënjeluar rreziket e «këndit fatal» të cungut gastrik.
- 3) Gastroenteroanastomozat «Y», e modifikuar sipas nesh, kërkon kohë më të shkurtër për kryerjen e saj.

Dorëzuar në redaksi më
15.VI.1975. —

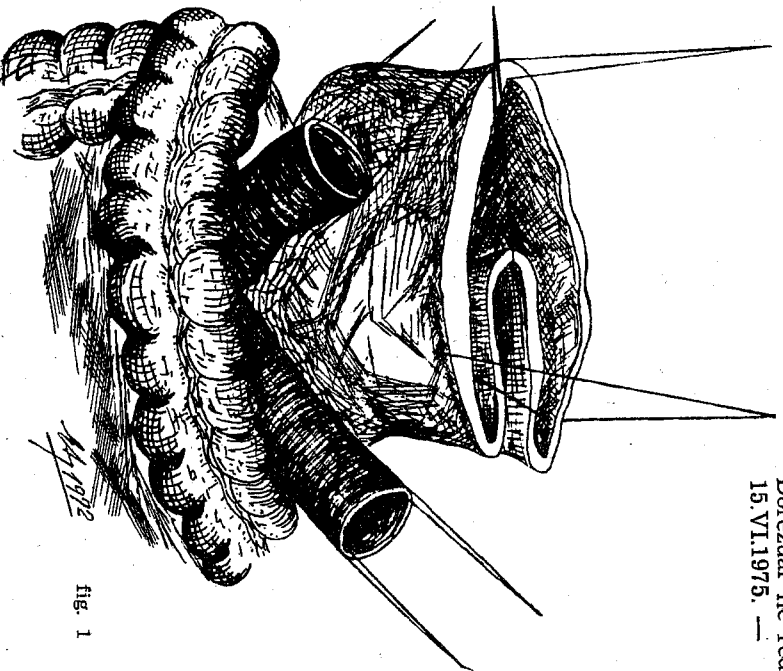


fig. 1

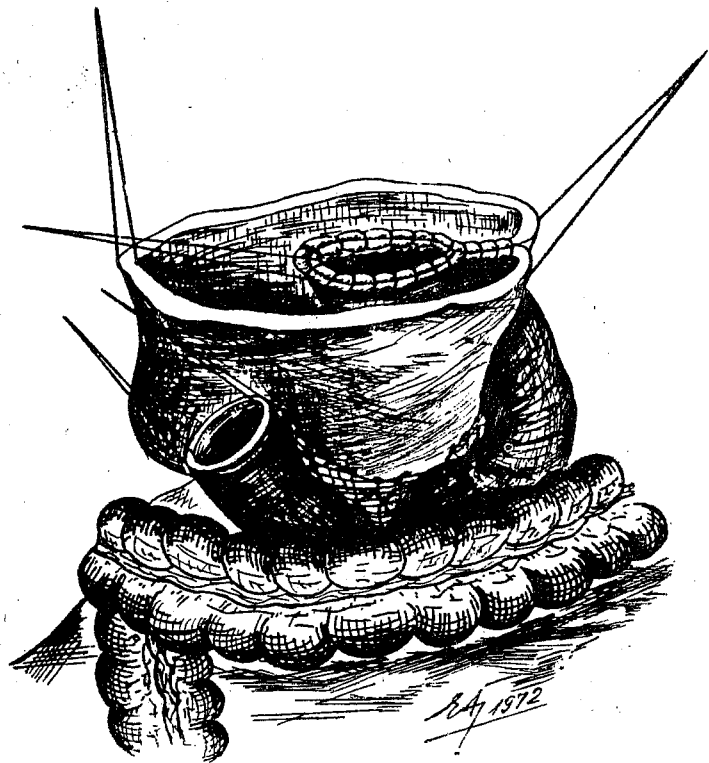


FIG. 2



FIG 3

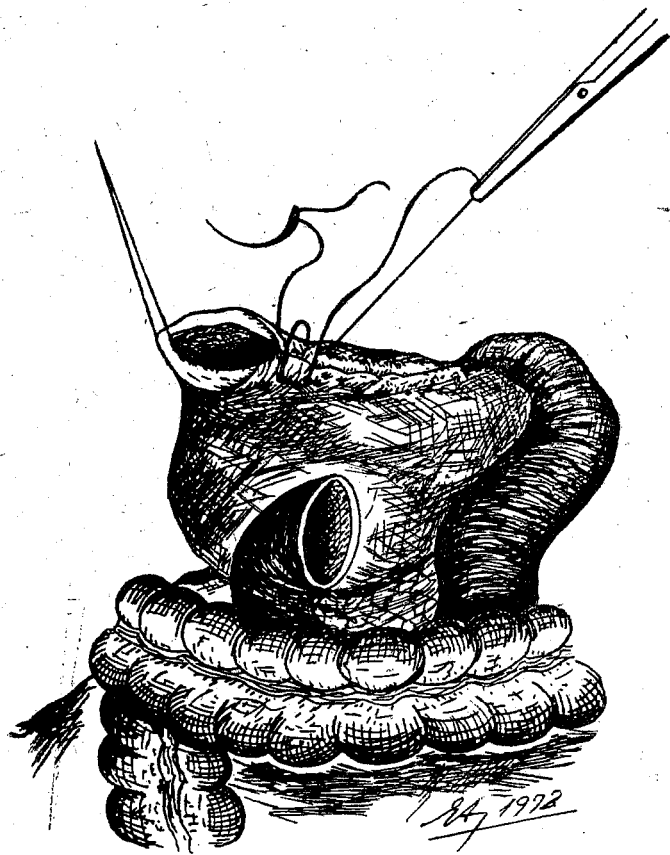
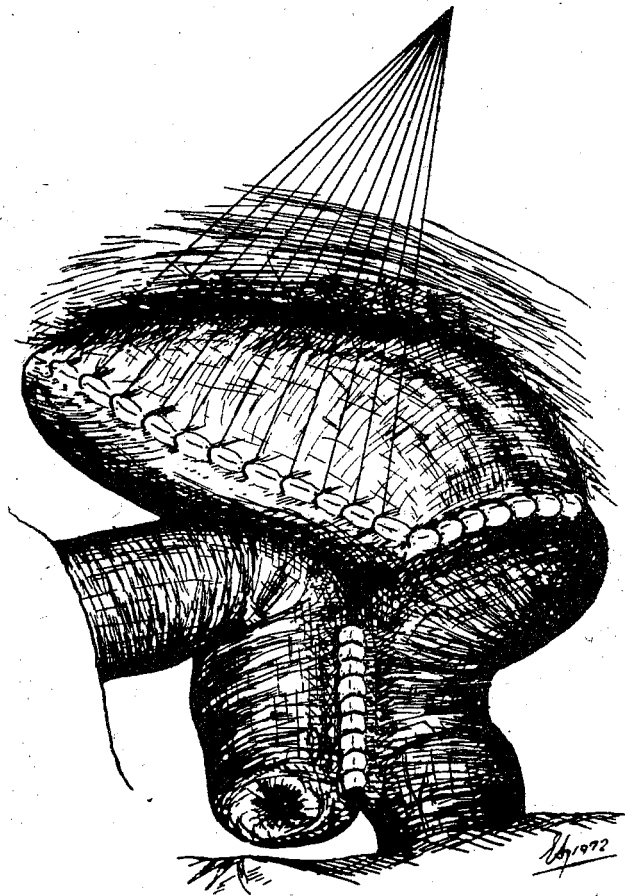


FIG. 4



5

Summary

A MODIFICATION IN THE TECHNIQUE OF STOMACH RESECTION BY A «Y» SHAPED GASTROENTEROSTOMY ON DOGS.

An end-to-end «Y» shaped anastomosis with the mouth at the curvatura major is presented. After experimenting on six dogs, the author formed the conviction that this variety of anastomosis, original in the construction of the layers, is technically realisable. The first layer is created by placing an index between two indices coming from each of the curvaturae of the resected stomach. He passes under it the index from curvatura major and pulls it to obtain a partial inversion of the gastric mouth which is located between the middle index and that of curvatura major. In the furrow created by this partial inversion of the gastric mouth is placed the distal coil which is raised high until it reaches the level of the inverted gastric mouth. On this level is created the first layer. After returning this part of the gastric mouth (which participates in the anastomosis) to its normal position, the other open part is closed by continuous suture. Then the outer layer is created and the proximal coil is sewn together with the distal coil in a side-to-side or end-to-end anastomosis.

Résumé

MODIFICATION DE LA TECHNIQUE DE LA RESECTION DE L'ESTOMAC PAR GASTROENTEROSTOMIE «Y» CHEZ LE CHIEN

L'article expose une anastomose «Y» de bout en bout à bouche proche de la grande courbure. A la suite d'expériences effectuées sur 6 chiens, l'auteur arrive à la conviction que cette variété d'anastomose, originale par la construction des couches, est techniquement réalisable. La première couche est créée au moyen de l'adjonction d'un index entre les deux index provenant de chaque courbure de l'estomac sur lequel a été réalisée la résection. L'index de la grande courbure est passée sous cette couche et tirée de manière que la bouche gastrique soit inversée entre l'index moyen et celui de la grande courbure. Dans le creux créé par cette inversion partielle de la bouche gastrique, est passée l'anse distale qui est tirée vers le haut jusqu'à portée sur le même plan que la bouche gastrique inversée. Sur ce plan est créée la première couche. Après avoir fait reprendre sa position normale à cette partie de la bouche gastrique (qui participe à l'anastomose), l'autre partie est refermée par suture continue. Puis l'on forme la couche extérieure et l'anse proximale est suturée avec l'anse distale par anastomose côté à bout ou bout à bout.

KUMTESA

NDERPRERJA E KOMUNIKIMIT PORTO-AZYGOS PA TRANSEKSION GASTRIK TEK NJË E SËMURË ME VARICE HEMORRAGJIKE TË EZOFAGUT

— DOC. BESIM ELEZI, DR. SHAHIN KLOSI —

(Katedra e kirurgjisë hospitaliere.)

Varicet e ezofagut dhe të stomakut zhvillohen si zgjerime kompenzatore të anastomozave porto-kavale nga ngritja e presionit portal. Ato mund të shpërthejnë në hemorragji profuze dhe të kthehen kështu nga një mekanizëm kompensator në një komplikacion të rëndë, që është shkak kryesor i vdekjes së të sëmurëve me hipertension portal.

Ulceracioni peptik i mukozës së ezofagut mbi varicet, trauma nga pjesëzat ushqimore dhe ngritja e menjëherëshme e presionit portal ose abdominal konsiderohen si faktorë provokues të hemorragjisë, që fillon papandehur, vazhdon, ndalon dhe mund të shfaqet prapë në mënyrë të paparashikuar.

Nga pikëpamja e shpeshësisë, varicet e ezofagut përbëjnë shkakun e dytë të hemorragjive të sipërme gastrointestinal, pas ulcerës gastro — duodenale, por ka edhe statistika në të cilat ato konkurojnë në pozita të barabarta jo vetëm me ulcerën, por edhe me gastritin hemorragjik (Malt R.A. — 1972).

Më poshtë do të përshkruajmë historinë e një të sëmurë me hemorragji profuze nga varicet e ezofagut, të konstatuara në tavolinën e operacionit. Operacioni u krye sipas një modifikimi që Wen Tjan Ming i ka bërë operacionit të Tanner. Ky operacion meriton vëmendje dhe komente për shkak të thjeshtësisë së tij, rezultateve të kënaqëshme dhe mundësisë së kryerjes në kushte relativisht modeste.

PARAQITJA E RASTIT

E sëmurura M.P., vjeç 13, shtrohet urgjent më 17.XII.1972 me hemorragji profuze gastrointestinale. Prej dy javësh kurohej në spitalin e rrethit për një pneumoni. Para një jave filloi të ketë hemorragji të vogla të përsëritura në formë hematemeze dhe më vonë edhe melena. Gjendja e përgjithshme u keqësua dhe për këtë u transferua në kirurgji.

Në praninë e sëmurura paraqiste të gjitha tiparet e anemisë akute. Pulsit i shpeshtë dhe i dobët, 130 në minutë, ndërsa presioni arterial 100/70 mmHg. Objektivisht, përveç zbehtësisë, u konstatua një splenomegali e moderuar (dy gisht nën harkun kosta). Nuk ka të dhëna gastritike ose ulçerore as hepatit viral në anamnezë. Nuk ka përdorur aspirinë ose medikamente të tjera që provokojnë hemorragji. Kuadri i gjakut

në pranin ishte: Eritrocite — 1.250.000, Hb. — 25%, leukocitet 3400, trombocitet — 51,250, koha e hemorragjisë — 2'20", koha e koagullimit 3'31".

Pa një diagnozë etiologjike fillohet mjekimi me hemotransfuzione, oksigjenoterapi, hemokoagulantë dhe perfuzione. Pas marrjes së 500 ml gjak, treguesit hemodinamikë dhe kuadri i gjakut u përmirësuan: Pulsi 100 në minutë, presioni arterial — 120/80 mmHg, eritrocitet — 2.300.000, Hb. 55%/o.

Pesë orë pas këtij përmirësimi, e sëmura pati përsëri hematemezë dhe melena: me gjak gjysëm të koagulluar me keqësim të menjëhershëm të treguesve hemodinamikë. Para një situatë të tillë u vendos për laparotomi eksplorative nën mbrojtjen e hemotransfuzioneve masive.

I u bë anestezia endotracheale, pa premedikacion me një dozë të vogël induksioni të tiopentalit (100 mg. në solucion 1,2%/o) dhe scoline (50 mg.) me markozë mbajtëse eter — oksigjen-d, tubokurarinë. Laparotomi mëdijane superioare. Nga kaviteti abdominal del pak likuid i pastër ascitik. Hepari i zvogëluar me ishuj fibrotike në gjithë sipërfaqen e tij dhe konsistencë të fortë në prekje. Shpretkë tri herë më e madhe se norma. Në stomak dhe në duoden nuk konstatohen ndryshime të jashtme.

Duke u nisur nga konstatimet e laparotomisë, pamja cirrotike e heparit, splenomegalia kongjestive dhe asciti u mendua se hemorragjia vinte nga varicet e ezofagut të zhvilluara si pasojë e hipertensionit portal. Operacioni më llogjik u konsiderua splenektomia e shoqëruar me një procedurë diskoneksioni (ndërrprerje) porto-azygos pa transeksion gastrik, me sutura cirkulare transparente në një të tretën e sipërme të stomakut, sipas modifikimit që Wën Tjan Ming i ka bërë operacionit të Tanner (fig. 1, 2).

Gjendja pas operacionit kaloi pa komplikacione, pa episode hemorragjike. E sëmura mori gjak të frekët, vitamina K., perfuzione të glukozës izotonike dhe pituitrine 20 njësi në ditë për tre ditë rresht, neomicinë *per os* dhe penicilinë e streptomicinë parenteral. Të nesërmen, kuadri i gjakut ishte: Eritrocitet — 3.210.000, Hb 65%/o, ndërsa pas dy javësh 4.300.000 eritrocitet dhe 79%/o hemoglobinë. Nuk kishte më ascit dhe hemorragji okulte gastrointestinale.

Ekzaminimi histopatologjik i pjesës së marrur të heparit vuri në dukje: hepatitis chronica cirrhogenes, fibroze në kapsulën hepaticë dhe rreth vazave të gjakut dhe dukurseve biliare perilobulare. Kongjestion dhe distrofi e hepatociteve. Në lien kongjestion dhe elemente të moderuar distrofike.

Tetë muaj pas operacionit, e sëmura paraqitet me gjendje të përgjithshme të mirë. Ka filluar veprimtarinë e zakonshme të moshës dhe nuk ka ankime. Kuadri i gjakut i normalizuar, ndërsa provat e labilitetit koloidal të alternuara. Nuk ka gjak okult në feces. Në radioskopinë e ezofagut dhe të stomakut nuk konstatohen ndryshime.

DISKUTIM

Ekzistojnë metoda të shumta konservative dhe operative të trajtimit të hemorragjive profuze nga varicet e ezofagut.

Operacionet urgjente brenda pak orëve rekomandohen trallë, për

të mos thënë fare, për shkak të mortalitetit të lartë. Por me metodën konservative nuk duhet pritur shumë, sepse ndalimi i hemorragjisë mund t'i sigurojë të sëmurit shumë vjet jetë aktive. Nga ana tjetër pagarësitë diagnostike, në kushtet urgjente, janë të mëdha, pa përmëndur faktin se edhe kur i sëmurit është një cirrolik i njohur mund të japë hemorragji nga shkaje të tjera.

Në shumicën e të sëmurëve rekomandohet një periudhë arbitrarë observimi dhe mjekimi konservativ prej një dy ditësh. Në rast se hemorragjia vazhdon, i sëmurit operohet.

Janë propozuar shumë operacione urgjente, por të gjithë kanë një mortalitet të lartë. Shuntet porto — kavale janë metoda më e mirë e dekompressionit portal, që garanton më shumë se çdo operacion tjetër nga përshkrimet e hemorragjisë (Turcotte J.G. e bp. — 1969). Por të sëmurët me funksion shumë të dobët të heparit, me iktër dhe ascit nuk janë kandidatë për shunt. Edhe kur kirurgu nuk ka pregaritfen e përshatshme dhe kushtet për një operacion të tillë, ai është i detyruar të gjejë mënyra të tjera zgjidhje. Nga operacionet e shumta, të propozuara për këtë qëllim, meriton vëmëndje operacioni i propozuar nga norman Tanner në vitin 1950.

Ky operacion bën një ndërprerje (diskoneksion) porto-azygos, duke devaskularizuar 4-5 cm. proksimale të stomakut dhe po aq të pjesës distale të ezofagut. Pastaj bën transeksionin gastrik subkardial (2 cm. nën cardias) dhe riqepje të buzëve të prera me sutura seta të vazhdueshme. Sipas këtij parimi, Walker R.M. (1959) bën transeksionin e mukozës së ezofagut, ndërsa në operacionin Boerema, rivendosja e kalueshmërisë bëhet nëpërmjet butonit të Murphyt.

Këto operacione bëhen zakonisht me incizion torakoabdominal, janë traumatike dhe tolerohen vetëm nga të sëmurë me gjendje relativisht të mirë. Tek cirrolikët e avancuar përfundojnë shpesh në vdekje. Prerja e stomakut e zgjat operacionin dhe e bën atë me një fazë sep-tike. Hapja e anastomozës nuk është fenomen i rrallë.

Duke u nisur nga këto, modifikimi i Wen Tjan Ming pakëson disa nga të metat e operacionit Tanner. Devaskularizimi i stomakut dhe ezofagut bëhet njëllor si në operacionin e parë me rrugë abdominale, ndërsa transeksioni subkardial nuk bëhet. Kjo zëvendësohet me qepjen garkore transparietale (të të gjitha shtresave) me sutura të veganta seta, të shtrenguar fort dhe të kapura me njëra tjetrën si hallkat e një zinxhiri (fig. 2). Vija e suturave mbulohet me një shtresë tjetër sero-seroze. Kjo qepje supozohet se obliteron vazat që lidhin sistemin portal, me presion të lartë, me venat e ezofagut të sistemit azygos, duke pakësuar ose minimizuar furnizimin me gjak të variceve.

Ky operacion është më i shkurtër, më pak traumatik, nuk bën hapje të stomakut, duke mënjeluar kështu një fazë sep-tike dhe rrezikun e hapjes së suturave. Splenektomia mund të bëhet kur shihet e arsyeshme.

Duke u nisur nga konsideracionet e mësipërme, ky operacion mund t'u rekomandohet kirurgëve si një rrugë dalje, kur ndodhen në rrethana dhe kushte të ngjashme me ato të rasit të përshkruar më sipër.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Heimburger I., Teramoto S., Shumack: Effect of surgical pituitrin upon the portal and hepatic circulation. *Surgery* 1960, 48, 76.
- 2) Mall R. A.: Control of massive Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *New Engl. J. Med.* 1972, 286, 19, 1043.
- 3) Nusbaum M., Baum S., Blakemore W.S.: Pharmacologic control of portal hypertension. *Surgery* 1967, 62, 299.
- 4) Turcotte J. G., Walsh V. M., Child C. G.: End-to-side versus side-to-side porta-caval shunt in patients with hepatic cirrhosis. *Amer. J. Surg.* 1969, 117, 108.
- 5) Walker R. M.: The pathology and management of portal hypertension Edward Arnold (Publishers) London 1959.
- 6) Wen Tian Ming: *Kommunikim personal.*

Summary

**INTERRUPTION OF THE PORTO-AZYGOS COMMUNICATION WITH-
OUT GASTRIC TRANSECTION IN A CASE WITH HAEMORRHAGIC
VARICAE OF THE OESOPHAGUS.**

A case is presented of profuse gastro-intestinal haemorrhage in a patient with portal hypertension, operated successfully by the Wen Tian Ming modification of the Tanner's operation avoiding gastric transection.

Résumé

**INTERRUPTION DE LA COMMUNICATION DE PORTO-AZYGOS
SANS TRANSECTION GASTRIQUE DANS UN CAS D'HEMORRA-
GIE VARIQUEUSE DE L'ESOPHAGE.**

Il s'agit d'un cas d'hémorragie gastro-intestinale profuse chez une patiente affectée d'hypertension portale, opérée avec succès selon la modification de Wen Tian Ming de l'opération de Tanner sans transection gastrique.

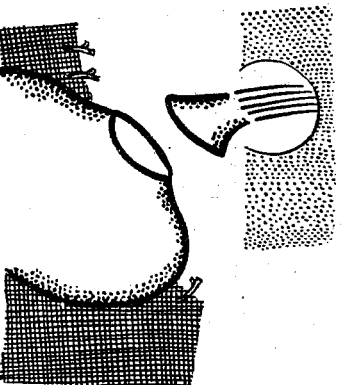


Fig. 1. — Operacioni Tanner (Skemé)

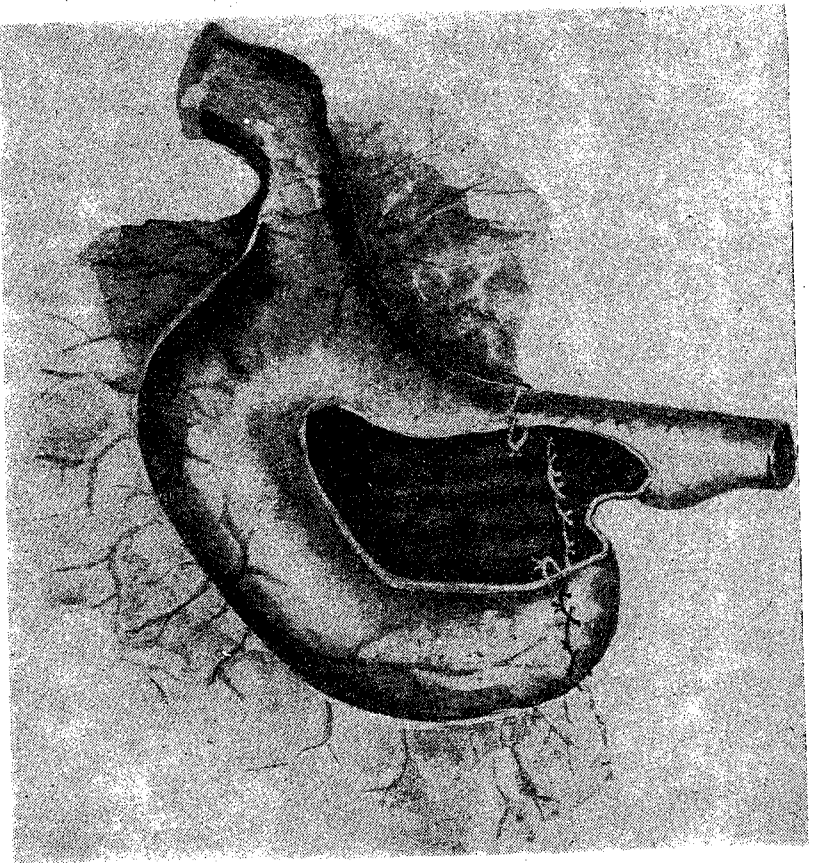


Fig. 2. Modifikimi i operacionit Tannier (sipas Wen T'jan Ming).

VAGINA ARTIFICIALE

— RAHIM GJIKA —

Spitali obstetrik-gjinekologjik — Peshkopi.

Mungesa e bashkëlindur e vaginës paraqet për gruan një traumë të rëndë fizike dhe morale. Kjo patologji për herë të parë është përshkruar nga Realdus Columbus në vitin 1572 dhe mesatarisht takohet një rast në 4000 lindje (Tommy E. Evans).

Ndër shkaqet e mungesës së bashkëlindur të vaginës, rol me rëndësi lozin embriopatië, por jo më pak ndikojnë dhe sëmundjet ngjitëse, sidomos ato virusale, dëmtuesit kimikë e fizikë dhe çrregullimet e metabolizmit (Helbing W.).

MATERIALI YNE

Në këtë material do të paraqesim tre raste të mungesës së bashkëlindur të vaginës (dy me mungesë të plotë dhe një me mungesë të pjeshme të saj) dhe rezultatet e ndërkryeveve operatore, të kryera prej nesh. Po përshkruajmë rastet.

Rasti nr. 1. — E sëmurë X.H. vjeç 19, e martuar para dy vjetësh, hyri në spital më datë 22.II.1966 me këto ankesa: mungesë periodash dhe dhembje në çdo muaj për 4-5 ditë rjesht në fund të barkut, vështrësi në marrëdhëniet seksuale. Në anamnezë nuk referon të ketë kaluar ndonjë sëmundje me rëndësi. Pas martesës, kontaktet seksuale, të cilët kryeshin nëpërmjet uretrës, ishin shumë të vështirësueshme, tepër të rralla dhe shoqëroheshin me dhembje jashtëzakonisht të forta. Zhvillimi psikik në rregull dhe gjithë ishin në madhësinë e normës.

Në ekzaminimin gjinekologjik konstatohet: shenjat seksuale sekondare të zhvilluara në normë, *mons veneris* normal, vegjetacioni pubik sipas tipit femëror, buzët gjentata të mëdha dhe të vogla të zhvilluara normalisht, *orificium externum urethrae* në vendin e caktuar dhe i hapur sa për një gisht (gishti tregues futej lirisht), ndërsa fenomenet e inkontinencës nuk u vërejtën. Konstatohet një mungesë e plotë e vaginës.

Në ekzaminimin rektal: uterusi nuk preket, ndërsa ovarët në të dy anët palpohen me madhësi të vogël. Më datën 6.III.1966 e sëmurë u operua, duke iu bërë një vaginë artificiale me anë të membranave amniotike sipas Brindeau-Burger. Duke iu kryer qysh në fillim një incizion transversal, u formua llozha e vaginës së ardhëshme në hapësirën rektio-vaginale gjër në diafragmën pelvike. Të sëmurës iu bë laparotomia, ku u konstatua mungesë e mitrës; ovari i djathtë normal, ndërsa

gjatë gjithë gjatësisë së tij, tubi kishte nodule; ovari i majtë hipoplazistik, ndërsa tubi përkatës i rudimentuar.

U muarën membranat amniotike të freskëta dhe, duke mbështjellë në shiringë 50 cc me bak të sharruar, u vendosën në llozhën e formuar me një gjatësi rreth 11 cm. Në hyrje të vaginës, membranat u fiksuan me anë të disa qepjeve me ketgut të hollë. Në ditën e tretë, proteza u zëvendësua me një shiringë 30 cc dhe nga kjo ditë filluan lavazhet e përditëshme me solucion fiziologjik dhe antibiotikë. Duke filluar nga dita e tetë, të sëmurës iu hoq proteza çdo gjastë orë. Në ditën e 12 epitelizimi mori fund në të gjithë sipërfaqen e krijuar. E sëmurura doli nga spitali në ditën e 15 me një vaginë të shëruar plotësisht me gjatësi rreth 9.5 cm. dhe gjërësi rreth 2-3 gishtrinj. Pas gjastë dhe 12 muajsh si dhe pas dy vjetësh kontrolli, u konstatua se mukroza kishte ngjyërë rozë dhe pa fenomene inflamtoare. Nga të dhënat e partnerit dhe të vetë asaj, doli se kontaktet seksuale kryeshin pa vështrësi.

Rasti nr. 2. — E sëmurura F.B., nr. i kartelës 98, vjeç 22, e martuar para dy vjetësh dhe e shkuroreëzuar. Hyri në spital më 5.II.1972 duke paraqitur si ankesa mungesën e ardhjes së periodave dhe pamundësinë e kryerjes në mënyrë të plotë të kontakteve seksuale. Nga ky shkak u divorcua me të shoqin. Gruaja paraqet një zhvillim të përgjithshëm pak a shumë të rregulltë, gjitë të zhvilluara normalisht. Në ekzaminimin gjinekologjik: sistemi piloz i zhvilluar sipas tipit femëror, organet gjentiale të jashtme në madhësinë e normës, buzët e mëdha dhe të vogla po ashtu. Vagina ka një gjatësi rreth 3-4 cm. dhe një gjërësi sa për dy gishta. Në ekzaminimin rektal, uterusi nuk palpohet, ndërsa vetëm në anë të djathtë me vështrësi palpohet njëri ovar me madhësi të vogël. Me diagnozë mungesë e pjeshme e vaginës, iu krye kolpoeza sipas Brindeau-Burger. Me rrugë të butë, pasi u hap transvërsalisht në fund të kanalit vaginal, u bë një kanal me madhësi rreth 5-7 cm. U vendos një protezë me shiringë 30 cc, të mbështjellë me membrana amniotike, duke u fiksuar këto të fundit me disa qepje ketguti të hollë me mukozën e vaginës ekzistuese. Nga dita e tretë u filluan lavazhet me solucion fiziologjik dhe antibiotikë. Në ditën e shtatë iu bë ndërrimi i protezës, ndërsa në ditën e dhjetë iu hoq fare. Në ditën e 16 e sëmurura doli nga spitali e shëruar me një vaginë të gjatë rreth 9 cm dhe gjërësi që lejon të hynin lirshëm dy gishta. Kontrolli pas gjastë dhe 12 muajsh vuri në dukje se vagina ende kish madhësi të mjaftueshme.

Rasti nr. 3. — E sëmurura R.T., nr. i kartelës 294, vjeç, 30, e martuar para 12 vjetësh, hyri në spital më 23 mars 1972 me ankesa për pamundësi të kryerjes së kontaktit seksual me të shoqin. Në anamnëzë, e sëmurura nuk kish kaluar ndonjë sëmundje me rëndësi. Në ekzaminimin gjinekologjik u konstatua: gruaia ishte tip astenik, gjitë pak të zhvilluara dhe shenjat e tjera seksuale sekondare po ashtu. Organet e jashtme gjentiale të zhvilluara në mënyrë të dobët, qimet në pubis ishin të rralla, buzët e mëdha dhe të vogla gjentiale pak të zhvilluara, klitori i hipetrofuar dhe një mungesë të plotë të vaginës.

Në ekzaminimin rektal konstatohet mungesë e mitrës dhe ovarit me madhësi fare të vogël. Iu bë ndërhyrja e krijimit të vaginës artificiale me anë të membranave amniotike (të marrë nëpërmjet të seksio

cezarisë). Pasi u krijuar një kanal në hapësirën rektovenzikale me një madhësi rreth 11 cm. gjatësi dhe 2-3 gishta gjërësi, u muarën membratë nat amniotike të freskëta dhe sterile, duke mbështjellë një shiringë 30 cc dhe u vendosën në të. Në të njëjtën kohë u krye fiksimi i membranave në dalje të vaginës me keqgut të hollë. Qysh në ditën e tretë pas ndërhyrjes, të sëmurës iu filluan lavazhet vaginale të përditëshme me solucion fiziologjik dhe antibiotikë. Në ditën e gjashtë iu bë ndërimi i protezës dhe në ditën e nëntë iu hoq krejtësisht. Në ditën e njëzet pas operacionit, e sëmurura doli nga spitali me një vaginë të formuar në mënyrë artificiale me madhësi rreth 10 cm. gjatësi dhe 2-3 gishta gjërësi, aq sa spektrumi vaginal futej lirshëm në të dhe me një epitelizim të formuar në mënyrë të plotë. Pas gjashtë dhe nëntë muaj, kontroulli vuri në dukje se vagina ruante një madhësi të njëjtë me kohën e daljes. Fenomene inflamatore nuk u konstatuan dhe nga të dhënat e partnerit dhe të vetë asaj rezultoi se kontaktet seksuale kryheshin pa asnjë veshitësi.

Diskutimi i materialit

Në të tre rastet tona, veç mungesës së vaginës, paraqitet dhe mungesa e mitrës dhe anomali të tjera të organeve gjentiale. Kështu Pierre Brocq e bp. thomë se mungesa e plotë e vaginës është gjithënjë e kombinuar me mungesën e zhvillimit të mitrës. Tanimë në literaturë citohet se krahas anomalive të vaginës takohen jo vetëm anomali të organeve gjentiale, por dhe të atyre urinare si një veshkë, veshkë ektopike ose ureter tepër i gjatë (Cali W. e bp., Kaser O. e bp., Tommy E. Evans). Plikërisht kjo është dhe arsyeja se në rastet e anomalive të tilla për të sqaruar saktësisht gjendjen këshillohet laparoskopia ose laparotomia.

Përsa u përket indikacioneve për ndërhyrje ka mendime të ndryshme, duke i përmblendhur kryesisht në dy grupe kryesore: disa janë për kryerjen e operacionit vetëm atëhere kur dëshirohet për marrëdhënie seksuale (Pierre Brocq e bp., Felix von Mikulicz e bp., Kaser O. e bp.). Një vaginë artificiale, që nuk funksionon, rrudhet dhe bëhet e papërdorëshme (pra do të ishte dicka krejtësisht e kotë të krijesh tanimë një vaginë artificiale profilaktike, fjala vjen, tek një vajzë 15 vjeçare (Felix von Mikulicz e bp.). Autorë të tjerë mendojnë se ndërhyrja kirurgjikale të bëhet para moshës së pubertetit (Miller, Willson e bp., Cotte e bp., Morrel, Popoff — të gjithë cituar nga Pierre Brocq e bp.). Këta bazohen në faktin se një anomali e tillë, tek subjekte tanimë të zhvilluar plotësisht nga ana seksuale, do të ndikojë pa tjetër thellë në psikikën e tyre. Por përfundimisht për krijimin operator të vaginës artificiale në literaturë njihet vetëm një indikacion: dëshira e shprehur nga femra për marrëdhënie seksuale normale.

Edhe përsa i përket mënyrës kirurgjikale të formimit të vaginës artificiale, mendimet janë të ndryshme. Në Francë sot më tepër janë partizanë të kllivazhit të thjeshtë dhe shumica e gjinekologëve kudo kanë hequr dorë nga ndërhyrjet abdominale në këtë patologji. Kjo për arsye të karakterit benigni të ndërhyrjes dhe mundësisë së epitelizimit në mënyrë të vetëvetishme edhe në thellësi të vestibulimit (Elbim A.

e bp.). Duke iu referuar literaturës del se mënyra e transplantimit të epidermist, sipas Kirschner e Wagner, është e thjeshtë në zbatim, por vagina e formuar ka prirje për cikatrica e kështhu duhet të buzohtë herë pas here (Langer H.). Formimi i vaginës me anën e zorrës së hollë, sipas Baldwin-Mori, jep sekrecione të shumta, të cilat shkaktojnë iritacione rreth organeve gjemiale dhe sipas Schubert e Schmidt, shqërdhet me një vdekshmëri në nënat në masën rreth 14,7% (Felix von Mikulicz e bp.). Plastika me anë të sigmës ka më shumë përkatës dhe vdekshmëria në nënat është më e ulët dhe rezultatet e largëta janë më të mira (Aleksandrov M.S., Rososhanski A.A.). Në literaturën tonë mjekësore janë botuar dy raste të krijuar të vaginës artificiale. Rasti i parë, ku grunaja kishte një mungesë të plotë të vaginës; ajo u krijuar me anë të zorrës së hollë sipas Baldwin-Mori (Drasa M.), ndërsa rasti i dytë kishte një atrez, ku vagina u krijuar sipas mënyrës Dupuytren-Gambarov-Wharton-Counselor (Boga P.). Të dy rastet përfunduan me sukses.

Për krijimin e vaginës artificiale sot më tepër janë përdorimin e membranave amniotike (Helsing W., Langer H.). Kjo mënyrë kirurgjikale është e thjeshtë në zbatim, më pak traumatike, komplikacionet janë të rralla, vdekshmëria është e ulët, epitelizimi është i butë dhe i zakonshëm, sekrecionet që eliminohen janë të pakta dhe rezultatet janë të qëndrueshme. Kjo është pikërisht edhe arsyeja që në krijimin e vaginës artificiale, ne kemi ndjekur këtë rrugë operimi.

Në suksesin e ndërhyrjes kirurgjikale për këtë qëllim, një rëndësi të madhe ka edhe lloji i protezës. Në rastet tona ne kemi përdorur një shiringë me bek të sharruar. Një protezë e tillë i përshtatet mjaft karnalit të krijuar, nuk e dëmton mukozën, jep mundësinë e kryerjes së lavazheve të vaginës dhe, në të njëjtën kohë, nëpërmjet të mureve të gelqit, mund të gjykojmë mbi shkalën e formimit të epitelizimit të vaginës së ardhshme. Kohët e fundit janë përdorur me sukses edhe proteza nga plesiglas dhe masa të tjera plastike (Frikentscher R. e bp., Zander J. e bp.).

Rastet e mbetjes me barrë në patologjitë e mungesës së vaginës janë tepër të rralla dhe, sipas të dhënave, një pjesë e mirë e grave të tilla adoptojnë fëmijë (Tommy E. Evans)

Konkluzione

1) Në tre rastet me mungesë të vaginës (dy me mungesë të plotë dhe një me mungesë të pjeshme të saj) në të njëjtën kohë janë konstatuar dhe mungesë e mirës si dhe anomali të tjera të organeve gjemiale.

2) Krijimi i vaginës artificiale u krye me anë të transplantimit të membranave amniotike (të marrura si nga lindjet me rrugë vaginale dhe nëpërmjet të seksio cezarsë) sipas Brindeau-Burger, duke përfunduar me shërim të plotë dhe pa asnjë komplikacion.

3) Si rezultatet e afërta ashtu dhe ato të largëtat (pas 12 muajsh), në rastet tona, kanë qënë mjaft të kënaqëshme.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aleksandrov M.S.: Obrozovanie iskusstvenovo vlagalishga iz sigmoidnoi kishki. Medgiz 1955.
- 2) Boga, P.: Nje rast kolpoezë që dha mundësinë e lindjes së femijës. Buletini i USHT — seria shkencat mjekësore 1962, 3, 76.
- 3) Call W., Robert, Joseph H. Prati: Congenital absence of the vagina: Longterm Results of vaginal Reconstructions in 175 cases — in Greenhill Year Book of Obstetrics and Gynecology — Year Book Medical Publishers. Chicago 1968, 458.
- 4) Drasa M.: Nje rast vagine artificiale. Shtudetesia popullore 1960, 1, 27.
- 5) Eblin A., Lazare A.: Traitement de l'aplasie congénitale du vagin par colco-plastie. Revue française de Gynecologie et d'Obstétrique 1966, 5, 319.
- 6) Felix von Mikulics-Radecki: Bildung einer künstlichen scheidē durch trans-plantation — in Gynakologischen Operationen, Dritte Auflage, Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1963, 118.
- 7) Fikentscher R., Semm K.: Zum Problem der behandlung der Aplasie vaginae und der Palasia vaginae et cervicis. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1966, 26, 132.
- 8) Helbing W.: Zur klinik und Operation der Aplasie vaginae, Zentralblatt fur Gynakologie 1963, 85, 1173.
- 9) Kaser O., Ikle A.F.: Atlas der Gynakologischen Operationen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1965, 254.
- 10) Langer H.: Zur Operation der Scheidenaplasie, Zentralblatt fur Gynakologie 1960, 82, 374.
- 11) Pierre Brocq, Claude Beclere: Précis de Gynécologie. Masson ed. Paris 1956, 12-13.
- 12) Rososhanski A.A.: Ob otdaliohni rezultatah operaci obravzavania iskusstvenovo vlagalishga iz otrzok kishchnih petel, Akushertvo i Ginekologija 1964, 6, 98.
- 13) Tommy E. Evans: The artificial vagina. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1967, 99, 944.
- 14) Zander J., Bothmann G.: Eine verbesserte Prothese zur Nachbehandlung kunstlicher Scheiden, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1970, 30, 100.

Summary

ARTIFICIAL VAGINA

The surgical treatment if described of three cases, in two of which the absence of the vagina was complete and one had only a partial vagina. Artificial vagina, in these cases, was created by grating amniotic membranes according to the technique of Brindau-Bürger. The early and late results of the operation were satisfactory.

Comparisons are made between this method and those used by others, and the results are discussed.

Résumé**VAGIN ARTIFICIEL.**

L'article traite du traitement chirurgical de deux cas d'absence complète de vagin et d'un cas de défaut partiel. En vagin artificiel dans ces cas a été créé au moyen de la transplantation des membranes muqueuses d'après la méthode de Brindeau-Bürger. Les résultats, rapides ou tardifs, ont été satisfaisants.

✱ A la fin de son travail, l'auteur compare le procédé à d'autres méthodes employées et en commente les résultats.

EKZAMINIMI RONTGENOLOGJIK NË SËMUNDJET E SUPRARENALEVE

— HYSEN KARAJ — VASIL BAKALLI —

(Katedra e Propedeutikës.)

Gjatë periudhës katër vjeçare (1971-1974) në spitalin nr. 1 të Tiranës, për ekzaminimin e të sëmurëve me patologji të gjendrave suprarenale, ne kemi përdorur këto ekzaminime: pneumoretroperitoneumin (PRP), të kombnuar ose jo me urografi intravenoz, dhe tomografi, ekzaminimin radiografik të skeletit, «*sellia turstica*» dhe toraksit.

Sot një aplikim të gjërë ka marrë dhe ekzaminimi me kontrast i enëve të gjakut të gjendrave suprarenale, por megjithëkëtë kompleks ekzaminimesh, patologjia e këtyre gjendrave ende mbetet një problem i pazgjidhur për mjekësinë.

PRP, si metodë diagnostikuese në mjekësi për herë të parë u fut në 1947-1948 nga mjeku spanjoll Riviz-Rivas dhe përdoret edhe sot në shumë klinika.

Pregatitja e mirë e të sëmurit ndihmon shumë për interpretimin e drejtë të imazhit radiologjik. Prandaj një ditë para ekzaminimit, të sëmurit i kemi dhënë 40 gr. vaj ricini, ndërsa atyre që janë me meteorizëm të theksuar u kemi dhënë për një javë rjesht *carbo vegetalis* katër herë të theksuar u kemi dhënë dhe iu është këshilluar lëvizje aktive. Në disa nga dy tableta në ditë dhe iu është cilat kemi shtuar karbon. Raste kemi bërë edhe klizma pastruese, në të cilat kemi shtuar karbon. Për kryerjen e PRP të kombnuar me urografi intravenoz, 24 orë para ekzaminimit, është bërë dhe prova e jodit. Ditën e ekzaminimit, i sëmurit vjen esell.

Përpata bëries së PRP bëjmë një grafi direkte të abdomenit për të parë pregatitjen e të sëmurit, kalçifikimet eventuale të suprarenaleve, spostimin e reneve nga tumoret e suprarenaleve, osteoporozën dhe frakturat në kolonën torako-lumbare, bagjin eti. Pasi kemi vendosur të sëmurin në pozicionin *genu — pectoral*, bëjmë përpunimin e lëkurës së regjimit koksigeal me jod, alkool dhe pastaj anestezinë shtresë pas shtresë të zonës midis rektumit dhe koksigeusit me solution novokain 0.25% / 60 — 80 ml. Ky infiltrim, përveç anestezisë, ka për qëllim të krijojë një hapësirë më të gjërë midis rektumit dhe koksigeusit, gjë që mënjanon rënien e gazit në zorrë dhe i hap rrugën atij për të kaluar në hapësirën retroperitoneale (1,4). Punksioni bëhet në drejtim lart, presakrjal sipas DE GENNES (fig. 1). me një gjilpërë punkSION lumbbar, nëpërmjet të cilës futet oksigjen me anë të një kamardareje, të lidhur me dy tuba me një shtrirngë 200 cc (fig. 1). Para futjes së oksii-

gjent, me arën e gishtit tregues të dorës së majtë të futur në rektum, gjithmonë kontrollohet drejtimi i gjilpërës dhe, me arën e një shiringe bëhet aspirimi në katër plane për të parë se mos jemi në një vazë gjaku (megjithëse ky regjion është i varfër në to) për të mënjannuar emboline gazeze.

Si kriter orientues për sasinë e oksigjenit të futur në hapësirën retroperitoneale kemi marrë ndryshimin e tingullit perkutor në regjionet lumbare para dhe pas futjes së oksigjenit deri sa ai të bëhet timpanik dhe i sëmurri të ndjejë dhembje rënduese në këto regjione. Zakonisht, sasia mesatare, e futur nga ne, ka qenë 1500-2000 cc oksigjen. Për mënjanimin e dhembjeve të theksuara ka rëndësi që gazit të futet ngadalë afërsisht për 10-15 minuta. Me të mbaruar futjen e oksigjenit, heqim gjilpërën e punksonit dhe e shtrijmë menjëherë të sëmurin në shpinë dhe bëjmë një grafi, që shërben si orientuese në se oksigjeni është në hapësirën retroperitoneale ose në zorrë dhe në se ai është shpërndarë në të dy anët njësoj apo jo. Pastaj të sëmurin e lenë në pozicion genu pectoral për 30 minuta dhe pas kësaj e vemë në pozicion shtrirë në shpinë dhe bëjmë grafi të tjera, të shoqëruara me tomografi dhe urografi. Tomografia shërben për të vënë në dukje më mirë kalçifikimet e suprarenaleve dhe për të mënjannuar imazhin e gazeze.

Për marrjen e shtresave të tomografisë, ne jemi nisur nga kriteri i Ptiel Ja.A. e bp.: i sëmurri i shtrirë në shpinë mbledh këmbët 90 gradë në gjunjë për të zvogëlluar lordozën lumbare, pastaj nënim distancën nga linea medio klavikulare në vendim: ku ajo kryqëzohet me hartkun kostal deri tek tavolina e grafis. Kjo distancë ndahet në katër pjesë të barabarta. Veshkat dhe suprarenalet vendosen në 2/4 inferiore të kësaj ndarjeje, që zakonisht iu përgjigjet shtresave nga 5. deri 9 cm, duke filluar nga tavolina.

Pneumoretroperitoneumi është një metodë ekzaminimi, që paraqet trezige dhe ndërlikime të ndryshme. Landes dhe Ranson nga 12.000 PRP të bëra kanë pasur 58 vdekje dhe 64 ndërlikime të rënda; Cochi nga 20.000 PRP të bëra ka pasur tetë vdekje dhe 13 ndërlikime të rënda (cituar nga Pierepust A.L.). Nga 70 PRP të kryera, ne nuk kemi pasur asnjë vdekje ose ndërlikim të rënda. Nga të gjithë pacientët tanë kemi pasur një dispnë të lehtë dhe shtëngim në fytyrë, si pasojë e kalimit të oksigjenit midis diafragmës dhe peritoneumit, por më së shpesh në mediashtin posterior, nëpërmjet hiatusve posteriore të diafragmës, duke shkaktuar pneumomediastinum dhe enfizemë të qafës. Shqetësimet e mësipërme janë më të shprehura kur kemi kalim të menjëhershëm të pacientit nga pozicioni horizontal në atë vertikal, prandaj i sëmurit duhet të pjerët që këmbët të jenë lart dhe koka poshtë. Tek një i sëmurë kemi vënë re një enfizemë subkutane skrotaie, gjë që ndodh në rasin kur gjilpëra, gjatë punksonit, nuk kalon përtej ligamentum ano-koksigeal. Po për këtë arsye, tek një pacient shumë obez patëm si ndërlikim një enfizemë subkutane të gjymtyrëve të poshtme dhe të regjionit glutéal. Tek të dy të sëmurët, oksigjimi u rezorbua plotësisht pas 24 orëve. Nga përvoja janë vënë re se tek pacientët obezë kemi një vecim (shkollitje) të pakët të indit retroperitoneal nga renët, ose supra-

renet, gjë që shkaktohet nga prania e një sasive të madhe të indit adipoz, duke penguar kështhu që organet e larhtëpërmëdura të duken mirë.

Mos rrethimi me ajër i reneve dhe i suprarenave mund të shihet gjithashtu në rastin e proceseve inflamatore aderençiale, në tumorët e reneve ose suprarenave me infiltrim në indet për rreth, në hepatomegali, splenomegali, gjendjet post operatore, në ato gjendje pira që pengojnë hyren e ajrit (Lemaitre G. e bp., Turano L.).

Gjatë kater vjetëve (1971-1974) me anën e PRP ne kemi vënë diagnozën e tumorit të suprarenales në shtatë pacientë, ndër të cilët gjashtë i janë nënshtruar ndërhyrjes kirurgjikale dhe diagnoza radiologjike është përputhur me diagnozën kirurgjikale në katër raste, ndërsa në dy raste, diagnoza radiologjike ka qënë e gabuar. Përveç këtyre rasteve ne kemi edhe një rast tjetër me morbus Conn nga ana klinike, ku diagnoza radiologjike me anën e PRP nuk vinte në dukje ndryshime patologjike, por gjatë ndërhyrjes kirurgjikale u zbulua adenomë e suprarenales së majtë me madhësinë e një lajthe.

Nga të dhënat e autorëve të ndryshëm (3), tumorët hormonale aktive të suprarenaleve takohen rrallë, gjë që vjen si pasojë gofë e polimorfizmit klinik dhe e lokalizimeve ektopike, gofë të një numri të madh ndryshimesh të formës dhe të madhësisë, që nga ana radiologjike, e bën të vështirë të dallosh normën nga patologjia. Sipas Pierrepust All., suprarenalja e majtë është pak më e madhe se e djathta, ndërsa të marrura veç e veç, përmasat e hijeve të tyre radiologjike në pozicion horizontal të të sëmurit janë: e djathta me gjërësi të bazës 2 cm. (1 deri 3.5 cm.) dhe lartësi 2.5 cm. (1.5 deri 4.5 cm), ndërsa e majta me gjërësi të bazës 2.4 cm (1 deri 4.5 cm) dhe lartësi 2.5 cm (1 deri 3.5 cm). Sipas Steinbach dhe Smith (cituat nga Santokij I.M. e bp.), sipërfaqja normale e suprarenaleve në tomografi ndryshon midis 2—7.8 cm² për të djathtën dhe 2—8.7 cm² për të majtën, po qe sipër këtyre shifrave atëhere fillet për hiperplazi. Ndërsa, sipas De Genes (cituat nga Turano L.), në përgjithësi suprarenalet janë normale kur nuk ka lojnë përmasën e një vertebre lumbare.

Nga të pesë tumorët e verifikuara gjatë ndërhyrjes kirurgjikale, katër kanë qënë të shogërruara me simptomët e sindromit Cushing dhe një me atë të morbus Conn. Tek një pacient, të cilit iu vu diagnoza e tumorit të suprarenales, por që nuk iu nënshtrua ndërhyrjes kirurgjikale, nuk kishim asnjë shenjë klinike endokrine. Dy pacientët e operuar, tek të cilët nuk u gjetën patologji të suprarenaleve, kishin shenjat klinike të një sindromi Cushing.

Duhet të kemi parasysh, ashtu siç pohojnë edhe autorë të tjerë (3), se në disa raste indi adipoz, rreth veshkave, mund të merret për tumor të suprarenales ose nga ana tjetër, tumorët e suprarenales mund të merren për ind adipoz rreth veshkës, gjë që ka ndodhur edhe tek dy pacientët tanë, ku diagnoza radiologjike e tumorit të suprarenales nuk u vërtetua gjatë ndërhyrjes kirurgjikale. Shpesh gjatë interpretimit të PRP mund të merren për imazhe tumorale të suprarenales imazhe të tilla normale si ai i fshikës së tanthit, bulbit duodenal, anttrum gastricum lieni, pankreasit, ligamentum gastro colicum etj. (1).

Përmasat e tumoreve të diagnostikuara nga ne kanë qënë sa një kokërajt deri në 12 cm.

Pferepust A.L., Sutton D. e të tjerë pohojnë faktin se tumorët me përmasa më të vogla se 1,5 cm. nuk është e mundur të diagnostikohen me anën e PRP, por vetëm me anën e ekzaminimit me kontrast të vazave suprarenale. Sipas Sutton D., arterografia suprarenaliane, në rastin e tumoreve të gjendrës suprarenale, është më pak e efektshme se PRP dhe se tumorët shumë të vegjël të saj nuk diagnostikohen dot me arteriografi, por vetëm me anën e flebografisë suprarenalijane selektive. Është parë se vena suprarenale e majtë mund të kateterizohet në mënyrë selektive shumë më lehtë sesa e djathta me ndihmën e një kateperi special me formë të parapregatitur. Për veshën suprarenale të djathtë, kjo metodë është më e vështirë, sepse vena e kësaj ane është më e vogël dhe derdhet drejtpërdrejt në vena kava inferior.

Tek pacienti me morbus Conn, tek i cili në operacion u gjet një adenomë sa një lajthi, me anën e PRP, nuk u panë ndryshime të formës, madhësisë dhe homogjenitetit të gjendrave suprarenale dhe kjo, mendojmë, se lidhet me atë çka thamë më sipër.

Spostimin e renit nga masa tumorale e kemi parë në dy raste si në grafinë direkte edhe në urografi në intravenoze. Nga pesë tumorët e operuar, katër kanë qënë beninj dhe një malinj, tre në seksin femër dhe dy në seksin mashkull. Rasti i paoperuar ka qënë femër.

Nga këta gjashtë tumorë, një ka qënë në anën e majtë dhe pesë në anën e djathtë. Zmadhimet e suprarenaleve si top ose polciklik janë tipike për formën tumorale (Turano L.), të cilën ne e kemi vërejtur në të katër pacientët e operuar, por është e vështirë të diferencohet në se është beninj apo malinj (fig. 2, 3). Megjithatë, në favor të tumorit malinj flasin konturet e rregullta të suprarenales së deformuar, prania e kalçifikimeve, që vijnë si pasojë e nekrozës së tumorit dhe që shihen mirë me anën e tomografisë, rritja e shpejtë e masës tumorale, drania e metastazave në mediastin, pulmone, tru, kocka, hepar etj. (Lennaitre G. e bp.). Në rastin e metastazave hepatiche, konturi medial i heparit në PRP duket i fryrë dhe jo i gartë dhe gjendra suprarenale mund të mos rrethohet me gaz, si pasojë e infiltrimit të tumorit në indet për rreth. Në rastin e një pacienti kemi pasur një atrofi të suprarenales së anës së kundërtë nga tumori, e cila shpjegohet me biloktimin e hormonit adrenokortikotrop të hipofizës (Santockij I.M. e bp.).

Në diagnostikimin e tumoreve të suprarenaleve, një rëndësi të veçantë merr edhe ekzaminimi radiologjik i skeletit p.sh. një grafi sagitale e kokës shëben për të njohur gjendjen e kockave që rrethojnë hipofizën, për të diferencuar një morbus Cushing nga një sindrom Cushing.

Radiografia e «sella turcica» duhet bërë gjithmonë kur kemi të sëmurë me shenja të patologjisë hipofizare dhe ngushtin të karnpit vizim. Ekzistenca e një sella me vëllim normal nuk përjashton mundësinë e një patologjie hipofizare, prandaj duhen përdorur metoda të tjera diagnostike për zbulimin e saj. Sigj dilet, osteoporozja është një simptom i hershëm dhe më i qëndrueshëm i sindromit Cushing, por që të përcaktohet radiologjiktisht në faza të herëshme, duhet të kemi një humbje prej 20% të substancave minerale në indin kockor (Reinberg S.A. — cit-

tuar nga Santockij I.M. e bp.). Ajo shfaqet më herët në kranium, kolonën torakë lumbare, bacin, për shkak të ngarkesës së madhe që ushtrohet në këtë pjesë dhe më rrallë në anëste.

Si pasojë e osteoporozës shpesh shihet një kifoze e kolonës vertebrale dhe vertebrat bëhen si vertebrë peshku (Cod Fish). Tek të sëmurët tanë, ne e kemi vënë re osteoporozën e gjeneralizuar dhe vertebrat si të peshkut me një frakturë kompresive të lumbarës së parë tek një pacient (fig. 4). Ka rëndësi të diferencohet osteoporoza e sindromit Cushing nga ajo e metastazave, proceseve inflamtoare dhe tuberkulare. Për këtë një ndihmë të madhe jep tomografia, në të cilën, në rast se kemi të bëjmë me sindrom Cushing, nuk kemi vatra transparente në kockë, siç kemi në metastazat, proceset inflamtoare dhe tbc. Në rastin e femijve kemi jo vetëm osteoporozë të gjeneralizuar, por edhe një vonesë në rritjen e skeletit, shfaqjen me vonesë të nukleuseve të osifikimit dhe sinostozës së zonave meta epifizare (Santockij I.M. e bp.).

Në sindromin Cushing, një vend me rëndësi zenë dhe rregullimet e sistemit kardiovaskular, si pasojë e rritjes së presionit arterial si sistolikut dhe diastolikut, i cili ka qënë i ritur në tre nga pacientët tanë, në dy nga të cilët kemi pasur hipertrofi të ventrikulit të majtë me vendosje të majës së zemrës poshtë hijes së diafragmës dhe majtas. Aorta ka qënë e zgjatuar dhe e dilatuar në dy pacientë. Në rast se, si pasojë e mos ndërhyrjes kirurgjikale, sëmundja zgjatet, atëhere zemra mund të zmadhohet në tërësi e të arrijë deri në dekompensim.

Në të sëmurët me sindrom Cushing, por me shifra të ulta të tensionit arterial, zemra zmadhohet në përmasa jo për llogari të hipertrofisë së ventrikulit të majtë, por si pasojë e grumbullimit të dhjamit në perikard, epikard me depërtime në trashësinë e muskulive, duke shpënë kështu në ndryshime distrofike të miokardit (Santockij I.M.). Në kompleks, të gjitha këto gojnë në pengimin e punës normale të zemrës. Grumbullimi i dhjamit në egzaminimin radiologjik duket në pamjen e një hije trekëndshe të lokalizuar në këndet freniko perikardial (midis fletës parietale të perikardit dhe pleurës mediastinale), sidomos më tepër majtas, që qubet dhe trekëndshi i Ebshtejn ose Shvarc. Në vetëm tek një rast, pa shenja hipertensionie, kemi parë një zemër të tillë të dhjamosur. Në rregullimet hemodinamike ndikojnë gjithashtu edhe faktorë të tjerë si qëndrimi iart i diafragmës, që vjen si pasojë e presionit të ushtruar mbi të nga dhjami i grumbulluar në mezentërium ose nga presioni i ushtruar nga vetë masa tumorale, ashtu siç e kemi vënë re ne tek një i sëmurë. Gjithashtu rol iuan rregullimi i metabolismit të përgjithshëm.

Qëndrimi iart i diafragmës dhe kufizimi i lëvizshmërisë së saj i japin zemrës një pozicion horizontal, duke e bërë atë të duket më e madhe se dimensionet e saj të vërteta dhe duke ndikuar negativisht në ventilacionin pulmonar. Tek këta të sëmurë, duke qënë se zemra është e zhytur në diafragmë, ata duhen egzaminuar në pozicionet oblike O.A.D. në inspirim të thellë për të vënë në dukje ndryshimet eventuale në zemër.

KONKLUZIONE

1) Ekzaminimi radiologjik direkt i abdomenit në të sëmurët me patologji të gjëndrave suprarenales; në disa raste, lejon të përcaktohet masa tumorale e suprarenales; me anën e saj marrim të dhëna për praninë e kalçifikimeve në masën tumorale, spostimin e renit nga masa tumorale si dhe për gjendjen e skeletit.

2) Me anën e PRP kemi mundësi të lokalizojmë më mirë masën tumorale dhe të studjojmë gjendjen e organeve të tjera për treth saj.

3) Zmadhimi i zemrës në sindromin Cushing të shogëruar me hipertoni i kushohet kryesisht hipertrofiqë së ventrikullit të majtë, ndërsa në rastet kur mungon hipertonia i kushohet depozimit të dhjamit në të.

4) Vetëm në ekzaminim radiologjik kompleks, i lidhur me të dhënat kliniko-laboratorike mund të çojë në përcaktimin e natyrës së patologjisë tumorale të suprarenales.

Dorëzuar në Redaksi më 15 qershor 1975

BIBLIOGRAFIA

- 1) Lemaitre G., Michel J.R., Trevenier J.: *Traité de radiodiagnostic 8 appareils urinaire et genital masculin, surrenales.* Masson Editeurs 1970, 523.
- 2) Pitel Ja, A., Pitel A.Ju.: *Reintgenodiagnostika urologjeskih zabolevanij Izdatelstvo. Medicina Moskva 1966, 85.*
- 3) *Pjerepust A.I.: Reintgenodiagnostika opuholijei nadpocjechnikov.* Izdatelstvo. Medicina, Moskva 1972.
- 4) *Santockij I.M., Buhmann I.A.: Osnovi rentgenodiagnostiki i rentgenoterapi endokrinij boleznej: Izdatelstvo Medicina: Moskva 1965, fq. 47, 57, 78-88; 115-124.*
- 5) *Sutton D.: «Textbook of radiology». E. S. Livingston Edinburgh and London 1971, fq. 153, 255, 587, 601.*
- 6) *Turano L.: Trattato di radiodiagnostica. Tomo secondo unione Tipografico Editrice Torinese, fq. 586.*

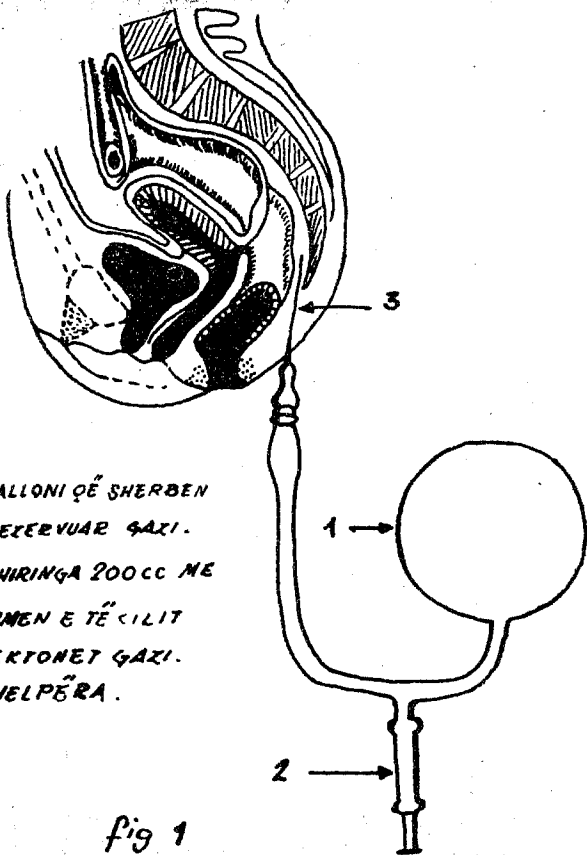


fig 1

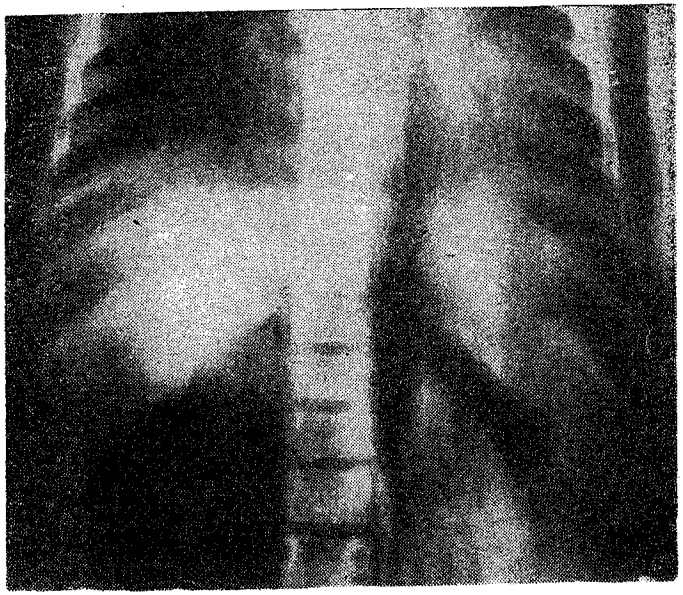


Fig: 2

Rasti 1. — Tomografia e bërë në kushtet e PRP. Mbi polin superior të renit të djathtë shihet një masë e rrumbullakët me përmasa 4,5 x 3 cm.
 Diagnoza radiologjike: Tumor i suprarenales së djathtë.

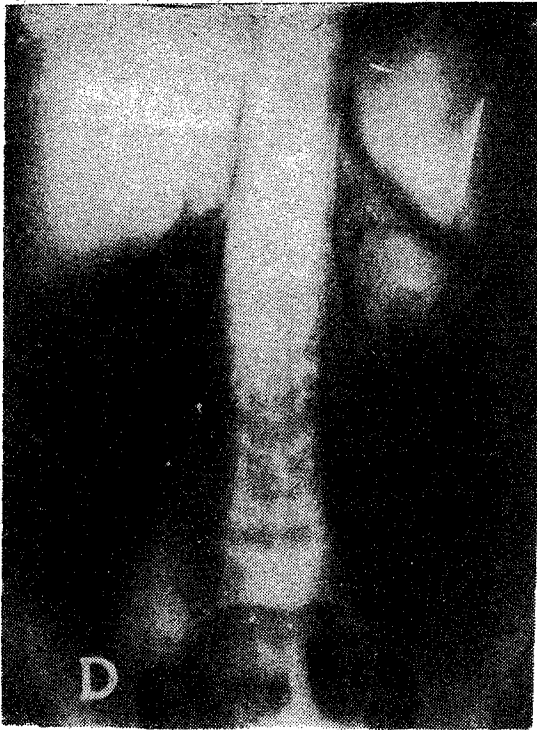


Fig. 3

Tomografia e bërë në kushtet e PRP, ku vihet re mbi polin e sipërmë të renit të djathtë një masë me përmasa 5 x 2,4 cm e rrethuar nga të gjitha anët me ajër. Diagnoza radiologjike: tumor i suprarenales së djathtë.



Fig. 4

Rontgenografia lateralo-laterale e pjesës torako-lumbare të kolonës vertebrale ku vihet re një osteoporozë e përgjithësuar e vertebraeve, të cilat kanë aspektin e «vertebraeve të peshkut». Në të vihet në dukje gjithashtu fraktura kompresive e vertebrës së parë lumbare.

S u m m a r y

ROENTGENOLOGIC EXAMINATIONS IN DISEASES
OF THE ADRENAL GLANDS

Eight cases of adrenal tumours are described. Complex examinations, including direct roentgenography, urography I/V, PRP and tomography, led to the roentgenologic diagnosis of adrenal tumours in seven of the eight cases; in one case the examinations showed no signs of tumour and the diagnosis of tumour was made during the operation. Of the seven other cases six underwent operations, which the seventh refused. Of these six patients the diagnosis of tumour was confirmed only in four; in two of them no tumour was found.

It is the authors' opinion that a complex roentgenologic examination should be combined with all the possible clinical and laboratory examinations in order to achieve a more precise diagnosis.

During the examination of patients with adrenal pathology, due importance should be given to the roentgenologic study of the skeletal and cardio-vascular systems.

R é s u m é

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DANS LES MALADIES DES GLANDES
SURRENALES

Les auteurs décrivent huit cas de tumeurs des glandes surrénales. Un examen complexe, comprenant la radiographie directe, l'urographie I/V, PPR et la tomographie, a conduit à un diagnostic radiologique de tumeurs des surrénales chez sept patients; dans un cas, l'examen complexe n'a pas révélé d'altération, mais un adénome à la arrénale est apparu durant l'opération. Six des sept patients ont été opérés. Chez quatre d'entre eux, l'opération a révélé un tumeur; pour les deux autres, le diagnostic radiologique n'a pas été confirmé.

Les auteurs estiment que seul un examen clinique complexe, de laboratoire et radiologique, peut conduire à un diagnostic encore plus précis.

Dans cet examen, il convient d'accorder aussi de l'importance à l'étude radiologique du squelette et du système cardio-vasculaire.

NJË RAST I KORIGJIMIT TË DEFEKTIT TË KOMBINUAR TË ORGANEEVE TË FYTYRËS ME NDIHMËN E TUBAVE TË FILATOVIT

ABDULLA BILALI

(Spitali i Rrethit — Shkodër)

Defektet e kombinuara ose të veguara të organeve të fytyrës takohen jo rrallë gjatë jetës së përditshme. Ato mund të jenë pasojë e sëmundjeve, traumave, dëgjëve, ngritjeve dhe defekte të lindura. Në varësi nga lloji i sëmundjes ose i traumave, ato mund të jenë të thjeshta ose të ndërlikuara, në një organ ose në dy e më shumë organe të fytyrës, duke shaktuar çrregullime funksionale, anatomike dhe kozmetike.

Problemi i korigjimit të këtyre defekteve ka qënë dhe mbetet një nga problemet kryesore të kirurgjisë plastike maksilo-faciale. Korigjimi i tyre, nëpërmjet plastikave me treëndsha ose plastika të lira, ka ardhur duke u perfeksionuar, saqë sot, për zëvendësimin e çdo organi të vegantë ose të kombinuar në fytyrë, ekzistojnë metoda të ndryshme, të cilat sa vijnë e plotësojnë njëra tjetrën.

Me korigjimin e defekteve të mëdha siç janë buzët, hunda dhe veshët ose me zëvendësimin e tyre janë marrë qysh në kohët e vjetra.

Nuk ka dyshim se një hop cilësor përpara ka bërë kirurgjia plastike faciale, kur më 1916, Filatov A. N. futi në përdorim metodën e korigjimit dhe zëvendësimit të defekteve të fytyrës me ndihmën e tubit të rumbullaktë prej lëkure. Qysh nga ajo kohë janë përpunuar shumë metoda, duke përdorur jo vetëm plastikën e lëkurës, por edhe të kockave e të kartilagove për korigjimin e defekteve të fytyrës.

Në këtë drejtim kanë punuar Limberg A. A. (1930), Bogarez (1935), Rayer A. E. e bp (1943), Ivanov (1955), Minelson e shumë të tjerë.

Gjatë praktikës sonë disa vjeçare, ne kemi takuar disa raste me defekte të organeve të regjionit facial, për korigjimin e të cilave kemi përdorur metoda të ndryshme që nga plastikat e lira deri tek përdorimi i tubave të Filatovit. Një nga ato raste me defekt traumatik të organeve të fytyrës është edhe ky që do të përshkruajmë më poshtë:

Fëmija Z. K., pesë muajsh, nga fshatrat e Pukës, u shtrua në spital më 31.V.1967 me nr. karteje 4033, me diagnozë «kafshim nga një kafshë në fytyrë, me gjendje septike».

Nga anamneza rezultoi se fëmija është dëmtuar nga kafsha 24 orë më parë dhe në një gjendje të tillë të rëndë sillet në spital për ndihmë mjekësore. Në ekzamhinimin e fëmijës konstatohen defekte të organeve të fytyrës, duke filluar buza e poshtme në anën e majtë, të procesit

alveolar të mandibulës të keqaj ane, të buzës së sipërme së bashku me pjesën frontale të procesit alveolar të maksilës dhe defekt komplet të hundës. Të gjithë indet për rreth defekteve ishin të edematizuara, të cianotizuara me erë gangrenozë, femija ishte në gjendje të rëndë sepilike.

Menjëherë femijës iu bë përpunimi i plagëve, duke ekzizuar të gjitha pjesët e nekrotizuara dhe duke e reanimuar me transfuzion e medikamente të tjera. Për disa ditë, gjendja vazhdoi e rëndë, sepse gjatë kësaj kohe, femija kaloi dhe sëmundje të tjera shqoqëruese si bronkopneumoni, që u favorizuan nga defekti në buzë dhe në hundë.

Pasi u shërua nga sëmundjet shqoqëruese dhe pasi plagët u cikatrizuan, më datën 9.II.1968, femija u operua duke iu bërë plastikë me tre-këndsha për korigjimin e buzës së poshtme. Plaga operatore u shërua **per primam** dhe defekti në buzën e poshtme u korigjua.

Duke pasur parasysh se defekti në buzën e sipërme ishte mjaft i madh dhe përfshinte procesin alveolar, që komunikonte dhe me defektin total të hundës, ne arritëm në konkluzion se vetëm nëpërmjet plastikave me tub Filatov mund të korigjohen këto defekte. Për këtë qëllim u hartua një plan i përgjithshëm për zëvendësimin e këtyre organeve, duke e ndarë në këto etapa:

1) Në etapën e parë, pregatitja e tubave të Filatovit për plotësimin e defektit në buzën e sipërme dhe në procesin alveolar.

2) Në etapën e dytë, gvendosja e këtyre tubave pas stërvitjes të tyre në dorë dhe nga dora në fytyrë.

3) Në etapën e tretë, pas vendosjes së dy tubave, bashkimi i tyre duke korigjuar dhe procesin alveolar dhe buzën e sipërme.

Duke pasur këtë radhitje pune, në periudha të ndryshme kohe, u pregatitën dy tuba Filatov, njëri në regionin torako-abdominal të djathtë dhe tjetri në krahun e djathtë. Pas stërvitjes me lastikë të tyre, sipas rregullave, duke filluar nga 5 deri në 15 minuta tri herë në ditë, duke rritur çdo ditë nga 5 deri në 10 minuta për shtatë ditë.

Pas korigjimit të buzës së sipërme (më 19.VI.1973) dhe të plotësimit të bosllëkut në procesin alveolar, sipas disa parimeve të metodës E. M. Zhak, u kalua në etapën e dytë të plantit të përgjithshëm dhe pikërisht të zëvendësimit të hundës. Për këtë qëllim, megjithëse moshë e fëmijës ishte e vogël (6 vjeçare), u përpilua një plan pune.

Në etapën e parë u formua një tub i Filatovit i pregatitur në regionin torako-abdominal të majtë me gjatësi 12 centimetra dhe gjërësi katër centimetra, duke e bërë këtë pas disa matjeve paraprake të hundëve tek fëmijët e moshave gjashtë deri 14 vjeç, për gjetjen e një madhësie mesatare.

Më 19.IV.1974, pasi u bë trajnerimi i këndit distal të tubit, u kalua në etapën e dytë të operacionit, të translokimit të tij në dorë dhe më vonë (17.V.1974) nga regjioni torakal në **radix nasi**.

Në të gjitha rastet e zhvendosjes së tubave të Filatovit është përdorur fiksimi me alçi i dorës me atë regjion ku ishte i fiksuar tubi për të siguruar qetësi dhe regjenerim të shpejtë të tij.

Kur u siguruan se tubi i vendosur në bazën e hundës ishte regjeneruar dhe pasi kishin kaluar katër javë, u krye rinoplastika. Operacioni dhe periudha pas operacionit kaloi mirë, defekti u korigjua, plaga u shërua pas një supuracioni në këndin e djathtë të flegrës së hundës.

Ashtu si dhe gjatë ndërhyrjeve të tjera edhe tani u përdorën anti-biotikë dhe medikamente të tjera.

Duhet thënë se në mes intervaleve të operacioneve të mëdha janë kryer disa operacione më të vogla siç janë: korigjimi i këndeve të buzëve, vendosja e mukozës orale dhe nga buza e poshtme me lambo për krijimin e vijës së kuge mukozale të buzës së sipërme eji.

Për kalimin në etapën e tretë të planit të përgjithshëm për vendosjen e kartilagos ose të ndonjë cope kockore në hundë, fëmija do të shtrohet përseri, ku krah kësaj, do t'i përfundohet dhe plastika në mukozën e buzës së sipërme, duke bërë njëkohsisht dhe protezimin e dhëmbëve frontale.

Deri në kohën e punimit të këtij artikulli, fëmija është shtruar në spital dhjetë herë dhe është operuar 28 herë, nga të cilat dy herë fëmija ka tërhequr dhe shkëputur tubin e Filatovit nga dora.

Dorëzuar në redaksi më 15. IX. 1974

BIBLIOGRAFIA

- 1) Filatov A. N., Beringer Ju V. etj: Peresadki i zameshthenia tkanel i organov. Leningrad 1960, fq. 11-24, 87-97.
- 2) Limbreg A. A.: Planirovanie mestnoplashchekih operacii na povernosti tela. Leningrad 1963, fq. 49, 60, 75, 165.

Summary

CORRECTION OF A COMBINED DEFECT OF THE FACIAL ORGANS BY THE USE OF FILATOV TUBES

A description is presented of the methods of treatment and correction by grafts of combined defects of the face: the nose, the lips, **processus alveolaris** of the lower and party of the upper jaws. The child, brought to the hospital in a state of severe intoxication, was re-animated and, after the preparation of the necessary wounds, two Filatov tubes were prepared.

In the meantime the correction of the lower lip was performed by a plastic operation in triangles.

The child underwent 28 interventions, using a general plan divided into three stages.

The various stages of the operation are illustrated in the accompanying photographs.

R é s u m é

UN CAS DE CORRECTION DE DÉFAUT COMBINÉ DES ORGANES
FACIAUX A L'AIDE DES TUBES DE FILATOV

L'auteur décrit les méthodes de traitement et de correction par greffe d'un défaut combiné du visage: au nez, aux lèvres avec un processus alvéolaire du maxillaire supérieur et en partie de la mandibule. L'enfant amené à l'hôpital dans un état toxique grave a été réanimé et après le traitement et la guérison des plaies il lui a été préparé deux tubes de Filatov.

Entre-temps il a été procédé à la correction de la lèvre inférieure au moyen d'une opération de plastique en triangles.

L'enfant a subi 28 opérations, suivant un plan général divisé en trois étapes. Les divers stades de l'opération sont illustrés dans des photos annexes.



Foto 1

Para operacionit. Pas përpunimit
dhe shërimit të plagëve.



Foto 2

Moment pas korigjimit të buzës së
poshme. Përgatitja dhe shërvitja e
tubave të Filatovit. Vendosja e një-
rit ekstremitet në dorë.

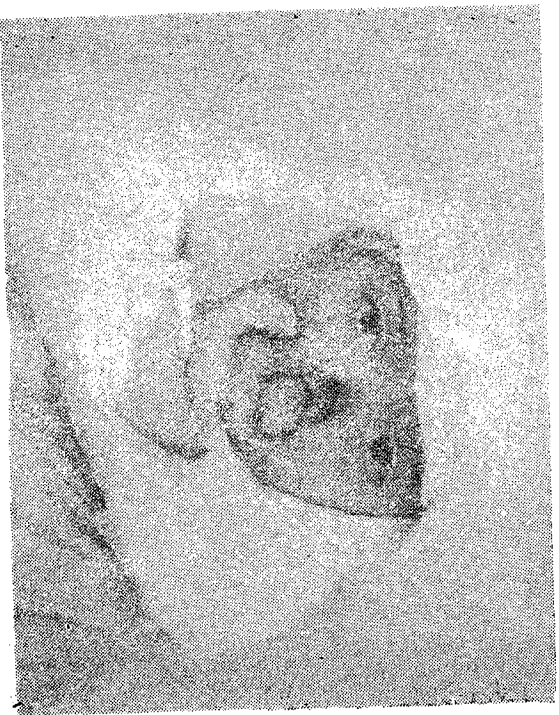


Foto 3

Vendosja e ekstremiteit t'jetër të tubit në faqe për formimin e buzës së sipërme.





Foto 5

Vendosja e njërit ekstremitet në kufirin e buzës së sipërme në anën e majtë.

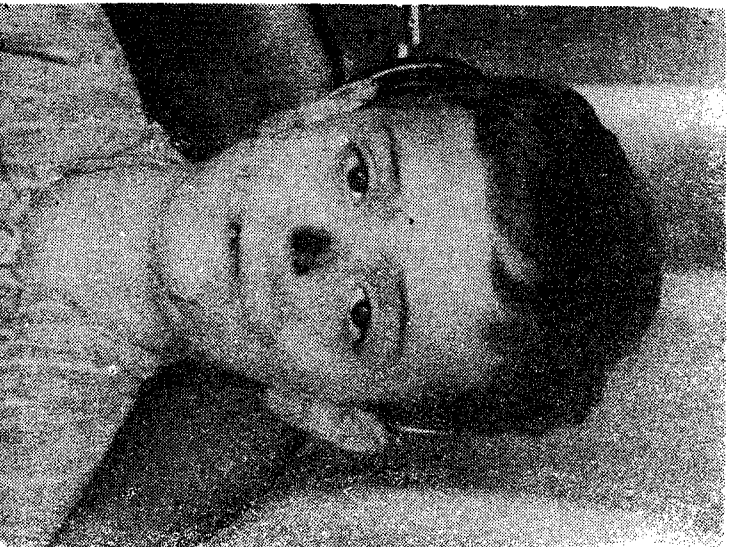


Foto 6

Bashkimi i dy inhave të Filatovit për formimin e buzës së sipërme



Foto 7

Moment pas translokimit të tabit të Filatovit nga re-
gjioni thoraxo-abdominal
në «radix nasae» dhe stër-
vija e tij.



Foto 8

Një muaj pas Rhinopla-
stikës.

DISA RASTE KLINIKE TË ALERGIJISË NGA PROTEZA ME REZINË ARTIFICIALE

— OSMAN HOXHA —

Nga pikëpamja klinike, alergjia është një reaksion anormal i një organizmi në kontakt me një substancë të huaj kundrejt së cilës është bërë në përparë sensibël.

Edhe në stomatologji mund të ndeshemi me fenomene alergjike, të shkaktuara nga mjekimet dhe materialet e ndryshme. Si mjet gjur-mimi për alergjinë, Benoit L. P. e bp. kanë përdorur testet epikutane me lëxim të menjëhershëm ose të mëvonëshme. Duke studjuar rreth 30 teste në laboratorin e imunologjisë, janë shfaqur 12 raste të sëmurë pozitive nga materialet protetike. Autorët citojnë se nga një studim tjetër në 50 raste, 32 prej tyre ishin pozitive, të shkaktuar nga ngjyra e rezinës. Ata venë në dukje se raste të tilla reaksionesh pozitive paraqiten nga rezina vetëpolarizuese. Në këto kushte është vetë materiali i akrillikut që vepron si alergjent.

Literatura përkatëse paraqet mjaft shembuj me raste të natyrës alergjike, të shkaktuara nga anestetikët lokalë, si prokain, ksilokain etj. Një rëndësi të madhe ka riholja e fenomenëve alergjike, të shkaktuara nga materialet e ndryshme të protezave.

1) Përsa i përket alergjisë nga kaucuku, kjo është mjaft e rrallë dhe shprehet me dëgje të gojës, eritema rreth protezës, glosit.

2) Aliazhet e metaleve japin reaksione alergjike, të shkaktuara nga kriprat e kromit dhe të nikelit. Tek të sëmurët që kanë ekzemën e çimenteros, përdorimi i tyre duhet të ndalohet.

3) Në pikëpamje imunologjike, rezinat do t'i ndajmë në tre grupe: a) rezinat autopolimerizuese në të ftohje; b) rezinat me ngjyrë rozë etj. dhe c) rezinat pa ngjyrë.

Subjektivisht, reaksionet alergjike paraqiten me ndjeshmëri dhe gjeje në mukozat e kavitetit bukal dhe të gjuhës, kryesisht në majtën e saj. Objektivisht paraqiten me gingivite ose me stomatite pak a shumë ulceroze, që lidhen me qiellzin, buzët, pjesët bucale e të gjuhës, që shoqërohen me reaksione ganglionare, submaksilare ose cervikale.

Në literaturë fillet për raste me alergji kundër rezinave të grupit të parë dhe të dytë. Rastet tona, që po paraqesim, janë shkaktuar kryesisht nga ato të grupit të dytë.

Rasti i parë — N. K., datëlindje 1914, me nr. kartele 1298, dhietor 1971. Në klinikën tonë paraqitet me ankesë se nuk mund të përdorë protezën për arsye të skuqjes dhe dëgjies të mukozës së gojës dhe të gjuhës. Protezën e mban në gojë vetëm një kohë të shkurtër gjatë ditës. Gjatë ekzaminimit dalluam disa ndryshime si skuqje të mukozës së

gojës dhe të gjithës si dhe disa lezione në tormë afte në regjionin bukal të nofullës së sipërme e të poshtme.

Terapia: para se të fillonim trajtimin e rastit, pacientit i kërkuan që për disa ditë të qëndrojë pa protezë në gojë. Në datën 7.XII.1971 morëm masën dhe pregatitëm një protezë totale me rezinë transparente. Nga kontrollet e vazhdueshme, konstatuam se pacienti përdor protezën rregullisht dhe nga një ndërhyrje fletër të mëvonshme, për shkak të dekubituseve, gjendja e pacientit është e mirë. Është bërë inkorporimi i plotë i protezës dhe pacienti ndjehet shumë mirë, nuk ka pasur shqetësime.

Rasti i dytë — A. Gj., datëlindje 1917, nr. kartele 133 janar 1973, nga qyteti i Peshkopisë. Ajo ankohet për skuqje e djegie të mukozës së gojës e të gjithës, për tharjen e gojës dhe për ulceracione, që i shfaqeshin në gojë nga përdorimi i protezës. Për këtë shkak ajo kish përshtur dy herë protezën, por pa rezultat. Njëkohësisht kishte bërë të gjitha ekzaminimet e stomakut dhe mëlçisë (pasi dyshohet), por analizat nuk paraqitnin gjë.

Gjatë ekzaminimit konstatuam një stomatitis protektiva tipike me një skuqje intensive të mukozës, sidomos në të gjithë regjionin ku mbarronte proteza si dhe disa ulçeracione në pjesët bucale dhe në palatum mole.

Terapia: para se të fillonim pregatitjen e protezës, kërkuan që pacientja të qëndrojë një javë pa dhëmbë, pastaј më 25.I.1973 pregatitëm protezën totale me rezinë transparente.

Nga kontrolli i vazhdueshëm, konstatuam se pacientja mban protezën në gojë rregullisht dhe më vonë i është bërë inkorporimi i plotë. Me këtë protezë, pacientja nuk ka ndonjë shqetësim.

Rasti i tretë — G. Ll., datëlindje 1900, me nr. kartele 547 mars 1973. Ankohet se nuk duron protezën për shkak të skuqjes dhe sidomos ankohet se posa vendos protezën në gojë ndjen djegie.

Gjatë ekzaminimit konstatuam skuqje të shogëruara me lezione të ndryshme, vecanërisht në të gjithë pjesën palatinale. Proteza nuk qëndronte në gojë për shkak të mungesës së pështymës.

Terapia: Pregatitëm një protezë totale nga rezina transparente, duke respektuar të gjitha kushtet teknike. Pas aplikimit të protezës, pacienti u paraqit dy herë për dekubituese të shfaqura nga proteza. Nga kontrolli i mëvonshëm u konstatua inkorporimi i plotë i protezës, pacienti përdor me sukses protezën dhe nuk është përshtur më gjendja e mëparshme.

Nga përvoja jonë modeste del se si shkaktar për të gjitha rastet, që kemi trajtuar në klinikën tonë, ishte ngjyra e rezinës. Një rëndësi të madhe ka heqja e alergjenit ose mënjanimi i kontaktit me të. Ndërkohë theksojmë se rastet me allergji, për fat të mirë, në stomatologji nuk janë të chpeshta. Por megjithatë, në ato raste kur paraqiten duhen trajtuar me kujdes. Aksidentet që u detyrohen materialeve të protezës nuk paragesin rrezide të forta. Zakonisht në këto raste kemi të bëjmë me reaksione të tipit të vonuar.

Sipas literaturës së shfrytëzuar nga rezinat me reaktogjene, është rezina autopolimerizuese, të cilën e kemi vërejtur edhe në gjatë përvojës sonë klinike. Sig. e thamë më lart, ngjyra ka një rol me rëndësi, por jo

të vetëm. Në rastet alergjike, rezinat mund të zëvendësohen edhe me aliazhe të metaleve, por siç dihet, këto nuk janë asnjansë në pikepamje imunologjike.

Konkluzione:

- 1) Alergjia në stomatologji shkaktohet nga rezina me ngjyrë.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Benoit L. P., Bourgois P., Micholet F. X.: Quelques problèmes d'anesthésie que posent les anesthathiques locaux et les matériaux de prothèse dentaire. Revue d'odontologie — stomatologie du Midi de la France 1958, 2, 106.

SUMMARY

CLINICAL CASES OF ALLERGY BY ARTIFICIAL RESIN DENTURES

Three cases of allergy, which appeared after the application of artificial dentures, were attributed to the dye of the resin.

The analysis of these cases showed that the allergic phenomena could be avoided by eliminating the allergen or preventing its contact with the tissues. Accidents due to the materials of the dentures are not very dangerous in stomatology, the cases of allergy are infrequent, but when they appear, they should receive a careful treatment.

RÉSUMÉ

QUELQUES CAS CLINIQUES D'ALLERGIE CAUSÉE PAR LES PROTHÈSES A RESINE ARTIFICIELLE

L'auteur a étudié trois cas d'allergie provoquée par les prothèses dentaires, du fait de la teinture résineuse.

L'analyse de ce phénomène le conduit à la conclusion que l'on peut éliminer les phénomènes allergiques en éliminant l'allergène ou en évitant le contact avec les tissus. Les accidents dus aux matériaux des dentiers ne sont pas très dangereux en stomatologie, les cas d'allergie sont peu fréquents, mais quand ils se manifestent ils doivent être l'objet d'un traitement attentif.

TRI GJENERATA ME EPICANTHUS

— VASIL KULLI —

(Sollati i rrehtit Lushnjë).

Epikantusi është një palosje semilunare bilaterale e lëkurës, që fillon në palpabrën superiore dhe ze këndin e brendëshëm të syrit (Arnoldi A.). Ai është një reperit normal gjatë jetës intrauterine, nga muaji i tretë deri në muajin e gjashtë dhe zhduket para lindjes së fëmijës. Tek individët evropoidë takohet rreth 0.1%, ndërsa si bërtamë familjare, takohet jashtëzakonisht rrallë. Epikantusi është një anomali konjenitale e palpabrave dhe shpesh shoqërohet me ptozë dhe, ashtu siç tregojnë një seri autorësh (François J. etj.), këta dy karaktere janë të trashëgueshme në mënyrë që shoqërojnë njëra tjetrën si zotëruese, ndonëse mund të trashëgohen edhe të ndara.

Për të shpjeguar formimin e epikantust, ndër hipotezat e formuluara, më e pranueshmitja është ajo e Forsterit: «kjo palosje semilunare e lëkurës duhet të vijë si pasojë e kalimit nga forma dolicocefale e kraniumit në formën brackicefale; regredimi i harkut supraciliar shpesh më i zhvilluar në fillim dhe shkurtimi i kockës frontale më vonë përçakton një tepricë lëkure, duke formuar, në këtë mënyrë, atë palosje të lëkurës, që ne e quajmë «epikantus» (citar nga Borion D.).

Epikantusi trashëgohet sipas mënyrës zotëruese, ndonjëherë i parregulltë. Kjo duket nga pema familjare e mbledhur nga Neurosky (1926), pesë gjenerate, Rosentein (1931), katër gjenerata, Usher (1935) tri gjenerata (citar François J.). Usher (1935) ka observuar një burrë me epikantus dhe ptozë, i cili ka transmetuar defektin tek fëmijët, që i kishin më tri gra të ndryshme. I njëjti autor ka grumbulluar 26 pemë gjenealogjike të epikantust, të shoqëruara me ptozë, seksi maskull mbizotëron: nga 175 persona me këtë defekt, 105 janë meshkuj dhe 62 femra, ndërsa seksi i 8 të tjerëve është i pashënuar. Transmetimi nëpërmjet babajt është më i shpeshtë sesa nëpërmjet nënës (39 herë krahasuar me 7) (citar François J.). Dikush mund të mendojë për «sex-linked» (që lidhet me seksin), por mënyra zotëruese e parregulltë nuk mund të përjashtohet deri sa një grua ka mundësi të shfaqë defektin.

Më poshtë po përshkruajmë një bërtamë familjare me tri gjenerata me epikantus dhe ptozë, që kemi takuar në praktikën tonë: bëhet fjalë për familjen H. H., burrë 65 vjeç, nga fshati Gjuzaj, rrethi Lushnjë (shih fotografimin Nr. 1 i parti lart nga e majta) me epikantus dhe ptozë. Nuk mban mend të ketë pasur njeri nga ana e nënës apo e babajt me këtë defekt. H. H. i martuar me grua të shëndoshë dhe ka lindur 12 fëmijë — 6 djem dhe 6 vajza, prej të cilëve pesë vajza me të njëjtin defekt

(shih tri vajzat e tij në fotografi, rjeshti lart, nga e majta duke numëruar, e dyta, e treta dhe e katërta Foto 2) dhe një vajzë të shëndoshë. Nga gjashtë djemtë, pesë kanë lindur të shëndoshë dhe një djalë me të njëjtin defekt dhe pikërisht M.H., vjeç 40 (shih fotografi në Nr. 2 rjeshti i dytë, i pari duke numëruar nga e majta), i cili është martuar me grua të shëndoshë dhe ka lindur dy djem: L. H. vjeç 5 dhe F. H. vjeç 3 — shih fotografi në, i dyti dhe i treti, duke numëruar nga e majta, rjeshti i dytë — shih dhe fotografi në veçantë të dy vëllezërit). Tri vajzat — R. H. vjeç 27, ka 9 vjet martuar, N. H. vjeç 23 ka pesë vjet martuar, L. H. vjeç 20 ka dy vjet martuar dhe asnjëra nuk ka lindur fëmijë. Ja si paraqitet pema gjenealogjike e rasteve tona me epikantus (skema 3).

Karakteret zokërues i trashëgimisë, në rastet tona, është shumë i gartë dhe bie në sy se transmetimi ndërmjet seksit mashkull është i dukshëm. Të tërtheg vëmendjen fakti se tri vajzat e martuara me këtë defekt nuk kanë lindur fëmijë, sadoqë nga ana jonë nuk është bërë asnjë ekzaminim për të gjetur shkakun e kësaj mostrashëgimije.

Dorëzuar në Redaksi më 24 maj 1974

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Arvoni A.:** Oftalmologjia. Tiranë, 1971, 73.
- 2) **Borioni D.:** Su una rara malformazione congenita e familiare delle palpebre: l'epicanto. *Minerva Medica* 1963, vol. 54, 4, nr. 61-62, 2247.
- 3) **François J.:** Heredità in ophthalmology. ST. Louis 1961, 270.

S U M M A R Y

THREE GENERATIONS WITH EPICANTHUS

A family is described in which three generations presented epicanthus and ptosis; these cases were observed during the medical practice of the author in a village of the Lushnja district.

Epicanthus is rarely encountered as a family deformity. The author draws attention to the fact that three girls of the family, who had epicanthus and were married to normal healthy men, had born no children.

R é s u m é

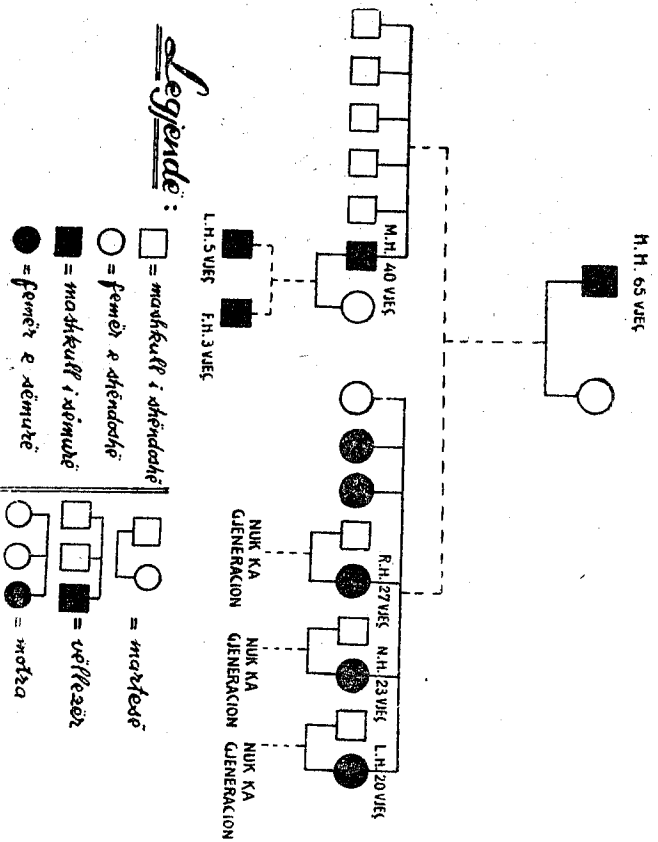
TROIS GENERATIONS SUCCESSIVES FRAPPEES D'EPICANTHUS

L'auteur décrit le cas d'une famille dans laquelle des membres de trois générations successives souffraient d'epicanthus et de ptose. L'auteur a observé ces cas au cours de sa pratique médicale personnelle dans un village du district de Lushnjë.

L'auteur a jugé intéressant de relever ce fait, l'épicanthus se rencontrant très rarement comme une malformation familiale. Il attire également l'attention sur le fait que trois jeunes filles de la famille frappées d'épicanthus, ayant épousé des hommes sains, n'ont pas mis au monde d'enfants.



PEMA GJENEALOGJIKE E RASITVE IONA ME EYCARNTKUS



NJË RAST I RRALLË GRANULOMA PYOGENICUM SHYQRI BASHA

— KANDIDAT I SHKENCAVE MJEKËSORE —
(Spitali klinik Nr. 2 — Tiranë)

Poncet e Dor përshkruan për herë të parë me emrin *lytomyomocoma humane* një tumor benignj të lëkurës, duke menduar se ridhite nga një kërpudhë, por më vonë, ata vetë njohën që shkaktari i saj ishte një mikrokok i vegantë, i përfaqër me *staphylococcus aureus*, (citurar nga 3). Sot, përgjithësisht pranohet natyra piogenike e *granuloma pyogenicum*, (5), megjithëse disa autorë e vlerësojnë sëmundjen si një angiomë të thjeshtë kapilare me një infiltrat inflamator mbi pjesën periferike dhe prandaj e quajnë edhe *granuloma telengiectasticum* (citurar nga 2). Kjo shfaqet mbi lëkurë, paprimas dhe brenda një kohe prej pak ditësh, deri në dy ose tri javë arrin vëllimin e tij përfundimtar. Kryesisht vendoset në pjesët e zbuluara të trupit, në ato që u ekspozohen më tepër trau-mave si në gishtat, në duar, në faqe, në mjekër, në kapakët e syve, në llapat e veshit deri në lëkurën e kokës, në shoje të këmbëve, në parakrahë, në krahë, në kolshë, në qafë, por nganjëherë edhe në regionet gjentrale deri në mukozat, sidomos të gojës dhe në kënde të buzëve.

Granuloma pyogenicum paraqitet pothuaj gjithmonë i vetëm (tek); më të rrallë vërehet në një numër më të madh. Dolorë përshkruan shfaqjen e dy granulomave tek një grua 30 vjeçare, njëra në buzën e jashtme dhe tjetra në gishtin e madh (citurar nga 1).

Granuloma piogenicum ka pamjen e një sythi të mishtë, i ngushtë në bazë dhe me madhësi sa një pizel ose pak më tepër, me formë të rrumbullakët, si man toke, me ngjyrë të kuqe të gjallë ose patllixhani, i butë në prekje dhe me sipërfaqen me vrigulla të ndarë nga të cara të thella dhe të mbuluar nga një epitel shumë të hollë, që gahet menjëherë nën presionin më të vogël, duke infektuar dhe duke formuar sekrecion muko-purulent. Kur gjaku dhe gelbi, që dalin prej saj, thahen, formohet një korriçë e murme, që e mbulon sythim.

Granuloma pyogenicum nuk është i dhembshëm, ka dekurs benignj dhe nganjëherë, shumë rrallë, shërohet vetvetiu.

Vënja e diagnozës së **granuloma pyogenicum** nuk paraqet vështirësi po të mbahen mend tiparet e saj dhe po të përjashtohen *naevus verrucosum*, *angioma*, *fibroma* dhe *papilloma ulceratum* (citurar nga 1). Edhe nga ana histologjike, **granuloma pyogenicum** dallohet me lehtësi pse ka zgjerime enesh gjaku të formuara ristas dhe ind qelizor fibroz embriionar me element konjunktival (citurar nga 4).

Përsa i përket etiologjisë, shumica e autorëve mendon se **granuloma pyogenicum** ka një prejardhje infeksioze, që shkaktohet nga *staphylococcus aureus* (pyogenes) (citurar nga 2, 4).

Menduan të përshkruajmë rastin tonë për dy arsye: e para pse ishte

i rrallë (me katër sytha) dhe e dyta pse mjekimi me rontgenterapi dhe përtundime shumë të mira pas recidivimit të një sythi, të mjekuar me elektrokoagulim.

PËRSHKRIMI I RASTIT

B. B., 40 vjeç, me numër kartele klinike 7508 viti 1970, në anamnëzën familjare nuk paraqet gjë me rëndësi. I martuar me pesë fëmijë të shëndoshë, ka kaluar sëmundjet e fëmijësisë. Në moshën 11 vjeçare ka vuajtur nga malarja, por më vonë ka qënë gjithënjë mirë me shëndet. Ka kaluar verdhëzën më 1960 dhe ka hequr bajamet më 1963.

Një muaj para shtrimit, më 23.XI.1970, pa ndonjë traumë lokale ose arsye tjetër të dukshme, në fagen e djathtë iu shfaqën katër njolla të mëdha sa një majë thoi, që erdhën duke u zmadhuar deri sa morën pamjen e sotshme. Në mes të fazes së djathtë dhe periferike, në regjionin zigomatik, vërehen katër neoforme foto nr. 1), me madhësi pothuaj të barabartë sa një kokëqershi, tri të vendosura në një vijë të drejtë, por krejtësisht të veçuara njëra prej tjetrës dhe e katërta po ashtu e veçuar, e vendosur mbi atë të fundit, proksimalen. Këta tumore çënuar që llogjet me lehtësi dhe venë në dukje një sipërfaqe vrigullore (si man toke), e kuge, e padhembëshme, jo shumë e fortë në prekje, por që në shtypje lëshon lëng seropurulent. Baza mbi të cilën janë vendosur tumoret është e infiltruar dhe e kuge.

Analizat: 1) Biopsia, nga materiali i marrur prej një papule në fagen e djathtë tregon:

Seksione nga materiali me epidermis të zhdukur nga proces nekrrotikoinflamator dhe me zona ekstuatë fibrinoleukocitar, që përfshijnë një pjesë të rëndësishme të stromës. Stroma paraqitet edematoze, e infiltruar nga elemente inflamatore si dhe me një numër të shumtë formacionesh vazale të kalibrave të ndryshëm që nga kapilare të neoformuara me proliferacion të angioblasteve e deri në formacione kavernoze, të veshura me endotel të sheshtë dhe të mbushura me eritrocite. Përfundim: **granuloma pyogenicum**. (Dr. Nina Theodhosi).

2) Ekzaminimi i gelbit dhe antibiogrami: **staphylococcus aureus** me ndjeshmëri ndaj eritromicinës;

3) Gjak periferik: ruaza të kuge 4.600.000, të bardha 7600, sediment 6 mm. Formula leukocitare: neutrofile 64%, eozinofile 7% linfocite 29%.

Pacienti u kurrua një javë me eritromicinë dhe pasi u zhduk infiltrati i bazës dhe pas recidivimit të një sythi të mjekuar me elektrokoagulim, u fillua kurimi me rontgen më 4.XII.1970: 50 kv., 6 mA, 1 Al, 600 r ditën, një herë në tetë ditë; doza totale 4000 r pas kësaj kohe dofi krejtësisht i shëruar (Foto 2) dhe pas një viti kontrolli, gjendja ka qënë e njëjtë pa recidiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Andrews G.C., Domonkos H.N.: Diseases of the Skin. N. B. Saunders Comp. Philadelphia 1963, 213.
- 2) Monacelli M., Nazzaro P.: Dermatologia e Venereologia. Dr. Fr. Vallardi Ed. Roma 1967, 232.
- 3) Perin Lucien: Nouvelle pratique dermatologique. Masson et Cie. Paris 1936, vol. IV, 214.
- 4) Schonfeld W.: Lehrbuch der Haut und Geschlecht skrankheiten, Stuttgart 1959, 62.
- 5) Kërqiku, K. e bp.: Dermatologjia e Venereologjia. Tiranë 1974, 357.

Summary

A RARE CASE OF GRANULOMA PYOGENICUM

A case is described of four tumors, the size of cherry fruits, located on the side of the face, which had the appearance of granuloma pyogenicum.

The diagnosis was confirmed by the histological examination and by finding *Staphylococcus aureus* in the pus. The treatment by X — rays was fully successful.

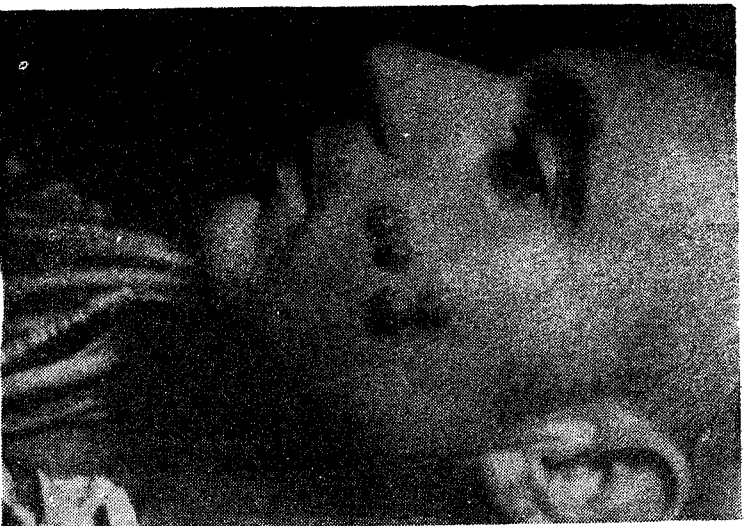


Foto 1

Résumé

UN CAS RARE DE GRANULOME PYOGENE

Les auteurs décrivent un cas comportant quatre tumeurs, de la grosseur d'une cerise, localisées sur le côté de la joue, et présentant l'aspect clinique d'un granulome pyogène.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic et l'examen du pus a révélé la présence de staphylocoques auri. La guérison complète a été obtenue par la radiothérapie.



Foto 2

TERATOMA INTRAKRANIALE TEK NJË FEMIJË I LINDUR VDEKUR

FATOS HARITO

(Katedra e Patologjisë së përgjithshme).

Teratoma është një neoplazmë e vërtetë, e përbërë nga inde të shumta, të cilat janë të huaja për pjesën në të cilën lindin (22).

Teratomat hasen më shpesh në ovarë dhe testis, më rrallë në medullastinin e përparshëm dhe hapësirën retroperitoneale, ndërsa në truri ato janë të rralla (1). Teratomat intrakraniale në fëmijët e porsa lindur dhe në ato të moshës së gjirit janë fare të rralla. Kështu deri në vitin 1968, Herrschaft ka mbledhur 29 raste të tilla në të gjithë literaturën botërore (citar nga Fiedler J. e bp.). Prandaj mendojmë se publikimi i këtij rasti paraqet interes.

Paraqitja e rasti: Fëmijë me moshë intrauterine 34-35 javësh, maskull, i lindur i vdekur nëpërmyjet *sectio Caesarea* për shkak të një pozicioni transversal. Nëna 26 vjeçe, e shëndoshë, ka lindur normalisht dhe tri herë të tjera. Në kartelën klinike është shënuar gjatë dekursit të shtatëvjeçarë «polihidramnion».

Protokolli i autopsisë (A.M. 80/72): kufomë e të porsa lindurit me peshë 3000 gr., por me zhvillim trupor jo të mirë. Koka shumë e madhe, sidomos pjesa kraniale, në formë të një dardhe, me tuberat frontale dhe parietale shumë të shprehura. Në regjionin oksipito — nukal shihet një defekt i vogël, nga ku del material i qullët ngjyrë bezhë. Kalva me kokca të buta, sutura të larguara. Truri paraqitet fort i zgjeruar, i qullët, në prerje ka pamjen e një geseje me parete 2 — 3 mm. (hidrocefali), nga ana e brendshme e të cilit duken vazat e holla. Në fosen kraniale të pasme shihet një masë sa një grusht, relativisht e butë, me sipërfaqe granulare, vende vende cistike, e cila ka shtypur trurin e vogël. Strukturat e këtij të fundit janë shumë atrofike dhe dallohen me vështirësi. Në prerje, masa e lart-përmëndur është ngjyrë bezhë, me zona hemorragjike dhe konsistence të qullët. Kjo masë komunikon me defektin e regjionit oksipito-nukal. Në organet viscerale dhe placentë nuk ka ndryshime të rëndësishme.

Ekzaminimi histologjik: nga masa tumorale, seksione të shumta u ngjyrosën me Hematoksilinë-eozinë, Trikróm, Bielschowsky dhe Gö-mori.

Tumori paraqet pamje mjaft të ndryshme. Shihen zona të gjëra me karakter miksomatoz (foto 1, poshtë dhe diatbas), në të cilin vërehen fole indi kartilagjinoz, në faza të ndryshme të diferencimit, të rrethuara me kapsul fibrotike (foto 2). Gjithashtu gjenden zona të vogla dhe të shpërndara indi kokcor, disa të padiferencuara mirë, të tjera me pllaka kokcore të formuara (foto 3). Ndërmjet indit miksomatoz vërehen kapilarë me zgjerime lakunare, që për rreth kanë infiltrate gelizore plazmo-citoidë si dhe fufëza fibrash muskulare të lëmuara, të diferencuara mirë, që janë më të dendura rreth disa formacioneve kanalikulare, të gjata

dhe të crregullta; të veshura me epitel kubik ose cilindrik, vende vende në disa shtresa, me vakuola të mbushura me mukus. Struktura e këtyre formacioneve kanalikulare nuk është e njëtrajtëshme. Në disa vende, epiteli rrethohet nga shtresa e hollë muskulare dhe nën të ka gjëndra të padiferencuara mirë, të mbushura me substancë mukoidë, që të kujtojnë gjëndrat bronkiale (foto 4), ndërsa në vende të tjera këto gjëndra mungojnë. Shihen dhe vatra të kufizuara, të përbëra nga qeliza të tipit epitelial, me citoplazmë oksifile, bërthamë relativisht të madhe, nganjëherë të vakuolizuar, të cilat kanë prirje të vendosen në trabekula, të ndarë nga kapilarë sinusoidë të shumtë. Në sfond të tyre duket një relikulum i zhvilluar mirë. Këto vatra të japin përshypjen e indit hepantik (foto 1 në qendër).

Në disa seksione u gjetën formacione të ngjashme me epitelin me-dular: qeliza bazofile me citoplazëm të pakët, të vendosura në shumtë rradhë, me pozicion radial (Këto qeliza mbështeten mbi një membranë kufizuese të hollë, oksifile (foto 2). Mungesa e cilieve dhe blearoplasteve flet kundër natyrës së tyre ependimare. Në ngjyrimin sipas metodës së Bielschowsky, ato paraqesin argirofili citoplazmike dhe formim fillëstar neurofibrillesh, si dhe prirje për formim «rozetash», gjë që flet për dife-rencimin e tyre drejt neuroblasteve.

Në organet e tjera u panë këto ndryshime: në renet glomerulogjice- neze e shprehur e pjesës kortikale sipërfaqësore; në hepar stazë gjaku dhe vatra hemopoeze; në placentë vatra të vogla skleroze të vileve.

* * *

Tumoret cerebrale të fetuseve ose të të porsa lindurve janë të rrallë. Cushing H. (1927) dhe Gross S.W. (1934) nuk kanë takuar asnjëherë tumor në ditët e para të jetës, ndërsa Russell D. (1933) përshkruan një glomë tek një foshnjë e lindur e vdekur dhe tumoret cerebrale të kësaj moshë i quan fort të rrallë (cituar nga 7).

Teratomat intrakraniale janë edhe më të rralla. Për Zulch K.J. (1957), ato përbëjnë 0,50% të tumoreve intrakraniale (21), ndërsa për Niculescu I.T., 0,10% (15). Teratomat hasen më shpesh në moshë të vogël. Kështu ato përbëjnë 20% të tumoreve intrakraniale në grup-moshën 0-15 vjeç (8) dhe arrin 150% në moshën deri një vjeç (9). Deri në vitin 1960 në literaturën botërore janë publikuar 25 raste teratomash në të porsalindurit. Një pjesë e këtyre rasteve nuk kish simptoma fill pas lindjes. Lidhur me këtë, Greenhouse A.H. dhe Neuburger K.T. (7) dallojnë tre grupe:

1) Kur fëmijët lindin normalë dhe zgjerimi i kokës ndodh më vonë. Në këto raste gjenden tumore të vegjël, që mbyllin rrugët e lëngut cerebrospinal, duke shkaktuar hidrocefali.

2) Tumore në *foetus mortus*, që janë njëjtë të mëdhenj dhe sjenëtat i nënshtrohen *sectio Caesarea*. Në këtë grup futet dhe rasti ymë.

3) Kur fëmijët lindin gjallë, por me kokë të madhe, teratoma ka përmasa të ndërmjetme. Në këto raste, të dhënat e nekropsisë tregojnë se mundësitë e ndërhyrjes kirurgjikale të suksesshme janë më të pakta se në grupin e parë.

Teratomat intrakraniale vendosen më shpesh në gjëndrën pineale, pastaј në gjëndrën pituitare dhe fosen kraniale posteriore (18). Kur tumori është i madh, vendi i origjinës së tij përaktohet me vështirësi (7). Teratomat mund të jenë benignë, por shumica e tyre është maligne dhe kjo lidhet me malignizimin e një ose disa elementeve përbërës të saj (22). Ato janë të forta, të kufizuara mirë, shpesh me pamje cistike. Struktura histologjike paraqitet e ndryshme: përmban inde që rjedhin nga ektoderma, mezoderma dhe endoderma. Në sfondin e mezenkimes primitive shihen fusha kartilaginoze, ind kockor, dhjamor apo muskular (17), epitel shumë shtesor i sheshtë, struktura adheksale të lëkurës, gjendra që duken me origjinë nga trakti respirator apo alimentar (1, 7, 19, 22), struktura të ngjashme me indin pulmonar (7), ind renal (22); ndërsa më rallë shihen inde hepatiche dhe pankreatike (1). Gjithashtu shpesh gjenden struktura nervore të ngjashme me *plexus chorioideus*, tubula neuroepiteliale, epitel medular, etj (2, 20). Janë përshkruar raste teratomash me ndërtime e një fetus (4).

Në rastin tonë, veç elementeve mezenkimale, u panë gjendra të ngjashme me ato bronkiale dhe ishuj që u interpretuan si hepatiche. Këto të fundit për herë të parë i ka përshkruar Chen H.P. (1). Gjithashtu u gjetën struktura nervore, në formë të elementeve primitive medulare dhe elementeve, që u përcaktuan si neuroblastike, për shkak të neurofibrileve, argjentofilisë citoplazmike dhe prirjes së tyre për të formuar «rozeta».

Teratomat duhet të diferencohen prej disa tumoreve të tjerë nervorë, që rrijedin nga elementë indorë embrionalë, në radhë të parë nga medulloepitelioma (3, 6, 11, 14), të cilën e kanë quajtur dhe «*teratoma neurogenes*» (10). Duhet pasur parasysh se edhe në medulloepitelomën apo ndonjë tumor tjetër nervor embrional, mund të gjendet ind kartillogjinos (18). Problemi është i ndërlikuar, sepse në disa teratoma mund të gjenden elementë të neuroektodermës primitive, që nganjëherë zotërojnë strukturën histologjike të tumorit. Disa e klasifikojnë medulloepitelomën si një nënhip të teratomave (11). Prandaj për të vënë diagnozën mikroskopike të teratomës, duhet bërë një ekzaminim i plotë i seksioneve të shumta nga vende të ndryshme të masës tumorale (5, 6, 11). Ndontëse disa autorë shumë të njohur (13) e kanë pasë mohuar ekzistencën e medulloepitelomës si një nëngrup të veçantë të tumoreve cerebrale, sot shumica e pranojnë atë si një entitet më vete (3, 10, 12, 18, 21). Këtë koncept e mbështesin dhe studimet e fundit eksperimentale të neoplazmave të induktuara në kafshë nga Zülch K.J. dhe Mennel H.D. (22).

Dorëzuar në redaksi më 15 tetor 1974

BIBLIOGRAFIA

- 1) Chen J.P.: Intracranial Teratomata of a Newborn. Journal of Neuropathology and Exper: Neurology, Baltimore, 1958, 17, 599.
- 2) Davie T.B.: Medulloepitheliomas of the Brain and Retina. Journal Path. and Bact: 1932, 35, 359.
- 3) Deck J.H.N.: Cerebral Medulloepithelioma with Maturation into Ependymal Cells and Ganglion Cells. Journal of Neuropath. and Exp. Neurology, Baltimore 1969, 28, 442.

- 4) **Fiedler J., Röse I.:** Fetus in fetu in intrakraniellen Teratom eines Frühstorgeborenen: Zentralblatt für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie Jena 1974, 118, 1, 23.
- 5) **Fowler M.:** Embryonic Ependymoma arising in a Cerebral Hemisphere. *ancr.* 1968, 24, 1150.
- 6) **Fukui S.:** Medulloepithelioma: Ist Place in the Histogenetic Classification of Neuroectodermal Tumore. *Acta Pathologica Japonica* 1968, 8 (Suppl.), 789.
- 7) **Greenhouse A.H.; Neuberger K.T.:** Intracranial Teratomata of the Newborn Archives of Neurology (U.S.A.) 1960, 3, 718.
- 8) **Ingraham F.D., Bailey O.T.:** Cystic Teratomas and Teratoid Tumors of the Central Nervous system in Infancy and Childhood. *Journal of Neurosurgery* (U.S.A.), 1956, 3, 511.
- 9) **Jellinger K.:** Seltsame Hirngeschwülste des Säuglings und Kindesalters. *Zentralblatt für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie, Jena* 1971, 114, 276.
- 10) **Jellinger K.:** Cerebral Medulloepithelioma. *Acta Neuropathologica, Berlin* 1972, 22, 22, 2, 95.
- 11) **Karch S.B.; Ulrich H.:** Medulloepithelioma. Definition of and Entity. *Journ. Neuropath. Exp. Neurol.*, Baltimore 1972, 31, 1, 27.
- 12) **Kolova I. e bp.:** Cerebral Medulloepithelioma. *Histological and Histochemical Study of a Case. Journal of the Neurological Sciences, Amsterdam* 1972, 15, 173
- 13) **Mabon R.I., Sven H.J.; Gates E.M.; Kernohan J.W.:** Medulloepithelioma; A critical Re-evaluation. *Journal Neuropath. Exp. Neurol.*, Baltimore 1969, 28, 442
- 14) **Morison J.E.:** Congenital Tumors. *Né Ibrin: «Foetal and Neonatal Pathology»* (Third Edition), London 1970, Butterworth, 199.
- 15) **Niculescu I.T. e bp.:** Tumori endocraniene. *Né Ibrin «Morfopatologia sistemului nervos»*, Bucuresti, 1957, Edit. Medicala 680.
- 16) **Russel D.S., Rubinstein L.J.:** Congenital Tumors of Maldevelopmental Origin. *Né Ibrin «Pathology of Tumors of the Nervous System»*. London 1971, Edward Arnold (Publishers) LTD, 12.
- 17) **Stedih V.G., Utkin V.T.:** Teratoblastoma gollovnovo mozga: *Arhiv Patologii, Moskva* 1972, 11, 73.
- 18) **Trepp G.S.:** A congenital Medulloepithelioma of the Midbrain. *Journal Path. and Bact.* 1957, 74, 357.
- 19) **Van Epps R.R. e bp.:** Cerebral Medulloepithelioma. *Journal of Neurosurgery* (U.S.A.), 1967, 27, 568.
- 20) **Wills R.A.:** Pathology of Tumors (Fourth Edition), London 1967, Butterworths 1972.
- 21) **Zitlich K.J.:** Brain Tumours. New-York. Springer Publishing Company 1957, 229.
- 22) **Zitlich K.J., Mennel H.D.:** Recent Results on Chemically Induced Tumors of the Nervous System. *Proc. VI. Intern. Congr. Neuropath.*, Paris, Masson et Sie, 1970, 60.

S u m m a r y

AN INTRACRANIAL TERATOMA IN A STILLBORN CHILD

A stillborn male child, delivered by Cesarean incision because of a transverse position, presented an intracranial teratoma; the mother 26 year of age, was healthy and had given birth to three normal children previously. The tumor occupied almost the entire *fossa cranii posterior* and had provoked considerable hydrocephalus.

Microscopically the tumor consisted of different tissues: myxomatous tissue,

cartilage, bone, in various stages of differentiation, smooth muscular fibres, epithelium similar to that of the bronchi, islets simulating liver parenchyma, as well as patches of marrox epithelium and neuroblastic elements.

R é s u m é

UN TERATOME INTRACRANIAL CHEZ UN ENFANT MORT-NE

L'auteur décrit un cas de tératome intracrânial chez un enfant mort-né, mis au monde par césarienne, en raison de sa position transversale, par une mère de 26 ans, saine, qui avait précédemment accouché normalement de trois enfants. La tumeur occupait la quasi-totalité de la fosse crânienne postérieure et avait provoqué une abondante hydrocéphalie.

Au microscope, la tumeur s'est révélée être composée de divers tissus; tissus myxomateux; cartilage, tissu osseux, à divers stades de différenciation, fibres musculaires lisses, épithélium semblable à l'épithélium bronchial, îlots similaires au parenchyme hépatique, ainsi que des couches d'épithélium médullaire et des éléments neuroblastiques.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

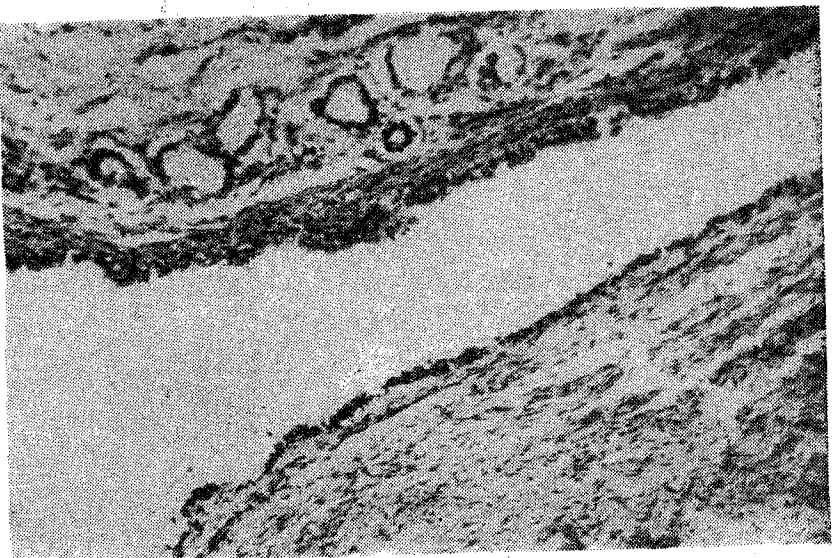


Fig: 4

DY RASTE ME DIACERACION TË DHËMBIT

— PJETER PEPA —

(Klinika e Stomatologjisë — Shkodër.

Diaceracioni (grisja) i dhëmbit është një çrregullim karakteristik, që ndodh në procesin e formimit të tij. Për herë të parë, një çrregullim të tillë e emërtoi në vitin 1848 J. Tomes.

Më vonë autorët u përpogën të japin emërtime të reja si: thyerje, përkulje etj., por megjithatë nuk e përcaktuan në mënyrë të përpiktë.

Diaceracioni i dhëmbit është pasojë e një goditje të çdo llojtë, që ndodh në fazën e kalçifikimit të dhëmbit. Në raste të veganta, kjo goditje mund të dëmtojë embrionin e dhëmbit që është në formim e sipër.

Megjithëse faza e kalçifikimit zgjat disa vite, kuptohet që edhe vendi i dëmtimit rrrund të lokalizohet në vartësi të ndryshme të rrënjës në formim. Slidogoftë, qi përqëndrohet gjithënjë në kufirin që ndan pjesën e kalçifikuar nga ajo ende e butë e dhëmbit që pëson goditje. Në këtë rast, gjithënjë bëhet fjalë për goditje të tërthortë, megjithëse ajo ndodh zakonisht në dhëmbët prerës të përcohëshëm.

Vetëm një kuptim i tillë sqaron faktin, së paku deri tani, sepse të gjithë rastet e publikuara të një anomalie të tillë përfshijnë vetëm dhëmbët e përparshëm dhe shumë trallë parapërtypësit.

Aftet e kalçifikimit të dhëmbëve njihen mirë, prandaj nuk është e vështirë të përcaktohet mosha kur është pësuar një goditje e tillë. Kështu, për deri sa bëhet fjalë për dhëmbët prerës të përcohëshëm, kurrorat e të cilëve kalçifikohen nga mosha 1-2 vjeçare, është lehtë të kuptohet shumëllojshmëria e goditjeve të mundëshme (rrëzim etj.).

Të tilla goditje mund të sjellin rënien e një ose më shumë dhëmbëve të përcohëshëm, por në raste të veganta mund të dëmtojë edhe embrionin e dhëmbit të përcohëshëm. Në fillim kjo nuk vërehet, siç ka kaluar pa u vërejtur edhe në dy rastet tona. Atë ne e konstatuam në periudhën e ndrrimit fiziologjik të dhëmbëve. Në moshat mbi 10 vjeçare, dhëmbi nuk kish dalë ende. Në këto rrethana nuk mund të filtet më për turbullime thjesht daljeje, por duhet të dyshohet për të tjeret më seriozë — turbullime formimi. Këtë e sqaron kontrolli rentgenografik.

Grisja e dhëmbit, që ka gjithënjë shkaqe traumatike, pavarsisht në se anamneza është ose jo pozitive, klinikisht shfaqet: dhëmbi nuk del edhe pas kalimit të afatit, ose del i shtrembër në një drejtim të çrregulltë më shpesh me kurorë prapa.

Rasti i parë: Pacientja V.H., vjeç 10, paraqitet pranë poliklinikës sonë me ankesën e një fryerje gjithënjë në rritje, në pjesën e dhëmbit

prerës majtas të sipërme. Ky i fundit mungonte në vendin e tij. Sipas porosisë sonë, pacientja u paraqit pas gjashtë muajsh. Kurora e dhëmbit kish grisur palen kalimtare të mukozës dhe kish nisur daljen, në drejtim të buzës së sipërme (fig. 1). Në kontrollin radiologjik vërehej prani e dhëmbit prerës, kurora e kthyer e të cilit i jepte pamjen e dy buzëve prerëse (fig. 2). Pacientes iu bë incizioni i mukozës së grisur dhe gjatë përpjekjes për një fare reponimi u bë shkullja e plotë e dhëmbit. Ky paraqiste një kurorë të kthyer, që me pozitën gjatësor të rrenjës, formonte një kënd prej afro 90° (fig. 3). Kthesa ishte nga ana vestibulare. Një dhëmb i tillë nuk jepte asnjë mundësi replantimi dhe shfrytëzim të tij.

Në pyetjen që u bë në prindërve rezultonte se fëmija ish rrezuar disa herë në moshën 1-3 vjeçare.

Megjithatë kontrolli radiologjik tregonte vendosjen e dhëmbit këndësor të asaj ane pjerë, që kish kaluar rrenjen e dhëmbit prerës anësor, menduan për shfrytëzimin e tij. Pacientes iu vendos pllakë ngacnuese dhe pas gjashtë muaj u krye dalja e pjesshme e këtij dhëmbi në vendin e atij të hequr (fig. 4).

Prej tre vjetësh, pacientja është nën kontroll.

Rasti i dytë: pacienti S.A., vjeç 12, paraqitet pranë klinikës me ankesën: sapo ka filluar dalja e dhëmbit në qelizë (në pjesën e dhëmbit prerës qëndror të majtë). Gjatë mbylljes së harqeve të dhëmbëve; ky dhëmb me fagen e vet vestibulare okludonte me atë linguale të dhëmbëve poshtë.

Kontrolli radiologjik paraqiste shtrembërim të kurorës së dhëmbit. Gjatë përpjekjes për reponim u bë shkullja e plotë e dhëmbit, që paraqiste shtrembërim të kurorës në një kënd prej afro 70° kundrejt rrenjës së tij. Shtrembërimi kishte drejtim qelizor. Në pyetjen e prindit, ndonëse nuk ish në gjendje të përcaktonte një goditje të veçantë, rezultonte se fëmija ish rrezuar disa herë në moshat 1-3 vjeçare.

Pacientit iu vendos pllakë qiellze dhe dhëmb artificial për ruajtjen e hapësirës dhe parandalimin e pasojave të tjera që mund të vinin në harkun e dhëmbëve.

Pacienti mbahet në kontroll prej dy vjetësh.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Kantorowitz A. e bp.: Hand wörterbuch der gesamten Zahnheilkunde 1929, Band I, fq. 533.

Summary

TWO CASES OF DELACERATION OF THE TOOTH

The paper analyses two cases of delaceration of the tooth. It describes the treatment undertaken for the correction of the defect and the follow-up during the whole process of the development of the tooth. The description is illustrated with photographs.

Résumé

DEUX CAS DE DIACERATION D'UNE DENT

Après avoir analysé deux cas de diacération d'une dent, l'auteur indique le traitement à suivre pour l'élimination de ce défaut grâce à un des soins constants durant tout le processus de croissance de la dent. L'article est accompagné de clichés relatifs.



Fig. 1

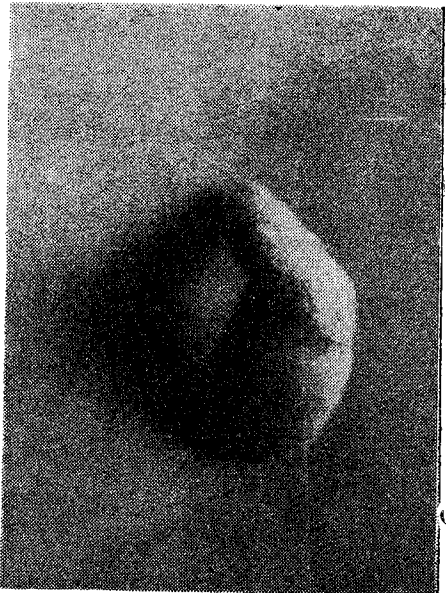


Fig. 2

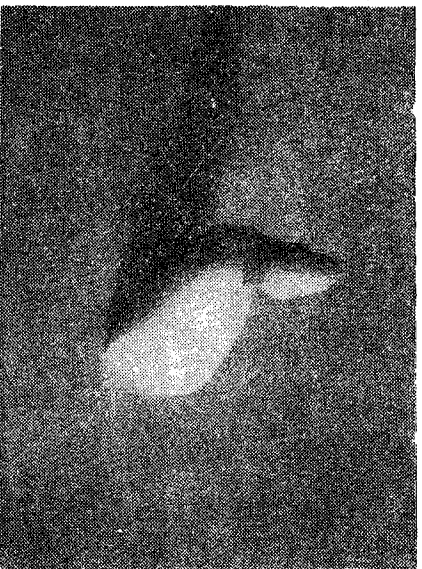


Fig. 3

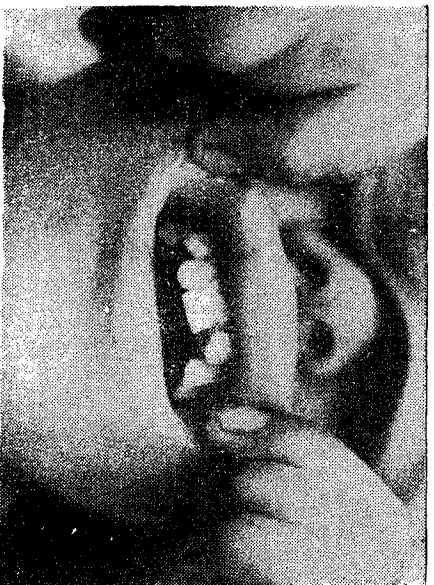


Fig. 4

NE NDIHME TË MJEKUT PRAKTIK

POMADAT ME SAPUNE NAFTENIKE NË DISA DERMATOZA

— MIHAL CARIDHA, NAUM XHILLARI, ALBERT ÇUMANI —

Në literaturën shkencore (1, 6) ka shumë të dhëna të përdorimit të acideve naftenike dhe të produkteve derivate të tyre, si antiseptikë, fungicidë, baktericidë, dezinfektues, si mjete mjekimi etj.

Lidov (cituar nga 4) dhe të tjerë më vonë vunë në dukje vehtë antiseptike të acideve naftenike dhe shpejt këto u futën si komponentë të yndyrës në përgatitjen e sapunëve mjekësorë.

Disa studjues si Kupzis, Charitschkoff etj. (cituar nga 4,5) kanë treguar se veprimi antiseptik i naftës dhe i produkteve të saj ndodh për shkak të pranisë në to të naftenëve dhe, për më tepër, të derivateve të tyre të oksigjenuara, dmth acideve naftenike.

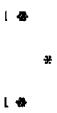
Naphthali M. përmënd se acidet naftenike përdoren për qëllime terapeutike. Naftanati i lliumit absorbohet lehtë nga lëkura dhe ndikon në shërimin e podagres dhe të sëmundjeve të ngjashme me të. Po kështu vehtë kuruese të naftës Natlansk i kushthohen gjithashtu përmbajtjes së lartë në këto naftë të acideve naftenike. Zabaznov (cituar nga 2) dhe Bolgenkov E.I. përmëndin acidet naftenike për mjekimin e ekzemave, kurse Eichhala dhe Dalmer (cituar nga 3) kanë rekomanduar naftanatin e bismutit si preparat antiseftik.

Në vendin tonë, si në spitalin e rrethit të Elbasanit, ashtu dhe në klinikën e dermatologjisë, për mjekimin e disa sëmundjeve të lëkurës, vliet e fundit u përdorën pomada, që kanë lëndë vepruese acidet naftenike.

Në vetëvethte, sapunet naftenike janë kripra të natrimit të acideve naftenike, të tretshme në ujë. Naftat e vendburimeve të vendit tonë konsiderohen mesatarisht të pasura deri në të pasura në acide të naftës. Ato përmbajnë 0,3 — 1% komponente acide të tilla. Sot për sot, në uzinat e përpunimit të naftës tek ne, sapunet naftenike prodhohen në shkallë industriale nga produkti i gazollit. Përkrisht me sapune naftenike të tilla u kryen provat klinike për mjekimin e disa dermatozave.

Karakteristikat fizike të sapunëve naftenikë: ngjyrë bezhë-kafe, erë karakteristike të naftës, konsistencë të butë, shtrihen lehtë në sipërfaqe të lëkurës si pomadat, fshihen lehtë me vaj, treten dhe lahen mirë me ujë të ftohtë dhe të ngrohtë, shkumojnë pak por lajnë mirë. Në përberjen kimike të tyre hyjnë: acidet naftenike 43-45%, vajra minerale 7-10%, kripra minerale (klorure) 2-3%; kanë alkalinitet total 7.6-7.8% dhe alkalinitet të lirë 0,2-0,5%, numri i acidit 220.

Pjesën dërmuese të komponimeve acide të natrës e përbëjnë acidet naftenike, prandaj zakonisht quhen me këtë emër. Përvëç acideve naftenike, në sasi të vogël ndodhen gjithashtu acidet alifatike, aromatike, hidroaromatike, fenole (deri 0,50% mbi acide naftenike brute), si edhe një sërë mikroelementësh V, Cu, Mn, Ti, Fe, Al, etj.



Deri tani, acidet naftenike i kemi përdorur jo në gjendje të lirë, por në formë të sapuneve naftenike. Brumin e sapuneve naftenike e kemi përzjerë me vaselinë me qëllim që të ulët përqindja e acideve naftenike dhe për të mënjeluar iritimet e lëkurës. Në këtë mënyrë u pregatitën disa pomada me përqindje të ndryshme të brumit të sapuneve naftenike në vaselinë. Duke marrë si lëndë vepruese brumin e sapuneve naftenike u pregatitën pomada me këto përqindje të tija: 3,5,7 10,15,20,25,30, 40, 50 dhe 75%, një pomadë me 30% sapune naftenike dhe 1% kortizon acetat si dhe një solucion me 30% sapune naftenike.

Sa më pak kanë genë të shprehura fenomenet inflamatore në vartrat e lezionuara aq më e lartë ka genë përqindja e sapuneve naftenike në pomadat dhe anasjelltas. Kur inflamacioni në lëkurë ishte i theksuar, duhej të përdoreshin pomada me përqendrim të ulët të sapunit. Kështu në rastet me ekzemë akute, në epidermofiti të piodemizuar dhe në trihofitinë e thellë, në fillim u përdorën kompresa me solucion 30% të sapuneve naftenike në vend të permanganatit, rivanolit etj. Pas tyre në vend të pomadave të pastave, vatrat u lyeu me pomadë me 30% sapun dhe pasta, sa më tepër gëtesohej procesi, aq më e lartë bëhej përqindja e sapunit në pomadë.

Pomadat me sapun naftenik më shpesh përdoren me qëllim deskuanimi, si dhe për të absorbuar infiltratet e vjetra të lëkurës si në psoriazis, në neurodermi dhe në ekzemë kronike. Për këto qëllime, pomadat me sapune naftenike i kanë zëvëndësuar plotësisht pomadat me acid salicilik, acid borik, katran, squfur etj.

Pomadat me sapun naftenik i kemi përdorur në shumë të sëmurë, të shtuar apo ambulatorë në Elbasan dhe Tiranë. Në mënyrë ambulatorë i kemi përdorur gjësisht në Elbasan do të pranë në të sëmurë me zgjebe, si edhe në klinikë. Në këtë punim do të paraqitim rezultatet vetëm për 28 veta: 12 të sëmurë kanë genë me psoriaz, 11 me ekzemë, tre me neurodermit, një me eritrodermi primar dhe një me lihen të kuq të sheshtë. Gati në të gjithë të sëmurët, psoriazi ka genë i përgjithshëm, duke përfshirë një sipërfaqe të madhe të lëkurës, kurse në dy prej tyre ishte në formën e eritrodermisë, gjashtë të sëmurë me psoriaz kanë genë në fazë stacionare, kurse të tjerët në fazën regressive. Në të sëmurët tanë, ekzema ishte e formës kronike, por e riakutizuar me fenomene eksudative, inflamatore dhe pjesërisht të diodermizuar. Dy veta kanë pasur neurodermit të kufizuar, kurse tek i treti, procesi pushkonte gjithë sipërfaqen e lëkurës (forma difuze). Gjithë lëkura e të sëmurit me eritrodermi ishte e lihenifikuar, e trashë, me deskuanim

diffuz. T're të sëmurë — një me psoriasis, një me ekzemë dhe një me libhen — kanë pasur një skuqje të lehtë nga pomada me sapun 75%/₀, të cilëve nuk ua kemi ndërprerë pomadat me sapun, por kemi ulur përqindjen e tyre.

Efekti mjekues i pomadave me sapun natfenik, në krahasim me pomadat me lëndë të tjera, në shumicën e rasteve, është i njëjtë. Lëvendia ekonomike e përdorimit të tyre është e madhe. Po qe se për një të sëmurë do të përdoret 500 gr. pomadë me 5%/₀ acid salicilik, ajo kushton 8.85 lekë, kur ndërtohet me vazelinë dhe 15.5 l. me lavin. 500 gr. pomadë e ndërtuar me 50%/₀ sapun natfenik kushton 4.1 lekë në vazelin dhe 7.6 lekë me lavin. Kështuqë vetëm për një të sëmurë kursehet përkatësisht 4.75 ose 7.9 lekë. Nga ana tjetër acidi salicilik, vazelina dhe lavalina janë lëndë importi.

Për ilustrim po sjellim dy shëmbuj:

1) I sëmurë N.L., vjeç 16, nxënë, me nr. kartele 6499, shtrohet në klinikë më datë 26.IX.1973 me diagnozë ekzemë e plodermizuar e kërcinjve dhe limfadenit akut inguinal në të dy anët. Nga ekzema vuan prej dy vjetësh dhe ka bërë mjekime të ndryshme. Para dhjetë ditëve në të dy kërcinjtë i dualën pucra të vogla të kuqe, që i krusheshin shumë. Pucrat u hapën dhe prej tyre kullonte lëng i verdhë dhe pastaj qelb, i cili pjesërisht është tharë dhe u kthye në kore. Gjendrat limfatike të dy rrëzëve të kofshëve u zmadhuan; ato i dhembin. Në këtë gjendje vjen nga Puka dhe shtrohet në klinikë. Në anën e përparme dhe anësore të kërcinjve vihet re edemë diffuze, erozione të gjëra me ngjyrë të kuqe intensive, me sekrecione seropurulente, pjesërisht të mbuluara me kore seropurulente-hemorragjike. Erozionet janë të rrethuara nga një kurorë inflamtoare me ngjyrë të kuqe, kurse gjëndrat limfatike inguinale të zmadhuara dhe të dhembshme. Të sëmurit iu fillua mjekimi i përgjithshëm me penicilinë dhe vitaminë C dhe B. Lokalisht ditën, i sëmurit mjekohet me kompresa me solucion 3%/₀ sapune natfenike, naën me pomadë me 3%/₀ sapune natfenike me kortizon 1%/₀. Pas tri ditëve, gjithë fenomenet inflamtoare u qetësuan, sekresioni u ndërpre, koret u pastruan dhe erozionet filluan të epitelizohen. Pastaj kalohet me pomadë 3.5 dhe 10%/₀ me sapune natfenike. Nga klinika del më datë 10.X.1973 me një infiltrim të lehtë të lekurës dhe pak skuama të bardha të holla.

2) I sëmurë B.D., 16 vjeç, puntor, me nr. kartele 6864, shtrohet në klinikë më datë 10.XI.1973 me diagnozë psoriasis *vulgaris* të përgjithësnar në fazë stacionare. U konstatua edhe tonsilit kronik. Sëmundja i ka filluar para një muaji se të shtrohet në spital, mjekim nuk ka bërë. Procesi i pushton gjithë sipërfaqen e gjoksit dhe të shpinës, kurse në kokë dhe në anësi ka pak elemente psoriaitike. Në këto zona, lekura ishte e infiltruar, ngjyrë rozë të kuqe, e mbuluar me skuama-kore të bardha dhe të thata. Fenomenet psoriaitike janë të pranishëm. Të sëmurit iu fillua mjekimi vetëm me trajtim lokal. Në kokë vetëm me precipitat të bardhë 5%/₀, kurse në trup me pomadë 50%/₀ sapunë natfenike, deri sa lekura u normalizua. Kur lekura ishte gati në normalizim, filloi mjekimi i përgjithshëm me kalci klorat vitaminë C dhe B₁. Ton-silektomia 1.XII.1973. Analizat e zakonshme dhe O-antistreptolizinat nor-

mal. Del nga klinika i shëruar më datë 5.XII.1973. Nga kontrolli që iu bë pas dy muajve, i sëmundi kishte lëkurën krejt të pastër. Efekti deskumativ dhe absorbues i këtyre pomadave është më se i qartë.

KONKLUZIONE

- 1) Pomadat me sapune naftenike, të prodhuara në vendin tonë kanë efekt të mirë antinfiamator, deskumativ dhe absorbues të infiltratit të lëkurës.
- 2) Pomadat me sapune naftenike mund të përdoren për mjekimin e disa dermatozave si psoriasis, neurodermit, eritrodermi, ekzemë, ihtozë etj.
- 3) Sapunet naftenike mund të zëvendësojnë disa lëndë mjekuese të tjera më të kushtueshme të importit dhe në përqindje më të madhe vashinën dhe lanolinën. Përdorimi i tyre ka leverdi të madhe ekonomike.

Dorëzuar në redaksi më 15.IV.1975

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bolgenkov E. I. : NRV v selkomohezajstve. Primenenie mikrokoz NRV pri lezenie kzemi. Izd. A M. A. SSR, Bakur 1965, 563.
- 2) Levitin K. E., Melamed A. D. : Patent NRV, Izd znanie, Moskva 1964, 43.
- 3) Lochte H. L., Litmann E. R. : The petroleum acids and bases. Chemical publishing. Co. Inc. New York 1955, 262, 274.
- 4) Naphthali M. : Himia, tehnologja i analiz naftenovih kislot. Goshintehizdat L. L. 1934, 82-84 (Përkthyer nga gjermanishtja).
- 5) Pashajev T. G. : Natlanskaja neft i jejo leqebno djejsvie. Medgiz 1959, 47.
- 6) Xhillari N. : Acidet e natës shqiptare (studim i pabotuar).

Summary

NAPHTHENIC SOAP OINTMENT IN THE TREATMENT OF THE DERMATOSES

The treatment is described of 28 patients at the clinic of dermatology with ointments having naphthenic soaps as their active substances. The ointment was prepared on vaseline with differents proportions of naphthenic soap (3% to 75%); a solution 3% was also used. These preparations were tried on patients suffering from psoriasis, eczema, neurodermitis, erythroderma and lichen planum. The ointments had good desquamative, absorbing and anti-inflammatory effect. Besides their therapeutic properties, they have the advantage of being cheap.

Résumé**L'EMPLOI DE SAVON NAPHTENIQUE DANS CERTAINES DERMATOSES**

Les auteurs décrivent 28 cas de dermatose traités à la clinique de dermatologie avec des pomnades ayant pour substance active les savons naphéniques. Ils ont préparé des pomnades à vaseline de taux différents de savon naphénique (3 — 75%) ainsi qu'une solution à 3%. Ils les ont utilisées chez des malades de psoriasis, d'exzema, de neurodermite, d'érythrodermie et de lichen planum. Il a été observé que ces pomnades ont un bon effet désquamatif, absorbant et anti-inflammatoire. Outre leurs effets thérapeutiques, elles sont aussi avantageuses.