

## FAKULTETI I MJEKESISE NË 20 VJETORIN E KRIJIMIT TË UNIVERSITETIT TË TIRANËS

— Dr. CIRIL PISTOLI —  
(Dekan i Fakultetit të Mjekësisë)

Kongresi i 7-të i Partisë krijoj një entuziazëm të madh përfitoret e mëdha që populli ynë arriti në rrugën për ndërimin e plotë të socializmit në vendin tonë, nën udhëheqjen e Partisë me në krye shokun Enver Hoxha. Ai miratoi një plan madhështor për zhvillimin e ekonomisë e të kulturës së sociale. I gjithë populli eshtë ngritur në këmbë për zbatimin e këtij plani, duke zhvilluar luftrën e klasave, duke u mbështetur në forcat e veta, duke vigjilar e përgatitur përmbrrojtje. Beteja e madhe që po bën Partia përmbrrojtjen e pastërtisë së marksizëm-leninizmit në luftrë me revizionizmin modern në të gjitha variantet që ai paraqitet, e ka ngritur lart lavdinë e RPS të Shqipërisë, fanarit të socialistit në botë.

Në këtë vrull revolucionar pune eshtë përfshire edhe Universiteti i Tiranës për zbatimin e detyrave që shtroi Kongresi i 7-të për revolucionarinizmin e mëtejshëm të shkollës sonë, ku edukohen e mësojnë me mijra të rindjeve të reja, kuadro të ardhshme që shpërndahen në të gjitha anët e Atdheut përfundur përfshire në luttën vigate të ndërtimit socialist.

Zhvillimi i arsimit eshtë i pa ndarë nga revolucionarizimi i gjithë jetës së vendit tonë. Për këtë arsy, 20 vjet më parë në Tiranë u ngritis Universiteti i parë në vendin tonë. Kjo ishte një fitore historike e popullit tonë, e përgatitur me kujdesin më të madh nga Partia e vetë shokut Enver Hoxha.

Madhështia e kësaj fitore del edhe më qartë në doftë se i hedhim një vështrim të shpejtë të kaluarës së aferme të vendit tonë. Para Çlirimt, Shqipëria kishte 83% të populisë analfabete dhe vetëm 1/4 e kontigjentit të femijëve ndiqte shkolat fillore. Vetëm pak shkolla të mesme kishte në qytetet kryesore. Sot në Republikën Popullore Socialistë të Shqipërisë arsimi eshtë bërë masiv, më qdo tre banorë njëri ndjek shkollën. Shkolla e mesme eshtë shtrirë edhe në fshatra. Vendi yngjekë Universitetin e tij – «gjithë mësimoren», që rilindasi i shquar Sami Frashëri, e ndërrroi qysh në vitin 1899, por që vetëm Partia e bëri realitet. Përveç Universitetit, Shqipëria socialistë ka edhe shkolla të tjera të larta, institutë shkencore. Ajo ka Akademinë e saj të shkencave. Kështu Partia cau errësirën shekullorë, në të cilën e kishin lënë pushtuesit e huaj dhe feudo-borgjezia; ndezi shkëndia të shumta, përhapi drite, jo «pak drifë», por shumë dritë, në gjithë vendin dhe po e udhëheq popullin në rrugën e ndritur të ndërtimit të plotë të shoqërisë sociale.

Universiteti i Tiranës u ngriu mbi bazën e 6 ish instituteve: të atij pedagogjik, politeknik, ekonomik, juridik, mjekësor dhe të institutit të

shkencave. Nga 6 fakultete që kishte në filim, me 15 specialitete, sot ka 7 fakultete me 41 specialitete.

Në vitin e parë të themelimit të tij, në Universitet studjuan mbi 3600 studentë, me dhe pa shkëputje nga puna; ndërsa në vitin arsim 1976-1977, në shtatë fakultet e tij – inxhinieri, gjeologji-miniera, ekonomi, shkencë natyrore, shkencë politike-juridike, histori-filogjji dhe një kësi – ndoqën mësimet 8900 studentë (pa përfshirë filialet), midis tyre 45% ishim femra. Së bashku me filiatet në atë vit Universiteti kishte mbi 11.000 studentë.

Krahas numrit të studentëve u rrit edhe ai i pedagogëve dhe i pu nonjësve shkencore. Nga 200 pedagogë në filim, sot kemi arritur në 60 (ndër ta 128 femra).

Gjatë 20 vjetëve të veprimitarise së tij, Universiteti ka nxjerri mbi 21.000 kuadro specialiste, që janë kontributin e tyre të vietshëm në ndërtimin socialist në të gjitha skajet e vendit tonë.

\* \* \*

Në këtë kuadër edhe Fakulteti i Mjekësisë i Universitetit të Tiranës feston gjithashu 20 vjetorin e tij (ngritur në vitin 1952 si Institut i Mjekësisë) me një bilanc të pasur.

Për të përballuar dhe parandaluar përhapjen e madhe të sëmundjeve gjendjen e rëndë shëndetësore të popullit, të dëmtuar nga shtrypja dhe shfrytëzimi i regjimeve të kaluar reaksionare, të rënduar se të përmri nga pushtimi fašist-nazist, Partia dhe Qeveria morrën menjehere masa, veç të tjerave, edhe për përgatitjen e kuadrove të larta jashtë shtetit. Kupiorë parim i mbështetjes në forcat e veta, Partia ngriti shkollat e larta, ngriti dhe Fakultetin e Mjekësisë, fillimisht Institutin e lartë të mjekësisë.

Dibet se një nga faktorët kryesorë për zhvillimin e shërbimit shëndëtësor është edhe përgatitja e kuadrove. Për t'u përgjigjur nevojës së zhvillimit të spejtë të shërbimit shëndetësor, pranimet e studentëve në fakultetin e mjekësisë u bënë me ritme të shpejtuar, siç shihet në pasqyrrën e mëposhtme:

#### Pranimet e studentëve

Dega	Mjekësi	Stomatologji	Farmaci	Shuma	Femra %
Viti 1957	106	—	—	106	33%
Viti 1960	139	20	—	159	31.44%
Viti 1970	186	47	37	270	40.74%
Viti 1975	370	79	59	508	67.12%

Si rrjedhim i rritjes së numrit të studentëve, edhe efektivi i fakultetit u rrit gjithashtu me një rriem të lartë.

#### Britja e numrit të studentëve

Viti	Numri i studentëve	Rritja e vazhdueshme e të rejave
	Cjlliçej	Femra %
1957	433	27 %
1960	557	30.34 %
1970	1427	44.28 %
1975	2173	55.73 %

Si rrjedhim i një ritmi të tillë të përgatitjes së kuadrove të larta mjesësore, shëndetësia Jonë socialistë po plotëson më së miri nevojat e ndihmës mjekësore profilaktike dhe kurative për populin. Ne sot kemi një mjek për 830 banorë si Republikë dhe, në këtë drejtim, radhitemi me vendet e tjera të përparrura të Evropës.

Fillimisht fakulteti i mjekësisë kishte vetëm degën e mjekësisë së përgjithshme. Por më vonë, me kthimin e studentëve nga BS dhe vendet e tjera revizioniste, në vitin 1960 u ngrit edhe dega e stomatologjisë dhe e farmacisë (në fillim, kjo e fundit pranë fakultetit të shkencave të natyrës) dhe në vitin 1970 edhe kjo degë u bashkua me fakultetin e mjekësisë.

Si rrjedhim i rritjes së numrit të studentëve, u rrit edhe numri i pedagogëve dhe nga 77 që kishte në vitin 1967, sot ka 114 pedagogë efikтивë, mbi 40 pedagogë të jashërm dhe pedagogë të tjerë të lëndëve shoqërore dhe të përgjithshëm, që janë efektivë të fakulteteve përkatëse.

Fakulteti i mjekësisë, si dha shkollat e tjera, nuk është rritur thjesht si sasi, por sidomos si cilësi. E gjithë shkolla Jonë, në sajë të udhëheqjes së drejtë të Partisë dhe të shokut Enver Hoxha, po ecën në shtigje të reja, të pashekatura, ajo ka shkuar duke u revolucionarizuar, po ndjek një rrugë të re socialistë, me tipare origjionale. Plenumi i 8-të i KQ të PPSH, që zhvilloi punimet e tij mbi bazën e fjalës së shokut Enver Hoxha të 7 marsit 1968, e futi shkollën tonë në një fazë më të lartë shumë të rëndësishme, në rrugën e revolucionarizmit të mëtejshëm.

Dukje filluar nga viti arsimor 1970-1971, fakulteti i mjekësisë hyri në rrugën e zbatimit të vendimeve të plenumit të 8-të të KQ të PPSH dhe sot ai ecën taretësishët në atë rrugë.

Shkolla Jone socialistë, pra dhe fakulteti i mjekësisë, i shërbën ndërtimit të shoqërisë socialistë në vendin tonë, ku është vendosur ditkatura e proletariatit, dhe studentët mbrohen me ideologjinë marksiste-leniniste të PPSH dhe mësimet e shokut Enver Hoxha. Boshti i shkolles sonë është ideologjia marksiste-leniniste.

Formimi i ideologjik marksist-leninistës është një domosdoshmëri e përgjithshme. Por ai është edhe një domosdoshmëri në vegantë për kuadrot

mjekësore. Mjekësia nuk është një shkencë thjesht natyrore, por nat rrore-shoqërone. Prandaj si edhe të gjitha shkencat e tjera, ajo ka nev që të mbështetet në materializmin dialektik dhe historik (është kus sine qua non), për interpretimin e drejtë të dukurive në shkencën mjekore.

Studentët tanë edukohen me ideologjine revolucionare nëpërmjet ndërvë shoqërore marksiste-leniniste (Histori e PPSH, ekonomi politik filozofi marksiste-leniniste), që shtuhen gjatë gjithë viteve të mësuarës së mjekësisë së përgjithshme dhe përbëjnë 6,6% të të gjithë plan mësimor të fakultetit.

Natyristët edukimi komunist i studentëve nuk bëhet vetëm nëpërmjet lëndëve marksiste-leniniste, por edhe nëpërmjet lëndëve të kulturës së përgjithshme dhe të kulturës speciale profesionale mjekësore, pëshkohen nga boshti ideologjik marksist-leninist i Partisë sonë; ky edhe bëhet gjithashtu nëpërmjet punës në prodhim dhe mësimit e stë vities ushtarakë.

Pëmiresimi i planeve mësimore ka qënë një preokupacion i vazhdu mit të herëpashershëm me qëllim që të caktohen përmasa të dreja ndëmjet lëndëve, ndërmjet teorisë dhe praktikës dhe të vendoset një radhit sa më organike e lëndëve. Kjo punë është bërë në lufte kundër prirje të shfaqura aty-këtu për rritjen e paarsyeshme të orëve të mësimit.

Programet mësimore, gjithashtu, kanë qenë objekt shqyrtime të katedrat më qëllim që ato t'u përgjigjen më mirë dytirave që caft Kongresi i 7-të i PPSH; t'u përgjigjen gjithnjë e më mirë kërkosave përgatitjes së kuadrove të reja në një nivel më të lartë, që të azhunohë me zhvillimin e shkencës mjekësore.

Zbatimi i porosisë së Partisë për hartimin e teksteve të reja nga pëdagogët tanë që një sulses i madh për shkollën tonë dhe plotësoi një njojje domosdoshme të saj. Tekstet e Vjetra, të huaja, nuk mund t'i përgjigjeshin revolucionarizmit të mëtejshëm të shkollës sone. Asaj i nevoj testsim tekste që të kishin boshtin ideologjik të Partisë sone, përvojën rikfikisë sone, ku të pasqyrohej mëri orientimi profilaktik. Këto kë marxiste-leniniste të Partisë sone, që tanë kishin fituar një përvojë madhe profesionale. Sot thuaçse të gjithë lëndët mjekësore kanë tekstona shqiptare. Niveli i teksteve ka ardhur duke u rritur në interpretim, sa më të drejtë të dukuriive në shkencën mjekësore nga këndvështrir i idëologjisë marksiste-leniniste, në nivelin shkencor, në shkallën e pa qyrimit të përvojës sone kombëtare, në pasqyrimin e idësë së profilkësë, në vëllimin. Disa të meta e dobesi në këtë drejtim u analizuan edhe drithën e konkluzioneve të Sekretariatit të KQ të PPSH të 20 dhjetor 1974 dhe të fjalës së shokut Enver Hoxha në këtë mbledhje. Tani gjitha-kuadrot janë mobilizuar për ripunimin e këtyre teksteve me qëllim që të tritin nivelin ideo-shkencor të tyre dhe të jenë më kongizë. Përkëtë nga katedrat po bëhet një punë e programuar dhe e kontrolluar rëmenyrë që në botimet e tyre të reja, tekstet t'u përgjigjen më mirë këtë kesave të Partisë.

Niveli i mësimdhënies dhe rendimenti i orës së mësimit kanë shkru duke u rritur, përkëtë kanë ndikuar botimi i teksteve të reja; leksioni

pedagogut, puna shkencore, pasurimi i mjetave audio-vizive. Në hartimin e leksionit, tani pedagogët kanë parasysh qenien e tekstit, plotësimin e tij, mënjanimin e ndonjë dobësie, azhurnimin me të rejat e shkencës dhe pasqyrimim më të mirë të përvojës sotë etj. Tani leksionet e pedagogëve janë të shkuara dhe pjesa më e madhe e tyre i nenshtrohen kontrollit më katëdrat.

Zbatimi i porosisë së dhënë vitin e kaluar nga Kryeministri, shoku Mehmet Shehu, për tu dhënë studentëve leksione të shkuara para orës së leksionit, është një hap tjeter shumë i rëndësishëm për rritjen e nivelit të mësimdhënies dhe të rendimentit të orës së mësimit. Gjatë vittit arsimor që kaloi, në hollëm vetëm disa hapa në këtë drejtim, ndërsa me filimin e këtij viti shkollor, shtypja dhe dorëzimi i leksioneve të shkuara studentëve u zgjerua, gjë që do të jepë mundësinë edhe për pjesëmarrje aktive të studentëve në leksionet, me anën e pyetjeve e të debateve. Natyrisht kjo rrit edhe përgjegjesinë e pedagogut dhe të katëdrat.

Hapa me rëndesi janë bërë edhe në përmirësimin e seminareve e praktikave mësimore. Vitet e fundit është përmirësuar baza materiale dhe u bë ndarja e grupave për punën laboratorike dhe klinike. Në këtë mënyrë u urrit aktivizimi i studentëve në kryerjen e eksperimenteve osne studimin më të mirë të fë sëmurëve, u rrit edhe kontakti pedagog-student, që përfunduesisht përfundimisht më sistematik të përvetësimit të dijeve nga studentët. Po krijohen mundësítë që puna praktike të përmirësohet shumë më tepër në vitet e ardhshëm.

Krahas përgatijes së kuadrove të reja mjekësore, fakulteti i mjekësisë ka dhënë dhe jep një ndihmë të vlefshme për kualifikimin pasuniversitar të kuadrove të shëndetësor të Republikës. Me ndonjë përashtim të rrallë, të gjithë mjekët specialiste, që punojnë në institucionet shëndetësore të vendit, janë specializuar pranë katëdrave e klinikeve universitare. Për kualifikim e specializim qdo vit vjen një numër i rëndësishëm kuadrosi mjekë të rrëtheve. Vetëm gjatë viteve 1971-1977 kanë ardhur për specializim 388 kuadro të larta. Në këtë mënyrë, fakulteti i mjekësisë jep kontributin e tij për rritjen e cilësisë së ndihmës mjekësore në shkallë Republike. Tani fakulteti po rishikon programet e specializimit dhe ato të kurseve 2-3 mujore të kualifikimit. Ato po ndertohen rre bazë krejt të ndryshme nga më parë, duke pasur parasysh nevojat e kërkesat e bazës.

Plenumi i 8-të i KQ të PPSH i dha një grusht dërmues konceptit të vjetër konservator borgjez, që e kufizonte mësimin në auditor, të shkëputur ngajeta. Kështu e gjithë shkolla Jonë, si dhe fakulteti i mjekësisë, hynë në mungën që ikshente porositur Marksit, i cili imë edukatë kuptonte: edukimin mendor, edukimin fizik, arsimin teknik. Këtë porosi e vuri në zbatim, i dha jetë dhe e pasuroi vetëm Partia e Punës, mësuesi dhe udhëheqësi ynë, shoku Enver Hoxha.

Në bazën e shkollës sonë, e të gjithë veprimtarisë së saj mësimore edukative u vu trekkëndshi revolucionar mesim-punë produhuese-edukim fizik e ushtarak. Kështu studentët tanë edukohen, formohen dhe marrin mësim në auditorë, në klinikë, në punën në prodhim, në stërvitje fizike dhe ushtarakë.

Një pjesë të punës më prodhim, studentët tanë e bëjnë nëpermjet praktikave mësimore të karakterit prodhues, nga kursi i tretë dhe lart; e

kryejnë në institucionet shëndetësore të rrtheve, duke filluar me kryjen e punës të infirmierit e deri të ndihmës mjekut, stomatologut dëfarmacistit. Kjo i ka ndihmuar studentët tanë të fitojnë pak nga pshprehitë praktike të punës mjekësore.

Stazhi në prodhim, zhvillohet mbi bazën e një programi të përcaktuar konkretisht dhe kryhet në institucionet kryesore të rrtheve. Për kua jep një ndihmë të madhe për të lidhur edhe më mirë njohuritë teoril me praktikën në jetë. Kështu kuadrot e reja, porsa diplomohen, janë, gjendje të përballojnë në mënyrë të pavarur detyrat e praktikës mjekësore, të orientohen drejt dhe të kapërejnjë vështirësitë e para në jetë.

Pjesën tjeter të punës në prodhim studentët e të gjithë kurseve, bashku me pedagogët, ne përgjithësi e kanë kryer në ndërtim dhe bujqëdhavë, në terracimin e tokave, në fushatat e ndryshme bujqësore, duke huri me punët e ndërtimit, me punimet bujqësore, pra me jetën e vendit, përfshirë kështu horizontin e saj. Ajo që është kryesore, rinia ka lui fizike dhe është edukuar me konceptin borgjez mbi punën, të nënveftësimit të punktave zyrtare të punës mendore dhe fizike.

Në fakt, brigadat e studentëve të fakultetit të mjekësisë gjithmonë kanë realizuar, madje dhe tejkauar detyrat e norritat e punës, janë nga Presidiumi i Kuvendit Popullor.

Në përpjekjet për një harmonizim më organik të tre komponentëv të mësimit, pjesa teorike e mësimit ushtarak jetet në auditorët e fakultetit, e shtirë gjatë gjithë vitit, ndërsa stërvitja praktikë bëhet e grumbulluar në terren. Kjo ka dhënë rezultate më të mira. Studentët tanë janë të ndërgjegjshëm se ashtu siç u fitua me pushkë pavarësia e lira, po më thimi imperialisto-revizionist dhe se gjendja, në botë është e turbullt prandaj ata kanë vënë të gjitha forcat për të arritur rezultate sa më të mira në stërvitje, për të rritur gatishmërinë.

Në fakultetin tonë po punohet që të bëhet një harmonizim sa më deyrrat që shtroi Plenumi i 8-të i KQ të PPSH si dhe Kongresi i 7-të i Partisë.

Britja e nivelit shkencor të përgatitjes së kuadrove të reja nuk mund kufiteti i mjekësisë ka sot 10 profesore, 17 docentë dhe 4 kandidatë të shkencave. Por duke u bazuar në Vendimin e Qeverisë për kualifikimin e kuateve, fakulteti, katedrat kanë hartuar planet e tyre të kualifikimit, ku janë parashikuar dhënia e provimeve, mbrojtja e disertacioneve, punime shkencore etj. Përparsi i është dhënë ngritisë ideologjike, prandaj në bazi të planit të hartuar, gjithë pedagogët kanë dhënë ose do të jepin brenda vitit të vazhdim provimin e filozofisë marksiste-leniniste. Mjaff pedagogë janë zotuar të mbrojnë disertacionet jashtë numrit të planifikuar nga Ministria e Arsimit.

Krahas veprimitarise pedagogjike, fakulteti i mjekësisë ka zhvilluar një veprimtaritë gjëre shkencore, që ka ndihmuar në rritjen e nivelit të

mësimdhënies dhe, nga ana tjetër, ka ndihmuar në përhapjen e përvojës së pëparuar të fakultetit në institucionet e tjera shëndetësore të rretheve, në zgjidhjen e disa problemeve studimore lidhur me praktikën. Puna shkencore bëhet mbi bazën e planeve 5 vjeçare dhe vjetore. Në punë serioze shkencore pedagoget i kanë pasqyruar në monografitë e tyre, që vetëm nga viti 1970 e këtë janë botuar 41 të tillë; në artikujt e shumtë shkencore të botuar në Buletinin e shkencave mjekësore, i cili tanë del rregullist 4 herë në vit, si dhe në revistën «Shëndetësia popullore» etj.

Gdo vit katedrat kanë organizuar sesione shkencore, ku pedagogët kanë paraqitur punimet e tyre. Kohët e fundit, punimet e paraqitura në këto sesione po botahten në vëllime të posaçme, si punimet e neuropsikiatërve, të kirurgjeve, të patologjeve etj., në mënyrë që arritjet e punonjësve të fakultetit të rijnhen nga masa e mjekëve dhe të kontribuojnë përritjen e nivelit shkencor të tyre.

Fakulteti i mjekësisë ka dhënë kontributin e tij për zhvillimin e shkencës së rëndësishme me studimet në fushen e mjekësisë popullore, me studimin e sëmundjeve të mëlqisë, të zemrës, të tensionit të lartë, të gushës endemike, të sëmundjeve të mëlqisë, të zemrës, të reumatizmit, të fruthit, të otosklerozës, të epilepsisë; në studimin e parametrateve fiziologjike të gjakut si kolesteolemienë etj.; me studime në fushën e stomatologjisë; studimet e disa bimëve mijekësore me qëllim të shfrytëzimit të tyre etj.

Pranë katedrave zhvillojnë veprinatarinë e tyre edhe 33 rrathë shkencore, ku janë aktivizuar rrëth 300 studentë, të cilët, në sesione të veçanta ose të përbashkëta me pedagogët, paraqitin punimet e tyre. Është detyra jone që të masivizojojmë më tepër punën shkencore të studentëve.

Në dispozicion të pedagogjëve dhe studentëve është biblioteka shkencore e fakultetit, që ka 56.800 volume (veç periodikë), ose dyfishin e volumeve, që kishin 5 bibliotekat e Shqipërisë në vitin 1939.

Në punën e përditshme, veprinatarinë e tyre pedagogjike-shkencore, pedagogët e fakultetit e lidhin me praktikën mjekësore në institucionet shëndetësore, duke kryer një punë shumë të frytëzime në ndihmë të qytetarëve, kështu ata rritin njohuritë e tyre profesionale nga vrojtimi i përditshëm; nxjerrin të dhëna për illustrimin e mësimit të përvojën e mjekësisë së sone, gjëjnë burimin për punimet e tyre shkencore etj. Kështu gjë zbatim lindja organike e shkolles sone me prodhimin, me praktikën mjekësore, që është një karakteristikë e fakultetit të mjekësisë.

Në fakultetin tonë të mjekësisë zhvillohet një veprinari e mirë sportive, artistike e kulturore.

\* \* \*

Festimi i 20 vjetorit të themelimit të Universitetit të Tiranës gjallëroi edhe më shumë jetën e fakultetit dhe i gjithë kolektivi punonjës e studentë, të udhëhequr nga Organizata e Partisë, janë mobilizuar në punë, për realizimin e detyrrave që shtroi Kongresi i 7-të i Partisë, me qëllim që të ngritet puna për përgatitjen e kuadrove në një shkallë më të lartë.

### Summary

## THE FACULTY OF MEDICINE ON THE 20th ANNIVERSARY OF THE CREATION OF THE TIRANA UNIVERSITY

The paper points out the great importance of the creation 20 years ago the University of Tirana. The University of Tirana was created by the Party Labour of Albania by following the principle of relying on our own force. It has continually been growing and since 1957 has produced 21,000 university graduates.

In 1957 the Faculty of Medicine was incorporated in the Tirana University. It has satisfied one of the greatest needs of the health service, which prior to the Liberation was quite inadequate. By training higher medical personnel, the university has offered to the health service the possibility to satisfy the needs of the population, to raise the ratio doctors: population to a level which compares favourably with that of the other advanced countries of Europe.

The Faculty of Medicine has grown numerically and has improved the quality of its work. The 8th plenum of the Central Committee of the Albanian Part of Labour, dedicated to the further revolutionization of our schools, helped to raise it to an even higher level. Our schools have satisfactorily applied the principle of the triangle lessons-productive work-military training. They are preparing cadres ready to serve the cause of the socialist construction of our country by teaching them the Marxist-Leninist ideology of our Party and the teachings of comrade Enver Hoxha.

Our school, the paper points out, has its particular original features. Apart from its academic duties, the Faculty of Medicine is engaged in important scientific activities and contributes considerably in the post-university training of the medical personnel of the Republic.

The 7th Congress of the Albanian Party of Labour gave an impulse to the schools and to the entire community of student youth, under the leadership of the Party organizations, for further efforts for the achievement of the duties laid down by that Congress.

### Résumé

## LA FACULTÉ DE MÉDECINE AU 20-e ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE L'UNIVERSITÉ DE TIRANA

L'article souligne la grande importance qu'a revêtu pour le pays la création, voici 20 ans, de l'Université de Tirana. Crée par le Parti sur la base du principe de l'appui sur ses propres forces, elle n'a cessé de croître, et de 1957 à ce jour elle a formé 21,000 cadres supérieurs.

En 1957, la Faculté de médecine, entre autres, a été englobée dans l'Université de Tirana. Elle a réussi à satisfaire aux besoins primordiaux de nos services sanitaires, dont la situation, avant la Libération, était des plus précaires. La préparation de cadres médicaux par l'Université a également permis à notre service de la santé

publique de faire face de la manière la plus satisfaisante aux exigences de la population, en sorte qu'aujourd'hui, notre pays se range, quant à la densité médicale, parmi les pays avancés d'Europe.

La Faculté de médecine a grandi numériquement, mais elle a surtout élevé le niveau qualitatif de son travail. Le 8<sup>e</sup> plénum du CC du PTA, consacré à la révolutionnisation continue de notre école, a contribué à en rehausser encore le niveau. Le trinôme, étude-travail productif-entraînement militaire, a été mis à la base du travail de notre école. Celle-ci, indique l'article, forme des cadres qui servent la cause de l'éducation socialiste de notre pays et qui, à cette fin, sont éduqués selon l'idéologie marxiste-léniniste de notre Parti et les enseignements du camarade Enver Hoxha.

Notre école a ses traits originaux. De pair avec le travail d'éducation notre Faculté de médecine mène une vaste activité scientifique et apporte une importante contribution à la qualification postuniversitaire des cadres médicaux de la République.

Le VIII<sup>e</sup> Congrès du Parti a donné une nouvelle impulsion au travail à l'école, et tout le collectif de la Faculté et la jeunesse étudiante, sous la conduite de l'organisation du Parti, luttent pour la réalisation des tâches que leur a assignées ce Congrès.

## MJEKIMI PARANDALUES ME KARBONAT TË LITIUMIT I PSIKOZËS MANIAKO-DEPRESSIVE

— Prof. XHAVIT GJATA — NESTOR POLIMERI — TEFTA PIKULI —

(Klinika e Psikiatrisë)

Qëkurse janë përdorur kripërat e litiumit në mjekimin e psikozës maniakale, ato kanë gjetur përdorim të gjérë në psikiatri. Punime të shumta kanë provuar mjekumin me sukses të psikozës maniakale dhe të hipomanisë në rreth 70-80% të rasteve (8). Më vonë përdorimi i kripave të litiumit u shtri dhe në mjekimin e psikozës Skizo-afektive, depresionet bipolare e unipolare, neurotike, grregullimet e karakterit dhe në gjendje të tjera (4,6,9). Por suksesi më i madh është arritur vetëm në mjekimin e krizave tipike maniakale dhe, së fundi, calesohet se ka veprim të kënaqshem në depresionet endogjene bipolare dhe unipolare. Përdorimi i kripave të litiumit, si parandalues i krizave maniakale e depressive në psikoziën maniako-depressive dhe depressive në depresionin unipolar e ka quar në një etapë më tej mjekimin e tyre. Dhe me të vërtetë përsërijet e shumta të këtyre sëmundjeve dhe interisionet ndërmjet krizave kanë kërkuar domosdoshmërinë e një mjekimi, i cili të bënte parandalimin e tyre. Ky është shkaku që mjekimi me litium ka tërhequr së tepërtimi vëmëndjen e psikiatërve, të cilët po kërkojnë rrugë sa më të mira për mjekimin aktiv dhe parandalues (2, 3, 7).

Në qoftë se mjekimi me litium do të arrinte eliminimin e plotë të krizave maniakale e depressive, atëherë mund të thonim se është gjetur mjekimi etiologjik i sëmundjes. Por në të vërtetë ende nuk është arritur zhdukja e plotë e periodicitetit të sëmundjes. Megjithatë, litiumi transformon thellë jetën familjare e personale të të sëmurëve, sepse pakëson rishtimet në spital, krizat bëhen më të rralla, më të shkurtra dhe me tablo klinike më të dobët se zakonisht. Përveç kësaj, litiumi e bën të ndjeshëm mjekimin me antidepressorë e neuroleptikë. Po ashtu litiumi, duke parandaluar krizat depressive, është dhe parandalues i vëtëvrasjeve (1).

Mjekimi me karbonat litiumi, nën kontrollin e litiemisë, ka filluar në klinikën e psikiatrisë në vitin 1973. Nga anëtarët e kësaj klinike -është raportuar për 4 raste (5) dhe për 41 raste (10) të mjekuar me

karbonat litiumi. Ata kanë shpjeguar me hollesi indikime, kontraindikimet dhe efektet toksike të tij.

Në këtë punim përshkruhet veprimi parandalues i karbonatit të litiumit në të sëmürët maniako-depresivë. Në zgjedhjen e materialit jen mbështetur në këto qështje:

1) Janë zgjedhur të sëmure që vuajnë nga psikoza maniako-depressive që prej shumë vjetësh.

2) Pacientët kanë pasur kriza të shpeshta dhe me intensitet 1 fuqishëm.

3) Për të nxjerë përfundime sa më të vërteta kemi marrë ti grupe, ku dy të fundit kanë shërbyer si grupe kontrolli.

Qëllimi ynë është drejtuar në këto qështje:

1) Në shpeshësinë e episodeve maniakale e depressive në të trupet, që nga koha e fillimit kurativ (grupi i dytë) e parandalues (grupi i parë) me karbonat litiumi e deri tani.

2) Në gjatësinë mesatare të krizave në të tre grupet.

3) Në vlerësimin e shkallës së tablosë klinike në të tre grupet.

Në studim janë marrë 24 të sëmure (19 femra e 5 meshkuj) më të mbarët nga katër të sëmurë (3 femra e një mashkull), që mëkohë me karbonat litiumi përkrahësht qysh nga maji e gushti i vitit 1974 dhe më shumë qershori 1975 dhe vazhdojnë ta marrin akoma.

Grupi i dytë i kontrollit përbëhej nga 12 të sëmure, të cilët janë mëkuar rrëth vitit 1974 me karbonat litiumi gjatë krizave maniakale depressive, por nuk e kanë vazhduar gjatë këtë mëjekim. Të sëmure në përgjithësi, kanë pasur krisa të shpeshta dhe atyre iu është kështuar të mbajnë gjatë mëjekimin me karbonat litiumi, por përsarye të ndryshme, përvëq të sëmurevë të grupit të parë, ata të grupit të dytë kanë neglizhuar atë.

Grupi trejtë përbëhej prej 8 pacientë, që nuk ishin mëkuar asnjë herë me karbonat litiumi.

Siq vërehet prej pasqyrës 1, të sëmürët e grupit, të parë vuajnë nga psikoza maniako-depressive nga 7 deri 31 vjet me mesatare 18,5 vjet. Ata kanë kauar 33 episode maniakale e depressive me 8,2 shtrime pëndieri. Koha e mëjekimit me karbonat litiumi ka qënë 22-35 muaj mësatare 28 muaj për njëri. Të sëmurevë iu është shpjeguar mirë vlerësive dhe me shumë dëshirë ata e kanë vazhduar marrjen e këtij preparati. Në filim litemia është përcaktuar një herë javë, kurse më vonë marrë qdo një, dy dhe rralle qdo tre muaj.

Gjaku për përcaktimin e litemisë është marrë esell në mëngjje fundit të karbonatit të litiumit. Tek të katër të sëmürët, përqëndrimi i litiumit në serum ka qënë përkrahësht rrëth 0,9 mEq/l, 0,85 mEq/l 0,5-1,25 gr. karbonat litiumi, të ndara në dy ose tre doza.

## Pasqyra nr. 1

Emri	Datë-lindja	Viti i fillimit të sëmundjes	Lloji i krizës së parë	Numri i recidivave llojityre	Koha e fillimit të litium.	Koha ne muaj	Numri i kri-zave pas fillimit e koha vazhdimit
S.B.	1926	1946	M 13 (1 M e 12 D)	maj 1974	35	1 (4 javë)	
E.S.	1942	1970	M 6 (4 M e 2 D)	gusht 1974	32	2 (4 e 6 javë)	
S.H.	1933	1956	M 10 (7 M e 3 D)	maj 1975	23	—	
P.T.	1931	1962	M. (2 M e 2 D) 4	qershor 1975	22	—	

M = Maniakale

D = Depressive

Në krahasim me neuroleptikët, karbonati i litiumit (kripa më e përdorshme e litiumit) ndryshon në disa drejtëse: 1) nuk metabolizohet në organizëm dhe kemi të bëjmë me një agjent aktív siç janë Jonet e litiumit; 2) meqë nuk kufizohet vetëm në plazëm ose proteinat indore, atëherë krijohet një ekullibër ndërmjet përqëndrimit të tij në gjak e në inde dhe meqënëse ky ekuilibër është dinamik, përcaktimi i tij në serum na lejon ta përdorim si metodë matje; 3) përcaktimi i liitemisë është i thjeshtë dhe paraqitja per analizë e detyron pacientin të kontrollohet kohë pas kohë dhe 4) ka veprim progresiv, pa dhëne frenim e gjumë të shtuar (2). Me veprim progresiv duhet kuptuar se veprimi i karbonatit të litiumit bëhet më i qëndrueshëm me rritjen e kohës së përdorimit të tij (veganërisht 6 muaj pas fillimit të tij).

Në përgjithësi veprimi i plotë terapeutik përfshohet vetëm kur litiumia mbahet në ose mbi shifrat 0.8 mEq/l, por kalimi mbi 1.6 mEq/l paraqet rrezik në shfaqjen e shenjave toksike. Doza e nevojshme përfshihet mbajtur një përqëndrim të tillë në serum është individualë, sepse varret nga artësia ekskretore e veshkave, prandaj dhe kjo këkon dozodoshmërinë e përcaktimit të litiemisë në fillim të njekimit dhe në ndrimin e dozës sipas nevojës kur stabilizohet doza mbajtëse, është e nevojshme të mirret gjaku për përcaktimin e litiumit në çdo një ose dy muaj.

Që nga koha e fillimit të karbonatit të litiumit e deri në mars të vitit 1977, të katër pacientët kanë pasur vetëm tre përsëritje të sëmundjes dhe që të trija të karakterit depresiv. Zgjatja e përsëritjeve të sëmundjes ka qënë dy, katër javë dhe njëra 6 javë. Duke krahasuar intensitetin dhe gjatësinë e krizave tek personat përkatës, vërehet një shkurtim dy, tri herë më i madh në krahasim me ataket e tyre të mëparshme, kurse tabloja klinike ka qënë më e zbutur. Që pas vitit

1974, numri mesatar i përsëritjeve të sëmundjes për njeri ka që 0.75. Kjo përqindje është e ngjashme me të dhënat e autorëve të tjërë (6), që e kanë gjetur ritmin e rishtimeve tek ata që marrin mijekimtë mbaftës me karbonat litiumi 0.71 për njeri. Të sëmurët kanë zhvilluar veprimitari normale dhe madje një i sëmure (S.H.), i cili mbante pritshë grupin e dytë të invaliditetit rilloi punën në profesionin e tij psikoza maniako-depressive prej 3 deri 32 vjet me një mesatare 11 vjet fëstë. Ata kanë pasur mesatarisht 8.6 shtrome për njeri dhe janë mjuke kuar me karbonat litiumi përnjë kohë dy deri 15 muaj (shih pasqyrë nr. 2). Që nga viti 1974, të 12 pacientet kanë pasur 42 shtrome me një mesatare shtrimi 3,5 për njeri. Gjatësia e përsëritjeve të sëmundjes është intensiteti i tyre ka qenë pothuajse i njëllojte.

### Pasqyra nr. 2

Emri	Datë Lindja	Viti i fill- mit të së- mundjes	Lloji i krizës parë	Numri i recidivave	M	D	Koha e fillimit dhe ndërprerjes litiumit	Reci- vat viti 1974
L.L.	1926	1969	D	12	3	9	prill 1974	
S.Sh.	1922	1961	D	13	5	8	Dhjetor 1973 mars 1974	
Xh.G.	1924	1945	M	3	1	2	Qershor 1974 gusht	
M.C.	1938	1965	D	6	3	3	korrik shtator 1974	
J.M.	1922	1963	M	17	9	8	qershor gusht 1974	
Z.H.	1936	1963	M	22	21	1	janar korrik 1974	1
N.Sh.	1936	1967	D	12	5	7	dhjetor 1973 dhjetor 1974	
M.Z.	1941	1971	M	2	1	1	korrik dhjetor 1974	
H.B.	1945	1972	M	7	6	1	shkurt mars 1974	
V.M.	1941	1970	D	3	1	2	qershor nëntor 1976	-
K.L.	1953	1973	M	5	5	-	Nëntori 1973 gusht 1974	
P.L.	1902	1974	M	2	1	1	mars qershor 1974	

Në grupin e tretë, që përbëhet prej 8 pacientësh (7 tenra e një mashkulli), përfshihen të sëmurë që kanë pasur më pak shtrime për njeri (5, 8). Të sëmurejt kanë vualtuar nga psikoza maniako-depressive nga 3 deri 41 vjet me mesatare 13 vjet. Qysh pas vitit 1974 ata kanë pasur mesatarisht tre shtrime për njeri, pothuajse një lloj sa dhe grupi i dytë.

Nga analiza e të dhënave të sipërme dalin këto përfundime. Mjekimi i zgjatur me karbonat litiumi ka pakësuar së tepërmë shpeshtësinë e krizave maniakale e depressive tek të sëmurët maniako-depressive, të cilët vuaniq giatë nga kjo sëmundje. Është pakësuar shumë numri i rishtimeve në spital. Krahasimi i 3 grupeve tregon se ndërsa në grupin e parë, ritmi i shtrimeve për njeri ka qënë 0.45 në dy grupet e tjera ka qënë 3.5 dhe 3 për njeri. Është shkurtuar gjithashu në mënyrë të ndjeshme dhe koha mesatare e ditëqëndrimit në spital. Kështu p.sh. gjatë 3 rishtimeve (pas fillimit të litiumit), të sëmurët kanë qëndruar në spital 4 deri 6 javë, kurse më parë ata kanë pasur një mesatare qëndrimi në spital 8 deri 14 javë. Po ashtu është zbutur dhe tabloja klinike në krahasim me shtrimet e kaluara. Theksojmë se tek të gjithë të sëmurejt, mjekimi parandalues me karbonat litiumi ka filluar kur ata kanë qënë në fazën depressive dhe se 3 përsëritjet kanë qënë të karakterizuar depreziv.

Përqëndrimi mesatar i karbonatit të litiumit në serum ka qënë afersisht 0.8 mMEq/l, që i ka përkuar dozës mesatare 0.75 gr. për njeri. Gjatë periudhës ndjekëse prej 22 deri 35 muaj nuk janë vërejtur lëkundje të dukshe të përqëndrimit të litiumit në serum dhe nuk është vërejtur asnjë shenjë intoksimi. Kjo ka ardhur sepse likiemia nuk u është afruar përqëndrimeve të tillë që konsiderohen toksike.

Megjithatë, gjatë kontrolleve të tyre, të sëmurejt janë pyetur me hollasi rrëth durmit të preparatit dhe ata janë udhëzuar si të veprojnë në rast se ju shfaqen ato. Po ashtu atyre iu Jane analizuar elektrolitet dhe urina komplet për të mënjanuar rdonjë ndërlirim të mundshëm. Vegenërisht u kemi kushtuar kujdes elektrroliteve, sepse përqëndrimi i karbonatit të litiumit në serum lidhet drejt përsëdrejtë me natrimum. Kështu p.sh. hiponatremia shkakton shtrimin e thithjes së litiumit në tubulat renale dhe, në këtë mënyrë, shfaqet intoksimi me këtë preparat. Po ashtu çrrregullimi i nivelet të kaliumit shkakton ndryshime elektrokardiografike.

## KONKLUSIONE

1) Karbonati i litiumit është një rregullues shumë i mirë i lëkundjeve maniakale e depressive dhe mjekimi mbajtës me këtë preparat pakëson në mënyrë të konsiderueshme përsëritjet e sëmundjes dhe, përpasoje, rishtimet në spital.

2) Ky preparat jep rezultate shumë të mira në parandalimin e krisave depressive në depresionin bipolar. Edhe kur lindën rikthimet e sëmundjes, ato ishin më të shkurtira dhe më të zbehëta në krahasim me krikrizat e kaluara.

3) Mjekimi me karbonat litium ka pasur veprim progresiv, dm se me zgjatjen e kohës së veprimit të tij shtohet vlera e fuqia e nj kimit parandalues. Të tri recidivat në katër rastet e grupit të parë jan zhvilluar brenda 6 muajve të para të fillimit të mjekimit me litium.

Dorëzuar në redaksi më 7.V.1977

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

- 1) Barracough B.: Suicide prevention, recurrent affective disorder and lithium. British Journal of Psychiatry 1972, 121, 391 — 2.
- 2) Bertagna L.: Sur une expérience de quatre années de thérapeutique par carbonate de lithium. Psychopharmacological Suppl. de l'encephale 1973, 19.
- 3) Chazot G., Dervic M.: Lithium et états dépressifs. Psychopharmacology 8, 43.
- 4) Fleve R.K., Kumbraei T., Dunner L.D.: Lithium prophylaxis of depression in bipolar I, bipolar II and unipolar patients. American Journal of psychiatry 1976, 133, 925 — 4.
- 5) Gjata Xh., Polimeri N., Veveçka M.: Te dhëna mbi mjekimin e të sëmurë me lithium karbonat. Shëndetësia popullore 1974, 4, 68.
- 6) Hulin R.P., Mc Donald R., Allsop M.: Further report on prophylactic lithium in recurrent effective disorders. British Journal of psychiatry 1975, 12, 281 — 4.
- 7) Mendels J.: Lithium in the treatment of depression. Am. J. Psych. 197 133, 373 — 8.
- 8) Schon M.: L'effet thérapeutique du lithium dans la manie. Psychopharmacology 1973.
- 9) Smulevitch A. B., Zavidovskaya N., Igonin A., Mihalova N.M.: The effectiveness of lithium in affective and schizo-affective psychoses. Br. J. Psych. 197 125, 65.
- 10) Vehbiu U., Pikuli T., Peti A., Veveçka M.: Mjekimi i kriçave manikale dr i psikozave skizo-aftektive me karbonat litium. Punime psikoneurologjike 1975, vol. 5, 118.

## S u m m a r y

### PREVENTIVE TREATMENT BY LITHIUM CARBONATE OF MANIACO-DEPRESSIVE PSYCHOSIS

Treatment by lithium carbonate was applied on 5 patients who have had frequent maniaco-depressive crises for an average of 28 months each. Two control groups were used for the trial.

The first control group of 12 patients received the lithium treatment for 2 to 15 months, the second group of 8 patients with maniaco-depressive psychosis received no lithium treatment.

The patients were followed up for three years, and it resulted that the treatment gave good effect in preventing the recurrence of the illness. During that period the patients of trial group were admitted to hospital 0.75 times on average, while those of the first and second control groups were admitted 3.5 and 3 times respectively.

The relapses in the trial group were milder and of shorter duration and milder than the crises before the treatment.

## LE TRAITEMENT PREVENTIF DU CARBONATE DE LITHIUM DANS LA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE

### Résumé

Cette étude décrit l'action préventive des sels de lithium dans la psychose maniaco-dépressive. Les auteurs ont traité avec ce médicament cinq malades, qui ont eu de fréquents accès de manies et de dépressions, pendant une période moyenne de 28 mois pour chaque patient.

Dans un but comparatif on a pris deux groupes de contrôle. Le premier groupe est formé de 12 malades, qui ont été traités au lithium, pendant une période de 2 à 15 mois, le deuxième, de huit malades, et qui n'avaient pas reçu aucune thérapeutique par les sels de lithium.

L'observation de ces malades pendant trois ans a permis de conclure de la bonne efficacité du lithium dans la prévention des récidives.

Chaque malade traité par le lithium a été hospitalisé en moyenne 0,75 jours tandis que les malades non traités ont été hospitalisés 3 à 3 fois et demi plus.

Les récidives des patients traités ont été de plus faible intensité et de plus courte durée.

## TRAJTIMI I DEFEKTEVE TË LINDURA TË BUZËS, TË PROCESIT ALVEOLAR DHE TË QIELLZËS

**DHORI POJANI**  
(Katedra e Kirurgjisë Stomatologjike)

Defektet e lindura të buzës, të procesit alveolar dhe të qillzës takohen më shpesht se të gjitha format e tjera të defekteve të këtyre regjioneve. Ato janë nga më të rëndat e më të vështirat për tu operuar. Fëmijet e lindur me defekte të kësaj natyre kanë nevojë përkujdes të veçantë, sepse në të kundërtën, jeta e tyre rrezikohet menjehere pas lindjes.

Për injekimin e tyre përdoren metoda të ndryshme kirurgjikale mjaft të ndërlikuara. Megjithatë ende dhe sot nuk janë arritur rezultate të kënaqshme fisionomike në formimin e vrimës së hundës dhe tië flegrës së saj. Përdorimi i metodave të shumta e të ndërlikuara dhe rezultatet e pakënaqshme fisionomike shikaktohen sepse këtu kemi defekt kockor, mungon baza e hundës, në pjesën më të madhe të tij, defekti është i madh, indet e buta, rrëth defekt, nuk janë të zhvilluara mirë dhe flegra e hundës është tepër e deformuar etj. Të gjitha këto vështirësi duhet të zgjidhen gjatë operacionit për një kohë 30-40 minuta në një fëmijë 5-6 muish, moshë në të cilën ne operojmë. Gjatë viteve 1969-1975, në klinikën tonë janë paraqitur 74 raste me defekte të lindura të njëanëshme dhe të dyanëshme, të kombinuara buzë-proces alveolar e qjellzë. Prej tyre, për rastet e parë janë operuar 59 fëmijë, rioperuar 11, kurse 4 raste nuk u operuan, sepse fëmijët ishin nën moshën 5 muaj dhe te përfshin.

Në 38 raste ( $76\%$ ), detekti ka qenë në anën e majtë, në 12 raste ( $24\%$ ) – në anën e djathtë dhe në 9 raste ( $12,1\%$ ) defekti ishte i dyanshëm. Këto të dhëna janë të përafërt edhe me autorët që kemi mundur të konsultojmë ( $1,5,10$ ). Nga 70 fëmijët që operuan,  $48$  ( $68\%$ ) ishin meskuj dhe  $22$  ( $32\%$ ) ishin femra. Kjo e dhëne përputhet me atë të autorëve tanë (1).

Në injekimin e këtyre defekteve, në fillim kemi përdorur një metodë ( $7,8$ ), kurse vjetë e fundit kemi modifikuar metoden që kemi përdorur më parë me një metodë tjeter ( $5,7$ ).

Gjatë ndërrhyrjeve kirurgjikale në këto defekte, një rëndësi të vëgantë u kemi dhënë incizioneve vestibulare nga të dy anët e defektit dhe preparimit të mirë të indeve të buta në regionin intraorbital dhe rrëthi aperturës periforme. Lirim i mirë i indeve të buta rrëth vrimës së hundës bën që flegra e hundës të lëvizë lirish në drejtim të defektit. Në korigjimin e defekteve të ndërlikuara, etapa më e rëndësishme

është formimi i bazës së hundës dhe mbyllja e defektit në proces alveolar.

Bazën ne e formojmë me dy shtresa, sipas metodës Wassmund, du marië një lambo mukozale nga vomeri dhe të dytën nga mukozale nga kocka internaksilare, e cila kthehet  $180^\circ$  dhe qepet në anë jashtme të defektit të freskuar paraparakisht. Shtresa e dytë forin het gjatë suturimit të lambosë mukozale vestibulare të majtë e djathë.

Me mbylljen e procesit alveolar dhe formimin e bazës së hundës përmbylljen e të cilit nuk ka vështirësi.

Në moment tjeter jo më pak i rëndësishëm se dy të parat, gjë qepjes së plaguesësështë dhe përdorimi i incizioneve liruese ndihmëngë të dy anët e defektit, kur buza është e shkurtër njëloj si mbylljen e defekteve të plota të buzës. Ato i bëjmë në pjesën e poshtëtë defektit (sipas 7, 8) ose në pjesën e sipërme, (sipas 5).

Gjatë periudhës që po marrim në studim, ne kemi operuar 59 rastët  $84.3\%$  e gjithë defekteve të ndërlidhura të njëanëshme dhen dyanëshme. Nga 59 rastet e operuara, 3 prej tyre rioperohen më voi u hap pjesërisht në bazën e hundës, kurse në një rast, fëmija pati hemorrhagji të përsëritura nga hunda dhe si rezultat i tamponimit nforcë për ndalimin e hemorrhagjisë, plaga u hap plotësisht. Pas dy jav fëmija rioperohet me sukses. Në një rast tjeter pas infektimit të plaguesës brenda në hundë pritet atrezi të piesshme të vrimës së hundës.

Nga 59 rastet e operuara për herë të parë, në 46 raste ( $78\%$ ) operacioni është kryer në fëmijt e moshës 5-12 muajsh, kurse në 13 rastë ( $22\%$ ) operacioni është kryer pas moshës 12 muaish. Pra sig shihet, dëfektit e kombinuar buzë-proces alveolar me ose pa qielzën vërehet në moshën mbi 4 muaj, pak me vonësë në defektet e thjeshta ose i plota të buzës. Ne operojmë në moshë më të rititur përfshi ansye se ndëlhyria në këto defekte është më e vështirë dhe zgjat më shumë, është më shokante përfshi i mbylljen dhe suportohet më me vështirësi nga fëmija.

Nga përvuja e klinikës sonë, kemi arritur në konkluzionin së ndërhyrja para 5 muajsh rrëzikon jetën e fëmijës dhe meqënrëse fusha e operacionit është e vogël, ndërhyrja kryhet me shumë vështirësi sidomos në formimin e buzës dhe bazës së hundës. Gjatë dhei përaprocesit, si ndërlikime të përgjithshme kemi pasur 7 raste ( $10\%$ ) nga të cilët 3 raste me hipertermi ( $39-40^\circ$ ) dhe 4 raste me bronko pneumoni.

Gjatë ose pas operacionit, hipertermia është një komplikacion rrallë (5, 7, 8, 9, 11), përfshigjimin e së cilës nuk ka një mendin të njësuar. Në një rast, nga fundi i operacionit, temperatura u ngri në  $39^\circ$ , kurse në dy raste, ajo u ngrit 2-3 orë pas operacionit, temperatura u ngri të sëmure nuk u vërejt asnjë në pulmone. Tek këta të sëmure u përdor luminali, aspirina ose piramidonë si dhei perfuzionet me glukozë  $5\%$   $75-100$  cc, solucion fiziotologjik 25 cc dhei antibiotikë, pas 10-15 orësh temperatura zbriti në shifrat normale.

Në 4 raste, bronkopneumonia u zhvillua 16-20 orë pas operacionit. Në këto raste u përdor penicillina kristaline 200.000 njësi qdo 3-4 orë dhe injekimet e mësipërme në hipertermi. Nga të 4 rastet, 3 u shëruan plotësisht, kurse në një rast bronkopneumonia pati zhvillim shumë të shpejtë, dhe me gjithëse u dërgua në reanimacion, fëmija vdiq. Autopsia konstatoi pneumoni intersticiale.

Gjatë ndërhyrjes kirurgjikale, për mbylljen e defektit të buzës, autorë të ndryshëm (3, 4, 7, 11, 12) bëjnë njëkohësisht dhe mbylljen plastike të bazës së hundës. Por autorë të tjere, duke pasur parasysh se kemi të bëjmë me fëmijë të vegjël dhe për formimin e bazës së hundës, operacioni vazhdon më gjatë dhe rrëzikohet jeta e saj, nuk rekomandojnë në të njëjtën etapë formimin e bazës së hundës.

Praktika Jonë ka vertetuar se për formimin e bazës së hundës nuk duhen më shumë se 10-15 minuta dhe po të punohet shpejt e me kujdes nuk ka asnjë rrezik për jetën e fëmijës, kur operohen pas muajit të pestë.

Sic theksojë shumë autorë (3, 4, 7, 11, 12), për të cilin jeni të bindur, dhe ne nga përvoya joni, formimi i bazës së hundës në defektet e ndërikuara ka dy të mira. Së pari, formon më mirë vrimën dhe flegren e hundës; së dyti, lehtëson shumë operacionin më vonë, gjatë mbyllijes plastike të qellizës. Formimi i bazës së hundës dje procesit alveolar bën që të mbylljet pjesa e pëparme e defektit të qellizës, për mbylljen e së cilës gjatë kranioplastikës hasen mjaft vështirësi.

Premisat e mësipërme na kanë bërë që gjatë punës sonë kemi preferuar mbylljen plastike në një etapë të buzës, procesit alveolar dhe të bazës së hundës. Nga të 59 rastet tonë, në 56 raste (95%), bashkë me buzën, është formuar procesi alveolar e baza e hundës. Lidhur me mbylljen anatomike të defektit, rezultatet tona kanë qënë të mira, për faktin se nga 59 rastet e operuara, hapje të piesshme të plagues kemi pasur vetëm 3 raste (5%), dmth në 95% shërimitë bérë për primarn.

Vemë në dukje se rezultati kozmetik (fizionomik) në fazën e parë ka qënë i mirë në formimin e vrimës së hundës, flegres së saj, gjatësish dhe gjatësish së buzës dhe në formimin e mukozës së buzës e vijes së Kupidonit. Por nga kontrollet e bëra më vonë, pas disa muaj osse vitesh, në 25 raste të kontrolluara, kemi vënë re asimetri në vrimat e hundës, tërheqje anash, dhe rënje të piesshme të flegres së hundës. Ky deformim i vrimës dhe flegres së hundës ka qënë më i theksuar në rastet ku defekti ka qënë shumë i gjatë. Arsyet e këtij defekti pas operacionit ka ardhur jo nga teknika operatore, por nga mungesa e kartilagos së flegres dhe kockës të bazës së hundës e procesit alveolar. Nga disa autorë, kjo anomali sot mënjanohet, duke bërë transplantimin kartilagjenoz.

Një defekt tjetër pas operacionit, që kemi vënë re në disa raste, kur nuk është bërë preparimi i mukozës së buzës në të dy anët e saj, ka qënë tërheqja sipër (formimi i një ulluku) e mukozës së buzës në vendin e suturimit. Për të mënjanuar këtë defekt ne kemi filluar të përdorim në mukozë incisionet në formë harku, sepse kur ato bëhen në vijë të drejtë, mundësia për tërheqje të mukozës në vijën mediane është e madhe (5, 7, 8). Për formimin e flegres së hundës, disa autore bëjnë suture komprimuese për të fiksuar indet e buta të saj të prepa-

ruara. Në fillim ne e aplikuan edhe këtë metodë, por vumi re se sutur komprimuese jo vetëm nuk i ia arrinte qëllimit për të cilën vihej, pë shkaktonte plagë nga të dy anët e hundës. Një gjë të tillë e kanë vëre edhe autorë të tjerrë (5). Kjo është arsyja që suturen komprimuese ne nuk e përdorim më.

Në formimin e vrimës dhe flegërës së hundës, rezultate të mira r kanë dhënë vendosja për një kohë 2-3 javë edhe më vonë e tubit ; gomës ose konformatort prej rezine në vrimën e hundës.

Fëmijët janë operuar me anestezi lokale infraorbitalë me novokair 0.5-1% dhe anestesi bazale me klorpromazinë 2.5% 1-2 mg. për kg peshë dhe atropinë 0.2 mg. për kg. peshë për fëmijë deri një vjeç. Në fëmijë më të rinjtë dhënë dozë pak më e madhe. Me këto anestesi bazale dhe anestezi lokale, fëmija qëndron i qetë gjatë operacioni grindet pak, por pa e shqetësuar kirurgun në punë.

Për ilustrim, po paraqesim në foto 5 rastet para dhe pas operacioni

## KONKLUSIONE

- 1) Për të mos prezkuar jetën e fëmijës dhe për të pasur efekt t mirë fizionomik, operacioni duhet të kryhet pas muajit të 4-të t lindjes.
- 2) Për të formuar vrimën e hundës dhe flegren e saj sa më normal e simetrike me anën tjeter dhe për të lehtësuar më vonë mbyllijet plastike të qielzës, bashkë me plastikën e buzës duhet të formohet baza e hundës.
- 3) Teknika operatore e zbatuar nga ne siguron mbyllije të mirë anatomike të buzës dhe jep rezultate të ikonashme fizionomike.

Dorëzuar më 15 shkurt 1977. —

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bilali A.: Detektet e lindura të buzës. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1966, 1, 78.
- 2) Bilali A.: Korrigimi i defekteve të lindura të buzës. Shëndetësia popullore 1976, 1, 79.
- 3) Davidov SI.: Kirurgjona Stomatologja Sofie 1967, 480.
- 4) Evdokimov A. J., Vasiliiev G.: Kirurgjeskaja Stomatologija. Moskva 1964, 383.
- 5) Kokrakirov V.: Vrodeni cepomatni urodstva na ustata. Sofie 1961, 104.
- 6) Pojani Dh.: Kirurgjia stomatologjike. Tiranë 1971, 392.
- 7) Popescu V.: Probleme de baza in clinica si terapeutica malformaciolar congenitale ale facei. Stomatologia. Bucurest 1965, 193.
- 8) Popescu V.: Chirurgie Buco-maxilo-faciale. Bucurest 1967, 583.
- 9) Seleanu M.: Aspecile practice de chirurgie plastică. Bucurest 1963, 362.
- 10) Shamataj A. e bñ.: Defektet e lindura të buzës e të qielzës. Punime stomatologjike. Tiranë 1977, 90.
- 11) Veau V.: Buzzé lepuri — format klinike. Chirurgie. Paris 1938.
- 12) Wassmund M.: Lehrbuch der praktischen chirurgie der Kiefer. Hermann Meuser 1939, Vol. II, 236.



Fig. 1  
Para dhe pas operacionit



Foto 2  
Rasti III a. Para operacionit

Foto 2  
Rasti III b. Pas operacionit



Foto 4

Rasti V a. Para operacioni'

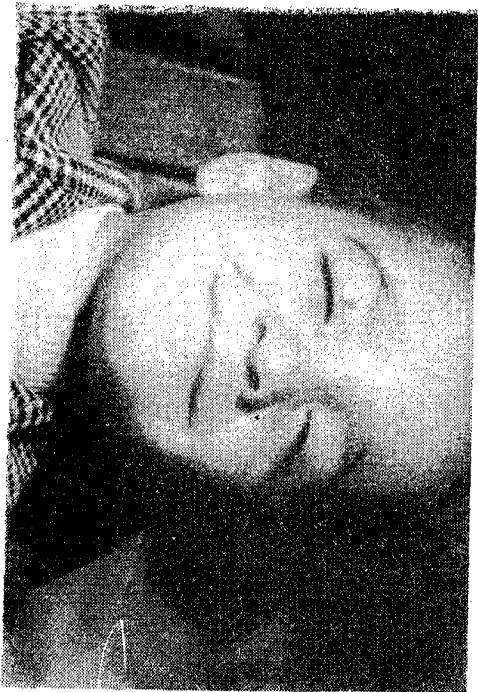


Foto 5

Rasti V b. Katér viet pas operacionit

**Summary****TREATMENT OF CONGENITAL DEFECTS OF THE LIPS  
THE ALVEOLAR PROCESS AND THE PALATE.**

The author describes his experience in operating congenital defects of the lips, processus alveolaris and the palate in children over 5 months of age. He has operated 70 such cases, of which 38(76%) were on the left side, 12(24%) on the right, and 9(12.1%) on both sides. Of these 70 cases, in 11 the operation was repeated. Of the 59 cases operated for the first time 46 (78%) were aged between 5 and 12 months and 13 (22%) were over 12 months of age. The authors point out that combined defects involving the lips and processus alveolaris, but not the palate, were more frequently revealed at the age of 4 months. After describing the combined methods he has used, the author discusses the immediate and the follow-up results of the operations.

**Résumé****TRAITEMENT DES DÉFAUTS CONGÉNITAUX DE LA LÈVRE DU  
PROCESSUS ALVÉOLAIRE ET DU PALAIS**

L'auteur expose son expérience dans l'opération des défauts congénitaux de la lèvre, du processus alvéolaire et du palais chez les enfants âgés de plus de 5 mois. L'auteur a opéré 70 enfants. Dans 38 de ces cas (76%) le défaut était situé sur le côté gauche, dans 12 cas (24%) sur le côté droit et dans 9 cas (12.1%) le défaut était bilatéral. Sur les 70 opérées, 11 enfants l'ont été plus d'une fois. Dans 45 (78%) des 59 cas opérés pour la première fois, l'opération a été effectuée sur des enfants âgés de 5 à 12 mois, et dans 13 cas (22%) à un âge dépassant les 12 mois. L'auteur démontre que les défauts combinés lèvre-processus alvéolaire, avec ou sans implication du palais, s'observent à un âge dépassant 4 mois.

Après avoir décrit comment il a combiné les méthodes employées, l'auteur traite de leurs effets immédiats et de ceux qu'il a constatés au cours de contrôles post-opératoires successifs.

**REZULTATET E DEPISTIMIT FLUOROGRAFIK NË NJË ZONE  
FSHATARE TË KOMBINUAR ME PROVE TUBERKULINKE DHE  
EKZAMINIMIN PËR BK**

— SHEFQET NDROQI, HEKTOR ÇOCOLI, SHABAN THACI, HYRIJE XANA,  
TEFTA XHEKA, LON BROJA, MUHAREM GUNI, THOMA CUNGU —

(Instituti i luftrës kundër TBC, Klinika e TBC, Dispanseria e rrethit Krujë)

Në Kongresin e 7-të të PPSH u muarren vendime me rëndësi, dhe u miratuan direktivat mbi planin e VI pesëvjeçar, që do të përmirësojë edhe më tej kushtet ekonomiko-shoqërore të popullit tonë dhe, si rrjetohim, do të ndihmojë edhe më tepër në luttën kundër tuberkulozit.

Mjekët fitiatër, si ushtarë të kësaj lufte, duke pasur parasysh vendimet e këtij Kongresi dhe ato të Plenumit të XI të KQ të PPSH në kushtet epidemiologjike të sotme, duhet të rishtyrtojnë problemet e luffës antituberkulare. Një nga këto probleme është edhe depistimi fluorografik, që deri tani është konsideruar si element i rëndësishëm për profilaksinë e tuberkulozit.

Nën udhëheqjen e Organizatës-bazë të Partisë, duke zbatuar mësimet e shokut Enver Hoxha dhe duke zbirrhyer vendimet e Plenumit të XI të KQ të PPSH të viti 1971, kolektivi ynë mjekësor kreu depistimin e kombinuar në një zonë fshatare të rrethinës Krujës, që kon siderohet më e infektuar.

### METODIKA E PUNËS

- 1) Regjistrimi i populsisë sipas vendlanimit; 2) prova e tuberkulinës në një vit e lart me reaksionin Mantu 5U. PPD; 3) fluorografini i gjithë populatës 10 vjet e lart; 4) baciloskopia direkte e rasteve me Mantu të shprehur mbi 18 mm, ose që kishin kolle mbi 4 javë; 5) lëximi nga 2-3 mjekekë i filmave fluorografike dhe nxjerria e rasteve të dyshtimit; 6) seleksionimi i rasteve përtu rikontrolluar në vartësi të pozitivitetit të provës tuberkulinike dhe baciloskopisë; 7) kontrolli radioskopik i rasteve të zgjedhura si më lart; 8) bëja radiografi në rastet pas kontrollit radioskopik dhe në disa raste të veganta, që mund t'i shpëtonin këtij ekzaminimi; 9) rekandomini i bërges së kulturës për BK në raste të dyshimita radiologjiksh përvèç rasteve të rinj të konstatuar nga ne,

ose që ishin të dispanserizuar; 10) raste të konstatuara, të menduar për forma aktive do të shtrohen (format e rjojhura dhe të panjohura) 11) raste të tjera me forma joaktive, që do të zbulohen në këtë depistim do të kryhet dëstudimi i patologjisë kardiakë në një pjesë të zoneve të depistuara.

### REZULTATET E DEPISTIMIT FLUOROGRAFIK

Nga një popullatë e planifikuar për fluorografim 10 vjet e lart fluorografini u krye në 14.243 veta ose 77%. Kjo përqindje e pjesë marresë është e kënaçshme.

Sipas seksit, kemi pasur meshkuj 7056 dhe femra 7187, afërsishët në raport 1 me 1.

Nga 14.243 fluorografi kanë rezultuar me hipe si të dyshimita në krahavar (toraks) 297 raste ose 2.8%. Autorë të ndryshëm këtë e jepin në 2-7% (1, 4, 5, 7). Nga të dyshimitët me reaksiون Mantu pozitiv ishin 139 raste ose 46% dhe me reaksiون Mantu negativ 126 raste ose 42%. kurse 30 raste (12%) me reaksiون Mantu të papërcaktuar ose të palexuar.

Nga 297 raste të dyshimita nuk u rithirrën 64 vetë për arsyet të reaksiونit Mantu negativ edhe sepse nuk paraqitnë ndonjë hipe të rendësishme në mushkëri, psh. vetëm theksim hilar etj.

Me ndryshime tuberkulare në mushkëri u konstatuan gjithsejt 93 raste ose 40%, në krahasin me të dyshimitët e thirrur. Sipas seksit nga 93 raste, 56 ishin meshkuj (60%) dhe 37 femra (40%).

Nga 93 raste me ndryshime tuberkulare me forma të ndryshme tuberkulare të njohura rezultuan 55 raste (59%) forma kryesishët të stabilizuara dhe 38 raste (41%) me TBC të panjohur të zbuluar për herë të parë.

Sipas formave, në 93 raste kemi sipas pasqyrës nr. 1

Pasqyra nr. 1

Forma	Gjithsej	Raste të njohur	Raste të rinj
Kompleksi primar	5	4	1
Bronkadieni	13	1	12
TBC diseminata	3	3	—
TBC fokal	24	10	14
TBC infiltrativ	1	1	—
Tuberkuloma	5	3	—
TBC cirotik	18	16	2
Pakipleurit	24	17	7
	93	55	38

Nga 93 raste, 81 ishin joaktivë dhe 12 ishin aktivë. Nga format aktive, një rast ishte i njojur dhe në evidencë të dispanserisë. Nga format joaktivë, 55 ishin të njohura e të regjistruara në dispanseri. Nga format e zbuluar për herë të parë, 11 rezultuan aktive ose 0.077% në krasim me numrin e të fluorografiave dhe 27 raste ishin forma të stabilizuar joaktivë ose 0.18% në krasim me numrin e të fluorografiave (shih pasqyrën nr. 2).

Nuk u konstatua asnjë rast me BK pozitiv dhe asnjë rast me kavernë.

#### Pasqyra nr. 2

Rastet e rinj të depistuar në 14.243 fluorografi

Forma e TBC	Numri i rasteve	Përqindja
TBC aktiv	11	0.077
TBC joaktiv	27	0.18
Gjithsej TBC aktiv + joaktiv	38	0.257

Përmëndim se në një depistim të kryer po në këtë zonë në vitin 1959(6), nga 7600 fluorografi, janë zbuluar me fluorografi të tipit  $3 \times 3$  cm. 0.55% forma të tuberkulozit aktiv, dmth. këtë radhe janë zbuluar 86% më pak, madje me fluorografin të tipit  $7 \times 7$  cm, gjë që flet qartë për një përmirësim të mirë të gjendjes së tuberkulozit në këtë zonë.

Nga 93 raste të depistuar, në sanatorium u shtruan 20 raste (9 meskuj dhe 11 femra), prej të cilëve 7 ishin të njojur nga dispanseria dhe 13 të panjohur. Prej të panjohurve, 11 rezultuan me forma aktive, por me procese të lenta, një me formë joaktivë dhe një me pneumopati atipike.

Sipas formave, rastet e shtruar ishin: kompleks primar 3 raste, nga të cilët vetëm një aktiv, bronkadenit 7 raste, të gjithë aktivë, tuberkuloz fokal 3 raste të gjithë aktivë, tuberkuloz infiltrativ një rast aktív, tuberkulomë, tuberkuloz cirrotik e pakipleurit respektivisht një, 3 dhe një, që të gjithë joaktivë. Së fundi me pneumoni atipike, pseudocompleks primar një rast. Nga 20 raste të shtruar, 12 ishin me forma aktív, tuberkulomë, tuberkuloz cirrotik e pakipleurit respektivisht një, dhe një me pneumoni atipike.

Sipas formave, del se për rastet e njojura mbizotërojnë tuberkulazi fokal, cirrotik dhe pakipleuriti. Për format e diagnostikuara për herë të parë mbizotërojnë tuberkulozi fokal, bronkadenit dhe pakipleuriti.

Shumë autorë kanë bërë depistime fluorografike (1, 3, 4, 7). Në zbulimin e hershëm të tuberkulozit, rezultatet e tyre ndryshojnë sipas gjendjes epidemiologjike të popullatës së depistuar në atë kohë, sipas llojit të kontigjentit të caktuar për depistim, në se depistimi është i parë ose i përsëritur (cdo vit). Depistimi i parë jep përgjindjen më të lartë në format e reja dhe zbrët për qdo herë që përsëritet.

## REZULTATET E DEPISTIMIT TUBERKULINIK NË RASTET E FLUOROGRAFUARA

Nga 14.243 vjetë të fluorografuar, prova Mantu me 5U PPD iu ëshë bërë 10.844 vjetëve (76%). Nga këta rezultuan pozitiv 3997(36%). Sipas seksit kemi reaktion Mantu 4943 raste meshkuj, nga të cilët 2078 kanë rezultuar pozitiv ose 42.4% dhe 5901 femra me 1919 pozitive ose 34%, dmth se pozitiviteti është më shumë në meshkuj sesa rëfemra.

Sipas grup-moshës, përqindjet e pozitivitetit janë (pasqyra nr. 2).

Pasqyra nr. 2

Grup-mosha	Nr. total i		Mantu pozitiv	Përqindja
	R.	Mantu		
Deri 10 vjeç	441	96	21.7%	
10-14	2451	610	24.9%	Grup-moshat ku ndikimi i BCG është më i shprehur
15-19	1328	473	35%	
20-24	1003	344	38.4%	
25-29	1122	307	27.4%	
30-34	881	301	25.5%	
35-39	825	329	43.28%	
40-49	1074	529	49.1%	
50-59	843	479	49.3%	
60 vjeç e lart	876	525	59.5%	
Në të gjithë moshat	10.844	3997	37%	

Sic shihet nga kjo pasqyrë, në personat nga 10-24 vjeç, përqindështë relativisth e lartë, por kjo shpiegohet nga aplikimi i BCG (*sepse edhe përmasat e provës tuberkulinike pozitive janë relativisht vogla, shumica 5-10 mm, kurse vetëm 8.4% mbi 15 mm. Kjo vërtetoh edhe nga fakti se në grup-moshat 25-34 vjeç, kur nuk kemi atë ndiki të BCG, përqindja e pozitivitetit, për këto mosha, është relativisht më e ulët.*)

## REZULTATET E EKZAMINIMIT BAKTERIOLOGJIK

Disa autore (2, 8) përmëndin se në disa rrëthana, ekzaminimi sputumit për BK mund të ndihmojë për depistimin e TBC bacilë që ka rëndësi nga ana epidemiologjike.

Edhe ne deshëm të provojmë këtë formë depistimi, duke e zbatu në rastet me Mantu shumë të shprehur, dmth mbi 18 cm., duke dit se këto raste kanë më shumë mundësi për t'u sëmurur

Nga 634 ekzaminime, baciloskopia direkte nuk rezultoi asnjë rast pozitiv.

Si përfundim, në këto raste, depistimi baciloskopik nuk ndihmoi dhe nuk dha ndonjë rendiment. Në radhë të parë, kjo mund të shpjegohet nga gjendja e mirë epidemiologjike e lëkaj zone.

Njëkohësisht kemi kërkuar kulturën për BK në 58 raste të dyshimta në fluorografi në mosha të rritura dhe që të gjithë kanë rezultuar negativë.

Fakti se si në depistimin fluorografik ashtu dhe baciloskopik nuk kemi pasur asnjë rast me BK pozitiv tregon gjendjen e mirë të tuberkulozit në këtë zone.

## DISKUTIM

Rezultatet e mira të depistimeve fluorografike dhe ulja e përqindjeve të diagnostikuarve me tuberkuloz tregon përmirësimin e gjendjes epidemiologjike në vendin tonë. Disa autorë të huj të OMS këshillojnë që të heqim dorë nga depistimi sistematik e në masë (2).

Është e vërtetë se në kushte të mira epidemiologjike, si në rastin tonë, fluorografia zbulon më pak raste tuberkulozi dhe këta me forma të lehta të kufizuara minimale. Por nga ana e tyre, këto raste kanë mundësi të rëndohen e të keqësohen dhe të bëhen infektuese për shoqërinë.

Prandaj ne mendojmë se për të zbatuar parimin bazë të mjekësise sone socialiste – *profilaksine* – dhe me mundësitë që ka krijuar Partia dhe Qeveria jone, në kundërshtim me pikëpamjet thjesht ekonomiste të atyre autorëve dhe të OMS, metoda e depistimit fluorografik nuk duhet braktisur, por duhet thelluar në drejtim të organizimit më të mirë, duke e kombinuar me elemente të tjera të diagnostikimit, të profilaksisë e të mjekimit të shpejtë të tuberkulozit si dhe kërkime për patologji të tjera të kraharorit.

## KONKLUSIONE

1) Në zonën e depistuar të rrëthit të Krujës, gjendja epidemiologjike është e kënaqshme.

2) Depistimi fluorografik zbuloi vetëm 0,077% me formë aktive të tuberkulozit, por asnjë formë të hapur, asnjë BK pozitiv.

3) Depistimi tuberkulinik pati vlerën e vet për seleksionimin e 64 rasteve të dyshimta për TBC, orientoi për zbatimin e vaksinimit me BCG dhe vlerësimin e infeksiozitetit.

4) Depistimi me baciloskopi direkte dhe me kulturë nuk dha ndonjë rast pozitiv, por ish një tregues i mirë për gjendjen epidemiologjike në këtë zonë.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bariety M., Coury Ch.:** Le dépistage radiologique des affections de thorax 1952, 57.
- 2) Comité de OMS d'experts de la tuberculose. 9 Rapport 1974.
- 3) **Lito Dh.:** Një akشن i rendësishëm në luftën kundër tuberkulozit. Shëndetësia popullore 1959, 3, 62.
- 4) **Ndroqi Sh.:** Rezultatet e një depistimi të TBC në rrëthin e Peshkopisë. Buletini i UT -seria shkencat mjekësore 1966, 1, 15.
- 5) **Ndroqi Sh.:** Rezultatet e depistimit fluorografik në një zonë të rrëthit të Krujës më 1959. Material i pabotuar.
- 6) **Paparisto Fr.:** Të dhëna mbi depistimin masif fluorografik në një lagje të Tiranës dhe në NBSH të Kamzës. Shëndetësia popullore 1972, 3, 34.
- 7) **Sraanu R. et coll.:** Depistori radiototografice si bacteriologji simultane intro colectivitati industriala. Pneumoftiziologja 1975, 2, 93.

### Summary

#### RESULTS OF A FLUOROGRAPHIC SURVEY CARRIED OUT IN A RURAL REGION TOGETHER WITH THE TUBERCULIN TEST AND EXAMINATIONS FOR TUBERCULAR BACILLI

In a fluorographic survey combined with the tuberculin test and laboratory examinations for BK was carried out in a rural zone of the district of Kruja. The following results were obtained:

- a) The fluorography covered 14,243 persons, or 77 percent of the population aged over 10 years. Of these, 297 (2.80 percent) presented suspect lung images. Additional examinations confirmed in 93 of them the diagnosis of tubercular infection. Of these, 55 were already known and recorded at the dispensary, almost all with inactive forms, while 38 were newly discovered. Of these new cases 27 (0.18%) were inactive and 11 (0.077%) were active but circumscribed founs. None of them were destructive and none resulted with cavities or positive for tubercular bacilli.
- b) The newly detected active forms comprised one primary complex, 6 tracheobronchial adenopathies, 3 focal or nodular forms and one infiltrative forms of tuberculosis.
- c) The tuberculin test was carried out on 10,844 persons aged over 10. Of these, 3997 (36 percent) resulted Mantoux-positive, but it should be borne in mind that the results must have been influenced by the systematically applied BCG vaccination.

The examination for tubercular bacilli, by microscope on stained slide preparations, was carried out on 634 of those who had a Mantoux reaction with a diameter over 18mm or who had been coughing for more than one month. Cultures were taken in 58 cases with suspect fluorography. None of these examinations resulted positive for tubercular bacilli.

In conclusion the authors consider that the epidemiological conditions of tuberculosis in that region were satisfactory since the active forms of tuberculosis detected in that survey were 86 percent less than in a similar survey carried out in 1959.

## RESULTATS DU DÉPISTAGE FLUOROGRAPHIQUE DANS UNE ZONE RURALE COMBINE AVEC LE TEST A LA TUBERCULINE ET L'EXAMEN POUR BK

### Résumé

Les auteurs présentent les résultats du dépistage fluorographique combiné avec dépistage tuberculinex et bactériologique d'une zone rurale du district de Kruja. A cette fin ils ont effectué: a) la fluorographie (microphotographie) sur 14.243 personnes soit 77% de la population âgée de plus de 10 ans. De ceux-ci 297 cas, soit 2.80%, ont présenté des ombres douteuses aux poumons. Le contrôle de ces cas avec des examens complémentaires a donné 93 cas avec des altérations tuberculeuses. Sur ceux-ci 55 cas déjà connus, presque tous avec des formes inactives, et 38 cas inconnus décelés pour la première fois. De ces nouveaux 27, soit 0.18%, étaient des formes inactives et 11 cas, soit 0.07%, des formes actives mais bien limitées. Aucune forme destructive, ni bacillaire ni à BK.

Les formes actives découvertes pour la première fois sont: un cas de complexe primaire, 6 adénopathies trachéobronchiales, 3 tbc focales ou nodulaires et un tbc infiltrative.

b) *Le test à la tuberculine* sur 10.844 personnes âgées de plus de 10 ans. Sur ceux-ci 3997, soit 36%, ont donné une réaction Mantoux positive, mais il faut avoir en considération que ce pourcentage a été influencé par l'application systématique de BCG.

c) L'examen bactériologique sur frottis a été fait sur 634 personnes, dont plus de 18 ans avec réaction Mantou positive ou ayant eu de la fièvre pendant plus de 4 semaines. La culture pour BK a été faite sur 58 cas de ceux à images fluorographiques douteuses. Sur tous ces examens bactériologique il n'a été constaté aucun cas positif.

En conclusion, dans ce travail les auteurs ont démontré que l'état épidémiologique de la tuberculose dans cette zone était satisfaisant et que le dépistage en masse cette fois a décelé 86% de cas de tbc active de moins qu'en 1959.

## SËMUNDJET KOLAGJENE NË KLINIKËN E DERMATOLOGJISË GJATE VJETËVE 1963-1973

— MIHAL CARIDHA — LIRI KASA —

(Klinika e Dermatologjisë)

Në grupin e sëmundjeve të indit lidhor përbidhen disa sëmundje të lëkures, në të cilat në plan të parë del dëmtimi progresiv dhe sistematik i indit lidhor, por që në procesin patologjik marrin pjesë edhe munet e enëve të gjakut.

Në etiologjinë e këtyre sëmundjeve rëndësi i japid edhe sensibilizmit të organizmit si rezultat i autoimunizimit nga denaturimi i qelizave të tij, të cilat kthohen në antigenë të huaj për vete organizmin (autoantigenë) dhe, si pasojë, organizmi humb aftësitë për të mbrojtur qelizat e veta. Këto çrrëgullime karakterizohen me edemë mukoidë, me ndryshime fibrinoide, me nekrozë dhe me sklerozi, si të indit lidhor ashtu dhe të enëve të gjakut (4, 6, 8).

Me të drejtë theksohet se në sëmundjet e indit lidhor dëmtohen jo vetëm kolagjeni, por gjithëindi lidhor, dimth struktura fijore (fletë kolagjene, elastike dhe argjentofile), lënda e ndërmjetme (intersticiale) dhe qelizat që gjinden në të (5, 8).

Etiologjia e kolagjenozavë ende është e pasqruar plotësisht. Duke qënë se në këto sëmundje, lëndët desensibilizuese japid-efekt të mirë, kolagjenozat i lidhin me procese alergjike. Gjithashtu rëndësi u japid rezatimit diellor, lëndëve kimike medikamentozë, traumave, të ftotit, vatrave kronike, disproteinozës, çrrëgullimeve të fermenteve si dhe çrrëgullimeve endokrine, nervore etj.

Në këtë punim do të ndalemi vretëm në tri forma klinike të sëmundjeve të indit lidhor (lupus eritematoz akut, sklerodermi dhe dermatomiozit), që janë shtruar gjatë 11 vjetëve (1963-1973) në klinikën tonë. Me këto tri sëmundje gjithsej janë shtruar 33 të sëmurë. Prej tyre, 3 kanë qënë me dermatomiozit, 7 me lupus eritematoz akut dhe 23 me sklerodermi.

Nga numri i përgjithshëm i të sëmurëve të shtruar për 11 vjetët, këto sëmundje sistemicke zënë 0,20%, kurse për format e vëçanta, shpesh-tësia e tyre është pëskatësish 0,01%, 0,04%. dhe 0,14%.

Le të analizojmë tanë të sëmurët me forma të vëçanta të kolagjenozave:

1) *Lupus eritematoz akut.* Prej 7 të sëmurëve me këtë formë, 6 kanë qënë femra dbe një mashkull. Deri në moshën 20 vjeç ishin 3 të së-

murë. Të sëmuret e tjerë kanë qënë: 3 femra me moshë 23, 37 dhe vjeç dhe një maskull 50 vjeç. Në një e sëmure, procesi ka fillo gjatë shtatzanisë. Dy të sëmura prej të cilave edhe ajo shtatzënë, ka vdekur. Në të sëmuret e tjerë, procesi ka kaluar në formë subakut dhe kronike.

Qelizat e lupusit eritematoz (L. E.) janë zbuluar në 4 të sëmu kurse në dy të tjerat nuk janë gjetur. Në 5 të sëmure janë zbuluar val kronike infektive (tonsiliti, kronik, granulomë dentare). Eritrosedimenti ka qënë i shpejtuar (30-50 mm/orë) tek të gjithë të sëmuret. Prov funksionale të mëlcisë, në kater veta nuk kanë qënë të normë, kurse 5 veta, urina ka qënë patologjike. Në të gjithë të sëmuret, glukoproinat, mukoproteinat dhe acidi sialik kanë qënë të ngritura; në protein gramë ishin të shtuara alfa dhe gama globulinat. Analizat e tjera fibrinogjeni, 17 – ketosteroidet etj. kanë qënë pak të ngritura ose normë. Të sëmuret janë mijekuar me kortikosteroide, rezokinë, vitamindhe, sipas nevojes, me antibiotikë. Nga kortizonikët është përdorur prinston nga 40 e 60 mg r në ditë, të cilat, me përmirësimin e gjendjanë ulur gradualisht dhe duke rekondicuar edhe dozen mbajt ambulatorish. Nga 7 të sëmuret, 2 (28.5%) kanë vdekur.

Sëmundshmërinë më të lartë me lupus të diseminuar e kanë fer 4-6 herë më shumë se meshkujt dhe preken më tepër ato të moshës re 20-40 vjeç. Këtë e kanë konstatuar edhe autorë të tjerë (1, 2, 3, 4). Vatra kronike infektive, gjregullime të funksionit të mëlcisë, që ishtë dukshme në të sëmuret tanë, si dhe të gammaglobulinave dhe çrrillimet e tjera të proteinave në gjak janë vënë re edhe nga shumë tjerë (1, 3, 6).

2) Dermatomioziti është një sëmundje tjetër e rendë sistemik kolagjenit, por që është diagnostikuar me rrallë gjatë këtyre 11 vjet ne klinikën tonë. Me këtë formë janë shtuar 3 të sëmura në mos 20-30 vjeç. Njëra ka vdekur, kurse një tjetër ka dale nga klinika gjendje mjafë të rëndë.

Symptomat kryesore klinike kanë qënë: eritema difuze e lëkurës edemë dhe deskuamim të lehtë të lëkurës së fytyrës, qafës, krahas dhe të anësive, indurim të muskujve të anësive, vështirësi ne gjilt dhembje artikulare dhe muskulare dhe dobesi të përgjithshme të tjisuar, sa që të sëmurat nuk ishin në gjendje të vëfshërbësheshin, ndaj qëndronin më tepër në shtirat. Të sëmurat kanë pasur temperaturë lartë dhe të çregulltë. Më tepër kanë mbizotëruar dëmtimet muhare dhe artikulare dhe më pak ato të lëkurës.

Në analizat e gjakut vihet në dukje një anemi e lehtë me er sedimentim të lartë (30-40 mm/orë). Në të tri të sëmurat, provat ksoniale të mëlcisë kanë qënë të ndryshuara. Në të sëmurat tona, 1 saminazat nuk kanë qënë në normë. Në proteinogramë është konst një shtim i alfa dhe betaglobulinave dhe sidomos i gammaglobulin. Edhe fibrinogjeni ka qënë i ngritur, kurse Vaaler-Rose dhe gama-lashin negativë. Në EEG është përcaktuar ritëm sinusal me frek 100/min. Në një e sëmure u zbulua kancer i gjirit të majtë me më taza në gjendrat limfatike të sqetullës së majtë.

Sikurse edhe në ata me lupus, mijekimi i këtyre të sëmureve bëre me preparate kortikosteroide, etj.

3) *Sklerodermia*. — Gjatë 11 vjetëve, me këtë formë janë shtruar 23 të sémurë, prej të cilëve një ka pasur sklerodaktili dhe sklerodermi të përgjithesuar (difuze), 4 veta kishin sklerodermi progressive dhe 18 të tjerë sklerodermi vatreore.

Sklerodermia difuze, që karakterizohet me dëmtimet e lëkurës së fytyrës, të qafës dhe të kraharorit, ishte një tipike në një të sémurën tonë 36 vjeçare, e cila kishte 20 vjet që vuante. Fytyra e saj kishte pa-injen e maskës pa rrudha, me buzë të holla dhe hundë të mprehtë. Në gjalltje dhe në frysma marje kishte vështirësi. Në aspektin radiologjik u vu re njëkohësisht sklerodermi pulmonare në formën e një fibroze difuze, që simulonit një proces specifik.

Me sa duket tek kjo e sémurë ishte prekur edhe miokardi (myocardiosclerosis). Tek kjo e sémurë, Cor pulmonare ishte e lidhur me fibrozën pulmonare dbe me dobësimin e mickardit. Kemi pra një sklerodermi difuze të lëkures me sklerozë viscerale. Krahas këtyre ishte dëmtuar dhe lëkura e gishtave të duarve dhe të parakrahëve. Lëvijet e gishtinjve ishin të kufizuar dhe në majat e tyre u vunë re uljeri.

Forma e përgjithësuar e sklerodermisë fillon me skukje dhe edhemë difuze të lëkures së fytyrës, qafës dhe të kraharorit, që pasohet me fortësimin e saj (skleroze) dhe që përfundon me atrofi të lëkures.

Në 4 të sémurë të tjerë (3 femra dhe një mashkull), sklerodermia paraqitej në formën progressive. Kjo karakterizohej me dëmtimin e lëkurës së fytyrës dhe të gishtave (*sclerodactilia*) ose të anësive (*acrosclerosis*).

Ndryshimet klinike në këtë formë, siç kanë ndodhur në të sémurët tanë, janë të njëjtë me ato të formës difuze, por janë më pak të përhapura, kanë ecuri më të gjatë dhe prognozë më të mirë. Karakteristike është se më shpesh procesi ka filluar nga gishtat (sidomos të duarve) dhe ka ardhur duke u ngjitur lart dhe duke u përhapur në fytyrë. Shpesh gishtat mbeten gjysmë të hapur. Nga ndryshimet distrofike vihet re shkurtimi dhe hollimi i falangjeve të fundit të gishtinjve si dhe uljerimi i tyre. Në pjesën distale të anësive, shpesh procesi ka filluar me simptoma angioneurotike si në morbus Raynaud.

Me formë vatore të sklerodermisë (*sclerodermia circumscripta*) janë shtruar 18 të sémurë (15 femra dhe 3 meshkuj). Vatra sklerodermike ishin lokalizuar në krahë, kërci, shpatulla dhe në të ndjenjurat. Numri i vatrave ka lëvizur nga një deri në disa. Forma e tyre ka qënë e rruimbullakët vezake, kurse sipërfadja ishte pak e ngritur mbi nivelin e lëkurës ose nën të, me ngjyrë të kuqe-violce, të verdhë ose të pigmentuar, në vartësi nga vjetëria e tyre. Disa vatra (të reja) kishin konsistencë të forte (sklerotizim), kurse të tjerat ishin të buta dhe të atrofizuar.

Kur lezionet sklerotike shfaqen në formën lineare, si shirtit, merr

emrin *scleroderma striata*. Më shpesh kjo formë lokalizohet gjatë anësive dhe më rrallë gjatë projektimit të nervave. Kur vendoset në vijën e mesit të ballit dhe të kokës quhet *scleroderma* si vragë shpate.

Në të sémurët tanë, analizat kanë qënë pak të alteruara nga norma. Në pak të sémurë është vënë re çrrregullimi i funksionit të mëlcisë,

rrtija e sassisë së glukoproteinave, e fibrinogjenit dhe e alfa<sub>1</sub> dhe alfa globulinave.

Në të sëmuret me sklerodermi difuze si dhe në dy të sëmura m sklerodermi progressive janë përdorur preparatet kortikosteroide, anti biotikë dhe vitaminë, kurse të tjerët janë mjekuar me preparatet anti malarikë të sintezës (rezokinë, plakenil), etj.

Të gjithë të sëmurevë iu është këshilluar parafinoterapia. Në format difuze, efekt të mirë, por të përkohshëm, jepin dhe banjot e nxehi sulfurore, diatermia, rrezet ultraviolet etj. Këshillohet gjithashtu të pëndoren vitaminit A dhe B, acid nikotinik, hialuronidazë (lidaza) r muskuj dhe lokalishët etj.

Të sëmurët me sklerodermi nuk duhet të punojnë në vende ftohta dhe me lagështirë, në ambient të hapët etj.

Ndryshimet në gjakun periferik (monocitozë, eozinofili, leukoper leukocitozë, shpejtjmët të eritrosedimentit) vihen re shpesht (3, 7). Ndryshimet në proteinat e gjakut janë të pakta, sidomos në format e kolizuar të sklerodermisë. Të sëmurët me të tri format e sëmundjeve kologjene të lëkurës duhet të dispanzerizohen. Kjo do të ndihmojë pëtkontrolluar më mirë efektin e mijekimit, ecurinë e sëmundjes, pëtmënjanuar recidivat, përsistemimin e tyre në punë etj.

## KONKLUSIONE

- 1) Gjatë 11 vjetëve, në klinikën tonë, tri nga format kryesore kolagjenozave zënë 0,2% të të gjithë dermatozave të tjera të të sëmuve, kurse për formatin në vëganti, përqindja e tyre është: lupus erimatosis 0,04%, dermatomioziti 0,01% dhe sklerodermia 0,14%.
- 2) Mosha që preket më shpesh është ajo 20-40 vjeçare. Femrat: muren më dendur sesa meshkujt.

Dorezuar në redaksi më 15 mars 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J. e bp.: Lupusi eritematoz sistemik — sipas të dhënave të klin sonë. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1972, 2, 31.
- 2) Adhami J. e bp.: Traktati i sëmundjeve të brendshme. Tirane 1974, vol. III,
- 3) Halpern B.: Alergje 1973, 102.
- 4) Bekkeshi S.: Pediatria. Tirane, 1974, vol. II, 731.
- 5) Btri P.: Patologjia morfollojike. Tirane 1975, 377.
- 6) Kamivkone R.O., Besman L.J.: Funkksionalne sostojanje pogek u bolesnih c koidnoj i desimihirovanoj krasnoj vullçanki. Vest. Der. Ven. 1975, 9, 17.
- 7) Kërgjiku K.: Dermatologjia dhe venerologjia. Tirane 1973, 257.
- 8) Strukov A.J., Begtarjan A.G.: Patologjekaja anatomija patogenez kolagen boleznej. 1963, 5.

**Summary**

**COLLAGEN DISEASES IN THE CLINIC OF DERMATOLOGY  
IN THE PERIOD 1963-1973.**

An analysis is presented of 33 cases of acute erythematous lupus, dermatomyositis, and scleroderma, admitted to the clinic of dermatology. They are discussed from the point of view of their clinical picture, their forms, their various symptoms and their treatment.

**Résumé**

**LES MALADIES DU COLLAGÈNE A LA CLINIQUE  
DERMATOLOGIQUE DANS LES ANNÉES 1963-1973**

Les auteurs ont suivi 33 malades atteints de lupus érythémateux aigu, de dermatomyosite et de sclérodermite, hospitalisés à la clinique dermatologique.

Ils ont analysé les alterations cliniques dans ces trois maladies, les formes et les symptômes qui se sont manifesté chez les patients, et ils indiquent le traitement médicamenteux qu'ils leur ont fait suivre.

**NDRYSHMET ELEKTROKARDIOGRAFIKE DHE DËMTIMET E  
MIOKARDIT NE TË SËMURET ME NEUROMIOPATI  
HEREDO-FAMILJARE**

— MARGARITA KOSTAQI — XILLI POPA — AFERDITA SHELLA —

(Katedra e Propedeutikës)

Zemra, vesanërisht miokardi, preket shpesh nga sëmundjet neuro-miopatike degjenerative familjare, ku futen distrofia muskulare progressive (Duchenne), distrofia muskulare motonike dhe ataksia Friedreich.

Këto dëmtime janë heredo-familjare sidomos në ataksinë Friedrich dhe sëmundjen Ramsey-Hunt, ku ka një përpunimshëri gjaku me prindrit. Shumë anëtarë të një familje mund të paraqesin shenja të së njëjtës sëmundje ose forma të aferta heredogjenerative.

Për një kohë të gjatë dhe shumë herë këta të sëmure kanë një gjendje të kompensuar të zemrës dhe të vetme simptoma të dëmtimit të zemrës mund të jenë ndryshimet elektrokardiografike. Po ashtu dhe ekzaminimi fizik dhe radiologjik mund të flasin për dëmtime të zemrës. Shumë të sëmure mund të vdesin në moshë të re pa aritur të demonstrojnë shenja të dëmtimit të zemrës ose fenomene të insuficiencës kar-dake.

- 1) Simptoma të dëmtimit të trakteve ose të rrugëve konduktore.
- 2) Sindroma dismorfike, që ndeshet kryesisht në ataksi Friedreich.
- 3) Dëmtimet sensoriale.

**MATERIALI DHE METODIKA E PUNES**

Janië studjuar 37 të sëmure me forma të ndryshme të neuromiopatieve heredo-degenerative, të shtruar në klinikën e neurologjisë gjatë periudhës 1973 – dijetor 1976 (inkluziv). Të sëmuret të shtruar ishin nga të gjithë rrjetet e Shqipërisë. Të gjithë të sëmuret janë ekzaminiuar klinikisht, u është bërë ekzaminimi radiologjik, dhe EKG 1/13 me aparat portativ.

Sipas seksit, të sëmuret ndahan: 22 meshkuj dhe 15 femra, dëj ishin vellezë, dëj motra, një gjë motër e vëlla.

Mosha e të sëmureve ka qënë: 10-20 vjeç – 23 veta, 21-30 vjeç – 10, 31-40 vjeç – 3 dje 41-50 vjeç një rast.

Sipas formës së sëmundjes ndahen: distrofia progressive Duchennes 4 raste, miopatia forma Erb 4 raste, sindromë miopatike 9 veta, distrofia muskulare Charcot-Marie një rast, miopatia forma Landri një dhe ataksia Friedreich 18 të sëmure.

Presioni arterial lëkundej në këto shifra: 100-140 mmHg maksimali dhe 60-80 mmHg minimali.

Nga ekzaminimi fizik rezulton: toni i parë normal në 29 raste, i dobesuar në 8 raste të tjera. Toni i II në arterien pulmonare normal në 24 të sëmure, i forcuar në 12 dhe i ndarë në një rast. Toni i III në majë u dëgjuajt në 3 raste.

Ritmi i gallopit u dëgjuajt në 3 të sëmure, nga këta 2 me insuficiencë të ventrikulit të majtë dhe një me insuficiencë kardiakë globale. Zhurnë sistolike në majën e zemrës të gradës I deri në të III u dëgjuajt në 26 raste.

**Analiza elektrokardiografike:** 36 të sëmure ishin me ritëm sinusal, një me fibrilacion atrial. Takikardia sinusale u takua në 23 të sëmure, bradicardia sinusale në një rast, kurse në 11 të tjerët, ritmi ishtë normal. Në asnjë i sëmure nuk u vërejt takikardi paroksizmale ose flater atrial. Ekstrasistola atriale u gjetën në 4 të sëmure, ventrikulare në 11. Boshti i QRS i devijuar djathas nga plus 90° deri plus 120° në 16 raste. Aksi i QRS i devijuar majtas nga 0° deri – 30° në 5 raste. Kompleksi QRS i zgjervuar në derivacionet e djathët në 12 raste. Hipertrofi e ventrikulit të majtë në 3 raste, e ventrikulit të djathët në 6 raste. Intervalli P-Q i shkurtuar në 8 të sëmure, dhëmbi R i lartë në V<sub>4</sub> në 9 Q e thellë në V<sub>4</sub>, V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub> në 10 raste. Segmenti ST i deniveluar me dhëmbin T të sheshtë ose negativ në II, III, FV dy raste dhe nga V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>, II, III, VF 6 raste dhe në V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub> 5 raste.

Ekzaminimi radiologjik (radioskopji ose telerëntgenogramë) rezulton: në 25 raste normale, hipertrofi e ventrikulit të majtë në 3 të sëmure, hipertrofi e ventrikulit të djathët 6 të sëmure, kor miopatik 3 të sëmure.

## DISKUTIMI I MATERIALIT

Në ataksinë Friedreich, dëmtimet e zemrës janë hasur në 40% (5) raste, dëmti në 46%.

Studimet në këtë fushë kanë treguar se ndryshimet elektrokardiografike nuk janë të lidhura me dëmtimet e kraharorit, me deformimet e tij, me atrofinë muskulare të kraharorit, me hipertensionin pulmonal. Dy teori qëndrojnë sot mbi këto ndryshime:

- 1) Ndryshimet elektrokardiografike lidhen me distrofinë e vetë mio kardit.
- 2) Ndryshimet janë primare dhe lidhen me ndryshimet gjenetike të zemrës, si pasojë e dëmtimit anatomic ose e dëmtimeve elektrike të saj (3, 4).

Sipas të dhënave të literaturës, ataksia Friedrich jep ndryshime elektrokardiografike në 90% të rasteve (4).

Dëmtimet e sistemit nervor nuk shkojnë paralel me ndryshimet kardiake. Kështu shenjat kardiake mund të vërehen dhe në fëmijë të vegjel pa fenomene të theksuara nervore. Ndryshimet e elektrogramës janë të lidhura me ndryshimet progressive në miokard.

Mosha e re në të cilën vdesin të sëmurët shpjegon sasinë e pakët të insuficencës kardiake, kjo gjë përkon dhe në rastet tona.

Duke u mbështetur në humanizmin socialist dhe në natyrën të mjekekësës sone të thellësishët në shërbim të popullit, sot këta të sëmurë janë sistemuar në punë të përshtatshme për të parandaluar kështu ndërlidhjet qofshin kardiake ose pulmonare, të cilat shpesh bëhen shkak vdekje të këtyre të sëmurëve. Këtu edhe një herë gjen zbatim porosia e Partisë se njeriu eshtë kapitali më i gjuar.

Elektrokardiograma eshtë indeksi më besnik i ndryshimeve të zemrës në 2/3 e rasteve. Nganjëherë këto ndryshime mund të jenë të kthyesme. (4).

Në përgjithësi tek të sëmurët tanë takohet një takikardi sinusale. Takikardia eshtë konsideruar si mekanizëm kompensator ose si hipofunksion i simpatikut (4), kurse autorë të tjera (citar nga 2) mendojnë se takikardia eshtë rezultat i moszhvillimit të indit konduktor të zemrës nga procesi distrofik. Bradikardia shpjegohet me hiperaktivitetin e nervit vagus.

Në manifestimet klinike futet kardiomegalia me ose pa fenomene të insuficencës kardiake, me ose pa çregullime të ritmit (4).

Kompleksi ventrikular QRS zgjerohet nga çregullimet e konduktionsit intraventrikular dhe kryesohet të ventrikult të djathë. Gjithashtu në këta të sëmure haset bloku i degës së djathë familjar nga distrofia gjennetike e sistemit konduktor. Tek të sëmurët tanë, bloku i degës së djathë i plotë u takua në një rast dhe jo i plotë në një rast tjetër.

Të dhënët e ekzaminimit fizik dhe radiologjik mund të jenë patologjike nga deformimet e toraksit, nga pozicioni i lartë i diafragmës si rezultat i distrofisë muskulare. Toni II i forcuar në apeks lidhet me zvogëlimin e diametrit antero-posterior të toraksit më tepërsesa nga hipertensioni pulmonar. Në këta të sëmure mund të dëgjohet toni i III dhe IV, që mund të reflektojë sëmundjen e miokardit, por mund të lidhet me kraharorin e ngushtë tek personat e rinj.

Zhurna sistolike i kushohet regurgitacionit mitral nga distrofia e muskujve papilarë ose nga zgjerimi i murit të ventrikult të majtë (4). Enzimat janë të rritura nga distrofia e muskujve skeletikë dhe nuk flasin për distrofinë e miokardit, ndërsa rritja e LDH flet në mënyrë specifikë për distrofinë e miokardit (tek ne nga 20 raste që u eshtë përcaktuar, në 3-ka rezultuan mbi normën).

Dhëmbi Q i thelle eshtë i lidhur me zhvillimin e indit konjunktiv, i cili eshtë i heshtur nga ana elektrike dhe eshtë i ngjashëm me nekrozën gjatë infarktit të miokardit. Dhëmbi Q paraqet zhvillimin e indit konjunktiv në murin postero-bazal dne antero-lateral.

Dhëmbi R i lartë në V<sub>1</sub> mund të shpiegohet ose me moshën e vogël të të sëmurrëve, ose nga hipertrofia e ventrikulit të djathët, ose me hipertensionin pulmonar nga deformimi i kraharonit, nga kraharoni i hollë për shkak të distrofisë muskulare. Dhëmbi R i lartë në V<sub>1</sub>, që shqërohet me dhëmbin Q të thellë në V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub> flet për hipertrofinë separate (1).

Ndryshimet e segmentit ST dhe të dhëmbit T lidhen gjithash tu me ndryshimet distrofike të miokardit në murin postero bazal dhe antero-lateral. Për illustrim paraqesim 4 elektrokardiograma të të sëmurëve tanë me ndryshime patologjike.

## PERFUNDIME

1) Nga 37 të sëmurrët tanë me neuropati heredo-familjare gjatë periuadhës që marrim në studim nuk kemi pasur asnjë vdekje, kjo ka ardhur si pasojë e parandalimit të ndërlikimeve kardiakë dhe pulmonare, që e çojnë të sëmurrin në vdekje.

2) Në të sëmurrët tanë ka mbizotëruar sekshi mashkull 22 kundrejt femraive 15.

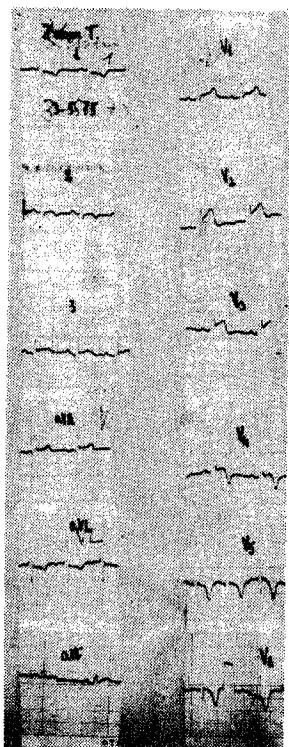
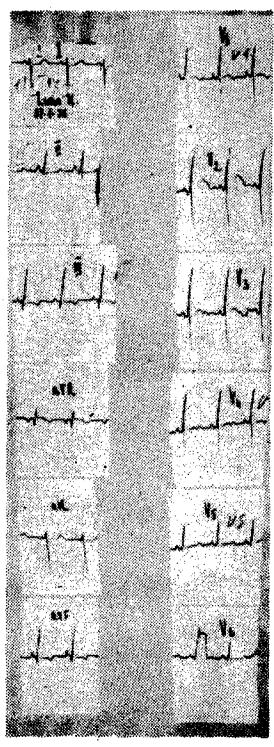
3) Ndryshimet elektrokardiografike u hasën në 17 të sëmurrë, dmth në 46% të rasteve, që përkon edhe me autorë të tjere.

4) Dhëmbi R i lartë në V<sub>1</sub> është takuar më shumë në moshë të re. Dhëmbi Q i thellë dhe segmenti ST me dhëmbin T patologjik është takuar më tepër në murin antero-lateral.

Dorëzuar në redaksi më 15 qershori 1977

## BIBLIOGRAFIJA

- 1) Cecylla Shecka : The electrocardiogramm in Duchenne progressive muscular dystrophy. Circulation 1968, 38, 933.
- 2) Charles W. Fitch e bپ.: The Frank Vectorcardiogramm and the Electrocardiogram in Duchenne Progressive muscular dystrophy. Circulation 1963, 35, 1124.
- 3) James A. Ronan and Coll.: The vectorcardiogram in Duchenn's progressive muscular dystrophy. American Heart 1972, 84, 588.
- 4) Noble O. Fowler: The myocardial disease of heredofamilial neuromyopathies Monografi.
- 5) Preza B.: Studim kliniko-statistikor 20 vjeçar mbi sëmundjen Friedrich (1955-1975). (Material i pa botuar).



**Summary****ELECTROCARDIOGRAPHIC CHANGES AND MYOCARDIAL LESION IN PATIENTS WITH HEREDITARY FAMILY NEUROMYOPATHY**

The electrocardiographic changes and the lesions of the myocardium a analysed of 37 patients suffering from various forms of hereditary degenerati neuromyopathies.

Among the 37 patients, electrocardiographic changes were encountered in (46%). A high R tooth in V<sub>1</sub> is observed more often in younger patients. A de Q and changes in the ST segment with pathologic T are more frequent on t antero-lateral wall.

The findings of the physical and radiologic examinations can appear pathol gic from causes depending on chest deformations, high position of the diaphrag or muscular dystrophy.

**Résumé****ALTERATIONS ÉLECTRO-CARDIOGRAPHIQUES ET LÉSIONS DI MYOCARDE CHEZ DES MALADES DE NEUROMYOPATHIE HÉRÉDITAIRE**

Les auteurs étudient les altérations électro-cardiographiques et celles myocarde sur 37 patients affectés de diverses formes de neuromyopathies hér do-dégénératives.

Les altérations électro-cardiographiques ont été observées sur 17 (46%) c 37 patients. L'onde R élevée en V<sub>1</sub> a été observée le plus souvent dans les jeu âges. L'onde Q approfondie et les altérations du segment ST avec T pathologiq se rencontrent principalement sur le mur antéro-latéral.

Les données de l'examen physique et radiologique peuvent paraître patho giques pour des causes tenant à la déformation du thorax, à la position élevée diaphragme, ou à une dystrophie musculaire.

## MIOKARDITET SIPAS MATERIALIT PROSEKTURAL

— Doc. ÇESK RROKU —

Miokarditet përbjajnë një problem të rëndësishëm etiologjik, diagnostik dhe kurativ. Megjithëse diagnostikimi i tyre po shtohet vazhdimisht (11), ndër sëmundjet që prekin zemrën, ato mbesin më pak të studjuara. Ato përbjajnë një problem të rëndësishëm edhe për faktin se përqindja e tyre, në vdekshmérinë e përgjithshme, luhatet rreth 40% dhe, jo rraillë herë, janë shkak i vdekjeve të papritura në persona të rinj (1, 9). Shpeshtesa e miokarditeve duhet të jetë më e madhe si në materialin klinik, ashtu dhe në atë anatominik. Ka autorë (6) që venë në dukje se në rastet e studjuara prej tyre, disa kanë qënë pa shenja klinike dhe se miokarditi është vëvë në dukje pas ekzaminimit elektrokardiografik. Sipas tyre, kjo ve në dukje se miokarditi mund të jetë në formë vatrash pa rrjedhim imediat përfunksioni e zemrës dhe për këtë rekombinjë ekzaminimin rutin elektrrokardiografik gjatë infekioneve të ndryshme. Mbë rolin e ekzaminimeve paraklinike dhe klinike në diagnostikimin e përpiktë dhe me kohë të miokarditeve, kryesisht të atyre virale dhe veganërisht të atyre të shkaktuara nga grupi B i virusave të Coxsakie ka punime të shumta (1, 5, 9, 10, 11). Edhe nga ana anatomike, ekzamini më i hollësishëm i miokardit të marrur nga sektorë të ndryshëm të zemrës, mund të verë në dukje një numër të madh miokarditësh fokale, që paragjen pa komprometim të përmasave dhe formës së zemrës, që mund ti shpëtojë kqyrjes makroskopike të anatomi patologut, veganërisht në ato raste kur miokarditi është një ndërlirim jodvekjeprurës gjatë sëmundjeve të ndryshme, në mënyrë të vegantë të atyre infektive.

Në punimin tonë jemi përfjendruar në disa nga aspektet e shumta të miokarditëve të hasura në materialin prosekturnal të Shërbimit të Anatomisë Patologjike të spitaleve, si në shpeshtësinë, në ndarjen sipas grup-moshave, viteve dhe stinave të vitit, në kuadrim makro dhe mikroskopik të tyre si dhe në mospërputhshmérinë ndërmjet diagozës klinike dhe asaj anatomike. Së fundi bëhet një orvati për klasifikimin e tyre të përafertë etiologjik.

**Materiali dhe metodika.** — Janë studjuar protokollet e autopsive të viteve 1959-1972, gjithsejt 4734 autopsi, nga të cilat 2200 të moshës fëminore. Materiali është ndarë sipas moshës, seksit, viteve, muajve të viit, kuadrit makro dhe mikroskopik dhe klasifikimit sipas (9). Gjithashtu janë nxjerë përqindjet e mospërputhshmérise së diagnozave sipas grup-moshave.

\* \* \*

Në 4734 autopsi, miokarditi është gjetur në 130 raste ose në 2,8% ngë të cilët 7 reumatizmale dhe një tuberkulare. Të logaritur vetëm pëmoshën fëminore 0-15 vjeç, ato paraqiten me 122 raste, të cilat totalin e 2200 autopsive të kësaj moshe zenë 5,5%. Këto përgjindje janë përafërtë me ato të autorëve të ndryshëm të bibliografisë sëne.

Në materialin tonë, miokarditi ka qënë si shkak vdekie në 1 raste ose 77,7%. Në rastet e tjera, miokarditi ka ndikuar në vdekje ose nuk është shfaqur klinikisht, duke mos komprometuar këshut këshut. Ndryshime të miokardit janë hasur gjatë ekzaminimit mikroskopik. Ndryshme të miokardit janë hasur gjatë ekzaminimit mikroskopik rutin në formë vatrash të vogla, të izuara ose edhe të shumta, të shpërndara në sektorë të ndryshëm zemrës. Nga kjo del konkluzioni praktik se duhen ekzaminuar sektet shumtë dhe të ndryshëm të zemrës.

Duke studjuar shpërndarjen sipas grup-moshave (pasqyra nr. bie në sy mbizotërimi i miokarditit në moshën fëminore me 122 raste) ose 77,7%. Nga këto, 32 raste ose 26,1% e të gjithë rasteve të të gjitha grup-moshave gjendet në grup-moshën 6-12 muajsh, i ndjekur nga 29 raste ose 23,6% në grup-moshën 2-5 vjeç, pastaj grup-mosha 12-18 muaj, 22 raste ose 16,9% dhe grup-mosha 1-6 muaj me 14 raste ose 10,7%. Mbi moshën 15 vjeçare janë vetmë 6 raste ose 4,6%. Numri i pakët moshat e ritura në materialin tonë është në kundershtim me të dhënat e autorëve të bibliografisë sëri (1, 6, 9, 10). Kjo ndoshta mund të shpjegohet edhe me faktin se disa nga këto burime (1, 6) janë material kryesisht klinik, ku nuk jepen sa prej tyre kanë përfunduar vdekje, ndërsa të tjerrë (1, 9) përfshijnë në to edhe material i vdekjeve të papritura, në mosha të ritura, material i cili nuk përfshihet në statistikën tonë, meqë ka qënë objekt i ekzaminimit menjë llogjor.

Të ndarë sipas seksit paradilen: 58 (44,6%) femra dhe 72 (55,3%) meshkuj, pra me një mbizotërim të lehti të seksit mashkull. Në lidhurën e konsultuar nuk ka të dhëna që të flasin për mbizotërin e një seksit mbi tjetrin dhe faktoret që mund të përcaktojnë një më zotërim të tillë. Në materialin klinik nga pediatria (7), autori ka gjë mbizotërim të seksit femër (91,7%) qëka e konsideron fare të rastit.

Duke studjuar shpërndarjen sipas vitezave vëmëre se rastet më shumta kane qënë në vitin 1970 (20 raste ose 15,3%). Në vitin 1961 18 raste ose 13,8%, në vitin 1969 – 13 raste ose 10,0%, në vitin 1972 me nga 12 raste ose 9,2%. Një shpërndarje e tillë të bëjë me situatat epidemiologjike, vëganërisht për miokarditet etiologji virale. Kjo lidhje vilhet ende më mirë në pah në shpërndar e tyre sipas muajve të vitit. Nga pasqyra nr. 1 rezulton se rastet më të shpeshta janë takuar në prill, maj dhe qershor me respektivi 15, 16 dhe 13 raste, në nëntor me 13 raste dhe dhjetor 14 raste, muajt e dimrit, janar dhe shkurt, janë takuar respektivisht 12, 9 raste. Konstatim të përafërtë me tonin në materialin klinik dha rastet sërisht anatomic (pasi në të janë inkluduar edhe rastet që kanë kal-

në shërbimin tonë) bën edhe autor i pediatrisë (7), në miokarditet primare në latantët.

Ndarja sipas muajve të vitit, në mënyrën e gjetur nga ne, në shumicën e të cilëve ne i konsiderojmë me etiologji virale, me përjashtim të ndonjë muaji të vonë të vjeshtës me etiologji të qartë difterike, përputhet edhe me faktin epidemiologjik se shumica e infeksioneve virale me kardiotropizëm të theksuar si viruset e Coxsakie ndodh në muajt e verës dhe të vjeshtës.

Duke vlerësuar mospërputhjet ndërmjet diagozës klinike dhe asaj anatomike konstatojmë se një mospërputhshmëri e tillë është gjetur në 38 raste ose 29,2% të miokarditeve. Mospërputhshmëria më e shpeshtë është gjetur në grup-moshën 0-1 muaj me 50% (2 në 4 raste), 1-6 muaj me 7 në 14 raste (50%), 6-12 muaj me 16 mospërputhshmëri në 32 raste miokarditi (50%). Në grup-moshën e fundit, miokarditi ka qënë shkak vdekje në 28 raste.

Dihet se në mospërputhshmërinë ndërmjet diagozave klinike dhe atyre anatomike ndikojnë një numër faktoresh si: klinika e sëmundjes, koha e shtrimit, ekzaminimet paraklinike dhe laboratorike dhe faktorë të tjera. Në rastet e paragjitura mendojmë se një rol të rëndësishëm në mospërputhshmërinë e diagozave ka lojtur edhe mosha, megjë shumica dërmuese e mospërputhshmërive (30 nga 38 raste) ka ndodhur në moshat 0-18 muaj, ku simptomatologjia e sëmundjes është shpesh e varfër, të paktën e pakapshme mirë nga familjarët, të cilët drejtohen vonë për ndihmë të kualifikuar mjekësore.

Nga 38 raste mospërputhshmërie, 10 kanë qëndruar në spital më pak se 24 orë, ndërsa në 5 raste të tjera, miokarditi nuk ka qënë shkak imediat i vdekjes. Nga ana tjetër, dihet se simptomatologjia respiratore është mjaft e shpeshtë në infekzionet virale, vegancësitë ato të Coxsakie, ECHO virus dhe Arbo virus. Një numër i mire i rasteve me mospërputhshmëri diagozash është përcjellur në prosekture me diagozën: insufficiencë kardiovaskulare dhe pneumopati. Mendojmë se në shumicën e këtyre rasteve është mbivleresuar simptomatologjia respiratore. Një faktor tjetër i rëndësishëm në mospërputhshmërinë e diagozave, në rastet tona, ka qënë edhe mbizotërimi i kuadrit klinik nga sëmundje kryesore si p.sh. 2 raste me fruth, një rast nga poliomieliti, një rast nga tèrbimi dhe një tjetër nga hepatiti infeksioz.

*Ndryshimet morfollogjike.* — Në kqyrjen makroskopike të rasteve tona del në pah ajo që tashmë dihet mirë si prej morfollogeve, ashtu edhe prej klinicistëve se një zemër me miokardite nuk është gjithmonë e komprometuar makroskopikisht në mënyrë të tillë sa që të bëhet me siguri diagnoza qysh në tavolinën e autopsisë. Ndryshimet më diskrete, të veshitura për diagnostikim gjenden kryesisht në miokarditet fokale, kryesisht të atyre me prejardhje virale, ku kuadri klinik nuk ka qënë zotëruar nga miokarditi. Ndryshime të ngjashme janë vërejtur edhe në disa raste me sepsis. Në 130 rastet e studjuara, zemra ka qënë e komprometuar makroskopikisht në formë të një kardiomegalie të shkallëve të ndryshme në 115 raste. Në to është vërejtur edhe rrumbullakosja e zemrës me zgjerim të të dy anëve të saj. Në 29 prej tyre është gjetur edhe një hipertrofi e moderuar e ventrikult të majte. Konsistencë e miokardit ka qënë, në përgjithësi, e ulur, ngjyra gjithashu e ndryshuar

nga kafe gjer në bezhë me pamjen e mishit të përvëluar. Një gjë tilla ka qënë veçanërisht e shprehur në 27 rastet e miokarditit differik (Fiedler) (një rast), kemi konstatuar se ndaria e vjetër në miokardin parenkimatoz dhe intersticital nuk është e përpiktë dhe nuk ndihmon në orientimin etiologjik të miokardit. Kjo ndarie nuk u qëndroi më kriterieve histologjike të sotme, pasi miokarditi parenkimatoz është gjetur në 21 raste dhe kjo jo vetëm në shumicën e rasteve të ditterësë, por edhe në miokardite bakteriale dhe në 4 raste edhe me miokardite virale, por gjithmonë i shoqëruar me komponentë intersticiale fortë. Në 101 raste të tjera, ndryshimet kanë qënë kryesisht intersticiale por me komprometim pjesor edhe të fibrave të miokardit në formë mikronkrozash, distrofi vakuolare dhe distrofi dhjamore pjesore nrasiste të rralla. Nga 101 rastet me ndryshime kryesisht intersticiale (pas qyra nr. 3), kuadri histologjik në 13 raste ka pasur karakterin e mikrokardit intersticial seroz, me elemente qelizore të rralla të karakteri mononuklearë, 60 raste me kuadrin histologjik të miokarditit intersticiale me mbizofërim të shprehur të infiltrateve rotundocelulare, ku nuk kanë munguar edhe eozinofile të rralla dne, në rastet e fundit, infiltratë intersticiale kanë pasur edhe mbizotërim të polimorfonuklearëve os pjesëmarrje të konsiderueshme të tyre.

Megjithëqë në punimin tonë mungojnë studimet virusologjike, duke u nisur nga karakteri mikroskopik i miokarditit (9, 10), situata epidemilogjike, shpërndarja sipas stinave dhe grup-moshave, të dhënat klinike dhe kuadri morfollogjik i përgjithshëm me mungesë lezonesh tillë ne organe të tjera, që mund të flisnin për prejardhje të tjera, jenë mendimt se 69 raste, nga të 130 e studjuara, janë me etiologji viral nga të cilat 15 primare, sipas (9) të izoluara dhe një fetal (pasqyra nr. 2).

\* \* \*

Dihet se shkaqet e miokarditeve janë nga më të ndryshmet, kryesisht infektive, ndërmjet të cilëve rolin kryesor e lozin agjentët viral Një autor (11) jep një pasqyrë të gjérë të shkaqeve të miokarditëve numëron 21 lloje infeksjonesh virale, të aftë për të shkaktoj miokardite.

Ndërmjet agjentëve të shumtë viralë, grupi B i viruseve Coxsack konsiderohet si shkaktari më i shpeshtë i miokarditeve, si në neonatë ashtu dhe në të rriturit (1, 5, 6, 9, 10, 11). Të rriturit preken në shpesh në kuadrin e mioperikarditeve. Grupi B i Coxsakie konsiderohet jo vetëm si shkaktar i një grupei të madhe miokarditish, por edhe ndryshime në endokard në formë valvulli, dhe endokarditi (5).

Ka autorë (4) që mendojnë se infeksionet nga grupi B i Coxsakie rolin përvëng në miokarditit edhe në anomalitë kongjenitale të zërës. Sipas tyre, Coxsakiet kalojnë barriertë placentare dhe dëmtojnë i det kë vendosen, por prova e fundit e rolit teratogen të Coxsakie

të jepet me kultivimin dhe vënien në dukje me mikroskop elektronik të Coxsakieve në zemrën me anomal.

Dihet se miokarditet mund të japin një numër të madh virusesh. Ndërmjet tyre akuzohen edhe ECHO viruset. Ka autorë (2) që vënë në dukje potentialitetin e ECHO viruseve për të dhëne miokardite, vegenërisht tipat 6, 11, 12, 19 dhe 25. Sipas tyre, aftësia e tipit 9 është vërtetuar nga izolimi i këtij virusi nga zemra e një vajze 16 vjeçare, që vuante nga miokarditi (cituar nga 2).

Edhe një numër tjetër virusesh mund të japë miokardite si: virusi i Citomegalisë, arborviruset, poliomielitit, hepatiti viral etj. Sot shtrohet problemi, nëse edhe sëmundje të tjera të zemrës me etiologji ende të panjohur mirë, si fibroza endomiokardiale e Davies dhe Endokarditi i Löfflerit, kanë nevojë për studime të mëtejshme për të sgruar etiologjinë e përpiktë të tyre. Edhe për elastofibrozën e endokarditit dyshohet për etiologji virale (cituar nga 8).

Kohë e fundit po shtohen edhe miokarditet nga mykrat (10) në sajë të përdorimit të gjërë të antibiotikëve.

Pasqyra nr. 2 tregon llojet e miokarditeve të gjetura në materialin tonë dhe të klasifikura sipas 9. Nga pasqyra rezulton se 27 prej tyre kanë qenë me natyrë të padiskutueshme difterike (20,7%), një miokardit fetal me të dhëna të encéfalomikarditit, 26 (20,0%), bakteriale, 53 (40,7%) nga virusë të ndryshme (me rezervat e bëra më sipër), 7 (5,3%) reumatizmale dhe një tuberkulare. Në 130 rastet e studjuara kemi klasifikuar edhe 15 raste (11,5%) si miokardite të izoluara (Friedler), nga të cilat 14 të tipit difuz dhe një e tipit granulomatoz. Dihet se për këtë lloj miokarditi nuk ka kriterë morfollogjike të caktuara (3); rendësinë më të madhe e ka anamneza dhe mungesa e lezioneve të tjera, që të shpjegojnë prejardhjen e miokarditit. Në përcaktimin e tyre, ne jemi nisur pikërisht nga të dhëna të tillë. Të gjitha rastet e klasifikura si të tillë janë gjetur deri në moshën 5 vjege, me maksimum në grup-moshën deri dy vjeç. Në bazë të analizës së materialit tonë, jemi të mendimt se kriteret ndihmëse, vegancërisht për ato të shkakuara nga viruset. Kjo për arsyeshashmë të njohura, sepse lloji i inflamacionit dhe infiltrave mund të jetë i përbashkët ose i përafertë me miokardite me etiologji nga më të ndryshmet, sigurisht duke përfashtuar disa miokardite me karakter specifik si ai reumatzmal, tuberkular, nga mykrat, septiket etj. E vetmaja rrugë e drejtë për përcaktimin e etiologjisë së tyre është kuadri klinik, anamneza, gjendja epidemiologjike, kultivimi dhe, ajo që vendos për numrin më të madh të miokarditeve, është virusologjia dhe imuno- logjia.

## PERUNDIME

1) Në vdekshmërinë e përgjithshme në materialin autopsik, miokarditet zenë 2,8%.

2) Në vdekshmërinë e moshës fëminore, po në material të tillë, kjo përqindje arrin në 5,5%.

3) Të klasifikura përafersisht nga pikëpamja etiologjike, duke umbështetur në kriterë anatomicë, epidemiologjike dhe klinike mbizotë-

rojne miokarditet virale (duke përfshire këtu edhe ato të tipit (Fiedler), me 69 raste (53,07%), të ndiekura nga ato difterike me 27 raste (20,7%). si dhe ato bakteriale me 26 raste (20,0%).

4) Ndarja klasike në miokardite parenkimatoze dhe intersticiale është një ndarje tashmë e kaluar, sepse ndihmon pak në përcaktimin etiologjik.

Dorëzuar në redaksi më 15 shkurt 1977.

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

- 1) Bell W.R., Murphy M.W.: Myocarditis in young military personnel. American Heart Journal 1967, 3, 309.
- 2) Bell J.E., Grifit R.N.: ECHO viruses carditis and acute pleurodynia. American Heart Journal 1971, 1, 133.
- 3) Birri P.: Kontribut kliniko-morfologjik mbi morbus Fiedler. Buletini i UT-seria shkencat mjekësore 1961, 3, 45.
- 4) Brown C.G., Arbor Ann.: Coxsakie virus infections and heart diseases (Editorial). American Heart Journal 1968, 2, 145.
- 5) Burch G.E., Sun S.C., Colclough H.L., Sohal R.S., De Pasquale N.P.: Coxsakie B viral myocarditis and valvulitis identified in routine autopsy specimens by immunofluorescent techniques. American Heart Journal 1967, 1, 13.
- 6) Gerzen P., Granath A., Holmgren B., Zetterquist S.: Acute myocarditis. A Follow-up study. British Heart Journal 1972, 34, 375.
- 7) Kristo Th.: Miokarditet primitive në moshën latante. Referat i mbajtur në sesionin shkencor të Pediatrisë me rastin e 30 vjetorit të Clirrit. Tirane 1974.
- 8) Rroku C., Jorgoni J.: Kontribut kazuistik mbi fibroblastozën e endokardit në latantë. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1962, 3, 85.
- 9) Saphir O.: A text on systemic pathology. New York and London 1958, 61. Volume One.
- 10) Scott M. Th.: Në Anderson A. W. Pathology. Sixth Edition, Volume one. St. Louis 1971, 663.
- 11) Smith G.W.: Coxsakie B myopericarditis in adulte. American Heart Journal 1970, 1, 34.

## S u m m a r y

### MYOCARDITIS IN AUTOPSY MATERIAL

Of the materials examined at the anatopathological service of the hospitals, the author has studied in particular the cases of myocarditis, which represent 2.8 percent of all the hospital deaths. Calculated for the children alone, they represent 5.5 percent of the deaths. Taking into account the morphological examination, the epidemiological investigation, the anamnesis of the cases and their clinical picture, the author divides the 130 cases of myocarditis as follows:

27 (20.7%) diphtheric, 26 (20.0) bacterial, 69 (53.07%) viral, of which 15 of the Fiedler type, 7 rheumatic and 1 tubercular.

The analysis of the discordances between the clinical and anatopathological diagnoses shows that they are observed in 29.1 percent of the cases, that they are chiefly due to the short period of stay in hospital (less than 24 hours) and are most frequent in the 0-18 months age group.

The author discusses the literature on myocarditis and particularly the role of viruses in its etiology. He points out that the morphological examination helps little in determining the etiological diagnosis and that the division of myocarditis in parenchymal and interstitial is no longer justified.

#### R е s u m е

### LES MYOCARDITES SELON LES MATERIAUX D'AUTOPSIE

Sur les matériaux du service d'anatomie pathologique des hôpitaux, l'auteur a étudié les myocardites qui, selon lui, représentent 2,8% de la mortalité générale. Considérées seulement pour les âges de l'enfance, elles constituent 5,5%. Se fondant sur l'examen morphologique, la situation épidémiologique, l'anamnèse et les examens cliniques, l'auteur classe les 130 cas de myocardite de la façon suivante: 27 (20,7%) diphyrériques, 26 (20,0%) bactériennes, 69 (53,07%) virales, dont 15 du type Fiedler, 7 rhumatismales et une tuberculeuse.

Etudiant la discordance entre le diagnostic clinique et l'examen anatomique, l'auteur en arrive à la conclusion que cette discordance, qui porte sur 29,1% des cas, est provoquée principalement par un trop brève hospitalisation (moins de 24 heures) et principalement dans les âges de 0 à 18 mois. L'auteur donne un tableau de la littérature sur les myocardites et en particulier sur le rôle des virus, qui en sont souvent les causes. Il conclut enfin que le tableau morphologique ne fournit qu'une aide partielle pour leur diagnostic étiologique et que la division en myocardites parenchymateuse et interstitielles n'est plus fondée.

## Pasqyra nr. 1

Shpérndaria e miokraditeve sipas grup moshave, seksit, muajve të vittit dhe mospërputhshmërisë të diagnozave kliniko-anatomike.

Shuma:

Mosha: 0-1m.	1-6m.	6-12m.	12-18m.	18-24m.	2-5v.	5-10v.	10-15v.	15-20v.	20-30v.	30-40v.	40-50v.	50-60v.	60-70v.	
f. 3	5	17	13	3	9	3	4	2	—	1	2	—	—	58
Seksi:														
m.1	9	15	9	3	20	5	3	—	2	—	—	—	1	72
Shuma:	4	14	32	22	6	29	8	7	2	2	1	2	—	130
Viti:	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
Rastet:	1	3	18	7	7	6	6	11	10	5	13	20	12	11

Muajt:	Janar	Shkurt	Març	Prill	Maj	Qershori	Korrik	Gusht	Shtator	Tetot	Nëntor	Dhjetor		Shuma:
Rastet:	12	9	12	15	16	13	6	6	5	19	13	14	130.	
Përqindia:	9,2%	6,9%	9,2%	11,5%	12,3%	10,0%	4,6%	4,6%	3,8%	6,9%	10,0%	10,7%	100%	

Mospërputhmëria sipas grup moshave:	0-1m.	1-6m.	6-12m.	12-18m.	18-24m.	2-5v.	5-10v.	10-15v.	15-20v.	20-30v.	30-40v.	40-50v.	50-60v.	60-70v.	38
Rastet:	2	7	16	5	3	4	—	1	—	—	—	—	—	—	29,2%

Pasqyra nr. 2

Pasqyra nr. 2. Ndaria e miokarditeve sipas Saphir (21)

Mosha	Gjatë infekzioneve dhe sëmundjeve ngjitëse.							Izoluar		Specifike.		
	Difterik	Fetal	Bakterial	Viral	Fungje	Helminte	Difuz	Granulomatoz	Reumatik	Tuberk.	Emetik.	
0-1m.	—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—
1-6m.	—	—	2	8	—	—	4	—	—	—	—	—
6-12m.	—	—	6	21	—	—	5	—	—	—	—	—
12-18m.	1	—	8	10	—	—	3	—	—	—	—	—
18-24m.	1	—	2	2	—	—	1	—	—	—	—	—
2-5v.	17	—	5	5	—	—	—	—	—	4	—	—
5-10v.	6	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—
10-15v.	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15-20v.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20-30v.	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
30-40v.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
40-50 v.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50-60v.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60-70v.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Shuma:	27	1	26	53	—	—	14	1	7	1	—	—
%:	20,7 %	0,7 %	20,0 %	40,7 %	—	—	10,7 %	0,7 %	5,3 %	0,7 %	—	—

Pasqyra nr. 3. Ndryshimet histologjike të hasura në miokarditet.

Miokardit parenkimatoz.

Miokardit seroz.

Miokardit intersticial.

Infil. rotundocelulare

Infiltrate me pjesmarrje të gjërë të polimorfonuklearve ose kryesisht polimorfonukleore

## MBI PERIKARDITIN AKUT BENINJ

— ALI A. SULA —

(Spitali i rrëshit — Durrës)

Perikarditet akute (jo purulente) përfshijne një grup nozologjish me etiologji dhe tipare klinike të ndryshme. Disa sëmundje bakteriale mund të lëndojnë cipat perikardike me rrugë hematogjene. Deri në epokën e antibiotikëve, vendi më i rëndësishëm i ka takuar, padyshim, tuberkulozit. Vendi i dytë u ka takuar reumatizmit poliartikular akut, veçmas osse bashkë me dëmtimë të tjera karditike. Më pas duhet përmëndur perikarditi uremic i fazave të vonësme të uremisi. Përdorimi i antibiotikëve, tërheqja dhe kufizimi i infeksioneve bakteriale bënë që vendin e perikarditëve septike ta zenë ato virusale (1).

Ndarja e një forme të vëcanjtë nozologjike u përligj, në fillim, nga pamundësia për ta inkudruar në arsyet etiologjike të njojhura dhe, së dyti, nga klinika karakteristike, që e dallon prej trajtave të tjera. Qysh prej vitit 1950 shumë autore filluan të përfshijne, në radhët e perikarditit akut benign (PAB), të gjitha perikarditet e pagarta etiologjikisht dhe diagnostikimi u zgjerua deri në 10% të perikardiopative (2).

Disa perikardite të diagnostikuara si të tillë rezultuan përfundimisht si perikardite epistemonarkardike. Tanimë termi PAB ndeshet dendur (3) dñe justifikohet:

- a) Në rastet kur në kuadrin tipik të një perikarditi akut, nuk mund natyrren allergjike të sëmundjes si «sëmundja e parë», që krijon tabanin sensibilizues.

Në këto rrëthana, sëmundja vihet kryesisht në planin klinik, që mbetet më i sigurti. Të gjitha këto jepin një ide mbi rëndësinë e debatit teorik dhe interesit praktik moi këtë sëmundje. Vëçimi etiologjik nuk mund të quhet ende i kapësyer. Inkudrimi nozologjik shpesh mbetet i diskutueshëm, prandaj kemi emrëtime të shumta, si perikarditi idiotipik, p. kriptogenetik ose p. jospecifik, kur përjashtohet plotësisht natyra tuberkulare.

Gjatë afro dy vjetëve (janar 1974 — tetor 1975) kemi diagnostikuar 11 raste me PAB. Kjo shifër është, padyshim, një shifër shumë modeste, që të mund të nxirret ndonjë përfundim përgjithësues. Shumë raste duhet ti kene shpëtuar diagnozës, po të kihet parasysh fakti se sëmundja shfaqet në trajta atipike, që mështien lehtë me episode banale algo-piretike. Çasti i kontrollit mjekësor është i rëndësishëm se

mund tê rastisë qê tê kryhet kur kemi faza tê heshtura objektiv Në këtë punim përshtkuhen ato qê mendojmë se tipizojnë format krysole të sëmundjes.

### 1) FORMA TIPIKE

Pacienti D.SH., 16 vjeç (kartelë nr. 2952 viti 1974) shtrohet urgjentshët për endokardit akut. Ka një anamnezë të varfér, nuk ka pasur vaujtje reumatike e tuberkulare. Një javë para se të shtrohej ka pësur dhembje të lehtë gryke të pamjekuar. Ditën e shtimit i shqaqet në dhembje e padurueshme në fillim në rajonin e zemrës. I mbuluar i djerse, mbeti i gozduar pothuaj në palevizhshmëri të plotë. Më voi dhembja humbi disi intensitetin dhe kjo lejon transportimin e të s'murit në spital. Në shtrim, i sëmuri ishje febrili ( $38,8^{\circ}\text{C}$ ), mbante qëndritë detyruar giysëm-ortopnoik me frymëmarrje të shpeshtë e fë pëcipët. Vërehet cianozë e lehtë e buzëve. Dhembja acarohet gjatë koll dhe përkuljes pëpara kraharorit. Në kontrollin klinik, në mushkëri asgjë patologjike, fusha kardiakë në kufijt fiziologjikë. Në region mezo e parasternal tê majtë dégjohen fërkime me këto veçori: i ashpët përcipët, që i shëmbellën grupit bashkëtingëllor f dhe t, gjatë ton persistonte në apne. Pulsi radial ishte ritmik i butë,  $92/\text{min}$ , TA.  $95/6$  Mukozë retrofaringiale ishte pak hiperemike. Organet e tjera ishin i ndryshime. Nga të dhënët paraklinike: Leukocitet 5400 (N. 52, Sh. E. 3, L. 28 B.O.M. 13%). Es 16 mm/orë. Urina, reumotestet, testet labilitetit koloidal brenda normës. Hemokultura: sterile. R. Mantou: negativ. Mushkëri dhe hija kardiovaskulare radiologjikisht pa ndryshime. Në kontrollin e EKG: mbiniwelim i segmentit ST në tri derivacionet standarde e vëganërisht në II – III; amplitudë disi e zgrogëlu: e trasesë.

Mjekimi fillohet me prednizon e aspirinë. Ditën e dytë dhëmbishtë më pak e fortë, temperatura subfebrile, polipnea pak e shprehu fërkimi perikardik i dobët, i kuifuar në mesosternum, pulsi  $82/\text{mi}$  dhe TA  $105/\text{70}$ . Ditën e trete nuk dégjohet më. Ditën e pestë, i rikontrölli të EKG-në derivacionet standarde ST pranë izolimies, va T difazike në prekordiallet. Ditën e tetë, i sëmuri ishte afibril, i qet në të dymbëdhjetën EKG me trase të normalizuar. L. 6800 (N. 5 Sh. 2, E. 4, L. 37, M. 5%), Es 12 mm. 15 ditë pas shtimit, i sëmu del i shëruar.

*Koment i rastit:* Pacienti ishte i moshës së re, pa të kaluar rëumike e tuberkulare. Sëmundja ishte paraprirë nga një infeksion gripe. Dhembja prekordiale, e fortë, e përnjehershme ishte sifaqur në gjendjetësie, duke arritur maksimumin qysh në fillim. Sëmundja ishte shqeruar me prirje për kolaps, element i vlefshëm pse ndeshet më dendë pikërisht në këtë sesa në tipe të tjere të perikardit. Fërkimi perikardështë shenja kryesore sidomos kur është i hershëm dhe kalmtar. Në të dhënët paraklinike duhen vlerësuar leukopenia dhe granulocitopeni. Ndryshimet elektrike të zëmrrës tek i sëmuri ishin tipike. Për prit-

kocitetin dhe dinamikën e tyre, ato i vlefjë shumë diagnostës, kur ende të dhënët klinike e radiologjike mund të jenë të dyshimta ose të heshitura. Në të vërtetë në perikarditin akut beninj vërehen tri fazë njëra pas tjetrës.

— Shifqaje e rrymës së veprimit për pak orë ose ditë, si shprehje e inflamacionit të shtretërve sipërfaqësorë subepikardike me mbinivelim konkordues difuz të ST.

— Trazime të repolarizimit me sheshim, në rastet e zgjatura dhe me negativizim konkordues të valës T dhe ulje drejt izolinies të ST.

— Zhdukje e shpejtë e shenjave elektrike për mungesë nekroze, pa kalar në ndryshime depolarizimi, si dhemb Q patologjik.

Konstatimi

radiologjik i një bije kardiakë pak të zmadhuar nuk

është i rrallë, rrëfyes i një versamenti modest ose vëtëm shprehje

e zgjerimit kalimtar të zemrës.

Raste të tillë kemi vërejtur në 5 të sëmurrë.

## 2) FORMA PSEUDO-KORONARE

Pacienti T. A., vjec 59, shtrohet urgjentisht me diagnozën *steno-kardi*. Sëmundja i kish filluar natën me dhembje të padurueshme, si një darë që shtrëngon parzmin dhe që më vonë i ikaloj në krahun e majtë. Ky fillim i ishte snoqëuar me ndjenjë mungese ajri, djerstje, përzjerje, dobësi të përgjithshme. Pas marries ambulatore të morfinë-atropinës dhe trinitrinës, në shtrimin në spital ankonte për dhembje të lehta me të njëjtin rrezatim. Pacienti përdor duhanin dhe alkoolin, regjimin e të ushqyerit e ka të qrrëgulltë. Në ekzaminimin klinik vhat në dukje obezitet pa të dhëna patologjike në ngarkim të aparateve të ndryshme. Tonet e zemrës janë ritmike, i dyti aortal disi i theksuar, pulsi i plotë 78/min, TA 150/90, nuk ka trazime të qarkullimit.

Nga analizat: lipemia 820, kolesteroli 280 mg%, glicëmia, reumotestet në normë. L 9800 (N. 68%) Es. 20 mm/orë, SGOT 48, SGPT 32. Fundus oculi: ndryshime sklerotike retinale jo të përparruara. R. Mantoux negativ; Radioskopja pulmonare dhe televengenograma pa ndryshime. Në EKG ngritje e ST me konkavitet superior në d. II-III e avF. Në këto rrethana u shtrua mundësia e një iskeacie diafragmale. Tri orë pas shtrimit dégjohet fërkim i lehtë për disa minuta në mezosternum që zhduket, rishtafet pas disa orëve dhe sérishjt gjatë ditës së dytë përtu zhdukur përfundimisht. Në rikontrollet pas 5 ditëve, traseja ishte normalizuar, dhembja ishte zëvendësuar me një ndjenjë peshe e diskomforti prekordial. Gjatë gjithë kohës, i sëmuri ka qenë afibril. Në rikontrolle: L. 7800 (N. 60%), L. 32% Es. 14 mm., SGOT 28, SGPT 22. Pas 12 ditësh, del nga spitali i shëruar.

*Diskutim i rastit.* — Mosha, disa të dhëna anamnëstike e fiziologjike, në shikim të parë orientojnë drejt një koronaropatie. Disa parametra e perforcojnë këtë (lipograma, fundus oculi, hipertonia e morderuar, rritia e lehtë enzimatiqe, eritrosedimetria dhe leukocitoza e lehtë). Episodi filestar dhe përgjigja ndaj mjekimit të urgjencës përkujnë me diagnozën filestar. Ndryshimet e EKG-i përgjigjen një iske-

mie të pasme. Konstatimi i mëvonshëm i fërkimit perikardik, që nu përputhen me iskeminë e prapsme si dhe shuajja e shpejtë pa dinamik e ndryshimeve të EKG, na detyrojnë rishikimin e diagnostikës në fav të PAB. Gabime diagnostike janë të mundshme (4), sidomos kur mur gon vrojtimi i kujdeshshëm dhe rikontrollot klinike elektrike. Këtë formë ne e kemi vërejtur në një nga të sémurët tanë.

### 3.) FORMA POLISEROZITIKE

Pacienti K. A., vjet 35 (kartela nr. 2937/1974) 18 ditë para se i shtrrohej në spital ka pasur temperaturë të lartë, dhembje në hemitoraksin e majtë, kolle të thatë, dobësi. Me gjithë trajtimin intensiv m penicilinë, streptomycinë, gjendja u rëndua me dispne, dhembje shpuese në kraharor, djerisitje, lenzë, dobësi, mungesë oreksi. Në shtrirish temperature subfebrile, ortopne pa cianozë dhe edemë. Matite kardiak pak i zgjeroar. Mbi gati të gjithë regionin prekordial kis fërkim perikardik e të qartë, të përcipit. Tonet e zemrës ishin pak largta. Puli i butë, 90/min, TA 100/60. Frenitus vokal i pakësuar në bazën e hemitoraksit të majtë, ku perkutohet zonë submate me respiracion të dobësuar, aty këtu ndonjë fërkim pleural. Limfonyje t pazmadhuara. Mëqësia e zezë prekej 3 cm. nën harkun brinjor, pak e ndjek shëm. Ndrysime artikulare nuk vëreheshin.

Paraklinikisht: L. 7700 (N. 59, E 5, L. 30, M 6%). Reumotestë negativ. R. Mantou pozitiv 10 x 10.

Radiologjikisht: versament në bazën e majtë. Hija kardiake e zme duar, pulsacione të dopta, kënd i gjërrë diafragmal. Në EKG, segmenti ST i mbiniiveluar në standardet, vala T difazike në V<sub>5</sub> – V<sub>6</sub>. Në ecurinë e mëtejshme të sëmundjes, nën ndikimin e kortizonikëve, dhembja prekordiale e brinjore u zbut mjaft, fërkimi u zhduk pas 7 ditësh. Dispnea regredoi shpejt, po ashtu edhe reperti fizik i bazës së majtë. Pas një javë, hija kardiake pothuaj u normalizua, versamenti u rezorbua pas 15 ditësh. Traseja elektrike regjistroi një çvendosje të lehtë ST me T pak të sheshuar. Pas 28 ditësh, i sémuri del i shërua me kuadër kardioelektrik normal.

Diskutim i rastit: Me gjithë mjekimin intensiv me antibiotikë si pënjë komplikacion pulmonar, në fazën e parë ecuria e sëmudjes ka qënë e favorshme. Klinika zotërohet nga shenjat perikardike e pleurale. Terreni tuberkular mund të jetë i diskutueshëm, kurse ai reumatik i përashtueshëm. Për diagnozën diferencale në perikardit tuberkular, të dhënët elektrike mund të vlerësohen mbi vetë klinikën dhe radiologjinë, me kusht që alteracionet të jenë më të rëndësishme dhe me një zgjatje tipike me javë e muaj (cituar nga 5). Lemza eشتë shprehje shëtypies ezoafagiale nga qëska perikardike e zgjeroar përij versamenti. Reaksioni pleural (jo i rrallë në PAB) eشتë modest, i njëjëshshëm dhjetëherë zakonisht i majtë, rrallë i dyanshëm. Pleuriti ndikon në rendimin e gjendjes. Kjo formë u vërejt në një nga të sémurët tanë.

#### 4) FORMA PLEURODINIKE

Për të sëmürin M:N, 15 vjeç, nga anamneza rezulton një pjesëtar familje me katarr stinor. Duke qënë mirë, në mënyrë të befasishtme, ndjeu një dhembje shpuese nga brinjtë e majtë, pastaj temperaturë, të dridhura, kolle e dobesi. Në shtrim ishte i agjitar, qante, bërtiste, më-njanonte frysëmarrjen e tbelle dhe kollën. Dhembja acarohet gjate shtypjes me gisht, të hapësirave ndërbrinjore të poshtme të asaj ane. Temperatura: 38,5°C. Eksaminimi nuk zbuloi ndryshime torakale. Në kontrollin e gojës dallohet një shpërndim eritematoz në qielzë. Prekja epigastrike jepte përshtypjen se e shkonte dhëmbjen toracike. Të nesërmen e këtij eksaminimi të sëmurit i shfaqet një fshikëz herpetike në hundë, kurse në regionin prekordial dëgjohej një fërkim i lehtë si i dëborës së shkelur që zgjati rrëth 20 orë.

Paraklinikist: L. 6400 (N. 56, E. 5, Sh. 2, L. 29, M. 8%). Es. 23 mm/h. Në radioskopji, fushat pulmonare dhe hjeja e zemrës pa ndryshime. Në EKG takikardi sinusale, mbinivelim i lehtë i ST në standardet dhe avF. Ditën e tretë, dhembja ishte e lehtë. Në ditën e 13, i sëmuri del nga spitali pa anamneza dhe kuadri orofaringjal orientojnë drejt një goditje virusale. Karakteristika dhe topika e dhëmbjes, të shoqëruar me temperaturë e vështirësi në shëmbelljen klinikës së sëmundjes të tipit infekcioz. Një tabllo e tillë i shëmbelljen klinikës së sëmundjes Bornholm, të shoqëruar me elemente herpanginoze. Kapja e fërkimit sqaron diagozën. Kjo formë u diktua në dy nga të sëmuret tanë.

#### 5) FORMA FRUSTE

Pacientja H. X., 43 vjeç (kartelë nr. 7261/1975) tri javë para se të shtrrohet në spital ankonte për subfebrilitet, dhëmbje kraharori, kollë, dobësi, dispne të lehtë. Është rrejtë mjekuar me antibiotikë dhe antalgjikë por pa rezultat. Analizat nuk paragjinë ndryshime me rëndesi. Në ekzaminim dëgjohet një fërkim i shkurtër prekordial, që zgjat pak orë. Në EKG: T negativ në DI-DII e avF dhe difazik në V<sub>4</sub> – V<sub>5</sub>. Pas 5 ditësh, e sëmura ndjehet fare mirë, shenjat e EKG janë pakësuar shumë.

Koment i rastit: kjo është forma më e dendur dhe më e pa diagnostikar. Së pari për varfiri në e-shenjave klinike; së dyti pse fërkimi është tinxar dhe jetëshkurtër. Format atipike e të lehta kapin të gjitha moshat e dy sekseve, ndonëse kanë përparsë moshat e reja dhe meskujt. Këto forma abortive duhet të kërkohen veçanërisht në punën ambulatorore gjatë vërvishmeve gripale. Nuk duhet nënvlefësuar kërkimi i fërkimit gjatë sëmundjeve alergjike akute ose kronike si edhe në toksiko-alergozat medikamentoze (nga tetracikina, streptomicina, alkaroni, fenilbutazoni etj.). Këtë formë e kemi ndeshur në dy nga të së-muret tanë.

## EVOLUCIONI DHE MJEKIMI

Evolucioni dhe progozoa në perikarditit akut beninj janë në përgjithësi të favorëshme. Zgjatja e sëmundjes shtrihet në një diapazon nga 8 ditë në 3 muaj. Dhembjia toracike mund të vazhdojë pas shuarisë së shenjave të EKG. Një vecori e rendësishme në zhvillimin e sëmundjes është mundësia e recidivave. Më shpesh është fjalë për një përsëritje të vëtme, si në një rast tonin të formës tipike, rrallë 2-5 herë me intervalle 3 javë deri në 6 muaj nga goditja e parë, me dhembje, lëvizje febrile ose me klinikën e plotë të sëmundjes. Ndonsëse zakonishët progozoa mbetet e mirë, kohët e fundit nuk mungojnë shenja për kalimë në formën konstriktive. Në këtë sëmundje, antibiotikët nuk veprojnë. Përkundrazi veprimi i kortizonikëve është i rendësishëm. Në 24-48 orë temperatura pothuaj normalizohet, dhembja bëhet e durueshme, dispnea zmbrapset shpejt, versamenti perikardik e pleural thithen në disa ditë. Në rast dyshimi për natyrën specifikë, kortizonikët nuk mund të përdoren pa mbulim antituberkular. Problematike është mundësia e recidivës nga ndëprerja ose zgrogëlimi i dozës së kortizonikëve. Kështu krijuhet një gjendje kur mjeku është i defyruar të manovrojë në caqet e një terapi, së cilës i njen rreziqet dhe nga ku nuk e ka gjithmonë të lehtë të shkëputet.

## KONKLUSIONE

1) PAB është një sëmundje jo e rrallë e perikardit me një polimorfizëm klinik, që mund ta vështirësojë diagozën. Format atipike, të cilat përkruhen në këtë punim, përbënin më shumë se gjysmën e rasteve.

2) Diagnostikimi i përket mjekut të përgjithshëm dhe pediatrit më përparrë e më shumë se kardiologut ose ftiziatrit.

Dorëzuar në redaksi më 15 mars 1977

## BIBLIOGRAFIJA

- 1) Adhami J. e bp.: Traktati i sëmundjeve të brendshme. Tiranë 1974, vell. I, fq. 178.
- 2) Friedberg C.K.: Diseases of the Heart. Saunders Co. III 1966, 680.
- 3) Katz R.N., Siber E.N., Russman C.E.: Pitfalls in diagnosing coronary artery disease. Circulation 1963, 274.
- 4) Letègre J., Soulié P.: Maladies de l'appareil cardiovasculaire. Paris 1970, 320.
- 5) Volinski L., Gogin E.: Zabolevanje perikarda. Leningrad 1964, 42.

**Summary****BENIGN ACUTE PERICARDITIS**

Benign acute pericarditis is a net too infrequent affection of the pericardium, which the author has diagnosed in 11 hospitalized cases. The diagnosis can be confounded by the polymorphism of the symptoms and by the precarious character of the more important signs. In this work, apart from the typical clinical forms, are described a pseudo-coronary form, a polyserotic form, a pleurodynic form and a «forme fruste». These atypical forms constitute more than half of the observations. The author thinks that the diagnosis is as easy for the general practitioners and the pediatricians as for the cardiologists or the phthisiologists.

**Résumé****SUR LA PÉRICARDITE AIGUE BENIGNE**

La péricardite aigüe bénigne est une maladie non intréquente du péricard, qu'on a diagnostiquée en onze cas de malades hospitalisés. Le diagnostic peut en être détourné par le polymorphisme clinique ou la précarité des symptômes décisifs. Dans la présente étude sont décrites, à côté de la forme clinique typique, une forme pseudocoronarienne, la forme polyséroïstique, la forme pleurodynique et la forme fruste. Ces formes atypiques formaient plus de la moitié des cas observés. D'après l'auteur, le diagnostic est à la portée du médecin omnipraticien et du pédiatre plutôt qu'à celle du cardiologue ou phthisiatre.

## TE DHËNA PARAPRAKE MBI VLERAT NORMALE TË DISA ANALIZAVE HORMONALE

— SIRI LESKOVIKU — STELIAN BUZO —

(Laboratori Qendror Biokimik)

Kujdesi që tregohet në vendin tonë për mbrojtjen e shëndetit të punonjësve është pasqyruar edhe në rritjen sasiore dhe cilësore të laboratorëve, që luajnë një rol të rëndësishem në zbulimin e hersiën të sëmundjeve dhe në luftimin e tyre me anën e masave profilaktike dhe mjekimin shkencor në kohën e dubur. Për këtë qëllim, në sajë të kujdesit të madh të Partisë e të Pushtetit Popullor, në vendin tonë është ngriutur një rjetë e gjërë laboratorësh kliniko-biokimike, në të cilat punohet me metodat më të reja dhe më moderne. Kështu sot në laboratorin qendror biokimik është rritur në mënyrë të dukshme edhe gama e analizave hormonale, të cilat u Japin një ndihmë të vlefshme mjekëve klinicistë në vënien e diagnostës së sëmundjeve të ndryshme endokrine si dhe në ndjekjen e evolucionit të tyre.

Interpretimi i drejtë dhe i përpiktë i analizave, në një shkallë të konsiderueshme, varet edhe nga përcaktimi i përpiktë i kuffijve të verave normale të tyre. Por, sikundë dihet, për analizat që kryen, çdo laborator duhet të përcaktojë dhe vlerat normale meqënëse rezultatet e analizave varen nga metodika e përdorur, aparatet fotometrike, shkalla e pastërtisë së reagentëve etj. (5).

Në laboratorin tonë, një pjesë e mirë e metodikave, që përdoren për dozmin e hormoneve janë të modifikura si përsa i përket sasisë së materialit biologik që përdoret për analizën, sasisë së reagentëve të përdorur, ashtu dhe gjatësisë së valës së fotometritmit si pasojë e matjes në aparate fotometrike të ndryshëm nga ato që rekomandohen në metodat origjinale.

Për këto arsy, si dhe për tu ardhur në ndihmë mjekëve endokrinologë në interpretimin e analizave hormonale, në këtë punim po paraqesim të dhënat tona paraprake mbi vlerat normale për disa analiza hormonale, që dozohen në laboratorin tonë dhe konkretisht për 17-ketosteroïdet, 17-OH kortikosteroidet, steroidet ketogjene, pregnandioli, estrogenjet, estriolin në shtatzani, katekolaminat (adrenalin dhe noradrenalin) kortizolin plazmatik dhe jodeminë proteinike (PBI).

Gjatë studimit tonë kemi përdorur reagentë të shkallës së pastërtisë AR dhe të rikristalizuar e ridestiliuar në laboratorin tonë, sepse edhe reagentët e firmave prodhuese më të njohura, me kalimin e kohës, pësojnë transformime të ndryshme kimike (oksidohen, zbërtohen etj),

që ndikojnë në rezultatet e analizave dhe aq më tepër në analizat hormonale, që janë shumë të ndjeshme (4).

Si subjekte, tek të cilët kemi kryer studimin tonë, kanë qënë puno njës të ndryshëm, studentë, nxënës të konsideruar të shëndoshë paraprakisht nga komisioni mjekësor si dhe të sëmurë të shtruar në klinikë e okulistikës, që nuk paraqitnë gjregullime të metabolizmit hormonal. Përgjithësisht mosha e tyre lëkundjej nga 20-40 vjeç, që është dhe grup-mosha, gjatë së cilës sekretimi dhe eliminimi i hormoneve është më i shtruar se në grup-moshat e tjera. Ne kemi pasur parasysh edhe përcaktimin e vlerave normale sipas seksit, sepse hormone prodhohen dhe eliminohen në sasi të ndryshme në varësi të seksit.

Përcaktimin e vlerave normale të analizave hormonale në urin e kemi bërë në urinat e 24 orëve të njerezve normale, duke i mbledhur ato paraprakisht me konservantet që rekomandojnë metodikat përkatëse. Për të përjashtuar ndikimin e ushqimit në rezultatin e analizave analizat hormonale në gjak i kemi bërë në individë normalë esell.

Gjithashtu, gjatë studimit tonë kemi pasur parasysh edhe ndikimi e medikamenteve në analizat biokimike (1).

Aparatet matëse që kemi përdorur në studimin tonë janë: fotoelektrokolorimetri model 581 (FEK 581), spektrofotometri 72, Fluorometri «Turner» dhe spektrofotometri Zeiss VSU.

Në pasqyrën nr. 1 kemi paraqitur materialin biologjik, ku është bërë analiza, metodën e përdorur si dhe aparatin matës që kemi përdorur.

### Pasqyra nr. 1

Lloji i analizës	Materiali biologjik	Metoda e përdorur	Aparati matës
17-ketosteroide roidet	urinë urinë	Zinterman (3) Porter-Silber (3)	FEK 581 Spektrofotometer 72
Steroidet-ketogjene	urinë	Norimbersky (10)	FEK 581
Pregnandoli	urinë	spektrofotometrike (me ultraviolet) (9) Jayle e bp. (3)	Spektrofotometër VSU 1
Estrogjenjet	urinë	Prondini e bp. (8)	Spektrofotometër 72
Estrion në shpatzani	urinë	fluorometrike (6)	Fluorometër Turner
Adrenalinë	urinë	Mattlingy (2)	Fluorometër Turner
Noradrenalinë	plazëm	Kolthof-Sandell 9,	Fluorometer FEK 581
Kortizoli	serum	10, 7	
Jodëmia proteïnike (PBI)			

Në pasqyrën nr. 2 kemi paraqitur kufirin e lëkundjes së vlerave normale, që kemi gjetur në njëzet normalë, numrin e rasteve pëseicilën analizë si dhe njësinë e matjes.

## Pasqyra nr. 2

Llojji i analizës	Nr. i rasteve		Kufiri i vlerave normale		Njësie e matjes
	Mesh.	Femra	Meshkuj	Femra	
17-ketosteroide	50	50	10-16	8-15	mg/24 orë
17-OH korikosteroidet	50	50	5,7,5	3,5-5,5	»
Steroidet ketogjene	25	25	9,6-20	8-8	»
Pregnandiolli	20	20	deri 1,5	0,5-7	»
Estrogenjet	23	22	deri 10	18-30	meg/24 orë
Estrioli i shtatzanë	—	30	—	0,5-2,5 + 2,5-13,5 ++ 13,5-35 +++	meg/24 orë
Adrenalinë	26	—	3,4-11,2 (meshkuj + + femra)	—	mcg/24 orë
Noradrenalinë	20	26	18-36 (meshkuj + femra) 10-25 9-18	—	mcg/24 orë
Kortizoli	—	—	—	—	mcg/24 orë

Shënim:

- ++ = Tremujori i parë i shtatzanisë  
 +++ = Tremujori i dytë i shtatzanisë  
 + + + = Tremujori i tretë i shtatzanisë

Vlerat normale të jodemisë proteinike (PBI) nuk i këmi paraqitur në pasqyrën nr. 2, meqenëse ato i kemi publikuar në një punim të mëparshëm (7) që kanë rezultuar  $3.5 + - 1.5 \text{ mcg}/\text{0.}$

Të dhënat e vlerave normale, që janë paraqitur në pasqyrën nr. 2 për adrenalinën dhe noradrenalinën, u përkasin të dy sekseve të marrura së bashku.

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

- Bylykbashi V., Leskoviku S.: Influencia e medikamenteve në analizat biokimike. Shëndetësia popullore 1973, 4, 72.
- Bocuzzi G. e bp.: Metodo rapido per USO clinico di dosaggio fluorometrico degli 11 — idrossicorticosteroidi plasmatici. Minerva Medica 1974, vol. 65, 46, 2545.
- Jayle M. F.: Analyse des stéroïdes hormonaux. Masson 1962, Vol. I-II.
- Leskoviku S.: Purifikimi i reagentëve — halkë me rendesi në analizat biokimike. Shëndetësia Popullore 1972, 4, 78.
- Leskoviku S.: Disa kritere bazë që përcaktojnë cilësinë e analizave biokimike. Shëndetësia popullore 1972, 2, 99.
- Leskoviku S.: Përcaktimi i adrenalinës që noradrenalinës me metodën e fluoreshencës. Buletini i UT — seria shkencat mëkësore 1974, 1, 237.
- Leskoviku S., Cuberi S.: Të dhëna paraprake mbi normën e jodemisë proteinike në 150 raste. Shëndetësia popullore 1976, 1.
- Prandini B.D., Spandrio L.: Metodo rapido di dosaggio dell'estriolo urinario

- in gravidanza. Annali dell Instituto superiore di Sanita 1971, Volume VI  
parte II — III, 471.  
9) Spandrio L.: Analisi biochimico-cliniche. Padava 1972.  
10) Varley H.: La diagnosi di laboratorio nella pratica clinica. Roma 1969, 648.

#### Summary

### PRELIMINARY DATA ON THE NORMAL VALUES OF SOME HORMONAL EXAMINATIONS

Some preliminary data are presented of the normal values of some hormonal analyses performed at the Central biochemical laboratory of Tirana. The normal limits were determined for 17-ketosteroids, 17-hydroxycorticosteroids, ketogen steroids, pregnanolin, oestrogens, urinary estrinol in pregnancy, catecholamines, plasma cortisol and blood protein iodine.

In the accompanying tables are given the methods used for each analysis, the measuring apparatus and the limits of hormonal values as they were determined.

#### Résumé

### DONNÉES PRÉLIMINAIRES SUR LES VALEURS NORMALES DES ANALYSES HORMONALES

Dans cette étude les auteurs présentent quelques données préliminaires sur les valeurs normales de certaines analyses hormonales, dosées au laboratoire biochimique central de Tirana. Les auteurs ont déterminé ces limites normales sur 17-cétostéroïdes, 17-hydroxicorticostéroïdes, stéroïdes cétiogènes, pregnanostérogènes, estriol urinaire dans la grossesse, catécholamines, cortisol plasmatiques et iodémie protéique.

Dans les tableaux qui accompagnent l'article, les auteurs ont exposé les méthodes utilisées pour chaque analyse hormonale, l'appareil de mensuration et les limites des valeurs normales relevées.

## MBI SHKAQET E ANOMALIVE TË NOFULLAVE DHE DHËMBËVE

— PJETËR PEPÀ —

(Klinikë Stomatologjike — Shkodër)

Lidhur me prejardhjen e anomalive të nofullave dhe të dhëmbëve ende sot nuk ka një mendim të rrejtë, ndonëse shumë teori janë përhapur për shpjegimin e tyre (1, 6). Në zanafillën e tyre marrin pjesë një radhe faktorësh të brendshëm dhe të jashtëm, të cilët duke u gërshtetur me një tjetrin ose seicili më vete, gjinë në formimin e tyre. Meqënëse ky problem është ende i pandruguar sa duhet, menduan të vëzgojmë se si qëndron ai tek fëmijët e qytetit të Shkodrës.

**Materiali dhe metoda.** — Për këtë qëllim bëmë kontrollin stomatologjik të 4.000 fëmijve të moshës 1-19 vjeç për të përcaktuar përhapjen dhe llojet e anomalive të nofullave dhe të dhëmbëve dhe, brenda mundësive, për të zbuluar shkaktarët e tyre tek fëmijët tanë.

Në këtë punim do të analizojmë vetëm problemin e dytë. Zgjedhja e kontigjentit të fëmijëve u bë e tillë që të ruhen përpjessëtime të drejta sesi, moshe efji, që mund të ndikojnë mbi rezultatet. Fëmijve që rezultuan me anomali të nofullave dhe të dhëmbëve iu bë një kontroll i dytë për të përcaktuar shkakun e mundshëm të tyre. Rastet për të cilët nuk u arrit të përcaktohej shkaku i grupuam më vete.

**Rezultat.** — Nga shqyrtimi i shkaqeve rezultoi se tek 64,5%, e fëmijve me anomali të nofullave dhe të dhëmbëve u përcaktuari përfisht faktoret e mundshëm, që kanë sjellë përfimin e tyre. Në pjesën tjeter (35,5%), me gjithë kontrollin sadò të hollësishtëm klinik, ne nuk arritëm ta percaktojmë. Në këtë drejtim do të ndimonte mjaft të pyeturit e prindërive, që për kontigjentin e madh të marrur në studim, ishte i vështirë të bëhet.

Tek 20,5% e rasteve nuk gjetëm shkak të dukshëm, por nga të pyeturit dhe kontrolli klinik doli se anomali janë të lindura ose të trashëguara (diagrama 1).

Nga anomali të më të shpeshta të këtij grupei dolën kafshimi i përparmë dhe i pasmë (progenia dhe prognatia) dhe diastema.

Në 16,2% të rasteve, anomali të ishin si pasojë e patologjive të tjera të përqendruara në grykë dhe hundë dhe kryesisht të tonsiliteve hipertrofike, vegjetacione adenoide dhe shuangjive të septit hundor, që u përcaktuan nga ne, përsë sa lejuan njohuritë tonë dhe të dhënat e anamnezës. Përqindja më e lartë e këtyre faktoreve, si shkak i anomaliive, u vërejt në grup-moshën e dytë, që përkon me përhapjen e

gjërë të tyre pikërisht në këto mosha (7). Nga anomalitë më të shpesh tă të këtij grupi dolën kafshimi i hapur dhe i pasmë.

Indet e buta, që kane lidhje të drejtpërdrejtë me dhëmbët, rezultuan si shkak i anomalive të noshlave dhe të dhëmbëve në 12,0% t rasteve. Më shpesht, në këtë drejtim, si shkak qëndronin frenglat gjatë dhe të trashë të buzëve, kurse si pasojë diastemat dhe tremat. Përhapia më e lartë e këtij faktori në grup-noshën e dytë (7-11 vjet) dhe pakësimi në moshat më të vonëshme tregon se ka lidhje me prcesin fiziologjik të ndrimt të dhëmbëve dhe stabilizimin e raportev ndërmjet tyre në këto mosha.

Si shkak i anomalive, dhëmbët e përkohshëm u ndleshën në 10,5% të rasteve. Në 6,4% ishte heqja e tyre para kohe, që i kish sjellë at (mënyranime të përparrshme apo të pasme, buzore apo qielzore të dhëmbëve) nga mungesa e vendit përkatës. Kurse në 4,1% e tyre, përkundrazi ishte qëndrimi i tyre jashtë kohës normale, që i kish shkak tuar ato (zhvendosje buzore ose qielzore etj.). Aq më i dukshën bëhet kjo po të shihet përhapia e këtij faktori në varësi të grup-moshës. Kështu p.sh. në fëmijët e vegjël (3-5 vjeç), ai nuk ndeshet far ose ndeshet shumë rrallë. Në grup-noshën e dytë (periudha e ndri mit fiziologjik të dhëmbëve), ai ka përhapjen më të lartë, ndërsa në perriudhen e denticionit të përhershëm, megjithëqë bie pak, mbetet përsëri si një faktor i rendësishëm démsjellës. Veshet, si shkaktarë të anomaliave të noshlave dhe të dhëmbëve, u përcaktuan nga ne tek 5,3% rasteve me të tillë anomali. Megjithatë, mund të themi se kjo pasqyroj vretëm pjesërisht të vërtetë, pasi sic e pamë gjatë këtij studimi dhë fëmijëve ose e harrojnë vesin që kane pasur ose e fshehin atë nga turp. Sipas të dhënave të disa autoreve të bibliografisë sonë, veshet si shkak tarë të anomaliave të noshlave dhe të dhëmbëve ndeshen nga 10-40% (4, 8, 9, 10).

Tek 1000 fëmijë me moshë 1-5 vjeç, veshet si shkaktarë të anomaliv të noshlave dhe të dhëmbëve ne i ndeshën në 27,5% tjetër, vetë përhapia e këtyre veseve, sipas moshës, rezultoi: në moshën mbi një vjeç 28%, në dy vjeçarët 25%, në 3 vjeçarët – 17%, në 4 vjeçarët 13% dhe në moshën 5 vjeçare – 10% e fëmijëve që kanë vesi e thithje.

Nga të gjitha llojet e veseve, që ne vërejtëm tek fëmijët, vendin parë e zinte ai i thithje së gishtave, që përniblidhët 70% të tyre. Ngjëketo mbizzofëronte thithja e gishtit të madh – 63% ndaj thithjeve së gishtave të tjeterë (kryesisht gishtit të dytë dhe të tretë së bashku) m 16%. Në vendin e dytë qëndronte thithja e biberonit që zinte 5% të gjithë veseve (veganërisht i përrapur ky nën moshën 3 vjeçare) Thithja e rrobave u takua në vendin e tretë me 5%. Më rrallë u taku thithja e buzëve dhe e gjuhës, që zinin përkatësisht 4% të veseve. Si fundi, vesi i thithjeve së pjesëve të ndryshme të dorës zinte 3% e tyre e noshlave dhe të dhëmbëve kanë shkak të njeruara flet qartë përendësinë e madhe që ka puna sqaruese që bindëse në këtë drejtim me prindrit dhe edukatorët e institucioneve fëminore. Nga ana tjetër fakt tregon se me një punë këmbëngulëse bëhet plotësisht e mund

shme ulja e këtyre anomalive, që në një masë të ndjeshtme, do të ndihmojë për ruajtjen e shëndetit të fëmijve. Kjo bëhet edhe më e domosdoshme për vendin tonë, ku ruajtja e shëndetit të fëmijve përbën një ndër dyterat më të rëndësishme, për të cilën nuk kushehet asnjë nga Partia. Vëç shumë të tjerave mund të përmëndim këtu se çdo mjek ka detyrë të zhvillojë brenda orarit të punës nga 6 orë propagandë shëndetësore. Nuk ka dyshim se një punë e irregulltë dhe këmbëngulëse nga ana e gjithë personelit shëndetësor do të ndihmojë mjaft në pakësimin e këtyre anomalive.

## PERFUNDIM

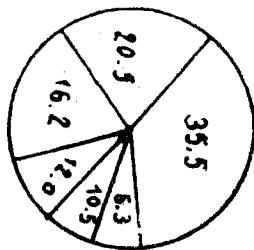
1) Nga shkaktarët më të shpeshtë që përfqojnë anomalitë e nofullave dhe të dhëmbëve rezultojnë: trashëgimia dhe faktorët e tjera të lindur në 20,5%, patologjitet e grykës dhe hundës në 16,2%, indet e buta 12,0% dhe dhëmbët e përkohshëm 10,5% të rasteve që kemi marrë në studim.

2) Veset si shkaktarë të këtyre anomalive u ndeshën tek 5,3% e rasteve. Tek fëmijët 1-5 vjeç ato përbëjnë shkakun e anomalive tek 27,5% e tyre. Thithja e gishtave ka qënë vesi mbizotërues.

Dorëzuar në redaksi më 5 shkurt 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Lira Dh.: Ortodontia. Tiranë 1975, 56.
- 2) Lira Dh.: Studim kliniko-statistikor mbi shkaget e zhvillimit të prognatissë të nofullas së poshtme (progenisë). Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1976, 4, 27.
- 3) Lira Dh. e bp.: Deformimet e okluzionit nga veset tek fëmijët e moshës parashkollore. Shëndetësia popullore 1976, 2, 62.
- 4) Masztalerz A.: Konstitutionelle basehrankungen der Kieferorthopadischen Therapie. Deutsch. stom. 1971, 7, 524.
- 5) Pepa P.: Perhapia e anomaliave maksiodentare ndër fëmijët e qytetit të Shkodrës. Shëndetësia Popullore 1973, 1, 100.
- 6) Pepa P.: Kontroll studimi mbi anomalitë e numrit të dhëmbëve. Shëndetësia Popullore 1976, 3, 81.
- 7) Pepa P.: Perhapia e patologjive tonsilare në fëmijët e qytetit të Shkodrës (material ende i pabotuar).
- 8) Schuster V.: Über die aufklärungsarbeit in Krippen Kindergarten. Deutsch. Stom. 1971, 3, 224.
- 9) Sterzik G.: Bokampfung von Gewohnheiten innerhalb der Kieferorthopadischen Therapie. Deutsch. Stom. 1971, 3, 213.
- 10) Taatz H.: Problematik der kieferorthopatischen. Prophylaxe und Frühbehandlung. Deutsch. Stom. 1971, 3, 208.



Diagrami № 1

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



## Summary

### CAUSES OF JAW AND TEETH ANOMALIES

This work is based on the stomatologic examination of 4000 children aged from 1 to 19 years in the city of Shkodra and has the purpose to determine the causes of the anomalies of the jaws and teeth that were discovered.

The causes of the jaws and teeth anomalies were determined in 64.5 percent of the children who presented such anomalies. In 16.2 percent they were due to illnesses of the throat and the nose, in 12.0 percent to illnesses of the soft tissues and in 10.5 percent to irregularities of the temporary dentition. Vicious habits that caused anomalies were found in 5.3 percent of the children the most frequent being sucking of the fingers, which was ascertained in 79 percent of them; second came sucking of the rubber nipple in 5 percent, sucking of various clothing in 5 percent, sucking of the lips in 4 percent and sucking of various parts of the hand in 3 percent.

## Résumé

### DES CAUSES DES ANOMALIES DES MÂCHOIRES ET DES DENTS

Cette étude se fonde sur le contrôle stomatologique de 4.000 enfants de la ville de Shkodër âgés de 1 à 19 ans et a pour but de déterminer les causes qui ont déterminé les anomalies des mâchoires et des dents. Les résultats en sont les suivants: chez 64,5% des enfants atteints de ce genre d'anomalies ont été déterminés les facteurs qui peuvent les avoir provoquées. Chez 20,5% des cas, les anomalies étaient congénitales ou héréditaires; chez 16,2% des cas la conséquence de maladies de la gorge et du nez; chez 12,0% dues à des affections des tissus mous, et 10,5% des cas avaient pour cause la première dentition. Les mauvaises habitudes ont été évaluées à 5,3%, la plus fréquente était celle de la succion des doigts constatée chez 79% d'entre eux. La succion du biberon venant en second rang constituait 5% de ces cas, celle des vêtements 5% également, celle des lèvres et de la langue 4%, et enfin celle des différentes parties de la mains 3%.

## HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

### REZULTATET E MJEKIMIT TË DISENTERISË BAKTERIALE ME CIKËL MJEKIMI PESE DITOR

— ELMAS ELTARI, ARGIRO KËRKESHI, BUJAR BERMEMA,  
VIOLETA MOSKO —

(Katedra e sëmundjeve ngjithse)

Në historinë e tij, mjekimi i disenterisë bakteriale ka disa etapa, që ndahen në bazë të preparateve, të cilët janë përdorur, siç janë: periudha përparrë preparami specifike, periudha e mjekimit me sulfamide dhe periudha e mjekimit me antibiotikë. Periudha e fundit e ndryshoi rrënjesisht klinikën dhe prognozën e sëmundjes (1).

Por me gjithë rezultatet shumë të mira të mjekimit të disenterisë me antibiotikë, problemi i mjekimit të plotë të saj, parandalimi i rikthimeve dhe i formave kronike nuk janë kryer plotësisht. Për mjekimin e disenterisë sot përdoren shumë antibiotikë dhe skema mjekimi, rezultatet e të cilave nuk janë të njëjjoja dhe ndryshojnë gjatë periudhave të caktuar. Detyra jomë është të ndjekim, të studojmë këto ndryshime përtë zbatuar gjithmonë metodën më efektive e më të dobishme. Kriteret përfërshi vlerësuar rezultatet e mjekimit të disenterisë janë: letaliteti ose vdekshmëria, kriteri i zhdukjes ose përmirësimi të shenjave klinike, negativizimi bakteriologjik dhe përmirësimi ose zhdukja e ndryshimeve anatomo-patologjike, menjanimi i rikthimeve dhe i formave kronike (1,2,3,4,5,6,7).

Këto detyra nuk janë të lehta përfundit problem i dijeve tonë, megjithëse kjo sëmundje në vendin tonë nuk ndeshet aq shpesh si përparrë disa dekadave.

### MATERIALI DHE METODIKË

Gjatë vitit 1976 janë studjuar rezultatet e afërtë të mjekimit në 80 raste me disenteri bakteriale akute. Mjekimi ka kontaktuar në: specifik me antibiotikë (tetraciklinë, kloramfenikol e neomicinë) për 5 ditë, të shoqëruar me vitamino-terapi (vit. C dhe B) solucion fiziologjik ose glukozë 5% sipas rastit, tinkture bëladonë 10-15 pilka 3 herë në ditë, dietë dhe regjim shtrati.

Format klinike të sëmundjes kanë qenë kryesisht forma të lehta dhe mesatare.

Nga filimi i sëmundjes, të sëmurët janë paraqitur në spital kryesish

në ditën e tretë deri në të shtatë. Antibiotikët e përdorur janë: Telciklina në 39 raste, Kloramfenikoli në 39 raste, neomicina në 2 raste pozitiv pas kurës.

Kemi pasur vetëm 4 rikthime të afërtë. Kriteret kryesore të vle simit të mjekimit kanë qenë: ai klinik, bakteriologjik dhe anatomo-patologjik.

I) *Kriteri klinik.* — Vlerësimi i kriterit klinik është më i vësht sepsë të sëmurët nuk shtrohen në të njëjtën kohë nga fillimi i sëmunc dhe një pjesë e tyre kanë përdorur ambulatorisht mjekime të shkëtura apo të pjesshme. Veç kësaj, kriteret e klasifikimit të formave nikeljanë të vështira për tu zbatuar në praktikë.

Sidoqoftë në të gjitha rastet vijet re një ndikim i qartë i antitikëve mbi kuadrin klinik.

Në rastet tona është vënë re se pas përdorimit të antibiotikë temperatura është normalizuar nga dita e parë deri në të tretën.

Prej shenjave të intoksimit, më shumë kanë zgjatur gjatë gjithë rastit, madje, në disa raste, edhe pas mjekimit.

Defekimi filloj të normalizohet nga dita e dytë deri në të tre ditëve të katërtë. Rastet kur defekimi nuk normalizohet me mbarimin e rastit, të antibiotikoterapisë ishin shumë të rralla.

Ka pasur raste kur pas ndalimit të diarësë fillojnë rifillonte (reja, por si rregull me formë të lehtë, pa malkus dhe pa gjak).

Pas normalizimit të konsistencës dhe frekuencës së defekimit, 5 sëmurrë kanë eliminuar mukus me fece.

Pas kurës, sigma ka vazhduar të preket në 80% të rasteve, por prekje nuk ka qenë e dhembshme, veçse në 15% të rasteve.

II) *Kriteri bakteriologjik.* — Përparrë mjekimit, 65% e rasteve krezultuan me shigella pozitive. Nga këto raste, pas mjekimit me cilë e parë kanë mbetur 60% pozitiv, që janë negativizuar me një cikël dytë mjekimi me antibiotike (neomicin) për 5 ditë.

Nga të 80 rastet, vetëm 4 raste bënë rikthim të afërtë (dy javë dy muaj pas daljes nga spitali — 50%) me të gjitha shenjet klinike me sh. Flexner pozitiv, që në antibiogramë nuk ishte e ndjeshme ranti antibiotikëve.

III) *Kriteri anatomo-patologjik.* — Nga të 80 rastet me disen bakteriale, ekzaminimi rektoскопik është kryer në 40 raste (50%) në dy dite në dalje nga spitali.

Ne na ka interesuar gjendja e mukozës rektale në kohën e daljes spitali si kriter i shërimit anatomo-patologjik. Por midis këtyre dy i menteve të ekzaminimit ka lidhje, prandaj po i japid bashkë.

Në hyrje kemi gjetur kryesisht hiperemi dhe edemë të mukozës të gjitha rastet. Në 15% të rasteve kemi parë erozione të mukozës.

Pass kurës, kur vihet re shërimi klinik, zakonisht përparrë daljes spitali, është bërë rektoскопia dhe në 70% të rasteve të ekzaminuar persistuar mukoza hiperemike dhe edematoze, natyrishët jo në intensitetin filestar të hyrjes, por sidoqoftë mukoza ka qenë e inflamuar. Në të sëmurrët tanë, ditëqëndrimi ka qenë 13.

Nga sa u tha më sipër, del se periudha e qëndrimit në spital ës-

e njaffueshme për të arritur shërimin klinik të të sëmureve dhe për kontrollin apo negativizimin bakteriologjik, por nuk është e njaffuese shme për shërimin anatomo-patologjik, prandaj këta të sëmure duhen rikontrolluar.

Metoda të tjera mjekimi duhet të kërkohen në të ardhmen, sidomos për të mënjanuar rikthimet e sëmundjes (5,7).

Dorëzuar në redaksi më 30 mars 1977.

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

- 1) Cikulli R.: Mbi dy raste disenterie tokrike në fëmijë me moshë të njomë. Shëndetësia popullore 1957, 1, 35.
- 2) Dushniku N.: Polimorfizmi klinik i llojit flexner i mjekuar në klinikën e sëmundjeve infektive gjatë viteve 1954-1958. Shëndetësia popullore 1961, 1, 30.
- 3) Dushniku N.: Disenteria. Sémundjet infektive. Tiranë 1971.
- 4) Eduart C. R.: Intestinal infections. Bockus H. Gastroenterology 1968, Vol. II, 787.
- 5) Kolobkova I. A.: Principi ciklogeski-kurortova lejenja dizenteria. Lejenja infekcionite bolnih 1970, 167.
- 6) Padalika I. V.: Disenteria. Rukovod po infek., Bolez 1962.
- 7) Seppi V. I. e bp.: Dizenteria 1963.

## S u m m a r y

### RESULTS OF A FIVE DAY CYCLE TREATMENT OF BACTERIAL DYSENTERY

The results are described of the treatment by antibiotics in five day cycles (plus the usual therapeutic measures) of 80 cases of acute bacterial dysentery of mild and moderately severe forms. The average sojourn of the disease disappeared within one to three days. After the treatment 6 percent of the patients were still positive for shigellae. Early relapses (two weeks to two months after release from the hospital) occurred in 5 percent of the cases.

## R é s u m é

### RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE BACTÉRIENNE À UN CYCLE DE CINQ JOURS

Les auteurs ont étudié le traitement de la dysenterie bactérienne aiguë sur 80 cas, de formes légères et de moyenne gravité, traitées pensant cinq jours aux antibiotiques (outre les traitements annexes). La durée moyenne d'hospitalisation des patients a été de 13 jours.

Les symptômes cliniques de la maladie ont été éliminés du premier au troisième jours. À la suite du traitement 6% des cas se sont révélés positifs à shigellae. Les récidives proches (de deux à trois semaines après la sortie de l'hôpital) se sont produites dans 5% des cas.

## ROLI I SHIGELLAVE NË ÇRREGULLIMET GASTRO-INTESTINALE

— FEJZI HIZMO — ADEM ZAJMI — ELIDA DEMIRAJ —

(Instituti i Higjenës dhe Epidemiologjisë)

Bakteriet e grupit shigella rrijhen prej kohë si shkaktarë të rëndësishëm të çregullimeve gastro-intestinale, që shtaqen klinikisht jo vetëm në formën e dizenterisë tipike me defekime të shpeshta me mukus dhe gjak, por edhe në formën e diareve të lehta pa simptoma karakteristike.

Me përmitësimin e metodave laboratorike u shtuan mundësitetë për të bërë një diagnozë bakteriologjike më të përpiktë të çregullimeve gastro-intestinale. Megjithatë, në studimet e autorëve të ndryshëm (5,6) vërehëmë ndryshime të mëdha në incidencën e shigelozave midis çregullimeve gastro-intestinale, ndryshime që nuk pasqyrojnë vetëm gjendjen epidemiologjike të shigelozave, por varen edhe nga një sërë faktorësh të tjera, midis të cilave edhe nga teknika e ekzaminimit, nga kontigjetet që ekzaminohen efj.

Ne kemi ndërmarrë këtë studim me bindjen se për të njojur më mirë gjendjen epidemiologjike të çregullimeve gastro-intestinale dhe për të ndjekur në mënyrë racionale luftrimin e tyre duhet të bëhen studime të tillë sa të jetë e mundur më shumë në vende dne në kohë të ndryshme.

### MATERIALI DHE METODA

Me metodën e njohur në terren DC (Dezoksikolat citrat agar) u ekzaminuan 559 persona me mosha të ndryshme, që paraqiteshin për vizitë në poliklinikë, me çregullime gastro-intestinale (pasqyra nr. 1).

Pasqyra nr. 1

Personat e ekzaminuar sipas moshave

Mosha	0-1	2-14	15 e lart
Personat	242	215	102

## REZULTATET DHE DISKUTIMI

Nga të 559 personat me çrrëgullime gastro-intestinale rezultuan r shigella 54 raste ( $9,6\%$  e të gjithë rasteve).

Në 54 shigella të izoluara, 43 ishin Sh. flexneri ( $79,6\%$ ) dhe 11 ish sh. Sonnei ( $20,4\%$ ). Këto rezultata janë të afërtë me ato të autorëve tjere (1,2,3,4).

Po të shohim shpeshësinë e shigellave në çrrëgullimet gastr-intestinale sipas moshave kemi:

Në moshen 0-1 vjeç (latantët), dolën 14 shigella, pra  $5,7\%$  e çrrëgullimeve gastro-intestinale ishin shkaktuar nga shigella.

Në moshen fëminore 2-14 vjeç dolën 26 shigella, pra  $12\%$  e çrrëgullimeve gastro-intestinale ishin shkaktuar nga shigellat. Po të marrë si moshë e rritur (mbi 15 vjeç e lart) dolën 14 shigella,  $13,7\%$  e çrrëgullimeve gastro-intestinale ishin shkaktuar nga shigellat.

Në qoftë se shohim tipat e shigellave të izoluar sipas moshës: Në moshën 0-1 vjeç (latantët), sh. flexneri zë  $71,4\%$  të shigellave dësh. sonnei  $28,6\%$ .

Në moshën fëminore 2-14 vjeç sh. flexneri zë  $96,1\%$  të shigellave dësh. sonnei  $3,9\%$ .

Në moshën e rritur (mbi 15 vjeç e lart), sh. flexneri zë  $85,7\%$  shigellave dësh. sonnei  $14,3\%$ .

Të gjithë shtameve të shigellave, që u izoluan ne iu bëmë antibiotic gramë me disqe të ngopura me 3 antibiotikët kryesorë, që përdoren r. shpesh në praktikë nga mjeqët për trajimin e çrrëgullimeve gastr-intestinale: streptomycinë, kloramfenikol dhe tetraciklinë.

Si kriter për rezistencë u muar zona e fremitit nën 12 mm. Ndëstreptomicinës ishin rezistentë 20 shtame sh. flexneri ( $46,5\%$  e shtameve) dhe 2 shtame sh. sonnei ( $18,1\%$  e shtameve).

Ndaj kloramfenikolit ishin rezistentë 18 shtame sh. flexneri ( $41,8\%$  e shtameve) dhe 5 shtame sh. sonnei ( $45,4\%$  e shtameve). Rezistencë ndëkloramfenikolit del përafersisht e njëjë me rezistencën e dhënë ngjë autor tjetër (2).

Ndaj tetraciklinës ishin rezistentë 6 shtame sh. flexneri ( $13,9\%$  e shtameve) dhe 4 shtame sh. sonnei ( $36,3\%$  e shtameve).

## KONKLUSIONE

1) Shpeshtësia e shigellave në çrrëgullimet gastro-intestinale, për t gjitha moshat, është  $9,6\%$ , në latantët  $5,7\%$ , në fëmijët 2-14 vjeç —  $12\%$  dësh. në të rriturit mbi 15 vjeç —  $13,7\%$ .

2) Në çrrëgullimet gastro-intestinale nga shigellat, vendin kryeso e zë sh. flexneri. Sipas të dhënave tonë  $79,6\%$  janë sh. flexneri dësh.  $20,4\%$  janë sh. sonnei.

3). Shigellat kanë fituar një farë rezistencë ndaj streptomycinës dësh. kloramfenikolit, por këta antibiotikë mbeten ende të pakomprometua plotësisht dësh. për një mjekim sa më racional duhet të udhëhiqemi nga antibiograma.

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

- 1) Cilka S.: Referat i mbajtjur nē simpoziumin e parë të Ministrisë së Shëndetësisë. Nëntor 1968 (Material i pa botuar).
- 2) Goroshani A.: Struktura etiologjike e shigelozave dhe antibiorezistencë e shigellave në periudhen 1971-1975. (Lëxuar në simpoziumin e spitalit nr. 4 të Tirana, mars 1977).
- 3) Kokona Sh.: Të dhëna mbi llojet e baktereve të dizenterisë nē vendin tonë. Referate e Kumtesa. Botimi i UT — Fakulteti i Mjekësise 1965, 89.
- 4) Papajani K. e bp.: Tipet e shigellave flexneri nē rrëthi e Shkodrës. Buletini i UT — seria shikencat mjekësore 1970, 2, 119.
- 5) Sedlak J., Rische H.: Enterobacteriaceae Infectionen Epidemiologie und Laboratoriumsdiagnostik. Leipzig 1968, 498.
- 6) Wilson Graham S., Miles A. A.: Principles of Bacteriology and Immunity. Baltimore 1964, Vol. II, 1899.

### S u m m a r y

#### THE ROLE OF SHIGELLA IN GASTROENTERIC DISORDERS

Examinations for shigellae were carried out on 559 persons with gastroenteric disorders by cultures of faeces on Desoxycholatecitrate agar (DC). Of these 242 were infants under one year of age, 215 were children aged between 2 and 14 years, and 102 were adults aged over 15.

The overall frequency of shigellae in gastroenteric disorders resulted 9.6%, among the infants 5.7%, among the children aged between 2 and 14 years 12% and among the adults 13.7%.

Of the isolated shigellae 79.6% were of the Flexner subgroup and 20.4% were Sonne.

All the isolated shigellae resulted resistant to streptomycin and chloramphenicol.

### R é s u m é

#### LE RÔLE DES SHIGELLA DANS LES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Les auteurs ont procédé à un examen des shigellae sur 559 personnes atteintes de troubles gastro-intestinaux en terrain désoxicolatocitrate — gélose (D.C.). Ce nombre comprenait 242 nourrissons de 0 à 1 an, 215 enfants de 2 à 14 ans et 102 sujets de plus 15 ans.

La fréquence moyenne des shigellae dans les troubles gastro-intestinaux pour tous les âges est apparue être de 9.6%, et en particulier chez les nourrissons de 1,7%, chez les enfants âgés de 2 à 14 ans de 12% et chez les sujets âgés de 15 ans le 13,7%.

Les shigellae isolées dans ces troubles gastro-intestinaux se répartissaient comme suit: 79,6% de sh. Flexner et 20,4% de Sh. sonnei.

Les shigellae isolées se sont révélées plus résistantes à l'égard de la streptomycine et du chloramphénicol.

## METODAT E IMUNODIFUZIONIT DHE TË IMUNOELEKTROFOREZËS NË PËRÇAKTIMIN E ANTIGJENIT TË HEPATITIT «B»

— KOÇO PAPAJANI — MIKEL MUKA —

(Drejtoria e Higjenës dhe Epidemiologjisë — Durres)

Përcaktimi i antigjenit të hepatitit, B (HBsAg ose antigjeni Austral) ka një rëndësi të madhe klinike për parashikimin e dekursit të përbartësve të shëndoshë nga lista e dhuruesve të gjakut, sepse ndihmon për uljen e ndjesime të infektive me anën e transfuzionit të gjakut.

Për përcaktimin e HBsAg sot përdoren shumë metoda, midis të cilave mund të përmëndim atë të imundifuzionit në Agar, të imunoelektroforezës, të lidhjes së komplemit, të hemaglutinimit pasiv, metodën imunoradiologjike etj. Si më të ndjeshe deri më sot njihen metoda e hemoglutinimit pasiv dhe ajo imunoradiologjike, por ato janë mjaft të kushtuesme dhe të vështira për t'u kryer dhe kërkojnë pajisje të vecanta (1). Më pak të ndjesime janë metoda e imundifuzionit dhe ajo e imunoelektroforezës, por ato, janë më praktike dhe kanë nevojë për pajisje deri diku të thjeshta, prandaj sot këto dy metoda përdoren më shumë në praktikën e përcaktimit të HBsAg në klinikën dhe qendrat e konservimit të gjakut. Rezultatet e tyre janë myftë qarta, të sigurta dhe interpretohen pa vështirësi nga personeli i laboratoreve (2).

Në krahasimet midis këtyre dy metodave thuhet se ajo e imundifuzionit është më e trajshëtë, më praktike dhe ekonomike, kurse ajo e imunoelektroforezës është më e nderlikuar, por edhe më e ndjeshe (3).

Në vendin tonë, në sajë të kujdesit të Partisë dhe të Pushitetit tonë popullor, laboratorët tonë po pajisen gjithnjë e më shumë me aparate e nevojsme, që lejojnë vënien në zbatim të metodave të ndryshme. Prandaj tamimë metoda e imundifuzionit është vënë në përdorim në qendrat kryesore të dhurimit dhe të ruajtjes së gjakut si dhe në disa klinikat. Në të ardhmen e aferë ajo do të shtrihet edhe në gendrat e tjera, të cilat disponojnë aparate elektroforeze. Prandaj ne jemi të mendim se edhe metoda e imunoelektroforezës mund të vihet në përdorim në këto laboratore si metodë e-dytë, që do të ndihmojë të bëhen përcaktimi më të mira dhe të kontrolluar. Për të sqaruar cilësitë e të dy metodave, laboratori ynë ndërmori studimin për të krahasuar ndjeshmërinë dhe specifitetin e tyre.

## MATERIALI DHE METODA

Për studimin tonë kemi marrë serume nga 1045 njerëz të shëndosh të rrëthit të Durrësit dhe nga 155 të sëmure me hepatit infektiv, qjanë shtruar në spitalin e rrëthit gjatë shtatë ditëve të para pas fillimit të sëmundjes. Kemi ekzaminuar që 4 antigjene të ndryshme HBsAg dhy serume anti-HBsAg, duke holluar antigjenet prej 1:2 deri në 1:102 dhe serumet prej 1:2 deri më 2:256.

Këto serume i kemi ekzaminuar paralelisht me të dy metodat. Metoda e imunodifuzionit të dyanshëm në agar është përshkruar në punime e mëparshëm (4,5,6). Këtu do të përshkruajmë shkurtimisht metodën imunoelektroforezës që kemi përdorur ne. Për këtë qëllim kemi përdorur aparatin e elektroforezës të prodhuar nga uzina elektronjekësore Tiranes. Pas shumë provash (përshkrim të detajuar të metodikës nul kemi gjetur), ne standartizuan procesin e punës në këtë mënyrë. Xhamia e mbuluara me një shtrëse agar i preqatitëm si në provën e imunodifuzionit, por agari duhej të ishte me pH 7.0. Me një stampë që preqatitën vete, bëmë çpinin e 48 gropave, të ndara në 4 reshta me nga 4 grupe pre 3 gropash seicili. Gropat kanë diametër 3 mm, kurse largësia nga një rjesht në tjetrin është 6 mm.

Në gropat e reshtit «B», me mikropipetë kapilar (që kemi përgatitur vetë) hedhim material për ekzaminim (çdo gropë një ekzaminim). Përekzaminimin përvorim 14 gropa në një xham, sepse në gropat 15 dhe 16 hedhim serume kontrolli respektivish pozitiv dhe negativ HBsAg të standartizuar dhe në të gjitha gropat e reshti «C» hedhim serum anti-HBsAg të standartizuar. Xham vendoset në vaskin e elektroforezës në mënyrë që anti-gjeni të jetë nga anoda dhe serumi anti-HBsAg nga kataloga. Në vaskë hedhim solucion fosfat buferik me pH 8.0-8.2.

Aparatin e vendosim në rrymë elektrike «të vazhdue shme» me tension 60-90 Volt dhe intensitet 4 amp. përijë xham dhe e lemë këshfu 60 minuta. Rezultati lëxohej një dhe dy orë nga mbarimi i këtij aftat.

Për materialet që përbajnjë HBsAg formohet një vizë precipitimi në shtrëse me agarin që ndan gropën «B» nga gropa «C» dhe per materialet që përbajnjë antikorranti HBsAg, viza e precipitimit formohet midis gropave «B» dhe «A» (foto nr. 1).

Foto 1

## REZULTATET DHE DISKUTIMI

Të dhënat e titrimit krahasues të katër antigjeneve HBsAg dhy serumeve anti-HBsAg paraqiten në pasqyrën nr. 1, ku mund të shihet se metoda e elektroforezës ka ndjeshmëri 4-8 herë më të lartë se metoda e imundifuzionit përmes që përbajnjë antigjen HBsAg dhy herë deri katër herë më të lartë përmes që përbajnjë anti-HBsAg

## Titri i HBsAg dhe anti - HBsAg

Pasqyra nr. 1

Materiali	Rezultati me imunodifuzion	Rezultati me imunoelektroforezë
HBsAg	1 : 16	1 : 64
HBsAg 2	1 : 32	1 : 128
HBsAg 3	1 : 64	1 : 512
HBsAg 4	1 : 64	1 : 512
Anti HBsAg 1	1 : 4	1 : 8
Anti HBsAg	1 : 16	1 : 64

Në një raport mbi hepatitin viral, të botuar në vitin 1973 (4) thuhet se metoda e imunoelektroforezës është 10 herë më e ndjeshme se metoda e imunodifuzionit për HBsAg, por më e ulët për anti-HBsAg.

Në ekzaminimin e 1045 serumeve të marrura nga njerëz të shëndoshë dhe të 155 serumeve nga njerëz të sëmurë me hepatit gjatë rezultatet që vijnë (shih pasqyren nr. 2).

Pasqyra nr. 2

Nr. i ekzami- nimve	Rezultati pozitiv me imunodifuzion			Vërehje		
	%	Imunoelektrofo-	%	Të shëndoshë	Të sëmurdë	
1045	30	2.8	88	8.4		
155	70	45.1	97	62.5		

Edhe një autor ynë (6), që ka punuar me aparat elektroforezë të posaçëm, ka gjetur me imunoelektroforezë 6.1% plazma pozitive për HBsAg dhe me metodën e imunodifuzionit 4.1%.

Një autor (2) ka ekzaminuar dhe ka gjetur nga 100 serume prej të sëmuresh me hepatit 37 pozitiva për HBsAg me anën e imunodifuzionit dhe 47 me anën e imunoelektroforezës. Rezultate të ngjashme kanë pasur edhe autorë të tjera (1) etj.

Nga pasqyra nr. 2 shohim se nga 155 të sëmurejt me hepatit, 62.5% rezulton HBsAg pozitiv, pra të pakër 62.5% të të sëmureve kishin hepatit «B» dhe ky lloj hepatit del mië i përhapur se hepatiti «A» ose hepatitet e tjera. Edhe në rrëthin e Elbasanit, ku ekzaminuan serumet e 26 të sëmureve me hepatit viral, me anën e imunodifuzionit gjatë 46.1% pozitiv për HBsAg dhe me anën e imunoelektroforezës 69.2%.

Por sot metoda e imunodifuzionit përdoret gjérësisht në shumë laboratore sepse është e thjeshtë, e stabilizuar, një faktor i rëndësishëm. Për këto arsye, ajo do të përdoret për një kohë edhe në laboratorët tona.

Sigurisht metoda e imunoelektroforezës është më e përparruar, e ndjeshmë dhe zbulon antigenin HBsAg edhe kur ky ndodhet në pëqëndrime të ulta, prandaj ajo duhet të përdoret të praktikën në laboratori më të mëdha të vendit tonë, sidomos për studimin më të thelluar problemeve të hepatitit viral.

Dorëzuar në Redaksi më 15 maj 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Demartino G.: Contributo al rapporto di validità tra diverse tecniche di determinazione dell'antigen HB. Giornale di malattie e parassitarie 1974, vëll.: nr. 12, 1378.
- 2) Hagiescu L.: Comparative study of electrophoresis and double diffusion in agarose gel for detection of Australia antigen. Revue roumaine d'inframicrobiologie 1971, Tom. 8, nr. 3, 203.
- 3) OMS: L'hépatite virale. Genève 1973, nr. 512.
- 4) Papajani K., Mukal M.: Një depistim për antigenin Australia në popullsi. Buletini i UT — seri shkencat mjekësore 1976, 2, 103.
- 5) Papajani K., Mukal M.: Antigeni Australia në popullsinë e qyteteve Durë, Kavajë e Shijak. Shëndetësia popullore 1975, 2, 42.
- 6) Zhuzuni A.: Të dhëna krahasuese në përcaktimin e antigenit Australia n'anën e imundifuzionit dhe imunoelektroforezës. Shëndetësia popullore 1971 nr. 2, 16.

## Summary

### IMMUNODIFFUSION AND IMMUNO-ELECTROPHORESIS TECHNIQUES IN THE DETECTION OF THE HEPATITIS B ANTIGEN.

For the detection of the hepatitis B antigen (HBsAg) in human sera the author have used in parallel tests the techniques of double immunodiffusion on agar and of immuno-electrophoresis.

They have examined 1045 sera from healthy subjects and 155 from patient with acute hepatitis. With the former technique 2.8 percent of the healthy subject and 45.1 percent of the patients resulted positive, while with the latter 8.4 and 62.5 percent respectively.

Also with the two techniques were tested 4 known HBsAg antigen sera and 2 antibody (anti-HBs) sera in different dilutions, and the results showed that the electrophoresis technique was 4-8 times more sensitive than the immunodiffusion technique for the antigen and 2-4 times more sensitive than the immunodiffusion technique for the antibody.

## LES MÉTHODES D'IMMUNODIFFUSION ET D'IMMUNO-ELECTROPHORESE DANS LA DÉTECTION DE L'ANTIGÈNE DE L'HÉPATITE «B»

Afin de détecter l'antigène de l'hépatite B (HBsAg) dans le sérum humain, les auteurs ont eu recours parallèlement à deux méthodes de travail: a) la double immunodiffusion en gélose et b) l'immunoélectrophorèse.

Ils ont examiné 1045 sérums de personnes bien portantes et 155 sérums de personnes affectées d'hépatite aiguë. Avec la première méthode ces examens se sont révélés positifs chez 2,8% des personnes bien portantes et chez 45,1% des personnes malades.

Avec la deuxième méthode les résultats ont été respectivement pour les groupes de 8,4% et de 62,5%.

Les auteurs ont également examiné avec les deux méthodes 4 antigènes (HBsAg) et deux anticorps (anti-HBsAg) dans différentes dilutions. Les résultats indiquent que la méthode d'électrophorèse est de 4 à 8 fois plus sensible à l'antigène et de deux fois plus sensible à l'anticorps que la méthode d'immunodiffusion.

### Résumé

## TRE RASTE ME MALARIE KATËRDITSHE TË DHËNË ME ANËN E TRANSFUZIONIT TË GJAKUT DHE DISA ANË TË KËTIJ PROBLEMI

— JORGJI ADHAMI, VLADIMIR BASHARI, FATMR HOTI, JORGO KACI,  
NAZMI MURATI, MEHDI PICARI, LIRI SHABA  
(Instituti i Higjenës dhe i Epidemiologjisë, Spitali klinik i fëmijve — Tirane,  
Drejtoria e Higjenës dhe Epidemiologjisë dhe spitali i rrëthit të Durrësit dhe  
Gjirokastërës).

Para Çlirimt, Shqipëria ka qënë vendi më malarik i Evropës. Këtë na e tregon niveli shumë i lartë i indeksit splenik dhe atij parazitar të fëmijëve të shkollave fillore, të cilët më 1938 kanë qënë përkatësish 59,20% dhe 16,5% (3). Megjithatë, nga regjimi antipopullor i atëhershëm nuk merreshin masa për mbrojtjen e shëndetit të popullit nga kjo sëmundje.

Pas Çlirimt, duke u mbëshketur në direktivat e Partisë, shëndetësisë së sonë iu dha orientimi profilaktik dhe në këtë kuadër, luftës kundra malaries iu dha përparsi e duhur. Brenda pak vjetëve, morboziteti u ul në një shkallë të atillë sa u bë i mundur hartimi i një programi të grënjosjes së malaries, që përfundoi me sukses: rastet e fundit me *Plasmodium falciparum*, të infektuar në vend, janë regjistruar më 1958, kurse ata me *P. vivax* më 1966. Pas vitit 1966 në vëndin tonë janë regjistruar vëtëm raste me malarie të importuar si dhe disa me malarie katërditshe. Por, sikurse dihet, malaria konsiderohet e grënjosur kur janë grënjosur. *P. falciparum* e *P. vivax*, pavarësisht se në regjistrohen ose jo raste me *P. malariae*.

Transmetimi i malaries katërditshe me anën e gjakut është prouar qysh më 1890 (8), kurse rasti i parë i malaries të dhënë me anën e transfuzionit të gjakut është përshtkuar më 1911 (4). Megjithatë, vëtëm gjysmë shekulli më vonë kjo bëhet objekt i një studimi të kujdesshëm. Kjo ka ndodhur për arsy se nga njëra anë, në praktikën kirurgjikale dhe mjekësore, pëedorimi i gjakut ka ardhur duke u shluar vazdimisht, si rrjedhim dhe mundësia e transmetimit të malaries me këtë rrugë. Nga ana tjeter, pasi gjata kësaj kohë në mjaft vende malaria ka qënë grënjosur ose incidenca e saj ka qënë ulur shumë, pra është bërë e mundur që gjdo rast i vëgantë tu nënshtronhet hetimeve epidemiologjike dhe të nxirret prejardhje e tij dhe, më në fund, për rrezikun që u mendua se mund të paraqiste malaria e dhënë me anën e transfuzionit të gjakut për programet e grënjosjes së malaries. Kështu që në këtë periuudhë gjemjë shumë botimë që kanë të bëjnë më trajtimin e këtij problemi më vende të ndryshme (4, 5, 6, 9, 11). Për të njëjtat arsy, malaria e dhënë me anën e transfuzionit të gjakut ka tjerhequr vërnëdjen edhe

në vëndin tonë, ku për periudhën 1957-1965 janë mbledhur dhe botuar 37 raste, prej të cilave 28 me malarie tredishe (shkaktuar nga *P. vivax*) dhe 9 me malarie katërditshë (shkaktuar nga *P. malariae*) (1).

Në një pasqyrë përbërështëse të rasteve me malarie të dhëne me anën e transfuzionit të gjakut nga viti 1911-1972 (4) figurajnë 2001 të tillë. Në këtë pasqyrë vërehet një rritje e konsiderueshme e rasteve gjatë 22 vjetëve të fundit si dhe e peshës specifikë të *P. malariae*: 245 raste ose 12,2% i përkasin periudhës dyzetvjeçare 1911-1950, kurse 1756 ose 87,8% periudhës 22 vjeçare 1950-1972 dhe pesha specifikë e rasteve të shkaktuara nga *P. malariae* ngjitet nga 17,6% në periudhën e parë, në 67,4% në periudhën e dytë.

Në këtë material përshtakuhen tre raste të malaries katërditëshe të cthënë me anën e transfuzionit të gjakut, të vetmet që janë regjistruar pas viti 1965, si dhe disa anë të tjera të këtij infekzioni, për të cilat mendojmë se paraqitin interes.

*Rasti i parë:* L. B. 19 vjeç, lindur e banuase në Durrës, shtrohet në spitalin e atij qyteti më 25.VII.1972 me diagnozë «*Ulcus duodenii haemorrhagicum*» dhe të resërmen i nënshtruhet ndërrhyrjes. Operacioni ndërrlikohet me një abcess periduodenal, i cili shoqërohet me ethe septike deri më 20.VII.1972, dmth një ditë pas ndërrhyrjes së dytë. Nga data 21 korrik deri më 6 gusht, e sëmura ka qënë afbrile dhe e ka ndjerë veten mirë. Më 7 gusht pëson aksesin e parë të malaries dhe pas këtij katër të tjere, që iu përsëritën qdo ditë të katartë, dmth më 10, 13, 16 dhe 19 gusht. Ditën e fundit iu muarr gjaku dhe në përkën e trashë iu zbulua *P. malariae*.

Në anamnezë, të dhëna për malarie nuk ka. Gjatë qëndrimit në kirurgji i janë dhënë 2100 ml. gjak nga 7 dhurues. Nga hetimet epidemiologjike rezultoi se mund të konsideroheshin si të dyshimita për bartësë dhe të implikoheshin në origjinën e këtij rasti vërem dy dhuruese, kurse 5 u përfashuan. Atyre iu ekzaminua pika e trashë e gjakut për 8 herë me intervale dhe rezultoi negativ, kurse reaksiioni i imunofluorescencës tek njëra (N. K.) vuri në dukje infeksionin nga *P. malariae*. Më 25.VII.1972 N. K. ka dhuruar 300 ml. gjak dhe po atë ditë gjaku i eshtë dhënë të sëmuarë. Megjë kësaj të fundit sëmundja i filloj më 7 gusht, periudha e inkubacionit rezultoi 43 ditë.

Dhuruesja N. K., me moshë 47 vjeç, thotë se nuk mban mënd të ketë vuajtur nga malaria. Ajo eshtë lindur dhe ka jetuar vazdimisht në Durrës. Duke filluar nga viti 1951 infeksionet nga *P. malariae* në rrëthim e Durës-it kanë qënë shumë të rralla dhe për 22 vjet janë regjistruar vetëm 6 raste, prej të cilëve 3 nga transfuzioni (1, 3). Ajo eshtë dhuruese prej viti 1958 dhe deri në qershori 1972 ka dhuruar 19 herë gjak. Nga hetimet epidemiologjike dyshohet se mund të jetë implikuar edhe në origjinën e një rasi tjeter më 1965. Kemi të bëjmë pra me një barriese asymptomatike të *P. Malariae*, tek e cila infeksioni zgjat më tepër se 20 vjet.

*Rasti i dytë:* A. K. vjeç 4 e gjysmë, lindur e banues në Gjirokastër, shtrohet në spital më 4 janar 1974 për shkak të një djegjeje. Del në gjendje të mirë më 2 shkurt, por më 9 shkurt i shfaqet aksesi i parë i malaries, me të dridhura, temperaturë të lartë që i zgjati 4-5 orë dhe që i ra me djersitje. Pas disa aksesesh të tjera, që i përsëriteshin qdo ditë:

ë katërtë, më 20 shkurt shtrohet në spitalin e Gjirokastrës. Prej këtë rindrit e guan në Spitalin Klinik të fëmijëve në Tiranë, ku u dyshua për nalarie dhe diagoza u konfirmua me zbulimin e *P. malariae* në pikën trasnë të gjakut.

Nga 8-16 janar fëmijës i janë bërë 5 transfuzione gjaku, 4 herë nga hurues të të punktit të gjakut dhe një herë nga mëma e tij pa u kon-  
servuar. Me qënë se dhuruesit e punktit të gjakut janë dhurues të vje-  
ër, që kanë dhënë gjak nga disa herë seicili dhe se nga hetimet epi-  
diologjike nuk rezulton të ketë ndodhur ndonjë infeksion malarik prej  
yre, mendojmë se ka mundësi më tepër që burim infekzioni të jetë  
njëma e fëmijës, nga e cila i janë dhënë këtij të fundit 200 ml. gjak më  
4 janar. Kjo ka moshë 36 vjege, deri në moshën 14 vjeç ka jetuar në  
shatin e saj të lindjes Picar, kurse 22 vjetët e fundit ka banuar vazhd-  
iish në qytet. Edhe, në rrëthin e Gjirokastrës nuk ka munguar mala-  
ria katërditëshe në të kaluarën. Këshiu nga 3181 raste të vërtetuar  
ematologjikisht në periudhën 1946-1955 kanë rezultuar me *P. malariae*  
8 vjetë ose 2,1% (3). Kjo përqindje më 1946, dimth një vit para për-  
orimit në shkallë të gjëre të DDT-së si imagocid, arrinte në 5,3% (2).  
Dhuruesja nuk mbani mënd të ketë vuajtur nga malaria, por në të ka-  
jarën kjo sëmundje ka qënë endemike edhe në zonën e Picarit dhe i  
etmi rast me *P. malariae* i infektuar në atë rrëth pas vitit 1955 është  
buluar në Picar më 1958. Mendojmë pra se dhuruesja ka qënë infektuar  
ë vendlindjen e saj të paktën 22 vjet më parë dhe ka mbetur imbartëse  
simptomatike e *P. malariae*. Duke marrë si kohë infektimi për fëmijën  
atën 14 janar, inkubacioni tek ky rezulton 26 ditë. Gjaku i dhuruesve  
ësztroi negativ.

Rasti i tretë: K. P. vjeç 44, lindur në Bularat e banues në Gjirokastër.  
Ishtrohet më 18.I.1977 me heqmatemetë nga ulceri i duodenit. Në spi-  
jal gjindja keqësohen dhe nga 20-24.I.1977 i jepen 5,8 litra gjak nga  
1 dhurues. Më 5.2.1977 i ekzaminohet gjaku dhe zbulohet *P. malariae*. Pe-  
iudha e inkubacionit, në këtë rast, është midis 9 dhe 13 ditë, kurse  
huruesi bartës nuk mund të përcaktohej për shkak të numërit të madh  
ë personave nga të cilët kish marrë gjak pacienti.

Kemi të bëjmë pra me tre raste me malarie katërditëshe të dhënë  
te anën e transfuzionit të gjakut. Dhuruesit e implikuar në dy rastet e  
ara kanë qënë njerez të shëndoshë, në anamnezë nuk kanë të dhëna  
ër malarie, qoftë edhe në fëmini, por në të kaluarën kanë jetuar në zona  
u kjo sëmundje ka qënë endemike. Ekzaminimi mikroskopik i pikës së  
ashë të gjakut ka rezultuar negativ, ndërsa në reaksionin e imuno-  
uorescencës tek njëra dhuruese u vu në dukje infekzioni nga *P. malariae*,  
lhurusvese të implikuar në rastin e dytë e të tretë nuk u është ekza-  
minuar gjaku me këtë reaksiون. Tek të tre dhuruesit mendojmë se  
infekzioni ka zgjatur më tepër se 20 vjet.

Tashmë dihet se infekzionet nga *P. malariae* mund të zgjatin shu-  
ë kohë në formë latente. Janë përshtkuar mjaft raste bartësish asimpto-  
matikë të këtij plazmodi me zgjatje të infekzionit nga 20-40 ose më tepër  
jet, madje një rast për 53 vjet (7) dhe një tjetër për 56 vjet (10). Këto  
infekSIONE mund të mbeten latente për gjithë jetën e shprehësit, por  
lhe mund të shfaqen në formën e recidivave të largta, të cilat mund të

sí rrjedhim i prishjes së ekuilibrit të vendosur midis makroorganizmit dhe mikroorganizmit (psh nga ndonjë ndërhyrje kirurgjikale apo sëmundje infektive), ose të shkaktojnë malarie të dhënë me anën e transfuzionit të gjakut tek receptorët. Por bartësit asimptomatikë të *P. malariae* mbeten të rezikshëm edhe për transmetimin e infekzionit nga mushkonjat dhe për shfaqjen e infeksioneve të rinj. Në këta bartësime raste të reja me origjinë prej tyre dhe të transmetuar nga anoflet janë vërejtur recidiva të langta në shumë vendë, në zona ku malarja ka qënë çrrënjosur (5, 7, 9, 10). Megjithatë, për shkak të veçorive biologjike të këtyj plaznodi, malaria katërdilëshe nuk ka prije për të marrë formën e shpërtimitmeve sikurse malaria treditëshe e tropike dhe, veg asaj, imposhtet me lehtësi.

Edhe në vendin tonë kemi vërejtur recidiva të shfaqura pas 60 vjeçar (A. K.) nga fshatrat e Durrësit, por që ka banuar në këtë qytet nga viti 1945. Deri në moshtën 20 vjeç, ky ka qënë prej i manfestimitve klinike të përsëritura të malaries, por më vonë nuk ka vuajtur më nga kjo sëmundje për 40 vjet rjesht, deri në korrik 1963, kur pësoni një sërë aksesesh etheje, të cilët e detyruan të shtrohet në spital, ku në pikën e trashë të gjakut u zbulua *P. malariae*. Duke marrë parasysh se në qyteten e Durrësit, transmetimi i malaries eshtë ndaluar para vitit 1951, mendojmë se kemi të bëjmë me një infeksion të marrë të paktën 12 vjet dhe ndoshta 40 vjet më parë.

Një tjetër rast si ky eshtë ai i një gruaje 62 vjeçare (M. P.) nga Burgajeti i Matit, e cila shtrohet në spitalin e Burrellit në shkurt 1966 për splenomegali dhe gjendje febrile. Ekzamini i gjakut zbulon *P. malariae*. Pacientja jeton në një zone ku malaria eshtë çrrënjosur nga viti 1953 si rrjedhim i masave specifike. Në të kaluarën ajo ka vuajtur nga malaria, por për 15 vjet, deri në kohën e shtrohur, ka vuajmirë. Mendojmë se kemi të bëjmë me një recidivë të një infeksioni që ka mbetur latent për 15 vjet.

Pas ndalimit të spërkatjes së ndërtësive me DDT janë vërejtur edhe raste të shkaktuara nga *P. Malariae* dhe të transmetuara nga mushkonjat. Në Molisht të Beratit, 6 vjet pas ndalimit të spërkatjes në atë zonë, dy vëllezër, njëri 13 muajsh dhe tjetri 4 vjetësh, sëmurën nga malaria, vërtetuar hematologjikisht. Këta nuk ishin larguar nga vendlindja e tyre asnjëherë. Me qëllim që të zbulohet burimi i infeksionit, u ekzaminua gjaku i 263 personave, por rezultoi negativ. Megjithatë, ai duhet këkuar në infeksione me periudhë latente të gjatë.

Dihet se gjaku i bartësve asymptomaticë të *P. malariae* nuk eshtë gjithmonë infektues për receptorët. Por nuk marrin gjak të gjithë receptorët nga i njëjtë bartës asymptomatik (me parazitemi submikroskopike) në kohë të ndryshme ose edhe njëkohësisht, infektohen dhe u shfaqet sëmundja ose vëtem një parazitemi e zbuluar mikroskopiksh. Shkak kund të jetë sasia tepër e vogël e paraziteve në gjakun e bartësimit në kohën e marries së gjakut (pra inkulimi i receptorit të një sasisë plazmodesh nën pragun infektues), ose mungesa e plotë e tyre në atë kohë, ose edhe rezistencë e receptorit ndaj infekzionit. Kështu mendojmë se ka ndodhur me dhuruesen e rastit të parë (N.K.), e cila ka dhuar 19 herë gjak. Përvëg kësaj, një të sëmuri me sëmundjen e Byrge-

rit, me qellim malarioterapije, i kemi inokuluar në kohë të ndryshme nga 30 ml gjak prej tre dhuruesve, që kishin shkaktuar tre raste me malarie në të recepторë (në Korgë e në Durrës) dhe për rrëth dy muaj e gjysmë observimi nuk janë vërejtur shenja klinike dhe nuk janë zbuluar plazmode në pikën e trashë të gjakut.

Para organizimit të luftës kundra malaries dhe përdorimit të DDT-së si imagocid, në vendin tonë, malaria katërditëshe ka qënë e përhapur në të gjithë rrëthet. Kështu 14,3% e pozitivave, të rezultuar nga nxerra ja e indeksit parazitar në periudhën 1929-1940 kanë qënë me *P. malariae* si dhe 9,6% e pozitivave të dalë nga ekzaminimi i të sëmurëve më 1940 e 11,8% më 1947 (3).

Duke marrë parasysh se infekzionet e *P. malariae* mund të zgjatin në formë latente me dhjetra vjet si dhe faktin që transmetimi i këtij plazmodi, në masë të konsiderueshme në vendin tonë, ka vazhduar në rretinë të ndryshme deri nga vjeti 1950-1953, mendojmë se bartës asymptomaticë kemi në të gjitha rrëthet. Nga ana tjeter, me qënë se si dhurues gjaku tek ne pranohen gra me moshë deri 50 dhe burra deri 55 vjet, nuk mund të përishtohet mundësia e provokimit të rasteve me anën e transfuzionit të gjakut edhe për rrëth 20 vjet. Gjithashtu mund të priten si recidiva të largta ashtu dhe raste të reja të transmetuara nga mushkonjat. Natyrisht që mundësia për këto shkon duke u ulur vazhdimisht me kalmim e kohës, krahas pakësimit të kontigjentit të këtyre bartësve.

Për t'u mbrojtur nga malaria e dhënë me transfuzion gjaku janë propozuar njëft masa, por efikasiteti i tyre është i kufizuar.

Autorë të ndryshëm kanë propozuar konservimin e gjakut në temperaturë 4-6°C nga 5 deri 10 ose 12 ditë. Por janë vërejtur raste me malarie nga transfuzioni i gjakut të konservar për 12 ditë (3) ose edhe për 14 ditë, mirépo të konservohet gjaku për kaq ditë do të thotë ti afrohet shumë kufirit të ruajtjes së tij për përdorim, që zakonisht është 21 ditë (2). Prandaj shumica mendojnë që konservimi të bëhet për 8 ditë, ose të paktën për 5 ditë, megjithëqë dihet se ky afat nuk mbrohet plotësisht.

Zbulimi i bartësve asimptomatikë me anën e ekzaminimit mikroskopik të gjakut nuk jep rezultat që të ketë rëndësi praktike. Rastet e zbuluara me këtë metodë nuk janë më tepër se 15 dhe këtia janë zbuluar me shumë vështirësi (4, 5, 6, 9 etj.). Në vendin tonë nga viti 1961-1965 janë kryer 47.135 ekzaminime gjaku në dhurues dhe nuk është zbuluar asnjë pozitiv, megjithëse gjatë kësaj kohe janë regjistruar 7 raste të dhëna me transfuzion gjaku (1). Prandaj prej vitit 1968 ky ekzaminim nuk përdoret më.

Për zbulimin e bartësve asimptomatikë të *P. malariae*, pra dhe më praktikë për parandalimin e malaries katerditeshe të dhënë me anën e transfuzionit të gjakut, sot metoda më e sigurtë është reaksiioni i imunofluorescencës indirekte. Me këtë metodë mund të zbulohen bartësit midis dhuruesve dhe të eliminohen, ose gjaku i tyre të përdoret për prodhimin e plazmës ose të derivateve të saj (4).

Për kushjet e vendit tonë, rëndësi të vegantë ka që nga mjekët të

kihet gjithmonë parasysh mundësia e shfaqjes së rasteve të këtilla dh sa herë që vërehet një gjendje febrile deri tre muaj pas transfuzion të gjakut, të kërkohet detyrimi i ekzaminimit për malarie.

Dorëzuar në redaksi më 5 qershor 1977.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Adhami Jor.:** Malaria e dhinë me transfuzion gjaku në Shqipëri. Buletin UT — Seria shkencat mjekësore 1967, 2, 24.
- 2) **Ashta A.:** Endemia malarike në krahinat e Korçës dhe të Gjirokastërës. Buletini i Institutit të shkençave 1950, 4, 3, 23.
- 3) **Ashta A.:** Malaria në Shqipëri. Tirane 1961.
- 4) **Bruce — Chawft L. J.:** Transfusion Malaria. Bulletin de l'OMS 1974, 50, 3-4, 33.
- 5) **Cotuzzi A.:** Dati recenti sulla malaria in Italia e problemi connessi al mantenimento dei risultati raggiunti. Rivista di Malaria 1965, 44, 4-6, 153.
- 6) **Duhani N. N., Zhukova T. A.:** Transmission of Malaria by Blood Transfusion Bulletin de l'OMS 1965, 6, 853.
- 7) **Guazzi M., Grezzi S.:** Considerazioni su un caso di malaria quartana recidivante dopo 53 anni di latenza. Rivista di Malaria 1963, 42, 1-3, 55.
- 8) **Laveran A.:** Traité du Paludisme. Paris 1907. 2-e édition.
- 9) **Lupaceu Gh., Bossie-Agravirtoaei A., Smoljinski M. e coll.:** Problema malarie cuvante si programe a eradicare a malariei. Microbiologija, parazitologija, Epidemiologija 1963, VIII, 2, 99.
- 10) **Petrov P.:** O dilemnosti getirehdnevnog malarii. Medicinskaia Parazitologija i Parazitarnie Bolezni 1976, 45, 6, 677.
- 11) **Popović D.:** Infections à *P. malariae* provoquées par transfusion sanguine à Yougoslavie de 1958-1964. Archives de l'Union Médicale Balkanique 1966, 6, 781.

## Summary

### THREE CASES OF QUARTAN MALARIA TRANSMITTED BY BLOOD TRANSFUSION AND SOME ASPECTS CONCERNING THAT PROBLEM.

Ten years ago malaria was eradicated in our country, the last cases of *P. falciparum* being recorded in 1958 and those of *P. vivax* in 1966. Since that time however, several cases of malaria caused by *P. malariae* have been diagnosed.

This paper discusses three cases of quartan malaria transmitted by blood transfusion. Their incubation periods were estimated at 43 days in one case 26 in another and 9-13 days in the third. The period of latent infection in one of the donors resulted over 22 years and in the two others over 20 years.

Two other cases are also mentioned of relapses occurring after latent period of 15 and 40 years, as well as two fresh infections in children aged 13 months and 4 years, which occurred 6 years after the interruption of the imagoicide treatment with DDT; the source of these two cases could not be determined.

An asymptomatic carrier has donated blood 19 times over 14 years, and the epidemiological investigations have revealed that he was the source of infection of only two cases of quartan malaria, with an interval of 7 years between them. That carrier was discovered by the immunofluorescence test.

Since *P. malariae* was quite widespread in this country (prior to the use o:

DDT it constituted about 12 percent of the positive findings) and its transmission continued on a notable scale until 1950-53, it can be assumed that its asymptomatic carriers must be distributed throughout the country, however, sparsely, that late relapses and fresh infections can be expected at any time and in any part of the country. This possibility should be brought to the attention of all the doctors.

### Résumé

## TROIS CAS DE MALARIA QUARTE TRANSMISE PAR TRANSFUSION DE SANG ET CERTAINS ASPECTS DE CE PROBLÈME

La malaria est extirpée depuis une dizaine d'années dans notre pays, les derniers cas de *P. falciparum* ayant été enregistrés en 1966. Depuis lors toutefois, certains cas, causés par *P. malariae*, ont été constatés.

Cette étude traite de trois cas de malaria provoqués par *P. malariae* et transmis par transfusion de sang. La période d'incubation dans un cas s'est révélée être de 43 jours, dans le deuxième de 26 jours, et dans le troisième de 9-13 jours. Il a été déterminé que la période d'infection latente chez l'un des donneurs était de 22 ans et chez les deux autres de plus de 20 ans.

Il est également fait mention de deux autres cas de récidive qui se sont produits après des périodes latentes de 15 et 40 ans, ainsi que deux cas de première infection de *P. malariae* chez des enfants âgés respectivement 13 mois et de 4 ans, qui ont été observés six ans après la cessation du traitement imaginé au DDT; la source de l'infection pour ces deux cas n'a pas été déterminée.

Un porteur asymptomatique a donné 19 fois de son sang en 14 ans, et les recherches épidémiologiques ont révélé qu'il n'était la source de l'infection que dans deux cas seulement de malaria quarté, avec un intervalle de 7 ans entre les deux. Ce porteur a été décelé au moyen du test d'immunofluorescence.

Le *P. malariae* ayant été très répandu dans ce pays (antérieurement à l'emploi de DDT il représentait 12% des cas positifs relevés) et sa transmission ayant continué à une échelle considérable jusqu'en 1950-1953, on a lieu de penser que ses porteurs asymptomatiques doivent être répandus dans tout le pays, et que l'on peu s'attendre à des récidives tardives et à de nouvelle infections à n'importe quel moment et dans n'importe quelle partie du pays. Il convient d'attirer l'attention des médecins sur ce problème.

## EKSPERIMENTALE

### NDIKIMI I UJIT MINERAL TË LESKOVIKUT NË MJEKIMIN PROFILAKTIK TË ULCERAVE EKSPERIMENTALE

— SEZAI BRAHO — HALIM KOSOVA — ËNGJELLUSHE ILJAZI —

(Katedra Fiziologji — Farmakologji — Biokimi)

Në një punimin tonë eksperimental (3) kemi paraqitur ndikimin e ujut mineral të Leskovikut mbi veprimtarinë sekretore dhe përbërësit me anën e këtyre eksperimenteve provuam se ky uje mineral ndikonte në mënyrë frenuese mbi veprimtarinë sekretore të stomakut, duke ulur vlerat e sasisë së lëngut të stomakut, acidit klorhidrik të lirë e total si uje mineral do të indikohet në të gjitha ato patologji të stomakut, që karakterizohen me rritje të veprimtarisë sekretore të gjendrave të muškoxërohet me rritje të veprimtarisë sekretore të stomakut, provuam ndikimin e këtij uji mbi ulcerat eksperimentale. Këtij qëllimi ia arrriën duke shkaktuar ulcera eksperimentale në kafshët e vogla laboratorike dhe, krahas kësaj, provuam mjekimin e tyre profilaktik me ujin mineral të Leskovikut.

### METODIKA E PUNES

Si kafshë eksperimentale zgjodhëminjë e bardhë të mëdhenj të racës Wistar, meqënëse ato janë përdorur nga shumica e kërkuesve në fushën e ulcerave eksperimentale (4, 7, 9).

Mëris shumë modeleve të shkaktimit të ulcerave eksperimentale preferuam: 1) ulcerat rezervpike; 2) ulcerat Shay (me lidhjen e pilorit); dhe 3) ulcerat butazolidinike.

1) *Ulcerat rezervpike:* I shkaktuan me anën e dhëniës së rezervpitit të rezervpines, kashhet janë vënë në dijetë urte për 18-24 orë, duke lënë të lirë marrijen e ujit. Në eksperiment u morrën gjithsejt 40 kafshë të ndarë në 4 grupe me nga 10 kafshë secili. Grupit të parë të kontrollit iu dha, me anën e sondës, uje i distilar, ndërsa grupit të dytë të eksperimentit iu dha një mineral të Leskovikut. Për të parë shkallën e veprimit antiulcerogjen të alkalinizantëve dhe antisekretorëve

mbi ulcerat eksperimentale si edhe për të plotësuar përpunimin statistikor, kemi eksperimentuar paralelisht dhe me dy grupe të tjera kafshës. Njërit grup (grupit të tretë) i është dhënë tretësirë e bikarbonatit të natriuminit 1 mMEq/l dhe grupit tjetër (grupi të katërtë) tretësirë e sulfatit të atropinës në dozë 3 mg. për kg. peshë.

Kështu që të katër grupeve të kafshëve iu është injektuar nga 5 mg. kg. peshë rezerpinë me rrugë peritoneale si edhe substancat që u morren në studim për çdo grup kafshës (grupi i parë ujë i distiliuar grupi i dytë ujë mineral të Leskovikut, grupi i tretë atropinë dhe ujë te distiliuar dhe grupi i katërtë bikarbonat natrumi në solucion të ujit të distiliuar). Që të gjitha substancat e përdorura si edhe uji i distiliuar dhe ai mineral janë dhënë qëdo 6 orë, për 18 orët e para. Lengjet e marua nga goja iu janë dhënë në dozën 0,02 ml. për gr. peshë.

Fas 24 orësh, të gjitha kafshët janë therur. Stomaku është 'hapur në drejtim të kurbaturës së madhe, është shpëlarë lehtësisht me ujë dhe është bërë ekzaminimi i mukozaës sipas zonave të stomakut me anën e lufës.

2) *Ulcerat Shay.* — Këto ulcera i kemi shkaktuar me anën e mendës klasike të Shay, që konsiston në lidhjen e pilotit. Në eksperiment u morën gjithsej 34 kafshë, të cilat janë mbajtur në dietë urie për 18 orë, para operacionit. Ato i ndamë në dy grupe. Grupit të parë të kontrollit, të përbërë prej 16 kafshësh, iu bë vëten lidhja e pilotit, ndërsa grupit të dytë të eksperimentit, të përbërë prej 18 minish, iu bë lidhja e pilotit dhe iu dha ujë mineral të Leskovikut 20 minuta para operacionit dhe qëdo 12 orë për 36 orët e para, nga 2 ml. pavarsisht nga pesha e kafshës.

Kafshët u therën pas 42 orësh dhe u ekzaminua mukoza e stomakut në se ajo paraqiste ose jo ulcera, por nuk u numëruan si në rastin e ulcerave rezerpinkë.

Kalkulimet u bënë në bazë përqindjesh, ndërsa përfundimi statistikor me anën e formulës X<sup>2</sup>.

3) *Ulcerat butazolidinë.* — Këto ulcera u shkaktuan me anën e injektit të butazolidinës. Kafshët janë lënë në dietë të zakonshme, duke u lënë të lirë marrjen e ushqimit. Ato i ndamë përsëri në dy grupe. Grupi i parë, i përbërë prej 18 minish (grupi i kontrollit) u la në dietë të lirë gjatë 8 ditëve të eksperimentit, ndërsa grupit të eksperimentit, të bërbërë nga 17 kafshë, i është dhënë qëdo ditë nga 2 ml. ujë mineral të Leskovikut, 2 orë para ushqimit, në mëngjëz dhenë drekë. Që të gjitha kafshëve iu është injektuar qëdo ditë, me rrugë muskulare, nga 150 mg. butazolidin më formën e tretësires.

Ditën e 8 kafshët janë lënë 18 orë pa ushqim dhe pastaj janë therrur. Është ekzaminuar mukoza e stomakut, duke i ndarë në kafshë me ulcera dhe në kafshë pa ulcera, si në rastin e ulcerave Shay. Përpunimi statistikor i ulcerave rezerpinkë është bërë me anën e metodës t-student. Rezultatet janë konsideruar të pranishme duke filluar nga p = 0,05. Raportin imbrojtës antiulceroz (R.M.) e kemi bërë me anën e metodës Okabe, S. (9) — 1970. Në fillim kemi gjetur indeksin ulceroz (U.I.) me një shkallëzim nga 0-4 dhe me gradim 0,5 unitete.

Krahasimi eshtë bërë me grupin e kontrollit duke e kalkular në p rindje sipas k t j  ekuacioni:

$$R.M. = \frac{U.I. \text{ Kontroll}}{U.I. \text{ eksperiment}} \times 100$$

Raporti i mbrojtjes eshtë konsideruar i pranueshm  deri në mesataren  $\pm 38\%$ , ndërsa për ujat mineral  $\pm 25\%$ . Ulcerat Shay dne butazolidinike janë p r llgaritur me anën e koeficientit  $X^2$ , ndërsa si pranueshmëri probabiliteti eshtë marrë kufiri  $p = 0.05$ .

## RESULTATET E EKSPERIMENTEVE

N  mukozën e stomakut, ulcerat rezerpenike u vërejtën në të gjithë kafshët, pavare sint nga substancia q e anoren.

Në grupin e parë – të kontrollit – u vërejtën gjithsejt 160 ulcera me një mesatare  $16 \pm 4.8$  ulcera për g do kafshë. Në grupin e dytë q e u mjeckua paraleshish me ujë mineral të Leskovikut u vërejtën gjithsejt 110 ulcera me një mesatare arithmetike  $11 \pm 3$  ulcera për g do kafshë. Në grupin e tretë q e mori atropinë u vërejtën gjithsejt 18 ulcera me një mesatare  $1.8 \pm 0.79$  ulcera për g do kafshë. Grupi i kat t , q e mori l bkarbonat natriumi, pati vetëm 20 ulcera me një mesatare  $2 \pm 0.6$  ulcera për g do kafshë.

Lezionet ukeroze kishin si karakteristikë vendosjen në pjesën glandulare të stomakut e shumë rral  në antrum, me prirje për t u p erhapur në plikat e mukozës.

Madhesht  ishin të ndryshme nga punktiforme deri në 7-8 mm. Për gjith s sht mbizot ronin format rotunde. Fundi i ulcer s ishte hemorragj . Hemorragji u vërejtën edhe në mukozën e pa ulceruar.

Gjatë krahasimit të grupit të dytë (eksperimenti me ujë Leskoviku) e probabilitetit në mass n  $P < 0.05$ , ndërsa në kafshët e grupit të tretë dhe të kat t t  paraqesin pranueshmëri shumë të lartë p k  $< 0.01$ . Raporti i mbrojtjes eshtë  $0.31\%$  (fig. nr. 1).

Në kafshët q e u shkaktuan ulcera me anën e metodës Shay umor n këto rezultate: nga 16 kafshët e grupit të kontrollit u vërejtën ulcera në 14 prej tyre, dmth në  $87\%$  të rasteve, ndërsa në 18 kafshët e grupit të eksperimentit u vërejtën ulcera në 11 prej tyre, dmth në  $61\%$  të rasteve. Në krahasim me grupin e kontrollit kemi një diferen c  prej  $26\%$ , q e i kushtohet ndikimt të ujët mineral të Leskovikut, ndërsa gjatë përpunimit statistikor, nuk kemi pranueshmëri probabiliteti  $P > 0.05$  (fig. nr. 2).

Rezultatalet e efektit mbrojtës të ujët mineral të Leskovikut mbi ulty r pësuan ulcera, pra në  $77\%$  të rasteve; ndërsa grupi i dytë, ai i eksperimentit nga 17 kafshë, vetëm 5 prej tyre pësuan ulcera, dmth në  $29\%$  të rasteve. Diferencia prej  $48\%$  flet në favor të veprimt antiulceroz të ujët mineral të Leskovikut. Gjatë përpunimit statistikor kemi pranueshmëri të probabilitetit  $P < 0.05$  (figura nr. 3).

Ucerat Shay u vërejtën më tepër gjatë të mukozës longitudinal në afërsi të kurbaturës së vog l , ndërsa shumë rral  u vërejtën

në zonën antrale. Ulcerat e zonës pëndore kishin aspekt hemorragj ndërsa lezionet e mukozës së rumenit nuک u morrën në konsideratë.

Ulcerat butazolidinike u verejtën më tepër në zonën glandula (veganërisht në antrum) dhe gjatë kurbaturës së vogël. Ato paraqit si humbje të substancës në formë të rrumbullaktë ose ovale me di meter nga 2-5 mm. Gjithashtu u vërejtën edhe ulceracione sipërf qësore të lokalizuara kryesisht në rumen.

## DISKUTIM

Sipas shumë autorëve (2,7) ulcerat eksperimentale, që shkaktohen me anën e këtyre metodave në kafshët e vogla laboratorike, dallohen nga sëmundja ulceroze e injerut, për shkak se janë ulcera akut. Por pavarësisht nga kjo, përvaja klinike dhe ajo eksperimentale, r fushën e gastroenterologjisë, kanë treguar se ato substanca, që Japi rezultate në mjekimin e ulcerave eksperimentale, jepin gjithënjë efekt të mira edhe në klinikë.

Përvaja eksperimentale ka vëitetuar faktin se ulcerat, që shkaktohen me anën e këtyre metodave, në minjë e bardhë të mëdhenj, në S.N. qëndhor; 2) çrrregullimet vaskulare; 3) aktiviteti i ritrit klorhidro-peptidik i lëngut të stomakut (7).

Po këta faktorë qëndrojnë gjithashtu edhe në bazën e patogjene zës së sëmundjes ulceroze tek injeru.

Përsa i përket rezerpines, dihet se ajo është në gjendje të shkaktojë një veprim ulcerogjen të shprehur mirë. Në këtë efekt, përvëg që ajo nxit mbiprodhimin e sekrecioneve gastrike dhe rrët aktivitetin klorhidropeptidik, shkakton edhe ndryshime vaskulare që shprehin nga hipoksi (5). Me mekanizëm qëndror, rezerpina vepron duke boshatitë depozitat e katekolaminave dhe serotoninin. Me mekanizëm qëndroi mendohet gjithash tu se, kryhet edhe veprimitaria mbi boshtin hipotalamo-hipofizo-kortikosurrenal. Midis të gjithë këtyre faktorëve mençilave shtron prodhimin e aciditit klorhidrik, ndërsa ndryshimet vaskulare janë të dorës së dytë (1, 8).

Përsa u përket ulcerave Shay, autorë të tjere janë të mendimit prandaj edhe me anën e kësaj metode studjohen shumë mirë, efektet e

alkalimizantëve dhe neutralizantëve të sekrecionit acid të stomakut. Mëdje, kohë më përparr, lidhja e pilorit me anën e metodës Shay është përdorur për studimin e sekrecioneve gastrike dhe vetëm më vonë u vërejt se kur lidhja e pilorit zgjaste më shumë se 5-6 orë shkaktohen shin ulcerata gastrike.

Edhe për ulcerat butazolidinike, pavarësisht nga teoritë e ndryshme mit se rolin kryesor, në mekanizmin e shfaqjes së tyre, e luajnë hipersekrecioni, hiperaciditeti dhe rritja e aktivitetit peptik.

Duke u nisur nga fakti se uji mineral i Leskovikut dha efekte të mira mjekuese profilaktike në mjekimin e ulcerave eksperimentale rezpinike, butazolidinike dhe Shay, do të mundohemi të jepim ndonjë

mendim në lidhje me mekanizmin e veprimit antiulcerogenj të këij uji mineral.

Në përcaktimin e përpiktë të këtij mekanizmi, vështirësia qëndron në faktin se edhe përsë u përket medikamenteve antiulcerozë dhe ujzave minerale ende autorët nuk kanë arritur në një emëruesh të përbashkët.

Këshfu p.sh. sipas disa autorëve (4, 6), mekanizmi i veprimit të ujzave minerale mbi ulcerat e stomakut dhe duodenit është shumë i ndërlikuar. Ai varet jo vetëm nga veprimi i tyre mbi aparatin neutronekretor të stomakut, por edhe nga ndryshimet që shkaktojnë ato mbi metabolizmin e substancave dhe proceseve neurohumorale, si rezultat i thithjes së tyre në organizëm.

Shumica e autoreve (6, 9) është e mendimit se efekti i mjekimit profilaktik të ujzave minerale mbi ulcerat eksperimentale i kushtohet, në radhë të parë, efektit asnjësues ose neutralizues të tyre mbi sekrecionet gastrike. Kjo vërtetohet edhe nga eksperimentet tona. Veprimi shumë i mire i atropinës dhe bikarbonatit të natriumit mbi ulcerat eksperimentale shpjegohet, në radhë të parë, nga veprimi i tyre antisekretor, asnjësues dhe alkalinizues mbi lëngun e stomakut. Hidrokarbonati i natriumit, që gjendet në ujrat minerale, ushturon edhe veprim antiinflamator nga shpeljarja e mukusit në spërfaqen e stomakut.

Në eksperimentet tona të mëparshme në qentë me stomak të vongjel të Pavlovit kemi prouar se uji mineral i Leskovikut vepron në mënyrë frenuese, duke ulur sasinë e lëngut të stomakut, acidin klorhidrik të lirë dhë total si dhe pëpsinë.

Duke u bazuar në këtë të dhëna mund të mendojmë se efekti mjekues profilaktik i ujë mineralit të Leskovikut mbi ulcerat eksperimentale (rezerpinike, Shay, butazolidinike) duhet tu kushtohet, në radhë të parë, këtyre vetive të ujë mineral (4).

Pa dyshim që në këtë mekanizëm të ndërlikuar ndikojnë edhe vetti fësishët. Në këtë drejtim duhet të thëksojmë se ka autorë të tjera (cituar nga 1), të cilët janë të mendimit se nuk është fjala për tamponin të thjeshtë të veprimitarës klorhidopeptidike, madje ndonjë autor kësaj të fundit i jep një rendësi të dorës së dytë. Pavareisht nga mekanizmi i veprimit intimit të dhënët tona eksperimentale përkijnë edhe jne të dhënat klinike të qendrës balnear të Leskovikut. Përvaja klinike e kësaj qendre ka treguar se të së-nurët ulcerozë, si edhe ata me gastrite kronike, kanë parë përmirësimë të dukshme gjatë mjekimit me këtë ujë mineral (3, 10).

## KONKLUSION

Uji mineral i Leskovikut tregon veprim mbrojtës profilaktik në ulcerat eksperimentale. Ky efekt është më i shprehur në ulcerat reperpinike e butazolidinike ( $P < 0.05$ ) dhe më pak i shprehur në ulcerat Shay ( $P > 0.05$ ) të kafshëve të vogla laboratorike.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Aron E., Sabassier H.: Recherches sur les résultats expérimentaux ré concernant la pathologie vasculaire de l'ulcer. Arch. mal. app. Dig. 1 43, 12, 172.
- 2) Aron E., Jabord P. et coll.: Etude expérimentale des hémorragies digest d'origine médicamenteuse. Rev. France de Gastroenterologie 1971, 66, 3.
- 3) Braho S.: Ndikimi i ujii mineral te Leskovikut ambi funksionin sekretor perberësit kresore te fengut te stomakut. Buletini i UT — seria shker mijekësore 1976, 3, 107.
- 4) Byro F. et coll.: Date asupra patogenezei ulcerului experimental butazol ntit Com. la Congr. de gastroenterol 1967, 56.
- 5) Cuparenco B.: Farmacologie pentru medici. Edit. Dacia, Cluj — Napoca 1970, 135, 177.
- 6) Debray Ch. et coll.: Action de l'eau de Vichy fraîche sur les ulcères de contrainte du rat. Press. Therm. Clin. 1959, 4, 167.
- 7) Dobrescu D.: Lucrari practice de farmacodinamie. Edit. did. 1967, 266.
- 8) Lambert R.: Ulcères gastriques provoqués par la reserpine chez le leur double localisation sur la rumen et la muqueuse glandulaire. C Soc. Biol. 1962, 156, 81.
- 9) Okabe S. and coll.: Effects of adrenergic blocking agents on gastric secreti and stress-induced gastric ulcer in rats. Japonese Journal of pharmacol 1970, 20, 1, 10.
- 10) Qemani K.: Ujurat termale te Leskovikut dhe efekti mijekues i tyre. Gaz «Bashkimi» date 30.XI.1975.

### Summar y

## EFFECT OF THE MINERAL WATER OF JESKOVIK IN THE TREATMENT OF EXPERIMENTAL ULCERS

The effect was studied of the mineral water of Leskovik on ulcers induced in small laboratory animals.

The experiments were carried out on white rats of the Wistar race. The ulcerers were induced in three ways: by reserpine, by butasolidine and Shay ulcer. The mineral water was given during the time while the ulcers were developing. For each trial group was used a control group for the comparison of the result and for the statistical evaluation.

The results showed a statistically significant fall of the number of ulcers induced by reserpine and butasolidine with  $P < 0.05$ , while for the Shay ulcer  $P > 0.05$ .

In view of these findings, the author comes to the conclusion that the mineral water of Leskovik has a preventive effect against experimental ulcers induced in small laboratory animals.

These laboratory findings correspond with the clinical observations made at the balnear station of Leskovik. The water can be recommended for patient suffering from pptic ulcers or chronic gastritis.

### Résumé

## EFFET DE L'EAU MINÉRALE DE LESKOVIK DANS LE TRAITEMENT DES ULCÈRES EXPÉRIMENTAUX

L'auteur de cet article a étudié l'effet de l'eau minérale de Leskovik dans le cas d'ulcère expérimentaux provoqués chez de petits animaux de laboratoire. Ces expériences ont été effectuées sur des souris blanches de la race Wistar en leur provoquant des ulcères par trois voies: la réserpine, la butazolidine et l'ulcère Shay. L'eau minérale a été administré à ces souris pendant la période de développement des ulcères. Pour chaque groupe il y avait un groupe de contrôle afin de pouvoir vérifier les résultats et dresser les statistiques requises. Les résultats ont montré une importante diminution numérique des ulcères provoqués par la réserpine et la butazolidine avec  $P < 0,05$ , tandis que pour les ulcères Shay P a été de  $> 0,05$ .

Partant de ces résultats, l'auteur de cette communication abouti à la conclusion que l'eau minérale de Leskovik exerce un effet préventif dans le cas d'ulcères expérimentaux provoqués chez de petits animaux de laboratoire.

Par ailleurs les données de laboratoire correspondent aux observations cliniques effectuées à la station thermale le Leskovik. Donc cette eau minérale peut être recommandée aux patients d'ulcères péptiques ou de gastrites chroniques.

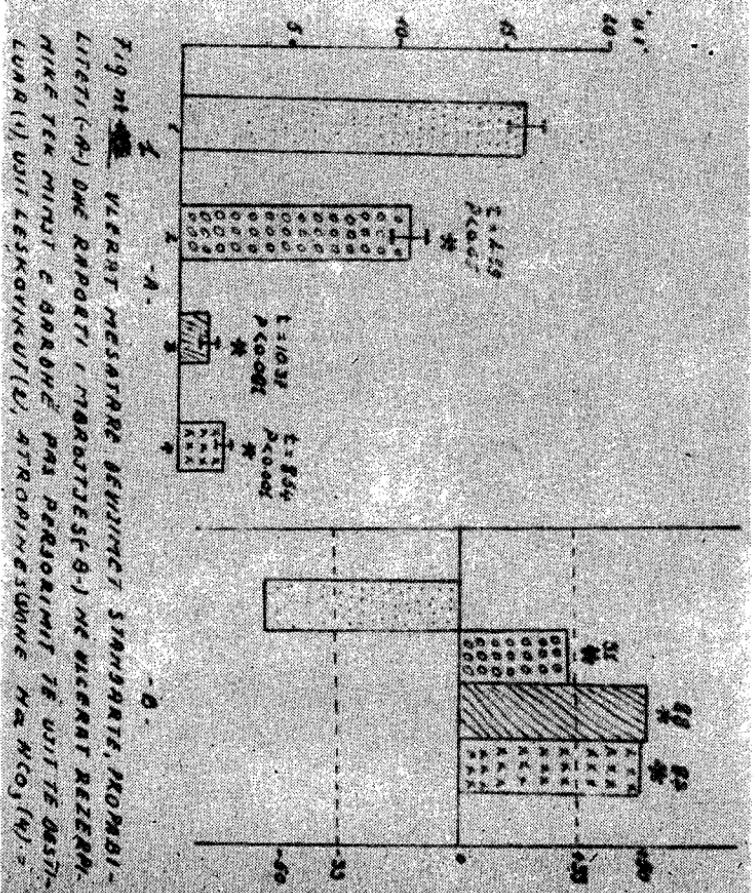


Fig. 1. VERRAT MESTÄRREIEN SÄNTÄVÄT STRANGARISET, NOMBLI-LITERI-(R) OME RAPORTI MARATTAJEST-S-) NE VERRAT REREPPI-NIKE TEE MINUT E SARVHE PAR PERJONNIT TE WILLE JESTI-LUMPU, UTT LESTONKUTU, ATROPIING-JONE NÄ KCO (4).

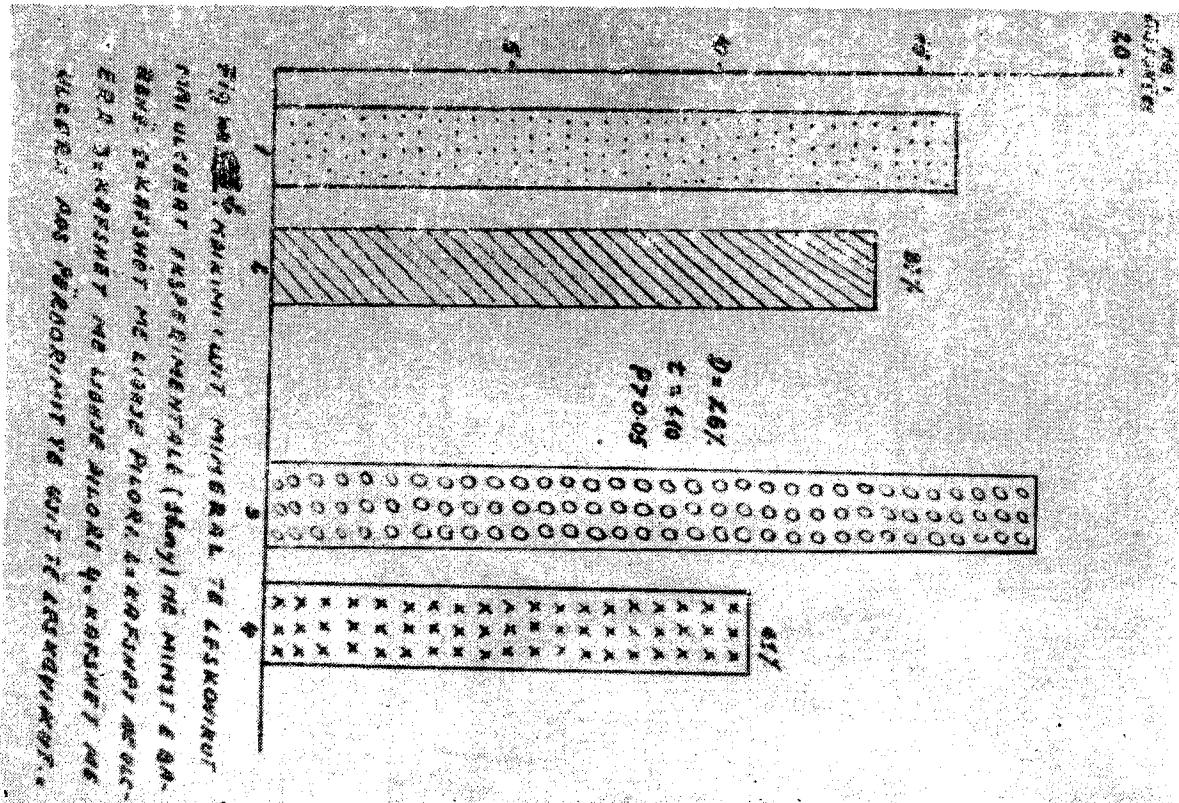


FIG. 12. KÄRAMEERI VÄLI MINERAL JA EHKOKUUR.  
 MUUTTAVAT TAKSITEGEMISEL (KÄRME) MINERALE  
 KÄRME EHKOKUUR ME LÄBIDE PLOOMI JA KÖÖKÜPPI KÄRME  
 EHKOKUUR ME LÄBIDE KÄRME. VÄLI MINERALE  
 KÄRME. VÄLI MINERALE KÄRME

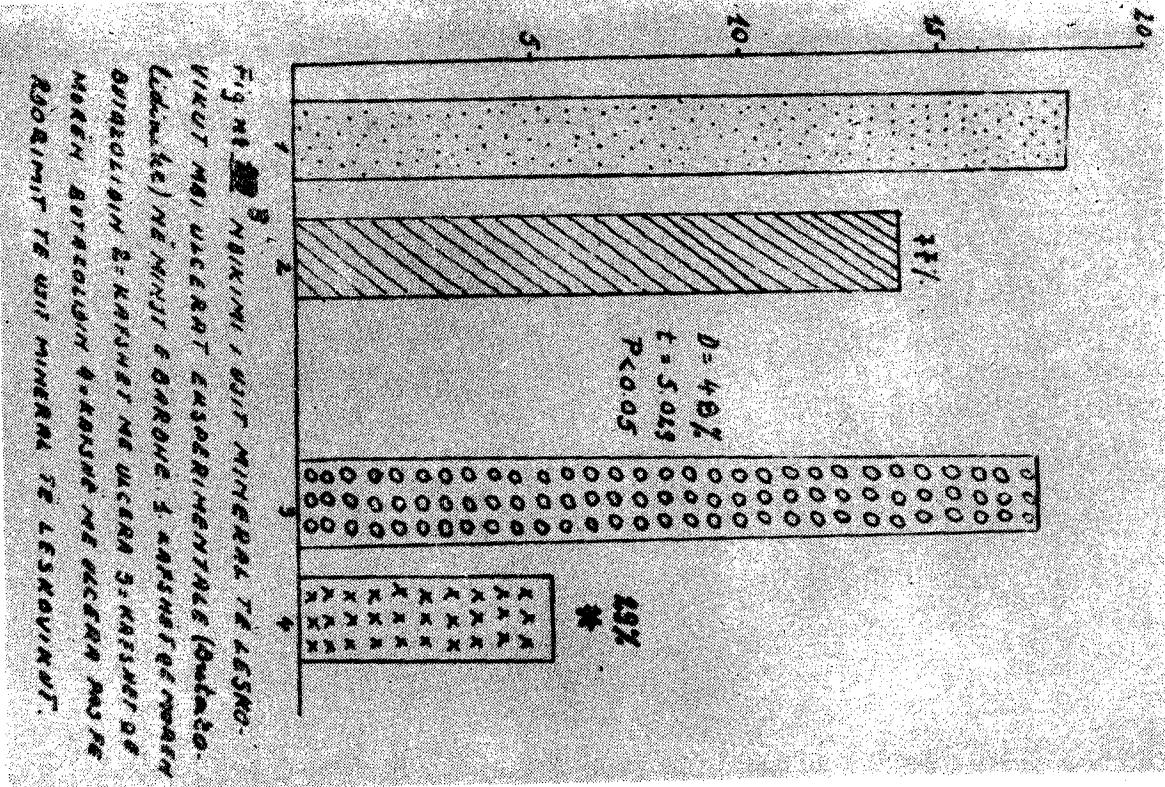
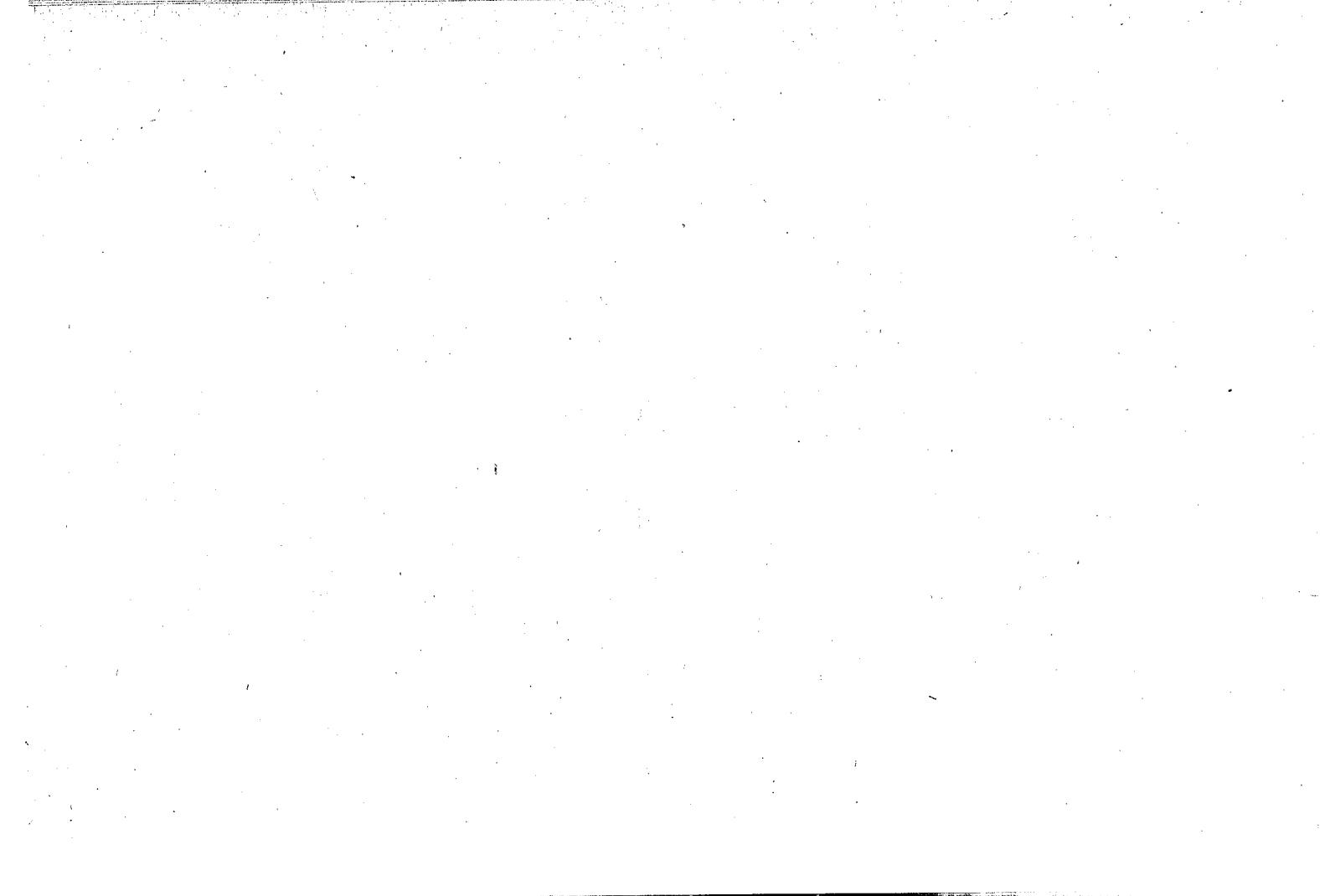


Fig. nr. 3. NDIKIMI I UJUT MINERAL TË LESKOVIKUT NË UJERRAT EKSPERIMENTALE (Diametri lidhëse) NË MINER GJARQË TË KURSIT E PREDHË  
DUKEZOLËN 2-KARNI është UJERN 3-KARNI është  
MOKSH GJERZOLËT GJAKONAH NË UJERRA NË  
RJEDHIMI TË UJUT MINERAL TË LESKOVIKUT.



## KUMTESA

### NJË RAST DISGERMINOME ME PËRMASA TË MËDHA

— ILIR GJYLBEGAJ —

(Klinika Obstetrike — gjinekologji — Tirane)

E sëmura F.H., vjeç 21, e parmartuar, e shtruar me kartelë klinike nr. 1174 datë 18.X.1976 me diagnostë: dyshim për sarkomë të uterusit. Nga të dhënrat anamnestike rezulton se gjatë tre muajve të fundit para se të shtrohej, e sëmura ka rënë në peshë 10 kg., herë pas here ka pasur ngritje të temperaturës deri në 39 gradë, të vjella, dhembje në fundin e barkut dhe rritle progressive të një mase abdominale të fortë, që kishte arritur nivelin e brinjëve. Cikli menstrual ka qënë krejtësisht normal, me përijashtim të dy muajve të fundit, ku menstruacionet kanë qënë më të pakta në sasi dhe gjatë tyre, dhembjet janë shprehur më shumë.

Në këtë gjendje dobësie organike, e sëmura u shtrua në klinikën gjinekologjike.

Në pamje të jashtme, e sëmura paraqiste një zhvillim trupor të dobët, fëmior. Fytyra ishte pak e hequr. Barku i dukej i daleh nga përpara, ne madhësinë e një shtatzanie 7-8 muaishe. Gjatë të pashvillura mirë, qimet ishin të pakta si nën sqetull ashtu dhe në organet e jashtme gjenitale. Buzët e mëdha dhe të vogla gjemionale ishin të zhvilluara dobët. Masa abdominale (tumori), që kishte pushtuar gjithë zgavrën e barkut, prekej e forte, e kodrinuar, e fiksuar dhe miaft e dhembshme. Nga ekzaminimi i zakonisht gjinekologjik përcaktohej një uterus pak më i vogël se normalist (histerometria ishte 5 cm), i forte, i lemuar dhe i zhvendosur djalitës nga masa tumorale. Asciitë nuk përkaktohen. Duke u nisur nga të dhënrat anamnestike dhe të ekzaminimit klinik, u dyshua për sarkomë të uterusit, per që dhe u vendos të bënet ndërryje kirurgjikale.

Nga të dhënrat e ekzaminimit të gjakut, urinës, mushkërive, veshkave dhe të mëlçisë së zezë nuk rezultoi asnjë patologjike, me përijashtim të një leukocitoze (11.000) dhe eritrosedimentacioni të rritur (40 mm).

Më datë 27.X.1976 e sëmura iu nënshtrua ndërryjes kirurgjikale. U krye heqja e plotë e uterusit së bashku me adneksat. Gjithashtu u hq pjesa më e madhe e omentumit dhe u morën disa noduse limfatiqe për biopsi. (figura 1).

Gjatë hapjes së barkut, u vërejt se uterusi ishte në përmasa pak më të vogla se normalisht, tepër i tortë dhe pjesërisht i lirë. Vezoria e djathtë, me përmasa të një portokalli, ishte e mbushur me lëng të errët. Nga vezoria e majtë dëfte masa tumorale, me përmasa  $20 \times 20$  cm., e forte,



pak e kodrinuar, me kapsulë të shprehur fibrotike, e ngjitur shumë r zorrët dhe omentumin. Limfonodulat paraortale ishin tepër të s'm dhuara dhe të ngitura. Omentumi paraqitej tepër i vaskularizuar dhe inflamuar.

Në prerje, makroskopikisht, tumori paraqitej me ngjyrë hiri r rozë, me zona ngjyrë të verdhë, nekrotike dhe hemoragjike.

Nga ana mikroskopike (nr. 2724 dt. 28.X.1976) ekzaminimi histopatologjik, për mësën tumorale, përcaktion një disgerminomë, për uferusit — miomavuzë me fokuse proliferacioni fibroblastik dhe për limfonodul — hiperplazi reaktive, ndërsa për vezoren e djathtë — kist çokollate.

Pas ndërhyrjes kirurgjikale, e sëmura iu nënshtrua mjekimit m rrëze kobalti. Gjendja e tanishme e përgjithshme dhe lokale paraqitet e mirë.

Disgerminoma (emërtuar nga R. Meyer) ose semionoma (emërtuar kështu nga Chevassu) përfaqëson një lloj tumori primitiv të vezores m natyrë të keqe, jo veprues dhe miaft i rrallë, që për herën e parë u përshkrua nga Chenot në vitin 1911 (5). Ky lloj tumori është gjithmonë njëanshëm dhe ka përmasa nga më të ndryshimet.

Për origjinën e këtij tumorit, të dhënat e literaturës nuk janë të njëjtata. Disa mendojnë se disgerminoma e mett origjinën nga qeliza germinal native të gonades primitive, disa të tjera nga qeliza mezentrionale (5).

Disgerminoma është një tumor i ngjashëm me atë të testikulit (semionëm), por në dallim nga i dyti, ai nuk prodhon hormone mashkullorë. Lidhur me klinikën e disgerminomës, zakonisht, ajo vërehet në mosha të reja dhe gjatë jetës aktive gjenitale (20-40 vjeç). E quajt dhe «karcinomë puerile» sepse takohet edhe në mosha të reja (10-20 vjeç).

(2). Në periudhën e adoleshencës, një autor (4) ka takuar 3 raste disgerminome ose 7,9% të tumorëve vezoriale, të kësaj moshe.

Evoluciioni klinik nuk paraqet asgjë të vegantë, por ato shenja të përgjithshme të tumorëve vezoriale, sidomos ato që vërehen në sarkomën e vezorës.

Në fillim të sëmundjes shfaqen ankesa për dhembje në fund të barkut (në vëndin e tumorit, që është rritur me shpejtësi dhe preket nga vetë e sëmura), për dobësi të përgjithshme, rënie në peshë; më vonë, me zhvillimin e mëtejshëm të sëmundjes, dalin në pah shenjat e çregullimeve ilmeve primitive të karaktereve sekondare seksuale, të organeve të jashtme gjenitale dhe një pakësim të qimeve në sëqetull dhe pubis. Në rastet e përparuara të sëmundjes është vërejtur dha shkimi i gonadotropineve në urinë (2).

Diagnoza e disgerminomës është e mundur vetëm me anën e eksaminimit histologjik.

Trajtimi i këtij lloj tumorit kryhet kryesisht me kirurgji të zgjeruar (panhisterektomi) dhe me rrize. Disgerminoma është shumë e ndjeshme ndaj rrizeve radioaktive.

Lidhur me prognozën e disgerminomës duhet thënë se ajo, në përgjithësi, është e rezervuar, për të mos thënë e keqe. Shpesherë ajo këqesohet shumë, sepse ka zhvillim të shpejtë dhe shtrirje limfatike të gjierë, duke interesuar kështru vezoren tjetër, peritoneumin, nyjet limfatiske paraortale dhe mediastinale.

Shkalla e natyrës së keqe të disgerminomës varet dhe nga aspekti ose struktura qelizore e saj, sidomos atëherë kur tumori ka strukturë alveolare dhe përbëhet nga një sasi e madhe indi konjunktival (5).

Disgerminoma recidivon në 40% të rasteve dhe vetëm 20% të të sëmuri të mund të jetojnë (2). Në format recidivuese, vlekshmëria arrin deri në 40% (3). Sipas disa autorëve, ndjekja e të sëmuriave mbi 5 vjet luhatet nga 27-64% dhe 82-90%, sidomos kur tumori është i njëanshëm dhe i kapsuluar mirë (1,5); në rastet e përparuara të sëmundjes, mbi 5 vjet, jetojne vetëm 25-30% (1).

Në përfundim duhet thënë se njohja e këtyre tumorëve të trallë të vezores paraqet një rëndesi të madhe në praktikën gjinekologjike, sepse ato takohen më shumë në moshë të re dhe se zbulimi i tyre i hershëm mund të sigurojë një prognozë të favorshme.

Dorëzuar në Redaksi më 15 maj 1977

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

- 1) Breglia A., De Luca F.: Contributo allo studio del disgerminoma ovarica. Russ. J. Clin. Ter. 1974, 54, 19, 1184. (Marrë nga Medioniskij referatifikuj zhurnal 1975, nr. 7, 57).
- 2) Gliozheni K.: Tekst i gjinekologjise. Tirana 1976, vol. II, fq. 396.
- 3) Gun K.M., Poddar D.L.: Disgerminoma of Ovary, Malignancy, Prognosis and treatment. Obstet Gynecol India 1974, 24, 2, 183. (Marrë nga Medicinski referativnyi zhurnal 1975, 5, fq. 51).
- 4) Mantalenaakis S.J.: Les tumeurs de l'ovaire de la puberté. Gynécologie et Obstétrique 1971, vol. 70, nr. 1.
- 5) Seneze J., Vigne Cl.: Tumeurs de l'ovaire solides et kystiques. E.M.-CH. 1966, 680 A — 10, 8.

## Summary

A rare case of an avorial tumour of malignant nature is presented, described as «A large sized dysgerminoma of the ovaries».

The clinical symptoms are described, as well as the microscopic and macroscopic findings, the methods of treatment, and the prognosis.

## Résumé

### A CASE OF A LARGE SIZED DYSGERMINOMA

Cette étude décrit un cas rare de tumeur ovarienne de nature maligne, défini comme «un dysgerminome ovarien de grandes dimensions».

Le travail décrit les symptômes cliniques, ainsi que les résultats microscopiques et macroscopiques, les méthodes de traitement et le pronostic.

### UN CAS DE DYSGERMINOME DE GRANDES PROPORTIONS

## NJE RAST POLIKONDRTI REKURRENT

— PROF. JOSIF E. ADHAM — KOÇO PORA —

(Klinika e II e Sëmundjeve të Brendshme)

Polikondriti rekurrent qubhet edhe polikondrit kronik atrofizues; është sëmundje e rrallë që shumë autorë sot e futin në grupin e konektiviteve (8). Deri në vitin 1976 në literaturën e ishin botuar rreth 159 raste (5). Rasti i parë u përshtkuva më 1923 (3) nën emrin «Polychondropathia» tek një burrë 32 vjeç, që paraqiste enjte, dhembje dhe nxehësi të artikulacioneve si dhe dhembje të forta dhe enjte të dyja llapave të veshëve. Më vonë procesi inflamatror u shoju vërvetët që dha llapat u zhurbavitet, por pas tyre u prek kartilagua e hundës, e cila shpuni në një deformim në formë shale.

Në vitin 1958 autorë të tjerë (2) e quajtën polikondrit kronik atrofizues dhe vunë në dukje se sëmundja mund të prekë syrin si dhe rëndësinë që ka kortikoterapia në injektim e saj.

Sëmundja prek një iloj të dy sekset që katër të pestat e rasteve i takojnë mosës 20-60 vjeç (6). Fillimi mund të jetë i përnjëershëm me prekje të kartilagove ose artikulacioneve. Sëmundja karakterizohet nga kondritet dhe artritet, por sipas disa autorëve (7), ndërsa kondritet janë konstantë dhe të domosdoshëm për vjenin e diagnozës, artritet nuk janë konstantë, por mjaft të shpeshtë, rreth 74% e të sëmurëve. Sipas tyre, në një të trejtë e rasteve, sëmundja fillon me prekjen e llapës së veshit. Procesi inflamatror mund të jetë uni ose bilateral, prek vlefëm pjesën kartilagjinoze të heliksit, kurse lobuli i veshit, që nuk ka ind kartilagjinoz, imbetet i paprekur. Llapat e veshit duken të kuge, të trasha, të nxehët që shumë të dhembshme gjatë palpitimit. Ai mund të zhdukjet spontaneisht, të recidivojë (rikthethet) disa herë dhe të shpjere në atrofji të përherëshme, si pasojë e zhvillimit të indit fibroz.

Në rreth 16% të rasteve, sëmundja mund të fillojë me prekjen e kartilagos së hundës (7). Përveç këtyre mund të preken edhe kartilagot e brinjëve, të laringut me disfonit, që mund të merret si një laringitë banal ose kartilagot trakeobronkiale.

Në rreth 25% të rasteve, sëmundja mund të fillojë me artrite (7). Këto mund të përbëjnë të vetmen simptomë për kohë të gjatë dhe të shpien në gabimë diagnostike. Mund të preken artikulacionet metakarpofalangeale, interfalangeale proksimale, gjunjët, talokruralejt, brylat, artikulacionet e grushtit etj. Ka raste kur të sëmurejt paragjinat artralgji të lehta, që kalojnë pa u vënë re, por herë tjetër ato mund të marrin pamien e artriteve akute, duke simular një atak të podagrisë, më rrallë një po-

liartrit reumatoïd. Kështu, sipas disa autorëve (5), nga 19 të sëmurrë, simulonin një atak podagros, kurse 5 një polartrit reumatoïd.

Më 13 tetor 1976 në klinikën tonë u shtruva i sëmuri P.P., vjeç i dërguar nga spitali i Fierit me diagnozën *Polyarthritis rheumatoïd chronică*. E konsideronte vreten të sëmurrë qysht prej 5 vjetësh me dhembtë artikulacioneve talokrurale, enjte dhe vështirësi në ecje. U mjek me pirsal dhe gjendja u përmirësua, por më vonë dhembjet dhe eftjet iu përhapën edhe në artikulacionet e gjunjëve. Ka pasur periudhë përmirësimi e keqësimi. Kohët e fundit iu prekën edhe artikulacionet brylave, kurse gjunjët iu enjtën më tepër, sa e pengonin të ecje liris. Para një viti iu enjt një nga llapat e veshit, iu skuq dhe i dhembte, pas marries së pirsalt i kaloi. Disa herë është mjekuar në spitalin Fierit dhe herën e fundit u shtruva më 3 gusht 1976, pasi iu shtuan dil mbjet e gjunjëve e të brylave dhe paraqiste një anemi të theksuar. A u mjekua me indometacinë, bipenicilinë, vitaminoterapi, hekur dë transfuzione gjaku, por gjendja vazhdonte të ishte rëndë, prandaj u dëgjua në klinikën tone. Në shtrum, i sëmuri ankohej për artralgjira të përgjithshme, por më të theksuara i kishte në artikulacionet e gjunjëve, takuralet dhe brylat bilaterale; dhembje më të pakët paraqiste edhe artikulacionin temporomandibular të majtë. I sëmuri ekte me vështirë ishët afibrili. Lëkura dhe mukozat ishin të zbuta. Artikulacionet e gjunve ishim edematoze, më tepër i majti, që paraqiste edhe likuid sinov kishte nxehësi lokale dhe atrofi të muskujve kuadriceps me krepitacione dhe lëvzje të kufizuara. Artikulacioni talokrural i majtë pak edematozë sëmuri paraqiste *halux valgus* bilateral me formacionin e një mandarine në të djahtët dhe sa një kokët are matas, elastike, që u mendua për tofolipoma olekranike.

Gjatë shtrimit të dy llapat e veshëve i kishte edematoze, të ntrashu me lëkure të ndritshme, ngjyrë të kuqe në vjollcë, të dhembshme gjypalpinit. Dy ditë pas shtrimit në spital, këto shenja iu theksuan më tepër, por 48 orë më vonë, shenjat inflamatore u pakësuan. Ditej 4-të të shtrimit në klinikë, në mëngjez u zgjua nga gjumi me një dmbyje mjaft të fortë në regjionin submandibular të majtë, ku vërehet tumefaksion i fortë, i padhembshëm në palpim, me madhësinë e veze pule, pa fenomene inflamatore. Vec kësaj, i sëmuri paraqiste edeme edhe në anen cervikal të diathtë, që ngrihej lart deri në regin temporal, duke përfshirë edhe llapën e veshit. Vazhdonte të ishte e bril. Otojatri mendonte për një limfadenit laterocervikal dhe, përvog nuk imit me butazolidinë, që i jepej të sëmurrut, u mendua t'i shtohej pëncilinë dhe streptomicinë. Pas 5–6 ditësh, edema që kishte më të djatë i kaloi, kurse masa e fortë submandibulare më të majtë vazhdonte të ishte forte, jo fluktitante, më pak edematoze, por e dhembshme në palpim. Grafi dukej imazhi i një trupi të huaj në gjendrën salivare submandibulare majtë, për të cilën stomatologët menduan se ishte një kalkul në nalim e saj. Gjatë masazhit nuk dilit sekrecion purulent nga gjendja përcitëse. Kur u shtruva paraqiste një anemi 3.030.000 eritrocite me Hb 5 dëhe eritrosediment 63 mm/l orë, kurse në urinë kishte albuminë gjur densiteti 1020 dhe eritrocite 30—40 përfushë. Dy tri ditë më v

(16.X.1976) kur iu shfaq turnefaksioni submandibular dhe ndryshimet e tjera në regionet cervikale, i sëmuri paraqiste një hematuri: (eritrocite me shumicë) dhe anemja iu theksua: eritrocite 1.720.000, Hb 53%, eritrosedimenti 80 mm<sup>3</sup>/1 orë, leukocitet 10.200, segmente 74%, E 2%, B 0%, shkopinj 9%, limfocite 8% dhe monocite 7%. Kështu formula paraqiste një devijim të lehtë në të majtë dhe shiheshin granulacione toksike në neutrofil. Në ditët e ardhshme, anemja u theksua 1.680.000 eritrocite, leukocitet u normalizuan 7.100/mm<sup>3</sup>, kurse devijimi i majtë u theksua: segmente 48%, shkopinj 16%, limfocite 24%, monocite 7%, u shfaqën me-tamielocite 2% dhe mielocite 3%.

Duke marrë parasysh masësin submandibular të fortë, pa shenja inflatore dhe ndryshimet e gjakut, u mendoja në se kishim të bënim me një formacion tumoral ose hemopati malinje. Nën veprimin e mjekimit, duke përfshirë vitaminoterapi, hekur, transfuzionë gjaku, anemia filloj të përmirësohet, hematuria u ndalua, por eritrosedimenti vazhdonte të qëndronte mbi 70 mm/l orë. Iu bë mielograma dhe u gjet se palca e kockave ishte miaft aktive, raporti i elementeve të serisë mielocitarë me ato të serisë së kuqe ishte afersht 4.5/. Vëreheshin edhe elemente me-globlastikë. Azotemia dhe kreatinemja ishin brenda normës. Në fund të tetorit iu shfaq një fibrilacion atrial dhe ekstrasistola ventrikulare, kurse në 10 ditëshin e parë të nënitorit, fibrilacioni u zhduk dhe i mbeten ekstrasistola atriale dhe ventrikulare.

Më 9 nëntor filloj të këtë dhembje në të dy llapat e veshëve më tepër djathas, ato dukeshin të ntrashura, edematozë, me lëkurë të târhequr të ndritshme, ngjyrë të kuqe në vjolloë. Lobulet e veshëve qenë të e dhembshme, por e forte. Heliks i majtë paraqiste një formacion të vogël të forte, që mund të interpretohej si një tof podagrik. Nga mesi i nënitorit, megjithëse anemja ishte përmirësuar, iu shfaqën të marrura mëndshë të theksuara sa i sëmuri ishte rrëzuar për tokë. Presioni arterial ishte rreth shirrave 115-125/70-75 mmHg, kurse pulsi 60-70 për minutë. Të gjitha këto ndryshime bënë të mendohet për një sëmundje sistemike të shoqëruar me anemi, probabilisht hemolitike autoimmune. Testi i Coombs direkt ishte (++). Por nga ana tjetër ndryshimet artikulare, tumefak-sioni i bursave olekranike me pamje tofolipomash, prekja e kartilagove të veshëve, kalkuloza e gjëndrës submandibularë të majtë dhe hematuria, që mund të interpretohej si pasojë e një kalkuloze renale të tejpërsküesh-me nga rrezet X, na bënë që të ngremë hipotezën e një podagre. Në urinë u gjetën kristale të acidit urik. Ky i fundit ishte i rritur 2,3 gr/24 orë (Norma 0,4-1,0). Kurse uricemia një herë ishte në kufirin maksimal të normës 5,0 mg% (N = 2,5 – 5 mg%) (13.XI.1976), kurse më 25.XI.1976 ishte mbi dyfishin e normës 10,5 mg%. Më 11 nëntor 1976 u bë punktioni në artikulacionin e gjurit të majtë, por nuk u nxuarr likuid sinovial, kurse nga bursa olekranike e majtë u hogën 2 ml. Likuid serocitrin. Në ekzaminimin e tij u gjet albuminë 115 gr%, celula 436/mm<sup>3</sup> kryesisht limfocite të vecuara osë në grupe, ndonjë neutrofil dhe qeliza mononukleare. Në ekzaminimin me mikroskopin e zakonisht u gjetën edhe kristale të acidit urik të rralla.

Antistreptolizinat ishin 300 U, reaksiioni Waaler Rose negativ, kurse gamma Latex 1:64. Elektroforeza e proteinave tregonte një hipoalbumin-

mi 47% dhe hipergamaglobulinemi 28%. Celulat L E ishin negative. Fibri-  
negjeni 528 mg% (N = 200 — 500 mg%). Mukoproteinat 148 mg%  
(N = 50 — 100), glukoproteinat 33 U (N = 16 — 22) dhe acid i sialit  
35 U (N = 18 — 23), provat e flokulimit lehtësishët pozitive, sideremri  
225 gamma% (N = 90 — 140), bilirubinemia brenda normës, elektrofo-  
reza e hemoglobines;  $A_2 = 4,7\%$ ,  $A_1 = 95,3\%$ . Testi i drapëzimit negativ  
kurse glukozë 6-fosfat dehidrogjenaze pozitive. Në kohën e fillimit kui  
paraqiste hematuri, prova e Addis tregonte 240.000 eritrocite/minutë. Në  
EKG e datës 28.X.1976 paraqiste shenjat e një fibrilacioni atrial dhe  
ekstrasistola ventrikulare, kurse në ato të datës 10.XI.1976 ekstrasistole  
atriale dhe ventrikulare.

Në radiografitë e gjunjëve u gjet një gonartrozë bilaterale, kurse në  
grafitë e dorës së djathië shihet osteoporozë e karpeve dhe reaksion pe-  
riostal me geode të vogla në epifizat e falangave të para dhe atyre dista-  
le. Nga fundi i dhjetorit u vizuitua nga okulisti dhe iu gjet një katarakjtë e  
syrit të majjtë, që u interpretua si katarakjtë senile. Diagnosa mbeti e pa-  
qartë midis një podagre, artroji reumatoid ose sëmundje sistemike e  
papercaktuar. Më vonë u mendua për polikondrit rrekurent. Gjatë qëndrime-  
mit në klinikë, i sëmuri u mjekua më butazolidinë, penicilinë e strepto-  
micinë, vitaminoterapi, acid folik, preparate të Fe, kokarboksilazë, anti-  
histaminikë dhe, më në fund gabromicinë, kontizonikë e ACTH. Gjendja  
e përgjithshme u përmirësua shumë me ngadale, fenomenet artikulare  
kaluan dle i mbeti vetëm një edemë më e pakët e gjurit të majjtë. She-  
njat inflamatorë të llapave të veshëve iu zhduken dhe lëkura, që i mbu-  
lonte ato, mbeti si e rrudhur. Anemia u përmirësua dhe 2-3 ditë para  
dalles eritrocitet qenë 3.060.000 me Hb. 58%, por eritrosedimenti mbeti i  
lartë 60 mm/l orë. Më 8 janar 1977, pas 87 ditësh qëndrimi, i sëmuri doli  
nga klinika i përmirësuar.

Diagnozën e polikondritit rekurrent e bazuam mbi kondritin recidi-  
vues të të dy llapave të veshëve, poliartritin inflamator, vertizhet e thek-  
suara sa që rrëzohej për tokë si dhe të dhënat e laboratorit: anemi, eri-  
trosediment shumë të lartë, hipoproteinemi me hipengamaglobulinemi etj.

Përsë i përkert katarakkës së syrit të majjtë që paraqiste i sëmuri,  
është vështirë të thuhet nëse ishte pasojë e vëtë sëmundjes, e cila mund  
të jape edhe konjunktivite, keratite, episklerite etj., apo ishte katarakjtë  
senile, pasi dhe mosha e të sëmurit ishte e kaluar. I vështirë ka qënë  
edhe interpretimi i hematurisë që paraqiste i sëmuri, pasi ndonjëherë  
ajo mund të jetë manifestim i prekies së veshkës nga polikondriti, por  
mund të jetë edhe krejt e pavarur, si pasojë e një kalkuloze ose sëmund-  
je tjeter renale. Një gjë të tillë mund ta sqaronë pielografi, por kur  
i sëmuri u përgatit për të bërë këtë ekzaminim, pati një reaksion të fortë  
alergjik nga penicillina, gjë që na bëri ta lëmë mënjanë pielografinë, aq  
më tepër se gjatë injekimit u ndërpë edhe hematuria. Për diagnozën e  
polikondritit rekurrent, ka autore (1), që kanë përcaktuar disa kritere:  
1) kondriti recidivues i të dy veshëve; 2) poliartri i inflamator; 3) kon-  
driti i hundës; 4) inflamacioni e syrit; konjunktivit, keratit, skerit, epi-  
sklerit etj.; 5) kondriti i laringut dhe / ose i trakesë; 6) prekja e nervave  
rrura mëndsh.

Sipas tyre, polikondriti përcaktohet nga 3 kriterë ose më shumë kurse konfirmimi histologjik nuk është i nevojshëm. Autorët e ndryshëm, që i përbahen termi polikondrit kronik atrofizues, i jashtë rëndësi atrofisë së kartilagove; kurse të tjerët, që e quajnë polikondrit rekurrent, thonë se atrofia nuk është e domosdoshme për vënien e diagnostikës, pasi në qoftë se diagnoza dhe mjekimi bëhen që në stadiet e herëshme të sëmundjes, mund të mënjanohet liza e kartilagove (6).

Përsa i përket prekje së zemrës, në literaturën që kemi pasur mundësi të konsultojmë flitet më tepër për takardi paroksizmale, turbullinat e literaturës dhe ndryshimet që paraqiste i sëmuri ynë na bënë të mendojmë më tepër për një sëmundje sistemike, që prek indin lidhor dhe mund të futet në grupin e konektiviteteve.

Dorëzuar në Ruedaksi më 10 korrik 1977

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

- 1) Adam Mc. LP., O'Hanlan M.A., Pearson C.M., Bulestone R.: Relapsing polychondritis. A steroid responsive disease? *Arthr. and Rheum.* 1975, 18, 415.
- 2) Bean W.B., Drevets C.C., Chapman J.S.: Chronic atrophic polychondritis. *Medicine* 1958, 37, 353.
- 3) Jaksch-Wartenhorst R.: Polychondropathia. *Wiens. Arch. inn. Med.* 1923, 6, 93.
- 4) Hainer J.W., Hamilton G.W.: Aortic abnormalities in relapsing polychondritis. Report of a case with Dissecting Aortic Aneurysm. *New Engl. J. Med.* 1969, 280, 21, 1166.
- 5) O'Hanlan M., Mc Adam I.P., Bluestone R., Pearson C.M.: The arthropathy of relapsing polychondritis. *Arthr. and Rheum.* 1976, 19, 191.
- 6) L'Herondel J.L., Heron F., Loyau G.: Polychondrite chronique atrophiante. Se-maine des hôpitaux 1977, 53, 11-12, 687.
- 7) Hughes R.A.C., Berry C.J., Seifert M., Lessof M.H.: Relapsing Polychondritis. Three cases with a clinico-pathological study and literature review. *Quart. J. Med.* (New series XII), 1972, 163, 363.
- 8) Menkes C.J., Siand J.R., Deirieu F., Chouaki L., Bellaiche D., Delbarre F.: Poly-chondrite chronique atrophiante, deux cas dont l'un avec cataracte et antérite des membres inférieurs. *Ann. Méd. intern.* 1970, 121, 895.

## S u m m a r y

### A CASE OF RECURRENT POLYCHONDRITIS

A case is presented of recurrent polychondritis in a 69 years old man, whose illnesses began 5 years ago as a polyarthritides, then the cartilages of the external ear were involved. His complaints included a pronounced vertigo and a cataract of the left eye which was taken for a senile cataract. Apart from these, the patient presented troubles of the heart rhythm: atrial fibrillation with ventricular extrasystoles

which later developed into atrial extrasystoles, as well as a pronounced anemia. The sedimentation rate was 60-80 mm in one hour with lowered values of the blood albumins and raised gamma-globulins. He also had hematuria which subsided during his stay in hospital. Later a tumour appeared, the size of a hen's egg, at the site of the left sub-mandibular salivary gland, which on X-ray examination resulted a calculus in the gland's duct. The bursae olecrani on both elbows were swollen and appeared like topholipomas. Their liquid, besides albumin and cells, contained rare crystals of uric acid, which complicated the differential diagnosis with gout, all the more since at one time the blood uric acid resulted higher than normal. The condition of the patient improved as a result of the treatment.

#### R e s u m é

### UN CAS DE POLYCHONDRITE RECURRENTIE

Les auteurs présentent le cas d'un homme de 69 ans atteint de polychondrite récurrente, qui lui commença, cinq ans auparavant, comme une polyarthrite, qui lui toucha aussi les cartilages de l'oreille externe. Ses troubles comportaient un vertige prononcé et la cataracte de l'œil gauche, qui pouvait être interprétée comme une cataracte sénile. En outre, le malade présentait des troubles du rythme cardiaque une fibrillation auriculaire avec extrasystoles ventriculaires, qui plus en retard à fibrillation se remplaça avec des extrasystoles auriculaires, ainsi qu'une anémie prononcée. La vitesse de sémentation du sang était de 60-80 mm/h, hypoalbuminémie, hypergammaglobulinémie et hématurie, qui (cette dernière) subsista durant son hospitalisation. Par la suite apparut un gonflement de la glande salivaire submandibulaire qui atteignit le volume d'un œuf. La radiographie révéla toutefois qu'il s'agissait de l'obturation du conduit salivaire par un calcul. Les bourses olecrani que des deux coudeos étaient également gonflées et avait l'aspect de topholipomes. Leur liquide, outre l'albumine et les cellules, contenait des cristaux rares d'acide urique, ce qui compliquait le diagnostic d'une goutte, d'autant plus que le taux d'acide urique dans le sang se révéla supérieur à la normale. A la suite du traitement, les conditions du patient se son améliorées.



Fig. 1 — P.P. vjeç 69. Piesa kartilaginoze e llapës së veshit të diathtë duket edematize, me lëkurën të tendosur, të ndritëshme. Ajo ishte e skuqur dhe shumë e dhembshme.



Fig. 2 I njëti i sëmure (12.XI.976). Në vendin e bursës olekranike të diathtë duket një formacion kistoz me madhësinë e një mandarine, që u mendua për topholympoma olecrani.

## NJË RAST ME ANGOR TË PRINZMETALIT

— ANESTI KONDILI — Doc. YILLI POPA —

(Katedra e Propedeutikës)

Më 1959 dhe 1960, Prinzmetal dhe bp. përkruan një varietet *angina pectoris*, që sot grupohet në sindromën kërcënuese për infarkt miokardi.

Karakteristikat kryesore të angorit të Prinzmetalit janë:

a) *Dhembje të tipit të stenokardisë*, që zhduken nga përvorimi i trinjës. Shpeshtësia e dhembjeve lëkundet nga 1-30 krita në 24 orë.

b) *Ndryshimet kryesore në EKG gjatë krizës janë shraqja e korenitit të lezionit subepikardik (ngritje lart, shpesh mbi 10 mm. e segmentit R — ST, që përfshin edhe dhëmbin T pozitiv) etj.*

Ndryshimet e EKG janë të përkohshme, ato janë bashkëkohëse të dhembjes dhe zhduken bashkë me të.

Fishtë interesant se anomalitë specifike të angorit të Prinzmetalit mund të vërehen edhe në mungesë të dhembies.

c) *Gjatë krizës mungojpë ndryshimet biologjike (rritja e enzimave, shpejtimi i eritrosedimentacionit).*

Të sémurët me angor të Prinzmetalit rrëzikohen nga infarkti i mio-kardit, që vërehet në 1/3-e rasteve dhe vdekja e papritur në rreth 25% të rastive (2).

Verifikimet anatomopatologjike zbulojnë zakonisht lezione ateromatose stenozuese të lokalizuara në pjesën proksimale të një trungut të madh koronar, që, në përgjithësi përkon me territorin, ku vërehen anomalitë elektrike karakteristike. Megjithatë, janë përkruar raste angori të Prinzmetalit me koronografi normale (1, 2, 3).

Në repartin e urgjencës së klinikës së kardiologjisë, ne patëm mundësi të observojmë një rast shumë tipik të angorit të Prinzmetalit, i cili e zhvilloi kurorsin drejt infarktit të miokardit.

I sémuri H.M., vjeç 64, shtrohet më datë 29.III.1976, me nr. kartele 2785.

Ankesut në pranim: dhembje retrosternale me karakter shtrëngues, që përhapen në shpinë midis dy shpatullave dhe në krahun e majtë, i cili mbihipt. Dhembja zgjat rreth 20-25 minuta dhe shioqërohet me djersë, vështrirësi në frysëmarje dhe dobesi të përgjithshme. Trinitinë nuk ka përdorur. I sémuri referon se dhembje të tillë ka ndjerë qysht para tre muajsh, por në muajin e fundit, dhembjet janë shpeshtuar, u bënë më të forta dhe më të zgjatura (deri gjysmë ore). Nga anamneza e jetës konstatohet se pilduhan qysht prej 40 vjetësh nga 20 — 30 cigare në ditë.

*Në kognjen objektive.* — Lëkura dhe mukozat me ngjyrë normale. Venat jugulare nuk janë të fryra. Zemra në kufi. Tonet pak të largta 68 në

minutë, ritmikë pa zhurma. TA 120/80 mmHg. Në sistemet dhe organet e tjera nuk vërehen shnangje nga norma.

EKG e bëri në kohën pa dhembjë (14.IV.976 fig. 1) vërehet ritmë sinusaj. Aksi QRS : -15°. Në derivacionet anterolaterale vërehen shenja të ishemisë subepikardike.

Gjatë ditëve të para të qëndrimit në spital, pacienti paraqiste kriza të shpeshta stenokardie, të cilat liroheshin nga marria e trinitrinës. U fillua njekimi me nitropenton 100 mg. 3 x 2 tabl. pëxid 200 mg x 2 tabl., valium 5 mg. dhe mbaket në regjim shtrirë. Megjithëkësë mjejkum, pacienti vazhdon të ketë kriza të shpeshta stenokardie dhe konsumonit rreth 10 tri-nitrina gjatë 24 orëve. Më datë 14.IV.1976 kritiz ishin mjaft të shpeshta. I sëmuri u monitorizua dhe u vërejt se gjatë kohës së krizave kishte një ngritisje të dukshme të segmentit R-ST. Në EKG, në kohën e dhembjes (fig. 1 rjeshti 2, datë 16.IV.1976 ora 18) u vërejt ritem sinusaj. Spostimi i laksit QRS më majtas (A QRS rrëth -40°), zgjerimi i QRS. Spostimi lart i segmentit R-ST, që përfishin edhe dhembin T pozitiv në DL, aVL; VI-6. Ky spostim në V<sub>3</sub> arrin 5 mm.

Marria e trinitrinës e pushon dhembjen mesatarisht pas tri minutash. Në EKG e bëri pas dy minutash të marries së trinitrinës (fig. 1 rjeshti 3) vërehet një ulje e segmentit R-S-T në nivelin e vijës izoelèktrike, por persiston boshti i majtë i QRS dhe dhembi T pozitiv, kurse në orën 18.30, pra 20 minuta pas marries së trinitrinës, EKG ka rifituar karakteristikat fillestare të saj (fig. 1 rjeshti 4). Një dhembje e re me intensitet më të madh pasqyrohet në EKG (fig. 1 rjeshti 5), me një ngritisje më të madhe të segmentit R-ST (në V<sub>3</sub> = 10 mm).

Nga monitorizimi i të sëmurtit u morrën këto të dhëna:

— Gjatë 24 orëve, numri i krizave, që shpreheshin me spostim lart të segmentit R-ST, arrinte deri 20 herë.

— Spostimet e segmentit R-ST shfaqeshin edhe gjatë gjumiut dhe shpeshherë nuk e zgjonin të sëmurnin.

— Krizat shfaqeshin gjithashtu pas emocioneve si p.sh. qortimi i të sëmurtit për duhanin, ardhja ose largimi i familjarëve, pas marries së ushqimit etj.

— Në përgjithësi, krizat nuk kishin lidhje me sforcimin fizik.

— Trimitrina qetësonte plotësisht si anën subjektive (dhembjen) ashtu edhe ndryshimet e EKG (fig. 1 dhe 2).

— Injektimi në venë ngadalë i sulfatit të magnezit 25% 10 cc me sol. glukozë 40% 20 cc ndaloj një krizë dhembje dhe normalizoi ndryshimet të EKG.

— Përdorimi i atropinës 0.75 mg. në venë shtoi takikardinë dhe dhëmbjen, e cila u ndërpëre vetëm pas marries së trinitrinës (fig. 2).

— Gjatë kohës së krizave nuk vërehej ndonjë rritje e ndjeshme e pulsit (60-70 në minute) dhe TA (110-120 Hg). I sëmuri kishte vetëm një djerzitje të pakët.

— Transaminazat dhe L.D.H. në kufijt e normës.

— Çrrégullime të ritmit nuk u shfaqën asnjëherë.

— Pa marjen e trinitrinës, ngritisja e segmentit R-ST vazhdonte më tepër se gjysmë ore.

Më datë 19.IV.1976 ora 14 pacienti ndjen një dhembje të fortë prekordiale, e cila nuk kalon pas marrjes së trinitinës, prandaj u përdor petidina, e cila e lehtësoi. Në EKG u vërejtën shënjë të infarktit akut anteroseptal të miokardit (fig. 3). Në analizat e bëra SGOT: 118 U, SGPT 80 U, LDH 10 U. Eritrosedimentacion 20 mm/orë, leukocite 18.200. Dekuri klinik, elektrokardiografik dhe laboratorik i infarktit të miokardit u zhvilluan në mënyrë të zakonshme. Pas shfaqjes së infarktit të miokardit nuk u përsëriten kriza të theksuara të dhembjes prekordiale. I sëmuri doli nga spitali në gjëndje të kënaqshme.

U dorëzua në redaksi me 10 qershor 1977

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

- 1) Auzépy Ch., Blondeau M., Albessard F.: Aspects électrocardiographiques suggestifs d'un angor de Prinzmetal avec artères coronaires normales à l'autopsie. Arch. Mal. Cœur, 1974, 67 année, 9, 1107.
- 2) Devaux J., Audoin J., Pradaler A.: Angor Prinzmetal. Actualités cardiologiques de l'Hôpital Necker, 1972.
- 3) Hiltgen M., Guermonpre J., Sellier P., Gehraux M., Maurice P., Lenègre J.: Angor de Prinzmetal. Communication présentée aux entretiens de Cardiologie de langue française de Bruxelles. 1972, 12 et 13 Mai.

## S u m m a r y

### A CASE OF PRINZMETAL ANGOR

A case is described of Prinzmetal angor with over 20 stenocardic attacks in 24 hours; the illness evolved towards myocardial infarction.

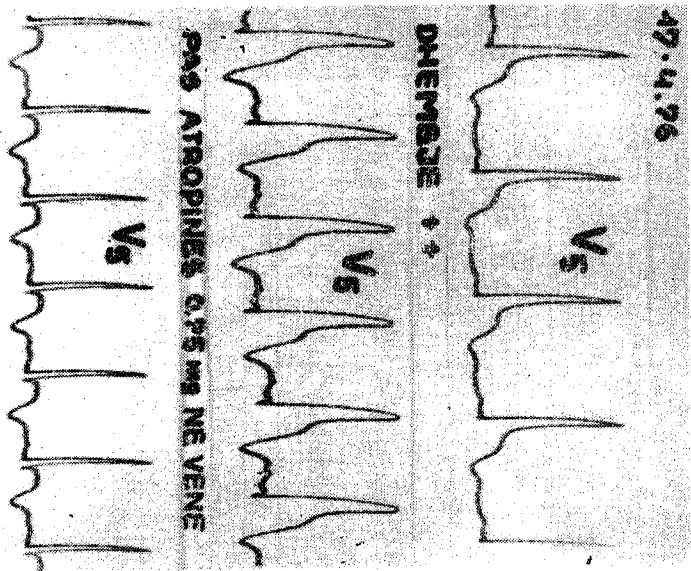
## R é s u m é

### UN CAS D'ANGOR DE PRINZMETAL

Les auteurs décrivent un cas d'angor de Prinzmetal qui présentait une vingtaine de crises de sténocardies par 24 heures et qui évolua vers l'infarctus du myocarde.

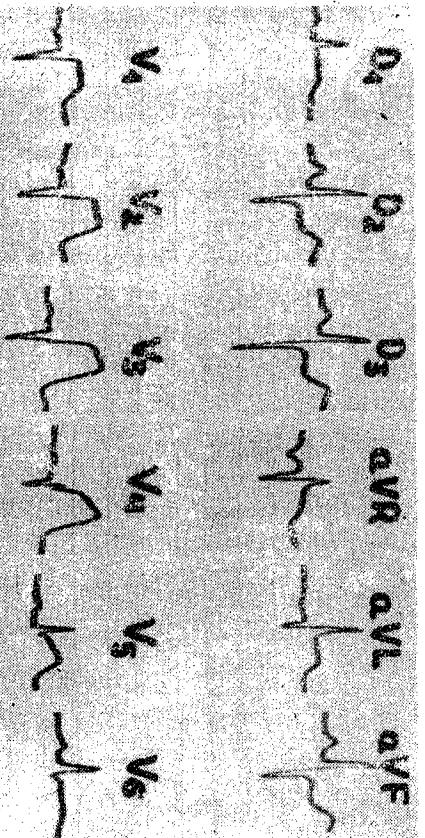
Fig. 1

47. 4. 26



PAS TRINITRINES

FIG. 2



20.4.26 M. Hysa

FIG. 3

## NJË RAST AFAZIE GLOBALE ME ORIGJINË INFEKSIOZE

— NASI BOZHEKU — MENTOR PETRELA —

(Katedra e sëmundjeve infektive dhe e neurologjisë)

Afazia përbledh çrrégullimet e të folurit, që lindin nga dëmtimi i njëanshëm i zonave të caktuara të trurit. Zakonisht kjo sëmundje takohet në sëmundjet vaskulare, më pak në tumoret dhe traumat, e nganjëherë në sëmundjet inflamatore të trurit.

Për të nxjerri në pah më mirë afazinë duhen përashtuar disa çrrégullime të tjera, që ngatërrojnë kuadrin klinik të saj.  
 1) Dizartria është çrrégullimi i fjalës, që vjen si rezultat i dëmtimit të rrugëve piramidale ose periferikë (p.sh. paraliza e nevave bubrege) ose i rrugëve ekstra piramidale (p.sh. sëmundja e Parkinsonit) ose i cebrebllumit dhe rrugëve të tij (skleroza disseminata).

2) Çrrégullimet e të folurit në demencat, ku lezionet janë bilaterale dhe difuze.

3) Çrrégullimet e të folurit gjatë psikozave me pasoja anatomo-patologjike të njohura.

4) Çrrégullime në mësimin e të folurit, që nuk vjen nga lezionet cerebrale të fituara (p.sh. belbzim; dislekcia).

5) Çrrégullime të topografisë së zonave të trurit, që interesohen kur shfaqen afazitë (1).

### PËRSHKRIMI I RASTIT

Pacienti P.I. vjet 29, nëpunës, shkruan me dorën e djathë, pranohet në repartin e neuroinfeksioneve (spitali nr. 4) me diagozën *meningitis purulenta*, me nr. kartele 637 datë 28.3.1976 në gjendje kombe të gruptit të I dhe të II, i agjituar me *herpeslabialis* të theksuara.

Zemra me tone rritmike, T A 120/80. Pulsi 88. Barku i butë, mëlgjashme shprektë nuk preken. Ka retention urinar dhe konstipacion. Sëmundja i ka filluar një javë para se të shtrohëj me fenomenet e një gripi, dhembje koke, të cilat, sic i shpjegonin familjarët, kishin ndodhur si posjë e rionjies nga shiu i pacientit.

Në ekzaminimin neurologjik vu në dukje strabizëm divergens i majtë-sindromë meningale e shprehur, por pa shërija piramidale. Neurologu shënon hemiparezë të tipit brakiofacial të djathë. Në ekzaminimet plotësuces hemograma: leukocitet 36.200, sedimenti 20, në formulën leukocitare devacion i shprehur majtas. Urna në normë. Likuori cerebrospinal i tur-

bullt me presion: Celula 81.920 për mm<sup>3</sup>, limfocitet 49%, neutrofilet 51%, Pandi +++, albuminë 1.81 gr<sup>40</sup>, klorure 7.1, glukoza 0.40. Në fillim mjekekimi u bë me penicillinë kristale 12 milion e 400 raijë unite intravenoz, kemicetinë 2 gr. 0.5 x 4 intavenoz, lasiks 1 ampul, valium 3 x 10 mg intramuskular. Perfuzeione me solucione fiziologjike një litar 4 x 250 ml dhe ne solucion glukoze 5% një litar 4 x 250 ml grupi i vitaminave B me shumicë, vitamininë C 4 x 10 ml intravenoz.

Evolucioni: Në datën 2.IV.1976 pacienti ishte në gjendje pak më të rënduar, persistonte sindroma meningeaale. Hemiplegji e dajtë pa shënja piramidale, nuk fliste dot, kishte afazi.

Më 6.IV.1976 persistonte i njëjtë kuadër neurologjik, por vërehej se pacienti nuk mund të shprehej, filloj të shqiptojë gjermat A dhe E. Mjekim të parë iu shtrua cereblitoliznë dy herë një ampule lycidri 3 x 100 mg, solucion kafeini naftrobenzolci 20% dy herë një ampulë intramuskulare, solucion papaverini 4% tri herë një ampule intravenoz. Cinarizin 3 x 1 tabletë, sol jodamini 2 x 1 në ditë në muskul.

Në konsultimin klinik u mendua për afazi globale tip Daks Broka dhe e tipit sensor receptiv. Nga ana elektrike persistonte një fokus me vale të ngadalta delta 1-2 c/s, sidomos në derivacionet posteriore të majta. Kjo veprimari e ngadalta flet për gjëresinë dhe justifikon atazinë e përzjerë. Nga konsulta me neurokirurgun përfshirë shpjeguar dhe përashtuar mundësinë e ndorjë vaskulopati, e cilë kish dhënë hemiparezën pacientit, iu bë arteriografa karotidene e majtë. Kjo përashtoi mundesinë e vaskulopatisë të tumorit apo abcesit.

Më 9.4.1976 pacienti kuptonte, por fliste me vështirësi, përsërisht gërmat A, E, O, kur i thuhej të përsërisht gjermën B, ai vazhdonte të përsërisht po ato gërmën. Hemiplegja e djathë u reduktua me një hemiparezë sërisht pacienti i ishte në gjendje të ecte.

Më 12-13.IV.1976 pacienti filloj të artikulojë fjalën; kur pyetej për emrin e tij e thoshte me shumë vështirësi, duke ngatëruar rrrokjet. Përsërisht të njëjkat fjalë, megjithëse i jeteshin urdhra përfshirë fjalë të tjera. Kish alkalkuli. Filloj të shkruar. Të sëmurit iu dhanë objektet e para përfshirë vizuar ose përfshirë vizuar (shih figurat e këtyre datave) vizatonte dje shkruanë shumë keq.

Më 17.IV.1976 shqiptonte keq gëmamat, në vend të P theshtë T. Kishte elemente të parafazisë (shih figurën nr. 3).

Pacienti kishte shënjë të theksuar të dizorthografisë, agramatizmit, përpinqej të imitonë shkrimin, arriti të bënte llogaritje të vogla.

Më 22.IV.1976, siç vihet re nga letra e shkruar nga pacienti (fig. 4) ai vazhdonte të mos kishte fituar plotofësish artin e të shkruarit. Edhe në dalje gjithashuta kishte një grafizëm shumë të keq po ta krahasojmë me atë të para sëmundjes dhe pas saj; ai fliste mirë, komunikonte me ambientin, bënte kalkulime të imta. Por ajo që kemi dashur të vemi në dukje nëpërmjet kësaj letre është që pacienti nuk paraqiste fenomene të tipit amnezik, qoftë anterograde, qoftë retrograde. Ai mbante mënd mirë si i filloj sëmundja, por nuk ishte në gjendje të shkrante çka ndodhur më pas shtrimit në spital, sepse pëson një afazi globale, pra humbi lidhjen me ambientin rrëthues dhe filloj përsëri të lldhet me ambientin rrëthues sigurisht pas përpjekjes që u bë përfshirë riaftësimin e tij dhe vetë të vullnetit të pacientit.

## D I S K U T I M

Në meningoencefalitet, afazia vjen si pasojë e inflamacionit dhe e edemës së truit në zonat respektive (2, 3, 4). Duke pasur parasysh vetë karakterin e sëmundjeve infektive dhe, në mënyrë të veçantë, i atyre momenteve që shkijnë në prekjet e sistemit nervor në mënyrë aksidentale ose si pasojë e tropizmit, që kanë një sërë infeksionesh përsistimin e nervor (neurovirozat), diferençimi i afazisë me psikozat infektive është i vështirë në stadet filletare të tyre (4, 5).

Rasti që paraqitën kishte një afazi të menjëhershme, të shoqëruar kjo me hemiplegji të djalthë, që u vu në dukje pasi pacienti doli nga gjendja komatoze, që ra në fillim të sëmundjes.

Duke qënë se pacienti kish shenjat e hemiplegjisë dhe fokus E E G u bë konsulta me neurokurgur, ku u mendua për tu bëre arteriografiakartodiene e majtë, e cila në të tri fazat nuk jepte ndryshime neoformative (tumorele) ose vaskulare. Është interesant fakti se tek pacienti, evolucioni i gjukës ishte si tek fëmija e vogël, që fillon për herë të parë të shqiptojë gërmat dhe rrrojet. Ai paraqiste steriotipi verbale të shkronjave A, E, O. Më vonë të fjalëve, p.sh. përsëritje vetëm emrin e vet. Mandej mungonin fjalët dhe kishte elemente të agramatizimit p.sh. në vend të «zëri m'u zu sot» — «zëri mu sot», mungonte folja (shih figurën nr. 3 datë 17.4.1976).

Tek pacienti u shfaqën elementët e anartisë; në vend «dritare» thotë «detare», ose elemente paraafazie të tipit semantik; në vend të «patë» thottë «portë».

Duke qënë se të shkrojturit zhvillohet nga gjuha e folur, gjatë dëmtimeve, ai çorganizohet më shumë (6). Në pritim që hemiplegjia të reduktohej në mënyrë që pacienti të mos pengohej gjatë shkrimit.

Në figurat elementare të dizortografisë, zhargonografisë vërehen çregullime të theksuara të përdorimit të gërmave. Rreshtat e shkrimit të tij ishin shumë të urregullta.

Tani i sëmuri vazdën të punojë pa asnjë vështirësi në punën e mëparshme si kamaraman pranë radiotelevizionit dhe shkruan me të njëjtën kaligrafi si para sëmundjes nga krahasimi që i kemi bërë shkrimit (fig. 5). Veg asaj ai fitet pa asnjë fare vështirësie siç ka folur edhe më parë, nuk paraqet asnjë lloj ulje të intelektit, me përfashim të lodiqes pas një lëximi për më shumë se një orë.

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

Në rastet me afazi, në përgjithësi, është e nevojshme të kihet para-sysh edhe natyro infekcioze e afazisë, duke pasur parasysh që më parë të përfashohen shkaqet e tjera më të shpeshta, që provokojnë afazinë.

Dorëzuar në redaksi më 5 maj 1977

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

- 1) Bozheku N.: Nië rast meningoencefaliti, që shogërohet me turbullime kortikale. Puximne të psikoneurologëve. Tiranië 1975, vol. V, 55.
- 2) Contamin F. et Sabouraud O.: Element de neurologie. Paris 1970, 291.
- 3) Kornyej E.: Aphasia transcorticale et echoïatia. Le problème de l'initiative de la parole. Revue de neurologie 1975, 131, 5, 347.
- 4) L'Hermite F. et coll.: Syndrome nerveux et muscles. Paris 1973, 109.
- 5) L'hermitte F.: Paraphasie et jargonophasie dans la langue orale avec conservation du langage écrit. Revue de neurologie 1974, 130, 1, 21.
- 6) Preza B.: Semiotika e sëmundjeve nervore. Tiranië 1964, 297.

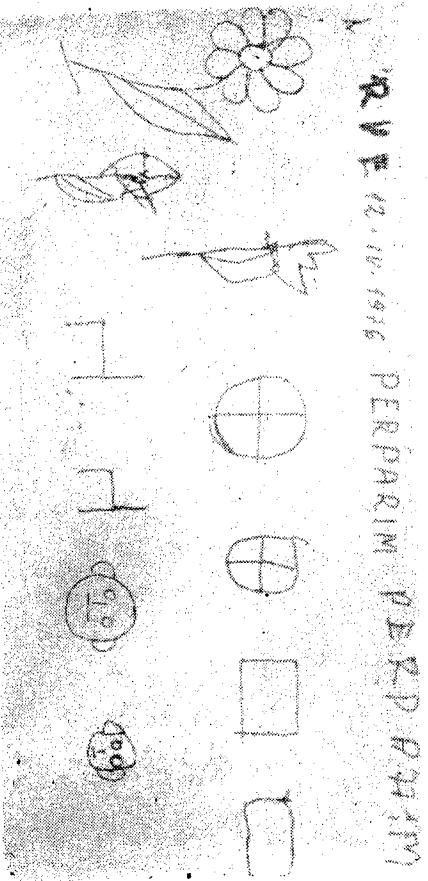


Foto 1

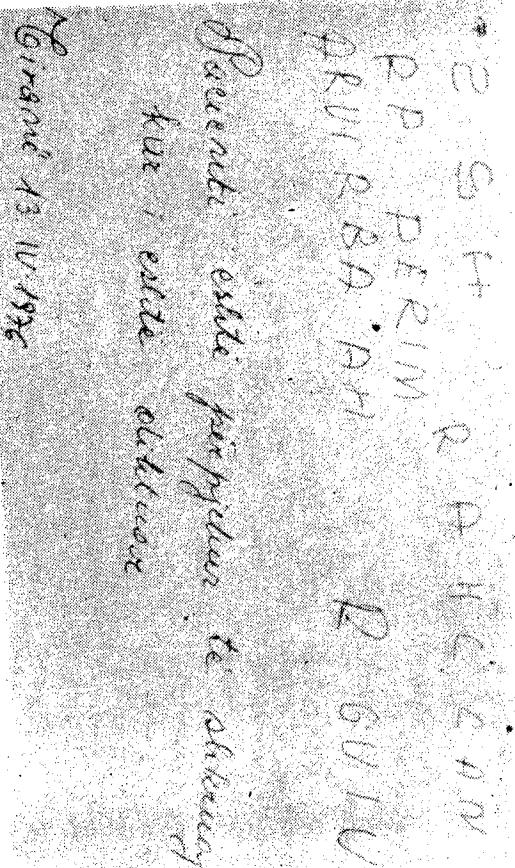


Foto 2

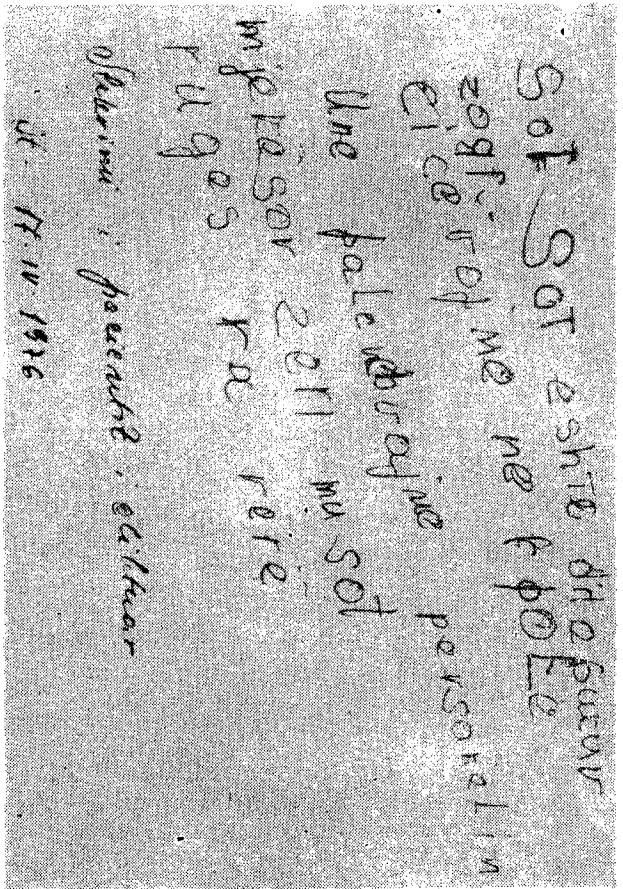


Foto 3

S u m m a r y

## A CASE OF COMPLETE APHASIA OF INFECTIONOUS ORIGIN

The neurologic examination of a 29 year old patient disclosed a left sided divergent strabismus and a diffuse meningeal syndrome without pyramidal symptoms. In the first days in hospital despite the treatment, the meningeal symptoms persisted, the patient could not speak; his aphasia had come suddenly and was noticed when he had been brought out of a comatous state at the beginning of his illness. The recovery of speech was like that of a small child who begins for the first time to articulate sounds and syllables.

As a result of the treatment, the patient began gradually to associate himself with the surroundings until he recovered completely. At present he has resumed his previous occupation without any difficulty, speaks and writes and shows no intellectual deterioration.

The authors conclude that in such cases it is necessary to ascertain the infectious nature of the affection by excluding the other more important causes of the aphasia.

Repetition. Blasphemy. Name great, no spirit.  
 Jan. - Akhmat was taken. 23. 6. 1976 / an attempt  
 23. 6. [23. 6. 1976] night of Samhain past last  
 September after Rakhis. Unconscious me shadow, now  
 "Family" she met true love, she is father  
 • She is like we friends we divide her  
 To share our family just take. Only few like us  
 He divided the three continents. Usque (No  
 one like us a) To which we are going there  
 we spiritual. That's my best friend. We have  
 to a terrible life because repeat past now  
 the founders of country, personalism & personalism -  
 we can make him/her always only die  
 we can make him/her always only die  
 Rector held a frozen fact, were go home  
 handshake a place  
 spacious family, true.  
 Repetition. Name great, no spirit.  
 Now we know our wife's mother like  
 Sydha & me. I presented to chairman the request  
 and he said, "I am not present, I am not  
 here." I am not present, I am not  
 here. I am not present, I am not

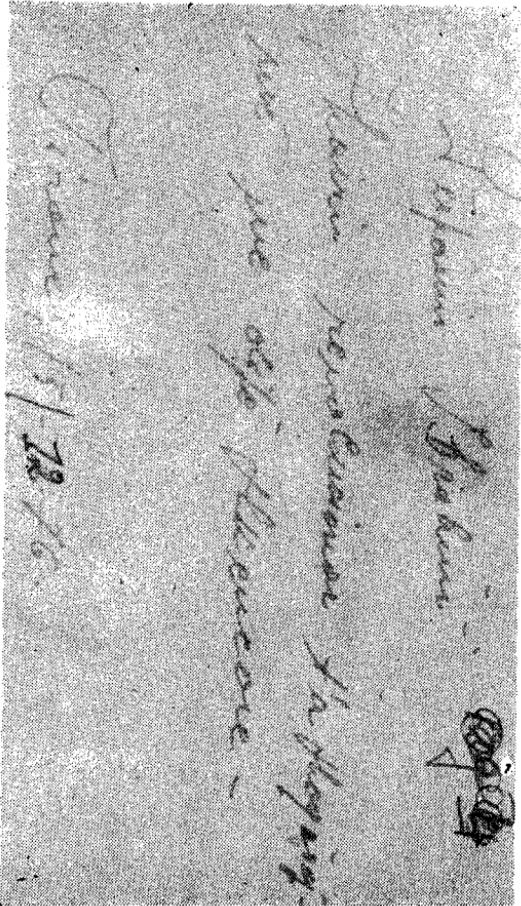


Foto 5

## R e s u m é

## UN CAS D'APHASIE GLOBALE D'ORIGINE INFECTIEUSE

Les auteurs décrivent un cas d'aphasie globale d'origine infectieuse. L'examen neurologique de ce patient âgé de 20 ans a révélé un strabisme divergent gauche. Dans les premiers jours d'hospitalisation, en dépit des traitements administrés, le syndrome méningé persistait, il était incapable de parler; cette aphémie accompagnée d'une hémiplégie du côté droit, était apparue subitement et elle a été constatée quand le patient fut sorti de l'état comateux dans lequel il était tombé au début de sa maladie. Le recouvrement de la parole a suivi une progression analogue à celle qui s'opère chez l'enfant qui commence à parler.

Comme conséquence du traitement administré au patient, celui-ci s'est intégré progressivement plus à son environnement et cela jusqu'à sa complète guérison. Il a repris aujourd'hui sans difficulté ses occupations antérieures, il parle et écrit; et ne manifeste aucune altération de l'intelligence.

Les auteurs concluent que dans des cas analogues il est nécessaire de déterminer la nature infectieuse de l'affection; en excluant les autres causes plus importantes d'aphasie.

## NDIHMA QË JEP PUNKSION BIOPRIA E HEPARIT NË DIFERENCIMIN E HIPERBILIRUBINEMIVE IDIOPATIKE

— GOJART CERGA — SHEFKI GUMA —

(Katedra e Patologjisë së Përgjithshme; Instituti i kërkimeve mjekësore ushtarakë)

Hiperbilirubinemittë paraqesin një kapitull të vështirë në patologjinë e heparit. Në praktikën tonë nuk janë të rralla rastet që hasemi me të sëmure, të cilët paraqesin hiperbilirubinemini të zgjatur. Na del detyrë të përcaktojmë natyrën e kësaj bilirubinemie. Rasti ynjë, që po përshtuarj më, i përket grupit të hiperbilirubinemive idiopatike, prandaj po lënë mënjanë ato sekondaret si p.sh. post hepatiket.

Në grupin e hiperbilirubinemive idiopatike futen kryesisht tri sindroma:

- 1) Sindroma «Gilbert ose ikolemia thjesht familjare.
- 2) Sindroma «Dubin — Johnson Sprinz — Nelson».
- 3) Sindroma «Roter».

Sindroma Dubin—Johnson Sprinz—Nels është përshtuar për herën e parë në vitin 1954 (3, 9). Kjo sindromë karakterizohet me të dhëna klinike, laboratorike, radiologjike dhe histopatologjike (në materialin e punktion biopsisë së heparit), të cilat, duke i analizuar së bashku, përcaktojnë përfundimish mundësinë e vëties së diagnostës së kësaj sindrome.

Filiimi i sëmundjes (apo shfaqja e ikterit) mund të ndodhë në çdo moshë, por zakonisht shfaqet në moshat e reja dhe ato mesatare. Sëmundja mund të fillojë ngadalë, nganjëherë si pasojë e ndonjë infeksioni apo sforco (istres). Në raste të rralla kjo sëmundje mund të ngjasojë me hepatitin akut epidemik. Sëmundja ka karakter intermitent, ikteri ndryshon intensitetin e tij, zakonisht shtohet gjatë infeksioneve shqëruuese, akteve, operatore, barrës etj.

Akutizimi i sëmundjes shoqërohet me dobësi, dhembje nën harkun

brinjor të djahtë, të përziera, të vjella, diare. Në periudhat e remisionit ikteri mund të zhdukjet fare, megjithëse përbajtja e bilirubinës në serum mbetet ende mbi normë. Në 50% të rasteve konstatohet rritje e heparit dhe e shpretkës.

Bilirubina në serum është e rritur 2-20 mg%/l, ku mbi 50% është direkte. Testi i BSP, që reflekton funksionin e skretor të qelizës hepatike, zakonisht jep retension të saj deri 20% (norma deri 5%). Të dhënat hematologjike përvashojnë ikterin hemolitik. Në urinë, pigmentet biliare dhe urobilina janë të rritura. Gjatë kolecistografisë, vezika biliare nuk injektohet fare ose injektohet shumë dobët. Në periudhën e remi-

sionit, kur bilirubina ulet nën 3.5 mg<sup>0.6</sup>, vezika biliare mund të injektohet normalisht.

Materiali biotik i marrë me punksion biopsi paraqitet me ngjyrë shumë të errët, histologjiksh struktura klasike trabekulare ruhet. Në protoplazmën e hepatociteve, sidomos atyre centroacinoze, ka grumbullim të theksuar të një pigmenti me ngjyrë kafe flori në formë granulaash të ashpra.

## R A S T I V N E

I sëmuri Sh.B., i dëbelindjes 1957, nga rrëthi i Tiranës u shtrua në repartin e gastroenterologjisë së IKMU me diagnostikën «gjendjes pas hepatitit viral» me nr. kartele klinike 903 viti 1976.

Në shtrrim, i sëmuri paraqiste këto ankesa: dhembje nën harkun brinjor të djathtë, shijë të hidhur në gojë, dobësi trupore, dalje me diarre të herëpasherëshme dhe zverdhje të syve. Këto shqetësimë i shthohejshin më tepër sidomos kur punonë në punë të rëndë. Sëmundja i ka filluar qyshtë qershor 1976, kur u shtrua në spitalin infektiv nr. 4 me diagnostikë «hepatit viral akut». Gjatë ekzaminimit objektiv, tek i sëmuri u vunë re shfaqje të ikterit në të dy sklerat, rritje e heparit 3 cm. dhe të shprekës 2 cm (foto 1).

Provati flokulacionit të heparit paraqisin nje devijim fare të lehtë nga norma. Gjendja e përgjithshme e të sëmurit ishte e mirë. U vendos të bëhet biopsia e heparit, e cila u shpua në katedrën e patologjisë së përgjithshme me diagnozë «hepatit kronik». Materiali i marrur për biopsi kishte një ngjyrë shumë të errët, që nuk e kishim parë në biopsitë e mëparshme. Pas marries së përgjigjes së biopsisë hepatike me nr. 2730/76, ku vhej diagnoza «Sindromë Dubin—Johnson Sprinz—Nelson» iu rikthyen edhe një herë anamnezës dhe ekzaminimeve të ndryshme të të sëmurit.

I sëmuri kishte qenë i shtruar dy herë në spital. Në fillim u dyshua për hepatit viral akut, pastaj për hiperbilirubinemi me origjinë të panjohur. Në vazhdim të pyetjetjeve (fashmë të orientuar nga përgjigja e punktion biopsisë së heparit), i sëmuri tregoi se qyshtë në fëmini ka urinuar me ngjyrë të errët çaji si dhe herëpashere kishte zverdhje të syve, aqë sa familjarët dhe shokët i thonin se mos vuante nga verdhiza. Kjo gjendje ka vazhduar deri në ditën e shtrimit.

Gjatë jetës së tij, i sëmuri nuk mban mënd të ketë kaluar sëmundje mban mënd të ketë pasur njeri të sëmure nga verdhëza.

Duke plotësuar më tej analizat për të sëmurin rezultoi: kolecistografi me kontrast nga goja nuk dha injektim të vezikës biliare (mëgjithëse i sëmuri u dërgua dy herë në radiologji me interval dy orë, ku u bënë dy radiografië përkate.

Më datë 12.XI.1976 bilirubinemia totale iu përsërit dhe, e ndarë në

fraksione direkte dhe indirekte, rezultoi: totalia 2.09 mg<sup>0/0</sup> me direkte 1.77 mg<sup>0/0</sup> dhe indirekte 0.32 mg<sup>0/0</sup>.

Né ekzaminimin e urinës u konstatua se ajo kiske ngjyrë të errët si tă konjakut, ndërsa pigmentet biliare—bilirubin dhe uroblin — ishin tă shtuar (++) . Fecet ishin tă ngjyrosura normalisht. Né elektoforezë u vu re një ulje e pakët e albuminave dhe shkim tă pakët tă globulinave. Analizat e gjakut asgjë me rendesi.

Ekzaminimi histopatologjik i materialit tă marrur me punksion biopsi si tă heparit u trajtua me ngjyri me speciale histokimike si dhe me ato tă rutimes. Materiali i dërguar kishite gjatësi rrëth 1.5 cm. dhe paraqitej me qendrore e vendosur në qendër me parete tă rregullta. Né seksionet e ekzaminuara nuk është kapur hapesirë porto-biliare.

Ngjyrimet speciale rezultojnë: Trikrom verd dhe Gomori né normë: PAS tregoi një ulje tă pakët tă gjilkjenit né qelizat hepatike, ndërsa granulat pigmentare dalin pak pozitive (fig. 4). Skarlat R tregoi një pozitivitet tă lehrë tă granulave, ngjyrimet Perls, Turnbull dhe Parku dlinin negativ; Shmorli dilte miaft pozitiv; Lilie gjithashu pozitiv; Feulgen dilte pak i utur, ndërsa granulat pigmentare dlinin miaft tă dukshme (foto 5). Fosfataza alkaline né normë, ndërsa fosfataza acide, pak e ulur (foto 6).

Duke u mbështetur né tă dhënat e sipërme u konkludua se kemi tă bëjmë me Sindromën Dubin—Johnson Sprinz — Nelson.

## D I S K U T I M

Raste tă tilla përshtkuhen rrallë. Né 650 raste me punksion biopsi tă heparit, ky është rasti i dytë që ne takojmë. Né vitin 1970, për herë tă parë përshtkuhet një rast me «*ikteri kronik idiopatik i tipit përafërshtit Dubin—Johnson Sprinz—Nelson*» (9). Né atë material, autorë e konsideron si arbitrale vënien e kësaj diaqnoze, sepse nuk e ka pasur të mbështetur në ekzaminimin histopatologjik. Nga shumica e autorëve pranohet se kjo sëmundje ka karakter trashëgimie familjare (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8). Né bazë tă të dhënavë që disponojmë (anamnesik) nuk mund tă themi se nga kjo sindromë vuani ndonjë antar tjetër i kësaj familje. Në lidhje me hiperbilirubineminë, e cila është shenjë kryesore e sëmundjes, ende nuk ka mendim tă prerë pér tă shpjeguar shtimin e saj. Kemi rritje tă retensionit tă BSP dhe mosinjektim tă vezikës biliare. Siç duket këto kanë tă bëjnë me një defekt ekskretor tă heparit pér lëndën që përmëndém më sipër (1,7).

Interesant është fakti i grumbullimit të një pigmenti të vecantë në protoplazmën e hepatociteve. Ka autore që thonë se ky pigment mund të jetë i përafërtë me lipokromin apo melaninën (1, 4, 7). Kohët e fundit ky pigment trajtohet si polimer i melaninës (5).

Në bazë të ngjyrimeve tona histokomike rezulton se pigmenti përmban karbohidrate, proteina dhe yndryma, nga ana tjetër del pozitiv si ngjyrimi specifik për lipokromin ashtu edhe ai për melaninën. Kështu ne nuk jemi në gjendje që të japim një mendim të prerë se çfarë natyre ka pigmenti i depozituar.

Në mjeqimin e të sëmurëve me këtë turbullim të metabolizmit të bilirubinës mendimi më i rëndësishëm është se kjo anomali është bënnije dhe nuk çon në paaftësi ose shkurtim të jetëgjatësë dhe operacioni i traktit biliar bëhet i panevojsjshëm (2).

Dorëzuar në redaksi më 15.V.1977

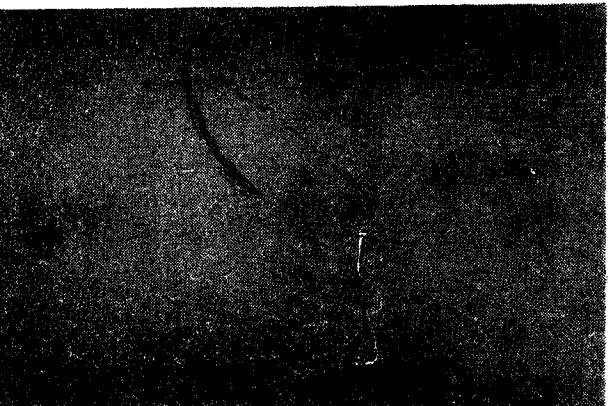


Foto 1

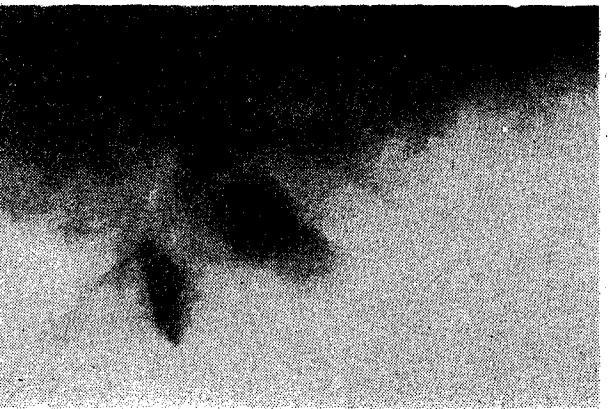


Foto 2

Vihet re zmadhimi i heparit dhe i lienit.

Vërehet mungesa e injektimit të kole-

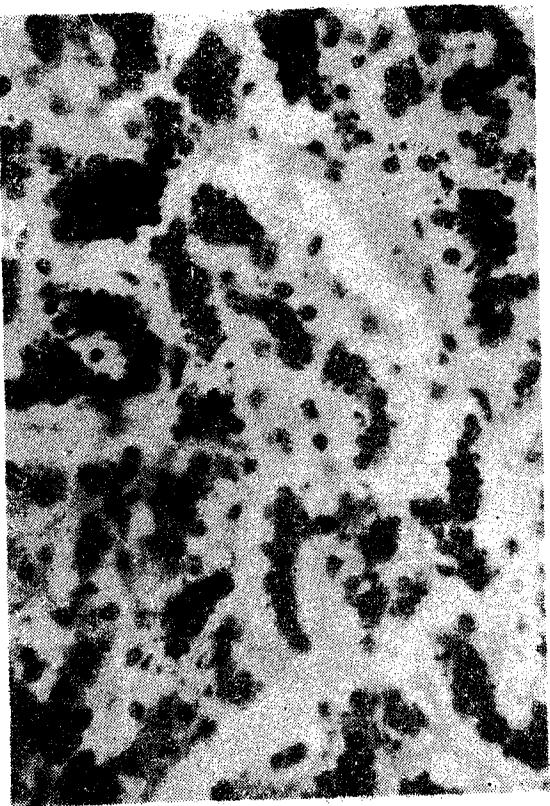


Foto 3

Ngjyrimi i H. E. zmadhimi  $40 \times 10$ . Vërehet grumbullim i theksuar i pigmentit sidomos në hepatocitet centroacinozë.

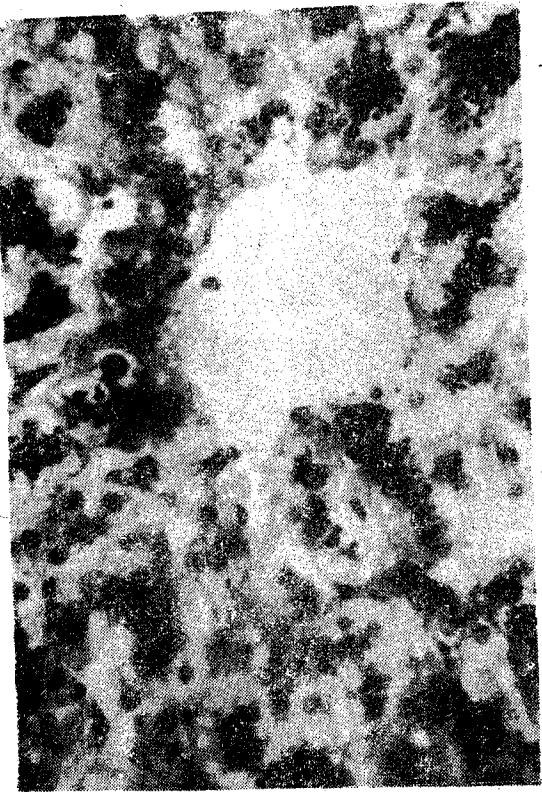


Foto 4

Ngjyrimi PAS  $40 \times 10$ . Granulat pigmentare paraqiten PAS pozitive.

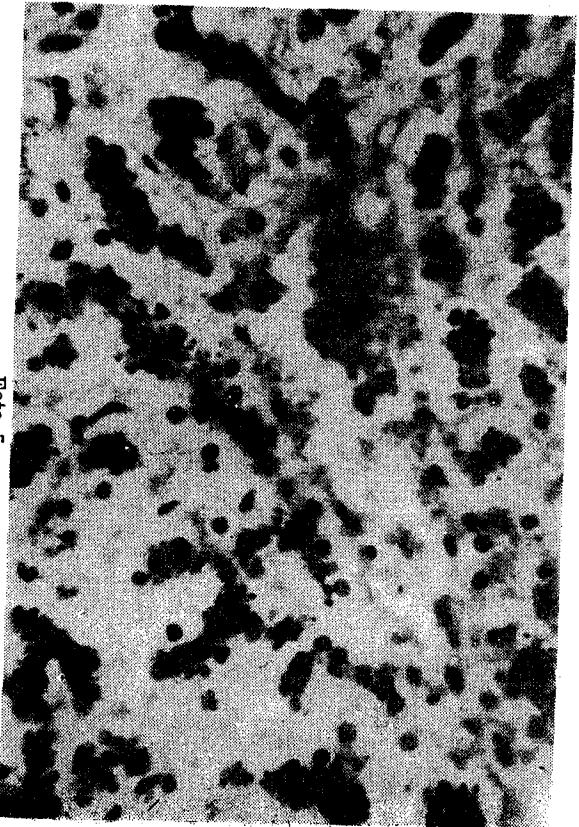


Foto 5

Ngjyrimi Feulgen 40 x 10. Vihet re se granulat pigmentare dalin njatt qarrië në protoplazmën e hepatociteve.



Foto 6

Ngjyrim Fosfataze Acide 10 x 10. Vihet re ulje e ngjyrimit për fosfatazën acide.

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

1. Anderson W.A.D.: Dubin—Johnson—Sprinz—Nelson, Pathology, 1971, f. 1231.
2. Beeson—Mc Dermott: The Dubin—Johnson Syndrome, Text—book of Medicine, 1975, 1346.
3. Bitti P.: Sémundžia e Dubin—Johnson Sprinz—Nelson, Patologija Morfološke, Tij- ranë 1975, 143.
4. Gaunter P., Simard S., Perrault H. dhe Jouneau F.: La pigment hépatique de la maladie Dubin—Johnson. Annales D'Anatomie Pathologique 1963, 4, 541.
5. Harrison T.R.: Deficits Familiaux de la fonction exataétrice hépatique, Principes de médecine interne, de Dubin Johnson (ictère chronique idiopathique), Principe de médecine interne, 1974, 1600.
6. Kondo T., Kuchiba K. and Shimizu Y.: Coproporphyrin isomers in Dubin—Johnson Syndrome. Gastroenterology, 1976, 70: 117.
7. Robins L.S.: Dubin Johnson disease, Textbook of pathology, 1967, 901.
8. Stowens D.: The Dubin Johnson syndrome, Pediatrics Pathology, Second edition, 1966, 396.
9. Theodossi J.: Ikteri idiotipatik i tipit, pärärsisht, Dubin—Johnson. Buletini i Meksiķe Ustnarake, 1970, 1, 64.

## S u m m a r y

### PUNCTURE BIOPSY OF THE LIVER IN THE DIFFERENTIATION OF IDIOPATHIC HYPERBILIRUBINEMIA

Various kinds of idiopathic hyperbilirubinemia are described and a case of Dubin—Johnson Sprinz—Nelson syndrome is presented.

The analysis of that case shows that the diagnosis of the varieties of idiopathic hyperbilirubinemia is facilitated by the histopathological examination of the material obtained by puncture biopsy of the liver.

By using a special histochemical staining, it was demonstrated that the pigment accumulated during the illness gives reactions which prove that the pigment contains carbonates and lipids similar to those found in both lipochrome and melanin.

## R é s u m é

### ROLE DE LA PONCTION BIOPSIE DU FOIE DANS LA DIFFEREN- CIATION DES HYPERBILIRUBINES IDIOPATHIQUES

Les auteurs décrivent d'abord les types d'hyperbilirubines idiopathiques puis s'arrêtent en particulier sur un cas de syndrome «Dubin—Johnson, Sprinz—Nelson».

L'analyse de ce cas fait clairement apparaître que dans l'établissement du diagnostic du type d'hyperbilirubine idiopathique, il convient d'effectuer l'examen histopathologique des tissus du foie prélevés par ponction biopsie.

Au moyen de colorations histo chimiques spéciales, les auteurs ont établi que le pigment qui s'accumule au cours de cette maladie cause des réactions indiquant qu'il contient tant de carbonates que des lipides et qu'il est similaire au lipochrome et à la métazine.