

PERVETËSIMI I DIJENIVE PROFILAKTIKE DHE ZBATIMI I TYRE NË JETË

— SKENDER SKENDERAJ —

(Në Aparatin e Këshillit të Ministrave)

Partia, gysh në fillim, shëndetësisë sonë i ka dhënë orientim profilaktik, duke u drejtuar kryesisht në ruajtjen dhe forcimin e shëndetit të masave punonjëse, nëpërmjet masave higjieno-sanitare e parandaluese për të mos u shfaqur sëmundjet e ndryshme dhe veçanërisht ato infektive. Ky orientim i madh dhe largpamës është kuptuar dhe zbatuar drejt nga punonjësit e shëndetësisë dhe ka bërë të mundur që të përmirësohen një sërë treguesish. Karakteri profilaktik i shëndetësisë sonë u theksua në mënyrë të veçantë në Plenumin e XI të KQ të PPSH në janar të vitit 1971, vendimet e të cilit u bënë program pune e përpleqësh për gjithë institucionet tona shëndetësore, që, të udhëhequr nga organizatat-bazë të Partisë dhe në bashkëpunim me organizatat e masave, kanë arritur rezultate të kënaqshme për forcimin dhe përmirësimin e shëndetit të popullit.

Rezultatet e mira që janë arritur në fushën e profilaksisë e të forcimit të shëndetit të popullit nuk kanë të krahassuar me të kaluarën. Kështu, zhdukja e sëmundjeve ngjitëse si malarja, sifiliz, trakoma etj., arritjet në uljen deri në raste të tralla të difterisë e poliomielitit, ulja në mënyrë të ndjeshme e rasteve me tuberkuloz dhe pakësimi i sëmundjeve ngjitëse në përgjithësi janë rezultat i një pune të organizuar e këmbëngulëse të organeve tona shëndetësore në qendër e në bazë, që zbatojnë me besnikëri mësimet e Partisë dhe të shokut Enver.

Si për të gjitha fushat edhe për shëndetësinë, në Kongresin e 7-të të Partisë u shtruan një seri detyrash të rëndësishme për ruajtjen dhe forcimin e shëndetit të popullit. Shoku Enver porositi: «Të forcohen e të zgjerohen masat higjieno-sanitare e profilaktike, veçanërisht në fshat dhe në zonat e thella, duke e rritur më shumë kujdesin për mbrojtjen e shëndetit të nënës e të fëmijës».

Këto detyra që shtrou Partia para punonjësve të shëndetësisë duhet të kuptohen në të gjitha aspektet, por së pari nga ana ideologjike e politike, në mënyrë që të realizojmë më së miri, duke punuar me ndërgjegje të lartë, duke vlerësuar njeriun si kapitalin më të çmuar dhe duke kuar vazhdimisht nga veçija dhe shokët çfarë kemi bërë, çfarë nuk kemi bërë, pëse nuk e kemi bërë dhe çfarë duhet të bëjmë në të ardhmen, që profilaksia të bëhet ide mbisunduese e gjithë punonjësve të shëndetësisë.

Aktiviteti kombëtar i shëndetësisë, i mbajtur më 8-9 prill 1977, përcaiktoi qartë detyrat konkrete që shtrouhen para punonjësve të shëndetësisë dhe

shkollës sonë mjekësore, në ditën e Kongresit të 7-të të PPSH dhe tre-goi mënyrat e rrugët për arritjen e objektivave të caknuara. Për të kryer këto detyra është e nevojshme një mobilizim i gjithanshëm i forcave dhe i mjeteve, duke gjetur mënyra dhe forma pune nga më praktiket e të larmishme që të arrijmë higjienizimin e plotë e të shpejtë të qyteteve dhe fshatrave tona. Vetë zhvillimi ekonomik e shoqëror i vendit tonë ka krijuar të gjitha kushtet për një punë më të organizuar e të frytshme në fushën e profilaksisë e të higjienës. Tek të gjithë punonjësit e shëndetësisë duhet të rrenjosej thellë koncepti i profilaksisë dhe me punë të vazhdueshme në kolektiva e grupe të punonjësve, të arrijmë atë që mbrojtjen dhe forcimin e shëndetit të punonjësve ta bëjmë veprë të vetë populit, por për këtë duhet punë këmbëngulëse nga çdo mjek, stomatolog, farmacist, laborant, infermier etj.

Orientimi profilaktik i shëndetësisë sonë presupozon që qysh në shkollë duhen rrenjosur konceptet profilaktike, ato duhet të paraprijnë djentitë e tjera mjekësore dhe të bëhen mbështetje e fortë për brumosjen e kuadrove të reja mjekësore.

Në fakultetin tonë përgatisim mjekë të përgjithshëm, farmacistë e stomatologë dhe djentitë profilaktike duhet t'i marrin nëpërmjet lëndëve të programuara qysh vitin e parë të fakultetit. Vetë mjeku i përgjithshëm duhet të jetë i formuar në drejtimin profilaktik sapa mbaron studimet, në mënyrë që të jetë i aftë e i pavarur për të punuar si mjek i përgjithshëm në çdo vend, në fshat, në ndërmarrjet industriale, në poliklinikë apo në spital.

Rrënjosia e koncepteve profilaktike në fakultetin e mjekësisë duhet bërë jo vetëm nga lëndët speciale, si p.sh. nga higjiena, por edhe nga të gjitha disjiplinat e karakterit paraklinik ose klinik.

Pas Plenumit të XI të KQ të PPSH për shëndetësinë, të gjitha katedrat rishikuan dhe ndryshuan programet mësimore në përputhje me vendimet e tij, duke u dhënë përparsi problemeve të profilaksisë. Vendimet e Kongresit të VII të PPSH hapën horizonte të reja zhvillimi për shëndetësinë tonë socialiste dhe vunë para nesh një varg detyrash të rëndësishme, sidomos në fushën e profilaksisë. Pedagogët e fakultetit të mjekësisë bënë një punë serioze për të pasqyruar sa më mirë në programet mësimore vendimet historike të këtij Kongresi. Tani lind detyra e vënies sa më mirë në jetë të ndryshimeve që iu janë bërë programeve, duke u dhënë vendin e duhur problemeve të parandalimit të sëmundjeve.

Për sektorin e higjienës mbetet si detyrë që të njihet më mirë me shërbimin sanitar — higjienik dhe me punën konkrete që bëjnë IHE-së dhe DHE-së në gender e në rrethe. Nga një bashkëpunim më i mirë ndërmjet sektorit të higjienës dhe këtyre institucioneve do të kishte një dobi më të madhe fusha e profilaksisë.

Në lëndën e dermatologjisë mendojmë se mund të organizohet më mirë njoftja e studentëve me provat për diagnostikimin e dermatozave, për zbulimin, depistimin dhe mjekimin e hershëm të dermatomykozave. Në një pjesë të lëndëve klinike duhet t'i kushtohet më shumë vëmendje problemit të parandalimit të sëmundjeve si p.sh. profilaksisë së neurozave, furunkulozave, tetanozit etj. pa lënë pas dore mjekimin e tyre. Po kështu duhet treguar kujdes më shumë për higjienën e grave shtatzëna, lehonave dhe fëmijëve të porsalindur. Në lëndët përkatëse duhet t'i ihet vend më shumë problemit të profilaksisë. Një rëndësi të

madhe duhet ti jepet gjithashtu profilaksisë së dëmtimeve optike, infeksioneve të syrit, traumatizimeve të rasisit në prodhim, duke i parë këto në prizmin e mënjanimit të sëmundjeve dhe dëmtimeve të punonjëseve.

Në punën përgatitore të kuadrove të shëndetësisë duhet të kemi parasysh porosinë e shokut Enver Hoxha: «Çdo punë e Partisë dhe e Pushtetit tonë popullor, gjithë veprimtaria e tyre përmëmban atë synim të madh që njeriu tek në të gëzojë shëndet të mirë».

Një gëshkje tjetër që duhet të kemi parasysh është gërhëtimi i dijenive që merren nëpërmjet lëndëve mësimore me ato që përvetësohen nga kërkimet shkencore të studentëve. Puna kërkimore shkencore, sado fillestare për studentët, duke u udhëhequr me kujdes nga pedagogët, duhet të përqëndrohet më tepër në problemet profilaktike të mjekësisë sonë. Do të ishim të mendimit që tema të tilla si ushqyerja e popullsisë dhe vlera e vitaminave, e kriprave minerale për mënjanimin e disa sëmundjeve, ushqimi i rregullt dhe i organizuar i femijëve dhe ndikimi i tij në sëmundshmërinë e aparatit tretës, zhvillimi fizik dhe psikik i femijëve dhe adoleshentëve në varësi nga përmirësimi i kushteve ekonomiko-materiale dhe kulturore të popullit tonë, gjendja higjieno-sa-nitare e ujit të pijshëm, të parë në aspektin fiziko-kimik dhe bakterio-logjik, e gërshehtar me sëmundshmërinë gastrointestinale, sipas vendburimeve të ujërave lokale apo dhe të përqëndruara, ndotjet industriale e bujqësore nga lëndët kimike të para, të përpunuara apo produktet përfundimtare, që mund të ndolin ajrin, ujin dhe tokën për gark janë me interes dhe vlerë të madhe praktike dhe, si pasojë, do të tërhiqin mendimin e studentëve për problemet profilaktike. Nga ana tjetër, marrja në studim e disa gëshjtjeve profilaktike e terapeutike si sëmundshmëria e hepatitit viral, e salmonellozave, të dizenterisë e gastroenteritëve virale, do të zhvillojnë në tej horizontin profilaktik të studentëve. Studimet shkencore të pedagogëve dhe studentëve mund të shtrihen edhe në problematikën e kohës si sëmundshmëria dhe diagnoza e herësime e sëmundjeve profesionale dhe lufta e organizuar për uljen e tyre, studimi i rrugëve të infeksionit dhe lufta e organizuar në formë ekipesh në bashkëpunim me shërbimin veterinar për zhdukjen e plotë dhe të shpejtë të dermatomykozave, studimi i paafësisë së përkohshme në punë dhe rrugët për uljen e mëtejshme etj.

Zgjidhja e detyrave të përmëndura më sipër kërkon hartimin e metodikave të studjuara mirë të kërkimeve shkencore dhe me mobilizimin e gjithanshëm të pedagogëve dhe studentëve, do të kishim arritje më të mira në përvetësimin e dijenive profilaktike. Për këtë qëllim, ashtu si përdoren klinikat si bazë praktike, ashtu duhet të përdoren edhe labororet e reparatit e ndryshme të Institutit të Higjienës dhe Epidemiologjisë, mjekët e ardhshëm duhet të mësojnë problemet më kryesore sanitaro-epidemiologjike dhe të konkretizojnë dijenitë teorike, që fitojnë nëpërmjet leksioneve dhe teksteve.

Në qendrat shëndetësore të disa ndërmarrjeve industriale si në Tiranë ashtu dhe në zona të ndryshme industriale, studentët mund të njihen konkretisht me mënyrën e organizimit dhe të shërbimit në varësi nga specifika e tyre (industri kimike, tekstile, miniera, ushqimore etj.). Në shfëpitë e arsimit shëndetësor mund të konkretizohen më mirë format e ndryshme të propogandës që duhet të përdorë mjeku i për-

gjithshëm, si duhet t'i gëshetojë këto, si duhet ta zhvillojë arsimin shëndetësor në kushtet e fshtatit apo të qendrës shëndetësore të ndërmarjes etj.

Per pergatitjen e inteligjencës dhe të kuadrove, shoku Enver Hoxha thekson: «Partia kërkon nga inteligjenca të rrisë vazhdimisht ditjet e veta dhe t'i verë ato në shërbim të ndërtimit socialist të vendit, të marrë pjesë aktive në revolucionin tekniko-shkencor dhe në tërë zhvotimin e kulturës socialiste». Këto porosi të shokut Enver duhet t'i bëjmë realitet edhe për përgatitjen e kuadrove të reja mjekësore, të cilët duhet të jenë të brumosura ideologjikisht dhe teknikisht.

Mendojmë se viti i stazhit të mjekut të përgjithshëm duhet të bëhet jo vetëm në klinikat, siç zbatohet deri tani, por edhe në shërbimet e profilaksisë, si p.sh. pranë drejtorive të higjienës dhe epidemiologjisë, Institutit të Higjienës dhe Epidemiologjisë, të shërbive dhe kabineve të arsimit shëndetësor. Në formimin e mjekut, ne duhet t'i japim një rëndësi të veçantë profilaksisë, sepse edhe orientimi i mjekësisë sonë është profilaksia dhe, në sajë të zbatimit me sukses të masave parandaluese, kemi arritur rezultate të dukshme në shëndetësinë tonë socialiste.

Programi i stazhit dhe i provimit të formimit të mjekut mendojmë se duhet të organizohet më mirë. Është e nevojshme që të futen tema të profilaksisë si nga higjiena, epidemiologjia, sëmundjet ngjitëse, mikrobiologjia, dermatologjia etj, në mënyrë që formimi i mjekut tonë të përgjithshëm të bëhet sa më mirë me mësimet bazë të profilaksisë, duke u ndalur veçanërisht në ato probleme që shqetësojnë më tepër jetën, praktikën mjekësore dhe shëndetësinë tonë përgjithësisht. Këto tema të higjienës e Epidemiologjisë të programuara për periudhën e stazhit duhet të përfshihen edhe në programin e provimit të formimit.

Zbatimi në jetë i dijeve mjekësore që fitohen në shkollë, përgjithësisht, është kryer mirë në përshatje me detyrat dhe objektivat që ka shkolla jonë për formimin e kuadrove mjekësore, por vërehet se ka mbivlerësime dhe dëshira të tepëruara për disiplina e specialitete klinike si kirurgjia, endokrinologjia, neuropsikiatria, okullistika etj. Ka studentë e ndonjë mjek që shprehin aty-këtu edhe prirje për të nënvlefësuar specialitetet e profilaksisë. Duhet të kuptohet gartë nga të gjithë se baza e mjekësisë sonë është profilaksia. Këqintërpahimet në këtë drejtim janë të karakterit subjektiv, ato nuk kanë asgjë të përbashkët me detyrat e mëdha që i shtrohen shëndetësisë sonë nga Kongresi i 7-të i Parisë, si dhe nga Plenumi i XI i KQ të PPSH.

Per të luftuar shfaqjet e padëshiruara të disa kuadrove që kanë për qëllim të largojnë specialitetin e tyre nga problemet e profilaksisë, rëndësi të veçantë ka të thyhet koncepti i gabuar, sipas të cilit, mjekësia lidhet vetëm me klinikën. Mjeku i përgjithshëm apo specialistët e ndryshëm në mjekësi duhet të jenë të formuar edhe si higjienistë me dije të plota profilaktike, ashtu edhe si klinicistë për t'i shërbyer popullit në çdo skaj të Atdheut dhe në çdo kohë që ta lypë nevoja.

Mendojmë se edhe Këshilli shkencor pranë Ministrisë së Shëndetësisë duhet të bëjë, që, në bashkëpunim me katedrat e Fakultetit të mjekësisë, seksionet e shëndetësisë, Institutin e Higjienës e Epidemiologjisë si dhe me drejtoritë e higjienës e epidemiologjisë së rretheve, që të bashkërendohen temat studimore, që të ndahen detyrat për studimet,

e ndryshme profilaktike, të caktohen afate në mënyrë që të përgatitemi seriozisht dhe me baza shkencore për konferencën e dytë kombëtare higjienike. Pra, përvetësimi i dijetve profilaktike duhet të bëhet i gërshtuar në të gjitha disiplinat shkollore të fakultetit, të krijohet përgatitja e gjithanshme për t'i zbatuar ato në jetën e përditshme e të bëhen të padara nga puna e çdo mjeku për të justifikuar nderin e madh që na bën Partia dhe populli, duke na përgatitur si kuadro të larta dhe çdo student e mjek ta ndjejë për nder e krenari të jetë «shërbëtor i popullit».

Dorëzuar në redaksi më 20 gusht 1977

S u m m a r y

THE ACQUISITION OF PROPHYLACTIC KNOWLEDGE AND ITS APPLICATION IN PRACTICE

The paper emphasizes the importance of the work accomplished in protecting and fortifying the health of the working masses. The prophylactic orientation of our health service has created opportunities to raise the hygienic standard of the country and to reduce the spread of transmissible diseases.

The 11th Plenum of the Central Committee of the Albanian Party of Labour has clearly defined the future course and has laid down a number of important duties aimed at protecting and improving the health of the population. The mobilization of the medical workers has made it possible to eradicate several diseases which in the past have been a deplorable sore of society.

At present the workers of the health services are endeavouring to put into effect the objectives laid down by the 7th Congress of the Albanian Party of Labour.

The faculty of medicine provides for the future doctors opportunities to acquire adequate knowledge in prophylaxis not only in the course of Hygiene, but also in all the other medical disciplines. In its efforts to intensify the acquisition of prophylactic concepts on the part of the students, the faculty of medicine has reviewed teaching programs in accordance with the decisions of the 11th Plenum and the 7th Congress of the Albanian Party of Labour.

The paper makes an appeal for a still more efficacious inclusion of the prophylactic concepts in the research activity of the students and the pedagogues.

R é s u m é

L'ASSIMILATION DES CONNAISSANCES PROPHYLACTIQUES ET LEUR APPLICATION PRATIQUE

Dans cet article, l'auteur met en lumière le travail accompli dans le domaine la sauvegarde et du renforcement de la santé des masses populaires. L'orientation de notre santé publique dans le sens de la prophylaxie a rendu possible l'élevation du niveau hygiéno-sanitaire et une réduction au minimum des maladies contagieuses.

Le XI^e plénum du CC du PTA a déterminé les voies à suivre en ce domaine et fixé une série de tâches importantes pour la protection et le renforcement de

la santé publique. Grâce à la mobilisation de tous les travailleurs de la santé, on a réussi dans notre pays à supprimer une série de maladies, qui constituaient des plaies de l'ancienne société.

L'auteur indique qu'aujourd'hui les travailleurs de la santé travaillent dans un esprit de mobilisation pour mettre en oeuvre les tâches fixées par le VII^e Congrès du PTA.

La Faculté de médecine, souligne l'auteur, forme des cadres, qui, tout au long du programme d'études, acquièrent des connaissances sur la prophylaxie, non seulement à travers les matières traitant de l'hygiène proprement dite, mais aussi à travers toutes les autres disciplines. L'auteur souligne aussi qu'il convient de déployer de plus gros efforts pour inculquer les notions de prophylaxie. A cette fin, à la Faculté de médecine les programmes d'études ont été revus conformément aux décisions du XI^e plénum et du VII^e Congrès du PTA.

L'article attire l'attention sur la nécessité de combiner plus judicieusement les connaissances prophylactiques et le travail de recherche scientifique des étudiants et des enseignants.

APARATET E PËRDORURA NË MJEKIMIN E ANOMALIVE TË NOFULLAVE DHE DHËMBËVE

— DHIMITRA LIRA — NIKOLETA PAPAORGJI — XHEVRIE DANO —
— MYZEJEN MURATI —

(Klinika nr. 2 e dhëmbëve dhe hapësirës së gojës — Tiranë)

Në praktikën e përditshme ndeshim anomali të ndryshme të nofullave dhe dhëmbëve e këto të shprehura në shkallë e variante nga më të ndryshmet. Për këtë arsye dhe aparatet që përdoren për mjekimin e tyre janë të shumtë e të ndryshëm. Ata dallohen nga njëri tjetri prej mekanizmit të veprimit, mënyrës së fiksimit dhe metodave të zhvendosjes (me tërheqje ose presion).

Me qëllim që të venë në jetë parullën e Partisë, që kursimi të jetë problem i ditës kuado, në qdo gjë e vazhdimisht (1, 2), ne i vumë vetes për detyrë, që, gjatë mjekimit të anomalive të sistemit dhëmbë-nofull-lytrë, të kursejmë jo vetëm materialet për përgatitjen e aparateve, por sidomos kohën e mjekut, laborantit dhe fëmijëve, rrjedhimisht do të kriohen mundësi më të mëdha për të zbatuar masat e gjëra profilaktike në një numër të madh fëmijsh, gjë që do të ndikojë në zbatimin e vendimeve të Plenumit të XI të PPSH.

Kemi marrë në studim 231 persona të moshave nga 3-25 vjeç me anomali të ndryshme të sistemit dhëmbë-nofulla, të mjekuar me aparate të lëvizshëm, (të pafiksuar në dhëmbët e fëmijës) dhe të palëvizshëm (të fiksuar). Kjo ndarje e aparateve bëhet nga shumë autorë (4, 5, 7, 8), (pasqyra).

Sikurse shihet nga pasqyra për mjekimin e anomaliave të nofullave dhe dhëmbëve; në 215 raste (ose 93,73%/o) janë përdorur aparate të lëvizshëm dhe vetëm në 16 raste (6,27%/o) aparate të palëvizshëm.

Aparatet e lëvizshëm ne i kemi grupuar dhe sipas veprimit: në ta me veprim mekanik, ku përfshihen aparatet, që si burim forcash ër korrigjimin e anomalive, janë shfrytëzuar mjeket ndihmëse artificiale- ë nëpërmjet aktivizimit të herëpashershëm. Me këto aparate janë trajtuar 130 raste (60,46%/o).

Në nëngrupin e dytë janë përdorur aparate me veprim të gërshetjar mekanik e funksional, ku përfshihen 78 (36,27%/o). Në këta janë ërdorur si burimet e forcave artificiale ashtu dhe ato natyralet dhe idomos forcat e muskuajve përtypës.

Në nëngrupin e tretë paraqiten 7 raste (3,25%/o), të cilët janë trajtuar me aparate funksionale, këtu është shfrytëzuar veprimi i forcave ë muskuajve përtypës, që përftohët nga takimi i radhëve të dhëmbëve

PASQYRA: ANOMALIT E NOFULAVE, DHËMBËVE DHE APARATET PËR KORIGJIMIN E TYRE

ANOMALIT	DHE NOFULAVE DHËMBËVE	M O S H A												
		PROGNAT + OK.	THELLE	PROGNI E RE- ME MIKROGNATI	PROGNI E VËRTEJE	PROGNI + OK	HAPUR	OK. I THELLE	OK. I HAPUR	KOMP. FRONT I QREGULLT	DIASTEMA	ROTACIONE	DHEMBË TË RETINUAR	SUPRA OK. ME MUNGËSE VENDI
P. Q. susta shytëse		2	1	1	1	1	1	3	4	7	1	1	1	11
P. L. në sus- ta spirale		2	1	1	4	1	1	6	1	2	2	1	7	7
P. Q. me vi- de sigjeruese		1	1	30	4	1	2	1	1	4	1	1	16	7
P. L. me rafsh okuzol		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	43
P. Q. Me su- sta Prodnud shytëse.		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7
P. Q. e injeshitë		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38
P. Q. e rafsh okuzol		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
P. Q. e P. vestib		7	5	5	1	5	2	2	8	4	4	4	25	22
P. Q. rafsh i pjeret		3	6	6	2	2	2	2	4	1	1	1	4	4
Monoblok		3	6	2	2	2	2	2	4	1	1	1	4	4
P. Q. rafsh katshus		2	2	2	2	2	2	2	4	1	1	1	22	22
P. Q. me dhëmbë artificial		2	2	2	2	2	2	2	4	1	1	1	4	4
P. Q. me rijetë tall		2	2	2	2	2	2	2	4	1	1	1	4	4
Rafsh e pje- rët funksional		2	6	6	1	2	2	6	6	1	1	1	10	10
Gjithësej		19	14	14	6	4	4	59	12	27	1	1	215	15
Aparat prej rezine		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5
Imitim aneshneto li metali		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10
Korona me rafsh të pjeret		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5
Gjithësej		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	16
APARATET E LËVIZËSHME		130 (60,46%)												
ME VEPRIM MEKANIK		78 (36,27%)												
TË KOMBINUAR		3,25%												
MEKANIK FUNK.		93,73% 15 (93,75%) (6,25%) 6,27%												
APARATET EPALËVIZ		93,73% 15 (93,75%) (6,25%) 6,27%												

mbi aparat. Ky veprim është ndjekur nëpërmjet reagimit të paradonciunit, i cili nëpërmjet dhëmbjes, paraqitet si rregullues biologjik.

Sikurse shihet, për mjekimin e 215 fëmijëve janë përdorur aparate të lëvizshëm. Nga këta, në sasi më të madhe janë përdorur aparatet me veprim mekanik, të cilët pasohen prej aparateve me veprim të kombinuar dhe, së fundi, prej atyre me veprim funksional.

Në vartësi nga larmia e anomalive janë përdorur një sërë aparatesh të ndryshme. Për mjekimin e 130 rasteve me anomalji të nofullave dhe dhëmbëve janë përdorur aparate me veprim mekanik, kjo për shkak se është parë se në shumicën e rasteve, anomalitë kanë gënë të ndërlikura. Përdorimi i tyre na ka dhënë rezultate të mira, duke korrigjuar anomalitë në të gjitha drejtimet.

Më shpesh janë përdorur pllakat e qiellzës me sushta shtytëse e rrafshe mbi sipërfaqet përtypëse të dhëmbëve anësorë për korrigjimin e prognisë së rremë e mikrognatisë. Kjo metodë është parë e përhapatshme në mjekimin e formës së II, III e IV të prognisë së rremë, ne qëllim që forcat e ushtruara të zhvendosin tërësisht dhëmbët në trejtimin e duhur. Po ashtu vendin e dytë e ze pllaka e qiellzës me afsh në sipërfaqet përtypëse të dhëmbëve anësorë e përdorur për korrigjimin e okluzionit të thellë. Këto aparate janë përdorur kryesisht në moshën e sistemit të dhëmbëve të përzierë, ku ndërmjet pllakës së hëllzës me rrafshë mbi sipërfaqet përtypëse të sistemit të dhëmbëve të quënëshit iu lejohet gjashtave të përherëshme të zgjatën dhe, në këtë mënyrë, të ngremë okluzionin. Këto dy lloj aparate janë përdorur në rreth 90% të grupit të aparateve me veprim mekanik, pasi dhe anomalitë ku ndikohen kanë gënë në të shpeshta.

Në asnjë rast nuk kemi pasur ankesa nga ana e fëmijëve për dhëmbje në artikulationin temporo-mandibular, pasi ngrija e okluzionit shtë kryer në përmasat e qetësisë fiziologjike të nofullës së poshtme. Çur ngrija e okluzionit bëhet me këto përmasa, koka artikulare e mandibulës nuk pëson ndryshime. Kjo është vërtetuar nëpërmjet studimeve rontgenologjike (3).

Aparatet e tjera me veprim mekanik janë përdorur në vartësi të normalisë, të shkallës së tyre, ndryshimeve tipike për secilën dhe lersimit të metodës për aftësinë korrigjuese.

Në vlerësimin e rezultatit të përfutur, ne jemi nisur vazhdimisht nga vlerësimi i ndryshimeve si subjektive ashtu dhe objektive (dhëmbje, shtrëngim, skungje, zbehje, enjije e gingivës marginale etj.) në ardin ku ushtron forcën aparatit. Në të gjithë rastet tek të cilët janë zlikuar këto aparate nuk është vënë re asnjë ndryshim nga treguesit mësipërm.

Në 78 raste janë përdorur aparate të lëvizshëm me veprim të gërrëtuar. Në këto aparate vendin e parë e zë blloku i vetëm (monobloku). Ky është përdorur në 1/3 e rasteve të këtij grupi në anomalitë e çullave dhe dhëmbëve për shkak se e kemi vlerësuar si aparat me prim universal dhe, në të njëjtën kohë, kemi korrigjuar të dy radhët dhëmbëve. Përgatitja e tij është bërë në vartësi nga shkalla e zhvendosjes dhe lloji i anomalisë.

Në këtë grup, vendin e dytë e ze trajtimi i 22 rasteve, tek të cilët htë përdorur pllaka e qiellzës me rrafsh katshues. Ky aparat është përdorur kryesisht në okluzionin e thellë me qëllim për të presuar dhëmbët

frontalë nëpër proceset alveolare dhe dhëmbëve anësorë t'iu jepet mundësia për zgjatje. Atje ku okuzioni i thellë ka qenë i shogërtuar me sposim distal të notullës së poshtme gjithmonë është përdorur pllakë qjellze me rafsh të pjerrët. Aparatet e tjerë janë përdorur më rrallë në vartësi nga anomali të që janë paraqitur për mjekim.

Aparatet funksionale janë përdorur vetëm për progeninë e rremë dhe progeninë e vërtetë, sepse sikundër dihet, këtu kryhet veprimi më i efektshëm.

Numri i fëmijëve të mjekuar me aparate të palëvizshëm është më i pakët, gjithsej 16. Në 10 raste ne kemi përdorur aparat të palëvizshëm prej rezine artificiale (reshire), i cili mbështetet vetëm në sistemin e dhëmbëve, pra jo në procesin alveolar; në këtë qeshtje nuk u jemi përmbajtur rekomandimeve të autorit (8), i cili e përdor këtë aparat të lëvizshëm e të mbështetur edhe në procesin alveolar. Kjo për arsye se kemi vënë re, se pas aktivizimit të shinës vestibulare të aparatit të këtij të fundit, pjesa mbështetëse e tij bie, pra nuk qëndron në saje të ekuatorit të dhëmbëve, sikurse pretendon autori. Ky aparat është përdorur në të sëmuret me sistem dhëmbësh të përhershëm, sepse sigurohen forcat e nevojshme.

Në 5 raste kemi aplikuar imitim të aparatit Angel prej metali për të krahasuar rezultatet e këtij të fundit me 10 rastet e mësipërme.

Është vënë re se rezultatet e përfutara me aparatet e palëvizshme prej rezinës artificiale janë më të mira sidomos në drejtim të mënjanimi të ndikimeve negative tek dhëmbët mbështetës. Pozitive është se koha e nevojshme për përgatitjen e këtyre aparateve është më e shkurtër si për mjekim, laborantin ashtu dhe për të sëmurin. Edhe pas rezultatit të arritur, këto aparate janë ripunuar dhe shfrytëzuar për aparate të tjerë (6). duke përfutur 80% të reshirës (rezines). Në këtë mënyrë ne kemi zëvendësuar pothuajse krejtësisht aparatet metalike, të cilët kërkojnë kohë më të gjatë për t'u përgatitur dhe, pas një mjekimi, mbeten të papërdorshëm.

D i s k u t i m

Duke krahasuar numrin e të sëmurëve, tek të cilët janë përdorur aparate të lëvizshëm me ata të palëvizshëm del qartë se shifrat qëndrojnë larg njëra tjetrën. Aparatet e lëvizshëm janë përdorur në 93,73% të rasteve, kurse aparatet e palëvizshëm janë përdorur në 6,27% të rasteve.

Këto aparate janë përdorur në moshat parashkollore, shkollore dhe tek të rinjtë, pra në sistemin e dhëmbëve të përkohshëm, të përzjerë dhe të përhershëm. Në përgjithësi është vërejtur se fëmijët mbajnë më kënaqësi këto aparate, që me të drejtë në të njëjtën kohë, kryejnë punë profilaktike e mjekuese. Përkundrazi, sikundër dihet, aparatet e palëvizshëm jo vetëm që nuk këshillohen të përdoren në moshat parashkollore, por dhe krijojnë rrehana negative në zhvillimin e mëtejshëm të sistemit dhëmbor si dhe çenojnë higjienën e gojës, rrethanë ndihmuese për zhvillimin e kariesit të dhëmbëve dhe inflamacionin e indeve të buta rreth tyre.

Në të gjithë rastet, tek të cilët janë aplikuar aparate funksionale, sidomos në moshat parashkollore, nuk ka ndodhur asnjë rikthim në gjendjen fillestare. Korigjimi është kryer gjithmonë me lehtësi në sajë të zhvendosjes së muskujve, sepse këta të fundit, ende nuk kanë fituar devijime patologjike të qëndrueshme. Theksojmë se në këtë mënyrë kemi nxjerrë jashtë përdorimit aparatën e retencionit. Anë tjetër pozitive e aparateve të lëvizshme është dhe fakti se forcat ushtrohen me ndërprerje, duke aktivizuar aparatën nëpërmjet vidës periodikisht si dhe duke këshilluar heqjen e tij gjatë orëve të natës, për të riatësuar paracunciumin.

Këto aparate i kemi vlerësuar si të përshtatshëm për këto moshë, pasi me anën e tyre krijohen mundësi që vetë fëmijët të mësohen të aktivizojnë aparatën disa herë radhazi dhe pastaj të kontrollohen nga ortodonti. Në këtë mënyrë ne nuk kemi penguar vajftën e fëmijëve nëtin e pëftuar. Kjo ka pasur dhe ndikime pozitive në psikologjinë e fëmijës, sepse tek ai krijohet bindja se kjo anomalji jo vetëm është e fashme për t'u korrigjuar, porse edhe rezultati është më i mirë sepse ai mobilizon forcat e veta gjithmonë e më shumë, i frymëzuar nga rezultati i arritur (kështu që mund ta quajmë një bashkëpunëtor).

Përkundrazi aparatet e palëvizshëm kërkojnë kontroll dhe aktivizim kohë pas kohe një herë në javë dhe vetëm nga ana e mjekut.

Nga ana tjetër, në rastet e trajtuara me aparatën Angel të imituar prej metali, kemi vënë re se dhëmbët mbështetës, që kanë gënë gjashtat ose shatat e të dy anëve, deviojnë nga pozicioni normal, gjë që nuk llogdot në aparatën e palëvizshëm prej rezine, pasi ai në çdo anë të nënës përfshin si mbështetje 2-3 dhëmbë, kurse aparatet e lëvizshëm i mbështetin jo vetëm në sistemin e dhëmbëve, por edhe në procesin i lveolar e qiellzë, pra dhëmbët që janë në pozicion normal nuk pësojnë asnjë devijim.

Në asnjë rast nuk kemi vërejtur lëvizje të dhëmbëve, ku ushtrohet rra me aparate të lëvizshëm, ndërsa në gjithë rastet e trajtuara me parate të palëvizshëm kemi vënë re lëvizje të dhëmbëve në grada të detyshme në varësi nga aktivizimi i shinsë.

Vetëm në 15 raste (6,97%) fëmijët nuk janë paraqitur në rregull he nuk e kanë kryer aktivizimin sipas këshillave të dhëna, kështu që rocedurat ortodontike kanë vazhduar më gjatë. Kjo ka rrjedhur për shkak se ne nuk kemi arritur të krijojmë bindjen e duhur tek këta fëmijë për mbajtjen e aparatit, duke marrë parasysh se aparatit është i vizshëm.

Anë pozitive mjaft i rëndësishëm është fakti se me shtrirjen e rrejtit matologjik si në gytet dhe në fshat janë krijuar mundësi të mëdha r depistimin dhe mjekimin e këtyre anomalive, sepse aparatet e lëshme mund të përgatiten në të gjitha laboratorret e klinikave të dhëëve dhe sëmundjeve të gojës të vendit tonë, pasi ato nuk kërkojnë lete të vecanta për përgatitjen e tyre, por vetëm njohuri të përpikta a ana e mjekut dhe laborantit.

P E R F U N D I M E

1) Nga materiali ynë rezulton se në 231 persona me anomali të ndryshme janë përdorur për mjekim në 215 raste (93,75⁰/₀) aparate të lëvizshme dhe vetëm në 16 raste (6,25⁰/₀) janë përdorur aparate të pa lëvizshëm.

2) Aparatet e lëvizshëm mund të përdoren për mjekimin e anomalive qysh prej moshës 3-25 vjeç (pra me tre sistemet e dhëmbëve).

3) Duke përdorur aparatet e lëvizshëm për mjekimin e anomalive sigurohet një higjienë e mirë në hapësirën e gojës.

4) Forcat dozohen më mirë dhe mundësia e pushimit kryhet lehtë.

5) Mund të aktivizohen nga vetë fëmija.

6) Tek këto aparate për mbështetje përfitohet qiellza, proceset alveolare dhe dhëmbët.

7) Pas mbarimit të mjekimit, aparatet mund të ripunohen dhe të shfrytëzohen për përgatitjen e aparateve të tjera.

Dorëzuar në redaksi më 15 qershor 1977

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

- 1) Enver Hoxha : Raport në Kongresin e VII të PPSH, Tiranë, 1976, 35.
- 2) Mehmet Shehu : Raport amb i planin e 6 pesëvjeçar në Kongresin e 7-të të PPSH, Tiranë, 1976, 80.
- 3) Gesheva N. e bp. : Promeni v tempo ro mandibularnata stava i defkatalinata efektivnost sled postavljane na plastinka sës detatelnna governost. Sofie 1977, 2, 135.
- 4) Izord G. : Orthodontie. Paris 1950, 1156.
- 5) Lira Dh. : Ortodontia. Tiranë 1972, 188.
- 6) Lira Dh. : Ripunimi i plasmassës. Buletini i Stomatologjisë 1973, 2.
- 7) Lira Dh. e bp. : Praktikum i ortodontisë. Tiranë, 1975, 67.
- 8) Napadov M. A. : Ortodontičeska Aparatura. Moskva 1968, 130.

S u m m a r y

APPARATUS USED IN THE TREATMENT OF ANOMALIES OF THE JAWS AND THE TEETH

The paper reviews 231 cases with anomalies of the jaws and the teeth, of which 215 (93.73 percent) were treated with mobile and 16 (6.27 percent) with immobile apparatus.

Among the advantages of the mobile apparatus are mentioned the economy of time for the patients, the doctors and the laborants, the greater facility of holding, the higher hygienicity, the smaller size, the greater ease of carriage and the possibility of repose.

The paper makes comparisons between the metal and resin modifications of the Angel apparatus and gives preference to the latter for its superior qualities.

Résumé

**APPAREILS EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DES ANOMALIES
DE LA MACHOIRE ET DES DENTS**

Dans cet article il est question de 231 patients présentant des anomalies de la mâchoire et des dents. 215 (93,73%) d'entre eux ont été traités avec des prothèses mobiles et 16 (6,27%) avec des prothèses fixes.

Les auteurs relèvent les côtés positifs appareils mobiles dans le traitement des anomalies de la mâchoire et des dents; ils sont préparés plus rapidement que les appareils fixes, sont plus faciles à porter par les patients, garantissent de meilleurs conditions hygiéniques, sont plus économiques et créent la possibilité de

Les auteurs analysent aussi les appareils imitation type Angel de métal ou de sine, mais leur préférence va aux appareils de résine en raison de leurs caractéristiques positives.

SINOVITI VILONODULAR PIGMENTOZ I ARTIKULACIONIT TË GJURIT

— Doc. PANAJOT BOGA —

(Klinika e kirurgjisë ortopedike)

Sinoviti vilonodular pigmentoz është një gjendje patologjike për-ahësisht e rralë e membranës sinoviale të artikulacioneve, vagjinave sinoviale tendinoze dhe bursave. Lokalizimi më i zakonshëm i përket artikulacionit të gjurit.

Me gjithë studimet e shumta ende nuk dihet natyra e vërtetë e siviut vilonodular pigmentoz. Studjuesit nuk janë të një mendimi në sehtë inflamacion, sëmundje metabolike, pasojë traumatike apo neozamë (1,2,3,4,8). Paqartësia që ekziston në këtë drejtim pasqyrohet dhe në emërtimet e shumta që i janë bërë: Xanthoma, Xanthogranoma, Fibroxanthoma, Myeloxanthoma, Myeloplaxoma, Synoviona benigna, Tumor Gigantocelularis, Haemangiona Sclerosans dhe së fundi mvovitis Villonodularis Pigmentosa më 1941) (5), duke i dhënë fund pakuj konfuzionit të gjatë terminologjik. Termi *Synovitis villonodularis pigmentosa* mbetet i pranueshëm nga të gjithë, pavarësisht nga këpanjet e kundërta lidhur me shkakësimë e tij.

Që nga koha kur Cassaignac (1851) përshkroi rastin e parë, duke konsideruar sarkome të membranës sinoviale, për shumë kohë mbizotëroi mendimi i natyrës neoplazike mahnje. Për këtë patologji, që t konsiderohet krejtësisht beninjë, janë bërë shumë amputacione të rta. Por gabime të filla të rënda mund të përsëriten edhe sot, qoftë pa mungesa e familjarizimit me të, si patologji përtrahësisht e rralle, fhtë nga dallimi klinikopatologjik midis sinovitit vilonodular pigmentoz e sinoviomës mahnje, që shpeshherë shtron probleme të vështira.

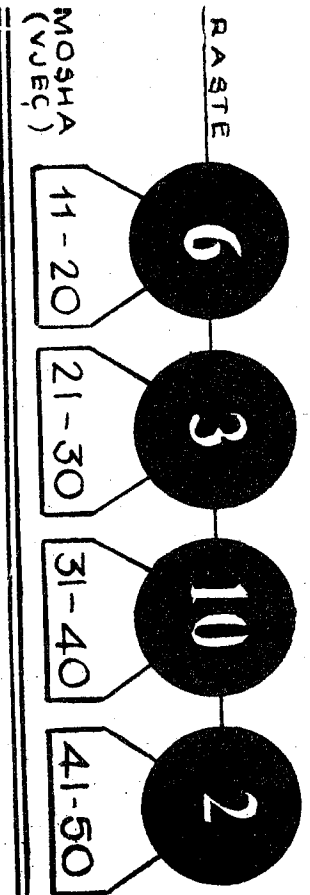
Në këtë punim ne do të analizojmë 21 raste me sinovit vilonodular gmentoz të gjurit, të mjekuar në klinikën tonë gjatë viteve 1961-1971 e një ndjekje të tyre prej 6-16 vjet.

MATERIALI DHE METODA

Në këtë studim si sinovit vilonodular pigmentoz janë marrë në konleratë vetëm ato raste, ku diagnoza klinike apo kliniko-operatore është rretuar me ekzaminimin histopatologjik. Nga kladri i sinovitit vilonodular pigmentoz ne kemi përjashtuar të gjithë ato raste me reaksion onodular të membranës sinoviale si epitenomen ndaj një patologjie tër artikulare. Pra nuk janë marrë në konsideratë ata të sëmundjeve, tek

të cilët reaksioni vilonodular i sinovies ka gënë shoqërues i inflamacioneve banale apo virale artikulare, i artrozave, kontromatozës sinoviale dhe lipomës arboreshente sinoviale, sepse në këto raste, ky reaksion vilonodular nuk ka asgjë të përbashkët me sinovitin vilonodular pigmentoz si nozologji.

Mosha dhe seksi. — Sinoviti vilonodular pigmentoz haset kryesisht në moshat e reja (skica 1). Në serinë tonë, i sëmuri më i ri ka qënë 15 vjeç dhe më i vjetri 50 vjeç. 11 prej tyre kanë qënë meshkuj. Kjo sëmundje nuk bën dallime seksi (1, 3).



**SKICA Nr:1 MOSHA ETE SEMUREVE ME SINOVIT VILONODULAR
PIGMENTOZ TE GJURIT**

Përhapja e lezionit. — Në 16 të sëmure sinoviti vilonodular pigmentoz kishte karakter dituz, duke pushuar pothuaj tërësisht membranën sinoviale të gjurit dhe duke qënë më i zhvilluar në xhepin e sipërm dhe atë anësor. Në 5 të sëmure sinoviti vilonodular pigmentoz paraqitej i formës së lokalizuar me nodus pendukul, baza e të cilit mirrte fillësë nga sinovia e xhepit të sipërm në dy raste, në dy raste të tjera nga xhepi anësor dhe në një rast nga plikat alare.

Ndonëse klasifikimi i sinovitit vilonodular pigmentoz i gjurit në formë dituze dhe të lokalizuar, edhe në serinë tonë, ka qënë gjithnjë i mundshëm klinikisht, topika e lezionit është përcaktuar gjatë aktit operator.

TE DHENAT KLINIKE

1) *Format difuze.* — Paraqiten në kuadrin e një arijeje kronike të artikulacionit të gjurit dhe me pseudotumor të tij.

a) Ajtja kronike shkaktohet pjesërisht nga lëngu intraartikular e pjesërisht nga ntrashja e membranës sinoviale. Punksioni zbrazës, në të gjitha raset, ka nxjerrë lëng hemorragjik, që është një shenjë me shumë vlerë për vendosjen e diagnozës.

b) Pseudotumori është pasojë e ntrashjes së membranës sinoviale, e cila në palpin jep përshtypjen e kokri'zave të shumta, që rreshqasin nën gishta.

Të gjithë të sëmurët janë ankuar për dhembje të durueshme, vëgënerisht natën. Asnjëherë nuk kemi vërejtur paralizëm midis shkallës së dhembjeve dhe përmassave të enjtës së gjurit. Në 3 raste me enjtje të madhe kemi gjetur kufizim të amplitudës së lëvizjeve të gjurit. Asnjë i sëmurë nuk ishte në gjendje të përcaktonte kohën e fillimit të sëmundjes apo ta ndërthhte me ndonjë shkak.

Me dhembje e enjtje gjithnjë e pranishme e progresive në gju, procesi ka pasur ecuri nga një deri 10 vjet para se të shtroheshin në klinikën tonë.

2) *Format e lokalizuara* janë më të rralla. Në kemi pasur 5 të fillë. Ashtu si edhe format difuze këto kanë gënë gjithnjë monoartikulare. Simptomatologjia përbëhet nga dy elemente kryesore: mekanik dhe tumoral.

a) *Simptomatologjia mekanike*. — Këtë simptomatologji e kemi vërejtur në të 5 rastet tona. Është paraqitur në formën e krizave artikulare pseudomeniskale me karakter spontan e anarqik. Këto kriza artikulare me dhembje teper të forta janë pasojë e mbetjes brenda (inkarcerimit) të rodusit pendunkular sinovial ndërmjet sipërfaqeve kockore artikulare, tuke shkaktuar bllokimin e tyre. Çbllokimi, që është po aq spontan sa the bllokimi, shogërohet gjithnjë me hidroartrozë reaktive. Vetëm në një të sëmurë, ku çbllokimi manual i gjurit ishte i pamundshëm, u detyruam të ndërhyjmë me ngutësi për shkak të dhembjeve të padurueshme. Në këtë rast gjetëm një nodus viloz sa një kokër ulliri të mbyllur ndërmjet ibias dhe femurit, me pendulkul të tepr të tensionuar, baza e të cilit miste të xhepin anësor.

b) *Tumori artikular* i kufizuar mirë dhe i lëvizshëm, i padhembshëm me përmasa nga një kokër lathi në një kokër arre, është gjetur në të ëmure gjatë ekzaminimit klinik. Vetë të sëmurët na kanë orientuar për lokalizimin e tij. Ky tumor, që përfaqëson nodusin viloz pendukuloz sinovial, është vërejtur gjithnjë gjatë artromisë.

Pavarësisht nga forma difuze apo e lokalizuara, sinoviti vilonodular i gjurit karakterizohet nga një simptomatologji pseudofila-natore e pseudotumorale, me pakësim të lehtë të lëvizshmërisë artikulare në disa raste, me pak ose pa amiotrofi, me ekzaminime biologjike normale, me prova negative për hemofili.

Në rastet tona, ekzaminimi radiologjik nuk zbuloi leziona kockore eodike, karakteristikë e sinovitit vilonodular, të cilat, ndonëse të rralla, janë përshkruar nga autorë të ndryshëm (6, 7).

TRAJTIMI

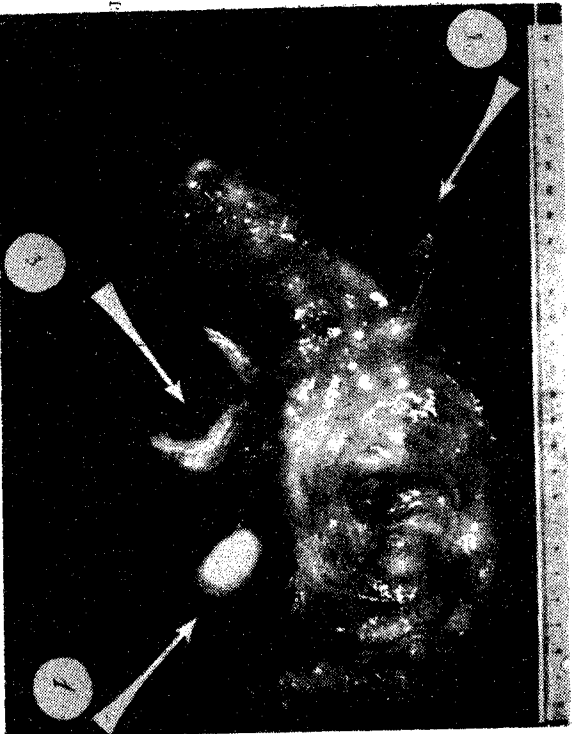
Trajtimi i sinovitit vilonodular pigmentoz është kirurgjikal. Në ditët sëpme, radioterapia ze vend gjithnjë e më të vogël, qoftë si metodë në vetë, qoftë e kombnuar me kirurgjinë. Vetëm në një rast të fortë difuze ne kemi përdorur radioterapi me recidivë pas sinevektomisë, u sinevektomia e dytë i kombina me radioterapi.

Metodat kirurgjikale të përdorura në rastet tona. — Gjithnjë ka gënë kirurgji heqëse e membranës sinoviale si për format difuze ashtu dhe për format e lokalizuara. Por shkalla e heqjes së sinovies ka gënë e ndryshme në vartësi nga forma e përhapjes së lezionit, duke pasur për parim:

sinovektomi të pjesshme në format e lokalizuara dhe sinovektomi sa më të zgjeruar në format difuze.

a) Në format e lokalizuara, ndëhyrja ka konsistuar në çrënjësjet e nodusit viloz dhe pendukullit të tij së bashku me sinovien e xhepit, ku mirte fillësë pendukull. Per format e lokalizuara nuk kemi pasur asnjë recidivë.

b) Në format difuze, sinovektomia e zgjeruar ka përfshirë gjithë xhepet e përparshëm, anësorë dhe të poshtëm të gjurit, të shoqëruar me gryerje të xhepit të pasëm dhe panusit sinovial periligamentar. Në 3 raste, sinovektomia është shtrirë edhe në heqjen e menisqeve (foto 1). Në të njëjten kohë kemi synuar në rikthimin e funksionit të artiklacionit, prandaj nuk kemi sakrifikuar ligamentet e kryqëzuar, pateleën apo strukturat të tjera.



Membranë sinoviale e gjurit e ekzisuar për sinovit vilonodular pigmentoz difuz. 1) Nodus sinovialis, 2) vilus sinovial, 3) menisku medial.

Rezultatet: efektiviteti i trajtimit duhet kërkuar në dy drejtime:

- 1) Çrënjësja e sëmundjes dhe recidivat.
 - 2) Restaurimi i funksionit të gjurit pas sinovektomisë.
- Në format e lokalizuara gjithnjë arrhet shërim i plotë dhe funksion i plotë. Në rastet tona, në e kemi arritur këtë objektiv, prandaj problem përbëjnë vetëm format difuze.

1) *Çrënjësja e sëmundjes dhe recidivat.* — Në 15 nga 16 sinovektomitë e bëra për forma difuze të sinovitit vilonodular pigmentoz të gjurit janë zhdukur gjithë fenomenet morbidë subjektive dhe objektive dhe deri në kohën e punimit të këttj artikulli nuk kemi konstatuar recidiva. Por

ndjekja e mëtejshme do të japë gjykimin përfundimtar në këtë drejtim, sepse, siç dihet, nuk përjashtohet mundësia e recidivave të vonshme. Në një rast, ku sinovektomia nuk u krye në gjërësinë e duhur, pamë recidivë brenda disa muajve, që na detyroi të rikryejmë sinovektomi e zgjeruar; të shogëruar me radioterapi dhe që përfundoj në shërim.

2) *Restaurimi i funksionit të gjurit pas sinovektomisë.* — Në të gjitha rastet tona, qoftë edhe kur sinovektomia e zgjeruar është shogëruar me nenishtëktoni apo edhe në rastin e rioperuar, pas riedukimit intensiv e isemantik, është arritur rikthimi i plotë i amplitudës së lëvizjeve të gjurit dhe funksioni i tij.

Të dhëna anatomo — patologjike. — Artrtokia na ka dhënë mundësinë e kryerjes së kujdesshme makroskopike të membranës sinoviale dhe të marrim të dhëna të mjaftueshme diagnostike për sinovitin vilonodular ngjentoz si për format e lokalizuara ashtu dhe për format difuze. Në të varat një nodus me përmasa nga një kokër lajthi në një kokër arre, i mbuluar me viluse ngjyrë bakri, me një pendukul të hollë deri disa centimetra të gjatë, i shogëruar ose jo me hidroartrozë, ka qenë kuadrant i makroskopik. Në format difuze, proliferimi i sinovies së kompartmentit nterior (sipërm, anësor dhe të poshtëm) me viluse e noduse pendukuloze ne ngjyrë bakri, e cila ndryshon nga e hapta në kafe të errët. Konsistenca e kësaj mase proliferative vilonodulare ndryshon nga e buta në të fortë. Njithnjë kemi gjetur panus sinovial me të njëjtën ngjyrë rreth inserimit të ligamenteve të kryqëzuar dhe hapësira e gjurit ka qenë e mbushur me ëngj hemorragjik. Proliferimi sinovial deperton kapsulën artikulare dhe ë një rast e kemi gjetur të deperthuar në kokëën femorale, që të krijon ështrypjen e gabuar të neoplazmës malinjë. Në këtë rast, biopsia e çastit ëhet e domosdoshme.

Ekzaminimi mikroskopik është bërë në shtërbimin anatomopatologjik ë spitaleve. Indi jonormal në sinovitin vilonodular pigmentoz konsiston ë stromë fibrash retikulare dhe kolagjene, në të cilën gjendenoz qeliza të dryshme si histiocte, plazmëitike, limfocte, fibroblaste, qeliza gjigande ruliokulare, pigmente, hemosiderine dhe lipide si dhe proliferim vasular. Viluset përmbajnë pak fibra retikulare apo kolagjene, prandaj anë edhe konsistencë të butë, ndërsa në noduse, strôma është më e patur në fibra, duke shtuar proporcionalisht edhe fortësinë e tyre. Ndodjëerë në disa vende, fibrat kolagjene pësojnë ndryshim hialin, që mund ë ngatërrohen me osteoid ose kartilago (1).

DISKUTIMI DHE KONKLUZIONE

Sinoviti vilonodular pigmentoz i gjurit është një sëmundje më vete, te shkakesi ende të panjohur, monoartikulare, kronike, e moshave të zja, me simptomatologji të posaçme, që e shpie të sëmurin në ndërhyrje rrurgjikale. Në operacion, pamja makroskopike të jep të dhëna të mjafteshme për sigurinë e diagnozës, e cila vërtetohet me ekzaminim histo-gjik. Këtë sëmundje nuk duhet ta ngatërrojme me ato reaksione vilonodulare shoviale, që shfaqen si epifenomen ndaj gjendjesh të tjera ortbide artikulare dhe që nuk kërkojnë trajtim, veg atij të lezionit shkakaësor.

Trajtimi i sinovitit vilonodular pigmentor konsiston në heqjen e membranës sinoviale. Në format e lokalizuara, grënjësia e nodusit pendukular duhet të shoqërohet pa tjetër me sinevektomi të pjesshme të gjurit, duke hequr gjithë sinovien e xhepit rreth bazës së pendukullit për të mënjënuar recidivat. Vetëm grënjësia e nodusit pa sinevektomi jep recidiva në format e lokalizuara (1, 3).

Format difuze kërkojnë sinevektomi sa më të zgjeruar, disa herë me gjithë menisge. Duke synuar prerjen sa më të plotë të membranës sinoviale në të njëjtën kohë nuk duhet të dëmtohen strukturat e rëndësishme ligamentare, për të siguruar rikthimin e plotë të funksionit të gjurit, që është qëllimi përfundimtar i trajtimit. Megjithatë recidivat e hershme apo të vonshme, në format difuze, janë të shpeshta edhe pas prerjes së zgjeruar. Në rastet tona, ne kemi pasur deri tani vetëm një recidivë, por autorë të ndryshëm me seri rastesh më të mëdha përshkruajnë përqindje më të mëdha recidivash (1, 3). Opinioni i sotshëm (1, 3) ve në diskutim efektivitetin e radioterapisë, prandaj në trajtimin e sinovitit vilonodular pigmentor, qoftë si metodë më vete, qoftë si shoqërim i sinevektomisë, vendi i kësaj metode është i vogël. Sipas variantit të fundit, ne e kemi përdorur vetëm në një rast, prandaj nuk mund të konkludojmë në se ishte sinevektomia, që shëroi të sëmurin, apo kontribui këtu edhe radioterapia.

Dorëzuar në redaksi më 15.VII.1977.

BIBLIOGRAFIJA

- 1) **Byers P.D., Cotton R.E., Deacon O.W., Lowy M. and coll.:** The diagnostic and treatment of pigmented vilonodular synovitis. *J. Bone Joint Surg.* 1968, 50-B, 290.
- 2) **Chung S.M.K., James J.M.:** Diffuse pigmented vilonodular synovitis of the hip joint. Review of the literature and report of Four cases. *J. Bone Joint Surg.* 1965, 47-A, 293.
- 3) **Gaubert J., Mazabraud A. et Coll.:** Les synovites villo-nodulaires hemo-pigmentées. *Revue de Chirurgie Orthop.* 1974, 60, 265.
- 4) **Granowitz S.P., Mankin H.J.:** Localised pigmented vilonodular synovitis of the knee. *J. Bone Joint Surg.* 1967, 49-A, 122.
- 5) **Jaffe H.L.:** Tumors and Tumorous conditions of Bone and Joints. London 1968.
- 6) **Neruday J., Oliver S., Kazenison A.:** Synovite villo-nodulaire pigmentée avec lésion osseuse *Revue Chir. Orthop.* 1972, 58, 137.
- 7) **Scott P.M.:** Bone lesion in pigmented vilonodular synovitis. *J. Bone Joint Surg.* 1968, 50-B, 306.
- 8) **Valte F. Boizee J.M. Mamber J.:** Synovite villo-nodulaire pigmentée circonscrite localisée du genou. *Revue Chir. Orthop.* 1971, 57, 561.

S u m m a r y

PIGMENTED VILONODULAR SYNOVITIS OF THE KNEE

The author has analysed 21 cases of pigmented vilonodular synovitis of the knee, following them up for periods from 6 to 16 years after the treatment. Of these, 16 belonged to the diffuse and 5 to the circumscribed (nodular) forms. The affection is encountered chiefly in young adults; 11 of our patients were males.

The clinical symptomatology of the diffuse forms comprises a chronic swelling of a synovial pseudotumour, from which the evacuator puncture produced a hemorrhagic liquid. In the circumscribed forms the predominant symptoms were a mechanical character, including the perception of a joint tumour.

No bone alterations were noted on X-ray examination, although during the operation of one case it was noted that the pigmented vilonodular synovitis had retreated into the bone.

The treatment in all the cases consisted in surgical exeresis of the synovia.

In the circumscribed forms the intervention was not limited only in the removal of the peduncular node, but has also included the regional synovectomy, cutting away the whole synovia in the recessus where the peduncle had its origin. No relapses were observed.

In the diffuse forms extensive synovectomy was applied, which in three cases included the entire meniscus. So far, in this form, only one relapse was registered, which required a second, more extensive synovectomy combined with radiotherapy.

After re-education, the functions of the knee were fully restored and the patients were relieved of the symptoms.

R é s u m é

LA SYNOVITE VILLO-NODULAIRE PIGMENTÉE DU GENOU

L'auteur a analysé 21 cas de synovite villo-nodulaire pigmentée du genou, qui a été suivis pendant des périodes variant de 6 à 16 ans après le traitement. Seize d'entre eux appartenaient à la forme diffuse et 5 à la forme localisée (nodulaire). L'affection se rencontre principalement chez de jeunes adultes; onze des malades affectés étaient de sexe masculin.

Les symptômes cliniques des formes diffuses consistaient entre autres, dans le enflure chronique et une pseudo-tumeur synoviale, d'où à chaque ponction il a été retiré un liquide hémorragique. Dans les formes localisées, les symptômes édomnants sont de nature mécanique y compris la perception d'un tumeur articulaire.

L'examen radiologique, n'a révélé aucune altération des os, bien que l'opération dans un des cas ait révélé que la synovite villo-nodulaire pigmentée avait atérré dans l'os.

Dans tous les cas, le traitement a consisté dans l'exérèse de la synovie.

Dans les formes localisées, l'intervention n'a pas été limitée à l'extirpation du veud pédunculaire, mais a compris aussi la synovectomie régionale, au moyen de l'excision de toute la synovie de l'enfoncement d'où part le pédoncule. On n'a observé aucun cas de récidive.

Dans les formes diffuses il a été pratiqué une synovectomie très étendue, qui, dans trois cas, a compris tout le ménisque. Jusqu'à présent, dans ces formes, il n'a été constaté qu'une seule récidive, qui a nécessité une nouvelle synovectomie encore us étendue, combinée, avec la radiothérapie. Après rééducation, les fonctions du genou ont été pleinement restaurées, et les symptômes de la maladie ont disparu.

Ë DHËNAT ELEKTROKARDIOGRAFIKE DHE FONOKARDIOGRA- FIKE NË TË SËMURËT ME SINDROMË TË PROLAPISIT TË VALVULËS MITRALE

— MARGARITA KOSTAQI — LLESH RRUKU —

(Katedra e Propedeutikës)

Prolapsi sistolik i valvulës mitrale është një sindromë klinike, që karakterizohet me një kërcitje midis tonit të parë dhe tonit të dytë, me se pa zhurmë sistolike.

Për herë të parë kjo sindromë është përshkruar më 1887. Më vonë i quajt «ritëm gallopi sistolik». Më 1913 u quajt sindromë «klik-zhurmë dhe në autopsi u gjet se është një fenomen intrakardial dhe konsiston në rikulografi u gjet se është një fenomen intrakardial dhe konsiston në ryerjen ose balonimin i kuspëve mitrale, sidomos posteriore. Kliku mund të jetë i pastërtë, pa zhurmë, atëherë kur ka balonim pa regurgjitacion dhe dik me zhurmë kur ka balonim me regurgjitacion mitral. Nga ana anamo-patologjike janë vërejtur degjenerime miksomatoze të valvulës mitrale (2).

Kjo sindromë ka etiologji të ndryshme. Përveç sindromës së Marfanit, i shkaktarë mendohen defektet septale (interatriale ose interventrikulare) valvulitih reumatizmal, miokardiopati të hipertrofike obstruktive ose kongjestive, sëmundjen ishemike të zemrës me disfunkcion të muskujve vajiare, traumt e krahavorit etj. (1,2,3,4).

Në këtë punim do të përshkruajmë kuadrin klinik, elektro dhe fonokardiografik të 15 të sëmurëve me prolaps të valvulës mitrale, që kemi kuzaminuar gjatë 3 vjetëve (1974-1976) ambulatorisht ose të shtruar në pital.

Metodika dhe materiali. — Nga 15 të sëmurët, 6 ishin femra dhe 9 neshkuj me moshë: 10-20 vjeç — 3 të sëmurët, 21-30 vjeç — 6 veta, 1-40 — 2 veta, 41-50 vjeç — 4 veta. Prej këtyre 3 kanë qenë të shtruar në spital dhe 12 ambulatorë. Tek të gjithë të sëmurët është bërë elektroradiogrami 1/13 dhe fonokardiogrami, tek disa të sëmurë është bërë rova Master, tek të gjithë është bërë radiostkopia e zemrës dhe, në rast evoje, telereintgenogrami.

Rezultatet dhe gjykimin: Në anamnezën e të sëmurëve tanë rezultton e dy vetë kanë vuajtur nga angina të përsëritura dhe njëri prej tyre ka bërë tonsilektominë. Dy vetë kanë kaluar polliarrit, reumatizmal akut, një sëmurë ka pësuar traumë të krahavorit në gjysmën e majtë në rajonin zemrës para 8 vjetësh dhe pas atij episodi kanë filluar shqetësimet su-

bjektive. Të sëmurët e tjerë, në anamnezën e tyre, nuk kanë sëmundje të tilla.

Nga të sëmurët tanë, 3 janë trajtuar për asteni neurocirkulatore, një për *neurosis cordis*, 3 për insuficiencë të valvulës mitrale, 4 për aritmi ekstrastolike, një me stenokardi, 2 me ishemi akute posteriore dhe një me infarkt miokardi.

Mendojmë se diagnoza e insuficiencës së valvulës mitrale të jetë vënë në bazë të zhurmës sistolike, që është dëgjuar në majtën e zemrës dhe klikku është marrë si ndarje e tonit të dytë ose si ton i hapjes së kllapave mitrale.

Për dhembje të zemrës të karakterit angjinoz ankoheshin 4 të sëmurë, për dhembje joangjinoze 10 të sëmurë, për rrahje zemre të rregullta ose të parregullta 14 të sëmurë, 12 të sëmurë ankoheshin për lodhje të shpejtë, dobësi trupore dhe ujë të aftësisë për punë. Për pagjumësi dhe fenomene neurotike ankoheshin 3 të sëmurë, për ankth 9 të sëmurë, marrje mëndsh 10 veta, mpirje në krahun e majtë dhe në rajonin e zemrës 9 veta, gjendje të fikti 6 të sëmurë.

Zgjatja e sëmundjes lëkundej nga 6 muaj deri në 9 vjet. Tek të gjithë të sëmurët, gjëndja e përgjithshme ishte e kënaqshme.

Presioni arterial maksimal lëkundej nga 100-140 mmHg, ndërsa minimali nga 60 — 80 mmHg.

Nga ekzaminimi radiologjik rezultoi: 11 të sëmurë kishin zemër në formë dhe përmasa normale, 3 kishin konfiguracion aortal, një miokardiopati. Kjo gjë përkton me të dhënat e autorëve të tjerë (8). Tek të sëmurët tanë, në asnjë rast nuk u prek dridhje sistolike në majtën e zemrës, gjë që flet për mungesën e zhurmës së ashpër dhe të theksuar.

Me anën e dëgjimit, klik me zhurmë u konstatua në 8 raste dhe klik pa zhurmë në 7 raste. Ndarje e tonit të II në 2 raste, të tonit të III në një të sëmurë dhe të tonit të IV në 3 të tjerë.

Elektrokardiograma: Tek të gjithë të sëmurët tanë u vërejt ritëm sinusai, në 2 bradikardi sinusale, në 4 taktkardi sinusale, në 5 u vërejtën ekstrastisola ventrikulare, në një tjetër ekstrastisole atriale, në një rast ndryshim i kompleksit QRS me thellim të dhëmbit Q, në 4 të sëmurë u vërejtën ndryshime të segmentit ST dhe të dhëmbit T.

Ndryshimet e elektrokardiogramës dhe dhembjet shpjegohen me tendosjen e muskujve papilarë, që mbajnë valvulën e prolabuar, me zhvillimin e fibrozës së tyre, me zgjerimin e ventrikullit të majtë, por këto ndryshime nuk janë koronariene, gjë që është vërtetuar dhe me anën e koronarografisë, ku është parë se koronaret janë të pastra dhe të lira. Kontraksioni anormal i ventrikullit të majtë mund të sjellë një ishemi lokale të murit ventrikular. Në asnjë të sëmurë nuk u konstatua bllok i degës së majtë, bllok i degës së djathtë ose bllok atrio-ventrikular.

Fonokardiograma: Vendi më i mirë i regjistrimit të klikut është endapeksi ose intervalli IV interkostal në linjën parasternale të majtë. Koha e shfaqjes së klikut, pas tonit të I, lëkundet 0,17-0,20 sek. Ampituda e klikut ose e zhurmës është 30-70% e amplitudës së tonit të I.

Tek të sëmurët tanë u regjistruan këto të dhëna: Klik mezosistolik në 6 vetë, klik telesistolik në 6, klik të përzjerë mezo dhe telesistolik në 3 të sëmurë. Klik me zhurmë në 8 raste, prej të cilëve 6 me zhurmë protosistolike, një mezosistolike dhe një tjetër telesistolike. Në asnjë rast nuk u regjistrua zhurmë pansistolike. Pas provës së Valsalvës, kliku ose

zhurma ritit amplitudën dhe i afrohet tonit të I.

Rastet e kombinimit të sindromës me fenomenet e arithmise janë të shpeshta. Tek të sëmurët tanë u konstatuan 5 raste me ekstrastistola ventrikulare dhe një rast me ekstrastistola atriale. Kur janë të shpeshta ekstrastistolat çojnë në fibrilacion ventrikular dhe sjellin vdekje të papritura. Nga të dhënat e disa autorëve, aritmia ventrikulare në të sëmurë të monitorizuar është takuar në 65% (7), në një tjetër 40% (cihar nga 7), kurse tek ne është takuar në 33%⁶, por vlen të theksohet se të sëmurët tanë nuk kanë gënë të monitorizuar. Sipas autorëve të ndryshëm, ekstrastistolat lidhen me dëmtimet primare të miokardit, prandaj duhen vlerësuar palpacionet që paraqesin këta të sëmurë, sepse ato mund të jenë të lidhura me aritminë dhe, po qe se nuk mjekohen, mund të çojnë në ndërlikime të rënda.

Megjithëse e njohur prej kohësh, në këto 20 vjetët e fundit, kjo sindromë është diagnostikuar dhe studjuar nga të gjitha anët. Kjo sindromë ka një spektër të gjerë klinik, nga format pa simptoma dhe deri në ato të regurgjitacionit dhe me fenomene të insuficiencës kardiake refraktare (2). Shpesh ato janë asimptomatike dhe, në shumë raste, benignë. Për studimin e kësaj sindrome përdoret gjithashtu edhe metoda e Ekokardiografisë, e cila lokalizon dëmtimin në valvulën anteriore ose posteriore dhe përcakton gradën e regurgjitacionit mitral. Kjo vlen për të bërë diagnozën e hershme kur fenomenet auskultatore janë shumë të pakta (6). Në këta të sëmurë gjithashtu rekomandohet katetrizimi i zemrës së majtë dhe ventrikulografia e majtë.

Diagnoza diferenciale duhet të bëhet me insuficiencën e valvulës mitrale dhe me stenozën subvalvulare të aortës.

Të sëmurëve me sindromën e klikut, që paraqitin aritmi, për mjekim i jepen antiaritmikët. Ne kemi përdorur me sukses betablokuesit në 3 të sëmurë, si rezultat i të cilëve ekstrastistolat janë gjetësur plotësisht së bashku me fenomenet subjektive, siç janë dhembja, rrahja e zemrës, ankthi, gjendja e të fiktit etj. Në rastet e rënda, kur valvula mitrale është shumë e deformuar, tek këta të sëmurë rekomandohet valvuloplastika mitrale (5).

Prej të sëmurëve tanë, po paraqitimi 2. elektrokardiograma. Në të parën shihet ishemi posteriore, kurse në të dytën aritmi ekstrastistolike ventrikulare. Po kështu paraqitimi 5. fonokardiograma, ku shihet gartë i egjistruar kitku mezo dhe telesistolik.

PËRFUNDIME:

- 1) Nga studimin ynë rezultoi se kjo sindromë, po të kërkohet dhe të shihet parasysh, nuk haset aq rrallë sa mendohet.
- 2) Kjo sindromë prek më tepër moshat e reja, prandaj duhet të zbulohet sa më parë dhe të trajtohet.
- 3) Shqetësimet subjektive janë më të theksuara në ata me çrregullime të ritmit.
- 4) Në të sëmurët me sindromën e klikut me çrregullime të ritmit përoren me sukses betablokuesit.

Dorëzuar në redaksi më 28 qershor 1977.

BIBLIOGRAFIJA

- 1) Donald O. Nutter et coll.: The pathophysiology of idiopathic mitral valve prolapse. *Circulation* 1975, 2, 52, 297.
- 2) Gaslin V.S., Mlakishv A.A., Shevchenko O.P.: Sindrom prolapsa mitralnovo kllapana. *Kardiologia* 1976, 8, 88.
- 3) Howard Allen and coll.: Significance and prognosis of an isolated late systolic murmur: a 9- to 22 year follow up. *British Heart Journal* 1974, 36, 525.
- 4) Juan M. Aranda and coll.: Mitral valve prolapse and coronary artery disease. *Circulation* 1975, 52, 245.
- 5) Katsuhiko Tatsuno M. D. and coll.: Pathogenetic Mechanismus of prolapsing aortic valve and aortic regurgitation. *Circulation* 1973, 48, 1028.
- 6) Riechard L. Popp. and coll.: Echocardiographic abnormalities in the mitral valve prolapse syndrom. *Circulation* 1974, 49, 428.
- 7) Roger A. Whinkle and coll.: Arrhythmias in patients with mitral valve prolapse. *Circulation* 1973, 48, 1128.
- 8) Stephen J. Gulotta and coll.: The syndrom of systolic click, murmur, and mitral valve prolaps a cardiomyopathy. *Circulation* 1974, 49, 717.

S u m m a r y

ELECTROCARDIOGRAPHY AND PHONOCARDIOGRAPHY FINDINGS
IN THE SYNDROME OF MITRAL VALVE PROLAPSE.

A study is presented of 15 cases of systolic mitral valve prolapse. Electrocardiography, phonocardiography and radiologic examinations were carried out on all the patients, and in a part of them the Master test.

The analysis of the cases shows that the syndrome is not as rare as hitherto considered, that it should be borne in mind and searched, that it is more frequent among the younger age groups and that the subjective troubles are more pronounced in patients with rhythm irregularities. These patients can be successfully treated with beta-blocking drugs.

R é s u m é

DONNEES ELECTROCARDIOGRAPHIQUES ET PHONOCARDIOGRAPHIQUES
AU SYNDROME DE PROLAPSUS DE LA
VALVE MITRALE

Les auteurs ont étudié 15 cas de malades souffrant du prolapsus systolique de la valve mitrale. C'est à cette fin que tous les patients ont été soumis à des examens électrocardiographiques, phonocardiographiques et radiologiques, et certains d'entre eux au test Master aussi.

L'analyse des cas examinés a montré que ce syndrome n'est pas si rare comme on le croyait jusqu'à présent qu'il faut l'avoir présent à l'esprit et le rechercher, qu'il est plus fréquent chez les jeunes et que les troubles subjectifs sont plus accentués chez les malades ayant des dérèglements du rythme. Ces derniers sont traités avec succès avec médicaments béta-bloquants.

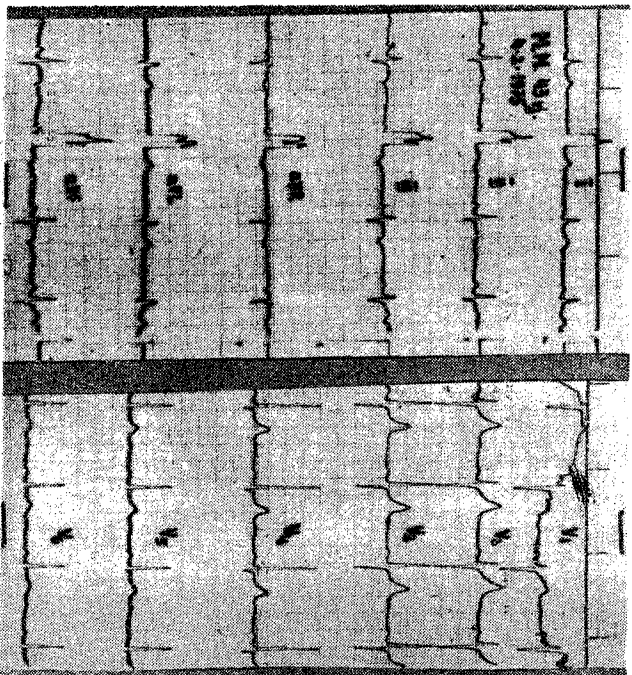


Foto 1

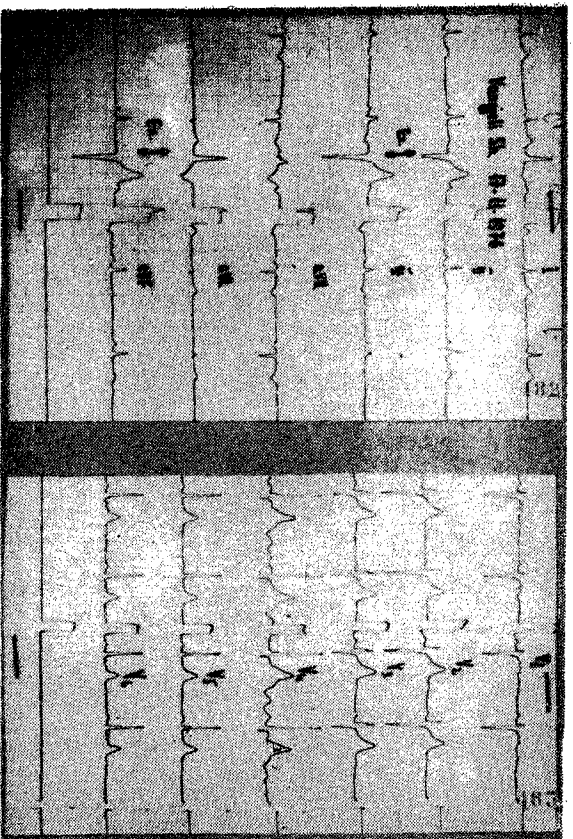


Foto 2

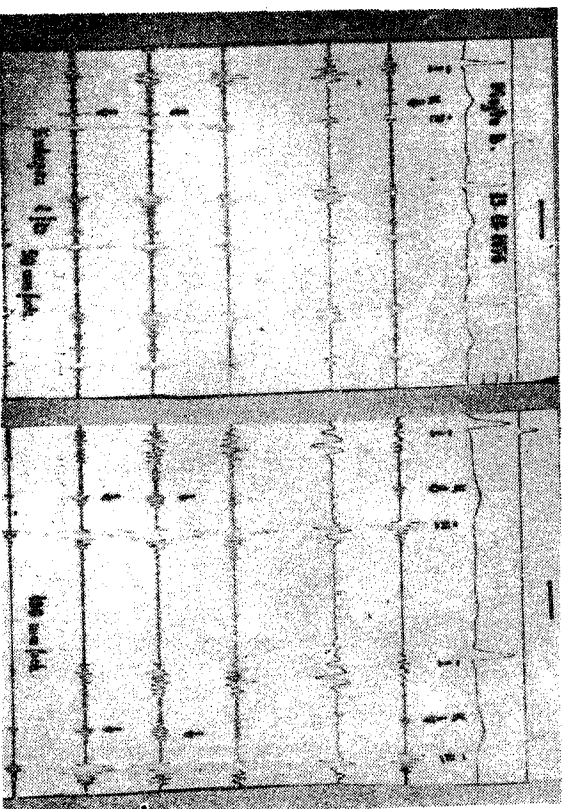


Foto 3

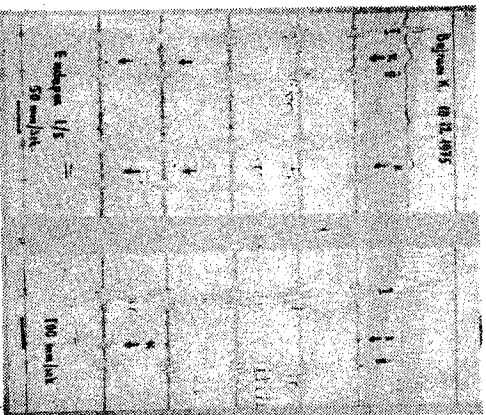


Foto 4

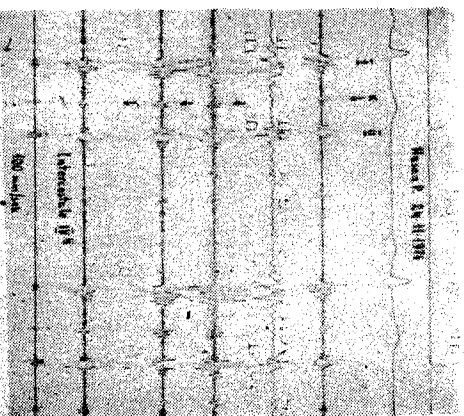


Foto 5

VLERA DIAGNOSTIKE E PUNKSIONEVE BIOPSIVE TË MËLÇISË TË KRYERA NË REPARTIN INFEKTIV

— KOZMA TAVANXHI — LEFTER GUXHO —

(Spitali i rrethit Elbasan)

Për të dalluar llojin e dëmtimeve hepatike, krahas metodave klinike e laboratorike, vend të rëndësishëm ze edhe punktion biopsia e mëlçisë.

Në vendin tonë, biopsitë e para të mëlçisë janë kryer në spitalin e pediatrikë në klinikën e fakultetit pranë spitalit nr. 1 (1), në spitalin klinik nr. 4 (6) dhe spitalin ushtarak Tiranë. Për punkcion biopsinë e mëlçisë janë propozuar gjilpëra të ndryshme dhe metoda të ndryshme. Si dhe shumica e kolegëve tanë, ne kemi përdorur metodën transtorakale me gjilpëra të tipit Menghini (1, 6).

Materiali dhe metoda e punës

Materiali ynë bazohet në të dhënat e 50 punkcion biopsive të mëlçisë të kryera në 49 të sëmurë. Qëllimi ynë ishte të bënim një diagnozë diferenciale më të hollësishtme ndërmjet hepatitit viral dhe dëmtimeve të tjera të mëlçisë, që, me anë të të dhënave kliniko-laboratorike nuk ishte e mundur të bëhej plotësisht. Nga të sëmurët tanë, 45 prej tyre kanë gënë të shtruar në repartin infektiv dhe katër të tjerët kanë gënë të shtruar në repartin e patologjisë për dëmtime të vjetra hepatike. Këto punkcion biopsi janë kryer prej marsit 1976 deri në dhjetor 1976. Rastet për punkcion biopsi të mëlçisë i kemi zgjedhur sipas dëshirës sonë, më tepër e kemi përdorur në ato raste kur diagnoza kliniko-laboratorike e hepatitit viral ishte e dyshimtë. Të sëmurët kanë gënë 10 femra dhe 39 meshkuj.

Mosha e të sëmurëve ka gënë nga 15 deri në 65 vjeç (mosha mesatare 33,5 vjeç). Të gjithë të sëmurët të shtruar në repartin infektiv janë dërguar me diagnozë shtrimi *hepatitit viral* dhe po me këtë diagnozë janë pranuar nga mjekët e rojes. Sipas të dhënave të anamnezës së tyre, vetëm në 5 të sëmurë, të shtruar në repartin infektiv, u vu në dukje se kishin kaluar hepatit viral 1-2 vjet më parë.

Pasqyra e shenjave subjektive dhe objektive që janë takuar tek të sëmurët që marrim në studim

Nr.	Shenja t	Nr. i rasteve
1	Dobësi të përgjithshme	49
2	Anoreksi	38
3	Të përziera	15
4	Të vjella	10
5	Dhembje kyçesh	16
6	Ethhe	12
7	Urinim me ngjyrë të verdhë	45
8	Gojë të hidhura	22
9	Rëndim në hipokondrin e djathtë	17
10	Icter	45
11	Zmadhim të mëlçisë	49
12	Zmadhim të shprekës	15

Sig' shihet nga pasqyra, shumica e të sëmurëve kanë pasur shenja karakteristike për hepatit viral, ndërsa zmadhim të mëlçisë së zezë kanë pasur të gjithë të sëmurët. Përsa u përket analizave biokimike kemi këto të dhëna: bilirubinemia totale ka luhatur nga 0,90 mgr¹⁰⁰/_g deri në 12,5 mgr¹⁰⁰/_g (mesatarisht 4,50 mgr¹⁰⁰/_g). Niveli i transaminazës S G P T ka luhatur nga 50 UI deri në 294 UI në 100 mililitra gjak (mesatarisht 200 UI). Provat e labilitetit koloidal si Mac Lagan, Kunkel, Takata Ara në përgjithësi kanë gënë të alteruara. Elektroforograma e proteinave u përcaktua vetëm në 20 të sëmurë, në 12 prej tyre kishim hipopalbuminemi dhe rritje të gama globulinave, që arriti shifrën maksimale: 34⁰/₀.

Testi i BSP u praktikua tek pesë të sëmurë, në katër prej të cilëve, rekonstioni i tij doli mbi 10⁰/₀. Në biopsitë e këtyre rasteve, diagnoza rezultoi *hepatitis chronica evolutiva*. Antigenin Australia në gjak nuk e kemi përcaktuar. Përcaktimi i tij do të na jepte mundësi të shihnim lidhjen midis *hepatitis chronica evolutiva* dhe pozitvitetit të antigenit Australia. Prania e gjatë e pozitvitetit të antigenit Australia shton mundësinë e zhvillimit të hepatit kronik agresiv (1,3,5,7).

Sikundër thamë më sipër, për punkcion biopsi të mëlçisë, ne kemi përdorur gjilpëra të tipit Menghini, duke arritur mëlçinë e zezë nëpërmjet rrugës transorakale (1, 6).

Punkcion biopsitë janë bërë pas ditës së dhjetë të shtirimit në spital në 40 raste dhe pas ditës së 15 të shtirimit në spital në 10 raste. U përcaktua koha e hemorragjisë, koha e koagulimit dhe indeksit i protrombinës. Dy-tre ditë para punkcion biopsisë dhe dy-tre ditë pas saj është aplikuar vitamina K nga goja ose me rrugë parenterale. Gjithnjë janë mbajtur parasysh kundrindikacionet e punkcion biopsisë së mëlçisë (7). I sëmurit është mbikqyruar me kujdes të madh, sidomos në 24 orët e para pas bërjes së punkcion biopsisë. Vendi i punkcionit është përcaktuar midis vijës aksilare anterieore dhe aksilare media në vendin e matitefit maksimal hepatic (zakonisht ka rezultuar interkostala VIII — IX).

Materiallet e marrura i kemi vendosur në solucion formalinë 10⁰/₀. Ndryshimet histopatologjike janë studjuar nga Bitri P. Duke u bazuar

tek ndryshimet morfologjike, patologjia e hepatit u rendit në këtë mënyrë:

I. — *Hepatitis viralis acuta*: Kjo rezultoi në 25 të sëmurë nga të shtuarit tanë. Sigurisht që diagnoza u ndihmuá edhe nga të dhënat anamnestike, epidemiologjike, kuadri klinik dhe analizat laboratorike. Ndihma që na ka dhënë punkSION biopsia, e bërë në këto raste, në radhë të parë, ka qënë në diagnostikimin e formave ankterike të hepatitit viral dhe në përcaktimin më të drejtë morfologjik të hepatitit viral (si hepatit lobular, nekrozë konfluente, nekrozë hepatike subakute etj.). Kjo gjë na ka ndihmuar për të përcaktuar më drejt ecurinë e sëmundjes dhe për të parashikuar përfundimin e saj. Në bazë të këtyre të dhënave dhe mjekimi ka qënë më i përshtatshëm dhe më i plotë, sidomos përsa i përket shimit në terapi të preparateve kortizonike.

Për të parë më mirë vlerën që ka punkSION biopsia në diagnozën e hepatitit viral, po përshturajmë një rast:

I sëmuri Sh. K., vjeç 42, u shtrua në repartin infektiv më 27.III.1976 me diagnozë *hepatitis viralis*, me të dhëna subjektive dhe objektive për këtë sëmundje. Analizat biokimike të datës 29.III.1976 rezultuan: bilirubinemia totale 2.0 mgr⁰/₀, SGPT 208 UI, SGOT 190 UI, Kunkel 14,7 UI, Mac Lagán 2.32 UI. Në këtë gjendje të mirë, ditën e dhjetë të shtimit, pasi u përgatit i sëmuri, u bë punkSION biopsia e mëlçisë. Përgjigja e materialit biopitk rezultoi: struktura parenkimatoze e lobullit paraqitej e rregulltë për shkak të edemës dhe distrofisë së qelizave hepatike. Binte në sy pleomorfizmi i tyre kryesisht në zonat centrolobulare. Qeliza të vetme dhe grupe të shumta qelizash manifestonin aspektin e «ballonizimit» si dhe fenomenin e nekrozës dhe nekrozës. U vunë re pigmente bilirubine të shumta. Si në drejtim të trabekulave, ashtu dhe në hapësirat portobiliare u vunë re qeliza inflamatore të tipit limfocitar. Diagnoza: *Hepatitis viralis acuta me vatra nekrotike të shumta intralobulare, dekurs evolutive* (N.B. 139).

Deri më 21.IV.1976 ecuria e përgjithshme e sëmundjes ishte e mirë. Pas kësaj date, në kuadrin klinik të sëmundjes filluan të përziejera, të vjellat, i sëmuri kishte mungesë oreksi, ikteri u bë shumë i shprehur, i filluan të krrafturit, materialet fekale të pangjyrosura, gjendja e të sëmurit filloi të rëndohej. Krahas medikamenteve të tjerë, të sëmurit u filluan kortizonikët parenteralë. Katër ditë më vonë in bë kontrolli radioskopik i stomakut. Radiologu vuri në dukje: *në pjesën anterale të stomakut, peristaltika pak e dobët, bulbos duodeni pak i deformuar. Rikontroll pas dy muajsh për të përcaktuar natyrën e procesit». Testet e kolostazës, të marrura në këtë kohë, rezultuan pozitive. Ikteri persistonte i lartë në shifrat 12 mgr⁰/₀ me gjithë kortizonikët e përdorur. I sëmuri qëndroi në shifrat 77 ditë. Mendojmë se sikuri të kishim përgjigjen e punkSION biopsisë të kryer ditët e para të sëmundjes, ajo do të ngatërohej me një iktër mekanik, ku ndoshta do të duhej dhe ndërhyrja kirurgjikale, megjëse ikteri qëndroi në shifra të larta mbi një muaj pa u ulur dhe nga përdorimi i kortizonikëve. Veshitresi nxorri dhe përgjigja e kontrollit radioskopik.*

II. — *Hepatitis chronica evolutiva*: Me këtë diagnozë kanë rezultuar 10 të sëmurë, 8 nga këta kanë qënë të shtuar në repartin infektiv me diagnozën hepatit viral, me të dhëna klinike dhe deri diku biokimike për

këtë sëmundje. Në këto raste, bilirubinemia ka lëvizur nga 0.90 mgr⁰/0 deri në 6 mgr⁰/0, SGPT ka lëvizur nga 80-220 UI për 100 mililitra gjak. Dy të sëmurë kanë qënë të shtruar në reparti të patologjisë për dëmtim të mëlçisë së zeze, por pa u përcaktuar mirë natyra e dëmtimit dhe ecuria e sëmundjes. Tabloja morfologjike e materialit biopik të të sëmurit S.H.P. rezultoi: infiltratet inflamatore fokulare ose difuze tërhiqnin vëmëndjen si në indet e lobulit ashtu dhe në hapësirat portobiliare. Këto infiltrate përbëhen kryesisht nga limfocite dhe plazmocite (më të pakta). Në periferi të lobulit vihej re komunikimi i këtyre infiltrateve. Edhe struktura parenkimatoze karakterizohet nga fenomene distrofike dhe aty-këtu vatra të vogla të përbëra nga dy-tre-katër qeliza. Diagnoza: *Hepatitis chronica evolutiva* (N. B. 183).

Sigurisht ne mendojmë se bërja e këtij diferencimi ka pasur shumë anë pozitive, sepse mënyra e mjekimit, zgjatja e tij ishte i ndryshëm nga ajo e hepatitit viral. Të gjithë këta të sëmurë janë trajtuar me kortizoidë të gërshehtar me 6 — mekapopurinë si dhe hepatotropë dhe vitaminoterapi (2,3,4,7). Pjesa më e madhe e këtyre të sëmurëve vazhdon të jetë ende nën kontrollin mjekësor.

III. — *Hepatitis chronica cirogenes (cirrhosis hepatitis incipiens)* — Me këtë diagnozë rezultuan katër të sëmurë. Në përgjithësi të katër të sëmurët kanë qënë me moshë të re. Dy kanë qënë femra (njëra 20 vjeç, tjetra 40) dhe dy meshkuj (30 dhe 44 vjeç). Vetëm njëri tregonte në anamnezë se dy vjet më parë kishte kaluar hepatit viral. Në biopsinë e këtij të sëmurit rezultoi: struktura lobulare paraqitej disi e deformuar për shkak të vatrave me ind granulacioni (me aktivitet fibroblastik), të kufizuara dhe me prirje difuze në brendi të lobulit dhe në periferi të tij, dmth të lidhura me zonat fibrotike të hapësirave portobiliare. Dhe infiltratet plazmocitare nuk mungonin. Po ashtu dhe qelizat hepatike manifestonin fenomene distrofike granulare dhe steatozë të lehtë. Shumë qeliza paraqiteshin me bërthamë hiperkromatike dhe në ndarje e sipër. Diagnoza: *Hepatitis chronica cirrhogenes (cirrhosis post hepatica incipiens)* (N. B. 236).

IV. — *Hepatitis chronica persistens*: Me këtë diagnozë rezultuan 6 të sëmurë. Këta paraqitnin ikter të lehtë, hepatomegali të moderuar dhe rritje të transaminazës SGPT deri në shifrën 90 UI. Morfologjikisht materialit biopik i të sëmurit D.M., që kishte kaluar hepatit viral dy vjet më parë, paraqiste: arkitektura lobulare ishte e ruajtur. Trabekulat hepatike përkraheshisht të rregullta. Në qelizat hepatike kishte fenomene distrofike granulare si dhe pigmente të pakta bilirubine. Në hapësirat portobiliare vihej re sasi e bollshme infiltratesh inflamatore, që zotëroheshin nga mononuklearë (limfocite), dukuset biliare pa ndryshime të dukshme. Diagnoza: *Hepatitis chronica persistens* (N.B. 158).

V. — *Hepatitis chronica choiangitica*: Me këtë diagnozë kemi pasur vetëm një grua 65 vjeçe, që herë pas here kishte temperaturë të lartë, ikter, rritje të bilirubinemisë dhe transaminazave. Tri ditë pas bërjes së punktion biopsisë së mëlçisë, tek e sëmura u përdor bipencilinë dhe streptomicinë, megjithëqë në gashin e kryerjes së analizës ishte pa temperaturë. Një ditë pas bërjes së punktion biopsisë, e sëmura pati temperaturë deri 39°C, për këtë arsye u detyruam t'i vazhdonim antibiotikët edhe katër ditë pas punktion biopsisë së mëlçisë (7).

VI. — *Disfunkcion konstitucional të parenkëmës hepatike*: Me këtë

diagnozë kemi pasur një djalë 23 vjeç, që klinikisht paraqiste hepatomegali, rritje të pakët të bilirubinemisë me mbizotërim të pjesës indirekte, pa rritje të transaminazave dhe me provat e heparit normal. Sipas mendimit tonë, në bazë të të dhënave kliniko-laboratorike dhe morfologjike, ky sëmurë ka qënë me një hiperbilirubinemi të tipit Gilbert.

VII. — Në dy të sëmurë, punkSION biopsia e heparit nuk vuiri në dukje ndryshime patologjike.

VIII. — PunkSION biopsia e mëlçisë u bë dhe tek një e sëmurë që dyshohet për *myeloma multiplex* dhe që më vonë u vërtetua nga patologët, por në strukturat e mëlçisë nuk u gjend ndonjë patologji e veçantë për këtë sëmundje.

P E R F U N D I M E

- 1) PunkSION biopsia e mëlçisë ka rëndësi të madhe për bëryen e diagnozës diferenciale midis sëmundjeve të ndryshme të këtij organi. Në situacionin tonë, nga 45 të sëmurë, të shtruar në repartin infektiv me diagnozë hepatit viral, vetëm 25 rezultuan me këtë diagnozë. Mendojmë se pa përplotësisht.
- 2) PunkSION biopsia e mëlçisë, në raste të veganta, ka vlerë të bëhet edhe në hepatitin viral sepse përcakton më drejt formën e tij, ndilmon në mjekimin dhe parashikon më drejt përfundimin e tij.
- 3) Mendojmë se ky manipulim duhet të përdoret më gjërësisht në praktikën e përditshme për diagnostikimin e sëmundjeve të mëlçisë.
- 4) Vlerësimi i të dhënave të punkSION biopsisë së mëlçisë duhet marrë i lidhur ngushtë me të dhënat kliniko — biokimike.

Dorëzuar në redaksi më 30 shtator 1977

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

1) **Adhami J.**: Vlera e punkSION biopsisë të mëlçisë në përcaktimin e diagnozës së hepatitit kronik. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1974, 1, 167.

2) **Adhami J., Pilku N.**: Mjekimi i hepatitëve kronike me kortizonikë dhe imunosupresorë. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1976, 2, 21.

3) **Bondar Z.**: Klinikeskaja hepatoallogia. Moskva 1970, 115.

4) **Caeciani G., Malaguti P.** e coll.: L'alfanerocaptopurina nelle epatopatie croniche. *Migneco G., Mansurto S. e coll.*: Antigeni Australia in epatopatie varie (esclusa heparite acuta). Giornale malattie infettive e parassitarie 1971, 12, 1125.

5) **Palo J., Pirdeni P., Shomo P.**: Vlerësimi i rritjes së aktivitetit të transaminazave në sëmundjet ekstrahepatike të traktit biliar. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1973, 2, 89.

6) **Schiff L.**: Diseases of the liver. Philadelphia 1969, 179.

S u m m a r y

**DIAGNOSTIC VALUE OF LIVER PUNCTURE BIOPSY PERFORMED
AT THE INFECTIOUS DEPARTMENT OF THE HOSPITAL.**

The authors have performed 50 puncture biopsies of the liver of 49 patients, of whom 45 were admitted to the infectious department with the diagnosis of viral hepatitis and 4 to the therapeutic department with diagnoses of other liver affections.

On the basis of the histopathologic and clinico-biochemical findings, the liver pathology of these patients was classified in the following way:

- 25 patients had viral hepatitis
- 10 had evolutive chronic hepatitis
- 4 had cirrhotic chronic hepatitis,
- 6 had chronic persistent hepatitis.

The authors find that this classification would have been impossible without the puncture biopsy and recommend that this manipulation should be applied more frequently for the differentiation of the liver affections.

R é s u m é

**VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA PONCTION DE BIOPSIE DU FOIE.
REALISEE AU PAVILLON DES MALADIES INFECTIEUSES**

Les auteurs ont effectué 50 ponctions de biopsie du foie sur 49 patients, dont 45 hospitalisés au pavillon des maladies infectieuses avec, comme diagnostic, l'hépatite virale, et quatre autres hospitalisés au pavillon de pathologie pour diverses affections du foie.

Sur la base des données histopathologiques et clinico-pathologiques, la pathologie du foie chez ces malades a été classée de la façon suivantes: 25 malades d'hépatite à virus, 10 malades d'hépatite chronique évolutive, 4 malades d'hépatite chronique cirrhotique, 6 malades d'hépatite chronique persistante.

Les auteurs estiment que cette différenciation détaillée serait impossible sans la ponction de biopsie du foie, et recommandent que ce procédé soit plus largement adopté pour la différenciation des maladies du foie.

HIPERTONIA NË MATERIALIN PROZEKTORIAL GJATË VITEVE 1964 — 1975

— FATOS HARITO —

(Katedra e Patologjisë së Përgjithshme)

Hipertonia është një nga sëmundjet më të shpeshta në moshat e rritura, shpeshësia e të cilës duket se është në ngjitje (7). Ajo gjendet në 50/0 të popullsisë, arrin 10 deri 20⁰/0 në dhjetëvjeçarin e pestë të jetës dhe shtohet nga 10⁰/0 për çdo dhjetëvjeçar të mëpasme (3). Përsa i përket vdekshmërisë së përgjithshme, hipertonia qëndron në një nga vendet e para. Prandaj studimi i gjithanshëm i këtij problemi është një detyrë e rëndësishme e mjekësisë sonë.

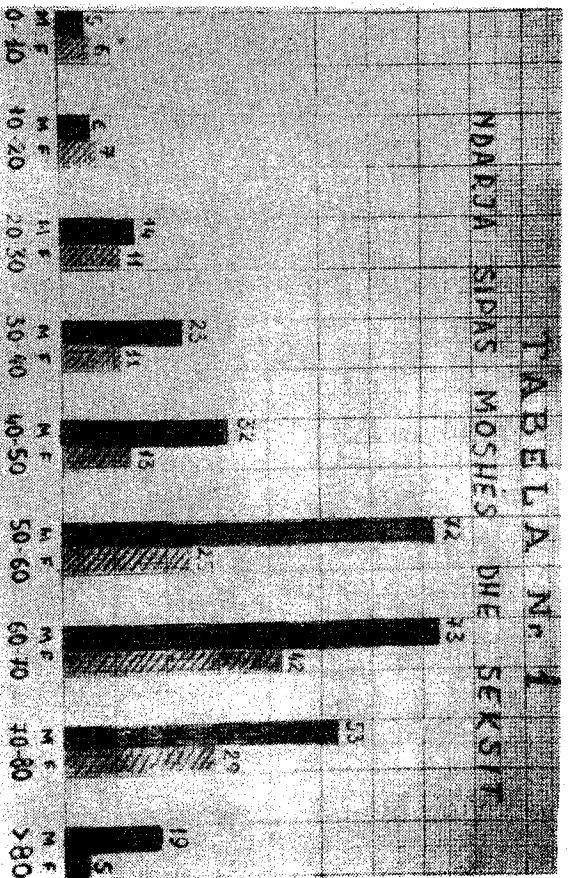
Paragjithja e materialit. — Në studim u morrën protokollat e nektropsive të viteve 1964—1975. Si hipertoni u konsideruan ato raste, që diagnozën klinike dhe anatomike e kishin «hipertoni» si dhe raste me trashësi të munit të ventrikullit të majtë të zemrës më tepër se 1,5 cm. dhe me të dhënat e tjera morfologjike të hipertonisë, duke përfshiruar më parë të gjitha shkaqet e tjera të mundshme të hipertrofisë së ventrikullit të majtë.

Në 4703 nektropsi të kësaj periudhe 12 vjeçare (1964-1975) u gjetën 446 raste me hipertoni, që përbëjnë 9,48⁰/0 të të gjithë nektropsive. Kjo përqindje do të dyfishohet më qoftë se nga numri i përgjithshëm do të zbriteshin nektropsitë e fëmijëve, të cilat përbëjnë gati gjysmën e rasteve. Në meshkujt, sëmundja është taktuar dy herë më shpesh se në femrat. Në dy dhjetëvjeçarët e parë, hipertonia është gjetur gati njësoj në të dy sekset, në të tretin mbizotëron në meshkujt, duke u theksuar më tepër në dhjetëvjeçarët e katërtë, të pestë dhe të gjashtë dhe duke rënë në dhjetëvjeçarët e mëpastajmë.

Të ndara sipas grup-moshave, numri më i madh i takon moshës 40-80 vjeç me më se 3/4 e rasteve (76,0⁰/0) dhe me kulmin në dhjetëvjeçarin e gjashtë dhe të shtatë (shih pasqyrën nr. 1).

Hipertonia primare (esenciale) është gjetur në 115 raste (25,8⁰/0) me një raport meshku/femra 2:1. Hipertonia sekondare është taktuar në 331 raste ose 74,2⁰/0 të hipertoniëve. Llojet e hipertonisë (të ndara sipas 14) dhe përqindjet që zënë ato në këtë grup paraqiten si më poshtë:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| I) Hipertonia primare | 115 (25,8 ⁰ /0) |
| II) Hipertonia sekondare | 331 (74,2 ⁰ /0) |



1) *Hipertoni renale* 145 (43,80%)

a) Sëmundje të parenkimës 105 (31,70%)

— Glomerulonefrite	36 (10,90%)
— Pielonefrite	57 (17,20%)
— Hidronefroza	6 (1,80%)
— Ren policistik	3 (0,90%)
— Tumor renal	1 (0,30%)
— Të ndryshme	2 (0,60%)
b) Sëmundje të vazave	34 (10,40%)
— Ateroskleroze	25 (7,60%)
— Poliarterit nodoz	7 (2,20%)
— Mbyllje mekanike	1 (0,30%)
— Të ndryshme	1 (0,30%)
c) Sëmundje perinefrale	4 (1,20%)
d) Uropati obstruktive	2 (0,60%)

2) *Hipertonia endokrine* 2 (0,60%)

3) *Hipertonia cerebrale* 8 (2,42%)

a) Tumore	6 (1,80%)
b) Inflamacione	1 (0,30%)
c) Të ndryshme	1 (0,30%)

4) *Hipertonia kardio-vaskulare* 161 (48,68%)

a) Ateroskleroza universale	152 (45,90%)
b) Insuficiencë kardiace	2 (0,60%)
c) Blloku kardial	2 (0,60%)
d) Të ndryshme	5 (1,50%)

5) *Eklampsia* 3 (0,90%)

6) *Të paklasifikuara* 12 (3,60%)

Shkagjet e vdekjeve të 446 rasteve me hipertoni paraqiten në pasqyrën nr. 2

Pasqyra nr. 2

Shkagjet e vdekjeve	Nr. i rasteve	Përqindja
Kardiale	39	8,7%
insuficiencë e zemrës	119	26,7%
Cerebrale	81	18,2%
Trombozë	19	4,3%
Renale	106	23,7%
Të ndryshme	82	18,4%

DISKUTIM

Në materialin tonë, hipertonia primare përbën 25,80% të rasteve, ndërsa ajo sekondare 74,20% (raporti 1:3). Në një materialin autopsik dhjetëvjeçar për vitet 1965-1965 në vendim tonë, përqindjet paraqiten 50,60% dhe 49,40% (13). Për hipertoni primare, shumë autorë japin shifra më të larta — 600% (6,8) dhe ndonjëherë 800% e më shumë (10). Përqindja jonë është e vogël, sepse në punimet anatomopatologjike, një pjesë e rasteve me hipertoni primare rezultojnë të jenë të natyrës sekondare. Një arsye tjetër është sepse një pjesë e rasteve, që duhet të vendoseshin në grupin e hipertoni primare, janë klasifikuar si hipertoni sekondare, të ardhura nga aterosklerozat. Kjo është e pashmangshme, megjandëse në format e përparura të hipertonisë primare mund të ketë dendime aterosklerotike sekondare, që e bëjnë të pamundur dallimin e saj nga aterosklerozat primare me hipertoni sekondare (1,4). Kjo është dhe arsyeja që në materialin tonë, hipertoni sekondare (1,4). Kjo është dhe arsyeja që në materialin tonë, hipertoni sekondare, me natyrë kardio-vaskulare, përbën një përqindje të madhe (48,68%) të hipertoniëve sekondarë. Në këtë grup, rasti më të shumta gjenden në moshat 50-80 vjeç (82,60%).

Hipertonia renale përbën 43,80% të hipertonisë sekondare. Në këtë grup, peshën më të madhe e mbajnë sëmundjet e parenkimës renale me 2/3 e rasteve. Edhe autorët e tjerë japin shifra të përafërta (6). Nga sëmundjet e parenkimës, në gjysmën e rasteve janë gjetur pielonefritet kronike, më pak glomerulonefritet, pastaj hidronefrozet, rene policistike etj. Në hipertonië renale, vendin e dytë e zënë sëmundjet vaskulare renale me 23,40%, ku shkaku më i shpeshtë lka që në aterosklerozat e arterieve renale, pastaj poliarteriti nodoz etj.

Bie në sy fakti se polimefritet takohen më shpesh në moshat mbi 30 vjeç, ndërsa glomerulonefritet në fëmijë dhe moshë të reja. Edhe shkaqet e tjera renale, veçanërisht ato vaskulare, hasen më shpesh në moshë të mëdha (dhjetëvjeçarët e gjasthë dhe të shtatë), me përjashtim të poliarteritit nodoz.

Hipertonia sekundare me natyrë endokrine përbehet nga 2 raste (0,6⁰/o) me tumore të shtresës medulare të suprarenaleve (pheochromocytoma).

Sic shihet nga pasqyra nr. 2, shkaqet më të shpeshta të vdekjeve tek hipertonicitet janë ato kardiale me 35,4⁰/o. Shifra të përafërta japin dhe autorë të tjerë: 35,9⁰/o (14) dhe 37,5⁰/o (2). Nga këto shkaqe, insuficiencia kardiale është 3 herë më e shpeshtë se infarktet e miokardit (përkatesisht 26,7⁰/o dhe 8,7⁰/o). Këtë raport japin dhe autorë të tjerë — 26,1⁰/o dhe 7,8⁰/o (14). Nga aksidentet kardiale, infarktet nuk janë takuar asnjë herë nën moshën 40 vjeç, ndërsa insuficiencia kardiale është e shpërndarë proporcionalisht me moshën dhe shpeshësinë.

Në radhë të dytë, si shkak vdekjeje paraqitet insuficiencia renale me 23,7⁰/o. Edhe autorë të tjerë e radhisin më radhë të dytë dhe në shifra të përafërta: 20,2⁰/o (14), 20,2⁰/o dhe 27,1⁰/o (cituar nga 5). Në materialin tonë bie në sy se në pesë dhjetëvjeçarët e para të jetës, insuficiencia renale përben 61⁰/o të shkaqeve të vdekjeve.

Në radhë të tretë qëndrojnë aksidentet cerebro-vaskulare me 22,5⁰/o. Shifrat e autoreve të huaj luhaten nga 14,9⁰/o (14) në 45,6⁰/o (cituar nga 5). Hemorragjia cerebrale është më e shpeshtë se aksidentet iskemike (11,12). Në materialin tonë, ky raport është rreth 4:1 (përkatesisht 18,2⁰/o dhe 4,3⁰/o). Në 60,5⁰/o të rasteve hemorragjia është gjetur në moshat 50 — 70 vjeç.

Në disa raste, hipertonia mund të japë vdekje të papritura dhe të menjëhershme.

Po japim një pasqyrë krahasuese të shkaqeve të vdekjeve, ku 5 autorët e parë janë cituar nga 5.

Autori	Viti	Nr. i rasteve	Insuf. kardiale	Insuf. Koronare	Aksidente cerebra e	Insuf. renale	Të ndryshme
Smith dhe bp.	1950	376	26.1	9.8	14.9	20.2	20.2
Leisman e bp.	1959	139	15.0	13.6	24.8	27.1	1.5
Sokolow e bp.	1961	153	13.7	21.6	34	5.9	24.8
Smirk e bp.	1963	82	4.3	41.5	23.2	9.8	21.2
Hood e bp.	1963	182	7.2	29.1	45.6	18.1	—
Breslin e bp.	1966	128	37.5	—	27.4	9.4	25.7
Scotti Th. M.	1971	—	26.1	7.8	14.9	20.2	29.0
Rastet tona	1977	446	26.7	8.7	22.5	23.7	18.4

P E R F U N D I M E

- 1) Hipertonia është një sëmundje e përhapur, që mban një vend të rëndësishëm në vdekshmërinë e përgjithshme. Ajo është gjetur në 9.48%/o të të gjithë nekropsive të kryera në Shërbimin e Anatomisë Patologjike të Spitalëve të Tiranës.
- 2) Hipertonia është takuar më tepër në moshat 40-80 vjeç dhe dy herë më shpesh në meshkujt se në femrat.
- 3) Hipertonia primare përbën 25.8%/o të rasteve, ndërsa hipertonië sekondare 74.2%/o.
- 4) Në hipertonië sekondare, përqindjen më të madhe e ze hipertonia kardiovaskulare me 48.68%/o (në radhë të parë nga ateroskleroza) dhe hipertonia renale me 43.80%/o.
- 5) Ndër shkaqet e vdekjeve nga hipertonia, vendin e parë e mbajnë insuficienca e zemrës dhe infarktet e saj (35.4%/o), pastaj insuficienca e veskëve (23.7%/o) dhe më në fund aksidentet cerebrovaskulare.

Dorëzuar në Redaksi më 15 maj 1977

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

- 1) **Bibri P.**: Morbus hipertonicus. Në librin: «Patologjia Morfologjike». Tiranë 1975.
- 2) **Breshin D.J. and Coll.**: Essential Hypertension. A twenty year follow-up study. Circulation 1966, 33, 87.
- 3) **Charberlain M.J.**: Hypertension. Në librin e Curran R.C. dhe Harnden D.G. «The Pathological Basis of Medicine». London 1972, 274.
- 4) **Dustan H.P.**: Atherosclerosis Complicating Chronic Hypertension. Circulation 1974, 50, 5, 871.
- 5) **Froment A. et Coll.**: L'Hypertension artérielle permanente. La revue du praticien 1969, 19, 2, 207.
- 6) **Guedon J.**: Formes étiopathogéniques de l'hypertension artérielle. La revue du praticien 1969, 19, 2, 189.
- 7) **Hoxha F.**: Hipertensioni arterial. Shëndetësia popullore 1966, 4, 11.
- 8) **Meyer Ph. et coll.**: Pathogénie de l'hypertension artérielle humaine. La revue du praticien 1969, 19, 2, 137.
- 9) **Pavli P.**: Vdekjet e papritura, të menjëherëshme dhe të shpejta në të sëmurët me hipertoni. Shëndetësia popullore 1966, 4, 29.
- 10) **Popa Y.**: Ndërshimet e zemrës në të sëmurët me morbus hipertonicus. Shëndetësia popullore 1966, 4, 40.
- 11) **Pouyane H. et coll.**: L'hémorragie cérébrale de l'hypertension artérielle. Neurochirurgie 1974, 20, 4, 285.
- 12) **Preza B.**: Aspektet neurologjike gjatë sëmundjes hipertoniqe. Shëndetësia popullore 1969, 4, 29.
- 13) **Rroku Ç.**: Ndërshimet morfologjike të morbus hipertonicus të nxjerrë nga material autopsik 10 vjeçar i shërbimit të Anatomisë Patologjike të spitalëve. Tiranë. Shëndetësia popullore 1966, 2, 21.
- 14) **Scotti Th.M.**: Hypertensive heart diseases. Në librin e Anderson W.A.D. «Pathology», Vol. I, St. Louis 1971, 682.

S u m m a r y

HYPERTENSION IN THE AUTOPSY MATERIAL OF THE PERIOD
1964-1975.

In the prosectorial material of the anatomopathologic service of the Tirana hospital hypertension was found in 9.48 percent of all the autopsies, mostly among the group aged from 40 to 80, twice as frequently among males as among females.

Primary hypertension represents 25.8 percent of the cases, secondary hypertension 74.2 percent. An explanation is offered why this ratio does not correspond with the clinical ratio between primary and secondary hypertension.

Among the cases of secondary hypertension the highest proportion belongs to the cardio-vascular hypertension (48.88%), which were mostly atherosclerotic cases, and renal hypertension (43.80%). Much less frequent were the cases of cerebral hypertension (2.42%), eclamptic hypertension (0.9%), endocrine hypertension (0.6%) and the group of unclassified hypertension (3.6%).

Of the immediate causes of death the first place in frequency was occupied by heart accidents (35.4%), followed by kidney failure (23.7%) and brain vessels accidents (22.5%).

R é s u m é

HYPERTONIE CONSTATÉE DANS LES AUTOPSIES FAITES DE
1964 — 1975

Sur les matériaux du service anatomopathologique de l'hôpital de Tirana, l'hypertension artérielle a été constatée dans 9,48% de l'ensemble des cas, principalement dans le groupe d'âge de 40 à 80 ans, et deux fois plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

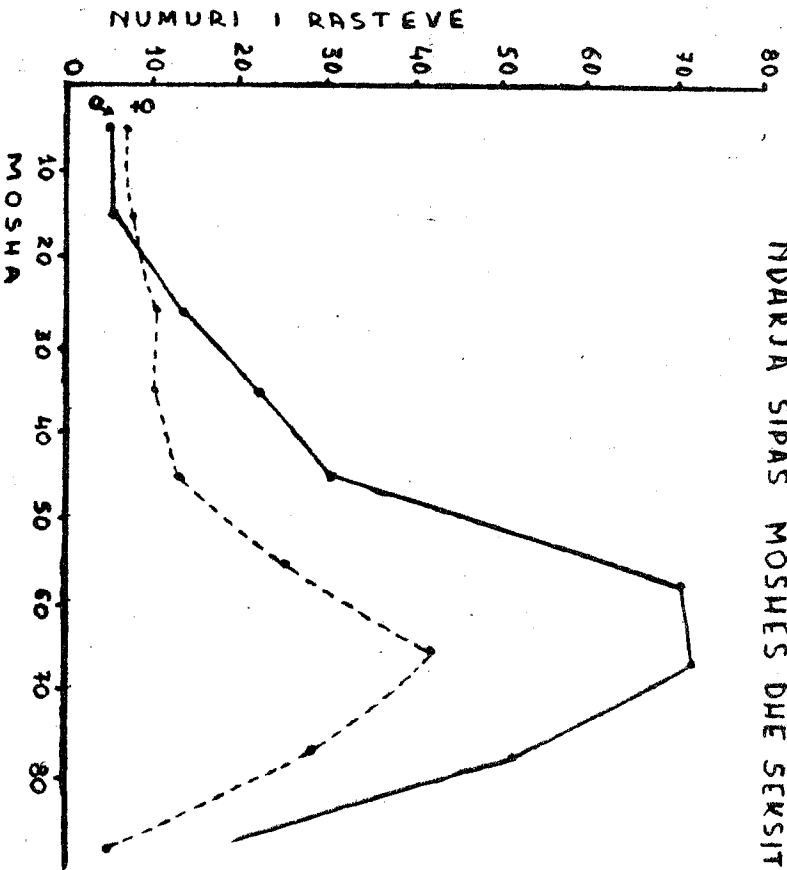
L'hypertension primaire constitue 25,8% des cas, l'hypertension secondaire 74,2%. L'auteur explique pourquoi cette proportion ne concorde pas avec les proportions cliniques entre les hypertensions primaires et secondaires.

Parmi les cas d'hypertension secondaires, les plus nombreux sont ceux d'hypertension cardio-vasculaire (48,88%), constitués surtout de cas athérosclérotiques et ceux de l'hypertension rénale (43,80%).

Les cas beaucoup moins fréquents sont ceux d'hypertension cérébrale (2,42%), d'hypertension eclamptique (0,9%), d'hypertension endocrinienne (0,6%) et le groupe des hypertensions non classifiées.

La cause la plus fréquente de décès est représentée par les accidents cardiaques (35,40%), suivie dans l'ordre par l'insuffisance rénale (23,70%) et les accidents cérébro-spinaux (22,50%).

TABELLA N° 1
NDARJIA SIPAS MOSHES DHE SEKSIT



MBI DISA VECORI KLINIKO-OBSTETRIKALE TË PLURIPARITETIT TË LARTË

— RAHIM GJUKA —

(Spitali i rrehtit — Peshkopi)

Pluripariteti i lartë konsiderohet një entitet i vegantë klinik, ku futen «gratë me moshtë pak a shumë të thyer, me të kaluar patologjike dhe këshim të mureve të mitës, duke humbur këshu formën e saj të zakonshme» (5). Në këtë grup futen përgjithësisht gratë, që kanë lindur mbi 4-8 fëmijë e më tepër.

Në kemi marrë në studim 2652 lindje të kryera në shtëpinë e lindjes të Peshkopisë gjatë 5 vjetëve (1970-1974), të ndara sipas partitit: primare 26,6% (706 raste), pluriare 52,2% (1386) dhe pluriare të mëdha 21,2% (560 raste). Për përcaktimin e pluriparitetit të lartë, si kriter kemi konsideruar gratë që kanë lindur 6 fëmijë e lart.

Ndër ndërlikimet obstetrike tek pluriparet e mëdha gjatë shtatëzanisë janë vërejtur:

a) Shtatëzania me shumë fëmijë. Në materialin tonë, shtatëzania me shumë fëmijë është takuar 0,2% tek primiparet dhe nga 2,3% në pluriparet dhe në pluriparet e mëdha.

b) Në materialin tonë, lindjet para kohe paraqiten 13,1% tek primiparet, 9,8% tek pluriparet dhe 11,7% tek pluriparet e mëdha, dmth duke zënë vendin e dytë pas primipareve.

c) Paraqitjet fetale janë shprehur në pasqyrën nr. 1 dhe në materialin tonë, gjendjet patologjike në pluriparet e mëdha janë gati dyfish në krahasim me primiparet dhe pluriparet e tjera.

Pasqyra nr. 1

Paraqitjet fetale sipas partitetit

Paraqitjet	Primipare %	Pluripare %	Pluripare të mëdha %
Me kokë	95,6	91,3	89,5
Defektive	0,4	0,4	0,5
Podalike	3,5	3,7	4,0
Transversale	0,5	4,6	6,0

d) Ndërlikimet e tjera obstetrike si toksikoza, placenta previa dhe pararenie parareniet e kordonit të këthizës janë paraqitur në pasqyrën 2.

Pasqyra nr. 2

Ndërlikimet obstetrike (toksikoza, placenta previa dhe pararenie të kordonit të këthizës) sipas partitetit

Ndërlikimet	Primipare %	Pluripare %	Pluripare të mëdha %
Toksikoza	9	0,8	0,9
Placenta previa	0,1	0,6	1,4
Pararenie e kordonit të këthizës	0,9	1,4	1,8

e) Zgjatja e lindjeve sipas partitetit është paraqitur në pasqyrën nr. 3 dhe rezulton më e shkurtrë sesa në grupet krahasuese.

Pasqyra nr. 3

Zgjatja e lindjeve sipas partitetit

Zgjatja e lindjeve	Primipare %	Pluripare %	Pluripare të mëdha %
Deri në 12 orë	7,5	73,3	19,3
12-24 orë	81,2	25,0	19,2
26-36 orë	3,3	1,2	1,0
mbi 36 orë	6,1	0,5	0,5

f) Mënryra e përfundimit të lindjeve sipas partitetit është paraqitur në pasqyrën nr. 4

Pasqyra nr. 4

Mënryra e përfundimit të lindjeve sipas partitetit

Mënryra e lindjeve	Primipare %	Pluripare %	Pluripare të mëdha %
Lindje spontane	87,5	93,2	88,0
vakum-ekstraktor	7,0	2,2	3,8
forceps	1,5	0,6	1,4
perje cezariane	3,2	3,0	4,0
rotullime obstetrike	0,8	1,0	2,8

g) Ndërlikimet e periudhës placentare, në materialin tonë paraqiten si më poshtë: hemorragjitë në primiparet 6,30/0; në pluripartet 6,10/0 dhe në pluripartet e mëdha 9,50/0; ndërsa mbeljet e placentës në primiparet 1,20/0; në pluripartet 1,40/0 dhe në pluripartet e mëdha 2,30/0; dmth në tërësi këto dy ndërlikime në pluripartet e mëdha paraqiten në masën 11,80/0 ose gati dyfishi ndaj grupeve të tjera krahasuese.

DISKUTIMI I MATERIALIT

Lidhur me përcaktimin e pluripartitetit të lartë në literaturën mjekësore ka mendime të ndryshme. Si të tilla disa konsiderojnë ato gra, që, në anamnezën e tyre kanë 4 lindje e lart (2, 4, 5), ndërsa të tjerë janë të mendimit për ato gra që kanë lindur 6 fëmijë e lart (3, 6).

Shpeshësia e rasteve të pluriparteve të mëdha është e ndryshme dhe luhaket sipas vendeve dhe rrethanave të veçanta: në materialin tonë gjatë pesë vjetëve, që po referojmë, ato zenë masën 21,20/0; qytorë të tjerë citojnë në 230/0 (7) dhe 24,30/0 (cituar nga 3).

Qysh nga viti 1934, pluripartiteti i lartë tashmë është konsideruar si «pluripartet i rrezikshëm», për arsye se ato gra shfaqin një seri ndërlikimesh obstetrike si gjatë shtatzënisë ashtu dhe gjatë lindjes (cituar nga 2).

Shtatzënia me shumë fëmijë paraqitet më e shpeshtë. Pjesërisht kjo shpjegohet nga një shkallë e lartë e fertilitetit tek këto gra. Në materialin tonë, shpeshësia e një patologjie të tillë paraqitet në masën 2,30/0.

Në materialin tonë, lindjet para kohë zenë vendin e dytë pas primiparëve, por qëndrojnë më lart sesa në pluripartet e tjera, duke u paraqitur në masën 11,70/0. Si shkaqe favorizuese për një shpeshësi më të lartë të lindjeve para kohë tek këto gra janë ndryshimet patologjike të ka pësuar qafa e mitrës, inserimi i ulët i placentës dhe rastet më të shpeshta të shtatzënisë me shumë fëmijë.

Gjendjet patologjike, sidomos ato transversale, paraqiten më shpesh në masën gati dyfish në krahasim me primiparet e tjera. Shpeshësia e një patologjie të tillë, në këto gra, shpjegohet si pasojë e atonisë së mureve të mitrës dhe të barkut. Raste më të shpeshta të gjendjeve patologjike në pluripartet e mëdha japin dhe autorë të tjerë (1).

Ndërlikimet obstetrike si toksikozaat e barrës, placenta previa dhe parareniet e kordonit të kërtizës, në materialin tonë, paraqiten në një masë mjaft më të shpeshtë sesa në pjesën tjetër të shtatzënavë. Një shpeshësi të lartë të tillë e venë në dukje dhe autorë të tjerë (2, 4).

Në pluripartet e mëdha, zgjatja e lindjeve paraqitet përgjithësisht më e shkurtrë. Kështu në materialin tonë brenda 12 orëve kanë lindur 79,30/0 e tyre.

Mënyra e përfundimit të lindjeve, siç paraqitet në pasqyruan nr. 4 në materialin tonë me ndërhyrje kirurgjikale më të lartë, takohen në primiparet, pas tyre radhiten pluripartet e mëdha dhe në fund qëndrojnë pluripartet e tjera: 12,50/0, 120/0 dhe 6,30/0. Edhe në materialin e autorëve të tjerë (7) pak a shumë këto raporte qëndrojnë lidhur me përfundimet

e lindjeve sipas paritetit dhe pikërisht në primiparet 15,90%, pluriparet e mëdha 11,90% dhe pluriparet e tjera 7,20%.

Ndërkimët e periudhës placentarë (hemorragjitë e mbetjet e placētës) në materialin tonë paraqiten në pluriparet e mëdha gati dyfish në krahasim me primiparet dhe pluriparet e tjera. Një shpeshësi e ndërlikimeve të kësaj periudhe shpjegohet me rastet më të shpeshta të insermit të ulët të placētës dhe atonive të mitrës.

Përfundim. — Gjatë periudhës pesëvjeçare (1970-1974) në spitalin obstetrik-gjinekologjik të Peshkopisë, pluripariteti i lartë është takuar në masën 21,20% të të gjithë lindjeve të kryera në këtë institucion.

Dorëzuar në Redaksi më 2 tetor 1977

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Camilleri A.L., Gremina V.** : The effect of parity on birthweight. *Journal of Obstetric and Gynaecological British Commonwealth* 1970, 72, 145.
- 2) **Donald I.** : The grande multipare. *Practical Obstetric Problems*, Lloyd — Luke 1969, 94.
- 3) **Gargano G.** : Su alcuni problemi della grande multipare. *Minerva Ginecologica* 1967, 19, 223.
- 4) **Glizheni K.** : Teksti i Obstetrikës. Tiranë 1973, 1014.
- 5) **Lacomme M.** : La gestation et l'accouchement des grandes multipares. *Pratique Obstétricale* 1960, 452.
- 6) **Ohtolenghi — Pretti G.F.** : Le grandi pluripara. *Annali ostetriche e ginecologiche*, 1952, 75-2, 193.
- 7) **Wahl P. et Bianchi G.** : La grande multipare. *Etude statistique et clinique à propos de 700 observations*. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1964 7-8, 445.

Summary

SOME CLINICO-OBSTETRICAL PARTICULARITIES OF HIGH PLURIPARITY

Of the 2652 deliveries conducted in the five year period between 1970 and 1977 at the maternity hospital of Peshkopia, 26.6 percent were primiparous, 25.2 percent low pluriparous and 21.2 percent high pluriparous.

The paper discusses the particularities and complications observed in high pluriparity, such as multiple foetuses, premature birth, placenta praevia, early fall of the umbilical cord and other pathologic conditions, the ways of conducting the deliveries, as well as the complications of the placental period and the perinatal death rate.

Résumé

**DE CERTAINS PARTICULARITES CLINIQUES ET OBSTETRICALES
DE LA MULTIPARITE ELEVEE**

L'auteur de cet article a analysé 2632 accouchements effectuées à la Maternité de Peshkopi pendant les années 1970-1974. Ces accouchements se divisent en primipares (36,60%), multipares (52,20/0) et de grandes multipares (21,20/0).

Il traite minutieusement les caractéristiques et les complications survenues dans la multiparité élevée: grossesse à plusieurs foetus, accouchement avant terme, placenta previa, cûte précoce du cordon ombilical, mode de conclusion des naissances, complications de la période placentaire et mortalité périnatale.

TRAJTIMI KIRURGJIKAL I HIPOSPADIVE BALANIKE

— FLAMUR TARTARI —

(Katedra e Kirurgjisë speciale)

Hipospadia është një sëmundje e lindur tek fëmijët e vegjël (mekuj). Qubet hipospadi për arsye se orificiumi i jashtëm i uretrës nuk lodhet në vendin e caktuar, por ndodhet në pjesët e tjera të *parween-atis penis*. Sipas pozicionit të urinës së jashtme të uretrës bëhet dhe asifikimi i hipospadive. Kështu kemi hipospadi balanike, peniene, totale dhe perineale. Ka raste kur orificiumi i jashtëm i uretrës është i vendin e caktuar (*glans penis*), por penisi është i kthyer nga brenda përkultur). Në këto raste, kjo hipospadi është e shoqëruar me kordë. Si enjë kryesore, hipospadië kanë kurvazazimin e penisit (nga indit fibrotik i nënëkurës që e mban të tillë), vështrësi në urinin; gjatë ereksionit, penisi mbetet i përkultur.

Gjatë viteve 1976-1977 në klinikën tonë janë parqitur 29 raste e hipospadi balanike. Prindrit referojnë për fëmijtë e tyre në 99% rasteve për ndryshim të curgut të urinës (urinin me vështrësi) dhe për dëgjie të urinës. Nga anamneza, prindrit thonë se fëmijtë kanë ndur të tillë. Në bazë të ekzaminimeve të këtyre rasteve është konstatuar se të gjithë kanë qenë forma balanike pa përkulje të penisit (nuk raqisnin indifibrotik të nënëkurës). Rastet e parqitur tek ne përmbilohen nga moshë 1-16 vjeç dhe një rast 29 vjeç. Sipas moshës, të sëmurët lahen si më poshtë:

Vjeç	1-5	7	8-10	11-13	14-16	29
Raste	8	5	5	6	4	1

Para ndërhyrjes kirurgjikale, 10 vetëve iu bë pielografia intra venos e rezultojnë pa anomali të tjera shoqëruese. Shumica paraqisnin elemente patologjike në analizën e urinës (leukocite dhe eritrocite).

Nga këta 29 raste, 2 paraqitnin ngushtim të theksuar të urinës së shtrme të uretrës. 16 raste janë operuar me anestezi të përgjithshme dhe me atë lokale, solucion novokainë 0,5%, 2-3 cc. Anestezia lokale është yer në kufirin ndërmjet glansit dhe penisit në koronën glandulare.

Në klinikën tonë, si taktikë operatore kemi përdorur metoda të ndryshme. Në 3 raste me hipospadi balanike, tek të cilët meatusi ka qenë ë tepër në glans, kemi përdorur zgjerimin e meatustit sipas (1). (shih nrën 1). Në 12 raste kemi përdorur metodën sipas figures 2 (2), ku

kemi bashkuar nga sipër poshtë vrimën reale dhe virtuale, ku me 2-prejje e sutura ketguti mukozo-kutaneele kemi zgjeruar vrimën e metasth sit. Në 8 raste të tjera janë përdorur 3 incizione, sipas figurës III dhe 6 raste sipas figurës IV me 4 incizione me madhësi 0,5 mm. Të gjithë këto raste janë qepur me ketgut të hollë. Vrime e meatustit të formuar k mbehur e lire.

Në këto raste, qëllimi i mjekimit ka qënë që të siguronim dalje normalisht të urinës pa pengesa nga uretra.

Sipas figurës IV kemi operuar dhe rastin që po përshkruajmë më poshtë:

Fëmija L.M. 4 vjeç, shtuar në spitalin e Krugës me diagnozën «Hematuri dhe piuri», për të cilën dhe u mjekua. Më 13.XI.1976 u tran sferva në klinikën tonë me diagnozën *Hydronefrosis bilateralis*. Në shtetin prindrit referonin se fëmija kishte vështrësi në urinim. Fëmija urinonte në formë pikash dhe disa herë kishte djegie gjatë urinimit dhe temperraturë. Në vitin e fundit këto shqetësime ishin më të shpeshta. Babaaj ka vdekur para dy vjet e gjysëm nga insuficienca renale akute.

Ekzaminimi objektiv: gjendja e përgjithshme e fëmijës relativisht e mirë, organet e tjera normale, me përgjashmëri të rritjes së hepari 2 cm. nën barkun brinjor të djathtë. Në statusin lokal të organeve gjentiale të jashtme konstatohet: në kufirin ndërmjet *glans penis* dhe trupit të penisit paraqitet orificiumi i jashtëm i uretrës me ngushtim të theksuar të tij sa që maja e gjilpërës futej me vështrësi. Drejtimi i penisit ishte normal. Diagnoza: hipospadi balanike. Nga ekzaminimet e kryera rezultuan: azotemia dhe glicemia — normal. I sëmurit paraqet një eritrosedimentacion të lartë 44 mm/ në orë me leukocitozë 12.000. Analizë e urinës: albuminë gjurmë, fusha e mbushur me elemente leukocitare, densiteti i urinës 1007. Provat e melgisë me disa ndryshime të lehta. Fëmijës iu bë urografia intravenoze dhe u konstatua një hidronefrozë bilaterale më e shprehur majtas me zgjerim të uretereve. Vezika urinare gjithashtu ishte e zmadhuar. Cistografia miksiionale paraqiste një zgjerim të uretrës deri në orificium. U krye operacioni për zgjerimin orificiumit të jashtëm të uretrës. Operacioni u krye me anestezë lokale sol. novokainë 0,25% 2 cc. në *corpus cavernosus* për rreth orificiumit të jashtëm të uretrës, ku u bënë 4 incizione të vogla (shih fig. IV) ng: 0,5 — 1 mm. Përreth meatusit në të dy anët e tij dhe u bë qepje e mukozës së uretrës me lëkurën në të katër anët me ketgut të hollë. Në fund të operacionit klema e hollë kaloi lirisht. Në spital u mjekua me kemicetinë, vitaminin C dhe B dhe dezinfektues urinarë. Më 4.XII.1976 fëmija doi nga spitali i shëruar. Pas një dhe dy muajve, fëmija ka ardhur për kontroll, dhe gjendja ka qënë e mirë.

Të 29 rastet me hipospadi balanike janë trajtuar me këtë operacion për të hapur meatusin e jashtëm të uretrës me 2-3 ose 4 incizione ng: gjysëm milimetri deri në një milimetër përreth tij (Shih figurat si më poshtë).

Konkluzion: Hipospadia balanike është sëmundje kongjenitale që mjekohet në mënyrë kirurgjikale qysh në moshat më të vogla për arsye të ndërlikimeve që sjell në aparatun urogjental.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Mollard P., Périn P. : Hypospadias: Le traitement des lésions associées à l'ectopie du méat. Journal d'urologie et de néphrologie 1976, Tom. 2, nr. 7-8, 545.
- 2) Périn P. : Traitement de l'hypospadias. Lyon 1974, 48.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF BALANIC HYPOSPADIAS

An analysis is presented of 27 cases of balanic hypospadias treated surgically by widening the external meatus of the urethra.

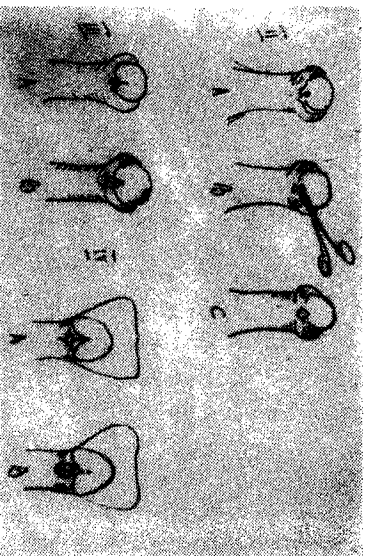
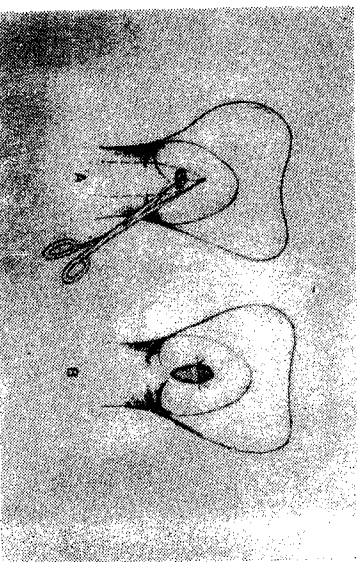
A more detailed description is given of a child with a constriction which had led to complications of the urinary apparatus. Complete recovery was confirmed by the examination carried out two months after the operation.

Résumé

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPOSPADIAS BALANIQUE

Il est question de 27 cas d'hypospadias balanique, qui ont été traités chirurgicalement en élargissant le méat externe de l'urètre.

L'auteur présente l'exemple d'un enfant souffrant d'une sténose du méat ayant provoqué des complications à l'appareil urinaire. A peine deux mois après l'intervention, son état s'est sensiblement amélioré.



MOSPREKJA E PULSIT NË ARTERIEN DORSALIS — PEDIS DHE TIBIALIS POSTERIOR

— LLUKA HEQIMI —

(Spitali i rrethit — Krujë)

Këmba, si pjesa më e fundme e gjymtyrës së poshtme, paraqet një ndërtim arterial anatomik shumë interesant në përputhje me funksionin e saj. Ecja apo vrapimi janë nga funksionet më të rëndësishme të anësive të poshtme, që përballohet nga ndërtimi osteo-muskuloneuro-artikular si dhe nga ndërtimi i vegantë arterialo-venoz. Furnizimi i këmbës me gjak arterial në kushte të vëshira, sig është ecja apo vrapimi, ku vazat shtypen nga faktorë të jashtëm, kryhet nëpërmjet anastomozave të shumta, që përballojnë këto ngarkesa, duke mos penguar punën. Kur shunta, që përballon këto bllokua, sig mund të ndodhë me sëmundjet e vazat arteriale janë të bllokuara, sig mund të ndodhë me shkallë të shumta të tyre, puna efektive e këmbës reduktohet në shkallë të ndryshme. Në normë, këmbës i preken degët kryesore arteriale (shih fig. nr. 1 dhe shpjegimet përkatëse).

Mosprekja e pulsit në njërin nga tre arteriet kryesore *atibialis posterior*, *a.dorsalis pedis* dhe *ramus perforans a. peroneale* nuk është shenjë patognomonike për një sëmundje vazash. Mosprekja e pulsit në një arterie shpesh kompensohet nga fuqizimi i pulsacionit në arterien tjetër. Disa autorë (3) referojnë se në 27⁰/₀ të rasteve kur mungon pulsi në *a.dorsalis pedis*, po në atë anë preket fuqishëm *ramusi perforans*, kurse a. peroneale preket si në të shëndoshë ashtu dhe në të sëmurë.

Në kemi ekzaminuar disa persona, që nuk paraqitnin ankesa për ndonjë patologji vazale arteriale dhe morrën disa të dhëna, të cilat përkohjë me ato të shumë autorëve të tjerë dhe që na udhëhoqën drejt një konkluzioni, që do të flasim më poshtë.

METODIKA

Në kemi ekzaminuar 431 raste, nga të cilët 351 të rritur dhe 80 fëmijë. Nga të rriturit 265 ishin femra të ndërmarrjes artistike të Krujës dhe 86 meshkuj nga kantieri gurë-gëdhere. Nga fëmijët, 44 ishin meshkuj dhe 36 femra, që in përkisnin moshave nga disa muaj deri në 4 vjeç. Të ekzaminuarit tanë të rritur nuk paraqisnin asnjë ankesë në lidhje me ndonjë sëmundje vazash, kurse tek fëmijët, kjo sëmundje gati nuk u vu re. Zgjedhja e këtij kontigjenti u bë për të parë në se mos-

prekja e pulsit është një anomali kongjenitale, në gjatë përqindje mund të vihet re tek fëmijët dhe tek të rriturit dhe si shkon kjo me kalimin e kohës në përputhje me punën, rritjen, moshën, seksin etj. Ekzaminimi u bë në dhoma të veçanta me temperaturë optimale dhe në pozicion shtrirë të të ekzaminuarit, ashtu si referojnë dhe autorë të tjerë (1, 3).

Mosprekshmëria e pulsit na detyroi të thellohemi në ekzaminimin më të plotë me provat e ngarkesës, khimin e ngjyrës, mbushjen e venave, garkullimin kapilar etj. Pulsacionet e dobta, të dyshimta për ne, na nxitën të përdorim nitroglicerinë (sigurisht tek të rriturit doza u dhë 0,5 mg, 1 tabl. nën gjuhë) si mjet i fuqishëm vazodilatator, që rekomandojnë dhe autorë të tjerë (1, 3).

Në shumicën e rasteve, pulsacionet u kapën mirë, madje dhe tek fëmijët. Sa herë që pulsacionet e një arterie ishin të dobta, pulsacionet e tjetrës ishin të fuqishme, gjë që tregon për një kompensim të arsyeshëm brenda normës. Ne nuk konstatuam ndonjë të sëmurë vazal, megjithëqë tek disa kishte mosprekshmëri të ndonjë arterie. Provat e sipërpërmendura na hodhën dyshimet për patologji arteriale të këtyre personave që ju nështruan këtij studimi me shumë kënaqësi.

REZULTATET TONA

Në pasqyrën nr. 1 tregohen të dhënat tona në lidhje me mosprekshmërinë e arterieve të këmbës. Kontigjenti i të rriturve është i ndarë nga ai i fëmijëve.

Pasqyra nr. 1

Emërtimi i arteries	Të rritur	Përqindja	Fëmijë	Përqindja
1) A. dorsalis pedis bilateral	7 persona 2 M. 5F.	2%	6 M.	7,5%
2) A. dorsalis pedis sinistra	1 F.	0,3%	1 M. 1 F	2,7%
3) A. dorsalis pedis dextra	1 F	0,3%	3 M.	3,7%
4) A. tibialis posterior bilateral	2 F	0,6%	1 M. 1 F.	2,5%
Gjithsej	11 persona 2 M. 9 F.	3,14%	13 pers. 11 M. 2 F	16,2%

Në literaturën që kemi pasur mundësi të konsultohemi, nuk kemi hasur ekzaminime në fëmijë. Por duhet thënë se puls i fëmijëve të vegjël preket mjaft mirë.

Mosprekja e pulsit në *arterien dorsalis pedis bilaterale* nga disa autorë (3) është konstatuar në 8,70/0, kurse në të rritur ne e kemi gjetur në 20/0 dhe në fëmijt në 7,50/0.

Tek disa autorë (2), arteria postika mungon në 20/0 të rasteve, kurse mëjet tona rezultojnë në të rritur 0,60/0 dhe në fëmijt 2,50/0.

Siç shihet, përqindja e mosprekshmërisë tek fëmijt të ekzaminuar nga ne është afer shifrave, që përmenden në literaturë. Përdorimi i nitroglicerines ve në dukje pulset e dyshimta, që në fillim nuk konstatoheshin menjëherë tek të rriturit, duke ulur kështu përqindjen tek ata. Përdorimi i nitroglicerines është bërë edhe për të parë praktikisht forcen e saj vazodilatatore.

Duke u mbështetur në gjykimin e këtij studimi, nxjerrim konkluzionin se mosprekshmeria e pulsit nuk do të thotë gjithnjë sëmundje vazash. Ekzaminimi plotësues i këtij kontigjenti ndihmon në përcaktimin e diagnozës.

PËRFUNDIME

1) Mosprekja e pulsit arterial në këmbë nuk do të thotë gjithnjë sëmundje vazash. Në nuk prekëm pulsën në 11 të rritur (3,140/0) dhe në 13 fëmijtë (16,20/0). Mosprekja e pulsit arterial në këmbët tek fëmijt rezulton më i lartë se tek të rriturit.

2) Nitroglicerina është medikament vazodilatator, që mund të përdoret për fuqizimin e këmbës me gjak të pastër në periudha të shkurtura të herepashërshme.

Dorëzuar në redaksi më 10 shtator 1977.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Allen V.E., Barker W.N. and coll. : Peripheral vascular diseases second edition. Philadelphia 1956, 24.
- 2) Bartos J. : Treatment of chronic arterial obliterations in lower extremities by means of direct revascularisation. Acta Universitatis Carolinae. Praha 1972, 23.
- 3) Fairbairn F.J., Juergens L.J. and coll. : Peripheral vascular diseases fourth edition. Philadelphia 1972, 33, 106.
- 4) Linton R.R. : Atlas of vascular surgery. Philadelphia 1973, 10.
- 5) Sinjetnikov D.K. : Atlas anatomii gellovjeka. Moskva 1963, Tom. II.

Summary

IMPALPABLE PULSE OF THE ARTERIES DORSALIS PEDIS AND TIBIALIS POSTERIOR

A series of 431 subjects were examined, of whom 351 adults and 80 children from the town enterprises and the kindergarten of Kruja, with the purpose of studying the impalpability of the arteries of the lower limbs and its implications. Bilateral impalpability of *arteria dorsalis pedis* was found in 20/0 of the adults and

7.50% of the children; on the right or left foot it was found in 0.30% of the adults in either foot, in children in 2.70% and 3.70% in the right and left foot respectively. The pulse of a. postica was impalpable on both sides in 0.60% of the adults and in 2.50% of the children.

The absence of pulse in children was higher partly because the adults had used nitroglycerin (0.5 mg under the tongue), which acts as a powerful vasodilatator.

No lesions of the vessels were noted during the examination. All the subjects with impalpable pulse were healthy.

The study implies that impalpable arteries of the lower limbs are not pathognomonic for any affection of the blood vessels.

R é s u m é

POULS IMPALPABLE DES ARTERES DORSALIS PEDIS TIBIALIS POSTERIOR

Dans les entreprises et les jardins d'enfants de la ville de Kruijé ont été examinés une série de 431 sujets, dont 351 adultes et 80 enfants, pour déterminer le pouls impalpable des artères des membres inférieurs et dégager les conséquences de ce défaut. Le pouls impalpable bilatéral de l'arteria dorsalis pedis a été relevé dans 2% des adultes et 7,50% des enfants; en ce qui concerne le pied droit ou gauche, il manquait chez 0,30% des adultes dans chacun des pieds, et dans 2,70% et 3,70% des enfants sur le pied droit et gauche respectivement. Le pouls de la postica était impalpable des deux côtés dans 0,60% des adultes et dans 2,50% des enfants.

Le manque de pouls est plus élevé chez les enfants, ce qui s'explique par le fait que les adultes avaient pris de la nitroglycérine (0,5 mg. sous la langue), un vasodilatateur puissant.

L'examen n'a pas révélé de lésions ayant touché les vaisseaux sanguins. Tous les sujets examinés à pouls impalpable jouissaient d'une bonne santé.

L'auteur tire la juste conclusion que le défaut de palpitation des artères du pied ne constitue pas en soi un signe pathognomonique de maladie des vaisseaux sanguins.

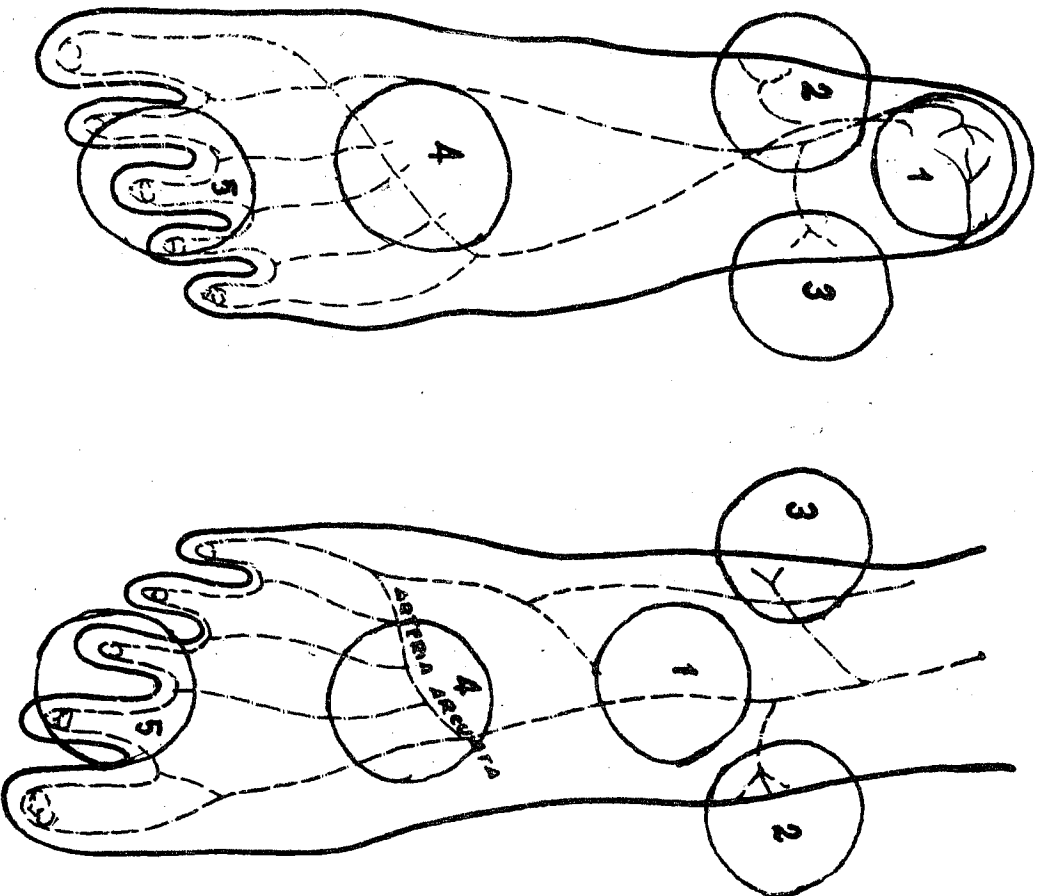


Figura № 1

- 1) Rete calcaneum: a) arteria tibialis posterior; b) Arteria fibularis (pars perforans).
- 2) Rete malleolare mediale: a) Arteria tibialis anterior; b) Arteria tibialis posterior.
- 3) Rete malleolare laterale: a) Arteria tibialis anterior; b) Arteria tibialis posterior.
- 4) Anastomozat që kryen nga degët perforante të harkut plantar dhe arteries arkuate.
- 5) Anastomozat ndërmjet arteries digjitale plantare dhe dorsale.

L'anémie avance parallèlement à la rétention d'azote et à la diminution du filtrage des glomérules; en plus, l'hématocrite est un élément d'importance servant à déterminer le degré de l'anémie.

Une fois admise la corrélation anémie-affection rénale, les auteurs dégagent la conclusion que l'anémie évolue parallèlement à cette affection.

L'examen des cas susmentionnés a montré que l'anémie appartient surtout au type normochrome et normocyte et, très rarement, au type hypochrome et microcyte.

Les auteurs ont également étudié la base physiopathologique des mécanismes de l'anémie dans l'insuffisance rénale.

Materiali dhe Metoda

Si objekt studimi na kanë shërbyer 20 të sëmurë. Duke u bazuar në të dhënat dhe ekzaminimin e tyre brenda dhe jashtë gojës, i kemi ndarë ata në dy grupe: 1) të sëmurë që kanë përdorur protezën 5 vjet e lart, ku madhësia vertikale e okluzionit qëndror është ulur si pasojë e atrofisë së procesit alveolar, megjithëqë madhësia vertikale ka qenë e përcaktuar drejt; 2) të sëmurë që përdorin proteza me mospërcakim të drejtë të madhësisë vertikale të okluzionit qëndror (okluzion i zvogëluar).

Po përshtirujmë rastet më tipike të të sëmurëve të grupit të parë. Në këtë grup kishim gjithsej 12 të sëmurë.

E sëmurë P.M., vjeç 64, me nr. kartele 1260.

Paraqitet në klinikën e ortopedisë stomatologjike me diagnozën *arthritis temporomandibularis bilateralis*. Megjithëse terapia e përdorur tek kjo e sëmurë me hidrokortizon, vitaminë dhe fizioterapi nuk kishte dhënë rezultat, u mendua se kishte nevojë për ndihmë ortopedike. E sëmurë ishte protezuar para 19 vjetëve. Në ekzaminimin subjektiv, pacientja ankohet për dhembje të forta në regionin e artkluacionit temporomandibular, dhembja i shqetësohet me kërcitje të këuj regionit. Gjithashtu ankohet për lëvizshmëri të protezës gjatë ngjënies. Në ekzaminimin objektiv, jashtë gojës u konstatua se 1/3 e poshtme e fytyrës e krahësuar me dy pjesët e ljera të fytyrës dukej më e vogël dhe shoqërohet dhe me dalje të mjekërës përpara. Brenda gojës vumë re një atrofijë të theksuar të proceseve alveolare tek të dy nofullat, në vëganitë e nofullës së poshtme. Nga matjet e bëra tek e sëmurë doli se: a) përmasa e madhësisë vertikale në okluzionin qëndror me proteza në gojë ishte 47 mm.; b) përmasa e madhësisë vertikale në pozicion getësie me proteza në gojë ishte 53. Pra hapësira fiziologjike midis harqeve të dhëmbëve ishte me madhësi 6 mm. (fig. 1).

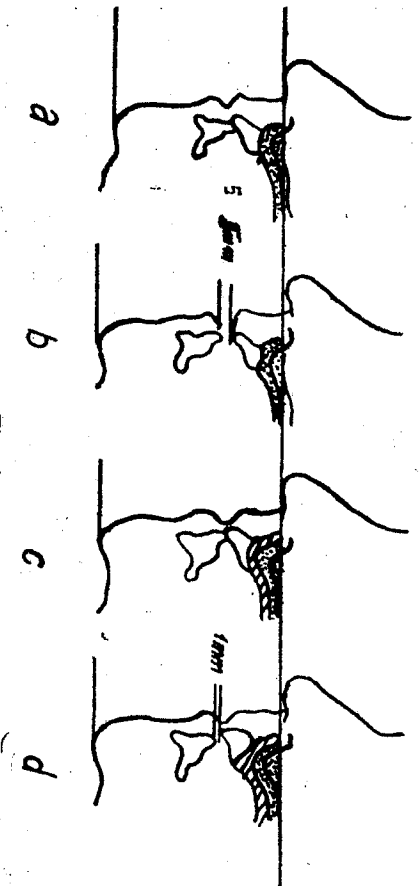


Fig. 1

RËNDËSIA E PËRCAKTIMIT TË DREJTË TË MADHËSISË VERTIKALE NË OKLUZIONIN QËNDROR DHE VEÇORITË E PËRSËRTITËS SË PROTEZAVE TOTALE ME OKLUZION TË ULËT

— HARRULLA MUÇO — RRUZHDIJE QAFMOLLA

(Katedra e Ortopedisë stomatologjike)

Harku i dhëmbëve të nofullës së poshtme mund të marrë pozicione të ndryshme në lidhje me harkun e dhëmbëve të sipërme. Këto pozicione ndryshojnë si në varësi të funksionit dhe fazat e funksionit, në të cilat nofulla e poshtme merr pjesë, ashtu dhe nga njëri person tek tjetri. Për njëkimin ortopedik me proteza totale, rëndësi të veçantë paraqitin dy nga këto pozicione dhe pikërisht: *pozicioni i qetësisë dhe pozicioni i okluzionit qëndror*.

Madhësia vertikale në okluzionin qëndror është distanca midis nofullës së poshtme dhe asaj të sipërme, e matur kjo midis dy pikave të vendosura njëra në *spina nasalis anterior* (subnazion) dhe tjetra në gnation (në një moment funksional të aparatit dhëmbë — nofull) (1).

Duke u nisur nga fakti se pozicioni i qetësisë është i pandryshueshëm gjatë jetës edhe kur humbasin dhëmbët natyrorë, atëherë për të gjetur madhësinë vertikale në okluzionin qëndror do të nisemi nga ky pozicion qetësie, duke i hequr 2-3 mm, që i përkasin hapësirës fiziologjike (2). Nga kjo del e qartë se përcaktimi i madhësisë vertikale në okluzionin qëndror duhet të bëhet në rregull, duke ruajtur një hapësirë fiziologjike jo më të madhe se 2-3 mm, sepse hapësira më e madhe do të shkaktonte ulje të okluzionit me pasojat e saj të mëvonshme.

Zmadhimi i hapësirës fiziologjike më tepër se norma mund të ndodhë si pasojë e atrofisë së theksuar të procesit alveolar nga përdorimi për një kohë të gjatë të protezës; dhe nga mospërcaktimi i drejtë i madhësisë vertikale.

Problemi i përcaktimit të madhësisë vertikale është nga më të diskutueshmit në literaturë.

Në bazë të disa vëzhgimeve klinike, në këtë punim do të shtjellojmë pikëpamjen tonë në lidhje me vlerën e përcaktimit të drejtë të madhësisë vertikale. Gjatë punës sonë pesëvjeçare (1972-1976) kemi vënë re se shumë të sëmurë na parashitronë një sërë ankessash subjektive dhe objektive. Këto ankesa ata i shtaqin pas vendosjes dhe përdorimit të protezave totale.

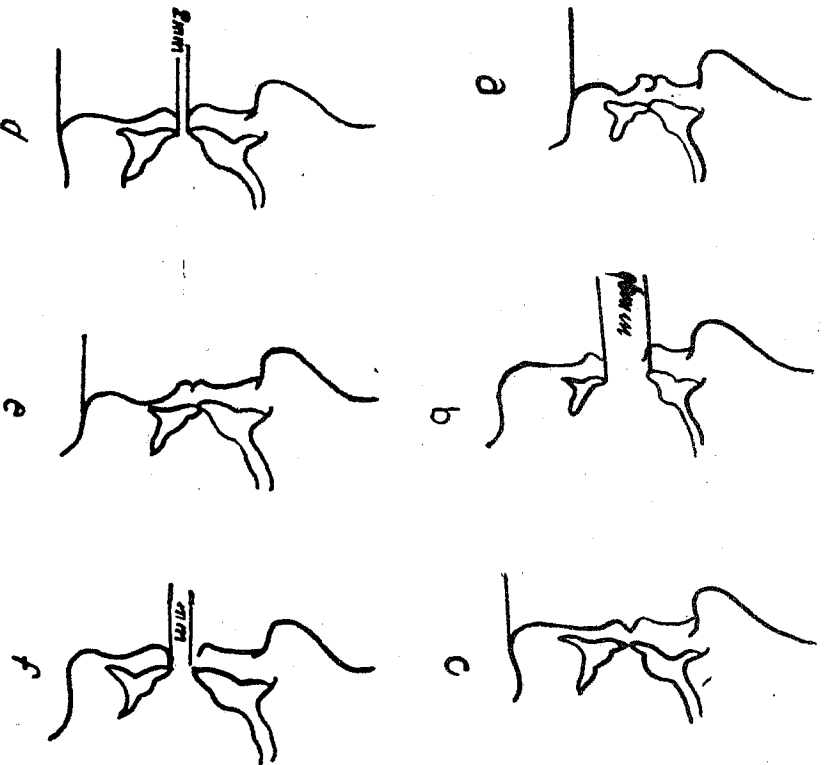


Fig. 2

Mjekimi. — Duke u nisur nga diferenca midis përmasave, vendosëm që të sëmurës t'i vemë protezë të re, duke i ngritur okluzionin 4 mm. Menjëherë pas aplikimit të protezës së re (pas 48 orë) i bëmë provën funksionale (metodën e përdorur më parë në klinikën tonë) rezultatin e së cilës e krahasuam me efektin përtypës të protezës së vjetër, që ishte 74⁰/₀, kurse tek e reja ishte 82⁰/₀. Ky përfundim përputhet me të dhënat e autorëve të tjerë. (4).

Nga ky krahasim u vu re se kishim një ngritje të funksionit përtypës. Ky përmirësim i funksionit ishte shoqëruar dhe me përmirësim të pamjes estetike. Në rikontrollet e bera pas 15-20 ditësh vumë re se të sëmurës i ishin pakësuar dhembjet derisa në fund të 40-45 ditëve, dhembjet iu qetësuan plotësisht.

I sëmurë A. Gj., vjeç 66 me nr. karteletë 726. Mbante protezë prej 7 vjetësh. I sëmurë paraqiste këto ankesa: a) lodhje të theksuar gjatë përtypjes; b) rëshqitje përpara të protezës së poshtme; c) nuk ishte i kënaqur nga pamja e jashtme.

Në ekzaminimin brenda gojës vumë re një atrofi të theksuar të

procesit alveolar, gjë që kishite shkaktuar rreshtqije të nofullës së poshtme përpara së bashku me protezën.

Në ekzaminimin e protezës vumë re një gërryerje të theksuar të sipërfaqeve përtypëse të dhëmbëve të rezinës. Në provën funksionale të bërë me protezën e vjetër rezultoi se efekti përtypës ishte 60⁰/₀.

M j e k i m i. — Duke u nisur nga koha e gjatë e mbajtjes së protezës së vjetër, nga ankesat e shumta të të sëmurit, si dhe lëvizshmëria e theksuar e protezës, të sëmurit i bëmë protezë të re, duke i normalizuar përmasat e madhësisë vertikale në okluzionin qëndror dhe duke i përgatitur protezën me dhëmbë porcelani (6). a) Përmasa e madhësisë vertikale në okluzion qëndror me proteza në gojë ishte 48 mm.; b) për-u ngrit me protezën e re 3 mm. Pas 4 ditësh që i vendosëm protezën e re i bëmë provën funksionale, e cila rezultoi se ishte 68⁰/₀.

Nga studimi i të-12 të sëmurëve të grupit të parë rezultoi se madhësia vertikale ishte ulur deri në 6 mm. (shih pasqyrën nr. 1).

Pasqyra e rezultateve të korrjimit të madhësisë vertikale në okluzionin qëndror të shprehur në mm

Pasqyra nr. 1

Nr. i të sëmurëve	Madhësia vertikale në okluzion qëndror me proteza të vjetra	Madhësia vertikale në pozicion qëtesë	Madhësia vertikale në okluzion qëndror me protezë të reja	Madhësia vertikale në pozicion qëtesë	Ngritja e okluzionit në protezë të reja.
2	46 m/m	51 m/m	48 m/m	51 m/m	2 m/m
3	48 m/m	53 m/m	51 m/m	53 m/m	3 m/m
5	47 m/m	53 m/m	51 m/m	53 m/m	4 m/m
2	47 m/m	56 m/m	53 m/m	56 m/m	6 m/m

Nga pasqyra shihet se numri më i madh i të sëmurëve kishite madhësi vertikale të ulur deri në 5 mm.

Nga mjekimi i të sëmurëve të grupit të parë konkludojmë:

1) Ujja e madhësisë vertikale në okluzion qëndror ishte si pasojë e përdorimit për një kohë të gjatë të protezës, gjë që ka shkaktuar atrofi të theksuar të proceseve alveolare të të dy nofullave të poshtme.

2) Përdorimi për një kohë të gjatë të protezave ka sjellë si rezultat gërryerjen (ingrënien) e dhëmbëve të rezinës dhe ulje të madhësisë vertikale të okluzionit qëndror dhe, si rrjedhim, uljen e efektit përtypës.

Prandaj si profilaksi të uljes së madhësisë vertikale rekomandojmë përdorimin e dhëmbëve të porcelanit.

3) Protezat totale duhet të përsëriten çdo 5-6 vjet.

4) Nëpërmjet riprotezimit kemi për qëllim rivendosjen e madhësisë vertikale normale (në normat fiziologjike), duke e parë këtë nën prizmin profilaktik dhe mjekues për parandalimin e lindjes së sëmundjeve të artikulacionit temporo-mandibular, të efektit përtypës dhe vazhdimisht të atrofisë së proceseve alveolare.

Të sëmuret e *grupit të dytë*. — Tek ky grup, meqënëse është fjala për ankesa, përsa i përket ndryshimit të madhësisë vertikale në okluzion të 1/3 së poshtme të fytyrës dhe janë ankesa të muajve të para pas protezimit, nëpërmjet rasteve tona do të venë në dukje shkakët e këtyre ankesave, rrugët e zgjidhjes dhe rezultatet e arritura. Për këtë kemi marrë në studim 8 të sëmure.

1) E sëmura N.B., vjeç 58, me nr. kartele 608 mban proteza totale prej 6-7 muajsh. Kishite këto ankesa: a) qysh nga dita e aplikimit të protezës, goja i qëndronte e hapur, dhëmbët artificialë nuk kishin kontakt; b) midis dy harqeve kish hapësirë të dhëmbëve, që lejonte futjen e gjukës; c) për paraqitjen e jashtme kishite pakënaqësi, pasi i dukeshin vejta më e mplakur; ç) kish dhembje të lehta në regjionin e artikullacionit temporo-mandibular; d) kish pertypje shumë të veshitirë aq sa ushqimet i përcillte gjysmë të pertytura.

Në ekzaminimet jashtë gojës u vu re se 1/3 e poshtme e fytyrës, e krahësuar me dy pjesët e tjera të fytyrës, dukej më e vogël. Plikat nazo-labiale dhe labio-mentale të theksuara. Në ekzaminimin brenda gojës u konstatua një protezë totale me një hapësirë midis harqeve prej 5 mm. Nga matjet u konstatua: a) përmasa e madhësisë vertikale në okluzion qëndror 46 mm.; b) përmasa e madhësisë vertikale në pozicion qetësie 51 mm.

Mjekimi: — Meqënëse madhësia vertikale, sipas matjeve, nuk kishite diferencë të madhe, bëmë korrigjimin provizor sipas metodës së përkryar më poshtë:

Në seancën e parë: madhësia vertikale e protezës ishte përgatitur me një ulje rreth 2-2,5 mm. Po në këtë seancë bëmë veshjen e sipërfaqes së brendshme të protezës me një shtresë të njëtrajtshme me stenc me një trashësi rreth 2 mm. Kështu që hapësira midis dy harqeve të dhëmbëve në pozicion qetësie mbeti rreth 3 mm. E sëmura u porosit që të mos hqite protezën nga goja dhe të mos fuste gjëra të nxehta në gojë se shkruhin stencin. Pas 48 orësh, e sëmura u riparaqit në klinikë me ankesa shumë më të pakta, sidomos për anën esthetike. Me pozicionin e ri të krijuar, e sëmura nuk kishite asnjë vëshitirësi nga ana funksionale, prandaj u muar masë e funksionit me pastën e oksid cingut + en-geol (repinë) për të bërë në laborator rebazimin indirekt.

2) I sëmuri M.V., vjeç 60, me nr. kartele 2068, ishte protezuar 8-9 muaj më parë vetëm për nofullën e sipërme. Ai ankohej se pro-teza nuk kishite qëndrueshmëri gjatë pertypjes dhe se buza e sipërme ishte futur shumë brenda. Këtë protezë komplet e kishite përsëritur dy herë dhe gjendja kishite mbetur e pandryshuar. Vunë re se proteza ishte ndërtuar me okluzion të ulët rreth 8 mm. Me protezën e vjetër i bëmë provën funksionale dhe u konstatua se efekti pertypës ishte 20%/o. Të sëmurit iu bë protezë e re, duke i korrigjuar defektin e pjesës më nofullën e poshtme. Okluzionin e ngritëm 5 mm, gjë që të sëmurit nuk i dha asnjë shqetësim. Ai nuk pati asnjë ankese, as për qëndrueshmërinë funksionale as dhe për anën esthetike. Pas 6 ditësh vunë re se funksioni i protezës ishte rritur 70%/o. Kjo ngriqte okluzionin prej 5-6 mm. përpunthet me mendimit e autorëve të tjerë (3, 5). Në rikontrollet e mëvonshme, i sëmuri referon se ishte i kënaqur me protezën e re (fig. 2).

3) I sëmuri L.M., vjeç 66, me nr. kartele 85, i protezuar para një viti. Qysh në fillim kishite këto ankesa: 3-4 javë pas aplikimit të pro-

tezës, të sëmurit i kishite filluar një dhembje e lehtë në regjionin e artikullacionit temporo-mandibular dhe në regjionin temporal; kishite pri-shje të qëndrueshmërisë funksionale sidomos tek proteza e poshtme, për të cilën mjeku e gjetesonte, duke i thenë se nuk ka zënë vend proteza. Me kalimin e kohës ankesat u bënë më të theksuara dhe sidomos dhembjet në artikullacion.

Në ekzaminimet e kryera u gjet se 1/3 e poshtme e fytyrës ishte shumë e zvogëluar; plikët nazo-labiale dhe labiomentole mjaft të theksuara; kishite kërcitje në artikullacion dhe palosje e buzës së poshtme. Në matjet e bëra u konstatua se madhësia vertikale në okluzionin qëndror me protezë në gojë ishte 47 mm. Në pozicionin e gjetësive ishte 56 mm. Pra del se okluzioni që ulur 9 mm., kështu i sëmurit mbante një protezë me një okluzion rreth 6 mm. më të ulët. Të sëmurit iu pregatit një protezë e re, duke i korigjuar madhësinë vertikale afërsisht 5-6 mm. Pra, iu la një hapësirë fiziologjike midis harqeve të dhëmbëve artificialë jo më prej 9 mm, por prej 3 mm.

Disa javë pas aplikimit të protezës së re, i sëmurit referoi se fenomenet e larfpermëndura u zhdukën dhe se ishte i kënaqur për anën estetike.

Nga mjekimi i pacientëve të grupit të dytë, mendojmë se del në pah rëndësia shumë e madhe që ka përgatitja e protezave totale: për-caktimi i drejtë e në norma fiziologjike i hapësirës së lirë midis dy har-qeve të dhëmbëve artificialë, të pozicionit të gjetësive dhe për-caktimi i drejtë i madhësisë vertikale në okluzionin qëndror; zmadhimi nën nor-më i madhësisë vertikale në okluzionin qëndror dhe zmadhimi i hapësirës fiziologjike janë një nga shkaqet kryesore të ankesave dhe mungesës së arritjeve të mira gjatë mjekimit të të sëmurëve me proteza totale.

Dorëzuar në Redaksi më 10 prill 1977

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Costa E.** : Protetica dentara. Bucarest 1975, 366;
- 2) **Hoxha O.** : Ortopedia stomatologjike. Tiranë 1972, 344.
- 3) **Kalinina M. B.** : Znaçenja nektorih izmereni protezirovanii semnimi protezanti. Stomatologija, 1969, 5, 63.
- 4) **Konbrashov B.A.**: Osobljenosti povtoravnovo protezirovanja bolnih spalnoj po-meri zubov. Stomatologija 1969, 4, 74.
- 5) **Rindashu Dv.** : Valorea shi interpretorea elementolor de prezicare ale dimensiant verticalce ni ohluzie centrale. Stomatologija 1976, 2, 109.
- 6) **Roshin Dv.** : Aspekta idinako-terapeutice in edentacie asociati ku sindrom de ohluzie zhooasa. Stomatologija 1967, 2, 135.

Summary**IMPORTANCE OF THE CORRECT DETERMINATION OF THE VERTICAL DIMENSION IN CENTRAL OCCLUSION OF THE TEETH AND THE PECULIARITIES OF REPEATED TOTAL PROSTHESIS WITH LOW OCCLUSION.**

The problem is discussed of the correct determination of the vertical dimension in central occlusion in clinical cases of functional disorders of the teeth-jaw apparatus.

The possibilities are reviewed of preventing these disorders. It is considered desirable that total teeth prostheses should be renewed every 5-6 years.

Résumé**IMPORTANCE DE LA DETERMINATION CORRECTE DE LA DIMENSION VERTICALE DANS L'OCCLUSION CENTRALE DE LA DENT ET LES TRAITS PARTICULIERS D'UNE REPETITION DES PROTHESES COMPLETEES AVEC UNE OCCLUSION INFERIEURE**

Les auteurs soulignent l'importance que revêt une détermination correcte de la dimension dans l'occlusion centrale dans les cas cliniques de désordre fonctionnel de l'appareil dent-mâchoire. Ils envisagent aussi la possibilité d'éliminer ces désordres. A leur avis, il serait utile de renouveler tous les 5-6 ans les appareils de prothèse complète.

HIGJIENE DHE EPIDEMIOLOGJI

ÇRRREGULLIMET E HEMOSTAZËS GJATË HEPATITIT VIRAL

— JAHIA PULO — PETRO SHOWO — DHIMITËR KRAJA —

(Klinika e sëmundjeve ngritëse — Tiranë)

Shfaqjet e ndryshme hemorragjike, gjatë hepatitit viral, janë të njohura prej kohësh. Shpesh ato jo vetëm që rëndojnë gjëndjen e të sëmurit, por bëhen shkak i drejtpërdrejtë i vdekjes së tij. Ato mund të lindin në çdo periudhë të sëmundjes, madje dhe pas shërimit të saj.

Megjithatë, në pikepamjen patogjenetike, çrregullimet e hemostazës, gjatë hepatitit viral, paraqiten ende jo plotësisht të qarta dhe përbejnë një nga detyrat më të rëndësishme të reanimacionit hepatic.

M A T E R I A L I D H E M E T O D I K A

U ndoqën 215 të sëmurë, në të cilët hepatiti viral nuk shoqërohej me sëmundje të tjera, të ndarë në dy grupe:

a) 200 raste të shëruar, prej të cilëve: 59⁰/₀ ishin forma të lehta, 35⁰/₀ ishin forma të mesme (kjo në bazë të bilirubinemisë), 6⁰/₀ ishin forma të rënda (Kishin përqindje të barabartë për të dy sekset).

b) 15 raste përfunduan në vdekje.

U hetua komponenti tromboocitar dhe ai plazmatik i hemostazës, duke përdorur këto analiza: 1) përcaktimin e kohës së hemorragjisë (KH), 2) të koagulimit (KK), 3) të numrit të tromboociteve, 4) të fibrinogjenemisë, 5) të indeksit të protrombinës (ip) dhe 6) tromboelastogramën (në disa raste të zgjedhura) (teg).

R E Z U L T A T E T D H E D I S K U V T I M I

1) Dëmtimi i elementit tromboocitar të hemostazës

Gjatë hepatitit viral mund të shfaqet tromboocitopati (2,3,4,9), e cila më shpesh është e tipit tromboocitopenik. Këta elementë të figuruar të gjakut lozin një rol të rëndësishëm në procesin e hemostazës në sajë të çlirimit të 6 faktorëve tromboocitarë e formimit të trombit tromboocitar (8).

Në 10⁰/₀ të rasteve u vërejt tromboocitopeni me mbizotërim të sekstit mashkull (70⁰/₀). Autorë të tjerë referojnë shifra më të larta, 16-20⁰/₀ (15). Në shumicën e rasteve kjo ishte e lehtë, vetëm në 5⁰/₀ të tyre ishte nën 120.000. Më shpesh u pa në periudhën ikterike fillestare, por tro-

mboctopenia mund të shfaqet në çdo kohë. Disa autorë venë në dukje se kjo nodoh gjë në 20% (2, 3).

Dihet se ulja e numrit të tyre nën 30.000 për 1 mm shkaktton hemorragji, megjithatë pakësimi i tyre nën 80.000 duhet të na bëjë të jemi më të kujdesshëm, sepse duke u kombinuar edhe me koagulopatinë mund të shkaktojë diatezë hemorragjike edhe në shifra më të larta. Gjithashtu, meqë trombocitopenia dhe sidomos ajo përparuese mund të jetë shenjë e një hipo ose aplazie medulare, që shfaqet me diatezë hemorragjike, kuptohet se ndjekja e të sëmurit, në këtë drejtim, merr një rëndësi të veçantë. Në këto raste, vdekshmëria arrin deri në 90-95% (2, 3). Në këlikën tonë janë diagnostikuar dhe mjekuar 2 raste të tilla, që parqisnin diateza hemorragjike të theksuar, me vdekshmëri të barabartë me shifrën më të vogël të raportuar deri sot (50%⁰). Mendojmë se shkaku kryesor i këtij sukcesi duhet të kenë gënë zbulimi dhe mjekimi i hershëm i kësaj sindrome. KH e hasëm të zgjatur vetëm në 5%⁰ të rasteve. Autorë të tjerë japin shifra më të larta, deri në 10%⁰ (15).

II) Dëmtimi i komponentit plazmatik të hemostazës apo koagulopatia

Melicia është organi kryesor i prodhimit të faktorëve plazmatikë të koagulimit të gjakut (si faktorit I, II, V, VII, pjesërisht VIII, IX, X, XI, XII, XIII, plazminogjenit). Gjithashtu në të shkatërrohen disa aktivues e frenues të koagulimit të gjakut (1, 4, 6, 10, 13, 14).

Gjatë hepatitit viral mund të zhvillohet koagulopati si pasojë e:

a) uljes së sintezës të faktorëve të koagulimit (1, 5, 6); në fillim ulen faktorët e kompleksit të protrombinës, më vonë ata të fibrinogjenit (5, 6, 9, 13, 14);

b) mospastirimit plotësisht të gjakut prej aktivuesve apo frenuesve (1, 5, 6, 13);

c) pakësimit të faktorëve plazmatikë, si pasojë e shpenzimit të tepëruar periferik të tyre (1, 5);

d) fibrinolizës së tepëruar sidomos primare (5, 6, 10).

Këshu pra edhe gjatë hepatitit viral mund të shfaqet diateza hemorragjike e sindromës së konsumit, e cila karakterizohet nga njëra anë prej hiperkoagulimit dhe, nga ana tjetër, prej hiperfibrinolizës (7).

Në të sëmurët e ndjekur, KK e gjelërëm pothuaj në kufi të normës, në kundërshtim me atë që referohet nga literatura, që tregon se e ka gjetur të shkurtrët (10). Fibrinogjenemia qëndronte në nivele normale. Ndërkohë ip pësonte ulje të tilla: për grupin e parë në 80%⁰ të rasteve, për grupin e dytë të të sëmurëve në 93,6%⁰ të rasteve.

Pasqyra A paraqit lidhjen midis ip e kolostazës (u morën për bazë testi lngl dhe fosfataza alkaline). Me pozitivitetin e tyre shihet se ulët mundësia e gjeljes së tij në shifra normale dhe rritet mundësia e tyre për ta gjetur atë nën 50%⁰.

Pasqyra B tregon se shtimi i bilirubinemisë bën që të shtohet mundësia e gjeljes së ip nën 50%⁰.

Në pasqyrën C shihet se me pozitivizimin e testeve të labilitetit kooidal shtohet mundësia e gjeljes së ip nën 50%⁰.

Megjithëse u vërejt një farë lidhje ndërmjet ip dhe funksioneve të tjera të mëlqisë u pa se nuk ka paralelizëm midis tyre. Këshu gjë-

tëm ip të ulta edhe në hepatitet anikterike apo në periudhën anikterike të hepatiteve ikterike. Po kështu edhe për testet e tjera. Rëndësi mjaft të madhe ka fakti se këto raste (në pjesën dëmtuese të tyre) paraqesin shenja të konsiderueshme intoksikimi. Gjithashtu vërejtëm dhe fenomenin e kundërtë, dmth teste të alteruara me ip në normë dhe çka më shumë rëndësi këtu, shenjat e intoksikimit në përgjithësi ishin pak të shprehura.

Gjithashtu u pa se normalizimi i protrombinës i paraprin atij të testeve të tjerë e të vetë gjendjes së të sëmurit. Kjo duket më qartë në format e rënda të hepatitit, ku ulja e mëtejshme e tij shoqërohet me rëndim të gjendjes. Në precoma apo coma, ky tregues ulët nën 40% . Shifra më e vogël që kemi hasur është 20% . Pra konstatuam se ip është një test specifik, i paravur dhe i ndjeshëm i koagulopatisë gjatë hepatitit viral sikurse pohohet dhe nga literatura (11). Ai është tregues i rëndimit, i evolucionit dhe i prognozës së sëmundjes (8, 9, 10, 14). Ujja e ip nën 30% është një shenjë e keqe prognostike (8).

Për studimin e hemostazës u përdor edhe tromboelastografia — një metode e re dhe më e plotë ekzaminimi (11, 12, 15).

Duhet të shënojmë se studimet tromboelastografike (teg), gjatë hepatitit viral, janë të pakta dhe shpesh nuk përiputhen midis tyre (15). Me teg u ndoqën 20 raste me këtë ndarje: 5 forma të lehta, ku pamë dëmtim në teg në një rast (20%/o), 8 forma të mesme, ku pamë dëmtim të teg në 4 raste (37,5%/o), 7 forma të rënda, ku pamë dëmtim të teg në 5 raste (71,4%/o). Pra teg dëmtohet më shpesh në format e rënda të hepatitit viral, në këto forma dëmtimet janë edhe më të thella. Nuk gjekëm ndonjë kuadër të vegantë teg për format e veganta të hepatitit. Ai varret më shumë nga fakti se cili grup faktororësh dhe cili element i hemostazës është dëmtuar. Më shpesh haset zvogëlim i kohës së retraksionit dhe asaj të formimit të koagulit. Në format e rënda të hepatitit konstatohet më shpesh prirja për hiperkoagulim (5, 10) dhe më rrallë prirja për fibrinolize (5, 10).

Klinikisht çirregullimet e hemostazës gjatë hepatitit viral shfaqen me diateza hemorragjike të provokuara apo spontane të intensitetit e llojit të ndryshëm. Kjo në varësi nga lloji dhe sasia e dëmit.

Në grupin e parë hasëm diatezë hemorragjike në 28%/o të rasteve. Vërejtëm: epistaksis në 58,6%/o të rasteve, gingivorragji në 30,0%/o të rasteve, petekie në 10,4%/o të rasteve, hematuri në 0,5%/o të rasteve, hemorragji subsklerale në 0,5%/o të rasteve. Në shumicën dërmuese të rasteve, ajo i kushtohet koagulopatisë.

Në grupin e dytë të të sëmurëve, diatezën hemorragjike e hasëm më shpesh, në 40%/o të rasteve dhe rrallë herë ajo bazohet edhe mbi një tromboцитopeni. Ajo, ish e bollshme dhe në të gjitha rastet përfaqësohet nga epistaksis, hematemesis dhe melena. Forca e koagulopatisë bëhet më e dukshme po të kthet parasysh fakti që hematemeza dhe melena shfaqeshin në subjekte pa varice, gastrite apo ulcera (Konfirmim autoptik). Vetëm në një rast pamë sulfuzione të gjëra në regjionin lumbosakral e kërcirin e këmbës. Në reperthin autoptik bie në sy se edhe në rastet pa diateza të dukshme u hasën në 80%/o sulfuzione hemorragjike në indet e shkritra, cipat seroze dhe endokard.

Në të sëmurët e grupit të dytë, diateza hemorragjike shpejtoi vdekjen në këto mënyra:

a) në 33,3% të rasteve si pasojë e shokut hemorragjik, duke qënë e pandalshme; b) në 66,7% si pasojë e fujtes apo thellimit të gradës së komës hepatike.

Del e gatë rëndësia e madhe që paraget gregulimi i hemostazës gjatë hepatitit viral si pasojë e tij apo si shkak patogjenetik, që rëndon shumë gjendjen. Prandaj kohët e fundit po i jepet një rëndësi e veçantë normalizimit të gregulimeve të hemostazës (5, 7, 11, 12). Rezultatet kanë qënë të kënaqshme (5). Mjekimi i kësaj patologjie paraget vështirësi sepse kërkohet një diagnozë sa më e herëshme, një përcaktim i përpiktë i llojit të koagulopatisë dhe një përdorim i shpejtë i terapisë intensive me preparate antikoagulante e antifibrinolitike. Përvoja jonë e parë e përdorimit të heparinës në një subjekt ulceroz të prekur nga një formë rufeshme e hepatitit viral, që shkaktoi sindromën e koagulimit intravaskular, është pozitive.

PËRFUNDIME

- 1) Dëmtimi i hemostazës gjatë hepatitit viral është mjaft i shpeshtë.
- 2) Caktimi i shkallës së tij në format e lehta e të mesme mund të bëhet duke kërkuar KK, KH, ip dhe trombocitet; ndërsa në format e rënda dhe në ato me diateza të konsiderueshme hemorragjike, duke kërkuar edhe analiza të tjera si treg e fibrinogjeneminë, në mënyrë që të përcaktohet lloji i mekanizimit shakhtar.
- 3) Në gdo formë të hepatitit viral të përdoren sa më pak që të jetë e mundur dhe nën kontroll preparatet që dëmtojnë hemostazën.
- 4) Veç mjekimit të zakonshëm, format e rufeshme dhe ato me diatezë hemorragjike të theksuar të hepatitit viral duhet të trajtohen me një terapi patogjenetike, të mbështetur në një studim të përpiktë të koagulopatisë.

Dorëzuar në redaksi më 15 gershor 1977.

Pasqyra A

Vartësia e niveilit të protrombinës nga testet e retensionit

Përqindja e Protrombinës	Retensioni —	Retensioni +
80 — 100	29	20
50	20	50
50	50	30

Pasqyra B

Vartësia e niveilit të protrombinës nga bilirubinemia

% e protrombinës	Bilirubinemia në mg ¹⁰⁰ /o		
	0 — 5	6 — 10	10
80 — 100	31,0	0,6	0
50	22,4	33,3	60
50	46,6	60,1	40

Pasqyria C

Vartësia e nivelit të protrombinës nga provat e labilitetit koloidal

Provat e labilitetit koloidal			
% e protrombinës	Normale	Pak të alteruara	Shumë të alteruara
80	42,5	10,0	11,5
50	17,5	11,5	18,0
50	40,0	18,4	30,6

Shifrat në të djathtë të protrombinës paraqesin përqindjet e rasteve të studjuara.

BIBLIOGRAFIA

- Adhami J.** : Hemorragjitë digestive në cirrozhikët e shtruar në kolonikat e terapisë gjatë viteve 1969-1973. Punime mbi sëmundjet e brendshme. Tiranë 1976, 1, 187.
- Albathary C. et coll.** : Complications hématologiques des hépatites virales. Un cas de pancytopenie mortelle avec cariotype anormal. Presse Médicale 1971, 79, 1055.
- Bacardi R.** : Aplastic anaemia and viral hepatitis. Lancet 1971, 1, 342.
- Bekteshi S.** : Sëmundjet hemorragjike. Trombocitopenia parainfektive. Pediatrria. Tiranë, 1974, fq. 362, 375, 380.
- Berengo A.** : Introduzione ai problemi medici del trattamento dell'epatite fulminante. Giornale di Malattie Infettive e Parasitarie 1974, vol. 26, 10, 1119.
- Campanacci D.** : Malattie del fegato. Manuale di patologia medica. Torino 1971, Vol. IV, 387.
- Curletto R.** : Parovite, cronica biaterale e coagulopatia. Gazzetta Sanitaria 1971, 3, 114.
- Dloguardi N.** : Terapia fibrinolitica anticoagulante. La clinica Terapeutica 1971, Vol. 55, 4, 47.
- Dhimitri Ll.** : Hepatitët virale. Tiranë 1974, 148, 151.
- Fogari I.** : L'attività protrombinarica nel quadro della compromissione funzionale nelle epatopatie. Fegato 1973, 4, 695.
- Pema T., Mingja Gj.** : Disa të dhëna mbi rëndësinë e studimit tromboelastografik të koagulimit në patologjinë kirmurgjike. Buletini i UT — Seria shkencë mjekësore 1973, 2, 79.
- Mingja Gj., Pema T., Buzo S.** : Të dhëna paraprake mbi tromboelastografinë tek njerëzit normalë dhe rëndësia e saj në studimin e koagulopatisë. Revista mjekësore ushtarake 1975, 2, 47.
- Palo J.** : Hepatitë virale. Sëmundjet infektive. Tiranë 1971, 186.
- Shitoto K.** : Biokimia në praktikën mjekësore. Tiranë 1975, 63, 74, 389.
- Tigano F.** : Tëg in 68 casi di epatite virale. Giornale di Malattie Infettive e Parasitarie 1973, vol. 25, 12, 901.

Summary**DISORDERS OF HAEMOSTASIS IN VIRAL HEPATITIS**

The findings of this study lead to the conclusion that in viral hepatitis the injuries of the thrombocytic element of haemostasis are present in a low proportion of cases (10 percent), while those of the plasmatic element are more frequent. From this point of view a particular importance assumes the determination of the prothrombin index, which can be regarded as a specific test regardless of the

prognosis of the illness. The prothrombin index was found abnormal in 80 percent of the surviving cases and in 93.6 percent of the deceased patients. Its fall under 30 percent is considered a bad prognostic sign.

Thromboelastography was first used in the general study of haemostasis in viral hepatitis. The findings of this method indicate that it should be used in the severe forms of the disease with haemorrhagic diathesis in order to discover the dominant mechanism of the haemostasis disorders.

Clinically the disorders of haemostasis in viral hepatitis appear with spontaneous or provoked haemorrhages of the skin, the mucosae and the organs.

It was noted that the haemorrhages in viral hepatitis can be uncontrollable and can lead to haemorrhagic shock or to a deeper degree of hepatic coma.

The authors first used heparin for the treatment of viral hepatitis in a case that presented haemorrhagic diathesis as a consequence of hypercoagulation and was in a precomatous state.

R é s u m é

DÉRÈGLEMENTS DE L'HÉMOSTASE PENDANT L'HÉPATITE À VIRUS

Les résultats de cette étude montrent que l'élément thrombocytaire de l'hémostase diminue, pendant l'hépatite à virus, à un taux moins élevé (10 pour cent des cas) que son élément plasmatique. La détermination de la prothrombine, en tant que test spécifique, indépendamment du pronostic de la maladie, revêt de ce point de vue, une importance particulière. Une diminution de taux de prothrombine a été relevée dans 80⁰/₀ des cas qui ont survécu à la maladie et dans 93,6⁰/₀ des patients morts. Un taux inférieur à 30 pour cent est considéré comme un mauvais signe pronostic.

La thromboélastographie a été utilisée tout d'abord pour l'étude générale de l'hépatite à virus. Les données obtenues par cette méthode montrent que la thromboélastographie doit être employée dans les formes graves de la maladie à diathèse hémorragique, et cela pour déceler le mécanisme provoquant les dérèglements de l'hémostase.

Les dérèglements de l'hémostase, relevés pendant l'hépatite virale, s'associent du point de vue clinique à une diathèse hémorragique spontanée ou provoquée des mucoeses, de la peau ou des différents organes.

Il a été observé que la diathèse hémorragique, pendant l'hépatite à virus, peut être incontrôlable et conduire à un choc hémorragique ou aggraver le coma hépatique.

L'hépatite à virus a été traitée tout d'abord avec de l'héparine chez un sujet présentant une diathèse hémorragique provoquée par l'hypercoagulation et se trouvant dans un état précomateux.

EKSPERIMENTALE

VEPRIMI I ACETAITIT TË HIDROKORTIZONIT DHE ENDOKSANTIT NË HEPATITET ALERGJIKE EKSPERIMENTALE

— Prof. JOSIF E. ADHAMI — REXHEP BREGU — FATMIR OSTRENI dhe

Laborante LEJLA ALMEHMETI —

(Katedra e Sëmundjeve të Brendshme dhe Lënda e fiziologjisë së Fakultetit të Mjekësisë dhe Katedra e Anatomisë Patologjike të Fakultetit të Veterinarisë)

Në një punim të mëparshëm kemi paraqitur rezultatet që japin acetati i hidrokortizonit dhe endoksani në hepatitet kronike eksperimentale, të shkakthuara me tetraclorur karboni në minj të bardhë (1). Në këtë punim do të tregojmë veprimin që kanë këta preparatë në hepatitet alergjike eksperimentale.

Punimet e autorëve të ndryshëm (9) kanë treguar se përveç virusëve të hepatitit, çdo faktor tjetër hepatotoksik, duke shkaktuar një nekrozë të celulave hepatike, bën që të qirtohen substanca hepato-qelizore me fuqi antitjense, prandaj kundër tyre prodhohen antikorpe nga celulat immuno-kompetente. Kështu formohen komplekse antigjen-antikorp qarkullues. Këta komplekse, kur arrijnë në mëllçi, shkaktojnë një dëmtim sekondar të hepatocitëve në vendin e mbritjjes, dmth rreth hapësirave portale dhe, si pasojë, shkaktohet një nekrozë periferike e lobullit hepatik, duke u prekur kryesisht *lamina limitans*. Kjo përben atë që quhet nekroza segmentare periferike. Ndryshimet e parenkimës pasohen nga një reaksion i mezenkimes me infiltrim inflamator të theksuar.

Hepatocitet dëmtohen edhe nga vetë antikorpet të përbërë nga immunoglobulina G dhe që drejtohen kundër celulave hepatike, duke formuar një *circulus vitiosum* i cili nga përkëmbja dialektike nuk ka formën e një rrethi të mbylltur, por të një spirali, pasi sa më shumë të zgjatë procesi, aq më tepër thellohen dëmtimet hepatike.

Këto përbëjnë të ashtuquajturën *hipotezë të vetëpërtjetësimit të sëmundjes*, e cila hyn në veprim pas qetësimit të ndryshimeve lobulare, vetëm atëherë kur ato periportale persistojnë (10). Infiltrimi i mëllcës me elementë limfoplazmocitarë, hipergamaglobulinemia dhe gjetja e autoantikorpëve në serumin e të sëmurëve me hepatit kronik, qofshin këta edhe jo-specifikë, e mbështetin këtë hipotezë. Përdorimi i kortizonikëve dhe immunosupresorëve ka për qëllim ta ndërpresë këtë *circulus vitiosum*.

Të bazuar mbi rolin që lot sensibilizimi i organizmit në shfaqjen e hepatitëve kronike, vendosëm që preparatet toksike, siç është tetracloruri i karbonit, t'i zëvendësojmë me serum kalit, dmth me lëndë organike alergjuese.

METODIKA DHE KOHA E TRASTIMIT

Në korrik të vitit 1975 u futën në eksperiment 21 minj të barhë, të gjithë meshkuj, me peshë të ndryshme. Sensibilizimi i tyre u bë me serum kali të përgatitur në Institutin e Higijenës dhe Epidemiologjisë me doza 0,5 ml. intraperitoneal, një herë në javë, pavarësisht nga peshë e kafshës. Gjithsej u bënë 12-16 injektive intraperitoneale. Gjatë kësaj periudhe ngordhën dy minj, kështu që numri i tyre u ul në 19. Përveç këtyre vendosëm që dozen vendimtare të serumit, para fillimit të mjekimit me kortizonikë dhe immunosupresorë, ta injektojm në venën porta, me qëllim që pas një sensibilizimi të përgjithshëm, proteinat e huaja të serumit, që veprojnë si antigjen, të futeshin drejtpërdrejtë në mëlçj. Prandaj ishte e domosdoshme që të gjithë minjve t'iu bëhej laparotomia dhe të gjendej vena porta. Për këtë u bazuam në punimet e një autori (8), i cili i sensibilizoi lepujt me 5-7 injeksione intraperitoneale me 2—3 ml. serum kali normal me distancë prej 5-8 ditësh. Tërë ditë pas injeksionit të fundit, doza vendimtare e serumit prej 1,5-2 ml. futej në venën porta. Në këtë mënyrë në 9 nga 11 lepujt e eksperimentuar gjeti ndryshime distrofike dhe nekrotike të theksuara në mëlçj. Dozat e serumit të kalit, që përdoren në ishin më të vogla, pasi u përpogën t'ia përshatnim shumë a pak peshës më të vogël të miut, pa qënë e nevojshme që ti përmbaheshim rigorozisht sasisë së serumit për kg/peshë. Anestezinë e bëmë me tretësi të Pentotal Natrivi (Tiopental). Për të pakësuar në minimum vepimin negativ që mund të japë anesteziku mbi mëlçinë, u përpogëm të gjejmë dozen më të pakët të mjaftueshme sa të bëhej ndërhyrja kirurgjikale. Prandaj u përdorën 4 minj të tjerë dhe gjetëm se doza më e pakët e nevojshme për ta mbajtur kafshën nën anestezj, derisa të përfundonte ndërhyrja kirurgjikale, ishte midis 30 dhe 50 mg/kg peshë. Para se të fillohej anestezia, të 19 minjtë e sensibilizuar u peshuan dhe u gjet se peshë e tyre luhatehe nga 250 gr. në 334 gr. me një peshë mesatare 290 gr. Ndërhyrja kirurgjikale u krye mirë në të gjithë rastet, por 4 prej tyre ngordhën në ditët e ardhshme: dy nga hapja e pjesshme e sutturave në vendin e laparatomisë ditën e tretë dhe të katërtë të operacionit; dy të tjerët ngordhën ditën e dytë dhe të pestë të ndërhyrjes kirurgjikale, por shkaku mbeti i paqartë.

Organet e minjve që sakrifikoreshin ose ngordhnin fiksoheshin në formalinë 10% dhe përgatiteshin blloqe parafine. Preparatet histologjike janë ngjyrosur kryesisht me hematoksilinë dhe eozinë.

Vleresimi i rezultateve është bërë duke u bazuar në po ato kritere histopatologjike konvencionale që kemi përdorur në hepatitet toksike eksperimentale (pasqyra nr. 1).

15 minjtë që jetuan u ndanë në tre grupe:

1) *Grupi i parë ose grupi i kontrollit* përbëhej nga tre minj që u mbajtën në të njëjtat kushte ushqimi dhe mjedisi me ata të grupeve të tjerë, por nuk u trajtuan me asnjë preparat medikamentoz. Sakrifikimi i tyre u bë në një rast 95 ditë dhe në dy 115 ditë pas operimit, dmth pas injektimit të dozës vendimtare të serumit në venën porta. Në këtë grup mund të futen edhe dy minj të tjerë që ngordhën vetë, njëri ditën e dytë dhe tjetri ditën e pestë të ndërhyrjes kirurgjikale.

1D) *Grupi i dytë*, i përbërë nga 6 minj, u mjekua me acetat të hidrokortizonit 10 mg/kg peshë tri herë në javë (11). Injeksionet bëheshin subkutan

ë regjionet inguinale ose intramuskulare në ato gluteale. Në dy raste, hidrokortizoni u fillua 8 ditë pas operacionit, kurse në 4 të tjerët 27 — 30 ditë pas ndërhyrjes. Të gjithë minjtë e këtij grupi ngordhën vetë në përdhja të ndryshme prej 49-105 ditësh pas operimit. Përsa i përket kohës ë vazhdoi mjekimi, vetëm një mi ngordhi pas 17 ditësh dhe tre pas dy muaj e gjysëm, kurse dy të tjerët pas 64 dhe 67 ditësh mjekimi.

Në 4 nga të 6 minjtë e këtij grupi, gjatë përdorimit të hidrokortizonit konstatuan ulçeracione nekrotike në vendin e injektimit dhe infeksion i ganëve gjentiale të jashtme. Njërit prej tyre iu formua një abces në orianet gjentiale, me ulçerim dhe perforim të murit abdominal në vendin injektimit. Tek i dyti, plaga u mbyll gjatë mjekimit lokal me pluhur peniciline. Dy të tjerët i kishin ulçeracionet më të vogla dhe infeksionin organeve gjentiale më të lehtë.

III) *Grupi i tretë.* — Edhe ky grup përbëhej nga 6 minj, të cilët mjekuan me endoksan (ciklofosamid) 2 mg/kg peshë, dmth me po ato oza që përdorëm në eksperimentin e parë të hepatitëve toksike me tetraclorur karboni. Doza të tilla kemi përdorur edhe në mjekimin e të sëmurëve tanë (2, 3). Një lloj si hidrokortizoni edhe endoksani injektohej i hevë në javë, në të njëjtat regjione. Në dy raste, trajtimi me endoksan lloi 8 ditë pas ndërhyrjes kirurgjikale, kurse në 4 të tjerët 26-30 ditë pas saj. Me ndryshim prej grupit të dytë, të mjekuar me hidrokortizon, asnjë ga minjtë e trajtuar me endoksan nuk pati ulçeracione në vendin e injektimit të preparatit, ose inflamacione të organeve gjentiale dhe asnjë nuk gordhi vetë. Të gjithë u sakrifikuan me goditje në kokë. Njërin u detyruam ta sakrifikojmë 48 ditë pas operacionit, pasi pati një plagë nga atshmi prej një mu ti jeter. Dy u sakrifikuan 95 ditë dhe tre 113-114 ditë pas ndërhyrjes kirurgjikale. Përsa i përket kohës që vazhdoi mjekimi me endoksan, vetëm një u mjekua për 17 ditë, ndërsa gjithë të tjerët ër 85 ditë.

REZULTATET DHE DISKUTIMI

1) *Grupi i kontrollit.* — Me ndryshim prej hepatitëve kronike toksike, i shkaktuara me tetraclorur karboni, ku kemi gjetur ndryshime të thekruara në të katër indекset e vlerësimit histopatologjik, në hepatitet alergjike të këtij eksperimenti gjetëm ndryshime të tilla vetëm në dy indекse: *mfilttrimin e hapësirave portobilare dhe nekrozën e qelzave hepatike.* miltrimi i hapësirave portobilare përbëhej nga elementë të rinj rotunocelularë dhe nga një numër më i madh ose më i vogël eozinoflesh, si ëshnitarë të vetë procesit alergjik.

Infiltrimi nuk ishte i njëjtë në të gjithë HPB, por ndryshonte nga një vend në tjetrin. Duke marrë për bazë atë që mbizotëronte më tepër ë preparatet histopatologjike, mund të themi se në dy raste, infiltrimi ishte i theksuar, në dy mesatar, kurse njëri paragjiste zona *pa infiltrim, me mfilttrim shumë të lehtë ose të lehtë.* Ky ishte mu që ngordhi ditën e dytë ë operacionit dmth ditën e dytë të injektimit të dozës vendimtare të sëumit në venën porta. Edhe nekroza ishte më e pakët, në krahasim me të të minjve të tjerë të grupit të kontrollit. Kjo tregon se koha midis njektimit të dozës vendimtare dhe ngordhjes së muut ishte shumë e hkurter dhe e pamjaftueshme për t'u zhvilluar ndryshime histopatolojike të theksuara.

Në minjtë e tierë të këtij grupi, nekroza ishte shumë e theksuar, masive, veganerisht në tre prej tyre, ku genë prekur më tepër se 50%₀ e qelizave hepatike. Mëlçia e kishite humbur strukturën lobulare dhe hepatocitet kishin mbetur të shpendarë në mënyrë të rregulltë. Në shumë nga hepatocitet e mbetur vëreheshin fenomene të distrofisë granulare.

Në disa preparate, nekroza ishte fokale, e përqëndruar më tepër në gendër dhe në zonën e ndërmjetshme, kurse në periferi të lobullit, struktura hepatike ishte shumë a pak e ruajtur. Autorë të tjerë (5) kanë përdorur proteinë C_x — reaktive homologe në lepuj për 2-3 muaj dhe kanë shkatëruar vatra nekrotike, të cilat vendoseshin kryesisht në zonën e ndërmjetme të lobulave hepatike. Veç këtyre, ata konstatuan një vakuo-lizim të citoplazmës dhe një degjenerim granular.

Edhe në, krahas vatrave nekrotike, kemi gjetur qeliza të veganta në nekrobiozë. Disa hepatocite paraqitën fenomene të lehta steatoze. Kështu steatoza ishte shumë e pakët ose mungonte në tre raste, kurse dy paraqitën ndryshime të lehta. Fibroza e H P B pothuajse mungonte krejtësisht, me përjashtim të një rasti ku ishte e lehtë dhe në zona të kufizuara.

Nga të gjitha këto rezulton se ndryshimet anatomopatologjike të mëlçisë ishin të karakterit eksudativ (pasqyra nr. 2).

Grupi i dytë i minjve të trashuar me serum kali dhe të mjekuar me acetat të hidrokortizonit. — Në venërimin e hidrokortizonit, infiltrimi i hapësirave porto biliare, me elemente limfoplazmocietar, u pakësua shumë ose u normalizua; një rast paraqiste infiltrim mesatar, kurse një tjetër infiltrim të theksuar. Vlen të përmendet se ndërsa 5 minjtë e tjerë kishin marrë nga 28-34 doza hidrokortizoni, ky i fundit ngordhi pas dozës së tetë, kështu që koha e mjekimit ishte shumë e shkurtër, ndërsa doza totale e hidrokortizonit nuk përbente vetëm 25%₀ të dozës totale që morrën minjtë e tjerë.

Në asnjë nga preparatet histopatologjike të këtij grupi nuk u gjetën elementë eozinofilë dhe as fibrozë e hapësirave portobiliare. Të gjitha këto janë të kuptueshme, po të kemi parasysh veprimin antiinflamator, desensibilizues dhe antifibroblastik të preparateve kortizonikë. Përsa i përket nekrozës u parë përmirësimë, por më të pakta se në rastin e hepatitëve toksike nga tetrakloruri i karbonit. Këto konsistojnë në përkufizimin e vatrave të nekrozës, në karakterin e tyre fokal, në vendosjen kryesisht në gendër e pjesërisht në zonën e ndërmjetshme të lobullit, kurse në periferi të tij, struktura hepatike është e ruajtur. Përveç këtyre, krahas fenomeneve nekrobiotike, shihen edhe procese regjenerimi: polimorfizëm qelizor, hepatocite më të mëdhenj ose më të vegjël, qeliza hipokromatike me dy bërthama etj. Në një nga minjtë e këtij grupi, ekzaminimi histopatologjik i mëlçisë vuri në dukje një zonë të kufizuar në mënyrë të hidrokortizonit. Fakti që shogëruara me infiltrate inflamatore, të përbërë nga mononukleare dhe polinukleare. Parenkima që e rrethonet ulçeracione të supuruara në vendin e injektimit të preparatit, si dhe ngordhja e të 6 minjve të këtij grupi para se të sakrifikoheshin, le vend për të dyshuar se këta minj mund të kenë ngordhur nga një gjendje septike ose septicohemike, e favori-

zuar nga dozat e mëdha të kortizonikëve, të aplikuarra pa mbrojtje antibiote dhe antitoksike. Disa autorë (4) kanë gjetur vatra të tilla nekrotike ose nekroza he-morragjike në lepuj të trajtuar me acetat të prednisonit, kurse në një prej tyre është konstatuar një abces i veçantë.

Përsa i përket steatozës, konstatuam se në grupin e mjekuar me hidrokortizon kishin prirje të jetë pak më e shtruar se në atë të kontrollit. Kështu në 3 raste mungonte ose qe shumë e lehtë, në një e lehtë dhe në 2 mesatare. Ndryshimet yndyrore qenë të përhapura, dituze, por më tepër përqendroheshin perilobular ose centrolobular. Pasqyra nr. 3.

Ka mundësi që këto ndryshime yndyrore, megjithëse jo të theksuara, t'u detyrohen dozave të larta të kortizonikëve. Për shtim të lipidëve në mënyrë e kafshëve eksperimentale të mjekuarra me doza të mëdha kortizonësh flasin edhe autorë të tjerë (6, 7 etj.).

Grupi i tretë i minjve të trajtuar me serum kali dhe të mjekuar me endoksan. Infiltrimi i HPB nuk është i theksuar, me përjashtim të një rasti që mori vetëm 8 doza endoksan. Ky rast i mjekuar për kohë shumë të shkurtër paraqiste edhe distrofi yndyrore e nekrozë të shkallës së mesme, kurse fibroza mungonte krejtësisht. Megjithatë edhe në këtë rast, krahas ndryshimeve nekrotike binin në sy proceset regjenerative si hepatocite me përmasa të ndryshme, një pjesë e të cilëve përmbanin nukleole proeminentë. Në 5 raste të tjerë, infiltrimi i HPB ka qenë shumë i lehtë, i lehtë ose mesatar. Elementët kanë qenë limfoplazmocitarë, kurse eozinofilet mungonin.

Steatoza dhe fibroza mungonin ose në ndonjë rast qenë shumë të lehta dhe nuk paraqitnin ndryshime nga ato të grupit të kontrollit. Nekroza e qelizave hepatike ishte e lehtë ose shumë e lehtë, me përjashtim të rasti që u mjekua për kohë të shkurtër, ku ajo ishte mesatare. Rëno-menet degjenerative dhe nekroza qenë të vendosura në qendër të lobullit, më pak në zonën e ndërmjetshme; ato qenë fokale, në disa vende dukeshin granuloza rezorbtivë, të vendosur midis qelizave hepatike të pa-ndryshuara. Këto flasin për regresion të procesit patologjik. Struktura hepatike ishte e ruajtur mirë.

Si në këtë grup ashtu dhe në atë të mjekuar me hidrokortizon, me përjashtim të dy rasteve (nga një për secilin grup) që u mjekuan vetëm me 8 doza hidrokortizoni ose endoksan dhe që paraqitën ndryshime më të theksuara se minjtë e tjerë, si përsa i përket infiltrimit, steatozës dhe nekrozës, në gjithë rastet e tjerë nuk vhej re ndonjë lidhje (korelacion) midis kohës së fillimit të mjekimit dhe shkallës së infiltrimit apo nekrozës (pasqyra nr. 4).

Me gjithë numrin e vogël të rasteve, mund të nxjerrim disa mendime paraprake:

1) Në hepatiet alergjike eksperimentale, të shkaktuara me serum kali, dëmtimet kryesore histopatologjike i përkasin infiltrimit të hapësirave portobiliare dhe nekrozës së qelizave hepatike.

2) Gjatë infiltrimit të HPB me elementë limfoplazmocitarë, një vend të rëndësishëm zënë eozinofilet, të cilat zhduken në rastet e trajtuara me kortizonikë dhe immunosupresorë.

3) Nën veprimin e hidrokortizonit me 10 mg/kg peshë, pakësohet infiltrimi i HPB, nekroza e hepatociteve pengohet, por në një shkallë më të kufizuar se infiltrimi, shenjat e fibrozës zhduken, kurse steatoza nuk ndryshon ose ka prirje të shtohet.

4) Endokساني i dhënë me dozë 2 mg/kg peshë pengon infiltrimin e hapësirave portobiliare, i kufizton proceset nekrotike, të cilat marrin karaktere fokal, ndihmon shfaqjen e granulomave rezorbtive dhe të proceseve regenerative.

Dorëzuar në redaksi më 10 nëntor 1977

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J. E., Bregu R., Ostreni F., Alimehmeti L.: Vepurimi i hidrokortizon acetatit dhe endoksanit në hepatitet kronike eksperimentale. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore 1977, XVII, 1 81.
- 2) Adhami J. E., Pilku N., Mamushi Q. Immunodepresorët në hepatitet kronike gjatë vitëve 1972-1974: Punime rrebi sëmundjet e brendshme 1976, 1, 176.
- 3) Adhami J. E., Pilku N.: Mjekimi i hepatitve kronike me kortizonitë dhe immunodepresorë. Buletini i UT — seria shkencat mjekësore, 1976, XVI, 2, 21.
- 4) Bhaqwat A.G., Deodhar Sh.D.: Experimental hepatic injury produced in the rabbit by glucocorticoids. Arch. Path. 1968, 85, 346.
- 5) Croxatto H.D., Nishimura E.T., Yamada K., Hokama Y.: Liver necrosis induced by homologous «acute phase protein» in rabbits. Arch. Path. 1968, 86, 383.
- 6) Hill R.B. Jr., Droke W.A.: Production of fatty liver in the rat by cortisone. Proc. Soc. Expt. Biol. Med. 1963, 114, 768.
- 7) Mahley R.W., Gray M. E., Hamilton R.L., Le Quire V.S.: Lipid transport in the liver. II. Electron microscopic and biochemical studies of alterations in lipoprotein transport induced by cortisone in the rabbit. Lab. Invest. 1968, 19, 358.
- 8) Mignov B.J.: Cituar nga Sarkisov D.S. dhe Remezov P.I. Në: «Vospizvedenijie boleznjej cellovjeka v eksperimente 1960, 187.»
- 9) Popper H., Paronetto F., Schaffner F.: Immune processes in the pathogenesis of liver Disease. Annals New York Academy of Sciences 1964, 701.
- 10) Popper H.: Morphological and immunological studies on chronic aggressive hepatitis and primary biliary cirrhosis. «Immunology of the liver» of Smith M. and Williams R. London 1971, 17.
- 11) Varga F., Mehes Gy., Molnar Z.: Reversibility of hepatic fibrosis induced by carbon tetrachloride in the rat. Acta physiologica Academiae Scientiarum Hungaricae 1969, 29 (1), 69.

Pasqyra nr. 1

KRITERE HISTOPATOLOGJIKE KONVENZIONALE PËR PËRCAKTIMIN E SHKALLËS SË DËMTIMIT TË MËLÇISË NË HEPATITET EKSPERIMENTALË

D) Infiltrimi i hapësirës portobiliare		ID) Ndryshimet yndyrore	
Shumë i lehtë	(++)	Shumë të lehta	(+)
I lehtë	(+++)	Të lehta	(++)
I mesëm	(++++)	Të mesme	(+++)
I theksuar	(+++++)	Të theksuara	(++++)
Kur e kalon laminën limitans	(++++++)		
III) Nekroza e qelizave hepatike			
Shumë e lehtë	(+)	Shumë e lehtë	(+)
E lehtë	(++)	E lehtë	(++)
E mesme	(+++)	E mesme	(+++)
E theksuar	(++++)	E theksuar	(++++)
III) Nekroza e qelizave hepatike		IV) Fibroza e hapësirës portobiliare	
Shumë e lehtë	(+)	Shumë e lehtë	(+)
E lehtë	(++)	E lehtë	(++)
E mesme	(+++)	E mesme	(+++)
E theksuar	(++++)	E theksuar	(++++)

Pasqyra nr. 2

TË DHËNAT HISTOLOGJIKE NË MINJTË E EKSPERIMENTIT TË II TË TRAJTUAR VETËM ME
SERUM KALI (Grupi i Kontrollit)

Nr.	Sa ditë pas operacionit u sakrifikua	Sa ditë pas operacionit ngordhi	Infiltrimi i HPB	Ndryshimet Yndyrore	Nekroza e qelizave hepatike	Fibroza e H P B
1	115	—	(+++)	(++)	(+++)	(-) (+)
2	115	—	(+)(++++) shumë eozinofilë	(+)(+)	(++++)	(-)
3	95	—	(+++) disa eozinofilë	(-)(+)	(++++)	(++)
4	—	2	(-)(+)-(++)	(-)(++)	(+)(++)(+++)	(-)
5	—	5	(+++)(++++) disa eozinofilë	(-)(-)(+)	(++)-(++++)	(-)

Pasqyra nr. 3

TË DHËNAT HISTOLOGJIKE NË MINJTË E EKSPERIMENTIT TË II TË TRAJTUAR ME SERUM KALI
DHE HIDROKORTIZON ACETAT

Nr.	Nr. i injeksioneve me hidrokortizon	Sa ditë pas operacionit filloi mjekimi	Sa ditë pas operacionit ngordhi miu	Infiltrimi i HPB	Ndryshimet yndyrore	Nekroza e qelizave hepatike	Fibroza e H P B
1	8	30	49	(+++)	(++)	(++++)	(-)
2	29	28	94	(-)(+)	(-)(+)	(-)	(-)
3	34	27	105	(-)(+)	(-)	(+++)(++++)	(-)
4	28	27	90	(+++)	(+++)	(+++)	(-)
5	32	8	84	(+)(++)	(-)(+)	(++)	(-)
6	32	8	83	(-)(+)(++)	(-)(+++)	(+++)(++++)	(-)

Pasqyra nr. 4

TË DHËNAT HISTOLOGJIKE NË MINJTË E EKSPERIMENTIT TË II TË TRAJTUAR ME SERUM KALI DHE ENDOKSAN

Nr.	Nr. i injeksioneve me Endoksan	Sa ditë pas operacionit filloi mjekimi	Sa ditë pas operacionit u sakrifiku	Infiltrimi i HPB	N fryshimet Yndyrore	Nekroza e qelizave hepatike	Fibroza e HPB
1	8	30	48	(++++)	(++)(+++)	(+++)	(-)
2	35	28	114	(+)(+)(+++)	(+)	(+)(+)(+++)	(-)(-)(-)(++)
3	36	27	114	(-)(+)	(+)(-)(+)	(+)(+)(+)(+++)	(++)(-)
4	36	26	113	(+)(+)(+)(++++)	(-)	(+)	(-)
5	36	8	95	(-)(+)(++)	(-)	(-)(+)(++)	(-)
6	36	8	95	(++)	(-)	(++)	(-)

S u m m a r y

**EFFECTS OF HYDROCORTISONE ACETATE AND ENDOXAN ON
EXPERIMENTAL ALLERGIC HEPATITIS**

In the experiment were used 21 male rats which were sensitized with weekly intraperitoneal injections of 0.5 ml horse serum, in all 12-16 injections. Two rats died at that stage. After that the abdomen was opened under general narcosis with peritoneal sodium 30-50 mg/kg, and a resolving dose of 0.5 ml horse serum was injected into the portal vein. At that stage two rats died from rupture of the sutures and were excluded from the experiment; two other died on the 2nd and 5th day after the laparotomy from undetermined causes.

I. A control group of 3 rats, maintained in equal conditions of surroundings and nutrition, but without treatment, were sacrificed one 95 and the two others 115 days after the operation. To this group were added the two rats which had died 2 and 5 days after the operation.

II. A second group of 6 rats received treatment with hydrocortisone acetate 10 mg/kg in subcutaneous or intramuscular injections repeated three times a week. In two rats the treatment began 8 and in four rats 27-30 days after the operation. In 4 of these 6 rats were observed necrotic ulcerations at the site of the injection in the inguinal region and an infection of the genital organs.

III. A third group of 6 rats received treatment with subcutaneous injections of endoxan 2 mg/kg three times a week, which began in 2 rats 8 and in 4 rats 26-30 days after the operation. None of the rats presented ulcerations and none died during the treatment. The rats were sacrificed 48-114 days after the operation.

The results are shown on tables 2, 3 and 4.

I. The rats of the control group presented in the porto-biliary spaces an infiltration of young round cellular elements and some eosinophile cells. The necrosis was very pronounced, particularly in 3 rats in which it involved more than 50 percent of the hepatic cells. The liver had lost its lobular structure, and the surviving hepatic cells presented signs of granular dystrophy. The necrosis was mostly centrolobular and in the interlobular spaces. Steatosis was negligible and there was practically no fibrosis.

II. Under the hydrocortisone treatment the infiltration of the porto-biliary spaces was less pronounced, the necrosis of the hepatic cells was limited but to a lesser degree than the infiltration, the signs of fibrosis lacked, steatosis showed no change or tended to increase.

III. Endoxan prevented the infiltration of the porto-biliary spaces, limited the necrotic process which took a focal character, favoured the development of reparative granulomas and the regenerating processes.

R é s u m é

**EFFETS DE L'HYDROCORTISONE ACETATE ET DE L'ENDOXAN
DANS LES HEPATITES ALLERGIQUES EXPERIMENTALES**

Des recherches ont été effectuées sur 21 rats mâles, préalablement sensibilisés, en leur injectant une fois par semaine par voie intrapéritonéale 0,5 ml. de sérum de cheval: en tout 12 à 16 injections. Deux sujets sont morts au cours des recherches. Ensuite les sujets d'expérience ont été soumis à la laparotomie sous anesthésie géné-

rale avec 30-50 mg/kg de Penicithal Natril et, une fois atteinte la veine porte, le rat a été injecté 0,5 ml. de sérum de cheval. Le poids des sujets était respectivement de 250 et 334 gr. A cette phase deux sujets, morts par suite de la rupture des sutures ont été exclus de l'expérimentation: deux autres sont morts pour des motifs indéterminés respectivement deux et cinq jours, après la laparotomie.

I. — *Le groupe de contrôle* comportant trois sujets d'expérience, maintenus dans des conditions d'alimentation et de milieu analogues, sans les soumettre pendant à un traitement médical, ont été sacrifiés respectivement 95 et 115 jours après l'intervention chirurgicale. C'est à ce groupe que furent ajoutés aussi les deux sujets morts respectivement deux et cinq jours après l'intervention.

II. — *Le deuxième groupe*, comportant six rats, a été traité à l'hydrocortisone acétate par des injections subcutanées ou intramusculaires de 10 mg/kg trois fois par semaine. Chez deux sujets, le traitement a été commencé huit jours après l'intervention et chez les quatre autres au bout de 27 à 30 jours. Tous les rats de ce groupe sont morts 49-105 jours après l'intervention. Chez quatre sujets de ce groupe on a été observées des ulcérations nécrotiques à la région inguinale (le lieu de l'injection et une infection des organes génitaux).

III. — *Le troisième groupe*, comportant six rats, a été traité à l'Endoxan par des injections subcutanées de 2 mg/kg trois fois par semaine. Chez deux sujets, l'Endoxan a été injecté huit jours après la laparotomie et chez les quatre, autres sujets au bout de 26 à 30 jours. Les sujets de ce groupe ne présentaient pas d'ulcérations, aucun d'eux n'est mort pendant le traitement. Ils furent sacrifiés dans un intervalle de 48 à 114 jours après l'intervention chirurgicale.

Les résultats de l'expérience sont indiqués dans les tableaux 2, 3 et 4.

I. — Les sujets de ce groupe de contrôle présentaient, dans les espaces portobiliaires, une infiltration de jaunes éléments cellulaires ronds et des cellules éosinophiles. La nécrose très accentuée avait atteint, partiellement chez trois sujets, plus de 50% des cellules hépatiques. Le foie avait perdu sa structure lobulaire et les cellules hépatiques survécues présentaient des signes de dystrophie granulaire. La nécrose, plutôt centrolobulaire, s'étendant aussi à la zone intermédiaire des lobules. A relever encore une stéatose légère et un manque absolue de fibrose.

II. — Le traitement à l'hydrocortisone sous forme d'acétate a provoqué une diminution de l'infiltration des espaces portobiliaires, en empêchant la nécrose des cellules hépatiques, mais cela à un degré inférieur à celui de l'infiltration; les signes de fibrose ont complètement disparu et la stéatose n'a pas subi de modification ou elle tend à augmenter.

III. — En ce qui concerne l'Endoxan, il a empêché l'infiltration des espaces portobiliaires, en limitant les processus nécrotiques qui acquièrent un caractère focal et favorisant le développement des granulomes de résorption et des processus régénératives.

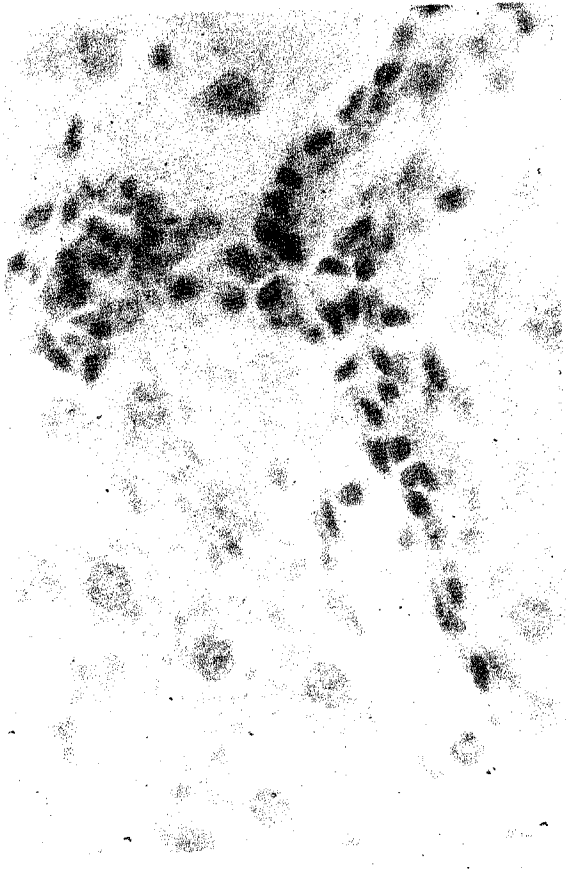


Fig. 1. — Mi kontrolli i trajtuar vetëm me serum kali. Infiltrim mesatar i HMPB ne elementë rotundocelulare dhe eozinofille. Nekrozë e lehtë e hepatociteve. Hemat. Eos. Imersion x300).

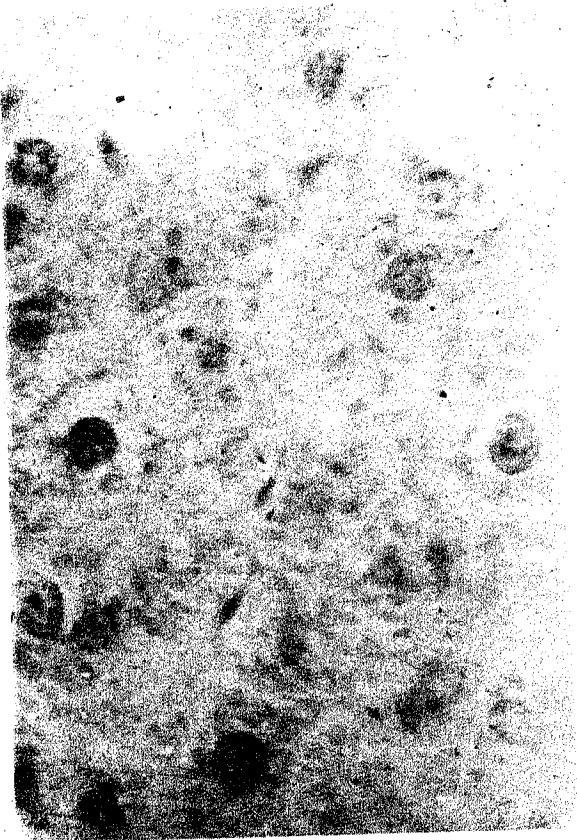


Fig. 2. — Nekrozë e theksuar e hepatociteve. Hepatocitet të rrafshtur paraqitin distrofi granulare dhe steatozë. (Hemat. Eos. Imersion x 500).

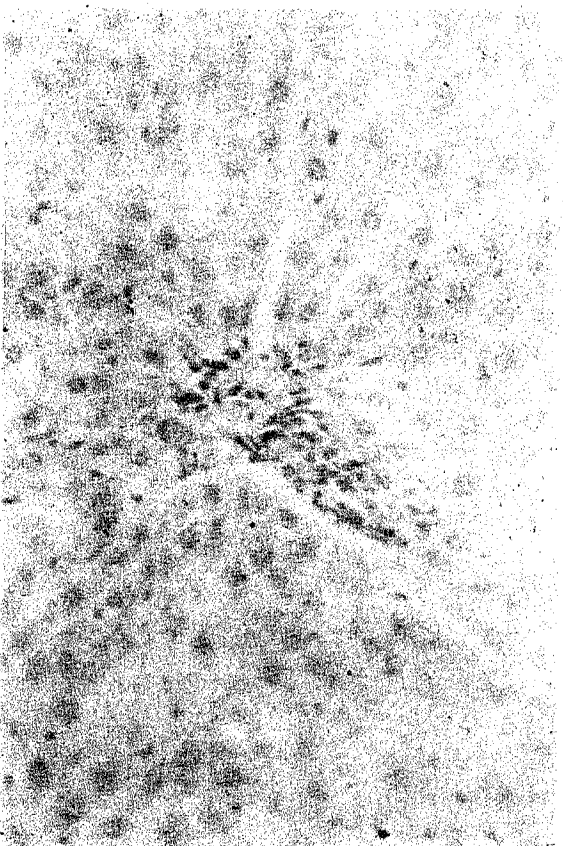


Fig. 3. — Mi' kontrolimi i trajtuar vetëm me serum kali. HFG e infiltruar me mononukleare dhe disa eozinofilë. Nekroza e hepatoceteve është e lehtë, pasi ajo vendoset kryesisht në qendër të lobulit.

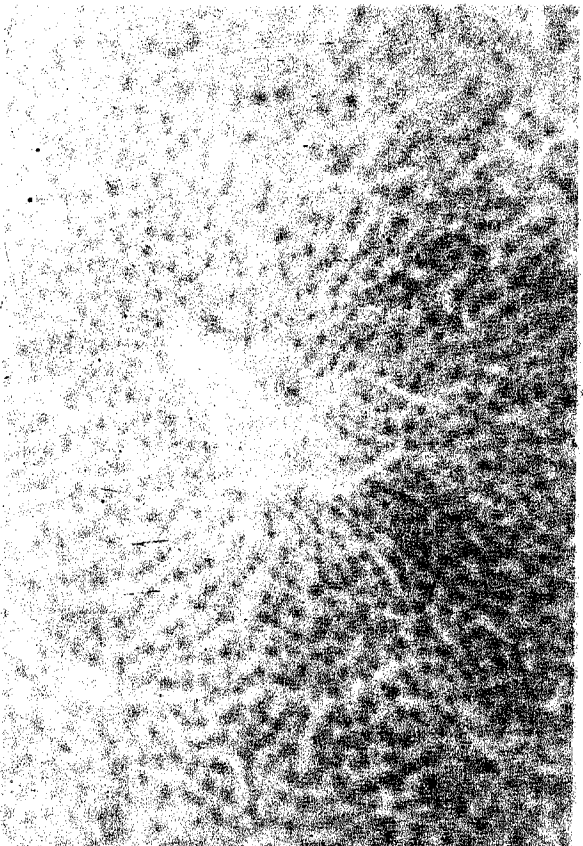


Fig. 4. — Mi i trajtuar me serum kali dhe i mjekuar me hidrokortizon. Vena, centrale e zgjeruar, e mbushur me eritrocitë. Struktura hepatike e ruajtur. Kapilarët sinusoidalë të dilatauar (Hemat. Eos x 63).

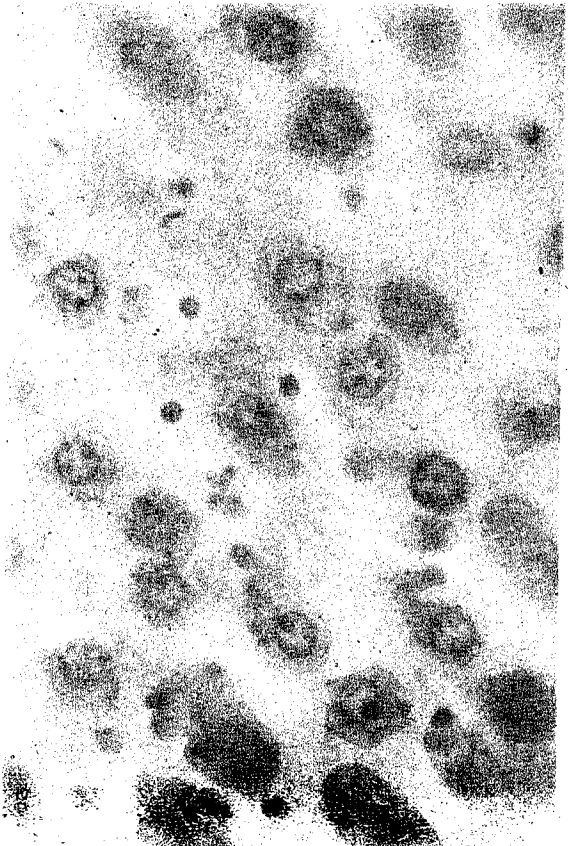


Fig. 5. — I njëjti mi. Nekrozë e rralë e ndonjë hepatociti Struktura hepatiske e ruajtur. (Hemat. Eos. Imersion x 400).

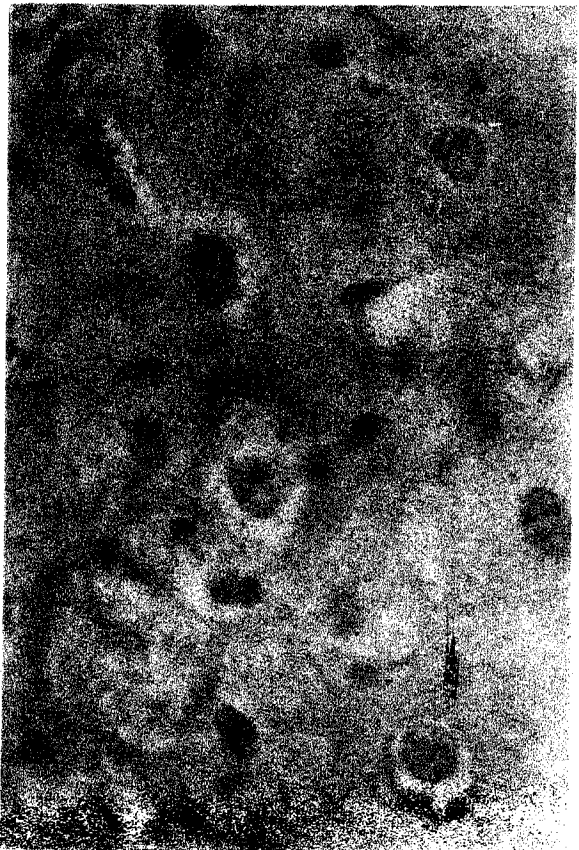


Fig. 6. — Mi i trajtuar me serum kali dhe i mjekuar me hidrokortizon. Dësa qeliza hepatiske me fenomene të shprehura steatoze, por me karakter lokal. Fenomene nekrobiositike të ndonjë hepatociti që shkon drejt nekrozës. (Hemat. Eos. Imersion x 500).

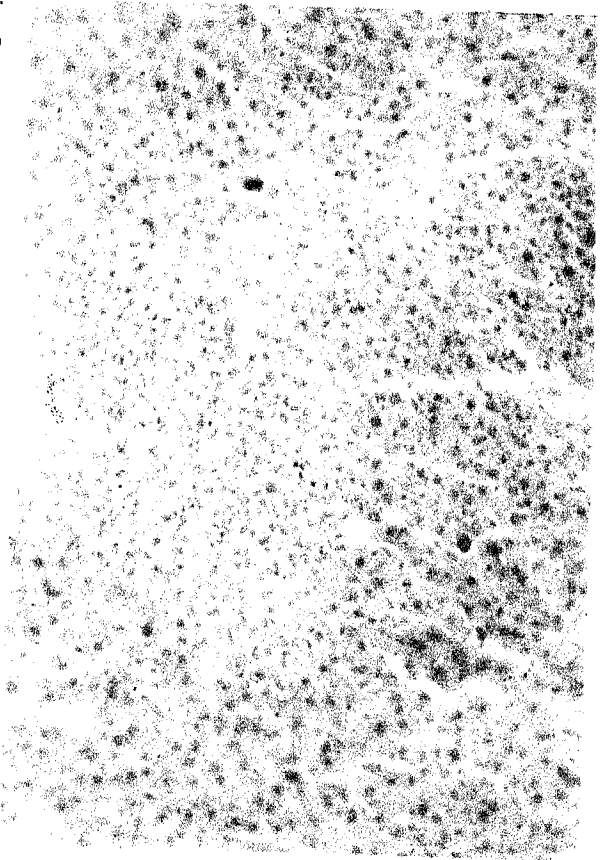


Fig. 7. — Mi i trajtuar me serum kali dhe i mjekuar me hidrokortizon. Në një zonë të kufizuar mirë vihen re shkatërrim i strukturës hepatike. Ka fenomene nekrotike dhe nekrotike të shogënuara me infiltrate inflamatore. Parenkhima që e rrethon, pa ndryshime. Probabiliteti abces metastatik. (Hemat. Eos x 160).

Fig. 8. — Mi i trajtuar me serum kali dhe i mjekuar me hidrokortizon. HPPB të infiltruara shumë lehtë. Qelizat peritubulare të ruajtura me fenomene të lehta steatoze. Në qendër të lobullit dhe në zonën e ndërmjetshme shihen ndryshime sjenerativo-nekrotike shumë të lehta dhe steatozë të lehtë. (Hemat. Eos x 80).

Fig. 9. — I njëjti rast. HPP i pafiltruar dhe pa fibrozë. Nekroza e lehtë, kurse ndryshimet yndyrore mesatare. (Hemat. Eos. x 100).

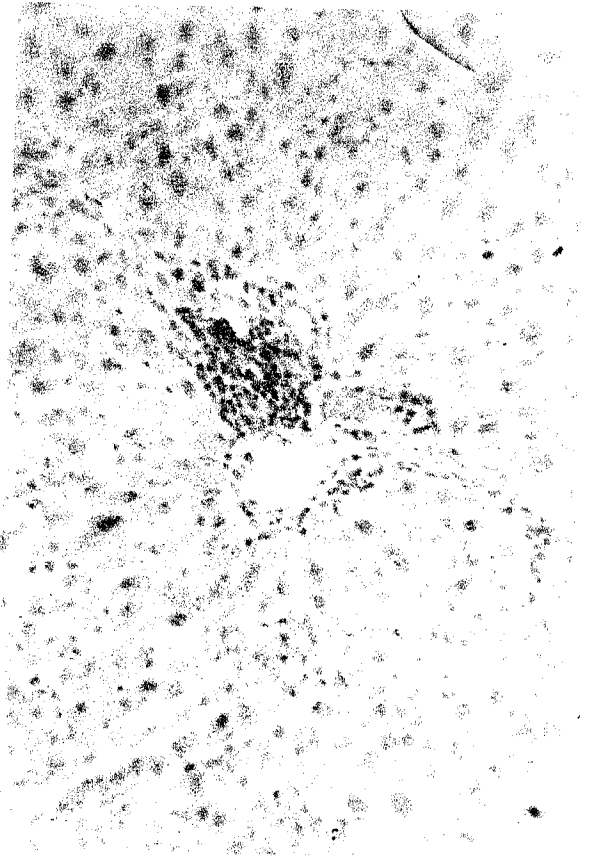


Fig. 10. — Mi i trajtuar me serum kali dhe i mjekuar për një kohë të shkurtër me Endoksan (vetëm 8 injeksione). Infiltrim i theksuar i HPP me elementë të rinj ynduocelularë. Steatozë fokale perlobulare e lehtë. Nekroza shumë e lehtë. (Hemat. Eos. x 100).

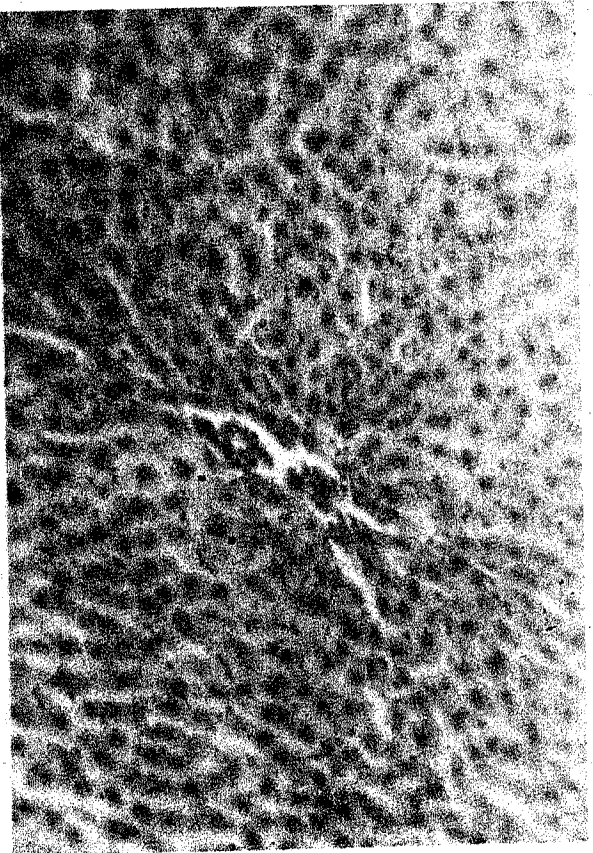


Fig. 15. — Mi i trajtuar me serum kali dhe i mjekuar me Endoksan Struktura hepatiske e rrafshur. HPB e pafiltruar; nekroza, steatoza dhe fibroza mungojnë. (Hemat. Eos. x 100).



Fig. 16. — Mi i trajtuar me serum kali dhe i mjekuar me Endoksan Struktura hepatiske e rrafshur. HPB me infiltrim të lehtë elementesh reticuloelularë, por ka edhe elementë fibroblastikë. Nekroza dhe ndryshimet yndyrore mungojnë. (Hemat. Eos. x 160).

ZBULIMI I HERSHËM I INFARKTIT EKSPERIMENTAL TË MIOKARDIT ME METODA HISTOKIMIKE

— GOJART CERGA —

(Katedra e patologjisë së përgjithshme)

Diagnoza e infarktit të miokardit në autopsi mund të përcaktohet me ripikimet vetëm kur kemi ndryshime të caktuara makro dhe mikroskopike. Në vitet e fundit është shtuar interesi mbi ndryshimet histokimike hershme që vërehen në miokard pas mbylljes së arteries koronare. Për vllimin e ndryshimeve citologjike në zonën e infarktit duhet një kohë afërsisht më e gjatë (6—12 ore), por nuk janë të rralla vdekjet nga infarkti, kur simptomat klinike kanë zgjatur për një kohë shumë të shkurtër. Të dhënat mbi pasojat e ndryshimeve citologjike, që shfaqen në neozën iskemike të muskullit të zemrës, janë ende të papërcaktuara përndimisht (3).

Lidhja midis ndryshimeve morfologjike me rezultatet e fituara nga analizat histokimike tregon për një aftë grrëgullime metabolike, të cilat shfaqen në statet e hershme të infarktit eksperimental të miokardit. Eksperimentalish, infarktin e miokardit mund ta fitojmë me anën e mbylljes urgjikalë të vazës koronare në kafshët eksperimentale (5).

Në këtë studim kemi për qëllim të përcaktojmë ndryshimet morfologjike të hershme, që vërehen në infarktin e shkaktuar nga lidhja e arteres koronare të lepurit.

MATERIALI DHE METODA

Si kafshë eksperimentale zgjodhëm lepurin, për këto arsye: tek lepurit, ankti i miokardit mund të provokohet me lehtësi dhe për një kohë të turber; fushat e nekrozës shkaktohen duke bërë ligaturën e degës që i kon arteries koronare. Por përdorimi i lepujve, si kafshë eksperimentale, ka një vëshitësi. Kjo vëshitësi qëndron në humbjen e shpejtë të gjiljtent të miokardit gjatë kohës së sakrifikimit të kafshës.

Për qëllimin e këtij studimi u përdorën 18 lepuj, të cilët u anestezuan, të futur në venë pentobarbital nativumi (30 mg/kg.peshë). Si grup kontroll u përdorën 4 lepuj, që jetonin në kushte të njëjta me ata të grupit eksperimental. Në mënyrë aseptike u bë torakotomia në hapësirën e katërtë shtrinjore. U hap perikardi dhe me pinca u tërhoq aurikula e majtë. U ndej u bë ligatura e degës së përparshme zbritëse të koronares së majtë nga origjina e saj (fig. 1). Vendosja e ligaturës në këtë pikë mënjanoi ndësinë e fibrilacioneve të ventrikujve, që mund të shfaqen në ligatu-

rat e vëna në mënyrë proksimale. Lepujt u sakrifikuan në një kohë nga 3 deri 24 orë nga vendosja e ligaturës me anë të injektimit në venë të 5-10 mEq klorur kaliumi nën anestezë. Me këtë procedurë u fitua ndalimi i zemrës për 15-20 sekonda.

Materiali për studim histokimik u muar duke bërë prerje tërthore të të dy ventrikujve poshtë kufinit atrioventrikular.

Prerjet u fiksuar në solucion Regaud dhe u ngjyrosën me metodat Anilin Alcín-Fuchsin të Altman dhe Hekurin Hematoksin të Heidenhainit për mitokondrit.

Materiali u ruajt në kriostat bashkë me disa prerje tërthore nga çdo zemër me anë të kriostatit në temperaturë -20 gradë C. Prerjet kishin trashësi 6 mikron.

Një pjesë e materialit kaloi në procedurën e parafinimit dhe u përdor për ngjyrimet: hematoksinin dhe eosin, hematoksinin fosforungstikë acid të Mollarit, fuksinën acide, acid fuchsin periodik acid-Schiff (PASS) diastaze për glikogjenin.

Prerjet në kriostat u ngjyrosën për yndyrë, për suksesin dehidrogjenazën, për dehidrogjenazën laktike, për beta-hidroksibutirat dehidrogjenazën dhe diaforazën.

REZULTATET E EKSPERIMENTIT

Në zemrat e lepujve të provës nuk u vërejt asnjë ndryshim në ngjyrimet me HE, PTH (hematoksilina fosforungstikë) dhe AF (fosfataza acide). Në disa prerje të ngjyrosura me PAS u vërejtën ulje ose zhdukje të glikogjenit në fusha të veganta. Kjo ulje ose zhdukje e plotë e glikogjenit mund të shkaktohet nga kontraksionet e rregullta të zemrës së lepujit përpara vdekjes. Ky fenomen u konstatua edhe në miokardin e 4 lepujve të përdorur si grup kontrolli.

Mitokondritë u vërejtën në tërë fibrat e miokardit të zemrave normale. Ato paraqiten si granula të vogla, të rrumbullakta të shpërndara në brendësi të fibrave të miokardit.

Enzimat respiratore si suksesin dehidrogjenaza, laktat dehidrogjenaza, beta-hidroksibutirat dehidrogjenaza dhe diaforaza u paraqitën në formën e granulave të imta të shpërndara në citoplazmën. Vendi i këtyre granulave të imta vërtetohet me shpërndarjen e mitokondrive. Aktiviteti enzimatik u paraqit i ndryshëm për enzima të ndryshme. Duke u nisur nga enzima me veprimtari më të lartë enzimatiqe do të kemi këtë renditje: suksesin dehidrogjenaza, diaforaza, dehidrogjenaza laktike dhe beta-hidroksibutirat-dehidrogjenaza.

Ndryshimet patologjike që u gjenden në prerjet e miokardit të lepujve dhe që u përdorën për eksperiment ishin dy llojesh:

1) Zona të infarktit të miokardit, të cilat u demonstruan me metoda histokimike të zakonshme si teknika e ngjyrimit me hematoksinë eosinë.

2) Zona të infarktit të miokardit, të cilat nuk mund të demonstrohen shpesh në prerjet e ngjyrosura me hematoksinë eosinë, por që mund të demonstrohen vetëm me teknika histokimike të veganta.

Këto dy tipe lezionesh u paraqitën si më poshtë:

a) Studim histokimik i zonave të infarktit të miokardit, të cilat mund të demonstrohen në prerjet e ngjyrosura me hematoksinin eosin:

Nga rezultatet e eksperimenteve u vërejt se infarkti i miokardit bëhet i dukshëm në ngjyrimin me hematoksilinë eosinë në rastet kur infarkti, i shkaktuar nga ligatura e arteries koronare të katshës eksperimentale, kalon mbi 21 orë. Zonat e infarktit paraqiten të vogla me formë ovale ose të rregullta. Miofibrilet brenda fokusit janë të holluara dhe eozinofilike. Pra kemi zhdukje të striacioneve dhe zhvillohet degjenerimi hialin. Në buzët e infarktit u vërejt një kurorë e trashë, e përbërë nga elementë inflamatorë. Shumica e elementeve inflamatore ishin të natyrës leukocite neutrofile. Në buzët e infarktit nuk u vërejt hemorragji (Fig. 2). Brenda zonës infarktoidë u vërejtën zhdukje të glikogjenit, por nuk u vërejt substancë PAS pozitive (fig. 3).

Vepimtaria enzimatike e suksin dehidrogjenazës (fig. 4), laktat dehidrogjenazës dhe beta-hidroksibutirat dehidrogjenazës (fig. 5) si dhe diaforazës (fig. 6) ishte e zhdukur plotësisht, gjë që bie në kundërshtim me zonat e ruajtura të miokardit për rreth.

Në këto vatra nuk janë vërejtur pikza yndyre, kurse në miokardin për rreth zonës së infarktit mund të vërehet një infiltrim difuz nga pikza të vogla yndyre.

Në eksperimentin tonë, vetëm në një rast të ngjyrosur me PTH (nr. 7 — 24 orësh) u vërejtën miofibrile të mblatura dhe të copuara. Në këtë rast kishim zhdukje të striacioneve. Por në shumicën e rasteve të eksperimenteve nuk u vërejtën ndryshime në ngjyrimin e PTH.

Me alcian fuchsian nuk u vërejt ndonjë ndryshim në krahësim me mio-kardin e shëndoshtë.

b) Studimi histokimik i lezioneve të miokardit, i cili nuk mund të demonstrohet me ngjyrimin hematoksilin eosin:

Sig u përmend më sipër, në prerjet e ngjyrosura me hematoksilin eosin, zonat e infarktit u vërejtën vetëm pas 21 deri 24 orë nga ligatura e arteries koronare. Me përjashtim të disa zonave me infiltratë inflamatore dhe edemës së intersticiumit nuk u vërejtën ndryshime të tjera në prerjet e ngjyrosura me hematoksilin eosin. Në të kundërtën, përdorimi i metodave histokimike bëri të mundur zbulimin e disa lezioneve, të cilat nuk mund të vihen në dukje në ngjyrimin me hematoksilin eosin. Megjithatë si rregull, intensiteti i katër enzimave respiratore është i njëjtë me atë të miokardit të shëndoshtë, në materialin e ekzaminuar u vërejtën fokuse të humbjes së aktivitetit të këtyre enzimave. Këto fokuse ishin të vogla dhe të shpërndara në mënyrë të rregulltë. Këto u vërejtën në prerjet e marrura 3 orë pas ligaturës së arteries koronare. Nuk u vërejt ndonjë lidhje e tyre me fokuset inflamto-re (fig. 7).

Ngjyrimi për mitokondriet, në zemrat e lepujve normale, tregoi një shpërndarje normale. Fushat e infarktit ishin pak të ngjyrosura ose me mungesë të plotë të ngjyrimit (fig. 8). Në këto fusha nuk u vërejtën detajet e mitokondriëve. Në ngjyrimin u vërejt se mitokondriet perimukleare ishin më pak të dëmtuara sesa ato të tjerat.

Fryja e rregulltë e mitokondrive ndërmjet miofibrileve dhe në polet e sarkolemës u vërejt 18 orë pas ligaturës së koronareve.

Në muskuleturën iskemike të zemrës, uja e shpejtë e përbërësve fosfatik të pasur me energji ishte shkaktaari për fillimin e shpejtë të fryrjes së mitokondriëve.

Në suksin dhe laktat dehidrogjenazën mund të zbulohet një fenomen i vegantë. Kjo qëndron në atë që ndërmjet fibrave të miokardit, që japin

një reaksion enzimatik mjaft pozitiv, mund të vërehen leziona fare të vogla të rregullta. Në këto leziona të rregullta fibrat e miokardit janë të ngjyrosura disa herë, madje shumë të kuqe në një sfond të purpurit. Këto fokuse të vogla bien në kontrast me intensitetin pozitiv të miofibrilëve të shëndosha, të cilat kanë një sfond blu në të gjelbra, ku ka shumë granula me ngjyrë blu në të zezë. Një fenomen i tillë në materialet tona u vërejt 3 orë deri 24 orë pas ligaturës.

Ngjyrimi i pikave të yndyrës ishte më interesant. Në miokardin e shëndoshtë nuk u vërejtën pikza yndyre. Tre orë nga ligatura e arteries koronare vumë re shfaqjen e pikzave të yndyrës, që arrinte maksimumin pas 12 dhe 15 orësh nga ligatura. Më pas, numri i këtyre pikzave filloi të bjerë. Në prerjet e marrura 24 orë nga ligatura vumë re që pikzat e yndyrës ishin shumë të pakta.

DISKUTIM

Duke u mbështetur nga të dhënat e eksperimenteve tona, vumë re se zonat e infarktit të miokardit, të demonstruara me ngjyrimin hematoksilin eosin, dalin në pah vetëm 21 orë pas ligaturës së arteries koronare. Përveç kësaj, në «miokardin e shëndoshtë» mund të gjenden disa ndryshime histokimike, të cilat nuk vërehen me teknikat e ngjyritit të zakonshëm.

Në studimet eksperimentale mbi ndryshimet histokimike të infarktit të hershëm të miokardit, si kriter, shumë autorë shfrytëzojnë ndryshimet e glikogjenit (6).

Vështrësia e përdorimit të lepujve si kafshë eksperimentale qëndron në pamundësinë për të ruajtur glikogjenin brenda muskullit të zemrës. Për shkak të gjendjes së stresit të lepurit përpara vdekjes dhe duke qenë se zemra e lepurit ende rreh pasi të jetë prerë, do të kemi një humbje të madhe të sasisë së glikogjenit. Ky efekt i pamënjueshëm u vërejt në eksperimentet tona. Zakonisht, për t'iu shmangur humbjes së glikogjenit në vitin 1960 (4) u propozua injektimi në venë i klorurit të potasiumit ose kaliumit për të bërë që zemra e lepurit të ndalojë brënda 15 sekondave.

Në eksperimentin tonë, ne kemi injektuar në venë kali kloratë në lepujt të ndodhur në anestezë për të mënjeluar gjendjen e stresit përpara ngordhjes dhe për të bërë që zemra e tij të ndalojë menjëherë. Por një masë e tillë nuk mundi të shpëtojë humbjet e mëdha të glikogjenit, madje edhe në miokardin e shëndoshtë. Megjithatë, studimi ynë mund të shërbejë për të treguar se glikogjeni humbet në sasi të mëdha në vatrën e infarktit të hershëm të miokardit.

Gjatë eksperimentit, në mënyrë paraprake, ne kemi përdorur vetëm një herë Nitro-BT për demonstrimin e vatrave të infarktit të miokardit tek një lepur 18 orë pas ligaturës së arteries koronare. Këto vatra u panë lehtë me sy. Sipas mendimit tonë, kjo metodë është më e përshtatshme për infarktet e gjëra. Për shkak të pamundësisë për të ruajtur glikogjenin, ne mendojmë se shfrytëzimi i humbjes së glikogjenit, si një kriter për diagnozën e infarktit të hershëm të miokardit, është ende i diskutueshëm. Në vjet të fundit theksohet gjithnjë e më tepër rëndësia e veprimitarisë së enzimave të ndryshme për të treguar gjendjen e anoksisë së miokardit të lepujve në eksperiment (1, 2).

Në rezultatet e eksperimentit tonë, vatrave me humbje të veprimitarisë së enzimave të ndryshme u vërejtën 15 orë pas ligaturës së arteries koronare. Por këto vatra janë të rralla, shumë të vogla, madje kaq të vogla sa në disa raste janë prekur vetëm pak fibra miokardiale.

Në rastet e ekzaminuara, 3 orë pas ligaturës u vërejtën humbje të veprimitarisë enzimatike të suksesin dhe laktat dehidrogjenazës. Kjo vihet në pah me zhdukjen e granulave. Përveç kësaj, ngjyra e sfondit ndryshoi nga blu-gjëlber në të kuqe. Ne besojmë se kjo mund të jetë shenjë e uljes së veprimitarisë enzimatike. Për të përcaktuar se kur veprimitaria e këtyre enzimave do të zhduket përfundimisht është e nevojshme të bëhen studime të mëtejshme.

Lezionet e vogla, që shfaqen me humbjen e granulave të enzimave dhe ndryshimin e ngjyrës së sfondit, të cilën ne e pamë në eksperimentin tonë, përfqesojnë një ndryshim të lehtë. Madhësia e tyre është kaq e vogël, kurse përhapja kaq e madhe (e gjërë) saqë na bën të mendojmë se ndryshime të tilla shkaktohen nga mbyllja jo e plotë e arteries koronare, ku si pasojë kemi një shkallë të lehtë të ishemisë së miokardit.

Degjenerimi dhjamor i theksuar i fibrave të miokardit u vu në dukje në 3 orët e para pas ligaturës së arteries koronare. Kjo arriti maksimumin pas 12 deri 15 orë dhe filloi të bjerë pas 24 orësh. Kuptohet se kjo u shkaktoi tua nga një gradë e lehtë e anoksisë. Prirja e uljes së degjenerimit dhjamor pas 24 orësh nga ligatura tregon se këtu kemi një ndryshim reversibel. Në rast se në lezionet e lehta, të përmëndur më sipër, kemi zhdukje të granulave të suksesin dehidrogjenazës dhe dehidrogjenazës laktat si dhe ndryshim të ngjyrës së sfondit, që reflekton të njëjtin problem, atëherë në mënyrë mjaft të ngjashme, këto lezione, gjithashtu, mund të jenë reversible (të kthyeshme). Nga kjo dalim në përfundim se na duket e pa-përshtatshme që këto ndryshime apo degjenerimin dhjamor t'i marrim si kritere për diagnozën e infarktit të miokardit të hershëm.

Sic u përmënd më lart, lezionet miokardiale të hershme mund të demonstrohen më shpejt me anën e metodave histoklimike sesa me metodën e zakonshme hematoksilin-eosin. Për të fituar kritere më të mira për të njohur infarktën e miokardit të hershëm është e nevojshme të bëhen studime të mëtejshme.

Dorëzuar në redaksi më 20.VIII.1977

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cox H., Mc Lauthin V. W. and coll.: The ischemic zone surrounding acute myocardial infarction. Its morphology as detected by dehydrogenase staining. Amer. Heart Journal 1968, 76, 650.
- 2) Dusek J.: Healing process in the marginal of an experimental myocardial infarct. Findings in the surviving cardiac muscle cells. Amer. J. Pathology 1971, 3, 321.
- 3) Fine G., Morales A. and coll.: Experimental myocardial infarction. Arch. Path. 1966, 1, 4.
- 4) Klionsky B.: Myocardial ischemia and early infarction — A histochemical study. The Amer. J. Path. 1960, 5, 575.
- 5) Zugibe T.F., Bell P. and coll.: Determination of myocardial alterations at autopsy in the absence of gross and microscopic change. Arch. Path. 1966, Vol. 81, 409.
- 6) Yokayama H.O., Jennings R. B.: Histochemical studies of early experiments myocardial infarction. Arch. Path. 1959, 59, 347.

S u m m a r y**EARLY DETECTION OF THE HISTOCHEMICAL CHANGES IN
EXPERIMENTAL MYOCARDIAL INFARCTION**

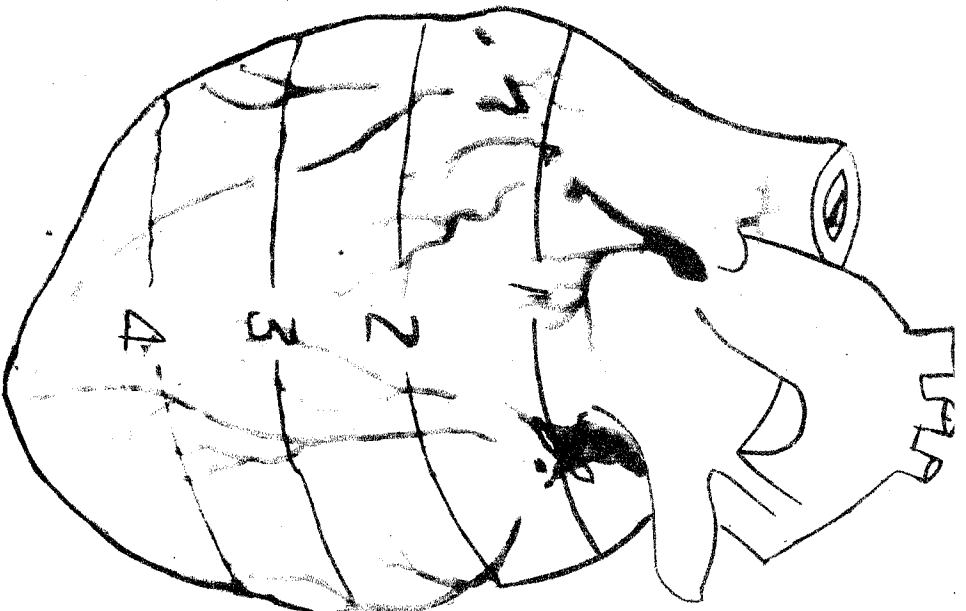
Myocardial infarction was experimentally induced in 18 rabbits by ligation of the front descendant branch of the left coronary artery and the histochemical and morphological changes were observed at intervals of 3 to 24 hours.

Ordinary histochemical techniques (staining with hematoxylineosin) revealed zones of infiltration 21-24 hours after the ligation of the artery, while a more specific technique, by demonstrating the presence of respiratory enzymes, revealed the zone of infiltration only within three hours after the ligation.

R é s u m é**DETECTION PRECOCE DES MODIFICATIONS HISTOCHIMIQUES
DANS L'INFARCTUS DU MYOCARDE EXPERIMENTAL**

Après avoir provoqué expérimentalement l'infarctus du myocarde chez 18 souris par la ligature de la branche descendante antérieure de leur artère coronaire gauche au bout de 3 à 4 heures ont été observées des altérations histochimiques et morphologiques.

L'emploi des techniques histochimiques habituelles coloration à l'hématoxyline-eosine, a mis en relief, au bout de 21 à 24 heures après la ligature de l'artère, des zones d'infiltration; tandis que par l'application de technique plus spéciales, exemple démonstration des enzymes respiratoires, les zones d'infiltration ne sont apparues qu'3 heures après la ligature de l'artère.



— Tregohet vendi ku është vendosur ligatura e arteries koronare (në degën zbrilse të koronares së majtë 2 cm. nga origjina e saj).

— Vërehet korona inflamatore, e përbërë nga leukocide polimorfonukleare, vendosur rreth zonës së infarktit.





Fig. 3 — Zona e infarktit paraqitet më e zbehtë në krahasim me zonën e shëndoshë për rreth për shkak të humbjes së glikogjenit.



Fig. 4 — Në ngjyrimin për enzimën suksin dehidrogenazë vërehet zhdukje e kësa. enzime në zonën e infarktit (zona që duket e zbehtë).

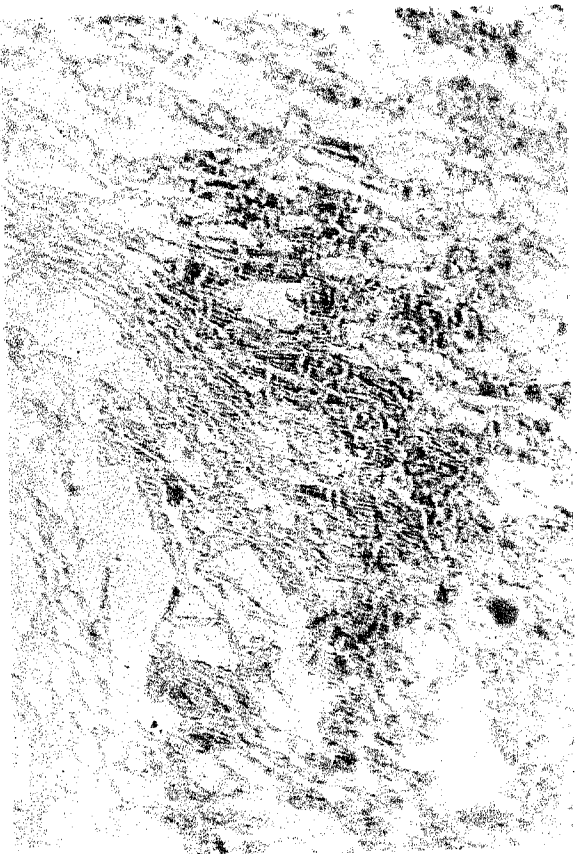


Fig. 5 — Ngjyrtimi për enzimën laktat dehidrogjenazë ven në dukje zhdukjen e kësaj enzime në zonën e infarktit (zona që duket e zibeltë).



Fig. 6 — Ngjyrtimi për diastorazë ven në dukje zhdukjen e kësaj enzime në fushat infarktoide të miokardit (këto zona nuk ngjyrosen gjë që kontraston me indin e ruajtur për rreth i cili ngjyroseti).



Fig. 7 — Në foto vërehen fokuse të zbehta të pa ngjyrosura, zonat e infarktit që kontrastohen me zonat e ruajtura të ngjyrosura.



Fig. 8 — Ngjyrimi për mikokondrit tregon paksimin ose zhdukjen e tyre në zonat e infarktit, këto zona nuk ngjyrosen.

është rënia e konsiderueshme e shikimit nga interesimi në proces i zonës qëndrore të retinës.

Më 27 gershor 1977 paraqitet për konsultim, i dërguar nga Korça, i sëmurë M.SH., 35 vjeç, kooperativist. Ai ankohej për humbjen e shikimit të syrit të majtë dhe ulje të ndjeshme të pamjes në syrin e djathtë. Në anamnezë familjare nuk kish të dhëna që interesojnë.

Në anamnezën personale rezulton se ka kaluar sëmundje të femënisë pastaj ka pasur një periudhë të gjatë qetësie, e cila u ndërpre në vitin 1972, si rezultat i dhembjeve të forta në bel. Pas ekzaminimeve u gjenc një gur në veshkën e majtë, që e ka shqetësuar edhe më vonë.

Në dhjetor 1972 aksidentalisht goditet në shpinë nga një vinq, për këtë mjekohet në spital. Në janar e shtator 1973 përsëri mjekohet në spital për një *colica renalis*. Pas mjekimit, gjendja u qetësua dhe gysh atëhere nuk ka pasur më dhembje.

Gysh nga viti 1973, i sëmurë ka vënë re «aspërësimin» e lëkurës së qafës, në anet e brendshme të artikullacioneve të bryleve dhe gjunjëve si dhe në zonën e poshtme të barkut, por kësaj nuk i ka kushtuar ndonjë rëndësi.

Në nëntor—dhjetor 1976 si dhe në janar 1977, i sëmurë ka pasur vazhdimisht rrjedhje gjaku nga ana e djathtë e hundës. Sasitë ishin të vogla, por shpesh i ndodhte, që kur zgjohet në mëngjes, ta shikonte jashtëkurr të lagur me gjak.

Më 15 janar 1977, duke punuar, vuri re se nuk shikonte mirë me syrin e majtë. Në fillim të marsit, megjëse pamja vazhdoi t'i ulet me të shpejtë, i sëmurë vizitohet tek okulisti dhe mjekohet me cellulim retinale dhe vit. K.

Në fund të prillit dërgohet përsëri për konsultim pranë klinikës okulistike. Ndërkohë pamja në OD kishte rënë në 0,7, kurse në OS deri në shikimin e dorës para fytyrës.

Në fillim të gershorit, në syrin e majtë, iu aplikuan rreze lazer, në dy seanca, të cilat iu përsëritën edhe dy javë më vonë, por pa ndonjë rezultat pozitiv.

Pamja e syrit vazhdoi të ulet. Në mes të korrikut, vizusi në OD ra në 5/10.

Më 27.VII.1977 në OD konstatohet një gjendje e *fundus oculi* që paraqitet në fotografimin nr. 1, e cila është tipike për *Angioid Streaks*, ku sëmundja është me të gjitha veçoritë e stadi të parë sipas Wild-it. Aty duket mirë drejtimi i një cepi të yllit drejt zonës makulare, që ka ndryshime të pigmentimit dhe tashtë është e interesuar në proces. Kjo shpjegon edhe rënia e pamjes deri në masën 0,4. Në OD kisheja e fundusit paraqet një tablo të plotë të zhvillimit të sëmundjes (foto 2, 3), e cila nga stadi i dytë, sipas Wildit, po kalon në stadin e tretë. Në një zonë të gjërë me diametër 2 DP transudati, në rezorbin, është formuar in cikatricial, ndërsa në anën temporale të këtij disku të madh dhe poshtë, vërehen hemorrhagji të vjetra, me ngjyrë të errët. Edhe në këtë sy, rreth papilës dallohen mirë shiritat angioidalë, kurse në nivelin e deqezimeve temporale të enëve retinale janë zhvilluar vatra të vogla punktiforme me ngjyrë të bardhë, që paraqitin fillimin e të ashtuquajturës *retinopathia circumata* (4) (foto 3).

Pas ekzaminimeve histologjike rezultoi se ndryshimet retinale në *Angioid Streaks* zhvillohen në membranë Bruch (*Lamina basalis choroidae*), e cila përbëhet nga membrana bazale e epitellit të pigmentuar dhe

lamina elastica me përberje *ndi lidhor*. Në këtë të fundit ndodhin ndryshimet fillestare degjenerative, të cilat e transformojnë atë. Në disa vende ndodh ntrashja e saj, në të tjerat atrofi, grisje dhe zhdukje e fibrave elastike si dhe depositime patologjike të hekurit dhe të kriprave të kalciumit. Membrana bazale demtohet në mënyrë sekondare.

Choriocapillaris reagon në proces me prodhimin e një ekstravazati seroz si dhe ntrashjen e indit glios dhe fibrinos.

Prejardhja e hemorragjive retinale mbetet ende e papërcaktuar, por enët retinale nuk marrin pjesë në proces (2).

Proceset degjorative në muret e enëve *chorioidale dhe arterieve ciliare* (Böck), ndodhin edhe në muret e arterieve të tjera të organizimit si degjenerime të fibrave elastike, gjë që shpiegon edhe hemorragjitë që pësojnë këta pacientë.

Ka autorë (1960 — cituar nga 2) që mendojnë se ndryshimet në fundus lidhen me një «faktor nutritiv», që shpije në ushqimin e pamjaftueshëm të membranës së Bruch dhe ndikojnë në degjenerimin e indit lidhor të saj. Për një ekzaminim më të plotë tek i sëmurit ynë u krye angiografia me fluoreseinë e fundit të syrit.

Në angiogramat që po paraqesim vërehet mirë kurora në formë ylli rreth papilës të nervit optik, sidomos në syrin e djathtë (foto 4, 5), ku një cep i yllit është drejtuar nën zonën makulare tashmë të interesuar në proces (foto 4).

Në fazën arteriale, qysh në fillim, sapo kontrasti hyn në arteriet, vërehet ndriçimi i kësaj zone (foto 6), ndërsa në fazën arterio-venoze, ngjyrimi është më i theksuar. Kur fluoreseina largohet nga venat, ngjyrimi arrin shkallën më të madhe (foto 7).

Ngjyrimi i shiritave angiodalë në fillim nuk ndodh në gjithë shtrirjen e dukshme të tyre, por pastaq, me të shpejtë, krijohet një ngjyrim dituz i gjithë zonës që pasohet nga ngjyrimi i vonë. Në retinë nuk vërehet rrye-dhje e fluoreseinës.

Në OS (foto 6, 7), zona makulare paraqitet si degjenerim disiform. Proceset organizative bëjnë që ajo të ngjyroset ngadalë në një pjesë, ndërsa hemorragjitë e vendosurë infero-temporal duken si njolla të zeza. Ato janë nën retinë dhe kryesisht në rezorbim.

Angiograma me fluoreseinë e *Angioid Streaks* u përshkrua për herë të parë më 1964, pastaq deri në vitin 1968 u përshkrua edhe 7 herë të tjera nga grupe autorësh të ndryshëm (8).

Të dhënat e angiografive tona janë të njëjta me ato të autorëve të tjerë. (6, 8).

Të nisur nga rezultatet e ekzaminimeve të mësipërme dhe nga mundësia e pranisë së ndryshimeve të tjera në organizëm, konstatuam se pacientit paraqet *pseudoxanthoma elasticum*, që shtrihet në zona të kufizuara të lekurës, në të dy anët e qafës (foto 8), në anët e brendshme të artikulacioneve të mëdha të bryleve dhe gjunjëve si dhe zona të gjëra inguinale, gjë që u vërtetua në kliniken e dermatologjisë.

Ndryshime të tilla të lekurës u vunë re për të parën herë më 1929 tek një pacient me *Angioid Streaks*, të cilat dermatologu Strandberg i kishte klasifikuar si *pseudoxanthoma elasticum*, term ky i futur më 1896 kur u konstatua se kishin të bënim me një patologji të ndryshme nga *xanthelasma*. Më 1931 u vërtetua se kemi të bëjmë me një sëmundje

të re sistemike, e cila qysh atëhere mban emrin sindroma Groenblad — Strandberg (2, 3, 4, 5).

Ndryshimet në lëkurë janë në formën e prominencave të vogla të verdha në kafe, të cilat bashkohen në shirita dhe njolla të vendosura në zonat që takohen edhe tek i sëmuri ynë dhe që janë vendet që u nënshtrohen më tepër veprimave mekanike. Po kështu vërehen elemente papulo-vezikulozë në mukozën e buzës së poshtme.

Në këtë sëmundje marrin pjesë edhe fibrat elastike të mureve të arterieve. Tek këta të sëmurë është vërejtur puls i dobët radial gjë që shpjegohet me uljen e elasticitetit arterial (2).

Edhe tek i sëmuri ynë gjejmë shenja të njëjta. Mungesën e pulsit radial në dorën e majtë dhe një puls që ndjehet me vështrësi në dorën e djathtë. Shpeshësia e tij është 60 të rrahura në minutë kurse tensioni arterial 100/60 mmHg.

Ndryshimet degjenerative në muret e arterieve sjellin si pasojë hemorragji të brendshme e të jashtme. I këtij lloji besohet të ketë qenë *epistaksis*, i përsëritur për disa muaj me radhë.

Në kuadrin e sëmundjeve të tjera shoqëruese, në literaturë fitet për *ostitis fibrosa generalisata* (2).

Në ekzaminimin radiologjik të kryer të sëmurit tonë u vërejtën ndryshime kockore në formën e osteoporozës në os *sacrum* e os *ili* në nivelin e *artic. sacro — iliaca*. Në veshkën e majtë konstatohet një gur — shprehje e gregullimeve metabolike në organizmë.

Angioid. Strecks është vërejtur e shoqëruar shumë herë me *diabetes* dhe sëmundjen Kimmelstiel — Wilson si dhe me drepanocitozë (2, 5). Analizat tek i sëmuri ynë, në këtë drejtim, nuk dhanë ndonjë ndryshim.

Në tablonë e gjakut u vërejt se trombocitet ishin 186.800. Në urinë, në ekzaminimet radioskopike, elektrokardiografike, elektroencefalografike, nefrologjike, duke përfshirë dhe nefrogramën me i125 si dhe ato biokimike të heparit dhe në drejtim të diabetit nuk u vërejtën ndryshime me rëndësi patologjike.

Mjekimi i kësaj sëmundje, në kohën tonë, mbetet problematik. Rekomandohen preparate biostimulante, efekti i të cilave, si dhe në sëmundje të tjera degjenerative, na duket se është shumë i diskutueshëm. Kuna të tilla të përsëritura tek pacienti ynë nuk dhanë ndonjë rezultat. Ka autorë që rekomandojnë përdorimin e preparateve që sjellin zgjerim të enëve të gjakut. Të tjerë autorë shprehën në mënyrë të prerë se nuk ka mjekim konservativ të sëmundjes (1, 7). Edhe mjekimi me fotokoagulacion i rekomanduar më 1970 nuk mund të japë vegse rezultate të kufizuara, pasi degjenerimi që fillon rreth papilës vazhdon në formë rrezesh drejt makulës dhe dëmtton edhe zonen papilo-makulare, që është shumë e rëndësishme për sigurimin e pamjes qëndrore.

Dorëzuar në Redaksi më 25 korrik 1977

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Heydenreich A.:** Indikationen zur Lichtkoagulation. Lichtkoagulation und Ange. Univ. Jena 1974, S. 27.
- 2) **Hollwich F.:** Erkrankungen von Netzhaut und Papille ans dem «Augenarzt» Herausgeg K. Vahlagen. Leipzig 1963, S. 702.

- 3) Kristidhi K., Čepa Gj.: Spri dhe sëmundjet e tij. Universiteti i Tiranës 1973, 338.
- 4) Mueller F., Pietruschka G.: Lehrbuch der Angewandten Ophthalmologie. Leipzig 1967, S. 231.
- 5) Ravault M. P.: Syndromes en ophtalmologie. Ed. Doin-Deren. Paris 1970, 153.
- 6) Saracco J.B., Roumagnon J.: Sémiologie fluoresceinique du fond d'oeil. Paris 1975, 40.
- 7) Thiel R., Holwich F.: Therapie der Augenkrankheiten. Stuttgart 1970, S. 491.
- 8) Wessing A.: Fluoreszenzangiographie der Retine. Stuttgart 1968, S. 127.

S u m m a r y

THE GROENBLAD-STRANDBERG SYNDROME AND FLUORESCEN ANGIOGRAPHY IN ANGIOID STREAKS

A case is described of the Groenblad-Strandberg syndrome, discussing the various symptoms and the results of fluorescein angiography of *fundus oculi*. The author arrives at the conclusion that the methods of treatment used so far are ineffective.

R é s u m é

LE SYNDROME DE GROENBLAD-STRANDBERG ET L'ANGIOGRAPHIE À FLUORESCENCE DANS L'ANGIOME STREAKS

L'auteur décrit le cas d'un patient atteint du syndrome de Groenblad-Strandberg. Après avoir examiné les différents symptômes de la maladie et les résultats de l'angiographie à fluoresceïne du *fundus oculi*, il aboutit à la conclusion que les méthodes de traitement habituelles sont inefficaces.



Foto 1.

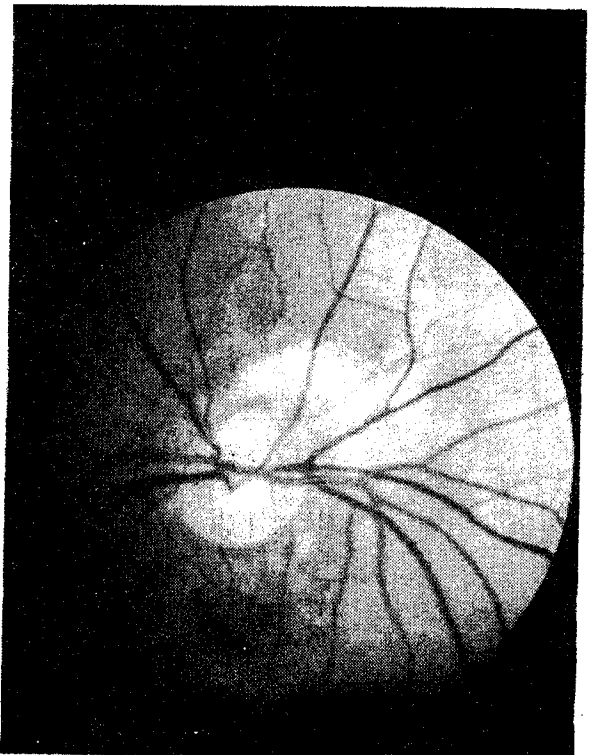


foto. 2

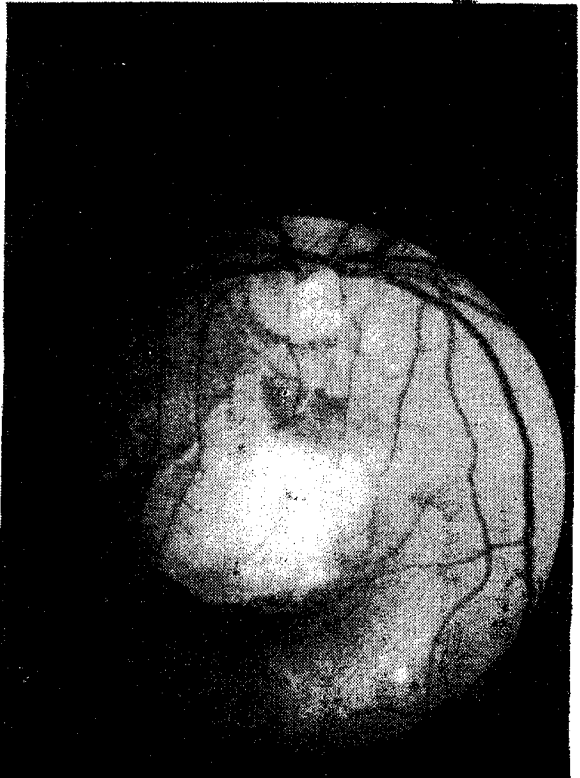


foto. 3

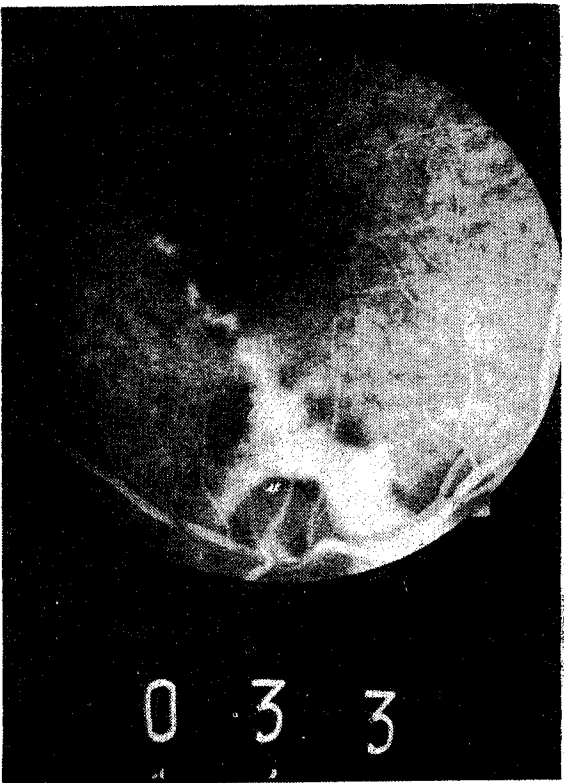


Foto. 4



Foto. 5

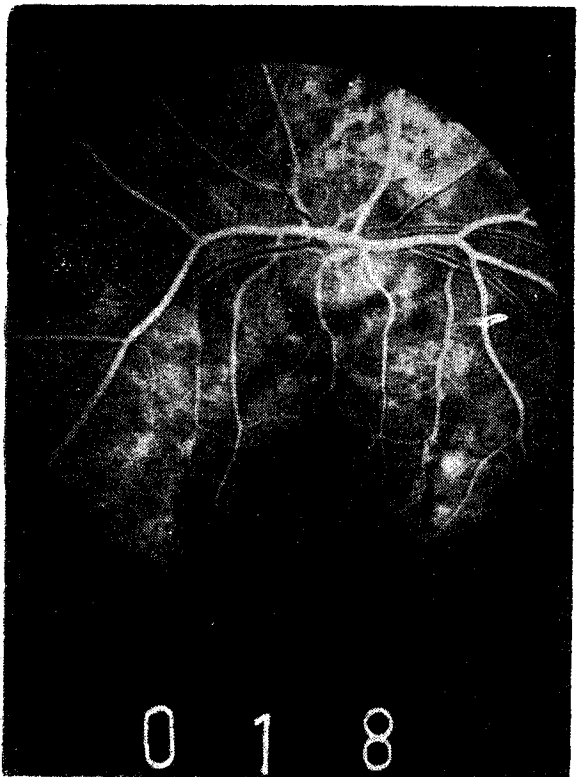


Foto. 6

0 1 8



foto. 7

1 0 4

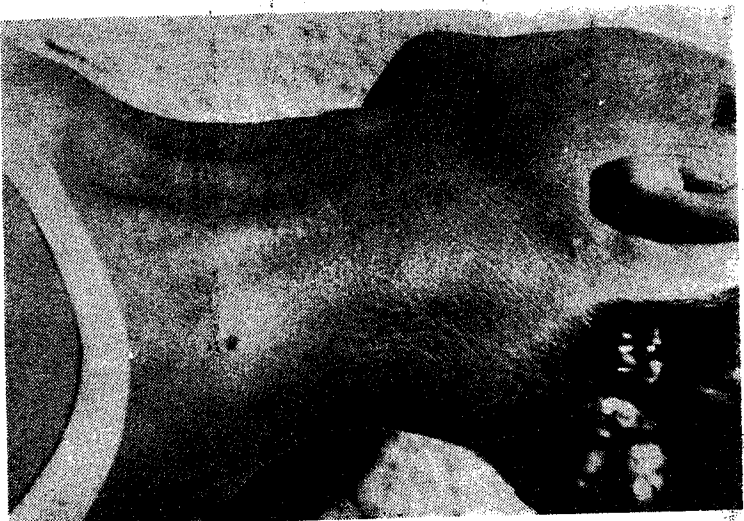


Foto. 8

EPULISI KONGJENTIAL I TE PORSALINDURVE

(Epuilis Congenitalis neonatorum)

— Doc. GJESK RROKU —

Epulisi kongjental i të porsalindurve, nga ana patogjenetike, është i lidhur ngushtë me «Myoblastomën» ose «tumorigenë» që shfaqet në granulara», i cili ndryshon krejtësisht nga lokalizimi. Deri në vitin 1970 janë përshkruar 451 raste mioblastomash me lokalizime të ndryshme (3). Epulisi kongjental konsiderohet si një patologji më e rrallë (1,2,6). Në materialin biopatik të viteve 1957-1975 të shërbimit të anatomisë patologjike të spitalëve, (nga viti 1973, duke përfshirë dhe atë të katedrës së anatomisë patologjike), në 22.193 biopsi, e kemi takuar vetëm një herë. Edhe në materialin nekroptik po të këtyre viteve e kemi takuar prapë vetëm një herë në formë të mioblastomës së gjuhës. Tumori të kësaj natyre dhe publikimet për to, së bashku me disa konsiderata histopatologjike, në përgjithësi janë shumë të rralla.

PARAQITJA E RASTIT

Biopsia nr. 568/975, femijë 10-ditëshe, femënor (K.X.), në procesin alveolar të anës së majtë të maksilës paraqiste një formacion tumoral sa një lajthi, që dërgohet nga klinika e ORL të spitalit klinik nr. 1 për ekzaminim histopatologjik me diagnozë klinike: «Papilomë e reëgjionit maksilar të majtë (procesi alveolar)». Në ekzaminimin histopatologjik u diagnostikua: «Epuilis kongjental i neonatëve».

Formacioni kishte mahësinë e një lajthie të mbuluar me epitel shumëshresor planocelular pa shenja keratinizimi. Ai ishte njëft i lartë dhe në shumë vende me rritje të lehtë akantotike (fig. 1). Nën epitelin mbulues gjendej një masë kompakte tumorale me kuadrin e epulisit, që në disa vende ishte drejtpërdrejt në kontakt me epitelin shumëshresor, ndërsa në vende të tjera atë e ndante nga epiteli një shtresë e hollë indi lidhor. Në zonën tumorale afër epitelit gjindej një shumë formacionesh kapilare me zgjerim lakunar, me madhësi të ndryshme, të zbrazura (fig. 1,2,3). Tumori përbëhej nga kordona dhe fole solide, të ngjeshura njëra me tjetrën, të ndara nga sasi minimale indi lidhor dhe të përbëra nga qeliza pak a shumë poligonale, të vendosura në formë mozaiku (fig. 4). Në përgjithësi, qelizat ishin të qarta, me citoplazëm me granulacione të imta, që ngjyroseshin si me PAS ashtu dhe me trikrom dhe Gomori (fig. 5, 6). Në vendosjen e granulacioneve të imta nuk vihej re ndonjë rregullisi. Qelizat kishin bërtamë të vogël në përgjithësi, deri piknotike dhe, në shumicën e rasteve, me vendosje eksentrike (fig. 3,4,5). Ngjyrimi me PTAH nuk vuri në dukje mbeturina të strujacionit. Ndërmyjet fashikuji-ve dhe qelizave të pëshkrara gjindej sasi të pakët indi lidhor dhe në disa vende fare pak qeliza fibroblastike. Në shumë prejje të ekzaminuara nuk u gjetën mbeturina të epitelit odontogjen.

Epulisit kongjental konsiderohet si variant i mioblastomës me lokalizim në gingivat e të porsalindurave (1,2,3,5,6). Ka autorë që epulisin e konsiderojnë me qeliza të granuluarra, ashtu si dhe epulisin melanolitik, si tumore jo të vërteta, por si hamartoma jo të zhvilluara të epitelit paradental (8). Mendim të përartë kënaqësi edhe autorë të tjerë (7), të cilët e konsiderojnë si malformim të organit enamel për arsye se qeliza të tilla të ngjashme me epulisin gjenden edhe në ameloblastomën, tumor ky me prejaridhje endogjene. Autorë të tjerë (1) pranojnë se në zonat e tumorit gjenden ishuj të epitelit odontogjen dhe se gjithashtu nga shumica e autorëve konsiderohet si mioblastomë me qeliza të granuluarra, por kjo gjë flet edhe për një entitet të veçantë të tij.

Ky tumor është konsideruar me origjinë mioblastike dhe njëkohësisht si prodhim i regjenerimit të qelizave të muskujve të strijuar, të dëmtuar nga procese traumatike dhe inflamatore (3,6,7,8). Kjo teori mbështetet edhe nga autorë të kohës, që kanë konstatuar kalimin e fibrave të muskulaturës së strijuar në mioblaste të granuluarra (8). Për të shpjeguar gjejten e mioblastomës edhe në vendet ku nuk ka muskulaturë të strijuar është hedhur hipoteza e prejaridhjes nga mioepiteli nga qelizat mezenximale të plotfuqishme të vendosura në afërsi të varave (3). Qyshi nga viti 1939 disa autorë e kanë konsideruar si tumor histiocitar nga tesaurizimi i lipideve (3). Kurse nga viti 1954 është konsideruar me prejaridhje neurale (3). Me origjinë të tillë e konsiderojnë edhe autorë të tjerë në bazë të punimeve të tyre të vitit 1960(3,4). Studimi në mikroskopinë elektronike po jep fakte të reja në mbështetje të teorisë së prejaridhjes neurale dhe granulat i konsiderojnë si material të shkaktërimit të fibrave mieline (4).

Mioblastoma ka lokalizim të ndryshëm, më shpesh gjendet në hapësirën e gojës dhe këtu kryesisht në gjunjë dhe në gingivat e të porsalindurave në formë të epulisit kongjental të të porsalindurave. Është përshkruar edhe në lokalizime të tjera si: lëkurë, ind subkutan, inde të buta, në gjendrrat e qumështit, në pjesën e sipërme të frymëmarrjes (kryesisht në kordat vokale), në aparatën tretes, në fshikzën urinare, në muskujt e strijuar etj. (1,4,6,7). Zakonisht ky tumor është i vetëm dhe rrallë herë i shumëfishtë.

Autorët e konsultuar e konsiderojnë tumor benignj që ekstripohet lehtë dhe nuk recidivon. Njihën edhe variante malinjje të tij me lokalizime të ndryshme (1, 7, 8).

Zakonisht tumori paraqitet si një masë e vogël nga disa mm deri në 2 cm. në mos jo gjithnjë i inkapsulluar, të pakten i kufizuar mirë. me konsistencë gjysëm të fortë, ngjyrë gri në të verdhë gjer në bezhë.

* * *

Në rastin e ekzaminuar prej nesh u vunë re varza lakunare kryesisht në afërsi të epitelit mbulues. Një fakt i tillë, për më tepër mjaft i kufizuar, nuk mund të konsiderohet bindës për një «këmbin intensiv melanolitik ndërmjet qelizave tumorale dhe gjakut», siç pretendojnë disa

autore (2). Kundra kësaj hipoteze flet edhe fakti se ky vaskularizim nuk është aspak i theksuar në brendi të tumorit. Vaskularizimi lakunar në shtresat subepiteliale ndoshta mund të shpjegohet me komprimimin që ushtron tumori në rritje mbi vazat dhe stazës që rrjedh nga kjo. Edhe në rastin e ekzaminuar nga ne, nuk është konstatuar hiperplazi pseudoepiteliomatoze e epiteli mbulues, ashtu siç ngjjet zakonisht në mioblastomat e lokalizuara në vendet ku ka epitel planocelular shumë-shtresor. Në materialin e ekzaminuar nuk janë gjetur mbeturina të epitelit odontogjen, siç theksojnë autorë të ndryshëm (1,6,8 etj.). Granulacionet i kemi gjetur PAS pozitive, ato ngjyrosen gjithashtu edhe me trixrom vert lumier dhe me Gomori, por në asnjë vend nuk janë gjetur vendosje të tilla të rregullta që të flasin në favor të mbeturinave të strijacioneve, gjë që përforcohet akoma më tepër nga negativiteti i ngjyritit me PTAH.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bhaskar N.S.: Synopsis of oral pathology. Second Edition. Saint Louis 1965, 387.
- 2) Costas B.I. and Di Pirano S.: Congenital epulis (congenital granular-celle myoblastoma). Report of two cases. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1968, Vol. 26, 4, 497.
- 3) Herschfus L. and Wolter J.: Granular-cel myoblastoma of the oral cavity Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1970, Vol. 29, 3, 341.
- 4) Lever F.W.: Histopathology of the skin. Fourth Edition. Philadelphia. Toronto 1967, 691.
- 5) Rrokun Ç. e bp.: Morfologjia patologjike (për degen e stomatologjisë. Tiranë 1975, 360.
- 6) Skandish M. S.: Diseases of the muscles of the face and oral regions. Në Tjecke W.R.: Oral Pathology, The Beachiston Division New York, Toronto, Sydney, London 1965, 575.
- 7) Stout P.A. and Latkes R.: Atlas of tumor pathology. Second series. Fascicle I. Tumor of the soft Tissues. Armed Forces Institute of Pathology. Bethesda, Maryland 1967, 92.
- 8) Whitts A.R.: Pathology of tumors. Fourth Edition. Butterworths London 1967, 316, 761.



Fig. 1

(Hem. Eozin). Pamje pjesore e tumorit me epitelin mbulonjës me akantozë të lehtë, masën tumorale dhe vazat lakunare në afërsi të epiteilit.

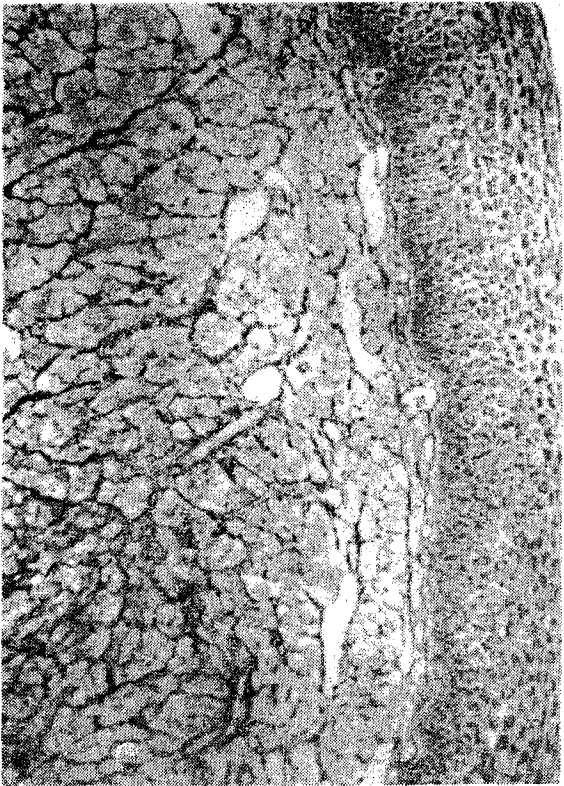


Fig. 2

(Gomori) Vazat kapilare me zgjerim lakunar, kordonet dhe folet e qelizave tumorale të ndara nga ind lidhor i pakët.

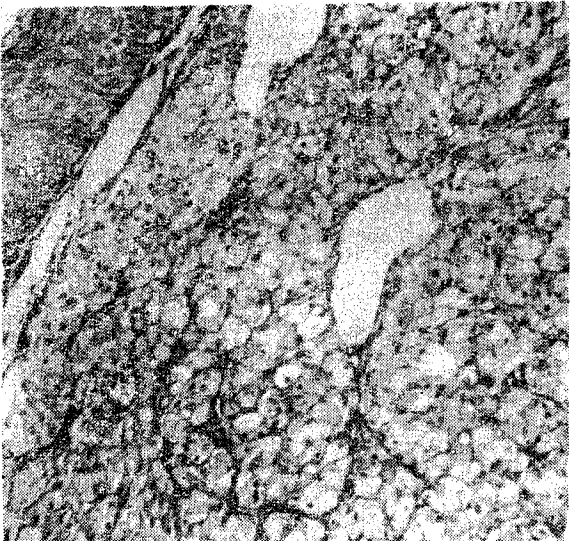


Fig. 3

(Trihrom vert iymier), Pamje e masës tumorale, me vazat lakunare, qeliza poligonale të qarta të vendosura në kordone dhe fole, të ndara nga ind lidhor i pakët.

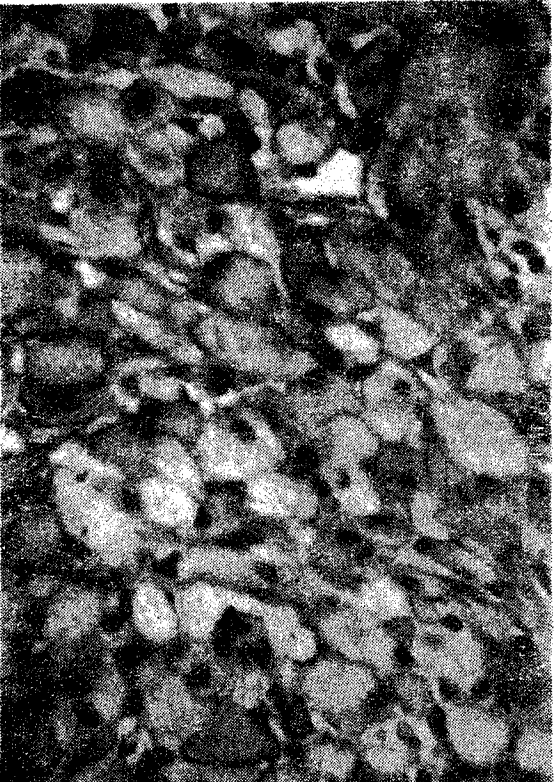


Fig. 4

(Hem. Eozin), Masa tumorale e përbërë nga qeliza poligonale të vendosura në formë mozaike.



Fig. 5

(Trikrom vert iymier). Pozitivitet i granulacioneve të çrregullta citoplazmike me këtë ngjyrim. Shihet vendosja ekscentrike e bërhamave të vogla.

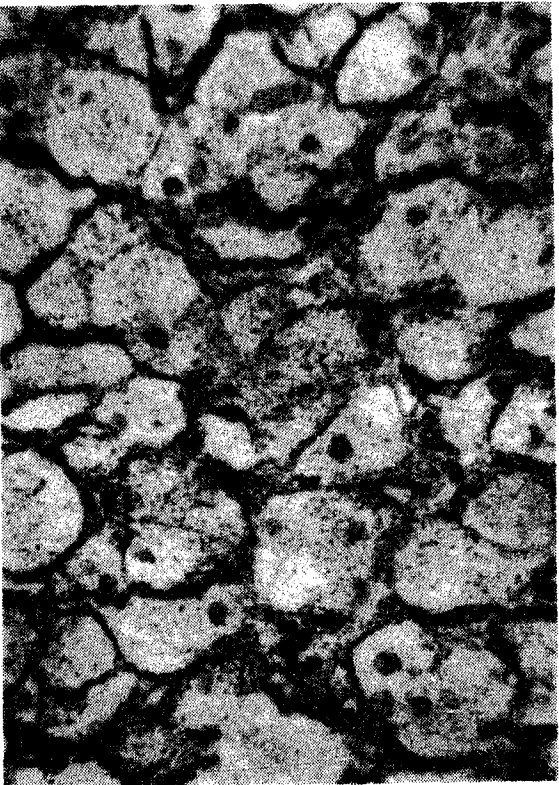


Fig. 6

(Gomori). Pozitivitetet (argjentoftil) e granulacioneve të çrregullta. Bërhamat e vogla ekscentrike.

S u m m a r y

CONGENITAL EPULIS IN A NEWBORN

A case is described of a congenital epulis in a 10 day old male child; the tumour was located on the gums of the left upper jaw. The histopathological examination on a series of sections stained with hematoxylin-eosine, trichrome-green Lumiere, Gomori stain, PAS and PTAH, showed that the granulations were PAS-positive, stained well with trichrome and were argentaffine with Gomori. No regular setting of the granulations, indicative of a contractile structure, were noted. In that sense, the PTAH staining also resulted negative.

Unsuccessful attempts were made to demonstrate remains of odontogenic epithelium. No additional vascularization, apart from that of the subepithelial zones, was observed, contrary to the observations reported by some authors who link it with an intensification of the metabolic exchanges.

The paper mentions some facts concerning the interesting history of that tumour.

R   e s u m   e

UN CAS DEPULIS CONGENITAL CHEZ UN NOUVEAU-N E

L'auteur décrit un cas d'epulis congénital chez un nouveau-n e de 10 jours, la tumeur étant localisée dans les gencives du maxillaire supérieure gauche. L'examen histopathologique d'une série de coupes colorées à l'h ematoxylin-eosine, au trichrome-vert Lumiere, au colorant Gomori, au PAS et au PTAH a montré que les granulations sont PAS — positives, bien colorées au trichrome et argentifères dans la coloration au Gomori. L'auteur n'a pas observ e une disposition régulière des granulations imitant une structure contractile. En outre, la coloration au PTAH a été négative. Il n'a pas d ecel e non plus de résidus d'épithélium odontogénique, ni de vascularisation additionnelle, en dehors de celle des zones sub epith eliales, et cela contrairement aux affirmations de certains auteurs expliquant le phénomène en question comme un résultat de l'intensification du métabolisme. Ensuite l'auteur mentionne une série de faits intéressants concernant l'histoire de cette tumeur.

RECENSIONE

RECENSION I LIBRIT :

«ANESTEZIA LOKALE DHE TEKNIKA E HEQJES SË DHËMBËVE»

TË AUTORËVE: DHORI POJANI — ISUF KASAPI

Përvoja personale e autorëve e grumbulluar në fushën e anestezisë dhe teknikës së heqjes së dhëmbëve është përshkruar në 8 kapituj të këtij libri me një volumn prej 200 faqesh.

Në kapitullin e parë fletet për ndërtimin anatomik të nofullave, për artikulationin temporo-mandibular, për muskujt e aparatit përtypës, për enët e gjakut, për dhëmbët dhe ndërtimin e tyre në veçanti dhe kapitulli mbyllet me përshkrimin e nervit trigemin.

Në kapitullin e dytë, që është më i gjati i këtij libri, përshkruhen me hollësi anestezia lokale dhe llojet e saj, solucionet anestezike, indikacionet dhe kundërindikacionet e anestezisë lokale, asepsia dhe antisepsia gjatë anestezisë lokale, teknika e anestezisë infiltrative si dhe e anestezisë regionale, bllokada me novokainë-pencillinë si dhe preanestezia në kushtet ambulatorë. Autorët janë përpjekur që këto materiale t'i shohin dhe t'i shfjellojnë të lidhura me punën praktike, prandaj temat e trajtuar kanë vlerë të konsiderueshme praktike sidomos për mjekët e rinj.

Në kapitullin e tretë përshkruhen ndërlikimet e përgjithshme dhe lokale në anestezinë lokale si: lipotimia, helmimi dhe alergjia nga solucionit anestezik, enjtja dhe dhembja, dëmtimi i muskujeve, nekroza e indeve, dëmtimi i enëve dhe i nervave, thyerja e gjilpërës si dhe infeksioni akut nga injeksioni.

Në kapitullin e katërtë fletet gjërësisht për indikacionet dhe kundërindikacionet për heqjen e dhëmbëve. Kurse në kapitullin e pestë trajtohet pregatitja para heqjes së dhëmbëve e të semurit, e mjekut dhe e instrumentave.

Në kapitullin e gjashtë përshkruhet teknika e heqjes së dhëmbëve, teknika e heqjes me darë për dhëmbët e nofullës së sipërme si dhe asaj të poshtme, heqja e dhëmbëve me alveoloplastik, heqja e dhëmbëve të përleshme, heqja e rrënjëve të dhëmbëve me darë dhe me elevator si dhe me alveolotomi.

Në kapitullin e shtatë fletet për trajtimin e plagës alveolare pas heqjes së dhëmbit dhe shërimi i saj, trajtimi i plagës alveolare të pafektuar, asaj të infektuar si dhe asaj të traumatizuar. Kapitulli mbyllet me shërimin e plagës alveolare pas heqjes së dhëmbit.

Në kapitullin e tetë trajtohen aksidentet dhe ndërlikimet nga heqja e dhëmbëve si aksidentet e përgjithshme, aksidentet dentare, dëmtimet e indeve të buta dhe kockore si dhe sinusale, dëmtimet nervore. Rënia e rrënjëve ose e pjesëve të dhëmbit në rrugët e frymëmarrjes dhe të tretjes. Më tej trajtohen ndërlikimet pas heqjes së dhëmbëve si hemo-

rragjia, alveoliti, qelbëzimet dhe kapitulli mbyllet me ndërlikimet përgjithshme.

Në përfundim të leximit të librit me kënaqësi vihet re se autorit janë munduar të bëjnë një punë sa më origjinale, e bazuar kjo në përvojën e tyre dhe kushtet e mira që i janë krijuar stomatologjisë në verdin tonë në kujdesin e Partisë dhe të Pushkëtit tonë popullor. Ata kanë pasur parasysh parimin e profilaksisë, parim të cilit Partia e ka venë në themel të mjekësisë sonë socialiste. Në punimin e tyre, ata janë munduar të theksojnë gjithmonë mënyrat për parandalimin e sëmundjeve si dhe nxjerrjen në pah të efektit më të mirë të njëres ose tjetres mënyrë mjekimi ose medikamenti. Gjithashtu autorët janë përpjekur të bëjnë një pasqyrim sa më të mirë dhe të plotë të përvojës si dhe të arritjeve tona në fushën e mendimit shkencor dhe praktik, gojë ky atyre personale si dhe i klinikës së kirurgjisë stomatologjike. Megjithë këtë, në disa raste, kjo gjë duhej të qe bërë edhe më tepër si p.sh. në faqet 72, 94, 98, 100, 107, 125, 165, 179, 191, 192 etj. Kështu në faqet 98-99 në vazhdim të shpjegimit të indikacioneve për heqjen e dhëmbëve fillet për dhëmbët shkaktarë për infeksion fokal, këtu autorët kanë bërë një përshtirje të mjaftueshëm dhe të mirë, por ata duhej të përshtirruanin dhe përdorimin e testeve të ndryshme dhe kryesisht të atyre testeve që autorët kanë përdorur gjatë praktikës së deritanismme të tyre, sepse kjo gjë, mendoj, do të ndihmonte konkretisht mjekun praktik. Gjithashtu autorët duhej të theksoinin më tepër edhe për dëmet që sjellin këta dhëmbë në kohën e shtatzanisë.

Mendimi i autorëve se për të mënjannuar lëvizjet e dhëmbit, tek cili mbështetet elevatori në rasket kur dhëmbi më tej mungon, mjafton vetëm fiksimi me gisht (faqe 169) le vend për diskutime. Në këtë rast në boshllëkun e dhëmbit që mungon mund të vendoset copë druri, os bisht instrumenti të asaj madhësie të mbështjellë me garzë.

Në punimin e tyre, autorët janë mbështetur në një material bibliografik relativisht të pasur, por mendoj se atë duhej ta shënonin dhe të pasqyroinin edhe në tekst (faqe 73, 94, 95, 97, 165, 180 etj.).

Në libër autorët kanë vendosur një material të bollshëm figurativ prej rreth 120 figura. Me përjashtim të një, të gjitha fotografitë janë origjinale dhe të qarta, ndërsa midis skicave, disa janë të huazuara. Atë mund të punoheshin më mirë. Në ndonjë figurë ka shpëtuar gabim ndo një decituarë përkatëse (fig. nr. 5, 6, 78).

Në libër ka mjaft gabime shtypji. Do të qe më mirë që libri të ishte botuar në një format më të vogël.

Në librin «Anestezia lokale dhe teknika e heqjes së dhëmbëve» autorët shkruajnë për probleme që takohen shpesh gjatë punës praktike të përditshme kështu ky libër është i dobishëm për çdo mjek stomatolog si dhe për studentët e kurseve të larta, për vlerat e tij praktike.

Pavarësisht nga disa vërejtje që bëmë më lart, mendojmë se libri përmban vlera të padiskutueshme dhe është një kontribut që autorët japin në praktiken dhe literaturën stomatologjike shqiptare.

Thimi Koci

RECENSION I LIBRIT: «INSULTET CEREBRALE»

TE AUTORIT: DR. HYSEN BABOÇIT

Duke lexuar monografinë «Insultet cerebralë» 1975 të Dr. Hysen Baboçit mëson shumë prej saj. Mendojmë se ky libër është i domosdoshëm edhe për mjekët e specialitetëve të tjera. Shumë sëmundje, që gojnë në insulte cerebrale si ateroskleroza, hipertensioni e hipotensioni arterial, sëmundjet e veshkave, të gjakut, të zemrës, ato endokrine, reumatizmi, arteriet, kolagjiozozat etj. janë objekt studimi për mjekët e gjithë specialitetëve.

Shoku Enver Hoxha na mëson: «*Çdo gjë mund të bëjë njerëzit tanë; njëlloj si nga më të mirat e vendëve të tjera, njëjt që të zhvillojnë më tej mundësitë e punës dhe të studimit*». Nga këto mësimë është udhëhequr edhe ky autor në punën e tij shkencore. Ky punim, i shkruar me një stil të rrjedhshëm, gjithë të pasur dhe me një material të pasur e të ngjeshur 10 vjeçar prej mbi 800 pacientësh, është për t'u përgëzuar. Me punë këmbëngulëse e modest, autori ka mundur të na japë një libër të vlefshëm.

Kjo monografi hapet me kapitullin: «Disa njohuri historike të shkurtëra rreth sëmundjeve vaskulare cerebrale». Duke shfletuar literaturën e huaj dhe atë të vendit, autori bën një paraqitje të mirë të studimeve nga kohët më të vjetra deri në ditën e shkruarjes së librit për sëmundjet cerebrovaskulare, të cilat zenë vendin e tretë përsa i përket mortalitetit dhe vinit menjëherë pas neoplazmave malinje. Autori thekson se ato ta vlerat e studimit të insulteve cerebrale, të cilët janë në rritje të vazhdueshme.

Në kapitullin e dytë, autori shfjellon epidemiologjinë e sëmundjeve cerebrovaskulare.

Më tej autori bën fjalë për klasifikimin e sëmundjeve vaskulare cerebrale. Për këtë patologji, klasifikimet janë të shumta, por autori di të vëre theksin në atë të që është më i përdorshëm dhe më i rëndësishëm. Këtëj kapitulli i kushton në faqet 20 — 27. Infarkti cerebral ndahet në: tipin e parë — insulti imiens ose ichaemia cerebrale tranzitore (e ngjashme me të ashtuquajturën spazmë cerebrale), në tipin e dytë — insulti në evolucion, përparues ose avancues dhe në tipin e tretë-insulti akut, i plotë ose i komplet, që dikur quhej tromboza cerebrale). Në faqen 55, autori shkruan se përvoja e përditshme na ka sugjeruar që të dallojmë edhe një formë tjetër — insulti shkëmik kronik ose recidivant. Duke u bazuar në autorë të kohës (1960, 1970, 1973) dhe në përvojën personale, ai ndalet edhe në tipin e pestë, në atë të infarktit cerebral përsëritës ose

rekurrent. Këtij lloji i dhjet kushtuar kujdes i veçantë, sepse dihet se qdo përsëritje e tij shkakton qëndrime masive cerebrale, keqëson më tej të sëmurin dhe e bën invalid.

Insultet hemorragjike ndahen në: formën akute ose progresive dhe në atë recidivante ose ondulante apo trifazëshe. Bëjta e diagnozës diferenciale, së pari midis këtyre dy grupeve të mëdha të insulteve dhe pastaj e nënformave dhe tipave të tyre ka rëndësi të madhe praktike për trajtimin sa më shpejt dhe adekuat. Për të pasur një platformë të përbashkët, me të drejtë, autori i duket më i përshtatshëm, më praktik dhe më i thjeshtë klasifikimi ndërkombëtar (1972), të cilin na e propozon për ta përdorur në praktikë.

Punimi i H. Babogit ka rëndësi praktike. Në një kapitull prej 10 faqesh, ai përshkruan shenjat paralajmëuese të vaskulopative cerebrale, të cilat studjohen qysh prej më shumë se një shekulli. Këto simptoma kanë vlerë të madhe vëganerisht për insultet iskemike dhe nuk duhen nënvlefësuar asnjëherë. Gjatë studimit të rasteve të tij, autori ka pëpunuar një skemë të shfaqjes së shenjave paralajmëuese të insulteve. Një varg ekzaminimesh paraklinike si fundi i syrit, EEG, përcaktimi i sasisë së kolesterolimiesh, fosfolipideve, i hemokoagulimit etj., por së pari mbledhja e kujdesshme e amarnezës, ekzaminimi të plotë objektiv të organeve dhe të sistemeve të organizmit, të atij psikik, neurologjik etj. mund të zbulojnë, të parandalojnë dhe të mënjanojnë një «dramë» të vërtetë — shfaqjen e insultit cerebral, sigurisht pas një mjekimi të përshtatshëm.

Kategoria e parë e këtyre shenjave janë: simptomat somatoneurologjike, ku hyjnë: shenjat motore (krizat konvulsive, mono-hemipareza ose plegjia), turbullimet e vetëdijes (me obnubilim të zgjatur ose jo të saj, lipoimi e fenomene neurovegjetative), cefale, marrje mëndsh, turbullimet sensitive (si paraestezit etj.) e vizive (panje e turbullit, diplopi, mi-za para sysh, halucinacione); shenjat kortikale (dizartri, afazi motore, sensore e amnestike, apraksi, agnozi); krizat epileptike me ose pa deficit motor dhe astenia e theksuar. Në kategorinë e dytë bëjnë pjesë turbullimet mendore.

Një vend të rëndësishëm në monografi (faqe 38-53) zënë hemorragjitë cerebrale. Autori na njuh me faktorët e shumtë provokues, me patogjenezën, lokalizimin sipas regjionit trunor të prekur, me gjëndjet komatoze, me gregullimet respiratore, kardiovaskulare etj. Së toku me ekzaminimet plotësuese paraklinike, ai ndalet në format klinike dhe llojet e tyre. Pas shpjegimit të qartë të kuadrit klinik të hemorragjive cerebrale, qdo formë të tyre, e ai ilustron pothuajse gjithnjë me shembuj nga përvoja e klinikës së neurologjisë dhe rasteve të tij të mjekuar ambulatorisht, gjë që e bën më tërheqës dhe më të kuotueshëm materialin e pasur.

Autori nxjerr si detyrë bashkëpunimin midis neurologëve dhe neurokirurgëve, i cili duhet të jetë shumë i frytshëm.

Në monografi një vend të gjërë i është dhënë infarktit cerebral, klasifikimin e të cilit e përmëndm më lart. Aty përshkruhen me imtësi 5 format e ndryshme klinike të këtij insulti, që po ashtu si edhe hemorragjitë cerebrale; i shoqëron me raste nga praktika e përditshme. Po në këtë kapitull, autori ekzpozon me hollësi stenozat dhe okluzionet e arteries karotide (diagnoza e hershme e të cilave ka rëndësi për ndërhyrje

kirurgjikale). Aty autori flet për 10 shkaget kryesore të këtyre patolo-gjive (nga ateroskleroza deri tek përdorimi i pilulave kontraceutive) si dhe për anastomozat, semiologjinë, turbullimet neurologjike të trombo-zës të arteries *Carotis interna* dhe formave të saj klinike. Trombozës të sistemit vertebro-bazilar dhe të arteries Siliwane me shkaget, format, karakteristikat dhe simptomat e seicilës prej tyre, që paraqit autori, zenë vend të posaçëm në këtë libër.

Në faqet e mëtejshme, autori ndalet në të dhënat kliniko-statistiko-re, në rritjen progresive të numërit të këtyre sëmundjeve, në shpër-ndarjen e morbozitetit sipas stinëve, profesionit, moshës, mënyrës dhe kohës së fillimit, formave klinike dhe llojve të insulit, ecurisë etj. Me interes është ndikimi i faktorëve meteorologjisë në shfaqjen e insulteve cerebrale.

Më poshtë autori paraqet metodat e thjeshta dhe ato të ndërlikuara të ekzaminimit të vaskulopative cerebrale, ndonëse kuadri klinik qëndron në radhë të parë. Do të ishte më mirë që këto ekzaminime të fillonin nga më të thjeshtat deri në më të ndërlikuarat e jo anasjelltas. Megjithatë, në hemorragjitë cerebrale, llikuorit cerebrospinal autori i ka kushtuar pak në monografi.

Në një kapitull tjetër (IX), autori trajton aspektet kliniko-elektrike të vaskulopative cerebrale nga hipertensioni arterial dhe ateroskleroza, sepse sot kjo fushë është shumë e gjërë. Elektroencefalografia është ek-zaminimi i rutinës dhe i thjeshtë, që përdoret tek ne në një periudhë më se 10 vjeçare dhe për të është ftuar një përvojë e pasur. Në këto patologji kemi 6 lloje repertesh elektrike, nga të cilat një është normal. Kurse nga përvoja jonë, shkruan ai, tek të sëmurët tanë kemi gjetur 8 lloje repertesh patologjike dhe një normal. Në këtë fushë, kontributi i autorit është me vlerë të veçantë.

Vend të posaçëm autori i rezervon diagnozës diferenciale të insulitit apoplektik. Kjo ka rëndësi vendimtare për mjekimin sa më të shpejtë dhe efikas të vaskulopative cerebrale. Për diferencimin e tyre, autori paraqit me imtësi 13 kriteret më të rëndësishme për këtë qëllim.

Për diagnozën diferenciale midis hemorragjisë (15%), trombozës (82%/0) dhe embolisë cerebrale (3%/0), autori paraqit një pasqyrë të plotë (faqe 110).

Pas dekursit dhe prognozës, që për mendimin tonë jepet shumë shkurt në monografi, ai i bën një shtjellim të hollësishëm mjekimit të vaskulopative cerebrale. Autori e nis atë nga vendosja dhe pozicioni në shtat, kujdesi për respiracionin (e oksigjenoterapinë) dhe sistemin kardiovaskular, nga mjekimi dhe observimi i hipertensionit dhe hipotensionit arterial, ushgyerja dhe parandalimi i dekubituseve e ndërli-kimeve të tjera.

Në fund të këtij kapitulli, autori paraqit ndërhyrjet e mundshme kirurgjikale gjatë trombozave, hemorragjive dhe malformacioneve vas-kulare cerebrale: në aneurizmat arteriale, arterio-venoze ose agiomat.

Në monografinë «Insultet cerebrale» mjaft vend i rezervohet pro-filaksisë dhe raftësimit. Shoku Enver Hoxha na mëson: *Mëndja, zemra dhe sytë e mjekëve duhet të jenë kudo ku është vajeria gjnë, i cili dëshiro-ron të rrojë e të punojë i gëzuar e i lumtur dhe ta japë jetën vetëm në emër të Allahut, të popullit dhe të Parisë». Këto fjalë të shokut Enver janë nxitje për të gjithë. Ndërsa në vendet borgjeze e revizioniste i së-*

muri shihet si objekt për të nxjerrë sa më shumë fitime, tek ne ndodh e kundërta. Parandalimin e këtyre vaskulopative, autori e ndan në dy etape kryesore:

a) në profilaksinë e insulteve cerebrale, që në stadet fillestare, në kohën e prodhimeve ose kur ata shtaqin shpejt e para të hipertensionit arterial dhe të aterosklerozës cerebrale në shkallë të ndryshme:

b) në profilaksinë e recidivave të të sëmundjeve, që kanë kaluar insulhin e parë jo të rëndë dhe në riartësimin funksional të atyre pacientëve, që kanë pasur mbeturina të shkallëve të ndryshme (faqe 122).

Si hallkë kryesore në parandalimin e insulteve është dhe regjimi dietetik: kufizimi i yndyrnave shtazore, i krupës, lëngjeve, saasisë së brumrave si dhe ulja në peshë. Përdorimi i ushqimeve lakto-frukto-vegetariane ka rëndësinë e tij. Me këto sëmundje më tepër preken njerëzit e punës mendore, prandaj sporti, fizikultura dhe kalitja e përgjithshme e organizmit ndikojnë mjaft pozitivisht. Duhani favorizon sëmundjet e enëve të gjakut. Edhe alkooli ndikon për keq. Parandalimit medikamentos autori i le shumë fage në monografi.

Së fundi në kapitullin e XV të librit «Insultet cerebrale», H. Baboçi trajton riartësimin e këtyre të sëmurëve. Riartësimi është një problem i madh mjekësor dhe shoqëror, ai varet nga gjendja e të sëmurit, keqësimi i procesit, shkalla e lëzimit dhe vjetërsia e tij. Aty na jepet një tablo mbi parimet e përgjithshme të riartësimit në fazën akute dhe gjatë konvaleshencës së sëmundjes. Më pas ai shpiegjon statet e riartësimit, si pushimin në shtrat, qëndrimin ndënjur, në fazën kur ushtrimet e kinemat, ecjeje si dhe kur ata përdorin këpuçë ortopedike. Këti kapitulli i duhej kushtuar më tepër vend në monografi. Gjithashtu të theksoheshin më shumë disa nga aspektet më kryesore të reabilitimit, ndonëse për këtë ka raport dhe specialistë të veçantë. Tërhegja e vëmëndjes mbi këto probleme ka vlerën e saj, sepse disa herë në praktikën mjekësore, ato libhen mënjatë si nga personeli shëndetësor, ashtu dhe nga familjarët dhe gjithë shpresën e kanë vetëm tek mjekimi medikamentos. Riartësimin aktual i këtyre të sëmurëve, pas një kujdesi të vazhdueshëm, pjesëmarrja e tyre në veprimtarinë e përditshme shoqërore-ja një nga detyrat kryesore që mundohet të zgjidhë autori në librin e tij «Insultet cerebrale».

Gjendjeve të veçanta pas insulteve, zgjatjes, prognozës, trajtimit të mëtejshëm të tyre, aftësisë në punë etj, mendojmë se autori duhet t'u kishte kushtuar një kapitull më vetë.

Me gjithë të metat e vogla që vumë në dukje si dhe shumë gabime ortografike të shtypit dhe drejftshkrimore, mendojmë se autori ia ka arritur qëllimit në këtë punim.

Me studiimin e tij «Insultet cerebrale», Dr. Hysen Baboçi na dhuron një vepër të rëndësishme, që çdo mjek duhet ta ketë në bibliotekën e tij personale për t'u konsultuar në shumë raste.

Izet Çulli

RECENSION I LIBRIT «BRUCELOZA»

TE AUTORIT DR. ELMAS ELTARI

Monografia e Dr. Elmas Eltari «Bruceloza» përbëhet nga 11 kapituj si dhe nga një bibliografi me 140 autorë. Ai është shoqëruar me një dokumentacion të pasur, me fotografi, skica etj. që ilustrojnë mëjft mirë materialin që paraqitet.

Që në hyrje të librit bien në sy sukseset e arritura në vendin tonë në luftën kundër kësaj zoonoze, duke i krahasuar këto edhe me vendet fqinje.

Si rezultat i orientimit profilaktik që Partia ka vënë në themel të mjekësisë sonë, pas vitit 1955, kur sëmundshmëria në Shqipëri ishte 27 për 100 mijë banorë, në vitet 1972-1973, kjo sëmundshmëri zbriti në 3 për 100 mijë banorë.

Në këtë punim, autori ka grumbulluar të dhënat epidemiologjike përmbi 10 vjet; gjithashtu ka paraqitur përvojën e klinikës të spitalit nr. 4 dhe të tij në problemet e klinikës, diagnozës dhe mjekimit.

Me të drejtë autori shkruan: «Ky punim është një përpykje për të paraqitur aspektet e përgjithshme të kësaj sëmundje në vendin tonë si dhe sukseset e mëdha të arritura në luftën kundër saj».

Gjithashtu në monografi gërkëtohet mirë përvoja e vendit tonë me të dhënat e fundit të literaturës mjekësore botërore.

Në kapitullin e etiologjisë, nëpërmjet pasqyrave nr. 1 dhe 2 paraqiten klasifikimet e fundit të OBSH, lidhur me përdorimin e substratëve të ndryshme, të specieve e të biotipave të gjinisë Brucea dhe karakteret dalluese midis tyre.

Ndër kapitujt, tre janë më kryesorët: Epidemiologjia, klinika me diagnozën e brucelozës dhe mjekimi-profilaksia.

Në hyrje të pjesës mbi epidemiologjinë jepen të dhënat më të përgjithshme të përhapjes së brucelozës në botë e sidomos në Evropë e vendet fqinj.

Kapitulli i tretë trajton epidemiologjinë e përgjithshme të brucelozës, lidhur ngushtë me të dhëna nga vendi ynë, duke i paraqitur ato sipas rretheve. Këtu bie në sy mirë dinamika në pakësimin e rasteve me Bruceelozë, për çdo rreth e nga viti në vit. Pa dyshim kjo përbën një meritë të vecantë të autorit, që në bashkëpunim me epidemiologë të rretheve, ka paraqitur një tablo të plotë, të efektit të masave profilaktike për luftimin e kësaj sëmundjeje infektive në vendin tonë, në përrudhën e Pushkëtit popullor.

Krahas të dhënave epidemiologjike jepen ato mbi epizootologjinë,

në këtë mënyrë, siç thotë autori «duket më mirë puna e madhe që është bërë në çdo rreth dhe detytrat që dalin për zhdukjen e plotë të saj». Patogjeneza e brucelozës është shkruar sipas të dhënave të fundit të literaturës; ajo e bën më të lehtë kuptimin e formave të larmishme të sëmundjes, periudhave të ndryshme të saj.

Pjesa më e gjërë e monografisë është «klinika dhe komplikacionet». Këtu qysh në fillim autori paraqet ndryshimet që kanë ndodhur në klimën e kësaj sëmundje në periudha të ndryshme.

Paraqitja e materialit dhe e shenjave klinike të rasteve të studjuara në pasqyrat nr. 42, 43 është bërë në mënyrë të qartë e të thjeshtë, të kuptueshme çka mund të shërbejë dhe si një metodë pune për ato kuadrot e ardhëshme mjekësore. Të dhënat analizohen me hollësi në kapitujt që pasojnë e të ilustruar me raste konkrete, fotografi, grafikë etj.

Autori mërr në analizë materialin e studjuar prej tij, sipas dëmtimeve të dhëna në çdo organ e sistem. Merrte e tij është se në këtë stadium ai bën krahasime dhe diskutime me autorët e ndryshëm dhe nxjerr përfundime, duke mbajtur dhe qëndrim.

Interesante paraqiten të dhënat e dëmtimeve të sistemit lokomotor, nervor, dëmtimet në mëllçj, e sistemit urogenital etj.

Një kapitull i rëndësishëm ku kuadrot mjekësore gjeljnë shpjegime të nevojshme teorike e praktike është ai mbi «Brucelozën kronike», pasi sot në praktikë ndeshen më shumë raste me brucelozë kronike sesa akute, prandaj ky kapitull ka interes të veçantë.

Kapitulli mbi «Diagnozën e diagnozën diferenciale» paraqitet në një material të pasur, mbi larminë klinike dhe veshtrësitë diagnostike të rasteve në periudhën përpara shtirimit, gjatë pranimit e qëndrimit në spital.

Nga studimi i bërë arrihet në konkluzionin se «Brucelozia» në vendin tonë është ngjasuar në periudhën fillestare febrile me gripin, infeksionet pulmonare, urogenitale, por sidomos me pollartritit reumatizmal dhe, në kushte spitalore, me tuberkulozin.

Shkaku i gabimeve diagnostike, thekson autori, ka gënë polimorfizmi i sëmundjes dhe sidomos prirja për ta studjuar më tepër patologjinë lokale sesa atë të përgjithshmen. Me diagnozën biologjike jepen të dhëna mbi kuptimin dhe interpretimin e analizave laboratorike.

Mjekimi i brucelozës paraqitet në kapitullin e X. Aty jepen të dhënat e literaturës, përvoja e autorit e shogëruar me përpunimin sististikor të rezultateve të mjekimit. Në këtë kapitull trajtohet veçanërisht mjekimi me antibiotikë, hormone dhe sidomos vaksinoterapia.

Lidhur me vaksinoterapinë, në literaturë ka të dhëna që kundërshtojnë njëra tjetrën, për të cilat autori është i mendimit se këto lundin ngaqë vaksinoterapia jep inkorjencë të afërtë, kurse dobia e saj (shmangje e recidivave) janë të largta dhe nuk bien lehtë në sy.

Në faqen 130 jepen orientime mbi aftësinë në punë për të sëmurët që vuajnë nga brucelozia.

Kapitulli i fundit është «profilaksia», ku jepen parimet kryesore të saj dhe sukseset e arritura në vendin tonë. Ky kapitull plotësohet me konkluzionet e përgjithshme të këtij studimi.

Në përmbledhje jepen të dhënat më kryesore të përvojës pozitive të arritura në vendin tonë, duke pasur për qëllim njohjen e këtyrë arritjeve brenda e jashtë vendit.

Nëpërmjet bibliografisë, lexuesi do të njihet me rreth 50 botime që janë bërë lidhur me sëmundjen e brucellozës në Shqipëri.

Mendojmë se kuadrot mjekësore, në këtë studim, do të gjejnë materiale me vlerë për punën e tyre. Si sëmundje që prek gjithë organet e sistemet, Brucelloza është objekt studimi për të gjithë specialistët e mjekësisë, prandaj kjo monografi mund t'iu shërbejë mjekëve të përgjithshëm, specialistëve, klinicistëve të ndryshëm, epidemiologëve, bakteriologëve, veterinarëve.

Duke u vënë në dorë librin «Brucelloza» kuadrove mjekësore, në prag të 20 vjetorit të themelimit të UT, vihet në dukje rritja e vazhdueshme e nivelit të punës së kuadrove që ka përgatitur kjo qendër e madhe arsimore e kulturalë e vendit tonë, si dhe e përpjekjeve të kuadrove tona për të zhvilluar e guar më përpara shkencën mjekësore, duke studjuar e përgjithësuar terrenin tonë.

Kujtim Lalla

Korrigjim: Në numrin 2 të viti 1977 faqe 3, rjeshti 19 të lexohet: e vetë shoku...