

DISA ASPEKTE TË ZHIVILLIMIT TË SHËNDETËSISË SONE SOCIALISTE

— Prof. BAJRAM PREZA — Prof. SELAUDIN BEKTESHI —

Politika e urtë e Partisë së Punes, mësimi^s, dritëdhënëse të shokut të gjitha fushat e shëndetësisë socialiste. Pikërisht është kjo vijë e drejftymëzon në punën tonë të përditshme, na ngarkon dhe na mbush Atdheu ynë i dashur të lulëzojë shumë e më shumë.

Pas Qirimit të vendit, shëndetësia jonë socialistë ka arritur suksese shumë të mëdha në të gjitha drejtimet. Në kohën e regjimit feudoborgjez të Zogut, shfrytëzimi i shumanshëm i masave punonjëse e qërore kishin marrë karakter masiv dhe ishin bërë një plagë e rendë popullin tonë.

Pushtimi nazi-fashist rëndoi edhe më tejpr në kurriz të shëndetës e parë të vitit 1941, gjatë epidemisë së tifos abdominale në Berat, u rregjistruan me tepër se 1100 të sëmurë me një vdejshmëri më të masave punonjëse u bë më e rëndë dhe, për posojë, u shtruan shumë sëmundjet gastrointestinale, aerogjene, sëmundje të lëkurës etj., duke dënuar rëndë shëndetin e masave punonjëse. Në kohën e regjimit rëndë. Mbi nënat shqiptare rëndonte skillavëria e dyfishtë e shtetit prakuptimit patriakal nga ana tjeter. Pothuajse të gjitha gratë lindnin në shtëpitë e tyre në kushte shumë primitive dhe antihigjjenike. Para «Grubaja kurdoherrë lind foshnien në shtëpi. Ndromjëherë malokja e ngarndonjë vlerë në Shqipëri» (Revista «Jeta»).

Në Shqipërinë e para Qirimit, si rrjedhim i kushteve jashtëzakosënumdje të tillë shqërore si malarja, sifilizi, tuberkulozi ishin mjaff mëndim disa fakte. Në çytetet kryesore rrëth 60% e fëmijve vuanin dispanseria dermovenereiane e Tiranes, brenda 7 muajve zbuloi 277 të zetës «Arberia» të vitit 1936 gjemë këtë shprehje: «Mjerisht sifilizi

tek ne ka një përhapje të gjëre. Në disa fshatra s'na mbetet të kërmojmë sa janë të sémurë, por duhet të kërkojmë sa kanë mbetur të shëndoshë».

Shoku Enver Hoxha për periudhën para Çlirimt ka thënë: «Në një zogist e fashist jetë e njeriut që luftonit për të drejtat e tij shkush tonë më shumë se një fishëk ose pasq litar», ndërsa për sëmurën ndjet shoqërore masive ai theksos: «Sëmundjet si malarija, tifua, sifilzi, ruktitim, ishim bëre kronike, e bërin dhe e dërmorin fizikisht njëriun, e bënin të plagjtë dhe të pafitë për punë».

U desh revolucionari popullor që ta shpëtonte popullin masat punonjëse nga prapambetja ekonomike e kulturore, nga shpyrja shekullore e klassave shfrytëzuese. Partia e Punës e Shqipërisë ditë të zgjidhë me urtësi dhe shpejtësi nevojat e mëdha dhe shumë të ngushtme të shërbimit shëndetësor.

Partia jonë e Punës dhe shfteti ynë i ri, si shteti i masave punonjëse, qysh në fillim i kushtoi kujdes të vegantë mbrojtjes së shëndetit të popullit, të cilën e sanksionoi edhe në Kushtetutë. Qysh në ditët e para të Çlirimt, përparrë shëndetësisë sonë popullorë u ngritën një varg detyrash të reja dhe të ngutsuhme, u morën masa për përgatitjen e kuadrove mijekësore, u dhanë orientime dhe u vunë detyra që shëndetësia jonë popullorë të merrte karakter profilaktik, që ajo të shtrihet sa më thellë në masat e gjëra të fshatit dhe të qytetit, që ndihma mijekësore, ambulatorë e spitalore, të jepej falas, që e gjithë shëndetësia jonë të ndërtonej mbi bazat shtetërore. Në përmirësimin e mbrojtjen e shëndetit të masave punonjëse rol shumë thelbësor luajtën një varg masash dhe reformash rrënjosore që mori Partia jonë me karakter ekonomik dhe social kulturor.

Sot pas 34 vjetësh të Çlirimt të Atidheut, e kemi të vështirë të numërojmë të gjitha arritjet e pakrahueshme që janë bëre tek ne. Sot shëndetësia jonë sociale ka marrë një karakter profilaktik, që vazhdimisht e më tepër po i zgjeron dhe po i pësos detyrat e saj në fushën e parandalimit të sëmundjeve dhe të forcimit të shëndetit të masave punonjëse.

Në Kongressin e parë të Partisë Komuniste Shqiptare, shoku Enver Hoxha theksonte për shërbimin shëndetësor: «Në këtë sektor më shtrohet si detyre që të organizojmë dhe të forcojmë sa më shumë luftën kundër sëmundjeve..., të forcojmë masat profilaktikë».

Sot pas 34 vjet Çlirimt, këto porosi të udhëheqësit tonë janë bëre realitet; qysh atëherë janë miratuar një varg dekretligjesh dhe urdhëreshash dhe shumë masa të tjera të rëndësishme, të cilat kanë hedhur bazat e ligjëshmrësë sone shëndetësore, duke u mbështetur në parime shkencore. Të tilla kanë qënë psh. dekretiligji mbi inspektoretat sanitare të vitit 1951, i cili u përpunua dhe u plotësua më vonë. Ky dekretligji është një nga masat më të rëndësishme në fushën e profilaksisë dhe të higjenes. Në këtë parashikohet respektimi i kushteve dhe i normave higjieno-sanitare në sektoret e higjienës komunale, të qendrave të punës, të higjienës ushqimore, parashkollorë dhe shkollore. Ose urdhëri i vitit 1952 për krijimin e qendrave sanitare epidemiologjike në pasuruan me kuadro të reja dhe me bazën materiale e laboratorike. Në

këtë mënyrë u bënë baza të rëndësshme për përmirësimin e gjendjes higjeno-sanitare si dhe për luftimin dhe parandalimin e sëmundjeve ngjitetëse. Ose dekretligji mbi luftimin e sëmundjeve ngjitetë të vitit 1954 me disa plotësimë të nevojshme, shërbyen si bazzë e fuqishme në fushën e profilaksisë për luftimin e këtyre sëmundjeve. Në vitin 1968 u bë bashkimi i laboratorit qëndror të kërkimeve dhe prodhimeve mikrobiologjike dhe të laboratorit të higjenes dhe u krijua Instituti i Higjienës dhe Epidemiologjisë. Themelimi i tij i dha një shhytje të re, një impuls të vëçantë mjkësise parandaluese në vendin tonë, sepse u krijua një bazë shkencore për studimin e një varg problemesh të profilaksisë. Njëkohësisht ai u bë një bazë e mirë për bashkëpunimin dhe kooperimin me qendrat sanitare epidemiologjike të rrtheve. Ky Institut shërbeu, në të njëjtën kohë, si bazzë e mirë për studimin e përpuntimin e normave higjeno-sanitare në sektorët e ndryshëm si dhe për përpunimin e masave për mbrojtjen kundër sëmundjeve ngjifte.

Organizimi i propagandës shëndetësore është ngritur në nivelin shkencor. Qysh me krijimin e saj, në strukturën e Ministrisë së Shëndetësisë ka pasur një sektor të propagandës sanitare. Më 1957 u themelua shtëpia e arsimit shëndetësor si institucion më vete, i varur drejtperdredjet nga Ministria e Shëndetësisë. Më 1972 u themeluan Drejtoria e arsimit shëndetësor, ndërsa në 13 rrëthe të vendit u ngritën shtëpi të arsimit shëndetësor dhe në 13 rrëthe më të vogla kabinetet e arsimit shëndetësor. Në sajë të organizimit shëndetësor po vihet në jetë porosia e shkakt Enver Hoxha dhënë në Plenumin e XI të KQF PPSH, ku ndër të tjera thuhet: «Propaganda shëndetësore ta rrëfhojë njeriun kudo ku ai punon dhe jeton, ta bëjë të ndërgjegjishëm për rrëzigtet që e kërcënojnë shëndetin e tij. Kjo propagandë të hyjë familje me familje».

Në fushën e profilaksisë, një sukses i ri është prodhimi i preparave imuno-biologjike si vaksina e serume nga Instituti i Higjienës e cilësi. Nga një vaksinë që prodhohej fillimisht, sot prodhohen vaksinat që serumet e nevojshme, si vaksinat kundër tèrbimit, tifos së zorrëve, parafitos, lijes, brucelozës, tifo-tetanëzit, kolerës, tri vaksina diftero-tetano-peritusike, e truthit, divalsina diftero-tetanike, serumet antitok-sike, antitetanike e antidiifferike, shumë serume e antigjene diagnostike si dhe prodhima e gammaglobulina. Masat e ndryshme diagnostike, profilaktike, antiepidemike, kurative, se bashku me përdorimin e gjërë të vaksinave e serumeve, kanë bërë që sëmundjet si malarja, trakoma, sifilizi të zhduken, disa të tjera si difteria, poliomieliti të ulen deri në raste të rralla dhe, në përgjithësi, sëmundshmeria nga sëmundjet ngjifte të ketë ulje nga viti në vit.

Në këtë drejtim ndihnon edhe sigurimi në vend i preparave imuno-biologjike, që ka bërë t'i pritet rruga importit dhe ato të përdoren në kohë e duhu. Prodhim i tyre në vend si dhe përmirësimi i përdorprerë i cilësisë lidhet me parimin e madh marksist-lenninist të mbëshitetjes në forcat e veta dhe me themimin e mëtejshëm të revolucionit tekniko-shkencor.

Një tjetër halikë e mjekësisë profilaktike në vendin tonë kanë

qënë dhe mbeten depistimet masive të masave të gjëra punonjëse, që bëhen nëpërjet ekzaminimeve me anën e aparateve fluorografike, në kabinetet rontgenologjike të poliklinikave, në dispanseritë e ndryshme si edhe në ekzaminimet periodike në laboratorët klinike, hematologjike, biokimike, elektrokardiografiqe dhe elektroenzefalografike, depistimet masive nëpërjet fletëpyetësoreve jo vetëm nëpër masat punonjese të qytetit, por edhe në ato të fshatit. Këto depistime tashmë kanë marrë përpjesëtme mjaft të mëdha dhe po bëhen mjaft sistematikish. Shumë pozitive është dhe puna këmbëngulëse parandaluese që bëjnë disa specialitete si endokrinologjia, kardiologjia, dermatologjia, hematologjia, pediatria, kabineti i sëmundjeve hipertoniqe, stomatologjia, ortopedia, neuropsikiatria, etj. Një masë tjetër e rëndësishme për mbrojtjen e shëndetit dhe për diktimin e hershëm të sëmundjeve është organizimi i ekzaminimeve të imta mjekësore për çdo punonjës përpëra se të pranohet për herë të parë në punë. Po ashtu dekretligji për mbrojtjen e mjedisit nga ndotja është një masë shumë e rëndësishme e karakterit profilaktik.

Ndryshe nga sa ndodh në vendet borgjeze e revizioniste, në vendin tonë nuk kemi asnjë rast të malarjës, asnjë rast të sifilizit, të trakorët jera fqinje, si në perëndim e në Lindje, vazhdojnë të kenë raste të malarjës e ta quajnë si një çeshqje jo krejtësisht të zgjidhur, kurse sifilizin jo vëtëm që nuk e kanë zhdukur, por është duke u përhapur në mënyrë shumë masive vegenërisht kohët e fundit. Kështu p.sh. në Bashkimin Sovjetik, me rivendosjen e kapitalizmit dhe me përhapjen e mënyrës së jetesës borgjeze, sifilizi është shtuar dhe ka marrë përpjesëtme shumë të gjera. Këtë e pohojnë vëtë mjkët sovjeticë. Përse njerët një gjë e tilë? Kjo është e lidhur drejtpërdrejt me vijen politike revizioniste të socialistëve sovjetikë dhe me moralin e tyre të shtburghur si dhe me politiken borgjezo-revizioniste. Sukseset tona janë lidhur drejtpërdrejt me vijen politike të drejtë të Partisë së sone dhe me moralin tonë socialist, janë lidhur me ideologjinë tonë markiste-leniniste, me pastërtinë tonë morale.

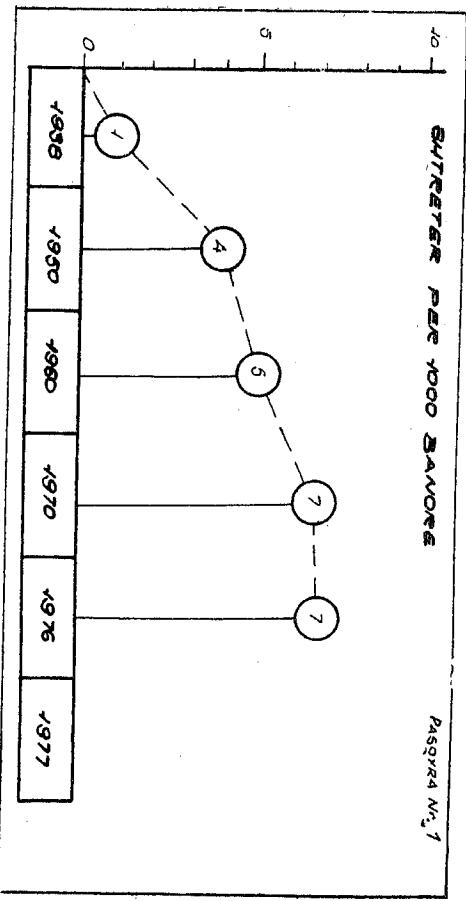
Kongresi i 7-të i Partisë së sone shtrroi detyra të mëdha për ruajtjen e shëndetit të popullit, duke forcuar dhe zgjeruar masat higjeno-sanitarë e profilaktike vegenërisht në fshat e zonat e thellë, duke rritur më shumë kujdesin për mbrojtjen e shëndetit të nënës dherë të popullit, duke përmirësuar punën për ngritjen e edukatës shëndetësorisit. Të gjitha këto detyra konkretizojnë politikën e Partisë së fuqishëm e mijëkësish dhe kujdesin e pandërrerë të saj për ruajtjen e shëndetit të popullit. Prandaj, para së gjithash, duhet të kuptohen politikët dhe ideologjikët nga punonjësit e organeve të shëndetësisë në lidhje të ngushtë dhe si pjesë e pandarë e luftës që bën Partia, shiteti ynë socialist dhe i gjithë populli për ndërimin e plotë të shogërisë sociale.

Edhe në fushën e mijëkësish kurative, arritjet tona janë të mëdha. Pas triumfit të Revolucionit Popullor në vendin tonë, u krijuan kushte shumë të favorshme për zhvillimin e gjithanshëm të saj. Nga e kaluara pothuajse nuk trashëguam asnjë. Buxheti i shëndetësisë gjatë

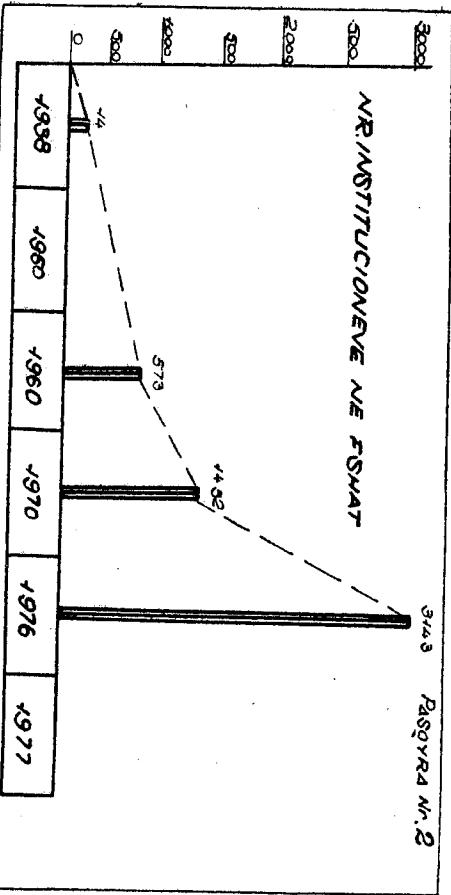
regjimit antipopullor të Zogut arrinte deri në 1.3 të buxhetit total shtetëror. Në vitin 1938 kishte gjithsej 102 mjekë. Shërbimi shëndetësor ishte privilegji i klasave shifrytëzuese. Një banori i takonte të bënte mesatarishit një vizitë një herë në shtatë vjet. Sëmundjet epidemike si sifilizi, imalarja, tuberkulozi e bënin skëtëri jetën e njerëzve dhe zgjatja mesatare ishte 38 vjet. Në vitin 1938 kishte vërem 10 spitalë me gjithsej 820 shstreter, dmth afersiht 10 shstreter për 10.000 banorë (pasqyra nr. 1). Në fshat kishte vetëm ndonjë ambulancë shëndetësore (pasqyra nr. 2). Në atë kohë, institucionet shëndetësore me shstreter dhe në ato pa shtretër ishin fare të pakta. Aty punonin 102 mjekë dhe 20 stomatologë. Kështu për 8527 banorë kishte një mjek, duke përfishirë edhe stomatologët. (Pasqyra nr. 3, nr. 4 dhe nr. 5).

SHTRETER PER 1000 ZANORE

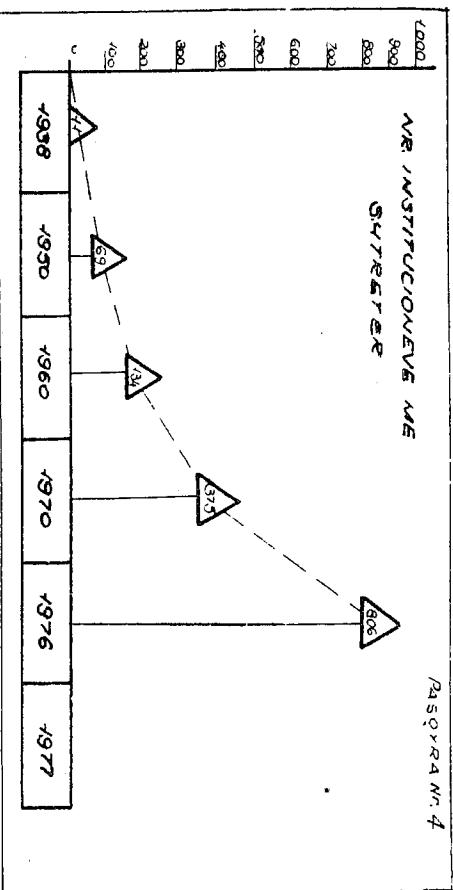
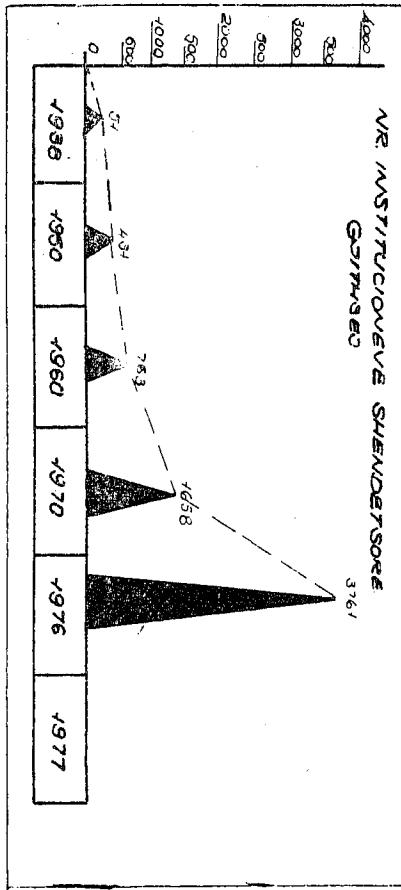
PASQYRA NR. 1



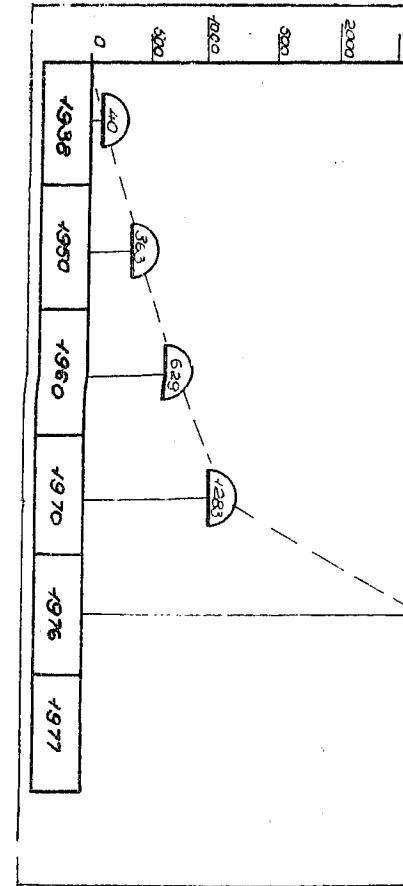
PASQYRA NR. 2



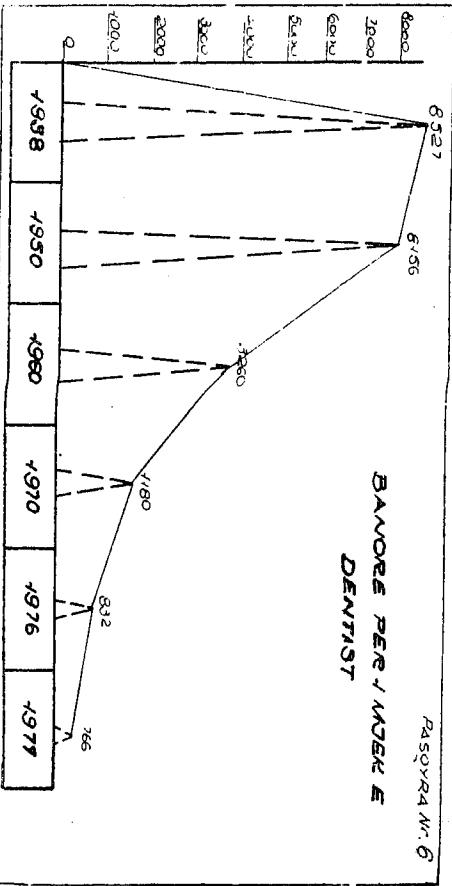
PASQYRA NR. 5



Partia dhe Pushteti ynë popullor ia shndëruan fagen shëndetësisë sonë, ajo mori karakter thellësish të popullor dhe shoqëror si dhetepër masiv. Karakteristikë e vëgantë e shëndetësisë sonë është se ajo u shtri thelli në shërbim të masave punonjëse, u bë masive jo vetëm në qytet (pasqyra nr. 7), por edhe në fshat. Krahas rritjes së institucioneve në qytet, këto po shtohen dhe zgjerohen me hapë të shpejta edhe në fshat. Për ta bërë më të qartë këtë transformim revolucionar dhe rrënjësor të shëndetësisë sonë socialistë, këto shihen në pasqyrat nr. 8, 9, 10.



BANORE PER VAKER DENTIST

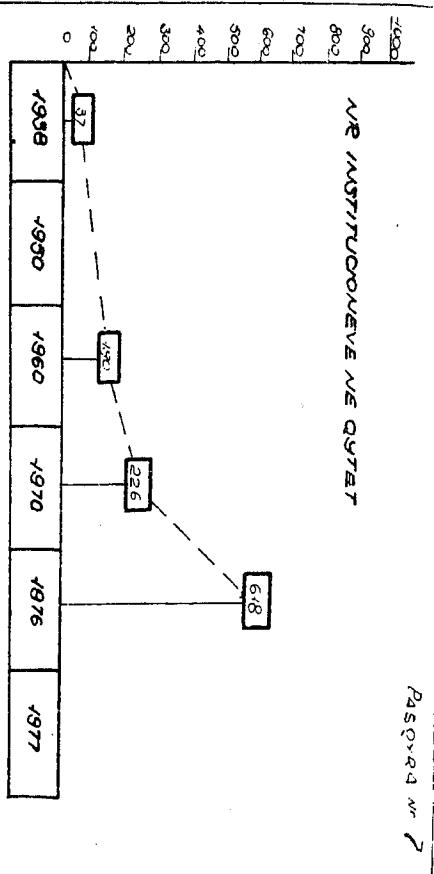


Shërbimi shëndetësor ambulator në qytetet kryesore është paju-
sur me të gjitha specialitetet kryesore. Dalëngadale ai po plotësohet
edhe me të gjitha nënspecialitetet. Një arritje tjetër e madhe është fakti
se shërbimi ambulator i qyteteve të mëdha ka siguruar ndihmën mjek-
kësore 24 orëshe dhe ka arritur të jepë ndihmën urgjente edhe në
shtëpi. Nganjë ana tjetër, krahas rr jitës që zgjerimit të institucioneve
shëndetësore po ecet me hapa të shpejta edhe në drejtim të përmirë-
simit të ndihmës së kualifikuar mjekësore; janë krijuar dhe po kri-
johen specialitetë dhe nënspecialitetë të reja dhe po i jepet një ndihmë
më e përpiktë dhe e përsosur masave punonjëse dhe po shihen dita
ditës metoda të reja të kërkimit dhe mjekimit. Sot mjekësia jonë
socialiste disponon aparate dhe komplekse aparaturash për ekzami-
nime funksionale të ndërikuara nga më modernet për sistemin kardio-

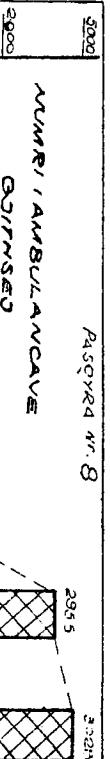
vaskular, për sëmundjet e enëve të gjakut, sëmundjet endokrine, për aparatin e fyrme marres, të tretjes, urinar, për trurin dhe palçen kūrriore etj. Po ashtu janë shtuar shumë metoda të reja të kërkimit dhe mjejkimit në otorino-laringologji, okulistikë, dermatologji, sëmundjet infektive, sëmundjet e fëmijëve etj. Në klinikat kirurgjikale dhe në obëtrikë-gjinekologji, otorinolaringologji dhe okulistikë kryhen një varg operacionesh të ndërlikura. Me hapa të shpeita po ecën edhe stomatologjia jone sociale si dhe shkencat farmaceutike.

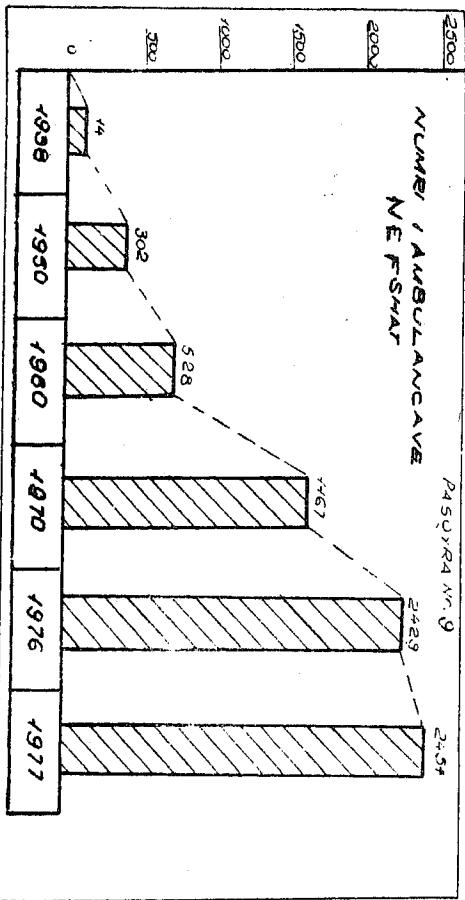
Në një pjesë të klinikave tonë janë ngritur qendra reanimacioni dhe për riafësimin e të sëmurrëve. Instituti kërkimor i mjekësise ushtarakë e fuqishme klinike dhe kërkimore shkencore. Aty është krijuar një

RASQYRA NR. 7



RASQYRA NR. 8

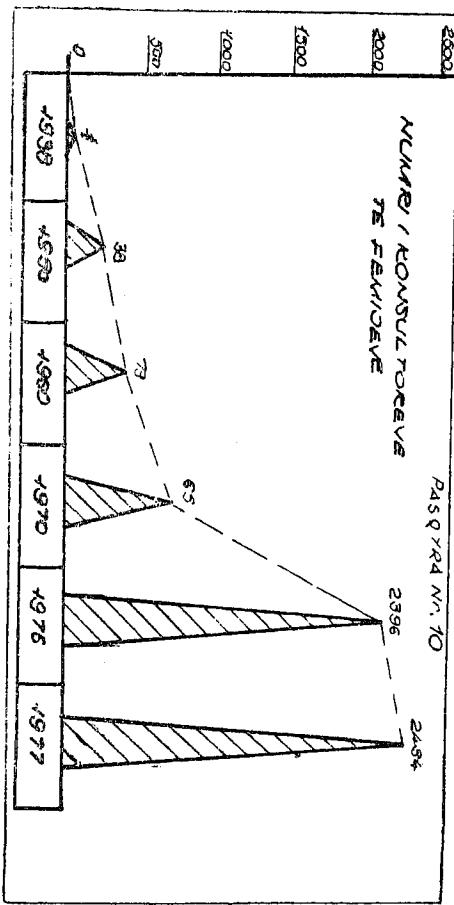




bazë moderne eksperimentale dhe klinike, e pajisur me aparatura mje-kësore të kohës. Në këtë institut janë kryer një varg studimesh të rëndësishme të karakterit klinik, epidemiologjik dhe të higjenes. Janë botuar disa monografi me vlerë shkencore. Vëtëm gjatë tre vjetëve të fundit janë mbrojtur 10 disertacione për shkallën e parë të kualifikimit. Në këtë Institut janë kryer dhe janë ndëmarrë një varg studimesh të rëndësishme eksperimentale dhe klinike për zgjidhjen e disa problemeve të kohës të mjkësise ushtarakë.

Edhe Instituti i mjekësise popullore, me gjithëse i themeluar prej pak vjetësh, ka krijuar një bazë të mirë eksperimentale. Në këtë Institut Jane studjuar me intensitet shumë metoda të mjekësise popullore, si dhe ujrat e pështëmineralë të Leskovikut, të Bënjes dhe të Glinës. Në sesione dhe simpoziume shkencore eشتë përgjithësuar përvaja e fituar, janë aktivizuar shumë mjekë të vendit tonë. Edhe në këtë Instituti po eksperimentohen disa bimë mjekësore. Kolektivi i tij e ka përgjithësuar përvojën e fituar me shumë artikuj e bëtime të tij. Gjithashtu eشتë siguruar shërbimi mjekësor në qendrat e punës. Në poliklinikat tona po ngrihen dispanserite e specialiteteve dësna nënspecialiteteve.

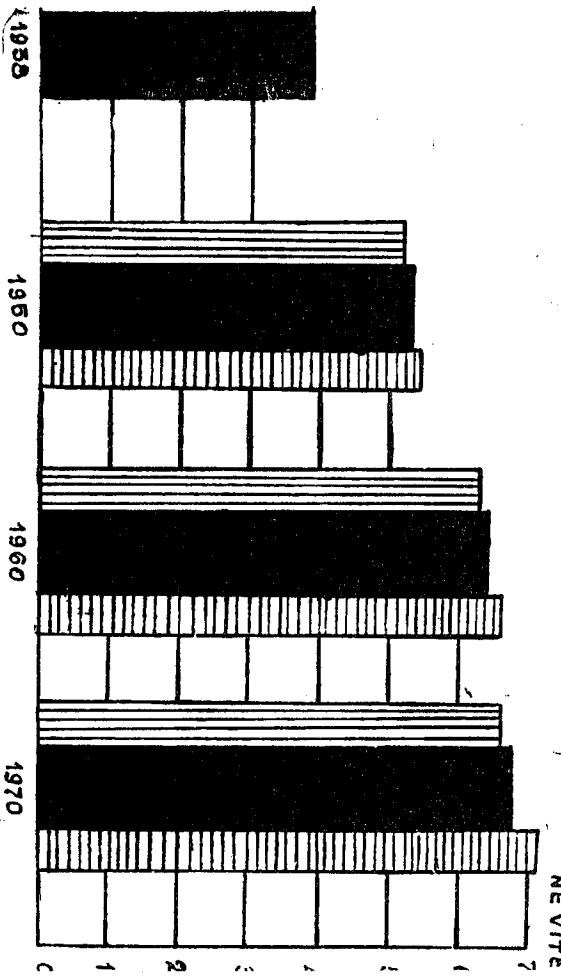
Rëndësi e vëgantë i është dhënë zgjerimit dhe rritjes së mjekësise kurative dhe profilaktikës në fshat. Në këtë drejtim një hap të rëndësishëm për shtrirjen e ndihmës mjekësore në fshat dhe në këndet më të largta të Ahdheut tonë është dhe dëgimi në fshat i 3000 mami-infermierave. Një rrjetë i dendur institucionesh shëndetësore mbulon sot pothuajse të gjitha fshatrat tona. Ulja e sëmundshme rërë dhe ulja e nivelit të vdekjeve të përgjithshme ka arritur treguesit nga më të ulja të Evropës, zgjatja e mosnës mesatare, përmirësimi i zhvillimit fizik të populsisë, janë tregues që flasin qartë për përmirësimin e pandëprerë të shëndetit të gjithë popullit dhe që janë rrjedhim i zbatimit të politikës së Partisë përritjen e mirëqenies materiale e kulturore të popullit dhe përforçimin e shëndetit të tij. (pa-sqyra nr. 11).



ZGJATUA MESATARE E JETES

Pasqyra nr. 11

NE VITE



■ GJITHSEJT

■ MESHKUJ

■ FEMRAT

Nga viti në vit po rritet numri i mjekëve në fshat. Kështu në fshat, veç shërbimit të mjekut të përgjithshëm, në spitalet zonale deri në fund të pësëvijëgarit të gjashtë do të kete edhe mjekun e dytë pëdiatër. Këto spitalet zonale kanë pajisjet e tyre me laboratoret përkatese si dhe kabinetet radiologjike dentare. Të gjitha këto e kanë pëmirësuar dhe do ta përmirësojnë edhe më tepër shërbimin shëndetësor në fshat. Sot, në përgjithshëm, qdo kooperativë e bashkuar ka mjkun e përgjithshëm të saj si dhe kabinetin e stomatologjisë dhe laboratorin përkates.

Vjen të përmëdet se shërbimin shëndetësor ambulator dhe spitolor e përfiton qdo qytetar i RPSSH me lehtësi në çdo kënd të vendit të falas, pa asnjë shpërbillim material. Ky eshtë një element tepat thelbësor në sistemin tonë socialist, ndërsa në vendet borgjeze e kapitalisto-revizioniste, për një ekzaminim disi kompleks, për një vizitë paguajë një shumë të madhe të hollash.

E rendësishme është të theksohet se fëmijët e moshaës deri një vjetë bëjnë ambulatorish.

Për mjekësinë tonë një etapë e re filloj sidomos pas themelimit të Institutit të Lartë Mjekësor dhe futjes së tij në gjirin e Universitetit të Tiranës më 1957. Më vonë u krijuai dega e stomatologjisë dhe u bashkua ato e farmacisë. Gjatë kësaj periudhe, shëndetësia Jonë jo vetëm formoi kuadrot e saj në vend, por njëkohësisht u shtrua numri i pëgjigjëve dhe u formuan kuadrot e para shkencore. Dalëngadalë u rritën, u përsosën dhe u specializuan kuadrot pedagogjike, u formuan ndryshime, u përgatitën pedagogë të aftë për të dhënë mësimin në një kryejnë punimet e para shkencore jo vetëm të karakterit kliniko-statistikor, por edhe të karakterit eksperimental, epidemiologjik dhe profilaktik. Shtimi i numrit të studentëve dhe të pedagogjëve u bë me ritme të shpejta. Kështu nga 67 studentë që kishte fakulteti i mjekësisë në vitin e parë të jetës së tij, numri i tyre u rrit në 2000 në vitin akademik 1973-1974. Po ashtu nga 9 pedagogë që punonin në vitin e parë të themelimit të fakultetit, sot punojnë afro 140 pedagogë. Sot fakulteti i mjekësisë është bërë një vatrë e vërtetë e përgatitjes revolucionare të kuadrove tona të mjekësisë, të stomatologjisë dhe të farmacisë si dhe të një veprimtarie pedagogjike, shkencore intensive brenda fakultetit dhe nëpër qendra të tjera mjekësore të vendit. Mund të themi me krenari se klinikat e fakultetit të mjekësisë kanë formuar shkollat e tyre klinike, kanë rritur dhe përgatitur kuadrot kryesore pedagogjike dhe shkencore dhe kane bërë që të zhvillohet mendimi i vërtetë klinik dhe teorik në disiplinat e ndryshme mësuese. Po ashtu edhe në mënyrë mëkët janë mobilizuar të zbatojnë porositë e Partisë për të rritur nivelin e tyre ideopolitik dhe tekniko-profesional.

Edhe niveli i botimeve të artikujve në revistat tona mjekësore si edhe i punimeve dhe monografive jo të pakta që dallin qdo vit flet qartë për ritjen e mendimit klinik dne teorik të kuadrove tona prak-

tike e shkencore. Gjatë 15 vjetëve të fundit, kuadrot tona mjekësore kanë botuar me qindra artikuj dhe dhjetra monografi. Në mënyrë të vegantë është për të theksuar se sidomos gjatë tështë vjetëve të fundit, pedagogët e fakultetit të mjekësisë, të fyrmezuar nga mësimet e Partisë dhe të shokut Enver Hoxha për revolucionarizmin e shko-llës sësonë, me një punë vërmohuese e sistematike dhe të gjallë, arritën të hartojnë tekste dhe traktate të një cilësie të mirë, ku pasqyrohen me një objektivitetë njerohur të më klasse të disiplinave të ndryshme mjekësore, njëkohësisht aty eksposohen mijart mirë dhe gjërë përvaja e mjekësisë sësonë shqiptare. Në këto tekste u bëhet një kritikë parimece markiste-léniniste rymave të huaja reaksionare, me-tafizike e idealiste në fushën e shkençave mjekësore.

Pa tjetër si busull e sigurtë që si fener ndriçues, në këtë drejtim, ka qënë dhe është politika e drejtë e Partisë së Punës dhe mësimet e urta të shokut Enver Hoxha, të cilat na ushqejnë vazhdimisht me parimet e filozofisë markiste-leniniste, me përvojën e pasur të Partisë së sone dhe na kanë orientuar në gjithë punën tonë, që të bazohemi fort në parimin e madh markist-leninist të mbështetjes së forcave veta dërejë përvojen e vendeve të tjera ta studojmë në mënyrë kritik. Edhe në fushën e mjekësisë së sonë socialiste, planet e blokades së çështjeve imperialiste sovjetikë dhe kinëzë deshtuan plotësisht. Ata mandonin se shëndetësia Jonë socialiste nuk mund të zhvillohet në mënyrë të pavarrur e pa ndihmën e tyre.

mele të çelnikta, e ardhmja është e siguruar.

Si edhe në të gjitha fushat e tjera të jetës sonë edhe e ardhmia e mjetësisë sonë do të jetë e shkëqyer. Sot kemi një armatë të madhe të punonjësve të shëndetësisë, një armatë të tarrë kuadërsh shëndetësore të mesme dhe të larta që i ka të gjitha kushtet materiale e teknike që të përfshihet e të marrë pjesë në revolucionin tekniko-shkencor. Kudo që të jenë këto kuadro në fshat, në ndërmarrje, në institucione profilaktike apo kurative, kanë mundësi që veproatitare e tyre të përditoshme na ndërtojnë me një metodë shkencore, të nxjerrin përfundimisht vlefshme që do të shërbejnë për forcimin e shëndetit të masave punonjëse.

Në këtë fazë është e domosdoshme që të forcohet mjekësia eksperimentale, e cila të shoqërojë dhe të pasurojë mendimin teorik. Nuk mund të ketë zhvillim të shkencave, vërtetim dhe konsolidim të teorisë pa eksperimentim. Prandaj del e nevojshme që të zhvillohet dhe të thelljet drejtimi eksperimental i mjekësisë sone. Sigurisht eksperimenti nuk duhet kuptuar i ndarë dhe i veçuar nga praktika e mjekësisë si qëllim më vete, por eksperimentim në dobi të praktikës mjekësore për të gjetur e për të përsosur metodat e diagnostikimit, të parandalimit, të mjekimit, madje edhe të riaftësimit si dhe për të përcaktuar normat tona konkrete në disa fusha. Në këtë drejtim ka fillouar të bëhet një punë e mirë, por kjo punë duhet të thellohet, të zgjerohet, të organizohet dhe të marrë përpjekësime më të mëdha.

Po ashtu kjo armatë e madhe mijekësh, në një kohë kur arritjet e mijekësise sonë janë shumë të shpeita, ka nevojë të ushqehet pandër-

prerje, duke u informuar vazhdimisht për arrijet e fundit në shkencat mjekësore dhe në shkencat e afërtë me to. Për këtë qëllim duhen shtuar dhe përpunuar forma të ndryshme informimi, azhurnimi, kualifikimi dhe perfeksionimi.

Një problem tjeter i rëndësishëm i perspektivës është forcimi, dhe zhvillimi i mëtejshëm i disiplinave teorike dhe eksperimentale. Këto disiplina themelore, formuese, që përbëjnë bazën e të gjitha njohurive dhe që shërbejnë si qelës për kuptimin dhe përvetësimin e disiplinave profilaktike e klinike. Njëkohësht ato shërbejnë si themel për organizmit. Pa kuptuar mirë proceset fiziologjike, biokimike, fizpatologjike dhe ndërvarjet midis tyre nuk mund të kuptohen as disiplinat injekjo-profilaktike dhe as ato klinike. Në Kongresin e 7-të të Partisë, midis të tjerve, shoku Enver Hoxha ka theksuar edhe rëndësi në e posaçme që kanë disiplinat themelore: biologjia, fiziologjia, gjenetika për zhvillimin e shkencave në përgjithësi. Kjo porosi e shokut Enver Hoxha shtron detyra edhe për formimin e gjithanës të njekëve. Vlen të vihet në dukje nevoja e bashkëpunimit teknikos-kientor edhe me një vang disiplinash jo mjekësore si janë fizika, elektronika, matematika, psikologjia etj.

Në punën tonë të përditshme jemi dëshmitarë të vritjes së vazhjen e Partisë sonë të lavdishme, ne jemi të sigurtë dhe të bindur se që po kalon wendi ynë, blokada e egër imperialisto-rezisioniste dhe, së fundi, veprimi i pabesë dhe tirdhëtar i udhëheqjes kineze ndaj vendit, dhe popullit tonë shtrojnë detyra edhe më të mëdha edhe për ne kuadrove të shkendësishë sonë socialistë. Kësaj situate, ne punojësit e fakultetit të mjekësisë i jemi përgjigjur dhe do t'i përgjigjemi gjithnjë me një punë shumë më intensive dhe këmbëngjiese, të bashkuar si një trup i vetëm rrëth Partisë sonë të lavdishme të Punës. Ne, pedagogët e fakultetit të mjekësisë, në punën tonë të përditshmë, vazhdimisht e kemi parasysh fjalën e shokut Enver Hoxha të mbajtur me kuadrot e rrethut të Gjirokastrës, ku theksos: «Ne komunistë e kuadrot duhet të mendojmë vazhdimisht çdo orë, çdo ditë, çdo cumin e vazhdueshëm të shqërisë socialiste, për konsolidimin e fitoreve që kemi arritur e që do të arrijnë nën udhëheqjen e Partisë sonë marksiste-leniniste».

Summary

SOME ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF OUR SOCIALIST HEALTH SERVICES

The successes achieved in the field of public health after the Liberation of our country are summed up.

It is shown that the health services in this country are extended to the remotest angles of our socialist Fatherland, that the number of medical workers

and health institutions has increased considerably in comparison with the period prior to the Liberation, that diseases such as malaria, trachoma and syphilis have been completely eradicated and others like diphtheria and poliomyelitis have been reduced to single cases and that the general morbidity rate of infectious diseases has been declining from year to year.

Résumé

CERTAINS ASPECTS DU DÉVELOPPEMENT DE NOTRE SANTÉ PUBLIQUE SOCIALISTE

Les auteurs de cet article brossent un tableau des succès atteints chez nous dans le domaine de la Santé publique pendant les années successives à la Libération de la Patrie.

Les services de la Santé publique ont atteints les coins les plus reculés de notre Patrie socialiste, le nombre de médecins s'est accru considérablement par rapport à la période d'avant Libération et les établissements sanitaires mis en place, grâce aux efforts fournis par notre pays, ont entraîné la disparition des maladies comme la malaria, la syphilis, tandis que d'autres maladies comme la poliomyélite, la diphthérie, etc se sont réduites actuellement à des cas rares. Quant aux maladies infectieuses, leur nombre a diminué considérablement d'une année à l'autre.

DISA TË DHËNA MBI KLINIKËN, DIAGNOZËN DHE MJEKIMIN E ENDOMETRIOZËS GJENITALE

— ILIR GJYLBEGAJ —

(Klinika e Obstetikë — Gjinekologjë — Tirani)

Në praktikën e përditshme gjinekologjike, sidomos në këto 25 vjetë e fundit, endometriota gjenitale ka zenë një vend të dukshëm në sëmundjet gjinekologjike.

Nga të dhënat e literaturës, shpeshtësia e endometriozës gjenitale luhateet nga 2-30% (4, 6) me një mesatare 10% (5).

Në ditët e sotme, ndërsa problemi i klinikës, diagnozës dhe i mjepatogjenetës gjenitale po gjen një zgjidhje të plotë, për

Tashmë dihet se në të gjitha rrëthet e vendit tonë, shërbimi gjinekologjik dhe ai anatomo-patologjik eshtë ngritur në nivelin e duhur shkençor, gjë që siguron mundësinë për njojjen më të thellë praktike dhe teorike të kësaj patologjije gjinekologjike.

MATERIALI I STUDIMIT

Në studim janë marrë 32 të sëmura me forma të ndryshme të endometriozës gjenitale, të trajtura në klinikën obstetriqale-gjinekologjike të Tiranës gjatë periudhës janar 1970 – tetor 1978.

Nga ky studim janë nxjerrë disa të dhëna mbi vagonitë klinike dhe morfolgjike të endometriozës gjenitale, si dhe mbi diagozën e trajtimin e saj.

DISA TE DHËNA DHE DISKUTIMI I TYRE

Në varfësi të vendosjes dhe të dukurit e saj, endometriota gjennitale quhet e brendshme (ose adenomiozë e uterusit) atëherë kur ajo zhvillohet në brendësi të muskulaturës së uterusit, ndërsa e jashtme atëherë kur ajo zhvillohet në vezore, tuba, lindhëset uterosakrale, në douglasin e pasëm, rektum, vaginë (këto quhen të jashtme brendapërvike), si dhe në largësi – në kërrizë, pleurë e gjekë (këto quhen të jashtme – jashtëpërvike).

Nga 32 rastet e studjuara me endometriozë gjenitale, 24 prej tyre kanë paraqitur adenomiozë të uterusit ose endometriozë të brendshme

dhe 8 raste me endometriozë të jashtme (4 raste të vezores, 2 të prapa qafës uterisit, 1 të vaginës dhe 1 të kërtizës). Si shihet pra, endometriozë e brendshme apo endomioza e uterisit, në krahasim me endometriozën e jashtme është shumë më e shpeshtë (3:1). Megjithëse rastet tona janë shumë të pakta për këtë periudhë kohe të gjatë, disa nga këto të dhëna përkijnë me ato të autorëve të bibliografisë së.

Sipas autorëve të ndryshëm (1, 4, 5, 6), adenomioza e uterisit takohet në 39-47%, endometriozë e vezores në 30-40% (4, 5, 6), endometriozë e prapa qafës uterisit në 11-20% (6), ndërsa ajo e jashtme, në largësi, jashtëpelvikë nga 0.5-4% (6).

Nga të dhënat e materialit tonë, lidhur me vendin e pranisë së endometriozës gjennitale del se adenomioza e uterisit dhe endometriozë e vezores, të marrura së bashku, takohen më shpesht. Njohja e një fakti të tillë ndihmon shumë për vënien e diagnozës dhe trajtimin e endometriozës gjennitale.

Në përgjithësi, mosha mesatare e të sëmurave tona me adenomiozë të uterisit është 43 vjeç, ndërsa e atyre me endometriozë të jashtme 30 vjeç. Një tregues i tillë, deri diku, përkon me atë të autorëve të tjere (2, 4, 6), që është mosha 30-50 vjeç. Kjo moshë, që bën pjesë në gjysmën e dytë të periuadhës aktive gjennitale dhe asaj të parmenopauzës, karakterizohet (sidomos në rastet me endometriozë) me shtrimit të gonatotropinës dhe estradiolit si dhe me pakësimin e progresteronit (4).

Në të gjitha rastet tona me adenomiozë të uterisit dhe dy raste me endometriozë të vezores vihet re numri i lartë i lindjeve dhe i dështimeve (mbi 4 lindje dhe mbi dy dështime), i ndërhyrjeve gjinekologjike brenda në uterus, i endometritikeve pas lindjeve dhe pas dështimeve, hiperplazive të endometrit, të shqeruara me menometragji të shprehur. Në dy raste të tjera me endometriozë të vezores vihet re steriliteti sekondar (një rast me një lindje të vetme dhe tjetra me një barre jashtë uterisit). Sipas autorëve të ndryshëm (2, 4, 6), steriliteti, si primar astu dhe sekundar, takohet më shpesht në endometriozën e jashtme (47% dhe 75%); 20% e të sëmurave me endometriozë të jashtme kanë vëtin nga një fëmijë.

Mendohet se shtatëzënia, në përgjithësi, ndikon pozitivisht në shërbimin e endometriozës (2).

Nga të dhënat e studimit tonë dalin një seri vëgorisht klinike të sëmundjës, njohja e të clave në kohë do të ndihmonte shumë diagnozën.

1) Për adenomiozën e uterisit. — Menoragja dhe menometragjia, dhembjet menstruale, smadhimi në tërësi i uterisit, përbysja e fiksimit nga prapa i uterisit, prania e nyjave fibromiatoze (në materialin tonë, në 11 raste janë gjetur 1-2 nyja të tillë brenda muskulaturës dhe ndën serozën e tij).

Në rastet me prani të nyjave fibromiatoze, nuk është fjalë për fibromionë të mëdha, por për nyja të vogla, që shumë pak ndryshojnë formën normale të uterisit. Ka autorë (2), që mendojnë se 52% të histerektomive, të bëra për fibromionë të uterisit, dalin adenomiozë e tij (të dhënat e ekzaminimit histopatologjik).

Edhe nga të dhënat tona rezulton se të gjitha adenomiozat e uterüsit, të saktësuaru histopatologjikisht, u përkasin histerektomive të bëra pér fibromionë të uterüsit, uterus fibromatoz, uterus fibrosklerotik me menometrorragji të panënshturara mjekimit hormonal etj.

2) Pér endometriozën është: dhembjet menstruale, menoragjia, prania e kisteve të njëanshme dhe të dyanshme *ë vezores, mosha e re, ntrashja gjatë menstruacioneve e lidhëseve utero-sakrale, dhembja rekta gjatë defekacionit, rriedja e gjakut gjatë fazes së menstruacioneve, nga kërtihiza, nga cikatricat perineale dhe abdominalale, nga hunda etj. Ku më shumë e ku më pak, këta tregues përkojnë dhe me ato të autorëve të tjera (1, 2, 4).

Një rast endometrioze vezoriale, me kiste të dyanshme, qëshë parqitur me shenjat klasicke të abdomeosit akut, si pasojë e plasjes së mësive kistikë.

Në periudha qetësie, masat kistike vezoriale shkaktojnë dhembje pelvikë të përhershme; së bashku me uterusin dhe zorriët, ato formojnë konglomeratë shumë të ngjitur.

Diagonza e endometriozës gjenitale ka një rëndësi shumë të madhe gjinekologjike. Një vlerë shumë të madhe ka sot celoskopja. Shpeshherë 15-30% të rasteve (5).

Endometriozë gjenitale paraqitet pa shenja dalluese, e fshehur. Në 13% të rasteve (2, 6), adenomioza e uterüsit dhe endometriozë e jashitme takohen bashkë. Me përiashkim të tre rasteve me endometriozë të jashitme, që janë diagnostikuar në kohë, rastet e tjera janë diagnostikuar pas ndërhyrjes kirurgjikale.

Trajtimi i endometriazës gjenitale, në përgjithësi (bëhet fjalë pér rastet tona), ka qënë konservativ (hormonal) dhe kirurgjikal. Fillimisht rastet tona me adenomiozë të uterüsit, të marrura pér gjendje të ndryshme patologjike (hiperplazi endometrit, uteurs fibrosklerotik, menometragji rezistente ndaj injekimit hormonal, fibromionë e uterüsit), janë trajtuar, pér një kohë dy vjeçare, me hormone të tillë si progesteron, testosteron, estrogenoprogesterativë; më vonë, kur nuk ka efekt injekimi hormonal, të sëmurat janë operuar (histeroektoni e plotë) pér ato diagnoza që përmëndën më përrapa.

Në trajtimin e endometriozës gjenitale i jemi përbajtur pikëpamjes së më poshtme: pér derisa kjo patologji gjinekologjike varet nga veprimtaria e vezoreve, fillimisht trajtimi bëhet me hormone, ndërsa në rastet e panënshtrueshme apo recidivuese, siç ndodh zakonisht në adenomiozën e uterüsit dhe endometriozën e vezores, trajtimi kirurgjikal bëhet i domosdoshëm.

Duke studjuar rastet tona me endometriozë të uterüsit, rezulton se trajtimi hormonal ka dhënë vetëm efekt të përkohshëm, prandaj trajtimi kirurgjikal, nëpërmjet histerektomisë, ka qënë i vetëmi injeksim i sigurtë. Gjithashtru në endometriozën e vezoreve, rezultati i terapisë me hormone ka qënë i përkohshëm; problemi e kemi zgjidhur përfundimisht me ndërhyrje kirurgjikale, që në tre raste ka konsistuar në rezekcionin e vezoreve, ndërsa në rastin e katërtë kemi bësë edhe histeroektoni së bashku me aneksat pér shkak të konglomerimit të tyre. Në njërin nga rastet tona me endometriozë të vezoreve, që paraqiste edhe

sterilitet sekondar, pas rezekcionit të vezoreve dhe trajtimit të mëtejshëm me hormone estrogenoprogesterative, u fitua shtatzënesia. Në rastet tona me endometriozë të kërtizës, vaginalës dhe lindhësave uterosakrale, trajtimi me hormone estrogenoprogesterative dha shërimin të plotë.

PERFUNDIME:

- 1) Endometrioza gjenitale përfaqëson një patologji gjinekologjike të veçantë, që takohet 2-30% të sëmundjeve gjinekologjike.
- 2) Adenomioza e uterusit ose endometrioza e brendshme takohet më shumë se endometrioza e jashtme (3:1).
- 3) Hormonoterapia me estrogenoprogesterative jep efekt të qëndrueshëm vetëm në endometriozën gjenitale të lokalizuar jashtë uterusit dhe vezoreve.
- 4) Meqënëse efekti i hormonoterapisë estrogenoprogesterative në adenomiozën e uterusit dhe endometriozën e vezoreve është i përkohshëm, trajtimi kirurgjikal është e vëtmja mënyrë shërimi.

Dorëzuar në Redaksi më 30 tetor 1978.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Gliožheni K.: Teksti i gjinekologjisë. Tiranë 1976, vol. II, 331.
- 2) Novak E. R., Jones G.S., Jones H.W.: Gynecologic and obstetric pathology. Philadelphia 1974.
- 3) Novak E. R., Woodruff J.: Novak's gynecologic and obstetric pathology. Paris 1973.
- 4) Persianov L. S., Mantilova J. A., Sutzhkov A. J.: O patogeneza, klinike, diagnostike i terapii genitalnove endometrizoza. Akushersvo i Ginekologija 1978, 1, 57.
- 5) Robert H. G., Palmer R., Boury-Heyler C., Cohen J.: Précis de gynécologie. Paris 1974, chap. 22, 373.
- 6) Varangot J., Giraud J. R.: Encyclopédie Médico-chirurgicale 1969, 50, A 10 p. I.

Summary

CLINICAL DATA, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GENITAL ENDOMETRIOSIS

The paper reviews the treatment of 32 cases of genital endometriosis at the gynaecological clinic of Tirana.

Taking into consideration the frequency of genital endometriosis, which accounts for from 2 to 30% of all the gynaecological diseases, the paper analyses the problems of its clinic, diagnosis and treatment.

The author is of the opinion that adenomiosis of the uterus should be treated only surgically, while treatment with oestrogenoprogesterative drugs can be used in cases of external endometriosis.

Résumé

DONNÉES SUR LA CLINIQUE, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE GÉNITALE

Trente-deux cas d'endométrioses génitales ont été traités à la clinique gynécologique de Tirana.

Etant donné que l'endométriose génitale connaît une fréquence élevée, 2-30% des maladies gynécologiques, l'auteur de cet article a analysé les problèmes relatifs à la clinique, au diagnostic et au traitement de cette maladie.

Selon l'avis de l'auteur, l'adénomiose de l'utérus doit être traitée par la voie chirurgicale, tandis que l'endométriose externe par des médicaments estrogénoprogesteratifs.

MJEKIMI ME REZERPINE I TË SËMURËVE ME H.T.A. ESENCIAL

(Rezultatet klinike dhe nditimi në gjak mbi metabolizmin e lipideve, proteinave e lipoproteinave)

— PIRRO BURNAZI —

(Klinika e III e Sëmundjeve të Brendshme)

Në mjekësinë e sotme, studimi i hipertensionit arterial esencial përhëntioni arteria e sëmundjeve sëmurdje më e përhapur më ditët populisë në moshë madhore vuajnjë nga kjo sëmundje (7, 9, 11).

Hipertensioni arterial konsiderohet një nga sëmundjet më shqetësuese për shkak të ndërlikimeve në zemër, veshka, tru (8). Hipertensioni arterial esencial është faktori etiologjik kryesor i të gjitha sëmundjeve arteriale: më se 50% e këtyre të sëmurëve vuajnjë nga hipertonia (2) dhe se mbi 50% e të sëmurëve me aterosklerozë janë me hipertension (7, 11).

Në më dispozicion të kolektivave mjekësore të gjitha mjetet dhe aparatura moderne për diagnostikimin e hipertonive dhe mjekimin e tyre.

Në Kongresin e 7-të të Partisë, shoku Enver Hoxha tha se: «Studi aktual i zhvillimit të vendit dhe detyrat e mëdha që kemi përparrë kërkojnë që studimet e kërkimit shkencore të shndërrohen në metodë të përgjithshme që të përsukojë e të paraprijë çdo punë, që të ndihmojë efektivisht përzgjidhjen e problemeve aktuale e perspektive të ndërtimit të sociëlitmit e të mbrojtjes së atdheut» (1).

Kjo porosi si dhe vendimet e Partisë mbi zhvillimin e mëtejshëm të revolucionit tekniko-shkencor në vendin tonë na vënë detyra të rëndësishme, të cilat, duke u vënë në jetë, do ti janë një zhvillim edhe më të madh të gjithë mjekësë sësone si dhe studimet të mëtejshëm e të gjithashëm të problemit të hipertonisë.

Një nga barnat me veti antihipertensive është rezerpina, alkaloidi i pastër i Rauwolfia Serpentina-s. Rezerpina është medikamenti antihipertensif, që përdoret prej njëtë vjetesh në mjekimin e hipertensionit arterial esencial. Koha e tregoi se ka veti të mira antihipertensive dhe të në mjejkimin e sëmundjes hipertoniqe ze një vend të rëndësishëm. Por në lidhje me mjekimin e saj, pikëpamjet janë të ndara. Disa shpenzues se rezerpina ka efekt hipotensif vetëm në stafet e herës së tij sëmundjes, të tjerë janë të mendimit se vepron edhe në stafet e më-

vonshtne. Pikëpamjet nuk përpunhen edhe përsa i përket efektit të saj në të sëmurrët në hipertension dhe koronarosklerozë aterosklerotike.

Nga ana tjeteri, efekti i rezerpinës duhet të studohet edhe në drejtimin tjetër: si lëndë antihipertensive, që merr për një periudhë të gjatë kohe, në të njëjtën kohë a ndikon në metabolizmin të lipideve, proteinave dhe lipoproteinave në gjak? Në lidhje me ndikimin e rezerpinës mbi metabolizmin e këtyre substancave në gjak janë shumë pak punime dhe me konkluzione të kundërtta. Për më tepër, autoritet që kanë studjuar këtë problem kanë përdorur pak ekzaminime (6,9).

Duke u nisur nga sa u tha me sipër, e pamë me vend të studojmë efektin e shumanshëm të rezerpinës në të sëmurrët me *morbus hypertensionicus*: efektin klinik të sai, sipas stadeve ose grupave të sëmundjes, sa kohë duhet dhënë kjo terapi dhe mjekimi me rezерpinë a shkakton ndryshime të sasisë së kolesterolinës në gjak, të proteinave, lipoproteinave. Në të mëjëtën kohë i vumë për detyrë vetes që të ndjekim të sëmurrët hipertonikë, të mjekuar për një periudhë të gjatë me medikamente të ndryshme antihipertensive, për të parë edhe rezultatet e largta të mjekimit si dhe ndikimin e këtij mjekimi të gjakut mbi ecurinë e sëmundjes. Për këtë do të botohet një pumim tjetër.

Materiali e metodika. — Për studim kemi marrë 300 të sëmurrë me hipertoni esenciale dhe i kemi ndjekur duke i mjekuar me rezerpinë. Nga ky grup kemi vëgur 59 të sëmurrë, pa shenja staze në qarkullimin e madh të gjakut dhe të mëlgjësë dhe dhjetë ditë para fillimit të mjeqimit e 20 ditë pas fillimit të mjekimit iu kemi përcaktuar sasinë e kolesterinëmë totale, të kolesterines së lire dhe të esterifikuar, të fosfolipideve në gjak; iu kemi llogaritur kolesterinë-fosfolipide, proteinat në gjak, fraksionet e proteinave dhe lipoproteinave. Kolesterolinëmë totale e kemi përcaktuar me metodën spektrofotokolorimetrike të Libermann-Itzchard. Fosfolipidet me metodën Bloo-Bell-Dorsy-Briggs, proteinat totale me metodën refraktometrike dhe fraksionet e lipoproteinave i kemi përcaktuar me metodën të elektroforezës mbi letër. Për grup kontrolli kemi marrë dhjetë të sëmurrë, që praktikisht nuk vuannin nga hipertensioni dhe sëmundje të tjera që mund tu shkaktojne ndryshime të lipideve, proteinave, fosfolipideve dhe iu kemi caktuar analizat e përmëndur më sipër me të njëjtat metoda.

Të gjitha këto ekzaminime biokimike (në 59 të sëmurrët) i kemi përcaktuar me qëllim që të zbulojmë në se terapia e rezerpinës në këta të sëmurrë jep ndryshime në gjak dhe konkretisht cilat janë këto ndryshime dhe si duhen interpretuar.

Si rrugull është vepruar që në tre ditët e para të shtrimit, të sëmurët nuk kanë marrë mjekim me rezerpinë dhe është marrë përbazë tensioni arterial pas këtyre ditëve. Para fillimit të mjekimit, tensioni arterial është matur në pozicion shtrirë e më këmbë për tre herë rjesht (pasi ka qëndruar përfaturoj përfaturoj përfaturoj përfaturoj marrë përbazë shifrat e matjes së tretë. Edhe më vonë kontrolli i tensionit arterial, pas fillimit të mjekimit, është matur në dy poziciona shtrirë dhe më këmbe).

Në përgjithësi, dozat e medikamentit janë dhënë sipas stadiut ose rëndimit të sëmundjes. Për stadin ose grupin e parë të sëmundjes kemi dhënë doza përcaktësish të vogla 0.1 të mg. dy herë në ditë ose

tri herë në diti. Pas kësaj kemi ndjekur si rregull në përgjithësi që kur doza e fillimit pas 20-30 ditësh nuk ka dhënë efektin hipotensif, e kemi shtuar dozën. Për stadin e dytë, doza mesatare ka qenë 0.25 të mg. dy herë në diti ose tri herë në diti, ndërsa për stadin ose grupin e tretë të sëmurdjeve, doza mesatare e medikamentit ka qenë 0.25 të mg. tri herë në diti. Por ka pasur raste të rralla që me stadin e tretë kemi dhënë deri në një miligram në diti.

Përvec rezepinës, të sëmuret nuk kanë marrë barna të tjera me veti antihipertensive. Të sëmuret rëndë (27) kanë marrë kardiotonikë etj.

Këtij mjekimi, të sëmuret i janë nënshtruar në spital nga 21 ditë deri në 63 ditë, mesatarisht 30.7 ditë.

Krahas kontrollit të matjes së tensionit arterial, kemi ndjekur dhe shpeshtësinë e pulsit, gjendjen e zemrës, akceset e stenokardisë (nëm ndikimin e mjekimit), akceset e astmës bronkiale e astmës kariale, efektit anësore të medikamentit etj.

Rezultatet klinike të terapiës së rezepinës: të sëmuret i kemi vendosur nëpër grupe të bazuar në nivelin e tensionit arterial minimal.

Pasqyra nr. 1

Grupi ose stadi i sëmundjes	Numri i të sëmureve	Mesataria e T.A. (para mjekimit) Sistoliku	Diastoliku
I	33	176 ± 13	105 ± 11
II	183	210 ± 34	116 ± 24
III	84	232 ± 35	128 ± 37

Gjithsej 300

Në pasqyrën nr. 1 kemi paraqitur grupimin e të sëmureve sipas nivelit të tensionit arterial diastolik të paramjekimit.

Nën ndikimin e mjekimit me rezepinë, këto mesatare të tensionit arterial pësojnë ndryshime, të cilat janë përmblledhur në pasqyrën nr. 2.

Pasqyra nr. 2

Ndikimi i mjekimit me rezepinë mbi T.A. në të sëmuret me H.T.A. sipas grupeve

Grupi	nr. i të sëmureve	Ndikimi mbi tensionin arterial		Pa efekt
		Nr. i të sëmureve	Ujje	
I	33	176/105	130/85	Diferencia
II	183	210/116	165/95	Ujje
III	84	231/128	211/118	Nr. i sëmure
				në mmHg.
				në %
I	33	176/105	130/85	100
II	183	210/116	165/95	86%
III	84	231/128	211/118	36
				35%
Gjith.	300	210	—	54
				90
				70%

Në grupin e parë, mesatarja e përgjithshme diastolike nga 105 mmHg, liku nga 176 mmHg në 130 (gjithashtu ulet në normë). Për këtë stad hipertensiv: në të gjithë të sëmuret, të dy mesataret u ulën deri në nivelet e normës.

Në grupin e dytë (pasqyra nr. 2), efekti hipotensiv u vu re në 147 ndërsa në 36 të sëmuret nuk u arrit asnjë ulje e shifrave të T.A. (ose në 20% të të gjithë të sëmureve të këtij grupei).

Për të vënde në dukje është se në rastet që u vu re efekti hipotensiv, kjo ulje nuk ka qënë aq e rëndësishme, sikur ndodhi në të sëmuret e grupit të parë ose, me fjalë të tjera, tensioni arterial nuk u ulën në nivelin e normës.

Në grupin e tretë pas mjekimit, mesataret e tensionit arterial u maksimalen, ulje këto praktikisht të parëndësishme. Por edhe këto ulje të lehta u takuan vetëm në 30 të sëmure (nga 84 që është numri total i të sëmureve në këtë grupe), dmth vetëm në 35% të të gjithë të sëmureve të këtij grupei, ndërsa në 54 të sëmuret e tjera (që përbëjnë 65%) nuk u arrit asnjë ulje e tensionit arterial.

Interpretimi i rezultateve kinike. — Efekti i mjekimit ka qënë i ndryshëm sipas grupeve ose stadeve dhe, si rrjetdhim, nuk mund të tensionit arterial, si i minimales astu dhe i maksimales, ka qënë e rëndësishme dhe kjo ulje e shpuri tensionin arterial deri në kufijt e normës. Për më tepër, kjo ulje ndodhi në të gjithë të sëmuret e këtij grupei. Për këto arsy, rezultatin e mjekimit në këtë grupe e kemi vlerësuar të mirë.

Në grupin e dytë të sëmundjes morën rezultate më pak të kënaqshme. Mesataret e përgjithshme u ulën deri afér normës, por edhe tensionit arterial, ndërsa në këtë dhëna, rezultatin antihipertensiv, për këtë grup, e kemi vlerësuar të pakët.

Në grupin e tretë, efekti hipotensiv i mjekimit ka qënë i parëndësishëm për arsy se nga 84 të sëmuret, vetëm në 30 prej tyre u arriti ulja e tensionit arterial, ndërsa në 54 të sëmuret e tjere (në 65%), efekti antihipertensiv mungoi. Por edhe në raste që u ndikuau nga terapia e rezerpines, ky ndikim ka qënë shumë i pakët. Për këto arsy, rezultatin antihipertensiv, në këtë stad, e vlerësojmë pa efekt.

Në lidhje me mjekimin me rezerpine në të sëmuret me hipertonikë, autorët e ndryshën jepin rezultate të ndryshme.

Në hipertonitte beninje, terapia e rezerpines ka ulur tensionin arterionit arterial arriti deri në normë (5). Një autor tjeter (4) nga 200 të sëmure, në 70% të tyre është arritur një ulje e modernuar e tensionit arterial. Autorë të tjerë (6), në një pjesë të të sëmureve hipertonikë në stadin e tretë kanë arritur që të normalizojnë shifrat e tensionit arte-

Ndikimi i terapiës së rezepinës mbi kolesterolinë totale, të lirë dhe të esterifikuar dhe mbi fosfolipidet në gjak. —

Para mjekimit, rë 35 të sëmure, kolesterolina totale në gjak ka qënë nga 225 deri në 360 mg%, dith në afro 2/3 të rasteve, hipertensioni essencial u shoqërua me hiperkolesterolinë totale. Ky shoqërim i shpesh të duhet të shpjegohet edhe me faktin se pjesa më e madhe e të sëmurëve, duke qënë në stadet e zhvilluara të sëmundjes, praktikisht në stadin e dyte dhe të tretë të saj, të këta ka qënë i zhvilluar edhe processi aterosklerotik.

Pas mjekimit me rezepinë, kolesterolinemia totale u ul në 48 të sëmure (nga 59), dith në 4/5 ose në 81% të gjithë rasteve. Mesatarja e uljes (shih pasqyri nr. 3) ka qënë 59.3 mg%. Në të gjithë të sëmuret, kolesterolinemia totale u ul mesatarisht nga 235.3% \pm 6 në 194 \pm 5.3 mg%. Në një i sëmure, kolesterolinemia nuk pesoi ndryshime dhe në dhjetë të sëmure, pas mjekimit, ajo u ngrit.

Pasqyra nr. 3

Sasia e Kolesterolit, mg%	Nr. i të sëmureve	Ndryshimet e kolesterolinës			Shtim Pa ndryshme
		Ulje	Në mg% mesatare	Në % me kujdes, në fillim Nr. i të sëmureve	
160-180	10	4	23	13	6
181-200	8	5	32	16	—
201-250	21	19	48	20.5	1
260-300	17	17	83	30.2	1
301-350	2	2	94	28.4	—
360	1	1	70	19.4	—
Gjithsej	59	48	59.3	23	10

Mund të themi se shkalla e uljes së kolesterolinës totale në gjak është në lidhje të drejtëndrejtë me sasinë e kolesterolinës së paranjekimit (shih pasqyrën nr. 3). Por kjo vartësi prishet në disa raste. Pas mjekimit, ulja e sasisë së kolesterolinës totale është më e theksuar në të sëmuret me kolesterolinë filisteare përkrahësht të uljet. Në dhjetë të sëmure të tjere kemi pasur rezultate të kundertë: kolesterolinemia u shtua pas mjekimit.

Në të sëmuret me hipertension arterial essencial të injekuar me rezerpinë, krahas uljes së kolesterolinës totale, vumë re edhe pakësim të kolesterolinës së esterifikuar. Mesatarja e kolesterolinës së esterifikuar, para mjekimit, ka qënë 160.8 \pm 6 mg% me luhatje nga 107 deri në 222 mg%. Pas mjekimit, kolesterolina e esterifikuar u ul dhe mesatarja e saj e përgjithshme arriti në 136.8 \pm 5%. Ulja ndodhi në 23 të sëmure. Në 6 të sëmure ajo u shtua pas mjekimit dhe vetëm në rënie i sëmure nuk pësoi ndryshime.

Sikurse edhe në rastin e kolesterolinës totale, pakësimi i kolesterolinës

së esterifikuar, në përgjithësi, ka qënë në vartësi me sasinë e kolesterinës së esterifikuar të paramjekimit.

Koeficienti i esterifikimit gjithashtu pësoi ndryshime pas mjekimit dhe kjo është e lidhur me uljen e kolesterinës së esterifikuar. Para mjekimit, ky koeficient mesatar ka qënë $67.8\% \pm 0.8 \text{ mg}^0/0$, pas mjekimit u ul deri në $63.8 \pm 0.8 \text{ mg}^0/0$.

Në fillim, mesataria e kolesterinës së lirë ka qënë $77.5 \pm 9 \text{ mg}^0/0$, sasia më e vogël e së cilës ka qënë $51 \text{ mg}^0/0$ dhe më e madhja $116 \text{ mg}^0/0$. Pas aplikimit të terapisë edhe niveli i kolesterinës së lirë u pëksua dhe përfaqësohet me mesatari të përgjithshme $74 \pm 3.3 \text{ mg}^0/0$, duke u ulur në $3.5 \text{ mg}^0/0$ mesatarisht. Në 9 të sëmurrë gjetëm rreth shtrin të kolesterinës së lirë pas mjekimit, mesatarisht me 13.2% . Në tre të sëmurrë, pas mjekimit, nuk pati ndonjë ndryshim.

Pasqyra nr. 4

Ndryshimet e kolesterinës totale dhe të fraksioneve të saj nga mjekimi me rezerpinë

Koha e përcakt. të analizës	Kolesteroli mesatari në mg %	Kolesterolina e esterifikuar në mg %	Kolesterolina e lirë në mg %	Koeficienti esterifikim
Para mjekimit	235.3 ± 6	160.8 ± 6	77.5 ± 9	67.8 ± 0.8
Pas mjekimit	194 ± 5.3	136.8 ± 5	74 ± 3.4	63.8 ± 0.8

Nga pasqyra rezulton se kolesterina e esterifikuar është ndikuar më shumë nga mjekimi sesa nga kolesterina e lirë. Me këtë shpjegohet edhe pakësimi i koeficientit të esterifikimit pas mjekimit në 70% të fë gjithë rasteve të mjekuar. Në literaturën që kemi pasur mundesi të gjashtë rastevje nuk kemi gjetur kundesa, biokimike të plota në lidhje me të sëmurët hipertoniqë të mjekuar me rezerpinë, pasi autorët që janë marrë me këtë studim kanë dozuar vetëm kolesterinën totale (4, 9).

Pra, si konkluzion del se terapia e rezerpinës pakëson kolesterinën në gjak në të sëmurët me *morbus hypertonicus*.

Tani rëndësi të madhe i japid jo vetëm përcaktimit të sasisë së kolesterinës në gjak, por edhe gjendjes së saj fiziko-kimike në gjak dhe, në vegantje lidhjeve të saj fiziko-kimike së gjakut. Slikurse dihet, lipidet në gjendje normale nuk janë solubile (në uji) dhe për këtë janë në solucion koloidal. Kjo gjendje e lipideve në gjak, në një shkallë të madhe, varet nga përbajja e fosfolipideve, të cilat paraqiten si stabilizatorë të kësaj tretësire koloidale (10). Për këto arsy, në të sëmurët tanë kemi përcaktuar edhe fosfolipidet në gjak janë përfaqësuar me mesataren $185.7 \pm 6.4\% \text{ mg}$. Në 48 të sëmurrë u gjenden kufit e normës, në 5 mbi $250 \text{ mg}^0/0$. Pas mjekimit, në shumicën e

Rasteve (në 37 të sëmure, osje 62,7%), fosfolipidet në gjak u shtuan dhe në 22 të tjerë u ulën (37,3%). Në pasqyrën nr. 5 janë përmblodhur ndryshimet e fosfolipideve në gjak pas mjekimit.

Pasqyra nr. 5

Ndryshimet e fosfolipideve në gjak pas mjekimit me rezerpinë në të sëmuret me morbus hyperonicus

Sasia e foso- lipideve para mjekimit	Ndryshimet e fosfolipideve		
	Nr. i të sëmureve	Shim	ulje
	nr. së rëve	Mesat në mg %	Nr. % nga paramjek
116-189	33	21	69.8
181-200	5	3	15.7
201-250	16	11	18.7
251-397	5	2	21.6
Gjithsej	59	37	47.6
		30.6	12
		22	23.4
		26	14.6
		13.6	25
			13.5
			34
			15.3
			7.3

Nga pasqyra vërehet se shtimi i fosfolipideve në gjak është i lindhur me nivelin e tyre të paramjekimit, dñth kur ky nivel është i ulur pas mjekimit ndodh shtimi i tyre më i madh. Edhe një autor (9) ka studjuar fosfolipidet në gjak në të sëmuret me hipertension arterial esencial pas mjekimit me rezerpinë dhe ka vënë re gjithash tu shtimin e fosfolipideve në shumë rastë (pas mjekimit).

Raporti kolesterinë/fosfolipide para mjekimit ka qënë 1.29 ± 0.45 , pas mjekimit ky raport u ul në 1.01 ± 0.04 . Ulja e këtij raporti ndodhi, në radhë të parë, nga ulja e kolesterinës totale dhe pastaj nga shtimi i fosfolipideve në gjak.

Nga kjo mund të arrijmë në përfundimin se terapia e rezerpinës në të sëmuret me hipertension arterial esencial përmirëson treguesit që karakterizojnë çrrgullimet e metabolizmit të lipideve në sëmundjen hipertonike dhe më procesin aterosklerotik. Nga këta tregues, terapia e rezerpinës ndikon më shumë mbi kolesterinën totale dhe të esterifikuar dhe pastaj në më shkallë më të pakët mbi kolesterinën e lirë. Mjekimi me rezerpinë në këta të sëmure shpie në ndryshime të fosfolipideve, por në një shkallë më të pakët.

Nukimi i terapijisë së rezerpiqës mbi frakstonet e lipoproteinave

dhe të proteinave në gjak. —

Në të gjithë të sëmuret, mesatarja e lipoproteinave, para mjekimit, ka qënë $74 \pm 0.9\%$. Në afro 70% të të sëmureve u gjend shtimi i beta-lipoproteinave në gjak. Duhet menduar se në të sëmuret me H.T.A. esen-

cial në studim, ka qënë i zhvilluar edhe procesi aterosklerotik, (mosha dhei stadi i zhvillimit të sëmundjes). Pas mjekimit, mesatarja e beta-lipoproteinave rezultoi $68.8 \pm 1^{\circ}0$. Pas terapisë së rezerpinës në $63.30^{\circ}0$ të të sëmurevë, niveli i beta-lipoproteinave arriti në kufit e normës dhe vetëm në 11 të sëmure babeti në nivelin $71.80^{\circ}0$. Pra, nga afro $33^{\circ}0$ të sëmurevë, që ishin në kufijt e normës para mjekimit, pas terapisë së rezerpinës, kjo përqindje u shtrua deri në $63.30^{\circ}0$. Në rastet që pas mjekimit ka rezultuar ulja e beta-lipoproteinave janë shtruar alfa-lipoproteinat. Gjithashtu duhet vënë në dukje se pas mjekimit, në katër raste kemi pasur ngjyrtje të beta-lipoproteinave.

Në se bëjmë një krahasim ndërmjet kolesterolinës së totale të paragjithësij me përgjindjen e beta-lipoproteinave (para mjekimit) në përgjithësi do të vennë re një lidje ndërmjet tyre: kur kolesterolinë së totale në gjak është e lartë edhe lipoproteinat janë të larta, megjithëse ka edhe raste që i shmangen kësaj vartiesie (pasqyra nr. 6).

Pasqyra nr. 6

Niveli i kolesterolinës së totale dhe beta-lipoproteinave në gjak para mjekimit në të sëmuret me H.T.A. esenciale

Kolesterolinë së totale në mg %	Nr. i të sëmurevë	Beta - lipoproteinat në përqindje	
		Mesataria	Luhatjet
180-200	9	70.4	67-74
201-250	11	75.3	69-83.7
251-300	8	75.9	64.8-82.6
301-338	2	75	69-81
Gjithsej			64.8-83.7
	30	74	

Krahas uljes së kolesterolinës së totale dñe e beta-lipoproteinave para dñe ndodhi edhe ulja e beta-lipoproteinave, megjithëse jo në të gjithë rastet.

Pasqyra nr. 7

Mesatarja e përgjithshme e kolesterolinës së totale dñe e beta-lipoproteinave para dñe pas mjekimit me rezerpinë

Koha e përcaktimit të mesa ares	Kolesterolinë së totale në r g %	Beta-lipoproteinat në përqindje
Para mjekimit	235.3 ± 6	74 ± 0.9
Pas mjekimit	194 ± 5.3	68.8 ± 1

Në 59 të sëmuret, proteinat totale në gjak kamë qënë në kufit e normës para mjekimit dñe në mësatare të përgjithshme 7.6 ± 0.1 . Sasia e albuminave para mjekimit nuk ka qënë e ulur në të sëmuret.

tanë, por e shtuar është, me mesatare të përgjithshme $52.3 \pm 1.5\%$. Në të kundërtën gjithëm pakësimin e globulinave (mesataren e përgjithshme $47.6 \pm 1.3\%$). Pas mjekimit, proteinat totale nuk pësuan ndonjë ndryshim, ndërsa albuminat u shtuan, duke arritur mesatarja e përgjithshme $60.1 \pm 1.5\%$. Konkretisht ato u shtuan në 44 të sëmurrë, në 13 u ulën dhe në dy nuk pësuan ndryshime. Si rrjedhim, mesatarja e përgjithshme e të gjitha globulinave nga $47.6 \pm 1.3\%$ pas mjekimit u ul në $39.7 \pm 1.4\%$.

Pasqyra nr. 8

Ndryshimet e proteinave totale, albuminave dhe globulinave në të sëmurrët me H.T.A. esencial të mjekuar me rezepinë

Lloji i fraksioneve	Para mjekimit Mesatarja	Pas mjekimit Mesatarja
Proteinat totale në mg %	7.6 ± 0.1	7.6 ± 0.3
Albuminat në %	52.3 ± 1.5	60.1 ± 1.5
Globulinat në %	47.6 ± 1.3	39.7 ± 1.4

Llojet e fraksioneve të globulinave si dhe ndryshimet e tyre, nëndikimin e mjekimit, kanë qënë si vijon (pasqyra nr. 9): fraksoni i alfa-njëglobulinave, para mjekimit, ka qënë me mesatare të përgjithshme $6.3 \pm 0.4\%$, pas mjekimit pësoi një ulje të lehtë: $5.1 \pm 0.3\%$. Fraksoni i alfa-dy globulinave, mesatare të paramjekimit, ka pasur $8.8 \pm 0.5\%$, pas mjekimit kjo mesatare u ul pak deri në $7.8 \pm 0.5\%$. Vjetëm fraksoni i beta-globulinave pësoi ndryshime të dukshme pas mjekimit, kështu mesatarja e përgjithshme nga $14 \pm 0.6\%$ u ul në $11.4 \pm 0.6\%$. Pas mjekimit gama-globulinat nuk ndryshuan.

Në se ndryshimet e beta-globulinave, që kemi gjetur pas mjekimit, i krahasojme me ato të beta-lipoproteinave do të vërejmë në përgjithësi një paralelizëm ndërmjet tyre: kur kemi pasur uljen e beta-globulinave, ka ndodhur dhe ulja e beta-lipoproteinave dhe e kundërtë. Kjo mund të shpiegohet me faktin se në molekulat e beta-lipoproteinave bëjnë pjesë edhe beta-globulinat (10).

Pasqyra nr. 9

Ndryshimet e fraksioneve proteinike me të sëmurrët me H.T.A. esencial pas mjekimit me rezepinë

Fraksonet	Para mjekimit Mesatarja në %	Pas mjekimit Mesatarja në %
Albuminat	52.3 ± 1.5	60.1 ± 1.5
Alfa-njëglobulinat	6.3 ± 0.4	5.1 ± 0.3
Alfa-dyglobulinat	8.8 ± 0.5	7.8 ± 0.5
Beta-globulina	14 ± 0.6	11.4 ± 0.6
Gama-globulina	18.5 ± 0.8	18.2 ± 1

Të dhënat tona mund të përmblidhen në shtimin e albuminave dhe në uljen e globulinave totale. Nga fraksionet e globulinave, në radhë të parë, u ul fraksioni i beta-globulinave. Ulja e beta-globulinave ka ndodhur krahas uljes së beta-lipoproteinave dhe, si rrjetdhim, ndodhi dhe shtimi i alfa-lipoproteinave.

Duke u bazuar në këto ndryshime, arritmë në përfundimin se mjekimi me rezerpinë i të sëmurrëve me H.T.A. esencial ndryshon treguesit e cievjuar që kanaknëzojnë çregullimet e metabolizmit të lipideve, proteinave e lipo-proteinave në H.T.A. esencial në drejtim të pëmirsimit të tyre.

P E R F U N D I M E :

- 1) Mjekimi me rezerpinë i të sëmurrëve me hypertension arterial esencial ul tensionin arterial (maksimal e minimal) deri në normë: në stadin e parë në 100% të rasteve; në stadin e dytë ul tensionin arterial (maksimal e minimal) afér normës në 80% të të sëmurrëve dhe në të sëmurrët e stadtit të tretë nuk ka asnjë efekt antihipertensiv.
- 2) Mjekimi me rezerpinë në të sëmurrët me H.T.A. esencial ul kolesterolinë totale në 81% të rasteve, kolesterolinëmë të esterifikuar në 77% të rasteve dhe kolesterolinë e lire në 70% të rasteve. Si pasojë e këtyre, koeficienti i esterifikimit pakësoshet pas mjekimit në 70% të sëmurrëve.
- 3) H. T. A. esencial shoqërohet me fosfolipidet në gjak në kufit e normës. Pas mjekimit me rezerpinë, fosfolipidet u shtuan në 62.7% dhe u ulen në 37.3% të rasteve. Raporti kolesterolë/fosfolipide u ul pas mjekimit me rezerpinë.
- 4) Hipertensioni arterial esencial në 70% të rasteve u shoqërua me shtim të beta-lipoproteinave në gjak. Mjekimi me rezerpinë i H.T.A. esencial uli beta-lipoproteinat në gjak në 33.3% të rasteve.
- 5) Sëmundja hipertonike shoqërohet me protëina totale në kufit e normës dhe me shtim të lehtë të albuminave. Pas mjekimit me rezerpinë, albuminat u shtuan pak në 76% të të sëmurrëve, kurse beta-globulinat u ulen në 80% të të sëmurrëve.

Dorëzuar në Redaksi më 20 tetor 1978

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

- 1) Enver Hoxha: Raport në Kongresin e 7-të të PPSH. 1976, 181.
- 2) Buhler F. R.: The antihypertensive drug of first Choice. The cardioprotective action of beta-blockers. An Intern. Symposium held during the serventh European Cardiology Congress. Amsterdam 1976, 42.
- 3) Dailochio M.: Symposium H. T. A. Bordeaux 1970, 28.
- 4) Fellinger K.: Medikamentozne lecenje gjipertoniceskoi bolezni. Voprosi serdecnoj sesudistoi sistemi. 1955, 1, 88.
- 5) Friedberg Ch.: Traitement de l'hypertension. Maladies du coeur 1959, Tome II, 991.
- 6) Greif H., Loffler Huges I.: Hypertension and anti-hypertensive drugs. American Journal of Med. 1954, 17, 700.
- 7) Hollander W.: Hypertension, anti-hypertensive drugs and atherosclerosis. Circulation 1973, 59, 112.
- 8) Hoxha F., Rusi H.: Aspekte klinike të sëmundjes hipertonike. Buletini i

UT – Seria shkencat mjejkësore 1976, 1, 9.

9) Kramer A.A.: Izmenjenja soderzhanie lipidov krovi u bolehih gipertoničeskoi bolezni. Kliničeskaia Medicina 1958, 1, 82.

10) Poma Y.: Mjekomi me acid nikotinik i te sešumreve me koronaroskleroze aterosklerotike. (Dizertacion 1966, 1, 50)

11) Simon A., Weiss V., Safar M., Miliez P.: Role de l'hypertension arterielle dans l'atherosclerose et la pathologie arterielle cardio-vasculaire. Médecine et hygiène 1978, 36, 752.

Summary

TREATMENT WITH RESERPINE OF ESSENTIAL HYPERTENSION: CLINICAL RESULTS AND EFFECT ON THE METABOLISM OF LIPIDS, PROTEINS AND LIPOPROTEINS

The clinical effect was studied of reserpine on 300 patients with essential hypertension, and in 59 cases was studied its effect on the lipid, protein and lipoprotein metabolism.

The following conclusions were arrived at: 1) Reserpine lowers the blood pressure in 100% of the patients in the first stage of the disease, in 80% in the second stage, but has no effect in the third stage. Treatment with reserpine does not affect the coronary circulation in these patients. 3) It causes only mild side effects in about 25% of the cases.

The treatment caused the following changes in the composition of the blood: it lowered the level of total and esterified cholesterol but had little effect on free cholesterol. Phospholipids were lowered in 62.7% beta-lipoproteins in 33.3% and beta-globulins in 80% of the cases.

These findings indicate that in patients with essential hypertension reserpine tends to improve or normalize the indices mentioned above.

Résumé

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ESSENTIELLE PAR RÉSERPINE

L'auteur a étudié l'effet clinique de la réserpine des 300 malades avec hypertension artérielle essentielle et des 59 autres l'effet de la réserpine sur le métabolisme des lipides sanguins, protéines et lipoprotéines.

Se basant sur cette étude, l'auteur a constaté que:

1) la réserpine abaisse la tension artérielle chez tous les malades du premier stade de la maladie; dans 80% des cas du deuxième stade et sans résultat antihypertensif aux malades du troisième stade.

2) Le traitement n'affecte pas la circulation coronarienne des ces malades.

3) La réserpine donne des effets collatéraux légères approximativement chez 25% des malades traités.

En ce qui concerne les modifications métaboliques après le traitement on est arrivé aux résultats suivants: 1) abaissement du cholestérol sanguin total, du phospholipides chez 62.7% des cas; des bétalipoprotéines chez 33.3% et des bêta-globulines chez 80% des cas.

Selon l'auteur, la thérapie par réserpine des malades hypertensifs améliore ou normalise les index mentionnés plus haut.

RESULTATET E ARRITURA NË PARANDALIMIN E LINDJEVE PREMATURE

— APOSTOL LIRA, FATMIRA BASHA, METIJE KASHARI, LILIANA MYRTO,
SOFIKA ALIU —

(Poliklinika e Ligjes nr. 6 — Tiranë)

Vendimet e rëndësishme të Kongresit të VII të PPSH dhe të plenumit të XI të KQ të PPSH (1, 3) kanë hapur horizonte të reja në drejtum të realizimit të masave të gjëra profilaktike. Në punonjësve të shendetësisë këto vendime na kanë vënë përparrë detyrave të rëndësishme e serioze edhe në fushën e mbrojtjes së shëndetit të nënës dhe fëmijës.

Për të vënë në jetë vendimet dhe direktivat e Partisë, ne kemi pasur gjithmonë parasysh mësimet e Partisë dhe të shokut Enver Hoxha, i cili na porosit se «*origjina e shëndetit të mirë ose të keq të njërit fiton që kur ky është akoma në barkun e nënës*» (2).

Ndryshimet e mëdha social-ekonomike dhe kulturore që kanë ndodhur, në përgjithësi, në vendin tonë dhe stadi i zhvillimit të shërbimit shëndetësor në fazën e tanishmë, ne mendojmë se kanë krijuar të tyre në mënyrë të vërmëndshme e shkencore.

Lindjet e parakohshme gjështëtohen me një sërë problemesh shëndetësore dhe shqëflore. Ato kanë rëndësi të vegantë, sepse përbëjnë një rezervë të madhe për uljen e mëtejshme të vdekjeve të fëmijëve të moshës së gjirit (4, 7, 9, 10, 13, 17, 18, 19).

Për këtë qellim ne kemi punuar për zbulimin dhe mënjanimin e gjendjeve predispozuese, të shkaqave dhe rrethanave kërcënuese, që sjellin lindjen e parakohshme. Këtë ne e kemi parë si rrugën e vetme për parandalimin e lindjeve prematur.

Metodika e punës ka konsistuar: në grumbullimin me kuides të të dhënave anamnestike për të dhënat shëndetësore, obstetrikale dhe gjinekologjike, sipas një kriteri të përcaktuar. Për çdo rast është kryer ekzaminimi klinik, obstetrikal dhe gjinekologjik. Po ashtu janë bërë ekzaminime plotësuese si kolposkopia, është bërë kontrolli i qafës së mitrës dhe kanalit cervical, është përcaktuar bioflora vaginale, kuadri i gjakut, sheqeri në gjak, funksioni i veshkave dhe ekzaminime të tjera.

Gjatë vjetëve 1975-1977 janë marrë nën vëzhgim 612 gra shtatë parakohshme gjatë vijimit të shtatzëni. Nga ky grup janë përshtuatuar ato raste, që kanë pasur shqetësimë dhe janë vizituar vetëm 1-2 herë për arsyen se shqetësimet e tyre janë stabilizuar pas mjekimit

të marrur. Kështu vërehet se për vjetët 1975-1977, në shtatzënrat e ndjekura nga të, rreziku për lindjen e parakohshme është ndeshur në 18.46% të grave shtatzëna (pasqyra nr. 1).

Pasqyra nr. 1

Zbulimi i prematurancës

Vitet	1975	1976	1977	3 vjet
1) Lindje gjithsej	202	206	234	612
2) Trajtarar për rrezik lindje para kohë	35	40	38	113
3) Përqindja	17.38	19.42	18.62	18.46
4) Lindur parakohe	10	8	3	21
5) Përqindja	4.9	3.9	1.5	3.5

Nga studimi i materialit tonë rezulton se gratë shtatzëna, që janë marrë në kontroll të vegantë mijekësor që në tremujorin e parë dhe të dytë të shtatzënisë, dëmth se fillimisht ato paraqiteshin me rrezik dëshimi, por ne mijekimet e marrura kanë kaluar këto periudha, duke vijuar shtatzëninë në muajt pasues, por gjithmonë kanë vijuar mijekimet përkate. Kështu rastet e trajtuarara janë zbuluar: në tremujorin e parë 52.25% e të gjithë rasteve, në tremujorin e dytë (4-6 muaj) 36.40% dhe nga 7-8 muaj — 11.50%.

Nga të dhënat e këtyj materiali vërejmë se përsa u përket shkak qeve që ndikojnë në lindjen e parakohshme, ato janë të shumta. Më poshtë po renditim të dhënat përkate. Bradha e shtatzënisë dhe e lindjeve të mëparshme kanë ndikimet e veta në lindjen para kohë.

Bradha e shtatzënisë

Viti	Gjithsej	Bradha e shtatzënisë					
		1	2	3	4	5	6
1975	35	15	15	4	1	—	—
1976	40	13	14	7	3	1	—
1977	38	15	9	10	2	—	1
Gjithsej	113	43	38	21	6	3	1
Përqind.	100	38.00	33.62	19.46	5.30	2.65	0.97

Nga të dhënat e paraqitura del se 38.00% e grave shtatzëna të trajtuara kanë qënë primipare dhe 62.00% kanë qënë nëna me më shumë se një fëmijë.

Të dhënat tona nuk përkijnë me ato të disa autorëve të tjere (7, 9, 13), të cilët pranojnë se raportin ndërmjet prematurancës dhe primpareve është më i madh. Përkundrazi, ne jemi të mendimit se ky raport është i kundërtë, më tepër paraqiten rrethanat predispozuese

Pasqyra nr. 2

në gratë me shumë fëmijë. Kjo dukuri shpjeqohet me faktin se në vendin tonë janë të rralla ato nëna që lindin vetëm një fëmijë. Dëshmi e qartë përkëtë është shtesa e popullatës në vendin tonë, ku gjatë viteve të Pushtetit Popullor është rritur 2.5 herë me një rriem mesatar vjetor mbi 2%. Në vendet kapitaliste dhe revolucioniste, për ansyet social-ekonomike, lindjet janë të kufizuar, prandaj zotërojnë primiparët.

Vëmendje i kushtohet dhe studimit të lindjeve parakohë në lidhje me moshën e gruas. Përkëtë qëllim, rastet e studjuara i kemi ndarë në gjashë grupe (pasqyra nr. 3).

Pasqyra nr. 3

Grupet e moshave të shtatzënave

Viti	-20	21-25	26-30	31-35	36-40	+40
1975	3	17	11	4	—	1
1976	8	10	17	4	—	—
1977	9	13	12	2	2	—
Gjithsej	20	40	40	10	2	1
Përqindja	17.70	35.41	35.41	8.84	1.77	0.97

Në bazë të moshës, rreziku i lindjes para kohe takohet më shpesh në tre grupet e para, të cilat zënë 88.52% të rasteve.

Përsa u përket moshave kemi gjetur 10% të rasteve primipare me mosha 18 vjeçare dhe mbi 30 vjeçare. Prijet që kanë gratë me mosha të vogla dhe primiparet e kaluara në moshë për të lindur fëmijë para kohe e përmëndin shumë autorë (7, 10, 15, 19).

Nëpërmjet anamnezës, vëmendje të veçantë i kemi kushtuar rretimeve dhe lindjeve premature dhe u vu në dukje se 17.69% e grave kishin pasur dështime: 12 nga një dështim, 4 nga dy, një kishte dështuar pësë herë, tri gra kishin bërë nga 6 dështime. Pluriparet në 22.96% e tyre kanë bërë dështime. Të dhëna të përaferta japin dhe autorë të tjere (9, 10, 14, 16, 17, 18).

Përrastet që kishin bërë dështime në shtatzënitë e mëparshme, sidomos kur këto ishin të përsëritura dhe të provokuara, kemi gjetur gjurmë të dukshme sidomos në organet genitale, duke filluar nga qata laceracione dhe rrethana të pamjafueshmërisë cervikostmike ose të ashtuquajturës beancës-istmikocervikale (B I C), që përbën një aspekt e mitrës dhe deri në adneksat. Krahë infeksioneve janë gjetur edhe ashtuquajturës beancës-istmikocervikale (B I C), që përbën një aspekt anatomo-funksional të vegantë për lindje premature (9, 14, 16).

Nëpërmjet ekzaminimit klinik obstetrik gjinekologjik dhe eksaminimeve plotësuese të 113 rasteve të marrura në studim, kemi arritur të zbulojmë, gjatë shtatzënise, sëmundje të përgjithshme (ekstraktivitete) dhe gjinekologjike. Në 61 rastie (53.98%) kemi gjetur një mundje të organeve gjenitale dhe 16 gra (14.1%) kishin sëmundje të

ndryshme ekstragjenitale. Në 41 gra (36.3%) janë zbuluar në të njëjtën kohe dy rrethana patologjike, sëmundje të përgjithshme dhe gjekologjike.

Në përgjithësi, ndryshime patologjike në sferën gjenitale ose sëmundjet gjinekologjike i kemi gjetur në 71.24% të rasteve, ndërsa sëmundjet e përgjithshme në 35.46% të tyre. Në këtë drejtim, të dhëna të përaferta japin dhe autorë të tjere (15, 18, 19), por në studimin e morbozitetit, të dhënat tona nuk përkonin përsë u përket toksikozave gravidare, ku, sipas të dhënave të tyre, ato zënë vendin e dytë, kurse në materialin tonë nuk përbëjnë asnjë problem. Kjo lidhet me kujdesin e madhi që tregohet në vendin tonë për gruan shtezënë dhe me ndryshimet rrënjesore social-kulturore. Këto patologji janë në raste të rralla dhe në formë të lehta.

Në studimin e rasteve tona, vërehjme se në patologjiet e organeve gjenitale, vendin e parë e zënë infantilizmi dhe anomalitë e zhvillimit të mitrës, që përfiqojnë 30.80% të rasteve të studjuara. Këtu përfshuhën rrëthanat e hipoplazisë së uterusit të gradës së parë — të dytë dne format e ndryshme të keqformuara të tij.

Pasqyra nr. 4

I. – Ndryshimet patologjike – gjinekologjike

	Përqindja
1) Infantilizmi i organeve gjenitale dhe keqformimë të ndryshme të zhvillimit të mitrës	30.8
2) Kolpiet banale trikomonale dhe mykotike	27.2
3) Erosio porto vaginalis colli, ecocervicitet, cervicitet dhe metritis cervikale	13.2
4) Laceracionet e qafës së mitrës dhe beancat cervikalo-istnikale.	7.9
5) Anomalitë e inserimit të placentës (placenta previa dhe binjakë)	4.8
6) Uterus pas preriave cezariane	4.4
7) Infeksione të adenokaseve	3.5
8) Fibriromoma uteri	2.6
9) Cist vezorial	0.8

II. – Sëmundje të brendshme

- 1) Vese dje sëmundje të fituara të zemrës
- 2) Sëmundje të veshkave dhe rrugëve urinare
- 3) Ulcus duodenii, Hepatitis kronik
- 4) Tireotoksozë
- 5) Emfizema pulmonare
- 6) Tromboflebit

Pas anomaliave të zhvillimit vijnë infeksionet gjinekologjike, kolpit banale, trikomonale dhe nga kandidozat, që zënë 27.2% të të gjithë rasteve. Këto infeksione qëndrojnë në raport 3:1:0.5.

Vendin e tretë e zënë erozionet, infeksionet e qafës dhe kanali cervikal në 13.2% të rasteve. Këto patologji autorë të tjere i kanë gjetur në përqindje më të larta (52.5%) (19).

Infeksionet e organeve gjenitale i kemi ndeshur kryesish t në ato

gra, që kanë qënë me moshë mbi 25 vjeç dhe në ato që kanë lindur ose kanë bërë shumë dështime.

Në të gjitha këto raste kemi parë, ku më shumë e ku më pak, dukuri tipike inflamatore, hiperemë, eksudacion serofibrinoz, leukore, ksantore dhe, me rrallë, sekrecione me përzierje gjaku.

Sot pranohet se këto ndryshime të dukshme ose diskrete janë ndodh për shkak të prodhimit të toksinave bakteriale, të ammavave, që lindin nga shkatërrimi i indit amniokorial dhe të prodhimit të alfaz prostaglandinave, të cilat kane veprim oksitocik, provokojnë tkrurjet e mitrës. Nga ana tjeter, diemtumet amniokoriale, sidomos të epitelit janë të pasur me gonando trofina korionike, që kanë aftësi për të frenuar veprimtarinë tkrurëse të mitrës. Pra mungesa e prodhimit të tyre ndihmon në shfaqjen e aktivitetit të lindjes para kohe.

Ashtu sikundër infeksionet banale dhe infeksionet parazitare nga trikomonaza duket se shkaktojnë dëmtime në kanalim cervikal, ku në sajë të shtimit të popullatës mikrobiike ndodh infekzioni i membrave amniale dhe plasia e parakohshme e tyre. Po ashtu edhe infeksionet mykotike sjellin ndryshime të pH në vaginë dhe gjallërim të proceseve inflamatore (5, 19).

Duke u mbështetur në këto pasoja, ne mendojmë se nuk mund të kuptohet dhe as të kryhet profilaksia e prematurancës pa ekzaminimin kohë pas kohe të vaginës, zonës cerviko-istmikale dhe trajtimit të infeksioneve gjatë periudhës së shtatzënisë.

Për këtë qëllim, ne kemi bërë ekzaminimin ginekologjik dhe kontrollin e shkallës së pastërtisë, të sekrecioneve vaginalë irregullisht përgjithësisht përmes gjatë shtatzënisë.

Përsa u përket dëmtimeve të qafës së mitrës dhe beancave cervikalo-istmikale (BCI), ato janë gjetur në 16 gra dhe janë pasojë e ndonjë dëmtim të dukshëm. Këto raste janë trajtuar në mënyrë kirurgjikale, ku eshtë aplikuar serikzazi.

Në përgjithësi, rastet janë trajtuar sipas vëgorive individuale të sippas rastev të veçanta. Për infeksionet, rezultati i mjekimit eshtë vlerësuar me anë të ekzaminimeve klinike dhe laboratorike. Krahas përdorur dhe preparate hormonale për vënien në qetësi të fibrës muskulare uterine. Eshtë bërë progresteron me doza individuale, sipas klinikës, në 25 mg, 50 mg dhe nganjëherë 100 mg/24 orë, në doza të fraksionuara, qdo 6-8-12 orë. Në tre raste eshtë përdorur Hormoforti, progesteroni me rezorbin të ngadalshëm në doza 250 mg. në qdo tre ditë dhe 500 mg. një herë në javë. Vetëm tre gra kanë marrë, pas 30 javëve të shtatzënisë. Isoks suprin nga goja tri herë nga 10 pika, dmth 30 mg/24 orë. Në këto raste, veprimi antispazmotik eshtë arritur pas disa diësh dhe aktiviteti uterin eshtë frenuar. Krahas mjekimit të mësipërmë janë përdorur dhe vitamina E 30 deri 40 mg në ditë, spazmolitikës, papaverinë 0.04, belaspon (6, 9, 14, 18).

Në rastet me infantilizën të uterutit janë përdorur edhe etinilestradioli 0.03 mg me cikle 21 ditore në muaj, për disa muaj me

radhë, duke e shoqëruar me askorutinë dhe acid folik 20 mg në ditë.

Në rrethanat që ndikojnë për lindjen para kohe përfshihen edhe kushtet e punës të gruas shtatzënë. Puna e rendë fizike dhe zhvillimi i strukturës uterine jo i plotë ose prania e ndryshimeve patologjike mund të bëhen shkas i filimtë të tkurjes uterine dhe lindjeve para kohe. Në rastet tona, vjetëm 11 kanë qënë punëtore, që punonin në punë të rendë si axhustatore, betoniste, mekanike dhe tornitore dhe, sipas dispozitave ligjore, përfituan 45 ditë leje para lindjes, 96 gra të tjera kanë marrë 35 ditë leje para lindjes.

Përsa i përket punës, gratë shtatzëna kanë qënë 99 punëtore (87.69%), nëpunëse 8 (7.08%) dhe shtëpijake 6 (5.36%). Në pamjen e parë duket se ka më raport të drejtë midis punës dhe lindjeve prematurë. Kjo rrethanë pranohet dhe nga autore të tjere (12, 15). Por duhet theksuar se në lagjen nr. 6 të Tiranës, gratë shtatzëna, në shumicën dërmuese, janë punëtore të Kombinatit të tekstilit «Stalin».

Për 105 gra shtatzëna, krahas mjekimit, është siguruar edhe punësimi i pagueshmëri për regjim shtirati gjatë kohës së kërcënimit të lindjes para kohe. Ndër keto, 10 gra janë trajtuar me regjim shtirati gjatë gjithë kohës së shtatzënsë. Kjo rrethanë është një çështje tjetër e kujdesit të madh që tregon Partia në vendin tonë për mbrojtjen e shendetit të nënës dhe fëmijës dhe një mundësi e madhe për trajtimin e prematurancës në kushtet e sëmundjeve.

Të gjitha të sëmurat janë vizuar rregullisht në shtëpitë e tyre nga mjeku dhe mami.

Në matematitet janë shtruar 12% të këtyre grave dhe kanë qëndruar mesatarisht 21 ditë.

Rezultatet e trajtimit profilaktik të 113 rasteve kanë qënë si vijion: nga 113 gra shtatzëna kanë lindur 114 fëmijë, njëra prej tyre ka lindur binjakë.

Në krahasin me vitet 1972-1973-1974, lindjet premature, si rrijdhim i trajtimit të vegantë, kanë zbritur si trevjeçar nga 6.9% në 3.5% për të tre vjetët e fundit 1975-1976-1977 dhe përkrahësht përketo vite ato kanë andhur duke u ulur në 4.9%, në 3.9% dhe në 1.5%. Për vendin tonë, autorë të ndryshëm, jepin të dhëna për lindjet para kohe që luhaten nga 11.8% deri 6.5% (4, 8, 10, 11, 12, 13, 16).

Lindjet para kohe sipas autorëve për vendin tonë gjatë 30 vjetëve

Pasqyra nr. 5

Autori	Vendi	viti	Përqindja
Sulcebe	Tiranë	1947-1948	11.80
Bekteshi S.	Tiranë	1955	6.50
Glozhani K.	Tiranë	1951-1955	7.80
Glozhani K.	Tiranë	1955-1960	6.90
Gjybegu Xh.	Sikkodër	1962-1964	6.15
Gjybegu Xh.	Sikkodër	1962-1966	5.80
Lira A.	Tiranë	1966-1971	6.10
Orozi I.	Tiranë	1974-1976	6.00
Lira A.	Tiranë	1975-1977	3.50

Përsa i përket zhvillimit fizik të fëmijëve të lindur nga gratë e trajtura vërehet se peshat e femijëve nga viti në vit kanë ardhur duke u përmirësuar. Mesataria e tyre për vitet 1975-1976-977, përkartësht ka qënë: 3030 gr., 3177 gr. dhe 3226 gr., ndërsa për tre vjetët e marrura së bashku ka qënë 3144 gr. Ashtu sikundër pesha e fëmijës, ka ndryshuar edhe gjatësia e tyre (Pasqyra nr. 6).

Të dhëna të zhvillimit fizik të fëmijëve

Pesha gr.	Vitet			Gjatësia cm.			
	1975 %	1976 %	1977 %		1975	1976	1977
-1500	—	—	—	46	11.42	7.50	5.26
1501-2000	—	7.32	—	47	8.57	7.50	5.26
2001-2500	28.59	4.87	6.9	48	5.73	2.50	2.62
2500-3000	31.42	14.64	41.38	49	11.42	10.00	13.25
3001-3500	31.42	46.34	41.38	50	34.28	32.50	36.83
+3500	8.57	26.84	10.34	51	22.35	35.00	31.52
				52	5.73	50.00	5.26

Në literaturën mjekësore prej kohësh i kushtohet një vërnëndje e madhe problemit të lindjeve para kohe. Ky interesim është i lindur dhe me uljen e mëtëjshme të vdekjeve të fëmijëve të moshës së gjirit, sepse, sikundër dihet, fëmija e lindur para kohe ka aftësi të dobtë përfundit përshtatur kushteve të rënjës. Sipas të dhënavë të autorëve të ndryshëm (7, 8, 10, 16, 18), ato përfaqësojnë 45% – 75% të vdekjeve të moshës së gjirit. Nga të dhënat krahavuese për vitet 1972-1974 dhe 1975-1977 në studimin tonë, ato zborësin nga 50% në 37.5%. Kjo rrethanë ka ndikuar në një farë mase dhe në uljen e treguesit të vdekjeve të moshës së gjirit, që në vitin 1977 zbriti në 5 për mijë.

P E R F U N D I M E :

- 1) Prematuranca përbën një problem serioz për shërbimin ambulator, që kërkon zbulimin dhe trajtimin e rrëthanave kërcënuese qyshtë muajt e parë të shtatzënsë.
- 2) Në shkaqet dhe rrëhanat predispozuese që mund të provokojnë lindjet premature përfshihen sëmundjet e organeve gjenitale, sidomos infantilizmi, infeksionet e tyre dhe sëmundjet e përgjithshme. Të gjitha këto kërkijnë ekzaminime të vëmëndshme si nga ana klinike, gjinekologjike dhe ekzaminime të tjera plotësuese, mjekimin e përshtatshëm lokal dhe të përgjithshëm dhe ndekjen e vegantë sipas rastit.
- 3) Ndryshimet social – ekonomike dhe stadi i zhvillimit të shërbimit shëndetësor kanë krijuar kushte të mëdha për parandalimin e lindjeve premature dhe uljen e mëtëjshme të vdekjeve të fëmijëve të moshës së gjirit.

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

- 1) Enver Hoxha: Raport në Kongresin e VII të PPSH. Tiranë 1976, 74.
- 2) Enver Hoxha: Raporte e fjalime 1970-1971 fadje 186-221.
- 3) Plenumi i XI i KQ të PPSH. Tiranë 1971, 11.
- 4) Bekteshi S.: Pesha dhe gjatësia e të porsalindurve në Tiranë në vitin 1955.
- 5) Blum M., Grumbaivin N.: Complication tardive de l'avortement provoquée pendant des second trimestres de la grossesse par injection intramusculaire de solution salin hypertonique. Revue française Gynécologie 1976, 71, 263.
- 6) Centaro A., Rodinelli M.: Il trattamento dell'incompetenza istmocervicale. Ann. Ost. 1973, 4.
- 7) Dimitreviq S. e coll.: La prématurité en tant que facteur essentiel dans la mortalité perinatale des nouveau-nés. Archives de L'Union Médicale Balkanique 1967, Tom. V, nr. 2, 106.
- 8) Gliozheni K.: Konsiderata obstetrike mbi prematurancën. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1963, 1, 28.
- 9) Gliozheni K.: Teksti i Obstetrikës. Tiranë 1973, vell. I, 673.
- 10) Gjyrbegaj Xh.: Fëmijt e lindur para kohe dhe gjatësia e kësij problemi në mortalitetin infantil. Shëndetësia popullore 1965, 1, 12.
- 11) Gjyrbegaj Xh.: Probleme të prematurancës në Shkodër në vjetet 1962-1966. Buletini UT — Seria shkencat mjekësore 1969, 2, 21.
- 12) Gjyrbegaj Xh.: Pesha dhe gjatësia e fëmijëve të porsalindur në shtëpinë e lindjes Shkodër për vjetet 1965-1966. Buletini i UT — Seria shkencat mjekësore 1969, 1, 42.
- 13) Lira A.: Higjiena e punës dhe lindjet prematuare. Sesion shkencor: «Mbi disa probleme të gjendjes shëndetësore të klasës punëtore» 1972 — (Material i pabotuar).
- 14) Meiger R.: Prêces d'obstétrique. Paris 1974, 773.
- 15) Marinova G.: Professionalni vrednosti i beremnosti. Akush i ginok (S). XVIII, 1978, 3, 167.
- 16) Orozi L.: Prematuranca në spitalin klinik obstetrik-gjinekologjik Tiranë (Kuntesë) Simpozium mjekësor me rastin e 20 vjetorit të themelimit të Universitetit të Tiranës 1977 (material i pabotuar).
- 17) Senechal J. e bsp.: Etude de la mortalité précoce dans le département D'ille de Vilaine en 1972-1973-1974. Ann. Pédiatrique 1977, 24, 2, 97.
- 18) Vokaer R.: Obstétrique. Grand syndromes. Paris 1968, 46, 108, 160.
- 19) Zhelechovceva I.: Ginekologiceskie zabolевания матери как причины предрасполагающей к неодорожености и перинатальной патологии. Akush Ginek (M), 1972, 9, 42.

Summary

RESULTS OBTAINED IN THE PREVENTION OF PREMATURE BIRTHS

Of 612 pregnant women kept under observation, 113 received treatment for signs of premature birth. Of these, pathological signs were detected in the first trimester of pregnancy in 32.22% in the second in 36.4%, in the 7th or 8th month in 11.5%.

Of these 113 cases, 38% were primiparae and 62% had already had one or more children. 88.5% of these women were under 33 years of age.

In 71.24% of these cases the women had gynaecologic diseases and in 35.46% general illnesses.

Among the causes of prematurity, first came infantilism and deformations of the uterus (30.8%), followed by infections of the genital organs (27.2%) and lastly by pathological changes of collum uteri (13.2%).

By using a conservative treatment and a regime of rest, the proportion of premature births was lowered within 3 years from 6.9% to 3.5% and the rate of infantile mortality was brought below 5 per 1000.

The author stresses that the control of the state of pregnancy and the laboratory examination of the bioflora of the vaginal secretions should be repeated at least 2-3 times in the course of the pregnancy.

Résumé

RÉSULTATS OBTENUS DANS LA PRÉVENTION DES ACCOUCHEMENTS PRÉMATURES

612 femmes enceintes ont été mises en observation, dont 113 furent traitées pour des signes d'accouchement prémature. Des signes pathologiques ont été relevés au cours du premier trimestre de grossesse dans 32.22% des cas, au cours du deuxième dans 36.4% des cas et pendant le 7^e au 8^e mois dans 11.5% des cas.

De ces 113 femmes, 38% étaient des primipares et 62% d'entre elles avaient eu déjà un enfant ou plusieurs. En général (88.5%) ces femmes étaient âgées moins de 30 ans.

Dans 71.24% des cas elles présentaient des troubles gynécologiques et dans 35.46% une maladie générale.

Parmi les causes de l'accouchement prémature tout d'abord viennent l'infantilisme et les déformations de l'utérus (30.8%), puis les infections des organes génitaux (27.2%) et, en dernier lieu, les modifications pathologiques du collum uteri (13.2%).

Par une traitement conservatif en un régime de repos, la proportion des accouchements prématuress fut abaissée au bout de 3 ans de 6.9% à 3.5% et le taux de la mortalité infantile s'est réduit à moins de 5 par 1000.

L'auteur de cet article souligne que le contrôle de l'état de grossesse et l'examen de la bioflora des sécrétions vaginales doivent être répétés au moins 2 ou 3 fois au cours de la période de grossesse.

HEPATITI KRONIK PAS HEPATITIT VIRAL

— KOZMA TAVANXHI — LEFTER GUXHO —

(Spitali i rrethit — Elbasan)

Shkaktarët e hepatitit kronik përbëjnë një problem që kërkon studime të mëejasme. Si shkaqet të kesaj sëmundje janë shumë faktore. Rolin kryesor sot ia japin faktorit infektiv dhe, në radhë të parë, hepatit viral akut (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13), hepatiteve bakteriale. Zbulimi i antigjenit sipërfadësor të hepatitit B (HBsAg) dhe lidhja e tij me dhe patogjenezen e hepatitit kronik (5). Polit të tij në etiologjinë hepatitit kronik aktiv është gjetur në afro 80% (6). Në prejardhjen e kësaj sëmundje luajnë rol dhe faktoret toksikë.

Në materialin tonë, ne do të anallojimë vetëm hepatitet kronike, që kanë rrjedhur nga hepatiti viral të injekuar nga ana jone.

MATERIALI DHE METODA E PUNËS

Studimi ynë përfshin 20 raste me hepatite kronike, që kanë rrjetdhur si pasojë e kalimit të hepatitit viral, dimth është ndjekur ecuria e hepatitit viral akut (HVA) deri në vendosjen e hepatitit kronik. Diagnoza kliniko-biologjik dhe, në disa raste, diagnoza është plotësuar me studimin histopatologjik të strukturës së mëlcisë (10, 11), (janë studjuar të qelizës së mëlcisë dhe të indit fqinjë gjatë hepatitit viral, në bazë të tij (3, 11)). Diagnoza e hepatitit kronik është përcaktuar në bazë të të dhënave klinike dhe këtyre analizave:

Niveli i transaminazave në serum, provave të labilitetit koloidal, biopsia e mëqësive është kryer 6 muaj deri në 4 vjet pas kalimit të hepatitit viral (shih pasqyrën nr. 1).

Pasqyra nr. 1

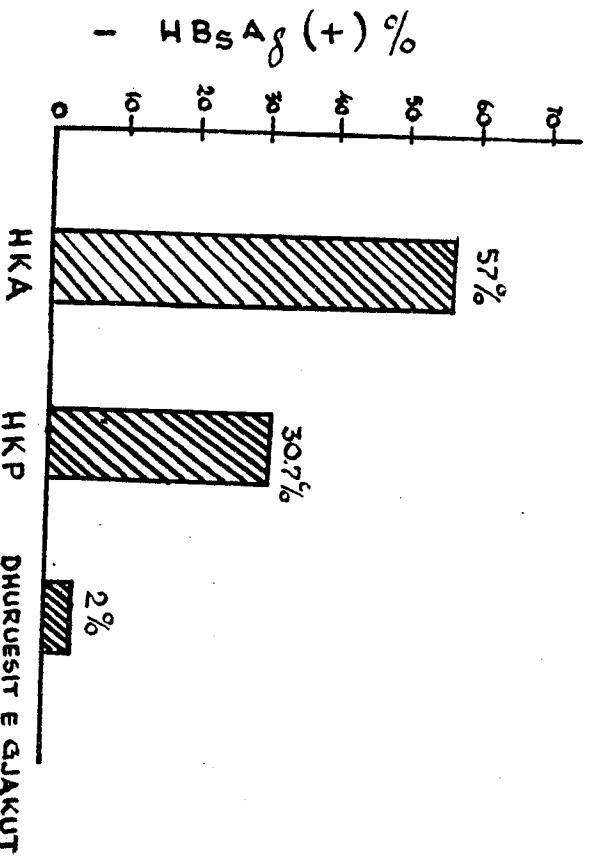
Koha e kyerjes së biopsive pas ka- limit të HVA	6 — 12 muaj	13 — 24 muaj	25 — 36 muaj	37 — 48 muaj
Iunri i biopsive	3	8	5	4

Diagnoza e hepatiteve kronike është vendosur duke u bazuar gjithmonë në ndryshimet morfollojike të mërgisë dhe si klasifikim është përdorur ai i një autori (4), që i ndan hepatitet kronike në: Hepatit kronik persistent dhe hepatiti kronik aktiv. Në të gjithë rastet është studjuar prania ose jo e HB_sAg në serum.

REZULTATET

Në materialin tonë, 13 të sëmure kanë rezultuar me hepatit ktonik persistent (H K P) dhe 7 të sëmure me hepatit ktonik aktiv (H K A). Nga të sëmuarë tanë, 15 kanë qënë meshkuj dhe 5 fëmra. Moshë ka luhatur nga 17 vjeç deri 58 vjeç (mesatarja 35 vjeç). Në hepatitin ktonik persistent, HB_sAg ka rezultuar pozitiv në 4 të sëmure (30.7%), ndërsa në hepatitin ktonik aktiv, HB_sAg ka qënë pozitiv po në 4 të sëmure, nga 7 që kanë qënë gjithsej (57%).

Në 4 të sëmure, ky pozitivitet ka qëndruar mbi 9 muaj. Pozitiviteti i tyre është krahasuar me ato të dhuruesve të gjakut të rrethit tonë, që paraqiten në grafikun nr. 1.



Grafiku Nr. 1

Disa të dhëna biologjike të rasteve tona po i paraqesim në pas-qyrën nr. 2 dhe 3.

Pasqyra nr. 2

Sëmuri	Bilirubinemia mg.%	SGPT	Gama globuli lina %	Testi i BSP për 45	HBsAg
D.M. 40 vjeç	0.60	28	16%	4%	(-)
S.T. 38 vjeç	0.40	28	17%	3.2%	(-)
A.Sh. 28 vjeç	0.60	32	18%	38%	(-)
P.P. 21 vjeç	0.70	40	16.70%	2.4%	(-)
A.C. 43 vjeç	0.85	32	17.40	12.5%	(+)
I.H. 52 vjeç	0.70	40	18%	14%	(-)
F.C. 27 vjeç	2.80	36	14.40%	5%	(+)
A.B. 58 vjeç	0.85	120	17%	2.4%	(-)
D.Q. 37 vjeç	1.20	28	15%	11%	(-)
H.B. 40 vjeç	0.70	32	15.95%	4%	(-)
Sh.N. 27 vjeç	1.65%	28	16.20%	8%	(+)
A.H. 26 vjeç	1.0	38	20.70%	7.4%	(+)
A.M. 48 vjeç	0.90	42	18.4%	5.2%	(-)

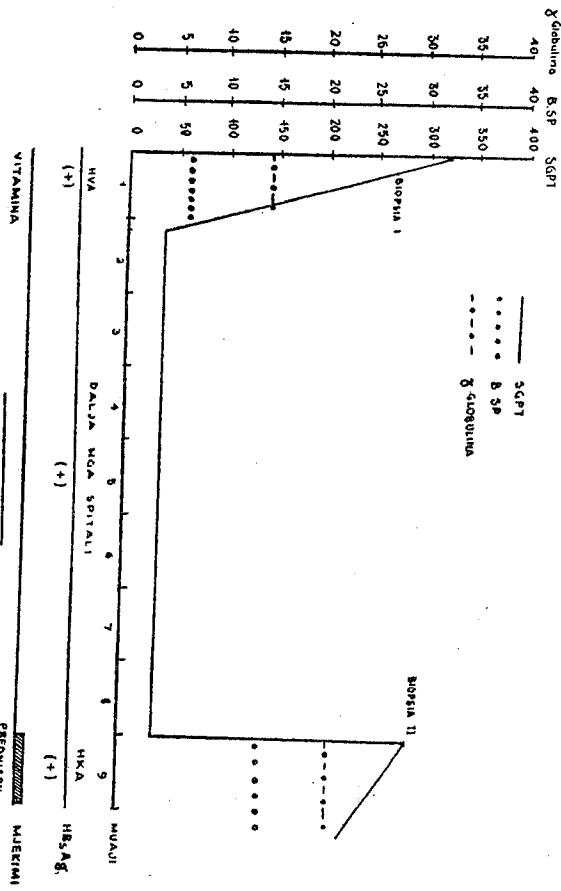
Pasqyra nr. 3

Hepatiti kronik aktiv

S.S. 30 vjeç	0.70	64	19.68%	8%	(-)
S.R. 50 vjeç	5.0	178	27.90%	79%	(+)
Rr. K. 17 vjeç	0.85	294	21%	14.2%	(+)
H.D. 25 vjeç	3.55	294	21.80%	8.4%	(+)
B.M. 22 vjeç	1.50	268	18%	9.2%	(+)
Th.Xh. 43 vjeç	1.60	120	25%	68%	(+)
Sh.R. 28 vjeç	0.85	52	22%	7.8%	(-)

Po paraqesim një të sëmure, tek i cili hepatiti viral akut ka kaluar në hepatit krontik aktiv.

I sëmuri Rr. K., 17 vjeç i shtruar më 15.X.1977 me diagnostë: hepatit viral. Tre muaj më parë i sëmuri kishte aplikuar injeksione. Në gjastin e pranimit në spital ankonte për dobësi, mungesë oxksi, dhembje të kyçeve, urinonte me ngjyre të verdhë. I sëmuri paraqiste ikter të bilirubinëma 2.65 mg-%, SGPT 322 UI, gama-globulina 14.2% anti-gjenia Australia (HBsAg) pozitiv. Ditën e 15-të të qëndrimit në spital, akut me nekrozë fokolare. I sëmuri u mijekua me vitaminozterapi. Del për 6 muaj rrjesht, të dhënat klinike dhe biologjike kanë qenë në kufi (deri 5 cm) dhe SGPT rezultoi 294 UI. Për këtë arsyse u vendos të shtronej përsëri për të bërë punksion biopsinë e mëlcisë për të dytë herë (e kryer më 7 qershori 1978), që rezultoi hepatit krontik aktiv. Duhet theksuar se gjatë gjithë kohës së kontrollit, HBsAg mbeti pozitiv.



Grafiku N. 2

DISKUTIM

Mendohet se kalimi i hepatit viral në hepatit kronik favorizohet nga disa faktore:

Prania në gjak e HBsAg për një kohë të gjatë pas kalimit të hepatitit viral, format e rënda të hepatitit viral, që shoqërohen me nekrozë konfluente dhe sindromën e urë kalimit, çregullimi i përgjigjes imune të organizmit ndaj virusit të hepatitit viral (11).

Në favorizimin e zhvillimit të hepatitit kronik, roli i HBsAg tash si rezultat i kalimit të hepatitit viral, zhvillohet kur HBsAg qëndron më të gjithë vendosur (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13), formimi i hepatitit kronik, pozitiv për një perlu dhë tremujore (8).

Përsa i përkohet nekrozës konfluente të qelizave të mëcësë që tako-

lująajtun rol të rëndësishëm. Kështu, përgjigjet e 6 punktion biopsive të kryera gjatë hepatitit viral ishin: 5 raste me nekrozë konfluente që njo rast me nekrozë fokolare. Pas një faqe kohë, në të pësë rastet, hepatiti kronik persistent u zhvillua, ndërsa në rastin e gjashtë, me gjithëse kishim të bënim me nekrozë fokolare, gjashtë muaj më vonë u zhvillua hepatiti kronik agresiv. Në këtë rast, HBsAg qëndroi pozitiv gjatë gjithë kohës.

Një problem që duam të diskutojmë në materialin tonë është dhe kalimit të hepatitit viral. Mendohet se kalimi i hepatitit kronik pas hepatitit viral në hepatitit kronik aktiv kërkon një kohë prej 1-5 vjet, ndërsa kalimi i hepatitit viral në hepatitit kronik aktiv brenda një kohë prej 1-4 vjet. Formimin e hepatitit kronik aktiv 6 muaj pas kalimit të hepatitit viral ne e kemi takuar në dy të sëmurë dhe formimin e hepatitit kro-ke mos dashur të ndalem me hollesi në mënyrat e injektimtë të të dy illojeve të hepatitit, përmëndim shkurtimisht se të gjithë të sëmurët me hepatitit kronik aktiv janë mjekuar me prednison të gjithët me hepatitit kronik aktiv janë mjekuar vetëm me hepatotrop dhe vitaminino-terapi.

P E R F U N D I M E :

1) Shkaket kryesore që lejojnë formimin e hepatitit kronik, pas HBsAg dhe format e rëndë të hepatitit viral, që shoqërohen me nekrozë konfluente.

2) Pozitiviteti i antigenit Australian (HBsAg) ka rezultuar më i që flet për rolin që ai luan në kronicizimin e sëmundjes dhe në çrnegullimet e përgjigjes imune të organizmit ndaj tij.

3) Sipas materialit tonë, për formimin e hepatitit kronik pas hepatitit viral koha më e shkurter ka qenë gjashëtë muaj.

4) Në disa raste, diagnoza e hepatitit kronik mund të mos përcaktohet me përpikimi i një rast se nuk do të përdoret punksion biopsia e mëlgisë (shih pasqyrën nr. 2 dhe 3).

Dorëzuar në Redaksi më 15 shtator 1978

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

- 1) **Ahdhami J, Pilku N:** Antigeni Australia në hepatitet kronike, cirroza e infektive dhe sëmundje të tjera. Punime mbi sëmundjet e brendshme. Tiranë 1976, 1, 100.
- 2) **Ahdhami J:** Vlera e punksion biopsisë në përcaktimin e diagnostës së hepatitit kronik. Buletini i UT- seria shkencat mjekesore 1974, 1, 167.
- 3) **Bianchi L, De Groot J, et coll:** Morphological criteria in viral hepatitis. Lancet 1971, 1, 7694, 333.
- 4) **De Groot J, Gedick P, Popper H, et coll:** A classification of chronic hepatitis. Lancet 1968, II, nr. 7568, 626.
- 5) **Mudrie V, et coll:** Hepatite cronica post hepatite virale. Giornale di Malattie infettive e parassitarie 1974, vol. 26, 9, 1037.
- 6) **Ortona L, Pizzigallo E, et coll:** Epative croniche ed Antigen Australia. Giornale di malattie infettive e parassitarie 1974, Vol. 26, nr. 9, 1047.
- 7) **Pinto J:** Antigeni Australia në të sëmuret me hepatiti viral. Buletini i UT — Seria shkencat mjekesore 1977, 1, 63.
- 8) **Persic Z, e coll:** L'antigène AU / SH e suo ruolo nell'epatite cronica. Giornale di malattie infettive e parassitarie 1974, Vol. 26, nr. 9, 1047.
- 9) **Schiff L:** Diseases of the Liver Third Edition 1969, 645.
- 10) **Tavanzini K, Guixho L:** Vlera diagnostike e punksion biopsive të mëlgisë të kryera në repartin infektiv 1977, 3, 31.

- 11) Tavanxhi K., Guxho L.: Korelacioni kliniko morfoloqik i hepatitit viral. Referat i mbajtur në sesionin shkencor të katedrës së Anatomisë patologjike — Tirane 1977.
- 12) The Lancet: Viral hepatitis and cirrhosis. 1971, vol. I, nr. 7694, 330.
- 13) Zuckerman A.J.: The three types of human viral hepatitis. Bulletin of the World Health organization. 1978, vol. 55, nr. 1, faqe 1.

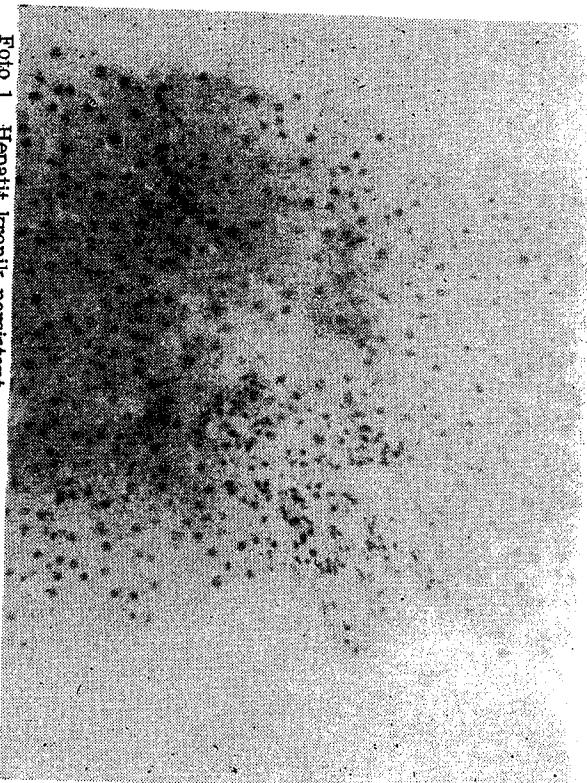


Foto 1 Hepatit kronik persistent

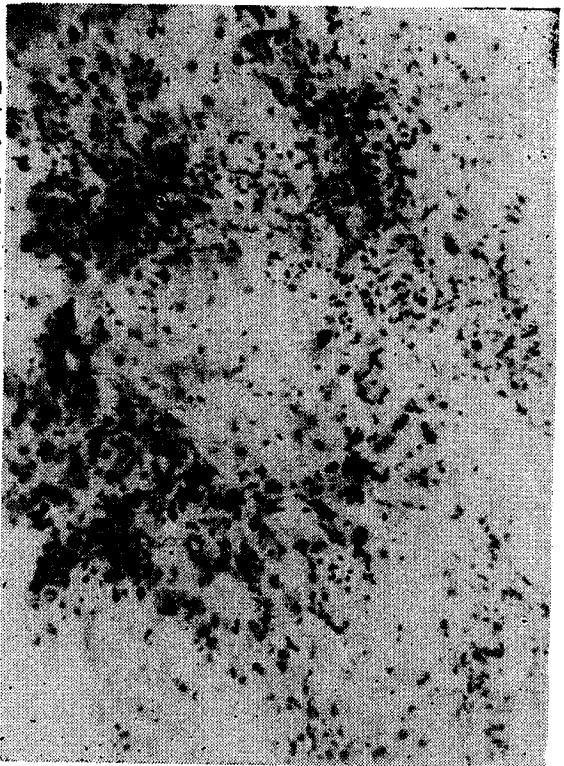


Foto 2 Hepatit kronik aktiv

Summary**CHRONIC HEPATITIS RESULTING FROM ACUTE VIRAL HEPATITIS**

The evolution was followed of 20 cases of acute viral hepatitis which resulted confirmed by the study of the histological changes in the liver, but the diagnosis of all the cases of chronic hepatitis was based on the morphologic and structural changes observed in the material obtained by puncture biopsy.

Chronic persistent and carionic active hepatitis developed after acute hepatitis in 13 and 7 patients respectively. The shortest interval between the acute and chronic stages was six months.

The main factors to which can be attributed the passage from the acute to the chronic forms were: persistence of HBsAg demonstrated in 37% of the active and in 57% of the persistent forms of chronic hepatitis, as well as the severe course of the acute stage and the association with confluent necrosis of the liver tissues.

Résumé**HÉPATITE CHRONIQUE RÉSULTANT D'UNE HÉPATITE À VIRUS AIGUÉ**

Les auteurs ont étudiés chez 20 malades l'évolution de l'hépatite à virus aiguë jusqu'à son passage à l'hépatite chronique. Dans certains cas le diagnostic de l'hépatite aiguë a été confirmé par l'étude des changements histologiques du foie, mais pour le diagnostic de tous les cas d'hépatite chronique, les auteurs se sont fondé sur les changements morphologiques et structuraux observés sur le matériel prélevé par biopsie.

Ils ont relevé le passage de l'hépatite à virus à une hépatite chronique persistante chez treize malades et une hépatite chronique active chez sept autres. Le plus bref intervalle de temps entre les phases aiguë et chronique a été de 6 mois.

Les principaux facteurs auxquels peut être attribué le passage des formes aiguës aux formes chroniques sont la persistance de l'HBsAg qui a été relevé dans 37% des formes actives et dans 57% des formes persistantes de l'hépatite chronique, ainsi que des formes graves qui sont associées à la nécrose confluente des tissus du foie.

DISA TË DHËNA MBI PËRDORIMIN E APARATEVE ORTODONTIKE TË LËVIZSHME NË MOSHA TË NDRYSHME

— AFËRËDITA BASHA —

(Katedra e Ortopedisë Stomatologjike)

Anomalitë e ndryshme të dhëmbëve përbëjnë një problem të rëtë veprojnë qysh në mosha të herësime, duke shkaktuar ndryshime patologjike, të cilat, me kalimin e kohës, bëhen më të theksuara.

Duke u nisur nga fakti se anomaliatë e ndryshme të dhëmbëve dhen shfaqen në formë të ndryshme, mjekimi i tyre varret jo vetëm nga anomalia persistente, por sidomos nga mosha e fëmijës.

Sipas disa autorëve (2,3) është e këshillueshme që terapia ortodontike të fillojë qysh në vitet e para të jetës pas perfundimit të dentitocnit, të qumështit, megjithëse anomaliatë e ndryshme jo vejet takohen qysh në sistemin dentar të qumështit, por kjo do të pasohet edhe me pakësimin ose mënjanimin e anomalive në sistemin dentar të përherëshëm. Përvec kësaj, duke u nisur nga fakti se organizmi i njjerut, në rizohet nga procese metabolike aktive me mbizotërimin e procesit të asimilimit, ndryshimet e formës dhen të funksionit janë të sigurtë dhe më të shpejtë. Pra, anomaliatë ne moshë të njoma jo vetëm i rënështrohen lehtë mijekimit, por rezultatet e tyre janë të plota. Ndërryja e hëreshme shpesh mënjanon zhvillimin e mëtejshëm të anomaliës, duke mënjanuar dhe shfaqjen e ndryshimeve patologjike në organet fjinje. Nga pikëpamja e recidivimit të anomaliave, kjo nrethanë është e rëndësishme, sepse patologjia e regioneve fjinje, e provokuar nga deformimi i kockave të nofullave, nga passoja mund të kthehet në shkak të qëndrueshmërisë dhe rikrijimit të anomaliës së mjekuar.

Duke u nisur nga faktet e mësipërmë për ndryshimin e formës dhe funksionit të tyre në këto mosha, nevojiten forca më të vogla (citar nga 4). Për të mijekuar disa anomali në këto mosha, ne kemi përdorur kryesisht aparate të lëvizshme jo vetëm për arsyet e përshtruara më sipër, por për të mënjanuar dhe ndërlikutet gjatë mjekimit, duke përfituar nga specifika e tyre me hedjen e aparatit në rastet e dhënes së tepertë të forcës. Përvec këtyre, ne u mbështetem në këto aparate se pse ato janë më fiziologjike në sajë të bazës ose plikës së tyre, që transmetojnë presionin ose ngacminin drejtperdrejt në imtin kockor, duke mënjanuar rritet dhe zhvillimin jonormal të nofullave.

Pär tē parë rezultatet e këtyre aparateve, ne kemi marrë nē kurë aparate, duke u nisur nga anomalitë persistuese. Gjatë kures, nga 40 të sëmuret, 29 prej tyre e kanë vazhduar kontrollin e aktivizimit të aparatit me regullisht, ndërsa 11 tē tjere vazhduan pér një kohë, tek tē cilët u vunë re rezultatet e para, por më vonë ata nuk u paraqiten. Kjo natyrishit lidhet jo vetëm me llojin e aparatit të aplikuar dhe punën e mjekut, por sidomos me kujdesin e prinderve pér tē punuar me fëmijët në mbajjen dhe kontrollin e regullitë të këtyre aparateve tek mjeku.

Nga tē 29 pacientët, 21 prej tyre patën plaka qillze tē ndryshimme, 6 tē tjerë monobilloke dhe dy aparate funksionale tē Bininit me rrafsh tē pjerët.

Pär aplikimin e këtyre aparateve, nē punën tonë ne u përgëndruam vjeç, kurse qy tē sëmure Ishin me moshë 19 vjeç. Pär tē ndjekur mje-kimin me këto aparate, po përshtkruajnë kryesish rastet, tek tē cilët ndeshëm fenomene, që nuk u vunë re tek tē tjerët.

Rasti i parë.- I sëmuri A.F., vjeç 8, nxënës, me numër regjistri 79, u paraqit nē klinikën, tonë me diagnozën e një pseudoprogene. Nga tē dhënat ekstraorale u vu ne një spostim përparrë mentunut, duke krijuar përshtypjen se nofulla e sipërmë nuk ishte zhvilluar normalisht, ajo qëndronë më parapë se ajo e poshtimja. Në ekzaminimin intraoral, dhëmbët frontale si për në faqet labiale tē tyre takomin faqet linguale tē antagonistëve tē poshtëm. Në regionin distal, dhëmbët takomin sipas okluzionit neutral. Në këtë rast, pas marrjes së masave të studimit dhe tē punës u përcaktua plani i mjekimit dhe lloji i aparatit. U vendos që dhëmbët e sipërmë frontale tē spostohen jashë rmbi dhëmbët e poshtëm. Pär këtë, duke u nisur nga fakti që 6|6 mbi tē cilët do tē mbështesnin elementet e fiksimit pér aparat tē levizshëm ishin i Anglit, këllëjet e tē cilët u përgatitën pasi kultet e tyre u modeluan 1-2 mm mbi faqet përtypëse pér likuidimin e blokimit tē dhëmbëve të sipërmë nga atë tē poshtëm. Pas aplikimit tē apanatit, i sëmuri u porosit pér rikontroll pas pesë ditësh. Në vizitën e parë ai tregoi se nē dhëmbët kishte dhëmbje, që i kishte vazhduar gjatë gjithë ditëve. Në inspeksionin intraoral u vu tē hipertrofi e gingivave. Duke u nisur nga keto tē dhëna aparativi nuk u aktivizua, u la nē qetësi dhe, sipas porosisë sone, i sëmuri u paraqit pas 7 ditëve. Në kontroll ai tregoi se dhëmbjet sëri aparatin e lamë nē qetësi pa u aktivizuar dhe pas 15 ditësh, duke u nisur nga fakti se aktivizimet shumë tē lehta me dore tē lirë shikak-tonin përsëri shqetësim nga ana e tē sëmuri si dhe luksacion tē lehta tē dhëmbëve, vendosëm tē ndronim aparatin, duke e zëvëndësuar atë mbi plakë qielzë tē levizshme, pér retensionin e tē cilët aplikuan edhe kroshe retensioni midis molarëve tē qumëshëtit. Pér ngritje okluzioni spostimin e dhëmbëve frontale tē sipërmë aplikuan susta protunduese. Pas disa aktivizimesh u arrit ne spostimin e dhëmbëve tē sipërmë brinjë më brinjë me tē poshtmit, gje që na dha mundësi pér tē hequr zinën dhe sipërfaqjet përtypëse tē dhëmbëve. Aktivizimet e herëpashtësime tē sostave pér një muaj e gjysmë bënë kapërcimin e dhëmbë-

ve të sipërme mbi të poshtmit, duke kriuar kontakt vëtëm në incizivet qëndrore dhe kaninat, ndërsa incizivet laterale ishin spostuar më tepër, duke mënjanuar kontaktin me dhëmbët; e poshtëm dhe duke ndikuar negativisht në estetikën e radhitjes së dhëmbëve frontale. Ky fakt na bëri të mendojmë se forca e dhëne më parë nëpërmjet sastave në 2/2 ka qënë më e madhe sesa duhej dhe se në këtë rast paradonti mund të ishte më i ndjeshtëm. Për këtë, duke përfituar nga lloji i aparatit të heqshëm, mblodhëm sastat për të zvogëluar presionin në këta dhëmbë, dhe krijuam foroën e jashtme nëpërmjet harkut për futjen brenda të 2/2 pranë antagonistëve. I sëmuri u porosit që aparatin ta mbajë natën dhe disa orë ditën për të aplikuar një forcë me karakter alternativ, gjë që ndihmon efektin më të madh të mjekimit ortodontik (ciuar nga 1, 2). Në rikontroll pas 7 ditësh i sëmuri nuks i paraqiti ankesat e para, prandaj për spostimin ose presimin prapa të mentumit ai u porosit për mbajtjen e kësulës ekstraorale.

Rasti i dytë. — E sëmura S.L., vjeç 13, me numër kartelle 204, u përcaktua diagnoza e një kompresioni bilateral të regjioneve distale të dhëmbëve, që i kishte shkaktuar dhe ngushtim të dhëmbëve frontale si dhe proturuzion të tyre. E shqetësuar për këtë deformim intraoral të dhëmbëve dhe ekstraoral me një dalje përparrë të buzës së sipërme, e sëmura u paraqit në klinikën tonë për heqjen e 1, që ishte mjaft i spostuar dhe zëvëndësimin e tij. Pas përcaktimit me përpikmëri të anomaliës, u caktua aparati për të prodhuar forcat e nevojshme në drejtimet e duhura për rastin tonë. Kështu meqenëse edhe nënofullën e poshtme rezultoi komprimimi dhe duke qënë se ishte i nevojshëm zgjerimi për retrudimin e dhëmbëve frontale dhe përgatitjen e vendit për 1 u aplikua aparati i lëvizshëm monoblok. Ky aparat u vendos që të losten dhe rolin profilaktik të aparateve të lëvizshëm nënofullën e poshtme, duke ruanjtur vendet e dhëmbëve të eksatraktuar parakohe nëpërmjet rafshëve të pjerta në formë cilindrike. Gjatë aktivizimeve qdo 7 ditë, e sëmura nuk paraqiti asnjë ankesë, por përkundrazi ajo trengote se nuk ndiente asnjë prestion, prandaj koha në mes aktivizimeve u avancua qdo pesë ditë. Në këtë mënyrë, me aktivizimet e regjullta dhe pa shqetësimë për 4 muaj u arrit rezultati i kërkuar. Pas dy muaj të qetës, e sëmura kërkoi heqjen e aparatit. Pra, në këtë mënyrë jo vetëm që u arrit zgjerimi i nöfullave, por u krye dhe retrudimi i dhëmbëve frontale si për në kontakt me të poshtmit dhe futja në arkadë e 1. Kështu, duke përfituar nga heqja e hëtepashërëshme e aparatit, ne bëmë dhe ngërënien e rafshëve përkatëse të hapësirave nënofullën e poshtme gjatë dajes së dhëmbëve përkatës, duke stimuluar daljen e tyre dhe duke mënjanuar zhvillimin jonormal të dhëmbëve dhe nöfullës.

Rasti i tretë. — Tek e sëmura V.K., vjeç 19, nxënëse, me numër kartelle 435, regjistri 440, aparatin e lëvizshëm e kemi aplikuar për të parë veprimin e tij në këtë moshë dhe kohën e arritjes së rezultatit të anomaliës. E sëmura u paraqit më 4 janar 1975 dhe në ekzaminimin introral u vu re një meziods, i cili kishte shkaktuar disforacion të dyanshëm të 1. Për këtë pas ekstraksionit të meziodsit u planifikua drejtimi i forcës për rrötullim mezial të 1, prandaj u aplikua një

pllakë e lëvizshme me hark labial, ku në nivelin e 1 u krijuat një kthesë, e cila do të prodhon forcën e kërkuar. Kështu, pas aplikimit të aparatit, nëpermjet presionit të harkut labial mbij₁ rezultoi se ky i fundit prodhonte forcën e kërkuar për të ndikuar në rotullimin mezial i theksuar, nuk vihej re rdonjë ndryshim i madh nga pozicioni i parë. Kjo gjendje paraqitej edhe me vizitat më të dendura. Kjo ndikoi që rotullimi i 1 të zgjatej deri tre muaj. Natyrisht kjo shpërrohet jo vetëm të dhe të vazhdueshmët të aparatit, të cilin ajo e kishte hequr herë pas here si duket nga cënimi i estetikës.

Rastë i katër. — Tek e sëmura A. Xh, vjeç 19, me numër kartelle 423 vumë re një **kryqëzim** të 3 një diastemë midis 1/1 prej 5 mm dhenë protrudim të dhëmbëve frontale sipër. Pas përoaktimit të shkakut në papilen incizale u bë frenulumektomia që gjatë kësaj kohë u përgatit aparati plakë i lëvizshëm me krafsh përtypës në anën e majtë spostimin e 3. Me të njëjtin aparat kemi korriguar edhe diastemën duke përfituar në shëtimin e elementeve në aparatin e lëvizshëm dhenë shfrytëzuar edhe për afrimin e 2 | 2 pranë 1 | 1. Rezultatet i kemi arritur shpejt që pikërisht pas tre muaj, sepse e sëmura vazhdoi rregullisht kurën, por duke qënë se ajo e hoqi aparatin pa fiksuar rezultatin e arritur, kishte filuar përsëri largimi i 1|1. Për këtë arsy, aparati u aplikua përsëri, u aktivizuan sustan pas rezultatit ai u la rre pasivitet për katër muaj. Në këto mosha, në anomalië e indikuara, të kuruara me apparatin funksional të Binini, nuk kemi pasur fenomenet negative të aparateve të tjera. Përsa u përket rasteve të tjera, përvë atyre që përskruam, kurimi nga aparatet e lëvizshme është bërë pa asnjë ankesë nga ana e të sëmurevë.

P E R F U N D I M E

1) Mjekimi i anomalive rekombinohet të fillojë qysh në moshën e përfundimit të denticionit të qumëshët ose qysh në fazat e para të fiksimit të tij.

2) Për moshat e reja janë efikase aparatet e lëvizshme, me të cilat dozimi i forcës është më i kontrollueshëm sesa me aparatet fiksë. Ato janë më biologjike dhe lidhen me kursimin e kohës së përgatitjes, të vizitave të të sëmurit dhe materialit.

3) Më mjekimin e anomalive në moshë të re, forca e aparatit duhet të jetë graduale dhe e lehtë për të menjunar me ndërlikimet e ndryshme, duke passur parasysh vëgoritë individuale të parodontit të dhëmbëve.

4) Rezultatet e mjekimit varen edhe nga vullneti i të sëmurit në mbajtjen e rregullitë të aparatit.

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

- 1) **Rasha A.:** Mjekësim i disa anomalive në mosha të aritura me aparat Angel. Buletini i UT — seria Shkencat Mjekësore 1977, 1, 43.
- 2) **Philippe J.:** Orthodontie des principes et une technique. Paris 1972, 19.
- 3) **Konkhausz D.:** Le traitement d'orthopédie dentofaciale chez l'adulte. Revue française d'onto stomatologie 1984, 4.
- 4) **Lira Dh.:** Orthodontia. Fakulteti i Mjekësisë. Tirani 1972, 166.
- 5) **Mitel Langlade:** Therapeutique orthodontique. Paris 1973, 15.
- 6) **Schoogda M.:** Das Pterygium syndrom. Deutsche Stomatologie 1969, 12, 908.
- 7) **Raatz H.:** Problematika der kieferorthopadischen Prophylaxe und Frühbehandlung. Deutsche Stomatologie 1971, nr. 3, 208.

S u m m a r y

USE OF MOBILE DENTAL APPARATUS IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES

Various pathologic changes of the dental system occurring at an early age can later remain fixed as permanent deformations of the teeth, jaws and face or can be complicated by other anomalies. Prevention of these changes and their complications can be achieved by their early treatment which avoids their recurrence and the involvement of the neighbouring organs.

Treatment at an early age require the application of simple mobile apparatus which restore the normal form and functions of the jaws. For this purpose can be used mobile light apparatus which exercise controlled physiological pressure, do not hinder the normal growth of the bones and are time-saving to the doctor and the patients.

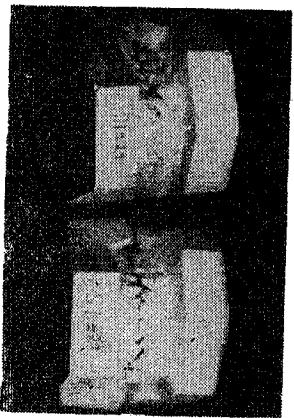
R é s u m é

DONNÉES SUR L'UTILISATION D'APPAREILS MOBILES ORTHODONTIQUES DENTAIRE CHEZ DES ENFANTS D'ÂGE DIFFÉRENT

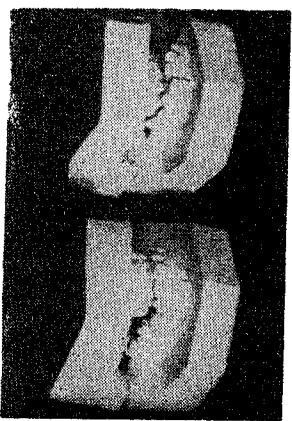
Different changes pathologiques du système dentaire, qui ont lieu pendant la jeunesse, finissent par se fixer et se transforment en des déformations permanentes des dents, des mâchoires et du visage et, avec le temps, ils se compliquent par d'autres anomalies.

La prévention de ces changements et de leurs complications peut être réalisée par un traitement préalable qui évite leur récidive et la manifestation de modifications pathologiques parmi les organes avoisinants.

Le traitement consiste dans l'application d'appareils mobiles simples dès le jeune âge, ce qui permet la restauration de la forme normale et des fonctions de la mâchoire. A cette fin, il est indiqué d'appliquer des appareils mobiles légers qui exercent une pression physiologique contrôlable, n'entraîne pas le développement normal des os et de ce fait épargnent du temps à la fois au nédecin et au patient.



Rasti 1. — Para dhe pas konglomit



Rasti 2

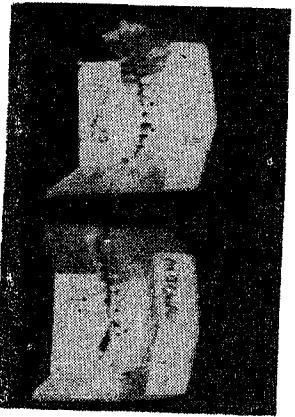


Foto 3

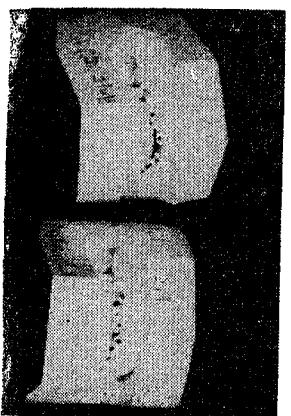


Foto 4

TE DHËNA MEI GURËT E GJENDRAVE E KANALEVE TË PËSHTYMËS DHE ANALIZËN E TYRE SPEKTRO-KIMIKE

— SAMEDIN GJINI —

(Katedra e Kurgjisë Stomatologjike)

Një ndër sëmundjet më të shpeshta të gjendrave dhe kanaleve të pështymës eshtë sialolitiza, madje, sipas studimit tonë dhe të shumicës së autorëve (2,3,5), ajo zë vendin e parë.

Studimi i patologjive të gjendrave dhe kanaleve të pështymës ka filluar të bëhet në mënyrë sistematike tek ne pas qirimit të afërdheut. Pa dyshim në film ato kanë pasur karakter kliniko-statistikor, më ndravë e kanaleve të pështymës, sialografi (3) dhe tani së fundi edhe analiza të ndërikuara spektro-kimike dhe strukture. Qëllimi i këtyre studimeve është jo vetëm fakti që këto patologji të mëkohen me sukses, por ajo qëka është më e rëndësishme dhe karakteristike për shëndetësinë tonë popullore të merren masa efektive për parandalimin e tyre.

Sipas materialit tonë të marrë në studim për vitet 1971-1977 del përbjënjë 44,8% të sëmundjeve të gjendrave të pështymës takohen shpesh, ato vendin e pari midis patologjive të tjera të gjendrave si p.sh. në vitet 1973-1974-1976-1977 dhe herë vendin e dytë, si p.sh. në vitet 1971-1972-1975 pas sialoadeniteve, por në përgjithësi pér gjithë vitet të marrë së bashku, sialolitiza qëndron në vend të pare.

Përsa i përket shpeshësisë, sipas gjendrave të marra, vërmash, pa dyshim, ajo përbën patologjinë kryesore të gjendrave nënfollore (submandibulare) në rreth 90%, në gjendrat rreth veshit (parotis) takohet më rrallë dhe radhitet në vend të tretë pas parotideve dhe neoplazive, kurse në gjendrat nëngjurore (sublinguale), sialolitiza takohen shumë rrallë. Gurë mund të formohen edhe në gjendrat e vogla të pështymës (*glandulae minores salivales*) të shpërndara në mukozën e gojës, por lokalizimi i tyre ikëtu paraqet më tepër një kuriozitet (1). Autorëve (2,5,8), në 85-90% të rasteve janë rentgenoopakë. Në materialin tonë, radioopacitetin e kemi konstatuar në 91,5% të rasteve, shifër qjo pothuaj e rjetë me atë që jepin autorët e vendit tonë pér gurët ² veshkave – 90% (6,7).

Vetëm në afro 10-15% të rasteve ato nuk mund të zbulohen me grafi të drejtpërdrejtë, pasi janë ro-transparent, prandaj në raste të

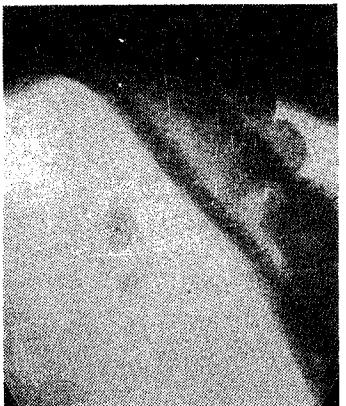


Foto 1 a. — Gurë në kanalin Vartton

tilla lind nevoja e ekzaminimit të gjendrave me lëndë kontraste — sialografi.

Sialografinë ne e zbatojmë me sukses qysh nga viti 1962 jo vetëm për të zbuluar gurët, por edhe për të parë nivelin e dëmtimit të parenkimës së gjendës (fig. 2). Për mendimin tonë është të autorëve të tjera (4), sialografia ka edhe efekt mjekues.

Në materialin që po paraqesim kemi marrë në analizë 94 të sëmurë, të cilëve iu kemi hequr 119 gurë nga kanalat ose gjendrat e



Foto 1 b. — Gurë në gjëndrën nënofullore



Foto 2. — Sialografi e gjendës nënofullore me dëmtim të theksuar të parenkimës.

peshqymës. Analizë kimikë u kemi bërë 50 gurëve, analizë spektrale gjyjëm sasiorë 21 gurëve, 3 prej të cilëve u kemi bërë edhe analizë të pjeshtme strukturelle.

KARAKTERISTIKA TË PËRGJITHSHME TË GURËVE

Gurët e kanaleve e gjendrave të peshqymës rjihen në literaturë me emra të ndryshëm si ptialit, sialosit, kalkula ose konkrementet salivare etj. Më shpesht ato lokalizohen në kanalin Varton, sipas materialit tonë në 70,2% të rasteve, në vend të dytë vijnë gurët e gjendrës nënofullore me 20,2%. Me një fiale, gurët e gjendrës nënofullore dhe kanalit të saj zënë vendin kryesor me 90,4%, në vend të tretë vijnë gurët e gjendrave rrëth veshit së bashku me kanalin përkatës Stenon me 6,4% dhe, në fund, gurët e gjendrës nëngjuhore me 1,06%. Në 2,14% të rasteve kemi hasur njëkohësisht gurë në gjendrën nënofullore dhe kanalin përkatës Varton.

Të dhënat tona janë të përafërtë me ato të shumë autorëve (2,5). Një autor jep shifrat 90% për gjendrën nënofullore dhe kanalin e saj dhe 10% për gjendrën rrëth veshit me kanalin përkatës, një tjetër jep 82,22%, 12,7% dhe 5% në gjendrën nënofullore, kurse dy të tjere në gjendrën nënofullore dhe kanalin Varton i kanë konstatuar në 93%. Kurse një autor tjetër jep shifra pak më të ulta për gjendrën nonofullore dhe kanalin e saj (79,49%) dhe më të larta për gjendrën rrëth veshit dhe nëngjuhore përkatesisht 14,10% dhe 6,41% (cituar nga 2).

Gurët kanë përmasa dhe peshë të ndryshme. Ne kemi hasur gurë me peshë nga 2 mgr deri në 2300 mgr. (Fig. 3).

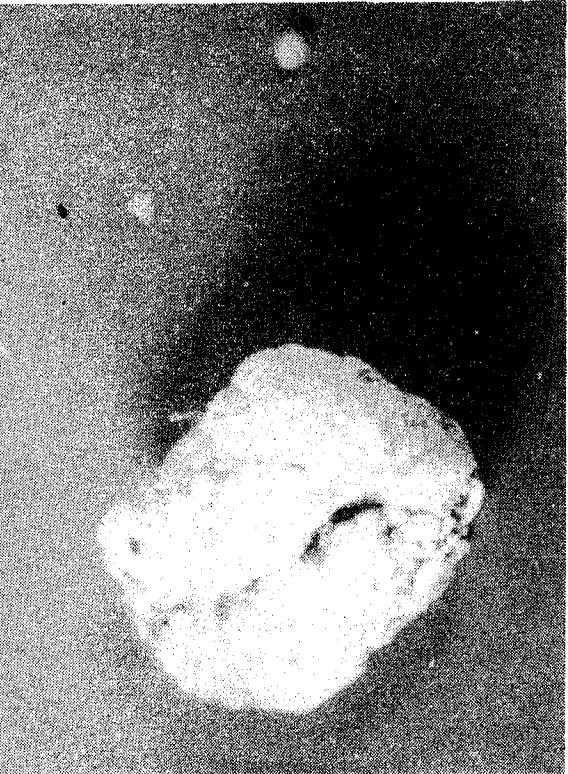


Foto 3. — Gurë me peshë 2 mgr. dhe 2300 mgr.

Gurët më të vegjël i kemi gjetur në dalje të kanalit Varton (Camaracula sublingualis) me madhësi sa një kokë meli, ndërsa gurë të mëdhenj kemi hasur në gjithë gjatësinë e kanalit nga ostiumi deri në pjesën qëndrone të kanalit si dhe në vetë parënkimën e gjëndrave.

Në moshat e reja zakonishët gurët janë më të vegjël, ndërsa në fakt që flet jo aq për rolin e moshtës në përmasat e gurit sesa përzbulimit të sëmundjes.

Zakonishët në kanalet e gjëndrat e pështymës formohet vetëm një kanal ose në gjëndër, p.sh. ne kemi pasur një rast me të gjashtë në gjëndrën nënëfulllore dhe dy në kanalin përkatës Varton.

Gurët në kanal lokalizohen në pjesën e përaparne, të mesme ose të vegjël sa me veshtrësi vihen re, ose të mëdhenj që preken lehtë me dore. Kur janë shumë të vegjël, ato zbulohen me veshtrësi. Kësiaaloandrit, megjithëse klinikisht dyshohej për sialolidiazë, por që gjunjë ekzaminimi shumë të imet mundëm të vemi re me anë të pal-të cilat, kur u hqejn në rrugë kirurgjikale, rezultuan se ishin gurë salivare me përmasat e një kokë meli dhe me peshë rreth 2 mgr. Gurët që lokalizohen në pjesën e mesme të kanalit arrinë përmassa mesatare, kurse ato që lokalizohen në pjesën e prapme zbulohen pasi kanë arritur përmasa më të mëdha.

Gurët e gjëndrës nënëfulllore, sipas materialit tonë, lokalizohen kryesisht në pjesën e sipërme dhe, më rrallë, në qendër ose në pjesën e poshtme, ndërsa ato të gjëndrës rrëth veshit në pjesën e përparme ose sipërfaqësore të saj dhe kanë përmasa të ndryshme (të vegjël, mesatarë ose të mëdhenj).

Gurët kanë formë të ndryshme (fig. 4), që deri në një farë mase mund të jenë të rrumbullakët ose të çregjultë. Zakonishët gurët e gjëndrave janë të rrumbullakët osa të çregjultë, ndërsa ata të kanaleve me formë të stërgjatur (cilindrike, konike, piramidale). Në dy qenit (katin), njëri prej të cilëve gabimisht ishte marrë për dhëmb të përbajtur (retenuar). Shpesh në literaturë (2,5) thuhet se gurët e kanaleve të pështymës janë gjithmonë në formë të stërgjatur. Në nuk jemi të këtij mendimi, pasi më praktikën tonë kemi gjetur në kanal edhe gurë me përmasa të vogla ose mesatare me formë të rrumbullakët ose të çregjultë.

Sipërfacia e gurëve zakonishët është me kokriza, por kemi pasur të gjëndrës së përshtymës ose kanalit përkatës, që gurët kanë pasur sipërfaqe të lëmuar ose me thepa të imprehtë.

Në disa raste, sipërfaqja e gurëve është e përshtkuar nga kanalëza (ulluge) me drejtim kryesish gjatësor dhe rrallë transversal, nëpërmjet të cilave rrijedh pëshytma edhe në rastet kur guri është i madh dhe blokon krejt lumenin e kanalit. Në dy raste, gurët përshtkuhen nga kanale në formë tunneli.

Ngjyra e gurëve është e përhime në të verdhë ose në të bardhë, shqipëruar me nuanca bezhë, kafe etj. Në disa raste, sipërfaqja e gurëve ka ngjyrë të errët, ndërsa brëndësia e tyre ngjyrë të bardhë ose krem.

Gurët e gjendrave e të kanaleve të pështymës janë të butë, thërgurë me konsistencë të forte. Në raste të veganta kemi gjetur edhe gjendra dhe më vonë, duke qëndruar për një kohë në mëdës të jashitëm, janë forcuar.

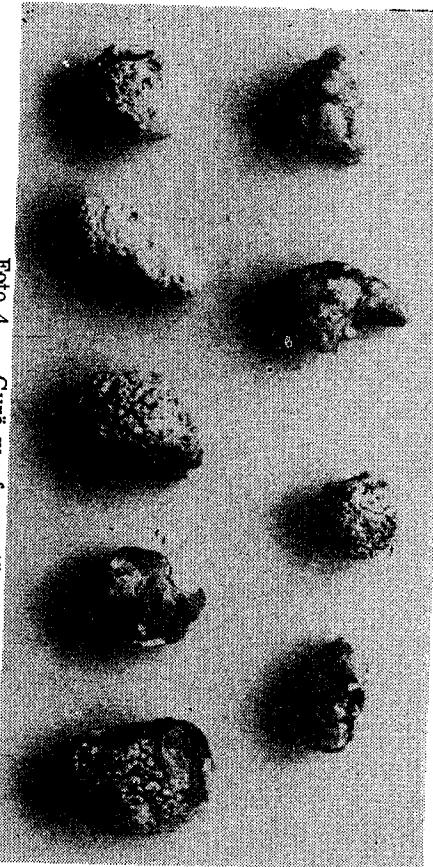


Foto 4. — Gurë me forma të ndryshme

Nga pëkëpamja strukturelle, gurët kanë ndërtim koncentrik shumë shtresor (fig. 5). Shtresat e ndryshme nga periferia në qendër kanë ngjyrë me nuanca të ndryshme, që kalon nga ngjyra kafe në të bardhë, ose nga e verdha në të bardhë. Trashtësia e shtresave është e ndryshme, nga ato që me vështirësi dallohen deri në shtresa me përmasa disa mm. Pjesa qëndrore e gurit, që quhet bërthamë, është më e ngjeshur dhe zakonisht ka përmasat e një kocke orizi. Në qendër të gurit, më dy raste kemi gjetur trupa të huaj: më një rast një copë halë peshtku dhe në rastin tjeter fije bari të thatë. Gurët që kanë përmasa shumë të vogla është vështirë t'u vesh në pah bërthamën.

DISKUTIM

Janë analizuar 50 gurë të nxjerë nga 47 të sëmurë. Nga këto, nali stenon, 10 nga gjendrat, tetë nga gjendrat nënofullore dhe dy nga gjendra rrëth veshit. Numri i të sëmurëve nuk përpunhet me numrin e gurëve, për arsy se tek tre të sëmurë janë marre për analizë



Foto 5. — Gur i preë në mes — shihet ndërtimi i tij koncentrik dë kanali që i përshtkon në formë tuneli.

nga dy gurë; në rastin e parë, të dy gurët ndodhen në kanal, në rastin e dytë, një gur në kanal dhe tjeteri në gjëndër dhe në rastin e tretë, të dy gurët ndodhen në gjëndër. Kjo u bë me qëllim për të parë në se ka ndryshim në përbërjen kimike të gureve, që formohen njëkohësisht në kanal, në gjëndër ose në kanal dhe gjëndër.

Sikurse del nga analiza kimike, në gjëndrat e kanaleat e pështydyte vijnë ato karbonatikë dhe në radhë të tretë gurët oksalikë. Përsa i përket përbërjes kimike, gurët e gjëndrave e kanaleve të pështymës janë të përafërtë me gurët e veshkave, ndërsa përsa i përmizotërojnë uratet dhe oksalatet dhe mandej vijnë fosfatet dhe karbonatet (6). Gurët me përbajtje uratesh është ksantinë në gjëndrat dë kanalet e pështymës takohen rrallë, ne ikemi pasur nga një rast.

Nga pikëpamja kimike, gurët janë të përzjerë, prandaj kur flasim për gurë fosfatikë, prej karbonatesh etj. nuk do të thotë se ato përmund të parë, dhe me shumicë nga ato dhe mandej, në përqindje më të vogla, substanca të tjera inorganike. Në gurët fosfatikë, përqindja e fosfatit të kalciumit lëkundet nga 64% deni në 74% (2,9), e njëjtë gjë mund të thuhet edhe për gurët prej karbonatesh ose oksalikë. Nga 50 gurë që janë analizuar, 24 ose 48% janë fosfatikë, 17 ose 34% prej karbonatesh dhe 9 ose 18% oksalikë. Ajo që të bën pështypje është fakti se komponimet e fosforit kanë qenë të pranishëm në të 50 gurët e analizuar; ndërsa komponimet e tjera janë hasur në këtë mënyrë: karbonati i kalgumit në 30 raste, oksalati i kalciumit në 18, Mg-në

20, Ca në 22, Fe në 18, Na në 14, Si në 10; klori gjurmë në 4 raste, me sulfate, acid urik, NH_3 , ksantinë. Të gjithë gurët përbajnjë lëndë organike rrëth 10-15%, qëka fitet për domosdoshmërinë e bërtimës organike në formimin e gurit.

Gurët fosfatikë janë me fortësi mesatare dhe nga njëherë formojnë një si lëvozhgë, e cila ndahet lehtë nga pjesa tjetër e gurit, trashë-sia e saj është e ndryshme. Gurët prej karbonatesh janë më të butë, ndërsa ato prej oksalikësh pak më të fortë.

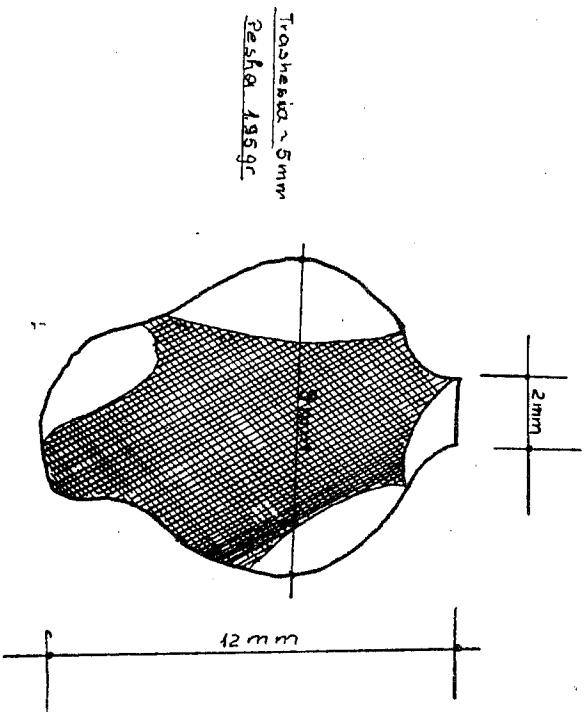
Fortësia e imazhit radiologjik të gurëve nuk varet shumë nga përbërja e tyre kimike (në se janë fosfatikë, prej karbonatesh etj), por më tepër nga mineralizimi i tyre. Në përgjithësi, gurët me mineralizim të lartë duken mirë në grafi direkte, ndërsa ato me mineralizim të dobët jepin një imazh të lehtë, që me vështirësi vihen re ose edhe mund të mos duken fare (8).

Analizë spektrale gjysmë sasiore iu kemi bërë 21 gurëve, 3 prej ilizën strukturale të tre gurëve të nxjerë një nga kanali Vartan, një nga gjendra nëngjuhore dhe një nga gjendra rrëth veshit.

ANALIZA SPEKTRALE

GYJSEM SASIORE

Ca %	Pb %	Bi %	Ng %	Ni %	Suz%
1 >10			0.2		
2 >10			0.12		
3 1			0.1		
4 5					
5 >10		0.08	0.4		
6 >10			0.5		
7 >10			1		
8 >10		0.004	0.2		0.4
9 >10			4	0.0002	
10 >10			1		
11 >10	0.004		1		
12 >10	0.002		0.1		
13 >10	0.004		0.3		
14 >10	0.004		0.5		
15 >10			0.5		
16 >10			0.5		
17 >10		0.001	0.5		
18 >10		0.003	0.5		

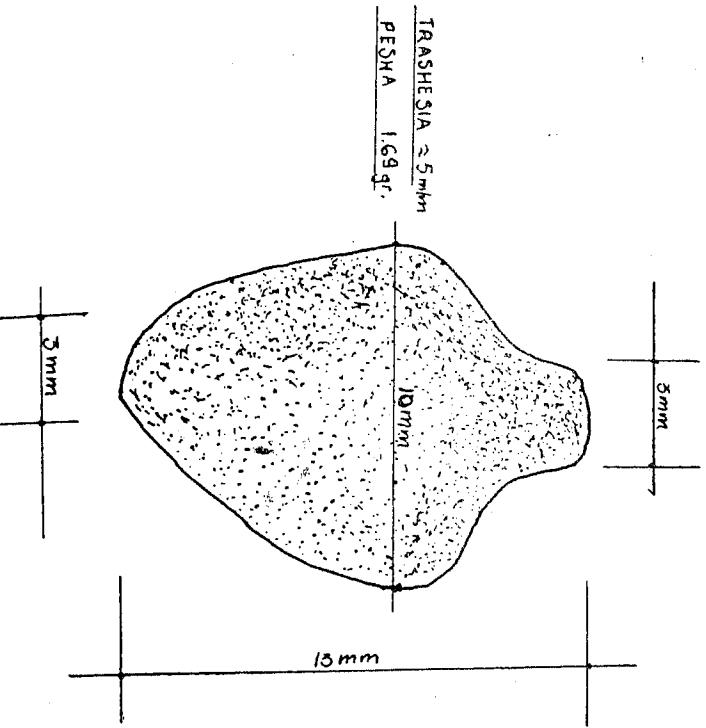


Prova nr. 1. — Përmasat dhe forma (snih skica nr. 1), gurë nga kanali Vartoni. Në sipërfaqe, ngjyra e verdhë si portokall, ndërsa në brendi e bardhë. Mesa duket, ngjyra është njollsoje sipërfaqejësore. Nga veprimi me HCl reagon shumë pak në pjesën e bardhë, ndërsa në sipërfaqe, mesa duket, nuk vepron. Mbi materialin filestar, në sipërfaqe shihet një shtrëse, e cila përbën me shumicë kokriza në formë perle me përmasa të ndryshme, që lëkundën në përgjithësi midis kufijve 0.1-0.2 mm/m. Krijohet përshtypja se sipërfaqja me kokrizzat në formë perle është e mëvonëshme. Pjesa e bardhë, në përgjithësi është massive dhe, në disa raste, të le përshtypjen e një rrjetësie lavore. Fortësia është e vogël, afersisht 1, sipas shkallës së Moos-it. Kur thyhet, mbi pluhurin e saj vepron më fort HCl (1:1).

Sipas analizës spektrale gjysëm sasiore, gurët përbën kryesisht nga kalciumi dhe pak magniezium, konkretisht $\text{Ca} > 10\%$ dhe Mg gjurmë. Prova nr. 2 — Përmasat dhe forma (snih skicën nr. 2), gurë nga gjendra nënofullore. Ngjyra krem e hapur në të bardhë si në sipërfaqe dhe në brendi. Në pamje të parë, guri të le përshtypjen deridiku të materialeve prej dhei, që përgatitin dallëndyshet. Aty-këtu vërehen qime të veganta në ndonjë rast disi sé bashku të ngjashme me qimet e leshtit të deles. Gjatësia e tyre arrin deri afersisht 1 cm.

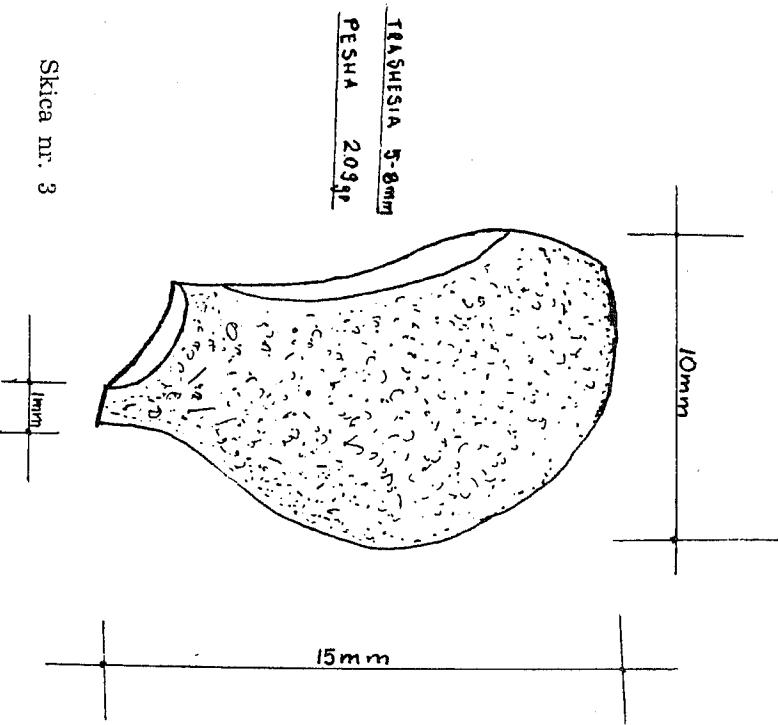
SKICA N: 2

SH 1:5



HCl (1:1) vepron pak mbi të, duke shkaktuar shkumbëzim e lëshim flukash CO_2 . Ndërtimi mikrozor të le përshtypjen e një topi bore. Ashtu siç paraqitet në formën fillestare, disi vëشتirë për tu thyer, por duke i hequr pjesë pjesë, ato janë mjaft të buta dhe thyhen me lehtësi (fortësia afersisht 1 sipas shkallës së Moos-it). Analiza spektrale gjysmë sasiore përcakton kryesisht kaljumini dhe pak magnezium. Konkrektisht $\text{Ca} = 10\%$, $\text{Mg} = 0.15\%$.

Prova nr. 3. — Përmasat dhe forma (shih skica nr. 3), gurë nga gjendra rreth veshit. Ngjyra krem e hapur në sipërfaqe, ndërsa në brendësi e bardhë. Ndërtimi është aggregato-veshklor, ndërsa ndërtimi i brendshëm, nga rië prerie që iu bë, rezultoi se është në formë sekrecioni. Fortësia është e ulët, thyhet me lehtësi (afersisht sipas shkallës së Moos-it). Mbulesa sipërfaqore është disi më e fortë dhe HCl (1:1) po-thuajse nuk vepron, ndërsa pjesa e brendshme reagon me HCl (1:1) në mënyrë të qetë dhe të ngadalëshme. Analiza spektrale gjysmë sasiore përcaktoi se në përbërjen elementare merr pjesë kryesisht kalçiumi dhe në sasi të pakët magneziumi. Konkrektisht $\text{Ca} > 10\%$ e $\text{Mg} = 0.1\%$.



Skica nr. 3

Analiza spektrale gjysëm sasiore e 18 gurëve të tjera të tregoi se elementi "kryesor", që mbiotëron në përbërjen kimike të gurëve të gjëndrave e të kanaleve të pështymës është kalciumi, i cili takohet në të gjitha rastet në formë elementare në masën rrëth 10% , me përashtim të dy rasteve ku takohet 1% dhe 3% (shih pasqyrën). Në pasqyrë vohen në dukje vetëm elementët, të cilët janë gjetur në sasi që mund të maten.

Analizat tonë, ashtu si edhe ato të autoreve të tjere, tregonjnë se gurët e pështymës përbajnjë shumë mikroelemente, të cilët nuk gjenden në formë të pastër, por në formën e komponimeve të ndryshme ose në formën e ikationeve dhë anioneve.

Analizat spektrokinike dha ato strukturale të gurëve përforcojnë mendimin se për formimin e tyre është i nevojshëm formimi paraplik i një lëmshi të vogël organik, rreth të cilët depozitohen kriptat e ndryshme minerale që përban pështyma. Fortësia e përkët e gurëve, që vërtetohet nga analizat tonë, ka rëndësi të dihet nga kirurgu stomatolog ose qdo mijek që merret me mijekimin kirurgjikal të kësaj sëmundje, në mënyrë që heqja e gurit nga kanali ose nga gjëndra të bëhet pa ushruar presion për të mos u thëmuar guri, pasi dihet se copëzat e vogla që mund të mbeten brenda në kanal ose gjendëri shë-

bejnë si pikënisje (bërtthamë), rrëth së cilës mund të formohet një gur i ri.

Në bazë të analizave spektrokinike del se për formimin e gurëve nuk luajnë rol, të marra vëgmas uji, klima, ushqimi, mënyra e të ushqyerit, për ndryshe analizat e mësipërme duhej të dilin me ndryshime në vartësi të faktorëve që përmëndëm më sipër, fakt që nuk vihet re, përkundrazi analizat e bëra nga autorë të ndryshëm në kohë, kushtë e vende të ndryshme japidin të njëjtin rezultat, pavarësisht se në ç'kushë klimaterike ka jetuar i sëmuri dhe nga mënyra e ushqimit.

Analizat kimike spektrale dhe strukurale të gurëve të pështymës (kanaleve dhe gjendrave) flasin se mekanizmi i formimit të tyre është¹ ndërlikuar që lidihet, mesa duket, me ndryshime lokale në gjendër e kanal si dhe ndryshime të përgjithshme në organizëm (regullime të metabolismit mineral, vitaminik etj.). Pa dyshim që edhe proceset inflamatore, që zhvillohen në gjendër apo kanal, duke përshtur ekilibrim kolido-mineral të pështymës, bëhen shkas që rrëth bërtthamës organike (të formuar nga mikrobët ose epitete) apo elementë të tjere organikë) të depozitohen në formë koncentrike herë lëndë inorganike (kripta minerale), htere lëndë organike, duke i dhënë, në këtë mënyrë, gurit një ndërtim të ndërlikuar shumështesor.

PERFUNDIME

- 1) Sialolitiaza është patologjia më e shpeshtë e gjendrave të pështymës. Sipas materialit tonë, ajo përbën 44.8% të rasteve dhe kryesisht prek gjendrën nenoftullore në mbi 90% të rasteve.
- 2) Gurët e gjendrave e kanaleve të pështymës, në shumicën dërmuese të rasteve, takohen nga një; sipas materialit tonë 87.2%.
- 3) Fortësia e gurëve është përkrahësishët e ulët, afersisht 1, sipas shkallës së Moss-it.
- 4) Në përbërjen kimike të gurëve, elementi kryesor është Ca që në radhë të dyte Mg.
- 5) Gurët e gjendrave e kanaleve të pështymës në 91.5% të rasteve janë radiopakë.

Dorëzuar në redaksi më 15 shtator 1978.

Shënim: Analizat kimike janë kryer në laboratorin qëndror biokimik të spitaleve, ndërsa ato spektrale janë kryer në laboratorin e N.N. Gjeologjisë – Tiranë.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bennett M.:** Sialolithiasis of the labial gland oral surgery oral medicine oral pathology. July 1971, 22.
- 2) **Databanis E., Roeca G.M.:** Considerazioni clinico-statistiche su 78 casi calcolosi salivare. Minerva Stomatologica 1969, 12, 682.

- 3) **Gjini S.:** Sialolitħyasis. Buletini i UT — Seria shkencat mje-kësore 1969, 2, 65.
- 4) **Kaspi I., Karađ H.:** Mbi apikuunum e sialografisë nè diagnostikim e sè-mundjeve tè gliendrave tè pështynës. Buletini i UT — Seria shkencat mje-kësore 1973, 2, 41.
- 5) **Klementov V.:** Sjunkokamenata boljezn. Moskva 1960.
- 6) **Nishani F.:** Tè dhëna nè lidhje me përbëjen kimike tè 460 gurëve tè rru-gëve urinare. Shëndetësia Popullore 1972, 4, 37.
- 7) **Paparisto F. e bp.:** Ureterolithiaza. Shëndetësia Popullore 1972, 4, 32.
- 8) **Qano G., Preza Kr.:** Rentgenologjia stomatologjike. Tirana 1975, 313.
- 9) **Soboleva V.M., Shevirev S. J.:** Sostav i struktur sjunjin jkamnej. Stomatologija 1983, 3, 49.

Summary

CALCULI OF THE SALIVARY GLAND DUCTS AND THEIR SPECTROCHEMICAL ANALYSIS

The calculi of the salivary gland ducts are discussed as they are encountered in the general stomatologic practice.

In 91.5% of the cases they have resulted röntgeno-opaque. They are most frequently encountered in the ducts of the submandibular gland (in 90.2% of the cases) with 70.2% in the Vaston duct and 20.2% in the tissue of the gland itself.

In the Stenon duct of the parotid gland they occur in 6.4% and in the sublingual gland in 1.06% of the cases.

The morphology is also described of these calculi, of which two had the form of canine teeth.

The spectroscopic, chemical and structural analysis of the calculi was carried out to determine their pathogenesis.

This analysis confirmed the conviction that the formation of these calculi is conditioned by the formation of an organic base on which the mineral salts of the saliva are deposited.

The study showed that in 87.2% these calculi are single, that they are comparatively soft (degree I of the Moo scale), that in their composition Ca and Mg are the main elements, and that such factors as the climate, the water, the soil, the food and the habits of feeding play a secondary role in their pathogenesis.

Résumé

CALCULS DES CANAUX DES GLANDES SALIVAIRES ET LEUR ANALYSE SPECTROCHIMIQUE

L'auteur de cet article traite le problème des calculs des canaux des glandes salivaires que l'on rencontre dans la pratique de la stomatologie.

Dans 91.5% des cas ces calculs étaient röntgen-o-paques. Ils sont plus fréquents dans les canaux de la glande submandibulaire (90.2% des cas), dont 70.2% dans le canal de Varton et 20.2% dans le tissu de la glande même.

Ces calculs ont été relevés dans 6,4% des cas dans le canal de Stenon de la glande parotide et de 1,06% dans la glande sublinguale.

L'auteur décrit aussi la morphologie de ces calculs, dont deux avaient la forme de canines.

En vue de déterminer la pathogénèse de ces calculs, il a été procédé à leur analyse spectroscopique, chimique et structurale.

Cette analyse a confirmé l'opinion selon laquelle la formation de ces calculs est conditionnée par la formation d'une base organique où sont déposés les sels minéraux de la salive.

L'étude effectuée a montré que dans 87,2% des cas ces calculs sont uniques, qu'ils sont relativement mous (degré I de l'échelle Moo), que les principaux éléments rentrant dans leur composition sont représentées par Ca et Mg, et que les facteurs climat, eau, sol, aliments et mode de nourriture ne jouent qu'un rôle secondaire dans leur pathogénèse.

HIGIJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

SALMONELLOSIS

(Të dhëna etiologjike dhe klinike)

— JAHJA PULO — DHIMITËR KRAJA, VIOLETA MOSKO —

(Klinika e sëmundjeve nejtëse — Spitali nr. 4 — Tiranë)

Salmonelozat janë infeksione të shkaktuara nga enterobakterie të gjinisë salmonella, që përmblidh 1500 serotipe të ndara në katër nën-gjini.

Këto infeksione grupohen me entieritet infektive dhe, nga pikë-pamja epidemiologjike, futen në sëmundjet infekutive, që shfaqen në formë epidemike apo zakonishë endemike në të gjithë vendet e botës.

Sot salmonelozat përbëjnë një problem serioz si nga ana epidemiologjike, ashtu dhe nga ajo kliniko-terapeutike. Kjo duket palk e quditshme po të kihet parasysh fakti që salmonelozat prej kohësh po i mështrohen një lufte të rreptë nëpërmjet kemio dhe antibiotiko-terapisë.

Në fillim u mendua se infeksionet nga enterobakteriet, ashtu dhe ato të shkaktuara nga mikrobe të tjera, do të zhdukeshin shpejt si pa-sojë e veprimit të antibiotiko-terapisë, që pasurohej vazhdimi i tij. Mirëpo nuk ndodhi ashtu. Realiteti epidemiologjik nuk e vërtetoi këtë mendim. U pa se popullatat mikrobiike kishin forca të shumta, shpeshtë paparashikueshme për tu mbrojtur dhe jetuar. Një prej tyre është rezistencë ndaj antibiotikave, që orvatait të përhapet më popullatat bakterale në një mënyrë të tillë, që mund të cilësohet epidemike (3). Zbulimi gjithnjë e më shpesh i salmonellave polikemoantibiotiko-rezistente, i shtameve me karakteristika metabolike atipike dhe i faktoreve të ndryshme, që e kushtëzojnë patogjenitetin, është një tregues i qartë i këtij fenomeni (7).

Studimet e kryera në vendet e ndryshme po e vërtetojnë se kjo gjendje rezistencë e shërtë passojë e fuqisë selektive të ushtruar nga vetë antibiotikët, të përdorur qofje në patologjinë njerezore ashtu që zootoknikë (3, 7).

Kështu pra, zhdukja e infeksioneve nga salmonelat ka hasur në vështirësi të mëdha.

Në klasifikimin klinikko-epidemiologjik të salmonelozave, nuk ekziston një klasifikim i vetëm, i qartë në këtë drejtim. Ka autore që

përdorin nje klasifikim vetëm etiologjik, të tjerë më tepër klinik, duke iu shnangur deri diku etiologjisë dhe, të tjerë, që bazohen më tepër mbi nje klasifikim epidemiologjik.

Me përfashtime të rrala, kjo vjen nga fakti se salmonelat nuk shkaktojnë kuadro klinike të veçanta dhe se e njëjtë salmoneloze mund të shfaqet në formë të ndryshme klinike. Megjithatë krijohet përshtypyja se më shpesh përdoret nje klasifikim i tillë:

- 1) Tifo abdominale, e shkaktuar vetëm nga salmonella typhi;
- 2) Paratifot, të ngjashme më shpesh me një tifo abdominale të zbutur, të shkaktuar zakonisht nga salmonela paratyphi A, B, C.
- 3) Salmonelozat «e vogla», të shkaktuara nga salmonelat e tjerë si typhi-murium, enteridis e të tjera.

Në materialin që paraqitim në këtë punim u studjuan vetëm salmonelozat e grupit të tretë të këtij klasifikimi. Do të theksojmë gjithashtu se terminologjia e tyre nuk është e njësuar. Kështu këto salmoneloza i quajnë:

- a – intoksim nga ushqimet (2);
- b – toksikoinfeksion ushqimor (2);
- c – salmoneloze e tipit gastroenterik (4, 6);
- d – gastroenterit parafioz (2);
- e – enterit nga salmonelat (4, 6);
- f – enterokoliti nga salmonelat (2, 3, 6);
- g – salmonelozat minore (4).

P A R A Q I T J A E R A S T E V E

Shkaktanët e 70 rasteve me salmonelozë të paraqitura në këtë punim i kemi përmblehdhur në pasqyriën nr. 1, sipas shpeshtësisë.

Pasqyra nr. 1

Struktura etiologjike e rasteve

Nr.	Tipi i salmonelës	Nr. i rasteve
1	S. typhi-murium	35
2	S. texas	21
3	S. të grupit B	12
4	S. Stanleyville	1
5	S. Zega	1

U vunë re shfaqje klinike të ndryshme si përsa i përket intoksimi të përgjithshëm ashtu dhe në drejtim të shenjave të lokalizuara në traktin tretës. Në bazë të grupimit të shenjave subjektive dhe objektive mundëm të përpilonin klasifikimin e paraqitur në pasqyrën nr. 2.

Klasifikimi i salmonelozave sipas formave klinike

Nr.	Forma klinike	Nr. i rasteve
1	Toksikointeksi	8
2	Gastroenterit	30
3	Enteriti	12
4	Koliti disenteriform	8
5	Toksikoseptike	5
6	Bartës të shëndoshë	7

Nga kjo pasqyrë shihet se shfaqjet klinike të salmonelozave kanë qenë jo vetem të shumta, gjashëtë forma klinike, por edhe të ndryshme. Prandaj mendojmë të ndalem i në mënyrë të veçantë në përhkrimin e secilës formë klinike.

1. — TOKSIINFEKSIONI SALMONELLOZIK

Kjo formë u shikactua nga *salmonella texass* (5 raste) dhe nga ajo *typhi-murium* (3 raste).

Shenjat subjektive dhe ato objektive paraqiten në pasqyrën 3.

Pasqyra nr. 3

Shenjat e toksiinfeksionit salmonelozik

Nr.	Shenja	Nr. i rasteve
-----	--------	---------------

1	Cefalea	8
2	Asteni e theksuar	8
3	Të vjela	8
4	Dhenjtë ne epigastër	8
5	Marrje mëndsh	8
6	Neveri për ushqimin	8
7	Zbehje	7
8	Temperaturë	6
9	Takikardi (90-120')	5
10	Hipotension arterial	4
11	Kontraksione të duarve	3
12	Bradikardi (60-50')	2
13	Nistagnus	1

Duhet të theksojmë se dhembjet e barkut në epigastër shpesht kanë qënë shumë të forta, madje, në dy raste ishim të tipit të kolikës abdominale. Në dy raste të tjera janë shoqëruar edhe me dhembje në hipokondrin e djalitë dhe pikën cistic.

Në të gjitha raste, të vjellat kanë qënë në fillim me përbajtje ushqimore dhe pastaj bilare. Shpeshtësia ka lëvizur nga 5 deri në 20 herë. Temperatura, që në shumicën e rasteve ka paraprirë shenjat e prekjes së aparatit brejtës, ka lëvizur nga 37,5 deri në 40,5 °C.

Zakonishit i sëmuri është qetësuar brenda 24 orëve të para nga shtrimi në spital. Më shumë kanë zgjatur astenia e theksuar, neveria dhe ulja e oreksit, dhembja e kokës, dhembja (shtrënguese, therëse, çpuese) në epigastër, bradikardia apo temperatura. Por edhe këto shenja ditën e tretë nga shtrimi në spital qenë zhdukur pothuajse fare.

II. — GASTROENTERITI SALMONELLOZIK

Kjo formë u shkaktua sipas shpeshtësisë nga:

- salmonella typhi-murium 14 herë;
- salmonella e grupit B 8 herë;
- salmonella texas 7 herë;
- salmonella stanleyville 1 herë.

Më poshtë po paraqisim të përmblodhura shenjat kryesore të hasura në salmonelozën e kësaj forme.

Shenjat e gastroenteritit

Pasqyra nr. 4

Nr.	Shenja	nr. i rasteve
1	Cefalea	20
2	asteni e theksuar	26
3	të viella	30
4	marije mendsh	25
5	zbelje e lëkurës së fytyrës	27
6	skudje e lëkurës së fytyrës	3
7	temperaturë	21
8	kontraksione, mpirje të duarve	6
9	takikardi	20
10)	neveri për ushqim	20
11)	hipotension	15
12)	dhembje në epigastër	30
13)	dhembje perumbillikale	30
14)	Diarea	30
15)	gurgullima të zorrëve	30
16)	dhembje gjatë paljimit të barkut	30

Duke parë pasqyrën 4, kurtohet se kjo formë ka ndryshuar nga toksikoinfekzioni sepse ka pasur edhe diarea. Fecet kanë qënë të ujshme, në sasi të bollshme, pa mukus e pa gjak. Herë ka qënë diarea më e shprehur dhe herë tjetër të vjellat. Shpeshtësia e diaresë ka qënë nga 4 deri në 16 herë. Kjo është normalizuar zakonishit në ditën e tretë apo të ikatërtë të sëmundjes.

III. — ENTERITI SALMONELLOZIK

Kjo formë u shfaq më rrallë se gastroenteriti. Shkaktarët kanë që-në: salmonella texas (8 raste) dhe ajo *typhi-murrium* (4 raste). U hasën këto karakteristika kryesore: dhembjet e barkut në kuadramet e mesme dhe të poshtme të abdomentit, që në tre raste ishin të tijtë të kolikës abdominale, të shoqfëruara me gurgullime të zonrëve dhe di-area. Kjo e fundit ka qënë e shprehur me shpeshtësi nga 8 deri në 20 here. Në një rast të rëndë, e panumurueshme, duke shkaktuar edhe gjendje shokku hipovolemik. Zalkonisht diarea ka pushuar në ditën e pestë apo të gjashë të sëmundjes. Përbledhja e shenjave të kësaj forme klinike paraqitet në pasqyrën nr. 5.

Shenjat e enteritit

Nr.	Shenja	Nr. i rasteve
1	Dhembje barku	8
2	gurgullima	8
3	diarea	8
4	temperatura	5
5	dhembjë barku në palpim	8
6	peritonizëm	2
7	cefalea	2
8	hipotension arterial	2
9	takikardi	4

IV. — KOLITI DISENTERIFORM SALMONELLOZIK

Kjo është një formë e vëçantë e salmonelozave. Në e hasën në 8 raste me këtë renditje etiologjike:

- salmonella typhi-murrium 5 raste
- salmonella e grupit B 2 raste
- salmonella texas 1 rast

Në pasqyrën nr. 6 paraqisnim shenjat kryesore të vërejtura në kë-të formë të salmonelozave.

Pasqyra nr. 6

Nr.	Shenja	Nr. i rasteve
1	Dhembjë barku	8
2	Sigma dolente, spastike	8
3	Diarea nuko-sanguinolento	8
4	Të prera në fund të barkut	6
5	Temperaturë	6

Duhet shënuar se vrojimi rekromanskopik, i kryer në dy raste, vuri në dukje edemë dhe hiperemi të theksuar të mukozës së kolonit. Kështu pra rezulton që kjo formë të jetë shumë e ngjashme me disenterinë bakteriale akute.

V. — FORMA TOKSIKO-SEPTIKE

Përcaktimi i një forme të tillë paraqitet vështirësi të konsiderueshme. U hasën 5 raste të kësaj forme me këtë etiologji:

- salmonella typhi-murium 3
- salmonella e grupit B 2

Këto salmoneloza paraqisin temperaturë të qëndrueshme mbi katër ditë (në një rast deri në dhjetë ditë), në shifra të larta, 38 deri në 40° C. Sindroma e intoksimit të përgjithshëm ka qenë gjithmonë e pranishme dhe mjaft e shprehur. Gjithashtu u vu re prekja e aparatit respirator në të gjithë rastet e shprehur klinikisht me dobësim apo ashpërsim të respiracionit vezikular, rale bronkiale të njoma dhe në ndonjë rast, krepitacione të qarta. Persa i përket shenjave të prekjes së traktit tretës, në përgjithësi këto kanë qenë pak të shprehura. Hemokultura e kërkuar në tre nga këto raste rezultoi negative (thëksojmë se dy janë marrë pas fillimit të antibiotiko-terapisë). Në pasqyrën nr. 7 paraqisim shenjat e përmbledhura të kësaj forme të salmonelozës.

Shenjat e formës toksiko-septike

Pasqyra nr. 7

Nr.	Shenja	Nr. i rasteve
1	Temperatura	5
2	Intoksikimi	5
3	Hepatomegali	4
4	Splenomegali	2
5	Kollë	3
6	Kongestion pulmonar	3
7	Bronkopneumoni	2
8	Vital pozitiv	5

VI. — BARTESIT E SHENDOSHË

Në 7 raste nuk u vëreiën shenja patologjike si nga ana subjektive ashtu dhe nga ajo objektive, megjithëse në koprokulturë u izoluan gjashë herë salmonella typhi-murium dhe një herë salmonella zega. Anamneza epidemiologjike në drejtim të një salmoneloze qëndronte e beshtur.

Të dhënat laboratorike

Gjaku periferik. — Në shumicën e rasteve nuk u panë devijime nga norma. Ndoshta kjo ka ardhur edhe sepse një pjesë e të sëmurrëve nuk janë shtuar që në ditën e parë të fillojat të sëmundjes. Në rastet e tjera u vërejt:

- a) leukopeni në katër të sëmurrë (deri në 3.600);
- b) leukocitozë në dy të sëmurrë (deri në 17.500);

c) formula leukocitare paraqiti ndryshime edhe në rastet kur numri i përgjithshëm i leukociteve qëndronë në shifra normale. Kështu u gjetën neutrofile të shtuara në 14 raste, shtrim të shkopinjve në 5 raste (deri në 50%); eozinofili absolute (15%) në një rast, pa pasur ndonjë shkak tjetër etiologjik të dukshëm, qoftë e parazitar;

- d) sedimenti i eritrociteve u gjet i shtuar në 6 raste (nga 25 deri në 40 m/orë).

Urina. — Në shumicën e rasteve nuk u panë elemente patologjike në drejtim të kësaj analize.

Në rastet e tjera u vërejt:

- a) në pesë të sëmurrë shtim i albuminurisë deri në $0.4 \text{ gr}^{\%}$;
- b) në dhjetë të sëmurrë të tjere ngarkesë leuko dhe eritrocitare deri në 20-30 elemente për fushë.

Reaksioni i Vidalit

Ky rezultoi pozitiv në 35 raste me ikoto ndryshime:

- a) TO nga 1:80 deri në 1:640;
- b) TH nga 1:80 deri në 1:640;
- c) PB nga 1:80 deri në 1:1280

Duhet theksuar fakti se ky u kërkua më shpesh në rastet me temperaturë të lartë dhe me intoksim të përgjithshëm të shprehur gjithsej 43°.

Izolimi i salmonellave, në pjesën dërmuese të rasteve si dhe reaktioni serologjik i Vidalit, janë kryer në laboratorin bakteriologjik të pitaleve.

DISKUTIM

Materiali i paraqitur përbledh raste të shfaqura kryesisht gjatë viteve 1970-1975.

Nga pasqyra nr. 1 rrijedh se serotipi i hasur më shpesh ka qënë almonella typhi-murium. Kjo e dhëne përpunhet me atë të pasqyrës ur. 8, ku tregohet se në Evropë gjatë viteve 1969-është izoluar më shpesh ky serotip.

Gjithashtu duke parë paraqitjen e rasteve mund të konstatohet ente prania e shumë formave klinike të shkaktuara nga i njëjti serotip, si psh salmonella typhi-murium. Me të drejtë lind pyetja se cila shëtë arsyja e një fenomeni të tillë. Përgjigja kërkon ndihmën dhe hittelmin e patogjenezës së salmonelozave, të cilën do të mundohemi a bëjmë vetëm për format enterike, megjë këto shfaqje klinike sot po hihen nga një këndpamje të ri e më të gjërë.

Tab. Nr. 8

Serotipat kryesore të izoluara tek njeriu në Evropë sipas shpeshtësisë, 1968. (Marrë nga 3).

AUSTRIA	GERMANY	FINLANDIA
1. S. enterica 2. S. abonyi 3. S. typhimurium	1. S. typhimurium 2. S. typhimurium	1. S. typhimurium
FRANCE	ITALIA	NORVEGIA
1. S. paracattarum 2. S. typhimurium	1. S. typhimurium	1. S. typhimurium
VENDRE & UTRA	Rep. Fed. Germane	ROMANIA
1. S. typhimurium	1. S. typhimurium	1. S. typhimurium
SUICERA	CECOSLAVAKIA	JUGOSLAVIA
1. S. typhimurium	1. S. typhimurium	1. S. typhimurium
POLONIA		
1. S. enteritidis 2. S. typhimurium		

Klasifikimi klasik i enterobakterieve, sipas ninenyraze të impianimit (vendosjes) dhe veprimit të tyre, salmonelat i përbledh në grupin e tretë të tij, dinte në ato mikrobe, që penetrojnë në submukozë (1, 7, 9). Pra shtafa e enteropatisë salmonelozike shkaktohet nga fuqia invazive e tyre për murin e zorrës (që nga ana e saj karakterizohet nga penetrimi dhe shumëzimi i tyre deri në *lamina propria*, me prodhim dhe gjirin të faktorit toksik, endotoksinës) dhe eventualisht tejkalimi i kësaj lamine, duke kushtëzuar kështu përhapjen hematogjene të salmonelave (1, 9). Fuqia invazive është karakteristike si për salmonelat ashtu dhe për shigjetat.

Koliti disenteriform përbën një shfaqje klinike të vecantë të salmonelozave.

Në disa raste të vecanta të infekzionit salmonelozik, diarea mund të jetë e përbërë edhe nga mukusi e gjaku i përzjerë me fejet (2, 6, 8). Madje edhe nga ana ana anatomopatologjike, ky kuadër mund të mos dallohet nga ai i shigelozave, sepse mund të vërehen edemë, hiperemi, pikëzime hemorrhagjike apo ulcerime të mukozës së zorrës së trashë (2, 8). Thuhet se këto forma shkaktohen sidomos nga *salmonella typhi-murium* dhe nga ajo enteritidis (6). Kjo e dhëne përputhet edhe me përfundimin e arritur prej nesh gjatë studimit të etiologjisë së kolitit disenteriform (shih ikëtë formë).

Kjo formë shfaqet atëherë kur salmonelat vendosen dhe ushtrojnë veprimin e tyre patogjen pikërisht në murin e zorrës së trashë. Gjithashu në vazhdim të shtjellimit të patogjenerës së salmonelozave duhet të shënojmë se zbulimet e këtyre tre-katër viteve të fundit tregojnë se salmonelat nuk veprojnë gjithnjë me anë të këtij mekanizmi invaziv. Ekzistojnë një grup i vecantë enteropatish diaroike, që, përsa i përket patogjenezës, klinikës dhe alterimeve të mukozës intestinale, të ikujtojnë kolerën, kështu që dallohet qartë nga enteritet të shkaktuar nga mikrobet invazive. Këto përbëjnë sindromen e ashtuquajtur «koleritomë», dmth të ngjashmën me kolerën dhe që i kushto het veprimit të një eksotoksine bakteriale (enterotoksine), e cila shkakton humbijen e madhe të ujtit dhe të kripriave nga muri i zorrës (1). Këtu futen edhe disa enteropati të shkaktuara nga *salmonella typhi-murium* dhe enteritidis (1).

Mënyra e veprimit jeshitë pjesërisht e qartë dhe shpjegohet me një sekretum epitelial aktiv, të shkaktuar nga prodhimi intramukoz i enterotoksines, që, nga ana e saj, stimulon mekanizmin e adenilciklazë-AMP-ciklik (1, 5). Më poshtë po paraqitum një skemë të kësaj pagjeneze.

Kështu mund të shpjegoohen disa forma të tjera të vecanta të enteritit salmonelozik, që shkaktohen më shpesht si *salmonella typhi-murium*, S. derby, S. enteritidis (6, 9).

PERFUNDIME

1) Gjatë viteve 1970-1975, shkaktari më i shpeshtë i salmonelozave ka qënë *salmonella typhi-murium*.

2) Jo vetëm salmonelat e ndryshme, por edhe një serotip i vërmund të përcaktonte shfaqje klinike të shumta dhe të ndryshme. Kjo duhet të kihet parasysh më diagnosten diferencale të salmonelozave.

3) Përcaktimi i drejtë i mekanizmit të veprimit dhe, si pasojë formës klinike të salmonelozës, ka rendesi të madhe terapeutike the epidemiologjike.

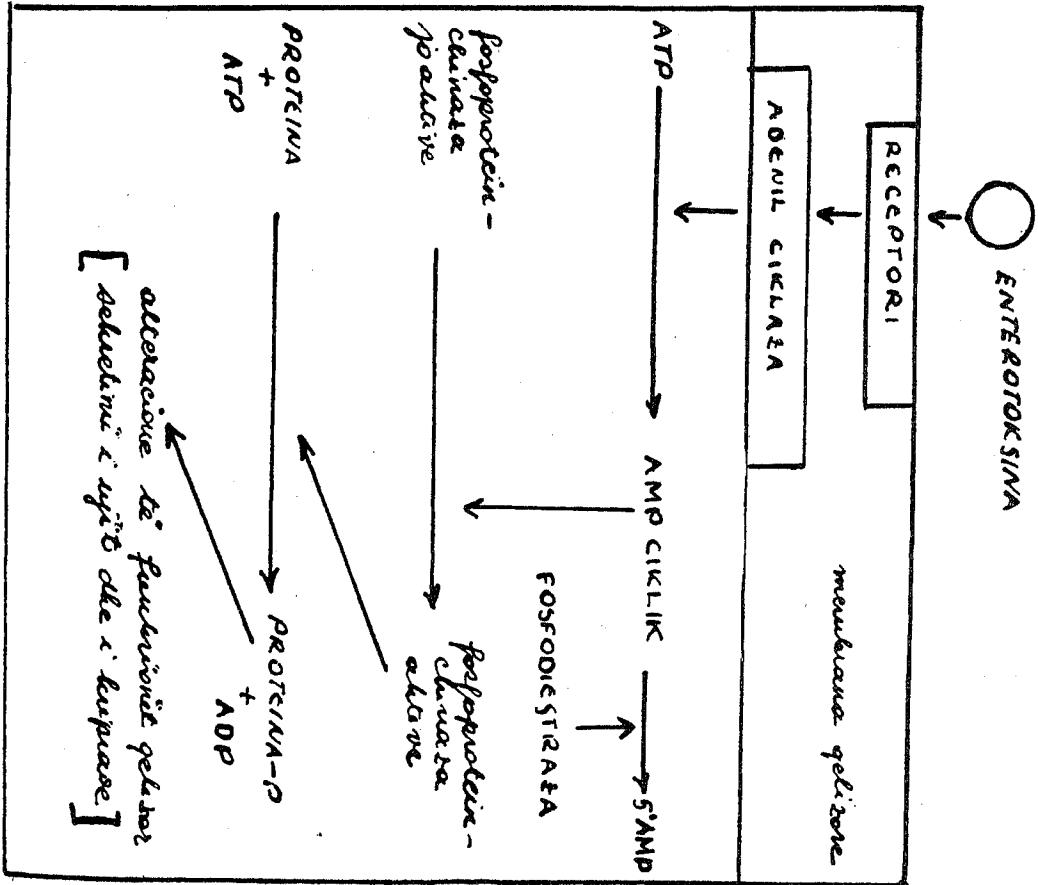


Fig. 1 — Skema

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alencel P.: Inquadramento e Classificazione delle enteropatie batteriche acute. *Minerva Medica* 1978, 29, 8, 437.
- 2) Bekteshi S.: Infektioner tifoide e paratifoide. Enteriti nga salmonelat. Libr. «Pediatría». Tirane, 1974, vol. I, 353, 357 dhe Vol. II, 824.
- 3) D'Alessandro G., Giannanco G.: Le enteriti acute infettivi. *Minerva Medica* 1974, 65, 3, 121.
- 4) De Risi: Salmonellosi. Manuale di patologia medica. Torino, 1970, Vol. II, 314.
- 5) Hammoun C.: La toxine colérique et la pathologie du cholera. Le Concours Médical 1975, 5, 13.
- 6) Izar M.: Come si visita una salmonellosi. *Minerva Medica* 1964, 23, 1909.
- 7) Minigrano F.: Il ruolo delle enterotossine. Giornale di malattie infettive e parassitarie 1977, 29, 8, 413-437.
- 8) Pulo J.: Salmonellosis. *Sémundet infektive*. Tirane 1976, vol. I, 215.
- 9) Rotini G. D.: Potere invasivo delle enterobatteriacee. Giornale di malattie infettive e parassitarie 1977, 29, 8, 4577.

Summary

SALMONELLOSIS

The so-called «minor» forms of salmonellosis are discussed from the viewpoint of their etiology, pathogenesis and clinical manifestations. It is pointed out that salmonellosis has proved difficult to eradicate because of the appearance of strains resistant to chemical and antibiotic treatment.

The most frequently encountered serotype in this country in 1970-1975 and in Europe in 1959-1971 has been *S. typhimurium*.

From the clinical point of view, the authors have been able to distinguish six different forms and have given detailed descriptions of their subjective and objective symptoms.

The laboratory findings are also mentioned, particularly those of the blood and urine examinations and the serology, as well as the isolation and identification of the causative agents. Neutrophily and positive Widal reaction were present in most cases.

It is pointed out that a particular salmonella can give rise to various clinical forms of the disease.

The invasive properties of the salmonellae are compared with those of the higellae, which is clinically manifested by the existence of a salmonellosis lyse-enteriform colitis as a distinct climoco-morphological form.

In conclusion, the different clinical manifestations of salmonellosis are attributed primarily to the pathogenetic mechanisms of the salmonellae.

Résumé

SALMONELLOSSES

(Données étiologiques et cliniques)

Dans cet article, les auteurs traitent des salmonelloses dites «mineures», en les examinant du point de vue de leur étiologie, de leur pathogénèse et de leurs signes cliniques. Ils relèvent que les salmonelloses sont difficiles à déraciner par suite de la manifestation de germes résistant aux traitements chimiques et antibiotiques.

Le germe *S. typhi-murium* est le sérotype plus fréquent relevé chez nous en 1970-1975 et en Europe en 1969-1971.

Les auteurs ont réussi à distinguer six formes différentes de salmonelloses du point de vue clinique et à décrire minutieusement leurs symptômes subjectifs et objectifs.

Une attention particulière est consacrée aux symptômes caractéristiques à chacune des formes cliniques. Les auteurs présentent en grandes lignes les données de laboratoire concernant le sang périphérique, l'urine et la sérologie. La neutropénie et la réaction Widal positive ont été relevées dans plusieurs cas. Ils ont été constaté qu'une salmonella particulière peut provoquer différentes formes cliniques de la maladie.

La puissance d'invasion des salmonella est confrontée à celle des shigellae et illustrée par un cas de colite dysentérique de salmonellose en tant que forme clinique-morphologique distincte.

Enfin les auteurs dégagent la conclusion que les différentes manifestations cliniques de la salmonellose sont attribuées principalement au mécanisme pathogénique de la salmonella.

R é s u m é**RECTO-COLITES PROVOQUÉES PAR LAMBIA, TRICHOMONAS ET ENTAMOEBA HISTOLYTICA**

Les auteurs du présent article ont étudié les aspects cliniques et retrosco-
piques de 22 cas d'infections intestinales à protozoaires afin d'établir leur diffé-
renciation diagnostique de la dysentéries bactérielle, puisque le diagnostic au
moment de l'admission à l'hôpital était la dysentéries bactérielle dans 13 cas,
entéro-colite dans quatre cas, la colite ulcéruse dans un cas etc.

De l'expérience clinique des auteurs il ressort que les protozoaires entériques

taint présent dans 3% de tous les cas d'infections gastro-entérites, et parmi
ces protozoaires *Lambia* étaient le plus fréquent (2.2%).

Les protozoaires entériques sont rencontrés fréquemment en association les
uns avec les autres, avec des helminthes (ascaris, enterobius, trichocephalus)

et avec des Shigellae. A la différence des shigelloses, ces infections ont un

début plus lent et une évolution plus longue. Le traitement antibactérien n'apporte

l'une amélioration temporaire.

La rectoscopie montre des lésions en forme de points, souvent confluentes,
couvertes par une muqueuse saine, mais dans certains cas la muqueuse apparaît
régulièrement hyperémique, hémorragique, oedématueuse et couverte par du mucus;

ans ce dernier cas, le tableau clinique est semblable à celui de la colite
hémorragique.

REZULTATET E 22 RASTEVÉ

Nr.	Emri mbie- mri	Mo- sha	Data e hritmit vizit. I	Diag. e stirmit	Protozoari	Para- zite tè tjerë	Shigela	Sa kohë ka sëmure
1	M.M.	40	16.7.973	Enteroc. ac.	Lambilia	neg.	Neg	1 muaj
2	D.D.	23	20.4.974	Dizen. kron.	Lambilia 3 neg		Flexner	2 vjet
3	B.I.	16	14.I.975	Susp. ameb.	Lambilia neg.		neg.	1 vjet
4	J.K.	22	18.3.975	Enterekol.	Lambilia intestinalis Trikomonas Intestinalis Embodom.		Flexner	8 ditë
5	S.M.	38	18.3.975	Kolit	Lambilia 2 neg.		N.	10-15 dit
6	V.D.	46	6.5.975	S. Dizent.	herë		N.	7 ditë
7	P.L.	32	15.5.975	Dizent.	Trikomon 3 N. herë		N.	3 muaj
8	H.B.	40	15.5.975	Dizent.	Trikom. me shumicë Ameba histolytică f. vegetat.	Oxiur Ascaride	Neg.	8 ditë
9	K.T.	16	5.5.975	Dizent.	N.	N.	N.	3 ditë
10	Th.P.	56	10.5.975	Dizent.	Cista ameba	Ascarid	N	1 muaj
11	H.E.	34	3.I.976	Kolit	Trikom	Oxiure	N	3-4 vjet
12	H.B.	33	28.9.76	Dizent.	Lambilia	Ascarid	Slamitz	4 ditë
13	K.M.	19	30.9.76	Port Dizent.	Lambilia	—	Flex	—
14	R.M.	28	24.X.975	Dzent. kron.	Lambilia	ascarid	N	3 muaj
15	M.B.	6	8.12.975	Rectoragi.	Lambilia 3 herë	Trikocef	N	2 muaj
16	G.A.	19	13.XI.976	Dizent.	Lambilia	Oksire	Flexner	1 muaj
17	R.M.	39	22.XI.976	Dizent.	Lambilia 2 herë	Ascaride Neg	Neg	2 javë
18	R.T.	16	8.4.977	Dizent.	Lambilia	Oxiur	Neg	1 ditë
19	B.T.	17	13.4.977	Dizent.	Lambilia	Trikums	Neg.	7 ditë
20	B.D.	47	29 X. 978	Ameba	Ameba Veg.	Askar.	N	disa muaj
21	L.G.	25	5.I.978	Eater. hemor. Colit Ulceroz	Lambilia 3 herë	Histolit.	N	2 muaj
22	J.U.	23	12.9.978	Rektoragi.	Ameba F.	Trikom. Vegetat.	N	2 javë

E. PROTOZOARE INTESTINALE

Klinika diarre	Gjak	Mukus	Temp.	Sig- ma	Mel- cia	Rektoskopija	Biopsia e mukozaš rektale	Varejije
+	+	+	37,5	+	+	Mukoza hiperemike me mikroulceracione dne pika hemorragijke.	Kolit kronik s'ka lezjone pa karakter organike specifik	—
+	++	+	—	+	—	Hiperemni edem, vazo tē injekcionalna, Mukoza hemorragon	—	—
+	+	+	37,4	+	—	Injektum kapilar, erozio- ne tē vogla nē mukoze	—	—
+	—	—	—	+	+	Hiperemni, edem, injek- tim vazal	—	—
+	+	+	—	+	+	Nē disa zona, mukoza shunē hiperemike	Kolit kataral	normal
;	herē	+	+	—	—	Vreten disa zona tē inflamatura die ulceracio-	—	—
;	herē	+	+	38,8	—	nē tē vogla superf.	—	—
a diarre	+	+	37,5	+	+	Mukoza shunē hiperemike, edem, edemat me disa hemorragiji mukoze	—	—
4 herē	+	+	—	—	+	sh. hiperemike, edema- toze die damentohet lehē Mukoza hiperemike, me shunē mukus	—	—
3	+	+	—	+C	—	Mukoza sh. hiperemike si gjak i kuq, Mukoza hemoragon.	Kolitis kataral	—
+	—	—	37,3	—	—	Vreten oxire, Mukoza sh. hiperemike, edema- toze, me erozije tē vog- la	—	—
+	+	+	38	+	—	Mukoza hiperemik Mukoza normale	—	—
čapsil.	—	+	37,4	++	—	Hiperemni, edem, një erozion	—	—
diarre	—	++	—	S	—	Shunē hiperemike, edematoze hemoragon	Proktitis	—
+	++	+	—	+	—	Hiperemike, edematoze	—	—
+	+	+	38°	+	—	Hiperemike, edematoze, me pika hemorragijke, shunē mukus.	—	—
+	+	+	+	—	—	Shunē hiperemike, edematoze die hemoragon, ka oxire.	—	—
+	—	—	—	—	—	Inflamacion ataral	—	—
+	+	+	—	+	—	—	—	—
+	+	+	—	+	+	Mukoza hiperemike me mikroulceracione	normal	—
+	—	—	—	+	+	Mukoza rektale edema- toze, pak hiperemike me mukus	—	—

MJEKIMI I MENINGJITEVE PURULENTE ME ETIOLOGJI TE PAPERCAKTUAR

— NASI BOZHEKU —

KAND. I SHKENC. MJEKESORE

(Katedra e sëmundjeve Infektive)

Në këtë punim do të trajtojmë disa të dhëna rrith problemit të meningjiteve purulente me etiologji të papercaktuar. Punimi është bërë në 50 të sëmurë, të shtruar në spitalin klinik nr. 4 të Tiranës të viteve 1970-1978.

Mosha e tyre ka qënë: 15-20 vjeç – 15 të sëmurë, 21-30 vjeç – 19, 40 vjeç – 5 të sëmurë, 41-50 vjeç – 5 të sëmurë, 51 vjeç e lart të sëmurë.

Sig shihet grup-mosha 21-30 vjeç ka qënë më e prekur dhe fili i tij kësaj vjen grup-mosha 15-20 vjeç. Grup-mosha 31 vjeç e lart më pak e prekur.

Sipas seksit vihet re një mbizotërim i meshkujve (33 meshkuj dhenë femra).

Sipas shkallës së rëndimit të sëmundjes, janë takuar këto forma: ma komatoze – 3 raste, subkomatoze 4, të rënda 14, të mesme – 19 e të lehta 10.

DISKUTIM

Meningjitet përbëjnë një problem jashëzakonish të rëndë dhe, në zantë, meningjitet purulente paragjenin një morbozitet të theksuar dhe idim të vegantë.

Njihet mirë fakti që sindroma meningjeale mund të shkaktobet a faktorë të ndryshëm etiologjikë: bakteriale, ricketsiale, virotikë, tozoarë, mekanikë, toksikë, alergjikë.

Mjeku duhet të shikojë me shumë përgjegjësi të gjithë të sëmurë febrilë. Të sëmurët me shenja shumë të pakta në drejtim të një niringjiti dhe, në dyshimin më të vogël, duhet të drejtohen menjërrë për në spital. Çdo vonesë është në dëm të të sëmurit. Për këtë rye nuk duhet pritur dita e nesërme për të parë një zhvillim sa më qartë të shenjave meningjeale.

Shumë autorë (2, 4, 7, 8) theksojnë se përballe një sindrome meningeale, sadò pak e lehti që të jetë kjo, mjeku ka për detyrë të bëjë, mënyrë të ngutshme, punksionin lumbar si dhe gjithë kerkimet e

tjera të mundshme paraklinike për të hedhur dritë jo vetëm përsa i përket vënië së diagnostikës, por edhe për të bëre të mundur një diagnostikum etiologjik.

Në diagnostikimin etiologjik të meningjiteve purulente krijohen vështirësi nga përdorimi pa kriter i preparatave antibakteriale ambulatorish. Kjo gjë jo vetëm që maskon kuadrin klinik dhe, për pasojë, rasti zbulohet me vonesë, por e bën jashtëzakonisht të vështirë identifikimin e shkaktarit të sëmundjes.

Të dhënët e literaturës (2, 7 etj.) flasin për një prognozë të rëndë të meningjitetit purulent me gjithë arsenalin e terapisë moderne që disponentojmë sot. Numri i vdekjeve luhatet nga 5-50% të rasteve (2, 7, 8 etj.).

Putja në praktikën kuruese të antibioterapisë ka bërë që problemi etiologjik i meningjiteve purulente të pësojë një farë ndrysimi. Kështu etiologjia meningokokksike është ulur shumë, kurse ato stafilocokë, salmonella, klebsiella dhe gram-negativë etj. janë rritur shumë. Vlen të përmendet se problemi i trajtimit të meningjiteve purulente me etiologji të papercaktuar është një çështje që preokupon shumë autorë (1, 2, 6 etj.).

Nga të gjithë konstatohet një fakt i padiskutueshëm se rastet e meningjiteve me etiologji të papercaktuar takohen shumë shpesht edhe në klinikat, që kanë në dispozicion laboratorë bakteriologjikë të kualifikuar (3, 4, 8).

Shumë autore (2, 3, 5), që në këtë drejtim pajtohet edhe mendimi ynë, thonë se rastet me meningjitet purulente me etiologji të papercaktuar janë më shpesht të natyrës meningokokksike dhe kjo për arsyen e thjeshtë se meningokoku është shumë i rrdjeshëm ndaj antibiotikëve, sulfoprereparave, pa haruar rezistencën shumë të ulur që ka ky në mjesdin e jashtëm.

Në injekimin e meningjiteve purulente me etiologji të papercaktuar dubet pasur gjithnjë parasysh se krahas terapisë antibakteriale dhubet të tregohet një kujdes i vegantë dhe të mos harrohen çështje të tjera të rendësishme si ruajtja e ekuilibrit hidroelektrolistik, ai i rringjalljes kardiorespiratore, injekimi simptomatik si dhe këtkimi dhe zbulimi i vatrave purulente. Në trajtimin e këtyre meningjiteve, ne kemi përdorur një terapi të shoqëruar (kombinuar) me medikamente që të kenë një spektër veprimi sa më të gjërë: penicilinë, sulfamide, sineptomicinë, kloramfenikol. Ky kombinim antibiotikësh gjen justifikimin e tij në faktin se:

- 1) Eshtë e pranueshme se shkaktarët më të shpeshtë janë meningokoku, pneumokoku dhe bacili Pfeiffer, të cilët janë të ndjeshëm ndaj sulfamidave dhe, në mënyrë të vegantë, shumë i ndjeshëm është meningokoku. Po eshtë aq e vërtetë edhe konstatimi se vitet e fundit shname të meningokokut «B» janë bërë rezistentë ndaj sulfamidave, por janë të ndjeshëm ndaj penicilinës (2, 7, 8 etj.).
- 2) Këta shkaktarë, si dhe të tjere, janë të ndjeshëm ndaj penicilinës si dhe ndaj kloramfenikolit. Për më tepër, tashmë është i njohur fakti se kloramfenikoli kalon miqë barriérën hematoencefalike dherë arrin perqëndrime të efektishme në lëngun cefalorakidian.

Duke u nisur nga sa më sipër, në mjekimin e meningjiteve purulente, në përgjithësi ne i jemu përbajtjatur gërshtëtimi të mëspërmë, por kjo mënyrë trajtimi është vazduar për aq kohë përderisa rezultatet terapeutike kanë qënë të mira. Si tregues për këtë janë marrë: temperatura, shenjat klinike meningjeale, si dhe të dhënët laboratorike (gjaku komplet, 1 c. r. etj.).

Në rastet kur pas 4-5 ditë mëjekimi, të gërshtëtar si më sipër, gjendja e të sëmunit nuk ka paraqitur ndryshime, atëherë është ndryshuar terapia, duke bërë gjërshtëtime të tjera antibiotikesh si streptomicinë, ceforinë, kloramfenikol, sipas rastit. Kloramfenikoli është dhënë edhe me injeksione në formë perfuzioni.

Kortikoterapia është përdorur në 8 raste. Përdorimi i hormono-

terapisë gjen justifikimin e vet në efektet e mira që ka ky preparam si antiinflamatror, dezintoksikues, mënjanues i ngjiteve të bllokat zheve të cipave të trurit etj. Kortizoni është përdorur kryesisht në format ikomatoze, subkomatoze, të rëndë, e të mesme. Dozat e dhëna në ditët e para të shtrimit kanë lëvizur nga 60-80 mg, kurse tek fëmijët, dozat llogaritet sipas kg/peshë (6).

Krahas pëmirestimit të sëmundjes janë ulur dhe dozat nga 10-

-20 mg në ditë. Kortikoterapinë e kemi vazduar mesatarish 7-10 ditë.

Në format komatoze, krahas aplikim intravenoz, në filim hormono-

terapia mund të përdoret edhe intrarakidian 10 mg. një herë në 2-3 di-

të dhe jo më shumë se 2-3 herë gjithsej.

Përsa i përkëftet intrarakidiane të antibiotikëve nuk është përdorur për këto arsyë:

- Njihen dëmtimet e mundshme më shumë apo më pak të rënda ngandonjëherë të pandryshueshme, që mund të shkaktojë antibiotiku në sistemin nervor.
- Futja e antibiotikut me rrugën intrarakidiane nuk ka ndonjë përfitim dhe nuk ndikon në ecurinë e sëmundjes.

Në trajtimin e meningjiteve purulente me etiologji të papercaktuar ne kemi arritur rezultate të mira me shërimë të plota e pa mbeeturina, duke përdorur trajtinin e gërshtetuar të përshtkuar më lart. Gjithsej kemi pasur pesë vdekje.

Mendimi se kloramfenikoli ka veprim antagonist me penicilinën mund të mënjanonet (antagonizmi), duke dhënë më përparrë penicilinën dhe pas 2-3 orësh kloramfenikolin (4, 5, 8).

Mendojmë se duhet pasur gjithmonë parasysh gama e gjëjë e bakterieve të ndryshme (Klebsiella, proteus, pseudomonas, E. Coli, salmonella, pyocyanus etj.), që mund të shkaktojnë meningjite purulente njësoj si bakteret e zakonshme (meningokoku, pneumokoku, stafilokoku, streptokoku etj.) për këtë arsyë, mjekimi i gërshtëtar si meningjiteve purulente me etiologji të papercaktuar, që, sipas disa autorëve (3, 4, 8 etj.), zënë përgindjen më të madhe të meningjiteve purulente (40%), duhet të udhëhiqet nga euria e sëmundjes dhe nga mendimi i përafërtë për etiologjinë e mundshme.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Angaro B.: Considerazioni sulle meningiti purulente batteriche osservata in un decennio. Giorn. Mal. Inf. par. 1968, 5, 458.
- 2) Brooke O. G. and coll.: Recurrent meningitis. Brit Med. Journ. 1970, 5729, 219.
- 3) Carmato G., Rude L.: Osservazioni su 126 casi di meningite purulenta dell'infanzia ricoverati nell'quin quenio 1952-1966. Giorn. Mal. inf. par. 1968, 5, 442.
- 4) Cavallo M.: Meningiti purulente batteriche casistica del decennio 1957-1966. Giorn. Mal. Inf. par. 1968, 5, 447.
- 5) De Mattia R., Di Noia F.: Aspetti epidemiologici e clinici delle meningiti purulente. Giorn. Mal. Inf. par. 1968, 5, 406.
- 6) Editorial: Purulent neonatal meningitis. Brit. Med. Journal 1970, 5731.
- 7) Farmara P.: Ricordi storici sulle meningiti purulente. Giorn. Mal. Inf. par. 1968, 5, 403.
- 8) Tandef Cl. et coll.: Infektiile acute ale sistemului nervos central. Editura medical 1975, 73.

Summary

TREATMENT OF PURULENT MENINGITIS OF UNDETERMINED ETIOLOGY

The treatment is discussed of 50 cases of purulent meningitis (33 males and 17 females), the etiology of which could not be determined.

The treatment was conducted by using various combinations of antibiotics and sulphonamide drugs such as penicillin, streptomycine, chloramphenicol and sulphamides. It was continued as long as it was needed to obtain satisfactory results, the indices being the temperature, the disappearance of the clinical symptoms of meningitis and the normalization of the laboratory findings. This manner of treatment gave good results in all the cases.

Résumé

TRAITEMENT DES MÉNINGITES PURULENTES À ÉTOLOGIE INDETERMINÉE

L'auteur de cet article examine le traitement de 50 malades souffrant de méningite purulente à étiologie indéterminée, dont 33 sont des hommes et 17 des femmes.

Le traitement a consisté dans la combinaison de différents antibiotiques et sulphonamides, entre autres la pénicilline, la streptomycine, le chloramphénicol et des sulfamides, et il a été continué jusqu'à l'obtention de résultats satisfaisants. Les indices consistaient dans la température, la disparition des symptômes cliniques de la méningite et la normalisation des résultats de laboratoire.

Ce mode de traitement a donné de bons résultats dans tous les cas.

DIAGNOZA DIFERENCIALE ANGIOGRAFIKE E PATHOLOGJIVE TE PAPILËS SË NERVIT OPTIK

— GJERGM GEPÄ —

(Klinika Okulistike — Spitali nr. 1 Tiranë)

Midis metodave të ekzaminimit për përcaktimin e patologjive të fundit të syrit, një vend me rëndësi ze dhe angiografia me fluorescenë. Me anën e saj qysh në filim të shfaqjes së sëmundjes, ne jemi në gjendje të marrim njohuri mbi patologji të ndryshme të papilës së nervit optik dhe ti dallojmë ato prej njera-tjetrës si dhe t'i pasqyrojmë në angiograma, të ndjekim ecurinë e sëmundjes dhe të përcaktjmë të kohën e shërimit të plotë të saj, pra dhe të ndërprerjes së mje-kimit.

Për këto arsy, ekzaminimi fluorescein-angiografik paraqit interes të vegantë për injekun okulistik. Ai na jep një pasqyrë të përpiktë të ndryshimeve morfologjike të gregulluara, në kohë kur me ekzaminime të tjera oftalmoskopike dhe biomikroskopike mund të ndodhin ngaterrësa (1).

Përcaktimi sa më herët i diagnozës paraqit rëndësi të jashtëzakonshme jo vetëm për sëmundjet e syrit, por edhe për sëmundje të tjera, që shqerohen nga ndryshime papilare dhe sidomos në raste rritje të presionit intrakranial, sigurisht në shumicën e proceseve tumorale, në infeksionet meningjeale, etj., që bëhen shkak për krijimin e stasis papillae nervi optici, e cila në filim paraqit vështirësi për t'u përcaktuar (3, 4).

Në këtë punim kemi për qëllim të paraqitim angjografi të ndryshimeve më të rëndësishme papilare për triu bëre të ditur mjejkëve okulistë mundësinë e përdorimit të kësaj metode, pënkrahësisht të re, në patologjitet papilare dhe atyre okuliste jo vetëm paraqitet angjografike, por dhe mundësinë e diferençimit të tyre, pasi për këto probleme literatura është ende e pakët.

Marrja e angiogramave nga fundi i syrit kërkon aparaturë të posaçme fotografimi, por në raste të veçanta, kur është e revojshme të bëhet diferençimi i një sëmundje të papilës së nervit optik, kjo mund të arrihet lehtë edhe vetëm me vëzhgim oftalmoskopik të fundit të syrit, duke përdorur filtrin blu, me të cilin janë pajisur gjithë oftalmoskopët e rinj, që ndodhen në përdorim tek ne.

Ndryshimet papilare bëhen të dukshme 12-15 sekonda pas injektimit të 5 ml. sol. fluorescein-natrium 10% = 500 mg. (për të rriturit)

të sterilizuar në autoclav në temperaturë 105°C për një orë të injektuar brenda tre sekondave në venat e krahut (6).

Dalja e fluoresceinës prej enëve të gjakut dhe ngjyrimi me të i indeve të inflamuarë si dhe koha mijartë e gjatë (që e kalon orën) e qëndrimit të saj në to, e bën të lehtë vënien e diagnozës.

E sëmura D. S., vjeç 52, me nr. kartelle 17 me profesion rrobaqepëse, prej disa javësh ankonte për dhembje koke, marrje miëndshë dhe shqefësimë gjatë shikimit, gjë që e lidh me syzet, të cilat nuk i ka ndruar prej disa vitesh. Në ekzaminimin okulistik u vu re se shikimi ishte 10/10, duke përdorur syzet që i mban prej +1.50 diopti për korigjim të hipermetropisë.

Në ekzaminimin e fundit të syrit të djathë, papila e nervit optik, enët retinale të gjakut dhe retina nuk paraqisin ndonjë ndryshim patologjik. Në syrin e majtë, papila e nervit optik nuk i kish konturen e qarta, paraqiste edematozë dhe ishte e ngritur 3 diopti. Në anën temporale të saj vëreheshin dy hemorrhagi të vogla të vendosura njëra mbi zonën papilare dhe tjetra pranë saj në shtresa siperfaqësore të retinës. Venat paraqiteshin me mbushje të shtuar, stazike, ndërsa arteriet e ruanin kalibrin normal (foto 1).



Foto 1

Në angiograminë me fluoresceinë të fundit të syrit të vërejtur fillimisht në syrin e majtë, që në fazën arteriale (foto 2) shihet një rrjetë e shtuar enës në imta gjaku mbi papilen e nervit optik, të cilat, në fillim të fazës venozë, u bënë më të dukshme (foto 3). Nëpër ato vëreheshin zgjerime varikoze që linin përshtypjen e mikroaneurizmave. Ka autorë që i pënskruanë si të tila, por në të vërtetë nuk janë vësje enë gjaku me mbushje të shtuar, të vendosura në shtresa të ndryshme, që në angiogramë qëndrojnë të fotografuara njëra mbi tjetrën. Këto ndryshime vazale vërehen mbi papile dhe pranë saj (5, 6).

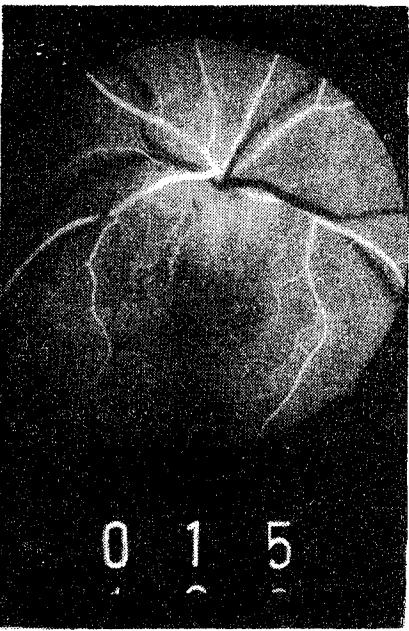


Foto 2

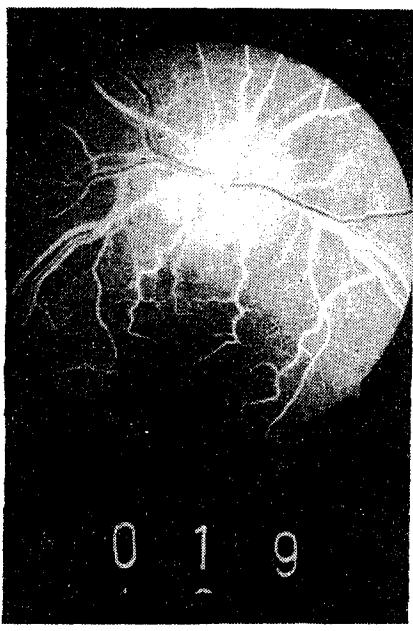


Foto 3

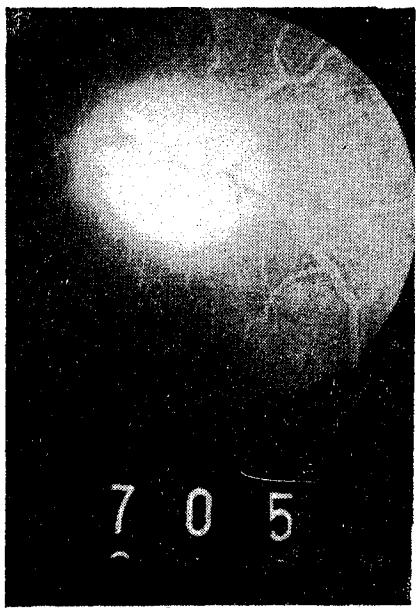


Foto 4

Në fazën e vonë (foto 4), fluoresceina ngjyros gjithë papilën dhe zonën edematoze për rrëth saj. Brigit papilare nuk duken. Kontrasti qëndron në papile për një kohë të gjatë e i jep asaj pamjen e një diskur të madh të ndritur që vërehet mirë edhe disa orë më vonë kur enët retinale të gjakut janë boshatisur me kohë prej kontrastit.

Kjo paraqitje angiografike e syrit të majtë me *statis papillae nervi optici*, tek e sémura jonë, ishte krejt e ndryshme nga ajo e syrit të djathë, i cili ishte normal dhe ku ngjyrosja ndodhë vetëm brenda përbenda papiles së nervit optik në atersi të bregut të saj, i cili ishte përcaktuar mirë.

Përshtkimet e para angiografike të *stasis papillae nervi optici* u përkasin rasteve me tumore cerebrale dhe edemë papilare në hipertoni malinje (citar nga 6).

Ekzaminime të përsëritura të rasteve të ndryshme treguan se gjithmonë në *stasis papillae nervi optici* do të kemi një ngjyrim ditur e të zgjatur të papiles edematoze, një nga shenjat kryesore të së cilës është përshtukueshmëria e shtuar e saj, që takohen qysh në stadin më të hershëm. Si shenjë e dytë imbetet rrjeta e dendur kapilare mbi papile që rrëth saj, e cila ka dreitim radial. Si shenjë e tretë është boshatisja më e vonuar e venave (5, 6).

Një tablo të njëjtë me atë të *stasis papillae nervi optici* jep dhe angiografia në raste me *neuritis papillae nervi optici* (*Papillitis*). Sipas disa autoreve (citar nga 6) një diferençim fluorescein-angiografik i këtyre dy patologjive është i pamundur. Këtë e tregojnë dhe rezultatet tonë. Ndërkaj rendësi paraqitet ekzaminimet e tjera si pamja, e cila në proceset inflamatore të nervit optik dhe papilës së tij paraqitet shumë e ultur. Madje, shumica e të sémureve, ndryshe nga ata me *stasis papillae nervi optici*, që në filim të sémundjes paraqitet tek mjeti okulist të shqetësuar se kanë pësuar rënje të theksuar të shikimit, zakonisht të njërit sy.

Për diagnozën, sic dihet, me vlerë të madhe është dha ekzamini i fushës së pamjes për ngjyrat (3, 4).

I sëmuri A. M., vjeç 31, me nr. kartele 29 me profesion bujk, paraqitet për vizitë tek mjeku okulist me ankesen se nuk shikon mire me syrin e majtë. Pamja ka 4-5 ditë që filloi t'i ulet. Këtë e lindh me një gjendje me temperaturë që kaloi një javë më parë, e cila u shoqërua dhe me dhembje koke e rrëth orbitës në amën e majtë.

Në ekzaminimin oftalmoskopik u vërejt edemë e papilës së nervit optik më syrin e majtë, ngritje e lehtë, zgjerim i venave, sidomos i degës supero-temporale si dhe një hemorrhagi në anën temporale të papilës në afersi të vendit që i përket bregut të saj. Hemorrhagja ishte e vendosur në shtrresa sipërfaqësore të retinës. Pamja e syrit paraqitej e ulur deri në masën 0,2-0,3 të pamjes normale (foto 5).

Në angiografinë me fluoresceinë, që në fazën arteriale vërehet një rrjetë e shtuar e-nësh gjaku shumë të imta mbi papilën e nervit optik (Foto 6). Ngjyrosja e indit papilar të inflamuar vazhdon të bëhet gjithmonë më e dendur në fazën venozë, ndërkaj vërehet eliminim më i vonuar i fluoresceinës nga dega supero-temporale e venës qëndrore të retinës (foto 7).

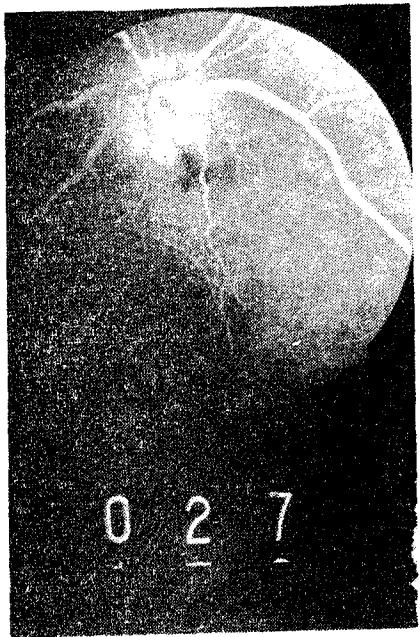


Foto 7

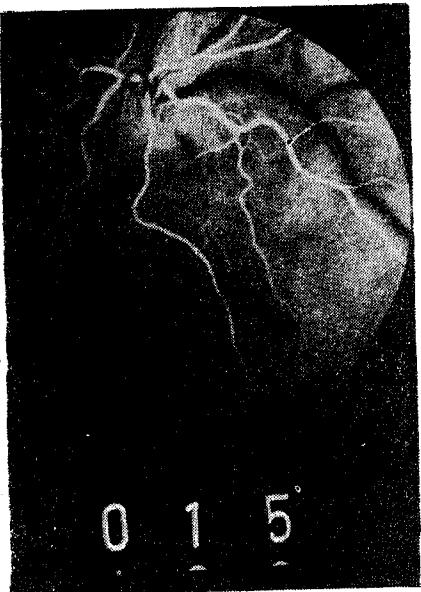


Foto 6

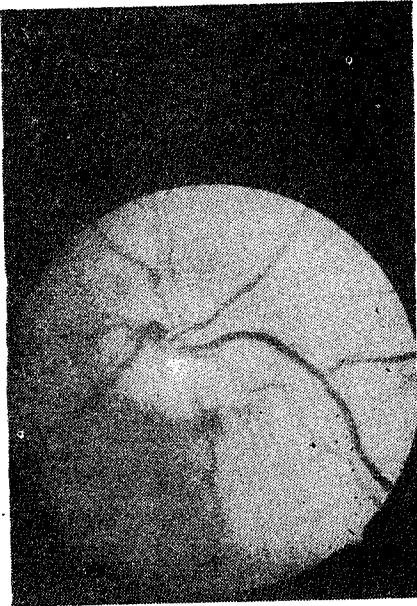


Foto 5

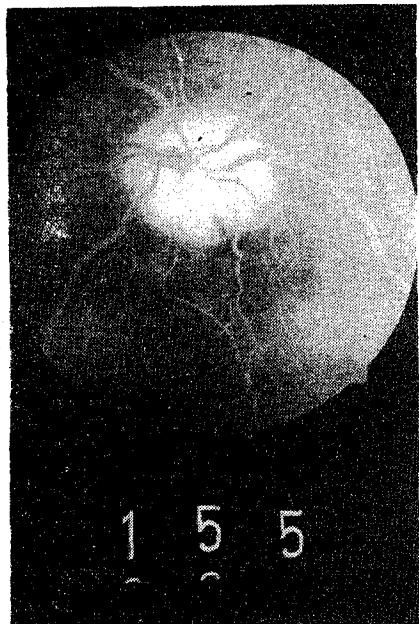


Foto 8

Pas largimit të kontrastit nga enët e gjakut, për shumë kohë, si edhe në stasis *papillae nervi optici*, imbetet një ngjyrosje e dendur e papiles edematoze, kufijë e së ciles janë të papercaktuar. Pranë tyre, me ngjyrë të zezë, duket hemorrhagja retinale (foto 8). Në këtë rast, ngjyrimi i papiles është më i pakët se ai në rastin me stasis (foto 4). Duke u nisur nga krahasimi i angiografive të rasteve të tjera, menjmë se kjo ka të bëjë vëtëm me shkallën e edemës së zhvilluar.

Pas kalmit të stasis *papillae nervi optici*, në rast normalizimi të tensionit të rritur intrakranial si dhe pas imposhtjes së inflamacionit në papillitis, vërehet një përmirësim në tablonë oftalmoskopike; megjithatë papila e nervit optik nuk e rifiton më konturin e saj të qartë.

Në rast se edema papilare ka qëndruar gjatë, zhdukja e saj pasohet nga humbja e ngjyrës karakteristike rozë. Ajo zbehet, merr nuanca në të bardhë dhe ne flasim për subatrofi ose ajo merr ngjyrën e bardhë në porcellan, duke na dhënë tablonë e plotë të *atrophia papillae nervi optici*, që përdherisa i ka brigjet të papercaktuara mirë, është sekondare.

Pas stazës, jo rrallë imbetet një zgjerim i venave, që bashkë me kufirin e turbulluar të papilës, na ngatëron në interpretimin e tablosë oftalmoskopike (3, 4).

Për këto raste, angiografia me fluoresceinë ka rëndësi të madhe. Ajo e saktëson, madje na ndihmon ta vemë në çast diagozën.

E sëmura B. A., 30 vjeç, me nr. kartele 97 a, punëtore, ka qënë shtruar dhe operuar në neurokirurgji për një tumor të trurit. Gjashtë muaj më vonë, tabloja e fundit të syrit paraqitej si në fotografinë nr. 9 pér syrin e djathitë, e ngjashme me këtë edhe në syrin e majtë. Në ekzaminimin angiografik të fundit të syrit nuk vërehej ngjyrosje e papilate. Fluorescina vetëm saktëson brezun papilar, gjë që flet se procesi tashmë ka përfunduar, ndërkëq ka imbetur zgjerimi venoz (foto 10).

Për përcaktimin e diagnozës, në qdo rast të dyshimitë ka qënë zakon ekzaminimi i përsëritur oftalmoskopik. Kjo gjë bën të kalojë një kohë e humbur, që, pa tjetër, nuk ndikon për mirë.

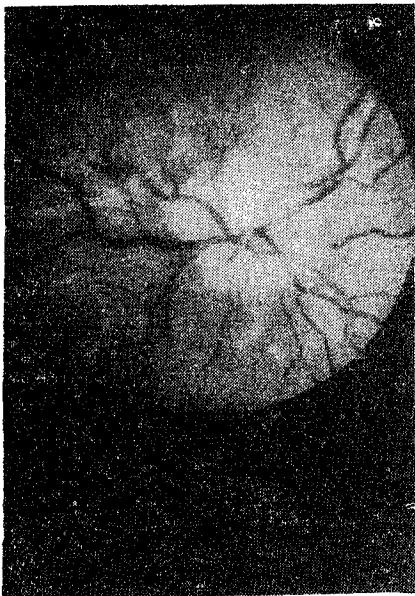


Foto 9

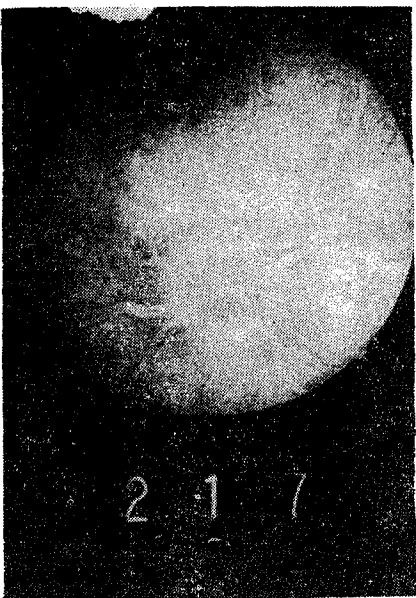


Foto 10

Ekzaminimi angiografik i fundit të syrit ka vlerë edhe në përçaktimin e *pseudoneuritis*, që është një anomali e lindur e papilës së nervit optik dhe që nuk ka ndonjë rëndësi nga ana patologjike. Kur papila është hiperemike, me kufi të turbulluar, pak e ngritur e hiperremike, bën që mjeku të ngatërohet lehtë me fillimin e një *papillitis* ose *stasis papillae nervi optici* (4).

Kontrolli i heqëpashershmë i të sëmuriit bën që tek ai të lindin shqetësimë të panevojshme dhe një preokupim i madh për mjekun.

I sëmuri T. F., 29 vjeç, nr. kartele 45, agronom, kishte disa muaj që ekzaminohej nga mjekë të ndryshëm. Vizitën e parë e kishte bërë tek okulisti, pasi kishte pasur dhembje koke. Aty lindi dhe dyshimi i *stasis papillae nervi optici* dhe iu propozuan ekzaminime plotësuese neurologjike, të cilat i refuzoi dhe vendosi të qëndrojë në pritje.

Së fundi dërgohet në klinikën tonë me diagozin: dyshim për *stasis* në të dy sytë. Siç shihet, fotografia e papilës (nr. 11), janë shumë

të dyshimta, por injektkimi i fluoresceinës intravenos e sqaron plotësisht tabllonë e *fundus oculi*.

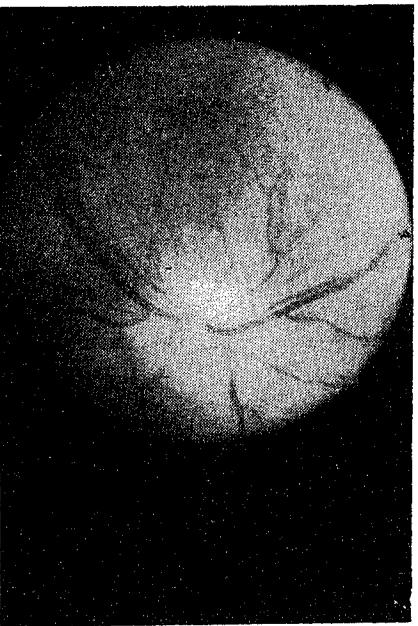


Foto 11

Papila mbetet e pa ngjyrosur, kufiri i saj i vërtetë është më i gjëre dhe enët e gjakut me mbushje normale; me këto përjashtohen dhe edema papilare. Pra, në këtë rast, kemi të bëjmë me një «*pseudostatis*», që, si anomali e lindur, nuk ka ndonjë interes (foto 12).

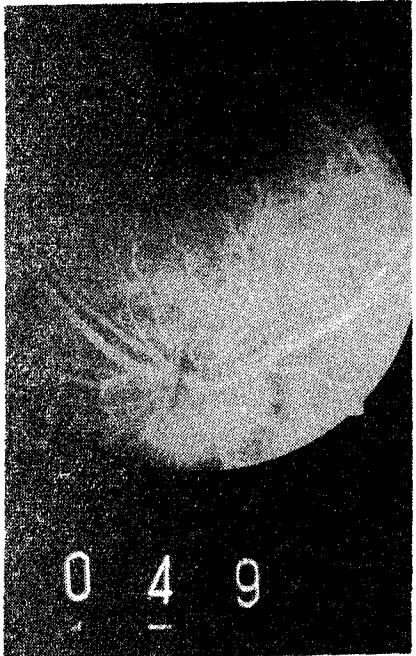


Foto 12

Ekzaminimi fluorescein-angiografik është shumë i përpiktë. Me anën e tij mund të përcaktohen edhe inflamacione të kufizuar në tufën e fibrave nervore, që formojnë nervin e pamjes në pjesën papilare të tij. Pra të përcaktohen edhe neurite të pjesësme, të cilat, si të tillë, vështirë se kapen në oftalmoskopë.

Pacienti F. Dh., 37 vjeç, me nr. kartele 101, punëtor, shtrohet me diagnozën: OD *Papillitis*.

Në ekzaminimin oftalmoskopik dukun kufijt e turbulluar lehtë të papilës së nervit optik, e cila paraqiste edemë të pakët. Venat kishin mbushje më të shtuar, ndërsa mbi anën temporale të papilës vërehej

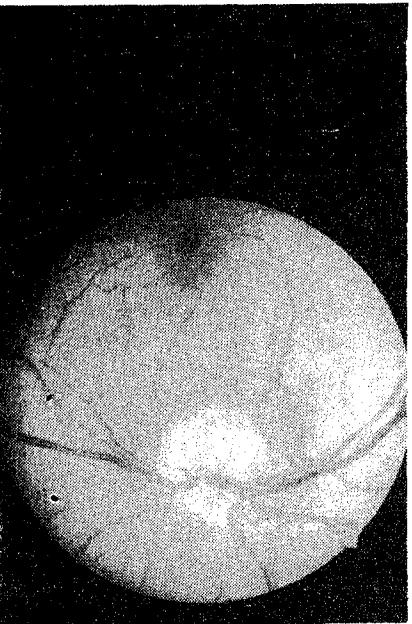


Foto 13

një hemorragji retinale në formë vije, që kalonte dhe jashtë saj (foto 13). Pamja e syrit ishte 0,08 të pamjes normale. Në syrin e majtë vërehej çngjyrosje e papilës së nervit optik, e cila kish ngjyrë të bardhë pak më rozë dhe vetëm kufirin nazal e kish të përcaktuar mirë. Pamja e syrit 3/10. Këto ndryshime që flasin për *subatrophia papillae nervi optici* janë pasojë e një *papillitis* të kauar në këtë sy një vit më parë.

Në ekzaminimin angiografik vërehej një ngjyrë i gjysmës temporeale të papilës së syrit të djathë, i cili mbeti për një kohe të gjatë.

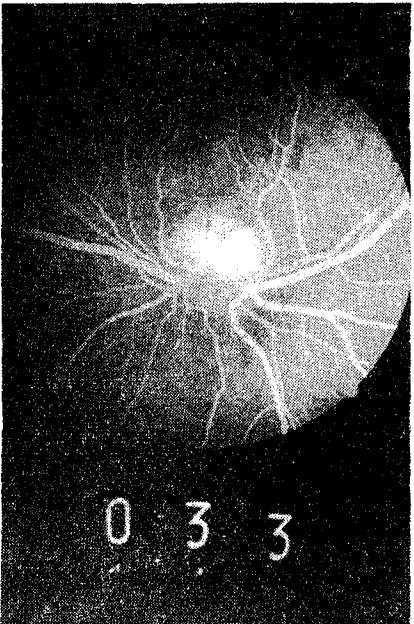


Foto 14

Ai u parapri nga mbushja e kapilarëve të shtuar që në fazën arteriale, ndërsa gjysma nazale e papilës, e cila nuk merr pjesë në proces, mbeti plotësish e pangjyrosur, ndërkq mbi anën temporeale të saj dukej hemorrhagja retinale në formën e një vije të zezë. (foto 14).

I sëmuri u mijekua me doza të mëdha antibiotikësh, kortizon dhe vitamina B₁, B₆, B₁₂ krahas të ngrohtave.

Pas pesë javësh përsëritet angiografia, e cila tregoi se procesi inflamator ishte zhdukur plotësisht. Kontrasti nuk bënte ngjyrosjen e papilës, kufiri i sé cilës ishte i papercaktuar mirë. Hemorrhagja ishte rezorbuar. (foto 15).

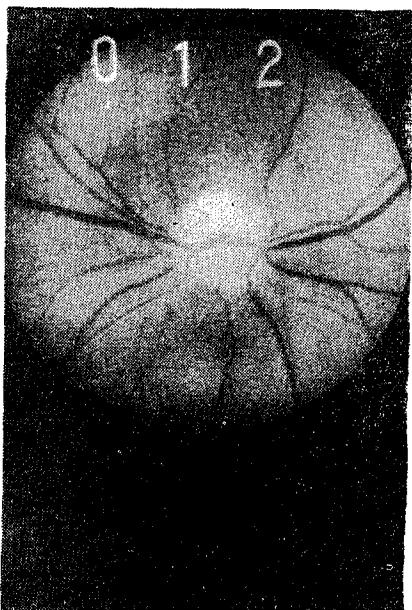


Foto 15

Si pasojë e sëmundjes së kaluar ka ndodhur qngjyrim i asaj pjesë të papilës së nervit optik dhe i sëmuri del nga spitali me virus 3/10. Në papilën atrofike, sig e kanë vërejtur disa autorë (në 1966), nuk ndodhn ngjyrimi i saj. Vjetëm në anët e papilës vërehet një hark i ho-

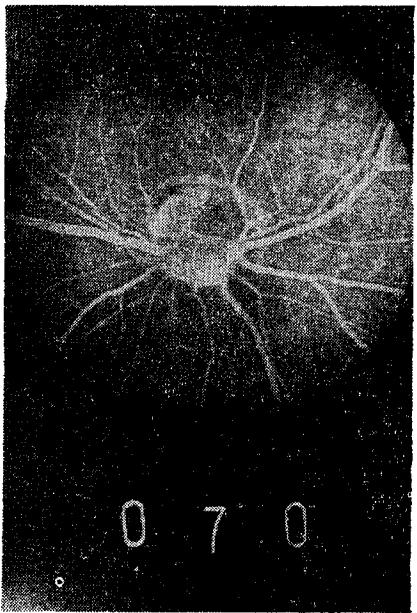


Foto 16

llë, që ndriçon dobët (cituar nga 5, 6). Kur atrofia është e plotë, papila mbetet mjaft e errët dhe, sipas rastit, enët retinale tă gjakut mund të paraqiten të holla. Atrofia primare e nervit optik mund të dallohet nga ajo sekondare (foto 16) jo vetëm nga qartësia e kufrit të papileve, por edhe si pasojë e ngjyrimit të shpejtë e difus të mbeturinave eksudative (6).

Patologjitetë e tjera papilare janë mjaft të rralla.

Në Drusen të papileve optike, ajo paraqitet me kufi të pagarta, pak e ngritur, me një ngjyrë të vendhë dhe me formacione sferike, më të ndritshme, me madhësi të ndryshme të vendosura në zonën papilare, zakonisht në pjesë të veganta të saj (3, 4). Në angiografi ndodh rije ngjyrim i pakët i përgjithshëm i pjesës më të rëndësishme të papileve. Me të filuar largimi i fluoresceinës nga enët e gjakut, kontrasti vjen duke u forcuar derisa mbi papilë duken formacione të ndritura rruimbullake, me kufi të qartë, që nuk nxjerin kontrast. Pas 10-15 minutash, si shuhet shkëlqimi fluoresceinik në fundus, ato errësohen përsëri (6).

Ndryshime në ngjyrosje vërehen edhe në patologji, që zhvillohen rrëth papileve së nervit optik si në miopi alta, në të cilën kontrasti qysh në fillim bën të ndriçojnë brigjet e *conus myopicus* dhe qëndron aty edhe pas boshatësjes së vazave retinale, duke e rrëthuar si një unazë ose si një shumëkëndish papilën e nervit optik.

Ndryshe nga kjo ndodh ngjyrimi në «Angioid Streaks», që në vëtëvete përaqeson një degjenerim primar të *lamina elastica* të membranës Bruch. Ngjyrimi nga fluorescenza i shirritave angioidale të vendosur rrëth papileve së nervit optik, që në fazën e parë, vazhdon të bëhet më i theksuar e të arrije shkallën më të madhe kur kontrasti largohet nga enët e gjakut, duke krijuar tablonë e një «ylli» të ndritshëm, në mes të të cilit është vendosur papila (2).

Së fundi ndryshime angiografike vërehen edhe në dëmtime trau-matike të nervit optik.

Dorëzuar në Redaksi më 15.VII.1978.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cepa Gj.: Angjiografia me fluorescencë e fundit të syrit. Shëndetësia Popullore 1977, 3, 57.
- 2) Cepa Gj.: Sindroma Groenblad-Sturandberg dhe angjiografia me fluorescencë në Angioid Streaks. Buletini i UT— Seria shkencat injeksione 1977, 3, 101.
- 3) Hollnich F.: Erkrankungen von Netzhaut und Papillae in Augenarzt Heftansag 4. Kiel-Velhagen Leipzig 1963 Bd V.S. 593.
- 4) Kristofhi K., Cepa Gj.: Syri dhe sëmundjet e tij. Tiranë 1973, 352.
- 5) Saracco J.B., Roumagnon J.: Sémiose fluoresceinique du fond d'oeil. Paris 1975, 101.
- 6) Wessing A.: Fluoreszenzangiographie der Retina. Stuttgart 1968.

Summary**ANGIOPHGRAPHIC DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THE PATHOLOGIC CONDITION OF THE PAPILLA OF THE OPTIC NERVE**

The importance is discussed of fluorescein angiography in differentiating the pathologic conditions of the papilla of the optic nerve and the area surrounding it. The author presents some typical cases and describes the changes observed in stasis papillae nervi optici which are similar to those of papillitis. Also, the angiography is described of the partial inflammation of the papilla, in cases of its atrophy, in conditions subsequent to stasis and in some rare conditions involving the parapapillary area.

The examination by contrast of fundus oculi is valuable to every oculist. Even if angiography is not feasible, it is possible to observe the passage of the fluorescein by using an ophthalmoscope with the relative filters, since it takes quite a long time for the fluorescein to impregnate the inflamed tissues. This also is the case with a number of degenerative processes of fundus oculi.

Résumé**DIAGNOSTIC ANGIOGRAPHIQUE DIFFÉRENTIEL DES CONDITIONS PATHOLOGIQUES DE LA PAPILLE DU NERF OPTIQUE**

Cette analyse étudie l'importance de l'angiographie à fluorescéine dans la différentiation des conditions pathologiques de la papille du nerf optique et de la zone qui l'environne.

L'auteur présente des cas typiques et décrit les modifications observées dans la stase papillaire du nerf optique qui sont identiques à celles du papillite. Il décrit aussi l'angiographie des inflammations partielles de la papille du nerf optique, de l'atrophie papillaire, du pseudoneurritis, de l'état postérieur à la stase et à d'autres affections concernant la zone papillaire.

L'examen par contraste du fundus oculi est important pour chaque médecin oculiste. En l'absence même de l'angiographie, il peut observer le passage de la fluorescéine en usant un ophthalmoscope doté des filtres relatifs, étant donné que la processus d'imprégnation de la fluorescéine dans les tissus qui présentent des inflammations dure un certains temps. C'est le cas aussi de certains processus de dégénérescence du fundus oculi.

DËMTIMET E PJESËVE EKSTRAPERITONEALE TË DUODENIT DHE REKTUMIT

— POLIZOJ SHQINA —

(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ushtarakë)

Dëmtimet e organeve kavitarë të barkut, vëganërisht të pjesëve ekstraperitoneale të tyre, në kohë paqë hasen rrallë dhe përshtkuhen si kazuistikë (5, 6). Më shpesh ato shoqërohen me dëmtimin e organeve të tjera.

Gjatë luftës së dytë Botërore ato përbënin 0.55%^{/0} të plagosjeve të organeve kavitarë, ndërsa të gërmëtuarata me dëmtimin e organeve kavitarë intraperitoneale përbënin 0.65%, gjithsej 1.5% të plagosjeve të organeve kavitarë të barkut (10).

Prej prillit të vitit 1973 gjjer në maj 1975 ne kemi trajtuar tre raste me këto lloj dëmtimesh. Duke qënë se secili rast ka pasur vëçori klinike, të taktkikës dhe llojet të ndërhyrjes, po i paraqesim shkurtimishët seicilin:

Rasti i parë: I sëmuri F. Xh., 14 vjeç, u shtrua në shërbimin tonë më 26.VII.1974 me diagnostikë *Comotio cerebri*, me dhembje barku. Nr. i kartelës klinike 1244/293.

I sëmuri tregoi se në orën 17 të ditës së shtrimit është rrëzuar nga një lartësi rreth 3-4 m. Prej këtij çasti i kanë filluar dhembjet e barkut, të cilat i përqëndroheshin kryesisht nën harkun brinjor të majtë. Objektivisht u konstatua: gjendja e përgjithshme e kënaqshme, puls i me mbushje mesatare 90 1 min., T A 110/70 mmHg, barku nën nivelin e kraharorit merr pjesë me «rezervë» në lëvizjet e frymëmarries. Gjatë prekjes u vu re kontrakturë e lehtë muskulare në regionin e harkut brinjor të majtë, ku ka edhe fenomene të lehta peritoneale. Numri i leukociteve 14.000, urina normale. Kirurgët e rojtes dyshuan për rupturë të shpretkës, prandaj dhe i bënë punksion, lavazh diagnostik të barkut me anë të të cilit u përfashtua prania e rupturës së këtij organi. Kështu të sëmurit iu filluan antibiotikë dhe u mbajt në vëzhgim.

Gjendja e të sëmuri vazhdoi kështu dhe 20 orë pa ndryshime të dukshme klinike, nëpërmjet laboratorit mësim këto të dhëna: leukocitet 14.500, eritrocitet 4.050.000, Hb. 80%^{/0}, eritrosedimenti 8 mm/orë, ndërsa radiologu konstatoi «ajër të lirë nën diafragmën e djathë». Në bazë të këtyrë të dhënavje, i sëmuri u operua. Gjatë operacionit, me përfashim të një hematome të vogël subsarzoze në kolon transvers, të gjithë organet e tjera të barkut ishin të padëmtuara, por ra në sy se në murin e pasëm të barkut, në indin retroperitoneal

e pikërisht nën bordin e poshtëm të pankreasit, dukej një zonë 2.5×5 cm. në ngjyre të verdhë në të gjelbër me flucka ajri në brendësi të saj. Kjo zonë kish pamje si «hore blete».

Duodeni mobilizohet duke prarë peritonin në afersi të ligamentit të Tretz-it. Më lart shohim, se ngjyra e indeve ishtë më e theksuar, ndërsa në porcionin e IV-të të duodenit u vu re një perform i tij në formë të rrumbullakët me diametër 1.5 cm. me prolabim të mukozës, nëpërmjet vrimës dlinin ushqime e lëng bilioz. Zona e perforuar u qep në dy shtresa, u restaurua tërësia e peritonit, kaviteti abdominal u shpaloh me sol fiziologjik dhe u hodh 1 gr. kanamicinë. Plaga operatore u qep sipas shtresave.

Pas operacionit, të sëmurit iu aspirua përbmbajtja e stomakut, nëpërmjet sondës nazale iu dhanë antibiotikë me spektër të gjërë veprimi, perfuzione, vitamina etj. Periuudha pas operacionit kaloi e qetë, pa temperaturë, pa ndërlikime; plaga operatore u mbyll *per primam*. Dolli i shëruar më 6.VIII.1974.

Rasti i dytë. – I sëmuri F. L., 24 vjeç, u shtrua urgjentisht më 22.VII.1975 me diagnozë *Contusion abdominal*, me nr. kartele klinike 2.925/338.

Brethanat e aksidentit: duke udhëtaruar, i sëmuri qëndronte mbështetur në spundin e makinës, që pa pritur frenoi. Shokët që ishin pas tij u rrëzuan mbi të sëmuran dhe ky u godit në bark tek spundi. Menjëherë pas kësaj i filluan dhembje të forta të barkut dhe e solliën në spital, ku iu konstatua: lëkura dhe mukozat e zbehta, i mbuluar me djerse të frohta; pulsi me mbushje mesatare 66×1 minutë (T A 120/80 mmHg), barku me kontrakturë muskulare «si dërrasë». Analiza e gjakut: Eritrocitet 4.000.000, Leukocitet 4.000. Operohenurgjentisht (pas tri orë të traumës). Gjatë operacionit u vu re një hematomë e konsiderueshme në zonën e lig. Trez-it. Ngjëndra e hematomës rrëndhte lëng i përzjerrë me gjak. Hapet periton i pasëm, ekspozohet duodenit në porcionin e IV-të, i cili kish një rupturë sa 2/3-tat e perimetrit të tij. Defekti u qep fund me fund në dy shtresa. U bë lavazhi i kavitet të barkut, u qep peritonin i pasëm. Plaga operatore u qep sipas shtresave.

Pas operacionit, në dy-tre ditët e para, i sëmuri u mbajt më uridhanë perfuzione, vitamina, antibiotikë me spektër të gjërë veprimi etj. Periuudha pas operatore kaloi e qetë, me subfebrilitet, por pa ndërlikime. Plaga operatore u mbyll *per primam*. Dolli i shëruar.

Rasti i tretë. – I sëmuri M. H., 11 vjeç, u shtrua urgjent më datë 2.V.1975 me diagnozë plagë armë zjarri tejsipuse në regionin gluteal, me nr. kartele klinike 715.

Ankesat: rrëth orës 15 të ditës së shtimit është goditur aksidentalist me pistoletë dhe prej këtij casti ndjeu dhembje të plagues dhe të fundit të barkut. Objektivisht i sëmuri pak i shqetësuar, i zbehtë, pulsi me mbushje mesatare, T A 120/70 mmHg. Lokalishët në kudratet e suprme të regjoneve glueteale përkatësisht dukeshin vrimat e hyrjes dhe të daljes së predhës. Në ekzaminimin për rektum u konstatua gjak i freskët. Gjatë operacionit u konstatua: në pelvisin e vogël kish pak gjak, sigma ishte e frenuar me gjak, kish hema-

tomë retroperitoneale të rektumit, thellë nga e majta u konstatua dëmtim i rektumit nga ku vinte erë fekaloide. U bë sigmostomi dhe dremini i hapësirës retroperitoneale. Plaga u mbyll spas shtrresave. Gjatë operacionit iu dha 600 ml. gjak. Pas operacionit pati skuqje dhe perfuzione, kemicitë, dietë lëngshme. Pas operacionit pati skuqje dhe enjte të perineumit dhe të skrotumit. Më 5.VI.1975 u mbyll sigomtoma. Periudhat pasopatore kalanë të qeta. Plagët operatorë u mbyllen per primor. Doli i shëruar.

Diskutim. — Duodeni është organ pjesërisht ekstraperitoneal, liggamente, kështu bëhet më pak i lëvzshëm (I) dhe rrjetdhimish më i predispozuar për tu dëmtuar gjatë traumave të mbyllura të barkut. Autore të ndryshëm (6, 12) supozojnë këto mekanizma të rupturës së duodenit.

I. — Gjatë traumave të barkut, duodeni mbylljet në pjesën proksimale nga pilori, ndërsa distalisht nga ligamenti fibromuskular i Treitz-it, kështu krijohet një «zorrë e mbyllur», në lumemin e së cilës rriet mjaft presioni i lëngjeve, që ndodhen në të, nga kjo shkaktohet ruptura e këtij organi. Dihet se presioni intralumenal prej 14 cm. të shylljes së ujt mund të rupturojë zorrën.

II. — Goditja e barkut mund të shkaktajoj zhvendosje sipër të mëjgjisë, kolonit ngjitet, duke tërhequr me vete edhe duodenin e fiksuar sidomos nga ligamenti i Tretz-it. Në këtë zonë kjo bëhet shkak i rupturës së tij.

Në të dy rastet, ruptura ka ndodhur në afersi të ligamentit të Tretz-it. (skema nr. 1).

III. — Kontuzionimi i pareteve të duodenit mund të dëntojë enët e gjakut, nga kjo shkaktohet një segment i infarktuar i pareteve të këtij organi, që më vonë përfundon në rupturën ose perforimin e atij regjionit.

Së fundi, çka ndodh shpesh në luftë është perforacioni dhe ruptura e duodenit dhe e rektumit, e shkaktuar drejtëpërdrejt nga armët e zjarrit, nga bajonetat etj.

Dëmtimet e pjesëve ekstraperitoneale mund të jenë me ose pa dëmtimet e organeve të afërtë.

Vëgoritë klinike: kur nuk është prishur tërësia peritoneale, kuadri klinik është shumë i varfër, të sëmuret ankohen për dhëmbje të lehta, që shtronhen në mënyrë të shkallëzuar e të përgëndruara nën harpun brinjor të djathë. Shenjat e rupturës ekstraperitoneale të duodenit jo rrallë zhvillohen 3-5 orë pas traumës, më vonë gjendja e të sëmurit rëndohet nga zhvillimi i flegmineve retroperitoneale. Ky interval kohë mund të shërbejë si shenjë diagnostike (12). Në të dy raste tonë, dhëmbjet kanë qenë të përgëndruara nën harkun brinjor të majtë.

Rehoperitoniti shkaktohet nga derdhja e përbajtjes së organeve kavitare në hapësirën retroperitoneale. Kuadri klinik zhvillohet si pas organit të dëmtuar. Ruptura e zorrës së trashë shkakton infiltrim sterkoral (parakolit). Gjithashtu i rëndë është kuadri klinik në rastet e

infiltrimit nga lëngu pankreatiko-duodenal (2). Në rastet që përvëg duodenit është prishur tërësia e peritonit, kuadri klinik zhvillohet me «dramë», zotërojnë shenjat e peritonitit akut si në rastin e ulcerave të perforuara ose perforacionet traumatike intraperitoneale. Kjo ndodh nga që lëngu duodenal ka pH të theksuar alkalin dhe irriton së tepërm peritonit.

Diagnostikimi i dëmtimeve ekstraperitoneale të këtyre organeve jo rrallë bëhet me vonesë dhe, rrjedhimisht, operacionet po ashtu kryen kur është zhvilluar retooperitoniti. Për të mënjanuar gabimet diagnostike në këto lloj dëmuimesh, të sëmurrët të traumatizuar në bark duhet të ekzaminohen me kujdes, sistematikisht, sidomos në rastet e dëmtimeve ekstraperitoneale, kur nuk është prishur tërësia e peritonit. Të sëmure të tillë Jo vetëm subjektivisht kanë pak ankesa, por edhe objektivisht tek këta vihat re takikardi e moderuar, ndërsa në bark mund të vemë re rigjiditet të muskulaturës. Shenjat peritoneale mungojnë fare ose janë pak të shprehura. Këshfu ndodhi me të sëmurin tonë në rastin e dytë, që u opera me 23 orë vonesë. Po këshfu nga tjetë rastet që ka trajtuar një autor (12), dy i ka operuar me 3 ditë vonesë, i treti nuk u shtrua në spital dhe u kthye të ne-sërmen në gjendje të rëndë nga retroperitoniti.

Në rastet e dëmtimeve ekstraperitoneale me prishje të tërësisë së peritonit, kuadri klinik i abdomenit aktut është i qartë dhe operacionet kryhen me urgjencë, sic ndodhi në të sëmurrin tonë në rastin e tretë. Përvëc kqyries klinike, ndër këta të sëmurrë mund të kërkohen edhe keto ekzamnine: numërimi i leuksitieve që është pothuaj gjithnjë i shtuar, këshfu nga tre rastet tonë dy prej tyre rezultoi 17.000-16.000, ndërsa në rastin e parë arriten në 57.000.

Në rastet e dëmtimit të këtyre organeve, ku tërësia peritoneale nuk është prishur, punksioni diagnostik (9), punksioni lavazh diagnostik i barkut si edhe laparoskopja, të cilat janë mënyra miaft të vlefshme diagnostike, rezultojnë negative. Jo vetëm kqa, por edhe gjatë laparotomisë, kirurgu i angazhuar me një patologji të tillë nuk gjen në bark as gjak as lëng, organet e barkut janë «intakte», veg në një kqyrie të kujdesshme do të shohim emfizemën retroperitoneale ngjyrë të verdhë në jeshile, sic ndodhi në të sëmurrin tonë të dytë. Në rastet e vonuara, emfizema mund të arrijë deri në regjionin inguinal. Në ekzaminimin radiologjik të barkut, në grafi dukej pirania e ajrit të lire përmëth veshkës së djalitë; në se ky nuk mund të dëllitet nga ajri i kolonit, ose në se nuk duket ajer dhe në urogramë nuk ka shenja të dëmtimit të veshkës, duhet bërë passazhi intestinal me preparate jodike (8), që në këta lloje dëmtime, pellgëzohet në indin retroperitoneal. Amilazemia në 90% të dëmtimeve të duodenit rezulton e shtuar (e ngritur).

Trajimi i këtyre dëmtimeve është vekëm kirurgjikal, pasi është bërë diagnoza e dëmtimit të pjesës ekstraperitoneale të duodenit, duhet të hapet peritonit parietal i pasëm, mobilizohet duodenit dhe bëhet qepja e tij (duodenorrafia) në dy shtrresat. Këshfu vepruan në të dy rastet tona. Në rast se me duodenorrafinë ngushtohet lumeni i tij, atëherë duhet bërë edhe gastroenteroanastomozë; në se defekti është 5-7 cm. atëherë duhet bërë duodenoperitonostomia retrokolike amë me anë ose Roux Y anastomozë me porcionin e parë ose të dytë të duodenit.

Në raste kur ruptura është atër papiles së Vaterit, defekti duhet të mbylljet, të bëhet gastroenteroanastomozë dhe vagotomi (11), mund të bëhet edhe duodenostomi. Në qoftë se përvëg rupturës së duodenit është dëmtuar dhe pankreas, duhet të synojnë për të aritur «grengullimin e duodenit», për këtë duhen këto manipulacione: vagotomi trunkale bilaterale, antrektoni gastroenteroanastomozë sipas Roux, duodenostomia me kafetë. Qëllimi i vagotomisë është jo për të parandaluar ulcerat peptike, por, në radhë të parë, për të ulur funksionin e pankreasit.

Drenimi i hapësirës retroperitoneale rekombandohet nga të gjithë autorët. Për drenimin e kësaj zone rekombandohet të bëhet kontraperaturë në regionin lumbar të djathtë, ku mund të lihet edhe një dren për antibiotikët.

Për të parandaluar parezën pas operacionit, rekombandohet që në radiks mezenteri të lihet një dren Polivinili, nëpërmjet të të cilit herpashere të injektohet sol novokaini.

Në 5-6 ditët e para të sëmurevë tanë iu dhanë antibiotikë me spektër të gjérë veprimi, dietë e reduktuar, aspirin të përbajtjes së stomakut nëpërmjet sondës nazale.

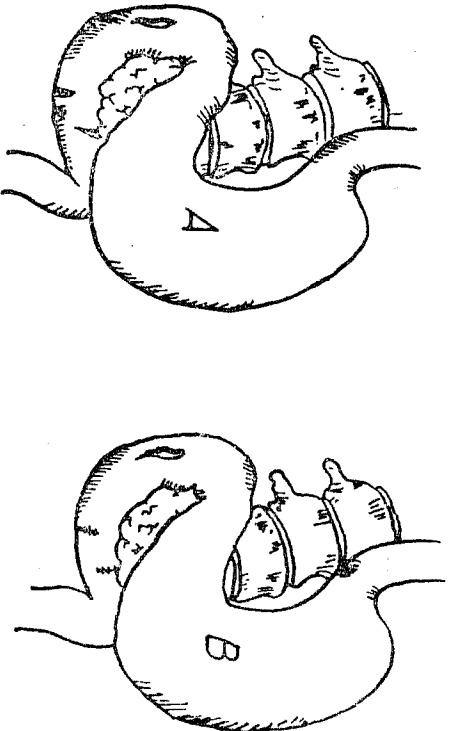
Ne rastin e traumave të barkut duhet t'i jepet përparasi antibioticëve. Pankreatoduodenektomia duhet të bëhet veg në rastet e zgjedhura. Në rastet kur ka dëmtimë intra dhe ekstraperitoneale, ndërhyrja duhet të fillojë me laparatominë dhe pastaj të trajtohet dëmtimi ekstraperitoneal.

Plagët e kolonit duhet të qepen në dy ose më shumë shtresa, vendosjet e anus preternaturalis ose eksteriorizimi i zorrës do të bëhet në bazë të gjendjes anatomoziologjike të organit të dëmtuar.

P È R F U N D I M E

Dëmtimet e spjesëve ekstraperitoneale të zorrëve hasen përkrahësht rrallë. Në këto lloj dëmtimesh ka vëgori simptomatike, klinike e radiologjike në vartësi të faktit në se është dëmtuar ose jo terësia peritoneale.

Duodenorafia është mënyra më e mirë e trajtimit në rast se ky manipulacioni nuk ngushton lumenin e këtij organi, ndërsa në dëmtimin ekstraperitoneal të rektumit, vendosja e anus preternaturalis dhe drejimi i hapësirës ekstraperitoneale është mënyrë e trajtimit në këto lloje dëmtimesh.



*Skema Nr.1 A) ZONATE DEMTUARA
B) ZONATE DEMTUARA TE RIPARUARA.*

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

- 1) Basha F.: Anatomia topografike e njieriut. Tiranë 1973, 200, 216.
- 2) Cocke W.M., Mayer K.K.: Retroperitoneal duodenal rupture. Proposed mechanism, review of literature and report of a case. Amer. J. Surg. 1964, 108, 834.
- 3) Davis Christopher: Textbook of surgery. Philadelphia 1972, 357.
- 4) Donovan A., Hagen W. H.: Traumatic perforation of the duodenum. Amer. J. Surg. 1966, 113, 341.
- 5) Elezi B. e bpi.: Semunditet kirurgjikale. Tiranë 1973, 247.
- 6) Gage P., Dede S. e bpi.: Kirurgja e përgjithshme. Tiranë 1973, Vol. 3, 73.
- 7) Gould J., Thorworth W. T.: Retroperitoneal rupture of the duodenum due to non penetrating abdominal trauma. Radiology 1963, 80, 743.
- 8) Mariiev A. I.: Abdominalnaia diagnosticheskaja punkcia. Vjestnik Hirurgii 1969, 7, 111.
- 9) Picari H.: Perforioni akut nga perforacioni. Përmblehdje studimesh. Organi i punonjësve të shëndetësisë. Berat 1973, nr. 1.
- 10) Shalimov A. A., Sahenkova V.F.: Hirurgia zhellukta i divenacatiperstoni kishki. Kiev 1972, 332.
- 11) Tartari FI.: Një rast rupture traumatike të duodenit. Shëndetësia popullore 1973, nr. 1.
- 12) Talbot W., Shueck J.: Retroperitoneal duodenal injury due to blunt abdominal trauma. Amer. J. Surg. 1975, vol. 130, 659.

Summary**INJURIES OF THE EXTRAPERITONEAL PORTIONS
OF THE DUODENUM AND THE RECTUM.**

A description is presented of two cases of extraperitoneal injuries of the duodenum, in one of which the peritoneum itself was damaged. Duodenoraphy appears to be the best method of treatment of these injuries, provided there are no contraindications to that kind of treatment. Both these patients recovered.

In a third case the injury of the extraperitoneal portions of the rectum was treated by sigmoidomy and drainage of the retroperitoneal space. That patient also recovered.

Résumé**LESIONS DES PARTIES EXTRAPÉRITONÉALES DU DUODÉNUM
ET DU RECTUM**

Dans cet article sont décrit deux cas de lésions extrapéritonéales du duodénum, dont l'un se caractérisait par l'atteinte du péritoine aussi. Selon l'auteur, la duodenoraphie est la meilleure méthode de traitement des lésions du duodénum s'il n'y a pas des contreindications. En effet ces deux malades ont guéri.

Un troisième cas de lésion du rectum, dans sa partie extrapéritonéale, a été traité par sismistomie et par drainage de l'espace rétropéritonéal. Ce malade aussi a guéri.

**KARCINOMA SPINOQELIZORE TIP ADENOID
(PSEUDOGLANDULAR) E LOKALIZUAR NË MUKOZËN E BUZËS
SE POSHTME**

— SHAHIN KADARE —

(Shërbimi i Anatomisë Patologjike, Onkologji, Spitali nr. 2 Tiranë)

Forma adenoidë (pseudoglandulare) është një variant i rrallë i karcinomës spinogelizore. Është përshtkuar më 1947 me emrin «Adenoacanthoma e gjendrave të djersës», duke qënë se fillimisht u interpretua si një karcinomë, që e merr fillimin e saj nga gjendrat ekrine të djersës. Më vonë kjo pikëpamje ndryshoi dhe sot konsiderohet si një varinat i karcinomës spinogelizore, që kryen struktura adenoidë si pasojë e akantolizës së qelizave tumorale. Në klasifikimin histologjik ndarët kombinë të tumoreve të lëkures të vint 1975 (4) grupohet në variantin e karcinomës spinogelizore (I.B. 1. a) me emrëtimin karcinoma spinogelizore adenoidë.

Me pak përijashtime, kjo karcinomë lokalizohet në lëkurën e kokës (2), më 144 raste është lokalizuar në lëkurën e kokës dhe të qafës, në 10 raste në lëkurën e anësive të sipërme dhe në një rast në lëkurën e anësive të poshtme. Asnjë nga rastet e përmëndura nuk ishte lokalizuar në buzë. Për herë të parë në vitin 1971 një grup autoretsh, në një rishikim të një materiali të gjërë, të përbërë nga ekzaminimet e disa shërbimeve anatomo-patologjike gjaje në dite përshtkuarjanë 15 raste të karcinomës spinogelizore adenoidë me fillim në mukozën e buzës (3). Një vit më vonë përshtkuhen dhe dy raste të tjera dhenë 1974 (5) një rast tjeter.

Në këtë punim po paraqesim një rast të karcinomës spinogelizore adenoidë të lokalizuar në mukozën e buzës. I sëmuri është trajtuar në klinikën onkologjike Tiranë.

I sëmuri A. D., vjet 58, fshatar, kooperativist, paraqitet më klinikë me një plagë në bregun e kuq të buzës së poshtme, me diametër 1 cm., me buzë të çrrgulta, e mbuluar me kruste. Indet përitrësh paraqitet të infiltruara. Merret material nga plaga në kufi me indin e shëndoshë për ekzaminim histopatologjik.

Në ekzaminimin histopatologjik nr. 622-23 bëre më 26 mars 1973 u vu re: proliferim i epitelit atipik, i cili infiltron në thellësi në drejtëm të shtresave ndënepiteliale, duke infiltruar idhe pjesët sipërfaqesore të muskulaturës. (Foto 1). Qelizat epiteliale atipike vendosën osë në formë grupesh kompakte, shumë nga të cilat përmblajnë formacione koratotike në formë «perlash», karakteristike për karcinomën

spinoqelizore (foto 2, 3, 4); ose në formë strukturash tubulare të formave dhe madhësive të ndryshme (foto 4, 5, 6). Strukturat tubulare formohen nga një ose më shumë shtresa qelizash epiteliale dhe, në brendësi të tyre, përbajnjë grupe të vogla qelizash epiteliale atipike (foto 3, 6, 7, 8). Atipizmi i qelizave tumorale paraqitet mesatarisht i shprehur. Në stromën përreth formacioneve epiteliale atipike vihet re infiltrat i dendur inflamatror i përbërë kryesisht nga qeliza limfocitare.

Përfundim: *Karcinoma spinogelizore e buzës së poshtme varianti adenoid.*

I sëmuri trajtohet me radioterapi 55 KV, 5mA duke marrë dozë totale përij 7200 r. Në mbarim të trajtimit, gjendja lokale është e përgjithshme e mirë. Më 12 janar 1974 paraqitet përrikontroli dhe në regionin submandibular të djathtë u vu re një limfonodul në madhësinë e një ulliri, i lëvizshëm, me konsistencë të fortë. Lëkura mbi të pa ndryshime. Shtrohet në klinikë dhe më 5 shkurt 1974 bëhet boshatisja e gjendrës salivare dhe limfonoduleve submandibulare në anën e djathtë.

Në ekzaminimin histopatologjik (nr. 246-249/1974) nuk u vunë të elemente neoplazikë as në limfonodulat dhe as në gjendrën salivare. I sëmuri del nga spitali i shëruar më 15 shkurt 1974. Ka bërë kontroll te përsëritura deri në dhjetor 1975. Gjendja ka vazhduar të jetë shumë e mirë. Pas radioterapisë, cikatrica në buzë e pastëri. Pas kësaj date nuk është paraqitur më në klinikë.

Varianti adenoid i karcinomës spinogelizore me lokalizim në mu-kozën e buzës takohet jashtëzakonisht rrallë. Deri në vitin 1974 në literaturë janë përshtkuar 18 raste të tila (5). Në kemi takuar vetëm një rast në materialin biptik të shërbimit tonë, që përfshin 1696 ekzamime të buzës, nga të cilat 1127 kanë qenë karcinoma spinogelizore (14 mars 1969 deri 30 shkurt 1978). Dallimi i saj si një formë e vegantë, justifikohet përfaktin se siç rezulton nga rastet e përshtkuara deri tani, karcinoma spinogelizore adenoidë e buzës, me një trajtum të përshtatshëm, ka një prognозë shumë të mirë. Asnjë nga rastet e përshtkuara nuk ka perfunduar me vdekjen e të sëmurit dhe, përf më tepër, në asnjë rast nuk janë vënë re metastaza në limfonodulet regionale. Periudha e ndjekjes përf të sëmuret e ndryshëm të rapportuar deri tani ka qenë që nga 7 deri 72 muaj.

Në 19 rastet e përshtkuara (duke përfshirë edhe rastin tonë), 17 të sëmure kanë qenë të sekshit maskull dhe vetëm dy fëmra. Mosha e të sëmurevë ka qenë midis 41 dhe 75 vjeç, me një mesatare rrreth 56 vjeç. Në 15 rastë, tumori është lokalizuar në buzën e poshtme, në tre raste në buzun e sipërme, ndërsa në një rast lokalizimi nuk përmendet. Në aspektin klinik, ky variant i karcinomës spinogelizore nuk paraqet ndonjë karakteristikë të vegantë dhe është paraqitur në formën e një lezioni hiperkeratik, nodular, ose të ulseruar me madhësi 0,2 deri 1,8 cm. Në rastin tonë paraqet një formë e një ulcere me madhësi 1 cm.

Struktura histologjike e rastit që paraqesim përkon me atë të pëshkruar nga autorë të tjere (3, 5). Ndryshimet në shtresën superfaqësore të koriumit, në të cilën vijet re një degenerim i shprehur bazofilik, si dhen fenomenet e diskoratozës dhe akantolizës në ishujt

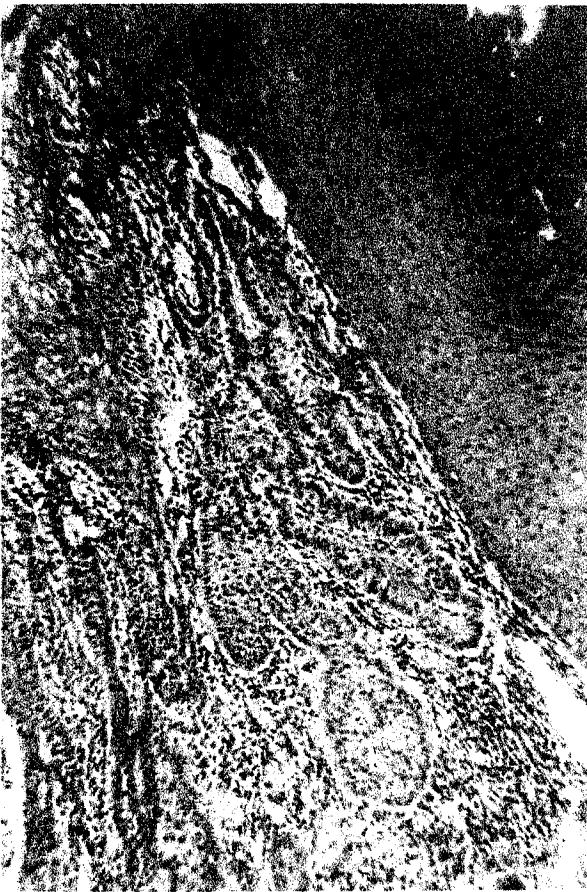
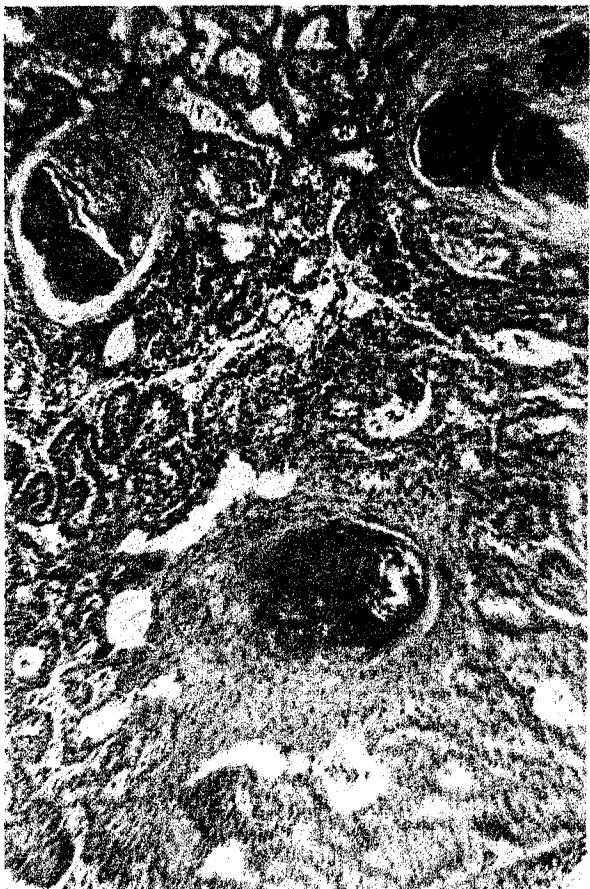


Foto 1. — Vihet re hiperkeratozë e shprehur dje proliferim i epitelli atipik në thellësi të korkumit.

Foto 2. — Struktura keratotike në formë «perlash» në lishjut e qelizave tumorale si dhe formacione adenoidë.

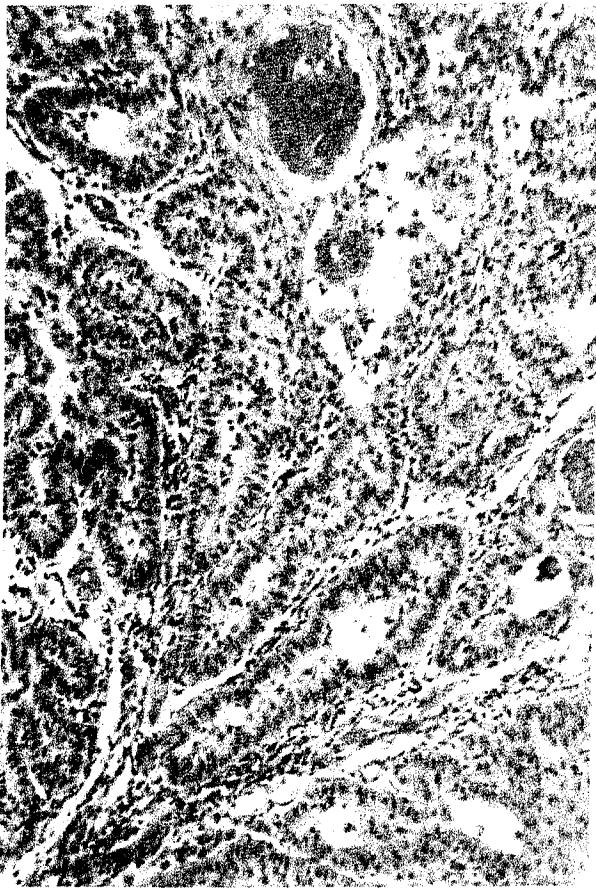


Foto 4. — Zonë tjetër e ngjashme me atë të fotos 2 dhe 3.-

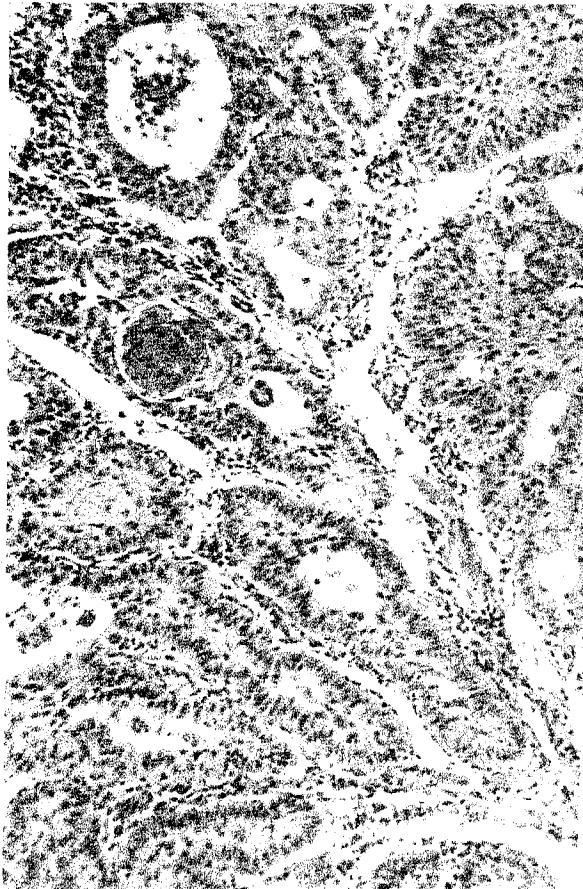


Foto 3. — Zonë tjetër e ngjashme me atë të fotos 2.

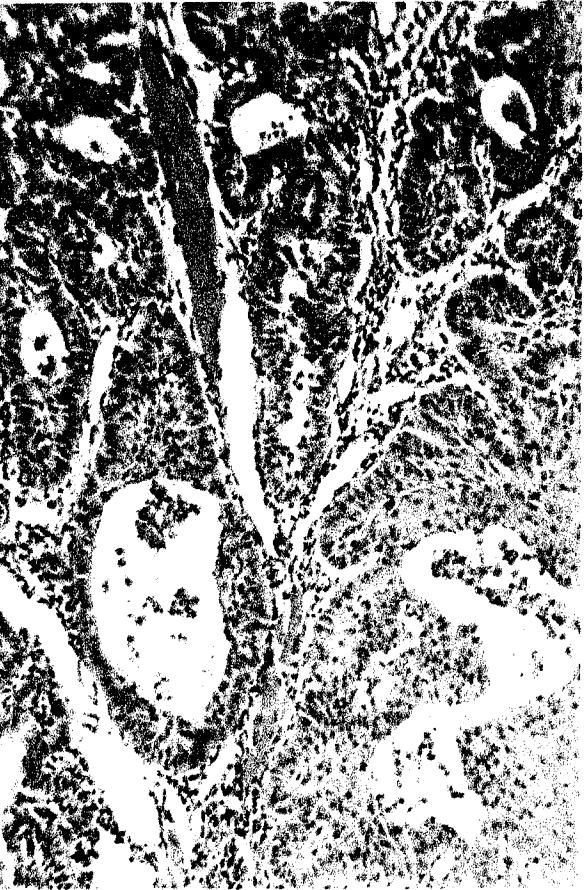


Foto 6. – Struktura adenoide në brendësi të të cilave vihen re qeliza të diskus-muara akantolitike.

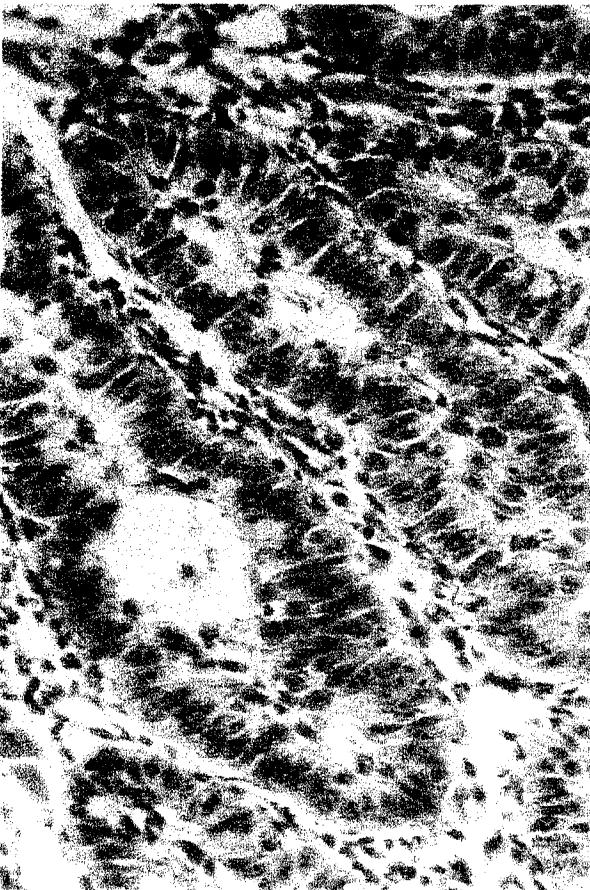


Foto 5. – Struktura adenoide tubulare të formuara nga një shtrëse e dyfishtë qelizash epiteliale atipike.

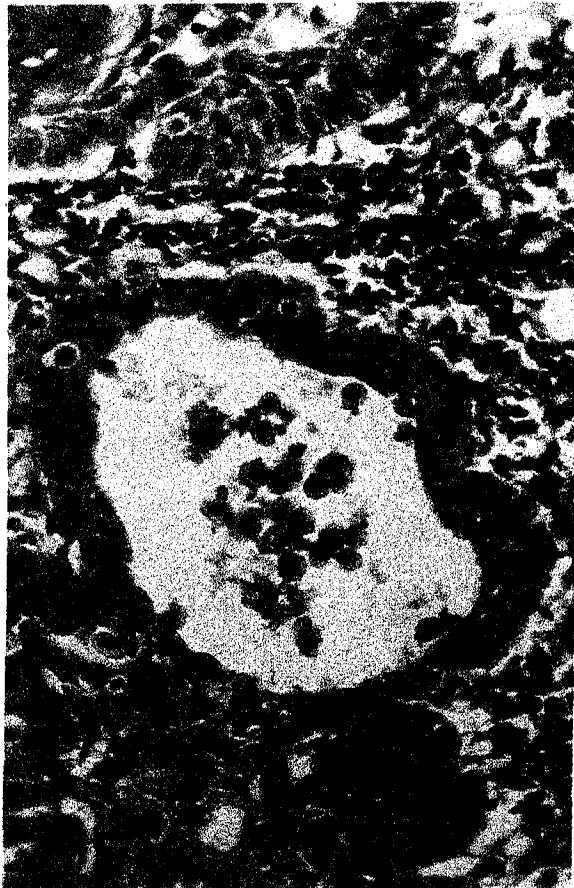


Foto 8. – Po ajo zonë. Zmazhimi me s i tuqishëm.

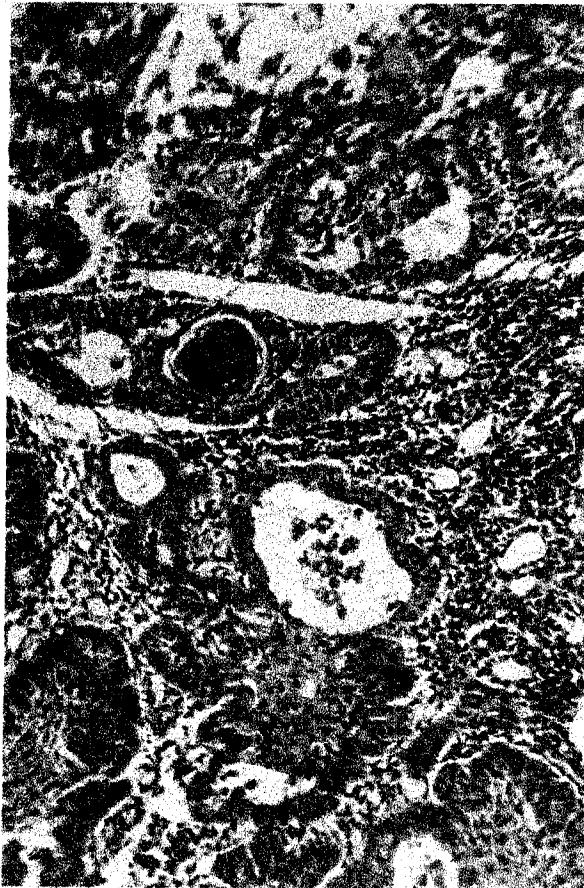


Foto 7. – Zonë tjetër e ngjashme me atë të fotos 6. Viljet re infiltrat 1 deñdur linfocitar në pjesën e sipërmë.

elizave tumorale, karakteristike për dëntimet nga rrezatimi die-mbështhesin pikëpamjen e autorëve të ndryshim se ky variant i inomës spinogelizore zhvillohet në temen të keratozës aktikë (ile). Strukturat adenoide formohen si pasojë e akantolizës së qelit, tumorale.

Përshtrimi i rasteve të tjera do të bëjë që të përcaktohen më karakteristikat klinike dhe morfologjike të karcinomës spinogelizore adenoide me lëkëzim në mukozën e buzës.

Dorëzuar në Redaksi më 15 tetor 1978

BIBLIOGRAFIA

- Rugby R. M., Hennigar G.R., Brown F. M.: Adenosquamous carcinoma of the nasal, oral and laryngeal cavities. Cancer 1968, 22, 1140.
- Helwig E. B., Jonson W. C.: Adenoïd squamous cell carcinoma (adenoacanthoma). Cancer 1966, 19, 1639.
- Boway J. R., Nelson J. F., Boyers R. C.: Adenoïd squamous - cell carcinoma of the oral labial mucosa. Oral Surg. 1971, 32, 444.
- Ideon R. E. J., Helwig E. B. et al.: Types histologiques des tumeurs cutanées. Znëve 1975, 51.
- Sitzner S.: Adenoïd squamous - cell carcinoma of vermillion mucosa of the lip. Oral Surg. 1974, 37, 589.

Summary

'SPINOCELLULAR CARCINOMA OF THE ADENOID (PSEUDOGLANDULAR) TYPE LOCATED IN THE MUCOSA OF THE LOWER LIP.'

case is described of adenoid spinocellular carcinoma on the mucosa of lower lip of a 58 year old man. Outwardly the tumour appeared as anular infiltrated sore measuring 1 cm in diameter. Its histological structure similar to that described by other authors. The operation of evacuation of submaxillary gland was carried out two months after the diagnosis. After 33 months of observation the patient is in good condition and no metastases have appeared in the lymph nodes or the submaxillary gland.

Résumé

CARCINOME SPINOCELLULAIRE DU TYPE ADÉNOÏDE SEUDOGLANDULAIRE) LOCALISÉE DANS LA MUQUEUSE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

auteur décrit le cas d'un malade de 58 ans ayant une carcinome adénoïde éllulaire dans la muqueuse de la lèvre inférieure. Apparemment cette l'avait l'aspect d'une plaie infiltrée ayant un diamètre de 1 cm. Sa ré histologique était identique à celle décrite par les autres auteurs. L'opération de la fosse submandibulaire fut effectuée deux mois après le diagnostic. Trente-trois mois sont déjà passés depuis l'intervention, le patient se bien et aucune métastase ne s'est manifestée ni dans les nodules lymphatiques dans la glande submandibulaire.

KANDIDOZA — TË DHËNA KLINIKE, DIAGNOSTIKE DHE MJEKIMI I SAJ

— XHAVIT ULQINI —

(Katedra e Terapisë Stomatologjike)

Ruajtjes së shëndetit të popullit Partia i ka kushtuar një vëmëndje të madhe. Në vendin tonë, shërbimi mjekësor është falas, kjo përflet përkujdesin e madh të Partisë për rritjen e mirëqenjes së popullit. Në Kongresin e 7-të të PPSH u thëksua se: ...«*Për ruajtjen e shëndetit të popullit të forcohen dñe të zgjerohen masat higjeno-sanitare profiliaktike...*» (1).

Zbatimi i masave profilaktike si gërmshëtimi i drejtë i higjenës së hapësirës së gjosë me mjekimin e dhëmboëve dhe të sëmundjeve të gojës, i dhëniaj së antibiotikëve në raport me florën saprofite, që banon në traktin gastro-intestinal, gjjejnë zbatim në parandalimin e sëmundjeve kandidozike.

Vetë diagnostikimi dhe kurimi i drejtë i kandidozës është një profilaksi për parandalimin dhe kronicizimin e kësaj sëmundje. Në këtë material do të paraqitim disa të dhëna klinike dhe diagnostike si dhe të mjekimit të kandidozës së hapësirës së gjosës. Kandidoza është një sëmundje, që shkaktohet nga kërpudhat levuriforme të gjimisë candida (7, 12).

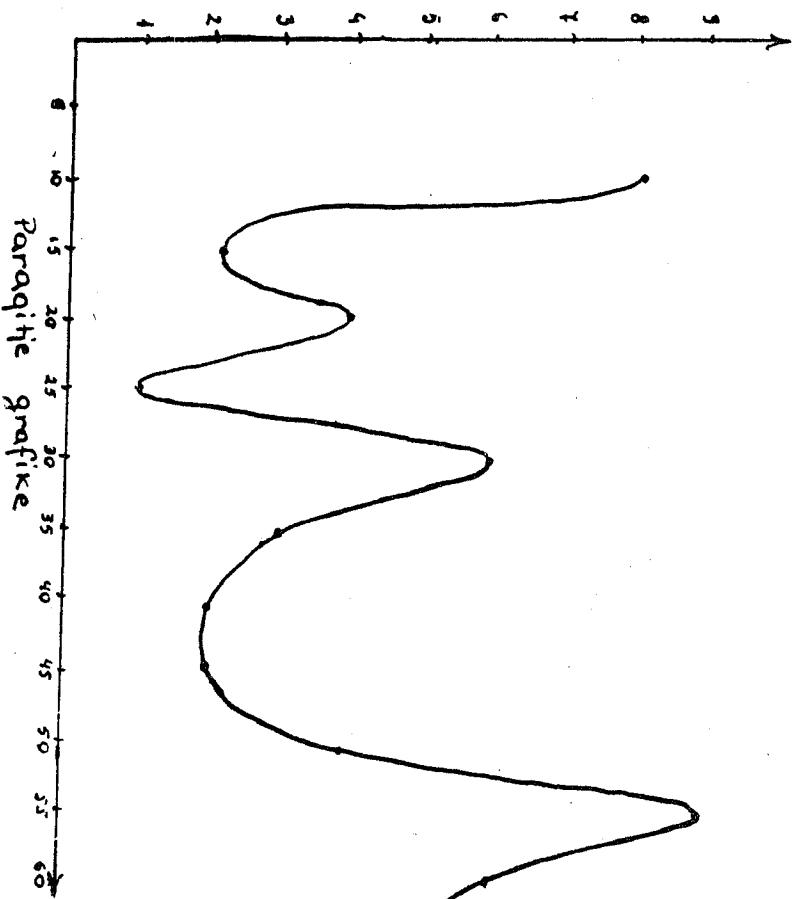
Etiopatogjeneza është ende e paqartë, por për zhvillimin e sëmundjes nijë rol tië rëndësishëm luajnë sëmundjet dobësuese kronike, sëmundjet e traktit gastro-intestinal, avitaminozat, diabeti, përdorimi për nijë kohë të gjatë i antibiotikëve dhe kortikosteroideve. Për t'u përmëndur janë traumat kronike, rritja e lagështirës dhe ndryshimi i pH të pështyrnës, higjiena e keqe e gojës, protezimi, mosha, hipossalivacioni etj. Stomatite kandidozikë hasen dbe në punonjësit e përpunimit të frutave, të bukës etj. (3,4,8,9,10,11).

Në këtë punim po paraqitim 47 të sëmurë me kandidozë akute dhe kronike dhe disa mendime diagnostike, të bazuara në ekzaminimin mikroskopik dhe klinik të 30 të sëmurëve.

5-9 vjet → 8aste			
10-14 "	"	"	2 "
15-19 "	"	"	4 "
20-24 "	"	"	1 "
25-29 "	"	"	6 "
30-34 "	"	"	3 "
35-39 "	"	"	2 "
40-44 "	"	"	2 "
45-49 "	"	"	4 "
50-54 "	"	"	9 "
55-60 "	"	"	6 "

Numeri i rasteve sipas grupeve moshave

Kandidozën më shpesh e kemi hasur në grup-moshën 5-9 vjeç, 25-29 vjeç dhe 45-60 vjeç (pasqyra nr. 1). (Të sëmurët nën moshën 5 vjeç nuk paragiten tek ne). Kjo e dhëne përkon pak a shumë me mendimin e autorëve të tjerë (3, 4, 5, 9, 16, 17) (foto 3).



Sipas lokalizimit kemi këto rezultate (pasqyra nr. 2).

Pasqyra nr. 2

Kandidozë e gojës	12 raste (e gjeneralizuar)
Kandidozë e gjuhës	11 raste
Kandidozë e qielzës	6 raste
Kandidozë e këndeve të buzëve 14 raste	
Kandidozë e buzëve	4 raste
Gjithsej	47 raste.

Sipas ecurisë së sëmundjes, 23 të sëmurrë kanë qënë me kandidozë akute dhe 24 me kandidozë kronike.

Nga 47 rastet me kandidozë, 19 kanë qënë nga përdorimi pa kriter i antibiotikëve, 6 nga ulja e rezistencës imunobiologjike, 6 nga dëmtimet kronike të qeilzës së fortë nga protezat e aplikuara keq dhe që shpesh merrin për alergji nga proteza, 4 nga macerine kronike të këndit të buzëve si rezultat i mosprotezimit, dy raste nga diabeti etj. (foto 1).

Këto faktë vërtetojnë mendimin e shumë autorëve se një rol të padiskuuteshëm, në lindjen e kandidozës, kanë antibiotikët dhe sidomos ato me spektër të gjërë veprimi (2, 3, 4, 12, 13, 17).

Gjatë viteve 1972-1976 në klinikën tonë janë mjekuar 77 stomatite kandidozikë, që përbëjnë 15,4% të të gjithë të sëmurëve me stomatite të mjekuar gjatë kësaj kohe (gjithsej kanë qënë 500). 31,4% të të sëmurëve kanë qënë me stomatite afzoze, 15,4% me stomatite ulceroze. Duke krahasuar këto pak shifra mund të themi se stomatitet kandidozikë po zënë gjithnjë e më shumë një vend të rëndësishëm në praktikën stomatologjike.

Gjatë vjetëve 1972-1975 janë diagnostikuar dhe mjekuar 35 të sëmurë me stomatite kandidozike, gjatë vitit 1975-1976 kanë qënë 42 stomatite kandidozikë.



Foto 1. — Gjunjë me pala me kandidozë zmadhur.

Nga rastet tonë, 70% kanë rezultuar me stomatike kandidozikë të shkaktuar nga C. Albicans, 13% nga C. Stellatoidea, 13% të papërcaktuara. Shifra të tillë të përfarëta jepin duke autorë të tjere (3, 4, 5, 6, 14, 18).

Për vënien e diognozës jemi bazuar në bashkërendijen e të dhënave klinike me të dhënët e ekzaminimit të drejtpërdrejtë të materialit të marrë nga goja (foto 2) (15, 17).

Fishtë e vërtetë se disa autorë, duke studjuar saprofitizmin e kërm-



Foto 2. — *Angulus kandidozik* tek një e sëmure që nuk mban protezë totale. Buza formon pale.

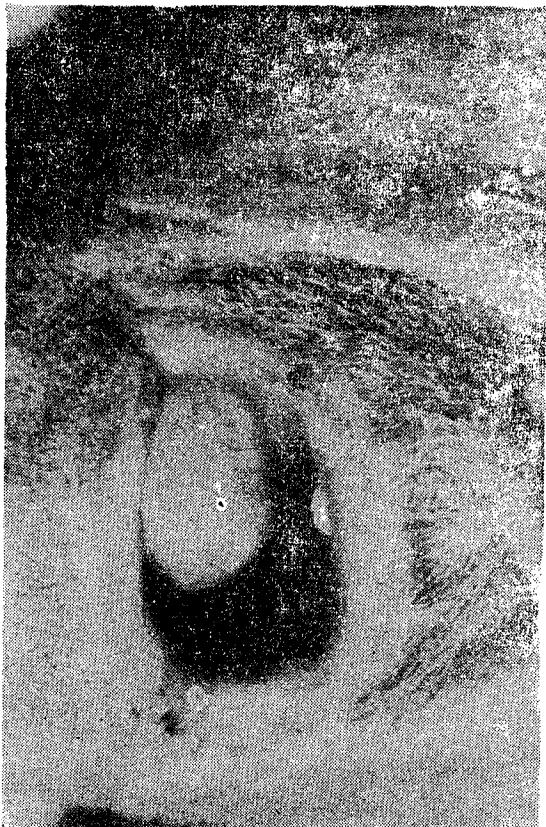


Foto 3. — Kandidozë — zmadhim.

pudhave levuriforme të membranës mukoze, nuk i japin rëndësi ekzaminimit mikroskopik dhe kultural (12). Ne mendojmë se ky konkluzion gjen zbatim vëtëm për diagnostikimin kultural.

Gjatë studimeve tona mikroskopike të materialit të marrë nga goja dëhe ngjyrosjes me Giimsa-Romanovski sipas teknikës së zakonshme, ka dalë i qartë saprofitizmi me kandidozën e vërtetë.

Kështu mund të themi se ekzaminimi mikroskopik është një metodë laboratorike e rëndësishme për diagnostikimin e kandidozave. Më gjithatë, në vetëvete ky ekzaminim do të ishte pa vlerë diagnostike në qoftë se nuk do të bashkërendohej me të dhënët klinike (foto 3).

Në të 47 rastet, tabloja klinike nuk ka qënë e njejtë, por ka pasur vëçoritë e saj sipas lokalizimit. Në shumicën e rasteve, sëmundja ka filluar si stomatit katalal në sfondin eritematos të të cilët janë shfatur kokriza të bardha, që duke u shkrirë me njëra tjetër, kanë formuar cipa të mëdha që të kujtojnë qumështin e mpiksur (4). Në palpacion, cipat janë pak mbi nivelin e membranës mukoze normale. Në fillim të sëmuret kanë pasur një hiposalivacion, i cili gradualisht (me stadel) ka kaluar në hiposalivacion. Të sëmuret e ndjejnë gjuhën e rrashur dhe ankohen për shijim të keq.

Në disa forma të lokalizuara në këndet e burzëve, që fillimisht janë shfaqur me një skruqje dhe ku më vonë kanë lindur erozione dhe ragode, kemi hasur skuqje të palave të lëkurës aty pranë.

Krititet mikotike janë karakterizuar me eritemë që është shfaqëruar me djegje, thatësi dhe tendosie të pjesës së të kuqt të burzëve. Krititet mikotike nuk i kemi hasur të vëvar, por së bashku me kandidozën e këndit të gojës ose me kandidozë të të gjithë hapësirës së gojës. Rastet kronike kanë pasur një klinikë më të lehtë (potkuarës ka zotruar forma eritematoze apo erozivo-eritematoze) kanë recidivuar dhe kanë qënë më kapricioze ndaj mjekimit. Mjekimin e kemi bërë të gërshtuar etiologjik, protogenetik dhe simptomatik. Kemi gërshtuar drejt mjekimin lokal me atë të përgjithshëm.

Lokalisht me arrije të mira kemi mijekuar me ngjyrat e anilinës 1-2%. Më shumë kemi preferuar stomakumin. Në rastë të vëganta kemi përdorur boraks glicerinë 10-20%. Përdorimi i sproi nystatinë dhe lyerje me solucion betadinë na ka dhënë rezultate më të mira. Gargarizmat me solucion lizacimë kanë ndihmuar shumë për uljen e procesit inflamator dhe stabilizimin e pH acid. Mjekimin lokal e kemi gërshtuar me ate të përgjithshëm, duke dhënë vitamine B kompleks, C, PP etj. dhe, në raste të rënda, vitaminoterapi e shoqeruar me nystatinë 500.000 U.I., 45 tableta 3 x 1 në 24 orë. Mjekimin e kemi vazhduar 7-10 ditë më pas edhe pasti janë zhdukur shenjat klinike të kandidozës me qëllim që të parandalojmë recidivat dhe kronicizimin e sëmundjes. Zhdukjen e plotë të shenjave klinike e kemi arritur afërsisht 7-8-9 ditëve.

Më poshtë po përskruajmë tre nga rastet tona (foto 4).

Rasti i parë: E sëmura V. L., me nr. kartele 10543, vjeç 57. Parqitet më 10.XI.1976 për djegje në gjuhë dhe në faqe. Në gojë nuk futohet ushqime pikante. Objektivisht paraqet gjuhë të ngarkuar me ngjyruan nga diabeti dhe mjekohet vazhdimit me 38 unite insuline. Glicoemia esell 364 mg%.

Mikroskopia e materialit të marrë nga gjuha (cipë e bardhë) rezulton me kandidoza. Në qdo fushë të mikroskopit shihen spore të shumtata. *Diagnoza:* Glosit kandidzik diabetik. *Mjekimi:* gargarizma me solu-



Foto 4. — Kandidozë e gjuhës — zmadhim.

cion lizocimë. Lyerje e membranës mukoze me sproi nystatinë, e gërshtuar me stomakuran. Nga goja vitamininë C dhe B₂. Që në ditën e tretë, e sëmura pati përmirësimë dhe u shërua plotësisht pas 10 ditëve. Pas shërimit, e sëmura bëri sanacion të plotë, të hapësirës së gojës.

Rasti i dytë: L. B. femër, 43 vjeç, me nr. karteli 499. Në klinikë paraqitet më 21.II.1976 me djegje në hapsejtën e gojës. Nuk fut dot ushqime pikante. Yuan nga një limfadenit retrocervikal tuberkular dhe ankon për një hepatit kronik. Në spital është vëtetuar se yuan nga kandidoza e thonjive (që para 13 vjetëve) dhe ajo e organeve gjeni-tale që para 6 vjetëve.

Gjatë kësaj kohe, e sëmura ka marrë këto antibiotikë si 30 flakonë penicilinë kristale, 4 flakonë penicilinë oleze, 20 tableta kloramfenikol. Objektivisht: vende-vende gjitha ishte e zhveshur, vende-vende e ngarkuar. Procesi alveolar i nofullës së sipërme i skuqur dhe vende-vende me mikroulceracione.

Mukoza e procesit alveolar paraqiste rezilience të theksuar. Proteza e nofullës së sipërme, e përgatitur azhuste, ngacmonte mukozën e procesit alveolar dhe nuk kishte qëndrueshmëri.

Ekzaminimi mikroskopik: materiali i marrë nga procesi alveolar i nofullës së sipërme. Ngjyrosje Gimsa-Romanovski. Fusha të mbushura me spore kandida në shumëzim e sipër. *Diagnoza:* Kandidozë.

Mjekimi: u konsultua për protokim e sipër. *Diagnosi:* Kandidozë, shëhuar me stomakuron. Në mënyrë të përgjithshme nystatinë gërshtuar me stomakuron. Në mënyrë të përgjithshme nystatinë 500.000 U.I., 45 tableta 3 x 1 në 24 orë, e gërshtuar me vitamininë C 60 tabletë 3 x 2 në 24 orë. Megjë së sëmura nuk zëvendësoi protokozin e nofullës së sipërme, pas tre muajsh, pati recidivë.

Rasti i tretë: Q. M., femër, 47 vjeç, me nr. karteli 1190. Paraqitet më 12.IV.1976 me këto ankesa; djegje të gjuhës dhe të këndësë të burzëve, prishje të shijës, tharje të gojës, vështirësi në të folur dhe në

gëltitje. Stomakun e ka të rëndë dhe shpesh ankon për gregullime gastro-intestinale. Përdor ushqime të lëngshme dhe në pjesë të vogla. E sëmura ka dhembje gjuke, pagjumësi. Nga anamneza është ka bërë rezeksion stomaku, si rezultat të një ulgëre duodenale në vitin 1970.

Objektivisht: paraqet polikaries me mukozë të thatë, të kuge, të ndritshme me «perla mukusi». Gjuha e kuge, e thatë, e depapilar. Këndet e buzëve të qara dhe mikrobiologjikisht rezultojnë me «*candida albicans*» patogjeni. Lëkura është e thatë, e zbehë.

Ekzaminimi makroskopik: material i marrë nga këndet e buzëve Ngjyrosja Gimso-Romanovsk. Fusha të mbushura me spore *Candida albicans* patogjeni. Diagnoza. Kandidozë kronike e këndeve të buzëve në një sindrom të Sjögren-i anemisë ferriprive (18). Mjekimi ka qenë i gërshtuar. Filimisht u kurua sëmundja kryesore në spital. Ambulatorisht tu bë samimi i hapesirës së gojës (pastrim gurresh), mjekimi i karieseve.

PERFUNDIME

- 1) Kandidoza e gojës është një sëmundje që duhet kuruar me kujdes, sepse mund të recidivojë dhe të kronizohet.
- 2) Ekzaminimi mikroskopik i materialit të marrë nga goja, i gërtshuar me ekzaminimin klinik, është shumë i vlerishëm për vendosjen e diagnozës.
- 3) Në më të shumtën e rasteve, kandidoza e gojës shkaktohet nga *Candida albicans*.

4) Mjekimi duhet bërë i gërshtuar: etiologjik, patogjernetik dhe simptomatik dhe kështu arritet brenda 7-8-9-10 ditëve në zhdukjen e plotë të shenjave klinike. Për format kronike të kandidozës, afati i mjekimit duhet të zgjatet.

Dorëzuar në Redaksji më 15 qershor 1978

BIBLIOGRAFIJA

- 1) Enver Hoxha: Raport në Kongresin e VII të PPSH. Tiranë, 1976, 74.
- 2) Andoni R.: Nistatina dhe përdorimi i saj. Shëndetësia popullore 1973, 2, 94.
- 3) Arleviq M. A., Shepanishvira G. Z.: Kandidamikozi kakt oslozinjenja antibiotiko-terapii. Moskva 1965.
- 4) Asllani Xh.: Terapija stomatologjike. Tiranë 1974, 603.
- 5) Conant F., Norman, Smith E., David e bjt: Manual of clinical mycology (Third edition). Philadelphia, 1971, 659.
- 6) Cooke D. E. Brian: Median rhomboid glossitis (Candidiasis and not a developmental anomaly). The British Journal of dermatology, 1975, vol. 93, 44, 399.
- 7) Duraku E.: Mikrobiologjia infeksore. Tiranë, 1972, Vol. I, 24.
- 8) Kasapi I.: Sëmundjet e gojës e të dhëmbëve. Tiranë, 1973, 59.
- 9) Kërgjiku K.: Dermatologjia dhe venerologjia. Kandidazis. Tiranë, 1974, 324, 328.
- 10) Nakiqi M.: Dermatokonkozat. Tirane, 1974.
- 11) Nizel E., Abraham: Nutrition in clinical dentistry. Philadelphia and London, 1960, 128, 198, 220, 277.
- 12) Papajorgji M.: Mikrobiologjia infeksore. Tiranë, 1972, Vol. II, 552.

- 13) Papajorgji M., Reka H. e bp.: Disa të dhëna të përgjithshme rabi epidemio-logjine e epidermofitës në qytetin e Tiranës, Shëndetësia popullore 1973, 2, 12.
- 14) Peyrone M.: Stomatite umana da candida. (Descrizione di un caso non frequente. Revista italiana di stomatologia 1975, vol. 20, 10, 1281.
- 15) Prinz H., Greenbaum S.: Disease of the mouth and their treatment. Philadelphia 1935, 364.
- 16) Subashi Sh.: Pathologjia stomatologjike. Në librin «Morfologjia Patologjike. Tirane, 1975, fq. 329.
- 17) Shekllakov D. N., Milic V. M.: Gribkovije zbolevanjja qelkovjeka gjalava IV «Candidosis». Moskva 1970, 137.
- 18) Ulqini Xh.: Dy raste me sindromen Gougerot-Houwers-Sjogren. Buletini i UT — Seria shkencat mjekesore 1976, 3, 133.

Summary

CANDIDOSIS — CLINICAL PICTURE AND DIAGNOSIS

The clinical findings of 47 cases of acute and chronic candidosis are described and opinions are advanced on the diagnosis based on the microscopic examination and cultures carried out on 30 cases.

Of the 47 cases, 19 could be ascribed to excessive use of antibiotics, which emphasises the predisposing role of antibioticotherapy in the genesis of candidosis. The frequency of candidosis rises from year to year, as can be proved by the mentioned facts and figures.

The laboratory examination (microscopic and cultures) showed that in most cases (70%) the causative agent was *Candida albicans*.

For the diagnosis the author has relied on the clinical signs supported by direct microscopic examination of the material taken from the site of the infection and he finds that the latter is a very reliable method for confirming the clinical diagnosis.

He illustrates his statement with two examples. In the first case the patient had received burns on the face and the tongue. The tongue was depapillated and covered with thick white patches. The patient was diabetic. The second case also presented white patches on the tongue with congestion and small ulcerations scattered over the gums of the left upper jaw. The patient had been taking various kinds of antibiotics for the treatment of a retroauricular lymphadenitis. The candida infection, besides the mouth, had spread on the finger nails and the vagina.

In mouth candidosis, a carefully conducted etiologic, pathogenetic and symptomatic treatment should bring about a complete clinical recovery within 7-10 days.

Résumé

CANDIDOSE — TABLEAU CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

L'auteur décrit les résultats cliniques de 47 cas de candidose aiguë et chronique et avance ses opinions sur leur diagnostic en se basant sur des examens microscopiques et des cultures dans 30 cas.

Des 47 cas présentés, 19 sont dus à l'administration sans critère des antibiotiques, ce qui témoigne du rôle indiscutable des antibiotiques dans la genèse de la candidose. Ensuite il montre par des chiffres et des faits que cette maladie ne cesse de croître d'une année à l'autre.

L'examen de laboratoire (microscopique et culture) a montré que dans la majorité des cas (70%) l'agent pathogène est le *Candida albicans*.

En ce qui concerne le diagnostic, il s'appuie sur les symptômes cliniques établis par des examens microscopiques directs du matériel prélevé des foyers d'infection. Ces examens, à son avis, constituent une méthode sûre qui confirme le diagnostic clinique.

L'auteur illustre ses affirmations par deux exemples. Dans le premier cas, la patiente avait des brûlures à la langue et au visage. Chargées de taches blanches, sa langue présentait par endroit des zones sans papilles. La malade souffrait de diabète.

En ce qui concerne le deuxième cas, la malade avait de taches blanches sur la langue, des congestions et de petites ulcéractions sur les gencives de la mâchoire supérieure gauche. En effet elle avait pris diverses espèces d'antibiotiques pour le traitement d'une lymphoadénite rétrocervicale. L'infection s'était étendue aussi au vagin et aux ongles.

Dans les cas de *Candida* de la bouche, la guérison clinique s'obtient au bout de 7 à 10 jours grâce à un traitement régulier étiologique, pathogénique et symptomatique.

AMILOIDOZE PRIMARE E SHPËRHAPUR E MËLCSE E VERTETUAR ME PUNKSION-BIOPSI

— Prof. JOSIF E. ADHAMI, KASTRIOT BINAJ, MEHDI SHEHU —

(Klinika e II e Sëmundjeve të Brendshme dhe Shërbimi i Anatomisë patologjike
të Spitalit klinik nr. 1)

Amiloidoza e mëlcisë karakterizohet nga një hepatomegalia e pa-
dhënsme, që zakonisht nuk shqërohet me ikter, varice të ezoagut-
dhe asci. Megjithatë në literaturë janë përshtuar dha raste të rralla,
të ndërikuara me hipertension portal dhe insuficiencë hepatiske (1).
Amiloidoza primare që quhet edhe *pantomiliodozë* ose *amiloidozë*
atipike zhvillohet në mungesë të ndonjë sëmundjeje predispozuese
(5, 11).

Më parë amiloidoza primare përbënë formën më të rrallë të së-
mundjes. Kështu një grup autorësh (9) deri në vitin 1956 mundën të
mbledhin nga literatura 154 raste. Pakësimi i sëmundjeve infektive kro-
niqe, si pasojë e kimioterapise është bërë shkak i rritjes së dukshme
të të ashtuquajturës amiloidozë primare (5). Amiloidoza primare zako-
nisht prek indet mezenkinalë si muskujt e lëmuar dhe ato të skeletit,
veganërisht gjuhën, miokardin, tubin tretës, ligamentet, lëkurën, nervat
periferike etj. (3, 5).

Megjithatë sot pranohet se mund të preken të gjithë sistemet dhe
organet sig del nga shfaqja e shpeshtë e hepatonegalisë, proteinurisë
dhe sindromës nefrotike (5).

Masat ekonomiko-shpëtore të marrura në vendin tonë gjatë vi-
teve të Pushitetit populor, arritjet e luftës kundër tuberkulozit dhe
përdorimi i gjërië i antibiotikëve dhe kimio-preparave kanë shpënë në
pakësimin e supuracioneve pulmonare ose ekstrapulmonare, specifike ose
jo dhe, si pasojë, janë ulur rastet e amiloidozës sekondare. Më poshtë
po përskrivjmë klinikën e një të sëmure me amiloidozë primare.

Më 4 tetor 1978 në klinikën tonë shtrrohet e sëmura S. M., vjeç 42,
kooperativiste, e dërguar nga spitali i një rrethi me diagnosten «*Cirrho-
sis hepatis et pyelonephritis chronicus*». Ajo e kon sideronte veten të së-
murë qysht prej dy vjetësh, kur filloj të ketë dobësi të përgjithshme,
dhembeje dhe rëndim në hipokondrin e djathtë, prandaj u shtrua për-
dy muajt në spitalin e rrëthit përkates, ku iu tha se e kishte «mëlgjinë
e sëmurrë». Para dy muajsh gjendja u keqësua, dobësia e përgjithshme u
shtua, krahas dhembjeve të lehta rëndues në hipokondrin e djathtë,
u shtruan të përziera, të vjella billare e ushqimore, oreksi iu pre dhe
u shtrua përsëri në spitalin e atjeshëm prej nga dégohenet me diagno-

zën e mësipërme, duke rekomanduar që t'i bëhej laparoskopia. Nga anamnesa diltë se nuk kishët kultur sëmundje të tjera.

Kur u shtrua, e sëmura dukej e zbehë, por jo subikterike, nyjet limfatike nuk prekeshin në asnjë region, gjitha ishtë e kuke, tonet e zemrës ritmike pa zhurma patologjike, presioni arterial 90/60 mmHg. Banku ishte i fryri nga miëlgia shume e zmadhuar, që, në fyrnëmarrje të thellë prekej 15 cm nën harkun brinjor lobi i djathë dhe 13 cm. nën procesin ksifoid lobi i majtë, i cili zgjatej deri në hipokondrin e majtë ku e kalonte 7 cm. harkun brinjor. Diametri i miëlcës, në vijen medioklavikulare, arrinte 22 cm., margoja që e mprehtë, konsistencë e fortë, e padhemoshme në palpin, kurse sipërfaqja të jepte përshtypjen sikur nuk ishte aq e rregulltë. Shpërtka nuk prekej.

Në inspeksionin e barkut vërehej një hernie e vogël umbilikale, nuk kishte qarkullim kolateral; në palpin konstatohej një akalazi e muskujve të drejtë të barkut dhe nuk vihet në dukje likuid i lirë asciotic. Lozhat renale qenë të lira, të padhemoshme. Në anësitë e poshtme nuk kishte edema.

Të dhënët e laboratorit: në gjak u vu. re një anemi deri 2.490.000 eritrocite/mm³, hemoglobina 9,4 gr%, leukocite 4.250/mm³. Formula: neutrofile 62%, eozinofille 6%, bazofile 0%, shkopinj 2%, limfocite 26% dhe monocite 4%. Eritrosedimenti 41 mm/orë. Koha e hemorrhagisë 3 minuta, e koagulimit 1,5 minuta. Trombocitet 341.280/mm³ dhe shpërndarja e tyre jo e mirë. Në serinë e kuge u gjet normocitozë, mikrocite, ndonjë makrocit, poikilocitozë (skizocite, qeliza Burr, akantocite) normokromi, ndonjë qelizë target, mikroferocit dhe eritrocite të ralla të pikëzuara.

Në ekzaminimet e përsëritura të gjakut, më shpesh numri i eritrociteve ka qënë midis 3.000.000 dhe 4.000.000 për mm³. Elektrolytet në gjak: Natremia 130 mEq/l, kalemia 4,5 mEq/l, kalcemia 9,0 mg% dhe fosforemia 5,2 mg%.

Urina tregonte një albuminuri të theksuar 3.30 gr%, glukozë negativ, densiteti 1008, epitele të sheshtë shumë, leukocite 15-20/flushë (në grupë), eritrocite 6-8%/flushë cilindra hialine një në preparat.

Provati funksionale të miëlcës: bilirubina 0,45 mg%, Kunkel 42,3-58,5 U, Mac Lagan 5,9-7,5 U, Takata Ara (+++), Mallen (++), Wuhrmann Wunderly (++), Sellek Frade (+++). Transaminazat si SGOT dhe SGPT nga 37 në 65 U, Fibrinogjeni 570-410 mg%, niveli i protrombinës 100%, fosfataza alkaline 1 U. Elektroforeza e proteinave vinte në dukje një hipoalbuminemi me përbrysje të raportit albumina/globulinë e rritje të alfa-2 dhe gammaglobulinave. Kështu më 6 tetor proteinemia ishte 6,18 gr%, albuminat 2,89 gr%, globulinat 3,29 gr%. Elektroforegrama: albumina 48%, alfa-1 globulinat 5%, alfa-2-globulinat 16%, beta-globulinat 7% dhe gamma-globulinat 24%. Antigjeni Australia negativ. Azotemia 56 mg%, kreatinemia 2,0 mg%.

Të bazuar mbi të dhënët anamnesitike pa proçesse suppurative ose sëmundje të tjera, të dhënët klinike dhe ekzaminimet paraprake të laboratorit menduan se kishim të bëним me një amiloidozë primare të mëlcisë dhe të veshkave, prandaj u vendos t'i bëheshin ekzaminime të mëtejshme për të vërtetuar diagnozën.

Albuminuria e 24 orëve 4 gr./00, proteinat Bence-Jones në urinë

negativ, urokultura nuk vuri në dukje mikroorganizma patologjike, anti-korpet antinukleare, Waaler – Rose, gamma – latex dhe qelizat LE negative. Prova e Zimmickit vuri në dukje një hipozostomuri, ku den-siteti maksimal nuk i kalonte shifrat 1009, megjithëse sasia e urinës së 24 orëve ishte 926 ml. Lipidograma: kolesterolina 336 mg%, fosfolipidet 296 mg%, triglicerideret 175 mg%, lipidemia 807 mg%.

Prova e Bennhold me të kuq të Kongos ishte negative. Laparoskopia (18.X.1978): në kavitetin peritoneal nuk u gjet likuid ascitik. Ligamentum rotundum dukej me vaskularizim të dobët. Mejëja ishte shumë e zmadhuar, me margo të rrumbullakosur, me sipërfaqe pak të valëzuar, konsistencë të shtuar, ngjyrë të zakonshme, pa shenja fibrose. Në sipërfaqen e poshtme të lobit të diaftë, përparrave vezikës bilare, u pa një nodul me madhësinë e një are, që kur shtrypej me laparoskop, linte gjurma, sikur të ishte një edemë pastoze e asaj zone. Vezika bilare me ngjyrë të përhimbë në të bardhë, pa aderenca, kurse indi hepatik afro 15 cm. Përveç perimetrit të saj kishte një ngjyrë të zbadhur. Peritoneumi parietal dhe viscerai pa ndryshime patologjike të dukshme makroskopikist.

Duke qënë se të dhënat laparoskopike nuk ishin konkluduese për diagnozin, u vendos të bëhet punksion-biopsia e mëqisë. Në ekzaminimin mikroskopik u pa se vena centrale e lobulit hepatik ishte e zgjerruar, e mbushur me eritrocite. Hepatocitet me vendosje të rregulltë trabekulare, por hipotrofike nga vendosja e amiloidit midis kapilarëve sinusoidale dhe vetë qelizeve hepatike. Në ngjyrasjen me hematoksilinë shiheshin disa shiritë homogjene me ngjyrë rozë. Me ngjyrasjen me të kuq të Kongos, ato merrin ngjyrë të kuqe. Në disa hepatocite vihej re një pigment me ngjyrë kafe në të verdhë. Hapësirat portobilare paraqitën celularizim të pakët. Përfundimi: *Amyloidosis hepatis*.

Punksion-biopsia e mëqisë është një nga metodat e rëndësishme për diagnozin e amiloidozës primare (10). Në përcaktimin e sai, ne u bazuam jo vetëm në mungesën e proceseve supurative, por dhe në provën me të kuq të Kongos, e cila doli negativë. Lidhur me këtë, ka autorë (6), që thonë se një nga observimet më të rëndësishëm është se ky test shpesherë jep rezultate negative në amiloidozen primare sistemeke, pasi në këtë formë të sëmundjes, amiloidi ka afinitet të pakët për të kuqin e Kongos. Kështu punksion-biopsia e mëqisë ndihmon për të bërë diagnosten e amiloidozës primare sistemeke, kur testi me të kuq të Kongos është negativ.

Në etiologjinë e amiloidozës sekondare, përvet proceseve supurative si tuberkulozit kavernoz, osteoartikular ose limfonodular, empiematike, osteomielitike, bronkoekzitative eji, marrin pjesë edhe artiti reumatoid, koliti ulqeroz, enteriti regional, limfogranulomatosa malinje, dia-beti i sheqerit etj., por e sëmura tona nuk paraqiste asnjë të dhëni për këto sëmundje. Nga anamneza është të dhënat klinike nuk u vunë në dukje shenja që të mendohen për amiloidozë neuropatike, as për e the familjare mesdhetare (sëmundje periodike).

Amiloidoza neuropatike u përijashtua, pasi nuk u vunë re prekje të nervave periferike. Amiloidoza e veshkave, e cila shpëte në insuficiencë renale, përbën një nga shkaqet kryesore të vdekjes së të sëmurëve me ethe mesdhetare, por sëmundja shkaqet me aktese febrile periodike, që zgjatin disa orë deri dy-tre ditë, shoqërohen me kolika abdominale,

pleurite, manifestime artikulare etj. dhe zakonisht amiloidi nuk vendo set në mëjci, as në pjesët e tjera të tubit tretës; ai vendoset në vazat e organeve kryesisht të suprarenaleve, shpërtekës dhe mushkërive. Me përijashtim të insuficencës renale, e sëmura jone nuk kishte shenja të abdominale e artikulare, splenomegalia, kurse punksion-biopsia vuri në dukturje amiloiodin e vendosur në mëjci. Përveç këtyre, diagnostika diferencale duhet bërë me amiloidozen, që shoqeron ose ndërlidon mielomën e shumëfishtë. Plazmocitoma është, padyshtim, një nga sëmundjet që shoqerohet më shpesh me amiloidozë (5). Shumë nga këta të sëmundrave mund të kenë hepatosplenomegali dhe sindromë nefrotike; të tjerë mund të kenë shenja klinike të ndryshme si makroglosi ose sindromëën e kanalit karpian (4).

Sipas kazuistikave të ndryshme, gjatë melomës së shumëfishtë, amiloidoza gjendet në rreth 6-15% të rasteve. Por ka autorë (8), që kanë arritur në konkluzionin se nuk ka ndryshim midis shfagjies së amiloidozës në të sëmurët me melomë dhe në rrejëzit e shëndoshës. Disa autorë (6) amiloidozën, që ndërlidon melomën e shumëfishtë, e ndajnë në rrijë grup të vegantë dhe nuk e futin as në amiloidozën primare, as në ato sekondare.

Diagnozën e melomës ne e përijashtuan, pasi në këtë sëmundje viven re dhembje kockore dhe shpeshherë frakturna të tyre, në gjak limfocitoze, hiperprotidemi me rritje të theksuar të gama-globulinave, ose të beta dhe, më rrallë, të alfa-globulinave, hiperkalzemë dhe proteinat Bence-Jones në urinë, që janë pozitive në rreth 50% të rasteve (2). Por ka autorë (10), që mendojnë se qdo të sëmuri me amiloidozë primare duhet t'i bëhet mielograma, pasi disa herë kanë gjetur meloma, megjithëse nuk paraqitnin të dhëna klinike të dyshimita.

Shoqërimi i shpeshtë i amiloidozës me melomën ka rixherë në drithë të dhëna të rëndësishme lidhur me patogjenenë e amiloidozës. Konstatimi se edhe në të sëmurët me amiloidozë primare mund të gjendet paraproteinemi me plazmocitozë medullare (7) ka mbështetur hipotezën se shpaktarë përfomimin e amilooidit janë ndryshimet funksionale të qelizave plazmatike dhe disprotidemja që i pason.

Rëndësi të vëçantë kanë studimet lidhur me përbërjen klinike të amilooidit. Këshfu është vënë në dukje një proteinë që ka lidhje strukturole të ngushta me zinxhirët e lehtë të imunoglobulinave, e cila është përbërja kryesore dhe ndoshta e vetme e fibrileve të amilooidit në formën primare të amiloidozës, ose në atë që shoqeron melomën. Në literaturë ka autorë që nuk kanë gjetur ndryshime të rëndësishme përsa i përkët shpeshtësisë së amiloidozës në të sëmurët me protiduri Bence-Jones pozitive ose me negative. Prej këtij del qartë rëndësia që ka punksion-biopsia e mëlgjë më përcaktimin e diagnozës së amiloidozës hepatikë primare, por ky nuk duhet marrë i shkëputur, por i lidhur me të dhënat anamnestike, klinike dhe biologjike.

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

- 1) Adhami J. E., Cerga G.: Një rast me amyloidozë të mërgjisë i diagnostikuar me punkcion-biopsi. Kuntësë në sësimon shkencor të shkurtit. Tirane, 1977.
- 2) Adhami J. E.: Mieloma e shumëfishtë. Traktati i sëmundjeve të brendshme. Tirane 1974, II, 209.
- 3) Birti P.: Patologjia mortologjike. Botim i II. Tirane 1975, 120.
- 4) Calkins E., Cohen A.: Amyloidosis. In «Arthritis and Allied Conditions» edited by Hollander J. L. Philadelphia 1972, 1283.
- 5) Cashola G., Invernizzi R., Ippoliti G., Marin G.: L'amyloidosi. Minerva Medica 1973, 69, 33-2247.
- 6) Dahlin D. C., Stauffer M. H., Mann F. D.: Laboratory and biopsy diagnosis of amyloidosis. Med. Clin. Amer. 1950, 34, 1171.
- 7) Isobe T., Osserman E. F.: Patterns of amyloidosis and their association with plasma-cell dyscrasias, monoclonal immunoglobulins and Bence — Jones proteins. New England J. Med. 1974, 290, 473.
- 8) Limas C., Wright J. R., Matzusaki M., Calkins E.: Amyloidosis and multiple myeloma. A reevaluation using a control population. Amer. J. Med. 1973, 54, 186.
- 9) Rukavina J. G., Block W. D., Jackson C. E., Falls H. F., Carey J. H., Curtis A. C.: Primary systemic amyloidosis: a review and an experimental, genetic and clinical study of 29 cases with particular emphasis on the familial form. Medicine 1956, 35, 239.
- 10) Stauffer M. H., Gross J. B., Fouk W. T., Dahlin D. C.: Amyloidosis: diagnosis with needle biopsy of the liver in eighteen patients. Gastroenterology 1961, 41, 92.
- 11) Stauffer M. H., Dahlin D. C.: Amyloidosis of the Liver. Diseases of the liver edited by Schiff L. Philadelphia — Toronto 1969, 965.

S u m m a r y

PRIMARY DIFFUSE AMYLOIDOSIS OF THE LIVER CONFIRMED BY PUNCTURE BIOPSY

A case is presented of primary diffuse amyloidosis of the liver in a 42 year old woman, in which the diagnosis was confirmed by puncture biopsy.

Apart from the liver, the kidneys were also involved in the process since the patient presented proteinuria and the symptoms of kidney failure. Secondary amyloidosis was excluded by eliminating the various conditions that cause it, as well as multiple myeloma and the Mediterranean periodic disease.

R é s u m é

AMYLOÏDOSE PRIMAIRE DIFFUSE DU FOIE CONFIRMÉE PAR PONCTION-BIOPSIE

Les auteurs décrivent le cas d'une femme de 42 ans souffrant d'une amyloïdose primaire diffuse du foie confirmée par la ponction-biopsie. De pair au foie avaient été atteints aussi les reins, du fait que la malade présentait une albuminurie et des signes d'insuffisance rénale. Les auteurs excluent les différentes maladies provoquant l'amyloïdose secondaire, y compris les myélomes multiples, les amyloïdoses neuropathiques et la maladie périodique méditerranéenne.

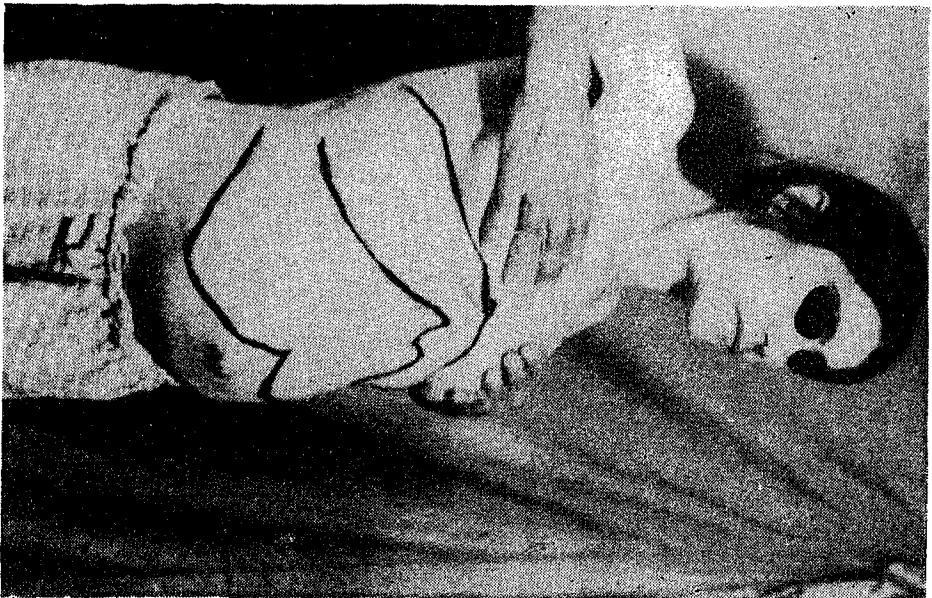


Fig. 1. — E sëmura S. M. (17.X.1978), vjeç 42, me amiloidozë të melqse.

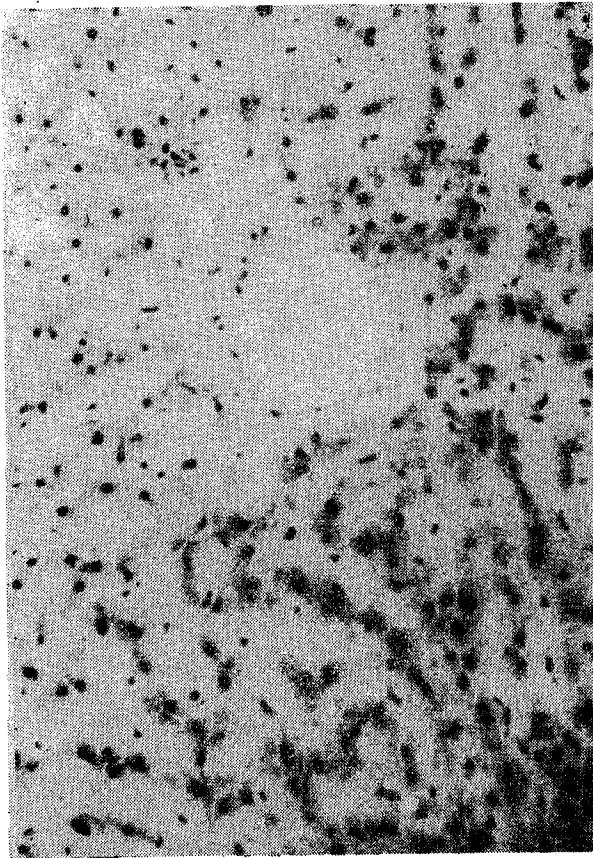


Fig. 2. – Elkzaminimi histologjik i materialit të marrë me punksion biopsi. Në qender të preparatit duket vena centrale e zgjeruar. Kryetn saj është në drejtim të periferisë shtohen zona me pamje homogjene (amiloid) të vendosura midis kapilarave sinusoidale dhe qelizave hepatike.

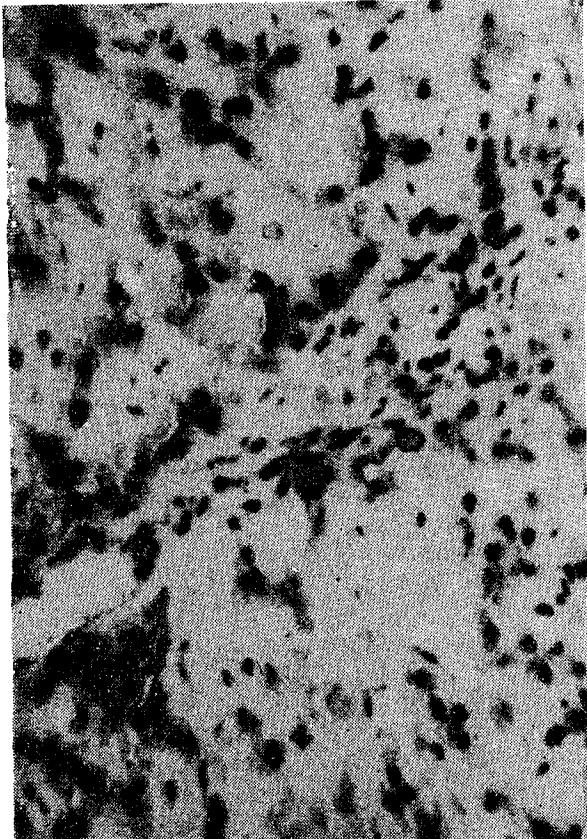


Fig. 3. – Hapësira porto-bilare me celularizim të pakët. Në të dy anët e saj shtohen zona të gjera amiloidi, të cilat kanë atrofizuar qelizat hepatike.

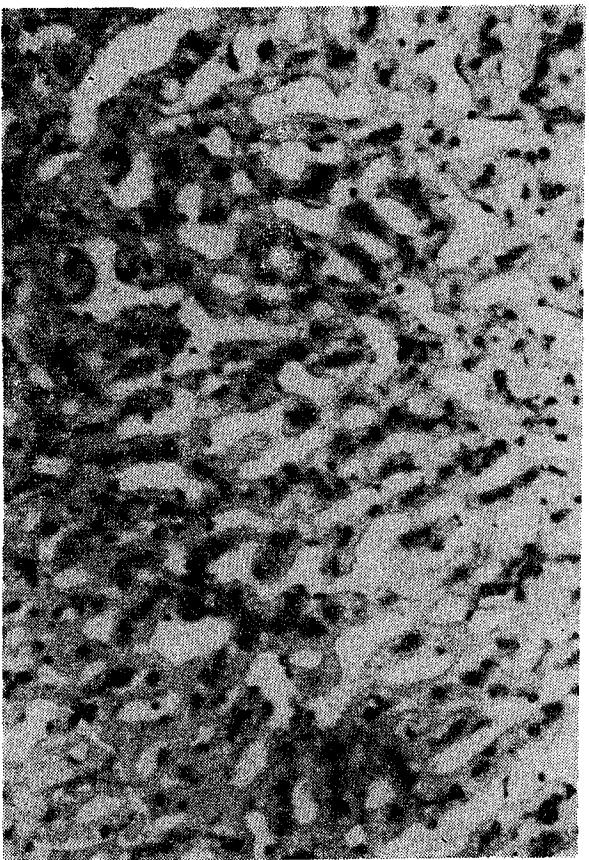


FIG. 4 — Qelizat hepatike dukeq të atrofizuara nga vendosja e amiloidit në mës të tyre dne të kapillarëve sinusoidale.

PËRMBAJTJA

	Faqe
Bajram Preza, Selaudim Bekteshi: Disa aspekte të zhvillimit të shëndetësisë sonë socialistë	3
Illir Gjylbegaj: Disa të dhëna mbi klinikën, diagnozën dhe injektimin e endometriozës gjenitale	17
Pirro Burnazi: Mjekimi me rezerpine i të sëmurrëve me H.T.A., esencial	23
Apostol Lira, Fatmira Basha, Metje Kastari, Liliana Myrto, Sofika Aliu: Rezultatet e arritura në parandallimin e dindjeve premature	35
Kozma Tavanxhi, Lefter Guxho: Hepatiti ktonik pas hepatitit viral	45
Alfrëdita Basha: Disa të dhëna mbi përdorimin e aparateve ortodontike të levizshme në mosha të ndryshme	53
Samedin Gjini: Të dhëna mbi gurët e gjendrave e kanaleve të pështymës dhe analizën e tyre spektro-kimike	61

HIGJENË DHE EPIDEMIOLOGJI

Jahja Pulo, Dhimitër Kraja, Violeta Mosko: Salmonellosis	73
Elnas Eltari, Violeta Mosko, Arifjio Kërkeshi, Fahrí Dollaku, Feraset Gagani: Rektokolitet nga Lambilia, Trichomonas intestinalis dhe ameba histolytica	85
Nasi Bozheku: Mjekimi i meningjiteve purulente me etiologji të papercaktuar.	95

KUMTESA

Gjergjii Cepa: Diagnosa diferenciale angiografike e patologjive të papilës së nervit optik	99
Polizoj Shqina: Dëmtimet e pjesëve ekstraperitoneale të duodenit dhe rektumit.	111
Shahim Kadare: Karcinoma spinogelizore tip adenoid (pseudoglandular) e lokalizuar në mukozën e buzes së poshtme	119
Xhavit Ulqini: Kandidoza — të dhëna klinike, diagnostike dhe injekimi i saj	123
Josif Adhami, Kastriot Binai, Mehdi Shehu: Amiloidozë primare e shpërhapur e meiqisë e vërtetuar me punktion biopsi	133

S O M M A I R E

	Page
Bajram Preza, Selaudin Bekteshi: Certains aspects du développement de notre santé publique	3
Hir Gjylbegaj: Données sur la clinique, le diagnostic et le traitement de l'endométrite génitale	17
Pierré Burnazi: Traitement de l'hypertension artérielle essentielle par réserpine.	23
Apostol Lira, Fatmira Basha, Metije Kashari, Liliana Myrto, Sofika Aliu: Résultats obtenus dans la prévention des accouchements prématurés	35
Kozma Tavankhi, Leffter Guxho: Hépatite chronique résultant d'une hépatite à virus aigue	45
Afërdita Basha: Données sur l'utilisation d'appareils mobiles orthodontiques dentaires chez des enfants d'âge différent	53
Nasmedin Gjini: Calculs des canaux des glandes salivaires et leur analyse spectrochimique	61
 H I G I E N E E T E P I D E M I O L O G I E	
Jahja Pulo, Dhimitër Kraja, Violeta Mosko: Salmonelloses	73
Elmas Eltar, Violeta Mosko, Argjilo Kërkeshi, Fahri Dollaku, Feraset Gagami: Recto-colites provoquées par Lambilia, Trichomonas et entamoeba histolytica	85
Nasi Bozheku: Traitements des méningites purulentes à étiologie indéterminée.	95
 C O M M U N I C A T I O N S	
Gjergjë Cepa: Diagnostic angiographique différentiel des conditions pathologiques de la papille du nerf optique	99
Polzoj Shoxna: Lésions des parties extrapéritonéales du duodénum et du rectum	111
Shahin Kadare: Carcinome spinocellulaire du type adénoidé (pseudoglandulaire) localisée dans la muqueuse de la lèvre inférieure	119
Xhavit Ulqini: Candidose — tableau clinique et diagnostic	123
Jost Adhami, Kastriot Binaj, Mehdi Shehu: Amyloïdose primaire diffuse du foie confirmée par punctio-biopsie	133

CONTENTS

	Page
Bajram Preza, Selaudin Bekteshi: Some aspects of the development of our socialist health services	3
Illir Gjylbegaj: Clinical data, diagnosis and treatment of genital endo- meritis	17
Pirro Burnazi: Treatment with reserpine of essential hypertension	23
Apostol Lira, Faquirra Basha, Metije Kashari, Liliana Myro, Sofika Aliu: Results obtained in the prevention of premature births	35
Kozma Tavanxhi, Lester Guxho: Chronic hepatitis resulting from acute viral hepatitis	45
Afërdita Basha: Use of mobile dental apparatus in children of different ages.	53
Samedin Gjini: Calculi of the salivary gland ducts and their spectrochemical analysis	61
 H Y G I E N E A N D E P I D E M I O L O G Y	
Jahja Pulo, Dhimitër Kraja, Violeta Mosko: Salmonellosis	73
Elmas Eltari, Violeta Mosko, Argjiro Këkeshi, Fahri Dollaku, Feraset Gagani: Rectocolitis caused by <i>Lambilia</i> , <i>Trichomonas</i> and <i>Entamoeba histolytica</i>	85
Nasi Bozheku: Treatment of purulent meningites of undetermined etiology.	95
 C O M M U N I C A T I O N S	
Gjergj Cepa: Angiographic differential diagnosis of the pathologic condition of the papilla of the optic nerve	99
Polzoj Shqima: Injuries of the extraperitoneal portions of the duodenum and the rectum	111
Shahin Kadare: Spinocellular carcinoma of the adenoid (pseudoglandular) type located in the mucosa of the lower lip	119
Xhavit Ulqini: Candidosis — clinical picture and diagnosis	123
Josif Adhami, Kastrit Binaj, Mehdi Shehu: Primary diffuse amyloidosis of the liver confirmed by puncture biopsy	133