

## H Y R J E

Buletini i Universitetit «seria shkencat mjeksore» që po fillon të botohet si organi i fakultetit të mjekësisë dhe që i shtohet serisë së botimeve periodike t'Universitetit, është një hap i madh që bëhet në drejtim të zhvillimit të shkencave mjeksore në vëndin tonë.

Me krijimin e fakultetit të mjekësisë, që tanë ka hyrë në vitin e 9 të tij, u formua dhe një kolektiv i shëndoshë pedagogësh të specialiteteve të ndryshme që punojnë për preqatitjen e kuadrove të larta të mjekësisë (mjeke ase stomatologe).

Gjatë pesë vjetëve të para, në krijimin, organizimin dhe rritjen e fakultetit dhe në perfektionimin e kuadrove pedagogë, ndihmë shumë të çmuar kanë dhënë një numur profesorash sovjetikë, të cilët punuan nga një ose dy vjetë në të gjitha specialitetet kryesore të mjekësisë dhe që me eksperiencën e tyre të pasur hodhën themelë të shëndosha për zhvillimin e punës edukativomësimore dhe fillimin e punës shkencore. Deri më sot kanë dalë nga fakulteti qindra mjekë të rinj, të cilët me punën e tyre të mirë kanë rritur autoritetin e fakultetit tonë i cili nga ana e tij ka sot një numur profesorësh, docentë dhe kandidatë të shkencale mjeksore.

Sukseset e mësipërme tregojnë egzistencën e mundësive reale për zhvillimin me sukses të punës kërkimore që do të ndihmojë kuadrot tona në rritjen e punës së tyre mjekonjëse dhe njëkohësisht ajo do të jetë kontributi modest që do jepin punonjësit tanë të mjekësisë shkencale mjeksore.

Revista del pak kohë pas përfundimit të punimeve të Kongresit të IV historik të P.P.SH., i cili bëri bilancin e fitoreve të harrijtura nga populli ynë, nën udheheqien e Partisë, që nga Kongresi i III dhe njëkohësisht ay aprovoi direktivet e planit të III pesëvjeçar, që do të çojë vëndin tonë përparrë në ndërtimin e bazës materiale teknike të socializmit dhe kthimin e tij në një vënd industrialobujqësor. Kolektivit të fakultetit të mjekësisë, gjatë pesëvjeçarit të tretë, përvëç preqatitjes së kuadrit, i është vënë detyra të zgjerojë me këmbëngulje bazën e zhvillimit të shkencave mjeksore duke zgjidhur një sërë probleme që preku pojnë shëndetësinë populllore. Në këto detyra revista do të luajë një rol të rëndësishëm duke botuar në faqet e saja regullisht rezultatet e harrijtura duke u bërë kështu tribunë e punonjësve më të mirë të kolektivit tonë dhe bashkëpunëtorëve të jashtëm. Ajo me kënaqësi dhe mirënjohje do të pranojë për botim punime shkencore nga personalitetë të shquara të mjekësisë së huaj që do të dëshirojnë të ndihmojnë mjekësinë tonë të re dhe të bëjnë të njohura realizimet e tyre të vlefëshme.

Revista përvëç punimeve origjinale, në faqet e saja do të pasqyrojë edhe të rejat e shkencave mjeksore në vënde të ndryshme e veçanërisht në vëndet socialistë. Ajo me anë përbledhjesh ose referate do të botojë në çdo numur një sasi të konsiderueshme të këtyre të rejave.

Në revistë do të publikohen gjithashtu raste kazuistike në formë komunikimesh të shkurtëra shkencore nga mjekësia e jone, artikuj përgjithësimi të eksperiencës së mjekëve tanë në trajtimin e problemeve të ndryshme në praktikën mjeksore si dhe të aplikimit të metodave të reja. Përpjekje do të bëhen për reçensime të hollësishme të veprave (traktateve) dhe monografive të reja që i shtohen literaturës mjeksore.

## REKOMANDIME TË DOMOSDOSHME PËR AUTORËT

Redaksia e Buletinit të Shkencave Mjekësore u lutet autorëve të kenë parasysh këto rekomandime në artikujt që do të dërgojnë për botim.

1) Titulli i artikullit të jetë i shkurtër dhe i formuluar në mënyrë të kjartë. Ndënnë titullin vihet emëri dhe mbiemëri i autorit si dhe emëri i qendrës së punës.

2) Bashkë me artikullin autor i dërgon dhe një përbledhje të shkurtër të punës së tij që i nevojitet redaksisë për ta përkthyer në gjuhë të huaja. Përbledhja duhet të jetë deri në një faqe.

3) Forma — Punimet origjinale duhet të janë sa më të shkurtëra. Referimet në bibliografi do të lejojnë që të lehtësohet hyrja e cila nuk duhet të kalojë faqen.

Artikulli paraqitet në redaksi i daktilografuar në dopjo spacjo. Emërat e veçantë duhet të nënvízohen, po ashtu edhe termat latine. Shkurtimet ose referimet që përdoren duhet të skjrohen në fund të faqes.

4), Pasqyrat duhet të janë të sakta, të korregjuara nga autorë, pasi t'i ketë daktilografuar. Duhet të përkojë numuri i pasqyrës me referimin në tekst.

Figurat dhe grafikët — Këto të janë sa më të pakta, të vizatuara në letër transparente dhe të mos kalojnë madhësinë 30 me 40 cm, gërmat dhe shifrat të janë relative me madhësinë e grafikut në mënyrë që redaksia të ketë mundësinë t'i zvogëlojë deri në 1/3. Shkronjat ose shifrat të janë shkrojtur me bojë të zezë kine. Çdo figurë duhet të ketë numrin renduer që i përgjigjet në tekst dhe diçiturën përkatëse, shumë të shkurtër.

5) Bibliografia. Çdo punim shkencor duhet të ketë në fund bibliografinë përkatëse. Bibliografia të përbajë: numrin renduer, mbiemin e autorit me gërmë kapitale, inicialet e emërit, emërin e veprës ose revistës me korsive, vitin, numurin e volumit dhe numurin e faqes.

7) Terminologjia të shkruehet shqip për ato fjalë që na i kemi ose mund t'i krijojmë. —

## ÇESHTJE AKTUALE TË MORBUS «BOTKIN»

Profesor E. M. TAREJEV

Anëtar i Akademisë së Shkencave Mjekësore të B.R.S.S.

*Referat i mbajtur para pedagogëve të fakultetit të mjekësisë  
dhe mjekëve të qytetit të Tiranës*

«Botkin» ose hepatiti epidemik paraqitet si një problem i madh përsa i përket etiopatogjenezës dhe sidomos epidemiologjisë e profilaksisë së tij, si dhe për çfaqjet klinike të tij me karakter të ndryshëm.

Në referatin e sotshëm ne do të shqyrtojmë vetëm disa anë klinike të sëmundjes së «Botkinit»: formën kronike beninjë dhe cirrhozën hepatike, lidhjet e tij me Cancer-in primar hepatik, si dhe terapinë hormonale të hepatitit epidemik.

Më përpëra ne po tregojmë skemën e përgjithëshme të klasifikimit të M. «Botkin» në çfaqjet e ndryshme klinike të tij, dhe disa të dhëna kliniko-epidemiologjike nga observimet tona, që kanë një rëndësi përsa i përket diagnostikimit të hershëm të M. «Botkin», do të japim gjithash tu disa të dhëna përsa i përket etiologjisë të sëmundjes, pikërisht për hepatitin të shkaktuar nga serumi, për rolin që mund të lozë një asocacion bakterial si dhe për hepatitin infeksioz tek qentë, si një model studimi i hepatitit infeksioz të njeriut.

### SHEMA E KLASIFIKIMIT TË SËMUNDJES SË BOTKINIT

Pasqyra Nr. 1

I. Forma akute e sëmundjes të Botkinit

- a) e lehtë
- b) mezatare
- c) e rëndë

II. Forma kronike e sëmundjes të Botkinit

A) Hepatiti Kronik me përfundim në cirozë hepatike.

- a) me zhvillim subakut—recidivant i vazhdueshëm.
- b) hepatiti kronik me revisjone dhe akutizime.

B) Hepatiti kronik me zhvillim beninj (me recidive dhe remisi one të gjata).

III. Sindromet reziduale (postinfektive).

Në klasifikimin që paraqitëm, ne duam të nënvízojmë midis forma ve kronike, krahas me hepatitin kronik që përfundon në cirrhozë hepatike, edhe variantin e II-të — hepatitin kronik me dekurs beninj. Pjesën e III-të që përbledh fenomenet reziduale, ne e konsiderojmë si të lidhur në mënyrë indirekte me një etiologji virusale dhe prandaj pa rëndësi nga ana epidemiologjike.

Këtë skemë sigurisht mund t'a zgjeronom akoma duke inkluadruar variantin kolangiolistik, anikterik, hepatitin nga serumi ose injeksionet, por ne këtë nuk e bëjmë për të mos e ngatruar skemën e përgjithëshme të klasifikimit.

Drejtimi kliniko-epidemiologjik ka rëndësinë më të madhe në praktikën e mjekut përsa i përket sëmundjes të «Botkin»-it, duke marrë parasysh se nga pikpamja etiologjike dhe virusologjike ky problem nuk është përpunuar sa duhet për të ndihmuar në zgjidhjen e detyrave praktike.

Morfologjia e procesit gjithashtu është e rëndësishme sidomos për diagnozën diferencale dhe për vlerësimin e zhvillimit të sëmundjes për çdo të sëmurë në veçanti, por rallë ajo i përgjigjet diagnostikimit speifik të «Botkin».

Ndër metodat e zbulimit aktiv të të sëmurëve me «Botkin» është tentuar të futet edhe mundësia e analizimit të ndryshimeve të aktivitetit të aldollazës tek personat që kanë qenë në kontakt me të sëmurrët dhe të shfrytëzohet kjo për zbulimin e hershëm të sëmundjes.

Simbas rritjes të aktivitetit të aldollazës midis atyre që kanë qenë në kontakt, ne kemi mundur të zbulojmë të sëmurë me variante të ndryshme të M. «Botkin»: nga të sëmurë asimptomatikë dhe anikterikë, të sëmurë më shenja të theksuara të sëmundjes, bile edhe të sëmurë në periudhën e inkubacionit që kanë qenë në kontakt para 17 ditësh; në ekzaminime të shpeshta midis personave me aldollazë të rritur, në 2/5 të rasteve kemi konstatuar, jo më parë se dita e 17-të mbas kontaktit, shenja të ndryshme klinike të sëmundjes; shumica e këtyre të sëmurrëve kaloi vizitën në poliklinikë nën diagnoza të ndryshme si p.sh. katar i rrugëve respiratore të sipërme, angina katarale, grip, *helminthiasis* dhe vetëm 5 prej tyre u diagnostikuani si të sëmurë me M. «Botkin» nga mjeku i poliklinikës megjithëse edhe këta u diagnostikuani me vonësë, në krahasim me afatin kur u konstatua rritja e aktivitetit të aldollazës – ditën e 7–9–10–12–15. Në përcaktimin e përsëritur të nivelit të aldollazës u konstatua se ajo u ul në afate të ndryshme dhe jo më vonë se 60–70 ditë nga koha e kontaktit.

Në grupin e kontrollit të përbërë prej 60 vetash (nxënës dhe të rritur) nga vënde ku Morbus «Botkin» nuk ishte konstatuar për një periudhë prej 8–36 muajsh, sasia e aldollazës në gjak (aldollazemia) në po ato afatë që përmëndëm më lart, përcaktohej brënda kufive normale (3–8 në unite) edhe në rastet e çfaqjeve të gripit, anginës, akutizimit të kolecistitit kronik.

Këtu duhet të kujtojmë se burim infeksioni mund të shërbijnë jo vetëm të sëmurrët me formën akute, si dhe ata që kanë qenë në kontakt, por edhe të sëmurrët me formën kronike. Këta të fundit mund t'a transmetojnë infeksionin direkt me anë të kontaktit dhe me rrugë parenterale, si dhe nëpërmjet personave klinikisht të shëndoshë (fig. 1).

Observimet tona mbi hepatitin nga serumi mund t'i përmblidhim si më poshtë: të dhënat që nga viti 1940 tregojnë se nga personat e rritur që u vaksinuan për qëllime profilaktike kundër ethes të papatacit nga një seri ikterogjene e vaksinës, u sëmurën 26,30% me një periudhë inkubacioni prej 63–146 ditë (mezatarisht 104,5 ditë) dhe me letalitet më pak se 1%. Midis fëmijëve me moshë deri 6 vjeç, që morën për qëllime profilaktike kundër fruthit serumin përkatesë të disa

serive u sëmurën më pak se 140%, me periudhë inkubacioni prej 50–300 ditë (mesatarisht 89,5 ditë), me letalitet rrëth 30%. Infektimi të

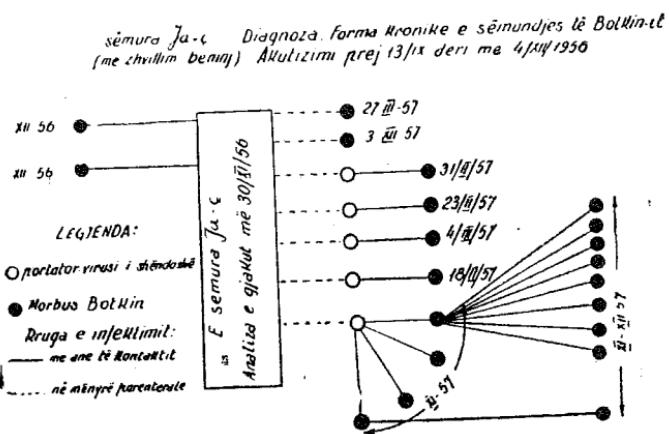


Fig. 1.

mëtejshme me anë të kontaktit (nga fëmijtë) u konstatuan rreth 70%, me një periudhë inkubacioni prej 3–4 javësh.

Syptomat klinike të hepatitit nga serumi në përgjithësi janë po ato të formës së zakonëshme të M. «Botkin»: ikteri tek të rriturit vazhdonte mesatarisht 28 ditë (po këto të dhëna ne i kemi patur më përpara në 200 të sëmurë me formën e zakonshme) — tek fëmijët konstatohen po ato sindrome prodromale të cilat ne i konstatojmë edhe në formën e zakonshme të M. «Botkin»: Sindromi pseudogrippal, dispeptik, pseudoreumatizmal, astenik, si dhe një temperaturë tipike, të zakonëshme pér fëmijët.

Në hepatitin nga serumi tek fëmijët konstatohen: rritja e nyave limfatike (poliadenia) në 8% të rasteve në periudhën prodromale dhe 15% në kulmin e sëmundjes, exanteme kutane — në 7 dhe 12%, dëmtimi kataral i rrugëve respiratore 1/2 e rasteve deri në 4/5 e fëmijëve, si dhe kollë e rale, hiperemi e grykës, rrufë, konjunktivit, exantema vezikuloze në grykë (në formën e zakonshme të sëmundjes fenomenet katarale konstatohen vetëm në pak fëmijë dhe më rallë (pothuajse dy herë më pak) në të rriturit.

Shënjat e dëmtimit të sistemit nervor konstatohen në më shumë se 1/2 e të sëmërëve me hepatitin nga serumi, d.m.th. më shpesh se sa konstatohen në fëmijë dhe sidomos në të rritur, në rastin e formës së zakonshme — Kjo i korrespondon prognozës më të rëndë që ka hepatiti nga serumi në fëmijë dhe nënvizon rëndësinë prognostike pikërisht të shënjave neurologjike, që janë aq karakteristike, sikundër dihet, për klinikën e atrofisë akute të heparit.

Kohët e fundit, hepatiti nga serumi në Bashkimin Sovjetik është shumë i rallë, me qenë se janë marrë masa në drejtim të profilaksisë të M. «Botkin», sidomos nga punktet e transfuzionit të gjakut.

Duke mos patur model më të mirë për të studjuar morbus «Botkin» dy vjetët e fundit në laboratorin virusologjik të prof. Antonin Kostantinov Shublaze, si dhe në laboratorin tonë, u studjuat hepatiti infeksioz (virusal) i qenve (i cili ka shumë shenja të përbashkëta me M. «Botkin» të njeriut) që paraqitet si në raste sporadike, ashtu edhe në epizooti të mëdha, me virusemi që zgjat deri në 3 vjet. Janë zbuluar 2 shtame të ndryshme të virusit me një tropizmë të dyfishtë përkundrejt indit hepatik dhe trurit, që shkaktojnë në eksperiment tabllonë klasike klinike dhe patomorfologjike e hepatitit infeksioz të qenve, të përshkruar nga autori skandinav Rubart me 1947. Treguesit kliniko-laboratorikë dhe ndryshimet patomorfologjike në më të shumtën e herës gjithashtu janë të njëlojta me klinikën dhe morfologjinë e M. «Botkin» tek njeriu.

Po ashtu si edhe në M. «Botkin» konstatohet një zhvillim ciklik i formës akute dhe mundësia e kalimit në formën kronike, me një periudhë inkubacioni prej 4-9 ditë, me periudhën e fenomeneve të lpatot klinike prej 6-8 ditë dhe me një periudhë të gjatë të rekonvaleshencës.

Ethet, adinamia, anoreksia dhe fenomenet e tjera dispeptike janë shenjat kryesore të sëmundjes; mund të konstatohet rritja e heparit i cili është i dhimbshëm, lymfadenopatia dhe në rastet e rënda konstatohen fenomene hemoragjike e ikter.

Nga deviacjonet laboratorike konstatohen: biliuria (në 3/4 e qenve të sëmurë të ekzaminuar), albuminuria (në 1/2), një leukopeni e theksuar që zëvëndësohet më von me leukocitozë, nga ndonjë herë konstatohet një reaksion plasmocellular, histio dhe monocitar, si dhe një anemi me normoblastozë e me sedimentacion të gjakut shumë të rritur përkohësisht.

Nga deviacjonet fermentativë interesin më të madh e paraqet rritja e aktivitetit të transaminazës të gjakut deri 70-120 unite, duke filluar nga dita e 2-3 e sëmundjes dhe një rritje më e paktë e aktivitetit të aldollazës. Megjithëse fraksioni i albuminave ulet, proteinemia e përgjithëshme rritet në mënyrë të rregullt (gjë që e konstatojmë shpesh edhe tek njeriu) si rezultat i rritjes të  $\gamma$  dhe  $\alpha$  - globulinave, krahas me deviacionin e provave të precipitimit, në veçanti të provës të Takata-Ara me metodën e titrimit (ulje deri 1,55) si dhe bilirubinemi e moderuar.

Në serumin e gjakut të qenve me hepatitin infeksioz u konstatua grumbullimi i antikorpeve specifike duke filluar nga java e 2-3-të; gjë që konstatohet me anë të reaksionit të lidhjes të komplementit, precipitacionit në gel, si dhe me anë të reaksionit të neutralizimit të efektit citopatogen të kulturën e indit; antigjeni jep një reaksion specifik kutan-alergjik; është interesante të theksohet se aktiviteti i antigjenit mvarët shumë nga prezanca e korpuskulave intranukleare në tesutin hepatik. Këto çfaqen ditët e para të sëmundjes në fillim në celulat e sistemit retikuloendotelial, pastaj në celulat hepatike dhe shpejt zhduken. Këto korpuskule intranucleare jepin një reaksion pozitiv me acidin timonukleinik, reagojnë me serume specifike fluorescentë, gjë që na lejon t'i inkudrojmë ato në grupin «A», simbas klasifikimit të Koudri, d.m.th. në grupin e korpuskulave të vërteta virusale.

Në qentë e eksperimentuar janë bërë 5-11 herë punksione hepatike. Rezultatet e ekzaminimeve citologjike dhe histologjike dëshmojnë

për ndryshime të theksuara inflamatore dhe degenerative të indit hepatik në tërësi (parenkinës dhe sistemit retikuloendoteljal) dhe grada e tyre mvaret krejtësisht nga periudha dhe graviteti i sëmundjes.

Me metodën e llaparoskopisë janë ekzaminuar 15 qenë; në këtë rast tabulloja llaparoskopike e heparit në kulmin e sëmundjes, ditën e 6–9 mbas infektimit i korrespondonte tabllosë llaparoskopike të hepatitit viral tek njerëzit dhe tregon se kemi të bëjmë me një hepatit akut («hepar i madh i kuq» — simbas klasifikimit të Kalk). Në hepar konstatohen hemoragji në shumë pjesë të vogla si dhe limfostazë.

Nga pikpamja citologjike në punktatin e po atij hepati konstatohej një nekrozë e theksuar e celulave hepatike.

Laboratori i ynë ka shtruar si problem mundësinë e infektimit të njeriut nga hepatiti epidemik prej qenve të sëmurë me hepatit viral. E.L. Nazarjetjan mendon se rastet sporadike të hepatitit epidemik tek njeriu, ku infektimi i njerzve u shkaktua nga qentë, janë në vetvehte mikrofokuse të sëmundjes, të cilët zbulohen me anë të analizave epidemiologjike. Simbas të dhënavë paraprake të saj, tabulloja klinike e sëmundjes e shkaktuar nga një kontakt direkt me qentë, karakterizohet në radhë të parë me démtite të traktit gastrointestinal, me një fillim të shpejtë; kulmi i sëmundjes zgjat pak kohë më paraqitet mjaft i rëndë, kurse periudha e rekonvaleshencës zgjat më shumë. Si shembull të një sëmundjeje të tillë Nazarjetjan tregon rastin e një të sëmure me formën anikterike të M. «Botkin» të një graviteti mesatar, ku mungonin të dhënat e zakonëshme epidemiologjike.

Prezenca e korpuskulave të tipit Rubart në punktatin hepatik, kras has me ndryshimet morfollojike të theksuara të organeve, u bë shkak që të kërkohej mundësia e kontaktit me qentë. Dhe u zbulua se qeni i asaj shtëpie (ku u zbulua sëmundja) kishte kafshuar, gjatë sëmundjes, të zotin e tij; në pjestarët e familjes u konstatuan raste të colitit, gastritit dhe hepatocholecistitit. Sigurisht është e qartë se të tillë komunikime kërkojnë një studim të mëteishëm.

Duke folur për etiologjinë e M. «Botkin», e cila është akoma e pastudjuar mirë, është me vend të themi se mund të ndodhi një asociacion bakterial, në veçanti me streptokok. Simbas autorëve të ndryshëm streptokoku konstatohet në 36–42% të të sëmürëve me M. «Botkin». Voronkova, në laboratorin e Shublaze, ka mundur të vecoië një streptokok me veti të veçanta nga gjaku i të sëmürëve me M. «Botkin», me dekurs të zgjatur.

Të dhënat tona të mëparëshme, përsa i përket ekzaminimit të hemokulturës të të sëmürëve me morbus Botkin, për këtë streptokok duken nga pasqyra 2.

### Hemokultura «SB» simbas Voronkova nxjerrë në sëmundjen kronike të «Botkinit»

Pasqyra Nr. 2

Forma beninge	në 15 nga 32 të sëmürë
Me kalimin në cirrozë	në 10 » 29 të sëmürë
Gjithsejt	në 25 » 61 të sëmürë

Le të shikojmë tahti thelbin e problemit tonë: dy variantet e formës kronikë të M. «Botkin».

**Forma kronike me dekurs beninj**, pa kalim në cirrozë hepatike, është konstatuar nga neve dhe mund të zgjatë nga 1-37 vjet, dhe sikundër hepatiti kronik që përfundon në cirrozë hepatike, edhe kjo formë më shpesh çfaqet 3-5 vjet mbas fillimit të sëmundjes.

**Forma kronike beninje** karakterizohet nga një dekurs më i gjatë dhe me aftësinë në punë që ruhet më shumë se në rastin e cirrozave, ku lieni rritet më rrallë (kurse hepari rritet më shpesh se në cirrozat); ikteri është më pak i theksuar si dhe temperatura; më rrallë zhvillohen «yjet vaskulare», palmat hepatike, anemja, bilirubinemia dhe deviacionet e fraksionit të globulinave. Në kolecystografinë dallohen mirë rrugët biliare, gjë që nuk ndodh në të sëmurë me cirrozë hepatike. Biopsia aspirative, edhe mbas shumë vjetësh, (tek një i sëmurë në vitin e 10-të të sëmundjes) nuk konstaton shenja të cirrozës hepatike në ekzaminimin citologjik, sikundër nuk konstatohen gjatë biopsisë histologjikisht dëmtimi të rënda të parenkinës, as zhvillim difuz të indit lidhor.

Përsa i përket variantit të dytë të formës kronike — **cirrozës hepatike** — duke marrë parasysh përhapjen e madhe të M. «Botkin» si dhe mungesën relative të faktorëve etiologjike të tjerë që mund të shkaktonin një dëmtim difuz të heparit, mund të çfaqim mendimin se në kohën e sotme çdo cirrozë hepatike, për të cilën nuk mund të zbulohet faktori etiologjik i mundshëm, duhet të konsiderohet më tepër si një cirrozë si rezultat i hepatitit epidemik.

Këtu është rasti të përmëndet se 100 vjet përrara në mënyrë të kjartë është karakterizuar lindhja e cirrozës me atrofinë akute të heparit me nekroza të shumta, dhe këto në kohën e sotshme janë më të shpehta pikërisht gjatë epidemive të M. «Botkin».

Në vitin 1864 Zaborovski, me një herë mbas Rokitanskit, formuloi pikpamjen mbi analogjinë pothuajse të plotë midis cirrozës dhe atrofisë së heparit, atrofisë kronike sikundër shprehej ay.

Për bashkësinë që kanë atrofia lenta (me dekurs të gjatë) dhe cirroza hepatike, kanë folur shkencëtarët rusë Kirikov (1880), Klein (1881) dhe pothuajse në të njëjtën kohë Hanot (1882) në veprën e tij mbi cirrozin akute.

Sergej Petroviç Botkin, nxënësit e tij Popov dhe Kirikov kanë mbroitor pikbamien se cirroza hepatike është me natyrë infeksioze dhe sidomos forma hipertrofike e cirrozës. Kabanov qysh në vitin 1894 thoshte se 30% e cirrozave hepatike janë si përfundim i hepatitit akut, duke nënvisuar «ngjashmërinë e shumë cirrozave me nië proces infekcioz, me t'ashtuquajturin ikter kataral». 30 vjetet e fundit në gjithë Evropën janë bërë më të shpeshta rastet e atrofisë akute dhe cirrozave hepatike, dhe kjo ka bërë që shumë shkencëtarë të huaj të grumbullojnë shumë material në lindje me këtë. Nga autorët rusë të shekullit të kaluar është konstatuar se atrofia akute dhe cirroza hepatike kanë qënë të ralla dhe ato janë çfaqur me periudha.

Në fund të shekullit të kaluar, cirroza hepatike (në 10 mijë të sëmurë të spitalit të Ekaterinës në Moskë) zinte vetëm 0,30% të rasteve. Kurse statistika në bazë të autopsive po n'atë spital këto 30 vjetet e fundit tregon rritjen e rasteve të vdekies nga cirroza në vite të ndrysh-

me (1932, 1936, 1947, 1952, 1955), krahas kjo me një rritje (por më të paktë) të vdekjeve nga atrofia akute hepatike.

Të dhëna analogjike jepen edhe nga vende të tjera të B. Sovjetik.

Cirroza e «Botkinit» ka disa veti që mund t'i përbledhim si më poshtë: sëmuren më shpesh moshat e reja, predomonon mosha nga 21–30 vjeç (1/3 e gjithë të sëmurëve tanë) sikundër e pëershkruan edhe Hanot, Krikova; 3/4 e të sëmurëve tanë ishin me moshë deri 40 vjeç. Më shpesh sëmuren burrat (2/3 e të sëmurëve tanë).

Vej asaj, për cirrozën e «Botkinit» është karakteristike shpesh-tësia e zhvillimit të cirrozave akute simbas tipit të atrofisë recidivante të pandërprerë, në përgjithësi zhvillimi i cirrozës së plotë në vitet e afërtë mbasi ka kaluar sëmundjen e «Botkinit» (2/3 e të sëmurëve tanë në 3 vjetet e para).

Shumë interesante është grupei prej 64 të sëmurësh, të cilët bash-këpuntorja tonë Mallkina mundi t'i ndiqte në mënyrë direkte qysh në fillim të sëmundjes të «Botkinit», gjatë zhvillimit të padiskutueshëm të cirrozës, bile 19 prej tyre deri në vdekje.

Kjo është shumë demonstrative dhe në këtë mënyrë mund të ndjekësh sikundër ka thënë Botkin «Kalimin direkt të procesit infekcioz në inflamacionin kronik të heparit».

Symptomatologjinë dhe zhvillimin e cirrozës së «Botkinit», sidomos të cirrozës hipertrofike, më drejt është t'a konsiderojmë si një zhvillim të mëtejshëm të hepatitit akut të rëndë me akutizime që përsëritin klinikën e atrofisë akute ose subakute të heparit. Progresiviteti i cirrozës është i kondicionuar, siç duket, në radhë të parë nga një aktivitet i vazhdueshëm i infeksionit (kryesor) viral, i cili shkakton nekroza të përsëritura të parenkimës dhe një insuficencë hepatike, me një reaksion të theksuar retikuloendotelial, me dëmtimë të vaseve dhe tesutit nervor. me fenomene të sensibilizimit të organizmit (anemia hemolitike, intolerance karshi medikamenteve, prurit, urtikaria) etj.

Cirroza hepatike e «Botkinit» është më tepër një dëmtim difuz i heparit, ose më saktë, është një sëmundje hepatoliqale, sikundër është edhe çdo sëmundje akute e «Botkinit» — Simbas karakteristikës së Popovit «cirroza hipertrofike zhillohet me aksese të veçanta subakute; me temperaturë, ikter etj., si një sëmundje e përgjithëshme kronike infeksioze».

Ikteri në cirrozën hepatike është pjesë përbërëse e vetë sëmundjes dhe jo rezultat i infeksionit interkurent ose i dekompensimit parrengimatoz terminal. Edhe një sëri shenjash të tjera e karakterizojnë cirrozën e «Botkinit» si një sëmundje infeksioze kronike origjinale. Të tillë janë shenjat: hepatosplenomegalia me një aktivitet të madh të inđit retikuloendoteljal (splenomegalia, rritja e nyjave limfatike, **medulla ossea**); sindromi abdominal i dhimbjes, i tipit të abdomenit akut kirurgjikal ose të **colica hepatica**, pa dëmtime inflamatore banale të duktive biliare, analogjik me sindromin e dhembjes në rastin e atrofisë akute të heparit (si rezultat i perihepatitit etj.).

Sindromi biliar në cirrozën e «Botkinit», sikundër edhe në hepatitin epidemik akut, simbas të dhënavë tonë kliniko-morfologjike, mund të shkaktohet nga dëmtimet intramurale të **vesica fellea** dhe rrugëve biliare, ndryshime analogje si në stromën hepatike.

Këto dëmtime janë studjuar me hollësi nga Ter — Grigorova dhe na jadin mundësi të flasim për dëmtimin specifik të rrugëve biliare, me mundësinë e kalimit në fibrozë. Dhe si rezultat i këtyre dëmtimeve mund të lindin diskinezit të rrugëve biliare, kolecistitë e kolangite banale dhe më së fundi gurrë të **vesica fellea**.

Shënja të tjera të cirrozës së «Botkinit», që përsëritin simptomatalogjinë e M. «Botkin» në formën akute të rëndë janë: temperatura (në 68%, të sëmurëve tanë me cirrozën e «Botkinit», 50% e tyre e kishëtë mbi 38,5°C), hemoragji në formë **epistaxis**, gingivorrhagia, metrorragia, hemoragji hemoroidale sikundër ndodh edhe në atrofinë akute (në 90% të të sëmurëve tanë), gjë që i korrispondon terminit që Hanot i ka vënë cirrozës akute: **«Cirrkozis haemorrhahica»; anasarca** dhe **ascite**, të cilat gjatë akutizimeve të cirrozës me nekrozë masive të parenkimës, janë të ngjashme me retencionin e liquidit tek të sëmurrët me distrofi subakute (kur mungon hipertonia portale). Dëmtimi i aparatit lokomotor, që shoqërohet me dhimje artikulare dhe muskulare (gjë që mund të na bëjë të mendojmë për trichinellosis) gjithashtu është një tregues i aktivizimit të cirrozës; mund të konstatohen fraktura patologjike (nga osteoporoza); dëmtimet e vazeve dhe çrrregullimet vazomotore në formë të yjeve vazale, simbas Patek, janë patognomonike për cirrozën e zhvilluar mbas hepatitit infeksioz; palmat e kuqe, gjuha e kuqe e theksuar (të cilën e dinte edhe Popov).

Neve kemi konstatuar yjet vazale pothuajse në gjysmën e të sëmurëve (43%) me cirrozën e «Botkinit». Tek 3 të sëmurë (dy burra dhe një vajzë) ato ishin të mëdha, angioma që rritheshin shpejt në hundë, në sy, që herë pas here shkaktonin hemoragji, bile me shumicë, kras has me venat ezofagiane, gjatë akutizimeve të cirrozës.

Nga të dhënat e laboratorit që janë karakteristike për cirrozën e «Botkinit» (përveç çrrregullimeve të metabolizmit të pigmenteve biliare dhe kolesterinës që janë të njëlljoja si në sëmundjen e «Botkinit» në formë akute) vëmëndjen më të madhe e tërheq disproteinemia: në 60% të rasteve me cirrozën e «Botkinit» neve kemi konstatuar një hiperglobulinemi të theksuar; sidomos rriten  $\gamma$  dhe  $\beta$  globulinat (nga 6,1-8,5 gr% dhe mund t'arrijë deri 9,88 gr% globulina dhe shpesh kemi konstatuar ngritjen e proteinemisë (meqjithëse albuminat uleshin) me shumë se 10 gr% deri në 13 gr% në 10 të rasteve. Prandaj ndryshojnë krejtësisht provat e precipitacionit, nga të cilat neve vlefësojmë me shumë provën e Takata-Ara, e cila reflektor deviimin e  $\gamma$  globulinave dhe lejon një përcaktim më të mirë kuantitativ; dhe në rastin e cirrozave (disa raste) kjo provë e Takata-Ara është aqë e theksuar, gjë që flet për një deviacion të madh të fraksionit të globulinave sa edhe në disa sëmundje të tjera, sikundër janë leishmanioza viscerale, mielloma, të cilat gjithashtu karakterizohen nga një disproteinemi e theksuar.

Midis të sëmurëve me cirrozë hepatike hiper'trofike neve kemi konstatuar gjithashtu një anemi të theksuar që shoqërohet me një leukopeni karakteristike, me plazmocitozë (sidomos medullare), me eozinofili (25% e rasteve).

Fenomeni i aglutinacionit të eritrociteve i zbuluar nga autorë francezë, u konstatua edhe nga neve (E.M. Tarejev, 1939), sikundër është konstatuar edhe një titrë i lartë i hemoaglutinineve nga të ftohitit. Nji-

hen edhe reaksione të tjera jo specifike, si p.sh. rritja e titrit të antis-treptolinës (i përbashkët me reumatizmin); reaksiioni i heterohemoaglutinacionit me eritrocitet e dashit, i cili konstatohet shpesh në të sëmurët me cirrozën e «Botkinit» në titër të lartë (mesatarisht 1:640 në 20 të sëmurë), bille është me titër më të lartë se në mononukleozën infeksioze (ku e kemi patur mesatarisht 1: 320 në 32 të sëmurë).

Me specifike për infekzionin viral, gjë që e kemi provuar edhe neve në rastin e cirrozës së «Botkinit», është reaksiioni i heterohemoaglutinacionit me eritrocitet e majmunëve, që është pozitive në titër të lartë (1: 16 deri 1:128) në shumicën e të sëmurëve tonë, hemokultura, simbas Voronkova, është pozitive në 10 nga 23 të sëmurët.

Cirroza e Botkinit më shpesh zhvillohet si një cirozë mixte me tendencë hepatosplenomegalike me ikter ose pa ikter; më rallë mund të zhvillohet si një cirrozë tipike portale etj. Predominimi i ikterit është më karakteristik për periudhat e hershme, kurse predominimi i ascitit për periudhën terminale të sëmundjes.

Karakteristike janë edhe periudhat latente, që mund të zgjatin deri në 10 vjet e më shumë, sikundër edhe cirroza primare me dekurs latent; 10% të cirrozave «Botkin» ishin të formës nodulare; kurse cirroza biliare hipertrofike e thëksuar me shenja ksantematoze është shumë e rrallë.

Është interesant fakti që disa autorë quajnë «cirrozë posthepatitis» si cirrozën nodulare, si postnekrotiken, kurse të tjerë cirrozën biliare ose kolangiolitike, të tjerë cirrozën atrofike portale etj., gjë që në të vërtetë vërteton format e ndryshme të cirrozës së «Botkinit».

Më shpesh përfundimin në cirrozë hepatike ne e shohim në të sëmurët që vuajnë nga një hepatit epidemik i rëndë, kështu p.sh. në 100 të sëmurë me cirrozë tek 7 prej tyre sëmundja filloj me një atrofi të heparit (akute dhe subakute), tek 18 filloj me M. «Botkin» me dekurs të gjatë; tek 27 me dekurs recidivonjës; dhe vetëm tek 5 të sëmurë filloj me një formë të lehtë të M. «Botkin»; kurse midis të sëmurëve me hepatitin akut atrofia përbën jo më tepër se 1% të rasteve ndërsa jo më pak se 30% të rasteve kanë një zhvillim të lehtë.

1/5 e gjithë cirrozave hepatike të «Botkinit» janë rezultat i hepatitit anikterik; hepatiti anikterik mund të shkaktojë edhe cirrozën nodulare, ay mund të zhvillohet me nekroza masive, gjë që ne e kemi parë tek një djalë 15 vjeçar dhe tek një burri 26 vjeçar. Ne kemi parë edhe raste të atrofisë akute të heparit pa ikter që përfundon me vdekje, tek 3 gra, në moshë 15-32-43 vjeç, tek të cilat sëmundja filloj me metrorraghia.

Një rëndësi të madhe, për të treguar natyrën infeksiozovirolike të cirrozës së «Botkinit», ne i japim analizës kliniko-epidemiologjike.

Në këtë drejtim janë shumë demonstrative rastet e infektimit nga këta të sëmurë me cirrozë hepatike të familjarëve të tyre dhe t'atyre që ranë në kontakt me këta jashtë familjes.

Tek një e sëmurë 29 vjeçare shenjat e para të cirrozës akute të heparit u çfaqën 2 muaj mbas vdekjes të vëllajt të saj (përsëri nga cirroza) për të cilin ajo kujdesohej gjatë 3 vjetëve. Nga një nxënës 18 vjeçar me cirrozë hepatike që vuante prej 2 vjetësh, sëmuret nga hepatiti akut shoku i tij i bangos.

Një e sëmurë 15 vjeçare me cirrozë hepatike për herë të parë u

sëmur nga ikteri disa muaj mbas vdekjes të motrës së saj të madhe nga ikteri.

E sëmura 13 vjeçare me cirrozë hepatike: babaj i saj pesë vjet përpëra kishte kaluar ikter që i zgjati rreth 5 javë.

Një cirrozë hipertrofike e heparit u zhvillua tek një fëmijë latant të cilin e lindi një grua, që në dukje ishte e shëndoshë, por që gjatë barrës së saj burri kaloi M. «Botkin» duke qëndruar në shtëpi.

Si rezultat i infektimit intrafamiljar ne shpjegojmë edhe cirrozat që zhvillohen në një familje; ne kemi 3 raste të cirrozave familjare ku në një rast cirroza u zhvillua bashkë me një anemi hemolitike, me eliminim të një sasie të madhe sterkobiline; tek i sëmuri tjetër u zhvillua simbas tipit të hemokromatozës me ikter të theksuar dhe reumatizëm biliare, kurse tek i sëmuri i tretë me nefrit.

Nga të dhënat e Shtenberg (1944) del se cirroza hipertrofike është konstatuar (në nië familjë) brenda 3 vjetëve tek tri fëmijët me moshë 20-18-13 vjeç. Niihen mirë edhe atrofitë akute hepatike familjare p.sh. në observimet tona zhvillimi i atrofisë akute hepatike që përfundoi me vdekje në dy vëllezër, që më përpëra ishin të shëndoshë, në moshën 5 dhe 3 vjeç, mbas vaksinimit kundra fruthit.

Pesha specifike e cirrozës së «Botkinit» arrin shifra të larta në kulmin e valës epidemike, p.sh. 50% (12 nga 23 raste) bile deri 75% (140 nga 190 të sëmurë të observuar nga bashkëpunëtorët tanë).

Predominimin e madh të cirrozës alimentare ose alkoolike e konsztatuar akoma në shtetet e Bashkuara (deri 75% — Patek), si dhe në popullsinë e Afrikës tropikale ku shpesh kemi të bëjmë me një insufficiencë alimentare të proteinave.

Në skemën e përgjithëshme të hepatiteve kronike, nga hepatiti kronik epidemik (M. «Botkin»), që shkakton me të vërtetë dëmtime difuze, duhet të dallohen hepatitet fokolare për më tepër mezenkimale si dhe distrofite e heparit (në radhë të parë distrofia dhjamore dhe amilloide).

I ashtuquajturi hepatiti mezenkimal reflekton në vetvehte një reaksiون retikuloendotelial giatë infeksioneve, dhe sëmundjeve të tjera, duke patur si bazë çregullime metabolike (disproteinemia).

Cirroza e «Botkinit» që shkakton nekroza masive dhe një rigjenerim atipik të parenkimës hepatike, paragjet interes edhe nga pik-pamja onkologjike, duke figuruar në statistikat e gjithë botës si një nga shkaqet me të shërshata të kancerit hapatik primar (jo metastatik). Simbas materialit tonë (të autopsive) në rastet e cirrozave, cirroza—kancer është gjendur në 5.6%, njësoj si në burra dhe në gra, megjithëse po të studjohen të gjitha rastet e kancerit primar hepatik atëherë del se burat zenë 40%, kurse gratë 20%.

Sidomos i quditshëm është fakti se kanceri hepatik mund të zhvillohet edhe në fëmijë deri 2 vjeç.

Një grua 28 vjeçare, në muajin e VII-VIII të barrës u sëmur, me një herë mbas vëllajt, nga M. «Botkin», i cili kaloi më von në një hepatit kronik. Fëmija lindi në kohë, por vdiq në moshën 2 vjeçare nga kanceri i heparit, i cili u zhvillua nga nodulet e elementeve rigjenerative mbas një nekroze masive, me metastaza të kancerit në mushkëri.

Një grua tjetër e sëmurë (38 vjeç), që për shumë vjet vuante nga

një M. «Botkin» kronik-recidivans, humbet fëmijën në moshën 6 muajsh (!) nga kanceri hepatik, i cili, u zhvillua në bazë të një hiperplazie, nodulare, gjithashtu me metastaza në mushkëri.

Terapia hormonale është përdorur nga neve në të sëmurët me formën akute dhe kronike të M. «Botkin» dhe ka zgjatur nga 7-49 ditë. Kortizoni është përdorur në dozë 50–200 mg. në ditë (gjithsejt nga 250–2350 mg.), kurse Deltacorteni nga 15-40 mg. (gjithsejt 160-970 mg.). Në disa raste, në fund të mjekimit, kemi dhënë edhe ACTH me injeksjone. Terapinë hormonale e kemi filluar zakonisht mbas 7-10 ditë të qëndrimit të sëmurit në spital, kur kemi parë se terapia e zakonëshme nuk ka dhënë efekt, krahas me një dietë të pasur me karbohidrate si dhe me vitamina me shumicë, me kufizim të kripës deri në 2 gr. dhe me dhëni e kripave të kaliumit deri 2-5 gram.

Efekti pozitiv i terapisë hormonale zakonisht duket që në ditët e para të aplikimit dhe shprehet ne përmirësimin e gjendjes së përgjithëshme, çfaqjen e apetitit, zhdukjen e fenomeneve dispeptike, të pruritit, të dhëmbjeve artikulare, pakësimin e shpejtë të ikterit, rritjen e koeficientit albumino-globulin, zvogëlimin e heparit dhe lienit.

Sidomos efektive është terapia hormonale në M. «Botkin» me dekurs të rëndë me bilirubinemë të lartë, si dhe në format me dekurs të gjatë dhe ato kolangiolitike, si dhe në disa raste të cirrozave hepatike me ascit.

*Rezultatet e terapiës hormonale të sëmundjesës të Botkinit*

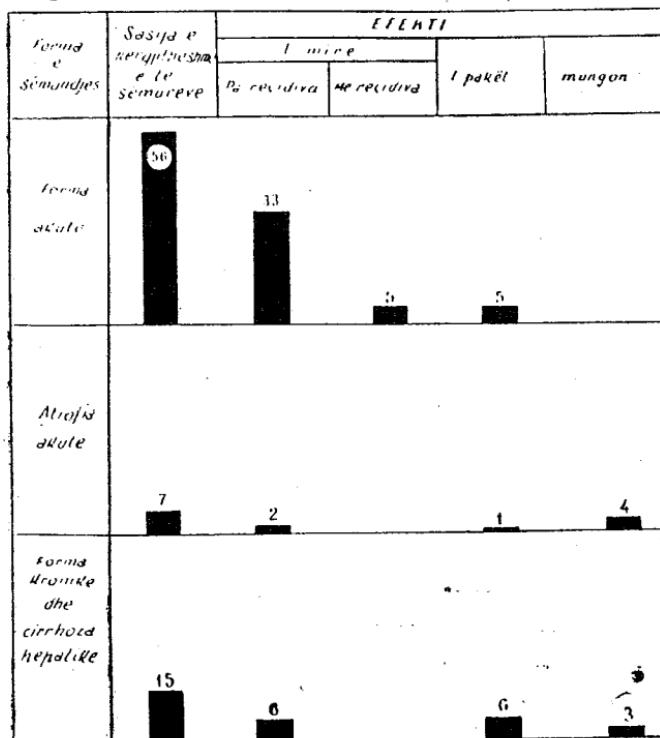


Fig. 2.

Konstatohet se preparatet diuretike (novurit, merkuzal) kanë një efekt më të mirë kur përdoren mbas terapisë hormonale.

Ekzaminimi i nivelit të transaminazës të serumit gjakut, e cila përcakton gradën e nekrozës të celulave hepatike mund të vlefjet si një kriter i efektivitetit të terapisë hormonale.

Përdorimi i preparateve hormonale vetëm për disa ditë 4-6 ditë) nënë kontrollin e sasisë të bilirubinës në gjak si dhe indeksit të protrombinës, rekomandohet në mënyrë që të bëhet diagnoza diferenciale midis ikterit parenkimatoz dhe atij mekanik.

Kemi patur fenomene të padëshërueshme kur kemi përdorur sidomos kortizon dhe kemi konstatuar «fytyrë edematoze» (si hënë), furunkula, shësë në peshë, glukozuria, hiperglicemia, ndryshime në provat e precipitacionit, të cilat u zhdukën kur u ulën dozat e preparatit. Në disa raste të tjera kemi parë komplikacione më të rënda: ulje e theksuar e indeksit të protrombinës me fenomene hemoragjike të cilat na detyronin të ndërprisnim terapinë. Në raste të veçanta kemi konstatuar shtimin e intensitetit të ikterit gjatë uljes të dozave të hormoneve ose në mbarim të mjekimit.

Observimet tona në mjekimin e M. «Botkin» me hormone kortikoidë suprarenale na lejojnë të themi si përfundim që preparatet hormonale duhet të përdoren vetëm kur ato indikohen, duke marrë parasysh vëtitë individuale të organizmit dhe mundësinë e zhvillimit të fenomeneve të padëshërueshme.

## URGENT PROBLEMS OF THE BOTKIN'S DISEASE (Summary)

*In this article are discussed some clinical aspects of the Botkin's disease (hepatitis infectiosa): the benign clinical forms and the cirroses, the connections it may have with primary cancer of the liver, the hormonal therapy of the disease. It shows also the scheme of the general classification of the Botkin's disease in its diverse clinical manifestations, also some clomoco-epidemiological data that have some importance of the early diagnosis of the disease; it gives also some facts concerning the ethiology, especially in respect to the serum hepatitis, the role that may belong to a bacterial association (in particular with the streptococcus), some data about the hepatitis in dogs as a model for the study of the disease in humans.*

*A great importance is given to the early diagnosis of morbus Botkin, using for this purpose the help of the laboratory: the increased activity of the aldolase in the blood of the sick and those who have had contact with them.*

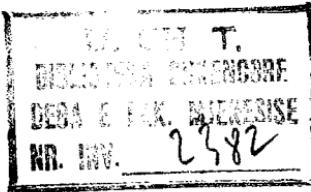
*The author points out that sources of infection can be not only the sick persons in the acute stage of the disease, but also those who have had contact with them, the chronic cases, who can transmit the infection directly by contact or by the parenteral route, or through persons clinically sane.*

*The hepatitis caused by the injections of sera done for prophylactic purposes is non very rare in the Soviet Union thanks to the measures taken for the prevention of infection through punctures and transfusions.*

For the better study of morbus Botkin during the two last years in the laboratory of professor A. K. Shubladze, also in that of professor E. M. Tareev, was studied the viral hepatitis of dogs (which has many similar points with the human hepatitis) that appears in sporadic form as well as in widespread epizooties. These studies have shown the possibility of the infection passing from the dogs to humans.

The author points out the role of the Botkin's disease in the ethiology of the hepatic cirrhoses, mentioning the scarcity of other ethiological factors, as well as the great distribution of the hepatitis. He describes in detail the characteristical properties of the Botkin's cirrhoses from clinical and laboratory viewpoints, also the possibility of its degeneration into primary liver cancer.

Finally is described the method of the hormonal therapy, its effects and the negative phenomena deriving from this therapy.



## KONTRIBUT PËR STUDIMIN E SËMUNDJES SË ULÇERËS NË VENDIN TONË

PETRIT SELENICA  
Katedra e Terapisë

### Frekuencia e sëmundjes së ulcërës

Gjatë viteve 1956-1959 kanë bërë ekzaminimin radiologjik të aparatit tretës 4.784 të sëmurë të shtruar në repartet e patologjisë dhe të kirurgjisë të Spitalit të Përgjithshëm Civil të Tiranës. Prej këtyre të sëmurëve 2.987 kanë qenë meshkuj dhe 1.797 kanë qenë femra. Nga të sëmurët e ekzaminuar kanë rezultuar me ulçere të stomakut ose të duodenit 586 të sëmurë, d.m.th. 12% e të sëmurëve të ekzaminuar (prej këtyre 16% kanë qenë meshkuj dhe 6,15% kanë qenë femra).

Përqindje gadi të njëjta kemi patur dhe në të sëmurët që vizitorhen ambulatorisht. Kështu p.sh. në Poliklinikën e qytetit të Tiranës gjatë vitit 1959 kanë bërë ekzaminimin radiologjik të aparatit tretës 2.313 persona dhe kanë rezultuar me ulcer 203 të sëmurë ose rrëth 9% e personave të dërguar për ekzaminim të aparatit tretës, të cilët paraqesnin ankesa të ndryshme në lëdhje me marrjen dhe tretjen e ushqimeve (dhëmbje, gromësira, djegje, vjellje, etj).

Siq shihet, sëmundja e ulcërës ze një vend me rëndësi midis sëmundjeve të tjera të aparatit tretës.

Gjatë viteve 1956-1959 në repartet e patologjisë dhe të kirurgjisë të Spitalit të Përgjithshëm Civil të qytetit të Tiranës, janë shtruar gjithsejt 21.969 të sëmurë, prej të cilëve 586 vuanin nga sëmundja e ulcërës. Kështu të sëmurët me ulçerë të stomakut dhe të duodenit përbëjnë 2,67% të numrit të përgjithshëm të të sëmurëve të shtruar në repartet e patologjisë dhe të kirurgjisë.

Në repartet e patologjisë gjatë të njëjtës periudhë janë shtruar 9.916 të sëmurë, prej të cilëve 187 kanë qenë me ulcer, d.m.th. 1,88% të numrit të përgjithshëm të të sëmurëve të shtruar në patologji.

Në repartet e kirurgjisë, gjatë të njëjtës periudhë, janë shtruar 12.053 të sëmurë, prej të cilëve 399 kanë qenë me ulcer, d.m.th. 3,3% e numrit të përgjithshëm të të sëmurëve të shtruar në kirurgji.

Këto të dhëna janë të afërtë me ato të literaturës së huaj. Kështu sipas Leze (cituar nga Flekel) në 26.000 të sëmurë 1.140 persona paraqesnin ulcer të stomakut ose të duodenit, d.m.th. 5,2% e të sëmurëve ishin me ulçera. Sipas të dhënave të klinikës Çernorucki të sëmurët me ulcer përbëjnë 4% të të gjithë të sëmurëve të shtruar në klinikë. Flekel në 3.500 të sëmurë të shtruar për ankime në aparatin tretës ka konstatuar ulcer në 9,3% të të sëmurëve, shifër kjo shumë e afërtë me të dhënrat tona. Siq u përmend dhe më lart ne kemi konstatuar ulcer në 9-12% të të sëmurëve që paraqiten me ankesa në aparatin tretës.

Të dhëna me të sigurta mbi frekuencën e ulçeresë do të jepnin statistikat anatomopatologjike. Deri sot në literaturën tonë mjeksore mungojnë statistika të tilla. Sipas të dhënave të literaturës së Jashtme, ulçera e stomakut dhe e duodenit konstatohet në 1-2% e të gjithë autopsive. Vail në 77.971 autopsi të bëra në prozhekturat e Leningradit gjatë viteve 1932-1936 ka konstatuar ulçer në 1,06% të rasteve. Sipas Osler në SHBA dhe Kanada ulçera konstatohet në 1,32% të të gjitha autopsive. Në autopsitë e të rriturve kjo shifër është shumë më e lartë dhe përbën rreth 8-10% të të gjitha autopsive (sipas Fkel). Në spitalin Buffalo (SHBA) në 7.497 autopsi të bëra gjatë viteve 1930-1955 u konstatuan ulçer në të rriturit në 7% të autopsive.

Neve nuk disponojmë asnjë të dhënë përste i përket numrit të përgjithshëm të të sëmurëve me ulçer në krahasim me popullsinë e shëndoshë. Sipas Lukomskit, në Bashkimin Sovjetik numri i të sëmurëve me ulçerë me 1953 përbente 0,44% të numrit të përgjithshëm të popullsisë së rritur.

### Seksi i të sëmurëve

Në këtë artikull janë përpunuar të dhënat të nxjerra nga studimi i kartelave klinike të 491 të sëmurëve me ulçer të shtruar gjatë viteve 1956-1959 në repartet e patologjisë dhe të kirurgjisë së Spitalit të Përgjithshëm Civil të qytetit të Tiranës, duke eskluduar rastet që janë shtruar nga dy-tre herë në spital gjatë kësaj periudhe.

Nga këta të sëmurë me ulçer të stomakut dhe të duodenit 416 kanë qenë meshkuj dhe 75 femra. Siç shihet kemi një predominim të madh midis të sëmurëve me ulçer të meshkuive: 85% meshkui dha vetëm 15% femra. Predominimi i meshkuive ruhet dhe në lidhje me lokalizimin e ulçeres në stomak dhe duoden. Kështu në 351 të sëmurë me ulçer të duodenit 310 janë meshkuj dhe 40 femra d.m.th. respektivisht 88,5% dhe 11,5% e të sëmurëve me ulçer.

Në 140 të sëmurë me ulçer të stomakut 105 janë meshkuj dhe 35 femra, d.m.th. respektivisht 70% dhe 30% e të sëmurëve me ulçer.

Siç shihet nga figura Nr. 1 me gjithëse në përgjithësi verehet një predominim i madh i meshkuive në të sëmurët me ulçer të stomakut dhe të duodenit, raporti midis dy sekseve ndryshon në lidhje me lokalizimin e ulçeres. Në të sëmurët me ulçer të duodenit verehet një predominim shumë i madh i meshkuive në raportin 9:1, ndërsa në të sëmurët me ulçer të stomakut raporti është 7:3.

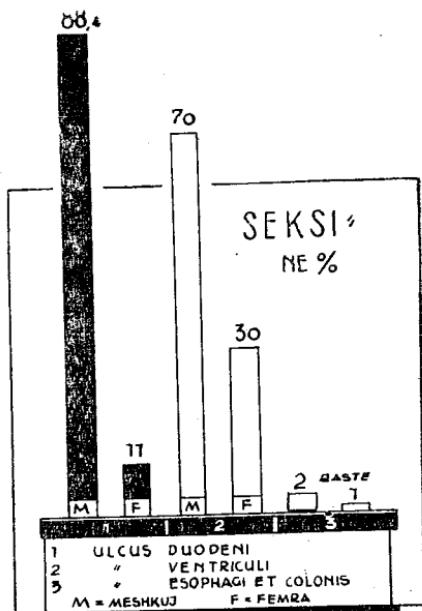


Fig. 1

Të dhënat tona janë shumë të afërta me ato të botuara në literaturën e jashtme. Shumica e autorëve të sotshëm, si terapeftët ashtu dhe kirurgët, jepin të dhëna që tregojnë një predominim të rëndësi-shëm të meshkujve midis të sëmurëve me ulçer. Kështu, simbas Flekel në 1223 të sëmurë me ulçer 81% kanë qenë meshkuj dhe 19% femra. Sipas Perman, Toprover, Promptova, etj. meshkujt përbëjnë 80% të të sëmurëve me ulçer të operuar. Sipas Albrecht, Kalk, Esbah raporti midis meshkujve dhe femrave të sëmurë me ulçere është 3:1. Sipas të dhënavë të O.M.S. që përfshijnë 1.200.000 të sëmurë me ulçer raporti është 4:1.

Me se mund të shpjegohet ky predominim i madh i meshkujve në lidhje me sëmundjen e ulçerës? Sipas mendimit tonë është vështirë t'i jepet një përgjigje e sigurtë kësaj pyetjeje. Mund të supozohet se meshkujt duke patur më tepër preokupacione traumatizojnëse, veçanërisht të sferës neuropsihike, në lidhje me pjesmarrjen më të gjërë të tyre në jetën sociale, janë më tepër të predispozuar të sëmuren nga ulçera. Ky supozim vërtetohet me faktin se statistikat moderne tregojnë një shtim të ulçerës në gratë, që mund të vihet në lidhje me pjesmarrjen më të gjërë të gruas në kohët e fundit në jetën sociale. Një faktor tjetër që mund të influencoje në mënyrë negative në meshkujt është përdorimi i alkoolit dhe duhanit, me gjithse sipas të dhënavë tona numri i të sëmurëve me ulçer që abuzonin në duhan dhe në alkool nuk ka qenë i lartë (vetëm rrëth 8-10% e të sëmuri të me ulçer pinin shumë duhan).

Ne mendojmë se një rol me rëndësi lot faktori neuroendokrin. Mbi këtë faktor flasin kuartë të dhënat tona. Ne kemi konstatuar një frekuencë gadi të barabartë ulçerash në të dy sekset para pubertetit. Gjithashtu dhe pas menopauzes vërehen shifra të ndryshme në raportet midis meshkujve dhe femrave të sëmurë me ulçer. Kështu në moshën 50 vjeç e lart, raporti midis meshkujve dhe femrave zbret nga 5,6:1 në 3:1. Gjatë praktikës sonë ne gjithashtu nuk kemi vërejtur asnjë rast riakutizimi të ulçerës në periudhën e gravidancës. Një gjë të tillë kanë vërejtur dhe mjaft autorë të jashtëm. Kështu p.sh. Sandwics ka koi statuar vetëm një rast ulçere të re në 70.310 gra me barrë. Klark ka konstatuar vetëm 40% riakutizime gjatë barrës. Përkundrazi në të sëmurët rae ulçer gjatë barrës vërehet një qetësim i simptomeve klinike. Në një pjesë të grave të sëmura me ulçere vërehet shtim i dhimbjeve dhe i simptomeve të tjera të ulçeres 1-2 ditë para mestruacioneve. Të gjitha këto fakte flasin për lidhjen e ngushtë që ekziston midis ulçerës dhe ciklit seksual në gratë.

Të dhënat klinike dhe radiologjike në lidhje me seksin ndryshojnë shumë me të dhënat anatomopatologjike, të cilat jepin raporte gadi të kundërtat, me një predominim të madh të femrave. Sipas statistikave të botuara në literaturën e jashtme, të dhënat anatomopatologjike tregojnë një predominim të madh të ulçerës në femrat. Në autopsi ndryshime cikatrizable ulçeroze vërehen 2-3 herë më shpesh tek gratë se sa tek burrat (Flekel). Lorie me të drejtë thekson se në gratë ulçera e stomakut dhe e duodenit shpesh ka një dekors latent, nuk jep asnjë shenjë klinike dhe ka një tendencë të theksuar për shërim spontan.

## Mosha e të sëmurave.

Sipas të dhënave tona rezulton se ulcera e stomakut dhe e duodenit mund të prekë çdo moshë, duke filluar që në fëmijët e vegjël të moshës 3-5 vjeç deri në pleqtë e moshës 70-75 vjeç. Me gjithëse ulcera verehet në çdo moshë, frekuanca e saj paraqet ndryshime të mëdha në lidhje me moshën.

Kështu duke u mbështetur në moshën e të sëmurëve në kohën e ekzaminimit, ne kemi nxjerrë këto të dhëna; në moshën deri 20 vjeç paraqiten 4,3% e të sëmurëve me ulcera, në moshën 21-30 vjeç 25,4% e të sëmurëve me ulcera, në moshën 31-40 vjeç, 18,5% e të sëmurëve me ulcera, në moshën 41-50 vjeç — 23,3% të të sëmurëve me ulcera, në moshën 51-60 vjeç — 13% e të sëmurëve me ulcera dhe në moshën 61 vjeç e lart 3% e të sëmurëve me ulcera.

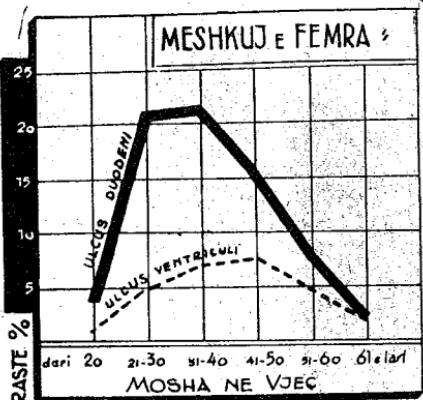


Fig. 2

Shumica e të sëmurëve të ekzaminuar prej nesh paraqesin një anamnezë ulçeroze shumë vjeçare. Kështu, siç tregon dhe grafiku i figurës Nr. 3 me një anamnezë ulçeroze të shkurtër deri një vjet janë paraqitur vetëm 18,8% e të sëmurëve; 38,5% e të sëmurëve vuanin nga ulcera prej një kohe 2-5 vjet; 28,5% e të sëmurëve vuanin nga ulcera prej një kohe prej 6-10 vjet; 12,9% e të sëmurëve vuanin prej një kohe prej 11-20 vjet dhe 1,8% e të sëmurëve vuanin nga ulcera prej një kohe prej më tepër se 20 vjetësh.

Duke llogaritur fillimin e sëmundjes sipas të dhënave anamnestike në 491 të sëmurë ne na rezulton fillimi i sëmundjes së ulçeres para moshës 20 vjeç në 13,7% e të sëmurëve, në moshën 21-30 vjeç paraqiten 36% e të sëmurëve, në moshën 31-40 vjeç 27,2% e të sëmurëve, në moshën

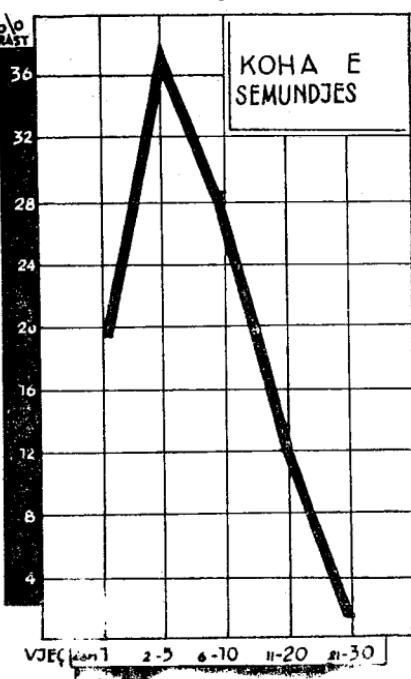


Fig. 3

41-50 vjeç 50% e të sëmureve, në moshën 51-60 vjeç 70% e të sëmureve dhe në moshën 61 vjeç e lart 10% e të sëmureve. Siç shihet ulçera është një sëmundje e moshës së re e cila vërehet kryesisht në moshën deri 40 vjeç. Nga të sëmurët tanë rreth 77% kanë qenë të moshës deri 40 vjeç (shih grafikun e fig. Nr. 4).

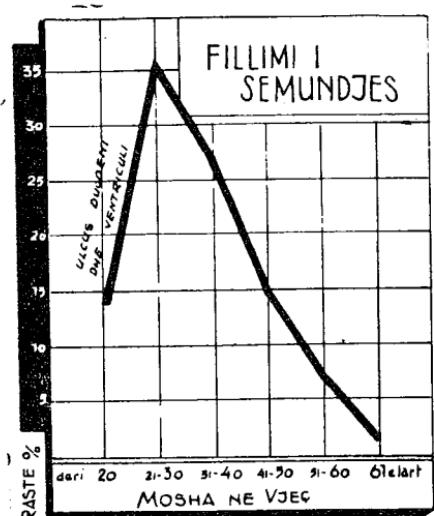


Fig. 4

Ulçera nuk është gjithashtu e rallë në fëmijët. Deri në moshën 5 vjeç ne kemi konstatuar 1 rast me ulçer, 6-10 vjeç kemi konstatuar 2 raste, 11-15 vjeç 13 raste. Ky numur është relativisht i madh në krahasim me numrin e vogël të fëmijve të ekzaminuar, dhe sigurisht do të ishte më i lartë në qoftë se do të dërgoheshin për ekzaminim radiologjik të aparatit tretës të gjithë fëmijët që paraqesin ankime në marrjen dhe tretjen e ushqimeve. Dhe që ulçera në fëmijët nuk është e rallë vërtetohet nga të dhënët e botuara në literaturën e jashtme. Nikson, Frazer, Kenedi kanë konstatuar ulçer në fëmijët e porsalindur; Kutnner, Torday, Weil, Gardiv kanë konstatuar raste ulçere në fëmijët e moshës 1-2 muajsh. Infeld në fëmijët e moshës 5-10 vjeç. Shmidt në 1109 autopsi fëmijësh ka gjetur ulçer në 1,8%, t. e. rasteve dhe kryesisht në fëmijët e moshës deri 1 vjeç.

Në moshën e re vërehet kryesisht ulçer e duodenit ndërsa ulçerat e stomakut janë shumë të ralla. Ne kemi observuar vetëm një rast ulçere të stomakut në moshën deri 20 vjeç. Në përgjithësi deri në moshën 20 vjeç raporti midis ulçerave të duodenit dhe të stomakut është 16-20:1. Një karakteristikë tjetër me rëndësi e ulçerave në fëmijët është tendencia e tyre e madhe për stenozë. Në 4 fëmijë të moshës deri 13 vjeç, ne kemi konstatuar ulçer stenozante të duodenit të vërtetuar në sallën e operacionit. Si e pamë dhe më lart, një karakteristikë tjetër e ulçerës në të rintjtë është frekuanca e saj gadi e barabartë në të dy sekset.

Nga studimi i materialit tonë dalin gjithashtu të dhëna të rëndësishme mbi disa veçori të dekursit të ulçerës në moshën e vjetër. Kështu ne kemi konstatuar se mbas moshës 50 vjeç vërehen gadi njësoj ulçera të duodenit dhe të stomakut 43 raste me ulçer të duodenit dhe 37 raste me ulçer të stomakut në moshën 51 vjeç e lart d.m.th. me një rapport 1:1, kurse duke llogaritur për të gjitha moshat raporti midis ulçerave të stomakut dhe të duodenit është 1:2,5. Mbës moshës 50 vjeç, si u pa dhe më lart, vërehet gjithashtu dhe një afrim i rëndësishëm i raportit midis meshkujve dhe femrave të sëmura me ulçer. Kështu ndërsa për të gjitha moshat raporti është 8,5:1,5 mbas moshës 50 vjeç raporti midis meshkujve dhe femrave është 3:1.

Një veçori tjetër me rëndësi që neve kemi konstatuar në pleqtë, sidomos pas moshës 65 vjeç është tendenca e madhe drejt shërimit spontan që paraqet ulçera në personat e vjetër. Kështu në të sëmurët L.T. dhe A.K. me moshë respektivisht 72 dhe 67 vjeç u konstatuan në vitin 1958 në ekzaminimin radiologjik ulçera gjigande të lokalizuar në kurvaturën minor të stomakut. Në rikontrolin radiologjik të bërë pas 2-3 javëve u konstatua një zvogëlim i rëndësishëm i ulçerave dhe mbas dy muajve mbyllje e plotë e tyre. Këta dy të sëmurë janë kontrolluar prej nesh herë pas here dhe ekzaminimi ka dhënë gjithmonë rezultat negativ për ulçera. Ne mendojmë se në pleqtë krahas faktorit kortiko-visheral një faktor tjetër patogenetik me rëndësi janë shregullimet trofike të mureve të stomakut të shkaktuara nga ndryshimet arteriosklerotike të vazeve të gjakut, (exulceratio e shkaktuar nga tromboza e vazeve dhe iskemia). Klein dhe Bratley gjithash tu dalin me konkluzionin se ulçera gastrrike në moshën e vjetër ka një tendencë benigne dhe një simptomatologji klinike jo karakteristike.

Ulçera e stomakut dhe e duodenit në lidhje me moshën dhe sek sin paraqesin grafike gadi të njëjtë.

Në meshkujt frekuanca më e lartë e ulçerave të duodenit vërehet në moshën 21-40 vjeç, ndërsa frekuanca më e lartë e ulçerave të stomakut vërehet në moshën 31-50 vjeç.

Në femrat frekuanca më e lartë e ulçerave të duodenit vërehet në moshën 21-40 vjeç, ndërsa për ulçerat e stomakut frekuanca më e lartë vërehet në një moshë më të vjetër, 41-60 vjeç. Përsa i përket ulçerave të stomakut frekuanca e rasteve të reja të ulçerës në burrat vjen duke u pakësuar pas moshës 40 vjeç, ndërsa në gratë frekuanca vjen duke u rritur pas moshës 40 vjeç.

Të dhënat tona në lidhje me frekuencën e ulçerës me moshë të ndryshme, kombinojnë plotësisht me të dhënat e botuara në literaturën e jashtme. Kështu, sipas Adenski, Abramov dhe Akatov morbotiteti më i lartë nga ulçera vërehet në moshën deri 40 vjeç. Sipas Flekel 64% e të sëmurëve me ulçer janë të moshës deri 40 vjeç. Në 1223 të sëmurë të shtruar në klinikën Çernorucki të Leningradit për shkak ulçere 12% ishin të moshës deri 20 vjeç, 33% të moshës 21-30 vjeç, 35% të moshës 31-40 vjeç 14% të moshës 41-50 vjeç dhe 6% të moshës më të madhe se 50 vjeç. Këto të dhëna janë gadi identike me të dhënat që paraqiten në grafikun tonë të figurës Nr. 3.

Sipas Tropover në 75% e të sëmurëve ulçera fillon para moshës 40 vjeç, ndërsa sipas Lorie në 58% e të sëmurëve ulçera fillon para moshës 30 vjeç dhe në 86% e të sëmurëve ajo fillon para moshës 40 vjeç.

## Profesioni i të sëmurëve

Sipas profesionit, të sëmurët tanë, ndahen në këtë mënyrë: punëtorë 42%, nëpunës 19%, bujq 23,7%, nxënës 5,5%, shtëpijakë 10,8%.

Nga të sëmurët e ekzaminuar prej nesh dhe që paraqesnin ulcer të stomakut ose duodenit më tepër se 70% ishin qytetarë dhe rrëth 300% fshatarë. Sipas mendimit tonë ky predominim i popullsisë së qytetit në

lidhje me sëmundjen e ulcerës mund të shpjegohet me faktin se numri i qytetarëve të shtruar në spital ka qenë më i madh se sa numri i fshatarëve. Por nga ana tjetër mbi frekuencën relativisht me të ulët të ulcerës në popullsinë fshatare mund të influencojnë dhe një sërë faktorësh të tjerë. Së pari fshatarët bëjnë një jetë më të qetë, me më pak preokupacione mendore, me më pak tronditje nervore. Një faktor tjetër i rëndësishëm është edhe ushqimi. Nga të dhënat e literaturës është konstatuar se ulçera verehet më rallë në atë pjesë të popullsisë që ushqehet me ushqime me origjinë bimore. Kështu p.sh. në Kinë dhe Japoni, ku përdoren kryesisht ushqime me origjinë bimore, ulçera verehet më rallë se në vendet e Europës dhe të Amerikës së Veriut, që ushqehen kryesisht me ushqime me origjinë shtazore.

Kjo mund të jetë e vërtetë edhe përza i përket fshatarëve tanë të cilët përdorin kryesisht ushqime me origjinë bimore.

Në të sëmurët e ekzaminuar prej nesh, nuk konstatohen ndryshime të rëndësishme në raportin midis ulcerave të duodenit dhe të stomakut në lidhje me profesionin. Në të gjitha profesionet, me përvash-

tim të shtëpijakëve, predominon ulçera e duodenit mbi atë të stomakut: në punëtorët në raportin 3,3:1, në nepunësit në raportin 3,1:1, në fshatarët në raportin 1,7:1, në nxënësit në raportin 4,5:1 dhe në gratë shtëpijake në raportin 0,8:1 (shih Fig. 5).

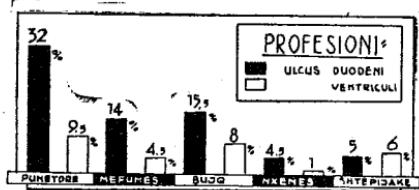


Fig. 5

### Lokalizimi i ulcerës (nishës)

Ulcerë ne kemi konstatuar gjatë gjithë aparatit tretës, në ezofag, në stomak, në duoden, dhe në zorrë. Por ndërsa në ezofag dhe në zorrë ulcera paraqitet shumë e rallë, në stomak dhe duoden është shumë e shpeshtë.

Në figurën 6 paraqiten të dhënat në lidhje me lokalizimin e ulcerës. Ne kemi konstatuar ulcerë në ezofag në dy raste ndërsa në colon transevers vetëm në një rast gjatë irigoskopisë dhe grafisë kemi konstatuar një stenozë cikatrizable e cila në operacion rezultoj e shkaktuar nga një ulcere benigne.

Pra përza i përket frekuencës së lokalizimit të ulcerës vendin e parë e ze duodenit (70,4% të rasteve) dhe mbas tij vjen stomaku (29% të rasteve). Raporti midis ulcerave të duodesit dhe stomakut në të sëmurët e ekzaminuar prej nesh është 2,3:1.

Shumica e autorëve të jashtëm jepin të dhëna që tregojnë një predominim të ulcerës së duodenit mbi atë të stomakut. Sipas Reinberg rapporti midis ulcerës së duodenit dhe ulcerës së stomakut është 1,2:1, sipas Konçallovskit 2,6:1, sipas Abramov dhe Akatov 3,5:1, sipas Smotrov 3:1, sipas Moinihan 2:1, sipas Mayo 2,7:1, sipas Pendergras 4:1, sipas Fanarxhian 4:1, sipas Baensch 4,5:1 etj.

Është vështirë të përcaktohet lokalizimi i ulcerave të ndodhura afër pilorit qoftë radiologjikisht, qoftë edhe gjatë intervenimit, sidomos kur ka ndryshime cikatriziale të shkaktuara nga ulcera. Prandaj neve me gjithëse në statistikën e nërgjithëshme ulcerat e pilorit i kemi futur, ashtu si bëjnë shumica e autorëve të jashtëm, në grupin e ulcerave të stomakut, në studimin analistik i kemi ndarë ato në vehte, aq më tepër se qoftë nga ana radiologjike, qoftë nga ana e komplikacioneve kanë pak lidhje me ulcerën e stomakut dhe i afrohen më tepër ulcerave të duodenit.

Kështu, duke mos llogaritur ulcerat e pilonit, në stomak ulçera lokalizohet më shpesh në 1/3 e mesme të kurvaturës minor. Sipas materjalit tonë ulçera e stomakut lokalizohet në 1/3 e mesme të kurvaturës minor në 81% të rasteve, në pjesën kardiale të kurvaturës minor ne kemi konstatuar ulcer vetëm në një rast (2,1% të ulcerave të stomakut), kurse në pjesën distale të kurvaturës minor kemi konstatuar ul-

cer në dy raste (4,3% të rasteve me ulcer të stomakut). Ulcer në murin anterior të stomakut kemi konstatuar gjithashtu në dy raste (4,3% të ulcerave të stomakut), në murin posterior në 3 raste (6,4%) dhe në kurvaturën major vetëm në një rast (2,1%). Rastet e tjera të ulcerës të lokalizuar në kurbaturën major kanë qenë të gjitha të natyrës maligne.

Në pilor është shumë vështirë të konstatohet ulçera radiologjikisht, për arësy se nisha të shumtën e herës nuk mbushet me kontrast, shpesh shoqërohet me pilorospazme ose fenomene stenotike. Kështu, në 75 raste me **ulcus pilori** të vërtetuar në sallën e operacionit ne radiologjikisht kemi konstatuar nishe vetëm në 11 raste (në 14,7% të rasteve me ulcer të pilorit), ndërsa në stomak kemi konstatuar radiologjikisht nishe në 90,5% të rasteve.

Në duoden ulçera lokalizohet krvesisht në bulbus (në 96,2% të rasteve me ulcer të duodenit), ndërsa lokalizimi extrabulbar është shumë i rallë. Neve kemi konstatuar ulcer në **pars superior** të duodenit në 3,8% të rasteve. Ponzio jep një lokalizim extra-bulbar të ulcerës në 5% të rasteve, kurse autorë të tjerë jepin shifra akoma më të ulta (0,5-1% lokalizime extrabulbare të ulcerave të duodenit).

Në ekzaminimin radiologjik ne kemi konstatuar nishe në 235 raste

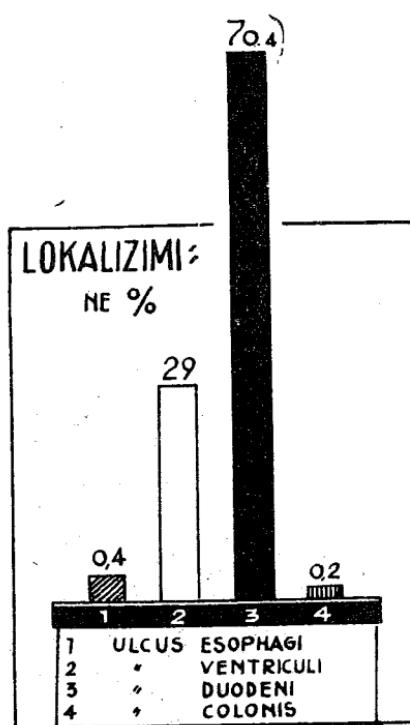


Fig. 6

me *ulcus duodeni* (në 68,5% të të sëmurëve me ulcer të duodenit). Në murin anterior të bulbit të duodenit ulcera lokalizohet në 33,6% të rasteve, në murin posterior, në 35,5% të rasteve, në kurvaturën major të bulbit të duodenit në 13,6% të rasteve, në kurvaturën minor në 8,9% të rasteve dhe në bazën e bulbit (parapilorike) në 4,7% të rasteve.

Uspenski dhe Zikov në 2.742 të sëmurë me ulcer japid këto lokizime të ulçerës: në cardias 1,5%, në kurvaturën minor të stomakut në 41,4%, në pilor në 18,2%, në murin posterior të stomakut në 3%, në murin anterior të stomakut në 1,3% dhe në kurvaturën major në 0,07% të rasteve me ulcer të stomakut. Reinberg ka konstatuar ulcera në pjesën proksimale të stomakut në 10 raste, në pjesën e mesme në 82 raste dhe në pjesën distale në 44 raste. Gusterin ka konstatuar ulçera në kardias në 2% të rasteve, në trupin e stomakut në 59% të rasteve, në angulus të stomakut në 11% të rasteve dhe në regjionin antropilorik në 28% të rasteve me ulcer të stomakut.

Sipas të dhënave të shum autorëve të jashtëm ulçera në kurvaturë minor të stomakut vërehet dy herë më shpesh se ulçera e pilorit, kurse sipas materialit tonë ne kemi konstatuar 52 raste me ulcer të stomakut dhe 75 raste me ulcer të pilorit. Ky ndryshim midis të dhënavë tonë dhe atyre të autorëve të jashtëm mund të shpjegohet me faktin se përsa i përket lokalizimit të ulçerës së pilorit neve jemi mbështetur vetëm në aspektin makroskopik (radiologjik dhe kirurgjik), ndërsa ekzaminimi histologjik i pjesës së rezekcionuar të stomakut dhe duodenit nuk ju është bërë këtyre të sëmurëve, kështu që shumë ulçera që janë futur në lokalizimin pilorik mund t'i përkisnin duodenit, aq më tepër në rastet tonë me të sëmurë me një anamnezë ulçeroze shumë vjeçare me ndryshime të mëdha cikatriziale, ka qenë shumë e vështirë të përcaktotohej edhe gjatë intervenizmit kirurgjikal kufiri midis pilorit dhe duodenit (vena pilorica Mayo).

Lokalizimi i ulçerës në disa zona të caktuara të aparatit tretës vërtetë edhe një herë drejtësinë e teorisë kortiko-viscerale të Bikov-Kurcin mbi origjinën e ulcerës. Autorë të ndryshëm kanë konstatuar në ekzaminimet histologjike se kurvatura minor e stomakut, pilori dhe bulbi i duodenit janë zonat më të pasura me degëzime nervore nga nisen për në cortex ngacmimet e ndryshme nervore dhe ku arrijnë me rrugë neuroreflektore përgjigjet ndaj këtyre ngacmimive (zona refleksogjene).

Ulcera multiple janë vërejtur në të sëmurët e ekzaminuar prej nesh në 18 raste (në rreth 4% të rasteve): ***ulcus duodeni Duplex*** (Kissing-ulcus) në 4 raste, ***ulcus ventriculi multiplex*** në 1 rast, kombinim ***ulcus ventriculi*** dhe ***ulcus duodeni*** në 8 raste. kombinim ***ulcus ventriculi*** dhe ***ulcus pilori*** në 1 rast, kombinim ***ulcus pilori*** dhe ***ulcus duodeni*** në 4 raste.

Sipas Albrecht ulçera multiple verehen në 11% të rasteve ndërsa autorë të tierë japid shifra me të lita, deri 5% të rasteve me ulcer (Lorie), shifra pra të afërtë me të dhënat tonë.

Të dhënat anatomopatologjike, të botuara nga autorë të ndryshëm të jashtëm, japid raporte të kundërtë me ato klinikoradiologjike dhe kirurgjike përsa i përket ulçerës së duodenit dhe stomakut.

Sipas të dhënavë anatomo-natologjike në autopsi vërehen gati tre herë më shpesh ulçerat e stomakut se sa ato të duodenit (Davidovski). Ky moskombinim midis të dhënavë anatomopatologjike dhe klinike shpjegohet me faktin se ulçerat duodenale shërohen më shpesh se ulçerat e stomakut pa lënë ndryshime cikatriziale që mund të konstatohen në autopsi.

### Faktorët metereologjik dhe ulcera.

Karakter stinor të recidivave të dhëmbjeve dhe të shfaqjeve të tjera të ulçerës kemi konstatuar vetëm në 10% të të sëmurëve tonë. Këto recidiva vërehen kryesisht në pranverë dhe vjeshtë. Autorë të ndryshëm jepin shifra më të larta. Sipas Flekel karakter stinor i dhëmbjeve dhe i shfaqjeve të tjera të ulçeres verehet në 42% të rasteve. Moinihan ka konstatuar recidiva më shumë në dimër, Bokus në pranverë, Glatzel 48% në shtator dhe 32% në fruer-prill. Por shumica e autorëve (Ewaldt, Pevzner, Noas, etj) kanë vërejtur më shpesh recidiva në vjeshtë dhe në dimër.

Për karakterin stinor të recidivave të ulçeres flet kuartë edhe grafiku i shtrimit të të sëmurëve me ulçer në spital. Ndërsa gjatë muajve prill-grusht, janë shtruar në spital mesatarisht 30 të sëmurë me ulçer në muaj, gjatë muajve shtator-mars janë shtruar mesatarisht çdo muaj 48 të sëmurë me ulçer, d.m.th. 60% më shumë se sa gjatë muajve prill-gusht.

Faktorët kryesorë meteorologjike që influencojnë në recidivat e ulçeres janë ndryshimet e presionit atmosferik dhe të temperaturës së ajrit, lagështira e ulët, erërat dhe shtimi i ngarkesës elektrike të atmosferës.

### Faktori familjar në ulceren.

Gjatë praktikës sonë kemi konstatuar një farë karakteri familjar të ulçerës. Kështu, në dy familje ka patur nga tre të sëmurë me ulçer, ndërsa në 11 familje të tjera ka patur nga dy të sëmurë me ulçer. Të dhënat tona janë vërtetuar radiologjikisht ose nga të dhënat e anamnezës të të sëmurëve, duke illogaritur vetëm rastet e verifikuarë në operacion. Në materialin e grumbulluar prej nesh karakteri familjar konstatohet në 6% të të sëmurëve me ulçer. Dubary dhe Duhamel jepin shifra gati të barabarta të karakterit familial (61 raste në 1.000 të sëmurë me ulçer).

Shumë autorë nuk pranojnë karakterin hereditar të ulçeres. Karakteri familial shpiegohet prej tyre vetëm me kushtet e njëjtë të jetësës dhe me shkallën e lartë të probabilitetit që në një familje të sëmuren dy ose më shumë persona nga ulçera.

Materjali është i pakët kështu që nuk mund të thuhet me siguri në se frekuencia familjare e ulçeres është një shfaqje e rastit ose influencojnë faktorë hereditare. Mendojmë, duke marrë parasysh faktin se shumica e të sëmurëve tanë që paraqisin karakter familial ishin të moshës së re, se duhet të pranohet dhe një farë predispozicioni familial në shfaqjen e ulçeres.

## Të dhënët radiologjike në të sëmurët me ulçer

Sot me perfeksionimin e metodikës së ekzaminimit dhe të aparaturës radiologjike, është e mundur të demostrohet radiologjikisht ulçera në 90–95%, të rasteve.

Në 227 të sëmurë të operuar për shkak ulçere gjatë viteve 1956–1959 në Spitalin e Përgjithshëm Civil të qytetit të Tiranës kemi patur kombinim të plotë të të dhënavë radiologjike me ato kirurgjike në 85,5% të rasteve, ndërsa në 11% të rasteve kemi patur ndryshim vetëm përsa i përket lokalizimit të ulçeres të regjionit piloro-duodenal, si p.sh. në disa raste të dhënat radiologjike flisin për një ulçer të duodenit, kurse në intervenim ulçera rezultonte në pilor. Si u tha dhe më lart lokalizimi i ulçeres në pilor ose në duoden kur ka shumë aderenca është i vështirë dhe nuk ka ndonjë rëndësi praktike, mbasi intervenimi është i njëjtë në të dy rastet. Kështu mund të themi se në 96,5%, të rasteve ka qenë e mundur radiologjikisht të shtrohej diagnoza e drejtë e ulçeres.

Kombinimi i plotë midis të dhënavë radiologjike dhe kirurgjike me përmirësimin e metodikës së ekzaminimit dhe me përdorimin në shkallë të gjërë të seriografive ka ardhur nga viti në vit duke u rritur. Kështu, ndërsa më 1957 kombinim të plotë diagnoze radiologjike me të dhënat kirurgjike kemi patur në 80% të rasteve, më 1958 kemi 87,5% kombinime dhe më 1959, 88,5% kombinime të plota diagnozash.

Diagnoza radiologjike e ulçerës mbështetet në simptome direkte ose morfollogjike dhe simptome indirekte ose funksionale. Natyrish, vetëm simptomat direkte jepin një diagnozë të përpiktë të sëmundjes, ndërsa simptomet funksionale të marra në tërsi e orientojnë radiologun në kërkimin e simptomave direkte të ulçeres.

Simptoma kryesore direkte radiologjike e ulçeres është konstatimi i nishes. Zbulimi i nishes është i mjaftueshëm për të vënë nië diagnozë të saktë të sëmundjes së ulçeres. Në 491 të sëmurë me ulçer t'ekzaminuar prej nesh, kemi konstatuar simptomin e nishes në 284 raste (57,5%). Shumica e autorëve të jashtëm jepin shifra mesatare të afërtë me ato tonat, me konstatime të nishes në 50–60%, të rasteve dhe vetëm disa specialistë të mëdhenj në fushën e radiologjisë të aparatit tretës si Reimberg, Shinz, Albrecht, Kalk, Berg, etj. kanë arritur të konstatojnë nishe deri në 90% të rasteve. Fanarxhian në ulçeren e duodenit ka konstatuar nishe në 73% të rasteve.

Në të sëmurët me ulçer të stomakut ne kemi konstatuar nishe në 90,5% të rasteve, në të sëmurë me ulçer të duodenit kemi konstatuar nishe në 68,5% të rasteve kurse për të sëmurët me ulçer të pilorit konstatimi i nishes ka qenë shumë i vështirë për shkak të fenomeneve cikatrizable të përhapura dhe stenozës së theksuar dhe është bërë vetëm në 14,7% të rasteve.

Përveç simptomit të nishes, një simptomë tjetër direkt i ulçerës, vëçanërisht në ulçerat e vjetra cikatrizable dhe kaloze, janë deformimet karakteristike të stomakut dhe të duodenit, të shkaktuara nga ulçera.

Deformimet sekondare të stomakut të shkaktuara nga ulçera nga ana funksionale janë më pak të rëndësishme se to të pilorit dhe të bulbit të duodenit, për shkak se stomaku ka një volum më të madh dhe shregullimet në pasazhin e ushqimeve nuk janë të rëndësishme. Lokalizimi

dhe shkalla e deformimit kanë rëndësi të madhe diagnostike mbasi dcidojnë për intervenimin operativ. Në stomak tipik është deformimi si sahat rere ose si kërmill i shkaktuar nga retraksioni cikatrizial i ulçerës. Deformime të tillë të stomakut neve kemi konstatuar në 13 raste me ulcer të stomakut (në 25% të rasteve).

Më të shpeshta dhe më të rëndësishme janë deformimet cikatriziale në pilor dhe duoden. Deformimet cikatriziale të pilorit në 55% të të sëmurëve tanë kanë shkaktuar stenoze të pilorit.

Kur ulçera është e lokalizuar në qëndër të bulbit të duodenit, vërehet një deformim karakteristik i bulbit në formë tefili. Një deformim të tillë ne kemi konstatuar në 29,1% të rasteve.

Kur ulçera është e lokalizuar në kurvaturën major ose minor të bulbit të duodenit, vërehen deformime të tjera karakteristike të bulbit, sic janë retraksioni i kurvaturës major ose minor të bulbit me formim xhepi në recesin lateral ose medial të tij. Xhep në recesin lateral me retraksion të kurvaturës minor ne kemi konstatuar në 16,6% të rasteve, ndërsa xhep në recesin medial me retraksion të kurvaturës major kehi konstatuar në 5,3% të rasteve.

Në 60% të rasteve me ulcer vërehen deformime të ndryshme të bulbit të duodenit dhe aderenca me organet fqinje.

### **Symptomet funksionale të ulçerës.**

Në vlerësimin e simptomeve funksionale radiologjike në të sëmurët me ulçerë duhet të jemi shumë të matur, mbasi ndryshimet funksionale radiologjike qoftë motore, qoftë sekretore, nuk janë aspak karakteristike të ulçerës, dhe vërehen edhe në shumë sëmundje të tjera jo ulçeroze. Prandaj ndryshimet funksionale duhet të vlerësohen në kompleks midis tyre dhe të përdoren vetëm si të dhëna plotësonjëse. Në asnjë mënyrë nuk mund të shtrohet diagnoza radiologjike e ulçerës duke u mbështetur vetëm në disa shenja funksionale. Radiologu duhet gjithmonë të synojë në zbulimin e shenjave direkte, të cilat sot me përmirësimin e metodikës së ekzaminimit dhe perfeksionimin e aparaturës janë plotësisht të mundshme. Është gabim që sjell shumë të pa pritura të hidhura për radiologun, në se ai mjaftohet vetëm me zbulimin e simptomeve indirekte ose funksionale të ulçerës.

Shumë autorë të jashtëm në monografitë e tyre mbi ulçerën përmenden si shenja indirekte të ulçerës këtë simptomokompleks: hipertoni, hiperistalike, hipersekrecion dhe shpejtëm filestar të zbrazjes së stomakut me mbeturina të vonëshme kontrasti në stomak. Ne nuk kemi konstatuar një simptomokompleks të tillë shenjash indirekte në të sëmurët me ulçera.

Në shenjat indirekte ose funksionale të ulçerës, një rëndësi të madhe kanë spazmat lokale. Në ulçerën e stomakut dhe veçanërisht kur lokalizohet në kuverturën minor, vërehet një pazmë lokale, i cili njihet me emrin «simptom i gishtit». Ky spazmë lokalizohet në kurvaturën major për karshi ulçerës. Në ulçerat kronike në vend të spazmës vërehet një retraksion cikatrizial i kurvaturës major dhe stomaku merr formën e një sahati me rerë ose të dy qeseve (organike ose spastike). Spazmë të tillë lokal në stomak neve kemi vërejtur në rreth 20% të rasteve me ulcer të stomakut.

Në ulçerat e duodenit dhe të pilorit vërehet shpesh spazmë e pilorit.

Pilorospazmë neve kemi konstatuar në rrith  $10\%$  të të sëmurëve me ulçer të duodenit dhe të pilorit.

Më shpesh neve kemi konstatuar spazmë lokale në bulbin e duodenit. Në monografitë e konsultuara prej nesh rallë përmenden spazmat lokale të bulbit të duodenit. Sipas mendimit tonë spazmet lokale të bulbit të duodenit janë një simptom radiologjike me shumë rëndësi e ulçerës së duodenit që ndihmojnë në zbulimin e nishes dhe vënien e një diagnoze të saktë. Neve sa herë që kemi konstatuar spazmë lokale të bulbit, kemi arritur me një ekzaminim më të imët të zbulojmë edhe nishen. Spazmë lokale në bulbin e duodenit ne kemi konstatuar në  $28,5\%$  të rasteve me ulçerë. Spazmë në kurvaturën major të bulbit të duodenit kemi konstatuar në  $18,5\%$  të rasteve, në kurvaturën minor të bulbit të duodenit së  $9,7\%$  të rasteve. Në mjaft raste kemi konstatuar spazmë rë të dy kurvaturat e bulbit të duodenit, i cili merrte një formë si sahat me rerë.

Në  $9$  të sëmurë me ulcer ( $3,8\%$  e rasteve) kemi konstatuar megabulus të shkaktuar nga një ulçerë cikatrizable e lokalizuar në **Pars superior** të duodenit. Në  $4$  raste kemi konstatuar insuficencë të pilorit me refluks retrograd të kontrastit nga duodeni në stomak.

Në të sëmurët tanë me ulçer të stomakut ose të duodenit, më shpesh kemi verejtur stomakun me formë të zgjatur (në  $68\%$  të rasteve) ndërsa stomak në formë grepi kemi observuar në  $32\%$  të rasteve. Ulçer kemi konstatuar vetëm në një rast me stomakun në formë briri. Forma e stomakut është e lidhur ngushtë me tonusin. Në  $71\%$  të të sëmurëve tanë me ulçer tonusi paraqitej i ulët, në  $28\%$  normal dhe vetëm në  $1\%$  i lartë. Këto të dhëna në lidhje me tonusin nuk përkojnë me të dhënat e botuara në literaturë. Sipas shumë autorëve në të sëmurët me ulcer predominojnë rastet me tonus normal ose të lartë, kurse në të sëmurët e ekzaminuar prej nesn ndodh e kundërtë. Kjo sipas mendimit tonë mund të vihet në llichje me faktin se në shumicën e të sëmurëve tanë predominojn tipi konstitucional hipostenik. Duke marrë parasysh këto të dhëna mbi predominimin e tonusit të ulët në të sëmurët me ulçerë, ne mendojmë se për mjekimin e të sëmurëve me ulcer terapeutët dhe kirurgët tanë duhet ta kenë parasysh këtë fakt dhe mos të ndërmarrin operacione në nervin vagus ose mos të japid medikamente për uljen e tonusit të vagusit në persona që paraqesin një vagotoni të ulët.

Gjatë ekzaminimit radiologjik u konstatua shtim i sekrecionit gastrik esell në  $55\%$  të rasteve, ndërsa në  $45\%$  të rasteve sekrecioni ishte pothuaj normal.

Peristaltika paraqitej normale në  $51\%$  të të sëmurëve me ulcere të ekzaminuar prej nesh, e gjallë, në  $23\%$  dhe superficiale në  $36\%$  të rasteve.

Ne kemi konstatuar gjithashtu ndryshime të reliefit të mukozës në  $52\%$  të rasteve, ndërsa në  $48\%$  të rasteve reliefi i mukozës ka qenë normal. Ndryshimet e reliefit të mukozës konsistonin kryesisht në trashjen e plikave të mukozës, të cilat paraqiteshin tortuoze dhe vende vende të ndërprera. Në kurvatura major shpesh ne kemi konstatuar një aspekt skaliform të shkaktuar nga hipertrofia e plikave transversale.

Një rëndësi të madhe, veçanërisht përsa i përket indikacionit për intervenim, ka studimi i kohës së zbrazjes së stomakut. Në të sëmurët e ekzaminuar prej nesh koha e zbrazjes së stomakut paraqitet normale

(kontrasti zbrazet nga stomaku brënda tre orëve pas marrjes së kontrastit), në 50% të rasteve, ndërsa në 50% të rasteve koha e zbrazjes paraqitet e ngadalësuar (kontrasti zbrazet nga stomaku mbas 6–24 orësh).

Të dhënat tona në lidhje me sekrecionin, mukozën dhe kohën e zbrazjes së stomakut kombinojnë me të dhënat e autorëve të tjera (Farnaxhian, Diaçenko, Shinz, etj).

### Komplikacione të ulçerës

Përsa i përket frekuencës së komplikacioneve të shkaktuara nga ulcera e stomakut dhe e duodenit, të dhënat e literaturës ndryshojnë shumë njëra nga tjetra.

Statistikat e botuara nga kirurgët ndryshojnë shumë nga të dhënat e trespapeuteve mbasi në kirurgji shtrohen kryesisht të sëmurë me komplikuar.

Materiali i jonë përfshin të sëmurë të shtruar në repartet e patologjisë, dhe kirurgjisë, pra të sëmurë me forma akute të pakomplikuara me forma të vjetra të komplikuara të ulçerës, me gjithëse predomini të sémurët me forma të komplikuara të ulçerës dhe me një anamneze ulçeroze shumvjeçarë. Më se 40% e të sëmurëve të ekzaminuar nesh vuanin nga ulçera prej një periudhë më të gjatë se 6 vjet 67% të tyre kanë qenë shtruar në repartet e kirurgjisë.

Në vendin e parë përsa u përket komplikacioneve nga ulçera, që janë periviscerit (perigastritet, dhe periduodenitet). Mbas tyre është me radhë hemoragjitet, stenoza e pilorit, penetrimet në organet e tjave, perforacionet dhe më në fund malignizimet.

Të dhënat tona në lidhje me frekuencën e komplikacioneve nga ulcera janë të afërtë me ato të Badilkes i cili jep këto statistika të komplikacioneve nga ulcera: perivisceritë në 15–25% të rasteve, hemoragi në 10–15% të rasteve, penetracione në pankreas në 6–10% të rasteve, perforacione në 1–2 deri 21% të rasteve, malignizime në 6–7% të rasteve. Sipas Badilkes stenoza cikatrizable të pilorit zë në vendin e fundit në komplikacionet e ulçerës, kurse sipas materialit tonë ato zënë vendin e tretë.

Të dhënat tona përsa i përket komplikacioneve nga ulçera mbështeten kryesisht në ekzaminimin radiologjik dhe në të dhënat e nxjerra nga protokollet e intervenimeve kirurgjike.

#### 1) Periviscerite.

Perivisceritet janë komplikacioni më i shpeshtë nga ulçera. Sipas materialit tonë periviscerite verehen në 55% të rasteve me ulçera. Më shpesh periviscerite janë ulcerat e duodenit dhe të pilorit (në 60% të rasteve).

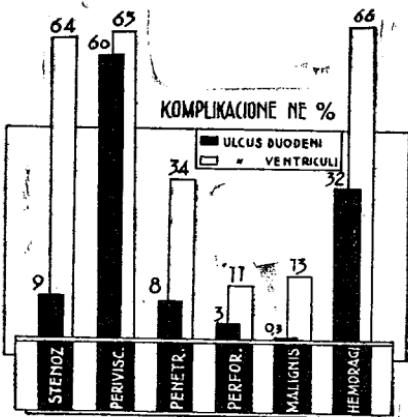


Fig. 7

Diagnoza e perivisceriteve ka rëndësi të madhe mbasi prezencia e aderencave mund të ndryshojë dekursin e sëmundjes së ulçerës dhe nga ana tjetër nevojiten masa të tjera mjekonjëse për to. Prezenca e perivisceriteve bën që dhëmbjet të jenë më intensive dhe jo të lokalizuar por të iradiura. Perivisceritet bëjnë që të humbasë periodiciteti dhe karakteri stinor i dhëmbjeve dhe i shfaqjeve të tjera të ulçerës. Me këtë mund të shpjegohet fakti që shumica e të sëmurëve tanë paraqesin dhëmbje të vazhdueshme, të pamvarura nga marrja e ushqimeve dhe nga stina. Vetëm në 10% të të sëmurëve tanë është vërejtur karakter stinor i dhëmbjeve (kriesisht në pranverë dhe në vjeshtë).

## 2) Hemoragi

Hemoragi zë vendin e dytë përsa i përket komplikacioneve nga ulçera. Nga të dhënët anamnestike të të sëmurëve tanë, neve kemi nxjerrë se melene kanë patur 13% e të sëmurëve dhe hematemeze 9%, e të sëmurëve me ulcer. Më shpesh hemoragi verehen në të sëmurët me ulcer të stomakut (në 15% të rasteve me ulcer të stomakut), ndërsa në të sëmurët me ulcer të duodenit dhe të pilorit verehet hemoragi në 9–13% të rasteve. Në të sëmurët me ulcer të duodenit verehet më shpesh melena (në 9% të rasteve) dhe më rallë hematemezis në 6% të rasteve.

Zakonisht hemoragi shkaktohet nga thellimi i procesit ulçeroz në submukozen dhe në shtresat e tjera të mureve të stomakut. Një rol me rëndësi në shkaktimin e hemoragjive lozin ndryshimet arteriosklerotike dhe hipoavitaminoza C dhe K të lidhura me ndryshimet e ushqimit. Gjithashtu përsa i përket hemoragjive rëndësi ka dhe lokalizimi i ulçerës. Kështu sipas të dhënavë të autorëve të ndryshëm ulçerat e lokalizuara në murin anterior të bulbit të duodenit kanë më shumë tendencë për perforacion, ndërsa ato të lokalizuara në murin posterior kanë më shumë tendencë për hemoragi.

Diagnoza radiologjike e ulçerës hemoragjike është mjaft e vështirë mbasi koaguli i gjakut mbush defektin ulçeroz dhe nuk lejon penetrimin e kontrastit në nishen. Sipas të dhënavë tonë dhe të autorëve të jash-tëm nishe në të sëmurët me ulcer hemoragjike konstatohet vetëm në 30–40% të rasteve. Diagnostikimi i ulçerës hemoragjike është i vështirë edhe nga fakti se ulçerat hemoragjike janë ulçera në përgjithësi të reja, pa simptome funksionale dhe morfologjike të theksuara dhe nga ana tjetër gjatë ekzaminimit nuk mund të ushtrohet një palpacion fortë për shkak të rezikut të përsëritjes së hemoragjisë.

## 3. Stenoza e pilorit.

Radiologjikisht stenoza e pilorit shfaqet me një ngadalësim të kohës së zbrazjes së kontrastit nga stomaku.

Insuficiencia evakuatore ndonjëherë shkaktohet nga spazma e pilorit por më shpesh nga ngushtime cikatriziale të pilorit nga ulçera të segmentit piloroduodenal. Stenoza të pilorit neve kemi konstatuar në 18% të të sëmurëve. Më shpesh stenoza jepin ulçera e pilorit (në 30% të rasteve) ndërsa e duodenit ato jepin stenozë vetëm në reth 10% të rasteve me ulcer të duodenit. Në të sëmurët e ekzaminuar prej nesh nuk kemi konstatuar asnjë rast stenoze të shkaktuar nga ulçera e stomakut e lokalizuar në pjesën distale.

Në insuficiencën evakuatore të stomakut mund të dallohen tre shkallë: 1) stenoze e shkallës së I-rë; kur mbas 4–5 orëve ka akoma në stomak 1/4 e sasisë së kontrastit të marrë nga goja; 2) stenoza e shkallës së II-të, kur pas 6 orëve ka akoma në stomak 1/2 e sasisë të kontrastit të marrë, 3) stenoze e shkallës së III-të, kur pas 24 orëve ka akoma kontrast në stomak.

Në të sëmurët tanë ne kemi konstatuar stenozë të shkallës së III-të në reth 20% të rasteve, dhe stenoze të shkallës së I-rë dhe të II-të në reth 80% të rasteve me ulçer stenozante të duodenit dhe të pilorit.

#### 4) Penetrime.

Penetrim i ulcerës në organet fqinje verehet zakonisht në ulçerat e lokalizuara në kurvaturën minor të stomakut dhe në murin posterior të duodenit. Më shpesh vërehet penetrim i ulçerës në pankreas.

Të dhënat tona në lidhje me frekuencën e penetrimeve të ulçerës në organet fqinje, i kemi nxjerrë nga të dhënat e ekzaminimeve radiologjike dhe të protokolleve të intervenimeve kirurgjikale. Sipas këtyre të dhënavë rezulton penetrim i ulçerës në organet dhe indet fqinje në 10% të rasteve. Ulçera penetron kryesisht në pankreas. Më shpesh vërehet penetrim në pankreas në të sëmurët me ulçer të stomakut (në 34,5— të rasteve me ulçer të stomakut), ndërsa në të sëmurët me ulçer të duodenit, vërehet penetrim në 8% të rasteve.

#### 5. Perforacione

Duke qenë se studimi i jonë përfshin vetëm të sëmurët që kanë kaluar në kabinetin e radiologjisë, në statistikën tonë nuk përfshihen të sëmurët me perforacion akut që kanë kaluar direkt në sallën e operacionit. Prandaj të dhënat tona përsa i përket perforacioneve nuk i korespondojnë rezultatit dhe përfshijnë kryesisht të sëmurët me ulcer të cilët u janë nënshtruar në të kaluarën intervenimeve operative për shkak perforacioni (sutura e ulcerës së perforuar). Sipas të dhënavë të nxjerra nga anamneza e të sëmurëve të ekzaminuar prej nesh rezulton se 4% e tyre kanë patur në të kaluarën perforacion për shkak ulçere. Sipas materialit tonë ulçerat e stomakut japid dy herë më shpesh perforacione se sa ulçerat e duodenit. Gjithashtu shumë të ralla janë perforacionet në gratë. Neve kemi konstatuar perforacion të ulçerës vetëm në një grua me ulçer të stomakut. Më shpesh vërehen perforacione të ulçerës në moshën deri 40 vjeç.

Të dhënat e autorëve të huaj përsa i përket frekuencës të perforacioneve të ulçerës ndryshojnë shumë midis tyre prej 2 deri 32%. Sipas Dudko ulcerat e stomakut përbëjnë 85% të perforacioneve dhe ulcerat e duedonit 15% të perforacioneve. Sipas të dhënavë të institutit Sklifsovski në më shumë se 1.000 perforacione në meshkuj pati vetëm 18 perforacione në gratë.

#### 6. Malignizime

Sipas shumicës së autorëve, frekuanca e kalimit të ulçerës në kancer arrin në 5–7% të të gjithë rasteve me ulçer të stomakut (Melnikov, Galperin, etj).

Sipas të dhënave tona ne kemi patur 6 raste me ulçer të stomakut të degjeneruar në kancer (11% të të gjithë rasteve me ulçer të stomakut). Degjenerin malign të ulçerës së duodenit neve kemi patur vetëm në 1 rast (në 0,30% të rasteve me ulçer të duodenit). Gjithashtu edhe të dhënat e literaturës flasin për frekuencën shumë të ulët të degjenerimit malign të ulçerave të duodenit.

Në literaturën mjeksore të vendit tonë të botuar (Prof. P. Cani; K. Shteto) deri më sot kemi gjetur pak të dhëna mbi ulcerën në Shqipëri. Studimi i jonështë hapi i parë në këtë drejtim. Natyrisht duke qenë një studim i bërë nga ana e një radiologu, me gjithëse jemi mbështetur shumë dhe në të dhënat e protokolleve të intervenimeve kirurgjike dhe analizave laboratorike, eshtë një studim i njëanshëm dhe kërkon pa tjetër studime më të thelluara qoftë nga ana klinike qoftë nga ana kirurgjike dhe anatomopatologjike, për të patur një pasqyrë me të drejtë dhe më reale të sëmundjes së ulçerës në vendin tonë.

## K o n k l u z i o n e

1. Sëmundja e ulçerës verehet në 3,3% e numrit të përgjithshëm të sëmurëve të shtruar në kirurgji, dhe në 1,88% e të sëmurëve shtruar në patologji.

2. Nga ulçera sëmuren më shpesh meshkujt se sa femrat. Ulçera verehet në çdo moshë, që nga fëmijët e moshës 3–5 vjeç deri në pleqtë, por më shpesh vërehet në moshën deri 40 vjeç (në 77% të rasteve). Në të rinjtë prediminon ulçera e duodenit, kurse pas moshës 50 vjeç vërehen njësoj shpesh ulçera e duodenit dhe e stomakut.

3. Ulçera verehet më shpesh në qytetarët (në 70% të rasteve): punëtorë 42% të rasteve, nepunës 19% të rasteve, nxënës dhe shtëpijakë 9% të rasteve.

4. Ulçera lokalizohet më shpesh në duoden se sa në stomak, në raportin 7:3. Ulçera e duodenit lokalizohet kryesisht në bulbus; lokalizim extra-bulbar verehet vetëm në 3,8% të rasteve. Ulçera e stomakut lokalizohet kryesisht në 1/3 e mesme të kurbaturës minor (në 81% të rasteve). Ulçera multiple konstatohen në 4% të rasteve.

5. Nishe konstatohet në 57,5% të rasteve me ulçerë. Deformime cikatrizable ulçeroze të bulbit të duodenit verehen në 60% të rasteve. Bulbus në formë terfili verehet në 30% të rasteve dhe pseudodivertikule (xhepe) në 22% të rasteve.

6. Spazmë lokale verehen më shpesh në duoden, në 28% të rasteve, në stomak spazmë në kurbaturën major verehen në 20% të rasteve dhe në pilor në 10% të rasteve.

7. Nga komplikacionet e ulçeras më shpesh vërehen periviscerite (perigastrite dhe periduodenite) në 55% të rasteve, hemoragji në reth 20% të rasteve, stenoza të pilorit në 18% të rasteve, penetrim i ulçerës në pankreas në reth 10% të rasteve me malignizime në 11% të rasteve me ulçer të stomakut.

Literaturë:

1. Badildeks S.O. — «Sëmundja ulceroze e stomakut dhe duodenit» Medgiz 1956.
2. Claros e Corominas. «Ekzaminimi radiologjik i aparatit tretës në pediatri». Acta Iber. Rad. Cancer. 1956, 11, 289.
3. Dubarry J.J. Duhamel J. Dubarry F. «Faktori hereditar në ulcer. Ulcera sëmundje hereditare recessive». Rad. Med. 1959, 4.
4. Flekel I.M. — «Sëmundja e ulcerës». Medgiz 1958 L.
5. Gabrianih M.A. «Mbi disa veçori të dekursit të sëmundjes së ulcerës në gratë». Klin. Med. 1959, 10, 62-66.
6. Glezer G.I., Treskunov K.A. «Sëmundja e ulcerës në personat e moshës së re». Klin. Med. 1958, 2, 113-117.
7. Gligorie V. dhe C.O. «Mbi çështjen e sëmundjes së ulcerit në njerëzit e moshës së vjetër». Klin. Med. 1959, 10, 41-44.
8. Germanovski I.I. «Rontgenodiagnostika e ulcerës së stomakut të malignizuar». Klin. Med. 1949, 6, 9.
9. Justus e Folkler. «Mbi ulcerën peptike të fëminisë». Rad. Clin. 1958, 27, 29.
10. Klein e Bradley. «Ulcera gastrica në moshën e vjetër». Amer J. of Roentgenology. 1957, 77, 25.
11. Lorie I.F. «Sëmundja e ulcerës» Medgiz 1958 M.
12. Mangold R. «Kombinim ulcus ventriculi dhe duodeni». British Med. J. 1958, 5106 1193-1197.
13. Menshikov F.N. «Sëmundja e ulcerës simbas materialeve të klinikave gjatë 15 vjetëve». Klin. Med. 1953, 11, 80-83.
14. Nikolajevski Toma. «Mbi rolin e faktorit metereologjik në recidivat e sëmundjes së ulcerës». Klin. Med. 1959, 10, 37-41.
15. Niwajama G, Terplan K. «Morboziteti nga ulcera simbas protokollleve të autopsive». Gastroenterology 1959, 39, 3, 409-422.
16. Popov S.N. «Observime kliniko-radiologjike mbi morfologjinë dhe funksionin e stomakut dhe duodenit në të sëmurët me ulcer». Vest. Rontg. i rad. Nr. 1 1954, 52-56.
17. Pons F. «Sëmundja ulceroze gastro-duodenale në radiologji». Journ. Belge de Rad. 1956, 3, 396.
18. Sokolov J.N. Shinger N.O. «Disa vrejtje mbi rotgendiagnostikën e sëmundjes së ulcerës». Sov. Med. 1958, 9, 75, 82.
19. Sokolov P.I. «Rodiagnostika e ulcerave të kanalit pilorik Klin. Med. 1951, 8, 30,-33.

20. Sosina B.M. «Funksioni motoroevakuator i stomakut të njeriut në dritën e teorisë së I.P. Pavlovit.  
Ekzaminimi rontgenologjik Klin. Med. 1951,9,64—70.
21. Shteto K. Studim mbi 81 raste me sëmundje ulceroze. Shend. Pop. 1957, 4, f. 25—34.
22. Schinz—Baench-Friedel- Uhlinger. «Traktat rontgenodiagnostike» Ed. Abruzzini Romë 1954 Vol. VII—VIII—të.
23. Teschendorf W. «Traktat rontgenodiagnostike diferenciale». Volumi III Romë 1955.
24. Villiakov K.P. «Mbi raportin e frekuencës midis ulcus ventrikuli dhe ulcus duodenii». Sov. Med. 1957,1,67—69.

## A STUDY OF THE STOMACH ULCERS IN ALBANIA (Summary)

*The author studies 491 patients with stomach and duodenal ulcers which were treated during the years 1956-1959 in the Civil hospital of Tirana. The patients with ulcers formed 3.3 percent of all the patients of the surgical sections and 1,8 percent of the patients of the therapeutic sections.*

*Ulcers are more frequent in men than in women. The ratio between the sexes is 7 : 3 for the stomach ulcers and 9 : 1 for the duodenal.*

*Ulcers are more frequent in the ages under 40 years (77 percent of the cases). In the young predominates the duodenal ulcer, while after the age of 50 the number of the two kinds is almost equal. The city population gives more cases of ulcers than the village population (about 70 percent).*

*The stomach ulcer is mostly localised on curvatura minor, — on the middle third. Ulcers on the front and back walls of the stomach are seen in 10.7 percent of the cases. The ulcers on the curvatura major are usually malignant.*

*The duodenal ulcers are usually localised on the bulb. The extra-bulbar localisation is seen in only 3.8 percent of the cases.*

*On the rontgen «niche» is seen in 57.7 percent of the cases, deformation of the bulb in 60 percent, pseudodiverticulum in 22 percent. Local spasm is seen mostly on the duodenum (28 percent).*

*The complications from ulcers: perivisceritis (perigastritis and peri-duodenitis) in 55 percent of the cases, hemorrhage (melaena and haematemesis) in 20 percent, stenosis pylori to the degree of subcompensation and decompensation in 18 percent, penetration of the ulcer in the neighbouring organs (spleen, pancreas) in about 10 percent and malign degeneration in 1,4 percent.*

## MBI SENSIBILITETIN E ANOFELEVE KUNDREJT INSEKTCIDEVE NË SHQIPERI

Kand. shkencave mjekësore ANTON ASHTA dhe JORGJI ADHAM

Kur u zbulua se DDT-ja ishte një insekticid i fortë dhe i pajisur me një veprim remanent të gjatë, luftës kundra malarjes iu hapën perspektiva të reja. Kjo ndodhi me 1939 dhe mbas luftës së dytë botërore DDT-ja filloj të përdoret në shkallë të gjërë në luftën kundra anofeleve adulte. Kjo metodë dha rezultate të shkëlqyera dhe jo shumë vjet më von u pa se duke përdorur në mënyrë racionale insekticidet me efekt remanent në luftën kundra malarjes është e mundur që kjo sëmundje të çrenjaset, në se veprohet përpara se anofelet të kenë fituar rezistençë kundrejt këtyre insekticideve.

Zbulimi i rezistencës së anofeleve kundrejt DDT-së në Greqi më 1951 dhe më von në vende të tjera të botës dhe shtrirja e kësaj rezistence edhe në insekticidet e tjerë të kontaktit me bazë hidrokarburesh të kloruar, për një kohë e lëkundi bindjen mbi efikasitetin e plotë të këtyre insekticideve në luftën kundra malarjes, por nga ana tjetër i dha një impuls të madh preqatitjes së programeve të çrenjosjes të kësaj sëmundjeje në shumë vende të botës.

### Sí paraqitet problemi i rezistencës.

Me rezistencë të insekteve kundrejt insekticideve kuptojmë çfaqjen, në një shtam insektesh, të cilësisë për të toleruar doza substancash toksike të cilat do të ushtronin një efekt letal mbi shumicën e individëve që përbëjnë një popullatë normale të të njëjtit lloj.

Rezistencë kundrejt DDT-së dhe insekticideve të tjerë të kontaktit me bazë hidrokarburesh të kloruar ka fituar në radhë të parë miza, pastaj çimka, disa lloje pleshtash etj. por nuk vonuan të duken dhe lloje anofelesh rezistente. Siç u përmend edhe më sipër ky fenomen u vërejt për herën e parë në anofelet në Greqi, më 1951 dhe ndodhi me **Anopheles sacharovi**.

Prej asaj kohe rezistenca është zbuluar edhe në shumë vende të tjera për lloje të ndryshme anofelesh. Kohët e fundit kërkimet mbi rezistencën janë shtuar dhe prej fillimit të vitit 1958 deri në fund të vitit 1959 (Micks 1960) janë zbuluar 14 lloje të reja anofelesh rezistente, (13 prej të cilave vetëm kundrejt Dieldrinës) dhe shtrirja e popullatave rezistente të llojeve të zbuluara më parë është zgjeruar.

Në literaturën e konsultuar kemi gjetur se kanë fituar rezistencë kundrejt DDT-së, Dieldrinës ose të dy këtyre insekticideve këto lloje ose varjetete anofelesh: **Anopheles sacharovi**, **A. gambiae**, **A. quadrima-**

**culatus, A. stephensi, A. subpictus subpictus, A. sundaicus, A. sergenti, A. phaorensis, A. culicifacies, A. fluviaialis, A. pulcherrimus, A. coustani, A. minimus flavirostris, A. annulatus, A. vagans, A. barbirostris** dhe **A. subpictus malayensis.**

Duhet shënuar se rezistenca kundrejt dieldrines shtrihet në mënyrë karakteristike edhe kundrejt aldrines, heksakloranit dhe ciklodienikeve të tjerë (të gjithë të serisë së hidrokarbureve të kloruar).

Zbulimi i rezistencës së **A. sacharovi** në disa lokalitete të Greqisë kontinentale (Skala, Kulura, Nisoludhi etj.) si edhe në disa lokalitete të Turqisë, ka rëndësi të madhe për vendin tonë, jo vetëm për faktin se këta dy vende, sidomos Greqia, ndodhen afër nesh, por edhe nga se Iloji i anofeleve **A. sacharovi** që ka fituar rezistencë, është vektori kryesor i malaries në vendin tonë.

Në kundërshtim me çka ndodhë në ato vende tek ne e rrëth vendeve afër nesh nuk është vërtetuar ky fenomen. Kështu, nga provat e bëra në Jugosllavi, Bullgari, Rumani, Itali, B.R.S.S. etj. sikurse edhe në vendin tonë, siç do shofim më poshtë, rezulton se sensibiliteti i anofeleve kundrejt insektideve me bazë hidrokarburesh të kloruar është i mire dhe shenja rezistence nuk paraqiten. Veç asaj duket se në Greqi ky fenomen është kufizuar në pak lokalitete dhe ka arritur një farë stabiliteti.

### Mbi studimet e bërë në vëndin tonë.

Në vëndin tonë lufta kundra malarjes me anën e insekticideve me efekt remanent ka filluar eksperimentale qysh në vitin 1946 dhe në stil të gjérë më 1947. Është përdorur kryesisht DDT-ja kurse heksaklorani në shkallë të kufizuar dhe vetëm në vitet 1952-53 duke i a shtuar DDT-së me qëllim që spërkatja të vepronë edhe mbi Mizat dhe insektet e tjera (çimka, pleshta) të cilët kishin fituar që më parë rezistencë të theksuar kundrejt DDT-së.

Po prej vitit 1947 DDT-ja është përdorur si larvicid nga gjithë qëndrat e luftimit antilarvor për mbrojtjen e qyteteve dhe qendrave të punës me rëndësi; gjithashtu për disa kohë ajo është përdorur për spërkatjen e kënetave me anën e aeroplanit.

Duhet shënuar se DDT-ja dhe sidomos heksaklorani janë përdorur për vjete me radhë nga ana e organeve të Bujqësisë dhe Veterinarisë për luftimin e insekteve dëmtonjëse të bimëve bujqësore dhe ektoparasitëve të kafshëve.

Per spërkatjen e banesave DDT-ja është përdorur në forma të ndryshme: më 1947-48 si solucion 5% me vaj-guri; 1949-954 në formë emulsjoni 40% dhe nga viti 1955 kryesisht në formë solucioni 9% DDT teknik në vajguri.

Janë bërë 1-2 ose 3 spërkatje në vit dhe prej vitit 1956 një spërkatje, me përsëritje në pjesë shumë të kufizuara.

Doza e DDT-së për  $m^2$  sipërfaqe të spërkatur është llogaritur në 1.25-1.50 gr. të lëndës aktive 1946 deri më 1955 kurse nga viti 1956-1958 ajo është aplikuar në 2 gr.  $m^2$  p.a. me përjashtim të zonave malore ku është aplikuar 1.25 gr/ $m^2$  p.a. dhe kjo për arësyen se stina e transmetimit të malarjes në këto zona është më e shkurtër dhe se vektori **A.**

**superpictus**, është me sensibël kundrejt DDT-së, se anofelet e zonave të tjera.

Përdorimi i DDT-së në luftën kundra anofeleve pati efekt të mirë në uljen e infekzionit malarik në vëndin tonë, por me gjith atë duke parë se në disa vënde sidomos në Greqi anofelet kishin fituar rezistencë kundrejt këtij insekticidi dhe se kjo po shtrihet edhe kundrejt insekticideve të tjerë të serisë së hidrokarbureve të kloruar na u duk e domosdoshme të provonim sensibilitetin e anofeleve të vëndit tonë kundrejt insekticideve në radhë të parë kundrejt DDT-së.

Një gjë e tillë bëhet më e nevojshme nga se ulja e sensibilitetit t'anofeleve kundrejt DDT-së dhe çfaqja e fenomenit të rezistencës i atribuohet në radhë të parë përdorimit të këtij insekticidi për një kohë të gjatë, për shumë vjet me radhë, në luftën kundra malarjes, qoftë si imagocid, në spërkatjen residuale të ndërertesave, qoftë si larvicid, në lumenin antilarvor dhe aq më tepër kur përdoret i kombinuar si larvical dhe imagocid në të mëjtin vënd ashtu sikurse është vepruar në vëndin tonë.

Kontrolli i efikasitetit të DDT-së si mjet në luftën kundra anofeleve në vëndin tonë është filluar në mënyrë sistematike nga viti 1955 dhe është bërë në dy drejtime: a) më 1955 me anën e kontrollit sistematik të lokaleve të spërkatur dhe vlerësimit të densitetit anofelik në keta lokale para dhe mbas spërkatjes; b) nga viti 1956 deri më 1960 kontrolllet e sipërme janë zëvëndësuar me prova të sensibilitetit t'anofeleve kundrejt insekticideve duke ekspozuar anofelet adulte në veprimin e insekticideve në tuba të veshur me letër filter t'imprenjuar me insekticide. Provat janë bërë me anofele adulte të kapura në natyrë dhe vetëm me femra të ngopura me gjak ose që më parë kishin pirë gjak, mbasi këto janë më rezistente kundrejt veprimit toksik të insekticideve nga ato të paushqyera me gjak ose meshkujt.

### Provat e viteve 1955 dhe 1956.

Edhe në kontrolllet e bëra para vitit 1955 në lokale të spërkatura me DDT, rallë na takonte të gjenim anofele të gjalla, kurse në lokalet e paspërkatura këta gjëndeshin, bile, disa herë në shumicë.

Më 5 gusht u bë kontroll në fshatin Ishull-Shëngjin të rrethit të Lezhës dhe u konstatua se ky fshat nuk ishte spërkatur mirë dhe si rezultat gjetën shumë anofele sidomos në ahuret. Fauna anofeline këtu është e përzierë **A. sacharovi** dhe **A. maculipennis**, me një predominim të dukshëm të **A. sacharovi**.

Qysh të nesërmen u bë spërkatja e plotë e fshatit me DDT duke aplikuar 1.5 gr. të principit aktiv për metër katrore; u la pa spërkatur një ahur për kontroll, afër një kënete të vogël.

Si stacione vrojtimi u caktuan 4 dhoma dhe 3 ahure të spërkatur nga ato ku në kontrollin e datës 5 gusht u gjetën më tepër anofele si edhe ahuri i pa spërkatur.

Kontrolli i përditëshëm i stacioneve të sipërme i u ngarkua një tekniku të stërvitur për këtë punë. Nga raporti i tij rezulton se nga kontrolllet e përditëshme të bëra gjatë 30 ditëve, gjithsej në 7 pjesët e spërkatura janë kapur 81 anofele, kurse në ahurin e paspërkatur çdo ditë ka pasur një sasi shumë të madhe anoflesh, të cilët nuk janë numuruar nga i lartpërmënduri.

Nga ana e janë është bërë një rikontroll në vënd më 14 shtator d.m.th. 39 dit mbas spërkatjes dhe u kapën 4 anofele në 3 ahuret e spërkatura, asnjë nuk u gjend në 4 dhomat e spërkatura kurse në ahurin e pa spërkatur u gjet një sasi e madhe anofelesh.

Në vitin 1956 u filluan provat mbi sensibilitetin e anofeleve me një kriter më të drejtë: me anën e ekspozimit t'anofeleve në sipërfaqe të imprenjuar me DDT. Qëllimi i këtyre provave ka qënë që nga njëra anë të provohej sensibiliteti i anofeleve kundrejt DDT-të së aplikuar në formën dhe dozat që përdorim në praktikë dhe nga ana tjatër të provohej zgjatja e efektit të DDT-së të aplikuar (natyrisht t'aplikuar mbi letrën e filtrit, mbasi ndryshon koha e zgjatjes së efektit të DDT-së mbi insektet në mvartësi me sipërfaqen mbi të cilën kjo aplikohet).

Provati janë bërë në dy vënde shumë të përshtatëshme për zhvilimin e **A. sacharovi** (transmetonjës kryesor i malarjes në vëndin tonë) në fshatin Sop të Fierit dhe në Balldre të Lezhës. Fshati Sop ndodhet shumë afër fshatit Shtyllas, përshkrimi i zonës bëhet më poshtë dhe anofelet zhvillohen prej të njëjtave fole: këneta e Shënpietri i he fole më të vogla. Anofelet e fshatit Balldre zhvillohen në kënetën e Kakariqit e cila, edhe kjo do përshkruhet më poshtë.

Metoda e punës: Si insekticid u përdor DDT teknik i cili përdoret në luftën kundra malaries prej disa vjetësh, ky përmban rreth 70% lëndë aktive.

Insekticidi u shkri në vajguri dhe ksilol, pjesë të barabarta dhe me këtë solucion u imprenjuan letra filtër me trashësi mesatare, duke llogaritur dozën prej 2 gr. të principit aktiv për metër katror letra filtri, dozë kjo që përdoret në praktikë në luftën kundra malarjes në zonat bregdetare e fushore në vëndin tonë. Letrat filtër të imprenjuara në këtë mënyrë u varën në mur për 2-3 dit për t'u avulluar solventët e DDT-së.

Me këto letra u veshën nga brenda tuba xhami me diametër të brëndëshëm 3.5 cm. dhe gjatësi 15 cm.

Njëkohësisht për të pasur një provë dëshmuese tuba të tjerë po të kësaj madhësije u veshën me letër filtër të trajtuar vetëm me vajguri e ksilol.

Në fshatin Sop, spërkatja residuale e shtëpive është bërë vazhdimiشت prej vitit 1947 deri më 1956. Anofelet e provës u kapën në një ahur të paspërkatur dhe mbasi u testuan në një dhomë aty afër, kafazet me mushkonjat e testuara u vendosën në ditët e para të provës në këtë dhomë kurse më von u varën në tavanin e ahurit që shërbente si strehim ditor i tyre. Po kështu është vepruar edhe në Balldre me ndryshime që testimi dhe vendosja e kafazeve janë bërë në vëndin e kapjes s'anofeleve.

Anofelet janë mbajtur në kontakt me insekticidin në tubat e veshur me letër filtri t'imprenjuar me DDT për 10 minuta dhe pastaj janë lëshuar në kafaze me rjetë metalike. Po kështu është vepruar edhe për provën dëshmuese. Rezultati është kontrolluar mbas 24 orësh. Këtu poshtë jepin një pasqyrë të provave të bëra në vitin 1956. Provati janë bërë me 1.580 anofele, 680 prej të cilave kanë shërbyer për provën dëshmuese.

## Pasqyra Nr. 1.

Prova mbi sensibilitetin e *A. sacharovi* kundrejt DDT-së bërë në 1956. (Ekspozimi bërë për 10 minuta, kontrolli bërë mbas 24 orësh. DDT-ja llogaritur 2 gr/m<sup>2</sup> p.a).

	Vendi i provës	Data të provës	Sa dit mbas imprenjimit të letër filtrit.	Prova me DDT 2 g/m <sup>2</sup>			Provat dëshmuese.		
				Numuri i anofeleve të festuara.	Nr. anofeleve të ngordhura mbas 24 orësh.	Mortaliteti i pakoriguar	Numuri i anofeleve të festuara.	Nr. i anofeleve të ngordhura mbas 24 orësh.	Mortaliteti
2.	Fier (Sop)	10-14/8/1956	6-10	369	214	58.0	318	41	12.9
2.	" "	31/8/1956	22	76	37	48.7	151	10	6.6
3.	" "	31/8/1956	27	88	44	50.0			
4.	Lezhë (Balldre)	12-16/9/1956	34-38	151	98	64.9	132	19	14.4
5.	" "	18/9/1956	4	216	180	83.3	79	5	6.3

Këto rezultate nuk mund të krahasohen me ato të provave të vitave 1957 e 1958 mbasi nuk mund të shprehet CL<sub>50</sub> në përqindje të koncentracjonit të DDT-së. Në këto anofelet ekspozohen në kristale të DDT-së të mbeturë mbas avullimit të solventit (vajgurit dhe ksilolit) kurse në provat e bëra më 1957-58 me metodën Busvine — Nash, insektet ekspozohen në letër-filtër të njomur në mënyrë uniforme me solucion DDT në voj mineral jo volatil.

### Provat e bëra më 1957-1960.

Në vjetet 1957-1960 provat u bënë me metodën e Busvine Nash të rekomanduar nga Komiteti i eksperteve të malarjes të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, dhe me mjetet e dërguara nga kjo organizatë.

Simbas kësaj metode «standart» provat bëhen në tuba prove të veshur me letër filtrë të imprejuar me insekticide në solucion me koncentracjone të ndryshme, me intervale logarithmike aproksimativisht të barabarta, kështu simbas instruksjonit të O.B.SH. janë të përshtatëshme për DDT-në koncentracjonet prej 0.5%, 1%; 2% e 4%, për Dieldrinën 0.1%, 0.2% dhe 0.4%.

Edhe për këto prova kemi përdorur vetëm anofele femra të ngorpura me gjak ose që kishin pirë gjak me përjashtim të provave të vitit 1958 në Tushemisht dhe atyre të vitit 1960 në Vrion ku për arësyte të

sasisë të vogël të anofeleve dhe vështirësisi për kapjen e tyre janë përdorur edhe anofele që nuk kishin thithur gjak, faktor që ka influencuar nga sa duket edhe në uljen e CL<sub>50</sub> në Tushemisht nga 3.1% DDT me 1957 në 2.4% me 1958.

Në tubat e provës anofelet ekspozohen kundrejt insekticideve për një orë. Kontrolli për të parë rezultatin bëhet mbas 24 orësh. Njëkohësisht bëhet një provë dëshmuese me tuba prove të veshur me letër filtre të njomur vetëm me solventin e insekticidit.

Për këtë qëllim u zgjidhen qëndra të banuara në pika të ndryshme të vendit tonë, me formulë të ndryshme të faunës anofeline dhe ku përfaqësohen të tre llojet kryesore të anofeleve transmetonjës të vendit tonë: **A. sacharovi**, **A. superpictus** dhe **A. maculipennis**.

Provat u bënë në rrëthet Lezhë, Elbasan, Fier, Vlorë e Sarandë duke zgjedhur vratat residuale kryesore të transmetimit të malarjes në këta rrëthe, si edhe në rrëthin e Pogradecit në fshatrat rrëth kënetës së Starovës ku malarja është çdukur si rezultat i përdorimit të DDT-së në luftën kundra saj.

Numuri i përgjithshëm i anofeleve të provave të këtyre katër vjetëve mbrin 12.874 syresh, prej të cilave 10.192 janë testuar me koncetracione të ndryshme insekticidesh dhe 2.682 kanë shërbyer për provën dëshmuese.

Prej shumës së përgjithshëm t'anofeleve 7.130 janë **A. sacharovi** 4.288 **A. maculipennis**, 1.348 **A. superpictus** dhe 108 **A. hyrcanus**. Duhet shënuar se **A. hyrcanus** është kapur mbas një shiu të freskët, në lokalet ku zakonisht kapej **A. sacharovi**; herët e tjera nuk u gjetën nga ky lloj, mbasi siç dihet ky zakonisht nuk strehohet as në banesa as në ahure.

Rezultatet e provave analitisht për çdo vënd, lloj t'anofeleve dhe lloj e koncentracion t'insekticideve pasqyrohen në pasqyrat Nr. 4, 5 e 6. Në këto pasqyra paraqitet përqindja e pakorigjuar e mortalitetit, nga e cila u llogarit përqindja e korrigjuar me anën e formulës së Abbot dhe u nxuar «koncetracioni letal mesatar» (CL<sub>50</sub>) me metodën grafike për të tre insekticidet dhe 4 llojet e anofeleve.

### a) Provat e bëra në Balldre të Lezhës.

Fshati Balldre ndodhet afro 2 km. nga qyteti Lezhë. Një pjesë e shtëpisë ndodhen në dy anët e rrujës automobilistike Lezhë-Shkodër kurse pjesa tjatër në afërsi të kënetës së Kakariqit.

Foleja kryesore për zhvillimin e anofeleve është këneta e Kakariqit e cila gjendet në veri-perëndim të fshatit Balldre dhe ka një sipërfaqe prej rrëth 2.850 ha. Në verë një pjesë e mirë e kënetës thahet kurse në dimër niveli i ujit ngrihet. Këneta është e mbuluar me vegjetacion të dendur dhe lidhet me lumin Drin me anën e një kanali. Uji i kënetës në verë (1957 e 1958) përmban 10% kripë d.m.th. është shumë i përshtatshëm për zhvillimin e **A. sacharovi** dhe thuaje vetëm ky lloj anofeli gjendet aty, e me një densitet shumë të madh.

Me këtë densitet anofelik endemija malarike në Balldre ka qënë e rëndë, dhe ky fshat njihesh si një ndër vëndet më malarike të Shqipërisë.

Luftimi i malarjes me anën e spërkatjes së banesave me DDT këtu ka filluar në vitin 1947 dhe pandërprerje është vazhduar deri më 1960 d.m.th. për 14 vjet rrjesht. Gjithashtu këneta është spërkatur me anën e aeroplanit me DDT për disa vjet dhe në mënyrë jo të rregullt. Të dhëna për të paraqitur shkallën e endemisë malarike në kohën para përdorimit të DDT-së mungojnë; por në qytetin e Lezhës në shkollën e të cilët shkonin edhe fëmija e Balldrenit më 1930 indeksi splenik ka qënë 78.7% kurse ai parazitar 42.4%. Përsa i përket endemisë malarike mbas çlirimit snif pasqyrën Nr. 2.

### Pasqyra Nr. 2.

Të dhëna mbi malarjen në Balldre. (Në vitet 1950 dhe 1951 është ekzaminuar gjithë popullsia e fshatit kurse në vitet e tjera vetëm fëmijët e shkollës).

	Indeksi splenik			Indeksi parazitar			Raste me malarje gjithësejt.
	T'ekza- minuar	Meshpërt- kë të rritur	%	Eksamini- me gjaku.	Pozitiva	%	
1950	204	108	52.9	241	14	5.8	—
1951	196	62	31.6	237	1	0.4	—
1953	36	11	30.5	—	—	—	—
1954	39	6	15.4	—	—	—	—
1955	37	5	13.5	17	1	5.9	—
1956	33	2	6.0	35	2	5.7	4
1957	34	1	2.9	34	0	0.0	2
1958	—	—	—	—	—	—	2

Sic shifet nga pasqyra e sipërme në vitet 1956-1957 fshati Balldre vazhdonte akoma të ishte një vatrë residuale transmetimi të malarjes: indeksi splenik më 1956 ishte 6% ai parasitar 5.7% dhe ishin zbuluar 4 raste malarje, prej të cilave dy primitive.

Me qëllim që të bëheshin provat e sensibilitetit të anofeleve kundrejt insekticideve janë përfshirë pa u spërkatur më 1957 një ahur i përshtatëshëm për strehim anofelesh në periferi të fshatit, afër kënetës, dhe një shtëpi e izoluar dhe larg fshatit (afro 2 km.) bashkë me katër ahuret e saj në të cilat strehoheshin lopë, dhen e dhi (lagje Çelaj); më 1957 anofele janë mbledhur gjithashtu edhe në 3 ahure të izoluar në Ralagje, midis kënetës e malit të Kakariqit rrëth 3 km. më në thellësi se banesa me ahuret në Çelaj, që u përmend më sipër.

Muret e ahureve si edhe të banesës ishin mure të thatë gurësh ose gardhi; lokalet ishin të mbuluar me kashtë kënete dhe kishin pak drithë. Në njëren prej ahureve gjithë tavani (më 1958) ishte mbushur me vargje duhani të cilin pronari e kishte varur për t'a tharë dhe me gjithë erën e fortë të duhanit për çdo ditë kapeshin 2-300 anofele (shumë më tepër se aqë të tjera mbeteshin) të vendosur nën mbulesën prej kashte të kasollës dhe në vetë vargjet me duhan.

Provat bëheshin paradigmët dhe në vendin e kapjes s'anofeleve, në ahuret; po aty vendoseshin dhe kafazet me mushkonja, të cilët vareshin në trarët e çatis të ahureve. Njëkohësisht bëheshin dhe matje të temperaturës (maksima e minima) brenda 24 orëve dhe të lagështirës me higrometër me qime në lokalin e provave, ku u regjistruan këto të dhëna gjatë ditëve që zgjatin prova.

### Pasqyra Nr. 3

	1957	1958
Datat e provës	18-26-VII	22-26-VIII
Lagështija relative mesatare:		
a) n' orën 8	71.2%	—
b) n' orën 9	—	67.0%
Temperatura mesatare	24.2°	27.2°
T° maksima absolute	30.0°	33.0°
T° minima absolute	19.0°	21.0°
T° maksima nesatare	27.2°	32.4°
T° minima mesatare	21.3°	22.0°

Në vitin 1957 provat janë bërë me *A. sacharovi* si edhe një sasi te vogël *A. hyrcanus*, të cilët këta të fundit siç u tha edhe më sipër u kapën në një ahur mbas një shiu të freskët.

U testuan me koncentracione të ndryshme DDT-je (0.5%, 1%, 2% dhe 4%) 1.942 *A. sacharovi*, me dieldrinë (0.1% e 0.2%) 287 dhe lindan (0.01% e 0.02%) 229 kurse për provën dëshmuese shërbjen 645 anofele po të atij lloji. Siç shifet dhe nga pasqyrat Nr. 4, 5 e 6, CL<sub>50</sub> për DDT-në rezulton 1.40%: për dieldrinën 0.13% për lindanin 0.02%. *A. hyrcanus* u trajtuan vetëm me DDT për shkak se vetëm një sasi e vogël syresh u kapën (52 gjithsej) dhe CL<sub>50</sub> rezultoi 2%.

Në vitin 1958 anofelet janë kapur vetëm në një ahur të paspërkatur në lagjen Çelaj të Balldrenit, mbasi pjesët e tjera ku kapeshin vitin e mëparëshëm ishin spërkatur dhe nuk gjetëm anofele. U testuan me DDT (1%, 2% e 4%) 784. *A. sacharovi*, me dieldrinë (0.1%; 0.2%; 0.4%) 590 dhe me lindan (0.01%, 0.02% e 0.04%) 130 kurse për provën dëshmuese shërbjen 261 anofele po të atij lloji. Siç duket nga tabelat e sipërtreguara CL<sub>50</sub> për DDT-në më 1958 rezultoj 2.7% për dieldrinën 0.14% dhe për lindanin 0.016%.

Po të krahasojmë rezultatet e provave të vitit 1957 me ato të vitit 1958 del se CL<sub>50</sub> për DDT-në nga 1.40%, më 1957 ngrihet në 2.7% më 1958; për dieldrinën nga 0.13% në 0.14%, kurse për lindanin nga 0.02% bije në 0.016%. Variacione të këtilla «sezonale», të sensibilitetit t'anofeleve kundrejt insekticideve mund të ndodhin jo vetëm nga një vit në tjetrin, por edhe nga një muaj në tjetrin të po një viti. Këtë fenomen e kanë observuar për herën e parë autorët rumunë më 1956 në Rumania (M. Ciucă e bashkëpunëtorët) dhe e kanë konfirmuar me provat e bëra më 1957 në shkallë të gjërë; njëkohësisht me këta po më 1956 e ka observuar këtë fenomen dhe De Zulueta në Iran.

Në provat tona mund të ketë influencuar edhe fakti që me 1957

anofelet janë mbledhur nga disa vende me një distancë rrith 4 km. midis tyre, kurse me 1958 ata janë kapur vetëm në një ahur. Sidomis qoftë CL<sub>50</sub> e sipërme për dy vjetet, me gjithë varjacjonet e tyre na tregojnë se **A. sacharovi** në Balldre të Lezhës e ka ruajtur sensibilitetin kundrejt DDT-së. Gjithashtu CL<sub>50</sub> janë mjافت të ulëta si përdielidrinën, insektricid ky që nuk është përdorur ndonjë herë në vendin tonë, ashtu edhe për lindanin, izomeri aktiv i heksakloranit, i cili siç u tha më sipër është përdorur në radhë të parë kundra dëmtonjësve të bimeve bujqësore dhe ektoparasiteve të kafshëve, por njëkohësisht të ana e fshatarëve në këtë zonë është përdorur edhe kundra insekteve të tjera.

### b) Provat e bëra në Ishull-Shëngjin të rrithit të Lezhës.

Fshati Ishull-Shëngjin ndodhet në rrugën automobilistike Lezhë-Shëngjin. Provat këtu janë bërë në muajin qershor 1959 në një shtëpi ndodhur rrezë malit shkëmbor rrith dy kilometra nga qyteti i Lezhës. Anofelet këtu zhvillohen në moçalishte të formuara prej ujравë që burojnë rrëzë malit. Edhe në këtë endemia malarike ka qënë e rënëdë në të kaluarën sikurse në Balldre.

Provat këtu janë bërë me **A. sacharovi** dhe **A. maculipennis** dhe CL<sub>50</sub> për DDT-në rezultoj prej 1.8% për **A. sacharovi** dhe 2.4% për **A. maculipennis**.

### c) Provat e bëra në Shtyllas të Fierit.

Fshati Shtyllas ndodhet në jugë-perëndim të Fierit në afërsi të qytetit antik «Apollonia» dhe afro 2 km nga fshati Sop, ku më 1956 dhe me 1959 janë bërë provat e pëershkuara në pjesët përkatëse. Këtu mu-shkonjat zhvillohen në kënetën e Shënpjetrit, e cila shtrihet nga afërsitë e këtyre fshatrave afër bregut të detit, si edhe në shumë fole të vogla të formuara nga vaditja. Para vitiit 1956 kjo kënetë ka qënë një ligue i cekët dhe me ujë të kripur mbassi komunikon me detin, atëherë ajo nuk përbante bimë kënetare dhe koncentracioni i madh i kripës nuk lejonte zhvillimin e anofeleve. Kënetëzimi i liqenit u bë më 1956, me ndërtimin e kanalit vaditës Vjosë-Levan-Fier dhe përdorimin e këti liqeni si vend shkarkimi për ujrat e kanalit dhe ujrat e nalta të një zone të gjërë. Kështu në 1956 (gusht) koncentracioni i kripës mbriti në rrith 2,5-3% në afersitë e fshatit Sop dhe bimetë kënetare filluan të zhvillohen me hov: njëkohësisht filloj të zhvillohet një anofelizëm (në shumicën dërmuese **A. sacharovi**) me densitet shumë të madh.

Sërkatja e banesave të fshatit me DDT është bërë vazhdimitë prej vitiit 1947. Endemia malarike në të kaluarën ka qënë e rëndë dhe duke marë parasysh karakterin e foleve larvore, influencohej shumë nga shirat, sidomos nga ata të pranverës, por të dhëna që t'i përkasin kohës para vitiit 1956 nuk kemi. Duke filluar nga viti 1956 e këtej në fshatin Shtyllas janë konstatuar këta raste me malarje:

Viti 1956 raste 9 të gjithë me Pl. vivax

Viti 1957 raste 2 të gjithë me Pl. vivax

Viti 1958 raste 0

Siç duket pra, deri më 1957 fshati ka vazhduar të jetë një vatër resduale transmisioni.

Provat u bënë në 26 dhe 27 qershor 1957. Fshati nuk ishte spër-katur akoma atë vit dhe anofele gjëndeshin në çdo vënd qoftë banesë ose ahur dhe me shumicë. Njëkohësisht filluan të paraqiten dhe rastet e reja të malarjes: më 26 qershor nga kontrolli që bëmë në fshat konstatuam një fëmijë të sëmurë, në gjakun e të cilit u gjetën parasetit e malarjes (Pl. vivax) dhe që rezultonte të ishte infekzion i ri dhe vëndas. Dy dit më von u bë spërkatja totale e gjithë fshatit me solucion DDT — teknik në vojguri me sasinë 2 gr/m<sup>2</sup>. Në kontrolllet që janë bërë më von në fshat nuk janë kapur veçse 0-5 anofele, të gjithë A. sacharovi në katër ahure dhe disa shtëpi të kontrolluara të spër-katura dhe më një ahur të pa spërkatuar katër kontolle gjatë tre muajve mbas spërkatjes. Kështu që një spërkatje e bërë me kujdes, den-sitetin anofelik e uli afér zeros.

Anofelet me të cilët u bënë provat u kapën në dy ahure lopësh, me mure gardhi të lyer me baltë dhe të mbuluar me kashtë kënete. Provat u bënë në një dhomë të shkollës së fshatit dhe po aty u vendosën kafazet me anofelet e testuara.

Gjatë ditëve të provave kemi këto të dhëna meteorologjike (26-27 qershor 1957):

Lagështia relative mesatare në orën 9	72.5%
Temperatura mesatare	250
Temperatura maksima absolute	300
Temperatura minima absolute	200
Temperatura maksima mezatare	280
Temperatura minima mezatare	220

Provat u bënë me A. sacharovi si edhe me A. maculipennis. U testuan me koncentracjone të ndryshme DDT 551 A. sacharovi, me dieldrinë 90, kurse 119 anofele të tjera po të atij lloji u përdoren për provën dëshmuese. Siç shifet dhe nga pasqyrat 4 e 5 CL<sub>50</sub> për DDT-në rezulton 1.80% kurse për dieldrinën 0.1%.

U testuan gjithashtu 91 A. maculipennis me DDT dhe 21 me Dieldrine (për provën dëshmuese 10) dhe CL<sub>50</sub> rezultoj për DDT-në 1.6 kurse për Dieldrinën 0.1%.

Në vitin 1958 spërkatja e fshatit u bë në kohë dhe totale kështu që nuk qe e mundur të bëheshin provat qoftë edhe me sasi të vogël anofelesh.

### c) Provat e bëra në fshatin SOP të Fierit me 1959.

Në fshatin Sop janë bërë prova edhe me 1956, ashtu sikurse për-shkrohen në pjesën përkatëse por jo me metodën e Busvine e Nash. Fshati Sop ndodhet shumë afër Shtyllasit dhe foletë e zhvillimit të anofeleve në shumicën e tyre janë të përbashkëta për të dy këta fshatra. Përsa u përket të dhënave mbi malarjen, këtu kemi pasur vetëm 2 raste me Pl. vivax me 1956, kurse mbas këti viti deri më 1959 që janë bërë provat nuk kemi pasur asnjë rast tjetër. Spërkatja e ndërtesave me DDT është bërë për çdo vit prej vitit 1947 deri më 1957, kurse me 1953-1959 fshati nuk është spërkatur.

Provat janë bërë prej 17-20 korrik 1959 me A. sacharovi dhe CL<sub>50</sub> ka rezultuar 1.6% për DDT-në kurse koncentracioni 40% për dy orë kontakt ka ngordhur 100.00% t'anofeleve.

## d) Provat e bëra në Godoleh-Fushë të Elbasanit.

Fusha e Godoleshit ndodhet në veri dhe veri-lindje të kodrës së Krastes së Madhe në dy anët e rrugës automobilistike Elbasan-Korçë dhe rrëth 2-2.5 km. nga qyteti i Elbasanit. Ka një naltësi prej 120-130 m. mbi nivelin e detit. Fauna anofelike këtu përbëhet prej **A. superpictus**, i cili është dhe vektori kryesor i malarjes dhe **A. maculipennis** me afro 100% varjetetin **typicus**. Foleja larvore kryesore për **A. superpictus** është shtrati i lumenit Shkumbin, i cili në këtë vend arrin një gjërireshi shumë të madhe (rrëth 1 kilometër); me rrjetin e gjérë që formojnë degët e tija të shumta mbi një teren zallor, Shkumbini në këtë vënd formon fole larvore me kondita optimale për zhvillimin e kësaj mushkonje. **A. maculipennis** zhvillohet kryesisht në orizoret dhe kanalet e shumta që formohen nga këto dhe nga vaditja, nga gropat e gjëra të hapura nga dora e njeriut për prodhim tullash e tjegullash dhe në ujra të ndenjura që formohen nga disa burime.

Në këtë zonë është bërë spërkatja e banesave me DDT qysh prej viti 1947 deri më 1957, kurse më 1958 nuk është bërë. Veç asaj duhet vënë në dukje se, i kombinuar me spërkatjen e banesave këtu është bërë, po prej viti 1947 (dhe vazhdon të bëhet) luftimi antilarvor për mbrojtjen e qytetit t'Elbasanit, duke përdorur si larvicid DDT-në në formë emulsioni. Kjo ka rëndësi mbasi sot pranohet që sa më i gjatë dhe më intensif të jetë kontakti i një lloji insekti me një insekticid të caktuar aq më tepër ka mundësi që ky lloj insekti të fitojë rezistencë kundrejt insekticidit në fjalë.

Endemja malarike në këtë zonë para çlirimt ka qënë e rëndë.

Pasqyra 7 paraqit të dhëna mbi endeminë malarike në fshatin Shushicë në vitin 1933 dhe në tre vjetët e fundit paraqitin fshatin Shushicë për arësy se: a) për fushën e Godoleshit s'kemi të dhëna për indeksin splenik e parasitar, mbasi aty ka vetëm disa shtëpi dhe fëmijët shkojnë në shkolla të tjera, dhe b) mbasi Shushica me vendin ku janë bërë provat është vetëm 2 km. larg dhe foletë larvore janë të përbashkëta.

### Pasqyra Nr. 7

Të dhëna mbi malarjen në Shushicë (afër Fushës së Godoleshit).

Viti	Indeksi splenik			Indeksi parasitar			Raste me malarje gjithsej në fshat
	Fëmijë të ekzaminuar	Me shpretekë të ritur	%	Ekzamini me gjaku	Pozitiva	%	
1933	65	58	87.7	65	23	35.0	?
1955	64	7	10.9	64	0	0.0	—
1956	—	—	—	—	—	—	1
1957	84	6	7.1	84	0	0.0	1
1958	—	—	—	—	—	—	0

Anofelet janë kapur në dy ahure të lënë pa u spërkatur për këtë qëllim në zonën e përshkruar, si edhe në një ahur tjetër rrëth  $21\frac{1}{2}$  km larg nga ahuret e sipërme (në drejtim të Korçës) dhe më të njëjtën formulë të faunës anofelike, në fshatin Labinot të Poshtëm.

Provat janë bërë për dy vjet rrjesht me dy llojet e anofeleve që gjinden aty d.m.th. **A. superpictus** dhe **A. maculipennis**.

Në lokalini ku u bënë provat dhe u mbajtën anofelet e testuara (në njërin prej ahureve ku u kapnë) kemi pasur këto lëvizje të temperaturës dhe lagështirës gjatë periodës së provave: (pasqyrë Nr. 8).

### Pasqyra Nr. 8

Ndryshime të temperaturës dhe lagështirës në lokalini e provave, Godolesh – Fushë.

T° dhe lagështja për gjithë kohën e zgjatjes së provave	1957 11-16-IX	1958 14-18-IX
Lagështia relative mesatare:		
a) n' orën 8	70.7 %	65.6 %
a) n' orën 14	56.6 %	—
Temperatura mesatare		
Temp. Max. absolute	23.5°	20.6°
„ Min. absolute	30.0°	27.0°
„ Maks. mesatare	16.0°	14.0°
„ Min. mesatare	27.5°	24.8°
	19.5°	15.4°

Në vitin 1957 u testuan me DDT (koncentracjone prej 0.50%; 1%, dhe 4%) 330 **A. maculipensis** dhe 299 **A. superpictus**, kurse 91 **A. maculipennis** dhe 111 **A. superpictus** u përdorën për provën dëshmuese. Siç shifet dhe nga pasqyra 4 për **A. maculipennis** CL<sub>50</sub> rezulton të jetë 2% kurse **A. superpictus** 0.70% për DDT-në. Më 1957 janë trajtuar me dieldrinë (koncentracjone 0.2% dhe 0.4%) 146 **A. maculipennis** dhe 182 **A. superpictus** dhe CL<sub>50</sub> ka rezultue respektivisht 0.25% dhe 0.2%.

Në vitin 1958 provat u bënë në të njëjtat vënde por vetëm me DDT, me të cilën u testuan 431 **A. maculipennis** dhe 595 **A. superpictus**, dhe u përdorën për provat dëshmuese respektivisht 107 dhe 161 mushkonja. Në provat e vitit 1958 CL<sub>50</sub> rezultoj i njëjtë me atë të vitit të më parshëm, d.m.th. 2% për **A. maculipennis** dhe 0.70% për **A. superpictus**.

Nga sa u tha më sipër, duket se **A. superpictus** është shumë më sensibël kundrejt insekticidit se tre llojet e tjera të anofeleve me të cilët kemi bërë provat. Dhe kjo ndodh jo vetëm në vendin tonë, por edhe në vende të tjera: në Greqi, p.sh. nga provat e bëra prej J. Adjinicolaou në shtator 1956 CL<sub>50</sub> i DDT-së për **A. superpictus** është 0.50% kurse për **A. sacharovi** në Asterion (Lakoni) ku ky lloj mushkonje ka fituar rezistencë CL<sub>50</sub> mbrin së 122% (vlerësim numerik) d.m.th. është rrëth 45 – 90 herë më i naltë se në vendin tonë, po ashtu Gramiccia me

heshkëpunëtorët në Iran më 1955 për *A. superpictus* kanë gjetur një CL<sub>50</sub> prej 0.72% në zona të paspërkatura. (WHO/Mal- 189, WHO - Insecticides - 63, 26-VI-1957).

Më 1959 prej 20 – 25 gusht në Labinot i poshtëm janë bërë prova me *A. maculipennis* duke i ekspozuar vetëm në 4% DDT për dy orë dhe mortaliteti rezultoj 100%.

#### dh) Provat e bëra në Tushemisht të Pogradecit.

Tushemishti ndodhet në jugë të liqenit të Ohrit, rrreth 4 km. në lindje të Pogradecit dhe në afërsi të kënetës së Starovës (balta e Starovës), me një naltësi prej rrreth 700 – 705 m. mbi nivelin e detit. Për rrreth kësaj kënete ndodhen gjithashtu fshati me të njëjtin emër (Starova) dhe Zagoriçani, i pari rrreth tri km. nga Tushemishti dhe i dyti rrreth dy km. Kënetë formohet nga depozitimi në një depresjon natyral i ujit që buron në sasi të madhe në rrëzë të kodrave prej Zagoriçanit në Tushemisht. Fauna anofeline këtu përbëhet kryesisht nga varjetetesh të grupit *A. maculipennis* (*A. m. typicus*, *A. m. messeae* dhe *A. m. subalpinus*) por nuk është i rrallë edhe *A. bifurcatus* i cili në ujrat e freskëta të dala nga burimet gjen kondita të përshtatëshme për zhvillim. Vektor kryesor i malarjes këtu është *A. m. typicus*.

Edhe në këtë zonë, sikurse në tushën e Godoleshit, spërkatja e banesave me DDT është kombinuar me luftimin antilarvor dhe është bërë për 12 vjet pa ndërprerje d.m.th. prej vitit 1947 deri më 1958; luftimi antilarvor këtu ka qenë i pjesëshëm, d.m.th. në kanalet, pellgjet e pjesën e cekët në perëndim të kënetës, për mbrojtjen e qytetit të Pogradecit. Në kohën para shkrimit dhe para përdorimit të DDT-së endemija malarike në këto fshatra ka qenë e rëndë, por të dhëna nuk kemi. Të dhënat që disponojnë dhe që paraqiten këtu poshtë i referohen fshatit Starovë dhe për periodin 1950 – 1958 (Pasqyra Nr. 9) kohë në të cilën mereshin masa të rëndësishme:

#### Pasqyra Nr. 9

#### Të dhënat mbi malarjen në Starovë.

Viti	Indeksi Splenik			Indeksi Parasitar		
	Ekzaminime fëmijesh	Me shprekë të rritur	%	Ekzaminime fëmijesh.	Me parasita në qarkullim	%
1950	126	21	15.8	126	0	0
1951	114	15	13.1	114	0	0
1952	110	6	5.4	110	0	0
1953	106	1	0.9	106	0	0
1954	107	2	1.8	128	0	0
1957	103	2	2.0	103	0	0
1958	78	0	0.0	78	0	0

Shtojmë se prej vitit 1954 në tre këta fshatra nuk ka asnjë rast malarje.

Anofelet për provë janë kapur në ahure të paspërkatur në tre fshatrat më 1957 dhe vetëm në Tushemisht më 1956. Provat janë bërë në Tushemisht, të dy vjetët, dhe kafazet me anofelet e testuara janë varur në tavanin e një ahuri të paspërkatur, ku kapeshin mjaft syresh për çdo ditë.

Në pasqyrën Nr. 10 paraqiten lëvizjet e temperaturës dhe të lagështirës gjatë ditëve të provës në lokalin ku u bënë provat dhe u mbajtën anofelet e testuara.

### Pasqyra 10.

Ndryshimet e temperaturës dhe lagështirës në lokalin e provaave, Tushemisht.

Temperatura dhe lagështija për gjithë kohën e zgjatjes së provave	1957 29-VIII 3-IX	1958 5-9-IX
Lagështira relative mesatare:		
a) n' ora 8	74.5%	81.0%
b) n' ora 14	67.0%	—
Temperatura mesatare	22.6°	18.4°
Temperatura max. ap solute	27.0°	24.0°
Temp. Min.	18.0°	13.0°
„ Max. mesatare	26.1°	21.4°
„ Min. mesatare	19.0°	15.4°

Më 1957 provat janë bërë prej 29 gusshit deri më 3 shtator dhe janë testuar gjithsejt me koncentracjone të ndryshme DDT-je 762 A. **maculipennis** dhe me provën e kontrollit 236 të tjera. Pasqyra Nr. 4 na tregon se CL<sub>50</sub> për A. **maculipennis** në Tushemisht është illogaritur në 3.1% për DDT-në. Me dieldrine po n'atë kohë janë testuar 462 mushkonja dhe CL<sub>50</sub> është illogaritur në 0.33%.

Më 1958 provat janë bërë prej 5 — 9 shtator dhe vetëm me DDT duke testuar gjithësejt 1.000 A. **maculipennis** prej të cilave 744 me koncentracjone të ndryshme DDT-je dhe 256 me provën dëshëruese — CL<sub>50</sub> ka rezultuar 2.4% d.m.th. me një diferencë prej 0.6% kundrejt provave të bëra më 1957. Sikurse është thënë edhe më sipër lëkundje të këtilla në CL<sub>50</sub> mund të ndodhin, (shif provat e bëra në Balldre të Lezhës).

#### e) Provat e bëra në Poro të Vlorës.

Fshati Poro ndodhet në veri të lijenit të Nartës, midis këtij dhe lumit Vjosë. Banesat i ka të shpërndara dhe shumica të vendosura buzë shtratit të vjetër të lumit Vjosë, i cili është dhe foleja e zhvillimit të larvave në këtë zonë.

Fshati Poro dhe fshatrat rrreth tij (Zhukë, Dëllënje etj.) njihen si vatra më të rëndësishme të malarjes në rrrethin e Vlorës. Me gjithë luf-tën kundra malarjes me anën e spërkatjes së ndërtesave me DDT për 14 vjet rjesht këta fshatra vazhdojnë të mbeten vatra të transmetimit të malarjes. Ky ka qenë shkaku që na ka shtyrë të bëjmë provat në këtë fshat.

Në Poro kemi pasur këta raste me malarje:

Viti 1956 raste 8 me **Pl. vivax**.

« 1957	« 7	»
« 1958	« 6	»
« 1959	« 5	»

Anofelet janë mbledhur në shumë ahure të paspërkatur dhe janë jetur vetëm **A. sacharovi**.

Provat janë bërë prej 11 – 14/VIII/959 me DDT dhe CL<sub>50</sub> ka rezultu-mp 1.25%; koncentracioni 4% me kontakt 2 orë ka dhënë mortalitet 100%,

#### e) Provat e bëra së Vrion të Sarandës.

Në Vrion prova është bërë vetëm për një ditë dhe me një sasi relativisht të pakët anofelesh.

Një pjesë e anofeleve janë mbledhur në fshatin Çuke dhe pjesa tjeter në Vrion.

Interesi i kësaj prove qëndron në faktin se me gjithë që këto fshatra janë vatra të transmetimit të malarjes, sensibiliteti i **A. sacharovi**, vektor kryesor këtu është i naltë, po ashtu edhe ai i anofeleve të tjera. Kështu CL<sub>50</sub> për DDT-në është për **A. sacharovi** 1%, për **A. maculipennis** 1.4% dhe për **A. hyrcanus** 1.3%.

Nga sa u radhit më sipër pra shohim se nga provat e bëra në vëndin tonë CL<sub>50</sub> për DDT-në është midis 2.7% dhe 1.0% për **A. sacharovi**, 3.1%, 1.4% për **A. maculipennis**, 0.7% për **A. superpictus** dhe 2% për **A. hyrcanus**.

Sensibilitet më të ulët për DDT-në paraqit **A. maculipennis** i zhvillouar në kënetën e Starovës, CL<sub>50</sub> prej 3.1% (prova të bëra prej 29/VIII/ – 3/IX/1957) kurse sensibilitet më të naltë paraqit **A. superpictus** në Elbasan (Godolesh – Fushë) me CL<sub>50</sub> prej 0.7%.

Deri pak kohë më parë një CL<sub>50</sub> prej rrreth 30% për DDT-në konsiderohej si tregues i një rezistence, kurse tanë ka tendencia që të konsiderohen rezistente vetëm shtamet e anofeleve që japid një CL<sub>50</sub> mbi 50% dhe, shumë e rëndësishme kjo, që manifestojnë një tendencë për t'a quar këtë progresivisht në nivele më të larta.

Si rjedhim pra, edhe vlera më e naltë e CL<sub>50</sub> e gjetur në vëndin tonë për DDT-në 3.1%, në Tushemisht për **A. maculipennis** në 1957 nuk mund të konsiderohet si «rezistencë», për këto arësy: a) është më i ulët nga CL<sub>50</sub> prej 5% dhe b) nuk ka tendencë për t'u naltësuar (në fakt në shtator 1958 ai zbret në 2.4%).

CL<sub>50</sub> e Dieldrinës për **A. sacharovi** lëvis nga 0.10% në 0.14%, për **A. maculipennis** nga 0.10% në 0.33% (kjo e fundit në Tushemisht më 1957), për **A. superpictus** është 0.25% dhe për **A. hyrcanus** 0.2%, kurse

Pasqyra Nr. 4.

Rezultatet e provave të sensibilitetit t'anofeleve kundrejt DDT-së.

Nr.	Lloji i anofeleve	Vendi i provave	Data e provave	Konsentraciioni i DDT-së kontakt një orë				Konsentraciioni i DDT-së	Provati dëshmuar.	CL <sub>50</sub> ne % të koncentrati të DDT-së.
				0.5%	1 %	2 %	4 %	4% kontaktdy orë		
1	A. Sacharovi	Fier (Shytillas)	26-27.VII.57	-	15.8	20.2	16.8	22.5	89.0	-
2	"	Lezhë (Ballidre)	18-26.VII.57	19.1	10.5	4.45	20.7	67.3	62.2	119
3	"	" (Ishullshëngjin)	22-26.VII.58	-	26.1	5.7	21.7	23.0	26.6	83.5
4	"	" (Sop)	19-21.VII.59	-	6.4	12.5	7.3	64.4	60	-
5	"	Vlore (Poro)	17-20.VII.59	-	85	12.9	81	79.0	88	64
6	"	Saranjë (Vrion)	11-14.VIII.59	-	10.8	39.8	11.6	81.0	105	100.0
7	A. maculipennis	Fier (Shytillas)	26-27.IX.60	-	-	20	50.0	22	90.9	19
8	"	29.VII.31.X.57	-	-	19	31.6	38	66.0	34	-
9	"	Pogr. Tushemish	5-9.IX.58	-	24.5	8.2	26.7	27.0	25.0	97.0
10	"	" Elbasan (Fushë)	11-16.IX.57	-	23.6	15.3	25.1	36.6	25.8	65.6
11	"	"	10.6	28.3	10.7	44.9	11.7	86.3	81.4	-
12	"	Lezhë Ish. " Shëngj. Elb. Lab. Posht.	14-18.IX.58	50	4.0	9.6	21.9	100	185	80.0
13	"	Sarandë (Vrilon)	19-21.VII.59	-	-	17	11.8	12	41.7	8
14	"	Elb. Godol. Fush.	20-24.VII.59	-	-	-	-	-	75.0	75.0
15	"	"	26.IX.60	-	-	19	26.3	13	69.2	16
16	A. superpictus	"	11-16.IX.57	-	-	9.6	77.1	89	96.0	114
17	"	Lezhë (Ballidre)	14-18.IX.58	18.1	31.5	16.6	71.7	169	79	100.0
18	A. hyrcanus	Sarandë (Vrion)	18-26.VII.57	-	-	14	42.9	15	28.9	15
19	"	"	26.IX.60	-	-	-	-	-	60.9	80.0

Pascha Nr. 5.

Resultatet e provave të sensibilitet tanofeleve kundrejt Diekrings

Pasqyra Nr. 6.

Rezultatet e provave të sensibilitetit t'anofeleve kundrejt lindanit.

Nr. R.	Lloji i anofeleve	Vëndi i provave	Datat e provave	Koncentrimi i lindanit në vaj mineral		Provrat dëshmuese
				0.01%	0.02%	
1. A. sacharov	Lezhë (Ball dre)	18-26.VII.57	117	9	7.7	112 46 41.1 — — —
2. , ,	Lezhë (Ball dre)	22-26.VIII.58	33	7	21.2 63 41 65.1 34 34	100.0 261 5 1.9 0.016

Janë lindanit për A. sacharovi ka vlerat 0.016% në 1958 dhe 0.020% me 1957 në Balldre, d.m.th. edhe kundrejt këtyre insekticideve anotetet e vëndit tonë janë sensibël.

### Konkluzione:

Në të dhënata që beshtetur në të dhënat e ekspozuara më sipër mund të bëhet konkluzione:

Periodën e gjatë të përdorimit të DDT-së në vëndin (Bukuresht) në luftën kundra malarjes, asnjeri prej tre insekticidave paragjithesh janë rezistente.

DDT-së si imagocid dhe larvicid njëkohësisht është rëndësishëm, por përfundimisht rjesht nuk ka favorizuar çfaqjen e rezistencës së larvave.

Rezistencët e insekticidi më efikas në luftën kundra malarjes

### L I T E R A T U R A

1. BUSVINE J. Report on a visit to the Lebanon and Greece regarding insecticide resistance of *Anopheles sacharovi*. Gjenevë 10/X/1955 (nga OSHB i poligrafuar).
2. CIUCA M. & COLLABORATEURS: WHO/Mal/ 190, 1957 (Dok. poligr.)
3. DUPORT M. & SANDULESCO M. Bull. OMS. 6, 1958.
4. DUPORT M & SANDULESCO M. OMS, EURO — 107—3/WP 9, 1958 (Dok. poligr.)
5. KOMITETI I EKSPERTAVE TË MALARJES (OMS). Raporti i v. 1954, Raporti i VI, 1957.
6. KOMITETI I EKSPERTAVE TË INSEKTICIDEVE (OMS), Raporti i VII, 1957, Raporti i VIII, 1958.
7. KOVCHAZOV G. Hig. Epid. i Mikrobiol. 2, 1958 (Sofje).
8. LIVADAS G. Riv. di malariol. 4 — 6, 1958.
9. LIVADAS G. & GEORGOPULOS G. WHO/Mal. 80, 1953. (Dok. poligr.)
10. LIVADAS G. & THYMAKIS K. WHO/Mal 123, 1955 (Dok. poligr.)
11. MICKS W. Bull. OMS, 22, 1960.
12. ORGANIZATA BOTËRORE E SHËNDETËSISË: Relevé Epidémio- logique hebdomadaire, Nr. 17, 39, 49, — 1958.
13. AMPANA E. Riv. di Malaria, 1 — 3, 1957.
14. ARGALE G. & COLUZZI M. Riv. di Malaria, 4 — 6, 1958.
15. BERGIEV P. & MARUASHVILI G. Med. Paraz. Boljezn, 5, 1958.
16. SWAROOP S. WHO/Mal/ 174 Rev. WHO/HS/58. REV 1, (1958 (Dokumenti i poligrafuar). 1)

1) Janë përdorur gjithashtu materialet e Konferencës së III-të të Malarjës për vendet e Evropës Jugë-Lindore (Bukuresht, qershor 23-30, 1958) si edhe Raporti i Konferencës së Malarjës për Regionin e Evropës dhe atë të Mesdheut Lindor (Athinë, 11-19 qershor 1956).

# THE SENSIBILITY OF ANOPHELES IN ALBANIA TO INSECTICIDES

## (Summary)

The systematic control of the effect of DDT insecticides on the anopheles in our country has begun in 1955, when it was done by way of a numerical comparing of the anopheles captured in sprayed and unsprayed stations, before and after spraying. In 1956 this control has been done by exposing mosquitoes in special tubes covered on the inside with a filter paper lining impregnated with DDT in the form of a solution in kerosene and xylol. In 1957-1960 the tests have been made according to the Busvin and Nash methods, recommended by the World's Health Organisation, and this way it was made possible to determine the CL<sub>50</sub> and to compare our results with those found in other countries. From the tests made with this method in different places and on three species of mosquitoes that are the principal vectors of malaria in our country, we have found that the highest CL<sub>50</sub> belongs to A. maculipennis in Tushemisht in 1957, which arrives at 3,1 percent; A. sacharovi, which in Asterion (Greece) has acquired a very high resistance (CL<sub>50</sub> attains 122 percent), in our country is still quite sensitive to DDT (CL<sub>50</sub> attains at most 2,7 percent) and also to dieldrine and lindanite.

A. superpictus has the highest sensibility, the CL<sub>50</sub> to DDT for this species arrives to 0,7 percent.

The tests made in the years 1957-1960 have included a great number of mosquitoes, 12,874 in all, from which 7.130 A. sacharovi, 4.288 A. maculipennis, 1.348 A. superpictus and 108 A. hyrcanus.

In conclusion, although DDT has been used for 13 years in succession combining the imagocide method with the larvicide one in Elbasan and Pogradec, we do not find that the anopheles have acquired resistance for DDT.

## TIPIT BOVIN NË SHKAKËTIMIN E SHUMICËN DERMUESE TË RASTEVE TUBERKULARE

D. A. HAMI

Fakulteti

(praktikant)

Shumica e rasteve tuberkulare që janë konsiderueshme e eksperimentesh në kavie dhe lepuj. Materiale e konsiderueshme që shumicën dermuese të rasteve ishin eksudat peritoneale, me rallë pleurale, liquor cerebrospinal ose pus nga nyjet lymfatike. Ato janë marë nga të sëmurë që paraqitnin monoserosite ose polyserosite.

Në këtë punim do të paraqitim vetëm rezultatet e inokulimeve të bëra me material të marë nga 41 pacientë me polyserosite. Inokulimi i materjalit bëhet direkt nga i sëmuri pa përpunim paraprak. Zako-nisht kavieve u inokulojmë 10–15 cc eksudat kurse lepujve 15–35cc (sipas peshës), subkutan në pjesën e brëndëshme të kofshës së praphëshme.

Nga 41 paciente janë bërë 37 inokulime me exudat peritoneal 3 pleural, 2 liquor cerebrospinal dhe 1 pus nga nyjet lymfatike axillare. (Një pacient i është bërë inokulimi paralel si nga likuidi peritoneal ash-tu dhe pleural, kurse tjetrit peritoneal dhe cerebrospinal).

Për të vërtetuar që kafshët nuk kishin qënë të prekura nga tuberkulozi, para inokulimit, u bëhej oftalmoreaksiuni me tuberkulinë. Mbës inokulimit mbaheshin të gjitha të veçuara njera nga tjetra, u matet temperatura rectal dy herë në ditë dhe shikoheshin shënjet klinike që ato paraqitnin. Në cavitet zakonisht që ditën e parë ngrihej temperatura veçanërisht mbas dite, u pritej oreksi, humbisnin në peshë dhe brenda pak ditësh çfaqej një nodul në vëndin e inokulimit që shumë shpejt ulçerohej dhe rithte një pus, në të cilin shpesh herë me metodën bakterioskopike viheshin në dukje bacile acido-rezistente. Kishte dhe raste kur në lamat e marra një ose dy herë bacilet nuk gjëndeshin, kurse të tretën konstatoheshin ose invers. Kavitet ngorthnin pas disa ditësh, 2–3 javësh, deri 2–3 muaj. Në ato që jetonin më gjatë, zakonisht konstatohet tuberkuloz i generalizuar, kurse në ato që jetonin më pak viheshin re ritje të nyjave limfatike regionale ose dhe të regioneve më të largëta, në të tjerat konstatoheshin lezione në organet e bren-dëshme, në radhë të parë në hepar, pastaj splinë e më rallë në pulmo-ne.

Fakti që një pjesë e konsiderueshme e kavieve si të kësaj serije ash-tu dhe të serive të tjera, ngordhnin brenda 2–3 javësh para se lezionet

të jenë shumë të përhapura në organet e ndryshme, mundet të jetë e lidhur dhe me substancat e ndryshme proteinike që ndodheshin në eksudatet e serozave.

Përsa u përket lepujve, në pjesën më të madhe të tyre, konstatonim lezione tuberkulare lokale në formë abscesi ose në formë tuberkulash, të cilat shpesh herë hynin deri në thellësi të indeve muskulare; herë tjetër këto ulçeroheshin dhe bakterioskopia e pusit vinte në dukje bacile acidorezistente. Një pjesë e tyre jetonin për muaj të tërë dhe duhej të sakrifikoheshin; të tjerë ngorthnin vetë pas disa muajsh, por nuk konstatohezin leziona në organet e brendëshme. Këta i kemi konsideruar si të infektuar me bacile të tipit human. Kurse disa lepuj ngordhnin pas disa javësh deri në 3–4 muaj, ose ndonjëherë më tepër, por në autopsi konstatohej tuberkuloz i diseminuar në pulmon, hepar, ose nyjet limfatike. Këta i kemi konsideruar të tipit bovin.

Krahas me inokulimet që nga fundi i vitit 1955 dhe Janarin e 1956, preqatitëm terenet për kultivimin e bacileve të Kochut. Deri në fund të vitit 1957 mbjelljet i bënim në terenin Lubenau që e preqatitnim vetë, kurse pas këtij viti, me hapjen e seksionit të tuberkulozit pranë laboratorit bakteriologjik të Tiranës, përdornim terene të ngurta Löwenstein

ose të lëngëshme të preqatitura sipas <sup>v</sup>Sula (Shula).

Këto terene na kanë ndihmuar për të diferencuar tipin e bacilit të Kochut, sepse duke bërë kultura nga organet e brendëshme të lepujve, mundrim të dallojmë në se procesi tuberkular ishte i lokalizuar apo i generalizuar, në ato raste kur të dhënët e autopsisë qenë të pa qarta.

Për të demonstruar sa më lart po paraqitim historitë e sëmundjes të dy pacienteve tona:

Rasti I—rë: G. L. vjeç 24, fshatare, me fëmijë të vogël në gji, u shtrua në klinikë më 30 mars 1957. Në Maj të 1956 kishte kaluar **pleuritis sicca sinistra** dhe që mjekuar ambulatorisht. Porsa mbaroj mjekimin, nga fundi i qershorit të atij viti, filloj të ketë dhëmbje barku, dobësi të përgjithëshme dhe 5–6 ditë më vonë iu çfaqën të dridhura, temperaturë  $38^{\circ} - 39^{\circ}$ , të vjella, iu pre oreksi dhe gradualisht po i fryhej barku. U shtrua për 3 muaj resht në një spital të periferisë ku u mjekuva me streptomycinë 1 gr. ditën dhe 300 mgr. isoniazid. Për 4 – 5 muaj e ndjeu vehten mirë, por në fund të shkurtit 1957, simptomat iu përsëritën, ndjente nxehësi, të dridhura, kishte kollë me pak ekspektacion, iu pre oreksi, filloj të dobësohet, djersinte sidomos natën, ankohej për dhëmbje të forta barku dhe një javë më vonë vuri re se volumi i tij po rritej. Antecedentet personale dhe familjare pa rëndësi. Kur u shtrua ishte shumë e zbehtë, e intoksiuar, me sytë të futura thellë në orbitë dhe të rrethuara me një rreth t'errët; lëkura qe e lagur nga djersët. Njyat limfatike periferike palpoheshin në të gjitha regjionet, sidomos axillaret arinin madhësinë e një bajameje. Iu konstatua një pleuritis sicca që zinte gjysmën e poshtëme të hemitoraksit të majtë; abdomeni qe i fryrë nga liquidi ascitik, umbilikus-i i çpalosur dhe formonte një hernie në formë të gishtit të dorezave.

Nga ekzaminimet e laboratorit vlen të përmëndet diazoreaksioni në urinë që ishte pozitiv. Paraqiste një anemi hypokrome: Eritrocite 2.720.000, Hb. 50%, Leukocite 3.500, B. 0%, E. 3%, Shk. 2%, N. 61%.

sedimentacioni 24 mm/orë. Radioskopia e thoraxit: **sinister** faza indurative i kalcifikuar me **bronchadenitis** cifikuar. **Sinus frenico—costalis sinister** i zvogëluar dhe Radioskopia gastrointestinale jepte të dhëna për peri- imi gjinekologjik: **Salpingoophoritis bilateralis** tbc. 5% tuberkulinë nga tipi human (+ +), nga tipi

bë paracenteza, iu hoqën 9.000 cc liquid sero-  
septomycinë intraperitoneal. Pastaj iu vazhdua  
intramuskulare dhe PAS 10 gr. ditën për os.  
Këtë ulet temperatura dhe pas 3–4 ditësh

Njékohësisht me kavien u inokulua dhe një lepur me 24 cc liquid asciitik. Kohë pas kohe paraqiste një ngritje të temperaturës, por nuk besoi humbje peshe, bilë shtoj 190 gr. (nga 800 ariu 990 gr.) brenda 67 orash kur u sakrifikua. Objektivisht në vëndin e inokulimit, ndënë lëkurësi u konstatuan një numur tuberkulash të bardha, të vogla si mjell orzitike diseminuara në atë zonë. Lobi superior i pulmonit të majtë duke mbajti si i congestionuar por mbjellja e bërë prej tij në terenin Löwens-lichte negativ, kurse mbjellja nga vëndi i inokulimit (+).

akti që inokulimi në kavie dha një tuberkuloz të generalizuar, kursepur të lokalizuar vetëm në vëndin e inokulimit, na lejon që patogen t'a konsiderojmë si bacil të tipit human.

Evolucion i sëmundjes tek pacientja tonë qe benign dhe pas një mjetë 68 ditësh me 32 gr. streptomycinë e 645 gr PAS, dolli nga spidule isheruar klinikisht duke shtuar në peshë 10 kg.

**Rasti II-të:** Sh. Sh. vjeç 32 fshatara, u shtrua në klinikë më 20 prill 1957. Pacientja tregon se më 30 gusht 1956 lindi një fëmijë dhe 10-15 ditë pas saj filloj të ketë dhëmbje barku, të dridhura, iu pre oreksi, dersinte sa ndrrohej dy herë gjatë natës dhe ndjente nxehësi. Një muaj e gjysëm pas fillimit të sëmundjes, iu çfaq një diare 4-5 herë ditën dhe 2-3<sup>rd</sup> herë natën, e cila kohë pas kohe alternohej me konstipacion. Ndjen-te gurgullime intestinale dhe sa vinte i rritej volumi i barkut. Ishte mje-

kuar shpesh herë ambulatorisht, por pa efekt, prandaj vendosi të vijë në Tiranë. Para 9 vjeç ka kaluar typhus abdominalis. Në Shkurt të 1956 u shtrua në spitalin e Gjirokastrës për disa ditë për «pleurit» dhe pastaj iu dërgua Dispanserisë antituberkulare mbasi paraqiste dhe **bronchadenitis** për të cilën u mjekua ambulatorisht. Ka lindur 4 fëmijë të shëndoshë. Që në moshën 13-14 vjeç është marë me bujqësi. Antecedentet familjare pa rëndësi.

Kur u shtrua ishte e zbehtë, e dobët, me mollëzat të dala. Nyjet limfatike periferike ishin shumë të vogla në regjionet cervikale, kurse në axillaret si kokra bizeleje ose misri. Barku qe i fryrë, dukej ovalar, bom-bonte përpëra, sidomos më poshtë se umbilikusi. Ishte shumë i dhëmbëshëm në palpim sa nuk mund të prekej, rezistent, adhesivo-plastik, dhe me meteorizëm, por nuk mund të përcaktohej likuid me shënjën e ballancës. Edhe hepari e splina nuk prekeshin dot për shkak të rezisten-cës dhe sensibilitetit të theksuar të abdomenit.

Në analizën e urinës urobilina ishte pozitive, kurse Diazoreaksioni negativ. Gjaku tregonte një anemi hypokrome dhe leukopeni: Eritrocite 3.450.000, Hb. 55%, Leukocite 3.300, B. 0%, E. 0%, Shk. 5%, N. 63%, L. 27%, M. 5%. Sedimentacioni 35 mm/1 orë. Radioskopja e thoraksit nuk tregonte gjë përvëç disa kalcifikimeve hylare. Në ekzaminimin radiologjik të traktit gastrointestinal, iu gjend bulbus duodenit i deformuar, i re-traktuar prapa, dhe radiologu dyshonte për «Ulcus duodeni?».

Iu fillua mjekimi me streptomycinë 1' gr. ditën, isoniasid 400 mgr, calcium, vitamina etj. Temperatura nga subfebrile e lartë (370,5—370,7) pas afro dy javësh u ul, por pastaj ishte vazhdimi i subfebrile e ulët (370,1.—37,03).

Që nga data 11 Maj, me gjithë mjekimin që vazhdonte, iu çfaqën dhëmbje të forta difuze në gjithë barkun që iradioheshin deri në regjionet lumbale, abdomeni ishte i fryrë, shumë i dhëmbëshëm, Blumberg (+). U thirën për konsultë kirurgët, të cilët mejtuan për një proces inflamator të pelvis, probabilisht me origjinë gjinekologjike, prandaj rekomanduan një konsultë gjinekologjike (ku iu konstatua **salpingoophoritis sinistra chronica**) dhe mjekimin me penicillinë 600.000 U ditën Biomycinë 1.200.000 U, Streptomycinë 0,5 gr. ditën, dhe transfuzion gjaku 200 cc. një herë në javë. Gjëndja përmirësohej por me ngadalë, Blumberg (+) persistonte për kohë të gjatë, subfebriliteti nuk iu ul as kur dolli nga spitali më 25 korrik të atij viti, shtoj në peshë më tepër se 5 kg. dhe analiza e gjakut u normalizua nga gjysma e dytë e korrikut.

Por pas disa ditësh simptomat i rifilluan, iu shtuan dhëmbjet abdominal, kishte diare, djersë natën, dobësi të përgjithëshme, subfebrilitet, turbullime menstruale dhe rritje e volumit të barkut. Nga fundi i shtatorit vjen për kontroll në klinikën tonë, ku i konstatua **Peritonitis exsudativa et Pleuritis sicca bilateralis**, gjë që na bëri të mejtojmë për një proces specifik i cili po i kap serozat njera pas tjetrës. Kështu e tërhoqëm mejtimin për një proces banal gjinekologjik dhe e shtruam në klinikë. Më 8 tetor 1957 i bëmë paracentezë, i hoqëm 1000 cc. liquid sanguinolent dhe i shtimë intraperitoneal 1 gr. streptomicinë. Nga ky liquid inokuluam një kavie me 12 cc, dhe një lepur me 24 cc. që të dy subkutan në pjesën e brëndëshme të kofshës së prapme. Kavia paraqiste subfebrilitet në mbrëmje, humbi në peshë 50 gr. dhe ngordhi ditën e 23 të inokulimit.

**Inflat regionalë qenë të rritura, po ashtu dhe një mezenteriale. Inflet inferiore të pulmoneve dukeshin disa zona petekiale conges-**

Lejuri paraqiste subfebrilitet në mbrëmje, humbi në peshë 240 g/ditë, ditën e 24 të inokulimit. Në autopsi u konstatua se hepatit me zonat nekrotike, me ngjyrë të bardhë, me dimersione 2-4-5 mm diametër. Eksaminimi histologjik vërtetoi këtyre lezioneve.

laboratorike të pacientes tonë tregonin: se den-  
hte 1022, Rivalta pozitiv, Albumina 79,2 gr %,  
met 8,5 gr %, shumë eritrocite dhe limfocite.

Mobilina pozitiv i lehtë dhe Diazoreaksioni një  
në analizën e gjakut, me gjithë gjëndjen  
monantja, sedimentacioni i përsëritur 5 herë  
me salonte 4 mm/orë. Binte në sy një limfo-  
kut 62%, që pastaj u ul gradualisht në  
të dhëri nga klinika përsëri 30%. Reaksiioni  
tuberkulinë të tipit human ishte

Tillua mjejkimi specifik me streptomycinë 1 gr. ditën pastaj 1 dy ditë mura muskular, gjithësej 10 gr. që pastaj u zëvëndë-  
te dihydrostreptomycinë 26 gr, të kombinuar me PAS 10 gr. di-  
jithësej 665 gr. Gjendja e pacientes u përmirësua, temperatura  
malizua, dhe mbasi liquidi ascitik iu çduk, abdomeni u zbut, iu  
ua meteorizmi. Më 2 dhjetor të atij viti iu bë një Radioskopji gas-  
tintestinal ku iu gjend një pylorospasmus, por bulbus duodeni ishte  
al; ndërsa kontrasti e mbushte jejunumin në mënyrë jo unifor-  
misë ansa qenë të ngushtuara nga spazmi dhe peristaltika qe e  
r, gjë që fliste për një proces specifik të lokalizuar në atë zonë  
itit).

Të bazuar mbi faktin, që brenda një kohe shumë të shkurtër, procesi tuberkular u përhap në organet e brendëshme të lepurit, siç është hepari, na lejon t'a konsiderojmë si infeksion të shkakëtar nga bacile të tipit bovin. Në favor të tij flet dhe evolucioni i zgjatur, recidivant i sëmundjes, lezionet intestinale, megjithëse Radioskopja u bë pas përmirësimit të gjëndjes së pacientes. Edhe deformacioni i bulbus duodenit dhe retraksioni i tij nga prapa, që iu konstatua kur ishte e shtruar herën e parë dhe që u interpretua nga radiologu si suspekt për ulcus duodeni, duhet konsideruar si një peridiodenitis i shkakëtar nga procesi tuberkular, aqë më tepër që pacientja nuk paraqiste të dhëna anamnestike në favor të ulcusit.

Përsa i përket tipizimit të bacileve të tuberkulozit Kosmodamiansko V.N. rekomandon që nga kultura që duam të tipizojmë të meret 0.5 mgr. dhe ti inokulohet kavies subkutan, kurse dy lepujve u inokulohet po nga ajo kulturë, njërit 10 mgr. subkutan dhe tjetrit 1 mgr. intravenos. Në qoftë se lepujt ngordhin jo më vonë se 2-3 muaj me manifestime të tuberkulozit të generalizuar. këtë kulturë duhet t'a konsiderojmë të tipit bovin. Në qoftë se nuk ngordhin. ndërsa kavia ngordh nga tuberkulozi, duhet konsideruar i tivoit human. Po të theren lepujt pas disa muajsh, mund të gjejmë ndryshime të vogla në pulmonet. Këtë metodikë kanë përdorur dhe Bronshtein O.I., Trius M.V., Klebanova A.A. dhe Holzman A.S.

Por Kosmodamianski thotë se lepujt janë më sensibël kundrejt bacileve të tipit bovin, aqë sa dhe dozat prej 0,01 mgr. intravenos mund të shkaktojnë ngordhjen brenda 3 javësh.

Sidoqoftë, doza e bacileve të inokuluar, krahas me virulencën e tyre, lot rol në diseminimin më të shpejtë ose më të ngadaltë në organizëm.

Duke marrë parasysh se ne inokulimet nuk i kemi bërë intravenos por subcutan dhe në vënd të kulturës së pastër, kemi inokuluar exsusate, ku siç dihet, sasija e bacilevet është shumë e paktë, i kemi konsideruar të tipit bovin edhe ata raste, kur lepuri ka rojtur më tepër se 3-4 muaj por ka paraqitur leziona në organet e brendëshme.

Nga 41 raste polyserositesh tuberkulare 12 ishin të tipit bovin. Ato në përgjithësi ishin më të rënda se të tjera, më rezistente kundrejt terapisë dhe disa recidivante. Kështu nga 12 të tipit bovin 5 paraqitnin recidiva, një përveç polyserositit kishte tuberkuloz osoz të fistulizuar, tek një tjetër peritoniti ishte ulçero-caseoz me 4-5 litra pus në kavitetin abdominal dhe me limfadenit tumoroz të generalizuar. veçanërisht të regjioneve cervikale, kurse një paraqiste një formë shumë të rëndë polyserositi me tuberkuloz miliar dhe meningjit që e çoj pacientin deri në vdekje.

Nga 29 rastet e tjera të shkakëtuara me B.K. të tipit human, vetëm 4 raste qenë recidivonjës.

Birkenfeld (cituar nga Bungeteanu Gh. dhe Cllaiciu I.), thotë se kontagioziteti nga bovidet tek njeriu është më i rallë se sa ai interuman, jo sepse bacili i tipit bovin është më pak patogjen për njeriun, por sepse më shpesh është fjala për një infeksion digestiv, për të cilin nevojiten doza shumë më të mëdha se sa me rrugën respiratore. (3.500 më tepër).

Edhe Goerttler V. thotë se infektimi më bacile të tipit bovin është i rezikshëm se nië e dhjeta e gjithë nierëzve të sëmurë nga tuberkulozi, janë infektuar me bacile të këtillë, kanë kaluar forma të rënda dhe pjesa më e madhe e tyre kanë vdekur.

Goerttler V. dhe Weber E. studjuan literaturën mjekësore të gjithë vëndeve të botës deri në vitin 1952 në lidhje me përqindjen e tuberkulozit të tipit bovin dhe konstatuan se nga 93.000 raste tuberkulozi, 9.505 ose 10,21% i detyroheshin tipit bovin.

Po këta autorë citojnë të dhënat e Moellers i cili nga 2.562 raste të mbledhura nga literatura, 13,3% qenë të tipit bovin.

Kosmodamianski V.N., përveç Moellers-it, citon edhe autorë të tjerë si Griffis në statistikën e vjetëve 1928-29, nga 889 konstatoj se 22,4% ishin të tipit bovin. kurse statistika Hollandeze e vitit 1932 nga 1228 raste, 25,9% ishin bovine.

Bungeteanu Gh, dhe Claiiciu I. përveç statistikave të tjera, citojnë dhe atë të Gervois që më 1933 nga 17.045 raste të publikuara gjeti se 11,20% ishin të tipit bovin; kurse Gernez-Rieux dhe bashkëpuntorët përmblodhën nga të dhënat e literaturës prej vitit 1900-1957 43.856 raste prej të cilave 8% të materialit të mbledhur nga të sëmurët dhe 16,5%, prej materialit të nekropsive, ishin të tipit bovin.

Pothuajse të gjithë autorët janë dakord se bacili i tipit bovin, gjendet më shpesh në format e tuberkulozit extrapulmonar, veçanërisht në

atë të nyjave limfatike cervikale dhe mezenteriale. Kështu Matvejev (cituar nga Kosmodorianski V.N.) thotë se bacili i tipit bovin gjendet në 48% të rasteve të sëmurë nga limfadeniti mezenterial. Autorë të tjera thonë derri 60% kurse Bungeteanu Gh. dhe Claiiu I. menjtojnë se zbulini i kalcifikimeve të nyjave limfatike mezenteriale, na ndihmion për të konkluduar se shkak e kemi të bëjmë me bacile të tipit bovin, mbasi këta janë shkakëtare të këtij limfadeniti në 90-100% të rasteve.

Po këta autorë me qellim që të tregojnë predominencën e këtij bacili në format ekstrapulmonare, paraqitin pasqyrën që vijon:

**Pasqyra Nr. 1**

Shtame B.K. Bovine	Goerttler	Gurtel (Turqi)	Urech e Hofstetter	Griesbach Holm (në fëmijë)	Braun Lebeck (ndënnë 16 vjeç)	Szábo (Hungari)
Tbc. extra-pulmonar	12,6%	28,1%	—	40%	34%	36%
Tbc. pulmonar	4,2%	5,1 %	5%	2%	8,2 %	4,4 %
Tbc. generalizuar,	10,4%	—	—	—	—	—

Analiza e materjalit tonë mbi 41 pacientë me forma extrapulmonare të tuberkulozit na lejoj që 29 prej tyre ti konsiderojmë të shkakëtuara nga bacille të tipit human, kurse 12 të tipit bovin. Në tre raste, me qëllim që të sigurohemi për saktësinë e kësaj metode, kemi bërë tipizime paralele duke reinokular në kavie 0,1 mgr. kulturë të pastër intraperitoneal dhe në lepur 0,1 mgr. intravenos (Dr. A. Mullaholli) dhe kemi konstatuar se këto rezultate janë përputhur plotësisht me ato tonat.

Për 12 rastet e konsideruara si të shkakëtuara nga tip bovin, janë përdorur 15 kavie, mbasi nga një paciente janë inokular 2: një me likuid ascitik dhe një me cerebrospinal; kurse nga një tjetër janë inokular tri kavie me likuid ascitik. Të gjitha kaviet kanë ngordhur vetë.

Në përgjithësi kafshët që kanë mundur të jetojnë ditë më shumë, kanë paraqitur lezione të generalizuara, kurse ato që kanë ngordhur shpejt paraqitnin vetëm tuberkuloz të nyjave limfatike. Më poshtë po paraqitim një pasqyrë të ditëve që jetuan kaviet pas inokulimit.

**Pasqyra Nr. 2**

14 ditë e poshtë	15-21 ditë	22-42 ditë	Mbi 42 ditë
3	2	6	4

Në autopsi u konstatua se 4 paraqitnin tuberkuloz të nyjave limfatike, 4 të tjera përveç nyjave limfatike kishin lezione makroskopike në organet e brendëshme nga të cilat 3 diseminime në hepar, kurse një **pericarditis exsudativa** me liquid serohemoragjik dhe diseminime mikronodulare në splinë, 5 tuberkuloz të generalizuar, kurse 2 të tjera serozite me liquid serohemoragjik: njera paraqiste rreth 20 cc liquid në kavitetin peritoneal, kurse tjetra përveç një abcesi në vëndin e inokulimit kishte simptomat e një polyserositi eksperimental me liquid serohemoragjik në perikard dhe peritoneum.

Mbjelljet nga organet e brendëshme në terenin Lubenau ishin në 2 raste (+ + +) në një (+), në terenin Löwenstein në një rast (+ + +). Në një bakterioskopia nga vëndi i inokulimit ishte (+ +), kurse ekzaminimi histologjik i heparit i bërë në dy raste, tregonte lezione specifike.

Në këtë grup u përdorën 13 lepuj, mbasi nga një e sëmure ë u inokuluan dy lepuj, një me liquid ascitik dhe një me cerebrospinal. Prej këtyre 10 ngordhën vetë kurse 3 u sakrifikuajt: 2 brenda kohës 2-4 muaj dhe një brenda 4-6 muaj. (Pasqyra Nr. 3).

**Pasqyra Nr. 3**

Ndënen 1 muaj	1-2 muaj	2-4 muaj	4-6 muaj	mbi 6 muaj
2	3	4	3	1

Në autopsi makroskopikisht u konstatua në një rast tuberkuloz i diseminuar në hepar, një në pulmone që para ngordhjes shoqërohej me shënjat klinike të meningitit, një paraqiste një absces të madh të regjionit cervical me nyjet mediastrinale të rritura, dhe në 5 lepuj tuberkulozi ishte i diseminuar në më shumë se 2 organe. Kurse në 2 lepujt e të sëmure S. C. megjithëse nuk u konstatuan lezione makroskopike në organet e brendëshme, mbjellja e tyre në teren Lubenau dha rezultat (+ +) dhe na rezervoj të drejtën për t'a konsideruar si të shkakëtar nga bacile të tipit bovin.

Mbjellja në teren Lubenau e materialit të marë nga organet e brendëshme të lepujve të më sipërm dha këto rezultate. (Pasqyra Nr. 4).

**Pasqyra Nr. 4**

Koloni	(+)	(+ +)	(+ + +)
Raste	1	4	2

Ekzaminimi histologjik i bërë në dy raste tregoj lezione specifike në njerin në pulmone, në tjetrin në hepar.

Tashki le të analizojmë materialin që e konsideruam të prejardhur nga infeksione me bacile të tipit human.

Nga 29 pacientë, u inokuluan gjithësejt 32 kavie, mbasi nga një paciente u inokulua një me likuid pleural dhe një me ascitik, kurse nga një e sémurë tjetër u inokuluan 3 kavie me 1-2 ditë interval njera nga tjetra.

#### Koha brenda së cilës ngordhën kaviet e inokuluara:

Pasqyra Nr. 5

	15-21 ditë	22-42 ditë	mbi 42 ditë
	6	9	9

Të gjitha kaviet ngordhën vetë me përjashtim të njëje që u sakrifiku pas 30 ditesh.

Pasqyra Nr. 6

#### Makroskopikisht u konstatuan lezionet që vijojnë:

Tbc. e nyjeve limfatiqe	Tbc. diseminuar në hepar	Tbc. lokale dhe diseminuar në splinë	Tbc. e nyjeve limfatiqe e diseminuar në hepar	Tbc. e generalizuar	Pa lezjone makroskopike por mbjellja nga organet (+)
9	1	1	6	14	1

Në një nga kaviet me tuberkuloz të generalizuar u konstatua një perikarditis adhesiva: perikardi ishte i ntrashur dhe paraqiste aderenca të shumta me sternumin.

Bakterioskopia e pusit të marë nga ulceracionet ose nyjat limfatiqe në vëndin e inokulimit ishte (++) në 4 raste dhe (++) në një rast.

Mbjelljet nga organet në 15 raste ishin pozitive (Pasqyra Nr. 7).

Pasqyra Nr. 7

#### Teren Lubenau

Koloni	+	++	+++
Raste	8	3	1

#### Teren Löwenstein

Koloni	+	++	+++
Raste	2	1	-

Me materialin e 29 patientëve u inokuluan 30 lepuj mbasi nga një paciente u inokuluan 2, një me likuid pleural dhe një me ascitik.

Nga të 30 lepujt, 15 ngordhën vetë, kurse 15 u sakrifikuani.

Pasqyra Nr. 8

Koha që jetuan pas inokulimit:

Ndënë 1 muaj	1-2 muaj	2-4 muaj	4-6 muaj	mbi 6 muaj
1	8	9	1	11

Pasqyra Nr. 9

Të dhënat e ekzaminimeve makroskopike:

Pa ndry-shime makrosk.	Abcese lokale	Tbc. lokale	Ulçeracio-ne lokale	Tbc. disse-minuar në pulmon	Fokuse broncho-pneumonie cazeoze	Paraplegji Zona con-gestive në pulmon
13	5	4	5	1	1	1

Rastin me tuberkuloz të diseminuar në pulmon e konsideruam si tuberkuloz human e jo bovin, mbasi lepuri nuk ngordhi, por u sakrifiku pas 440 ditësh. Po ashtu dhe rasti me fokuse bronchopneumonie cazeoze, dhe Bakterioskopi (+ +), u konsiderua tip human mbasi u sakrifiku mbas 442 ditësh. Përsa i përket lepurit me paraplegji dhe disa zona congestive në pulmon, dhe që ngordhi brenda 52 ditësh, e konsideruam si të tipit human mbasi mbjellja nga organet e brendëshme në terenin Lubenau, mbeti negativ; kjo gjë nuk ekskludon mundësinë e dyshimit për një tip bovin, sepse ne bëmë gabim që në autopsi nuk ia hapëm kokën dhe kollonën vertebrale për të parë se mos ishte fjalë për një meningjit tuberkular.

Në pasqyrën 9, kollonën e abceseve lokale mund t'a bashkonim me atë të ulçeracionit lokal, mbasi ato të dya nuk përfaqësojnë gjë tjetër veçse dy faza të ndryshme të të njëjtë proces. Me këto mund të bashkohej dhe kollona «Tbc lokale», por këtë term të veçantë ne e kemi përdorur për ato raste, kur indet në vëndin e inokulimit janë të diseminuara me tuberkula miliare që hyjnë deri në thellësi të muskulaturës, midis aponeurozave.

Bakterioskopia nga vëndi i inokulimit, ishte në një rast (+) dhe në një tjetër (+ + +), kurse nga pulmoni në një rast (-), në një (+ +). Ky i fundit është rasti me fokuse bronchopneumonike që folëm më lart.

Mbjelljet e bëra nga **lezionet lokale** në terenin Lubenau ishin (+), në 3 raste dhe (+ + +) në 2 të tjera, kurse në Löwenstein (+ +) në një rast.

Mbjelljet e bëra në terenin Lubenau në 5 raste vetëm nga pulmoni dhe në 8 nga organet e brendëshme, ishin të gjitha negative. Po ashtu dhe 5 mbjellje nga organet të bëra në terenin Löwenstein.

Rol të madh në përhapjen e tuberkulozit lozin gjedhet e sëmura. Qumështi dhe produktet e tij mund të bëhen burim i infeksionit si në një ashtu dhe në të rritur. Zakonisht bacilet eliminohen në rastin e kësive tuberkulare.

Nga të 12 rastet e tipit bovin, 11 pacientë ishin fshatarë dhe me një bujqësi, kurse vetëm një ishte qytetar.

Sëmura S.Z. vjeç 30 fshatare, u shtrua në klinikën tonë më parqiste **pleuritis sicca dextra** dhe **peritonitis exsudativa**. Radiografinë e thoraxit u konstatua një bronchitis indurative; gjinekologjikisht paraqiste **adnexititis**. Piroquet i graduar me 20% tuberkulinë të gjithë rastet, pas 24 orësh (+) (+) kurse me tuberkulozën e pulmoneve dhënë përvëç papulës 10/15 mm diameter, 16 mm.

Pacienti u parafentezë eksplorative, iu hoqën vetëm 100 mg streptomycinë, iu shtë 1 gr. streptomycinë dhe 20 mg susceptible corten intraperitoneal. Kavies që u inokulua me 14 cc. i cili u dëgjua, iu çfaq pas disa ditësh një ulceracion 1,25/1,25 cm mbi qafë, me madhësinë e një kokëtare të kazeifikuar. Kafsha u dobi me humbi në peshë nga 560 ariu 300 gr. dhe pas 19 ditësh ngordhi. Në autopsi iu gjend tuberkuloz i nyjave limfatike, bazat pulmonare duke shënuar konsistencën e rastit, kurse splina pak e rritur dhe me sipërfaqe granulare jo të rafshët.

Njëkohësisht u inokulua dhe një lepur me 30 cc. liquid subkutan. Brenda disa ditësh filloj të dobësohet, iu pre oreksi dhe nga fundi i muajit të dytë paraciti rigiditet të qafës dhe shënjat klinike të një meningjiti. Kur ngordhi pas 64 ditësh, iu konstatuan 2-3 fokuse me aspekt congestiv në pulmon.

Të bazuar mbi faktin që pacientja banonte në fshat dhe milte vetë lopët, njera prej të cilave, që në shtator të vitit 1957 vuante nga një mastit, erdhëm në kontakt me veterinerin e rrëthit ku banonte, dhe ai mbasi i bëri reaksionin e tuberkulinës, na njoftoj se lopa e saj paraqiste një mastit tuberkular.

Këto të dhëna na bënë të konkludojmë se e sëmura ishte infektuar me baciele të tipit bovin të ardhura nga lopa me mastit.

Por sipas Bungeteanu Gh. dhe Claciu I. 50% e kafshëve të infektuar nga tuberkulozi, eliminojnë bacile me anën e qumështit edhe në mungesë të çdo shënje klinike të tuberkulozit të gjirit.

Për të treguar rolin që lozin kafshët e sëmura për përhapien e tuberkulozit, Meyen A. citon të dhënat e Schibalsk, sipas të cilit në Gjermaninë perëndimore në 50 ekonomi fshatare, ku bovidet nuk ishin prekur nga tuberkulozi, fëmijët e infektuar përbënin 10.8%, ndërsa në 50 ekonomi ku kafshët ishin të prekura, infekzioni i fëmijëve arrin në 64.3%. Krahas me përhapjen e gjërë të tuberkulozit midis bovideve, ishte rritur deri 300% infekzioni i popullsisë me bacile të tipit bovin.

Infekzioni nga kafshët tek njeriu përhapet jo vetëm me anën e quëmështit, por edhe me rrugën aerogjene nga sperklat e gjedhëve që kollliten. Madsen (cituar nga Kosmodamianski V.N.), Goertler V. dhe Weber E.

Të bazuar mbi këto, ka autorë si Von Kanappe K. të cilët rekoman-

dojnë asgjësimin e domosdoshëm të gjedhëve që e kanë reaksionin e tuberkulinës pozitiv.

Nga të gjitha këto që thamë, ne e kuptojmë se punimi tonë nuk është i mjaftueshëm për të nxjerë konkluzione mbi përhapjen e tuberkulozit të shkakëtuar nga tipi bovin në vëndin tonë, jo vetëm sepse numuri i rasteve është i pakët, por edhe sepse ne kemi studjuar vetëm format extrapulmonare, në të cilat përqindja e tuberkulozit bovin është më e lartë se në të tjerat. Përsa i përket metodikës së tipizimit, me gjithëse nuk është përdorur metoda klasike, ne e konsiderojmë të vlefshme për këto arësy:

1. Rëndësi për inokulimin ka doza e bacileve që i inokulohet lepruit. Dozat që përdoren nga autorët e ndryshëm nuk janë fikse, por disa rekandomjnjë 1 mgr., të tjerët 0,1 të tretët 0,01 intravens.

2. Subcutan përdoren 10 mgr. Në qoftë se ne përdorim doza më të mëdha, rezultatet mund të mos jenë të sakta, sepse dozat shumë të mëdha edhe të bacilit të tipit human, mund të shkakëtojnë tuberkuloz të generalizuar tek lepuri. Por në qoftë se ne përdorim doza p.sh. më të vogla se 10 mgr subkutan tek lepuri dhe çfaqet tuberkulozi i organeve të brendëshme, kjo metodë nuk ka asnje arësy që të konsiderohet si e pa sigurtë.

Të dhënët e literaturës dhe eksperiencia personale mbi qindra eksaminime të eksudateve pleurale dhe peritoneale, për të gjetur bacilin e Kochut, qoftë me mënyrë direkte bakterioskopike, qoftë me anën e flotacios (ku përdoret më tepër se 500 cc. liquid), na kanë treguar se bacilet janë shumë të rallë dhe rallë mund të vihen në dukje me këto metoda. Prandaj do të qe absurditet të mendonim se në 15 ose 35 cc. liquid që ne i inokulojmë leprut subkutan, të ketë një numur bacilesh më të madh se 10 mgr. që inokulohen sipas metodës klasike.

Nga të gjitha këto, mund të arrijmë në disa konkluzione paraprake:

1. Bacili i Kochut i tipit bovin, lot një rol të konsiderueshëm në etiologjinë e polyserositeve tuberkulare të vëndit tonë.

2. Në përgjithësi format e polyserositit të shkakëtuara nga tipi bovin, janë të rënda. më të zggatura, recidivante dhe kërkojnë një terapi intensive.

3. Fakti që shumica dërmuese e të sëmurëve me bacile të tipit bovin (11 nga 12) janë fshatarë që meren me bujqësi, tregon rolin e madh që ka kontakti me kafshët dhe ngre problemin për bashkëpunimin më të afërt me veterinarët, zbulimin dhe izolimin e gjedhëve të sëmura si dhe atë për pasterizimin e qumështit.

## LITERATURA

1. Bronshtein O.I., Trius M.V., Klebanova A.A., Holcman A.S. O tipirovanjii E.K.  
Borba s tuberkulozom 1934, Nr. 9-10,49.
2. Bungeteanu Gh., Claiciu I. Corelatiile intre endemia tuberculoasa la bovidee si la om.  
Ftiziologia, Bucuresti, 1919, 8, 489.
3. Goerttler V. Schützt der Genus tuberkelbakterienhaltinger Kuhmilch gegen die menschliche Tuberkulose?  
Zeitschrift für Tuberkulose Leipzig 1955, 3, 142.

Guerltler V. und Weber E. Bovine Tuberkulose als Ursache humarer Tuberkulose. Stuttgart 1954.

Kosmodamianskij V.N. Bakteriologija i patogeneza tuberkuloza. Medgiz. Leningradskoe otdjelenije 1950.

Klumper K. von. Die Bovinus-Tuberkulose des Menschen.

Tuberkulosearzt 1956, 1, 12, 761.

Indertuberkulost als volksgesund heitliches und volksgesundheitliches Problem.

Med. Wschr., 1956, 36, 1477.

## BOVINE TYPE OF THE TUBERCULAR POLYSEROSITIS ETHIOLOGY OF TUBERCULAR POLYSEROSITIS

(Summary)

In the author's opinion determining the ethiology of tubercular polyserositis and determining the types of bacilli that cause this disease has been the main task. After inoculations of material taken from 41 patients on guinea-pigs and rabbits — this study has begun since the year 1955.

Inoculations (parallel on guinea-pigs and rabbits) were made into peritoneal exsudate, 3 with pleural, 2 with cerebrospinal liquide, one with pus from the axillary lymphatic glands.

Prior to the experiment the animals were controlled with the tuberculin test in order to prove that they were free from tubercular infections; after the inoculation they were kept isolated, they had their temperature taken twice a day, they were observed clinically, the pus from the ulcerations was controlled under microscope for tubercular bacilli, all apparent changes were controlled macroscopically and, if necessary, microscopically. A considerable number of cases were controlled with bacteriological cultures on the media of Sula and Löwenstein.

With the aid of the above-mentioned method the author was able to certify that in 29 cases the bacillus that caused the disease were of the human type, whereas in 12 cases they were of the bovine type. The author points out that the cases he has observed are too few for any definite conclusions, but nevertheless they are sufficient to show that the bovine type plays a considerable role in the ethiology of the tubercular polyserosites, the clinical forms of the disease caused by it are grave, protracted, the relapses need an intensive therapy. He points out that for such a study is necessary a more intimate collaboration with the veterinary specialists.

## MJEKIMI I ANTRAKSIT NË KLINIKËN E SEMUNDJEVE INFETTIVE GJATË 1956-1957

**M. MUÇO**  
Klinika e sëmundjeve infektive

Antraksi është një sëmundje ngjitése, si burim i së cilës shërbejnë kafshët e infektuara nga kjo sëmundje. Antraksi është sëmundje mjaft e lashtë dhe që njihet nga mjekët arabë me emrin zjari persik ose zjarri i shenjtë etj. Në gjuhën tonë popullore njihet me emrin plasje ose kokra e këqe.

Mjekimi i antraksit në shekullin e kaluar, dhe në fillim të shkullit vazhdues, konsistonte në djegëjen e zonës së dëmtuar me termokauter ose duke injektuar substancë antiseptike, të cilat shpesh herë të shpinin në bakteriemi. Për një kohë mendohej vetëm me ndërhyrje kirurgjikale duke prerë karbunikulën dhe gjendrat limfatike regionare të dëmtuara.

Rezultatef e padëshëruara të këtyre metodave bëri që të heqin dorë dhe të përfundoj me metodat konservative, qetësi absolute për zonën e dëmtuar dhe vënia e pomadave indiferente, si acid borik 3-5% etj.

Me daljen e serumit, u bë një kthesë e madhe në mjekimin e antraksit, filloj kështu mjekimi specifik i tij.

Simbas të dhënavë të literaturës, autorë të ndryshëm në mjekimin e antraksit kanë përdorur përvç serumit edhe sulfamidet, antibiotike dhe tetraciklinat.

Cecil e Loeb tregojnë mbi përdorimin sulfamideve dhe penicillinës me sukses në mjekimin e antraksit.

Përdorimi i chloranfenikolit, teramycinës dhe aureomicinës javin përfundime të mira në formën kutane. Me përdorimin e mjekimeve të përmëndura më jart edemat dhe eritemat lokale zhduken brënda 24-48 orëve, dhimbja e kokës dhe e gjendrave linfatike regionare zhduken në mënyrë të shpejtë, bacilet karbonioze izolohen 2-3 ditët e para nga lezionet.

Rezultate ka dhënë përdorimi i penicillinës nga Beken më 1941 duke shëruar 12 të sëmurë me forma kutane. Në 11 raste u përdor penicilina dhe në 1 rast penicilina + sulfamide. Laboket 1948 pëershkruan shërimin e 36 të sëmurëve duke përdorur 200 mijë unitete peniciline në 24 orë.

Efekt të mirë jep edhe mjekimi me biomycinë. Nga autorët sovjetikë Belikov, Kuadriç, Gugnjaev dhe Belej është përdorur në dy të sëmurë byomycinë + serum + sulfamide dhe në 1 të sëmurë biomycinë. Efekti qe shumë i mirë.

Autori francez Ravina tregon mbi përshkrimin e 20 rasteve me antraks kutan në Prizren nga Suvakoviç të mjekuar me teramycinë. Në 19 raste u përdor vetëm teramycinë, ndërsa në nië rast u desh të përdorej edhe penicilina, streptomicina, neusarvalsan dhe serum. Të 20 rastet shërohen.

Mazare në mjekimin e antraksit rekomanon seroterapi, sulfadiazinotterapinë, penicilina terapinë dhe antibiotikët. Të vjetra mbi antraksit simbas Rozemberg.

Shihet që përfundim e sipërme

56,4%
29%
11%
2,3%
1,3%

Shihet që përfundim e punësime

54%
40%
2,3%
1,3%

Edhe këtu autorët jepin

Shihet që përfundim i rasteve infektive në Tiranë, që përfunduan me antraksituar gjatë 2 vjetëve 1956-1957. Në këtë vjetëve përfunduan 28 burra dhe 10 gra. Siç shihet predominimi i rasteve të shkallës 15-19 vjeçare, ky është e natyreshme mbasi burri është më i eksponuar, mbasi nga vete punet që kryen. Prej 38 rasteve, fshatarë, kanë qenë 23 dhe qytetarë 15. Ky predominim spjegohet mbasi fshatarët merren më tepër me blegtori, lërim toke, rritje kafshësh dhe kujdesin ndaj tyre, se sa qytetarët.

Po t'i shikojmë simbas vjetëve duhet të themi se më 1956 kemi pasur 18 raste, nga këta 13 burra dhe 5 gra, ndërsa në 1957 20 raste, prej të cilëve 15 burra dhe 5 gra.

Pasqyra Nr. 1

5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	50-54	55-59	70-74	80-84	mbi 85
1	2	3	3	6	8	3	1	5	3	1	1	1

Pasqyra Nr. 2

Buji.	Puntorë	Samarxhi	Kasap	Nëpunës	Nxënës	Shtëpijak	Polic	Rrojtari	Fëmijë	Plek.
11	10	1	1	1	3	7	1	1	1	1

Nga grupi i punëtorëve

Pasqyra Nr. 3

Puntor krahu	Punt. lëkure	Punt. në B.K. Artiz.	Punt. Pas. shtetit	Punt. krasitës	Punt. murator në M.P.M.
5	1	1	1	1	1

Nga pasqyra Nr. 3 del e' qartë se në grupin e punëtorëve janë persona që kanë të bëjnë me tokën e cila kryesisht përmban bacile të antraksit, të cilat jetojnë me dhjetra vjet, ndërsa personat e tjerë të po këtij grapi, janë po ashtu të ekspozuar për t'u infektuar kollaj nga kjo sëmundje.

Në profesionet, përvëç punëtorëve, një vend të rëndësishëm zë-në dhe buqjitet, të cilët vazhdimisht me bagëti ose me kafshë të tjera. Grupi tjetër, që zë një pjesë pak a shumë të rëndësishme, është grapi i shtëpijakeve, gjithsejt 7, prej të cilave 5 fshatare dhe 2 qytetare.

**Pasqyra Nr. 4**

**Simbas % që zë çdo profesion.**

Bujk	Punt.	Samar.	Kasap.	Nxënës	Shtep.	Polic.	Roje p.	Fëmijë	Nëpunës	Pleq
28,94	26,32	2,63	2,63	7,89	18,42	2,63	2,63	2,63	2,63	2,63

**Simbas ditëve të hospitalizimit**

**Pasqyra Nr. 5**

3-5	6-8	9-11	+20
8	21	7	2

**Simbas muajve**

**Pasqyra Nr. 6**

Viji	Janar	Shkurt	Mars	Prill	Mai	Qer.	Korrik	Gusht	Shtator	Tetor	Nëndor	Dhjetor
1956												
1957	2	1	3		3	2	2	1	1	5	3	3

Duhet theksuar se të 38 rastet ishin forma të antraksit kutan. Prej tyre forma të lehta 19, forma të mesme 8 dhe të rënda 7. Shumë të rënda në gjendje toksike 4.

Kemi pasur kryesisht karbunkula të thjeshta, dy forma flikteni dhe një formë buloze.

Lokalizimi i tyre ka qenë:

Në fytyrë	22 veta
Ext. e sipërme	10 >
Qafë	4 >
Extr. e poshtme	1 >
Trupi	1 >

Ky lokalizim i shpeshtë në fytyrë, simbas mendimit tonë, lidhet me fërkimin e fytyrës nga duart e palara, të cilat mjafton të shkaktojnë një gërvishje të vogël për t'u depertuar bacili i antraksit në organizëm.

Mjekimin e të gjitha rasteve e kemi bërë me serum, sulfamide antibiotike (penicilinë, biomycinë).

Mund t'i ndajmë grupet simbas përdorimit të medikamenteve.

Pen.+Ser. + Strep.	Penic.	Penic. biomyc.	Pen.+ Ser. + biomyc.	Pa mjekim	Biom.	Pen. + serum
3	8	1	5	2	4	15

Duhet thënë se mjekimi me medikamente të caktuar nuk është bërë të sëmurëve me gravitet të njëjtë, përkundrazi graviteti i tyre ka qenë i ndryshëm.

Është pér t'u përmendur se grupi i mjekuar me biomycinë i përbërë prej katër rasteve kanë qenë forma të lehta pa temperaturë, ndërsa grupi i mjekuar me penicilinë, biomycinë dhe serum ka pasur raste shumë të rënda, po ashtu edhe grupi i mjekuar me penicilinë + serum.

Një pjesë nga të sëmurët, duke qenë se kanë ardhur nga spitalet e tjera, u është filluar mjekimi qysh aty më serum dhe penicilinë, kështu që në klinikën tonë kanë mbritur në gjendje pak a shumë të mirë.

Në qoftë se do të shikojmë efektin e medikamenteve pér secilin grup mund të thuhet se në grüpин e mjekuar me penicilinë dhe serum, i përbërë prej 15 rastesh, temperatura mesatarisht është ulur ditën e katërt ose të pestë me shifrat normale, janë zhdukur fenomenet e intoksikacionit si dhëmbja e kokës, edema ka filluar të ulet në mënyrë të shpejtë. Pulti dhe frymëmarrja janë normalizuar: Nga ana lokale nuk ka pasur ndonjë ndryshim 4–5 ditët e para. Më tutje është formuar korka. Edema mesatarisht është zhdukur ditën e 16–17 të sëmundjes, ndërsa korka ka rënë mezatarisht ditën 34–35 të sëmundjes. Të sëmu-rët e këtij grupi kanë qëndruar mesatarisht 46,6 ditë. Tre të sëmurë prej këtij grupi qysh në fillim u krijojnë linfadenite në gjëndrat rë-gjonale, të cilat nuk zgjasin dhe në një rast u zhvillua linfadenit i von-shëm, që qëndron pothuajse deri në dalje.

Grupi që u mjekua me penicilinë, përfshin 8 raste të lehta dhe disa raste mesatare. Në 3 raste që kanë pasur temperaturë është ulur ditën e tretë, ndërsa edema mesatarisht në këtë grup është zhdukur ditën e 20-të të sëmundjes, korka ka rënë mesatarisht ditën e 28-të të sëmundjes. Qëndrimi mesatar në spital 30 ditë. Asnjë nuk ka patur linfadenit.

Grupi i mjekuar me penicilinë, serum dhe biomycisë përfshin 5 raste. Nga këta 1 shumë i rëndë, 2 të rëndë, 1 i mesëm dhe 1 i lehtë. Temperatura në këtë grup mesatarisht ka rënë ditën e pestë të sëmundjes. Është pér t'u theksuar efekti i dobët i biomycinës në rastet e rënda.

Kështu i sëmuri S.T., vjeç 25, me profesion samarxhi, nga Berati, shtrohet në klinikë tonë me dt. 30 gusht 1956 ora 16,30 me diagnozë antrax cutan. Sëmuret para 6 ditëve me temperaturë të lartë, dhimbje koke, rendim i syrit të djathëtë dhe edemë të anës së djathëtë të fytyrës Gçëndja e përgjithëshme e rëndë. Karbunkula lokalizohet në faqen e djath-të. Në palpebren e syrit të djathëtë edema e gjithë anës së djathëtë të fytyrës kalon edhe në qafë po nga ana e djathëtë. Duke u nisur nga të dhënat e literaturës mbi efektin e mirë të biomycinës i caktuam pacientit tonë si terapi biomycinë 3 tab. x 6 + kardiotonike Camphora, Coffeine me doza të mëdha. Kjo terapi u fillua qysh më datën 30/8/1956. Me datë 31/8/1956 gjëndja e përgjithëshme e pacientit në vend që të përmirë-sohej keqësohej edhe më tepër. Temperatura e lartë 39,90, dhimbje të forta koke, i eksituar, flet përcart, edema zmadhohet duke arritur

në klavikul e nën të e padhimbëshme. Pulsi i plotë i shpejtë 100 në minutë. Në pulmone dhe cor asgjë. Me dt. 1.9.1958 gjëndja akoma dhe më tepër keqësohet. Temperatura e lartë, ka nauze, dhimbje koke e fortë, edema fillon të zgresë në thoraks, gjëndja e rëndë toksike. Detyrohemë të heqim biomycinën dhe të vemë penicilinë nga 150.000 x 6 dhe serum antiantrax 100 cc. intramuskulare simbas Bedredkës plus kardiotonike dhe mjekim lokal. Qysh të nesërmen temperatura bie në formë, gjëndja e përgjithëshme përmirësohet, shenjat e intoksikacionit si dhimbje koke, nauzë, adinamia zhduken, edema fillon të pakësitet. Mbasi gjëndja filloj të përmirësohej në terapi, u la vetëm penicilinë 150.000 x 2 qysh prej datës 3/9/1956 deri me 3/X/1956. Edema zhdukjet krejtësisht në të 32-tën ditë të sëmundjes. Krusta (korka) bie ditën e 37-të të sëmundjes dhe me dt. 20/X/1956 del i shëruar me një ektropion të syut të djathtë. Tek pacienti ka pasur vend dhe linfadeniti si dhe një infiltrat në vendin e hyrjes së bacilit antraksit, i cili qëndroi për 23 ditë dhe zhdukjet me daljen e pacientit.

Në katër të sëmurët e tjerë temperatura ka rënë mesatarisht ditën e 3-të, edema zhdukjet ditën e 29– të sëmundjes, korka bie ditën e 32-të të sëmundjes. Nga të katër të sëmurët që u mjekuan me penicilinë, serum dhe biomycinë në dy u formuan linfadenite dhe infiltrate të qëndrueshme. Për njerin prej tyre u desht të përdorim ekstrakt placentar si desensibilizojës dhe ndihmës në absorbimin e infiltratit. Ditë qëndrimi mesatar 39.

Grupi i mjekuar vetëm me biomycinë përbëhej prej 4 rasteve të lehta pa temperaturë. Edema zhdukjet ditën e 13-të të sëmundjes. Korka bie ditën e 22. Qëndrimi mesatarisht 27 ditë. Nga këta në 3 krijuhet linfadenit dhe në 1 infiltrat shumë i qëndrueshëm, i cili nuk zhdukjet edhe në dalje, me gjithë se u bë ekstrakt placentar.

Dy veta u shëruan pa mjekim, njëri me edemë të vogël që zhdukjet mbas tri ditësh, korka bie ditën e 34-të sëmundjes, qëndrojnë mesatarisht 42 ditë.

Grupi i mjekuar me penicilinë, serum dhe streptomycinë përbëhet nga 3 raste. Streptomycinë kanë marrë 2 veta nga 2 gram gjithsejt dhe njëri vetëm 1 gram. Temperatura mesatarisht ka rënë ditën e katërt, edema ditën e 28 korka ditën e 33 të sëmundjes. Kanë qëndruar mesatarisht 46 ditë. Duhet theksuar se edhe në këtë grup ndër dy u krijuat infiltrati myjaft i qëndrueshëm. Niéri del me ektropion të syut të majtë.

Si konkluzion mund të themi se asnjë medikament nuk është absolutisht i efektëshëm karshi bacilit të antraksit.

Efekt të mirë na ka dhënë kombinimi i penicilinës me serumin antiantraks. Dozat duhet të caktohen mvartësisht nga forma, lokalizimi dhe graviteti. Karbunkulet e fytyrës dhe të qafës zakonisht shoqërohen me edema të mëdha, prandaj duhet që serumi të përdoret me doza 200–500 cc. të përsëritur deri në përmirësimin e pacientit, mandej të pakësitet doza. Penicilina mund të përdoret në doza 900.000 deri në 1.200.000 në 6 ose 8 injeksione deri në përmirësimin dhe uljen e temperaturës në normë, pastaj të pakësitet në 300.000 deri në rënien e korkës.

Biomycina nuk jep efekt në forma të rënda, prandaj duhet kombinuar me penicilinë dhe serum. Përsa i përket streptomycinës nuk mund të jepim ndonjë mendim nga fakti se është përdorur në tre të sëmurë në njerin 2 ditë dhe në dy të tjerët nga 1 ditë.

Efekti i mirë i biomycinës simbas literaturës sovjetike dhe të huaj,

avet nga lloji i shtamave, të cilat janë sensibël karshi saj në shumë pak sensibël në vendin tonë.

Jemi dakord me Y. Mazare, që thotë se në mjekimin e bëhet menjëherë analiza bakteriologjike dhe të përcaktohet mbas marrjes s'analizës të fillohet injektimi pa pritur dhe penicilinë, dhe mbasi të caktohet sensibiliteti, e atë medikament karshi të cilit bacilet e antraksit

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

- Gugnjajev, Blej — Opit primenjenija biomykrobiologii epidemioł. i immunobiologii v akuticheskikh i chronicheskikh bolezniakh. Moskva 1950.
- Gugnjajev, Blej — «Sibirskaja jazvja». Pelsher i okusherka Nr. 10—11 Moskva, 1944.
- Kollokova I.A. — «Lecenie pri sibiriskij jazven» Biblioteka prakticeskogo врача Lechenie infekzionih bolnih, Moskva, 1950.
6. — Carlifanti e Magrassi — «Carbonchio». Trattato di medicina interna, vo. III. 1951.
7. — Cecil e Loeb — «Carbonchio» Trattato di medicina interna — Vol. II. 1957.
8. — Mazare Y. — Le traitement du charbon (pustula maligna) «La semaine des hopitaux» N. 10. 1958.
9. — Ravina — «Charbon» Année Trerapeutique 1955.

## THE TREATMENT OF ANTHRAX IN THE CLINIC OF INFECTIOUS DISEASES (Summary)

In his article on the treatment of anthrax in the clinic of infections diseases Dr. Myftar Muço gives the results obtained by the different methods used during the year 1956-1957, he has had in all 38 cases, which he has compared with the cases he has found in the available foreign literature.

The author has had good results from the combination of penicillin with antianthrax serum, the doses of which he has determined according to the form and localisation of the infection. In the cases when the carbuncles are localised on the face or the neck and considerable oedema develops on these places, the doses of the serum must be 200-600 ml., together with 900.000-1.200.000 units of penicillin, which must be diminished gradually until the dry cover falls off.

Biomycine, applied by the author on 4 patients, did not give satisfactory results.

As to streptomycin, the author reserves for the time being his conclusions, because he has used it only on 2 cases.

Dr. Muço concludes that in each case the treatment must be organised according to the antibiogram, attending which the treatment must begin with penicillin or penicillin+serum.

## KUADRI ANGIOPNEUMOGRAFIK NË DISA SËMUNDJE TË PULMONEVE DHE TË MEDIASTINIT

Kandidat i Shkencave Mjekësore P. GACJA  
Katedra e Kirurgjisë

Statistika e të gjitha vendevet të botës, vë në dukje një rritje të theksuar të sëmundjes kanceromatoze të pulmoneve gjatë 30–40 vjetëvet të fundit. Simbas të dhënave të J.V. Davidovskit (1940), si dhe të autorëvet të tjerë, kanceri i pulmonit zen vendin e dytë mbas kancerit të stomakut dhe jep vdekjet më të mëdha se kanceri i uterit dhe ezofagut të marrun së bashku.

Rritja progresive e morbozitetit nga kanceri i pulmoneve, kërkon pa tjetër përpunimin e metodave më efikase për kurimin e kësaj sëmundje. Sot për sot një ndër metodat më efikase nga kjo pikëpamje vazhdon të mbetet metoda e kurimit kirurgjikal. Rezeksioni i pulmoneve është deri tanë metoda e vetme, e cila siguron deridiku një shërim pak a shumë të gjatë të kësaj sëmundje.

Rezultatet e kurimit operativ, sikurse dihet, mvaren kryesisht nga përeaktimi i herët i diagnozës. Por përcaktimi i herët i diagnozës së kancerit pulmonar nuk bëhet, për shkak të vështirësive që paraqet ky problem. Simbas të dhënave G.R. Rubishtejn (1954) të mbledhur në spitalet dhe klinikat e qytetit të Moskës si dhe në autopsitë, divergjencat diagnostike në këtë sëmundje mbrrijnë në 63%. Bile dhe të dhanunat e atyre kirurgëve që kanë eksperiençë në diagnostikimin e herët të kancerit pulmonar dëshmojnë përfaktin se nga të gjithë të sëmurët që u paraqiten ndër klinika, të tillë që mund të operoheshin, nuk ishin më shumë se 20–30%, kurse përqindja e atyre që iu nënshtruan operacionit radikal përbën vetëm 10–15% (F.G. Ugllov 1954, P.A. Kupriamov 1955, E.S. Llushnikov 1956). Tue u nisë nga këto bëhet e qartë se sa rëndësi ka përf klinikën studimi dhe aplikimi i metodave të rea diagnostike në këtë sëmundje të rëndë dhe shumë të rrezikëshme.

Disa vjet më parë, klinika u pasurua me një metodë të re për diagnostikimin e kancerit të pulmonit që u quajt angiopneumografia. Angiopneumografia e parë me sukses tek njeriu, u krye në vjetin 1930 nga ftiziatri portugez Lopo de Karvalo. Në vjetin 1938 Robb dhe Shtejnberg aplikuan përf të parën herë angiopneumografinë tek të sëmurët me kancer të pulmonit. Këta autorë konstatuan se në angiopneumografitë e këtyre të sëmurëve vërehet mungesa a po pakësimi i vazave të kontrastueme, deformacion dhe amputacion i degëve vazave si në rajonin e tumorit, ashtu edhe në rajonet fqinje me të. Në vjetin 1949 Ebbot, Hopkins dhe Lajt botuan punën e tyre të bazuar në të dhënat e ekzaminimeve angiografike të kryera tek 36 të sëmurë. Simbas këtyre autorëve

angiopneumografija ka rëndësi të madhe në diagnostikimin e tumoreve maligne të pulmoneve dhe veçanërisht të atyre të lokalizuara, në lobet superiore. Neuhof, Susmen e Nabatof (1949) qenë të parët që treguan se me ndihmën e angiografisë mund të diferencohen me ekzaktësi tumoret e mediastinit nga aneurizma e aortës. Pak më von po këta autorë tregojnë vëmendjen mbi rëndësinë që ka angiopneumografija në diagnostikën diferenciale të tumoreve pulmonare dhe proceseve të tjera patologjike. Organët që ngjasin shumë me to. Në vjetin 1950 Kejl dha sëmurë me 26 angiopneumografi të kryera tek të sëmurë me pneumoni, 35 tek të sëmurë me pneumoni të pa absorbuara, 35 tek të parët vrehet pakësimi i sasisë së shkundrazi shtimi i sasisë së tyre, si edhe 35 tek të sëmurë me lëndë kontraste. Simbas mendimët që kryesore është shërbejnë si simptoma kryesore në diagnostikën diferenciale e tumoreve, sëmundjeve inflamatore dhe kancerot e pulmoneve. Në studiun e konkluzione kanë arritur edhe një numri autorësh të tjere (Soaye, Tagliaffero, Bonpiani, Bolt, Forssman, Rink, Lyon, Vertova, K.A. Pavlov, A.M. Lipkoviç, P.N. Mazajev etj.). Por perkrah autorëve që e cmojnë në mënyrë pozitive angiopneumografinë, qëndrojnë të tjerë, të cilët janë më të rezervuar në vlerësimin e të dhënave të maruna nga kjo. Kështu p.sh. Shoenmaker dhe Firten (1951), Véjss e Vitz (1952), Shtiler (1954) Amundsen e Sorrensen (1956) e të tjerë në veprat e tyre shkruajnë që megjithëse me ndihmën e angiopneumografisë mund të diktohen ndryshime të rëndësishme morfollogjike në vazat pulmonare, prap se prapë vlera diferencial-diagnostike e këtyre ndryshimeve nuk është e madhe. Disa nga këta autorë shkruajnë se rarifikimi apo mungesa e plotë e vazave të konstatuara në rajonin e fokusit të lezionuar, që quhet si simptome karakteristike e kancerit pulmonar, mund të takohet edhe në një seri sëmundjesh të tjera jo tumorale të pulmoneve (tuberkuloz, bronkoektazi, absces, silicoze, pneumoskleroze etj.). Duke u nisur nga kjo, ne i vumë përpara veftës detyrën të studjojmë me ndihmën e angiopneumografisë ndryshimet që ndodhin në vazat pulmonare gjatë kancerit dhe disa sëmundjeve të tjera të pulmoneve të mediastinit dhe simbas mundësive tonë, të skjarojmë se deri në çfarë shkalle përcaktimi i këtyre ndryshimeve mund të ndihmojë në diagnozën diferenciale të këtyre sëmundjeve.

Ne kemi ekzaminuar me ndihmën e angiopneumografisë 76 të sëmurë. Nga këta të sëmurë 50 vuanin nga kanceri pulmonar, 4 nga tumore benigne të pulmoneve, 14 — nga sëmundje të ndryshme inflamatore të pulmoneve, 8 — të sëmurë me tumore të mediastinit. Përveç këtyre ne kemi kryer injektimin e vaseve pulmonare me lëndë kontraste në 28 preparate pulmonesh të rezkuara gjatë operacionit nga të cilat, 14 preparate të rezkuara për shkak të kancerit pulmonar, 4 tumore benigne të pulmoneve dhe 10 — për shkak të sëmundjeve inflamatore kronike të pulmoneve.

Tek të sëmurët me kancer pulmonar, mosha ka qenë më shumë se 41 vjeç (48 nga të 50 të sëmurët). Të sëmurët me sëmundje inflamatore kronike kanë pasur moshë më të re.

Gjatë studimit tonë, ne kemi aplikuar dy metoda të angiopneumografisë: angiopneumografinë globale dhe atë selektive.

Angiopneumografinë globale e kemi kryer simbas përshkrimit të më poshtëm. Në vigjilën e ekzaminimit, të sëmurit i bëhet prova e sensibilitetit përkundrejt landës kontraste (tek të gjithë të sëmurët përdoren kardiotrast). Për këtë qëllim intravenoz injektojmë 1 — 2 ml. solucion kardiotrast 35%, pastaj fusim disa pika nga preparati në konjunktivat e syve dhe nën gjuhë. Reaksionin e patëm pozitiv vetëm në dy raste, menjëherë mbas injektimit të preparatit u çfaq vjellje, skuqja e lëkurës, pruritus, edema e fytyrës. Të gjitha këto fenomene u zhdukën në mënyrë spontane mbas disa orëve.

Ekzaminimin angiopneumografik e kemi kryer esell. Pjesa kirurgjikale e ekzaminimit mund të kryhet në dhomën e mjekimeve aseptike. Mbasit të sëmurit ti jenë injektuar në mënyrë paraprake 1 ml. sol. pantopon 2% dhe 1 ml. sol. atropine, me anestezi lokale me sol. novocaine 0,5% zbulohet v. basilica ose nga ndonjëherë v. **mediana cubiti** apo v. **cephalica**. Në lumenin e venes vendoset një kanjulë speciale simbas dimensionit të venës. Me këto përfundohet pjesa kirurgjikale e angiopneumografisë dhe i sëmuri çohet në kabinën rentgenologjik ku vazhdohet pjesa e dytë e ekzaminimit — ajo rentgenologjike.

Angiopneumografinë e kemi kryer me aparatin e rentgenit të firmës suedeze JARHNS duke respektuar konditat teknike të më poshtme: fuqia e korentit 200 mA, tensioni 70 kw., ekspozicioni 0,1 — 0,06 të sekondës. Ndërrimin e kasetave e kemi bërë me duar me një interval prej 1—2 sekondash. Në një angiopneumografi kemi harxhuar 4—5 filme rentgenologjike me dimension 30 x 40 cm. Në ato raste kur u paraqit nevoja e kryerjes së angiopneumografisë në dy projeksione, lëndën kontraste e injektuam dy herë me një distancë kohe ndërmjet dy injektimeve prej 10—15 minutash. Lëndën kontraste e injektuam me shiring **Zhane** nën presion, tue llogaritur 1 ml. sol. kardiotrasti 70% në 1 kg. peshë të sëmurit. Para injektimit të lëndës kontraste në vena injektojmë 15 — 20 ml. sol. novacione 0,5%.

Tek dy të sëmurë menjëherë mbas injektimit të lëndës kontraste u çfaq vjellje në fillim zbehje dhe mandej cianoze e lëkurës dhe mukozave. Pullsi u bë i shpeitë, filiforme, tensioni arterial u ul deri në 50%, mm. të shtyllës së zhivës. Njera nga të sëmurat pati pér disa minuta konvulsione tetanike, humbje të ndërgjegjes. Më vonë gjendja e të sëmurëve gradualisht u përmirësua dhe mbas dy orëve ato e ndienin vehten fare mirë. Për të lëftuar komplikacionet ne përdorëm di-medrol, oksigjen, glukoza dhe kardiotonik.

Angiopneumografinë selektive e përdorëm n'ato raste kur kërko-hesh një studim anatomik më i detajuar i vazave pulmonare të kalibrit të vogël. Angiopneumografinë e kemi kryer me ndihmën e katetereve kardiakë, të cilët u përquan nëpër venat e dorës deri tek vazat pulmonare që ne dëshironim t'i kontrastojmë. Në një angiopneumografi selektive harxhuam jo më shumë se 10—15 ml. sol. kardiotrasti 70%. Për të evituar rupturën e vazave nga presioni i madh që krijohet në kohën kur injektohet kontrasti, kateterin kurrë nuk e përqumë deri në vazat subsegmentale të pulmoneve. Për të fiksuar në rentgeno-

grame ciklin e qarkullimit arterial dhe venoz të gjakut në pulmone mjaftojnë 4–5 filme rentgeni.

Duke aplikuar gjatë studimit tonë këto dy metoda mbrijtëm në rezultatet e më poshtëme:

Sikurse dihet kanceri pulmonar paraqet në vetvehte tumor, i cili ka aftësinë e rritjes infiltrative. Elementet e tumorit duke u shumëzuar, përhapen ndërmjet elementeve të parenhimës pulmonare; depërtojnë në sanguinet tisurale, infiltrojnë, shkatrojnë dhe shtypin vazat sanguine e vazoane. Gjatë ekzaminimit histologjik të vazave, konstatohen ekipazhët e ndryshme në paretet e këtyre, infiltronacion mikrotumore, që përfshijnë rritjen e indit konjunktiv të shoqëruar me obliteracionin e plotë të lumenit të vazave. Shpesh si brenda e përfshirët e rritjeve e obliteracionit parenkimën pulmonare jashtë tij, takohen e përfshirët e rritjeve e obliteracioni i lumenit të tyre nga celulat e kancerit. Në këto rastet ndryshime patologo-anatomike qëndronin në bazë të infiltronave histologjike, të cilat ne mundëm t'i zbulonim me ndihmen e angiopneumografisë tek të sëmurët tonë që vuanin nga kanceri pulmonar. Më shpesh nga influenca e shkaqeve të përmbendura më sipër, zona e hijes tumorale në angiopneumogramat paraqitesh pa vaza, ose ajo përbante një sasi të pakët vazash të deformuara dhe keq të kontrastuara, (fig. 1). Nga ndonjëherë në vazat e ruajtura u observuan defekte të përbushjes. Këto ndryshime ishin të lidhura me shtypjen ose penetrimin e tumorit në lumenin e vaseve. Më rallë, sidomos në tumoret e dimensioneve të mëdha, ne observuam amputacionin e degëve të arteriave pulmonare.

Amputacioni i vazave në formë «cungu» në të gjitha rastet qe i lidhur me shtypjen dhe obturacionin e lumenit të vazës nga tumori kaneromatos apo trombi sanguini. Në 50 të sëmurë me kancer pulmonar, ne e takuam amputasjonin e arterieve segmentare e lobare tek 10 të sëmurë, të arteriave pulmonare — vetëm tek 2 të sëmurë. Amputacionin e degëve të mëdha të arteriave pulmonare e takuan vetëm tek të sëmurët me forma të përparuara të kancerit pulmonar.

Ne aplikuan angiopneumografinë tek 15 të sëmurë me ateletazë të shkaktuara nga kanceri pulmonar. Nga këto të sëmurë 9 patën ateletazë segmentare, 4 lobare dhe 2 — ateletazë të gjithë pulmonit. Gjatë ekzaminimit angiografik të pjesës së kolabuar ateletatit të pulmonit, konstatuam një paksim të theksuar të vaskularizimit, ngushtim të lumenit të vazave, afrim të tyre. Në pjesët enfizematoze fqinj me ateletazën, konstatuam deformimin dhë spostimin e vazave (fig. Nr. 2).



Fig. 1.

Tek tē sëmurët me forma periferike tē kancerit pulmonar, në filim tē studimit tonë, ne aplikuan metodën e angiopneumografisë globale dhe shpejt u bindëm në tē metat e kësaj metode. Këto tē fundit në radhë tē parë ishin tē lidhura me faktin se vazat periferike, tē cilat kryesisht lezionohen nga kjo formë e kancerit pulmonar, kontrastohen shumë keq. Përveç kësaj, gjat aplikimit tē kësaj metode, shpesh në hijen e tumorit periferik vendosen hijet e vazave më tē mëdha, që kalojnë në parenkimën e shëndoshë tē pulmonit përpara dhe mbas tumorit. Të gjitha këto tē marruna së bashku e vështirësojnë shumë diagnozën angiografike tē kancerit pulmonar. Duke u nisur nga kjo, ne ashtu sikurse edhe disa autorë tē tjerë (K.A. Pavlov, Lyon a. Vertova etj), në kancerin periferik pulmonar aplikuan vetëm angiopneumografinë selektive. Me ndihmën e kësaj metode konstatohen më mirë vazat periferike dhe njëkohësisht evitohet mundësia e vendosjes në hijen e tumorit, hija e vazave tē segmenteve të tjera të shëndosha tē pulmonit (fig. 3).



Fig. 2.



Fig. 3.

bilititet tē kësaj sëmundjeje. Kjo është e lidhur me faktin se në një numur të madh të sëmurësh me kancer pulmonar, me gjithë kontrollin e

Në kohën e tanishme, për klinicistin rëndësi tē madhe praktike ka jo vëtëm diagnostikimi i herët i kancerit pulmonar, por edhe përcaktimi në kohën e duhur para operacionit i simptomave tē inoperabile.

kujdesëshëm preoperator, vetëm gjat operacionit jepet mundësia e përcaktimit të inoperabilitetit. Simbas të dhënavë të F.G. Ugllov, B.V. Krasnogorov, A.P. Kolesov, A.I. Savicki etj., kanceri pulmonar paraqitet si inoperabel pothuajse tek 50% e të sëmurëve të operuar. Në kohën e tanishme për shkak të sukseseve të mëdha në anesteziologji dhe në teknikën operative torakotomia probatore paraqet rreziqe minimale për të sëmurin. Por me gjithë këtë, sikurse shkruan profesor F.G. Ugllov, «...për të sëmurin i cili gjendet në kufirin e operabilitetit, torakotomia probatore nuk mund të llogaritet si një operacion relativisht jo i rrezikshëm, sikurse torakotomia diagnostike, kur diagnoza është e vërtetë, mund të bëhet e të sëmurai është e mirë. Për të sëmurin që ka rrezik të rreziqëve të operabilitetit, ka shumë rëndësi që të evitohet operacioni i tij, por operacion mund të përcaktohet me saktësi e madhe, që do t'ju dëshmoj se duhet të studjojen me kujdes të gjitha simptomat që përshtat inoperabilitetin e të sëmurai.»

Njera nga metodat që mund të shërbejë për zgjidhjen e operabilitetit të sëmurevet që vuajne nga kanceri i pulmonit është angiopneumografja. Soave dhe Salen qenë të parët që vunë në dukje se me ndihmën e angiopneumografisë, mund të zbulohen disa simptoma që dëshmojnë për inoperabilitetin e kësaj sëmundje. Të tillë simptoma simbas të dhënavë të këtyre autorëve janë stenoza, spostimi dhe deformimi i vena **Cava Superior**, të shkaktuara nga shtypja apo infiltrimi i tumorit në lumenin e venës. Veçanërisht shpesh këto ndryshime vehen re atëhere kur tumori është i vendosur jasht venës. Holmen, Shtejnberg dhe Doter me ndihmën e angiopneumografisë ekzaminuan 105 të sëmure me kancer pulmonar. Tek 30% prej tyre ato minden të zbulojnë simptoma të ndryshme të inoperabilitetit, të cilat nuk qe e mundur të përcaktohen me ndihmën e metodave të tjera të ekzaminimit. Simbas të dhënavë të këtyre autorëve për inoperabilitetet flasin simptomat angiografike të më poshtme: 1) Obturacioni parcial apo total nga tumori i arteries pulmonare të majtë në një distancë prej 1,5 cm. prej vendit të fillimit të saj, si dhe obturacioni i arteries pulmonare të djathës proksimalisht nga vendi i bifurkacionit, 2) Obturacioni parcial apo total i venave magistrale të mediastinit, 3) spostimi dhe deformacioni i vazave të vendosura afér mediastinit, gjë e cila flet për prezencën e metastazave në mediastin, 4) Konstatimi i simptomave që dëshmojnë për lezionim të perikardit nga procesi patologjik.

Nga 50 të sëmure me kancer pulmonar, të ekzaminuar me ndihmën e angiopneumografisë, ne mundëm të zbulojmë disa simptoma të inoperabilitetit tek 6 të sëmure. Simptomat e inoperabilitetit që ne zbuluam ishin të shkaktuara nga infiltrimi i tumorit në lumenin e **vena cava superior**. Në dy të sëmure, anash kësaj, në angiopneumogramat, u konstatua lezionimi i trunkut kryesor të a. **pulmonalis dex.** nga tumori. Eksperiencia e jonë modeste, si dhe eksperiencia e autorëve të tjerë, trajtonë se lezioni **¶ v. cava superior**, është simptoma më e shpeshtë që dëshmon për fazën shumë të avancuar të kancerit të pulmonit. Ne kemi

observuar shkallë të ndryshme të shtypjes dhe infiltrimit të kancerit pulmonar në lumenin e v. **cava superior**, duke filluar nga stenoza e deri në obturacionin total të saj. Në lidhje me këtë dhe kuadri klinik e angiografik tek të sëmurët ka qenë i ndryshëm. Tek të sëmurët me stenoza jo të theksuara të lumenit të venës, para se të aplikohesh angiopneumografja nuk ekzistonte asnjë simptome që mund të fliste për lezionin e v. **cava superior** nga procesi tumoral. Në angiopneumogramat e këtyre të sëmurëve u konstatua stenozë e lumenit të venës, defekte të përbushjes të tipit polipoid gjatë murit të djathjtë të venës, rigiditet i mureve të saj (fig. 4). Zbrasja, e venës në atriumin e djathjtë kryhesh me vonesë. Tek të sëmurët me obturacion total të lumenit të venës, ose tek ata me stenozë të theksuar të saj, u obserua kuadri klinik i veçantë, i cili zakonisht në literaturë njihet me emrin «**sindromi e vena cava superior**». Angiopneumografja me këto raste tregoi vendin e obturimit të venës si edhe një sasi të madhe kolateralesh, nëpër të cilat lënda kontraste kalonte në pjesën e venës të vendosur poshtë pengesës.



Fig. 4.

Diagnoza e tumoreve benigne të pulmoneve, si edhe e cistave pulmonare, kryhet zakonisht duke u bazuar në të dhënat e marruna nga ekzaminimi kliniko-rentgenologjik dhe bronkoskopik i të sëmurit. Mundësitetë diagnostike të angiopneumografisë në krahasim me metodat e tjera të ekzaminimit nga kjo pikëpamje janë më të kufizuara.

Tek të sëmurët me tumore intrabronkiale të pashqëruarë me ateletaz, angiopneumografja nuk zbulon asnjë ndryshim në vazat pulmonare. Tek të sëmurët me ateletaze, observohet kuadri angiografik i cili u përshkrue me sipër. Ndryshime të veçanta në vazat pulmonare observohen vetëm në tumoret benigne dhe në cistet pulmonare, të cilët kanë mbrijtur dimensione të caktuara (jo më pak se 4-5 cm. në diametër) dhe janë të vendosur jashtë bronkeve, lirisht në parenkimët pulmonare. Këto ndryshime janë të lidhura ngushtë me karakterin e rritjes së këtyre tumoreve. Sikurse dihet tumoret benigne dhe cistet e pulmoneve kanë cilësinë e rritjes ekspansive. Këto tumore zakonisht janë të kufizuara mirë nga indet rrëthonjës dhe rriten në volum si topat e llistikut që fryhen me ajër (A.J. Abrikosov). Gjatë rritjes tumori a po cista sposton në periferi vazat pulmonare që janë të vendosura rrëth e përqark tyre. Në angiopneumografit në këto raste observohet zona avaskulare në vendin e tumorit e rrëthuar me vaza të spostuara e të pa ndryshuara (fig. 5).

Angiopneumografja nuk paraqet asnjë vlerë diagnostike në sëmu-

inflamatore kronike të pulmoneve, për arësyse se kuadri angiografik paraqitet i njejtë përtë gjitha këto sëmundje.



(Karvalo, Ravina, Suris, Benzako, Vejss, Vitz, Zambeli, Sacco, Zukoni, Ganturko, Shtejnberg, Lion e Vertova etj.). Ne aplikuam angiopneumografinë tek të sëmurët me sëmundje kronike të pulmoneve me qëllim studimi të ndryshimeve të vazave në këto sëmundje dhe përtë t'i krahasuar këto me ato ndryshime të cilat observohen në kancerin pulmonar. Angiopneumografia u aplikua

me sukses me sëmundjet kronike të pulmoneve që po i shënojmë

- |   |             |
|---|-------------|
| 1) Abscess kronik dhe pneumoni kronike jo specifike | 7 të sëmurë |
| 2) Sëmundja bronkoektatike                          | 4 të sëmurë |
| 3) Tuberkuloz pulmonar                              | 3 të sëmurë |

Përveç angioneumografisë tek të sëmurët, u kryen 10 egzaminime angiografike në 10 preparate pulmonesh të rezekuara për shkak të këtyre sëmundjeve: 1) Absces pulmonar dhe pneumoni kronike e abscedueve 4 preparate; 2) Sëmundje bronchoektatike 5 preparate, 3) Sëmundje bronkoektatike dhe tuberkuloz polmonar — 1 preparat.

Kuadri angiografik ne abscesin pulmonar është studjuar nga një seri autorësh (A.M. Lipkoviç, Karvalo, Skarinçi, Fasano, Shtejnberg etj.). Simbas të dhënave të A.M. Lipkoviç dhe Skarinçi, përqark abscessit pulmonar observohet zonë me një vaskularizim të shtuar. Shtejnberg, Karvalo, Fazano, thonë se shtimi i vaskularizimit observohet vetëm në abscesin akut të pulmonit.

Ndryshimet angiografike që pamë tek të sëmurët tanë me absces pulmonar ishin të ndryshme simbas kohës së zhvillimit të procesit, lokalisimit të tij, dimensionit etj. Në të gjithë abscesset pulmonare kronike në observuan në angiopneumogramat një zonë me vaskularizim të reduktuar përqark zonës avaskulare të abscessit. Vazat që ndodheshin afér abscessit si rregull ishin të deformuara. Përveç kësaj ato parafiteshin të ngushtuara, të afroara ndërmjet tyre, me kalibër të ndryshëm, të parregullta. (fig. 6).



Fig. 6

Ekzaminimet angiografike në sëmundjen bronkoektatike zakonisht nuk zbulojnë ndonjë ndryshim morfologjik në vazat pulmonare, në qoftëse kjo sëmundje nuk shoqërohet me fibroz. Tek të sëmurët me ndryshime patologjike masive në parenkimen pulmonare të shoqëruara me zvogëlimin e pulmonit, në angiopneumogramat observuam reduktim të vaskularizimit dhe në disa vende mungesë të plotë të vazave. Sikurse edhe në abcesin pulmonar, në të sëmurët bronchoektatikë, në shpesh observuam mos mbushjen me lëndë kontraste jo vetëm të vazave segmentare, por edhe atyre lobare.

Në fazat fillestare të tuberkulozit pulmonar, në angiopneumogramat nuk observohen ndryshime në vazat pulmonare (Zambeli, Sakko, Konstantini, Burzhua, Shtejnberg, etj.). Në rastet më të theksuara dhe më të avancuara të kësaj sëmundje, ne observuam zonë me një vaskularizim të reduktuar dhe nga ndonjë herë amputim të vazave pulmonare.

Në këtë mënyrë, gjatë sëmundjeve inflamatorë kronike të pulmoneve angiopneumografia zbulon këto ndryshime në vazat: a) reduktim ose mungesë të vaskularizimit në zonën e procesit patologjik si dhe përqark tij, b) shtrëmbërim të vazave pulmonare; c) stenozë të vazave pulmonare; d) amputim të vazave pulmonare.

Diagnostikimi i sëmundjeve të ndryshme të mediastinit deri kohët e fundit ka qenë shumë i komplikuar. Mediastini është i përbërë nga një kompleks organesh, shumë vështirë për tu ekzaminuar nga metodat tona të zakonëshme kliniko-rentgenologjike. Gjatë ekzaminimit të zakonshëm rentgenologjik, të gjithë organet e mediastinit, me përjashtim të trakes, paraqesin në vetvehte një hipe uniforme mediane të pa diferencuar, për arësyen se ata kanë një kompaktitet optik pothuaj se të barabartë.

Aplikimi i metodave të kontrastimit artificial, siç janë p.sh. pneumotoraksi, pneumomediastinografia dhe angiokardiografia lejojnë që kjo hipe mediane uniforme të ndahet në pjesët përbërëse të saj dhe me këtë krijojnë mundësinë e studimit të gjendjes së organeve të veçanta (E.V. Potjenkina).

Angiokardiopneumografia zen një vend me rëndësi ndërmjet metodave të ekzaminimit kontrast të organeve të mediastinit. Me ndihmën e kësaj bëhen të dukëshme zemra dhe vazat magjistrale, të cilat shpesh në mënyrë direkte apo indirekte marrin pjesë në zhvillimin e gjendjeve të ndryshme morboze të mediastinit. Angiografia është metoda më me vlerë në diagnostikën diferenciale të aneurizmave të aortës, tumoreve dhe cistave të mediastinit. Çfaqjet klinike të aneurizmës aortës dhe arteris pulmonare, mund të jenë shumë të ngjashme si me tumoret maligne, ashtu dhe me atë të tumoreve benigne të mediastinit. Në rastet e vështira, kur me ndihmën e metodave të zakonëshme klinikorenegenologjike të ekzaminimit, karakteri i hijes në mediastin mbetet i pakjartë, angiokardiopneumografia jep një ndihmë të madhe. Çfaqia në angiogramat, në kohën kur masa kontraste mbush aortën dhe vazat e tjera të mediastinit të ndonjë fryrje saciforme apo në formë boshti, shërben si simptomë patognomotike për aneurizmat e këtyre vazave. Përveç kësaj, angiokardiopneumografia shërben si metodë e mirë për përcaktimin e vendit të lokalizimit të tumorit a po cistës në

lumonar orakal. Diagnostika angiografike e tumoreve me lokalizim intrapulmonar është vazuar në ndryshimet që shkaktojnë këto tumore apo pulmoneve dhe mediastinit. Tumoret në lokalizim intrapulmonar maligne apo benigne, në radhë të parë shkaktojnë ndryshime pulmonare. Vetëm atëherë kur ato arrijnë në dimensione të madhe kur kalojnë e jepin metastaza në organet e mediastinit, që përfundimisht të shkaktojnë ndryshime edhe në vazat pulmonare. Në këto raste shkaktojnë ndryshimi angiografik ndërmjet tumoreve me lokalizim intrapulmonar deridiku humbet. Por me gjithë këtë, në rastin e tumoreve me lokalizim intrapulmonar gjithmonë ekzistojnë ndryshime pulmonare, të cilat ne zakonisht i observuam në angiografit e të sëmurës së tumoreve benigne e maligne të pulmoneve. Tek të sëmurët me lokalizim extrapulmonare vazat pulmonare mbeten intakte ose ato sposohen anash masës tumorale.

Angiokardiopneumografia nuk ndihmon në përcaktimin e konstrukzionit anatomik të tumoreve mediastinit. Ndryshimet e vazave të shkaktuara nga tumorët benigne e maligne të mediastinit gjithashtu nuk paraqesin ndonjë gjë specifike për llojin e këtyre tumoreve. Stenzoza, spostimi apo përdredhja e v. cava superiore, observohet si në rastin e tumoreve benigne, ashtu dhe n'ato maligne të mediastinit. Megjithatë në të sëmurët me tumore maligne ndryshimet e përmendura takohen më shpesh. Në 8 të sëmurë me tumore të ndryshme mediasstinale të ekzaminuar me ndihmën e angiokardiopneumografisë në 5 prej tyre ne pamë një ngushtim të theksuar në v. cava superior si dhe spostimi dhe rrotullimi të zemrës dhe vazave magistrale përqark boshtit të tyre. Gjatë operacionit në të gjithë këta të sëmurë u konstatuan tumore maligne: sarkoma – (4 të sëmurë) dhe teratoma maligne (tek 1 i sëmurë). Fakti që në tumoret maligne të mediastinit takohen më shpesh ndryshime në sistemin kardiovaskular shpjegohet se këto tumore rriten shumë shpejt dhe mbrijnë dimensione të mëdha. Tumoret benigne rrallë mbërijnë dimensione të mëdha, prandaj rallë shkaktojnë kompresione dhe spostime të vazave mediasstinale.

Roli i angiopneumografisë në diagnozën diferenciale të kancerit pulmonar dhe sëmundjeve inflamatore të pulmoneve është tanë nuk ka marrë një zgjidhje përfundimtare. Të dhënat e leteraturës mbi këtë problem janë shumë të diskutueshme dhe kontradiktore. Kështu p.sh. Keil, Shisel, Santi, Skarinci, Lofler etj. vërtetojnë se gjatë proceseve inflamatore të pulmoneve në ndryshim prej kancerit observohet shtimi i vaskularizimit në zonën e inflamacionit. Të tjerë autorë si p.sh. Shoemaker, Firten, Shtiler etj., gjatë krahasimit të ndryshimeve angiografikë të kancerit pulmonar me ato të sëmundjeve inflamatore të pulmoneve, nuk konstatuan as një ndryshim ndërmjet tyre.

Ne gjithashtu mendojmë se angiopneumografia nuk jep asnjë ndihmë në diagnozën diferenciale të sëmundjeve inflamatore kronike të pulmoneve dhe kancerit pulmonar. Sikurse përmendëm më sipër, gjatë pneumonive kronike, absceseve kronike, sëmundjeve bronkoektatikë dhe tuberkulozit pulmonar, për shkak të zhvillimit të indit sklerotik, vazat pulmonare ndryshojnë në një mënyrë të tillë që të kujtojnë shumë ndryshimet që ne zakonisht observojmë gjatë kancerit pulmonar. Në tentuam disa herë të diferencojmë me ndihmën e angiopneumografisë abscesin pulmonar nga kanceri pulmonar. Për t'i kontrastu-

ar me mirë vazat, aplikuam angiopneumografin selektive. Me gjithë këtë nuk mundem të observojmë në angiopneumogramatasnje zonë me vaskularizim të shtuar, ose ndonjë shenjë tjetër me ndihmën e së cilës



Fig. 7

mund të diferencoheshin këto sëmundje. Përkundrazi angiopneumografia anash me metodat e tjera të ekzaminimit ndihmoi në diagnostikën diferençiale të kancerit pulmonar dhe pneumonisë jo të vjetër. Në pneumonit ne observuam një vendosje të rregulltë të degëve të arteriis pulmonare si dhe një farë zgjerimi dhe një mbushje më intensive të lumenit të vazave me substancë kontraste në fokusin e pneumonis. (fig. 7).

Si përfundim ne dëshirojmë të theksojmë se angiopneumografia si një metodë më e komplikuar për diagnostikimin e kancerit pulmonar, si duket do të aplikohet vetëm në spitalet e klinikat e mëdha që merren me kirurgjin torakale. Studimet tonë, sikurse dhe studimet e autorëve të tjerë, treguan se gjatë kancerit pulmonar në radhë të parë ndryshojnë vazat me dimensione të vogla, të cilat fatkeqësishet ne nuk i shohim në angiopneumogramat globale. Për këtë arësyte, për përmirësimin e rezultateve të angiopneumografisë, është e nevojëshme që në të ardhmen të përmirësojmë konditat e kontrastimit të vazave të vogla të pulmoneve, gjë e cila mund të arrihet me përmirësimin e cilësisë së substancave kontraste si dhe duke studjuar rrugë të reja për infuzimin e tyre në vazat pulmonare.

#### THE ANGIOPNEUMOGRAPHIC PICTURE OF SOME DISEASES OF THE LUNGS AND MEDIASTINUM

(Summary)

*Angiopneumography was used on 76 patients affected by lung cancer, various chronic inflammatory lung processes and some mediastinal diseases. In addition vessel injection of 28 lung preparations removed because of the aforementioned diseases has made. In lung cancer angiography reveals poor or no vascularisation in the pathologic area. The technic of selective angiopneumography is the best to reveal vascular changes. Angiopneumography was found to be of value in determining the signs of inoperable lung cancer.*

*In chronic lung suppurations angiopneumography is of no diagnostic value and helps but little to differentiating the diagnosis of malignant pulmonary growth.*

*In unresolved pneumonia there is normal or increased vascularisation. Angiopneumography helps to make the diagnosis of the aneurism of the mediastinal vessels.*

## SISTEMI I KLASIFIKIMIT NDËRKOMBËTAR TË TUMOREVE DHE KLASIFIKIMI I CANCER MAMMÆ

Kand. Shken. Mjek. FADIL SPAHIU  
Klinika e Onkologjisë

Në Kongresin e VI ndërkombëtar të onkologjisë, i cili u zhvillua në San Paulo (Brazil) në vitin 1954 u krijuar një komitet special për klasifikimin e tumoreve me në krye profesorin P.F. Denoier (Francë). Në këtë komitet marrin pjesë përfaqësues të 11 vendeve.

Në radhë të parë komiteti mori në shqyrtim klasifikimin e **Cancer mammae** dhe të **Cancer larinx** si dhe metodën e studimit të rezultateve të largëta të mjekimit të tumoreve. Mbas një pune katër vjetëre në vitin 1958 në kongresin e VII të onkologjisë, në Londër, komiteti paraqiti projektin definitiv të shtypur në broshurë të veçantë në gjuhën Anglishtë dhe Frengjishtë. U rekomandua që ky tekst të shtypet në literaturën mjekësore të të gjithë botës, me qëllim që të bëheshin vrejtjet e mundëshme nga specialistët e vendeve të ndryshme.

Mbas një viti në qershor të vitit 1959 komiteti bani mbledhjen e tijë në Paris për të shqyrtuar vrejtjet e ardhura nga të gjitha anët e botës. Përsa ju përket këtyre problemeve komiteti erdhi në projektin definitiv përsa i përket klasifikimit klinik të tumoreve maligne, tue përbledhë të dhanunat e përgjithëshme, sistemin e përcaktimit të stordjeve, paraqitjen e rezultateve të largëta (për të gjitha lokalizimet) dhe klasifikimin e **cancer mammae**. Përsa ju përket projekteve të klasifikimeve të tumoreve maligne me lokalizime të tjera, komiteti nuk erdhi në ndonjë përfundim definitiv.

U vendos që projektin definitiv i sistemit të përgjithëshëm të klasifikimit dhe klasifikimit të **cancer mammae** ti nënshtrohet sprovimi klinik në të gjitha institucionet onkologjike të botës në një afat pesë-vjeçar tue fillue nga 1 janari i vitit 1960. Kjo do të verifikojë randësinë praktike të këtij klasifikimi dhe krijon mundësinë për ta paraqitë për aprovim pranë organizatës ndërkombëtare të shëndetësisë si klasifikim ndërkombëtar.

Komiteti rekomandon që këto materjale të botohen në revistat mjekësore të të gjitha vendeve me qëllim që të njifet masa e mjekëve të cilëve ju intereson.

Ma poshtë po justifikojmë tekstin e plotë të projektit definitiv të këtij klasifikimi që dha komiteti në 1959 në Paris.

## **Çështje të përgjithëshme. Qëllimet e klasifikimit.**

1. Përshkrimi klinik i klasifikimit të tumoreve maligne mund tu shërbjnë disa qëllimeve të lidhura në mes të tyre, kryesisht:

- a) për të ndihmue klinicistin në planifikimin e kurës,
- b) me dhanë disa baza përcaktimin e prognozës,
- c) me ndihmue në vlerësimin e rezultateve të kurës,
- d) me ndihmue këmbimin e të dhanunave në mes të qendrave kutive,
- e) me ndihmue vazhdimin e studimeve të kancerit tek njeriu.

2. Qëllimi kryesor i marrëveshjes ndërkombëtare mbi përpunimin e një sistemi të përshkrimit klinik dhe klasifikimit të tumoreve maligne në mënyrë që të sigurohet mundësia praktike e këmbimit reciprok të materialeve përkatëse. Secili sistem i tillë duhet të jetë i thjeshtë, i favorshëm në praktikë dhe që lejon mundësinë e ndryshimeve ose të shtesave në përputhësni me ndryshimin e kërkësave, dhe gjithashtu të sigurojë mundësinë e analizës statistikore dhe përpunimit e të dhanunave në makinat llogaritëse.

### **Bazat e klasifikimit**

3. Ekzistojnë disa kritere mbi klasifikimin e tumoreve maligne, siç janë: lokalizimi anatomik dhe përhapja klinike e procesit (semundjes) të përcaktueme klinikisht, përcaktimi i afatit të simptomave ose shenjave të sëmundjeve, gjinisë dhe moshës të sëmurit, tipin histologjik të tumorit.

4. Të gjithë këto kritere janë të ndryshueshëm gjatë kohës, të cilat, siç, dihet, influencojnë në prognozën e sëmundjes. Klasifikimit simbas invazionit klinik të sëmundjes ose simbas të ashtuquajtunave stadieve të sëmundjes, komiteti i ka dhanë një rëndësi të dorës së parë.

¶

### **Vështirësitetë në përcaktimin e stadeve.**

Historikisht ndarja e të sëmurëve me kancer në grupe, në përputhshmëni me të ashtuquajtunat stadi, lindi në lidhje me ato që jeta ose shërimi i të sëmurëve me proces të lokalizuem ishin ma të mundëshme se sa në rastet kur tumorri kalonte kufijt e organit të damtuem. Të sëmurët që hyjnë në këto grupe ishte e padrejtë të konsideroheshin si raste të herëshme ose të vona të kancerit, tue pasë parasysh zhvillimin e procesit me kohë.

6. Megjithatë i ashtuquajtuni stadi i semundjes, i përcaktuem gjatë diagnostikës ose mjekimit, mund të shvrehë jo vetëm ritmin e zhvillimit dhe të përhapjes së tumorit por dhe tipi i tumorit. Lidhja në mes të tumorit dhe të organizmit mbajtës të tij dhe gjithashtu intervali i kohës ndërmjet çfaqjes së shenjës ose simptomit të parë, të vu-më re nga i sëmuri dhë kohës së vumjes së diagnozës ose fillimit të mjekimit. Stadi bille shkalla e malignitetit në vetvehte ende nuk janë tregues të ekzistencës ose jo të rrezikut të mortalitetit. Kanceret e stadir të parë nuk janë me doemos të herëshme ose jo vdekjeprurës.

7. Klasifikimi i kancerit simbas stadeve u ndërmuer me qëllim që tē ndahei: tē sëmurët në grupe, pér analizën krahasuese dhe vleftësimin e mjekimit. Në reportin e komitetit pér nomenklaturën e tumoreve dhe pér statistikën e aprovueme në Kopenhagen në vitin 1953, p.sh. thuhej se: qëllimi kryesor i ndamjes simbas stadeve asht nxjerrja e grupeve të krahasueshme tē tē sëmurëve, pér vlerësimin e metodave tē ndryshme tē mjekimit.

Megjithatë synimi me nda dy grupe tē ndryshme çfardo tē sëmuresh nē dy ndëngrupe tē ngjashme, pér krahasimin e tyne ndërmjet njeni tjetrit kérkon dy kushte tē cilat sigurisht janë tē parealizueshme:

a) që kriteret e ndamjes nē ndëngrupe tē janë tē përcaktueme, nē mënyrë që tē mos lejohen gabime dhe që tē mos shtohet asnji faktor suplementar i seleksionimit;

b) që nē tē gjithë ndëngrupin fillestar tē ketë homogenitet përsa u përket cilësive tē tillë, që nuk mund tē llogariten, si p.sh. aftësia potenciale pér metastazim.

### Përcaktimi i termës stad dhe ndamja simbas stadeve.

8. Me termat stad dhe ndamjes simbas stadeve nënkuptohet zhvillimi nē kohë, që nē shumë raste nuk egziston. Pér me evitue interpretimin e keq, propozjmë që me fjalën stadi tē kuptohet përhapja e dukëshme e sëmundjes, e përcaktueme nē ekzaminimin klinik tē tē sëmurit, kurse me shprehjen ndamje simbas stadeve, klasifikimin ose kualifikimin e tē sëmurëve kanceroz nē grupe ose kategori simbas shkallës së përhapjes së dukëshme tē sëmundjes (nē përputhje me planin e pranuem).

Qëllimet e ndamjes klinike simbas stadeve.

9. Qëllimi imediat i ndamjes së kancerit simbas stadeve konsiston nē ate, që tē lehtësohet përshkrimi i përpikët, i shkurtër i përhapjes së dukshme tē sëmundjes nē mënyrë tē atillë që u transmetohet lehësisht ose tē riprodhohet, prej tē tjerëve. Në qoftë se ky përshkrim do tē jetë objektiv, atëherë pajtimi i pikëpamjeve përsa u përket termave nuk kérkon sakrifica nga ana e gjykimit personal dhe prandaj mund tē arrihet plotësisht.

10. Qëllimi më i largët i ndamjes simbas stadeve mund tē jetë grumbullimi i tē sëmurëve kancerozë nē grupe me prognoza tē ngjashme ose që kanë nevojë pér tē njejtin mjekim. Por nē gjykimin mbi prognozën ose mjekimin gjithashtu influencojnë eksperienca klinike e persnave tē veçantë dhe përcaktimi subjektiv i përhapjes së sëmundjes, i përhapjes së saj, i veçorive biologjike, moshës, gjendjes hormonale tē tē sëmurëve, operabilitetit etj. Kombinimi i rasteve që kënaq një institucion mundet pér shkak tē ndryshimeve tē holla, nē materialin klinik mos me kënaqë nji tjetër, me arrijtë nji marrëveshje ndërkombëtare përsa i takon kombinacioneve tē pranueme eshtë vështirë. Por nē qoftë se faktorë tē ndryshëm oë u përkasin përhapjes së sëmundjes, mund tē përshkruhen me përpikmëni shkurt dhe objektivisht, atëherë çfardo kombinimi i tyne mund tē vërfytvohet na vështirësi tē veçantë. Pér aëllime tē statistikës ndërkombëtare duhet me përdorë grupimin ndërkombëtar tē pranuem, ndërsa pér kërkime speciale janë tē përshtatshme çfardo kombinacionesh tē tjera.

## Kërkesat themelore.

11. Detyra imediate e klinicistit është formulimi i gjykimit mbi prognozën dhe zgjedhja e metodës ma efektive të mjekimit. Kjo kërkon përcaktimin objektiv në çdo pikëpamje të përhapjes së sëmundjes. Prandaj duhet me ngulë këmbë kryesisht në përshkrimin e përpiktë dhe të plotë të tumorit primar, të nyjeve limfatike regionare dhe të metastazave të largëta.

12. Nji përshkrim i tillë jep bazën për çfardo klasifikimi ose grupimi dhe mund të përdoret në cilëndo qendër kurative. Ky klasifikim deskriptiv, për qëllime klinike statistikore, mund të zgjanohet për përfshimjen e faktorëve të tjerë, të cilët siç mund të supozohet, influencojnë në prognozën ose në mjekimin.

13. Asht e padeshirueshme me propozue nji klasifikim, i cili do të mundet me kufizue vazhdimin e observationit indipendent ose të përfytyrimit dhe analizës të të dhënave. Në thelb duhet që secila palë të jetë dakord me rregjistrue të dhanuna të përpikta mbi përhapjen e sëmundjes për me ba të mundun grupimin ose rigrupimin në përputhje me planin e përcaktuem. Propozimet e komitetit janë të drejtueme në plotësimin e kësaj kërkesa themelore.

### Përshkrimi i përhapjes së sëmundjes Sistemi T N M

3. 1. Përhapja e sëmundjes mund të shikohet si kompleks i përbam nga tre komponente: Sëpari tumorit primar i përcaktuem me shenjën T (tumor); limfonodulet rregionare të përcaktueme me shenjën N (nodes); së treti metastazet e largëta të përcaktueme me shenjën M (metastases).

3. 2. Përshkrimi i përhapjes së sëmundjes në kufi të secilit prej këtyre komponenteve paraqitet në vetvehte i komplikuem. P.sh. karakteristika e tumorit primare T kërkon marrjen parasysh të disa shenjave, të cilat përcaktojnë shkallën e zhvillimit lokal, sasia e të cilave ndryshon në mvartësi të lokalizimit të tumorit (p.sh. për **cancer mammae**-lëkura, muskujt dhe muri torakal).

Për përshkrimin e plotë të kuadrit të zhvillimit lokal mund të aplikohen shenjat numerike (p.sh. T<sub>1</sub>-T<sub>4</sub>) etj. Ky princip mund të shfrytëzohet edhe për percaktimin e karakteristikës klinike të limfonoduleve rregionare (N) dhe metastazeve të largëta (M).

3.3. Ky sistem për zbulimin e përshkrimit të përpiktë kërkon marrjen parasysh të gjithë komponenteve të mundëshëm klinik të përhapjes së sëmundjes. Tue u nisë nga këto elementa TNM mund të dalë grupimi klinik simbas stadës.

Rregulla të përgjithëshme për të gjitha lokalizimet e kancerit.

3.4. Përshkrimi i sistemit të paracaktuem për të sëmurët, të pamjekuem përpara.

3. 5. Të gjithë të sëmurët pa përjashtim përshkriven simbas kategorisë TNM, të cilët duhet të përcaktohen në ekzaminimin e parë të sëmurëve para fillimit të mjekimit dhe ma vonë të lehen pa ndryshim.

Për ekzaminime duhet të aplikohen: ekzaminimin klinik të përgjithëshëm, ekzaminimin rontgenologjik dhe ekzaminimin me ndihmën e instrumentave, të aplikueshëm në diagnostikimin klinik. Të dhënunat e marruna gjatë operacionit nuk përfshihen. Randësi ka që të parashifjen shenja plotësuese për të dhënat e egzaminimit histologjik dhe për llogaritjen e atyne rasteve, në të cilat diagnoza klinike dhe damtimi i limfonodulavet është vërtetue me këtë rrugë ose jo.

3.6. Metodika e propozueme e përshkrimit dhe e klasifikimit, e aplikueshme për të gjitha lokalizimet e kancerit përbahet prej tri etapash:

Së pari, përcaktimi i gradës së përhapjes së sëmundjes me aplikimin e 3 elementeve;

T. grada e përhapjes së tumorit primar.

N. — gjendja e limfonoduleve rregjonare.

M. — metastazat e larta.

Së dyti, bashkëngjitja tek sejcili nga këto tre elemente të treguesit numerik të gradës së përhapjes dhe damtimit, p.sh. T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, etj.

Së treti, grupimi i kombinimeve TNM në një sasi të vogël të stadeve.

#### Tumori primar (T)

3.7. Shkalla e përhapjes progresive të tumorit primar duhet të shënohet me shifrat (T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, etj.). Sasia e T — kategorive mund të mvaret prej veçorive të lokalizimit të tumoreve, por zakonisht mjafton deri në katër.

Përveç kësaj, mund të përdoret kategorija T<sub>0</sub> për tregimin e mungesës klinike dhe rentgenologjike të tumorit primar.

#### Limfonodulet rregjonare (N)

3.8. Shifrat klinike për pasqyrimin e gjendjes së limfonoduleve rregjonare dhe metastazeve të largëta aplikohet pamvarësish nga karakteristikat e tumorit primar. Gradën e damtimit të limfonoduleve duhet ta shënojmë me shifrat (N<sub>1</sub>, N<sub>2</sub>, etj.). Sasia e N — kategorive të tillë mund të luej mvartësish nga lokalizimi i procesit tumoroz. Mungesa e limfonoduleve të prekëshme shënohet me N<sub>0</sub>. Treguesi Nx mund të përdoret, në ato raste, kur limfonodulet rregjonare janë të pazbulueshme nga egzaminimi.

#### Metastazat e largëta (M)

3.9. Prezenca e metastazevet shënohet me gërmën M, kurse mungesa e tyre shënohet me gërmën M<sub>0</sub>. Për disa lokalizime mund të jetë i nevojshëm aplikimi i disa kategorive M (p.sh. M<sub>1</sub>, M<sub>2</sub>, etj.)

#### Grupimi klinik simbas stadeve.

3.10. Ky sistem jep mundësi të aplikohen kombinime të ndryshme të gradeve të tre komponimeve të përhapjes të sëmundjes, ashtu siç është pranue nga komiteti ndërkombëtar i numrit të grupimeve kli-

nike. Përveç kësaj ky sistem ka akoma edhe atë supremaci sepse lejon me krye këto ose ato ndryshime të vendosuna nga marrëveshja ndër-kombëtare «të ndarjes simbas stadeve» me rrugën e rigrupimit të elementeve TNM.

### Të dhana suplementare.

3.11. Përveç përshkrimit të përpikët të përhanies së sëmundjes të tumorit primar T, gjendja e limfonoduleve rregjionale N dhe metastazave të largëta M, karakteristika koresponduese klinike statike të tumoreve maligne duhet të përbajë faktorë të tjerë të cilët siç asht vendosë, influencojnë në prognozën dhe kanë rëndësi për prognozën ose zgjedhjen e metodës së mjekimit, si p.sh. këto; vazhdueshmënia e simptomave, tipi histologjik i tumoreve dhe mosha e të sëmurit.

### Klasifikime suplementare histologjike.

3.12. Në lidhje me të dhënat histologjike duhet të theksojmë momentet e maposhtëme:

a) Të dhënët histologjike nuk duhet të ndryshojnë ato që i përket stadhjeve klinike.

b) Rezultatet e kërkimeve histologjike mund të tregohen me shenjën (+) (rezultati pozitiv i studimit histologjik), ose me shenjën (-) (rezultati negativ i studimit histologjik), tue u përdorë si shtesë për kategoritë e ndryshme TNM (p.sh. N<sub>0</sub> +, N<sub>1</sub> - etj.)

c) Tipi i përpikët histologjik i tumorit duhet shënuë me qëllim krijimi të mundësive të favorëshme për analizën statistikore speciale; në këto raste ma mirë është të përdoret «nomenklatura histologjike e tumoreve të njeriut», The Histological Nomenclature of Human Tumours, UTCCC. Acta, vol. XIV, Nr. 3, 1958.

Aplikimi i rregullave të përgjithëshme.  
në tumoret maligne të **glandula mammae**.

4.1. Numri 170 është shifra e lokalizimit të **cancer mammae** në klasifikimin ndërkombe të sëmundjeve (1955).

4.2. Komiteti propozon ndarjen anatomike të **gladula mammae** si vijon:

- 170.1 — gjysma mediale,
- 170.2 — gjysma laterale,
- 170.3 — zona subareolare,
- 170.4 — pjesë të tjera,
- 170.9 — e papërcaktueme.

Kategoritë TNM e tumoreve maligne të **glandula mammae**

4.3. Propozohen shenjëzimet e poshtëshënueme të kategorive TNM për **glandula mammae**:

**T — tumori primar**

T, — tumori me madhësi deri në 2 cm. lëkura e padamtueme, me përjashtim të **morbus Peget**, e kufizueme në areol;

— nuk ka retraksim të areoles;

- mungon fiksimi në muskulon sternal;
- mungon fiksimi i tumorit në murin torakal.

**T<sub>2</sub>** — tumor ma i madh se 2 cm., por jo ma i madh se 5 cm. në madhësinë maksimale të tij ose fiksimi jo i plotë i lëkurës (térheqja e kufizue me ose rrudhja);

ose retraksioni i areoles (në raste të tumoreve subareolare), ose **morbus Paget**, e përhapun jashtë kufijve të areoles;

nuk ka fiksim të tumorit në muskujt torakal, nuk ka fiksim të tumorit në murin torakal.

**T<sub>3</sub>** — tumor ma i madh se 5 cm., por jo ma i madh se 10 cm. madhësinë e tij maksimale,  
ose fiksimi i plotë i lëkurës (infiltrimi ose ulcerimi);  
ose prezenca e simptomës së «lëkurës portokallit» në zonën e tumorit;  
ose fiksimi në muskujt torakal (e plotë ose jo e plotë), mungesa e fiksimit në murin torakal.

**T<sub>4</sub>** — tumor ma i madh se 10 cm.;

ose demtimi i lëkurës;

ose prezenca e simptomit të «lëkurës portokallit» në zonën, që kalon jashtë kufijve të tumorit, por mbrenda kufijve të **glandula mammae**;

ose fiksimit në murin torakal.

Shënim: Në murin torakal kuptojmë brinjët, muskujt interkostal dhe muskulon, **anterio serratus anterior**; muskulon e madh torakal nuk e përfshijmë.

**N** — limfonodulat rregjionare.

**N<sub>0</sub>** — mungesa e limfonoduleve të palpueshme në **fossa axilaris** të anës së sëmurë.

**N<sub>1</sub>** — limfonodulat palpohen në **fossa axilaris** të njenës anë, por të lëvizëshëm.

**N<sub>2</sub>** — limfonodulat e njenës anë të lidhun njeni me tjetrin ose me formacione të tjera anatomike.

**N<sub>3</sub>** — unilaterale supraclavicularë.

ose limfonodulat axilare, të lëvizëshëm ose të fiksuem,  
ose edeme e dorës.

Shënim. Edema e dorës mund të shkaktohet nga zania e rrugëve limfatike; në këto raste limfonodulat mund që të mos palpohen.

**M** — metastazet e largëta

**M<sub>0</sub>** — mesatastazet e largëta mungojnë.

**M** — ka metastaze të largëta, dëmtim të lëkurës, dhe jashtë kufijve të **glandula mammae**; dëmtim i limfogladulave të anës së kundërt ose **glandules mammae** tjeter, dhe gjithashtu të gjithë ato raste me shenjat klinike dhe rontgenologjike të metastazave në pulmone, në kavitetin pleural, në kocka, në hepar etj.

### Stadet klinike.

4.4. Propozohet nji ndarje e tillë klinike simbas stadeve.

Stadi I — tumorri në madhësi deri në 5 cm. ose ma i vogël.

— T<sub>1</sub> ose T<sub>2</sub>;

— fiksimi i lëkurës mungon (T1) ose jo e plotë (T2);

— i mundëshëm retraksioni i areolës (T2) ose është sëmundja e Pegetit (T1 ose T2);

— mungon fiksimi në muskujt torakal (T1 ose T2);

— mungon fiksimi në murin torakal;

— mungojnë limfonodulet e palpueshme në **fossa axilaris** të anës së sëmurë (No);

— mungojnë metastazat e largëta (Mo);

Stadi II — tumorri me madhësi deri në 5 cm. ose më i vogël (T1 ose T2)

— fiksimi i lëkurës mungon (T1) ose jo e plotë (T2);

— i mundëshëm retraksioni i areoles (T2) ose prezenca e **morbus Paget** (T1 ose T2);

-- mungon fiksimi në muskulon torakal (T1 ose T2);

— mungon fiksimi në murin torakal;

— limfonodulat në **fossa axilaris** të po asaj ane janë të palpueshme, por të lëvizëshëm (N1);

— metastaza të largëta nuk ka (Mo).

Stadi III — tumorri ma i madh se 5 cm. në diametër (T3 ose T4);

— ose fiksimi i plotë i lëkurës (T3) ose demtimi i lëkurës jashtë kufijve të tumorit (T4);

— ose simptomi i lëkurës së limonit në zonën e tumorit (T3) ose tej kufijve të tij (T4);

— fiksimi i plotë cse jo i plotë në muskulon torakal (T3);

— ose fiksimi në muskulon torakal (T4);

— ose prezenca e limfonodulavet të palevizëshme në anën e sëmu-rë në **fossa axilaris** (N2);

— ose edema e dorës (N3);

— metastazat e largëta mungojnë (Mo).

Stadi IV — prezenca e metastazeve të largëta (M). pamvarësish nga gjendja e tumorit primar dhe limfonodulave rregjionale.

### Grupimi simbas stadeve

4.5. Këto katër grupime simbas stadeve të identifikohen me elementat TNM si vijon:

Stadi I — T<sub>1</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>,

— T<sub>2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>,

Stadi II — T<sub>1</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>,

— T<sub>2</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>,

Stadi III — T<sub>1</sub> N<sub>2</sub> ose N<sub>3</sub> M<sub>0</sub>,

— T<sub>2</sub> N<sub>2</sub> ose N<sub>3</sub> M<sub>0</sub>,

— T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> N<sub>1</sub> M<sub>2</sub> ose N<sub>3</sub> M<sub>0</sub>,

— T<sub>4</sub> N<sub>0</sub> N<sub>1</sub> N<sub>2</sub> ose N<sub>3</sub> M<sub>0</sub>,

## **Stadi IV – Çdo kombinim i T dhe N tue përbledhë M.**

**Rezultatet e largëta të mjekimit.**

**5.1.** Asht mirë sikur paraqitja e rezultateve të standartizohet që njojha me to të lehtësitet për ata që nuk njojin mirë gjuhën e autorit. Prandaj ka rëndësi, që të gjithë të aplikojnë një terminologji.

**5.2.** Përcaktimet kryesore, të paraqitura në këtë kapitull, të marruna nga kapitujt e raportit të parë të nënkomitetit simbas rregjistrimit dhe statistikës së rasteve të kancerit.

**Afatet e përcaktimit të rezultateve.**

**5.3. Komiteti mendon se:**

a) mungesa e një metode të pranueshmie për të gjithë e llogaritjes së vazhdueshmërisë të jetës dhe shërimit të dukshëm nga kanceri çon në një konfuzion të madh dhe pengon krahasimin e rezultateve të institucioneve të ndryshme kuronjëse;

b) intervali i njëjtë i përcaktuem për rregjistrimin e rezultateve, p.sh. 5 vjet, me gjithë se vlen për disa tipa të kancerit, por disa herë nuk është i domosdoshëm për të gjitha llojet e kancerit;

c) mbas një periudhe 3–4 vjeçare të dhanunat e marruna pësojnë difekte progresive si rezultat i fakteve të tillë si «mortaliteti normal» dhe pamundësia e mbajtjes së sëmurëve nën kontroll të vazhdueshëm;

d) egzaminimi për çao vit i të sëmurëve, sidomos në vitet e afërtë mbas mjekimit i shërbejnë interesave të të sëmurit.

**5.4.** Rekomandohet të llogaritet të gjallët në fund të viti të parë, të dytë të tretë etj., nga fillimi i vëzhgimit, me konditë që të dhanunat në shifra për çdo periudhë bazohen në numrin e përgjithëshëm të rasteve të fillimit.

**5.5.** Përveç kësaj, të dhanunat e veçanta për çao vit duhet të llogariten në bazë të numurit të vdekjeve për një vit në lidhje me numurin e sasisë të gjallëve në fillim të këtij viti.

### **Përcaktimi dhe rregulla**

**5.6.** Pikënisja e llogaritjes të jetesës konsiderohet për të sëmurët e mjekuem data e fillimit të mjekimit, kurse për të sëmurët e pa ku ruem data e vendosjes, që asnjë kurë speciale nuk duhet të aplikohet.

**5.7.** Për vlerësimin e përpikët të rezultateve terapeftike ka rëndësi të skjarohen rezultatet e largëta tek të gjithë të sëmurët.. Duhet të merren të gjitha masat që të vëzgohet vazhdimi i secili i sëmurë. Të sëmurët e pakontrolluem gjatë çdo periudhë 12 mujore, me qëllim njillojshmërije dhe krahasimi duhet të konsiderohen të vdekun.

**5.8.** Të dhanunat statistikore duhet të përbledhin të gjithë të sëmurët të cilëve ju është vu diagnoza e kancerit: si të kuruemit, ashtu edhe të pamjekuemit.

**5.9.** Duhet me parashikue paraqitjen në veçanti të të dhanunave për të sëmurët e rij, të pamjekuem ma përpara dhe gjithashtu edhe për të sëmurët e mjekuem përpara. Propozohet me nda në tri kategoritë sëmurët e mjekuem më herët:

a) të sëmurët e mjekuem më herët tek të cilët gjatë egzaminimit nuk konstatohen simptomat klinike të sëmundjes;

b) të sëmurët të mjekuem më herët tek të cilët konstatohen mbeturinat e simptomave klinike të sëmundjes në vendin e tumorit primar ose në vend tjetër;

c) të sëmurët e mjekuem ma herët por me recidive të tumorit, i çfaqun mbas një intervali të mungesës së tij të dukëshme.

5.10. Ashtë e pëlgjeshme, që diagnoza në çdo rast të jetë e vërtetuese histologjikisht. Ata raste në të cilat nuk ka vërtetimin histologjik, duhet të grupohen veçanërisht. Rezultatet e mjekimit të tumoreve të tipeve të ndryshme histologjike duhet që mbrenda mundësive të paraqiten veçan.

5.11. Në rast të kostatimit të tumorit primar të dytë të një lokalizimi tjeter të zhvilluamë metahron, të dy kanceret duhet të shqyrtohen veçanërisht, d.m.th. secili duhet të shqyrtohet i pamvarun nga egzistencë e tjetrit.

Klasifikimi simbas gjëndjes të sëmurit.

5.12. Për llogaritjen e të dhanave mbi zgjatjen e jetës dhe mortalitetit, gjëndja e të gjithë sëmundjeve në fund të çdo periudhe 12 muajëshe të vëzhgimit duhet me e marrë parasysh dhe me e regjistruë në këtë mënyrë:

A — numri i të gjallëve (**alive**),

D — numri i të vdekunve (**dead**),

L — numri i të pakontrolluamve në fund të vitit (**lost of sight**).

5.13. Përveç këtyne të dhanunave të cilat janë bazë, grupet e të sëmurëve mund të nënndahanë në nëngrupe:

A1 — të sëmurët pa recidive mbas mjekimit të parë,

A2 — të sëmurët të mjekuem për arësyen rrecidive por pa simptoma sëmundje në momentin e tanishëm;

A3 — të sëmurët e mjekuem për shkak rrecidivi por që kanë simptoma të sëmundjes në momentin e dhanun;

A4 — të sëmurët që kanë rrecidive dhe që nuk i nënshtronën mjekimit;

A5 — të sëmurë që janë mjekue por janë të pashërueshëm;

A6 — të sëmurët që nuk janë mjekue.

Përcaktimi i përngjalljes

5.14. Komiteti rekomandon të llogaritet përngjallja për secilën nga periudhat e sipërshënuame si vijon:

Përngjallja relative paraqet në vetvehte marrëdhëni të mes të sasisë të sëmurëve të mbetur gjallë në fund të periudhës që analizojmë, mbi sasinë e të sëmurëve që ishin në fillim të kësaj periudhe.

A

Periudha relative —————

A+D+4

Përngjallja e vërietës paraqet në vetvehte përngjalljen relative me koeficëntin korrigjues të mortalitetit natyral nga të gjitha shkaqet e tjera.

Tablicat për demonstrimin e rezultateve të largëta.

5.15. Format standarte, të pranueme nga komiteti, përcaktohen për paraqitjen e të dhanunave kryesore minimale simbas një forme të caktuamë. Duhet nënvizue, se nga kërkuesi duhet të ketë të dhanuna suplementare; të përbledhuna në tablica dhe në tekste suplementare. Kjo

i jep lexuesit të dhanunat e nevojshme, në mënyrë që të mund të bëjë analizën e të dhanunave përkatëse me qëllimin e vumë përpara tij. Në disa raste autor i mund të shprehë dëshirën të zgjanojë raportin e tij për rezultatet e çdo viti përpara dhe pas periudhës pesëvjeçare.

5.16. Duhet të shpjegohen disa çështje në lidhje me aplikimin e disa formave standarde. TUE publikue nji seri observimesh, duhet që në radhë të parë të përpilohet forma për çdo rast simbas lokalizimit dhe tipit të tumorit. Secila seri rastesh duhet të jetë e përcaktueme me përpikmëni përsa i përket lokalizimit të tumorit, spitali ose klinika ku i sëmuri është ekzaminue, dhe periudha e kohës, në të cilën janë mbledhë këto observime. Pas kësaj mund të përpilohen forma plotësuese për nëngrupet e zgjedhuna, të klasifikueme në përputhje me sistemin TNM dhe faktorë të tjerë.

5.17. Kapitulli përgjithësues në krye të tabelës simbas formës standarte është i domosdoshëm vetëm për të gjitha seritë e rasteve. Ajo vendoset për të pajisë të dhanunat pér të gjitha rastet pa dallim. I gjithë materjali ndahet në dy kategori të ndryshme:

Sektori A — të sëmurët e pamjekuem përpara.

Sektori B — të sëmurët e mjekuem ma parë.

Raport mbi (?) rezultatet e largëta vjetore të shërimit të kancerit . . . . . lokalizimi,

Në këtë seri përmblidhen të gjithë të sëmurët me kancer. . . . . (lokalizimi) i drejtuem në.. (spital, qendër onkologjike gjatë.. vjet.

Të dhanuna të përgjithëshme	Sasia e rasteve	
Sektori A — të sëmurët e pamjekuem ma para		
Sektori B — të sëmurët e mjekuem ma para		
Sasia e përgjithëshme — të gjitha rastet		

#### SEKTORI A. TË SËMURËT E PAMJEKUAR MA PARA

Rezultatet në fund të ? vjetëve	Vërtetimi histo- logjik në çdo kohë		Të pavërfetuem histologjikisht		Sasia e përgjithëshme	
	Sasia absol.	Përqindja	Sasia absol.	Përqindja	Sasia absol.	Përqindja
Të gjallë (A)						
Vdiqën. (D)						
Të pavëzhguem (të parikontrolluam) (L)						
Sasia e përgjithëshme						

## SEKTORI B. TË SËMURËT E MJEKUEM MA PARA

Rezultatet në fund të ? vjetëve	Vërtetim histo- logjik në çdo kohë		Të pavërtetuem histologjikisht		Sasia e përgjithëshmo	
	Sasia absol.	Pér- qindja	Sasia absol.	Pér- qindja	Sasia absol	Pér- qindja
Të gjallë (A)						
Vdiqën (D)						
Të pavëzhguem (të pa- rikontrolluem) (L)						
Sasia e përgjithëshme						

### SPROVIMI KLINIK I KLASIFIKIMIT TË PROPOZUEM TË STADEVE KLINIKE TË TUMOREVE MALIGNE TË GLANDULA MAMMAE.

**6.2.** Komiteti rekomandon, që klasifikimi i propozuem i stadeve klinike të tumoreve maligne të **glandula mammae** ti nënshtrohet sprovimi klinik gjatë 5 vjetëve, tue fillue nga 1 janari i vjetit 1960. Mbas kalimit të kësaj periudhe klasifikimi do të rishikohet, në se do të shifet e nevojëshme do ti nënshtrohet korigjimeve dhe përmirësimet e do ti jepet organizatës ndërkontaktare të shëndetësisë.

#### Qëllimi i sprovimit

**6.2.1.** Qëllimi i sprovimit është i dyfishtë.

a) të përcaktojë vlerën praktike të sistemit të propozuem gjatë trajtimit të rasteve të veçanta simbas kategorizimit të TNM.

b) të përcaktojë, se sa sistemi i propozuem e ban klasifikimin klinik të stadiave të favorshëm për çdo kirurg, ashtu edhe për rontgenoterapeutet dhe se sa ia arrinë qëllimit të shprehun në kapitullin 2.1.

#### Metodika e sprovimit

**6.3.** Metodika e zhvillimit të sprovimit klinik mundet dhe pa dyshim duhet të jetë e ndryshme në qendrat enkologjike të ndryshme në disa raste, në qoftë se historitë e sëmundjeve përbajnjë të dhanuna të plota të mjaftueshme mbi përhapjen e sëmundjes, të dhanuna të çmueshme mund të nxirren me rrugën e analizës të materialeve të arshivës. Në raste të tjera ka mundësi studimi vetëm i observimeve të regjistruese rishtas.

**6.4.** Për regjistrimin e të dhanunave, që janë të domosdoshme në përcaktimin e TNM mund të jetë e dobishme forma speciale.

**6.5.** Gjatë sprovimit të klasifikimit të propozuem duhet përbajtë sistemit TNM dhe grupimit të rekomanduem në stade. Aq më tepër

duhet të ruhet observimi special që i përket perigrupimit të mundëshëm ose ndamjes në disa kategoritë.

#### Ekzaminime speciale

6.6. Në sasinë e pikave, në të cilat duhet pasë vëmëndje në mënyrë speciale gjatë kohës së egzaminimit duhen përbledhë:

1. Ndëngrupimi «fiksimi në muskulin torakal» T<sub>3</sub> në: T<sub>3</sub> (a) — jo e plotë dhe T<sub>3</sub> (b) — e plotë.

2. Ndëngrupimi «limfonodulat në fossa axilaris në anën e sëmurë, të palpueshëm por të lëvizëshëm» (N<sub>1</sub>) në: N<sub>1</sub> (a) — limfonodule me sa duket të paprekun dhe N<sub>1</sub> (b) — limfonodule me sa duket metastaza.

3. Nëngrupimi «limfonodulet në fossa axilaris» në anën e sëmurë, të palpueshëm por të lëvizëshëm (N<sub>1</sub>) në: N<sub>1</sub> (x) — limfonodul i vetëm dhe N<sub>1</sub> (y) — limfonodule të shumta.

4. Nëngrupimi «limfonodulet subaxilare të fiksuem në anën e sëmurë (N<sub>2</sub>) në: N<sub>2</sub> (a) — të lidhuna në mes të tyne dhe N<sub>2</sub> (b) — të lidhuna me formacionet anatomike fqinje.

6.7. Komentet janë të dëshirueshme sidomos rreth këtyre çështjeve;

1. Aplikimi i katër gradeve të përhapjes lokale të tumorit (T<sub>1</sub> T<sub>2</sub> T<sub>3</sub> T<sub>4</sub>) ose zavendësimi i tyne me tri gradë.

2. Pranueshmëria e grupimeve simbas madhësisë së tumorit primar.

#### Lajmërim

6.8. Në qoftë se ka kolegë qi duen të venë në dijeni mbi eksperiençën e tyne në lidhje me klasifikimin e propozuem të stadeve klinike të tumoreve maligne ju lutemi ti dërgojnë me këtë adresë: Klinikës Onkologjisë pranë Spitalit Nr. 2 Tiranë.

## MBI FRAKTURAT E MANDIBULES

XHEVDET ASLLANI  
Spitali Ushtarak — Tirane

Në kohë paqe gadi të gjithë rastet e frakturave tënofullave tëku-ruara prej nesh përbënë ekskluzivisht lezione traumatike të zakonë-shme.

Arësyet e frakturave janë ato që njihen përgjithësisht si: trauma drejt përsëdrejti-për arësyet aksidentesh të ndryshme, shkelje nga automobili, motoçikleta, goditje të marruna në çdo mënyrë me mjete plagosëse, rëzim në fytyrë në disa frakturna të mandibulës, rëzim prej pemë të lartë prej shtëpie, më rrallë rëzim prej aeroplani etj.

Dihet se çështja e mjekimit të frakturave tënofullave ka filluar që në kohët më të lashta, duke filluar me lidhjet që bëhen me anë qimesh kali dhe ka arritur gjer në perfeksionimin e sotëm kur mjekimi bëhet me aparate dhe mjete teknike moderne. Personalitetëtë shqar si Lindberg, Lukomski, Starobinski, Evdokimov, Entin, Duchange, Bercher, Ginestet, Pelazzi e shumë të tjerë kanë botuar për këtë degë mjekimi volume të shumta në të cilat ata kanë përpunuuar format e ndryshme të mjekimit të frakturave tënofullave.

Por fatkeqësisht këto forma mjekimi nuk janë zbatuar më parë në vendin tonë dhe si rrjedhim edhe mjekimi në këtë drejtim është bërë me metoda primitive ose liheshin në fatin e tyre. Nga kjo edhe sot shihen njerës të moshës së kaluar menofulla të shtrembëra nga koaptimi che konsolidimi i keq i copave. Nga viti 1934 filloj edhe në vendin tonë mjekimi i frakturave tënofullave nga specialistët përkatës, por jo në mënyrë të plotë dhe të organizuar. mbasi një gjë e tillë lidheshe edhe me mudësitë materiale që ekzistonin.

Vetëm mbas çlirimit u krijuan mundësítë e plota materialo-teknike për një mjekim të plotë e me sukses të frakturave tënofullave.

Por është përtë theksuar se rezultatet kishin përtë qënë shumë më të mira nga pikpamia funksionale dhe estetike në qoftë se nëpër qendrat e ndryshme sanitare të vendit tonë do të veprohej në disa raste në mënyrë më urgjente dhe më të kujdesëshme. Ka patur raste që në repartin e Stomatologjisë janë dërguar të plagosur tëndryshëm nënofulla pa i bërë asnjë mjekim paraprak, ose në të kurdërtën u janë bërë mjekime për 2-3 muaj me radhë; edhe mbas kësaj kohe, për shkak të pamjes estetike ose funksionale i plagosuri është dërguar në repartin e Stomatologjisë: sic është rasti i M.A. me datën 28 mars 1959 duke urrahur me një tjetër theunofullën e poshtme, anën e djathë. Frakturë ndërmjet €5. U mjekua përmjaft kohë në spital dhe në klinikën dentare të Gjinokastrës. Për shkak të konsolidimit jo në vend të copës u dërgua tek ne.

Në ekzaminimin objektiv konstatojmë konsolidim jo të drejtë të frakture. Pjesa e fragmentit të madh çprej 54 3 3 1 1 2 3 4 5 6 7 8 e ulur 2 mm. (mordex apertus), fragmenti tjetër 8 7 6 i dalë nga ana veticulare, kuspidat e premolarëve dhe mollareve të sipër takohen në mes të dhëmballave të poshtme (fig. 1).

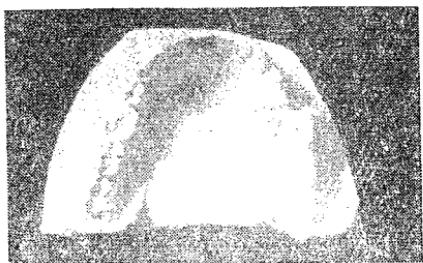


Fig. 1.

Eshtë e kuptuarshme se fraktrat e rënda nuk mund të mje-kojen në mënyrë të plotë nga çdo mjek e në çdo rreth të vendit tonë, mbasi ato kërkojnë ndërhyrjen e specialistëve përkates. Por megjithatë çdo mjek për çdo frakture, sado e rendë që të jetë ajo, duhet të ndërhyjë për ta shëruar pjesërisht dhe mund ta dërgojë tek specialisti në se e sheh të mundëshme. Kjo do të ndihmojë çdo mjek në forcimin e aftësisë së tij dhe

do të sigurojë për të plagosurin kondita mjekimi më të mira tek speci-aliisti.

Mjekimi i fraktureve të nofullave është mjaft i rendësishëm dhe kërkon kujdes dhe durim.

Ne po përqëndrohem vetëm në fraktrat e nofullës së poshtme dhe mjekimi i tyre, mbasi këto janë më të shpeshta, më komplekse dhe më të vështira për të kuruar se sa ato të nofullës së sipërme.

Në fraktrat e mandibulës spostimi i copave ju nënështrohet disa ligjeve të caktuara që mvaren nga faktorë të ndryshëm.

Spostimi bëhet nënë influencën e tri fuqive të ndryshme që përbën atë të cilës i themi dinamizmë.

- 1) Drejtimi i fuqisë goditëse
- 2) Fuqia e peshës,
- 3) Traksion i musklave

Më shumë në spostim influencojnë musklat: masseteri, pterigoidieni interne dhe temporali janë muskuj ngritës të mandibulës, aksioni i pterigoidieneve externe është më i komplikuar. Kontrakzioni i tyre simultan provokon lëvizjet anësore të mandibulës, të quajtura lëvizje didukcionii. Digastriku, mylohyoidieni dhe genio-hyoidieni ulin mandibulën. Kjo përbledhje e vogël anatomike na bën të kuptojmë reperkusionet që shkakëton një frakture e nofullës së poshtme. Konstatojmë se musklat ngritës veprojnë mbi pjesën e sipërme të mandibulës: **angulus, ramus, kondili, korenari** dhe musklat e tjerë ules vetëm mbi trupin e mandibulës dhe në pjesën e saj anteriore.

Në materialin që posedoj prej 45 raste fraktrash aksidentale të mandibulës kemi:

Frakturna në dy copa . . . . .	34
Frakturna në tri copa . . . . .	11
Frakturna në katër copa . . . . .	1

Pjesa më e madhe janë të rinj.

Prej moshës 16 deri 25 vjeç . . . . .	28	veta
Prej moshës 26 deri 40 vjeç . . . . .	7	veta
Prej moshës 40 deri 60 vjeç . . . . .	4	veta
Prej moshës 7 deri 15 vjeç . . . . .	5	veta
Në moshën 82 vjeç pa dhëmbë . . . . .	1	

Shkaqet e frakturnave:

Aksidente automobili . . . . .	6	
Fiskulture . . . . .	3	
Rrëzim nga bicikleta . . . . .	3	
Rrëzin nga motoçikleta . . . . .	1	
Aksidente treni . . . . .	2	
Rrëzim prej peme, karoce, mali, shtëpi . . . . .	15	
Goditje me mjete plagosëse (shkelme kafshe, me dru, me gur, hekur, grusht). . . . .	15	

Sic shihet ndërsa në vendet kapitaliste aksidentet automobilistike dhe aksidentet në uzina e fabrika dhe miniera janë të larta, këtu ndër neve në saje të kujdesit që tregohet janë shumë të ulta.

#### Ditët e shtrimit

Normalja prej 21 deri 40 ditë . . . . .	29	veta
prej 41 deri 75 ditë . . . . .	13	veta
prej 76 deri 110 ditë . . . . .	2	veta
prej 16 dit. . . . .	1	fëmijë

Ndërsa normalja për ditët e shtrimit zakonisht është prej 30–40 ditë (Martinier Lemérle), në metodën tonë kemi arritur të ulim ditët e shtrimit, prej këtyre 29 vetave shumica është shëruar mbrenda 21 deri 30 ditëve, dhe një pakicë janë shëruar për 40 ditë. Për të tjerët konsolidimi është zgjatur për shkak frakture multiple – disa herë me formimin e një osteo-flegmoni mbi skajin bazilar të mandibulës në nivelin e vijës së frakturnës me komplikim të plagës, plagë të hapur ose fragment kockor i lirë. Mbi këto 45 raste frakturnash kemi observuar vetëm tri herë formimin e absesit dhe eliminimin e sekustrave të vogla, këto incidente duken mbas rrëth 20 ditëve pas imobilizimit.

Rreth frekuencës të frakturnave të ndryshme mandibulare që kemi hasur na rezulton se pjesa më e madhe janë ato të regjionit mollar 13 frakturna. Në radhë të frekuencës pasojnë frakturnat mesiale 11; pastaj pasojnë frakturnat angulare 8, pastaj ndërmjet premollarit të parë dhe të dytë në nivelin e foramen mentale 5, pastaj ato të trupit të mandibulës gati gjithmonë unilaterale dhe me vijën e frakturnës së vendosur përgjithësisht ndërmjet kaninit dhe premollarit ose kaninit dhe lateralit 4. Nga eksperiencia e jonë kemi vërtetuar që në këto raste vija e frakturnës gjëndet gati gjithmonë mbrapa kaninit dhe jo nëpërmjet të alveolës sikur pohohet nga të tierë (Jahn Tomes) duke e konsideruar këtë si një pikë të dobët për shkak të gjatësisë së rënies. Më rallë janë ato të degës ashendente 3, të kondilit 2, dhe të koronarit.

Simbas konstatimeve tona nofulla e poshtme mund të thyhet në çdo vend. Frakturna prej predhe për shembull mund të ketë një pikë

të pa përcaktuar dhe të provokojë një ose shumë frakturna dhe me humbje substance. Kurse në një shok banal kemi zakon të mendojmë se kjo kockë paraqet zona të dobëta që do të jenë të preferuara si vendi i vijës së frakturnës. Starobinski konsideron zona të dobëta sektorin e trupit të mandibulës prej incisivave të dyta deri te kanini dhe prej kaninit deri te mollari i parë dhe i dytë; rezistencë të dobët kanë gjithashu këndi i mandibulës qafa e procesit artikular (Starobinski). Du-change jep si zona të dobëta regjionet intermediare në pikat e ossifikimit. Bercher konsideron si të favorëshme në frakturnat regjionet ku ka kthesë të kockës ose hollësi partikulare (këndi, kondili, simfiza).



Fig. 2.

mandibulës, mosha (lysaoalveolare senile) që krijojnë realisht pikat të dobëta siç shifen në figurat 2 dhe 3.

Nga pikpamja praktike kura e këtyre frakturnave ka pa tjetër një rëndësi të veçantë. Pa dyshim ajo do të jetë aqë më efikase sa më shpejt që të bëhet. Pozicioni i pakorigjuar i copave, komplikacioni eventual i fakteve septike, retraksionet cikatriciale mund të shkakëtojnë çrregullime që së fundi korigjimi i tyre bëhet i vështirë dhe problematik. Siç e illustrojmë rastin e me poshtëm: I sëmuri K.

vjeç 30 hyri në spital me 20/IX/1948 kartelë klinike Nr. 6427.

Diagnoza gjëndje mas plagës arme zjarri me frakture të nofullës së poshtme. Plagosur më 14 qershori 1948. Në kqyrjen tonë konstatuam frakture me kedin e mandibulës dex e konsoliduar pa ndërhyrje.

Por në realitet mua më duket të ketë njëllloj homogjeneitet në rezistencën e kockës mandibulare dhe ky homogjeneitet është më të shumtën e herës prishur prej trazirash të dentitionit siç janë mungesa e dhembëve shkak heqjesh, pioreja alveolare që shkakëton riasorbim të kockës alveolare, granulomat, kystet dhe osteitet origjine dentare, evolucioni i vicos i dhëmballës së pjekunis në nivelin e kendit të

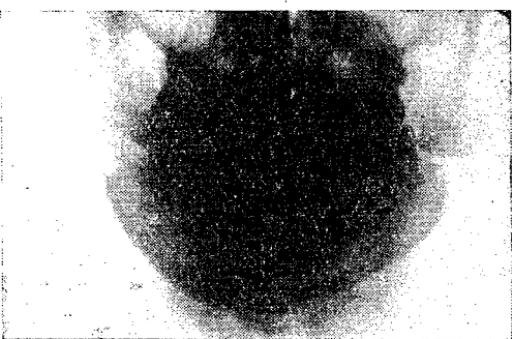


Fig. 3.

Ishët krijuar një mordex-apertus. Për uljen e artikulacionit u detyruam të heqim 8 | 8 dhe sharimin e disa dhëmbëve të tjerë.

7 | 6,8

Më datën 4/III/1949 ju zevendësuan dhëmbët e hequr me dhëmbë artificiale dhe del nga spitali i përmirësuar.

Por çdo herë që ka qënë e mundur fillimi i kurës mbas aksidentit qoftë dhe mbas pak ditësh ne kemi patur gjithmonë mundësinë që të rregullojmë trajtimin në mënyrë më shkencore dhe duke bërë kështu kemi patur gjithmonë rezultate më të mira.

Në përgjithësi për vënien e copave në vend, përdoret reduksioni extemporaneo për frakturat e freskëta dhe të thjeshta dhe reduksioni i ngadalëshëm për frakturat që nuk janë të ditëve të para ose kur janë multiple (Duchange).

Metodën extemporaneo autorë të ndryshëm e përdorin vetëm për imobilizimin provizor, qoftë me bandazhe të ndryshme ose standard (Psaume, Boutrouk, Ponroy) qoftë me anë telash lidhje provizore për tre katër ditë (Starobinski). Pastaj mbas tre katër ditëve hiqen telat, ose bandazhet, miret masa e fragmentave bëhen aparate të ndryshme për imobilizim komplet të fragmentave të vëna në vendin e tyre, ose në qoftë se fragmentet nuk vihen me një herë në vendin e tyre, në mënyrë të ngadalë me traksion të vazhdueshëm duke aplikuar rrethe gome që i tërheqin vazhdimit copat ose me traksione intermitente me vida, duke i tërhequr për në vendin e tyre me anën e këtyre vidave. Kur u vunë në vend fragmentet, bëhet imobilizimi komplet unimaksillar kur është gjë pak a shumë e thjeshtë ose në shumicën e rasteve intermaskillar imobilizim në mënyrë të plotë.

Ne gjatë gjithë kohës së praktikës tonë 28 vjeçare, pothuajse në të gjitha rastet kemi përdorur reduksionin extemporaneo me rezultate të kënaqëshme.

Kur nuk ka çvendosje të mëdha të copave ose reduksioni është i lehtë, dhe që zgjatet, aplikojmë zakonisht si të vetmin jet përbajtës dhe kurativ mjetin e famëshëm «fronda mentale» me katër maja që e ndërtojmë për një herësh dhe herë pas here me benda. Ky mjet i thjeshtë kure me aplikim shumë të lehtë dhe të shpejtë që dikush dëshëron të përdoret vetëm provizorisht (Starobinski, Ponroy, Psaume, Boutroux, Martinier, Lemerle) ne na ka dhënë rezultate më të kënaqëshme. Duke rregulluar me vemannje tensionin e majave të ndryshme dhe pozicionin e tyre është e mundur gadi gjithmonë që drejtimi i forcës të jetë ay që dëshërohet. Nga ana tjetër rishikojmë çdo dit pacientin gjatë dy javëve të para duke përsëritur herë pas here aplikimin e frondes dhe duke ralluar mbikqyrjen në javët e ardhëshme. Rezultatet e arritura na lejojnë të nxjerim konkluzionin se aplikimi i frondes mentale në rastet e indikuara është mjeti më i preferueshëm se çdo tjetër për kurim, lejon mbikqyrjen, eliminon dhimbjen, lejon lëvizjet e vogla të kufizuar që ne i konsiderojmë shumë të dobishme edhe për formimin e shpejtë të kallos.

Kjo demonstrohet shumë mirë në observimin tonë të mëposhtëm:  
I sëmuri K.K. Nr. kartelës 4894 shtruar më 16/VI/1949 plagosur  
në mandibul. Radiografi Nr. 16 datë  
17/VII/1949 tregon fisure të skajit mandibular sin. (fig. 4).

**Kqyrje klinike:** Frakturë në formë ylli laterale e mandibulës; spostimi i parëndësishëm.

**Mjekimi:** Fronda mentale. Mbas 23 ditëve del i shëruar.

Në të gjitha rastet e frakturave me shpërngulje të theksuar të copave, ku vëtëm reduksioni nuk mjafton të mbajë ato në vend dhe sidomos në shumë fraktura multiple ne kemi aplikuar imobilizimin e temporaneo me ligatura me anë telash metalike, me ose pa arke, metodë e vjetër por gjithmonë e shkëlqyer, e përdorur që nga Hipokrati dhe perfeksionuar në mesjetë dhe vetëm në rastet jashtëzakonisht të ralla që kanë ardhur mbas dy ose tre muajsh, mbas plagosjes dhe kominutive kemi përdorur aparate të ndryshme.

Kështu p.sh. tek i sëmuri S.K. plagosur me armë zjarri përaqet frakturë të mandibules dex me humbje substance.

**Lezioni:** humbje substance ndërmjet një vije anteriore që shkon oblikisht prej dhëmballës gjashtëvjeçare deri në Gonion dhe një vije posteriore që gjëndet në mest të degës ashendente. Ka humbje substance të madhe në degën horizontale dex me mjaft copa të thyera. Të dy mollarët 7 6 | mbahen me një copë resht dhe të devijuara nga ana vestibulare kurse nën të pjesa kockore mungon.

**Elloket:** dy bloke me dhëmbë dhe një bllok pa dhëmbë.

**Deviacioni:** Trusion interne i bllokut të madh duke kërkuar kontaktin e tyre shtyjnë bllokun e vogël intermediar i cili mbahet vetëm në disa fibra gengivare nga ana vestibulare.

**Formula dentare**

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7

**Mjekimi:** Kirurgët insistonin për të hequr fragmentin e vogël mbasi do të shkaktohet osteomielite, por neve insistuam ta mbanim dhe u bë mirë, mbasi jo vetëm ajo pjesë u konsolidua me fragmentet, por u bë dhe drejtues i regjenerimit të krejt pjesës së humbur. Me qenë se erdhi vonë ju bënë rrethe metalike mbi | 4 5 6 | 543 | dhe

u saldua një ark metali, po ashtu u vunë rrethe metalike mbi 7 6 45 | dhe | 4 6 7 | u saldua edhe këtu një ark. Nga ana e majtë u saldua mbi arkët e sipërme dhe të poshtëme drejtuesat për rivendosjen e nofullës në artikullim të mirë. Më 25/IX/1948 në mënyrë extemporaneo me pak forcë manuale nën anestezi lokale me sol. nov. 4% u vunë copat në vënd dhe u vunë aparatet provizorish pa u cementuar, u lanë dy dit. Mbas dy ditëve u cementuan dhe u bë bllokimi intermaksillar.



Fig. 4.

Mbas dy muaj u zbllokua goja, aparatet u lanë edhe për katër muaj të tjerë si aparate kontencionci.

Reduksioni extemporaneo nuk do të thotë gjithnjë reduksion në disa minuta dhe vetëm me forcën manuale. Kjo do të thotë se blloket cedojnë dhe vihen në vend në disa orë ose edhe me një-dy ditë. Dhimbja më tepër se sa rezistenca e kockave shpesh pengon për të patur një reduksion të plotë dhe me një herë. Trismusi i mbrojtjes që është një simptomë imediate e frakturave të nofullës poshtme edema e buzëve, po ashtu edhe hipersekrecioni pështymor konkominante janë pengesa në operacion. Këto vështirësi nuk duhet ta ndalojnë intervenimin e menjëherëshëm. Intervenimi konsiston në një tentativë reduksioni me stërvitje mbi porcionet e devijuara, presioni gradual dhe mjaft të fortë për të vendosur copat në vend. Kur i kemi arritur kësaj duhet të immobilizohen me ligatura në qoftë nevoja dhe me arkë. Në qoftë se nuk arrihet me një herë do të arrihet mbrenda disa orëve.

Mënyrat e imobilizimit me ligatura janë të ndryshme – ligatura në formë tetëshe derivat i ligaturës së Hipokratit ka inkovenience të shtërnghet me zor. Ligatura në formë shkalle, inkovenienca kryesore e kësaj mënyre është të afrojë në mënyrë të ekzagjeruar fragmentet e arkadës dentare. Të marrim për shembull një frakturë mediare ose paramediare në nivelin e së cilës një ose dy dhëmbë mungojnë; fragmentet e arkadës kanë tendencë të afrohen drejt hapësirës boshe, ligaturat këtu ekzagjerojnë këtë atrim. Ligatura A. Pont ligatura me tela dhe rrethe gome. Metoda me llastikë është metoda e vjetruar, neve kurrë nuk e kemi përdorur sepse këtu nuk kemi një imobilizim me mbyllje të mirë, por kemi një mobilitet të vazhdueshëm të bllokeve me lëvizjet gjatë përtypjes ose fonacionit dhe sidomos me rastin e frakturës dyfishe mentale kur blloku është ulur poshtë, ky bllok nuk mund të tërhoqet përlart me forcat e rretheve llastike, por do të tërhoqet në një mënyrë të determinuar dhe nën imobilizim. Ligatura Limberg është më e thjeshtë dhe më e shpejtë, të cilën e përdorim edhe neve. Lidhim çdo dhemb me antagonistin e vet, kur është fraktura e thjeshtë lidhen katër dhëmbë të sipërme, me katër antagonistët e poshtëm ose një dhemb lidhet dhe një lihet në qoftë e nevojshme mund të lidhen të gjithë dhëmbët e sipërmë një nga një me të gjithë antagonistët e poshtëm. Kështu kemi një lidhje të sigurtë që mund të rrijë edhe deri në muaj.

Ja rasti më i mirë: Isuf I. vjeç 13 kartelë klinike Nr. 1400 nxënës nga Vlora. Hyrë në spital më 12/XII/1957 me diagnozë: frakturë mandibulare.

I sëmuri shtrohet urgjent në spital me dhimbje dhe deformacion në nivelin e anës së djathë të mandibulës, simbas të dhënave të të së-murit ky i fundit është rahur me një person tjetër i cili e ka goditur fort me grusht në ftyrë.

**Status localis.** Lesioni vije frakturegoniake ose anguilare d.m.th. inter-masseterin. Blloke: një blok me dhëmbë dhe një pa dhëmbë.

Deviacioni: spostim në planin vertikal, fragmenti i madh me dhëmbë i ulur.

Statika: Ky është pozicioni antalgjik që fikson këtë spostim me një beancë pak a shumë vertikale dhe në qoftë se e lëmë kështu deri në pe-

riodën e qetësimeve të hipertonicitetit muskular nuk do të vonojë të komplikohet.

Kqyrje radiologjike: frakturë mandibulare dex në gonion.

Mjekimi: 13/II/1957 bllokim inter-maksillar me ligatura tel metalli (fig. 5).

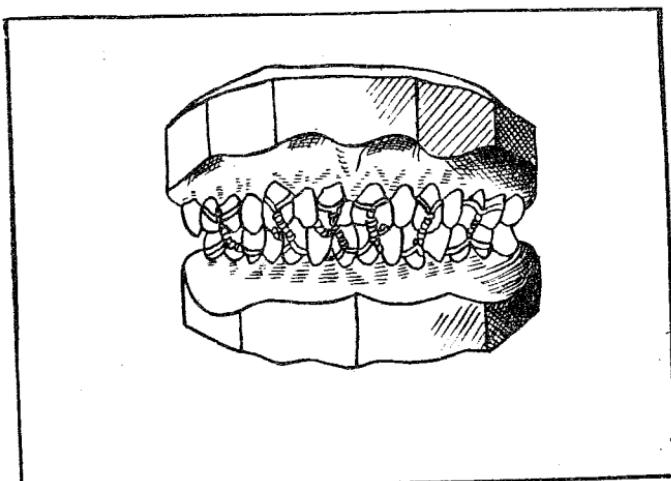


Fig. 5

Radiografi: 5/III/1957 fragmentet në pozicion të mirë, formimi i kallos.

Radiografi: 8/III/1957 frakturë e konsoliduar. Del i shëruar.

Për (Budin, Ponroy, Psaume, Boutroux etj.) ligaturat nuk janë të mjaftueshme në rastet e frakturnave posteriore retro-mollare, përdorin fiksatorinë e jashëtëm ose mënyrën e ansave transossea (Lenormant, Darcissac). (fig. 6).

Sic e pamë ekzistojnë shumë sistemesh ligature. Rëndësia e tyre ndryshon simbas rastit të frakturnave numerit dhe fortësinë së dhëmbëve. Më në fund i përket pjekurisë dhe aftësisë së mjekut që të mund të kombinojë metoda të ndryshme ose të modifikojë ato në interes të të sëmurit.

Në rast spostimesh të mëdha për ripozicionin e fragmentave dhe mbajtjen e tyre në vend në 95% të rasteve na kanë dhënë satisfaksion ligaturat me arkë; me gjithë që disa autorë thonë se në shumë raste janë të pamjaftueshme (Budin).

Të shumtë janë sistemet e bllokimeve me arkë. Kemi arkë Angle,

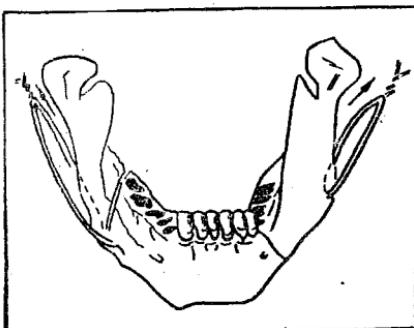


Fig. 6.

ky ark ka inkovenient e veta, përdoret rallë, pér tē mbajtur arkun nē vend duhen dy rrethe metalike nē dy mollarët e majtë e tē djathtë nē një gojë tē hiperestizuar, trismike dhe e qjerë e bën vénien e këtij arku më tē vështirë se sa venien e një arku tē thjeshtë. Këtu flitet nē bazë tē eksperiencës, aqë më tepér që ka raste që nuk ka mollarë as premollarë nga një anë pér tē vënë rrethet, ose tē gjithë e dimë se një rreth i vendosur mbi një kanin, ay pa tjetër do tē rëshqasë pér shkak tē formës konike tē kaninit, dhe që incisivat janë aqë tē puqura nē shumicën e rasteve që pér tē kaluar rrethe nē rast nevoje detyrohemë ti ndajmë nē diskë ndarëse. Arku Duvhange, arku i festomuar Moussis etj.

Me sa kemi konstatuar, mënyra e lidhjes së arkeve dhe mënyra e imobilizimit i ka bërë autorët e ndryshëm tē përdorin fiksimin me anë ligaturësh pér imobilizim provizor, edhe pér frakturat e thjeshta. Mbas i arket tē janë venë nē vend dhe tē lidhen me tela mbas dhëmbëve, tē dy shefat e telave përdridhen dhe kthehen mbas dhëmbëve pér tē mos plagosur mukozën e buzëve dhe tē faqeve. Pastaj bëhet blokimi inter-maksillar duke shkuar tel ndërmjet arkeve tē sipërme dhe tē poshtëme. Në këtë mënyrë nuk kemi një imobilizim tē mirë, telat e ligaturës që janë tē vetmit mjet fiksimi dhe nga tē cilët presim rezultatin, fillojnë tē lëshohen, goja hapet pjesërisht, lëviz majtas dhe djathtas d.m.th. çdo gjë bëhet e pasigurtë pér konsolidim. Pastaj nē mos gjithë puna, por një pjesë e mirë e punës do tē ripërsëritet.

Neve duke konstatuar këto tē meta përdorim arkë tē thjeshtë tē rrumbullakta ose gjysëm tē rrumbullakta bronze-alumini ose çelnik 1 deri 2 m/m trashësi. Që tē mos mund tē rëshqasin telat nga arku i bëhen me disk ndarës disa dhëmbëza arkut, e presin këtë ark simbas gjatësisë së arkadës dentare dhe majat e arkut i kthejmë rreth dhëmbit tē fundit nē drejtim nga ana e mbrendëshëm. Venia nē gojë e këtyre arkeve bëhet duke vënë më parë një ark mbi një arkadë dhe një tjetër mbi një arkadë tjetër nē nivelin e qafave tē dhëmbëve. Fiksimi i arkeve sigurohet me tela ligature.

Mënyra e kalimit tē telit edhe kjo ka rëndësi. Në përgjithësi shefi i telit kalohet ndërmjet hanësirës ndërdhambore sivër arkut, tjetri shef poshtë arkut, rrethojnë qafën e dhembit nga ana linguale, futen tē dy shefat nga mbrenda jashtë ndërmjet hapësirës ndërdhambore një sipër arkut një poshtë dhe përdridhen nga ana vestibulare, por kjo ligaturë nën forcën e fragmentave lirohet.

Hans Urbantschitsch lidh arkin duke shkuar telin ndërmjet dhëmbëve dhe duke kapur tē dy shefat sipër pikës së kontaktit tē dy dhëmbëve. Kjo metodë është e mirë kur dhëmbët rrijnë shtrënguar njeri me tjetrin, ose kur janë tē fortë dhe nuk lëvizin.

Duke konstatuar sa thamë, duhet zgjidhur mirë metoda e ligaturës nē mënyrë që nofullat e imobilizuara tē qëndrojnë nē vend dhe tē mos lirohen më tepér se sa duhet pér kohën e dëshëruar.

Simbas metodës tonë, nē fillim shkojmë telin mbi mollarët një nga çdo anë i lemë tē tejkaloinë, pastaj nië ose dy tela mbi incisivat. Vihet arku ndërmjet telave dhe duke filluar nga përpëra me pincë shtrëngohen telat, kur tē janë shtrënguar mbi arkin dhe dhëmbët, u vemë tela nga tē dy anët premollarëve që mbajnë më mirë. Më parë instalohet arku i nofullës së fraktuaruar, përndryshe i sëmuri do tē jetë i lodhur, durimi i tij do tē jetë më i pakët, po kështu dhe pér operatorin. Të dy arket

duke qenë rregulluar mirë mbas nofullave do të verifikojmë që majat e tyre të mos plagosin faqen, shtrëngohen mirë shefat e telave me pinca rreth arkut metalik. Në vend që këto shefa të telave të përdredhur të priten dhe kusuri të pëdridhet dhe të futet në drejtim ndërmjet dhëmbëve, ne i lemë të gjata. Tashti duhet të bëhet reduksioni duke puqur të dy nofullat në artikullim të mirë. Operacioni do të jetë i dhimbshëm. Për këtë do të bëhet anestezi lokale që do të ulë dhimbjen dhe luftimin antalgjik të të plagosurit. Që kur se u vu arku mbi nofullën e fraktuar dhe u lidh me tela patëm një reduksion pak a shumë të fragmentave. Para se të përdridhen telat një ndihmës me forcën manuale ve fragmentet në vend dhe operatori shtrëngon përdridhiet e telit rreth dhembit. Për bllokim intermaksillar do të bashkojmë nofullat duke filluar atje ku është artikulacioni më i keq. Duke kapur me pincë dy shefat e përdredhur të telit të sipërme dhe dy shefat e përdredhur të telit të poshtëm do ti përdredhim këta, duke shtyrë me dorë fragmentin e devijuar drejt pozicionit të vet normal. Gjatë kohës që bëhet reduksioni dhimbjet shtohen. Mbas disa momenteve pushimi, vazhdon shtrëngimi i telave të kundërtë njeri me tjetrin d.m.th. me vazhdue afrimi i fragmentave dhe imobilizimi. Në frakturat komplate unike ose të dyfishta me spositim të theksuar të fragmentave përdorim arke metalike poshtë dhe vetëm tela në nofullën e sipërme pas çbllokimit të të dy nofullave arku i nofullës së poshtme mund të lihet edhe për disa ditë në qoftë se është nevoja.

Këtë po e demonstrojmë me rastin e të sëmurit Hamdi L... vjeç 33 shtruar më datën 3/VI/1959 puntor në gurore Linz. Kartellë Nr. 4734. Hyrë me diagnozë frakture mandibulare.

Para 10 minutash u rëzua nga një shkëmb 5–6 metro lart.

Status localis: Lesioni: një vijë mesiale dhe një tjetër angulare ose një vijë intra-geni dhe një tjetër retro-masseterin i djaththë.

Bloke: dy bloke me dhëmbë dhe një pa dhëmbë.

Deviacioni: ulje e bllokut intermediar-trusion lingual të dy të tjerave.

#### Formula dentare

7 5 3 2 1		1 2 3 5 7
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6

Radiografi Nr. 1826 datë 3/VI/1959 shënon një frakturnë mesiale oblique dhe një rami mandibulare sin. (fig. 7).

Mjekimi: Bllokim inter-maksilar me arkë në nofullën e potshme dhe ligatura lart. Administrim antibiotikësh.

Radiografi: Nr. 1895 datë 13/VI/1959 qëndrim i mirë i copave (fig. 8).

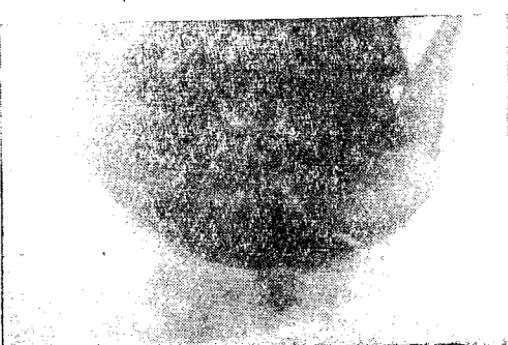


Fig. 7.



Fig. 8.

shtme ashtu dhe në nofullën e sipërme të lidhura me ligatura, arkun e sipërmë e përdorim si mjet prekaucional, në qoftë se mbas 30–40 ditëve të hapjes së gojës konstatohet mos konsolidim copash, kthejmë te lat e prera në drejtim të hapësirave ndërdhambore për të mos plagosur buzët ose mukozën e faqeve dhe e bllokojmë përsëri gojën duke shkuar midis arkeve të poshtme dhe të sipërme tela metali për ligaturë.

Po vemë rastin e një frakture të mandibulës të rallë dhe të rëndë.

Jonus H... kartella klinike Nr. 4620 datë—lindje 1933 nga Durrësi frenues hekurudhe, shtruar më 1/VI/1959 me diagnozë: Frakturë multiple mandibulare.

Anamnesa: Në orën 3 të datës 1/VI/1959 duke manovruar vagonat për lidhje e godit spundi i një vagoni në nofullat e poshtme. U suall me urgjencë në spitalin e Durrësit dhe prej andej mbasi iu bënë mjekimet e rastit u transferua në spitalin Nr. 1 të Tiranës për kompetencë Stomatologut.

**Kqyrja e jonë:** Frakturë e mandibulës me katër copa.

**Lesioni:** 1) Një vijë frakture mesiale, intra—geni ose inter—ules; 2) Dy via frakture angullare ose goniake d.m.th. intra masseterin.

**Billoket:** Katër blloke, dy me dhëmbë, dy mund të quhen pa dhëmbë sepse të dy dhëmballat e pjekuris që mbahen në degët ashedente janë të përmrbajtura dhe duken vetëm radiologjikisht.

**Deviacioni:** Avancim në mbingritje të dy degëve ashedente dhe ulje të dy bllokeve mediane. Prej aksionit traumatik, blloku intermediar i majtë i shtytur drejt gjuhës dhe prej aksionit të musklave ulës, blloku intermediar i djathë i ulur poshtë në labio—version.

**Statika:** Prej tonusit muskular të ngritisve prej vendit të thyerjes midis inserimeve të massetereve dhe sidomos prej mbështetjes të kuro-

Më datën 15/1959/ çbllokimi. Autorë të ndryshëm (Ponroy, Psalume, Boutroux etj.) do të përdornin metodën e ngadaltë, në këtë rast do të bëhet më parë reduksioni i spostimit lingual të molareve të majtë me bashkëveprimin e një pllakte palatine me plan të pjerët dhe të një frontale elastike.

Në rastet e fraktureve multiple përdorim arkë si në nofullën e po-



Fig. 9.

#### Formula dentare

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8		
8		7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	8	7		8
frakt.									frakt.								fraktura.	

**Mjekimi:** Më datën 6/VI/1959 u bë bllokimi intermaksillar me ark metalik poshtë dhe me tela lart. Megjithëqë reduksioni u bë i mirë dhe me artikullim të mirë radiografi Nr. 1847 e marrë me datën 9/VI/1959 tregon një diferencë të madhe koaptimi fragmentesh në të dy anët, më e theksuar nga ana e majtë (shif fig. 3), ndërmjet degës horizontale të majtë dhe degës ashedente. Degët ashedente dhe më shumë e majta kanë pivotuar lehtësish mbi kondilet e vet, kuspida mesiale e mbrendëshme e dhëmballës së pjekurisë së majtë takon kurorën e dhëmballës 12-vjeçare, në këtë mënyrë nuk lenë tu afrohen degët ashedente degëve horizontale, nga ana e majtë ka edhe edem. Nuk duhet admetur që duke parë në radiografi një gabim të tillë të lemë të konsolidohet. Duhet ti evitojmë këto shërimë relative, duhet të evitojmë hapjet e gojës në mënyrë të shtrëmbër, këto beanca të dezaksuara me pozicion jo të mirë nga pikpamja e artikullimit, kjo tregon se në çdo hapje goje kondilet rëshqasin anomalisht dhe pengojnë çdo lëvizje të përtypjes së ushqimeve. Ingranimi i dhëmbëve nuk është e gjitha, duhet të ketë madhësi primitive tënofullës dhe pozicion normal të kondileve, përndryshe i traumatiszuari nuk do ti bluajë ushqimet si një gur muilliri cirkular, por do ti shtypë sikur shtypen sendet në havan që nuk mund të themi përtypje, por shtypje ushqimesh.

nave të dhëmballave të pjekurisë mbi ekstremitet e pjesëve intermediare, spostimi, këtu i dy degëve ashendtente është i kufizuar, më i theksuar nga e majta.

Radiografi: Nr. 1887 datë 13/VI/1959 frakturë të mendibulës multiple, një vijë messiale dhe dy via angulare bilaterale (fig. 9).

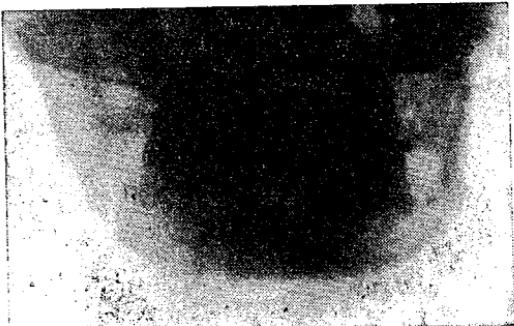


Fig. 10.

Ky i sëmurë u la me bllokim deri me datën 4/VII/1959 kohë e mjaftë për një konsolidim të vijës mediane.

Më datën 4/VII/1959 u bë çbllokimi i nofullave, u hoqën të dy dhëm-ballët e pjekurisë dhe me datën 7/VII/1959 u bë bllokimi inter-maksi-llar me dy arke metalike në të dy nofullat dhe me ligatura.

Radiografi: Nr. 2156 datë 7/VII/1959 (fig. 10). Para se të bëhet bllokimi me anë të gishtave duke i futur nga ana e mbrendëshme bëmë retropulsionin e degëve ashendente duke i venë në pozicionin e tyre normal dhe me një herë bëmë bllokimin dhe vazhdimin e kurës gjatë gjithë kohës së bllokimit, bëmë dhe kontrollimin me gisht të degëve ashendente. Në këto raste përdoren ose shale rezine për të shpënë dhe mbajtur në vendet e tyre normal degët ashendente sikundër veprojmë edhe në ose osteosinteza (shif fig. 7).

Radiografi e datës 19/VII/1959 tregon fragmentat në pozicion të mirë dhe vijë konsolidimi, vazhdon kurat me penicilinë.

Radiografi 1/IX/1959 vije konsolidimi.

Më 16/IX/1959 çbllokimi goje dhe heqje e arkut të sipërmë goja hapet 2 cm.

Radiografi Nr. 2996 datë 22/IX/1959 frakturë e konsoliduar hiqet arku i poshtëm dhe del nga spitali i shëruar.

Radiografi Nr. 1745 datë 13/VI/1960 e marrë mbas 9 muajve tregon konsolidim të plotë.

Si rezultat i eksperiencës tonë mund të themi vetëm që lidhjet me tel metali qofshin ato prej bronxi, argjendi, çelniku janë ndoshta mjeti më praktik për immobilizim sepse nuk kërkon marjen e masës që shpesh herë është e vështirë dhe me dhimbje, është e aplikueshme pa anestezi dhe diçka tjetër me rëndësi, lejon lëvizje të vogla të dobishme për procesin e osteogenezës dhe një shërim më të shpejtë. Me këtë nuk duam të radhitemi nga ana e atyre që mbështeten në principe që mungesa ose vonesa e cikatrizimit në shumë frakturna të nofullave i detyronet shpesh një imobilizim të plotë të copave, themi vetëm që një mobilitet i vogël siguron një shërim të shpejtë.

Është e nevojshme që në çdo rast të hiqet teli ose çdo mijet tjetër sa më shpejt që është e mundur dhe rregullisht jo më vonë se 25–40 ditë kur është formuar kalloja e butë ose prekalloja.

Në këtë mënyrë veprimi kemi arritur gjithmonë rezultate të kënaqëshme, edhe në rastet e ralla në të cilët janë qfaqur fakte septike në vendin e frakturnës dhe që janë dominuar lehtësisht.

**Konkluzion:** Neve gjatë gjithë kohës së praktikës 28–vjeçare në 95% të rasteve kemi përdorur reduksionin extemporaneo me rezultate të kënaqëshme.

Si metodë pune përdorim:

1) Në frakturnat e mandibulës komplete unike, pa devijim të fragmentave sidomos frakturna mesiale ose fisurale, përdorim fronda mentale.

2) Në frakturnat komplete unike, me devijim të vogël të fragmentave përdorim ligatura metali pa arkë.

3) Në frakturnat komplete unike ose të dyfishtë me spostim të theksuar të fragmentave përdorim ark metali poshtë dhe vetëm tela në no-

fullën e sipërme, pas qbllokimit të dy nofullave, arku i nofullës së poshtme mund të lihet edhe pér disa ditë në qoftë se është nevoja.

4) Kur ka frakturnë multiple përdorim arke si në nofullën e poshtme ashtu dhe në nofullën e sipërme të lidhur me ligatura, arkun e sipërm e përdorim si mjet prekaucionai, në qoftë se mbas 30—40 ditëve të hapjes së gojës konstatohet mos konsolidim copash, kthejmë telat e prera në drejtim të hapësirës ndërdhambore pér të mos plagosur buzët dhe mukozën e faqeve dhe e bllokojmë përsëri gojën duke shkuar midis arkeve të poshtëme dhe të sipërme tela metali pér ligaturë.

## L I T E R A T U R A

- 1) Dr. Budin J. La prothèse provisoire dans la réduction et la contention des fractures et des fracas du maxillaire inférieure. Paris 1954.
- 2) Dr. Croquefer: Conduite à tenir en présence des fractures du maxillaire inférieure. La semaine dentaire Nr. 12 mars 1934 (faqe 271—277).
- 3) Dechaume M. Fractures des maxillaires (Précis de stomatologie) Paris 1949.
- 4) Dubecque H. Altele et y. Duluo. Sur un cas de fracture bilatérale de la branche montante du maxillaire inférieur—Appareillage—Résultat. Revue française d'odontostomatologie Nr. 7 septembre 1958 (faqe 1192—1193).
- 5) Dr. Duchange R. Les fractures des mâchoires en pratique. Paris 1925.
- 6) Dr. Gerke Y: Interprétation des fractures du menton. Le semaine dentaire Nr. 48 decembre 1935 (faqe 1326—1328).
- 7) Martinier P. et Lemerle G. Prothèse restauratrice buccofaciale. Paris 1915.
- 8) Nicolo M. Fracture della mandibola di difficile diagnosi. La stomatologia italiana Nr. 12 dicembre 1941 (faqe 904—907).
- 9) Ponroy et Psaume: Restauration et prothèse maxillo-faciales. Fractures. Pertes de substance difformites — (La pratique stomatologique — Tome VIII) Paris 1950.
- 10) Roux (Le) H: Un cas fracture bilatérale du maxillaire inférieur. La semaine dentaire Nr. 2 janvier 1930 (faqe 35—36).
- 11) Shargorodski: L: Ortopedjëskaja Stomatologia Moskë 1953.
- 12) Starobinski: I: Stomatologia Moskë 1953.
- 13) Vasiliev—Grozovski — Ilvina Markozian Tisenbaun: Zuboproteznaja tekniika Moskë 1955.

---

## FRACTURES OF THE MANDIBLES (Summary)

*Before the Liberation of the country the fractures of the jaws were treated in very primitive ways or were left to their fate. Only after the Liberation were created the possibilities — technical and material — for a successful treatment of these fractures.*

*From the frequent fractures of the jaw that we have seen it results that the line of the fracture does not coincide with the zones that by*

*many authors are considered as the most feeble points, i. e. the angle, processus articularis, ramus horizontalis and the canine region.*

*According to our observations there must be a certain homogeneity in the mechanical resistance of the mandibular bone, which in some cases is compromised by nutritional disturbances!*

*For the reposition of the fragments we used the extemporaneous reduction for the simple and recent fractures and the slow reduction with special apparatus for the multiple fractures and those older than one day.*

*The extemporaneous method is used by many writers only for a temporary immobilisation, using for this purpose bandages or wire planks, which are held in place for 3-4 days.*

*During our 28 year experience in about 95 percent of our cases we have used the extemporaneous method and have had very satisfactory results, reducing the hospitalization time from 30-40 days to 21-30 days, and only in very rare cases, when the patients have come 2-3 months after the trauma, we have used the slow method, constructing for it complicated apparatus of immobilisation.*

*The local use of ligatures has also given us good results, even in the rare cases with septic foci in the region of the fractures, which have been easily dominated.*

*As methods for our work we use:*

*1) For the unique and complete fractures of the mandible, without deviation of the fragments, especially for mesial or distal fractures, we use the mental frond.*

*2) For the complete unique fractures, with slight deviation of the fragments, we use the mental ligature without arch.*

*3) For the unique or double complete fractures with notable deviation of the fragments we use the mental arch for the lower jaw and wire cases for the upper jaw; after the deblocking of the jaws the arch of the lower jaw may be left for some time, if this is considered necessary.*

*4) For multiple fractures we use the arch for both the upper or the lower jaw, and we apply the ligature. The upper arch is used as a precautionary measure; if after 30-40 days from the opening of the mouth we note that some fragments are not consolidated, we turn the cot wires on the side of the teeth so as not to damage the mucose of the mouth and we block anew the mouth tying the lower and upper arches with ligature wires.*

## POLIMORFIZMI BËRTHAMOR I POLINUKLEAREVE NEUTROFILE NË SËMUNDJET MENDORE

Kand. Shk. Mjek. MIT VOKOPOLA

Sikundër dihet, Erlih prej kohe kishte vërejtur se neutrofilet polinukleare mund të dallohen në dy grupe: në njërin që përmblidhne neutrofilet me bërthamë polimorfe dhe në tjetrin që përfshinte neutrofilet me bërthamë unike, në formë të rregullt dhe në më të shumtën e herëve vezore. Midis këtyre dy grupeve autori pranonte forma të ndryshme kalimi, por nuk ishte dhënë prej tij asnjë shpjegim i veçantë i këtij ndryshimi bërthamor.

Arneth, në vitin 1904, duke shikuar gjakun e të sëmurëve prej t.b.c. të mushkërive konstatoi frekuencën e qarkullimit në të, të neutrofileve polinukleare me bërthamë jo të segmentuar dhe me forma të ndryshme, gjë kjo që më von u vërtetua dhe në çdo sëmundje infektive ose infektim akut.

Për t'i dhënë një shpjegim këtij fenomeni, Arneth-i formuloi kuadri neutofil normal duke e ndarë në pesë klasa. Secila prej këtyre klasave dallohet me një numër romak sipas lobeve bërthamore që përban. Ky kuadër është sipas pasqyrës që vijon:

I	II	III	IV	V
5,20%	35,33%	40,93%	16,60%	1,94%

Në gjendje patologjike konstatohen dv deviacione të këtij kuadri normal: njëri në të majtë, si për shembull në sëmundjet infektive, ku në fillim zhduken qelizat e klasës së V dhe gradualisht ato të klasave të IV dhe të III, ndërsa atij të klasës së II jo vetëm që nuk zhduken por edhe shtohen sëbashku me ato me bërthamë të pasegmentuar; dhe tjetri në të djathtë, i cili karakterizohet me shtimin e numrit të qelizave të klasave IV dhe V dhe është më i rrallë. Në deviacionin e majtë sipas Arneth-it duhet parë jo vetëm një kompensim i konsumit të qelizave fagocite, por edhe një reaksion i indit hemopoetik ngacmues prej faktorëve turbullues t'alternimit të ekuilibrit normal ndërmjet rigjenerimit dhe të degjenerimit leukocitar.

Doktrinën e Arneth-it e kundërshtuan shumë dijetarë, midis të cilëve Brugsh dhe Shiling, të cilët segmentimin bërthamor të neutrofileve nuk e konsiderojnë si gradë pjekurie, por si pasojë të lëvizjeve ameboide, që u konstatuan në gjakun «in vitro». Për këtë arësyte Shiling, në vitin 1920, përpunoit një tjetër skemë leukocitare, e cila mban emërin «Hemogram Schiling» dhe në të cilën një nga principet që e karakterizojnë është konstatimi në bërthamën polimorfonukleare të seg-

menteve të veçuar, që bashkohen midis tyre në anë të disa filamenteve të holla bërthamore, dhe të pseudosegmenteve që edhe këto bashkohen ndërmjet tyre me anë të substancës bërthamore më të gjërë në formë urash. Këto të fundit, sipas Shiling, janë pasojë e lëvizjeve ameboide ose të një teknike të gabuar, gjatë kohës së preqatitjes ose të shtrimit të preparatit.

Një karakteristikë tjetër e hemogramit të Shiling është se në këtë merret si bazë përqindja e formave të ndryshme në 100 leukocite, kurse në skemën e Arneth-it përqindja merret në 100 polinukleare neutrofile.

Megjithëse skema e kuadrit neutrofil t'Arneth-it ka mbetur pothuajse klasike, hemogrami i Shiling-ut pati dhe ka ende një përhapje të madhe ndër vendet anglosaksone.

Në vitin 1927 Cook dhe Ponder përpunuuan një modifikim të skemës s'Arneth-it duke konsideruar si lobe bërthamore vetëm ato që ndërlidhen me anë të filamenteve bërthamore dhe modifikuan skemën nukleare normale t'Arneth-it duke formuar një skemë të tyre si vijon:

I	II	III	IV	V
10%	25%	47%	16%	2%

Më von Fon Bondorf, modifikoi skemën nukleare normale t'Arneth-it duke e studjuar këtë dhe në lidhje me gjininë dhe formuloi skemën që vijon:

Meshkuj	I	II	III	IV	V
	8%	34,4%	40,2%	12,4%	1%
Femra	12,5%	44,85%	33,35%	8,35%	0,75%

Shkencëtarë të ndryshëm duke bërë kërkime rrreth deviacioneve në të majtë ose në të djathtë në sëmundje të ndryshme, kanë konstatuar të tilla deviacione edhe në nevropsihiatri, por këto kërkime kanë pasur karakter sporadic. Kështu për shembull në literaturën mjekësore pëershkrurat një deviacion në të majtë në skizoprenie (Hermann, Sagel, Debeus) dhe në shock kardiazolik (Von Meduna: Fatto vich), një deviacion në të djathtë në morbus Parkinson (Andrenelli), në paralizinë e përgjithëshme progresive (Bolsi, Piolti).

Për të patur një ide konkrete mbi polimorfizmin bërthamor të polinukleareve neutrofile në sëmundjet mendore si dhe gjatë komave insulinike të mjekimit me elektroshok dhe të nevroplezhiqeve, filluan të studjojmë ndryshimet eventuale që mund të konstatoheshin në 'to.

Për të qenë objektivë dhe për të mënjanuar çdo gabim të rrjedhur prej një teknike jo përfekte, muarën për bazë skemën nukleare normale t'Arneth. Duke punuar në këtë drejtim u bë formula leukocitare dhe u numëruan leukocitet.

Eksperimentet tona u shtrinë në 50 të sëmurë dhe përfundimet janë si më poshtë vijon:

Numri i leukociteve në sëmundjet mendore të ndryshme që ekzaminuam lëvizte rrëth 4200-5400, kurse formula leukocitare paraqiste ndryshime në neutrofilet dhe linfoцит. Të sëmurët që ekzaminuam kanë qenë fizikisht të shëndoshë, pa ndonjë infektim specifik tuberkular ose luetik.

Përsa i përket bërthamës së polinukleareve neutrofile, kjo paraqet një polimorfizëm të theksuar. U konstatuan bërthama me lobule të lidhura ndërmjet tyre me anë «urash» (pseudosegmente) dhe bërthama të tjera të segmentuara dhe të ndërlidhura sikundër u parashtrua më lart me anë filamentesh. Devijimi në të gjitha sëmundjet psikopatologjike që ekzaminuam ka qenë në të majtë. Ky devijim në të majtë u konstatue edhe në epilepsitë dhe psikozat epileptike, në kundërshtim me atë që ka konstatuar më parë Durante dhe në pajtim me përfundimet që ka arritur Jedlosky, i cili ka konstatuar këtë devijim gjatë akcessit epileptik. Ky devijim në të majtë u konstatua gjithashtu edhe gjatë mjekimit me elektroshock, në kundërshtim me Fattovich, i cili gjatë shokut kardiazolik ka konstatuar një devijim në të djathtë.

Për ta pasur më të qartë polimorfizmin bërthamor të polinukleareve neuotrofile në sëmundjet mendore që ekzaminuam, përdorëm një skemë të re duke përbledhur dhe pasqyruar në të njëjtin kuadër për çdo sëmundje të gjithë polimorfizmin bërthamor (qoftë ky i segmentuar ose i pasegmentuar), sipas konstatimit real që rezultoi prej studimit dhe eksperimenteve tona.

Ndoshta dikush mund të kundërshtojë punën tonë duke pretenduar se nuk i u përbajtëm krejtësisht vijave themelore t'Arneth-it ose të Shilingut, por realiteti është se në ekzaminimin e polimorfizmit bërthamor të polinukleareve neutrofile konstatohen që të dy rastet, të segmenteve dhe të pseudosegmenteve, qofshin këto të fundit edhe si lëvizje ameboide ose si rrjedhim të një teknike të gabuar.

Arësyja që na shtyti në këtë studim ka qenë verifikimi i polimorfizmit bërthamor të polinukleareve neutrofile ndër sëmundje të ndryshme mendore; ndryshimet hematologjike eventuale pas mjekimeve specifice në këto sëmundje: lidhjet e këtyre ndryshimeve me mjekimet në fjalë dhe jo pajtimi i kuadrit neutrofil t'Arnethit me hemogramën e Shiling-ut, të cilat mbesin klasike në letërsinë mjekësore.

Për të dhënë idenë e plotë të kërkimeve tona, paraqesim më poshtë një pasqyrë ku figurojnë formulat leukocitare me format e segmentuara, të pasegmentuara dhe të pseudosegmentuara të neutrofileve ndër 5 të sëmurë (**Formula Nr. 1-5**). Në këtë mënyrë në shtyllën A. figurojnë formulat leukocitare të sëmundjeve Nr. 1 Schizophrenie, Nr. 2 Psikoza senile, Nr. 3 Psikoza maniako-depresive, Nr. 4. Psikoza epileptike; Nr. 5 Konfuzion mental. Në shtyllat që pasojnë figurojnë ndryshimet hematologjike të konstatuara pas mjekimeve specifice dhe analitikisht: në shtyllën B ndryshimet pas mjekimit me koma-insulinit në shtyllën C. ato të hasura pas mjekimit me elektroshok dhe në shtyllën D. ato që janë verifikuar po në këto sëmundje pas mjekimit me ganglioplezhiket.

Prej 50 eksperimenteve tona gjykuam t'arësyeshme të parashtrojmë vetëm pasqyrën e lartpërmëndur, ku përmblidhen të dhënat labo-

ratorike të 5 të sëmurëve tonë, jo vetëm se këto janë më tipike, por edhe se këto janë verifikuar edhe prej mikrobiologut. Luigj Benusi.

Ajo që të tèrheq vëmendjen në studimin e pasqyrës sonë është shtimi i konsiderueshëm i formave të segmentuara të bërthamave të polinukleareve neutrofile, në sëmundjen shizofrenie dhe në Psikozën maniako-depresive, pas mjekimit të tyre me koma-insulinit, elektroshok dhe ganglioplezhikët. Këto të fundit janë përdorur në dosis prodie 300 gr.

Në sëmundjet psihike kronike, po në këtë pasqyrë vërejmë se ndryshimet e verifikuara pas mjekimeve specifike hasen sidomos në linfoцитet.

Prej këtij studimi del në shesh edhe se gjatë komave me insulinë ose të mjekimit me elektroshok dhe të ganglioplezhikeve, veç ndryshimeve biokimike që pëson qeliza nervore, shkaktohen edhe ndryshimë themelore në bërthamën e polinukleareve neutrofile me një devijim konstant në të majtë.

## KONKLUSIONE

Prej studimit të mësipërm nxjerim si konkluzione:

1) Ndër sëmundjet mendore, të paktën në ato që ekzaminuam, konstatohen ndryshime hematologjike që iu përkasin neutrofileve dhe linfoцитeve.

2) Këto ndryshime interesojnë sidomos bërthamën e polinukleareve neutrofile, e cila paraqet një polimorfizëm të theksuar. Ky ndryshim çfaqet me një devijim në të majtë.

3) Ndryshimet e mësipërme theksohen edhe më tepër pas mjekimeve specifike, qofshin këto koma-insulinit, elektroshoku ose ganglioplezhiket.

4) Në skizofreninë dhe psikozën maniako-depresive, bërthama e neutrofileve pëson një ndryshim të theksuar përsa i përket formave të segmentuara. Këto shtohen gati 50% pas çdo mjekimi specifik.

5) Mjekimet specifike në sëmundjet mendore shkaktojnë edhe ndryshime hematologjike, të cilat nuk përmenden në letërsinë mjekësore, të paktën në atë që mundëm të konsultojmë.

6) Këto ndryshime në përgjithësi janë të së njëjtës formë për cilindri mjeckim specifik.

7) Ndër sëmundjet mendore në trajtë kronike, si p.sh. në psikozën senile, atë epileptike dhe konfuzionin mental jo akut, ndryshimet hematologjike iu përkasin më tepër linfoцитeve.

8) Ndryshimet hematologjike të hasura në gjakun periferik, gjatë mjekimeve specifike në sëmundjet mendore ndoshta u dedikohen impulseve nervore nëpërmjet rrugëve aferente kortiko-diencefalike, organeve hemopoetike, mendim ky i cili përforcohet prej eksperimenteve të mësipërme, ndonse i guximshëm për t'u shprehur.

NDRYSHIMET HEMATOLOGJIKE NDËR SËMUNDJET  
MENDORE DHE PAS MJEKIMEVE SPECIFIKE

	Shtylla A. Sëmundjet Formula Leukocit.	Shtylla B. F.L. pas koma-insul.	Shtylla C. F.L. pas elektroshok	Shtylla D. F. L. pas ganglio- plegji
Schizophrenie	Neutrofil segmentuar 53% pseudosegm 0% pa segment 4% Eozinofile 3% Bazofile 0% Linfocite 37% Monocite 3%	6/ N. S. 80% P.S. 0% P.S. 0% E. 2% B. 0% L. 17% M. 1%	11/S. Ps. 69% P.S. 1% P.S. 0% E. 0% B. 0% L. 29% M. 1%	16/ S. Ps. 67% P.S. 2% P.S. 3% E. 2% B. 0% L. 25% M. 1%
Psikoza senile	Neutrofil segmentuar 62% pseudoseg. 10% pasegment. 10% Eozinofile 2% Bazofile 0% Linfocite 15% Monocite 1%	7/ N. S. 60% Ps. 2% P.S. 2% E. 2% B. 0% L. 30% M. 4%	12/ N. S. 61% Ps. 2% P.S. 1% E. 9% B. 0% L. 26% L. 1%	17/ N. S. 60% Ps. 0% P.S. 0% E. 7% B. 0% L. 28% M. 5%
Psikoza Manjako-depressive	Neutrofil segmentuar 42% pseudoseg. 0% pasegment. 0% Eozinofile 2% Bazofile 0% Linfocite 52% Monocite 4%	8/ N. S. 54% Ps. 1% P.S. 2% E. 2% B. 0% L. 38% M. 3%	13/ N. S. 65% Ps. 0% P.S. 0% E. 6% B. 0% L. 28% M. 1%	18/ N. S. 63% Ps. 0% P.S. 1% E. 2% B. 0% L. 30% M. 4%
Psikoza Epileptike	Neutrofil segmentuar 55% pseudoseg. 5% pasegment. 1% Eozinofile 0% Bazofile 0% Linfocite 38% Monocite 1%	9/ N. S. 48% Ps. 1% P.S. 5% E. 4% B. 0% L. 39% M. 3%	14/ N. S. 67% Ps. 0% P.S. 0% E. 0% B. 0% L. 31% M. 2%	19/ N. S. 52% Ps. 0% P.S. 0% E. 2% B. 0% L. 44% M. 2%
Konfuzion Mental kronik	Neutrofile segmentuar 56% pseudoseg. 7% pasegment. 2% Eozinofile 3% Bazofile 0% Linfocite 26% Monocite 6%	10/ N. S. 55% Ps. 2% P.S. 1% E. 3% B. 0% L. 33% M. 6%	15/ N. S. 40% Ps. 1% P.S. 0% E. 2% B. 0% L. 55% M. 2%	20/ N. S. 60% Ps. 0% P.S. 0% E. 2% B. 0% L. 34% M. 4%

## BIBLIOGRAFIJA

- Andrenelli L.** Contributo allo studio della formula leucocitaria e dello schema di Arneth nel parkinsonismo encefalitice. Ann. di med. nav. e col. 1937 1.
- Arneth J.** Die Neutrophilen weissen Blutkorperchen bei Infektionskrankheiten. Jena 1904.
- Bolsi D. e Piolti M.** Frequenza e significato dello spostamento a destra nella formula di Arneth nei paralitici progressivi, Riv. Pat. nerv. 1934. XLIII.
- Brayton J.R.** Leukocytes in syphilis, study of leukocytes in primary and cerebrospinal syphilis by means of Scilling's index, discussion os mode of treatmen J. Indiane M.A. 1932. XXV.
- Carriere R.** Ueber die Linksverschiebung im Blutbil der Schizofrenen. Zeitsch. f. Neurol 1932 VXXXV.
- Cassinis U.** Studi sulla fatica: formula leucocitaria e schema di Arneth in rapporto col fenomeno di Donaggio nella corea. Arch. Fisiol. 1935. XXXIV.
- Debeus B.** Emogramma di Schilling e formula di Arneth nella sindrome schizofrenic a. Schizofr. 1932: 1.
- Fattowich G.** L'immagine di Arneth nella convulsioni provocata con il car diazol negli schizofrenici Schizofr. 1938. VIII.
- Fuchs A.** Untersuchungen ther das qualitative weisse Bluthild und ber die leukocytare Reaktion bei genuinen Epilepsie. Zeischr. f.d. ges. Neurol 926: 56.
- Hansen H.J. e Munch Petersen c.:** Arneth blood picture in disseminated encephalitis and disseminated sclerosis. Acta psych. et neur. 1935 X.
- Hermann K.** Changes in blood picture in Schizophrenia Hospitalstid. 1932. LXXV.
- Huehnrefeld J.** Ueber den Zucker und Calciumspiegel die Blutsenkung und das Hamogramm beim Postence phalitischen Parkinsonismus. Monat. f. Psych. Neur. 930. 77.
- Jedlofcky P.** L'ematoologia nelle malattie mentali nervose. Milano 1932.
- Kushizaki** Recherches expérimentales sul l'influence du cerveau antérieur sur la formule sanguine et la température du corps. Fukuoko Acta Med. 1935. 28.
- Murando P.** La formula Arneth megli epilettici. Note e riv. psich. 1934. LXIII.
- Rizzatti E. e Levi M.S.:** Formula leucocitometrica e granulazioni tossiche dei granulociti neutrofili nelle schizofrenie. Schizofr. 1935. III.
- Idem** La formulla leucocitaria nelle distimi. Riv. Pat. Nerv. Mont. 1933. XLII.
- Reversi e Pettazzi:** Il significato diagnostice e prognostice delle variazioni leucocitiche. Milano 1940.
- Schilling V.** Ein praktich und zur Demonstration brauchbar differential Leukocytometer mit Arnethsche Verschiebung des Elutbildes. Deutsch. md. Wechn. 1911. 36.

**Schilling V. e Cstillo:** Blutbild der Encephalitis letargica. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. 1923 77.

**Suckow** Das Blutbil beim carbnsichen Alkoholismus und akuten Psychosen der Gewohnheitstrinker. Monat schr. f. Psych. u. Neur. 1926. LXII.

**Von Medduna.** Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie. Halle. Mer. hold. 1937.

---

## THE NUCLEAR POLYMORPHISM OF THE POLYNUCLEAR NEUTROPHYL CELLS IN THE BLOOD OF THE MENTAL PATIENTS

### (Summary)

The author, after sporadic studies on schizophrenic, epileptic and Parkinson patients, in the blood of whom he studied the Arneth scheme of the leucocytes formula, tried to find out if any morphological changes existed in the mental patients, what was their nature, how were they changed during the treatment with electroshock, with insulin and ganglioplexy.

The results of his observations can be summarised as follows:

1. — In the mentioned mental diseases are noted some hematologic changes, which concern the nuclei of the neutrophyl polynuclear cells and give a deviation to the left of the Arneth scheme.

2. — In the mental diseases that have a chronic character the mor-phologic changes of the blood touch mostly the lymphocytes.

3. — The morphologic changes of the blood during the treatment with electroshock, insulin and ganglioplexy consist in a notable polymorphism of the nuclei of the neutrophil polynuclear cells, in a left deviation of the Arneth scheme; most probably this is due to the nervous impulses that pass through the cortico-diencephalic sphere to the haemopoetic organs.

## **INFLUENCA E PENICILINËS DHE STREPTOMICINËS MBI IMUNOGJENEZËN**

**V. M. KULI – A. G. KANTARXHIEV**

Qëllim i ynë ka qenë të përcaktojmë influencën e penicilinës dhe streptomycinës mbi imunogjenezën e lepurit.

Në literaturën mjeksore të sotme, ekzistojnë mendime të ndryshme dhe të kundërta njëra nga tjetra, lidhur me problemin e influencës së antibiotikëve mbi imunogjenezën. Kështu p.sh. sipas Heneberg (1955) streptomycina nuk influencon mbi titrin aglutinonjës të tularemisë, ndërsa në pertusis titri aglutinojës bie përkohësisht nën influencën e aureomicinës, rënia (ulja) e tij është kaq i madh sa më i madh që të ketë qenë titri në fillim të mjekimit. Nga ana tjetër Hanzen e Sletuc (1954), kanë vënë re se, penicilina në titrin aglutinonjës të bakterjeve të tifos tek lepujt e imunizuar, ka influencuar direkt tek mikrobet. Autor tjetër, Kaputi (1953), ka vënë re, në kobej të mjekuar në vaksinën e tifos, e cila më parë ka qenë e drejtuar me streptomycinë, nuk formojnë aglutinine pér bakterjet e tifos. Dhe Molar (1954) ngulmon (pohon) që penicilina kufizon formimin e aglutininave dhe të lezionateve në leptospirozën. Fogt (1955) ka gjetur se nën influencën e penicilinës, titri i opsonineve dhe të antiagresinave ulet. Ka të dhëna gjithashtu që penicilina, e përzier me bakterje të tifos, nuk vepron pér formimin e fermenteve të Abderhalden, ndërsa gjatë përdorimit të streptomycinës, me doza të mëdha, ulen fuqitë mbrojtëse t'organizmit. Vërehet gjithashtu dhe komponenti i albuminës në serum.

Averianova (1957) njofton që penicilina, dhe biomycina, nuk influencojnë në formimin e aglutinimeve të tifos ndër qentë të mjekuar vazhdimisht pér 3 vjetë me antibiotikët e treguar dhe më vonë të vaksinuar pér tri herë resht ndën lëkurë me vaksinën e tifos.

Kështu pra nga shembujt e dhënë më lart, tregohet qartë influenci mi jo i pérhershëm i antibiotikëve të aplikuar mbi titrin aglutinonjës gjatë përdorimit të tyre në mikrobet e ndryshme. Duke u nisur nga kjo, i vumë vëthes si detyrë që të përcaktojmë në se penicilina e streptomycina kanë ndonjë efekt mbi titrin aglutinonjës të serumit tek lepujt e imunizuar me vaksinën e tifos.

Ne bëmë prova në 12 lepuj, të ndarë në 4 grupe, nga tre pér secilin grup. Më parë se të fillohej nga puna eksperimentale, muarëm peshën e lepuive (Pasqyra Nr. 1) dhe reaksiionin vidal në «O» dhe «H» diagnosticum të tifos (të marrë nga NIEM) me qëllim që të dimë titrin e aglutinive normale në lepujt, të cilët janë reaksiionin vidal pozitiv. (Për sa u përket rezultateve shih pasqyra Nr. 2).

Sikundër shihet nga tabela, shtatë lepuj dhanë reaksiionin pozitiv 1:100 me «O» diagnosticum, vetëm një lepur dha 1:200 me «H» diagnosticum, ndërsa një tjetër – 1:100 reaksiionin vidal pozitiv.

Grupi i parë qe injektuar me penicilinë dy herë në ditë me nga 10.000 unit. (gjithsejt 20.000 u) në ditë, në mëngjes n'orën 7, dhe në mbrëmje n'orën 19. Grupi i dytë qe injektuar me streptomycinë një herë në ditë me nga 0,10 gr. Për një periudhë prej 12 ditësh injektuam rregullisht antibiotikët e caktuar. Grupi i tretë dhe i katërt gjatë kësaj kohe nuk mirrte asgjë. Në ditën e 12-të bënин reaksion vidal të të gjithë lepujve (pasqyra Nr. 3) dhe përsëri matëm peshën e tyre. Sikundër shihet, ndryshime esenciale nuk shikohen. Disa lepuj e rrisin lehtësisht titrin me nga një radhë (vizë) (leпури Nr. 6 dhe me dy lloje diagnosticum), të tjerë e ulin (leпури Nr. 12 e Nr. 5), ndërsa në të tretë titri mbetet i pandryshuar (leпури Nr. 8, Nr. 3). Që këto janë vetitë individuale tregohet dhe nga vetë fakti që këto ndryshime krejtësisht shumë të vogla në titrin, vërehen si në lepujt e injektuar ashtu dhe në ata të painjektuar. Në ditën 12-të mbas fillimit të injektimeve me antibiotikë të grupit të I-rë e të II-të të njëjtëve ju bë dhe injekzioni i parë prej 1 cc vaksine tifoje të prodhuar në NIEM. Në të njëjtën ditë u bë dhe injekzioni i parë me nga 1 cc vaksinë tifoje dhe grupit të III-të dhe në të njëjtën kohë ky grup lepujsh filloj të marrë për çdo ditë nga 0,10 gr. streptomycinë për seicilin. Në të njëjtën ditë grupi i kontrollit mori inxheksionin e parë prej 1 cc. vaksine të tifos, e cila përmban 1 miliard bakterje në 1 cc. Gjashtë ditë mbas inxheksionit të fundit me vaksinë tifoje, bëmë për tri herë resht reaksionin vidal me interval prej 6 ditësh njëri nga tjetri. Nga pasqyrat e paraqitura (Nr. 6, 7, 8) shikohet qartë një rritje e lehtë e kurbës imune dhe që pika kulminante e saj arrihet në ditën e 12-të nga inxheksioni i fundit, ndërsa në ditën e 18-të kurba fillon të bjerë pa u parë ndryshime të dukëshme në kurbat për seicilin grup lepujsh. Dhe në përfundim mund të thuhet që nuk vihen re ndryshime të dukëshme në titrin aglutinonjës në kafshët e përdorura gjatë punës sonë.

**Konkluzion:** Eksperimentet tona tregojnë që penicilina e streptomycina nuk influencojnë në titrin aglutinonjës të serumit në lepujt e imunizuar me vaksinën e tifos.

#### Pasqyra Nr. 1

Pesha dhe shpërndarja e kafshëvet eksperimentale simbas grupave para se të fillohet puna eksperimentale.

Grupe	L e p u r	Pesha (në Gr.)
I	Nr. 9	2,100
	Nr. 10	2,150
	Nr. 12	1,960
II	Nr. 6	2,600
	Nr. 7	2,240
	Nr. 8	2,310
III	Nr. 1	2,400
	Nr. 2	2,540
	Nr. 3	2,200
IV	Nr. 4	1,870
	Nr. 5	1,780
	Nr. 11	2,100

## Legjenda:

I gr. — meret penicilin

II gr. — meret streptomycin

III gr. — meret vetëm streptomycin nga ditën e injekcionet me vaksina e tifos.

IV gr. — Rcutrola (meret vetëm vaksina e tifos)

## Pasqyra Nr. 2

Llogaritja e reakcionit Vidal me djagnostikimet e tifos «O» dhe «N», i kryer në 24.II.1957.

Grupi	Lepur	"O", Diagnostikum				"N.", Diagnostikum							
		1:25	1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:25	1:50	1:100	1:200	1:400	1:800
I	Nr. 9	++++	++	+	—	—	—	+++	+	±	—	—	—
	.. 10	++	±	—	—	—	—	±	±	—	—	—	—
	.. 12	++++	+++	±	—	—	—	++++	++	—	—	—	—
II	Nr. 6	++++	++	++	±	—	—	++++	++	++	—	—	—
	.. 7	+++	++	—	—	—	—	+++	++	±	—	—	—
	.. 8	+++	++	+	—	—	—	+++	++	—	—	—	—
III	Nr. 1	+++	+	+	—	—	—	+++	+	—	—	—	—
	.. 2	+++	+	+	—	—	—	+++	+	—	—	—	—
	.. 3	+++	++	+	—	—	—	++	—	—	—	—	—
IV	Nr. 4	++	±	—	—	—	—	—	±	—	—	—	—
	.. 5	+++	++	—	—	—	—	++	++	—	—	—	—
	.. 11	+++	++	+	—	—	—	+++	++	—	—	—	—

## Legjenda

- ++++ aglutinacioni fort i theksuar
- +++ » » shumë mirë i theksuar
- ++ » » mirë i theksuar
- + » » i theksuar pak
- ± » » me dyshim
- Mungon aglutinacioni

Pasqyra Nr. 3

Llogaritja e reakcionit vidal me djagnostikumet e tifos  
 «O» dhe «N», i kryer në 10.III.1957

Grupi	Lepur	"O,, Diagnostikum						"N,, Diagnostikum					
		1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600	1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600
I	Nr. 9	+++	+++	+	-	-	-	+++	++	+	-	-	-
	.. 10	++	+	-	-	-	-	++	+	-	-	-	-
	.. 12	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
II	Nr. 6	++++	+++	+	-	-	-	+++	++	+	-	-	-
	.. 7	+++	++	+	-	-	-	+++	++	+	-	-	-
	.. 8	+++	++	+	-	-	-	+++	++	+	-	-	-
III	Nr. 1	++	+	-	-	-	-	++	++	+	-	-	-
	.. 2	++	+	-	-	-	-	++	+	-	-	-	-
	.. 3	+++	++	+	-	-	-	++	+	-	-	-	-
IV	Nr. 4	+++	+	-	-	-	-	++	+	-	-	-	-
	.. 5	-	-	-	-	-	-	++	+	-	-	-	-
	.. 11	+++	++	+	-	-	-	++	+	-	-	-	-

Pasqyra Nr. 4

Llogaritja e reaksionit vidal me djagnostikumet e tifos  
 «O» dhe «N» i kryer në 17.III.1957.

Grupi	Lepur	"O,, Diagnostikum						"N,, Diagnostikum					
		1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600	1:3200	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600	1:3200
I	Nr. 9	++++	+++	++	++	+	-	++++	++++	+++	++	+	-
	Nr. 10	++++	+++	++	++	+	-	++++	++++	+++	++	+	-
	Nr. 12	+++	++	++	++	+	-	++++	+++	++	+	+	-
II	Nr. 6	+++	++	+	+	+	-	+++	+++	+++	+++	++	-
	Nr. 7	++++	+++	++	++	+	-	+++	+++	++	+	+	-
	Nr. 8	+++	++	+	+	+	-	+++	++	++	+	+	-
III	Nr. 1	+++	++	++	+	-	-	++++	++++	++	+	-	-
	Nr. 2	+++	++	++	+	-	-	+++	++	+	-	+	-
	Nr. 3	+++	+	+	+	-	-	+++	++	+	-	+	-
IV	Nr. 4	++	+	+	+	-	-	++	++	+	-	-	-
	Nr. 5	+++	++	+	+	-	-	+++	++	+	-	+	-
	Nr. 11	+++	++	+	+	-	-	+++	+++	++	+	-	-

Pasqyra Nr. 5

Llogaritja e reaksiionit vidal me djagnostikumet e tifos «O»  
dhe «N» i kryer në 23.III.1957

Grupi	Lepur	"O., Diagnostikim						"N., Diagnostikim					
		1:200	1:400	1:800	1:1600	1:3200	1:6400	1:200	1:400	1:800	1:1600	1:3200	1:6400
I	Nr. 9	+++++	+++	+++	++	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++
	.. 10	+++++	+++	+++	++	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++
	.. 12	+++++	+++	++	+	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++
II	Nr. 6	+++++	+++	++	+	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
	.. 7	+++	++	+	+	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++
	.. 8	+++++	+++	++	+	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
III	Nr. 1	+++	+++	++	+	+	+	+++	+++	++	++	++	++
	.. 2	+++	+++	++	+	+	+	+++	+++	++	++	++	++
	.. 3	+++	+++	++	+	+	+	+++	+++	++	++	++	++
IV	Nr. 4	+++	+++	++	+	-	-	+++++	+++	++	++	++	++
	.. 5	+++++	+++	+++	++	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
	.. 11	+++++	+++	+++	++	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++

Pasqyra Nr. 6

Llogaritja e reaksiionit vidal me djagnostikumet e tifos «O»  
dhe «N» i kryer në 29.III.1959.

Grupi	Lepur	"O., Diagnostikum						"N., Diagnostikum					
		1:400	1:800	1:1600	1:3200	1:6400	1:12800	1:400	1:890	1:1600	1:3200	1:6400	1:12800
I	Nr. 9	+++++	+++	++	+	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
	.. 10	+++	++	+	+	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
	.. 12	+++++	+++	++	+	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
II	Nr. 6	+++	++	++	+	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++
	.. 7	+++	++	+	+	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
	.. 8	+++	++	++	+	+	+	+++	++	++	+	+	+
III	Nr. 1	+++	+++	++	+	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++
	.. 2	+++	+++	++	+	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
	.. 3	+++	++	++	+	+	+	+++++	+++	++	++	++	++
IV	Nr. 4	+++++	+++	++	+	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++
	.. 5	+++++	+++	++	+	+	+	+++++	+++++	+++	++	++	++
	.. 11	+++++	+++	+++	++	++	++	+++++	+++++	+++	++	++	++

Pasqyra Nr. 7

Llogaritja e reaksionit vidal me djeagnostikumet e tifos «O»  
dhe «N» i kryer në 3.IV.1957.

Grupi	Lepur	"O., Diagnostikum					"N., Diagnostikum					
		1:1600	1:3200	1:6400	1:12800	1:25600	1:1600	1:3200	1:6400	1:12800	1:25600	1:51200
I	Nr. 9	+++	++	++	-	-	++++	+++	+++	++	+	+
	.. 10	++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
	.. 12	+++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
II	Nr. 6	+++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
	.. 7	++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
	.. 8	+++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
III	Nr. 1	+++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
	.. 2	++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
	.. 3	+++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
IV	Nr. 4	+++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
	.. 5	++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++
	.. 11	+++	++	++	-	-	+++	++	++	++	++	++

Pasqyra Nr. 8

Llogaritja e reaksionit vidal me djeagnostikumet e tifos «O»  
dhe «N» i kryer në 9.IV.1957.

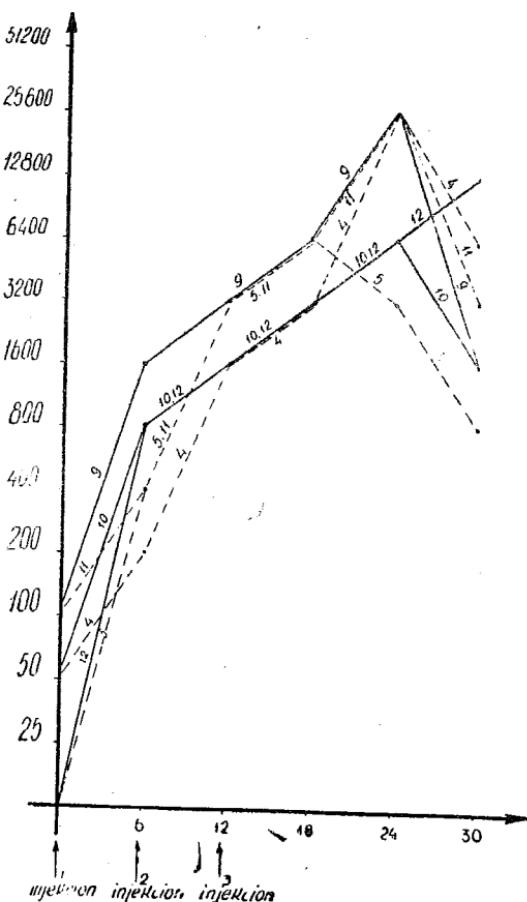
Grupi	Lepur	"O., Diagnostikum					"N., Diagnostikum					
		1:800	1:1600	1:3200	1:6400	1:12800	1:25600	1:800	1:1600	1:3200	1:6400	1:12800
I	Nr. 9	++	++	++	-	-	-	++++	+++	+++	++	++
	.. 10	++	++	++	-	-	-	++++	++	++	++	++
	.. 12	+++	++	++	-	-	-	++++	++	++	++	++
II	Nr. 6	++	++	++	-	-	-	++++	++	++	++	++
	.. 7	++	++	++	-	-	-	++++	++	++	++	++
	.. 8	+++	++	++	-	-	-	++++	++	++	++	++
III	Nr. 1	++	++	++	-	-	-	+++	++	++	++	++
	.. 2	++	++	++	-	-	-	+++	++	++	++	++
	.. 3	++	++	++	-	-	-	+++	++	++	++	++
IV	Nr. 4	+++	++	++	-	-	-	+++	++	++	++	++
	.. 5	++	++	++	-	-	-	+++	++	++	++	++
	.. 11	++	++	++	-	-	-	+++	++	++	++	++

# THE INFLUENCE OF PENICILLIN AND STREPTOMYCIN ON IMMUNOGENESIS

(Summary)

The authors present the results of their experimental work with rabbits, which has the purpose of testing the influence of penicillin and streptomycin on immunogenesis. They have taken two groups of rabbits (test group and control group) and tested whether the mentioned antibiotics had any effect on the agglutination titre of the rabbits immunised with typhoid vaccine.

Their results are presented in a series of graphics and come to the conclusion that neither penicillin, nor streptomycin influence the titre of agglutination of the immunised rabbits.



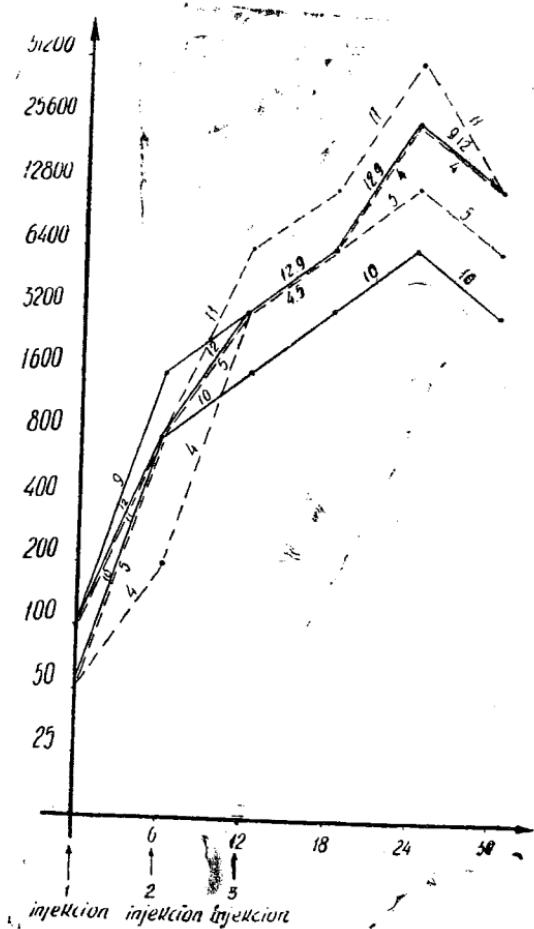
Grafiku i imunitetit me «O» diagnostikum

Grupi i parë: Lepuri Nr. 9, Nr. 10, Nr. 12 (—)

Grupi i kontrollit: Lepuri Nr. 4, Nr. 5, Nr. 11, (---)

Legjenda: Ordinata: Hollimi i serumit 1:25.. 1:51600

Abscisa: Ditët.



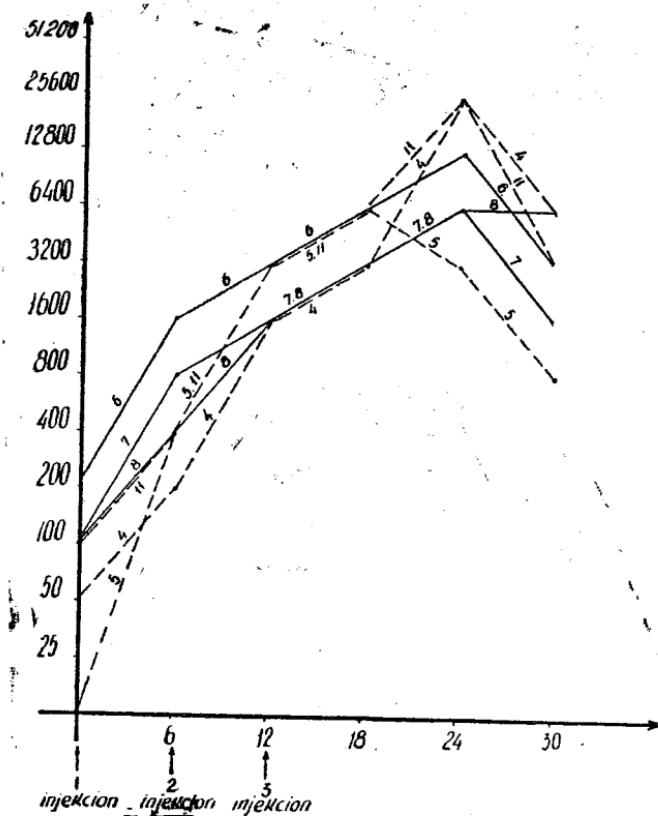
### Grafiku i imunitetit me «N» diagnostikum

Grupi i parë: Lepuri Nr. 9, Nr. 10, Nr. 12 (-)

Grupi i kontrollit: Lepuri Nr. 4, Nr. 5, Nr. 11 (----)

Legenda: Ordinata: Hollimi i serumit 1:25... 1:51600

Abscisa: Ditët.



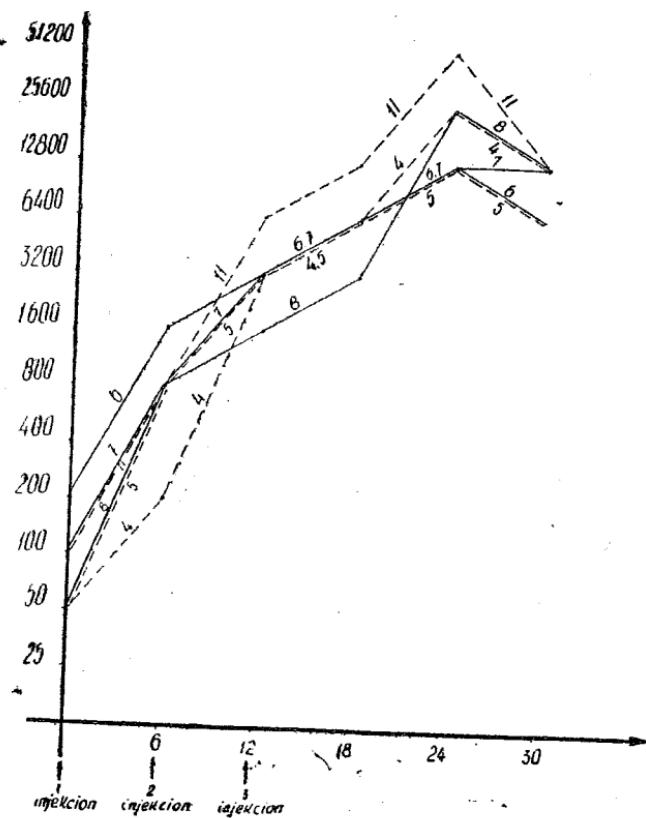
Grafiku i imunitetit me «O» diagnostikum

Grupi i parë e i dytë: Lepuri Nr. 6, Nr. 7, Nr. 8 (—)

Grupi i kontrollit: Lepuri Nr. 4, Nr. 5, Nr. 11 (---)

Legjenda: Ordinata: Hollimi i serumit 1:25... 1:51600

Abscisa: Ditët.



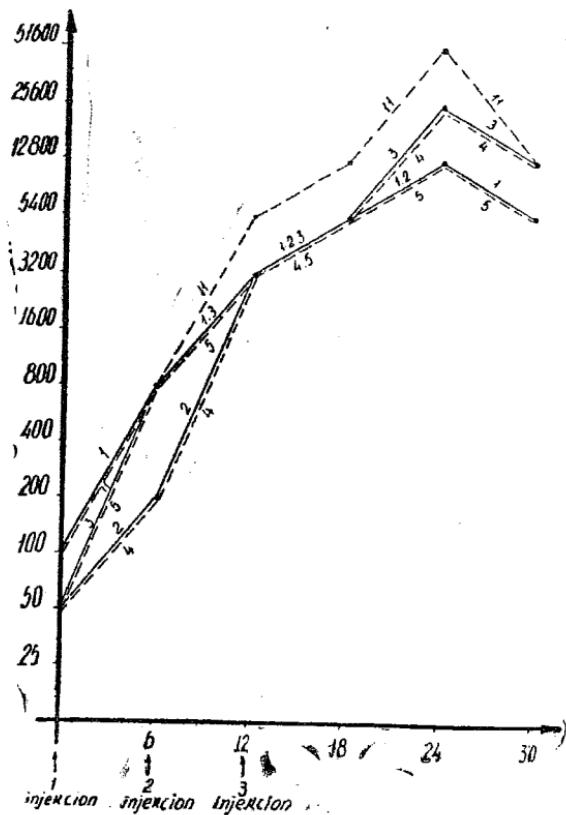
### Grafiku i imunitetit me «N» diagnostikum

Grupi i dytë: Lepuri Nr. 6, 7, 8 (—)

Grupi i kontrollit: Lepuri Nr. 4, Nr. 5, Nr. 11 (—)

Legjenda: Ordinata: Hollimi i serumit 1:25... 1:51600

Abscisa: Ditët.



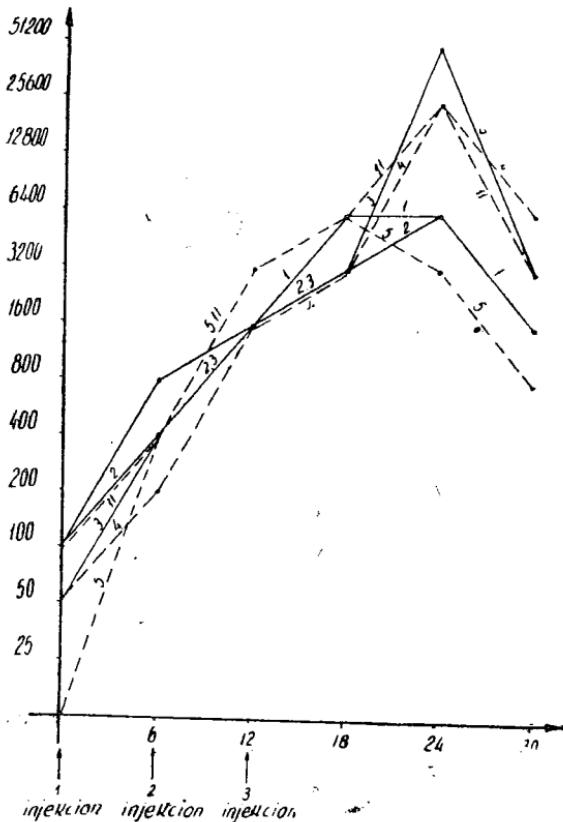
### Gráfiku i imunitetit me «H» diagnostikum

Grupi i tretë: Lepuri Nr. 1, 2, 3 (—)

Grupi i kontrollit: Lepuri Nr. 4, Nr. 5, Nr. 11 (---)

Legjenda: Ordinata: Hollimi i serumit 1:25... 1:51600

Abscisa: Ditët.



Grafiku i imunitetit me «O» diagnostikum

Grupi i tretë: Lepuri Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3, (-)  
 Grupi i kontrollit: Lepuri Nr. 4, Nr. 5, Nr. 11 (—)  
 Legjenda: Ordinata: Hollimi i serumit 1:25... 1:51600

Abscisa: Ditët.

## NJË STUDIM EKSPERIMENTAL MBI MORBUS «BOTKIN»

ELEZ SELIMAJ

Student i vitit V-të Fakultetit Mjekësisë

Problemi i infektimit të kafshëve me M. «Botkin» nga studiues të shumtë zgjidhet në mënyra të ndryshme. Të dhënët e literaturës deri në vitin 1946 përsa i përket sensibilitetit të kafshëve i takojnë V.M. Zhdanovit. Ai në monografinë e tij «hepatiti infekcioz» (Morbus «Botkin»), duke analizuar materialin e literaturës dhe duke u bazuar në studimet e tija gjatë të cilave nuk u vrejt asnjë simptomë klinik ose ndryshim patologo-anatomik i heparit të kavieve, mijve të bardhë dhe lepujve të infektuar me material të marrur nga të sëmurët që vuanin nga hepatiti infekcios, arriti në konkluzionin mbi insensibilitetin e këtyre kafshëve ndaj virusit të M. «Botkin». Më vonë, autorë të tjera tregojnë për prezencën e infeksioneve që zhvillohen lehtë pa simptoma klinike, por në hepar në analizën mikroskopike, të tij gjenden ndryshime patologo-anatomike.

I.I. Terskë, në vitin 1950 me rrugën intraabdominale dhe për orale, infektoj kavie dhe mij të bardhë me gjakun dhe fekalet e të sëmurreve që vuanin nga M. «Botkin». Ay konstatoi gjatë ekzaminimit histologjik të heparit të këtyre kafshëve disa përbajtje intranukleare që u panë në disa pasazhe. Rezultate të tillë pati dhe Verlinde në të njejtën periudhë epidemike, por në epidemitet e tjera këto rezultate nuk qe e mundur të riprodhoheshin as nga vetë autorët që patën rezultate aq inkurajuese. L.S. Shvarc, K.F. Vladimirova në vitin 1951 infektuan 15 kavie me masa gastrike prej të sëmurreve me M. «Botkin» me rrugën për orale. Tek tre kavie u konstatua një kolorit i lehtë ikterik i mukozës së palatum durum dhe kendeve të gojës. Tek 9 kavie u vrejt një ngjyrosje e lehtë ikterike e abdomenit. Tabloja histologjike e heparit karakterizohet me fenomene inflamatore dhe ndryshime degenerative të pakta. G. Wildfuhr në vitin 1953 me rrugën e pasazhevë të shumë numërta (20-43) të biles të të sëmurreve me M. «Botkin» në shpend dhe gërrys të ndryshëm, ia arriti me shkaktue tek disa nga këto kafshë sëmundje që vërtetohej n'analizat mikroskopike të heparit ku kishte ndryshime inflamatore dhe degenerative.

Në Rumani, nga mbarimi i vitit 1943, S. Nikolau dhe bashkëpunëtorët e tij u muarrën me problemen e hepatitit viral eksperimental. Në vitin 1951-1952 duke u futur lepujve dhe mijve material prej të sëmurreve, u vrejtën ndryshime mikroskopike në hepar (dukeshin disa përbajtje karakteristike intranukleare). Nga ana klinike në këto kafshë nuk u konstatue asgjë. Ndryshimet mikroskopike të heparit ishin ma të shprehura atëhere kur viruset e kultivume (në embrionin e pu-

lës) u futën direkt në hepar. Ndryshimet histopatologjike të vrejtura nga shumë autorë në kafshët eksperimentale lejojnë të arrijmë në konkluzionin se kafshët nuk janë krejt intakte karshi shkaktarëve të hepatitit infeksioz (morbus «Botkin»). Kafshët në të vërtetë sëmuren, ndodhin ndryshime n'organin kryesor ku parazitojnë viruset, por nuk kenë simptoma klinike. P.K. Olitsky dhe J. Casal në vitin 1945 duke infektuar mijtë me gjakun dhe fekalet e të sëmurëve me M. «Botkin», gjetën në hepar ndryshime, të tilla si infiltracion, nekrozë dhe përbajtje nukleare. Por këto ndryshime u gjetën dhe tek kafshët e kontrollit, njëkohësisht dhe në kafshët e shëndosha që ndodheshin në laborator.

Duke qenë se kafshët e infektuara në kondita të zakonëshme nuk jepnin asnjë simptomë klinike, shumë autorë menduan dhe aplikuan metodat që kishin për qëllim ndryshimin e reaktivitetit të organizmit. Kështu, në vitin 1953 M.D. Lackey dhe të tjera u përpoqën të shkaktojnë M. «Botkin» në lloje të ndryshme mijsh duke ia nënshtruar këto të fundit përpunimit me uretan, cortizon, A.C.T.H. dhe rreze rentgen. Këto punime nuk patën sukses.

A.S. Evans dhe V.K. Evans po në vitin 1953 u përpoqën të shkaktojnë hepatit viral në 14 majmunë duke i infektuar me material prej të sëmurëve në stadin akut. Këto autorë muarën si materjal për infektim serum suspens prej heparit dhe filtrat materjesh fekale. Majmunët ja nënshtruen përpunimit me A.C.T.H. (Adenocorticotrop hormon) dhe uretan. Këto eksperimente dolën pa sukses, kafshët ishin të shëndoshta, provat funksionale të heparit dhe formula leukocitare nuk dhanë asnjë devijim nga norma. Në vitin 1950 Hodukin dhe Sashnikova si dhe në vitin 1953 Hodukin, Hozinski dhe Finogenova në Institutin e Kërkimeve Shkencore të Tashkentit konstatuan ikterin viral spon-tan të mijve të bardhë, me ikter të shprehur dhe ndryshime histologjike në hepar si infiltracion dhe nekrozë. Kërkuesit mendojnë se së-mundja shkaktohet nga një virus filtrabel specifik që dallohet nga virusi i sëmundjes së «Botkinit». Ratcliffe dhe Lucke në vitin 1948 konstatuan hepatit tek lloje të ndryshme zogjësh, sëmundja u zhvillua në forma akute, sub akute dhe kronike me një tabllo të kjartë histopatologjike. Burimi infekzionit dhe lidhja e tij me M. «Botkin» nuk u verifikua.

Gledhill, Dick, Andrewes në vitin 1952 morën hepatit tek mijtë me exitus letalis. Këto autorë mendojnë se midis miive ka mbartës të virusit të hepatitit të mijve i cili nuk ka lidhje me shkaktarët e së-mundjes së «Botkinit».

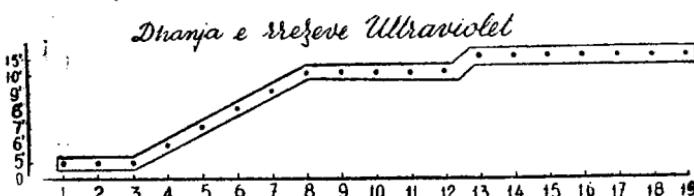
Autorët Skandinav Astfel, Andersen, Tulinius kanë venë në dukje me eksperimentet e tvre ndjeshmërinë e heparit të derrit ndaj shkaktarëve të hepatitit infeksioz.

S.V. Llohova në eksperimentet e saj me mii të bardhë infantil dhe kavie, duke bërë tek këto kafshë epinephrectomine dhe splenectomynë i infektoj me gjakun e njerëzve që vuanin nga M. «Botkin» në formë akute. Në këto kafshë u vrejtën ndryshime inflamatore dhe degenerative në hepar të shprehura në mënyrë intensive në kafshët me splenectomy por në të njëjtën kohë ndryshime të tilla analogjike u vrejtën dhe tek kafshët e kontrollit të cilave u ishte injektuar serum fiziologjik dhe serum normal (nierzish). Mbi hepatitet virusale eksperimentale ka punue Lumareti, eksperimentet e të cilat që e mundur të përsë-

riten në mënyrë konstante. Por duhet të theksojmë se kjo u arrit vetëm me virusin e një hepatiti të veçantë që gjindet në një teritor të caktuar të Afrikës.

S. Gajdamovic, V. Ananjev, O. Voronkova dhe S. Ushakova kanë arritur të marrin mikrosimptoma gjatë infektimit të majmuneve. Në epidemitet e viteve të fundit në Rumani, Matesku dhe Kopeloviçi, në kërkimet e shumta që bënë në lepuj, kavie, mij dhe embrionet e vezës së pules tetë ditëshe morën rezultate negative. Ata përdorën për ndryshimin e reaktivitetit reze ultraviolet, Cortizon dhe vaksinë të TAB. Në të njëjtën kohë po me këtë metodë arritin në këtë konkluzion Marstnova dhe Szanto në Republikën Çekoslovake.

Edhe ne mbasi përpunuam një metodë origjinale morëm inisiativën që të provokojmë në kafshë sëmundjen e «Botkinit». N'eksperiment morëm lepuj për arësyen a) jo shumë kërkues kanë punuar me këtë lloj kafshë, b) tek lepujt kemi mundësi në konditata tonë laboratorike të marrim material të shumtë për analiza, c) në literaturë deri në kohën e sotme nuk është përshtkuar asnjë rast infektimi spontan i lepujve me M. «Botkin» ose hepatit të llojit të veçantë siç është vrejtur tek kafshët e tjera. Lepujt tonë nuk u janë eksposuar asnjë herë rrezave të diellit, prandaj zgjodhëm si mjet për ndryshimin e reaktivitetit rrezet ultraviolet. Këto në doza të caktuara sensibilizojnë organizmin, nuk depërtojnë dot n'organet e brendëshme dhe eksitojnë në mënyrë të ndjeshme gjendrat me sekrecion të brëndëshëm duke ngritur metabolizmin. Rrezet ultraviolet i dhamë në këtë mënyrë: ditën e I-rë, II-të dhe të III-të nga 5 minuta, ditën IV-të 6 minuta, ditën e V-të 7 minuta, ditën e VI-të 8 minuta, ditën e VII-të 9 minuta, ditën e VIII-të, IX-të, X-të, XI-të dhe XII-të nga 10 minuta, ditën e XIII-të, XIV-të, XV-të, XVI-të, XVII, XVIII dhe XIX-të nga 15 minuta (shif. graf. Nr. 1).

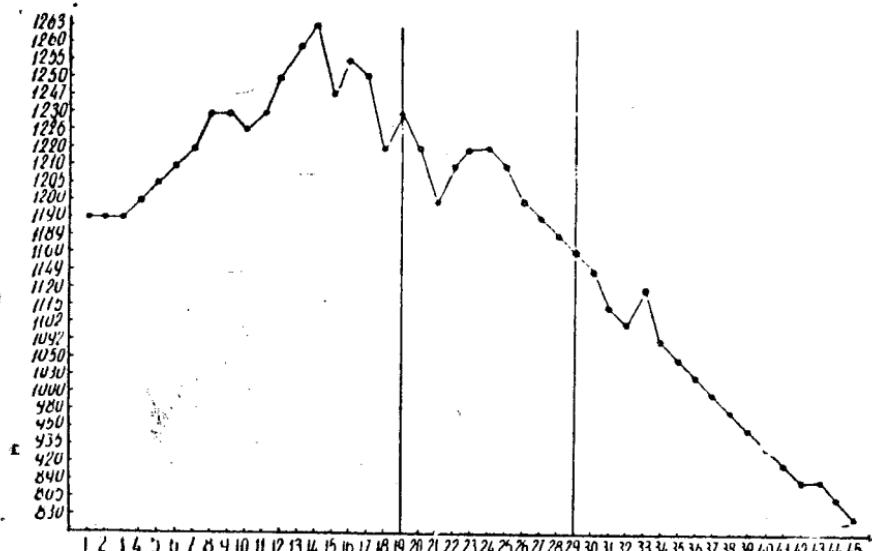


Grafiku Nr. 1

Por vetëm rezet ultraviolet nuk ishin të mjaftueshme për të ndryshuar reaktivitetin në mënyrë të ndjeshme, prandaj vendosëm që kafshët të kenë një djetë të caktuar me vitamina të pakta. Si racion ditor caktuam 150 gr. tershërë plus ujë, kjo sasi ushqimi në konditata të zakonëshme lejon zhvillimin e kafshëve. Tershëra përmban në sasi jo të madhe vitaminat e nevojshme për jetën si vitamina A (karoten) vitamina të grupit B vitamina K dhe E. Ka mungesë të plotë të vitaminës C. Ekskluduam këtë të fundit nga ushqimi i kafshëve mbasi në kohën e sotme është vërtetuar se pengon rritjen dhe zhvillimin e viruseve. Në konditata e rritjes së metabolizmit me rreze ultraviolet racioni ditor i caktuar nuk është në gjëndje të plotësojë të gjitha nevojat e organizmit kështu që detyrimisht kemi një rënje në peshë.

Po analizojmë këtu poshtë rezultatet që morëm në lepujt e pasazhit të parë. Lepuri Nr. 1 ishte më i riu në moshë kur e morëm në eksperiment peshonte 1190 gr. Duke marrë reze ultraviolet simbas graf. Nr. 1 dhe racionin ushqimor të përshkruar më lart që në ditën e tretë ky lepur filloj të shtojë në peshë, në ditën e XIV-të arriti peshën më të madhe 1263 gr. (shif. graf. 2). Ky fakt për neve është plotësisht i

*LEPURI Nr. 1*



*Grafiku Nr. 2*

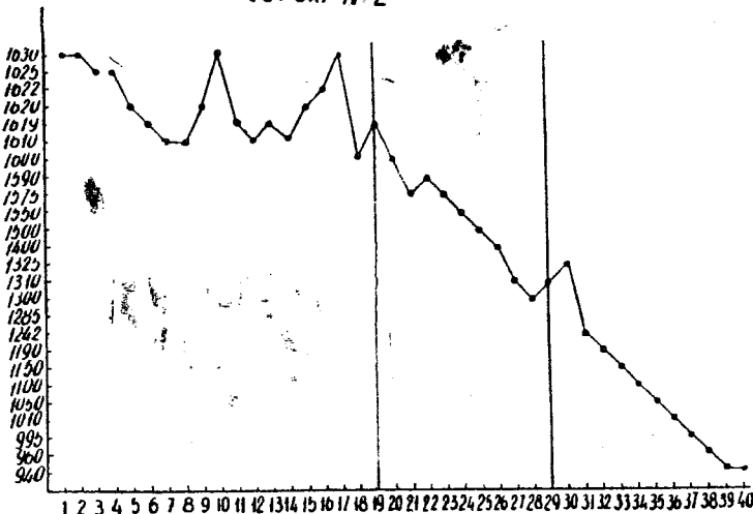
shpjegueshëm për arësyse se lepuri ishte shumë i vogël, ushqimi i caktuar nga racioni ditor i tepëronte, kështu që edhe në konditat e rritjes së metabolizmit kjo kafshë shtoj në peshë. Në ditën e XI-të vrejtëm një hiperemi të theksuar të sklerave (konjuktivave), kjo mendojmë se erdhë si rezultat i veprimit direkt të rrezeve ultraviolet mbi konjuktivën e syve mbasi kafsha shikonte vazhdimisht gjatë procedurave llampën e kuarcit. Në ditën e XIX-të lepuri peshonte 1230 gr. reagonte normalisht, pulsi ritmik 128' hepari mezi palpohej. Analiza e gjakut rezultoj:

Eritrocite	4.960.000	Sedimentacioni	4 mm/orë,
Leukocite	5100	Hemoglobina	60%
Formula lekokitare			
Neutrofile		22%	
Eozinofile		0%	
Bazofile		1%	
Limfocite		76%	
Monocite		1%	
Shkopij		0	

## Lepuri Nr. 2

Ishte me peshë mesatare, gravid peshonte 1635 gr. duke marrë rreze ultraviolet dhe racionin ushqimor të caktuar më lart që në ditën e III-të filloj të bjerë nga pesha, në ditën e XIV-të peshonte 1610 gr. (shif graf. 3). Kjo erdhë si rezultat i ushqimit të pamjaftueshmër në

LEPURI N:2



Grafiku Nr. 3

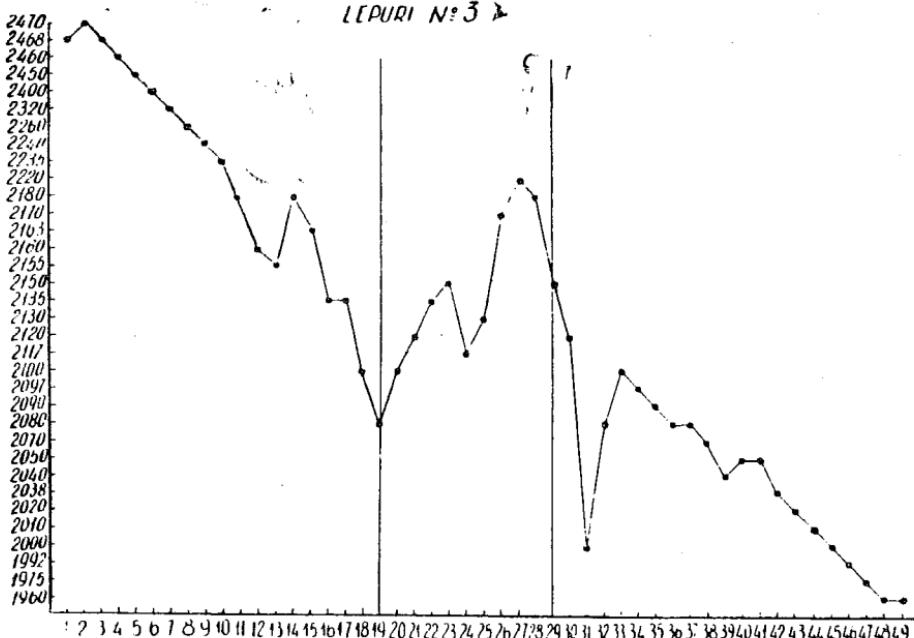
konditat e rritjes së metabolizmit, në ditën e XI-të pamë hiperemi të sklerave, refleksi korenal i ulur. Në ditën e XIX-të kafsha peshonte 1915 gr. reagonte normalisht, pulsi ritmik 136', hepari mezi palpohej. Në analizën e gjakut u konstatua

Eritrocite	4.780.000	Sedimentacioni	2 mm/orë
Leukocite	4100	Hemoglobina	68%
Formula leukocitare			
Neutrofile		34%	
Eozinofile		1%	
Bazofile		0	
Limfocite		62%	
Monocite		1%	
Shkopinj		2%	

Lepuri Nr. 3

Ishte më i madhi në moshë, kur e morën n'eksperiment peshonte 2468 gr. Duke marrë rreze ultraviolet dhe racionin ushqimor si kafshët e tjera deri në ditën e III-të nuk vrejtëm asnjë ndryshim. Më vonë kafsha filloj të bjerë në peshë, në ditën e XIV-të peshonte 2180 gr. Në ditën e XI-të vrejtëm se sklerat ishin hiperemike dhe refleksi korenal i dobësuar, në ditën e XIX-të kafsha peshonte 2080 gr. (shif

LEPURI Nr. 3



Grafiku Nr. 4

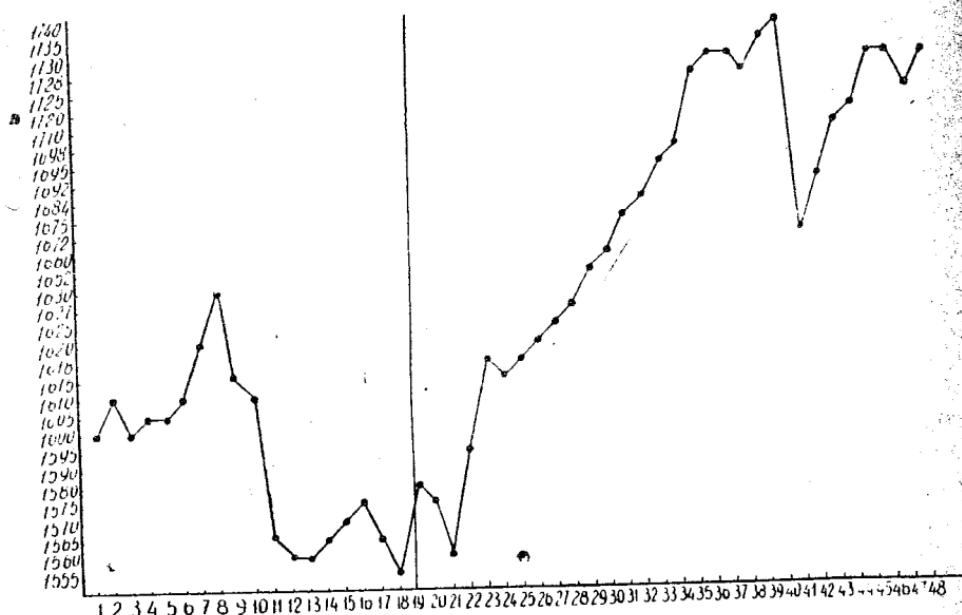
grafikun Nr. 4) reagonte normalisht, pulsi ritmik 128', hepari palpohesh me zor, në analizën e gjakut u konstatua:

Eritrocite	4.990.000	Sedimentacioni	2 mm/orë
Leokocite	8.900	Hemoglobina	70%
Formula leukocitare			
Neutrofile		62%	
Eozinofile		1%	
Bazofile		1%	
Limfocite		33%	
Monocite		2%	
Shkopinj		1%	

#### Lepuri Nr. 4 (kontroll)

Ishte me moshë mesatare, peshonte 1600 gr. në ditët e para gjatë trajtimit me rreze ultraviolet dhe racionin ushqimor të pëershkruar më lart u duk sikur kishim një shtim në peshë, por kjo qe e përkohëshme, kafsha filloj të dobësohej. Në ditën e XIV-të peshonte 1563 gr. (shif graf. 5). Në ditën e XI-të konstatuam hiperemi të theksuar të sklerave, në ditën e XIX-të kafsha peshonte 1590 gr. reagonte normalisht, pulsi

LEPURI № 4 (Kontroll)



Grafiku Nr. 5

ritmik 128', hepari mezi palpohej, në analizën e gjakut u konstatua:

Eritrocite	4.740.000	Sedimentacioni 3 mm/orë
Leokocite	5.800	Hemoglobina 56%

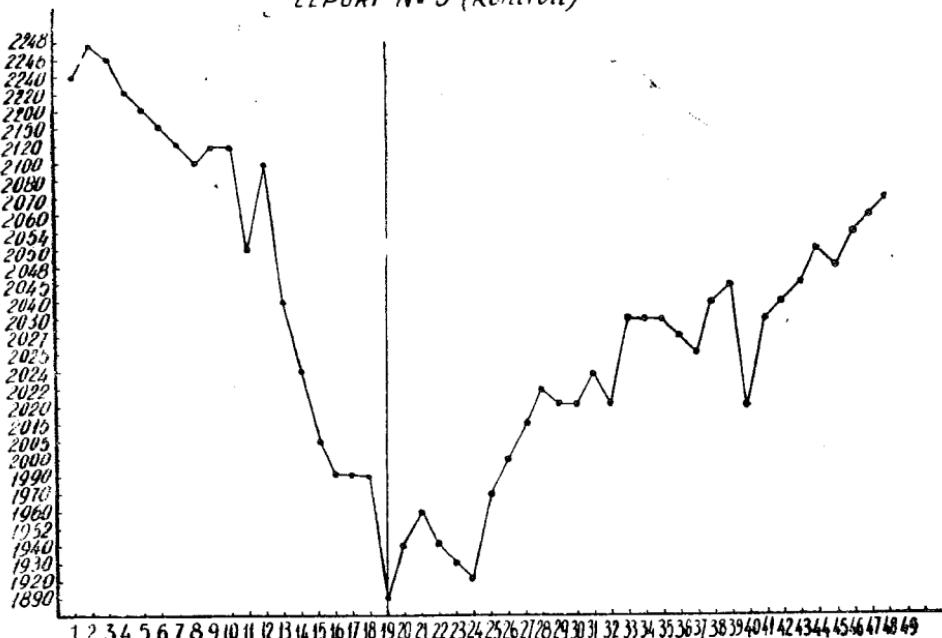
Formula leukocitare

Neutrofile	110%
Euzinofile	1%
Bazofile	0
Limfocite	86%
Monocite	0
Shkopinj	2%

Lepuri Nr. 5 (kontroll)

Ishë lepur me moshë të madhe, peshonte 2240 gr. nën veprimin e rrezeve ultraviolet dhe dietës të caktuar filloj të humbë në peshë, në ditën e XIV-të peshonte 2024 gr. në ditën e XI-të edhe tek ky lepur pamë hiperemi të sklerave. Në ditën e XIX-të peshonte 1890 gr. rea-

ZEPURI № 5 (Kontroll)



Grafiku Nr. 6

gonte normalisht, pulsi ritmik 120', hepari mezi palpohej, në analizën e gjakut u konstatua:

Eritrocite	4.180.000	Sedimentacioni	4 mm/orë
Leokocite	6.100	Hemoglobina	70%
Formula leukocitare			
Neutrofile		15%	
Eozinofile		10%	
Bazofile		1%	
Limfocite		80%	
Monocite		1%	
Shkopinj		20%	

Në ditën e XIX-të vendosëm të ndërpresim dhëni e rrezeve ultraviolet, si ushqim vazhduam të japim po dietën e përshkruar më lart. Në këtë gjëndje që u prunë kafshët menduan se kemi mëmten më të volitshëm për t'i infektuar. Si material zgjodhëm lëngun gastrik, duodenal dhe gjak me serum. Materjalin e morëm tek dy të sëmurë me M. «Botkin», i pari ishte 22 vjeç kishte tre ditë që nuk e ndjente vehten mirë në sklerat dukesh një subikter i lehtë. Analizat laboratorike bilirubinemia dhe Takata-Ara ishin pozitive. I dyti ishte 37 vjeç kishte tre javë që vuante nga M. «Botkin», ikteri ishte shumë i shprehur. Analizat e më sipërme ishin pozitive. Nga këta të dy të sëmurë në mëngjes morëm me anën e sondës lëng gastrik dhe duodenal të cilët i filtruam në filtrë të zakonëshëm. Po prej këtyre të sëmurëve morën nga  $10 \text{ cm}^3$  gjak. Mbas një ore bëmë infektimin e kafshëve në

këtë mënyrë: lepurit Nr. 1, 2 dhe 3 u dhamë nga 4 cm<sup>3</sup> lëng gastrik dhe 2 cm<sup>3</sup> lëng duodenal për os, po këtyre lepujve mbas 30 minutash u dhamë nga 3 cm<sup>3</sup> gjak për os dhe 1 cm<sup>3</sup> serum intramuskular. Lepujve Nr. 4 dhe 5 të cilët ishin kontroll nuk u dhamë asgjë (këto merrnin të njejtin ushqim si kafshët e infektuara).

Në 3-4 ditët e para të gjitha kafshët me që nuk merrnin rreze u duk sikur ishin më mirë, filluan të shtojnë nga pak në peshë. Në ditën e V-të gjëndja ndryshoi kafshët e infektuara filluan të bien përsëri në peshë, kurse kafshët e kontrollit filluan të shtonin. Në ditën e IX-të mbas infektimit tek lepujt Nr. 1 dhe 2, vumë re diare me gjak, kurse tek lepuri Nr. 3 materjet fekale ishin me mukus pa gjak. Gjëndja e kafshëve të infektuara sa vinte e po keqsohej, sklerat nga hiperemike që ishin më përparrë tanë filluan të marrin një ngjyrë subikterike. **Palatum mole** dhe këndet e gojës morën një ngjyrim të tillë.

Hepari palpohej mirë, ay ishte i butë i zmadhuar i dhimshëm (kjo kuptohej se kur palpojshim heparin kafsha leviste dhe bërtiste, kurse përparrë infektimit po këto kafshë gjatë një ekzaminimi të tillë nuk lëviznin fare). Kafshët e infektuara filluan të refuzojnë ushqimin. Në ditën e XX-të mbas infektimit lepuri Nr. 1 peshonte 980 gr. lepuri Nr. 2,960 gr. lepuri Nr. 3,2050 gr. lepuri Nr. 4 dhe 5 (kontroll) peshonin respektivisht 1630 gr. dhe 2045 gr.

Në orën 12 të ditës 20 mbas infektimit lepuri Nr. 2 ishte shtrirë, merrte frymë thellë u reagon me shumë zor ngacmimeve tonë, kafsha kishte një erë të veçantë. Mbës 3 orëve kjo erë u bë akoma më e theksuar, kafsha nuk reagon me fare, merrte frymë thellë. Në orën 17.00 lepuri ngordhi.

Ju bë autopsia dhe u konstatua: Hepari shumë i zmadhuar i butë, me ngjyrë kafe jo uniforme. Në të dukeshin disa fokuse të vogla me ngjyrë boj hiri. Në uterus u gjetën embrionet e pa zhvilluara.

N'organet e tjera nuk u konstatau asgjë patologjike. Heparin dhe renet i morëm për t'i studjuar mikroskopikisht. Lepuri Nr. 1 dobsoshej vazhdimisht, nuk hante ushqimin, në ditën e 27 mbas infektimit kafsha ishte shtrirë, nuk lëvizte, nuk u reagon me ngacmimeve tonë, merrte frymë thellë, i vinte erë e theksuar (erë e njëjtë si lepurit Nr. 2). Në këtë gjëndje (koma) kafsha qëndroj për 8 orë, në autopsi konstatuam: Hepari shumë i zmadhuar në konsistencë i butë, me ngjyrë kafe jo uniforme, në të dukeshin fokuse të vogla me ngjyrë boj hiri në disa vende arrinë deri në madhësinë e kokrrës së melit. Në organet e tjera makroskopikisht nuk konstatuam asgjë patologjike. Heparin dhe renet i morëm për ekza-



Fig. 1.  
Lepuri Nr. 1 mbas infektimit

minim mikroskopik. Lepuri Nr. 3 nuk hante ushqimin, në ditën e 27 mbas infektimit e ngordhëm duke i injektuar ajër në venat e veshit.

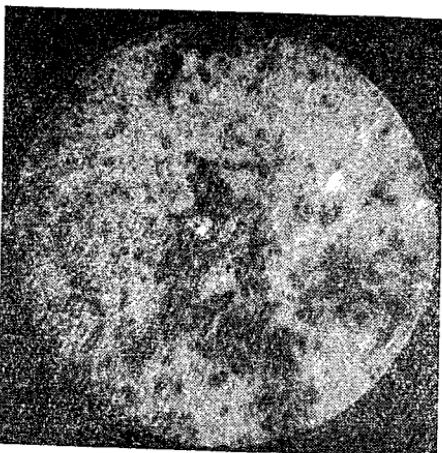
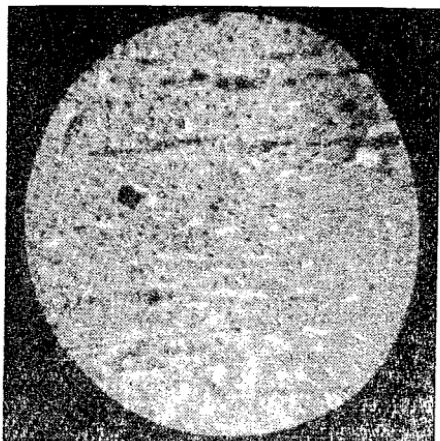


Fig. 2  
Mikrofotograma e heparit të lepurit Nr. 1.

Në autopsi konstatuan: Hepar shumë i zmadhuar, i butë me ngjyrë kafe. Në gjithë sipërfacen dukeshin fokuse boj hiri me madhësi të ndryshme. Vesika fele ishte e mbushur plot ashtu sikur edhe tek lepujt Nr. 1 dhe 2, rruga për kaliimin e saj në duoden ishte e lirë. Në organet e tjera makroskopikisht nuk konstatuan asgjë patologjike. Lepuri Nr. 4 (kontroll) han shumë mirë ushqimin shton vazhdimisht në peshë, ditën e 27 e ngordhëm me metodën e Embolis gazoze; në autopsi konstatuan se hepari kishte madhësi normale. Me ngjyrë kafe uniforme, Vesika fele jo e tensionuar. Në uterus u gjetën dy embrione të zhvilluara normalisht.

Në asnjë organ makroskopikisht nuk u konstatua patologji. Heparin dhe renet i morëm për studim mikroskopik. Lepuri Nr. 5, han ushqimin shumë mirë shton vazhdimisht në peshë. Në ditën e 27 e ngor-



Fig. 3  
Lepuri Nr. 2. mbas infektimit  
gjetën dy embrione të zhvilluara normalisht.

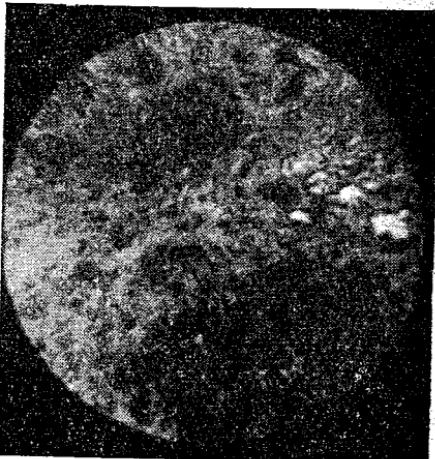
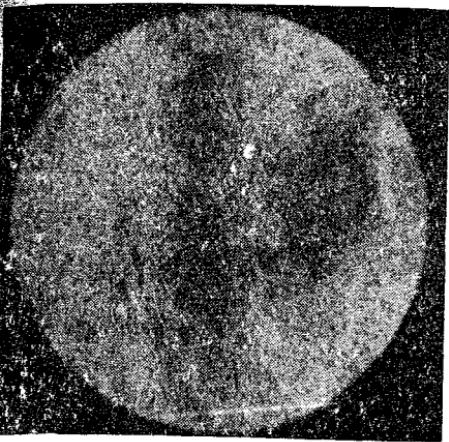


Fig. Nr. 10.  
Mikrofotogram Hepari lepuri Nr. 2.

dhëm me emboli gazoze, n'organet e tija makroskopikisht nuk u kons-tatua asgjë patologjike.

#### Analizat laboratorike mbas infektimit.

Në ditën e 20 mbas infektimit të gjitha kafshëve u përcaktuan bilirubinemin simbas metodës Bo-kalçuk dhe morëm këto rezultate: Lepuri Nr. 1 — 24, 96 mgr%. Lepuri Nr. 2 — 37, 44 mgr%. Lepuri Nr. 3 — 24, 96 mgr%, lepuri Nr. 4 dhe 5 normal (ngjyra e verdhë u vrejt vetëm në provetën e parë dhe të dytë, ndërsa në kafshët e sëmura në provetën 8 dhe 9).



Fig. Nr. 11.  
Lepuri Nr. 3. mbas infektimit

#### Gjak komplet

Lepuri Nr. 1 Eritrocite 4.000.000 Leucocite 6.700 Formula leukocitare: Sedimentacioni 5 mm/orë Hemoglobina 50% Nuk përcaktohet asnjë element qjetër përveç se limfacite.

Lepuri Nr. 2 Eritrocite 5.190.000 Leucocite 13.500 Formula leukocitare: Sedimentacioni 4 mm/orë Hemoglobina 75% Gjithë preparati vetëm limfocite.

Lepuri Nr. 3 Eritrocite 4.100.000 Sedimentacioni 4 mm/orë  
 Leucocite 8990 Hemoglobina 60%  
 Formula leukocitare: preparati gjithë limfocite.

Lépuri Nr. 4 Eritrocite 4.700.000 Sedimentacioni 2 mm/orë  
Leucocite 5500 Hemoglobina 60%

## Formula leukocitare

Neutrofile	16%
Eozinofile	1%
Bozofile	-
Limfacite	79%
Manocite	1%
Shkopinj	3%

Lepuri Nr. 5 Eritrocite 4.150.000 Sedimentacioni 3 mm/orë  
 Leukocite 5900 Hemoglobina 70%

## Formula leukocitare

Neutrofile	21%
Eozinofile	1%
Bozofile	—
Limfocite	75%
Manocite	1%
Shkopinj	2%

## ANALIZA MIKROSKOPIKE E HEPARIT

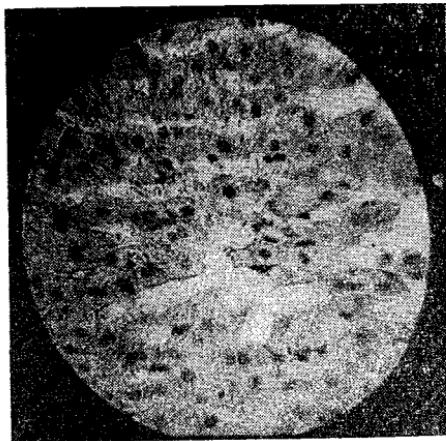
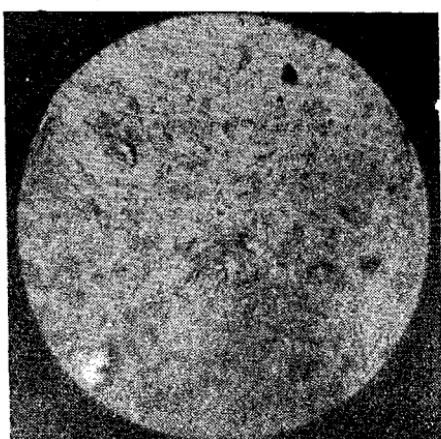


Fig. Nr. 12. Mikrofotogramme: hepar i leprurit Nr. 3.

Në heparin e lepujve Nr. 1, 2 dhe 3 u konstatua: lobulet hepatike paraqesin një hemokongestion të theksuar të vazave intertrabekulare, si dhe edemë në spaciunet Disse. Qelizat hepatike janë objekti i një distrofije të theksuar grasosore. Në hapsirat interlobulare rreth vazavet shihet një proliferacion qelizor me karakter limfocitar. Aty këtu në periferi ose në qendër të lobulit në zonën «Nobel» qelizat hepatike kanë humbur kufijt e tyre të rregullt dhe disa teritore qelizore janë transformuar



Fig. Nr. 13.

Lepuri Nr. 2. dhe lepur kontroll i tij  
në një strukturë mikrogranulare —

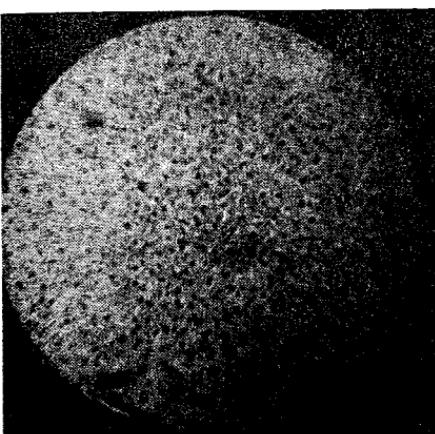


Fig. Nr. 14.  
Mikrofotogramë: Hepari i lepujve kontroll

nekrobiotike. Në këtë zonë nekrobiotike predominojnë disa konglomerate pa strukturë homogjene me ngjyrë bazofile me forma të shrregullta, por përgjithësisht imitojnë «Pseudotubuli».

Në preparatet histologjike të lepujve Nr. 4 dhe 5 (kontroll) nuk u konstatua asnjë ndryshim patologjik.

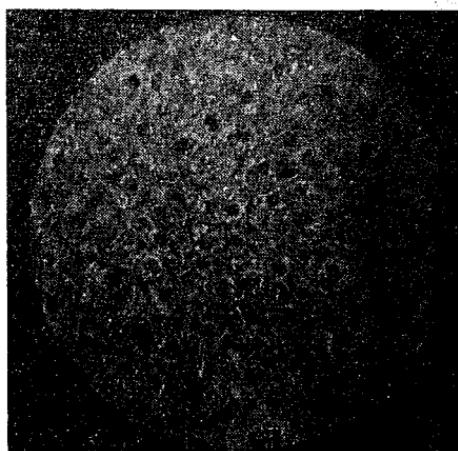


Fig. Nr. 15.  
Lepuri Nr. 5. kontroll.



## KONKLUZION

Mbasi ndryshuam reaktivitetin e kafshëve simbas metodës së përshkruar më lart, infektuam këto të fundit me materiale të marra nga të sëmurët në periodën akute të sëmundjes dhe morëm këto rezultate: a) humbie të theksuar në peshë, b) limfocitozë të shtuar, c) bilirubilemi të shtuar, d) ngordhjen e kafshëve në gjëndje kome, e) hepari i zmadhuar me ndryshime inflamatore dhe nekrobiotike. Duke u bazuar në këto të dhëna arrijmë në përfundimin se lepujt tonë dhanë simptoma klinike të qarta të M. «Botkin» gjë që të bën të mendosh përmundësinë e infektimit të lepujve nga agjentë viralë të marrë nga të sëmurët me M. «Botkin».

## LITERATURA

1. V.M. Zhdanov Hepatiti infeksios (Morbus Botkin) Harkov 1948.
2. N.I. Hodukin, M.M. Sashnikova Ikteri infektiv (Hepatitis) tek mijtë e bardhë. Referat në akademinë e shkencave të Rep. Sovjetike Socialiste të Uzbekistanit, 1950 Nr. 2 f. 25–26.
3. L.S. Shvarc, K.F. Vladimirova Hepatiti eksperimental. Kliniceskaja Medicina 1951 Nr. 10 f. 51–54.
4. Dr. Irena Konarska «Fizioterapia» Warszawa 1958 f. 127–157.
5. T.T. Anderson, S. Tulinus Acta. Med. Scand. 1938. Vol. 95 f. 497.
6. I.I. Terskih Terap. art. 1949 nr. 6 f. 29.
7. J.D. Verlinde Med. Tij. Geneesk. 1949 Vol. 90 f. 1309.
8. D. Mornsteineva. J. Szanto. Bratislavská lek Listy. 1955 vol. 35 Nr. 6 f. 327.
9. N. Cajal Diagnosticul de laborator Al inframicrobiozelor umane 1958 f. 487–539.
10. A.S. Avans, B.K. Evans Standards for hepatic and hematologic tests in monkeye: observation during experiments with hepatitis and mononucleosis proc. Sic. ex p.biol. a. med. 1953 v. 82, Nr. 3, f. 437.
11. J.L. Ratcliffe, B. Lucke virus hepatitis of capite will birds, Amer journ. of patholl. 1948, V. 25, Nr. 4 f. 774.
12. S.V. Lohova, Eksperiencia e riprodhimit të sëmundjes së Botkinit në kafshët e laboratorit. Bolezn Botkina 1956 f. 283–290.
13. M.D. Lackey, P. Eichman, W.P. Havens, Hepatitis in laboratory, journal of Infectious diseases. 1953. V. 93, Nr. 1, f. 14–20.
14. G. Wildfuhr experimentelle versuche mit dem Hepatitis virus, Ztschr. F. Ges. Inn. Medizin, 1953, Nr. 13 S 573–578.
15. S. Nicolau, H. Ruge, I. Dumitrescu-Popovici, A. Motoc, R. Portocale, V. Bilbie Rev. sanit. Milit. 1944, Vol. 6 Martie.

---

## AN EXPERIMENTAL STUDY OF THE BOTKIN'S DISEASE

(Summary)

The question of the possibility of infecting animals with the Botkin's disease (infectious hepatitis) has been studied by many authors in different countries. In the special literature we find no data showing

that attempts to infect animals and to reproduce in them the complete clinical picture of the Botkin's disease have been successful. Success has been obtained only in creating some microsymptoms, some slight dystrophic and necrotic alterations in the liver, without the typical symptoms. In our laboratory, after having devised an original method of changing the reactivity of the animals, we succeeded in reproducing the disease with all its clinical manifestations. In preparing the animals for our experiment we tried (a) to intensify their metabolism through action on the endocrinial glands, (b) to increase their sensibility, (c) to weaken them by a two days special diet intended to create hypovitaminosis in general and 6 -avitaminosis in particular. In order to intensify the metabolism and increase the sensibility we applied ultra-violet rays, which have the advantage of not being able to penetrate the skin layers and act directly on the internal organs. For our work we chose the rabbit for the following reasons: from the literature data at our disposal it does not result that rabbits have been used before for this purpose with any success, b) for our laboratory conditions we need much experimental material, which is furnished best by using rabbits, c) not many authors have worked with rabbits.

For 18 days we subjected the animals to ultra-violet rays treatment and to a diet consisting of 150g oats plus water. During this time rabbit Nr. 1 showed a slight increase of weight (it was very young, still growing and in conditions of intensified metabolism and sufficient food), whereas all the others lost weight. On the 19th day we decided to infect the animals. For infecting material we used filtered gastric juice, duodenal juice and blood, which we got from two patients that were in the acute stages of the disease. The rabbits nr. nr. 1, 2 and 3 were fed with 4 ml gastric juice, 2 ml duodenal juice and 3 ml blood and at the same time took each an intramuscular injection of 1 ml blood serum. On the same day we stopped the ray treatment. During the first 3-4 days we obtained a slight increase of weight, soon after which followed a more rapid loss. On the 9th day after the infection the rabbits nr. nr. 1 and 2 had diarrhea with blood in the stools. The defecation of rabbit nr. 3 was altered, the stools were mixed with mucus. The liver was palpable and tender. The animals began to refuse their food and on the 20th day after the infection rabbit nr. 2 fell in a comatous state (with deep respiration, absence of response to excitements, bad smell etc.). After 3 hours the animal died. The section revealed a very enlarged liver, soft, uniformly brown. In it could be seen gray foci, distributed irregularly throughout the tissue. The other organs did not show any evident alteration. On the 27th day fell in a comatous state rabbit nr. 1. Rabbit nr. 3 was not left to end with coma, because we wanted to study the more early microscopic changes of the liver. The blood analyses of the animals showed leucocytosis with lymphocytosis. The blood bilirubin, dosed with the method of Bokalcik, was 24.96 mg per cent for rabbits nr. nr. 1 and 3, and 37.44mg percent for rabbit nr. 2. The microscopic examination of the liver of all three animals showed: The hepatic lobules very congested, especially their intertrabecular vessels, oedema of the Disse spaces. The hepatic cells show a deep adipous dystrophy. In the intralobular spaces around the vessels can be seen a cellular proliferation with lymphocytic character. Dispersed in the center and periphery of the lobules in the «Noel» zones the hepatic cells have lost their clear delimitation, and many cellular territories have been changed into

*microgranular necrobitoic structures. In these necrobiotic zones predominate some homogeneous conglomerations without structure with basophylic colour, with irregular form, which are called «pseudotubuli». On the histological preparations of rabbits nr. 4 and 5 (which served for control) no such changes were seen.*

*The considerable loss of weight, the lymphocytosis, the increased blood bilirubin (up to 37.44 mg per cent.), the death of the animals in a state of coma, together with the inflammatory changes in the liver tissues complete the clinical picture of the Botkin's disease. All this gives us the right to admit the possibility of rabbits to get infected with viral agents taken from patients with the Botkin's disease in its acute stage. We have obtained the same results with the other passages of the infection.*

# KOMUNIKIME

## NJË RAST TUMORI EKSTRAMEDULAR I OPERUAR ME SUKSES.

Kand. Shk. Mjek. BAJRAM PREZA — LLAMBI ZIÇISHTI — STEFAN VOKOPOLA

Qëllimi i këtij komunikimi është që të njihemi me vështirësitë klinike që shpesh herë paraqet kompresioni medular, në rastin tonë konkret, tumori extramedular dhe, nga ana tjetër, të tregojmë rezultatet pozitive të mbritura në diagnostikimin e drejtë të këtij rasti në klinikën e nevrologjisë dhe të operuar me sukses në klinikën e kirurgjisë së përgjithëshme nga Ll. Ziçishti.

Këto tumore, që përfshijnë si neoplazmat ashtu edhe granulomat specifike, mund të ndahen në dy grupe të mëdha: Në extramedularë dhe intramedularë. Tumoret extramedularë ndahen gjithashtu në dy grupe të tjera, në tumoret që zhvillohen në vertebrat dhe tumoret e meningeve. Tomuret e meningeve mund të ndahen gjithashtu në extraduralë dhe intraduralë. Extraduralë zhvillohen në sipërfaqen e jashtme të dura mater intraduralët në faqet e brëndëshme të saj. (1, 3, 5).

Tumoret intramedularë më shpesh mund të janë të tipit glioma, gumma, tuberkule, dhe, më rrallë, takohen ependimomat dhe medulaepiteliomat. Tumoret e meningave marin emrin e meningionave. Këtu mund të bëjnë pjesë sarkomat, fibroendoteliomat, fibroblastomat meningale dhe psamomat. Këto tumore kanë dimensione të vogla, shpesh pësojnë ndryshime psamomatoze, d.m.th. formohet disa nodule, sferula të vogla, të cilat kanë formë të rumbullakët dhe brënda tyre vendosen sasira të bolshme kryprash minerale dhe kalciumi. Këto nodule ose sferule të osifikuara u quajtën nga Virchovi trupa psamomatose.

Një nga tumoret më të shpeshta është dhe tumori benign i inkapsular fibroblastoma perineurale ose neurofibroma. Kjo neoplazmë rritet nga membranet e rënjeve spinale dhe mund të mbrijë në dimensione me gjatësi 3–5 cm. dhe diametër 1–3 cm. Në prerjen transversale, në gjëndje të freskët, çdo fibroblastomë perineurale mund të ketë ngjyrë e përhime me nuancë të verdhultë, ose të verdhë.

Tumoret e vertebrave, mund të janë sarkoma ose carcinoma; shumë rrallë sarkomat janë primitive, të vetë vertebrave, më shpesh janë metastatike. Karcinomat gati gjithmonë janë metastatike dhe rjetet nga tumore primitive të stomakut, uterusit, glandulae mammae, thyroïdea etj. Simbas disa autorëve, më të shpeshtë janë tumoret extramedularë intraduralë, të cilat formojnë 75% të të gjithë rasteve, intramedularët 8%, dhe extra-duralët 17%. Përsa i përket lokalizimit të tumoreve, në medula spinalis mendohet se pothuaj gjysma e të gjithë

tumoreve medularë janë të regjionit thorakal, 1/4 e regjionit cervical dhe 1/4 e regjionit lumbosakral. Gjatë 10 vjetëve të para të jetës mund të takohen neo-formacione intramedularë të tipit **tubercule solitaria** dhe jashtzakonisht rallë vrehen cisticerket dhe echinokoket intramedularë, (4, 6).

Mbas këtyre të dhënavë, po paraqesim rastin tonë.

Pacienti Q.G., vjeç 44, me profesion punëtor ngarkim shkarkimi, i martuar, u shtrua në klinikën e neurologjisë me datën 18/IV/1960 me diagozën: Paraparezë të ekstremiteteve të poshtme.

Në hyrje pacienti ankonte vështirësi në ecje, dobësi të gjymtirëve të poshtme, parestezi, «ftohje të këmbëve», dridhje të «mishrave», dhimbje si shigjeta herë mbas here në «bark dhe nëpër këmbë».

**Anam. Morbi:** Pacienti e konsideron vehten të sëmurë prej më se një viti e gjysëm, d.m.th. prej muajit shkurt 1959. Ai referon se n'atë kohë kishte djegie në këmbë, ftohje të tyre, dobësi, për këtë arësy u drejtua në mjekë të ndryshëm, të cilët këshilluan shtrimin e tij në klinikën e neurologjisë, ku qëndroi prej datës 23/III/59 deri me 2/IV/59. Gjatë qëndrimit në klinikë ai vazhdonte të paraqiste po këto ankesa. Objektivisht kishte mungesë të reflekseve akilliane turbullime të sensibilitetit simbas tipit polineuritik. Kuadri klinik ishte të për i papërcaktuar. Për këtë u konsultuam me klinikën e ortopedisë, dhe u konstatua se pacienti paraqiste **pes planus**. Të gjitha këto ankesa u munduam t'i spjegojmë si rezultat i kësaj patologjie. Pacienti dolli nga spitali me diagozën: **pes planus, residua post polineuritidem infectiosam**. I u rekomanduan nga klinika këpucë ortopedike. Edhe mbas daljes nga spitali ai vazhdoi të jetë i sëmurë, prandaj u drejtua në mjekë të ndryshëm, njeri prej të cilëve e trajtoi për «Rheumatismë» dhe i këshilloi fizioterapi. Pacienti i ynë gjatë kryerjes së disa seancave fizioterapie ultraviolete pësoi **kombustione genu sinistrum** e për këtë u shtrua në kirurgji. Plaga e djegjes mbyllej me vështirësi, mbas përmirësimit të gjëndjes lokale, u rishtua në klinikën e neurologjisë më datën 18/IV/1960.

**Anamn. Vitae:** I përket gravidancës së parë, i lindur në të nëntin muaj pa asistence mjekësore. Ka qenë fëmijë i një zhvillimi fizik dhe psihik të mesëm. I ka kaluar sëmundjet e fëminisë pa komplikacione. Nga mosha 17 vjeçare ka filluar punën fizike. Nuk ka kaluar ndonië sëmundje somatike me rëndësi. Është martuar në moshën 35 vjeç. E shoqja gëzon shëndet të mirë, familiarët e saj kanë pasur gjithash tu shëndet të mirë. Në rrëthin familjar të saj mohohet infeksioni luetik dhe tuberkular. Ka lindur 10 fëmijë, gravidanca e parë ka përfunduar me abort. Tre fëmijët e parë i kanë vdekur nën moshën 2 vjeç. Shtatë fëmijët e tjerë gëzojnë shëndet të mirë. Pacienti në moshën 38 vjeçare ka pasur një fistulë anale, për të cilën u operua dhe tashti është fare mirë. Sëmundje të tjera somatike me rëndësi mohon të ketë kaluar.

**Anamn. Familiare:** I jati i ka vdekur nga «... dhjamët, kishte dhimbje të mëdha, dhe qe dobësuar tepër». Nëna është gjallë, ka shëndet të mirë, ka lindur 9 fëmijë, katër nga të cilët i kanë vdekur në moshën 1 deri 11 vite, ka pasur dhe dështime, numurin e të cilëve pacienti nuk është në gjëndje t'a përcaktojë. Fëmijët e tyre kanë qenë të një shëndeti jo të mirë. Këto janë martuar dhe të gjitha kanë pa-

sur vdekje te fëmijve me moshë të vogël, si dhe aborte. Në rrithin familjar mohohet infekzioni luetik dhe tuberkular.

**Status neurologicus praesens:** Pacienti paraqitet i dobët, mukozat dhe lëkura janë pak të zbeta. Bulbet okulare kryejnë lëvizje të plota, nuk paraqet nystagmus. Pupilat izokorike reagojnë me gjallëri në dritë dhe konvergencë. Fytyra simetrike, gjuha ndodhet në linjën mediane, pa atrofi, kryen lëvizje të plota. Ndijimi, shikimi, nuhatja dhe shija të konservuara. Forca muskulare në duart, e konservuar, lëvizjet aktive dhe pasive në këto ekstremitete gjithashtu janë të konservuara. Forca muskulare në këmbë e ulur D=S. Lëvizjet aktive të ulura. Reflekset periostale dhe osteotendinoze prezente në ekstremitetet e sipërme D=S, ndërsa në ekstremitetet inferiore paraqiten të ekzagjeruara, porse D=S. Reflekset kutano-abdominale në kuadratin e sipërm dhe të mesëm të konservuara, ndërsa në kuadratin e poshtëm janë të zhdukur. Reflekset kremasteriane mungojnë. Sensibiliteti superficial i ruajtur deri në nivelin D<sub>9</sub>-D<sub>10</sub>. Prishja e sensibilitetit superficial ka filluar nga këmbët, pastaj ka arritur tek kërcinjt, më vonë tek kofshët dhe tani deri në D<sub>9</sub>. Sensibiliteti profund me gishtat e këmbës së djathë është i zhdukur. Pacienti ka **clonus patellae dhe pedis**, fibrilacione të dy ekstremiteteve, në këmbën e djathtë vihet re Babinskij. Për arësye të gjëndjes së tij nuk mund të vihet në pozicion Romberg. Shenja cerebellare dhe meningeale nuk konstatohen.

Gjatë qëndrimit në klinikën tonë pacienti u ekzaminua në mënyrë dinamike. Gradualisht kuadri klinik i tij filloj të pasurohet, në ekstremitetet inferiore u shtue dobësia, kërcijt e këmbëve filluan të atrofizohen, fibrilacionet muskulare u shtuan dhe së fundi pacientit iu shtuan turbullimet trofike, si deskumacionet e lëkurës dhe ulcera trofike të **planta pedis sinistri**. Babinskij u manifestua në të dy ekstremitetet në mënyrë spontane. Nga ekzaminimet paraklinike liquori cerebro-spinal i datës 9/V/1960 rezultoi: Pandy +++, Albumina gr. 6.93%, Celula 8 m/m<sup>3</sup>, Chlorure 8.5%, Glucose 0.90%. Gjaku periferik normal. Urina komplet normal. Reaksioni **Cytochol** dhe **Wassermann** negativ. Ro-grafia e kolonës vertebrale në nivelin D<sub>2</sub>-L<sub>5</sub> nuk jep dëmtim të kockave.

Në këtë gjëndje pacienti me datën 1/VI/1960 me qenë se kuadri klinik i tij ishte tepër i pasur dhe polimorf u paraqit për precizim diagnostikë në konferencën klinike të katedrës. Në konferencë pati mendime të ndryshme, u fol për një **syndromi Sclerosis amyotrophica lateralisis** me origjinë probable luetike, për proces degjenerativ, për kompresion medular. Konferanca rekomandon mielografinë. Më datën 10/VI/1960 u bë punktura cisternale. Liquori cerebro-spinal rezultoi: Pandy: ++, Albumina 0.66%, Celula 2 m/m<sup>3</sup>, Chlorure 8.2%. Liquori dilte i pastër dhe me presion pak a shumë normal. U introdiktuan 2cc lipiodol. Në Ro-grafin e bërë mbas dy orësh rentgenologu (P. Selenica) shënon se paraqitet bllok spinal në nivelin D<sub>9</sub> (tumor ?), leziona në kocka nuk duken. E njëjta gjendje paraqitej edhe mbas 24 orësh. Kështu, duke u bazuar në të dhënët klinike dhe paraklinike u vendos diagnoza: Tu-mor extramedular, i tipit intradural në nivelin D<sub>9</sub>, dhe në marrëveshje me Llambi Ziçishtin u vendos të kalojë në klinikën e kirurgjisë së përgjithësme për ndërhyrje neurokirurgjikale.

Më datën 18/VI/1960 pacienti u muar për operacion. Gjëndja e përgjithëshme e tij ishte relativisht e kënaqëshme, porse ankonte dhimbje shumë të forta në dy këmbét, tashmë parapareza spastike ishte kthyer në një paraplegji, të plotë, me zhdukje të plotë të reflekseve osteotendinoze, paraqiste **retentio urinae**. Pacienti urinonte nëpërmjet kateterit a demeure. Paraqiste parezë intestinale, që kohët e fundit jepte shenja të një ileusi paralitik. U krye laminectomia D<sub>7</sub>-D<sub>10</sub>. Mbas hapjes së **dura mater** biem me një herë mbi tumorin, i cili ndodhet ndërmjet D<sub>8</sub>-D<sub>9</sub>, që ka dimensionet e një kokre ulliri ngjyrë rozë, enucleohet pa ndonjë vështirësi të madhe, me kujdes dhe pa shkaktuar ndonjë trau-më. Operacioni u krye nga Ll. Ziçishti, M. Sjomoçkina dhe R. Golemi. Masa tumorale u dërgua për ekzaminim histopatologjik, dhe rezultoi: Neurinoma. (Çesk Rroku).

Dekursi postoperator i pacientit u paraqit tepër i favorshëm, përmirësimet vinin në mënyrë impresionante. Mbas pesë ditësh pacienti filloj të urinojë vetë, ndërsa defekacioni u normalizua mbas 12 ditësh. Mbas 21 ditësh pacienti ngrihet dhe ecën lirisht në dhomë. Gjatë kohës që qëndroi në klinikë vazhdoi gjymnastikën kurative, dhe doli nga klinika e kirurgjisë së përgjithëshme me 6/VIII/1960 pothuaj krejtësisht i ristabilizuar.

Pacienti u observua më vonë në klinikën e nevrologjisë dhe paraqiste vetëm një hyperrefleksi të lehtë të reflekseve patelare dhe akiliane, ndërsa para dy javësh pacienti u riekzaminua dhe gjëndja e tij ishte plotësisht e ristabilizuar.

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

1. — **Bondarçuk A.V.** Neirhirurgia praktičeskogo врача 1959, F. 113-125
  2. — **Davidov L.** Practice of medicine. Vol. IX. 1949, F. 463-499.
  3. — **Gozzano M.** Trattato delle malattie nervose 1950, F. 436-445.
  4. — **Hodos H.G.** Učebnik nervnih zabolovanii 1948, F. 504-511
  5. — **Krol M.B.** Neuropatologičeskie syndromi 1936, F. 543-566
  6. — **Pieracini A.** Manuale di neurologia 1955, F. 461-498
- 

## A CASE OF EXTRAMEDULLAR TUMOR OPERATET SUCCESSFULLY (Summary)

*A case of correct diagnosis of an extramedullar tumor situated intradurally has been described; the diagnosis was done with the aid of the neurological examination and the myelography, its localisation was situated on the level of the D<sub>8</sub>-D<sub>9</sub> vertebrae.*

*This case was operated with success in the general surgery clinic. After 5 days the patient was able to urinate without the use of the catheter; after 12 days his defecations was also normalized. After 20 days he was able to walk freely about the room. After 21 days the state of the patient was entirely satisfactory, and he went home quite well.*

## NJË RAST I RRALLË ABLACIONI RETINAL MË TË ÇARA TË MËDHA E MULTIPLE TË RETINËS

Kandidat i Shkencave Mjekësore **ANDREA ARONI**  
Klinika Okulistike.

Të çarat retinale mund të ndodhin si rezultat i një degjenerimi të mëparshëm të indit. Degjenerimi i retinës mund të jetë kongjenital, toksik, inflamator ose vaskuloz. Prandaj këtë e gjejmë në çdo moshë, në të ritur ose në të riqjë, në emetropët ose në miopët.

Të çarat e retinës, të shoqëruara me degjenerim të trupit vitroz, bëhen shkaku i ablacionit retinal. Trupi vitroz i holluar hynë në të çarën retinale, midis saj dhe shtresës pigmentoze, dhe e ngre retinën rrëth e rrotull kësaj të çare. Lëvizjet e syrit bëjnë që më vonë një sasi sa vjen edhe më e madhe e trupit vitroz, të kalojë përmes të çarës dhe si përfundim një pjesë sa vjen më e madhe e retinës të çkolidet nga baza e saj. Çkolidja e retinës, ablacioni retinal, mund të ketë dimensione të ndryshme, në lidhje me vendin ku u çfaq për herë të parë e çara e retinës dhe me kohën që ka kaluar. Të çarat dhe birat e vogla retinale që ndodhen në kuadratet e sipërme të kokërdhokut, për shkak të peshës së trupit vitroz që penetron në përmes tyre, shkaktojnë gjithashtu ablacionin e retinës që ndodhet në kuadratet e poshtëme, kështu që pas një kohë mund të kemi çkolidjen totale të retinës. Të çarat ose birat e vogla retinale të ndodhura në kuadratet e poshtëme, shkaktojnë ablacione retinale të kufizuara në këto pjesë. Fatkeqësisht të çarat më të shpeshta retinale çfarjan në pjesën superotemporale dhe superonasale.

Ablacioni retinal është një komplikacion i rëndë i miopisë së lartë. Në këtë sëmundje ekziston si degjenerimi i indit ashtu dhe degjenerimi i trupit vitroz. Më shpesh ablacioni retinal në miopët çfaqet pas një punë të rëndë fizike, por mund të çfaqet gjithashtu dhe në kondita qëtësie.

Kontuzionet e rënda të syrit mund të çajnjë retinën e shëndoshë dhe si përfundim çfaqet ablacioni retinal traumatik. Vetkuptohet se në rastin e një retine të degjeneruar, mjafton një goditje e lehtë e syrit që të zhvillohet kjo sëmundje. Duhet theksuar se numuri më i madh i ablacioneve retinale që na janë paraqitur në klinikë, ndodhin në sytë miopik.

Ablacioni retinal idiopatik, pamvarësishët nga shkaku, është një sëmundje shumë e rëndë. E lënë pas dore shpie pothuajse gjithmonë, në verbimin e syrit. Retina e çkolidur, nuk ushqehet mirë, metabolizmi në qelizat retinale bëhet difektoz dhe pas një kohe fillon gradualisht atrofizimi i këtyre qelizave.

**Terapia operative e kësaj sëmundje ka filluar në vitin 1925 prej Gonin-it. Ai i pari vuri në dukje se obliteracioni i së çarës retinale shëron ablacionin retinal. Operacioni i Gonin-it konsistonte në çpimin e sklerës në nivelin e së çarës retinale, me një majë të hollë të skuqur të termokauterit, që arrinte gjer në të çarën retinale. Pas termokauterizimit zhvillohet një korioretiniti steril, që mbaron me çikatriçë në këtë vend. Çikatriçet obliterojnë të çarën e retinës, likuidi midis saj dhe shtresës pigmentoze resorbohet dalëngadalë, dhe retina përsëri qëndron e mbështetur në shtresën pigmentoze. Kjo mënyrë veprimi ka të meta të mëdha; shkakton dëme të gjëra në indin retinal, hemoragjira, dhe ka mundësi që operatori të mos çpojë sklerën në vëndin e duhur. Më vonë është përdorur kauterizimi kimik i sklerës në nivelin e së çarës retinale, galvanokauterizimi, elektroliza dhe më në fund diatermokoagulacioni, që përdoret edhe sot. Diatermokoagulacioni nuk ka inkonvenientet e përmendura dhe ka një avantazh të madh. Gjatë operacionit mund të kontrollojmë me anë të oftalmoskopit, se në ç'pjesë të retinës është bërë diatermokoagulacioni superficial orientues i sklerës. Duke kontrolluar lokalizimin e diatermokoagulacioneve superficiale me anë të oftalmoskopit, gjejmë me ekzaktësi vendin në sklerë që i përgjegjet së çarës retinale. Pas diatermokoagulacioneve superficiale, operacioni kompletohet dhe me një ose më shumë diatermokoagulacione perforante. Kjo mënyrë operacioni mund të aplikohet në çdo rast ablacioni retinal.**

Prognoza postoperative varet nga koha kur është çfaqur ablacioni retinal, nga gjëndja e retinës, si dhe nga dimensionet dhe numri i të çarave retinale. Ablacioni retinal i freskët i shkaktuar nga një e çarë e vogël e retinës, sigurisht ka prognozë më të mirë se një ablacion retinal i shkaktuar nga një e çarë e madhe e retinës. Akoma më të rëndë janë rastet e ablacionit retinal të shkaktuara nga të çara të mëdha e të shumta të retinës. Në këto raste prognoza është e keqe. Të çarat e shumta të retinës tregojnë se indi retinal ka humbur vetitë e tij normale dhe se degjenerimi i tij është i përhapur pothuaj se kudo. Dimensionet e retinës së çkolitur janë të mëdha, ajo formon një ose më shumë queska të mëdha që varen brënda në sy dhe që përfshinë pjesën më të madhe të retinës. Çkolitet gjithashtu retina e raionit makular, dhe vetëm rreth papilës së nervit optik ajo qëndron e mbështetur në bazën e saj. Raste të tillë janë të rënda, por të rallë. Përpara këtyre rasteve operatori ndodhet në një pozitë të vështirë dhe ka mundësi të mejtojë mos do të ishte më mirë të heqi dorë nga çdo përpiekje, duke marrë parasysh se dekursi postoperator është shumë i rëndë për të sëmurin.

Një rast i tillë, me ablacion pothuajse total të retinës dhe me tre të çara të mëdha të saj, është paraqitur në klinikën tonë në vitin 1957. Po pëershruajmë shkurtimisht gjëndjen e syrit të sëmurë si dhe interventin kirurgjikal. Mejtoj se raste të tillë paraqesin një interes të veçantë, sepse pasurojnë eksperiencën tonë kurative. Shtoj akoma se i sëmuri i përmëndur paraqiste ablacionin retinal në të vetmin sy me të cilin shikonte.

I sëmuri Isuf Baholli, vjeç 68, punëtor nga Elbasani është shtuar në klinikën tonë më 26 shtator 1957, Nr. kartele 9622.

Paraqitet për shkak të dobësimit të pamjes së syrit të majtë, oë i ka filluar para tre javësh. Në atë kohë qe i sëmure me grip dhe dobë-

simin e pamjes e kish lidhur me këtë sëmundje. Shikonte turbull dhe përpara syrit i dilnin ngjyra të ndryshme. Pas disa ditësh e ndjeu vreten pak më mirë dhe prandaj nuk u konsultua te okulisti. Pak më vonë gjendja u keqësue, mprehtësia e pamjes u ul në mënyrë që nuk dallonte me cilin bisendonte dhe filloj të ndiejë dhimbje të forta të kokës. Me syrin e djathë nuk shikon qysh në vogli, nuk mban mënt se si ka ndodhur me këtë sy. Anamneza e jetës si dhe ajo familjare pa rëndësi.

Në ekzaminimin objektiv konstatohet:

OD. Bulbi i qetë, kornea transparente, oda e përparëshme me thellësi normale, irisi paraqet vatra atrofike, reaksiioni pupilar i ngadalshëm, kristalini paraqet opacifikime të lehta në formë ylli. Gjatë oftalmoskopisë nga fundi i syrit vjen një refleks i kuq i dobët, detaljet e fundit të syrit nuk duken. Mprehtësia e pamjes: vetëm percpsiioni dhe projekzioni i dritës.

OS. Segmenti anterior normal. Fundi i syrit: papila e nervit optik e rethuar me një unazë të bardhë. Në pjesën e poshtëme retina paraqet alteracione miopike. Në pjesën e sipërme gjithë retina është çkolitur dhe formon një sak të madh që varet e arrin gjer në nivelin e papilës dhe herë herë e mbulon atë. Enët retinale në pjesën e çkolitur janë të errëta, tortuoze dhe pa refleks. Në periferinë superonazale, n'orën 10-të dhe 10.30 duken dy të cara të mëdha retinale me dimensione 2-3 DP. në 600° dhe 700°. Në periferinë superotemporale n'ora 1.30 duket një e çarë e retinës me dimensione rrëth 2 DP në 500°. Refraksioni: Miopi — 6.0 D.

Caktohet regjim shtrati apsolut, pa jastëk dhe binoculus. Me datën 3.10.1958 në kontrollin oftalmoskopik nuk konstatohet ndonjë përmirësim me gjëndjen. Pozicioni i të çarave retinale ska ndryshuar.

Vendoset që i sëmuri të operohet në dy etapa. Më parë në anën superonazale dhe në një kohë të dytë, n'anën supertemporale.

10.10.1957. Operacioni: Anestezi retrobulbare dhe subkonjunktivale n'anën superonazale me novokainë 4%. Prerje e konjuktivës prej orës 9 gjer më 12. Preparacioni i kujdesëshëm i sklerës. Për diatermokoagulacionin përdoret aparati **Thermoflx Special, Siemens**. Me anë të një elektrode shumë të hollë, duke përdorur rrëth 40 mA. kryhen 5 perforacione të sklerës rrëth 2 të çarave retinale. Nëpërmes të perforacioneve del një sasi e madhe likuidi. Pas çdo perforacioni kontrollohet lokalizimi i tij në fundin e syrit me anë të oftalmoskopis indirekte. U konstatue se këto diatermokoagulacione rrëthojnë 2 të çarat e përmëndura. Pas perforacioneve niveli i retinës së çkolitur ulet dhe raportet anatomike të mëparëshme ndryshojnë. Kryhen tanë diatermokoagulacione superficiale me fuqi rrëth 30 mA në gjithë këtë rajon dhe rrëth çdo perforacioni. Qepet konjunktiva.

I sëmuri qëndron në shtrat pa lëvizur fare, me kokë të kthyer lehtë nga e djathta dhe mbrapa. Çdo dy ditë i pikohet në syrin e operuar solucion atropini sulfurici 1% dhe solucion sulfamidi 20%.

Më 16.10.1957 kontrollohet fundi i syrit të operuar pa lëvizur të sëmurin nga shtrati. Konstatohet se retina n'anën superonazale qëndron e mbështetur mirë, kurse në anën supertemporale shihet një ablacion i lehtë i retinës.

Më 23.10.1957 në kontrollin e dytë konstatohet një keqsim, në gjendjen e mëparëshme. N'anën e sipërme retina është e çkolitur përsëri, rrëth së çarës së ndodhur n'ora 10.30, kurse n'anën superotemporale retina e çkolitur ka formën e një saku.

Më 28.10.1957 kryhet operacioni i dytë: Anestezi retrobulbare dhe subkonjunktivale, n'anën superotemporale, me novokainë 4%. Prerje e konjunktivës në këtë sektor. Preparacioni i sklerës. N'orën 1.30 dhe 50<sup>0</sup> kryhen tre diatermokoagulacione perforante. Gjatë kontrollit oftalmoskopik nuk dallohen shenjat e perforacioneve, me qenë se këto mbulohen nga saku i retinës së çkolitur. Nëpër mes të perforacioneve doli likuid, dhe syri u zbut. Ndërpritet operacioni që të mos dëmtohet syri. Kryhet diatermokoagulacioni superficial rrëth perforacioneve. Qepet konjunktiva; binoculus. I sëmuri transportohet në shtratin e tij dhe qëndron në qetësi absolute.

Për disa ditë me radhë të sëmurit i bëhet inxheksion bipenicilini nga 400 mijë unitete në ditë. Më datën 3.XI.1957 kontrollohet fundi i syrit në shtratin e të sëmurit dhe konstatohet se saku i retinës së çkolitur vazhdon të jetë mjaft i madh.

I sëmuri për disa ditë nuk e ndjen vehten mirë, prandaj operacioni shtyhet për në datën 20.XI.1957. Operacioni: anestezi retrobulbare dhe subkonjunktivale n'anën superotemporale me novokainë 4%. Prerje e konjunktivës në këtë vend dhe preparacioni i sklerës. Nën kontrollin oftalmoskopik kryhen disa diatermokoagulacione perforante pikërisht rrëth së çarës retinale n'orën 1.30. Diatermokoagulacione superficiale dhe qepje e konjuktivës. Atropinë. binoculus. Qetësi absolute në shrat. Për dy javë injektohet intramuskular bipenicilinë nga 400 mijë unitete në dit.

Më datën 2.12.1957 kontollohet fundi i syrit në shtratin e të sëmurit. Konstatohet; retina kudo e puthisur mirë me përashtim të pjesës superonazale, ku duket një ablacion i lehtë i retinës me një të çarë të madhe në mes.

Më datën 14.12.1957 përsëritet kontrolli i fundit të syrit. Gjendja mbetet e njëjtë.

18.12.1957. Operacioni: Anestezi retrobulbare dhe subkonjunktivale n'anën superonazale me novokainë 4%. Prerje e konjuktivës në këtë sektor dhe preparacion i sklerës. Nën kontrollin oftalmoskopik kryhen disa diatermokoagulacione perforante duke rethuar të çarën retinale nga ana centrale. Del pak likuid nga perforacionet. Kryhet diatermokoagulacioni superficial i sklerës. Qepje e konjuktivës, atropin, binoculus. Qetësi absolute dhe bipenicilinë për një javë nga 400 mijë unitete çdo ditë.

Më datën 31.12.1957 kontollohet fundi i syrit në shtratin e të sëmurit. Konstatohet se retina kudo është e puthitur mirë. Vazhdon regrimi i shtratit dhe qetësia absolute.

Më datën 20.I.1958 kryhet kontrolli i fundit të syrit. Konstatohet se retina kudo është puthitur mirë. Dallohen vatra të mëdha atrofike në vendin e operuar. N'anën superonazale retina lehtësish edematoze. Të sëmuri i vihen syza stenopeike dhe i këshillohet të fillojë gradualisht të lëvizti.

Gjatë muajit të fundit të qëndrimit të tij në spital, bën një kurë me vitamina dhe tesutoterapi.

Del me datën 6.II.1958 me mprehtësi pamjeje 0.2. Këshillohet të vazhdoj në shtëpi tesutoterapi dhe vitaminoterapi.

Pas daljes nga spitali i sëmuri éشتë paraqitë rregullisht herë pas here për kontroll. Në fund të vitit 1960 u kontrollua për herë të fundit. Retina e syrit të majtë éشتë e mbështetur mirë kudo. Si n'anën superonazale ashtu dhe n'anën superotemporale, dallohen vatra të mëdha të bardha me grumbullim pigmenti, që u përgjigjen diatermokoagulacioneve të sklerës gjatë operacioneve. Mprehtësia e pamjes me koreksion — 6.0 D. baras 0.3.

Në lidhje me sa u thanë më lartë, vihet në dukje se rasti i ynë qe një rast shumë i rëndë ablacioni retinal në një sy miopë dhe me tre të ç'ra të mëdha retinale. Kemi preferuar të operojmë në disa etapa, duke marr parasysh se pas diatermokoagulacioneve të para perforative, do të ndryshonin konditat anatomicke në sy dhe do të pengohesh vazhdimi i operacionit. Nga ana tjetër pas suksesit të operacionit të parë, do të kishim mundësi të kryenim operacionin e dytë në kondita më të favorëshme. Në rastin konkret pas operacionit të parë u çfaq recidiv (në pjesën e sipërme) që vështirësoi shumë operacionin e dytë. Operacioni i katërt u krye në kondita të favorëshme, sepse retina kudo qe e puthitur mirë, me përjashtim të pjesës superonazale ku vazhdonte të dukesh një çkolidje e lehtë e retinës.

Në të gjitha operacionet éشتë përdorur në fillim diatermokoagulacioni perforant dhe në fund ai superficial. Kjo éشتë bërë për shkak të dimensioneve të mëdha të sakut të retinës së çkolidur. Në këto kondita diatermokoagulacioni superficial orientues nuk dallohet gjatë oftalmoskopisë, bilit dhe diatermokoagulacioni perforant duhet të jetë mjaft i thellë që të dallohet gjatë oftalmoskopisë, kështu që të dihet se në çvënd duhet vazhduar operacioni. Kjo mënyrë éشتë më e rrezikëshme për syrin e sëmurrë, sepse operacionet e shumta jatin si pasojë atrofin e një zone më të gjérë retinale.

Duke përfunduar mejtoj se mund të nxiren këto konkluzione. Ablacioni pothuaj se total i retinës, ka mundësi të shërohet pas diatermokoagulacioneve të kujdesëshme të të çarave retinale. Të çarat e mëdha dhe multiple të retinës, ndonse paraqesin një prognozë të disfavorëshme, nuk duhen konsideruar si kundra indikacion për ndërhyrje kirurgjikale. Me gjithëse prezencia e tyre, siç éشتë thënë më lartë, tregon se indi paraqet një degjenerim të përhapur, prap se prapë, mund të obliterohen pas operacionit pa dhënë recidiva. Mënyra e operacionit në etapa, diatermokoagulacioni i një kuadратi të syrit gjatë çdo operacioni na duket se éshtë më e këshillueshme dhe më pak traumatizante për syrin.

---

## RARE CASE OF ABLATIO RETINAE WITH LARGE AND MULTIPLE FISSURES OF THE RETINA

(Summary)

The author describes a case of ablatio retinae, which presented 3 large fissures of the retina, situated in the zones of 10 10.30 and 1,30 o'clock; their dimensions were respectively 2, 3 and 2 diameters of the pupilla.

The patient was operated in four stages. The author has done the diathermocoagulation of the sclera, first profound (under ophthalmoscopic control), then superficial. For this purpose has been used the apparatus Thermoflux Special, Siemens; the profound diathermocoagulation was done with a power of about 40 mA, while the superficial — with about 30mA.

The first operation was done on the supranasal zone; during the first few days the results was satisfactory, but later was noted a partial relapse. The second operation in the supratemporal zone was interrupted, because the sac formed by the fallen retina did not permit the ophthalmoscopic control. The third operation was made on the same place, this time under good ophthalmoscopic control. The fourth operation was made on the supranasal side, on the place that had a relapse.

The final result was good, the retina was well supported in all its parts. The same thing was seen in the last control, made about three years after the operation. The acuteness of the sight with convexion reached nearly 0.3.

# KRITIKË E BIBLIOGRAFI

F. TISON, J. AUDRIN

Recherche, Isolement et étude du bacille tuberkuleux  
Masson et Cie, Paris 1956 F, 1-104 fig. 21.

Në këtë monografi dv autor të njohur Francezë na përshkruajnë metodat laboratorike të përdorura në bakteriologjinë e bacilit të Koch-ut. Krejtë librin e ndajnë në 7 kapituj. Në kapitullin e I pëshkruhen gabimet që konstatohen gjatë punës për konstatimin e bacilit të Koch-ut. Këto gabime mund të rrjedhin qoftë nga neglizhenca, autorët kuptojnë mos konstatimin e B.K. kur ai ndodhet në material, qoftë nga interpretimi jo i drejtë i rezultateve laboratorike (konsiderohen pozitiv materjalet që në të vërtetë janë negative). Këto janë të meta serioze të cilat mund të kompromentojnë laboratorin dhe mjekët përgjegjës përkëtë dhe të dëmtojnë rëndë të sëmurin. Në kapitullin e II flitet përmënyrat e marrjes dhe dërgimit të materjalit për ekzaminim. Këtu autorët na përshkruajnë marrjen e likuorit cerebro-spinal, likidit pleural, pus-it nga abceset, urinës, pjessëve të operuara, sputumit etj. Në sputum rekomandojnë me shtue pér çdo cc. materjal 6000 UI. penicilinë pér të penguar rritjen e florës sekondare.

Në kapitullin e tretë përshkruhet egzaminimi optik i materjalit, sëpari egzaminimin makroskopik të tij si konsistencën, ngjyrën etj. Në egzaminimin mikroskopik rekomandojnë metodën klasike të ngjyrosjes atë të Ziehl-Neelsen, por përshkruhet dhe metoda e Hallbergut dhe ajo e fluoroshencës sipas Hagemanit me auraminë. Vlerësimi i preparatit bëhet sipas gradacionit të Davy.

Kapitullin e katërt autorët ja dedikojnë tereneve për izolimin e B.K. Vetë autorët përdorin terenin klasik të Loevenshteinit. Në këtë teren midis të tjerave kërkojnë që vezët të jenë shumë të freskëta dhe me origjinë të njohur. Për përpunimin e materjalit të kontaminuar para mbjelljes, autorët citojnë një seri metoda. Me formol, me NaOH 15%, me  $H_2SO_4$ , HCl, fosfat trisodik oksalat të ammonit etj. Por vetë atë përdorin pér këtë qëllim NaOH të holluar simbas kësaj skeme:

Tcepol Shell 250 cm<sup>3</sup>.

NOO4 in pastille 10 gr.

Ujë distilat, ad. 1000 gr.

Në 2 cm<sup>3</sup> materjal (sputum) i shtohet 4 cc. nga ky solucion, këtë përzierje e tundim në axhitator kohn 30 minuta. Pas hemogenizimit bejmë neutralizimin me  $H_2SO_4$  (66°B) Në PH 6,7 dhe si indikator përdoret bromkrisel i kuq. Pas neutralizimit materiali centrifugohet dhe sedimenti me pipet mblidhet në 6 tuba teren (3-4 pika në çdo tub). Leximi bëhet cdo 15 ditë dhe lihen në termostat 3 muaj, kurse rritia e shtameve INH rezistent kërkon disa muaj. Nuk duhet të mjaftohet vetëm me aspektin makroskopik të kulturave por pér çdo kulturë pozitive të bëhet baciloskopia.

Kapitulli V meret me inokulimin në kobej mbasi flitet shkurt për biologjinë e kafshëve, stallat, kafazet, ushqimet etj. kalohet në inokulacion të tyre. Materjalet që do të jenë të kontaminuara autorët përparrë inokulimit rekomandojnë që të përzihen me auromicinë (2 ml. materjal i shtohet 1 cgr. auromycin).

Lihen që të veproj 30 minuta dhe pastaj inokulohet S.C. në regjionin inguinal sinistra, kafshëve për 48 orë u jepet karota të pudrosura me pudër sulfamid.

Këto observohen për 4 muaj. Në fund të çdo muaji kafshëve u bëhet kontrolli me provën e tukerkulinës duke i aplikuar intradermal 1/10 ml. tuberkulin bruto. Të gjithë rastet tuberkulos pozitiv kanë konkluduar me procese tuberkulare në autopsi. Në asnjë rast tuberlar negativ nuk është konstatuar proces tuberkular në autopsi. Autorët nuk kanë konstatuar asnjë ngordhje spontane të kavieve kur është ndjekur kjo procedurë pune.

Interpretimi i proceseve tuberkulare gjatë autopsisë ndër kavie shoqrohet në libër me skica të bukura. Sensibilitetit të B.K. nga tuberkulo-statiket i dedikohet kapitulli VI i librit.

Këtë autorët e bëjnë në terenin Loevenstein të impregnume me STM, INH, PAS në koncentrime të ndryshme. Për STM përdoren koncentrime prej 1-50 γ në lcm<sup>2</sup>.

Për INH 0,1-20 γ dhe për PAS 1-108. Në çdo tub të impregnuar inokulohen 3 pika suspension B. K. Leximi i rregullave bëhet pas 12 ditëve. Për me vu në dukje kolonit inaparente përdorim provën e Teluritit.

Në kapitullin e VII autorët merren me identifikimin e shtameve të BK, këtë e bëjnë në bazë të observationit të kulturave, inokulacionit ndër kafshë dhe karakterit biokimik të shtameve. Në reaksionet citokimike përshkruhen reaksiون sipas Dubos dhe Middlebrook me të kuqe neuter dhe reaksiون sipas Desbord me blu të Nilit.

Monografia e Tison dhe Audrin së pari e informon lexusin mbi metodat laboratorike të bakteriologjisë së tuberkulozit në Francë por një-kohësisht me gjuhën e thjeshtë dhe të kuptueshme është një ndihmë shumë e mirë për punonjësit që çfaqin interes në këtë drejtëm.

**Ali Molloholli**  
Laboratori bakteriologjik  
Tiranë

# J E T A S H K E N C O R E

## NGA VIZITA E AKADEMIKUT E.M. TAREEV NË SHQIPËRI I FTUAR NGA KATEDRA E TERAPISË SË FAKULTETIT MJEKËSOR TË UNIVERSITETIT SHTETËROR TË TIRANËS

Në tetor të vitit 1960, Prof. E. M. Tareev, terapefti dhe shkencëtari i madh sovjetik, anëtar i Akademisë së Shkencave Mjekësore dhe titullar i Institutit të perfektionimit të mjekëve të B.R.S.S., erdhi dy javë në Shqipëri, i ftuar në bazë të konventës kulturale Shqiptaro-Sovjetike, nga Universiteti Shtetëror i Tiranës. Akademiku E. M. Tareev është i njohur në gjithë botën për studimet e tij mbi sëmundjen e veshkave, hepatitin infektiv (M. Botkin), mbi hollagjienozat, etj. Me publikacionet e tij të shumta ay ka dhënë një kontribut të çmuar ndërkombe të fushës së mjekësisë.

Gjatë kohës së paktë që kaloi në vendin tonë Prof. Tareev zhvilloi një aktivitet intensiv. Ai u njoh me punët shkencore të kolektivit të katedrës së terapisë duke dhënë seçilit sugjerimet e tij të vlefëshme për vazhdimin e punës së tyre. Vizitoi laboratoret dhe klinikat e ndryshme të terapisë duke u interesuar në mënyrë të veçantë për sëmundjet e ndryshme që ishin shtruar në klinikat tona. U interesua për procesin pedagogjik, për jetën e studentave, për programet mësimore të cilat i gjeti pothuaj të njëlllojta me ato që zhvillohen në Bashkimin Sovjetik.

Akademiku Tareev zhvilloi në auditoren e fakultetit dy leksione: një me studentët e kursit të V-të

mbi nefretin kronik dhe një me studentët e kursit të IV-të mbi Cirozën Hepatike. Veç asaj zhvilloi dy konferenca ku asistuan pedagogët e fakultetit të mjekësisë dhe gjithë mjekët e institucioneve të Tiranës, njëren mbi temën: uremia akute, dhe tjetrën: epidemiologjia dhe karakteristikat klinike e biologjike të morbus botkin.

Konferencat të ilustruara me grafikë të shumtë dhe me rezultate të punimeve eksperimentale të vet autorit ishin shumë interesante dhe ngjallën një interesim të veçantë për ndigjesit. Megjithëse programi i tij ishte shumë i ngarkuar akademiku E. M. Tareev gjatë intervaleve të orëve të pushimit dhe duke përfituar nga ditët e djela vizitoi shumë qendra kulturalo-artistike të vendit. Në Tiranë, muzetë, kinostudion, Universitetin etj. dhe u njoh me ndërtimet e shumta që bëhen në kryeqytetin tonë.

Ai vizitoi gjithashtu disa qyteze dhe vende historike t'Atdeut tonë si Shkodrën, Krujën, Durrësi, Fierin, Beratin e Pojanin.

Veprat e kulturës tonë antike, natyra tonë e bukur, vrulli dhe entusiazmi i punës që pa kudo që shkoi i lanë përshtypje të veçantë për Shqipërinë. Vizita e akademikut E. M. Tareev i dha një ndihmë të çmuar katedrës së terapisë së fakultetit mjekësor.

Prof. F. Hoxha

## PËRKUJTOHET 150 VJETORI I DITËLINDJES SË PIROGOVIT

Me rastin e 150 vjetorit të ditëlindjes së Pirogovit u organizua një mbledhje e gjërë me punonjësit e fak. të mjeksisë dhe mje-kët e kryeqytetit. Në këtë mbledhje foli kandidati i shkencave mjekësore Fadil Spahiu i cili nën-vizoi meritat e mëdha të N.I. Pirogovit në fushat mjekësore, shkenccore, pedagogjike dhe shoqërore që përbëjnë një kontribut të madh

në fushën e shkencës dhe veprimtarisë shoqërore. Ai analizoi hollësishët para mbledhjes aktivitetin e gjatë e shumë të çmuar në fushat e përmëndura të Pirogovit, tregoi zbulimet në fushën e mjekesisë dhe aktivitetin e gjërë shoqëror. Jeta dhe veprimitaria e këtij shkencëtari përbën një model të punës vetmohonjëse në interes të popullit të tij dhe mbarë njerëzimit.

## SESSION SHKENCOR

Sesioni prej dy ditësh që organizoi fakulteti Mjekësisë dëgjoi 13 komunikime prej të cilave 7 ishin të pedagogëve dhe 6 të studentëve.

Interes kishte komunikimi i Kol Dushnikut mbi polimorfizmin klinik të llojit Flexner në klinikat e sëmundjeve infektive ku ai drejtton. Autori duke studjuar 2000 raste të sëmurë gjatë periudhës 1954-58 me diagnozë klinike dizenteri, nxjerr se 15,60% qenë pozitive të kësaj sëmundjeje. Nga pozitiviteti del se kanë mbizotruar shtamet Flexner 89.30%, kurse Sonne 8.62%, Boydi 0,95%, Shmitz 0.63%, Ghigr 0,3%. Pra si rezultat del si lloji Flexner ka 89.3% dhe 20.7% shtamet e tjerë. Autori në komunikimin e tij nënvizon se predominon më tepër mosha 15-24 vjeç (96 raste) dhe në moshat 25-44 vjeç 115 raste, kurse në moshën tjetër kish më pak raste. Flexner është gjetur në 142 raste femra dhe në 138 raste burra. Si periudhë kohe raste më të shumta janë në muajt qershor, korrik, gusht.

Përsa i përket paraqitjes klinike të Flexner del se 43% të rasteve ishin të formës së lehtë, 50% të formës mezatare dhe vetëm 7% të formës toksike.

Petrit Selenica, si specialist radiolog, në sesion referoi mbi rezultatet e harrijtura në studimin e ulçërës në vendin tonë gjatë vitit 1956-1959. Ai nënvizoi se nga 4.784 të shtruar dhe që kanë bërë egzaminimin radiologjik, 586 veta rezultuan me ulçera. Vec këtyre autorit përmend se ka vizituar ambulatorisht gjatë vitit 1959 rreth 2315 veta dhe nga këta 203 rezultuan me ulçera. Më poshtë P. Selenica citon numurin e përgjithëshëm të të shtruarve në spital dhe me krashtësime nxjerr se 2.67% e gjithë numurit të tyre vuajnjë nga ulçera. Në komunikimin e tij autorit bëri krashtësimin midis numurit të burrave dhe grave të cilët janë shtruar vetëm një herë në spital dhe nxjerrë se nga 491 kartela klinike me diagnozë ulçera të studjuara nga ai, 416 janë burra dhe vetëm 75 janë femra. Këtij disproporcioni të madh që ekziston midis burrave dhe grave autorit thotë se është vështirë të shpjegohet, me gjithatë ai supozon se meshkujt kanë më shumë preokupacione traumatizojëse sidomos të sferës neuropsihike lidhur me pjesëmarr-

jen e tyre të gjerë në jetën shoqërore. Ai e mbështet këtë supozim me faktin se tani gjatë pushtetit populor po aktivizohet dhe gruaja në jetën shoqërore për këtë numuri i rasteve me ulçera eshtë rritur në kras hasim me të kaluarën, referuesi supozon se një rol luan edhe faktori neuroendokrin. Ka konstatuar një frekuencë gati të barabartë ulçerash në të dy sekset para pubertetit. Gjithashtu përpjekje bën autori të argumentojë edhe faktorin moshë dhe nënvizon se nga të dhënat e tij ulçera e stomakut dhe duodenit mund të prekë çdo moshë nga 5-57 vjeç, por frekuencia shkon duke u ngritur deri në moshën 40 vjeç, pastaj ajo ulet. Këtë ai e argumentoi me një numur faktesh nga pacientat e vizituar. Duke studjuar profesionin e të sëmurëve të tij referuesi nxjerr si përfundim se punëtorët preken më shumë nga ulçera dhe kjo për shkak se ata janë të ekspozuar më shumë faktorëve që shpien në këtë sëmundje. Përsa i përket komplikacioneve të ulçerës vendin e parë e zënë perivisheritet, pas tyre vijnë hemoragjite, stenoza etj.

Referuesi nënvizon se ulçera, sipas të dhënave të tij, lokalizohet më shpesh në duoden dhe për këtë jep raportin 7:3.

Në referatin e paraqitur nga Fiqiri Basha lidhur me vlerësimin e mjekimit kirurgjikal të endarteritit obliteran nënvizoi se eshtë një problem aktual mbasi eshtë jo vetëm i përhapur por dhe shpesh përfundon në gangranë che në amputacione. Ai përmendi se me gjithë studimet e shumta të bëra mbi endarteritet nuk eshtë arrijtur në një unitet mendimesh përsa i përket patogjenezës, emërtimit dhe mjekimit. Nga studimi që i ka bërë këtij problemi autori i jep rëndësi diagnostikimit në Fohë, mbasi vonesa ose ngatërimi i diagozës mund të përfundojnë në amputacion ose në vdekjen e të sëmurit, pastaj jep simptomatologjinë e diagnostikimit, duke paraqitur auditorit me epidioskop rastet e simptomave më tipike. Në fund spjegoi metodat e mjekimit, të cilat të bëra në kohën e duhur pakësojnë 25% të amputacioneve në vitin 1958. Duke marrë amputacionet qind për qind në periudhën e para-luftës me diagnostikimin në kohë dhe mjekimin e duhur u arrijt që ato të ulen në 15,4%.

Pastaj u dëgjua komunikimi i Bajram Prezës, Llambi Ziçishtit edhe S. Vokopolës mbi një rast të rallë të tumorit spinal. Ata i nënvizuan auditorit vështirësitet klinike që shpesh paraqet kompresioni medular dhe rezultatet pozitive të mbrijtura në diagnostikimin dhe operimin e suksesëshëm të tij.

Në sesion u dëgjua gjithashtu komunikimi mbi një rast të rallë komplikacioni të elektroshokut nga klinika e psikjatrise. Në komunikim nënvizohet vlera e terapisë së elektroshokut dhe tërhoqet vëmendja mbi fenomenet kolaterale të konstatuara nga kv. u fol hollësht pastaj nga Ülvi Vehbiu mbi rastin konkret të komplikacionit, reversibilitetin e tij si dhe mundësia që ju dha për të spieguar disa anë të veprimit të elektroshokut në trurin e të sëmurit. U shpjegua se pacienti u shtrua në klinikën e psikjatrise me nië gjendje eksitacioni verbalomotor të moderuar, të menduarit të eksituar me tendenza për të kriuar rimë në të folur dhe shpesh inkohercë në mendime. Përvëç këtyre, pacienti manifeston dhe tendencë erotike që influencon në përbaitjen e mendimeve të tij. Në sferën emocionale predominon humor i lartë që i përrngjan më shumë hebefrenik. Në fund përmendi terapin e përdorur dhe flet për elektroshokun bitemporal 80 voltësh. Në seans-

cën e tretë u zhvillua një akses epileptik. Në fillim pacienti bërtiti, pastaj u zbeh e pas disa sekondave u shfaqën konvulsione tonike, koka ju kthyte në anën e djathtë dhe u zhvillua një cianozë e theksuar. Pas 20 sekondash u shfaqën konvulsione klonike që në mënyrë rithmike zgjatën për 1 minut, pastaj gradualisht u restaurua frymëmarja por konvulsionet klonike jo të regullta u lokalizuan në gjysmën e majtë të trupit dhe vazhduan dhe për 3 minuta të tjera. Pas kësaj kohe u zhvillua një hemiplegji totale sinistra me atoni dhe arefleksi, ndërsa sensibiliteti nuk egzaminohej dot mbasi i sëmuri qe akoma në gjendje subkomatoze me gjithëse sytë i kish të hapura. Pesë minuta pas ndërprerjes së konvulsioneve, pacienti përmendet, kthiellohet vetë dija, duket euforik por nuk kupton dhe nuk flet. Pesëmbdhjetë minuta pas zhvillimit të paralizës, lindën në anën e paralizuar reflekse patologjike dhe hyperfleksi por pa hypertoni. Si rezultat i terapisë së aplikuar brenda 2 orëve hemiplegja u restaurua plotësisht pa lenë asnjë gjurmë. Në fillim u zhduk paraliza e këmbës vëstaj e dorës dhe në fund e fytyrës në drejtim të kundërt të paralizimit.

Si terapi të aplikuar përmendi punksionin lumbar se u mendua që është fjala për nië oedemë cerebrale ju hoqën 30 cc. liquor, ju bënë 10 cc. col. Calciji bromati intravenoz, 10 cc. Soll. Magn. Sulfurici, 30 cc. sol. glukozae, vit. c-2. cc., vit B-1 cc. Bi<sub>2</sub>-100 gama.

Një raport u paraqit edhe nga anëtari i katedrës së terapisë Petraq Vesho, lidhur me studimin e tij për sëmundjen e pneumonisë në spitalin e Tiranës. Ai kish grumbulluar 1257 raste pneumonish nga viti 1953 gjer në vitin 1957. Nga këto ai analizoi 100 raste si përsa i përket llojeve ashtu edhe klinikën, dekursin, seksin, profesionin, moshën, lokalizimin dhe gravitetin e tyre. Të gjitha këto ai i paraqiti në auditor nëpërmjet të një numuri pasqyrash dhe në fund duke i krahasuar me bronkopneumonitë arrin në konkluzion se këto të fundit janë dy herë më shumë se pneumonitë krupoze, Kurse përsa i përket raportit të pneumonive bakteriale me ato virusale ka qënë 1:10 deri 1:15. Nga materjali i përpunuuar thekson referuesi rezultton se 74% të rasteve me pneumoni i lidhin me ftofien. Përsa i përket lokalizimit ai nënvizon anën e diathtë. Gjithashtu theksoi se 30% e rasteve të pneumonive të studjuara kanë dhënë fenomene peritoneale.

\* \* \*

Prej datës 12 dhe 13 dhjetor fakulteti i Mëkësiseë dhe shoqata shkencore e studentave organizuan një sesion shkencor për ndër të Kongresit të IV-të të PPSH. Në sesion u lexuan 13 raporte nga të cilat 7 qenë të pedagogëve dhe 6 të studentave njesëmarrës në shoqatën shkencore të studentave. Sesioni pati rëndësi sense shënoi një hap të mëtejshëm në zhvillimin e punës shkencore në këtë fakultet. Ai gjithashtu tregoi se puna shkencore është lidhur rëushtë më punën praktike mjekonjëse dhe ajo i shërbën kësaj të fundit.

A. RAPO

# LAJME SHKENÇORE

## Dermatologjische mochenschriif Nr. 40

### MJEKIMI I DERMATOMYKOZAVE ME GRISEOFULVINE

1960. Në Kongresin e Dermatologëve të Shtetit Israel, u shtrua problemi i mjekimit të Dermatomykozave dhe përfunduan tue thanë se mjekimi me Jodkali nuk nep rezultate të kënaqëshme (20-73%). Përveç përqindjes së ulët, mjekimi me këtë metodë zgjat për një kohë të gjatë dhe shton në këtë mënyrë përhapjen e semundjes me anën e infekti- meve të reja. Në Kongres u rekomandue griseofulvina për os, mbasi kanë pas përfundime të kënaqëshme (100%) në shërimin e Dermatomykozave (Qereve) brënda 2 muajve. Thuhet se Favus kërkon një kohë ma të gjatë mjekimi.

## Dermatologische Mochenschriif Nr. 37

1960. Nën kryesinë e Prof. Tapainer (I. TAPPEINER) dhe Rile (C. Richl) u mbajt në Vjenë një Symposium mbi mjekimin e Dermatomykosave me grisiofulvinë. Në hyrje thohet se përdorimi i këtij medikamenti të ri, ka shkaktue një revolucion në mjekimin e këtyre sëmundjeve. Në diskutime muerën pjesë mjaft mjekë. Ndërsa tjetra u tha se janë bamun disa ndryshime në nomenklaturën e këtij grupi sëmundjesh. U diskutue mbi kepurdhate patogene që janë gjetur deri tanë në tokë (1952 prej Vaubreuseghem etj). dhe aftësia e tyre me infektue njeriun, kuajt dhe kobejt. Si përfundim u vuë në dukje rëndësia e tokës si rezervoar i kepurdhavë patogene dhe si burim infekциони për shtazët shtëpiake dhe të egra, veçanërisht të lopëve, maceve, lepujve, mijve etj. U bisedua mbi ndihmën e metodave imunobiologjike për diagnostikimin e Dermatomykosave. Grisiofulvina vepron mbi shumë kepurdhë në mënyrë fungostatike dhe shkaktón ndryshime morfollogjike tek hyfet (Hyphe) në cipën e celulave. Grisiofulvina e marrun për os, konsentrohet në gjak dhe në tesutet. Koncentrimi ma i lartë vihet re mbas 4 orësh dhe çduket krejtësisht mbas 24 orëve. Është vu re se grisiofulvina është më pak veprues përkundrejt Trichophyton terrestris.

Grisiofulvina vepron në Dermatomykoset dhe veçanërisht në Mikrosporin, Trichophytin, Favus dhe Onychokosis, ndërsa në Keratomykoset si Erythrasma, Fityriasis versicolor, gandida etj. nuk jep ndonji efekt. Griseofulvina nuk shkakton çqetësimë me rëndësi. Rrallë vihen re dhimbje të lehta të kokës dhe çqetësimë gastrointestinale. Nga ndonjiherë kemi Leukocytose të përkohëshme.

Të tjerë diskutant theksuan nevojnë e mjekimit.... qethjes ose rrumbjes së kokës së fëmijve me qere si edhe marrjen e masave profilaktike për evitimin e sëmundjeve të Dermatomykosave sikur po merrn deri tanë.

Archives of Dermatology and Syphilology 78 (1958) 1:

Dr. Birman (Beerman) referon (problemi i Sifilizit sot) se Sifilizi me përparimin e mjekimit ka humbë rëndësinë e tij, por kjo nuk don të thotë se sëmundja nuk ekziston më. Simbas njoftimeve të marrura nga shtetet e ndryshme të Shteteve të Bashkuara, Sifilizi në 19 shtete ka pas një shtesë: 1.129.000 persona që kanë nevojë të mjekohen. Në vitin 1954 në New York ka pas 20.000 raste të reja të sifilizit.

### Vest. Ven. Dermat. 1960. Nr. 6

Ivan Van Beng (Vjetnam i Jugut). Ka mjekuar të sëmürët me lepra për një vit rresht, edhe kur ka pasë reaksion, me D. Cikloserin. Ka konstatuar përmirësim klinik tek të gjithë, me përjashtim të një të sëmuri. Bacilet janë paksue dhe në 2 veta u zhdukën, inflamacionet kaluan në kronike, normalizimi i sedimentit, vaksinimi Mitsuda pa ndryshim, preparati u tolerua mirë.

**Po atje.** Kongresi Panbashkimorë i V. Dermo-venerian u mblohd në Leningrad prej 14 deri 19/XII/1959. Muarë pjesë 749 delegatë dhe 600 të ftuar. President i Kongresit u zgjodh antari korespondent i A.Sh.M. Prof. Pavlov S.T. Kongresi zhvilloi punimet me këtë rend dite: 1. Mbi organizimin e luftës kundra sëmundjeve të lëkurës dhe veneriane, 2. etiologjia patogeneza dhe mjekimi i lupus erythematoses dhe penphygus, 3. Roli i sistemit nervorë në sëmundjet e lëkurës, 4. Metodat e tanishme të mjekimit të sifilizit, 5. Dermatozët profesionalë, radiologjia dhe pyodermitet, 6. Smundjet micetare të lëkurës, 7. Gonorrhœa dhe urotritet jo gonorohike.

Në Kongres u dëgjuan 213 fjalime, 33 nga këto u mbajtën nga të huajt dhe 211 diskutime.

### Vest Veni Derma 1960. Nr. 8.

Prof. Hypshmannk, Grogner P.

Flet për veprimin antibiotik të griseofulvinës (grisorin) në dermatomykoset. Autorët kanë mjekue 25 të sëmürë me tribufiti superficiali të shollave (epidermofiti), 3 po të sëmürë të lëkurës edhe thojt dhe 13 të sëmürë vetëm thoit. Ka përdorë grisovin te pirames glaxo (griseofulvina). Tablet, nga 0.25 në iavë më parë i ka dhënë nga 6 në ditë dhe shpejt i ka zbritë deri në 2-3. Të sëmürët e kanë tolerue mirë preparatin. Janë të miaftueshme 50, 70 deri 100 tableta. Thojt e rii kanë të gjithë cilësitë e thoive të shëndoshë. Rezultatet kanë qenë të mira duhet të përcaktohet më saktë doza e grizovinës.

### TE DHËNA TË REJA MBU NEUROKIRURGUINE E SËMUNDJEVE EKSTRAPIRAMIDALE DHE SIDOMOS TË PARKINSONIZMIT

Kongresi i I-rë i shkencave neurologjike i mbajtur në verën e vitit 1957 në Bruxel i kushtoi një vemendje të posaçme sëmundjeve të sistemit ekstrapiramidal dhe sidomos terapisë kirurgjikale të këtyre sëmundjeve.

Materialet e ekspozuara përsa i përket formacioneve ekstrapiramidale, i thellojnë dhe deri diku i ndryshojnë pikpamjet tonë të derita-

nishme mbi fizologjinë dhe fizopatologjinë e sistemit ekstrapiramidale. Përsa i përket ndërhyrjes neuro-kirurgjikale gjatë sëmundjeve extra-piramidale, në këtë kongres dy neurokirurgë të dëgjuar, Bissi dhe Ullker, qëndrojnë në pozita të kundërtë.

Bissi në referatin e tij «Principet fiziologjike dhe rezultatet e interventit neuro-kirurgjik në sëmundjet extrapiramidale» mendon se duhet ndërhyrë kryesish në sistemin piramidal. Këtë tezë të tij ay e argumenton me faktin që ekziston një lidhje e ngushtë midis sistemit piramidal dhe lëvizjeve patologjike automatike, të pa vullnetëshme. Prej kohësh që Parkinson vuri në dukje se tremori i përshtuar nga ay vetë zhduket në qoftë se pacientit i zhvillohet hemiplegia, janë grumbulluar shumë të dhëna, të cilat flasin se ka mundësi që lëvizjet e pa vullnetëshme patologjike të janë të lidhura me gjendjen e traktit piramidal. Siç dihet prej kohësh njihet lidhja e ngushtë e girit precentral anterior me lëvizjet atetozike. Duke u nisur nga këto të dhëna si dhe nga eksperiencia e tij e madhe Bissi, shtron këto teza:

1. Ekstirpacioni i regjionit praecentral të kores zhduk për një kohë të gjatë lëvizjet patologjike siç është tremor, cereoateza dhe hemibalisimi. Në qoftë se, ekstirpohet në mënyrë komplete i gjithë regjioni që i përket artit të lezionuar.

2. Prerja e shtyllës së përparshme të medula spinalis redukton por nuk zhduk krejtësisht lëvizjet e tillë patologjike siç janë cereo-ateza. Me gjithë këtë, të gjitha lëvizjet që mbeten pas cerdetomisë anteriore, mund të zhduken pas rezeksionit të regjionit praecentral të kores.

3. Tremori gjatë paralizës agitans mund të pakësitet por nuk zhduket në rast të prerjes së asaj pjese të medula spinalis në të cilën gjendet tractus pyramidalis lateralis.

4. Në rastin e prerjes së asaj pjese të pedunculi cerebri e cila i përket fibrave corticospinale që nisen nga gyrus praecentralis anterior, zhduket për një kohë të gjatë tremori Parkinsonik dhe reduktohen shumë Cereoatezat dhe haemibalizmi kronik.

Eshtë për të vënë në dukje, bile me një farë çudie, që Bissi propozon që të hiqet dorë nga termi Tractus pyramidalis me qenë se ai është një termë neurologjik jo i saktë, jo i përpiktë, dhe që sjell konfuzion. Po ashtu simbas mendimit të Bissi, nuk duhet të ekzistojë i ashtuquajturi syndromi pyramidal gjatë paralizës spastike, që nuk shohqërohet me atrofi, por që paraqet reflekse ostertenzione të gialla, mungesë të reflekseve kutano-abdominale dhe svimtomin e Babinskit. Aë mendon se gjatë paralizës spastike nuk kemi të bëjmë me lezonin e neuronit central të rrugës pyramidale.

Në pozita krejtësisht të tjera qëndron Neuro-kirurgu Ullker, i cili pikpamjet e tija i ekspozoi në referatin «Ndërhyrjet në sistemin extra-piramidal». Uckller është kundra operacioneve në lobet frontale, në gyrrin praecentral dhe në sistemin piramidal në përgjithësi, për arësve se nuk është e mundur që të parashikohet më parë rezultati i tyre, dhe e dyta, për arësy se largimi i tremorit deri në një farë shkalle zakonisht shohqërohet me zhvillimin e paralizave, që nuk eksistonin para operacionit. Përvëç kësaj, për arësy se këto lloj operacionesh nuk e zhdukin rigiditetin muskular. Ay propozon që tanë duhet të drejtohet vendjë e Neurokirurgëve në ganglirenet bazale, e sidomos në Globus pallidus dhe në thalamus opticus. Simbas autorit ekzistojnë katër lloj

operacionesh që mund të bëhen gjatë ndërhyrjeve në ganglionet bazale:

1. Rruja direkte transvertriculare.
2. Aritja në Globus me anën e aparatit stereostatik.
3. Rruja trans-corticale.
4. Metoda e modifikuar stereotaksise me anën e kontrollit rengnologjik.

Sidç qoftë këto operacione janë mjaft delikate po të kihet parasysh variabiliteti i pozicionit të strukturave cerebrale në lidhje me dimensionet dhe format e ndryshme të kafkave (cranieve). Ky fakt influencon shumë në pozicionin e ganglioneve bazale dhe e veshtirëson mjaft ndërhyrjen neuro-kirurgjikale. Por për të reduktuar në minimum gabimet, disa kërkimtare propozojnë që ndërhyrja neurokirurgjikale të bëhet nën kontrollin fiziologjik në formë regjistrimi të biokontenteve të këtyre regjioneve, duke irituar me koren elektrik nëpërmjet të futjes në Globus pallidus të elektrodave dhe duke observuar pastaj fenomenet përkatëse. Ekzistojnë disa manipulime për të destruktuar **globus pallidus** dhe rrugët eferente të tij.

1. Elektrokoagulimi. 2. Trauma. 3. Termokoagulimi. 4. Iscaemia me anën e lidhjes së arterieve përkatëse, që vascularizojnë këto formacione. 5. Nekroza e shkaktuar me anën e lëndeve kimike. 6. Nekroza e shkaktuar me anën e elementeve radioaktivë.

Mbas këtyre ndërhyrjeve neuro-kirurgjikale vihet re sa më poshtë. Destruksioni i **globus pallidus** shkakton ndryshimin e tremorit në dy drejtime: a) redukton amplitudën e tij. b) pakëson frekuencën e tij.

Në disa raste pallidotamia shoqërohet me ndërprerjen e tremorit, ndërsa në rastet e tjera pakësohet amplituda etj. Zakonisht vihet re tendenca për uljen e frekuencës.

Nga njëherë pas injektimit të një sasie të vogël novokaine në **globus pallidus** konstatohet një reduktim i konsiderueshëm i rigiditetit muskular. Po ashtu simbas disa autorëve pakësohen kriatat okulatore, të shikuarit bëhet më i kuartë, ftyvra mer një shprehje më të gjallë gjatë ecjes pacienti fillon e manifeston lëvizje koordinuese me anën e duarve, ai bëhet më euforik. Nga ana tjetër Pallidotomia ose destruksioni i **globus pallidus** nuk jep asnjë lloj ndryshimi përsa i përket salivacionit.

Përsa i përket prognozës së sëmundjes, sa më i ri të jetë organizmi aq më të favorëshme janë rezultatet e operacionit. Si komplikacion më i shpeshtë gjatë këtyre operacioneve është hemiplegia 3-20%. Simbas disa autorëve mortaliteti më i madh takohet gjatë destruksionit të **globus pallidus** me anën e rrugës trans-ventriculare dhe gjatë ligaturës së arterieve përkatëse. Ky mortalitet arrin deri 10-12%.

Duke filluar nga viti 1952 Narabayashi ka kryer 120 operacione me syndrom parkinsonik me anën e aparatit stereotaksik dhe aplikimit të injekzionit 0.5-1 cc. novocaine në solucion oleoz dylli dhe kohët e fundit i njëjtë autor ka operuar duke aplikuar vetëm solucion oleoz dylli për të bllokuar **globus Pallidus**. Kjo metodë simbas autorit është mjaft efikase përsa i përket pakësimit të rigiditetit muskular dhe eliminimit të tremorit. Në 90,5% të rasteve u konstatua menjëherë efekt i mirë, në formë përmirësimi të lëvizjeve të vullnetëshme. Në disa raste simbas autorit, pas disa javësh të ndërhyrjes neuro-kirurgjikale, u manifestua përsëri rigjiditeti muskular, por mjaft më i pakët dhe i

dobët se sa para operacioni. Naravajashi referon se ay ka takuar komplikacione si rezultat i ndërhyrjes neuro-kirurgjikale vetëm në 6,5% të rasteve, në formë hemiplegjish kapsularë. Simbas autorit metoda stereotaksike është një metodë deri diku e verbër për arësyse se mund të lezionohen formacionet anatomike të afërtë siç janë: **capsula interna** dhe **putamen**. Ai mendon se kur është e nevojshme, që të shkaktohen lezione relativisht të mëdha dhe të kufizuara me **globus pallidus** është më e arësyeshme që të përdoret solucion i kombinuar i dyllit me novocaine. Këtë metodë ay e konsideron më pak të rezikëshme se sa elektroliza. Autori referon se nga të gjitha rastet e operuara ka patur vetëm 2 vdekje nga hemoragji intracerebrale. Është për tu vënë në dukje fakti se tremori statik përmirësohet përkohësisht. Në 68% të rasteve ai konstaton zhdukjen tranzitore ose paksimin për disa javë të tij, por më vonë, ai u manifestua përsëri po me atë intensitet siç ishte para operacionit.

Autori frances Gyic ka operuar 100 pacientë. Gyic është i mendimit që prerja elektive e të gjitha rrugëve pallidofugale është e pamundur nga pikpamja anatomike. Po ashtu ay mendon se prerja e pjesëshme e **ansa lenticularis** në pjesën paraventriculare gjithashtu është e pamundur me qenë se shoqërohet me turbullime të rënda. Autori është i mendimit që, për të aritur një efekt të mirë dhe të gjatë duhet destruktuar vetë **globus pallidus**. Autori referon destruksionin e pjesës që i përket **lamina medullaris interna**, e cila ndan dy pjesët e **globus pallidus**. Ai shkakton destruksion 3 mm. prapa kësaj pike me anën e metodës së koagulimit nëpërmjet të aparatit stereostatik. Ai ka vu re një farë deficit motor të përkohshëm të cilin e shpjegon me pjesëmarrjen e deridikushme në proces të një pjesë të **capsula interna**. Gyic ka konstatuar shërim vetëm në rastet e hyperkinezave, që kanë qenë shoqëruar vetëm me turbullime tremori. Në rastin e Parkinsanizmit bilateral, i cili takohet më shpesh se ay unilateral, ndërhyrja neurokirurgjikale vetëm në njerën anë ka dhënë rezultate të kënaqëshme. Këta të sëmurë në fakt janë bërë hemiparkinsonikë. Pallidotomia unilaterale shpie në pakësimin e hyperkinezave me anën e kundërt, në një farë përmirësimi të të folurit, të përtypjes, të ecjes, gjë kjo që i dha mundësi 62% të pacienteve, që të arinë t'i shërbejnë vetes së tyre. Ndërsa 28% arinë që pas operacionit të kthehen në profesionin e tyre të përparsë. Simbas autorit aftësia për t'i shërbyer vetes tek shumica e të operuarve ruhet për një kohë të gjatë. Pakësimi i hyperkinezave nga një herë mbeten për një deri katër vjet nga momenti i operacionit. Gyic është për ndërhyrjen neuro-kirurgjikale me anën e aparatit stereotaksik dhe për aplikimin bilateral të këtij operacioni. S'dcqoftë disa autorë rezervohen përsa i përket prognozës së këtyre operacioneve.

### DISA TË DHËNA TË FUNDIT MBI FIZIOLOGJINË E SISTEMIT HYPOTALAMO – HYPOFIZARO SUPRARENAL

Dekada e fundit karakterizohet me një varg suksese të mëdha në lëmin e fiziologjisë, biokimisë, nervo-fiziologjisë dhe endokrinologjisë. Bile sot shkenca ka aritur të vejë në dukje lidhjet shumë të ngushta midis nevrologjisë dhe endokrinologjisë, sa që, me të drejtë, disa au-

torë bëjnë fjalë për një lëndë të veçantë, për nevro-endokrinologjinë. Këto vitet e fundit janë bërë një seri simpoziume dhe mbledhje të rëndësishme mbi problemet e sistemit hypothalamo-hypofizaro-suprarenal, janë botuar një varg monografi dhe disertacione mbi këto korelacione. Kështu p.sh. njihet monografia e Vasiukovës e viti 1952, ai e Bargmannit e viti 1954, e Harris 1955, Fields, Guillemin e Carton e viti 1956, disertacioni i Sebastianevës e viti 1955. monografia e Sehrebir 1959, artikujt e Grashcesakov N.J. 1957, 58, 59, 60.

Sot nuk ka asnje dyshim mbi lidhjen e ngushtë anatomike dhe fizilogjike të hypothalamusit dhe të Hypofizës. Janë të njoftura rrugët eferente të regjionit hypothalamik, që kalojnë nëpër **medula oblongata**, për në **medula spinalis**, rrugë këto të cilat janë motore për f brat kolinergjike dhe adrenergjike të sistemit nervor vegjetativ dhe të shtresës medulare të suprarenaleve (për sekrecionin e adrenalinës). Një rrugë tjetër është trakti hypothalamo-hypofizar që mbaron në nevrohypofizë dhe që rrugëllon funksionin sekretor të saj.

Të dhënët e këtyre dhjetë vjetëve të fundit, venë në dukje se rregullimi i veprimtarisë së hypofizës nuk realizohet vetëm me rrugën reflektore, por edhe në sajë të rrugës hormonale, të f<sup>n</sup>omenit të ashtuquajtur «nevrokrinia». Ne regjionin hypothalamo-hypofizar ekzistojnë shumë enë gjaku të shkurtërë dhe të përa, kështu që lëndët kimike dhe hormonale që formohen në **hypothalamus** mund të depërtojnë dhe të grumbullohen në hypofizë. Nga ana tjetër edhe hypofiza mund të ndikojë mbi hypothalamusin. Qysh në vitin 1934 Markjellov shkroi se sekretet e hyöfizës drejt hypothalamusit dhe prej andej në ventrikulin e tretë.

Hypofiza prej kohësh konsiderohet si mbretëreshë e giendrave endokrine, si violina e parë në këtë orkestër të komplikuar. Ajo merr pjesë direkte në realizimin e rregullimit të veprimtarisë gati të të gjitha gjëndrave të tjera me sekrecion të brëndëshëm. Ajo sekretion në gjak hormonet tropostimulizuese, siç janë: Hormoni laktotrop, tirectrop, somatotrop, gonatotrop, adrenocorticotrop, etj.

Për herë të parë në vitin 1930 Smith demostroi që në lobin anterior të hypofizës ekziston një lëndë, që stimulon koren e suprarenaleve, kjo lëndë është hormoni adrenocorticotrop (A.C.T.H.) A.C.T.H. përbëhet nga një grup proteinik dhe një grup jo proteinik. Veprimi i tij konsiston në ngritjen e sintezës të hormoneve steroide, në aktivizimin funksional të suprarenaleve. Introduksioni i A.C.T.H. e shpejton po thuhaje 18 herë transformimin e kolesterinës në Pregnenallon. Stadet e mëtejshme të formimit hormonal në suprarenale zhvillohen me pjesë-marrjen e disa sistemeve të caktuara fermentative. Pra A.C.T.H. si të thuash është një mekanizëm stimulues për secretimin e hormoneve të kores suprarenale, d.m.th. të corticosteroideve. Derdhja e ACTH nga hypofiza në gjak, bëhet me anën e një rruge të ndërlidhur. Një nga faktorët e këtij rregullimi është niveli i vetë hormoneve të kores së suprarenale në gjakun periferik. Kur ulet niveli i tyre në gjak, ACTH secretohet më me shumicë, kur ngrihet niveli i tyre në gjak, ACTH sekretohet më me pakicë. Nga ana tjetër sekrecioni i ACTH mund të rritet në mënyrë të ndieshme nën veprimin e Adrenalinës. Kështu p.sh. simbas mendimit të disa autorëve gjatë emocioneve nga regjioni hypo-

thalamik ankon një ngarkesë nëpër nervin splangnik në shtresë medulare të suprarenaleve dhe si rrjedhim sekretohet adrenalina. Kjo e fundit me anën e rrugës humorale bën që të sekretohet ACTH nga hipofiza. Nga ana tjetër thuhet se hypothalamus ushtron një ndikim direkt të hypofizës duke rritur secrecionin e ACTH. Kjo gjë është vërtetuar duke ngacmuar me koren bërthamat paraventriculare dhe tubercinereum të hypothalamusit. Bile edhe kur tek kafsha bëhet simpaektomia ngacmimi i këtyre bërthamave jep efekt, gjë pra që përjashton sekresionin e adrenalines po në këtë kohë. Në këtë mënyrë pra mund të mendohet se kora e suprarenaleve është pjesë e pandarë e një sistemi të vetëm funksional, e sistemit hypothalamo-hypofizaro-suprarenal.

Në koren e suprarenaleve nga pikëpamja morfologjike dhe funksionale dallohen tri shtresa. Sejçila nga këto tri shtresa përpunon nga një grup hormonesh steroide:

a) **Zona glomerulare** përpunon grupin e I-rë, steroidet minerale-active, siç është dezeksikortikosteroni, aldosteroni elektrocorteni, që vepron mbi metabolizmin e ujit dhe të mineraleve sidomos mbi metabclizmin e natriumit, kaliumit dhe klorit. Në rastin e introduksionit të këtij hormoni ekskretohet me shumicë nga organizmi kaliumi dhe grumbullohet në të natriumi dhe kloridet, për këtë arësy kemi grumbullimin e ujit. Hormoni vepron jo vetëm nëpërmjet të ritjes së reabsorcionit në kanaliculat e veshkave, por edhe nëpërmjet të distribucionit të elektroliteve extracelulare dhe intracelulare. Kur ky hormon është në sasi të vogla, i pamjaftueshmë, eliminohet natriumi dhe kloridet me shumicë dhe qëndron në organizmë kaliumi. Si shembull i insufficiencës së mineralocorticoideve shërben Morbus Addisson. Ende nuk është krejtësisht i kuartë regullimi i nivelit të aldosteronit në gjak. Me gjithë këtë mendohet se ACTH deri diku stimulon secrecionin e aldosteronit.

b) **Zona fasciculata.** Në këtë shtresë përpunohet grupi i steroideve gluco-active, të ashtuquajturit glycë-corticoideve, të cilët veprojnë mbi metabolizmin e Glucideve, të yndyrnave dhe të proteinave. Këtu bëjnë pjesë Hidrocortisol ose Cortisol dhe Corticosteroni. Veprimi i cortisolit është i ngjashëm me atë të preparatit cortison, këtu bëjnë pjesë gjithashtu 11 — dehydrocorticosteron, 17 — dehydrooksi, 11 — dehydrocorticosteron, dhe 17 hydrooksi corticosteroni.

Këto hormone veprojnë duke mobilizuar yndyrnat (lipidet nga depot e tyre, duke fuqizuar zërthimin e proteinave deri në aminoacide, nga të cilët mund të formohen glucidet, dhe gjithashtu ndihmojnë për të mbajtur metabolizmin bazal në nivel normal; këto hormone gjithashtu veprojnë në sistemin e gjakut, duke ndihmuar për shkrirjen e limphocideve dhe pakësimin e ozinofileve, po ashtu veprojnë në një varg sistemesh fermentative dhe sidomos aktivizojnë sistemin e hialuronidazës. Largimi i kores së suprarenaleve ose insufficientia e theksuar e saj shpie në uljen e nivelit të sheqerit, në uljen e metabolizmit bazal, në uljen e aftësisë së muskujve për një punë të zgjatur, shton sasinë e eozinofileve dhe limfociteve në gjak. Corticosteroni vepron gjithashtu dhe mbi metabolizmin mineral. Secernimi i këtyre hormoneve gjindet nën ndikimin regullues të ACTH. Glycocorticoidet dhe sidomos hydricortizoni konsiderohet si hormon anti-inflamativ, ndërsa

mineralo—corticoidet konsiderohen hormone, që e ndihmojnë zhvillimin e inflamacionit.

c) Zona ose shtresa reticulare mer pjesë në formimin e grupit të steroideve me aktivitet të ngjashëm me ato të hormoneve seksuale. Kjo shtresë secernon androgenet dhe estrogenet suprarenale, të cilat regullojnë ritjen dhe shpërndarjen e drejtë të flokëve, po ashtu influençojnë në zhvillimin e trofizmit normal të lëkurës. Kur këto hormone gjinden me shumicë kemi fenomenet e hirsutizmit dhe zhvillimin e acne në lëkurë. Po këto fenomene mund të konstatohen në rastin e hyperplasive dhe të neoplasmave të **cortex suprarenalum**.

Në procesin e formimit të mineralo—corticoidit aldosteron formohet një produkt i ndërmjetësh dezoksikortikosteroni. Kur prishet procesi i transformimit të dezoksikortikosteronit në aldosteron ay mund të derdhet në gjak në sasi të mëdha dhe mund të shkaktojë një varg gjendjesh patologjike, si produkte finale i dezoksikortikosteronit është pregnandioli, ky metabolit mund të gjindet në urinë. Në 24 orë sasia normale e pregnadiolit arin në 3 mgr. tek meshkujt.

Në procesin e metabolizmit të cortizolit si produkte finale të tij janë: 17 — hidroksikortikosteronet dhe pjesërisht 17 ketosteroide. Të parët normalisht në 24 orë përbëjnë 5–25 mgr. ndërsa 17 — ketosteroitet 10–20 mgr. në 24 orë. ACTH duke aktivizuar korën e suprarenaleve bën që ajo të sekretojë më shumë hormone dhe sidomos hydrocortison, gjë që të ekskretohet në urinë më shumë 17 ketosteroide. Po ashtu korticosteroni mund të gjindet direkt në urinë deri në 4 gr. në 24 orë.

Për klinikën është shumë e rëndësishme të dihet gjëndja funksionale e sistemit hypothalamo—hypofizaro—suprarenal. Ndryshimet në çdo hallkë të këtij sistemi reflektohen në sasinë e kortikosteroideve. Do të ishte më racionale, që të caktuheshin sasitë e hormoneve të vërteta të kores suprenale në gjak, siç janë aldosteroni, hydrokortisoni dhe kortikosteroni, por kjo detyrë është shumë e vështirë, për arësyen se këto zhduken shpejt nga gjaku periferik. Dhe mbeten vetëm metabolitë e tyre. Për këtë arësyen është më praktik dhe i thjeshtë përcaktimi i produkteve të metabolizmit të corticosteroideve në urinat: i pregnandiolit, i 17 — ketosteroideve, i corticosteronit, etj. Përcaktimi i 17 — ketosteroideve ka rëndësi diagnostike. Niveli i ulët i tyre në urinat nën 10 mgr. mund të vijë si rezultat i insuficiencës së vetë kores së suprarenaleve ose për arësyen të deficitit të sekrecionit të ACTH në rastin e lezionit të sistemit hypofizare—hypothalamik. Që të mund të diferencohet ulja primare suprarenale ose secondare e eksrekjonit të 17 — ketosteroideve duhen ekzaminuar rezervat ekzistuese dhe potenciale të suprarenaleve. Normalisht gjatë introduksionit të ACTH ditën e parë konstatohet ritja e sintezës të korticosteroideve nga rezervat ekzistuese të tyre dhe si rezultat ndodh ritja e eksrekcionit të 17 — ketosteroideve në 5–10 mgr. në 24 orë. Këto janë rezervat ekzistuese. Në rastin e introduksionit të mëtejshëm të ACTH ndodh hyperplasia e qelizave të kores së suprarenaleve dhe mbas 4–5 ditësh konstatohet shtimi i eksrekcionit të 17 — ketosteroideve deri 40—50 mgr. në 24 orë. Ky fakt dëshmon për rezervat potenciale normale të suprarenaleve, për aftësinë e tyre normale për tu përgjegjur karshi stimulimeve komplementare.

Gjatë sëmundjes Adisson që më shpesh zhvillohet si rezultat i lezonit tubercular të suprarenaleve, konstatohet një nivel shumë i ulët i nivelit të 17—ketosteroideve. Gjatë ngarkesës funksionale me ACTH nuk mund të vihen re as rezervat ekzistuese as ato potenciale. Në këtë rast është i kundërndikuar mjekimi i të sëmurit me ACTH, për arësyse suprarenalet nuk janë në gjëndje t'i bëjnë ballë stimulimit komplementar. Në këtë raste është e nevojshme terapia substituente d.m.th. introduksioni i kortizonit dhe dezoksikortikosteronit. Në rastin e një sëmundje tjeter, e Kaheksisë hypofizare ose M. Simmonds po ashtu ekziston një nivel i ulët i 17 — ketosteroideve. Por me gjithë këtë më rastin e ngarkesës zakonisht vihen re rezerva të mira potenciale d.m.th. suprarenalet nuk janë të lezionuara në mënyrë primar, ato mund të përgjigjen karshi stimulimit. Në këtë rast është e indikuar terapia me ACTH. Ndërsa introduksioni i Cortisonit është i kundraindikuar, për arësyse se ai do të deprimojë dhe më shumë hypofizën deficiente.

Konstatohen shifra të larta të eliminimit të 17 — ketosteroideve në rastin e tumoreve ose hyperplazive të **cortex suprarenalum**, edhe në këtë rast mund të na ndhmojë në diagnozën diferenciale ekzaminimi dinamik i 17 — ketosteroideve. Introduksioni i dozave të mëdha të kortizonit nuk do të ushtrojë asnjë influencë në eliminimit e 17 — ketosteroideve gjatë tumoreve, ndërsa gjatë hyperplazive do të kemi paksimin e tyre. Po ashtu edhe në rastin e patologjisë diencefalike ekzistojnë relacione shumë të ndërlikuara. Edhe në këtë rast konstatohen si shifra të larta dhe shifra të ulta të eliminimit të 17 — ketosteroideve bile shpesh konstatojmë lëkundje jo normale nga shifra shumë të ulta në shifra shumë të larta. Këto lëkundje shpesh herë përbëjnë pareksismat djancefalice, që janë aq karakteristike për këtë regjion. Shpesh herë vihen re reaksione paradoksale: në rastin e introduksionit të dozave të moderuara ACTH mund të konstatohet një ulje e menjëherëshme, e theksuar e 17 —ketosteroideve, gjë që mund të flasë përezaurimin e kores së suprarenaleve.

Po ashtu ka rëndësi studimi i eliminimit të 17 — ketosteroideve në kombinim me metabolitet e tjerë, p.sh. me corticosteronin. Turbullimi në sistemin fermentativ, që siguron sintezën e hydrocortizonit, shpie p.sh. në mungesën e reaksionit nga ana e 17 — ketosteroideve, në rastin e sekrecionit të ACTH, me gjithëse mund të konstatohet shtimi i kortikosteronit, i cili gjithashtu e aktivizon ACTH.

Përcaktimi i dehidroandrosteronit është shumë i rëndësishëm në gjykimin e shkallës së eliminimit të ACTH, me qenë se ay është shumë i ndieshëm dhe më shpejt se sa të tjerë, bille më shpejt se 17 —ketosteroidet, shtohet gjatë stimulimit me ACTH.

Siq u tha më sipër shifrat e larta të pregnandiolit mund të flasin për formimin e tepruar, jo normal, të dezoksikorticosteronit, që është një produkt i ndërmjetshëm në syntezën e minero—corticoiditaldosteron.

Përveç përcaktimit të metabolitëve steroidë në urinë, si tregues të gjëndjes funksionale të suprarenaleve është e ashtuquajtura prova e Thorn-it ose reaksiioni eozinopenik. Thorni dhe bashkëpunëtorët e tij e kanë përshkruar eozinopeninë, si tregues i veprimit të ACTH dhe kortizonit, ajo bazohet në faktin se corticosteroidet kryesisht hy-

rocortizoni, sasia e të cilëve shtohet gjatë introdiktimit të ACTH, janë të aftë, që t'a paksojnë shpejt sasinë e eozinofileve dhe limfociteve që qarkullojnë në gjak. P.sh. introduksionin i 25 U.n. ACTH bën që mbas 24 orëve të ulet sasia e eozinofileve në 50–70%. Kjo provë shumë e thjeshtë dhe mund të përdoret shumë lehtë. Si modifikim i provës së Thornit është prova me adrenalinë. Më 1945 Long dhe Frei vunë re se adrenalina stimulon koren e suprarenaleve dhe se ky veprim realizohet nëpërmjet të hypofizës. Në 1948 Larash dhe Olmi konstatuan se gjatë introdiktimit të adrenalinës ndodh pakësimi i eozinofileve në gjakun periferik, ashtu siç ndodhte gjatë provës së Thern-it. Ky reaksion mungon tek të sëmurët dhe insuficience të suprarenaleve dhe të hypofizës. Në kohën e tanishme mendohet se në rastin e introduksionit të 0,3–0,5 adrenalinë subkutane normalisht ndodh sekrecioni i ACTH nga hypofiza, i cili nga ana e tij stimulon daljen në gjak të corticosteroideve. Këto hormone shkaktojnë pakësimin e eozinofileve në gjak. Prova negative me adrenalinë në rastin e reaksionit të mirë të eozinofileve gjatë introduksionit të ACTH flet për turbullimin në hallkën hypothalamo-hypofizare, edhe më mirë është kur rezultatet e reaksionit eozinopevik studjohen në kombinim me ekzaminimin e steroideve suprarenalë.

Siç dihet sot kanë filluar të aplikohen në praktikë në stil të gjerë në rastin e shumë sëmundjeve ACTH, Cortizoni, Deltacorteni, milicorteni etj. Që t'i shmangemi disa komplikacioneve serjoze siç është atrofia e kores së suprarenaleve, deprimimi i veprimitarisë së hypofizës etj., është e nevojshme që kjo therapi të bëhet riën kontrollin dhe ekzaminimin e kujdesëshëm të gjendjes funksionale të sistemit hypofisaro-suprarenal.

## DIAGNOSTIKIMI CITOLOGJIK I TUMOREVE PROSTATIKE ME BIOPSI TRANSREKTALE

Zbulimi i hershëm i tumoreve të prostatës mvaret nga frekuenca dhe përsëritja e tusheve rektale tek burrat mbi të dyzetat.

Fatkeqësish në qoftë se ky ekzaminim tërheq vrejtjen është shpesh herë i pa mjaftueshëm për me përcaktue saktë natyrën e dëmtimit për të cilën dyshohet.

Kështu Godwin çmon që përqindja e gabimeve duke ju dhanë një karakter malinjë dëmtimeve që nuk e kanë këtë gjë, e cila është rreth 50%.

Lind nevoja për një mënyrë explorimi më të saktë.

Ekzaminimi i sekresioneve duke dhënë disa shpresë duket pak i aftë. Për diganozën ekzakte i vetmi element i vlefshëm në të dhënët e histologeve është ekzaminimi i një copë indi.

Marrja e tij nga rruga perineale nuk na çon në vërtetimin e nyjës që suspektojmë dhe ajo jep hematoma të ma vonëshme.

Për këtë arësyte autorët S. Franzen, G. Giertz, J. Zajicek propozojnë metodën e biopsisë të marrun me rrugë trans-rektale, e cila bën që ky veprim të jetë më i saktë, i autorizueshëm dhe pa rrezik.

### Teknika është kjo:

Një material fare i thjeshtë është i nevojshëm për këtë metodë veprimi. Një gjëlpërë e thjeshtë, e hollë, e përdredhur, e përthyshme, me një seksion 0.7 mm me gjatësi 22 cm. e gjatë ekstremiteti i saj i prenumun lehtë. Një udhëheqës me një unazë të vogël në fundin e saj për me u vendos mirë në fundin e gishtit tregues dhe mbështetësi i vogël në eminencën tenare.

Një shiringë me një kuadro—katrore për me lejue funksionin e pistonit.

Duhet me pasë mendien për puthitjen e mirë të sistemit me gjëlpërën. Mbasi monogramë sistemin në dorën e djathitë, të veshun me dorezë fillojmë procedimin e metodës së manipulimit.

I sëmuri qëndron në pozicion gjinekologjik. Gishti tregues është mbulue nga gishtëza e udhëheqësit, nëpër të cilin kalon gjëlpëra me gjatësi 22 cm. dhe gjansi apo seksion 0,7 mm. Gjëlpëra është pak më e gjatë se sa drejtuesi apo udhëheqësi dhe është e tërhequr me gjithë sistemin sepse përparrë punktimit majë e gjëlpërës, e cila kalon në brëndinë apo seksionin e udhëheqësit nuk ka dalë nga extremiteti i përparshtëm i udhëheqësit se për ndryshe ajo do traumatizonte çdo ind që të takonte rrugës. Pasi palpojmë me gishtin tregues tumorin prostatik shtyhet gjëlpëra duke shpurë gishtëzën, mbulesën rektale dhe penetron në tumor. Në këtë rast tërheqim me forcë për me ba një boshillëk në siringë për të tërhequn sasinë më të madhe të copave të indit. Për me shtue mundësinë e këtij veprimi e tërheqim sistemin në mënyrë që majë e gjelpanës të futet në seksionin e drejtuesit, në mënyrë që gjatë nxjerrjes të mos gërvishet indi. Pastaj nxirret indexi bashkë me armaturën. Në këtë mënyrë nxirret gishtëza nga indexi dhe pastaj dekonektohet shiringa për me u mbushë me ajër, pastaj rregullohet që të lejojë hedhien e përbamies në lamela. Në fund bahet qëntimi i sistemit — hiqet gjëlpëra bashkë me drejtusin nga shiringa, nxiret gjëlpëra nga drejtuesi, i cili ka gishtëzën dhe mbështetësin që vendoset në eminencia tenare. Kurse gishtëza futet në index dhe lidh sistemin manipulonjës me dorën që ekzaminon gjatë seancës së tusheut rektal. Autorët deklarojnë se kanë përdorur një metodë të tillë pa komplikacione të asnje natyre. Ai ka qënë si ekzaminimi i zakonshëm i bamun në kabinetin e konsultimeve pa asnje lloj anestezie. Me gjithë se nuk përmendet në artikull na u duk indispensabile që të preqatitim ampulën. Të sëmurëve të shumtë u është ba ky lloj ekzaminimi në mënyrë të përsëritur për me gjykue mbi ndryshimet që shkakton oestrogenoterapia. Në 36 raste të ekzaminimeve kjo metodë e re dhe raste të pa kufizuara nuk lejohet me dhënë mendim.

A. Julliard – La Presse medicale  
Nr. 43 octobre 1960.

**Prof. A. MONTANDON:**

## **PIKPAMJE TË REJA MBI MORBUS MENIERE**

Simbas pikpamjes së sotme, sëmundjet e brëndëshme të veshit shkaktojnë marrje-mëndsh në kuadrn e morbusit Menière. Me gjithë këtë ka disa shenja që në sëmundjet e migrenës u ka tërhequr vëmëndjen disa observatorëve klinikë, për një çregullim nevrologjik qëndror. Sot për sot, disa metoda klinike moderne, sidomos për studimin e nystagmusit, flasin në favor të një çregullimit qëndror, i shoqëruar me dëmtime periferike. Si rrjedhim praktik duhet të pranohet në simptomat e Menierit jo vetëm lezionet cochleaire, por duhet të mendohet për një çregullim qëndror. Për këto arësy, në vendosjen e terapisë duhet të mendohet për një ndërhyrje kirurgjikale të nervit të VIII-të.

**Revue de Laryngologie-Otologie-Rhinologie**

## **A. MARINO: AEROSOL ME THROMBINE NË MJEKIMET POST OPERATORE TË AMYGDALECTOMIES.**

Autori në mënyrë sistematike e përdor thrombinën me anën e aerosolit në të gjithë të sëmurët që janë operuar nga bajamet. Në këtë mënyrë, në të gjitha rastet ka arritur përfundime të mira duke siguruar një hemostazë të menjëherëshme, komplete dhe përfundimtare.

Autori mendon se sot, aerosoli me thrombine duhet të konsiderohet si një mjekim i dorës së parë, për të ndaluar hemoragjitet pas operacioneve të bajameve.

## **G. PESTALOZZA – R. FIOR – C. CIS – F. CRISENTI: SHURDHËSI PROFESJONALE NË INDUSTRINË E ÇKRIRJES SË HEKURIT.**

Autorët kanë kryer vizita otorinolaringologjike pranë 323 punëtorëve të një uzine hekuri. Këtu punëtorët punonin ndër reparte të ndryshme, si për shëmbell në sektorin e shkrirjes, në atë të rrahjes, në sektorin e çkrirjes së tubacioneve, në sektorin e montazhit si dhe në atë të lokomotivave. Autorët vunë re se zhurma më e madhe bëhej në sektorin e shkrirjes dhe të rrahjes së hekurit se këtu punëtorët paraqitnin një humbje më të madhe të ndigjimit, se sa në repartet e tjera. Autorët nuk arritën të përcaktojnë se prej cilës lloj zhurmë dëmtoheshe më tepër ndigjimi i tyre. Por u konstatua se punëtorët që punojnë ndër sektorë që kanë vetëm zhurmë me një ton të lartë, dëmtohesin më shpejt e më rëndë se punëtorët e tjerë.

\* \* \*

## **A. FINZI: REZULTATET KIRURGJIKALE TË L'oesophagosit CERVICAL NË RASTET E HEQJES SË TRUPAVE TË HUAJ**

Kur në l'oesophagos ndodhen trupa të huaja të cilat nuk nxirren dot me anën e l'oesophagoskopit, autori e hap l'oesophagosit nga jash-të simbas metodës së mediastonomisë. Autori e konsideron këtë operacion në kohën e tanishme si shumë të lehtë dhe pa asnjë rrezik,

se pse na ndihmojnë antibiotikët, dhe këshillon që të hiqen të gjitha trupat e huaja prej l'oesophagosit pa asnjë frikë, kur këto trupa nuk kanë mundësi të hiqen me anë të l'oesophagoskopit, kur ka një inflamacjon peri-oesofagienne, ose në mediastinitë e rënda.

Autori pëershkruan 8 raste që kanë përfunduar me shërim të plotë. Vetëm në një rast ka patur pas operacionit një fystyla të l'oesogafosit, por e cila mbas disa ditë, me anën e mjekimeve, është shëruar krejtësisht.

### G.M. BLUVSHTRIN – KOMPLIKACIONET E SËMUNDJEVE TË VESHIT GJATË GRIPIT.

Autori ka studjuar 103 raste të otitis–media–post–gripale, nga të cilat 64 kanë qenë otitis–media–akute, 39 otitis media–kronika të reaktivizuar dhe vetëm 1 rast otitis–media–kronika. Midis otitis–mediakuta post–gripale ka patur 4 raste lebryntite, 10 raste paresis faciale, 17 masuedit, 9 raste meningo–encephalite.

Në rastet e sëmundjeve otitis–media–kronika të riaktivizuara prej shkaqeve të gripit, ka patur vetëm një rast me meningo encephalite.

\* \* \*

### VON BRUNO TSCHIRREN DHE RUTH GATTIKER: PUSHIM ZEMRE MBAS TRAHETOMISË

Nga reflekset ngacmuese në tipet vago–vagal, ka patur mjaft raste të pushimit të zemrës menjëherë sidomos kur i sëmuri është në gjendje të hypoxemisë. Autorët pëershkruajnë 3 raste të pushimit të zemrës gjatë operacioneve të trahetomisë.

\* \* \*

### E WYSS: MJEKIMI I MENINXHITIT OTORINOOGJEN KA INDIKASION PËR MJEKIMIN INTRARACHIDIENE ME PENICILINË?

Inxhekimi i penicilinës intrarachidiene, sidomos në qoftë se përdoret shpesh në doza më të mëdha se 10.000 unité për çdo herë, ka mundësi të shkaktojë ngacmimë menengo–ancefalitike. Kjo vjen si rezultat i reaksioneve alerxhike disarmonike dhe neurolitike, të cilat shkaktojnë dëmtime provizore ose përfundojnë në vdekje.

Penicilina që futet në organizëm me anë të inxhekioneve entramuskulare, ose entra–venoze, arrin në një koncentrasion efikas në likuid sefalonrachidiene edhe në rastet kur menenget janë shumë të inflamuara dhe të alternuara. Sot kemi edhe antibiotikë të tjerë si kloromicitinë, achromycinë, që kalojnë nga barierat organike dhe luftojnë sëmundjet e meningitëve purente. Për këtë arësy, sot duhet hequr dorë nga përdorimi i penicilinit intrarachidiene.

## PËRDORIMI I KORTIZONIT NË TERAPINË KOMPLEKSE TË PNEUMONIVE TË RËNDA NË FËMIJTË E VITIT TE PARË TË JETES

Një nga sindromet kryesore që karakterizon gravitetin e dekursit të pneumonive në fëmijët është insuficiencia respiratore, në patogjenëzën e së cilës roli kryesor i bie zhvillimit të hipoksisë dhe hipoksemisë respiratore dhe qarkulluese, e cila sjell çrregullime funksionale në një sërë sisteme dhe organë.

Si rezultat i vëçorive anatomo-fiziologjike të organeve të fryshtës së mëdha, fëmija latant, ka kapacitetin vital të vogël. Organizmi e kompenzon këtë me shtimin e frekuencës respiratore.

Në rastin e pneumonive, impulset nga fokusi inflamator shkojnë në sistemin nervor central; si simtom i parë çfaqet dyspnoe e cila deri diku kompenzon pasurimin e organizmit me oksigjen. Në të njëjtën kohë (në rastin e pneumonive) paksohen permeabiliteti i membranave alveolare dhe kjo influencon në shtimin e dyspnesë. Dihet se kur shtohet frekuanca e fryshtës së mëdha të mëdha në 50–60–70% pakështohet thellësia e sajë dhe ulet ngopja me oksigjen.

Me hipoksemianë respiratore të lindur shoqërohet mjafshi shpejt edhe insuficiencia qarkulluese, tue qenë se zmadhimi kompensator i volumit sistolik dhe volumit të një minute, nuk bëhet për një kohë pakë a shumë të gjatë.

Me çfaqjen e insuficencës respiratore qarkulluese bie edhe intensiteti i proceseve oksigjenuese në indet, bien treguesit e ndryshimit arterjalo-venoz, çrregullohet funksioni i shumë sistemave edhe parasë-gjithash funksionet rregulluese të sistemit nervor central.

Sa më i vogël të jetë fëmija aqë më shpejt çfaqet insuficiencia respiratore—qarkulluese, aqë më shpejt mund të vdesë fëmija.

Letaliteti i lartë ndër fëmijët e vegjël, sidomos brenda 24 orëve, nuk ngjet se në 'ta çfaqen procese të mëdha inflamatore në mushkëri, por ata nuk kanë mundësi kompensatore për një kohë të gjatë. Metodat e zakonëshme të mjekimit duke futur edhe antibiotikët nuk i nxjerrin gjithëmonë këta fëmijë nga gjëndja. Për këtë arësyte është menduar për një terapi që të ketë karakter urgjent. Si mjet për këtë qëllim është përdorimi i kortizonit duke menduar se ai do ish në gjëndje që të ndihmojë organizmin të përgjigjet në mënyrë neurohumorale, të mobilizojë forcat kompensatore dhe rezerve të qitë adrenalinë dhe substancat adrenalinoide në mënyrë që të ngrejë tensionin e gjakut, të shtojë sasinë e sheqerit në gjak të ngrejë funksionin e sistemit nervor simpatik, të veprojë si mjet antishok, antihistaminik, dhe antiinflamator.

Për këtë arësyte nga autorët janë marrë në studim 49 fëmijë të ndarë në dy grupe. Në një grup 31 fëmijë u përdor terapia komplekse plus kortizon me doza të mëdha nga 5 mg. për 1 kg. peshë, duke e zbritur këtë dozë qdo dy ditë edhe duke vazhduar kurën për 5–8 ditë. Gjithësesi fëmijët kanë marrë nga 50 në 160 mg. kortizon, 18 fëmijë u mjekuan me terapi të kombinuar por pa kortizon.

Të dy grupet kanë qenë në të njëjtat kondita shërbimi dhe ushqimi dhe gati në të njëjtat mosha.

Fëmijët e grupit që kanë marrë kortizon kanë qenë nga ana e trofikës më të dobët me rahit dhe diatizë eksudative dhe me skllerodemë. Të gjithë fëmijët kanë qenë në gjendje shumë të rëndë. Si rezultat i përdorimit të kortizonit si pas skemës së sipërpërmendorur në fëmijët e grupit ku u përdor kortizoni s'ka pasur asnje rast vdekjeje. Të 31 fëmitë dolën të shëruar.

Ndërsa në grupin e dytë nga 18 fëmijë pati 5 vdekje.

Si konkluzion mund të thuhet se kortizoni në terapinë e pneumonisë në fëmijët e vegjël ul letalitetin e përgjithëshëm dhe atë mbrenda 24 orëve, mobilizon forcat mbrojtëse të organizmit dhe indikohet së bashku me antibiotikët përmjekimin e slerodemave.

R.A. Patushinskaja dhe  
E.V. Stroeva  
Rev. Pediatria Nr. 11 1960

## PARASITOLOGJI

CERNY V. and ROSICKY B. : *Ixodes candavius* a new tick species from Albania. (*Ixodes cendavius*). Një lloj i ri riqtrash gjetur në Shqipëri. Autorët përshkruajnë një lloj të ri iksodesh, *Ixodes candavius* nga një femër e kapur mbi një dhi në Qukës, Shqipëri, më 22.V.1958 nga ekspedita parazitologjike e Institutit Biologjik të Akademisë Çekoslovake të Shkencave. Simbas autorëve *Ixodes candavius* paraqit disa afinitete me *I. ricinus* dhe *I. kazakstani*, antarë euroaziatike të grupit të *Ixodes ricinus*, por nga ana tjetër ka karakteristika të veçanta që e dallojnë prej tyre.

Emri i është dhënë nga «Candavia», emërtim i vjetër i malit ku kjo riqe është gjetur.

Ceskoslovenska Parasitologie, 1960, VII, f. 17–19.

DANIEL M. : Rougets (*Trombiculidae*) recueillis en Albanie. Trombiculide (*Trombiculidae*) të mbledhura në Shqipëri. Ceskosl. Parasitol., 1960, VII, ff. 21–36. Gjatë kohës së ekspeditës parazitologjike të Akademisë Çekoslovake të Shkencave në Shqipëri (prill–maj 1958) autorët mbledhur 1.189 larva trombiculidesh që parasonitën mbi sisore të vegjël në tre vende të Shqipërisë: 1) në Qafë e Llogorasë, në naltësi rrëthi 1.050 m. mbi detin, 1.126 ekzemplarë; 2) në ullishtat e Nartës (rrëthi i Vlorës), 53 ekzemplarë; 3) rrëth qytetit të Shkodrës, 10 ekzemplarë. Në këtë kontigjent parazitesh autorë determinoj 10 lloje trombiculidesh, prej të cilave dy lloje të reja përmjekim. Vijojnë llojet e gjetura dhe vendi i gjetjes së tyre: *Trombicula (N.) storkani* Daniel 1956 (Qafë e Llogorasë); *Trombicula (N.) autumnalis* Schaw 1790 (Qafë e Llogorasë) dhe rrëth qytetit të Shkodrës); *Heaslipia (H.) feideri* Daniel et Berlih 1959 (Qafë e Llogorasë); *Trombicula (N. talmiensis* Schluger 1955 (Qafë e Llogorasë); *Trombicula (N.) japonica* Tanaka et al. 1930 (Qafë e Llogorasë); *Trombicula (Leptotrombidium) intermedia europaea* Daniel et Berlih 1959 (Qafë e Llogorasë); *Trombicula (N.) Llogorensis* n. sp., lloj i ri i gjetur në Qafë e Llogorasë, me emrin e të cilës autorë e emërtion: *Trombicula (N.) ceraunia* n. sp., lloj i ri i gjetur po ashtu në Qafë e Llogorasë

dhe i emërtuar me emrin antik të Malit të Çikës, **Montes Cerauniae**; **Euschöngastia krampitzi** Willmann 1955 (Qaf'e Llogorasë, Nartë dhe në afërsitë e qytetit të Shkodrës; autori mendon se ky lloj me probabilitet është i përhapur në gjithë Shqipërinë; **Cheladonta** sp. (gjetur në afërsitë e qytetit të Shkodrës). Me qenë se çështjet e sistematikës së llojeve evropjane të gjinisë **Cheladonta** akoma nuk janë të qarta, ekzemplarët prej kësaj gjinije të gjetur në vendin tonë autori nuk i emërtón me emrin e llojit.

Autori jep gjithashtu disa të dhëna ekologjike.

Ceskoslovensko Parasitologie, 1960, ff. 17–19.

**DANIELOVA V. i ADHAM JOR.** : Komari Allbanii i ih medicinsko znaçenie. (Mushkonja të Shqipërisë dhe rëndësia e tyre mjekësore). Ceskosl. Parasitol., 1960, VII, ff. 41–47. Në një koleksjon mushkonjash fluturonjëse dhe larvash, të mbledhura kryesisht në zonat bregdetare të Shqipërisë, janë identifikuar 15 lloje syresh, 12 prej të cilëve i përkasin tribusë **Culicini** dhe deri tani kishin mbetur të panjojtura në Shqipëri. Llojet e identifikuara janë këto: **Anopheles (A.) maculipennis** Meigen 1804; **A. (A.) algeriensis** Theobald 1903; **A. (M.) superpictus** Grassi 1900; **Aedes (Ochlerotatus) rusticus** Rossi 1790; **Aë. (0.) pulchritarsis** Rondani 1872; **Aë. (Finlaia) geniculatus** Olivier 1791; **Culex (Neoculex) hortensis** Ficalbi 1889; **Culex (N.)** sp. larva imature, nuk mund të dallohen në se i përkisnin llojit **C. (N.) apicalis**, atij **territans apo impudicus**; **C. (C.) laticinctus** Edwards 1913; **C. (C.) p. pipiens** Linné 1758; **C. (C.) theileri** Theobald 1903; **C. (C.) tritaeniorhynchus** Giles 1901; **C. (C.) vishnui** Theobald 1901. Në artikull vihet në dukje se Shqipëria është pikë më jugore e arealit të përhapjes së **Aë. sticticus** dhe se është interesante gjetja për herën e parë në Evropë e llojeve **Culex (C.) tritaeniorhynchus** dhe e **Culex (C.) vishnui**, të cilët deri tani njihen në Afrikën veriore dhe perëndimore, në Azinë lindore dhe në atë jugë–lindore, ndërsa i dyti në Azinë lindore, në atë jugë–lindore dhe pikë më perëndimore e arealit të përhapjes së tij ishte Irani dhe Iraku. Si konkluzjon trajtohet rëndësija sanitare e llojeve të ndryshme.

**ERHARDOVA B., ERFENS R., GJINI N., PROKOPIC J., et RY-SAVI B.** : Contribution à la connaissance des parasites intestinaux chez les enfants de l'âge pré-scolaire en Albanie. (Kontribut në njohtjen e paraziteve të zorëve në fëmijët e moshës parashkollore në Shqipëri). Ceskosl. Parasitol. 1960, VII, ff. 97–98. Gjatë ekspeditës parasitologjike të AC Shkencave (prill–maj 1958), u ekzaminuan ekskrementet e 184 fëmijëve në Tiranë dhe të 99 të tjerëve në Shkodër, për parazitë të zorëve. Rezultati paraqitet këtu më poshtë:

Fëmijë të ekzaminuar në Tiranë 184; prej këtyre me helminta: **Ascaris lumbricoides** 14,6%; **Trichocephalus trichiurus** 4,8%; **Hymenolepis na-na** 30,4%; me protozoare të zorëve; **Lamblia intestinalis** 24,4%; **Entamoeba coli** 12%; **Jodamoeba butchlii** 4,3%. Ekzaminime të veçanta për **Oxyuris vermicularis** nuk janë bërë.

Fëmijë të ekzaminuar në Shkodër 99; prej këtyre me helminta:

**Ascarislumbricoides** 57,6%; **Trichocephalustrichiurus** 21,1%; **Hymenolepisnana** 21,3%; me protozoarë të zorëve: **Lamblia intestinalis** 19% dhe **Jodamaeba butschlii** 2%.

MRCLAK M.: Contribution à la connaissance des acariens de l'ordre Parasitiformes en Albanie. (Kontribucjon në njohtjen e akarienëve të rendit Parasitiformes në Shqipëri). Ceskosl. Parasitol. 1960, VII. ff. 133—137. Në materjalet e mbledhura mbi mamifere të vegjël si dhe mbi **Geotrupes** dhe **Scarabeus** nga ekspedita parasitologjike e AÇSH (prill-maj 1958) autor i determinoj 16 lloje akarienësh të rendit Parasitiformes, disa prej të cilave, llojet **Eulaelaps stabularis**, C.L. Koch, **Haemolaelaps fahrenholzi** Berlese, **Haemogamasus** nidi Michael, **Haemogamasus hirsutus** Berlese dhe **Dermanyssus gallinae** Redi (Duges), mund të parazitojnë edhe mbi njeriun dhe të janë vektorë shumë të rëndësishëm sëmundjesh transmisiive të njeriut dhe kafshëve. Autori beson se fauna e akarimeve në Shqipëri do të jetë shumë e pasur. Ky është komunikimi i parë mbi akarienët në Shqipëri.

PROKOPIC J.: Rezultati gelmintollogjicskijh isledovanij sobak i koshek v Allbaniji. (Rezultatet e kërkimeve helmintollogjike të qenve dhe maceve në Shqipëri). Ceskosl. Parasitol. 1960, VII, ff. 139—149. Gjatë ekspeditës parasitologjike të AÇSH në Shqipëri, në maj 1958 autor i ka hapur 13 qen e 4 mace, dhe në këta gjeti 17 lloj helmintash, prej të cilëve 5 lloj trematodesh, 5 lloj cestodesh dhe 7 lloj nematodesh. Katër lloj prej këtyre janë parazite të rezikshëm të njeriut, në radhë të parë **Opisthorchis felineus** Rivolta e **Diocophyme renale** Goeze (gjetur në qentë në Sarandë e Butrint) dhe pastaj **Alaria alata** Goeze e **Dipylidium caninum** Linné, kurse disa lloje të tjera të gjetur në qentë i shkaktojnë dëm të madh ekonomik blegtorisë, sikurse **Taenia hydatigena** Pallas, etj. Tenia **Echinococcus granulosus** nuk u konstatua në qentë e kapur me gjithë që stadi larval i saj gjendet në 31% të bagëtisë.

ROSICKY B., CERNY V., LULI M.: Contribution à l'étude sur la présence, la distribution et la bionomie des tiques (Ixodoidea) en Albanie. (Kontribusjon në studimin mbi prezencën, përhapjen dhe biominë e riqrave (Ixodoidea) në Shqipëri). Ceskosl. Parasitol. 1960, VII, ff. 159—188.

Nga 27 prill deri më 27 maj 1958 autorët kanë mbledhur në Shqipëri 1.741 ekzemplarë riqrash, mbi kafshë shtëpiake, kryesisht mbi dhën e dhi, mbi kafshë të egra: reptile, shpendë e mamifere (gjithësejt mbi 47 lloj kafshësh) si dhe një pjesë të vogël mbi bataniqe të leshtë. Në këtë kontigjent kanë identifikuar 14 lloj riqrash, prej të cilëve një lloj të ri, si më poshtë: **Ixodes ricinus** (9 ekzemplarë), **I. canadensis** n. sp. (1 ekzemplar), **Haemaphysalis inermis** (1 ekzemplar), **H. punctata** (4 ekzemp.), **H. sulcata** (1 ekzemp.), **Dermacentor marginatus** (1 ekzemp.), **Boophilus calcaratus** (1 ekzempl.), **Rhipicephalus bursa** (63 ekzempl.), **R. sanguineus** (19 ekzemp.), **R. turanicus** (1.248 ekzemp.), **Hyaloma aegyptium** (64 ekzemp.). **H. detritum** (1 ekzemp.), **H. anatolicum** (99 ekzempl.) dhe **H. marginatum** (229 ekzempl.). Me i përhapur rezulton **R. turanicus**.

Simbas autoreve, mënyra e kullotjes dhe e rritjes se bazuar shtegëtim kanë një influencë shumë të rëndësishme për zhvillimin përhapjen e riqraive në gjithë regionet që kanë kondita të favorizuar për këta parositë. Predominojnë llojet mesdhetare. Autorët mendojnë se llojet e gjetuna përfaqësojnë rrëth gjysmën e riqraive të familje **Ixodidae**, prezencia të cilëve është e mundëshme në Shqipëri.

Përsa i përket rëndësisë sanitare të llojeve të identikuara, gati të gjithë këta janë të rëndësishëm dhe autorët venë në dukje këtë rëndësi të tyre eventuale.

---

### NDREQJE GABIMESH

- Faqe 24, parag. III, rreshti para fundit pas titullit, fjala *duodesit* të lexohet: duodenit.
- » 27, parag. II, rreshti i tretë pas titullit, fjala *grusht* të lexohet: gusht.
  - » 28, parag. II, rreshti i tretë, fjala *kombimim* të lexohet: kombinim
  - » " parag. i fundit, rreshti i dytë, fjala *se to* të lexohet: se ato:
  - » 99, parag. III, rreshti i tretë, fjala *pazmë* të lexohet spazmë:
  - » 30, parag. II, rreshti 11, në fillim, se 9,7% të lexohet: në 9,7%