

PATOOGJENEZA E AFONISË FUNKSIONALE (HISTERIKE)

Kand. Shken. Mjek. HQOMET DIBRA
Spitan i përgjithshëm ushtarak.

Në artikujt e mëparshëm është trajuar etiologja dhe klinika e afonisë funksionale, ndërsa ketu do të merremi me studimin e nevrozës histerike në përgjithësi dhe të afonisë funksionale në vëgantë si një çregullim i proceseve të veprimitave së çregullimeve funksionale në vëgantë si një se duket i thjeshtë në vështrimin e parë, në të vërtetë është shumë i ndërlikuar. Mendimet e ndryshme dhe divergjencat që kanë autorët mbi këtë problem vijnë nga se këto «çregullime të zërit» nuk kanë një «substratum anatomic», por janë të natyres funksionale, sikundër e tregon edhe epiteti që i cilëson. Më poshtë po rreshtojmë disa nga pikë-çfaqur dhe vërejtjet tona në këtë drejtim.

V. Voorhis (1954) e konsideron afoninë funksionale si një nga simptomat e «histerise». Kjo është e drejtë vetëm në ato raste kur «marriat»-abazi, kontrakturë etj., d.m.th. kur ajo është një simptomë «gnue» e gjendjes histerike. Ndërsa në rastet tona afonia mbizotëron tiё gjithë tablonë, ajo është i vetmi simptom kryesor që përfaqeson këtë «gjendje morbide» të vegantë.

N. Winkelmann (1937), duke e konsideruar afoninë funksionale si një «prirje kah sémundja», largohet nga e vërteta. Po ta quajmë historianë një sémundje, sikundër shprehet I.P. Pavllovi, pikëpamja e tij nuk është e drejtë.

James Green (1934) dhe K.M. Gaskei (1946) përpigen ta shpjegojnë thelbën patogjenik të afonisë funksionale me anë të faktoreve emocionale, duke lënë pas dore shkakun e vërtetë patogjenik të lindjes dhe zhvillimit të këtij manifestimi nevrotik. Roli i emocionit, sic thonë Babincki dhe I.P. Pavllovi, është shumë i rëndësishëm në lindjen dhe zhvillimin e manifestimeve histerike, por i pamjaftueshëm në vërvete për të shpjeguar patogjenezën e histerie.

Charcot (1884), Gilles de la Tourette (1892) dhe Grassét (1900) mendojnë se në bazë të aksidenteve histerike, sikundër janë belbëzimi, lembza dhe afonia, qëndrojne «spazmat nervore». Kjo pikëpamje, ndoshpjegon thelbën patogjenik të afonisë, mbasi vëtë spazmet janë simptoma.

F.D. March dhe F. Douglas (1932) përfshijnë në patogjenen e afonisë funksionale, përvetë laringtit, edhe inflamacionet e rrugëve të sipërme t'aparatit të frysëmarrjes, si dhe alteracionet inflamatore të

amigdaleve, të dhëmbëve dhe të hundës. Plikëpamja mbi rolin e faktorit «inflamator» është një shpjegim mekanik i pjesëshëm mbasi nuk mbështetet në baza fiziologjike. Prapa faktorit etiologjik organik fshihet «faktori psikogenik», që shartohet në një terren me procese të dobët nervore ose në një tip të astenizuar.

Një shpjegim mjaft interesant të mekanizmit të patogjenezës së gregullimeve funksionale të zërit u mundua ta japë E.D. Friedmann. Simbas tij «gregullimet fonatore duhet të shikohen si dëmtimi të gyrus praecentralis, aty ku gjendet qendra motore e aduktoreve». Kjo pikëpamje nuk është e drejtë. Është e vërtetë se qendra motore e fonacionit ndodhet në afersitë e gyrus praecentralis dhe dëmtimi i saj sjell gregullime të fonacionit dhe të fjalës, kur ka lezione organike. Kurse në rastet tona kemi të bëjmë me gregullime të natyrës funksionale të qendrës së aduktoreve në gyrus praecentralis. Me fjalë të tjera, këtu kemi një lloji katalepsie «histerike» të kufizuar vetëm në aparatin e fonacionit. Në dritën e teorisë së I.P. Pavlovit ky është një inhibicion i qendrës motore t'aduktoreve.

Engjashme me këtë pikëpamje është edhe ajo e Chevalier Jackson (1949), i cili bën një analogji në mes të afonisë funksionale dhe paralizës tranzitore të aduktoreve që lind si pasojë e një të metë të qarkullimit të gjakut (zakonishët anemë cerebrale) në pjesët e përparme të korteksit cerebral. Simbas tij «sensacioni fizik që ka i sëmuri se nuk është në gjendje të flasë, fiksohet dhe këshfu stabilizohet afonia psikosomatike». Ky shpjegim i patogjenezës së afonisë funksionale është i njëanshëm dhe hipotetik. Jackson përpinqet ta sqarojë afoninë nga ana «psikosomatike», duke lënë mënjanë fiziologjinë.

R.Z. Amirov dhe V.P. Hrakovskaia-Cernjak (1947) mendojnë se si bazë etiopatogjenike e gregullimit funksional të zërit është «reflexi i kondicionuar patologjik». Ndërsa simbas N.V. Bjelloggolov «kur nuk ka lexione patologjike të dukëshme në larings, gregullimet e zërit duhet të konsiderohen të natyrës nevrotike, histeri ose nevrasteni». Këto pikëpamje janë të drejta dhe mbështeten në doktrinën e I.P. Pavlovit, ndonse nuk e trajtojnë plotësisht problemin e patogjenezës së gregullimeve funksionale të zërit.

Ndër autorët me autoritet të kohës së sotme, duhet të përmendim N.J. Krasnogorski, S.N. Davidenkov, P.D. Gorizontov, A.I. Gordijenko; simbas tyre në bazë të mekanizmit të afonisë funksionale qëndron «aftësia që ka sistemi nervor të fiksojë formimin jo të drejtë të zërit në sajë të reflekseve të kondicionuara patologjike».

Ne mendojmë se çështja e patogjenezës së gregullimeve funksionale të zërit duhet të shqyrtohet në kuadrin e nevrozave në përgjithësi dhe të histerisë në veganti, duke u mbështetur në doktrinën e I.P. Pavlovit. Simbas I.P. Pavlovit dhe nxënësve të tij (K.M. Bikov, L.A. Orbeli, A.G. Ivanov-Smolenski, N.I. Krasnogorski etj.) gregullimet funksionale në përgjithësi mbështeten në mekanizmin e fiksimit të zakonit patologjik, që zhvillohet në bazë të reflekseve të kondicionuara. Si rrjedhim, në etiopatogjenën e gregullimeve funksionale të zërit ka rëndësi koïncidencia e dy faktorëve: gjendja nevrozike dhe momenti determinues i afonisë. Kurse përsë i përket meka-

nizmit, të patogjenezës së këtyre çregullimeve, rëndësi të madhe ka për ne formimi i reflekseve patologjike të kondicionara.

Nga mësimet e I.P. Pavlovit mbi bazat patofiziologjike të neurozave del se afonia funksionale, si një nga manifestimet e histerisë, është një gjendje e sëmure.

Sikundër u theksua më lart, afonia funksionale duhet të bëhet në kuadrin e përgjithshëm të nevrozave. Interpretimi i drejtë i kësaj «gjendje morbide funksionale» duhet të bëhet vetëm në rezulton nuk është gjë vrozës histerike, mbasi afonia funksionale sigurisht është gjë tjetër: veçse një çfaqje monosimptomatike dhe një formë e nevrozës histerike.

Ne literaturën mjekësore bëhet fjalë për lloje të gjendeve të afrove të histerisë (konvulsione, distorsione, paraliza, çregullime të të dëgjuarit, kontraktura, anestezira, histeri komanduese). Nganjëherë histeria ka qfaqje monosimptomatike (mutizëm, sordomutizëm, amaurosis, afoni, lenzë etj). Prandaj mund të themi se çfaqjet histerike të kohës së luftës kanë tipare dalluese nga ato të kohës së paqës.

Po të krahasojnë çregullimet histerike të konstatuara gjatë dy luftave botërore vërejmë një ndryshim të dukshëm. Ndërsa gjatë luftës së parë botërore mbizotërojnë format e histerisë komanduese, kamp-tokormite, konvulsionet e mëdha etj, në luftën e dytë u vuri re kryesht forma më të lehta, monosimptomatike, sidhe aksidente histerike të shartuara mbi një lezon organik (plagë, komociion, kontuzion etj). V.A. Giljarovski dhe S.N. Davidenkov, të cilët kanë studjuar manifestimet e histerisë gjatë luftës së Madhe Patriotike, konstatuan se rastet e sordomutizmit, të mutizimit dhe të afonisë ishin më të pakta se gjatë luftës së parë botërore. Autorët e mësparmë mendojnë se mutizimi dhe afonia janë kryesisht «manifestime histerike të kohës së paqës».

Simbas autorëve francezë dhe gjermanë, manifestimet histerike më të shpeshta në kohë paqe çfaqen kryesisht në turbullime funksionale të sferës motorike (paralizë, hemiplegji, kontrakturë, monoplegji, dridhje koreiforme etj). Çregullimet e sferës sensitive vijnë në radhë të dyte (algji, anestezi), pastaj vijnë turbullimet sensoriale të të dëgjuarit, të të pamit dhe më më fund të fjaletës e të zërit.

Këto të dhëna interesante përpunohen plotësisht me konkluzionet tona. Edhe çregullimet histerike të vërtetuarë më rastet tonë kanë një karakter të «zbetës». Kësia e dëshmon edhe forma e çfaqjes së tyre më trajtën e afonisë dhe jo më më format e rënda, trashamane të dikurëshme.

Faktorët e përgjithshëm pozitive që ndihmojnë më pakësimin e të gjitha çfaqjeve nevrolikë (permësëm i gjendjes ekonomike, ngjëtja e nivelit kultural dhe arësimor, kaltja progressive dhe e vazhdueshme fiziko-morale e punonjesve dhe vesanërisht e ushtarakëve etj), kanë ndikuar më uljen e ndijeshme absolute të manifestimeve histerike.

Të dhënat statistikore të Spitalit të Përgjithshëm Ushtarak dëshmojnë për një pakësim të çfaqjeve të ndryshme histerike (duke përfshirë edhe afoninë funksionale) nga viti 1950 deri në vitin 1958. Në qoftë se marim si 100% numrin e rasteve të çfaqjeve të ndryshme të nevrozës histerike për vitin 1950, mund të përpilojmë pasqyrën e më poshtme për vitet e tjera.

1950	1952	1956	1957	1958
100%	84%	73%	67%	57%

Nga këto të dhëna del se në vitin 1958 rastet e çfaqjeve histerike janë thua jse gjysmuar. Interesant është fakti se rastet e afonisë, që janë çfaqje histerike më të lehta, janë shtuar gradualisht si përgjindje reë krahasim me numrin e përgjithshëm të manifestimeve histerike, duke arritur pikën kulminante në vitin 1956.

Tani le të shyrtojmë një anë tjetër të problemit: si duhet interpretuar çfaqja e afonisë funksionale nga pikëpamja e veprimit?

Afonia funksionale nuk mund të quhet kurresesi një «organone-vrozë» ose një «nevrozë lokale», siç mendojnë disa autorë. Ajo është manifestimi i një nevrose të përgjithshme, një çfaqje histerike që përfaqëson një «epifenomen funksional». Afonia funksionale dëshmon për prishjen e ekilibrit të veprimitarisë më të lartë nervore, ku gregullimet e zërit spikatin në tablonë e përgjithshme klinike, duke përfaqësuar simptomin primordial të nevrozës histerike. Në mjaft raste simptomat e tjera funksionale mungojnë ose hyjnë në plan të dytë.

Në favor të temës mbi çfaqjen e afonisë si rezultat i gregullimit të veprimitarisë më të lartë nervore flet edhe fakti se në pjesën më të madhe pacientët tonë janë tipa të dobët të veprimitarisë më të lartë nervore dhe më rrallë tipa të lodhur të astenizuar, konditë kjo kryesore për çfaqjen eventuale të aksidenteve newrotike. Këta njerëz gjunjëzohën më lehtë dhe më shpejt përparrë situatare të vësh-tira që konfliktuozë, përparrë tronditjeve shpirtërore.

Për të konkretizuar sa thamë, po japid një shembull nga praktika jone.

S.T. vjet 30, lindur në Korçë, dërgohet për **laringitis chronică** tek otojatri, i cili me 21-VIII-1957 e drejton në spital për konsultim. Ankohet se qysh prej marsit 1957 i është marre zëri dhe nuk mund t'u flasë normalisht. Nevrikutet shpejt, qan, nuk ka gjumë dhe mërr zibet shumë.

S.T. Lindi dbe u rrit në qytet në kondita të mesme. Ka kryer 4 klasë fillore. Eshtë marrë me punë shtëpie deri në moskën 19 vjec kur u martua. Lindi normalisht 3 fëmijë. Në fillim shkonte mirë me burrin, pastaj filluan grindje e mosmarrëveshje të thella, të cilat përfunduan me çkurorzim. Thotë se ka kaluar sëmundjet e fëmijërisë. Ka pasë angina të shpeshta, është operuar për flegmon të amygdalës më 1948.

Ka afro 2 vjet që është ndarë nga bashkëshorti. Tani rron tek një vëlla i saj, dhe punon në fabrikë.

Në fëmijëri ka denë e dobët, e frikëshme (natën trembej shumë) dhe e pavendosur. Eshtë shumë meraklik, mërzitet shpejt, grindet kolaj, sytë i mbushen me lötë për gjera të vogla. Shpesht nga zemrimi e zen lenza dhe kjo gjendie vazhdon 19 vje.

E ndjen vëtentë të sëmurrë prej dy vjetësh. Në fillim pati dhimbje banku mbasi ngriti peshë të rendë; këto dhimbje ndikuan nefativisht në mestruacionet. Konsultoi mjekë të ndryshëm, të cilët i këshilluan kura të ndryshme për mëqinë e zezë, stomakun, veshkat

etj. Është shtuar 4 herë në Spitalin Civil të Korçës. Nuk punonte dot, sepse lëdhej pa masë. Në muajin prill 1957 iu pre menjëherë zëri. Kjo i ndodhi pikërisht ditën që gjyqi dha vendimin e çkurozëmit, dhe i la bashkeshorrit të saj dy fëmijet. Menjëherë iu bë një lëmsh në grykë që e pengonte të flasë e të marrë frymë, kështu iu pre zëri fare për 5 ditë; pastaj i erdhë pak si rezultat i mjekimeve lokale (penicilinë, gargarizma, inhalacione etj.). Megjithatë konsultoi mjekë të ndryshëm, zëri nuk i erdhë normalisht. Duke parë se kjo gjende po vazhdonte për një kohë të gjatë, u nis për konsultim në Tirane. Otojaturi i këshilloi një ekzaminim neuropsihik.

Status praesens: ulët. E quan vehten të paftat; askush nuk ia qan zëm etj.

Gjendja e përgjithshme jo e keqe. Lëkura dhe mukozat koloruara normalisht. Zëmra tone të qarta, herë pas here ndihet ndonjë ekstrastol ekspiratore. Polmone asgjë. T.A. 140-80. Pulsi 88 në 1'. Abdomeni i butë, i trajtueshëm, në palpacion arkon dhimbje në hipogastër. Gjuha e pastër dhe e njomur.

Puplat midriatike, reakzionet fotomotore normale. Efkzaminimi neuro-Refleksi korneal dhe faringial të zhdukur. Dermografik: logjik: fizëm i kuq i theksuar. Në pikëpamje psikike: e sugjestionueshme, eksitohet kollaj, emocionohet shumë shpejt dhe qan lehtë kur flet përfëmijët.

Ekzaminimet para-30. Sed. 5. Urina normal. Cholesterinemia normale. Metabolizmi bazal +7. Elektrokardiograma normal. Skopia pulmonare normale. Skopia e tubit digestiv: gastritis. Wasermann në gjak negativ, Azotemia 0,28% Fe-çes — për vezë parazitash negativ.

Mjekimi: me procedurën e dominantit të dhimbjes menjëherë i erdhë zëri. Mbës këtij mjekimi e ndjen vehten minë.

Analizimi i rastit. vore, sikundër është S.T., traumat e ndryshme psihike (ndarja nga burri dhe fëmijët etj.) krijuan një gjendje të rrëndë dhe të padurueshme për sistemin e saj nervor të dobët. Tronditja e veprimitarës më të lartë nervore u qfaq në fillim me mutizëm, i cili më vonë u shndrrua në afoni. Fillimi, dekursi dhe shërimi i menjëherëm flasin qartë për natyrën nevrotike të kësaj marje zëri.

Njeriu në qdo kohë, në qdo vend, mund të ndodhet para situatash të vështira përfu kapërxyer. Tek njeriu normal fenomenet emocionale të shkaktuara nga një traumë psikike, goftë edhe intensive, frenohet nga vullneti, nga zotësia e të përmbyturit të vetevehtes. Këto fenomene zbehën dhe zhduken, kur shkaku provokes i pushon së ve-

pruari. Pra elementi emotiv në vetvehte nuk është i mjaffuteshëm përtë shikaktuar aksidente nervotike. E kundërtat ndodh me afonikët tonë histerike.

Të thelluarit në anamnezë tregon se në të kaluarën shumë nga pacientët tonë kanë dhënë shenja që provojnë se ata janë tipa të dobjë të veprimtarisë më të lartë nervore (sprirje për neurasteni, gjendje reaktive, çrrregullime psikastenike).

Nga observacionet tona klinike del se 25,90% të rasteve kanë qenë recidive. Shpesh herë nga anamnezi rezulton se në të kaluarën ose në një periudhë imediata përparrë çrrregullimit të zërit është vërtetuar një farë «ngjije e zërit», e shkaktuar nga proceset inflamatore të grykas, trakesë ose laringosit (angina, trachitis, laringitis). Duke u mbështetur në mësimet e I.P. Pavlovit, ne mendojmë se në rastet e përsëritura në konteksin cerebral krijohen pikat të sëmura me karakter transitor dhe funksional. Vatra e dikurëshme zgjohet nën veprimin e faktorëve or- ganikë dhe psikogenë, njëloj sikurse ndodh gjatë përsëritjes së kri- zave konvulsive ose të manifestimeve të tjera histerike. Kështu pra, formohet një «vatër» patologjike, funksionale në konteksin cerebral.

Prej kohësh dihet se histeria është prototipë e qafjet e zhvillohet në trajta të ndryshme sipas kushteve dhe kohës. Gjithashtu dihet se në të kaluarën ka pasë shpesh herë çfaqje massive të rjekohëshme manifestimesh histerike të një forme të caktuar. Në Lindjen e katytre fenomeneve massive ndikon «induksimi patologjik». Pa qenë nevoja të marrim shembuj nga Mesjeta e Lartë me «vallet» dhe «koret histerike», që merrnin përpjestime të mëdha, mjafton të përmendim përhapjen e «histerisë së madhe» në kohën e Charcot, si dhe manifestimet histerike kolektive që ka vërejtur Didier në disa institucione përvaja (1952).

Në studimin tonë, jemi kufizuar vetëm me rastet kur afonia është manifestimi i një gjendje histerike, duke lënë mënyranë të gjitha rastet këtë dyshohej për simulacion ose agravacion.

Në reënsionin e vlefshëm mbi disertacionin tonë që ka bërë Prof. K. Parhon — Stefanescu, shef i klinikës psiqatrike të Institutit të Mjekësise dhe Farmacisë të Bukureshtit, shprehet mendimi se sasia e konsiderueshme e rasteve të afonisë gjatë viteve 1954-1958, mund të spjegohet me të ashtuquajturin «imitimi patologjik» të çrrregullimeve psihike dhe nervore.

Edhe ne mendojmë se në rastet tona «imitimi patologjik» duhet të ketë luajtur një farë roli. Në këtë konkluzion na shtym mendimi se prania e ndonjë rasti sporadic në gjyrin e një kolektiviteti mund të shërbejë për të «induktuar» personat e tipit të dobet të veprimtarisë më të lartë nervore, tek të cilët në ato kohë rrund të koïncidojnë një tronditje shpirtërore në terren somatik shpesh herë të dobësuar nga lodhja, gripi, angina etj.

Duke marrë parasysh anamnezën, studimin e veprimtarisë më të lartë nervore të afonikëve tonë, sidhe faktorët etiologjikë dhe faktorët determinues të tronditjes së veprimtarisë më të lartë nervore rezulton se afonia funksionale është një varietet i neurozës histerike, që çfaqet në forme të lehtë e të stërholluar, sidomos në kohë paqe.

B i b l i o g r a f i

- 1) ARMIROV R. Z. Uslovenie refleksi o mehanizme LOR — zabolovanji. Trudi nos, uha, gorila. 1956.
- 2) BABINSKI J. M. — Définition de l'hystérie. Paris 1901. Hysterie, pithiatisme en neurologie de guerre, Masson, Paris 1917.
- 3) BIKOV K.M. — Kora golovnaya mozga i vnutrennie organi, Moskva-Leningrad 1957.
- 4) DAVIDENKOV S. M. — Opit Sovjetskoj Medicini v Velikoj Otečestvennoi Vojni. v. 20-26. 1941-1945.
- 5) DIBRA H. — 1) Faktorët etiologjikë që ndihmojnë në lindjen dhe zhvillimin e afoniave funksionale (histerike).
— 2) Dista të dhëna mbi klinikën e afoniave funksionale. Buletin i Shkencave Mjekësore Nr. 4/1961. dne Nr.1/1962.
Revue d'otoneuro-optalmo 1952 f. 24, 7, 425, 428.
- 6) DIDIER M.G. — Aphonie psychique en série dans une collectivité de femmes.
- 7) FRINDMANN E. D. — Neurological aspect of hoarseness. New-York State Jurnal, 1934, 34, 2, 48-50.
- 8) GASKEY K.M. — Aphonia. Annals of otolog. Rhinol. a. laryng 1946, 55, 3, 524, 530.
- 9) GILJAROVSKIJ V. A. — Psihiatrija, Medgiz, 1954. Konceptsiya refleksa na razlicnik etapah razvitiya psihijatri.
- 10) FILLES DE LA TOURETTE. — Traité clinique et thérapeutique de la l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière, Paris 1884.
- 11) GRASSE. — Les psychoneuroses de guerre, Presse Médicale, Avril 1915. Paris.
- 12) GREEN JAMES. — Psychiatrische Behandlung der dysphonie. Aphonie, psychophonasthenie, fistelstomatitische. Arch. if. otob. 1938, 28, 213-221 Ref. Ebl. f. Hels — Nasen — u obrenheilk, 1939, 31, 9, 421.
- 13) JACKSON CHEVALIER — Psychosomatic aphony and ephemeral abductor paralysis Laringoscope, 1949, 59, 12, 1287-1298.
- 14) IVANOV — SMOLENSKIJ A. G. — Ocherki patofiziologii vishei nervnoj dejatelnosti po dannim I.P. Pavlova i jeho shkoli. Moskva, 1952.
- 15) HRAKOVSKAJA — CERNIAK V. P. — Diagnostika, i lecenie funksionalnih rostroistv golosa metodomi zaglushenia, Zh. Ush. Nos i goril. bol. 1937, 14, 5, 717-722.
- 16) KRASNOGORSKI NJ. Trudi po izuchenju vishoi nervnoj dejatelnosti čeloveka i zhivotnih V. 1, 1954.
- 17) MARSH F.D. — Functional aphony. Lancet 1932, II, 288.
- 18) ORBELI L. A. — Voprosi vishe nervoj dejatelnosti, Leksi i dakljad, 1928-1944 gg. Med. izd. Akademija nauk SSR, Seria «Itogi i problemi sovremenii nauk».
- 19) WOORHIS J. W. — Non surgical treatment of aphony. N/Y. State Y. Med. 1934, 34, 2, 53-55.
- 20) WINKELMAN H. W. — Diagnosis and treatment of hysterical aphony and diagnosis of molting in this cases. Med., clinice of North. Amer. 1937. 21, 4, 1211-1220.—

PATHOGENESIS OF THE FUNCTIONAL (HYSTERIC) APHONY

(Summary)

In this article the author discusses the problem of the pathogenesis of the functional disturbances of the voice that appear in the form of hysterical aphony. After reviewing critically the opinions of the most renowned of authors on this problem, the author treats these cases as a variety of hysterical neurosis and considers the pathogenesis of these voice troubles as analogous with that of hysteria in general. The author bases his conclusions mostly on the I.P. Pavlov's doctrine on the pathophysiological nature of the neuroses and considers the functional aphonies as a special form of hysteria, characteristic mainly for peace time. From the statistics

data we can see that in this country the different manifestations of hysteria have been diminishing gradually from 1950 to 1958, while the cases of functional aphonia have attained their maximum in 1956 and have thus replaced the other forms of hysteria.

The author thinks that functional aphonia should by no means be called a «local» neurosis, because it represents a functional epiphemonon determined by disturbances of the high nervous activity.

The author's observations show that most of these patients are of the weak type of high nervous activity. These subjects retreat more quickly and easily before any sort of hardship and conflicting situation, before any kind of psychic trauma.

Taking for basis the research work of the Pavlov school, the author concludes that for the etiology of the functional voice disturbances two are the factors that have the greatest importance: the neurotic state of the patient and the «releasing» moment of the aphonia. As for the mechanism of the pathogenesis of these disturbances, much importance has the creation of pathologic conditioned reflexes.

STANDARDET, PASQVRAT PËR VLERËSIMIN INDIVIDUAL DHE SKEMA E KARAKTERISTIKËS SË ZHVILLIMIT FIZIK TË SHKOLLAREVE TË QYTETIT TË TIRANËS

O. PAPADHIMITRI
Katedra e Sëmundjeve Intektive

Përpunimi i standardeve si dhe studimi sistematik i gjithanëshëm i gjendjes dhe dinamikës së zhvillimit fizik të fëmijëve dhe, posaçërisht, të nxënësve të shkollave, paraqitet vëcanërisht aktual. Një kërkesë e tillë e momentit gjen justifikim në faktin se, vendimet e K.Q. të P.P.SH. të vjetit 1958 mbi përmirësimin e punës në shkollat fona (11), para shikojnë edhe krijimin e kushteve të përshtatëshme të edukimit, në mënyrë që të forcohet, të kalitet shëndeti i nxënësve. Nga ana tjetër, organet e shëndetësisë janë vegenërisht të interesuara për njohjen e gjendjes së zhvillimit fizik, në mënyrë që të orientohen drejt në marrjen e masave të përshtatëshme për mbrojtjen dhe forcimin e shëndetit të gjeneratës në rritje.

Duke u nisur nga këto konsiderata, ne i shtruam si qëllim veftës qytetit Tiranës, të cilat mund të vlefjë edhe për qytetet e Durrësit, Vlorës dhe Elbasanit, për deni sa aty nuk do të ketë standarte lokale. Për këtë qëllim, ne kryem ekzaminimet antropometrike të 5527 nxënësve të moshës 7-15 vjeç të 11 shkollave të qytetit Tiranës nga shuma e përgjithëshme e nxënësve të shkollave 7 vjeçare e fillore të kryeqytetit — 14.800, në vjetin shkollor 1957-58.

Rezultatet e ekzaminimeve regjistroheshin në një formular të posaçëm që përbante emrin, mbiemrin, datën dhe vendin e lindjes, sekundjen, datën e ekzaminimit, gjatësinë e trupit ngritur (në cm), gjatës raksit në pauzë (në cm), peshën (në kg), cirkonferencën e thorës së djathë (në kg), forcën muskulare të shpinës (në kg), deformimet e kolonës vertebrale në bazë të inspeksionit të jashtëm (kifoze, skolioze lordonze dhe kombinime), disa shenja somatoskopike dhe fëmijët, që ndodhen në evidentë të dispensorisë antituberkulare. Si objekt u zgjodhën 10 shkolla shtatëvejçare dhe një shkollë fillore nga lagjë të ndryshme të qytetit, ku u ekzaminuan të gjithë fëmijët. Matjet dhe ekzaminimet janë kryer gjithëmonë në itë mjetë orë (prej orës 8 deri në orën 12 të gđo dite). Rreth 150 ekzaminime ose 27% të numrit total të matjeve u kryen në janar, shkurt, mars, prill 1957, 1100 ekzaminime ose 20% të tërë matjeve u kryen në muajin nëndor dhe dhjetor 1957, ndërsa 2990 të tjerat, ose rreth

PASQYRA PËRMBLEDHËSE E NXËNËSVE T'EKZAMINUAR NË VITET 1957 - 58

Simbas moshës, seksit, turnit të mësimeve dhe profesionit të prindërve

Pasqyra Nr. 1.

Profesioni prindit															Gjithsel	% 100%	
	7 vjeç		8 vjeç		9 vjeç		10 vjeç		11 vjeç		12 vjeç		13 vjeç				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Turni para ditës	143	149	178	156	138	158	73	89	232	188	243	300	275	270	235	237	154 155 37 32 3 3 3448 62.3%
Turni mbas ditës	52	42	263	304	271	288	273	227	113	119	34	36	22	13	6	3	2 — 1 — — — 2079 37. 7%
Puntore	118	103	321	286	233	395	212	169	214	187	185	239	189	200	152	150	103 98 29 23 3 — 3609 65.29%
Nëpunës	77	87	63	168	162	143	125	135	130	110	79	81	90	67	73	82	48 51 9 7 3 3 — 1689 30.5%
Private	—	—	11	5	3	2	7	6	8	6	6	11	10	9	3	7	3 — — — 100 1.8%
Të fjerë	—	1	46	1	11	6	2	6	3	4	7	5	8	7	13	1	2 3 — 2 — — 129 23%

53% të numrit total të ekzaminimeve, u kryen në janar-shkurt, mars 1958. Dhomat ku kryhesin ekzaminimet ishin të gjëra, të ndriçishme, me temperaturë normale (180-220C). Subjekti gjatë ekzaminimit qëndronin në këmbë më shumë se 15 minuta. Fëmijtë me deformacione të theksuara të trupit u përijashtuan nga matjet antropometrike. Për instrumenta u përdorën antropometri, peshorja, metri, spirometri, dinamometri i dorej dhe dinamometri i shpinës.

Numri i vrejtjeve për çdo grup të moshës dhe të seksit lëkundet, mesatarisht prej 155 (minimum) deri në 450 (maksimum), çka përputhet me ato që tregojnë të gjithë autorët.

Vëllimi i vrejtjeve tonë simbas moshës dhe seksit, turnit dhe profisionit të prindërvet paraqitet në pasqyrën Nr. 1. Në bazë të saj, shihet se më tepër të ngjime me vrejtje janë moshat 8, 9, 10, 11 dhe 12 vjeç (me mbi 600 vrejtje), pastaj vijnë moshat 13, 14 vjeç (me jo më shumë se 580 raste) dhe në fund moshat, 7, 15 vjeç (me jo më shumë se 390 raste). Nga pasqyra Nr. 2 rezulton, se me raste më të shumta dëme me përqindje më të lartë paraqitet mosha 8 vjeç (16,3%). Përmes grupimin e moshave u-muarr për bazë vjeti me numrin e muajve. Në se nxënësi ishte i një vjeti X dhe nën gjashtë muaj, numri i muajve nuk merrej parasysh dhe mibetej vetëm viti, ndërsa mbi gjashë më muaj shtohej një vit (5).

PASQYRA PËRMBLEDHËSE E SHKOLLARËVE TË EKZAMINUAR 1957-58 SIMBAS MOSHES NË %

Pasqyra Nr. 2

M o s h a	Numri i vë- rejtjeve	% mbi numrin e përgjithë- shëm të vrejtjeve
7 vjeç	386	6.98%
8	901	16.30%
9	855	15.40%
10	762	13.78%
11	662	11.97%
12	613	11.09%
13	580	10.40%
14	481	8.70%
15	311	5.70%
16	70	1.20%
17	6	0.1%

Nga pasqyra Nr. 1, shihet njëkohësisht se shumica e shkollarëve të ekzaminuar ose 3,448 (62,30%) mësojnë në turnin e paradrekës dhe vëtëm rrëth 1/3, apo 2097 (37,70%) nxënës mësojnë në turnin e pasdrekkës.

Po nga kjo pasqyrë mund të vihet re, se nxënesit e moshave 8,9 dhe 10 vjeç, që kemi ekzaminuar n'e, mësojnë në shumicën e tyre n'e turmin e pas-drekës, ndërsa nxënësit e moshave 7, 11 vjeç e lart mësojnë në shumicën e tyre n'e turmin e paradrekës. Duhet theksuar, se moshat 14, 15, 16 vjeç e kanë të parëndësishëm numrin e nxënësve, që mësojnë në turnin e pasdrekkës.

Në bazë të profesionit të prindërve, nga gjithë të ekzaminuarit, 3,609 ose 65,29%, ishin fëmijë të prindërve me profesion punëtor, 1,689 ose 30,5% nëpunësa, 100 ose 1,5% privatë dhe 129 ose 2,3% të tjera.

Nga shikimi i të dhënavave mbi profesionin e prindërve të fëmijeve të ekzaminuar në pasqyrë rezulton, se kontigjenti i nxënësve me profesiion të prindërve nëpunës, është më i vogël se ai i nxënësve me profesion të prindërve punëtore për të gjitha moshat pa përfashim. Gjithashtu shihet, se ka një pakicë krejt të parëndësishme të nxënësve me profesione të tjera të prindërve në total dhe në qdo moshë veganërisht. (3, 5, 7).

Përpunimi i materialit u-bë me anën e statistikës së variacionit. Siç dihet, për vlerësimin e zhvillimit fizik ekziston metoda mëkanike e gabuar, që edhe sot akoma përdoret në klinikë — metoda e indekseve (1, 5).

E meta kryesore e indekseve qëndron në faktin, se këta përfaqësojnë vetëm lidhje të shenjave të vëgantë të zhvillimit fizik midis tyre, çkëputur nga vëgoritë e moshës dhe të seksit. Për këtë arësy, ne përdorëm metodën e përpunimit të standardeve. Pas mbledhjes së materialit dhe përpunimit të tij, e kalkulua mesatarja arithmetike e ponderuar për çdo grüp moshe e sekzi veganërisht. Më qëllim që të gjëndet shkalla e saktesisë së mesatares, e cila varet nga numri i vërejtjeve dhe nga ndryshueshmëria e radhës, ne kalkulam gabimin mesatar kuadratik (deviacioni sigmal). Dihet, se sa më e ndryshueshme të jetë radha e variacionit nga mesatarja, aq më pak përfaqësonjëse është mesatarja arithmetike dhe anasjelltas; deviacioni sigmal (σ) shpesht në shifra absolute madhësinë e ndryshueshme të radhës.

Në se lëkundjet do të jenë prej -1 sigma deri në -2 sigma, atëherë këto janë madhësi nën mesataren dhe nën -2 sigma janë madhësi të ulëta. Madhësitë që lëkunden brënda amplitudës -1 sigma deri $+1$ sigma janë madhësi mesatare. Kur lëkundjet shtrihen prej $+1$ sigma deri në $+2$ sigma, janë madhësi mbi mesataren; mbi $+2$ sigma konsiderohen madhësi të larta. Sikurse trezon V.V. Bunak, duhet rënvizuar se deviacioni sigmal varet nga madhësia absolute e shenjës në përgjithësi; me fjalë të tjera, në radhët e gjatësë së trupit, sigma zakonisht është më e madhe, se sa në radhët e peshës apo të cirkonfencës toracike. Në fëmijët, ku gjatësia e trupit është më e vogël, se sa tek të riturit, sigma, rregullist, është më e vogël (5).

Për të përjashtuar influencën e madhësise absolute të shenjës, sigmën ne e shprehim në përgjindje ndaj mesatares arithmetike dhe nxjerrim kështu koeficientin e variacionit (v), që përtregon një numër, i cili na jep mundësinë të krahasojmë përhapjen e radhëve që dallohen nga madhësia e tyre aësolute.

Përvog koeficientit të variacionit, ne kemi kalkuluar edhe gabimin mesatar të mesatares arithmetike $m(M)$; ky nuk është gabimi i vrojtimit, por një masë me sinqjifikacion përfaqësonjës ose një masë e saktësisë së një parametri të dhënë (5).

Ne kalkuluar mesataren arithmetike të grupeve të moshave dhe selseve të shkollarëve të qytetit Tiranës prej 7 — 15 vjeç për gjatësinë e trupit, peshën, cirkonferencën thoracike, kapacitetin vital të muskulare shkërive, forcën muskulare të dorës së gjathtë dhe forcën muskulare të shpinës. Të dhënat mbi kapacitetin vital të mushkërive, dinamometrinë e muskulaturës së shpinës metrinë e dorës së gjathtë, dinamometrinë e muskulaturës së shpinës dhe ekstremiteteve inferiore janë botuar në revistën Shëndetësia Popullore Nr. 1 — 1959.

Në pasqyrën Nr. 3 dhe 4 pasi janë respektuar kërkesat për të cilat flasin V.V. Bunauk (5), L.A. Sirkin (6), D.I. Aron dhe të tjere (3, 5, 6, 9) jepen standartet e mesatareve arithmetike të grupeve të moshave dhe të sekshit të shkollarëve të Tiranës për gjatësinë, peshën dhe cirkonferencën e toraksit, së bashku me deviacionin sigmal, gabimin mesatar të mesatares arithmetike dhe koeficientin e variacionit. Veç këtyre, për peshën dhe cirkonferencën thoracike, paragjeten koeficienti i koreacionit me gabimin probabël të tij si dhe koeficienti i regresionit së bashkun me sigmën e vegantë të radhës regressive.

Metoda e vlerësimit të zhvillimit fizik me anën e deviacioneve sigmale të shenjave të ndryshme, me gjithë anët pozitive, ka edhe dezavantazhet e saj, që kanë të bëjnë, kryesisht, me faktin, se në këtë rast mesatarja apo karakteristika e zhvillimit fizik të individëve të vegantë jepet duke nxjerë në mënyrë të shkëputur shenjat e veganta të zhvillimit fizik të shumë individëve, pa marrë parasysh specifikkimin e lidhjeve dhe proporcioneve, lëkundjeve të shenjave të veganta midis tyre në kompleks për çdo individ të vegantë me përgjithësinim e tyre të mënyrës së tij.

Vlerësimi i zhvillimit fizik, pasi të përpunojen standartet dhe të eshtë e saktë, vetëm atëhere kur lëkundja e gjatësisë së trupit shtrihet brënda ± 1 sigma; në madhësi ± 1 sigma dhe nën -1 sigma, kjo metodë nuk jep saktësi të vlerësimit (1, 3, 4).

Eshtë për këtë qëllim, që ne kalkuluan koeficientin e koreacionit dhe të regresionit të peshës dhe të cirkonferencës thoracike ndaj gjatësë së trupit.

Gjatësia e trupit konsiderohet si shenjë kryesore e zhvillimit fizik, e cilë eshtë vendimtare në konstrukcionin fizik të organizmit të individualëve të vegantë, ajo karakterizohet me një stabilitet relativist me pakë se shenjat e tjera. Prandaj, gjatë nxjerries së lidhjeve korelativë ajo konsiderohet si themelore (1, 4).

Koeficienti i koreacionit jep vetëm një ide të madhësisë së raporteve midis lëkundjeve të dy shenjave (p.sh. peshen me gjatësinë), ndërsa koeficienti i regresionit tregon ekzakt, se sa lëkundet pesha dhe cirkonferanca toracike, kur gjatësia e trupit lëkundet në 1 cm. (1, 4, 5). Në bazë të pasqyrës Nr. 3 koeficienti i koreacionit të peshës me gjatësinë në një gjemtë eshtë i harrë për moshat 7, 8, 9, 10, 13, 15 vjeç dhe i ndjishëm për moshat 11, 12 dhe 14 vjeç. Përsë i përket cirkonferencës

STANDARTET E ZHVILLIMIT FIZIK TË SHKOLLARËVE TË Q. TIRANËS

(Simbas materialeve të eksaminitive të vjetëve 1957-1958)

Pasqyra Nr. 3

D J E M T È

Shenja	Mosha	N	M \pm m	$\pm \sigma$	V	r $\pm \sigma_r$	R $\pm \sigma_R$
Gjatësia e trupit							
7	195	116,96	\pm 0,35	\pm 5,01	4,2		
8	441	119,38	\pm 0,24	\pm 5,06	4,2		
9	409	123,66	\pm 0,28	\pm 5,75	4,6		
10	345	127,45	\pm 0,31	\pm 5,91	4,7		
11	355	133,11	\pm 0,33	\pm 6,05	4,5		
12	277	137,16	\pm 0,41	\pm 6,09	5		
13	297	141,36	\pm 0,37	\pm 6,41	4,5		
14	241	147,49	\pm 0,59	\pm 8,77	5,8		
15	156	150,4	\pm 0,60	\pm 7,60	5		
Pesha e trupit							
7	195	20,85	\pm 0,15	\pm 2,24	10,6	0,794	\pm 0,01
8	441	21,82	\pm 0,12	\pm 2,52	11,4	0,695	\pm 0,01
9	409	23,9	\pm 0,15	\pm 3,1	12,9	0,77	\pm 0,01
10	345	25,42	\pm 0,15	\pm 2,9	11,3	0,81	\pm 0,02
11	355	28,6	\pm 0,23	\pm 4,3	15	0,57	\pm 0,02
12	277	30,52	\pm 0,27	\pm 4,6	15	0,68	\pm 0,02
13	33,07	\pm 0,27	\pm 3,75	\pm 4,5	0,78	\pm 0,01	\pm 1,984

Shenja	Mosha	N.	M ± n	± σ	V	r ± σr	R ± σR
Cirkonferenca e Toraksit							
	14	241	37,49	± 0,44	18,2	0,6664	0,556 ± 5,93
	15	156	40,52	± 0,48	14,8	0,778	0,624 ± 3,78
	7	195	56,0	± 0,20	2,90	0,106	0,288 ± 2,64
	8	441	57,0	± 0,11	2,41	0,489	0,002 ± 2,1
	9	409	38,0	± 0,33	3,78	0,51	0,002 ± 3,27
	10	345	60,0	± 0,17	2,65	0,5	0,004 ± 2,3
	11	386	61,1	± 0,2	3,7	0,46	0,002 ± 3,29
	12	277	63,36	± 0,19	5,9	0,53	0,002 ± 2,67
	13	297	65,64	± 0,20	3,35	0,739	0,01 ± 2,24
	14	241	67,77	± 0,26	4,15	0,603	0,473 ± 3,32
	15	156	69,4	± 0,22	3,92	5,6	0,621 ± 0,03
						0,316	± 3,1

Shenja	Mosha	N	$M \pm m$	$\pm \sigma$	V	$r \pm \sigma_r$	$R \pm \sigma_R$
Cirkonferencia e							
Toraksit							
	7	191	54,96	$\pm 0,18$	2,5	0,408	$\pm 0,04$
	8	460	55,62	$\pm 0,12$	2,16	0,442	$\pm 0,02$
	9	446	57,2	$\pm 0,15$	3,20	0,479	$\pm 0,02$
	10	316	59,02	$\pm 0,18$	3,1	0,52	$\pm 0,02$
	11	307	59,89	$\pm 0,22$	3,98	0,523	$\pm 0,02$
	12	336	62,24	$\pm 0,24$	4,4	0,51	$\pm 0,02$
	13	283	65,46	$\pm 0,26$	4,49	0,564	$\pm 0,02$
	14	240	68,47	$\pm 0,27$	4,87	0,259	$\pm 0,04$
	15	155	69,32	$\pm 0,34$	4,2	0,447	$\pm 0,04$

toracike tek djemtë koeficienti i koreacionit i lartë vijet re vetëm në 13 vjeç, i ndjishëm për moshat 9, 10, 12, 14 dhe 15 vjeç dhe i mjaftueshëm për moshat 7 dhe 8 vjeç. Nga sa duket, tek djemtë shkalla e proporcionalitetit të lartë, paracitet me një stabilitet relativist të mirë në koreacionin midis peshës dhe gjatësisë, ndërsa në cirkonferencën toracike ky stabilitet proporcionalisht është më i ulët.

Në bazë të pasqyrës Nr. 4 koeficienti i koreacionit të peshës me gjatësinë është i lartë vetëm në moshën 10, 11, 13 vjeç, i ndjeshëm në moshat 9 dhe 15 vjeç, i mjaftueshëm në moshat 7, 8, 12, 14 vjeç.

Përsa i përket koeficientit të koreacionit të cirkonferencës toracike me gjatësinë e trupit, tek vajzat ky është i ndjishëm në 10, 11, 12, 13 vjeç, i mjaftueshëm në 7, 8, 9, 15 vjeç, i ulët në 14 vjeç dhe në asnjë moshë nuk ka koreacion të lartë. Këto të dhëna flasin në përgjithësi për një proporcionalitet të ulët të cirkonferencës toracike në gjatësinë tek vajzat, se sa për peshën me gjatësinë; proporcionaliteti i cirkonferencës toracike me gjatësinë është më i ulët në moshten 14 vjeç. Përveg këtyre, relativisht me koeficientin e koreacionit tek rëvë të moshës e cirk. toracike tek djemtë, koeficienti i koreacionit tek vajzat flet për një proporcionalitet më të vogël të këtyre dy shenave në krahasim me gjatësinë.

Koeficienti i regresionit vlen për të ndërtuar pasqyrat e vlerësimit individual të zhvillimit fizik në kompleksin dhe koreacionin reciprok të shenjave kryesore. Plikërisht përkëtë, ne e përdorëm atë për të ndërtuar pasqyrat e vlerësimit individual të zhvillimit fizik të shkollës së moshës 7-15 vjeç të qytetit Tiranës.

Nga të gjitha këto, është evident avantazhi i vlerësimit të zhvillimit fizik simbas pasqyrave të vlerësimit individual me anën e shkallëve të regresionit, në krahasim me pasqyrat (standartet) e ndërtuara në bazë të deviacioneve sigmale (2, 5).

Pasqyrat për vlerësimin individual të zhvillimit fizik kanë një rëndësi të veçantë praktike për pediatritë dhe mjekët shkollorë.

Vlerësimi i zhvillimit fizik të nxënësve, simbas shkallës së regresionit kryhet me anën e sigmës së veçantë (σ_R) — deviacioni mesatar kuadratik të regresionit. Sigma e vegantë tregon shkallën e ndryshme shumërisë së madhësisë së radhës së regresioneve nga mesatarja arithmetike dhe është kriteri i vlerësimit të ndryshimit të treguesave të peshës së madhësisë së të njëjtit individ.

Vlerësimi i zhvillimit fizik të çdo nxënësi veganësht kryhet me anën e krahasimit të madhësive të gjatësisë, peshës, cirkonferencës toracike, të fituara nga matjet antropometrike me madhësitë e paratitura në pasqyrat (2, 4, 5).

Në pasqyrën, që i përgjigjet sekshit dhe moshës me nxënësit që e kërkohet madhësia e gjatësisë e afërmë me gjatësinë e nxënësit që e kërkohet madhësia e gjatësisë e afërmë me gjatësinë e peshës dhe të cirkonferencës së toracike, që duhet ti korespondojnë mesatarisht gjatësisë konferencës toracike, që dhënat t'i korespondojnë mesatarisht gjatësisë së dhëne. Pastaj gjendet diferenca midis të dhënavë të pasqyrës dhe atyre të fituara nga matja. Në këtë rast, mund të ketë përpunje të plotë të të dhënavë ose lëkundje të ndryshme nga të dhënat e pasqyrës. Nëse ka përpunje, atëherë përcaktohet me një herë grupi i zhvillimit fizik (i ulët, nën mesatoren, mesatar, mbi mesatoren, i lartë), pa

bëre diferencën. Por në qoftë se nuk ka koincidim, atëherë veprohet sipas shembullimit që vijon: nxënësi 10 vjeç (djalë) me gjatësi 131,5 cm, peshë 31 kg, cirkonferencia toracike 63 cm. Në pasqyrën vlerësonjëse (22) përcaktojne se nxënësi 10 vjeç (djalë) me gjatësi 131,5 em. duhet të ketë peshë 27 kg, dhe cirkonferencë toracike 60,8 cm. Nga gjatësia nxënësi në fjalë parashitet me madhësi mesatare. Për treguesit e tjerë (peshën dhe cirkonferencën toracike), duhet bëre diferenca e pasqyrës (27 kg, peshë 27 kg, dhe cirkonferencë toracike). Në këtë mënyrë, diferenca do të jetë 31 kg — 27 kgr. = +4 pér peshën dhe 63 cm. — 6,80 = +2,2 cm. (cirkonferencia toracike). Deviacioni mesatar kundrastik i radhës së regresionit pér këtë seks e moshë është $\pm 1,7$ pér peshën dhe $\pm 2,3$ pér cirkonferencën toracike. Si pasojë, diferenca e peshës faktike (+ 4 kg) është e përfshirë në mbi $+ 2\sigma$ (R) dim.th. në madhësinë «e lartë» ndërsa diferenca e cirkonferencës toracike (+ 2,2) përfshihet në madhësi prej $+ 1\sigma$ (R) deri në $- 1\sigma$ (R) dim.th. në madhësinë mesatare. Në përfundim, nxënësi në fjalë ka gjatësinë dbe cirkonferencën toracike brenda madhësive mesatare, ndërsa peshën të lartë.

Dihet, se në jetë mund të ndeshen variantet apo kombinimet më të ndryshme të treguesave themelorë të zhvillimit fizik, dim.th. të gjatësisë, peshës dhe cirkonferencës së toraksit (3, 5). Mund të ketë, p.sh. njerez me shtat shumë të gjatë, me peshë shumë të madhe dhe me toraks shumë të gjërë (proporcionalist, të zhvilluar) ose njërsë shtat lartë me nutricion normal dhe gjoks të gjerë etj, etj. Sejila prej këtyre vëgorive karakteristike të zhvillimit fizik duhet të gjejë vëndin e saj në vlerësimin e tërësisë së zhvillimit fizik dhe, prandaj, duhet të jepet një vlerësim i tillë, që të reflektojë vëgoritë e 3 treguesave themelorë dhe ndryshimet në marrëdhëni e tyre reciproke dhe vëgas. Për këtë, nëpërmjet të pasqyrës së vlerësimit individual ne kryejmë vlerësimin e gjatësisë së trupit (p.sh. i lartë, mbi mesataren, mesatar, nën mesaten ose i ulët) (5) dbe pastaj vlerësojmë peshën dhe cirkonferencën toracike, me qëllim që të përcaktohet konstruktioni fizik i individit. Kjo illoj karakteristike e konstruktionsit të trupit (dim.th. karakteristika vlerësonjëse komplekse e peshës dhe cirkonferencës toracike) nuk ka të bëjë aspak me kuptimin mbi tipat e konstitucionit morfolgjik, që siç dihet, është piknija e konceptioneve pseudosohençore, metafizike rnantropologji. Duke u ristur nga pikëpamjet e sotme mbi tërësinë e organizmit dhe mbi rendësinë e treguesave të vëçantë të zhvillimit fizik, pér të gjykuar mbi dinamikën e zhvillimit fizik dhe posaçërisht mbi proporcionalitetin e këtij zhvillimi, duhet të përdoret një grupim, klasifikim racional (2, 5). Në këtë drejtim është pér tu shënuar punimi i G.M. Naïmark (10) mbi «spektrin e rrjetes», një illoj pasqyre, në të cilën koreacionet e peshës, gjatësisë në çdo moshë dhe seks, shënonhen me zona të ngjyrosura me ngjyra të ndryshme (variantet e rrjetes) dbe punimi i VI. Kapalini et al. (8) mbi metodikën e vlerësimit krahasonjës të zhvillimit fizik në kolektivat e vëçantë, që merr pér bazë gjatësinë pér çdo moshë dhe rruajtjen e proportioneve, të ndara në 5 grupe të mëdha.

A. I. Pahomicev (25), në bazë të kriterit të kombinacioneve të gjatësisë dhe konstrukcionit të trupit, jep skemën e tij të vlerësimit të zhvillimit fizik, që është e ndarë në 6 grupe. Simbas A.I. Pahomicev

vit, në skemën e tij mund të përfshilen 99% të të gjithë të ekzaminuarve; mirëpo, në bazë të të dhënave tona rezultoton, se nga kjo skemë mund të përfshihen vjetëm 94,6% të të gjithë të ekzaminuarve prej nesh (bile në raste të pjesëshme edhe më pak), duke mbetur jashtë saj 5,4% të tyre.

Me qëllim që të ndërtojmë një skemë racionale të vlerësimit krahonjës të zhvillimit fizik individual në kolektiva të ndryshme, ne i ndamë të gjitha vërejtjet tona në pasqyrë, që përfshin 125 profile, teorikisht të mundëshme (me anën e pasqyrave të vlerësimit në bazë të sigmës së vegantë të koeficientit të regresionit). Si rezultat, u vu re se në 24 prej varianteve të këtyre profileve të zhvillimit fizik të nxënesve nuk u vërtetua asnjë rast. Në këtë mënyrë materjalit i yne, në fakt, përfshin vlerësimt 101 nga të 125 variantet e mundëshme. Mirëpo, nga një analizë më e hollë e shpërndarjes së këtyre varianteve të profileve, rrjedh, se ndër të 101 variantet e porsapërmëndura, 14 prej tyre kanë sejcilë 1–5 raste, duke përfshire gjithësej vlerësimt 39 raste, ose më ekzakt, jo më shumë se sa (0,72%) të gjitha vrojtimeve tona. Me fjalë të tjera, praktikisht çështja qëndron në nevojën e klasifikimit (grupimit) të 87 varianteve, që mbeten, të cilat përbajnë në materialin tonë shumicën dërmorjëse të rasteve (99,28%).

Në përfundim mund të thuhet, se nga të gjitha skemat dhe metodat që ekzistojnë për vlerësimin e zhvillimit fizik të individuve në kolektiva të vegaanta, më i drejti është kriteri i ndekur nga A.I. Pahomiqev (5). Por, me gjithë këtë skema e tij nuk është privuar nga të metat. Së pari, aty nuk janë përfshirë të gjitha variantet praktikisht të mundëshme, në kohë që kryetit Tiranës (sikurse fregojnë materialet tona); së dyti, (ajo që është më e rëndësishme) profilet e zhvillimit fizik, me grupimin e të cilave ndërtuan skemën e tij vlerësonjëse, A.I. Pahomiqev, i nxjerrë në bazë të deviacioneve sigmale të gjatësisë, pështës dhe cirkonferencës toracike, dhe jo në bazë të shkallëve të regresionit, që, pa dyshim, prish unitetin që marrëdhëniet reciproke midis shenjave kryesore të zhvillimit fizik të individit dhe i ul, kështu, skemës, vlerë e saktaqësë së mundëshme të saj.

Në këtë mënyrë, dulek u bazuar kryesishët në kriterin e kombinimit të konstruktionsit të trupit (nutricionit dhe zhvillimit të krahorit), me gjatësinë ne raporte të caktuara dhe në rezultatet e analizës së materialev tona, me qëllim që të evitojen të metat metodike të mësiperme, dulek modifikuar skemën e Pahomiqevit (5), propozojmë skemën tonë të vlerësimit të zhvillimit fizik, e cila, së pari, ndërtohet në bazë të shkallëve të regresionit të shenjave të vegaanta kryesore dhe jo në bazë të deviacioneve sigmale të tyre, së dyti, përfshin 99% të varianteve të profileve të zhvillimit fizik, që praktikisht vihen në në nxënësit e moshës 7–15 vjeç të qytetit Tiranës dhe, së treti, eviton grupimin e përshtatshëm të varianteve të veganta të profileve të ndryshëm. Skema e Pahomiqevit e modifikuar prej nesh përfshin jo 6 (sikurse Pahomiqevi), por 7 grupe të ndarë në nëngrupe dhe variante në mënyrën që vijnë:

Skema e karakteristikës së zhvillimit fizik

I. Grupi i I-vë. Gjatësi e trupit mbi mesaten dhe e lartë me konstruktioni normal dhe të mirë.

1. Nëngrupi i parë. Konstruksion i mirë me gjatësi të lartë dhe mbi mesataren.

a) Varianti i parë: Profillet me gjatësi të lartë (mbi 2 sigma) dhe me peshë dhe cirkonferencë toracike të lartë dhe mbi mesataren.

b) Varianti i dytë: Profillet me gjatësi mbi mesataren (prej 1 deri 2 sigma mbi mesataren) dhe me peshë ose cirkonferencë mesatare, mbi mesataren dhe të lartë.

2. Nëngrupi i dytë. Konstruksion normal (me peshë dhe cirkonferencë toracike brenda madhësive mesatare).

a) Varianti i parë: Me gjatësi të lartë në prani të konstruksionit normal.

b) Varianti i dytë: Me gjatësi mbi mesataren në prani të konstruksionit normal.

II. Grupi i II-të. Profillet me gjatësi trupi mesatare dhe nën mesatare dhe konstruksion të mirë dhe normal.

1. Nëngrupi i parë. Konstruksioni i trupit i mirë (profile me peshë dhe cirkonferencë toracike mbi mesataren dhe të lartë) gjatësi të trupit mesatare.

2. Nëngrupi i dytë. Konstruksion normal (profile me peshë dhe cirkonferencë në madhësitë mesatare). me gjatësi në madhësi mesatare.

3. Nëngrupi i tretë. Gjatësi nën mesatare në prani të dy variantave të konstruksionit të trupit.

a. Varianti i parë: me konstruksion të mirë (peshë dhe cirkonferencë toracike mbi mesataren dhe të larta).

b) Varianti i dytë: me konstruksion normal (peshë dhe cirkonferencë toracike mesatare).

III. Grupi i III-të. Profillet me gjatësi të trupit të lartë, mbi me-sataren dhe mesatare në prani të konstruksionit nën mesataren.

1. Nëngrupi i parë. Profillet me konstruksion nën mesataren dhe shtat të lartë (2 variante).

a) Varianti i parë: me kryesishë gjoks të ngushtë (profiller me cirkonferencen toracike nën mesataren, me gjatësi të lartë dhe me peshë mesatare, mbi mesataren ose të lartë).

b) Varianti i dytë: me kryesishë rënje të nutricionit (profiller me peshë nën mesataren me gjatësi të lartë dhe cirkonferencë toracike mesatare, mbi mesataren ose të lartë).

2. Nëngrupi i dytë. Profillet me konstruksion nën mesataren dhe shtat mbi mesataren (2 variante).

a) Varianti i parë: me kryesishë gjoks të ngushtë (gjatësi mbi mesataren dhe peshë mesatare, mbi mesataren dhe të lartë në prani të cirkonferencës toracike nën mesataren).

b) Varianti i dytë: profillet me kryesishë rënje të nutricionit (gjatësi mbi mesataren dhe cirkonferencë toracike mesatare, mbi mesataren dhe të lartë me peshë nën mesataren).

3. Nëngrupi i III-të. Profillet me konstruksion nën mesataren dhe me shtat mesatar (2 variante).

a) Varianti i parë: me kryesishë gjoks të ngushtë (profiller me gjatësi mesatare, me cirkonferencë toracike nën mesataren dhe peshë mesatare, mbi mesataren e të lartë).

b) Varianti i dytë: me kryesishë rënje të nutricionit (profiller me

gjatësi mesatare, me peshën nën mesataren, e cirkonferencë toraci-ke mesatare, mbi mesataren dhe të lartë).

IV. Grupi i IV-të. Profilet me gjatësi mesatare, mbi mesataren e të lartë, në prani të konstruksionit të keq, tesi

a) **Nëngrupi i parë:** Konstruksion i keq, në disproporcion me gjatësinë e trupit (3 variante).

b) **Varianti i dytë:** konstruksion i keq me gjatësi të lartë (gjatësta e lartë me peshën dhe cirkonferencen toracike të ulët).

c) **Varianti i tretë:** konstruksion i keq me gjatësi mbi mesataren (gjatësia mbi mesataren me peshën dhe cirkonferencen toracike të ulët).

2. Nëngrupi i dytë: Konstruksion disproporcionalisht i keq (me kryesish gjoks të ngushtë) me gjatësi mesatare, mbi mesataren dhe të harte (3 variante).

a) **Varianti i parë:** konstruksion i keq me kryesish gjoks të ngush-të dhe gjatësi të lartë (gjatësi e lartë peshë nën mesataren dhe cirkon-ferecë toracike e ulët).

b) **Varianti i tretë:** konstruksion i keq, me kryesish gjoks të ngush-të dhe gjatësi mbi mesataren (gjatësi mbi mesatare, peshë nën mesa-taren dhe cirkonferencë toracike të ulët).

c) **Varianti i tretë:** konstruksion i keq me kryesish gjoks të ngush-të dhe gjatësi mesatare (gjatësi mesatare, peshë nën mesataren dhe cirkonferencë toracike të ulët).

3. Nëngrupi i tretë. Konstruksion disproporcionalisht i keq (me kryesish rënie të nutricionit) me gjatësi të lartë, mbi mesataren dhe mesatare (3 variante).

a) **Varianti i parë:** konstruksion i keq me kryesish rënie të nutri-cionit dhe gjatësi të lartë (gjatësi të lartë, peshë të ulët, cirkonferencë toracike mbi mesataren).

b) **Varianti i dytë:** konstruksion i keq me kryesish rënie të nutri-cionit dhe gjatësi mbi mesataren (gjatësi mbi mesataren, peshë e ulët, cirkonferencë toracike nën mesataren).

c) **Varianti i tretë:** konstruksion i keq me kryesish rënie të nutri-cionit dhe gjatësi mesatare (gjatësi mesatare, peshë të ulët, cirkonferen-cë toracike nën mesataren).

V. Grupi i V-të. Frenim i përgjithshëm i zhvillimit fizik.

1. **Nëngrupi i parë.** Frenim i përgjithshëm i zhvillimit fizik (gjatësi nën mesataren, peshë nën mesataren, cirkonferencë toracike nën mesataren).

2. **Nëngrupi i dytë:** Frenim i gjatësisë me thëksim të ngushtësisë së torakicit (gjatësi nën mesataren, peshë nën mesataren, cirkonferencë toracike e ulët).

3. **Nëngrupi i tretë:** Frenim i gjatësisë me rënie të thëksuar të nutricionit (gjatësi nën mesatare, peshë të ulët, cirkonferencë toracike nën mesataren).

VI. Grupi i VI-të. Gjatësi nën mesatare e cirkonferencë toracike të peshës dhe cirkonferencë toracike.

1. **Nëngrupi i parë.** Frenim i gjatësisë me konstruksion dispropor-

cionalist, të keq (kjyesish rënje e nutricionit (gjatësi nën mesaten, peshi, e ulët, cirkonferanca mesatare, mbi mesataren, e lartë).

2. **Nëngrupi i dytë**. Fëmim i gjatësise me konstruktion disproporcional (gjatësi mbi mesatare, peshe mesatare që nën mesatare, cirkonferanca toracike mbi mesataren, mesatare, nen mesataren, të ulët).

3. **Nëngrupi i tretë**. Konstruktion disproporcionalist i keq me gjatësi mesatare (2 variante).

a) **Varianti i parë**: me rënje të theksuar të nutricionit (gjatësi mesatare, peshe e ulët, cirkonferanca toracike e lartë, mbi mesataren dhe mesatare).

b) **Varianti i dytë**: me gjoks të ngushjtë (gjatësi mesatare, cirkonferanca toracike e ulët, peshe e lartë, mbi mesataren dbe mesatare, cirkonferanca toracike mesatare dbe nën mesataren).

2. **Nëngrupi i dytë**. Prapambetje e zhvillimit fizik me ruajtjen e proporcionale të keq në pranim të një gjatësie të ulët (gjatësi e ulët, peshe e ulët dbe nën mesatare, cirkonferanca toracike e ulët dbe nën mesatare).

3. **Nëngrupi i tretë**. Prapambetje e theksuar e zhvillimit fizik (gjatësi e ulët, peshe e ulët, cirkonferanca toracike e ulët).

4. **Nëngrupi i katërt**. Prapambetje e gjatësise së trupit më disproporcion me konstruktionin (2 variante).

a) **Varianti i parë**: Prapambetje e gjatësise me konstruktion fizik të mirë (gjatësi e ulët, peshe mbi mesataren dbe e lartë, cirkonferanca toracike mbi mesataren dbe e lartë).

b) **Varianti i dytë**. Prapambetje e gjatësise me konstruktion fizik normal (gjatësi e ulët, peshe mesatare dbe mbi mesataren, cirkonferanca toracike mesatare dbe mbi mesataren).

Skema e spër paraqitur është përdorur prej nesh për vlerësimin individual dhe për grupimin e profileve të zhvillimit fizik të nxënësve të shkollave të qytetit Tiranës të moshës 7-15 vjeç inkluziv. Nga ky grupim rezulton se nxenësit e ekzaminuar përfshihen me skenën tonë si më poshtë vijon:

Në grupin e parë 11,6%

- » » » e dytë 63,1% prej të cilëve 44,9% të nëngrupit të dytë,
- » » » e tretë 14,5%
- » » » e katërt 1,8%

Prapambetje e peshtë 0,9% është përcaktuar nga 100% e nxënësve të shkollave të qytetit Tiranës që kanë gjatësi e gjatësive 5,8%.

Në këtë mësaurë shifrat se 2/3 (66,7%) e nxënësve të gjithë numrit të nxënësve të ekzaminuar karakterizohen me brengesa mbi mesatare, mbi mesatare që të lartë të gjatësise e konstruktionit

të trupit. Me përqindje shumë të vogël karakterizohen grupet IV, V, VI, VII, të cilat përfshijnë profile me treguesa jo të mire të shënja të zhvillimit fizik. Ndërsa një përqindje relativisht më e madhe vitet re në grupin e tretë, i cili përfshin profile me konstruktion të trupit nën mesataren dhe me gjatësi të trupit mesatare, mbi mesataren dhe të lartë.

Konkluzione

1. Përpunimi i standarteve të zhvillimit fizik të nxënësve të qytetit Tiranës në vjetet 1957, 1958 ka rëndësi jo vetëm për karakteristikën e gjendjes së shëndetit të popullsisë të qytetit, por edhe si një pikenisje për ekzaminime të mëtejshme të dinamikës së zhvillimit fizik të gjeneratës në rritje.

2. Për vlerësimin e zhvillimit fizik metodë e indekseve është e gabuar, ndërsa metoda e deviacioneve Sigmale është e papërsosur. Mëtoda më e mirë është ajo e vlerësimit simbas shkallëve të regresionit, me anën e të cilave zhvillimi fizik i individëve të vëçantë vlerësohet në kompleksin e shenjave kryesore.

3. Pasqyrat e vlerësimit individual të zhvillimit fizik të fëmijëve të të përpunuara prej nesh për çdo grup të moshës dhe të sekshit, mund të përdoren në praktikë prej hygjenistave dhe pediatërve të qyteteve të Tiranës, Durrësit, Elbasanit dhe Vlorës.

4. Për vlerësimin krahasojës të gjendjes së zhvillimit fizik të kollektiva të vëçanta, në kushtet e qytetit të Tiranës, ne propozojmë modelifikimin e skemës së përpunuar prej A.I. Panomiqevit në bazë të kriterit të kombinimeve të ndryshme të konstruktionsit dhe gjatësisë së trupit, të nxerra me anën e pasqyrave vlerësonjëse. Profilet, simbas kësaj skeme, ndahen në 7 grupe.

5. Grupimi i profileve të zhvillimit fizik të nxënësve të shkollave të qytetit Tiranës të ekzaminuar gjatë vjetëve 1957-58 flet për një nivel të zhvillimit fizik mesatar, mbi mesataren dhe të lartë për shumicën e madhe të nxënësve, rastet me devijime negative janë relativisht të pakta.

(Paraqitur në redaksi më 15-11-961)

LITERATURA

1. — BUNAK V. V. «Antropometrija» M. 1941.
2. — BUNAK V.V. «Teoritëske voprosi ugenjia o fiziçeskom razviti i evotipah u čeloveka »Učenie zapiski M.G.U.T. 34, 1940.
3. — KURKIN P. I. Statistika fizičeskovo razvitiia rabecevo naselenija Moskvi i gubernij 1889-1923. Voprosi Truda M. 1925.
4. — PAHOMIČEV A. I. Nekotorye principialnie polozhenia o metodike ocenki fiziceskovo razvitiia detei i podrostkov. Tezisi dokl. 2-oj resp. naucn. konf. po vopr. gig. detei i podrostkov M. 1957.
5. — PAHOMIČEV A. I. Metodika ocenki fizičeskovo razvitiia podrostkov. Medgiz, 1957.
6. — SIRKIN L.A. Standarti i svigji fiziceskom razvitiu sel'shih shkolnikov Moskovskoj oblasti. Sovjetskaja Pediatrija. 7, 1936.

7. - ANTHONI R. Anthropologie — Hygiene individuelle, Paris, 1930.
8. - KAPALIN VI., PROKOPOE M., PROSEH V. Metodika slodovani rustu skolni mladeze — Českoslov. Ped. 5-6, faqe 420-430, 1957.
9. - KOTULLAN J., KUBIK J. Prispevek L. hodnocem vlivu prezin na telesy vejvoj skolnich deti. Českoslov. Hyg. 1957, 11-16, f. 337-344.
10. — NAIMARK G.M. The growth spectrum: a simplified chart for assessment of growth. J. Pediatris, 1957, 30, f. 586-590.
11. — VENDIMI J. K.Q. tě P.P.SH. Mbi përmirësimin e punës në shkollë. Gazeta «Zeri i Popullit» dt. 15.VIII/1958.

STANDARDS, INDIVIDUAL EVALUATION TABLES AND SCHEMES OF THE CHARACTERISTICS OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF SCHOOL CHILDREN IN TIRANA.

(Summary)

On basis of the examination of 5527 school children of Tirana, of the age from 7 to 15 years, in the years 1957 and 1958, the author proposes standards for the evaluation stature, body weight and chest circumference, as well as tables for the evaluation of the individual physical development. Taking into account the various combination of the stature and structure of the body, as seen in the tables of regression, that include more than 99% of the profiles encountered in the city of Tirana, and leaving aside the unsuitable grouping of different variants of profiles after modifying the scheme of A. Pahomiehev, the author proposes his own scheme of characterisation of the physical development, which divides the various profiles in 7 groups, 21 sub-groups and 25 variants.

By far the greatest part of the examined school children were found of medium, over medium and high development levels. The cases with negative deviations were relatively rare.

MBI MASAZHIN E ZEMRËS

Prof. P. CANI, B. ELIZI

ARTIKULIMI DHE KATEKESA E KIRURGIJSE HOSPITALITARE «DR. F. SHIROKA»

Për reanimacion flitet kur me veprimet tona rikthehen në norme, brenda afatit limit prej pesë minutash, dy funksionet jetësore të pushuara: fyrmenarja dhe rrahjet e zemrës.

Gjetja e menjrave të reanimacionit ka qenë dhe mbetet detyrë kryesore e injeksionit. Ndërsa për fyrmenarjen kjo detyrrë zfidhet duke siguruar mekanikisht një ventilacion të mustkërive. Për të vënë në revizje zemrën e pushuar janë përdorur një seri substancash farmakodinamike dhe procedura elektrike. Megjithatë injeti më efikas mbetet i ashtuqashturi masazhi i zemrës. Ky term, jo fortë i drejtë, është pozuar të zëverdësoshet me emrin me të përshtatshme «sistole manuale», «pompim kardiak», «kompresion kardiak intermitent», por përshtatshëm shkak i së populartitetit të tij të madh vazhdon të përdoret në literaturë athe më jetë.

Njerëzit e ringjallur me anë të masazhit të zemrës arrinjë sot në botë me qindra. Ne do të paraqesim rastet tona të pakta, në të cilat kemi qenë dëshmitarë vizualë të rifillimit të të rrahuarave normale të zemrës pas masazhit të saj, gjë që pa dyshim është një nga sadisfak-sionet me të mëdha në jetën e një mijeku.

Rasti Nr. 1. I sëmuri R.P., vjeç 25, shتروhet në spital me diagnostiken **Abscessus pulmoni chronicus dex.** Ezaminimi klinik, rentgenologjik dhe elektrokardiograma nuk venë në dukje ndryshime patologjike në sistemin kardiovaskular. Me këtë diagnozë operohet (Prof. P. Cani) me 20-3-1956 me anestesi lokale infiltrative blokadë vagosintetike dex dhe blokadë paravertebrale me sol. 0,25% novokainë gjithësejt rreth 500 cc. Torakotomi anteriore me rezeksion parcial të brinjës së katërt dhe pretrje të kartilagëve interkostale të II-III-IV.

Hapet kaviti torakal dhe konstatohen aderenca të shumta të trasha të lobit superior të sklerotizuar, me paretin, mediastinim dhe perikardin. Bëhet anestesi i zonave shokogene dhe shkëputen njëra pas tjeterës aderencat. Gjendja e të sëmurit keqësoshet, presioni arterial bie 90/50 mm. Hg, ndërsa sasia e gjakut të humbur shtohet vazhdimisht. Respiracioni me zhurmë sekrecionesh vështirësoshet dhe i sëmuri paracetamoli cianozë. Me pushime periodike arrinjet izolimi i elementeve të hilisit dhe fillohet ligatura e tyre. Në këtë moment tensioni arterial nuk përcaktohet, pupillat zgjerohen dhe nuk reagonin në drithë, kurse zemra mbas disa fibracionesh të çrrëgullta pushon plotësisht. Menjëherë fillohet masazhi i zemrës me dorën e djathë, pa hapur

perikardin. Në të mjetën kote vazhdon transfuzioni i gjakut. Masazhi vazhdon treth pëse minuta kur rëfillojne kontraksionet ritmike të zemrës, ndjehet pulsi periferik dhe puplat ngushtohen dhe reagojnë në dritë. Presioni i gjakut ngritet dhe në këtë gjendje perfundohet operacioni. Lobectomy superior dextra.

Dekurzi imediat postoperator pa komplikacione. Mbas pëse vjetesh parqitet e shëndoshe me afesi të plotë për punë.

Jemi të mendimit se ndalimi i zemrës në rastin e Komentim. mesipërre ka ardhur si rezultat i traumes operatore: humbles së madhe të gjakut gjatë shkëputjes së aderençave dhe reflekseve të fushimeve nga zonat shokogene, që ruk dominohen me anestezji lokale. Këqesimi i respirationit të anoksiat konsekutive ka që bëhet pa dyshim një roli të rëndësishëm në ndarimin e zemrës.

Fillimi i shpejtë i masazhit të zemrës, favorizuar nga konstabilitati i shpejtë i ndalimit, pa u zhvilluar ndryshime irreversible në tru, bëri që zemra të rifitojë afresinë e mëparëshme për tu kontraktuar rimi-right.

Jemi të sëmuji G.J. U., vjeç 35, shtrohet me klinike me diagnostikë diovaskulare preoperatorre pa devijime nga norma.

Operacioni i kryhet nga prof. P. Cani me datë 17-2-1961. Mbas rjë premedikacioni me midazolamazin, luminal, antihistaminë dhe morfinë atropine. Intubacioni me pentotal i natrii i gr. ekuvalent 2 cc. Gjatë ndakozes mori 20 cc. eter, 2 cc laudossin, dñe oksigen.

Torakotomi laterale e plotë qjatitash Lobi i spërm i sklerotizuar dhe i adheruar shumë me parëjan, dñe mediastinum. Shqypja, mijëra pastjetris, aderencat dhe izolohet hilisi i lobit. Me aparatun UKL-60 qepet hilisi dhe rezekohet lobi. Në këtë moment fillojnë hemorragji venozë abondante, nga dëmtimi i vena azygos të ingluar në adenocita. Gjithë brigada prrokupohet për këtë për treth 3-4 minuta, përdobëta të zhvilluar dhe kapur burimin e hemoragjisë. Nderkad gjendja e të sëmuirit "këdësohet" anestezisti i injition "puls" nduk preket në arteria eurotis, pupilat e glera anreactive, ndërsa zemra ka disa flortacione të dobëta të arsimive: dñe rëshiti e mbushur me gjakut za Hæmer menjëherë përfekte dje fillohet masazhi i zemrës. Mbas dy tretëshypjesh ndjehet pulsi në a carotis. Mbas tre minutash masazhisti ndjen në dore fillimin e kontraksioneve automatike të zemrës. Ndjehet pulsi në arterien radiale, por puplat vazkolejë të mbeten të zgjeruara dhe aktive. Rrahjet zemra i dobëshen gjithashtu dhen transformohen në fibrillacione. Fibrillimet masazhi i zemrës dje pas 4-5 shypjesh rifinë fibrillacione. Fibrillimet masazhi i zemrës dje pas 4-5 minuta rifinë fibrillacione.

Gjatë gjithë kësaj perioðe i sëmuji mori 1.000 cc. gjak me presion, noradrenalinë 10 emgjoku, guabainit 0.00025, calcium chlorat 10% 10cc, adrenalinë ne ventrikulat. Puplat vazhdojnë të mbeten të gjera, dje rruksh me reagonjë. Kontraksionet e zemrës perseri dobësohen dje pas pëse minujash transformohen në fibrillacione të dobëta. Rithimi i masazhit të zemrës për të tretën herë për 45 minuta tregtë shifre infikas.

Në autopsi (P. Bitri) u konstatuan përvog shenjave të theksuara të anemisë akute dhe hematoma subepikardiale të vogla.

K o m e n t i m. Humbja e menjëherësme e një sasie të konsideruese, nuk vërtetohet nga të dhënët e autopsisë. Fillimi i masazhit relativistë vone tregon se me gjithë riktimin e kontrakSIONeve automatike të zemrës ringjallja nuk bëhet, për shkak të ndryshimeve irreverzible në sistemin nervor central dhe në organet e tjera, gjë që demonstrohet në rastin tonë me areaktivitetin pupilar dhe shuarjen graduale të kontrakSIONeve automatike që fillon pas masazhit.

Nga ana tjeter ky rast flet për efikacitetin e madh të masazhit të zemrës si rjet reanimator duke rikthyer kontrakSIONET automatike të zemrës edhe në sfondin e ndryshimeve të rënda irreverzibile në sistemin nervor central dhe organet e tjera.

Rasti Nr. 3. I sëmuri M.M., vjeç 42, shtrohet në klinikë me diagnozin e abscessus chronicus pulmoni sin et emphyema

rëndësishme në sistemin kardiovaskular para operacionit.

Operohet nga prof. P. Cani me 20-5-1961. Torakotomi laterale sin. Aderanca të shumta kartilaginoze dhe kavite reziduale emphyematoze. Pulmoni isklerotik dhe i kolabuar. Me mundim të madh dhe humbie të konsiderueshme gjakut shqyhen aderencat dhe bëhet pleuro-pulmonektomia sin. Gjendja e të sëmurit këqësitet, presioni arterial maksimal ulet nën 75 mm. Hg. Mbylljet me shpejtësi kaviteti torakal dbe në të njëjtën kohë jepen sasi të mëdha gjaku me presion (1500 cc), dextran 1000 cc, noradrenalinë 10 ampula, ouabainë 0,00025. Mbasi mbylljet kaviteti torakal, pulsi mezi ndjehet në a. carotis. Nga dreni rrjedh për dy minuta rrëth 900 cc. gjak. Pulsi zhduket në a. carotis dbe a. femoralis, me auskulacion nuk ndjehen të rrakurat e zemrës. Pas një minuti nga konstatimi fillon masazhi i zemrës nëpërmjet parëtit torakal mbi processus xphoideus me komprimime ritmike mbi toraksin e relaksuar. Mbës disa komprimimesh ndjehet pulsi në a. carotis dbe më vonë rre a. radialis. Masazhi underpritet dhe duke shtuar ritmin e perfuzioneve tensioni arterial ngrihet. Dekursi postoperator pa komplikacione. Del në gjendje të mirë.

K o m e n t i m. Ndalimi i zemrës nuk len dyshim për shkak të simptomatologjisë karakteristike. Edhe në këtë rast konsekuenca në radhë të parë e hemoragjisë gjatë dhe pas operacionit. Masazhi i jashtëm i zemrës i kombinuar me ventilacion pozitiv u gjykua si më i artësyeshëm në rastin e dhënë, për shkak të shpejtësisë dhe karakterit jo traumatik, jo hemorrhagic të këty manipulacioni. Transfuzionet energjikë zëvendësonjëse kanë luajtur një rol shumë të madh, ndersa masazhi i zemrës, sipas mëndimit tonë, ka qene një stimul shumë i madh i rifillimit të veprimitarës së zemrës.

I sëmuri M.B., vjet 5, shtrohet me diagnozën: *Enchonococcus pulmoni dëx. pernagna*, me spostim të ksilion total të parenkimës pulmonare djalas.

Rasti Nr. 4. *Chinococcus pulmoni dëx. pernagna*, me spostim të ksilisuar të mediasmit, zemrës, trakesë dhe redu-

ktive total të parenkimës pulmonare djalas. Operohet nga prof. P. Cami me 23-10-1961. Thorakopomi laterale dextura. Hapet pleura dhe punktohet cysta gjigande që ka transformuar gjithë parenhimën pulmonare në kapsule fibrose. Zbraza e shpejja e likuidit shkakton gjendosje të dëkshme të mediastinit dhe zemrës, kjo e fundit pushon në mënyrë të menjëherëshe në sytë tonë. Këngurullot filion menjëherë masazhun e zemrës; ajo filion të kontraktohen pas dy tri shtypjesh të lehta. Vazhdohet operacioni edhe pesë minuta, dhe zemra ndalon pësseri. Masazhi rikthet, edhe një herë kontaksionet automatiqe të zemrës. Me penë që gjendja nuk e lejon perfundohet operacioni me një skinokokoroni dhe pericystektomi parçiale pa bërë pulmonektominë që ishte më e indikuar.

Fëmija po kalon një periudhë postoperatorore të qetë. Vihet të vërtëm mingesa e reekspsansionit pulmonar. Zemra nuk ka rikthyer, edhe përfundon diastnit. Rifiillimi i kompracioneve menjëherë pas komprimimit është lehta, të para. Nët përsensibilitetin e madh të zemrës së fëmijve.

Rasti Nr. 5. E sëmura Xh. R., vjet 34, me rë dhëna kardiovaskularë 1961 me diagnozin: T. B. C. fibrocaverosa lobin e Nelson—Fowler sin me disseminatio bronchogena në gjithë lobin e poshtëm.

Me narkozë intratrakeale etier 25 cc me oksigjen dhe laudolissin 2 cc, operacioni mbahet me një gjendje të kënaqësime të të sëmures. Gjatë operacionit u dha 600 gr. gjak zoogrup dhe 500 cc dexturan. E së-mura filloj të marrë fryne 25 minuta para perfundimit të operacionit. Gjatë transportimit të saj nga sala e operacionit në pavion, ajo merrte frymë lindit, me ekspiracion pak të zgatur dhe rënkin të lehtë, puplat normalë, reagojne në drithë.

Mësai vendoset në krevat matet presioni intrapleural, i cili rezulton negativ (15) dhe gjatë instalimit të oksigjenit varet te që e sëmura ka frymëzuarje supraduale dhe ka clarozë të lehtë të buze. Dissa sekonda mbas ketij konstatimi e sëmura bëhet krejt blu, ndërsa puplat ekstremisht të gjerauara, areaktive, puls i arteria carotis nuk këtë moment nuk palpohet.

Deflektohet menjëherë koka duke gjendosur jasbekun nën shpatulla dhe fillohet masazhi i zemrës, duke komprimuar me forcë mbi processus xiphoides për dy minuta pa ndryshime të dëkshme të gjendjes se të sëmura—gjatë makazhit ndjehet zhurma e arit që eksiprohet nga goja. Ne çole vendoset oksigen. Mjekët e tjerë që vijnë në këtë moment konstatojne që ne një kohë me kompresionet sternale ndjehet puls i në arterien radiale me mbushtë të kënaqësime. Kur nuk komprimohen sternumi, puls nuk ndiehet. Pas një minute rifillon aktiviteti automistik i zemrës. Filion gjithashu respiracioni, në fillim pak superficiak

istaj i thelle. Fillohet transfuzioni i sjakut dhe injektohen 1 cc eutinë forte. Pusni benet i plotë. T.A. 10/50 mm. Hg, cianoza zhduket; idërsa pupilat vazhdojnë të gjata dhe areaktive edhe për 3 minuta, të era, pastaj ngshtohen gradualisht, reagojnë paralelisht me zgjimin plotë të të sëmurej.

Periudha postoperatorore pa komplikacione.

Medalimi i zemrës në këtë rast mendojmë se kohët e posicioni i bieletkuar i kokës dbe oksigjenimi bënë të mundur që masazhi i jashtrim i zemrës të sigurojë edhe një ventilaçion limit i rruashkërive, gjë për të cilën flet zhurma eksperatore e ajrit gjatë komprimimeve ritmike në sternum. Thyerja e një brinje gjatë masazhit e ka bërë këtë të fundit edhe më efektiv, gjë që dëshmon het edhe nga çfarqia e pulsit në një arterie të vogël periferike, sic është a. radialis ne menyre sinkronike me komprimimet prekordiale. Ruajtja e këtij sincronizmi edhe i tre minuta, pas fillimit të masazhit, tregon se automatizimi i zemrës është rikthyer pas këtij afati. Mojtaja e pupilave të gjera dbe aktiviteti edhe pas trihillimit të aktivitetit të zemrës, tregon se truri shpeshti sa jetë e të sëmurit, ashtu siç uftodhi më rastin e dhënë.

Prezencia e mjekut në periudhën immediate postoperatorore kushton shpeshti sa jetë e të sëmurit, ashtu siç uftodhi më rastin e dhënë.

DISKUTIM

Paradigmja e pesë rasteve të masazhit të zemrës në salën e operacionit, tpe prej kësajkëve me zemrë të zbuluar i natyrish, flet për tentativat e para të perdonimit me sukses dbe kontrollimit vizual për operator të rezultatit të kësaj metode shume shume efikase të rikthimit të veprimit tanës normale të zemrës. Kjo nuk don të thotë që një gjë e tillë nuk është bërë tek, ne nga mjekët dbe kirurgët që janë gjendur në situata tilla, ne rrugë suodharrgmalë ose nëpër paratin tonakal.

Qellimi ynë është që të shprehim edhe një herë bindjen që kemi fituar për eifikacitën e madh të masazhit të zemrës dhe të kontrobojmë, sadë pak ne lufien kundër skepticitmit që vlerë re shpesh para rasteve të tilla. Qendrimi inaktiv para një të sëmuri me ndalim të zemrës, më tavolin, e sotëm të rukekësë është i palejuarshëm, një gjë e rëshqitje don të thotë sëpas shprengjes figurative të Hosler *«te koçish arkivon»*, ne nga i cili i sëmuri mund të delte.

Në të katër rastet tona masazhi i zemrës është kryer në salën e operacionit, ku ekziston oportuniteti më i madh për diagnozan e herës sëmë dbe lumenin e menjehershëm, të masazhit. Por shumë autore sot, p.sh. Stephenson raporton 209 raste nga 1710 të sëmure në ndalim zemrë, më të cilat është bërë masazhi i hapët i zemrës jashtë salles së zemrës.

Nuk do të jetë përsëri e panëvojshme përmendja e disa problemeve pranë që riiken ne literaturë përsë i përkthit masazhit të zemrës.

Diagnostikai i kërkohet që shpejtësi e vepërve
ve ja të vendimtarë. Mungesa e pulsit në zonë artrit
është më e lartë (a. *erosis totumus*, a. *senioritis*) dhe
nëse ka rast që është më e lartë, përmes shenja
bimësese.

Vetëm 3-4 gurët i përbën injektorin e dilaracioner dhe jë, të vendosë, të sigurojë mjetet e nevojshme përmes metodikës së shumtëve qëndruese si shpat, masazhit, filimin e pasazhit, ky afati janë qendruar në shumë skeptikët, përfundimisht të nipi këshin e rrektut dhe i shtrypnë skeptikët, përmes reanimatorët kapës, të zëllshëm ne terakomoni. «Bëhet e keq se nuk ka një teknika e siguri që mund t'i përdorëm», tha Dantec, në këta situata bëjnë injekcionin tradicional.

Lejshammar Beck et al., se pese zemra amoksikse nuk do te ikuqet. Nuk te ikuqet shiu hi aspergillus dpe defiari lakkosit. As nuk do ti puder, nepusit siu al, pa Moksiqjenuar me ane. Ie nasazhi te zemres (Rosler). Ta skjet lo bejnë tonakotoni te panevojeshe dje ja rezultat tek te sepiur qe ka ndaur zemra gara pecc minnha qe de Jane ne giende pergunale tie kanoerit. Ose se punde jive kardiovaskular kronic qie aktus. "Nuk ka jaceye qe te metten masa herouke reanimacion tek nia, securite de nuk mund te jeole ne teper hec shlak ste ne se punde fara, dje ne rast se frabet e zemres". Hjelpen inga nasazhi (Stanley et al., Angl chik D). Ja disa indikacione per masazin te hapet te zemres jaqse falle se operacioni, sifas ketyre autoreyfer.

ngangaa mbirozimi ose helmimi.
2) Ndalimi i zemrës si rezultat i obturimit të rrugëve respiratore
në të sëmarrët e porsakthyer nga operacioni.

3) Ndalimi i papritur i zemres ne nje pacient, da se reverzibile.

rës rga masazhi i hapët i saj që nga rupturat fatale deri në laceracionet e vogla, hematomat dhe trombet intramurale.

Shenjat e efektivitetit të masazhit janë shfaqja e pulsit në arterën e mëdha dhe rigushtimi i pupillave në rast se nuk kanë ndodhur jetë.

Në rast se kontraksionet e zemrës nuk janë efektive, Stahlgren dhe Anglichnik këshillojnë injektimin e adrenalines së holluar në dy ventrlikulat ose të glukonatit të kalciumit në vene dhe në zemër. Këta autorë kanë arritur të ringjallin 60% të të sëmurrëve me ndalim zemrë në sallën e operacionit dhe 24,5% të sëmurrëve jashtë sallës së operacionit.

Me qenë se masazhi i zemrës së zbuluar ka një seri rreziqesh, konditat sigurohen me shumë vështirësi dhe frika e torakotomisë së pa bazuar e bëjnë në shumicën e rasteve të pa realizueshme brenda afatit të duhur. Për këtë arësyё shumë autorë (Kouwentroën etj; Safar etj.) pëskrahn kohët e fundit të ashtuquajturin masazh të mbyllur të zemrës neparmjet parët toracik të pa hapur. Zemra që gjëndet midis kotonës vertebrrale dhe sternumit, gjatë komprimimit të fortë të këtij të fundit, në subjekte me toraks të relaksuar, hedh në aortë një sasi mjaftuarëshme gjaku sa të shkaktojë puls në arteriet e mëdha.

I sëmuri shturihet mundësia me një terren të fortë dhe operatori i parë më gju ose me dy duar bënë komprimime të forta mbi processus xiphoideus, ndërsa operatori i dytë në mënyrë harmonike me të parin bënë ventillacionin e muskëve (me intubacion dhe apartat, gojë me gojë ose gojë me hundë) një herë mbas katër komprimimesh të zemrës. Safar, Brown, Holteyn, Wilder, kanë ringjallur me sukses me këtë metodë 50 të sëmurrë.

Kjo metodë e thjeshtë hap perspektiva të reja për reanimacionin, sepse nuk është traumatike, nuk kërkon asnjë pajim, aplikohet nga kushdo dhe kudo.

CARDIAC MASSAGE

(Summary)

The authors describes 5 cases, on which massage of the paralysed heart was effective; in all the cases the heart regained its automatism and 4 of them were saved definitely.

The massage of the heart over the thoracic wall (closed chest cardiac massage) has proved to be as effective as the massage of the uncovered heart, that is why the method is highly recommended for the cases, when thoracotomy is not practicable.

After that the authors point out the importance of an adequate ventilation, of exact indication and appropriate methods.

BIAFEZAT HEMORAGJIE DUE MJEDE

卷之三

ALERO VESHTI **Klinika e Propedeutikës** **S.S. Shkodra**

卷之三

卷之三

Diatetazat hemoragijske përfshirje nje grup sëmundjesh qe simptomi daliues i tyre eshtë hemoragja, d.m.th. tendencë kongenitale ose e fituar e organizmit nga hemoragijske pësëritira, të cilat mund të jenë të përkohësme apo të vazdueshme, qe manifestohen vvetëtutëse nen influencën e trauamave të parëndësishme. Faktoret nga të cilat mund të merret hemoragja mund t'i ndalme ne dy grupe kryesore:

B) Nga faktore, qe influenciojne sueski, iuq, a) Nga faktore, qe influencojne direkti ne veture, e gjaruf, b) Nga faktore, qe influencojne direkti ne mitten, e permeabilitecoj, c) Faktori vazoj, i, qili manifestohet ne mitten, e permeabilitecoj.

kapilara de ne kalmın me lehtesi per diapedesin fe eritrociteye si
the me uljen e rezistencës së mureve të kapilarave përkundrejt trau-

b) Faktoret e gjakut që kanë të bëne me ndryshime të vërtive biologjike të gjakut, të piazmës, të trombociteve, të tifat, të qytit, në qëllim të proceseve fiziologjike si: janë koha e hemoragjisë, koha e koagulumit të gjakut, koha e retraksionit, të folit të trombociteve nën hemostazën dhe shumë faktore të tjera neuro-humorale.

Simbas rastevë që kemi patur nën kontroll, ne e kemi perqen doruar studimin tonë kryesishit në sindromin trombocitopenik, duke përshtatë këtu format e tjave e kronike idiotipike, ku shikaktari mbetet i panjohur, sekondare apo symptomatike kur merrnen nga agjentë kimikë, fitozika, bimboje e shfazore; duke perfshire këtu që dha trombocitopenitë të imunogjene se cilat zënë një kapitull të vegantë ne sëmundjen e dialezave hemoragjike.

Këtu poshtë po paraqesim vjetem shumë raste nganjëunike te nje
llë që janë shfuar në spitalin tonë për periudhen 1968-69, të cilat janë
në mjakta me dëtalakorten (predinizon). Prej tyre kater raste janë
me Morbus Weilhof, formë akute e kroske idiotipike që tjerë
më sindromit Werlhof, osa të ashtuquajtura tromboctopeni simptomati-
tike. Të gjitha rastet janë të sësht fëmijë. Persa i parkeit qafqjes së
sëmundjes në katër raste ajo fillon qytë më moshe (të vogel) ndërsa në
tre të tjerajet e apo fillon nga 10-15 ditë deri në 1-2 muaj dhe këtu për-
fshiten më beper të ashtuquajturat format symptomatike apo sekondare.
Të cilat shkaktohen si pasojë e infeksioni apo ngjarjeje fiz-
zikë, kimikë, bimore etj. Pikenisht këtu hyjnë që format e trombo-
cytopenive janë paqejse, të cilat veprojnë shumë mirë ndaj terapiës hor-
monale.

Manifestimet kryesore klinike për të gjithë të sëmurët që keni patur nën kurë kanë qënë hemoragjë, të cilat në më të shumtën e rasteve janë spontane, rrallë të provokuara, shumë të ndryshme dhe nën formë njollash kryesisht petekiale, më rrallë ekimotike, të shoqëruara dhe me epistaksis (tre raste), apo gjingjivoragji (dy raste), prej të cilave njera mund të konsiderohet si simptom i kryesor i sëmundjes dhe në dy raste të tjera simptomi kryesor qenë metroragjë e shumë, të cilat shpesh herë janë të vazhdueshme, rezikojnë jetën e të sëmurtit dhe vazhdojnë ditë e javë të tjerë pastaj largohen gradualisht deri sa zhduken fare. I tillë ka qënë rasti i një të sëmure për të cilën u ndërmuar splenektomia.

Lidhur me kuadrin hematologjik, numri i globulave të kuge në rradhë të parë mvarat nga ritmi, vazhdueshmëria e gravitetit i hemoragjeve dhe më këto raste anemia nuk është vetëm post-hemoragjike, por dhe hemolitike e kryesisht në trombocitopenitë imunogjene.

Tek pacientët tonë, numri i eritrociteve në hyrje paraqitej si më pçshtë: Në dy raste ato kaprin shifren, nga 2.500.000 — 2.700.000 me hemoglobinë 30–40%, në dy të tjere 3.000.000 — 3.100.000 me hemoglobinë 40–50% dhe në rastet e tjere nga 3.700.000 — 3.800.000 dhe me hemoglobinë 60–65%.

Ndërsa numri i leukociteve në hyrje paraqitej në dy raste nga 4.100 — 4.500; në dy raste të tjere nga 5.200 në 5.300 dhe në dy të tjere nga 6.500 — 7.600. Formula leukocitare për të gjitha rastet paraqitej normale.

Gjithashtu vrehet një rritje progressive e globulave të kuge e të bardha të gjakut dhe kjo për arsyet të veprimit të mirë të korkoste-roideve ndaj të ashtuquajturit faktor vazal, i cili klinikisht manifestohet me ndërprerjen e fenomeneve hemoragjike dhe në uljen e fragilitetit të kapilarëve, si dhe të efektit stimulonjës të aparatit hemopoëтик nga këta preparate hormonale.

Eritrosedimentacioni i gjakut paraqitej normal, me përfjashtim të një rasti kur ky ishte i rritur dhe ne këtë e shpjeguan me fokuset dentare, pse mbas ekstrakcionit të dhembive, ai u normalizua. Resistanca globulare, më katër raste si para e mbas mjekimit, ishte normal, ndërsa në dy raste të tjere devijonte pak nga e djathita indoshta për arsyet të hemolizës së eritrociteve. Po ashtu dhe provat funksionale të hepatit ishin negative me përfjashtim të timolit, i cili në të gjitha rastet paraqitej i komprometuar. Numri i retikulociteve ishte i rojtur dhe vetera në dy raste që i shfuar, por pa krizë retikulocitare.

Në të gjithë të sëmurët u gjend trombocitopeni e theksuar dhe numri i tyre oshilonte nga të rralla në preparat deri në 10.000 — 25.000 për 1 mm³, vetëm në një rast nuk u gjetën të tillë në gjakun periferik. Pothuajse në të gjitha rastet ato paraqisin alternacione morfollojike, predominant megalotrombocitët.

Koha e hemoragjisë pa përfjashtim ishte e rritur dhe në më të shumtën e rasteve mbi 25 minuta; ajo e koagulimit ruhej në kufitë e normës (4'-6'). Brënda normës ruhej dhe përqindja e protrombinës më gjak. Simptomi endotelial e sidomos ai i përkimit gjithashtu portiv dhe ky ishte i vetmi simptom që persistonte më gjatë nga të gjithë testet e tjerë të hemostazës.

shpat, ndërsa numri i megakariocitave gjimes të trombocteve që i kulturë kryesisht gjatë recidivave që pukurit ne kese jazë te sëmur-dies, edhe numri i trombocteve në gjakun periferik ujet shumë është ralla në preparat. Nje fenomen i tillë u vrelt dhe grati ciklit menstrual tek nje e sëmure.

Temperatura ka qenë normale dhe vetëm në dy raste ka qenë subfebrile, ndoshta si pasojë e infeksioneve sekondare, ose nga fokuse të ndryshëm të njohur apo të panjohur.

Egzaminimi fizik i të sëmureve në përgjithësi, nuk paragjistet anomali. Përsë i përkoi volumit të lënit, në më të shumën e rasteve ky gjendet brenda kufijve të normes. Me dy raste palpohet lenjesisht dhe kryesisht poli i poshtem i tij. Ne dy raste të tjera hepari prekë 1-2 gashia nën barkun kostal.

Per të gjitha rastet e mëkuara me D. koren, ky i fundit është dhëne me doza të ndryshme, tek dy të sëmire nga 20 mg në ditë, tek një i tretë 40 mg, 2 nga 60 mg, dhe në dy të tjera me nga 80 mg. në ditë. Ndëri intervalë të ndryshme, kemi përdorur dje A.C.T.H., qëndrësht

200-300 unitete lëtë si me qëllim kuronjës ashtu dhe mbrojtës.

Të parët që e vijnë në jetë aplikuan e preparateve kontakso-rende të të sëmuret me purpura trombocitopenike kanë qenë Mayers, Miller, Limans, Bestell; por shpejt u vërtetua se kjo terapi e qila në filianë përdor, që shumë dhe që jepet shpresë të mëdha në injektimin e diakozave hemoragjike, nis vonë u (Pëse nuk që plotësisht efektive - Stefanini, Daneshells, Zarafoneti & bashkëpunëtorët e tyre). Janë çfarë saendime të ndryshme përsa i përkoi influences se kortikos-terapeude. Jidhur me numrin e trombocteve dbe të ndryshimeve të vëçorive të tyre. Toma e autorës të tijës nuk pranojnë asnjëra veprim hormonal ndaj trombocteve, ndërsa të tjerë mbrojnë të zënë, të numrit të këtyre të fundit nën veprinin e preparave të fiale.

Të ndryshme janë mendimet e autorëve dbe përsa i përkoi influences se ketyre hormoneve ndaj fenomeneve të koagulimit të gjakut. Cossif e bëshkëpunëtorët e një pohjë se nuk është artësia koagulimit mbas përdorimit të A.C.T.H.

Pothuase pa përfashtim të gjithë autorët janë të pse mendimi rabi veprimin e mirë të kortikosteroidave në të ashtuquajtun faktor vazal. Klinikisht ky fakt vertobhet me ndërprerjen e fenomeneve hemoragjike dbe në uljen e fragilitetit të kapilarave (Bethard, Beaumont, Caen, Soulier, Lariel) etj.

Lidhur me normalizimin e testeve të sistemit të koagulimit në të sëmure me purpura trombocitopenike, mbasi numri i trombocteve kete arritur normën, gati gjithmonë ndiqet një farë rregulli, në shkallën që vjon: me pare normalizohet koha e rethaksionit, pastaj me radhë koha e koagulimit, koha e hemoragjise, e më në fund konsumi i protrombinës. Nga ndonjëherë testet e tjera mbeten të ndryshuar per një kohë prej dy ose disa javash, megjithëse numri i trombocteve ka arritur normën dbe me këto rastë vetëm splenektomia është ajo që shpejt dbe në të njëjtën kohë normalizon të gjitha testet e slakut (Bernard, Soulier).

Eshëtë përt' tu vënë re fakti se rendësia të madhe kane dha dozat e përdorura gjatë këtyre sëmundjeve obësa më e vogel që t'jetë ajo, aq më i pakët eshtë veprimi i saj dhe e kundertia dozat e fortë dhe ato mësive veprojnë më shpejt dhe më sigurtë e pikërisht erojuioni i purpurave trombocitopenike në influencën e kësypre përaparate eshtë i ndryshëm dhe diçeporët në radhë të parë nga doza e hormonit të aplikuar. Kur ato janë të modernata efekti i tyre përsë i përket hemoragisë eshtë i qartë, ato osë ndërprihet fare, osë paksohen gradualisht dhe pushojnë së qenuri të rrëzëkëshme. Eshëtë përt' tu shënuar se kur ndërprihet preparati hormonal, ato mund të përsëriten dje kjo e bën të domosdoshme rrillimin e tyre përt' dyten herë, kështu psh. në dy nga rastet t'ora u vu re se duke ulur dozen e hormonit tek një i sëmurë dhe duke e ndërprihet atë tek një tjetër hemoragjite ndonse më të parkia u manifestuan përsëri dje përt' evit rrëzikonja jetë e të sëmurit (Bernard).

Lidhur me anomalitë biologjike dje këto mund ti ndajmë në dy kategoritë: a) Koha e hemoragjisë, ajo e koagulimit, rezistenta e kapilareve ne një përqindje të madhe (50-80%) të fasteve kofiqjesh të përsërit; b) Uja e trombociteve, funksioni trombo-plastik i tyre nuk korigohet krejtësisht. Përashtim përfshin rastet akute, të herësh me. Kur dozat jame të fortë efekti i tyre krejt ndryshe ngra ajo të mos denuarat veprone jo vetem mbi hemoragjitet, në përqindjen më të madhe të rasteve por dje në elementet funksionale të hemostazës kryesisht në rritjen e numrit të trombociteve qoftë dje përt' ato faste kronike. Ku numri i tyre nuk e ka falas, asnjëherë shifra mbi 30 000 per 1 mm³, dje që nën influencën e kësaj terapije ato mund të arrinë në shifra më të mëdha.

Koha e mjekimit puk mund të caktohet apriori dje kjo mvaret ne radhë të pare nga rezultati i armitur, nese tolerohet preparati nga ana e të sëmuret si dje nga elektet kolaterale.

Lidhur me numrin e trombociteve ne l-kemi ndarë të sëmuret, në tre grupe; grupi i I-rë, ku numri i trombociteve nga të malla që vreheshin në fillim të sëmundjes nën influencën e kortikosteroidëve rritet gradualisht dhe kuptë shifren 150-200 000; në grupin e II-të përfshihen të semure, ku numri i trombociteve nuk kalonte shifren mbi 40-50 000 trombocite dje grupi i III-të ku numri i trombociteve mbetet ai i fillimit, ndonse më shumë trombocite ndërprithesin njelloj.

Për t'u ilustruar më mirë këtë, këtu poshtë po paraqesim shkurtimisht përbërështësin nga historiku i të sëmureve të mjekuar me delta-korten si dje diagrammat përkatecë përt' tre rastet, të ndara simbas grupave ku në të parin mbas mjekimit numri i trombociteve eshtë i rritur gati në normë, në rastin e dytë numri i trombociteve mesi ka arritur shifren 50 000 dje në rastin e tretë numri i këtyre të fundit ka mbetur gjerai i fillimit.

Pacienteja Xh. St. Vjec 60, shtëpiakë, shtuar në klinikën e pro-

pedeutikës më datë 20.IV.1961 me diagnozë purpura hemoragjike dje

me këto ankesa kryesore: dhimbje koke, marrje mënc, të fikët, do-bësi të përgjithësime, gjingjivoragji e theksuar nga një burim i vetëm dhe dalje në gjithë trupin të disa njollave hemoragjike, pa qenë shokuruar këto me temperaturë, fenomene urtikariale dhe dhimbje artikulacionesh. Sëmundja i filloj në punë e sipër pëmjëherësh e pa ndonjë shkak. Para nje javë pati një gjendje gripale dhe kishte marrë nga goja disa tabletat që s'ja u dinte emrin probabilisht sulfamide.

Nga ekzaminimi objektiv gjenda e përgjithësime e dobët, astenike, lëkuna e mukozat të zbehta. Në pulmon, cor, et abdomen asgjë me rëndësi patologjike. Heparri i prekshëm një gisht, nën harkun kostal, ljeni nuk palpohej. Nëper lëkurë njolla petekiale, më të tralla ekzomike me madhësi e formë të ndryshme.

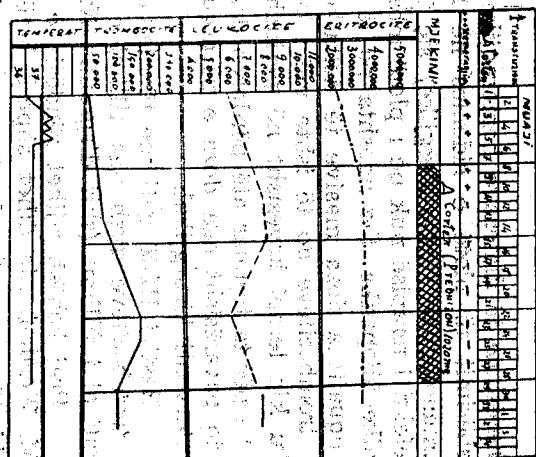
Në fillim e sëmura mjekohet me antibiotikë e hemostatikë më basësaj i u fillua kura me delta-korten 60 mg. ditën. Ajo i u vazhdua për 35 ditë duke ja ulur atë gradualisht deri sa iu ndërpërt fare preparati. Së parit u pas qysh ditët e para fenomenet hemoragjike filluan të paksohen dhe brenda javës ato u zhdukën. Gjithashtu dhe njollat hemoragjike filluan të rezorbohen gradualisht e të mos dalin të tjera. Koha e hemoragiës nga 25^a filloj të bjerë në g[°] e së fundi në 3[°]. Numri i tromboцитëve nga të tralla që vreheshin në fillim në gjakun periferik filluan të rriten dhe gradualisht të arrijnë shifrën 200.000 për 1 mm³. Ndërkag, e sëmura filloj të përmirësohej shpejt që të shfojë në pesë. (stili diagramin Nr. 1).

Rasti II-të: E sëmura K. Xh.

Vjet: 19, shtëpiaku, shtrohet në klinikën e propedeutikës me dëjta 16-1-1961, dhe diagnozë dialetë zë hemoragjike. Ankomet: kryesore qenë; dobësi të përgjithësime, zbe- hje e lëkurës, epistaksis, gjingjivo- pagji, metroragji e theksuar enjolla hemoragjike në lëkurë, kryesisht në artet inferiore. Qysh nga mo- sha 7 vjeç periodikisht ka patur epistaksis, më rrajje gjingjivora- gji jo të theksuar. Me pubertetin këto hemoragi bëhen më të ren- da, dhe më të shpeshta, e sëmura pati çregullime të ciklit mens- triual nën formë metroragjish të mëdha, aq sa detyrohet të shtrohet dy herë në spitalin e Peshk- pisë dhe nje herë në maternitet.

Ku ka qenë mjekuar me hemostati- kë, vitamina e transfuzione gjaku. Ka bërë dy herë abrazio por pa efekt. Në ekzaminimin objektiv vrehej zbehje e mukozave e të lëkurës, subikter të sklerave, në puunon, cor, et abdomen asgjë me rëndësi. Heparri në kufi normal, ljeni palpohet dy gisht nën harkun kostal. Ekmozat të rralla në artet inferiore. Dhe në këtë rast mbas fillimit të delta-korte- rit u vu re se fenomenet hemoragjike filluan të pakësoshezin e gra-

DIAGRAMI Nr. I



dualistički, te značajnošću. Adreza gregulirajuće su regulinje e ciklit menstrualni te koričenje dake i kognitivne hemoragijske te normalizacije, neđeza sumari i tromboflebične. Perspektive ove te može kažati sljedeći raspored 50.000 trombocite per. 1 mm³ (slj. diagram, Nr. 2).

Ergonomics in Design 2000

të ishte se gjata uljes së delta kor-
tikostit me konsistencën e një rre-
fili i hemoragj-
ve në formë epistaks së në të
njejsh kohë ulje e numrit të tro-

heristike të diatezave hemoragjise shëmit, ta përk e sidomos në immunologjike (taksalergjike) sic është efekti i terapisë nuk qe i plotë mbaqnike idiopatike qe ndoshta po të tuqajtura doza masive të delta-kappa kjo terapi kryesish në periudhë dhe për ta frenuar atë përdoren doza ato pavarësisht nga doza e përdorur u intervenci kirurgjike.

Rasti i III-tes gati me tē njejtat ankine e ctrengullime. Kétu numri i trembociteve qysh nga fillimi e deri na fund persistonte dbe mabeti gati ai i fillimit (shif diagramin Nr. 3).

Prej kohësh njihet rëndësia e lënit lidhur me etiopatogjenezën e

shkatérries tē trombociteve, ose ushiron nje aktivitet tē teperiuar inhibitorjēs tē funksionit normal tromboplastik tē medulles. Si rezervuar i antikorperen ka verpin aglutinojēs dhie eventualisht izkorjēs nadaj trombociteve. Lieni ešate nje organ hemopoetik, hemolitik dhie nje te rjejēn lohe regulon funksionin e gjakut. Mekanizmi hypersplenik i sij shkafaron celule gjakut dhie ka verpin citolizonjēs nje rrugā intravaskular me ane tē antikorper, nje ketē rast ajo seketon me shu-

nice antikorpe citolitike, prishme kurjetare e elementeve mediane dhe sinkartiranë. Për tyre para kohës nepromjet prodhimit me shumave të hemoneve splenike.

Ja përsë splenektomia në pumpujt rat tromboцитopenike ze një kapitull me shumë rëndësi por që të kurozëbaet ajo ane sukses, këngët best që të studijohen marrë rastet pse së dihet. Përvog M. Werlhof që dhe shume semundje të tjera gjaku që shoqërohen me hemoragi dhe që gabimisht merren si purpura trombocitopenike tip Werlhof.

Duke u bazuar në të reiat e fundit të shkencës mbi natyrën imuno- logjike të disa formave të M. Werlhof e duke patur gjithëmone parasysh dbe efikacitetin e splenektomisë. Në format imune dha jo imune të M. Werlhof, rëndësi të madhe ka dhe preqatja e këtyre sëmurëve me preparate hormonale si para e mbas dhor me splenektomë, rëndësi të madhe ka dbe aparatit megakariocitar në palcen e kockave e sidomos në format kronike recidivenjësë të M. Werlhof.

Për ta ilustruar më mirë këtë këtu poshtë po paraqesim rastin e një të sëmure me diatezë hemoragjike tek e cila u ndërtuar splenekto- ma.

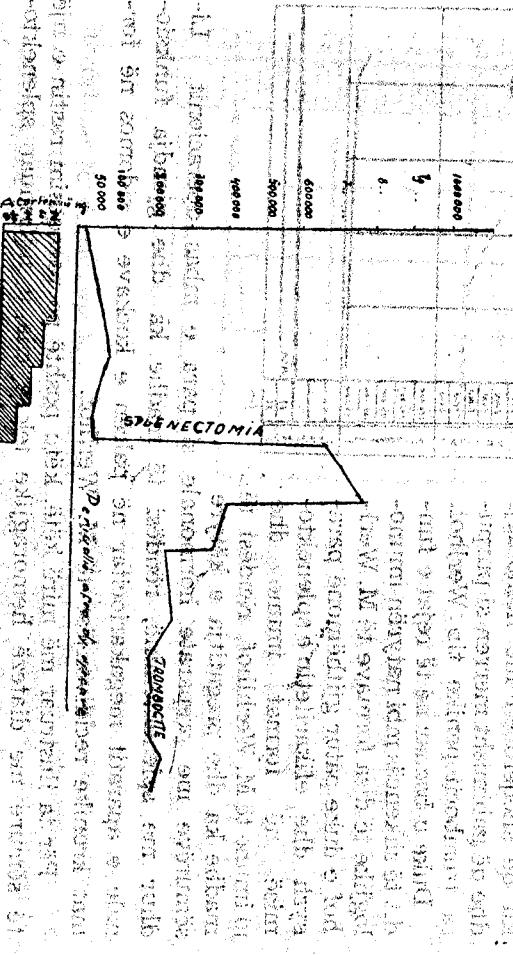
Pacienteja N.B. vjet 10, nxarëse, shtrohet në klinikë me diagno- zë diatezë hemoragjike e me këto ankesa kryesore: dobësi të përgjitheshme trupi, epistaksis, gjengjvoragji, metrorragji e njojta, hemoragjike petekale e më të rralla ekinotikë në mbare trupin.

Para dy vjetësh ka qënë shtuar në klinikën e ottorinos për epi- staksis të theksuar dhe që i zgjati në ditë fresht, ka qënë mjekuar me hemostatikë, penicilinë e kauterizim të mukozës së hundës. Dy muaj para se të hospitalizohet në klinikën tonë, ka qënë shtuar në matematit për menstruacione të shumta të cilat i zgjaten 21 ditë, u rrikthu me hemostatikë e transfuzionë gjaku (\$600cc). Doli e përmirësuar gjithë këtë qëndrimi me rastin e një shtuar që i përfshin qëndrimin e objektiv gjendja e përgjitheshme e dobët, e zbulit, subtilitetë lehtë të sklerave, në pulmonë asnjë patologjike, në zemrë zhurmë sistolike, në abdomen, hepari, nuk palpohet, lani polusi i goshitës prekës nje gjith njen harqum kostal. Njolla petekale dhe

Nekropsinë e objektiv gjendja e përgjitheshme e dobët, e zbulit, subtilitetë lehtë të sklerave, në pulmonë asnjë patologjike, në zemrë zhurmë sistolike, në abdomen, hepari, nuk palpohet, lani polusi i goshitës prekës nje gjith njen harqum kostal. Njolla petekale dhe tifliti ka qënë i mirë, por më vose me uljeve dozues, fenomenet, he-

TEMPERAT	LEUKOCITE	TROMBOCITE
37.5	10000	100000
38.0	10000	100000
38.5	10000	100000
39.0	10000	100000
39.5	10000	100000
40.0	10000	100000
40.5	10000	100000
41.0	10000	100000
41.5	10000	100000
42.0	10000	100000
42.5	10000	100000
43.0	10000	100000
43.5	10000	100000
44.0	10000	100000
44.5	10000	100000
45.0	10000	100000
45.5	10000	100000
46.0	10000	100000
46.5	10000	100000
47.0	10000	100000
47.5	10000	100000
48.0	10000	100000
48.5	10000	100000
49.0	10000	100000
49.5	10000	100000
50.0	10000	100000
50.5	10000	100000
51.0	10000	100000
51.5	10000	100000
52.0	10000	100000
52.5	10000	100000
53.0	10000	100000
53.5	10000	100000
54.0	10000	100000
54.5	10000	100000
55.0	10000	100000
55.5	10000	100000
56.0	10000	100000
56.5	10000	100000
57.0	10000	100000
57.5	10000	100000
58.0	10000	100000
58.5	10000	100000
59.0	10000	100000
59.5	10000	100000
60.0	10000	100000
60.5	10000	100000
61.0	10000	100000
61.5	10000	100000
62.0	10000	100000
62.5	10000	100000
63.0	10000	100000
63.5	10000	100000
64.0	10000	100000
64.5	10000	100000
65.0	10000	100000
65.5	10000	100000
66.0	10000	100000
66.5	10000	100000
67.0	10000	100000
67.5	10000	100000
68.0	10000	100000
68.5	10000	100000
69.0	10000	100000
69.5	10000	100000
70.0	10000	100000
70.5	10000	100000
71.0	10000	100000
71.5	10000	100000
72.0	10000	100000
72.5	10000	100000
73.0	10000	100000
73.5	10000	100000
74.0	10000	100000
74.5	10000	100000
75.0	10000	100000
75.5	10000	100000
76.0	10000	100000
76.5	10000	100000
77.0	10000	100000
77.5	10000	100000
78.0	10000	100000
78.5	10000	100000
79.0	10000	100000
79.5	10000	100000
80.0	10000	100000
80.5	10000	100000
81.0	10000	100000
81.5	10000	100000
82.0	10000	100000
82.5	10000	100000
83.0	10000	100000
83.5	10000	100000
84.0	10000	100000
84.5	10000	100000
85.0	10000	100000
85.5	10000	100000
86.0	10000	100000
86.5	10000	100000
87.0	10000	100000
87.5	10000	100000
88.0	10000	100000
88.5	10000	100000
89.0	10000	100000
89.5	10000	100000
90.0	10000	100000
90.5	10000	100000
91.0	10000	100000
91.5	10000	100000
92.0	10000	100000
92.5	10000	100000
93.0	10000	100000
93.5	10000	100000
94.0	10000	100000
94.5	10000	100000
95.0	10000	100000
95.5	10000	100000
96.0	10000	100000
96.5	10000	100000
97.0	10000	100000
97.5	10000	100000
98.0	10000	100000
98.5	10000	100000
99.0	10000	100000
99.5	10000	100000
100.0	10000	100000

moragjike u manifestuan përsëri, u pakisua ndjesimërit të dñe, numri i trombociteve dhe për këtë u vendos f_1 bëhet splenektomia, të cilën e supor toj mjaft mirë. Trombocitet mbas interventit u rrjedan shume që me kaimin e kohës ato gradualisht u rriten afër normës. Ne kontrollot e bera më vonë mbas 3, 6, 12 dhe 18 muajësh trombocitet qendronin midis shifrave 250.000-200.000. Përsa i përket formës dhe madhësë së tyre kryesisht predominon ato me formë të rregullt e madhësi mesatare, vjeneshin që shumë megalotrombocite. E së-mura mbas operacionit që dëri tani nuk ka patur më fenomene të diatezës hemoragjike, cikli menstrual që përpura interventit ishte i prregullt, tanë është normalizuar kryjetësimit. E sëmura tani ankon vë-tëm për djersë (shif diagramin Nr. 4).



Diagrami Nr. 4

Më konkreish, A.C.T.H. dhe kortizoniket në purpurat thromboticopenuke veprojnë duke rritur humrin e trombociteve, kanë veprim të dukshëm ndaj funksioneve hemostatike, korigojnë gregullimet hemoragjike menjëpëmjet veprimit kapilarotrop dhe qilin fragilitetin e kapilarave si dhe veprim mhibonjës mbi antikorpet aglutinonjëse mbociive.

Të shumta janë akidentet të shkaktuar nga terapia hormonale ke duodenale, të kolonit, të vezikës urinare etj. Për t'u evituar këto, është e nevojashme që në parë se të perdoret preparati të studjohen të sëmurët dhe gjithë ata që në antecedentet jashtë dhëna për fenomenë dispeptike, që janë të predispozuar për ulcera si dhe ata që gjatë mijëkimt nuk e tolerojnë dje çfarë ankesa si djegje të stomakut, dhimbje apo nauza, preparati duhet të zëvendësohet me derivate të tjera të ndërprerë fare ose të mos vazhdohet për nje kohë të gjatë.

Ne te semuret t-one, ne nuk kemi patur komplikacione te renda. Kryesishë eshtë venë re rritja e peshës obezitet me facies lunata (thi perkorticizem) në katër raste dhe kjo sipas shumicës s'atitorëve gjien- det në 50-60% të rasteve. Nga të semuret që kanë këtë gjennetikë, vetëm një çetë e vjetër ka rritje e peshës, por kësia është e rrethuar nga rritja e vrapit.

Dü hækkanë anktuar pér fenomene té lehta disperbiké té tjeré me traillé pér cérale e hé té gjitha rastet pa hér ja shqiptar. Tensioni arterial né tre rasje te shumta té fytyrës apo té imbare trupit. Tensioni arterial né tre rasje u rrjet pak ndërsa né té tjerët ka ratur poshikacione té lehta.

(Paragitar nè "pedakst" mè 25-XI-1961)

THE JOURNAL OF CLIMATE

- 1) ALBEUX D. M. F. FERNET, GELINET M. B. — Semaine des hôpitaux 1960 Nr. 107, f. 340.

2) ALEKSEJEV G. A. — Prob. hematol. i parol. krovi, 1959, Nr. 9.

3) ANDRE M. M.; BERNARD J.; MATHE G. — Presse medicale 1958, Nr. 60; id.

4) ANDRE M. M.; J. BERNARD; G. MATHE — Presse medicale 1958, Nr. 61; id.

5) BARANOVICKI K.; SIGIDIN; LISOCENKO V. I. — Problemi hematologi i perelivania krovi, 1959, Nr. 9, fane 32, f. 13.

6) BAKULEV A. N. — Prob. hematol. i perel. krovi, 1960, Nr. 1, f. 3.

7) BERNARD J. — Presse medicale 1960, Nr. 19, f. 730.

8) BERNARD J.; BESSIS M. — Hematologie clinique 1956, f. 450-484.

9) BERNARD J. — S. des hopitaux 1958, Nr. 50, f. 1783.

10) BUFFA F.; RICCI C. — M. Medica 1959, Nr. 23, f. 914.

11) DOSE ZH. — Problemi hematologi i perelivania krovi 1959, Nr. 3, f. 18.

12) DVOLAICKAJA K. M.; BARISHEVA, BOLOTNIKOVA, F. I.; FAISNSTEIN F. F.; BOGOJAVLENSKAJA M. P. — Prob. hemat. i perel. krovi 1961, Nr. 6, f. 9.

13) EGOROV P. I.; PANCIENKO V. M. — Problemi hematologi i perelivania krovi, 1959, Nr. 3, f. 37.

14) EINAUDI G. — M. Medica, 1957, Nr. 3, f. 177.

15) I. A. KASIRSKI; G. A. ALEKSEJEV — Kliniceskaja hematologie, 1955, f. 287.

16) LORIE J. I. — Problemi hematologi i perelivania krovi, 1959, Nr. 3, f. 10.

17) LORJAN V. — Presse medicale 1958, Nr. 46, f. 1050.

18) MARTIN L.; BOBINI B.; MUSIANI S. — M. Medica vol. 50 Nr. 98, f. 4225.

19) MESSINI M. — Trat. di terapie cliniche vol. 2, f. 189, due vol. III, f. 2333.

20) MENEGAUX J. C. — Presse medicale 1957, Nr. 88, f. 2003.

21) MERMONT A.; FUSCO F. A. — M. medica 1960 Nr. 82, f. 3487.

22) M. A. MAXWELL, M. B. WINTRODE — Ematologia clinica 1960 V. II, f. 1011.

23) POLLI E; ERIDANI S. M. Medica 1969, Nr. 26, f. 932.

24) POPOV N. S. — Problemi hematologi i perelivania krovi, 1959, Nr. 6, f. 26.

25) LORIE J. I.; ORLOVOVA L. D. — Problemi hematologi i perelivania krovi, 1961, Nr. 3, f. 22.

26) RONDLET J. — S. des hopitaux 1959, Nr. 35, f. 1526.

27) UHRY P.; RUIZEND L.; CHATELEIN J. — Semaine des hopitaux 1960, Nr. 37, f. 1354.

28) REVOL. — J. Med. Lyon, 1959, 40, 643.

29) SHERMAN S. I.; BARONOVIC S. I. — Problemi hematologi i perelivania krovi, 1958, Nr. 5, f. 17.

(Summary)

The effect of this treatment for all the cases was good, especially in preventing the hemorrhagic phenomena, shortening the bleeding time and increasing the number of thrombocytes, especially in the cases with acute or early symptomatic forms of immunogenic (toxic-allergic) nature. In the cases with chronic idiopathic thrombocytopenia the number of the thrombocytes in some cases increased slowly and gradually, in some other it did not increase at all.

and gradually, in some others, or the thrombocytes in some cases increased slowly in connection with this, it is important that the larger doses, especially massive doses, act quickly and surely not only on the functional symptoms, but also on the number of thrombocytes even in the chronic cases, when the number of the thrombocytes has fallen under 30,000, and through the influence of the treatment attain almost the normal.

This fact can be well illustrated with a case of ours, in which immediately after splenectomy the hemorrhages stopped altogether, the number of the thrombocytes increased at first quickly, then attained the normal rate, and to-day the patient is altogether well. *More correctly.* A.C.T.H. and then cortisone preparations in thrombocytopenic purpura act by increasing the number of the thrombocytes, have a pronounced haemostatic effect, correct the hemorrhagic troubles, improve the fragility of the capillary vessels and prevent the inhibition of the agglutinating anticorp*s* of the thrombocytes. *More correctly.* The more superior regimens such as the Bleeding Chamber, the

WILMINGTON, DE - JULY 13: A sign for the Wilmington Amtrak station is seen July 13, 2001 in Wilmington, Delaware. The Amtrak station is located in the city's historic district. (Photo by Mark Mainz/Getty Images)

19.0 MILES FROM THE CITY OF NEW YORK. The village of Haverstraw is situated on the west bank of the Hudson River, about one-half mile from its mouth at the New York Harbor. It is a quiet, rural community, with a population of about 1,000. The village is bounded on the north by the Hudson River, and on the south by the New York State Thruway. The village is located in the town of Haverstraw, which is part of the town of West Haverstraw. The town of Haverstraw is located in the county of Rockland, which is part of the state of New York.

Journal to begin. It is now suspended, the financial part of our subscription and
annual dues having been paid up to October 1st, 1863. We will, however, in consequence
of the present state of affairs, be compelled to give up the publication of the Journal, as we
are unable to find any one who will publish it. The subscribers will be fully re-
imbursed for their money, and the amount will be applied to the payment of the
expenses of the printing of the present volume.

Ujë specifikisë është që këto metoda janë më të përshtatshme se teknikat e vjetra. Nëse operacioni është i lartë, rrezikojnë shkaktues që mund të ndodhë. Nëse operacioni është i lartë, rrezikojnë shkaktues që mund të ndodhë. Nëse operacioni është i lartë, rrezikojnë shkaktues që mund të ndodhë. Nëse operacioni është i lartë, rrezikojnë shkaktues që mund të ndodhë.

MBI VERRIMIN E ALFAKIMOTRIPSNES NË EKSTRAKSIONIT

E KATARAKTI

Kand. Shk. Mjek ANDREA ARONI

Klinika Okulare

Eksistojnë dy metoda ekstrakcionit të kataraktit. Në metodam intra-kapsulare kryhet ekstrakcion i trijë më kapsule (in toto), kurse në atë ekstrakapsulare, operatori tani më parë kapsulen dhe pastaj nxjer bën tharmën dhe masat katarktikale. Në këtia e përfshin teknike me te medha, që nuk janë më të përzakështë për syrin, por kur kalon pa komplikacione, jep imprentë të plotë të pamjes. Në metodën e dytë, kapsula e mbetur irizor synin, provokon trije ose iridociklit, dñe transformohet në katarakt sekondar që pëngos pamjen. Ekstrakcionit intrakapsular i kataraktit është sot metoda e preferuar potencialisht kudo. Me masat preventive që merrin, dhe me instrumentat e perfektionuara që janë vënë në përdorim, rezultet e operacionit janë eliminuar të minimizuar. Operacioni i verruanit është konsideruar potencialisht te kataraktit, në qelzi rasti. Mirëpoq në rreth pjesë të operacioneve nuk arrin qellimi.

Alfa-kymotripsyrima, është një ferment i prengtitur nga pamjeasi katashive, me cilësi diburomolitike që protekolitike. Ne vitin 1957 Joaquin Baraquer zhvuli se ky ferment ka verim shkrinë selektiv ne ligamentin Zinni. Lidhet e te ciljt Jane pergesë per ekstrakcionin intrakapsular te kataraktit. Venkuptohen se ky zbulim mund te keqe riedhime të shkëqyeshme në kruqgjin e kataraktit. Pas eksperimentesh ne kafshë që dhe në kufoma, Baraquer i është përfshi këtu ne sy të gjallë më katarakt, me rezultate shumë te mirë. Al konstatoi se alfa-kymotripsyrima është injektuar në camera posterior, shkakton sprikjen e ligamentit Zinni, që lehfason sigurisht ekstrakcionit intrakapsular të kataraktit.

Për adaptimin e mire te pagës operatore Baraquer i rekomandon që incizioni korneal në limb të bëhet te menye që ne Siguroni formini i lambose konjunktivale. Simbas tij solucioni me i favorshëm i alkumotribunes është 1:3000. I mbylltar në camera posterior pas 1-2 minuta shkrin fragmentin Zinni. Menjëherë pas injektimit të solucionit kryhet lavazhimi jashtë i brigjetë te incizionit dhe pas 3 minutash lavazhi i camera anterior me solucion fiziologjik. Injektimi i arrit në camera anterior pas ekstrakcionit, nuk është i këshillueshëm, sepse mund të blokohet pupila ose koloboma operatore e tristit dhe ta çfarët si rrethim glaukomat.

Interesimi i kolesterolitve për këto metoda është shumë i madh. Brenda pak vjetëve është bëtuar një numri i madh pamimesh lidhur me përdorimin e alfa-kymotripsyrit. Krahas optimiste estuziaziste, janë çfaruz që operacione më pak të favorëshme osë negative. Është vënatë që dëshirat e bëhet që operacione të kryera me më shumë e këtij

fermenti, janë çfaqur komplikacione të ndryshme më shumë ose më pak serioze. Për disa autore, avantazhet e kësaj metode peshojnë më shumë se sa komplikacionet. Për disa të tjerë, kjo metodë nuk lehtëson ekstraksionin intrakapsular të kataraktit, kurse nga ana tjeter rrezikzon të shkaktojë komplikacione të rënda. Nga leximi i literaturres del si konkluzion se shumica e autorëve e konsideronë këtë si një metodë të vlefshme, si nje hap përpjera në kirurgjinë e kataraktit. Sot janë duke u përpunuar mënyrat më të favorësime të përdorimit të alfakimotripsinës, kështu që nga njëra janë të lehtësorët ekstraksioni intrakapsular i kataraktit dne nga ana tjeter të mos shkaktohen komplikacione.

Përdorimi i alfakimotripsinës në ekstraksionin e kataraktit pretendon të hapi perspektiva të reja në oftalmologji. Që kur u fillua atë përdoret operacioni i ekstraksionit intrakapsular të kataraktit okulistët përfqidojnë edo mënyrë të ngrejnjë përqindjen e ekstraksioneve në kapsule. Është një satisfaktion i madh për operatorin, kur arrin të kryejë ekstraksionin intrakapsular të kataraktit. Mirëpo më gjithë perrekcionimin e teknikës operatorë, një pjesë e katarakteve nuk dalin në kapsule. Ndodh kështu sepse në fund të fundit ekstraksioni intrakapsular kondicionohet nga rezistenca e ligamentit Zinni (si dhe nga rezistenca e kapsules së kataraktit). Sesa eshtë rezistenca e ligamentit Zinni në një rast të caktuar nuk mund të dihet. Dihet vetëm se kjo ndryshon simbas moshës dhe nga individi në individ. Në të rjet ky ligament eshtë shumë rezistent, kurse në moshin e kalar rezistenca e tij sa vjen po pakësollët, kështu që në përqindje rreth 70 vjec ai këputet lehtë gjatë operacionit. Numri më i madh i ekstraksioneve intrakapsulare kryhet plakërisht në persona në moshë të madhe (rreth 70 vjec), kurse në më të rritj (rreth 50 vjec) nuk arritet në një përqindje të këtillë. Në të rjet (rreth 30 vjec) eshtë shumë e vështirë të kryhet ekstraksioni intrakapsular i kataraktit. Mirëpo patientët e paraqitur në klinikë me katarakt kanë mosha të ndryshme. Dhe pikërisht në të rrit, kemi qëllim suplementar t'u kthejmë panjen e plotë që të bëhen të artë për punë. Vëtëkuptobet tani pse okulistët funtonë më këmbëngulje që të kryejnë në odo rast ekstraksionin intrakapsular të kataraktit.

U tha më lart se alfakimotripsi ka veprim shkrirës në ligamentin Zinni. Mbetet për t'u sgruar në se ky ferment mezon të njëjtin veprim në persona në moshë të re. Mbi këtë pikkë të dhënët e literaturës janë të varfëra. Nga ana tjeter eshtë vertetuar se në një pjesë të operuarve më ndihmën e këtij fermenti, janë manifestuar komplikacione pak a shumë serioze. Nga se varen këto komplikacione? Mos vallë nga mënyra e përdorimit apo nga dosazi i përdorur? Eshtë e patyrashme që brenda një kohë kaq të shkurta, nga viti 1957-1958 këtë përdorimit të këtij fermenti.

Ne vitin 1961 kemi filluar të përdorim alfakimotripsi në kliniken, tenë. Me ndihmën e saj kemi operuar 21 veta në mosha të ndryshme. Për të evuar komplikacionet, eventuale e kemi përdorur këtë në koncentracionin më të vogël. Ky grup i vogël personash të operuar me ndihmën e alfakimotripsi në ka vjen për të përcaktuar mënyrën më racionale (orientuese) të përdorimit. Konkluzioni i lëvizjera na shër-

bejnë për përdorimin e këtij fermenti në një numër të madh rastesh ku dë të vlerësohet definitivisht yezrimi i saj në ekstraksionin intrakap-

sular të kataraktit.

Në këtë grup përfshihen persona me moshë prej 12 deri 35 vjec-

4	veta me moshë mbi 71 vjet
7	" " " prej 61-70 "
10	" " " 51-60 "
1	31 vjeçar, 1, 21 vjeçar, 1, 17 vjeçar dhe 1, 12 vjeçar. Nga këta 12 veta qenë burra dhe 9 veta qenë gra.

Preparati i përdorur është «Chymotrypsine Chibret», në flakona që përbajnjë 1 mg. të këtij fermenti in substantiam. Solventi i përdorur është i po asaj firme, në ampuja prej 10 ml. Sic u tha më lart në të gjitha rastet është përdorur një koncentracion shumë i vogël i këtij preparati 1:10.000. Vepruan këshuri që të mundemi të orientohemë mbi forcën e veprimit të preparatit, pa shkaktuar njëkohësisht komplikacione eventuale serioze në pacientët tanë.

Sasia e solucionit të përdorur nuk ka qenë e njëjtë në të gjitha rastet. Në një numër operacionesh është përdorur 0,5 ml. solucioni. Në të tjera të u përdor prej 0,2 deri 0,3 ml. Në këtë mënyrë jemi përpjekur të përcaktojmë pak a shumë sasinë më të vogël të preparatit që shkakton zonulizëm. Nga ana tjeter ky fakt na dha mundësi të rikjerrim disa konklikione lidhur me komplikacionet e çfaqura. Koha e veprimt e preparatit ka ndryshuar nga rasti ne rast, prej 2 minuta deri 5 minuta.

Solucionin e alfakimotripsinës e kemi injektuar në dy mënyra. Në operacionet e para kemi përdorur nga 0,5 ml. solucioni, që e kemi injektuar në ora 5 dhe në ora 7 nën irisin. Me qenë se kjo mënyrë na u duk e disfavorëshme, më vonë kemi përdorur sasi më të vogël të solucionit (prej 0,2—0,3 ml), që e kemi injektuar në camera posterior nëpërmjet klobomenës periferike të irisit. Menyra e parë është soportuar më keq nga syri, kurse ajo e dyra nuk shkaktoi ndonjë reaksiون special. Rezultatet e observacioneve i përshtuajmë vëçanërisht per çdo mënyrë në dy seri të sëmurësh.

Sasia e solucionit është:

Seria e 1:

I kataraktë senil imatur, 1 kataraktë prematur (bek një person 31 vjeçar), 1 kataraktë juvenil (12 vjeçar) dhe një katarakt traumatic (21 vjeçar). Operacioni: Pas anestezisë retribulbare dhe akinezë, kryhet incizioni korneal në limbdhukë formuar në çdo rast lëmbon konjunktivale. Indektonia bazale kryhet në ora 12. Asistenti ngrë lëmbon korneafë, kurse operatori lut gjylperën e shringës që përmbar solucionin e alfakimotripsinës në camera anterior. Maja e gjyku përes kalon nën irisin në film në ora 5 dhe pastaj në ora 7 që injekfohen gjithësesi 0,5 ml. solucioni. Pas 3 minutash, gjatë të cilëve vendoset një suturë korneo-episklerale, kryhet lavazhi i bolishëm i odes së përpjekshme më solucionin fiziologjik. Eksfrakzioni është kryer më ndihmën e pincës të Kapuscinskit duke e kapur kapsulën e kataraktit në ora 12 në ekuator. Në çdo rast jemi përpjekur të kryejmë eksfrakcionin me traksion direkt, pa kryer levizjet e zakonëshme rötatore përkuptjen e ligamentit Zinni. Veteekuptohet se në rastet kur ndihesh

rezistencë, është provizorë këpucja e tij me teknikën e zakoneshme. Pas kohës së sëmure, është piktar ne sy "solucioni placcapini, syri është ljer me pomad ambromicini dhe i sëmuri është transportuar në shtrat më karrore. Pas operacionit do të sëmuri i është injektuar im, bipenclimi, 400.000 u.

Në 3 raste me katarakt semil, gjatë traksionit nuk u ndje asnjë rezistence nga ana e ligamentit Zinni. Veprimi shkrirës i alfaakinotriopsines që i plotë. U krye ekstrakzioni infrakapsular i kataraktit, në 2 vjetë pa qysh para ekstrakzionit. Në një të sëmure 61 vjeçar me katarakt semil inaktiv, gjatë traksionit kemi ndjekë rezistencë nga ana e ligamentit, kështu që u detyruam ta këpusim atje. Ekstrakzioni i kataraktit u krye ne kapsulë. Shpojme se fermenti në këtë rast kish vepruar vetëm 2 minuta. Në një rast tjeter, katarakti semil (tek një 85 vjeçar), alfaakinotriopsina kishte vepruar në kapsulen e kataraktit, kështu që ajo u çon meqëjëherë care, gjatë traksionit u ndje rezistence nga ana e ligamentit. Gjatë përpjekjes për ta këpucur atje, u ca kapsula dhe u krye ekstrakzioni ekstrakapsular (tek vajza me humbje virtoz) Tek i sëmuri me katarakt traumpatik (21 vjeçar), u ndje rezistencë e vogel nga ana e ligamentit Zinni, por ekstrakzioni u krye intrakapsular.

Alfaakinotriopsina ka vepruar mirë në 4 operacionet e pacientëve me moshë të kalltar, kurse në të pestin nuk pati efekt. Gjithashu (humbie vimsi qysh para ekstrakzionit) dhe në një rast tjeter shpofi frazhuilljetëm e kapsulës, kështu që ajo u ca sa, sa u kap me pincë, Dekursi pëstopoperator. Plaga operatorë u adaptua mure ne të gjitha rastet. Vërem në një rast, ditën e 9 pas operacionit, u konstatua prolapsur iridis. Nën lampon konjunktivale dukesht ne pjesë e vogël e bazes së irisit. U krye iridektomi me dekurs të mirë (nekroze) e zones bulbare, gjatë gjithë gjallësisë së incizionit konreal. Kjo zone kish pamjen e një shiriti të bardhë me gjëresi afro 3 mm, që mrethonë plagen operatorë. Pas 7 deri 10 ditë u rikthyte vaskulizimi i kësaj zone. Mendojmë se ky komplikacion i dedikohet sotiqonit të alfaakinotriopsines, i cili ka lagur këtë sektor duke daliqës oda e përparsësme. Në rastet që menjëherë pas injektimit të fermetut, kemi shpallër nga jaqësi superficiali, e pulpit, nuk u konstatue takjen e përmendur.

Bulbi pas operacionit në 4 raste përparsë apoletim ta lehta, kur sp. pë 4 të tjerat, injektimi shumë të fortë, që vazhdoi disa javë (sidomë) ne rastin, e kataraktit, vannah. Në të gjithë rastet kemi konstatuar turpulim i lehta të kornese, vepanësht në presën, e së jatë, si dhe përsëri (strix cornea) që rastës që i theksuar. Në raste që kohullimi i kornese që i theksuar. Të përshtinen pas operacionit, në të gjitha rastet, oda e përmarrëshe u gjend e lormuar, në 2 raste (në njërin oda e përparsësme që i kohullur me gjak).

Në eksaminimin binomikoskopik, kemi konstatuar alteracione inperzionale, që edhe e përparsësme që ne siqafjanë e nasi. Në gjysmën e rastave të përmendura, në oden e përparsësme u pa një masë pakë a shumë e dendur, me nglyrë si të bardhe, e përbërë prej men-

branash të trasha, Resorbimi i këtyre masave ka vazduar mbi 2 sëmuri me katarakt traumatik, në të cilin u krye ekstraktori i membranash të holla dhe fije. Në një rast u rast u rast u resorbut gjatë qëndrimit të tij në spital. Në shumicën e rasteve si përfqaja e isit qe pa shkelqim me shumë depozitime pigmentuese punktiforme. Në rastin e kataraktit juvenil u vunë re disa precipitate në faqen e pasme të kornesë. Sipërfadja e vitosit probabonit në odën e përparrëshme në 3 raste, në njërin prej të cilëve arrin pothuajse gjier në korne.

Në shumicën e rasteve u konstatuan turbullime të vogla në corpus vitreum, në formë membranash të holla dhe fije. Në një rast u konstatua ablatio choroidae, që u zhduk pas dy javash me përdorimi e midratikëve.

Qëndrimi mesatar i të sëmurëve në klinikë qe 24,5 ditë.

Seriia e II

Në këtë seri përfshihen 11 katarakte senile, një katarakt senil intumesht dhe një katarakt traumatik tek një 17 vjeçar.

Operacioni: Në operacionet e kësaj serie kemi ndryshuar mënyrën e injektimit të alfakimotripsinës dhe kemi pakësuar sasinë e solucionit të injektuar. Në këto raste injektimi i solucionit është bërë në përrimes të kolobomës periferike të isit n'ora 12. Maja e gjyprës së shiringes me solucionin e alfakimotripsinës futet në camera posterior disa mm. thellë, majtas dhe djathtas, duke injektuar gjithsej 0,2-0,3 ml. solucion. Lavazhim e camera anterior et posterior me solucion fizilogjik e kemi kryer pas 4 minutash.

Veprimi shkrirës i solucionit të alfakimotripsinës qe i plotë në 11 raste me katarakt senil. Në një katarakt tjeter senil nuk u vu në dutarakti intumesht kadalë në kapsulë pa komplikacione. Solucionin i alfakimotripsinës nuk ka patur efekt i në rastin e kataraktit traumatik herë pas ekstraksionit. Kjo ndodhi në operacionin e kataraktit traumatik dhe të një kataraku senil.

Dekursi postoperator: rregullt të plagës operatorë. Në një rast ditën e së pas operacionit u vu re prolapsus iridis. Iridektomia e kryer kaloj mirë.

Periudha postoperatorore kaloj pa iritacion special të syrit në të gjitha rastet, përvèc kataraktit traumatik, ku injektimi i fortë ciliar vazhdoi për disa javë. Në disa nga rastet e përmendura kemi konstatuar turbullim të lehtë korneal, sidomos në pjesën e sipërme. Në rastin e kataraktit traumatik korna e mjaft e turbullt për një kohë të gjatë.

Oda e përparrëshme qysh të nesërmen pas operacionit ka patur thelli normalë në shumicën e rasteve, vetëm në 4 raste ajo qe e cekët. Në 5 raste u çfaq hyfema (në njërin ditën e 5 pas operacionit). Në 2 nga këto oda qe mbushur plot me gjak. Resorbimi i gjakut nuk u zgjat shumë. Pas disa ditësh oda e përparrëshme qe përsëri e pastër.

Në ekzaminimin biomikroskopik oda e përparrëshme qe e pastër në

të gjitha rastet. Në kataraktin traumatik u vu re se sipërfaqja e irisit kish humbur shkëllqimin dhe qe e mbuluar me depozitime të shumta pigmentoze. Në një rast tjetër u konstatuan vatra atrofike të irisit. Në 5 raste sipërfaqja e vitrozit prolabonte në canera anterior.

Turbullime të lehta në vitros u konstatuan në shumë raste. **Ablatio chorioidea** u ikonstatue në 3 raste. Gjendja u normalizua pas disa ditësh me përdorimin e midriatikëve. Qëndrimi mesatar i të sëmurëve në spital qe 15,8 ditë.

Diskutimi. Përvetë Barraquer-it, i cili është iniciatori i përdorimit të alfakimotripsinës në ekstraksionin e kataraktit, një numër i konsiderueshëm autorësh janë partizanë pa rezerva të kësaj metode. Wilczek, Cogan, Symens, Gibbs, Ainslie, Dollfus, Massin, Delthil, Julou, alfakimotripsinës lehtëson ekstraksionin intrakapsular të kataraktit pa dhënë komplikacione. Duke marrë parasysh se ky ferment ka shkaktuar komplikacione në pacientët me moshë të madhe, Zorab, Legrand, Claes, Leconte, Dehaese kuifizojnë përdorimin e kësaj metode vetëm në të sëmurët nën 60 vjeç. Për të evituar humbijet e rrezikeshme të vitrosit në fëmijt, Calmettes, Amalric, Bessou, Valière-Vialeix, Robin, Chaput kundërshtojnë përdorimin e alfakimotripsinës nën moshën 10 vjeç. Kurse Bailbe dhe Paufique mendojnë se operacioni i ekstraksionit intrakapsular të kataraktit mund të kryhet në moshën mbi 10 vjeç. Kundërshtarët e aplikimit të zomulolizës enzimatinike në të rrijt bazohen në faktin se aderenca hialideo-kapsulare janë të forta, kështu që gjatë ekstrakcionit të kataraktit shkaktobhet humbje e rrrezikeshme vitrosi. Autorë të tjere janë të mendimit se duhen përcaktuuar indikacione ekzakte për përdorimin e alfakimotripsinës. Guillaumat dhe Bernard mendojnë se kjo metodë mund të pëdoret në kataraktët me kapsulë frazile, në kataraktët intumeshente, patologjike dhe në pacientët me moshë të re. Miratynska-Rusinowa dhe Rymiewska kuifizojnë aplikimin e kësaj metodë në kataraktet patologjike, traumatike dhe në katarakte të sy glaukomatoz. Paufique përcaktion indikacionet në mënyrë të detajuar: katarakti traumatik, kongjenital, intumeshent, diabetik, presenil, inkompilacionet e renda që jep kjo metodë, si dhe në statistikën e R. Weekers, nga e cila del se përcindja e ekstraksioneve intrakapsulare me ndihmën e alfakimotripsinës nuk është më e madhe se me metodat klasicke, mendon se operatori s'ka të drejtë të rrezikojë syrin duke aplikuar këtë metodë. Shtot se kjo mund të pëdoret në moshën 30-60 vjeç, por jo mbi këtë moshë. Paufique dhe Orłowski preferojnë metodën Smith të ekstraksionit të kataraktit, me ndihmen e alfakimotripsinës.

Efekti shkrirës i alfakimotripsinës në ligamentin Zinni bën që të lehtësohet shumë ekstraksioni intrakapsular i kataraktit. Bëhet i mundshëm ekstraksioni intrakapsular dhe në ato raste që me metodën klasike ai është shumë i vështirë. Në lidhje me komplikacionet që jep kjo metodë, midis autorëve të ndryshëm ka shumë divergjencë. Mendojmë se kjo varet nga mënyra e përdorimit të alfakimotripsinës, si dhe nga masat e marrura për t'i evitar këto. Karakteri i kësaj pune është pikërisht që të përcaktohet, në mënyrë orientuese, kriteri i për-

dorimit të alfakimotripsinës në ekstraksionin e kataraktit, Prandaj në radhë të parë do të merremi me analizën e tolerancës së syrit karshi këtij ferment.

Nga studimi i rasteve të serisë së I-rë, del se këto kanë patur një dekurs postoperator të rëndë. Në 4 veta, u qfaqën alteracione trofike e pëbulbare pranë plagës operatore. Miratynska-Rusinova dhe Rypniewska flasin për një anemizim të shpeshtë në rajonin e trupit ciljar. Nga eksaminimi biomikroskopik i këtyre rasteve del se iskemia e përmendur përfishinte vetëm shtresat subkonjunktivale dhe jo trupin ciljar. Radnot dhe Pajor në eksperimente në lepuj, ku u përdor ky ferment, konstatuan nekrozë të lamelave korneale pranë incizionit. Në rastet tona s'ka patur nekrozë, sepse regjenerimi i plagës operatore u bë normalist. Orlowski, Paufique etj. përmendin se, regjenerimi i plagës operatore nën influencën e alfakimotripsinës vonohet dhe bëhet më keq. Paufique përmend raste, kur shumë ditë pas operacionit është hapur gjithë plaga. Brini dhe Meyer në eksperimente në kafshë, nuk konstatuan vonesë në cikatrizimin e incizionit. Në serin e I-rë dhe m'atë të II-të, disa ditë pas operacionit, kemi konstatuar nga një prolapsus iridis, por këto nuk mund të lidhen me regjenerimin e keq, të plagës, sepse nuk ekskludohet goditja e syrit pa dashje nga vete i sëmuri.

Në 2 raste të serisë së parë, konstatuan turbullum të theksuar të kornesë pranë buzëve të incizionit. Në njërin nga këto raste, 5 muaj më vonë, qe formuar një leukomë difuze në përfshinte gjithë kornen. Dësht përshtkuar 3 raste me leukoza korneale nga alfakimotripsina. Në njërin nga këto, korna e bardhë si porcelana, kurse nprehtësia e parries së syrit qe zero. Orlowski, Ainalie etj. mendojnë se turbullime trumenta gjatë operacionit. Archaik përshtkuar një rast me turbullim korneal që la leukomë të lehtë. Paufique, Delthil, Julou, Guillaumat, Bernard, Legrand dhe bashkëpunëtorët kanë observuar turbullime të lehta korneale, që kanë kaluar pa lëne gjurmë. Në lidhje me rastin tonë të përmendor më lart, jemi të mendimët se leukoma e kornesë është shkaktuar nga veprimi i alfakimotripsinës.

Në 4 veta të serisë së I-rë, u vu re një masë e bardhë në odën e përparrëshme që morfollogjikisht i ngjiste eksudatit. Paufique ka observuar 3 raste të tillë. Ai e shpjegon këtë fenomen me zhvillimin e një iriti seroplastik nën influencën e alfakimotripsinës. Guillaumat dha Bernard kanë patur 2 komplikacione të këtilla në 51 veta të operuar. Simbas autorëve të sipër-përmendor, kjo masë resorbohet brenda tim të një rasti, tek një 21 vjetë me katarakjtë traumatik, ku u organizua (i sëmuri është kontrolluar 5 muaj pas operacionit).

Në të sëmurët e serisë së I-re, syri i operuar paraqiste injektim cilial të fortë që vazhdoi mjaft gjatë. Dekursi postoperator i rëndë rë këta i dedikohet sigurisht veprimi të alfakimotripsinës. Përvetime e këtyre ikomplikacioneve Barraquer-i rekombandon lavazhin e sy. Simbas mendim që kjo është një masë e domosdoshme preventive, por nuk duhet të mjaftohemi vetëm me këtë. Sasia e solucionit të përdorur duhet të jetë sa më e vogël që dhet të injektohet direkt në came-ram posterior nëpërmjet të kolobornës. Kështu nuk vjen ai në kontakt as

me kornenë as me buzët e incisionit. Irisi laget vetëm në faqen e tij të pasme. Gjatë injektimit të solucionit nëpërmes të pupilës mund të dëmtohet kornea, kapsula e kristalimët ose irisi.

Dekursi postoperator në pacientët e serisë së II-të ka qenë shumë më i lehtë dhe nuk u komplikua me alteracionet e përmëndura. Këtë kemi përdorur është më delikatë dhe pakëson mundësitë e dëmtimit të madh midis atyreve të serisë së I-rë dhe të II-të (prej 24,5 në serinë I zbriti në 15,8 ditë në serinë e II).

Në dy seritë e pacientëve tanë të marrë së bashku kemi konstatuar dhe këto komplikacione:
Hyphaema u çfaq në 7 raste. Dollfus dhe Massin e kanë konstatuar këtë në 5 veta nga të 42 të operuar. Archaix në 2 nga të 27 të operuar, kurse Orlowski i cili kryen ekstraksionin simbas metodës Smith, në 14,50% të rastev.

Ablatio choroidae kemi konstatuar në 4 veta. Dekursi i tyre që i konstatuar në 3 nga 22 veta të operuar. Këtë përqindje pak a shumë kanë patur dhe Archaix, Guillaumat, Bernard, Dollfus, Orlowski, Le- grand dhe bashkëpunëtorët kanë konstatuar **ablatio choroidae** vetëm në 1 nga të 127 veta të operuar.

Humbje vitrosi gjatë operacionit kemi patur në 4 raste. Në lidhje paragjen shumë divergjencia. Archaix dhe Ainslie s'kanë patur asnjë punëtorët kanë patur 7 humbie vitrosi në 22 operacione.

Camera anterior që e cekët në 4 raste. Legrand dhe bashkëpunëtorët këtë komplikacion e konsiderojnë si rrjetërim të alteracioneve tripsinës. Një sasi e vogël e solucionit mbetur në sy dhe vepron në bu- trojë. Në të njëjën mënyrë shpiegon çfaqjen e fistulës së plagës Pau- fiqë. Në rastet tona shkaku që ablacioni i korioides që u konstatue në të 4 pacientët.

Në 4 veta të serisë së I dhe në 1 rast të serisë së II-të, kemi venë zit, të irisit dhe pjesërisht në faqen e pasme të kornesë. Të njëjta obser- vacione kanë bërë Miratynska-Rusinowa, Rypniewska dhe Paufique. Në një nga rastet tona kapsula e kataraktit që shumë frazile dhe se alfakimotriipsina shton frazilitetin e kapsulës.

Interesant është përfundimi i 2 rasteve në të cilat u krye ekstrak- sioni ekstrakapsular i kataraktit. Në këto nuk u arrit të hiqet kapsula muaish kemi konstatuar një membranë shumë të hollë në gjysmën e pupiles. Në tjefrin qendra e pupiles, pas 5 muajsh, që krejtësisht e pas- bazi të observacioneve personale, shkruan se alfakimotriipsina favori- cionet toma. Siç duket, pjesa e vogël e preparatit e mbetur në sy, ve-

pron në mënyrë proteolitike në masat kataraktale dhe në kapsulë.

Në lidhje me përgjindjen e ekstraksioneve intrakapsulare në materialin tonë, nuk mund të flasim sepse, nga njëra anë numri i të operuarëve është i vogël dhe nga ana tjetër koncentracioni i përdorur i preparatit ska patur efekt në pacientët me moshë të re. Në të gjithë kataraktet semile, gjatë traksionit nuk kemi konstatuar rezistencë nga ana e ligamentit Zinni. Kjo sigurisht është meritë e alfakimotripsinës. Vërem në një rast ligamenti nuk kish humbur rezistencën e tij.

Kemi përdorur koncentracionin 1:10.000 të alfakimotripsinës. Nga literatura që kemi në dispozicion del se të gjithë autorët përdorin koncentracionin 1:5.000 siç këshillon Barraquer-i. Vërem Wilczek përdor koncentracionin 1:4.000 dhe Calmettes me bashkëpunëtorët 1:10.000, Chymotrypsine Chibret në koncentracionin 1:10.000 ka patur efekt të mirë në kataraktet semile, por nuk pati asnjë efekt në pacientët me moshë të re.

Konkluzione

Numri i të operuarëve me ndihmën e alfakimotripsinës (21 veta), është i vogël për të nxjerrë konkluzione në lidhje me vlerësimin e efikacitetit të këtij fermenti. Por nga paraqitja e mësipërme e rezultateve tona, mendojmë se mund të nxjerrim disa konkluzione orientuese, përsë i përket kritant të përdorimit të alfakimotripsinës në fardhmen.

1) Metoda e Barraquer-it, ekstraksi i kataraktit në konditit e zonulolizës enzimatiqe, i premton të hapi perspektiva të shkëmbryeshme në kirurgjinë e kristalinit. Rezultatet e aplikimit të saj në autorët e ndryshëm paraqesin divergjencë të mëdha në lidhje me komplikacionet e gfaqura nën influencën e alfakimotripsinës. Mendojmë se shkaku qëndron në faktin që kjo metodë e re nuk është studiuar akoma në mënyrë të gjithanëshme. Kjo duhet të përpunohet, të përcaktohen indikacionet operatorë dhe mënyra më e favorëshme e përdorimit të këtij fermenti.

2) Alphachymotrypsine Chibret në koncentracionin 1:10.000 shkrin ligamentin Zinni dhe si rrjedhim lehtëson shumë ekstraksiionin intrakapsular të kataraktit semil.

3) Ky koncentracion nuk ka efekt në pacientët me moshë të re. P.sh. 1:5.000

4) Alfakimotripsina nuk është indiferente për indet e syrit. Injektimi i saj në sy mund të shkaktojë komplikacione të ndryshme. Në bazë të eksperiençës tonë modeste, mendojmë se këto mund të evitohen gjëz diku në rast se dc të përdoret lavazhi i syrit menjëherë pas injektimit të saj në sy. Masë e mirë për evitimin e komplikacioneve, është injekzioni i solucionit nëpërmes të kolobomës së irisit dhe në sasira sa më të vogla (rreth 0,2 ml).

5) Rezulton se alfakimotripsina ka veprim shkrirës jo vërem në ligamentin Zinni, por dhe në masat kataraktale e në kapsulë, të mbetura në sy. Rezervohemi që në t'ardhmen ta përdorm këtë, sa herë mben ten rrassa kataraktale në sy ose kapsula e kristalinit.

LITERATURA

1. AINSLIE D. Cataract extraction with the aid of alpha-chymo-trypsin. British Journal of ophthalmology. 1959/4.
2. ARCHAIX — Expérience personnelle de la zonulolysé par alphachymotrypsine. Bulletin des sociétés d'ophthalmologie de France. 1960/2.
3. BAILLE N. — Les facteurs de perte du vitre au cours de l'extraction cataractienne après zonulolysé enzymatique. Bul. soc. ophth. 1959/7-8.
4. BARRAQUER J. — Etude critique de la zonulolysé enzymatique. Bul. soc. ophth. 1959/9-10.
5. BRINI A. et MEYER A. — La chymotrypsine exerce-t-elle une influence sur la cicatrisation de la cornée? Bul. soc. ophth. 1960/9-10.
6. CALMERTTES L., AMALRIC P. et BESSOU P. L'alphachymotrypsine au cours de l'extraction du cristallin. Bul. soc. ophth. 1959/4.
7. COGAN J. E. H., SYMONS H. M., GIBBA D. C. — Intracapsular cataract extraction using alpha-chymo-trypsin. Br. J. Ophth. 1959/4.
8. DEJEAN C., VIALLEFONT H., BOUDET C. et BOULAD I. — Note sur l'extraction du cristallin avec la zonulolysine suivant la technique de Barraquer. Bul. soc. ophth. 1959/4.
9. DELTHIL S. et JULOU J. — Analyse de trente cas de cataracte opérés avec zonulolysé enzymatique. Bul. soc. ophth. 1959/9-10.
10. DESVIGNES P. — Réflexions sur l'emploi de l'alphachymotrypsine dans l'opération de la cataracte. Bul. soc. ophth. 1959/9-10.
11. DOLLFUS A. et MASSIN M. — Comparaison des résultats des interventions pour cataracte effectuées avec et sans alphachymotrypsine. Bul. soc. ophth. 1959/9-10.
12. DIATS — A propos des complications survenues après emploi de l'alpha-chymotrypsine. Bul. soc. ophth. 1960/2.
13. GAUFFRE R. — Utilisation de l'alphachymotrypsine dans la cataracte. Bul. soc. ophth. 1959/4.
14. GULLAUMAT I. et BERNARD P. Quelques réflexions sur l'emploi de l'alphachymotrypsine dans la chirurgie de la cataracte. Bul. soc. ophth. 1959/9-10.
15. LEGRAND, CLAES, LECOMTE, DEHAES — La zonulolysé enzymatique.
16. LEGRAND, HERVONET et BARON, — L'extraction de la cataracte après zonulolysé enzymatique. Bul. soc. ophth. 1959/1.
17. MIRATYNSKA — RUSINOWA E., RYPNIEWSKA H. — Pozne obserwacje po zastosowaniu fermentu litycznego. Klinika Oczna. 1961/2.
18. ORLOWSKI W. J. — Wypracie zacny w warunkach enzymatycznej zonulolysy. Kl. Ocz. 1961/3.
19. PAUFIQUE L. — Réflexions sur l'emploi de l'alphachymotrypsine dans l'extraction de la cataracte. Bul. soc. ophth. 1960/2.
20. PAUFIQUE L. — L'opération de la cataracte par la méthode Smith aidée par l'alphachymotrypsine. Bul. soc. ophth. 1959/5-6.
21. RADNOT M. e PAJOR R. — L'azione dell'alfa chimotripsina sulla cornea. Aggiornamenti di terapia oftalmologica. 1959/6.
22. VALIERE — VIALEX V., ROBIN A., CHAPUT. — Notre expérience de l'alphachymotrypsine dans l'opération de la cataracte. Bul. soc. ophth. 1959/11.
23. WILCZEK M. — Zonulolysin w operacjach zacny. Kl. Ocz. 1961/3.
24. ZORAB E. C. — Alpha-chymo-trypsin in cataract extraction. Br. J. Ophth. 1959/4.
25. ZYGULSKA — MACHOWA H. — Badania doswiadczone nad dialaniem alphachymotrypsiny. Kl. Ocz. 1961/3.

THE ACTION OF ALPHACHYMOPIRSINE ON THE EXTRACTION OF THE CATARACT.

(Summary)

In 1961 the author began to apply the new method of Joaquin Barraque for the extraction of the cataract in conditions of enzymatic zonulolysis. This work includes his first observations: a small group of 21 patients, 17 of which had senile

cataract and were over 50 years old, while the 4 others had traumatic, congenital and pre-senile cataracts and were between 12 and 31 years of age.

The author used «Alphachymotripsine Chibret» in 1:10,000 concentration. The injection of the solution was practiced in two methods. In the first 8 cases, after incision of the cornea and basal iridectomy, the solution was injected in the **camera posterior** through the pupil in the zones of 5 and 7 o'clock, in all 0,5 ml of the solution. After 3 minutes, during which was practiced a corneo-episcleral suture, was made an abundant lavage of the **camera anterior** with saline-solution. Since the postoperative course of these patients was unsatisfactory, the author later changed the method of injecting the solution. In his subsequent operations he injected the solution of alphachymotripsine through the peripheral coloboma of the iris in the zone of 12 o'clock directly in the **camera posterior**, in the quantity of 0,2-0,3 ml.

The extraction of the cataract in all the cases was done with the special cataract pincelets of Kapucinsky, with which the cataract was caught in the equatorial zone at 12 o'clock.

The enzymatic preparation of alphachymotripsine used in these cases gave complete zonoulysis in all the senile cataracts, with only one exception. In the younger patients the preparation had no effect. The author thinks that this is due to the low concentration of the drug. During the postoperative period were observed some complications related to the action of alphachymotripsine on the other tissues of the eye. These complications occurred only with the cases of the first series, that is why the author attributes them both to the way of injection and the quantity of the drug. The postoperative course of the patients of the second series was satisfactory and the complications that were observed had no relation with the action of this ferment.

In the first series 4 patients had bulbar ischemia in the form of a 3 millimeter wide band that encircled the wound of the operation. The vascularisation of this zone was achieved within 7-10 days. In 3 cases the cornea acquired an intense opacity, which in one of them developed into a diffuse leucoma 5 months later. In 4 cases a mass of whitish exudate was formed in the **camera anterior**; it was resorbed within a few days except in one case, in which the mass was organized 5 months later. In one case the cataract capsule broke the moment it was caught with the pincer; this weakening of the capsule seems to be due to the action of alphachymotripsine. In 2 cases, in which an extracapsular extraction was practiced, no vestige of the cataract remained 5 months later. The author thinks that this ferment helps the resorption of the cataract masses that remain in the eye after the extraction.

The complications that were observed after these 21 operations were as follows: 4 cases of hyphaema that disappeared within a few days; 4 ablatio chorioidea that passed without bad consequences; 5 cases of pigment deposit on the surface of the iris, on the pupil and on the back surface of the cornea.

The author concludes that the method of Barraquer is a valuable innovation for the cataract surgery, but it is not yet perfect in all its points. In order to prevent the complications he recommends that the injection of the preparation be made through the coloboma of the iris in the dose of 0,2 ml. For younger patients the concentration of the preparation must be higher.

K U M T E S A

MBI NJË RAST KISTI EKINOKOK TË ZEMRËS.

Prof. FEJZI HOXHA dhe JOSIF E. ADHAMU

Katedra e Terapije

Rasti i parë me ekinokok të zemrës, sipas të dhënave të Simeoni

S. dhe Alfieri A. (1958), i detyrohet Dupuytren-it (1808).

Devé F. (1933), ka treguar se punimin e parë mbi këtë lokalizim të rrallë të sëmundjes e ka bërë Criesinger (1846), i cili i bazuar moi një rast që i kishte komunikuar Faber, mundi të mbledhë edhe 14 të tjere.

Po ky autor citon punimet e Davaine (1860), Boecker (1868), Welling primitiv në 83% të rasteve edhe atëherë kur shoqërohet me lokalizime të parazitit në organet e tjere.

Deri në vitin 1933, ky autor njihet 152 raste ekinokoku kardiak, shifër që përfaqëson vetëm 0,5% të gjithë kisteve primitive.

Sipas të dhënave të Opokina A.A. dhe Kolju (1934), cituar nga Gamov V.S. (1960), në literaturën botërore qenë përshkruar 90 raste ekinokoku të zemrës dhe 18 prej tyre të perikardit.

Po ky autor tregon se në literaturën sovjetike ka mundur të gjeljet 51 komunikime mbi ekinokokun e zemrës dhe 10 mbi atë të perikardit. Jevcie Z. (1955), ka përshkruar një rast ekinokoku të lokalizuar në sëptumini interventrükular, afër fasciklit të Hüss-it, me block komplet dhe sindrom Adams-Stokes.

Për të treguar se sa e rrallë është kjo formë, autorri paraqitet disa të të obervuar në Greqi dhe 2.453 në Jugosllavi, nuk është përshkruar asnjë lokalizim i parazitit në zemër.

J.A.H. (1956), duke ju referuar obervacioneve të uruguayanëve Cabanal e bashkëpuntorëve si dhe francezëve Cattoir e bashkëpuntorëve, tregon se këta (1955), kanë obervuar gjithësejt 4 raste.

Simeoni S. dhe Alfieri A. (1958), paraqiten një rast me trombozë nkokku itë zemrës. Sipas të dhënave të këtyre autorëve, që nga viti 1913 deri më 1954 në Uruguaianë përshkruar 35 raste, ndërsa në Itali rastësisht në autopsi.

Gamov V.S. (1960), thotë se ekinokokët e zemrës dha mediastinit taskët muk gjenden vetëm rastësisht nga anatonompatologët, por diagnostikohen edhe klinikisht.

Kështu sipas këtij autorit, gjata 5 vjetëve të fundit, janë botuar më literaturën e huaj më se 50 obervacione ekinokokësh të zemrës,

Gavrilescu M. dhe Marcu M. (1961), paraqitën 2 raste ekinokoku primitiv të zemrës. Tek njëri kisti që lokalizuar në septumin interventrikular, kurse tek tjetri në murin e ventrikulit të majtë.

Sipas këtyre autorëve ekinokokut primitiv i zemrës është i rrallë, agë sa numri total i rasteve të botuara deri më 1955 ishte afersisht 170 dhe sipas të dhënavë të Devë F. të vitit 1948, përbën 1,5% të numrit total të të sëmurrëve hidatikë.

Autorë të tjerë si Dighierro J. dhe bashkëpuntoret (1958), thonë se numri i lokalizimeve kardiak, sipas të dhënavë të literaturës, arrin deri afro 300 raste.

Kaleva A. (1961), mbasi tregon se në Bullgari janë publikuar 5 raste, paraqit një paciente 13 vjeçare me ekinokok të lokalizuar në ventrikulin e majtë dhe perlardit purulent simptomatik.

Stephan E. (1961), konstatoj një të sëmurrë me ekinokok të lokalizuar në arterien pulmonare dhe thotë se në literaturën botërore nuk ka parë të botohet ndonjë rast i tillë.

Në literaturën tonë mjekësone deri më sot nuk është bërë asnjë komunikim mbi ekinokokun kardiak.

Lăboviti V. (1950), batoj të dhënat mbi 187 observacione personale gjatë 25 vjetëve të fundit, Shiroka F. (1951) publikoj një materiale ndryshëm, por as i pari as i dyti nuk përskruanë ndonjë rast të lokalizuar në zemër. Po ashtu Gamov V.S. (1960), nga 226 raste ekinokoku, ipjesa më e madhe e të cilëve janë imbledhur gjatë qëndrimit të tij në vendin tonë, nuk ka konstatuar asnjë formë kardiak.

Lokalizimi i parazitit në zemër është i rrallë jo vetëm në njerës, por dhe në kafshë. Mjafton të përmëndim punimin e Dervishit M. (1951), i cili nga 1491 gjedhë, 2476 dhënë deri më 91 dhi të prekura nga kjo sëmundje, konstatoi lokalizime në organet e ndryshme, por në asnjë rast nuk ishte fjalë për ekinokok të zemrës.

Sidoqoffë lokalizimi i parazitit në zemër është një eveniment i rrallë që në ata vende ku ekinokokozë është shumë e përhapur. Këtë lokalizim, mund të përmëndim rastin e papublikuar të një kisti ekinokok të kapur në atriumin e djathë tek një vajzë 18 vjeçare së cilës është provokuar një vdekje të përnjellëreshme. Ky rast u zbulua rastësisht në autopsinë mediko-legale të bërë nga Dr. Sabri Tefiku mbasi dyshohet për vdekje kriminale.

Të bazuar mbi të gjitha këto, e konsiderojmë të nevojëshme që të komunikojmë një rast të tillë të diagnostikuar gjatë jetës.

E sëmura Nevrije C. vjet 30, lindur në Vlorë dhe banuuese në Përmet, 1960 me diagnozën e shtrimit: «Hyperthyreosis. Lipotimia. Aneurizma?» N. Kartbellës 5932.

E konsideron vehten të sëmurrë që në vitin 1943-44 kur filoj të ndjejë palpitatione, por nuk u vuri rendesi mbasi i lithë me tronditjen që pati atëherë kur gjatë luftës iu vrarë 4 shokë afër. Kështu vazhdoi rrobaqepe, u shtrua në Klinikën e Terapisë së Fakultetit më 18 Gusht 1960 me diagnozën e shtrimit: «Hyperthyreosis. Lipotimia. Aneurizma?» N. Kartbellës 5932.

E konsideron vehten të sëmurrë që në vitin 1943-44 kur filoj të ndjejë palpitatione, por nuk u vuri rendesi mbasi i lithë me tronditjen që pati atëherë kur gjatë luftës iu vrarë 4 shokë afër. Kështu vazhdoi rrobaqepe, u shtrua në Klinikën e Terapisë së Fakultetit më 18 Gusht 1960 me diagnozën e shtrimit: «Hyperthyreosis. Lipotimia. Aneurizma?» N. Kartbellës 5932.

mblithnin gjysmën e majtë të kokës, vegenërikt orbitën e asaj ane. Herë tjetër dhëmbjet përhapeshin në drejtim të epigastrumit. Shpesh herë ato kishin karakter shërbëngues dhe simulomin stenokardinë.

Gjendja sa shkonite lkeqësorej, kishte dobësi të përgjithëshme, djerë, iu pakësua oreksi, humbiste në peshë dhe kohë pas kohe paragjiste lipotimi. Një ditë pacientja u rezua për tokë dhe u shtrua në spitalin e një qyteti tjetër. Nga sa i kujtohet atje iu tha që e kishte zemrën e zmaidhur.

Mbas daljes nga spitali, shoqëtetësimet jo vetëm që persistonin si më parë, por sa vinin i shtoheshin, aqë sa 4 muajt e fundit u detyrua ta lërë profesionin dhe të qëndrojë në shtëpi.

Aramneza familjare dhe personale pa rëndësi

Objektivisht e sëmura ishte e dobët, e zbelitur, astenike, e eksituar, paragjiste një dermografizëm të kuq të shpejtuar dhe një hypertrofi të thyroïdes grada e II-të.

Mushkëritë pa ndryshime patologjike.

Në regionin prekordial dukej një gibus i lehtë; matiteti kardiak i zgjeruar në të gjithë drejtimet. Tonet e qartë, riunjikë, i dyti i akcentuar si në aortë ashtu dhe në arterien pulmonare; zhurma patologjike nuk konstatoheshin. Puli 76/minutë. Presioni arterial 115/70 mmHg. (RR).

Barku i butë, i pa dhëmbëshëm në palpim. Hepari kalonte 2 cm harkun brinjor, kurse splina nuk prekej. Regionet renale të lirë. Gjatë qëndrimit në klinikë nuk paragjiste temperaturë.

Eksamini i urinës pa ndryshime. Gjaku: Eritrocite 4.050.000, Hb. 72%, Leukocite 3.500, B. 0%, E. 2%, Shk. 1%, N. 58%, L. 38%. M. 1%, Sedimentacioni 10 mm/l orë. Wassermann negativ.

Eksamini radiologjik në fillim i bëri radiologët të menjimin për një pericarditis adhesiva, por ekzaminimet e më vonëshme në projeksione të ndryshme, si dhe kimoröntgenografia na ndihmuani për të vë- në në dukje prezancën e dy formacioneve ovalare që të jepnën përshtypjen e kistieve të perikardit.

Röntgenografia: 24-8 dhe 23-9-60 në projekcionin D.V. shihet një hije në formë ovale, me madhësi rrëth 10x7 cm diametër, medio intensivë me konturen e qartë, të kufizuar mirë, të rrëgullt, me pozicion median, e lokalizuar midis artikulacionit sternokostal IV-VI, që të jep përshtypjen e një kisti me mure të kalcifikuar. Zemra lehtësishët e spostuar në një anë, apëksi i ngritur mbi diafragmë. Në konturin e majtë të zemrës midis harkut të II dhe III-të shihet një hije me kon- ture jo fort të qartë që nuk vepohet nga hija e zemrës. 23-9-60. Në grafinë në projekzionin lateral të djathë diferen- hei, një hije ovalare me konture të kalcifikuar që zen pjesën e poshtë- me të mediastinit të pëparëshëm dhe që zgjatet edhe nga prapa duke rrëthuar atriumin e majtë.

Kimograma e datës 24-9-60 tregonë dhëmbëzë të konturit të djath- të dbe të majtë të imazhit kistik të tipit atrial. Pulsacionet e zemrës të ruajtura gjatë të dy konturave të së, me amplitudë dbe formë normal.

Me qëllim që të diferenconin nga pikëpamja etiologjike në se ishte fjalë për një perikardit kronik të inkistuar ose për ekinokok të perikardit, i bëmë reaksionin casoni, i cili ishte negativ. Por negati-

viteti i këtij intradermoreaksioni, që konsiderohet si një nga testet biologjikë më të saktë, nuk na lejon ta ekskludojnë karejtësisht ekinokcën. Kështu Boissière H. dhe bashkëpuntorët (1962), thonë se edhe duke përdorur një antigjen human të freskët, ky reakzion është shpesh negativ që do të jetë gabim ta konsiderojnë atë si «arbiter» në përcaktimin e diagnozës. Dihet se edhe eozinofilia nuk është e domosdoshme në ekinokcözë.

Kështu edhe në rastin tonë, gjatë ekzaminimeve të përsëritura flisnin për ndryshime iskemike gjakut, eozinofillet qëndronin midis 2 dhe 4%.

Elektrokardiogramat e përsëritura flisnin për ndryshime iskemike të miokardit.

Kështu më 6 Shtator 1960 u konstatua se frekuanca ishte 70/minutë, ritimi sinusai. Aksi elektrik normal. P-Q 0,14'', QRS 0,08'', Q-T 0,45''. Paragjiste një subdenivelim të S-TII, III dhe T negativ në derivacionin e dytë dhe të tretë standart.

Si konkluzion Q-T ishte e zgjatur dhe paragjiste shënia që të bëtë atij muaji iu përsërit elektrokardiograma bashkë me derivacionet prekordiale dhe u konstatua se Frekuencia ishte 66/minutë, ritimi sinusai. Aksi elektrik normal. P-Q 0,16'', QRS 0,08'', Q-T 0,40''. U konstatua një subdenivelim i intervalit S-T në derivacionin e III standart dhe në prekordialen e pestë e të gjashtë. Dhëmbi T ishte negativ në derivacionin e II, III dhe Cr₅, Cr₆. Si konkluzion vthesin në dukje shënjë iskemi të pjesës anterolaterale të miokardit.

Gjatë qëndrimit në klinikë u mjeckua me bromure, valeriane, klorpromazinë, vacofyllinë, gluukozi, blokada intradermike me novokainë në regjionin prekordial etj.

Më 5 Tetor të atij viti, mbasi u vendos për ndërhyrje kirurgjikale, u dërgua në klinikën e kirurgjisë hospitaliere, me diagnozë: «Cysta pericardii».

Tëtë ditë më vonë pacientja u operua (Prof. P. Cani). U përdor narkoza intratrakeale. Duke hapur kavitetin pleural të majtë u konstatuan mjaft aderenca pleurale dhe pleuroperikardiale. Mbasi u liruan pjesërisht ato, u hap perikardi i cili ishte i trashur dhe i aderuar. Në regjionin e ventrikullit të majtë u konstatua një masë tumorale që nuk pulsonte dhe që ngjitej mirë me miokardin. Në punktion u konstatua se përbajtja kishte aspektin e një pusë viskoz pa erë. Me hapjen e kësaj mase u gjend membrana kitinoze e ekinokokut. Në regjionin e atriumit të majtë shihet një masë tjefër tumorale e forte, elastike, me dy tre nodule të kalcifikuara. Edhe prej kësaj u nxuar një përbajtje e injektë dhe mjaft kiste bija të plota. Ky kist komunikonte me një mbështillte gjithë murin e prapëshëm deri në pedunkulin vaskular. Muiri posterior i këtij Cavum-i të mbushur me të njëjtën përbajtje, përbëhet nga dyshemjeja e kistik që u hap më parë. U pre ky septum, u pastrua cavum-i, u jodua, pastaj u ekcizua pjesërisht membrana fibroze dhe u qep në formë tuneli duke e izoluar nga kaviteti pleural.

Më 12 nëntor pacientja dioli nga klinika në gjendje të mirë, por kontrolllet periodike tregojnë se megjithë përmirësimet që pati, kohë pas kohe vazhdon të ketë palpitacione dhe dhëmbje prekordiale me karakter shtërgonjës.

Aderenciat pleuroperikardiale nje u konstatuan kur u hap kaviteti torakal, i detyroreshin iritacionit te shkaketuар nga kisti. Ne lindhje me kete Vaquez H. (1928), thete se kur ai eshtë superficial, provokon nje iritacion te pasuar nga aderenca perikardiale.

Interesant eshtë te përmendet elektrokardiograma e bëre ditën e daljes nga klinika, e cila përvëc ndryshimeve te konstatuara me parë, vinte ne dukje se intervali S-T ishte subdeniveluar jo vetëm ne derivacionet II, III, V₅, V₆, por edhe ne I; po ashtu dhëmbi T ishte negativ ne te tre derivacionet standart dhe ne V₅ e V₆, vetëm se ne përgjithësi ishte me pak i thelle se sa ne elektrokardiogramat para ndërhyrjes kirurgjikale. Kjo konkordancë përsë i përket intervalit S-T III, dhe dhëmbit T I, III, sipas menjimit tone i detyrohet reaksionit perikardial te zhvilluar mbas ndërhyrjes kirurgjikale. Dhe me te vertete ne kontrollin e datës 16 Janar 1961 d.m.th. dy muaj mbas daljes nga klinika dhe 3 muaj mbas operacionit, intervali S-T I u ngrit perseri ne vijen izole lektrike dhe T I nuk kishte me karakterin koronarian, por nga negative u be bifazike (pozitive-negative). S-T II, III, V_{5,6} si dhe T II, III, V_{5,6} pothuajse nuk ndryshuan fare. Kështu elektrokardiograma iu afroa shumë asaj te periodës preoperatorore qe fiste per shënja iskeacie te lokalezuara ne pjesën antero-laterale te muskulit kardiak.

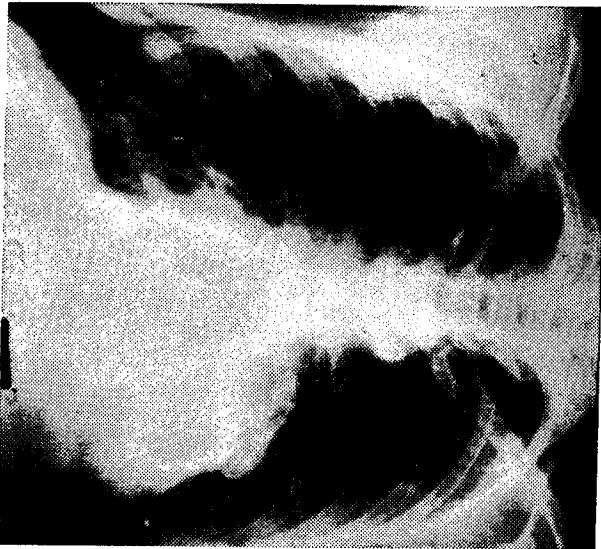
Edhe ne ekzaminimin Radiografik te bëre ne kete datë, d.m.th. 3 muaj pas ndërhyrjes kirurgjikale, u konstatuan aderenca te shumta pleuroperikardiale si konsequenca e resorbimit ne likuidit dhe depozitimeve fibroinoze pleuroperikardiale te produhuara si reaksiun pas ndërhyrjes kirurgjikale.

Mungesa e simptomave te nejë lokalizimi tjetër te ekinokokut, ne bën te supozojme se paraziti i ardhur ne muskulin e zemrës me anën e arterieve koronare, eshtë vendosur ne shtrësen subepikardiale te miokardit dhe pikërisht te anës laterale te ventrikulit te majte. Duke u zmadhuar, kisti i vendosur subepikardial e kishte ne vështirë te zhvillohej ne drejtin te kavitetit kardiak se sa te atij perikardial, sepse pengesa nga ana e muskulaturës se trashë e te fortë te ventrikulit te majte ishte shumë e madhe. Proeminimi ne kavitetin perikardial, u bë shkak qe ne ta konsiderojme atë si kist te perikardit dhe jo te zemrës.

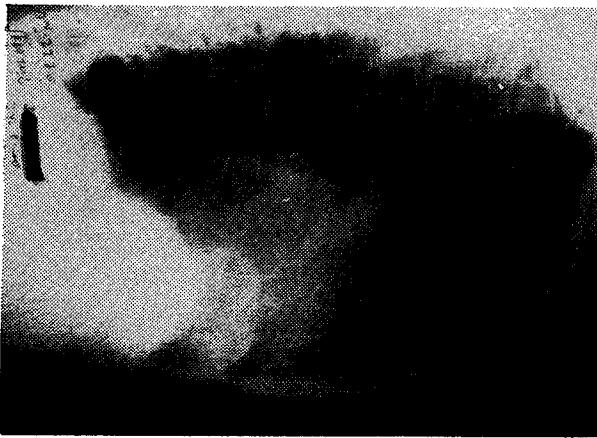
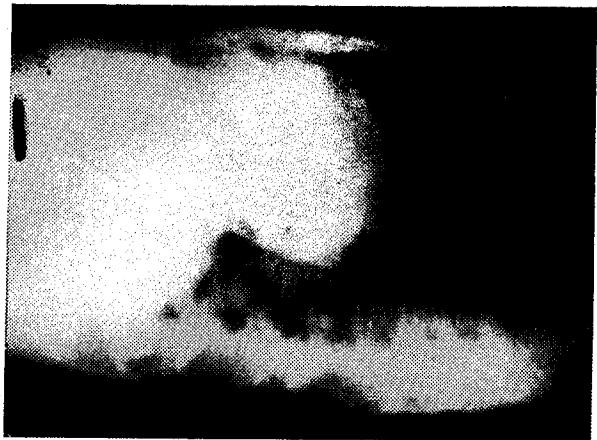
Nga ana tjetër, kompresioni i kistit mbi vazat koronare, pengonte ushqimin normal te miokardit, veganërisht te pjesës antero-laterale te tij, aqë sa ne derivacionet standart mund te konfondohej fare lehtë me një infarkt posterior te miokardit, jo vetëm nga internistët por dhe nga specialistët.

Me anën e këtij kompresioni, bëhen te kuptuehme dhe krizat angiçionit te kistik, duhet kërkuar përsëritja e këtyre atakeve te stenokardise edhe pas ndërhyrjes kirurgjikale si dhe persistenca e ndryshimeve elektrokardiografike.

(Paraqitur në redaksi me 25-3-962).

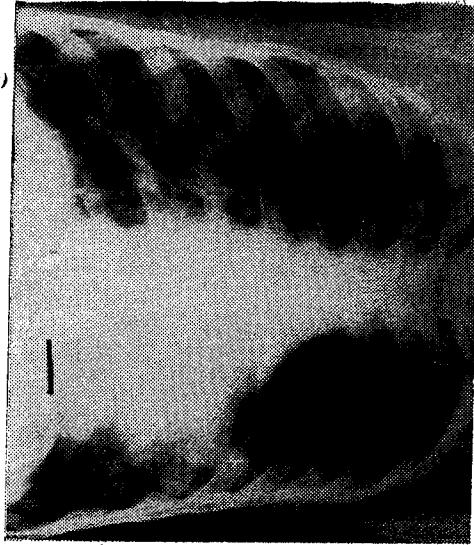


1 - Radiografia e torak.
sit në projekcionin dorso-
ventral(23.IX.960). Njësi kist
me formë ovalare, me mure
të kalcifikuara, me pozicion
median, duket i vendosur
midis artikulacionit sternoo-
kostal IV-VI-të; kure tjetri
në konturin e majtë të
zvërnës midis harkut të
II-të dhe III-të. Konturet e
ketij të fundit nuk janë
aqë të qartë.



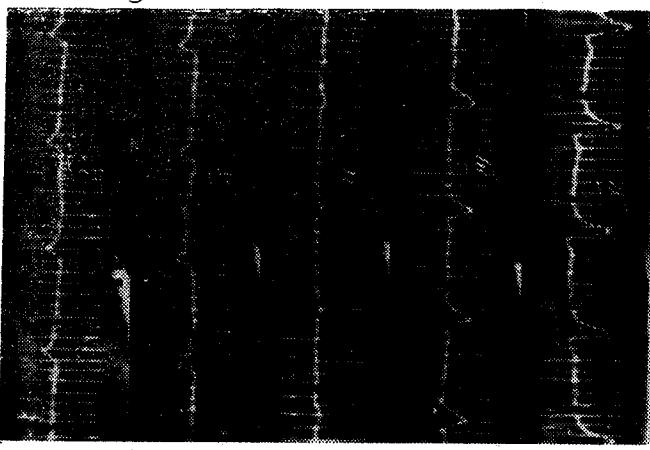
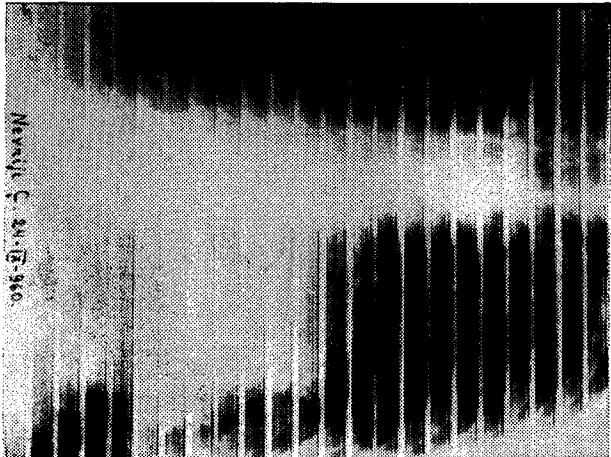
2 - Radiografia në projekcionin la-
teral të djathë (23.IX.960). Kisti ovalar
m e konture të kalcifikuar zon plesën e
poshtme të mediasitit të përparsëshen
dhe zgjatet prapa duke rrethuar atriu-
min e majcë.

3 - Radiografia në projekcionin late-
ral të majcë (24.VII.960). Në mediasi-
tin e përparsëshëm nbi diafragmë duket
një hije ovalare, mediotensive me kon-
turret e kufizuar mirë, me muret e kal-
cifikuar, me madhësi $7,5 \times 5$ cm.



4 - Kymograma (24.IX.960) tregon dhëmbëza të konturit të dyatitë të kistik të vendosur në pozicion median dhe të konturit të majeë të kistik të vendosur midis harkut të II-të dhe III-të. Dhënat bëzat janë të tipit atrial.

Pulsacionet e zemrës të ruajtura gjatë të dy kontureve të saj, me amplitudë dhe formë normale.



6 - Elektrokardiogramma (13.IX.950). Frekuenca 66 'minutë, ritmi sinusai. Akci elektrik normal. P - Q 0,16," QRS 0,03", Q-T 0,40". Subdionivelum i intervalit S-T është derivacionin e II^{te} standard dhë në Cr₅, së T II, III, Cr₅ dh Cr₆ negative.

5 - Radiografia e bërë më 16.9.91 d. m. th. tre muaj pas ndërhyrjes kururgjikale.

L i t e r a t u r a

- 1 — BOISSIERE H., CAGNAT R. et COULIBOEUF J. Kyste hépatique paramédiastinal chez un enfant de 14 ans.
La semaine des hôpitaux 1962, 38, 3/1, 222/P.54.
- 2 — DEVE F. Echinococose du cœur.
Né: «Nouveau traité de médecine» tă Roger G. H., Widal F., Teissier P.J. Paris 1933, Fascicule X, Tome II, 688.
- 3 — DIGHIERO J., CANABAL E. J., AGUIRRE C. V., HAZAN J., HORJALES J. O.: Echinococcus disease of the Heart. Circulation, 1958, 17, 127.
- 4 — DRAGONI G., ROMANINI A. Sulla diagnosi differenziale delle cisti celometriche del pericardio.
Minerva medica 1961, 52, 25, 1175.
- 5 — GAMOV V.S. Adnokamerijj echinokokk organov grudnoj polostj.
Medgiz, Leningradskoe otdelenije 1960.
- 6 — GAVRIESCU M., MARCU M. Considerati anatomo-clinice în legatura cu doua cazuri de cist hidatic cardiac primii.
Medicina Internă, Bucuresti 1961, XIII, 11, 155.
- 7 — JAH. Kystes hydatiques du cœur.
La semaine des hopitaux 1956, 26.
- 8 — JEVCIĆ Z. Kyste hydatique du cœur.
— Srpski arhiv, Beograd, 1955, 1115 (Marré nga Semaine des hôpitaux 1956, 32, 41, 2400).
- 9 — KALEVA A. Un cas d'echinococose du cœur. Folia medica, Tomus III, Fasciculus IV, Plovdiv 1961, 261.
- 10 — LABOVITI V. Rezultate operative nă răste tă echinokokut. Metoda qă părdor. Shendetetsija populare 1950, 9-10, 11-13.
- 11 — SIMIONI S., ALFIERI A. Trombosi coronarica ed infarto del miocardio da cisti d'echinococco di cuore.
Il policlinico. Sezione pratica, 1958, 65, 17, 647.
- 12 — STEPHAN E. Kyste hydratique de l'artère pulmonaire.
Arch. E. Coeur, fev. 1961, 54, 201-205.
- 13 — SHIROKA F., DERVISHI M. Studim statistikor mbi sëmundjen e ekinokokut në njerez e në kafshë. Buletini i institutit të shkencave. Tiranë 1951, 3-4, 3-15.
- 14 — VAQUEZ H. Maladies du cœur.
Né: «Nouveau traité de médecine et de thérapeutique», publikuar ndën drejtimin e Carnot P. dhe Lereboullet P., Tome XXIII. Paris 1928.

A CASE OF ECHINOCOCCUS IN THE HEART

(Summary)

The authors describe a case of a 30 year old woman, who at the age of 13-14 years had begun to suffer from heart palpitations; later, 5 years ago, she had precordial pains of a stenotic character that simulated angina pectoris and irradiated, towards fossa jugularis up to the left half of the head, and towards the left epigastrium. From time to time she had fainting accesses. The electrocardiogram showed signs of ischemia on the antero-lateral part of the myocardium.

The roentgenogram and kymorontgenogram showed two calcified pericardial cysts, one between the IV and VI sternocostal articulations, the other, smaller, on the left wall of the heart, between the II and III arches; it could not be separated from the heart opacity.

Surgical intervention showed that these were two hydatid cysts of the heart, localised one on the sub-epicardial part of the left ventricle, the other on the left atrium, protruding in the pericardial cavity.

The second cyst communicated with a large retrocardial cavity that covered the whole back wall of the heart up to the right boundary and the vascular pecten. The first cyst was divided by a septum into two separate cavities.

The X-ray examination performed one month after the operation showed a pleuropericardic reaction with fibrin deposit, whereas the electrocardiogram showed a lowering of the three standard derivations, on the V_5 , V_6 , while the T dent was negative on all the used derivations.

Two months later the fibrin deposit was resorbed, and only a few pleuro-S-T had risen again to the isoelectric line, the T dent from negative became diphasic (negative-positive) without any other changes. So the electrocardiogram was very similar to what it was before the operation and showed a local ischemia on the antero-lateral wall of the heart muscle.

SINOOSTOZE E PARAKOHËSHME KRANIALE

Kland. Shken. Mie. MIT VOKOPOLA
Spitali nevropsikjatrik i Durrësit

Me sinostozë të parakohëshme kraniale, kuptojmë osifikimin e suturave koroniale, sagitale dhe lambdoide të kafkës, vëgas ose në tanësi, në kohën endouterine, të foshnjërisë, të fëminisë dhe të rinisë e deri në mosinë 40 vjet, moshë ikur këto sutura osifikohen në tanësi normalisht. Si pasojë e këtij osifikimi të parakohshëm, kuqizohet hapësira e kafkës, qgregullohet qarkullimi venoz, ngritet presioni endokranial dhe në përgjithësi pengohet zhvillimi normal i trurit tue shkak-tue ngadalësimin e zhvillimit mendor dhe qgregullime të të pamunuit. Si-kundër dihet, suturat janë në përgjithësi të zgjanueshme dhe të ngush-tueshme, gjë që krijon mundësinë e shtimit ose të zvogëlimit të hapësirës kraniale, sipas rastit dhe të nevojës fiziologjike. Kështu p.sh. zvogëlimi i hapësirës së kafkës, nevojitet gjatë lindjes dhe arrihet me si-pervënien e njanit asht mbi tjeterin tue u shtytun këto që të dy të në drejtum të suturave gjatë ekspulsionit të embrionit, kurse zgjanimi i kraniumit lypet për zhvillimin normal të trunit dhe prandaj osifikimi i suturave normalisht ndodh pas zhvillimit të plotë të tij.

V.A. Koziriev, i cili pranë Institutit Nevrokirurgjikal «Burdenko» studjuje 60 raste të simostozave të parakohëshme kraniale, ve në dukje se këto formojnë, sipas H. Gunther-it, 1/1000 t'anomalive të lindjeve dhe 38% t'anomalive të kranium-it.

Etiologjia e këtyre anomalive ende nuk asht e qartë. Traumatizmat obstetrikale, raktizmi, luës-i, meningitet, qgregullimet endokrine dhe të metabolizmit formojnë garninë e gjanë të shkakeve provokuese. Crouzon i pari në vitin 1912 përcaktoi karakterin trashëgimor të këtyre anomalive dhe qysht atëhere shumë auktorë këto simostaza të parakohëshme kraniale i njohin si entitet nosologjik dhe i quajnë: «Morbus Crouzon». Andre Leri, nxanësi i Babinski-t dhe i Pierre Marie-s, du-pleonostozat dhe oxycephalite-t pranon origjinën inflamatore meningoencefalitike gjatë jetës endouterine. Helaut Dennig në traktatin e tij të mjeksisë, tue folun mbi turcicefalne pranon gjithashu karakterin trashëgimor të këtyre anomalive. Nga pikëpamje anatomopatologjike, S.K. Okunjev në rje rast të tij, ve në dukje se ka konstatuar vetëm një deformim të lehtë në bazën kraniale si dhe rje trashësi të saj, deri në 0,1 m/m.

V.A. Koziriev në studimin e tij botue në Zhurnal Nevropatologji i Psiatrii imeni «S.S. Korsakova», këto simostaza i përmblehdhën emrin: «Kraniosteozë» dhe i klasifikon në pesë grupe sipas ven-dit dhe çfaqes së tynë:

1. — Kraniostenozë që ndodh si rezultat i osifikimit të parakohëshëm të shtëm të suturës koronale. (*Craniostenosis coronaris* — *Turicephalia*).
 2. — Kraniosternozë si rezultat i osifikimit të parakohëshëm të türës sagitale. (*Craniostenosis sagitalis*).
 3. — Kraniostenozë si rrjetdhim i osifikimit të parakohëshëm të suturave koronale dhe sagitale. (*Craniostenosis coronaro-sagitalis*).
 4. — Kraniostenozë si rrjetdhim i osifikimit të parakohëshme të suturave koronale dhe lambdoide. (*Craniostenosis coronaro-lambdoide*).
 5. — Kraniostenosis si rezultat i osifikimit të parakohëshme të gjitha suturave. (*Craniostenosis totalis*).
- Dr. Vladimir Maly, i Klinikës Radiologjike t'Olmouc (Cekoslovakia) në studimin e tij: «*Synostose Premature des os du crane*» perkufizion klasifikimin e tynë vetëm në 3 klasa si ma poshtë vijon:
1. — Në sinostozë të parakohëshme të një suture. (*Coronaris-turicephalia*).
 2. — Në sinostozë të parakohëshme të dy suturave. (*Coronaris-lambdoidea*: zhvillim i kraniumit në malfisi dhe lateralisht).
 3. — Në sinostozë të tanë suturave. (*Totalis*), zhvillim i kraniumit në drejtum të fontanelles së madhe, fakt ky që shkakton një zgjanim të bazës.
- C.* Sikundër vërehet, që të dy këto klasifikime kanë të njëjtan bazë: suturat. E para asht ma e detajueme, kurse e dyta ma sinoprike dhe një kohësht ma praktike.
- Disa auktorë, duke u bazuë në embriogjenëzin e eshtnave kraniale, në mekanizmin patogenetik të përbashkët të këtyre sinostozave, si dhe në karakteristikat e tye të njëjtë nosologjike, përmblidhin në to edhe osifikimet e parakohëshme të eshtnave primare hondrokriniale të bazës të cilat dhe osifikohen normalisht rrëth moshës 7 vjeçare.
- Duke marrur parasysh se sa nalte, Patry dhe Bietti kanë formuluar këtë klasifikim:
1. Disostozë kraniale që interesojnë eshtnat e bazës dhe të kafkës.
 2. Disostozë faciale që interesojnë eshtnat e fytyrës.
 3. Disostozë kraniofaciale që interesojnë eshtnat e fytyrës dhe të kraniumit në përgjithësi.
- G.* Gampailla në: «*Semiotica Neurologica*» tue folun mbi anomali të e kraniumit dhe vegenësht mbi ato të lidhura në osifikimet e parakohëshme të suturave, përmend turricefalinë dhe skafocapalinë që shkaktojnë sindrome hypertensive endokraniale me bollim të eshtnave të kafkës dhe thellim të gjumave të cirkonvulsiveve. Integriteti i «sellula turcica» nuk mund të formojë argument diferençial diagnostik në tumoret.
- Sintomatologjia klinike e kraniosenozave asht identike me atë të qdo hypertensioni endokranial dhe shpeshtëre kranografa asht një nga mjetet diagnostikuese ma me randësi që lejon me u përcaktue gjendja. Në studimin radiologjik duhet të kohen parasysh:
1. — Vlefat kranometrike. (Oxice, 86; Scafoce, 68, Plagiocefalia, 84,5).
 2. Volta kraniale. (Suturat dhe impressionet digitale).
 3. Baza kraniale. (Kandi sfenoidal, Sella turcica).
 4. Regjioni orbital. (Exophthalmus dhe Strabismus).

Të gjitha simostenat e parakohësme të kranit pengojnë zhvillimin e trunit, prandaj edhe shihet i nevojshëm intervenimi dekompresiv i tij; përkundrazi në mikrocefalitë ku kemi sëmundje primitive të trunit intervenimi kirurgjikal asht. krejtësisht i kotë. Për mëlikimin e simostenave të parakohësme kraniale janë propone shumë lloje intervenimesh kirurgjikale si: Punkzioni i vërrukullit III-të; Tepanimi dekomprimativ dhe Kranektomia. Ne kohën e fundit Simmons dhe Feyten kanë propozue një mëjekim të ri. Keto pengojnë osifikimin e suturave tue vendosë ndërmjet eshtnave një substancë të paasimilueshme iskurse polyethylen-i. Sipas Koziriev-it përfundimet e këtyre intervenimeve janë të kënaqësme.

Me qenë se, sikundë u përmend ma nalt, rastet e osteosintezave të parakohësme të kranit janë relativisht të rralla, mejuem opor tun përshtërimin e njeri prej të tre rasteve të kraniosinovazave, diagnostikue dhe ndjekun në rrethin tonë gjatë viteve 1960-1961. Përshtëruajmë vetëm këtë rast jo vetëm se ky asht ma tipik, qoftë nga pikëpamja klinike dhe laboratorike, por edhe se asht verifikue edhe prej kohëve tonë radiologë.

Rasti ynë asht si ma poshtë vjon:
H.G. Mashkull, vjec 12. lindun dhe banues në Peskopi, nxarës i klasës VI fillore, u paraqit për ekzaminim neurologjik pranë repartit Psikoneurologjik të Poliklinikës Durrësit me dt. 27-VI-1961 dhe vizitue nën Nr. regjistrat 2417, i dërguën prej mëjekut patolog me diagnozë: «Observatio pro Cephalaea».

Anammet: I sëmuri akuzon prej gati 5 vjetëve cefalea frontale të herë-pashërëshme e cila ndonjëherë shoqërohet me nausea, të vjellura dhe vertigo. Për këtë gjendje asht mëjekue prej mëjekëve të ndryshëm por deri sot nuk ka pas ndonjë përmirësim.

Anamnesis Morbi: I ati i të sëmurit na referon se në moshën tre vjeç i sëmuri u rrëzua aksidentalist për tokë prej një naltësie gati 1 m. pa shenja të jashtme lezonimë; dhe menjton se ndoshta ky rrëzim aksidental i ka shkaktuar ma vonë cefalen prej të cilës vuan.

Anamnesis Vitae: Fëmijë i sekshit mashkull, lindun në të IX-tin muaj, pa asistencë mjekësore, ka pasë një zhvillim fizik dhe psikik normal. Frekuenton shkollën rregullisht si nxanës i mirë dhe sot ndjek mësimet e klasës së VI-të fillore. Në moshën dy vjeç ka kalue pertusis pa ndonji komplikim. Nuk ka kalue tjeter sëmundje somatike me randësi.

Anamnesis Familia: Kungja patologjike.

Status Praesens: Fëmijë me konstitucion fizik të zhvilluem mirë; lëkura dhe mukozat të koloruarne si në normë. Limfoglandullat re-gjionale nuk preken. Pulmonet në pënkusht që auskulacion pa shenja patologjike. Cor në kufi normale, me tonet të qarta, ritamike pa zhurmë patologjike. Pulsi i plotë rënik i njejtë në të dy arteriet radaiale rrëth 70 në 1'. Tensioni arterial i njejtë në të dy krahët: 110/60. Abdomeni në nivelin e toraksit me prjesë në frymëmarje, asht i butë dhe i padhumbshen në palpacion, pa tumore ose organe të zmadhueme. Pasternacki negativ. Alvo dhe mission normal. Kryet e fëmijës parqitet turcocefaliforme. Fytora simetrike. Bulbet okulare të për prominent, D=S, kryeqë lëvzjet plotësisht, nuk paraqesin nystagmus. Pilat mydriatike, reagojnë me gjallëri në drithë dhe konvergjencë. Nu-

haftja dhe shija të konservuame. Gruha ndodhet në vijen mediane pa atrofi, kryen lëvizje të plota. Artikulacioni i fjalëve kryhet pa vështrim. Gëlltija e ushqimeve normale pa vështrim. Në përgjithësi nuk vërehen dantime të nervave kraniale. Forca muskulare e konservuame, lëvizjet aktive dhe passive kryhen me volum të plotë, pa shprehur ndonjë shenje patologjike. Ecja e lirë, pa ndonjë pengesë. Reflekset periorale prezantës sëre, reflekset kutanëoabdominale prezantës sëre. D=S. Reflekset krenastariane gjithashtu të pranishëm dhe në normë. Sensibiliteti superficial dhe i thelli i rruajtur. Në pozicion Romberg nuk devion. Paraqet tremor të lehti digitorum. Damtime të sferës pyramidale nuk vërehen. Sfinkteret funksionale prezantës sëre.

Ekzaminimet komplementare janë si vijon:

Erytrocyte: 3.470.000

Leucocyte: 4.200.

Formula: N: 59%; E: 10%; L: 29%; M: 2%; B: 0%.

Erytrosedimentacioni 3 m/m në orë.

Azotemia: 0,30%.

Glycemia: 1,1%.

Reaksiioni Bordet-Wassermann në gjakë: Negativ.

Likidi cerebrospinal R. Pandy: plus-minus; albumine: 0,16%; Glucose: 0,40%; celiule: 0,1 për m³.

Gjak për Plasmodium Laveran: negativ.

Materiet fekale për vezë parastesh: negativ.

Skopia e toraksit: negativ pulmone et cor.

Fundus oculi tregon: Papila e n. optik ka kontura pak të veshurat dhe ngjyrë rozë.

Kraniaografi e banun në dy projekione tregon: «Vërehet konsolidim i parakkohshëm i të gjitha suturave. Impresionet digitales mjafë të theksuar me impressio basilaris. M. Crouzon (P. Selenica).

Këtu ma poshtë po radhismi në dy pozicione fotografie e fytyrës së sëmurit si dhe dy kraniaografitë e tij.

Diskutimi i rastit: I sëmuri 12 vjeçar H.G. u paraqit në repartin psikoneurologjik të poliklinikes së Durressit, me qëmë se prej gati 5 vjetëve alkuzonte céfale të shqerëmueme me vertigo, nausea dhe të vjetulluna. Sipas anamnezës në moshën 3 vjeç asht rrëzue prej një natiësie gati 1 m. Prej zhvillimit të gjendjes patologjike të ma vonëshme dediktohet se trauma nuk ka qenun shkak determinues por vetëm ndoshta një faktor shpjetues i çfagjes morbidë. Exophthalmus që paraqeste si dhe konstatimi i zmadhimit të diametrit kranial sagitalis magna dhe zgogëlimi i diametrit transversalis magna, na imponuen punkcionin lumbor dhe kraniaografitë. Punkcion i lumbor tregon rrjedhjen e likuidit cerebrospinal me presion të theksuar dhe në pamje të qartë pa elementa patologjike; kurse kraniaografitë në pozicionet latero-lateralis

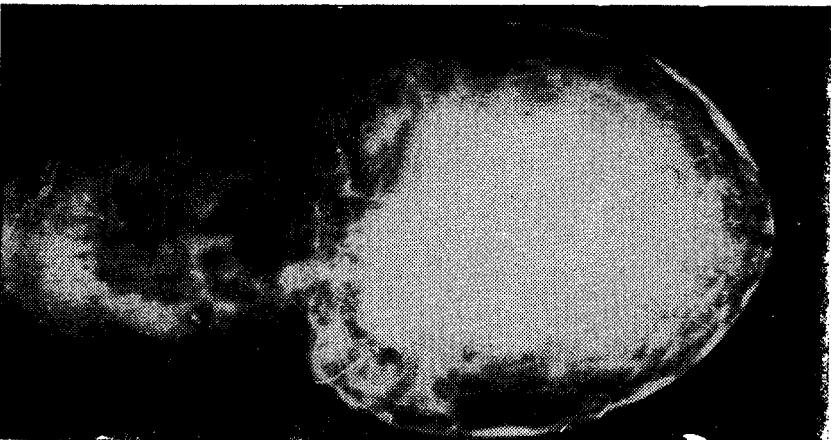


FIG. 3

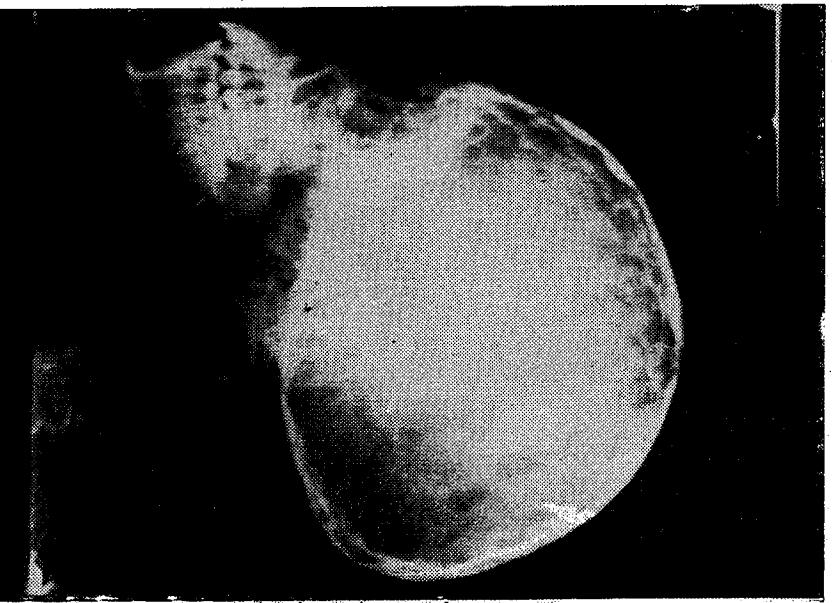


FIG. 4

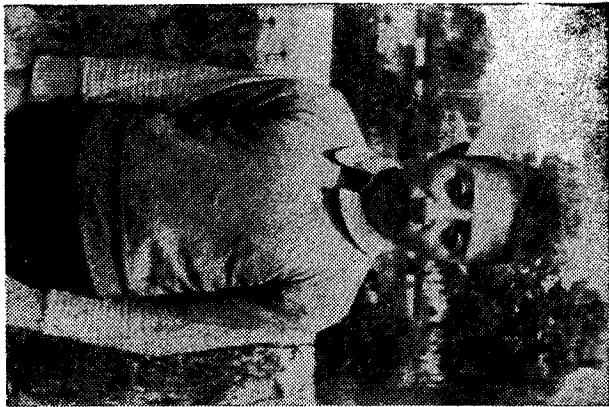


FIG. 1



FIG. 2

23. MORELLO G. LOMBARDI G.

*La chirurga delle malformazioni craniche:
Relazione al IX Congresso della Società Italiana di Neurochirurgia.
Milano. Min. Neurochir. 4-1-1960.*

24. SIMMONS D. S. PEYTON W. T.

Premature closure of cranial sutures. J. Pediatr. 31: 528-547.

25. VIRSHOW R.

Ueber den Cretinismus namentlich in Franken und über pathologische Schadelformen. Verhandl. phys. med. Gesellsch. Würzburg: 2-230-1851.

OUTLINE OF PREMATURE CRANIAL SYNOSTOSIS

(Summary)

The author, after reviewing the etiology of the premature cranial synostosis, mentions some of its many classifications, analyses its clinical, roentgenologic and craniometric characteristics that form the basis of the diagnosis; then he mentions the latest therapeutic methods and discusses one of his cases observed in the district of Durres. This case is interesting for its clinical picture and etiology. The clinical description is followed by the laboratory findings and is illustrated with the cranigraphy of the patient, which shows the characteristic pathologic signs of premature synostosis.

INTRODUCTION

DEFINITION

CLASSIFICATIONS

CHARACTERISTICS

DIAGNOSIS

THERAPY

CASE REPORT

DISCUSSION

CONCLUSION

LITERATURE

REFERENCES

ACKNOWLEDGEMENT

SUMMARY

CONCLUSION

REFERENCES

RAST NIEBOBLASTOMI (TUMOR I WILMS-ii) NE REN

SUPRANUMERAR

FLAMUR NISMANI
Lekcra e Kulturojë se Fakultetit

Reni supranumerar është në veteve të një anomali shumë e ralle. Deni më 1951, Bedina (1) citon nga literatura 52 raste të publikuara (nuk duhet të konfondohet me renin duplex që është një anomali më e shpejtë). Reni supranumerar parashitet si organ fare independent, që n' mbi ose nën renin e zhvilluar normalisht. Zakonisht është më i vogël nga reni normal. Pozicioni i tyre është i vengantë, kapsula renale, kili i dhe pelvisi renal janë gjithashtu të vengur. Po ashtu që urteri është i vengantë; ose të dy urerët tubarorinë vegas në vesiken urinare, ose mund të bashkohen që më sipër. Përgjithësisht nuk ka rendesi klinike vëzë kur preken nga ndonjë praxë patologjik (si hydrocefroza, e tjera).

Por sunë më e ralle që e jashtëzakonishtë është koincidencia që është rast supranumerar me tumor. Në librin e vet, mbi tumoret e reneve që është rast supranumerar (verëm tumorë renale 617 raste) nuk përmend asnjë rast koincidencë të renit supranumerar me tumor (autori më 1057 rastet e veta përmend 7 raste koincidencë anomalisht të natyrisme të reneve që është rast supranumerar me tumor). Edhe në literaturën që ka konsultuar Jedlicka gjëren ralle koincidencë tumorësh me anomali të tjera të aparatit urinar. Përsa i përkat koincidencës së tumorit me ren supranumerar, qy cion vërem Smoler-in, i cili ka përshtkuar më literaturën gjermane më 1947 një rast kartnosti në reni supranumerar.

Me teper ky fakt na shtyu të publikojm rastin tonë.
Pacientja SH.B. vjeç 9. Në klinikën tonë shtrrohet me diagozën nsp. Tumor reni, sinistra më 16-1-1961.

Para 5 vjetëve fëmija ankonte dhimbje në reg. lumborik, që është rast që i vazhdonin 10-15 minuta. Çetësime ndërt rre verë të vitt 1960 konstatuan një tumofaksion nën brinjen e majtë, i cili nisi të anadhohet që të forsohej më tepër. Ju shqanojë, që është rast që humbasë më peshë. Me urinimin nuk kishte çetësuar. U-vizitua tek mjeku në kabinën e vet, i cili e dërgoi në spitalin e pediatrisë në Tiranë me diagnozën tumor abdominal. Nga pediatria transferohet tek ne.

Anamnesis morbi: bal - stn, që i vazhdonin 10-15 minuta. Çetësime ndërt rre verë të tjera nuk ka patur. Tek mjeku nuk u vizitua. Prindërit nuk ka varet, i cili nuk është sëmundje me rendesi. Ekzaminimi objektiv: Në dukje pacientja është mjaft

e dobët. Gjendrat lymfatike nuk janë të zmadhuara. Cor et pulmo pa ndryshime patologjike. Puls i plotë ritmik, 70 në minut. TA 120/75 mm. të shtyllës zhivë.

Abdomeni: Gjysma e abdomenit nga e majta është ngritur mbi nivelin e toraksit nga një masë tumorale që arrin pothuaj deri në umbilik duke zënë hypokondrin e majtë edhe regionin lumbal. Në reatitet regjistri **lumbal** është pakt. Ndryshëse humorale zhvilluar në tjetër perpara. Në palpacioni **abdomeni** në epigastrium dhe gjysmën e tij të djathës paraqitet i butë, i trajtueshëm. Hepati në kufi. Në palpacionin bimanual reni i djathës nuk prekë. Në palpacion nga e majta preket një masë pak a shumë e rumbullakët, me konture jo të regullta. Konsistencë është e forte sidomos në disa vende. Tumori nuk është i lëvizëshëm.

Buzaminimet e tjera: Urina e martë disa herë tek njeve dhë ne pe- diatri, parader gjurmë albuminës që asgjë tjetër. Anamra e gjakut, njer- mal. Gjak azotemi 0,40%. Temperatura normale.

Skopi toraksi: asgjë patologjike. Grafi bactriti, nuk ka lezionet koc- kore.

Urogramia intravenozë: reni i djathës eliminon kohëtash normal faze pak kontrasf. Venët nuk janë e bënjes se njëmbanë. Është i tempitet që si kalice e polt superior e kombinuar me tumoren. Pekur si dhei ureteri nuk janë të injektuar fare me kontrast. Nuk janë shihur me ne konkusionin se kemi të bëjmë me tumor renitës shtresa, proba- bilitet ne rrebasone. Vendoset që femria te operohet kurrisht. Dite 1-11-1961. Operacion. (Nishani) me narkozë inhalatore betet. Nëpërmjet betekimia në të majtë e zgjatur në regionin inguinal. Duke zbuluar një zhën, renal, konstatohet një tumor sa një koka femtëshka forme, që dikur të rumbullakës, vende vende i forte që vende vende nje "kontesi" tencë, nje të butë që me fluktuacion. Tumor i është pakt me rru- kujt. Por ishte aderuar sidomos me peritoneumin. Në pjesën e sipërme të tumorit, duket një zone e vogel 3-4 cm, ku ndri kë formën normale të parenhimit renal. Breth, tumorit vaskularizimi ishtë mjaft i madh. Ureteri që shndruar në një masë fibroze. Në hilus, nuk konstatohen masa të forta që dikur i linë. Në retroperitoneum, praken disa gjë- dra të forta që ekstirpoohen. Në pjesën superiore të illozhës renale kon- statohet një ren tjetër, me kapsule adipozë të vëçantë që pë- lidhje me masën e eksirpuar. Reni ishte komprimuar nga masa tumo- rale që u-hoq. Kontrollohet që gjendet edhe ureteri i renit, që ka forme eje kon sistencë normale. Hilisi i këtij renit i jetë nje "tumore" që nuk duhet të jetë infiltruar. Me që dhei nje bazë të angiografisë i v. ka një fare funksioni, vendoset që mos hiqet. Tumori i eksirpuar ishte 7,5 cm me 14 cm, që peshonit 1664 gram. (Klini fig. 14-dhe) Istr. i gjithë

Ezikomplikimi histologjik: i preparatit, qifte (Bifili). Masa tumore formë ishnuish të shperindare. Midis katyre ishjuje tumorale konstatohet ind renal tipik në gjendje atrofje. «ex compressione». Elementi që i lisor i ishjuje tumorale paraqitet në dy aspekte: qeliza të vogla të rru- forme të tipit sarkomatik si që qeliza me aspekte fizi- mbullakta me nucleus hyperchromatik.

Këto të fundit në sasi më të pakët. Në më-

sëm tumorale disa qeliza sikur dhan të formojnë tubula apo glomerule rukimpartare.

Dëgj: Nephroblastoma (osg, nephroma, emphyxoma).

Jë pështë.

Bapait, të fëmijës i propozohet të vazhdohet roengemterapi, por ai nuk pranoj.

Pas dy javëve fëmija del në gjendje të kënaqësime me porosi që të kthehet për kontroll mbas dy muajsh.

Më 26-IV-1961, d.m.th. po thua mbas katër muajsh fëmija shfotët, rishtaz në klinikën tone. Gjendja e përgjithësme është shumë e debet. Lëkura dhe mukozat pak të zbuta. Ankon dobësi të përgjithështë, anoreksi, dhe dhimbje këmbësh.

Reth dy muajsh mbas interventit kirurgjikal fëmija e ndjeri vreten dhimbje këmbësh (në film në të majjen dhe pastaj në këmbën e diatit),

njeku i atjesëhem mijekohet disa kohë me antibiotikë dhe salicylate. Me që gjennja u keqësua, dergohen rishtaz në Tiranë në Klinikën tone.

Në ekzaminimin objektiv në palpadion binamal (në regionin lumbospinal) konstatohen nodule të fortë, të fiksuar dhe jo të dhimbëzuar. Në organet e tjera asnjë me rëndësi. Urinoni është bështë, mori mal. Në këtë më vështirësi, Sido mos nje ecje kë shumë dhimbje në region lumbo-sakral.

Analiza e urinës është e gjelqut normal. Gjykazotemi normal. TA 110/80 mmHg. Temperatura normale.

Urografia intravenerozë: reni i djathitë eliminohet normal, dhe nuk paraqet ndryshime patologjike në formën e vet. Reni fmaftë nuk eliminon kontrastin.

Në grafite e gjithë skeletit nuk konstatohen ndryshime patologjike.

Grafite pulmonit: nuk pulmonit e djathitë paraqet dy zona metasta- tike në një lajmi.

Më 28-IV-1961 bëhet kromocytoskopja, dhe kategorizimi i uretrit të maje: cystoskopi hyn lisiht në vezikë. Mukozë e vezikës normal. Ostionet në vendet e tyre. Reni i djathitë eliminon kostrasitë pas treti minutiash. Reni i maje nuk eliminon as mbas 18 minutash. Bët teteri nuk kalon. Edhe kontrasti që fuqet me presion kthehet rishtaz, nje vezikë (shif. Fig. 3).

Mësimi propozimini tona që fëmija të vazhdon të kujen me den- gen terapi, i sti refuzon dhe nuk dëshiron e tije nxjer vajzen nga spita- taf me 3-V-1961.

Mbi diagnozën dhe proguzen e këtre humopeve:

Tumoret cysembriionale të leniveve në literaturë përshtruhen më emra shumë të ndryshëm (Jedlika thotë se deri tanë përdoren 53 emra të ndryshëm): nefroblastomë, adenosarkomë, tumor i Wilmsit, adeno- myosarkom etj.

Shumica e tumoreve të mëdha që gjijnë në fëmijët në regionin e barkut, janë tumore të veshkave. Pjesa e tyre më e madhe janë tumorë embrionale të përzier (nefroblastomë). Në literaturën e vendeve përendimore keto tumore shpesht qipihi tumore të Wilmsit.

Mesatarisht janë të mëdhei sa një kokë fëmije (500-2.500 gram.) por në literaturë janë të përshtikuar edhe raste tumorësh prej 3-12 kilogram (Hyman) (3).

Fraser ka gjetur në 15.000 fëmijë 7 tumore renale. Ombredane në 7.194 fëmijë të hospitalizuari jep 17 raste tumoresh renale (3).

Rakohen më shpesh në fëmijë 3-4 vjeç.

Symptomet: symptomatologjia e kancerit të renit në fëmije ndryshon shumë nga e të riturve. Në shumicën e rasteve është gjithmonë po ajo: një tumor abdominal që zhvillohet progressivisht dhe shpejt duke pëkthyer gjendjen e përgjithshme të fëmijës. Në të riturit në shumicën e rasteve çfaqet më parë hematuria, pastaj mund të pëkthet tumorë, kurse shënya e pare në fëmijët është zbulimi rastësisht i tumorit në bark nga pëndërit. Bralle çfaqet hematuri ose gjurmë albuminë. Dhimbje manifestohen në fazën e avancuar, por mund të çfaqen edhe në filum. Temperatura manifestohet në gjysmën e rasteve (Bashna). Gjithashtu është konstatuar dhe ngritja e tensionit arterial. Gjendja e përgjithshme alterohet shpejt (dobasi, humbje peshe, et.). Diagnozën e verteton ekzaminimi objektiv, urografia intravenozë, eventualisht dhe ekzaminime të tjera plottësonjëse.

Me t'u vënë diagnoza e sëmundjes, sigurisht që duhet bërë përfiksione (nëqia e kapsules dhe e gjendrave retro peritoneale). Sigurisht që duhet ditur më përpura gjendja e renit tjeter. Gjithashtu kjo duhet të shqyrrohet edhe me roengenterapi post operatore. Kohet e fundit disa bëjnë roengen terapi jo vetëm pas operacionit, por edhe përpura.

Pragnoza: është shumë më e keqe se sa në të mëdhenjtë. Për shembull nga të 55 të sëmuret e statistikës së Campbellit (cituar sipas Bedrma), vetëm 5 jetuan një vit mbas operacionit. Kohet e fundit pënshtkuhen rezultate më të mira, dhe kjo lidhet me përdorimin në një shkallë më të gjere të roengenterapisë. Rezultatet e këqia vijnë edhe nga fakti se zakonisht të sëmuret shkojnë me vonesë tek mijeku. Në statistikën e Pristley dhe Broders nga 65 rastet e sitiara, 37 ishin inoperabёl dje nga 28 që u operuan, vetëm në 20 raste qe e manqur të hiqjet.

G. Wolstrom (3) shkruan që është vështirë të thuhet se çfarë rezultat do të ketë i interveneti, nragjithëse ky mund të jetë radikal. Ka raste që megjithëse tumorë është hequr shpejt dhe radikalish, metastazat formohen brënda disa muajive. Ka raste të tjera që i sëmuri rrzon 4-5 vjet bile dhe më shumë (4). Kjo invaret dhe nga malinjiteti i kancerit vetë.

Këtë tumore lëshojnë metastaza me rrugë gjaku dhe lymfatike: në muskleri, në kost, hepar, lien, tru e të tjera. Per Contusitatem mund të penetrojnë edhe në organet për rrëth: hepar, diudemam, lien, colen, etj.

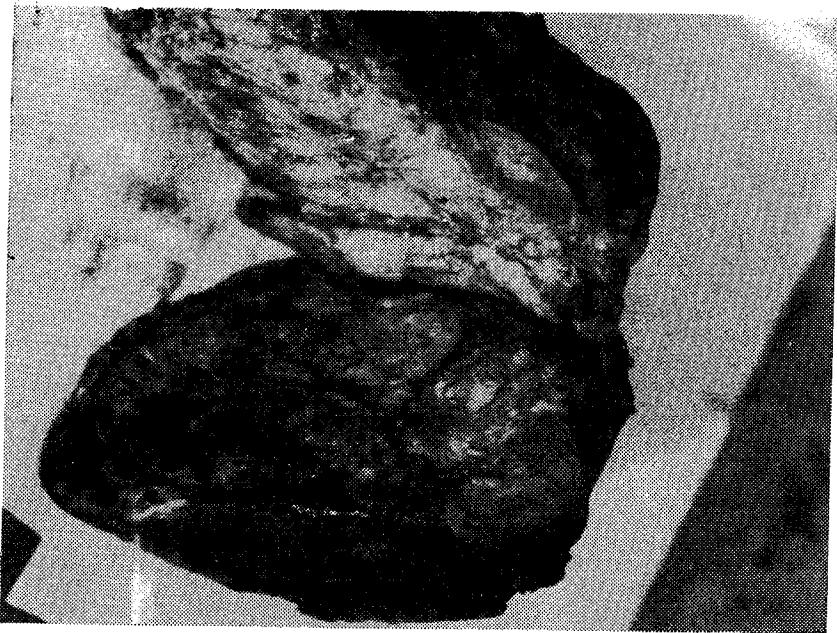


Fig. 1. - Preparat i eksitpuar.



Fig. 2 . Preparati i ndarë
për gjysmën. Spër duhet
një pjesë e vogël parenki-
mi renal i prerë në dyshë

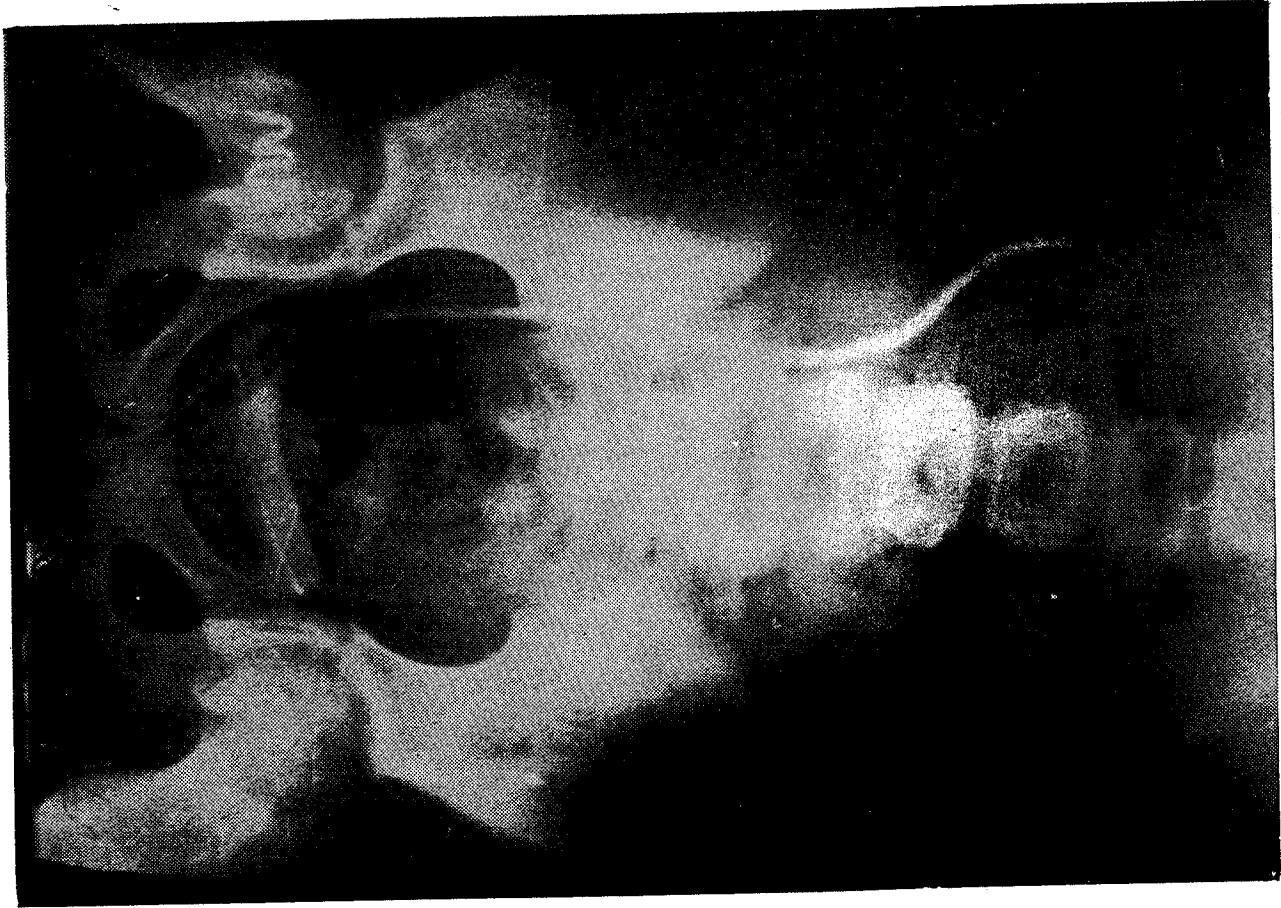


Fig. 3 -Uretrografia retrograda sinistr.

BIBLIOGRAFI

- 1) J. BEDRNA, Detska urologie, Praha, 1951, f. 169-170 dle 407-422.
- 2) V. JEDLICKA, Pathologie nádoru ledvin a odvodných močových cest, Praha, 1957, fasc 20-22, f. 51, dle 78-79.
- 3) P. VALLEY-RADOT dle KOL., Traité de Médecine, Tome XIV, Maladies des Reins, Paris, 1949, fasc 752-762.
- 4) A. I. DODSON, Urological Surgery, St. Louis, ed. III, 1956, f. 314-324.

A CASE OF NEPHROBLATOMA IN A SUPERNUMERARY KIDNEY

(Summary)

The author describes a very rare coincidence of a nephroblastoma with a supernumerary kidney in a 9 year old child. He describes briefly the diagnosis, treatment and the malignant character of such tumors.

Author:

Dr.

František

Král

MUDr.

Ph.D.

České

Státní

Zdravot-

nický

Institut

Brno

Czechoslovakia

Address:

Brno

Czechoslovakia

Phone:

Brno

Czechoslovakia

Number:

Brno

Czechoslovakia

NJË RAST SHOCK-U ANITETANIK NË FËMIJË TRIVJECAR, PA SENSIBILIZIM SPECIFIK TË MËPARËSHMË

Katedra e Patologjisë Përgjithësme (Sektori i Mjekësisë ligjore)

Fëmija Abdullah C... vjec 3 më datën 28 gusht 1961 shoqërohet nga e éma në ambulancën e njëkunë të degës B të poliklinikës "Bernjë" copë tullë që duket pa dashje e kishte bërë vëllai mië i madh në kohë që ishin dukje luajtur në oborim e shkrepisë së tyre.

Mjeku vizitues, i konstatoj fëmijës Abdullah C... një plagë të vogël me shtrypje dhe garje të indeve të buta në regionin parietal të majte me dimensione $1\frac{1}{2} \times 1$ cm. me buzë të gjregullta. Mbasi përpunoj plaqen urdhëroi t'i bëhet serumi antitetanik simbas udhëzimeve përkafese. Infermjerja e shërbimit, i bëri fëmijës vetëm dozën e parë (1 cc) të solucionit, nën lëkurën e kuadrantit të mesëm të djathtë të abdomenit. Mbasi injektimit të 1 cc të solucionit, fëmija u lëshua, u zverdh, pati dhëne të flohta, ju nxinë buzet, dhe me gjithë ndihmën e shpejtë të fëmijës nga mjeku aty për aty, fëmija brënda 5 minutave vdiq.

Nga anameza e së kauarës të fëmijës, simbas thënive të nënës së fëmijës Nr. 25 datë 30-7-1958, rezulton se fëmija Abdullah C... nuk kishte bërë as një herë përpara kësaj date injeksione me serum antitetanik. Kishte bërë vetëm dozën e parë të vaksinës antidifterike me datën 23-4-1960 si edhe vaksinën Anti-polio. Gjithashtu per mjekimin e sëmundjevet bronkit-akkut, bronkopneumoni, angina, dispepsi të kaluarar në vitin 1958-1959-1960, kishte bërë shumë herë injeksione me antibiotikë (penicilinë).

AUTOPSIA

Ebërë më datën 29-8-1961 vuri në dukje: Fëmijë me kostitucion trupor të mirë. Në regionin parietal të majte një plagë llacerokontuze të indeve të buta me dimensione $1\frac{1}{2} \times 1$ të mjekuar në rregull, pa dëmtim të kockës të vendit; brimën e gjilpërës të bërë nga injeksioni me serum anti-tetanik në kuadranthin e mesëm të djathtë të abdomenit, si dhe brimat e gjilpërave me solucione të ndryshme për ndihmën e shpejtë. Në indet e vendit të gjilpërës të serumit antitetanik nuk paraqiste nekrozë, paraqiste vetëm një reaksion të tyre. Lëkura e fytyrës edematoze, nga hunda del shkumë me gjak, po ashtu nga goja, mukoza e së cilës është e ajtur.

Në hapjen e kockave, të kokës nuk është konstatuar asnjë dëmtim, i tyre, turi i hiperempiat edematos, enët i embusitura, në superfaci, i vogël, meqalë oblongata pa qëmte, malloskopike. Njohurësi, i kryer, edematoze, në prerie del llikid i kug me shkumë, në plenurën e majtë, pika emoragjikë, perikard, dhe epikardi me pika emoragjike. Zemra e majte pa gjak, zemra e djathë e zëjër pa gjak. Në organet e tjera nuk është shënuar.

Eksamini histopatologjik i bërë në laboratorin e anatomiçës, për hiperem, mezatarisht të theksuar në tru, një pjesë e enëve të zgjeruara të mbushura me entroci, edhemë pericellular, reakzion i lehtë gjil. (Fig. 1). Aylezetet polmonare shumë të zgjeruar, një pjesë e tyre me sepe të çati, vazat, në septet intra ali veolare shumë të zgjeruara, të mbushura me elemente të kuge, emoragi, të vogla, ekstra vazale. Fig. 2. Mikroskopi shpërndarë në indin intersticial, mëthi disa enëve, të vogla infiltrate, pësafatishë, të dendurat elementesh inflamatorë, të rumbullardura.

Komenti. — Nga pasqyra anatomoklinike e përshtatur me lartë, që përcaktë se udëka e sfenjës. Asellulla, C., është shkaktuar nga Sheng-kay anafilaktik, aq jo zëri rezultatit, këqionit të trajtave të kockave, të kagut, nga goditja e pell nekokë, nga ri-sopë, vullë. Në fakt asnjë, aq tim i kockave, i enëve ose i trurit nuk ju konstatohet, feniçja, dëmtimi të cilin mund t'ja atribuonin veprimit ose efektit të goditjes që ju bë në kokë. Ju konstatua vetëm një plagë e vogël llacerokontuze e indeve të buta të regionit parietal të majtë, pa pasola të tjera.

Mbetet tashti për tu komentuar fakti që fëmija nuk ka qenë i sensibilizuar në parë, me një injekcion, tjetër, të serumit agiti-tetanik, duke qenë se e së-dihet, nga të gjithë forma, aq ilali, përdorur për të, përgjegjës, që sensibilizimi e shkaktuar nga injekzioni, përcaktohet që nje eferantik shemb, që të reaksionit që shkaktohet, nga një injekzioni, dyte, i mëposhtëm (sukcessif) i të njëjtës substance. Dihet gjithashu se si graull anafilaksia e vërtetë, një sensibilitet i fituar si rezultat i një injekzioni, pare që nuk shkaktoj ndonje shenje të qukesme, provokohet tek njeriu nga serumi, eferologj, nga toksozi, tetanik, nga ekstrati, spazifik, oga, Vaksinat, e piktora, nga e vendha, e vezes, qhe nga të tjera, përpjekje, përdikamëpoze, injekjonjese, qhe profilaktike, që përbaine, substancë, ca antigenje. Mirëpo dihet gjithashu se keto forma sensibilizimi të fitur, që nuk dëshitet, të dallohen, kryqëkëpës, nga ato spontane, në të cilat nje reaksion i rende mund të vijë që me injekzionin e parë të antigenit, sic shëtë rasti që nuk përskrumjë. Një përqindje e madhe reaksioneesh t'ë një fare graviteti, (e deri të shok-këmortal rasti i fëmijës A.C.) nga serume eferologj, që nuk kanë janë sensibilizuar nga një imëkcion i më parshëm por që janë spontaneisht sensibël, ndaj se rastit i rasti i më spesifik, qhe zakonisht edhe ndaj zbulimit të kafshës nga e cilë e shëtë, njëjne serumi (1). Sensibilitet, ky që, i attribuohet, një dispozicioni të vegantë, një ditezë alergjike, të karakterizuar nga një imëkcion, i më parshëm por që janë spontaneisht sensibël, ndaj se gjuhës, fiksogjene, ose entogjene (2). Choc-k-u, shëtë fenomen, alergjik themelor në kuadrin e të cilët mund të hyjnë variante të shumta, shkaqet e zakonëshme të zbërhimit, të tij janë injeksionet e sësimevet, të

medikamenteve, e të tjera. Ctaqja e sindromeve të ndryshme deri në zhvillimin e kuadrit të përgjithshëm që në disa raste është mortal (3), bërenda pak minutave, ose trijetë minutave mëposhtë injeksimit (4). Me shpejt shfaqet kur injektori është intravenoz, sese kur infeksionat bëhet nën lekure ose nën muskulë (5).

Mundet që në literaturën injeksore botërore të jenë përshtuar me shpejtësi shok-u anaflaktik mortal nga infeksioni i parë i amigentit (diamid) pa sensibilitë (të mëparshëm), por fakteqësish në literaturën që unë mundë të konsultoj nuk figuraon i përshtuar me shpejtësi rasti i tillë. Megjithatë, raga të dhënat eksperimentale të disa autorëve (5-6-7) rezultojnë se sepakti në fushën eksperimentale, ka mundësi të çfarë fenomene anaflaktike që pa qenë sensibilitë specifik para injekzionit zbarëshes. Po këtia autorë kanë provokuar shok-u anaflaktik në minjte duke injektuar kompleks solubile të formuara nga baslikoni i artigjenit të antikorpet përkatëse. Përvec kësaj autore të tjere (8) pranopëse ka mundësi që edhe produktet idrosolubile të ndarjes të proteinave (Peptone) të infektuar në venë të kavia, të provokojnë një fenomen që i ngjan shumë shok-u anaflaktik. Këshin që mund të them se rasti i përfshiror mundësues e një sensibilitë të mëparshëm direkt nga i rijeti serumi, që se në vezë të të dhënavë të autopsikë nuk ka dyshim se vdekja e tij ka ardhur si rezultat i një shok-u anaflaktik në mënyrë që mund të themi:

KONKLUSION

Se vdekja e femijes 3 vjeçare Abigail C. është shkaktuar nga shok-u anaflaktik i provokuar nga injekzioni i parë i serumit anti-tetanik, në sajë të një diateze alergjike të tifit të karakterizuar nga prirja konstitucionale e organizmit të reagoje në mënyrë abnorme ndaj këtit të vdekjeni (serumi anti-tetanik).

Mendohim se botimi i këtij rasti do t'ju vlefë kollegëve të rinj dhe eksperenteve mjekësiorë të mireheve që të interpretojnë drejt të dhënat që të janë konklikione të saktë me eksperimentet e tyre në raste analoge për rast e orientim të drejtë të organave të heterositës që gjyqësore kur mund të vlefë në diskutim përgjegjësia e personelit injekesor.

(Parashqitur në Redaksi më 2-12-1981)

BIBLIOGRAFI

- 1) ROBERT A. COOKE — William B. Sherman në traktat e fizio-pathologjisë të William Sodeman, Vol. I, përkthim Italisht, botim 1960.
- 2) MARIANO MESSINI. Terapija Klinika Vol. II dhe III. 1960.
- 3) PAVILLO PAVLI. «Shock-u anaflaktik mortal nga bipencilina në person me asma alergjike medikamenteze». Buletini i shkencave mjekësore Nr. 4, 1961.
- 4) HELMUTH DENNIG. Tratat i sëmundjeve të brendësimeve vol. II. Përkthim Italisht 1965.
- 5) P. FRIEDMAN: Xetit i Imm. Fershe. 1969, 2, 591 cituar në rivistën (terapija 339 shifor tetor 1959 faqe 154-55).



Fig. 1. - Iperemi e theksuar "vaza tē zgjerrara tē mbushura me eritrocite.



Fig. 2. - Filmune: Alvolet shumë tē zgjerrara, septe tē çara. Vazat tē zgjerrara.

- 6) F.G. GERMYTH die G.F. MCKINNON, Bull. Johns Hopkins Hosp. 1952

1911, 13. - L'idea di una poesia aty

redaksisë i revistës «Llancet» 5 korrik 1958 faqë 33 po atv
Science, 1950, 121, 1337, «po-áty.

R. SODEMAN: *Fiziopathologii*, vol. I. pérkthim Italísh (CQ «Principes physiopathologii: Liege 1950

A: Institut sieroterapike milaneze viti XLIV. Shtator—tegor 1959.

SCHILLER'S "WILHELM MEISTER" 359

卷之三

(Summary)

The author describes a fatal case of anaphylactic shock caused by an injection of antitetanic serum in a 3-year old child, who previously has not been sensitised with serum injections. The author advises his younger colleagues and the legislature of the province to bear in mind the existence of such cases and the possibility of encountering them in their daily practice.

K R I T I K E E B I B L I O G R A F I

RECENSION I LIBRIT TE RUSSEL N. DE JONG THE NEUROLOGIC EXAMINATION (ekzaminimi neurologjik) 1960, Hoeber-Harper, New York.

Ky libër përbëhet prej 1078 faqesh. Gjithësejt ka 61 kapituj. Ky grame dhe fotografi të eksposzuara bukur. Mbas çdo kapitulli autor i ka preshtuar bibliografinë e konsultuar mbi lëndën e eksposzuar në atë katalografinë e përgjithësme, sidomos monografitë dhe tekstet e konsultuara në lëmin e neuropatologjisë. Libri është shkroftur në një gjuhë të qartë. Autori e fillon librin e tij me sferën sensitive dhe e pershkruan atë me hollesira të mëdha qoftë nga pikëpamja anatomike, fiziologjike, patofiziologjike dhe klinike.

Edhe ekzaminimi i sferës sensitive është paraqitur me imtësi nga autori duke e ndarë në nënkapituj: atë të sensibilitetit superficial, sensitivitetit profond, sensitivitetit të kombinuar dhe sensitivitetit visheral. Një titkë.

Kapitujt mbi sferën motore janë zhvilluar në një mënyrë mjafitikën. Autori ndalet në mënyrë të vegantë mbi ekzaminimin e muskulare të ndryshme të nervëzura nga nerva të ndryshme. Ky ekzaminim e shpreh zhvilluar me aq skrupulozitet dhe ilustruar me aq kujdes me fotografie përshtakrim i tillë. Por duhet vënë në dukje, që një ekzaminim ka qëndruar mbi simbas muskujve dhe grupave të muskujve të ndryshëm si anatominë, fiziologjinë e sistemit motor, pastaj përshtakuar simptoma-lave të ndryshme të nervëzura nga nerva të ndryshme. Ky ekzaminim e shpreh në gjo obervacion klinik. Po ashtu, janë paraqitur me një kujde përshtakrim i tillë. Por duhet vënë në dukje, që një ekzaminim ka qëndruar mbi simbas muskujve dhe grupave të muskujve të ndryshëm des të vegantë nga autori anatomia, fiziologjia dhe simptomatika e nervave kraniale, bille, aty këtu vhen re simptome aqë të rralla dhe një-kohësish të rendësishme, të cilat në tekste të kësaj gjinie zakonisht zonit kemi paralisi periferike të nervit facialis, kur nga ana e lernuk janë të përshtakuara. Kështu p.sh. autor i përshtakuar sindromin al-vërehen kontraksione muskulare në këmbën dhe dorën. Po ashtu, në tant të Brissaud në kapitullin e nervit facialis, kur nga ana e lernuk janë të përshtakuara me imtësi sindromi i ganglioneuritit të mit të Ramsay-Hunt. Autori jo vetëm që e përshtakuar këtë sindrom, por gjithashtu ven në dukje se tanë dallojmë dy variente të tij, formën neuralgjike dhe formën otalgjike. Më poshtë bile ndalet edhe në pato-

Në tekstin e tij autori i kushton një vend të posaçëm diagnozës di-ferenciale të sëmundjeve endokranike si dhe ekzaminimit të hollësi-shëm të patientit në rastet e turbullimeve të vëtëdijes. Këta kapituj mjaft të qartë dhe bindëse. Cdo mjek praktik dhe qdo neurolog shpesha që janë në gjendje komatoze, subkomatoze, soproze ose torporozë. Kjo gjendje e vështirëson jashtëzakonisht ekzaminimin e intë të pacientit, e pikërisht në këtë drejtim autorri përpinqet, që të japë disa udhëzime se si duhet vepruar për një ekzaminim të imitë të pacientit. Po ashtu epileptik dhe hisherik si edhe në përgjithësi eshtë paraditur mirë ekzaminimi i rasteve ku dyshohet për histeri ose per simulacion nga ana e të sëmurit. Edhe këta kapituj kanë rendesi të madhe praktike. Për të vë-murit, autori nuk ka hartuar të përskruejë edhe disa kapituj përsa i përket atexhamentit, sjelljes së pacienteve, mimikës së tyre, facies aegroti, ecjes së pacienteve. Kapitujt në lidhje me cortex cerebri, funksionet e qendrave të ndryshme kortikale, turbullimet kortikale, sic këpamja semiologjike mjaft me hollësi.

Në kapitujt mbi likuorin cerebrospinal autori përskruan me ho-ményrat e ekzaminimit të likuorit, elementët kryesorë përbërës të tij, si edhe patologjinë e likuorit cerebrospinal. Gjithashu eshtë pozitive, që kur autori flet mbi gjukorakinë ai këtë e krahason vazhdumisht me gli-ceminë. Kjo është pozitive me qenë se autori në këtë rast e studjon or-kloruneve në likuorin cerebrospinal nuk duhet të konsiderohet si një simptom patognomonik për meningitit tuberkular.

Autori i kushton një kapitull të vecantë ndryshimeve të likuorit cerebrospinal në rastin e sëmundjeve të ndryshme nervore, bille dhe raqet, një rëndësi të madhe diagnostike. Por vlen të përmendet se në këtë kapitull autori ka neglizhuar të përmendë të dhënët e fundit mbi elektroforetik të likuorit cerebrospinal.

Teksti i Russel Deyong «ekzaminimi neurologjik» eshtë një libër mjaft i imitë dhe i hollësishëm, ai e paraqet semiologjinë e sistemit ner-bës i mirë i neurologjisë klinike, një klinicist i aftë dhe me eksperience të madhe. Megjithë këtë eshtë për të ardhur keq, që në një tekst kaq më të gjëre dhe me autorë të Eurores sic janë autoret germanë, fran-cëzë, italiane. Ai cikon në bibliografinë e tii vetëm autorët anglezë dhe asnjë nga autoret sovjetikë sidomos klinicistët më të njohur sic janë Da-videnkov, Sepp, Filimonov, Bogolepov, Konovalov, Grashenkov etj.

Po ashtu pësa i përket neurofiziologjisë ai nuk jep asgjë në lidhje me studimet e imitë të fiziologëve dhe neurofiziologjëve rusë sic janë Sjegenov, Pavlov, Vedenskij etj.

Dubet pranuar se aty këtu, futurimthi përmendet emri i I.P. Pavilovit, por nuk bëhet ekspozim i hollësishëm i doktrinës së tij mbi loka-llizmin dinamik, teorisë së tij mbi gjumin, pikëpamjeve mbi dy sisteme, sidomos përsa i përket analizatorëve dhe turbullimeve të funksioneve korticale. Po ashtu, përsa i përket klinicistëve sovjetikë ai nuk fushën e neurologjisë klinike dhe të evolucionit të sistemit nervor tek-vëretebrat, mbi studimin e Komarovkovit mbi **degeneratio hepatolieni-cularis**, mbi studimin e Grashchenkovit, sinapse dhe sistemin kipotabliografinë që autor i citon simbas artikuaje, ashtu edhe në bibliografinë e përgjithshme të cituar në fund të tekstit.

Ne mendojmë se nje konsultimi i tillë më i gjere dhe më i gjithanëpër këtë tekst të vlefshëm.

Kandidat i Shkencave Mjekësore
Bajram Preza

RECENSION ON THE BOOK OF RUSSEL N. DEJONG "THE GENERALISATIONS IN THE NEUROLOGIC EXAMINATION" (Summary)

The author of this brief recension of the book of Russel N. DeJong points out its merits, the value of the generalisations made by the author, who offers to the neurologists a valuable adviser for the solution of the difficult problems they encounter during their practical work.

He criticises the author of the book, who has reviewed a very rich bibliography, but has not consulted the Soviet book, who has reviewed a very rich bibliography, author mentions only Pavlov, but does not discuss at all his doctrine on the dynamic localizations, his theory on sleep, on the second signal system. This book could have been much more valuable, had the author consulted a wider world literature.

PËRMBLEDHJE NGA LETERATURA E HUAJ

PUNIME E KONGRESIT TE I TE SHKENCAVE NEVROLOGJIKE MBI SISTEMIN EKSTRA-PIRAMIDAL DHE PATOLOGJINE E TII

Kand. Shkenc. injek. BAJRAM PREZA

Klinika e Neurologjisë

Siq dihet, rëndësia e sistemit ekstrapiramidal, domethënë e gansqysh përparrë vitit 1913 në tri monografi: në atë të Alchajmer «MBi ne atë të Wilsonit nabi «degeneratio hepato-lepticularis». Mbas këtyre tri monografiye, pothuajse për një kohë të gjatë nuk u dha ndonjë gjë e vengante mbi këtë sistem. Mirëpo, vitet e fundit, në sajë të nevojes për neurologjet, kanë bërë një seri zbulimesh, qoftë përsa i përket fizilogjise ashtu dhe anatomiçë dhe patologjise së tij. Sukseset e arritura në lindshkencave neurologjike që u mbajt në Bruksel në qershor 1957.

Rieth sistemiit ekstrapiramidal u zhvilluan një seri referatesh, që cez Garse Garcin. Në referatin e tij Mettler u ndal mbi faktoret gjemnike në patologjinë ekstrapiramidale. Simbas mendimt të tij, shuhnfestim i një geni recessiv autosomik, i cili shkakton ndryshime të caktuarave në metabolizmin. Nga ana tjeter ai ven në dukje se në disa raste, menjë latente mbi predispozicionin egzistues hereditar. Mettleri shton shojnë strukturën dhe funksionin e sistemit vaskular. Me gjithë këtë autorri mendon se si faktorët neurometabolikë ashtu edhe faktorët parantale dhen ambiantit nuk duhet të jenë të vetmet shkak që përlindjen me sindromit të arteria chorioidea anterior, me qenë se ligatura e këpus striatum. Simbas mendimit të Mettlerit, pjesët e **corpus striatum** nga plkëpamja topografike janë të lidhura me pjesë të caftuara kortikale; ekziston një projksion invers me korën, përsa i përket **corpus striatum**, megjithëse ende nuk dihet mirë se me çfarë rugësh shkojnë këto fibra, që lidhin korën me të. Disa autore presupozojnë se këto shkojnë së bashku me **fasciculus subcallosus**. Projksioni, siropalidar kryesish: mbaron në segmentin e jashiem të **globus pallidus**. Eksperti-

mentalistish eشتë treguar se stimulimet elektrike të bëra vjetëm një herë eksitacion të **thalamus opticus**, të **lamina quadrigemina** dhe të **nucleus ruber**, megjithëse fibrat që i bashkojnë këto formacione midis tyre nuk janë ende përcaktuar në mënyrë të plotë. Të gjitha tentativat e bëra për datun nuk dhane asnje rezultat.

Tek kafshët që u bëhet anestezi e dobët, stimulimi i përsëritur i rezultat i eksitacionit të regjioneve të ndryshme të kores. Lëvizjet, që muskujt ngrijnë në mënyrë plastike në pozicionin e mesëm dhe pastaj dalgadale lëshohen dhe dekontraktohen. Ndërsa stimulimi i vazhështë karakteristik për koren në kushte qetësie. Duke u bazuar më këtë, rrejdhim i ngacmimit të **corpus striatum** nuk ndërpriten menjëherë: rrofiziologjik të tillë sic eشتë fiksimi i vemendjes.

Eksitacioni i **corpus striatum** tek primatet, që zakonisht shqyrohet me një destruktision të madh të kores, shpie në alteracione të the-

Po ashtu destruktioni i **corpus striatum** me anën e termokoagussen nga ambienti i jashëm (shikim pa kufim, kufizim i lëvizjeve të bulbit okular, ujje e theksuar e reakzionit kundrejt ushqimit, grreguar karshi ambientit rrëthues).

Keshbu pra adaptimi normal i kafshës në kondit e zakonësme karshi ambientit të jashëm, transformohet në një indiferentëm dhetje sjellje të rendë, të ngadalësuar karshi ngacmuesve. Shpesh herë kafshët vdesin një aftësi shpejt si rezultat i një distrofie të theksuar alimoksonale të **corpus striatum** me pjesën e përparrësive të hipotalamusit, që e shpërndanë disa autorë mendore se në këtë rast luau një rol me rendësi shnjë e metabolizmit të ujtit.

Në rastin e prerjes subtotalë të **corpus caudatum** arrihet që të ruje trashamane e sjelljes se kafshës. Por, me ndryshim që me kalimin e kohes kafsha arrin që të ripërtërfë shprehjet e vjetra dhe të adaptivit, menjë që të konsiderohet funksioni i **corpus striatum** si një mekanizëm, që eشتë i aftë të cilët organizmin nga ndikime proprioceptive kresqist talamopalidare, që luajnë rol në formimin e vecorive të sjelljes së kafshëve.

Në baze të kërkimeve të shumta eksperimentale dhet që të dhëna e fundit neurokirurgjikale të lidhura me palidektominë, mendohet se **Globus pallidus** eشتë vendi ku realzohen lëvizjet automatike duke drejtuar impulsete të **Hypothalamus** dhe të formacionet e tjera nuklearë. Në **Globus pallidus** shkojnë fibra kortikopallidare, talamopalidare, stjo dherë cerebelopallidare, por me gjithë këtë ende nuk eشتë e përfshirë se si **Globus**.

pallidus influencen mbi veprimirtarinë e **medulla spinalis**, megjithëse sot me regjionin subtalamik. Interesant është problemi se në sajë të çfarë mëkanizmash të dëmtimit të pallidumit lindin rigjiteti dhe tremori: në sajë të destruktionsionit të strukturës apo të qirimtë të formacioneve nervore, që gjinden më poshtë. Përsë i përket rigjitetit muskular qëndrojnë mbi "të". Këshfu psh. kur formacionet që qëndrojnë mbi pallidumin priten, simbas kateve njeri mbas tjetrit, konstatohet një shtrim progressiv i rezaccionit karshi ngacmimive proprioceptivë si edhe fuqizimi i rezistencës karshi lëvizjeve pasive.

Po në qoftë se ruhen të gjitha formacionet për të cilat u fol, e prishet vetëm **pallidum** kjo gjë shpie në zhdukjen e lëvizjeve konkomitate dhe në manifestimin e **flexibilitas cerea**.

Në bazë të observacioneve të shumta, lëvizjet konkombinante në orthopash lindin si përgjigje karshi ngacmimive proprioceptivë. Rigjidi-zhvillohet si rezultat i afllusit të impulseve aferente, që vijnë nga musashtu edhe rigjiteti muskular probabilistik kërkoi që të jetë i ruajtur aferentimi proprioceptiv, niveli më i lartë i të cilit kalon nga **thalamus opticus** nëpër **globus pallidus**.

Po ashtu interesante është patogeneza e hiperkinëzës. Tremori i belare dhe mund të provokohet eksperimentalisht me simptomatikë cérétofit të pjesës rostrale të **brachium conjunctivum**. Disa turbullime ekstrapirale, që observohen në klinikë, nga pikëpamja anatomofiziologjike, mund të konsiderohen si rezultat i alteracioneve simultane dhe sukcessive anatomikë të strukturave të ndryshme në një shkallë të ndryshme, nga të cilat edonjera ka rënësine e vet funksionale. Ky koncept te ripermjet të studimit të elementeve të vëçanta të funksioneve të alteruara. Kështu p.sh. **paralysis agitans** si një shumë alteracionesh mózinhixrit të ndërliruar të aktit motor. Sic dihet, disa forma të patologjisë vaskulare perfundojnë me zhvillimin e **paralysis agitans**.

Studimi i këtyre formave sëmundjesh lejon që të interpretohet esanca faktorin familial hereditare të këtij tipi, duke e konsideruar lare dhe metabolikë në **globus pallidus**. Humbja e lëvizjeve konkombinante mund të jetë rezultat i destruktionsionit të **globus pallidus**, ndërsa i ashtu qajturi tremor statik ose oscillator mund të kondicionohet nga prisha e terësisë së fibrave të **brachium conjunctivum**. Balzmi mund të jetë rezultat i lezionit të bërbhamës subtalamike. Në rastin e të zhvillohen lëvizje korelikë dhe koreiforme. Këto forma patologjike varetës së destruktuar bëri në ansa mëntëlularis.

Anatomia e sofëshme, i jep një rënësi të vëçantë polaritetit horizontal të disa lëdhjeve ekstrapiramidale dhe nuk mërr parasysh disa format

cione nervore, që qëndrojnë më poshtë, të cilat ishin më modë dikur. Kështu psh. është zbuluar që **substantia nigra** përban qeliza nervore, **caudatum**, dhe kanë lidhje të rendësishme kortikopetale. Gjithashtu deshendente sesa trakti anuolivar. Lidhjet paliodispinale ashtu si dne lindhet mezencefalonspinalë ende nuk janë precizuar në mënyrë të plotë. Prerja e traktit rubrospinalis shpie në zhvillimin e një hiperkinëze homolaterale pak të theksuar. Probabilisht ky trakt gjindet nën influencën e **globus pallidus**. Ende nuk janë vërtetuar fibra direkte, që shkojnë në **nucleus ruber**.

Referati i Grinfeldit i kushtohej anatomisë patologjike të mit ekstrapiramidal.

Qysm në vitin 1871 Meynert konstatoi se gjatë chorea familiaris ne dukje se edhe në rastin e **chorea presenilis** pa fenomene demence, mund të kemi të bëjmë me rrudhosje dhe proliferim të fibrave të glijes. Po ashtu, u konstatua se nganjëherë lindën dne hemiballizmi, ndonse **corpus subthalamicum** Luysi mbetet i paddëntuar. Në rastin e hemiballizmit konstatohen alteracione bilaterale striare, të cilat janë më të theksuara në anën e kundërtë të hemiballizmit. Grinfeld ve në dukje se sot **degeneratio hepatolenticularis** duhet të konsiderohet si një sëmundje se sëmundja shkaktohet jo vetëm nga alteracionet **corpus striatum** dhe më trugët e tij aferente, por vhen re pëdryshime edhe në **cortex cerebri**, në **nucleus dentatus** dhe në **ganglionë** të tjera bazale. Ndryshimet e astrocitëve në pjeset e dëmtuara të regjionit subkorjane më karakteristike për keto sëmundje, se sa astrocitët e Alchalmrit, takohen rrallë në **corpus striatum**. Keto qelize mund të përbajnë gjindet në membranën Descemeti, përmban bakër, por jo hekur, dhet flet për turbullimin e metabolizmit të bakrit. Grinfeld supozon se ekzistencë e kataraktës në disa raste të sëmundjes së Wilsonit gjithashit, rastet e degjeneracionit hepatolenticular duhet të dallohen nga rastet kondare tek të sëmurët me cirozë hepatike, megjithëse nga pikëpamja e encefalopatise subakute ose kronike, që manifestohen në mënyrë sekladë tek të sëmurët me cirozë hepatike, megjithëse nga pikëpamja klinike keto raste mund të jenë shumë të ngjashme me të.

Në të tillë raste mund të konstatohen më sasi të mëdha astrocite zale, por më gjithë ketë unaza e Kaiser-Flaisherit nuk takohen, ashtu si nuk takohen edhe bakri më sasi të teperuar qoftë më hepar ashtu dherë. Autori gjithashtu ndalet më kuadrin historatologjik të Kernikterit, rezultat i Rhezus incopabilititetit, u muanë të gjitha masat për lufte, si këtë gjende të të porsalindurve dhe u arriti më ulje e mirë e mor- talitetit nga kjo sëmundje. Por, më gjithë ketë, ky tip iktéri mund të konstatohet edhe tek fëmijët prematurë dhe më rastin, e mungesës së

Rhezus inkompatibilitetit. Në disa nga këto raste hemoliza mund të shthohet si rezultat i përdorimit të vitamines K si mjet profilaktik kundër hemorrhagjive dhe atëherë ky tip ikteri mund të konsideron si rezultat i superdozimit të preparatit.

Në momentin e tanishëm mendohet se ikteri i të porsalidurve dhe i prematureve mund të jetë shkak i koreatetozës tek fëmijët. Grinfeld ven në dukje se Asher dhe Shonel kanë konstatuar që midis 55 fëmijësh me atetozë, tek 31 ekzistonë më parë ikteri i të porsalindurve, në 19 raste u konstatua **Rhezus** inkompatibiliteti, nga dhjetë premature në gjysmën ekzistonte ikteri i të porsalindurve. Autori del me supozimin se mjekini i ikterit të të porsalindurit me transfuzione gjaku nuk është gjithmonë në gjendje që të prevenojë alteracionen, që zhvillohen në ganglionet bazale. Këto fëmijë jetojnë, por së-muren nga koreatozoa.

Elementet koreiforme në lëvizjet e pavullnetëshme probabilisht janë të lidhura me alteracionet në **corpus subthalamicum**, ndërsa kompozumica e këtyre fëmijëve **cortex cerebri** rrallë përket. Kanë aftësi mendore të mesme, por nganjëherë takohen shurdhimi dhe dizartria si rezultat i dëmtimit të trunkut të bërtanave kokleare.

Përsa i përket patogjenëzës së këtyre gjendjeve, presupozohet se dëmbajtjes së bilirubines indirekte në gjak, se sa me ndonjë faktor tjetër. Ikeri i të porsalindurve u konstatua në shtatë raste në familje me heparit. Megjithatë ky lloj ikeri nuk lind gjatë obliteracionit kongjental të rrugëve biliare. Probabilisht bilirubina direkte është më pak tok-sike për qelizat nervore se sa indrekjtja.

Tek të porsalindurit dhe sidomos tek prematuret hepari është më sensibël karshi bilirubinës, se sa në moshën më të vonëshme. Para lindjes bilirubina kalon në placentë, për këtë arësyte gjatë lindjes në konditata normale ikeri nuk zhvillohet. Ikeri mund të shkaktojë një anemjë cakthar. Klero në bazë të analizës së 110 rasteve ikteri të të porsalindurve, ve në dukje se si afati më i hershëm i lindjes së saj janë 18 orët e para të jetës.

Në patogjenezin e këtyre gjendjeve rëndësi të madhe luan rritja e permeabilitetit të barierës hemato-encefalike tek të porsalindurit dhe sidomos tek prematuret, si edhe anoksa karshi të cilës sidomos është mjaft sensibel cornu **Ammonis**.

Përsa i përket ndryshimit të tipit të status marmoratus ai është takuar shumë rrallë bashkë me koreatetozën. Edhe këtë gjendje disa autorë e konsiderojnë si rezultat të dëmtimit anoksik të **corpus striatum** gjatë lindjes, në periodin e zhvillimit intrauterin ose në gjendjen e menjëherëshme postnatale. Aneksia mund të vijë si rezultat i stazës vërose ose të ndonjë lloji tjeter traume të lindjes.

Përsa i përket gjendjes së demielinizimit të përshtkuar nga C. dhe porsalindurve.

Në lindje me **paralysis agitans** kërkimet Haslerit dhe Laue kanë vërtetuar studimet e mëparëshme të bëra nga Tretjakov, Pua dhe Niko-

lesko, të cilët vurnë në dukje se gjatë kësaj sëmundje dëmtimet përfshirë dendrohren në zonën kompakte të substantia nigra dhe i konsideruan këto alteracione si baze të parkinsonizmit arteriosklerotik.

Po ashtu në referatin e Haslerit mbi anatominë patologjike të parkinsonizmit, agitans dhe të formave të ndryshme të parkinsonizmit duke përfshirë dhenë tremor esentialis u eksposuan të dhëna interesante. Simbas këtij autor, parkinsonizmi është sindrom i substantia nigra. Në rastin e paralysit agitant të mungojnë sidomos ndryshimet në globus pallidus.

Në punët e S. dhe O. Vogt, lindur me pacientë që vuasin nga paraliza agitante, destruksioni i grupave qelizore të jashtme katerale. Grumbullimet qelizore mediane, inkluzionet melanike, si dhe bërthamat tegumento-pedunkulare dëmtuara.

Në rastin e parkinsonizmit postencefalitik vihat re një humbje më dhe grupin medial. Pra, duke u bazuar në distribucionin e alteracionit të bëhet diagnoza diferençiale midis formave kryesore të parkinsonizmit, domethënë midis paralysit agitans me origjinë vaskulare tek adultit dhe parkinsonizmit postencefalitik. Në ganglionet bazale, në rastin e paralysit agitans, konstatohet vazhdimi i paktësim i sasisë së qelizave, gjë që flet për një proges semi.

Butler-Brentano gjithashtu zbuloi në ganglionet bazale gjatë paralysit agitans inkluzione celulare të rrumbullakta, diagnoza diferençiale patanatomike midis parkinsonizmit idiotipik dhe postencefalitik, mund të bëhet në bazë të ndryshimeve celulare të vecantë të substantia nigra dhenë locus coeruleus.

Në rastin e parkinsonizmit postencefalitik degjeneracioni i qelizave kalon nëpër fazën e ndryshimit të fibrilave simbas tipit Alzheimeri i fibrilave konstatohet në qelizat të locus coeruleus në tri të katërkësonik. Këto ndryshime nuk janë specifike, por shumë demonstrative.

Brandenburg dhenë Halvorden konstatuan gjatë demencës progressive pit Alzheimeri në substantia nigra, locus coeruleus, corpus striatum dhenë korë.

Qelizat e substancës nigra dhenë locus coeruleus lizës agitante përbajne në plazmë inkluzione argjirofile me degjenzime koncentrike, ngjyrosja e të cilave është përshkruar nga Grinfelt dhenë Bozancku.

Duhet shënuar se, të tillë fenomene janë përshkruar dhenë nga histopatologu sovjetic Shesarjev P.E.

Von Bocart dhenë Rademacher kanë përshkruar shenja parkinsonizmi si rezultat i lezionit të qelizave të substantia nigra në familje me anamnezë me sklerozë amiotrofike laterale. Simbas disa burimeve të tjera të literaturës, në rastin e parkinsonizmit nuk vohen në ndryshime me substantia nigra. Por konstatohet një nekrozë simetrike ose ndryshime degenerative në globus pallidus. Këto ndryshime nuk shpijn

gjithomnë në zhvillimin e sindromit parkinsonik në rastin e traumave në rastin e heimatzimit me CO.

Ramolicionet në regionin e **globus pallidus**, që vihen re shpesh herë pas hemoragjive ose pas intoksiacionit akut me barbiturate ose opiate, gjithashtu nuk manifestohen me sindromin parkinsonik. Intoksikacionet kronike me **kalium hypermanganicum** shpesht shkaktojnë degjenerim të qelizave të segmentit të brendëshëm të **globus pallidus**, por në këtë rast nuk konstatohet parkinsonizëm «i vërtetë», ai shpesht kombinohet me stenozë dhe ecje të gjelit. Gjithashtu janë përshtkuar raste hipoksie të rendë gjatë **morbus caruleus**, ku u konstatuan vatra simetrike ramolicioni në pallidum, si edhe në rastin e sëmundjeve të lartësive ose pas varjes, gjë që vjen si rezultat i mungesës së oksigjenit.

Gjatë intoksiacionit me serpazil dhe tremorin lindin sindrome par-kinsonike reversibël, gjatë të cilave mungojnë ndryshimet në **globus pallidus**. Gjithashtu interesant është edhe referati i Trendes, i cili kritikoi dhe u përpqo të prezicjojë terminin «ekstrapiramidal», term ky që kohët e fundit përdorët gjerësisht.

Por me gjithë tentativat dhe përpjekjet e tij për të bërë një ndarje here, bie në pozitat e përdorimit të gjere të këtij termi. Ai vuri në dëshje se gjatë koresë së Huntingtonit, alteracionet e **corpus striatum** përhapja e procesit në regionin dentorubrothalamicus nuk e ndryshon kudrin klinik. Ai gjithashtu foli edhe mbi anatominë patologjike të korea senilis, korea kronika, hemikorea postapoplestike dhe korea minor. Përveç ndryshimeve në **corpus striatum**, në shumë raste ndodhin dëmtime të regionit dentorubrothalamicus, ndërsa gjatë hemikoreas postapoplektike ndodhin ndryshime vaskulare në **corpus caudatum**.

Simbas këtij autorri hemibalizmi është sindrom i **corpus subthalamicus**. Në rastin e ikterit të të porsalindurve ai ka gjetur ndryshime në formë atrofie në **globus pallidus** dhe në disa raste njëkohësisht ka konstatuar ndryshime dhe në **corpus subthalamicus**.

Simbas streles disa gjënde të **status marmoratus** lindin si rrjedhim i alteracioneve kongjenitale të tractus frontopontinus gjatë spazmave tortive, takohen ndryshime në **corpus striatum**, **globus pallidus**, **corpus subthalamicus** si dhe në **cortex cerebri**. Këto ndryshime mund të kene përhapje dhe intesivitet të ndryshën.

Një nga referatet më interesante është ai i fiziologut të dëgjuar motilitetin është krejtësisht i ri, original dhe porsa ka filluar të shtrira **medulla spinalis** ekzistonjë tri lloje qelizash.

1) Qelizzat më të vogëla nga pikëpamja e njësisë së **cornus anterioria** gama neuroret. Këto qeliza realizojnë kontrollin mbi veprinat e speküiale të indit nervor, sidomos të fibrave intrafuzuale muskulare, që janë në të vërtetë aparati muskular, të ashtuqua juturat boshtë muskulore, vecantë me reaksionet tonike muskulare.

2) Alfaqelizat e vogëla të **cornua anteriora**, të cilat kanë një lidhje të karakter fazik.

3) Alfaqelizat e mëdha të **cornua anteriora**, që në të vërtetë kanë karakter fazik.

Këto tre sisteme të Granitit karakterizohen në këtë mënyrë. Akti-

vizimi indirekt i qelizave alfa ose i qelizave motore të zakonëshme të motoneuronet kontrollohen që aktivizohen nga truri. Në sajë të këtij eshtë lidur me alfa aktivitetin. Graniti supozon se nga veprimi i vazhduarshëm i gama ansës invzhilohen me anën e eksitacionit direkt të alfa motoneuronave duke iu shumangur gama-ansës.

Tani për tani teoria e Granitit eshtë akoma e re, por nuk eshtëceptet tona mbi motilitetin.

(Paraqitur në redaksi më 27-3-1962)

LITERATURA

- 1) **Neurological sciences, proceedings of the first internacional congress of:** Edited by van Bogaert and J. Rademacher. Volume 3 Neurology (Sixth Internacional Congress of Neurology) 492 pp. 1960.

NJOFTUNI MBI TRICHOMONAS VAGINALE (Përbledhë nga literatura)

MIHAL CARDHA

Klinika e Dermatologjisë

ve, të tipit një qelizore ose protozove.

Asht zbulue për herë të parë nga Donne më 1837 në viginën e femrave (8), prandaj ka marrë këtë emen. Davaime në vitin 1860 ka hominis, s. intestinalis, kurse më 1862 Steinberg e zbuloj në gojë dhen parazitit (vaginalis, intestinalis dhe buccalis), ndryshojnë midis tyre nga madhësia, sasia e flagelave etj.

Paraziti, damton organet urogenitale si të zbuluar ashtu edhe të mund të zhduket pa u mjekuar në ta, kohët e fundit, gjithmonë e marrë sëmundje, ky infeksion nuk u pranue të futesh në grupin e sëmundjeve venereiane, pjesa dërmuese e autorëve, pranojnë mënyrën preceset inflamatorë të këtij infeksioni. Në këtë kongres u pranue që monoz.

Nga diagnostikimi gjithmonë dhe ma i shpeshtë i këtij paraziti në studimin ma të imët si të biologjisë së parazitit ashtu dhe të klinik, t'infamacionit, të mijëkimit dhe profilaksisë të këtij infeksioni.

Nga ekzaminimet masive që kanë bërë për zbulimin e këtij parazitit, në konsultoret e grave janë të konstatuar se një përqindje e konsiderueshme e grave janë të infektuar. Këtë parazit e kanë gjellë, jo veshatëzane, si edhe në ato që nuk kanë asnjë simptomë subjektiv apo kanë pasë kontakt seksual, asht e ndryshme në fenrat që në kontigjente të ndryshme femrash.

Në fillim duhet të themi se pjesa më e madhe e autorëve, sidomos zit gjendet në viginën e atyre femrave që kanë pasë kontakt seksual. Në 4 femra vingjer, Teoharov B.A. thotë se tre prej tyre janë infektuar nga coitus vestibularis (28). Nga kontrolli i 12 meshkujve që nuk kishin pasë kontakt seksual nuk konstatoj asjni me trichomonas. Me qenë se kohët e fundit kanë filluar me i dhane rendësi studimit dhe luftimit të kësaj sëmundje, vihet re edhe ngjaja e përqindjes së

grave të infektueme me këtë parazit. Po japim disa prej tyre: Trassell R.E. thotë se në SH.B.A. 10 milion gra janë të infektueme. Shappa në Francë jep 10% të grave me **trichomonas** (32). Robagevski në punën e tij (22) jep këtë përqindje infekcioziteti të grave: 42% të grave me anë kime gjinekologjike, 60% të vajzave që vuajnë nga sekrecione të barhë dha të shumta, 80% të femrave me gonozë. Wilcox R.R. thotë se 25% 1-3 milion gra me **trichomonas** në moshën 14-54 vjeç (38). Sapozhnikova 31,8% të grave tinfektueme me **trichomonas** ka gjetë 746 (34,2%) kurse në se inflamatore në pjesë të ndryshme. Nuretrën e grave shtatzane me trichomonas, këtë parazit e ka gjetë në 49%, në vezikën urinare 8,1% dhe në rektum 8,6% (24). Dr. Pramatarov A. (Sofje) jep 30% të grave (Sofje) jep për gratare jo shtatzane 14,5-25%, dhe për gratare shtatzane me shëndosha, kurse Suvorina F.G. **trichomonas** ka gjetë në 10,5% të grave 17-50% (35). Teoharov B.A. infektimin e femrave e jep 42% (11). Jakovleva S.M. ika gjetë **trikomonas** në 10,5% të grave praktikisht ve, ndërsa këta 30,3% nuk kanë pasë simptoma d.m.th. kanë qenë portatore. Kajdanovskaja S.I. nga 177 gra tinfektueme ka konstatuar se 66% prej tyre kanë pasë procese inflamatore të theksueme, kurse 34% kanë qenë portatore (41) d.m.th. nuk kanë pasë simptoma.

Siq kuptohet nga sa u tha më sipër, infekzioni **trichomonas** varet gullt seksual. Një përqindje e mirë e këtyre grave nuk paraqisin asnjë shqetësimi subjektiv apo ndryshime patologjike n'organet urogenitale. Këto femra portatore ose trikomono-bartëse, tue e quejtë vohen përhapjes së infekzionit. Gratare me ankime gjinekologjike, gratare shtatistike, japim nji përgjindje të konsiderueshme të infekzionit trikomonad edhe në meshkuj. Shumë autore pranojnë se janë meshkujt burimi për përhapjen e këtij infeksioni në femra. Teoharov B.A. në një artikulli tij (29) thotë se paraziti është mjaft i përhapun në meshkuj dhe në femra. Ai thotë se ky infekzion është më i përhapur se ay gonoroik.

Po japim disa nga përgjindjet e këtij infeksioni në uretrën e meshkuive: Djurel P. dhe Guarov-hatner B. 15%, Fio L. 15,5%, Ashavski M.S. 19%, Porudominski I.M. 25%, Ljakovskij N.S. 45,2%, Zhukov V.I. 25,5% (39).

Bauer G. supozon se infekzioni mesatar në meshkuj është 10%, kurse Teoharov B.A. jep 26,3%.

Infekzioni trikomonas i uretrës që futen në grupin e uretriteve gjonoroike, zen nji vend me rëndësi në këtë grup. Shumë autore pranojnë se përqindja ma e madhe e uretriteve jo gjonoroike, asht e shkaktueme nga trikomonasi dhe se kjo përqindje vjen tue të trittë.

Porudominski, J.M. thotë se të sëmuret me uretrite jo gjonoroike përbëjnë 40-50% të të gjithë të sëmurevë urologjikë. Nga këto uretrite, ai thotë se 20-30% shkaktohen nga **trichomonas vaginalis** (19,20). Ku-

prijanov N.P. ka mjekue 86 të sëmure me uretrite kronike jo gonorelike dhe 28 prej tyre (46.7%), kanë qenë shkaktuar nga trikomonasi (41). Kçgetov B.P. thotë se 52.4% e meshkujve infektohen nga kontakti me femra, që kanë trikomonas, (7), kurse Teras Ju. ej. jepin 60% . Bogacjov L.G. jep 50% uretrite trikomonale, midis atyne jo gonoroike (9); Dashed-Zade — 22% (42); Hent (Kanada) — 25% (39). Litvinenko I.V. nga Kanë qenë me trikomonas (9), kurse Pecherskij B.F. 40% . Mbi mënyren e përhapjes së këtij infeksioni ka mëndime të ndryshme, por kohët e fundit gjithmonë e më tepër asht tue u pranue truparazit, predominantë mënyra ekstagenitale indirekte e infeksionit. Kjo vinte për arësyse se mendohej se ky parazi i është njift persistent në ambientin e jashëm dje përkundrejt solucioneve të ndryshme zinfektionjës.

Malinovski V.N. hedh poshtë mëndimin se paraziti qëndron gjatë

Teoharov B.A. asht marre me studimin e rezistencës së trichomonas vaginalis përkundrejt disa faktorëve t'ambjentit të jashëm (26).

Në eiste ose merr forma të ndryshme rezistente. Nga studimet e tij ky autor nuk pranon asnjërin. Mendohesh se paraziti reziston dhe gjindet në ujin e pishëm, në ujin e lunit, se i reziston temperaturave të ndryshme, tharjes etj. Autori ka kultivue koloni të trikomonasve dhe ka proue rezistencën e tynë. Simbas tili, paraziti ngordh në banjo Mari (500) mbas 2-3 minutash, në temperaturë mbi 550 mbas 30 sekondash. Ky përazit reziston më mirë të ftobtit. Në temperaturë — 5° jeton 1 orë, në kurse thatësirën ai nuk e duron. Nga duart me sekrecion vaginal, autorigjetë parazitë në ujin e lumturive në kohë vere kur laken edhe fëmrat, thotë se trichomonasi ngordh mbas 3-5-8 minuta. Sa më shpejt të thash, kurse në ujin e lumturive në kohë vere kur laken edhe fëmrat, nuk ka gjitet parazit as në ujin e pishëm, në banjot, e grave (ujin, karihet, tasat e ujut etj.) megjithëse ka gjitet flagelate të tjerë. N'ujin e pishëm me temperaturë 20-30° trichomonas ngordh mbas 10-20 minutë dhëna autori i jep për të hushë poshtë mëndimin e disa autorëve që dbe pastrimet hygienike. Kur paraziti futet në ujë protoplazma e tij vakualizohet, bëhet e rrumbullakët, mufatet. Ndërpitet lëvizja e flajnë solucionin ujor me 2% sapun paraziti ngordh përnijherë, kurse monasi në urinë ngordh mbas 10-12 minutash. Autori thotë se trikomonasi $\frac{1}{2}-1$ orë.

Disa autorë thonë për autoinfeksion nga zorrët, kurse autori këtë dhe trich. **intestinalis** (28).

Irovec, Peter etj. supozojnë se mashkulli infekton femrën gjatë kontaktit seksual, pa u sëmure vetë. Mashkulli infektohet kur bashkë-

jeton nji kohë të gjatë me nji femër të sëmuar dhe kur mukozë e pa damtue ne të dashkuarit, shpalitet gjatë urinimit, prandaj nuk ka mundësi që ai të infektojë femrën pa qenë vete i infektuar (11). Teras Ju. me bashkpunëtorë ri punë e tyre (31) kanë kontrolluar 1200 të sëmuarë dhe kontaktet e tyre. Ata në 95% të femrave, që kanë pas kontakt sekual me meshkuj tinfektuar, kanë gjetë trichomonas. Meshkujt që kanë pasë kontakt me femra të sëmura, megjithëse ne disa prej tyre nuk është gjetë paraziti, ato ua kanë trasmetuar sëmundjurë. Disa autorë thonë se përhapës të infektuarit janë kafshët shtë-pijake (macet, qeni, pulat); Po në këtë artikull (2) çfaqet mendimi i disa autorëve që thonë se meshkujt janë portatore dhe përhapës tinfeksionit. Teoharov n'artikullin e tij me titull «Trichomonas asimptomatike në meshkuj» (28), ka konstatuar trichomonas në 26.3% të meshkujve të shëndoshë. Autori prej 62 meshkujve që kishin ndryshime patologjike në urinë, por pa shqetësimë patologjike, në 60 prej monas nuk kanë shqetësimë objektive ose kanë ndonjë djejeje ose të tyre ka zbuluar trichomonas. Ai thotë se shpesht meshkujt me trichomonas nuk i japin rëndësi dhe mësohen me to. Warren L., Jennison R.F. nga ekzaminimi i burave të atyre grave me trichomonas kronike thonë se 40% e tyre janë të infektuar (37).

Teoharov thotë se infektimi ekstragenital është i ralle ose qushet përijashtim. «Infektimi në plazh ose në banjot publike praktikisht përashtohet. Rastet e publikuara mbi konstatimin e trichomonas vaginalis në ujin e rezervuarëve, n'ujin e pishëm, të banjove etj. nuk janë të vërtetueme» (26).

Megjithëse inflamacionet e organeve urogenitale të shkaktuese sëmundjeve veneriane, pjesa më e madhe e autorëve, sidomos kohët e fundit, gjithmonë e ma tjerë pranojnë mënyrën genitale të infeksionit. Për këtë arësyte autorët sovjetikë rekmandojnë një organizim dhe ndjekrojke.

Protozoa trichomonas vaginalis asht paraziti

indeve d.m.th. se ky nuk ka cilesi me u futë thellë në indet, por leziorrat infektohet vagina, vulva, kanali cervical, gjendrat e Bartoliniit, uretra dhe vezika urinare. Disa autorë janë të tmendur se infektohet me tjerë këto nuk i pranojnë.

Ndër meshkuj parazitin e kanë gjetur në ureter, lakuat paraure-

tretrën e meskujve dhe të femrave, ne gjendrat e Bartoliniit dhe katalogeve më i vue shumë rendësi. Pikaqësht prej këtyre organeve mendojnë disa autorë se mund të shkaktohen recidivat. Teoharov ka konstatuar se 40.1% e infeksionit vjen nga kontakti seksual, 44.2% recidiv ose

nga format rezistente të parazitti ose nga autoinfekzioni prej këtyre organave dhe 15% nga të dyja së bashku (28).

Infekzioni trikomonad shpesh kombinohet si me atë gonoroik, ashtu të qendrojë në vagine të gjendje latente dhe çfaq aktivitetin e tij vetëm atëherë kur bashkohet edhe ndonji infekzion tjeter. Ndër mikrobet që konstatohen më shpesh në vagine janë streptokokët, stafilokokët, bakteriumi *coli* dhe mycefet (*candida*). Për këtë arsyë vihen re inflamacione postrihomonade, mbas zhdukjes së parazitit, të shkaktuar nga keto mikrobe. Bashkë me njekimin trikomonoid ose nga fundi i këtij mjete primi (biomicinë sintomicinë auromicinë etj), ose në rast se kemi këtij. Rotnicki A.D. thotë se nga prezenza e *trichomonas vaginalis* mikrofite, marrin karakter patogen dhe ndihmojnë në proceset inflamatorë (1). Techarov thotë se protozoai mund të shkaktojë infekzon vetëm ose i kombinuar me mikrobe të tjera. Më shpesh vlijet re kombinimi i tyre (29).

Sikurse thamë më sipër, në fëmrat dhe meshkujt pa simptoma su-i kanë quajtë trihomobartës. Çfaqet mendimi se ashtu sikurse ka më krye apo bacilëmbartës, po ashtu mund të ketë edhe trihomonombartës. Techarov jep për meshkujt 26,3%, kurse Kajdanovskaja S.I. 34% trihomobartës. Kjo myaret nga reaktiviteti i organizmit, funksioni i ovatë trihomonas në vagine, ka funksion i formimit të glikogjenit, në cë gjendrat me sekrecion të brendshëm. Dihet se trihomonat i absorbojnë ne acid karbonik, shkaktojnë kthimin e sekrecionit vaginal kah ai bazik. Trihomonasi qendron në gjendje saproftike kur PH i sekrecionit vaginal asht i naltë (prej 3-4,5) (28,6).

Inflamacioni i uretrës nga trihomonas më meshkuj paraqitet rallë të paraqitet pa asnjë simptomë subjektive ose objektive. Kur inflamacioni zhvillohet në formë akute, atëherë simulon atë gonoroik, prandaj më i sekrecionit. Diferencimi i tyre bëjet me egzaminimin përkatës edhe për trihomonas.

Forma kronike paraqitet me djejeje të lehta, të krojtura t'uretrës bëhet sero-purulent, ngjyrë gri, nga nji herë edhe të theruna. Klinikisht sekrecioni asht normal dhe rrallë edematoz. Porcionii I i dhe II i urinës asht i kjarë por me filamente, rallë i turbulent; Inkubacioni mesatar 5-16 ditë. Komplikacionet: infekzioni i formacioneve, parauvetrale, prosta-

Edhe ndër femra thonë se ka trihomonombartës, por me shpesht teknologjik me këto ankime: sekrecione të shumta vaginalë, që nga një herë kanë erë si të tharët, të krojtura dhe djegje në organet genitale dhimbje gjatë coitus. Inflammacionet ma shpesht lokalizohen në vaginë, zaminimi gjinekologjik, mukoza e tyne, në formën akute asht e hiperebjë. Në vulvë, vagine dhe cervix shihet sekrecion i shumtë në ngjyre verdhë-gri-jeshl, i bardhë, me fije gjaku, i cili asht më shumë fluktuuar, edematoze, gjakoset lehtë kur futet spekulumi dhe kanë dhimtë edhe në kavitetin e uterosit, tubat, ovaret dhe inflamoni ato. Shpesht dhet edhe në proces gjendrati e Bartoliniut dhe disa thonë se paraziti gjin-dhimbje gjatë urinimit dhe fenomeneve disurike. Në format kronike të në proces implikohet uretra dhe vezika urinare, që shkaktojnë djegje, gjitha këto simptome janë më pak të shprehuna. Vihet re ekzaminimi gjatë edhë para mbas mestruacioneve, abortit, lindjes dhe gjatë gravitanteve. Në pak serum fiziollogjik të ngrohët futet sekrecioni dhe disa prej tij, shihen në mikroskop. Vihen re forma dhe lëvizjet e tij. Për ngjyrosje përdoret metileni. Metoda e Gramit, e Gimz-Romanovskit, të cilat jepin përqindje më të madhe për zbulimin e sporeve.

Kur përdorin ngjyrosjen thonë se përpunimi është formë e parazitit. Nga meskujt portative që nuk kanë sekrecion, materiali merret, nisit nga përpara, pastrohet glans penis dhe futet teli platinit 4-5 cm. në ureter. Përdoren edhe terenet për mbjelljen e parazitit. Këto janë ndryshme agar gjaku, bulion me sheqer, tereni (T-1), F, Khonsor-Karner, Petrovski etj. Rezultate më të mira jep ngjyrosja, dhe sidomos kultivimi.

Po jepim disa nga mënyrat më të shpeshta të mjekimit të trichomonias së vaginalis, që kanë dhënë ma tepër efekt.

1. Sintomicine për gojë -5-8,0, lokal instilm me shiringë në ureter të emulsionit 10% sintomicinë, alternano die, gjithsej 5 seanca, lokal.
2. Eritromicinë për gojë 8-10,0. Më mirë me e kombinue me mjekim 3. Istilim i solucionit ujor 10% Osarsol cdo die ose alternano die, 5-7-10 seanca e shqerërueme me osarsol për gojë, gjithsej 13-15,0.
4. Instilim i emulsionit 10% osarsol (osarsoli 5,01 vaselin 45,0-50,0, diethil, 5-7-10 seanca. Jep ma efekt të kombinohet me osarsol ose antibiotike për gojë.
5. Instilimi i 5-7 ml. n'ureter alterno die i ikëtj solucioni (Ac. borici, osarsoli sa 10,0. Aq. dest. 200,0), gjithsej 10-13 seanca. Osarsol përgojë.
6. Latazhi i uretrës me solucion Hydragyi oxicyanat 1:2-3000 pastaj instilimi për 7-8 ditë mësht 6-8 ml. të Ac. borici 3,0, Osarsoli

5,0, Aq. dist. 100. c, imbahet sa ma gjatë (1-2 ore). Per gojë urotropin 0,5 nga 3-4 herë në ditë ose methyleni blau 1,0, 3 herë në ditë, si edhe osarsoli.

Solucionet për instillim duhet të jenë sterile, thithen në sheringë me gjelpanë dhe pa te futen në ureter. Penis duhet të mbahet në menjë vertikale sa ma gjati, duhet të bahet në mbrojtje mbas urinimit dhe pastaj i sëmuri duhet të rrije shtim. Nga nji herë iritim i unëtës, ndërpritet manipulacioni për 2-3 ditë.

Osarsoli per gojë merret: $4 \times 0,25$ për 5 ditë, 3 ditë pushim, bëhen 3-4 cikle të tillë.

Mjekimi për femra.

1. Pastrimi nga brenda dhe jashtë i organeve genitale me solucioni 0,1, Ac. borici 0,1, D.T.T. 2,0, norsulfasol 0,5, oli cacao 0,5), në rectum suposte me 0,5 sintomicinë.

2. Pastrim të vaginës, cervix, vulvës me pambuk të lagur me solucion 5% Osarsoli të shkrirë në bicarbonat të natruinit dhe sol. 0,1% Hydr oxicyanat. Një copë garzë e lagur në këtë solucion e lemi për nji minutë në colum pastaj pudrosim vaginën, vulvën dhe e fërkojmë këtë puder me spatu (Osarsoli, Ac. borici aa 0,3. Levomyccetin 0,1, glucosae 0,5). N'uretës paq puder: qdo ditë për 1-2 javë.

3. Lavazh me solucion permanganat 1:2-3000, tharje me garz dhe lyrije e kanalit, qafës, formix, mureve të vaginës, vulvës, perineumit dhe anusit në solucion 10% alkollit të brillant grun, pastaj pudrosen gjith këtë pjesë me këtë puder: osarsoli 0,5, streptocid albi, acid borici, glucosae 0,3, qdo ditë, 10-15 seanca. Në vend të norsulfisolit mund të perdorin sintomin 0,1.

Për lufimin e flores banale, që shpesh gjindet në uretë, vaginë, vulvë etj. rekombandojmë, si për femra ashtu dhe për meshkuj, që mjekimet lokale të kombinohen me mjekime të përgjithësme (antibiotikë). Për këtë qëllim këshillohen ato me spekter të gjërë veprimi (eritromisinë, sintomicinë, biomicinë etj). Kur janë prezent këpurdhat, përdoret nistalina trikomicinë ose moronali. Eshtë përdorur kundra trichomonas, trichimicina lokal dhe për gojë; për efektin e saj mendimet e autorëve janë të ndryshme.

4. Ndër preparatet e fundit që ka dhënë efekt të mirë, kohët e fundit përdoret preparati anglez i firmës. Beker 8823 R.P. flagil. Kësë e kanë përdorë Wilcor R.R. (38), Rodin P, King A.J. etj. (23) nga 200 mg. 3 herë në ditë për gojë, pa mjekim lokal, për 5-7 ditë. I pari 95% shërim, të dytet 71,1%. Pophristov B, Beron V. (17) e kanë përdorë nga 0,25 për 10 ditë nga 3 herë në ditë. Per femrat kanë përdorur dëme mjekim lokal nga nji tabletë 0,5 në vaginë. Komplikacionet janë të ralla dhe të lehta (Stomatit, dispepsi). Profilkaksija për femra dhe moshkuj. 1) Gjatë mjekimit si dhe 10-15 m. ditë pas tij, nuk duhet me pase kontakt seksual.

2. Përdorimi i prezervativave.

3. Gjatë mjekimit mos me hangë ushqime pikante, mos me bëudhëtime të gjata, mos me kërcye, mos me hipe' ne bickletë, ne kafe etj.

4. Kur nuk përdoret prezervativa, mëslikulli urinor pas ciftit, fitur u reter 2-3 pika solucion 10% protargol ose bën lavazh me solucion

1:1000 hydr. oxicyanate, femra gjithashtu urinon, lan organet e jashtë me me uje të ngrohet dhe sapun dhe fut në vaginë nje copë pambuk të lagur me solucion 10% protergol ose bën lavazhe me të, ose me solucion 1:1000 hydr. oxicyanate.

Eshë e domosdoshme që paralel me mjekimin e gruas, të mjekomin e të mjekuemit, prandaj një nga konditat e shkaktor infektivit, edhe mjejimi i njekohshëm i partnerëve. Mjejimi i burrit duhet të babet edhe atëherë kur nuk paraqet asnjë simptom subjektiv ose objektiv. Shpesh burrat kundërshtojnë dhe nga një herë reagojnë shumë. Mbasi tu tregohet karakteri i sëmundjes, duhet pa tjetër të mjeckohen.

Konkluzionet:

1. Trichomonas vaginalis asht nji nga parazitët që konstatohet shpesh në fennat, sidomos në ato me ankime gjinekologjike.
2. E përhapur është sëmundja edhe në meshkuj, që shpesh përhapjes së saj dhe futja në grupin e sëmundjeve veneriane.
3. Gjithëmonë e më tepër asht tue u pranue mënyra gjenitale e përhapjes së saj dhe futja në grupin e sëmundjeve veneriane.
4. Sëmundja e shkakueme nga ky parazit asht e vështirë për t'u mjekeu dhe shpesh jep recidiva.

(Paraqitur në Redaksi më 5-I-1962)

BIBLIOGRAFI

- 1) ALFIMOV N. A. Vest. Der. 1960,9
- 2) BARDO R. T. Vest. Der. 1953,3
- 3) DJRELL P. dhe guaron (cit. nga Zhukov V. I. (32).
- 4) GAREGLJAD L. I. obšt dle gjin. 1958,3
- 5) HAUT (cit. Zhukov V. I. (32).
- 6) KAJDANOVSKAJA S. I. Vst. Derm. Ven. 1959,3
- 7) KOCEPOV B. P. Tezat e refer. në kong. V. Pan Vashkinor Derm. Venerian.
- 8) KOSIN S. L. Vest. Der. Ven. 1959,2
- 9) LITVINENKO I. V. Vest. Der. Ven. 1959,1
- 10) LJAKOVSKIJ N. S. VOSKRESENSKAJA G. A. Vest. Der. Ven. 1958,1
- 11) MALINOVSKIJ V. N. Vest. Der. Ven. 1960,9
- 12) MALINOVSKIJ V. N. Vest. Der. Ven. 1961,3
- 13) MIHALZIK cit. nga Kozin. (8)
- 14) MIRSAGANOV M. I. Tezat e ref. në kong. V.
- 15) PAVLOVSKIJ F. N. Prof. Teksti i parazitologjisë së njierut 1951.
- 16) POPOV L. Prof. (Sofje) Tezat e ref. në kongres V.
- 17) POPHRATOV B., BERON V. (Sofje) CSL. Der. 1960,6 marrë nga Rrev. Prof. Mjeks.
- 18) PROMOTAROV A. Prob. të pedi. Obst. Gjin. 1960,3. Sofje.
- 19) PORUDOMINSKIJ I. M. Vest. Der. Ven. 1960,12
- 20) PORUDOMINSKIJ I. M. medicina sovjetike 1957,7
- 21) REJGAZ E. M. Vest. Der. Ven. 1960,9
- 22) ROBACEVSKIJ G. R. Tezat e ref. në kong. V.
- 23) RODIN P. KING A. Y., NIKOLC S. Berov marrë nga Rrev. Prof. Mjeksore.
- 24) SAPOSNIKOVA V. A. obšt. ginek. 1957,2

- 26) LAASKAJA V. A. G. obst. *Gjinek*. 1958,3
 27) TEOHAROV B. A. *Vest. Der. Ven.* 1958,5
 28) TEOHAROV B. A. *Vest. Der. Ven.* 1958,5
 29) TEOHAROV B. A. *Vest. Der. Ven.* 1958,10
 30) TEOHAROV B. A. *Medicina sovjetike* 1958,5
 31) TERAS J. H., LAAN I. A., Reigaze. M. *Tezat e rref. në kong. e VI*
 32) TERAS J. H. *Vest. Derm. Ven.* 1960,9
 33) TRUSEL R. F. *Citue nga Teras* (32)
 34) TURANOVA F. N. *Vu Vest. Der. Ven.* 1960,9
 35) VASILJEV B. eti. (Sofje) *Prob. e Pediat. Obst.* *Gjin.* 1960,3
 36) VITTINGON (cit. nga Kozin) (8).
 37) WATT T. *transversal*.

卷之三

卷之三

TË REJA SHKENCORE NGA SHTYPI I HUAI

DISA VECORI TE DEKURSTI TE CIRRHOSAVE TE HEPARIT

TEK PERSONAT E RINJ.

V. L. LLAKIZ

Sovjetskaja Medicina 1962, 1, 65

Gjatë viteve të fundit në praktikën mjekonjëse janë, takuar shpesht cirroza kanë kaluar Morbus Botkin.

Autorët sovjetik, si E. M. Tarejev, A. L. Miasnikov, M. A. Jasnovski, S. M. Rejs, shumicën e cirrozozës të heparit e vrejnë si rezultat të mos mjekimit të Morbus Botkin dhe të kalmimit të saj në hepatit kronik.

Nën mbikqyrjen e autorit ndodheshin 34 të sëmurë të moshës së re që vuani nëngja cirroza e heparit tek të cilët vreheshin veçori të dekurstit klinik. Sipas moshtës: 21 veta 20-28 vjeç, 9 veta nga 24-25 vjeç, 4 veta 26-27 vjeç.

Zejata e sëmundjes deri në hyrjen në spital 6 muaj tek 15 të sëmurë, 6 muaj Botkin, tek 2 veta malaria, tek 1 tuberkulozi i nyjave lomatikke dhe pulmonare, deri në 1 vit 12 të sëmurë, 1-2 vjet 7 të sëmurë. Tek 29 veta u konstatua Morbus Botkin, tek 2 veta malaria, tek 1 tuberkulozi i nyjave lomatikke dhe pulmonare, 1 me lamblozë dhe në 1 me helmim të rendë nga kepurdhurat.

Cirroza hepaticë në persona të rinj fillon në mënyrë të padukëshme me fëdhëmbijë të lenta jo persistent në hypokondrium dexter por pa dëmtuar gjendjen e heparit dhe e splinës dhe shpesht herë një ritje e dukëshme e splinës së shtoma hemorrhagjike nga zëjerimi varikoz ¹ venave të esofagut, ndërsa tek të tjera një zvogësim i dimensioneve të heparit dhe prezencia e ascitit. Të sëmurët zakonisht parashiten tek njeku me çfarqen e asciti osë të hemorrhagjisë nga esofagu dhe krijojnë pershtypjen mbi fillimin akut dhe zhvillimin pasojnjës kanceroz. Të

hen në tre grupe: Grupi i I-të përbhet nga 15 të sëmurë, tek të cilët u vretë stomakut në formë melena e ose hematemesis; në gjak tek këta u vrejt anemi; pak i dhëmbëshëm, tek 3 hepari palpojë në nivelin e harkut kostal; tek 6 u vrejt një zvogëlim i madhësise së heparit.

Grupi i II-të: U konstatua një zvogëlim i dukshëm i splinës në 12 të sëmurë (6-8 cm ndën harkun brinjor). Grupi i III-të: Përbejti nga 7 të sëmurë që vuani nga cirroza e formës së ficiencës funksionale të heparit zhvillohen paralel.

Të gjithë kompleksin e fenomenave klinike, kërkimeve laboratorike dhe anamne- zës duke illogaritur mundësitet e faktoreve etiologjikë.

MBI TENSIONIN ARTERIAL TEK PERSONAT ME MOSHE TE RE

(Sovjetskaja Medicina 1962, 1, 55)

Të dhënat më të herëshme mbi përhapjen e sëmundjes hypertonike në Bashkimin Sovjetik i përkasin I. G. Gelman (1927). Në meskujt e moshës deri 20 vjeç ngritja e tensionit arterial vrehet në 80% ndërsa në femra 2%.

Në vitet e lufteës së Madhe patriotike, sipas të dhënave të O. M. Grotel, sëmundja hypertoniqe tek të rinjt në moshën deri 20 vjeç përbente 13,2%, tek vajzat 11,7%. Autorët të ndryshëm marrin norma mesatare të ndryshme të tensionit arterialis, p.sh. G. F. Liang mendon presionin më të lartë arterial 140/85. Studimi i presionit arterialis tek 11672 studentë në moshën nga 16-25 vjeç tregoi se mali lëkundet nga 60-80 mmHg.

Me qëllim studimi të normativave të presionit arterial tek njerëzit, e moshës së re autori studioi 1706 nxënës të moshës nga 12-20 vjeç. Përvec nxënësve të shkollave të përgjithshme u studiuja presioni arterial tek 230 nxënës të shkollave speciale (tek të verbërit dhe shurdhet). Këta të fundit na interesuan se ndodhen në konditë të tiera në lidhje me marrëdhëniet me ambientin e jashfëm.

Nga të dhënat duket se tek shkollarët e shkollave speciale të të gjithë grupave të moshave mesatarja aritmike që kufijt e lëkundjes së presionit maksimal dhe minimal janë më të ulura se tek nxënësit e tjera, midis nxënësve të shkollave speciale nuk u konstatua asnjë ngjiturë e presionit arterial, kjo sigur duhet që shumica e rreth 70% e moshës së lindur me faktun se shurdhët që tek të verbërit i ndështohen më pak influencës së ambientit të jashtëm.

MBI DISA QFAQJE TË VEPERIMIT ANËSOR TË PIRAZOLIDINËS GJATE MUJEKIMIT TË SËMUNDJEVE ME ARTRIT REUMATOID

Lebedev V. I.

Kliničeskaja Medicina 1982,1,12

Në Bashkimin Sovjetik në praktikën mjekuese si në stacionar dhe ambulatori shërbim, përdoret gjerësisht butadioni sovjetik, pirazolidina hungareze, reopirina dhe poezik, traktin digestiv, veshka, hepar, metabolizmin e uitit dhe të krypravës etj.

Shumë autorë vreljnë një influencë negative të preparatit në sistemin hemopoetic, traktin digestiv, veshka, hepar, metabolizmin e uitit dhe të krypravës etj. Sipas Leonard (1953) fenomenet anësore kanë lindur tek 22%, sipas Fridland (1953) 44%. Samson dhe Gavrilov (1968) vretën tek 27 të sëmure nga 32. Në literaturë përshtuhen raste komplikacionesh të renda si edema pulmonare, vjellje me gjak, trombopeni, anemi aplastike etj. Janë analizuari 300 histori sëmundje të sëmureve me artrit reumatoid të mijekuar me pirazolidinë. Prej këtyre gra

41-50 vjeç 89 veta, dhe mbi 50 vjeç 65 të sëmure. Doza e kursit lëkundet nga 7 deri 23,7 gr, doza ditore nga 0,15-0,10 (3-4 herë në ditë). Tek 89 nga 300 të sëmuret veshkave. Fenomene të mikrohematurisë u vretjen në 27 të sëmure, albuminuri në 13 veta dhe cilindra hialinë në 2 të sëmure.

Autori përmend pastaj komplikacionet nga ana e traktit digestiv që u konstatuan në 27 të sëmure. Kështu në 22 të sëmure u gfaqen nauze, në 18 dhëmbje epigastrale, në 4 të vjetra, në 6 diare, kurse akutizime të sëmundjes ulceroze në 3 të sëmure dhe të kolocystitit në 2.

Gjithashtu autorë ka konstatuar dëmtime të lëkureve në formë urtikarie, erytromboцитopenji dhe anemi aplastike, agranuloцитë etj.

Në perfundim autorë thotë se prezenza në anamnezë e sëmundjeve të heparit, bëhen kontrollë të përsërtura të gjakut dhe urinës për të zbuluar fenomenet anësore.

DIAGNOZA DIFERENCIALE E M. BOTKINIT ME NDIHMEN E

Golbljeve D. B. Skir E. JA
(Sovjeckaja Medicina 1961, 5, 41-46)

Mungesa e metodave të sigurta të diagnostikimit specifik laboratorik të m.

Simbas shumë autorëve diskordanca e diagnozave në Morbus Botkin arrin 10%. Kjo është më e theksuar në diagnostikimin e ikterit parenkimaloz nga ikteri mekanik, sidomos në ato raste kur ky i fundit shkaktohet nga tumorët malinjë; atyherë diskordanca arrin në 25-30%.

Por edhe kur ka karakter parenkimaloz ikteri, nuk është i mundshëm sqarime, faktore të toksikë ose alimentare që është shumë zor për t'i diferençuar. Kështu, p.sh. nga 626 të sëmurë me thç pulmonar që infekuar me tibon të shqetëruar me pas, streptomycinë dhe Flivazid, në 17 u çfaq hepatiti parenkimaloz që nga dekursi klinik nuk dallohet nga M. Botkin.

Diagnoza është akoma më e vështirë në periudhën e herëshme prekterike të sëmundjes si dhe në të gjitha format që nuk shqetërohen me ikter. Kështu, nga 200 të sëmurë të obseruar, 46 (23%) u drejtuan për ndihmë mjekësore në atazë të ndryshëm (prej 1 deri 30 dite) para çfagës së ikterit. Nga këto u ospitalizuan 9 dhe asnjë prej tyre me diagnozë të drejtë, por me diagnozë poliarthritis, ulcus duodenii, gastritis etj.

Për të zgjidhur problemin e diagnozës differentiale të M. Botkin, duhet nje kompleks analizash laboratorike, si përcaktimin i hekurit në serum, i aldolazës, fosfatazës, diastazës, vënia e reaksionit të heterohemoaglutinacionit me eritrocitet e majmunit, dashit, puls.

Autorët e artikullit kanë përdorur për diagnozën differentiale të M. Botkin përcaktimin e fermentit të aldolazës dhe vënien e reaksionit të heterohemoagluti-

nacionit me eritrocitet e kaposhit.

Secili prej këtyre indekseve është i lartë në ditët e para të sëmundjes dhe normalizohet me shenrim e të sëmurrëve.

Të tillë rezultate u arritiën nga 86 të sëmurë me M. Botkin në 72 (83%) dñe diskordancë në T4 (16%).

Kjo diskordancë u vërejt në format e lehta, ndërsa në format me dekurs të mesëm dhe të rëndë perpuhën me të gjitha periudhat e sëmundjes.

Ky kompleks indekssesh laboratorike u shfijtëzua për diagnozën differentiale të M. Botkin në drejtime të ndryshme. Me ndihmen e reaksionit të heterohemoaglutinacionit me eritrocite të këndezit dhe përcaktimin e aldolazës, u bë i mundur diferençimi i M. Botkin nga ikteret parenkimaloze me etiologji të ndryshme në ditët e para të sëmundjes. Kështu në 3 të sëmurë që u shruan me diagnozën M. Botkin, ikteri që shkaktuar nga intoksikacion akut prej alkooli. Që në ditët e para të çfagjes së ikterit, reaksiioni i heterohemoaglutinacionit ishte negativ qëndkimit të sëmurrëve me tuberkuloz mbi një vit me Pas, flivazid, streptomycinë, tiacacion nga alkooli. Ikteter medikamentozë kanë dekurs benjë dhe zhduken menjëherë mbas ndërprerjes së medikamenteve.

Në rastet e recidivave të M. Botkin osë të reinfektioneve përsëri të titri i heterohemoaglutinacionit 1:1 ose më tepër dhe aldolaza e rritur. Në të gjitha rastet e hepatitit kronik me etiologji të ndryshme, në periudhat mës recidivave si edhe në periudhat e aktivizimeve, indekset laboratorike nuk kanë qenë të rritur.

Ky kompleks indekssesh përdoret dhe për diagnozën differentiale të M. Botkin

në periudhën prekterike. Në 10 të sëmurrë me diagnoze: «periudha prekterike e

M. Botkin» ose «M. Botkin» të dy indekset nuk ishin të rritura, në këto u vu diagnoza isktoradikulite, poliarrit infekcioz, pneumoni bilaterale gripale, M. Banti,

kolecistit, lamblozë, grip viral, gastrit anacid etj.

Përvç kësaj gjë indeks nga ky kompleks mund të përdoret për diagnostiken

fokuse në 202 prej tyre reaksioni i hemoaglutinacionit me eritrocite të këndezit doli neg. dhe asnjëri prej tyre nuk u sëmurr gjetë 8 muaive të pastajme nga M. Botkin. Në 13, titri i hemoaglutinacioneve karshi eritrociteve të këndezit ishte 1 mundja lindi mbas 2-30 ditëve të bërgjës së reaksionit.

Mund të konkludojnë se përcaktimi i titit heterohemoaglutinacioneve karshi eritrociteve të këndezit dhe i aldolazës, janë indeks me vlerë për zgjidhjen e problemeve të ndryshme të lidhur me diferençimin e diagnozën e herëshme të M. Botkin.

VLËRESMI DIAGNOSTIK I AKTIVITETIT TE TRANSAMINOZAVE TE SERUMIT DHE TE ALDOLAZES NË TE SËMURE ME M. BOTKIN

Veselovskaja T. A. Starshov P. D.
(Sovjeckaja Medicina 1961, 5, 47-52).

Vitet e fundit është konstatuar, që në serumin e të sëmurrëve me hepatit akut që kanë rënësi diagnostike. Kështu në diagnostiken e dëmtimeve akute parenkimatoze të heparit rol të madh ka aldolaza dhe transaminozat e serumit.

Kritia e aktivitetit të transaminozave dhe aldolazës në serum nga shumë autorë shpjegohen me dajjen e ketyre fermenteve në gjak nga këndezit (të zemrës të heparit).

Simbas të dhënavë të literaturës, aktiviteti i transaminozave i aldolazës rridëntimt të parenkimës së heparit. Përcaktimi i aldolazës e dëmtimeve parenkimatoze obstruktive me origjinë të ndryshme.

Autorët e artikullt vendosën të provojnë vlerën krahasuese diagnostikore e aktivitetit të aldolazës, acidit glutaminopiruvik nivel i bilirubinës në të sëmurrët dhe M. Botkin në murët me ikter mekanik, me inflamacion, të rrugëve bilare, me dizenteri etj. Në 62, me ikter mekanik 7, me inflamacion kronik të rrugëve bilare 12, me dizanteri 21 dhe me sëmundje të tjera 6.

Të 4 analizat (përcaktimi i aldolazës acidit glutaminopiruvik, acidit glutaminoaksalacetik, acidit glutaminoaksalacetik, acidit glutaminoaksalacetik, acidit glutaminoaksalacetik, acidit glutaminoaksalacetik, mesatarish $7,1 \pm 0,96$ unite, acidit glutaminopiruvik $3,0 \pm 0,78$ unite, aldolaza $3,6 \pm 0,38$ unite, bilirubina $0,47 \pm 0,029\%$ milig. Më 21 të sëmurrë me disenteri të 4 indekset nuk dallonin nga të shëndoshë, ashtu dhe në të sëmurrët me grip, apendicit e tonsilit kronik. Interes kanë këto indeksë tek grupi i të sëmurrëve me dëmtim të heparit.

Në 21 të sëmurrë me inflamacion kronik të rrugëve biliare aktiviteti i acidit glutaminooksalacetik dhe acidit glutaminopiruvik ishtë pak më i lartë se sa më grupin e të shëndoshës së dheturave me disenteri. Në grupin e të sëmurrëve me ikterit mekanik obturativ bilirubina e rritur direkte dhe e shpejtë. Në këtë grup aktiviteti i transaminozave sidomos acidi glutaminooksalacetik në krahasim me shëndoshës së tij rritur por nuk arrin kurrrë niveuin si në të sëmurrët me Botkin, aldolaza nuk dallon shumë nga të shëndoshët.

Raporti i acidit glutaminooksalacetik me acidin glutaminopiruvik në të sëmurrët me inflamacion të rrugëve biliare dhe me iktere obturative është më i madhi se 1, ndërsa në M. Botkin ky raport është më i vogël se 1.

Autorët e artikullit kanë shkuar dinamikën e aktivitetit të secilit glutaminoksalacetik dhe acidit glutaminopiruvik si dhe niveuin e bilirubinës në 62 të sëmurrë me Botkin nga të cilët 32 u mjekuan me dietë, vitamina, supstanca lipotrope dhe glukozë, 14 u mjekuan me hormone kortikotrope nga 40 unite në 24 orë me 60-800 unite në kurs dhe 16 u mjekuan me kortizon, per os (nga 100 millig. në 24 orë, deri 1,5-2 në kurs).

Aktiviteti i transaminozave, sidomos i acidit glutaminopiruvik, mbetet nga normalizimi i bilirubinës dje i aldolazës. Kjo i pësket grupit që nuk morën adrenokortikotropë dhe kortizon, por edhe në grupin që u mjekua me preparatë kortikotrope bilirubinës, por nuk arrin në shifrat normale për një kohë të gjatë (2-3 javë edhe më tepër). Më pak këto preparatë influencojnë në uljen e transaminozave, aktiviteti aldolazës duke filluar nga java e dytë e periudhës ikterike ulet në normalizimit të këtij indeksi.

Kështu, përcaktimi i aktivitetit të transaminozave në serum sidomos i acidit glutaminopiruvik ka rëndësi për shërimin e të sëmurrut nga M. Botkin. Në shumicën e rasteve aktiviteti i transaminozave normalizohet të shërimin klinik normalizimi i bilirubinës dje aldolaza së serumit. Kur mungojnë shenjat klinike bilirubina është ne shirrat normale po ashtu dje aldolaza kurse sasia e transaminozave është e rritur sidomos acidi glutaminopiruvik, i sëmuri nuk duhet kërkuar mbasi mund të jepë recidive, sidomos kur përdoren preparatë adrenokortikotrope dhe kortizoni.

Në 6 të sëmurrë me M. Botkin të mjekuar me hormone u vjenëtë recidiva, mure, sidomos acidi glutaminopiruvik mbeti i lartë, megjithëse aldolaza dje biliрубина ishin ne shifra normale.

KONKLUSION

1. Përcaktimi i transaminozave të serumit dhe në një farë mase i aldolazës shërbën përmes diagnozën e herëshme të M. Botkin, sidomos të formave latente.

2. Në M. Botkin raporti midis acidit glutaminooksalacetik dhe acidit glutaminopiruvik është gjithmonë më i vogël se 1. Në inflamacionet e rrugëve biliare dje iktereve obturative me origjine të ndryshme, raporti i sipërm është më i madhi se 1. Aldolaza në të sëmurrë të tillë nuk ndryshon shumë.

3. Britja e transaminozave të serumit me M. Botkin mbetet edhe mbas fillimit të shërimit klinik dhe normalizimit të nivelit të bilirubinës dje aldolaza të dhënë e rekonaleshencës ka rëndësi prognostike.

4. Kur të sëmurrët me M. Botkin mjekohen me preparatë adrenokortikotrope ose kortizon, ulja e transaminozave të serumit fillon me shpejtë se në rastet kur hormonoterapia nuk është përdorur. Britja e qëndrueshme e transaminozave sidomos e acidit glutaminopiruvik kur janë zhdukur shenjat klinike të sëmundjes së tijës normalizuar bilirubina si edhe aldolaza tek të sëmuri të M. Botkin sinë e recidivimit të sëmundjes.

DEHELMINTİZİMI ASCARİDOZESİ ME PİPERASİN-FOSFAT NË M. BOTKIN

(Sovjets. Medicina, 1961, 5, 69-73)

Miekët në punën praktike shpesh ndeshen me çfajje të ndryshme të helmintozave dhe me komplikacione të sëmundjes kryesore, të shkaktuara nga shoqerimi i helmintozave.

G.P. Rukiniev (1958), K.K. Bunin (1960), V.P. Podiapol'skaja (1957) vrejnë që helmintozat duke qenë shoqeruese të sëmundjeve infektive, rëndojnë dekursin e sëmundjes kryesore, gjëjash qafatet e shënimt dhe ndihmojnë kalimin e disa sëmundjeve infektive akute në forma kronike p.sh. në dysenterinë.

Kërkimtarët kanë treguar një interes në studimin e shoqerimit të dysenterisë në helmintoza, në dekursin dhe përfundimin e sëmundjes.

Më pak është studuar influencë e helmintozave në dekursin e shkaktuar nga M. Botkin. Por autorët që kanë observuar dekursin e këtyre sëmundjeve të kontaminuar nga helmintozat tregojnë mbi keqësimin e dekursit të tyre, dhe një seri komplikacionesh, të shkaktuara nga helmintet (T.I. Palceva, A.I. Nenikova, Bogdanovic etj.).

Eshja grumbulluar materiali mbi ascaridozën kirurgjikale.

I.V. Starcev (1953), K.T. Ovtatinjan (1959) përshtakuajnë ileusin e shkaktuar padëntuar, të zorës, cekumit, përshtkuhen raste vdekje nga astfisia si rezultat i askaridozes, rastë pankreatit nekrotik etj. si rezultat po i askaridozes.

Dehelminitzimi të çon në zhdukjen e simptomë-kompleksit të ndryshëm në shërimin më të shpejtë të sëmurit, dhe në shumë raste në zhdukjen të ashtuquajturave kolite kronike me etiologji të papercaktuara por që mund të jenë shkaktuar sëmundjeve infektive intestinale. Terapia me oksigjen e të sëmurit me tifo abdominale e kontaminuar nga askaridoza është e kundrinduktar.

A.Z. Blujzer dhe M. T. Turçins, N.N. Pllosnikov dhe M.F. Turçins, A.I. Krotov resorci etj. kësikon një preqafitje paraprake të të sëmurit, mbaitje në diëtë, dhënie purgantit ose kiznies pastrise që nuk është kolaj të zbatohet në të sëmuve me sëmundje infektive intestinale. Terapia me oksigjen e të sëmurit me tifo abdominale tjetër kanë vretur efekt të lartë nga mjekimi me derivatet e piperasinës, rritje të ritutit me askaridoz enteroobioz, si rezultat i rungesës së kundrindikacioneve gjatë përdorimit të tyre, fenomeneve sekondare nga përdorimi në dozat terapeutike, toksiciteti i lëntë, mënyra e thjeshtë dhe e volitëshme e dhënjës.

Autori përdor piperasin-fosfat në mjeckimin e askaridozës konkordante të sëmundjeve tifo-paratifoze të M. Botkinit dhe dysenterise. Dehelminitzimi u aplikua në tifo-paratito në stadin e rekonvaleshencës në M. Botkin menjëjë mbas konstatimit të askaridozes dhe në elipeuteri mbas zhdukjes së fenomeneve akute.

Mbas dehelminitzimit tek të sëmuve me tifo-paratito përmirësohet gjendja e përgjithëshme, zhduken dhëmbjet e bankut para dhënjës piperasinës gurgullimati, të sëmuve, pakeson ikterin dhe zhrogëlimin e heparit. Në dehelminitzimin e të sëmuve me dysenteri aktue ose kronike dhënia e piperasinës ditën të katërt të qëndrimit në spital, nuk u vrejt akutizimi i sëmundjes, rrityje e frekuencës së diareve osa fenomeneve sekondare të preparatit. Para përdorimit të piperasinës per dehelminitzim u mbikqyrën mbi 23 fëmijë në moshë deri në 12 vjeç të sëmuve me M. Botkin të shoqeruar me askaridoza. Terapia me oksigeni u bë e mundur vetëm në 10 fëmijë të rrjitur (në tre u vlefthen) eliminimi i askarideve). Në paret u morën pa u mjeckuar nga askaridoza. Këto obser- vime të kufizohen tregoninë mbi vështirësinë e terapisë me oksigen. Duke u nisur nga vëfti e shpësishme të preparatit dhe marjen e mirë nga ana e fëmijëve u dehel- minzuani 43 të sëmuve fëmijë deri 10 vjeç prej tyre 23 në moshën 5 vjeç.

Mbas marrjes së piperazinës, ditën e 2-3-të u vrejt eliminimi i askarideve dhe ekzamini i fevri dha rezultat negativ. Mjekimi me piperazin bëhet në dozat 1 gr. dy ose tri herë në ditë po pér 4-5 ditë rrjesht në të mëdhenit, ndërsa me piperazin fositat 0,5x3 në ditë po pér 4-5 ditë në të medhej.

(Përmblehdhur nga M. Muço).

PROBLEMI I ETIOLOGJISE RICKECIOZE TE ARTERITEVE KRONIKE JUVENILE

H. Conte, J. Ourades, L. A. Martin et M. Defrance

(«La Semaine des Hôpitaux» N. 30/1961)

Autorët e këtij artikulli përmendin një sëri punime të origjinën Rickecioze të shumë syndromeve vaskulare akute si endokarditi, sigojnëmbi arteritet kronike dhe vesanërisht mbi arterite të tipit juvenil edhe nga fakti se de ku Rickeciozat paraqiten në formë endemike.

Duke u nisur nga paraqita e një rasti me arteritet akute të ekstremiteteve të sigurtë Rickecioze (ethe Q) dhe nga konstatimi të shumta të bera në Marok në një numër të madh rastesh me arterite juvenile, vend ky ku Rickeciozat janë endemundien Burger.

Gjithashu janë bazuar në komplikacionet vaskulare, në lezione anatomopatologjike nga veprimi i Rickeciozave në endoteliumin e vazave, gjë që është demonstruar me gjetjen e Rickecies Prowazekit në këto celula të vazave.

Studimi i tyre merret në të 4 tipat te Rickeciozat që paraqiten në Marok (Tifon kane përdorur edhe një metodë seroaglutinacioni të prof. Girond e cila lejon verifikim me shumë precizion në serumin e të sënuarëve prezencën e antikorpeve të komplikacionet vaskulare në stade akute.

3 vjetësh dje në 36 raste të paraqitura në një kohë prej më pak se raste positive, nga këto 13 me ethe Q, 5 me tifo murine, 13 me tifo ekanternatike, 4 raste të dysmuntë dje vetëm një negativ.

Duke studuar fenomenin e rasteve me «Typhus inaparens» (tifo e padukësh-gjinal (frengence), në rickeciozat ku paraqitet nganjëherë si malarije, kur japon aspekt inflamatror të dukshem sic ndodhet në arteritet juvenile.

Në konkluzion, pas kaqë konsideratave sidomos baktériologjike, mendojnë se etiologjia e arteriteve është lidhur me infeksionin rickecioz. Ky orientim mbi etiologjinë e arteriteve ndryshon taktilën terapeutike nga mjekimet e mëparshme si surrenaletikoni mono ose bilaterale, mjekime endokrine dhe hyperenjante, në kurën antibiotike që mjekime të tjera midis tyre dje maliototerapi.

(Përmblehdhur nga Lluke Dhimitri)

LITIAZAT BILIARE INTRA-HEPATIKE

R. Florent et Roger Charpin
(Pr. Med. 1961. Nr. 31 p. 1435-1438)

e Litiazës bilare ekstrahepatike, Santy dje Mallet-Guy më 1936 shkruanin:

«Prezencia e guriave në mëqinë e zezë është një shkak i dëshimit të hershëm bilare eksrakepatike». Mirëpo, përparrimet e dëkshme të kryera mirë, në rrugët dit, në teknikën e kërkimeve radiologjike nga një anë, dhe në teknikën kirurgjikale n'anë tjetër, si rezultat i punimeve anatomic të reja mbi mëqinë e zezë dhe ndryshëm.

E gjetën në 5-10% të rasteve, litiqë intrahepatike mund të ofrojë possibilitete

shoqerohet më shpesht me litazën e kësaj rruse. E padiagnostikuar ajo mund të konstatohet zakonisht me akidentet postoperatorore. Radionanometriku preoperatore të plotë: anastomozë bilo-digestive, scissurotoni.

CIRRHOSA ALKOLIKE NË PERIUDHEN E PARE TË FEMIJERISË

L. Weill, J. — C. Gorouben et P. Draneau

(Pr. Med. 1961 Nr. 31 p. 1456)

Autorët kanë obseruar në një fëmijë 13 muash një shoqërim të: 1) një cirrhozë ascitike, hepatomegalie, me ikter të theksuar; 2) një kserofthalmie dhe sindrom biologjik iste, tipik për cirrozen. Biopsia tregoi një cirrhozë të rënës së stëvazheve intense.

Evolucioni ishte i favorshëm dhe me gjithë vazhdimin e përdorimit të verës, cirrozes, steatoza ishte zhdukur.

Në lidhje me këtë observacion, autorët insistojnë në rolin e clearance-it nusativ vitaminik dhe protidik, të shoqeruar me ethyizmin, i cili eksperimentalisht paraqitet i pa aftë për krijimin e cirrozes.

VONESA E ZHVILLIMIT DISTROFIK DHE CIRRHOSA

M. Fabregoule, M. Dutel et Ch. Julien

(Pr. Med. 1961 — Nr. 31, p. 1946)

Autorët paraqesin observacionin e një vajze kabile 16 vjeç, e cila kish një vonesë të zhvillimit somatik, puberal dhe mental, të shoqeruar me distrofi osore si dhe një hepatosplenomegali me anemi mikrocytare dhe hypokrome. Asnjë shenje anemie hemolitike, hemoglobinopati, genodistrofi nuk evidentohet. Splenoportografi paraqitet normale, me presion splenik 18 cm. tujt.

Punkcion-biopsia e heparit evidencionon një cirrhosis incipiens. Autorët e përfrekunët që barabartë në të dy sëket.

GLIKOGENOZAT HEPATIKE

G. Lastragues

(Pr. Med. 1961 Nr. 27, p. 1218-1220)

Studimet enzimatiske lejan klasifikimin e glikogenozave hepatike dhe ven-

dosen e korreacionit midis tablosë klinike dhe deficitit enzimatik.
Ato paraqiten si një sindrom i dukshtë i deficitit enzimatik të ndryshëm, prej të cilave njihen tri: 1) Glikogenozë hepatorenale, ose sëmundja e Von Gierke;

2) Glikogenoza hepatomuskuliare dhe 3) Glikogenozat me deficit te fosforilazës hepatopatiqe. Prognoshtiku i deficitit te glikozës 6-fosfatazës është shumë i rëndë, përmoshën 1-5 vjet, prej të cilëve 42 me encefalopati saturnine, me 10 vdekje (23%). Intoksikacioni kondicionohej nga kontakti me enë plumbi, bateri akumulatorish etj.

MBINGARKESA E ZEMRËS ME GLIKOGEN

(Sëmundha e Pompe-it)

— «Maladie de Pompe». (Pr. Méd. 1961, Nr. 27, p. 1222)

Grumbullimi i glikogenit në sasi patologjike në miokard shpie në polykortin konstatuar vetëm në 40 raste, por ka probabilitet, nënvizon që kjo sëmundje taniantit».

Diagnoza mund të vijet gjatë jetës së shkurtër të latantit, të prekur nga një të butë, hypotonikë — mund të ketë makrofosi, e cila është vënë re në 9 raste). Ky ekzaminim ka dhënë 19 raste pozitive nga të 21. Përkundrazi, hepari, që normalisht përbën 4 herë më shumë glikogen se sa muskujt, paraqitet intact, pa gjegjullime metabolike, të glucideve, lipideve dhe proteinave, sikurse ndodh në poevitimi i vdekjes dhe as zhdukja gati e plotë e mbingarkessës glikogenike, sikurse së miokardit ose të muskujve.

Patogeneza është e panjohur. Nuk shkon fjalë për anomali konstitucionale të glikogenit abnormal as të enzimave, që ndërtojnë apo shkaterrojnë kësaj substancë rezervë, sikurse në polykortitë e tjera glikogenike. Hypoteza e një mungese të aldorazës muskulare (Hers) mund të jiptë „qelësim“ e kesaj sëmundjeje të Pompe-it.

DISTOMATOZA HEPATIKE FAMILIARE

H. Boissière, R. Cagnat et R. Martin

(Pr. Méd. 1961, Nr. 43, p. 1842-1844)

Në të dy fazat e evolucionit të distomatozës së njeriut (1) filastare, me invazion hepatik dhe 2) sekondare, me parazitizëm biliar) vijnë re aspektet klinike, në bazë të eozinofillës në gjak, të kuri-reaksionit ndaj antigenit distomik dhe të shumë më të madh, se sa në parazititum biliar, kur çfaqen komplikacionet e rëndë.

Ekzaminimi klinik dhe hematologjik sistematik i subjekteve, viktima të infeksionit, lejon shpeshtë konstatohen forma akoma asimptomatike, të cilat mund të përfitojnë nga mjekimi me shanse më të mëdha.

ENCEPHALOPATI SATURNINE E FEMJES — MJEKIMI ME URE INTRAVENOZE

J. Greengard et al.

(Pr. Méd. 1961 Nr. 46, I. 1905 — Përbledhje e artikullit në «The New England Journal of Medicine», 1961, Nr. 20 p. 1027-1030).

Autorët, më 1959 kanë konstatuar 142 raste intoksikacioni prej plumbit në moshën 1-5 vjec, prej të cilëve 42 me encefalopati saturnine, me 10 vdekje (23%). Intoksikacioni kondicionohej nga kontakti me enë plumbi, bateri akumulatorish etj.

Ureja u përdor në solucion 4% në sol. 5% glucozë intravenoz (1 gr/kg, pestë në sojat e saj, të prevenohet kompresioni vaskular dhe hernia cerebrale me par-magnum. Mjetet e tjera terapeutike, sikurse Edathamil kalc disodik (EDTA) (është i padëmshëm), manitol, mjetet antikonvulsive, de-

Duke u mbështetur në eksperiençen e tyre, pasi nënvizohet se duhet menduar

për intoksimon e plumbit në rastet e krizave konvulsive, çregullimeve digestivë, autoret insistojnë, në cdo rast, për një diagnozë të herësme dhe për aplikimin e injeksionit të uresës, që paraqitet me avantazhe në krahasim me mjetet e tjera terapeutike.

«DOBIA E DIAGNOZES SEROENZIMATIKE NË HEPATITIN VIRAL»

(Min. Gastr. 1961 Nr. 1 — Përbledhje e artikujt të rev. «Dtsch.

Med. Wschr.» 85, 265, 1960).

Fërçaktimi i aktivitetit të transaminazës glutamino-piruvike dhe glutamino-ksilacetikës dukështë vetëm një mijet i çmuueshme për diferençimin e ikterit me-hepatit viral, që duhet të jene jo të rraillë, sidomos në mosha infantile. Të dhënat e literaturës mbi kontrollin e formave anikterike të hepatitit viral në metoda enzimmatike janë të pakta. Prandaj, autorët kanë publikuar të dhënat e mbledhura gjatë epidemisë të hepatitit në një katund të Frankoniës së ulët gjatë verës 1959.

(Përbledhur nga O. Papadimitri.)

PERDORIMI ME QELLIM DIAGNOSTIK I REAKSIONIT SEROLOGJIK TE MEKIMIT NE SEMUNDJETE KANCERIT

Zhurnal-Llaboratorone djello V. 9-1961 — faqe 26-30

Në këtë artikull interesant Ll. M. Sidorova i ka vënë si detyrë vehtesë të studio-diagnosticsë të reakzionit serologjik për diagnostikimin e herësme të kancerit. Dihet se deri kohë e fundit, nuk është gjetur ndonjë reaksiون specifik për diagnostikimin e kancerit.

Reaksiونet diagnostike të përdorura disa herë për të sëmurët me tumore mahnimesh në klinikat e kancerit osë për të kontrolluar efektivitetin e mjekimit. Autorja në këtë artikull në filim jep të dhëna për punët e shkencëtarit japoner malinje të hequra nga njerezit rije fosfolipid të zi të quajtur malinjolipin. Autorët japonezë kanë përcakuar përbërjen kimike të tij. Ata tregonin se mali-jolipina është gjetur vetëm nëndët e tumoreve malinje dhe në gjakun e njerezve me kancer dhe jo në të sëmurët të tjera as në të shëndoshë. Kosaki dhes bashkëpuntorët kanë propozuar dhe metodat e nxjerjes së malinjoliphës në ndëre është gjak.

Simbas Kosakit, malinjolipina zbuluar nga gjakun nga operacionet radikale të mjekimit e kancerit me rrëze. Gjithashtu sasia e saj paksohet, në të tjera japonezë Hakim dhe Seija të cilët pamësosish ngaj njieri tjetri kanë përfshirë reakzionin serologjik për diagnostikimin e herëshme të kancerit. Ata gjjakun e të sëmrujt me kancer një fosfolipid të ri ne përdor për diagnozën e herëshme të kancerit.

Sic shihet nga komunikimet e Ll. M. Sidorovës mbi dy metodat e përmendura praktike lidhur me diagnozën e herëshme të kancerit.

Sidorova në këtë reaktion diagnostik, Në rapën e parë autorja ka studjuar reaksionin e autorit japonez Hakim. Reaksiioni vijet në këtë mënyrë: nga të sëmuret merret gjaku nga mi. Serum i nxjerrë s'duhet të ketë aspak homolizë. Ngjita e sasisë së bilirubinës gjithashu pengon përcaktimin.

Per vjenien e reakzionit merret 0,5 serum. Pastaj serumit i shtohet një reaktivi

i pregatitur sipas një formule të caktuar.

Rezultatet lexohen mbas 15-30 minutave të vënies së reakzionit në dritën e 75 vjeç, kryesisht 41 deri 61 vjeç. Tekzaminuarit i ka ndarë në pesë grupe: a) 15 veta klinikisht të shëndoshë, b) 79 veta të sëmuret me kancer në stade dhe lokalizime të ndryshme, c) të sëmure jo kancerozë 30 veta, d) të sëmure me kancer pas operimit ose mjekimit me rreze 24 veta, dhe e) të sëmure me diagnozë të papërfektuar. Gjatë ekzaminimit të sëmuret s'duhet të pinë cigare sepsë serumi i tyre jep reaksiion pozitiv, kur ai duhet të jetë negativ. Simbas studinut të Sidorovës del se nga 15 njerëzit e shëndoshë në 12 veta reaksiioni është negativ, dhe pozitiv i dobët

të dhënët histologjike dhe kimike në 86% të rasteve.

Interesant është se nga 11 të sëmuret me kancer të grykës të marrë në studin ke. Nga 33 të ekzaminuar me sëmundje jo kancerozë prova serologjike ishte negativë në 20 prej tyre, në 10 ishte pozitive dhe në tre doli e dysmërtë. Duhet thëksuar se ndër 10 rastet pozitive të sëmuret jo kancerozë 3 ishin me fibromionia të uterust, një me polipozë të uterust, katër me mastopati dhe fibromionia të gljandrave të gjoksit dhe dy të sëmure pulmonarë.

Siç shihet reaktioni serologjik në të sëmuret jo kancerozë ishte pozitiv në rast që këtë shpreh mëndmin e reakzioni serologjik sipas Hakimit ep rezultate pozitive në gjithë ato raste ku kemi një proliferim të indeve, mundet në periodën fitozionin se prova e Hakimit është një metodë e mirë për diagnostikimin e herëshme të kancerit.

MJEKIMI I LEJSHMANIOZAVE VISHERALE TEK FEMIJET ME ANE TE SOLJUSURMINES

— Simbas të dhënave të raportit të parazitologjisë të stacionit sanitari epidemik të qytetit Tashkend. —

V. G. Mihailov dhe M. A. Starceva

Autorët janin të dhëna të rezultatit të mjekimit të lejshmaniozave visherale me anë të preparatit të soljusurminës.

Ata duke studjuar superioritetin e këtij preparati, kanë konstatuar (V. G. Mihailov 1956) se masa kryesore e surminës eliminohet dinë e parë pas injektimit rëndësishem, prandaj ata nxjerrin si përfundim se ky preparat mund të përdoret autorëve bën që të zgjatet semundja dhe të rriten rastet e vdekjes.

Autorët kanë mjekuar 148 të sëmure me leshmaniozë visherale me anë të solju-

lucion (0,05 gr. preparati) për një kilogram pesha për injekcionin e parë, 0,5 ml. (0,1 gr. e preparati) për një kilogram pesha për injekcionin e dyte dhe 0,75 ml. (0,5 gr.

preparat) pér një kilogram peshe pér injekcionin e tretë dhe pér gjithë kohën e mijekimit.

Për fëmijët në gjendje kahektike dhe mbi 10 vjeç si dozë përfundimtare éshë përdorur 0,5 ml. (0,1 gr. të preparatit) të solucionit 20% pér kilogram peshe vazhdimisht).

Gjate injektimit sipas kësaj skeme autorët nuk kanë vënë re fenomenet anëvështrësi éshtë injektuar intramuskular ose subkutan.

Në injeksionet sukutane dhe intramuskulare preparati éshtë hedhur si solucion 10%.

Në komplikacionet dhe gjërdjet e rënda të sëmundjeve, mijekimi éshtë vazhduar një lloji si më sëpër, ose nga një herë me sasi të pakët, qenë 4,7%.

Lieni dhe hepari pas 2-4 javësh nganjëherë mbas dy tre muaish mbas mbarësiste ndaj preparatit, nuk ka qenë e nevojëshme të përdoresh Rentgenoterapia e lieni, me qenë se preparati në fiale ka vepruar mirë mbi lieni.

Në fund t'artikullit të tyre autorët kanë arritur në përfundim se: 1) mijekimi intravenoz me sojusurminë i leishimanozave visharale qenë 4,5, 2) koha mesatare e mijekimit simbas kësaj doze éshë 0,2 ditë dhe sasia e injeksioneve intravenoze 4,5 dhe 3) letaliteti arrin në 4,7.

MONOVAKSINA E PERTUSIT SI ANTIGEN PËR REAKSION DIAGNOSTIK.

T. A. Solloieva, A. T. Nencenko, L. V. Berezhnii.

(Zhurnal Laboratornoje Djello Nr. 11 1961 faqe 21-23)

Autorët vënë në diktje se pér diagnozanë laboratorike të pertusit përdoren gjekim standard dhe si antigen për reaksiون serologjike përdoren. Kultura të freskëta të shtamit H. Pertussis i fazës së pare. Përdorimi i kësaj kulture si antigen parajt vështrësi pér laboratorët e zakonshëm, me qenë se shumëzimi dhe pasimi i kësaj kulture paraditet i vështrë.

Për këtë arsye autorët kanë provuar që të përdorin si antigen në reaksiون serologjike pér diagnozanë e pertusit monovaksinën e thatë dhe të lëngët që përrimtët e bëra pér këtë qëllim. Midis të tjave ata jepin metodikë e dhënies së 1 ml. gjak nga gjithë. Serum i nxjerë nga 1 osë 2 pika monovaksinë e lëngët në llogari që për çdo 1 ml. vaksinë të ketë njëzet miljard celula bakteriale.

Leximi i reaksiونit behet dilën tjetër. Një reaksiون i tillë del pozitiv në Titer xohet me ndihmën e aglutinoskopit.

Autorët praktikisht kanë bërë dhe kontrollin bakteriologjik të fëmijëve që dyshohen pér kollën e mirë dhe u ka dali se rezultatet e diagnostikimit, me anë teriologjike. Duke krahasuar rezultatet e vës mira se rezultatet nga kërkimet bakulturës së gjallë dhetë monovaksinës së lëngët dhe të thatë u ka dali se rezultatet më të mira në këtë drejtim arrihen duke përdorur si antigen monovaksinën e lengë.

Në bazë të eksperimenteve të tyre ata arrinë në këto përfundime: 1) vaksina e pertusit që përdoret pér profilaksinë e tij mund të përdoret dhe si antigeni sëna e lëngët e pertusit ka veti më të mira antigenë se sa vës kultura e pastër dhetë e freskët e përdorur pér këtë qëllim.

NDIKIMI I NEMBUTALIT, BARBAMYLT DHE MEDINALIT NË LUMENIN E VAZAVË DHE MBUSHJEN ME GJAK TE ORGANeve TE BRENDISHME DHE TE ANESIVE

(Farmakologja i Toksilologjia, 1961, Nr. 4 f. 425-427)

I. M. Cuthnava

Autorja ve në dukje që, ndonse gjumëpurësít përdoren prej kohësh në praktikun e kësyrë lindëve në sistemin kardio-vaskular mbeten të pastudjuara. Edhe tre preparat që janë të afërt nga struktura kimike, sic janë Nembutali, Barbamylit dhe Medinali, nuk vepojnë mbi organizmin Këshu psh. Barbamylit e ul më shumë TA, e dobëson më shumë punën e zëmres dhe ndryshon më shumë lumenin e vazave superficiale, ndërsa Medinali më pak. Në këtë artikull autorja krahason ndikimin e Nembutalit, Barbamylit dhe Medinalit mbi vazat e experimentet treguan se nën influencën e kësyrë hypnotike ndodh një zmadhim me më e theksuar i lumenit të vazave renale 3,5%-12% nga Nembutali, 8-16% nga Barbamylit, kurse Medinali jep veprim inkostant. Diferenca në veprimin e hypnotikeve tu psh. rën veprinin e Nembutalit Lumeni i vazave u rrit 2-7%, të Barbamylit 10-16% dhe vazdoi për një kohë të gjatë në rastin e Medinalit, ose nuk përfundon në ngushtimin e vazave në 4-7%. Autorja gjithashu studiou mbushjen me gjak të ekstremiteve vazave në artet inferiore. Midis tyre veprim me të theksuar ka Barbamylit, fund autorja konkludon se në fenomenin e uljes së presionit arterial të shkaktohet me amen e introdiktimit të hypnotikeve merr pjesë zgjerimi i vazave të oripotësish konkordon me veprinin e tij me theksuar depresiv në krahasim me

MBI VEPRIMIN E HEXONIUM DHE REDERHAMIT GJATE HYPERTONIE SË EKSPEKIMENTALE

M. V. Panjshina

(Farmakologja i Toksilologjia — 1961, Nr. 2 faqe 146-149.)

Autorja ja kushton studimin veprit të Hexoniumit dhe Rederhamit (substanca ganglioblokonjese dhe adrenolitik), në hipertoninë eksperimentale.

Eksperimentet u kryen në tre qen: të parit iu infektua Hezonium, të sionesh me Rederhamin, dhe Hexonium nga 12 ditë secili, me intervall pushimi dy tri javë. Midis kursit të parë dhe të dytë u bë një interval pushimi dy Hg. U fut 0,5 ml. Pituitrinë intravenoz për 17 ditë rrjetesh. Shifrat 140/90-235/140 mm Hg, për të parin, kurse për të dytin 170/100 mm Hg. Nëmbas injektimit filloj të bjerë, bie rënia më e theksuar që në fund të ofrës së pashikardji, midriazis, hyperemi e konjunktivave u konstatua. Në kusrin e IV-të në injekzionin e IX-të me Hexonium u vretjen fenomene kolapsi, konvulsion, dispnea, të cilët vazhduan për 5 dëgjime.

Në kusrin e IV-të në injekzionin e IX-të me Hexonium u vretjen fenomene tihikardi, midriazis, hyperemi e konjunktivave u konstatua. Në kolapsi, konvulsion, dispnea, të cilët vazhduan për 5 dëgjime.

Mbas 10' të futjes së Hexonomit. TA ishte 135/70 mm Hg, dhe në fund të orës së dytë, me gjithese gjëndja u normalizua krejtësisht, TA mbeti më i ulur se në fillimi. U vretjën ndryshime elektrokardiografske, si ndryshimi i intervalit ST.

Qenit të dytë iu infektua Roderham 0,5 ml. intravenoz, mbas ishin injektorë 13 injezioni. Fituitinë intravenoz nga 0,5 ml. dñe ishte fituar hipertonia eksperimentale. TA mbas injektimit të pituitrinës ishte në shifrat 120/90 mm Hg për të parin, kurse për qenin e dytë ishte 180/110 mm Hg. Mbas 5-15' TA u rrit, pastaj filloj të bjerë. Rehia maksimale u vret në fund të orës së parë, dhe mbas dy orash arriti nivelin normal. Gjëndja e përgjithshme e kafshës e mirë, pulsi pak taktkardik. Në mbarim të kusrit të parë me Roderham, TA mbeti në shifra të larta, në kursin e dytë, dhe të tretë u ul në shifrat fillestare, kurse në fund të kurrit të IV-të, TA ishte në shifra si ato të filmit 120/75 mm Hg. Në EKG dextrogramë me dhëmbin T negativ.

Qenit i tretë u mbat për kontroll. TA ishte 110/65 mm Hg — 140/85. Iu injektua intravenos 0,5 ml. pituitrinë për 18 ditë rrjesht, deri sa u fitua hipertonia eksperimentale, forma transzitore. TA për tëtë muaj e gjysmë rrjesht mbeti në shifra normale me disa lëvizje nga noria. Në të gjitha kafshët u mat përbajtja e kolektivinës në gjak dhe gjatë hyjentonisë eksperimentale ajo u rrit. Kështu, në qenin e parë nga 103 mg% arriti në 188 mg%. Në këtë mënyrë mbas mjeqimit të hyjentonisë eksperimentale, me Hexonum dhe Roderham, u vu re një ulje e tensionit arterial, kurse përmirësimi i qarkullimit koronar nuk u vu re. Gjithashtu nuk u vu re një përpunje midis madhësisë së tensionit arterial dhe përbajtjes së kolesterinës në gjak.

(Përbledhur nga L. Gjylbegu)

LIMITET DHE INKONVENIENCAT E ANTIBIOTIKEVE NE KIRURGI

J. Vandecasteele et C. Rouvillois.

Francze të kirurgjës —

Journal de chirurgie T. 82, Nr. 3, 1961 pp. 241-254

Mund të thuhet lirisht se antibiotikët përbëjnë arësyen më të madhe të progressit të kirurgjisë qytsh nga viti 1940. Do të ishte një mosmirenjohje e madhe të zgjelohet ajo që kirurgja i detyrohet antibioticëve: ulja e mortalitetit nga infeksioni, transformimi i progozozës së tuberkulozit kirurgjikal, preventim dhei kurim i infeksionit të indeve etj. Kjo mësimdhënje e pranueshme, nuk duhet të morojë me gjithatë rolin, e antezesive teknike dhe reanimacionit post-operator, se në të vërtetë antibiotikët përbëjnë vetëm një ndihmë shumë të çmuar të kirurgjisë.

Nga ana tjetër përdorimi i antibiotikave është bërë më delikat. Konsekuentë, e pa përgjeshme të përdorimit të çrrregullë të antibioticëve në kirurgji pesëmbëdhjet vjetët e fundit janë shtruar shumë, sa që shumë herë kjo terapi specifikë është transformuar në një rutine abuzive, burim gabimesh, inkonvenencash dhe akidentesh.

Autorët, theksojnë rëndësinë e ekzaminimit të laboratorit me identifikimin rëndësinë e madhe të ruajtjes së vlerës dhe efikacitetit të antibioticëve në të ardhmen, lidhur me faktin se sot kërkohen antibioticë gjithmonë me efikasë dhe polivalentë, për të kompensuar inkonvenencat e krijuara nga veç antibioticët. Duke qenë koshientë të gravitimit të këtij evolucione që shpie në një cirkull vitoš, autorët këshillojnë kuzumin maksimal të përdorimit të antibioticëve të rilë efikasë. Duke folur për rëndësinë e cilësive bakterioide ose bakteriostatike, gjëresinë e spektrot in vitro dhe in vivo dhei për rëndësinë e koncentracioneve terapeutike lokale e sanguine, autorët i ndajne antibiotikët me të përdoroshën në tre grupe, si pas mënyrës së veprimit:

Antibiotikët crrregullojnë metabolizmin e bakterjeve duke alternuar proceset e oksigjenimit ose hidrogenjimit celular, ose duke blokuar sistemet enzimatike. Duke folur për rëndësinë e cilësive bakterioide ose bakteriostatike, gjëresinë e spektrot in vitro dhe in vivo dhei për rëndësinë e koncentracioneve terapeutike lokale e sanguine, autorët i ndajne antibiotikët me të përdoroshën në tre grupe, si pas mënyrës së veprimit:

1) antibiotikat baktericidë (penicillin, streptomycin, neomycin, kanacin, bacitracin)

2) antibiotik me pastaj te gjerë (cloramphenicol, tetracicline);

3) Antibiotike anti-fungozë (nystadine).

Autorët pastaj theksojnë domosdoshmérinë e antibiotogramës; Nuk mund të sibilitët të tij karshi antibiotikave. Shumë pak antibiotikë kanë cilësi, bateriçide cilësi që është relative, mbasi jo të gjitha mikrobet shkatërrohen, disa mbenet dhe bahan rezistente. Nocioni i dozës, kohës së mrekinit dhe depertimi në vatrën e infeksionit, kanë një rendesi të konsiderueshme. Në kavitet (sidomos seroze) ku depertimi humoral nuk mund të pritet, bëhet i domosdoshëm aplikimi lokal.

Për shkak të ndryshimit që paraqet sensibiliteti i mikrobeve në mvarësë nga gjak dhe lymfë, në të njëtin moment dhe transformimit mortologjik të mikrobeve, në prezencë të antibiotikave, mund këta të fundit të mos kenë sukses. Kombinimet e antibiotikave mund të çonë në sinergjizim, indiferencë ose antagonizëm. Kombinimi me sulfamidë është efikas sidomos me sulfadiazinë në infeksionet urinare. Antibiotikët mund të kombinohen me sulfatizatol antikoagulanë (për preventimin e trombozave peritokale), kortizon (vetem me një primi i antibiotikave e dytë fitjet për indikacionet e antibioterapisë në klinikë), se fokusave (infeksione), traumat e ndryshme dhe trauma operatore). Edhe në stadin akut të përhapjes së mikrobeve, kur antibiotikët do të veprohishin, së përgjithësime, me sulfaguanidinë në preqattjen e zorrëve me sulfatizatol antikoagulanë (për preventimin e antibiotikës), etj.

Në kapitullin e dytë fitjet për indikacionet e antibioterapisë në klinikë, veç të ekzistencës së fokusave (infeksione), traumat e ndryshme dhe trauma operatore), edhe në stadin akut të përhapjes së mikrobeve, kur antibiotikët do të veprohishin, së përgjithës së Ellemmingut që shkruan «mos mendoni që unë keshilloj të shkaktojekimi me antibiotike, përdorimi i njësive së përgjithës së shkrueshme, që mund të shkaktojekimi me antibiotikun që ju e gjykon si më të mirë në atë rast». Në septicempë dhe septicomë, përdorimi i njësive së përgjithës së shkrueshme, që mund të shkaktojekimi me antibiotikun që ju e gjykon si më të mirë në atë rast».

Ne infeksionet lokale, antibiotikët veprojnë vetëm në fazën e portës së hirudinave post abortum etj. Në infeksionet difuze, flegmonat, celulitet difuze, gangrenen gazoze, përdorimi i njësive së përgjithës së shkrueshme, që mund të shkaktojekimi me antibiotikun që ju e gjykon si më të mirë në atë rast. Ne infeksionet lokale, antibiotikët veprojnë vetëm në fazën e cellulitit fillshëm, vetëm drenazhi kirurgjikal indikohet, si në spërfaqe ashtrit, dherë me doza të forta, për të prevenuar grumbullimin e qelbit, fazë e cila kërtejë sterilizuar ose neutralizuar një territor ku kryhet ndërryria dhe ka infekcionë, që është logjike, por është e paartësveshme të përdoren antibiotikë me qështethatë ekzistojnë tri kategori operacionesh e specifike: përdorimi i njësive së përgjithës së shkrueshme, që trajtohen ndyshe: operacione që cilët mund të shkaktojnë përshtatje të gjëre për shumë orë, operacione me subjektë tek iku, ku komplikacionet infeksione janë të pafalashme dhe të rëndë. Në këto raste, antibioticat përfshijnë profilaktike, ka më shumë avantazhe se inkoveniencia. Në klinikë, antibioticat përfshijnë profilaktike. Në kurgjina colo-rectale antibiotikoterapia

Profilaktika e infeksionit kirurgjikal koniston në aplikimin e antibiotikëve përlim që të prevenohet një infeksion i mundëshëm i përdoren antibiotikë me qështethatë ekzistojnë tri kategori operacionesh e specifike: përdorimi i njësive së përgjithës së shkrueshme, që trajtohen ndyshe: operacione që cilët mund të shkaktojnë përshtatje të gjëre për shumë orë, operacione me subjektë tek iku, ku komplikacionet infeksione janë të pafalashme dhe të rëndë. Në këto raste, antibioticat përfshijnë profilaktike, ka më shumë avantazhe se inkoveniencia. Në klinikë, antibioticat përfshijnë profilaktike. Në kurgjina colo-rectale antibiotikoterapia

préoperatorore mund të këtë efekt në rast se bëhet një pastrim mekanik i zorrës dhe respektohen rregullat e asepsisë dhe teknikës operatorore. Në kurrugjinë e stomakut siderohet koha septike. Në urologji ka një rëndësi të madhe përcaktimi i mikrobit para antibiotikoterapisë.

Para operacionit preqatiten me antibiotikë të sëmurrë që kanë kaluar endocarditis lenta, reumatizmë, në rastin e anomalive kongenitale.

Para operacionit përfundimit kirurgjikal të kujdesshëm, i cili mbetet kryesor. Antibiotikët kanë zgjatur vetëm kohën që mund të bëhet përpunimi kurturqjikal.

Në gjegjet antibiotikët kanë dhënë një ndihmë të madhe në lufët kundër ndalojë infeksionit sekondar, të favorizuar nga alteracionet indore, nekrozat, trombositë të inđovë nekrotike dhe septicemisë sekondare.

Më poshtë autorët, mbasi konsiderojnë përdorimin e antibiotikëve me doza të zojnë shkake të tjera të mos suksesisit të antibiotikëve siç janë gabimet diagnostikë, kur nuk gjenden varrat e fishehta t'infeksionit n'organizmit, ku antibiotikët janë arrësye mund të janë gabimet e përcaktimit bakteriologjik, pozologjisë së vazhdimit të mjekimit, por kryesore mbetet paftësia e veprimit intrafokal të natyratë ose e fituar, kur mikrobet humbin sensibilitetin ose kur krijohet një dilukuber mikrobeve rezistente karshi një antibiotiku të dhënë. Një tjetër fenomen i tmerrshëm është rezistencë e kryqëzuan d.m.th. ulja, e sensibilitetit të një mikrobi karshi të cilët mikrobi ishte rezistent. Këto nocione justifikojnë mbajtjen rezervë të ruruge. Në vend të parë qëndrojnë aktsidentet alergjike, sidomos për penicilinën, që etj, ose aktsidente dramatike si shok anafilktik dhe edeme Quincke të rrugëve respirore. Welch ka numëruar 809 raste me shok anafilktik me 12 vdekje dhe nga penicilina. Kjo gjë na bën që të jemi shumë prudentë në gjithë subjektet hypersensibilë, ne përgjithësi, karshi antibiotikut të dhënë.

Midis aktsidenteve të tjera autorët numërojnë kandidozën, që është e rrallë në të shkatteredin dhe zëvendësimt të flores së zakoneshme intestinale dhe avitaminozës A e B. Keto çrrëgullime vihen re nga një herë pas operacioneve nga përbiotikë.

Meqenëse shumë autorë (Macht, Oschner, De Bakey etj) njojun rolin e antibiotikëve në lindjen e trombozave dhe embolive do të ishte mirë që tek të sëmuar që kurohen me antibiotikë të kontrollohen provat e gjakut.

Në kapitulin e V-të bëhet fjalë për një konsekuençë tjetër të antibioterapisë evolutive dhe cilësore të shumë infeksioneve. Zhduka e kontrakturës së parefit përshtypje jo reale mbi gravitetin e infeksionit. Gjatë mjekimit mund të krijohet një sëmundje tjetër, që është rrëzit të mbetet pa u vënë re.

Nga veprimi i antibiotikëve vijet re një vonim ose inhibicion i grumbullimit jepin cikatricë që vështirësojnë drenazhin korrekt, duke bërë të mundëshme recidivat, fistulat (panaritum, mastitis, si dhe infeksione të thella), sioni i sensibilizimit. Ndërprerja e antibiotikut dhe për pak ore normalizon gjë gjithë të sëmuret me reaksion febril post operator nuk është i arrësveshëm.

Një komplikacion tjetër janë abseset medikamenteze në depot e antibioticut rezekuar en bloc.

Kohët e fundit shkrubet shumë për infeksionet e marra në spital (cross-infection i kryqëzuar (hybrid) i autorëve anglosaksone ose hospitalizues i autorëve gjermane.) Staub shkuar se injekimi në spital është bërë i trezzishëm. Mjekim me antibiotikë pa baza në njerëz të painfektuar shkakton zhdukjen e florës së tyre statofokosike dhe pajimet, mjekimet pa respektuar kërkosat klasike të asepsisë. Për të prevenuar kësë, autorët rekomandojnë zbulimin e bartësve të mikrobeve antibiotic-rezistente, kufizimin e përdorimit të antibiotikëve dhe rilindjen e hy-

Fasaj autorë, njëpermjet disa shifrave, ilustrojnë rëndësinë ekonomike të përdorimit të antibioticëve pa kriter: Myers numri 421 hermine nga 569 që kanë marrë antibiotikë pa qenë nevoja për rreth 5 ditë, gjë që po të përgjithësoj përtërë të shëndoshë dhe për terapi të shëndoshë duhet të jemi të kujdeseshem në përdorimin e antibioticëve.

Me gjithë këto, autorët përfundojnë se antibiotikoterapia në kirurgji mbetet shpesh empirike, përshtatë gravitetit funksional ose vital të lezonit gjë që duhet zgjidhur gjithmonë në mënyrë individuale me gjukimin biologjik dhe eksperiencën.

MJEKIMI KIRURGUJIKAL I «DUMPING SYNDROME» POSTGASTREKTOMIK

Woodward & R. Hastings n.
Surgery, Gynaecology & Obstetrics, 1960, vol. III Nr. 4 pp. 429-437)

Autorët në fillim hedhin një vështrim mbi literaturën përtë treguar se qëllimt e funksionit gjatë «dumping syndrome» mvaren nga kalimi i shpejtë i shkakton një refleks intestinal distensioni që priesen e spërme të intestinit. Kjo gjë njëjershëm i llikuveve që të hiqen në mënyrë ozmotike nga vazat. Fakësimi i volejunit të plazmës është i mjaftueshëm per të ngacmuar receptorët presore duke provokuar një kuader të ngashshëm me shokun.

Defekti anatomik i përbashkët përtë gjithë patientët me «dumping syndrome» është stoma relativisht e gjere dhe pa shfinkter që formohet në zorrën e hollë. Evakuimi i shpejtë i ushqimit bëhet edhe përshtatë se rezervari gastrik është i zvogëluar.

Njëzetënje të sëmurë me «dumping syndrome» të pamiekuar në mënyrë konshkuara në sipër të formuara si rezultat i operacionit të parë.

Në 11 të sëmurë tipi Billroth II i rezekSIONEVE të sëmurë kthyer në tip Billroth I me përmirësimin e symptomave. Krijimi i një stome gastro-duodenale me diame-ter të vogël konsiderohet faktori më i rëndësishëm i përmirësimit.

Në 4 të sëmurë me «dumping syndrome» pas gastro-entero-anastomozës, rehemigastraktomi (Billroth I) është mijekuar në mënyrë efektive duke bërë ngushtit-formuar nga tri ansa jejunale që vihen ndërmjet cungut gastrik ose ezofagjal dhei diudorët.

Vetëm në dy prej këtyre të sëmurëve u arrit rezultati i kënaqshëm. Autorët themojnë pastaj rëndësinë e masave preventive, që konsistonë kryesisht në krijimin e gastroenterostomive të vogla dhe ruajtjen sa të jetë e mundur. Bibliografia në 28 burime.

(Glenn L. Surgery, Gynecology & obstetrics, 1960 V. 110, Nr. 2, pp. 141-156.)

Autori përshtaku komplikacionet më të shpeshta dhe më të rralla në kirurgjinë e vjinte bilare, sipas eksperiencës së til tridhjetë vjeçare në këtë fushë. Që diagnoza me kujdes dhe saktesi, duke bërë një prezentje preoperatore përkatëse dhe duke kryer operacionet me një teknikë metikuloze.

Nga komplikacionet më të shpeshta postoperatorore është akumulimi subhepatik dëmtuar, nga llozha e vezitës bilare ushtu si edhe bila. Reaksiuni peritoneal niveli shumë nga prezenca e bakterive. Ky është komplikacioni më i shpeshtë (7-10%).

Hemorragja mbetet edhe në katë fushë të kinurgjisë si një nga komplikacionet më të rendësishme. Alo një këtë rast mivaret nga dëritimi i eneve të ndryshme dhe preqatija preoperative e të sëmuarëve me ilter dhe nivel të ulur të protrombinës.

Pastaj autorri përshtaku me hollesi komplikacionet e tijera. Peritoniti biloz forrues omentumi dhe organet fqinje. Simptomat e dërdhjes së bilës në kavitetin peritoneal janë shuma të ndryshme nga kuadri i rendë i shokut deri në kuadrin asimptomatik gjë që akoma nuk e ka gjetje shpjetimin e plotë në literaturë.

Më tej autorri përshtaku me hollesi fistulat bilare, incidencë e tubave të drejtshme rrethana. Përshtakuhen pastaj komplikacione të tjera si pankreatit, lezonet për këtë qëllim. Pastaj përshtakuhen arasye të tjera të ikterit postoperator siç janë hepatiti viral, cholangitis i gjakut inkompatibil, karcinoma metastatike e heparit,

ndjeshme të mortalitetit dhe rreziqeve në kirurgjinë bilare.

(Përmbledhur nga B. Elezi)

MJEKIMI I PASOJAVE TE DJEGIEVE (Shkrim i literaturës së huaj)

(E, G. SHATUNEVSKAJA Orthopedia, traumatologija i protezirivanje Nr. 7-61)

As redesimi me forcë as plastika e hëreshme, nuk shërbinë si masa profilaktkë të kontrakturave mbas dëgjave, mbi 30-50% e transplantave cikatrizohen variantet më të ndryshme të plastikave. Në përfundim karakteristikë e kirurzisë plastike është tipizimi dhe përpunimi i skormave standarde, që janë mundësia e përdorimit të gjere praktik. Operacioni bazohet në shkurtimin në minimum të etapave dhe në thjeshtimin e teknikës.

Smith (1951) shprehend kundra plastikës tubulare dhe të lirë në kës kuttane lokale në incizione "Z" dhe "W", si dhe sposinut masiv të lëkurës me etapa.

Për zëvëndësimin e lëkurës së hollë dhe elastike të qepallave Kirkham përdor përkështë Egerton ka propozuar dermaton special (1960). Për të evitar rrudhjen e transplantit qepen depallat për 6-12 muaj. Ulles (1950) dha propozimin interesant: Pas prerjes së cikatricive nga vërtullat këto tërhiqen me penj dje fiksionen në kapele ose në tubera frontalis. Populariteti të gjere kanë edhe plastikat tubulare përdoret lembos mukoze.

Operacionet sipas skemës «Z» përdoren gjersisht në gjithë trupin, ashtu dhe restinë» (1915) ose sic quinet ndryshe në plastiken e vjetër, në plastiken «Modë formohen shumë trikëndsha që qepen midis tyre. Ka rendesi separimi i kujme lembo të lira, të holla kufitave. Lembot e trasha kanë pak shanse rigjenerimi evituar lekuret e fraksesë gjatë gjillitjes. Për imobilizimin e kokës përdoren apagës, t'u Jepet forma zigzake. Përdoret gjersisht plastika tubulare dite «Z». Të defekt kutan duhet illogaritur që të mbetejt në toraks ose kran per tu mbuluar me lëkurë të lirë. Në pamundësi të shiftezimit të cikatrices për plastike May dhe Burton propozojnë incizionë transversale nëpërmjet cikatrices dite mobilizojnë kramë rombi. Në rast nevoje pritet *musculus pectoralis major* dite *latissimus dorsi*. Lembrove masive nga gjoksi dite shpina, meqithiqë kombinimi i tyre përdoret ato- ma. Me koloideit e trasha përdoret plastika e lirë në formë «lembu cigare» sic e quajne francezët. Ndërsa keqidhet hapet tunel dite vendoset lemboja e lirë kutane në depo vazalinë.

Vecanërisht të rrezikshme përsa i përket kontrakturave janë djejet e duar- ndodh deformimi tipik «dora e zogut» (Claw hand).

Me riqjiditetin e art. metacarpofalangeale rekombandohet prera e ligamenteve laterale sipas Bunnell. Ligamenti ulnar pritet plotësisht, ndërsa per radialin nuk është e domosdoshme. Shpesh duhen çliruar nga cikatrica tendit e ekstensorëve. Në raste të rënda indikohet kapsulotomia dite bille rrezekioni i art. metacarpofalangeal, duke formuar ankloze, nën këndin 60-80°. Defektit kutane mbulohen me lëkurë të lirë, duke illogaritur që cikatrica të kalojë në drejtim të vijave fleksore të dorës (transversalish). Për sipërfaqjen volare duhet lëkurë e trashë. Uebster diale të këmbës, sepse s'ka gjendja dhimë dite qime, ka struktura e lëkurës së ne bandazh të forte. Përdoret gjersisht plastika pedunkulare dite kombinimi me të lirën. Lënia e suturave deyrrimisht transversale, cikatrica të mos kapi trikëndësin e formuar nga themar, spaciumi midis gishtit I-II dite vijave të fleksionit të dorës.

Rëndesi e vëçantë i jepet kontrakturave të Pollix. Në çlirimin e kontrakturave të evituar cikatricen në plikën interdigitalë. Nga në herë duhet të pritet muskujt interosale dite gjirimin i tendinit të extensorit nga cikatrica. Gishti vhet në abduktori maksimal me spionë e Kirschner-it nëpër një falangës bazale të gishtit të zë sipërfaqjen volare dite dorsale. Kur zbulohen tendinit aplikohen llojet e ndryshkrahun e shëndoshë lembo në formë urre, ku vendoset sipërfaqja e zbuluar e do- rës ose gishtit. Në defektit e ngushta të dorës ose këmbës Blocker dite Mithoefer (1950), rekombandojnë lembo pedunkulare të modeluara «Pattern flap», parakrah. Di- trastë me tërë subcutisë, që formohen në të rrejën kohë në parakrah dite në bark, prandaj quben «rapponjëse» apo «jump flap». Po ashtu përdoren lembot në formë fiksimin dite gjimnastikën kuronijsë, ose edhe ekstensioni me aparat që lejojnë Kontrakturat gjimnastike cilorën me redrekacion me etapa. Në rast nevoje bëhet zgjaja në formë «Z» e M. Btces ose çkrepitja e inserimit të tij. Cikatricet e gjera të përshtatësimë. Defektit mbulohen me lëkurë të hollë. Në raste të rënda shëndoshë në vendin dobesorës në spina illata anterior superior, prite fascia lata, musk. sar-

bis, pritet te **M. Gracilis** dhe **adductor longus**. Me këtë princip çlochen edhe kontrakturat dervogjene të gjurit. Për evitimin e recidivës nga sublukacioni i tibies (nga shkurtimi i llig. posterior të gjurit), O'Donogue propozon eksension skeletik vertical ose transversal, apo allgi me spica fiksuse.

Shumë të dhëna tregojnë malinjzimin e cikatriceve kombustive. Ulcerat masohën e pacientit në momentin e dijesës. Mc. Leod (1918) e ka konstatuar edhe pas katër javesh, Conoway (1930) tregon se në distilimin e lëkurës së njeriut çiron madave që përbalënë produktet naftë (parafine etj.) çka janë kancerogjene. Ulcerat mijekimin radikal vdesin pas 6-8 muajsh. Masë profilaktike është plastika e hëreshme kutane.

95 burime literature.

(Përmblehdhur nga P. Boga).

MBETURINAT PSIKOFIZIOLOGJIKE TE TRAUMAVE TE KOKES

(The Amerikan Journal of Psychiatry, vol. III, nr. 6, dhjetor 1960, faqe 499)

Sympotomat më të shpeshta post-traumatike janë ankthi, cefalea, ngacmueshmësimi, marje mendsh dhe ulja e qëndresës ndaj alkoolit. Autorët i kanë klasifikuar simptomat në fjalë simbas rëndësë së tyre. Ata kanë patur n'observacion 50 pacientë, të cilët i kanë ndarë në dy grupe të sëmurësh që nuk paraqesin asnjë simptom. 3 rruaj dhet 10 muaj pas traumës.

Çrregullimet e personalitetit janë atqë më të theksuara sa më e rëndë të paraqitet trauma. Çrregullimet post-traumatike mund të jenë vetëm psikologjike dhe të kenë lidhje me rëndësinë e simptomave post-traumatike.

Sa më e rëndë të jetë trauma, atqë më tepër kohë nevojitet për zhdukjen e mbeturinave neurologjike.

Vështirështë familiare dhe shoqërore mund ta lehtësojnë ose ta pengojnë konvalshencën.

Mbeturinat psikosomatike përfaqësojnë një kombinim të ngashtë të proceseve organike dhe emocionale. Proseset në fjalë përbënët nga: 1) alterimi i trurit dhe i cipave të tij; dhe 2) çrregullimet emocionale si pasojë e traumës.

MANIFESTIMET DHE LEZIONET CEREBELARE TEK EPILEPTIKET

J. Roger, H. Payan, M. Toca, R. Soulayrol

(Revue neurologique, vël. 103, nr. 5, nëndor 1960, faqe 410)

Ky punim mbështetet n'analiçën e gjashtë rasteve sindromesh cerebelare të çfaqura tek disa epileptikë kronikë, sidhe në studimin anatomic të trurit të trembëdhjetë epileptikëve me lezione cerebelare klinike latente.

Manifestimet anatomo-klinike në fjalë janë të rralla. Sindromi cerebelarë është i vonëshëm dhe progresiv. Shpesh shderohet me turbullime inteligencës. Alterimet anatomiche takohen në lamelet cerebelare, në nucleus dentatus, në olivet bulbare dhe në kordonet posteriore. Këto lezione shoqërohen me alterime iskemike tështë lamelare pa manifestime klinike. Me sa duket lezonet në fjalë nuk shkaktojnë pasojë e një lezioni iskemik fillestar nën ndikimin e predisponimit trashëgimor.

Në këtë punim autor, para se të shprehë pilkëpamjet e veta, paraqet këshimet e bëra nga biologët e ndryshëm mbi proceset e imunitetit në sëmundjet neurologjike.

Simbas Mc Menemey, studimi klinik i imunitetit përgjendrohet në globulatin: teina në likuidin cefalo-rakidian që u jep neurologjave elektroforeza mund të formuarin e saj. Me këtë rast autor paraqet disa observacione mielomund të çfagjen në serumin e gjakut. Proteinat e formuar në likuidin rakidian cefalo-rakidian në serumin e gjakut. Proteinat e formuar në likuidin rakidian, që kanë të bëjnë tërësisht ose kryesisht me sistematike mund të denërtëjë në likuidin cefalo-rakidian si pasojë e aktivitetit të nervor qendor, për shembull në sklerosis disseminata, që në disa raste hemoragjinash araknoidiane.

Duke patur parasysh kompleksitetin e proteinave, me anë të elektroforezës tet të madh fraksioneve proteinike me peshë molekulaare, me pikë izoelektrike ndryshme.

Më poshtë autorit flet mbi rolin e qelizave plasmatike që të lëmtojne antikorpen e proteinave, me anë të elektroforezës me tretëshëmëri të naryshme, të cilat përbëjnë antikorpe me vekori specifike të rim i globulinave antikorpe në likuidin cerebrospinal.

Në elektroforezë fraksioni beta përfshin jo vetëm disa «globulina antikorpe», të bëjmë me një proces senil, mbasi ai konstatohet se këtu kemi Creutzfeld-Jakob, sëmundje senile që prezantohen me demencje post-traumatike.

Proteinat me origjinë cerebrale mund të kalojnë në likuidin rakidian, por edhe lipoproteinë. Shtimi që vërehet në fraksion, le të kuptohet se këtu kemi një tre burimshë: të ependinës të ventrikuleve laterale, të pleksudave koroide që Virchow-Robin.

Simbas autorit encéfalopatitë post-vaksinale nuk shkaktohen as nga përhapja e ngavët cerebrale shkaktuar mielinolizë ose ndonjë shkatërrim tjetër të parenhitës; nga ana tjetër këto lezione terciare që përmbanin ind nervor, por kjo nuk do të çmienilizues nuk është vetë antigen, por «dëçka» e formuar nga veprimi i antigenit mbi sistemin retikulo-endotelial.

Ende nuk dihet pse vërem një numur i vogël sifilitikësh preket nga paralizia dësi të vërehen manifesime terciare serioze se sa në rastin e pezullimit të vëte kumeri i spiroketave të sëmundjes së palësuar. Mc sa duket antigeni, i ndryshuar nga sistemi retikulo-endotelial, ka vepruar duke depertuar nëpërfaqet e kapilarëve që gjatë po të jetë se pranomë se gjatë jetës embrionare qelizat prodhojnë globulina, të qelizave, që kanë të bëjnë tërësisht ose kryesisht me sistematike mund të prodhojnë proteinat që gjallë ndaj një proteinë të huaj. Sot kjo fjalë ka një kuptim më të gjërë, përcaktojnë vetë proteinat e njeriut, megjithatë nuk duhet të harrojme se këto veganta si rezultat i mutacionit të qelizave, kështu krijuhet një antigen potencial.

Kur një numur i madh qelizash degeneroinë, sikurse ndodh në koren e flumurale e nevojësime për metaboliqumin e kësij grupi të vëganë qelizash.

ULCERET GASTRODUODENALE DHE PROBLEMET PSIKOSOMATIKE

M. de MUZAN, S. Bonnus, (Paris)
(Medicine et Hygiene, Genève, Nr. 488, 1 shkurt 1961, f. 71-73)

Problemet psikosomatike që dalin nga ulceret gastroduodenale mund të shqyrhike dhe funksionimit të stomakut vërtetohet nga vrojtimi i drejtëpërdrejtë i bermbi nayrën e ulcerës tek njerru, duke u kushtuar rëndësi si faktoreve neuro-humorale; teoritë kryesore psikosomatike të sëmundjes të dinamikës korriko-viscerale, teoritë psikanalitike që ngulin këmbë mbi ekzistitive, si dhe teoritë e përzera. Përvog kësaj, autorët diskutojnë problemin e specifickës psikosomatike (që nuk ka aqë rëndësi në sëmundjet uleroze) dhe rolin e faktorit gjenetik, që nuk duhet të vegohet nga crrregullimet në zhvillimin e përgjithshëm t'individit.

PERSONALITETI I EPILEPTIKUT NË FUSHEN E KRIMINOLLOGJSE DHE PSIKIATRISË MJEKESORE-LIGJORE.

G. Amati, D. Ragozzino

(«Folia Psichiatrica», Lecce, 1960)

Duke u mbëshetur në studimin elektro-encefalografik dhe klinik të dhjetë rimbënëve epileptikë, të zgjedhur ndërmjet njëqind pacientëve, autorët nxjerrin përfundimtë të ndryshme. Me sa duket nuk ka ndonjë lidhje midis karakterit epileptik dës veprimit antishoqëror dhe lokalizimit të vatrave epileptogene. Kushtet e ambientit familiar dhe shoqëror mund të favorizojnë keqësimin e gjendjes dës dës që i kryen shpërnditjen në reaksione mië të medha se vetë ngaciminet. Në hikë të epileptikut dës faktoreve të ndryshme psikotraumatizues në kohë e kryerjes së krimit. Në përgjithësi gjëndja epileptike pakson zotësinë juridike për të vepruar dhe përgjegjeshmerinë.

ANEVRIZMAT INTRAKRANIALE

Giorgio Iraci (New-York)

(«Anuali di Neurologia e Psichiatria e Anuali Ospedale Psichiatrico di Perugia»
Janar-prill 1960)

Autori paraqet gjërsësishl literaturën përkatëse lidhur me studimin e 2000 rastesh të anevrizmash intrakraniale. Pësorini i teknikës së hipotensionit të kontrolluar shme të terapisë. Kështu pra, ndërryja e drejtpërdrejtë po gjen një numur gjithnjë e më të madh mbrojtësish. Megjithatë është herët ende për të bërë një kramëmidis rezultateve të perfituarë me anë të hipotensionit të hipotensionisë dhe të Kura mjejkësore e zakonshme ka akoma një rëndësi të madhe në fazën e hemorrhatin e hipotermisë si kurë ndihmëse të kësaj faze. Autori i kushton një rëndësi të posaçme lëndjes së karotidës.

ENCEPHALOGRAFIA PROGRESIVE

(*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, shkurt 1961, f. 177-184)

Autorët jepin një përshtrim të plotë e të qartë të teknikës encefalografike gashme, në amën e së cilës mund të vhen në dukje më së miri formacionet e ndryshme, ari i injektuar në pozicionin e Trendelenburgut hyn encefalografi progressive. Të përfshira gjatë 300 pneumoencefalografive progressive si dhe mbi incidentet e rundojnë të ndodhin në këto raste. A dalin me konkuzionin se kjo teknikë mund të përdoret fare mirë për studimin e cisternave dhe të ventikuleve cerebrale; përgjegjësia, kjo menyrë tolerohet shumë më mirë nga i sëmuri në krahasin me metodat klasicke.

KAMPTOKORMLA, NJE RAST I RRALLE TEK NJE GRUA

.F. P. Kosbad

(*The American Journal of Psychiatry*) Nr. 9, mars 1961, faqe 899)

Kamptokormia ose përkujja histerike e kurrizit është hasur rrallë tek gratë. Kjo forme e histerise është vërejtur sidomos gjatë dy luftave botërore të fundit tek ushtarët.

Kasti që paraqet autorit ka të bëjë me një grua 28 vjeç, e cila gjatë jetës ka qush prej dhjetë muajë, më parë nje grë e tillë ishte çfaqur gjatë një dije osë disa muajve. Qëndrimi i saj qesharak nuk i jepet mundësi të siguroonte mjetet e jetesës zicion të shtrirë e sëmura mund ta rregullonte trupin si të donë. Ekaminimet e përgjimit e saj qdo mëngjëz fu bë një «ridrejtim i vogël» i trupit. Brënda dy javave recidiv.

Në përfundim autorit thotë se simptomi histerik i kamptokormisë ka shër over tek kjo e sëmura si një mijet për t'evituar pasojat emotive të një situatë gjithnjë e të padurueshme, si dhe për të qetësuar ankhin e saj.

POLRADIKULONEVRITET AKUTE DHE SUBAKUTE

I. Format ataksike të polradikulonevriteve akute dhe subakute (sidomos, të tipit Guillain-Barrë).

II. Aspektet histopatologjike të polradikulonevriteve akute dhe subakute (sidomos të tipit Guillain-Barrë).

(*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, dhjetor 1960, f. 1087-1139)

Në fillim autorit studion problemin e formave ataksike të polradikulonevriteve akute dhe subakute. Më shpesh prekja e sensibilitetit të thellë është e tillë sa që spile ne një ataksi pseudo-tabetike. Autori paraqet katër raste me qetësimin e lezonës në nivelin e radikseve dhe të kordonëve posteriore. Format më inkordirish, dñe ataksit të tipit cerebelar janë më të rralla. Në këtë kategorji hyn rasti i përgjegjësies që paraqet autorit. Ekzaminimi mikroskopik vuri në dukje alterime në nivelin

e radikseve, ndërsa palca dukje e pa prekur, gjë që tregon se lokalizimi duhet këtuar më lartë. Mjekisht nuk ishte e mundur të bëhej ekzaminimi anatomin në këtë nivel.

Në pjesën e dyte të punimit të tij autorit përshtuan tëtë observacione anatomo-klinike poliradikulonevritesh me etiologji të panjorur. Ndonsë në dukje kanë rrejtjellojë në vijat e përgjithëshme dñe me një simptomatologi: dhe evolucion e kuzinimit histopatologjik vuri në dukje natyren e lezioneve dhe lokalizimet e tyre sistemin qendror nervor dhe kjo ndodh në mënyra të ndryshme: pasqyrim i lezioneve kryesore në nivelin e cornu anteriores të nucleuseve bubare dhe të kordonëve posteriore si dhe një leptornenit i lehtë, lezione inflamatorë të vërteta, vërehë altertive inflamatore në nivelin e nukleusave të nervave kraniale. Ndonsë mbilezësishit në kordonet posteriore, encéfalite dituze në substancën e bandhës, herë pas zoteron në një sektor të përcaktuar miqë, poliradikulonevriti prek edhe nevraksin në përgjithësi.

MBI AMINO-ACIDET QE PERMBAN NË L.C.R. GJATE SEMUNDJEVE TE SISTEMIT NERVOR QENDROR

(Zhurnal neuropatologji i psichiatrii imeni S. S. Korsakova Nr. 9, 1960, f. q. 1153-1154)

Autorët kanë përdorur metodën kromatografike tek 58 të sëmurrë të prekur nga meningiti tuberkular (20 raste), nga encefaliti viral (8 raste), nga tumore malinje dhe vaskulare të trurit (10 raste) dhe nga kontuzione cerebrale (6 raste). Jane vërehetur amino-acidet vijuese: cistinë, lisinë, histidinë, asparagine, acidit glytaminik, glykokol, tirozine, triptofan.

Në meningitit tuberkular vërehet një shtim i theksuar i lisinës, histidinës, asparaginës, acidit glytaminik, glykokolës dhe tirozinës. Në encefalitet, me virus shtimi i patiencit të shihet një shtim i madh i të gjitha acideve. Në tumoret beninje shihet në mënyrë të parëndëssishme cistina, asparagina, acidit glutamatit, asparaginës, acidit glytaminik dhe glykokols. E njëjtë gjë ndodh në kontuzionet cerebrale persa i përket cistinës dhe histidinës.

(Përmblehdur nga Doc. H. Dibra)

MJEKIM I FRAKTURAVE FRONTOBAZALE DHE LATEROBAZALE TE KRANIUMIT

E. Schlima

(Zentralblatt fur chirurgie (1961, Nr. 31))

Në çdo traumë të kofkës, rëndësia koniston jo në dëmtimin e kockës por në shpesh mund të perfundojnë me vdekje pa dëmtim të dukshëm të indit trunor.

Për tjuqimin e frakturave të basis craniit janë bëri shumë diskutime aq sa atë të indit cerebral. Vetëm në frakturat e basis craniit kyrrëgull ndryshon. Këto shumë autorë kanë pësë kontradikta deri në ofendim të njeri tjetrit; shumë kitaruar pasojat mbas traumës. Por të tilla ndëshyrje rrëzkojnë gjendjen e të sëmurit duke shkaktuar komplikacione intrakraniale si meningitis menjherë ose mbas një kohe të gjatë mbas operacionit, sa që sot pothuaje të gjithë autorët pranojnë këtë

metodë injekimi. Në rast Menigiti ndërhyrja duhet bërë menjherë duke mbyllur defeket në dura mater vëndet e dantimit të sinusave ose veshit.

Injekimi i blu metilenit intraluminal për të vjetretë liqorinë nga hunda ose renda ose paraliza të përgjithësime. Në 14 raste të tillë janë çfarë komplikacione të rast lezionim të nervus opticus me humbje të pamjes, këshillot hapja e kanalit kokor të n. opticus për të gjirue nervin nga dantimet traumatike.

Edhe në rast të dantimit të organit të ndiqimit duhet aplikue një injekim kontrale janë shumë të rralla. Nga 200 të sëmurrë të tillë vetëm 0,9% kanë pase meningitis post traumatica.

Autori këshillon që edhe në raste të paralizës faciale traumatike të aplikojet injektim konservativ. Prej 26 rasteve 20 janë shërue plotësisht nga paraliza faciale me një injekim të tillë. Vetëm 3 raste s'kanë patun rezultate.

DÉMARTET E RRUGËVE TE SIPERME TË FRYMEMARRJES NDËR LEPROZE

J. Reynaud

(Revue de Laring. otol. rhinolo. V-VI 1961.)

Autori ka studuar në Afrikën Perëndimore 142 të sëmurrë prej leprës duke parë ndryshimet që paraqiteshin këta në rrugjet e sipërme të frysëmarrjes.

Autori u ka dhënë rëndësi vetëm dëmtimeve të dukshëm që karakterizojnë këtë sëmundje, duke i ndarë këto në 3 grupe në bazë të nonenklatures ndërkombëtare.

Auktori ka mundur të konstatojë në leprozët lezione në organet ORL, mbas brendësinë e hundës që arrinë deri në 75% të rastave të leprëzminuara. Dëmtimet në larinks kanë gjasë 30-36% dhe në pak se të gjitha kanë qenë dëmtimet në farinks, ku mezi arrinë 8-10%.

Auktori këshillon nje injekim preventiv në qdo rast të leprës për të evituar dëmtimet që mund të shkaktojë sëmundja e leprës në organet ORL. Dhe ky injekim duhet të bëhet sa më parë që të jetë e mundur.

Otorinolaringologët mund të veprojnë vetëm në rast se janë shkaktuar çikatrice dhe stenoza të ndryshme. Ata janë në gjendje edhe të konstatojnë manifestimet e leprës në mukozat e organave ORL. Ka patur raste, por shumë rrallë, kur laringologu është detyruar të bëte trahëtominë, në rastet e stenozave. Më në fund larinx mundje tek njeriu që konsiderohet i shëruar.

(Përmblehdhur nga B. Zyra).

DISA TË REJA NË LIDHJE ME ÇESHTJEN E GLAUKOMES

C. Haye. Am. Acad. Ophthal. Otol. Mars. an. 1960, 64 Nr. 34-147

Akademisë Amerikane e oftalmologjisë ka mbajtur në vitin 1959 një simpozium me rëndësi mbi glaukonën primare. Në mënyrë të veçantë janë trajtuar problemet e terapisë së glaukomës. Përsë i përket të dhënave, terapeutike ato mvaren prej formës klinike me të cilën kemi të bëjmë.

Në glaukomat me kënd të myllur me shpëthime akute, autorët rekmandojnë mënyrë të përsëritur dhe bilaterale. Acetazolamidi (Diamox-i) duhet përdorur jo vërtët nga goja, por edhe në mënyrë intravenozë si dhe intramuskulare në doza prej 0,50 gr. të shkrira në 10 cm³, ujë të distiluar.

Në rastet ku muqojnë anomaliat renale dhe hepatike, ureja në formë inxhek-sionesh intravenoze ka si rrjetëdhim një ulje brutale të tensionit, akoma edhe në

rastet më rezistente. Inxheksioni retrobulbar i novokainës paraqet një farë interesni qoftë se kombinohet me hyaluronidën. Inxheksionit e morfinës janë të rekombinat mëjekimi, në fjalë brenda 8 orëve të para nuk ka dhënë rezultate atëherë indikuar.

Glauktomat me kënd të mbyllur mund të paraqesin indikacione kirurgjikale edhe rastet kur një kënd i ngushtë do të shqerohet, prej një mbijllje internitente (të këndit) dhe të një ataku glaukomatoz akut të anës tjetër. Po ajo do të viente në raste të gritejtë të tensionit më se 25 Hg, dhe të një reduksioni të rëndësishëm rrjedhjet e një humor-aqueus qoftë spontan qoftë mbas provës në errësirë.

Për mëjekimin e glaukomes akute, kohët e fundit kanë datë inhibitorë të rinj të

vone kanë dali edhe të tjera. Ata inhibojnë anhidrazen karbonikë në gradë të ndryshme që toleranca e tyre ndryshon simboles individuale dhe preparativi.

i një Diklorfenamidi ose Daramidi, përsë i përkret toksicitetit dhe efekteve sekondare por humbjet e potasiumit janë të mëdha. Doza ditore është 100 deri 400 mg. në formë të fraksionuar.

Etoksikamidi ose kardrasi përsa i përkret veprimt e qëndrueshëm me përdorimin e këtij produkti, pothuajse i njëlojë, por dozat janë më të mëdha 250 mg. deri në 1000 mg.

të çiqet më me vonesë. Produkti eliminohen nga dëshira e kontrolluarat e fillon zuar që shumë më i madh se nga qdo inhibitor tjetër të anhydrazes karbonike.

Gjatë simpoziumit në fjalë janë diskutuar dështesa praktike. Aupilen të paktën një herë në vit, në glaukomat të kontrolluara mirë. Thuhet se

Kombinimi i ngushtimit pupilar me miotikët dhe ndryshimet eventuale të prethet si një shenje progresive që zakonisht vihen re kampit viziv. Ky i fundit ka rëndësin e tij.

Kristalinit mund të bëhen shkak ngushtimit të kampit viziv, gjë që mund të infer-

Përdorimi i Neosynefrines duket i logjikshëm, sepse ato inhibon mënyrë diskrete sekrecionin e humor aqueus dhe nuk inhibon aspak shtrimin e qarkullimit që intensifikohet me miotiket dhe sidosmos me pilokarpinën.

HIPOTONIA E MËNGJEZIT OBSERVUAR PRANË GLAUKOMATOZEVË

KRONIKE TË TRAJTUARA ME DIAMOX

Sedan J.

(Bull. soc. Ophth. France, 1959, Nr. 2, 147-152)

Autori ka zhvilluar vëlhendjen mbi ndryshimet e kurbës së tensionit pranë glaukomatozëve të mëjekuar më Diamox.

Vendet re njoë invertim nykthëneral të dispozitivit klasik në kurbën e hipertensionit oksular, por vetëm pranë të sëmuarës që janë mëjekuar për një kohë të gjatë më Diamox. Zakonishët errësia ngren tensionin oksular, ndërsa drita e ulë atë dhe arrinë këshut maksimumin afersisht në mbarimin e nates.

Mbas një përdorimi prej disa muash të Diamox-it ritimi invertohet dështueshëm klasike duhet të ketë rënësine e saj patogjentike. Aqetazolamidi ka një veprim antiseroid si dhe një efekt sedativ mbi sistemin central nervoz, ndërsa neve sot dinë më se miri rëndësinë e dienecafalit përsa i përmirësullimit të tensionit oksular.

RESTAUREMI ALLOPLASTIK I ARTICULATIO CUBITIS

F. SPAHIU

(Vijon nga numuri i kalar)

KAPITULLI IV

TE DHENA TE VECANTA EKSPERIMENTALE

Protezimi i mbrendshëm i artikulacionit të gjunit të qenit u krye 18 herë prej nash. Nga 18 eksperimente 16 herë gozhdat fiksuese ishin me dritareza, kurse dy herë pa to.

Vezgimi i qenit t'operuem u ba gjatë 1 deri 9 muaj pas operacionit, siq' t'u paraqite në këtë pasqyrë:

Alatt i veshgimit eksperimenteve	Sasia e								
	3 javë	1 muaj	2 muaj	3 muaj	4 muaj	7 muaj	9 muaj		
	2	4	5	3	1	2	1		

Gjatë operacionit, momenti më i vështirë është futja e gozhdave trifletëshe e thyerje protrezën. Kur resistanca e ndeve kockore është e forte me goditjet e cegozhdat ose mund të shkaktojnë garjen e kockave prej plasmase, mund të shtrenbmërojmë tezës në materialin tonë pati 3 here kurse gozhdet u shtrenbmënojnë artikular të komplikacione që lindin në kohën e operacionit ma vonë ne i eliminuam, tue hafifletështë dimensionet e të cilave qenë më të vogla se të gozhdave të protrezës.

Cjatë operacioneve thyerje të pjesës së poshtme të blokut artikular të prope, para se të fusim gozhdat e protrezës, rrugën e kanalit me anën e gozhdave. Tësia, në mënyrë paraprake, rrugën (lymjen) në kanal, gjithmonë mundemi me lejtësi me futë gozhdën e protrezës pa pasë gjithashtun, që të keni mbështetje si ato që u përmenden shkatruar as protrezat as kockat. Rendësi të madhe ka gjithashtu drejtimi i përpiktës i gozhdës sipas rruges (së hyrje) në kanalin medular. Për këtë qëllim duhet me fiksue mirë ekstremitetin, në mënyrë të tillë që gjatë goditjeve fundi i kockes të mos fundet dhe gjithashtun, që të keni mbështetje të mirë të fundit të siperfaqeve të kockave mund të fillojmë me futë gozhdën tue e përcaktue kanalit medular në kockat e rëcantë. Kur gozhdha nuk futet drejt fundi i saj zicionin e bishave në përpaktile me bishat e gozdhës fiksuese të protrezës. Në kurse korrigjimi i këtij pozicioni influencën negativisht në fiksimin e protrezës mbështetet në shëtiesen kortikale dhe kjo e pengon futjen e mëtejshme të saj. Kur futen në mënyrë paraprake gozhdat, duhet me përcaktue gjithashtu edhe po-rast të kundërt kur futet protresa mund të ndodhi që ana e flesionit shif anash, dhe gozhdës bazë.

Tue aplikue këto metoda në klinikë në raste alloplastike t'artikulacioneve të racionet e para tek katshët.

Në periudhën pas operacionit, si ligj, në të gjitha rastet në ditët e para ndryshim kjo shfaqeji në mënyra të ndryshme. Paralel me dëmen, në lidhje me fenomenet e stazës në ditët e para, vijet re një zgjatim i dukshëm i rrjetës ve-noze të nënëlkurës. Zvillimi maksimal i edematozës selstrumëtive t'operuem

çfaqej në 3 javët e para pas operacionit, ma vonë ai vazhdimish dobësoje deri sa zhdukej fare. Gjatë vëzhgirit të zhvillimit dhe të zhdukjes së plotë të edematozes, ne nuk mundëm me zbulue ndonjë farë ligjësimenë.

Në 2 den, edematoza u zhduk në ditën e 6 pas operacionit. Në 5 raste edhe 4 raste atati i zhdukjet së edemes pas operacionit zgjati deri ne 10 ditë. Më për se 10 ditë edematoza u mbait në 4 raste (në njërin rast — 13 ditë, në tjetrin 14, më pas operacionit të eksperimenteve t'operuemë) pas operacionit zgjati deri ne 10 ditë. Më të tjetrin 15 dhe në të fundit, rasti që vazhdoj më gjatë që 16 ditë. Kështu edhe Ajo arriti zhvillimin maksimal në 3 ditët e para pas operacionit dhe pastaj filloj edëbesimi deri sa u zhduk fare n'arfatin nga 6 deri në 16 ditë.

Në periudhën pas operacionit, në të gjitha rastet, përdorëm antibiotikët intrastre kur edematoza e eksperimenteve t'operuemë nuk që zhduke edhe pas 8 ditëve u vazhdue penicilina deri sa u zhduk plotisht edematoza. Përvet fuites intramuskular të penicilinës në 15 raste në e përdorim atë edhe lokalist gjatë 7 ditëve pas operacionit nga 200.000 unite tue e apikue me punksion të artikulacionit.

Në saje të faktit se në ditët e para pas operacionit në kavitetin rrëth bloprake me anën e punksioneve e zbrazni kavitetin e artikulacionit dhe nepër poatë gjylpanë fusnim penicilinën në solucion 0,5% novokalë në sasinë 10,0 ml. Përdorimin lokal të penicilinës me streptomicinën pas thithjes paraprake rastet e protezimit të siperfaqeve artikulare nuk klinikë dhe nuk patëm n'asnjë lejëgut serozohemorogjik që mbidhej rrëth protëzës, ne e realizuam në të gjitha rast komplikacione. Terapinë lokale me antibiotikë (penicilinë dhe streptomicinë), e vazhdojmë deri sa gjatë punksionit të marrim jo ma shumë se 10,0 ml. luktuidronin me vështirësi. Në dy eksperimentet e para fasho prej gipsi me qenë se qenë 1 edhe në një rast u detyruem mos me i vu gips, me qenë se qenë pas operacionit zimi i plotë i artikulacionit t'operuemë, me fasho prej gipsi me qenë se qenë 1 dritët e para. Logeta prej gipsi dhe nga java e dytë fashoja cirkulare prej gipsi e hapun në zonën e artikulacionit. Prej tyre në 6 raste — fashoja prej gipsi mbyll deri në dy javë, kurse në 9 raste — 9 — 12 ditë.

Pasi u hog fashoja prej gipsi lëvizjet passive u filluen n'arfatë të ndryshme nga kur u përdor protëza me dimensione më të mëdha të artikulacionit normal. Në një rast (eksperimenti Nr. 8), vazhdimisht i griste me dhambë suturat. Ma u clesht me e ruse, por në ditën e 26 pas operacionit u hap fistula me sekrecion seroz e purulent të shkaktuar nga dimensionet ma të mëdha të protëzës dhe fistula nuk u mbyll deri sa u ba autopsia e qenit.

Formimi i fistulës në zonën e protëzës asht komplikacioni më i rrezikshëm i jashtë, prandaj në të tillë raste duhet me e heqë protëzin. Në klinikën komplikacione të tillë nuk na ka ra rasti me vu re. Në 18 eksperiment, formimi i fistulave ndodhi 3 herë. Formimin e fistulave në zonën e protëzimit të artikulacionit e favorizojnë një seri shkakës. Në radhë të parë një shkak i tillë është operacioni i kryer në konditë të këqia asepsije, gjë që jep mundësi infektimit nga jashtë në kohën e operacionit. Sterilizimi i pamjafueshem i endoprotëzës gjithashu edhe metoda të tjera sterilizimi me solucion e të tjera dezinfektuese. Simbas pikëpamjes sotë, për formimin e fistuleve mund t'infloencojë edhe dimisioni i madh i blokut artikular, i cili tue shëtypë indet e butë rrëthuese shkakëron trofiken e tyre dhe lejon formimin e fistulës.

tët e para zhvillohet inflamacioni aseptik, si rezultat i të cilët kryhet në mënyrë të përforcuarne proçesi i eksudacionit. Këshu në kavitetin rreth endoprobuta tue influencues negativistë në trofikën e tyre. Eksudati asht një ambient i mirë për zhvillimin e infeksionit.

Tue narre parasysh këto gjana, duhet me sigurue në periudhën e pas operacionit boshatishen e përditësime të kavitetit të artikulacionit nga eksudati i cili shtryp mekanikisht indet e tien në të të antibiotikëve me qellim profilaktik kunder formimit të fistulave. Presion mekanik nuk është e madhe eksudati i cili shtryp mekanikisht indet e tien në të të antibiotikëve me qellim profilaktik kunder formimit të fistulave. Psi e vërtë keq dhe shtërgueshëm.

Në eksperimentet tona, në një rast fistula u formua në vendin e incizionit operacionit të gjunit, mbi blokun artikular t'endoprotezës.

Këshu, masat preventive kunder formimit të fistulave mund të sigurohen në normal, në qoftë se operacioni kryhet në kushtë të repreta asepsije, në qortë se eksudati dhe gjithashu të futen antibiotik si intramuskułar ashtu që të zbratzet. Në periudhën e pas operacionit, pati raste kontraktura muskułish në disa rast.

Në eksperimentin e parë, sic është theksuar, fashoja prej gipsit në periudhën e pas operacionit nuk u përdor. Qeni e mbante ekstremitetin e operuem të rudhun ra pas operacionit, mbasi edëma u dobesue që u shërhoa plaga, u 'bë e munë lëvizjet passive me nuk kryhesin rrjedhësht. Në muajin e dyte pas operacionit, u vu re zhvillimi i kontrakturës fleksione postoperatore n'artikulacionin e operacionit. Mbështetje n'artikulacionin në kufijt 90-140°.

Në 9 raste, lëvizjet passive u filluan nga dita e 20 deri në ditën e 30 pas operacionit, ne të gjitha këto raste, ne vumë re zhvillimin e një kontrakturë të lëvizjeve passive u arriten. Në 5 raste, lëvizjet u filluan nga dita e 30 deri në ditën e 40 pas operacionit, ne të gjitha këto raste ne vumë re kontrakturë fleksioni n'artikulacionin e operuem, të cilën në 4 raste u arrit me e likuidue gjatë 5-7 ditëve, kurse në pjesë 2 qen, të cilët ngordhën në ditën e 20 pas operacionit nga imobilisacioni.

Këshu, pas operacionit t'alloplastikës së artikulacionit gjatë të jetë afati i imobilizimit ag më tepër shprehet kjo kontrakturë. Pavarësisht afati të shkurtër, me anën e gjimnastikës kuruese në formë lëvizje të përditështurit të kontrakturave të muskułeve pas operacionit, ne kryasim me formimin e fistulave dhe me thyemjet n'artikulacion, tanë më të favorësime me qenë se afati e gjata t'artikulacioneve t'operuem janë të realizuohen lehtë që nuk janë flitet e saj.

a) Gorzdatat e thjeshta fiksuese trifletëshe të Smit-Petersenit pa vrina në dhënë pas operacionit.

c) Gjatësia e pamjafueshme e gozhdave fiksuese.

N'eksperimentin Nr. 2, né tē elin u përdor gozha fiksuese trifletshe e Smit-dave dhe se ato lëkundeshin. Eksperimenti Nr. 1 u mbaat nén vëzsgim pér 9 muaj. Siç shihet né rentgenograme, té bamé njé muej mbas operacionit, gozhdat dhe protezat ishim né pozicjon tē rregult. Indi kockor ishte ngjitié ne ményre tē ngleshun mbi gozhdën. Nga ana e kockave nuk kishte asnjé ndryshin patologjik. Por mbasi kauan 9 muaj mbas, operacionit né rentgenograme mund té shifni tash-gozhdës çon né lëkundëshmërié e protezes, d.m.th. n'uljen e aftësive funksionale t'artikulacionit.

Kur u përdorën me dritareza né fletët e tyre né ményre tē dukëshme perfekcionohe fiksimi i protezës, si rrjetim i tritjes s'indit kockor népër dritareza. Né rentgenograma dhe u hapjet patanatomike (shif resultatet e hapijes s'artigramat eksperimenti Nr. 8 u ba njé muaj mbas operacionit, eksperimenti Nr. 7 rentgenograma u ba 5 muaj mbas operacionit, eksperimenti Nr. 5-6 muaj mbas operacionit u ba rentgenograma eksperimenti Nr. 4 — njé muaj mbas operacionit, tet dendun me bishtat metallik të gozhdave, pa ndryshime patologjike nga ana e kockave pavaresisht nga gjatësia e pamjafueshme e gozhdave né tē gjithë këto raste, ekzistencë e dritareve siguronte njé fiksime njé mirë tē protezës.

Por né 2 eksperimentet Nr. 15 dhe Nr. 12, megjithëse u përdorën gozha me teteve qëndron, n'aratin e shkurtër t'möbilizimit t'artikulacionit pas operacionit. Kështu n'eksperimenti Nr. 12 lëvizjet pasive u filluan né ditën e 30 ditëve pas operacionit, tē cilat u vazhduan pér ditë gjatë 30 ditëve pas operacionit.

Né këtë rast, pati formim kavitetesh rrëth gozhdave fiksuese né kanalet me-dukare tē kockës femorale dhe tē tibies.

Né ditën e 30, lëvizjet e përditëshme pasive u ndëprenë né lidhje me formimin e fistulës né siperfaqen e pëparëshme të mbrendëshme t'artikulacionit, gjë që u shkaktue nga dimensionet e mëdha të blikut artikular t'endoprotezes.

Por pavarësisht njé formim i zgavave rrëth gozhdave dhe gjithastu tē fistulave, sic tregoi hapja e artikulacionit n'ëpër dritarezat e bishtave tē gozhdave kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

Né rastin tjetër, eksperimenti Nr. 15, lëvizjet pasive u filluan né ditën e 15 ditëve. Lëvizjet e herëshme pasive né këto raste, solën né formimin e kaviteteve kishit lëkundëshmënia u arrit tē konstatohet vetem n'eksperimenti Nr. 15. N'eksperimenti Nr. 12 simptoma klinike të lëkundëshmërisë së protezës, Dubet me theksue se klinike zhvillue ind fibroz. Rritja e fugiqishme e indit të kërcës nga ana e siperfaqeve kockore, që u vu re kur u hap artikulacioni, sipas mendimit tonë, u shkaktue nga proceset inflamatore, tē cilët janë rezultate t'infektimit të perseritun pas formimit të fistulës.

të parat, pati zhvillim indesh kockore, i cili lejoj një fiksion shumë më të fortë të protezës. Kështu, sic duket, duhet me i ba dritarezat në gozhdat, me dimensione mundësish sa ma të mëdha, por pa cësue me këtë rezistencën e gozhdes. Nga fiksimi i fortë e i qëndrueshmë i protezës dhe nga mungesa e ndryshimeve patologjike nartikulacionin e operuem varet edhe rindërtimi funksional i artikulacionit t'operuem.

Në raste zëvëndësimsh alloplastike t'artikulacionit të gjunit me 18 eksperimentet dhe mbështetje n'ekstremitetet e operuem tek qente nevojiten sforsime të mëdha.

Moles (1945) tue përshtukrue rezultatet e eksperimenteve të protezimit t'artikulacionit të gjunit të genve me protezë metalike, shkruen se një qen ngordhi nga

teza që krejtësisht e madhe, kurse qeni i trejtë 2 muaj mbas operacionit filloj me e përdorue ekstremitetin e tij si të shndoshë.

Në eksperimentet tona u arritiën lëvizje pasive dhe mbështetje n'eksperimentet gjithmonë mundëm me krye lëvizje të plota pasive lirish, tue përishtue ato raste, e operueme me vësnitëresina të mëdha. Përsa u përket lëvizjeve pasive, në të ku pas nji imobilizmi të gjatë, u zhvillue kontraktura e përkohësme e muskujve, i cili shumë shpejt, u likuidue me anën e lëvizjeve pasive të përditësme. Lëvizje aktive dhe mbështetje n'ekstremitetet e operueme u fituan vetëm në 7 raste. Prej tyne vetëm në një rast (eksperimenti Nr. 15) që filloj me u mbështetje shqetëj për një kohe të shkurtët në ekstremitetin e operuonit, çalonte kur ece, mbështetjeti prej eksperimentet.

Gjashë ekstremitetet e tjerë që mbetën, t'operuem, u

protezimin e dvaneshmë t'artikulacionit të gjunit në të dy ekstremitetet. Pa

ecë tue i protezeve vetëm njën ekstremitet vazduhem n'afat e gjatë nga 4-6 dhenë 8 muaj (eksperimentet Nr. 1, 5, 6, 7, 9 dhe 10). Prej tyne qeni Nr. 1 u vëzua

gjithë tenativat me e detyrue me ecë, vetëm nga muezii i 6 pas operacionit

operacionit (protezimit të brendshëm të ekstremitetit tjetër, eksperimenti Nr. 6) pas përpunimit të metodës aktive të praktikimit t'ecies, qeni, filloj me u

mbështetje ma me guxim dhe plotësishët rëtë dy ekstremitetit e operueme. Dy qenitë e tjerë në përgjithësi nuk ecin vetëm në ekstremitetet e operueme deri sa u ba

njerin rast që 4 muaj kurse në rastin tjetër 6 muaj.

Ditet e para t'ecies së pavuar me mbështetje të plotë në ekstremitetet e operacioneve

ruante u shqyne me lodihe e mundur të mëdha. Gjatë javës së parë mbas fillimit t'ecies së pavuar, qenitë munduri me ecë pa pushue jo tra shumë se 100-200 metra. Dhe vetëm në ditën e 8 e të 9 fillojn me ecë më gjatë pa pushue. Kurse pas 2 javësh, lodihe tek qenitë nuk u vu re. Ata qëndronin vazhdimisht dñe dukëshin njësoj si edhe qenitë e tjerë të pa operuem.

11. Eksperimentet e tjerë që mbeten, u kryen në 11 qen d.m.th, të njëanshës.

Në të gjitha këto raste munduri me krye vetëm lëvizje pasive nartikulacionin e operueme. Aktivisti qenitë vetëm mbështeteshin n'ekstremitetin e operueme qëndronin me këtë problem. Pavarësishët nga kryemja e përditësimeve të lëvizjeve pasive. Qenitë mbeten gjithështë që zhvillohen n'ndet dë triethojnë muskulare dhe kockore, kur fujej në të polimetilmetakrilati dhe cellulit inoksidabel, u studjuje më aftë me hollësi nga shumë autorë, ne nuk u mueser, në mënyrë tërheu ne bëmë studimin morfoligjik të progresive që zhvillohen n'ndet dë triethojnë endoprotesh.

Përgjithësisht asht e njotut se polimetilmetakriati dhe cellulit inoksidabel n'ingulime trofike. Vetëm në ditët e para pas operacionit ndodh inflamacioni aseptik

I cili së bashku me shërimin e plaqës zhvillohet rreth trupit të huaj indi llidhës

kë. Influencia negative e pohojnë studime të shumta si eksperimentale ashtu edhe në klinike. Rrëthuese qëqet në faktorin mekanik i cili ka rendësi shumë të madhe gjatë prindet rrëthues nga traumatizimi i vazhdueshëm dje dëmtinet.

Të dhënët e eksperimenteve tona janë të ngjashme me rezultatet e autorëve të plastmase dhe metale. Vëtem nato raste ku pati fistulë, tabloja morfollogjike da-

ndryshem të cilët në mënyrë speciale studjuen reaksionin e ndeve të tjerë, në llojët në mënyrë të theksueshëm. Në të gjitha eksperimentet nuk u bap artikacioni i protezës së endoprotesës, nuk u vunë re ndryshme të fiksimit të blokut artikular dje të gozhdave fiksuese mbetën ashtu si edhe para përbahëj prej ndeve llidhës.

Formimi i kapsulave rreth blokut artikular ndodhi edhe në raste formimi i fistulash, por në këto raste vunë re tablon e projesit inflamator, i cili ishte përfunduar me rastet e fistulave, komi proteze inflamatore në aktivitetin e artifit, qëqet të rezekueme. Këtë reakcion e vunë re në të gjitha rastet ku u formue fiksia e kapsulës patëm fenomeni e nekrozës. Gjatë formimit të fistulës u përbaltet procesi inflamator si rezultat i të cilët ndodhi shkatërrimi i vazhdueshëm i protezës. Kur kishim fistula, procesi inflamator u përhap edhe nindet kockore t'endoprotezes.

Në rastet e formimit të fistulave, komi proteze inflamatore në raste e ndryshme, qëqet të rezekueme. Këtë reakcion e vunë re në të gjitha rastet ku u formue fiksia e kapsulës patëm fenomeni e nekrozës. Gjatë formimit të fistulës u përbaltet procesi inflamator si rezultat i të cilët ndodhi shkatërrimi i vazhdueshëm i protezës. Kur kishim fistula, procesi inflamator u përhap edhe nindet kockore t'endoprotezes.

Duhet me theksue se pavarësishët nga ekzistencë e procesit inflamator njinëku fistula u hap në ditën e 45 pas operacionit) u vunë re zhvillim kockore nëse i fortë për arsye të ndryshimeve të shkakueme të vazhdueshëm i infektivës. Kur kishim fistula, procesi inflamator u përhap edhe nindet kockore t'endoprotezes. Rreth gozhdave gjithashu u gjetën formim kapsulash të holla fibroze, të lindhës. Rreth gozhdave gjithashu u gjetën formim kapsulash të holla fibroze, dave nuk që i mirë. Në njërin rast (eksperimenti Nr. 2), hapja u ba 1 muaj mbas operacionit. Aty u vu re se gozhdat vendoseshin lirisht në kanalët medullare dhe se nixxreshin lirisht me pincë.

Në rastin tjetër (eksperimenti Nr. 1), ku hapja u ba 9 muaj mbas operacionit, net se prejë e gozhdave. Kjo dha mundësi me u zhvillue lëkundjet anësore të blokut artikular t'endoprotezës dje dobësimi i funksionit të mbështetjes narritikacion. Gjate hapjes së 13 artikulacioneve të protezëm, ku përdorën gozhdave fiksuese me dritharëza në bishtat dje ku nuk pati formim fistulash, në indet kockore t'indit fibroz (në rastet kur vrimat patën dimensione të vogla), dje në 8 raste pati fiksion të fortë të gozhdave për arsye të rritjes së ndeve kockore nëpër vrima. Endoproteza nuk u hq dje mungonin plotësisht lëkundjet anësore. Këto eksperi-

Protezimi i mbrendëshëm i articulatio cubiti të njeriut me endoprotezë

gjelku dhe plëksiglasë

Sukseset e alloplastikës në kirurgji dhe aplikimi i saj më i shpeshtë, sidomos zmit të articulatio cubiti. Të dhanat e 18 eksperimenteve që kryem në qel, zmit të articulatio cubiti tek njeriu.

Per deri sa në literaturë nuk kemi takuar ndonjë punë mbi protezimin e articulatio cubiti, megjithëse ne kemi një rast të vetëm ku zbatuam protezinin e artibrandkëm të articulatio cubiti tek njeriu me endoprozezë çeliku dhe plast-

duhen pasë parasysh një sërë ndryshimeve dhe vëganërisht articulatio cubiti, kryasim me të tjerët, në të cilët zbatohet në klinikë zhëvendësimi alloplastik i pjesës së ndryshme dhe të pjesëve të artikulacioneve.

Nga ana tjeterë duhet shikue në mënyrë kritike analiza e eksperimenteve dhe eksperimente në klinikë në mënyrë shabillonë sepse ka shumë ndryshime biologjike, fiziologjike dhe anatomike midis organizmit të njeriut. Kur bëjmë ndërtimin e protëzës experimentale dhe organizmit të njeriut. Kur bëjmë ndërtimin e protëzës së articulatio cubiti, duhet me pasë parasysh të gjitha këto dallime objektive ekzistuese.

Por gjëja më kryesore që duhet pasë parasysh asht se në eksperimente në gjithnjë klinikë, ku ne duhet të bëjmë operacionit të artikulacioneve të cilët kanë pë teknike dje në konstruksionin e protëzës. Gjithashtu më të demonstruarit përmundësinë e protezimit të articulatio cubiti dhe në teknikën e realizimit të kësaj.

Të cilat mwaren në vëgantitë e vetë përbahet articulatio cubiti dje kockave; prej të cilëve protëza e articulatio cubiti përbahet nga skeleti metalik (celik inoksidabel), dje shpresë spëllastimases polimetilmetakrilat i cili invesh bllokun e artikulacionit të protezës.

Skeleti metalik i protëzës së articulatio cubiti përbahet prej:

- 1) Pjesës proksimale
- 2) Pjesës distale
- 3) Boshtit që bashkon ato.

1. Pjesa proksimale e skeletit metalik të protëzës përbahet prej gozhdës trile-përfaqësion në vërvëtë skeletin e kokës.

Gozhda trefletësë e ka gjatësinë 9 cm, dje trashësinë 0,9 cm, që mesatarisht i gozhdës dje e flitetë të saj janë absolutisht të lëmuat. Skeleti i kokës asht e drejtë gjithës së gozhdës trefletësë, e cila mbaron në formën e pirunit me dy dhambë, që gjithës së gozhdës dje fund asht i rrumbullakët. Gjatësia e skeletit të kokës është 2 cm, kurse trashësia 1 cm. Në mezin e kokëzës asht hapun një kanal në formë rrumbullake me diametër 0,5 cm, i cili nevojitet për futjen e boshtit që lidh kokët me pjesën distale të protëzës.

2) Pjesa distale e protëzës përbahet nga gozhda me drifareza e cila kulton simbas kanalit medular të ulës. Pjesa e poshtme e gozhdës ka formë të shtrypur me madhësi $0,7 \times 0,2$ cm. Në këtë pjesë ndodhen drifare të caktuara përfshirë qëndrureshen të gozhdës në kanalin medular të ulës me anë të ritisë së shtrëssës së kockës nëpërmjet tyne. Pjesa e sipërme e gozhdës është trefletësë me diametër 0,8 cm, kurse trashësia 0,8x0,5. Spërdafja e gozhdës është e lëmuar. Në këtë mënyrë pjesa trefletësë e gozh-

dës i përgjigjet formës së pjesës së sipërme të ulnës. Pjesa e shtypun e saj i përgjigjet madhësisë dhe formës së kanalit medular të ulnës; pjesa e përkulun e gozhdës i përgjigjet vijimit të kanalit medular të ulnës. Gjatësia e gozhdës asht 9 cm.; kurse në formën e përkulun simbas linjës së drejtë madhësia e saj asht 9,5 cm. Si vazhdim i gozhdës asht piruni i gjane së drejtë madhësia e saj asht 9,5 cm.

skeletin e protezës. Forma e pirunit i përgjigjet kuadrat për gjysmën dhe përbashkët në lindje me gozhdën simbas kandit të drejtë vazhdoinë dy dhambë me basësi 2 cm., me prejim 0,2x1 cm. mbarësat e të cilëve janë të rumbullakta. Dispozitës. Në dhambëzat që ndodhen në largësi nga ekstremi i sipërm 0,5 cm, në qendër të kësaj pjesë janë hapun vrima me diametër 0,5 cm. të cilat janë caktue përhershme ku një të përtë në formë si dhe për fiksmin e përputhshëm të boshtit.

3) Boshi metallic i cili lidh kokezën me kupezën ka formën cilindrike me gjatë 3 cm, diameter 0,5 cm, ftxs m/m.

Njeni ekzamët i trashun në formën e kokës së vichës me një të carë përditë të preme në formën e vdhës, që shërben përfiksmin në dhambëzë të kupezës.

Blokut i artikulacionit të protezës asht i mbuluem me një shumë plastmasë, mbuluem vetëm blokut artikular i protezës. Mesatarisht trasësia e shiresës së plastmatës nuk i kalon tre m/m.

Skeleti metalik i kokzës asht i mbuluem nga të gjithë shtresë plastmasë me një shiresë prej plastmasë të cilat shërbejnë përmes mbështetje nduron hyrjen e kokzës në kanalin medular. Të gjitha qoshet e kokzës së protezës kanë formë të rrumbullakta në mënyrë që të mos damtojë indet e buta. Përpura mburpa nën një kend prej 35°. Kjo siguron përkulen në mënyrë të tillë që e transformon protezen në

shtrëng plastmasë me trashësi 0,2 deri 0,3 cm. dhe janë të lindhuna në mes tyne me një pilatë proj. plastmasë në trashësi 0,7 cm.

Në këtë mënyrë formohet kupa e mblokut artikular që nuk lidhet më me fabrikën artikular deri me 180°. Faqja e mburpërmë e kupezës kuifzon përkulen gjatë levizjes në zënë që lidhet me kufizionin e kupezës që mungon lejon me formue nga një përsë e përkulen me fane të rastta, që ngrihet në drejtimin nga përpura mburpa nën një kend prej 45°. Kjo siguron përkulen në blokun artiku-

latik i cili ka ton nepermjet faqeve taniashme të kupezës dhe nepermjet të qendrës fundit e boshtit dhe në vrimën e faqeve të mbredhësme të kupezës. Ne këtë formë përbëhet qëndrësimi i kryen shumë lirish, dhe kjo gjë sigurohet që kokezës. Boshi përforet që me ndihmën e boshtit me boshit me kokezës. Boshi përforet që me ndihmën e prenjës me formë vdhë që janë në më të mbërthyeme proteza duhet të ndodhet në vendin e articulatio cubiti.

Përkula dë formën e mbërthyeme ka gjatësinë nga 20 deri 21 cm. Gjatësia e blokut artikular nuk asht ma shumë se 4 cm. Gjatësia e blokut artikular 2,6x2 cm. Këto madhësi janë ma të vogla se madhësitë e articulatio cubiti e njjerut.

Një protezë e tillë e articulatio cubiti të njeriut simbas pikëpamjes tonë, i përgjigjet të gjitha kërkesave të përskrivëme në kapitulin e dytë të këtij testi.

Duhet theksuar se protezat e articulatio cubiti duhen pregatitur me madhësinë prej madhësieve ekzakte të kokezës së kupezës, boshttë dhe kanalit, nëpër të cilin gjigjet të gjitha kërkesave të përskrivëme në kapitulin e dytë të këtij testi. Ndryshme në përpunë me madhësinë e trupit dhe vegantë individuale të çdo

té sémuri. Protezimi i **articulatio cubiti** mund tè vihet nè zbatim vjetén nè rasie té tilla kur duhet me zavendésue vején. Pjeset e siþerfaeve té artikulacionit. Kjo proteze nuk mund tè vihet nè zbatir, kur pérvec démtimit té artikulacionit. Kjo ulnès ose dy kockave njékohesish. Positne té humerusit, pjeses sè siþerné te ketyre kockavet, detyrohemi me pregeti proteza duke marré parasysh vegantite individuale. Variantet e mundeshine té infektive dhe deformineve té **articulatio cubiti** nè formë skematike mund ti paragesim nè menyrén që vjon:

- 1) Démanti i **articulatio cubiti** me difektin e njékohesishem té pjeses sè poshtme té diafizés té ulnès.
- 2) Démanti i **articulatio cubiti** me difektin e njékohesishem té pjeses sè poshtme té diafizés té humerusit.
- 3) Démanti i **articulatio cubiti** me difektin e njékohesishem té pjeses sè poshtme té humerusit, dñe eksireneve té kockave me i favorshém asht varianti i pare. Kjo shpjeqohet nga faktti se gjate démtimi, té **articulatio cubiti** me mungesen e njékohesishme pjeses sè poshtme té diafizés té humerusit nè vijim té disa centimetra ruhen vendet ku vendos musket e levizjeve paskulese dhe drejtese. Prandaj, me një variant té tillë mund tè bahet një proteze e **articulatio cubiti** té një tipi té tillë vësse nè dallim nga ay variant i siþern duhet me zavendésue defektin e kockës me kockës té pjeses sè poshtme té diafizés sè humerusit.

Détura më e veshtrir asht protezimi i **articulatio cubiti** kur dëmtohen asht që do tè zëvendësonte pjesën e damtuene të mungon ekstremiti i siþern i ulnës, sepsë nè rastin e dhane, vendi i hapjes sè museun i artikulacionit nuk ka indikacion (ose duhet tè shoqërohet me operacione plastike zhukujish). Prandaj gjithnjë kur duem tè bajne protezimin e artikulacionit duhet kontrollue gjenda e aparant neuromuskular dhe mundeshinë e restaurimit të funksioneve té tij mbës protezimit.

Duhet thekse se skeleti metalik i protezës duhet tè pregetitet nga geliku i një kualiteti té mire. Këtë neve e theksojnë nè mënyrë té vegantë sepsë çeliku i zakonit të artikulacionit. Duke marrë parasysh këtë, këshillohet pregetja e pjesëve metalike té protezës nga metale më té futa, një nga té cilat asht dhe vitalumi.

Teknika e operimit — protezimit té **articulatio cubiti** me endoprotezë prej çeliku inoksidabëi dhe prej plastinase.

Duke marrë parasysh se operacioni i **articulatio cubiti** asht traumatiik, por në, ferojmë përdorimin e narkozës sè përgjithshme nuk mund tè gjedhun metodën e anestezisë ne përdorim, nakozen e përgjithshme me etet.

Vetë teknika e operacionit nè ankillaza t'artikulacionit përbahet nga këto etapa:

- 1) Hyria nè **articulatio cubiti** prera e indeve té buta.
- 2) Ndaria e artikulacionit dñe lukasioni i siþertiqeve artikulare.
- 3) Përpunimi i siþertiqeve artikulacionit.
- 4) Vendosja e protezes dhe reponimi i artikulacionit.
- 5) Mybillja e plaçës sè operuesme.
- 6) Imobilizimi i artikulacionit.

ekzistojnë shumë incizione. Zëvedha e mënyrës sè hapjes **articulatio cubiti** filue qysh nè gysmën e dytë té shekullit XVIII, atëherë kur glansisht basheshi me té **articulatio cubiti** vitesh re një farë levizje nè té, prandaj shumë autore dne nè mënyrë té vegantë Oller dne Liangenvek përpunuuan tekniken e

Artrotomisë dhe të resekzionit të **articulatio cubiti** duke pasë si qëllim kryesorë rrejtjen e aparatit lëvizës. Në këtë mënyrë që ne paraqitëm në shekullin e XVIII (Park Sajm) dhe incizioni në formë H (ati dhe i birit Moro, dhe Djipitren).

Në vitin 1861 Shassenjak kreu incizionin longitudinal në anen laterale të olekranit, në kohën kur Liangenek këshillotë me hap artikulacionin me incizion longitudinal në atërsi të olekranit nga ana mediale e tij. Ollier propozoi incizionin ne formë shigjetë në sipërfaqen e mbapne të **articulatio cubiti** dhe më në fund si prerie me e përdorëshme në operacionet e tij asht ajo që ka formën e **grepit (longitudinal ne sipërfaqen e jashtëmë të articulatio cubiti)**, propozue nga Kocher. Nga të qitet incizionet që ekzistojnë më i miri ne alloplastikën e **articulatio cubiti** para e mirë dhe e lirë, ajo më kryesorja asht se nuk dëmtohet aparatit lëvizës. Në rastin tonë ne përdorëm incizionin e Shassenjakut, i cili parashitet si më i favorshëm sepse në hapjen e artikulacionit neve nuk dëmtojmë asnjë muskul ose nerv.

Incizioni i lëkurës **subcutis** dhe **fascies** bëhet në një farë distance prej 1 cm. nga 3-5 cm. dhe lart më ekstremin e jashtëm. **muscus triceps brachii** në 6-7 cm. Simoisë kësaj linje më bësturi bëhet prera e periostit të kockës së bryut dhe hapet **articulatio cubiti** me raspator bashkë me periostin lirohet vendi ku kapet m. triceps dhe shtyhet medialisht.

2) Shqepja e artikulacionit dhe luksioni i syperfakteve artikulare.

Mbas arrihet në **articulus cubiti** indet e buta largohen medialisht dhe lateralisht dhe kryhet **shqepja** e artikulacionit gjatë linjes artikulare me daltë të hollë indeve të buta dje gjithashu nervave dhe vaseve.

Mbas kësaj duhet të përpignemi të kryejnë lëvizjet e parakrahut disa herë në drejtim fletxioni dhe ekstensioni, me qëllim që të diktohen pengesat. Kur të likuj- leh të të kryhet luksioni i syperfakteve artikulare. Luksioni i syperfakteve artiku- lare arrrihet ma lehi të mbasi të largohet medialisht tendinea e **muscus triceps bra- chii**. Kocka rrobtullohet në pozicionin supinator maksimal tue pasë të fiksueme kra- hun. Më fletxionin gradual kryhet luksioni i syperfakteve artikulare në **plagë**. Gjatë këtij manipulacioni duhet veprur me kujdes mëbas shume lehi mund të shkaktohet frakturna e kockave të parakrahut ose humerusit pse janë në një gjencë osteoporozë.

3. Përpunimi i syperfakteve artikulare.

Në rastin tonë, ne jemi përpjekë të vendosim protezën në një mënyrë të tillë, që, biloku artikular i protezës të jetë i mbështjellun si anash, ashtu edhe mbapne kujdes. Gjatë qellim neve kemi krye rezekcionin e pjesës centrale të syperfakteve artikulare të humerusit në formë kubike deri në fossa olecrani tue ruej- të te dy maleoret e humerusit. Në anën tjetër kemi krye rezekcionin e **syperfakteve artikulare** të ulnës në 1-2 cm. tue ruejtë olekranin. Në këtë mënyrë në vendosjen e projekzës dhe bashkinin e dy pjesëve të tij, biloku artikular gjindet në mes të dy maleoluseve të humerusit (anash) dhe olekranit (nga pas). Kokën e radiust nuk e hjetim por vetëm e qëndronë syperfakteve artikulare d.m.th. ngjitet me humerusin. Në përgjithësi rezekioni i syperfakteve artikulare deri në fossa olecrani dhe përpunimi i pershkruem i syperfakteve artikulare të ulnës jep një defekt kockor në ma- dhësi përgjegjëse të volumit të blokut artikular të protezës d.m.th. me gjatësi 4 cm.

Në teknikë e tillë e përpunimit të syperfakteve artikulare, sic u shkruar më vonë, qe e pa mjaftueshme. U konstatue se mbas operacionit në pjesët distale të maleoluseve zhvillohet progrësi i shëvesës kockore. Po kjo ngjiste dhe nga ana e radiust. Këto shtesa pengon lëvizjet në artikulacion si fletxionin total ashtu edhe eksten- sionin. Si duket në protezimin e **articulatio cubiti** më mirë asht të kryhet rezekzioni i plotë i maleoluseve të humerusit, rezekioni i kokës radiust dhe përpunimi i

sipërfaqes artikulare të ulnës, tue rrejtë vetëm një plakë të hollë të olekranit. Në këtë mënyrë zhdukken mundësittë e shfesave kockore në periudhën postoperatorore dhe realizohet mundësia e lëvizjes në artikulacion. Duhet vënë në dukje, se në artikulacionin e anklizozuem kur kryhet reaksioni i kokës ^{SC} radistët në periudhën e mbas operacionit restaurohen lëvizjet supinatore dhe pronatorë.

4. Vendosja e endoprotezës në vendin e articolus cubiti dhe reponimi i tij.

Mbas përpunimit të vendit të rezekzionit të sipërfaqeve artikulare vendoset endoproteza.

Momenti më i vështirë i vendosjes së endoprotezës asht fiksimi i pjesës së poshtës së zhdrojjeje të kanalit medular. Përvog kësaj mbas rezekzionit të sipërfaqeve artikulare të ulnës nuk shihet kanali medular i saj, mësasi ka edhe një shtrëse spiongjofze. Drejtimi i mirë i gzhedës dhe vendosja e saj mund të përcaktohet me palpin e syperfaqes së pasme të ulnës. Para se të futet gozha e protezës duhet të paraparillojë me atë të protezës. Kjo gozhdë para se të futet në kanal pëskulat në mënyrë që t'i përgjigjet formës së kanalit medular të ulnës. Mbas përcaktimit të rrugës së kanalit medular me rrahje preçize të gekicët futet gozha e protezës duhet të paraparillojë me atë të protezës. Mbas kësaj gozhdë tërhiqet mbapsit. Me këtë manipulacion hiqet mreziku i dantimit të protezës, bahet kanali paq ma i ngushtë se volumi i gozdhës, por me liq vendozet pjesa e poshtme e protezës, e cila mjaft lehtë futet në kanal me rrahje garezesh. Gjatë kësaj etape të operacionit duhet që parakrahut të parakrahut mënyrë që të mos ketë asnjë lëvizje anash as dñe në drejtim të rrahjeve të gjigjt. Për këtë, asistenti me të dy duerët mban pjesën e sipërme të parakrahut tue mbështetë shpinën e dorës të të sëmurit në tavolinë në pozicion vertical karshi sipërfaqes së tavolinës.

Në këtë mënyrë kryhet edhe vendosja e pjesës së sipërme të protezës të kanalit medular. Kjo realizohet mjaft lehtë.

Mbas vendosjes të dy pjesëve të protezës kryhet reponimi i artikulacionit (kupeza) dhe tue i mbajtje së këtë pozicion bahet lindja e tyne me anen e vdhës verifikojmë lëvizjet në blokut artikular të endoprotezës futen 300.000 unite penicilinë dhe 250.000 unite streptomicinë. Vehet fashlatura septike.

5. Mbyllja e plagës operacionit.

Me një herë mbas reponimit të blokut artikular të protezës duhet të bahet vendosata e kujdesëshme dhe pastrimi i plagës. Plaga e operacionit mbylljet me qelëkura qepet me seta tue mbylli plagën plotësisht. Linjen e qepies e lyejmë me verifikojmë lëvizjet në blokut artikular dhe me dalte shtypet maja e vdhës. Për asht se në pernudhen e pasoperacionit mund të kontrollohet vazhdhja glëndja e plagës, mund të bëjnë punksionin me anë të të cilit të nxjerrin likuidin e grumbulluam rrëth blokut artikular të protezës dhe të fusim njëkohësisht antibiotiket.

6. Imobilizimi i artikulacionit të operuencës.

Në rastin tonë, imobilizimin e artikulacionit të operuencës keni ba me longjetës. Gjiso po të pasme tue fillue nga gjithat e dorës e deri në shpatullën, e anës së shanës. Pozicioni i brryil të fletkoni në fletkoni në një kënd 100-110°. Longeta fiksobet me qeqersi absolute për artikulacionin e operuencës, gjithashtu edhe edhe postoperatorore ekstremitetit kalon në kondita më të favorshme me longjetë. Një e miq e longjetës e plagës, mund të bëjnë punksionin me anë të të cilit të nxjerrin likuidin e grumbulluam rrëth blokut artikular të protezës dhe të fusim njëkohësisht antibiotiket.

Trajtimi i periudhës postoperatorore mbas alloplastikës së artikulatio cubiti.

Në periudhën postoperatorore mbas operacionit të protezimit të mbrendshëm të antikulacionit, të brevit me, endoprozez prej mase plastike dhe qënliku indolsidabel i gjithë kujdesi duhet tregue në dhiamen e getësisë absolute për artikulacionin e operuem dhe kryerjen e një lufte të kujdeseshme për mbylliën e plages per primam.

Sic kemi vënë në dukje, longata e pasme allje e fiksue me bandë krijojn mundësitë e kontrollit të zhvillueshmës së mladuveshmës për artikulacionin dhe njëkohësisht krijojn iku blikat e artikulacionit të protexz.

Në rastin tonë, në dijet e parë u konstatua edema e artikulacionit. Gjatë 6 ditore tërë që do ditë më parë kemi hikë 30-40 cc. likuid me qëllim të shkarkimit, mësimi dha të bëhet shkrirja te indece rritje e përcaktar. Nga ana tjeter, likuidi është një ambient shumë i përshtatshëm për zhvillimin dhe shumëzimin e mikrobeve. Së herët mbas evakuimit të likuidit, nëpër të njëjtën age kemi fitë në saktifikacion nga 400.000 unitë penicilinë të shkrirë në 10 cc. solucion novokaine 0.5%.

Gjatë dijetës së ardhur e artikulacionit të operuar, erakimi i likuidit të grumbulluar në artikulacion, dhe aplikimi lokal dhe i përgjithshëm i antibiotikëve krijojn vendat më të favorishme për mbylliën e plakës për **prinam** dhe janë mjetë pre-të fistulave dhe dokubituseve në plagen operator.

Longeta e alcisë hiqet në ditën e 30-35 mbas operacionit. Mbës kësaj fillohen cuene pasive ruk dubet të aplikohen në mënyrë që të mos traumatizonin indet treth e përcakt. Lëvizjet i sësuri fillojnë si kryejë mjaft lehtë dhe mbredha një kohë të shkurtër ambientohet me to.

Po jepim shkurtimisht të dhënët e kartelës klinike Nr. 2482/333, pacient P.K., 24 vjet, invalid i grupit II, ruk punon. U shtrue në klinikën e II vjetoruar.

Në rastin tonë u konstatua se në mars 1953 gjatë ngritjes së një peshe të rendë i shkurtër ndjek dhimbje të forta në **articulus cubiti dexter** dhe humbi mundësinë e lëvizjeve. I shkrua u drejtua në spital të rajonit ku i vunë diagnozën **contusio art. cubiti dexter** dhe e trajtuan si të tillë tue e mjekue me reze ultraviolet. Gjëndja nuk u përmisëse. Artikulacioni qëndron i deformuar, i zhvilluar në dhimbja dhe temperatura e naltë, kishte edemë njëjtë zhvilluar. Në prill të vitit 1953 në ion të edemës dhe hyperemisë në artikulacion u hap një fistulë purulente në sipërfaqjen e pasme të artikulacionit të bryllit, e cila nën veprimin e antibiotikëve (penicilinë) u mbyll në gusht të 1953. Në tetor të vitit 1953 pacienti u snitrua në MONIKI më diagnozë **Luxatio cubiti dexter** e vlefsh me qëllim që të bahet reponimi. Këtu u bani të tentativat e reponimit me forçë me markozë (Ether). Mbës kësaj përsëri u hap fistula. U aplikuan antibiotikët (penicilina) dhe longete alcije. Fistula u mbylli u hap fistula. Ma vonë pacienti nuk asht kurue. **Articulatio cubiti dexter** mbeti në pozicioni nextensioni të plotë që të palevzisht.

Në fillim të marsit 1955 i sëmru i drejtuar në Poliklinikën e MONIKI, prej kushtit të shtrur në klinikën e II të kirurgjisë. Në ekzaminimin e pacientit nuk u konstatua asja patologjike në organt e toraksit dhe abdomenit.

Në **articulus cubiti dexter** konstatohet ankyloze në pozicion extensiuni të plotë. Në palpasion të artikulacionit dhimbjet mungojnë. Në sipërfaqjen e pasme të 1/3 se poshtme të krahuat të djathët shihet cikatriçe 5×2 m/m, atrozi e lehte e muskujuve të krahuat dhe parakrahanut të djathës. Në artikulacionet e tjera lëvizjet janë të plotë dhe aktive.

Në rentgenogramë të **articulatio cubiti dexter** konstatohet deformimi i artikulacionit me luksozion të kockave të parakrahanut nga e djathta. Në artikulacionet sklerozë dhe deformimi i sipërfaqeve artikulare të humerusit dhe kockave të pa-

rakrashut. Linia artikulare nuk përcaktohet (nuk ekziston), ka plus ind në kocka të cilat kanë natyrë periostale.

Diagnoza: **Anoxylosis articuli cubiti dexter posttraumatica** në pozicion lëksion i të pasëm dhe ekstensioni të plotë. U vendos të bahet operacioni; protezini i mbrendëshëm **articulus cubiti** me protezën e propozuarë prej nesh. Endoproteza u pregatit në institutin e kërkimeve shkencore të instrumenteve të kirurgjisë dhe aparaturës pranë Ministrisë së Shëndetësisë B.R.S.S. së bashku me inqireret M.M., Sokolov dhe V. S. Koçetkov.

Më 14-III-1955 u bë operacioni: Narkoza e përgjithshme (Ethere 80.0) u bë injzioni longitudinali në anën laterale të plotë, u hap artikulacioni i anklozuar. U bë shopeja e kockave dhe me raspator u larguen perosi dhe indet e buata. U bë rezekzioni i epifizës së humerusit dhe ulnës. Anët artikulare të protezës u lindën me vëthe çeliku. U verifikuan lëvizjet në artikulacion dhe plaga u qep krejtësisht. Në plaqë u futën 300.000 unite penicilinë. Tonget të pasëm allcje. Në rentgenografi mën që u ba në tavolinën e operacionit (14-III-1955) shihet se protëza qëndron në vendin e ish artikulacionit cubital, gozhdat fiksues Jane vendosë mirë në kanalet meduare të humerusit dhe ulnës, kockat të padërtuentëme.

Periudha postoperatorre pa komplikacione. Gjatë 5 ditësh mbas operacionit për çdo ditë asht aplikue punksioni i artikulacionit tue hjeqë në katë mënyrë likuidin e grumbullueshëm në të dhe njëkonisht janë fute antibiotikë (nga 200.000 unite penicilinë dhe 350.000 streptomicinë). Plaka u mboll per primat. Në ditën e tete i janë hjeqë denjt (Suturat). Mbës një muaji nga data e operacionit u hqongeta e allcje. Mbës kontrollit Rontgenologjik, me të cilën ndryshime patologjike në kocka nuk u konstatuan, në ditën e 30 mbës operacionit filluan lëvizje shumë të kujdeseshme aktive në artikulacionin e operuem.

Qysh në fillim lëvizjet aktive në artikulacionin e bërrylt të operuem ishin në një kënd nga 140°-75°. Duhet vu në dukje se në fillim lëvizjet në artikulacion shqopnosheshin me dhimbie.

24-IV-1955 pacienti doli nga klinika në gjendje të mirë. Lëvizjet në artikulacionin e operuem ishin në këndet 140°-75°. Dhimbjet gjatë lëvizjeve aktive e parasyse në artikulacion u pakësuan. Mbës 2 muajish nga data e operacionit të Rengjet, programi shihet se endoproteza qëndron pa ndryshim në vendin e saj, gozhdat gjithashtu qëndrojnë pa lëvizje në kanalat meduare të humerusit dhe ulnës. Ndryshtime patologjike në kocka nuk konstatohen.

Gjatë lëvizjeve në artikulacionin e operuem i sëmuri nuk ndjen dhimbje. Diapazioni i lëvizjeve në artikulacion 140°-85°. Pacientit ju rekondandue gjimnasiaku kurative në mënyrë ambulatorie.

Në kohën e tanishme d.m.th. mbës një viti e gjysmë nga data e operacionit gjendja e të sëmuriit asht e mirë, nuk ka dhimbje. Gjatë lëvizjeve në artikulacionin e operuem, ka kallue në grupin e III të invaliditetit. Megjithatë duhet theksuar se clavazoni i lëvizjeve në artikulacionin e operuem i cili mbës përpunimit në klinikë ishte gati plot (140°-75°) më vonë asht zvogësue, sic duket në sajë të përgjese cikatriciale dhe mungesës së aplikimit sistematik e të rregullt të gjimnastikës kuronjëse. Këshiu që tanë mundëstë e lëvizjeve të lira në artikulacion arrinë një kënd nga 140°-105°.

(Vijon në numurin e ardhshëm)