

## **MJEKIMI I AFONISË FUNKSIONALE ME METODËN E DOMINANTIT TË DHIMBJES**

Kand. Shk. Mjek. HIQMET DIBRA  
Spitali i Përgjithshëm Ushtarak

Për mjekimin e afonisë funksionale gjatë viteve 1954-1958 kemi përdorur gadi të gjitha metodat klasike të përshkruara në literaturë. Më poshtë do të flasim shkurtimisht për secilën prej tyre duke dhënë edhe rezultatet përkatëse.

**Faradizimi.** Një varg autorësh (Hermann Jonson, E. Macheod, N. Winkelman, A.P. Misharin e N.A. Gllagojeva dhe M. Didier), krahas veprimit sugjestiv të fjalës, kanë përdorur rrymën elektrike në trajtë të thjeshtë ose të kombinuar me mjete të tjera për mjekimin e çregullimeve funksionale të zërit në formë afonie. Me anë të rrymës elektrike (faradizim në pjesën e jashtme të grykës e larings, darsonvalizim, galvanizim etj.) provokohet një ngacmim i fortë në formë shoku për të shkaktuar një frikë të papritur e të thellë, duke i krijuar pacientit përshtypjen e marrjes së frysës.

Me faradizimin në 12 raste afonie kemi arritur këto rezultate: 5 u shëruan krejtësisht, ndërsa 7 nuk u shëruan. Me faradizimin në formë shoku rezultatet kanë qenë më të mira, sidomos në kontrakturat dhe paralizitë historike. Në disa raste rryma faradike e aplikuar në pjesën e jashtme të grykës ose drejtpërdrejt në larings mund të shkaktojë lindjen e spazmuve në kordet vokale, me fjalë të tjera krijhet një afoni e vërtete (afonike).

Faradizimi është në pjesën e jashtme të grykës të shoqëruar me ushtrime ortofonike e gjimnastikore të frysëmarrjes (T.A. Rjabçenko, M.S. Fomichev, A.N. Safarov) nuk e kemi përdorur gjérësisht, ndonse nuk ka dhënë rezultate të mira ndër pacientët kronikë, sepse mjekimi zgjat 20-25 ditë dhe kërkon personel të shumtë e të kualifikuar.

**Kombinimi i veprimit sugjestiv të fjalës me efektin e nxehësisë.** A.M. Sfjadosh, duke injektuar në mënyrë intravenoze 10 cc—10% Calci Chlorati ose 10 cc—10% Calcii Gluconici, ka patur sukses në 70% të rasteve. Ndërsa ne ndër 12 pacientë që kishin kaluar një grip recent kemi përfshuar këto rezultate: 8 të shëruar, 4 nuk janë shëruar dhe kemi patur 2 rëcidiva.

**Narkoza me eter ose me klorur etili.** Autorët sovjetikë (E.A. Popov, V.A. Gette, B.L. Francuzov) kanë arritur rezultate të mira me këtë metodë gjatë luftës së Madhe Patriotike. Ndërsa ne me po këtë metodë përfshuan këto rezultate ndër 20 pacientë: 12 u shëruan, kurse 8 të tjerë

nuk u shëruan. Përfundime më të mira kemi patur me afonikët që kanë patur në fillim mutizëm.

**Deja «me penthtal sodium»** (L.P. Llazaroviç). Ndër 15 paciente, 11 u shëruan, 4 nuk u shëruan dhe 6 recidivuan. Sikurse narkoza me eter ose me klorur etili, edhe kjo mënyrë ka si anë negative përqindjen relativisht të madhe të recidivave.

**Injekzionet intravenoze me alkool** (V.A. Giljarovski) ne i kemi përdorur në doza 10-15 cc me 30%, por pa arritur rezultatet e autorit të lart-përmendur. Ndër 15 raste 5 u shëruan, 10 nuk u shëruan dhe 1 pacient recidivoi

**Somnoterapia** (V.V. Shtestakov). Ndonëse kjo metodë kërkon kohë, durim dhe kushte të veçanta, gjë që veshtirëson përdorimin e saj, ne e kemi aplikuar n'afonitë e çfaqura në një terren neurotik ku shartohet një komponent psikastenik. Nga 15 pacientë u shëruan vetëm 5, ndërsa 10 nuk u shëruan; 2 nga të porsashëruarit recidivuan menjëherë.

Hipnoza (V.V. Shestakov, L. Clerpf e Braceland). Rezultatet më të mira i kemi arritur n'ato raste kur afonia ishtë çfaqur mbas një faze mutizmi dhë kur pacienti ndodhej në gjendje ankthi e pasigurie. Ndër 12 pacientë afonikë histerikë me fenomene nevrotike reaktive 7 u shëruan krejtësisht, 5 nuk u shëruan dhe nuk pati asnjë recidivë. Kjo metodë psikoterapike kërkon kohë, durim të madh dhe ka një sferë përdorimi të kufizuar.

**Sismoterapia (elektroshok femoral).** Me sismoterapinë të shoqëruar me ushtrime gjimnastikore të fryshtës së 26 raste kemi arritur këto rezultate: 16 u shëruan, 10 nuk u shëruan dhe 2 pacientë recidivuan.

Në shumë krahina të vendit tonë e sidomos në malësitë e veriut përtë shëruar lemzën histerike tek gratë e reja populli përdor shtrengimin e fytit (1-2 minuta) duke e shoqëruar me frymëmarrje të thellë. Po këtë metodë për analogji e kemi përdorur vëtëm ambulatorisht me rezultata pozitive dhe të menjëherëshme në rastet fare të reja afonie por recidivat qenë të shpeshta (në 10 raste u shëruan 8, por 5 prej tyre recidivuan pas 3-4 ditësh dhe u detyruam t'i shtrojmë).

Rastet e shpeshta t'afonisë funksionale që u çfaqën në vitet 1954-1958 dhe suksesi jo i plotë i metodave të mjekimit që përmendëm më lartë na shtynë që të kërkojmë rrugë të reja e më të efektëshme për trajtimin e kësaj sémundje. Me fjalë të tjera, duhej të gjenim një metodë praktike, të shpejtë dhe t'efektëshme që të shkurtonte kohën e shtrimit të pacientëve në spital për t'evituar «stanjacionin dhe induksionin spitalor». Si pikënisje në këtë drejtim na shërbyen mësimet e shkollës pavloviane dhe mjeksia popullore, sikundër do ta spjegojmë më poshtë. Besimin që formuam pas rezultateve të para pozitive, na e përforcoi përkrahja e autorëve të huaj me të cilët biseduam ose hymë në korespondencë<sup>1</sup>.

1) Kështu Gjeneral Major S. I. Karçikjan, udhëheqës i Katedrës së sëmundjeve nervore të Akademisë Ushtarake Miekësore «Kirov» të Leningradit, metodën tonë të mjejkimit na propozoi ta quajmë procedurë mjejkimi me anë të dominantit të dhimbjes. Gjithashtu qfaqën pëlgjinin e tyre akademiku E. A. Popov, Prof. N. A. Aromov, Prof. Dr. Zhula Nire, Prof. Dr. Georgi Uzukov, Pro. Dr. K. Parhan-Stefanescu.

Gjatë praktikës sonë kishim venë re se disa të sëmurë me çrrregullime funksionale si mutizëm ose lemjë shëroheshin rastësisht pas ekstrakzionit të një dhembji nga dentisti. Ky fakt njihej edhe në malësitë tona të veriut, ku nxjerrja e dhemballës përdoret për të shëruar lemjën histerike tek gratë e reja, sepse gjoja «dhemballa e sëmurë qenka shkaktari i këtij çrrgullimi». Në të vërtetë këtu kemi të bëjmë me efektin shërues të një dhimbje të menjihershme e të madhe, e cila pa shkaktuar lezion prodhon një «shok» të befasishëm.

Sympotomat e ndryshme histerike janë manifestime funksionale që lindin si rezultat i sugjestionit, autosugjestionit dhe heterosugjestionit tek personat e tipit të dobët të veprimtarisë më të lartë nervore ose tek tipat e tjerë t'astenizuar. Këto simptoma mund të zhduken menjihershëm anë të kundërsugjestionit, duke vepruar së pari me anë të fjalës e pastaj me një mjet tjetër terapeutik që e fuqizon ate. Pra në rastin tonë konkret thelbi i metodës së mjekimit do të jetë një eksitues i fortë, që luan rolin e «dominantit të dhimbjes» për të venë në jetë parimin pavlovian: «kur një eksitues luan rolin e dominantit, ai ka efekt kundra-sugjessiv». Sipas I.P. Pavlovit histeriku ndodhet në gjendje gjysëm hipnotike; si rrjedhim në korteksin e afonikëve tonë formohet një «vatër eksitacioni», e cila inhibon zérin. Veprimi i një eksituesi të fortë zhduk vatren e eksitacionit që frenonte zérin tingllues dhe shkakton çfrenimin e kësaj vatre duke e normalizuar zérin.

Me fjalë të tjera eksitacioni i fortë dhe i menjëherëshëm i dhimbjes shkakton lindjen e nji vatre të re më të fuqishme eksitacioni që shërbën si pikë konkurese për vatren e mëparëshme. Natyrisht kjo ndodh në saj e të ligjit pavlovian të induksionit reciprok.

\* \* \*

**Aplikimi i procedurës së dominantit të dhimbjes.** Mjekimi duhet të jetë i shpejtë dhe i fuqishëm. Ky është parimi i tij kryesor. Lëkundja, masat gjysmake dhe shtyrja e afatit të mjekimit vështirësojnë ose rrëzikojnë arritjen e rezultateve pozitive.

Thelbi i metodës së dominantit të dhimbjes nuk qëndron vetëm n'aplikimin e saj në mënyrë «lokale», por ndjek qëllime më të gjera — mjekimin e një gjendje neurotike që manifestohet me afoni. Këtu psikoterapia luan rolin vendimtar. Prandaj rëndësi të madhe ka njohja dhe përcaktimi i vëçorive tipologjike të pacientit për të zhvilluar bisedën sugjessive. Me lipat që paraqesin një eksitacion të shtuar të sistemit nervor, biseda duhet të bëhet në mënyrë bindëse e me ton të qetë për t'ulur nivelin e procesit eksitacionit, ndërsa me pacientët që paraqesin procese të dobëta të veprimtarisë më të lartë nervore, biseda, përvèç rolit qëtësues e tonizues, duhet të zhvillohet me një ton më të lartë, më të fuqishëm e dinamik. Pacienti duhet të formojë bindjen se do të shërohet pa tjetër. Natyrisht ky qëllim arrihet më vështirë me ata të sëmurë që kanë kaluar «dorë më dorë» e janë bërë «kronikë». Këtyre pacientëve është mirë t'u flitet për rezultatet e arritura në rastet e tjera dhe, po të jetë e mundur, të vihen në kontakt me afonikë të shëruar.

Mësia psikoterapia të ketë bërë efektin e saj, ka ardhur momenti për t'i dhënë «grushtin e fundit» gjendjes neurotike, sepse tanimë rruga është e hapur, terreni është plotësish i preqatitur.

Mjekimi duhet të bëhet në dhomën e mjekimit; aty nuk duhet të rrijë askush tjetër, vèç mjekut dhe ndihmësit të tij. Pacienti në gjendje

esëll shtrihet në shtrat, duke i vendosur një jastëk nën qafë në mënyrë që t'i dalë pak fytë. Pas një bisede të shkurtër inkurajuese për t'i larguar frikën, i thuhet se do t'i bëhet një mjekim që do ta shërojë menjëherë. Pastaj pjesa e jashtme e grykës lyhet me tinturae jodi në regjionin që kufizon të dy anët mediane të muskujve **sterno-cleido-mastoideus** dhe pacienti ftohet të marrë fryshtë e thellë e të shqiptojë zanoret «a» ose «o». Ndërkaq shënohen në lëkurë edhe tri pikë të baraslanguara n'anën e bren-dëshme të muskujve sterno-cleido-mastoideus. Më në fund me alkohol pastrohet jodi dhe injektohet nën lëkurë solucioni steril indiferent (2-3 cc.), zakonisht në ngjyrë të kuqereme, të cilin në e kemi quajtur «rubrum». Ja përbërja e tij:

Prontosili rubri	0.2
Acquae bidestilatae	100.0
Aetheris sulfrici	gt.V

Gjatë kohës s'injektimit i thuhet të sëmurit të vazhdojë fryshtë e marrjen dhe të mundohet të shqiptojë me të madhe zanoret «a» dhe «o». Në këto çaste pacienti i sugjestionuar nën efektin e dhimbjes së fortë shqip-ton me forcë zanoret. Mjafton të dalë zëri i parë i tingllueshëm dhe akulli është thyer. Pacienti inkurajohet dhe përgëzohet, pastaj ai ftohet të pënsërisë me zë të lartë rrokje të zëshme (p.sh. oktavë e muzikës do, re, mi, fa, sol, la, si, do) dhe më vonë fjalë tingëlluese të skanduara si mo-lla, na-na, u-ra, shko-lla.

Stabilizimi i zërit dëshmon për ekuilibrimin e proceseve frenuese dhe ngacmuese, si dhe për koordinimin e bashkëveprimin e sistemit të parë dhe të dytë të sinjalizimit.

Kur në shërojmë afoninë funksionale ose ndonjë manifestim tjetër histerik, kjo nuk do të thotë se histeriku u shërua. Ne kemi zhdukur ose shëruar vetëm simptomin e dukshëm me të cilin çfaqet nevroza histerike, duke e lehtësuar pacientin nga një vuajtje me të vërtetë të mërzitëshme. Kështu pra, afonia zhduket, por terreni histerik mbetet. Prandaj duhet t'i kushtojmë një kujdes të veçantë forcimit dhe tonizimit sistematik e të gjithanëshëm të sistemit nervor qysh në fëmijëri. Kështu né duhet t'i çmojmë drejt aftësitë fiziko-morale të personave me procese të dobëta nervore ose fastenizuar, t'i ndihmojmë që të përballojnë dhe të kapërzejnë me sukses pengesat, vështirësitë dhe situatat konfliktuale dhe — ajo që është më me rëndësi — të përdorim të gjitha mjetet profilaktike, edukative dhe kurative për forcimin e sistemit të tyre nervor.

\* \* \*

**Rezultatet e mjekimit me metodën e «dominantit të dhimbjes».** Mjekimin me procedurën e dominantit të dhimbjes e kemi përdorur në 166 të sëmurë, që paraqisin grëgullime funksionale të zërit në formë afonie. Ndërkëtë 94 u mjekuan të shtruar në spital, ndërsa 72 ambulatorisht.

Mjekimi ambulator është përdorur zakonisht n'afonitë e freskëta dhe kur nuk ka patur mundësi për shtrimin dhe mjekimin e të semurëve në spital. Megjithë vështirësitë që ka mjekimi ambulator, né kemi patur vetëm 4 dështime. Këta të sëmurë u shtruan dhe u mjekuan me metoda të kombinuara. Vlen të shënojmë se për të shtruarit në spital, mjekimi

me dominantin e dhimbjes nuk dha efekt vetëm në dy raste, por edhe këta u shëruan mbasi u kombinuan 2-3 metoda të tjera.

Eshtë për t'u shëruar se afonikët e «kronicizuar» duhen shtruar dhe mjekuar në spital. Në rast se një metodë dështon, pa humbur kohë duhet të përdoret një tjeter ose të kombinohen disa, dhe kurrë nuk duhet t'i japim përshtypjen të sëmurit se mjekimi dështoi.

Tek afonikët recentë, tek të cilët marrja e zërit çfaqet menjiherë pas gjendjes gripale ose e komplikon ketë, aplikimi i dominantit të dhimbjes zhduk «mbishtresën funksionale» duke lenë një lloj «ngjirje të zërit» si pasojë e inflamacionit të kordeve vokale (8% të rasteve).

Në 9% të rasteve kanë mjaftuar 2 seanca dhe rrallë 3 seanca për t'arritur shërimin. Një gjë e tillë bëhet që pacienti të bindet se mjekimi nuk ka dështuar. «Fraksionimi» këshillohet kur aferia është e vjetër dhe haset rezistencë në ditët e para të mjekimit.

Ndër të shtruarit e mjekuar me metodën e dominantit të dhimbjes recidivuan 3 pacientë mbas disa muajsh, kurse ndër pacientët e mjekuar ambulatorisht vetëm 2.

Nga të dhénat e paraqitura del se kjo mënyrë mjekimi ka dhenë përfundime të kënaqëshme. Përveç kësaj metoda e dominantit të dhimbjes: është e thjeshtë e praktike, nuk kushton shumë, pakëson në maksimum ditët e shtrimit, nuk paraqet asnjë komplikacion dhe vështirësi manipulimi dhe mund t'aplikohet nga çdo mjek, në çdo vend dhe në çdo rrethanë.

Megjithate duhet patur parasysh se metodat e përmendura më lartë, sikurse edhe procedura e dominantit të dhimbjes, kanë anët e tyre pozitive dhe suksesi i aplikimin e tyre mvaret kryesisht nga studimi i veçoreve tipologjike të pacientit për të përcaktuar metodën përkatëse dhe nga durimi e këmbëngulja e mjekut.

(Paraqitur në Redaksi më 29-4-1962)

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

- Clerpf L. e Braceland F. Functional aphonia. Annals of otolog, rhin a laryng, 1942 15.4 905-916
- Didier M.G. Aphonie psychique en série dans une collectivité de femmes.
- Fomichev M.J., Safarov A.N. Opit primenjenja «foniceskoj ortofonii» pri lecenii afonii i disfonii. Arh. Oto-rino-lar. 1936 2 150-160
- Fomichev M.J., Bleskina M.P. Lečenje afonii i disfonii po metodii vibratorno formičeskoj ortofoni Sb. Tr. Leningrad P. Uha Nosa-Gorlo i reči 1944 T.U.P. 95
- Fotiadis V. Un nouveau procédé de traitement de l'aphonie hystérique par le curetage du cavum nasopharyngien. Ann. Oto-rhino-laryng. 1929-48 1028-1032.
- Francuzov B.L. K terapii funksionalnih afonii i disfonii. LOR 1949 I 72
- Gette V.A. Opit lecenja funksionalnoj afonii Voyen Med. Zhurnalk 1952-1275

- O lečenii isteričeskikh rastroistv reči i slluha u kontuzjennih. Tr. 2 v. Gospitalnovo Sovjeta 1934 378-383
- Gllagojeva N.A. Elektrosugestivni metod v terapii funksionalnih rastroistv gollosa VORL 1947, 2, 61.
- Hermann-Jonson E. Lečenje afonii faradičeskim tokom Zhurnall L.O.R. The lancet 1910 XI 810
- Llazarievic L.P. O patogeneze i terapii funksionalnih afonii u vojneos-luzhashčih VORL 1947, 2, 56
- Mac Leod E. Demostration of aparatus used to treat functional and allied disorders. Proc. Royal Soc. Med. 1930 23-783
- Misharin A.P., Gllagojeva N.A. Elektrosugestivnih metod v terapii funksionalnih rastroistv gollosa. VORL 1947 2 61
- Popov E.A. O mekanizme terapeutičeskovo deistvia eterizacii pri isteričeskom sordomitizme, napečetano takzhe. «Psikogeni vojenovo vremeni» Trudi ukrainskovo psikonevrologičeskovo instituta. T. 16, čast 2. Gosmedizdat U S S R 1946
- Rjabčenko T.A. Funkcionalnaja afonija i evno lečenje Disert. 1958 Moskva
- Sfjadosh A.M. Nevrozi i ih lečenije Medgiz 1959
- Shestakov V.V. K voproso olegenii funksionalnih afonii Vojen Med. Zhurnall 1952 12. 820
- Winkelmann H.W. Diagnosis and treatment of hysterical aphonia und diagnosis in these caeses. Med. clinics of North. Amer.

#### TREATMENT OF FUNCTIONAL APHONY BY THE METHOD OF THE DOMINANT OF PAIN.

##### (Summary)

The article «Treatment of functional aphony by the method of the dominant of pain» is a chapter of the author's work «Functional aphony as a variant of hysteric neurosis».

The author has tried most of the classical methods of treatment recommended by different authors (faradisation, d'Arsonvalisation, narcosis, hypnosis, inebriation with pentotal sodium, endoveinous injections of alcohol, sismotherapy etc.), and reviews the results obtained by all these methods.

During his everyday practice the author has noticed that some patients with functional troubles of the voice, like mutism or singultus, were cured immediately after the extraction of a tooth. On the basis of these observations and the lessons of the School of Pavlov, he developed the method of the dominant of pain for the treatment of the cases with functional aphony.

The practical application of the method of the dominant of pain consists in provoking a sudden sharp pain in the vicinity of the organs of phonation by the injection of a colored sterile indifferent solution. The patient is put in a bed with a high pillow under the neck, placed in a way to uncover the front part of the throat. On both sides over the sterno-cleido-mastoidei muscles is made a subcutaneous injection of the solution, and the patient is invited to breathe profoundly and to pronounce the vowels «a», «e», «o». In the meantime the patient, impressed by the pain, succeeds in producing sounds. This is sufficient for the removal of the spell.

The method of the dominant of pain should be preceded by a brief preparatory course of psychotherapy.

The author has applied this method on 166 patients, 94 of whom were treated in hospital and 72 in the out-patients' ward. It proved successful in all but 4 cases.

## KONSIDERIME MBI TRAJTIMIN KIRURGJIKAL TË LITIAZËS RENO-URETERALE

### LLAMBI ZIÇISHTI

Katedra e Kirurgjisë së Përgjithëshme

Litiaza reno-ureterale përbën një nga kapitujt më të rëndësishëm të patologjisë kirurgjikale. Në stadin aktual të njojurive tona rrëth kësaj sëmundjeje dalin në shesh një sërë probleme, zgjdhja e të cilave shtron përpara mjekëve dhe kirurgëve nevojnë e studimeve kërkimore të vazhdueshme jo vetëm nga pikëpamja etio-patogenetike por, edhe sidomos, nga pikëpamja e qëndrimit terapeutik.

Në vendin tonë litiaza urinare në përgjithësi është mjaft e përhapur dhe përbën një përqindje të madhe të rasteve në kuadrin e sëmundjeve kirurgjikale.

Studimin tonë po e bazojmë në një kontigjent prej 60 të sëmurësh të trajtuar gjatë vitit 1957 në klinikat kirurgjikale të Fakultetit të Mjekësisë dhe të ndjekur pjesërisht në vjetët e mëvonshëm.

Të törheq qysh në fillim vëmendjen fakti se një etiologji e konfirmuar nuk është vënë re veçse në 4 raste. Në një prej tyre është fjala për një kalkulozë renale bilaterale tek një subjekt i imobilizuar për një periudhë relativisht të gjatë, ndërsa në tre raste të tjerë është diktuar një stenozë e theksuar gati e plotë në nivelin pyelo-ureteral. Në dy raste të tjerë është vënë re një diatezë litiazike e manifestuar me lokalizime të shumta bilaterale dhe me tendencë recidivonjëse. Duke marrë parasysh se mekanizmi themelor në gjenezën e kalkuleve nuk është përcaktuar ende në mënyrë të plotë dhe se shkaqet e shumta favorizonjëse nuk janë gjithmonë evidente, rastet me etiologji të konfirmuar mbeten të ralla. Simbas Fey, Legrain dhe Sifalakis, një aksident i rastit lind kalkulin; shkaku zhdukët por kalkuli mbetet. Po këta autorë térheqin vëmenjen në lidhje me faktin se roli i infeksionit në prodhimin e konkremen-tet është më i rëndësishëm nga sa është menduar deri sot. Të konfir-mohen ose jo këto fakte është një punë që e tejkalon kuadrin e studimit tonë.

Në rastet tona vlen të theksohet se për sa i përket alimentacionit, ky nuk përbën një lidhje nga shkaku në efekt. Po të marrim për shëmbëll ambientin fshatar ku ekzistojnë abuzime në drejtim të disa lëndëve ushqimore, do të vemë re se frekuanca e sëmundjes nuk ndryshon veçse në një gradë të ulët nga ajo që haset në ambientin qytetar. Nga të 60 rastet tona rezulton se 34 d.m.th. 56.6% vijnë nga ambienti qytetar dhe 26 d.m.th. 43.4% janë fshatarë. E njëjtë vërejtje mund të bëhet edhe për sa i përket seksit. Frekuencia simbas seksit është afersisht e njëlojtë me deviacione të lehta nga një anë ose nga ana tjetër simbas statistikave të ndryshme. Ne kemi pasur meshkuj 33 baras me 55% dhe femra 27 baraz me 45%.

Përsa i përket moshës në lidhje me frekuencën rezulton pasqyra e më poshtëme.

### Frekuencia simbas moshës

0 — 1 vjeç	0	0%
1 — 5 »	6	18,3%
5 — 15 »	11	10%
Mbas 15 »	43	71,7%

Duke u nisur nga të dhënat tona mund të konkludohet se një reparticion i tillë në lidhje me moshën nuk mund të ketë veçse një karakter relativ. Arësyeja qëndron në faktin se ujë numër i madh i sëmurësh mbi 15 vjet kanë patur antecedente të vjetra. Tek këta sëmundja ka dhënë simptomat e para, jo në kohën e shtrimit dhe të operimit, por shumë vjet ndërmjet disa javësh deri në 25 vjet. Nuk duhen harruar gjithashtu në këtë drejtim subjektet me një fillim recent të manifestimeve klinike, ndërsa prania e kalkulit mund të ketë kaluar për një periudhë të gjatë në mënyrë asimptomatike.

Observacionet e më poshtëme janë karakteristike:

**Obs. 1** Sh. C. 18 vjeç, kart. klinike 2333, fillon të ankohet vetëm 15 ditë para shtrimit në spital. Në antecedentet nuk konstatohet ndonjë e dhënë që të diktonte një ekzaminim të hollësishëm të aparatit urinar. Në vijim të ekzaminimeve spitalore rezulton një hydronefrozë kalkuloze bilaterale në vijim të së cilës pacientja i nënshtrohet një nefro-litotomije të djathë dhe Nefrektomisë së majtë.

**Obs. 2** f. Gj. 25 vjeç, kart. klinike 2004. Anamneza prej vetëm 4 muajsh.

Diagnoza: **Pyonefrosis calculosa sin.** Interventi: Nefrectomia.

**Obs. 3.** L.D. 17 vjeç, kart. klinike 9707. Në anemnezë rezulton një **colica renale** para 10 vjetësh. Vilon një periudhë akalimije e plotë që ndërpritet nga një **colica renale**, në vijim të së cilës ospitalizohet. Diagoza klinike dhe operative: Hydronefroze kalkuloze parciiale e djathë. Interventi: Nefrektomi e pjesës së shtesë e djathë.

Konsideracione të tillë shtrojnë probleme të rëndësishme diagnostike dhe terapeutike: në radhë të parë, në lidhje me depistimin e rasteve asimptomatike, dhe në mbajtjen e tyre në një observacion të rregulltë, dhe nga ana tjetër në shfrytëzimin e të gjitha mjeteve klinike dhe laboratorike me qëllim që të stabilizohet diagnoza pozitive e litiazës në rastet e ashtuquajtura të paqarta.

Nga pikëpamja diagnostike vlen të theksohet se prania e një kalkuli reno-ureteral duhet të verifikohet sa ma parë, përparrë se ai të ketë shkaktuar ndryshime, qofshin këto edhe të lehta në vijat urinare ose mbi parenkimin renal. Diagoza e vonuar është në shumë raste ekui-valente me humbjen e veshkës. Në këtë drejtim bashkëpunimi i mëekut internist me kirurgun ka një rëndësi të dorës së parë. Nga ana tjetër, çdo litiazë renale e diagnostikuar kërkon një eksplorim të plotë dhe të vë-mendshëm të pacientit. Ky eksplorim ka për qëllim të verë në dukje ndryshimet eventuale dhe gradën e këtyre ndryshimeve të sistemit uri-

nar, duke lejuar në këtë mënyrë që të përcaktohet drejt qëndrimi terapeutik.

Përsa i përket materialit tonë, simptomin kryesor, kolikën renale, e kemi gjetur vetëm në 41 raste d.m.th. në 69% të rasteve. Në rastet e tjera ky simptom ka qenë reduktuar vetëm në dhimbje të lehta dhe të qëndrueshme lombare. Në grupin e parë kolika renale ka qenë ose e herëshme duke e pasuar nga dhimbje të lehta e të qëndrueshme ose anasjelltas. Në këtë mënyrë janë vërtetuar raste me antecedente shumë të vjetra, por me një tablo klinike karakteristike shumë recente.

Eksplorimet tona, përvèç analizave të zakonëshme laboratorike kanë konsistuar në pielografi intravenoze, pielografi retrograde, kromocistoskopi, dozimi i uresë. Nuk është bërë dozimi i protideve, i kalciumit etj., për rëndësinë e të cilave vlen të theksohet në mënyrë të veçantë. Për mendimin tonë nuk mund të ketë një preference për një formë eksplosimi apo për një tjetër. Por rëndësia e pielografisë intravenoze kur ajo bëhen në mënyrë perfekte e tejkalon atë të manipulimeve të tjera. Pielografia retrograde jo vetëm që nuk ka indikacione në të gjitha rastet, por bërrja e saj nuk është pa aksidente. Të tilla janë refluksi pyelo-venos dhe pyelo-limfatik, të cilët përvèç komplikacioneve të lehta mund të çojnë deri në një sepsis të rëndë. Hortolomei, këshillon që pielografia retrograde të bëhet nga specialistë dhe të evitohen sa më shumë manipulimet bilaterale, përgjegjëse shpesh herë për shkaktimin e shokut, të turbullimeve të rënda reflektore, të disuris dhe të gjendjes infekcioze. Përsa i përket kromocistoskopisë Burghelle është i mendimit se në litiasat ureterale ajo jo vetëm që nuk lejon të nxirren konkluzionë të cilat duhet të diktojnë terapinë (shkaku i vonesës së kolorantit nuk është gjithmonë i precizuar) porse favorizon gfaqjen e infeksionit urinar.

Për rastet tona janë ekzekutuar 43 pielografi intravenoze, d.m.th. vetëm në 71% të rasteve. Kromocistoskopia, e cila është kryer në 37 raste ka pasur për qëllim në radhë të parë që të përcaktohet funksioni i renit të shëndoshë në rastet ku indikacioni i ndërrhyrjes kirurgjikale nuk mund të diskutohej. Pielografia retrograde është kryer vetëm në 5 raste.

Lokalizimi i kalkulit në një anë ose në anën tjetër mund të bëhet objekt studimi duke u nisur nga vëgoria anatomike. Por statistikat botërore nuk paraqesin ndonjë predileksion të veçantë. Tabloja e jonë e më poshtëme konkorden me të dhënat statistikore.

#### Lokalizimi

Rene dex.	28	46,6%
Rene sin.	24	40%
Bilateral	6	3,4%

Vendosja e kalkulit në nivelin e veshkës dhe të vijavet urinare rezulton si më poshtë:

Parenkim	13	21,7%
Pyelon-calice	22	36,6%
Ureter	14	23,3%
Vendosje multiple	9	18,4%

Në vendosjen multiple kemi parasysh lokalizimet konkomitante në ureter + pyelon, në ureter + parenkim etj.

Jo më kot insistohet për vënien e një diagnoze të herëshme dhe për

stabilizimin e indikacioneve terapeutike adekuate. Në rast të kundërt, ndryshimet në veshkë dhe në vijat urinare sikurse u tha më sipër janë të paevituara. Nga materiali janë rezulton se prishja e parenkimit renal ka ndodhur në 32 raste d.m.th. 52,9%. Grada e alteracionit pasqyrohet në pasqyrën e mëposhtëme:

Hidronefroze e lehtë			
Parciale ose e plotë	11		18,3%
Hidronefroze e theksuar e plotë	7		11,6%
Hidronefroze e theksuar parciale	8		13%
Pyonefroze	6		10%
	=	32	52,9%

Një pasqyrë e tillë bën që pikëpamja terapeutike të përqafohet takтика e re, ajo e zgjerimit më tepër të indikacioneve operative. Aktualisht shumica e autorëve janë për këtë qëndrim. Dikur indikacionet e ndërhyrjes kirurgjikale konsistonin në dhimbjet (kolikat renale), në hematurinë dhe në infeksionin. Megjithatë nuk duhet të pritet deri sa të jemi përrapa një infekzioni të veshkës ose të vijave urinare. Efektivisht, operacioni ka indikacione edhe në rastet aseptike. Infekzioni mund të vijë nga një moment në tjetrin, kurse është provuar se recidivat janë më të ralla kur interventi është kryer për kalkula aseptike. Por megjithatë nuk duhet mohuar edhe fakti se infekzioni mund të realizohet si pasoje e ndërhyrjes, mundësi shumë më e rrallë sot në epokën e antibiotikëve.

Indikacioni kirurgjikal duhet të zgjerohet sidomos në rastin e renit «të heshtur» ku prania e një kalkuli të depistuar në parenkim nuk manifestohet klinikisht në asnjë simptom. Alternacionet në këtë rast mund të vijnë në mënyrë graduale.

Përsa i përket kalkulave ureterale, indikacioni i ndërhyrjes vihet në qind për qind të rasteve. Nga një anë nuk duhet lejuar që kalkuli të fiksohet në një porcion të ureterit dhe të japë lezione skleroze ureterale dhe periureterale; nga ana tjetër nuk do të lejohet që blokimi i lumenit ureteral të çojnë në leziona sa do pak të vogla destruktive në porcionin e vendosur mbi kalkulin. Në konferencën e III. Panbashkimore të urologëve të Bashkimit Sovjetik (1958) u diskutua gjérësisht ky problem dhe si konkluzion dolli se duhet zgjeruar trajtimi kirurgjikal në litiazat ureterale duke e konsideruar këtë ndërhyrje si profilaktike për veshkën.

Lezionet ureterale si pasoje e pranisë së kalkulit në ureter mund të janë reversibile në rast se ndërhyhet me kohë. Në rastin e kalkuleve intramurale, stenoza që mund të rezultojnë si pasoje e shtyrjes së interventit, e bëjnë këtë të fundit pa efekt. Fistulat ureterale që rezultojnë janë shumë rebele karshi trajtimit dhe shpesh herë në këto raste indikohet uretero-cysto-neostemia. Si konkluzion, lokalizimet e kalkulit duke qenë të shumta, nuk mund të adoptohet një qëndrim i prerë dhe i vetëm përsa i përket interventit dhe llojit të tij, sepse kjo mvaret nga vetë eksperiencia e kirurgut. Por për kalkulet ureterale qëndrimi është një dhe i vetëm: nxjerrja sa më parë e tyre. Tentativat e nxjerrjes me anë metoda dash endoskopike, nuk janë të frytëshme me përjashtim të lokalizimeve intramurale të konkrementit.

Ndërhyrjet kirurgjikale të praktikuara në rastet tona ndahen si vijon:

Numri i ndërhyrjeve	64 prej të cilavet:
a) Nefrotomi	12
b) Pyeolotomi	14
c) Nefropyelotomi	7
g) Nefrectomi	13
d) Nefrectomi parciiale	3
dh) Ureterotomi	13
e) Nefrotomi-uretero-tomi kombinuar	2

Sikurse shihet një përqindje e madhe e ndërhyrjeve konsiston në nefrektomi. Këto janë raste pyonefrozash kalkuloze ose destruktive hidronefrotike në grada shumë të avancuara. Duke adoptuar një qëndrim sa më shumë konservativ, në tre raste është kryer vetëm nefrektomia parciiale ndërsa në rastet e tjera me një gradë jo shumë të avancuar hidronefroze, ndërhyrja është kufizuar vetëm në nxjerrjen e kalkulit, duke menduar të paktën me mundësinë e ndalimit të procesit destruktiv në parenkim. Një qëndrim i tillë ka kundërshtarë të cilët logjikisht pretdojnë se një hidronefrozë është dhe mbetet gjithmonë një ambient i favorshëm për formimin e kalkuleve. Sidoqoftë, pjesa më e madhe e urologëve janë për interventet konservative, duke rezervuar nefrektominë vetëm në rastet ekstreme. Përsa i përket metodikës së operacioneve, është ajo që përshkruhet në të gjitha traktatet klasike të urologjisë. Për ureterotomitë dhe në shumicën e pylotomive nuk është proceduar në qepjen e tyre. Në dy raste është pyelotomia **in situ**; në dy raste është bërë nefrektomi subkapsulare dhe në një rast, nefrektomi **par morcellement**.

Dekursi postoperativ ka qenë në përgjithësi i rregullt edhe në rastet e rënda me sepsis. Mesatarja e ditëqëndrimit mbas operacionit ka qenë rrëth 15 ditë. Në dy raste ureterotomie dhe në një rast pyelotomie ka rezultuar fistulë urinare persistente deri afersisht një muaj. Mbyllja e fistulës është bërë në mënyrë spontane. Letaliteti konsiston vetëm në një rast. Është fjala për një fëmijë në moshën dy vjeç mbas një nefrolitotomie. Në mbrëmjen e ditës së operacionit, fëmija bën një hipertermi **41°**, e cila nuk qe e mundur të dominohej me gjithë ndërhyrjet e zakonëshme. Në autopsi nuk u gjent apsolusht asgjë që të mund të justifikonte mbarimin letal.

Në dalje, të sëmurëve u është rekomanduar që të paraqiten në rast se rifillojnë shqetësimet më të vogla. Në fakt, vetëm 3 të sëmurë janë paraqitur me recidive. Kontrollimi i rasteve të tjerë përbën objektin e një studimi tjetër.

Nga sa u paraqit më sipër rezulton se:

1) Diagnoza e herëshme dhe përcaktimi korekt i gjendjes funksionale të renit është një detyrë imediate. Ndryshimet që ndodhin si pasojë e pranisë së kalkulit mund të zhvillohen shumë ngadalë por edhe në mënyrë çuditërisht të shpejtë. Më në fund ato mund të zhvillohen në mënyrë të heshtur. Duke pasur parasysh këto fakte del vet vetiun nevoja e dispanserizimit të pacientëve litiazikë «të qetë» si dhe pacientëve akalkuozë por që në antecedentet e tyre kanë pasur të paktën një kolika renale.

2) Trajtimi kirurgjikal duhet të shtrije më tepër indikacionet e veta. Shtyrja e interventit nuk mund të justifikohet plotësisht me adoptimin e një qëndrimi tjetër terapeutik. Nuk mund të lejohet as ekspekta-

tiva deri në eliminimin spontan të kalkulit as manipulimet e ekzagjeruarë që kanë për qëllim nxjerjen e gurit në mënyra konservative. Më në fund nuk duhet të ekzagjerohet roli i kurës hydro-minerale; indikacionet e saja duhet të përcaktohen në mënyrë racionale duke e bërë atë një ndihmëse të kurës kirurgjikale.

3) Problemi i nefrolitiazës paraqitet në aspekte të shumta dhe është një burim studimi i shumëanshëm. Duke marrë parasysh frekuencën e madhe të sëmundjes në vendin tonë, duke u nisur nga fakti se tanë më ekziston një shërbim special urologjie, janë të gjitha mundësítë që këtij problemi t'i kushtohet një vemendje e vegantë.

(Paraqitur në Redaksi më 14-1-1962)

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

1. **BURGHELE** — Tratamentul chirurgical al litiazei ureterale (Chirurgia Nr. 3 maj-qershor 1959 Bukuresht).
2. **BURGHELE** — **VLAD — GOLDSTEIN**. Nefrectomia partiala. Principe, indikacionet rezultatet. (Chirurgia Nr. 3 maj-qershor 1957, Bukuresht).
3. **F. DECAUX** — Biotypologie et lithiasis renale. (Presse Med. Nr. 46 8 qershor 1957). Paris.
4. **B. FEY — M. LEGRAIN — J. SIFALAKIS** — La lithiasis renourérale calcique. (Presse Med. 27 frur 1957; 9 mars 1957. Paris).
5. **HORTOLOMEI** — Urologia-manual i Fakultetit të Mjekësisë Bukuresht.
6. **HAYRULLAH KACAOGLU** — Calculs ureteraux bilatéraux traités par L'uretero-cysto-neostomie. (Presse Med. Nr. 41 27 maj 1957 Paris).
7. **GH. OLANESCU — FINGHERHUT — GEORGESCU**. Cercetari asupra patogenie lithiazei urinare. (Kirurgia Nr. 1 janar-shkurt 1957 Bukuresht.)

## REFLEXIONS ON THE SURGICAL TREATMENT OF RENO-URETERAL LITHIASIS

(Summary)

This work is based on 60 cases operated for reno-ureteral lithiasis. In view of the fact that more than half of the patients presented parenchymatous kidney alterations of a rather advanced stage, the author considers early and correct diagnosis very essential for the outcome of the sickness; he also finds necessary the right evaluation of the indications for surgical intervention.

Mentioning especially the asymptomatic forms and those with few or late clinical manifestations, which have gradually undergone serious alterations of the renal tissues, the author insists on the necessity for a dispensary service for all the patients with kidney troubles. The author is in favor of a systematic surgical intervention even in the aseptic cases of calculosis, explaining his point of view with the fact that a considerable number of the operated patients, although with short case histories, have presented extensive lesions of the kidneys, which must have occurred during a long asymptomatic period.

## **MBI ULCERAT E PERFORUARA TË STOMAKUT DHE DUODENIT (Kontribut kliniko-statistikor)**

**BESIM ELEZI**  
**Katedra e Kirurgjisë Hospitaliere**

Perforacioni i ulceres së stomakut dhe duodenit përbën një nga komplikacionet më serioze dhe më të shpeshta të sëmundjes ulceroze, prandaj ky problem preokupon pa rreshtur mjekët praktikë.

Qysh kur Grossius (1695) përshkroi për herë të parë klinikisht ulceren e perforuar, shumë punime janë bërë dhe meqjithatë ky problem nuk është vjetruar kurrë, si nga pikëpamja teorike ashtu edhe praktike.

Johan Miculicz në vitin 1880 operoi pa sukses një peritonit nga perforacioni i stomakut, kurse Heussner qepi me sukses një ulcer të perforuar të stomakut. Në vitin 1902, pasi J. Pean dhe T. Billroth kishin hedhur themel e kirurgjisë gastrike, Keerly kreu me sukses rezeksionin e stomakut tek një i sëmurë me **ulcus perforatum**.

Në Shqipëri Dr. O Jonuzi pohon se ka operuar një numur rastesh vetëm me suturë, ndërsa më 13.I/1937 docent Hoche ka bërë me sukses rezeksionin e stomakut tek një i sëmurë 30 vjeçar me ulcer të perforuar të duodenit. Të dhëna të tjera historike më të vjetra ne nuk disponojmë.

Në periudhën 10 vjeçare 1950-1959, në spitalin e përgjithëshëm civil të Tiranës janë operuar 140 të sëmurë me **ulcus perforatum**. Në vitin 1957-1958 ulcera e perforuar zen vendin e katertë (4,18%) pas appendicitit acut (65,5%), hernieve të inkarceruara (11,5%) dhe ileusit (8,95%) midis 716 të sëmurëve të operuar me «abdomen akut».

Nga 938 rezeksione stomaku, të kryera për **ulcus ventriculi et duodeni**, perforacioni i ulceres ka qenë si indikacion në 16,7% të rasteve (grafiku 1).

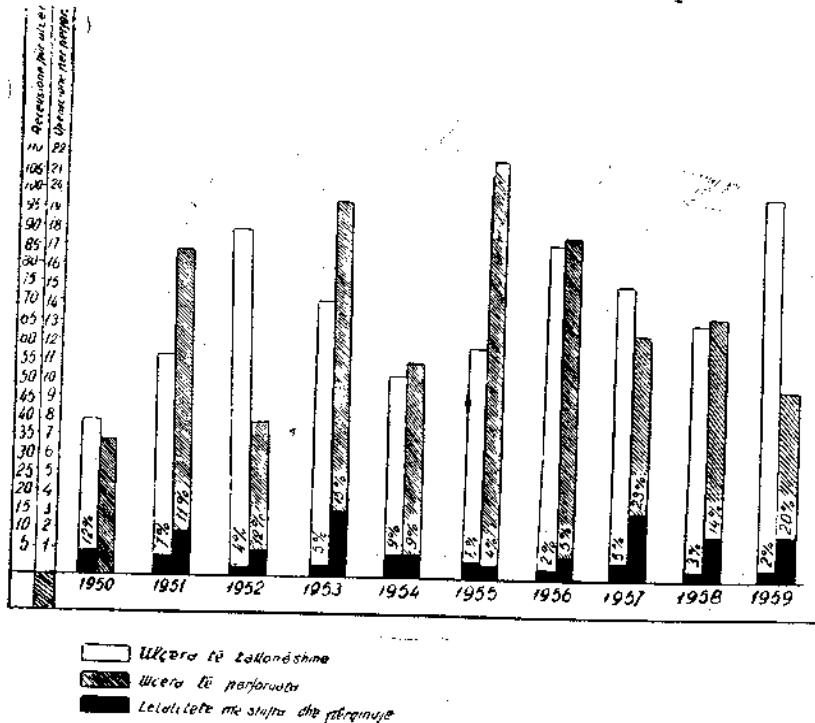
Në grafikun 1 paraqitet numuri i operacioneve për ulcerat të stomakut dhe duodenit në përgjithësi dhe për perforacion të tyre, sipas viteve. Përveç një tendencë të lehtë të pakësimit të ulcerave të perforuara vitet e fundit paralelisht me një shtim të lehtë të numurit të rezeksioneve për ulcerat të tjera, nuk vihet re ndonjë regularitet tjetër. Numuri më i madh i perforacioneve vihet re në vitin 1955.

Të dhëna analoge jep edhe Belicë, në një seri prej 100 të sëmurësh.

Shkaqet e këtij komplikacioni mbeten të pa sqaruara plotësisht, ashtu si edhe vetë origjina e sëmundjeve ulcerozë. Shumë autorë kanë përshkruar një seri arësyesh, që simbas tyre kondicionoinë perforacionin. Toupet, Duval e Menegaux akuzojnë traumatizimin, të tjerë ushqimin e bollshëm ose anasjellitas stomakun e zbrazur.

Në 24 të sëmurë të operuar në vitet 1958-1959 perforacioni ka ndodhur mbas abuzimit në diete dhe pije alkoolike në dy raste pas një dreke ose darke të bollëshme në 8 raste, në sfondin e një riakutizimi periodik disa ditësh të ulceres në 5 rastë. Belet Bager shkruan se aksidenti ndodh më tepër në fund të tretjes, pas dreke. Bushja e stoma-

kut nuk shërbën si shkak mekanik për perforacion simbas mendimit të shumë autorëve megjithate ka përshkrime të perforacionit dhe pas ekzaminimit rentgenoskopik (Stuger 1 rast, ndërsa Panek 8) raste, 4 nga të cilat gjatë ekzaminimit dhe 4 pas disa orëve më vonë). Interes kazuistik paraqet edhe rasti i mëposhtëm i vrejtur në spitalin t'oni:



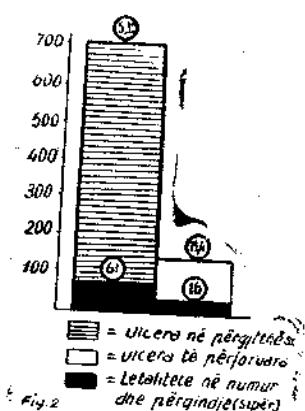
Grafiku 1. — Numuri absolut dhe relativ i operacioneve për ulcerus ventriculi dhe duodeni, për perforacione dhe letaliteti gjatë viteve 1950-1959.

OBS. 1. — E sëmura Xh. K. vjeç 32 me shqetësimë dispeptike ekzaminohet në radioskopi në poliklinikë në nëndor 1957. Gjatë ekzaminimit konstatohet ulcerus duodenii me periduodenitis. Në fund të ekzaminimit e sëmura ndjen një dhimbje të fortë në bark dhe bije në kolaps. Është transportuar në spital operohet urgjent për **ulcerus perforatum duodeni**. Në kavitetin peritoneal vihet re sulfat bariumi. Del e shëruar.

Por grada e mbushjes së stomakut ka rëndësi më tepër sepse kondicjonon deri diku gradën e mbushjes së kavitetit peritoneal.

Shumë autorë kanë theksuar shtimin e numurit të perforacioneve gjatë luftës (Stewart, Wensler, Judin), ashtu si edhe vetë shtimin e ulcerave.

Studimi i ulcerave të perforuara mund



Numuri dhe përqindja e rezekcioneve të stomakut për ulcerë, për perforacione dhe letaliteti përkatës për 10 vjet:

të shërbejë si një tregonjës objektiv i reportit të seksit, moshës, lokalizimit, sepse grumbullimi i materialit, nuk mvaret nga asnjë rrethanë tjetër, por nga domosdoshmëria e padiskutueshme për hospitalizim.

Shumica absolute e statistikave flasin për numurin më të madh të ulcerave të perforuara në burra. Edhe në të sëmurët tonë rapporti midis sekseve nuk dallohet nga statistikat e tjera (grafiku 3).

Ka të dhëna (Riley, Illingworth), që në shekullin e kaluar kanë qenë më të shpeshta perforacionet në gratë e reja. Statistikat e Institutit të ndihmës së shpejtë «Sklifosovski» tregojnë për shtimin absolut dhe relativ të perforacioneve në gratë gjatë luftës, për shkak të hikjes në front të burrave me moshë të re dhe mesatare (mosha që preket më shpesh nga ulcera), si dhe për shkak të shtimit të preokupacioneve të gjithanëshme që imponon situata e luftës.

Ulcera është sëmundje e moshës mesatare. Kjo vihet re dhe në grafikun Nr. 4, kulmi i të cilit arrin në dekaden e 5, pas asaj vjen dekada e 4 dhe e 6. Asnjë i sëmurë nuk ka qënë nën moshën 10 vjeç, vetëm 5 të sëmurë kanë qënë mbi 70 vjeç dhe të gjithë me ***ulcus ventriculi***. I sëmuri më i ri ka qenë 14 vjeç dhe më i vjetri 82 vjeç.

Karakteri sezonal i ulceres është një vëçori e mirënjohur e dekursit të saj. Edhe perforacionet që invaren shumë nga periu-dhat e riakutizimit, vihen re më tepër në vjeshtë dhe në pranverë. Në grafikun 5 vihet re që numuri më i madh i perforacioneve ka ndodhur në mars dhe tetor. Numuri më i vogël është vënë re në qershori, korrik, dhe dhjetor.

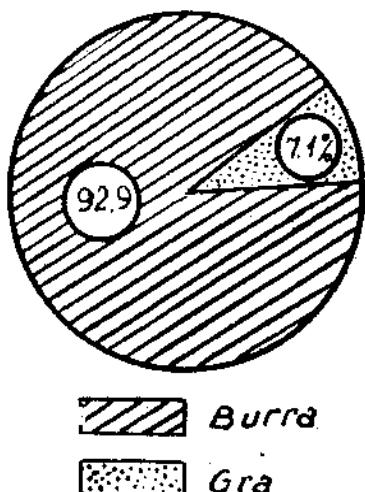


Fig. 3

Grafiku 3. Raporti midis sekseve në përgjindje.

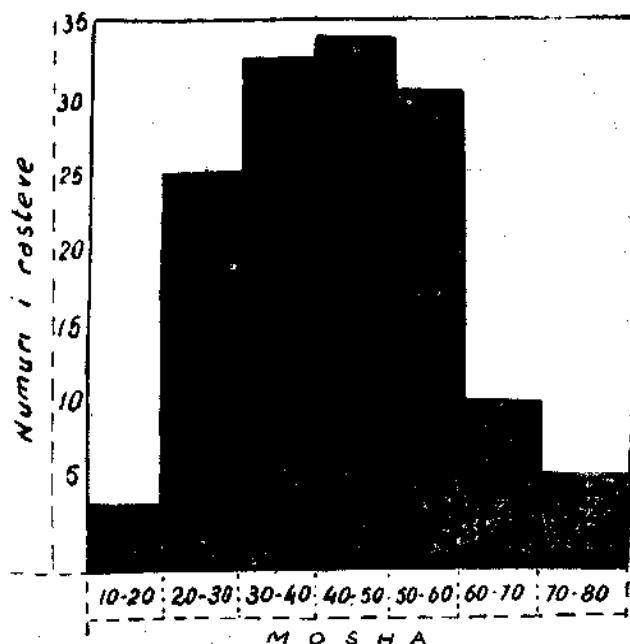


Fig. 4

Grafiku 4. Ndarja e të sëmurëve simbas moshës.

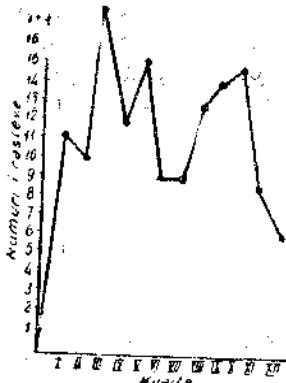


Fig. 5

Grafiku 5. Perforacionet sipas muajve.

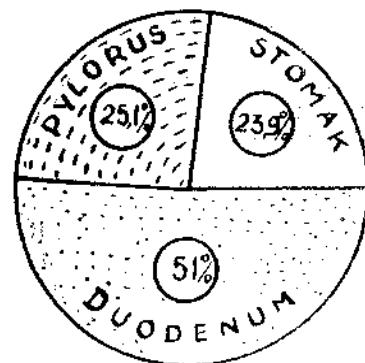


Fig. №6

Grafiku 6. Lokalizimi i ulcerave të perfokuara në përqindje.

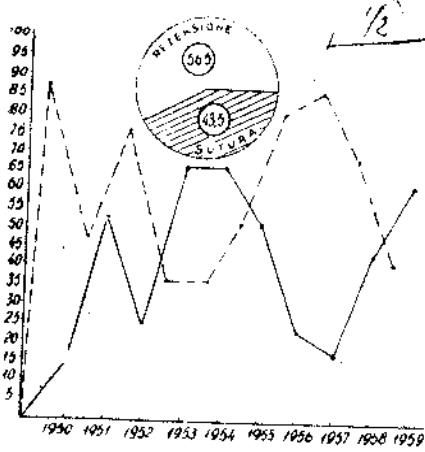
Në lidhje me lokalizimin e ulceres ekzistojnë kriterë të pasaktë klasifikimi. Judini dallon dy lokalizime kryesore: ulcera të duodenit (91,6%) dhe ulcera të kurvaturës së vogël (8,46%). Paraqitet i vështirë kategorizimi i të ashtuquajturave ulcera të pylorit. Për shkak të ndryshimit të madh të anatomisë shumë ulcera prepylorike, të stomakut dhe ulcera e porcionit të sipërm të duodenit konsiderohen si ulcera të pylorit. Në kategorizimin e më sipërm jemi bazuar në protokollet e operacioneve të shkruara nga shumë kirurgë, prandaj nuk përjashtohet mundësia e pranisë së elementeve jo objektive në raportin midis lokalizimeve të ndryshme të ulcerave.

Përqindjet e grafikut Nr. 6 janë mjaft të ngjashme me ato të Mondorit (stomak 37,8%, pylorus 19%, duodenum 43,2%) por ndryshojnë shumë nga të dhënata e cituara më sipër të Judinit, ose nga të dhënata e I.I. Neimarkut, në drejtim të kundërt (duodenum 30%, stomak 70%) dhe shumë autorëve të tjerë.

Në këtë seri observacionesh bën pjesë edhe një ulcerë peptike e jejunumit, pas gastroenteroanastomozes, e perfokuar, gjë që është një komplikacion i shpeshtë i ulcerave peptike (4.5% sipas Perrotin, Hollender, 1-2% sipas autorëve të tjerë). Të sëmurit ju bë suturë me rezultat të mirë imediat. Nië i sëmur me ulcer peptike pas rezeksionit të stomakut vdiq pas degastroenteroanastomozes.

Përsa i përket klinikës se perfokacionit dihet mirë se është vështirë të gjesh në klinikë kuadër më të pasur dhe në të njejtën kohë më dramatik.

Në kuadrin shumëngjyrësh dhe morinë e simptomave duhet të



Grafiku 7. Kurba e rezeksioneve dhe sutureve përföracione sipas viteve (në përqindje) dhe në përgjithësi (sipër).

veçohen ato që bien në sy, më tipiket, më të zakonëshmet, më të rëndësuarat. Mondori ka veçuar triadën e njih të famësh m: dh.m..ja, kontraktura dhe anamneza ulceroze. Por të përcaktuar intensitetin e sh.m..jes «në të gjitha gjuhët përdoret superlanvi» shkruan Herizier, goditje me thikë (coupe de poignard) e quan Dieulafoy.

Kontraktura që konsiderohet me të drejtë si «super-simptom i gjithë katastrofave abdominale» është e shprehur shumë qartë sa që jo më kot përdoret në të gjitha gjuhët ekspresioni «bark drase».

Para një të sëmuri me perioracion pyetjet janë shumë herë të tepërtat, ai u përgjigjet pa qejt dhe shpesht në mënyrë të gabuar, kushtu që të dhënat e anamnezës janë shpesht relative dhe duhet të plotësohen me pyetje direkte dhe indirekte familjarëve që e shoqërojnë. Nga 24 të sëmure të operuar në vitet 1958-1959 anamneza ulceroze është pohuar nga 10 të sëmure dhe është mohuar nga 8 të tjerë. Në 6 histori semundjesh nuk jepen shënime. Sipas shumë autorëve (Judit, Mondor, Gross, Graham, Willmoth, Bryek), që jepin statistika të mëdha, anamneza ulcerioze është vënë re në 80-90% të rasteve. Numuri i vogël i anamnezave ulceroze në rastet tona të pakta mund të shpjegohet me nënvëflësimin dhe negligimin e kërkimit të saj, kur ekzisto, në shenjat e tjera të sëmundjes. Shumë të sëmure nuk drejtojnë vëmëndjen në shqetësimet e parëndësishme dyspeptike, që krijojnë një «natyrë të dytë» për deri sa perforacioni të bjerë si rrufe në këtë «qiel» pak të vrejtur. Shumë nga të sëmuret pohojnë pas operacionit për ekzistencën e shqetësimeve të ndryshme në të kauvarën; gjë që e kanë mohuar në çastin e pranimit.

Me gjithë klinikën shumë democstrative gabimet diagnostike janë të shpeshta.

Nga 24 të sëmure të operuar në vitet 1958-1959, 15 prej tyre janë shtruar me diagnoza të tjera midis të cilave me **colica abdominalis** (9), **appendicitis acuta** (5), **colica hepatica** 1 dhe **ileus** (1). Por kjo divergencë nuk ka rëndësi të madhe praktike në kuptimin që edhe diagnozat e mësipërmre janë alarmante dhe e bëjnë të sëmuren të shkojë në kirurgji. Fatalë janë ato gabime diagnostike që cojërë në akstenim operator. Ja një rast ku mos venia e diagnozës ka kushtuar shtrenjt.

OBS. 2. — I sëmuri R.D. v. 57. Në orën 13 ndjen dhimbje të forta si thikë në epigastrium, marrje mendsh, djersë të ftohta. Në anamneze asnjë shqetësim gastrik.

Prej viti 1932 vuan nga nefrolitaza me **colica renalis** të herë pas hershme (të ndryshme nga dhimbjet e tashme). Prej viti 1942 vuan nga **diabetes mellitus** për të cilin kurohet periodikisht. Vuan nga hypertensioni (130/65 mmHg) me kriza stenokardike të herë pas herëshme. Prej viti 1946 vuan nga **T.B.C. fibrocavernosa dex**.

Objektivisht gjendja e pacientit paraqitet e rëndë. Ka cianozë të lehtë në buzët dhe merr frymë shpesht e me ndërrprerje. Tonet e zëmrës të qarta e me zhurmë sistolike me apex dhe aksentin të tonit të dyte në sorte.

Indi adipoz subkutan i zhvilluar, gjë që pengon palpcionin që konstaton jo qartë rigiditet muskular në epigastriumin dhe dhimbje në llozhen renale të diathtë.

Me gjithë moshën dhe sëmundjen, pacienti shkon me këmbë në kabinetin e rontgenit, ku nuk zbulohet pneumoperitoneum, por **calculosis renalis dextra**.

Dyshimet ishin të shumta në këtë pacient «muze» sëmundjesh, por

syri klinik nuk dalloj dot përtëj mjergullës së kombinacioneve të patologjisë, ate që është shkaktare e vuajtjeve të tashme të të sëmurit, perforacionin e një ulcere memece të duodenit. U deshën 12 orë observimi që i sëmuri të operohet (suture) me diagnozën e sigurtë peritonitit difuz nga perforacioni. Mbas gjashtë ditësh anatomo-patologu mbylli historin e sëmundjes me fjalët: **Dehiscentia suturarum duodeni. Peritonitis biliaris circumscripta. Bronchopneumoni bilateralis hypostatica. Calculosis renalis dextra et hydronephrosis. Emphysema pulmonum. Atherosclerosis. Myocardiosclerosis. Comma diabeticum.**

Në rast se gabimet diagnostike në konditata e ndihmës hospitaliere të specializuar numurohen me gisht, mjeku i ambulancës ose i shtëpisë duhet të kujtojë gjithmonë se një gabim diagnostik do të thotë dënim me vdekje për të sëmurin. Përveç ekzaminimit të përciptë dhe formave atipike, mund të çojë në gabime diagnostike dhe ekzaminimi i të sëmurai në të ashtuquajturën fazë të «mirëqënies» fiktive, ose fazë «të pa besë» kur shpesh edhe kirurgët me eksperiencë i bren dyshimj kur ndodh që të shohin të sëmurin, që i kanë vënë diagnozën **ulcus perforatum**, të shkojë me këmbët e tij në sallën e operacionit dhe ti thotë doktorit se e ndjen vehten më mirë?!

Appendiciti akut mbetet gabimi më i madh diagnostik përsa i përket frekuencës. P.sh. nga 24 të sëmuret e viteve 1958-1959 8 janë dërguar me diagnozën **appendicitis acuta** dhe tre prej tyre janë hapur me incision Mac Burney. Gabimi rrjedh nga disa ngjasime të njohura të kuadrit klinik dhe ka rëndësi se nga një herë mund të çojë në një apendektomi të kotë, pa drejtuar vëmëndjen në likuidin viskoz dhe të verdhë që vjen nga lart. Një kombinacion ekspesional është perforacioni i apendiksit dhe i ulceres në një kohë, gjë që kërkon eksperiencë dhe mprehtësi të madhe observacioni për ta konstatuar edhe gjatë operacionit. Një rast i tillë është operuar gjatë kësaj periudhe.

Në fazën e peritonitit difuz, diagnoza diferencale është shumë e vështirë, siç shprehet në mënyrë figurative J.J. Xhanelixe «kur ka marrë zjar gjithë shtëpija është vështirë të gjendet burimi i zjarrit».

Dihet mirë mvartësia e fatit të të sëmurai nga ora që paraqitet në spitalë dhe operohet. Roli i mjekut që shikon për herë të parë të sëmurai në këtë rast është i madh. Në vitet 1958-1959, 12 të sëmure janë paraqitur dhe operuar brenda afatit 1-6 orë, katër të sëmure në afatin 6-12 orë, pesë të sëmure në afatin 12-24 orë dhe 2 të sëmure në afatin 24-48 orë. Vetëm në dy raste nga të 11 të sëmuret e ardhur më vonë se 6 orë mjekët nuk e kanë rekomanduar të sëmurai për në spital, ndërsa në rastet e tjera vonesa është shkaktuar nga zhvillimi klinik jo violent ose lënia pas dore e sëmundjes.

Vështirësi diagnostike paraqesin të ashtuquajturat perforacione të mbyllura, të pëershkrura për herë të parë nga Schnitzler në vitin 1912. Ulcera mund të mbyllët plotësisht ose pjesërisht nga omentumi, hepari, vezika biliare, zorrët etj.; ato përbëjnë 3,7% të të gjitha perforacioneve sipas Ornatsky. Dy raste janë vënë re gjatë kësaj periudhe; një perforacion i kurvaturës të vogël i bllokuar nga omentumi dhe një rast shumë i rallë i një perforacioni të duodenit i mbyllur nga një *diverticulus* Mecheli i gjatë rrëth 15 cm. Mbas rezeksionit të stomakut dhe të divertikilit, i sëmuri doli i shëruar. Të dy të sëmuret kishin shqetësimë gastrike prej disa ditësh dhe operohen me fenomenet e peritonitit cirkumskript.

Behrand në vitin 1930 shkruante se «ulcerat e perforuara japid shumë rrallë hemoragji, ndërsa ulcerat hemoragjike perforohen vetëm në raste të jashtëzakonëshme». Ky kombinim me gjithëse i rrallë vihet re dhe ka prognoze të keqe (19 raste të Neimarkut përfunduan të gjitha në vdekje). Hemoragjia dhe perforacioni mund të ndodhen në të njejtën kohë nga një ulcer ose nga ulcera të ndryshme në një kohë ose pas njera tjetrës. Dy raste janë operuar gjatë kësaj periudhe në spitalin tonë, një perforacion ndodhi në sfondin e hemorragjisë dhe një hemoragjji profuze nga një ulcer e dytë (kissing ulcers) pas sutures së perforacionit të ulceres së parë. Po japid shkurtimisht historin e sëmundjes:

OBS. 3. — E sëmura E.B. vjeç 49 shtrohet në spitalin me diagnozën lleus, dhe ankime për dhimbje të forta barku, temperaturë të lartë, vjellje dhe pamundësi të eliminimit të feceve dhe gazeve. Sëmundja është filluar prej 13 orësh. Pa anamnezë ulceroze. Objektivisht indi adipoz tepër i zhvilluar, gjuha e thatë, pulsi 92 në minutë. Defens musculaire difuze. Blumberg pozitiv i theksuar pneumoperitoneum. Me diagnozën peritonitis diffusa merret në operacion, konstatohet një sasi e madhe likuidi puriform bilor dhe një ulcer e perforuar e paretit anterior të duodenit. Suture e perforacionit. Tri ditë dekursi postoperator pa komplikacione. Të katërtën fillon haematemesis me sasi të madhe, pas disa orësh mele-na dhe më vonë gjak i kuq. Ulet tensioni 80/50mmHg. Me gjithë transfuzionet, hemoragjia vazhdon dhe gjendja e të sëmurës keqësohet. Relaparotemi dhe rezekcion stomaku. Konstatohet një ulcer hemoragjike e paretit posterior të duodenit. Vdes tre orë pas operacionit në gjendje të rëndë të shokut hemorragjik.

Një operacion të këtij lloji ka përshkruar Struhova dhe një tjetër I.I. Neimark në serinë e 19 observacioneve me hemoragji dhe perforacion.

Në rast se në formën tipike të perforacionit diagnoza vihet pa vësh-tirësi, disa forma të veçanta klinike, shpien në gabime diagnostike.

Vitet e fundit në spitalin tonë përdoret pothuaj gjithëmonë rentgenoskopja preoperatorre pa kontrast, e cila ndihmon shumë në skjarimin e diagnozës.

Dihet mirë që më shumë se në çdo sëmundje tjetër diagnostikimi i hershëm dhe takтика e drejtë, në ulceren e perforuar, janë garanci për sukses.

Perforacioni i stomakut ka qënë dhe mbetet një indikacion absolut për ndërhyrje operative. Tentativat e Turner (1945), Taylor (1946), Mazzolini (1949), J. Quenu (1950) etj. për ti dhënë «të drejta qytetarije» metodës konservative të injekimit të perforacioneve nuk janë kurorëzuar me sukses. Kjo metodë që konsiston në aspiracionin e vazhdueshëm dhe futjen e antibiotikëve konsiderohet sot nga shumica e autorëve si metodë jo progresive, e rrezikshme, plot komplikacione me letalitet të madh. Ajo nuk siguron apsiracion të plotë të përbajtjes së stomakut, nuk mund të sigurojë imbylljen e ulcerave të mëdha, kalloze dhe bën që të humbë koha më e çmuar për operacion. Përdoret si preqatitje e të sëmurëve për operacion, gjatë transportimit për në spitale, në gjendje ekstremisht të rëndë të të sëmurit, ose në kondita ku nuk është e mundur ndihma kirurgjikale (luftë, lundrim, ekspeditë).

Në rast se ndërhyrja nuk diskutohet, lloji i operacionit është shumë i diskutueshëm. Nuk pushojnë kurrrë polemikat në shtyp, në konferencë dhe kongrese, midis përkrahësve të suturës së thjeshtë dhe atyre që këshillojnë rezekcionin primar.

Parulla me vlerë universale «ndërhyrja minimale është rrezik minimal në qdo rast abdome ni akut» është transformuar në dogmë nga shumë partizanë të suturës së thjeshtë. Të tjerë argumentojnë qëndrimin e tyre konservator me parullën e vjetër se «perforohen ulcerat që janë duke vdekur» ndërsa Brenner shkruan se «ulcerat memece lindin me perforacion dhe vdesin me suture».

Autorë të tjerë akuzojnë edhe rezeksionin si metodë e mjekimit të ulceres duke përmendur pasojat e largëta «jo të lavdishme»: sindromin e stomakut të vogël (25%), sindromin e anses aferente (refluksi biloz), stomitet dhe gastritet (8%) ,dumping syndrome, ulcerat peptike, zhvillimin e tuberkulozit pulmonar, uljen e kapacitetit për punë (9%, prej tyre 4% definitivisht). Të gjitha këto komplikacione (sipas R. de Verneuil, E. Henry, et R. David) duhet të shërbejnë si kufizim për rezeksionin në përgjithësi dhe në veçanti për mjekimin e ulcerave të perfokuara.

Më në fund duke krahasuar statistikat e letalitetit, përkrahësit e sutures përfundojnë: «I sëmuri me perforacion ka të drejtë të shpëtohet nga vdekja e tij imediate me një metodë që garanton rrezikun minimal» (Ciminata).

Anestezia moderne, antibiotiket, përpunimi i teknikës e zvogëluar shumë rrezikun e rezeksionit të stomakut që tani është bërë rutinë edhe në repartet e vogla të kirurgjisë. Me qenë se rezeksioni është afirmuar tashma si metoda më efikase e mjekimit të ulceres dhe në të njejën kohë e pa rrezikëshme në duar të sigurta, në kondita të përshtatëshme dhe me indikacione të caktuara, shumë kirurgë propagandojnë rezeksionin primar në mjekimin e ulcerave të perfokuara.

Sutura konsiderohet si një «komprcmis midis sëmundjes dhe jetës» (Judit S.S.), që le në vend ulceren dhe rrjedhimisht nuk eviton pasojat e saj të largëta që nuk janë aspak të «shkëlqyera». 124 reintervente nga sutura (I.I. Neimark) për persistence të ulceres, recidiv të ulceres, formimi i ulcereve të reja, penetrim i ulceres, malinjizim i ulceres së qepur, perforacion i përsëritur, stenozë pyloro — duodenale, gastro — duodenite, hemoragji të vonëshme.

Përqindja e reinterventeve lëkundet midis 50-60% sipas autorëve të ndryshëm. Kështu sutura konsiderohet si një intervent me prognoze të mirë **quoad vitam** dhe të keqe **quoad valetudinem**.

Por rezeksionistë absolutë nuk ka. Ka vetëm kirurgë me prirje radikaliteti, të shprehur në grada të ndryshme, në mvartësi nga veçoritë subjektive (pregatitja) dhe objektive (konditat). Ata mendojnë se sot në kushtet e zhvillimit modern të kirurgjisë, me anestezinë moderne dhe antibiotikët, pozita konservatore ekstremiste është e pa justifikuar. Për këtë arësy duhet të shtrihet më gjërë rezeksioni në mjekimin e ulcerave të perfokuara, duke peshuar mirë të gjitha pro-të dhe contrat për këtë metodë mjekimi. Asnjë kriter nuk është universal ose absolut. Vetëm studimi i hollësishëm i të dhënave objektive (gjendja e të sëmurit, asistenca, gjaku etj.) dhe subjektive (gjendja shpirtërore e të sëmurit, eksperiencia dhe aftësitë teknike të kirurgut) mund të çojë në një zgjedhje të drejtë të problemit të vjetër dhe të ri: «rezeksion apo suturë?».

Si gjithëmonë midis ekstremeve ekziston edhe rruga e mesme që skematikisht paraqitet nga Cavina dhe në vija të përgjithëshme përkrahët nga shumë autorë:

## Indikacionet për rezekcion sipas Cavina-s:

1. Ulcerat e stomakut, sidomos kur janë kalloze.
2. Ulcerat pylorike che duodenale me parete të inflamuara dhe konxhesive ose me një zonë të gjërë kalloze, në të cilat sutura është inetikase, dhe jo e sigurtë.

### 3. Perforacionet e përsëritura.

4. Perforacionet me hemorrhagi progresive ose në aktivitet.

5. Kur ekzistojnë ose dyshohet për ulcera multiple.

6. Në stenoza pyloro-duodenale me gastrektazi sekondare.

### Kundërindikacionet për rezekcion (sipas të njejtit autor).

1. Gjendja e rëndë e përgjithëshme e pacientit (subjekte obeze, pletonike, me sëmundje akute ose kronike të përgjithëshme, subjekte alkoolike ose kur pacienti është në gjendje të rëndë shoku e peritoniti etj.).

2. Kundërindikacione që mvaren nga kondita anatomike lokale, që vihen re kur hapet abdomeni. Të tilla janë p.sh. sasia dñe cilësia e versamentit peritoneal si edhe grada e përhapjes së tij.

3. Në ulcerat gastrike të larta ose në ulcerat duodenale të thella, edhe kur mund të bëhet rezeksioni këshillohet sutura.

4. Kur në një repart kirurgjie për arësyen të ndryshme nuk mund të bëhet operacioni i rezekzionit të stomakut.

Autorë të tjerë janë të mendimit se në subjekte të rinj, në ulcerat memece ose në ata që merren me punë të rëndë fizike, dunet të preferohen sutura. Nuk duhet të harrohen dhe mundësítë reale që pacienti do të ketë pas suturës për të mbajtur regjimin përkatës kurativo-dietetik.

Në grafikun 7, ku paraqiten kurbat e rezekzionit dhe e suturave në përqindje sipas viteve dhe në përgjithësi nuk vihat re ndonjë ngrijë ose ulje e kurbës së rezeksioneve ose suturave me kalimin e viteve. Ngrijet dhe uljet në vite të vëçanta janë kondicjonuar kryesisht nga kontingenti i të sëmurëve.

Ajo që bie në sy është se taktika ka tendencë «aktive» me 56,5% rezekcion dhe 43,5% sutura, përqindje që vetem pak mbetet mbrapa statistikave të Institutit «Sklifosovski», që shquhet për «radikalitet» me përqindje rezeksionesh para lufte 73% gjatë luftës 47%, pas luftës 67,5% (S.S. Judin). Kjo diferençë humbet një pjesë të rëndësise për shkak të kushteve të pa barabarta (të shumëanëshme), të dy Institucioneve që kraharen. Kështu që tipari aktiv i taktikës që ndiqet në këtë spital ëdhe qartë në evidencë. Kjo taktikë ndryshon nga ajo e «rezekzionistëve» të moderuar (me përqindje rezeksionesh 20-30% — W. Thorban, C.K. Sthaanning etj.), si dhe nga e «rezekzionistëve» super-aktive, (me përqindje rezeksionesh 90% — Solve Richter etj.). Rezekzioni primar i stomakut përbën 51,6%, sipas të dhënave të shumë autorëve (E.I. Gelfgat, I.G. Koçergin, Aleksandroviç).

Pa u ndalur hollësishët, po parashtrojmë disa aspekte me karakter teknik:

Në përputhje me mendimin e shumicës së autorëve, edhe tek në narkoza inhalatore konsiderohet si metoda më e preferuar (102 raste, 7 prej tyre eter me oksigjen), ndërsa anestezia lokale (27 raste) është përdorur kryesisht në pertudhiën e «entuziazmit» për këto lloj anestezji. Në 11 raste anestesi lokale ka qenë e pamjaftueshme dhe është plotësuar me eter.

Laparatomia mediane është bërë pothuaj në të gjitha rastet përvet 5 rasteve ku është filluar incizioni Mc Burney dhe dy rastevë me incision pararektal për arësyen të paqartësisë së diagnozës.

Nga 79 rezeksione teknika Reichel — Polya është bërë në 48 raste, teknika e Finsterer në 12 raste, ndërsa teknika e Kronlein në 21 raste. Autorët amerikanë (Jordani D.M. de Baeckey etj.) që kanë kaluar pjesërisht në teknikën Billroth I, si më fiziologjike kanë sinjalizuar shumë ulcera peptike pas rezekzionit. Sutura e thjeshtë është kryer në 36 raste, në 22 raste ajo është plotësuar me një omentoplastike. Vetëm në tre raste ku sutura nuk ka qenë e mundur është bërë vetëm plembimi me omentum, një prej të cilave ka përfunduar në peritonit dhe **exitus letalis** (obs. 2). Ekscizioni i ulceres dhe sutura e thjeshtë është kryer dy herë.

Gastroenteroanastomoza si plotësonjëse e suturës konsiderohet si «gabim takтик» (Melnikov), dhe në këtë seri rastesh është kryer vetëm një herë, në një rast me perforacion dhe stenoze pylori.

Problemi shumë i diskutueshëm i drenazhit të kavitetit peritoneal, është zgjidhur tek ne në favor të mbylljes per primam të kavitetit peritoneal ashtu siç mendojnë shumica e autorëve (S.S. Judin, B.V. Petrov, I.I. Neimark, P.A. Kuprijanov etj.). Ekzistojnë shënimë për drenazh në protokollet e operacioneve të 13 të sëmurëve, në stade të avancuara të peritonit ose mbyllije të pa sigurtë të duodenit.

Qysh nga viti 1952 përdorimi i antibiotikëve lokalishët në kavitetin peritoneal dhe pas operacionit në rrugë parenterale, është bërë i zakonshëm.

Ulcera e perforuar është një sëmundje e rëndë me letalitet akoma të lartë. Përqindja e letalitetit është një tregonjës përbledhës objektiv i shumëanshëm (ai e shpreh nivelin kulturalo-material të popullsisë, nivelin dhe kualitetin e ndihmës mjekësore, drejtësinë e taktkës kirurgjikale etj.).

Në B.R.S.S. në vitin 1952 letaliteti ishte 7,4% (V.I. Strućkov).

Ekzistojnë me qindra statistika me letalitet 1-2% deri në 30-40%.

Nga 140 të sëmurë me perforacion të operuar në vitet 1950-1959 kanë vdekur 16 ose 11,4%, që siç shihet qëndron midis shumë përqindjeve të tjera më të mëdha dhe më të vogla.

Numuri i pakët i të sëmurëve që kanë përfunduar në **exitus letalis** e bënë statistikën të mvarur shumë nga koincidencat e rastit, kështu nuk vihet re asnjë mvartësi e letalitetit simbas viteve dhe asnjë lidhje midis letalitetit dhe llojit të metodës së përdorur. Prandaj për të evituar gabimet e një përgjithësimi pa sukses të atyre pak të dhënavë, do të jetë më mirë të parqesim shkurtimisht rastet me **exitus letalis** të ndodhura në vitet 1956-1959.

1. I sëmuri H.R. v. 30 shtrohet pas nji ore, operohet me narkoze dhe i bëhet rezeksion stomaku. Vdes pas 64 orësh me diagnoze anatomo-patologjike: **pneumatosis intestini. Ileus paralyticus.**

2. E sëmura E.F. v. 75 shtrohet pas 12 orësh. Sutura e pamundur teknikisht, prandaj bëhet rezeksion stomaku i detyruar. Vdes pas operacionit.

3. I sëmuri E.M. v. 60 shtrohet pas 12 orësh. Paraqet **vitium cordis**. Ju bë sutura. Vdes pas 11 orësh me insuficience cardio-vascularis acuta.

4. I sëmuri E.K. v. 50 shtrohet pas 40 orësh pa puls. I bëhet plobazh me epiplon. Vdes pas operacionit me gjendje të rëndë intoksikacioni (peritonitis).

5. I sëmuri B.R. v. 37 shtrohet pas dy orësh. I bëhet rezeksion. Vdes me peritonit nga hapja e duodenit.

6. I sëmuri F.M. v. 62 shtrohet pas 24 orësh. Operohet pas 28 orësh, sepse refuzon përkohësisht. I bëhet suturë. Vdes në kolaps.

7. Obs. 2.

8. Obs. 3.

Siq shihet mosha e kaluar, sëmundjet konkomitante, paraqitja vonë, komplikacione të ralla (pneumatosis, hemorragjia), kanë qenë si shkak i vdekjes në shumicën e rasteve. Vetëm në një rast si shkak ka qenë hapja e duodenit.

Në grafikun 1 pasqyrohet edhe numuri edhe përqindja e rasteve me exitus letalis pér ulcerat kronike, pér të treguar deri në një farë shkalle gradën e zhvillimit të kirurgjisë gastrike. Letalitet 5,3% i rezekzionit pér ulcerat kronike të bënë të nxjerësh një objektion të llogjikshëm kundër takikës tepër aktive në ulcerat e perforuara tek ne.

Në vitet 1956-1959 janë operuar 55 ulcera të perforuara nga të cilat janë sutruar 18 dhe është bërë rezekzioni primar i stomakut në 37 raste. Kanë vdekur gjithsejt 8 të sëmurë (14,5%) tre nga të cilët pas rezekzionit (8,4%) dhe 5 pas suturës (27%).

D. Jordani dhe M. de Baeckey raportojnë në symposiumin e kirurgjisë së stomakut (Boston 1961) një seri prej 400 rastesh të observuar prej 10 vjetësh (1950-1959), 277 prej të cilëve u është bërë rezekzioni primar me letalitet 2,2%, ndërsa 110 të sëmurëve u është bërë suturë me letalitet 10,9%.

Kështu janë edhe shumica e statistikave të tjera, gjë që mund të krijojë një ide të gabuar mbi rrezikun më të madh të operacionit të suturës, në rast se do të harrohet që në shumicën e institucioneve kirurgjikale ku përdoren të dy metodat sutura u rezervohet atyre të sëmurëve që kanë shumë më tepër shanse të vdesin, pamvarësisht nga metoda e përdorur. Prandaj pér hir të objektivitetit duhet të krahasohen kontigjente të njëllotë të sëmurësh, në të cilët janë përdorur metoda të ndryshme dhe nuk duhet harruar se shpesh herë «statistikat mund të thonë gjithëshka bile edhe të vërtetën», siç është shprehur një kirurg i madh në fillim të këtij shekulli.

Zgjidhja e drejtë e këtij problemi nuk arrihet me aderimin në njëren ose tjetrën rrymë, por nga njojja e avantazheve të sejcilës metodë dhe aplikimi i tyre në mvartësi nga veçoritë individuale të pacientit, pregatitja e kirurgut dhe konditati e institucionit mjekonjës.

Shfrytëzimi i të gjitha mundësive diagnostike, taktika e drejtë, njojja dhe aplikimi në praktikë i koncepteve më moderne të reanimacionit dhe teknikës, janë kushtet që kondicjonojnë uljen e letalitetit dhe invaliditetit nga kjo sëmundje e rëndë.

## BIBLIOGRAFIA

1. BELLOLI B. Trattamento ed esiti dell'ulcera gastro-duodenale perforata. Minerva Chirurgica Vol. 14, Nr. 8, 432-435, 1959.
2. CIMINATA A. La vera mortalità operatoria nella semplice sutura dell'ulcera perforata gastro-duodenale. Minerva Chirurgica vol. 14 Nr. 17, 1053-1054, 1959.

3. KIMBALL S. Gastric duodenal and marginal ulcer; gastric and duodenal hemorrhage. «Practice of Medicine» Vol. VII 185-200, 1949.
4. KOTOMINA S.I. Tečenje jeznevoj boleznji zhelludka i dvenatcati-persnoj kishki posle operacii ushivanja probodnik jazv. Hirurgia Nr. 12, 1958 94.
5. KRYSE A. The complications of pepticulcer their treatment J.A. M.A. 109, Nr. 10, 4, 1937
6. HOYER A. Ulceres perforees. Ref. le Presse medicale Nr. 84, 1890, 1958.
7. JORDANI D. O hirurgičenskij meroprijatih pri ostrih gastro-duodenalnih perforaciah. Ref. Vjestnik hirurgii 11, 1961, 137 (Hirurgia zhelludha V.S.S.H.A.).
8. JUDIN S.S. Etjadi zhelludočnoj hirurgii — Medgiz 1955.
9. LLOVCJENKO P.I. Rezultati lečenia gastro-duodenalnih probodnih POPOVJANC R.S. jazb. metodom ushivania. Vjestnik hirurgii Nr. 1, T. 8 1958, 41-43.
10. MONDOR H. Diagnostics urgents — Masson e Cie ed. 1960.
11. HULLER M. BUENELLETTE M. Perforations aigues des ulcères gastro-duodenaux, statistique intégrale d'un service de chirurgie. La presse medicale Nr. 79, 1784, 1957.
12. NEIMARK I.I. Analiz letalnosti pri probodnoj jazve zhelludka i dvenatvati perstnoj kishki. Hirurgija Nr. 2, 56-61, 1959.
13. NEIMARK I.I. Probodnaja jazva zhelludka i dvenadcatiperstnoj kishki — Medgiz — 1958.
14. PERROTIN J. Les ulcères peptiques après gastrectomie. Rapport au HOLLENDER L. LX congrès de l'association Française de chirurgie 1958
15. POLLUETKOV L.V. Sravnitel'naja ocenka lečenija probodnik jazv zhelludka dvenatcatiperstnoj kishi. Metodom ushivaniya i rezekcii — Hirurgija Nr. 12, 7-11, 1959.
16. PRATI. Hemoragie et perforation associées dans l'ulcere gastro-duodenal. Ref. La Presse medicale Nr. 64, 569, 1956.
17. RICHTER S. Perforation d'ulcères gastriques et duodenaux. Traitement par gastrectomie d'emblée. Ref. La Presse medicale Nr. 16, 366, 1957.
18. RAYMOND M.J. Les perforations des ulcères gastriques en peritonie libre. La Presse medicale. Nr. 64, 1426, 1956.
19. SAMARIN N.N. Diagnostika ostrovo zhivota. Megdiz 1954.
20. SCHAAANNING C.K. Ulceres perforees. La semaine des hopitaux Nr. 62, 1956, 34.
21. TRETJAKOV N.I. Olečenii probodnih jazv zhelludka i dvenatcatiperstnoj kishki. V. Vozraste 20-25 v. metodom ushivanja Hirurgija Nr. 12, 95, 1958.
22. THOMSON F.B. Follow - up study of 500 patients with chronic duodenal ulcer admittett to a veterans Hospital. Surgery, gynecology obstetrics 1960, Vol. 110, Nr. 1 51,54.
23. THORBAN W. Sur la question de l'indication operatoire «absolute» la perforation d'ulcères gastro-duodenaux. Ref. La Presse medicale Nr. 89, 2057, 1956.

24. UHANOVA N.V. Redkoje oslozhnenie perforativnoj jazv i zhelludka  
Vjestnik hirurgii Nr 5, 107-108 — 1953.
25. VERNEJOUL R. HENRY E. LEVIN R. Sequelles de la gastrectomie  
ulcer. Annales de chirurgie A. 32, Nr. 6, 1957.

## PERFORATED GASTRIC AND DUODENAL ULCERS.

### (Summary)

This article passes in review briefly and from different aspects the cases of perforated gastric and duodenal ulcers treated in the Surgical Hospital of Tirana during the period 1950-1959.

The 140 cases are divided according to their age, sex and time of application for medical aid. The author describes the main clinical characteristics of the complication and presents a series of cases of casuistic interest (perforation during X-ray examination, perforation closed by diverticulus Meckeli, gastric perforation combined with a perforated appendix, perforation combined with haemorrhage etc.) He also describes and illustrates the most frequent diagnostic errors made in these cases and insists on the importance of an early diagnosis.

The main feature of the tactic followed in this hospital during the mentioned period has been to perform a primary resection in all the cases with appropriate indications (56,5%) and gastric suture in the cases, where resection is counter-indicated (43,5%).

The relatively high global mortality (11,4%) has been due mainly to late application for medical aid and to the different concomitant diseases that aggravated the state of the patients.

## DISA TË DHËNA MBI 126 RASTE ME POLIARTRIT REUMATIZMAL AKUT

**HAJRO SHYTI**  
**Spitali i Përgjithshëm Ushtarak**

Prej janarit 1959 deri në dhjetor 1961 janë observuar në spitalin e përgjithshëm ushtarak 126 raste me reumatizëm artikular akut.

Rastet e paraqitura konsistonë në burra të moshës së re që kryenin shërbimin ushtarak, të cilët kanë ardhur në spitale nga garnizoni i Tiranës.

Në vitin 1959 janë observuar 57 raste, më 1960 16 raste dhe në 1961 53 raste. Frekuencia e sëmundjes simbas muajve të vitit paraqitet në këtë mënyrë:

Në janar 19	të	sëmurë	Në korrik	2 të	sëmurë
» shkurt	9	»	» gusht	1	»
» mars	21	»	» shtator	0	»
» prill	12	»	» tetor	16	»
» maj	10	»	» nëndor	18	»
» qershor	5	»	» dhjetor	13	»

Numuri i të sëmurëve predominojnë 5 muajt e parë dhe 3 muajt e fundit të vitit. Është më i madh në janar, mars dhe dhjetor ndërsa në muajt e verës më i vogël.

Në 119 raste ataku i reumatizmit artikular akut ka qenë primar, ndërsa në 7 raste të tjera ka qenë recidive.

88% e të sëmurëve në anamnezën vetiakë referojnë se 2-3 javë para fillimit të sëmundjes kanë kaluar infeksione të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes (veçanërisht angina të kuqe) ndërsa në 12% të rasteve një mvartësi e tillë nuk është konstatuar. Nga kjo përqindje në 80 raste sëmundja është çfaqur mbas infeksioneve të para të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes (për periudhën gjatë shërbimit në ushtri), kurse në 30 raste të tjera ajo është çfaqur mbas infeksioneve të përsëritura të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes.

Predisposicioni familjar për sëmundjen e dhënë është ndeshur në 11%, ndërsa në familjarët e moshës që kanë kryer shërbimin ushtarak, nuk është gjetur koincidencë e sëmundjes në asnjë rast.

Nga të 126 rastet 7 prej tyre kanë patur në të kaluarën 1 ose më shumë atake të reumatizmës.

Përsa i përket moshës, të sëmurët ndahen si më poshtë:

prej 16-17 vjeç	(shkollat ushtarake)	6 raste.
» 18-20 »	57	»
» 21-25 »	53	»
» 26-30 »	3	»
» 31-40 »	7	»

Rastet më të shumta përfshihen midis moshës 18-22 vjeç që përbëjnë gjithsejt 102 raste.

106 të sëmurë kanë ardhur në ushtri nga fshatrat ndërsa 20 të tjerë nga qytetet.

**Veçoritë klinike dhe evolutive.** Shumica e të sëmurëve 2-3 javë para fillimit të sëmundjes kanë kaluar infeksione të rrugëve të sipërme të frymëmarries (veçanërisht angina të kuqe). Pothuaj se në të gjitha rastet fillimi i sëmundjes ka qenë i menjëhershëm, me lodi me dobesi, humbje të apetitit, dhimbje migruese dhe anjte të artikulacioneve, temperaturë të lartë (në 82% të rasteve) dhe djersitje.

Përqindja më e madhe e rasteve është hospitalizuar qysh në fillim të sëmundjes. Për rastet e veçanta, paraqitja me vonesë në spitale është bërë jo më vonë se 5 ditë nga fillimi i sëmundjes.

Dita e parë e ekzaminimit klinik në spital para fillimit të terapisë, ka vënë më dukje këto të dhëna:

Në 63 raste temperatura e lartë mbi 38°C. Në 40 raste temperatura subfebrile mbi 37,5°C. Ndërsa në 23 raste temperatura ka qenë normale. Këtë rezulton se temperatura ka qenë e ngritur në 82%, të rasteve, ndërsa në 18% të rasteve të tjera kurba termometrike ka qenë në normë. Në asnjë rast nuk është hasur temperaturë e lartë mbi 40°C.

Proçesi inflamator me lokalizim në artikulacione është observuar në të gjitha rastet. Anjta, dhimbja dhe nxehësia më prekje si dhe kufizimi i lëvizjeve aktive dhe pasive më artikulacionet e prekura janë gjetur pothuaj se në të gjitha rastet. Hiperemija më artikulacionet e inflamuara është gjetur më shumicën e rasteve. Shkalla e procesit inflamator më artikulacionet ka qenë e ndryshme. Në 13 raste është konstatuar hidrartrozë e konsiderueshme dhe punksioni sinovial ka dhënë likid me ngjyrë citrike, pa fibrinë, me prezencë të mucinës, me predomnim të celulave limfocitare, Rivalta pozitiv dhe me karakter aseptik. Më tepër janë konstatuar inflamacione poliartikulare të cilat përbëjnë 82 rastë kurse në 37 raste inflamacioni ditën e shtrimit më spitle ka qenë monoartikular dhe në 7 rastet e tjera vetëm dhimbje të artikulacioneve pa lezione patologjike të dukëshme në to. 90% e artikulacioneve të prekura, të konstatuara ditën e parë të ekzaminimit klinik objektiv i përkasin artikulacioneve të anësive të poshtme dhe 10% artikulacioneve të anësive të sipërme.

Në shumicën e rasteve është konstatuar një pamje e zbetë e fytyrës, e cila ka vazhduar të qëndrojë kështu gjatë gjithë periudhës aktive të sëmundjes. Për rrëth hundës dhe buzëve është vrejtur një zbehje më e theksuar e lëkurës e cila dallohet nga pamja më pak e zbehtë e pjesës tjetër të fytyrës.

Frekuencia e të sëmurëve me konstitucion astenik është e barabartë me atë të rasteve me konstitucion normostenik. Së bashku përbëjnë 113 raste; 17 rastet e tjera me konstitucion hiperstenik.

Në kursin e terapisë ka zbritur ditën e dytë, ndërsa ditën e tretë ajo është normalizuar krejt. Nuk është observuar as një rast ku temperatura të ketë vazhduar më tepër se 4 ditë më vazhdim të kurës me me-

dikamente antireumatizmale. Në raste të veganta, veçanërisht kur ulja e dozës së salicylateve ka qenë pa vend (dhe raste të tillë kanë qerë të rralla) është konstatuar rikthim i temperaturës në shkallë subfebrile pa shqërimin e fenomeneve të dukëshme të inflamacionit në artikulacione.

Shenjat e inflamacionit artikular janë pakësuar qytë ditën e parë mbas fillimit të terapisë dhe ato janë zhdukur krejt ditën e 3-4-5-të.

Nuk kemi observuar asnjë rast supuracioni ose ankiloze në artikulacionet e prekura.

Në 49 raste, janë konstatuar ndryshime të dinamikës së toneve të zemrës. Nga këto në 27 raste zhurmë sistlike në vatrën mitrale të cilat nuk kanë paraqitur asnjë vështirësi interpretimi, ndërsa në 22 rastet e tjera në fillim zbutje të toneve të zemrës që më vonë janë zevendësuar me zhurma të moderuara mesosistolike të lokalizuara në apex dhe në vatrën e art. polmonare për të cilat mund të flitet me shumë rezerva nëse mund të inkudrohen në grupin e valvuliteve sekondare të origjinës reumatizmale ose në grupin e zhurmave funksionale.

Nga 35 rastet e mbajtura nën kontroll me ekzaminim elektrokardiografik, në 16 raste janë gjetur ndryshime në kurben EKG. Këto ndryshime konsistonjë në: 7 raste me zgjatje të intervalit P-Q mbi 0,22 (blok parcial atrioventrikular), 3 raste me depresion të segmentit S-T; 1 rast me segmentin S-T dhe valën T të tipit miokardik, 5 raste me sheshim dhe negativizim të valës T në lidhjet standart dhe pjesërisht në lidhjet prekordiale. Figura elektrokardiografike në rastet e përshtkuara është normalizuar brënda 10-20 ditëve mbas fillimit të terapisë me preparate hormonale, aspirinë, salicilat dhe antibiotikë.

Në 10 rastet, ku reperti elektrokardiografik flet për procese të miokarditit aktiv, në evolucionin e sëmundjes, gjatë kursit të terapisë, janë konstatuar ndryshime në dinamikën e toneve të zemrës. Në fillim zbutje të toneve me zhurma sistlike në apex kurse më vonë kthjellimin e tyre dhe zhdukjen e zhurmave.

Ditët e para, pulsi ka qenë i shpejtuar në raport me temperaturën kurse me zbritjen e temperaturës dhe zhdukjen e fenomeneve artikulare ay është normalizuar. Mbas normalizimit të pulsit dhe njëkohësisht të simptomave të tjera të procesit morboz, është venë re se në 30% të rasteve të trajtuar me salicilat zhvillohet një bradikardi sinusale e cila persiston për 10-15 ditë. Mbas kësaj periudhe, pulsi normalizohet.

Përveç rasteve të reja që u paraqitën me manifestime kardiale të reumatizmit artikular akut, janë observuar gjithashu 5 raste me sëmundje reumatizmale të zemrës të avancuara të cilët u prekën rishtaz nga një atak i ri i reumatizmit. Nga ky numur 2 raste me stenozë dhe insuficiencë të valvulës mitrale, 2 raste me insuficiencë të avancuar të valvulës mitrale dhe 1 rast me insuficiencë të valvulës aortale, të gjitha të kompensuara mirë. Një rast tjetër i observuar me **pericarditis exudativa** pa lezione të dukëshme artikulare por me sëmundje reumatizmale të zemrës (**vicum** të avancuar të valvulës aortale) të kompensuar mirë.

Këto forma kronike të sëmundjes të shprehura me lezionet valvulare definitive, janë konstatuar në 5 rastet e paraqitura me manifestime artikulare të recidivës së reumatizmit artikular akut. Ndërsa në 2 rastet e tjera të recidivës së polyartritit reumatik nuk janë gjetur leziona valvulare.

Është observuar 1 rast me dilatacion të zemrës in toto ; trajtuar me sukses me preparate hormonale, salicilat dhe aspirinë.

Në asnjë rast nuk është observuar insuficiencia akute e sistemit kardiovaskular.

Të 1 nxënës i shkollës ushtarake, më mozhën 15 vjeç, është manifestuar korea mënore në vazhdim të sëmundjes primare të reumatizmit art. akut i diagnostikuar që në fillim gabimisht dhe kuruar për Gonit traumatik rrëth 15 ditë. Më vonë manifestimet artikulare u pasuan me korea minor dhe së fundi me lezione valvulare (insuficiencë të valvulës mitrale).

Nga manifestimet visherale nuk është observuar asnjë rast pleuresie, pneumonie, poliserositi, neuriti, iriti dhe chimbje abdominale me origjinë reumatizmale. Gjithashu nuk është observuar asnjë rast me nefrit, ndërsa ekzaminimi paraklinik ka venë në dukje albuminuri che hematuri mikroskopike transitore, në 30 raste të cilat janë normalizuar brënda javës me terapinë e zakonëshme antireumatizmale.

Eritrosedimentacioni ditën e parë para fillimit të terapisë ka qenë i lartë në 114 raste. Shkalla minimale e ES ka qenë 20 mm/orë dhe shkalla maksimale 70 mm/orë. Në 12 rastet e tjera ES qysh para fillimit të terapisë ka qenë nën 10 mm/orë me gjithqë shenjat e tjera të sëmundjes nuk mungon (artralgia, subfebriliteti dhe nganjëherë fenomenet e dukeshme artikulare të inflamacionit).

Leukocitosa (9000-15000) është observuar në 51 raste.

Në vazhdim të kurimit eritrosedimentacioni ka filluar të zgresë që javën e parë dhe është normalizuar meratarisht brënda 15 ditëve nga fillimi i terapisë, ndërsa leukocitoza është normalizuar brënda 10-12 ditëve.

Reaksionet serologjike nuk janë bërë.

Evolucioni i sëmundjes në të gjitha rastet ka qenë benign. Të sëmurët kanë qëndruar në spital mesatarisht 4 javë dhe kanë dalë nga spitali pa as një shenjë aktive të procesit morboz si në pikëpamje klinike ashtu edhe paraklinike. Nuk kemi observuar asnjë rast me dekurs subakut cse malign si dhe asnjë me përfundim letal.

Të sëmurët kanë dalë nga spitali me vendim të komisionit ushtarak mjekësor. Të sëmurët janë këshilluar që të vazhdojnë kurën ambulatorisht me preparatet antireumatizmale të caktuara qysh në spital edhe një muaj e gjysmë mbas daljes nga spitali, njëkchësisht janë rekomanduar të paraqiten në poliambulancat e rrtheve përkatëse për t'u kontrolluar sistematikisht gjatë gjithë kësaj periudhe.

**Terapia. Taktika e përdorur në lidhje me trajtimin e rasteve që paraqiten ka konsistuar në këto çështje:**

1. Të sëmurët kanë regjim shtrati 1 javë për format pa komplikacione kardiale. Mbas kësaj kohe janë lejuar lëvizje të kufizuara deri sa janë zhdukur të gjitha simptomat e sëmundjes.

2. Nga medikamentet antireumatizmale është përdorur përbërja

Natrium Salicylicum / \_\_\_\_\_

Natrium bicarbonicum / aa 1,0

me dozën ditore 10 gram e fraksionuar në 8 doza ditore (çdo 3 orë) ditën dhe natën nën kontrollin favor të eritrosedimentacionit. Doza e salicylatit zakonisht është filluar të pakësohet ditën e 14-15. Mbas normalizimit të eritrosedimentacionit ajo është zbritur deri në 5-6 gramë salicylat na-triumi në ditë e cila ka qenë njëkchësisht doza e mbajtjes. Këtë dozë pacienti është këshilluar ta marrë edhe 40-50 ditë mbas daljes nga spitali nën kontrollin periodik mjekësor në ambulancat e vend-banimit.

Në kursin e terapisë me salicylat, i rast ka paraqitur dlatezë hemoragjike të shoqëruar me epistaxis të theksuar dhe halucinacione vizive të cilat ju ndërprenë me dhënien e dozave të mjaftueshme të vitaminës K dhe me zëvëndësimin e salicylatit me pyrabutol. Të gjitha rastet e tjera terapia me salicylate të dhëna në formë pluhuri e kanë suporjuar mirë.

3. Javën e parë është aplikuar bipenicilin 800.000 un. në 24 orë.

4. Në rastet e komplikuara me reumokardit si dhe në disa raste të veçanta ku terapia me salicylat nuk ka dhënë rezultatin e pritshëm, është përdorur terapia hormonale.

5. Dieta 15. me përbërje: proteina 82,8 gr., karbohidrate 591 gr., yndyrna 56,8 gr. Gjithsejt 3297 kalori për 24 orë e ndarë në tre racione.

Në lidhje me taktikën e përdorur me trajtimin e të sëmurëve, rastet janë ndarë në 3 grupe.

Në grupin e parë bëjnë pjesë 46 raste që janë trajtuar vetëm me salicylat natriumi. Në grupin e dytë bëjnë pjesë 70 raste që janë trajtuar me salicylat natriumi dhe penicilinë. Në grupin e tretë bëjnë pjesë 16 raste me manifestime artikulare dhe kardiale të procesit reumatismal që janë trajtuar me salicylat natriumi, aspirinë, kortikosteroide, penicilinë dhe testosteron.

Mbas fillimit të terapisë (për të gjitha rastet) temperatura është normalizuar mesatarisht brenda 2 ditëve. Shenjat e inflamacionit dhe do-bësia e përgjithëshme janë zhdukur brënda 3-4 ditëve. Porsi i ngadhesuar me zbritjen e temperaturës. Zbritja e eritrosedimentacionit është konstatuar që javën e parë dhe ajo është normalizuar krejtësisht ditën e 13-15 mbas fillimit të terapisë.

Për grupin e parë, të trajtuar vetëm me salicylat dhe për grupin e dytë të trajtuar me salicylat e antibiotikë nuk është konstatuar asnjë ndryshim në dekursin fillestar të sëmundjes. Normalizimi i temperaturës dhe i lezioneve makroskopike të artikulacioneve si dhe normalizimi i eritrosedimentacionit dhe i leukocitozës janë bërë brënda të njëjtës kohë për të dy grupet.

### Konkluzione:

1. Reumatizmi artikular akut është një sëmundje që ndeshet edhe në ushtri.

2. Frekuencia e sëmundjes paraqitet në të gjithë muajt e vjetit po-thuajse njësoj duke përjashtuar muajt e verës që shihen më rrallë.

3. Më shpesh preken nga reumatizmi artikular akut ushtarët e ardhur rishtas në ushtri, veçanërisht ata që vijnë nga fshairat të cilët 2-3 javë para fillimit të sëmundjes kalojnë infeksione të rru-geve të sipërme të frymëmarrjes (veçanërisht angina të kuqe). Më rrallë sëmuren ushtarët e vitit të dytë dhe të tretë si dhe trupi oficer dhe n/oficer i karierës.

4. Mendojmë se predispozicioni familjar në sëmundjen reumatismale nuk lot rol të veçantë.

5. Konstitucioni astenik dhe normostenik nuk paraqesin asnjë veço-ri në lidhje me frekuencën e shfaqjes së reumatizmit artikular akut.

6. Simptomet konstante të sëmundjes përfazë akute në ushtarët kanë qenë temperatura e lartë, lokalizimi poliartikular i procesit infla-

mator me të gjitha shenjat e saj karakteristike, eritrosedimentacioni i lartë, leukocitoza.

7. Gjatë reumatizmit artikular akut në ushtarët e moshës së re 21% e të gjitha rasteve manifestohen me fenomene kardiale që konsistonë në mickardite dhe endokardite reumatike.

8. Fillimi i terapisë me sodium salicylicum, sodium bicarbonicum (ana partes) 1.0 gjithsejt 10 gramë në ditë të fraksionuar në 8 doza ditore ditën dhe natën qdo 3 orë; penicilinë 400.000-800.000 un. qdo 24 orë për javën e parë të kurimit; regjimin shtrat javën e parë të sëmundjes për format pa komplikacione kardiale dhe dieta me përbërje 3300 kalori në 24 orë ku karbohidrate të përfshihen vetëm në 591 gr. për të gjitha format artikulare të sëmundjes reumatizmale për tërë fazën akute të proçesit morboz.

9. Përdorimi i penicilinës në trajtimin e të sëmurëve me reumatizmë artikulare akute nuk influencon në dekursin fillestar të sëmundjes. Qëllimi i përdorimit të penicilinës konsiston në luftimin e infeksioneve të rrugëve të sipërme të fryshtës së mundështës së infeksionit.

10. Për observimin dhe trajtimin e mëtejshëm të sëmurëve që vuajnë atakun primar dhe të përsëritur të reumatizmit artikular akut, del i nevojshëm organizimi i dispanserizimit të tyre, gjë e cila do të lehtësonte luftën kundër reumatizmit, dhe do të ndihmonë në gjetjen dhe përpunimin e metodave të përshtatësime për prevenimin e saj.

(Paraqitur në Redaksi më 14.5.1962)

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

1. Gefter: voprov. revm. Nr. 1 faqe 67 Moskë 1961.
2. Kassirski. Lekcii o reumatizme, Moskë, 1956.
3. Herles: Zakladi elektrokardiografie Pragë 1954.
4. Lenoch: Vopr. Revm. Nr. 1 Faqe 32 Moskë 1961.
5. Nesterov, Sigidin: Klinika kollagenoveh boleznej 1961.
6. Pelnar: Pathologia a therapia nemoci vnitřní vol. II pjese IV Pragë 1934. dhe vol. IB Pragë 1938.
7. Stanley, Bauks H: Malatje infektive vol. I. Kap. III. Torino, 1956.

## 126 CASES OF POLYARTHRITIS ACUTA

(Summary)

During a period of three years (1959-1961) the author has observed 126 cases of acute articular rheumatism. All the patients were young men on military service, sent to the military hospital by the Tirana garrison,

The disease occurs more frequently in autumn, winter and spring; summer cases are rare. It is also more frequent among new recruits, especially among those that come from the country.

In 88 percent of the cases the patients remember having had some acute infection of the throat 2-3 weeks before the beginning of the sickness.

In 119 cases the onset of rheumatism was primary; only in 7 cases it was recidival.

The author points out that in all the cases the beginning is sudden, with lassitude, adynamy, loss of appetite, headache, severe pains in one or more articulations, fever and perspiration.

The inflammatory process, localised in one or more articulations, was present in all the cases.

In 49 cases were observed dynamic changes of the heart tones: in 27 cases systolic noises of the mitral valve that offered no difficulty for interpretation.

The electrocardiographic examination presented evidence of organic lesions in 16 out of 35 cases.

One patient had a generally dilated heart, and a 15 year old pupil of the military school had chorea minor. The author does not mention other visceral alterations.

The blood sedimentation rate was high in 114 cases, and a moderate leucocytosis (9.000 — 15.000) was seen in 51 cases.

According to the method of treatment the patients can be divided into three groups.

The first group consists of 46 patients treated only with sodium salicylate 10g daily, divided in 8 separate doses (every 2 hours), and with vitamins. The second group comprises 70 patients treated with 10g sodium salicylate and 800.000 units penicillin daily; in the third group are included 16 patients with articular and heart troubles, treated with sodium salicylate, aspirin, corticosteroid and penicillin.

After the beginning of the treatment the body temperature was normalised within 2 days, the signs of inflammation of the articulations disappeared within 3-4-5 days, the pulse followed closely the temperature. The blood sedimentation rate began to fall during the first week and was definitely normalised within 13-15 days.

In all the cases the course of the disease was mild; all the patients survived.

In connection with the initial course of the disease in the groups treated with sodium salicylate only and with sodium salicylate and penicillin the author has noted no particular characteristic.

The average time the patients stayed in hospital was one month; they all left with no sign of active morbid process. They were advised to take 5-6 g salicylate for 5 days more, and to appear regularly for medical check up.

## **MBI EPIDEMITË ALIMENTARE TË LEPTOSPIRES TË TIPIT GRIPPOTYPHOSA**

Kand. Shkenc. Mjek. NIKOLLA DUSHNIKU  
Katedra e sëmundjeve infektive dhe epidemiologjike

Leptospirozat karakterizohen me temperaturë të lartë, dhembje koke, dhembje të muskujve, konjuktivit, shpesh herë shenja meningiale. Numri i shtaméve të ndryshme të leptospirave mbrijnë në 40 nga të cilat 20 shtame predominojnë në Europë dhe 20 të tjera në kontinente të ndryshme.

Nga kërkimet tona të bëra deri sot, rezulton se në vendin tonë predominojnë 11 shtame të leptospirave:

**L. Icterohaemorrhagiae, L. grippotyphosa, L. Sejro, L. Hebdomadis, L. Pomona, L. mitis, L. Australis, L. Autumnalis, L. Bataviae, L. Ballum, L. Poi.**

Zakonisht leptospirat i ndajmë në dy grupe, në anikterike dhe në anikterike; në grupin e fundit hyn leptospira grippotyphosa. Ne do të përcëndrohemë në leptospirën anikterike grippotyphosa e cila shkaktoi në një grup punëtorësh të Cerikut infeksionin në 55 persona.

Sëmundja u paraqit në 40 punëtorë me datë 18.IV.1958 dhe në 15 punëtorë me datë 19.IV.1958. Me të drejtë, nga mjeku i qendrës së punës, u konsiderua si një formë gripale, nga disa të tjera u konsiderua si një epidemi malarje, megjithëse gjaku për plasmodiume të malarjes rezultoi negativ. Nga anketa e imtë që u bë me datë 20.IV.1958 në bashkëpunim me kolegët e Elbasanit dhe të Cerrikut rezultoi se ndodheshin përpara një infekzioni leptospiroze të tipit grippotyphosa sikurse rezultuan edhe analizat e gjakut të 15 të sémurëve të cilat u dërguan për analizë në laboratorin e Contacuzinos të R.P. Rumune. Nga anketa epidemiologjike u konstatua se nga grupet e ndryshme të punëtorëvet vetëm ai i turnit mbas mezit të natës u sémur nga ky lloj infekzioni. Duke anketuar në vende të ndryshme dhe veçanërisht në kuzhinë dhe nga të dhënat e ndihmës-kuzhineres t'atij turni, rezultoi se kontigjenti i kosit që ishte caktuar për t'u shpërndarë në punëtorët e turnit të natës ishte infektuar me urinën e mijeve me ekskrementet e tyre dhe nga pakujdesia e ndihmëses kuzhiniere ju shpërndarë punëtorëve të turnit të natës.

Ky lloj ushqimi u-përdor prej punëtorëve 10 ditë para se të parqiteshin manifestimet klinike.

### **PARAQITJA KLINIKE E TË SÉMURËVE ME LEPTOSPIROSE GRIPPOTYPHOSA**

Kuadri klinik i leptospires grippotyphosa, hyn në grupin e leptospirave anikterike në të cilën predominojnë simptomat e një infekzioni të gjeneralizuar, kurse mungojnë në një pjesë të madhe të rasteve

shenjat e lokalizuara në organet e ndryshme. Në të sëmurët tanë sëmundja filloj mbas një inkubacioni 10-11 ditë i cili korespondon me ngrenien e kosit të infektuar nga urina e mijëve.

Shenjat klinike fillojnë në mënyrë të mënjerëherëshme, me temperaturë të lartë, dhëmbje të muskujve në ekstremitet, posaçërisht në muskujt gastrocnemius, të shpinës dhe të abdomenit, dhëmbje të forta të kokës. Në 10 persona u paraqit epistaksisë në ditën e dytë dhe të tretë dhe 20% të rasteve u konstatua errupsioni patekial me madhësi të ndryshme nga ajo e një kokër karfice deri në madhësinë e një kokër thjérëze. Hiperemia konjuktivale ka qënë në të gjithë të sëmurët. Alteraicone kardiovaskulare nuk u vërejtën. Nga sistemi urinar u vërejt një albuminuri e lehtë me përjashtim të tre rasteve që paraqiten nefrit akut. Iktéri zakonisht në formën grippotyphose nuk kalon më tepër se 1% të rasteve (Schüffner) për këtë edhe sëmundja është quajtur Leptospirosa anikterike megjithëse simbas Gzell dhe Rimpau në rastet më të rëndë mund të vërehet një ikter i lehtë dhe në mjaft raste edhe ikteri. Në të sëmurët tanë ikteri u paraqit në 12% të rastevet. Hepatomegalia është paraqitur në të gjitha rastet, urobilina ka qënë pozitive në sa në raste me ikter u konstatua edhe bilirubina. Dekursi febril ka qënë kontinua remitente, temperatura ka rënë në mënyrë litike ditën e katër dhe të V-t mbas fillimit të antibiotikut: penicilina 800.000-1.200.000 (Rasarcio G.) e kombinuar simbas gravitetit me streptomicine deri në 2 gr. dita. Rireniq që karakterizohen zakonisht me temperaturë, dhe dhëmbje koke miajgjira dhe shënja meningeale nuk janë paraqitur për shkak të fillimit të hershëm të antibiotikëve. Në gjak është konstatuar një leukocitozë me neutrofili dhe eritrosedimentacion të ritur.

Vlen të shënojmë komplikacionet e syve si ciklitet dhe iridociklitet. Ato zhvillohen zakonisht qysh javën e parë, por bëhen të ndjeshme të i sëmuri nga dita e 16-22-25-32-42 «Cecile Loeb». Janë pëershkruar dhe raste paraqitur mbas 2-3-6 ose 12 muaj. Autorë të ndryshëm referojnë % të lekundëshme nga 1-2,4% por kjo përqindje është shumë e ulët. Simbas «Austonit, Moro» rezulton se edhe mbas kalimit të vjetëve është vrejtur në 44% mbeturina të sigurta dhe shenja probabile të një iridi ti ose iridocikli i në 40% të rasteve. Në të sëmurët tanë dërmtime të syve janë paraqitur në 4 raste 7,2%, 2 raste me iridociklit torpid, javën e tretë mbas fillimit të sëmundjes, një rast iritis mbas 6 jave dhe një rast tjetër iridociklit mbas 2 muaj. Të sëmurët janë diagnostikuar dhe mje kuar nga docenti K. Kristidhi.

#### EPIDEMIOLOGJIA E LEPTOSPIROZËS GRIPPOTYPHOSA.

Shkaktari i kësaj lloj leptospire është *L. grippotyphosa* «Tarasof dhe Epstein», e cila morfollogjikisht është indentike me gjithë llojet e tjera të leptospiravet. Kafsha me rëndësi portatore e sëmundjes është *microtus orvalis* i cili rrон në zonat e thata, në fusha dhe kodrina, në ara dhe çaire. Berg dhe Peterson kanë veçuar *L. grippotyphosa* nga 29 prej 123 minj të tillë që kanë kontrolluar. Rimpau dhe Uhlenhuth gjetën në Gjermani edhe *apodemius Sylvaticus*, *microtus agrestis*, *evotomus glaroulus* të cilët mund të janë serologjikisht pozitive për këtë lloj leptospire, por rëndësia epidemiologjike e këtyre minjve nuk ka atë vlerësim epidemiologjik që ka miu i fushave *microtus orvalis*, dhe *cricetus cricetus* që nëpër fushat e ndryshme kanë dhënë një pozitivitet në një të katër-

tën e rasteve për leptospirën grippotyphose «Popp». Ka mundësi që indeksi i infekzionit në minj portatore të **L. grippotyphosa** ndryshon prej vendit në vend dhe prej viti tjetër. Në Hollandë, Muntendan, Schüffner dhe Zijssling (1943) mundën të izolojnë në minjtë e Prisia-e 100% infekzionin në mijt meshkujt dhe femra ndërsa kjo përqindje nuk verifikohet në zonat e tjera. Gsell, në Zvicër, ka gjetur në **M. orvalis** një pozitivitet prej 9% të rastevet, në një titull aglutinacioni 1:10.000, por dhe në zona me një shpërndarje gjeografike të afërt, infekzioni është i lëkundshëm, minj të infektuar mund të ndodhen në një fushë dhe në fushën e afërme mos të ndodhet asnjë mi i infektuar.

Përsa i përket përqindjes së minjve të infektuar në zonën e Cerrikut të gjinisë **microtus orvalis** edhe nuk është përcaktuar me saktësi. Mjeku Niko Gjini, parazitolog, pranë Laboratorit Mikrobiologjik të Tiranës, në depistimet që ka bërë në këta lloj minj, ka izoluar shtamet e leptospirave, tipizimi i të cilave edhe nuk është bërë. Konkluzionet që nxjerrim neve në lidhje me lepospirën grippotyphoze jemi bazuar nga përfundimet e aglutinacioneve të gjakut bërë sikurse përmendem më lart në Laboratorin e Cantacuzinos, dhe nga të dhënat klinike dhe epidemiologjike.

Zakonisht njeriu infektohet nga leptospira nëpërmjet lekurës së dëmtuar Stanley Banks, sikurse ka ndodhur në vendin tonë në epideminë e vitit 1954-55 në punëtorët që merreshin me korrjen e orizit edhe më pak me ata që u muarën me korrjen e misrit në zonën e Shkodrës. Përveç kësaj rruge, infekzioni mund të hyjë në organizëm edhe nëpërmjet mukozave të hundës, gojës dhe syve. Sipas të dhënave të Gramashevskit, Zenakov etj. porta e hyrjes së infekzionit të leptospirave është edhe trakti gastrointestinal, mukoza e dëmtuar, si mukoza e gojës dhe e farinksit. Klasik është shëmbulli i epidemisë përshkruar nga Jorgo në Lisbone në vitin 1931; në një periudhë prej 25 ditë u sëmurën 126 persona dhe vdiqën 31. Këta persona kishin pirë ujin e çezmes të quajtur e «Engjellit» për pastërtinë e saja, që në realitet ishte e infektuar nga urina e mijve portator të L. I. H. Një tjetër epidemi është ajo e paraqitur në Greqi në ishullin Syra nga Fetztetakis në vitin 1932 (Mihailidhi-N), në të cilën 31 persona u infektuan për shkak të përdorimit të ujit të një depoje në të cilën pa dyshim qe infektuar nga mijtë.

Të tjera epidemi hidrike të kufizuara janë paraqitur në disa nxënës shkolle në Hungari «Garanchi», në Çekosllovaki «Ehler» 1958, në Holande «Zyser».

Infekzioni mundet të merret edhe me anë të ushqimeve të ndryshme kur këto nuk kalojnë përpunimin termik siç është buka e tjera sende ushqimore.

Në Klinikën e infekzioneve të Spitalit Nr. 1 gjatë vitit 1958 u shtruan dy motra të sëmura prej leptospirozës të cilat në epidanamnezën e tyre referonin se kishin përdorur bukën të ngrënë nga miu dhe probabilisht të urinuar.

Epidemia e paraqitur në të sëmuret e Cerrikut është epidemi alimentare.

## PROFILAKSIA E LEPTOSPIROZAVE MASAT PREVENTIVE KUNDRA LEPTOSPIROZAVE KONSISTOJNË.

- 1) Me izolimin e çdo rasti të sëmure me leptospirozë.

- 2) Në deratizimin në shkallë të gjërë dhe në mënyrë të organizuar duke bashkëpunuar me organet e veterinaries.
- 3) Me ruajtjen e ushqimeve nga mijtë; në depo ushqimesh, magazira, menxa etjera.
- 4) Me ruajtjen e depove të ujit nga mijtë, në mos përdorimin e ujë-rave të ndënjoura për ujë të pishëm dhe për larje trupi.

## KONKLUSION

- 1) Për herë të parë paraqiten në vendin tonë epidemi alimentare shkaktuar nga mijtë dhe prej leptospirës grippotyphosa.
- 2) Sëmundja në fillim mund të konfondohet me gripin ose me malarien.
- 3) Leptospirosa grippotyphosa megjithëse në grupin e leptospirave anikterike paraqitet në disa raste edhe me një ikter.
- 4) Nga komplikacionet e ndryshme vlen të shënojmë nefritet, iritet dhe iridociklitet.
- 5) Prevencioni duhet të konsistojë: në deratizimin, në ruajtjen e ushqimeve nga brejtësit në depot ushqimore, magazina, menxa, ashtu dhe në mbrojtjen e depove të ujit dhe të ujësjellsavet nga mijtë.

(Paraqitur në redaksi më 10-4-962)

## LITERATURA:

- DUSHNIKU, N. Gjendja e leptospirave në Shqipëri. Buletini i Universitetit Shtetëror të Tiranës, Seria shkencat natyrore Nr. 4, 174, 1955.
- DUSHNIKU, N., GJINI, N. Disa të dhëna të leptospirave në kafshë. Buletin i Universitetit Shtetëror të Tiranës, seria shkencat natyrore 2, 132, 1955.
- DUSHNIKU, N. Kërkime epidemiologjike të leptospirave. Shëndetësia Populllore 3, 20, 1959.
- AUSTONI, M. Le leptospirosi. Minerva medica f. 434, 1953.
- CECIL e LOEB. Trattato di medicina interna. Le leptospirosi. Edizione Universa, f. 1229, v. 1957.
- MIHAILIDHIS, N. Engjiridhion mikrobiologjias, Athina, Vol. III, f. 863-891 v. 1940.
- RASARIO, G. Manuale di trapia clinica ragionata Idilson — Napoli f. 159, 1955.
- STNLEY BANKS. Le pratica moderna nelle malattie infettive vol. II, f. 59, 1956.

## AN ALIMENTARY EPIDEMIC OF LEPTOSPIROSIS OF THE GRIPPOTYPHOSA TYPE.

(Summary)

The author declares that during his research work in Albania he has been Sejro, Heldomadis, Pomone, mitis, australis, autumnalis, Bataviae, Ballum, Pol. able to distinguish 11 types of leptospirae: icterohaemorrhagiae grippotyphosa. The diagnosis was based on the clinical picture, the epidemiological analysis and laboratory examination of the blood of 15 patients (in the Cantacusino Institute of sfero in the Rumanian F. R.).

The author makes a brief description of the clinical picture, the complications and the treatment applied to these cases.

## **LUFTIMI I DERMATOMIKOZAVE DHE REZULTATET E ARRITURA ME ANË TË EPILINËS NË QARKUN E BERATIT (SKRAPAR, BERAT, LUSHNJE)**

**SHYQRI BASHA**  
Klinika e Dermatologjisë

Dermatomikozat janë trashëgim i një jete të varfër, të prapambeetur, e zhvilluar në kondita higjeno-sanitare shumë të ulta. Me zhdukjen e këtyre konditave, edhe dermatomikozat zhduken. Por, për të shpejtuar këtë proces, është e nevojshme të ndërmirret një luftim sistematik e rrënjosor i tyre, i mbështetur në baza shkencore. Ky luftim, që në vendin tonë ika filluar në mënyrë të organizuar tash një vit, është aktual pse përfaqëson zhdukjen e mbeturinave të së vjetrës.

Interesimi për të luftuar dermatomikozat është çfaqur në shumë vende këto vitet e fundit, siç dëshmojnë publikimet e shumta të shkençtarëve që përpinqen me sqarue problemin e dermatomikozave si nga ana epidemiologjike ashtu edhe më tepër, nga ana kurative. Kështu A.N. Araviisky, P.N. Kashkin (<sup>1</sup>) studjojnë në mënyrë analitike shkaqet që pengojnë rrënjosjen e favus-it në një numër rrethesh e lokalitetesh të BRSS-it duke diskutuar rrith natyrës vatreore të tij. Këta autorë i japin rëndësi të veçantë kërkimeve epidemiologjike në shkallë të gjërë dhe sidomos studimeve mbi mundësitë e qëndrueshmërisë të favusit patogen në ambientin rrethonjës (dhe — bimë — insekte — kafshë etj.).

T.A. Nikitina (<sup>12</sup>) ve në dukje rëndësinë e diagnostikimit të saktë sidomos në rastet me lezione të lëkurës në shojet e këmbëve dhe shuplakat e duarve në të cilët mungojnë këpurdhat patogenike; L. Friedmann, V.T. Derbes, E.P. Hodges dhe J.I. Simska (<sup>6</sup>), përshkruajnë përfundimet e eksperimenteve të tyre kulturale të cilët treguan se agjentët infektonjës (*Microsporon audonini*, *Trichophyton tonsurans*) janë të përhapura edhe në ajër.

Por punimet e studiozëve janë drejtuar edhe në vlefteşimin e metodave kurative klasike dhe në përpjekjet për të gjetur mjete të reja mjekimi.

Ndër të gjitha këto përpjekje për të çpikur metoda të reja mjekimi vlen të përmendet ajo e Prof. A.M. Arieviç-it (<sup>2</sup>). Ky shkencëtar përpunoi bashkë me institutin farmaceutik Orzhonikidze disa preparate të cilat treguan cilësi epilatore si në kafshë ashtu edhe në njerez. Në reportin mikologjik të institutit Qendror dermatoveneral të Moskës u studiuau dy preparate «epilinë I» «epilinë IX». Këto u përzienë me një brum që u përdor për të ferkuar dy herë në ditë vatrat e lezionuara për njëzet ditë tresht dhe u pa se në të dymbëdhjetën, pesëmbëdhjetën ditë flokët bijshin jo vetëm në vendin e ferkuar por në të gjithë kokën.

Prej këtyre eksperimenteve të para ka lindur epilina që ne e kemi përdorur pothuaj në të gjithë vendin tonë.

Grisovina dhe epilina janë medikamente moderne të rëndësishme për luftimin e dermatomikozave. Për të parën M.B. Sulzberger dhe R.L. Baer (13) kanë shkruar se «zbulimi i fuqisë së jashtëzakonshme terapeutike të antibiotikut griseofulvinë, i dhënë për os, duket se hap mundësira të pashpresuarshme për kurimin e mikozave humane të zakonshme që prekin lëkurën, flokët ose thonjtë.»

Epilina ka një aktivitet selektiv në flokët e kokës në kuptimin që këto të fundit bijnë edhe kur ajo aplikohet në një regjion tjeter të trupit. Vlera e këtij medikamenti konsiston jo vetëm në faktin se mund të përdoret edhe në fëmijët e moshës së njomë (nën 3 vjeç) sidhe në ato me leziona të lehta specifike tek të cilët rrezet për epilinë janë të kundërindikuara, por dhe sepse mund të aplikohen në shkallë të gjerë në një shumicë të madhe fëmijësh kështu që, kur e disponojmë në sasi të mjaftuarshme, në një kohë të shkurtër, mund të mjekojmë qytete e krahina të tëra.

Si në shumë vende të Shqipërisë, me këtë medikament kemi mjekuar një numër fëmijësh të rrethit të Skraparit, Beratit dhe Lushnjës duke ndërmarrë një luftim sistematik që ka për qëllim gjurmimin dhe mjekimin e dermatomikozave.

Për të qenë gjurmimi i efektshëm, duhet patur parasysh disa kërkesa, mos plotësimi i të cilave e ngadalëson suksesin e plotë të luftës kundra dermatomikozave. Këto kërkesa janë:

1) Marrja e flokëve të infektuar duhet kërkuar me kujdes të madh në mes të atyre që janë me ngjyrë të zbërdhulur, të çkëputur, të prishur me një fjalë, që dallohen menjëherë prej një teknikut të stërvitur, nga flokët tjerë normal. Ato gjinden më tepër në qendër të vatrave më të lezionuara. Kjo kërkësë është vendimtare në diagnostikimin e dermatomikozave sidomos në rastet ku lezionet janë të pakta. Janë pikërisht këto raste që duhet gjurmuar më tepër pse duke mos u zbuluar dhe mjekuar me kohë, bëhen vatra të vazhdueshme infeksioni. Njohja e mirë e teknikës të marrjes së qimeve të flokëve, e ndihmon shumë laborantin dhe rrjedhëmisht luftën kundër dermatomikozave.

2) Evitimi i transportimit të materialit të infektuar (flokë, qime skuama) nga një i sëmurë tek një i shëndoshë. Prandaj kur gjatë vizitimit të shkollave me qëllim depistimi, konstatohet ose dyshohet për një fëmijë që ka qere, nuk duhet vazhduar puna depistuese ndër fëmijët e tjerë pa dizinfektuar mirë duert dhe mjetet (pinca) kur këto përdoren.

3) Në depistimet e dermatomikozave nuk duhet harruar se mundësitë më të mëdha të infekcionit janë në mes të vëllezërive ose motrave të ndonjë nxënësi ose fëmije të gjetur me dermatomikoza dhe prandaj në ata duhet drejtuar sëpari veprimitaria gjurmuese, e cila pastaj, mund të shtrihet në shtëpitë e vendeve të tjera. Nuk duhet depistuar fshati pa qenë kontrolluar imtësish familja e të infektuarit. Kështu për shembell në kontrollin e fshatit Çukas I Ri të Fiersheganit, ku megjithëse i tërë fshati ishte negativ për dermatomikoza, një rast i dytë infekzioni u gjind pikërisht në familjen e të vetmit fëmijë pozitiv që ishte konstatauar një muaj më parë.

Luftha e plotë e dermatomikozave kërkon që mbas gjurmimit, të fillohet sa më parë kurimi i drejt i tyre. Faza e parë e kurimit është ajo epilatore të cilën në rrethet e Skraparit, të Beratit dhe të Lushnjës, ne e kemi kryer me epilinë simbas pasqyrës së poshtshënuar.

Pasqyra e kurimit me epilinë të formave të ndryshme të dermatomikozave në raport me moshën dhe seksin.

Skrapar	Moshë dhe seks								Totali	Diagnosa			Epilina			
	0-4		5-9		10-14		15+			Trikoti	Mikros por.	Favus	I	II	III	
	M	F	M	F	M	F	M	F					I	II	III	
L. Corovodë	1	—	4	2	—	—	—	—	7	7	—	—	—	5	8	
” Qëndër	—	—	7	3	9	2	2	—	23	23	—	—	—	1	—	
” Therepel	—	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	11	1	
” Çepan	1	—	5	1	4	—	1	—	12	6	—	—	6	7	1	
” Gjerbës	2	1	2	—	2	—	1	—	8	5	—	—	3	7	1	
” Potom	—	1	—	—	2	—	—	—	3	2	—	—	1	3	—	
Shuma	4	2	19	6	17	2	4	—	54	44	—	10	—	42	12	

Berat

Berat Q.	6	4	19	25	33	29	—	—	116	101	—	15	—	10	12
Q. Stalin	3	—	1	1	2	—	—	—	7	5	—	2	—	6	1
L. Qendër	15	8	24	8	36	12	4	1	108	100	—	8	1	86	21
” U. Vajgurore	7	5	17	5	15	7	—	—	56	59	—	7	1	45	10
Shuma	31	17	61	39	86	48	4	1	2	235	—	32	2	241	44

Lushnje

Lushnjë Q.	1	1	18	7	14	3	1	—	45	45	—	—	—	32	13
L. Qendër	—	1	10	2	8	2	—	1	24	23	—	1	—	22	2
” Kolonje	5	2	8	13	23	4	—	—	55	53	—	2	—	51	4
” Piershegan	3	1	7	1	—	1	—	—	13	12	—	1	1	11	1
” Çermë-Divjak	4	2	14	3	25	5	1	—	54	53	—	1	—	48	6
” Hysgjokaj	1	—	4	1	5	3	—	—	13	13	—	—	—	12	1
Shuma	14	7	61	27	75	17	2	1	204	199	—	—	1	176	27
Total	49	26	141	72	178	67	10	2	545	498	—	47	3	459	83

Kjo pasqyrë që përbledh gjendjen e depistimit dhe të mjeqimit të dermatomikozave deri më 1.XI.1961, (numri i të depistuarëve dhe të mjequarve për herë të parë me epilinë mbas kësaj date nuk është marrë në studim), na tregon:

1) Rrethet krejtësisht malore ose kanë fare pak raste me dermatomikoza si ay i Potomit në Skrapar, ose nuk figurojnë fare në pasqyrë si ay i Terpanit në Berat përmungesë absolute të dermatomikozave. Ky konstatim i fundit që në fillim na u duk si i pamundur, rezultoi të ishte krejtësisht i vërtetë mbasi në kontrollin që bëmë në vend nuk gjetëm ndonjë fëmijë të infektuar as në klasat filllore të Xhitomit as në ato të Terpanit. Do të ishte interesant me dijtë nëse edhe vendet tjera malore të Shqipërisë paraqiten me këto karakteristika përsa i përket dermatomikozave.

2) Numri i fëmijëve meshkuj të depistuar dhe mjequar me dermatomikoza është më tepër se i dyfishtë në raport me atë të seksit femror. Kjo nuk do të thotë, siç mund të duket me një vështrim të thjeshtë, se

dermatomikozat prekin më tepër meshkujt, mbasi dihet se të dy sek-set në të njëjtat kondita infektohen njësoj. Neve na duket se shkaku i numrit më të madh me dermatomikoza ndër djemt duhet këruar në mundësi më të shpeshta të infekcionit që kanë këta të fundit dhe që rrjedhin prej faktit se bredhin më shpesh se vajzat, kapen në mes të tyre, lozin dhe në lojë e sipër ndërrojnë me shoqi shoqin mbulesat e kokës (takie — kësule) dhe bashkë me këta transportojnë prej njeri tjetrit elementë infektonjës (skuama, flokë të dëmtuar etj.).

Gjithashtu të qethurit së bashku me të njëjtën maqinë qethëse që nuk dizinfektohet mbas qdo qethje, kontribuon në përhapjen e qereve në meshkuj. Vajzat përkundrazi, duke patur flokë të gjatë infektohen më me vështirësi.

3) Për sa i përket formave të ndryshme të dermatomikozave, këta janë në shumicën dërmonjëse trihofitike dhe pas këtyre vijnë ato favoze. Këto forma që zakonisht janë më të përhapura në fshatra dhe sidomos në ato më të largëta, me komunikacion të vështirë, në pasqyrën tonë përbëjnë një numër të konsiderueshëm për qytetin e Beratit (15 favus në 160 dermatomikoza ose 9.3%). Kjo spjegohet me prejardhjen e shumicës të këtyre fëmijëve nga fshatrat e rrethit.

Mungojnë krejtësisht format mikrosporike të konformuara prej laboratorit megjithëse më të rrallë, kemi konstatuar forma të tilla klinikisht.

Edhe në një pëershkrim të mëparshëm<sup>(3)</sup> mbi dermatomikozat në Shqipëri, nuk kemi përmendur forma mikrosporike për mungesë konformimi nga ana e laboratorit (me ekzaminim direkt). Gjithashtu edhe në studimin e K. Kërçikut dhe Z. Kakariqit<sup>(8)</sup> mbi kulturat e dermatomikozave në Shqipëri, nuk përmenden forma mikrosporie.

Për sa i përket rezultateve të përdorimit të epilinës në rrethet që kemi në studim, ata kanë qënë shumë të mira. Në shumicën dërmonjëse të rasteve, flokët ranë, siç shifet prej pasqyrës së sipërme pas aplikimit të dytë kurse vetëm në 83 pacientë ose në 17.9% të të gjithë rasteve të kuruara ka qënë i nevojshtëm edhe një aplikim i tretë.

Vetëm në 2 fëmijë flokët ranë pas një aplikimi të vetëm.

Në studimin e aplikimit të epilinës në rrethin e Durrësit, edhe M. Caridha<sup>(4)</sup> ka konstatuar raste të tillë. Por përkundrejt këtyre rasteve kemi patur edhe 4 pacientë të vegjël të cilëve nuk i ranë flokët as pas aplikimit të tretë. Një përqindje e tillë mungesë efikaciteti të epilinës në rastet tona (0.7), sigurisht nuk e u aspak vlefshët e këtij medikamenti të çmueshëm sidomos për kurimin e dermatomikozave në masë.

Si komplikacione të përdorimit të epilinës në rastet tona, kemi vrejtur dhimbje koke pa të vjellët vetëm në një fëmijë, 2 ditë pas aplikimit të parë të saj. Në këtë rast, fëmijës, pas heqies së emplastrit, i ranë flokët dhe kështu nuk kishte arësyse për një aplikim të dytë.

Rëndësi të veçantë në luftimin e dermatomikozave ka marria e masave profilaktike. Në këtë drejtim duhen mbajtur lidhje të ngushta dhe të shpeshta në mes të epidemiologut dhe të arsimtarëve për të kontrolluar nxënësit të ardhur nga rrethet e tjera në mënyrë që të pritet burimi i infekcionit. Nuk duhet të ndodhë, siç konstatuan në kontrollimin e shkollave fillore të Çorovodës ku fëmijë me *trichophytia capillitii* gjindeshin në mes të fëmijve të shëndoshë.

Lidhje të ngushta duhet të mbahen gjithashtu në mes të epidemiologut dhe veterinarit të rrethit. Bashkëpunimi i tyre për zbulimin e

mjekimin e kafshëve të infektuar dhe gjurmimin e mjekimin e personave që mund të janë infektuar prej tyre, ka rëndësi të madhe profilaktike në luftimin e dermatomikozave. Ky bashkëpumim është mjaft i mirë në rrethe që kemi në studim pasi veterinarët këtu marrin të gjitha masat profilaktike sa herë që konstatojnë infektime ndër kafshë sidomos viçat.

Përfundimisht nga ky studim, nxjerrim këto konkluzione:

1. Në rrethet e Skraparit, Beratit dhe Lushnjës, dermatomikozat janë cfaqur në vende fushore kurse në ato malore mungojnë kretësisht.
2. Në përqindjen më të madhe të rasteve, mbizotërojnë format trikofitike — të pakta janë ato favoze kurse format mikrosporike nuk janë konstatuar.
3. Epilina ka dhënë rezultate shumë të mira, pa komplikacione.
4. Për një luftim edhe më frytdhënës të dermatomikozave, duhen forcuar masat profilaktike duke gjurmuar më me kujdes dhe në mënyrë më këmbëngulëse të gjithë familjarët e të infektuarve. Gjithashtu duhen forcuar lidhjet në mes të epidemiologut dhe të arsimtarëve për të zbuluar burime të rea infekcionit të cilët duhet të mjekohen menjëherë.

(Paraqitur në Redaksi më 8.3.1962)

#### BIBLIOGRAFI

- 1) ARAVILSKY A. N., KASHKIN P. B. «Çrrënjosje e favus-it» Vjest. Derm. i Vener. Nr. 4, f. 8-10, 1960.
- 2) ARIEVIÇ A. M. Bashkëpun. Shken. TJULIFINA G. V. etj. «Preparat kimik i ri me veprim epilator» (njoftim paraprak) përbledhje e punës së Konferencës së parë të mjekëve dermatovenerologë të të gjithë Rusisë. — Moskë 1958.
- 3) BASHA SH. «Qere dhe epidermomikozat», Shënd. Pop. f. 11-17 Nr. 3 1955.
- 4) CARIDHA M. «Eksperiencia jonë mbi përdorimin e epilinës në Klinikën e Dermatologjisë në të sëmurët me trihomikozë», Bul. Univ. Shtet. Tirana, Nr. 2, f. 41-46, 1961.
- 5) FIREDMAN L., DERBES V. I., HODGES E. P., SIMAKI J. T. «Izolimi i dermatofitëve nga ajri», J. Invest. Derm. Nr. 1, f. 3-5, 1960.
- 6) GAILYAVICHUS P. P. «Rëndësia e bilokadës me Novokain në kurimin e pacientëve me trihofitozis kronika» Vjest. Derm. i Ven., Nr. 12, f. 19-23, 1960.
- 7) GERASIMOV, M. JA. «Efekti i agjentëve kimik dhe fizik mbi veprimin epilator të acetat talliumit», Vjest. Derm. i Ven; Nr. 1, f. 27-30, 1959.
- 8) KERÇIKU, K., KAKARIQI, Z. «Përhapja e dermatomikozave në Shqipëri», Bul. Shkenc. Natyrë, Nr. 3, 1955.
- 9) KUKULIEVA, L. I. dhe GURIEVIÇ S. I. «Eksperiencia e mjekimit e mukozave të flokëve të kokës pa Röntgen në konditat ambulatoriale». Përbledhje e punës së Konferencës së parë të mjekëve dermatovenerologjë të të gjithë Rusisë, Moskë 1958.
- 10) YACROUX, M. R. SAIGLE T., PORET, M. «Një rast favus në Scrotum shëruar me grizovinë — Semainë des Hop. Nr. 2 f. 1008, 1961.
- 11) MESINI, M. «Terapia Clinica», Romë 1959.
- 12) NIKITINA, T. A. «Mbi lezionet plantare dhe palmare klinikisht të ngashme me epidermamikozat», Vjest. Derm., i Vener. Nr. 12, f. 11-16, 1960.
- 13) SULZBERGER, M. B., BAER, R. L. citue nga Chronique OMS Nr. 2, «Grisofulvina dhe qereja», f. 63-70, 1961.
- 14) TUFILINA, O. V. «Mjekimi i të sëmurëve me mikrospori të kokës, mikrosporie lanoze, pa Rontgen». Përbledhja e punës të Konferencës së parë të mjekëve dermatovenerolog të të gjithë Rusisë», Moskë 1958.
- 15) ZAIÇEV, V. I. «Ekspseriencë e përdorimit të aparatit Röntgen epilator ambulant në lokalitete fshatare të rajonit Saratov». Përbledhja e punës së

- Konferencës së parë të mjekëve dermatovenerologë të të gjithë Ruse-së, Moskë, 1958.
- 16) ZIPERTQVSKI, L., KRAKOVSKI A. — «Grisofulvina në kurimin masiv të tinea capitis», Bul. of the World Health Organization Nr. 6, 1960.

## THE TREATMENT OF DERMATOMYCOSIS WITH EPILINE AND THE RESULTS OBTAINED IN THE BERAT DISTRICT.

### (Summary)

The author, after mentioning briefly the latest studies on the pathogenesis, spread and new methods of treatment of dermatomycosis, passes in review the results of the treatment of 545 cases found among the school children of the district of Berat. He mentions also his observations during the medical control of the schools of this district.

The conclusions of this study are the following:

1. In the district of Berat, Skrapar and Lushnja dermatomycosis is quite frequent among the villages of the plains; among the mountainous villages it is not found.
2. The most frequent form is the trichophytic; favus is rare, whereas microsporia was altogether absent.
3. Epiline has given very satisfactory results and no side effects.
4. In order that the campaign against dermatomycosis be yet more fruitful, the author advises the intensification of the preventive measures: the systematic and careful detection of all probable cases among family and other contacts, the strengthening of the cooperation between epidemiologists and school teachers in order to help discover all the new sources of infection, which should immediately begin their treatment.

## **MBI DISA REZULTATE TË SOMATOSKOPISË NË SHKOLLARET E QYTETIT TË TIRANËS**

**O. PAPADHIMITRI**  
**Katedra e Sëmundjeve Infektive**

Përveç ekzaminimeve antropometrike, vlerësimi i gjithanëshëm i zhvillimit fizik kërkon edhe të dhënat e ekzaminimit somatoskopik të tyre me qëllim që të zbulohen këto apo ato vëgori dhe defekte të zhvillimit fizik. Interpretimi i drejtë i devijimeve në indekset antropometrike, shpesh mund të bëhet vetëm atëhere, kur merren parasysh defektet e zhvillimit. Në këtë mënyrë gjatë deformimit të kolonës vertebrale mund të ketë vend një vlerësim i padrejtë i treguesit të gjatësisë, ose gjatë deformimeve të ndryshme të toraksit apo deponimit të madh të dhjamicit, vlerësim jo i drejtë i treguesit të perimetrit toracik.

Siq dihet, metodika somatologjike në kuptimin e saj të sotëm, u-formua vetëm në mezin e sh. XIX. Nga trashëgimi shkencor i shekujve të mëparshëm për zhvillimin e somatologjisë kishin rëndësi veprat e piktorëve, të cilët përpunuau kanune (rregulla) për qëllimet praktike të ndarjes normale të trupit (kanuni i Polikletit, Vitruvit, Leonardo da Vinci, Durerit).

Në sh. XVIII, si metodë përshkruese, somatoskopia mori aplikim, në fillim, për kranin (Kamper, Dobanton), skeletin (Zemering), pastaj edhe për karakteristikën e organizmit në tërësi (White), dhe, më në fund, për studimin e njeriut të gjallë (Riolan). Në gjysmën e parë të sh. XIX, u-grumbullua një materjal i gjerë lidhur me matjet e trupit të rekrutave.

Studimet e Budenit (Francë), duke llogaritur ndryshimet territoriale etj., mund të konsiderohen si një nga punët e para antropometrike të mëdha. Një bazë të shëndoshë shkencore mori metodika somatologjike në punimet e shkencëtarit Francez P. Broka, i cili shkrojti disa tekste, përpunoj instrumentin special, klasifikimin e varianteve dhe në gjysmën e sh. XIX themeloi një shoqatë të veçantë antropologjike. Në zhvillimin e antropologjisë dhe metodës somatologjike patën rëndësi punimet e Quêtelet (Belgjikë). Metoda e Brokait u-përsos dhe u-pasurua nga punimet e antropologut gjerman R. Martin (fillimi sh. XX) i cili ndryshoi instrumentarin e Broka-it dhe veçanërisht perfeksionoj metodën somatoskopike. Metoda e Martinit ka marrë një aprovim ndërkombëtar; metodat e reja sjellin vetëm plotësimë të saj, pa u larguar nga pozitat principiale të R. Martinit. Një kontribut të madh në zhvilimin e antropologjisë ka dhënë shkolla sovjetike e antropologjisë nën drejtimin e V.V. Bunakut.

Përsa i përket metodikës somatoskopike, ajo zhvillohet relativisht më me ngadale, se sa metodika somatometrike, por megjithatë kohët e

fundit kanë dalë në dritë një seri punime në lëmin e somatoskopisë, që sjellin shumë precizime dhe plotësimë esenciale në përcaktimin e saj me ndihmën e etaloneve dhe kritereve kufizonjëse.

Me qëllim, që të plotësojmë tablonë e gjendjes së zhvillimit fizik të shkollarëve në bazë të indekseve antropometrike kryesore, ne kryem disa ekzaminime somatoskopike në dy shkolla 7 vjeçare të q. Tiranës.

Në ekzaminimet somatoskopike të kryera në muajt shkurt mars 1957, ne morëm pér bazë metodikën e A.A. Minh-ut, që mbështetet në rekomandimet e V.V. Bunak-ut; përdorëm një formular të posaçém, që përbante, veç shenjave pasportale dhe atyre antropometrike, vlerësimin somatoskopik të skeletit, të formës së shpinës; gjendjes së shtyllës kurrirore, të ekstremiteteve inferiore, formës së toraksit, shkallës së zhvillimit të muskulaturës dhe deponimit dhjamor.

U-ekzaminuan gjithsejt 631 nxënës të moshës 8 deri 16 vjeç, prej të cilëve 390 (61,7%) në shkollën «M. Mame» dhe 241 (38,3%) në shkollën «Kongresi i Përmetit», ndër këta 316 (50,07%) djem dhe 315 (79,93%) vajza.

Nga të gjithë të ekzaminuarit 449 nxënës (71,1%) mësojnë në turnin e paratës prej të cilëve 233 (51,8%) janë djem dhe 216 ose (48,2%) vajza. Në turnin e pasatës mësojnë 182 nxënës ose 28,9% d.m.th. më pakë se 1/3 prej të cilëve 97 vajza (53,2%) dhe 85 djem (46,8%). Nga të gjithë nxënësit që mësojnë në turnin e mëngjezit 254 ose 56,5% janë të shkollës «M. Mame» dhe 195 ose 43,5% të shkollës «K. Përmetit». Nga nxënësit e turnit të pasatës që ekzaminuan 136 apo 79,7% janë të shkollës «M. Mame» dhe vetëm 46 apo 1/4 (25,3%) janë të shkollës «Kongresi Përmetit». Duke analizuar të dhënat t'ona simbas profesionit të prindërvë mund të shikohet, se prindëri me profesion punit kanë gjithsejt 45,9% — 290 (prej të cilëve 22,8% në shkollën «Kongresi i Përmetit» dhe 67,2% në shkollën «Misto Mame»), të profesionit nëpunës 40,8% ose 288 (prej të cilëve 46,6% të shkollës «K. Përmetit» dhe 53,4% të shkollës «M. Mame»), privatë 3,7% ose 22 (prej të cilëve 45,5% të shkollës «Kongresi Përmetit» dhe 54,5% të shkollës «M. Mame»), të profesioneve të tjera 9,6% ose 61 nxënës (prej të cilëve 30,2% të shkollës «K. Përmetit» dhe 68,8% të shkollës «M. Mame»).

Vërejtjet më të mëdha janë mbledhur nga nxënësit e moshës 9 vjeç pér shkollën «M. Mame» (gjithësej 141 fëmijë ose 36,1%), vendin e dytë e zë mosha 10 vjeç (gjithësej 51 ose 13%); të tretin mosha 14 vjeç (gjithësej 48 ose 12,3%) e me radhë 11, 13, 12, 15, 8 dhe 16 vjeç. Ndërsa në shkollën «Kongresi i Përmetit», vërejtjet më të shumta janë grumbulluar nga nxënësit e moshës 8 vjeç (70 nxënës ose 29%), vendin e dytë e zenë moshat 12 dhe 15 vjeç (nga 37 nxënës ose nga 15,3%), pastaj vijnë me radhë moshat 14, 9, 10, 13, 11 vjeç.

Ne i shtruam pér detyrë vehtesë të sqarojmë konstruksionin fizik të nxënësve, që ju-nënshtruan ekzaminimit somatoskopik. Pér këtë qëllim, duke përdorur si bazë skemën e karakteristikës së zhvillimit fizik të përpunuar prej nesh, përcaktuam zhvillimin fizik të seicilit të ekzaminuar në bazë të gjatësisë, peshës dhe cirkonferencës.

Në shkollën «M. Mame», peshën specifike më të madhe (vendin e parë) e mbajnë grupi i dytë (41,7%) ndër të cilët nëngrupi i II d.m.th. nxënësit me konstruksion normal dhe gjatësi të trupit mezatare (30,9%) dhe ata me konstruksion të mirë (d.m.th. që e kanë në përgjithësi peshën dhe cirkonferencën toracike mbi mezataren dhe të lartë) dhe gjatësi mezatare (10,5%). Vendin e dytë e zënë fëmijtë e nëngrupit të

III-të të grupit të tretë (17,8%), prej të cilëve 8,2% janë ata të variantit të dytë (d.m.th. me konstruksion nën mezataren me gjatësi mezatare dhe rënieve të nutricionit) dhe 6,4% të variantit të parë (d.m.th. me konstruksion nën mezataren, me gjatësi mezatare dhe me toraks të ngushtë). Vendin e tretë e zë grupei i V (15,5%) d.m.th. ata me prapambetje të zhvillimit fizik (të përgjithëshëm ose të shenjave të veçanta në sfordin e prapambetjes së gjatësisë së trupit), por kryesisht ata me gjatësi dhe peshë nën mezatare në shifra mezatare apo mbi mezataren të cirkonferencës toracike (6,1%). Vendin e katërt e zë grupei i parë (nëngrupi i I-rë) (6,6%) dhe (nëngrupi i dytë 3,2%) të cilët përbëjnë së bashku gati 10% të rasteve në këtë shkollë (d.m.th. rreth 10% të tyre kishin konstruksion të mirë dhe normal me gjatësi të lartë dhe mbi mezataren).

Në vendin e pestë vjen grupei i IV (5,5%) d.m.th. ata që dallohen me konstruksion të përgjithëshëm të keq, apo në kombinim në rënien e theksuar të nutricionit, të toraksit në prani të gjatësisë me madhësi të larta mbi mezataren dhe mezatare. Grupei i VI-të (2,5%) që përfshin fëmijtë me gjatësi të trupit nën mezataren dhe mezataren me frenim të peshës dhe të cirkonferencës toracike, dhe më në fund grupei i VII-të (1,9%) d.m.th. profilet me prapambetje të zhvillimit fizik.

Në shkollën «Kongresi i Përmetit» peshën specifike më të madhe e mban edhe këtu grupei i dytë (34,5%). Vendin e dytë e zë grupei i III (16%), ku 15,2% i përkasin nëngrupit të tretë d.m.th. rastit me konstruksion nën mezataren me gjatësi mezatare me variantet e toraksit të ngushtë apo shumë të ngushtë, të rënies së moderuar apo të theksuar të nutricionit. Vendin e tretë e zë grupei i I-rë (15,3%) ku 13,7% i përkasin nëngrupit të parë. Pastaj ndjek grupei i IV (9,1%), grupei i V-të (8,8%) dhe i VI-të (2,1%), dhe më në fund grupei i VII-të (0,9%).

Le të shikojmë tanë të dhënrat që karakterizojnë treguesat e veçantë somatoskopikë:

**Skeleti.** Nga të 631 ekzaminimet somatoskopike të kryera, në 93 raste (14,7%) skeleti ishte i hollë, në 85 raste (13,4%) ishte masiv, ndërsa në 11,9% normal. Në shkollën Kongresi i Përmetit nga të 241 t'ekzaminuarit skeleti i hollë u vu re në 34 veta (14,1%), prej të cilëve 14 djema (41,1%) dhe 20 vajza (58,9%), kurse skelet masiv kishin 38 veta ose 11,6% prej të cilëve 8 djem (21%) dhe 30 vajza (79%). Ndërsa në shkollën Misto Mame nga të 390 të ekzaminuarit 95 ose 15,1% kishin skelet të hollë prej të cilëve 25 vajza (42,3%) dhe 34 djem (57,7%), me skelet masiv u vunë re 47 veta ose 12% prej të cilëve 19 (ose 40,4%) vajza dhe 28 (ose 59,6%) djem. Nga këto të dhëna duket, se pesha specifike e fëmijve me skelet të hollë mbi të gjithë të ekzaminuarit paraqitet gadi e njëllojtë në të dy shkollat dhe nuk kalon të 15,1%. Po kjo mund të thuhet edhe në lidhje me fëmijtë që karakterizohen me skelet masiv.

Në shumicën dërmuese të rasteve të ekzaminuarit kishin skelet të zhvilluar mezatar dhe masiv, gjë që është një tregues i qartë mbi ndryshimet pozitive të proceseve të rritjes dhe zhvillimit të nxënësve tanë. Këto të dhëna koïncidojnë afërsisht me materialet e vlerësimit kompleks individual të zhvillimit fizik të nxënësve të këtyre shkollave, simbas të cilave rreth 65% të të gjitha rasteve e përbëjnë p.sh. në shkollën «Misto Mame», fëmijtë që hyjnë në grupet e I, II, IV në bazë të ske-

mës së karakteristikës së zhvillimit fizik, të cilët karakterizohen me gjatësi të trupit të lartë, mbi mezataren dhe mezatare me treguesa të kënaqëshëm të perimetrit toracik. Një tablo analoge paraqesin edhe të dhënat krahasonjëse të shkollës «Kongresi Përmetit». Megjithëkëtë, rreth 15% të rasteve ishin me skelet të hollë. Është pikërisht në këta subjekte, që duhet të kthehet veçanërisht vemendja e mjekëve të ambulatorit dhe hygjenistave.

Përsa i përket strukturës së deviacioneve të ekzaminimeve somatoskopike të skeletit simbas moshës rezulton, se në shkollën «M. Mame» të 59 veta me skelet të hollë 42 ose 70% mbi deviacionet dhe 27% mbi të ekzaminuarit ishin të moshës 7,8 dhe 9 vjeç, ndërsa 10 apo 16,6% të moshës 12, 13 dhe 14 vjeç ose 9% në krahasim me numurin e të ekzaminuarve të këtyre moshave në atë shkollë (110). Kjo tregon se moshat 12, 13, 14 vjeç (mosha e pubertetit) në këtë shkollë karakterizohen me më pak devijime negative, se sa mështë shkollorë e herëshme. Nga ana tjetër po në shkollën «M. Mame» mbi 47 veta me zhvillim skeletik masiv të moshave 7, 8, 9 vjeç ishin 16 nxënës (33%) dhe 10,3% mbi të gjithë të ekzaminuarit e këtyre moshave në këtë shkollë, ndërsa të moshave 12, 13, 14 vjeç 15 veta (31,9%) ose 13,6% mbi të gjithë të ekzaminuarit. D.m.th. devijimet negative vihen re më shpesh në moshat 7, 8, 9 vjeç dhe më pakë në ata 12, 13, 14 vjeç, ndërsa devijimet pozitive vihen re më shpesh në moshat 12, 13, 14 vjeç dhe më rrallë në moshat 7, 8, 9 vjeç. Në shkollën «Kongresi i Përmetit», nga të 34 vetat me skelet të hollë, të moshës 7, 8, 9 vjeç ishin 10 (29,4%) ose 10,5% mbi të ekzaminuarit e këtyre moshave në këtë shkollë, ndërsa të moshës 12, 13, 14 vjeç 16 veta (47%) ose 20,5% të të gjithë të ekzaminuarve. Me skelet masiv, të moshave 7, 8, 9 vjeç kishte 11 raste (28,8%) ose 11,5% ndërsa të moshave 12, 13, 14 vjeç 13 raste (34,2%) ose 16,6% të të gjithë të ekzaminuarve në shkollë. Në përgjithësi, përsa u përket devijimeve pozitive, këto kanë të njejtën tendencë analoge në të dy shkollat, kurse devijimet negative në shkollën «K. Përmetit» janë më të shpeshta në moshat 12, 13, 14 vjeç, se sa në moshat 7, 8, 9, vjeç, kjo ka rëndësi për faktin se moshat e sipërpermendur karakterizohen me një intensitet të madh të rritjes dhe zhvillimit të shënjave kryesore antropometrike.

### Forma e shpinës

Në shkollën «M. Mame» ka pasur 19 raste (4,7%) (7 vajza, 12 djem) me formën e shpinës të drejtë, 14 prej të cilëve të moshave 7, 8, 9 vjeç, sidhe 8 raste (23%), të gjithë të moshës 7, 8 vjeç) me formën e shpinës të përkulur. Në shkollën «Kongresi Përmetit» kishte vetëm 1 rast (0,41% të moshës 8 vjeç) me formën e shpinës të drejtë dhe 1 rast (0,41% — mosha 13 vjeç) me formën e shpinës të përkulur.

### Shtylla kurrizore

Nga të 631 të ekzaminuarit nuk u vunë ne deformime të shtyllës kurrizore me përjashtim të 1 rasti (0,15%) me shtyllën kurrizore lehtësisht kifotike, vajzë e moshës 9 vjeç në shkollën «M. Mame». Nga sa shifet, të dhënat tona tregojnë për gjendjen normale të shtyllës kurrizore në nxënësit e shkollave, që iu nënështruan ekzaminimit.

## Gjendja e ekstremiteteve të poshtme

Për ekzaminimin somatoskopik dhe vlerësimin e zhvillimit fizik të individave të veçantë, ka rëndësi përcaktimi i deformimeve të ekstremiteteve inferiore. Në bazë të të dhënave tona në shkollën «K. Përmetit» u vunë re 2 raste (0,8%) **coxa vara** (1 vajzë) e moshës 8 vjeç dhe 1 djalë në moshën 15 vjeç, 1 rast (0,4%) **coxa valga** vajzë 13 vjeç 3 raste (1,2%) **genu vara**, 1 djalë 9 vjeç, 1 djalë 13 vjeç dhe 1 vajzë 15 vjeç) dhe 3 raste (1,2%) **genu valga** (1 vajzë 8 vjeç, 1 djalë 12 vjeç, 1 djalë 15 vjeç).

Luksacione kokso-femorale të anës së majtë u vunë re në 2 raste (0,8% — 1 vajzë 8 vjeç dhe 1 djalë 15 vjeç) dhe t'anës së djathë 1 rast (0,4% — vajzë 12 vjeç). Në shkollën «M. Mame» u zbulua 1 rast (0,25% — djalë 7 vjeç) me **coxa valga** lehtësisht, në 12 raste (3%) — **genu vara** të lehtë prej të cilëve 3 djem 8 vjeç (0,75), 2 vajza (0,5%) 8 vjeç, 1 djalë (0,25%) 10 vjeç, 4 vajza (1%) të moshës 10 vjeç, 1 djalë të moshës 11 vjeç dhe 1 djalë të moshës 13 vjeç. Me **genu valga** lehtësisht kishte 10 raste (2,5%), prej të cilave në moshën 7, 8, 9 vjeç 4 raste (1%) dhe të moshës 15 vjeç 3 (0,75%) djem. Luksacion femoral nuk u vu re në asnjë rast në shkollën «M. Maine». Duke sumuar të dhënat mbi gjendjen e ekstremiteteve inferiore, mund të thuhet, se deformime anatomike të theksuara, si rezultat, me sa duket, i procesit rakinik kryesisht të kalluar më parë, janë të rralla; deformimet e gjunjëve (**genu vara**, **genu valga**) shihen më shpesh në moshat 7-10 vjeç, ndërsa luksacionet femorale (të cilat kanë më shpesh karakter kongenital) përbëjnë afro (0,5%) të të gjithë t'ekzaminuarve.

## Forma e toraksit

Për të parë ndryshimet, që ndodhin në pjesët e ndryshme të skeletit, nën influencën, kryesisht, të prishjes së proceseve të metabolizmit sidhe efektin e influencës së konditave të jetesës, ushqimit dhe të mësimit të nxënësit mbi organizmin e fëmijës, gjatë ekzaminimit somatoskopik, ka rëndësi të përcaktohet forma e toraksit. Nga të dhënët tona, në 8 raste (1,2%) të të gjithë të ekzaminuarve (631) u vunë re toraksi cilindrik (i shtypur anash), në 3 raste (0,47%) toraks i rrafshët (i shtypur përparrapra), në 4 raste (0,6%) toraks i shtypur, në 39 raste (6,1%) shkallë të ndryshme të toraksit në formën e gjoksit të pules (20 raste prej të cilëve të moshës 7, 8, 9 vjeç) dhe në 9 raste (1,4%) toraks i futur.

## Zhvillimi i muskulaturës

Me zhvillim të dobët të muskulaturës nga të gjithë të ekzaminuarit, ka patur 101 raste (16%), prej të cilave 73 (ose 15,4%) në shkollën «Kongresi i Përmetit» dhe 64 raste (ose 16,4%) në shkollën «M. Mame», të dhëna këto, që korrespondojnë me rezultatet e ekzaminimit somatoskopik të zhvillimit të skeletit dhe të profilit të zhvillimit fizik individual kompleks të shkollarëve që u përmendën më sipër dhe konfirmojnë edhe një herë saktësinë e ekzaminimeve subjektive të kryera.

Me zhvillim të fortë të muskulaturës (mbi mezataren) ka pasur vetëm 11 raste (1,6%), prej të cilëve 1 rast (0,15%) në shkollën «Kongresi i Përmetit», ndërsa të 10 rastet e tjera në shkollën «M. Mame». Nga të 110 rastet me zhvillim të dobët ose nën mezataren të muskulaturës 56 nxënësa ose 50% janë të moshës 7, 8, 9 vjeç.

## Deponimi dhjamor

Kjo shenjë somatoskopike ka devijuar n'anën negative (deponim dhjamor i dobët) në 130 raste (20,6%) prej të cilave 40 ose 16,6% në shkollën «Kongresi i Përmetit» dhe 90 ose 23% në shkollën «Misto Mame», 75 raste apo 57,6% u përkasin moshave 7, 8, 9 vjeç dhe 34 apo 26% moshave 12, 13, 14 vjeç. Karakteri i deviacioneve negative të deponimit dhjamor shkon paralelisht me atë të muskulaturës dhe masës së zhvillimit të skeletit. Për sa i përket deponimit dhjamor të lartë, ky u vu re në 35 raste gjithsejt (5,5%) prej të cilëve 23 (9,5%) në shkollën «Kongresi i Përmetit» dhe 12 (3%) në shkollën «M. Mame», 16 raste (2%) janë të moshës 7, 8, 9 vjeç dhe 8 (1%) të moshave 12, 13, 14 vjeç. Nga sa duket, edhe në lidhje me deviacionet pozitive të deponimit dhjamor në nxënësit e ekzaminuar shifet në përgjithësi një paralelizëm sidomos me shkallën e zhvillimit të muskulaturës.

Analiza e materialeve tona tregon, se gjatë përdorimit të metodës somatoskopike për vlerësimin e zhvillimit fizik të nxënësit duhet gjithnjë të kihet parasysh, se divergimi që vihet re ngandonjëherë në rezultatet somatoskopike me ato antropometrike mund të vijë edhe si pasojë e arsyeve të natyrës subjektive të ekzaminimit. Bie fjala një djale 13 vjeç me gjatësi të trupit nën mezataren, me peshë dhe cirkonferencë toracike në madhësitetë mezatare duket në inspeksion në shikim të parë me nutricion të lartë për arësyte të gjatësisë relativisht të ulët, volumi i trupit është në këtë rast më i vogël edhe nutricioni në kuptimin e peshës se trupit ngrihet, konfondohet me sy pesha absolute me peshën specifique, megjithëse në fakt ajo është mezatare. E njëjtë gjë ndodh në rast se ka vënd gjatësia e trupit mbi mezataren dhe pesha e cirkonferencia toracike janë brenda madhësive mezatare subjekti duket më i hollë, deponimi dhjamor dhe muskulatura e dobët. Prandaj, gjatë somatoskopisë, kërkohet nga ekzaminuesi një kujdes i veçantë duke vlerësuar në mënyrë komplekse shenjat somatoskopike midis tyre, nga një anë, si dhe ato të somatoskopisë me shenjat antropometrike morfollogjike e funksionale, nga ana tjeteri.

Ne u interesuam sidomos për devijimet negative të theksuara të disa shenjave somatoskopike me qëllimi që të gjejmë ndonjë korrelacion, kondicionim të tyre nga moshë, seksji, profesioni i prindit, turni i shkollës, shenjat morfollogjike dhe funksionale antropometrike, zhvillimi i muskulaturës, deponimi dhjamor.

## Zhvillimi i dobët i skeletit

Me devijime të kësaj natyre ka pasur gjithsejt 81 raste prej të cilave 58 (ose 71,6%) në shkollën «M. Mame» dhe 23 (28,4%) në shkollën «Kongresi i Përmetit», ndërsa 44 djem dhe 37 vajza, në moshat 7, 8, 9 vjeç 49 raste ose 58% dhe në moshat 12, 13, 14 vjeç 24 veta ose 29,6% d.m.th. gjysma e atyre të moshës shkollore të herëshme.

Duke i analizuar rastet simbas turnit në shkollë, ka gjithsejt 49 (60%) raste të turnit të paraditës dhe 32 (40%) të pasditës, përvèç këtyre, në bazë të profesionit të prindit devijimet negative të theksuara të zhvillimit të skeletit nga ekzaminimet tona somatoskopike ndahen në këtë mënyrë: 19 raste ose 23,4% me profesion të prindit puntor, 47 raste ose 58% nëpunës, 10 raste ose 12,3% zanatçinj, 1 rast (ose 1,2%) me profesion privat dhe 4 raste ose 4,8% të profesioneve të tjera.

Përsa i përket profilit të zhvillimit fizik të nxënësve me deviacione të theksuara negative të formës së skeletit ne vumë re, se të grupit të parë kish gjithsejt 3 raste ose 3,6%; të grupit të dytë me konstruksion normal dhe gjatësi mesatare ose nën mezatare, 16 raste ose 20%; të grupit të tretë (konstruksion nën mezatare me gjatësi të lartë mbi mezataren, mezatare), 29 raste ose 35,8%); të grupit të katërt (konstruksion i keq me gjatësi të trupit të lartë, mbi mezatare, mezatare) 10 raste ose 12,8%; të grupit (pengimi i përgjithëshëm i zhvillimit fizik), 13 raste ose (16%) dhe të grupit të gjashtë (prapambetja e zhvillimit fizik) 10 raste ose 12,3%. Pra 77% të të gjitha rasteve të devijimeve negative të zhvillimit të skeletit karakterizohen me treguesa të pamjaftueshëm dhe të këqij të shenjave morfollogjike antropometrike, ajo që e përforcon edhe më tepër këtë kondicionim reciprok është fakti se gjatësi të lartë nuk kish asnje nga subjektet me devijime negative të shkallës së zhvillimit të skeletit, ndërsa me gjatësi në madhësi mbi mezataren kishte vetëm në 6 fëmijë ose 7,4% të rasteve, dhe vetëm 8 fëmijë ose 9,9% e kishin cirkonferencën toracike mbi mezataren ose në madhësi të lartë; por duhet shtuar, se edhe kur cirkonferenca toracike qëndronte brenda caqeve mezatare në shumicën e rasteve ndodhet me gjatësinë e trupit në kombinime të tillë që tregon qartë disproporcionalitetin midis këtyre dy shenjave. Si pasojë, mund të mendohet, në bazë të këtyre të dhënavë, se shkalla e zhvillimit disproporcional të gjatësisë dhe cirkonferencës toracike ndodhet në një raport të drejtë me devijimin negativ të shkallës së zhvillimit të skeletit të zbuluar gjatë ekzaminimit somatoskopik.

Ne kërkuam të r.johim, se me ç'treguesa fiziometrike dallohen fëmijët me skeletin e zhvilluar dobët dhe vumë re, se 52 veta ose 64,2% kapacitetin vital të mushkërive e kanë më të vogël, se sa mezatarja e moshës dhe seksit të tyre (në bazë të të dhënavë tonë nxjerrë për shkollarët e qytetit Tiranës) ndërsa 29 ose 35,8% kishin të dhënat spiométrike brenda madhësive mezatare ose mbi mezataren. Kjo rrethanë shpjegohet me faktin se shkalla e zhvillimit të skeletit në përgjithësi influencon në zhvillimin dhe elasticitetin e eshtrave të toraksit dhe indirekt në indin pulmonar, gjë që reflektohet në treguesit funksionale të aparatit respirator. Megjithékëtë, sikurse shifet më sipër, në 35,8% zhvillimi i dobët e skeletit nuk influencon në kapacitetin vital të mushkërive të fëmijëve. Kjo rrethanë do të duhet të gjeje shpjegimin e saj në faktin, se në një pjesë të rasteve mund të ketë zhvillim të shenjave funksionale të zhvillimit fizik të kapacitetit vital të mushkërive, për arësyte të zhvillimit normal apo të mirë të toraksit, pa marrë paraçysh disproporcionalitetin me gjatësin e trupit dhe, atëherë, zhvillimi i dobët i skeletit nuk mund të influencoje mbi të dhënat spiométrike, me që, në këto raste, kapaciteti vital varet jo aq nga zhvillimi i përgjithëshëm i skeletit, sa nga zhvillimi i toraksit. Nga të dhënat tonë rezulton, se midis rasteve me devijime negative të zhvillimit të skeletit, 28 veta ose 34% e kanë cirkonferencën toracike brenda madhësisë mezatare, ndërsa 8 të tjerë dallohen në madhësi mbi mezataren.

Me korrelacione analoge mund të ndeshemi po t'u hedhim një sy treguesave të dinamometrisë së dorës së djathë dhe dinamometrisë së shpinës në devijimet negative të zhvillimit të skeletit. Në 56 raste ose në 70% dinamometria e dorës së djathë ishte nën mezataren dhe vetëm

në 25 raste ose 30,8% në madhësi mezatare ose mbi mezataren; në 49 raste ose 60,5% dinamometria e shpinës ishte nën normë ndërsa në 32 raste ose 39,5% në madhësi mezatare ose të larta. Predominimi i përqindjeve më të mëdha të treguesave të dinamometrisë së dorës së djathë dhe dinamometrisë së shpinës nën mezatare tregon raportin e drejtë, që ka në shumicën më të madhe të rasteve forca muskulare me devijacionin negativ të zhvillimit të skeletit, kurse rastet me të dhëna dinamometrike mbi mezatare tregojnë për faktin, se në forcën muskulare influencojnë edhe faktorë të tjerë sikurse ushqimi i rjaftueshëm dhe veçanërisht karakteri dhe masa e ushtrimeve fizike.

Në raport analog me të dhënat e mësipërme paraqitet zhvillimi i muskulaturës dhe indit dhjamor. Nga rastet me zhvillim të dobët të skeletit muskulatura e zhvilluar dobët u vu re në 48 raste (60%) dhe deponim i pamjaftueshëm i indit dhjamor në 58 raste (71,6%), ndërsa me madhësi mezatare u vu re në 33 raste (40,7%) për muskulaturën dhe 23 raste (28,4%) për indin dhjamor. Këto dy shenja somatoskopike kanë gati të njejtën ndërvarje ndaj zhvillimit të skeletit sikurse edhe dinamometria e dorës dhe ajo e shpinës; kjo është e kuptueshme, me që zhvillimi, differencimi dhe përsosmëria e muskulaturës në formë ka të bëjë me përmirësimin e aftësisë funksionale të muskujve nga një anë, kurse, nga ana tjetër, deponimi i indit dhjamor ka lidhje me nutrpcionin e organizmit dhe me zhvillimin e formës dhe funksionit të muskulaturës.

### Forma e shpinës

Nga devijimet negative në formën e shpinës në të ekzaminuarit t'anë kishim 20 nxënës me formën e shpinës të drejtë (prej të cilëve 12 në turnin e paraditës, dhe 8 në të pasditës, 6 vajza dhe 14 djem; 6 nxënës me profesion të prindit puntor, 10 nëpunës, 2 zanatçi, 2 të profesioneve të tjerë; në lidhje me profilin e zhvillimit fizik: 1 rast i grupit të parë, 8 të grupit të II-të, 5 të gr. III, 3 të gr. V dhe 3 të grupit të VI. Nga së duket, forma e shpinës së drejtë nuk koïncidon me keqësimin e treguesave kryesorë antropometrikë. Përsa u përket shenjave antropometrike funksionale, për spirometrinë dhe dinamometrinë e dorës së djathëtë në 50% të rasteve ka treguesa më t'ulët, se mezatarja, kurse në 40% më të larta, se sa mezatarja ose mezatare; dinamometria e shpinës, në 55% të rasteve me shpinë të drejtë, karakterizohet nga treguesa më të mirë, se mezatarja dhe në 48% në treguesa më t'ulët; këto tregojnë, se edhe shenjat fiziometrike në rastet tonë nuk janë influencuar nga forma e shpinës e drejtë. Në mënyrë analoge mund të flitet edhe për zhvillimin e muskulaturës dhe indit dhjamor.

Me shpinë në formë të përkultur u vunë re 4 raste të gjithë të turnit të mbasditës, 3 djem dhe 1 vajzë të moshës 7 dhe 8 veç, me profesionin e prindërvë nepunës 3 veta dhe të tjerë 1 rast punëtor, prej tyre 1 rast hynte në grupin e I-rë 'ë skemës së karakteristikës së zhvillimit fizik, 1 në grupin e II-të, 1 në grupin e III-të dhe 1 në grupin e VI-të. Shenjat funksionale antropometrike, zhvillimi i muskulaturës dhe i indit dhjamori si dhe të dhënat e tjera nuk jepin bazë për të zbuluar ndonjë regularitet të caktuar midis tyre dhe formës së shpinës së përkultur.

## **Deformimet e shtyllës kurrizore**

Nga të ekzaminuarit, vetëm në një rast u vu re gjendje fillestare e lehtë kifotike (vajzë e moshës 9 vjeç, e turnit të pasditës, me profesionin e prindit zanatçi, ndiqte shkollën «M. Mame»). Të dhënat morfologjike antropometrike lejojnë të përfshihen në grupin e parë me konstruksion fizik normal dhe me gjatësi mbi mezataren. Shenjat antropometrike funksionale dhe zhvillimi i indit dhjamor e muskulaturës janë mezatare që mbi mezataren. Këto lejojnë të mendojmë, se deformimi i lehtë i shtyllës vertebruale nuk ka influencuar negativisht në treguesit morfolo-funksionalë antropometrikë.

## **Deformimet e ekstremiteteve inferiore**

Prej këtyre deformimeve, ka pasur, me **coxa valga** 2 raste (1 në shkollën «M. Mame», 1 tjetër në «K. Përmetit»), të cilët simbas shenjave morfologjike antropometrike hyjnë në grupin e dytë të skemës së karakteristikës së zhvillimit fizik. Shenjat funksionale, zhvillimi i muskulaturës dhe indit dhjamor karakterizohen me treguesa pozitivë. 4 raste me **Coxa vara** në formë të lehtë kanë treguesa të mirë të zhvillimit fizik dhe hyjnë në grupin e dytë rë prani të gjatësisë së trupit mezatar, shenjat funksionale dhe shenjat e tjera somatoskopike janë gjithashtu treguesa të mirë. E njëjtë tablo është karakteristike edhe për 5 rastet e **genu vara** në formë të lehtë, të konstatuara, si dhe për luksacionet koksofemorale. Ndërsa në 5 raste të **genu valga** ka pasur 2 raste të zhvillimit fizik që përfshihen në grupin e II-të, 2 në grupin e III-të, dhe 1 në grupin e V-të; shenjat funksionale paraqiten me treguesa të mirë.

## **Devacionet negative në formën e toraksit**

Të 4 rastet e toraksit cilindrik, që u vunë re në formë të theksuar, i kishin treguesit morfolo-funksionalë të zhvillimit fizik të mirë. E njëjtë gjë mund të thuhet edhe në lidhje me 2 rastet e toraksit të futur.

Nga të gjitha devacionet negative të formës së toraksit më frekuente ka qenë ajo e gjoksit të pulës në shkallë të ndryshme theksimi të ndijshëm. Ndër të 16 rastet e këtij deviacioni 9 ishin të moshës 7, 8, 9 vjeç dhe 5 të moshës 12, 13, 14 vjeç, 12 të turnit të paraditës, 4 të pasditës, 6 fëmijë ishin me profesionin e prindit puntor, 9 nëpunës dhe 1 zanatçi. Në lidhje me karakteristikën e zhvillimit fizik simbas skemës, 6 janë të grupit të dytë, 1 i grupit të parë, 2 të grupit të IV, 2 të grupit të V-të, 5 të grupit të III-të.

Me sa duket, midis devacioneve të tjera të ekstremiteteve inferiore, shpinës dhe toraksit, me përjashtim të formës së toraksit, gjoksit të pulës, nga një anë, shenjave mercologo-funksionale antropometrike dhe shenjave somatoskopike të tjera, nga ana tjetër, nuk arrihet të konstatohet ndonjë regularitet. Përsa i përket devacionit të gjoksit të pulës, ky, në 57% të rasteve, ka lidhje me profilin e zhvillimit fizik të fëmijës, duke e keqësuar konstruksionin me uljen e gjatësisë së trupit, dhe pënderi sa në shumicën e rasteve këto devijime i dedikohen procesit rakinik intensiv të kaluar, kuptohet, influenca e tij në profilin e zhvillimit fizik të fëmijës sidhe aftësinë rezistonjëse të tij ndaj agjentëve të dëmshëm të jashtëm.

## KONKLUZIONE:

1) Somatoskopia është një metodë plotësonjëse e domosdoshme për ekzaminimin dhe vlerësimin e gjithanëshëm të zhvillimit fizik të fëmijëve, për zbulimin e deviacioneve në këto apo ato inde, këto apo ato organe të organizmit.

2) Nxënësit e ekzaminuar paraqiten në përgjithësi me shenja somatoskopike të mira. Deviacionet negative janë relativisht të vogla.

3) Midis deviacioneve negative somatoskopike nga një anë, shkollës, turnit, seksit, nga ana tjetër, ashtu sikurse midis formës së shpinës, deformimeve të kolonës vertebrale, të ekstremiteteve inferiore, në njerëz anë, profilit dhe shenjave funksionale antropometrike, m'anën tjetër, nuk u vu re lidhje reciproke.

4) Ekziston një lidhje direkte midis shkallës së deviacioneve negative të zhvillimit të skeletit, nga një anë, dhe muskulaturës së dobët, depozitimit dhjamor të pakët, moshës shkolllore të herëshme (7, 8, 9 vjeç), frekuencës së profileve negative të zhvillimit fizik, treguesave funksionale të ulta antropometrike, frekuencës së toraksit në formën e gjoksit të pulës, nga ana tjetër.

(Paraqitur në Redaksi më 15-XI-1962)

## LITERATURA

- 1) ALIMOV A. Z. — «Tecnika i metodika antropometričeskin izmerenij». Medgiz, 1955.
- 2) ARON D. I. — «Materiali dla ustavovlenija proporcij detej i prodrastkov v vozraste ot 8 do 18 let» Učenie zapiski MGU, T. 34, 1940.
- 3) ANTHONEJ R. — «Anthropologie — Hygiene individuelle» Paris 1930.
- 4) BEJER A. und WINTERK. — «Lehrbuch der sozialhygiene» Berlin 1953 — f. 365-375.
- 5) BRATOVANOV D. — «Osnovi na sanitarnata statistika» Sofia 1955.
- 6) BRUNI N. — «Igene militare» — Rima 1937.
- 7) BUNAK V. V. — «Antropometria» M. 1941.
- 8) BUNAK V. S. — «Metodika antropometričeskikh issledovanij» M. L. 1931.
- 9) BUNAK V. S. — «Razneri i forma prozvonočnika çelovelja i ih iznenjenija v processe rosta». Učenie zapiski MGU. T. 34. 1940.
- 10) COLLIGNON R. — «Anthropologie de France: Dordogne, Charente, Cirreze, etc» Mém. Soc. Anthrop. Paris 1874.
- 11) COSTE F. — «Scoliose de l'adulte et scoliose sciatique» La semaine des hôpitaux — 32<sup>o</sup> année Nr. 57.
- 12) DUNAJER J. — «Formes cliniques et évolution des scolioses de l'enfance». La semaine des hôpitaux 32e — 75.
- 13) GALMICHE P. — «Examen clinique d'un scoliotique». La semaine des hôpitaux 32e — 57.
- 14) GODIN P. — «Les puopotions du corps pendant la croissance» Paris 1911.
- 15) GUNDOSIN N. P. — «Osobennosti detskogo vozrasta». 1906 g.
- 16) LARICE P. — «Considérations pratiques sur le traitement des scolioses de l'enfant et de l'adulte». La semaine des hôpitaux. 32e — Nr. 57.
- 17) MARTIN R. — «Lehrbuch des anthropologie in systematisches Fartstellewig». Bd. 1-2, Anfl. Jeur 1928.
- 18) MINH A. A. — «Metodi gigjeniçeskikh issledovanij» M. 1954.
- 19) NAIDENOV I. S. — «Osnovi na higienata». Sofia 1956.

- 20) PAHOMIČEV A. I. — «Metodika ocenki fizičeskogo razvitija podrostkovn. Medgiz 1957.
- 21) PAPADHIMTRI O. — «Disa karakteristika të zhvillimit fizik të nxënësve të shkollave 7-vjeçare të qytetit të Tiranës. Shëndetësia Popullore Nr. 1 — 1959.
- 22) PAPADHIMTRI O. — «Standartet, tabelat për vlerësimin individual dhe skema e karakteristikës së zhvillimit fizik të shkollarëve të qytetit të Tiranës. Buletini Universitetit Shtetëror të Tiranës — Seria e Shkencave Mjekësore Nr. . vj. 1962.
- 23) STAVINCKAJA A. B., ARON D. I. — «Metodika islliédovanija fizičeskogo razvitija detej i podrostkov» Medgiz — 1959.

SOME RESULTS OF THE SOMATOSCOPIC SURVEY OF THE  
SCHOOL-CHILDREN OF TIRANA.

(Summary)

After analysing the data of the somatoscopie examination of 631 children in 2 schools of Tirana during the year 1957, the author concludes that their somatoscopic indexes are satisfactory. The negative deviations are few. No relation is noticed between the negative deviations on one side and sex, hours of lessons and type of school on the other. The same is true also for the relations between the form of the back, the column deformations and the extremities deformations on one side and the type of physical development and the functional anthropometric data on the other.

There is, nevertheless, a direct link between the degree of the negative deviations of the development of the skeleton on one side and the poor development of the muscular system and the adipous tissue, the young age (7, 8, 9 years), the frequency of the negative types of physical development, the low functional anthropometric indexes and the frequency of thoracic deformations (chicken's chest) on the other.

## **MBI NJI KOMPLIKACION TË RRALLË TË NARKOZËS ENDO- TRAKEALE — TRACHEITIS NECROTICO-HAEMOR- RHAGICA TË TIPIT KRUPOZ**

**Kand. i Shkenc. Mjek. PETRIT GACJA  
Katedra e Kirurgjisë së Përgjithshme**

Për kryerjen e shumë operacioneve të komplikueme sot kërkohet aplikimi i nji anestezie moderne të perfeksionuar. Në këtë drejtim narkoza endotrakeale zen vendin e parë ndërmjet metodave të tjera të narkozës. Narkoza endotrakeale e thjeshtë eter + oksigjen ose e kombinuese me me substancat myorelaksante eviton nji seri komplikacionesh që ndodhmin ma parë, kur kjo metodë nuk aplikohej. Kështu p.sh. sot kur ne aplikojmë gjanësish këtë metodë rrallë ndodh që të takojmë gjendjet e randa të shokut, gjendjet hypoksike, superdozimin e landës narkotike etj. Ne nuk kemi frikë ma se gjatë gjendjes narkotike në rrugët respiratore të sëmurit mund t'i biejnë masat e të vjellunit me të gjitha pasojat fatale që mund të shkaktojnë ata. Por si metodë e komplikueme e narkozës krahas veticë pozitive, narkoza endotrakeale ka edhe disa veti negative të lidhuna këto ose me mosperfeksionimin e aparateve të sotëm të narkozës ose me mos zotërimin e mirë të teknikës së aplikimit të sajë. Nga ndonjiherë, në praktikën e anestezisë takohen komplikacione të tilla që mund të çojnë të sëmuran deri në vdekje. Njohja para-prake e narkotizatorit me këta komplikacione dhe zotnimi nga ai i metodikës së luftimit të tyre në kohën e duhun paraqet në vetvehte nji detyrë të domosdoshme për qdo specialist të kësaj dege:

Në këtë artikull të shkurtër ne nuk kemi qëllim me shtrue të gjithë llojet e komplikacioneve që mund të ndodhin gjatë aplikimit të narkozës endotrakeale por vetëm do të kufizohemi në përshikrimin e nji komplikacioni të rrallë që ndodhj tek një e sëmurë ku që aplikue nga ne narkoza endotrakeale.

Sikurse dihet, anestezia lokale asht një ndër metodat që ka gjetun përdorim të gjanë në operacionin e strumeektomisë. Megjithëkëtë në disa raste të veçanta, kjo metodë nuk është në gjendje të sigurojë një anestesi të mirë dhe aqë ma keq nuk mund të na ruej nga disa komplikacione të rrezikëshme që mund të zhvillohen gjatë operacionit të strumeektomisë. Sidomos këtu duhet të përmenden rastet kur kirurgu ka të bajë me strumë «gjigante», struma me pozicion retrosternal etj. Në leteraturë nuk janë të rrallë komunikimet e bamuna nga autorë të ndryshëm ku flitet për vdekjet që kanë ndodhun gjatë operacionit të strumeektomis nga asfiksia e shkaktueme si rezultat i trakeomalacisë.

Operacioni i strumeektomisë në rastin e tyretotksikozave të theksuar me të operueme vetëm me anestesi lokale gjithashtu mund të shoqnohet me zhvillimin e disa komplikacioneve që ngandonjiherë mund të çojnë

të sémurin deri në vdekje. Tue u nisun nga këto, sot shumë anesteziologë preferojnë dhe rekomandojnë në të tilla raste aplikimin e narkozës endotrakeale (Mc' Intosh etj.) Po kështu edhe ne në praktikën tonë aplikojmë në rastet e përmenduna ma sipër narkozën endotrakeale. Po kalojmë në përshkrimin e rastit tonë.

E sémura V.O. vjeç 24, kartela klinike Nr. 172 u shtrue në kliniken e I-rë të kirurgjis spitali Nr. 2 me ankesa për rrahje të shpeshta të zemrës, nervozitet të theksuem, gjumë të keq, dridhje të duarve, dobësi të përgjithëshme, smadhim të gushës. E quan vehten të sémurë prej 3 vjetësh, kur për herë të parë filluan ti shfaqen shrregullimet e sipërpërmenduna. Asht kurue ambulatorisht, dhe për nji kohë të shkurtër në repartin e terapisë të spitalit Nr. 1 me preparate të jodit, por pa rezultat.

**Status Praesens.** Gjendja e përgjithëshme e të sémurës e kënaqëshme, gjatë bisedës lëkura e fytyrës herë skuqet, herë zbehet. Bie në sy ekzofthalmi e theksueme, tremor i gishtave të duerive.

Sympomat Moebius, Graefe, etj. pozitiv. Pulsi 110-120 në 1 minutë, ritmik i plotë. Tensioni arterial 115/65 mm. shtyllës zhivës. Në spaciumin e III interkostal të majtë ndigjohet zhurmë systolike. Në perkusionin e toraksit konstatohet tingull pulmonar normal; gjatë auskultacionit respirasional vezikular. Mëlcia e zezë dhe shpenetka nuk janë të smadhueme.

**Status localis.** Gjandra tireoide me konsistencë elastike e smadhume me në formë difuze, ma tepër nga e djathta. Struma e gradës III-IV.

**Analiza e gjakut:** eritrocite — 4.200.000, hemoglobinë — 71%, sedimentacioni 6 mm. në orë, leukocite — 6000, shkopijza — 0% të segmentuemu — 67%, eozinofile 3%, limfocite 30%.

**Analiza e urinës:** Albumin — negativ, sheqer — negativ, leukocite 2-4 për fushë. R-scopia e toraksit — ndryshime patologjike nuk vërehen.

**Elektrokardiograma:** takikardi sinusale, PQ — 0,20, Normograma.

Tue u bazue në të dhanunat kliniko laboratorike vihet diagnoza struma difuze hypertireoidive e gradës së III-IV.

E sémura u pregatit gjatë nji periudhe dy mujore me solucion Lugolii, Dijodthyroxin, Methylthiuracil, Chlorpromazine, Sol. Glucosae 40% me vitamina C e B<sub>1</sub>, insulinë. Mbas nji pregetitje të tillë energjikë gjendja e sajë u përmirësue dhe u ba e favorshme për kryemjen e aktit të operacionit.

Nën nji hybernacion të moderuem 31/III/1960 e sémuna operohet.

Premedikacion — Diprazin, Omnopon, atropin. Narkozë induktore, solucion Thiopental 2% — 15,0 Scolin 3 cc. Intubasiioni (tuba Nr. 12) u ba pa vështirësi. Narkoza u mbajt me ether + oksigjen sistem i mbyllët, respiracioni spontan.

Për kryemjen e operacionit u shpenzuan gjithsejt 30 ml. eter gjatë 1 ore që vazhdoj operacioni me ndihmën e aspiratorit nga tubi u aspirues sasina të pakëta mukusi. Dezintubimi u ba me nji herë sa mbaroj operacioni, frymëmarrja e thellë 20 në 1 minutë, gjatë gjithë operacionit pulsi ka qenë 80-100 të rrähuna në 1 minutë.

Gjatë gjithë ditës gjendja e të sémurës ka qenë plotësisht e kënaqëshme. Në ora 20 kirurgu i rojës shkruam tekstualisht:

«Gjendja e përgjithëshme e mirë, pulsi 94 në 1 minutë ritmik i plotë. Tegumentet me ngjyrë rozë, e sémura asht e qetë, nuk ka ankesa. Në ora 0,30 të dt. 1/IV/1960 kirurgu i rojës thirret urgjent tek ajo, mbas ankon vështirësim në respiracion si mbas sajë «nuk mund të mbushet me frymë». Pulsi 120 në 1 minutë ritmik, i plotë. Frymëmarrja 28 në 1

minutë, shumë e vështirësueme, e sëmuna mobilizon të gjithë muskujt e qafës e të toraksit. Tegmentet kanë fillue të cianotizohen. Aplikohen: Ephedrini 1 cc, Strophantini 1/4 ampule, oksigjenoterapia. U ba pastrimi i farinskit nga mukusi i grumbulluem.

Mbas kësaj gjendja e të sëmurës u përmirësue disi, ajo u qetësue, respiracioni u ba pak ma i lirë. Në ora 5,30 e sëmura në gjendje preasfiksie. Me gjithëse merr vazhdimisht oksigjen, lëkura dhe mukozat cianotike, të imbulueme me djersë, përpëlitet në shtrat, përpinqet «të gjelltisi ajér». Respiracioni 30-36 në 1 minutë shumë i vështirësuem. Ndigjohet zhurma e të gjerrhatunit gjatë kalimit të ajrit nepër trake.

U ba e kuartë se gjendja e randë e të sëmurës u krijue si pasojë e grumbullimit të sasinave të mëdha të mukusit në trake, të cilat ajo nuk mund ti ekspektorojë vetë.

Pa humbun kohë ajo u muer urgjentisht në sallën operacionit. Me anestezi lokale Sol. Novocaini 0,5% — 100,0 u hoqën disa sutura nga 1/3 e mesme e plagës operatore ekzistuese. Zbulohet trakea, e cila mbasi u fiksue me dy grepa u hap në drejtimin longitudinal në distancën e dy unazave kartilaginoze. Në momentin e hapjes së trakes prej sajë u hodhë jashtë me presion e shoqnueme me fershkllim një copë membranoze e madhe e fortë me dimension  $7 \times 2$  cm. e cila gjatë inspiracioneve tërhiqesh mbrenda në lumenin e trakes mbasi vazhdonte të ishte e lidhun me membrana të tjera në pjesën e ma poshtëme të trakes. Copa e membranës u kap nga kirurgu dhe u shkëput nga pjesët e tjera të maposhtëme. Në lumenin e trakes shpejt u vendos kanjula trakeostomike e Luerit. E sëmura filloj të qetësohet e të respirojë lirisht. Ngjyra e lëkurës dhe e mukozave u ba rozë, pulsi 100 të rrahuna në 1 minutë, me përbushje të mirë. Mbas u ba fiksimi i kanjulës rrith qafës e sëmura në gjendje të kënaqëshme u dërgue në shtratin e sajë, ku mbas pak kohe e zu gjumi dhe fjeti e qetë 3-4 orë.

Membrana e nxjerrun nga trakea ka ngjyrë si të qumështit, forma e sajë të formon bindje të plotë se ajo asht këllefi i mukozës së trakes. Në të dallojmë mirë vendet që i korespondojnë unazave kartilaginoze të trakesë.

**Ekzaminimi mikroskopik — Biopsi Nr. 235 dt. 2/IV/1960. (Dr. Çesk Rroku) (fig. Nr 1). Mukoza e trakes në disa vende e ruajtun e hiperemueme. Pjesa ma e madhe e saj e nekrotizuese me përbajtje të madhe fibrine dhe ritrocitesh. Ka elemente të shumtë inflamator kryesisht leukocitare në shumë vende në formë absesesh të vegjel. **Konkluzioni:** Kuadri i përshtkuem i përgjigjet trakeitit — nekrotike-hemoragjik të tipit krupoz në fazën e absedimit.**



Fig. nr. 1.

Dy ditët e para mbas trakeostomis e sémura i kaloj shumë mirë. Respirationi i lirë 18-24 në 1 minutë. Disa herë — ditën dhe natën me ndihmën e aspiratorit elektrik, nepërmjet kanjules trakeostomike u ba aspirimi i sekrecioneve të grumbullueme në trake dhe bronke (Para odo aspiracioni në trake u hodhën disa pika Sol. Dicaini 1%, mbas aspiracionit 100.000 U. Sol. Penicillini).

Në ora 6 të mëngjezit dt. 3/IV/1960 (3 ditë mbas trakeostomis) gjenda ja e të sémurës pa pritmas u keqësue së tepërmë — ajo nuk mund të respironte, filloj të përplaset në shtrat, të jetë shumë e axhitueme; u nxi në fytyrë e u mbulue me djersë të ftohta. Me nji herë ju nxuerr kanjula trakeostomike dhe ju ba zgjanimi i trakesë. Kur ishim tue nxjerré kanjulen e sémura me të kollitun hodhi poshtë nepër vrimën e trakesë, nji copë membranë tjetër me dimension 3 x 2 cm. edhe kjo me formën e nji kellefi të mukozës së bronkeve. Mbas kësaj e sémura u qetësue respirationi u normalizue. U vendos rishtas kanjula trakeostomike. Tue mendue se asfiksia këtë herë u shkaktue nga shkëputja e membranave të tjera të vendosuna në bronket, me qëllim që të evitohet përsëritja e sajë, u vendos me ba bronkoskopin pér kontrollimin e vijave respiratore dhe eventualisht pér pastrimin e tyre nga membranat e tjera.

Bronkoskopi u përcue (Dr. B. Zyma) nepër vrimën trakeostomike deri në bifurkacionin e trakes. Këtu në dy bronket kryesor u konstatuën copa membranash, disa prej të cilave e sémura i hodhi jashtë vetë me të kollitun, kurse disa prej tyne që ishin të fiksueme në muret e bronkeve me shumë vështirësi u nxuerrën jashtë me ndihmën e forcepseve të bronkoskopit. Mbas nuk shiheshin membrana të tjera u vendos me këtë të përfundohet bronkoskopia. Kanjula trakeostomike u vendos rishtas në vendin e sajë. Me qëllim që të ndihmohet hedhja e lirë e sekrecioneve bronkiale jashtë, të sémurës ju aplikue çdo orë, inhalasion avulli me përzierje Jodi, mentholi. Gjatë gjithë ditës 4/IV/1960 gjendja e sajë qe e kënaqëshme, respirationi krejtësisht i lirë. Në ora 3 të dt. 5/IV/1961 kanjula trakeostomike u obturue përsëri nga nji copë membrane që e sémura e nxorri deri në kanjulë gjatë kollitjes. Personeli mjekos që gjindej vazhdimi shqipërisht pranë sajë e shpëtoj edhe këtë herë atë nga asfiksia. U pastrue kanjula nga membrana dhe u ba urgjent pér herë të dytë bronkoskopia, këtë herë në vendin e bifurkacionit të trakes dhe në lumenin e bronkut lobar të djathtë u konstatuën edhe tri copa membranash të tjera, të cilat u hoqën me ndihmën e forcepseve. Si duket membranat e konstatueme këtë herë, gjatë bronkoskopisë së parë nuk shiheshin mbasi kanë qenë të vendosuna në bronket tercianë. Procedurat e inhalasionit ndihmuën në hedhjen e tyne në vijat respiratore të mësipërmë. Mbas bronkoskopisë së dytë nuk pati ma shregullim të aktit të respiracionit. Gjendja e të sémurës shpejt filloj të përmirësohet. Në ditën e 12-të mbas trakeostomisë mbasi u ba edhe nji herë kontrolli laringoskopik përkatës dhe u siguruem përfundimisht mbi llikuidimin e procesit inflamatori në trake, kanjula trakeostomike u hoq. Plaga operatore u mbyll krejtësisht mbas 10 ditëve. E sémura doli nga spitali në gjendje shumë të mirë nji muaj mbas operacionit. Mbas nji vjeti e sémura u paraqit përv kontroll. E ndien vehten shumë mirë. Fenomene të tyreotoksikozës nuk ka, ka shtue në peshë, respirationi është normal.

Qëllimi i përshkrimit të rastit të observuem nga ne, sikurse e thamë

ma sipër, asht për të vue në dukje nji ndër komplikacionet e ralla e shumë të rrezikshme të narkozës endotrakeale si edhe për të tregue metodën e luftimit të tyne.

(Paraqitur në Redaksi më 14.2.1961)

#### A RARE COMPLICATION OF ENDOTRACHEAL NARCOSIS.

(Summary)

Afer explaining the importance of modern anaesthesia, the author describes a case, in which endotracheal narcosis caused a serious complication — tracheitis necrotico-haemorrhagica of the croupal type —, in a patient who was undergoing strumectomy. The author states that the operation was successful and throughout the day the state of the patient was satisfactory. At 0.30 o'clock next morning the night service doctor noticed that the patient's respiration had become difficult; he cleaned the pharynx from the mucus that had gathered and thus facilitated the patient's breathing. At 5.30 the same day the patient was in a state of pre-asphyxia. Although she was given oxygen in sufficient quantity, her skin and mucosae were cyanotic. The respiration — 30-38 a minute — was very painful and was accompanied by a rasping sound heard during the passage of the air. The patient was brought in the operation room, where some of the sutures were removed (under local anaesthesia), and the moment the trachea was opened, a membrane with dimensions 7 x 2 cm was expelled under pression. Immediately after the patient was relieved and calm. This satisfactory state continued 3 days, but in the morning of the fourth day it deteriorated suddenly and respiration became almost impossible. The tracheotomy canule was removed, the tracheal canal opened, and a piece of membrane with dimentions 3x2 cm was removed. After that the patient was well. In order to prevent further need for intervention was performed bronchoscopy. It discovered at the bifurcation and lower in the main bronches several pieces of membrane, which were removed: the canule was again put in place, and later every hour the patient was ordered steam inhalations from a solution containing iodine and menthol. In spite of all that two days later the canule was again blocked by a membrane, and the bronchoscopy revealed three other. After that the patient recovered definitely.

## HEPATOTOMIA NË NJI RAST TË KALKULOZËS BILIARE INTRAHEPATIKE

Kand. i shkenc. mjek. FADIL SPAHIU  
Klinika e onkologjisë, ortopedisë

Gurët intrahepatik simbas të dhanave të N.I. Ramancev dhe nji sëri ekzaminimesh klinike të S.P. Fjodorov nuk janë raste shumë të rralla.

Simbas autorëve të ndryshém gurët intrahepatik vijnë zakonisht simbas proceseve të ndryshme që shkaktojnë stazën e bilës në rrugët biliare. Zakonisht këto procese lokalizohen në rrugë biliare ekstrahepatike si dhe në vesica fellae.

Rastin tonë që po publikojmë e karakterizojnë nji sëri veçorishë, të cilat i shëmangën ligjëshmërisë të mirënjojur në krijimin e gurëve intrahepatik si dhe dinamikës së zhvillimit të simptomatikës klinike dhe komplikacioneve.

Në dhjetor të 1959, urgjent shkuem për të konsultue në spitalin e Shkodrës V.B. vjeç 43, e cila simbas spjegimeve të dhana nga mjeku kuronjës ajo ishte në nji gjendje preagonale.

Në spital mbërriti më rreth orës 17 të datës 10/XII/1959. Pacientja ishte në gjendje shumë të randë, ashtë izolue nga të sëmurët e tjerë. Lëkura dhe mukoza të zbeta, buzët cianotike, frymëmarrja superficiale, pulsi filiform. Në pyetje pacientja nuk përgjigjet. Vërehet nji kaheksi e theksueme në sfondin e të cilit konstatohen disa abcese të pashoqnuar me me ngritje temperature të lokalizueme në qafë dhe në rregjonin submandibular.

**Historiku i sëmundjes:** Pacientja e ndjen vehten të sëmurë qyshta nga viti 1956 kur përfundon herë ndjen dhimbje të forta në hipokondrin e djathë, me karakter therës dhe periodik të cilat transmetoheshin në shpatullën e po asaj ane. Përfundon e njëjtë që përgjigjet. Vërehet nji kaheksi e theksueme në sfondin e të cilit konstatohen disa abcese të pashoqnuar me ngritje temperature të lokalizueme në qafë dhe në rregjonin submandibular.

Nji krizë e tillë u përsërit mëbas nji viti e gjysëm por me dhimbje jo aqë të forta si herën e parë. Gjendja u stabilizua me mjekim konservativ ambulator. Ma vonë këto dhimbje përsëriteshin në çdo dy tre muaj por me karakter ma të lehtë të cilat kalonin në dy-tre ditë.

Në gusht të vitit 1959 kriza e dhimbjeve ishte e fortë si herën e parë. Pacientja u shtrua urgjent në spital ku prap u trajtua me sondim dhe medikamente për **cholecystitis acuta**. Kësaj radhe të sëmurës dhimbjet u zhdukën; del nga spitali mëbas nji muaji mjaft e dobët dhe e loddhun. Përfundon e njëjtë që përgjigjet. Vërehet nji kaheksi e theksueme referon se të gjellat përmbytje e vazhdueshme. Mjeku kuronjës referon se të gjellat përmbytje e vazhdueshme. Të gjellat përsëriteshin dy tre herë gjatë javës me kuagula përgjaku. Në spital ju ba nji kurë me rekonstituente, transfuzione gjaku përgjaku.

Dy javë mëbas del e sëmura nga spitali pëson nji krizë të fortë dhimbjesh në hypokondrin e djathë të shoqeruerme me vjellje përfundim herë me radhë (**simbas të dhanave të pacientes gjak i zi**). Të nesërmenë mënyrë të menjisherëshme lëkura dhe sklerat u zverdhën. Kjo gjëndje vazhdoi dy ditë, ikteri kalon por mbenet të gjellat e vazhdueshme. Mjeku kuronjës referon se të gjellat përmbytje e vazhdueshme. Të gjellat përsëriteshin dy tre herë gjatë javës me kuagula përgjaku. Në spital ju ba nji kurë me rekonstituente, transfuzione gjaku përgjaku.

riodike, infuzione glukoze dhe solucione fiziologjike me shumicë për çdo ditë. Me të gjitha këto masa gjendja e të sëmurës keqësorej dita ditës në mënyrë katastrofale. Në ditët e fundit, në vëndet e injeksioneve formoheshin hematoma, në qafë dhe në regionin submandibular u formuan abscese të cilat ishin siç duket rezultat i çregullimeve të thella trofike, pasojë kjo e kaheksisë. Në tre ditët e fundit para se ta konsultonim, pacientja nuk mundëte as të përgjigjej pyetjeve as dhe të pretendonte për ndonjë gja që i nevojitej. Konstatohej nji dobësim i theksuem i aparati kardiovaskular; prandaj në kët gjëndje kaq të rendë pacientja u izolue dhe i vazhdoheshin infuzioni i solucionit të glukozës dhe fiziologjikut i shoqnuem prej kardiotonikëve.

Nji gjëndje e tillë e pacientes nuk lejohej që ti baheshin as ekzaminimet e nevojëshme për të sqaruar diagnozën. Në anë tjetër nuk kishte as nji shpresë që me trajtim konservativ të ngrivej të paktën përkohësisht gjendja e të sëmurës, gja kjo e cila do të lejonte ekzaminimin e nevojshëm për përcaktimin e diagnozës. Prandaj përparrë nji hemoragji gjastrike masive të përsëritun disa herë, dhe të vazhdueshme, e cila kërcënonte pa dyshim jetën e pacientes indikohej pa tjetër interventi kirurgjikal me gjithë që nuk dihej burimi dhe shkaku i saj. Por realizimi i ndërhyrjer kirurgjikale ishte shumë i randë mbasi kryhej në kondita shumë të vështira për pacienten e dobësueme në maksimum dhe konkretisht në gjëndje preagonale.

Me gjithë atë, pa humbë kohë, u vendos që të bëhet laparatomia.

**Operacioni:** Anestezi lokale (solutio novocain 1/4%-300, 0) infiltrative simbas shtresave. Incizioni median superior, u hap kati i sipërm i abdomenit. Në kontrollin që ju ba organeve u pa se në stomak dhe duoden ndryshime organike nuk kishte, **vesica fellae** me dimensione normale, me ngjyrë normale, hepari i butë dhe jo i zmadhuem, pankreas i dhe spleni gjithashu pa ndonji ndryshim patologjik. Me që ky kontroll nuk nxori shkakun konkret të hemoragjis gastrike u vendos të bahet splenektomia. Me dy kleme u hap hilusi i spenit dhe u ba splenektomia Ligaturë dhe qepje e vazave. Hemostaze. Plaga u qep simbas shtresave Fashiaturë aseptike. (Operoi F. Spahi).

Mbas operacionit u konstatue se vjelljet u ndërprenë. Në periudhën postoperatorore iu banë përvèç antibiotikëve, infuzione të glukozës dhe solucionit fiziologjik. Që në ditët e para gjëndja e të sëmurës fillon të stabilizohet dhe të përmirësohet. Në të katërtën ditë të operacionit fillon të pij langje, në ditën e gjashtë fillon të haj po shumë pak. Oreksi vazhdon të ishte i ulun në minimum. Në analizë që ju ba masave fekale mëlena nuk u konstatue. Kështu u siguruam për ndalimin e hemoragjisë së mbrëndëshme.

Me 28.XII.1959 filluen dhimbje të forta në larinx, të cilat i ndjenëtë ma të forta në aktin e së gjelltitunit. Mbas dy tre ditësh nuk ishte në gjëndje të gjalltiste asgja të ngurtë kurse langjet i kalonte me vështirësi. Në ekzaminimin që iu ba nga otorino-laringologu nuk konstatohej ndonji gja patologjike.

Me 7.I.1960 pacientja transferohet nga spitali i Shkodrës në Klinikanë IV të spitalit Nr. 2 Tiranë.

Nga ekzaminimi klinik dhe laboratorik u konstatue se gjëndja e pacientes me gjithë që akoma nuk ishte përmirësue plotësisht, ishte e kënaqëshme në krahasim me gjëndjen preoperatorre. Fenomenet e anemisë sekondare ishin zhdukun plotësisht. Analizat e gjakut të datës 9.I.59 kishin këto të dhëna: Eritrocite 3.780.000; leukocite 6500, sedimen-

tacioni 5 në nji minutë, hemoglobina 53%, Formula leukocitare: shkopi 2%, të segmentuem 66%, euzinofile 0%, limfocite 30%, Monocitet 2%. Analizat e tjera laboratorike ndonji të dhanë patologjike nuk kishin.

Në këtë kohë pacientja e ndjente vehten shumë të lodhun, dhe akoma kishte anoreksi. Asgja tjetër nuk e shqetësonte. Nuk ishte në gjendje të ecë vetë pa ndihmën e të tjerëve. Të sëmurës iu caktue nji dietë e pasun me të gjitha komponentet e nevojëshme ushqimorë, nji kurë medikamentoze rekonstituente. Gjendja e të sëmurës u përmirësue plotësisht. Kështu me 29.II.1960 e sëmura del nga klinika në gjendje mjaff të mirë.

Pacientja vazhdoi ta ndjente vehten mirë deri nga fundi i viti 1961. Me 4.XII.1961 u shtrua në klinikën e IV të spitalit Nr. 2, për arësy se tri javë ma parë kishin fillue ta shqetësonin dhimbje të forta në hypokondrin e djathtë me karakter therës dhe të çrrëgullta. Kishte gjithash tu dhe konstipacion, dy tri ditë me radhë nuk defekonte. Në këtë kohë klinikisht nuk konstatohet asgja patologjike. Gjendja e përgjithëshme e të sëmurës e kënaçëshme.

Në klinikë iu banë këto analiza laboratorike me këto të dhana: 1) Analiza e gjakut 6.XII.1960; Eritrocite 3.910.000, leukoicte 6100, sedimentacioni 10 në një minutë. Formula leukocitare: Neutrofile 76, Bazofile 0, Euzinofile, O, Limfocite 24, Monocyte O, Shkopij O, 2) Analiza e urinës nuk ka ndonji devijim nga norma, 3) Langu gastrik i datës 7.XII.1961: acidi i lirë mungon, totali 5 Na OH CL IO, i kombinueni negativ (5.I.1962). Glicemi 1% Bilirubin 0,24. Ro-skopi ventrikuli (8.XII.1961): Stomaku Hypotonic. Mukozë normal, hypersecretio. Evacuatio pak e ngadalsuar. Bulbus duoden i deformuar, i fiksuar në xhep në recassusin lateral. Diagnoza: Periduedenitis, probabel ex ulcera. Kolezystografia pa devijim nga norma.

Me këto të dhana shumë të vorfna laboratorike dhe jo të kjarta tue u nis nga dhimbjet e forta dhe të vazhdueshme të cilat dita ditës po baheshin të pa durueshme për pacienten, u vendos të bahet laparatomia eksplorative për të cilën pacientja ishte plotësish dakord.

Me 16.I.1962 operacioni: Laparatomia ekplorative-Anestezia e përgjithëshme me aparat eter plus oksigen. Incizioni nga procesus xypoides deri në umbilicus me të cilën u ekscizue cikatrica postoperative dhe u hap abdomeni. Në kontrollin që u ba në stomak, duoden, pankreas, rrugët biliare, ekstrahepatike dhe në vesica fellae ndryshime patologjike nuk u konstatuan. Hepari në madhësi normal i butë dhe elastik me ngjyrë normale, në palpacion sipërfaqja e lemuet, në lobin e djathtë asgja përtu shënue ndërsa në qëndrën e lobit të majtë nga sipër dhe pas konstatohen dy masa të forta me formë ovale dhe dy të tilla nga poshtë përparrë, të cilat gjinden n'indin hepatik por të pa lidhun me të. U mendue përgur biliar intrehepatik dhe u banë dy incizione në projektimin e këtyre masave në sipërfaqen e sipërme dhe në sipërfaqen e poshtëme të lobit të majtë me anën e të cilëve u nxuarën katër gurë në forma sferike 2x3 cm. ngjyrë bojë kafeje me konsistencë të fortë. Në kavitetin abdominal u futën 400.000 unite penicillin dhe 500.000 unitet streptomycin. Plaga u qep simbas shtresave. Jod, fashiaturë aseptike. (operoi F. Spahiu).

Periudha postoperatorore kalon pa komplikacione. Plaga mylllet për primam. Gjendja e të sëmurës përmirësohet. Dhimbjet i zhduken. Në gjendje të mirë e sëmura del nga spitali më 24.II.1962.

Nga të dhanunat e sipërme të lidhuna me pacienten simbas mendi-

mit tonë dalin një sëri konstatimesh jo të lëkarta. Në radhë të parë hemoragjin e brendëshme abondante siç duket ishte rezultat i patologjisë së rrugëve biliare dhe heparit. Ndalimi i hemoragjisë dhe dalja nga gjëndja e randë preagonale ishte rezultat i splenektomisë.

Në raste të tillë hemoragjish shkaku i të cilave nuk mund të konstatohet në tavolinën e operacioni duhet të kryhet splenektomia e cila supertohet edhe nga të sëmurë në një gjëndje kaqë të randë siç ishte pacientja jonë.

Faktori dhimbje me karakter konstant siç asht tek pacientja e jonë në rastë kur analizat laboratorike simptomatike klinike janë të vorfna dhe nuk jepin të dhana në favor të patologjisë, duhet të pranohet si indikacion i mjaftueshëm për të krye laparatominë eksplorative.

Jo ma pak interesant paraqitet fakti i konstatimit të gurëve biliar intrahepatik pa ndryshime të paktën makroskopike në rrugët biliare

## HEPATOTOMY IN A CASE OF INTRATRAVEAL BILIARY CALCULOSIS

### (Summary)

The author describes a case operated twice for biliary calculosis.

The first operation was splenectomy performed when the patient was in immediate danger from a continuous haemorrhage, the source of which was not discovered during the operation.

Severe periodical pains in the epigastric region determined the decision to perform an explorative leperotomy, during which were discovered and removed 4 intrahepatic calculi, bringing about the complete recovery of the patient.

The author concludes that splenectomy is necessary in the cases with internal haemorrhages, when the life of the patient is in danger, no matter what the state of the patient may be. He points out also that many affections of the liver and the biliary canals can be the primary cause of internal haemorrhages.

## NJE RAST I RALLE MELANOSARKOMA E CORPUS CILIARE ET CHORIOIDEAE

SKËNDER SINOIMERI  
Spitali i Përgjithshëm Ushtarak

Tumorët e traktit vaskuloz pothuajse gjithëmonë kanë karakter malinj. Shumica e tyre përbajnjë pigment (melanosarkoma). Por megjithatë shpesh ndodh që në të njëjtën sarkomë mund të shihen pjesë si të pigmentuara, ashtu dhe jo të pigmentuara. Tumorët e tjera të traktit vaskuloz kanë rëndësi të dorës së dytë, pse ato takohen shumë rrallë dhe klinikisht është shumë vështirë të diferencohen nga sarkomat. Ndërto vlen të përmenden angiomet e kanceri metastatik.

Sarkoma e irisit takohet shumë rrallë. Sipas autorëve të ndryshëm një rast në 10.000-150.000 të sëmurë nga sëmundje sysh (Beljarmenov, Odincov). Në zhvillimin e këtij tumorit dallojmë 4 fazë. Tumori çfaqet në formë nyje me ngjyrë portokalli ose kafe të errët më shpesh në gjysmën e poshtëme të irisit. Në këtë gjendje, tumori mund të qëndrojë për një kohë të gjatë. Në fazën e dytë, tumori rritet dhe shkakton iritacion të syrit: injektim perikorneal, turbullime korneale, dhimbje dhe atak glaukomatoz. Në fazën tjetër kemi infiltrimin e indeve rrëth syrit, ndërsa faza e 4-të karakterizohet nga metastaze në organe të ndryshme. Në kundërshtim më sarkomat e korioides, sarkomat e irisit jepin rrallë metastaza. Sarkomat e irisit takohen më shpesh në moshën 40-60 vjeç, por janë pëershkuar raste në fëmijë dhe në pleq mbi 70 vjeç (Aksenfeld, Beljarmenov). Sarkomat e irisit më shpesh janë melanosarkoma, ndërsa leukosarkomat takohen shumë më rrallë. Ato përbëhen nga qeliza me formë të ndryshme, por më shpesh të rrumbullaktë, që përbajnjë pigment. Në disa raste pigmenti mund të gjendet edhe midis qelizave. Nga një herë këto tumore pëershkohen nga një rjet i dëndur vazash. Ato kanë prejardhje ektodermale dhe jo mezodermale si mendohej më parë. Diagnostika e melanosarkomave të irisit nuk është shumë e vështirë. Më e vështirë është të përcaktohet në qdo rast konkret a kemi të bëjmë me një melanosarkomë vetëm të irisit, apo edhe të trupit ciliar. Kohët e fundit për përcaktimin e kufijve të melanosarkomave të irisit përdoret metodë luminescente e ekzaminimit.

Nuk është e lehtë të zgjidhet lloji i interventit kirurgjikal që duhet të kryhet në këtë rast, të hiqet tumorit duke bërë vetëm një iridektomi, apo të kryhet enukleacioni i bulbit, i cili mund të ketë akoma një pamje relativisht jo të keqe. Disa autorë mendojnë se i vetmi mijekim duhet të jetë enukleacioni i bulbit. Por, ka të tjerë që preferojnë iridektominë, sidomos kur tumorit nuk ka marrë zhvillim të gjerë. Del pyetja, a të siguron nga metastazat enukleacioni më mirë se iridektomia? Sipas profesor B.L. Poljak (1928) nga metastazat në mënyrë të barabartë nuk të

mbrojnë as njeri dhe as tjetri operacion. Kohët e fundit, profesor Arhan-elski rekomandon diatermokoagulacionin e tumorit.

Sarkoma e trupit ciliar takohet po aq rrallë sa dhe sarkoma e irisit. Në fillim i sëmuri nuk ka çqetësimë, më von ai ankohet se i shef objektit të deformuara. Kjo vjen nga astigmatizmi, që është rezultat i spositimit që tumor i ka bërë kristalinit. Diagnostikimi i hershëm i sarkomave të trupit ciliar është i vështirë. Ato fillojnë të duken vetëm atëherë kur tumor arrin një madhësi të caktuar ose kur tumor rritet nëpërmjet këndit të odës dhe rrënjes së irisit në odën e përparme. Në softë se ai rritet në drejtim të trupit vitroz, atëherë me anë të ndriçimit të përskueshëm do të duket prapa kristalinit një masë tumoroze e errët.

Sarkomat e trupit ciliar kanë po atë nërbërje histologjike si sarkomat e irisit. Edhe këtu melanosarkomat takohen më shpesh se leukosarkomat, megjithë sipas Aksenfeld këto të fundit në më të shumtë e rasteve janë fillimi i melanosarkomave. Sarkomat e trupit ciliar rriten zakonisht ngadalë, por shenjat glaukomatoze lindin shpejt. Ato depertojnë sklerën, pasi ndodhen në afërsi të kanalit Shlem.

Për sarkomat e trupit ciliar rekomandohet vetëm një operacion — enukleacioni i bulbit. Përdorimi i rentgenterapisë sipas Holdin s'ka shumë rëndësi, mbasi qelizat e melanomave janë pothuajse indiferente nga rrezet rentgen.

## SARKOMA KOROIDALE.

Në këtë pjesë të traktit vaskuloz, pak më shpesh takohen sarkomat në krahasim me irisin dhe trupin ciliar, por megjithatë sarkomat korioide hyjnë në radhën e sëmundieve shumë të rralla të syrit (një rast në 10.000-100.000). Takohen në mosha të ndryshme, por më tërër në moshën 40-60 vjeç dhe shumë rrallë tek fëmitë (Beliarminov).

Në zhvillimin e sarkomave koroidale dallojmë 4 fazë 1) fazë latente, 2) fazë glaukomatoze, 3) fazë ekstrabulbore dhe 4) fazë e metastazeve. Tumori mund të zhvillohet në çdo pjesë të koricidës, por më shpesh takohet në pjesën e pasme afër pupilës së nervit optik. Heret çfaqen fotopsia, metamorfopsia dhe skotoma të ndryshme në kampin viziv. Kur tumor i lokalizohet në periferi, për një kohë të gjatë nuk jep çqetësimë, kështu që diagnostikohet me vonësë. Në fillim tumor paraqitet një të ngritur me ngjyrë të errët ose të verdhë në sipërfaqen e të cilët duken vaza retinale. Më vonë tumor duke u rritur ngrë dhe çkolid retinen. Në këtë kohë, në softë se pjesët refraktuese të syrit ruainë transparentë, tumorin mund ta dallojmë nëpërmjet pupilës së zgjeruar me anë të ndriçimit fokal (duket një masë tumoroze me ngjyrë kaq të errët e përskuar nga vaza gjaku dhe e mbuluar nga retina e çkolidit). Mpreftezia e pamjes, si rezultat i ablacionit retinal, ulet, defektet në kampin viziv marrin përpjetime më të gjëra. Tensioni intraokular rritet. Kjo fazë e parë e sëmundjes vazhdon 6-12 muaj, rrallë më tepër. Me rritjen e mëtejshme të tumorit qrrregullohet qarkullimi i limfës dhe i gjakut në sy. Tensioni intraokular rritet dhe më tepër, bile mund të kemi dhe atak glaukomatoz. Patogjeninë e atakut glaukomatoz disa autorë e spjegojnë si rezultat të mbylljes së këndit të odës së përparshme nga spositimi përpëra që i bën kristalinit dhe irisin tumorit. Në raste të tjera mund të jetë si rezultat i shtypjes së venave vortikze, kështu që pengohet qarkullimi i gjakut venoz dhe mund të çfaqet një atak glaukomatoz. Në disa raste glaukoma nuk çfaqet (Odincov). Tumori vazhdon të rritet dhe

depertron edhe skleren nëpërmjet të vazave ciliare anterjore ose gjatë venave vortikoze. Kështu lind faza e tretë e sëmundjes, faza ekstrabulbare ose episklerale. I mbuluar në fillim nga konjunktiva tumori me shpejtësi vazhdon të rritet dhe shtyn në një anë bulbin. Më vonë ai nekrotizohet dhe mund të japë erë të rendë. Më vonë tumori infiltron në lëkuren e kapakëve, në muret e orbitës dhe nëpërmjet fisura orbitalis dhe foramen opticum mund të kalojë dhe në basis *cranii*.

Në fazën e fundit, përveç demtimeve në indet rreth e përqark, tumori jep metastaze dhe në organe të tjera dhe më shpesh në mëlcinë e zezë, në mushkëri dhe në stomak. Nga një herë metastazet çfaqen kur tumori ka dimensione të vogla. Forma e qelizave në sarkomat e korioides është e ndryshme, por më shpesh, sikurse në sarkomat e irisit dhe të trupit ciliar e rrumbullaktë. Këto qeliza vijnë nga shtresa e sipërme ose e mesme e korioides dhe në më të shumtë e rasteve janë të pigmentuara (melanosarkoma). Leukosarkomat takohen shumë më rrallë.

Diagnostikimi i sarkomës korioidale nuk është gjithëmonë i lehtë; sidomos ay vështirësohen kur kemi një ablacion total të retonës dhe atak glaukomatoz me turbullime të kornesë dhe të shtresave të tjera. A kemi këtu një ablacion idiopatik të retinës apo ablacioni është rezultat i rritjes së tumorit; për të zgjidhur këtë na ndihmon shumë anamneza e sëmundjes. Në rastet e ablacionit idiopatik retinal kemi zakonisht miopi, ose traume dhe ablacioni çfaqet përnjëherësh, ndërsa kur ablacioni i retinës është rezultat i tumorit retina nuk formon rudha dhe tensioni intraokular zakonisht rritet.

Një rendësi të madhe diagnostike ka ekzaminimi me llampén Sachs. Ajo vendoset në pikë të ndryshme të sklerës (ekzaminimi bëhet në dhomë të errët). Në goftëse ablacioni retinal është idiopatik pupila do të ndriçohet, në rast se pupila mbetet e errët, kjo flet për një tumor. Kjo metodë ekzaminimi nuk na sqaron gjithmonë, mbasi në sarkomat e pa pigmentuara pupila ndriçhet. Golovin rekandion në disa raste edhe diafanoskopinë retrobulbare. Ball rekandion ekzaminimin e fundus okuli sipas metodës së Beliarmenovit. Pas dikainizimit të syrit, në sipërfadjen e kornesë vendoset një copë xhami me dimensione 6x10 m/m. Mbi xhamin hidhet një pikë uji ose sol. fiziologjik dhe ushtrojnë një presion të vogël mbi të. Në drithë natyrale ose në atë të oftalmoskopisë, nëpërmjet të pupilës së zgjeruar, mund të duket fundi i syrit dhe nën pjesën e çkolitur të retinës mund të shihet tumori.

Për diagnostikimin e këtij tumori rekandohet gjithashtu punksioni i likuorit subretinal dhe prej tij preqatitet një preparat, i cili ekzaminohet në se përban qeliza sarkomatoze. Por shumë autorë nuk e përkrahin këtë metodë diagnostikimi për arësy se vetë kjo mund të bëhet shkak i zhvillimit të shpejtë të tumorit (Sattler). Një mënyrë tjetër diagnostikimi është dhe përcaktimi i hypermetropisë në një sy që s'ka pasur këtë lloj refraksioni.

Kohët e fundit diagnostikimin e tumoreve intrabulbare e lehtëson mjëft përdorimi i izotopeve.

#### RASTI YNË:

Në datën 19.6.1961 u paraqit n'ambulancën e okulistikës të soitalit të përgjithshëm ushtarë pacienti Z.B. vjeç 20. Ay arkonte se nuk shikonte mirë me syrin e majtë, ndërsa për syrin e djathtë nuk paraqiste

ankesë. Mbasi u vizitua në ambulancë u shtrua në spital me diagnozën suspekt tumor intrabulbar.

Nga anamneza rezulton se ka një muaj e gjysëm që vë re se syri i majtë nuk shef aq mirë. Në fillim nuk i dha rëndësi kësaj gjëje, bille e quajti pa rëndësi të paraqitej tek mjeku duke menduar se do të kallonte. Sëmundje të tjera me rëndësi nuk ka kaluar. Në familjen e tij nuk ka njerës të sëmurë.

Gjëndja e përgjithëshme e të sëmurit e mirë. Lëkura dhe mukozat me ngjyrë normale. Gjendrat limfatike dhe tyroide në kufi normal. Testi adipoz, artikulacionet dhe muskulatura zhvilluar normal. Porsi 66 në një minutë, ritmik, i plotë. Zemra me kufi normale, tonet e kjarta. T/A 120/75. Në pulmone nuk u vunë në dukje lezione. Abdomeni i butë, pa dhimbje, i prekshëm në të gjitha kuadratet. Hepari dhe Lieni në kufi. Në organet e tjera nuk u vunë në dukje lezione patologjike.

#### ORGANI I TË PARIT:

O.D. Syri i qetë. Segmenti anterior dhe posterior pa lezione patologjike. Vizus 1,0 O.S. Syri i qetë. Forma dhe madhësia e bulbit normal. Kornea me madhësi, sfericitet, transparence dhe sensibilitet normal. Humor aqueus transparent. Irisi me bojë kafe dhe konfiguracion normal. Pupila e rrumbullaktë, reagon në drithë (mbas atropinizimit të të dy syve u vu re se pupila e syrit të majtë u dilatua me pak se e syrit të djathtë). **Lens crystallina** dhe **corpus vitreum** transparente.

**Fundus oculi:** Duke përdorur ndriçimin fokal, ndriçimin pëershkonjës, oftalmoskopinë dhe diafanoskopinë u konstatua se në regjionin supertemporal të trupit ciliar dhe korioïdes duket një masë tumoroze me ngjyrë kafe të errët, me konture të kjarta që ndjek lëvizjet e bulbit dhe intereson 1/4 e hapësirës intrabulbare. Pupila e nervit optik normale. Zona makulare e çkolidur (ablacioni i retinës). Vizus 0,08. Tensioni intraokular 22 m/m./Hg.

#### ANALIZAT:

Gjak — eritrocite 4.110.000, leukskite 4200 (formula leukocitare normale) sedimentacioni 5 m/m. në orë. Urina në normë. Rentgenoskopja e toraksit nuk ve në dukje lezione patologjike. Gjak për lues negativ. Reaksiioni Mantoux negativ. Temperatura gjatë gjithë kohës së qëndrimit në spitale normale.

#### DIAGNOZA:

Në bazë të anamnezës, ku vihet re një zhvillim i shpejtë i sëmundjes, dhe të ekzaminimit objektiv, kemi të bëjmë me një masë tumorëzë të pigmentuar të trupit ciliar dhe korioïdes në sektorin superotemporal. Përveç kësaj, duke marrë parasysh bojën e neoformacionit, lokalizimin e tij, diferençën e zgjerimit të pupilave mbas atropinizimit si dhe uljen e impreftësisë së pamjes për një kohë të shkurtër deri në 0,08 — mendojmë se kemi të bëjmë me një tumor malinj të tipit melanosarkoma.. Glaukomë pacienti i ynë nuk paraqiste. Të sëmurit ju propozua heqja e syrit, pasi kjo sëmundje rrezikon jo vetëm syrin por dhe jetën. Në datën 26.6.1961 u bë enukleacioni i bulbit. Në seksionin që ju bë bulbit në sallën e operacionit, u pa se në brëndësinë e syrit dukesh një masë tumoroze e përbërë nga dy pjesë — njëra më e madhe (sa një kokër



Fig. 1.



Fig. 2.

ulliri i vogël i ndarë me dysh) dhe tjetra më e vogël (sa një kokër qiqër) me ngjyrë kafe të errët që kapte 1/3 deri 1:4 e brendësisë së syrit. Tumori përfshinte trupin ciliar dhe korioiden. Figura 1.

Ekzaminimi hystopatologjik tregon se masa tumorale përbëhet nga celiza atipike që infiltrojnë retinën dhe sklerën në mënyrë difuze. Elementi qelizor përmban sasi të bollshme pigmenti granular me ngjyrë kafe të errët. Diagnoza hystopatologjike melanoma malignum (Pullumb Bitri). (Fig. 2).

Publikimi i këtij rasti nga ana e jonë ka për qëllim të vejë në dukje se tumorët e traktit vaskuloz sëmundje shumë e rezikeshme jo vetëm për syrin, por dhe jetën e të sëmurit, ta kemi gjithmonë parasysh dhe të mundohemi ta këpim rastin mundësish qysh në fillim, kur procesi nuk ka dalë akoma jashtë syrit.

Rasti observohet në ambulancën e spitalit tonë çdo muaj. Pacienti e ndjen vehten mirë, punon. Objektivisht nuk vihet në dukje asgjë patologjike qoftë në syrin tjetër, qoftë në organet e brëndëshme.

(Paracitur v. Redaksi më 13.I.1962)

## BIBLIOGRAFI

1. AKSENFELD: Rukovodstvo po glaznim boleznjam faqe 402-405 V. 1939).
2. BAKBARDIN:
3. BAKBARDIN: K. voprosu o lezenij pervičnih opuloj raduzhnoj obolločki. Vesnik oftalmologii v. 1958 (2).
4. BELJARMINOV: Glazne bolezni faqe 595-601 (V. 1930).
5. GRUSHKA: Opuhol ciliarnovo tella s kistoznim pererozhdenijem. Vjestnik oftalmologii 1958 (2).
6. ODINCOV: Kurs glaznih boleznej faqe 371-374 (V. 1938) — Sbornik trudov posjashçonij sorokapjaljetinxjej dejatnosti profesora V. N. Bollganova.
7. PINDIC: Dve slučaja metastatičesko vnutriglaznovo raka. Vestnik oftal. V. 1959 (2).
8. TADE: Dvustronjaja pervičnaja mellanoblastoma sosudistovo trakta. Vestnik oftal. V. 1960 (4).
9. TADE, KOSTJUKOVA, MILLOVIDOVA: Vsjesojuznaja naučnaja konferencija po pigmentim i sosudistim opuholjam.

## A CASE OF MELANOSARCOMA OF CORPUS CILIARE AND CHORIOIDEA.

(Summary)

The tumors of the vascular tract of the eye are very rare (one in ten or fifteen thousand eye patients). They usually have a maligne character (melanosarcoma) and are mostly seen at the age from 40 to 60. In their development some authors distinguish four phases, which range from the time the tumor is formed until its maximum growth, when it gives metastases in other organs. The metastases occur mostly in the liver, lungs and stomach.

It is not easy to choose the kind of surgical intervention that is most appropriate for the different cases. Most of the authors prefer the enucleation of the bulbus as being the most radical.

The diagnosis of the tumors of tractus vascularis depends much on the location of the tumor and the method of examination.

More easy is the diagnosis of the tumors of the iris, while those of the corpus ciliare and chorioidea are more difficult.

In our cases we have described a tumor of the corpus ciliare and chorioidea in a 20 year old patient.

After the operation our clinical diagnosis was confirmed by the anatomopathologic examination.

The patient is held under regular observation. After more than a year he feels perfectly well and is able to do his usual work.

## DY RASTE MEGAURETERI \*)

FLAMUR NISHANI

Katedra e Kirurgjisë së Fakultetit

Më 1923 J.R. Caulk raportonte për një rast me dilatacion të madh të ureterit dhe në dukje me orificium ureteral normal. Duke e krahasuar këtë anomali me megakolonin, ay e quajti megalo-ureter (megaureter).

Mendohet se rreth 10% të tē porsalindurve paraqesin anomali kongenitale të apparatit urinar, që shpesh janë beninje. Por disa prej tyre me kalimin e kohës qfaqen me patologji të rrugëve të sipërme urinare dhe të reneve. Si përfundim i këtyre anomalive shpesh rezulton megaureteri. Megjithëse megaureterët mund të shkaktohen nga një pengesë kongenitale mekanike në rrugët urinare si: fimozis, striktura të uretrës, atrezia të pjesës ostiale të ureterit, ose steioza intramurale të tij, etj, përsëri këto raste ku konstatohet një pengesë kongenitale mekanike janë të pakta. Sipas studimeve të fundit (Swenson) shpesh shkaku i sëmundjes janë çrrregullimet neurogene në kuptimin e një inervacioni të dobët parasympatik (si në megakolon) të vesikës urinare dhe të pjesës terminale të ureterit. Ka dhe raste kur kemi çrrregullime kongenitale në kuptimin e hypoplazisë s'aparatit neuromuskular ose aplazi e ureterit.

Çfarëdo qofshin pengesat kongenitale të eliminimit të urinës neurogene, apo mekanike, si rezultat ka shumë shkallë dilatacionit të ureterëvet. Më në fund, në rastet e avancuara, ureteri zgjatet dhe zgjerohet duke krajuar atë që quhet megadolichoureter (Deibman në fëmijë 12 vjeç ka bërë nefroureterektomi ku ureteri ishte 56 cm. i gjatë dhe deri 10 cm. i trashë. Më vonë ureteri me ostium insufficient transformohet në një farë ulluku inert që bashkon veshkën me mshikëzën e ujit të hollë. Kështu që edhe gjatë urinimit një sasi urine mbetet në ureterin e zgjeruar e atonik si edhe në pelvis që praktikisht nuk zbrazen kurrë. Krijohet urinë residuale që, si gjithmonë, është një teren shumë i favorëshëm për mbajtjen dhe zhvillimin e infekzionit.

### Rastet tonë:

1. Pacienti F.N., vjeç 3, transferohet nga pediatria në Klinikën tonë më 3.XI.1960.

**Anamneza:** fëmija urinon turbull, herë herë urina sidomos në fund del si qumësht e bardhë. Nga një herë ka temperaturë. Me këtë simptomatologji në 3.IX.1960 shtrohet në pediatri me diagnozë pyelocystitis.

\*) Kohët e fundit në klinikën tonë është shtruar edhe një fëmijë tjeter me megaureten

Në ekzaminimet e urinës vazhdimisht leukocite me shumicë. Në urografi intravenoze që ju bë dy herë në pediatri, nuk eleminojnë kontrastin. Ekzaminimet e tjera normal. I sëmuri u mjekua me antibiotikë, por pa rezutat. Për këtë arësyë dërgohet tek ne për ekzaminime më të hollësishme.

Në ekzaminimin objektiv tek ne konstatohet dobësi e përgjithëshme dhe ulje e turgorit. Në palpacionin bimanual jep dhimbje nga e djathta në regionin lumbal. Nga ekzaminimet e tjera, urina: leukosye me shumicë, albuminë pozitiv. Në urografi intravenoze të aparatit urinar konstatohet një eliminim i dobësuar nga e majta dhe nga e djathta nuk ka fare kontrast.

Me diagnostikenhydronefrozis dekstra, fëmija vendoset të operohet.

18.XI.1960, interventi (Nishani): Nefroureterektomia dextra. Me lumbotomji në të djathtë zbulohet reni që ishte hydronefrotik, me parenchym fare të holluar, mbushur me urinë të turbullitë. Reni ishte shndruar në një gese. Kalkul nuk konstatohet. Pelvis ishte mjaft i zgjeruar dhe shndruar në një sakus mbushur me pus. Ureteri ishte i trashuar sa një gjithë i madh burri, me mure hypertrofike. Duke menduar se kemi të bëjmë me një megaureter me origjinë kongenitale dhe si rezultat i asaj me destruksion komplet të parennymit renal, bëhet nefroureterektomia.

### Diagnoza: megaureter kongenital dextra, hydronefrozis sekundaria dextra.

Dekursi post operativ i qetë. Pacienti del nga klinika në gjendje relativisht të kënaqëshme. Urinon mirë.

II. Rasti i dytë ka një histori të gjatë, por njëkohësisht dhe instruktive. Pacienti S.L. vjeç 1, shtrohet urgjent në 22.VIII.59 në klinikën tonë me fenomene retencioni urinar dhe urosepsis. Diagnoza e hyrjes: suspekt kalkul vesikal. Temperatura 380. Urina: pus pozitiv, albumin pozitiv. Analizat e tjera normale. Në grafi të aparatit urinar kalkul nuk konstatohet. Në urografinë intravenoze nuk eleminojnë kontrastin. Me që fëmija ka fenomene retencioni urinar (urinon me vështirësi dhe me pikë) katetrizohet me katater metalik dhe është përshtypja se preket gur në vesikë. Me diagnostiken kalkul vesikal, vendoset të operohet.

28. VIII. 1959 interventi: sectio alta. Në vesikën urinare që ishte e dilatuar nuk konstatohet kalkul. Vendoset kateter «a demeure». Dekursi post operator i qetë. Pas një javë fëmija del i përmirësuar.

Më 7.IV.1960 shtrohet rishtas urgjent me fenomene retencioni urinar në spitalin tonë, në një klinikë tjetër. Diagnoza e hyrjes: kalkul vesikal. Analiza e urinës: leukocyte me shumicë, albuminë pozitiv. Në grafi të aparatit urinar kalkul nuk konstatohet. Pas një trajtimi konservativ me antibiotikë fëmija del nga spitali ynë.

Pas pak kohe më 6.XII.1960 pacienti shtrohet në pediatri me diagnostiken: dyzenteri. Gjatë ekzaminimeve të urinës konstatohet pyuri dhe albuminuri. U mjekua me antibiotikë por pa rezultat të dukshëm. Në urografi intravenoze reni i djathtë nuk eleminon, kurse reni i majtë ka kalicet të dilatuara. Pasi qëndron në pediatri rrëth një muaj fëmija dërgohet tek ne për ekzaminim të mëtejshëm.

Më 15.III.961 fëmija shtrohet në klinikën tonë nga ambulanca e uro-

logjisë me diagnozë: pyurija. Pacienti i dehydratuar dhe shumë i dobët. Renet në palpacion bimanual nuk preken. Në organet e tjera asgjë me rëndësi, temperatura 390. Në urinë pus dhe albuminë pozitiv. Azotemi gr. 0,60%. Gjendje e rëndë. Urosepsis.

Fillohet trajtimi me antibiotikë, me solucion glukozë 5% dhe me testosteron. Temperatura normalizohet, azotemia gjithashtu. Në analizën e urinës ka vazhdimisht pus dhe albuminë. Urinon me dhimbje. Në grafi kalkul nuk konstatohet. Në urografinë intravenoze renet nuk eliminonjë kontrastin. Me karakter metalik hyhet lirisht në vesikë ku kemi përshtypjen se takojmë në gur. Atëherë vendoset te intervenohet edhe një herë për kalkul vesikal.

4.IV.1961 interventi (Nishani): me incizion median suprapubik (mbi cikatricën e vjetër), zbulohet dhe çelet vesika urinare, nga ku del një sasi urine e madhe shumë e turbulltë. Kontrollohet vesika dhe kalkul nuk konstatohet, por nga ana e djathët gishti tregues hyn lirisht në një orificium dhe mbas tij ne një kavitet tjetër. Në këtë moment duke shtypur me dorën tjetër abdomenin e fémijës, del një sasi e madhe urine mjaft e turbulltë dhe me detrite, me ngjyrë pothuaj si qumësht. Kaviteti komunikonte lirisht me vesikën urinare. Vesika myllitet dhe vendoset kateter «a demeure». Vazhdohet mjekimi me antibiotikë dhe lavazhe të vesikës. Gjatë këtyre lavazheve konstatohet se urina del nga vesika në dy kohë. Kur hyn kateteri, nga vesika del një sasi e madhe urinë, pastaj po t'i shtypej barku fémijës, ahore nga kateteri delte edhe një sasi tjetër e konsiderueshme urine. Nga ky i sëmurë një herë kemi qitur rrëth 700 cc. urinë. Gjendja përmirësohet, urina relativisht kthjellohet.

Më 8.V.1961 bëhet cystografia (pyeloureterografija retrograde me refluks) (shih fig. nr. 1). Vesika ka konture jo të rregullta me shënja të një hypertrofie të mukozës. Nga ostiumi i djathët insuficient me refluks vesikoureteral kontrasti kalon në ureterin e djathët që është mjaft e zgjeruar (si zorrë e trashë); ka formë spiraloide dhe është zgjatur. Gjithashtu konstrasti kalon në pelvis që është po ashtu mjaft i dilatuar dhe mbush renin e djathët hydronefrotik.

### Diagnoza: megaureter dextra, hydronefrozis dextra.

Një rast pak a shumë të ngjashëm, ku diagnoza e sëmundjes bëhet pas një kohe relativisht të gjatë, raporton edhe Ronchetti.

Kromocystoskopia: me narkozë inhalatore eter futet cystoskopi lirisht në vesikë, nga e cila del shumë urinë. Mukoza hyperemike dhe trabekulizim i lehtë i vezikës. Nga e djathët duket ostiumi i zgjeruar, atomik. Nga e majta dallohet ostiumi sin. në vendin e vet. Indigokarmina (intramuskulare) del pas 20 minutash nga ana e majtë në vesikë, me intensitet të dobësuar. Ana e djathët nuk eliminon kontrastin.

Urografija intravenoze, (me kompresion të ureterëve) (Maly): në skriagramin e pestë të bërë pas 20 minutash nga e majta duken disa hije të dëndura në formë ovoide, që së bashku formojnë pasqyrën e hydronefrozës së renit të majtë. Funksioni: në të majtë i zgogëluar, por i mjaftueshëm. Në të djathët as pas 20 minutash nuk ka shënja të një evakuacioni aktiv.

Në bazë të ekzaminimeve reni i djathët nuk funksionon. Praktikisht i sëmuri rrон vetëm me renin e majtë, qoftë dhe me një insuficencë relative të saj. Kështu vendoset të bëhet nefroureterektomia e djathët për të hequr edhe një vatër infekzioni nga organizmi.

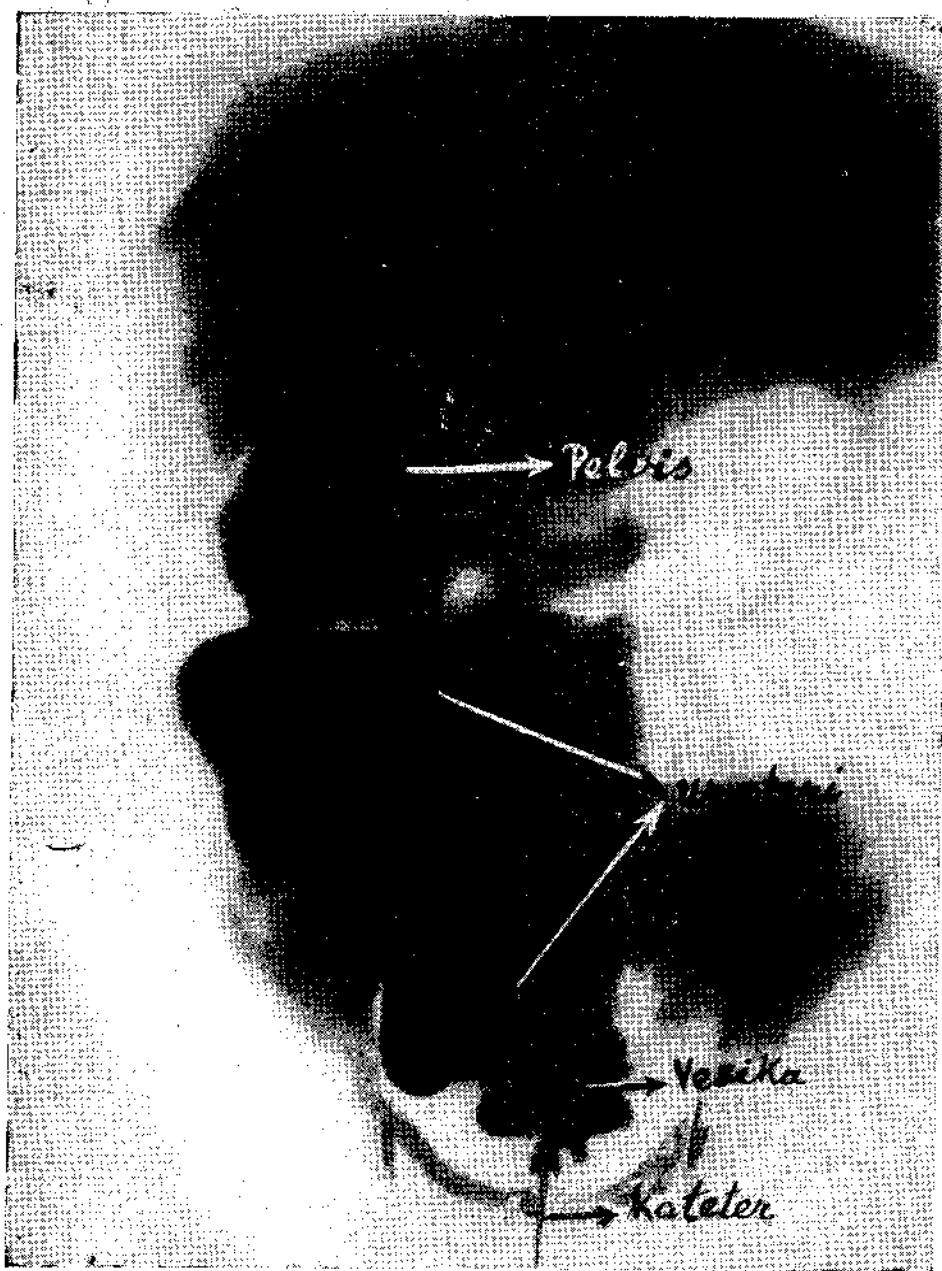


Fig. 1. Ureteropyelografia dekstra me refluks vesikoureteral. Megadolichoureter i mrotulluar si spiral dhe me ostium ureteral insuficient. Pra ureteri është jo vetëm i zgjeruar (megaureter) por edhe i zgjatur (dolichoureter).

26.VIII.1961 interventi (Nishani): nefroureterektomia dextra. Me narkozë eter bëhet lumbotomia në të djathët. Preparohet reni dhe ureteri deri nën vazot iliakë. Veshka ishte me parenhym si letër, mbushur me urinë të turbulltë dhe ishte shndruar në zgavra cystike. Pelvsi dne ureteri gjithashtu shumë të zgjeruara dhe të mbushur me urinë. Në palpcion muret e ureterit hypertrofike. Ureteri i hequr ishte vende vende 4 cm. i trashë (shih fig. 2 dhe 3).



Fig. 2. Preparati ekstirpuar.



Fig. 3. Veshka e ndarë më dysh.

Preparati dërgohet në biopsi (te Bitri), i cili konstaton: **Hypertrophia congenitale urteris, hydronefrosis ascendens secundaria**. Pas operacionit fëmija shtoi në peshë. Urinon relativisht mirë.

Diagnoza e sëmundjes shpesh është e vështirë, me që megaureteri nuk ka një shprehje klinike të vetme, që të jetë tipike për të. Shenja më me rëndësi me të cilën femija vjen tek mjeku është pyuri. Çdo i ashtuquajtur cystopyelit kronik në fëmijët duhet të na térheqë vrejtjen dhe të na bëjë të dyshojmë (veç kalkuleve, etj) edhe për ndonjë malformacion kongenital. Dhimbjet dhe hematuria janë të rralla, (veç rasteve kur megaureteri komplikohet me litiazë). Nga një herë dalin në evidencë shenjat e dëmtimit të veshkave, si albuminuri, azotemi e ngritur, etj. Gjithashtu shpesh konstatohet vonesë ritje në fëmijët dhe anoreksi. Kur megaureteri është i avancuar do të vrejmë se fëmija urinon në dy kohë, ose po të shtypim barkun e fëmijës do të eleminojë edhe një herë tjetër mjaft urinë (sidomos kjo duket më mirë kur e kemi katetrizuar fëmijën). I sémuri mund të shtrohet edhe urgjent me fenomene retencioni urinar, nga detriuert dhe pjesët nekrotike që duke u eliminuar bëhen pengesë e urinës.

Sigurisht se për të përcaktuar diagnozën, duhet të bëjmë një seri ekzaminimesh si urografi intravenoze, etj; dhe posaçërisht duhet të bëhen ekzaminime më speciale urologjike, si cystografi, cystoskopi, etj.

Vetkuptohet se kura e kësaj sëmundje është e vështirë. Në rast se proçesi është minimal dhe pak a shumë i stabilizuar (në bazë të kontrollave të vazdueshme) mund të ndiqet terapi konservative. Në rastet kur indikohet intervencioni kirurgjikal, mund të bëhen operacione plastike të ndryshme, ose edhe heqja e ureterit dhe e renit, kur ky është prishur fare.

(Paraqitur në Redaksi më 4.4.1962)

## BIBLIOGRAFIA

1. J. BEDRNA: Detska urologie, Praha, 1951, f. 213-221 dhe 236-241.
2. L. CAPORALE: Manuale di Urologia, Torino (Edizione Minerva Medica) 1952, f. 273-274 dhe 384-386.
3. J. CHAPRAL, R. JEAN dhe H. BONNET: Anomalies des voies urinaires chez l'enfant et leur retentissement sur le rein, La semaine des Hopitaux (Annales de pediatrie), F. 35 n. 16, 24 shkurt 1959.
4. A. I. DODSON: Urological surgery, St. Louis 1956, f. 383-387.
5. F. C. HAMM dhe KEITH WATHERHOUSE: Lower urinary-tract obstruction in children, JAMA vol. 175, nr. 10 Mars 1961, f. 654-657.
6. J. KUCERA: Chirurgie Hydronefrosy, Praha 1960, f. 138-145.
7. J. PERRIN: Traitement des mega-uréters, Journal d'urologie, Tome 67, nr. 3, mars 1961, f. 105-121.
8. A. PITEL: Rukovodstvo po chirurgii, Tom. IX. Moskë, 1959, f. 137-138.
9. G. C. RONCHETTI: Ipoplasia renale congenita con mega-uretere ed uretere accessorio complicato da indronefrosi e reflusso vesico ureterale, Minerva Pediatrica, vol. X., nr. 46, 17/11.1958, f. 1334-1342.

## TWO CASES OF MEGAURETER

(Summary)

The author presents two cases of congenital megaureter, operated in the II Faculty clinique. He mentions briefly the etiopathology and diagnosis of the sickness, as well as its treatment.

The importance of these congenital anomalies resides in the fact that they lead gradually to the destruction of the kidney's parenchymatous tissues.

The diagnosis is often difficult, because these malformations can present different clinical aspects. Early diagnosis is essential for the success of the treatment.

In both cases was performed nephroureterectomy, which resulted in a notable improvement of the health of the children.

## NJE RAST KOLPOPOEZE QË DHA MUNDËSINË E LINDJES SË FËMIJËS

PANAJOT BOGA

Klinika Ortopedisë

Nuk janë aq të rralla defektet e kanalit vaginal prej të cilave bëhet e pamundurjeta seksuale dhe lindja e fëmijve. Grupin kryesor e përbëjnë defektet kongenitale që lidhen me çregullime embrionale të zhvillimit e që manifestohen me septume, obliterime **atresia vaginae** deri në mungesën e plotë të vaginës (**aplasia vaginae**). Rrallë shqoqërohen me alterime psiqike apo fizike dhe shpesh takohen në gra të formuara mirë e nga jashtë krejt normale.

E vetmja mënyrë e eliminimit të këtyre defekteve është operacioni i formimit të vaginës (colpopoiesis). Indikacione vitale për kolpopoeze nuk ka, prandaj për një kohë të gjatë kanë ekzistuar mendime të ndryshme për këtë çështje. Sipas A.M. Aleksandorov, ky operacion duhet bërë kur ekzistojnë jo vetëm shenjat seksuale por kur ekziston edhe tendencë për akt seksual nga ana e femrës. Komplikacionet dhe letaliteti i konsiderueshëm post-operator i kanë detyruar një pjesë të kirurgëve gjinekologë të jenë absolutisht kundra kolpopoezës. Gjatë shumë vjetëve vazhdojnë përpjekjet për të gjetur metodën më të mirë dhe më pak të rrezikeshme për jetën e gruas. Kolpopoeza ka një rrugë të gjatë e të ndërlidhkuar, prej punksioneve të thjeshta evakuese të **Haematometrium**, plastikave vaginale ku përdoren për epitelizim lëkura, mukozet, cipat amniotike, sakusi hernial etj., e deri në formimin e vaginës me anë të ansave intestinale.

Nuk është detyra e këtij komunikimi të përshkruajmë gjithë metodat e ndryshme të kolpozës, por shkurtimisht do të japid një skicë të metodës që kemi përdorur në rastin tonë.

Duke filluar nga 40 vjetët e shekullit tonë, përsëri u kthyen në metoden e Dupuytren duke e propaganduar atë si më të thjeshtë, më rezultate dhe të aplikueshme jo vetëm në atrezitë por dhe në aplazitë vaginale (G.G. Gambarov, G. Muller, Wharton, Counseller etj.) Ata nisen nga pozitat e mundësise së proliferimit të epitelit të **sinus urogenitalis**, dhe mundësisë së autoepitelizimit të lozhës vaginale nga metaplasia e indeve për rrëth. Kolpopoeza e Dupuytren ka dy kohë përdorimi: a. — 1817-1933 metoda origjinale, b. — Prej 1933 e deri sot, (modifikimet e Gambarov, Wharton, Counseller). Metoda e Dupuytren konsiston në formimin e kanalit vaginal duke tunelizuar spaciumin rektovesikal e mandej punktonet spetumi rektovesikal për evakuimin e hemometriumin. Por shpejt ky tunel obliterohesh, prandaj propagandistët e sotshëm kanë modifikuar

trajtimin postoperator. Gambarov (1933) bën buzhimin me dilatatorët e Hegarit deri Nr. 26; Kleistman (1935) përdor protezë speciale e cila lyhet me një pastë (Vernix caseosa) që shpejton epitelizimin; G. Muller (1936-39) duke përdorur dilatatorët e Hegarit të lyer me një pastë speciale shpejtuese të epitelizimit, pa se epiteli i lozhës vaginale të formuar nuk dallohet nga ai i vaginës normale. Wharton (1938) mbron lozhën vaginale nga cikatrizimi me protezë të lehtë prej një druri të veçantë (Balsa-Wood) ose parafine 10-4 cm. për tri javë. Wharton thekson se duhet të kemi parasysh tri gjëra: 1) Lozha të preqatitet si në gjerësi ashtu dhe në thellësi më e madhe se kanali i ardhshëm vaginal. 2) Proteza të jetë e lehtë dhe të komprimojë uniformisht indet për të mos dhënë dëkubituse. 3) Proteza të mos jetë as tepër e shkurtër as tepër e gjatë, duke mos kaluar diafragmën pelvinë për t'u evituar komplikacionet e mundëshme. Analogji me Wharton kanë propozimet e Counseller etj., por në vend të protezës prej druri përdorin proteza xhami, plastmase, fibra të vullkani-zuara etj.

Metodika e Wharton gjeti përdorim sidomos në SH.B.A. Vetë autori nënivzon se duhet të përdohet vetëm në ato raste kur gruaja ka mundësinë e aktive seksuale të rregullta, nga rreziku i cikatrizimit dhe obliterimit të kanalit vaginal. Kjo metode duhet të përdohet vetëm në ato raste kur ekzistonjë disa ishuj të epitelit vaginal për të shërbyer si bazë e epitelizimit të pjesës tjeter (Marschal 1944), mbasi sipas shumë studimeve (A.K. Sharnina 1946, Whiterere 1951) nuk ka mundësi metaplazimi të indeve në epitel. Me modifikimet e lartpërmendura indikacionet janë zgjeruar, nuk ka letalitet dhe komplikacionet janë në përqindje më të ulët. Rezultatet pozitive arrijnë deri 84,8%. Sidoqoftë metoda e Dupuyten me modifikimet e Whartonit etj. përdoret kryesisht në atrezitë kon- genitale apo aquisita, në gratë me uterus në gjendje funksionale të aftë përlindje pas një operacioni të tillë. Sipas A.M. Aleksandrov (1955), në literaturë janë përshkruarë 7 lindje, 4 sipas metodës origjinale, të Dupuyten, 3 pas asaj të modifikuar. Me këtë rast themi se dhe gruaja e operuar prej nesë sipas variantit të dytë, lindi.

J.M. vjeç 20, vendbanimi Patos, shtëpijake e martuar; paraqitet në ambulancën e kirurgjisë Berat duke u ankuar për pamundësi të jetës seksuale. Me diagnozën paraprake Septum Vaginae, shtrohet në spitalin e atij qyteti më 2/8/1960 Nr. K. Klinike 2188. Pacientja referon se gjer në martesë (e cila ndodhi para 6 vjetësh) e ka ndjerë vehten mirë pa patur ndonjë ndryshim nga shoqet e saj. Menstruacionet i kanë ardhur në moshën 15 vjeç, fare të pakta, me dhimbje në fund të barkut, zgjasin 1-2 ditë. Shenjat e jashtme seksuale dhe ndjenjat përkatëse koincidenjë me këtë moshë. Sado që tendencat për akte seksuale ishin të shpesh-ta dhe të shoqëruara me kompleksin psiqik, ishte e pamundur të realizo-heshin, nga mungesa e vaginës. Disa herë është drejtuar për ndihmë mjekësore por i është refuzuar.

Zhvillimi i përgjithshëm fizik dhe psiqik i mirë. Oblik femëror i zakonshëm. Gjëndrat mammare të zhvilluara. Panikuli adipoz në gluteus dhe pubis po ashtu. Vegjetacioni pubik sipas tipit femëdor. Labia majora atrofike, ndërsa ato minore si zakonisht; clitoris i zhvilluar mirë, **orifitium ure-thrae** në vendin e vet. Thellësia e vaginës nuk i kalon të dy centimetrat, të jep përshtypjen se një septum transversal (frontal) e mbyll ate uniformisht. Septum i mer fillimin e vet pikërisht aty ku mbaron faqia e brëndëshme e labia minore. Në mes të këtij septumi duket një brimë e

vogël që lejon të kalojë një sondë me diametër 2 mm. jo më thellë se 1 cm. Në ekzaminimin rektal preket një masë plotësish e konsiderueshme për uterus, në vendin përkatës.

Duke konkluduar për një atrezi vaginal e vendos për kolpopoeze. Pacientja jo vetëm që ishte dakort per edhe ngulte këmbë për të.

Më 5/8/1960 nën anestezi peridurale me sol. 3% novokaine 30 cc në spaciumin midis L-L<sub>4</sub>, u krye interventi si më poshtë: Incision transversal i septumit gjatë gjithë gjerësisë. Trashësia e septumit rreth 5 mm. Shpresonim që kanali vaginal do të ekzistonte mbrapa tij, ashtu siç e kemi gjetur edhe në dy raste të tjera të operuara në atë kohë, por këtu kishim të bënim me një obliterim komplet të vaginës. Obliterimi shkaktchei prej septumesh të shumtë me trashësi të ndryshme të gjërshtuara midis tyre. Me rrugë të butë dhe të mprehtë çlirohet spaciumi rektovesikal duke eks-cizuar gjithë masën obliteruese. Arrihet deri në diafragmën pelvine ku preket **collum uteri** në madhësi të zakonëshme, me orificium në qendër. **Corpus uteri** në **antereversio fleksio** pak më i vogël se zakonisht. Haemato metrium apo haemato colpos nuk pati, si duket gjaku menstrual penetrante midis septumeve dhe evakohesh. Duke patur parasysh porosinë e Wharton që thellësia dhe gjerësia e lozhes së formuar të jetë më e madhe se kanali i ardhshëm vaginal, çlironen mirë fornixet dhe gjithë spaciumi gjer në kufijtë maksimalë. Mbas hemostazës precise (në të vërtetë hemoragiia nuk ishte e madhe) u pa se atv këtu midis septumeve ekzistonin ishui epitel i vaginal, që ka na dha shpresë për mundësinë e proliferimit të tij, për të epitelizuar piesën tjetër. Përveç kësaj duke qenë se mundësia e akteve seksuale të rregullta ishte e plotë tek pacientja, pra rreziku i obliterimit mënjanohesh, u vendos të mjastoheshin me metodën e colpopoezës sipas Dupuytren-Gambarov-Wharton-Counseller, pa e riskuar me transplante anash intestinale sipas Baldwin, Aleksandrov etj. Lozha vaginal e tamponua mirë me farrë jodoformi të lagur me ujë të oxygjenuar, hemoragji dhe sekrecionet të pa konsiderueshme. Nga dita 4-15 pë të evituar obliterimin e mundshëm, u vendos në kanalin vaginal cilindri i një siringe xhami, beku i të cilit u sharua në bazë. Hynte lirisht, diametri i tij 4, 3 cm. Çdo 12 orë cilindri mbushesh me uië të oksigjenuar e disa herë me solucion fiziologjik, shthyhesh me pistonin përkatës, kështu që likidi shpërndahesh nëpërmjet vrimës së bekut rrith cilindrit. Nga dita e pesëmbëdhjetë, nga frika e ndonjë dëkubitusi të mundshëm të rektumit apo vezikës urinare, u vendos që një ditë të tamponohesh e një ditë të përdoresh «proteza» prej siringe. Lavazhet nëpërmjet «protezës» u vazhduan rregullisht. Kështu u mjekua edhe për dy mbëdhjetë ditë të tiera. Në ekzaminimet me spekulum me manuale shifshë qartë se epitelizimi zhvillohet, fenomene inflamatore nuk pati, sekrecionet të pakta. Nga ana e djathtë afër kolumit kishte tendencë cikatrizim, dhe ngushtimi prandaj aty nga dita e njëzetë u prenë aderenca.

Krahas miekimeve lokale u trajtua me penicilinë dhe streptomycinë në doza të zakonëshme.

Ditën e 27 pas operacionit, epitelizimi kishte përfunduar. Thellësia e kanalit e zakonshme, prekej mirë oclum uteri por fornikset ishin të shkurtuar. Gjérësia e kanalit lejonte mirë tre gishta eksplorues.

Në këtë gjendje del nga spitali datë 1/9/1960 duke e lenë kanalin vaginal pa tampone e proteza. Ju rekomandua jetë seksuale e përditëshme, lavazhe vaginale me permanganat. Duhet shluar se ditët e fundit pati menstrucionet, ma sasi të madhe dhe na dhimbie.

Si doli nga spitali zbatoi rigorozisht porositë e dhëna dhe që ditët

e para ngeli gravige. Ajo u paracit pér vizitë në muajin e gjashtë e mandej të tetë të barrës. Kanali vaginal kishte thellësisë dhe gjeresinë e zakonëshme, vetëm fornikeset ishin tepër të shkurtuar. Lindja ndodhi në kohën e duhur. Nuk pati nevojë pér asistencë mjekësore. Fëmija i gjallë. Kanali vaginal nuk pësoi asnje lacerim.

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

1. Rasti i përshkruar ishte një atrezi vaginalë, ku organet e brenëshme gjenitale ishin zhvilluar mirë, prandaj ndodhi edhe lindja e fëmijës. 2. Më që ekzistonin ishuji epitel vaginal, si dhe mundësia e jetës seksuale të rregulltë, colpopoeza sipas Dupuytren-Gambarov-Wharton-Counsellor, ishte plotësish e preferueshme në krahasim me metodat e tjera. 3) Trajtimi post operativ dallohet nga metoda e lartpërmendur, pér faktin se nuk u përdorën as pastal speciale shpejtuese të epithelizimit, as protezat speciale dilatuese përkatëse, por tamponimi i kombinuar me «proteza» prej cilindri shiringe. Kjo lloj «proteze», i ka gjithë avantazhet e dëshirueshme: është e lehtë, kompjimon uniformisht indet, nga ana tjetër lejon që nëpërmjet saj të bëhen lavazhe dhe të rrjedhin sekrecionet e mundëshme.

(Paraqitur në Redaksi më 4-4-1962)

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

- 1) ALEKSANDROV M. A. — «Obrazovanie Iskutvenovo Vlagalisha iz Sigmovidnoi kishki» Moskva 1955.
- 2) IVANOV G. F. — «Osnovi normalnoi anatomici čelovjeka» vol. I. Moskva 1949.
- 3) MAKsut DRASA — «Një rast vasee artificiale (Shëndetësia popullore Nr. 1 — 1960).

#### A CASE OF COLPOPOESES THAT ENABLED A WOMAN TO BEAR CHILDREN

(Summary)

The author describes a case where colpopoiesis made possible the conception and birth of a child. The patient, a 20 year old woman, married from six years, presented a vaginal atresia. Sexual life was absolutely impossible for her.

The operation was performed according to the method of Dupuytren — Gambarov — Wharton — Counsellor.

In order to prevent cicatrization in the vaginal bed the author combined the modelling of the new vagina with a gauze and vaseline tamponade. For prothesis was used a large glass syringe of a diameter of 4.3 cm (the beak was sawed off at the base). It permitted the cleaning of the vagina and the evacuation of the secretions.

After a month the epithelisation was complete, the vaginal canal permitted the passage of three fingers. As the internal sexual organs were perfectly normal, conception occurred from the first sexual intercourses. Childbirth was accomplished «per viam naturalis» and the child was born normal. The vaginal canal suffered no damage.

## **DY RASTE PANKREATITI AKUT NEKROTIK HEMORAGJIK SHKAK VDEKJEJE TË PAPRITUR TË SHPEJTË**

**PAVLLO PAVLI**

**Katedra e Patologjisë Fërgjithëshme Seksioni i Mjekësisë Ligjore**

Pankreatiti akut nekrotik-hemoragjik është një sëmundje me zhvillim të shpejtë që paraqet variante të ndryshme graviteti, dhe komplikacionesh, e nganjëherë përfundon në vdekje brënda pak orëve. Karakterizohet nga një vatër hemoragjje intraparenkimatoze, me një proces nekroze intraglandulare, edhe të indit dhjamor që çfaqet me njolla klasike të citosteatonekrozës të cilat përsaqësojnë një kombinim të acideve dhjamore dhe kalçiumit. Patogjeneza e saj është komplekse dhe jo plotësish e njojur për të spieguar të gjitha rastet. Kjo spiegon edhe polimorfizimin e simptomatologjisë klinike të kësaj sëmundje, vështirësitet e diagnostikimit dhe të mjekimit të saj. Kirurgët e njojin mirë këtë afeksion duke qenë se një përqindje e mirë e sindromave abdominale akute, të tipit të «Dramës Pankreatike të Dieulafoy», shpesh herë vdekje-prurëse, i takojnë kësaj sëmundje. Ekspertët mjeko-ligjorë gjithashtu e njohtën mirë për arësy se kjo sëmundje nga një herë bëhet shkak vdekje të papritur të shpejtë; komunikimi i këtyre të dy rasteve të observuara në autopsi ka për qëllim të vërë në dukje se: a) Pankreatiti akut nekrotik hemoragjik është shkak vdekjeje të papritur të shpejtë; b) Nuk çfaqet gjithmonë me simptomatologjinë klasike të një sindromi abdominal akut; dhe se c) është më e shpeshtë se sa në realitet kujtohet.

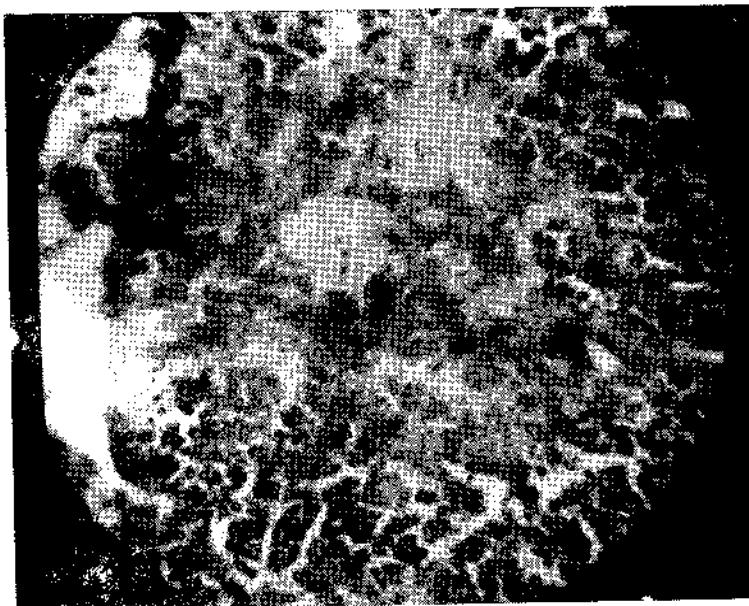
### **RASTE**

Rasti i parë: Haxhi D..., puntor vjeç 57. Anamneza patologjike e largët: gastrit kronik, Apendektomi në vitin 1940. Në kohët e fundit të jetës së tij asgjë me rëndësi patologjike për të shënuar. Më datën 2 mars 1961, në mëngjes, ankohet për shqetësimë vase në aparatin e tretjes, rëndësi në stomak, gromësira, si për të vjellë; nuk ju dha rëndësi, shkoi në punë. Rreth orës 13.00 në punë e sipër ndien shqetësimë në pjesën e sipërme të abdomenit, si boshillëk në stomak, si për të vjellë. Menjëherë mbas këtyre ndjen një dhembje në regionin epigastrik nga ana e majtë, volli nga pak vrerë dy-tre herë, u zbe, pati djersë të ftohta. U transportua në dhicmën e mjekimit të qëndrës së punës ku infermieri i bëri kardiocinetik. Pacienti i shtrirë i hutuar, nuk kishte fuqi as të ankoresh, por pulsi ishte mirë. Mbas pak kohe, duke qenë se gjendja e tij nuk përmirësohej u dërgua me automjet për shtrim, por në afersi të spitalit H.D. vdiq, ora ishte 14.00.

## AUTOPSIA

E berë në mëngjesin e datës 3/3/1961 vuri në dukje: koestucion i mirë, trofizmi i mirë, indi dhjamor nën lëkurë i zhvilluar mirë, truri, truri i vogël, pons, dhe medula oblongata pa dëmtime makro dhe mikroskopike. Mushkëritë, veshkat, hepari të konxhestionuara, asgjë tjetër me rëndësi. Miokardi makroskopikisht nuk paraqet shenja skleroze, ose iskemie akute. Në intimën e aortës pjesa toraksike ndonjë plakë atermatozë pa kalcifikime pa ulceruar; intima e aortës abdominale dhe e degëve të saj pa leziona. Arteria koronare e majtë në intimë, në pjesën proksimale paraqet një formacion të vogël ateromatoz parietale pa ulceruar, pa kolcifikime, lumeni lehtësisht i reduktuar. Ekzaminimi histopatologjik i miokardit nuk ve në dukje lezione iskemike; subintima e koronares e ngritur nga formacione ateromatoze pa lezione të tjera.

**Pankreasi:** I transformuar në një vatrë të mbushur me gjak së bashku me pjesët kufitare, infiltracioni hemoragjik është edhe në bren-dësi i përhapur në tërë grandulën. Ekzaminimi histopatologjik i bërë në laboratorin e katedrës (Pullumb Bitri) vuri në dukje alteracione të thella të indit pankreatik me prishje të strukturës lobulare të glandulës, nga disa zona të përhapura në të cilat indi pankreatik nuk dallohet fare. Në këtë shihen zona amorfë pak a shumë homogjene ose mikroglandulare. Në vend të qelizave shihen pjesë nekrotike të përbëra nga thërimi nukleusesh ose nukleuse të piknotizuara dhe detrit homogjen rozë karakterizojnë strukturën e prishur të glandulës. Në disa sektorë shumë elementa të glandulës janë normale. Në parenkimën e nekrotizuar bien në sy edhe zona të vogla hemoragjike si edhe konxhestion i theksuar i vazave. Në indin adipoz shihen boshllëqet e cytosteatonekrozës.



Mikrofoto Nr. 1

Në periferi zona të indit pankreatik pa ndryshime patologjike kurse në qendrë parënkima glandulare është e nekrotizuar me mungesë të nukleuseve.

### Mikrofoto Nr. 2

Në mëdis të fushës shihet nekroza e iridit dhjamor intraglan-dulare, si edhe parete të vazës ekratizuar.



Rasti i dytë: Gac P..., puntor vjeç 64; anamneza patologjike e së kaluarës së largët nuk ve në dukje ndonjë sëmundje me rëndësi. Po ashtu edhe ajo e kohëve të fundit të jetës së tij. Në mëngjesin e datës 12 mars 1962, ndien këputmeni, lodhje dhe shqetësimi të tjera në formë dhimbjesh të pa lokalizuara në një vend të trupit, por herë në regionin epigastrik, në hijen e majtë, në emitoraksin e majtë; rreth orës 12.00 shkon për vizitë te mjeku, ndërsa ky (mjeku) po e viziton, pacienti u ankuat për një dhimbje në regionin epigastrik, u zbe, djersiti dhe i ra të fikët. Ju bënë

kardiocinetike, pacienti e ndjen vekten më mirë, por ishte akoma i lодhur, i këputur dhe nuk kishte fuqi të ngrihesh. Tonet e zemrës të qarta, pulsi i mirë; u dërgua në spital, ku nga mjeku i rojës ju konstatua «gjendja e rëndë, pulsi me zi prekesh, tonet e zemrës nuk dégjoheshin». Ndihma e shpejtë e dhënë aty për aty pa efekt; pacienti vdiq, ishte ora 13 e disa minuta.

### AUTOPSIA

E bërë në mëngjesin e datës 13/3/1962 vuri në dukje:

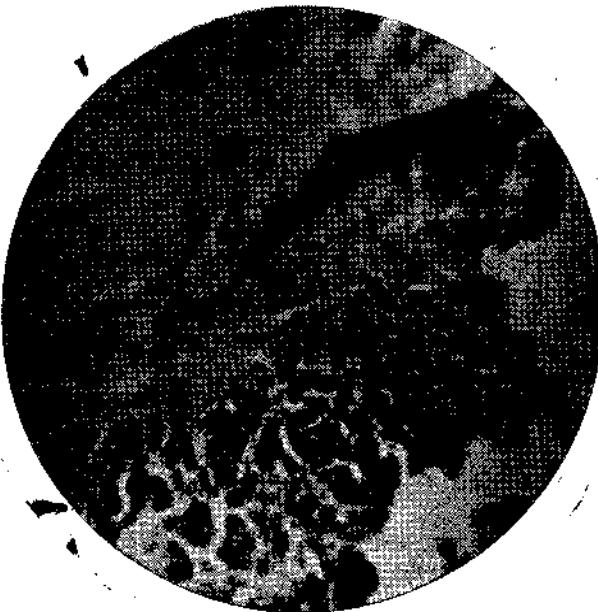
Konstitucion skeletik të mirë. Trofizimi i mirë, indi dhjamor nën lëkurë i zhvilluar mirë. Truri, truri i vogël, pons, medulla oblongata pa dëmtime makroskopike dhe mikroskopike. Mushkërit, veshkat, hepari, të konxhestinuara, asgjë tjetër me rëndësi. Mickardi pa shenja shkleroze dhe iskernie akute. Ekzaminimi histopatologjik nuk ve në dukje ndonjë gjë patologjike me rëndësi. Në intimatë aortës në pjesën e saj toraksikë shihet një pllakë ateromatoze pa klacifikim, pa ulceruar. Ajo e aortës abdeminale dhe e degëve të saj pa dëmtime. Në paretin e intimës të ko-

ronares së majtë një pllakë e vogël e pa klacifikuar, e pa ulceruar, me lunenin lehtësish të riduktuar. Në ekzaminimin histopatologjik vihet në dukje një subintima e ngritur nga formacioni ateromatoz, pa lezione të tjera.

**Pankreasi:** I transformuar në një vatër gjaku me të gjitha pjesët e tij si në sipërfaqe ashtu dhe në brëndësi. Ekzaminimi histopatologjik vuri në dukje një alterim të theksuar të strukturës lobulare për shkak të zonave homogjene mikrogranulare ngjyrë rozë të zbehtë të shpërndara pa ndonjë rregull të caktuar, si edhe të zonave masive hemoragjike që kanë inonduar regjone të caktuara të gjendrës, vazat e gjakut parraqiten me parete të homogenizuara që nuk jepin mundësi të diferencohën shtresat. Ndërmjet vatrave nekrotike vihen re sektorë të parenkimës që kanë ruajtur plotësisht strukturën e tyre. Ishujt në sektorin normal janë krejtësisht intakte.

Mikrofoto Nr. 3

Nekrozë e parenktimes glan-dulare e cila ka përfshirë edhe një vazë gjaku. Në pjesën e poshtme duket një zo-në e errët hemoragjike. Në pjesën e sipërme bien në sylinderin e parenkima pa ndryshim.



## DISKUTIMI

Dihet nga klinika se pankreatiti akut nekrotik hemoragjik prek të rriturit 20 deri 75 vjeç dhe të dyja sekset. Në fakt në rastin tonë të dy subjektet ishin të moshave 57 dhe 64 vjeç. Shenjat klinike në të dy këto persona nuk kanë qenë ato të një sindromi abdominal akut të tipit të «Dramës Pankreatike të Dieulafy» që zakonisht është karakteristike për këtë sëmundje, por të një natyre të përgjithëshme me kolaps dhe me lipotimi, që mund të interpretoheshin si shenja të një sëmundje të aparatit të tretjes dhe sidomos të atij kardiovaskular; mbasi siç dihet ka raste që pankreatiti mund të simulojë një infarkt atipik të miokardit dhe kështu mund të bëhet një konfuzion diagnostik. Rrethanat në të cilat u zhvillua procesi dhe koha e shpejtë e përfundimit të tij nuk i lejuan mjekut të bënte një diagnostik diferencial, gjë që u bë e mundëshme vetëm në tryezën e autopsisë. Vështirësitë e diagnostikimit klinik të kësaj sëmundje janë të njoitura dhe të kuptueshme për shkak të polimor-

fizmit të simptomatologjisë klinike të saj, edhe për faktin se, e vëtmja pothuaj shenjë patognomonike e saj është shtimi i amilazes serike në gjak dhe sidomos kur kjo shoqërohet me amilazuri, dhe iperlipazemi. Edhe në literaturën mjeko-ligjore të huaj, përmenden raste pankreatiti akut nekrotik-hemoragjik që janë me simptomatologji jo të qartë e janë diagnostikuar vetëm në tryezën e autopsisë.

Më lehtë bëhet diagnoza mjeko-ligjore në këto raste, mbasi kjo bazoher në të dhëna anatomo-patologjike karakteristike të kësaj sëmundje që lejojnë të përjashtohen si shkak vdekje afeksione të tjera që mund edhe të bashkëekzistojnë në të njëjtin subjekt, siç janë dhe të dy rastet tonë në të cilat në autopsi u gjetën ateromatoze të koronareve.

Mungesa e lezioneve iskemike makroskopike dhe istopatologjike të miokardit dhe sidomos prezencia e lezioneve nekrotiko-hemoragjike të pankreasit që interesojnë gjithë glandulen dhe hemoragjia e pjesëve në afersi të tij, si edhe lezionet histo-patologjike, nekroza celulare, intergriteti i ishujve dhe i kanalikulave, kristalet e acidit dhjamor që dëshmojnë saponifikimin dhe tretjen e dhjamrave nga lëngu pankreatik i aktivizuar, si edhe fakti që të gjitha këto lezione gjenden të bashkuara në të njëjtin teritor dhe se krahas parenkimës hemoragjike, ka sektor me parenkime normale të pa autolizuar, dëshmojnë më së miri se kjo, dhe jo tjetër sëmundje është shkaku i vdekjes, edhe se nekroza e pankreasit është shkaktuar gjatë jetës si rezultat i autodigestionit të glandulës dhe jo nga autoliza kadaverike e cila nga ana e saj mund të japi pamjen nekroze të pankreasit të ngjashme me ato të pankreatitit akut, nekrotiko-hemoragjik, shenja të tjera anatomopatologjike karakteristike të pankreatitit akut nekrotiko-hemoragjik janë dhe cytosteatonekroza edhe hemorragjia intraperitoneale, por këto nga një herë mund edhe të mungojnë.

Kështu që neve mund të themi se në rastin e Haxhi D... dhe të Gac P..., megjithë që simptomat klinike të çfaqura nuk ishin karakteristike për një sindrom abdominal akut, megjithëse vdekja në këta persona ka qenë e shpejtë dhe megjithëse në këta u konstatuan në autopsi afeksione ateromatoze të koronareve, shkaku i vdekjes të këtyre ka qenë «Pan-kreatiti akut nekrotiko-hemoragjik» i shkaktuar gjatë jetës si rezultat i autodigestionit të glandulës.

Në lidhje me sa u thanë më lartë mendojmë se ekspertët mjeko-ligjorë të rrtheve, në rastet e vdekjeve të dyshimita të pa pritura duhet ta kenë parasysh edhe këtë sëmundje dhe ta kërkojnë në autopsi. Jo më pak edhe klinikistët në rastet me simptomatologji të pa qarta të dyshojnë për këtë, të bëjnë provat biologjike për diagnostikimin dhe mjekimin e drejtë të saj.

(Paraqitur në Redaksi më 20.5.1962)

## TWO FATAL CASES OF PANCREATITIS ACUTA.

(Summary)

The author describes two cases of sudden death from pancreatitis acuta necrotica haemorrhagica, and advises the medico-legal experts to have in mind the possibility of these cases. After a brief entry, he presents and discusses the material, pointing out that these cases may or may not be accompanied by the usual symptoms of acute abdominal affections.

**KONTRIBUT KAZUISTIK MBI FIBROELASTOZËN E ENDOKARDIT  
NË LAKTANTET.  
(Paraqitje e dy rasteve)**

**ÇESK RROKU,**

**J. JORGONI**

Shërbimi i Anatomisë Patologjike, Shtëpija e Foshnjës — Tiranë  
Spitali Nr. 1 Tiranë

Në vitet 1960-1961, gjatë praktikës sonë mjekësore kemi hasun në dy raste tipike të fibroelastozës së endokardit. Duke marrun parasysh faktin se sëmundja asht mjafi e rrallë dhe se raste të tillë nuk janë përshkrue në literaturën tonë mjekësore, vendosëm për të publikue këto dy raste.

Fibroelastoza e endokardit anatomikisht karakterizohet nga trashësimi i endokardit parietal, pothuajse gjithmonë të ventrikulit të majt të zemrës, kardiomegalji dhe hipertrofi konstante të miokardit nën zonën e prekun. Sëmundja grupohet në të ashtuquajturat kardiomegalji primitive të fëmijve.

Karakteri i përbashkët i kardiomegalive, me gjithë etiopatogenezën e tyne të ndryshme, qëndron në faktin e simptomatologjisë klinike bruske dhe të papritum, që shpreh insuficiencën akute të zemrës, «asistolinë akute» të autorëve francezë, në mungesë të plotë të sëmundjeve të tjera, të cilat mund të justifikojnë këtë insuficiencë akute. Menghi me bashkëpuntorët, citue nga Cavalieri dhe Montonovesi (3), tue u mbështetun dhe tue theksue me forcë primitivitetin klinik, ka propozue këtë klasifikim të insuficiencave akute të zemrës ndër fëmijt e vegjël:

- 1) Miokarditet me natyrë të sigurtë apo hipotetike virale,
- 2) Koronaropatitë e fitueme (periarteritis nodosa, endarteritis obliterans),
- 3) Fibroelastozen subendokardiale,
- 4) Rabdomiomen,
- 5) Takikardinë paroksismale.

Mendimet e autorëve në klasifikimet janë shumë të ndryshme, duke marrun parasysh faktin, se megjithëse klinika asht shumë e ngjashme, etiopatogeneza e tyre dhe të dhanat anatomike dhe histologjike janë shumë të kundërtta. Nji gjë e tillë ka që në klasifikime të ndryshjanë shumë të kundërtta. Nji gjë e tillë ka që janë ato të Fanconi-Walgren (5), Menme të kardiomegalive primitive, siç janë ato të Lambert (16) e tjera.

\* \* \*

**Paraqitja e rasteve.**

1) Jozefa B. Nr. i regjistrat themeltar të shfëpisë së foshnjës 700, lindur normalisht me 27.4.-1959, si fëmi jashtë martese, me peshë lindje 2550 gr. Me datën 18.5.1959 shtrohet në shtëpin e foshnjës në Tiranë. Në ekzaminimin objektiv në pranin paraqet: zhvillim fizik dhe nutricion të mirë. Shtresa dhjamore e nën lëkurës e zhvillueme disi. Fontanelia e ma-

dhe  $3 \times 3,5$  cm. Ngjyra e lëkurës rozë, nyjet limfatike periferike në normë, muskulatura normotrofike normotonike; krahnori simetrik. Mushkënitë dhe zemra pa veçantina patologjike. Puls i ritmik në normë. Barku i trajtueshëm me herni umbilikale. Ekstremitetet e sipërme pa veçantina. Në genital dhe kofshë me intertrigo genito-femoralis.

**Anamneza:** Në maternitet kaloj ikter neonatal. Gjatë tri javëve të qëndrimit atje, shtoj në peshë vetëm 100 gr. Gjatë nandë muejve të qëndrimit në Shtëpinë e Foshnjës, paraqet një zhvillim fizik relativisht të mirë, pesha mbrin në 6600 gr., lëkura ka ngjyrë të shëndoshë, zhvillimi psikomotor i mirë. Asht e gjallë e qeshur. Deri në moshën 6 muejshe ushqyem me qumësht taje, mandej me shtesat e zakonëshme ushqimore.

Kah fundi i janarit 1960, fëmija fillon të kollitet, kolli merr karakter spastik. Tue qenë se një kollitje e tillë pertusiforme, u vërejt edhe ndër tre të vegjël të tjerë të shtëpisë, u çfaq dyshimi për kollë të mirë dhe si të tjerë ashtu edhe kësaj ju dha një kurë me kloromicetinë. Efekti i kësaj kure qe i mrekullueshëm ndër tre fëmijt e tjerë, kurse tek e vogla në fjalë nuk dha asnji rezultat. Me 14.3.1960 së bashku me fëmijt e tjerë, mori dozën e parë të vaksinës perorale antipoliomielitike. Nga fundi i marsit, fëmija fillon të mos paraqitet mirë: me qef të prishun, ushqimin e merr me vështirësi, humbet në peshë. Klinikisht përvëç kollit që ruen vazhdimisht karakterin pertusiform, asgja të veçantë.

**Ekzaminimet laboratorike:** Mantu negativ, skopija e toraksit: pulmonet me kjartësi dhe vizatim normal, zemra paraqet hipertrofi të ventrikulit të majt. Hemogrami: eritrocite 3.400.000, Hgb. 55%, leukocite 10,600, form. leukocitare: Neutrofile 38, Eos. 2, Bas. O, Limfo. 59, Mon. 1. Eritrosedimentacioni: 5 mm/h. Ekzaminimi kimik dhe mikroskopik i urinës nuk ven në dukje ndryshime.

Më datën 12.4.1960 fëmija merr dozën e dytë të vaksinës antipoliomielitike. Më 14.4.1960, ditë fatale për të voglën, pa pritmas gjendja e foshnjës bahet alarmante: foshnja qëndron e preme, e shqetësueme, klith me rrënkime, buzët e mavjosuna, frymarrja shumë e shpejtë dhe me lëvizje të flegrave të hundës. Në mushkëni në ndigjim në të djathëtë frymëmarrje hiperfonike gati bronkofonike, në të majtë hipofonike. Zemra në përkufizim dhe ndigjim nuk paraqet shenja patologjike. Mëlcia dy gisht nën harkun kostal. Ora 18, gjendja e fëmijës randohet shumë: cianozë dhe dispnea shtohen vazhdimisht, pulsi 168/min., mëlcia tre gisht e gjysëm nën harkun kostal, me konsistencë pak të fortë. Ekzaminimi radioskopik ven në dukje zmadhim të zemrës në të gjitha drejtimet veçanërisht të ventrikulit të majtë. Me gjithë terapinë e zakonëshme kardiointegrale të aplikueme, ora 20 e 30 min. fëmija përfundon në **exitus letalis**. Temperatura ma e naltë e është, ajo e orës 18.00, 37,80 C. Të nesërmë fëmija përcillet në autopsi me diagnozën Kardiopati akute.

**Përshtkimi anatom-patologjik.** Protokolli i autopsisë Nr. 74/a, datë 16.4.1960. Ekzaminimi i jashtëm ven në dukje hipotrofi të lehtë. Ekstremitetet e poshtëme lehësisht edematoze. Hapja e kokës nuk ven në dukje ndryshime. Kaviteti torakal në të dy anët me pak likid të pastërt citrin në sinuset freniko-kostale. Perikardi i zgjanuem i hollë i pastërt, në kavitetin perikardial sasi e shtueme likidi të pastërt citrine. Zemra në të qëndron e lirë, asht e zmadhueme në të gjitha drejtimet kryesisht në të majtë. Atri dhe ventrikuli i djathëtë me volum lehtësisht të shtuam me koagula të kuqe. Endokardi valvular dhe ai parietal pa ndryshime. Venat e mëdha torakale dhe të qafës të mbushuna. Kavitetet e majta lehtësisht të zgjanuem me pak gjak të kaoguluem. Valvulat semilunare të aortës dhe

mitralja të holla të pastërtë. Endokardj parietal i ventrikulit të majt i trashun rrëth 2 m/m. në të gjithë sipërfaqen, i shkëlqyeshëm, i bardhë gri me pamjen e porcelanit, veçanërisht i trashun në muskujt papilarë. Miokardi mbi vetrifikim e majt rrëth 8 mm. i trashë ngjyrë kafe të kuqe të zbehtë, konsistencë pak e ulur. Pulmonet me fenomene staze venoze. Hepari i zmadhuem, tre gisht nën harkun kostal, me kapsulë të tendosur, konsistencë të shtueme, në sekcion me fenomene të theksueme të stazës venoze akute e cila vihet re edhe në shpretkë. Në kavitetin abdominal ka sasi të konsiderueshme likidi të pastërt citrin. Në organet e tjera nuk vihen re ndryshime makroskopike.

Ekzaminimi histologjik. (Hemat-Eosinë):

1) Ventrikuli i majtë:

A) Epicordi: i hollë pa ndryshime, shtresa e indit të shkrift subepikardial, edematoz.

B) Miokardi:

a) Fibrat muskulare të hipertrofizueme, veçanërisht nën endokardin, në disa vende të fragmentue. Nuk vërehen ndryshime degenerative vakuolare.

b) Interstitiumi: edematoz, me disosacion të theksuem të fibrave miokardiale. Paraqet pak elemente parvicelulare të shpërndame. Kapilarët të zgjanueme, ektatike të mbushura me eritrocite (fig. 1). Zgjanimi i tyne asht veçanërisht i theksuem në shtresat e mesme dhe të sipërme të miokardit.

C) Endokardi:

a) Zona subendokardiale: paraqet edem të theksuem të indit të shkriftë, ku gjinden fokuze të vegjël elementesh të rrallë fibrohistiocitarë.

b) Endokardi vetë: lamela endoteliale pjesërisht e ruajtun me elemente endoteliale të mafatuna. **Tunica propria**: shumë e trashun, e përbame nga tufa fibrotike të gërshtetue, lehtësisht, të disociueme nga nji edem i lehtë. (fig. 2).

2) Ventrikuli i djathët: Me përjashtim të nji edemi të lehtë dhe pak elemente parvicelulare, nuk paraqet ndryshime të tjera.

Duke u mbështetur në të dhënët anatomo-histologjike, vendosëm diagnozën: **Fibroelastosis endocardi. Cardiomegalia. Decompensatio acuta cordis totius. Hydropericardium. Hydrothorax incipiens. Hydroperitoneum. Oedema extremitat. infer. - Venostasis pulmonum. Congestio venosa acuta hepatis, lionis et ren.**

II) Rasti i dytë: Fëmija G.A., mashkul, katër muejsh e gjysëm, Nr. kartelës klinike 1980/61, i shtruem në Spitalin Nr. 3, me datë 12.5.1961. (Falenderojmë drejtorinë e spitalit Nr. 3 Prof. Selaudin Bekteshin për vumjen në dispozicion të kartelës klinike). Fëmija dërgohet për shtrim nga J. Jorgoni me diagnozë: Insuficiencë akute kardiovaskulare. Bronchopnemonia?

Fëmija ka lindur në kohë nga lindje normale, pesha e lindjes 2750 gr. Deri në muejin e tretë ushqye me gjji, ma vonë me ushqim të përziem. Nga anamneza e shkurtër del se fëmija ka qenë nën kontroll të rregullt të konsultores, asht zhvilluem mirë ka shtue normalisht në peshë. Para tri javësh ka patur vështirësi në frymëmarrje, nuk e dimë në se ka patun temperaturë. Për këtë asht vizitue dhe mjekue ambulatorisht me penicilinë (bronchopneumoni). Gjendja e fëmis asht përmirësue disi. Me reko-

mandim të mjequt kurues, ka vazhdue ma vonë, penicilinë, streptomicinë dhe vitamina. Simbas prindërve, gjendja ka ardhë tue u përmirësue, por fëmija nuk ishte ma i gjallë si përpëra. Natën, para hospitalizimit, fëmija ka vjellë njëherë, ishte i këputun, natën grindeshe. Të nesërmënë mëngjes fëmija ishte shumë i shqetësuem, grindesh, merrte frymë me zor. Për këtë u vizitue dhe u hospitalizue në orët e para të mëngjezit. Në vizitën e pranimit në spital vihet në dukje se fëmija asht shumë i këputun, në gjendje shumë të randë, lëkurë livide të njomë, ka shumë djersë, frymëmarrja shumë e shpejtëueme e vështirësueme, merr frymë me flegrat e hundës. Në pulmone ndigjohet frymëmarrje e ashpër, në të dy bazat me rale të njoma. Zemra me tone të largëta shumë të shpeshta. Hepari palpohet, i dhimbshëm. Pulsi filiform me zi që preket. I fillohet urgjentisht terapia me kofeinë, metrazol, streptomycinë, ambromicinë, ultrakortenol dhe oksigjen. Meqenëse gjendja vinte tue u keqësue vazhdimi, i aplikohet edhe lobelinë, adrenalinë dhe kardiotonikë vazhdimi. Me gjithë masat teraupetike mbas 3 orësh qëndrimi në spital, fëmija përfundon në ekzitus letalis nën kuadrin e nji insuficience akute kardiale. Për mungesë të kohës dhe gjendjes së rëndë nuk u arrit të bëhen analizat laboratorike. Në autopsi përcillet me diagnozën: **Bronchopneumonia incipiens toxica. Myocarditis acuta. Insufficientia acuta cardiovascularis. Hypotrophia II.**

Autopsia e kryeme me datë 13.5.1961, protokoll Nr. 117/1961 ven në dukje: Fëmi i sekshit mashkull, rrëth 4 muejsh, me zhvillim dhe nutricion të dobët, lëkurë të njomë të zbetë. Mukozat e dukëshme cianotike. Ekstremitetet e poshtëme lehtësisht edematoze. Hapja e kokës nuk ven në dukje ndryshime të randësishme. Kaviteti torakal në të dy anët i lirë. Pulmoni i djathë: pleura e pastërt e lëmueme, lobi i sipërm dhe ai i mesit paraqesin nga nji sulkus të cekët që kanë tendencë për t'i ndamë. Lobi i poshtëm në pjesën e sipërmë të pasme paraqet nji sulkus i cili ndanë pothuajse plotësisht nji lobus të katërt (fig. 3). Në lobin e sipërm dhe të mesëm, fokuse të mëdha bronkopneumonike. Në shtrydhje parenkimi pulmonar me likid të shumtë të shkumosun. Pulmoni i majtë pa ndryshime.

Perikardi i zgjanuem, i hollë, i pastërt, kaviteti perikardial me përbajtje të shtucme likidi të pastër citrin. Zemra në të qëndron e lirë. Asht e rrumbullakosun e zmadhueme  $7 \times 5 \times 4.5$  cm, pesha 75 gr. Zmadhimi ma i theksuem në të majtë. Epicardji i lëmuet i hollë. Kavitetet e djathta lehtësisht të zgjanueme me koagula të kuqe, endokardi valvular dhe ai parietal i pastërt. Kavitetet e majta me volum të zakonshëm me pak koagula të përziem, endokardi i ventrikulit të majtë kryesisht, lehtësisht edhe ai i atriumit, paraqitet i trashun rrëth 2 m/m, fibrotik, gri i bardhë si porcelan. (fig. 4). Muskujt papilar dhe trabekulat e hypertrofizuar të mbështjella nga endokardi i trashun. Valvulat semilunare të aortës dhe mitralja të lenë përshtypjen e nji trashësimi të lehtë. Konfiguracioni i tyne normal. Miokardi mbi ventrikulin e majtë rrëth 7 m/m, i trashë ngjyrë kafe të kuqe, konsistencë të zakonëshme. Hepari i zmadhuem, tre gisht nën harkun kostal, konsistencë të shtueme me fenomene të stazës venoze akute, e cila vihet në dukje edhe në renet. Në kavitetin abdominal vihet re likid i shtuem i pastërt citrin. Organet e tjera nuk paraqesin ndryshime të randësishme.

Ekzaminimi histologjik (Hemat-Eos., Van-Giezon, Elastica, Sudan III):

1) Ventrikuli i majtë.

A) Epikardi: i hollë, shtresa e indit të shkrifët subepikardial edematoz me pak histiocite të mufatuna.

B) Miokardi:

a) Fibrat muskulare në afërsi të epikardit të disociueme nga edemi interstitial, një pjesë e fibrilave të fragmentueme (fig. 5). Në shtresat e mesme me strijim të zhdukun në formë ishujsh, fragmentime ma të shpeshta. Disa fibrila paraqesin vakuolizim të imtë që nuk ngjyrosen me Sudan. III. Miokardi në afërsi të endokardit me hipertrofi shumë të theksueme.

b) Intersticiumi në zonën subepikardiale mjaft edematoz me ind të shkriftë të hollë me fare pak elementë histiocitarë të mufatuna, aty këtu ndonji monocit i izoluem. Në afërsi të endokardit asht ma kompakt. Kapilaret pak të zgjanueme të mbushuna me eritrocite.

C) Endokardi:

a) Zona subendokardiale fare pák e zhvillueme në kontakt pothuese direkt me fibrat miokardiale të hipertrofizueme. Vazat Tebesiane me lumen të mbyllun nga fibroza, dhe të rrethueme nga fashikuj të trashë fibrotikë që nisen nga endokardi, në disa vende tue u futur mesatarisht thellë në miokard.

b) Endokardi vetë: Lamela endoteliale nuk identifikohet kjartë. Tunika propria shumë e trashun nga tufa fibrotike të gërshtueme të denduna (fig. 6, 7, 8). Veçanërisht trashja e theksueme në apeks dhe muskujt papilarë. Ngjyrimi me Van-Giezon (fig. 9), ven në dukje pjesëmarrjen e gjanë të indit fibroz në një proporcion lehtësisht ma të shtuem se të atij elastik, ind i cili me ngjyrimin përkatës (elastika) paraqitet mjaft i dendun me fibra të holla të valzueme, të vendosuna paraleshit me fashikujt e indit fibroz (fig 10).

2) Ventrikuli i djathjtë: Nuk paraqet ndryshime të vlefshme për t'u përshkrue. Në bazë të këtyre të dhanunave u vu diagnoza: **Fibro-elastosis endocardi cordis sinistri. Cor globosum. Decompensatio cordis acuta. Venostasis acuta hepatis et renar. Hydropericardium. Hydroperitoneum. Oedema pulmonum incipiens. Oedema extremitat. infer. Bronchopneumonia macrofocalis dextra. Anomalia congenitalis pulmoni dextri (Pulmo quatrilobatum.**

\* \* \*

Të dy rastet u diagnostikuen në tavolinën e autopsisë. Nga përshkrimi, del e kjartë se kemi të bajmë në të dy rastet me fibroelastozë të endokardit të zemrës së majtë, të shoqnueme me kardiomegali, edem interstitial të miokardit, dhe në rastin e parë me elementë të rralla qelizore perivascular. Në atë të dytin, fibroelastozë rreth vazave tebesiane me mbyllje të derdhjes së tyne, fibroza futet relativisht thellë në miokard. Mungojnë plotësisht elementët qelizorë inflamatorë. Rasti i dytë paraqet një farë interesj edhe për faktin se asht i kombinuem me anomali kongenitale të pulmonit të djathjtë. Kombinimi i fibroelastozës me anomali kongenitale, veçanërisht të zemrës asht vue në dukje nga shumë autorë<sup>(3)</sup>, një gjë e tillë nuk asht e rastit tue marrun parasysh përqindjen e lartë të kombinimeve.

\* \* \*

Fibroelastoza vihet re ndër fëmij brënda 6 muejve të para të jetës dhe kryesisht në moshën 3-6 muejsh. Simbas statistikës së Blumberg, 95% e fëmijëve të prekum nga fibroelastoza e endokardit vdesin brën-

da vitit të dytë të jetës. Janë përshkrue edhe mjart raste të fibroelastozës ndër orët dhe ditët e para të jetës si p.sh. rastet e Kaufman dhe Neimark (10), Vihert (18) e tjera. Asht përshkrue edhe në të rritun nga Ganten, Fossel, Panke dhe Rotino, citue nga Schiavini (16).

Klinika asht në raport me evolucionin e sëmundjes. Fanconi, Walgren dhe të tjerë venë në dukje se sëmundja mund të ketë dekurs të ndryshëm:

**Dekurs fulminant:** fëmijt vdesin brënda disa orëve nën shenjat e insuficiencës akute kardiale të shprehur kryesisht me dispne dhe cianozë. Sëmundja fillon menjëherë pa shenja paraprake, në shëndet të plotë. Ky dekurs vihet re ndër fëmijë me moshë deri disa javësh.

**Dekurs akut:** takohet ma shpesh ndër fëmijë nga 2-4 muejsh, sëmundja zgjat disa javë deri në eksitus. Edhe në këto raste janë të larta shenjat e insuficiencës akute kardiale të lindun pa pritmas. Fëmijt paraqesin dispne të tipit paroksismal, cianozë perilabiale, ekstremitete të ftohta, eksitim të theksuem që shprehet me rrënkimet dhe grindjet e vazhdueshme të fëmijës, takikardi shumë të zhvillueme me puls filiform që mezi preket, kardiomegali, zbehje, djersitje profuse dhe shpesh herë koll pertusiform. Rasti ynë i dytë ka patun të gjithë simptomatologjinë e këtij dekursi.

**Dekursi kronik:** prek kryesisht fëmijë mbi 6/muej, ndër të cilët vihet re anoreksi, dystrofi, kollë pertusoid dhe, në fazën terminale shfaqet cianoza dhe dispnea bashkë me shenjat e tjera të insuficiencës kardiale. Sëmundja zgjat disa muej.

Klinika e fibroelastozës së endokardit shpesh herë asht shumë e komplikueme dhe polimorfe, kështu p.sh. Horvath (7) ka përshkrue një rast me simptomatologji klinike të bronshitit astmatik, në nji rast tjetër të përshikruem po nga ky autor fibroelastoza e endokardit asht shfaqun me simptomatologjinë e enterokolitit tokzik. Fibroelastoza shpesh herë kombinohet edhe me sëmundje të tjera. Kështu, Willson dhe Clark kanë përshkrue raste të kombinueme me glikogesozën e generalizuar. Rasti ynë i dytë ka potun klinikë shumë të ngjashme me bronshitin pertusiform, bille për të asht kurue për nji far kohe. Të dhanat laboratorike janë të vorfna. Repertet e gjakut venë në dukje nji leukocitozë të lehtë, eritrosedimentacioni në kufijt normal, temperatura zakonisht në normë apo disa ditë subfebrile. Ekzaminimi rtg. ven në dukje gjithmonë kardiomegali kryesisht me hipertrofi të ventrikulit të majtë. Të dhanat elektrokardiografike nuk janë patognomonike me që edhe substrati anatomic shpesh herë asht i ndryshëm. Reperti ma konstant elektrokard paraqitet nga hipertofia ventrikulare e majtë dhe çregullime të konduksionit (16). Simbas Fanconit dhe Walgren në elektrokardiogram gjejmë ma shpesh disniveli te ST me inversion të T në V5 dhe V6. Ekzaminimi objektiv visheral ven në dukje kardiomegali zakonisht pa zhurma patologjike, hepatomegali. Sëmundja sotpërsot ka dekurs infast. Asht provue terapia me ACTH dhe kortizonikë (Fanconi-Walgren), Rossi E. citue nga Lehendorff (11). Simbas autorit të fundit po mendohet edhe për terapi kirurgjikale.

Diagnoza in vivo e fibroelastozës së endokardit sot për sot asht e pamundëshme. Mund të bahet nji diagnostikim grupal si asistoli akute e zemrës. Ka mundësi të bahet nji farë diagnoze diferencale midis fibroelastozës dhe miokarditeve primare intersticiale, që bashkarisht përbëjnë përqindjen ma të madhe të kardiomegalive primitive. Klinika dhe repertet radiologjike janë të njejtë për të dy sëmundjet. Në favor të fibroelastozës flet ma tepër lindja e menjëherëshme e simptomatologjisë

klinike në 6 murejt e para të jetës, si edhe modifikimet elektrokardiografike si: hipertrofi ventrikulare e majtë, vala e madhe T në V5-V6, vala e madhe S në V1-V2, inversion i T në D1, V2, V5, V6. Dekursi klinik me remisione pas terapisë kardiotonike si edhe zvogëlimi i volumit të zemrës pas terapisë, flasin ma tepër në favor të miokarditit akut interstical.

\* \* \*

Fibroelastoza e endokardit asht përshtkrue anatomikisht që në vitin 1740 nga Lancisi dhe më 1815 nga Kreysig. Koha tregoi se nuk janë aq të rralla sa mendoheshe. Deri më sot janë publikuar qindra raste. Publikimet ma të shumta janë bamë në 10 vjeçarit e fundit.

Autorët italianë që merren me këtë problem, pothuejse të gjithë pranojnë teorin malformative të fibroelastozës. Kështu p.sh. Lanza, De Maurizi dhe Schlich, Mosca dhe Parenzan flasin për «disontogeni mesenkimale të thjeshtë të natyrës hamartike». Garau dse Aresu, trashësimin e endokardit e konsiderojnë si një «proces hiperplastik të thjeshtë dhe të pastërt» të shkaktuam nga disarmonia e zhvillimit ndërmjet endokardit dhe miokardit, citue nga Maini dhe kol., (14) Rossi dhe kol. (15). Edhe Kaufman E. (9) dyshon shumë që fibroelastoza të ketë origjinë inflamatore.

Fakt shumë i rëndësishëm që flet në favor të teorisë malformative asht kombinimi i shpeshtë i fibroelastozës së endokardit me anomali kongenitale, veçanërisht të zemrës. Që në vitin 1918, Pototching, citue nga Lübke (13), publikoi rast fibroelastozë të kombinueme me stenozë të aortës. Lübke, ndërmjet 111 rasteve të fibroelastozës të grumbullueme nga literatura mjekësore, ndër 38 raste e gjeti fibroelastozën të kombinueme me anomali të ndryshme kongenitale të zemrës. Clement, citue nga Lübke, ndërmjet 52 rasteve të studiueme prej tij, ka gjetur gjithashtu kombinime në 14 raste. Mund të thuhet se një pjesë e madhe e kazuistikës së publikueme, asht e shoqnueme me anomali kongenitale kardiakë. Në këtë rast, mund të përmendim edhe rastin tonë të dytë të kombinuam me anomali të segmentimit të pulmonit të djathët. Nuk mungojnë edhe zane si Hill dhe Reilly, citue nga Lübke, që e konsiderojnë sëmundjen si kolagnozë.

Tue marrun parasysh konceptet e ndryshme etiopatogenetike dhe për të mundun me formulue një pikëpamje unitare mbi fibroelastozën e endokardit, Rossi E. propozon ndarjen që vijon:

a) Fibroelastoza primitive kongenitale:

- e izolueme;
- e kombinueme me anomali kongenitale të zemrës;

b) Fibroelastoza sekondare e fitueme.

Klasifikime edhe ma të detajueme kanë bamë edhe Reginald, Wilson dhe Clark, ku përbledhin përvèc tjerave edhe ato raste të fibroelastozës të kombinueme me sëmundje të tera si p.sh. rastet e kombinueme me glikogenozën e generalizuar, gargoilizmin dhe çrrregullime të tjera metabolike të proteinave. Lehendorff (12), mbas një studimi të imtë të rasteve të mbledhura nga literatura, mendon se fibroelastoza asht afektion kongenital me etiologji të panjoftun. Probabilisht, faktorët që shkaktojnë fibroelastozën, simbas tij, janë po ato që shkaktojnë kardiopatitë kongenitale dhe embropatitë e tjera. Për fibroelastozën veçanërisht duket se kësia randësi trauma (në këto raste trashësimi i endokardit verifiko-

het veçanërisht në vendet e ekspozueme ma tepër traumës nga rryma e gjakut), si edhe anoksia e miokardit (të shkaktueme nga shtypja e vazave nga membranat fibroze). Sidoqoftë, etiopatogeneza mbetet ala jo e zgj-dhun. Të gjitha hipotezat prekin vetëm mekanizmin e sëmundjes, ndërsa shkaku i vërtetë mbetet i panjofctun.

(Paraqitur në Redaksi më 5.4.1962)

### BIBLIOGRAFI

- 1) BERTRAND L., BRUNEL D. — La Presse Medicale Nr. 60/1956, faqe 1406.
- 2) BOGDANOVİC N. K., ZHDANOV V. S. — Arhiv Patologi nr. 6/1957, faqe 61.
- 3) CAVALIERI S., MONTENOVESI P. — Minerva Pediatrica nr. 10/1959 faqe 258.
- 4) CONCA G., SVILOKOS N. — Minerva Pediatrica Nr. 33-34/1959, faqe 829.
- 5) FANCONI G., WALLGREN A. — Trattato di Pediatria 1960, faqe 797.
- 6) CHOPTAL J., JEAN R., CAMPO CL. — Lombatieres R.; Duntz F. La Presse Medicale Nr. 60/1956, faqe 1402.
- 7) HORVATH L. — Minerva Pediatrica Nr. 44/1961 faqe 1527.
- 8) JEUNE M., CREVIER J., PERRIN A., VERNEY R. N. — Annales de Pediatrie Nr. 25/4, 1956, faqe 1455, P/243.
- 9) KAUFMAN F. — Trattato di Anatomia Patologica Speciale Edizione Italiana 1955, faqe 86.
- 10) KAUFMAN O. JA, NEIMARK G. I. — Voprosi okrani Materinstva i Dedetva. Nr. 1/1962, faqe 91.
- 11) KOTTGEN H. U., FEAR F. — Lehrbuch der Kindeheilbunde, 18 Auflage 1955, faqe 383.
- 12) LEHENDORFF H. — Minerva Pediatrica nr. 1960, faqe 1211.
- 13) LUBKE R. — Kinderartzliche Praxis, heft 6/1958, faqe 243.
- 14) MAINI G., BIAGINI R., BRACCI R. — Minerva Pediatrica nr. 13/1961, faqe 466.
- 15) ROSSI G., SCHIAVINI C. — Minerva Pediatrica Nr. 35-36/1961, faqe 1110.
- 16) SCHIAVINI A. C. — Minerva pediatrica Nr. 14/1961, faqe 510-520.
- 17) VELTISHEV F. JU., LIPETZ V. JA. — Pediatrija Nr. 7/1958, faqe 22. Medgiz — Moskva.
- 18) VIHERT A. M. — Arhiv Patologi Nr. 6/1957, faqe 57.
- 19) WILLSON R. A., CLARK N. — Minerva Pediatrica nr. 1960, faqe 1449.

### TWO CASES OF FIBROELASTOSIS OF THE ENDOCARDIUM

(Summary)

The authors describe two cases of fibroelastosis in the endocardium of the left ventricle. The clinical symptoms were those of a primary cardiomegaly, manifested in both cases with acute asystolia. The first patient — a 11 month old child — presented a chronic course, while in the second — 4 month old — the course was acute.

In the first cases the histological examination showed a pronounced ectasy of the capillaries of the myocardium, as well as some parvicellular elements.

The second case presented some extracardial anomalies (anormal segmentation of the right lung). On the basis of their material and the literature data the authors have tried to make a clinical and morphological description of the sickness.



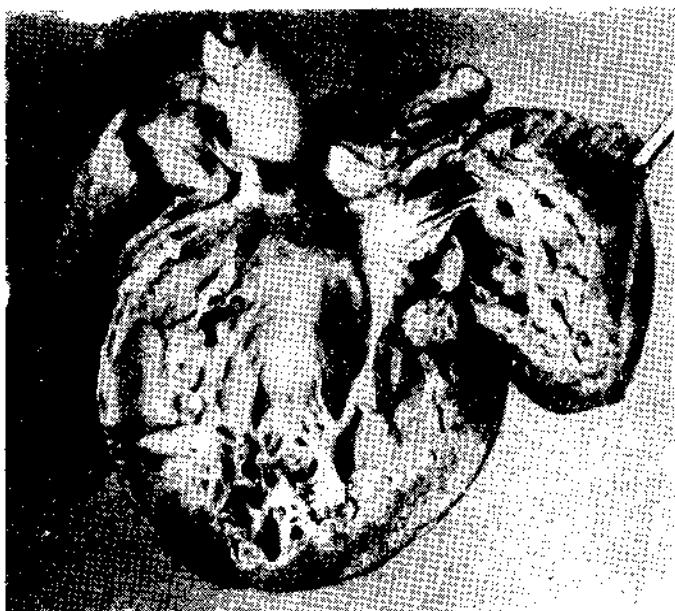
Fig. 1. Ngjyrim: (Hemat - Eosin). Disosacion i fibrave miokardiale nga edemi intersticial. Zgjanim shumë i theksuemi i vazave të gjakut, të tipit kapilar.



Fig. 2. Ngjyrim: (Hemat - Eosin) Fibrozë e theksueme e endokardit të ventrikulit të majtë.



**Fig. 3.** Anomali e segmentimit të pulmonit të djathtë. Shifet kuartë lobi i katërt.



**Fig. 4.** Trashësimi i endokardit parietal të ventrikulit të majtë. Endokardi veçanërisht i trashun në apeks.

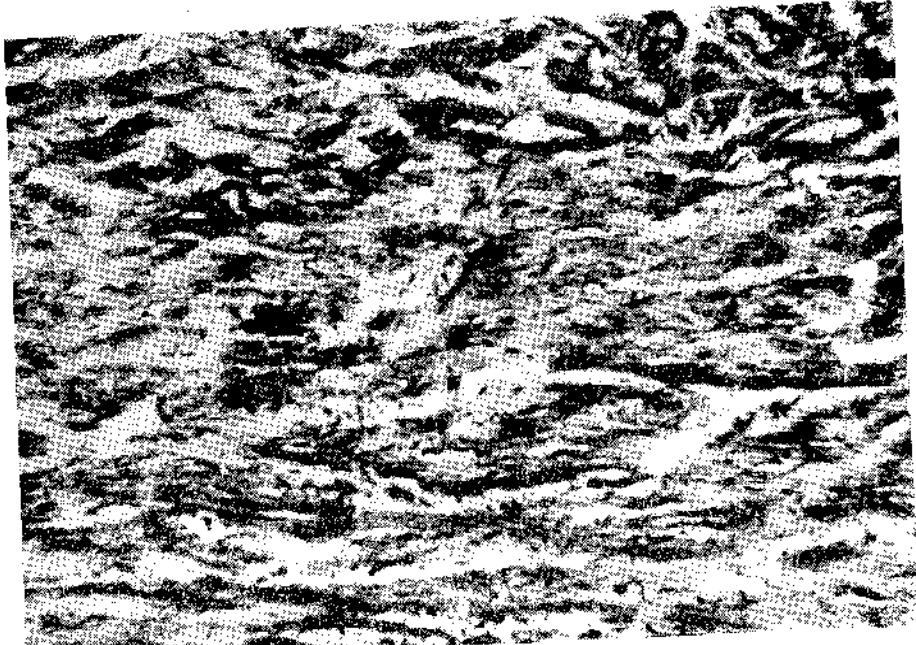


Fig. 5. Fragmentation i theksuem i fibrave miokardiale.

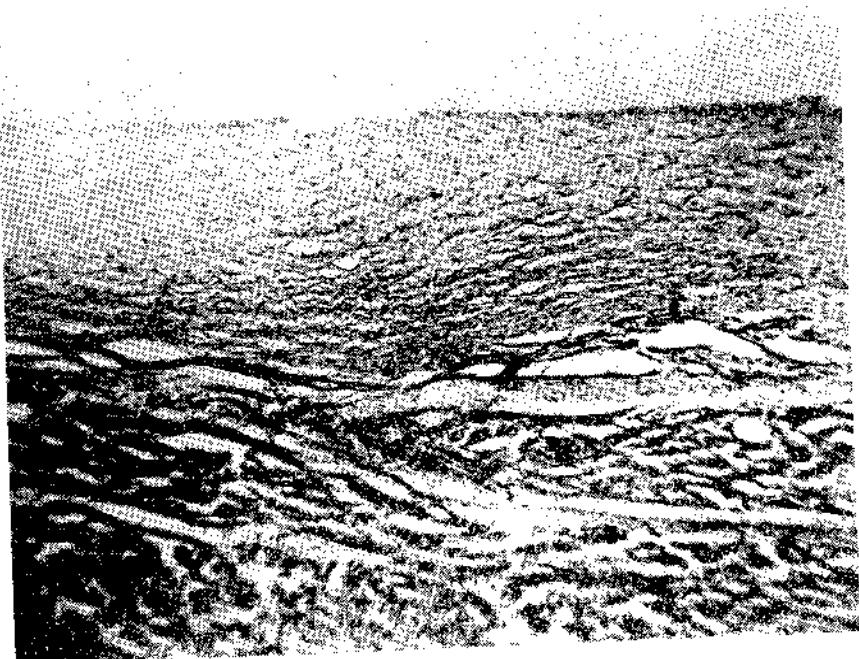


Fig. 6. Ngjyrim (Hemat - Eosin). Trashësim i endokardit parietal, tufai e indit fibroz të gërshtuar me të disocieruar nga edemi i theksuem.

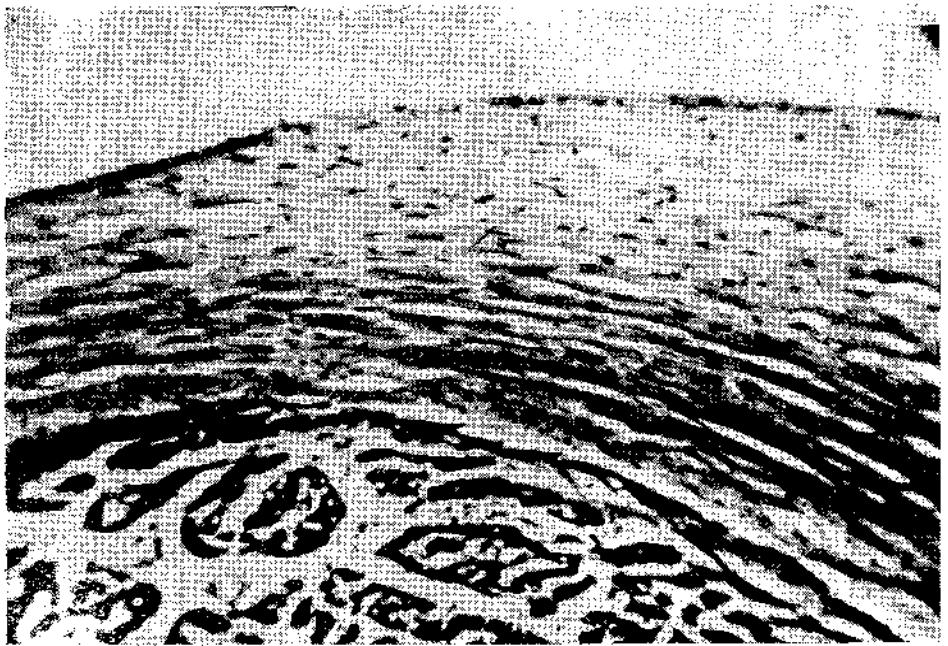


Fig. 7. Ngjyrim: (Hemat - Eosin). Trashësim shumë i theksuem fibrotik i endokardit parietal të ventrikulit të majtë.

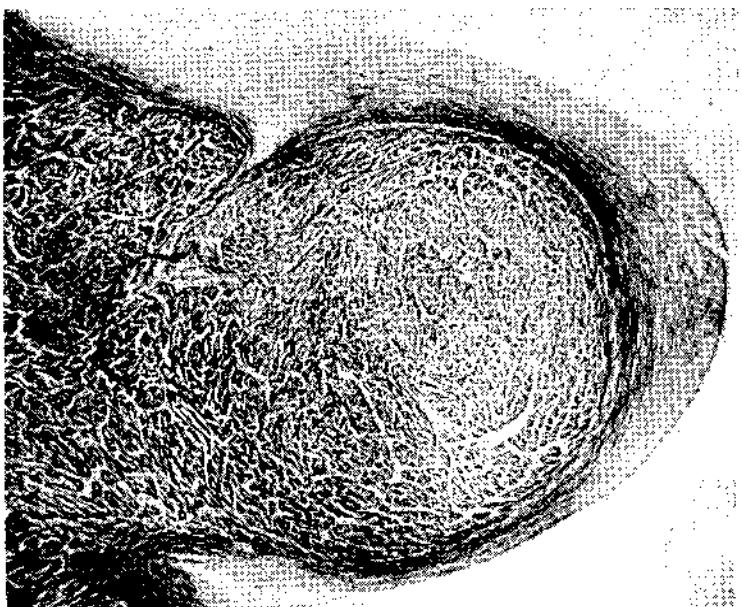


Fig. 8. Ngjyrim: (Hemat - Eosin). Fibroelastozë e theksueme e bazës së muskulit papilar të majtë.

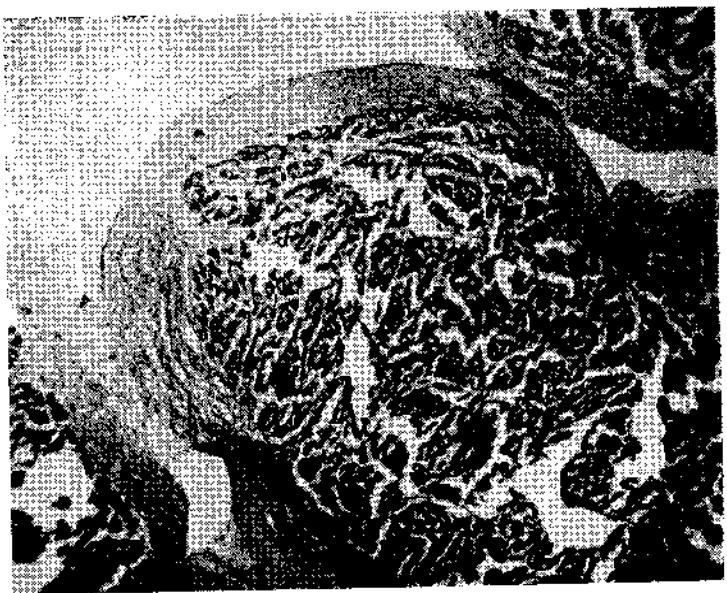


Fig. 9. Ngjyrim. (Van Giezon). Duket kuartë pjesëmarrja e gjanë e indit fibroz.

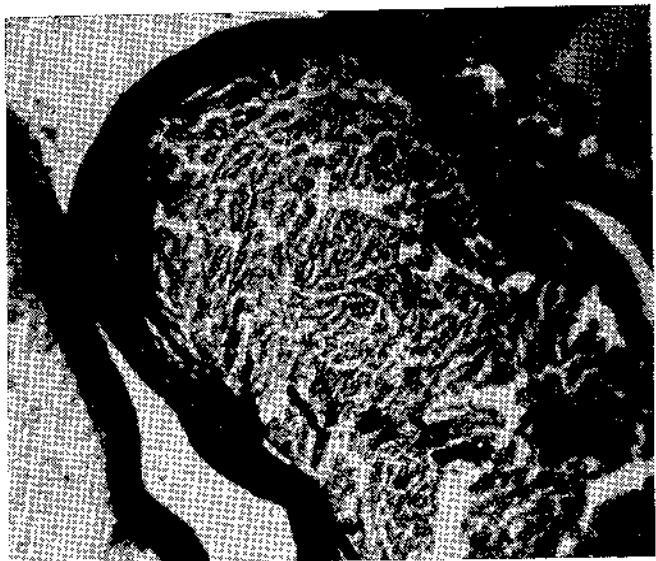


Fig. 10. Ngjyrim i elastikës. Vcm në evidencë pjesëmarrjen e gjanë të indit elastik.

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

## R e c e n s i o n

### POLINEURITET SULFANILAMIDIKE

(nga Kand. Shk. Mjek. BAJRAM PREZA)

Para pak kohësh dolli në qarkullim punimi shkencor «Polineuritet sulfanilamidiqe», vepër e Kand. Shk. Mjek. Bajram Preza. Ky është vazdimi i punës së palodhur e shumëvjeçare kliniko-eksperimentale e autorit në këtë fushë, mbasi B. Preza po këtë temë e ka paraqitur në formë disertacioni në vitin 1958 për të fituar gradën e Kandidatit të Shkencave.

Në këtë punim shtrohet shumë qartë e hollësishët problemi i polineuriteve të shkaktuara nga veprimi toksik i preparateve të ndryshme sulfanilamidiqe. Pas zbulimit dhe përdorimit në shkallë të gjërë të sulfanilamideve u konstatua se ato janë një medikament i fuqishëm antibakterial, por në disa raste mund të jepin fenomene kolaterale toksike dhe alergjike në lëkurë, traktin digestiv, mëlçi veshka, gjak, si dhe në sistemin nervor qëndror dhe periferik. Ato gjithashtu veprojnë mbi gjendrat endokrine. Kështu lindi një kapitull i ri në patologji, me rëndësi gjithmonë aktuale, i cili duhet të njihet e të studiohet nga çdo mjek meqënëse sulfanilamidet përdoren gjérësisht në praktikën mjekësore të përditëshme.-

\* \* \*

Punimi «Polineuritet sulfanilamidiqe» ka 377 faqe dhe ndahet në katër pjesë kryesore.

Në pjesën e parë, autori flet shkurtimisht mbi historikun e preparateve sulfanilamidiqe, mbi strukturën kimike të preparateve më të rëndësishme në fjalë, mbi mënyrën e përdorimit dhe mbi indikacionet e tyre më kryesore. Pastaj autori tregon se kur janë përdorur për herë të parë sulfanilamidet në vendin tonë.

Më poshtë përskruhen në përgjithësi fenomenet toksike kolaterale të shkaktuara nga sulfanilamidet. Me këtë rast përmenden një varg autorësh të leteraturës botërore që janë marrë me këtë problem dhe jepen klasifikimet më karakteristike t'autorëve më të dëgjuar (Lupu, Kasirski, Leber, etj.). Pastaj autori analizon më hollësi fenomenet kolaterale toksike të shkaktuara nga veprimi direkt e indirekt i sulfanilamideve mbi sistemin nervor qëndror e periferik. Në radhën e fenomeneve kolaterale direkte, d.m.th. të shkaktuara nga veprimi toksik direkt i preparateve sulfanilamidiqe mbi indin nervor, autori përfshin meningomieltit, mielitet nekrotike, neuritet; kurse në grupin e lezioneve indirekte të shkaktuara nga veprimi alergjiko-toksik i sulfanilamideve të ndodhura në gjak, autori përfshin fenomenet e përgjithëshme neurotike, çregullime neuro-vegetative, çregullimet psikotike si dhe lezionet cerebro-medulare. Por, si mbas autorit, polineuritet zënë vendin kryesor në grupin e fenomeneve kolaterale indirekte. Pikërisht këtu ai ndalet gjérësisht dhe jep një pëershkrim të hollësishëm të literaturnes botërore mbi polineuritet sulfanilamidiqe, duke filluar nga rasti i parë i paraqitur nga Janet

(1937) dhe pastaj duke kaluar «në rivistë» tërë autorët më të dëgjuar që janë marrë me ketë problem, autori përfundon me disertacionet e Alishejve N.V. dhe Vilmullina-Sulejmanova (1956).

Në pjesën e dytë të punimit «Polineuritet sulfanilamidike» parqitet materiali faktik klinik. Gjatë katër vjetëve autori ka observuar 53 raste polineuritesh sulfanilamidike. Këto raste ai i «përpunon» duke i ndarë dhe shikuar n'aspekte të ndryshme, p.sh. sipas moshës, seksit, profesionit, etj.; tregon sëmundjet primare që i kanë detyruar pacentët të marrin sulfanilamide, dozat totale, manifestimet polineuritike sipas stilinave dhe deri diku llojin e sulfanilamidit të marrur. Shumë interesant është konstatimi i autorit se polineuritet në shumicën dërmuese të rasteve çfaqen tek malësorët. Këtë fenomen autori e spjegon me ushqimin e varfër në vitamina dhe lodhjen e madhe fizike. Simbas tij këta dy faktorë predispozojnë terrenin për intoksikime sulfanilamidike.

Më poshtë jepet përshkrimi i hollësishëm klinik i tipave të ndryshëm të polineuriteve sulfanilamidike. Autori i kushton një rëndësi të veçantë ekzaminimit neurologjik dhe analizon me imtësi sferën reflektore, dhe çrrëgullimet e motilititetit, që përbëjnë simptomin kryesor të polineuriteve. Aty këtu kuadrot klinike ilustrohen me një histori sëmundjeje dhe me fotografi shumë karakteristike. Gjithashtu autori ka venë re fenomene ataktike në 6 raste. Në mendojmë se këto fenomene shkaktohen më tepër nga dobësia e forcës muskulare t'arteve inferiore e nga pamundësia për të mbajtur peshën e trupit, prandaj këtu kemi të bëjmë më tepër me fenomene pseudo-ataktike dhe jo ataktike në kuptimin e vërtetë neurologjik të fjalës.

Më tej, kur autori bën fjalë për ekzaminimet komplementare, tregon se është bërë sistematikisht analiza e likuorit cerebro-spinal dhe pjesërisht (vetëm në 18 raste) ajo e lengut gastrik. Do t'ishte mirë që analiza e lengut gastrik t'ishte bërë në të gjitha rastet dhe të flitej mbi dinamikën e tij. Gjithashtu do t'ishte me vend që edhe analiza e gjakut t'ishte bërë në mënyrë më sistematike dhe të jepeshin të dhëna mbi ndryshimet e formulës së gjakut.

Nga ana tjetër, kjo monografi do të pasurohej mjaft sikur autori të kishte përdorur elektrodiagnostikun në rastet e tij, mbasi me këtë provë funksionale objektivizohet më shkencarisht impotanca dhe gjendja funksionale e nervave periferike të prekura.

Shumë interesant është kapitulli ku flitet mbi zhvillimin e polineuriteve në tri fazë. Përshkrimi është i qartë dhe origjinal. Këtu autori tregon se e njeh në themel problemin që trajton.

Në pjesën e diagozoës diferenciale paraqiten qartë simptomat e përbashkëta dhe dalluese të polineuritit sulfanilamidik me poliomielitin e poliradikuloneuritin, të cilat janë përbledhur në një tabellë kuptimplotë. Gjithashtu edhe diagoza diferenciale e polineuriteve gripale, dizenterike etj. është përshkruar mjaft mirë. Ne mendojmë se do t'ishte me vend sikur autori të kishte trajtuar edhe diagozën diferenciale me polineuritet e tjera infeksioze, sidomos me atë difterik që haset shpesh në vëndin tonë.

Pastaj autori prek një problem të rëndësishëm moral, social e ekonomik, kur flet për prognozën e polineuritikëve dhe aftësinë e tyre për punë. Natyrisht, ky problem është një ndër pikësynimet kryesore të këtij punimi, i cili ka për qëllim t'u hapë sytë mjekëve dhe t'i verë para përgje-

gjësisë morale, bile edhe penale, në përdorimin e preparateve sulfanilamidike që janë dobipurës e njëkohësisht dëmprurës.

Në pjesën e tretë të këtij punimi autor i paraqet të dhënat eksperimentale, përshkruan metodikën e përdorur dhe jep rezultatet e arritura eksperimentalisht, duke shkaktuar fenomene polineuritike dhe paralitike tek minjtë me dhënjen e preparateve sulfanilamidike. Përveç provave biologjike, autor i ka bërë edhe ekzaminime neurohistologjike të cilat paraqesin interes të vecantë. Simbas autorit intoksikimi sulfanilamidik nuk shkakton vetëm lezione të thjeshta në nervat e periferisë, por prek edhe të gjitha shtresat e tjera të sistemit nervor periferik e qëndror, si dhe gjendrat endokrine. Ky është një konkluzion shumë i rëndësishëm, që sqaron e spiegon larminë e simptomave të polineuriteve sulfanilamidike.

Po në ketë pjesë të veprës bëhet fjalë mbi teorinë e patogjenezës, terapinë dhe masat profilaktike. Pas një përshkrimi të shkurtër të teorive më të dëgjuara mbi patogjenezin, duke u-imbështetur në të dhënat klinike si dhe në teoritë etiopatogenetike të shumë kërkimtarëve, autor i mendon se edhe në rastin e lindjes së polineuriteve «goditja e parë» ndodh në hypothalamus dhe vetëm pas kësaj fillojnë të veprojnë faktorët favorizues. Spiegimi që jep autor i mbi patogjenezin e polineuriteve sulfanilamidike është tèrheqës, por si ky spiegim ashtu edhe ay i shumë autorëve të tjere të përmendur nuk është mjaft bindës që mbetet hipotetik e për tu studiuar. Megjithatë vlen të theksohet se paraqitja e faktorëve që kontribuojnë në lindjen dhe zhvillimin e fenomeneve polineuritike të shkaktuara nga preparatet sulfanilamidike, sikundër janë ushqimi i varfér në vitamina, lodhja e madhe fizike, riadministrimi i sulfanilamideve etj., përbëjnë konstatime të vlefshme që duhet të kihen parasysh nga mjekët. Përsa i përket terapisë autor i nuk zgjatet shumë dhe tregon shkurt preparatet më të rëndësishme që ka përdorur, si kompleksin e vitaminave e sidomos rezultatet e mira t'arritura me vitaminën B<sub>12</sub> në doza të mëdha në rrugë intramuskulare dhe subaraknoidale. Do të kishte qenë shumë mirë sikur autor i t'u kishte kushtuar vendin e merituar edhe fizioterapisë dhe procedurave të ndryshme fizike që përdoren gjërisht.

Masat profilaktike të propozuara nga autor i dhe konkluzionet përkatëse kurorëzojnë mundin e tij për t'i shërbyer praktikës sonë të përditëshme dhe ne mendojmë se ay ia ka mbrijtë qellimit të caktuar.

Autor i ka shfrytëzuar një literaturë të pasur mjekësore eksperimentale, teorike e praktike (gjithsej 371 autorë). Përsa i përket formës së paraqitjes ne mendojmë që shtoja, në të cilën përfshihen historitë e sëmundjeve, është e tepërt dhe i jep kësaj vepre pamjen e një disertacioni. Aty këtu, ku ta shihet t'arësyeshme vetë autor i, historiku i sëmundjeve më karakteristike duhej të përfshihej brënda në tekstin. Gjithashtu s'ishte nevoja të përmendeshin një numur aqë i madh «protokollesh», mbasi një gjë e tillë e rëndon pa dobi tekstin.

Vepra «Polineuritet sulfanilamidike» është shkruar në një gjuhë të pastër e të kuptueshme, ndarja në pjesë e kapituj është sistematike. Botimi i këtij punimi shënon një hap të rëndësishëm në zhvillimin e shkencës mjekësore në vendin tonë dhe në urojmë që vepra e Dr. Bajram Prezës të jetë një nxitje përmjet tonë që të batojnë në t'ardhmen monografi të tillë me «material vendi» në ndihmë të praktikës së përditëshme.

## MBI KLINIKËN E CIRRHOZAVE HEPATIKE

Prof. A. S. MNUSHKIN  
Kliničeskaja Medicina 1962, 2, 47.

Autori në këtë artikull tërheq vëmëndjen e mjekëve terapeftë përsa i përket patologjisë së heparit dhe tregon se në cirrhoza atrofike disa sémundje mund të kalojnë në mënyrë latente. Në këto raste kur simptomat nga ana e heparit dhe e prishjes së metabolizmit të substancave kalojnë në plan të dytë, kurse në plan të parë hyjnë një grup simptomash të tjera, të lidhura me sémundjen kryesore në një shkallë të rëndësishme maskojnë zhvillimin e cirrhozës hepatike. Në këto raste diagnoza e cirrhozës hepatike vendoset vetëm në autopsi.

Autori ka studjuar të dhënrat e autopsive të 7500 të sémurëve të ndryshëm, që ndodheshin përmjekim në spitalet e Tashketit. Ata në mënyrë të hollësishme studjuan historitë e sémundjes të të vdekurve tek të cilët në autopsi, krahës sémundjes kryesore (që shkakëtoi vdekjen) u gjend dhe cirrhozë hepatike atrofike. Studimi përfshin periudhën prej vitit 1952 deri në 1960. Në 42 të sémurë (ose 0,56%) bashkë me sémundjen kryesore që shpuri në vdekje u konstatua dhe cirrhozë hepatike atrofike. Mosha e të sémurëve lëvizte prej 5 deri mbi 80 vjeç. Shumica e tyre d.m.th. 21 raste i përkasin moshës 40-60 vjeç. Prej 42 të sémurëve 31 ishin burra dhe 11 gra.

Autori më poshtë jep një pasqyrë të sémundjeve të ndryshme që shoqëroheshin me cirrhozë hepatike.

Nga 302 rastet me sémundje kardio-vaskulare (infarkt miokardi, kardiosklerozë, morbus hypertonicus), cirrhoza hepatike u konstatua vetëm në 9 raste, ajo kalonte në mënyrë të msheftë në sfodin e sémundjes kryesore. Pamvarësishët nga ndryshimet e largëta morfologjike të heparit (cirrhozë hepatike), simptomat bazë të kësaj sémundjeje si ascit, ikter, zgjerim i rjetit venoz, mungonin. Të gjithë të sémurët që ishin shtruar në klinika me sémundje të aparatit kardio-vaskular parqitnin në anamnezën e tyre dhëmbje të forta në regionin sternal, insult cerebral ose atsmë kardiak.

Cirrhoza hepatike atrofike latente me ndryshime morfologjike në hepar ka vënd dhe në disa raste të tuberkulozit pulmonar. Nga të 7 të sémurët me tuberkuloz fibro-kavernozi të pulmoneve (nga 157) në autopsi, krahës me sémundjen kryesore tuberkulare, u zbulua dhe cirrhozë hepatike latente.

Sot mendohet se intoksikacioni tuberkular ka një influencë jo të favorëshme në funksionin e heparit. Insuficiencia e funksionit sintetik dhe antitoksik të heparit është shpesh bashkëudhëtar i formave të rënda progresive të tuberkulozit.

(Përbledhur nga Milto Kostaqi)

## APLIKIMI I ANTIKOAGULANTEVE GJATË REUMATIZMIT

DIAÇENKO V. N.  
Kliničeskaja Medicina 1962, 3, 100

Aplikimi i antikoagulantëve gjatë reumatizmit kohët e fundit ka gjetur shumë përkrahës. Komplikacionet tromboembolike në të sëmurët me reumatizëm takohen 5-6 herë më shumë se në sëmundjet e tjera vëçanërisht tek të sëmurët me stenozë mitrale dhe insuficiencë kardiovaskulare. Gjatë insuficiencës kardio-vaskulare cirrhotës hepatike reumatizmale, sipas vrojtimit të Mjasnikovit dhe Samarinoi dëmtohen funksioni i heparit dhe si rjedhim funksioni i tij në përpunimin e faktorëve të koagulimit të gjakut. Një ndër shkaqet e krijimit të trombave është dhe ngadalësimi i qarkullimit të gjakut, ndërsa të tjerë mendojnë prezencën e vaskulitit gjatë reumatizmit. Në 60% të sëmurëve që kanë vdekur nga insuficiencia kardiovaskulare u konstatua infarkt pulmonar. Autori ka patur nën kontroll 82 të sëmurë me reumatizëm tek të cilët në kompleksin e mjekimeve kishte dhe antikoagulantë. Prej tyre 28 ishin burra, 54 gra. Mosha e tyre ishte nga 21 deri në 53 vjeç. Ndërsa këto kishte pacientë me komplikacione: infarkt pulmonar, infarkt të veshkave, lienis, tromboza të enëve periferike dhe të enëve të trurit. Mjeku gjatë përdorimit të antikoagulantëve duhet të jetë shumë i kujdesëshëm.

Dhe gjatë insuficiencës kardio-vaskulare grada e II-të B dhe e III-të mund të përdoren antikoagulantë megjithëse nuk kanë si komplikacion fenomene tromboembolike, por me gjithatë në këto grada vrehen disa mikrotrombozoa të kapilarëve. Si antikoagulantë përdoren pelentani dhe heparina. Gjatë mungesës së edemave në të sëmurët me reumatizëm aktiv, me kardit recidivans, me insuficiencë kardio-vaskulare grada e I-rë u përdor pelentani 0,15 1-2 herë në ditë me kurs mjekimi që vazhdon 5-6 ditë, nën kontrollin e indeksit të protrombinës që të mos ulet më shumë se 25-30%. Në hepatitin nga insuficiencia kardio-vaskulare përdorimi i pelentanit shpie në ulje të shpejtë të protrombinës prandaj duhet të përdoret në doza të vogla ndënë kontrollin e indeksit të protrombinës.

Heparina përdoret 5000 U intramuskular 4 herë qdo 6 orë, gjithësej 20.000 U në 24 orë. Në mungesë të heparinës kanë përdorur shushnjat në regionin e heparit.

Heparina rekandomohet të aplikohet në momentin e tromboembolisë gjatë insuficiencës kardio-vaskulare me edema të theksuara, ndërsa gjatë hepatitit reumatik ose cirrhotës me ascit aplikimi është pa rezultat.

## KLINKA E PNEUMONIVE AKUTE NË KOHËN E SOTËME

Prof. MOLLÇANOV N. S.  
Kliničeskaja Medicina 1962, 4, 9.

Autori thotë se me gjithë suksesin e arijtur në mjekimin e të sëmu-rëve me pneumoni në sajë të përdorimit të antibiotikëve dhe sulfamide, ky problem rruan akoma aktualitetin edhe në ditët e sotëme.

Studimet e autorit tregojnë se pjesa më e madhe e pneumonive krupoze ndedhin në periudhat e ftohta të vitit, më shumë kur temperatura e ajrit karakterizohet me lëkundje.

Në pneumoninë krupoze rrallë vihet re kuadri tipik me dekur ciklik, me temperaturë të lartë të tipit kontinua që zgjat 7-9-11 ditë, akoma më rallë rënia kritike e temperaturës.

Gjatë fillimit të shpejtë të mjekimit me antibiotikë dhe sulfamide, simptomat klasike të pneumonisë takohen rallë. Në mjekimin e pneumonive duhet bërë kombinimi i terapisë së antibiotikëve dhe sulfamideve me oksigjenoterapi, vitaminoterapi dhe mjeteve kardiotonikë. Kohët e fundit i jepin rëndësi përdorimit të preparateve hormonale (Prednizon, Prednizolon) në format e rënda të pneumonisë dhe në format migrante.

Autori thotë se kuadri klinik i pneumonive ka ndryshuar, në uljen e peshës së pneumonisë krupoze, në rallimin e formave tipike, në konstatimin e formave të lehta gjatë mjekimit të drejtë. Përdorimi i antibiotikëve dhe sulfamideve ka ulur letalitetin nga pneumonia, dekursi i sëmundjes zgjatet dhe kjo mvaret nga ndryshimi i reaktivitetit të organizmit, cilësive të tij imunobiologjike, mjekimi i vonëshëm dhe jo i mjaftueshëm dhe jo rallë ndjeshmëria e pakët e mikroflorës ndaj antibiotikëve.

## APLIKIMI I HORMONIT HIPOFIZAR DHE SUPRARENAL NË MJEKIMIN E MORBUS VERLOV.

### Probleme të hetologjisë dhe transfuzionit të gjakut

FRINOVSKAJA I. V.

Kliniceskaja Medicina — 1960, 4, 20

Të parët në mjekimin me kortizon dhe ACTH të Morbus Verlov kanë qënë Mejer, Miler, Llanman dhe Betel. Më vonë kjo mori një aplikim të gjérë por jo gjithëmonë është e efektëshme,

Autori ka patur nén kontroll 23 të sëmurë me këtë sëmundje, 17 me formën e vërtetë dhe 6 me simptomokompleksin Verlov. Mosha e pacienteve ishte nga 14 deri në 55 vjeç, zgjatja e sëmundjes nga 2 muaj deri në 24 vjeç. Në të gjithë të sëmurët kishte trombocitopeni në shifra kritike. Koha e koagulimit e ulur ndërsa e hemoragjisë e zgjatur. Sasija e fibrinogenit ishte e ulur tek 9, normal në 11 prej tyre dhe e rritur në 3 të sëmurë. Protrombina normal tek 21 dhe e rritur në 1.

Mjekimi me kortizon u aplikua në 9 të sëmurë, 5 prej të cilëve morën vetëm kortizon ndërsa 4 të kombinuar dhe me A.C.T.H. Në dy të sëmurë ku nuk pati efekt terapia e më sipërme u aplikua prednisoni. Në 5-6 ditët e para tek të gjithë të sëmurët u ndërprenë çfaqjet e hemoragjisë, në fund të mjekimit tek dy të sëmurë u vrejt një ngritje e numurit të trombociteve në 35.000-89.300, tek një deri në 126.000 dhe në një tjetër numuri i tyre arijti deri në 315.000.

Dozat totale të kortizonit lëkundeshin nga 2825-3290 mg.

A.C.T.H. u përdor në 11 të sëmurë me dozë ditore 30-60 U. dhe doza totale 200-1930 U. Në ditët e para u ndërprenë fenomenet e hemora-

gjiesë dhe u vrejt një ngritje e konsiderueshme e numurit të trombociteve.

Në 9 nga të 23 të sëmurët pas hormonoterapisë u bë splenektomia. Në 8 të sëmurë pas operacionit rezultati ishte i mirë vetëm tek, njeri trombocitet u rritën pak.

(Përbledhur nga Margarita Vullkaj)

## ÇËSHTJE TË PROFILAKTIKËS SË RECIDIVAVE DHE TË PROGRESIT TË REUMATIZMIT NË FËMIJËT.

Z. I. EDELMAN

Pediatrija (Moskë) 1962,3,8.

Analizohen disa masa profilaktike në bazë të vrojtimeve të klinikës mbi këto dy çështje: 1) rëndësia e tonsilektomisë (ose e adenotonsolektomisë) dhe e profilaksisë me antibiotikë; 2) rëndësia e masave të përgjithshme për ngritjen e rezistencës së fëmijëve.

Çështja e parë trajtchet në bazë të 125 rasteve, (të mbikqyrura për 2-7 vjet) prej të cilëve 102 me reumatizëm.

Tonsilektomia është bërë duke patur si tregues tonsilit kronik të dekompensuara dhe të kompensuara po që akutizoheshin shpesh në qëtësim të procesit reumatik. Përpara, gjatë dhe pas operacionit, fëmijëve u është dhënë piramidon e penicilinë.

Në të gjithë fëmijët gjendja e fytit pas operacionit ka qenë e kënaqëshme për gjithë kohën e mbikqyrjes. Për sasinë e recidivave të reumatizmit të dhënrat janë të pamjaftueshme. Në 100 nga të 102 të sëmurët, ka patur akutizim të procesit, sidomos në fëmijët me kore dhe me dëmtimë të rënda të zemrës, 3 kanë vdekur.

Edhe të dhënrat mbi dekursin e sëmundjes në të shtruarit në klinikë gjatë viteve 1959-60 flasin për efekt të vogël të tonsilektomisë në evitimin e recidiveve të reumatizmit. Janë shtruar 40 të sëmurë me reumatizëm të riakutizuar, megjithëse u ishte bërë tonsilektomia, 3 kanë vdekur.

Në grupin e kontrollit (80 të sëmurë me reumatizëm) shumica me tonsilit kronik, me kushte të ngjashme me të parët, të cilëve në pjesën më të madhe u ishte rekomanduar operacioni, riakutizimi i procesit reumatik është vërejtur në 23%.

Këto vrojtime vijnë në kundërshtim me një varg terapeftësh sovjetikë e të huaj (D.D. Lebedev, E.I. Volkova, A.B. Dollgopollova, N.I. Olevskij, N.A. Matvejeva, I.I. Shcherbatov, Goduin, Gowder etj). Ndoshta këta kanë mbikqyrur të sëmurë më pak të rëndë.

Në literaturë ka shumë vepra që e mohojnë efektin e tonsilektomisë për profilaksinë e recidivave të reumatizmit (O.G. Collomatina, S.M. Levit dhe R.D. Bogomillskij në 1958, G.F. Llang, B. Ilskij më 1934; gjermanët Friedlander, Keiser, Wollgien, Lind, Glexmann, Lorens, Schmeich, Rimelcopt).

Eshtë e pazgjidhur çështja e shpeshtësisë së tonsilit të kronik më të

sëmurët me reumatizmë dhe ajo e shpeshtësisë së anginave para reumatizmit.

Otolaringologu i shqar V.S. Predmozhenskij nuk e përjashton mundësinë e ndikimit të reumatizmit në zhvillimin e tonsilitit kronik dhe mendon se para reumatizmit ka një anginë reumatike specifike. Në bazë të dhënash histomorfologjike M.A. Skorcov mendon se çfaqia e reumatizmit mbis anginës vjen nga që faktorët démtues, sidomos jo specifikë, ndikojnë në tonsilet shumë më shpesh se në vende të tjera të organizmit dhe kështu angina është një formë fillestare e hiperergjisë.

Recidivet në sëmundjet kronike konsiderohen sot si rezultat i autosensibilizimit mbasi indi i démtuar, në prani të faktorit mikrob, bëhet autoantigjen dhe burim autosensibilizimi. Kjo shpjegon çfaqen e recidiveve të reumatizmit pa lidhje me tonsilitin kronik si edhe shpesh-tësinë e madhe të recidiveve në rastet e dértimeve të rënda të zemrës.

S'ka dyshim se sëmundjet kronike recidive të nazofaringsit, rrugëve të sipërme respiratore dhe dhëmbëve duhen kuruar energjikisht, por duhet kundërshtuar largimi shabllon i tonsileve dhe mendimi se kjo masë është vendimtare për evitin e proceseve recidive të reumatizmit.

Penicilinaprofilaksia e recidivave të reumatizmit është përhapur gjë-rësishët në vendet e tjera. Midis të tjerash përdoret injektimi i penicilinës me efekt të zgjatur për 15 vjet rrjesht pas atakut të parë në fëmijët dhe 5 vjet rrjesht për moshën më të rritur. Rekomandohet t'i injektohen çdo muaj 1.200.000 benzantipenicilinë, koncentracion i së cilës në gjak ruhet së paku 2-3 javë. Metoda me ndërprerje (2 herë në vit nga 2-3 muaj, në periudhat e zhvillimit më të shpeshta të atakut reumatik) është më pak e favorëshme.

Një grup 40 të sëmurësh është trajtuar me bipenicilinë 1 dhe 3 (16 fëmijë një vit rrjesht, 15 fëmijë 7 muaj, 9 fëmijë 2 herë në vit nga 2 muaj në vjeshtë e në pranverë). Është përdorur për kontroll një grup analog 40 vetash. Nuk konstatohet ndonjë avantazh në grupin e kuruar.

Duhen studjuar shkencërisht edhe disa anë të tjera; ka të dhëna se përdorimi i gjatë i penicilinës ngadalëson formimin e antikorpeve, sensibilizon organizmin dhe sjell komplikacione.

Të dhënat e literaturës përfektin profilaktik të penicilino-terapisë nuk janë mjaft bindëse dhe nuk tregojnë diferenca të ndjeshme.

Disa autorë rekomandojnë të përdoren për profilaksi mjete antireumatike (piramidon, salicilate etj.) në dozë të vogël se ajo e kurës, për 3-4 javë në vjeshtë e në pranverë. Mendojmë se në fëmijët kjo metodë nuk duhet përhapur pasi në fëmijët recidivet nuk çfaqen gjithënjë në këto stina dhe jo të gjithë fëmijët e sëmurë nga reumatizmi kanë recidive të shpeshta.

Eshtë më e arësyeshme që ikjo metodë t'aplikohet në fëmijët me forma të rënda eksudative dhe, në përgjithësi, kur ka angina, katare të rrugëve respiratore, grip ose sëmundje të tjera interkurrente, që rrezikojnë me të vërtetë riakutizimin e reumatizmit (3/4 — 1/2 e dozës kurative për 10-12 ditë dhe nga njëherë më gjatë).

Profilaksia mund të bëhet dhe të ketë efekt vetëm me mbikqyrje dispanseriike, duke marrë parasysh veçoritë individuale, dhe vetëm me mbikqyrjen e vazhdueshme të mjekut të shkollës ose kopështit mund të përcaktohet regjimi i drejtë për fëmijët në shkollë e shtëpi.

(Përbledhur nga A. Gusha)

## MJEKIMI I TË SËMUREVET ME MENINGIT PURULENT

V.J. POKROVSKIJ

Sovjetckaja medicina 4, 1962, 97-101.

Shkaktarët më të përhapur të meningiteve purulentë janë: meningoçoku dhe pneumokoku, të cilët janë homogenë në ndjeshmërinë e tyre karshi penicilinës, të përcaktuar në kufi 0,03-0,1 U-I/ml. Është trajtuar se barjera hematoencefalitike nuk lejon futjen e penicilinës, nga gjaku në likuorin cerebrospinal. Në likuor gjatë përdorimit intramuskular të penicilinës, (sigurisht në doza (600.000-1.500.000 U. I. në 24 orë) përkëtuar arësyen duke irrituar dozën e penicilinës, të injektuar intramuskular, në doza deri 180.000-200.000 U. I. në ditë për 1 kg. peshë, sigurojmë efekt të mjaftueshmë terapeutik dhe kështu heqim dorë nga injektimi endolumbal i preparatit.

Gjatë punksjonit diagnostik, në rastet kur paraqiten me vanesë dhe në gjendjet e rënda, mund të përdoret në orët e para injektimi endolumbal i antibiotikut.

Është konstatuar se gjatë mjekimit me doza të mëdha antibiotike, gjendja e të sëmurit, si rregull, fillon të përmirësohet në mënyrë të gjegja. Temperatura bie në mënyrë kritike në ditën 1-2 të sëmundjes; në ditën e 5-12 zhduken sindromet meningeale, në ditën e 7-9 pleocitotëzë në likuor.

Mjekimi vazhdohet deri sa të kemi një temperaturë normale të vazhdueshme dhe të zhduken simtomet meningeale, jo më pak se 3-5 vaziqet e meningitit epidemik dhe 6-8 ditë në rastet nga pneumokoku.

Duhet përdorur dhe terapia dezintoksikuese.

Kur nuk kemi efekt klinik për një kohë prej 3-4 ditësh është e domosdoshme të ndërrojmë antibiotikun.

## RËNDËSIA E PATOLOGJISË SË SISTEMIT KARDIO-VASKULAR PER PROGNOZËN E PUNËS TË SËMURET ME BRUCEOZË

V. N. LJEIMAN

Sovjetskaja Medicina 1962, 66-75.

Autori del në konkluzion: se në të gjitha fazat e dekursit të saj, bruceoza mund të shërbejë si shkak jo vetëm i dëmtimevet funksionale, por dhe i dëmtimevet organike të sistemit kardio-vaskular. Megjithëse endokarditet miokarditet, format e rënda të miokardiosferës dhe dëmtimet e vazavet të mëdha me etiologji nga bruceoza vrehen rrallë, përmes qindje të madhe vdekje, dhe mund të jenë shkakte të një invaliditeti përhershëm për të sëmurin. Përkëtuar arësyen duke përdorur antibiotikët si (streptomycinës, ky mund të arrihet duke përdorur Cloramfenikolit dhe Aureomicinës, më von përdorim vaksinoterapinë me dy etapa simbas Rudnjevit. Duhet të forcojmë sistemin kardio-vaskular, të bëjmë elektrokardiogramën etj.

**INFLUENCA E KORTIZONIT NË FRENIMIN E SISTEMIT  
RETIKULO-ENTOTELIAL NË DEKURSIN E PROCESIT TE  
VAKSINIMIT DHE NË FRENIMIN E IMUNITETIT**

P. A. VJERSHILLOVA — N. A. GREKOVA.  
Zhurnal epidemiologii, imunobiologii 8, 1961, 87-91.

Studimet e shumta të bëra deri më sot kanë treguar se kortizonikët në doza të mjaftueshme, veprojnë në mënyrë inhibuse në sistemin retikulo endoteljai, inhibon fagocitozën dhe ul procesin inflamator lokal në brucelozë, gjithashtu ka cilësi që të frenojë formimin e imunitetit në brucelozë, kur këtë e përdorim për 14 ditë rrjesht. Këto prova janë bërë në kaviet.

(Përbledhur nga J. Prelo)

**ASPERGILLOMA PULMONARE  
NJË PROBLEM I DITËS NË PNEUMOLOGJI**

Nga C. PERSONNE (Paris)

Revue de Tuberculose et de Pneumologie  
Tome 25, 12 Dhjetor 1961, f. 1434-1448

Qysh prej 2-3 vjetësh numuri i të sëmureve me Aspergillomë pulmonare është rritur në proporcione të konsiderueshme, kjo i dedikohet nga njera anë një depistimi më të mirë dhe nga ana tjetër pranohet që trajtimi me antibiotikë, duke krijuar kondita të veçanta steriliteti, favorizon zhvillimin e disa racave mycetike.

Aspergilloma rezikon të zerë një vënd me rëndësi në pneumologji, deri sa ne nuk do të disponojmë një mykostatik efikas.

Aspergillus Fumigatus mund të prekë gjithë pjesët e aparatit bronkopulmonar, por termi i Aspergillomës i rezervohet një forme shumë speciale të kësaj mykoze, kërpudha zhvillohet në brendësi të një kaviteti të gryer në parenkimën pulmonare dhe formon progresivisht një masë në formën e një zileje të mbushur, të lirë, intrakavitare.

Publikimet e para pranonin që Aspergillus duke u kultivizuar në një bronk të shendoshë, e zgjeronte atë progresivisht dhe bile u propozua termi Aspergillomë bronkoektazante, por më vonë vërejtje të shumta treguan që shumica e Aspergillomave ishin manifestime sekondare, mbas një afeksioni të paraegzistuar. Shumica ju përket të sëmureve të trajtuar për tuberkuloz, por disa punime përmenden raste me Aspergillomë të ndodhura në afeksione pneumologjike të ndryshme. Autori përbledh 30 raste të operuara gjatë 10 vjetësh të shërbimit të kirurgjisë torakale të qendrës FOCH nga të cilat 25 raste, të 2 viteve të fundit. Në të gjitha rastet patogeneza është e përbashkët, lezonet anatomike të njëlojta dhe tipi mykollogjik identik.

Që Aspergillus të zhvillohet në kavitet duhet: 1) kaviteti të komunikojë me bronket, mbasi kontaminimi bëhet nga ruga aerore; asper-

gillusi mund té parazitojé edhe nē zgjerime bronkiektatike, nē kavitete parenkimoze ose nē kavite pleurale. 2) Kaviteti duhet té jeté steril, ose vet-vetiu (disa kiste Kongenitale, bulla silikotike) ose steril mbas një trajtimi, (p.sh. kavernat tuberkulare pas trajtimit me antibiotiké).

Aspergillus Fumigatus takohet kudo nga paké jo vetém nē qilarét, nē plehë ose nē mjellérat por ka mundësi që çdo ditë neve té ingalojmë një sasi sporesh aspergillare.

Egzaminimi anatomo-patologjik i mureve kavitarë dhe i parenkimit pulmonar té afertë, ve nē dukje pérherë një reaksion inflamator, me një intensitet shumë më té madh se atë që takojmë nē T.B.C., vetém shtrati më i brendëshëm mund té konservoje elemente të strukturës iniciale të kavitetit. Dallohen 2 lloj kavitetesh: mbulesa éشتë e pérberë prej coprash epiteliale të çkatëruara pjesërisht, shpesh metaplasike. Rallë disa gjendra submukoze bronshike, por nuk takohen ishuj kartilagjinozë. Asnjë strukturë epiteliale nuk mund té gjendet, shtresa më e brendëshme nuk pérfaqësohet veçse nga elemente inflamatore banale.

Kérpudha Aspergillare mund té aderojé nē një ose më shumë pika duke zhvilluar kështu degëzime hemoragjike. Ky ind granulacioni, gjithmonë shumë i vaskularizuar, té një tipi angiomas mund té kapë një pjesë të rëndësishme té murit kavitar. Éshtë tamam nē këtë nivel që shkaktohen hemoragjitet. Nën këtë mbulesë té epitelizuar ose jo dhe té këtij indi granular takojmë një shtrat fibroz inflamator që mund té jetë edhe më i gjerë se 1 cm. Anatomo-patologu takon shumë rrallë leziona specifike dhe një strukturë karakteristike që lejon té përcaktosh ose té konfirmosh natyrën e afeksionit fillestar. Kjo mungesë lezonesh specifike mund té shpjegohet nga efikaciteti i mëparëshëm prej trajtimit me antibiotike. Por ka mundësi që té ndërhyjë edhe një Aspergillinë té cilën e kanë nxjerrë. Aspergillinës i atribuohen formimi i granulomës telangiektaziqe dhe té sklerozës perikavitarë që takohet pérherë nē gjithë pjesët e operuara dhe që shihen radiologjikisht, në té njejtin kohë me Aspergillomën. Vdekja e Aspergillomës bën që Aspergillona té mos prodhohet më dhe kérpudha vepron si një trup i huaj nekrotik. Vdekja e mycetomes mund té vijë nga konditat e këqia té ajrimit.

**Klinika:** Hemoptizite takohen pothuajse nē shumicën e observacioneve me aspergillomë. Ato shpjegohen anatomikisht nga telangiektaziqe dhe granuloma inflamatore té mbulesës kavitarë. Madhësia dhe frekuenca e hemoptizive janë té ndryshme. Éshtë rrallë té mos gjesh té sémurët té paktën disa gelbaza me gjak. Shpesh ato përsëriten nē intervale pothuajse té rregulta, gjatë evolucionit. Autori raporton se nē 30 raste, 2 hemoptizi kanë qenë vdekjeprurëse dhe 3 raste ku hemoragjitetë rrezikonin jetën e pacientit, intervenimi evitoj vdekjen e tyre.

Hemoptizitë janë nē praktikë e vetmja shenjë klinike e Aspergillomës, kjo simptomë e izoluuar duhet té jetë shkaku i depistimit té saj. prandaj duhet që nē çdo tuberkuloz, që ka hemoptizi, nē stadin e pastrimit té kavernës, ti bëhen tomografi nē seri pér té kërkuar çfaqjen e një aspergilome. Ka raste kur aspergiloma vdes, atëherë pacienti nxjer një ekspetoracion purulent nē sasi té shumtë (më tepër se 200 cc pus nē ditë).

**Laboratori.** Izolimi i fragmenteve të kolonive kérpudhore nē ekspektoratin e pacientëve pérbën një element diagnostiku me vlerë por nē shumë raste duhet përsëritur ekzaminimi ose duhet bërë prelevimi me bronkoaspiracion pér té patur një rezultat té vlefshëm. Kuti-reaksionet me aspargilinë nuk sjellin ndonjë ndihmë diagnostike mbasi shumë persona

të shëndoshë japid reaksione pozitive. Më interesante është në praktikën mjekësore mungesa konstante e bacilit Koch.

**Radiologjia.** Aspergiloma në vetvehte paraqitet radiologjikisht si një zile opake, e vendosur në fund të një kaviteti, të cilin e mbush pak a shumë tërësisht. Kjo zile ovoidale, me kufi të përcaktuara mirë, në tomografi paraqitet pa asnjë strukturë, me gjithë atë kur është shumë voluminoze mund të përshtohet nga boshllëqe të kjarta që i japid pamjen e një sfingjeri. Madhësia ndryshon që nga 2-3 mm deri në 6-7 cm, diametër. Një boshllëk gazoz i kjartë në formën e hënës (që sa po fillon), prej disa milimetresh; gjëndet zakonisht në pjesën e sipërme të kavitetit. Siç duket ky boshllëk gazoz është i nevojshëm për zhvillimin e kërpudhës dhe këtu krijohet një gjendje ekuilibri midis volumit të ajrit dhe volumit të masës së kërpudhës. Sidoqoftë karakteri radiologjik esençial specifik për aspergilomë është që të realizojë një imazh si një zile me kokë poshtë e cila qëndron në fund të kavitetit. Asnjë imazh tjetër në formë zileje (tuberkulomë e çarë, kancer i ekskavuar) nuk realizon kaq mirë këtë aspekt përvëç disa rasteve me kiste hidatike në eliminim e sipër. Kaviteti është i vizatuar shumë mirë, i rumbullakët ose ovoidal, rrethimi kavitar është përherë i theksuar dhe i shprehur mirë.

**Megjithëse** është shumë e shpeshtë, spërgilomat nuk vihen rë vëtëm në persona me T.B.C. Autori referon se në studimin e tij, e ka pasur në dy raste me kist bronkogenik, në një bulla emfizematoze gjigande, në katër xhepa pleurale të fistulizuara tek bronku, në një emfizemë silikotike, në një lob poliksitik dhe një sklerozë pulmonare difuze. Në çdo rast gjejmë këtë konditë të përbashkët: një kavitet steril në komunikim me pemën aerore.

**Evolucioni:** Evolucioni i aspergilomave pulmonare është konsideruar shpesh si relativisht benign, haemoptizit përsëriten pa u keqësuar. Imazhi radiologjik është stabël ose modifikohet pak. Autori përmend këto evolucione: evolucion të shpejtuar (brenda 3 javëve) b) eliminim spontan (i rrallë, i nxjerë me vomikë) c) evolucion me rënëje dhe përmirësimë; d) aspergiloma multiple (aspergiloma në disa kavitate të njëra-ose të tjera dy pulmonet, në një rast është konstatuar aspergiloma në një kavernë tuberkulare aktive) e) Aspergiloza kavitarë pa aspergilomë radiologjike (në radiologji nuk dukej gjë kurse në ekserezë u gjet një ndërtim aspergilar në muret e kavernës). Prandaj autori propozon rregullën që vazhdon: në një tuberkuloz në trajtim e sipër i cili paraqet një kavernë në pastrim, trashje e kontureve kavitarë pa riçfaqjen e bacileve duhet të na shëtyjë të kërkojmë aspergilusin në ekspektacion. Ky propozim shumë interesant në tuberkuloz mund të meret edhe për shumë afeksione me kavitate sterile ose të sterilizuara.

Autori është i mendimit se aspergilomat janë sekondare, dhe me gjithë se në studimin e tij në 6 raste është e pamundur të gjejë një argument në favor të një afeksioni pre-egsistent, ai sjell shembulla se në miaft raste kur presim mushkëritë e konsideruara si të shëndosha, konstatojmë bulla ose kiste, mbeturina pneumopatish të haruara ose të pa njobura dhe të zhvilluara në kontakt me vatrat tuberkulozi abortiv. Edhe primoinfekzioni në vetvehte mund të jetë përgjegjës për miaft raste lezonesh të tillë pa çfaqje radiologjike, ai paraqet një rast të tillë.

Por duhet njobur që megjithëse asnjë argument vendimtar nuk është sjellë në favor të aspergilomës bronchoectatike si sëmundje primitive, është gjithashtu zor që të mohosh totalisht ekzistencën e saj.

**Trajtimi.** I vetmi trajtim llogjik i një aspergilome, është sot për

sot ekseroza pulmonare. Janë venë re disa vështirësi hemostaze në këto lloj rezeksionesh, megjithëse këto duhen druajtur, indikacioni kirurgjikal nuk diskutohet.

Kirurgjia e ekserveses qëndron i vetmi solucion mbasi mykostatikët që përdoren sot janë të pa efektëshëm (mykostatinë dhe amfotericinë B.

Autori në studimin e tij publikon 12 radiografi dhe tomografi si dhe 3 fotografi të pjesëve të operuara.

(Përmbledhur nga S. Panariti).

## PRINCIPET E MJEKIMIT TË TUMOREVËS MALINJE TË SISTEMIT OSTEOARTIKULAR

JAN ÇERVENJANSKI

Ortopedija — Traumatologia i proterirovani 1 — 1962, 85-93

Autori thekson se përsa i përket klasifikimit dhe mjekimit të tumoreve primare të sistemit osteoartikular, nuk ekzistojnë pikpamje unike.

Shumica e autorëve i përbahen mjekimit radikal kirurgjikal, duke përfshirë operacionet me radikale-mutilante, gjithashtu Rontgenterapinë si metodë e veçantë ose e kombinuar me operacionin.

Në tumoret e ekstremiteteve që nuk rrezikojnë jetën e të sëmurit, gjithashtu përdorim rezeksionin radikal duke zevendësuar ose jo defektin kockor.

Kur është fjalë për tumor malinj primar, sensibël ndaj rezatimit Rontgen, atëherë përdoret Rontgenterapia pamvarësish nga lokalizimi. Autorët nérvizojnë se sa më superficial të jetë tumori aq më i mirë është rezultati.

Më tej në artikull jepet metoda e mjekimit për tumoret e ndryshme kockore.

**Sarkoma osteogene:** Mjekimi më efektiv është operacioni radikal-amputacioni ose egzartikulacioni. Operacionet paliative kanë më pak rëndësi.

Shumica e Rontgenologëve i quajnë sarcomat osteogene si fare pak sensibile ndaj rezatimit Rontgen, deri në rezistencë të plotë.

Ro-terapia përdoret para operacionit duke vlerësuar influencën e saj në formimin e kapsulës dhe në paksimin e mundësive të lindjes së metastazave. Në rastet kur është i pamundur operacioni disa autorë si Cade propozojnë Ro-terapinë me voltazh të lartë, me dozë 8500 R. gjatë 8-10 javësh. Në qoftë se 6 muaj pas mbarimit të Rö-terapisë nuk çfaqen metastaza pulmonare, bëhet amputacioni ose egzartikulacioni.

Në rastet inoperabël është e justifikuar Tele rontgenterapia me doza 8000-9000 R. Përdoret gjithashtu kombinimi i Rontgenterapisë me rezatimin me kobalt.

Rezultate të mira jep Rö-terapia post operative në doza tumoroze.

Rezultatet janë më të mira kur kombinohet kirurgjia me Röterapi, se sa përdorimi i njerës prej tyre.

Akoma nuk është zgjidhur problemi në metastazat unitare pulmonare, i përdorimit të reziksionit pulmonar - lobectomisë apo pneumektomisë. Lichtenstein (1959) rekomandon kompletimin e çdo ndërhyrjeje kirur-

gjikale me rezatimin e të dy fushave pulmonare. Ay mendon se kështu arihet shkatërimi i metastazave të ashtuquajtura «Mikroskopike».

**Hondrosarcoma:** Takohet më rallë se osteosarcoma. Prek më tepër moshat e kaluara. Mjekimi kirurgjikal radikal duhet bërë me një herë pas vumjes së diagnozës. Amputacionet dhe egzartikulacionet përdoren në shumicën e rasteve dhe vetëm në raste të jashtëzakonëshme rezeksjoni. Hondrosarkoma paraqet ndaj Rö-terapisë rezistencë të madhe. Gottschalk (1960) ka arritur rezultate relativisht të mira me Sulfur radioaktiv.

**Sarkoma Ewing:** Rontgenterapia është mjekimi kauzal. Dihet se ky lloj tumori primar malinj i kockave është më sensibël ndaj rezatimit. Nekroza dhe regresioni duken që pas tri dozave të Röntgenoterapisë. E rëndësishme është që kocka të iradiohet gjatë gjithë gjatësisë së vet dhe jo vetëm në vendin e tumorit. Duhen iradiuar gjithashtu strukturat e maturuara fqinje. Pödlashuk e ndan ekstremitetin e dëmtuar nga Sarkoma Ewing në 2 gjysma. Secila prej tyre iradiohet në 3-4 fusha me dozë 2000 R. për secilën. Pas Rö-terapisë rekomandohet amputacioni.

**Fibrosarkoma:** Rallë diagnostikohet klinikisht, radiologjikisht e aq më tepër me byopsi. Byopsia shpesh të kujton tumorin gjigando celular, osteomyelitin sklerosans ose tumore beninje. Për mjekim udhëhiqemi nga egzaminimi byoptik dhe hystomorfologjik. Në fibrosarkomet pak të diferencuara dhe në format anablastike indikohet interventi radikal kirurgjikal (amputacioni dhe egzartikulacioni). Në format e diferencuara indikohet rezeksioni segmentar; por kur çfaqen recidiva duhet bërë amputacioni.

Fibrosarkoma është rezistente ndaj rezatimit Röntgen, por megjithëat përdoret para operacionit.

**Betikulosarkoma kockore primar:** Sensibile ndaj Rö-terapisë. Në disa raste tumori pas rezatimit zhdukjet krejt, dhe amputacioni i parashikuar bëhet i pa nevojshëm. Uehlinger, Bostzstein dhe Schinz rekomandojnë Rö-terapi të fraksionuar gjatë 20-50 ditësh me doze totale 4000-10.000 R.

**Tumoret gjigando-celulare kockore:** Diagnostika dhe mjekimi janë probleme të pa zgjidhura. Disa e quajnë osteoklastomë të tjerë osteoblastoklastomë. Disa autorë i ndajnë këta tumorë në tre grupe: Beninjë, agresivë, malinjë. Për mjekim udhëhiqemi nga byopsia. Gjithmonë duhet bërë rezeksioni radikal ose ekstirpimi i tumorit.

Rezatimi Röntgen duhet përforuar në rastet e pamundësisë së operacionit, si dhe në tumoret gjigando-celulare të kafkës, vertebrave, sakrumit.

Dozat janë 1500-2500 R. Këto doza mund të përsëriten pas disa muajve (3-5) vetëm atëherë kur vrehet aktivitet i tumorit.

Nga kombinimi i mjekimit kirurgjikal (sidomos atij paliativ) me Rö-terapinë janë regjistruar raste malinjizimi.

Në literaturë përshkruhen raste sarkomash të lindura nga përdorimi i dozave të mëdha të Röntgenoterapisë zakonisht mbas intervaleve të gjata.

Nuk duhet haruar se qdo tumor gjigando-celular esencial është gjysëm malinj. Mendim i sotëm është diagnostikimi i hershëm dhe interventi radikal. Në disa raste pas ekstirpcionit nuk ka nevojë të zevendësohet ndërsa të raste të tjera kërkohet restaurimi i epifizës ose artikulacioni. Në pamundësi restaurimi bëhet arthrodeza primare.

**Horðoma:** Terapia radikale. Në rastet e pa mundësisë së ekstirpimit radikal mund të bëhet edhe rezeksioni subtotal ose parcial. Kjo bëhet për të ulur presionin e indeve pér rrëth, pra mënjanohet syndromi doloroz.

Röntgenterapia është pak efektive. Megjithatë në raste të rralla mund përdoret në fëmijët. Disa autorë e përdorin pas operacionit, me doza të mëdha. Friedman (1955) propozon Röntgenterapinë me voltazh të lartë.

**Adamantinoma:** Janë të rralla në kockat e gjata. Mjekimi kirurgjikal. Kur tumori nuk është i madh, rezeksioni segmentar i kockës ose ekstirpim i tumorit. Në rast mos suksesi, bëhet amputacioni. Adamantinoma është rezistente ndaj Röterapisë. Hower dhe Mc Whirter (1952) njoftojnë për rezultate të mira nga Rö-terapia me voltazh të lartë.

**Synovialoma malinje**, ose sarkoma synoviale. Rekomandohet mjekimi kirurgjikal: eksuzion radikal, ndërsa në rast lokalizimi në ekstremitete amputacioni. Sipas Wright (1952) eksazioni lokal jep 71% recidivë. Prandaj shumë autorë rekomandojnë amputacionin primar, ndërsa të tjerë e bëjnë këtë kur eksazioni lokal nuk jep efekt. Disa autorë operacionin e kombinojnë me Röntgenterapinë e lozhës tumorale të tjerë heqin gjendrat limfatike regionare.

**Myelloma solitare** dhe **Myelomatoza difuze:** Sot shumica e autorëve Röntgenterapinë në Myelomatozën difuze e pason si mjet paliativ. Ajo ka efekt pozitiv në Myelomën solitare. Rekomandohet Ro-terapia lokale dhe e përgjithëshme, profuntë dhe me voltazh të lartë. Përdoret kimio-preparatet dhe izotope radioaktive. Mjekimi kirurgjikal bile edhe në myelomën solitare rrallë është i indikuar. Përashtim bëjnë dëmtimet e kolonës vertebrale me paraplegi.

Në këto raste bëhet laminektomia dekompressive. Jacox, Kahn, Batts treguan se në disa raste Rö-terapia pas Laminektomisë dekompressive stabilizon jo vetëm funksjonin, por zgjat jetën e të sëmurit për disa vjet.

78 Burime

(Përbledhur nga P. Boga)

## MJEKIMI I PANKREATITIT AKUT HEMORAGJIK

B. H.

Semaine Medicale 28 prill 1962

Në artikullin e tij, autori thotë se mjekimi i pankreatitit duhet të bëhet në shumë drejtime, 1) në radhë të parë, për të pushuar dhimbjen, pastaj të luftojë kundra shock-ut dhe të mbajë ekuilibrin elektrolitik dhe të muses sanguine, të prevenojë infeksionin, të kufizojë fenomenet inflamatorë, të ngadalësojë sekrecionin pankreatik, dhe mbi të gjitha të modernojë veprimtarinë e lëngjeve pankreatike, dhe kryesisht të Trepsinës.

Dhe për këtë mjekim kompleks rekomandon:

Proksinën në perfusione intravenoze 1% me solucion glukoze izotonik; që të paksojë dhembjet, sekrecionin pankreatik edhe Tonusin e Sfinxterit të Oddit.

Ganglioplezhiket, për veprimin e tyre antialgjik, dhe si blokuesatë simpatikut dhe parasimpatikut në nivelin e ganglioneve. Në përdorimin e këtyre duhet patur parasysh edhe inkoveniente hypotensive;

Chlorpromazinen në doza të vogla, 100 mgr. në 24 orë; por autori mendon se terapia antialgjike më i efektshëm është Infiltracioni Splaniknik i majtë që mund të kompletohet me atë kontrolateral që simbas nevoja ve mund të përsëritet qdo 3 orë.

2) Luftimi i shock-ut bëhet me anë përfuzionesh intravenoze të serumit glukozë 50%, në sasi 2-3 litrash, mund ti shthohen këtij solucioni 5 deri 10 unë insülinë qdo 24 orë duke kontrolluar gliceminë; si edhe sodiumi, potassiumi, simbas rasteve; një efekt terapeutik ndihmës kundra shock-ut, mund të kenë edhe analjeptiket kardiovaskularë, simbas autorit, me shumë se sa simpatikomimetiket.

Gjithashtu autori ve në dukje, rolin e kortikoterapisë, me veprime komplekse antinflamatore, antialgjike, antishoc-k dhe kompensator të dobësimit surrenal; duke e rekomanduar këtë në formë përfuzionesh intravenoze me Hemisucinat të Hydrokortizonit në dozë 100-400 mgr. në 24 orë në serum glukoze, gjatë 2-3 ditëve të para, me konditë që kortikoterapia të bëhet në mënyrë sistematike.

Përveç këtyre, autori rekomandon edhe terapinë klasike e cila duhet të bëhet në dy drejtime:

Të frenojë sekrecionin pankreatik, (atropina, anticolinergjiket e sintezës, dhe aspirimi gastrik).

Të evitojë surinfekzionet e vatrës të autodigestionit me anën e antibiotikoterapisë.

Përveç këtyre, autori, mendon se substancat antitripsike, hapin horizonte të reja në injekimin e kësaj sëmundje për cilësitë e tyre. Autori ve në dukje se rezultatet e para të përdorimit të një substance të tillë të izoluar nga gjendra parotite e kaut kohët e fundit, duken interesante. Kjo substancë inaktivon proteinazën dhe suprimon veprimin proteolitik të Tripsinës.

Posologja e saj: 10.000-20.000 unë qdo ditë, duke pakësuar dozën në krye të 3-4 ditëve; injekimi me anën e kësaj vazhdohet, me 6.000 dhe pastaj 4000 unë, deri në zhdukjen totale të dhimbjes, të temperaturës dhe normalizimin e amylazemisë.

(Përbledhur nga P. Pavli)

## PROBLEME KLINIKE TË SKIZOFRENISË ME MANIFESTIME HIPOKONDRIAKE

L. H. ROHIN (Moskë)

Zhurnal nevropatologji i psikiatri i meni S. S. Korsakova vol. 61. 1961, 4, f. 565-572.

Në këtë artikull autori trajton gjendjet hipokondriake, kinikën dhe karakteristikat psikopatologjike në kuadrin e sëmundjeve të veçanta psikiike. Ai tregon se kohët e fundit si në Bashkimin Sovjetik ashtu dhe në vende të tjera janë botuar shumë punime për të sqaruar fenomenet hipokondriake gjatë skizofrenisë.

Së pari autori jep përkufizimin e konceptit «hipokondriak» të cilin e konsideron si një vlerësim të gabuar e pesimist të shëndetit nga ana e pacientit, të shoqëruar me një kujdes të tepruar për të. Në këtë gjendje

pacienti pëson një ndryshim patologjik të ndjenjave dhe është i ndërgjegjshëm për sëmundjen e vetë. Më poshtë autor i thotë se hipokondria duhet dalluar nga nevrozat histerike dhe psikastenike. Gjithashtu ai tregon ndryshimin midis manifestimeve hipokondriake që lindin në format e ndryshme të skizofrenisë dhe formës së skizofrenisë «genuine», ku sindromi hipokondriak mbizoteron gjatë gjithë sëmundjes. Forma hipokondriake «genuine» e skizofrenisë haset shumë më rrallë se manifestimet hipokondriake në format e tjera të morbus Bleuler.

Simbas të dhënave t'authorit manifestimet klinike nuk çfaqen vetëm me delirin hipokondriak, por edhe në format më të ndryshme psikopatologjike. Evolucioni i formës hipokondriake të skizofrenisë dallohet për karakterin e saj të veçantë e të ndryshëm: ajo ka fillim të shpejtë, zhvillim të ngadalshëm e vjen gjithmonë duke u renduar. Kjo formë karakterizohet gjithashtu me malinjitetin e procesit dhe shpejtësinë e prekjes së sferës afektive; dekursi mund të jetë beninj ose malinj.

Problemi i trajtuar nga autor i ka një rëndësi të madhe në praktikën e përditëshme mjekësore, mbasi shumë të sëmurë me ankime të tipit hipokondriak mund të përfundojnë në skizofreni.

### **Mendime mbi format e ndryshme të skizofrenisë dhe mbi skizofreninë me evolucion të gjatë e të ngadalshëm**

**D. C. OZERECKOVSKIY**

**I biden**

Vol. 61, 1961 6, 975-880.

Mbasi ve në dukje vështirësitet e konceptet e ndryshme lëdhur me karakteristikat e formave të skizofrenisë, autor i ndalet në studimin e vëçorive klinike që bëjnë të mundur të dallojmë në skizofreninë me evolucion të gjatë e të ngadalshëm dy forma kryesore: 1) formën nevrorike dhe 2) formën psikopatike. Kjo e fundit, simbas autorit, nuk është studiuar ende sa duhet.

Skizofrenia me evolucion psikopatik mund të marrë dy drejtime kryesore: të thjeshtë ose katatonike. Karakteristika e skizofrenisë psikopatike qëndron në ndryshimet e përgjithëshme të personalitetit, të cilat mund të vazhdojnë për një kohë shumë të gjatë (me vjetë) dhe të paragonit si manifestime psikopatike. Gjithashtu në skizofreninë me evolucion psikopatik mund të vërehen dy variante klinike: 1) siellja e të sëmurit i përngjan krejtësisht psikopatisë dhe karakterizohet me eksitacion të tepruar; 2) observohen çregullime të sferës seksuale.

Diagnoza e skizofrenisë me evolucion psikopatik është gjithënë e vështirë, prandaj duhet të kihen parasysh ndryshimet e personalitetit gjatë skizofrenisë edhe kur ato çfaqen në trajta pak të dukëshme.

Studimi i këtyre formave të skizofrenisë ka një rëndësi të dorës së parë mbasi sqaron etiologjinë dhe patogjenezin e saj, si dhe homogjeneitetin ose, përkundrazi, heterogjeneitetin e psikozave skizofrenike. Diagnostikimi me kohë i skizofrenisë me evolucion të ngadalshëm të tipit psikopatik ka gjithashtu një rëndësi të madhe si për vetë miekimin, ashtu që duhet të merren në rast shkelje të ligjës, dhe për masat mediko-ligjore që duhet të merren në rast shkelje të ligjës.

**Mbi disa probleme të klinikës dhe diagnostikës së  
neurobrucelozës**

**V. A. LIHTENSSTEIN, A. G. SULEJMANOVA dhe D. G. PANJUHNO**

**I b i d e m**

**Vol. 61, 1961; 7, 1000-1004.**

Megjithëse neurobrucelozes i janë kushtuar një numur i madh punimesh, ky problem vazhdon të tërheqë vemandjen e shumë kërkimitarëve. Një gjë e tillë spiegohet me rastet relativisht të shpeshta, sidomos në vendet blegtore, me polimorfizmin e simptomave, me acarimin e sëmundjeve të tjera organike të sistemit nervor, si dhe për shkak se nuk ekziston një terapi e përpunuar mirë.

Në këtë punim autorët tregojnë se kanë marrë në studim 174 raste me neurobruceloze. Këta të sëmurë i kanë ndarë në grupe të veçanta sëmundjesh neurologjike, p.sh., menengoencefalit, encefalomielit, encefalopoliradikulit, meningit, mielit, meningomielit, mielomeningo-poliradikulit, poliradikulonevrit, neurite të nervit iskiadik etj. Shpesh fillimi i sëmundjes është i padukshëm, vetëm në 17% të rasteve nga anamneza rezulton fazë akute. Më të shumtën e herëve neurobrucelozë çfaqet si një afeksion neurologjik primar me zhvillim subakut ose kronik. Pjesërisht ajo ka një evolucion që zgjat me vjetë në mënyrë latente dhe rëndohet nën ndikimin e shkaqeve patologjike të tjera (grip, pneumoni etj.). Nga ana tjetër, me gjithë praninë e sindromit patologjik me çrrregullime funksionale të theksuara, mund të verehen përmirësimi.

Diagnoza diferenciale e neurobrucelozës me afeksionet e tjera neurologjike është mjaft e vështirë. Pikërisht për këtë arësyte autorët u kushtojnë një rëndësi të veçantë reaksioneve serologjike të likuorit cerebro-spinal, të cilin e konsiderojnë si mjetin më të sigurtë për diagnostikimin e sëmundjes.

Ndonse artikulli është i shkurtër dhe nuk përban shumë hollësira, ai paraqet një studim praktik të çrrregulimeve nervore të shkaktuara nga brucelozë, sëmundje kjo që takohet jo rallë në vendin tonë.

**Dinamika e deficiencës intelektuale tek fëmijët me vicium cordis  
congenita pas ndërhyrjes kirurgjikale**

**V. V. KOVALEV**

**I b i d e m**

**Vol. 61, 1961, 7, 1077-1082.**

Në këtë punim autorët studion shkallët e ndryshme të deficiencës intelektuale tek fëmijët dhe të porsarriturit me vicium cordis congenita. Ai paraqet rezultatet e dinamikës së gjendjes neuro-psihike tek 39 fëmijë dhe të porsarrifur me vicium cordis congenita. Shkalla e zhvillimit intelektual të këtyre fëmijve ishte e ndryshme, 23 prej tyre u operuan

në zemër dhe u mbajtën n'observacion për një farë kohe pas ndërhyrjes kirurgjikale. Pastaj autori duke u nisur nga veçoritë e të metave mendore të t'operuarve i ndan në dy grupe kryesore. Në grupin e parë përfishin digofrenet dhe në të dytën fëmijët me ndalim të përkohëshëm të zhvillimit psihik. Pasi përshkruhet me hollësi çdo grup në pikëpamje psiko-patologjike, autori analizon veçoritë e dinamikës s'affësive intelektuale mbas operacionit dhe ve në dukje mundësinë e përmirësimit të gjendjes mendore pas zhdukjes së difektit të zemrës edhe në rastet e oligofrenisë.

Më poshtë autori jep disa këshilla mediko-pedagogjike, ndërsa përsa i përket patogjenezës të deficencës intelektuale në sëmundjet kongjnitale të zemrës, ai mendon se ajo është e lidhur me çrrregullimet hemodinamike që shkaktojnë një hipoksi cerebrale të vazhdueshme.

## Klinika, terapia dhe profilaksia e çrrregullimeve mendore si pasoje e meningitit tuberkular tek fëmijët

M. I. LAPIDES

I b l d e m

Vol. 61, 1961, 7, 1036-1040.

Në këto 15 vjetet e fundit janë arritur suksese të madha në mjekimin e meningitit tuberkular. Morboziteti i kësaj sëmundje është ulur shumë dhe mortaliteti ka arritur në minimum nga përdorimi i metodave të reja, gë përjashtojnë injektimin e streptomycinës në vijë subaraknoidale.

Me gjithë sukseset e arritura në luftën kundër meningitit tuberkular, kjo sëmundje çfaqet ku më shumë e ku më pak në të gjitha vendet e botës.

Sot problemi i klinikës, profilaksisë dhe mjekimit të çrrregullimeve psihike si pasoje e meningitit tuberkular ka një rëndësi të veçantë. Autori ka observuar 405 të sëmurë të shëruar nga meningiti tuberkular gjatë viteve 1947-1955. Tek 222 pacientë nuk ka vërejtur çrrregullime psihike, ndërsa tek të tjerët ka gjetur çrrregullime konstante të veprimtarisë mendore, sindromin cerebrostenik, çrrregullime të sjelljes, manifestime nevrotike dhe sindromin epileptik.

Më në fund, për prevenimin e çrrregullimeve psihike, autori i kushton një rëndësi të veçantë mjekimit të shpejtë dhe energjik, si dhe vetë metodës së mjekimit. Me këtë rast ai jep një varg këshillash praktike përluftimin e këtyre çrrregullimeve psihike. Për shëmbell, fëmijve që kanë kaluar meningit-tuberkular duhet t'u shtohet koha e gjumit dhe pushimit; duhet të merren me sport, të pushojnë në bregdet; t'u kufizohet vajtja në kinema dhe në çfaqjet; të tregohet kujdes i madh në vaksinimet; të shkojnë në shkollë vetëm një vjet pas stabilizimit të gjendjes; të mbahen nën mbikqyrjen e dispancerisë, e cila mund ta shohë t'arësyesh-me përsëritjen e mjekimit.

## Mbi psikozat e shkaktuara nga Luminali

G. UZUNOV. DHE V. IVANOV

I b i d e m

Vol. 61, 1961, 12, 1819-1827.

Intoksimet nga Luminali që zhvillohen me fenomene patologjike të sistemit nervor janë përshkruar — qysh se ka filluar përdorimi i këtij medikamenti. Këto intoksimet shkaktohen si nga marrja e menjëherëshme e dozave të mëdha (me qëllim vetrashje ose si pasojë e gabimit të dozës), ashtu dhe nga përdorimi i Luminalit për një kohë të gjatë me doza të zakonëshme. Rastet e fundit janë vërejtur gjatë përdorimit të Luminalit për terapinë e gjumit. Lidhur me këtë çështja e psikozave të shkaktuara nga Luminali fiton një rëndësi të madhe me interes klinik dhe praktik.

Symptomatika e psikozave të shkaktuara nga Luminali dhe barbituratet është shumë e ndryshme. Ndërmjet sindromeve psikotike si akute ashtu dhe kronike me të shpeshta janë gjendrat delirante, halucinoza vizive, gjendjet oneroide. Vendin e dytë e zenë çrrregullimet e sferës psiko-motore, që manifestohen me eksitacion motor. Më rrallë vërehen gjendjet depresive dhe apatia.

Autorët venë në dukje se tek personat psihikisht të shëndoshë, pa cena trashëgimore, intoksimet nga Luminali shkaktojnë më të shumtën e herës ose një gjendje depresive ose maniakale ose sindromin maniako-depresiv. Gjithashtu autorët nënvízojnë se nuk kanë gjetur ndonjë ndryshim në mes të sindromit maniakal egzogen dhe endogen, i cili në psikiatrinë klasike konsiderohet si një çfaqje që kondicionohet nga një predispozicion trashëgimor. Ky sindrom mund të provokohet tek personat me shëndet të mirë si pasojë e intoksimimeve me atebrin, luminal etj. Gjithashtu ka mundësi të provokohen këto psikoza me anë të Luminalit, duke shkaktuar jo vetëm gjendje maniakale ose depresive, por edhe gjendje maniako-depresive.

## Rëndësia e psikoterapisë në kompleksin e mjekimit t'epileptikëve

M. SH. WOLF

Vol. 61, 1961, 12, 1881-1889.

Autori ka studiuar nga ana klinike dhe elektrofiziologjike 42 të sëmurë me epilepsi. Në shumicën e këtyre të sëmurve krizat epileptike parapriheshin nga tronditje të rënda psihike. Në tablonë klinike, përvetë çrrregullimeve karakteristike t'epilepsisë, autori ka observuar çrrregullime funksionale komplementare. Duke parë se mjekimi me anë medikamentesh nuk jepte rezultatet e pritura, ai u plotësua me psikoterapi. Aktiviteti elektrik i trurit, i regjistruar me metodën elektroencefalografike, u studiuva në fazat e ndryshme të mjekimit si dhe gjatë hipnozës.

Në përgjithësi psikoterapia ka dhënë rezultate më të mira n'epilep-

sinë simptomatike, të zhvilluar si pasojë e lezioneve organike të sistemit nervor qëndror. Çrregullimet funksionale suplementare u zhdukën, kri- zat u pakësuan në mënyrë të konsiderueshme dhe në disa raste nuk u përsëritën më. Njëkohësisht gjendja psihike u përmirësua dhe i sëmuri u riaftësua për punë. Lidhur me këtë encefalogrami gadi u normalizua.

Psikoterapia përmirësoi sidomos sjelljen e të sëmurit epileptik si në jetën e përditëshme, ashtu dhe në punë. Në disa të sëmurë kri- zat u pakësuan jo vetëm si numur, por edhe si cilësi.

Disa vëçori të mekanizmit të psikoterapisë dhe të rolit të saj në kompleksin e përgjithshëm të mjekimit t'epileptikëve mund të kuptohen vetëm duke studiuar dinamikën e aktivitetit elektrik të trurit gjatë hipnozës.

Ky artikull ka një rëndësi praktike në mjekimin e epilepsive, mbasi ve në dukje efektin e psikoterapisë që ndihmon në mos zhdukjen, të paktën në pakësimin e intensitetit dhe frekuencës së krizave.

## Çrregulime psihike të shkaktuara nga vaksinimi kundër lisë

Z. A. SOLLOWJEVA

I b i d e m

Vol. 61, 1961, 3, 382-385.

Në fillim vihen në dukje rastet e shumta të çrregullimeve psihike të shkaktuara nga rivaksinimi kundër lisë, që kanë observuar autorë të ndryshëm (Greenberg ka observuar më 1949 në 5 milion të rivaksinuar 49 raste encefaliti; në Bashkimin Sovjetik më 1928 Konavalov ka obser- vuar 1 rast, ndërsa Steinbek dhe Volovik po në këtë vit 2 raste). Në shumicën e rasteve bëhet fjalë më tepër për komplikacione neurologjike se sa për çrregulime psihike, përvèç një rasti me gjëndje konfuzioni mendor që arriti deri në koma.

Autori studion 18 raste (12 burra e 6 gra) çrregullimesh psihike të çfaqura si pasojë e rivaksinimit, duke i klasifikuar sipas moshës: 2 raste nga 8 deri 14 vjeç, 2 raste nga 26 deri 30 vjeç, 3 raste nga 34 deri 39 vjeç; 4 raste nga 45 deri 49 vjeç, 6 raste nga 50 deri 60 vjeç, dhe 1 rast pas 60 vjeç. Nga anamneza e pacientëve rezultoi një araknoidit, një gjëndje postgripiale, një i sëmurë me mbeturina traume të kokës, një hipotension arterial, një hypertension dhe 5 raste arterioskleroze.

Tabloja klinike dallohet për larminë e saj; prodromet e konstatuara — cefale, somnolencë, ngathësi; në perjudhën akute u vërejtën ethe, vjellje, konvulsione dhe sindromi meningial.

Këta të sëmurë autor i ndau në dy grupe: në grupin e parë përfshihen të sëmurët e moshës së re (8 deri 14 vjeç), tek të cilët periudha akute është çfaqur të shtatën ditë pas rivaksinimit me simptomat që vijojnë: somnolencë, ankth, adinami dhe herë pas here instabilitet motorik dhe shënja meningiale pa prekje të korteksit. Evulicioni ka qënë i ngadalshëm dhe ka zgjatur 14 ditë.

Në grupin e dytë prej 16 të sëmurësh autor i përfshin ata të sëmurë të

moshës mbi 26 vjeç; periudha akute është çfaqur të katërtën - pestën ditë pas rivaksinimit me reaksione lokale të forta (pustula të theksuara, hiperemi, edemë dhe adenit); mbas një ristabilizimi relativ duke filluar nga e 6-ta deri në të 17-tën ditë është vrejtur riakutizimi i gjendjes me temperaturë të lartë. Në 7 raste janë observuar konvulsione. Në 2 raste u çfaq somnelenca që përfundoj në koma dhe me reaksione meningeale e cerebrale.

Në 14 raste pati konfuzion mendor. Zhvillimi i sëmundjes ka qënë i ngadalshëm — 4 deri 6 javë me astemë persistente, cefale, ankh. Edhe në rastet më të favorshëme aftësia për punë ka qënë mjart e kufizuar.

Autori del me përfundimin se në rastin e vaksinimeve dhe rivaksinimeve në masë duhet tëkzaminohen me kujdes të madh dhe të përjashtohen nga vaksinimi të gjithë personat me sistemin nervor të prekur.

### **Psikoza basedoviane dhe çregullime neurotike e të karakterit në hipertiroidizëm.**

P. de MOOR

Bulletin de l'Academie Royale de Médecine de Belgique

Seria 7, Vol. I, 4, 1961, f. 369-393.

Çregullimet psikotike ose neurotike vërehen relativisht shpesh në tablonë klinike të hipertiroidisë aqë sa konsiderohen si një nga simptomat më kryesore të kësaj sëmundje.

Këto kohët e fundit e sidomos pas luftës së dytë botërore hipertiroidia ka zënë një vënd të rëndësishëm në praktikën mjekësore dhe prej saj preken kryesisht gratë. Ky problem është studjuar gjithanësisht, ndërsa këtu autorri e trajton në pikpamje psikopatologjike.

Shkaku primar i çregullimeve psikotike ose neurotike është intoksikimi i sistemit nervor si pasojë e funksionit anormal të gjëndrave endokrine, ndërsa si shkak sekondar janë faktorët psikologjikë e socialë. Këto të fundit e shtyjnë të sémurin të shkëputet nga jeta e përbashkët, të ndrydhet në vetvehte dhe nën ndikimin e pasqyrimit të shtrëmbëruar të realitetit, të futet në rrugën e rrezikshme të paditjes së vetvehtes, që shpesh përfundon me vetvrasje. Thellimi i çregullimeve psihiqe varet në shkallë të madhe nga intensiteti i hipertiroidisë. Sa më i rëndë është intoksikimi, aq më të theksuara dhe të vazhdueshme janë çregullimet dhe aq më i vështirë ristabilizimi i gjendjes.

Interesi klinik i këtyre konstatimeve qëndron në depistimin e herëshëm të çregullimeve psikotike e neurotike dhe në zhdukjen e tyre të plotë e të shpejtë.

Këtë punim autorri e ilustron me 22 raste klinike.

## Meningoencefalitet melitokoksike të vonëshme me paraqitje klinike të herëshme

M. RIVER, J. GERARD, A. RASCOL dhe A. BES

Revue Neurologique

Vol. 104, 5, 1961, 403-409.

Ndërmjet formave të ndryshme neurologjike të brucelozës vërehen raste jashtëzakonisht të vonëshme, që çfaqen shumë vjet pas shërimit.

Në këtë punim autorët paraqitin 6 raste neuro-melitokoksie të vonëshme me dukje të herëshme. Karakteristika kryesore e këtyre rasteve qëndron në faktin se ato janë çfaqur në pacientë tek të cilët nuk janë vënë në dukje klinikisht etheet e Maltës. Në të vërtetë këtu kemi të bëjmë, sipas autorëve, me të sëmurë me simptoma neurologjike, që nga zhvillimi klinik duken herë si një meningo — encefalit melitokoksik, dhe më shpesh marrin një aspekt të dyshimit të që çon në diagnozë të gabuar. Vetëm me anë t'ekzaminimeve të laboratorit është vërtetuar origjina melitokoksike e këtyre formave neurologjike.

Në të 6 rastet e përmëndura u vërejtën këto simptoma: hemiparezë, çrrëgullime psihike me delir ose konfuzion, afazi tranzitore, hemidisestezi, epilepsi, miokloni, surditet.

(Përbledhur nga H. Dibra)

## KONGRESI VII-të NDERKOMBËTAR I OTORINO-LARINGOLOGEVE

B. S. PREOBRAZHÉNSKI, A. G. LIHAÇOV

M. I. SVJETLLAKOV, N. A. PREOBRAZHÉNSKI

(Vjest. Otorinolaring 1962, 1, 6-29)

Nga 23-28/7/1961 në Paris zhvilloi punimet Kongresi i VII-të ndërkombëtar i Otorinolaringologëve. Morën pjesë 1600 delegatë nga 40 shtete të botës.

Në Kongres u mbajtën një seri referatesh shkencore, u demonstruan kinofilma shkencorë, kushtue operacioneve të reja për rivendosjen e ndigjimit të humbur, u organizuan ekspozita të aparaturave dhe instrumentave ma të reja.

Punimet e Kongresit ju kushtuen kryesisht këtyne problemeve:

1. Gjendja e sotme e çështjeve të patologjisë dhe mjekimit të otosklerozës.
2. Marrëdhëniet midis alergisë, infeksjonave të hundës dhe bronkeve.
3. Indikacionet e metodave kirurgjikale dhe të kombinueme (kirurgjike dhe me reze) të mjekimit të të sëmurëve me **cancer laryngis** dhe **laryngopharyngis**; rezultatet e largëta të mjekimit (deri në 5 vjetë).

Në lidhje me problemen e parë, u zhvilluan 15 referate dhe u demost-

truen 10 kinofilma. Interes ma i madh ju kushtue çështjeve të interventit kirurgjikal në këtë sëmundje.

33 referate u zhvilluen për problemin e dytë. Referatin kryesor e mbajti H. Van Dishoeck (Holandë): «Alergja dhe infeksjoni i sinuseve paranasale». Rolin kryesor për çfaqjen e infekzionit në sinuset, autori i a atribuon **Haemophilus influenzae**.

Problemit të tretë ju kushtuen 65 referate. J. Alonso (Uruguaj) në referatin e tij «Kanceri i laringsit dhe laringofaringsit» shqjellon metodën e kurimit konservativ kirurgjikal, të aplikuar prej tij për 20 vjetë me radhë.

J. Leroux — Robert (Franc). Referoi mbi rezultatet e metodës së tij, të kurimit kirurgjikal konservativ, tue rrejtë funksionin e foljes dhe të respiracionit të organit. Autori i jep randësi shumë të madhe heqjes së linfonodeve metastatike.

C.L. Jackson dhe Ch. M. Noris (Filadelfia) këshillojnë si metodën më mirë laringektominë radikale me heqjen radikale të limfonodeve metastatike dhe roentgenterapinë.

P. De Mattos — Bareto (Brazil) referatin e tij ja kushton çështjes së klasifikimit të kancerit të laringsit.

R. Albrecht (R.D.Gj.) foli mbi «Pakidermatozën dhe papilomatozën e laringsit dhe mundësinë e malignizimit të tyne». Simbas tij malignizimi ngjet me 4.3% të rasteve.

A.G. Lihaçov (B.R.S.S.) referoi mbi çështjet e klinikës dhe mjekimit të tumoreve maligne të nazoferyngsit.

Mbas përfundimit të punimeve, u kryen në klinikat universitare të Francës, operacione të ndryshme demonstrative për delegatët dhe u vendos që Kongresi i ardhshëm të mbahet në Tokio (Japoni) në 1965.

## SHURDHIMI NË FËMIJË QË KANË KALUE IKTERIN HEMOLITIK TË TË PORSALINDURVE, TË LIDHUR ME R.H. FAKTOR

V. A. TABOLIN, F. F. MALLOMUZH, A. V. KONOVALLOVA

Vjest. Otorinolaring, 1962, 1, 41-46.

Autorët, tue observue 48 fëmijë që kishin pasë Eritroblastozë foetale (prej 1-14 vjec), kanë ekzaminuar analizatorin akustik. Fëmijët janë nda në dy grupe:

1. Ata që mbas kalimit të sëmundjes kishin rezidue manifestimesh nervoze (16 fëmijë) dhe

2. Ata që nuk kishin ma simptoma të tillë (32 fëmijë).

Nga 16 fëmijët e grupit të parë, 11 kishin humbje ndiqjimi (kriesisht mbi 2000 Hertz).

Nga 32 fëmijë të grupit të dytë, me Ha-faktor negativ, vetëm dy kishin humbje dëgjimi.

Autorët konkludojnë se Eritroblastoza foetale me bazë Rh — faktor e pa mjekueme ose e mjekueme me vonesë, mund të japë çrrregullime nervore e shurdhim. Shurdhësia mund të shqënojë çrrregullimet nervore ose të jetë e vetme.

Simbas tyne, ky shurdhim nuk duhet quejtë i lindun, mbasi fitohet në javët e para të jetës së fëmijës. Kjo konfirmohet nga fakti i mungesës së shurdhësisë në fëmijët me Eritroblastozë foetale të mjekueme që në 24 orët e para të lindjes.

(Përbledhë nga S. Fistani)

## INDIKASIONET DHE KONTRAINDIKASIONET PËR PROTEZIMIN E ARTICULUS CUBITI ME ENDOPROTHEZË

FADIL SPAHIU

Klinika e Onkologjisë dhe ortopedisë

(Vijim)

Mungesa e materialit klinik mbi protezimin e **articulus cubiti** tregon ma së miri se ky problem nuk asht i përpunuem dhe i kuartë. Kjo metodë sa po fillon të aplikohet në klinikë. Prandaj problemi i përcaktimit të indikacioneve dhe kontraindikacioneve për **protezimin e articulus cubiti** i përket të ardhëshmes. Por megjithatë, në bazë të të dhanunave të alloplastikës të sipërfaqeve artikulare, dhe gjithashtu të dhanunave të eksperimenteve tona, neve mendojmë që nuk asht e tepërt të ndalemi shkurtimisht në indikacionet dhe kontraindikacionet e endoprotezimit të **articulus cubiti** me qëllim restaurimi të lëvizjeve të tij. Zavendësimin e **articulus cubiti** me endoprotezë në kohën e tanishme duhet ta aplikojmë vetëm atëherë kur të gjitha metodat e tjera ekzistuese për këtë qëllim nuk janë rezultate të kënaqëshme. Kjo nuk do të thotë se në mënyrë paraprake duhet të provohen të gjitha metodat e tjera dhe vetëm mbas kësaj të aplikohet zavendësimi alloplastik i artikulacionit. Ma kryesorja asht studimi individual i çdo rasti. Të studjuet etiologjinë, gjendjen patologjike të artikulacionit, ndryshimet lokale të artikulacionit, gjendjen e kockave dhe të sipërfaqeve artikulare të tyne, gjendjen e indeve të buta, gjendjen e aparatit neuromuskular dhe graden e humbjes së funksionit të artikulacionit, mund të arrijmë në zgjedhjen e metodës së drejtë të kursimit e cila jep rezultatin më të mirë.

Tue pasë parasysh të gjitha këto të dhanuna, në kohën e tanishme mund të pranojmë të indikueme **protezimin e articulus cubiti** me endoprotezë në këto raste:

1. Artikulacioni i lirë si rezultat i dëmtimit traumatic dhe defekteve të sipërfaqeve artikulare.

2. Recidiv e ankilozez ose lirim i artikulacionit mbas rezeksionit të artikulacionit ose artroplastikës.

3. Ankiloz në **articulus cubiti** të shoqnuem me ndryshime të thella në sipërfaqet artikulare, ku nuk mund të shpresohet për sukses të artroplastikës.

Në të gjitha këto raste kontraindikacione direkte janë:

1. Gjendja paralitike e aparatit neuromuskular të **articulus cubiti**, ahe,

2. Proçesi i freskët inflamator në artikulacion.

**Përfundim:** Problemi i restaurimit të lëvizjeve në raste ankilozash me prejardhje të ndryshme, dhe gjithashtu në artikulacione të lira asht studjuet gjatë shumë shekujsh, por deri më tanë nuk ka gjetë zgjidhjen e tij.

Në sajë të zbulimit të narkozës, aseptikës dhe antibiotikëve, u ba e

mundun që të aplikohen manipulime të ndryshme dhe të komplikueme në artikulacione dhe në kocka.

Mjekimi i kontrakturave dhe ankilozave t'artikulacioneve ka fillue qysh në kohët më të lashta me anë të koregjimit me forcë. Qysh në ato kohë paralelisht me zhvillimin e kirurgjisë në përgjithësi filluen një mbas një të aplikohen metoda të reja mjekimi të ankilozave në artikulacione.

Kështu në vitin 1826 Barton propozoj osteotominë më qëllim që të shkaktohet neoarthrosis afér artikulacionit të ankilozuem.

Në vitin 1861 së pari Bogdanovski popozoj rezeksionin e gjanë të artikulacioneve me qëllim krijimi diastaze. Kjo metodë gjanësish u aplikue në shekullin e XIX.

Në vitin 1888 Wolf për të parën herë propozoj arthrolisis e cila deri më tani aplikohet në rastet ku nuk ka ankilozë kockore.

Që nga viti 1898 Penski Y.R. propozoj transplantimin e artikulacioneve. Kjo metodë për të parën herë u aplikue në klinikë të Buhman P.I. në vitin 1907 dhe ma vonë Lekser. Por së shpejti kjo metodë u braktis mbasi rezultatet e saj qenë të pakënaqëshme.

Në fund të shekullit XIX, në sajë të propozimit të Verneil (1863) dhe realizimit në praktikë nga Sabanjev (viti 1892), filloj të aplikohet arthroplastika me interpozicion. E fundit aplikohej me qëllim pengese të recidivave të ankilozave. Për interpozicion përdoreshin një seri indesh të gjalla si: muskuj, substanca adipoze, fasciet, aponeuroze etj., por dhe kjo metodë nuk zhduku mundësitë e recidivave të ankilozave. Prandaj nga viti 1895 për interpozicion Foderi propozoj celuloidin. Ma vonë filluen të shfrytëzohen për interpozicion një seri trupash të huej si: magnesium, Cuprium, argjend, xinku, llastik, kocka e elefantit etj. Të gjitha këto materiale alloplastike në përdorimin e tyre në arthroplastike dhanë një seri komplikacionesh si: supuracione, fistula etj. të cilat penguan aplikimin e tyne të mëtejshëm deri në vitin 1923, kur Smith-Petersen me sukses aplikoj xhamin dhe më vonë Hormonikelin me formë kesulze në arthroplastikën e articulatio coxofemoralis.

Zbulimi i një serië materialesh alloplastike indiferente kimikisht për organizmin i dha mundësi zhvillimit të mëtejshëm alloplastikës në kirurgji dhe njëkohësisht edhe allopastikës së artikulacioneve.

Në vitin 1946 paralelisht me kesulezat alloplastike, Joude R. dhe Joude J. propozuan dhe aplikuan në klinikë zevendësimin e caput femoris me endoprothezë nga materiale alloplastike. Më vonë metoda e zevendësimit alloplastik të sipërfaqeve artikulare u aplikue edhe në artikulacionet e tjera si p.sh. në articulus scapulohumeralis, geni, cubiti etj.

Që nga viti 1952 neve merremi me studimin e protezimit të artikulacionit në tanësi. Tue pasë parasysh se ky problem asht i ri, neve filluem ta studjojmë dhe verifikojmë me rrugën eksperimentale në kafshë (qen). Me këtë qëllim ne zgjodhëm për eksperiment articulus geni tue pasë parasysh aplikimin e kësaj metode në articulus cubiti tek njeriu.

Në kohën e fundit janë përskrue në literaturën e perendimit raste të veçanta të protezimit të mbrendshëm të articulus geni tek njeriu (Valdious 1953), të cilat tregojnë, se prothesimi i mbrendëshëm i articulus geni teknikisht asht i mundëshëm. Megjithatë, tue pasë parasysh ngarkesën e rëndë funksionale të articulus geni dhe gjithashtu rezultatet funksionale plotësisht të kënaqëshme të arthrodezës në articulatio geni, e cila asht shumë më e lehtë dhe e parrezikëshme për të sëmurin dhe nga e cila të

sëmurët mbeten plotësisht të kënaqur neve mendojmë se protëzimi i mbrendëshëm të articulus geni në etapën e sotme nuk duhet rekomandue. Përsa i përket restaurimit të lëvizjeve në artikulus cubiti me anën e prothezimit të mbrendëshëm me prothezë alloplastike, neve këto operacione i trajtojmë si operasione të justifikueshme tue pasë parasysh, se ekstremiteti i sipërm nuk ka funksione mbështetëse ose mbartëse dhe që mjaf-ton të fitohen lëvizjet e nevojëshme. Restaurimi i lëvizjeve në articulus cubiti me rrugën e endoprothezimit të tij mund të arrihet jo vetëm në raste ankillozash por dhe atëherë kur kemi të bajmë me një artikulacion të lirë si rezultat i efektit të kockave që formojnë artikulacionin.

Në alloplastikën e bllokut artikular në tanësi, ku sipërfaqet artikulare zëvëndësohen me endoprotheze lindin një seri kërkeshash të reja të cilat mund të zgjidhen me sukses vetëm në qoftë se konstruktioni i endoprothezës ju përgjigjet atyne. Kërkesa të tillë janë në radhë të parë; mundësitet e lëvizjeve në artikulacion afërsisht me ato në normë, pengesa e lëkundjeve anash, pengesa e luksacioneve të mundëshme, të cilat influençojnë në funksionin e artikulacionit. Prandaj në projektimin e konstruktionsit të endoprothezës duhet pa tjetër të kemi parasysh këto kërkesa: 1) Indiferencia absolute kimike e endoprothezës për indet rrëth e qark dhe organizmin në përgjithësi; 2) Të jetë i pashkrijshëm dhe i pa-absordueshëm në likuidet e indeve; 3) Plotësimi i kërkeshave funksionale të artikulacionit dhe rezistanca e mjaf-tueshme e tij; 4) Fiksimi i mjaf-tueshëm i prothezës në vendin e artikulacionit, 5) Volumi i endoprothezës duhet t'i përgjigjet volumit të artikulacionit ose të jetë më i vogël se ay.

Për eksperimente në qen neve projektuem dhe preqatitën endoprothezën për articulus geni, i përbamë nga skeleti metalik i preqatitun prej metali inoksidabël EJA-IT dhe nga blloku artikular i preqatitun nga masa plastike KR7 (Polimetilmekrilat). Çelniku inoksidabël EJA-IT dhe Polimetilmekrilati aplikohen në stil të gjërë në kirurgji dhe traumatalogji si materiale alloplastike. Ato kimikisht janë indiferent për organizmin në përgjithësi dhe për indet e gjalla, nuk shkruhen në lengjet e indeve dhe nuk absorbohen dhe gjithashtu janë mjaf rezistent.

Blloku artikular i endoprothezës përbahet nga dy pjesë:

a) Pjesa proksimale në formë blloku dhe b) Pjesa distale në formë konkave e cila mban në vehte bllokun. Të dy këto pjesë lidhen njera me tjetren me anë të vidhës metalike. Këmbët metalike të dy pjesëve të bllokut artikular paraqesin në vetvehte dy gozhda trifletëshe metalike, të cilat vendosen në kanalet medullare të kockave përgjegjëse që përbëjnë artikulacionin. Konstruktë i endoprothezës asht i atillë që jep mundësi lëvizjesh vetëm në një drejtim — në drejtim fleksioni dhe eksensioni në një volum  $90^\circ$  (prej këndit  $180^\circ$  deri në  $90^\circ$ ) dhe njëkohësisht nuk lejon lëvizje anash ose luksacione në artikulacion.

Që nga viti 1952 e deri në vitin 1953 neve kemi krye 18 eksperimente në qen. Në të gjitha rastet asht krye rezeksioni i sipërfaqeve artikulare në madhësinë e bllokut artikular, tue mos damtue vendin e kapjes së muskujve dhe as nerva e vaza. Sipërfaqet artikulare të rezekueve i kemi zevendësuar me endoprotheze, tue i fiksue këto në kanalet medullare të pjesës proksimale të tibies nga njena anë dhe në kanalin medullarenë të pjesës distale të femurit nga ana tjetër. Në ditët e para pas operacionit kemi aplikuar antibiotikët si lokal në artikulacion ashtu edhe intramuskulare. Paralel me këto asht ba evakuimi i likuidit nga artikulacioni me pun-

ksione të përditëshme (zakonisht 20-30 ml.) Mbas operacionit gjatë 10 deri 16 ditësh ekstremiteti i operuem asht i mobilizue me longete allqij. Në të gjitha rastet në periudhën postoperatorore kemi konstatuar edermen në zonën e artikulacionit të operuem, e cila asht zhdukë nga dita e 6 deri në të 15-tën mbas operacionit.

Në dy raste ku aplikuam endoprothezin me volum më të madh se artikulacioni normal pati vend formimi i dekubituseve dhe fistulave mbi prothezin. Në të gjitha rastet e tjera fenomene të tilla nuk kemi konstatuar.

Qentë janë mbajtë nën kontroll në kohë të ndryshme (prej 1 deri 9 muaj) dhe pastaj u asht ba autopsia me të cilën asht studiuar gjendja e endoprothezës dhe indeve rrrethuese. Studimi i preparateve përbante ekzaminimin histologjik të indeve që rrrethonin prothezin. Këto ekzaminime treguan se rrreth prothezës formohet një kapsul fibroze e lemuar. Prezenca e prothezës nuk shkakton ndryshime patologjike si në indet e buta ashtu edhe në kocka. Endoprotheza gjatë kohës që qëndron me organizëm nuk pëson asnjë ndryshim. Qysh në eksperimentin e parë në autopsi të artikulacionit ne konstatuar se gozhdat e lemtuta trifletëshe nuk garantojnë një fiksim të mjaftueshëm të prothezës në vendin e ish artikulacionit. Kontrolli në një afat më të gjatë, mbas 8 muajsh, tregoi se gjatë ngarkesës funksionale të artikulacionit gozhdat trifletëshe, tue dantue vazhdimisht kockën, thellojnë dhe zgjanojnë rrreth e përqark gozhdën, gjë kjo që shpie në uljen e funksionit të artikulacionit. Me qëllim likuidimi të këtij difekti neve filluam të bëjmë disa dritareza të vogla në fletët e gozhdave të cilat mbushen me ind kockore, gjë kjo që jep mundësi fiksimi më të mirë të gozhdave. Të dhanurat rentgenologjike dhe gjithashtu ekzaminimi histologjik vërtetuan mbushjen e këtyre dritarezave me ind kockor. Kur këto dritareza ishin shumë të vogla neve kemi konstatuar mbushjen e tyne me ind fibroz. Prandaj dritarezat në fletët e gozhdave duhet (dritarezat) të janë të vendosura në formë të kutijave të shahut. Gozhdha të tilla i përdorim në klinikë për prothezin e sipërfaqeve artikulare të ndryshme. Afati i mbushjes në ind kockor simbas të dhanuvave tonë asht i barabartë me 5 javë e ma tepër. Prandaj, duhet theksuar, në aplikimin e gozhdave me dritarezë për fiksim të prothezës duhet të zgjasim afatin e imobilizimit të artikulacionit deri në 6 javë d.m.th. deri në mbushjen e plotë të dritarezave me ind kockor. Në një eksperiment, ku lëvizjet pasive u filluan në ditën e 10 mbas operacionit është konstatuar zgjanimi i kavitetit rrreth gozhdave dhe qëndrimi i tyre i shlirtë si rezultat i lëvizjeve të parakohëshme.

Kur imobilizimi i artikulacionit të operuem asht i gjatë zhvillohet kontraktura e muskujve, e cila në një afat të shkurtë likuidohet shumë shpejt me gjimnastikë kuronjëse.

Rezultate të mira funksionale kemi pasë tek ata qen të cilët i kemi mbajtë ndën kontroll më se 3 muaj. Këto shtazë jo vetëm që kanë pasë volum të plotë lëvizjesh në artikulacionin e operuem por dhe vraponin tue u mbështetë në të lirisht. Lëvizjet pasive i kemi fituar në të gjitha eksperimentet.

Mungesa e sistemit të dytë sinjal tek qentë vështirëson shumë praktikimin dhe përpunimin e lëvizjeve aktive në periudhën postoperatorore dhe gjithashu mbështetjen në këtë ekstremitet. Për të arrijtë ecjen independent, tue përdorë dhe ekstremitetin e operuem na asht dashtë të bajmë prothezin e bilateral të dy artikulacioneve të gjunit dhe gjithash-

tu praktikimi dhe përpunimi i lëvizjeve në një periudhë të gjatë tue krijue kështu reflekse të reja të kondicionueme.

Në bazë të të dhanunave të 18 eksperimenteve ne u bindëm se endoprotheza e jonë e sprovuemë në eksperiment iu përgjigjet gjithë kërkesave dhe e pamë të arësyeshme realizimin e prothezimit të articulus cubiti tek njeriu me një prothezë të tillë.

Për këtë qëllim ne pregetitëm endoprotezën e articulus cubiti prej polimetilmekatrilati dhe prej çeliku inoksidabël FJAIT, e cila u prodhuan Institutin e instrumentave kirurgjikale të BRSS me pjesëmarrjen e inxhinjerëve Sokollov M.M. dhe Koçetkov V.S.

Skeleti i protezës përbahet prej çeliku inoksidabël. Dy pjesët e blokut artikular u formuan nga polimetilmekatrilati. Pjesa e sipërme përfaqëson në vet-vehte një gozhdë me 3 fletëshe me dritareza në fletët e sajë e cila në vend të kokës ka bllokun artikular, të pregetut nga plastmasa. Pjesa e poshtme përbëhet prej një gozhde pak të përkulun, të shtypun dhe me dritareza, me kupzën prej plastmase e cila bashkohet me bllokun e sipërm.

Sipërfaqet artikulare bashkohen me njena tjetrën me anën e vdhës, e cila kalon në drejtim transversal me dy paretet anësore të kupës artikulare dhe nëpër qëndrën e bllokut. Dimensionet e protezës: gjatësia e bllokut artikular — 4 cm., gjanësia 2,6 x 2 cm. Gozhdha e poshtëme ka trashësin 7 x 2 mm, kurse e sipërmja 9 x 5 mm. Gjatësia e gozhdave është nga 8 cm. Gjatësia e gjithë protezës ishte 20 cm.

Konstruksioni i kësaj proteze lejon me realizue lëvizje përfleksion dhe ekstension në kufijt nga  $180^{\circ}$  deri në  $45^{\circ}$ . Lëkundje anësore dhe luksacione n'artikulacion nuk ka mundësi të ndodhin. Gozhdat fiksuese i korespondojnë volumit dhe formës së kanaleve medulare të pjesës së poshtme të hemerusit dhe të pjesës së sipërme ulnes.

Konstruksioni i kësaj endoproteze t'artikulacionit kubital mund të aplikohet për zevendësimin e sipërfaqeve artikulare gjithashtu edhe në rast defektesh të kockave afér artikulacionit. Në raste të tillë duhet me pregetitë endoproteza tue marrë parasysh veçoritë individuale të prishjes së sipërfaqeve artikulare dhe të kockave.

Protezimin e artikulacionit kubital të njeriut e bëmë me 14/III/1955 për shkak ankilloze post-traumatike të artikulacionit të djathtë kubital në pozicion luksacioni të pasëm me ekstension të plotë.

Teknika e operacionit përbahet prej momenteve të maposhtëm: 1) hyrje në articulus cubiti, premja e indeve të buta, 2) premja e ankillozes sipas vijës së maparëshme të artikulacionit, 3) përpunimi i sipërfaqeve artikulare, 4) Vumja e protezës dhe reponimi i artikulacionit, 5) mbyllja e plagës së operueme dhe 6) imobilizimi i artikulacionit.

Të gjitha këto momente t'operacionit duhet të kryhen pa damtue muskujt dhe vendet e tyne ku lidhen, gjithashtu nuk duhen damtue edhe nervat dhe vasat.

Hymja më e mirë n'articulus cubiti sigurohet me incisionin që fillon 1 cm. lateralish olekranit dhe longitudinal poshtë 3-5 cm. dhe sipër 6-7 cm. Pas ndamjes në pjesë t'ankillozës gjatë përpunimit të sipërfaqeve artikulare duhet me krye reseksionin e tyne në kufijt 4-5 cm. tue mos i rrejt kondilet të cilët mund të shkaktojnë irritjen e kockave dhe të pengojnë lëvizjet. Detajet e protezës duhet të futen në kanalet medulare vetëm mbas pregetitjes paraprake të hyrjes. Plaga qepet me shtresa dhe hermetikisht. Imobilizimi i artikulacionit në periudhën pas operacionit me ndihmën e longetes prej allçije asht krejtësisht i mjaftueshëm. Në di-

tët e para mbas operacionit kryhet terapia me antibiotikë si intra muskulare ashtu edhe lokalisht. Gjatë kësaj kohe çdo ditë kryheshin punksionet e artikulacionit me qëllim evakuimi (zbrasje) të langut seroz dhe hemoragjik që është mbledhë. Këto masa që u muerën siguruan një periudhë të lehtë dhe të mirë mbas operacionit. Një muej mbas operacionit filluen lëvizjet e kujdesëshme dhe aktive, të cilat u kryen në kufijt 1400-750.

Gjatë kontrollit periodik rentgenografik u vu re pozicioni i rregullt i blokut të protezës dhe të gozhdave në kanalet medulare të kockave të humerusit dhe ulnes.

Ndryshime patologjike nga ana e kockave nuk u vunë re. 6 muaj mbas operacionit dhe deri në ditët e sotme gjendja e të sëmurit asht e mirë, nuk ndjen dhimbje gjatë lëvizjeve që kryhen n'artikulacion, kaloi në grupin e III të invalidëve.

Duhet gjithashtu me theksue se volumi i lëvizjeve n'artikulacion, i cili mbas përpunimit në klinikë ishte pothuajse i plotë, më vonë u pakësue, si duket për arësyte të proçeseve të formimit të aderencave dhe të ushtrimit të paktë të gjimnastikës kuruese dhe tashma lëvizjet kryhen në kufijt 1400-1050.

Në bazë të të dhënave të eksperimenteve tona e konsiderojmë të mundëshëm dhe të përshtatshëm aplikimin në klinikë të protezimit të artikulacionit të brylit në raste thyerjesh të tij si rrjedhim i démtimeve traumatike dhe të defekteve të sipërfaqeve artikulare, në raste ankillozash, në një kohë kur nuk mund të kemi shpresë në suksesin e arthroplastikës. Aplastika e artikulacionit të brylit mund të realizohet vetëm në raste kur gjendja e aparatit neuro-muskular është e mirë dhe kur mungojnë proçeset inflamative n'artikulacion.

#### Fund

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

1. APASOVA A. I. — Artroplastika pe materiallam I kliniki instituta traumatologii i ortopedii. Otgot e III Ukrainskom sjezde ortopedov traumatologov i rabotnikov proteznovo della (Kiev 20-24, V, 1947). Vestnik kirurgii imeni Grekova 1947 god, T67, N. 5.
2. APASOVA A. I. — K voprosu do artroplastike (metodika obzhiganija sustavnih koncev apperatom Pakelena). Kirurgija, 1943, god, N. 3, str. 62-88.
3. BAKULEV A. N. — Trudi XVIII ajezda Rosiskih hirurgov (Moskva 27-30 maja 1926 goda).
4. BALLAKINA V. S. — Artoplastika lloktevovo sustava. Restnik hirurgii imeni Grekova 1950 god.
5. BALAKINA V. S. — Strukturnie perestroiki sustavov pri zameshenii sustnih koncev polimetilmekrillatom. V knjige: Tezisi dokladov naucnoi sessii institutov traumatologii, ortopedii i vostanovitelnoi hirurgii R.S.F.S.R., Leningrad 1955 god. atranica 3-5.
6. BANER—FOGT E. G. — Dva slucaja mobilizacii tazobadrenovo sustava pri skarllatinoznom ankilloze. Protokoli Ruskovo hirurgiceskovo obsheestva Pirogova, 1925-1926 god.
7. BERGMAN È. — Rezultati rezekcii sustavov proizvedionnih vo vremja voini S.P.B. 1874 fod.
8. BERIOZKIN F. F. — Slucai otdalionnovo rrezultata artroplastiki tazobadreno-vo i kolennovo sustava. Zhurnal sovremenoi hirurgii 1929 god, T. III-IV, stranica 767.
9. BERIOZKIN F. F. — Artroblastika kolennovo sustava. Novi hirurgiceski arhiv, 1930 god, T. XXI, Knjiga IV, N 4, stranica 612.
10. BERIOZKIN F. F. — K voprosu ob atroplastike kolennovo sustava. Sovremenaja hirurgija 1931 god, T. I, vypusk I, stranica 82-95.
11. BEREZNJEGOVSKI N. I. — Ob artroplasticskih operacii. XVI sjezd Rosiskih hirurgov (Moskva 3-8 maja 1924 goda) Leningrad 1925 god.
12. BEREZNJEGOVSKI N. I. — O mobilizacii ankillozirovannih sustavov pri pomoshci svobodnoi peresad tkanjei. Novi hirurgiceski arhiv 1925 god, T. VI, N. 24, knjiga 4, stranica 484-506.
13. BEREZNJEGOVSKI N. I. — Otciot gospitalnoi hirurgiceskoi kliniki prof. L. L. Levshina pri Imperatorskom Moskovskom Universitete 1894-95 i 1896. Moskva 1899.
14. BEREZNJEGOVSKI N. I. — K tehnike obrazovenie novovo sustava pri an-kozzoze njizhnjei celusti. Hirurgija 1901 god. X, stranica 576-580.
15. BOBROV A. A. — Kurs operativnoi hirurgii i hirurgiceskoi anatomici. Izdanie I, Moskva, 1888 god.
16. BOBROV A. A. — Kurs operativnoi hirurgii. Izdanie IV, Moskva 1898 god.
17. BOGDANOVA L. G. — Artroplastika kolennovo sustava posle perenesionnovo tuberkoloza. 209 naucnaja konferencija Lihta, posvjashchionnaja 60 letiu so dnia rozhdenija prof. Z. J. Rolje 8 u. 1948. Leningrad.
18. BOGDANOVSKI EVSTAHI — O rezekcij lloktevovo soclenjejnja. Sankt. Peterburg 1861.
19. BOGDANOVSKI E. I. — O rezekcijish Kolon. sustava. Med. Vestnik 1863.
20. BODUMIN V. M. i KOFAN JA. M. — Ucast inorodnih tel v tkanjah organizma celoveka. Sav. hirurgija 1935; N. 3, stranica 75.
21. BOGOLUBOV V. N. — Obschaja hirurgija. Kazan, 1923.
22. BOGORAZ N. A. — Vostanovitelnaja hirurgija. T. II, Moskva 1948.

23. BOGARAZ N. A. — Vostanovitelnaja hirurgija. T. I., Rostov na donu, 1940.
24. BOLJARSKIJ N. N. — Korovij rog, kak materiali dlja lecenija llozhnih sustavov i perelomov. Vestnik hirurgii 1927 N. 26-27, stranica 224.
25. BONDARCUK LL. V. — Slicaj ispolzovanija grizhevova meshka dlja artroplastiki. Ortoped. i travmatologija 1928. N. 4-5, stran. 95-96.
26. BORSHCOV A. P. — O peresadke pljusnjevih kostjei vmeste s sustavnoi gollovkoj dlja zamescenija nizhnijh koncovilkotekvoj i llucevoi kostei, rezecirovannih v n/z predplecja vmeste s sustavnimi poverhnostjami. Permskij med. zhurnal 1930, T. 8. N. 1-4.
27. BRJAKIN M. N. — Reakcija kosti na rezilicije razdrzhateli. Naučn. Izvjest. Kazah. Gos. med. instituta 1940. vypusk 6 str. 1206.
28. BURCEVA E. P. — Demonstracija dvuh bolnih s mobilizacijoj kolonovo sustava. Vestnik hirurg. i pogranic. oblastej 1930, T. XXII km. 64.
29. BURCEVA E. P. — Mobilizacija llucezapjastn. sustava pravoj ruki, proizvedennaja po povodu ankilloza gonorojnovoproishozh-zhdenija. Sovrem. Hir. 1931 T. VI. v. 37 str. 475.
30. BUHMAN P. I. — Lecenije kostnovo ankilloza lloktia peresadkoj cellih sustavov. Trudi, protokoli zasedanja hir, obshc. Pirogova, izdaniye Russk. hir, Arhiva S/P. B. 1908.
31. BUSH. I. F. — Rukovodstvo k prepodavaniju hirurgii Cast II S. Peterburg, 1908.
32. VARES E. J. — Reskecija sojedinjitelnoi tkani na polimetilmekatrilat i rreakcija tkanjej amfodonta na implantaciju iskusstvennih Zubov. Disertacija na soiskaniye stepeno kandidata med. nauk. Moskva.
33. VASILJEV A. A. — Opit iziskanija noillučshevo materijalla dlja operacii na kostjah. Voenno-med. zhurnal 1931 N. 2 str. 48.
34. VASILJEV A. A. — Sravniteljnaja ocenka cistih metallov s točki zronija ih prakticceskovo znacenja dlja travmatologii mirnovo i voennove vremeni. Voenno-med. zhurnal T. 1 1930 str. 40.
35. VASKIN I. S. — Opit kranioplastički polimetilmekatrilatom. Voprosi neirkirurgii 1949, B. 4, stranice 36.
36. VEBER F. K. — Ob operativnom lecenii zastarelih vivihov lokačja Ruski hirurgiceski arhiv 1902; k 3-4.
37. VEGNER K. dne CAKLIN V. A. — Artroplastika. Bolsheja medicinskaja enciklopedija. Stranica 332-338 Moskva 1928.
38. VEKSLER I. — Ordalionnie, rezultati artroplastiki pri tuberkuloznom gonite. Vestnik hirurgii, 1949, T. 69, km. 2.
39. VENGLOVSKI R. I. — Operativnaja hirurgija. Moskva 1915.
40. VISHNJEVEDSKAJA R. I. — Primjenjenje polimetilmekatrilata pri osteosintezi i artroplastike. Gospitalnoe delo 1947, N. 4, stran. 42-47.
41. VOROBIOV V. V. — Anatomija čeloveka T. I. Moskva 1932.
42. VORONKOVSKAJA G. N. — Reaktivne javlenija vokrug inarodnih tel različnih organah pri ognjestrelnih ranjenja. Trudi Saratovskovo gos. med. inst. Tom. V, 1946, vypusk I, stranica 59.
43. VOSKRESENSKI G. P. — Rekonstruktivne operacii po povodu razboltanih sustanov posle predhestfujushchih operativnih vmeshatelstv V knige mezhobl. soveshč. po obobshe. opita vostanov. lečenija invalidov otečestvennoj vojni. 5. tez. dokl. str. 13-14, Saratov, 1953.
44. VOSKRESENSKI N. V. — Tonkaja nikelovaja provoloka kak material dlja shvov. Sovjet. hirurg. T. 4. 1933. N. 3-4, str. 482.
45. VREDEN R. R. — Oshibki, opasnosti i njepredvidionnie oslozhnenjia v hirurgii. Tom. II, OGIZ, 1935. Leningrad.
46. VREDEN R. R. — Rukovodstvo praktičeskoy hirurgii. TOM IX. Moskva-Leningrad, 1931.
47. VREDEN R. R. — Prakticeskoe rukovodstvo po ortopedii. Leningrad, 1936.
48. VREDEN R. R. — K voprosu o mobilizaciji ankilozirovan. suštavov. Trudi XII sjezda Ros. Hir. (Moskva 19-22.XIII.1912) Moskva, 1913.
49. VREDEN R. R. — K voprosu e vostanovlenii podvizhnosti v ankilozirova sustavah. Russkij vrac, 1913, N. 39, str. 1347-48.
50. VREDEN R. R. — Lečenije ankillozov tazobedren. sustava putjem obrazovanija llozhnovo sustava.

- Vjestnik hirurgii i popraničnih T. USH, km. 24 Jubilejnij sbornik prof. V. A. Opicija, c. I., 1926 str. 39-42.
51. VREDEN R. R. — Operativnoje lecenije kontraktur i ankillozov kolennovo sustava. «Ortopedija i travm. 1928 N. 4-5.
  52. VREDEN R. R. — Sovremennoje polozhenije voprosa o mobilizacii ankillozovannih sostavov putjem ortopplastiki. Nov. hir. arhiv. 1929, T. XIX, km. 2.
  53. VREDEN R. R. — Operativnoje lecenije kontraktur i ankillozov kol. sostava. XX. sjezd Ross. hir. (Moskva 26-30 maja 1928). Moskva 1929.
  54. VREDEN K. R. — Demonstracija bolnih a mobilizacij kol. sostava. Vjestnik hirurgii i pogranjenij oblastej 1930 T. XXII, km. 64.
  55. VREDEN R. R. — Rukovodstvo prakt. hir. pod redakcij S. S. Bergollova, A. V. Martinova i S. P. Fjedorova. T. IX., str. 274-283. Moskva — Leningrad, 1931.
  56. GAAF F. E. — Demostracija 16 letnjevo malčika viderzhavšhevo dvuhkratnu rezekciju pravovo lloktjevovo sostava. Protoke. fiz. med. obshe. 1971/72, str. 13.
  57. GEDROGU V. M. — 12 sliučajev rezekvilloloktevova sostava. Hirurg. arhiv. Veljaminova 1011 km. 1-3, str. 527.
  58. GIMMELMAN V. M. — Opit izugenija vlijanija njekotorih metallov na zahvlenije kostnih defektov. Sovjetsk hirur. T. 5. 1933, N. 6, stran. 225.
  59. GIRGOLAV S. S., LEVIT V. S., SHOAK V. A. — Častnaja hirurgija. Tom 3, Medgiz, 1938.
  60. GIRGOLAV S. S. — Ortopedija i traumatologija 1937, N. 3, str. 31-82.
  61. GNILORIBOV G. E. — O mobilizaciji kolennovo sostava putem peresadki hrjashca na nozhke. Trudi Rostovskovo na Donu. Gos. MED. instituta. Skornik V, str. 181-188. Rostov na Donu, 1939.
  62. GODUNOV S. R. — Pervi opit primenjenija plastmassi dlja fiksacii protezov ploča. Vestn. hirurgii, T. 69, 1949, I, s. 74.
  63. GORBUNOV V. P. — Srvanjitelne dannie otdalionnih rezultatov peresadki kostnoi i hrjashcevoj hosti tkanji. hirurgii, Tom 13, 1928, vip. 37-38, str. 71.
  64. GRIGORJEV A. T. — Rezhim ekonomii pri artrodezači i njesrosshihsja perelema. Nov. hirur. arhiv., 1936, 35, 4, 542-545.
  65. GRINKER E. M. — Operativnoe lecenje posledstvij rezekcii kolennovo sostava. Vestn. hirurgii, 1938, N. 6, s. 59.
  66. DITERIH M. M. — Vedenie v kliniku zabolovanii sostavov. M. L., 1937.
  67. DOBRIN V. B. — Primenenie plastičeskikh mass v hirurgii. Kliniko-eksperimentalnie issledovaniya. Gorkij, 1954. Doktarskaja dissertacija.
  68. DUBROV J. G. — Lečenje zakritih pereleomov diafiza bedra metodem vnutrikostnoj fiksaci. Moskva, 1948. Doktorskaja dissertacija.
  69. DUBROV J. G. i SHAMESOVA L. F. — Eksperimentalno-gistologiceskoe issledovanie reakcii kostnogo mozga na metallicheskoj iorodnoe tele. Hirurgija, 1948, N. 2, stranica 13.
  70. DURANTE V. V. — O vosstanovlenii ankilozirovannih sostavov putem peresadki fascii. XIII Slezda Rossijskih hirurgev. (S. Peterburg, 16-19.XII. 1913) S. Peterburg, 1914.
  71. DURMASHKIN V. M. — Rezultati artoplastiki. Novij hirurgičeskij arhiv, 1934, tom XXXI, kniga I, N4, stranica 121.
  72. DIHNO A. M. — Ob ispolzovanii organičeskogo stekla pleksiglas v vosstanovitelnoi hirurgii. Hirurgija 1947, N8.
  73. DIHNO A. M. — Ispolzovani e organiceskovo stekla v vosstanovitelnoi hirurgii. Hirurgija 1948, N. 5, str. 64.
  74. DIHNO A. M. — Pleksiglas pri artroplastike. Vrasc. delo 1948, N. 4. str. 310-311.
  75. DJAKONOV P. I. REIN F. A. — Obshaja operativnaja hirurgija. str. 215, S. P. B. 1903.
  76. ELECKI A. G. — K voprosu ob artroplastike. Vestn. hirurg. i pogr. oblastej 1926, knj. 22, T. VIII, str. 52-58.
  77. ELECKI A. G. — Sovremionnoe sostojanie voprosa ob artroplastike. Ottiet o III Ukrainskom sjezde ortopedov, traumatologov i rabotnikov pro-

- teznovo dela. (Kiev 20-29.V.1947). Vestnik hirurgii im. Grekova. 1947, T. 67, N. 5.
78. ZABLODCKI — DESJATKOVSKI P. P. — O nepodvizhnosti v sustavakh. Voen. medic. zhurnal 1942, N. 39, 2.
79. ZABLODCKI — DESJATKOVSKI P. P. — Zapiski iz teoreiceskoj hirurgii (lekcion) S. P. B. 1853 (o nepodvizhnosti sostavov) str. 123-134.
80. ZACEPIN G. S. — Slučaj mobilizacii ankiloza laktevovo sostava. Nov. hir. arhiv. 1931, T. XXIII. knj. 3-4 N. 91-92 N. 5-6 str. 604.
81. ZACEPIN G. S. — Sposob mobilizacii ankiloza laktevovo sostava pri dremljushčei infekcii. Sov. hir. 1931, T. I, str. 145-148.
82. ZIMAN A. I. — Korovi rog, kak material dlja nuzhd kostnoi plastiki. Trudi I Gos. ih-ta usoversch. vracej. Novosimbirsk, T. 25, 1947, str. 154.
83. ZNAMENSKI M. S. — Metalličeskij osteosintez posredstvom apparaturi iz rassasivayushchegosja metalla. Hirurgija, tom 12, 1945, s. 60.
84. IOFE M. G. — K voprosu o svobodnoj transplantacii fascii (eksperimentalnoe issledovanie). Hirurg. arhiv. Veljaminova. 1913, km. 3, str. 466.
85. KOZLOVSKIY A. A. — Ortopedija i travmatologija. 1937, N3, str. 81-92.
86. KAZAKEVIC I. E. — Slučaj artoplastiki lektevoge sostava. Sovremen. hir. 1928, t. III, vip. 3/15, str. 534.
87. KAZAKEVIC I. E. — Mobilizacija sostavov konečnostej. Dissertacija. Leningrad 1936.
88. KAZAKEVIC I. E. — Ankilozi sostavov i ih lečenie. B. knige R. R. Bredena: «Praktičeskoe rukovodstvo po ortopedii». Leningrad 1936.
89. KAZAKOV M. P. i APASOVA A. I. — Reakcija kostnoj tkani na metall. Vest. hir., t. 35, 1934, kn. 101-102, s. 247.
90. KAZAKOV M. P. i APASOVA A. I. — Reakcija kostnoj tkani na metall. Sovet. hir. 1936. N4, s. 580.
91. KARTASHEV Z. I. — K voprosu o sudbe i roli kostnih trasplantov. Vestn. hirurgii, t. 20, 1930. 53, 282.
92. KSONOV D. — Rezektija lektevogo soclonenija. Mosk. med. gazeta N 31, stt. 166-167.
93. KIPRENKO N. O. — Sto slučajev artroplastiki. Nov. hir. arhiv, 1934, T. 32, knj. I.
94. KIPRENKO N. O. — Ob artroplastike bolshin sostavov. Sbornik trudov Kazanskovo GIDUVA im Lenina T-IV, Kazan, 1935.
95. KISELIOV B. A. — Slučaj interpoziciji fascii pri krovavom upravlenija viviha. Russ. vrac. 1914, N. 43, str. 1387.
96. KLOPFER E. F. — K voprosu o zhirovoj plastike. Hir. arhiv. Veljaminova 1913, knj. 3, str. 458.
97. KOGAN I. S. — Peresadka trupnoj fascii. Hir. 1948, N. 12, str. 8-14.
98. KORNJEV P. G. — Mobilizacija ankilozirovannih sostavov pri pomoshči svobodnoj peresadki. Hir. arhiv Voliaminova 1913, knj. 6, str. 1021.
99. KORNJEV P. G. — O svobodnoj peresadki fascii. Dissertacija S. P. B. 1913.
100. KORNJEV P. G. — Operativnoe lečenie istinnih ankilozov nizhnjei čelasti pri pomoshči svobodnoj peresadki fascii. Hir. arhiv Veljaminova, 1914, knj. 2, str. 272.
101. KUSLIK M. I. — Slučaj mnozhestvennoj artroplastiki. Sovrem. hir. 1928, vip. 3/15 str. 534.
102. KUSLIK M. I. — K tehnike artroplastiki kolennovo sostava. Ortopedija, travmatologija 1937, N. 3, str. 81.
103. KUSLIK M. I. — Artroplastika kolennovo sostava. Vestnik hirurgii im. Grekova 1947, T. 67, N. 3.
104. KUSLIK M. I. — Artroplastika kolonnovo sostava na kultja. Voprosi ortop. i protez. Vip. III (Len. N. Issled. i protoz.) Leningrad 1947.
105. LAMOVSKIY — Svedenije členov. Vojennomed. zhurnal 1940. c. XXXV str. 146.
106. LOPATKA S. I. — Lečenije boltajushčihja sostavov posle ognjestrelnih ranjenija.

- Sbornik ref. naučnih rabot Lvovskovo Gos. med. inst. Kafedra topogr. anatomii i operat. hirurgii. Bip. I, str. 237-246. Lvov 1950.
107. MEZHENJINA E. P. — Metodika himičeskoj obrabotki sustavnih koncov pri artroplastike.  
Voprosi ortopedii, travmatologii i protozirovaniya. Kiev 1952.
108. MIHELMAN M. D. — Artrodezi sustavov nizhnjei konječnosti. Diss. dokt. M. 1953.
109. MIHELMAN M. D. — Otdaljonne rezultati artroplastiki kolonnovo sustava. Hir. 1947, N. 4, str. 71.
110. MISH V. M. — Bicil rog, kak materjal dlja osteoplastiki. Hirurgija, 1912, vip. 32, str. 66.
111. NEMILLOV A. A. — Osnovi teorii i praktiki peresadki tkajnei i organov. Leningrad 1940.
112. NEKIFOROVA E. K. — Boltajushciosja sustavi i ih lecenije. Nov. hir. arhiv. 1936, 35, 4. 501-518.
113. NOVACENKO N. P. — Legeñie razboltannih sustavov nizhnjei konječnosti. V knj.: Erevan. haucm. issl. in-ta ortop. i vostanov. hirurgii. Sborn. nauc., trud., 2. str. 99-105. Erevan. 1951.
114. OPPEL V. A. — Svobodnaja peresadka fascii. Russki vrac 1914, M. 36.
115. OPICL. V. A. — K patogenezu i leceniju. Vjestnik hir. i pogranicnih obll. 1927 T. IX.
116. OPIEL V. A. — Ankillozirujushcij poliantrit, mobilizacija sustavov. Lekcii po klinic. hirur. i klinic. endokrinoll. dlja hirurgov. Tetrad I. Leningrad 1929.
117. ORLOV Z. V. — Vjestnik hir. 1902, N 1 g. 3, str. I-49-97.
118. OSHMAN A. A. — Rezekcija lloktjevovo soglenjemija. Disertacija Moskva 1903.
119. PONSKIJ J. R. — Opiti peresadki (replantacija i transplantacija epifizov). Eksp. issledov. Harkov 1893.
120. PIROGOV N. I. — Otcjet po puteshestvii po Kavkazu. S. P. B. 1949 g. iz. zhurnalla: Zapiski po časti vračebnih nauk 1848, knj. 3. i 4 i 1849, knj. 1, 2 i 3.
121. PIROGOV N. I. — Kliničeskie lekcii o boleznjah kolenovo sustava. Drug zdavija. Vračebnaja gazeta N. 42, 1854 i N. 18, 1855.
122. PLATANOV P. S. — Legeñie ankillozov po metodu Bonne. Vojen. med. zhurnall 1859, c. XXVI, str. 359-364.
123. POKOTILLO V. L. — K voprosu e peresadke hrjashča v rezecirovannije sustavi. Letopis hir. obsha. v Moskvje 1908.
124. PRIAROV N. N. — Hirurgija 1947, N 8 str. 110.
125. PUTOV N. V. — Reakcija razlicenijh tkanjei na implantaciju polimetylmetakrilata, pleksiglasa. Ekspertimentalnoe issledovanije. Leningrad 1950.
126. REVZIN I. I. — Primenjenije plastmassi v zubnom i celjustnoličevom protezirovaniyu. Moskva 1951.
127. FEJNBERG G. A. — O plastiķe kolenovo sustava Sov. hir. 1934 VII vip. I, str. 126-135.
128. RUBINSHTEJN G. V. — Artroplastika kolonnovo sustava. Ortoped. i trav. 1937, N 2 str. 110.
129. RUHMAN L. E. — Artrodezi sustavov konječnostej. Diseracija Leningrad 1940.
130. RUHMAN L. E. Istorija artroplastiki v SSSR. Protokolli zasedanija Leningradskovo obshch. hir. ortopedov 1951 i Vjesn. hir. imeni Grekovo 1951, N 5, str. 75-80.
131. RUHMAN L. E. — Artroplastika sustavov konječnostej. Dissertacija, 1955, Leningrad.
132. SABANJEJEV I. F. — Dva sllučaja rubcovovo svedenija celjusti, lecenih operativnim putjem. Ruskij arhiv 1902 Km. 2.
133. SKLIFASOVSKIJ N. V. — Operativnoe legeñie nepodvizhnosti njizhnjej celjusti. Vrač 1891 T. 2. N 18 str. 285.
134. SOKOLLOV F. J. — K hirurgii lloktjevova. Tashkent 1940.
135. SPAHIU F. — Modifikacija trjehpastnovo gvozdja pri alloplastike sustavov. Voprosi plastičeskoy hirurgii (Sbornik naucnih trudov I. V. H. g. Gorki 1953.

136. TERHOVAJA, SOBELAVSKAJA i BOCKARIOV:  
— Ob artroplastike mobilizaciji tazobedrenjve sustava. Hirurgija 1937, N 3.
137. TREGUBOV S. L. — Osnovi ortopedii Moskva Leningrad X 1939.
138. TROSTAKECKIJ M. M. — Tagaj kak metall, rassasivajushcijsa v zhivotom organizme. Hirurgoja 1913 vip. 33 s. 3.
139. FRIDLAND M. O. — Obshchaja ortopedija Kazan 1928.
140. FRIDLAND M. O. — Ortopedija Medgiz 1954.
141. FRIDLAND M. O. — Plastičaskije operacija na konječnostjah. Medicina, Oktjaber 1929 N 19.
142. FRIDLAND M. O. — Kurs ortopedii c. II. Kazan 1936.
143. FRIDLAND M. O. — Slučaji metalloplastiki tazobedrejeva sustava. Hirurgija 1947, N 8 str. 109-110.
144. CUKERMAN N. V. — Primenjenije visushennoj okollopdnoj obolločki dlja interpoziciji pri atroplastike.  
Vračebnoje delo N 12 1952.
145. CAKLIN V. A. — Operativnaja ortopedija. Medgiz 1952.
146. CINJENKOV A. V. — Opit po zameshgeniju defektov nekotorin sustavnih koncov posle ognjestrelnih ranjenij. V kn. vosstan. hirurgii posledstvii povrezhdjenii, str. 49-55. Sverdlovsk 1948.
147. SHAHIN A. P. — K metodam operativnoj mobilizaciji tazobedrenovo sustava. Novij hir. arhiv. T. VIII km. 3 N. 31 str. 375-381.
148. SHAPIRO G. L. — Opit primjenjenija pllastmass v kostnoj hirurgii Ortoped. i travmat. 1936 N 2 str. 55-62.
149. SHAPIRO G. L. — Opit primjenjenija pllastmassi v hirurgii. Ortoped. i travmat. 1937. N 1 str. 156.
150. SHEVKUNENKO V. N. — Kurs operativnoj hirurgii.  
Tom I, Moskva Leningrad 1938.
151. SHEVKUNENKO V. N. — Kratki kurs operativnoj hirurgii s topograficeskoj anatomij 1951.
152. SHMIDT V. V. — Opeacci ankiloza njezhnej celusti, speremeshgenien mišecnjovo loskuta. Hirurgija 1899, T. IV. N 31.
153. SHMIDT V. V. — Operativnoe lečenie istinnovo ankiloza nizhnjej celusti. Dissert. Belil 1902.
154. SHRSIBER M. I. — Svobodnije autoplastičeskie peresadki polusustavov v rastushčij organizmakh.  
Doktorskaja dissertacija, Moskva, 1951.
155. SHULLUTKO L. I. — Ob ankilozah. Vestn. hirurg. 1936, T. 45, knj. 123, 66-72.
156. SHULLUTKO L. I. — Nekotorie voprosi osteosinteza.  
Gospit. delo 1947, N. 5, s. 33.
157. EPSTEIN G. A. — Slučai atroplastiki loktevovo sustava. Protokoli naučnih soveshčanii Gos. Travmat. instituta, vip. 2. 1926-1933, Leningrad 1934.
158. JUSEVIC J. A. S. — Artroplastika kolennovo sustava.  
Vesta. hirur. im. Grekova 1147, T. 67, N. 3.
159. JAZIKOV D. K. — Operacii vnutrennevo protezirovaniya. (C. I. U.) Moskva, Sovjetskaja medicina N. 3-1953.
160. JANOVIC-CAINSKI S. M. — K lečeniju ankiloza kolona. Voenno-med. zhurn. 1868, c. 101, knj. IV. str. 409-417.
161. ALBEK F. H. — The principles of arthroplasty. J. Amer. Med. Ass. 1831, 96, 245-249.
162. BAIOCCHI P. — Artroplastica con interpozione di pergaena. Orthop. a traumato appar. 1938, 10, 186-221. Ref. Zorg. chir., 1939, 91, 669.
163. BARTHELEMES H. — Über erfahrungen mit der operativen Behandlung der chronisch deformierenden Huftgelens Kserkrankung.  
Diss. Frankfurt s. M. 1936, 215.
164. BICKEL W. H. CHORMLEY R. K., COVENTRY M.  
— Cup arthroplasty of the hip.  
Prec. St. met Mayo clin. 1944, 19, 24, 561-568.
165. BLAINE G. — The uses of plastics in surgery.  
Lancet. 1946, 642, 525.
166. BLUM G. — Experimental observation of the use of observable and non-absorbable plastics in bone surgery.  
Prec. Roy. Soc. Med. 1945, 38, 4-, 169-171.

167. BOCREMA J., WAARD D. — Osteoplastische Verankerung von Metallprothese bei pseudoarthrose und bei Arthroplastik.  
Acta chir. Scand. 1942, 86, 511-524.
- 168 BURMAN M. S., ABRAHAMSON R. H.  
— The use plastica in reconstructive surgery. Lucite in arthroplasty.  
Mil. surgeon 1943, 5, 405-414.
169. BUTZNER K. — Froiburger Methode der Arthroplastik.  
Bruns Beitrage Z. Klin. Chirurgie, 1950, 179, 2, 297-304.
170. CEHLEKER F. — Aus dem Gebiete der Knochen und Gelenktransplantation.  
Bruns Beitrage Klin. Chir. 1922, 135-181.
171. CREGAN J. C. (MANCHESTER) — The use of the Acrylic Head Prothesis  
in high fractures of the femoral Neck. J. Bone and Joint Surgery,  
1954, vol. 36-B N-3.
172. DELITALA F. — La sostituzione nell'uomo de parte osse e articolare con  
pezzi metallici (Endoprotesi metalliche). Scara med. 1954, 9/I, p.  
11-23, 1955, vol. 9, N. 4.
173. LILLEHUNT R. — Ankylosisof the elbow Arthroplasyerro in technic ne-  
cessitating second arthroplasty. Surg.-clinic N. Amer. 1927, 7,5,  
1319-1322.
174. DIXON G. G. — Transplantation of the tibia and fibularreplace the femur  
following resection.  
Ann. Surg. 1952, 136, 2, 309-312.
175. FITZGERALD F. P. — A method of hip arthroplasty.  
The Journal of Bone and Joint Surgery 1952, T. 34, N. I., 120-122.
176. GARCIA DIAZ F. — Die arthroplastik bei den Kriegsverletzungen. Med. Es-  
pan. 1939, 2, 275-296. Ref. Zorg. Chir. 1942, 106, 353.
177. GIANGRASSO G. — Risultati esperimentali di plastiche con lame di  
gomma, praticata in lesioni di articolazioni.  
Boll. sbc. Ital., Biel. sper. 1938, 13, 930-931. Ref. Zorg. Chir. 1939, 92, 1-2.
178. GROVES E. — Arthroplasty.  
Brit. Journ. of surg. 1923-24, XI, 42, 234-250.
179. GROVES, FUTTI AND OTH. — Arthroplasty.  
Brit. Med. Journ. 1923, II, 142.
180. GILEMINET M. et DUBOUX E. — Traitement de l'arthrite seche de la han-  
che par la resection arthroplastique.  
Lyon. chir., 1945, 41, 1, 51-63.
181. GULEKO W. — Ueber die operativen Behandlung vollig versteifter Gelenke.  
Berlin, Klin. Wachr. 1921, 58, 39, 1149-1152.
182. HASS J. — Die Mobilisierung ankylosischer Ellbogen und Kniegelenko mittels  
Arthroplastik. Arch. f. Klin. chir. 1930, 160, 693-715.
183. HASS J. — Functional arthroplasty of elbow and knee. Am. Acad. orthop.  
surgeons presents lectures on reconstruction surgery. Lincoln, 1944,  
340-342.
184. HASS J. — Functional arthroplasty. J. Bone a. Joint Surg. 1944, 26, 2, 297-306.
185. HERBERT J. J., CRASSET E. and De MONTMOLLIN B. — (Inst. de Pathol,  
Univ. de Genève: Contre de Rech. du. Bhu., Aix-les Bains.  
Etude des réactions de l'os sous - jacent A la prothesesans les arthro-  
plastiens de la hanche. Med. 1954 62/86 (1917-1822). Illus. 23.
186. HERNDON CH. and CHASE S. W. — Experimental studies in the transplan-  
tation whole joint. J. Bone and Joint. Surg. 1952, 34-A, 3, 564-578.
187. HOHLOBSUM S. — Erfahrungen und Erfolge nach blutiger Mobilisierung  
versteifter statisch belastet ter Gelenke. Arch. f. Klin. Chir. 1921, 117,  
4, 647-704.
188. HUDARK S. S. — A study in articular replacement.  
Ann. Surg. 1946, 124, 2, 277, 297.
189. HUDERK S. S. and BLUNT J. W. JR. — Further studies in articular repla-  
cement. Am. J. Surg. 1948, 78, 5, 600-607.
190. IWERSEN I. Y. — Femoral head prothesis. A preliminary report Bull. Univ.  
Minn. Hosps. Minn. Med. Found (Minneapolis) 1954, 25, 16, 291-297.
191. JAROSCHY W., SPIRA E. — Erfahrungen mit der Arthroplastik am ello-  
bogen und Kniegelenk. Med. Klin. 1937, I, 265-268.  
Ref. Zorg. Chir. 1937, 183, 442. Chir. 1908, 86, 939-954.

- teznovo dela. (Kiev 20-29.V.1947). Vestnik hirurgii im. Grekova. 1947, T. 67, N. 5.
78. ZABLODCKI — DESJATKOVSKI P. P. — O nepodvizhnosti v sustavah. Vojen. medic. zhurnal 1942, N. 39, 2.
79. ZABLODCKI — DESJATKOVSKI P. P. — Zapiski iz teoreiceskoi hirurgii (lekciya) S. P. B. 1853 (o nepodvizhnosti sostavov) str. 123-134.
80. ZACEPIN G. S. — Slučaj mobilizacii loktevovo sostava. Nov. hir. arhiv. 1931, T. XXIII. knj. 3-4 N. 91-92 N. 5-6 str. 694.
81. ZACEPIN G. S. — Sposob mobilizacii ankiloza loktevovo sostava pri dremljushčei infekcii. Sov. hir. 1931, T. I. str. 145-148.
82. ZIMAN A. I. — Korovi rog, kak material dlja nuzhd kostnoi plastiki. Trudi I Gos. ih-ta usoversch. врачеи. Novosibirsk, T. 25, 1947, str. 154.
83. ZNAMENSKI M. S. — Metallicheskiy osteosintez posredstvom apparaturi iz rassasivayushčeegosja metalla. Hirurgija, tom 12, 1945, s. 80.
84. IOFE M. G. — K voprosu o svobodnoj transplantacii fascii (eksperimentalnoe issledovanie). Hirurg. arhiv. Veljaminova. 1913, km. 3, str. 466.
85. KOZLOVSKIY A. A. — Ortopedija i travmatologija. 1937, N3, str. 81-82.
86. KAZAKEVIC I. E. — Slučaj artoplastiki lektevoge sostava. Sovremen. hir. 1928, t. III, vip. 3/15, str. 534.
87. KAZAKEVIC I. E. — Mobilizacija sostavov konečnosti. Dissertacija. Leningrad 1936.
88. KAZAKEVIC I. E. — Ankilozi sostavov i ih lecenie. B. knige R. R. Bredena: «Prakticheskoe rukovodstvo po ortopedii». Leningrad 1936.
89. KAZAKOV M. P. i APASOVA A. I. — Feakeija kostnoj tkani na metall. Vest. hir., t. 35, 1934, kn. 101-102, s. 247.
90. KAZAKOV M. P. i APASOVA A. I. — Reakcija kostnoj tkani na metall. Sovet. hir. 1936, N4, s. 580.
91. KARTASHEV Z. I. — K voprosu o sudbe i roli kostnih trasplantov. Vestn. hirurgii, t. 20, 1930, 59, 282.
92. KSONOV D. — Rezektacija lektevogo soclonenija. Mosk. med. gazeta N 31, str. 166-167.
93. KIPRENSKO N. O. — Sto slučajev artroplastiki. Nov. hir. arhiv, 1934, T. 32, knj. I.
94. KIPRENSKO N. O. — Ob artroplastike bolshin sostavov. Sbornik trudov Kazanskovo GIDUVA im Lenina T-IV, Kazan, 1935.
95. KISELJOV B. A. — Slučaj interpoziciji fascii pri krovavom vpravlenija viviha. Russ. враč. 1914, N. 43, str. 1387.
96. KLOPFER E. F. — K voprosu o zhirovoj plastike. Hir. arhiv. Veljaminova 1913, knj. 3, str. 458.
97. KOGAN I. S. — Peresadka trupnoj fascii. Hir. 1948, N. 12, str. 8-14.
98. KORNJEV P. G. — Mobilizacija ankilozirovannih sostavov pri pomoshči svobodnoj peresadki. Hir. arhiv Voltaminova 1913, knj. 6, str. 1021.
99. KORNJEV P. G. — O svobodnoj peresadki fascii. Dissertacija S. P. B. 1913.
100. KORNJEV P. G. — Operativnoe lecenie istinnih ankiloz nizhnjei celusti pri pomoshči svobodnoj peresadki fascii. Hir. arhiv Veljaminova, 1914, knj. 2, str. 272.
101. KUSLIK M. I. — Slučaj mnoghestvennoj artroplastiki. Sovrem. hir. 1928, vip. 3/15 str. 534.
102. KUSLIK M. I. — K tehnike artroplastiki kolennovo sostava. Ortopedija, travmatologija 1937, N. 3, str. 81.
103. KUSLIK M. I. — Artroplastika kolennovo sostava. Vestnik hirurgii im. Grekova 1947, T. 67, N. 3.
104. KUSLIK M. I. — Artroplastika kolonnovo sostava na kultja. Voprosi ortop. i protez. Vip. III (Len. N. Issled. i protoz.) Leningrad 1947.
105. LAMOVSKIY — Svedenije členov. Vojennomed. zhurnal 1940. c. XXXV str. 146.
106. LOPATKA S. I. — Lečenije boltajushčih sostavov posle ognjestreljalih ranjenija.

- Sbornik ref. naučnih rabot Lvovskovo Gos. med. inst. Kafedra topogr. anatomii i operat. hirurgii. Bip. I, str. 237-246. Lvov 1950.
107. MEZHENJINA E. P. — Metodika himičeskoj obrabotki sustavnih koncov pri artroplastike.  
Voprosi ortopedii, travmatologii i protozirovanija. Kijev 1952.
108. MIHELMAN M. D. — Artrodezi sustavov nizhnjej konječnosti. Diss. dokt. M. 1953.
109. MIHELMAN M. D. — Otdaljonne rezultati artroplastiki kolonnovo sustava. Hir. 1947, N. 4, str. 71.
110. MISH V. M. — Bicil rog, kak materjal dlja osteoplastikii Hirurgija, 1912, vip. 32, str. 66.
111. NEMILLOV A. A. — Osnovi teorii i praktiki peresadki tkajnej i organov. Leningrad 1940.
112. NEKIFORROVA E. K. — Boltajushgiosja sustavi i ih lecenije. Nov. hir. arhiv. 1936, 35, 4. 501-518.
113. NOVACENKO N. P. — Lečenie razboltannih sustavov nizhnjej konječnosti. V knj.: Erevan. hauem. issl. in-ta ortop. i vostanov. hirurgii. Sborn. nauc. trud., 2. str. 99-105. Erevan. 1951.
114. OPPEL V. A. — Svobodnaja peresadka fascii. Russki vrac 1914, M. 36.
115. OPICL V. A. — K patogenezu i lečeniju Vjestnik hir. i pograničnih obll. 1927 T. IX.
116. OPIEL V. A. — Ankillozirujushcij poliantrit, mobilizacija sustavov. Lekcii po klinic. hirur. i klinic. endokrinoll. dlja hirurgov. Tetrad I. Leningrad 1929.
117. ORLLOV Z. V. — Vjestnik hir. 1902. N 1 g. 3, str. I-49-97.
118. OSHMAN A. A. — Rezekcija lloktewovo sočlenjemija. Disertacija Moskva 1903.
119. PONSKIJ J. R. — Opiti peresadki (repplantacija i transplantacija epifizov). Eksp. issledov. Harkov 1893.
120. PIROGOV N. I. — Otcjet po puteshestvii po Kavkazu. S. P. B. 1949 g. iz. zhurnalla: Zapiski po časti vračebnih nauk 1848, knj. 3. i 4 i 1849, knj. 1, 2 i 31.
121. PIROGOV N. I. — Kliničeskie lekcii o boleznjah kolenovo sustava. Drug zdavja. Vračebnaja gazeta N. 42, 1854 i N. 18, 1855.
122. PLATANOV P. S. — Lečenie ankillozov po metodu Bonne. Vojen. med. zhurnall 1859, c. XXVI, str. 359-364.
123. POKOTILLO V. L. — K voprosu e peresadke hrjashča v rezecirovannije sustavi. Letopis hir. obsha. v Moskvje 1908.
124. PRIAROV N. N. — Hirurgija 1947, N 8 str. 110.
125. PUTOV N. V. — Reakcija različnih tkanjej na impltantaciju polimetilmekatrilati, pleksiglasa. Eksperimentalnoje issledovanije. Leningrad 1950.
126. REVZIN I. I. — Primenjenije pllastmassi v zubnom i celjustnoličevom proteziraniji. Moskva 1951.
127. FEJNBERG G. A. — O pllastike kolennovo sustava Sov. hir. 1934 VII vip. I, str. 126-135.
128. RUBINSHTEJN G. V. — Artroplastika kolonnovo sustava. Ortoped. i trav. 1937, N 2 str. 110.
129. RUHMAN L. E. — Artrodezi sustavov konječnostej. Diseracija Leningrad 1940.
130. RUHMAN L. E. Istoriya artroplastiki v SSSR. Protokolli zasedanija Leningradskovo obshe. hir. ortopedov 1951 i Vjesn. hir. imeni Grekova 1951, N 5, str. 75-80.
131. RUHMAN L. E. — Artropilastika sustavov konječnostej. Dissertation, 1955, Leningrad.
132. SABANJEJEV I. F. — Dva slučaja rubcovovo svedenija celjusti, lečenih operativnim putjem. Ruskij arhiv 1902 Km. 2.
133. SKLIFASOVSKIJ N. V. — Operativnoje lečenije nepodvizhnosti njizhnjej celjusti. Vrač 1891 T. 2. N 18 str. 285.
134. SOKOLLOV F. J. — K hirurgii lloktjevova. Tashkent 1940.
135. SPAHIU F. — Modifikacija trjehpastnovo gvozdja pri alloplastike sustavov. Voprosi pllastičeskoi hirurgii (Sbornik naucnih trudov I. V. H. g. Gorki 1953.

136. TERHOVAJA, SOBELAVSKAJA i BOCKARIOV:  
     — Ob artroplastike mobilizacii tazobedrenjve sustava. Hirurgija  
         1937, N 3.
137. TREGUBOV S. L. — Osnovi ortopedii Moskva Leningrad X 1939.
138. TROSTAKECKIJ M. M. — Tagrij kak metall, rassasivajushcijja v zhivot  
         organizme. Hirurgoja 1913 vip. 33 s. 3.
139. FRIDLAND M. O. — Obshchaja ortopedija Kazan 1928.
140. FRIDLAND M. O. — Ortopedija Medgiz 1954.
141. FRIDLAND M. O. — Pilastičaskije operacija na konječnostjah. Medicina,  
         Oktjaber 1929 N 19.
142. FRIDLAND M. O. — Kurs ortopedii c. II. Kazan 1936.
143. FRIDLAND M. O. — Sllučaji metalloplastiki tazobedrejeva sustava. Hirur  
         gija 1947, N 8 str. 109-110.
144. CUKERMAN N. V. — Primenjenije visušennoj okollopdnoj obolločki dlja  
         interpoziciji pri atroplastike.  
         Vračebnoje delo N 12 1952.
145. CAKLIN V. A. — Operativnaja ortopedija. Medgiz 1952.
146. CINJENKOV A. V. — Opit po zameshcheniju defektov nekotorin sostavnih  
         koncov posle ognjestrelnih ranjenij. V kn. vosstan. hirurgii posledstvii  
         povrezhdjenij, str. 49-55. Sverdlovsk 1948.
147. SHAHIN A. P. — K metodam operativnoj mobilizacii tazobedrenovo susta  
         va. Novij hir. arhiv. T. VIII km. 3 N. 31 str. 375-381.
148. SHAPIRO G. L. — Opit primjenjenija plastmass v kostnoj hirurgii Ortoped.  
         i travmat. 1936 N 2 str. 55-62.
149. SHAPIRO G. L. — Opit primjenjenija plastmassi v hirurgii. Ortoped. i  
         travmat. 1937. N 1 str. 156.
150. SHEVKUNENKO V. N. — Kurs operativnoj hirurgii.  
         Tom I. Moskva Leningrad 1938.
151. SHEVKUNENKO V. N. — Kratki kurs operativnoj hirurgii s topografičeskoj  
         anatomij 1951.
152. SHIMIDT V. V. — Opeacci ankiloza njezhnjej celusti, speremeshchenien mi  
         shečnovo loskuta. Hirurgija 1899, T. IV. N 31.
153. SHIMIDT V. V. — Operativnoe lečenie istinnovo ankiloza nizhnjej celusti  
         Dissert. Belil 1902.
154. SHRSIBER M. I. — Svobodnije autoplastičeskie peresadki polusustavov v  
         rastushčij organizmakh.  
         Doktorskaja dissertacija, Moskva, 1951.
155. SHULLUTKO L. I. — Ob anklozah. Vestn. hirurg. 1936, T. 45, knj. 123, 66-72.
156. SHULLUTKO L. I. — Nekotorie voprosi osteosinteza.  
         Gospit. delo 1947, N. 5, s. 33.
157. EFSHTEIN G. A. — Slučai atroplastiki loktevovo sustava. Protokoli naučnih  
         soveshčanij Gos. Travmat. instituta, vip. 2. 1926-1933, Leningrad 1934.
158. JUSEVIC JA. S. — Artroplastika kolennovo sustava.  
         Vesta. hirur. im. Grekova 1147, T. 67, N. 3.
159. JAZIKOV D. K. — Operacii vnutremnevo protezirovaniya. (C. I. U.) Moskva,  
         Sovjetskaja medicina N. 3-1953.
160. JANOVIC-CAINSKI S. M. — K lečeniju ankiloza kolona. Voenno-med. zhurn.  
         1868, c. 101, knj. IV. str. 409-417.
161. ALBEK F. H. — The principles of arthroplasty. J. Amer. Med. Ass. 1831,  
         96. 245-248.
162. BAIOCCHI P. — Artroplastica con interpozione di pergaena. Orthop. a  
         traumato appar. 1938, 10, 186-221. Ref. Zorg. chir., 1939, 91, 669.
163. BARTHELEMES H. — Über erfahrungen mit der operativen Behandlung  
         der chronisch deformierenden Huftgelens Kserkrankung.  
         Diss. Frankfurt s. M. 1936, 215.
164. BICKEL W. H. CHORMLEY R. K., COVENTRY M.  
     — Cup arthroplasty of the hip.  
     Prec. St. met Mayo clin. 1944, 19, 24, 561-568.
165. BLAINE G. — The uses of plastics in surgery.  
         Lancet. 1946, 842, 525.
166. BLUM G. — Experimental observation of the use of observable and non-  
         absorbable plastics in bone surgery.  
         Prec. Roy. Soc. Med. 1945, 38, 4, 169-171.

167. BOCREMA J., WAARD D. — Osteoplastische Verankerung von Metallprothese bei pseudoarthrose und bei Arthroplastik.  
 Acta chir. Scand. 1942, 86, 511-524.
- 168 BURMAN M. S. ABRAHAMSON R. H.  
 — The use plástica in reconstructive surgery. Lucite in arthroplasty.  
 Mil. surgeon 1943, 5, 405-414.
169. BUTZNER K. — Froiburger Methode der Arthroplastik.  
 Bruns Beitrage Z. Klin. Chirurgie, 1950, 179, 2, 297-304.
170. CEHLEKER F. — Aus dem Gebiete der Knochen und Gelenktransplantation.  
 Bruns Beitrage Klin. Chir. 1922, 135-181.
171. CREGAN J. C. (MANCHESTER) — The use of the Acrylic Head Prothesis in high fractures of the femoral Neck. J. Bone and Joint Surgery, 1954, vol. 36-B N-3.
172. DELITALA F. — La sostituzione nell'uomo de parte osse e articolare con pezzi metallici (Endoprotesi metalliche). Scara med. 1954, 9/I, p. 11-23, 1955, vol. 9, N. 4.
173. LILLEHUNT R. — Ankylosisof the elbow Arthroplasyerro in technic necessitating second arthroplasty. Surg., clinic N. Amer. 1927, 7, 1319-1322.
174. DIXON G. G. — Transplantation of the tibia and fibulatoreplace the femur following resection.  
 Ann. Surg. 1952, 136, 2, 309-312.
175. FITZGERALD F. P. — A method of hip arthroplasty.  
 The Journal of Bone and Joint Surgery 1952, T. 34, N. I., 120-122.
176. GARCIA DIAZ F. — Die arthroplastik bei den Kriegsvetetzungen. Med. Espan. 1939, 2, 275-296. Ref. Zorg. Chir. 1942, 106, 353.
177. GIANGRASSO G. — Risultati experimentali di plastiche con lame di gomma, praticata in lesioni di articolazioni.  
 Eoll. sbc. Ital., Biel. sper. 1938, 13, 930-931. Ref. Zorg. Chir. 1939, 92, 1-2.
178. GROVES E. — Arthroplasty.  
 Brit. Journ. of. surg. 1923-24, XI, 42, 234-250.
179. GROVES, FUTTI AND OTH. — Arthroplasty.  
 Brit. Med. Journ. 1923, II, 142.
180. GILEMINET M. et DUBOUX E. — Traitement de l'arthrite seche de la hanche par la resection arthroplastique.  
 Lyon. chir., 1945, 41, 1, 51-63.
181. GULEKO W. — Ubeß die operativo Behandlung volling versteifter Gelenke. Berlin, Klin. Wachr. 1921, 58, 39, 1149-1152.
182. HASS J. — Die Mobilisierung ankylosischer Ellbogen und Kniegelenko mittels Arthroplastik. Arch. f. Klin. chir. 1930, 160, 693-715.
183. HASS J. — Functional arthroplasty of elbow and knee. Am. Acad. orthop. surgeons presents lectures on reconstruction surgery. Lincoln, 1944, 340-342.
184. HASS J. — Functional arthroplasty. J. Bone a. Joint Surg. 1944, 26, 2, 297-306.
185. HERBERT J. J., CRASSET E. and De MONTMOLLIN B. — (Inst. de Pathol, Univ. de Genève; Contre de Rech. du. Bhu., Aix-les Bains.  
 Etude des réactions de l'os sous - jacent A la prothesesans les arthroplastiens de la hanche. Med. 1954 62/86 (1917-1922). Illus. 23.
186. HERNDON CH. and CHASE S. W. — Experimental studies in the transplantation whole joint. J. Bone and Joint. Surg. 1952, 34-A, 3, 564-578.
187. HOHLOBSUM S. — Erfahrungen und Erfolge nach blutiger Mobilisierung versteifter statisch belastet ter Gelenke. Arch. f. Klin. Chir. 1921, 117, 4, 647-704.
188. HUDARK S. S. — A study in articular replacement.  
 Ann. Surg. 1946, 124, 2, 277, 297.
189. HUDEK S. S. and BLUNT J. W. JR. — Further studies in articular replacement. Am. J. Surg. 1948, 78, 5, 600-607.
190. IWERSEN I. Y. — Femoral head prothesis. A preliminary report Bull. Univ. Minn. Hosps. Minn. Med. Found (Minneapolis) 1954, 25, 16, 291-297.
191. JAROSCHY W., SPIRA E. — Erfahrungen mit der Arthroplastik am ellbogen und Kniegelenk. Med. Klin. 1937, I, 265-268.  
 Ref. Zorg. Chir. 1937, 183, 442. Chir. 1908, 86, 939-954.

192. LEXER E. — Die freien Transplantasjonen. I Teil, Stuttgart, 1919, VI, Absch.  
Kr. 5, 325-501.
193. LEXER E. — Joint transplantations and arthroplasty. Surg. Gynes, obst. 1925,  
40, 782-909.
194. LEXER E. — 20 Jane Transplantations foscung in der Chirurgie. Arch. f.  
chir. 1925, Bd. 138, 251, 302.
195. LE VLEN H. H. and BARBERIE — Tissue reaction to plastics used in sur-  
gery with special reference to teflon. Ann. surg. 1948, I, 74-84.
196. LEVY L. J. LIPSCOMB C. P. and ME DONALD JR. — H. C. Fort Worth,  
tex. Complications of Judet arthroplasty the to foreign-body reaction  
to nylon prothesis. J. Bone Jt. Surg. (Amer Ed), 1954, 36/6 (1175-1180).
197. MAGNUS G. — Das Schisksal des interponierten Fettes bei der arthroplastik.  
Bruns Beit. Z. Klin. Chirur. 1924, 191, 670-698.
198. MAK AUSLAND W. R. and MAK AUSLAND A. R.  
The mobilization of ankylosed joits by arthroplasty. Philadelphia  
1929, p. p. 252.
199. MAK—TELLANDER — Acta chirurgica scandinavica, 1954, v. 107, fadc. 2-3,  
138-145.
200. MOVIN R. — Comoined Jondet Arthroplasty and intertrocharteric oteosyn-  
thesis.  
Acta orthioped. scandinavica, 1954.
201. MOYES E. J. — Metal Alloplasty of the knee.  
Joint. Journal of and joint surgery, 1954, vol. 36. A. N. 2, p. 363-367.
202. NEER CHARLES S. — Indications for Replacement of the Proximal hume-  
ral Articulation.  
The American Journal of surgery, April 1955, vol. 99, N. 4, 901-906.
203. NEER CH. S. — Articular Replacement of the Humeral Head. Journal of  
Bone and Joint Surgery, Tome 37. A. N. 2, 1055.
204. PUTTI V. — L'arthroplastic des articulations ankylosees. Lyon chirurgical,  
1922, XIX, 121-151.
205. SANTI P. — Arthroplasty.  
Surg. Gyn. Obst. 1923, 37, 310-319.
206. SMITH—PETERSEN M. AUFRAND O. and LARSON.  
Principle of mold arthroplasty applicato the hip.  
Surg. clinica of North Amer. 1947, 27, 5, 1303-1306.
207. TAILLARD W. — (Clin. Orthop. du Bulgrist, Zurich).  
L'usure de la prothèse de plexiglas dans l'arthroplastie de la hanche  
selon Judet. Schweiz. Med. Wschr. 1954, 74/42, 1194-1197.
208. TODD. A. — Arthroplasty.  
Brit. Journ. of. surg. 1923-24. XI, 42, 319-326.
209. THOMPSON F. R. TWO and a HALF YEARS  
Experience with a vitallium intramedullary Hip prothes.  
Journal of Bone ant Joint Surgery, 1954, vol. 36 A, N. 3. pp. 489-502.
210. VENABLE CHARLES S. — An Elbow and an elbow prothesis.  
The American Journal of surgery, 1952, T. xxxIII N. 3, 271-275.
211. WALDIUS — Arthroplasty of the knee joint with an acrilic prothesis.  
Acta orthoped. scand. 1953, 23, 121.
212. WHEELER W. — Reconstruction of joint.  
Dublin Journ. of. medic. science, 1921, 4, 20, 433-452.