

NDRYSHIMET E PROTEINAVE TË SERUMIT TË GJAKUT, PARA DHE MBAS MJEKIMIT ME PREPARATE ANTIBAKTERIALE DHE KORTIKOSTEROIDE TEK TË SËMURËT ME POLISEROZITE TUBERKULARE

JOSIF E. ADHAMI

Katedra e Terapisë së Fakultetit

Që në vitin 1956 kemi filuar studimin e proteinave të serumit të gjakut, me metodën refraktometrike. Gjatë kësaj kohe kemi bërë qindra eksaminate, duke përmblehdur rrëth 200 raste poliserozites tuberkulare, pa përmendur cirrhozat hepatike, nefrozat, poliserozitet me etiologji tjeter etj.

Në këtë punim do të kufizohemi vetëm në 58 të sëmure me poliserozit tuberkular, të cilët janë mjekuar me preparate antibakteriale të kombinuar me kortikosteroidë, kryesisht delta korten.

Për përcaktimin e tyre kemi përdorur refraktometrin AB me ultratermostat Zeiss.

Reaktivat dhe metodika janë po ato që përshtuan Predteçenskij V.E. ri ndihje me përcaktimin e fraksioneve proteinike.

Në këtë mënyrë ne kemi përcaktuar sasinë e albuminave dhe globulinate të shprehura në gr.%; nga shuma e tyre gjemë përqindjen e proteinave totale pa fibrinogen; kurse nga rapporti midis albuminave dhe globulinate gjemë koeficientin e tyre.

Si regull të sëmurevë u bëhei përcaktimi i fraksioneve proteinike që në ditët e para të shtrimit, d.m.th. para fillimit të terapisë, pastaj një ose më shumë herë gjatë injekimit, për të parë ndryshimet në dinamikë dhe më në fund para daljes nga klinika.

Për përcaktimin e shifrave normale të proteinëhemisë, fraksioneve albuminë, globulina dhe rapportit midis këtyre dy të fundit, jemi bazuar mbi të dhënat e literaturës, por njëkohësisht kemi bërë disa ekzaminime në njëzet që mund të konsiderohen të shëndoshë. Midis këtyre të fundit duhen përmendur donatore të qendrës së konservimit të gjakut, studentë ose infermierë.

Të bazuar mbi të gjitha këto, proteinat totale të serumit të gjakut i kemi konsideruar si normale, kur janë midis 7,1-8,0 gr%, albuminat 4,51-5,50 gr%, globulinat 2,51-3,50 gr%, kurse koeficientin albumina/globulina 1,50-2,49.

Nga 58 të sëmuret me poliserozit tuberkular, 20 i kishin proteinat totale në normë, d.m.th. midis 7,1-8,0 gr%; 28 paraqitnin hipoproteinemi, nga të cilët 22 veta midis 6,1-7,0 gr%, kurse 6 të tjerët 5,1-6,0 gr%. 10 të sëmure të kishin më të larta se norma. Prej këtyre të fundit, 8 veta midis 8,1-9,0 gr%, shira që simbas disa autorëve konsiderohen pothuajse normale ndërsa 2 të tjerët paraqitnin një hiperproteinemi të qartë mbi 9,0 gr%.

Në literaturën që kemi patur mundësi të konsultojmë, me përfashim të punimit të Demjanovskaja N.P. (1958), nuk kemi gjetur studime të tjera mbi ndryshimin e proteinave të serumit tek të sëmuret me poliserozite

tuberkulare, prandaj shpesh herë jemi detyruar të bëjmë krahasime me forma të tjera të tuberkulozit, kryesisht atij pulmonar.

Nga 50 rastet e studjuar nga Denjanovskaja N. P., megjithëse në punimin e tij nuk tregohen se cilat shifra konsideroheshin si normale, në 28 prej tyre përbaltaja e proteinave totale ishte brenda normës, në 20 osë 40% të gjithë pacientëve që konstatuar ulje e tyre dhe vëtëm në dy veta ngritje mbi normën.

Sipas të dhënave tona, përqindja e rasteve me hipoproteinemi ka qenë më e madhe, rreth 48,3% të rasteve. Natyrishët që një gjë e këtillë lidhet me shumë faktorë, midis të cilëve gjendja e pacientit gjatë shtrimit, sepsë format e zgjatura me akutizim të përsëritura, me turbullime digjetive të mëdha, kane mundësi të kenë hipoproteinemi më të theksuar se sa të tjerat.

Një gjë e këtillë është vërtetuar dhe në punimet eksperimentale të Plander E.M. (1953), i cili konstata se në lepurat dhe kavjet e infektuara nga tuberkulozi, sasia totale e proteinave të gjakut, në shumicën e rasteve ishte në kuqi normale, me përjashtim të atyre që paraqitnin akutizim të zgjatura të procesit tuberkular, ku vihej re një hipoproteinemi.

Mbas mjekimit, d.m.th. para se të sëmurët tanë të dihin nga klinika, bëmë ekzaminimin refraktometrik të albuminave dhe globulinave të serumit të gjakut në 52 veta, kurse në 6 nuk u përcaktuam. Gjatë këtyre ekzaminimeve, konstatuam një pakësim si të rasteve me hipoproteinemi, ashtu dhe të atyre me hiperproteinemi, kurse numuri i të sëmurëve me proteinat totale normale u shtrua.

Të gjitha të dhënat simbas sasisë së proteinave totale, janë paraqitur në pasqyrën e mëposhtëme, ku krahasoher, rezultatet e përcaktimit para

Shpërndaria e poliseroritave tuberkulare simbas proteinhemisë totale,

pa:a dhe mbas mjekimit.

Gr %	5,0 e poshtë	5,1-6,0	6,1-7,0	7,1-8,0	8 1-9,0	Mbi 9,0	Shuma
Pa mjeqiminit	—	6	22	20	8	2	55
Mbas mjeqimit	1	5	13	27	6	—	52

Po të shohim shityllën ku proteinat totale janë brenda kufijve normale, d.m.th. midis 7,1-8,0 gr%, numuri i të sëmuarëve nga 20 para mjekimit, është shtruar në 27 imbas tij, megjithëse në dajë rastet e ekzaminuar janë të pakët se sa gjatë shtrimit.

Kjo gjë duket më qartë në pasqyrën e mëposhtëme, ku janë dhënë jo vetëm shifrat absolute të të sëmuarëve, por dhe përqindjet e tyre.

Pasqyri krahasonjëse e shifrave absolute dhe relative të të sëmuarëve me poliserorit tuberkular, simbas proteinave totale të sermit të gjakut.

Proteinat totale.	Të ulura		Normale		Të larta		Shuma e të sëmuarëve:
	Nr. absolut	%	Nr. absolut	%	Nr. absolut	%	
Para mjeqimit	28	48,3	20	34,5	10	17,2	58
Mbas mjeqimit	19	36,5	27	52,0	6	11,5	52

Ka autore sikurse Plander E.M. (1953), Kordzahija T.P. (1960) etj. që thonë se mbas mjekimit, sasia e proteinave totale të serumit të gjakut po thaujse nuk ndryshon. Kurse në materialin tonë, siç duket dhe në pasqy rënë më sipërme, vihet re tendenca për t'u normalizuar niveli i tyre. Kështu gjatë shtrimit, afro gjysma e të sëmurevë paraqitnin hipoproteinemi, kurse mbas mjekimit numuri i tyre u pakësua deri rë pak më shumë se një të tretnë e rasteve; po ashtu përqindja e të sëmurevë me proteinëhem normalë, përparrë mjekimit nuk vihet re veçë në pak më shumë se $1/3$ e të sëmurevës, ndërsa mbas tij, përbashkëtë më tepër se gjysmën e tyre.

Përveç këtyre, ne konstatuam dhe një ulje të përqindjes së rastevës me hiperproteinemi nga 17,2% rë 11,5%. Këjo gjë simbas mejtimit tonë, duhet shpjeguar me faktin se ndën veprimin e terapisë, ulja e globulinave tek të sëmuret me hiperglobulinemi, është bërë më me shpejtësi, se sarija e albuminave tek ata me hipoalbuminemi.

Ky supozim vërtetohet po të shikojmë pasqyrat krahasonjës të shifrave absolute dhe relative të albuminave dhe globulinave të serumit, të cilat do t'i paraqitet më poshtë.

Para mjekimit, ndryshimet më të mëdha ne i kemi konstatuar në fraksionet proteinike të serumit të gjakut, kryesisht në albuminat.

Kështu nga 58 pacientët që u janë përcaktuar proteinat para mjekimit në 11 u gjenden albuminat në normë, d.m.th. midis 4,51-5,50 gr%, në 45 raste ato ishin të ulura dhe vetëm në dy veta qenë më tepër se 5,50 gr%.

Nga 45 të sëmuret që paraqitnën hipopalbaminemi, 14 veta i kishin midis 3,51-4,50 gr%, 15 midis 2,51-3,50 gr%, dhe në 16 ato qenë aqë të ulura, sa nuk arrinë as 2,50 gr%.

Prej këtyre të fundit me hipopalbuminemi të theksuar ndën 2,50 gr%, duhet përmendur rasti i të sëmurevës Gjele F. me poliserocit tuberkular të kombinuar me cirrhozë hepatike, ku niveli i albuminave të serumit ishte aqë i ulët, sa nuk mund të përcaktohet dhe gjithë sasija e proteinave të serumit përbëhej nga globulina 6,593 gr%.

Nga këto të dhëna del se në afro 77,6% të rasteve, albuminat e serumit të gjakut janë pakësuar. Këto shifra afrohen me ato të Demianovskaja N.P. (1958), që nga 50 raste poliserocitesh tuberkulare, konstatoi se albuminat ishin normale në 7, të shfuara vetëm në 1 dhe të pakësuara në 42 vërtata, ose 84% të të sëmurevës.

Të dhënët tonë korespondojnë dhe me ato të Model L.M. dhe Sidelnikova E.F. (1944), të cilët studjuan fraksionet proteinike në serumin e 59 tëmijëve me forma të ndryshme të tujerkulozit dhe konstatuan hipobuminemi në 44 veta ose 74,5% të rasteve, kurse në 15 të sëmuret e tjere, niveli i albuminave ishte brenda normës. Këto ndryshime i bëjnë atë të arinjë në konkluzionin, se ulja e sasitë së albuminave në serumin e fëmijëve tuberkularë është një simptom patognomonik. Uljen e albuminave ata e lidhën me insuficiencën e funksionit proteinosintetizorës të heparit, mbasi sinteza e tyre bëhet në këtë organ.

Në qoftë se të dhënët e reja të literaturës dhe rezultatet tonë nuk na lejojnë të pranojmë konkluzionin e parë, ne jemi dakord me pëkëpamjen e tyre të çytë, sipas së cilës hipoalbuminemia duhet të lidhet me turbullimet funksionale të heparit.

Lidhur me këtë, mund të përmendim faktin, se në rastet tonë ku poliserocit shqërohej me cirrhozë hepatike, albuminat ishin shumë të ulura. Kështu që rasti i pacientes Gjele F. që treguan më lart, tek e cila al-

puminat qenë aqë të pakta, sa nuk mund të përcaktohen, kurse globulinit arriin 6.593 gr%; por me përmirësimin e gjendjes dhe të provave funksionale të heparit, u vu re një ngritje e albuminave në 2.824 gr% dhe mië vonë 3.163 gr%, kurse globulinat u ulën respektivisht në 3.930 gr% dhe 3.186 gr%.

Në favor të rolit të heparit në sintetizimin e albuminave, tlet edhe rasti i pacientes që po demonstrojmë më poshtë:
Nurije B., vjeç 24 fshatore, u shtrua në klinikë më 11 mars 1959 me shënjat e një peritoniti plastik dhe pleuriti eksudativ të djathë, gjatë qëndrimit në klinikë iu konstatua një kompleks primar pulmonar me bronkadenit bilateral dhe limfadenit paratrakeal të djathë në fazë regresive. Përveç këtyre paraqiste shënjat klinike dhe radiologjike të një peridudjenit dhe të një enterokoliti tuberkular, të lokalizuar në regionin ileocekal.

Hepari nuk e kalonte harkun kostal vëçse 1 cm, kurse splina ishte e madhe, e fortë dhe arrinte 5 cm ndënëhark, gjëra që na bënë të menjjmë se krahas poliserozitit, po zhvillohej dhe një cirrhozë hepaticë e tipit Banti. U injekua me 43 gr streptomycinë, 38,5 gr fitivazid, 525 mg delta korten dhe pas 86 ditësh doli nga klinika në gjendje fare të mirë. Shënjat e poliserozitit u zindukën, por ato të cirrhozës sa vinni theksoshehin, aqë sa në jillim të vitit 1962 u shtrua përsëri në klinikë me një cirrhozë hepaticë dekompenuar, me ascit.

Po të shikojmë dinamikën e proteinhemisë gjatë vitit 1959, kur poliseroziti shkon me drejt shërimit, ndërsa procesi sklerotik i heparit progresonte pamavarësishët nga terapija hormonale që i bëhej pacienten, konstatojmë se albuminat e serumit të gjakut, megjithëse në fillim pësuan një farë ritjeje, më vonë u ulën përsëri, deri sa pastaj nuk qe e mundur të përçaktohen. Sigurisht që këtu përvëç infeksionit dhe intoksikacionit tuberkular, duhet të kenë influencuar negativisht mbi heparin dhe antibakterialet.

Ndryshimet e proteinhemisë - totale, fraksioneve albuminave, globulina dhe rapportit midis tyre, janë paraqitur në pasqyrën e mëposhtme:

Pasqyra e ndryshimeve të proteinhemisë tek pacienja Nurije B.

Data	Proteina totale gr %	Albumina gr %	Globulina gr %	Koeficienti Alb/Glob.
14.III.59	6,566	1,807	4,759	0,37
4.V.59	6,943	2,712	3,231	0,83
22.V.59	5,798	1,694	4,104	0,41
5.VI.59	6,637	—	6,637	—

Në favor të uljes së albuminave gjatë infeksionit tuberkular, janë të dhënët eksperimentale të Plander E.M. (1953), i cili konstatoi se lepujt dhe kavjet e infektuara ng a tuberkulozi, në një pjesë të konsiderueshmë të tyre, paraqitnin një ulje të albuminave, ngritje të globulinave dhe fibrinogenit.

Për hipoalbuminemi gjatë tuberkulozit të njerëzve, kryesisht atij pulmonar, flasin dhe shumë autorë të tjera: Trautwein H. (1954), Chormis K.B. dhe b.p. (1956), Gilliland I. dhe b.p. (1956), Harrower J.R.

dhe b.p. (1957), Lenii G. dhe De Michellis U. (1957) që thonë se albuminat kanë tendencë pér t'u pakësuar vëcanërisht në stadt e vonëshme; Coste G., Moretti E., Sadowski I.F. (1958), Ricci G. dhe b.p., Kordzahija T.P. (1960), Rabuhin A.E. (1960). Ejnis V.L. (1961) etj.

Mbas mjekimit të sémureve tanë, përqindja e atyre me nivelin e albuminave në normë, d.m.th. midis 4,51-5,50 gr%, nuk kishte ndryshim të madh me atë para mjekimit; por të sémurët me hipoalbuminemi të theksuar, ndën 2,5gr%, qenë më të shumtë para mjekimit, kurse mbas tij shumicën e atyre me hipoalbuminemi e përbëjnë ata që i kanë albuminat midis 3,51-4,50 gr%, të cilit qëndrojnë më afër shifrave normale, d.m.th. në ekstremin proksimal të hipoalbuminhemisë.

Këto ndryshime dukën në pasqyrën që vijon:

Shpërndaria e poliseroziteve tuberkulare simbas albuminhemisë para dhe mbas mjekimit

Gr %	2,50 e poshtë	2,51—3,50	3,51—4,50	4,51—5,50	Mbi 5,50
Para mjekimit	16	15	14	11	2
Mbas mjekimit	9	6	21	11	5

Duhet përmendur se nga 9 pacientët që në dalje i kishin albuminat më të ultura se 2,50 gr%, në dy vjetë sasia e tyre ishte aqë e vogël, sa nuk mund të përcaktohet, kurse tek një tjetër (Bukurije Xh.), me një formë adezivo-plastike kronike të peritonitit, që i zgjatët për vjetë me radhë dhe që shoqërohet me shënjë tireotoksoze, niveli i tyre mbas mjekimit ishte 0,226 gr%, ndërsa globulinat qenë të rritura dhe arrinin 5,633 gr%, megjithëse gjendja u përmirësua shumë.

Përsa u përket dy të sémurave të tjera, njera ishte Nurije B. ku poliseroziti shodërohej me cirrhozë hepatike që kemi folur më parë; tetra-Ike E., e cila përvëç simptomave të poliserozitit total (hipoëperikardio-peritonit), paraqiste dhe shënja të lehta tireotoksoze.

Gjendja e pacientës të fundit u përmirësua ndën vepërimin e terapipës, sasia totale e proteinave u ngrit, por përvëç këtyre u rrit progresiv isht niveli i globulinave dhe u ul ai i albuminave, aqë sa këto të fundit nuk mund të përcaktohen. Krahas me globulinat u rrit dhe sedimentacioni, i cili pastaj vazhdoi të qëndrojë i lartë deri në daljet nga klinika.

Të dhënat mbi proteinheminë dhe sedimentacionin e pacientes Ike E., po i paraqitim të përmbledhura në pasqyron e mëposhtëm:

Ndryshimet e proteinhemisë, fraksioneve albuminave e globulina, koeficientit të tyre dhe sedimentacionit, gjatë mjekimit të pacientes Ike E.

Data	Proteinat totale %	Albuminat gr%	Globulinat gr%	Koeficienti Alb/glob.	Sedimentacioni në mm.		
					1 orë	2	24
2 XII-57	6,911	2,937	3,974	0,74	40	51	65
23 XII-57	7,913	1,582	6,331	0,24	45	55	63
20 I-58	7,410	0,904	6,506	0,13	50	57	72
4.II-58	8,320	Nuk përcaktohen	8,320	Nuk përcaktohen	42	58	64
							—

Nga kjo pasqyrë, duket qartë se deri në një farë pike, ekziston një paralelizëm midis nivelit të globulinave dhe sedimentacionit, megjithëse të dhënët e literaturës thonë se ndryshimet e fraksioneve proteinike të gjakut janë më sensibile se sa sedimentacioni (Grilliland I. dhe bashkëpuntorët).

Një gjë të këtij lloji kemi konstatuar shpesh herë edhe ne. Kështu ka raste kur i sëmuri shërohet klinikisht, sedimentacioni ulet, ndërsa koefficienti albuminë/globulina, do akoma kohë për t'u normalizuar.

Sido qoftë, takti se nga tre rastet tanë që paraqitnin hipoalbumin-

hemini ka qe të theksuar mbas mjekimit, në dy prej tyre poliseroziti shohë qërojë me tireotoksozë, na bëri të menjomë se mos kejo e fundit, në mënyrë direkte ose indirekte, ka influencuar në turbullimin e metabolizmit të proteinave. Dhe me të vërtetë kohët e fundit, në një punim mbi turbullimet e metabolizmit të proteinave në hiper dhe hipotiroizmin klinik, Ioanitii D. dhe bashkëpuntorët (1962), treguan se gjatë hipertiroizmit konstatohet hipergamaglobulinemi, hipoalbuminemi dhe hiperparafilia 2 globulinemi.

Përsa u përket globulinave të serumit të gjakut, konstatuam se nga 58 pacientët tanë, vetëm në 12 nivelli i tyre ishte në normë, d.m.th. midis 2,51-3,50 gr %, 8 veta paraqitnin hipoglobulinemi, prej të cilëve 7 midis 1,51-2,50 gr %, dhe vëtëm një pacient midis 0,50-1,50 gr %; në 38 të tjerët osë 65,5% të rasteve, globulinat ishin të shtuara më tepër se norma. Nga këta të fundit, në 22 veta nivelli i tyre ishte midis 3,51-4,50 gr %, në 11 midis 4,51-5,50 gr %, kurse në 5, ato ishin më të larta se 5,50 gr %. Demjanovskaja N.P. (1958), nga 50 rastet me poliserozit tuberkular që studjoi, gjeti se në 28 prej tyre globulinat ishin të larta, në 18 normale, kurse në 4 të ulura.

Po t'i krahasonojmë këto të dhëna me materialin tonë, do të shohim se përqindjet e të sëmureve me globulina normale ne e kishim më të vogël, kurse shifrat absolute dhe përqindjet e atyre me hiper dhe hipoglobulinemi, më të mëdha se ato të autorit të mësipërm.

Të gjitha këto që thamë, duken qartë në pasqyrën e mëposhtëme:

Pasqyrë krahasonjëse e globulinave të serumit të gjakut tek të sëmuret me poliserozit tuberkular.

Autori	Globulinat e serumit të gjakut						
	Të larta		Të urula		Normale		
ras teve Nr. rasteve	%	Nr. rasteve	%	Nr. rasteve	%		
Demjanovskaja N.P.	50	18	36,0	4	8,0	28	56,0
Të dhënët tonë	58	12	20,7	8	13,8	38	65,5

Me gjithë ndryshimet që ekzistojnë në përqindjet e nivelit të globulinave të pacientëve të Demjanovskaja N.P. dhe të sëmureve tanë, pasqyra e mësipërmë tregon se këto të dhëna kanë gjera të përbashkëta. Kështu po të krahasonojmë tri shtyllat e globulinave, do të shohim se përqindja më e madhe e rasteve i takon asaj me hiperglobulinemi, pastaj vjen ajo me

nivell e globulinave në normë dhe më në fund ajo me hipoglobulinemi. Këto të dhëna, ndryshojnë nga ato të Model L.M. dhe Sidelnikova & E.F., të cilët nga të 59 fëmijët me forma të ndryshme të tuberkulozit, konstatuan se përqindja më e madhe (24 veta ose 40,7%) i kishin globulinat brenëda normës, d.m.th. midis 2,5-3,5 gr%, pastaj vinin ato me hiperglobulinemi (22 raste ose 37,3%) dhe më në fund ato me hipoglobulinemi (13 veta ose 22%).

Këto rezultate i bënë autorët e mësiperë që me ndryshim prej hipoglobulinemisë, hiperglobulinemini mos e konsiderojnë si patognomonike për tuberkulozin, sepse sipas fjalës së tyre, vetëm në afro një të tretë e rastevje vijet re ky shtim i globulinave. Këtë hiperglobulinemi, ata përpinqen ta interpretojnë si rezultat të zërthimit të proteinave celulare (leukociteve dhe indeve), sepse këto janë të përbëra kryesishht nga globulina. Po kështu, me lëshimin në qarkullim të produkteve të lizës së indeve, e shpiegojnë rritjen e alfa 2 globulinave tek të sëmurët me meningjit tuberkular edhe Ricci G., Mingrino F. dhe Casini A. (1959). Kurse për gama globulinat thonë se rriten krahas me alfa 2 globulinat, por sidomos gjatë evolucionit të sëmundjes dhe konvaleshençës, duke përbërë kështu fraksionin e fundit që normalizohet.

Levi-Valsensi A. dhe bashkëpuntorët (1955), të bazuar mbi ekzaminimet mikroelektroforetike të serumit të 100 rasteve me tuberkuloz pulmonar, konstatuan se alfa globulinat genë katër herë më të larta në atë me procese evolutive, se sa në atë me procese të stabilizuar. Me qëllim që të tregojnë se gjatë mijekimit globulinat ulen dhe kanë tendencë të normalizohen më shpejt se sa albuminat, niveli i të cilave rritet më me ngadalë, do të paraqitum më poshtë pasqyrat krahasonjëse të dy fraksioneve proteinikë.

Numeri dhe përqindja e poliseroziteve tuberkulare simbas përbajtjes se albuminave të serumit të gjakut para dhe mbas mjekimit.

Albuminat	Të ulura		Normale		Të larta		Shuma e të sëmuarëve
	Nº absolut	%	Nº absolut	%	Nº absolut	%	
Para mjekimit	45	77,6	11	19,0	2	3,4	58
Mbas mjekimi	36	69,23	11	21,15	5	9,62	52

Numeri dhe përqindja e poliseroziteve tuberkulare simbas përbajtjes se globulinave të serumit të gjakut, para dhe mbas mjekimit.

Globulinat	Të ulura		Normale		Të larta		Shuma e të sëmuarëve
	Nº absolut	%	Nº absolut	%	Nº absolut	%	
Para mjekimit	8	13,8	12	20,7	38	65,5	58
Mbas mjekimi	13	25,0	21	40,4	18	34,6	52

Duke krahasuar këto dy pasqyra, konstatojmë se rastet me hiperglobulinemi nga 65,5% që ishin para mjekimit, pësuan një ulje të theksuar dhe arritjen 34,6%, ndërsa ato me hipalbuminemi nga 77,6%, pas mjekimit u ujen pak dhe arritjen 69,23%.

Po kështu rastet me globulinemi normale, nga 20,7% që ishin para mjekimit, arritjen në 40,4% mbas tij, d.m.th. pothuajse u dyfishuan, ndërsa ato me albuminemi normale, nga 19% nuk u rriten veçse shumë pak dhe arritjen 21,15%.

Edhe Choremis K.B., Allamanis I., Zoumboulakis D. (1956), duke studjuar fraksionet proteinike me anën e elektrorezës në 38 fëmijë me forma të ndryshme të tuberkulozit (pulmonar, pleurite, meningite) thonë se gjatë mjekimit, u vu re një ulje deri në normë e alta globulinave, ndërsa albuminat u ngriten më me vonesë.

Një shpërndarje më e hollësishme e të sëmurëve simbas nivelit të globulinave të gjakut, para dhe mbas terapisë, duket në pasqyrën e mëposhtëme:

Pasqyrë krahasonjëse e të sëmurëve simbas globulinhemisë

Gr%	0,50—1,50	1,51—2,50	2,51—3,50	3,51—4,50	4,51—5,50	mbi 5,50
Para mjekimit	1	7	12	22	11	5
Mbas mjekimit	2	11	21	9	4	5

Duke studjuar shifrat absolute të kësaj pasqyre, duket qartë se para mjekimit vendi i parë, përsa i përket shumicës së rasteve, i takon hiperglobulinemisë së moderuar, d.m.th. midis 3,51-4,50 gr% me 22 veta, kurse mbas mjekimit pështë specifike spostohet nga hiperglobulinemia, në shtyllën me nivelin e globulinave normale, d.m.th. midis 2,51-3,50 gr%, me 21 veta.

Për një ngritje të albuminave dhe ulje të globulinave mbas mjekimit, flasin dhe autorë të tjere: Model L.M., che Sidelnikova E.F., Trautwein H., Choremis K.B. dhe bashkëpuntorët, Harrower J.R. dhe b.p., Ricci G. e b.p., Kordzahija T.P., Ejnis V.L. etj. Krasas ndryshimeve që pësojnë fraksionet proteinike gjatë poliserozitieve tuberkulare, ndryshohet edhe koeficienti aluminia/globulinia. Kështuna 58 të sëmurët tanë, 10 veta e kishin atë normal, d.m.th. midis 1,50-2,49, vetëm një pacient më të lartë se 3,0, kurse 47 të tjerët më të ulët se norma. Nga këta të fundit, 16 të sëmurë midis 1,0-1,49, 19 midis 0,50-0,99 dhe 12 nën 0,5.

Prej këtej del se 81% e rasteve tanë e kishin koeficientin albumin/globulina më të ulët se sa norma.

Duke i krahasuar këto shifra me ato të autorëve të tjera, do të shohim se Demjanovskaja N.P. nga 50 të sëmurë me poliserozit tuberkular e ka konstatuar të ulur në 36 veta ose 72% të-rasteve, ndërsa Model L.M. dhe Sidelnikova E.F. nga 59 fëmijë me forma të ndryshme tuberkulozi, kryshtull pulmonar, në 41 veta ose 69,5%.

Për uljen e koeficientit albumin/globulinia gjatë tuberkulozit flasin dñe shumë autorë të tjere: Plander E.M. (1953), Balogh Gyula dhe h.p. (1954), Gilliland I. dhe b.p. (1956), Harrower J.R. dne b.p. (1957), Lent G. dhe De Michelis U. (1957), Kordzahija T.P. (1960), Rabuhin A.E. (1960), Ejnis V.L. (1961) etj.

Në zvogëlimin e koeficientit të fraksioneve proteinike, lozin rol si albu minat dhe globulinat. Por, me ndryshim prej Model L.M. dhe Sidelni-

kova E.F., që rolin kryesor ia atribuojnë uljes së albuminave, ne të bazuar mbi tē dhënët tona, menjtojmë se më tepër influencon shtimi i globulinave. Për këtë qëllim po paraqitum një pasqyrë krahasonjës të përqindjes së uljes tē albuminave, ngritisë së globulinave dhe uljes tē koeficientit.

*Pasqyrë krahasonjës e uljes së albuminave, ngritisë së globulinave
dhe koeficientit albumina/globulina.*

Autori	Ulijë e albuminave	Gritja e globulinave	Koeficienti Alb/glob.
Demjanovskaia N.P.	84,0%	56,0%	72,0%
Model L.M. e Sidelnikova E.F.	74,5% . 77,6%	37,3% 65,5%	69,5% 81,0%
Të dhënët tona			

Nga këto pasqyrë duket qartë se Demjanovskaia N.P., me gjithëse përqindjen e uljes së albuminave e ka më të madhe se tonë, atë të koeficient e ka më të vogël, sepse dhe përqindjen e ngritisë së globulinave e ka më të vogël. Po ashtu përqindja e uljes së albuminave të Model L.M. e Sidelnikova E.F., me gjithëse nuk ndryshon shumë nga të dhënët tona, duke qenë se përqindja e ngritisë së globulinave në materialin e tyre është shumë më e ulët, edhe koeficienti është më i ulët se përqindja e materialit tonë. Këto rezultate, si dhe të dhënët e literaturës mbi ndryshimet elektroforetike gjatë sëmundjeve infektive akute, ia bëjnë që pikëpamjen e Model L.M. dhe Sidelnikova E.F., të cilët e konsiderojnë uljen e albuminave si simptom patognomik të tuberkulozit, të mos e pranojmë. Për këtë rjeton të përmendim punimin e Mingrino F. dhe Casini E. (1959), mbi ndryshimet e proteinesh së sëmundjeve proteinike në serumin e të sëmruarë me fito abdominale. Autorët tregojnë se në fzen akutë, sëmundja karakterizohet kryesisht nga një pakësim i proteinesh së albumininhemisë me tendencë përt'u shtuar fraksionet globulinike alfa 2 dhe gama. Po këshutur Mingrino F. dhe Hashkëpuntorët kanë jetur se në sëmundjen e Heine-Medin, ekziston një pakësim i proteinave totale, albuminave dhe rritle e alfa 2 globulinave.

Përveç sëmundjeve infektive, kohët e fundit Ioanitiu D. dhe b.p. (1962), konstatuan se edhe në hipertiroizëm, ekziston një hipoalbuminëmi, ndër per gamaglobulinhem i dhe hiper alfa 2 globulinhem.

Të gjitha këto na bëjnë të mejojmë se ndryshimet e proteinave dhe fraksioneve të tyre, nuk janë patognomonike për tuberkulozin, por ato i gjemjë dhe ri sëmundje të tjera.

Megjithatë, krahas me të dhënët e tjera, këto na ndihmojnë për të përcaktuar diagnozën etiologjike, por kryesisht evolucionin dhe prognozën e sëmundjes.

Me ndryshimet që pësonjnë fraksionet proteinike, rritet koeficienti albumina/globulina dhe ka tendencë të normalizohet.

Sipas materialit tonë, këto ndryshime vihen në dukje në pasqyrën e mëposhtëme.

Shpenzardaria e te sëmruarë me poliserozit tuberkular sumbas koeficientit albumina/globulina, para dhe mbas mjejkimit.

Koeficienti Alb/glob.	Ndën 0,50	0,50 – 0,99	1,0 – 1,49	1,50 – 1,99	2,0 – 2,49	2,50 – 2,99	3,0 e lart
Para mjejkimit	12	19	16	6	4	—	1
Mbas mjejkimit	7	6	21	7	5	3	3

Koefficientin albumina/globulina, sikurse e kemi thënë më parë, ne e konsiderojnë normal kur është midis 1,50-2,49. Në të dy shtyllat që u korespondojnë shifrave normale të pasqyrës së mësipërme, nuk shikohen ndryshime të mëdha midis rasteve para dhe mbas mjekimit. Megjithatë, në këtë pasqyrë vendet re se ndërsa para mjekimit numuri më i madh i rasteve me koefficient të ulur ndën normë ndodhej midis 0,50-0,99, mbas mjekimit u spostua në drejtim të normës dhe arriti midis 1,0-1,49. Fakti që ne kemi konstatuar se albuminat rriten më ngadalë se sa u lenë globulinat, mund të na shpjegojë fare lehtë përsë mbas mjekimit 21 veta, ose shumica e rasteve me koefficient më të ulur se sa norma, kanë qëndruar në afersi të kësaj të fundit, por nuk janë normalizuar akoma. Kurse rritura e koefficientit mbi 2,50 dhe 3,0 është më vështirë të shpjegohet.

Më poshtë do të lapim një pasqyrë krahasonjëse, ku përvëç shifrave absolute të shprehën dërengjet e rasteve me koefficient më të ulët, normal ose më të lartë se norma.

Numuri dhe përqindja e poliserozitëve tuberkulare simbas koefficienti albumina/globulina, para dhe mbas mjekimit.

Koefficienti Alb/Glob.	I ulur		Normal		I lartë		Shuma e të sëmurëve %
	N. absolut	%	N. absolut	%	N. absolut	%	
Para mjekimit	47	81,0	10	17,3	1	1,7	58
Mbas mjekimit	34	65,4	12	23,0	6	11,6	52

Këto të dhëna tregojnë se mbas mjekimit koefficienti albumina/globulina rritet.

Në favor të normalizimit të tij ose të tendencës përf t'u normalizuar, flasin dhe autorë të tjera si Model L.M. dhe Sidelnikova E.F., Gilliland I. dhe b.p.; Harrower J.R. dhe b.p.. Ricci G. dhe b.p., Kordzahija T.P. + Ejnis V.L. etj.

Po ka dhe të tjere sikurse Balogh Gyula dhe b.p. (1954), të cilët me gjithëse pranojnë se koefficienti albumina/globulina është më i ulët në tuberkulozët, thonë se me përmirësimin ose keqësimin e procesit, ai nuk ndryshon.

Kurse Valdés Ruiz M. dhe b.p. (1953), kanë konstatuar një ulje të koefficientit mbas mjekimit me isonazid.

Por rezultatet e këtyre të fundit, nuk duhen marë shumë për bazë, mbasi ata kanë studjuar vetëm 8 të sëmurë me tuberkuloz pulmonar, të cilëve u është bëre përcaktimi i albuminave dhe globulinave vetëm 15 dhe 30 ditë mbas fillimit të terapisë, kohë shumë e shkurtër për mjekimin e proceseve tuberkulare.

Me ndryshim prej këtyre, të dhënët tona tregojnë se zakonisht tek të sëmurët që mjekohen për kohë të gjatë, të mjaftueshme përf shoijten e procesit tuberkular, krahas ndryshimeve të fraksioneve proteinike, ndryshon edhe koefficienti albumina/globulina.

Ne e konsiderojmë të drejtë pikëpamjen e Demjanovskaja N.P., simbas cilës normalizimi i proceseve të metabolizmit bëhet më me ngadalë se sa shërimi klinik dhe të sëmurët nuk duhen konsideruar plotësisht të shëruar, nëquitë se këto procese nuk janë normalizuar.

Prandaj mejojmë se autorët që nuk kanë gjetur ndryshime të koeficientit mbas mjekimit, duhet t'i kenë bërë ekzaminimet shumë kohë pëpara shërimit të plotë të tyre.

Të gjitha rezultatet tonas mbas mjekimit, iu referohen të sëmurevë para se të dalin nga klinika; por duhet patur parasysh se ata e vazhdojnë terapi në ambulatorish për 5-6 muaj, kohë në të cilën indekset e turbullimit të metabolizmit të proteinave, edhe atje ku gjatë qëndrimit në klinikë kanë në kufi patologjike, mund të normalizohen.

Të bazuar mbi të gjitha sa thamë, duhet të arrjmë në këto konkluzione:

- 1— Në poliserozitet tuberkulare konstatohet një hipoproteinhemi, e cila simbas të dhënavë tona, vihet re në afro gjysmën e rasteve (48,3%).

- 2— Nga fraksionet proteinike, ndryshimin më të madh e pësojnë albuminat, të cilat janë të pakësuarë në më tepër se $\frac{3}{4}$ e rasteve (77,6%), pastaj vijnë globulinat që janë më të larta se norma në afro 2/3 e të sëmurevë (65,5%).

3— Koeficienti albumina/globulina është i ulur në shumicën dërmnjëse të pacientëve (81,0%).

4— Ulija e koeficientit myaret si nga pakësimi i albuminave, ashtu dhe nga ritja e globulinave, por këjo e fundit duket se influencon më tepër.

5— Ndryshimet e proteinave të serumit të gjakut dhe ato të fraksioneve të tyre, nuk janë patognomonike për tuberkulozin, mbasi konstatohen dhe në sëmundje të tjera.

6— Mbës mjekimit, krahas përmirësimit të procesit patologjik, proteinemia totale shkon drejt normalizimit. Simbas të dhënavë tona në më tepër se gjysmën e rasteve (52,0%).

7— Ndën veprimin e terapisë vihet re shtimi i albuminave, pakësimi i globulinave dhe si pasojë e këtyre ndryshimeve, rritet koeficienti albumina/globulina.

8— Ulija dhe normalizimi i globulinave të serumit bëhet më shpejt se sa ngritja dhe normalizimi i albuminave.

9— Krahas me klinikën dhe të dhënat e tjera laboratorike, ekzaminimet e proteinave të serumit dhe fraksioneve të tyre, na ndihmojnë për të përcaktuar diagnozën etiologjike, por kryesisht evolucionin dhe prognozën e sëmundjes.

(Paraqitur në redaksi më 5-XII-1962)

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

1- BALOGH GYULA, MINOCZY LASZLO, BAUMANN MIKLÓS.
Tüdőgrumokoros betegek vérénék elektroforetikus vizsgálata. Tuberk. kerksései, 1954, 7, 1-8.

2- CHOREMIS K.B., ALLAMANIS I., ZOUMBOULAKIS D.
Comparative studies of the Middlebrook and Dubos reaction and electrophoretic patterns in childhood tuberculosis. Acta tuberc. scandinav., 1956, 32, 3-4, 260.

3- COSTA G., MORETTI E., SADOWSKI L.F.
Sul quadro protidemico nella tubercolosi polmonare: analisi elettroforetica su carta delle proteine totali, delle glicoproteine, delle lipoproteine e del fibrinogeno. Lotta contro tubercol. N.P. Nekotorie dannie o sostojaniji bjellkovo i uglevodnovo obmjena u balinë tuberkulozimi poliserozitani.

4 DEMJANOVSKAJA A.

Nekotorie dannie o sostojaniji bjellkovo i uglevodnovo obmjena u

V: "Tuberkulozne poliseroziti" Sbornik rabot kafedri fakultetskoj terapii Černovickovo medinstituta. Kiev 1958, 51.

5- EJNIS V.L.

Tuberkuloz. Klinika, profilaktika i lečenje.

Medgiz-1961-Moskva.
6- GILLILAND I., JASSUSTON R., STRADLING P., ABDEL-WAHAB E.M. Proteinat e serumit te gjakut ne tuberkulozin pulmonar. Brit. Med. Journ., 1956, 1, 1460.

7 - HARROWER J.R., KAHN M.T., BECKER M.I., SHABART E.J. Preliminary observations with the use of paper electrophoresis in studying serum protein changes as an index of progress in the tuberculous patient. Amer. rev. tuberc., 1957, 76, 5, 892.

8- IOANITIU D., DINULESCU ELENA, ESANU C., MITRACHE LUDMIA, KIM-HO-YUN. Tubuluarile metabolismului proteic in hiperti-si hipotiroidismul clinic. Studii si cercetari de endocrinologie. 1962, XIII, 5, 663.

9- KORDZAHIA T.P. Materiali k ocenke effektivnosti lečenija tuberkuloza logičnih. Avtoreférat disertacii na soiskanje učionoj stepeni kand. med. nauk. Tbilisi 1960.

10- LENTI G., DE MICHELI S.U. Diagnosi precoce della tubercolosi. Collana monografica diretta da G.C. Dogliotti. Edizioni Minerba Medica. Torino 1957.

11- LEVI-VALENSI A., AKOUN G. ET RIVIERE J. Elektroreza ne tuberkulozin e mushkierive. La presse medicale. 1955, 24, 502.

12- MINGRINO F., CASINI E. Alterazioni della proteinemia e delle frazioni proteiche del siero nel tifo. Archivio italiano di scienze mediche tropicali e di parassitologia. 1959, XL, 7, 397.

13- MODEL L.M., i SIDELNIKOVA E.F. Vegetativne disfunkcii i narushenija obmjeni pri tuberkuloze. Tom. II. Moskva 1949.

14- PLANDER E.M. Izmenjenija bielkovih frakcii plazmi krovni i ballansa vitamina C pri tuberkuloze v zavisnosti ot lečenija para-aminosalicilovoj kislotoj. Tr. In-ta mikrobiol. A.N. Latv. SSR. 1953, 2, 53.

15- RABUHIN A.E. Lečenije balnovo tuberkulozom.

Medgiz 1960, Moskva.
16- RICCI G., MINGRINO F., CASINI E. La proteinemia totale e le frazioni sieroproteiche nella meningite tubicolare. Archivio italiano di scienze mediche tropicali e di parassitologia. 1959, XL, 7, 389.

17- TRAUTWEIN H. Blutbild und Bluteiweißbild unter der Chemotherapie, vor allem der INH-Behandlung der Tuberkulose. Beitr. Klinik Tuberk., 1954, III, 1-2, 39.

18- VALDES RUIZ M., JUANES GONZALEZ A., GRANADO M.A., JUANES GONZALEZ M. Modificaciones proticas en el suero de enfermos tuberculosos tratados con le hidrazida del ácido isonicotínico. Arch. Med. expt., 1953, 16, 2, 225.

CHANGES IN THE PROTEINS OF THE BLOOD SERUM BEFORE AND AFTER TREATMENT WITH ANTIBACTERIAL AND CORTICOSTEROID PREPARATIONS IN POLYSEROSITIS TUBERCULOSA.

(Summary)

The author presents the changes of the proteins of the blood serum and of the albumin and globulin fractions, determined in 58 cases of tuberculous polyserositis before and after injections of antibacterial and corticosteroid preparations. The determinations were made with the AB refractometer with the Zeiss ultrathermostate.

On the basis of the literature data and the examination of persons that can be presumed healthy, like blood donors, students and nurses, the author considers as normal the following figures:

Total serum proteins:	between	7.1	and	8.0	g%
Serum albumins	"	4.51	"	5.50	g%
Serum globulins	"	2.51	"	3.50	g%

Albumin/globulin coefficient — 1.50 to 2.49.

The author compares his figures with those he has found in the literature and arrives at the following conclusions: according to him in tubercular polyserositis in 48.3% of the cases can be observed a hypoproteinæmia. From the protein fractions the most important changes occur with the albumins, which are diminished in 77.6% of the cases, then the globulins, which are higher than normal in 65.5% of the cases. As a consequence of these changes there is a fall in the albumin/globulin coefficient in 81. 0% of the cases.

The fall of this coefficient depends on the decrease of the albumin as well as on the increase of the globulin fraction, but the author thinks that the second factor is more important. The changes in the proteins of the blood serum and in their fractions are not pathognomonic for tuberculosis, since they are encountered also in other affections.

After a treatment with antibacterial and hormonal preparations, together with the improvement of the pathological process was noticed a normalisation of the blood serum proteins in 52.0% of the cases: the albumins increased, the globulins diminished, the coefficient albumin/globulin was restored to normal. During the observation of these changes it was noted that the normalisation of the globulin fraction was more rapid than that of the albumins.

The author thinks that, together with the other clinical and laboratory data, the determination of the blood serumproteins and their fractions helps considerably in the determination of the etiological diagnosis and of the evolution and prognosis of the disease.

MJEKUMI KIRURGIKAL I SËMUNDJEVET TË GJENDRËS TIROIDE SIMBAS EKSPERIENCES TE KLINIKËS SË KUR- GJISË SË PËRGJITHËSHME

MARGARITA SJOMOÇKINA

Katedra e Kirurgjisë së Përgjithëshme.

Me sëmundjet e gjendrës tiroide, kirurgu ndeshet shpesh herë. Mjafton të përmendim që për sa i përket nekuencës, ato zenë në spitalin kirurgjikal të Tiranës vendin e pestë mbas apendicitit, hernies, ulcères gastroduodenale dhe sëmundjeve urogenitale. Gjatë qdo viti kryhen mesatarish 90 operacione përmekimin e strumës, që përbëjnë afersisht 3,5% të numrit të përgjithshëm të gjendrën tiroide.

Operacioni i parë në gjendrën tiroide, që pati për qëllim heqjen e një nodusi të izoluar, mbas llidhjes paraprake të vazavet të gjakut, u krye në vitin 1771 nga Vogel. Hemistrumekomia tipike me ligaturë të arteriave tiroide më vonë u bë nga Dezo (Desault). Ndërhyrjet mbi gjendrën tiroide në fillim bëhen në rastë të rralla dhe jepnë një përqindje të madhe mortaliteti. U deshën të kalojnë vite dhe dhjetra vjecarë para se operacionet në këtë gjendër të merrnin një përhapje të gjëre dne kjo ndodhi nga fundi i shekullit XIX.

Në Shqipëri, ndërhyrjen e parë të këtij lloji e kreu me sukses mjetku Osman Jonuzi në vitin 1920. Ky fakt rezulton nga të dhënët verbale të vëtë autorit, i cili ngë ana tjeteri precizon se dy vjet para tij kirurgu amerikan Bruck (Bruck), që punonë në spitalin e kryqit të kuq, tentoi heqjen e strumës, por ndërhyrja përfundoi në vdekje, në vijim të një hemoragje të mëdha. Duke filluar nga viti 1920 dhe deri më 1934, janë kryer çdo vit më tepër se 20 operacione mbi gjendrën tiroide duke përdorur narkozën ingalatore me maskë. Metodika që kanë ndjekur kirurgët ka kon sistuar në rezeksionin bilateral të gjendrës simbas Koher (Kocher) me ligaturë ekstrakapsulare të arterieve *thyroidea superior* dhe *inferior*, ndërsa në raste kistesh osc nodeesh solitare procezohej një enukleacionin e tyre. Shumica e ndërhyrjeve mbi gjendrën tiroide përfunduan me sukses. Simbas kujtimevet të Osman Jonuzit ndodhi vetëm një vdekje në rastin e një të sëmure me Morbus Basedow. Mbës kësaj periudhe, kirurgët Osman Jonuzi dhe Frederik Shiroka e janë narkozën dhe aplikuan anestezinë lokale në ndërhyrjet e tyre në strumë. Frederik Shiroka ka ndihmuar një mënyrë të konsideruar në aplikimat. Me metodat te ndryshme kirurgjikale dne ka kryer me sukses një numër të madh ndërhyrjes, si në spitalin e përgjithshëm të Tiranës ashtu edhe në atë të Shkodrës. Kështu, në vitin 1934 (duke filluar nga ky vit disponohen dokumentat) u bëni 21 strumektoni që zënë 6,8% të numrit të përgjithshëm të opacioneve.

Ne klinikën e kirurgjisë së përgjithëshme periodës 1958-1961 (4 vjet) u mjetuan 161 raste me patologji të ndryshme të gjendrës tiroide. Te sëmuert simbas sektsit ndahen në këtë mënyrë: 30 burra dhe 131 gruaja.

Te raportit I/4.3. Zakonisht struma sporadike ndeshet në burrat 10-12

herë më rrallë se në gratë (Nikollajev). Kur është fjalë për endemi, reporti nçryshon; dhe në vatrat e endemisë së rendë ky mund të jetë i njëlljotë ose afersisht 1:1,2 ose 1:1,3 (Lidskij A.T.). Lidhja reciproke ndërmjet gjenduravet gjenitale femiore dhe gjendrës tiroide, përkaktion dhe shpesh-tësinë e morbozitetit në gratë. Mbi gjendrën tiroide ndikojnë menstrucionet, barra, klimaksit si dhe një sërë sëmundjesh të shpeshta të sterës genitale. Ne i keni ndarë të sëmurët simbas rafionit duke adoptuar skemën e propozuar nga prof. Hoxha, i cili dalon vend me endemi të rëndë strume (Tropoç, Peshkopi, Korce, Pogradec, Kukës), vende me endemi të lehtë (Burri, Elbasan, Berat, Përmet, Gjirokastër, Krushë) dhe vende pa endemi (Burrel).

Të sëmurët që jetojnë vazhdimisht në Tiranë janë vendosur në një grup të veçantë që përbledh 72 të sëmurë, baras me 43,4% të gjithë kontigjentit tonë. Nga zonat me endemi të rendë, kemi patur gjithsejt 33 të sëmurë (20,5%) ndërsa nga zonat me endemi të lehtë kanë ardhur 31 të sëmurë (19,3%). Të sëmurët e tjera (nga Durresi, Vlora, Saranda, Himara, Fieri) përbëjnë gjithsejt 27 raste (16,8%). Arësyjeja që të sëmurët e zonave endenike janë paraqitur relativisht me pakicë, shpjegohet nga fakti së një pjesë e tyre operohen në vend ose në qendrat kirurgjikale më të afërtë (Korce, Elbasan, Shkodër, Vlorë, etj.).

Frekuenca e sëmundjës në lidhje me mosha me paraqitet si vijon:

Pasqyra Nr. 1

Mosha e të sëmurëvet	Numuri i rastevet
Deri në 14 — vjeç	6
14 — 20 vjeç	35
21 — 30 "	46
31 — 40 "	38
41 — 50 "	26
51 — 60 "	7
1 e lart	3

Mosha më e re e të sëmurrir të operuar për struma është 7 vjeç, ndërsa mosha më e madhe arrin në 71 vjeç. Sikurse shihet nga pasqyra, shumica e të sëmurëvet janë paraqitur për ndihmë kirurgjikale në moshën ndërmet 20-40 vjeç. Në mosha më të kaluara, 50 vjeç e lart, frekuencë e sëmundjës është shumë më e ulët. Duke iu referuar afatit të zgjatjes së sëmundjës së strumës, duhet të theksojmë se një pjesë e konsiderueshme e të sëmurëvet nuk mund ta përcaktojnë me përpikmëri kohën e fillimit të rritjes së gjendrës (kjo është karakteristika për formën eutireoidike). Një fakt të tillë shpesh herë e vjenë re në fillim vëtëm të afërmitt ndërsa të sëmurrëvet u tëheq vëmendjen më vonë.

1) Edhe Tirana hyn në zonën e endemisë së lehtë.

Koha e zgjatjes së sëmundjes së strumës:

Numri i rastevet

Deri në 6 muaj	19
6 – 12 muaj	24
1 – 2 vjeç	30
2 – 5 „	25
5 – 10 „	29
10 – 20 „	25
Më se 20 „	9

Një e sëmuriu nga ato të kuruar nga ne paraqet antecedente prej 55 vjet. Zhvillimi i strumës mund të fillojë në qdo moshë, por simptomat e para qafqen më tepër deri në moshën 20 vjeç, mbas moshës 40 vjeçare morboziteti zhret menjëherë. Simbas të dhënavet të Nikollajev-it, në rast se struma nuk është zhvilluar deri në moshën 15-25 vjet, mbas kësaj moshë eventualiteti i saj është mirënjift i rrallë.

Përqindjen më të madhe, si rezultat i predominimit të sëmundjes, një gratë, e përbërë shtëpijaket (30 %), pastaj punëtorët (22 %), fshatarët (14 %), nepunësit (12 %). Kontigjentin tjetër prej 22 % e përbërë të sëmuri pa ndonje mjeshtëri të caktuar.

Struma është konstatuar shpesh herë edhe në antecedentet familiare (22 raste). Sikurse ka theksuar edhe Nikollajev — çështja e karakterit familiar të strumës që të pënë të mendosh lidhur me rolin e faktoreve të herditare në etiopatogenezin e strumës, nuk është studjuar akoma në mënyrë të mjaftueshme. Simbas pikëpamjet së tij rëndësinë më të madhe e kanë kushtet e njëlljoja sanitaro-hygjenike.

Nga të sëmuri të tonë 30 (18,8%) kishin strumë të formës difuze, 114 (70,7) — strumë të formës nodulare, 17 (10,5) të formës së përzier. Në këtë mënyrë forma nodulare e strumës ka pasur një predomnim të dukshëm. Gjysma e rastevet të strumës nodulare kanë patur lokalizim bilateral. Ngao format nodulare të njëanëshme (gjithsejt 58, duke përfshirë këtu edhe 34 raste me struma cystike), 33 ishin të lokalizuar nga e djathta, 14 në zonën e isthmus-it dhe 11 nga e majta.

Sikurse dihet, zmadhimi oifuz i gjendrës tiroide nuk paraqitet gjithmonë si çfarje morboze. Ky fakt ka ngandonjëherë karakter fiziollogjik si adaptim ndaj ambientit rrëthorjës të organizmit (mungesa e jodit në natyrë etj.), dhe paraqitet në vëvërtje si një reaksion kompensorës i organizmit ndaj kushteve të këtij ambienti. Ekzistanca e nodeve, në indet e gjendrës tiroide në strumën endemike është një dëshmi e pakontestueshme e sëmundjes së organizmit (Nikollajev).

Përsa i përket madhësise së strumës ne patëm:

Struma të gradës së dytë	2
Struma të gradës së trëtë	45
Struma të gradës së katërt	94
Struma të gradës së pestë	20

Kemi vënë re se pjesa më e madhe e të sëmuriu (70,7%) paraqiste struma të gradës së katërt dhe të pestë. Dimensione veçanërisht të më-

dha kanë patur strumat e formës nodulare dhe katërt dhe të peste, kurse vetëm 1/5 e rastevet me forme nodulare e ka patur strumën e zmadhuar deri në gradën e tretë. E kundërta ndodh me formën difuze ku, simbas materialitet tonë, predominon struma e gradës së dyfisë dhe të tretë, dhe vetëm në $\frac{1}{4}$ e rastevet me strumë difuze, u konstatua struma e gradës së katërt. Struma difuze e gradës së peste nuk u konstatua në asnjë rast.

Përsa i përket ndarjes së të sëmurëve me strumë simbas funksionit të gjerdës-tiroide, në analizën e materialit tonë bie në sy një predominim i dukshëm i formave hipertiroide: 110 të sënurë (68%) u gjjeten në një funksion të gjencës tiroice. Në 34 prej këtyre rasteve ekzistonte një tireotoksikoze e tjeekshar. Në 49 të së-aurët e tjerë (30 %) në nuk kemi vënë re asnjë çregullim të funksionit të gjendrës tiroide. Vetëm në 2 të sënurë (1,3%) u vu re një funksion mjaft i ulur i gjendrës (hypotireoze). Duke analizuar 34 rastet me strumë tireotoksite, ne gjjetem që 21 prej tyre paraqisin një strumë endemik të bazoedovifikuar, (Morbus Basedow sekondar), ndërsa në 13 rastet e tjerë u vunë-re struma primare tireotoksite (Morbus Basedow primar).

Përsa i përket etiologjisë së strumës tireotoksite, një rendësi e madhe i jepet traumës psiqike. Simbas të dhënavë të Israel Bram (cituar nga Fridberg) trauma psiqike është sinjalizuar në 85% të rasteve me tireotoksikozë, ndërsa simbas Petrovskit vetëm në 43,3% të rasteve. J. Adhami dhe M. Koslaqi e kanë gjetur traumën psiqike si faktor etiologjik në 10% të të sëmureve me strumë tireotoksite të studjuar prej tyre. Simbas të dhënavë tona kjo përqindje rezulton dicët më e lartë dhe arrin deri në 15%. Mjë pjesë tjetër e të sëmurevet tonë (12%) e lidhën fillimin e zhvillimit të sëmundjes me barri ose me lindjen, dhe më në fund 8,8% e tyre tregojnë për infeksione të ndryshme (grip, adenektis).

Cilët kanë qenë faktorët që i kanë detyruar të sëmuret të paraqiten për ndihmë kirurgjikale?

30 të sëmure nuk kanë paraqitur asnjë ankesë. Një pjesë e tyre është drejtuar tek kirurgu për qëllime kosmetike, pjesa tjetër ka qenë e dërguar nga mjekët patologë të cilët kanë konstatuar forma nodulare të strumës, që sikurse dihet, nuk i nënshtrohen terapisë konservative. Në 25 të sëmure të tjerë janë manifestuar simptomat e presionit mekanik të strumës mbi organet e qafës (trakeo-efag), fakt që shprehet me vështirësi të aktit të respiracionit (sidomos në kulmin e inspirimit), sensacione peshe në zonën e strumës si dhe vështirësi gjatë gëlltitës. Të sëmuret me forma hipertrofike dhe në mënyrë të vegantë ata me strumë tireotoksite, paraqisnin ankesa të shumëlllojshme dhe simptoma lidhur me ndryshimin në sistemin kardiovaskular, nervor si dhe çregullime të metabolizmit. Në pasqyri Nr. 3 është paraqitur shpeshtësia (në përgjindje) e simptomave kryesore të strumës simbas formave klinike të saj.

Pasqyra Nr. 3.

	Eutireoza	Hypertireoze	Tireotoksikoze
Simptomat	8	48	70
Takikardi	2	47	88
Tremor	—	48	47
Dispnoe	—	29	75
Elkzoftalmi	12	29	47
Dhimbje koke	2	23	44
Djersitje			

Símpotomat	Eutireoza	Hypertireoze	Tireotoksikozë
Gjumë të keq	6	17	35
Humbje në peshë	2	12	35
Nervozizëm	6	35	53
Dobësi e përgjithshme	6	27	29
Subfebrilitet	—	6,7%	17%
Ndryshim të ciklit menstrual	—	1,3%	3%

Ne e kemi ndeshur strumën retrosternale në 26 të sëmure, d.m.th. në 17% të rasteve. Kjo përqindje e tejkalon atë të Nikollajev-it O.V. (2,9%). Por duhet theksuar se strumë retrosternale të plotë ne nuk kemi ndeshur asnjë herë gjatë katër vjetve ku përfishtë materiali i ynë. Eshë fjalë vëtëm për struma retrosternale parciiale që e tejkalojnë incizuren jugulare në një thellësi prej 1 cm. Për të diagnostikuar strumën retrosternale, shqyesh herë mjafton vëtëm ekzaminimi rontgenologjik ri sajë të të cilët përcaktohet mjaft mirë kufiri i poshtëm i shtrirjes së strumës. Ekzaminimi rontgenologjik i rrugëvet të sipërme të frymëmarrjes (më mirë grafia, se sa skopia) lejon që të konstatohet qvendosja e trakesë nga një anë ose prapa si pasojë e presionit të shkakkuar nga struma. Símpotoma të shumta dhe të ndryshme mund të jay, përvëç formave të tireotoksite dhe hipertireoidike e strumës, edhe struma e "thjeshtë" endemike. Plikamja rmbi primitivitetin e tabllosë klinike të strumës endemike në përgjithësi është e gabuar (Lidsskij).

Shpeshtësia e pulsit: Síkurse dihet takikardia paraqitet si një nga çfaqjet me karakteristike dhe konstante të M. Basedow-i. Mjafton të përmendim që takikardia sëbashku me strumën dhe ekzofthalmin janë parashtruar nga Basedow-i Qysht në vitin 1840 si triada klasike e tireotoksikozës. Vëtëm më vonë Sharko (Charcot), i shtoi kësaj triade edhe një simptom tjejër, tremor-in. Në të sëmuret tonë, shpeshtësia e pulsit ka oshluar ndërmjet 58 deri 40 goditje në minut. Ne kemi konstatuar takikardinë në 97% të rastevet të tireotoksikozës (94,6% simbas Petrovskit). Vëtëm tek një i sëmure u vu re një bradikardi e cila zhdukej menjëherë mbas një ngarkese të vogël fizike, (nga 58 rrahje në minut pulsi arrinte në këtë rast në 100 rrahje) fakt që shpjegohet nga eksitabiliteti i shtruar i zemrës në tireotoksikozen. Çregullimi i rrimit kardiak është vënë re nga ne vetëm një 6 të sëmure, ndër të cilët tre kanë pasur ekstrasistolli dhe tre të tjere janë paraqitur me arrhythmi perpetua. Kater nga këto të sëmure kishin tiréotoksikozë dhe dy të tjera hiperthyroidozë. Tensioni i ngritur arterial (mie lart se 140 mm. të shptyllës së zhivës) u konstatua në 15 të sëmure ndër të cilët 8 i përkisnin formës tireotoksike të strumës. Tensioni i ulët i gjakut (më poshtë se 100 mm) është obseruar në 8 të sëmure me eutireoze dhe hypertireoze. Në të 136 të sëmuret e tjera tensioni arterial ka qenë brenda kufijet normale. Zakonisht në tireotoksikozen, krahas shtrimit të kontraktivevet karotike, bie në mënyrë reflektore edhe tonusi i vazavet periferike dhe në këtë rast tensioni ulët (Havim). Këtë e pohojnë të dhënat tona. Në 1/3 e të sëmurevët tonë me tireotoksikozë, presioni i pulsit arriti deri në 70-80 m/m. të shptyllës së zhivës.

Ekzaminimi elektrokardiografik u bë në 106 të sëmure ndër të cilët 7 rezultuan me sinistrogramë ndërsa 1 me dekstrogramë. Në 7 raste janë konstatuar ndryshime të miokardit ndër të cilët 5 i përkisnin formës tireotoksike dhe 2 hipertireoidike. Përvëç kësaj tek një i sëmure me tireotoksikozë, u gjetën edhe çregullime të përgushmërisë atrioventrikulare. Përsa i përket ekzotalmisë në tireotoksikozë, sikurse shihet në pas-

qyien Nr. 3, ne e kemi gjetur në 75% të rastevet (simbas Petrovskit 78,1%). Shpesh herë, përvèç këtij fakti, janë konstatuar edhe simptoma të tjera okulare (Graefie, Möbius).

Tabloja e gjakut: Analiza e gjakut, në shumicën e pacientëve tanë, ka treguar një ulje të moderuar të përqindjes së hemoglobinës (60-75%), ndërsa numuri i eritrociteve në shumicën e rasteve ka qëndruar brenda kufijve normale. Numuri i leukociteve, pothuaje në gjysmën e rasteve të shëtie gjetur i ulur (më pak se 6000) dhe disa herë deri 4000-3500. Në 30% të rastevet, numuri i limfociteve ka qenë i rritur. Shpesh herë është gjetur një linfocitozë deri 70-80%. Eozinofilia është vëni re në 1/3 e të sëmuarëve. Rrallë është vëni re një sasi e rritur eozinofilesh. Deviacioni nga e marta e formulës leukocitare është observuar në 17% të rasteve. Shpejtësia e sedimentacionit të eritrocitevet në shumicën e të sëmuarëve ka qenë normale. Ky polimorfibëm i përbërjes morfollogjike të gjakut shpjegohet me faktin që në kontigjentin tonë bëjnë pjesë të sëmuarë edhe me strumë endemike, edhe me morbus Basedow. Leukopenia me limfocitozën dhe aneozinofilinë relative janë çfarqet më karakteristike të sëmuarëve së Basadow-it (Arinkin, Shereshevskij), ndërsa në strumën endemike vihet rezakonisht eozinofilia dhe kjo në këtë rast mund të arrijë deri në 25% (Nikollajev).

Metabolizmi bazal. Një ndër treguesit karakteristikë të funksionit të plenëres trooice është metabolizmi bazal. Duke u bazuar në rezultat e ekzaminimit të 29.000 të sëmuarëve me tireotoksozë, Petrovskij ka arritur në konklikzonin se në $\frac{3}{4}$ e rastevet, metabolizmi bazal është i rritur dhe shpesh herë arrin në shifra shumë të lartë (+100% e lartë) në të sëmuarët me tireotoksozë. Metabolizmi bazal lëkundet normalisht nga -10% deri +10% (simbas Atabek nga —10% deri +15%).

Metabolizmi bazal me anën e aparatit Krogh u përcaktuva në 59 të së-murë, 41 prej të cilëve kishin hipertireozi dhe tireotoksozë. Duhet përmendur se rrallë herë ekziston një përpunje ndërmjet rezultatit të metaboli-zimit bazal dhe tireotoksozës së shprehur.

Simbas materialit tonë, në formën difuze të strumës metabolismi bazal është lëkundur ndërmjet +13% deri në +54%, ndërsa në formën nodulare të tireotoksozës është gjetur nga —15% deri +59%.

Përsa i përket metabolizmit bazal të ulur ose normal që ndeshet shpesh në të sëmuarët me tireotoksozo dhe vëcanërisht në formën nodulare të stru mës, kanë shkruar Martinov, Deinek, Marchall. Por ndërsa metabolizmi bazal normal ose i ulur është ndeshur vetëm në 5% të të sëmuarëve të kontigjent tonë në tireotoksozë, kjo përgjindje arrin në 30% në rastet maksimal të strumës eutireoide. Në disa raste ne kemi përdorur formulën e Dzheilit që e përcakton në mënyrë më të thjeshtë. Metabolizmi bazal është baras: me numrin e rrahjeve të pusit në minut + diferenca ndërmjet presionit maksimal dhe minimal të gjakut —111. Sikurse është vërtetuar nga Reznickaja dhe Shereshevskij, diferenca ndërmjet shitrave të metabolizmit të gjitura me anën e formules së naltpermendor dhe atyre të rezultateve nga ekzaminimi me anën të aparatit të posaçm, është shumë e vogël.

Sikurezë u përmend më lart, ne kemi patur edhe dy të të sëmuarë me strumës akuta, të cilët në fillim u trajuan me incizion dhe drenazh dhe mbas cikatrizimit të plaqës ju nënshtruan ndërhyrjes së zakorëshme strumëk.

tomia. Abscesi i gjendrës tiroide mund të hapet vëtë në lëkurë por ngandoniqëshëri qelbi mund të shpërthejë në mediasin. Për këtë arsyё incisioni i gjerë i vatrës purulente dhe drenimi i mire i saj, janë kondita të domosdoshme. Në rastë të tjera të strumit akut ose tiroidit, ndodh që procesi inflamator të mos kalojë në fazën puruante, destruktive. I tillë është i rastë i të sëmuës tek e cila fenomenet e inflamacionit u likuiduan plotësisht mbas administrimit të preparavevet antibiotike ohe të jodit.

Malignizimi është një komplikacion tjeter i strumës. Në e kemi gjetur malignizimin në dy të sëmure.

Tek i sëmuri J. Ll. vjeç 55 i cili qysht prej 20 vjetësh paraqiste një formacion me dimensione të vogla ndëri këndin e majte të nöfullës së poshtëme (struma aberante), u vu re se në katër vjetët e fundit struma fillon të rritet me shpejtësi, u çaqen edhe disa formacione të fortë trieth saj dhe pranë muskulit *sternocladomastoideus*. Njeri prej këtyre formacioneve u ekstirpuar dhe i u riënështrua ekzaminimit histopatologjik. Diagnoza rezultoi: Adenocarcinoma papillomatosa. Si rezultat i kalmimit të procesit në fazë të avancuara (ekzistencë metastazash në nödet limfatike regionale dhe në mushkërtë) ndërhyrja radikale nuk u bë.

Përsa i përket malignizimit të shpeshtë të strumavet aberante kanë iolur Gorçakov dhe Nikollajev.

Rasti tjeter intereson të sëmuri G. K. vjeç 45 me një struma nodosa dextra qysht prej 15 vjetësh. Dy muaj përpëra pësoni një goditje në regionin e gushës. Menjëherë pas kësaj struma filloj të rritet në volum, u çaq dñembla ja në zonën e tumorit, vështirësia gjatë frysëmarrjes dhe gjëlltijes, njirja e zërit dhe pakësimi i ndiqjimit nga e djathha. Struma paraqitet me dimensionet $12 \times 8 \times 6$ cm., mjaft e forte e palëvizioni me, aderente në indet që ndodhen ndëri të dhe me trakenë, e cila në ekzaminimin rotogenologjik rezulton e çyndosur riga e maitsa. U diktuan gjithash tu melastaza pulmonare në formë dhe madhësi të ndryshme. Si rezultat i shtypjes progresive të ushtruar nga tumorri mbi trake, ezofag që mbi enët e gjakut të qafës, u vendos që të bëhet hemistrumektomia, e cila u realizua ndën narozë endotrakeale. Diagnoza histopatologjike: Struma degenerative maligna Carcinoma.

Sikurse shihet në të dy rastet e përmendura është tjala për një degjenerim malign të strumës nodoze. Ne pajtohemi me Petrovin i cili është i mendimit që tek njerëzit e moshës së mesme e lart, çdo nodus të konsiderohet si një gjendje prekanceroze. Simbas të dhënavet të Kollosovskit, struma maligne përbën 0,45% të të gjitha formavet të strumavet; simbas Malugin N.S. kjo përqindje arrin deri në 2,4 kurse Levitt e ka gjetur strumë maligne në 1,5% të rastev et.

Struma recidivante është ndeshur në klinikën tonë në 6 raste, 5 prej të cilëvej ishin operuar për herë të parë në reparte të tjera. Në mierin prej këtyre rastev et, është fjalë për një pacient me strumë tireotoksite të operuar në klinikën tonë para një vitit e gjysëm, i cili kthetet rishtas me recidive të strumës dhe tireotoksoze dhe operonet për të dytën herë. Ne kemi ndeshur më shpesh në pseudorecidiva — ritje të strumës duke u nisur nga noduse që kanë mbetur të pa ekstirpuar gjatë ndërhyrjes së parë.

Mjekimi i strumës: Ne nuk kemi ndërhyrë në të gjitha format e strumavet. Ende në repartet tonë kirurgjikale paraqiten të sëmure me forma të tillë strume, ku operacioni nuk është i indikuar, si për shembull struma difuze eutiroide e cila nuk ushtron ndonjë presion mekanik në organet e qafës. Një strumë e tillë difuze endemike, shpesh herë në fazat e para të

hiperplazisë, mjekohet me sukses me metodat konservative. Ne kemi patur 12 të sëmuri të këtij lloji, të cilëvet u kemi administruar ambulatorisht pilulat e Sherishevskit.

Duhet patur parasysh se terapia konservative nuk jep gjithmonë rezultatet e duhura dhe vec kësaj të sëmuri është qëndorë i marrin medikamentet në mënyrë të çregjillëtë dhe me ndërprije. Por në qoftëse struma difuze zhvillohet me fenomene hipertireoze (dhe aq më tepër në rast fenomenesh tireotoksikoze) ose kur qëqen symptomat e kompresionit mekanik të organave të tjerave, atëherë kjo strumë duhet t'i nënshtrohet ndërhyrjes kirurgjikale. Në strumën tireotoksike indikacionin kryesor për ndërhyrje e përbën dëshrimi i mijekimit konservativ. Vlen të shënonhet se në rastet e tireotoksikoze nuk duhet të qetësohem nga përmirësimet e përkohëshme dhe nga remisionet që vihen re në sajë të terapisë konservative. Reziku i ndërhyrjes në tireotoksikoze shtohet proporcionalisht me zgjatjen dhe gravitetin e sëmundjes (Petrovski). Grequllimet kardiovaskulare në tireotoksikoze mund të likuidohen plotësisht mbas ndërhyyrjes dhe si rriedhim këto qregullime nuk përbëjnë ndonjë kundërindikacion për operacion.

Pregatitja preoperatore. Të sëmuri të forma strume eutiroide ose me hipertireozë të lehtë, nuk kanë nevojë për ndonjë pregatitje medikamentozë speciale. Të sëmuri të tillë ne kemi patur 44 (nga 130 që i janë nënshtruar ndërhyrjes). Përdorisa ndër ne kanë predominiuar format hipertiroide dhe tireotoksike të strumës, atëherë si pregatitje për operacion, ka qenë i nevojshëm pakësimi i aktivitetit funksional të gjendrës tiroide. Kësaj ne i a kemi arritur shpesh herë me anë të përdorimit të preparave të jodit. Vëten tek një i :ëmure (nga 68 që kanë marrë preparam jodi) ne u deleyruam të ndërprësim administrimin e solucionit të lugolit për arësyte të qfaqjes së fenomenevet kolaterale. Për përmirësimin e gjumit dhe për qetësimin e eksitabilitetit nervor, në 42 të sëmuri u përdor luminal ose *natrium bromatum* sol. 1%-2%, ose të dy preparatet sëbashku. Glysmës të sëmuri të endovenozë i është dhënë sol. glycosoe 40% + vitamina C dhe B₁. Në dy të sëmuri me thëksuara neurovegjetative, ne kemi përdorur digitalis. Duke filluar që nga viti 1960, në disa të sëmuri me tireotoksozë, me qregullime të thëksuara neurovegjetative, ne kemi përdorur klorpromazinë. Duhet të përmendim se administrimi i klorpromazinës në 9 të sëmuri me tireotoksikoze, nuk na ka bindur neve se ajo ushton ndonjë elekt terapeutik në këtë lloj sëmundje. Jo vetëm kaq, por tek e sëmura K.C. vjeç 45 (kartela klinike 3700) me fenomene të tireotoksikozës, ne u detyruam ta ndërprësim kurën me klorpromazinë për arësyte se, megjithëse në dy ditët e para gjendja e të sëmures mbiati e njëllojtë, në ditën e tretë ju shtua takikardia, filloj t'i merret mendja, të ndjejë dobësi të theksuar dhe të ketë pagjumi. Në këtë rast klorpromazina u zëvendësua me sol. lugoli në doza të zakonishtme, me luminal, me *natrium bromatum*, ndërsa fuzionet endovenozë të glukozës së bashku me vitamininat ju vazhduan edhe më tej. Kjo lloji terapije vazhdoi gjatë 10 ditëvet. Mbasi e sëmura u qetësua dhe ju zhduk takikardia, u muar për operacion dhe me anestezë lokale u krye rezekzioni subtotal bilateral i gjendrës tiroide. (Peshë e pjesës së hequr arrinte deri në 150 gr.) Dekursi postoperator nuk pati ndonjë komplikacion. E sëmura dolli në gjendje të mirë dhe me një pakësim progresiv të simptomave të tireotoksikozës.

Përsë i përket këtij veprimi kolateral të klorpromazinës në disa të sëmuri, kanë shkruar edhe J. Adhami e M. Kostaqi. Simbas të dhënavet

të tyre, këto manifestime kolaterale kanë një karakter të përlorshëm. Mirëpo gjatë pregatitjes preoperatorore, edhe keqësimet e përkohëshme të gjindjes së të sëmurëvet janë të pa deshirueshme.

Zakonisht pregatitja preoperatorore zgjat ndërmjet 7 dhe 20 ditë. Efektit e kësaj terapië vërehen me shpesht në ditën e pestë dhe të gjashtë. Takikardia pakësohet, tremori ulet, gjumi përmirësohet dhe i sëmuri bëhet më i qetë. Aplikimi më tej i prepravevet te jodit dhe sedativevet, nuk siell ndonjë ndryshim tjetër të rendësishëm në gjendjen e të sëmurit. Bile ndodh edhe e kundërtta kur mbas periudhës së përmirësimit, ngandonjëherë mund të rikthehen simptomat e imëparëshme. Për këtë arsye, ne, rrallë herë e vâzhdojmë pregaftjen preoperative më tepër se 20 ditë. Me një pregaftje të tillë kemi kryer 130 operacione në gjendrën tiroide.

Anestezia: Shumica e të sëmurëvet (112) janë operuar me anestezi lokale infiltrative (sol. Novocaini 0,25%-0,5%). Në 18 të sëmurë operacioni u krye me narkozë ingalatore. Në 14 prej tyre u përdor narkoza endotrakeale kurse në katër të tjerë për arsye të vështirësivejt gjatë intubacionit narkoza u vazhdua me maskë. Në një rast, pas intubacionit, u çraq një trakeite nekrozohemoragjike e tipit krupoz, komplikacion që nevojiti një traektomi urgjente dhe që u zgjdh perfundimisht me sukses (rasti është i përshtkuar në Buletinin mjekësor Nr. 3 viti 1962).

Ne preferojmë narkozën endotrakeale më tepër se llojet e tjera të anestezis tek të sëmuri të shqetësuar me tireotoksikoza të shprehur si dhet tek të sëmuri me struma retrosternale (të gradës së pestë). Në narkozën endotrakeale, sikurse e ka vërtetuar Cepkii, cregullimet e sistemit kardiovaskular dhe respirator, si dhei proceset metabolike, janë më pak të shprehura se sa në anestezinë lokale.

Taktika operatorë. Në shumicën dërmillonjëse të rastevet (në 120) është bëre rezekcion i subtotal i gjindrës ose enukleacioni me rezekcion të një ose dy lobevet. Në fillim ne kemi përdorur më shpesh metodën e Nikollajev-it (pa lidhje në distancë të arterieve tiroide). Aktualisht, në rezekcionin e glandules tiroide, ne lidhim dhe presim në mënyrë paraprake poshtë gjindrës, arterien tiroide të sipërme. Në këtë mënyrë pakësitet friziku i hemoragjisë, si gjatë kohës së operacionit, ashtu edhe mbas tij. Që të evitohet dëmtimi i nervit rekurrent dhe i gjendravet paratiroide, ne zakonisht nuk e lidhim arterien *thyroidea inferior* në distancë. (Rezekcionin e gjindrës me ligaturën e të 4 arterive e kemi praktikuar vetëm në 3 raste), Simbas pikëpamjes së Dracinskas dhe Masumovas, ligatura e arteries *thyroidea inferior* në distancë për qëllim hemostatike, nuk paraqitet e nevojshme, meqenëse ekzistojnë anastomoza të shunta vaskulare në gjendrën tiroide. Kur struma është retrosternale, ne zakonisht aplikojmë metodën e Harterit që konsiston në tërheqjen graduale të strumës me anën e mbajtësevet.

Ne tireotoksozë me qëllim që të evitohet zhvillimi i recidivaveyt,

rezekcion i gjindrës duhet të bëhet në mënyrë subtale, duke lënë shtresa të holla me sipëriaqe 2×1 cm. (baras me 2-3 gr. parenkimë), në pjesët postero-mediale të dy lobaveyt.

Ne kemi praktikuar 8 enukleacione cystash ose nodesh të gjindrës tiroide. Por duhet theksuar se vetëm enukleacioni i nodusit nuk përbën një operacion radikal, meqenëse mbas ndëryrjes ndodh një përqindje e madhe recidivash. Edhe në strumat nodoze unilaterale, operacioni më i drejtë është rezekcion subtotal i lobit që përmban nodusin, duke e plotesuar ndëryrjen me rezekcionin kuneiform të lobit tjeter dhe me rezekcionin e isthmusit Shamilev).

I tillë shëtitë karakteri i ndërhyrjet këtë kryera në klini-
gjatë këtyre katër vjetëvet në gjendjen tiroide.

Për qëllime kosmetike, në dy vjetët e fundit, n'operacionet e strumës incisionin e kemi bërë sa më poshtë, në nivelin e *manubrium sterni*. Lemboja e sipërme e lëkurës, sëbashku me shtrresat subkutane dhe me fashien superficiale preparohen nga sipër. Mbas zbulojmë nën fashien tjetër muskut *sternohyoideus* dhe *sternothyroideus*, këto të fundit priten rreth 5-6 cm. sipër incizionit të lëkurës. (Në rast se strumat janë të vogla atëherë muskut vëtëm largohen lateralisht) — Dareski, në ndërhyrjet mbi gjendrën tiroide, i përit indet e buta në 4 nivele të ndryshme. Në mbarim të operacionit, lëkurë qepet me qime kali ose me fije mendafshi të holle jo më larg se dy mm, ngja buzët e plagës. Sulurat e lëkurës i heqim në krye të 48 orëve mbas ndërhyrjes. Në këtë mënyrë formohet një cikatrice e holle e cila më vonë po-thua jase nuk shquhet dhe vëç asaj shtrirhet shumë poshtë bile në gjoks.

Në lidhje me komplikacionet per edhe postoperator, shënojmë 2 raste hemoragje gjatë ndërhyrjes pa ndonjë pasojë, mbasi ajo u dominua menjëherë. Në dy raste të tjera është çfarë pareza transitore e nervit rekurens e cilia u zhduk mbas përdorimit të jodogalvanizmit, striknirës dhe vitamina B. Në 5 të sëmurë, në periudhën postoperatorare, janë observuar akutizime të përkohësme të tireotoksozës (kriza tireotoksike në ditën II-III mbas ndërhyrjes). Tetani akuta parathyroprive, nuk kemi vënë re asnjëherë. Në dy raste kemi konstatuar kontraktura të shpeshta të muskulaturës së anësivët të sipërme (dora e obstretisienit) të cilat janë zhdukur mbas përdorimit të *calcium chloratum* në sol. 10%. Me sa duket këto fenomene janë shkaktuar si rezultat i presionit të ushtruar mbi gjendrat paratiroidë nga ana e eksudatit të grumbulluar. Në dy të sëmurë të tjere u qfaq pneumonia postoperator. (Njeri prej tyre pati njëkohësisht edhe një entero-kolit postoperator). Më në fund tek nië i sëmurë tjetër me strumë retrosternale, (ku pesha e vetëm një lobi ishte baras me 690 gr.) mbas operacionit që u krye me anestezi lokale, ndodhi shoku postoperator, i cili u eliminuan me injetet e zakonëshme. Duke marië parasysh rezikun e një hemorrhagi e eventuale gjatë operacionit, në një rast strume recidivante vaskulare, të sëmurës i bërmë në fillim profilaksinë me medikamentë hypotensive — *Anfona* — (tensioni arterial maksimal zbriti deri në 80 m/m. të shtyllës së zhivës). Në këtë mënyrë u evitua hemorragja e madhe vëroze dhe operacioni kaloi në rrethana të qeta, gjë që lejoj të ekstirpohen të gjitha nodet e lobit të djathë të gjendrës tiroide.

Trajtimi në periudhën postoperatoriore: Zakonisht mbas operacionit, ne u kemi administruar të gjithë të sëmurëve të operuar (me përjashtim të rastev me struma të vogla) antibiotike gjatë 4-5 ditëve. Preparatet e jodit i japijm në doza më të mëdha se sa para operacionit nga 20 deri 25 pika soli. *Lugoli* 3 herë në ditë, dhe kjo veçanërisht mbas operacionit në strumën tireotoksike, ku administrimi i preparave vazhdon ngandonjëherë deri në 14 ditë. Kur ka kriza të tjera tireotoksike, ne kemi administruar gjithashtu në fillim strofantin dhe pastaj preparatet e *digitalis Adonis Venalis*, *sol glucosse* 5%, transfuzion gjaku. Për sa i përket efektit të favorshëm të transfuzionit të gjakut në tireotoksozë, si gjatë pregatitjes preoperatorre ashtu edhe mbas operacionit, ka folur Makar.

Ndër të sëmurët e operuar, në 58 raste, paga u regenerua *për priman intentionem*. Ndër dy të sëmurë plaga u supuru. Në 70 të sëmurë të tjérë, gjatë disa javësh, në vendin e drenazhit mbeti një fistulë nga ku delte një sekrecion seroz ose seropurulent. Fistula u mbylli mbas resorbimit të fijevet të ketqutit ose mbas këto të fundit u eliminuan përjashta.

Formimi i fistulavej të cilat persistojnë për një kohë relativisht të gjatë, mund të shpiegohet nga infektimi i plagës. Fistula qëndron e hapur edhe për shkak të grumbullimit të koagulavet të gjakut dhe të sekrecioneve që dalin nga monokoni i gjendrës së rezekuar. Nuk duhet nënleftësuar fakti që gjatë operimit të strumës, mbetet një numur i konsiderueshmë ligaturash ketguti. (Në strumën e gradës së katërt, simbas llogaritjevet tonë, numuri i ligaturavej arrin deri në 180. Simbas Vavrikut sekrecionet sero-hemoragjike që dalin për një kohë të gjatë nga vendi i drenit, shkaktohen nga traumatizimi i gjendrës tiroide dhe nga hemostaza e pamjaftueshme. Simbas të dhënavet të shumë autorëvet, letaliteti në operacionet e strumës lëkundet nga 0,2%-1,7% (Nikollajev, Semenov). Në klinikën e Mayo-s në 1119 të operuar, nuk ka patur asnjë mbarim letal.

Përsa i përket rastevet tonë, në 170 ndërhyrje (duke përfshirë këtu edhe 40 operacione të kryera nga janari deri në nëndorin e vitit 1962), nuk kemi patur asnjë vdekje.

Në këtë artikull, nuk i kemi vënë vëthes për detyrë që të shqyrtojmë makro dhe mikropreparatet. Veç asaj problemin e rezultatevej të largëta e kemi lënë për ta analizuar në të ardhmen.

KONKLUZIONE

1. Shumica dërmorjëse e të sémurëve me strumë (81%) të shtruar në klinikën tonë, kanë patur formë nodulare ose të përzier.
2. Një numur i konsiderueshmë i të sémurëve (68%) ka patur strumë të shqëruar me fenomene hypertireoze dhe tireotoksikoze.
3. Treguesit e metabolizmit bazal dhe ritmi i shpejtuar i pulsit, nuk përbëjnë gjithmonë një kriter absolut për të gjykuar mbi gravitetin e tireotoksikozës.
4. Mjekimi konservativ i të sémurëve me tireotoksikoza, pak i efektshëm për një kohë të gjatë, e thellen gravitetin e sëmundjes dhe e pakëson eifikacitetin e operacionit.
5. Format nodulare të strumës i nënështrohen vetëm mjekimit kirurgjikal.
6. Operacionet në strumat eutireoide dhe hipertireoidike deri në ato të gr. IV mund të kryhet me sukses me anestezji lokale infiltrative.
7. Në format e rënda të tireotoksikozës dhe në strumat e.mëdha (gr. V) zhëtë më racionale që të administrohet narkzoza endotrakeale.
8. Përfundimi me sukses i operacionit myaret shumë nga aplikimi i drejës i prengatitjes preoperatore dhe nga ndjekja gjatë periudhës post-operatore.
9. Incizioni i poshtëm me preparimin e lembos së sipërme, heqja e herëshme e suturavej nga lëkura, sigurojnë një cikatrice pak të dukëshme mbas operacionit.

(Paraqitur në Redaksi si më 3/9/1962)

- 1) ADHAM J. KOSTAQI M. Té dhëna paraprake mbi mijekimin e tireotoksikozae me klorpromazine — Buletini i shkencave mjekësore të Universitetit Shëtëror të Tiranës 1961 Nr. 2 f. 23 — 32.
- 2) ATABEK A.A. — Radiaktivni jod v leceni tireotoksikozi. Knj. Medgiz 1959
- 3) CEPKII L.P. — K voprosu o celesoboratnosti primenjenija endotrakealnovoxarkoza v hirurgiji shctivodnoi zhelezi. Hirurgija 1961 Nr. 4 str. 83—86.
 - Lesnici i dostup k shctivodnoi zheleze pri strumektomi. Vjestnik hirurgijii 1962 Nr. 1 str. 133—134.
 - Nevrologiceski analiz tireotoksikoza, Medgiz 961 Moskva str. 8—23 Literaturno kriticeski obzor.
 - Zobnaja bolezni i jejo lecenje 125—127 VIII stjezd hirugov USSR 8—13 1954. Tezisi i dokladov.
- 4) DARENSKI D.I. — Bolezni shctivodnoi zhelezi. Knj. Medgiz 1961.
- 5) FRIDBERG D.I. — Struma në rrethin e Pogradecit. Bul. i Shkencavej mjekësore të Universitetit Shëtëror të Tiranës 1962 Nr. 1 f. 3—13.
- 6) GORÇAKOV A.K. — Klinika i hirurgiceske lacenie andemiceskogo zoba. Vjesnik hirurgii 19-1 Nr. 6 str. 19—23.
- 7) HAVIN I.B. NIKOLAJEV O.V. — Bolezni shctivodnoi zhelezi. Knj. Medgiz 1961.
- 8) HOXHA F. — "La tiroide" Complicazioni post-operatorie pag. 569—579.
- 9) KREMLJOV N.I. — Endemicесki zob — kratki ocerk patogeneza, kliniki, lecenija profilaktiki Med-Giz 1954 37.
- 10) LEVIT T. — Endemicесki zob "Sovetskaia medicina" 1956 Nr. 8.
- 11) LIDSKI A.T. — Rol petrelivania kroví v terapii tireotoksikoza "Vjestnik hirurgii" 1961 Nr. 6 str. 28—30.
- 12) LIDSKI A.T. — Endemicесki zob 1955.
- 13) MAKAR D.A. — Endemicесki zob 1955.
- 14) NIKOLAJEV O.V. — SEMENOV V.S. — Klinika i hirurgiceske lecenie tireotok soseskogo zoba Medgiz 1961.
- 15) PETROVSKI B.V. — Klinike i hirurgiceskomu leceniju uzllovogo aporadiceskogo zoba, "Vjestnik hir." 1962 Nr. 1 str. 34—39.
- 16) SHAMILEV I.A. — (Stanislavski med-inst.) Dvuhstoronnaja vrutrikapsularnaja subtotalljnaja rezekcija shctivodnoi zhelezi po materialiam fakultetskoi hirurgiceskoj kliniki Stanis. Med. Inst. 1959. Vol. II str. 66—68.
- 17) VAVRIK ZH.M.

THE SURGICAL TREATMENT OF THE THYROID GLAND IN THE EXPERIENCE OF THE CLINIQUE OF GENERAL SURGERY

(Summary)

For a period of 4 years in the clinique of general surgery have been treated 161 patients with different affections of the thyroid gland; from them 2 were struma maligna, 2 — strumitis acuta, the rest were simple goiters.

Most of the patients had struma nodosa of rather large dimensions. More often we observed the hyperthyroid form of goiters, and 20.5% had morbus Basedow. The thyrotoxic forms of struma were accompanied by a rich symptomatology, connected with profound changes in the nervous and cardio-vascular systems and metabolic troubles.

The greater part of the patients, after a medicamental preparation, underwent surgical intervention. Most of them were operated under local anaesthesia, but in a few cases we used intratracheal inhalatory narcosis.

For esthetic reasons the incision of the skin was made low, on the level of jugulum sterni.

The sutures were removed after 48 hours.

In our material there were no deaths.

Some of the cases were complicated with hemorrhages, which were stopped in time, some had transitory paresis of nervus recurrens, some had thyreotoxis crises; there were a few cases of pneumonia.

KONSIDERATA OBSTETRIKALE MBI "PREMATURANCËN"

(Studim kliniko-statistikor)

Prof. KOÇO GLIOZHENI

Katedra e Obstet-Gjinekologjisë

Dijet akoma të kufizuarra për sa i përket etiopatogjenezës së lindjes prematurë si dhe shifrat e lartia të lind - vdekurve dhe të mortalitetit neonatal të prematurëve karshi mortalitetit global infatil, justifikojnë interesimin e vazhdueshmëm t'obstetrir për këtë problem kaq të rëndësishëm, që është shkaku i humbjes të një numuri të konsiderueshëm njerzish.

Një gjëndje e tillë vitet e fundit është përmirësuar mjaft, dhe kjo përsye se disponohen më shumë mjetë, të cilat i japin mundësi këlyre fëmijve të jetojnë, dhe sepse assistenca prenatale e grave me barrë është zgjeruar dhe përmirësuar.

Përgjindja e lindjeve premature vazhdon të qëndrojë mjaft e ngjitur dhe ajo që është më e rëndësishmja, në më të shumtë e rasteve është senuk paraqitet e lehtë gjëndja e shkaqeve patogjene, edhe sot akoma që jemi nën drithën e studimeve më të reja në temën e fiziopatologjisë së barrës dne të lindjes. Lindjet premature nga shkaqe të panjohura përfraqësojnë në fakt grupin më të madh në sasinë e përgjithshme të statistikave tonë që merren me këtë fushë.

Për të ilustruar influencën e prematurancës tek mortaliteti fetal, mjaft sinjifikative janë shifrat që referohen nga autorë të ndryshëm simbas të cilave mesatarja është 50% dhe maksimalja 62% (M. Gregor, Shishkova etj.), ndërsa simbas statistikave më të reja mortaliteti është 21,5% (Potter). Simbas Henry e Foyer prematuranca përbën radhën e shtatë nga i gjithë mortaliteti global i përgjithshëm. Del pra e qartë nga ky ekspozim i shkurtër shifrash, që lindja premature përfshin një përcilëm obstetrikal me interes të madh, aq më shumë duke qenë i lidhur me shumë faktore, një pjesë prej të cilave nuk janë akoma të njohura. Në fillim të këtij shkulli problemi më serioz obstetrikal ka qënë përqindja e lartë e mortaliteti amtar në Lindje; me pakasimin e saj, në sajë të përparimit të madh që ka bërë kirurg jasobstetrike, problemi sot kthehet në studimin e shkaqeve amtare të prematurancës.

Përgjegjësia e mjekut obstetër në këtë eveniment patologjik të barrës është e padiskutueshme, prandaj del detyrë nga ana e tyre që të studiojnë, zë lidhni dhe të përpilojnë mjetet me karakter preventiv—terapeutik, që të paksonë frekuencën e prematurancës.

Studimi i këtij argumenti është i vështirë për shumë arsyesh. Së pari sepse është mjaft e zo shkme të kapësh sintomatologjinë në kohën fillostarte për të përmbyshur kërkimet oportune dhe këshfu të bëhet e mundur terapija direkte dhe jo sintomatike.

Së dyti jo të gjitha grata shtatzana frekuencën në mënyrë të rregullit konsultoret, këshfu që nuk dihen, nuk studiohen dhe shpesh herë vijnë në maternitet kur ka filluar akti i lindjes.

Këto janë arsyet kryesore që një numër i madh i lindjeve premature

de në statistikë me shkage të pacaktuara, me gjithse në perspektivë para shikon përmirësimin në këtë drejtim për shkak të një organizimi dhe funksionimi më të mirë të konsultoreve.

Me gjithë pëngesat e parapara në këtë drejtim, por të tërhequr nga mundësia që mund të ndihmonim në rafjen e aspektive aktuale dhe të rendeshishtime të problemit, muarmë në studim rastet e klinikës tonë.

Pëpara se ta illostromë materialin klinik të mbledhur, mendojmë se do jetë e vlefshme të parashtrojmë disa koncepte fondamentale, lidhur me argumentimin e trajtuar nga ne, të cilat përbënë një përbledhje të autoreve të ndryshëm mbledhur nga bibliografia.

Përcaktimi i lindjes cës biologjike, bazohet në kriteret të përcaktuarat *premature dhe i prematurancës*.

Kriteret fondamentale janë tre: mosha e barriës, pesha e fëmijës, dimensioni i fëmijës. Kriteri i parë i mbrojtur nga Naegle, përcaktion prematurët një fëmijë të lindur midis javës së 28 dhe 37 të barriës, duke filluar nga dita e parë e menstruacionit të fundit; disa të tjerë (De Lec) përcaktojnë si kui te parë janë e 26 të barriës.

Kriterii më serioz, ay që në praktikë përcaktion më mirë se kushdo indeksin e maturitetit foetal, u vlerësua nga Ylpo dhe është ay që midis tre kritereve që thamë më nalt, ka më pak kritika në këtë drejtim, megjithëse paraqit variacione në limitet minitore dhe maksimale të fiksuarra nga autorë të ndryshëm. Në fakt midis një grupi të madh prej këtyre autorësh, përcaktohen prematuranca tek fëmijët me peshë midis 1000-2500 gr., të tjere (Pomerance, Steiner, Reardon) përcaktojnë si limit 501 gr. deni në 2250, duke konsideruar kufirin inferior 501 gr. ndonjëse në literaturën Monzoe përshtkuar rritjen e një fëmije prematurë që peshonte në lindje 420 gr.

Edhe tek ky kriter që në praktikë përgjigjet më mirë se sa të tjerë, janë konstatuar disa kondita të vçantë patologjike amitare, të cilat mundet të influencojnë në lindje, në peshën e foetusit, si p.sh. ngjet që nënët diahetike kanë lindur fëmijë me peshë të Jartë me gjithse prematurë, ose p.sh. sitë veprojnë negativisht tek zhvillimi i produktit të konceptimit komplikacionet e intoksiacionit dhe nefropatitë e nënës, dhe atëherë kur barra arin në termine.

Për sa i përket kriterit të tretë të quajtur "dimensional" autorë të ndryshëm e kanë përcaktuar si limit gjatësinë prej 45,7 cm. Ky indeks duket jo preciz, për shkak se jo vetëm që ekziston mundësia e lindjes së fëmijëve që nuk arrinë këtë limit, dhe që biologjikisht janë maturë, por edhe sepse ky bazohet në një të dhënë që shpesh mundet të jetë e gabuar për shkak të pengesave teknike të matjes. Në fakt për të eliminuar gabimet që mund të vijnë nga ndryshime të trashësise të tesutit sub-kutan të këmbëve foetale, është propozuar si matje tek foetusit i ndenjur, distanca midis kokës dhe trokanterit të madh, duke meqenëse këto dy pikat kockoren mundet të preken edhe të përcaktohen mirë.

Për të konkluduar në mënyrë ndërkombëtare simbas "byrosë së fëmijve" duke u bazuar në tre kriteret e përshtkuar më lart, konsiderohen prematurë fëmijët që në lindje kanë një peshë nën 2500 gr., një gjatësi nënë 45,7 cm. dhe që kanë lindur midis javës së 28 dhe 37 të barriës.

Duhet theksuar se në shumicën e statistikave seleksionimi bëhet vetëm në bazë të peshës, që nuk është shumë e drejtë. Mbas marries në konsideratë të kritereve klinike në bazë të të cilave përcaktohet gjendja e prematurancës foatale e ndjejnë të nevojshme të shënojmë, kundrejt atyre

që do të jenë konsideracionet tona, karakteristikat fiziopatologjike të pre-maturit në momentin e lindjes.

Nga këto, ajo më evidenca e shëtë deficiencë termoregulatorë, nga e cila foetusi humbet lehtësishët dhe me shpejtësi nxehësini e tij apo që ky vjen në kontakt me ambientin e jashëm; ndihmojnë në keqësimin e këtij deficiti qarkullimi i ngadalshëm i gjakut, si dhe reaksioni vazomotor. Përhapja e nxehësisë së mbërëdhëmë favorizohet nga tesuti adipoz subkutan i dobët, i cili e shëtë karakteristik tek këta fëmijë. Funkksioni respirator e shëtë deficitar (Reardon dhe bashkëpuntorët) dhe kjo mundet të shikohet nga një lezion i qendrave nervore respiratore ose nga një zhvillim i pijnëflueshëm i këtyre; edhe muskujt torakalë respiratorë janë të zhvilluar në mënyrë të pamjaftueshme dhe funksionojnë në mënyrë të pamjaftuar.

Ngandonjëherë gjëndja mund të rëndohet nga prezenca e zonave atetazikë shkaktuar nga mungesa e strukturës alveolare ose nga ndonjë pengesë mekanike në ndonjë vend të shelgut bronkial. Të gjitha këto kondita përcaktojnë një oksigjenim jo të mirë të gjakut fizetal, i cili manifestohet me një herë sa të ketë filluar respiracioni pulmonar.

Proçeset e koagulimit janë gjithashtu deficitare për shkak të një fraxiliteti të theksuar vazal dhe për shkak të një hypoprothrombinemie.

Shkaqet më të shpeshtë të vdekjes janë: asfiksia, hemoragjia intrakraniale, sëmundjet pulmonare, dhe format septike me etiologji të ndryshme (Grosse). Në burimin të këtyre shkaqeve marrin pjesë gjithashu edhe elementet amtarë ose foetal që ndërhyjnë në momentin e aktit të lindjes dhe që e bëjnë vetë lindjen të rezikshme.

Studimi është bërë duke u konsultuar me kartelat e klinikës tonë të ndara në dy perioda pesë vjeçare - 1951-55, 1956-1960 dhe krahasuar me literaturën e huaj për të njëjtën periodë.

Materjal i klinikës është seleksionuar në bazë të kohës së barrës, lidhur me daten e mestruacioneve, dhe me peshën e foetusit në lindje, kemi marrë në konsideracion lindjet e bëra midis javës 28 dhe 37 të barrës dhe që kanë dhënë lindje fëmijësh të gjallë me peshë midis 1000-2500 gr.

Në ato raste kur neve kemi mundur të sigurojmë në bazë të anamnezës fillimin e barrës, kemi marrë parasysh peshën e fëmijës. Në qdo rast jemi përpjekur të përcaktojmë gjëndjen e nënës, numurin e lindjeve, moshen e barrës, dekursin e lindjes, seksin, peshën e fëmijës dhe së fundi shkaqet e dyshuara të lindjes para kohë. Pamundësia e përcaktimit "a Posteriori", shikakun e vdekjes e të lindurve vdekur, na bëri ta eksluodjme këtë në studimin tonë. Nga ana tjetër shumica më e madhe e autorëve heshtin në këtë drejtim.

Në pasqyrën Nr. 1 janë ekspozuar datat që i referohen studimit tonë.

Frekuenca. Në periudhën e parë nga të dy pesëvjeçarët e marrur në studim, d.m.th. në pesëvjeçarin e parë (1951-1955) lindjet prematurë kanë qenë në një përqindje prej 7,8%; ndërsa në pesëvjeçarin e dytë (1956-60) kanë qenë me një përqindje 6,9%.

Duke konsideruar të dy përqindjet, nënvizojmë se këto janë mjaft të aferta me ato të autorëve të tjera.

Tyson 8,7%, Saudier 8,1%, Drillifan 8,6%, Douglass 7,6%, Fosome 6,5%, Saphiro 7,4%, Potter 6,2%, O'Connel 2,3%, Pomerance e Steiner 4,8%, Capetti 9,3%.

Përqindja më e ulët e shëtë ajo e raportuar nga O' Connell, por kjo i referohet kërkimit të këtij autori në statistikën e një vjeti.

Pasqyra Nr. I

	Përqindja 1951—1955	Përqindja 1956—1960
Lindje premature	7,8%	6,9%
Lindje primipare	6, %	5,7%
Lindje pluripare	2, %	1, %
Mosha I pare nën 20 vjeç	1,3 %	1, %
" " , 20-30 vjeç	2,2 %	2,2 %
" , Përmbi 30 vjeç	2,4 %	2,6 %
Seksi i të porsalindurve: Femra	47,6 %	47,9 %
" , " , Meshkuj	52,4 %	52,1 %
Shkaqe të verifikuar	30,2 %	44,1 %
Shkaqe të pa verifikuar	69,8 %	55,9 %

Nga të dhënat tona rezultoni se frekuencat në të dy periodat gati është e njëlljojë, kështu që lindja premature paraqit, në patologjinë obstevikale, një tërësi konstante tek e cila me zor mund të ndërhyhet. Shtojmë se përqindja e primipareve nën 20 vjeç, 20-30 vjeç, që përmbi 30 vjeç i referohet lindjeve globale; përsa i përket vetëm primipareve 6% në 5 vjeçarin e parë dhe 5% në 5 vjeçarin e dytë.

Përsa i përket frekuencës, mundet të themi që lidhur me lindjet premature në klinikanë tonë primipare përfaqojnë 11,7% qhe duke përjashtuar grupin nga i cili më të shumtë kanë një moshë midis 20-30 vjet; të dhënat tregojnë se më shumë të predispozuara për lindje premature janë primiparet mbi 30 vjeç, ky fakt i fundit vihet në dukje edhe nga autorë të tjere P.S. Anderson — Lyon — Pomerance — Steiner — Cappeti — Meloni — Formenti.

Përparrë se të marrim në ekzaminimin të detajuar grupet e ndryshme të shkaqeve të mundëshme të konsideruara nga neve, kemi përmblehdhur në pasqyrën Nr. 2 datat që i përkasin frekuencës si tërësi në vëçanti.

Pasqyra Nr.

	1951 — 1955	1956 — 1960
Gemelariteti	0,7%	0,6%
Toksemítë	5,2 %	6,5 %
Kardopatitë	0,5 %	0,7 %
Sëmundje të përgj. dhe gjinekologjike	5 ½ %	2 %
Placenta previa	1 %	0,9 %
Shkaqe të pa identikuara	69,8 %	55,9 %

Gemelariteti.

Koincidencia e përqindjes në të dy periodhat e konsideruar në 0,7% qhe respektivisht 0,6% është shumë më e ulët nga autorë të tjere (Pomerance — Steiner 17,4%, Dana 12,3%, Cappeti — Colla 10,7%).

Pranohet në përgjithësi që fillimi i aktit të lindjes në këto raste është dedikohet superdistendimit uterin; dhe ky veprim konfirmohet në faktin që gravidaanca gemelare, dhe sikur të arrije në termine, ka një zgjatje mesatare, inferiore nga ajo normalja. (Vëçori citon një frekuencë me të theksuar të lindjeve midis muaqit të shatajë dhe të tetë, Gernez dhe Omez citojnë një përqindje të lindjeve premature rrëth 70%, De Lec një përqindje në 80%. Somaq, lie reth 62% e të tjera).

Përsa i përket progozës foetale, mundet të thuhet që në tendencën e interupsionit prematur të ërravitancës nuk korespondon ndonjë kriter që të implikojë vësaliitetin foetal: Cappeti e Colla në një studim të fundit statistikor në këtë pikë kanë vënë në dukje se midis prenaturreve të lindur nga barra gemelare janë më të shumtët e numrit ata që përfshihen në limitet maksimale të pestës (2000-2500 gr.) dhe ky fakt mund të shpëqejë progrozmësin e favorshme për sa i përket vitalitetit të të porsalindurve. Duhet të kihet parasysh se tendencia e mache për toksozoë të barriës tek gravidaanca gemelare, mund të influencojë negativisht në kapacitetin vital të vetë fosit.

Toksozoë. numuri të ngjitur rastesh: në 5 vjeçarin e parë regjistruan 5,2%, në 5 vjeçarin e dytë 6,5%. Të tillia rastet nuk janë shumë larg nga ato të cituarë nga autorë të tjérë: Takimi mesatar relativ tek të dy grupet e statistikës tonë është 11,7%; vlera analloge shien në literaturën e huaj (Hers 16,5%, Bairt 16,1%, Steiner 20%, Potter 10%, Folsom 12,8%, Bookstover 13,3%, Cappeti 15,73%).

Duke analizuar në mënyrë analitike këtë grup, vihet rre se shtimi i periudhës së oyte është në kurrit të albuminurisë të thjeshtë, anipotensive. Ky fakt i dedikohet kontrollit më të mirë që iu bëhet tanë grave shtatzane, lidhur me diagnostiken prekokse të albuminurisë.

Të dhënët tona konfirmojnë ato që da lin nga mendimet e përbashkëta. Dhe që tregojnë se toksozoza e barriës midis shkaqeve më të shpëhta të lindjes prematur, ajo që përbën përdiqjen më të nachë (Clifford Dana-Monsey, Sandifer-Cappeti-Colla). Mënyra se si toksozoza e barriës mund të influencojnë në lindjen premature duhen kërkuar në kuadrin e insufficiencës placentare (hypoevolucion, alteracione vaskulare, infarkte dhe çoklitje parciiale) të cilat janë karakteristike në këtë sindrom. Këtu inkluçojmë gjithash tu edhe rastet e distako të placentes vendosur normalisht, rastë këto që në statistikën tonë paraqiten me rrijë frekuencë prej 1,2% në pesëvjeçarin e parë dhe 2,1% në pesëvjeçarin e dytë.

Mendimet aktuale lidhur me patogenëzën e fenomenit e klasifikojnë distakon midis xhestozave të trimestrit të trejtë me lokalizime utero-placentare, në këtë eveniment mekanizmi i fillimit të aktit të lindjes duhet kërkuar në koagulumin retroplacentar, i cili stimulon kontraksionet uterine.

Në statistikën tonë fëmijët e lindur nga nëna me toksozoë kanë patur peshë midis 1000-2000 gr., në 40,7% të të gjithë rasteve dhe me peshë midis 2000-2500 gr. rë 59,3%.

Ky komplikacion ka qënë në të dy periodhat e konsideruarë respektivisht në 1% dhe 0,9%, vlera të cilat paraqesin një frekuencë gati të qëndrueshme të këtij fenomeni gjatë kësaj kohe.

Duhet theksuar në fakt, që frekuencat e vërtetë e placentës previas si shkak i lindjes premature nuk është shumë e ngritur për vetë faktin se

shpesh herë lindja nuk është gjë tjeter vese rezultati i një manovrimi terapeutik të imponuar nga graviditeti i hemoragjise.

Kardiopatia.

Eshë një shkak jo i shpeshëtë i lindjes prematu-
re sic tregojnë përqindjet e gjietura nga neve (respek-
tivisht në 0,5% dhe 0,7%) në të dy pesëvjeçarët) dhe
ato të autorëve të tjerë (Bookstover 2,4%, Cappeti—Colla 1,02%) për këtë
arsye shumica e autoreve muk merr në konsideracion kardiopatitë, por
pronon një koïncidencë aksidentale të kardionatisë dhe të lindjes prema-
ture. Në këto raste ndonëse të rralla për sa i përket aktit të lindjes, fillimi
i saj mund të shpiejgohet nga konxhestionimi pelvik prej stazës, nga
hypoksemia e miometrit me çkoftje parcellare të placëntës.

Semundjet e nënës. Incidencia e sëmundjeve amtare në statistikën tonë
është nga 5% në 5 vjeçarin e parë, në 2% në atë të dytin, me një paksim
në përqindje në vitet e lundit në reth 65%. Ky lakt i dedikohet përpari-
mit në fushën e diagnostikimit dhe terapeutikës, e cila ka shkaktuar 1,5
kthesë në incidentenë e infeksioneve akute hyperpiretike si dhe ato në for-
mat tuberkulare.

Shkake të padutura. e konsideruara nga ne, linqjet premature kanë ndje-
kur këtë koefiqjentë përqindjeje: 69,8% në 1950-1955
dhe 55,9% në 1956-1960. Vlera të tilla gjenden edhe në literaturë
(Eastman 70%, Anderson - Lyon 64,7%, Folsome 67,4%, Potter 68%,
Bookstover 50,8%). Për t'u theksuar gjithash tu është që në të dy pësë-
veçarët përqindja e lindjeve premature nga shkaqe të paditura është ulur
shumë, ndonëse datat e periudhës së parë kanë qënë jo të plota për sa i
përket ananazezës dhe komplikacioneve që mund të ndjekin lindjen.

Një shkak me rëndësi në këtë kthesë është fakti që në 5 vjeçarin e dytë
janë shtuar rraja përqindjet për sa i përket toksemive: në vëçanti, albumi-
nuritë e thjeshta. Kuptimi i këtij shkarimi është i një rëndësie të madhe,
sepse lejon të parashikohet mundësia për një paksim tjetër të këtij grupi
të lindjeve premature me anën e përdorimit të mjeteve më të nxirës
të diagnostikimit, të cilat lejojnë që të nxiren nga gjëndja patologjike
konklusione të vlefshme për preventim në terapi.

Rastet e nxerra nga statistika janë tregojnë se,
me gjithë përfarimet e bëra në drejtim të profilaksë
dhe terapisë të formave morboze që komplikojnë ba-
ren dhe që zakonisht konsiderohen shkaqe predispo-
zitorje premature, incidencia nga kjo qëndron pothuajse gati
konstante.

Interesante është se në 5 vjeçarin e dytë është ulur përqindja e lind-
jeve premature nga shkaqet e njohura n'aparençë, ndonëse këto përfaqësojnë
rreth 50% të lindjeve premature.
Duhet patur parasysh që, si shkaktarë në lindjet premature marrin
pjesë erhe faktore të cilët mungat të hyjnë në bazë të njohurive aktuale, në
biologjijnë e xhestacionit; këto janë elementet endokrine të nevojshëm që
përdorin dhe në kompleksin e mekanizmit që merr pjesë në aktin e lindjes.
Këtu poshtë po i prekim shkurtimish.

Veprimi i kombinuar i oestrogeneve dhe i progeserotonit favorizonjë
në barri zhvillimin e muskulaturës uterine, duke lejuar këshfu ambienti-
min e uterosit në zmaohimin në përgjithësi, të produktit të konceptimenti
dhe e pregratitit atë per një përgjige kontraktive më tepër energjike.
Veprimi i progreserotonit ka një rëndësi të madhe, përmbyt te gjitha

për të mbajtur në gjëndje qetësia fibrën uterine gjatë barrës, gjithashtu rëndësi ka edhe sekrecioni enzimatik i placentës, i cili i aktivizon substancë ositocike të gjakut amtar gjatë gjithë barrës (ositocines, - istaminë-acitilkolinën). Rezulton pra se qetësia e uterusit mbahet nga dy mekanizma respektive të natyrës hormonale dhe enzimtike, që veprojnë njëra tek njeri i tjetri tek gjaku i nënës.

Kur afrohet mbarimi i barrës, rënia e sasisë së progesteronit në gjak kondicionon një shtim të etrogeneve aktiv të cilët e bëjnë fitrën uterine të gatëshme për t'ju përgjigjur stimulimit të substancave ositosike, si rezultat i rënies rijkohësish të sasisë së enzimeve e.

Se për çfarë arsyesh ky mekanizëm ndëryhn tek gruaja mbasi barra e saj të ketë përfunduar rreth 280 ditë nga menstruacioni i fundit, nuk janë mire të njoitura, por megjithatë mund të inkuaçrohen në konceptin e një konflikti të dyfishë; foeto-placentar njëri dhe foeto - uterin tjetri, të cilas shpjen në ndërprerjen e marrëdhënive amtar-foetal; implakja e placentës s'jell një rënie të progesteronit dhe të enzimeve të cilët inaktivizojnë ostonin, intaminën dhe actikolinën; distensioni i paretit uterin sjell, nga rruga neurogjene, një shtim të sekrecionit hipofizat të ositocinës.¹

Nga sa u tha më lart duket kjàrtë se në barretë premature që nuk arrinhet zbulimi i një shkaku klinikishë i pranushëm, ekziston mundësia e nör-hyries së faktorëve patogenetikë me natyrë funksionale. Një hipoplazi ose ndonjë deficiencë e thjeshtë e veprimit sinergjik estro-progesteronik, që është i nevojshëm për zhvilliminë gravidistik të muskulaturës uterine, mundet të lirojnë konfliktin feto-uterin, nërsësia uterusi, i pamundur për t'u qisten-çuar në teperf, sjell tillimin e një akti të parakchëhemtë linjës.

Tompkins ngul këmbë që anemja e shkaktuar nga subnijtricioni shkakton një hipoksi të korteksit surenal nga ku shkaktohet një çrrëgullim i metabolizmit të proteinave dhe të glucideve, ekuilibri i të cilave është i domosdoshëm për të mbajtur barrën.

Të gjitha sa kemi thënë deri tanë në lidhje me problemin etiologjik të lindjes së parakohëshme nga shkaqet klinikisht të panjohura mërë, s'gjerojnë vet-veti kriteret që duhet të ndiqen lidhur me profilaksinë e këtij evenimenti patologjik, sidomos tek lindjet e parakohëshme të përsëritura.

Nga kjo rrjeth se një profilaksi e fortë prenatalë gjatë kontrollit të grave, shkatzanë sidomos të atyre që janë me barrë për herën e parë, ka rëndësi të madhe. Edhe një ekzaminim kliniko-anamnestik ka mundësi ngandonjëherë të jetë i mjaftueshmë për të zbuluar një ekuilibër jo të mirë endokrin, një gjëndje dismetabolike ose një sëmundje gjenitale organike. Profilaksia prenatalë duhet të ketë parasysh konditati hygienike dhe ambientin e gruas shataszane që ndochet në kurë, vec një alimentacioni racional, si dhe një regjim të rregullt të jetës; qđo aktivitet pune duhet të kufizohet ose të ndalet qysht në fillim të trimestrit të tretë, duke konsideruar që stimuli mekanik dhe emocional kanë mundësi të veprojnë si co-faktorë në determinimin e lindjes prenaturale.

Jo më pak e rëndësishme është dhe profilaksia intranatale tek e cila varet shumë jeta e shurrë fëmijve lindur para kësë përbën një problem të rëndësishëm përmes obstetër. Sensibiliteti i prerraturëve qoftë eche në patologjinë modeste, imponon që të reduktohen në maksimum manovrat traumatizuese (hemoragi i intrakraniale) të cilat janë shumë të shpeshta për shkak të hypoprotrombinëmisë dhe të diatezës që karakterizon veganërisht imaturin. Gjatë aktit të lindjes, duhet t'i kushtohet një kujdes i vazhdue-shëm qolitë për sa i përket gjëndjes së oksigjenimit të nënës qoftë atij t'i

foetusit (R.Z.F.); sepe konditat e oksigenimit tē foetusit prematur mund lehtësicht tē rëndohen gjatë aktit te lindjes periodës, ekspulsive, vëcanërisht kur kjo nuk kalon në qëndrën fizioligjik. Nga kjo rezulton domosdoshmëria pér një oksigenoterapi tē parakohëshme tē nënës.

Duhet patur parasysh që tē adaptohen disa kritere limitonjëse pér sa i përkert substancave ositocike tē cilat lehtësicht mund tē shkaktojnë dëmtimë anosiemike foate, si edhe tē substancave lokale. Barbituriqët dñe anestezikët deprimojnë deliqencën funksionale tē qëndrës respiratore tē prematurit (Snyder-Taylor-Lastma), ndërsa reduktimi i tensionit t'oksimjet (O_2) ne gjakun e nënës shkakton një gjendje hypoanoksie në kurris tē foetusit (Feletic-Monetti).

Ndërhyrja aktive nga rruga vaginale me qëllim që tē shkurtojmë kohën ekspulsive, duhet tē kufizohet dhe mundësishët tē evitohet në barëen gemelare dhe në paraqitjet podalike, tek tē cilat në më të shumtë e rastevé janë tē paevitaura, por dhe ekzekutimi i tyre kërkon një teknikë shumë të kujdeseshme. Në rastet kur kërkohet ndërprerja e parakohëshme e brrës pér gestozën tē rënda (eritroblastoza, placenta-previa, shkëputje-placentare) është shumë mirë tē ndërhynhet me *sectio-caesarez*, sepe kjo parqitet më pak traumaticë se sa ndërhynjet nga rrugët vaginale (dilatacion artificial, rivolgimenti, forçepsi kraniokutan etj.).

Rëndësi tē madhe gjithashtu ka edhe mënyra e assistencës me një herë në kohën pas lindjes: pér këtë tē kinhet parasysh që qdo manovrim tē bëhet me delikatesh më të madhe, në radhë tē parë tē lirohen rrugët respiratore me anën e një aspiracioni gastrik. Labiliteti i madh i òksigjenimit tek këto foetusë kërkon qysh në këto momente një oksigjenoterapi tē mirë. Soministrimi i analaptikëve në mëjkinimin e një irregullimi respirator, duhet të jetë shumë i kufizuar, sepe veprimi i njëtyre qendrave nervore me ekuilibribë labil u shkakton një ezauriment tē përhershëm.

Një gjë tjeter që duhet tē kemi kujdes eshtë mënyra e ligaturës së kor-donit ombilikal; ky duhet tē lidhet dhe tē pritet pasi tē ndalojen pulsacionet e vazove umbilikale dhe pasi tē jetë bërë një shtrydhje e vetë kordonit, në drejtim tē foetusit, me qëllim që ky tē mund tē marrë sa më shumë gjakplacentar (Culsand-Holmes dhe Abber). Veprimi i favorshëm i këtij hemotransfuzioni placentar i dedikohet përbajtjes në gjakun funikolar tē antikorpave, vitaminateve, elektroliteve, hemoglobinës etj.

Të gjitha sa u thanë më sipër dhe organizimi i mirë pas lindjes i një assistencë tē specializuar mund tē paksojnë shumë morvilitetin dhe vulnëabilitetin e tē porsalindurve prematurë, duke kompensuar në këtë mënyrë një pjesë tē mirë tē rezultative negative lidhur me profilaksinë neonatale.

K O N K L U Z I O N E

Mbas një ekspozimi tē problemit në aspektet, jemi munduar tē paraqesim statistikën e klinikës tonë në dy periodha prej 3 vjetësh seçila 1951-1955 dhe 1956-1960.

Nga studimi rezulton se frekuenca e këtij problemi patologjik ka qëndruar gati konstant në këto dy periudha të kohës. Lindjet premature në pesevjeçarin e parë ka qënë 7,8%, në të dytin 6,9%. Lindjet premature tek primipare 6% në pesevjeçarin e parë, në të dytin 5,7%.

Në pesevjeçarin e parë lindje premature për shkaqë të ndryshme kemi patur 30,2% në të dytin 44,1%.

Një gjë tillë spjegohet se pse metodat e reja të kërkimeve kimike nga njëra anë si dhe kontrolllet më të shpeshta nga ana tjetër kanë lejuar që të shtohet mundësia e diagnozës etiologjike.

Një gjë tjetër që vrehet në statistikën tonë është se sindromi i tokisko-zave si shakak i lindjeve parakohë në pesëvjeçarin e dytë paraqitet më i ngritur nga pesëvjeçari i parë, 6,5%. Ky shumë bëhet në kurrit të albuminurisë së thjeshtë, amipertensive, sepse tanë tek neve bëhet një kontroll më i mirë në gratë shtatzane, lidhur me diagnozën prekokse të albuminurisë.

Lindjet prematurë nga shkaqet të paditura, që paraqitin gati 50% të rasteve nuk janë futur. I takon majelet obstetër të thellohet më shumë në këtë drejtim, në mekanizmin neuro-hormonal, e cila rië të ardhmen do përbëjnë bazën e terapisë prekokse kauzale.

(Paraqitur në Redaksi më 10.4.1962)

BIBLIOGRAFIA

- Bookstover P.I.
Am. Y. Obst. Gynecol. 61. 392 1951
- Dellepiane:
Cit. da Cappelli e Colla.
- Douglas Y. W. B.
Y. Obst. Gyn. Brit. Emp. 57.1943-1960
- Folsome G.E.
Am. Y. Obst. Gynec. 72. 60 1959
- Gernez N.
Revue Gynecol. Obst. 10-916 1959
- Ingulla N.
Rivi. ost. Gyn. 5-5 1960
- Lelong M.
Sem. Hopi. Paris 27-75 1951
- Naegle M.
Rev. Gyn. et. obst. 46-742 1955
- Pomerance W.
Am. Y. Obst. Gynecolog. 6 — 436 1951
- Readin H.
Rivis. di Ost. 1958.
- SEDOVA T.I. — Akushersivo i ginekologija N. 2, 1962, f. 63.
- FAVER G.L. — Akushersivo i ginekologija N. 2, 1962, i.33
- PUŠAKOV V.I. — Akushersivo i ginekologija N. 2, 1962, f. 96.
- BODIAZHINA V.I. — Recenza na knigi L.S. Peresmaninova
- SHINKOVA V.A. — Akushersivo i ginek. N. 4, 1958, f. 53-57.
- DITRIKOWA J. Ceskoslov. Pediatria N. 3, 1958, f. 218.

OBSTETRICAL CONSIDERATIONS ON PREMATURITY

(Summary)

After presenting the problem in its fundamental aspects, the author discusses the statistical data of his clinique for two periods of 5 years each: 1951-1955 and 1956-1960. From this work it can be seen that the frequency of premature births has remained constant during the two periods. The premature births during the first 5 years has been 7.8%, and during the second — 6.9%.

Premature births in primiparae: 6% during the first period and 5.7% during the second. Premature births in pluriparae: 2% during the first period and 1% during the second.

Notable differences have been observed in the causes of prematurity. Notable differences have been observed in the causes of prematurity. In the first 5-year period the premature birth from different known causes have been 30.2%, in the second — 44.1%.

This can be explained with the fact that the new methods of chemical examinations and the more frequent controls of the pregnant have improved the possibilities of the etiological diagnosis.

Another thing that can be noticed in these figures is the fact that toxicosis as cause of premature birth is more frequent (6.5%) in the second period.

This increase can be attributed mainly to the simple antihypertensive albuminuria, since now the control for albuminuria in pregnant women is done more thoroughly.

Premature births from unknown causes — almost 50% — have not been included. It is a future duty of the obstetricians to study more thoroughly the neuro-humoral mechanism of prematurity, which must constitute the basis of an early causal treatment.

**TUMORET E SISTEMIT NERVOR NË MATERIALIN AUTOPSIK
TË SHËRBIMIT TË ANATOMISË PATOLOGJIKE GJATË VITEVE
1957 GUSHT 1962**

CESK RROKU

Spitali Nr. 1 Tiranë

Gjatë periudhës 1957 gusht 1962 në shërbimin e Anatomisë Patologjike asht grumbulluem nji material i bollshëm prej 57 raste, të cilin mejuem ta botojmë në mënyrë që të formohet nji ide pak a shumë e mbështetur anatomikisht mbi frekuencën, lokalizimin dhe llojet e tumorëve të sistemit nervor në përgjithësi. Duke qenë se jemi munduem të nxjerrim në pah edhe disa konkluzione të përgjithësme, mendojmë se do të ketë një farë vlefte edhe për specialitetin e neurokirurgjisë i cili porsa ka filluem të bajë hapat e para në vendin tonë.

Materjal i paraqitun përfishin vetëm ata të ardhun nga klinika e neurologjisë, tue mos përfshi këshfu tumoret e sistemit nervor të ardhun nga spitali pediatrisk apo nga shërbimet e tjera, material i cili nuk asht i pakët në numur. Një gjata të tillë e kemi bamë tue u shtye nga fakti se konkluzionet e përgjithësme do të ishin sa ma të sakta, sa ma e imtë që të jetë bamë analiza e rasteve gjatë jetës.

Zbërthimi statistikor i materialit na jep këto të dhana:

Frekuencia simbas sekshit: meshkuj 34 raste barazi me 59,5% dhe feme 23 raste barazi me 40,3%, pra me predominantin e sekxit mashkull. Një fakt i tillë pajtohet me të dhuratat statistikore të C. Arsenit, St. Nikuleskut (4), Cushing e të tjera.

Tue i ndarësimbas grupit të moshave kemi këto të dhana:

0-1	vjeç	0 raste	baraz me	0 %
1-5	"	0	"	0 %
5-10	"	3	"	5,26 %
10-15	"	2	"	3,60 %
15-20	"	4	"	7,01 %
20-30	"	10	"	17,54 %
30-40	vjeç	9	raste baraz me	15,78 %
40-50	"	14	"	26,21 %
50-60	"	10	"	17,54 %
60	"	5	"	8,59 %

Duhet skjarue fakti se moshat e vogla nga 0-10 vjeç kanë një frekuencë shumë të vogël rië materjalin tonë. Simbas mendimit tonë nji gjai e tillë asht shkaktue nga se në material nuk janë përfshir rastet e pediatrisë që nuk kanë kaluar nëpër shërbimin e neurogjisë si edhe nga fakti se tumorët e sistemit nervor në këtë grup moshash janë dërgue në pjesën ma të madhe jashtë shtetit përkurim, ose janë tërhequn prej spitalit nga prindërit. Nji fakt tjetër që duhet të kihet në konsideracion asht frekuencë mjaft e maliqë e tumoreve cerebrale në moshat mbi 60 vjeç, në materjalin tonë nji përm-

qindje prej 8,59 %. Në statistikat e C. Arseni dhe të St. Nikulesku, të nxjerra nga klinika neuro-kirurgjikale e spitalit nr. 9 të Bokureshtit, tumoret cerebrale mbi moħġien 60-vjeġej konsiderohen tē rrallé. Siç shiell nē pass-qyrjen e ma siġġerne, frekuenza asht ma e na lté nē moshat 40-50 vjeġ (14 raste barazi me 26,21 %), dhe 20-30 vjeġ (10 raste barazi me 17,54 %).

Nga 57 rastet, 6 prej tyre jané tumore cerebrale metastatike me nji pēriqindje prej 10,52 %. Këtu duhet vuem nē dukje frekuenza mjaft e nalté e tumoreve metastatiké, dhe kjo sigurisht ma frekuente nē moshat e na lta. Një fakt i tillé duhet tē tērheqé vēmendjen e neurologeve dhe neurokirkur-għev pse kuptohet lejt-h randejsja pér-terapijni e matejjsme.

Tue i ndamé simbas lokalizimit keni:

Tumore supratentoriale gjithsej 34 raste qé jané barazi me 59,66 % tē rastevi tē paraqituna. Prej këtyne 29 jané tumore autoktoni barazi me 50,85 %, dhe 5 raste metastatike me nji pēriqindje prej 8,59, subtentoriale 21 raste (36,82 %) prej tē cilave 20 tumore autoktoni (35,8 %) dhe metastatik vetyl nji rast (1,80 %). Ndamja simbas lokalizimit nuk paraqet ndryshime ngā tē dhanat e autorevè tē huej. Kështu p.sh. Shkorpil (7) frekuencen e tumoreve supratentoriale e jep nē 60%, kurse C. Arseni dhe St. Nikulesku nē 65 % dhe atē tē subtentorialeve nē 35 %. Nē materiali lin toné kemi gjith-ashlu nji rast tumori tē medulles spinale nji feokromocitomé pērkatesišt me nji frekuencé 1,80% tē tē gjitha rastevi tē paraqituna si edhe nji guma cerebri.

Ndamja simbas viteve:

Viti	1957	8 raste
" 1958	6	"
" 1959	11	"
" 1960	11	"
" 1961	16	"
" 1962	(deri nē fund tē gusħtit)	5 raste.

Shpērndarja nē regionet e ndryshme paraqitet pak a shumé e tillé: (themi pak a shumé e tillé pér arsyé se shpesh heré asht shumé i vështire pēraktimi i sakté anatomik, me qé nē shumé raste tumori prek regjone tē ndryshme kufitare).

	3 raste
Frontal dexter	4 "
Frontal sinister	3 "
Temporoparietal dexter	1 "
Temporoparietal sinister	2 "
Temporooccipital dexter	1 "
Oksipitoparietal dexter	1 "
Oksipitoparietal sinister	1 "
Oksipital dexter	2 "
Oksipital sinister	5 "
Splenium corporis callosi (guma)	1 "
Multifokal i hemisferes sé majjé	1 "
Optokiasmatisatik	2 "
Hipotalamik	4 "
Hipoftaris	1 "
Mesencefaliak	3 "
Metastatik i hemisferes sé majjé	1 "

Pontomedular	1 raste
Pontocerebelar	1 „
Ventrikuli i katert	5 „
Vermis cerebelli	1 „
Hemisfera majë cerebelare	3 „
Hemisfera djangë cerebelare	3 „
Basis Crani (Kramofaringjoma)	11 „
Medula spinalis (cauda)	1 „
Suprarenala e djathëtë	1 „
Metastatik cerebelar dexter	2 „
Metastatik cerebelar sinister	0

Aشت e nevojeshme me vue në dukje faktin se frekuencës shumë ma të natale të tumoreve të kandit pontocerebelar të majë (në rastet tonë të gjitha neurinoma) në krahasim me të djathëtin në reportin 5.1. Me literaturën e konsultueme për këtë problem si Boyd, Shkorpil, Miculescu, Letulle, Shiki dhe Henner nuk gjejmë të dhana skjaruese. Nga të gjasht tumoret metastatike, katër kanë qenë nga kacionoma pulmonare, një nga retikulosarcoma mediastinale dhe një rast nga kacionoma *mammae*. Nji rast tjeter që nuk asht përmblehdhun në pasqyrën e masipërme ka qenë: Pakimeningitis karcinomatosa nga carcinoma ventrikuli në një pacient 23 vjeçare.

Ekzaminimi histologjik i këtij materjalit, na lejon të bëjmë këtë klasifikim të rasteve, megjithëqë i kemi parasysh vështirësitet e një klasifikimi të saktë histopatologjik:

1. Glioma:
Glioma cistike dhe hemoragjike
Glioblastoma multiforme
Meduloblastoma
2. Astroblastoma
Spongliblastoma
Oligodendrogliona
Ependymoma
Pinealoma
3. Glioma të paklasifikuar
Adenoma të hipofizës:
Chromophobe
Mixte
Te malignizuar
4. Meningeoma
Tumore të nervit akustik (neurinoma)
5. Tumore kongenitale:
Kraniofaringeoma
Kolesteatoma dhe dermoide
Kordoma dhe teratoma
6. Tumore metastatike
7. Tumore inflamatorie:
Tuberkuloma
Sifiloma
8. Tumore nga malformacione vaskulare:
Angioma, aneurisma (nuk janë studjuar)
Morbus Sturge-Weber

Morbus Lindau
9. Sarkoma primitive
10. Feokromocitoma

2 raste
0 „
1 „

Nga pasqyra del e kuartë se jemi hasun me tumore të klasifikimeve më të rridhshme histopatologjike. Në përputhje me të dhanat e literaturës predominojnë glioblastomat, dhe astroblastomat. Mjaft frekuente janë edhe neurinomat dhe medubloblastomat, përkatesisht me 6 dhe 5 raste. Këtu duhet vuem në dukje numuri i pakët i meningeomave si edhe ai i tumoreve të hipofizës. Nji gja e tillë, simbas nesh, rrjedh nga fakti se kanë qenë përkisht këto loj tumore të cilat janë dërgue ma shpesh nga të gjitha jashështetit për ndërhyrje kirurgjikale (hypofizaret). Tumoret e hipofizës në statistikat e klinikës së neurologjisë të fakultitetit të Mjekësisë (B. Preza), janë mjaft frekuente (23 raste, komunikim personal).

Tumoret e sistemit nervor, sic, kemi thëksuem edhe ma nalt me frekuencën e tyne të mali të dhe prognozën shumë të randë, janë një problem i randësishëm për mjekësinë tonë në përgjithësi, dhe vëcanërisht për neurologjinë dhe neurokirurgjinë, e cila sapo hedh bazat në vendin tonë. Për ta vye dhe ma mbië në evidecë randësinë e tynë, po përmendim se ato përmbyajnë përqindjen dërmuese të vdekjeve në neurologji. Numrin e vdekjeve mëngë tumorët cerebrale dhe përqindjet e tyne përkafëse, na skjaron me ndihmën e shifrave, edhe ma mbi këtë problem

Viti	1957	22	vdekje,	nga tumoret cerebrale	10 = 45,4 %
,	1958	14	„	„	6 = 42,8 %
,	1959	14	„	„	11 = 78,5 %
,	1960	21	„	„	15 = 71,4 %
1961	23	„	„	„	16 = 69,5 %
,	1962	nuk	asht	ilogaritun	

Në krahasim me të gjitha vdekjet në spitalin Nr. I të Tiranës, vdekjet nga tumoret cerebrale, në vitet 1960 dhe 1961, përfaqësojnë respektivisht 10,8% dhe 11,7% të të gjithë vdekjeve (ilogaritia asht bamë vëtëm këto dy vjetet e fundit mbas ndamjes së spitaletve duke mos randue kështu përvjetet me vdekjet me këtë rast. Siç del e kuartë nga pasqyra, qindjet me vdekjet në kirurgji dhe pediatri). Siç del e kuartë nga pasqyra, numuri i vdekjeve në neurologji nga tumoret cerebrale predominojnë mbi shkaqet e tjera të vdekjeve. Prandaj duhet mendue shumë seriozisht dhe në mënyrë kambëngulëse për uljen e përqindjes së lartë të këtyre vdekjeve. Nji gja e tillë asht e mundëshme dhe pra duhet të krijojmë sa ma shpejt kondita të tillë që të shpëtojmë apo të lehtësojmë gjendjen e këtyre fatkeqe. Simbas mendimit tonë masa e parë që duhet të marrim asht përmirësimi i diagnozës në përgjithësi dhe në vëgantit përmirësimi i diagnozës topike. Kjo asht edhe arsyaja kryesore që na shthyn të jepim në këtë punim modest disa të dhana mbi divergjencat në mes të diagnozës klinike dhe asaj anatopatologjike.

Dihet se simptomatologjia e tumoreve cerebrale asht polimorfë dhe shpesh herë shumë e komplikueme, gjë që shkakton arsyen kryesore të divergjencave anatomo-klinike, të cilat akoma preokupojnë edhe klinikat më të specializuarne neurokirurgjikale. Këtu ndërhyjnë edhe shumë faktorë të tjere si: ardhja me vonesë e të sëmurmve, gjendja e tyne e randështës së kohës që nuk lejojnë një ekzaminim të hollesishëm klinik dhe laboratorik, në vëndin tonë vëcanërisht deri më sot, mungesa e specialistëve, mungesa e arteriografisit, arteriografisë dhe pneumoencefalo-

gralisë sistematike e tjera. Pa një përmirësim rranijesor të përqindjes akoma të naltë të divergjencave, e cila tashmë asht e mundëshme, me që shumë nga mungesat e ma sipërme janë plotësuar, nuk asht i mundur fillimi në stil të gjanë i praktikës neurokirurgjikale në vëndin tonë.

Për të nxjerrun në evidencë divergjencat kemi bani një studim të hollësishëm të dhanunave klinike dhe atyne anatomike dhe jemi riisun nga pikpamje ma të gjana se ato të divergjencave të thjeshta të cilat shpesh herë nuk janë shikim të plotë dhe real të problemit që po trajtojmë. Jemi munduem të marrim parasysh të gjitha mungesat e masipërme. Divergjencat në rradhë të parë i kemi trajtum nga pikpamja topike (me që kjo asht detyrë e rradhes, së pari), dhe pastaj nga pikpamja nosologjike dñe ajo etiologjike. Njogjet neurologjike kanë marrë pjesë në diskutimin e këtyre divergjencave të cilat përtakjanë ta janë ta lëmna të njoftuna. Në divergjencat topike kemi inkluodhur raste me lokalizim të ndryshëm anatominë nga të dharat e diagozo e klinike si p.sh. rasti me diagnozë klinike tumor frontal dexter. Che anatomike neurinorma i akustikut te majtë etj. Por në këto llojd divergje ncashi janë diskuluen edhe raste kur diagnoza topike nuk ka qenë e prerciueme si duhet si p. sh. tumor *fossa cranii posterioris*. Ne jemi koshientë të vështirësive të diagnostikimit topik të saktë të tumoreve të regjionit të sipërpermëndur, porse nuk mund të rrijmë pa vje ne dukje se një diagozë e tillë nuk asht prçize për qëllimet neurokirurgjikale, duke qenë se një diagozë e tillë paraqet një koncept menjalt të gjanë.

Në divergjencat nosologjike p.sh. në ato të vitit 1958, janë inkludue dy raste ku tumori cereoral asht konceptue si hemorrhagji cerebrale. Ne nuk nisemi këtu për t'i vamë një analizë të hollësishme çdo rasti, por duhet theksue se të dy rastet kanë që në pacient t'ka kauem nga moshë, bille njani-vjeç, si urishat në personat me ndryshime të randa vaskulare aterosklerotike, kështu që një orientim i tillë i neurologëve ka patun justifikimet e veta. Këtu po përmëndim edhe rastin e iji femme të re me minigjit tuberkular të trajtuanë dhe të konceptueme me tumor cerebral. Ngë divergjencat etiologjike po përmëndim rastin e një tumori iratistik cerebral nga karcinome pulmonare të trajtuanë dhe të konceptuam si tumor cerebral autokton. Një gjë e tillë duhet të na vlefjej për nevojen e një ekzaminimi komplekt edhe jasht sferës neurologjike. Vumja në pah e këlyne divergjencave si edhe dislikutimi i përbashkët me kolegët neurologë, plotsim i kuadrit të spesializuam dhe mjetëve laboratorike të nevojshme kanë bani të mundur vitet e fundit përmirësimin e cukshëm të divergjencave. Këto divergjencia sigurisht do të ulen edhe ma tepër nga viti në vit duke arritur kështu niveli e klinikave të jashtme. Sigurisht që divergjencia do të kemi e�e ri të arthem, por mos me thanë gjithmonë, mësasi duhet të kemi kur doherë parasysh se kemi të bëjmë me tumore me një polimorfizëm të cuditishëm klinik dhe anatormik dhe për ma tepër në një organizëm aq të zhvilluem siç asht rieri.

Më së fundi jemi munduem s'jithash tu me vje ne oukje edhe disa nga arsyet e vëçkajeve në këta pacientë, për të mundur me nxjerri kështu ndonjë konkluzion të vlefshëm përtë arthmen. Në pjesën ma të madhe të rasteve si arsyje imediate e vdekjes ka qenë vjetë tumori cerebral, kryesisht presioni i ngritur intrakranial me të gjitha konsekuençat e njoftuna të tij. Rastet me tumore metastatike kanë vdekun ose nga procesi kryesor morboz osa nga vjetë metastaza. Nga bronkopneumonia kanë vdekun dy veta, nga hemoragjia abondante në tumor 7, e kështu me rathë. Mendojmë se meritojnë të vhenë në dukje edhe dy raste të tjera: vdekjesh, njani nga hemoragjicerebreale, në afersi të tumorit pas pneumoencfalografisë (në një pacient të ri), dhe rasti ijetër nga astiksia, e shkaktuar me nga kallimi i ushqimit në trake.

glaté ushqimit me sonje nasale ně një pacient tē o perueume pér meningeom frontal. Kéto dy rastet duhet tē na heqin vëmënjen mbi munoësitë e komplikacioneve të pneumvencës lografise (në këtë rast nuk u gjetjën arsyë të tjera që të mund tē shpjeqojnë hemoragjinë) dhe moi nevojën e domosdoshme të prëgatitjes së mirë të personelit të resëm shëndetësor pér specialitetet delikate në ergjithësi dhe neurokirus jisë në vëçanti.

Sot na janë krijuem kondita të mira pér përmirësimin e punës sonje. Me një bashkëpunim ma të ngushtë midis specialitetev të interesueme në këtë problem duhet tē pëmëritësojmë edhe ma shurrë puniën tonë kolektiv e.

(Paraqtur në redaksi më 29.9.962)

LITERATURA E KONSULTUIME

- 1) B. BOYD W. Textbook of Pathology. Philadelphia 1961, faqe 1196 – 1207.
- 2) HENNER K. Specialni Neurologie. Zdravotnické Nakladatelství, Praha 1952, faqe 8-37.
- 3) LETULLE M. Anatomie Pathologique Masson et Cie. Editeurs Paris 1931. Faqe 256-276. Tome 1.
- 4) NICULESKU ST., ARSENI G. Morfopatologija Sistemului nervos. Editura Medicală Bucuresti 1957. Faqe 680-778.
- 5) Raportet vjetore të spitalit Nr. 1 të Tiranes, vitet 1957-1961.
- 6) Shikl H. Prshednashki z onkologije (Nauky o nadorech), C) Cast Specjalni. Starni Pedagogicke Nakladatelství Praha 1952. Faqe 321-355.
- 7) SHKORPIL F. Obecna a soustavná patologie novotvaru. Zdravotnické Nakladatelství Praze. 1950, faqe 500-584.

THE TUMORS OF THE NERVOUS SYSTEM IN THE POST MORTEM MATERIAL OF THE ANATOMO-PATHOLOGICAL SERVICE FOR THE YEARS

1957-1962

(Summary)

The author, on the basis of 57 cases he has observed, discusses frequency, localisation and types of the tumors of the nervous system. The analysis is made only with the material sent by the neurologic clinic.

The statistical analysis of the material shows: male 34, female 23, the predominating age groups from 20 to 30, with 17,50 percent, from 40 to 50 – 26,21 percent. From the 57 cases most frequent are the metastatic tumors. From the point of view of the localisation more frequent are the tumors of the pontocerebellar region of the left side which, compared with those of the right side are 5:1. The histological analysis gives very different kinds, but the gliomas and osteoblastomas are predominant; then not infrequent are the neuronomas.

MJEKIMI I CANCER CUTIS ME OMAIN

Kandidat Shk. Mjek. FADIL SPAHU
Klinika e Onkologjisë dhe Ortopedisë

Proceset maligne të lëkurës nijhen qysh në kohët e lashta. Historikisht, metoda që janë aplikue në mjekimin e tyne, kanë qenë shumë. Në të kaluamen kanë predor inue njerëzijet këturgjikale ose djejet e kagullacionet. Kohët e tundit kanceri i lëkurës mjekohet me sukses me anën e rrzeve. Kanceri i lëkurës hyn në radhën e turoreve maligne shumë të ndjeshmë karshi rrzevezë të Rontgenit. Eksperimenta e madhe e grumbulluese për mjekimin e kancerit të lëkurës me Rontgenotrapin dha rezultatet shumë të mira justifikojnë plotësisht aplikimin e Rontgenoterapisë në luttën kundër tij gjanësisht. Për këtë, më afton të kujtojmë se në Rontgenoterapi asht arritje shërimi i *cancer cutis* në 92-95% të pacienteve në stadin e I, dhe të II të zhvillimit të procesit.

Në kohën e fundit aplikohet me sukses, sëq. oihet, mijekimi i *cancer cutis* me Rontgenoterapi me fokus të shkurtër që sigurohet me aparatin e Shauitit.

Një randësi të madhe ka edhe mijekimi me anën e preparaveve radioaktive, karshi të cili ëve kanceri i lëkurës nuk është ma pak i ndjeshtëm se sa karshi rrzevezë të Rontgenit. Kjo metoda mund të përdoret si mjet kryesor primar në këto raste ose mund të aplikohet në ato forma që janë rezistente në Rontgenoterapi.

Megjithë këto sukses në lutën kundër proceseve maligne të lëkurës që janë arritje me terapinë e rrzeve, prapsprapë metodat kirurgjikë, në këto raste kanë indikacionet e veta.

Në kohët e fundit arsenalit të mjetave antikancerore për lokalizimin në lëkurë i asht shtue e�e preparati kimik Omainë.

Siq dihet, ky preparat në fillim me emrin Kolhamine dhe ma vonë Omainë, u zbulua në vitin 1952 në Bashkimin Sovjetik nga N.V. Kiselyov dhe G.F. Menjeshikov. Ma vonë ky preparat u fitte edhe në vendet perëndimore ku njihet me emrin Demekolicin. Omaina është shumë e afërt me Kolhincin por simbas të dhunave eksperimentale të E.M. Verner, Omaina ka veprim ma të fortë në celulat kancerozë che asht me pak toksik se sa Kolhicina. Formula kimike e Omainës asht N. Metil dezacetil kolhincin. Në klinikë Omaina asht aplikue në formë pastë 1% ose 0.5%. Siq has të dhana e të M.A. Ziv, K.A. Pavlova dhe N.I. Noltson; Omaina asht aplikuar me sukses prej tyne edhe në raste të gjendjeve prekancerore të lëkurës. Në Bashkimin Sovjetik Omaina në klinike është vëlluke nga E.V. Vermej, A.H. Movsesjan, K.Sh. Kokcharova, I.T. Kromarenko, M.A. Ziv, K.A. Pavlova dhe N.V. Musin. Në 2f raste Kromarenko I.T. dhe E.M. Vermej Omainën e kanë aplikuar të përzier me hialuronidaze che eëdrine. Këtë formë të Omainës kemi aplikuar edhe neve me që e kemi marrë në institutin e terapisë dhe patologjisë eksperimentale të kancrit pranë akademisë të shkencave mjekësore të B.R.S.S. ku I.T. Kromarenko kryesishët e ka a, likue në të sëmurë.

Simbas té dhanave té autorevë té nçryshëm, Omaina ka një vet, zgjedhëse karshi indeve. Ay vpron në indin kanceroz kurse në indin e shëndoshë nuk shkakton ndonjë dam. Ndryshimet e inoeye të shëndosha rrëth e përqark zonës së veprimit të Omainës janë shumë ma të vogla se sa ato që shkaktohen nga rrezet e Rontgenit. Kështu edhe indi i tumoreve benigne nuk pëson ndonji ndryshim nga veprimi i Omainës me përjashtim të një hyperemie të lehti - ndërsa indi kanceroz kthehet në detrit.

Omainën neve e kemi aplikue në 54 raste të *cancer cutis* të stadtit I-II kur ulcera kanceroze nuk e ka kalue diametrin 2-3 cm. Kemi preferue ma teper format ulqenoze se sa ato egzoftë.
Naër këta 6 kanë qenë të stadtit të I dhe 48 të stadtit të II të zhvillimit të procesit. Të dhanat e këtij kontigjeti pacientësh janë si vijon: meshkuj 35, femra 19. Simbas profesionit: puntorë 10, fshatare 28, shëpijake 13, iepunes 3.

Moshë:	Deri	në	50	vjetë	11
	51	-	60	„	10
	61	-	70	„	13
	71	-	80	„	16
Mbi	80	—	—	—	4
		—	—	—	54

Asht përtu theksuar se këto statistika të moshave nuk flasin direkt përmoshën ku proceset maligne të lëkurës ndeshen ma shpesh. Një pretdim i tillë do të ishte i padrejtë për derisa këta pacientë nuk paraqesin shifrën totale të pacientëve me *cancer cutis*. Sasia ma e madhe e tyne u asht nënshtrue metodave të tjera të mjekimit si Rontgenoterapisë etj.

Përsë i përkert lokalizimit duhet të tivem në dukje se kemi preferue në radhë të parë ato të kokës. Këtë e kemi ba tue u nisë nga rezultatet e mira kosmetikë, që jep Omaina. Veti ja e Omainës, sic është indiferentizmi i theksuem i saj karshi indeve të shëndosha dhe mbetja e një cikatriçje elastike në vendin e ulqeracionit malign, ngrënë preferencën e aplikimit të këtij preparati në fytyrë në krahasim me metodat e tjera të injekimit. Kështu p.sh. Rontgenoterapia ashtu dhe metodat kirurgjikale përvëq elemiminimit të fokusit kanceroz damtojnë pak a shumë edhe indet e shëndosha rrëth e përqark zonës kanceroze.

Lokalizimi i procesit ka qenë si vijon:

1. Hunda 26
2. Faqe 9
3. Balli 8
4. Tamthat 4
5. Veshë 3
6. Ndën sy 2
7. Mjekër 1
8. Pjesët e mbulueme me flokë 1

54

Metodika e aplikimit ka konsistue në pastrimin e mirë të plagës në vumjen e pastës Omainës me anë të një garze tue lye gjithë sipërfaqen e ulqeracionit kanceroz që tue kalue edhe në indin e shëndoshe (lëkura) rrëth

ë përqark afro 1-2 cm. Gazra nuk sollet gjatë 24 orëve. Kështu, në qdo aplikim përdorej rieh 1-2 gr. pomadë. Në raste të ndryshme, simbas gradës-së zhvillimit të kancerit, aplikime tê tillë janë kryer nga 10-24 herë. Në të gjitha rastet në të 3-5 ditë të aplikimit të Omainës kemi konstatuar dekompozimin e indit kanceroz. Ulceracioni mbushtj me qelb, thelliçej dhe fundi i plagës karakterizohet kryesisht nga një hyperemi. Kulmi i dekompozimit të indit kanceroz asht konstatuar në fundin e javës së parë të përdorimit të Omainës. Lëkura e shëdoshë rieh e përqark riëfillim reagonë vetëm me një hyperemi, konstantohej një edemë pseudoinflamatore që ma vonë pasoheshin këto fenomene me epicermitë.

Për ndërprerjen e mjekimit jemi udhëheqë nga pastrimi i plotë i plagës prej indit kanceroz, ku mbetej ulçer me granulacione të reja, e butë krejtësisht në palpacion. Për t'u sigurue ma mire mbas këtij konstatimi, Omaina asht aplikue edhe 2-3 herë. Kështu në vend të ulceracionit kanceroz mbetej një ulçer e thjeshtë, me granulacione të freskëta, ma e thellë dhe ma e hapët se sa ish ulcera kanceroze. Kjo ulçer ma vonë gjatë 2-3 javëve është mbushë me ind cikatrical shumë elastik me rezultatë kosmetike shumë të mira. E fundit ka rendësi të madhe praktike për derisa Omaina është aplikue prej nesh vejetëm në lokalizimet që përmendëm ma sipër.

Ashq për t'u theksue se si gjatë aplikimit të Omainës ashtu edhe në periudhën pas mbarkimit të mjekimit nuk kemi konstatuar shenja intok-sikacioni as ndryshime patologjike në organe të ndryshme ose sisteme. Gjendja e përgjithshme e pacientëve ka qenë e mirë. Gjatë dy vjetetë te para mbas mjekimit me Rontgenoterapi ose me metoda kirurgjikale. Ashq për t'u theksue se një pjeje e këtyre të sëmurëve nuk e kanë që kurën deri në fund.

Disa autorë tlasin përfektin pozitiv të Omainës në recidivat e *cancer cutis* mbas Rontgenoterapisë. Ne në raste të tilla e kemi aplikuar Omainën me rezultate të mira në tre pacientë. Si përfundim mund të themi se: 1) Pasta e Omainës në krahasim me metodat e tjera të mjekimit të *cancer cutis* paraqitet në aplikimin e saj shumë e thjeshtë se që pa ndonji vështirë i arrihet nga qdo punkte mjekorisë. 2) Veprimi shkatërronjës i Omainës në celulat kanceroz asht i fortë dhe njikohësish indiferentizmi i saj karshi indeve të shëndosha. I ërmë-rëson shumë rezultatet si në pikëpamje radikalizmi ashtu edhe në pikë-pamje kosmetike.

3) Aplikimi lokal i pomadës së Omainës nuk shkakton ndryshime në gjendjen e përgjithshme të pacientëve.

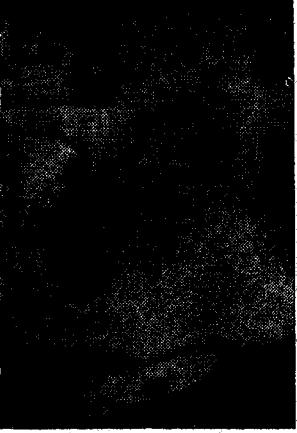


Foto Nr. 1

Foto Nr. 2

(Paraqitur në Redaksi mi 13.XII.1962)

TREATMENT OF CUTANEOUS CANCER WITH OMAIN

(Summary)

Recently for the treatment of *cancer cutis* has been used a new preparation called Omain. The author has tried this drug on 54 cases with good success. For more than two years the has had only 6 relapses. The preparation is applied ambulatorily in the form of pomatum. It causes no phenomena of general intoxication, nor any damage to the healthy tissues surrounding the tumor. At the same time it has a pronounced anti-cancer action, and succeeds in destroying the tumor after 10 or 20 applications.

MIKROFLORA E AJRIT DHE E DYSHEMESE TE SALLAVE KIRURGJIKALE

PULLUMB KARAGJOZI

Klinika e onkologjisë dhe ortopedisë

Një qëshjtje me rënësi që ka preokupuar dhe preokupon vitet e funditë kirurget dhe bakteriologët është shtimi i frekuencës së infeksioneve postoperatore të plagëve.

Komplikacionet infekcioze mbas ndërhyrjeve kirurgjikale, gjatë dhjetë vjetëve të para të përdorimit të antibiotikeve (1947-1956) u paksuan në mënyrë të konsiderueshme. Ky sukses bëri që kirurget të shpresojnë shumë tek antibiotikët, duke negliguar zbatimin e disa rregullave të profilaksisë antibakteriale, që më përparrë respektohenin me rigorozitet. Sot megjithë ekzistencën e antibiotikeve të fuqishëm, vazhdon të ekzistojë rrëziku i infeksionit postoperator.

Në klinikat kirurgjikale të Spitalit Civil Nr. 2, infeksioni postoperator i plagëve është mjaft i lartë. Të dhënat e nxjerra prej kartelave të ndara simbas viteve për këtë spital tregojnë se:

Mbas apendektomive

Në vitin	1957	kishte	10,5%	supuracion
„ „	1958	„	6,83%	,
„ „	1959	„	14,3%	,
„ „	1960	„	11,4%	,

Mbas herniotomive

Në vitin	1957	kishim	7,6%	supuracion
„ „	1958	„	2,1%	,
„ „	1959	„	9,5%	,
„ „	1960	„	10,6%	,

Mbas strumeektomisë

Në vitin	1959	kishim	10,3%	supuracion
Në vitin	1960	„	13,4%	supuracion

Rezultatet e mësipërme tregojnë se në vendin tonë infeksionet postoperatore përbëjnë një problem aktual dhe me rëndësi të madhe praktike. Në vende të ndryshme të botës ku ky rezik ekziston, shumë autorë kanë treguar interes dhe kanë punuar për sqarimin e tij. Ndërmjet tyre duhet të përmendim: Altermeier (1955), Brajčev (1960), Blackley, McKittrick (1954), Karel Holacka (1960), Kunz (1957), Knott (1956), Kilkuth (1957), Kouris (1950), Kashkina (1962), Hare (1956), Carl Walter, Ruth (1960),

Loshard (1960), Shastin (1954), Medvedjev (1954), Ivan Blazek (1960), Thomas, Ridley (1956) dhe shume të tjera. Citi i i autorove të mësipërm tregon edhe një herë rëndësinë e madhe praktike të këtij problemi. Duke u nisur nga të gjitha këto, cështja e infeksionit postoperator u vendos të studjohet nga Katedra e kirurgjisë përgjithshme qysh në vitin 1960 dhe kryesish u ngarkuan ne nën drejtimin e kandidatit të shkencave mjekësore Petrit Gace.

Qëllimi i punës tonë ishte të studjonim rolin që lozin burimet e ndryshme të infeksionit (té njojhura prej kohësh), në supuracionin postoperator të plagëve në kondit e klinikave tona kirurgjikale. Shume autore si N.P. Shastin, E.I. Vedenksaja, Medvedjev, Carl Walter, Ruth etj. kanë komstatuar se rol me rëndësi në infeksionin e plagëve të pastërtia postoperatorore, kur garzat, instrumentat dhe duart e kirurgut janë sterili, lot mikroflora e ajrit dhe e dyshemës së sallave operatorre. Nga studimet e autorëve të mësipërm është e njojur, që në kohën e operacionit në ajrin e sallave operatorë vihet rrarrje e konsiderueshmë e mikroflorës së ajrit, e cila mvaret nga prezenca, e njerzeve, lëvizja e tyre, bisedimi, kolla etj. dhe gjithashu nga karakteri i operacionit që kryhet.

Duke u nisur nga të dhënët e mësipërme vendosëm që në fillim të studjojmë mikroflorën e ajrit dhe të dyshemës në sallat tona së operacionit. Për këtë kemi kryer 210 mbjellje të cilat i kemi studjuar në bashkëpunim me mjekët e laboratorit bakteriologjik të Spitalit Nr. 1 të Tiranës-Mjeku Ali Mullahollit, Pavlina Gjuraj, Njac Saracit etj. Mbjelljet i kemi kryer në sallën e operacionit të klinikës parë, klinikës dytë, klinikës katert dhe sallën e urgjencës të Spitalit Nr. 2 të Tiranës.

Karakteristikat e sallave të operacionit

Sallat e operacionit kanë një kubaturë prej 94 m^3 ajo e klinikës I-rë, deri në 120 m^3 ajo e klinikës IV-të. Të gjitha sallat kanë nga dy dyer që komunikojnë me dhomat e tjera të blokut operator, kanë edhe dyer që mbahen të rmbyllura të cilat komunikojnë me koridorin e blokut operator. Sallat kanë nga dy dridhje me shumë copa xhami por dridhet nuk hapan. Sistemi i rgrrohjes është me kalorifer që zakonisht janë vendosur në fundin e Pavjonit dhe ndahet nga ky i fundit me një derë me xhamë që ka gjëresinë e koridorit.

Mëtoda e punës

Mbjellen e ajrit e kemi bërë sipas metodës të propozuar prej Koch. Pjata e Petrit me agar gjak vendoset pér 5', në ambientin që studjohet, mbas kësaj pjata mbyllot me kapak dhe vendoset në termostat (me temper. 37°) për 24 orë, mbas kësaj kohe bëhet numurimi dhe identifikimi i kolonive. Për identifikimin e kolonive pregatitet preparat dhe ngjyrosjet sipas Gramit. Kur konstatohet se në pjakë është rritur stafilocok i artë, kjo e fundit izolohet duke e mbjellur në teren me agar gjak (imbasi në këtë teren rritet shume mirë dhe vihat në dukje hemoliza) dhe i përcaktohet rezistencë e tij ndaj antibiotikëve.

Numuri i kolonive dhe përcaktimi i tyre pér cm^2 , bëhet me anën e kamërisë të Valfügel. Ndërsa sasinë e mikrobeve pér m^3 ajër në mungosë të aspiratorit Weis që është më ekzakt, e bëjmë në mënyrë aproksimative

sipas rregullit të Omeljanskit: (në 5 minuta në 100 cm² bie sasia e mikro-

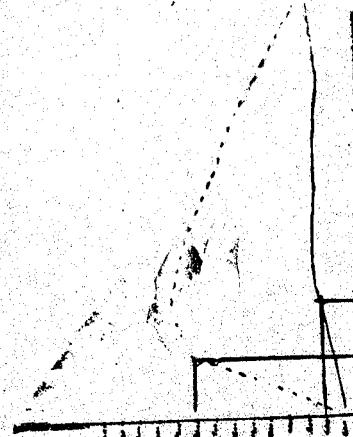
beve që është në 10 litra ajër).

Për mbjelljet e mikroflores që gjindet mbi sipëriqen e dyshimesë dhe të mobiljeve, merret një gartzë e qepur sterile (në dimensionin e pjatës së Petrit), njohet me bujon steril nga një anë dhe sipërfaqja e njomur vendoset përmbi dyshime për 1 minutë. Mbas kësaj sipëriqaja e garzës që preku dyshmenë vendoset përbimi terenin e pjatës së Petrit dhe hiqet përsëri.

Pjata vendoset në termostat (temperaturë 37°) për 24 orë.

Duke kryer mbjelljet e mikroflores të ajrit në sallat e klinikave tona kirurgjikale përparrë fillimit të operacionit, në kohën e operacionit dhe në mbarimin e tij, në prezercën e një numuri të ndryshëm njerzish, kemi konstatuar ashtu si shumë autorë të tjere (Shastin, Medjetev, I. Blazek etj.), se mikroflora e ajrit rritet disa herë në kohën e operacionit dhe nuk varet nga numuri i njerzve që asistojne në sallë. Nga 10 mbjellje të bëra në salën e operacionit të klinikës së parë përparrë fillimit të operacionit kemi konstatuar mesatarisht rreth 870 koloni për m³ ajër. Nga 8 mbjellje të kryera në sallën e klinikës së dytë, përsëri përparrë operacionit, kemi konstatuar rreth 850 koloni për m³ ajër. Ndërsa nga 10 mbjellje të kryera në sallën e klinikës së katërt para operacionit kishim 800 koloni për m³ ajër dhe nga 8 mbjellje të bëra në sallën e urgjencës kishim 880 koloni për m³ ajër. Të mëjten sasi të mbjelljeve e kemi kryer në sallat e mësipërme në vazhdidhmin e po asaj ditë, në kohën kur filloj operacioni, cy ore mbas fillimit të operacionit, në kohën e mbarimit të operacionit (mesatarisht mbas katër orëve) dhe nga tre mbjellje i kemi kryer pesë orë dhe dy mbëdhjetë orë mbas mbarimit të operacionit. Nga mbjelljet e mësipërme kemi konstatuar se në fillimin e operacionit në sallën e klinikës së parë kishim rreth 900 koloni për m³ ajër, në sallën e klinikës së dytë 890 koloni për m³ ajër, në sallën e klinikës se katërt 820 koloni për m³ ajër dhe në atë të urgjencës 920 koloni për m³ ajër. Dy orë mbas fillimit të operacionit, në sallën e klinikës së dytë 2720 koloni për m³ ajër në sallën e klinikës katërt 2630 koloni për m³ ajër dhe në atë të urgjencës 2820 koloni për m³ ajër. Katër orë mbas fillimit të operacioneve, kur këto ishin në përfundim, sasia e mikrobeve ishte shumë e afërt me rezultatet e mësipërme, ndërsa mbjelljet e bëra mbas sallës së gjatë natës të asaj dite, kane treuar një ulje të konsiderueshme të dite dhe gjatë natës të asaj dite, që rezultatet e mësipërme del se gjatë ditës të operacionit, numuri i mikrobeve në ajrin e sallës rritet vazhdimisht gjatë kohës së operacionit, arrin një maksimum

dhe vjen duke u paksuar mbas mbarimit të tij dhe gjatë natës. Shih kurbën Nr. 1. Mbjelljet e bëra në katër salla treguan gjithashut se numuri më i lartë i mikrobevet dhe rritura më e shpejtë e tyre është konstatuar në sallën e klinikës së katërt, e cila ka kubaturën më të madhe. Të njëjtën procedurë të mbjelljeve e kemi ndjejkur dhe ditën e nesërme kur s'kemi patur operacion dhe në sallë nuk hynte njeri. Në këtë rast sasia e



BASHKA E MIKROBËVE MBJELLJET NATALE DHE SALLAT E KURSUT
OPERACION KURSUT
VITI I 1950

Kurba Nr. 1

mikrobeve që kishte rënë në pjetën e Petrit, pothuaise ishte e njëjtë në kohë të ndryshme të ditës dhe mesatarisht për të gjitha sallat numuri i kolonive lëkundej nga 600-860 koloni përm³ ajer. Shih kurben Nr. 2.

Në mbjelljet e mësi përmë kemi konstatuar dhe mikrobe patogene si *proteus vulgaris*, stafilocok të artë e tjera numri i të cilëve ritej proporcionalist me shrimin e mikroflorës së ajrit. Një seri autorë N.L. Shastin, Kourrias, C.Walter, K., Halazka etj. në studimet e tyre kanë treguar mvartësinë e drejtë që ekziston ndërmjet personave që asistojnë në sallë dhe numurit të kolonive mikrobeve që gjinden në mikrofloren e ajrit. Mbjelljet e kryera nga neve i ilustrojnë më se miri të dhënat e autorëve të më sipërm. Kështu nga 8 të mbjellje të kryera në sallën e klinikës së parë dhe 2 mbjellje në sallën e klinikës së IV, kur në sallë kanë asistuar 2-5 persona mesatarisht kemi konstatuar 1400-1780 koloni përm³ ajer (Fig. Nr. 1.) Ndërsa kur në sallë kanë asistuar 16-20 persona mesatarisht kemi konstatuar 22 000 deri në 29200 koloni përm³ ajer. (Fig. Nr. 2). Sigurisht që nuk konstatohet një mvarësi e thjeshtë arithmetike ndërmjet sasisë të mikrobeve në ajrin e sallës dhe të rixerzve që asistojnë në të, kështu që neve në kohë të ndryshme në të njëjtën sallë me një sasi të caktuar njerzish kemi konstatuar sasi të ndryshme mikrobesh përm³ ajer. Kjo gjë mund të mvaret nga lëv izjet e rixerzve në sallë, veshja e tyre ose dhe temperatura e ambientit. Një sasi më të madhe mikrobesh kemi konstatuar kur studentët asistojnë në stinën e dimrit dhe më pak në stinën e pranverës.

Carl W.Walter dhe Ruth B. Kundsin, në studimin e tyre u jepin rëndësi lëvizicve të shpejtja të korrenteve të ajrit, në ndyrien e mikroflorës të sallës operacionit. Për këtë qëllim kemi kryer 11 mbjellje në sallën e klinikës së parë dhe të katërt mbas dezinfektimit të sallave dhe kemi konstatuar kur se kur hapim dhe mbyllim për disa herë derën e sallës së operacionit që ko. munikon me koridorin i cili nuk është i dezinfektuem, mikroflora e ajrit të sallës operacionit do ndryhet shumë shpejt. Mjaft demonstrative është një nga mbjelljet e bëra: imbas i bë dezinfektimi i sallës të klinikës parë, në pjetën e Petrit të vendosur në mesin e sallës u rrithen 11 koloni 0,3 përm², në pjetat e vendosura rië qoshjet e sallës, i vendosën nga 12-13 koloni, ndërsa në pjetën e vendosur afer derës (nën velin e vrimes së çelësit) që komunikon me koridorin u izoluan 32 koloni 0,8 përm² (Fig. Nr. 3).

Mbjelljet e bëra në koridor po në këtë kohë treguan se në pjatë të Petrit u rrithën 100 koloni, 2 përm², ndërmjet tyre kishim mjaft mikrobe sporogene dhe një koloni stafilokoku të artë hemolitik. Mbas kësaj, hapëm dhe mbylliën derën që bashkon sallën e operacionit me koridori 5 here rrjesht dhe bëmë mbjelljen në sallën e operacionit. Numri i kolonive mikrobiqe që u rrithën rië pjetën e Petrit të vendosura në qoshet dhe mezin e sallës po-thuaj u dyfishuan, nga 11-12 koloni arriten në 18 koloni, ndërsa kur hapëm dhe mbylliën derën për 20 herë numri i kolonive arriti mesatarisht 60 koloni përm² qdo pjetë. Pra rezultatet e mbjelljeve të mësiperme të bëjnë të nxjerrë konkluzionin se ajri i sallave të operacionit infektohet nga mikroflora e koridorit dhe e sallave preoperatorore dhe në qofë se lëvizjet e shpeshita bëjnë që rryma e ajrit të drejtohet nga koridori në sallën e operacionit, atëherë gjendja e ajrit në sallë nuk do të dallohet nga ajo e koridorit.

Të gjithë autorët që janë marrë me studimin e këtij problemi, kanë treguar se mikroflora e ajrit të sallave të operacionit mvaret dhe nga lloji i operacionit që kryhet. Në kohën kur në sallë kryhen operacione për proçese purulente (osteomiellit, peritonit purulent etj.) në ajrin e sallës obser-vohet rritje e mikroflorës piogene.

Mbjelljet e ajrit të kryera në sallën e operacionit të klinikës së parë,

klinikës së katërt dhe në sallën e urgjencës, në kohën e operacioneve të pastra si hernie dhe të operacioneve për proceset inflamatore, kanë treguar se: sasia e mikrobeve piogene në ajrin e sallës rritet disa herë kur kryhen operacione septike. Nga 18 mbjellje të kryera në sallat e më sipërme kur këtu operoheshin hernie kemi konstatuar mesatarish për 1m³ ajër 860 koloni. Ndërsa nga 8 mbjellje të kryera kur kryhesin operacione septike, mesatarish kemi izoluar 10100 koloni për m³ ajër.

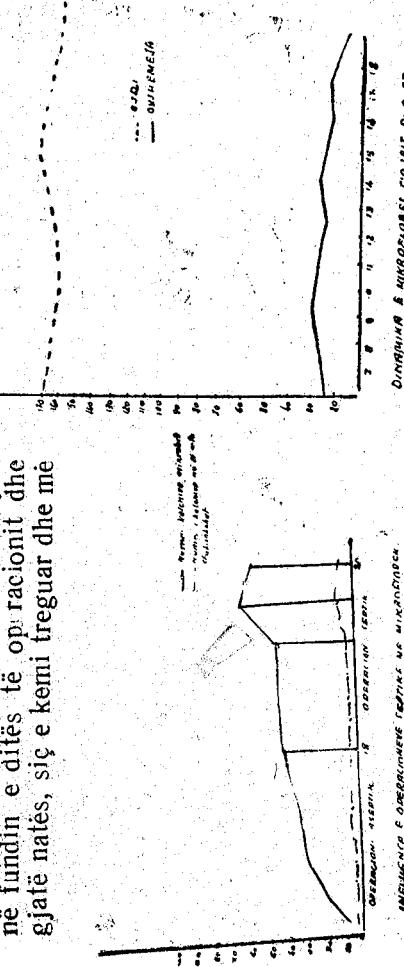
Duhet të shënojmë se proporcionalisht me rritjen e sasisë të mikrobeve saprofit të ajrit, rritet njësia dhe sasia e mikrobeve patogene si stafilokoku i artë, *pyocaneus* etj. Mjaft demonstrativështë shembulli i mëposhtëm:

Në datën 13.IV.61 në sallën e urgjencës në kohën kur operohej një i sëmurë me apendicit ktonik, nga pesë pjatat e Petrit të vendosura në vendë të ndryshme të sallës, mesatarishit in izoluan 40 koloni për çdo pjesë, ndërmjet kolonive kishite stafilokok të bardhië, *citreus* strepto kok, pneumokok, sporogen etj. Nuk ishte rritur asnjë koloni stafilokoku të artë hemolitik, Në të njëjtat kondita, menjëherë mbas operacionit të parë, po operohej urgjent një i sëmurë me absces periappendiculär. Para se të hapej peritoneumi në pjatat e Petrit të ekpciuara për 5 minuta në ambientin e salles, u vendosën mesatarish 42 koloni. Mbasi u hap abcesi dhe u nxuar jashë qelbi me garze, në ajrin e sallës u konstatua një ngritje e konsiderueshme e mikrobeve dhe vegenërisht e atyre patogene. Në pjatat e Petrit u vendosën mesatarish 60 koloni, ndërmjet tyre kishin 8 koloni stafilokoku të artë hemolitik. Një orë e gjysëm pas operacionit u bë mbjellja tjeter dhe u konstatua se numuri i mikrobeve në ajër ishte pakësuar; në pjatat ishin rritur mesatarish 54 koloni dhe ndërmjet tyre kishin 6 koloni stafilokoku të artë hemolitik. (Nga antibograma e bëre kolonive të stafilokokut që izoluan nga ajri dhe e stafilokokut të izoluar nga qelqi i abscessit, mund të mendohet se ka qënë i njëjti stafilokok mbas antibograma ishthet e njëjtë.) Penicilin rezistent (-), streptomycin sensibel (+), ambromycin mjast sensibel (++), kloramfenikol rezistejt (-).

Një rast tjeter të ngjashëm kemi patur në dt. 25.XI.61 në sallën e mjekimit të urgjencës. Në këtë datë incizuan një flegmonë të regionit inguinal. Përparrë incizionit, nga Pesë pjatat e vendosura në pjesët e ndryshme të sallës, izoluan mesatarish 58 koloni për çdo pjatë, ndërmjet mikrobeve kishim: strefilokok, sporgen, sarcina, stafilokok të bardhë etj. por nuk ishte rritur asnjë koloni stafilokoku të artë hemolitik. Gjysëm orë mbas incizionit mbjellja e bëre në sallë tregojti për një mesatare prej 70 kolonish në çdo pjatë dhe ndërmjet tyre kishim 3 koloni stafilokoku të artë hemolitik. Nga qelbi i legjonorisë izoluan koloni të pastra stafilokoku të artë, antibiograma e të cilëve ishthet e njëjtë me antibogramën e stafilokokut të izoluar nga ajri: Penicillin (-), streptomycin (+-), kloromfenikol (++), Ambromycin (+++), Eritromicin (+++), Vulkamicin (-++). Shembujt e mësپërmë ilustrojnë më së miri mendimin e myaritësisë të mikroflores të ajrit nga lloji i operacionit që kryhet në sallë. Afërsinë në mes të bakteriologjisë të ajrit të sallave dhe të sémurëve që rrjinë në atë dhe neve si C. Walter dhe Ruth i kemi demonstruar riga futja e një pacienti me tre fistula osteomieliti, prej të cilëve më parë kemi izoluar stafilokok të artë-hemolitik me antibogram: Penicilline (-), streptomycin (++), kloramfenikol (-), ambromicina (++), streptomycin (-+), vulcamiciné (-++). Në mbjelljen e bëre më parë se të futej pacienti në sallë, nuk izoluan asnjë koloni stafilokoku të artë, ndërsa një orë mbas në dy pjetat e Petrit nga të pestat që kishim vendosur izoluan 1-2 koloni stafilokoku të artë hemolitik me antibogramën e rjetë me atë që kemi paraqitur më sëpër.

—Sipas Carl W. Walter, Ruth, B. Kundsin, N.A. Meçvjetiev dhe M.I. Piskunov burim i rëncësishëm i shtimit të mikrobeve rë ajër është mikroflora e dyshemesë të sallave operatorë.

— Mbjelljet e mikroflores së ajrit në fundin e ditës të operacionit dhe gjatë nates, siç e kemi treguar dhe më



Kurba Nr. 2

Kurba Nr. 3

Iart (në kurbën Nr. 1), tregojnë një ulje të konsiderueshme të mikroorganizmave për metër kub ajër. Ku zhviken këto?

Natyrisht supozohet që ato së bashku me thermizat e pluhurit të pjeni në sipërfaqen horizontale të dyshemesë dhe të mobiljeve, të cilat lozin rolin e një rezervari të madh mikrobesh që në një kohë të caktuar janë gati të ngrihen përsëri në ajër. Prandaj C. Walter dhe B. Kundsin shkruajnë se për të kuifzuar koloninimet e lindura nga ajri një dysheme e pastër është gjëja kryesore.

— Për ta studjuar këtë problem në konditrat e klinikave tonë, kemi bërë dymbëdhjetë mbjellje të mikroflores së dyshemesë së sallave operatorë. Nga të dhënat e mbjelljeve rezulton se në sallat tonë të operacionit (ku njerzit zakonisht hyjnë me këpucë), dyshemeja është shumë e pasur me mikroflore patogene. Për sallën e klinikës së parë, të dytë dhe të katërt në kohën kur kryhej operacioni, nga mbjelljet që i kemi bërë dysheme së kemi konstatuar $3,03 \pm 3,04$ koloni mikrobiqe për cm^2 .

— Karakteristike për mikroflorën e dyshemesë në dallim nga ajo i ajrit, është se: disa orë mbas operacioni, do të shtohet numuri i mikrobeve për cm^2 , sigurisht kjo është sasia e mikrobeve që me thërmizat e pluhurit nga ajri bie në dysheme. Mbjelljet e bëra për mikroflorën e dyshemesë dy orë, katër orë dhe tetë orë mbas mbarimit të operacionit tregojnë një mesatare më të ngritur se rezultatet e marrë gjatë operacionit 4-6 koloni mikrobiqe për cm^2 . Ndërsa mbjelljet që i kemi bërë mikroflorës së ajrit, në të njëjtën kohë kanë treguar një ulje të mikrobeve nga $2700-2800$ koloni për m^3 ajër që ishte në kohën e operacionit, kishim 1200 koloni dy orë mbas operacionit dhe tetë orë mbas operacionit numuri i kolonive mikrobiqe zbritti në $680-700$ përmë ajër. Duke i paraqitur në grafik të dhënat e mësipërme do kemi dy kurba të kundërtë, në qoftë se kurba e mbjelljeve bakteriologjike të ajrit do ulet mbas operacionit, kurse mbjelljeve të dyshemesë do ngritet (Grafiku Nr. 3). Që dyshemeja është rezervuar i mikroheve të ajrit e fregon dhe fakti që kulturat e mikrobeve nga dyshemeja shumë herë



DITËN & KURBA E MIKROBESIT TREGUJEN D. A. O. D. S. DYSHEMEJE NA TË KETËZUE KURBE

janë të njëjta me bakteriologjinë e përbajtjes të ajrit. Mjaft demonstrative është dhen mbjellja e bërë me dt. 22.XII.61 në sallën e operacionit të klinikës së dyje. Në sallë nuk operohej, një ditë më parë në sallë kishin operuar dhe mbas operacionit salla nuk ishte dezinfektuar. Nga ajri i sallës neve izoluam mesatarisht 820 koloni mikrobiqe për m^3 ajër; ndërmjet kolonive kishim koke të zakonisht aerogenë dhe nuk ishte rritur asnjë koloni stafilocoku të artë hemolitik. Ndërsa nga dyshemaja izoluam mesatarisht 5-5,2 koloni për cm^2 , ndërmjet tyre kishim gjithsejt 3 koloni stafilocoku të artë (fig. Nr. 4), me antibogramë Penicillin (-), Eritromicinë (+++). Ambromicinë (++), kloramfenikol (+), Vulkamicin (+), Eritromicinë (+++). Mbas kësaj mbjellja për 20 minuta ecën në sallën e operacionit të veshur me bluzë sterile, maskë, kapelë dhe galloshe, këmbët i zvaritshim. Një orë mëbas mbartuan lëvizjen bëmë përsëri mbjellje në ajrin e sallës dhe konstatuan se numuri i mikrobeve ishte rritur në 2,900 koloni për m^3 ajër; ndërmjet tyre kishim shumë sporogene, streptokok, sarcina, pneumokok, sarcina, stafilocok të bardhë dhe tek një pjakat ishte rritur një koloni stafilocoku të artë hemolitik me antibogramë të njëjtë me atë që kemi paraqitur më sipër. Rezultate të ngjashme kemi patur në mbjelljet e bëra në sallën e operacionit të urgjencës me dt. 30.XII.61, në sallën e klinikës së parë më 30.XII.61, dhe në sallën e klinikës së katërt më dt. 3.1.62 dhe 4.1.62.

Shumë demonstrative janë mbjelljet e bëra në klinikën e katërt me dt. 10.I.1962. Në ajrin e sallës të operacionit kur s'kishte hyrë njeri mboillëm mesatarisht 520 koloni për m^3 ajër, ndërmjet kolonive mikrobiqes s'kishte asnjë koloni stafilocoku të artë hemolitik. Nga dyshemaja mesatarisht izoluam 2,5 koloni për cm^2 , ndërmjet të cilëve ishin rritur gjithsejt 11 koloni (0,15 për cm^2), koloni stafilocoku të artë, antibogramë, penicilinë (-) streptomicinë (-) kloramfenikol (-), ambromicinë (+++), eritromicinë (++), vulkamicinë (++). Mbasi 10 minutave të hyrjes në sallë të dy kirurgjeve dhe tre infermierëve (kirurgët ishin me galloshe), në dyshemenë e sallës u izoluuan mesatarisht 2,6 koloni për cm^2 ndërmjet tyre ishin 13 koloni stafilocoku të arië hemolitik, antibograma e të cilave ishte e njëjtë me antibogramën e paraqitur më lart. Në ajrin e sallës në këtë kohë izoluam 1800 koloni për m^3 ajër, ndërmjet të cilave në pjetat e Petrit ishin rritur dhe tre koloni stafilocoku të artë me të njejtën antibogramë.

Observimet e mësipërme venë në dukje rolin e dyshemesë në sistemin dinamik të përhapjes së mikrobeve në ambientin rrethonjës. Studimi i karakterit të mikroflorës së ajrit dhe të dyshemesë ka treguar se, ndërmjet kolonive të rritura në një sasi të konsiderueshme kemi takuar stafilocok hemolitik, streptokok hemolitik dhe *proteus vulgaris*. Për të caktuar patogenitetin e kolonive të mësipërme dhe sidomos të stafilocokut të artë, jemi bazuar vetëm në antibogramën dhe në cilësinë e hemolizës të gjakut, ndërsa provat e fermentimit të laktozës, manitit, dhe të plazmokoagulacionit nuk i kemi bërë. Nga 52 antibogramë të bëra kolonive të stafilocokut që kemi mbjellur nga mikroflora e ajrit dhe e dyshemesë, vetëm 18,2% e kolonive kanë qënë sensibël ndaj penicillines, karshi streptomicinës 59% e kolonive, karshi kloramfenikolit 22,8% e kolonive ndërsa karshi Ambromicinës, Vulkamicinës dhe Eritromicinës kanë qënë sensibël të gjitha kolonitë e stafilocokut të artë.

Një nga problemet bazë që na ka interesuar neve gjatë këtyre studimeve ka qënë të shikonim rolin e infeksionit të mikroflorës së ajrit dhe të dyshemesë në supuracionin e plagëve mbas një operacioni aseptik simbas 'herniotomisë apo strumektomisë. Për të studjuar këtë problem ne, krahës

studimt tē mikroflorës së ajrit dhe dyshemësë kemi studjuar dhe bakte-riologjinë e qelbit tē marrë nga plagët e supuruara mbas operacionit. Nga këto tē dhëna rezulton se nga analiza e qelbit tē 60 plagëve operatorë (30 herniotomi, 12 strumektomi dhe 17 avendektoni pér apendicit kronik), vetëm në 9 raste kemi konstatuar stafiliokok tē artë hemolitik, në 8 raste konstatuam *proteus vulgaris*, në 3 raste streptokok hemolitik, në 19 raste sporogen aerob, në 11 raste *bakterium coli*, në 2 raste *Pyocineus*, dhe në rastet e tjera kishim streptokok viridans, *bacillus mezentericus*, *barillus brevis* etj. Fakti që supuracionin e plagës në një përindje më të madhe e kanë shkaktuar mikrobe fakultativ patogene të cilat i kemi izoluar me shumicë në mikroflorën e ajrit, dhe tē dyshemësë tē sallave tonë të operacionit, të bën tē mendosh se mikroflora e shtuar e ajrit dhe vëcanërisht e mikrobeve patogen që kemi konstatuar gjatë mbijelljeve bakteriologjike të ketë qenë një nga shkaktaret e rëndësishëm tē supuracionit tē plagës, mbas operacionit.

Konkluzion

1. Mikroflora e ajrit tē sallave tonë të operacionit është mjaft e lartë, në kohën që nuk operohet mesatarisht kemi 700 mikrobe pér m³ ajër.
2. Sasia e mikroorganizmave në ajrin e sallës tē operacionit në kohën e punës rritet disa herë dhe menjëherë mbas operacionit përsëri mbetet e lartë.
3. Në ajrin dhe dyshemeri e sallave tē operacionit kemi konstatuar forma patogene mikroorganizmash si stafiliokok i artë hemolitik.
4. Studimi i mikroflorës tē qelbit tē plagëve të supuruara mbas operacionit dhe krahasimi i tyre me mikroflora e ajrit tē sallave të operacionit, të bën tē mendosh se kjo e fundit mund tē jetë një nga shkaqet e supuracionit.
5. Prezencia e mikroflorës patogene në ajrin e sallës së operacionit e bën tē domosdoshme kontrollin sistematik tē mikroflorës së ajrit.

(Paraqitur në Redaksi më 5-V-1962)

LITERATURA

1. V. BRAICEV: Hirurgia Nr. 11 f. 70 v. 1960
2. KAREL HALACKA, IVAN BLAZAK: praktika Lekars. Nr. 18, V. 1960 f. 825-830.
3. U.M. HARADZE: Gigera dhe sanitaria Nr. 1—1960.
4. E.G. KASHKINA: obre R.G. GURNOVA: Vjestnik hirurgija Ne. 2 v. 1962 f. 87-91
5. JA. G. KISHKO: Gigana dhe sanitaria Nr. 1. 1960.
6. B. KOURIAS, S. PAPAGEORGIOU: La Presse Medicale Nr. 2, 10 Janar 1952; faqe 47-49.
7. I. LOCHARD: La semaine des hopitalou Nr. 70-71 1960 faqe 2162-2168.
8. N.A. MEDVJEDJEV, M.I. PISKUNOV: Sovjetskaja medicina Nr. 6 1954 f. 9
9. PEKAREU EISNCSRVA: Praktikky lekar Nr. 18 v. 1960 f. 823, 825,
10. RUKOVODSTVO K prakticeskii zanatija po medicinskoj mikrobiologii Medgis 1955, F.96.
11. N.P. SHASTIN: sovjetskaja medicina Nr. 6 1954, f. 11, N.P.
12. N.P. SHASTIN: Hirurgia Nr. 9 1952, tq. 70.
13. N.P. SHASTIN: Autoreriferi: "Mikroflora e ajrit e klinikave kirurgjikale dhe masat e luftës kundër sajë".
14. CARL W. WALTER dhe RUTH B. KUNDSIN: surgery synecology e obstetrikës, Totor 1960 volumi III Nr. 4.
15. G.P. ZAIGEV: Puna e kongresit tē kirurgëve të B.S., në 1956, faqe 37

THE MICROFLORA IN THE AIR AND FLOOR OF OUR OPERATION ROOMS

(Summary)

In the study of the microorganisms in the air and floor of the surgical rooms of the State Hospital Nr. 2 of Tirana the author points out that the number of organisms found in the operation rooms is quite high, and among them he has found several pathogenic species like *Staphylococcus haemolyticus*, *Proteus vulgaris* and others.

In the study of the changes of the microflora it can be seen that its character is influenced by the number of people in the room, by their movements, by the kind of operation etc. After that the author considers the microflora in the pus formed in the operation wounds and concludes that the organisms found in the air and floor of the operation rooms must be an important source of infection of the operation wounds.

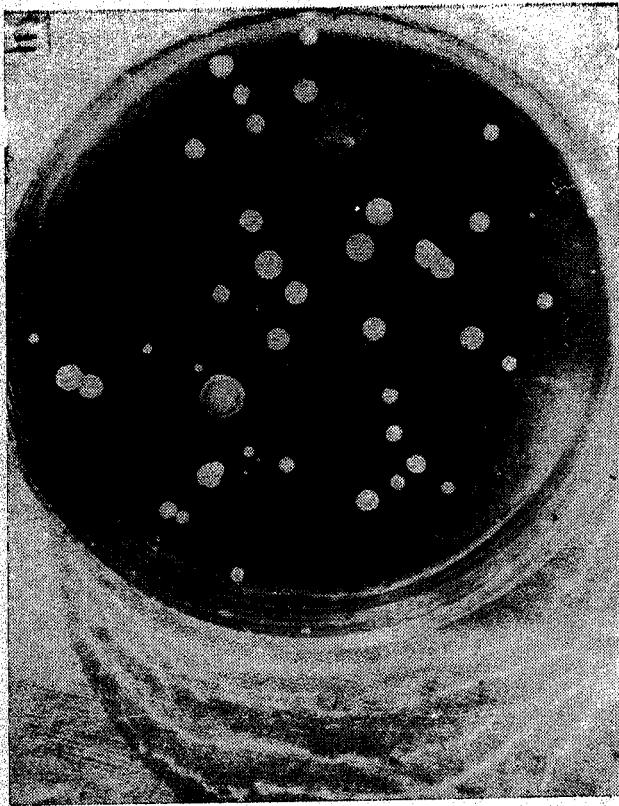


Figura Nr. 1. Mikroflora e ajrit të sallës operacionit, kur asistojshin 4 persona.

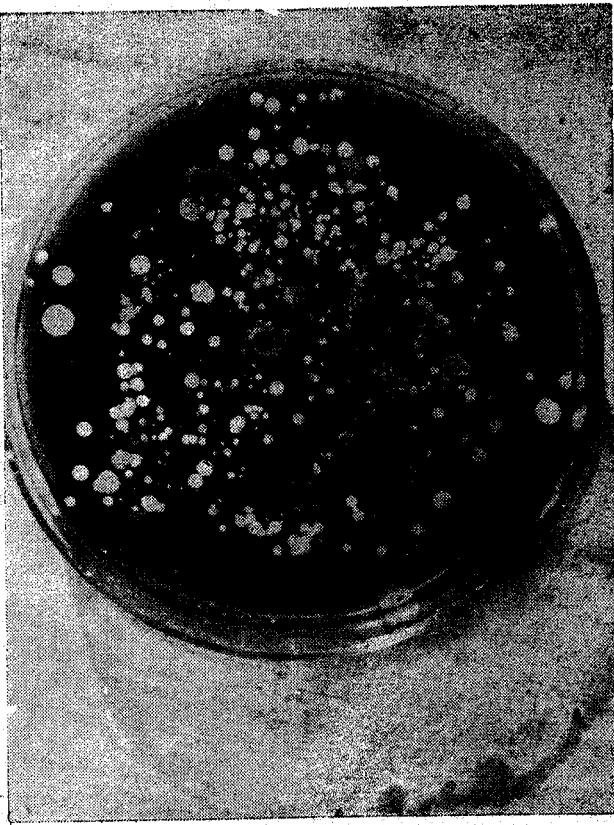


Figura Nr. 2. Mikroflora e ajrit të sallës operacionit, kur asistonte grupi i studentëve (18 persona).

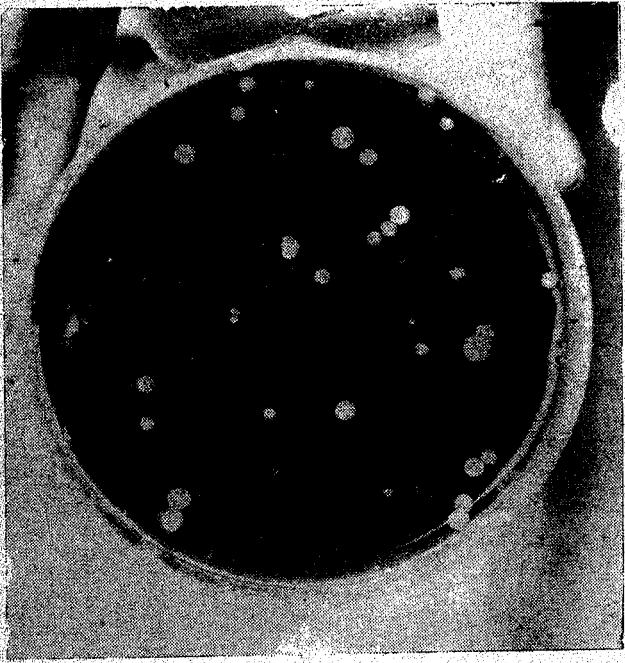


Fig. Nr. 3. Mikroflora e ajrit në sailën e klinikës parë. Pjata e Petrit e vendosur afër derës që komunikon me koridorin.



Figura Nr. 4. Mikroflora e dyshmesë të sallës operacionit.

E K S P E R I M E N T A L E

HOMOPLASTIKA E BIFURKACIONIT TË AORTES ABDOMINALE

SPIRO DEDJA

Spitali Ushqarak Tiranë

Maksimenko shef i Katedrës së Kirurgjisë Operative)

(Pregatitur në Akademini Mjekësore të Leningradit nën drejtimin e Prof. A. N. Maksimenko

Plastika e organeve është indeve të vecueme ka preokupue shkencëtarë qysh në kohnat ma të vjetra, seze nuk do të kishte rezultat ma të mirë për injeksinë në qoftë se do të ishtë e mundur që të zayendësohej një organ i prishun me një tjetër që të kishte mundësi të funksiononte akoma.

Por kjo detyrë kaq e randësishme sa dhe e vështirë, nuk mund të gjente zhvillimin e duhan ma parë, kur mjekekët nuk ishin në gjendje të futeshin në organet e mbrendësishme dhe t'i studjonin ato. Përparrë aseptikës mund të gjente mundësi zhvillimi vëtem plastika e lëkureës së fytyrës dhe përkëtë si landë plastike vëlente lëkura e vëte të sëmurit. Kështu janë metodat Indiane dhe Italiiane të plastikës së lëkureës.

Krahas me progresin e përgjithshëm të mjekësisë nga fundi i shekullit të kaluem dhe fillimi i shekullit të tanishëm plastika e organeve dhe indeve dolli prap në horizont. Zhvillimin ma të madh kirurgjia plastike e mori në periudhat mëbas luftravet të parë e të dytë botërore. Përkëtë ndihmuen disa faktore sic janë aseptika, perfeksionimi i anestezisë, përdorimi në shkallë të gjanë i transfuzionit të gjakut dhe i antibiotikëve. Kërkujgët e soçëm mund të kryejnë operacione plastike në mjaft organe, ndërmjet tyne në zemër dhe në vazet e mëdha.

Përsa i përket lidhjeve biologjike ndërmjet organizmit që jep organi apo indi dhe organizmit që o merr këtë organ apo ind ekzistojnë tre vəravarje:

Autoplastika — indi i marrun nga një organizëm vendoset në një vend tjetër të po atij organizmi — kështu recipienti asht nijkohësishët ohe donor i vehtes së tij;

Homoplastika — asht transplantacioni i indeve apo organeve nga

nji organizëm në tjetrin të po asaj gjinije;

Heteroplastika — kur donori dhe recipienti janë të një gjinije të ndryshme (geni (-) macja eti).

Kohët e fundit ka marrë një zhvillim të konsiderueshmë përdorimi i landëve plastike sintetike — Aloplastika. Plastika e enëve të gjakut asht nji ndër pjesët ma të vështira të transplantacionit të organeve dhe indeve sepse duhet të koordinojë teknikën e miqë të qepjeve të enëve me aseptikën e plotë.

Përdorimi i autoplastikës për zavendësimin e arterieve të mëdha nuk mund të ketë vend se pëse nuk asht e mundur që të gjendet një arterie e tillë e madhe në organizëm që të konsiderohet si e panevojshme. Defektet e arterieve i zavendësojnë me venë. Kështu Carel (1902) dhe Morozova (më 1909) përdorën venat për të zavendësue defektet e arterieve. Ndonske ka të dhanuna eksperimentale, të cilat flasin në favor të përdorimit të venvave si material plastik, prap se prap nuk mund të përdoren sjansisht, sepse për zavendësimin e defekteve të aortës duhet të gjendet një venë e tillë e madhe që të ishtë e parandësishme për organizmin. Mandjej ka të dhanuna

që në verdet e plastikës ma vonë formohen aneurizma. Por metoda automastike ka anët e saj mjaft pozitive, sepse indet kanë një përshtatëshmëri absolute dhe zanë vend shumë mirë.

Ndër faktorët ma të randësishëm që kanë pengue përhapjen në shkallë të gjanië të Homoplastikës janë dy:

1) Nga njeriu i gjallë nuk mund të merren çfarë organesh dhe indesh për t'ja transplantue një tjetri.

2) Si rregull indet e transplantueme nuk zenë vend.

Me përpunimin e metodave të konservimit të indeve dhe organeve, arsyëja e parë e humbi aktualitetin e vet.

Tani mund të thuhet se progresi i matejshëm i homoplastikës pengohet nga fakti se indet e transplantueve bien si të panevojshme për organizmin, gjë që rrivaret nga mosperështatshmëria e indeve të transplantueve me indet e organizmit recipient. Deri tani me gjithë studimet e kryeme, arsyëja e mosperështatshmërisë mbetet e pakjartë.

Indet e izoluerme pak a shumë zanë vend për një kohë, por mandej ato zavendësohen me indet e organizmit, në të cilin ato janë transplantue. Përsa i vërket transplantacionit të organeve apo grupi organesh, qëri tani nuk janë arriti rezultate të mira. Studimet e matejshme janë drejtue jo vetëm në përcaktimin e një përshtatshmënie të plotë, por dhe në zgjatjen e jetës së transplantatit.

Heteroplastika asht akoma ma pak e studjuemë se sa homoplastika. Rezeksioni i bifurkacionit të aortës abdominale me vendosjen e kinezës së shumë të me suturën e rrонkonave që mbeten do të gjiejë një lueshmëri nëpër të me vögël, sepse heqja e 1,5-2cm nuk asht e mjaftueshme në damtimet e mëdha.

Asht e kuartë se sëmundja okluzive e aortës terminale, aneurizmat e mëdha të bifurkacionit të aortës abdominale, apo damtimi i shkaktuën e ngalorë homotransplantate dhe alotransplantate (materiale sintetike).

Në konditata e vendit tonë tani për tani materjalat sintetike mungojnë, prandaj një përdorim të gjianë mund të gjente futja në praktikë e homotransplantave të konservueme me metodat ma të thjeshta dhe që kanë mundësi të ruhen për një kohë pak a shumë të gjatë.

Për këto arsyenë, nga ana e Jonë u muer në studim problemi i zavendësimit të bifurkacionit të aortës abdominale me homotransplantatë të konservueme në konservante të ndryshëm, tue e bamë transplantimin në perriudha të ndryshme. Konditata, me të cilat u rrietën transplantatet, ishin pak a shumë të njejta. Si konservant u përdorën Sol. fisiologjik penicilinë, Sol. Ringer +penicilinë dhe sol. 10% plazme + penicilinë. Përvëç këtyre në nji rast u përdor transplantati i ngrifë me t° — 70° dhe i ruejtjen në një ambient me t°—20° ma shumë se pesë muej.

Transplantatet u muerën tek qent e ngordhun apostatait për këtë punë, ose të ngordhun nga ndonjë arsyë tjeter, por pa fenomene inflamatore në abdomen, në kondita sterile, në sellën e operacionit. Madhësia e transplantatit e ndryshme (shif pasqyren Nr.1). Degët që dalin nga aorta në afersitë e bifurkacionit lidhen me seta, ose nga njiherë priten pa u lidhë. Në këtë rast ato lidhen në momentin kur do të kryhet transplantimi. Mbasi merret frag-menti i aortës me diturkacionin, futet në një shishe në konservantin që e

mbulon atë, mbylljet me tapë dhe vihet në frigorifer me $t^o + 2 + 4$ tue u rrejtë, në këtë mënyrë në periudha të ndryshme.

Eksperimentet u vuriën në qen pak a shumë të mëdhej, të shëndoshë dhe të gjinive të ndryshme. Operacionet u kryen me narkozë morfine + eter.

Para se të fillohet nga operacioni, merret transplantati, hiqet nga konservantit dhe futej në sol. fisiologjik me penicilinë. Mandej kryhet laparotomia mediane inferiore, mbasi largohen zorët dhe lozha aortike infiltrohet me novokainë (preparimi hidraulik), hapet peritoneum parietal dhe mbasi aorta çvishet nga indet që e rrëthojnë babet ligatura e të gjithë degrëve që dalin prej saj në afersitë e bifurkacionit (lidhet gjithashtu dhe dega e mezit e trifurkacionit). Aorta preparohet deri në arteritë e arterieve renale. Mbasi asht bëmë një preqatje e tillë, vilen pincat hemostatike aortale të buta, por që e bajnjë mirë hemostazën dhe bifurkacioni në madhësi të ndryshme rezekohet. Madhësia e pjesës së rezekuemë duhet të jetë ma e vogël, nga ajo e transplantatit. Mandej kryhet sutura e transplantatit fund me fund, respektivisht aorta me aortën dhe arteriet iliaceae të transplantatit me ato të recipientit. Mbasi kryhet sutura, atëherë hiqen pincat hemostatike me radhë; në fillim ato periferiket dhe mandeji pinca që ndodhet në aortë. Në këtë mënyrë kontrollohet ma mirë hemostaza. Në rast se del gjak, dhe zakinisht del pak gjak, ai ndalohet tue i vumë në vendin e hemoragjisë tampon me sol. fisiologjik të nxehë. Ma rrallë duhet me vue ndonjë suturë suplementare. Në abdomen futen penicilinë. Qepet peritoneumi parietal mbi aorten. Plaga mbylljet simbas shtresave.

Në periudhën postoperatorore kafshët u studjuen klinikisht (mënyra e sielljeve të tyne, si lëvizin, si ushqehen, a kanë ndryshime trofike në ekstremitet e prapme, pulsacioni në arterjet femorale etj. rentgenologjikisht (aortografia) dhe patologanatomikisht (makro dhe mikro preparate).

Nga të pesëmbëdhjetë eksperimentet e kryeme simbas metodës së masipërme në dhjetë raste rezultati qe shumë i mirë. Kafshët u observuan për një kohë të gjatë, nga njizet ditë deri në 224 ditë (shih pasqyrën). Stuhdimi klinik i jashëtm tregoi se kur aorta në bifurkacionin e transplantuem kishte kalueshmëni të plotë, kafsha nga pamja e jashtme dukej krejtësisht normale, hante mirë, kryente funksjonet fiziollogjike mirë, lëvizte mirë qysh në ditën e dytë mbas operacionit. Në këto raste pulsacioni në arteriet femorale ndjejë mjaft mirë. Në rastet kur transplantati nuk e kryente funksionin e tij për defekte teknike, apo sepse e kishte humbë vitalitetin e tij, kafsha rinte e shtrire, në qofë se e detyronin të ngrihet lëvizte vetëm me ekstremitetet e përparme tue i tërheqë zvarri ekstremitetet e prapme. Tek këto kafshë pulsacioni i arterieve femorale mungonte. Në qofë se tromboza e bifurkacionit të aortës abdominale kryhet nga dalë atëhere pulsacioni në arteriet femorale, që në fillim ndjejë mjaft mirë, daë nga dalë dobësoj, deri sa zhdukej fare. Në këto raste rezultati përfundimtar asht i dyfishë: Në qofë se deri në momentin e trombozës totale në mënyrë të konsiderueshme janë rritë kolateralalet dhe ekstremitetet e prapme vaskularizohën mirë, atëherë kafsha kryen jetën "normale", në rast të kundërt letali. teti asht i padiskutueshëm.

Për rezultatet pozitive simbas shumë autorësh (Shin, Berci, Garvin etj.) në homotransplantacionet kanë randësi tre faktorë:

- 1) Vitaliteti i transplantatit në momentin e transplantimit.
- 2) Reaksioni imunobiologjik ndërmjet recipientit dhe transplantatit.
- 3) Teknika e mirë e transplantimit.

Faktori i parë sigurohet me metoda moderne të konservimit dhe me analiza bakteriologjike të transplantave përparran transplanti, ndersa faktori i tretë e humb randësinë e vet me perfeksionin e teknikës operatore të qepjes së eneve të gjakut. Përsa i përket rënimin e imunobiologjik ndërmjet recipientit ky asht aksjonit imunobiologjik i randësishëm i shkencës mjekësore që kërkon zgjidhje nji problem mjaft i rëndësishëm i ngutëshme.

Rezultatet e mira të eksperimenteve tonia mbas studimit i funksjonit fiziologjik të rentgenologjik dhe në tre raste u krye studimi i bifurkacionit të transplantuem, për çka do të flitet ma poshtë u përfunduan bifurkacionit të transplantuem, për të parë anatomopatologjine lokale, makropre- me ngordhjen e kafshës për të parë mikropreparatet.

Lokalish konstatohet se aorta në pjesën e saj te operue me ngjyra e mbrendëshme tun intimisht me indet që e rrethojnë, bille dhe me organet e mëdha peritonizmi i mirë i aortës). Adukti i aortës së nuk asht bamë peritonizmi i mirë i aortës). Nga jasht transplantati nuk ka rrezik i aortës, që e cishen me vështirësi.

rençat janë të torta dne çvistur me veshinjat e përshtypjen se ashtë ka ndonji ndryshim nga aorta normale, vetëm se të jen mbrenda intima e transpakti i fortë, ndoshta dhe pak ma i trashë. Nga mbrenda intima e aortës normale plantatit asht një lloj e shkëlqyeshme sikurse dhe intime shkaktojë ndonjë Megjithëqë nga njihëre dalin nga mbrenda, ato nuk formojnë trombe (shih fig. 1). Në gjegullim në hemodinamike dhe nuk formojnë trombi vogël parietal nji rast mbasit u hap bifurkacioni u konstatue një trombi i vogël parietal sili nuk shkaktoi asnjë ndryshim në jetën e kafshës dhe nuk u konstatue

ogradi. Studimi histologjik i preparateve të marruna një rreth e ma shumë sh^h.

mbas transplantmit tregon si ma poshte:
Né strukturën e vete transplantat nuk konstatohen ndryshime të
mëdha në krahasim me indin vasal të zakonshëm. Nuk euset e fibrave mus-
mirë. Në rajonin e suturës së mëdha është rritur mirë.

meuna ne mire. Indi elastik asht i rjetum mire. Ne rajonni e sutu kulate njyrosen mire, indi cikakulate dhe pak ma larg nga ata konstatohet nji zhvillim masiv i indit cikarave dhe vende rreth trupave te huej verehen tricial qe ngjit dy monkonet. Ne disa vendë rreth hiperplazhet. Celula gjigande. Ne kohët ma te vona shresa e mbrendëshme hiperplazhet. Intima e transplantatit dhe e aortës, afër transplantatit ka celula endoteliale te theksueme mire, vëçanërisht në pjesën e suturave ku ato janë ralitë ne disa shresa. Ne muret e transplantatit janë formue enë te reja. Sikurse e kanë konstatuar disa autorë (I.I. Fjederov, V. D. Kilknadze et al.) se rrethët e ndamjes së arterieve dhe vëçanërisht të vërtetëndështojnë.

vendet e ndamjes se at te ricevë tue qenë se në këto vende
të mëdha, janë zona refleksogjene, d.m.th. koncentruen në arteri i madh, atëherë duhet që ndryshimet
konsistencore të sisteimit arterialis duhet të influencojnë në hemodinamikën
në këto pjesë të sistemit mekanik per gjithësi. Simbas I.I. Fjederov dhe B.D. Kiknadze presioni mekanik
në bifurkacionin e aortës abdominale, oscutja e medikamenteve të ndrysh-
me (adrenalinë) në bifurkacionin e izoluem — arritet një reaksion presor
mjaft i theksuar (T.A. i matun në arteriet karotide ngrihet mjaft). Ndërsa
një veprim i tillë i kryem 3-4 cm. sipër bifurkacionit jep reaksjon të kundërt
depresioni (tensioni arterjal ulet dhe arrin normën vetëm më pas të përf-
undohet, ngracimini).

Për neve, këto faktë ishin mjaft të randësishme, sepse intervenimi në bifurkacionin e aortës duhej të sillte ndryshime në hemo-dinamikë. Kështu, në fillim na u desh me përsëritë eksperimentet e autodiluvit të masipërm, me presjon mekanik që daliqon në bifurkacionin e aortës të izoluar me lindjen të tuemë 1:1000000 në arterjet e vogla që dalin nga aorta e fundit së bashku me arteriet gjitha.

iliace shëtërgohet me pincë hemostatike — kështu që bifurkacioni izolihet krejtësisht). U pa se menjiherë formohet një reaksjon preor i theksuem: (fig. 1). Ndërsa i njëjti veprim sipër bifurkacionit jep reaksjon të kundërt depresor. (fig. 2).

Tue u nisë nga këto të dhanuna interes të veçantë kish të fakti me pa se çfarë reaksioni do të merrej nga bifurkacioni i aortës i transplantuam. Kjo do të tregonë se deri në ç'kohe do të zhvillohet aparati nervor në transplantin. Për këtë u krye i njëjti eksperiment tek tre kafshë me bifurkacionin e aortës të transplantuam deri në një muer, dhe u muer një reaksion depresor i theksuem i njillojte me atë f'ka u muer me segmentin e aortës sipër bifurkacionit.

Në të gjitha rastet presioni arterial u regjistrua në kimografi nga arteriet karotide.

Kjo tregon se në bifurkacionin e aortës abdominale të transplantuamë të paktën mbas një mueri, aparat nervor të zhvilluem nuk ka. Reaksioni i masipërm nuk është gjaja tjetër veçse ngacimi i aortës sipër bifurkacionit.

Kjo vërteton edhe një herë të thanunat e mjaft autorëve, simbas të cilëve homotransplantati asht protëzë biologjike. Ky problem kërkon studim të matejshëm.

* * *

Siq u pa nga sa thamë ma sipër, plastika e bifurkacionit të aortës abdominale me homotranplantat a ht diçka e mundëshme. Konservimi i transplantave me metodat ma të theshta në konditata e vendit tonë mund të babet mjaft mire. Suksesi i transplantimit përvëq konservimit dhe vittalitetit të transplantatit, mvarret shumë ngëna takтика operatore e qepjes së enëve, prandaj duhet të zotërohet mirë qepja e vaseve. Studimi i funksjonit fiziologjik të bifurkacionit të transplantuam, qëka asht e lidhun ngushtë me zhvilliminë interrocepcionit në homotransplantat, kërkon përpunim të matejshëm.

(Paraqitur në Redaksi më 26.II.1962)

B I B L I O G R A F I

1. ANDROSOV P.I. "Operacija p i anevrizmash. S vostanovlyeniem po ohodimosti Arterii pri pomoshchi transplantata bez videlenija anevizmaticheskogo meshka." Nov. hir. Achiv N. 1. 1955. 36-43.
2. ANDROSOV P.I. "Mehanicheski shov v hirurgii sposob. Medgiz 1960."
3. BAKULJEV A.N. "Sov emjene problemi hirurgii sposob. vest. Hirurgii N. 11. 1956. 43-51.
4. BAKULJEV A.N. "O nekoto ih vop osah hiru giceskogo Legenja Ateoskleroticheskikh okkluzii bifurkaci ao ti." Hirurgia N. 8. 1961. 3-10.
5. BRAICEV V.R. "K vop osu o slive i peresadke krovenosnih sposob. Med. obozrenie 1916. 16-17, 336-385.
6. EVSTUGOV L.M. "Plastika bolshih defektov krupnih arterii gomotransplantaton, zamorozeniem i visushenim v vakuum apparte." Vest. hirurgii N. 3. 1955. 46-51.
7. FEDEROV I.I. - "O refleksogenoi zone obllastiati delenia brusnoi aorti. Artiv patologii. 1950. 12.I.15-22.
8. FILLATCV A.N. "Problema transplantacii tkanei i organov na sovremendom etape." Vest. Hirurgii N. 10. 1958. 3-10.
9. FILLATOV A.N. "Peresadki i zameshgenija tkanei i organov. Medgiz 1960.

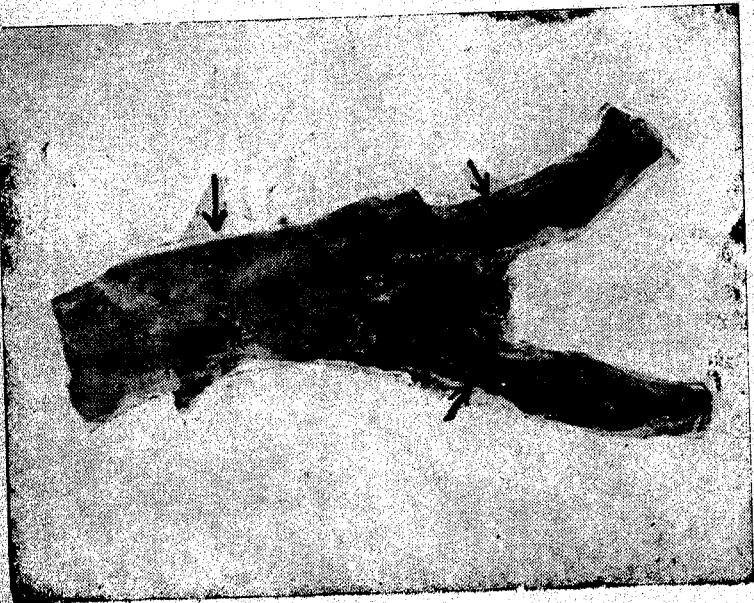


Fig. 1. Mikrofoto e homotransplantatit 55 dit mbas transplantimit.

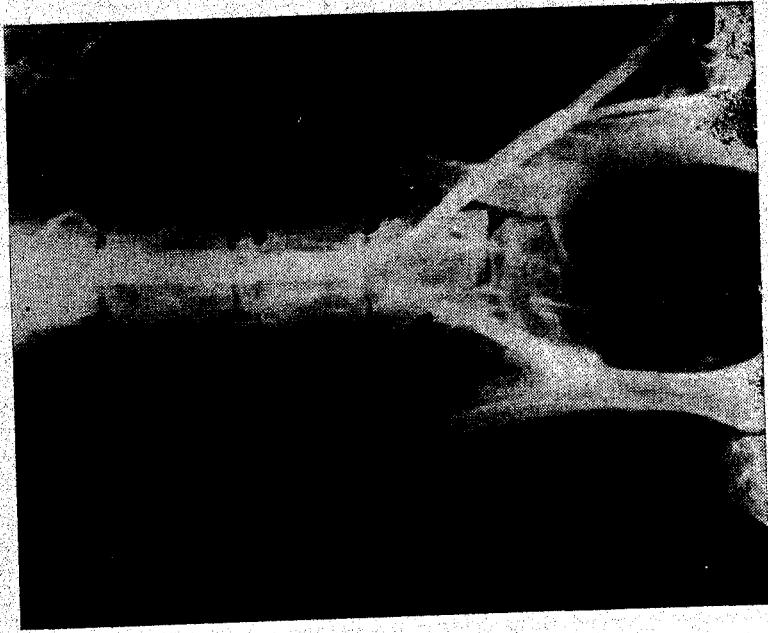


Fig. 2. Angoradiografia mbas ngordhjes 55 dit mbas transplantimit të bifurkacionit aortës abdominale.

10. GARVIN L.I. "Gomoplastickaja peresadka konservirovannih sosođov v eksperimente", Vest. Hirurgii N. 5, 1952, 23-28.
11. HRISTIĆ A.D. "K voprosu o gomoplastike arterii. Hirurgia N. 9, 1956, 25-30.
12. KALISTOV A.I. "Izmenenia sosođova pri Gomoplasticeskoi pesesadke konservirovannih arterii. Vest. Hirurgii N. 8, 1954, 24-30.
13. KRAKOVSKI D.I. "Ispol'zovanie konservirovannih krovenosnih sosođov zamozhennih i vistushennih v vakuum apparaite v eksperimente i v klinike. Vest. Hirurgii N. 10, 1958, 15-17.
14. KIKNADZE V.D. "Nekotorie dižiologicheskie dannie k interorecencii bruschnoi aortii. Bul. Eksp. Biologii i medicini N. 3, 1955, 19-22.
15. LITMANOVIĆ K.J. "K tehnike peresadki krovenosnih sosođov. Vest. hirurgii N. 10, 1958, 17-20.
16. MOROZOVA A.I. "K voprosu o sosođistom shve i peresadke sosođov. S. Peterburg, 1909 (Dissertacija).
17. MEDVEDJEV I.A. "Gomoplastika grudnoi aortii. Medgiz, 1956.
18. POLJANCEV A.A. "Plastika krovenosnih sosođov pri lechenii llozhenih anevrizm. Hirurgia, N. 7, 1950, 35-40.
19. RATNER G.L. "Sosođistaja plastika. Vest. hirurgii N. 5, 1956, 102-115.
20. ROT N. "Peresadka konservirovanoj aorti v eksperimente. Hirurgia, N. 10, 1953, 76-78.
21. SHIN L. "Konservirovanie i transplantacija arterii. Hirurgia, N. 10, 1954, 70-75.
22. ZHUKOV-BEREZHNIKOV N.N. "Immunobiologiceskaja nesovmestimost tkanej per gomoplasticeskikh peresadk. Eks. Hirurgia N. 2, 1957, 55-62.

THE HOMOPLASTIC OF THE BIFURCATION OF THE AORTA

(Summary)

This article is dedicated to the problem of the homoplasty of the bifurcation of the aorta abdominalis. The transplantation of the bifurcation of the abdominal aorta was practiced on 15 dogs of different size and different state of health. The bifurcations were preserved in different media and for different periods of time, ranging from one to 100 days. According to the author, the satisfactory results did not depend on the length of preservation, but on the medium, where they were preserved, as well as on the technique of operation.

The animals were kept under clinical and roentgenological observation, and were controlled from the anatopathological view-point. The author thinks that in this country the problem of the homotransplantation of the blood vessels can find a satisfactory application in all the cases, where simple suture may have bad consequences.

NJE RAST SCLEROZE TUBEROZE OSE "SËMUNDJE E BOURNEVILLE" TË OBSERVUAR NË KLINIKËN E "NEUROLOGJISË"

BAJRAM PREZA

Klinika e Neurologjisë

Sklerozë tuberoze është një afektion, që karakterizohet me neofitacione në organë të ndryshme, lëkurë dhe sistemin nervor. Këto i.dryshime shohetën me epilepsi dhe me fenomene mbërapambjetë mendore.

Për herë të parë e përshtroi Bourneville me emrin "Sclerose tubereuse", (1880), kurse Sherrington (1911) e quajti epilicia. Van der Hoeve (1923) e quajti Phacomatozë të Bourneville-it dhe përshtroi ndryshimet në *fundus oculi*. Bile ky autor klasifikon midis fakomatozave 4 sëmundje: 1. *sclerosis tuberosi*, 2) *neurofibromatosis*, Recklinghausen, 3) *angiomatosis retino-cerebellaris* ose m. Hyppel-Lindau, 4) *angiomatosis encephalo-trigeminalis* ose n. Sturge—Weber. Vëtë rjala fakomatozë rrieth nga greqishja takos, që don të thotë njollë, naevus.

Bielchowsky dhe Ludo van Bogaert këto 4 sëmundje, medje edhe sirin-gomielinë i klasifikojnë në grüpин e displazive me prirje blastomatoze (1949). Bile von Bogaert këtë grüp sëmundjesh e fut në një grup më të gjierë së-mundjesh, që ai i ka quajtur displazië neuroektodermike kongenitale (1935).

Konen përshtroi ndryshimet në thonjë e gishtave. Prof. K. Hoede (1960) shkruan se skleroza tuberoze, me qenë se shqoqërohet me adenoma sebaceum Pringle mund të quhet edhe sindromi Pringle — Bourneville. Shumë autorë si H.H. Merritt (1959) dhe R. Grinker, A. Sahs dhe P. Bucy (1960) përshtrojnë këtë triadë simptomesh gjatë sklerozës tuberoze: a) lezonet kutane, b) ataket epileptike, c) prapambetje mendore. Kurse G. Renard dhe M. Fontaine (1955) përkruajne 4 grupe simptomesh:

- a) turbullimet neurologjike dhe psikike, b) turbullimet kutane dhe të mu-kozave, d) lezonet visherale dhe e) lezonet retinike.
- Kohët e fundit në klinikën e neurologjisë patëm mundësinë të obser-vojmë një rast me skleroze tuberkuloze ose sëmundja e Bourneville.
- Meqenëse ky entitet nozologjik nuk është i shpeshtë dhe zakonisht s'njitet nga mjekët praktikë, menduem që ta përshkrumjë.
- Pacientja B.R. vjeç 30, shtëpijake, begare. Vendlindja Fier, vend-banimi Fier, e shtruar në klinikën e neurologjisë më 25.VIII. 1962 me diagnozën epilepsi.

Ankesat: Në çastin e shtrimit pacientja ankohet për atake konvulsive, që shqoqërohenin me humbie të ndërgjegjes, me kaishim të gjuhës dhe urinim të pavullmetshëm.

Anamnesis morbi: Meqenëse pacientja nuk jep të dhëna të qarta dhe të sigurta, mbi fillimin e sëmundjes së saj, për arsye të prapambetjes mendore; po paraqesim të dhënët simbas referimit të s'émës. Vajza vazhdimisht ka qenë e dobët fizikisht. Sëmundja e tokës i ka hi-lluar që në moshën 3 vjeçare. Në fillim, gjatë vitiave të para, pacientes i vinte gjumë, klinët shumë herë e zinte gjumi duke biseduar, duke

mundja e tokës i çfaqej herë me kriza të mëdha, herë me kriza të vogla, blle nganjëherë vajza nuk paragjitet mirë edhe nga ana mendore, meqenëse ikte nga shtëpija.

Përsë i përket ndryshimeve, që vrehen në lëkurë, e ëma referon se ato i ka vënë re që në fëmiminë e njomë të vajzës, d.m.th. që në kohën e fillimit të afakeve konvulsive.

E ëma shion se vajza ka mbaruar gjithësejt tri klasë fillore me vësh-tirësi, për arësye se nuk mund t'i ndiqte mësimet. *Anamnesis vitae*. Nuk din të këtë kaluar ndorjë sëmundje me rëndësi dhe as ndonjë traumë të kokës. Sëmundjet e fëminise i ka kaluar pa komplikacione. Ka filluar të flasë me vonëse dhe gjithashtu ka filluar të ecë me yonesë. Ka mbaruar me vështrësi vetëm 3 klase fillore.

Anamnesis familiæ. E ëma ka lindur 9 fëmijë me nga të cilët 4 jetojnë dne 5 i kanë vdekur, arësyet e vdekjeve të fëmijëve nuk i din. Ajo referon se përvèç pacientës S., tre fëmijët e tjerë gëzojnë shëndet të plotë.

Në ekzaminimin e përgjithshëm somatik, vihet rë sa vijon: Pacientja paraqitet në konstitucion normostenik, në sytërvë vihen re nodule me ngjyrë të verdhë ose kafe, që arrinjë deri në disa m/m. dhe, që lokalizohen në formë fluturë të dy anastë e hundës, të plikave nazo-labiale dinë të faqeve. Gjithashtu në ballë vihen re dy nga këto formacione të vogla, la në formë nodulesh sublutanë.

Po kështu në inspeksionin e trupit vihen re një formacion suhkutan me madhësi prej $3 \times 2,5$ cm. me konsistencë të butë, ngjyrë kafeje e hapur e ngritur mbë lëkurë, e lëvizëshme në regjionin lumbosakral dhe dy të tjera

më të vogla disi më sipër. Po ashtu, në qafë, në pjesën e prasme dhe në shpinë vihen re 3-4 nyje të vogla, që rravaren në këmbëza të holla dhe që kanë konsistencë të butë (*mollusca pendula*).

Në gjashët e të dy këmbëve, por sidomos në gjatësi rë thonjë e tyre vihen re fortë trejtë dhe të katërtë të këmbës së djathë rë thonjë e tyre vihen re formacione të vogla subunguale dhe perunguale me madhësi disa m/m (tumoren e Kcenen).

Lëkura në përgjithësi paraqitet ngjyrë brune, mukozat janë me ngjyrë normale, gjithashtu mukozat e cavum oris, të kqyrura me kujdes nuk janë ndryshime, që mund të takohen disa herë gjatë kësaj sëmundjeje. Ekzaminimi somatik. Pulmonet, respiracioni vëzikular.

Cor. Tonet e kjarta ritmike me kufij normalë. Abdomen i butë, i trajtueshëm, jo dolent. Hepari dhe lieni në kufij normalë.

Status neurologicus. Pupillat izokorike me konture të regjultta reagojnë në mënyrë të gjallë kundrejt drifës si edhe në akomodim dhe në komvergjencë. Bulbet okulare lëvizin në vëllim të plotë. Nuk paraqet turullime të nervat e tjerë kranialë.

Sensibiliteti i thellë dhe superficial i rruajtur. Reflekset osteotendinoze të pranishme D = S në anësitë supérieure, kurse në anësitë inferiore këto janë të gjalla, por D = S.

Status psychicus. Është orientuar deri diku drejt si në kohë dhe hapësirë, ashtu dhe në veteve të.

Inatoset shpejt, nuk i zbaton urdhërat e personelit mjekësor, hyr në konflikt me pacientët e tjerë që personelin shërbyes.

Herë herë eksitohet, therrët me zë të lartë, shan pacientët që i ka fitqinë.

I pëlqejnë dy mjejkë të klinikës, thotë se mund të jetë 10 ose 15 vjeçare. Nuk din të

din se ç'moshë ka. Referon se mund të jetë 3+4+5. Nuk din të numurojë qytetet më të bëjë llogari, s'din se sa bëjnë 3+4+5.

mëdha të Shqipërisë. Nuk është në gjendje të komentojë disa nga proverbat tonia populllore. Kështu p.sh. nuk din të thotë se ç'kuptim kanë fjalet 'trim i mire me shokë shumë' ose 'më mirë një ditë më këmbë se 100 i gjunjëzuar'.

Gjatë observacionit klinik i janë konstatuar disa herë atake epileptike të gjenerizuara, atake keto të cilat janë rralluar nën ndikimin e një terapije intensive antikonvulsive.

Pacientes i u bënë një varg ekzaminimesh paraklinike për të zbuluar ndonjë patologji në organet e brendëshme.

Gjaku periferik (28-8-62) pa patologji.

Urinat (28-8-62) dhe 10-9-62) pa patologji.
Provrat funksionale të heparit (10-9-62) Runkel 15,3 m m; Wandering 0,3 mg %, Takata Ara neg., Sulfat i kadmit neg., Timoli 0,8, kolesterinë (31-8-62) 170 mgr%; azotemia 0,35 gr% (31-8-62), glicemja 0,78 gr. për mijë (31-8-62). Reaksioni Wasserman neg. (31-8-62).

Likuori cerebrospinal (8-10-62). Pandy +, albumina 0,13%, celula, 2 mm³, klorura 713M, glukoza 0,40%.

R.grafija e reneve (6-9-62). S'ka hije për kalkul.

Konsult të okulistit (9-XI-62) 00 Papille e n.optik normale. Në retinë duken disa fakoma të vogla rreth vaseve. Në periferinë e saj duken fakoma me atrofi të indit dhe pigmentacione. Në O.D. një nga këto është degjenjuar në një cist të madh me formë të zgjeruar me gjatësi dhe diametër papillare. Vazat e gjakut në disa vende paraqesin ndryshime sklerotike. (Dr. Kristidhi dhe Dr. Aroni).

E.K.G. (13-9-1962). Ritmi sinusai, frekuenca 100-110 rrët'. Aksi normal, P.Q. = 104, Q.R.S. = 0,06, Q.T. = 0,28.

Biopsia e bërë në pjesë nga lëkura e faqes së majte (24.X.62). Ekzamini histologjik (haemat-eozinë). Pjesë nga lëkura e fytyrës me epidermie të hollë, të pastërt. Glandulat shumë të hipertrofizuara me aspektin e adenomës të rrethueme me pak ind fibrozë në formë kapsule. Rreth folikulave piloze shihen infiltrate të dëndura inflamatore kryesisht limfocitare në formë nodulesh.

Përfundim: Formacione adenomatoze të glandulave sebacee shumë të ngjashme me adenoma sebaceum Pringle (Dr. C. Rroku). Biopsi e bërë nga një formacion rrëth 3-2½ cm., që gjindet në regjionin lumbosakral.

Ekzamini histologjik (emat-eozinë) pjesa nga lëkura supragluteale me epidermi atrofike, shtresa bazale e pasun me pigment melanik. Dermasklerotike me hialinizim të theksum pa elemente qelizeore. Në të gjinden shumë formacione të mëdha kompakte elementesh glandulare sebaceas të rrethueme me kapsule fibroze, në shumë vendë me pamje masash adenomatoze tumorale. Elementet qelizeorë mungojnë.

Përfundim: Adenoma sebaceum Pringle (Dr. C. Rroku.)

Konsult e rentgenologut.

Në radiografinë direkte të kranit vërehet *hyperostosis frontalis interna* dhe disa kalcifikime gjatë suturës koronare me një aspekt kordoniform. Edhe në *ossa crurum* vërehet trashja e lehtë e kortikales me një kontur ondulent. Kanali medular me kalibër jo uniform.

Në pneumoencefalografitë ventrikuli i IV aqueductus dhe ventrikuli i III dhe ventrikulet laterale janë injektuar mirë. Madhësia e tyre brenda normës, spostim nuk duket. *Basis* e ventrikulit të maitë me kontura jo të regjullta, pak e ngushtuar në pjesën e mesme (Dr. P. Selenica).

Konsult i dermatologut (24.XI.62).

Në fyttyrë, në plikat nazale dhe në injekter shihen shumë gjëndra sebaces te vogla, të verdhë në kuq, të ngjashme me tumore të vogla. Klinikisht kemi adenoma sebaceum ose n. Pringle. Kjo diagnozë është vërtetuar edhe histologjikisht.

Përveç shënjeve tipike të kësaj sëmundje, vihat re në regionin lumbo-sakral edhe një tumor në madhësi prej $3 \times 2,5$ cm, me konsistencë të butë, ngjyrë kafe të çelët, i ngritur mbi lëkurë, i lëvizëshëm, pendular. Diathas pak më sipër konstatohen edhe dy tumore të tjera, pak të ngritura mbi lëkurë, po me konsistencë të butë, me forma të çregullta. Madhësia e tyre arrin në një dylekësh. Kemi të bëjmë me një naevus lumbo-sacralis, që është një shënjë shoqëruese e sklerozës tuburoze. Në gishtërinjë e këm-bës vrehen fibroma subunguala (tumor Koenen). (Dr. Kérçiku).

DISKUTIMI I RASTIT

Në rastin tonë ndryshimet e përshkruara janë evidente dhe të pasura, sa që mund të themi se kemi të bëjmë me një kuadër klinik tipik dhe klasifik të *sclerosis tuberosa*.

Le të ndalemri me hollësi në simptomat e observuara në rastin tonë.

1. *Ndryshimet kutane*. Siç vrehen dhe në fotografinë Nr. 1 ato janë mjaft karakteristike. Vihen re nodule me madhësi të ndryshme me ngjyrë të verdhë ose kafe prej disa milimetresh, që lokalizohen në formë fluturë të dy anët e hundës, në të dy faqet, pak në ballë dne në mijëkër. Historiologjikisht u vërtetua se është adenomë sebaceum Pringle. Ndryshime kutane gjithashu vihen re dhe në regionin lumbosakral (foto Nr. 2).

2. *Ataket epileptike*. Po të analizojmë këto atake në rastin tonë, duke u nisur nga anamneza dhe nga kuadri klinik na rezulton, ashtu siç kanë përshkruar dhe autorët Baboneux, Caron dhe Conture, Merrit etj., del se ataket kanë tilluar që në moshë të njomë, në fillim këto atake s'kanë pasur karakter të përgjithshëm, por xhaksimian ose petit mal-i dhe absente. Më vonë ato morën karakter të përgjithshëm dhe të rendë.

3. *Turbullimet mendore*, si rezulton nga anamneza dhe kuadri klinik, turbullimet mendore kanë filluar që rië moshë të vogël. Ka filluar të flasë me vonesë, ka mbaruar me vështirësi vetëm 3 klasë fillore. Medje, me kamin e vteve këto turbullime janë shthuar. Gjatë shtrimit në klinikë binte lirinë sy një prapambetje mendore mjaft e theksuar, sjellja e saj nuk ishte aderekuante, por e çregulltë, periodikisht paraqiste eksitacion motor, sa që ishte nevoja të pëndoreshin medikamente të fuqishme qetësuese.

4. *Tumoret e Koenen*. Edhe në rastin tonë siç vihat re në fotot Nr. 3,4,5, konstatohen tumoret e Koenen. Këto janë tumore të vogla prej disa milimetresh, që vendosen subungualisht dhe periungualisht. Këto takohen si në gishtat e duarve ashtu edhe të këmbëve.

5. *Ndryshimet retiniane*. Edhe në rastin tonë takohen akomia në retinë. Këto janë njolla të barcha, pa kufij të qartë, disi prominentë, s'kanë raporte me enët e gjakut.

6. *Ndryshimet radiologjike dhe pneumencefalografjike*. Kalcifikasi-met në formë kordonit gjatë suturës koronare, ngushtimi i pjesës së mesme të buzës së ventrikulit lateral si dhe ndryshimet në ossz crurum probabilisht janë lidhur me *sclerosis tuberosa* meqenëse në literaturë janë përshkruar ndryshime radiologjike të ngjashme me ato.

K.N. Schigger dhe G.W. Weber shkruajnë se skleroza tuberoze diagnostikohet më me lehti, kur klinikisht vrehen adenoma sebaceum Pringle, mollusca pendula, fibroma subunguale (tumoret e Koenen) naevi etj. por është më e vështirë të diagnostikohet kur ka vetëm shënja mbrapambetje mendore dhe atake epileptike.

Observacioni i jone duke qenë se paraqit një varg symptomash mjaft të qarta dhe evidente, mendojmë se na lejon të konkludojmë që jemi përmes një skleroze tuberoze ose m. Bourneville tipike.

(Paraqitur në Rezaksi më 15-XII-62)

B I B L I O G R A F I

1. BABONNEUX: A propos de l'épiloia Arch. de med. d. enf. 31,133,1928; Cituar nga N.N. Merritt.
2. M. BIELSCHOWELKY and M. GALLUE. Weber tuberoese skleroze J. F. Psych. N. Neurol 1913, 20, 1. Cituar nga Merritt.
3. BOURNEVILLE. Contribution à l'étude de l'idiotie. Arch de neurol. 1. 69. 1880, cituar nga L. van Bogaert.
4. G. RENART ET M. FONTAINE. Phacometose de Bou neville (sclerose tubéreuse) Encyclopédie medico-chirurgicale ophtalmologique 1 X. 1955. 21243 F—10.
5. K. NOEDA. Dermatologie und Venereologie Georg Thieme Verleg Stuttgart 1960 v. IV, ff. 23-30.
6. K.H. SCHIFFER und G.W. WEBBER. Ibidem ff. 1090-1092.
7. H.H. MERRITT. Tuberosus sclerosis. A textbook of Neurology 1959. ff. 426-431.
8. R.R. GRINKER P.C., BUGY, A.L. SAHS. Tuberous sclerosis. Neurology 1960, faqe 223-225.
9. VAN BOGERT. Les dysplasies à tendance blastomatose. Traité de Mediciné 1949, T. XVI, ff. 77-86.
10. VAN DER HOEVE. Cituar nga L. van Bogaert.

S ummary

In this article the author describes a case of *sclerosis tuberosa* giving herewith all clinical and para-clinical details observed.

Foto Nr. 1

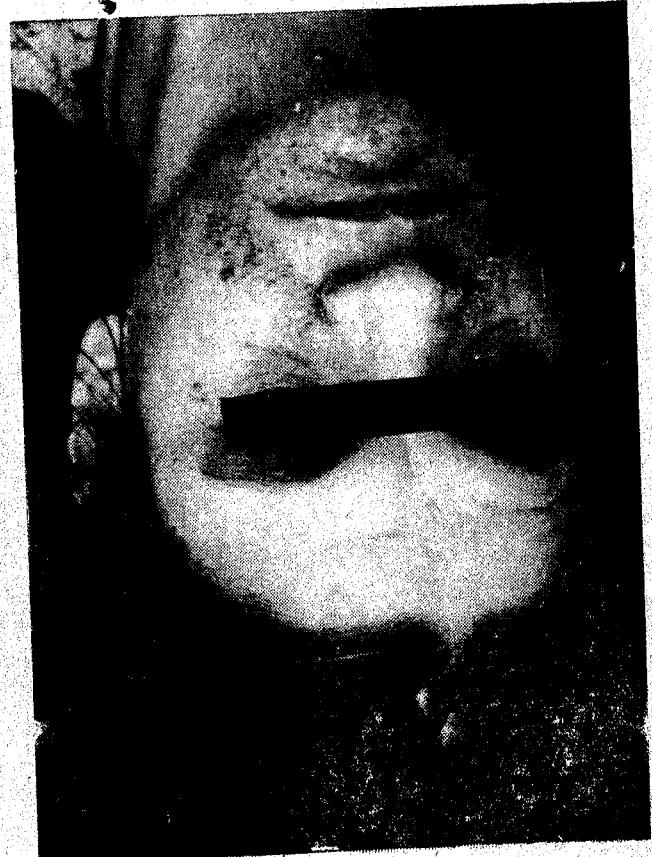


Foto Nr. 2





Foto Nr. 3

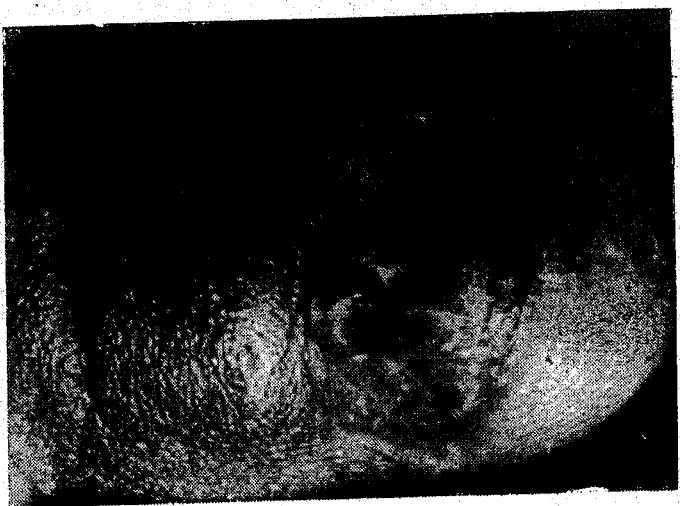


Foto Nr. 4

MBI SINDROMIN POSNER – SCHLOSSMAN

Kand. shk. mjek. ANDREA ARONI
Klinika Okulistike

Me këtë emër kuptojmë sindromin e krizave recidivuese glaukomatoze unilaterale të shoqëruara "qe simptome ciklitike". Kjo sëmundje njihet dhe me emërin "kriza glaukomatoçiklitike". Në vitin 1948 Posner dhe Schlossman kanë përkruar 9 raste të tillë. Këta u bënë shkak që ky sindrom të njihet mirë dhe parasëgjithash të diagnostikohet. Por prioriteti për zbulimin e sëmundjes nuk u përket atyre, sepse autorë të tjera e kanë përkruar qysh më parë nën emër të ndryshme.

Pas vitit 1948 u botuan shumë punime shkencore lidhur me këtë sindrom. Shumë autorë kanë përkruar hollësicht simptomatologjinë dhe terapinë e ndjekur. Megjithatë rastet e përkruara nuk janë të shumta. Sic përmend Orlowski (Klinika Ozna 1959) në literaturën e 40 vjetëve të fundit janë përkruar vetëm rreth 50 raste.

Ne kemi kuruar 3 veta me sindromin Posner-Schlossman, dhe mendojmë se është e dobishme t'i përkruajmë si raste kaq të rralla dhe të diskutojmë rreth mënyrës terapeutike. Rastet që përkruajmë kanë simptomet klasike të sindromit në fjalë, por paraqesin gjithashtu disa shënja të veçanta. Para se të vijmë në përkrrimin e tyre, po jepim klinikën e sindromit Posner-Schlossman në bazë të të dhënave të literaturës.

Ky sindrom çiaqet në të dy sekset, por më shpesh në meshkujt. Është sëmundje e moshës së mesme, çiaqet pas maturitetit, më shpesh në moshën rreth 25 vjeç, dhe më rrallë mbi 50 vjeç. Atakon vetëm një sy dhe sa hërë që përsëritet kriza, ajo çiaqet në të njëjtin sy. Mund të çiaqen disa recidiva në vit, ose të recidivojë pas disa vjetësh. Ankesat subjektive nuk janë të theksuara. I sëmuri ankhet për dhëmbje jo të forta të syrit, për dobesim të pamjes dhe se shikon rrathë ylberorë. Sjellja e tij tregon se është fort i shqetësuar. Shpesh në këta të sëmure janë konstatuar fenomene alergjike.

Krizat zgjaten prej 1 ditë gjer 1 muaj, mesatarisht 15 ditë. Përkruhen raste kur këto janë zgjatur që disa muai. Ngritja e tensionit intraokular vjen menjehë, arrin në 40-70 mmHg. dhe qëndron në një nivel kostant gjatë edhe pas krishtit. Kur bie gjithashtu menjehë. Zakonisht një ditë pas fillimit të krishtës vihen re precipitate në membranën e Descemetit. Epiteli konéal është edematoz dhe pengon gjatë oftalmoskopisë. Sineki posteriore nuk çiaqen kurrrë. Gjatë krishtës syri është pothuaje i zbehë, pa injektum ciliar të theksuar. Në ekzaminimin goniopskopik këndi i odës së përparrëshme rezulton i hapur. Oda e përparrëshme nuk është e cekët.

Kur mbaron krishtë simptomat e përmëndura zhduken, tensioni intraokular bie shpesh herë nën normë, kurse precipitatet persistojnë për disa javë. Në periudhën midis krishive, provat ngarkuese glaukomatoze japin rezultat negativ. Mprehtësia e pamjes kthehet në normë, fusha vizive është normale. Pupila e nervit optik imbetet normalë pavarësht nga koha e gjatë e zgjatjes së sëmundjes.

Kur konstatojmë anizokontraktile, pupilla më e gjërë është ajo e syrit të sëmurë. Reaksiioni pupilar në drittë është normal. Pas një kohe të gjatë nga fillimi i sëmundjes, irisi i syrit të sëmurrë merr një nancë më të hapur. Simbas Orłowskijt heterokromia ndodh në 25% të rasteve.

Prognоза, me gjithë numrin e machës të recidivave, është e mirë. Në fundin e syrit nuk shkaktohen alteracione patologjike, mprehtësia e pamjes dhei kufit e fushës vizive mbeten normale. Përcaktimi i diagnozës nuk është i vështirë. Duhet bërë diferençimin me glaukomën kronike dhe me uyeitin hipertoni. Në sindromin Posner Schlossman krizat përsëriten në të njëjtin sy, pa shkakëtuar alteracione në fundin e syrit dhei në fushën vizive. Fenomenet e dobëta inflamatore nga ana e uvesës vijnë në kontrast me rëndësin e hipertoni, që vihet në planin e parë të simptomatologjisë.

Patogjeneza e sëmundjes nuk është e qartë. Mendohet që krizat çafqen si rrjetdhim i edemës alergjike të trupit ciliar, ose i çrrregullimeve në sistemin nervor central. Si shkak përmendet gjithashtu infeksion fokal.

Nuk ekziston një terapi unike për këtë sëmundje. Autorë të ndryshëm kanë përdorur si miotikë ashtu dhe midriatikë. Përsërkruhen raste kur kanë ndihmuar miotikët dhe të tjera ku kanë ndihmuar midriatikët. Më shumë rekomandohet përdorimi i miotikëve të dobët (pilokarpinë në solucion 1%). Disa autorë, si terapi më të mirë konsiderojnë përdorimin e diamoksit dhe të kortizonit. Krizat nuk ndërpriten nga terapia medikamentozë dhe nuk prevenohen. Operacionet fistulizante ndërpresin krizën, por nuk preventojnë recidivat.

Po paraçësim shkurtimit të sëmurrët tanë:

1) I sëmuri F.H. vjet 24. Për herë të parë sëmundja iu çafaq në dhjetor 1959. Iu skuq e i rëndonte syri i majtë, u çafaqën dhimbje dhe shifte rrathë ylberorë nëpërmes të një mjergulle. Në ekzaminimin objektiv u konstatua injektim i lehtë ciliar dhe precipitate në faqen e pasme të kcrnesë. Sineki posteriorë nuk u konstatuan. Tensioni intraokular 45 mmHg.

Iu aplikua një terapi lokale me atropinë, kokainë, acrenalinë dhe pomađë kortizonji. Kriza zgjati vetëm 3 ditë. Pas kësaj, tensioni intraokular u normalizua, mprehtësia e pamjes arriti 1,0 dhe në fundin e syrit nuk u konstatua asnjë alteracion. Fusha vizive normale, këndi i ocës së përparrë, heme i hapur. Gjatë ekzaminimeve komplementare u konstatua *tonsilitis chronica purulenta* dhe gragulacione rië një nga chëmballat. Pasi u krye tonsilektomia dhe ekstraksioni i dhëmballës doli i shënuar.

Kriza të tillë iu përsëritën në maj dhe shtrator 1960, në shkurt, qershor, tetor 1961 dhe në qershor 1962. Në qdo rast është kuruar si më lart dhe kriza është zgjatur vetëm 2-3 ditë. Funktionet e syrit mbeten normale. Gjatë këtyre krizave të përsëritura nuk ka patur dhëmbje dhe injektimi ciliar që shumë i vogel. Precipitatet janë çafaqur pas qdo krize dhe kanë vazduhar të duken shumë ditë pas kësaj.

2) I sëmuri A.A. vjet 29 Nr. Kart. h-36. Paraqitet në klinikën tonë më 10.8.1950 për shkak të turbullimit të pamjes së syrit të majtë. Pacienti referon se për herë të parë kjo sëmundje iu çafaq 3 muaj me parë. Atëherë u shtrua në spitalin e Vlorës ku pas mjekimit lokal gjendja u përmijësua. Në ekzaminimin objektiv të syrit të majtë vihet re injektim i lehta ciliar, edemë e epitelit korneal sinumë precipitatale në faqen e pasme të konservues dhe hyfema gjë 2 mm. Fundi i syrit shihet me vështirësi në vitroz ka shumë turbullime. Visus 0,2; Tensioni intraokular 41 mmHg. I sëmuri nuk ankohet për dhëmbje.

Në fillim u trajtue me miotikë. Subjektivisht është më mirë, *hypothalamic* zhduket. Për disa ditë, me qenë se tensioni intraokular nuk ulet, në vend të miotikëve përdoren midritikë (skopolaminë) dhe pastaj përsëri miotikë, por pa efekt. Në oftalmotonusin. Për dy javë iu bë njikohësisht nji kurë me antibiotikë (penicilinë e streptomycinë) dhe pomacë kortizoni. U krye ekstraksiioni i dy dhëmballave me granulacione.

Për një muaj e gjysëm pas shtrimit të tij rë spital, oftalmotonusi vazhdoi të jetë mbi 40 mmHg. Nprehëtësia e pamjes u përmirësoj, gjë që në 0,6. Turbulimet në vitroz u pakësuan por precipitatet vazhduan të janë të shumta. Me datën 26.IX.1960, kur oftalmotonusi që 54 mmHg, u bë *d'athermocoagulatio corporis ciliaris*. Koagulacionet qenë jo perforante dhe u bëne në sektorin e trupit ciliar në katër drejtëime midis katër muskujve të drejtë. Elektroda u aplikua mbi konjunktivë. Tri ditë pas operacionit tensioni intraokular ra në 32 mmHg, ditën e katër në 25 mmHg, dhe pas një javë u normalizua. Pas kësaj gjëndja e syrit gradualisht u përmirësoa. Në fillim u zhdukën turbullimet e trupit vitroz, pastaj u pakësuan precipitatet dhe imprehëtësia e pamjes një muaj pas interventit që 1,0.

Ditën e daljes nga spitali, si dhe në kontrollot e shpeshta ambulatore pas daljes së tij, oftalmotonusi qëndronte gjithmonë në kufin e normës, imprehëtësia e pamjes dhe fusha vizive normale, në fundin e syrit nuk u konstatua asnjë alteracion. Gjatë këtyre kontroleve janë vënë re precipitate të pakëta pigmentozë shumë të holla në faqen e pasme të kornesë si dhe precipitate të pigmentuarra në kapsulen e përpërashme të kristalinit. Sineki posteriore nuk u konstatuan.

Në ekzaminimin e kristalinit me anë të biomikroskopit u vunë re shumë pikë opacifikimi të bardha, me konture të qarta, të vendosura nën kapsulen e tij dhe kryesisht në sektorin infertoemporal. Simbas mendimit tonë errësimet në fjalë janë shkakëtuar nga ngritja e zgjatur e tensionit intraokular. Vogt-i në 1930 ka përshtkuar këto alteracione me emër *cataracta glaucomatososa disseminata subcapsularis* si rrjetdhim i atakut glaukomatoz. Ky komplikacion në sindromin Postner-Schlossman nuk na rezulton të jetë përshtkuar nga astji autor tjetër.

3) I sëmuri R.R. vjeti 50, me Nr. kart. 1623. Ushtrua në klinikën tonë më 1.III.1961 për shkak të uljes së pamjes të majje. Është shurdhëri, memec dhe duket shumë i shqetësuar. Familjari ëtë shumë vjetsh. Të dhëmbje në këtë sy. Me syrin tjetër nuk shih që prej shumë vjetsh. Në ekzaminimin objektiv të syrit të majje u konstatua:

Injektim ciliar, edemë korneale, oda e përpërashme e cekët, në faqen e pasme të kornesë shumë precipitate, pupila në midriaze, e deformuar. Irisi paraqet vatra atrofike, sineki posteriore nuk shifen. *Visus* 0,01. Tensioni intraokular 40 mmHg. Fundi i syrit nuk duket.

U trajtua me miotikë dhe pas dy ditësh tensioni u normalizua. Në faqen e pasme të kornesë vazhdojnë të duken shumë precipitate. Membrana e Descemetit ka shumë palosje. Më 4.III.1961 fillohet nji kurë me antibiotikë (penicilinë e streptomycinë), deltakorten per os dhe midritikë në sy. Me datën 22.III.1961 del i shënuar me mprehtësi pamjeje 0,7.

Më 14.VII.1961 paraqitet përsëri. Tensioni intraokular 45 mmHg; *visus* 0,1. U trajtua menjherë me miotikë dhe ditën tjeter oftalmotonusit ra në 22 mmHg. *Visus* 0,3. Membrana e Descemetit paraqet shumë palosje. Kriza glaukomatoçiklitike përsëritet më datën 18.VII. (zgjati vetëm 2 ditë) dhe më datën 23.VII që zgjati tri javë. Gjatë kësaj periudhe u trajtua herë me miotikë dhe herë me midritikë, por pa efekt. Pas disa ditësh

me tension normal qlaqet nji krtzé e re, gjatë së cilës u përdor nji kurë me antibiotikë (penicilinë e streptomicina) dhe deltakorten per os. Me qenë se oftalmotonusi nuk ulesh u vendos të operohet.

Me datën 18.IX.1961 u krye *díathermocoagulatio corporis ciliaris*. Koagulacionet u kryen mbi konjunktivën në rajojin e trupit ciliar në katër drejtëtime midis katër muskujve të drejtë.

Pas operacionit syri u qetesua gradualisht, oftalmotonusi oshilononte midis 27 e 30 mmHg, precipitat u pakësuani dhe më vonë u zhdukën.

Vissus arriti në 0,7 (me koreksion).

Me datën 31.I.1962 shtrrohet përsëri me dhëmbje në syrin e majtë dhe shumë i shqetësuar. *Vissus* 0,01. Tensioni intraokular 41 mmHg. U trajtua me miotikë dhe gjer më 7.III.1962 u përsëriten tri kriza që zgjatën një deri dy javë secila.

Me datën 7.III.1962 kryhet përsëri *díathermocoagulatio corporis ciliaris*. Kësaj radhe pritet konjunktiva 1 cm. nga limbi dhe paralelisht me këtë, në dy kquaretë dhe preparohet sklera. Koagulacionet jo perforante kryhen në rajojin e trupit ciliar afër njëri tjetrit nga ora 3 gjer ora 9 në gjysmën e poshtëme të bulbit.

Pas interventit oftalmotonusi zbritti në rrëth 19 mmHg dhe krizat nuk u përsëriten më. Gradualisht precipitatet u zhdukën. Sineki posteriore nuk u konstatuan. Diten e daljes mprehtësia e pamjes qe 0,7, në fundin e syrit nuk kishte asnjë alteracion, dhe fusha vizive qe normale. Në kontrollin e kryer 1 vit më vonë syri qe krejësisht i qetë me funksion normal. 1) Nga paraqitja e rasteve, del e quartë se diaignoza e vënë është e drejtë. Recidivat e përmëndura (sidomos në rastin e 1 e 3), fenomenet e dobëta inflamatore, mungesa e sinekive posteriore, mungesa e alteracioneve në fundin e syrit dhe konservimi i funksioneve të syve pas krizave, janë karakteristike për sindromin Posner-Schlossman.

Duke i analizuuar këto raste kemi nxjer disa konkluzione: 1) Dhëmbja dhe injekzioni i syrit janë më të theksuara gjatë krizës së parë, kurse në krizat e mëvonëshme këto pothuaje mungojnë (sidomos në rastin 1 e 2). 2) Në rastin 2 gjatë krizës u konstatua *hyphaema*, që u zhduk brënda pakë ditëve.

3) Në rastin 2 si rrjetdhim i ngritjes së vazhdueshme të tensionit intraokular për nji periudhë të gjatë, u formua *cataracta glaucomatosa disseminata subcapsularis*.

4) Simptomet e përmëndura në pikën 2 e 3, sic rezulton nga literatura që kemi në dispozicion, nuk janë përshtkuar nga asnjë autor.

5) Në rastin 1, përdorimi i midriatikëve ndërprekt krizen por nuk preventoi recidivat.

6) Në rastet e tjera as midriatikët nuk influencuan në zgjatjen e krizës. 7) Si në rastin 2 ashtu dhe në rastin 3 antibiotikët (penicillina e streptomicina) nuk dhanë asnjë përmirësim.

8) Në rastin 3 janë përdorur dy kura me deltakorten *per os*, por pa rezultat. 9) Në rastin 2 e 3 u aplikua diatermocoagulacioni jo perforant i trupit ciliar (në rastin 3 dy herë). Me qenë se ky intervënt dha rezultat të mirë në rastet tonë, e rekomandojmë për ta përdorur në sindromin Posner-Schlossman, kur mjejkimi konservativ nuk përmirëson gjendjen. Nga konsultimi i literaturës që kemi në dispozicion, na rezulton se ky intervënt nuk është përdorur nga asnjë autor. Tjetër.

10) Koha e observacionit pas interventit kirurgjikal, për rastin 2 është dy vjet e gjysmë, kurse për rastin 3 është airo një vit. Me qenë se në sindromin Posner-Schlossman recidivat mund të çfaqen dhe pas disa vjetësh, rezul-

tati i shërimit pas interventit në dy rastet tonë nuk mund të konsiderohen si definitiv e. Rezervohemi që ne të ardhmen të njofojmë për mbi rezultatet e vonëshme të këtij lloj operacioni.

(Paraqitur në Redaksi më 10-10-1962)

THE POSNER-SCHLOSSMANN SYNDROME

(Summary)

In the beginning of his work the author describes the symptoms of the sickness and the treatment that has been used by different authors. Then he discusses three cases, which were treated for the Posner-Schlossmann disease in the Hospital Nr. 1 of Tirana.

1. Patient F.N., male, 24 years old. The glaucomatocyclitic crises of the left eye came 1 to 3 times a year and lasted 2-3 days. The treatment was local with miadriatica and application of cortisone pomatum. In spite of the elimination of some infectious foci (purulent tonsils infected teeth) the crises were repeated. After each crisis the functions of the left eye have been absolutely normal.

2. Patient A.A., male, 29 years old. The glaucomatocyclitic crises of the left eye have happened three times and have lasted as long as a month and a half. During the second crisis in *camera anterior* appeared hyphaema, which was reabsorbed within a short time. He was treated in the beginning with miotica, then with miadriatica and cortisone pomatum. The elimination of the infectious focus (tooth granuloma) did not prevent a third crisis. As a result of the prolonged state of high intra-ocular tension in the left eye developed cataracta glaucomatosa disseminata subcapsularis (Vogt), localised in the infratemporal sector of the crystalline. This last complication, as well as that of the hyphaema, as far as we have been able to discover, has not been described by other authors. The glaucomatocyclitic crises were interrupted and the patient recovered only after the diathermocoagulation of corpus ciliaris. This intervention was applied on the conjunctiva with a spheric point electrode in 4 directions among the 4 recti muscles. After the operation the crises subsides and the functions of the eye were completely restored.

3. Patient R.R., male, 50 years old. The glaucomatocyclitic crises were repeated 7 times within a year and lasted a few days and up to several weeks. The elimination of the infectious focus (tooth granuloma) did not prevent the next crisis. The use of antibiotics (penicillin and streptomycin), as well as that of cortison (deltacortene) per os had no effect on the crises. We applied diathermocoagulatio corporis ciliaris twice. The first time the same way as we had acted in the first two cases, but this time with no satisfactory results. The second time we intervened after having opened the conjunctiva and prepared the sclera. This time we had many superficial diathermocoagulations with the spheric point electrode on the sclera in the two inferior quarters of the bulb. Only after this intervention the crises stopped, and the eye recovered entirely its normal functions.

The author, encouraged by the good results obtained in these two cases, advises the use of the diathermocoagulatio corporis ciliaris for the severe cases of the Posner-Schlossmann syndrome, when the conservative measures have no effect. The time of observation after the operation has been 2 years and a half for the first cases and one year for the second.

FOSFATAZEMIA ALKALINE GJATE M. BOTKIN

O. PAPADHIMITRI

Katedra sëm. inf. dhe epidemiologjikë
(Komunikim paraprak)

Në diagnozën diferenciale të iktereve parenhimatozë me ata post-hepatikë, një indeks ndihmës laboratorik, që reflekton gjendjen e funksionit eliminorës të heparit, është fosfatoza alkaline në gjak. Gati të gjithë automjet konsztatojnë se, në ikteret prej hepatiti, fosfatoza alkaline në gjak qëndron në diapazonin e oshilacionit normal, ose ngrihet në shifra diskrete, ndërsa nuk teret me retencion intrahepatik ajo tregon një ngritje relativisht më të lartë (5-8-10-12 Unite). Në ikteret mekanike me fenomene ekosistatike t'originjës ekstrahepatike, fosfatoza alkaline në gjak ngrihet qartë në shifra të larta (mbi 10-15 — Unite Bodansky). Këto konsiderata nën vizojnë vlerën praktike të përcaktimit të fosfatazemisë alkaline në çdo rast suspect ikteri mekanik. Konfrontimi i këtij testi me reportet e tjera, pa dyshim, mund të japë, në rastë të ngjaslime, të dhëna të vlefshme diag-nostike.

Me qëllim, që të marrim një idë mbi variacionet dinamike të këtij testi biologjik në m. Botkin, ne kryem 120 përcaktime të fosfatazemisë alkaline në 40 të sëmurë. Rezultatet (pasqyra Nr. 1 dhe Nr. 2) tregojnë se, në përgjithësi, fosfatazemia karakterizonet me shifra normale; variacionet me ngritje mbi nivelin e normës (1-2,3 un.) janë relativisht të vogla, me madhësi, shpesh, prej 2,5-5 Unite dhe rrallë deri 10 Unite. Në nivelin mbi 10 unite nuk u vu re asnjë rast.

Midis formës së sëmundjes për nga graviteti i dekursit dhe frekuencës relative të hyperfosfatazemisë nuk vihet re ndonjë tendencë përcaktuar qoftë edhe vetëm nga rapporti i fosfatazemisë $\frac{\text{mbi normë}}{\text{në normë}}$ i cili është më 22

të i madh në rastet e lehta $\left(\frac{18}{36}\right)$ se sa në atome gravitetet mesatar $\left(\frac{54}{54}\right)$

(Pasqyra Nr. 1); ndërsa stadi i dekursit të sëmundjes duket të ushqrojë një farë influence në ritjen e fosfatazës mbi limitet normale, me që në fillim është më kulf më shumta të hipofosfatazemisë në krahasim me perioddhënë e mbarmimit të sëmundjes, (kulf, kulm, mbarmi — përfiorat e lehta respektivisht 9,6,5, për format me gravitet mesatar 9,8,2, për të rendat 5,6,4).

Duke krahasuar variacionet në nivelin e fosfatazemisë alkaline dhe të bilirubinës totale (Pasq. 2) shifset, se në madhësitë më të vogla se 10 mgr% të bilirubinës totale predominojnë rastet me fosfatazemini normale (56 normale, 40 mbi normë), ndërsa në ato mbi 10 mgr% rastet me hyperfosfatazemi (10 në normë, 20 mbi normë). Krahasimi analog me fraksionet bilirubinës tregon, se sasia e rasteve të hyperfosfatazemisë gjatë predo-

FOSFATAZEMIA NË FORMAT E HEPATITIT VIRAL SIMBAS
GRAVITETIT DHE KARAKTERIT TE DEKURSIT

(Numuri i determinimeve)

Pasqyra Nr. 1

Unitete	E lejtë		Mesatore		E rëndë		Mbarimi i sem.	Kultimi i sem.	Filimi i sem.	Kultimi i sem.	Mbarimi i sem.	Struktura e kazisti kës;
	Fili	Kultim	Mbarimi i sem.	Kultim	Mbarimi i sem.	E rëndë						
Fosfatazemja alkalinë	0,2-5	4	7	7	10	7	15	3	3	9	Struktura e kazisti kës;	
	2,5-5	6	6	3	8	8	2	4	4	3		
në gjak	5-10	3	—	1	3	—	1	2	1	1	Në formë të lejtë:	
Mbi 10								12				

Me formë me-
zatare: 18
Me formë të
rëndë: 10

Vlerat normale të fosfatazemisë alkaline: 1—2,5 un.

FOSFATAZEMIA DHE VARIACIONET BILIRUBINEMIKE GIATE
HEPATITIT VIRAL

(Numuri i determinimeve)

Unitete	Raporti i bilirubinëmisë Direkte indirekte						Bilirubinëta (në mg%)					
	nën	1	1-1	1-1	1-2	2-4	mbi	1	1-10	10-30	mbi	Struktura e kazisti kës;
0,2-5	7	8	21	17	7	—	9	41	8	2		
2,5-5	7	6	15	14	2	1	2	26	12	5		
5-10	—	5	4	5	1	—	—	12	2	—		
Mbi 10												

minimit té fraksionit indirekt (prej $\frac{1}{1} - \frac{1}{5}$ e poshtë) — gjithsejt 38,

është më e madhe se sa ajo, që ndeshet gjatë predominimit të fraksionit direkt prej $\frac{1}{4} - \frac{1}{1}$ — dhe më lar! gjithsejt 23 raste.

Pra, në bazë të përshtkimit të shkurtër të materialeve të sipërëksponuara, gjatë m. Botkin, fosfatazemia alkaline paraqet më shpesh nivele normale dhe, më rrallë, nivele në ngritje të modernar; hyperfosfatazemia është më frekuente në fillim dhe në kufim të sëmundjes dhe njek paralizëm me variacionet e bilirubinës së totale, duket, si rezultat i fenomeneve klinikare kolesitikë intrahepatike, të cilat janë më të shprehura në prani të dëmtimeve flogonekrotike hepatocelulare. Këtij momenti do të duhet t'i atribuohet edhe interpretimi i asociacionit direkt, me shprehje modike, midis hyperfosfatazemisë, dhe predominimit të fraksionit bilirubinëmik indirekt, që reflekton kushtet e dysglukuronizmit bilirubinik me origjine hepatoparenkimatike.

(Paraqitur në Redaksi më 20-5-962)

PROVA E TIMOLIT DHE SULFATIT TË ZINKUT NË 'M. BOTKINI'

O. PAPADHIMITRI
(Katedra e sëmundjeve infektive dhe epidemiologjike)
(Komunitikim parapak).

Gjatë sëmundjeve të mëlqisë së zezë, shpesh mielu ndeshet në vëstii-
rësi lidhur me prezimin diagnostik ndjekjen e dekursit real dhe pjesë-
risht, me caktimin e progozoz, që do të determinojë taktkën e masave
terapeutike përkatëse. Ky kërkon, në raste të tillë, të gjiejë shenja të reja,
miohja e të cilave do të mund ta nolhmojë në kuartësimin dhe plotësimin
e mëtejshëm të kuadrit kliniko biologjik të sëmundjes. Një ndihmë jo të
vogël mund të jepin të dhënë laboratorike.

Në diagnostikën laboratorike të sëmundjeve të mëlqisë së zezë dhe,
posasërisht, të "M. Botkin", provat funksionale hepatike të labilitetit,
koloidal, në të cilat përfshihen edhe ato të timolit dhe të sulfatit të zinkut,
zenë një vend të rëndësishëm. Me gjithë mungesën e një specifiteti rigoroz
gjatë hepatopative parenkimatoze, këto prova janë të thjeshta për t'u për-
caktuar, dhe prandaj kanë gjetur aplikim të gjérë në klinikë.

Me qëllim që të provojmë shkallën e variaçioneve të këtyre provave
gjatë "M. Botkin", ne kryem nga 120 përcaktimë për seicilën provë, në
40 të sëmurë me "M. Botkin". Rezultatet (shih pasqyri Nr. 1 dhe 2) tre-
gjnjë, se, si për provën e timolit, ashtu dhe për atë të sulfatit të zinkut,
janë karakteristike shrrat normale dhe në gjysmën e rasteve, ato prej 2-10
unitete për timolin (norma 0-2 Un.) dhe 4-10 unite për sulfatin e zin-
kut (norma 0.4 Unit.) Sikurse shihet nga pasqyra 1, rastet me rritje të
këtyre dy provave mbi normën, predominojnë kryesisht në fillim dhe në
kukim të sëmundjes (p.sh. në format e lehta; në fillim të sëmundjes nga 5
për të dy provat, në kulmin e sëmundjes nga 8 raste për të dy provat, ndërsa
në fund të sëmundjes nuk ka asnjë rast për sulfatin e zinkut, duke ndeshur
vetëm 4 raste (osë $\frac{2}{5}$ e të gjitha përcaktimiave të këtij stadi dhe formë)

për timolin. Për format mesatare dhe të rënda, vihen me të njëjtë korela-
cione. Vëç kësaj, ngritja mbi nivelin normal vihat re, më shpesh, në for-
mat mesatare (në 28 determinime mbi 54) dhe ato të rënda (në 21 determi-
nime mbi 30). Duket, se kjo ka të bëjë me dëmtimin më të thehë të indit
të mëlqisë së zezë, që kondicionon çrrëgullimin e stabilitetit koloidal të
proteinave, si rezultat i disproteinosintezës hepatike.

**PROVATE TIMOLIT DHE TE SULFATIT TE ZINKUT NÉ FORMAT E HEPA.
TITIT VIRAL SIMBAS GRAVITETT DHE DEKURSIT
(Numuri i determinimeve)**

Pasqyra Nr. 1

Prov#	Unitete	Blehtë			Mesatare			E rendë		
		Fili	Klumi	Mbarimi	Fili	Klumi	Mbarimi	Fili	Klumi	Mbarimi
e	0.2	4	5	10	7	6	13	3	2	4
timolit	2.4,9	4	6	4	7	11	3	5	4	3
	5-10	1	2	—	7	—	—	2	4	3
	Mbi 10									
e	0.4	5	5	13	8	7	11	5	3	5
sulfatit	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zinkut.	4.1-10	5	8	—	10	11	7	7	6	4

Struktura e kazistikës:

Shënim: Vlerat normale: Me formë të lehtë: 12,
, , , mesatare: 18,
, , , rendë: 10

Timoli — 0.2 Un.

Sulfati i zinkut 0.4 Un.

PROVATE TIMOLIT DHE TE SULFATIT TE ZINKUT NÉ VARIACIONET E
BILIRUBINEMISE DHE TE FOSFATAZEMISE ALKALINE
(Numuri i determinimeve).

Pasqyra Nr. 2

Prov#	Unitete	Nën			2			Mbi			30			38			Mbi			10		
		1	1	1	—	1	1	—	1	4	—	1	—	1	—	0	—	1	—	5	—	10
e	0-2	11	8	24	17	2	—	6	42	5	4	33	13	7	—	—	—	—	—	—	—	—
timolit.	2.4,9	3	6	17	12	3	1	2	25	17	2	17	19	12	—	—	—	—	—	—	—	—
	5-10	1	4	5	4	2	—	1	9	5	2	9	4	6	—	—	—	—	—	—	—	—
	Mbi 10																					
e	0.4	9	7	28	16	2	—	7	42	9	4	40	20	6	—	—	—	—	—	—	—	—
sulfatit	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zinkut.	4.1-10	7	9	25	11	5	1	4	30	13	11	20	18	16	—	—	—	—	—	—	—	—
	Mbi 10																					

Struktura e kazistikës: e njejtë me atë
té pasqyres Nr. 1

Nga pasqyra Nr. 2 mund té shihet, se kur bilirubinemia totale rititet mbi 10 mgr%, si prova e timolit ashtu edhe ajo e sulfatit té zinkut vihen re më shpesh mbi normë (9 raste kur prova e timolit është normale dhe 26 raste, kur ajo është mbi normë; për sulfatin e zinkut: 13 raste me vlera té provas së sulfatit té zinkut në normë dhe 24 raste mbi normë). E njëjta lindje vihet re edhe nga krahasimi i variacioneve të këtyre dy provave me ato të fosfatazemisë alkaline mbi normë (për timolin me vlera normale — 20 raste, mbi normë 41 raste). Ndoshta, ky është rezultat i uljes s'afftësës së qelizës hepatike për té kap turuar dhe eliminuar normalisht në sistemin biliar fosfatazën alkaline të gjakut, krahas dysproteincositntezës. Në lidhje té biliar fosfatazën alkaline mbi normë totale dhe predominimin, megjithëse té me tendencën e bilirubinemiës totale atë direkt, gjatë rritjes së lehtë mbi moderuar, té fraksionit indirekt mbi atë direkt, (pasqyra Nr. 2), nuk normë té provaue té timolit dhe té sulfatit té zinkut (pasqyra Nr. 2), nuk mund té flitet për një paraleliزم midis lezonimit té funksionit bilirubinës nglukuronizonjës dhe pigmentoeliminonjës té heparit me diskolojiditetit e hemoproteik, me që tendencia e mësپerme përsërit afersisht strukturën e rënjat që ekspozohet.

Në këtë mënyrë, nga analiza e shkurtër e materialeve tona mund té thuhet se, në "M. Botkin", vihet re një rritje mbi normë për té dy provat, rritje që shkon paralel me theksimin e sëmundjes, me nivelin e bilirubinës totale dhe në mënyrë indirekte pjesërisht me nivelin e fosfatazemisë alkaline. Këto rezultate na bindin, edhe një herë, për nevojen e aplikimit té tyre sistematik gjatë hepatopative në klinikë.

S h ë n i m : Me qëllim, që t'u vijmë në ndihmë kolejëve, që do té kenë nevoje për përcaktimin e këtyre dy provave gjatë sëmundjeve të mëncisë së zeze, në kemi përpunuar një morfologjik të vogël té metodikes së përcaktimit (pa prekur principin e metodes) té aplikueshmë per kushtet e spitaletve té rritjeve.

(Paraqitur në Redaksi më 26.9.1962)

APLIKIMI I ANUS PRAETERNATURALIS SIMBAS MODIFIKIMIT TE N. N. BLLOHIN

Kand. shk. mjek. F. SPAHIU

Klinika e onkologjisë dhe ortopedisë

Krijimi i *Anus praeternaturalis* asht nji ndër operacionet paliative që aplikohet kryesisht rre raste të *cancer recti* në fazën e inoperabilitatit osë si pjesë e pandare në amputacionet e rectum me dantimin e sfinktereve të anusit. Siç dihet *anus praeternaturalis* kryen funksionet e anusit por në kon-dita krejt të ndryshme, në mungese të plotë të sfinktereve, pra në mungese të aparatit që siguron hermetizmin në kohët në mes të akteve të defekimit. Kuptohet vetyeti i se sa ë randë asht gjendja për këta pacientë kur vazhdimisht përbajtja e sigmes del në superfiqen e jashtëme të abdomenit dhe në veshjen e tyne. Në nji gjendje të tillë atë paciente bahan të padurueshëm në shoqni. Prandej aq sa krijimi i konditave të një evakuimi të mirë të përbajtjes së sigmes kaq edhe sigurimi i hermetizmit simbas evakuimit ka nji randësi të dorës së parë.

Këto të dy kërkesa të ligjëshme në rastet e krijimit të *anus praeternaturalis* lindën që kur për herë të parë Pillor më 1776 e kreu këtë operacion në një të sëmurë me *cancer recti*. Në shekullin e kaluar, kur operacionet radikalë në *cancer recti* nuk aplikoheshin, krijimi i *anus praeternaturalis* aplikohet gjanësisht me karakter paliativ.

Gjatë kësaj periudhë deri në ditët e sotëme janë propozue dhe aplikuar një seri metodash origjinalë dhe interesante të cilat kanë synue kryesish të ne krijimin e një gjendje komforti për pacientët. Megjithatë të pakta janë ato metoda që kanë fitue popullaritet në masat e gjana të kirurgëve. Si të tilla mund të përmendim metodën simbas principit të Kni-Miedl të cilët propozuan të nxjerin ansen e sigmes dhe të fiksohet në murin e përparsëshëm të abdomenit tue e lanë ansen përijashta. Mbas 4-5 ditësh pritet ansa dhe krijohen dy gypa, i poshtëmi dhe i sipërm, të cilët mbyllen me anën e përparsëshëm të grave ose futen në hymjen e rezervuarit prej llastiku special përmbytjen e përbajtjes së sigmes. Kjo metodë tanë aplikohet rrallë mëbasit si në rastet kur ky operacion ka karakter paliativ ashtu edhe kur kryhet amputacioni i rectumit mjaftohen me nxjerjen vetëm të pjesës së sipërmë të sigmes e cila fiksohet në murin e përparsëshëm të abdomenit.

Këtu më vonë aplikohen për sigurim të hermetizmit prezervativat e grave ose rezervuarat e ndryshëm nuk janë shumë të përshtatësish. Por si prezervativi ashtu edhe rezervuarat e ndryshëm nuk e ndjejn vehten të qetë pëlosësht. Kështu lindëndi metodat plastike të krijimit të *anus praeternaturalis*.

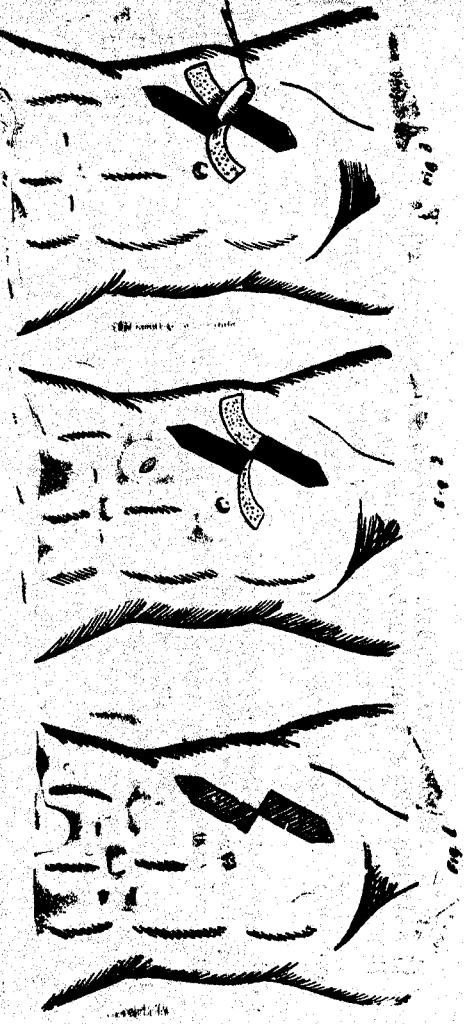
Këtu mund të përmendim dy metodat kryesore që aplikohen shumë shpesh, siç janë ajo e Lambre dhe ajo e Kurtcan - Kappis. Siç dihet të dyja këto metoda zhdukin nevojën e përdorimit të prezervativeve osë rezervuarëve të ndryshëm. Por megjithatë kanë si të metë kryesore se kufizojnë mundësitet e shfrytëzimit të lembove të mëdha, të mjaftushëm për dhanien e formës

dhe madhësës që neve dëshirojmë. Pëngesë tjetër asht edhe fakti se përkrijimin e anusit plastik me këto metoda duhen incizone të vëçanta.

Në vitin 1952 profesori N.N. Bllohin publikoi metodën e tij e cila mund të themi asht një modifikim i metodës Lambre. Në qoftë se Lambre shfrytëzon nji lembot lëkure përmveshien e pjesës së sigmes që nxirret jashë, N.N. Bllohin shfrytëzon dy lembot te cilat kanë nji bazë dhe ndeshen një me tjetrin tuet futë në mes pjesën e nxjerun të sigmes.

Shfrytëzimi i dy lembove lejon që të meren në sasi të mjaftueshme dhe ul mundësinë e nekrotizimit të tyne. Një anus plastik i krijuem me metodën e N.N. Bllohin asht shumë i përshtatëshëm për nxjerjen e fëkaleve, përtualetin e tij. Hermetizimi sigurohet me një të lidhur të thjesht prej një rryp i garze.

Teknika operatore simbas N.N. Bllohin: Në hypokondrin e majë kryhet incizion i pjerri (nga sipër poshtë) dhe nga jashtë brenda) me gjatësi 20 cm. Anash këtij incizioni kryhen dy incizione paralele-në gjysën e sipërme 6-7 cm mbrenda tij kurse në gjysën e poshtëme posme këtë largësi nga jashta. Gjatësia e këtyre incizioneve asht 10-11 cm. Incizioni bazë në eks-trenef e tijë bashkohet me incizionet paralele. Kështu formohen dy lembot pedunkulare kandëdrjtë kundrues karshi njieri tjetrit. Pjesa e lirë e lembos mediale asht e këthyeme riga sipër, e atij lateral asht e këthyeme riga bos mediale asht e pedunkulat e të dy lembove qendrojnë krahas në mes të i poshtë, kurse pedunkulat e të dy lembove asht rreth 10 cm. (fig. 1) cizionit bazë. Gjatësia e secilës lembot e se cilës lembot asht rreth 10 cm.



Të dy lembot preparohen bashkë me substancën subkutane (fig. 2). Në nivelin e bazave të lembos kryhet një incizion i vogël në paretin abdominale tue hapë kavitetin. Nxirret sigma e cila pritet. Të dy anët qepen plotësisht. Pjesa distale futesit në kavitetin abdominal. Pjesa proksimale nxirret në plaqë. Buzët e plagues në vendin e lembove të marruna qepen. Në këtë kohë lembuja mediale sposiohet nga jashtë, ajo laterale nga mbredha. Si rezultat të dy lembot e preparueme qendrojnë karshti njëni tjetrit me përpiktimi kurse në mes të tyre qendron pjesa e sigmes e nxjerrun (fig. 3).

Mbas kësaj buzet e lembove anash qepen njena me tjetrin me qime vazhdueshem sigma mbetet në mes të lembove, kurse maja e saj del 1-2 cm. mbi buzet e lembove të qepuna. Me disa sutura qepet sigma në huzët e tubit të krijuem nga lembot. (fig. 4 e 5)

Simbas autorit té këtij modifikimi operacioni i Lambre ka té metë kryesore në vështirësinë e mbylljes së plágës në vendin e marrjes së lembos.

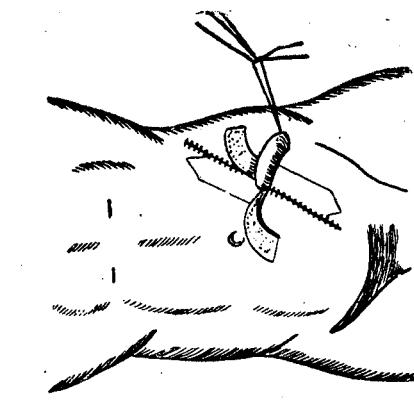


Fig. 4

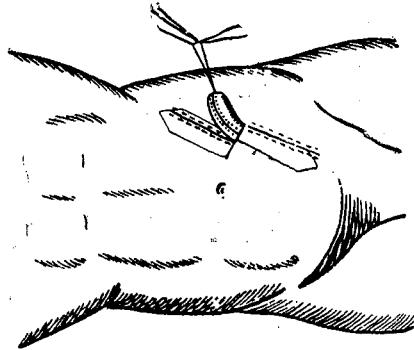


Fig. 5

në paratin abdominal dhe gjithashtu në vështirësinë e qepjës së tubit netrë sigmes. Teknika e dy lembove thjeshtëson këtë operacion dhe eliminon këto vështirësi.

Këtë metodë neve e kemi aplikuar në dy raste:

Rasti i parë: Pacienti I.M. vjeç 52, bujk, Nr. kart. 331, u shtrua në klinikë me 18.II.1959 me diagnozën *Cancer recti recidivans*. Në këtë publikim nuk i kemi vu për detyrë vehtes të analizojmë sëmundjen bazë për të cilën u kurue. Të dhanat e tija na interesojnë në aspektin e sigurimit të amusit artificial me heqjen e amusit natyral. Mbës verifikimt të diagnostës pacienti ju nështruan operacionit me datë 11-3-1959; amputacion i rektumit dhe pjesës distale të sigmes. Krijimi i amusit artificial simbas metodës të N.N. Bllohin.

Ky operacion u krye me një incizion të vetëm në abdomen dhe u realizua në një moment.

Në ditën e tretë mbës operacionit u hap lumeni i zorrës. Në këtë moment pati nxjerje të gazzave. Në të tetën ditë u hoqën suturat. Plaga asht mbylli për priman. Anusi artificial funksionon në rregull. (Foto 6,7)



Foto 6

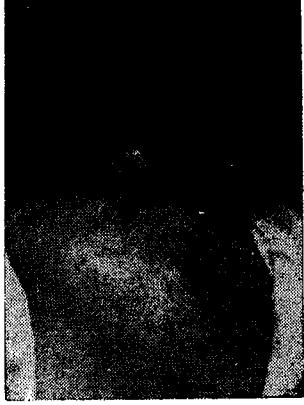


Foto 7

Këtë teknikë aplikuar edhe tek pacientja R.K. 30 vjeç, shtëpijake, e cila e shtrue në klinikën tonë me 30 V 962 me diagozën Cancer recti stadin e IV. Krijimi i anus praeternaturalis me metodën e N.N. Blohin pati karakter paliativ. Periuðha post-operatore pa komplikacione. Funksionimi i anusit artificial i rregullt.

(Paraqitur në Reakksi më 10.1.1963)

THE APPLICATION OF ANUS PRAETERNATURALIS ACCORDING TO THE INDICATIONS OF N.N. BLOHIN

(Summary)

The author describes the cases when this operation is applied and the technique of operation according to N.N. Blohin. He describes also two personal cases operated successfully by him, accompanying them with photographs.

REÇENSIÖN I LIBRIT "SPLENINA," TË V.P. KOMISARENKO

Libri "Splenia, i përbërë prej 142 faqesh, është rezultat i punës së madhe shumëvjeçare të akademikut V.P. Komisarenko dhe kolektivit të tij shkençor. Në të paraqitet materiali kliniko-eksperimental mbi veprimin biologjik të spleninës, preparat hormonal që autorit e ka nxjerë prej indeve të shpretkës. Splenina ka patur efekt në toksikozat e barres, në sëmundjen e rezes, në shizofreni dhe në hypofunkzionet e gjendrës paratiroidë. Libri paragjet interes për të gjithë mjekët por sidomos për klinicistë e specializuar të ndryshme.

Në hyrje të librit autorit përshtuan në mënyrë të qartë dhe të shkurtër tablon anatomo-histologjike të shpretkës dhe funksionet e saj. Po këtu autorit pasqyron në mënyrë kritike të dhënët bibliografike lëdhur me funksionet e shpretkës si depo gjaku, organ hemopoëтик dhe hemolitik, rolin e saj në proceset e ndryshme metabolike, në imunitet etj.

Interesant është kapitulli ku autorit përshtuan funksionin antiblastik të lienisit, problem ky që ka tërhequr vëmëndjen e shumë kërkonjësy, dhe që i janë dedikuar shumë punime serioze. Pikërisht, duke u bazuar në këto të dhëna V.P. Komisarenko e konsideron të vërtetuar funksionin antiblastik të shpretkës por mekanizmin e këtij veprimi e konsideron të diskutushëm. Rezistencë antiblastike e shpretkës ruk mund t'i dedikohet alteracioneve vetëm në sistemin retikuloendotelial, pse në rastet e transplatinit të tumoreve në kafshët që u është blokuar ky sistem prapsepërasë nuk janë vënë re metataze.

Duke u bazuar në faktin që në shpretkë shumë rrallë gjinden metastaza kancerogjene autorit presupozon se atje duhet të ketë substancë specifike vetit antiblastike të cilëve realizohen nëpërmjet të proceseve të ndryshme metabolike. Prandaj nxjerja e ekstraktit nga shpretkë dhe studimi i vëtive biologjike të tij, ka rëndësi të madhe jo velem për të sqaruar rolin antiblastik të shpretkës, por edhe për ta sqaruar rolin e saj në metabolismin e nuklearë.

Spleninën Komisarenko e morri në formë të pastër në vitin 1945 dhe vëtët biologjike të sajë vazhdon t'i studiojë. Splenina është lëng i qartë me ngjyrë të verdhë të lehtë, pesha specifike e saj 0,97-0,99, Ph. 4-5 pjesë të ngurta, ka 0,85-1,05 %. Në 100 gram splenine ka më tepër se 100 mg. lëndë organike. Në spleninë nuk janë gjetur proteina, acetilkolinë dhe histaminë. Preparati nuk është toksik. Në kapitulin splenina vëtit e saja fiziologjike dhe kurative, autorit paraqet të dokumentuar mirë materialin eksperimental të bashkëputorëve të tij që vërtetojnë ndikimin e këtij preparati në proceset e ndryshme metabolike.

V.P. Komisarenko duke u nisur nga fakti se karcinoma-Broun-Pirs është shumë malinje dhe jep metastaza të shumta, ua inokuloi lepujve vecas dhe të kombinuar me spleninë edhe yuri re se grupi i parë (kontroll) i kafshëve ngordhën mesatarish pas 27 ditësh nga inokulumi i karcinomës, kurse grupi i dytë pas 76 ditësh nga inokulumi i karcinomës dhe spleninës.

Në autopsi u konstatua se metastazat ishin shpërndarë si vijen:

	(përqindja e rasteve)	
	Grupi i I-rë	Grupi i II-të
Metastazë në pulmone	89,7%	78,9%
" hepar	92,3%	47,3%
" shpretkë	0%	0%
" surenale	7,6%	5,1%
" renet	84,0%	84,2%

Pra si shihet, splenina kufizon përhapjen e metastazave në organet e brendëshme dhe sidomos në hepar, kështu që mund të supozohet se zgjatajetës së lepuive që moren bashkë me karcinomën Broun-Pirs edhe spleninë e mvarët nga që hepari dëmtohet më pakë. Kjo veti e spleninës është spesifikë pse ekstrakti i marië nga likuori cerebral dhe placenta po me këtë metodë nuk influencon në dekursin e karcinonës Broun-Pirs.

Vecë kësaj, eksperimentalisht është vërtetuar që perfundimi letal i lepuive të dëmtuar nga karcinoma Broun-Pirs është lidhur me autoinfektikimin e organizmit nga produktet toksike të dekompozimit indor, sidomos të amonjakut, i cili është i rritur, pse hepari (i dëmtuar nga metastaçat) ka humbur aftësinë ta sintetizoje në ure. Splenina jo vetëm që kufizon përhapjen e metastazave në hepar, por intensifikon edhe sistezën e urenë sidomos në rastet patologjike, kurse prodhmin e amonjakut e frenon. Vetiqë e spleninës për të influencuar në metabolizmin e azotit ruhet edhe pas splenektomisë dhe në hepatitet eksperimentalë.

Influencia e spleninës në sistezën e urenë e shtyri autorin që ta provojë në klinikë këtë preparat përmjekimin e atyre sëmundjeve në patogenezin e të cilave qregullimet e metabolizmit azotik lozin rol të rëndësishëm dhe shqoqërohen me helmatisjen e organizmit si p.sh. në toksikoza e barrës dhe në format e shizofrenisë që kanë çregullime të metabolizmit të azotit, në reaksionin e organizmit nga Rongenterapia, në hypoparatireozat.

Në institucionë të ndryshme mjekësore të Bashkimit Sovjetik, splenina u përdor për të mijekuar intoksikacionet e herëta të barriës në më shumë se 800 të sëmura dhe në 95% të rasteve injekimi që efikas. Efekt të mirë dhe të shpejtë kurativ pati në toksikoza me afat të shkurtër të barriës. Në bazë të materialevë të klinikave të ndryshme që provuan këtë preparat, autorë konkluodon se splenina mund të likuidojet shpejt qafjet e toksikoza të barriës dhe në raste të vëgantia favorizon, kalmuin e formave të renda të toksikozaës së barriës në lorma të lehta, duke prevenuar këshutu ndërprerjen e kësaj të fundit. Splenina nuk influencon keq në tonusin dhe tkurshmerinë e muskulaturës së mitrës, në zhvillimin dhe afatin e barriës dhe në pasardhësit.

Autori rekomandon këtë skemë përmjekimin e toksikozave nga barra. Për forma të lehta: nga 1 cc. nën lëkurë, në ditë për 8-10 ditë rjesht, për format mesatare nga 2 mililitra në ditë (një herë nga një milië), për 10 deri 15 ditë rjesht. Dhe kur nuk vijet re elekt pozitiv dozat dyfishohen nga 2 cc. në miëngjes dhe 2 cc. në mbrëmje. Kurse në format e rënda të toksikozave nga barra, të sëmurave u injektohet nga 4cc. në mëngjes dhe 2 cc në mbrëmje se bashku me solucionë të ndryshme përmos lejuar dehildrimin e organizmit. Në raste recidivash terapi a mund të përsëritet. Splenina nuk jep fenomene kolaterale, ajo në dozat e mësipërmë rekomandohet edhe në mëjkimin kompleks të barriës (Spleninë, sol).

fiziologjik, sol gluukoze 40 përqind, Brom etj.). Gjithashtu efikas është kombinimi i Spleninës me aminazin dhe hormone adreno-kortikotrope. Mjekimi i tumoreve me rrëze ionizonjese shpesh herë ndërpreret për shkak të fenomeneve kollaterale, rauze, vomitus, cefalea, anoreksi adinami, insomni, leukopeni, etj. që janë të dëmëshme për organizmin. Rezatimi i shoqëruar me injektim të spleninës ka evituar fenomenet sekondare dhe ka bërë të mundur që të rritet doza e përgjithësime e rezatimit dhe rezultatet të jenë më të kënaqëshme.

Splenina është një preparat që influencion në funksionin detoksilikonjës të mëlcijsë së zezë, prandaj mund të përdoret si preparat jo specifik në një sërë sëmundjesh që shoqërohen me insuficiencë hepatike. Të dhënët e një sërë klinikash që kanë përdorur spleninën për mjekimin e hypofunkzionit të gjëndrës para-tiroide dhe skizofrenisë kanë qenë të kënaqëshme.

Libri i V.P. Komisarenkos ka mjaft material të dobishëm për mjekësinë praktike. Megjithëse shumë anë të genezës së veprimit biologjik të spleninës autor i ka zhvilluar gjëresiqt por i ka dhënë në formë tezash, ky është një libër interesant dhe i vlefshëm për praktikën dhe teorinë mjekësore.

(Paraqitur në Redaksi më 19.XII.1962)

Illi Xhagjika

RECEPTION OF THE BOOK "SPLENINA" BY THE ACADEMICIAN V.P. KOMISSARENKO

(Summary)

The book "Splenina" has 142 pages. It represents the results of a long work done by V.P. Komisarenko and his co-workers. The author presents his clinic-experimental material on the biological action of splenina. He reviews the cases, in which the drug has had effect. The book is of particular interest to the clinicians of different specialties.

After the presentation of the anatomo-histological picture of the spleen and its functions, the author makes some critical observations on the ideas he has found in the literature that deals with this question. Then the author discusses the antiblastic action of the spleen and describes it as certain.

The experiments were made by applying the Broun-Piers method to rabbits and by observing the changes that occur in their organisms; the author concludes that in these cases Splenina prevents the dissemination of the tumoral metastases. After that he mentions the large scope of application of this preparation in the medical institutions of the Soviet Union and the excellent results obtained by it, especially in the cases of intoxications due to pregnancy.

The book is a valuable contribution to the clinical medicine, although some sides of the biological problem are not developed sufficiently.

RECENSION I LIBRIT 'ZHVILLIMI I SHENDETESSË NË SHKODËR GJATË SHEKUJVE XVIII-XX'

Ky punim përbëhet prej 330 faqesh, duke përfshirë këtu edhe anekset. Studimi ndahet në këtë mënyrë: Parathënia, hyria, gjashtë kapituj, anekset, përmblehdjen angloshit e studimit, bibliografia, treguesi i vendeve dhe i personave, tre uesi i çështjeve, tabelat dhe këshishetë. Punimi i kushtohet nga autor i shokut të studimeve dhe të punës, njerit nga majejt më të njohur të vendit tonë, primar i Shkodrës. Prandaj në fillum të punimit, mbas fases së kushtimit, vihat fotografia e këtij të fundit.

Pas parathënies vjen hyria. Në këtë ai në të vërtetë bën ljaë për buri- met, dhe materialet dokumentare që ka shfrytëzuar. Këtu ai përmend pjesën më të madhe të punimeve të mjekeve shqiptarë, ndonëse janë hartuar një varg punimesh jo më pak të rendësishme.

Në hyrje ai jep një karakteristikë të shkurtër të materialeteve dokumentare, që ka shfrytëzuar për studimin e tij.

Ai është njohur me akte dhe diploma, që ilustrojnë historinë e Shqipërisë mesjetare, qëtë njohur me punimet e medievistëve të dégjuar V. Mahushev, K. Jireçek, M. Shufla, etj.

Ai është njohur gjithash tu me materialet e shereve turke në Shqipëri të shekuve XVI-XVII, që gjinden në Arkivin qëndrot të Tiranës.

Autori ka shfrytëzuar punimet e udhëtarëv^m mij kë të huaj të sheku-II të XIX-të, sic Janë Pukvili, Holland Bué Myller, Spenser, të cilët kanë pëshkruar edhe gjendjen shëndefjesore të vendit tonë Autori ka shfrytëzuar materialet e udhëtarit turk të shekullit XVII të Evlia Çelepia Simbas tij, material më interesante jep mjekek francez Bué, si edhe Myller, Gopseviç dhe Hahn. Ai ka konsultuar Sainamet ose anuarët, që janë botuar në Shkodër qysht nga mezi i shekullit XIX-të. Ai ka amblehdhur materiale edhe nga dy konsul, që gjindeshin në Shkodër: ai i Francës Degrand, dhe ai i Austro-Hungarisë Ipen. Eshët konsultuar edhe me vepren e Klumenickit. Të dhëna interesante autor i ka marrë nga veprat e Nopces, gjieolog, dhe etriograf hundarez, që ka jetuar shumë vite midis malsotëve shqiptarë. Duke folur për Nopcen autor i nuk harron të verë në dukje se ky shkencëtar qëndrimin e tij midis malsotëve e ka shfrytëzuar edhe për qëllime politike. Por, kryesisht autor i mbështet punimin e tij imbi regjistrat e famulisë të qytetit të Shkodrës si dhe të Ishatrave irretej saj. Ai ka shfrytëzuar regjistrat e dy shekuve: prej viti 1747 deri më 1947. I mungojnë vjetëm 29 regjistra të disa viteve. Të gjitha këto burime autori i shfrytëzon në mënyrë kritike.

Po ashtu pozitive është që autor i nuk rastë ka shfrytëzuar të njëjtin autor në gjuhë të ndryshme, p.sh. veprat e Ami Buë. *Kapitulli i paë*. Ndahet në tri nënkapituj:

1) Ambienti geografik. qyteti dhe krahina.

2) Vështrimi historik. qyteti dhe krahina.

3) Shkodra në shekujt XVIII-të XX-të. Simbas mendimt tonë këto dy nënkapituj madje i gjithë puhuni mund të përshtkuhen në më thellë duke u bazzuar në materializmit historik. Nato kohë qyteti i Shkodrës ishte më ngajtëtët më të luleuara

të venuit tonë që autorë do të kishte bërë mirë të përshtaktante strukturën social-ekonomike të Shqipërisë shkodrane, gjatë kësaj periudhe. Për këto qellime ai mund të konvultohë j me një varg punimesh, që ekzistonjë sot në Veniuin tonë, për shembull artikujt e Zija Shkoqarës, "Prochimi i mallrave në Shqipëri në shekullin XIX-të" (Buletin i Shkencave Shqiptare, 1955 Nr. 4-1, 125-148), "Zhvillimi i tregëtisë në Shqipëri në shekullin XIX-të" (Buletin për Shkencat Shqiptare 1955, Nr. 1 f. 57-74), dhe jo më pak interesant është punimi tjetër i të njëjtë autor "Revolta qytetare e vogjelisë shkodrane më 1854, e drejuemë nga Sheh Shami". (Buletin i Shkencave Shqiptore, 1957, Nr. 2, f. 62-75) si dhe trajtesa, që hodhi drithë mbi disa aspekte të historisë politiko-shoqërore të vendit tonë në shekullin XIX-të, Kronika e M. Siriuq nga Shkodra. Po ashtu të chëna interesante Dr. Kérçiku do të mund të gjente në artikullin e shokut Kristaq Misha "Mbi filimet e levizjes punetore në Shqipëri" (Buletin për Shkencat Shqiptare 1955, Nr. 1, 1, 35-56).

Kapitulli II.-të. Lëvizja demografike e popullsisë katolike të qytetit: 1) Mbi popullsinë e qytetit gjatë shekujve XVIII-të XIX. Këtë pjesë autorë e ka trajtuar mjaft mirë dne në mënyrë mjaft kritikë. Këtu lexuesi mund të gjejë të dhëna interesante mbi popullsinë e Shkodrës gjatë këtyre dy shekujve. Punimet e shiryfëzuarra nga ai janë të pasura.

2) Të dhëna mbi lëvizjen demografike të popullsisë katolike në Shkodër në vjetet 1757-1947. Këtu autorë ndalet mbi radhë mbi martesat, lindjet, vdekjet, moriallefjin, infantil, vdekjet e lëmijëve prej 1 deri 4 vjet, vdekjet aksidentale dhe vitaliteti demografik. *Kapitulli i III-të.* Sëmundjet epidemike në qytetin dhe rrëthin e Shkodrës:

1) Përhapja e sëmundjeve epidemike në Shkodër (vëslitrim i përgjithshëm).

Në këtë pjesë autorë përpinqet të analizojë faktorët, që shkaktojn zhvillimin e epidemive të vazhdueshme në qytetin e Shkodrës.

2) Mënyra e varrimit dhe përhapja e sëmundjeve infektive. Këtu autorë ve në dukje, që përhapja e sëmundjeve infektive, midis tjerash, ka pasur lidhje dhe me mungesën e masave profilaktike si dhe me disa zakone prapanike të popullsisë sic janë: vizitat që u bëleshin të sëmureve infektive, larja e kafionave, puthja e të vdekurëve, mënyra e transportimit të tyte.

3) *Murtaja* (pestis).

Aj e përshtakuan me mjaft hollësi murtajen në Shkodër. Midis faktorëve të infektimit ai radhit: tregtinë, emigracionin e përkohshëm të punitorisë dhe fshatarësë, dërgimin e të rinjeve për plotësimin e shërbimit ushtarak në Turqi, udhëtimet periodike të muhamedanëve në Mekë, importimi i zezakëve, çvendosja e ushtrise otomane nga zonat e infektuara të Azisë dhe Afrikës në Shkodër si dhe ndërmarrjet luftarakë. Ai brënda 60 vjetëve na përshtakuin 12 epidemë murtaje në Shkodër.

Në lidhje me zhvillimin e epidemive të murtajës në Shkodër, simbas mendimit tonë, autorë duhet të ketë parasysh edhe faktin që nuk është e domosdoshme që këto epidemë të jenë importuar nga vendet e tjera, por ka mundësi që në vendin tonë të ketë pasur vatra natyrale murtajë. Këtë mendim tonim ne e përforcojmë me këtë citat: "Zakonisht epidemite fillojn në Ballkan ku, simbas mendimit të L.V. Gromashëvskit si dhe të V.N. Fjodorov, S.I. Ragozinës dhe V.K. Feniku, në shekullin e XVIII-të ekzistonin ende vatra natyrale murtaje". (K.G. Vasiley, A.E. Segel — Historia e epidemive në Rusi 1960, laga 94).

4) *Lija* (Variola)

Autori përskruan 40 epidemii lije në Shkodër prej vitit 1729 deri 1890. 5) *Kolerë*. Ai ve në dukje se në Shkodër epidemitë e kolerës janë konstatuar gjatë viteve 1831-1832, 1837-1845, 1848, 1845, 1855, 1866, 1867, 1911, 1915, dhe 1916. Autori gjithashutu bën fjalë për faktin se këto epidemii janë të njëkohëshme me ato të qyteteve të tjera të Shqipërisë dhe të vendeve fqinje. Kolera e vitave 1830 dhe 1848, simbas autorit, ka lidhje me epidemitë e rënda që u çafqën në këto vje në Stamboll. Jemi të mendimit se do ta kishte pasuruar njëjtë këtë pjesë të punimit konfultimi i një literature më të gjërë mbi 6 epidemitë e famëshme, që njihen në historinë e kolerës dhe që u nisen të gjitha nga India qhe u përapën në tërë botën. Në shekullin XIX-të, që qe aq i pasur në epidemit, kolera ze një vend të posacëm. Jo më këtë higjenisti i famshëm rus Erisman u shprch në këtë mënyrë për kolerën: "Ajo është një sfinks, e cila na shpije në tmerr me vështirimin e saj vdekje-prurës (1883)".

Kapitulli i IV-të: Mbi sëmundjet e tjera akute dhe kronike infektive.

Në këtë kapitull autorri përskruan shkurtimisht sëmundjet sic janë: frusti, kolla e bardhë, skarlatina, difteria, tio abdominal, dizenteria, fito ekanziematike, tuberkulozi, lepra dhe malaria.

Më thellë dhe më mirë, autorri zhvillon sëmundjen e leprës ka bërë studime të vëçanta. Ai i ka kushtuar një vëmentje të vëgantë leprës në Shkodër dhe në rrëthin e saj, ka zbuluar 26 rastë lepre të deklaruar në këtë rrëth.

Në gjithë punimin e Dr. Kercikut pjesa më interesante është janë dy kapitujt mbi sëmundjet epidemike. Këtu autori na jep të dhëna më origjinalë, të cilat e pasurojnë historinë e mlekësisë në vendin tonë, mëdje historinë e epidemive në gadishullin e Ballkanit.

Kapitulli V-të: Të dhënat mbi historinë e mlekësisë së Shkodrës.

1) Vështrimi i përgjithshëm. Në këtë pjesë autorri ve në dukje që mëkësia, n'atë kohë, ishte në dorën e kishës, e cila e shfrytëzonte për qëllimet e saja, të caktuara. Këta pritër mjekek përpiken të fitojnë simpatinë e popullit dhe të pashallarëve sundues, dhe në këtë mënyrë depçtqnjë është orvaten të luajnë një farë roli politik.

2) Mjekekësi popullore. Autori ye në dukje gjithashutu rolin pozitiv që kanë luajtur xherahët shqiptare si kirurgë. Ai shprehet në këtë mënyrë: „Historia e kirurgjisë fillojn prandaj në Ballkan me xherahët shqiptarë, dhe është mirë të theksohen ky kontribut i popullit shqiptar, të cilët armiqët janë munduar ta vizatojnë vësim bartës të luatrave dhe asnjë tjetër“.

3) Mjekekësi Shkodrës.

Në këtë pjesë përskruhen njëjtë mjekekë, që kanë shërbyer në Shkodër. Nje pjesë e tyre kanë qenë shqiptarë, një pjesë italiane, një pjesë turq, një pjesë austro-hungarezë. Simbas mendimit tonë si figura qëndrore këtu dalin tre mjekekë. Por ne mendojmë se këto figura meritonin që t'u kushtohet vëmendja e vëçantë nga autori.

I. Professor Dika Beu ose Jak Dika, i cili qe profesori i patologjisë në fakultetin e mjekekësë në Stamboll. Ai njëkohësisht qe një a'dhetar i mirë. Ishte bashkëpëntori i ngushtë i Vaso Pashë Shkodranit. Fatkeqësisht veprimtarinë e tij si mjejk nuk mundi ta zhvillojë për një kohë të gjatë në vendin e tij.

2. Profesor Doktor Rilat Frashëri. Ka qenë drejtor i Institutit Bakletiologjik në Stamboll. Ka marrë pjesë në lëvizjen kombëtare. Endë student e tij.

2. Profesor Doktor Rilat Frashëri. Ka qenë drejtor i Institutit Bakletiologjik në Stamboll. Ka marrë pjesë në lëvizjen kombëtare. Endë student

ka qenë sekretar i Kongresit në Frashër të mbledhur nga Abdyl Frashëri. Bashkë me profesor Remiljen ka dhënë tezën se virusi i tërbimit është fil-trabel. Për këtë arsye ai citohet në literaturën shkencore nga A. Beson, Prof. Puntoni, Prof. S. Levaditi dhe Lepine etj. Për një kohë të gjatë ka qenë kryetar i Organizatës Patriotike Shqiptare në Stamboll. I ftuar nga turqit që të mos shpallin pavarsinë, ai refuzoi. Ky refuzim i kushtoi shumë. Pas luitës ballkanike u përijashtua nga universiteti si profesor. Prej vitit 1920-1934 punoi në Shqipëri ku edhe vdiq. Shoku Enver në takimin me pedagogët, studentët dhe inteligjencën e Tiranës e karakterizozi figurën e Profesor Doktor Rifat Frashërit, si një nga figurat qëndrore me rëndësi jo vetëm kombëtare, por edhe noërkombëtare në lëmin e rijkësise.

3. Një figurë tjeterë e madhe është ajo e profesor Doktor Ibrahim Pashë Berzhestë, "Shqipetari", nga fshati Berzhestë i Elbasanit. Mendohet se ky ka punuar për dy vjet në Shkodër prej vitit 1876-1877. Ky qe nënprofesor i anatomisë patologjike në Stamboll dhe më vonë profesor i Gjeologjisë dhe mineralogjisë. Ibrahim Pashë Berzhestë kishte miqësi të ngushtë me vlefzërit Frashëri.

Kapitulli VI-ë:

Në këtë kapitulli jepen disa të dhëna mbi spitalet e para të qyettit të Shkodrës.

I gjithë punimi i Dr. Kërcikut është ilustruar mirë me tabelë, grafiqe, dhe fotografji, të cilat e bëjnë më të kuptueshme përmbytjen e tij, ndonëse me mendojmë se disa nga fotografifë, siç është p.sh. ajo e infermierit, të doktor Rudolf Shmidit, ato të mamiyye, e ndonje tjeter mund edhe të mos vireshin në këtë punim.

Gjuha e përdorur nga autorë është mjalt e rrjedhëshme dhe e thjeshtë, ndonëse aty këtu këtij i kanë shpëtuar edhe disa improprietet. P.sh. i gjithë punimi është shkruar në dialektin gjegejshët, kurse në faqen 57, 133, 168, etj. i kanë shpëtuar disa gabime gjithësore.

Si konkluzioni punimi i Dr. Kërcikut është frut i një pune të madhe kërkimore shumëvjeçare në një teren të pa-lëvruar, punim ky që ruan origjinilitin e tij lidhur me studimin e epidemive, me vënien në dukje të një grupi të madh mjekësh, që kanë punuar në këtë rreth, lidhur me evidencimin e institucioneve mjekësore në krahanë e Shkodrës.

Kështu historiografia në fushën e mjekësisë pasurohet me një punim të tillë serjoz, i cili është vlerësuar mijalt pozitivisht edhe nga keshilli i botimeve të Universitetit Shtetëror të Tiranës.

(Paraqituri në redaksi më 15.12.962)

STRUMA ENDIMIKË DHE CIROZAT HEPATIKE

Roman Ll. I.

Klinigëskaja medicina 1961, 2, 82.

Midis faktorëve të shumtë etiologjikë që ndihmojnë në lindjen e hepatitit kronik dhe kulin e tij në cirozë hepatike, një vend jo të fundit zemëndimetit endokrinet organizmit.

Siq dihet, shumica e cirozave hepatike lindin dhe zhvillohen si rezultat i veprimit ose jo të faktorëve të ndryshëm ekzogene në indin hepatik. Duke u nisur prej kësaj pozitë cirozat u ndanë në primare dhe sekondare. Gjatë cirozave sekondare dëmtimi i heparit mund të vijë në sfondin e një gjendje patologjike të gjendrës tiroide, si një çfarqje e intoksikacionit të gjatë dhe të përgjithshëm në lidhje me tetricën ose insuficiencën e veprimit të tiroksinës. Rosale në vitin 1933 në analizën që i bëri ndryshimeve mortofisiologjike të heparit vuri re se gjatë sëmundjes Basedow për një kohë të gjatë gjatë të heparit vuri re se gjatë sëmundjes Basedow përfundimtare, e cila zhvicojti në vçrimin patologjik të tiroksinës në kapilarët e heparit, e cila zhvicojti në permeabilitetit të mureve vazale me një inflamacion seroz illoï dëmtimin e permeabilitetit të tiroksinës pa dyshim i është etiologjia e strumenit të sëmundjes fokale distrofike të indit hepatik. Mund të menjtë strumenët dhe ndryshime fokale distrofike të indit hepatik (veçoritë dhe karakteri i ushqimit dojmë se konditit e ambientit të jashtëm (veçoritë dhe karakteri i ushqimit popullsisë), taktoret e jetesës, konditit sanitaro-higjenike etj., në sfond të zonat e strumenit të sëmundjeve hepatike dhe cirozës hepatike. Pas një analizësim i rasteve të sëmundjeve hepatike dhe cirozës hepatike. Pas një analizësim i rasteve klinike të sëmurëve me torma të ndryshme të kujdeseshme të të dhënavave klinike (me predomini të cirozave hepatike) për 12 vjet të hipertoni të portale (me predomini të cirozave hepatike) për 5 vjet të kujdeseshme të sëmurëve me cirozë hepatike. Kështu, midis mëshme të strumenit të sëmurëve me cirozë hepatike. Kështu, midis 60 të sëmurëve të eksaminuar në klinikë ritja e gjendrës tiroide në graden II-IV u regjistrua tek 9 veta, prej atyre 5 gra dñe 4 burra.

Deri në vitin 1953 midis të sëmurëve me cirozë hepatike forma hipertiroide u vrejt rrallë. Në vitet e fundit përkundrazi tek të sëmurët me dëmtim të heparit filluan të mbizotërojnë strumat nodular me ngritje të funksionit të gjendrës. Pastaj autori përskruan histori sëmundjesh të të sëmurëve të ndryshëm të kombinuar ciroze me strumë.

SPLENOPOORTOGRAFIA DHE SPLENOMANOMETRIA NË DIAGNOSTIKËN E HIPERTONISË PORTALE

Gorbatenko V.P. dhe Madvejov L.I. S.
Kliničeskaja medicina 1961, 2, 87

Sindromi i hipertoniisë portale karakterizohet me splenomegali, ascit, zhvillimin e kolateraleve, hemoragji gastroezotagiane dhe menomin e një hipersplenizmi.

Kohët e fundit në literaturë duken përmbledhje të shumta mbi aplikimin e metodës së splenoportografisë dhe splenomanometrisë në diagnostikën e hipertoniisë portale.

Splenoportografia është metoda rentgenologjike me kontrast e vena portës që përmblidhet në futjen nëpërmjet lëkuresh së gjeljpërës në pulpen e lierit dhe nëpërmjet saj injektohet masa kontraste dhe prodhuri rië seri i radiografive, splenoportogrameve. Autori theksion se këtë e ka shoqëruar me splenomanometri e cila përcaktion ndryshimet e presionit intrahepatikë me hipertoniisë portale.

Në splenoportogramën normale në pulpen e lierit përcaktohet depo e kontrastit të lëndës, e cila mbush venën lienale dhe porta në sekondat e para pas mbartimit të manipulimit. Pastaj lënda kontraste mbush degëzimet e vena portës intrahepatike. Dimensionet e vena porta të ndryshme, shihen degëzimet e majta dhe të djathta dhe intrahepatike.

Eksperimentalisht me anë të splenomanometrisë është përcaktuar se në norme presioni në pulpen e lierit pak dallohet nga presioni i vena portës, ndryshon 5-7 mm të shthyllës së ujit. Presioni normal në lien shpesh arrin 100-160 mm të shthyllës së ujit. Shifra të larta të presionit portal takohen gjatë kombinimit të blokadës intra dhe ekstrahepatike (400 mm e më tepër).

Kontraindikacion për splenoportografinë është sindromi hemoragjik i shprehur në sfondin e rije hipersplenizmi, sëmundje infektive akute dhe toksike të heparit, hepatit kronik i riakutzuar, dëmtimi i veshkave me prishje të funksionit. Mund të japi shok nga mos toleranca individuale ndaj jodit, më e rezikshme është hemoragjia nga vendi i shpimit ose nga ruptura e lierit.

Autori përshtakun se në klinikën e terapisë metoda e splenoportografisë dhe splenomanometrisë u aplikua në 20 të sëmurrë me sindrom hepatolienal dhe hipertoni portale. Të gjithë të sëmurrëve përparrë splenoportografisë iu bë ekzaminimi rentgenologjik i ezofagut dhe stomakut.

Pastaj autorit thotë se midis të ekzaminuarëve 12 ishin burra dhe 5 grona, me mosha nga 17-50 vjeç. Ciroza hepatiske u konstatua në 3 veta, splenomegali tromboflebitike në 11, kombinimi i cirozës me trombozën e vena portës në një, splenomegali tip Banti në një dhe ekinokok i heparit në një.

Pas splenoportografisë dhe splenomanometrisë u konstatuan këto diagnosa: cirozë hepatiske në 5 veta, kombinimi i cirozës me trombozë në 4, kombinimi i cirozës me trombozë të vena portës në 3, hep atit kronik në 2, ekinokok në një, metastaza të kancerit në hepar 1, anemi hemolitike kongenitale në 1. Në këtë mënyrë vrehet një ndryshim në diagnostikun e sëmunitjeve para dhe pas metodave ekzaminuese.

Zherebcov L.I.A. Klinicheskaja medicina 1962, 11, 98.

Që nga viti 1951 përmjekimin e hepatitit viral të cirozës hepatishtë përdorur ACTH dhe kortizoni. Gyorgy gjatë hepatitit kronik dhe Bongiovanni gjatë cirozave hepatishtë morën disa suksese terapeutike gjatë aplikimit të ACTH dhe kortizonit.

Hap i madh pëpara ishte perdoniu i preparatit 3-6 herë priednizonit dhe prenzolonit. Ato kanë veprim antiinflamator shumë se sa kortizoni dhe pothuaje nuk tregojnë influencë negative në hepatit hidrozin. Thorn tregon se kortizoni forcon vendosjen e glikogenit në hepatit. Schwartz

perershkroi influencen frenuese te korrizoneve ne konsiderim. Duccia (1961) ne kavitet që i shkakëtar një insuficiencë alimentare. Sipas Ducci (1961) korrizioni forcon reaksionet inflamatore në hepar dhe krijon konditë të fasonar proceset nekrotikë, mbajnë voreshme për proceset regeneratore.

Aftësia e glikokortikoicave per te frenuar proceset menore, zhvillimin e indit konjunktiv, pakesojnë numrin e celulave të dhijamosura, zbulin permeabilitetin e kapilarëve, rrujn sekrpcionin e bilirubinës, funksionin e hormoneve stenin antitoksik, antiinflamator, antialergjik dhe diuretik të hormoneye stenit dhe mundësinë për përdorimin e tyre gjatë sëmundjeve të heparit. Autori ka patur nën mbikqyrje 30 të sëmuri me sëmundje kronike të heparit, 15 burra dhe 15 gra. Hepatiti kronik u konstatua në 10veta, ciroza bliliare në 5, ciroza hepatosplenomegalike në 7, ciroza portale dhe e

Me prednizolon u mjekuan 29 veta ndërsa njërit iu aplikua kortizoni. Doza fillestare lidhej me rëndësinë e sënumdjes dhe shkallën e insuficiencës hepatike dhe varionite nga 20-40 mg. në ditë, pastaj qdo 5-10 ditë doza di-tore uej në 5 mg., gjatë gjithë kursit u aplikua nga 425-1050 mg. prednizolon. Në fund të mjekimit u përdor ACTH 20 U një herë në ditë gjatë 5-8 ditëve. Në shumicën e të sëmurëve mjekimi me prednizolon u zhvillua ishte e qarte.

Me prednizolon u mjekuan 29 veta ndërsa njërit iu aplikua kortizoni. Doza fillestare lidhej me rëndësinë e sënumdjes dhe shkallën e insuficiencës hepatike dhe varionite nga 20-40 mg. në ditë, pastaj qdo 5-10 ditë doza di-tore uej në 5 mg., gjatë gjithë kursit u aplikua nga 425-1050 mg. prednizolon. Në fund të mjekimit u përdor ACTH 20 U një herë në ditë gjatë 5-8 ditëve. Në shumicën e të sëmurëve mjekimi me prednizolon u zhvillua ishte e qarte.

Pas mjejkimit u vrejt një përmiresim i duksnëm i apertur, gjenerat përgjithëshme, zhdukja e pruritit në lëkurë, u zhdukën ose u ndërprënë dhëmbjet në hipokondrin e djathë, tek shumica u vrejt pakësimi i dimensioneve të herarit dhe të lienit, u konstatua një rritje e diurezës pas ditës së 6 deri në 8 sidomos në të sëmuret me cirozë të shqëruar më asciit. Pas mjejkimit u vrejt një ulje e bilirubinës e cila ka qenë para mjekimit e rgritur. Si rezultat i mjekimit u vrejt rritja e përbajtjes së albuminave dhe ulja e nivelit të globulinave, koeficienti albumina/globulina u ngritet. Pas mjejkimit prova e timolit nga e ngritur u normalizua, u vrejt normalizim i sasisë së leukociteve, ngadalësim i sedimentacionit, ngritje e sa-

Sopurimi i prednizolonit pothua se nje tē gjithë tē sëmure e shtesë i mirë, vetëm tek dy u vrejt pér një kohë tē shkurtër ngritja e presionit arte-

riai, ndërsa tek një ndienja e rrethës së hiperemisë dhe hiperëtësi, tek një fenomenet e diabetit steroid të cilat me uljen e dozave u pakësuan dhe në fund u zhduken.

Pastaj autor i mirret me përshtimin e 3 historive të sëmundjes dhe mjekimin e tyre.

MJEKIMI I ASMËS BRONKIALE ME EUFILINE

M. K. Bukshpan, N.A. Sivokonev

Sovjeiskaja Medicina 1982, 11, 17

Në qoftë se patogeneza të asmës bronkiale paraqitet në kohën e sotme në një shkallë të konsiderueshme e sgruar, terapija e kësaj, pa marrë parasysh mjetet e shumta të aplikuar, nuk jep gjithmonë rezultate pozitive të larta. Ataku asmatik nuk ndalohet kur doherë me mjetet si adrenalinë ose efedrina.

Në kohën e sotme për ndalimin e atakeve dhe gjithashtu në periudhën jashtë atakut shihet eufiline. B.B. Kogan tregon se pati rezultat të mira gjatë aplikimit të eufilines për ndërprerjen e atakuut kur adrenalinë nuk jepet rezultat.

Pastaj autor i tregon se përmjekimin e asmës bronkiale ka përdorur eufilinë. Me qëllim që të llogaritet efekti i terapisë ka përdorur indeks objektive të ndryshëm si: kapacitetin vital të pulmoneve, indeksin pneumodinamik, prova e mbajtjes së frysniës dhe matja e presionit arterial. Ndërsa ekzaminim i ndodheshin 70 të sëmure, prej tyre 25 burra dhe 45 gra, në mosha nga 20-65 vjet. Zgjatja e sëmundjes mesatarisht nga 3-15 vjet. Ndërmjet te tjereve autori tregon se asma bronkiale në të sëmure të ndryshëm ishte e shqëruar me bronkit, emfizemë pulmonare, morbus hipertonikus, aterosklerozë, insuficiencë kardio-askulkare etj.

Mjekimi i të sëmureve konsiston në aplikimin e eufilinës së bashku me terapinë desensibilizuese dhe sedative. Eufilina u përdor në formë solucioni 2,4% 5 ml. e tretur në 10 ml. 40% glukoza rë disa të sëmure, me rrugë intravenoze, në të tjere u përdor intramuskular në solucion 12% në sasi 5-10 ml. në ditë, ndërsa të tjerët muarën eufilinën nga goja 0,2 gr. 3 herë në 24 orë. Kursi i mjekimit vazhdoi nga 5-30 ditë. Pothuaje në të gjithë të sëmuret që paraqitnin formë të rëndë të asmës bronkiale u aplikua eufilina intravenozë, ndërsa as në ata me formë të lehtë u dha nga goja. Ataket e rëndë të dispresë në shumicën e rasteve u ndërprenë pas fitjes së eufilinës intravenozë. Autori paraqet një pasqyrë ku tregon se tek 2/3 e të sëmureve të studjuar prej tij ataku u ndëpre, ndërsa në 1/3 u pakësua intensiteti dhe shpejtësia.

Efekt të kënaqshëm morën gjatë mjekimit me eufilinë të sëmureve me asmë bronkiale pëmvarësishët nga koha dhe graviteti i sëmundjes. Në bazë të indekseve ato rezultuan se kapaciteti vital u rrit në mënyrë të dukeshëm, ndërsa para mjekimit mesatarisht kapaciteti vital arrinte 2100-3000 ml. pas mjekimit arrii 2100-5000 ml.

Prova e mbajtjes së frysniës tek shumica e të sëmureve lëkundëj nga 5-10%, ndërsa pas mjekimit më shumë se gjysma ariti 29-55%.

Autorët nenyzojnë që, në bazë të vrelljeve të tyre, tregohet se fitja e eufilinës në kompleksin terapeutik (sedativ dhe desensibilizues) gjatë asmës bronkiale është një masë e çmuieshme, në rastë të vëçantë fitja intravenozë e eufilinës ndërpërt atakuun astmatik, vëçanërisht në të cilët adrenalinë nuk ka dhierë efekt.

Rezultate të mira veçanërisht mund të vrehen tek të sëmruet me insuficiencë të venitkullit të magjist që vaujnë nga kardiosklerozë koronarogjene dhe *morbus hipertonikus*, tek të cilët ataket e asmës kanë një karakter të përzier.

Një influencë të favorëshme të eufilinës në të tillë të sëmruet ka konstatuar dhe Kogan.

(*Përmbledhur nga MARGARITA VULLKAJ*)

MEI DISA TREKURS TË FUNKSIONIT TË KORES SUPRARENALE GIATË ASMËS BRONKIALE

I.G. Daniiljak

Sovjetskaja Medicina 1962, 10, 36.

Gjatë viteve të fundit, vrojtimet eksperimentale dhe klinike i dhanejë rëndësi të madhe korteksit të suprarenit në patogenzenë e sëmundjeve alergjike në përgjithësi dhe të asmës bronkiale në vëçanti. Mendimet mbi funksionin e kores së suprarenit gjatë asmës bronkiale janë të diskutueshme: 1. Disa autore (Selye, Steel, Rose) i atribuojnë kores së suprarenit një rol vendimtar në patogenzenë e asmës bronkiale. 2. Të tjerët (Shulciev, Turiaf, Kogan etj.) i konsiderojnë ndryshimet e funksionit të kores së suprarenit në të sëmruet me asmë bronkiale sekondare. 3. Të tjerët nuk i japin asnjë rëndësi ndryshimit të kores së suprarenit Nan Ufford, Serafini, Davies etj).

Syptomet më të herëshme të insuficiencës suprarenale janë: dobësia, astenia muskulare, lodiha e shpejtë pa shlik, somnolenco, pigmentimi patologjik, hipotonia, ngadalësimi i pulsit, gastritis subacid, kolit dhe gjithashtu ulcer, hiperkolesterolemi, ulje ose përbajtje normale e gjakut, hipoglicemi i gjeljeve, përbajtje normale e gjakut.

Syptomet më specifike të insuficiencës suprarenale janë: pigmentimi patologjik, orregullime gastrointestinale, hipotonja. Një prej symptomave karakteristike të uljes së funksionit të suprarenit është hipotonia.

Pastaj autori tregon se ka ekzaminuar tensionin e 100 të sëmruëve me asmë bronkiale dhe gjeti se në 61 prej tyre presioni sistolik shtrihet nëkuftë nga 110-120 mmHg ndërsa diastroiku tek 79 të sëmruë ishte 70-80 mmHg. Shumica e të sëmruëve ishin të moshës 30-60 vjeç, kështu mund të vrehet një anim nga hipotonia.

Gjatë kohës se atakut ose të gjendjes astmatike u ekzaminuan në serumin e gjakut, kolesterolin, glicemian dhe kloridet. Në bazë të tablave del një anim drejt hiperkolesterolinemisë dhe hipoglycemisë. Niveli i natrium kloratit tregohet në kulinin e sipërm të normes. Për gjykimin e veprimitarisë së korteksit të suprarenit në të sëmruët me asmë bronkiale autorri përdori metodën e ekzaminimit të 17-ketosteroitit në urinë.

Ekzaminoi 85 të sëmruë me asmë në moshë nga 15-70 vjeç dhe zhiviloi 270 përcaktimi.

Në shumicën e të sëmruëve në kohën e atakut, 17-ketosteroitet në urinë ishin nën nivelin normal, në bazë të vritjeve të autorit ekzision myartësia. Ky dis rëndësishë së gjendjetës asmatike dhe ekskretimit të 17-ketosteroitit. Sa më shumë të jetë shprehur gjendja asmatike te i sëmuri, sa më shumë

atake të ketë gjatë 24 orëve, aq më i ulët është niveli i ekskrecionit të 17 ketosteroideve në urinë, siç duket është e lindur me lindjen e atakut. Autori pa të gjatë ekzaminimit të 17 të sëmurëve me astmë bronkiale ekskretimi i 17 ketosteroideve me urinë të njekuar me prednison dhe prednisolon u rrit në 10 të sëmurë, nuk ndryshoi në 5 dhe u pakësua në 2. Pas fuitjes intramuskulare të 20-30 U ACTH menjëherë mbas 24 orëve u rrit ekskretimi i 17 ketosteroidëve në urinë.

I.N. Komarov mendon se rritja e ekskretimit të 17 ketosteroidëve me urinë pas injektionit intramuskuluar të 25 U ACTH tregon mbi ruajtjen e funksionit bazë të kores së suprarenit që aftësinë e saj për të prodhuar hormone steroide. Sipas tij ky ekzaminim vërteton ruajtjen e funksionit të korteksit mië tëpër se sa reaksioni euzinopenik.

Në bazë të ekzaminimeve të autorit tregohet se tek të sëmurët me astmë bronkiale në periudhën e remisionit spontan ose të arritur me mijete të ndryshme terapeutike qofshin këto dhe kortikosteroide ekskretimi i 17 ketosteroidëve me urinë arrin në nivelin normal.

Në të sëmurët e vdekur gjatë atakut astmatik është konstatuar një hiper-trofi e kores suprarenale.

MBI DEKURSIN ATIPIK TË INFARKTIT TË MIOKARDIT

V. K. Vidut

Sovjetikaja medicina 1962, 9, 92

Të tre variantet e infarktit të miokardit (*status anginosus, status astmatikus dhe status gastralgicus*) të përshkruara nga V.P. Obrascov dhe N.D. Strazhesko përbëjnë skemën klasike për diagnostikimin e kësaj sëmundje. Por në shumë raste kuadri i sëmundjes nuk bazohet në këtë skemë dhe përbën një vështirësi të madhe për diagnozën. Araliza e gabimeve diagnostike gjatë infarktit të zhvilluar në bazë të materialit të vizitit 1960 (59 raste) tregojnë se shkaku i vështirësisë është dekursi atipik i sëmundjes.

A.G. Tetelbaum i grupoi infarktet illestatore atipike në 4 forma bazë: 1. Cerebrale që rrjedh me çrrëgullime të qarkullimit të trurit si rezultat i spazmës së enëve cerebrale, 2 - Abdominale që rrjedh si rezultat i influençës reflektore në organet e abdomenit 3 - Periferike me lokalizim atipik të dhëmbjeve. 4 - Pa dhëmbje që rrjedh sipas tipit të astmës kardiale.

Autori mirret me përshkrimin e një rasti ku çfaqja e vëtme e infarktit të miokardit ishte takikardia paroksizmale.

Cështja mbi takikardinë paroksizmale si komplikacion i infarktit nuk është e re. Parkinsin dhe Bedford, P.E. Lukomski etj. mendojnë se takikardia paroksizmale si komplikacion i infarktit të miokardit takohet rrallë.

I.Ju. Gilazov riga 1339 të sëmurë me iniart miokardi vrejtë takikardia paroksizmale në 2%.

Takikardia paroksizmale e cila është çfaqja e vëtme e infarktit pa simptomë është shumë e rrallë.

P.A. Tapper njofton mbi zhvillimin e infarktit të miokardit tek një burri 20 vjeç pas 40 ditë të atakut të takikardisë paroksizmale, pacienti mbarto me vdekje dhe në autopsji u vrejt një n krozë e vogël e murit posterior të ventrikulit të majtë gjatë enëve koronare të pandryshuara.

Pastaj autori përshtkuuan rastin e një të sëmuri me infarkt miokardi me lokalizim atipik të dhëmbieve që në fillim stimulonte një atak të kolesistit akut dhe në vonë te një ulgjë të perforuar.

Pastaj autori përshtkuuan rastin e një të sëmuri që kaloi dy infarkte miokardi: infarkti i parë kishte një fillim pa dhëmbje dhe u çfaq me kuadrin e një asme kardiale, i dyti shumë i rënëd ishte me dhëmbje por mu lokali. zim atipik të tyre.

Fillimi uhe dekursi i infarktit të miokardit në këto raste ishin krejt atipike, kjo i shpuri në gabime diagnostike. Në rastet kur çfaqen paprinas dhëmbje të fortë të tipit të pleksit të anës së majë gjatë prezencës së dobësisë së madhe dhe sublebrilitetit përmposhtë moshës dhe atakeve të asmës kardiale në anamnezë ato duhet të jenë të dyshimit dhe pa marrë parasysh prezencën e fenomeneve katarale në rrugët respiratore duan një ekzaminimin të kujdeseshëm në synimin e çfaqjes së një infarkti miokardi. Një kujdes i tillë është plotësishët i drejtë.

MBI ÇESHTIEN E SËMUNDJES KOROVNIKOV

D.M. Ceretacian

Sovjetikaja medicina 1962, 10, 139

Gjatë 50 vjetëve të fundit janë përshtkuar hemoragi gastrointestinale pa ndryshime destruktive në traktin gastrointestinal, të cilat shpesh lidhen me diemtinin e lienit. A.F. Korovnikov (1936) prej sëmundjeve që ngjanin me M. Banti ndau një formë klinike të vegantë, të quajtur prej tij "Splenopatia me subtromboцитozë dhe gastroenteroragi", ai përshtroi shenjat hematogjene, ndryshimet funksionale dhe morfolologjike të lienit, ai i futi këto në sëmundjet mieloliennale të cilat shoqërohen me hipersplenizen e fenomenen të uljes së funksionit të medula ossea (anemi, leukopeni, subtrombocitozë). Gastroenteroragia spjegohej me ngritjen e permeabilitetit dhe ulje në rezistençes se eneve të gjakut. Shënia bazë e kësaj sëmundjeje është hemoragi i ndryshime të gjakut periferik dhe të lienit. Lieni mund të mos preket, zvogëlohet në kohën e hemoragjicës, kjo sëmundje më shpesh takohet tek burrat në moshën deri në 45 vjeç dhe në fëmijët.

Shumë autorë dhe vrojtimet e autorit vërtetojnë se metoda e vëtime e drejtë e mjejkimit të sëmundjes Korovnikov është splenektomia.

Prej 9 të sëmureve që u vretjën nga Korovnikov në 5 u bë splenektomia me rezultatet të mira. A.A. Verbenko tregoi mbi splenektominë me dekurs të favorshëm në një grua me barrë me Morbus Korovnikov. Pastaj autorë miret me përshtkimin e është rastevje me morbus Korovnikov në 2 prej të cilëve diagnoza, nuk u bë prandaj u bë një mjezikm terapeutik dhe që të dy vdiqën, ndërsa tek njeri që u bë operacion u shërua.

Ky sindrom është pak i njohur nga mjekët. Diagonza e sëmundjes është e vështirë por e mundëshme. Me klinikën e saj duhet të nijhen mire terapeitët, kirurgët dhe pediatritë.

AFTEŠIA PER PUNE E TË SËMUREVE ME HIPERTONI PARABHE PAS MJEKIMIT ME PREPARATE RAUVOLFIA NË KONDITAT

Sovjetskaja medicina 1962, 11, 104
Zajkin T.A.

Nën kontrollin e autorit, në poliklinikë ndodheshin 150 të sëmure me sëmundje hipertonike të cilët deri në vitin 1958 kishin marrë preparat të ndryshëm hipotensive, nga 1958 të gjithë ata u mjkuan me preparat të Rauvolfias.

Me sëmundje hipertonike të stadtit të parë ishin 21 veta, të stadtit të dytë 116, stadi i tretë 13.

Rezerpina u fillua me dozë 0,25 mg. 2-3 herë në ditë. Të sëmuret tek të cilët pas 4-5 ditëve nga aplikimi i preparatit tensioni arterial nuk u ul, doza e rezerpinës u rrit deri 0,75-1 mg. në 24 orë. Gjatë uljes së presionit arterial doza u ul 0,12-0,25 mg në ditë dhë u përdor për një kohë të gjatë. Në periudhën e mjezikimit me preparat të rauvolfias tek të sëmuret qdo 5-7 ditë u mat tensioni arterial, u regjistrua E.K.G. (para mjezikimit dhe pas një muaj mjezikimi) u ekzaminua fundus okufi dhe u përcaktua protrombina.

Tek të gjithë të sëmuret e stadtit të parë deri përa mjezikimit me rezervinë aftësia per punë ishte shumë e ulur, pa marrë parasysh aplikimin e mjejetë e të ndryshme hipotensive. Të sëmuret ankoheshin për dhëmbje koke, eksitacion dhe gjumi të keq, tensioni arterial lëkundçj nga 140/90 deri 170/100. Në EKG predominonte lvograma.

Fas mjezikimt me preparat të rauvolfias presioni arterial u ul në normën tek 21 të sëmure pas 1-2 javë. Ndryshime në fundus okuli, EKG dhe protrombinë nuk u vrejfen, u zhduk dhëmbja e kokës, eksitacioni, u përmirësuat gjumi dhe u vendos aftësia për punë.

Tek shumica e të sëmureve të cilët patën recidiva te ngrijties se tensio-nit arterial, ishie e lidhur me eksitacionet neuropsiqke dhe punën mendore të tepert. Më tutje këto të sëmure morën rezervinë në dozë mbaitëse (0,125 mg. 1-2 herë në 24 orë gjatë një viti). Kjo dozë nuk shkaktoi asnjë fenomen anësor, tensioni arterial u stabilizua dhe rruhet aftësia për punë.

Efektin terapeutik të preparatit të rauvolfias ne çmojmë në bazë të rruajjes së aftësies për punë.

Nënvizojmë se pas 2-3 vjetëve nuk kishin fletë sëmundjeje atë të sëmure të cilët morën rrugullisht dhe për një kohë të gjatë preparat të rauvolfias.

Tek të sëmuret me hipertoni të stadtit të parë dhe një pjesë të stadtit të dytë u vendos një aftësi e plotë për punë dhe u ndërpresë procesit.

Gjatë sëmundjes hipertonike të stadtit të dytë dhe të tretë u vrejt një përmirësim i gjendjes subjektive të të sëmuret, u ndërpres zhvillimi i sëmundjes dhe fenomene të tillë si kriza hipotonike dhe insulti. Njëkohësisht tek këta të sëmure u rrit aftësia për punë.

PREPARATE TE REJA PER MJEKIMIN E STENO KARDISË

Grigoriev P.S.
Sovjetskaja medicina 1962, 9, 101

Një rol të rëndësishëm në mjezikimin e stenokardisë luajnë nitritet, prej tyre nitroglycerina ka një rëndësi të madhe në ndërprerjen e atakeve të stenokardisë.

Autori ka patur ndëri observacion 156 të sëmure me stenokardi (30

gra dhe 126 burra), prej té cilëve 25 u mjekuan me Einitit, 30 me nitro-
pentor, 45 me etafen, 24 me iprazit, 12 me persantin. Të sémurët ishin të
moshen nga 32 deri në 75 vjeç, shumica vuaniñ nga aterosklerozë e njëve
koronare. Në E. K. G. u vrejën në shumicën e të sémurëve ndryshime
të qarkullimit kolonar.

Kriteri për vlerësimin e preparatit ishte bazuar në shpeshtësinë dhe
intensitetin e atakeve të dhëmbjes në regionin e zemrës përvëç kësaj u vrei-
tën ndryshime të E. K. G., të presionit arterial dhe të frekuencës së pulsit.
Në grupin me rezultate të mira hyjnë të sémurët ku ataket e stenokardisë
zhdulen dne nuk çafqen pas ndërprerjes së preparatit gjatë 1-2 muaj, në
grupin me rezultate të kënaqëshme të sémurët, tek të cilët dhëmbjet në
regionin e zemrës u bëne më të ralla dhe në mënyrë të dukeshme u pakësuan
intensiteti dhe zgjata e dhëmbjes. Në grupin e fundit hyjnë të sémurët më
rezultate negative.

Einititin të sémurët e morën në tabletë nga 10 mg. 3-4 herë në ditë më
gjuhë. Rezultate të mira të injekimit u vrejten tek 21 të sémurë nga të 25
që u injekuan.

Nga fenomenet anësore gjalë mjekimit me erinitit tek njëri u vrejjen
dhëmbje koke, tek 2 forcim i dhëmbjeve në regionin e zemrës.

Nitropentonit u përdor në 50 të sémurë, 40 në klinkë dhe 10 ambu-
latorish, e morën në tabletë nga 10 mg. 3-4 herë në ditë nën gjuhë. Re-
zultate të mira u morën në 39 të sémurë.

Në dozat e treguarë më sipër të Erinitit dhe Nitropentonit u ul presioni
arterial në qoftë se para mjekimit ka qenë i ngritur. Për këtë preparat e
dhënia mund të aplikohen gjatë stenokardisë të shoqëruar me hipertoni.
Etafen shkakton zgjerimin e emëve koronare, ndihmon në zgjerimin e
emëve të organeve periferike dhe në këtë të fundit vepron më mënië se sa në
emët koronare. Ai ka gjithashtu veprim spazmolitik dhe ganglioblokues.

Të sémurët e morën në tabletë prej 25 mg. 3 herë në ditë. Kursi i mjekimit
zgjatet nga 15-20 ditë. Nga 45 të sémurë ku u aplikua tek 15 u arrit rezul-
tat i mirë, rezultat i kënaqshëm tek 20.

Ipraziti u aplikua në të sémurë në doza 25 mg. 3-4 herë në ditë. Nga
24 të sémurë që u injekuan 16 ishin me aterosklerozë të koronareve dhe shë-
nokardi, ndërsa 8 stenokardi me hipertoni. Kursi i mjekimit zgjati 15-25
ditë.

Nga të sémurët e grupit të parë të mjekuar më këtë preparat, rezultate
i mëra u morën tek 5, të kënaqëshme tek 7 dhe negative tek 4. Ndërsa tek
të sémurët e grupit të dytë rezultate të mira u morën tek 3 ndërsa tek 5 të
kënaqëshme. U konstatuan fenomene anësore si dobësi dhe djersë, tek disa
dhëmbje koke dhe marje mendshë etj.

Persantina u është në 7 të sémurë në tabletë nga 12,5 mg 3 herë në ditë.
Rezultate të mira u arritin vetëm tek një. Tek 2 të kënaqëshme, në një
fjetë rezultati nuk u përcaktua ndërsa, tek 3 negativ.

4 të sémurë e morën preparatin nga 12,5 mg 3 herë në ditë dhe 10 mg
një herë intravenoz. Tek një u arrit rezultat i mëni, tek 2 i kënaqshëm ndërsa
tek tjetri i pa përcaktuar. Në një të sémurë futja intravena e persantinës
ndërpretjen e atakut të aritmisë perpetua.

Veprimi pozitiv i Erinitit, Nitropentonit, Etasenit dhe Persantinës
filloj të duket në ditën e 3 deri në të 7 pas aplikimit të mjekimit, ndërsa
Ipraziti në ditën e 6-9 Kursi i mjekimit lëkundet nga 15-20 ditë.

Më shumë perspektivë nga mijet e persantinës së
ka nitropentoni dhe eriniti.

Keto preparate nuk japid mundesi te perjastlojinë atakun anginoz, keshtu që me keqardhje në shumicën e rasteve stenokardia eshtë e lidhur me aterosklerozën koronare e cila jo vetëm nuk ndalohet por zakonisht dje zhvillohet.

(Përbledhur nga MILTO KOSTAQI)

ALERGJITË E LËKURESH

Delacretay J., Frenk E.

Revue Médicale de la Suisse Romande 1962 92, 7

Alergjia liton një rendesi të vëçantë sidomos në dermatologji si faktor patogjenetik i sëmundjeve të ndryshme në pikëpamje mariologjike dhë evolutive (urtikaria, erupcionet medikamentoze, dermatitit, ekzemat etj.). Sindromi urtikarian mund të vazhdojë nga disa orë deri disa ditë; nga një herë mund të bëhet kronik, ajo iep komplikacione të mukzozës së laringosit dhe farinksit duke shkaktuar kështu disfagi të një graviteti të vëçantë.

Përsë i përket etiologjisë eshtë e nevojeshme të zbulohet alergjeni. Mundimet, lodhja, emocionet, qëregullimet psihike mund të shkaktojnë disa forma urtikarie; gjithashtu edhe sëmundjet e brendësishme dhe neoplaszitë e ndryshme lozit, të njëjtin rol.

Edhe në këtë fushë simbas autorëve, njohuritë tona mbi potegenezen janë relativisht të pakta. Zbulimi i histaminës, e cila vepron si vazodilator dhe shtron depertueshmërinë e kapilarëve, u konsiderua si shkaktar i lezoneve urtikariane. Por sot, krahas histaminiës njihen edhe substanca të tjera si serotonina, polipeptidet, të cilat gjithashutu marrin pjesë në këto procese alergjike.

Prandaj medikamentet anti-histaminiike vlefjanë shpesh për të zhdukur osc pakësuar lezionet urtikariane. Kortizonikët duhet të jepen me kujdes të vëçantë dhe në rastë të jashizakonësime.

Alergjiti medikamentoze: Eshtë vështrimë të përcaklohet në se një erupcion medikamentoz ka ose jo karakter alergjik. Për të vërtetuar një gjë të tillë duhet të konstatohen faktorët vijues:

a) erupzioni duhet të qfaqet të paktën 7 ditë pës marries së medikamentit; në rast se pacienti e ka përdorur medikanentin e dhënë edhe më parë, vëtkup tohet se erupzioni çfarë menjëherë. Vec kësaj, njihen edhe ierorinenet e sensibilizimit të kryqezuar nga medikamentet e ndryshëm, p.sh. novobilina dhe sulfamidet. Nga ana tjetër, ndodh që një medikament e sensibilizon pacientin për një grup të dhënë kimik, kështu që po t'i jetet një medikament që i përket po atij grupi kimik, erupzioni mund të çfaqet menjëherë,

b) reaksioni duhet të jetë i ndryshëm nga faktet farmakologjik të substancës;

c) kur organizmi është sensibilizuar, dhënia e një dozë të medikamentit, qoftë edhe në sasi fare të vogël, duhet të shkaktojë menjëherë rëndimin e lezionateve;

d) ndërpreria e medikamentit duhet të pasohet me zhdukjen e erupsionit;

dh) sensibilizimi ndaj medikamentit vazhdon definitivisht pavare-sisht, i gë intensiteti i tij.

Format më të shpeshta janë eritrodermië e thata, të shkaktuara nga krizoterapia, erotodermië skuamoze dhe vësikolo-edematozë të shkaktur-

ara nga substancia arsenikale, ekzantemmat skarlatiniforme, eritemat e ndryshme të shkaktuarra të shumtën e herës nga derivatet e grupit antipirin-piramidon dhe fenofталein.

Iodi dhe bromi shkaktojnë shpesh erupsione me illuska të tipit "Epidemias necroticans combustiformis", që mund të përfundojnë me vdekje. Eshët e këshillueshme që para përdorimit të një medikamenti të bëhen 'testet kutane', qhe, në rast pamundësie, t'i jetet pacientit një dozë e vogël e medikamentit që është shkakuar i alergjisë, duke bërë njëkohështë vrojtimet e rastit.

Kortikoterapia këshillohet në këto forma dermopatie, ndërsa desensibilizimi me doza të vogla të medikamentit të dyshimtë mund të jetë i rezultshëm. Dermatiti atopik ose, siç quhet ndryshe, neurodermitis disenminata ose prurigo Besnier është një dermatozë që zhvillohet në disa fazat, simptomë i së cilës është të kruajturit kryesor i këtij cermatitit zhvillohet me hope që favorizohen nga Evolacioni i këtij cermatitit zhvillohet me hope që favorizohen nga te nxentit, lagështia, ladhja fizike, nga disa ushqime etj. Dermatiti atopik mund të komplikohet edhe me infeksione mikrobiike ose virale. Mjekimi dendron në dhëni e sedativëve dhe qetësuvese. Kortizoni nuk është i këqendshëm.

Ezemat nga kontakti u detyrohen agjentëve të jashlëm që veprojnë mbi lëkurën, domethënë shkaktohen në radhë të parë nga irritacioni i lëkurës nën veprimin e lëndëve toksike ose si rezultat i sensibilizimit të mëparshëm t'organizmit të pacientit ndaj një medikamentit të dhërië. Mjallt lëndë mund të luajnë rolin e alergjentit, si p.sh. kriprat e kromit, të çimentos, bojrate.

SINDROMI I LYELL

Georges Garnier

Presse Médicale, 1982 vol. 70, Nr. 29

Më 1956 Alan Lyell përshtakuai 4 raste më një erupsion të vëcanë të gjeneralizuar të lëkurës e cila merr pamben sikur është përvëluar me ujë të vluar. Autori e quajti këtë gjënjce 'toxie épidermale necrolysis'. Ekzaminimi histologjik tregon alteracione të epidermit që ka arritur një nekrozë të vëçantë dhe intensive, ndërsa derma mbetet e paprekur. Simbas Lyell kjo dermatozë bujoze duhet të dallohet nga eritema polimorfë, nga dermatitis herpetiformis Düringi si dhe nga pemphiguset.

Autori raporton 30 raste dhe vë ne dukje se forma e dermatozës bulzoështë më e shpeshë. Erupsioni është i generalizuar dhe zakonisht sjell skolitjen e epidermit, duke lënë përshtypjen sikur pacienti është përvëluar me ujë të valuar. Vdekja është e sigurt në këto raste. Kjo forme dermatozë ka më tepër origjine toksike.

Autori dallon 3 forma klinike:

- 1) *formën e zakonëshme të rënës* (2/3 e rasteve); 80-95% e sipërfaqes së lëkurës është e ckoilitur; evolicioni është i shpejtë dhe vdekja ndodh brenda 4-12 ditëve;
- 2) *forma benignë* sipërfaqja e prekur e lëkurës është e kufizuar; sipërfaqjet e skolitura shërohen shpejt brenda 3 javëve;
- 3) *format recidivuese*, ku ataket përsëriten dhe kanë karakter bëunji.

Serotoninë është një aminë biogjene që luan rolin e një ndërmjetësi sikunder adrenallina, acetilkolina dhe histamina. Gjatë këtyre vjetve të fundit ajo po merr një rënësi gjithnjë më të madhe si në pikkëpamje fiziollogjike, ashtu dhe në pikkëpamje patologjike.

Për herë të parë u veçua nga Erspaner në mukozën gastrike të lepurit nën emrin euteraminë; më 1941 Page e konstatoi në gjak, ndërsa Hamelin dhe Foscher më 1941 realizuan sintezën e saj.

Serotoninë veprojnë vëzantërisht në disa procese nervore e vaskulare. Në pikkëpamje patologjike roli i saj është i padyshtimit të tumoret karcinoidës të tubit digestiv dhe i mundshem të inflacionet, n'analifaksion, n'alergji dhe, më në fund, sidomos në sindromin e Raynaud dhe në migrenët. Zbulimi i produkteve me veprim anti-serotoninë e sidomos i U.M.L. 491 ka patur si pasojë ndrmin e njohurive mbi fitopatologjinë e cefaleve dhe terapië e tyre.

ROLI I PANKREASIT NË MARREDHËNIET PATOGJENIKE MIDIS ULCERAVE GASTRO-DUODENALE DHE ÇRREGULLIMEVE KORONARE

A. Levy

Presse Médicale, 1962 vol. 70, Nr. 38

Autori thotë se tek të sëmurët me ulcer gastro-duodenal çfagjen njëkohësisht edhe çrregullime koronare, gjë që shtron problemin e mariëdhi neve patogenike midis këtyre dy sëmundjeve. Në këtë mes prekja e pankreasit përbën elementin ndërmjetës. Lezonet e pankreasit vërehen shpesht gjatë ulcerave; reaksionet flukcionare ose lezonet fibroze mund të ndihhyjnë nëpër një mekanizëm patogenik ende në diskutim e jo të përcaktuar mirë në çrregullimet koronare.

Roli i ulcerave gastro-duodenale në zhvillimin e lezonave kardiovaskulare kundërshtohet nga autorët Carasso e Longtin, Cattan e Frumusan. Sindromi koronaro-miokardik varet drejtësëdrejtë nga lezioni gastroduodenal. Dihet mirë që origjina alimentare e arteriosklerozës është një fakt dhe jo rrijë hipotezë.

Shumica e autorëve (Morison e Gonzales) në bazë të statistikave të tyre kanë arritur në përfundimin se ushqimi me yndyrna dhe instabiliteti në voz favorizojnë çfagjen e çrregullimeve koronare tek ulcerikët. Ushqimi me përbajje të lartë kolesterine, sidomos regjimet me qumësht, që përdorin ulcerikët në SHBA dhe në Europë favorizonë zhvillimin e arteronës arteriale dhe, si pasojë, aksidentet kardio-vaskulare. Nga studimet e bëra rezulton se, si rrjedhimi i regjimit me yndyrna (Sippy) ose të një regjimi të bollibcm me qumësht, infarkti i miokardit çfagjet dy herë më tepër se tek ulcerikët që nuk i janë nënshtruar këtij regjimi. Nga ana tjetër, çrregulli me neuropsihike shkaktojnë dhe shkodjnë tek ulcerikët çrregullimet neurovegjitative, të cilat nëpërmjet të nervit vagus përforohen në nivelin e zëmrrës dhe vazeve përkatëse, duke ndikuar rrjedhëmisht edhe në sfierën digestive. Autori përfundoi duke thënë se ekzistojnë tek ulcerikët të gjitha mundësítë dhe kushtet e favorëshme për çfagjen e aksidenteve koronate.

ANTIBIOTERAPIA INTENSIVE

P. Hillemand, J. Lataste dhe Ph. Delavierre
Presse Méiciale, 1962 vol. 70 Nr. 45

Autorët paragjenin një rast Candidose rebele e recidivuese të shkaktuar nga përdorimi për 5 vjet rrjesht të penicilinës dhe streptomycinës. Me gjithë kundërmjekimin antimikotik, Candida i dështoi u përnap kryesish në regjionin perineal, urinar, intestinal dhe përfundoi në një amylos të gjenerizuar, që shkaktoi vdekjen e pacientit.

Autorët dalin me konkluzionin se përdorimi i tpruar me doza të fortë e për një kohë të gjatë i antibiotikëve në një terren deficient, mund të ketë rrallë herë pasoja vdekjeprurëse si rrijedhim i komplikacioneve nga Candi-dosa.

TUBERKULOZI PULMONAR DHE ULCERI GASTRO-DUODENAL

Nichèle Demole

Presse Médicale 1962, 70, nr 31, fq. 1541

Këto dhjetë vjetët e fundit klinicistët kanë vërejtur se tuberkulozi zhvillohet shpesh tek personat që kanë pësuar gastrektemi për ulcer. Mekanizmi patogenik i këtij komplikacioni ende nuk është sqaruar. Simbas autorit tuberkulozi pulmonar çfaqet tek 2% të personave që kanë pësuar një rezeksion të stomakut; ndonc, kjo përqindje është e vogël, evolucioni i komplikacionit është i rëndë mësia 1 mbi çdo dy të sëmurë vdes.

Pasojet metabolike të gastrektemisë janë të rënda, megjithëse i sëmuri ndjen vealten mië subjektivisht. Gastrektemia shkakton dobësim të përgjithshëm dhe e predispozon të sëmuriun ndaj tuberkulozit. Simbas autorit tuberkulozi mund të çfaqet tek ulceriku si pasojë e regjimit alimentar të çrrregulltë për një kohë të gjatë.

Në fund autorri del me këto konkluze praktikë:

- 1) aparati i frymëmarrjes s'ulcerikëve duhet t'ekzaminohet me kujdes të veçantë, duke e përsëritur këtë ekzaminimin çdo 3 muaj të paktën vitin e parë tek personat që kanë pësuar gastrektemi.
- 2) tek personat me një të kalueme tuberkulare gastrektemia duhet të bëhet jashtzakonisht rrallë dhe, kur ajo është e domosdoshme, interventi të jetë sa më pak gjyntues (derivacion me ose pa vagotomi), të preferohet metoda Péan në vend të Billroth.

LIDHJA MIDIS KANCERIT DHE TUBERKULOZIT PULMONAR

C.L. Hefec

Kliniqestaja Medica, 1962, nr 6, fq. 39-42

Edhë tuberkulozi është një ndër faktorët etiologjikë që lejon zhvillimin e kancerit pulmonar.

Autori ka marrë në studim 216 pacientë që kanë vdekur nga kanceri pulmonar brënda një periudhe 9 vjeçare. Në 67 raste (31%) është konstatuar lidhja ndërmjet kancerit pulmonar dhe tuberkulozit. Tumori mund të zhvillohet si rezultat i vatrës aktive dhe të vjetër në mushkëri dhe në bronke,

si dhe i kalcifikuive në nyjet limfatiske intratoraksike dhe n'indin pulmonar, i cikatriceve subpleurale dhe sklerozave pleuropolmonare, i perforacioneve adenobronkiale dhe i cikatriceve që rrjedhin prej tyre.

MBI KLINIKËN DHE ZHVILLIMIN E FORMAVE ATIPIKE TË SCLEROSIS DISSEMINATA

I.I. Sosnovik, I.M. Kravcova

Kliničeskaja Medicina, 1962, nr 9, fq. 31-34

Shpesh herë *sclerosis disseminata* manifestohet në formë akute me temperaturë të lartë, ndërsa herë të tjera në formë insulti.

Në këto dhjetë vjetët e fundit tabloja klinike klasike e *scleroris disseminata* takohet rallë dhe është ndryshuar shumë. Vendin e tyre e kanë zënë t'ashtuquajtur formë atipike të kesaj sëmundje që takohen shpesh. Vekuptohet se një gjë e tillë e vështirëson diagnosten e sëmundjes. Autorët kanë marrë në studim pacientë me *scleroris disseminata* që janë sëmurur qysh në femijini ose në moshë të pjekur. Disa herë *scleroris disseminata* nga tohet me temperaturë të lartë. Format cerebrale të *scleroris disseminata* nga një herë kanë një evolucion të përgjashëm me simptomat e tumorit cerebral. Simbas mendimit të autorëve shenjat tipike të *scleroris disseminata* janë vatrat e shumta dne zhvillimi remitent.

SIMPTOMAT OTO-NEUROLOGJIKE NË HIPERTENSIONIN ARTERIAL

A.V. Zhukoviç

Kliničeskaja Medicina 1962, nr 9, fq. 94-99

Autori në fillim jep lë dhëna të literaturës mbi çrrgullimin e veprimtarisë së analizatorëve të ndëgjimit, të muhatjes, të shijes dhe t'aparitet vëstibular gjatë hipertensionit arterial. N'observacionet e paraqitura autori i kushton një rëndësi të veçantë prekjes së theksuar dhe të përhapur të vazeve, të cilat shkaktojnë çrrgullime të herës pa herëshme funksionale t'anallizatorëve të përmëndur më lart. Ndërmjet shumë pacientëve që ka pasur, autorit përshtkuar vëganërisht rastin e një gruaje me hipertoni, tek e cila mundi të lokalizojë vatriën e lezonit vaskular që ndodhet në meatus acusticus internus (ndofta si pasojë e një hemoragje). Këtij lokalizimi ia mbriti në saje të një ekzaminimi të plotë të funksioneve të nervit VIII e VII.

DISTROFIJA HEPATIKE NË MORBUS BOTKIN

V.M. Suharev

Sovjetskaja Medicina 1962, nr 7, fq. 34-38

Autori paraqet të dhëna mbi 30 raste me distrofi akute dhe subakute. Vrojtimet klinike vunë në dukje shkaqet kryesore që kanë determinuar evolucionin e rendë të hepatitis; anamneza e këtyre pacientëve ka qënë gjithashu e ngarkuar. Autori vë gjithash tu rië duke rolin e rëndësishëm që luajnë sëmundjet konkombitative në zhvillimin e distrofisë akute he patike.

Ai përshtuan simptomat që predispozojnë për distrofi hepatike. Vlerësimi të këtyre simptomave duhet t'u kushtohet një rëndësi e vecantë, mbasi me anë të tyre mund të përcaktohet diagnosta e parakohësime dhe aplikimi i një terapije komplikse, dhënja në kohën e duhur e hormoneve corticosteroidë, të cilat janin rezultatet të mira. Autori referon se në dy raste tepër të renda me distrofi tokëske përdorimi me vënd dhe me kohë i terapisë kompleks ka kontribuar në shërimin e tyre.

EFKETET E MEDIKAMENTEVE MBI FETUSIN DHE TË PORSALINDURIN

G. Dragoti

II Poliklinico, 1962 vol. 69, Nr. 43

Duke u nisur nga "katastrofa gjenetike", e shkaktuar nga thalidomidinë këto vjetet e fundit, autorë tërheq vëmëndjen mbi veprimin dëmpyrues të disa medikamenteve mbi fetusin dhe të porsalindurin.

Autori duke bërë një analogji, me embriopatitë dhe malformacionet e të porsalindurit tregon se janë duke u zhvilluar studime për të përcaktuar njëse infeksionet, vëçanërisht ato virale, janë në gjendje të provokojnë fenomene të njëllojta. Prandaj ai këshillon që para se të vihet në qarkullim një medikament duhet të bëhen prova biologjike për të përcaktuar efektin e dëmshëm mbi fetusin në etapat e ndryshme të zhvillimit të tij.

Autori përmënd punimet eksperimentale të Marx, simbas të cilave rezulton se placenta është e përshtueshme për të gjitha lëndët që depërtojnë barierën hemato-encefalike.

Prandaj çdo medikament që merr gruaaja shtatzane arrin tek fetusi dhe shkakton efekte të ndryshme.

Përdorimi i disa hormoneve nga gratë shtatzane gjatë 12 javëve të bërrës mund të ketë si pasojë "mashkullzimi" e fetusit të seksit femoror dhe mië rrallë "femërzimi" e fetusit mashkull.

Progesteroni dhe preparat e tjera të kësaj natyre që përdoren përaborte shkaktojnë në shumë raste "mashkullzimin", e tetustit. Silbestroli kur jetet në doza shumë të forta jo vetëm provokon "mashkullzimin", e fetusit, por edhe malformacione.

Përdorimi i kortisonikëve me doza terapeutike ka shkaktuar tek 250 gra shtatzane (Bongiovanni, Mc Padden), përvèç 8 aborteve, 15 lindje të parakohësime dhe 2 të lindur me palatoskisis dhe 1 me insuficiencë suprarenale. Ndonsë reziku i kortisonikëve nuk është i madh, megjithatë është e këshillueshme që grave me barrë në 3 muajt e parë të mos u jepen fare dhe pas kësaj në doza të vogla.

Eshtë obseruar se Vitaminina K e dhënë në doza të forta fill para lindjes mund të shkaktojë një anemi hemolitike me ikter të rendë tek i porsalindurit dhe tek prematurët. Këshillohet që grave me barrë të mos u jepen më tepër se 5 mg/vit. K në ditë.

Përdorimi i anti-koagulantëve duhet të bëhet me shumë kujdes mbasi ata mund të provokojnë hemoragi të fetusit.

Sulfamidet mund të kenë efekt ikterik mbi fetusin e vecanërisht tek prematurët. Eshtë e këshillueshme që grave me barrë të mos u jepen sulfamidet fill para dhe pas lindjes; një këtë periuðhë sulfamidet mund të zëvën-dësohen me antibiotikë, të cilët ndonse depërtojnë nëpër placentë nuk janë të dëmshëm për fetusin. Vetëm streptomicina bën përfashnim, mbasi ajo mund të shkaktojë shurdhim po të jepet me doza të mëdha.

Duhet patur parasysh se përdorimi i analgezikëve, hipnotikëve dhe qëtësuesve të tjerë mund të shkaktojë malformacione. E njëta gjë mund të thuhet për medikamentet që përdoren kundër hipertensionit.

Medikamentet që përdoren përmiekimin e distiroidive gjatë barës mund të kenë efekt mbi gjendrën tiroide të fetusit. Të tillë janë tiouracile, ioduret,iodi radiaktiv. Tiouracili që përdoret përmiekimin e tireotoksi. Kozës gravidike depërfion nëpër placentë dhe shkakton rritjen e gjendrës tiroide tek fetusi (gushë), fiksionin e kokës dhe distoci në lindje (paraqitja e fytyrës).

Oksigienoterapia me koncentrim të shkakton në retinën ende të palomuar modifikime të vaseve.

Përdorimi i sulfamideve dhe antibiotikëve në mënyrë të pakujdesesh - me tek porsalindurit -është i rrëzikshëm, mbasi këto medikamente eliminohen shumë ngadalë dhe vëcanërisht sulfamidet mund të shkaktojnë iktere të rienda. Nga antibiotikët më i rrëzikshmi është kloranilenikoli. Penicilina e zakonëshme idrosolubile nuk është e dëmshme përmë përsëritur apo të jetë se jepet me doza të llogaritura mirë në bazë të peshës. Novobiocina që përdoret në pediatri është toksike përmë përsëritur, mbasi ka veti iktrogjene.

HIPERSEKRECION GASTRIK I SHAKTUAR NGA STRESS N'INFARTKIN AKUT TE MIOKARDIT

Lyon, E. (Consolo,
11 Polyclinico, 1962 vol. 69, Nr 43.)

Në shumë raste në fazën akute t'infarktit të miokardit është observuar çafja e simptomave gastro-duodenale, si dhimbje ose djegjeje në regionin epigastrik, viellje dhe disa herë edhe hemoragjira, të cilat mund të vazhdojnë pa ndërprerje disa ditë.

Autori ka studuar 4 raste në të cilat simptomat e lart-përmëndura paraprinë infarktin ose çafqen në ditët e para aksidentit kardiak. Në rastin e fundit ulcera duodenale u riakutizua.

Fakti se infarkti kardiak ushttron një veprim nxitës ulcerogen vërtetohet nga ipersekrecioni peptik që kanë këta të sëmurrë dhe në rast ulcere të perforuese, noga sekrecioni i 17-idrossi-corticoideve. Duke patur para-sysh efektin e grupit të kortizonikëve që favorizojnë sekrecionin e lengut gastrik mendohet se stressi ve në lëvizje hipotalamin (sekretimi i ACTH). Kalon nëpër korteksin surrenal (sekretimi i kortikoideve) dhe së këndejmi përfundon në gjendrat peptike. Gjatë stress-it kemi gjithmonë një shtim të sekretimit peptik, gjë që shkakton lezione organske. Prandaj observimi i shpeshti i ipersekretimit gjatë ose para infarktit të miokardit fiton një rendësi të madhe diagnostike.

Si terapi për çregullimet digestive këshillohen medikamentet anti-acide, ushqimi i shpeshti përmë të mos e lënë stomakun bosh dhe koagulantë në rast hemoragjish.

ULCERI GASTRO-DUODENAL TEK PERSONAT NË MOSHË TË KALUAR

Deparis, Manigand

Semaine des Hopitaux, 1962 Nr. 18, fq. 845

Ulcerat duodenale dhe aqë më tepër ato gastrike nuk janë të rralla tek personat në moshë të kalar dhe dallohen për komplikacionet e shpeshta. Autorët kanë observuar 100 pacientë ndërmjet të cilëve 33 me ulcera të kurvaturës së vogël, 61 të bulbit duodenal dhe 6 pilorike.

Autorët kanë vërejtur se ulcera gastrike është më e shpeshtë tek personat në moshë 70-80 vjeç, ndërsa ajo duodenale në grupin 50-60 vjeç.

Ulcerat që çfaqen në grupin 50 vjeç vërehen më tepër tek gratazë dhe 3 herë më shumë se ne çoshat e tjerë.

Përvëç kësaj, tek personat e kalar nga mosha ulcerat gastro-duodenale paraqiten në forma atipike, veçanërisht përsë i përkert komplikacioneve hemoragjike; këto çfaqen tek personat 50-60 vjeçar dhe shërbëjnë si një tregues ulcerash asimptomatike.

AMENORET PSIKOGJENE

Renoud J., Netter A.

La Semaine des Hopitaux, 1962 Nr. 38, 1721

Çregullimet e sferës gjenitale (amenoret, dismenoret) të shkaktuara nga lenomenet psikoneurotikë dhe psikosomatike janë tanimë të njohura dhe i detyrrohen shpesh jetës afektive dhe emocionale. Faktorët emocionalë udhëhiqen dhe kontrollohen nga truri, por këtu në mënyrë indirekte marrin pjesë edhe regjionet rinoencefalike dhe diiencefalike. Këto regjione që i përkasin hipotalamit shkaktojnë riperskusione neurovegetative dhe neuro-organike që nuk janë në përpjekim me kohëvazhdimin, intensitetin dhe vlerën e ngacmimit psiko-emocional që i ka shkaktuar. Kështu spiegohet në praktikë fakti që tronditja që paraprin amenorenë është shpesh një ngjarje e rëndomtë (vdekje në familje, deziluzion në dashuri, ndrim profesioni, dëshitim në provime, udhëtim i papritur, etj.). Amenorea mund të çaqet më lehtë tek personat me sistem hormonal delikat ose tek tipat me sistem nervor labil, mbasi në këta tipa çdo tronditje sado e vogël jep një reaksion të thellë psikohormonal. Në të vërtetë këtu veprojnë të dy faktorët — si ai psikik, si ai hormonal. Prandaj është e nevojëshme që pacienti t'i shfrohet një ekzaminimi psikologjik.

Ekzaminimet psikologjike vënë kurdoherë në dukje një dezikuilibër objektiv dhe emocional, kështu që çdo tronditje auto-afektive ose hetero-afektive mund të shpërthejë një krizë emotivo-diencefalike që përfundojnë amenore. Mund të thuhet se amenorea psikosomatike çfaqet kryesisht në një terren vulnerabel në pikëpamje afektive si pasojë e çfarëdo traume psikike, që shkakton një alteracion hormonal.

Autorët i ndajnë gratë me amenore në dy grupin e parë përfshihen vajzat me karakter të mbyllur, që nuk ankohen dhe nuk çetësohen për amenorenë e tyre; në grupin e dytë hyjnë vajzat shumë ekspressive, voleabile dhe ekspressive.

Simbas autorëve mjekimi i këtyre amenoreve duhet të jetë psikosomatik, psikologjik dhe biologjik, domethënë kura me vitamina, sidomos të grupit B, medikamentë neurotropë dhe psikotropë, elektroshok, subnarkozë barbiturike dhe "choc", amfetaminik.

INTOKSIKIMI NGA DUHANI

M. George

La Presse Medicale, 1962 vol. 70, nr 28

Pana së gjithash autori përcaktion se kush mund të quhet "pirës duhani". Ne të vërtetë ka disa mënyra të pirojës së duhanit; disa e thithin lehtë tymin, duke e kaluar nga goja dhe nxjerë nëpër hundë, pa e kaluar nga rrugët e frysëmarrjes inferiore të brëndëshme — kështu nikotina nuk arrin në bronket dhe alveolet. Simbas autorit kjo mënyrë e pirojës së duhanit nuk është e dëmësime. Disa të tjere e thithin thellë duhanin dhe kështu nikotina kalon nga bronket në alveolet dhe pastaj në gjak.

Sikundër ekzistojnë dy kategorji, "pirësish", duhani, po ashtu dallohen dy grada intoksimini nga duhani: Faza e parë është latente dhe nund te vazhdoje me vjet pa asnjë çqetësim. Në fazën e dyte çqagen simptomat e intoksimimit.

Cregullimet respiratore. Aparati i frymëmarrjes preket në tërësi nga nikotina; goja skuqet, mukozat e saj trashen dhe vërehet hipoplazia e sistemit të gjendrave të pështymës. Bronkiti është komplikacion i domosdoshëm i çdo njeriu që pë duhan rregullisht. Duhani shkakton kolë, në fillim vetëm në mëngjez, pastaj edhe gjatë ditës, ndërsa më vonë edhe natën. Në këtë fazë asnjë medikament nuk është i dobishëm; i vetmi mijekim është preria e duhanit. Në rast se vazhdohet ky vës, bronkiti shndrohet dhe komplikohet me enfizemë. Bronko-alveoliti që formohet, nga ana tjetër, shkaktron dëjëngadalë fibrat elastike t'alveoleve polmonare, që humbin elasticitetin e tyre.

Cregullimet cirkulare. Mjekësia eksperimentale na mëson se kur pijnë një cigare na hyr në gjak 1-2 mg. nikotinë. Thithja e duhanit shkakton hipertension, vazo-konstriksion periferik dhe takikardi. Nikotina shton sekrétimin e vazopresinës nga hipofiza (vazopresina është një hormon që gjendet në urinën e njeriut që sapo ka pire duhan) (Burn). Vazopresina është një vazokonstriktor energjik, që vepron vegenërisht mbi arteret koronare. Duhani nga një herë mund të ndryshoje elektrokardiogramin dhe disa kardiologë "provën e cigares" e përdorin si test.

Duhani dhe kancerë. Ky argument ka qënë objekt diskutimësh dhe botimesh të ndryshme. Disa duan të paraqesin duhanin një nga shkaktarët kryesorë të kancerit të rrugëve të frysëmarrjes që vërehet aqë shpesh. Veprimi i dëmshëm i duhanit manifestohet me depozitimin në sipërfaqen e mukozave të lëndëve të këmbusionit, vegenërisht të katramit, vegerite kancerogjene të të cilët nijhen mirë. Këto thënë t' autorit vërtetohen nga statistikat e shumta.

GABIMET NË DIAGNOSTIKIMIN E KOLECISTITIT AKUT

A.H. Shabanova, K.F. Smirnova
Sovjetskaja Medicina 1962 Nr 8, fq. 37-42

Në diagnostikimin e kolecistiteve akute bëhen ende sot gabime të shumta. Këto gabime ndodhin më shpesh në fazat fillestare dhe në forma destruktive të kolecistitit akut.

N'oret e para të sëmundjes dhimbjet lokalizohen në gjysmën e barkut djalthas ose gjysmën e-sipërme, disa herë vërehet defense muskulare bële edhe në format e kolecistit jo destruktiv.

Shkaku i gabimeve diagnostike në shumicën e rasteve rrijedh nga se njekët nuk thellohen dhe nuk njojin sa duhet variantet e ndryshme klinike të kolektitit akut, sidomos në fazën fillestare, nuk i kushtojnë rendësinë e duhur anamnezës dhe të sëmurin e observojnë në mënyrë të pamjafshme.

Autorët fregojnë se nga 170 t'operuar për kolektit akut 7 pacientë u operuan gabimisht. Prej këtyre 43 u shtruan urgjent me diagnozë të gabuar, 20 u dërguan me abdomen akut dhe diagnoza e gabuar u bë në praninë, ndërsa 15 të tjera u diagnostikuani gabim fill para operacionit. Këto të dhëna vërtetojnë se kolektitit akut mund të ketë një zhvillim atipik i përket apendicitive akute; herë të tjera Shumica e diagnozave të gabuara i përket apendicitive akut është diagnostikuar okluzioni intestinal ose perforacioni i ulcus gastro-duodenal.

PATOGENEZA E ATROFISE FACIALE

E.K. Gur 1623 1 62 nr 6 f1 820-824

Zhurnal Neuropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korshakova 1993, v. 1, no. 1

si basoje ē sferes diencefalaik). Infekcion i vaidentifiuar ka shkaktuar acarimin e

Në rastin tjetër në imaksion i parë, gjendja limfaticë të fytit, të cilat janë rritur se procesit inflamator të gjendrave limfaticës së ganglionit tepermë duke formuar një masë të konsiderueshme në nivelin e nervit simpatik duhet të simpatik të fytit. Simbas autorit veprimi mbi nervin simpatik duhet të mëtejshëm të zhvillimit të hemiatrofisë.

**KLINIKA E ÇRREGULLIMEVE MENDORE TEK TE SËMURËT ME INFESTIONE
OË MIKOHËN ME SINTOMICINE**

M.A. Zeytlenok, L.A. Siukalova,
Institut imeni S.S. Korsakova 1962, vol. 62, no 6, pp. 894-896

G.T. Maradijan

Zhurnal i Neuropatologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova 1962, vol. 62, nr 5, fq. 706-708

Granosani (etilmekurkloridi) është një insekticid i dorës së parë që përdoret për të mbrojtur prodhimet bujqësore; konsiderohet si helm shumë i forte protoplazmatik. Ai kalon shpejtë në tru dhe mbetet atje për shumë kohë, duke shkaktuar simptoma të rendësishme të sistemit nervor.

Autori përshtkuaran 64 raste me intoksikime nga granosani, të shkakuar nga buka që përmban granosan, prej të cilëve 11 kanë vdekur dhe të tjerët u shëruan në afate të ndryshme. Simbas autorit, granosani duke hyrë n'organizëm nëpër trugën e frymëzuarjes ose nëpër traktin digjestif, shkakton dëmtimin difuz të trurit njëloj sikur ndodh me encefalitin merkurik; granosani prek kryesht qendrat subkortikale të trurit, rrëgullohen pjesërisht funksionet hipotalamo-infondibulare (polidipsi, poliuri, dobësi e përgjithëshme etj.); gjithashtu rrëgullohen funksionet striopalidare (hipomimia, rigjiditet, disa herë tremor, lëvizje hiperkinetike, koreiforme etj.); autori ka vënë në dukje edhe shenja të dëmtimit të sistemit piramidal, rrëgullime të gjumit, endrra me ankh e frikë; herë të tjera fenc mëne prostracioni të theksuar si dhe alucinacione të dëgjimit dhe të pamjes. Tek 9 të sëmurë ka observuar rrëgullime të rrëgullime të nervit retrobulbar.

Nga ana tjeter, autori vë në dukje se nuk ka observuar dëmtime të nervave periferike si dhe rrëgullime të sensibilitetit. Por ai ka konstatuar rrëgullime cerebrale, attaksi, nistagmë, skandim të fjalës dhe tremor intensional.

Autori ka përfituar rezultate të mira me injekzionet e uniiolit, dekatalit dhe preparateve të tjera. Vëç kësaj, ai ka observuar se sa më shpejtë të filloje mjezikimi, aqë më shpejtë arrihen rezultate të mira dhe mund të e-vitohen komplikacionet e rënda dhe vdekja.

GJENDJA FUNKSIONALE E KORTIKO-SURRENALEVE TEK NEUROTIKET

V.T. Bahur

Zhurnal neuropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova 1962, vol. 62, nr 5, fq. 223-227

Si pasojë e rrëgullimit të veprimitarës më të lartë nervore tek të sëmuret me nevroza vërehen edhe ndryshime të shumëngjyrëshme të veprimitarës s'organeve dhe të sistemeve t'organizmit, duke përfshirë këtu edhe atë endokrin. Në këto vjetet e fundit i është kushtuar një vernëndje e vëçantë studimit të gjendjes funksionale të sistemit hipofizë-kortikokortikorë gjatë sëmundjeve të ndryshme.

Autori ka studiuar gjendjen funksionale të sistemit hipofizë-kortikokortikorë surrenal tek 60 të sëmure, duke bërë analizën e dinamikës s'eliminimit të 17-ketosteroideve me anë t'urinës. Vëç kësaj, tek 10 të sëmure të veprimitarës s'organeve dhe të sistemeve t'organizmit, duke introdукtimit të ACTH gjatë 5 ditëve e ngja 40 unitet çdo ditë. Ai vuri në dukje se eliminimi i 17-ketosteroideve tek neurotikët varet nga gjendja e tyre emotive dhe nga graviteti i neurozës. Gjithashtu autorri konstatoi se tek pacientët me simptoma afektive të rënda eliminimi i 17-ketosteroideve shtohet, ndërsa po ky eliminim pakësitet tek të sëmuret neurotikë kryesisht me manifestime hipostenike. Me ndrimin e papritur tek të humorit shkaktohet luhatje të përdit-

tëshme t'eliminimit të 17-ketosteroideve. Pacientët që vuajnë nga nèvroza me evolucion të zgjatur pësojnë zakonishët një farë distrofie kortikok-surrenale. Gjithashu introdукtioni i ACTH jep reaksione jo normale. Studimi i dinamikës s'eliminimit të 17-ketosteroideve tek neurotikët është një "test" objektiv me shumë rëndësi dhe vlerë të madhe klinike.

TE DHËNA MBI VEPRIMIN E REAKSIONEVE IMUNOLOGJIKE DHE STUDIMI I PSIKOZAVE REUMATIZMALE

G.A. Makejev

Zhurnal neropatologji i psihiatrii imeni S.S. Korsakova 1962, vol. 62, nr 6, fq. 903-909

Këto vjetet e funçit mrekët e sidomos psikiatritë i kanë kushtuar një vemiendje të veçantë studimit të psikozave reumatizmale. Reaksionet imunoalogjike, që shërbejnë për të përcaktuar antikorpet që lindin si prodhim i metabolizmit të streptokokeve, thuaçse nuk janë shfrytëzuar për studimin e çregullimeve psikotike tek personat që vuajnë nga reumatizma. Autori ka studuar 80 raste me çregullim mendore tek të sëmurë me reumatizmë, duke shfrytëzuar reaksionet imunoalogjike. Në 50 raste ai ka mundur të përcaktojë lidhjen etiologjike në mes të psikozës dhe reumatizmës.

Autori e mbështet punimin e vëtë në 40 raste të sëmurësh që vuajnë nga psikoza e njëkohësisht nga reumatizma. Në 21 raste ka konfirmuar diagnozën e psikozës reumatizmale. Në dinamikën e sëmundjes ka përcaktuar antikorpet specifik si dhe sasinë e hyaluronidazës në serumin e gjakut.

Njëkohësisht autori ka bërë hemokulturiën e këtyre të sëmurëve dhe ka studuar monocitogramin (48 studime imunoalogjike të serumit të gjakut dhe 125 hemokultura).

Çregullimet psiqike lindin, si tregull, mbas keqësimit të aksesive reumatizmale. Tek shumica e të sëmurëve është vërejtur forma jo artikulare e reumatizmës. Në 10 raste zhvillimi i psikozës paraprinjet nga manifestime somatike reumatizmale; në 7 raste manifestimet somatike të reumatizmës u zhvilluan në mënyrë latente dhe u çfaqën pas shpërthimit të psikozës. Autori i ndan observacionet e veta në dy grupe: psikoza të fazës aktive të reumatizmës dhe psikoza që çfaqen ndërmjet akseseve reumatizmale. Në grupin e parë psikoza zhvillohet bashkë me shenjat e dhimbjes; mbizotërojnë deliri oneroid ose konfuzioni mendor me kombinime të ndryshme simptomash psiqike. Eshtë karakteristik në të gjitha rastet prania e një gjendje astenike.

HEMORAGJITË SPONTANE ATIPIKE NË FOSSA CRANII OCCIPITALIS

Y.M. Pavlionski

Zhurnal Neurologi i psihiatrji imeni S.S. Korsakova
1962, Vol. 62, nr 1, fq. 36-39

Format atipike të hemoragjive në fossa cranii posterior takohen më shpesh tek të rinjtë dhe lokalizohen zakonisht në njeri osë tjetrin hemisferit trurit të vogël dhe më rrallë rë vermis dhe akoma më rrallë në ventrikulin e IV.

Anomalitë kongjenitale të vazeve të vogla që shkaktojnë dilatacione në trajtë anevrizmi, si dhe pasojat e mërengo-encefalitit me lezion krysishët në trurin e vogël luajnë një rol tepër të rëndësishëm në patogjenezin e këtyre hemoragjive.

Në përgjithësi diagnoza e hemoragjive spontane të fossa crani është mjaft e vështirë, mbasi shpesh ajo merret për tumor dhe ka zhvillim akut ose merret për hemoragi cerebrale. Prania e gjakut në likuorin cerebro-spinal, si dhe të dhënët e angiografisë vertebrale janë shenjat krysole të hemoragjive cerebrale.

Në këto hemoragji këshilllohet ndëryrja kirurgjikale si metoda më e përqyeshme.

VARTESIA E EFIKASITETIT TË MJEKIMIT TË SKIZOFRENISË NGÀ INTENSITËT I INSULINO-TERAPISË

Y. M. Saarma
Zhurnal Neuropatologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova

1962, Vol. 62, nr 4, fq. 594-597

Qysh prej shumë vjetësh në klinikën e prof. E. Y. Karu (Tartu, RSS Estoni) skizofrenia është mjekuar me kura intensive dhe të zgjatura insulinë. Vjetët e fundit është studiuar në mënyrë të hollësishme veprimtaria më e lartë nervore e të sëmureve si dhe sféra vegetative. Autori raporton të dhëna mbi mjekimin me insulinë të 135 të sëmurve, në 88% të raste ka përfshuar rezultate pozitive. Tek 63 të sëmure kura vazhdoi 75 ditë. Tek 75 të sëmure u provokuan më tepër se 40 komë hipoglicemiko të theksuara, prej të cilëve 45 patën një remision të plotë, domethënë në 55% proj tyre pati shërimë klinike.

Autori del me konkluzionin që efikasiteti i injekimit me insulinë varet në një shkallë të gjërë nga vazhdimi dhe inteniteti i kurës.

N'ato raste kur nuk arrihet një përmirësim i dukshëm mbas 20-30 komave, autori këshillon që numuri i komave të shtohet deri 60-70.

NDRYSHIMET CITOLOGJIKE TË LIKUORIT CEREBRO-SPINAL NË TUMORET METASTATIKE CEREBRALE

E. M. Stelov, A. B. Mandelboim
Zhurnal Neurapatologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova
1962, Vol. 62, nr 4, fq. 529-536

Autorët kanë studiuar ndryshimet citologjike të përbërjes së likuorit cerebro-spinal tek 37 pacientë me metastazë të trurit dhe të cipave të tij. Njëkohësisht ata kanë studiuar 2 të sëmure me sarkomë metastatike të cipave cerebrale. Përveç kësaj, autorët kanë studiuar gjithashët likuorin cerebro-spinal të nxjerrun me punktura lombare dhe atë të ventrikuleve (mbastrepanacionit për ventrikulografi).

Tek 36 të sëmure atë gjetën një pleocitozë të moderuar që luhastë nga 11 deri 23 qeliiza për 1 mm³. Vetëm tek 3 të sëmure qelizat në likuorin cerebro-spinal rezultuan normal.

Kjo pleocitozë e moderuar shoqërohet riga polimorfizmi i elementeve celulare me mbizotërim të qelizave mononukleare. Prania e kokrivate

granulare në likuorin cerebro-spinal éshëtë karakteristike për tumoret me-tastatike cerebrale. Autorët kanë gjetur gjithashut qeliza kanceroze n'anallizën e parë vetëm tek 9 të sémurë. Më të shumtën e herës këto qeliza janë zbuluar pas pneumo encefalografisë dhe ventrikulografsë.

Gjithashutu në metastazet e kancerit cerebral janë vënë në dukje qelizave me një bërhani, me dy ose me tri bërthama. Bërthamat e këtyre qelizave janë të pasura me kromatinë dhe karakterizohen me praninë në brendin e tyre të disa bërthamzave në mitozë e sipër. Shpesh në citoplazmë janë gjetur yzkuola të mbushura me dhjamë.

Zakonisht pleocitoza edhe pas interventit nuk éshë zhdukur, por disa

herë janë observuar periudha në të cilat likuori cerebro-spinal ka qënë krejt normal. Ky normalizim s'ka vazhduar shumë, mëbasë pas disa muajsh citoza

éshëtë ngritisht dhe janë dukur qelizat kanceroze.

NEVROZAT E SHKAKTUARA NGA LODHJA (Neurastenia si pasojë e lodhjes)

V.V. Korolev
Zhurnal Neuropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsikova
1962, vol. 62, nr 5, fq. 716-722

Neurastenia e shkaktuar nga lodhja takohet rrallë. Ajo ndryshon njëjtësi me neurastenia që lind si pasojë e veprimit të emocioneve negative.

Ndërmjet shumë të sémurëve autorë ka zgjedhur 36 pacientë që vuajnë nga neurastenia e shkaktuar nga ezaurimenti. N'asnjë rast neurastenia nuk ka qënë shkaktuar nga kushtet e zakonëshme të punës. Në të gjitha rastet autorë ka gjetur faktorë sekondarë, që e detyruan të sémurin të punonit më tepër sa duhej.

N'evolucionin e kësaj sémundje autorë ka dalluar dy fazë: fazën pre-neurotike dhe fazën ku neurastenia ishte plotësisht e quartë. Faza preneurotike karakterizohet nga zbehja e simptomave pas 1-2 ditë çlodhje, dhe nga shërimi i sémundjes pas 2-3 javë pushimi.

Nevrozat e vërteta karakterizohen nga ankhthi, frika dhe irritabiliteti. Gjendja depressive éshëtë atipike dhe gjithmonë sekondare. Në raste të rënda mund të çfaqen ide delirante dhe halucinacione.

Po të jetë se nevrozës i shtohen hipokondria dhe obsesioni, çregullimet marjin evolucion tē zgjatuar. Personat që kalojnë një nevrozë distrofike janë shumë të ndieshëm ndaj frikës pér një kohë të gjatë.

DISA PROBLEME KLINIKE DHE TË MAJKEIMIT TË TROMBOZAVE TË KAROTIDEVE EKSTRAKRANIALE

E.V. Schmidt
Zhurnal Neuropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsikova
1962, Vol. 62, nr 1, fq. 15-23

Në këtë punim autorë analizon 50 raste me trombozë të karotideve ekstrakraniale. Etiologjia më e shpeshtë e kësaj tromboze është arteriosklerozë dhe *morbis hyperonicus*; simbas autorit, rolin e *arteritis obliterans* e kanë mbivlerësuar. Mbasi studion klinikën e trombozës së karotideve, ai vë në dukje rëndësinë që ka periudha në të cilën çfaqen simptomet fokale

intermitente, të shoqëruara me uljen e pamjes nga ana e trombozës dhe me një hemiparezë n'anën e kundërt. Kur tromboza ka zhvillim të ngadalshëm, edhe në rast se obliteron plötësht karotidën e brendësime ekstra-kraniale, simptomat mund të mbeten latente.

Shenjat kryesore për të diagnostikuar trombozën e arterin central të retinës, kësimi i rrahive të karotidës, ujja e presionit në arterin central të retinës, zhurmat në kokë mbi nivelin e karotidës së stenozuar, si dhe simptomi i Hornerit nga ana e lezioneve. Angjografia luan një rol vendimtar për diagnostimin e trombozave të karotidës. Ndërhyrja kirurgjikale këshillohet në periudhën e qafqjes së çrrregullimeve cerebrale transitore ose të qendrueshme, të shoqëruara me simptomëa neurologjike të lehta, mbasi interventi pengon zhvillimin eventual të një infarkti cerebral. Operacioni është i domosdoshëm kur simptomat fokale zhvillohen tëpër, nga ana tjetër ai eviton trombozën komplete.

Simbas autorit kur kemi të bëjmë me simtoma fokale të dukshme dhe të qendrueshme, operacioni ka karakter profilaktik, mbasi me rivendosjen e qarkullimit kolateral evitohet reziku i trombozës distale në tru. Përveç kësaj, operacioni mund të pengojë vdekjen e të sëmurit në rast se ndodh më vonë një trombozë në arterit magjistrale të trurit.

DISA PROBLEME LIDHUR ME KUADRIN KLINIK DHE MJEKIMIN E LEZIONEVE REUMATIZMALE TË SISTEMIT NERVOR PERIFERIK

A. A. Tureskite
Sovjetskaja Medicina 1962, 7, fq. 92-96

Sëmundjet e sistemit nervor periferik vërehen në të gjitha fazat e procesit reumatizmal.

Lezonet e sistemit nervor periferik gjatë reumatizmës duhet të konsiderohen si pasojë e atakeve reumatizmale aktive, pavarësicht nga marja pjesë në këtë proces njëkohësisht edhe i artikulacioneve ose të zëmrës.

Reumatizma mund të prekë tërë sistemin nervor periferik. Radikaliteti dhei neuritet reumatizmale, si rregull, karakterizohen me evolucionin recidivues që ndërpitet kur aplikohet terapija specifike.

Autori përshtakuari kuadrin klinik të lezoneve reumatizmale në nervat periferikë në 43 pacientë. Përqindjen më të madhe e përbërësi radikalitet lumbosakrale dhe ato dorsale. Autori ka arritur rezultate të mira me anë të desensibilizimit dhe terapië specifike, domethënë me anë të prednizonit, të preparateve të serisë së pyrozolidineve, si dhe të vitaminave.

SKIZOFRENIA POST-TRAUMATIKE

Monteverdi, E. Shrondinii
Neuropsychiatra Janar—mars 1961, Viti 17, fq. 13-35

Pas një analize të imtë të literaturës përkatëse, autorët paraqesin 14 raste të sëmurësh që u bënë skizofrenë si paqje e një traume në kokë. Ata kanë marrë në studim gjithsej 489 skizofrenë gjai 10 vjetve (1950-1960). Autorët dalin me përfundim se traumat e kokës mund të konsiderohen si shkaktar i skizofrenisë.

Piero Pavesi
Medicina Psicosomatica 1961, Vol. 6, Nr. 2, fq. 163-173

Autori analizon anët pozitive dhe negative të hipnozës dhe të psikoterapisë, duke treguar njëkohësisht se në cilat raste duhet të këshillohen metodat e relaksacionit dhe të sugjestionit si injektim i përgjithshëm. Këshluai korrinon të dy metodat: ate të psikoterapisë dhe të hipnozës. Pastaj autorri merr në studim mënyrat psikobiologjike të bindjes (persuasionit), autori desensibilizimit, të riedukimit, dhe të riadaptimit.

Më tej ai tregon dobine e hipnozës klasike duke u përpjekur të hedhë poshtë kritikat që i janë drejtuar. Gjithashtu ai përshtruan disa mënyra të vecanta të përdorimit të hipnozës, p.sh. tek të rinjtë, tek neurotikët post-traumatikë dhe në disa psikonerozoa obsesive.

Më në fund autorri këshillon përdorimin e psikoterapisë hipnotike të disa raste të veçanta, me arën e të cilës ai ka përfshuar rezultate të mira.

NDIKIMI I GJENDRËS TIROIDE MBI MPLAKJEN

M. Milcu, E. Semen dhe T. Spandonide

Revista de psihologie, 1961, Viti 7, Nr. 1, fq. 7-13

Për të studiuar ndikimin e gjendrës tiroide mbi mplakjen psihiqe, autorët kanë observuar 51 të sëmuri të pesëdhjetë vjeçarë dhe shtatëdhjetë vjeçarë, duke i ndare në hipotiroidikë, hipertiroidikë dhe normotiroidikë. Ata dalin me përfundimin se hipotiroidikët janë më të dobët psihikisht se hipertiroidikët dhe normotiroidikët të së njëjtës moshë. Hipotiroidikët e kanë vëmëndjen dhe kujtesën më të dobët, sferën, afektive më të ngushtuar, lodhen më shpejtë, janë më të ngadalishëm në pikëpamje psihiqe. Në krahasim me të parët normotiroidikët paraqiten më të hedhur në pikëpamje psihiqe. Hipotiroidikët pesëdhjetë vjeçarë u afrohen normotiroidikëve shtatdhjetë vjeçar përsë i përkët vëmëndjes, kujtesës dhe aftësive fizike. Përveç kësaj, çrrëgullimet e gjendrës tiroide tek pesëdhjetë vjeçarët çfaqen me turbullime psihiqe pak a shumë të theksuara si: pasojë e menopauzës dhe andropauzës, fenomene këto që karakterizohen më të shumtën e herës me manifestime afektive të tipit depresiv.

Hipotiroidea, pra, thonë autorët, shton dhe shpejton procesin e implakjes dora dorës me afrimin në pleqëri. Largimi nga ambienti familiar ose shqërror (vendosja në azil, spital etj.) shpejton dhe rëndon procesin e "plakjes" shpirtërore dhe intelektuale.

DIAGNOSTIKU I DREJTË DHE I PARAKOHËSHËM I KRANIOSTENOZËS

G. Marandola dhe A. Capozzi
Il Cervello, 1962, viti 38, nr. 2, fq. 111-130

Pasi parashtrojnë të dhënat semilogjike dhe diagnostike klasike të kraniostenozave, autorët venë në dukje rëndësinë që ka diagnoza e parakohëshme për të përfshuar rezultate operatore më të mira.

Duke u mbështetur në përvojën e tyre autorët arrinë në përfundimin se simptomat neuropsikiqe gjithnjë më të rënda si pasojë e rritjes totale

ose parciiale të kockave të kranit janë një tregues i mirë i kranostenozës. Ata paraqesin 3 raste me kriza konvulsive toniko-klonike dhe një zvogëlim të kapacitetit të fossa crani anterior. Nbas mijekimit kirurgjikal dekom-presiv autorët kanë përfshuar rezultate të kënaqëshme.

STUDIM MBI ELEKTRO-ENCEPHALOGRAFINË E TRAUMAVE RECENTE

A. Robin

Acta Neurologica et Psychiatrica
1961, Vol. 61, fq. 446-451

Autori tregon se 10 ditë pas një traume në kokë çfaqen qrrëgullime bioelektrike të rëndësishme, të cilat zhduken të paktën brenda gjashtë javëve. Prandaj ai këshillon që elektro-encefalogrami i parë të bëhet pa humbur kohë (sidoqoftë para javës së gjashës) dhe pa kaluar 6 muaj të bëhet ekzaminimi i kontrollit. Zakonisht traumat e renda me humbje të ndërgjegjshjes të zgjatueme jepin EEG më të qrrëgullta. Megjithatë ndodh që disa të plagosur rëndë ta keni EEG thuaçse të rregullt. Përkundrazi mund të takohen modifikkime bioelektrike të rëndësishme tek të traumatizuarit lehtë. Edhe atëherë kur EEG është normal disa muaj pas aksidentit, kjo nuk do të thotë se trauma është beninje. Në rast se formula bioelektrike mbetet e pandryshueshme ndërmjet dy ekzaminimeve të bëra në një interval prej disa muajsh njeri nga tjetri, autori vë në dyshim origjinën post-traumatike.

ANGINA PECTORIS SPONTANEA

Auzépy
Bulletin Mem. Soc. Méd. Hop. Paris, 1962, 209, 3

Në kuadrin e përgjithshëm të *angina pectoris* autorii ka studiuar një formë të veçantë që e ka quajtur *angina pectoris spontanea*. Kjo lloji *angina pectoris* përtaqëson një iskemi miokardike më të theksuar e më të vazhdueshme se angina pectoris e zakonëshme që vjen nga mundimi.

Autori ka observuar 150 raste angina pectoris spontanea, me kriza jo më të gjata se 15 minuta, të cilat çfaqen më tepër tek burrat me moshë mesatarisht 62 vjec, me hipertension, aterosklerozë obliterante t'arteve inférieure, diabet, si dhe tek njerëzit me pesnë të m adhe.

Elementi kryesor i angina pectoris spontanea është dhimbja që çfaqet si pasojë e emociioneve, gjatë tretjes s'usiqimit e sidomos gjatë gjumiut të natës (ndofta sepsë duke qendruar shtrirë shkakton ndryshime të theksuara hemodinamike që i afrohen lodijs fizike). Dhimbja ka karakter shtrengues, mund të jetë e përhapur ose të manifestohet me djejeje zakonisht në regjionin retrosternal, në sisén e majje, në shpatullin e majje, në hemitoraks, në dy shpatullat, në rojullën e poshtme, në shpinë; më shpesh qendra e dhimbjes është: shpatulla e majte ose e djathtë dhe nosullia e poshtme. Njëdhimbja mund të çfaqen edhe qrrëgullime të ritmit kardiak, palpitacione, kohësight mund të çfaqen shumta, skuqja e fytyrës, cefale, gromsia, të përziera, pamundësia për të përmbytjatur urinën, sialore. Karakteristik për këtë lloj angine është çfaqja e dhimbjes në kohën kur i sëmuri është ne pushim dhe jo menjëherë pas mundimit (lodijs). Këto angina shpesh çfaqen tek personat

me qregullime digestive (ulcera, litiazë biliare, hernie diafragmatike) ose me ridonjë sëmundje osteoartikulare.

Zakonisht auskultacioni është normal; në disa raste mund të dëgjohet një ritmë "galop" dhe shenja të tjera t'i sufijencës kardiake.

HEMATOMAT SUB-DURALE TË VONËSHME

J.J. Martin

Acta Neurologica et Psychiatrica
1961, vol. 61, nr 11, fq. 1024-1059

Autori paraqet 6 observacione shumë instruktive hematoame sub-durale kronike. Duke u mbështetur në studimet e veta dhe të literaturës, ai u kushton njoë rëndësi të vecantë shenjave paralajmëruese që çqaqen në "intervalin e lirë", si dhe semiologjisë së pasur të simptomave psihike dhe simptomave neurologjike homologe heterolaterale. Gjithashtu ai u kushton rëndësi e komplimentare, sidomos të dhëna elektro-encefalografike dhe zaminimeve komplementare. Sidomos, autorit rrijeton elementet kryesore të diagnostikut arteriografike. Pastaj, autorit rrijeton elementet post-traumatike, tumoret cerebrale, si diferençial, me manifestimet e tjera post-traumatike, të shkaqet e komavë të ndryshme. Më tej, ai vë në dukje etiologjinë trau-matike, shkaqet favorizuese lokale, dhe të përgjithshme, rrallësinë e patologjik filletar. Gjithashtu autorit shqyron që spiegojn klinençitit hemoragjik filletar. Gjithashtu, që çqaqen njëkohështë, fenomenet e simptomave herë si pasojë të fenomeneve osmotike, vonesën e çqaqisë së simptomave herë si elementeve që çqaqen njëkohështë, fenomenet e përsëritura ose të dy elementeve që çqaqen njëkohështë, që njeri pas tjetrit. Përsa i përket terapisë, autori insiston për luftën që duhet bërë kundër kolapsit cerebral dhe çvendosjes së truncus cerebri.

MANIFESTIMET NEUROLOGJIKE TË LEUKOZAVE AKUTË: "MENENGO-ENCEPHALITI LEUKOZIK I TIPI PSEUDO-TUMORAL"

Goudemand M., Watel F., Watel - Warenbourg N.,

Dehaene P.

Lille Médicale, 1962 7,5

Autorë të ndryshëm kanë ngulur këmbë mbi aspektin e theksuar polimorf përsa u përket lokalizimeve të shumta të lezonave leucemike në nevralaks. Shpesh kuadri klinik i përgjajn proceseve tumorale intracerebrale dhe kështu lind problemi i interventit neuro-kirurgjikal. Sot ky problem ka një rëndësi të madhe mbasi leucemia akute nuk ka më atë dekursin e shpejtë të mëparshëm. Terapia me anë të trasfuzionit të gjakut, të steroideve dhe mjekimet e tjera të ndryshme kanë krijuar një "semundje të re", e cila merr një dekurs shpesh shumë të ngadalëshëm dhe të ndërprerë nga periudha remisioni.

Kuadrot klinike që hasen më shpesh janë hipertensionet endokraniane me kriza konvulsive që çqaqen në formë menengo-encefalite të tipit pseudotumoral.

Në përgjithësi leucemia është e tipit limfoblastik dhe qrrëgullimet neurologjike çqaqen shpesh në periudhat e remisionit. Simptomatologjia neurologjike më të shumtën e herës merr karakterin e sindromit intra-kraniq; dhimbje koke të fortë, vjellje, fotofobi, gjendje konfuzuale etj. Ekzamini klinik shpesh vë në dukje një paralizi të nervit abducens mo-

nolateral; pakësimin e reflekseve n'artet e poshtme dhe shenja menengjimi; Ekzaminimi oftalmoskopik vë në dukje yetëm një stazë papilare bilatetale disa herë të shoqëruara me hemoragji. Disa të sëmurë paraqesin kriza konvulsive të përgjithshme. Elektroencefalografia mund të rezultojë normale. Disa herë vërehen alteracione difuze të truit ose në territorë të caktuara. Ekzaminimi hematologjik nuk tregon ndryshime të theksuara, por takohen anemi, neutropeni, trombocitopeni etj. Ekzaminimi i likuorit tregon iper-citozë. *Medula spinalis* paraqet nga një herë një infiltracion leukoblastik mjaft të rëndësishëm. Shpesh ka një ndryshim të madh midis manifestimeve të theksuara neurologjike dhe të dhënave shumë të pakta hematologjike.

Dekursi i symptomave pseudo-tumorale është shumë i ndryshëm, disa herë symptomatologjia neurologjike merr dekurs ireversibel dhe vdekjesprurës. Herë të tjera simptomat zhduken tërësisht, ndërsa^a çfaqja e çregullimeve neurologjike është shenjë paralajmëronjëse e një kuadri hematologjik të theksuar.

Spiegimi i mekanizmit të çregullimeve neurologjike në pikëpamje fiziologjike është shumë i vështirë. Autopsia vë në dukje lezione në meningjet me infiltrate cerebrale sipërfaqësore vetëm në thellësi të hapësirave perivaskulare, duke lënë të paprekur parenkimën.

Hipertensioni intra-kranik mund të jetë pasojë e lezonave menengiale, sidomos në *basis crani*. Prandaj në këto raste mund të flitet për *meningo-ecfalitis* leucemike akute të formës pseudo-tumorale.

AKSIDENTET ABDOMINALE AKUTE PSEUDO-OKLUZIVE SI PASOJE E TERAPISE ANTIKOAGULANTE

A. Abaza dhe A.M. Rebut
Presse Médicale, 1962 vol. 70, Nr. 33

Në përdorimin e gjatë intensiv dhe pa kriter të terapisë antikoagulanante janë konstatuar një seri aksidentesh hemoragjike sikurse ekimozë, epistaksis, hematuria, etj. Përveç këtyre, autorët kanë vërejtur gjithashtu 3 raste sindromi okluzioni intestinal subakut.

Diagnostiku ekzakt i këtyre pseudo-sindromeve okluzive intestinale sindromi të madhe, mbasi mjekimi i tyre është thjesht medikal. Një ka rëndësi të tillë zakonist vërehet tek burrat që kanë kaluar të pesëdhjetat si pasojë e terapisë anti-koagulantë. Në pikëpamje anatomike ky sindrom shkaktohet nga dukja e suriuzeve hemoragjike të peritoneut ose nga rrjedhja e gjakut lirisht në hapësirën intra-peritoneale.

Autorët dalin me përfundimin se n'ato raste që përdoret terapia anti-koagulante çfaqja e sindromit okluzif duhet të konsiderohet si aksident i kësaj terapi. Në të tillë raste ata këshillojnë ndërprerjen e menjëherëshme të terapisë, dhënjen e Vit. K₁, të gjakut të treskët dhe, kur ka hemoragi intra-peritoneale, nevojitet ndërhyrja kirurgjikale.

e stomakut kongjestionohet dhe këshitu zhduket çdo shpresë për trajtim medikal. Simbas autorëve nuk duhet pritur një kritë tjeter ulceroze, e cila rrrezikon çiqjen e një stenoze edhe më të madhe definitive che mund ti detyrojë kirurgjet te ndërhyjnë në konditë mëtë vështira.

Nga eksperiencë e prof. Dubarry del se nga 500 pacientë ulcerozë vëtëm 32% janë operuar; nga 68 ulcerikë të paoperuar vëtëm 33% kanë patur rezultate të mira me kura, ndërsa 5% nuk kanë patur qëregullime brenda 3 vjetave. Megjithatë këto rezultata nuk mund të konsiderohen definitive.

(Përmblodhur nga H. DIBRA)

PROBLEME ETIOLOGJIKE DIAGNOSTIKE DHE TERAPEUTIKE TE MORBUS CROHN

I. Vergès (Paris)

Journal de chirurgie 1962, T. 83, N. 4, f. 607-622

Për shumë kohë format akute dhe subakute të *Morbus Crohn* janë injektuar duke kushtuar vëmendjen vetëm iormave kronike.

Etiopatogeneza e *Morbus Crohn* është e diskutushme dhe akoma është njohur. Karakteristikat klinike dhe radiologjike përfshihen në kapitujt e vështirë të diagnostikës diferençiale deri në të pamundëshmet. Përsa i përfjet terapisë ka ardhur ora e kirurgjisë ku shtohen partizanët e rezekcionit dhe pakoshoen ata të derivacionit. Duke analizuar njëzet rastet e tij, autori ilustron të tre hallkat e laripermendura të sëmundjes.

Etiopatogeneza: Kërkime të shumta e teori të ndryshme përpigjen të spjegojnë *Morbus Crohn*. Midis tyre përmenden teoria bakteriale, alergjike, vaskulare, traumatike, mekanike, virale...

Diagnoza diferençiale:

- a. *Aspekti akut:* 1. — *Appendicitis acuta* i të gjitha formave.
2. Iletjet e kontaktit. Diagnoza e vështirë gjer në operacion.
3. Enterokolitet infeksjoze. 4. Enterokolitet ulceroze nekrotike që realizon kuaðer akut disa herë me perforacion. 5. Infarktet intestinale.
6. Ulcerat primare jo specifike.
- b. — *Aspekti kronik:* 1. Tuberkulozi ileockal. 2. Tumoret. 3. Bridet post operatorë. 4. Sarkoidzoza. Diagnosa e vështirë, ndihmon histolcgjia, hisitoria pulmonare dhe gjeta e elementeve sarkoide në lëkurë. 5. Morbus Hodkin. 6. Rektokolitet hemorazgjike. 7. Lymfopatia veneriane. 7. Aktinomykoza që ka abcesin karakteristik me kokra të verdhë.
- Trajetimi i mësuar me anë të derivacionit intern lateral, derilinum e segmentit të lezionuar me keq, praktikisht i abandonuar. Më shpesh përdoret ileotransversostomia terminolaterale, duke e mbyllur segmentin terminal i leal "ekskluzioni i mbyllur", ose duke e qitur në lëkurë segmentin ileal fér të rrijedhur strehet: mortalitet i ulët (2%), mungesa e diareye reziduale. *Inkonvenienca:* Mundësia e evolucionit të prçesit në segmentin e lirë dei më abes ose fistul. Distensioni i mezenterit intestinal që bëhet doloroz.

Rezekioni: Konsiston ose në rezekimin e 60 cm, zerre të bashku me mezenterin përkatës, nga seçila anë e lezonit, ose me kombinimin e rezekcioneve. Ileum terminalis me hemikolonktomi dextra duke përfshirë me sionit të *Ileum terminalis*.

zentiner terminal dhe mezokolon dextra. *Anastomoz*: lateralolaterale (rralle), terminolaterale (tepér e shpesh té). Mortalitet post—operator i larté, diare reziduale, recidiva. Shkaqet e *recidirare*: a. Insuficiencia e rezeksionit, rezeksionet ndéné 25 cm. recidivojné shpesh, rezeksionet 60 cm. recidivojné trallé. b. Insuficiencia e rezekmit té aparát limfatic. Konsequencat: Rezeksionet e gjera shpesh suportohen keq. Karakterizohen nga diare, dehidracion, denutricion, alkaloze, hypokalcemi me kriza tetanie, hypoprotombinemi, e aksidente hemoregje.

Gjeste që diskutchen në lidhje me trajimin: a. *Abstениni*: Né rastet tepér te avancuara kur gjendja e përgjithshme nuk lejon aktin operator, ose si princip kur diagnoza éshntë e siguri. b. Infiltracioni novokainik. (Forgert) 1%-20 c né mezenicr. c. *Appendektomia*: Éhtë efektive né format subakute. Diskutimi ngel i hapét pér shkak té rezikut té fistulizmit pas appendektomisë. d. Ileostomia përdoret tepér trallé. e. Ekstreriorizacioni: Kur gjendja éshntë tepér e rendë. g. *Gastrostomi*, drenazh i abesit etj. *Indikacionet*: Forma subakute: Diagnoza rrallë e sigurtë. Appendektomia esfektoze. Biopsi ganglionale dhe ileale.

Forma akute: Kur diagnoza é htë e sigurtë absteniimi si princip dhe terapi konservative, aplikohen kortikoidet (Crismer). Më shpesh diagoza éshntë operatorë dhe aplikohet iu filtracionet e novokainës (Forgert). Appendektomia né fërgjithësi e praktikueshme. Absteniimi i thjeshtë rë raste kur s'ka perforacion che nekrzë. Mbas operacionit plikohet aspiracioni hydro-lelitik dhe trajt im medikal. Kur ka okluzion akut bëhet qirimi thieshtë i bridgeve, ose derivacion i ja. htem (anus), derivacion i brendshëm (ileotransversostomi), më rrallë bëhet rezeksioni. Kur ka perforacion: Ileostomi in situ (Mildwidsky) cse eksteriorizim kur ka multi perforacion (Depoullis). Tendencë aktuale né këto raste éshntë "rezeksioni né té nxhetë". Né format kronike: Mbas trajtimit medikal 10-30% té rasteve operohen. Aplikohet derivacioni ose rezeksioni që éshntë më efikas. Né lokalizimet duodenale gastro-enterostomi.

AUTO-HOMOPLASTIKA E LEKUREËS SIPAS MOWLEN-JACKSON SI METODE E MJEKIMIT KIRURGIKAL TE DİEGİVE PROFUNDE MASİVE

V. M. Burmistrov

Ortop. Traumat. protez. 1962, Nr. 11, f. 51-56

Auto-homoplastika sipas Mowlen-Jackson koniston né mbulimin e plaqës kombustive masive, me rrypa lëkure autto e homotransplante jo më të gjera se 15 mm. té alternuara midis tyre. R'gjenierimi i autotransplantave krijon kordita té lavorëshme eche pér r'gjenierimin e homotransplantave. Plaga 1-3 javë pas operacionit éshntë e mbyllur. Né 3-5 javët pasojëse homotransplantet shkattërohen dhe zëvëndësohen nga epieli që rritet prej autotransplantave. Këshlu pra plaga massive epithelizohet duke përdorur lëkurën personale me sipërlaqe sa $\frac{1}{2}$ e sipërlaqes së djequr. Duke e aplikuar këtë metodë né 14 pacientë, autori mbrin né këto konkuzione: i Kombinimi i auto-homoplastikës sipas Mowlen-Jackson duhet té aplikohet gjerësisht né djegjet massive profunde né stadin e granulimit té plaqës.

2. Kur dekursi post-operator éshntë i favorshëm krijojen kushte përi gjenierim primar.

GANGRENA E ARTEVE SI PASOJE E INJEKSIONIT INTRAVENOZ

Claude Olivier, René Rettori dhe Anna Languefin
Presse Médicale 1962, vol. 70, Nr. 30

Gangrenat e arteve si pasojë e injekzionit intravenoz janë të rralla, por evolucioni i tyre është shumë i rëndë. Autorët përshtkuajnë dy raste gangrene t'arteve si tridhim injekzioni intravenoz; njieri me alkool 33% dhe tjetri me perihatal sodium.

Autorët janë përpjekur të studiojnë patogjenezën e këtyre akסidenteve duke u mbështetur edhe në eksperimentet biologjike. Ata arriën në konkluzionin se këtu kemi të bëjmë me efektin reflektor vazomo-or që siell një spazmë arterial të shkaktuar nga serotoninina, që nolodhet në gjak. Mjekimi duhet të jetë i shpejtë, dhe të bëhet në bazë novokaine dhe heparine, të cilat kundërvaprojërë ndaj serotoninës, por me kusht që këto medikamente të përdoren kirurgjikisht "in situ", dhe pa humbur kohë. Mjekimi kursgjikal qëndron në disekim n'e arteries që i korresponçon zonës pa puls arterial. Qëllimi i interventionit është lokalizimi i spazmit dhe intervenimi i drejtëpërdrejtë me anë të novoka nës dhe heparinës në paretin arteriale. Autorët i kushtojrë një rëndësi të madhe ndërhymjes sa më të shpejtë, mbasi kjo është mënyra më e mirë për t'u shmangur trombozës që shkakton gangreren.

GJËNDJA AKTUALE DHE PERSPEKTIVA E KIRURGJISË SË TORAKSIT

P. Hertzog
La Clinique, 1962, Nr. 371, fq. 261-264

Kirurgjia torakale mori zhvillim të madh sidomos mbas luftës së fundit. Më parë kirurgjia torakale kufizohet vetëm me mjekimin e disa absesave pulmonare të vjetëruara me anë të pneumotomisë. Përparimet në fushën e anestezisë me intubacion intra-trakal në cirkuit të mbyllur ose gjysmë të mbyllur ka bërë të mundur hapjen e gjérë të pleurës. Gjithashtu edhe njohuritë e reanimacionit dhe zevendësimit të gjakut të humbur kanë lejuar kontrollimin dhe luftimin e "Schöck"-ut operator, që ishte kaq vdekjeprurës. Më në fund, vënia në përdorim i antibiotikëve dhe i bakteriostatikëve ndaloi komplikacionet infeksioze post-operatore.

Bahkimi i këtyre 3 elementeve — anestezia me intubacion, reanimacioni dhe antibioterapia — janë tre faktorët determinues të zhvillimit të shpejtë të kirurgjisë endo-torakale.

Në kushtet e sotme teknika operatore e kirurgjisë torakale ka arritur persosmërinë, si pasojë e cjeve mortaliteti operator praktikisht është zero, me përijashtim t'aksidenteve trombo-embolike që janë vdekjeprurëse.

Sot kirurgjia torakale përdoret:

- 1) për të luftuar mbeturinat e tuberkulozit pulmocitar e pleural mbas aplikimit të antibiotapisë;
- 2) kundër tumoreve intra-torakale me karakter malinj;
- 3) në rast traumatizmi torakal.

Përsa u përket lezonave purulente jo specifike dne absesave pulmonare sot indikacionet kirurgjikale janë të rralla, mbasi pleurezitë purulente jo tuberkularë shërohen gati 100% në rast se trajohen drejtë. Vërem një numur i vogël bronkektazish i përkasin kirurgjisë, siç është rasti i lobeve të dëmtueme, të retraktuese me integritet total përreth.

KUR DUHET OPERUAR NJE ULCER GASTRO -DUODENAL?

J.J. Dubarry, J. Tournerie e J. Auche

La Clinique, 1982, Nr 574, fq. 403-406

Sot vendin e gastrektomive klasike e kanë zënë intervencione më kon-servatore, që nëqin vetëm një pjesë të vogël të regionit gastro-duodenal ose bëhen, gastro-enterostomira të shoqëruara me prerje bilaterale të nervit vagus. Këto masa pakësojnë, sigurisht, pasojat post-operatore t'ul-cerës, por megjithatë nuk përbëjnë një argument bindës për të justifikuar ndërhyrjet „masive“ ne rastin e ulcerave gastro-duodenale.

Të gjithë autorët me disa përfashime janë të një mendimi, domethënë që çdo ulcer para së gjithash duhet të mjejkohet në pikëpamje medikale dhe interventi kirurgjikal të rezervohet në tri eventualitetet e poftshënuara: 1) *dëshitim i mjejkimit medikal*. Mbi këtë pikë opionet janë të ndryshme. Simbas prof. Durraby e shokë sukses medikal do të thotë shërim i plotë, por praktikisht nuk mund të ketë shërim „definitiv“, veçse mjejkimi i sigror të sëmurit një jetë në „paqë“ me sëmundjen e tij. Mund të thuhet se mjejkimi ka dështhuar vetëm n'ato raste kur, pasi të jenë bërë vjetë me radhë (2-3 vjet) dhe në mënyrë të rregulltë kurat e duhura si në periudhën e akutizimit, ashtu dhe në periudhën e qetësisë, i sëmuri nuk ka patur as më të voglin përmirësim. Të gjitha mjejkimet japin suksese dhe dështime, prandaj duhet të përdoret e gjithë gama e terapisë kur kemi të bëjmë me të së-murë kronik, para se të vencojet ndërhyrja kirurgjikale.

2) *kushitet para-medikale* mund të bëhen shkak për ndërhymje të shpejtuar, si p.sh. rasti i personave që për arsye profesionale janë të detyruar t'udhëtøjnë shpesh; ata që s'kanë mundësi të mbajnë dietën, etj. Përsa u përket neuropatëve që kërkojnë me insistim të operohen, duhet treguar kujdes të veçantë imbasë gastrektomia sjell rrugën edhe më të mëdha, të cilat nga ana e tyre qeljn rrugen për një varg ndërhymjesh të tjera.

3) *komplikacionet*. Edhe në këtë rast nuk duhet shpejtuar për të përdorur bisturinë, e cila duhet të rezervohet vetëm po të qiaqet ndonjë hemoragji, stenozë ose kur dy, hohet për kancerizim t'ulcerës.

A duhet t'operohet çdo ulcer që ka hemoragji? Në hemoragjitet e mëdha, kur jeta e pacientit është në trezit, së pari duhet të bëhet trasfuzioni, reanimacioni dhe, eventualisht, operacioni.

Përsa i përkët stenozës së pilorit duhet të kihet parasysh :është këtu hyjnë shumë mekanizma: spazma reflekte, edemi inflamator dhe formimi i një cikatrice fibroze retraktive. Shumica e madhe e stenozave gjatë krizave ulceroze janë të natyrës refleksos-pazmodike; në këtë rast formohet një spazmë mbi ulcerin duodenal dhe disa herë krijohet një element edematoz periulceroz.

Sado e theksuar të paraqitet stenoza, qoftë edhe në trajtë komplete, nuk duhet të konsiderohet aty për aty kirurgjikale. Në rastë tilla duhet të përdoret atropina me doza të mëdha, si dhe reidratimi për të stabilizuar elektrolitet dhe, po të jetë e mundur, të bëhet një lëvash gastrik me ujë të bikarbonatuar; pacienti duhet të bëjë regjim shtrati dhe t'ushqehet me qumësh. Këto veprime janë të mjaftueshme për të zhdukur stenozën. Kalohet në operimin e stenozës vetëm kur kjo është e natyrës cikatrizuuese, sado e vogël qoftë, që qiaqet pas kritës s'ulcerës duodenale. Një stenozë e tillë shpesh nuk shoqërohet me shenja klinike karakteristike, nuk ka vjelle alimentare dhe diktohet vetëm me anë të radiologjisë. Kjo stenozë ka karakter permanent, pavaresisht nga dhimbjet formohet staza, mukoza

3. Trauma operatore relativist e vogelj (marrja e lëkurës personale sa gjysma e sipëriqes së djegur) favorizon aplikimin e kësaj metode në pacientët kahetikë dhe vëçanierisht në fëmijët.

4. Aplikimi i auto-homoplastikës mund të jetë një nga faktorët vendimtarë për shpëtimin e jetës së djegjet mësive profunde Artikulli illostrohet me fotografi demonstrative mjaft bindëse.

SYNDROMI PEUTZ-JEGHERS

(Refleksion mbi një rast të trajuar në mënyrë kirurgjikale)

Vandooren M. (Tours)

Journal de Chirurgie 1962, T. 84, Nr. 1-2, I. 63-75

Ky sindrom i rrallë (dëri tash janë publikuar 130 raste) paraqet polipozë intestinale të shqëruar nga lentiginoze periorificiale me karakter hereditar. U përshtrua për herë të parë më 1921 nga Peutz dhe më 1944 nga Jeghers. Manifestohet në dekadën e dytë dhe të tretë të jetës. Tre janë elementet esenciale: Polipoza, lentiginoza, herediteti.

Polipoza: Variabel si nga numuri dhe lokalizimi. Sipas disave polipet lokalizohen kryesisht në zorrën e hollë e sipas të tjierëve në pjesën rektokolike. Manifestohet me arsimi ose fenoneme doloroze abdominale shpesh herë operohen për invaginacion. Degjenerojnë në karcinome më pak se polipoza familjare rektokolike.

Lentiginoza: Sipas Touraine çlaqet në mothën 9 muaj deri në 5 vjet. Në kohën e pubertetit mund të zhduket. Pigmentimet janë karakteristike nga aspekti dhe lokalizimi.

Nga aspekti: Niolla të vogla pigmentimi të theksuara brune, të ndara nga intervale lëkure të shëndoshë. Më shpesh në njerëzit brunë. Rasti i autorit shëlli bëjond dhe pigmentimet ka ngjyrë kafelate. Nga ana mikroskopike paraqesin depo pigmenti në rrypat transversale e vertikale të epidermisë.

Lokalizimi: Predominon lentiginoza periorificiale në lëkuren e fytyrës sidomos në buze. Gjenden edhe në gjuhë mukozën bukale dhe në gishtat. Karakteri hereditar: Është si regull, por në një pjesë të rasteve nuk konstatohen të dhëna për këtë syndrom në antecedentët familiare. Problemi i diskutueshëm.

Prognозat: Kondicionohet nga akסidente mekanike dhe nga reziku i kancerizmit. Pasi pershkruan me hollësi rastin e vet autori hedh drithë në kapitullin e terapisë. Terapia është variabël në çdo publikim. Disa duke operuar për invaginacion heqin një pjesë të polipeve e më rrallë rezekcion intestinal. Demartial, Raymond, Loubet publikojnë intervenime me ekstreme duke i hequr në maksimum polipet me anë të disa enterotomive. Edhe autori ka aplikuar duodenotominë, rezekcionin e një pjesë të zorrës së hollë dhe tre enterotomi. Në artikull përshtkuhet teknika e enterotomisë sipas Vary në sajë të së cilës mund të eksponozhen 20-25 cm. mukoza dhe me ndihmën e 7-8 enterotomish të tillë revizionohet e gjithë zorra.

Bibliografi 26 burime.

KANCERI I REGIONIT TE PAPILA VATERI

(Studim analitik i 50 obseracioneve)

René Epflebaum (Paris)

Journal de Chirurgie 1962, T. 84, N. 3, f. 173-200

Në këtë artikull të ilustruar me fotografi, radiografi e skica perfekte, analizohen 50 raste kanceri të regionit Faterian. Në këtë termë përmblidhen neoplazmat malinje, që interesojnë ampulen, eksremitetin distal intramural të kanaleve biliare e pankreatike, korunkulën e madhe dhe formaclonet periamondulare. Më 98% të rasteve është gjelur ikter reversioni. Faza prodromale u gjend në 60%, evolucion variabel ose intermitent në 65%; hemoragi i intensitale shqëruesh në 25% të rasteve, duodenografi me ingestione barrike ishte pozitive në 25% të rasteve. Në planin diagnostik ka rëndësi radiomanometria biliare. Ndër intervenjet radikale janë kryer 27 egzerezat e gjera dhe 16 të kuizuar. Ndërsa 27 egzerezat e gjera (duodenopankreat-ektomia cefalike) ka patur letalitet 30% që është më i lartë se në rastet e papilektomisë. Egzenza e gjere ka dy etapa; e para egzereza duodenopankreatiko-biliare që konsiderohet e "lefte". Vështirësitet qëndrojne në qirinin e trunkut portal, parkreasit të Winslow, pedunkulit arterial superior. Etapa e dyte është ristabilizimi i kontinuitetit digestiv. Autori ka preferuar në të gjitha rastet koleodoko-digestivo-anastomozën dhe pankreatiko-intestinalo-anastomozën sipas 8 teknikash të ndryshme: Sipas Child 11 raste (9 pa montazh Y, dy me montazh); sipas Waugh tre raste; sipas Whipple 4 raste, sipas Mallet-Guy 2 raste, dhe një sipas Cattell.

Egzenza e kufizuar: Asnjë rezeksion cirkular i duodenit nuk është bërë. Papilektomia dhe papiloduodenektomia janë konsideruar radikale. Ky studim përpjek të konfirmojë superioritetin e rregullit klasik në kirurgjinë e kancerit. Të operojnë sa të jetë e mundur kur gjajnë një lezon të kufizuar i cili mund të hiqet me një rezeksion të gjere.

PANKREATITET E PERIUDHËS POST-OPERATORE

Sherbalova T.N.

Vjestnik Hirurgii 1962, Nr. 9- f. 45-50

Me gjithë sukseset në diagnostikimin dhe mjekimin e pankreatiteve akute, nuk është kushtuar vëmendja e duhur nga ana e kirurgëve ndaj pankreatitete të periudhës postoperatorare. Kohët e fundit në literaturën medicale shihen publikime në lidhje me këtë problem të rëndësishëm.

Duke analizuar 71 pankreatite postoperatorre, autori mbrrin në këto konklusione:

1. Pankreatitet postoperatorre shpesh zhvillohen pas operacioneve në stomak, veganërisht pas rezeksionit për kancer, më rrallë pas operacioneve në vijat biliare.

2. Shkaqet më të shpeshta janë trauma operatore dhe fenomenet e stazës në duodenum dhe pankreas.

3. Klinika e pankreatiteve postoperatorre nuk është karakteristike. Diagnostikimin e ndihmon prezanca pas operacionit e temperaturës së lartë, parezës intestinale, fenomeneve të infeksionit dhe vëzanërisht rrritjes së diastazës në urinë.

4. Pas operacioneve në stomak, duodenum, vijat biliare, është e domos-

dostime te ekzaminohet diastaza ne urine, vecanerisht ne rastet e dekuftit jo te mire postoperator.

R. 1. *Ustavarre* iusloneratore kryhet né rrugë funksjonale,

5. Miekumi i pankreatitëve posojës dezintoksikuese dhe me Rontgenterapi.

6. Ne format e reze
efektëshme.
Bibliografi 11 burime.

AZIGOGRAFIA INTRAOASALE NÉ CIROZAT HEPATIQUE ET FENOMÈNE HÉPATO- NIE PORTALE

Kovtun K.A.

Väestönlk Hirvijoki 1962, Nr. 10-1 faqe 37-39

Një sere metousi si spiroasi edhe matja e presionit okluziv, nuk japin mundësinë e precizimit te anastosave natyrale portokavale. Azigrafia intraosale ndihmon në zbulimin e tyre në rajonin e *hyatus oesophagus*. Kjo metodë ekzaminonjesh kamin e formulinin e indikacioneve për splenektomi, rëndësi të madhe për aplikuar 13 herë azigrafine sipas Lessman dhenka mundur të zhulojë ekzistencën e kolateraleve midis sistemit të venës Porta dhe Vena Azygos et Hemiazygos, diafragmës dhe polusit tē si përm tē shprejtës. Pas provës së sensibilitetit per

Azygografia intraosale sypas Lessman. Ias pretočeno: Sol. Promedoli jodin, 30 minuta para ekzamininit injektohet intraveneoz; Sol. 2% 1,0, Dimedroli 2% 3,0 Vit. B1, B2, C-1, Novocaine 5% 10,0, Sol. Magnesi Sulfurici 25% 10,0. Pas anestezisë lokale injektohet intramedular ne brinjen e VIII-IX majtas 20 cc, 70% Kardiotrast apo Diodon dhe bëhen radiografiatë e toraksit.

WIR DATOGENEZEN E NEFRITIT APOSTEMATOZ

Bogatchinski V. S.

Vlaamsch Hierurgij 1962, Nr. 10-19 f. 47-53

Midis pyelonefritteve akute, si nga graviteti i dekursit klinik ashtu e nga progrzoa, një vend të vëçantë zë i ashtuquajturi nefrit apostema-z, i cili kohë e fundit haset shpesh midis të sëmurëve urologjikë. Intensiteti i klinicistëve qëndron në mekanizmin e formimit të fokuseve purulente si i shtrësën kortikale, në çfaqjen e tyre ndëne kapsulen fibroze dhe në lidhun e tyre me procesin inflamatori në thellësi të renit. Për këto probleme, i dhënat e literaturës janë kontradiktore. Ekzistojnë teori glomerulare

Duke u bazuar në të dhënët e veta eksperimentale autorit konkluon: Nefriti anostematoz nuk është një formë e veçantë e lezonit purulent intersticiale.

1. Nenii apoco renai, por paroqet nijë stad të vonshem te pyelotemill aakut. 2. Inflamacioni me nefritin apostematoz nuk lokalizohet vetem rreth karktikaleve, por dhe pë atë medulare, bila nga një herë në këtë faza.

3. Pamyārēsīht n̄gā lokalizimi n̄e organizēm i fokusīt primār puru
estit eshtā me intensiv.

lent, penetrimi i tij në rene bëhet me rrugë hematogjene. Mikrobet precipitomë kryesisht në kapilarët, vegenërisht në ato venozë perikanikare. Këtëi penetrohje në indin intersticial dhe shkaktojnë fokusin inflamatror. Infiltratet inflamatorë përhapen pastaj nëpër indin intersticial paravenoz duke mbrijtur në hapësinën subkapsulare. Kështu formohen fokuset purullente në siperfaqen renale.

4. Glomerulonefriti embolik dhe interesimi në procesin inflamatror i kanaleve renale janë fenomene sekondare në nefritin aposte matoz. Bibliografi 25 burime.

FRAKSIONET LEUKOCITARE NË PROCESIN E RIGJENERIMIT TË PLAGËVE KOMBUSTIVE

Zubakina, A.I., Tepo L.J.

Ortop. Traumat. Protez. 1962, Nr. 11, faq 62-66

Duke studjuar reaksjonet leukocitare në 100 pacientë me djeje massive të graciez II-III në stadin e granulimit, autori mbrin në këto konkluzione:
1. Përbajtja e leukociteve gjatë procesit kombustiv është nënështrohet lëkundjeve të konsiderueshme. Në disa raste është e shtuar, në disa normale e në të tjera e ulur.
2. Rigjenerimi aktiv dhe epithelizimi i plagës shpesh herë zhvillohet me leukocitozë të moderuar dhe me shtim të agranulociteve në gjakun periferik.

3. Leukoperia shpesh tregon keqësimin e gjendjes së përgjithshme dhe ngadalësimin e proceseve rigjenerative.

4. Në disa të sémurë me djeje massive të gradës së trejtë me pjesë ne-krotike të konsiderueshme, persiston për një kohë të gjatë leukocitoza e lartë, ndërsa nga ana e plagës nuk shihet ndonjë tendencë rigjenerimi. Në këto raste ngjet superrekësistimi i organizmit nga trafonet leukocitare dhe si rezultat ndodh në vend të shtitimit ulja e proceseve rigjenerative. Bibliografi 3 burime.

PERÇAKTIMI I DIMENSIONEVE TË REZEKSIONIT GASTRIK NË SËMUNDJEN ULEROZE

Gorbaško A.I.

Sjetnik Hirurgii 1962, Nr. 11 f. 19-24

Autori nënivizon se një nga kërkosat e rezeksionit gastrik në sëmundjen uleroze është sigurimi i achilisë, e cila arritet nga përcaktimi i drejtë i dimensioneve të rezeksionit. Sipas studimesh të shumta achili japon vetëm rezekcionet e 2/3 të stomakut.

Pasi jepen të dhënat e literaturës mbi orientimet për rezekimin e 2/3 të stomakut (Habérer, Finsterer, Judin, Melnikov, Leriche, Saposhkov, Neinrich, Rusanov) autori propozon metodën e vet e cila është fruti i studimeve në 100 kadavra dhe e prouuar në 120 rezeksione gastrike. Sipas autorit rezekcionji i 2/3 të stomakut arritet në qoftë se preria bëhet në vijën që kalon nga vendi i hyrjes në kurvaturren e vogël i të pares dege transversale të arteria *Gastrika sinistra* në 1 cm. lart nga vendi i hyrjes në *kurvatura major* i degës inferiore gastrike të arteria *Gastroepiploica sinistra*. Këtë degë arteriale gjithmonë janë të dukshme. Precizioni: arrin shifri 96%. Rezeksioni sipas kësaj vije në 120 rastet e autrit ka dhë - 100% achili.

Bibliografi 20 burime

Gollovin G.V.
Vjetnik Hirurgii 1962, Nr. 8, fale 77-79

Ekzaminimi akustik ka rëndësi të madhe në patologjinë kockore, sidomos në diagnostikimin e interpozimit të indeve të buta midis fragmenteve të kockës së frakturës.

Ekzistojnë shumë mënyra të regjistrimit të tingujve të zërit të përçuar nëpër kocka. Vibracionet e kockës regjistrohen në lentin manjetofonike, apo duke u forcuar fiksohen në osbilogramë. Së fundi për këtë qëllim përdoret edhe ultratingulli. Nuk duhet harruar që këtë punë murid ta bëjë edhe kamerionin i thjeshtë.

Duke përdorur kamertonin, autorri arrin në këto konkluzione:

1. Vibracionet e kockës së padëntuar transmetohen nga kamertoni si tingull me intensivitet të plotë.
2. Në frakturat e inkluinuara tingulli përsëri ka intensivitet të plotë si dhe në kockat e padëntuara.
3. Në frakturat me pak disilokacion (Dislocatio ad latumet aiflongitu-dinem) tingulli në krahasim me kockën analoge të padëntuar ka intensivitet mesatar.
4. Në frakturat me interpozim indesh të buta tingulli ose ka intensivitet të dobët ose nuk transmetohet fare.

(Përmblehdhur nga P. BOGA)

ORJENTIME AKTUALE NË TERAPINË E FRAKTURAVE TË 'KALKANEUSIT'

Laugeri V. — Massa G.

Revis. Minerva Chirurgica 1962 Vol. 17. Nr. 13, fq. 615-623

Në artikull mbasi jepet klasifikimi i frakturave të kalkaneusit, që është propozuar nga Vidal (1926-32) autoret ilasin për diagnostikimin dhe mjafueshëm qëndrimi i shtrirë 15-30 ditë dhe përdorim cizme me hank ngaposhë që të evitohet pësha mbi kalkaneusin. Invaliditeti 1-2 muaj. Për frakturat komplete retroartikulare të tuberozitetit, përdoret ekstensioni me gozhdën Codivilla kjo për ta bashkuar me pjesën mediale. Konsolidimi bëhet prej disa ditëve deri në shtatëdhjetë ditë. Invaliditeti 3 muaj. Për frakturat e izoluara të apofizës së madhe, aplikohet cizme alçje për letikë dhe për dy javë. Invaliditeti 4 muaj. Në frakturat e kalkaneusit kur mbi të është fundosur talusi, kura kirurgjikale duhet shikuar sipas rastit, mbasi pikparjet janë të diskutueshme. Invaliditeti 6 muaj. Më poshtë autorët vazhdojnë të ilasin për disa vëgori të mjekimit. Cormilli (1925) në frakturat e apofizës së madhe ose frakturat retro-ortikulare bën osteosintezë përmbi kalkaneus dhe tenotominë e tendo Achilli. Lërish (Lérich) është për operacion të herët dhe ka aplikuar agraf kockor përfiksimin e fragmenteve.

Me mjekimin inkruent autorët i japin rëndësi ekstensionit skeletik që i bëhet kalkaneusit në drejtum plantar dhe tibies nga lart sipas Beler (Röh-

ler). Në artikull mësasi silitet dhe për një seri metodash të tjera, konkludohet se me gjithë mjekimin modern, shpesh mbas frakturave të kalkaneosit ku kemi sheshimin e fornitit plantar, mund të imbeten deformacione si një valgim i dhimbshëm i këmbës ose rigiditet i artikulacionit talokalkaneal, gjatë pronacionit dhe supinacionit.

90 burime literature.

FIZIO-BALNEOTERAPIA NË KOMPLEKSIN E MJEKIMIT TË PASOJAVË TË TRAUMAVE

Bogdanov F.R. dhe Finogenov S.N.

(Antarë korespond të Ak. Shke, Mjek. të B.S.)

Ortopedja Travmatologja i Protezirovanie 1962, Nr 7, f. 3-9

Autorët mbas kontuzioneve të indeve të buta rekomandojnë aplikimin e rezeve ultraviolet me dozë eritematoze qysh në orët e para, 24 orë mbas traumës parafine dhe mbas 48 orëve elektroforezë me novokainë. Në dëmti, ditën e ligamenteve, në ditën e parë përdorin lokalishë kloretil dhe akull, ndërsa ditën e dytë dhe të tretë parafine dhe elektroforezë me kodeinë për të ulur dhimbjen. Në frakturat e kockave në fillim stimulohet formimi i kalusit, për këtë, nga dita e 5 deri ditën e 15 mbas traumës elektroforeze me novokaine. U.V.C. ditën e 2-3. Diatermine nga dita 6-15. Elektroforezë me kalciut nga dita 20 deri 30. Në këtë kohë aplikojnë dhe ultravioletë në të gjithë trupin. Banjo dielli dhe uji nga dita 15 deri 60.

Për të luftuar kontrakturën nga dita e 30-45 përdorin paralinë, fango-terapinë dhe ultratinguj. Ndërsa për të luftuar atrotnë muskulare përdorin elektrostimulimin duke filluar nga dita 45-60.

(Përmblehdhur nga P. KARAGJOZI)

MBI TOKSICITETIN E CYCLOSERINES FARMAKOLOGIA I TOKSIKOLOGIA

Mitrofanov V.S.

1962, Nr. 5, fq. 610-613

Simbas të dhënavë të Breger (1958) dihet se cycloserina tregon efekt bakteriostatik karshi bacilit të tuberkulozit dhe shtameve të tjera rezistente tek preparatet e tjera antituberkulare. Në eksperiment "invivo", cycloserina tregon veprim të dobët kimio-terapeutik, në tuberkulozin hematogen në minjë e bardhë (Mitrofanov, 1960). Përmarrë parasysh efektivitetin jo të lartë të përparatit në eksperimente prapseprapë ky preparat përdoret në klinikë për mjekimin e tuberkulozit, sidomos kur formohen shtame rezistente tek preparatet e tjerë antituberkulare. Nga studimet farmakologjike të këtij përparati rezultoi se nuk zotëron toksicitet të lartë. Kështu p.sh. në futje të përsëritur të përparatit në rrugë për orale në doza 50-100 mgr. për kg. pesë, në minjë gjate rrej muajji nuk u panë fenomene anësore, me përijashtim të ndryshimit të lehtë të retikulacive. Në futje të dozave të mëdha 200 mgr. për kg. pesë shihet disa herë një pengesë në rrjite. Për të parë toksicitetin e cikloserinës u kryen studime histologjike në 30 minjë kontrolli dhe në 88 minj që kishin marrë doza të ndryshme të përparatit. Përjet e organeve të ndryshme u ngjyrrosen me hematoksilinë euzinë, ndërsa truri u ngjyros simbas metodës Nisséll.

Cycloserina u muarr me rrugë për orale me doza 50,100,2 dhe 500 mgr.

pér kg. (eksperimenti Smolnikov) Minjtë e grupit të parë muarën preparat me dozë 50 mgr. pér kg. peshë. Në minjtë e ngordhur gjatë ditës së pestë – të 12 deri 26 u pa një distrofi e lehtë difuze ose fokolare e heparit, ndërsa në organet e tjera dhe rië tru nuk u panë ndryshime patologjike.

Minjtë e grupit të dyte marrën doza 100 mgr. pér kg. peshë dhe gjatë 5 ditëve deri 30 ditë u vërëjtën ndryshime analoge në hepar, me përfashim që në disa prej tyre u pa një vakuolizim i protoplazmës së celulave të heparit, pa ndryshime në organet e tjera.

Në grupin e tretë u përdorën doza 200 mgr. pér kg. peshë. Ndryshime mikroskopike në organet ishin të ngashme me të dy grupet e para me përashtim kur preparati përdorej për një kohë të gjatë dhe që vihej re një edeme perivaskular. Grupi i katërt mori doza 500 mgr. pér kg. peshë. Në dallim me grupet e tjera, minjtë që muarën doza të tillë ngordhiën brënda ditës të 3 deri të 7 të eksperimentit. Në ekzaminimin histopatologjik vinte re një mbushje e enëve të gjakut të heparit, pulmoneve dhe veshkave, disa herë hemoragjira të vogla në organet, ateletikata të vogla në pulmonet, edhe edema të lokalizuara. Në disa minj u vërëjtën nekroza fokolare në zemër. Më tepër se në 50% të minjive u vërëjtën ndryshime në veshkave me edema të epitelit të kanalevet, nekrozoje dhe nekrose të disa celulave, të kanaleve. Ndryshime të theksuarë ndodhën edhe në hepar, kryesisht në atrofia të celulave hepatike, dhe me rrallë u takua distrofia hidropike e heparit.

Në një pjesë të minjive ndodhën ndryshime në sistemin nervor central, shprehura me ndryshime nekrobiotike në korteksin cerebral dhe me zgjerime të hapsirave perivaskulare.

VEPRIMI I POLIMYXINËS "M" NË INTOKIKACIONIN DYZENTERIK

Braude, A.I., Krasnova, I.N.

Antibiotiki Nr. 10, 1962, fq. 9/6-9/9

Megjithëse problemi mbi veprimin dezintoksikues të antibiotikëve nuk është studjuar plotësisht, ka të dhëna eksperimentale për këtë problem. Kështu p.sh. penicilina ruan nga ngordhja kafshët që kanë marrë doza letale të endotoksinës gonokokkske dhe meningokokkske, kurse synthomycina tregon efekt terapeutik në toksikozen eksperimentalë në minjtë e bardhë tregon qente, toksikozen e shkaktuar nga bacili i dizenterisë tip Flenerx. Gjithashtu është vënë në dukje efekti i mirë i preparave të grupit të tetra-ciklinave në infolsikacionin dizenterik në minjtë e bardhë. Ekzaminimet histopatologjike kanë treguar se këta antibiotikë kanë veti të pengojnë zhvillimin e ndryshimeve degenerative, në celulat e medules spinale, ndryshime të shkaktuara nga endotoksina dizenterike. Edhe antibiotiku i ri polimyxina tip "B" dhe tip "M" në eksperimentet "in vitro" ka veti të pengojë hemolizën e eritrociteve, që shkaktohet nga veprimi i endotoksinës *Escherichia coli* dhe *bacterium dysenterie Sonneae*. Për veprimin e polimyxinës "M", në infolsikacionin dizenterik eksperimentet janë kryer në minjtë e bardhë me peshë 16-18 gram. Antigeni u fut me rrugë endovenozë 6 mgr. në 0,1 ml. solucion fizioligjik, i shoqëruar me polimyxinë të tretur në 0,5 ml. ujë të destiliuar, në rrugë orale ose 0,2 ml. në rrugë intramuskulare.

Eksperimentet u kryen duke marrë doza të ndryshme prej 3,4,5,6,7 mgr. në rrugë për orale, kurse në rrugë parenterale doza më të vogla prej 0,05 – 0,1, 0,2, 0,5, 0,6 mgr. Minjtë e grupit kontroll muarën vetëm antigenin të

plotë. Eksperimentet u kontrolluan gjatë 14 ditëve nga momenti i futjes së antijenit. Të 10 minjë që muarën polimixinë me dozë 0,5, 0,6 mgr. me rrugë intramuskulare shpëtuan të gjithë nga ngordhja, kurse nga minjë që muarën me rrugë për orale ngordhën vetëm dy prej tyre. Minjë e grupit kontroll ngordhën të gjithë gjatë ditës së parë të eksperimentit. Si tregues i efektivitetit të polimyxinës "M", janë dhe rezultatet e analizave histopatologjike. Kështu, në minjë e grupit kontroll u konstatuan ndryshime degenerative në neuronet motore të medulës spinale, me bërtama të deformuara shpesh me hiperkromatozë intensive dhe mbetje të substancës tigroide në formë granulash të vogla. Vërehej gjithashtu edemë hiperemi e indit të medulës spinale. Në shumicën e minjve që kishin marrë endotoksinë të shoqëruar me polimyxinë "M" me doza 0,6 mgr. me rrugë intramuskulare këto ndryshime degenerative në medulën spinale munigonin, edhe mas tjetër ditësh nuk u vunë re dryshime të tillë në këtë organ. Pra, nga të dhënët e mësipërme rezulton se antibiotiku polymyxinë tip "M" pengon zhvillimin e ndryshimeve degenerative në medulën spinale, mekanizmi i së cilës nuk nijhet mirë deri më sot.

INFLUENCIMI I ACIDIT NIKOTINIK DHE IZONIKOTINIK NË ZHVILLIMIN E HIPERKOLESTERINEMISË DHE ATEROSKEROZËS NË LEPUJ

Grebenikj E. I.

Farmakologja i toksikollogia 192, Nr. 5, f. 590-595

Të dhënët e autorëve të ndryshëm përsa i përket veprimit të acidit nikotik në metabolizmine kolesterinës janë kontradiktore. Jakovlev (1953) ka treguar se gjatë studimit të veprimit të acidit nikotinik është hipercolesterinimi në lepuj, e shoqëruar me kolesterinë dhe me acid nikotinik, me doza 50 deri 200 mgr. në ditë, ka rezultuar se acidit nikotinik ndihmon zhvillimin e hipercolesterinemisë dhe ateroskerozës. Autorë të tjerë si Altschul (1956), Cava (1959) Merrill (1959) kanë treguar se acidit nikotinik ne doza të mëdha pengon zhvillimin e hipercolesterinemisë dhe aterosklerozës rë lepuj që marrin dietë të pasur me kolesterinë.

Friedman dhe Byers (1959) gjithashtu kanë treguar se acidit nikotinik sjell hypokolesterinemi në lepuj që marrin dietë të pasur me kolesterinë, ndërsa shumica e autorëve si Hofter, Perry, Galbirth janë të mendimit se acidit nikotinik në doza të mëdha ul nivelin e kolesterinës në gjakun e të sëmurëve me aterosklerozë. Acidit nikotinik dhe derivatet e tij paraqesin interes praktik si preparate për të mjekuar aterosklerozën, por megjithatë të dhënët e literaturës janë kontradiktore. Autorët eksperimentet në lidhje me veprimin e acidit nikotinik dhe izonikotinik i kryejnë në lepuj me peshë 2600 gr. Kafshët u ushqyen me dietë bazë rreth 60-70 gr. tërshtëre, 150 gr. rizokarp, (bimbë e ngjashme me panxharin) dhe 50 gr. bar të thate. Kafshët u ndanë në tre grupe dhe në sejcilin grup u hodh nga 200 mgr. pér kgr. peshë kolesterinë. Kafshëve të grupit të II dhe të III përvëç kolesterinës në racionin ushqimor iu shftuan dhe 150 mgr. pér kg. pesë acid nikotinik ose izonikotinik. Kafshët e eksperimentit u kontrolluan gjatë 20 ditëve pér përbajtjen e kolesterinës në gjak. Mbas 90 ditës shkafshët u hapën dhe në heparin e tyre u përcaktua sasia e përgjithshme e lipideve, karbohidrateve dhe kolesterinës, komponente të cilët u përcaktuau me metoda të ndryshme.

Të dhënët e eksperimentit treguan se acidi nikotinik pengonte zhvilimin e hyperkolesterinës në lepujt që marrin kolesterolinë në racionin ushqimor, ndërsa acidi izonikotinik nuk e ul bile në disa raste e fuqizon hyperkolesterinënë.

Nga të dhënët eksperimentale rezultonte se sasia e kolesterolinës në kafshët ek per mentale para eksperimentit ishte 30 deri 37 mgr% kurse mbas eksperimentit në kafshët që kishin marrë kolesterolinë sasia e asaj arrinte 888 ± 133 mgr%. Lepujt që kishin përdorur kolesterolinë dhe acidi nikotinik përqindja e kolesterolinës në gjak ishte 250 ± 50 mgr%. Kurse lepujt që kishin marrë kolesterolinë dhe acidi izonikotinik, kolesterolina arrinte në 1133 ± 156 mgr%.

Sasia e kolesterolinës në lepujt që merrnin kolesterolinë dhe acidi nikotinik ishte 1,37% kurse në ata që morën kolesterolin + acidi izonikotinik ishte 2,88%, dhe rië lepujt e kontrollit ishte 2,38%.

Një rëndësi përvetë të dhënavet laboratorike kanë edhe ndryshimet patomorfologjike. Në të gjitha kafshët që morën kolesterolinë dhe acidi izonikotinik, në pjesën e brëndëshme të aortës u vunë rrepiplaka ksantomatoze me forma dhe madhësi të ndryshme, plaka të cilat ishin më të pakta në lepujt që morën kolesterolinë dhe acidi nikotinik.

Tek lepujt që përdorën kolesterolinë dhe acidi izonikotinik u vrejt kuadri tipik i aterosklerozës me formim të plakave karakteristike me grumbullim të lipideve në murin e enëve koronare dhe qelizave hepatike. Përsë i përket rezultateve, të dhënat biokimike dhe morilogjike tregojnë se acidi nikotinik dhe izonikotinik nuk veprojnë një lloj mbi hyperkolesterolinëmë në lepujt. Acidi nikotinik pengon zhvillimin e hyperkolesterolinës dhe aterosklerozës tek lepujt që kanë marrë diëtë të pasur me kolesterolinë, ndërsa acidi izonikotinik nuk tregon influencë të këtë hyperkolesterolinë ose e tavorizon zhvillimin e saj.

(*Përmblehdhur nga L. GJYLBEGU*)