

INFARKTI I MIOKARDIT NË SPITALIN E TIRANËS GJATË PERIODËS 1957-1961

Prof. F. HOXHA

Katedra e Terapisë Hospedaliere

Infarkti i miokardit për frekuencën e tij gjithënjë në rritje, për gravitetin e tij dhe për vdekjet e shumta e të befasishme që shkakton, ka tërhequr vëmendjen e klinikistëve të vendeve të ndryshme të këtyre dy dekadave të fundit. Më 1954 White e S. Irving shkruanin se në Shtetet e Bashkuara të Amerikës vdisnin rreth 200.000 vetë në vit nga infarkti i miokardit, kurse 600.000 deri 800.000 të tjerë pësojnë infarkt jo vdekjeprurës. Në Francë në 1952 ishin dyfishi i atyre të vitit 1943 (H. Baur). Përsa i përket kësaj sëmundjeje statistikave ndryshojnë nga një vend në tjetrin. Çfaqet në disa vende më shumë dhe në disa të tjera më rrallë. Në Kinë, simbas të dhënave të Çzhan Sio-Çen, të marra nga katedra e kolexhit medical She-Ho, infarkti i miokardit nga 0,2% e gjithë të shtruarve që ishte në periudhën 1927-1941, u rrit në 1,3% në të shtruarit gjatë periudhës 1954-1956. Në Bullgari, simbas komunikimit të V. Lollov në kongresin e 14 të terapeutëve të B.S. më 1956, në klinikat e terapisë së Sofjes, gjatë 11 vjetëve (1945-1955), ndërmyjet 31.744 të sëmurëve të mjekuar ishin diagnostikuar me infarkt të miokardit vetëm 63 vetë (0,2%). Në 10 vjet (1945-1954) në katedrën e anatomisë patologjike të Sofjes ishin bërë 9694 autopsi dhe vetëm 31 raste (0,32%) ishin gjetur me infarkt të ri.

Nga statistikave tona të 5 vjetëve të fundit, 1957-1961, të marra nga klinikat e Terapisë të Spitalit të përgjithshëm të Tiranës, rezultoi se ndërmyjet 13.298 të sëmurëve të ndryshëm të mjekuar, u diagnostikuan me infarkt të miokardit 95 veta (0,71%). Të ndara simbas viteve, janë shtruar:

Në vitin	1957	burra	8	gra	1	gjithsejt	9	
»	»	1958	»	10	»	2	»	12
»	»	1959	»	13	»	1	»	14
»	»	1960	»	19	»	1	»	20
»	»	1961	»	36	»	4	»	40

Siç shikohet, megjithëse më rrallë se në shumë vende të tjera të botës, edhe tek ne infarkti i miokardit ka një tendencë për ngritje nga viti në vit.

Ka disa autorë që mendojnë se mbasi tashti është zgjatur jeta,

e pra jetojnë pleq më shumë në botë, është shtuar si rrjedhim dhe numri i koronaropative. Të tjerë mendojnë se ndryshimi i madh që vihet re ndërmjet statistikave të autorëve të ndryshëm përsa i përket infarktit të miokardit, mvaret dhe nga mos mbajtja mirë e statistikave, nga të metat e organizimit të evidencave të sakta në shërbimin mjekësor. Me gjithë pjesën e drejtë që mund të kenë vërejtjet e këtyre autorëve, nuk ka dyshim se infarkti i miokardit vihet re gjithënjë me një shpeshësi më të madhe kudo në botë, ku më shumë e ku më pak.

Ka rëndësi të madhe konstatimi i shumë studjove se sëmundjet e koronarëve në përgjithësi janë më të rralla në vendet pak të zhvilluara se sa në ato me kulturë dhe industri të përparuar. Në fakt në Mongoli, në vendet e Afrikës, infarkti i miokardit takohet më rrallë. Kështu, p.sh. Van Doren dhe Rogowski në një studim klinik të tyre, gjetën në Kongo se numri i përgjithshëm i kardiopative nga ateroskleroza ishte 4,7-6% i kardiopative në përgjithësi, kundrejt 15,17% në Casablanca dhe 60,3% në Paris. Infarkti i miokardit çfaqet në shumicën e madhe të rasteve në bazën e aterosklerozës së koronarëve, kështu që këto dy probleme janë të lidhura ngushtë me njera tjetrën. Dihet se sa diskordanca ka akoma sot ndërmjet autorëve përsa i përket etiopatogjenezës të aterosklerozës. Por është një fakt i njohur nga të gjithë se kjo nuk është një sëmundje e moshës së kaluar, mbasi gjendet edhe në moshat e vogla. Moore dhe Rinchart (1952) gjetën turbullime sklerotike fillestare në fëmijë, me dukje të shëndoshë qysh në dekadën e parë dhe të dytë të jetës; dhe pothuaj gjithënjë në njerëzit mbi 20 vjeç gjenin dëmtime sklerotike në pjesën proksimale të koronarëve.

Shumë demonstrative ishin studimet e bëra në Kore nga Eros, Holmes e Bayer (1953) në ushtarët amerikanë që vdiqën atje në kohën e luftës. Në 300 të rinj me moshë mesatare 22,1 vjeç autorët gjetën dëmtime sklerotike të koronarëve në 77,3% të tyre. Kjo tregon qartë se ateroskleroza është një sëmundje që çfaqet qysh në moshën e re, por në qoftë se nuk jep shenja të dukëshme të saj qysh në këtë moshë, kjo duhet t'i dedikohet faktit të mundësive kompesatore të sistemit kardiovaskular. Shumë faktorë ndikojnë në zhvillimin më të herëshëm dhe më të vrullshëm të aterosklerozës. Simbas opinionit të shumë autorëve vlera kalorike e dietës (ushqimi me kalori të bollëshme) dhe sidomos përbërja e ushqimit e pasur me acide yndyrore «të ngopura» shton përqindjen e kolesterolit në gjak dhe favorizon zhvillimin e aterosklerozës pra dhe të koronarosklerozës. Kurse acidet yndyrore «të pangopura» e ulin përqindjen e kolesterolemisë. Në vendet ku popullsia merr më tepër se 40% të kalorive nga yndyrnat si: në SHBA, në Angli, Suedi etj. vihet re më shpesh, kurse vihet re më rrallë në vendet me nivel ekonomik më të ulët, si Japonia dhe vendet e Afrikës ku përqindja e kalorive që merret nga yndyrnat është më e ulët (jo më e madhe se 20%) (Baur).

Kohët e fundit iu dha rëndësi e madhe përmbajtjes së lipoproteinave në gjak, sidomos lipoproteinave përsa i përket tendencës për zhvillimin e aterosklerozës. Të tjerë autorë mendojnë se shikaku duhet kërkuar në dëmtimin primitiv të intimit të arterieve dhe kryesisht në ndryshimet e mukopolisaharideve të depozituara në murin e arte-

rieve. Por nuk dua të zgjatem mbi këto teori të shumta. Megjithatë nuk duhet harruar se jeta mesatare, të cilës i nënshtrohen sot shumë njerës, është një faktor favorizues i ateriosklerozës. Regjimi i pasur me kalori dhe pakësimi i konsumit të organizmit shkaktajnë kombustione të pamjaftueshme. Kështu udhëtimet me makinë e me autobuze për komoditet ose për të fituar kohë, dhe mungesa e shëtitjeve shkaktajnë një katabolizëm të pamjaftueshëm dhe pra bëjnë që të akumulohen në organizëm substanca të dëmshme të padjegura mirë, të cilat ndihmojnë në zhvillimin e ateriosklerozës, pra dhe të koronarosklerozës.

Të ndara simbas profesionit të sëmurët tonë kanë qenë: Nëpunës 31 (prej të cilëve 7 pedagogë, 3 mjekë, 3 llogaritarë).

Punëtorë krahu	7	Furxhinj	3
Shofera	4	Portierë	2
Rrobaqepës	3	Roje-nate	2
Kasapë	3	Berberë	2
Guxhënjerë	3	Infermierë	1
Pasticierë	1	Barinj	3
Bujq	8	Shtëpijake	22

(këtu përmbledhen gra shtëpijake, pleq ose pensionistë).

Siç shikohet nga statistika, numrin më të madh të të sëmurëve e zenë nëpunësit, pastaj po të hiqet grupi i shtëpijakeve që përmbledh gra shtëpijake dhe pleq ose pensionistë të cilët kanë ushtruar profesione të ndryshme shumë vjet më parë, vijnë punëtorët e kategorive të ndryshme. Në çfaqjen e infarktit, i cili reflekton një anoksi të pjesëshme të miokardit, rolin kryesor e ka tromboza e koronarëve që zhvillohet kryesisht në teren arteriosklerotik. Megjithatë duhet thënë se, duke u bazuar edhe në të dhënat anatomo-patologjike, tromboza e koronarëve mund të zhvillohet edhe në njerës që kanë ndryshime shumë të lehta sklerotike të koronarëve. Një rol me rëndësi në krizat e stenokardisë dhe në infarktën ka dhe faktori spazmik nga një «stress» emocional (Russek H.I.). Ndothë disa herë që një njeri, nën influencën e një emocioni psikik, shkon tek mjeku për ndonji dhimbje në regjionin prekordial. Mjeku duke vënë re gjendjen psikike të shqetësuar të pacientit, dhe duke mos gjetur shënja klinike të sklerozës, mund të vërë diagnozën e shpejtuar të një neurosis cordis, kurse i sëmuri mund të vdesë mbas disa orëve ose ditëve nga infarkti i miokardit. Edhe pirja e duhanit në sasi të tepëruar shkakton spazmin e koronarëve, pra favorizon çfaqjen e infarktit. Nuk është e mundur, në shumicën e rasteve, të parashikohet çfaqja e infarktit të miokardit, mbasi me mjetet që disponon sot mjekësia, është vështirë të diagnostikohet skleroza e koronarëve. Veç asaj infarkti nuk është gjithënjë në relacion me gradën e sklerozës, dhe ajo që determinon infarktën, në shumë raste, është siç thamë spazmi i zgjatur i koronarëve.

Në të sëmurët tonë, në 13 vetë infarkti u çfaq natën gjatë gjumit, në 20 prej tyre u çfaq ditën, duke shkuar në punë ose gjatë punës, në të tjerët nuk mund të përcaktohet koha kur e kanë pësuar infarktën. Në 12 prej tyre infarkti u çfaq gjatë punës fizike të rëndë. Në 6 vetë u çfaq mbas një traume psikike të rëndë në rrethana të papërcaktuara. Nuk mund të përjashtohet që një pjesë e këtyre të ketë pasur një «stress» emotiv determinues të spazmit të koronarëve, mbasi të tilla mbe-

ten shpesh herë të pazbuluara edhe nga familiarët më të afërmë, emocio-
net jo shumë të mëdha, ato të përditëshmet asnjëri nuk mund t'ia dijë
njeriut.

Të ndarë simbas moshës të sëmurët tanë me infarkt miokardi kanë
qënë:

20-29 vjeç	2 vetë	(2,2%)	} 23,1%
30-39 »	7 »	(7,37%)	
40-49 »	13 »	(13,68%)	
50-59 »	42 »	(44,2%)	
60-69 »	27 »	(28,4%)	
70-79 »	4 »	(4,2%)	

Siç shikohet nga statistika jonë, shumica e të sëmurëve (44,2%) i
përket moshës 50 dhe 59 vjeç. Tek ne 57,89% e infarkteve kanë ndodhur
në moshën 40 deri 59 vjeç. Pothuajse një e treta e rasteve kanë qenë
mbi 60 vjeç. 23,1% kanë ndodhur në moshën ndënjë 50 vjeç. Përqindjet
tona, përsa i përket shpeshësisë simbas moshës i afrohen shumë të dhë-
nave të autorëve të huaj. Mattioli (1955) e gjen infarktlin më të shpeshtë
në moshën 50 deri 60 vjeç. Lukomski dhe Tareev e gjejnë më të shpeshtë
në moshën 50 e 59 vjeç (41,2%), kundrejt 20,7% në moshën 40 e 49
vjeç dhe 25,2% në moshën 60 e 69 vjeç. Gjithashtu J.F. Dulac etj. më
tepër se 65% të rasteve të infarktit të miokardit i takojnë ndërmjet 40
dhe 60 vjetëve. Kurse simbas Lunseth e Rumvald (1956) preken më
shpesh nga infarkti moshat ndërmjet 70 dhe 79 vjeç. Simbas G. Dagnini
400 raste me infarkt të observuar prej 1946-1953, 80 (20%) i ka takuar në
moshën ndërmjet 50 e 54 vjeç. 35% të rasteve ky autor i ka gjetur në
moshat ndën 50 vjeç. Kurse simbas Bland dhe White të sëmurët me
infarkt ndën 50 vjeç përbënin 21,5% të numrit të tyre. Simbas V.N.
Vinogradov, morboziteti nga infarkti takohet më i shpeshtë ndërmjet
51 dhe 55 vjeç në burrat, kurse në gratë në moshat 61 dhe 65 vjeç.
Në statistikat tona vihet re se 9 vetë (9,47%) kanë pasur moshën ndën
40 vjeç.

Pra mendimi që kanë disa mjekë, se infarkti i miokardit është
një eksepsion i rrallë në të rinjtë, është një gabim që i shpie shumë
herë në diagnozë të gabuar duke i sjellë një dëm katastrofal të sëmurit.
Infarkti i miokardit është gjetur në të rinjtë ndërmjet 4-10% nga au-
torët e ndryshëm. M.A. Gureviç e ka gjetur 6,7% të rasteve të tij. G.
Dagnini 6,25% të rasteve i ka takuar ndën 40 vjeç P.F. White ka për-
shkruar këto vitet e fundit 97 raste të infarktit të miokardit në të rinj
ndën 40 vjeç prej të cilëve 8 ishin ndërmjet 20 dhe 29 vjeç. J.G. Ber-
nard, etj. kanë studiuar 20 raste infarkti në të rinj ndërmjet 22 dhe 40
vjeç. Dufek përmbledhi dhe përshkroi material klinik, dhe pjesërisht të
dhëna të disseksionit të 70 të sëmurëve me infarkt miokardi në të rinj
nga mosha jo më tepër se 35 vjeç, e ndërmjet tyre dhe 6 fëmijë të vegjël.
Simbas të dhënave të tij shkakut i infarktit të miokardit në këtë grup
moshe ishte, qoftë procesi inflamator i koronareve, ose embolia, trau-
ma e toraksit, anomali kongjenitale e koronareve ose ndryshime
funktionale e sklerotike të këtyre artereve. Nga të sëmurët tanë një i
ri 28 vjeç, i cili bëri një infarkt të miokardit vuante nga endarteritis
obliterans dhe para 2 vjetësh i ishte nënështruar simpatektomisë para-
vertebrale. Simbas mendimit të shumë autorëve, duhet të shikohet një
lidhje patogjenetike ndërmjet endarteritis dhe infarktit të miokardit.

Prej të sëmurëve tanë njëri prej tyre 36 vjeç, i cili vuan nga një endokardit melitokocik bëri një infarkt mortal. Këto raste të infarkteve embolike mbas endokarditeve septike nuk janë të rralla dhe gjenden shpesh të përshkruara në literaturën mjekësore. Një tjetër i sëmurë pësoi një infarkt mbas një traumës të fortë në krahor. Dihet se traumat e forta të toraksit mund të shkaktojnë jo vetëm dëmtime perikardike dhe të miokardit, por mund të shkaktojnë edhe çfaqjen e stenokardisë klasike me përfundim në një infarkt ose jo. Ngandongjherë dëmtimet e koronarëve nga trauma e kraharorit mund të mbeten latente dhe kriza e stenokardisë deri në infarkt të manifestohet mbas disa ditë ose disa javë nën influencën e ndonjë mundimi fizik. Kjo mënyrë e çfaqjes së infarktut mbas një farë periudhe nga trauma është quajtur nga disa autorë «sindroma aponte» (sindroma me urë). (Chini, Izar).

Pra në shkaqet e infarktut, sidomos në të rinjtë, me gjithë se nuk duhet përfshirur edhe ateroskleroza, duhet patur parasysh dhe faktorë të tjerë. Ndërmjet të sëmurëve tanë me infarkt 27 (23,42%) prej tyre vuanin nga hipertensioni; 63 kishin patur tension normal, 5 kishin hipotoni. Admetohet se hipertensioni përbën një faktor favorizues në çfaqjen e infarktut të miokardit. Përoindja që gjejmë në hipertensionin ndërmjet të sëmurëve me infarkt të miokardit, është pak më e ulët nga ato që japin autorët e huaj, të cilët e gjejnë ndërmjet 40-45% të rasteve. Raewskaja në 304 burra me infarkt të miokardit gjeti se 104 (34,5%) e tyre vuanin nga hipertensioni. Lukomski dhe Tareev, e gjejnë hipertensionin me 41,7% të sëmurëve me infarkt. Përsa i përket diabetit në e kemi gjetur vetëm në një pacient.

Ka shumë autorë që flasin edhe për influencën e hereditetit në shkakun e infarktut të miokardit, qoftë për shkak të turbullimeve metabolike hereditare, qoftë për influencën e faktorëve hormonalë. Përsa i përket të sëmurëve tanë, në nuk kemi të dhëna të sakta në këtë drejtim. Ndërmjet të sëmurëve tonë 9 veta kanë pësuar infarktun e miokardit në muajin Janar.

6 veta në shkurt, 3 në mars, 3 në prill, 3 në maj, 4 në qershor; 2 në korrik, 3 në gusht, 7 në shtator, 7 në tetor, 5 në nëndor dhe 8 veta në dhjetor.

Për të tjerët nuk mund të përcaktohet me saktësi. Sidoqoftë, duke konsideruar rastet ku mund të përcaktohet çfaqja e infarktut, vihet re se në shumicën e rasteve është manifestuar ndërmjet muajve shtator dhe shkurt. Kështu ndërmjet 59 rasteve, 42 ose 71,3% e tyre kanë pësuar infarktun në muajt e vjeshtës dhe të dimrit. Përveç faktorëve të tjerë, duke menduar për çfaqjen e infarktut më tepër gjatë këtyre muajve dhe për influencën e faktorëve meteorologjikë, mbasi ndryshimet e shpeshta të konditave atmosferike ndikojnë në sistemin n. vegjetativ, si një «stress», sidomos në njerës të predispozuar, në vagotonikët (Croce, Cornello, Baratz etj). Nga të sëmurët tanë shumë kishin patur akese të stenokardisë para se të pësonin infarktun, 3 vuanin nga krizat e stenokardisë prej një jave.

2 veta vuanin prej 10 ditësh, 2 prej dy javësh, 1 prej tri javësh, 2 prej gjashtë javësh, 3 prej tre muajsh, 2 prej pesë muajsh, 3 prej gjashtë muaj, 4 prej një viti, 5 prej dy vjetësh, 1 prej dy vjet e gjysëm,

6 prej tre vjetësh, 2 prej pesë vjetësh, 2 prej shtatë vjetësh, 3 prej tetë vjetësh, 1 prej nëntë vjetësh, 1 vuante prej dhjetë vjetësh.

Në të 20 të tjerë u çfaq infarkti i miokardit qysh në aksesin e parë ose patën shenjat klinike të infarktit të miokardit pa dhimbje. Për 32 të tjerë nuk kemi të dhëna të sakta nëqoftëse kur pësuan infarktin e miokardit e kishin patur aksesin e parë të stenokardisë ose vuanin edhe më parë nga aksese të tilla. Simbas të dhënave të autorëve të huaj ndërmjet atyre që pësojnë infarkt të miokardit, 80-85% vuanin nga aksesse stenokardie prej disa muajsh ose prej disa vjetësh. Simbas Nezlin vetëm në 40% të rasteve kanë vuajtur nga stenokardia. Simbas Lukomskit kjo shifër arrin në 83%. Tek ne ndërmjet 95 të sëmurëve të shtruar me infarkt kanë qënë burra 86, gra 9. Zakonisht burrat janë të predispozuar për infarkt të miokardit më shumë se gratë dhe sëmundja çfaqet në 'ta në moshë më të re se sa tek gratë; ndoshta kjo vjen për shkak se ata janë të ekspozuar në punë më të rënda dhe me përgjegjësi më të mëdha se gratë (Levin). Nuk mund të përjashtohen dhe faktorë hormonale në ndryshimin e frekuencës së infarktit ndërmjet njerit seks dhe tjetrit (Lukomski). Simbas të dhënave tona, raporti ndërmjet burrave dhe grave qëndron 86 me 9, domethënë 9,55:1. Me sa duket infarkti i miokardit në gratë është shumë më i rrallë tek ne se në vendet e tjera. Në fakt simbas të dhënave të B. Domínci ky raport është 4,8:1. G.A. Raevskaja e gjen raportin ndërmjet burrave dhe grave 3,5:1. Lukomski dhe Tareev e gjejnë simbas statistikave të tyre 2,2:1. P. Dagnini e gjen në raport 6,5:1. Bland e White gjejnë 85% burra 15% gra, domethënë 5,6:1.

Ndërmjet 95 të sëmurëve tanë gjatë çfaqjes së infarktit patën dhimbje të forta stenokardike 55 veta. Dhimbje të durueshme prekordiale 7 vetë; dhimbje të forta në hypokondrin e djathtë dy vetë, dhimbje të forta në epigaster katër veta; 15 prej tyre nuk patën asnjë dhimbje gjatë çfaqjes së infarktit. Në katër vetë infarkti u çfaq në formën e një aksesi asmatik. Një pacient ndjeu gjatë çfaqjes së infarktit një farë nxehtësie në epigastër që iu ngjiti pastaj në krahëror; në një pacient aksesi i stenokardisë u çfaq me kriza epileptike. Për pesë veta nuk kemi patur të dhëna. Mungesa e dhimbjeve gjatë infarktit të miokardit (infarkt anagelsik) është një fakt i njohur; flasin për të statistikave të gjithë autorëve. Shumica e autorëve të huaj infarktin pa dhimbje e takojnë nën 10% të rasteve, por ka disa prej tyre që e gjejnë në përqindje shumë më të madhe. Kështu të dhënat e literaturës së huaj ndryshojnë shumë nga një autor në tjetrin. Snow etj. (1956) e kanë gjetur në 45% të rasteve. G. Azzolini etj. në 13% të rasteve. J.F. Dulac etj (1961) infarktin pa dhimbje e kanë takuar në 9% të rasteve. Natyrisht në infarktin që paraqitet pa dhimbje ose me dhimbje shumë të lehta diagnoza është më e vështirë; shumë prej këtyre të sëmurëve mbeten të pa diagnostikuar në jetë dhe kuptohet se ndërmjet tyre përqindja e letalitetit është shumë e madhe.

Ndërmjet të sëmurëve tanë 47 veta patën temperaturë, prej të cilëve vetëm dy patën temperaturë të naltë dhe 45 temperaturë subfebrile. Në 3 veta nuk u vu re ngritja e temperaturës as një ditë. Për të tjerët nuk mund të themi në qoftë se patën ose jo temperaturë, mbasi u shtruan në spital mbas një jave që kishin pësuar

infarktën dhe pacientët nuk dinin ta precizonin. Në dy raste temperatura hypi që ditën e parë, një ditën e tetë, në një ditën e nëntë mbas infarktës. Të gjithë të tjerët patën hypjen e temperatururës ndërmjet ditës së dytë dhe të pestë. Dihet se temperatura, megjithëse jo e domosdoshme, është një nga simptomat më të shpeshta të infarktës. Kur hypën shpejt mbas krizës, ose ditën e parë, ajo duhet shpjeguar si një reaksion neuro-reflektor dhe jo si shkak i absorbimit të nekrözës së miokardit. Në dy të sëmurë hypi përsëri në njërin në të 16 ditë dhe në tjetrin në të 19 ditë, si rezultat i një komplikacioni pulmonar tek i pari, dhe në një përsëritjes së infarktës te tjetri. Në të gjithë të sëmurët e tjerë temperatura nuk vazhdoi më tepër se 5-6 ditë. Duhet patur gjithënjë parasysh fakti që nëqoftëse temperatura vazhdon më gjatë ose përsëritet, duhet dyshuar për ndonjë komplikacion ose ndonjë infarkt të përsëritur. Leukocitoza dhe eritrosedimentacioni kanë rëndësi të madhe diagnostike në infarktën e miokardit. Bile disa autorë (Tareev e Lukomski) leukocitozës i japin një rëndësi prognostike në këtë rast. Simbas tyre të sëmurët që paraqasin leukocitozë mbi 15.000 kanë letalitet më të madh. Ndërmjet të sëmurëve tonë 48 kanë paraqitur leukocitozë, 4 prej tyre nuk kanë patur leukocitozë, megjithëse këta u shtruan në spital qysh javën e parë. Për të tjerët nuk dihet, mbasi janë shtruar në spital mbas ditës së dhjetë, dhe dihet se leukocitoza është një fenomen që ndodh shpejt, ditët e para mbas infarktës dhe zakonisht nuk vazhdon gjatë. Përsa i përket eritrosedimentacionit u gjet i shtuar në 72 vetë normal në 4 vetë. Për të tjerët nuk mund të shprehemi për arësyet që thamë, mbasi të sëmurët disa herë shtroheshin me vonesë, qoftë se mjekoheshin më parë në shtëpi, qoftëse kishin kaluar disa javë në spitalet e qyteteve të tjera. Megjithëse edhe eritrosedimentacioni i shtuar është një nga simptomat më të shpeshta të infarktës të miokardit, ai mund të mbetet edhe në shifra normale. Lukomski dhe Tareev e kanë gjetur normal në 10,6% të rasteve të tyre.

Nga të sëmurët e observuar 23 u shtruan brenda ditës së parë të çfaqjes së infarktës.

10 veta u shtruan ditën e dytë të çfaqjes së infarktës,					
7	»	»	»	3	»
4	»	»	»	4	»
4	»	»	»	7	»
5	»	»	»	10	»
2	»	»	»	12	»
6	»	»	»	17	»
4	»	»	»	21	»
3	»	»	mbas një muaji	»	»
1	»	»	» 6 javësh	»	»
4	»	»	» dy muajsh	»	»
4	»	»	» 3 muajve	»	»
1	»	»	» 4 muajve	»	»

Në 14 të tjerë nuk mund të precizohet data e çfaqjes së infarktës, 13 të sëmurë u shtruan në gjendje kolapsi, 2 vetë u shtruan në gjendje komatoze, prej të cilëve njeri me kriza epileptike. Gjendja e kolapsit paraqit stadin më të rëndë, shkakun kryesor të vdekjeve gjatë krizës së

infarktiti. Simbas të dhënave të V.N. Vinogradov etj. prej atyre që bien në kolaps vdesin 80%. Ndërmjet të sëmurëve që u shtruan tek ne në gjendje kolapsi 7 u nxuarën nga gjendja, d.m.th. përqindja e vdekjeve në të sëmurët me gjendje kolapsi është 46,1%. Ndërmjet të sëmurëve është vënë re se 41 vetë mbas çfaqjes së infarktiti ka pasur rënie të tensionit, në 16 vetë nuk ka patur rënie. Në të tjerët nuk dihet mbasi janë shtruar me vonesë në spital. Rënia e tensionit mbas çfaqjes së infarktiti është pothuaj një shenjë e zakonëshme. Kjo rënie e tensionit nuk ngjet me një herë sa çfaqet infarkti, por mbas disa orëve ose disa ditëve. Bile ndodh shumë herë që gjatë krizës, dhe nga një herë menjëherë mbas çfaqjes së infarktiti, të vihet re një hypje tensioni. Këtë fenomen ne nuk e kemi vënë re mbasi rrallë herë të sëmurët janë shtruar në klinikë shpejt, fill mbas çfaqjes të dhimbjes. Por e kanë përshkuar autorët që kanë patur rastin të observojnë si shumë të sëmurë shpejt mbas çfaqjes së infarktiti. (P. Broustet, H. Bricaud, Lenegre). Kjo hipertoni e përkohëshme është e herëshme, ngjet gjatë kohës së krizës ose minutat e orët e para mbas krizës së trombozës së koronareve. Zakonisht zgjat 1-2 deri 24 orë, rrallë më tepër.

Nga të sëmurët e shtruar 12 vetë u paraqitën me insuficiencë kardiovaskulare akute, prej të cilëve 8 paraqitin shenjat e insuficiencës kardiovaskulare qysh ditën e parë të shtrimit. Një u shtrua me insuficiencë kardiovaskulare akute post infarkt miokardi të pësuar 12 ditë më parë. Një me insuficiencë kardiovaskulare nga infarkti i pësuar dy javë më parë. Dy mbas infarktiti të miokardit çfaqur një muaj më parë.

Katër nga të sëmurët, të cilët u shtruan në spital qysh javën e parë të çfaqjes së infarktiti, pësuan insuficiencë kardiovaskulare akute gjatë kohës që mjekoheshin në spital dhe kur ishin akoma në regjim shtrati. Njëri në fillim të javës së dytë, dy në fund të javës së dytë dhe tjetri në javën e tretë. Ndërmjet të sëmurëve 14 prej tyre u shtruan me insuficiencë kardiovaskulare kronike, me diagnozë në hyrje të insuficiencës kardiovaskulare gr. II. Të gjithë këta paraqisnin insuficiencë kardiovaskulare të gradës së dytë A + B ose B post infarkt miokardi të kaluar shumë kohë më parë. Këta pacientë, në përgjithësi të kaluar nga moshja, aterosklerotikë, pa vese valvulare, pësojnë një insuficiencë kardiovaskulare të menjëherëshme, si të thuash pa shkak, shumë herë pa akuzuar asnjë dhimbje, ku shumë herë e vetmja shenjë e infarktiti është insuficienca kardiovaskulare. Duhet thënë se në këtë rast, insuficienca kardiovaskulare është progresive dhe nuk i përgjigjet asnjë terapisë kardiovaskulare. Këto janë raste ku mieku mund të gabojë shpesh herë diagnozën. Ndërmjet të sëmurëve u vu re aritmi në 33 raste (ekstrasistol në 19 veta, aritmi përpetua në 9 veta, në 5 vetë bllok i degëve). Në 7 vetë u gjet bradikardi. Në 34 vetë takikardi. Ndërmjet të sëmurëve gjatë çfaqjes së infarktiti 23 vetë kanë patur marrje mëntsh. Gjatë infarktiti të miokardit vihen re shumë herë fenomene neurologjike të tilla, të shoqëruara disa herë edhe me të vjella. Këto fenomene vinë si shkak i turbullimeve hemodinamike që ngjasin gjatë infarktiti e që influencojnë në qarkullimin e sistemit n. central, e sidomos për shkak të spazmit të arterieve cerebrale që shoqëron shpesh herë spazmin e koronareve (Chini).

Një rast në gjendjen komatoze me akcese epileptike të çfaqur befas në një nëpunës 44 vjeçar, të shtruar në vitin 1958, ne e kemi përshkruar në një artikull në «Shëndetësija Popullore» si formë atipike e infarktit.

Në të gjithë të sëmurët ekzaminimi i elektrokardiografisë dha ndryshime tipike të infarktit të miokardit përveç një rasti. Pacienti i fundit, një burrë 54 vjeçar, me gjithë se paraqiste kuadrin klinik tipik të një infarkti të miokardit të rëndë, me adinami të theksuar, me ftohje të anësive, me djersë të ftohta, i cili pati pastaj edhe temperaturë dhe eritrosedimentacion të shtuar, nuk paraqiti ndryshime nga norma në ekzaminimin e Ekg. Ra në gjendje kolapsi në ditët e para të shtrimit në spital, tensioni i ra aq sa nuk mund t'i matesh, dhe megjithatë, edhe mbas 7 javësh nga çfaqja e infarktit elektrokardiogrami nuk jepte shenja karakteristike të infarktit të miokardit.

Pra, me gjithë rëndësinë e madhe që kanë të dhënat e elektrokardiografisë në diagnozën e infarktit të miokardit, fjalën e fundit e ka gjithënjë klinika.

Ndër 95 vetë me infarkt të shtruar në klinikat tona ka pasur 18 vdekje (18,94%). Të vdekurit kanë qënë 17 burra dhe 1 grua. Vdekjet simbas moshës kanë qënë:

30—39 vjeç	: 1	domethënë	në	7 : 1	baras	14,28 ⁰ / ₀
40—49 »	: 1	»	»	13 : 1	»	7,7 ⁰ / ₀
50—59 »	: 9	»	»	42 : 9	»	21,43 ⁰ / ₀
60—69 »	: 6	»	»	27 : 6	»	22,22 ⁰ / ₀
70—79 »	: 1	»	»	4 : 1	»	25 ⁰ / ₀

Si shikohet përqindja e letalitetit më të madh ndodh në moshat mbi 50 vjeç. Të dhënat mbi letalitetin nga kjo sëmundje ndryshojnë nga një autor në tjetrin, edhe në të njëjtin autor nga njeri vit në tjetrin.

Simbas të dhënave të Lukomski dhe Tareev (1956) të nxjerrë nga Instituti i dytë i Moskës, letaliteti ishte në vitin 1953 18,6% — në vitin 1954 — 17,2%. Në vitin 1955 12,5%. Në gjysmën e parë të vitit 1956 16,1%. A.P. Berinskaja etj. nga viti 1947 deri 1952 e gjetën 25%. Simbas O.I. Gillazova C.V. Shestakov letaliteti nga infarkti i miokardit është nga 8,7% deri në 10%. Simbas C.A. Raevskaja etj. nga 24.6 deri 21,4%: në 112 të sëmurë, J.P. Dulac etj. (1961) e gjejnë 26,9%. Përqindja që japin autorët e ndryshëm mvarret natyrisht nga numuri i të sëmurëve të observuar, format e infarktit që kanë mikuar, nga mosha e të sëmurit etj.

Tek ne, si shikohet, numri më i madh absolut i vdekjeve nga infarkti i miokardit, ngjet ndërmjet 50 deri 59 vjeç. Kurse simbas numurit të të sëmurëve, përqindja më e madhe e vdekjeve është në moshat më të mëdha: në ata ndërmjet 60 vjeç e lart.

Nga të vdekurit: 5, (27,7%) kanë vdekur brenda 24 orëve të para mbas çfaqjes së infarktit të miokardit.

2 vdiqën ditën e 2 mbas çfaqjes së infarktit, 1 vdiq ditën e 3-të 1 ditën e 5-të, 1 ditën e 12-të, 1 ditën e 15-të, 1 ditën e 29-të, 1 ditën e 2-të 1 ditën e 5-të mbas çfaqjes së infarktit.

Katër nga të vdekurit me insuficiencë kardiovaskulare nuk dihet kur e kishin bërë infarkt, 61,1% e vdekjeve ndodhën javën e parë. S'ka dyshim se vdekjet më të shumta nga infarkti i miokardit ndodhin ditën e parë, dhe mbas një jave mortaliteti ulet. Por megjithatë, kur të sëmurët shpëtojnë nga vdekja ditët e para nuk duhet menduar se janë jashtë rrezikut, mbasi rreziku i vdekjes mbetet gjatë gjithë kohës së fazës akute të sëmundjes, e cila zgjat 6-8 javë. Por mund të thuhet se mbasi kalon java e 3-të, në përgjithësi prognoza e të sëmurit bëhet me e mirë (M.A. Clerc P. Dechampc etj.). Simbas Evans 42,4% të sëmurëve vdesin në dy vjetët e para mbas infarkt; 27,5% nga perioda prej 2-4 vjet mbas infarkt; 17,9% midis periodës 4 dhe 5 vjet mbas infarkt, 3,4% në periodën 8 deri 10 vjet mbasi kanë pësuar infarkt.

Tek ne, 6 të sëmurë vdiqën nga kolapsi, 1 nga infarkti embolik, 4 nga insuficiencia kardiovaskulare akute, 6 nga insuficiencia kardiovaskulare kronike, një nga çarja e zembrës.

Përsa i përket të sëmurit, i cili vdiq nga çarje e zembrës meriton të ndalemi pak, jo se ky është një eveniment i rrallë: Vdekjet nga çarja e zembrës mbas infarkt zenë një përqindje që arrin 10-14% të rasteve, por zakonisht raturat e zembrës nuk ngjasin në ditën e parë të çfaqjes së infarkt, ato ndodhin mbas ditës së dytë e tutje (me një fjalë pasi të jenë zhvilluar ndryshimet nekrotike të miokardit) për shkak të shtimit të menjëherëshëm të presionit në ventrikulin e majtë (L. Croce, etj.), nga sforcime të tepëruara për gjendjen funksionale të miokardit të dëmtuar ose nga eksitacione të tepëruara të sistemit n. central ose nga kriza hipertontike, të cilat shpjen në shtimin e menjëherëshëm të tensionit endoventrikular. Pacienti i ynë, i cili vuante nga hipertonia, pësoi raturën e zembrës 13 orë pas çfaqjes së infarkt; ndoshia influencuan edhe lëvizjet e tij të tepëruara kundra këshillës së mjekut. Duke konsideruar rëndësinë e kësaj sëmundje, lind nevoja e një kujdesi dhe mjekimi të përshatëshëm në të sëmurët me infarkt miokardi. Është vërtetuar nga shumë autorë sidomos sovjetikë, rëndësia e shtrimit në spítale për të ulur përqindien e vdekjeve nga kjo sëmundje. Principi kryesor në mjekimin e infarkt të miokardit është oetësia dhe lëvizjet e kufizuara, metodike, në kontrollin mjekësor mbas 10-12 ditëve. Ky shërbim nuk mund të kryhet në shtëpi. Nuk mund ta kuptojnë të sëmurët as familjarët, rëndësinë që ka në këtë rast regjimi. Porsa pacientët të ndejnë veten më mirë nga ana subjektive, sapo t'u pushojnë dhimbjet, është vështirë, sado të jenë të ngritur nga ana kulture, të mos ngrihen nga shtrati e të bredhin nëpër shtëpi ditët e para, pa ditur rrezikun e madh që u kanoset nga këto lëvizje të pamatura. Veç asaj, nuk mund të ndiqet evolucioni i sëmundjes në shtëpi dhe dihet se zhvillimi i saj është shumë herë ciklik. Mund të përsëriten krizat angjinoze, mund të çfaqet gjendja kolaptoide e mëvonëshme, për të cilën mund të nevojitet ndihmë shumë e shpejtë e mjekut, prandaj mbasi të nxirren nga gjendja shokale, të sëmurët duhet të transportohen në spítale ku duhet të mbahen në të gjithë fazën akute të sëmundjes, e cila zgjat nga 6-8 javë. Natyrisht transporti në spítale duhet të bëhet me gjithë kujdeset që nevojiten në këto raste. Gjatë krizës së dhimbjes të sëmurit duhet t'i aplikohet menjëherë mor-

rina dhe atropina. Rëndësi ka në mjekimin e të sëmurëve me infarkt të miokardit nxjerrja nga gjendja e shokut, i cili përbën rrezikun kryesor dhe imediat të të sëmurit. Ashtu si në shumë klinika të botës ne kemi përdorur në këtë rast me efekt të mirë noradrenalinën me perfuzion. Noradrenalina, ndryshe nga adrenalina, nuk e shton takikardinë. Ajo shton rezistencën periferike, ngre prap tensionin e gjakut në mënyrë graduale, duke përmirësuar njëkohësisht qarkullimin e gjakut në zemër dhe tru. (O. Garral, etj.). Noradrenalina duhet aplikuar jo vetëm në rastet e gjendjes shokale, por edhe në rastet e të sëmurëve me infarkt miokardi, ku në shumicën e madhe të rasteve, vihet re një ulje progresive e tensionit në 90-80; rënie e cila mund të zgjati ose mund të vazhdojë të ulet duke rrezikuar jetën e të sëmurit. Noradrenalina duhet të bëhet nën kontrollin e vazhdueshëm të presionit dhe të ndërpritet kur ky arrin shifrat maksimale 110-120 mm Hg. Veprimi i noradrenalinës nuk duhet të ndërpritet menjëherë por në mënyrë graduale duke ulur progresivisht dozën. Janë të dobishme në rastin e infarkt të miokardit tonikët vaskularë, të cilët ndihmojnë në ngritjen e tonusit vaskular.

Duke u nisur nga mendimi se në rastin e infarkt të miokardit faktori fiziopatologjik është anoksia e miokardit, përdorimi i oksigjenoterapisë ka gjetur aplikim këto vjetët e fundit në shumë klinika. Në klinikat tona oksigjenoterapia këto vitet e fundit është aplikuar në të gjitha rastet e rënda të infarkt të miokardit me rezultate të mira.

Në 2-3 ditët e para ne kemi aplikuar dhe terapinë me heparinë, jo vetëm si anticoagulant, por edhe për efektin e saj të mirë si antispastike. Rrallë kemi vazhduar pastaj me antikoagulant nga goja mbasi kemi pasur disa diateza të rënda në dy raste dhe mortale, ndoshta edhe për shkak të moshës në përgjithësi të kaluar të pacientëve tanë.

Të sëmurët ditët e para në mënyrë profilaktike, sidomos për të evituar një infeksion sekondar të zonës së nekrozës iu kemi aplikuar për disa ditë terapi me penicilinë. Terapia me streptomycinë nuk na është dukur e këshilluar, mbasi në disa raste nën influencën e saj ne kemi observuar të çfaqen fenomene të koronarospazmës.

Konkluzion

Ashtu si në gjithë botën edhe tek ne infarkti i miokardit vihet re më i shpeshtë këto vjetët e fundit, me gjithë se në një përqindje relativisht më të ulët nga shumë vende të tjera të Europës dhe Amerikës. Nga statistikat tona të viteve 1957-1961 të nxjerra nga klinikat e terapisë së Spitalit të Përgjithshëm të Tiranës, rezulton se ndërmmjet 13.298 të sëmurëve të ndryshëm të mjekuar u diagnostikuan me infarkt të miokardit 95 vetë (0,7%). Çdo vit numri i tyre ka vajtur duke u shtuar. Përqindja e vdekjeve ka qënë 18,94%. Ndërmjet atyre që kanë pësuar infarkt të miokardit 9,47% kanë qënë ndën 40 vjeç, 23,10% kanë pasur moshën ndën 50 vjeç, shumica më e madhe e tyre (44,2%) kanë qënë ndërmjet 50 dhe 59 vjeç. Ndërmjet të sëmurëve 86 ishin burra dhe 9 gra, d.m.th.

raporti ndërmjet burrave dhe grave qëndron 9,55/1. Në kemi gjetur hipertensionin në 28,42⁰/₀, 15,79⁰/₀ pësuan infarkt analgjek, 13 të sëmurë u shtruan në gjendje kolapsi prej të cilëve 5 vdiqën (46,1⁰/₀) — 12 nga pacientët u shtruan me insuficiencë kardiovaskulare akute. 71,3⁰/₀ kanë pësuar infarkt në muajt e vjeshtës dhe të dimrit. — Ditët e para mbas infarktit në kemi aplikuar tek pacientët, si masë profilaktike edhe penicilinën, por jo streptomycinën nga e cila në disa raste kemi vënë re të çfaqen fenomene të koronarospazmës.

(Paraqitur në redaksi më 5-1-63)

BIBLIOGRAFIA

- AZZOLINI G. — BARBONI F. — Infarto del miocardio M. Medica, 14. 17 Feb. 1959.
- BARATZ S. S. etj. — Ovljanii meteorologičeskii faktorov na ticienie gipernieskov bolezni i koronarnoi niedostategni. Ter. Arh. 29, 5, 94, 1957.
- BAUMGASTERN J. Cituar nga Berinskaja, A. N.
- BERINSKAJA A. N. etj. — Is-hodni i prognos infarkta miocarda, Medgiz, Moskva, 1958.
- BERNARD J. G. etj. — Infaret du miovard du jeune adulte. Mal. du coeur et des vaisscaux, 54, 1961.
- BLAND ET WITE — Cituar nga Dragnini G.
- BOUR H. — Peut on prevenir l'atherosclerose. Sem. Medica, 13, 29 Feb. 1960.
- BROUSTET P. — BRICAUD H. etj. — Les pousées hypertensives au cours de l'infarctus du myocarde — Leur physiopathologie. Sem. Hopit. 82, 2n Nov. 1961.
- CHINI V. — Sindrome asociata coronarica e cerebrale, e sindrome asociata cerebrale e coronarica. (Conferenza svolta alla Semaine cardiologique Internationale de la Pitié) a Parigi 13 Maggio 1955.
- CLERC M. A. — Cituar nga Berinskaja A. N.
- CROCE L. — I meccanismi fisiopatologici della morte improvvisa e inattesa da Cardiopatia M. Medica 1, 2, 1961.
- ÇZHAN ÇIAO-ÇEN — Rasprostaničnost i asobienosti kliniki aterosklerotičeskovo kardioskleroza i infarkta miokarda u severnim Kitae (Trudi XIV Fsesojuznovo Siesda Terapejtoi). Medgiz 1958, (f. 374-377).
- DAGNINI G. — Formes atypiques de l'infarctus du Myocarde. L'année cardiologique internationale Tome IV, Expansion Scientifique Française 1955 (f. 253-264).
- DECHAMPS P. N. — Cituar nga Berinskaja A. N.
- DIBNER R. D. — K diagnostike infarkta miokarda Sov. Med. 3, 1960.
- DOMINICI G. — Sindrome coronarica nei giovani. M. Medica, 38, 12 magg. 1958.
- DUFEK B. — Infarkti miokarda u llic v vozraste do 35 let. (Trudi XIV Fsesojuznovo Siesda Terapejtoi). Medgiz, 1958, (f. 623-625).
- DULAC F. J. etj. — Etude statistique portant sur 125 infarctus du myocarde. Sem. Med. 99, 20, Déi. 1961.
- ENOS, HOLNES, BEYER — Cituar nga Dominici G.
- EVANS — Cituar nga Berinskaja, A. N.
- GLLAZOVA O. I. — Cituar nga Berinskaja A. N.
- GUREVIÇ M. A. — Infarkt miocarda v malladom vozraste. Niekatori Voprosi etiologi, patogeneza i kliničeskovo terapia. Terap. Arh. 10, 1960, (f. 46-55).
- IZAR G. — Coronaropatie e infareti del miocardio a patogenesi professionale o paraprofessionale.
- LENEGRE J. — L'infarctus du myocarde. Revue du Praticien 8, 1958.
- LEVIN A. S. — Cardiologia Clinica (Trad. italiana da G. Gamma). (Tipografia Torinese 1957).

LLOLLOV E. — Niekatori danni ob infarkta miokarda. Trudi XIV. Fsesojuznovo Siesda Terapeftoi. Medgiz 1958; (321-323).

LUKOMSKI P.E. — i TAREEV E. M. — Prois-hozhdenie i Ticienie infarkta miokarda. Trudi XIV Fsesojuznovo Siesda. Terapeftoi, Medgiz 1958, (267-296).

LUNSETT E RUMVALD — Cituar nga Azzofini G.

MATTIOLI — Cituar nga Dagnini G.

MOORE — E. RINCHARD — Cituar nga Dominici G.

ROELLA C. etj. — Vicende meteorologiche e vasculopatie. M. Medica 96, 1 Dic. 1961.

RUSSEK H. I. — Emocional stress and the etiology of Coronary artery disease — Am. Journ. of Cardial, 2, 2, 1958, (129-134).

VINOGRADOV V. N., POPOV V.G. etj. — Kliničeskaja kartina Kollapsa pri infarkte miokarda. Terap. Arh. 10. 1961.

INFARCTUS MYOCARDII AT THE TIRANA HOSPITAL DURING THE PERIOD 1957-1961

(Summary)

In this article the author reviews the frequency, the clinical picture and the treatment of myocardial infarction cases observed in the 1st therapeutical clinique of Tirana. He shows that from a total of 13,298 patient received in the clinique during the mentioned period, 95 (0.7%) had infarctus myocardii. In comparison with other countries this number is not high, but it has tendency to rise. 44,2% of the patients were 50-59 years old, while 57.69% were of the age group of 40-59. After discussing the causes of the disease, the author mentions the frequency of the accesses of stenocardia. The repport between men ant women is 9,55:1. The percentage of deaths is 18.94. Hypertension was observed in 28.42% of the cases. 71,3% had infarctions in autumn or winter. The author recommends as prophylactics for the complications of infarction penicillin during the first days of the illness.

RIAFTËSIMI NË PUNË I TË SËMUREVE ME INFARKT TË MIOKARDIT

SPIRO LITO

(Spitali Klinik Nr. 1 Tiranë — Drejtor Sherif Klosi)

Infarkti i miokardit është një nga sëmundjet e zëmrës që takohet më shpesh, kryesisht në moshat mbi 40-vjeç. Siç shihet, moshë mbi 40 vjeç është ajo me të cilën njeriu ka haritur kulmin e zhvillimit të aftësive të tij krijonjëse dhe prodhonjëse. Pikërisht për këtë arsye, riaftësimi dhe profilaksia i kalojnë kufijtë e ruajtjes së jetës të të dëmtuarit deri në një problem shoqëror. Në të kaluarën jo shumë të largët, problemi i profilaksisë ka qënë mjaft i vështirë për shkak të nivelit të ulët të mjeteve diagnostikonjëse, kurse sot, me zhvillimin e teknikës së E.K.G-s, mjeku ka në dorë një mjet mjaft të saktë për diagnostikimin e hershëm të sëmundjes. Mjekësia e sotme, me mjetet që disponon, i ka drejtuar forcat e veta në diagnostikimin e hershëm të infarkteve dhe në rast se ndodhin, në riaftësimin e pacientëve, për punë shoqërisht të dobishme, në një kohë sa më të shkurtër. Këtë qëllim i kemi ngarkuar dhe ne vehtes dhe rezultatet e haritura i paraqesim në këtë artikull.

Përpara se të japim të dhënat tona mbi riaftësimin në punë të të sëmurëve nga infarkti, po japim disa të dhëna nga literatura botërore, në mënyrë që lexonjësi të bëjë krahasimet: Janë të shumë autorët që janë marrë me këtë problem dhe që konfirmojnë se 65-79% të të sëmurëve mbas infarktut kanë filluar përsëri punën dhe kanë patur rezultate të mira. Kështu p.sh. Parigi (12) referon se nga 72 të sëmurë, 38 (54,02%) kanë rifilluar punën dhe vetëm 34 prej tyre mbeten invalidë (45,08%). Simbas Palmerit (8) nga 202 të sëmurë që ka mjekuar, 53 prej tyre u rikthyen në punë dhe u adaptuan mirë. Simbas Bant dhe Wite 45% (8), kurse Mall dhe bashkëpunorët thonë se nga 253 konvaleshentë, pas infarktut të miokardit, 26% u kthyen në punën e tyre, 21% u rekomanduan për punë të lehtë, të tjerët mbetën invalidë. Master dhe bashkëpunorët, nga 500 raste të mjekuar, 65% filluan punën normale, 20% punë të lehtë dhe vetëm 15% mbetën invalidë. Pë dhëna interesante jep dhe Folgelson (5). Ai vëzhgoi për 4-5 vjet 454 të sëmurë me infarkt të miokardit. Nga këta 254 qenë dërguar nga K.E.M.P.-i në klinikën e tij. kurse 200 të tjerët qenë nga ata që kishin kaluar infarkt të miokardit dhe vazhdonin punën në uzina dhe administrata. Në grupin e parë shumica kryenin punëra me lodhje të pakta fizike, kurse në grupin e dytë bënë të sëmurë që kryenin punë normale fizike në uzina.

Folgelson, për të përcaktuar riaftësimin e të sëmurëve pas infarktut të miokardit, u bazua në gradën e insuficiencës koronare të tyre dhe i ndau në tre grada: Në gradën e parë akseset stenokardi-

ke ndodhnin shumë rallë dhe provokoheshin vetëm nën influencën e lodhjeve të forta fizike ose mbas emocioneve të rëndësishme, në E.K.G. megjithatë nuk rezultonin ndryshime të rëndësishme sklerotike të koronareve. Grada e dytë e insuficiencës koronare tregoi se akseset qenë më të shpeshta dhe provokoheshin kryesisht nën influencën e ngacmimeve të jashtme si lodhja fizike, emocionet etj., në këto raste, E.K.G. tregonte ndryshime të dukëshme sklerotike të koronareve. Në gradën e tretë të insuficiencës së koronareve dhimbjet çfaqeshin mbas lodhjeve të vogla dhe shpesh natën, në qetësi të plotë.

Ne, të nisur nga metodika e perdorur prej Folgelsonit, studiuam një numër prej 67 të sëmurësh të kuruar në Klinikat e Terapisë së Spitalit të Tiranës. Këta të sëmurë i ndoqëm si gjatë kohës që qenë të shtruar, ashtu edhe ambulatorisht në poliklinikën e qytetit.

Nga 67 të sëmurë me infarkt të miokardit, 42 kanë patur fenomene klinike të stenokardisë, 20 kanë patur insuficiencë kardiovaskulare të gradës së dytë dhe 5 veta kishin gjendje shoku. Nga të 67 të sëmurët, vetëm 12 prej tyre vdiqën. Kjo shifër duket sigurisht e kënaqëshme dhe është analoge me të dhënat e literaturës së shfrytëzuar nga ne. Prej të sëmurëve tanë, 21 qëndruan në spital 30-40 ditë, 15 qëndruan 40-60 ditë, 15 të tjerë 60-90 ditë dhe vetëm 4 qëndruan mbi tre muaj. Prej këtyre, u riaftësuan në punë 5 veta pa asnjë kufizim, 15 veta filluan punë me orar të shkurtuar, kurse 35 veta mbetën invalidë të grupit të dytë. Siç shihet 52,02% e tyre nuk u riaftësuan në punë. Nga kjo shifër duhet të zbrisim 19 veta të cilët gjatë kohës që u sëmurën ishin në pension mbasi kishin mbushur moshën ligjore.

Për të përcaktuar aftësinë në punë të të sëmurëve që ne studjuam, a muar parasysh moshën, gradën e insuficiencës koronare dhe gradën e insuficiencës kardiace. Kështu p.sh. i sëmuri P. S. vjeç 55, me kartelë klinike Nr. 1382, u shtrua më datë 22/II/61 dhe doli nga Spitali më datë 17.III. 1961. Ai paraqiste infarkt të vjetër posterior të miokardit dhe një insuficiencë koronare të gradës së parë, megjithatë, ne i rekomanduam të punojë dhe vazhdon punën e tij të zakonshme. I sëmuri M. Ç. vjeç 45, shtruar në spital më 20/II/62, me kartelë klinike Nr. 1331, paraqet infarkt të miokardit anteroseptal dhe pas kurave përkatëse doli i përmirësuar më datë 9/IV/1962, sot vazhdon punën e tij të mëparshme me orar të shkurtuar. I sëmuri D.D. vjeç 49, shtruar në spital më 24/II/61, me kartelë klinike Nr. 1447, doli më datë 17/III/61, paraqiste infarkt posterior të miokardit dhe klinikisht ankon shpesh ekstrasistola dhe kriza stenokardie të rralla, megjithatë, pas kurave përkatëse, ka kaluar në punën e tij të mëparshme (pedagogjike). I sëmuri S.A. vjeç 53 që u shtrua në spital më datë 8/XII/1958, me kartelë klinike Nr. 135, paraqiste infarkt të murit të pasëm dhe endarterit obliterant. Klinikisht paraqet një insuficiencë koronare të gradës së dytë, pasi i u bënë kurat e rastit, doli i përmirësuar më datën 12/I/1959. I u rekomandua orar i shkurtuar dhe i u krijuan kushtet që shumicën e kohës të punojë në shtëpi. I sëmuri Z.K. vjeç 52, i shtruar në spital më 23/IX/1960, me kartelë klinike Nr. 6848, paraqet infarkt miokardi të shpëruar me një diabet. Klinikisht ka një insuficiencë koronare të gradës së dytë. Pasi i u bënë dhe këtij kurat e rastit, doli i përmirësuar më 11/XI/1960 me re-

komandim pune të kufizuar në banesën e tij si lavrues i gjuhës dhe i letërsisë.

Nga grupi i të sëmurëve që ne kemi studiuar, ka pasë të tillë që megjithëse nuk kishin leziona të rënda organike të miokardit, prapëse prapë kanë paraqitur dhimbje të shkaktuara nga reaksionet neurotike që kanë lidhje me traumat psikike të rjedhura nga infarkti. Këto akcëse duhet të diferencohen me kujdes nga ato që mund të lindin nga vetë insuficienca koronare. Tek këta të sëmurë, hasim një egzagjerim të krizave stenokardike që u ndodhin herë pas here për shkaqet e spjeguar më sipër. P.sh. i sëmuri T.Ç. shtruar më datë 27/VI/1962 me kartelë klinike Nr. 4639, paraqet kriza stenokardie të shpeshta që klinikisht mund të kategorizohen me një insuficiencë koronare të gradës të tretë, kurse nga ana e E.K.G. nuk rezultonin leziona të rënda të qarkullimit koronar. Ky i sëmurë qëndroi 121 ditë i shtruar në spital dhe përveç mjekimeve të nevojshme i filluan dhe një psikoterapi intensive duke arrijtur ta nxjerrin më datë 14/XI/1962 invalid të grupit të dytë për një kohë të shkurtër. Pas një rikontrolli, e hoqëm nga grupi i invaliditetit dhe i rekomanduam punë me orar të shkurtuar. Pas fillimit të punës, i sëmuri filloi t'a ndjejë vehtën mirë, akcëset u rralluan dhe vazhdon të ushtrjë profesionin e tij të më parshëm. Këtu pra mjeku duhet të ketë kujdes në mënyrë që të diferencojë dëmtimet dhe të evitojë influencën që ushtron i sëmuri me trauma psikike dhe heziton të zbatojë këshillat e rekomanduara.

E kundërta na ndodhi me një pjesë tjetër të sëmurësh, të cilët nënvëlftësuan dëmtimet nga infarkti i miokardit dhe këshillat e mjekut i muarën si parëndësi. Kështu p.sh. i sëmuri Q.D. vjeç 51, hyri në spital 3/XII/1958 me kartelë klinike Nr. 2575. Ky i sëmurë u shtrua me kriza stenokardie dhe gjatë shtrimit u konstatua se vuante nga insuficienca koronare e gradës së dytë me leziona aterosklerotike të koronareve. Mbasi u përmirësua, doli nga spitali më datën 5/I/1959 dhe u dërgua në K.E.M.P. me rekomandim për një punë të lehtë. I sëmuri, i cili sikurse përmëndëm, nënvleftësoi sëmundjen dhe këshillat e mjekut, nuk u paraqit fare në K.E.M.P. po vazhdoi profesionin e tij të më parshëm si hidraulik. Pas 6 muajsh, në punë e sipër, pësor një aksë stenokardie dhe u nis për në poliklinikë, por nuk arrijti, vdiq nga skoku i infarktit të miokardit në afërsi të poliklinikës.

Nga paraqitja e materialit tonë, del e kjashtë se mjeku duhet të tregojë vëmendje të veçantë për diagnostikimin e menjëhershëm të të sëmurit dhe të marrë masat e nevojshme për mjekimin e tij për të shpejtuar kthimin e të sëmurit në profesionin e tij si mbas kushteve që i lejon grada e insuficiencës koronare që ai paraqet. Një rëndësi të madhe për përmirësimin e gjendjes shëndetësore të të sëmurëve ka regjimi hipokalorik, i varfër me kolesterol dhe yndyrna, i shoqëruar me një pakësim gradual të peshës kur subjekti është mbi normë. Në këto kushte, rrallohen krizat stenokardike dhe pacienti e ndjen vehtën në gjendje pune. Rezultate pozitive arrihen edhe me përdorimin e steroleve vegjetale si sitosteroli, vaji i misërit etj. Përdorimi i faktorëve lipotrope si kolina, metionina, inozitali, acidi nikotinic, acidi askorbik, vitaminat B₁₂, acidi folik, piridoksina etj. ushtrjnë një efekt të shpejtë përmirësues. Edhe antikoagulantët kanë gjithashtu vend për t'u përdorur. Ato pengojnë zhvillimin e trombit të

koronareve etj. Rëndësi të madhe profilaktike lozin preparabet koronarodilatatore si persantina, segontina, peritrati, kellina etj., të cilat mjeku duhet t'i ketë parasysh.

Konkluzione:

1) Si rezultat i një terapie dinamike në drejtim të stabilizimit të të sëmurit nga infarkti, ne arrijtëm që mbrenda një kohe të pranueshme 3-6 muaj, t'i kthejmë pacientët në punën e tyre të mëparshme.

2) Të sëmurët tanë, pasi u përmirësuan, i u rekomandua punë e kufizuar në bazë të gradës së insuficiencës koronare dhe asaj kardiale.

3) Nga të dhënat tona, rezultoi se komportamenti i të sëmurëve në punë ka qënë i mirë dhe ashtu vazhdon të jetë. Kjo provon se puna e përshtatëshme për të sëmurët që vuajnë nga ateroskleroza e koronareve vepron në mënyrë të favorëshme për shëndetin e tyre.

(Paraqitur në redaksi më 10-I-64)

BIBLIOGRAFIA

- 1) BLEUNGART H. — *Mallatie delle arterie coronarie. Trattato di medicina interna. Vol. II-të (Cecil R. — Loeb R.) F; 1519 Viti 1957.*
- 2) BOYR W. — *Textbook of Pathology F. 463 viti 1961.*
- 3) BUKUR V., ANDREESCO P., CLEJ V., CHEORGHADHI A., ILIESCO. *Cinq cents cas d'infarctus du myocarde observes pendant une periode de 2 a 10 ans A.A.S.C.A.R. III-em congres mondiale de cardiologie. Resume de communication Bruxelles Page 241 viti 1958.*
- 4) CREVET M. — *I fattori cardiovascolari che limitano la capacita lavorativa. «Minerva medica» Nr. 40 Mars 1957.*
- 5) FOLGESON L. I. — *Aftësi në punë dhe sistemimi në punë të invalidëve që kanë kaluar infarct myocardit. Instituti qendror për kërkime shkencore në lëmin e ekspertizmës dhe aftësisë për punë dhe organizimit të punës së invalidëve. Letër metodike Nr. 28 — Përkthyer Shqip — Moskë — 1957.*
- 6) DE MATTIES F. et BAROCELLI C. — *Significations diagnostiques et pronostiques des eosinophiles dans l'infarct du myocarde. III-em congres mondiale de cardiologie. Resume de communication Bruxelles F. 238 vitit 1958.*
- 7) HOXHA FFJZI — *Infarct i miocardit. «Shëndetësia Popullore» Gusht — 1958.*
- 8) FRIEDBERG CHARLES — *Maladie du coeur. Vol. I-rë Faqe 469. Librarie Maloine — Paris — 1959.*
- 9) ILIESCO CCC., KLEINORMAS, POPESCO P. — *Consideration concernant le pronostique immediat dans 262 cas d'infarctus du myocarde. III-em Congres mondiale de cardiologie. Resume de communication. Bruxelles — Faqe 239 — Viti 1958.*
- 10) LEVINE S. — *Cardiologia Clinica. Unione tipografica editrice Torinese. Faqe 141 Viti 1957.*
- 11) MUSAFIA A., PUDOV V. *L'insuffisance coronarique intermediaire. III-em congres mondiale de cardiologie. Resume de communication Bruxelles Faqe 251 Viti 1958.*

- 12) PARIGI A. — Sulle possibilità del reinserimento nel lavoro produttivo degli operai che hanno subito un infarcto di miocardio. «Minerva Medica» Nr. 91 — 1961.
- 13) STERLING B., NICOL E. WILLIAM — L'effet de la promete heparivisation par des anticoagulantes administres par voie buccalle en cas de menance d'infarctus du myocarde. III-em congres mondial de cardiologie. Resume du communication. Bruxelles Page 541 Viti 1963.
- 14) VESHO PETRAQ — Variante klinike në Infarctin e Moycardit. Shëndetësia Popullore Nr. 3 — 1962.
- 15) DENIKER F. — Travail et infarctus dy myocarde. Semaine medicale Nr. 69/18 — 14-20 Septembre 1962.

REINSTATEMENT TO WORK OF THE PATIENTS WITH INFARCTUS MYOCARDII

(Summary)

A study of 67 patients with infarctus myocardii is presented. After discussing the problem of diagnosis and treatment, the author gives particular attention to the problem of reinstatement to work of these patients. Among the 67 patients the predominant age group was between 40 and 60. The author points out that this is the period of man's highest productivity, that is why the problem of reinstatement to work of these patients is so important. Having this in mind, the author has acted accordingly and has attained the following results. Within an acceptable delay (3-6 months) he has succeeded in returning a number of his patients to their former occupations. From the 67 patients 12 died, 5 returned to work without any limitations, 15 began work with shorter hours, or had slight relapses of coronary insufficiency after reinstatement. The rest of the cases remained invalids of the second group. From these 19 may be considered capable for work, but as they are pensioners, they have not returned to work.

The author concludes that the quality of the work these patients do has been and continues to be satisfactory.

It is to be noted that reinstatement to work is a positive therapeutic factor and helps to improve the health of these patients.

STUDIM KLINIKO-STATISTIKOR MBI HIPERTONINË NEUROGJENE TEK TË RINJTË

Docent HIQMET DIBRA

(Spitali i P. Ushtarak — Drejtor Kolonel S. Imami)

Gjatë dhjetëvjeçarit 1953-1962 kemi observuar një numër relativisht të madh rastesh me ngritje të tensionit arterial ndër nxënësit e shkollave ushtarake dhe civile, gjë që na shtyu të studiojmë në pikëpamje kliniko-statistikore evolucionin e këtij morboziteti për t'i gjetur një zgjidhje të drejtë problemit të aftësisë profesionale në përgjithësi dhe të ardhmes së këtyre të rinjve.

Ngritja e tensionit arterial ndër të rinjtë nuk është një fenomen i rastit dhe për ditë e më tepër në letërsinë mjekësore bëhet fjalë për të. Gjatë dhe mbas luftës së dytë botërore, ky problem u ngrit me forcë në shumë vende dhe u konstatua se hipertonia ka karakter të përgjithshëm, domethënë çfaqet si ndër ushtarakë ashtu dhe ndër civilë.

Së pari hipertoinë në moshë të re e kanë studjuar mjekët ushtarakë; kështu mjeku ushtarak gjerman F. Uhlenbruch në luftën e fundit konstatoi raste të shumta hipertoinie ndër ushtarakë në moshë të re dhe, duke e shikuar problemin vetëm në prizmin e mjekësisë ushtarake, i quajti «të aftë» për shërbim rastet e shumta me hipertoni arteriale. Po në këtë kohë, një mjek tjetër gjerman, Siebeck, (cituar nga H.Hartleben) hipertoinë «esenciale» e cilësoi si të trashëgueshme dhe çfaqjen e saj ndër të rinjtë e lidhi pjesërisht me ndikimin e ambientit negativ.

Levy e bashkëpunorë, fill në mbarim të luftës së dytë botërore, vunë në dukje se shumica dërmuese (më se 20.000) e oficerëve të rinj të ushtrisë amerikane që u nxuarrën në lirim të parakohëshëm, vuani nga çrregullime të sistemit kardiovaskular e sidomos nga hipertonia.

Për fat të keq, autorët e ndryshëm që janë marrë me problemin e hipertoinisë, kanë përdorur lloj lloj terma për të cilësuar ngritjen e tensionit tek të rinjtë; disa e quajnë hipertoni «transitore juvenile», të tjerë «çrregullime të gjendjes tensionale», «labilitet të presionit të gjakut», etj. ose «qendrim hiperaktiv të tensionit të gjakut»; etj. Megjithëse ata janë të një mendje mbi vet thelbin e këtij morboziteti, termat që përdorin nuk janë krejt të sakta, mbasi kanë karakter unilateral dhe nuk japin kuptimin e plotë të sëmundjes në fjalë. Kështu për shëmbëll, nuk mund të flitet për «hipertoni transitore» kur konstatohet rastësisht një ngritje të tensionit arterial, të shkaktuar nga

një rrethanë e posaçme, mbasi këtu kemi të bëjmë vetëm me një simptom të përkohëshëm.

Mjekët sovjetikë e kanë studjuar këtë problem në mënyrë të gjithanëshme dhe për herë të parë, duke u nisur nga «teoria centrogene e hipertonisë» të propozuar nga G.F. Lang dhe të mbështetur në parimet fiziologjike të I. P. Pavlovit krijuan termat «hipertoni neurogene» dhe «sëmundje hipertonike», që sot pranohen gadi nga të gjithë autorët.

Edhe Simpoziumi ndërkombëtar që u mbajt në Berne më 1960, përsa i përket «hipertensionit arterial», tregoi qartë rëndësinë e madhe të këtij problemi në përgjithësi dhe, nga ana tjetër, konkluzionet e tij kanë qënë shumë të vlefshme edhe për mjekësinë ushtarake, sidomos lidhur me çështjen e rekrutimit të të rinjve në radhët e ushtrisë dhe mbajtjen e një qëndrimi unik përsa i përket aftësisë dhe paaftësisë.

* * *

Sikundër do ta shohim më poshtë, edhe në vendin tonë hipertonia në moshë të re u ngrit si problem i mjekësisë ushtarake në vitin 1953. Rastet relativisht të shumta të vërejtura në këtë periudhë ndërmjet të rinjve civilë e ushtarakë, që vuanin nga ngritja e tensionit arterial, na shtynë të studiojmë faktorët etiologjikë që kanë ndikuar në lindjen dhe zhvillimin e këtij morboziteti.

Në studimin e këtij problemi është ndjekur metodika që vijon: së pari, i kemi kushtuar një rëndësi të veçantë anamnezës personale dhe familjare; kemi ndjekur sistematikisht dinamikën e tensionit në rrethanat më të ndryshme e më të ndërlikuara (mbas gjumit, mbas ushtrimeve fizike, mbas eksitimeve të ndryshme, emocioneve, në kohën e provimeve, sidhe në kohën e kontrollit mjekësor vjetor etj.); tensioni është matur në të dy krahët, në pozicion ndejtur e shtrirë; për të shtuarit në spital janë bërë ekzaminimet e ndryshme plotësuese paraklinike (elektrokardiogram, azotemi, urinë, etj.). Një rëndësi e veçantë i është kushtuar studimit të temperamentit, sidomos të vepërimitarisë më të lartë nervore dhe reagimit të tij në situatat më të ndryshme.

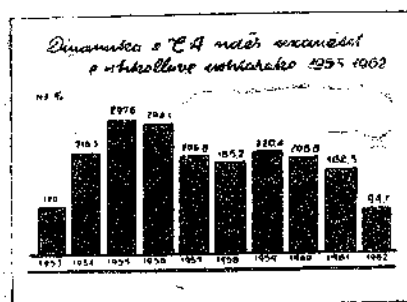
Për këtë qëllim janë vazhduar ekzaminimet deri në vitin 1962 në mënyrë sistematike si përsa u përket kursantëve që kryen shkollat ushtarake, ashtu edhe për ata që kaluan në shkolla civile për shkak paaftësie. Gjithashtu në vitet 1957-58-59 kemi patur nën mbikqyrje rixënësit e dy shkollave të mesme profesionale për të bërë krahasimet e rastit. Njëkohësisht kemi studjuar jetën e brendëshme të këtyre shkollave, programet mësimore, ngarkesat, sjelljen e pedagogëve, si dhe faktorët e tjerë që mund të ndikonin në ngritjen e tensionit arterial. Konstatimi i hipertonisë tek këta të rinj i detyrohet rastit, mbasi më të shumtën (68%) nuk ankonin asgjë; 21 përqind kishin dhimbje koke, sidomos në mbrëmje, pak marrje mendsh e zhurmë në vesh; të tjerë (11%) ankonin dhimbje dhe ndjime të mërzitëshme në regjionin pre-kordial, rrahje zëmre të forta, dërsitje të tepruar, eksitabilitet, lodhje të madhe fizike e psikike, ulje të aftësisë për punë e studim, gjumë të keq etj. etj.

Vlen të vihet në dukje se hipertonia u konstatua më tepër tek kursantët që ndiqnin vitin e fundit të shkollës.

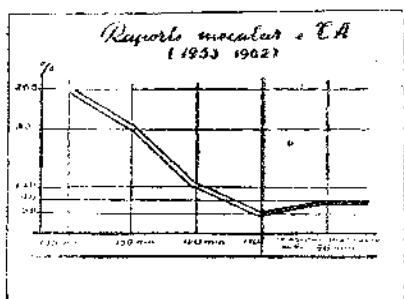
Nga matja e tensionit rezultoi se hipertonicët kishin një ngritje të TA si vijon: 140-80; 150-85; 160-90-95; 170-90-95; gjithashtu ekzaminimet vunë në dukje çrregullime vazomotorë, rrahje të forta zemre me theksim të tonit të parë. Nga ana e organeve të brendëshme nuk u konstatuan ndryshime patologjike. Analizat e gjakut dhe të urinës nuk vunë në dukje ndryshime patologjike. Ekzaminimet elektro-kardiografike në 16% të rasteve treguan ndryshime të parëndësishme.

Vlen të theksohet se shtrimi ndër spitale i këtyre hipertonicëve në përgjithësi ka sjellë përmirësime nga ana funksionale; shpesh herë tensioni arterial është normalizuar. Gjithashtu një pushim i gjatë (45 ditë) në shtëpitë e pushimit, si rregull, ka përmirësuar gjendjen, sidomos përsa u përket ankimeve subjektive dhe uljes së presionit arterial. Mirëpo pas kthimit të këtyre hipertonicëve në ambientin e mëparëshëm, domethënë në shkollë, tek 9,8% TA mbeti mbi 160 dhe u muarrën masa mediko-ligjore.

Nga studimi i veprimtarisë më të lartë nervore dhe i temperamentit del se shumica dërmuese e këtyre hipertonicëve janë tipa me procese të dobëta nervore, sfera e tyre emocionale është shumë labile; ata ambientohen keq, janë sedërlli e egoistë, preken shpejt dhe kanë prirje të tronditen më shpejt se të tjerët në situata të vështira e konfliktuozë. Këtë e përforcon edhe fakti se 25,1% e hipertonicëve tonë janë shtruar e mjekuar në spitale kryesisht për manifestime neurotike, mbase këto mbizotëronin tablonë klinike duke dalë në plan të parë (psikastenin, neurasteni, histeri e gjendje reaktive psikogjene).



Përqindja mesatare e TA tek hipertonicët gjatë dhjetëvjeçarit 1953-1962



Dinamika e TA ndër kursantët gjatë viteve 1953-1962

Këto manifestime neurotike, të shoqëruara me hipertension neurogjen, flasin për një labilitet të proceseve nervore në përgjithësi. Nga analiza e gjithanëshme e rasteve tona, rezulton se mbingarkesa, lodhja e stërlodhja fizike, kërkesat e tepëruara, si dhe faktorë të tjerë negativë, kanë luajtur rolin e «gjembit ngacmues» në ngritjen e tensionit arterial dhe paqendrueshmërinë e sferës neurovegetative tek këta individë me procese të dobëta nervore ose të astenizuar nga lodhja fizike e mendore. Sikundër e thamë, thujse në të gjitha rastet kemi konstatuar manifestime neurotike, por në 25,1% të rasteve ato dilnin në plan të

parë. Megjithëse hipertonia u konstatua përpara gjendjes neurotike, kjo nuk don të thotë aspak se hipertonia neurogjene është shkaku i manifestimit neurotik. Mbas mjekimit shumë më se përmirësimi ose zhdukja e gjendjes neurotike ndikonte në mënyrë pozitive në normalizimin e presionit arterial, pra këtu kemi korrelacion në mes të hipertonisë neurogjene dhe manifestimit neurotik. Me fjalë të tjera, rregullimet e sferës neurovegjetative që shoqërojnë ngritjen e tensionit arterial janë të shumta dhe gërshetohen me manifestimet neurotike. Ne mendojmë se simptomat simpatike të distonisë neurovegjetative janë sekondare, ato linden si pasojë e një «mbingarkese» ose të faktorëve psiko-emocionalë që shkaktojnë një rregullim fiziologjik në korteks, i cili drejton tërë veprimtarinë diencefalo-hipofizare.

Në 46,8% të rasteve kur tensioni sistolik arrinte deri në 140 tek hipertonicët në moshë të re, ne përdorëm asokohe termin distoni neurovegjetative për të cilësuar këtë lloj hipertonie «limit»; në të vërtetë ky term nuk na duket i përshtatshëm, mbasi ka karakter të përgjithshëm dhe përmbledh vetëm një varg simptomash neurocirkulatore, pa përcaktuar në vetvete një entitet morbid.

Në vitin 1958, duke u ndodhur para këtij problemi të ndërlikuar, disa autorëve të huaj u dërguam një përmbledhje të konstatimeve tona dhe ata patën mirësinë të çfaqin pikëpamjet e tyre lidhur me këtë çështje; kështu, prof. Georgi Uzunov (Sofie) i konsideron manifestimet neurotike dhe hipertonicë neurogjene tek i njëjti person si dy aspekte të po asaj gjendje neurotike që kondicionohen nga etiologjia e përbashkët e terrenit. A.N. Ilromov (Leningrad) është i një mendimi përse u përket faktorëve etiologjikë që parashtruan më lart, duke shtuar se problemi i hipertonisë neurogjene mbetet edhe aktual në Bashkimin Sovjetik. Prof. Parhon-Stefanesku (Bukuresht) e konsideron hipertonicë neurogjene në moshë të re si një rregullim funksional të shkaktoar nga një «mbingarkesë» e jashtzakonshme; një fenomen të tillë ai e ka konstatuar edhe në vendin e tij. Prof. Zhula Nire (Budapest) thotë se hipertonia neurogjene që vërehet më shpesh tek të rinjtë dhe nxënësit e shkollave ushtarake se sa tek ata të shkollave civile, rrjedh nga kërkesat e tepruara.

Me studimin e faktorëve etiologjikë të hipertonisë tek të rinjtë janë marrë shumë autorë, ndër të cilët edhe Siebeck; simbas tij, po të merren parasysh anamnezat dhe statistikave, faktori etiologjik kryesor është trashëgimia. Ne mendojmë se ky faktor ndonjë herë luan një rol predispozues, por rolin determinues e luajnë ndikimet negative të ambientit si dhe faktorët psiko-emocionalë në një terren të parapregatitur. Wollheim dhe Moeller (1960), pa vënë në dyshim rëndësinë e faktorit trashëgimi, pranojnë se edhe faktorë të tjerë patogjenë ndikojnë në mënyrë aktive në këtë etiologji. Kështu, Doring (1958) në radhën e faktorëve etiologjikë përfshin shtatin dhe peshën e trupit, siç domos tek individët me «habitus» piknik. Simbas H.A. Schroeder (1951) ngritja e presionit arterial tek të rinjtë, në bazë të statistikave dhe të rasteve të shumta të observuara prej tij, ndodhet në vartësi të «faktorit neurovegjetativ» që ndikohet nga ambienti i jashtëm dhe gjendjet tensionale. Konstatimet e Schroederit janë të drejta, sepse në të vërtetë tek hipertonicët në moshë të re vërehen rregullime neurovegjetative të theksuara, të cilat ai i quan «faktor neurovegjeta-

tiv»; ana e dobët e pikëpamjes së Schroederit është se ai vendosi sistemin neurovegjetativ mbi korteksin.

M.E. Tarajev këtë lloj hipertonie tek fëmijët e quan «kondicionalo-reflektore», ndërsa tek të rinjtë në fillim e quajti «hipertoni vegjetative» dhe më vonë e zëvendësoi me termin «hipertoni neurogene» ose «humorale». Duke u marrë me faktorët etiologjikë të këtij morboziteti tek të rinjtë, ai i kushton një rëndësi të madhe ndikimit të ambientit të jashtëm e në radhë të parë faktorëve «neuro-emocionale» dhe disa emocioneve negative të fuqishme. Simbas konstatimeve të tij, në kohën e ekzaminimit të ushtarakëve për aftësi dhe paaftësi tek tipat që ai i quan «vegjetativë» presioni arterial dhe frekuenca e pulsit pësojnë lëkundje fiziologjike shumë më tepër se sa tek të rriturit në po ato kondita. Nga ku lind nevoja e matjes së përsëritur të presionit arterial, mbasi herën e parë mund të përftohen shifra të larta, të cilat Tarajev i quan «hipertoni konsultative» (edhe ne kemi konstatuar të njëjtat fakte tek persona me procese të dobëta nervore; bie fjala, brënda orës ose brënda ditës tek po ai individ kemi vërejtur luhatje të presionit arterial). Simbas Tarajevit një presion arterial 170-80 tek një i ri në gjendje emocionale ka më pak rëndësi se sa një presion 140-95 tek një i rritur.

Simbas S.I. Karçigian (1961), përveç faktorëve të përmendur më sipër, ai u kushton rëndësi edhe faktorëve të tjerë të dëmshëm që ndërhyjnë në mekanizmin patogjenetik të ngritjes së presionit arterial tek të rinjtë (proceset toksiko-infekcioze akute ose kronike: anginat gripale, fenomenet reumatizmale me ose pa temperaturë). Karçigian nuk pranon që faza fillestare e sëmundjes hipertontike të quhet neurozë, mbasi nuk ekzistojnë të dhëna të mjaftueshme: ai polemizon me autorët sovjetikë (A.L. Mjasnikov etj.) duke thënë se edhe ne stadin e herëshëm të paralizisë progresive, kur fillon skleroza e vazeve të trurit, vërehen fenomene neurotike e megjithatë, siç dihet, sëmundja merr karakter organik.

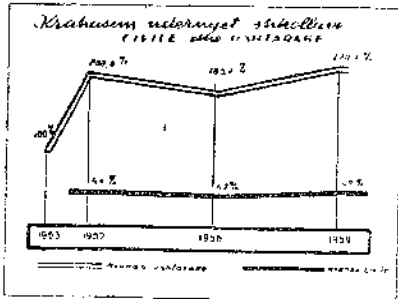
H. Hartleben (1962) në radhën e faktorëve ekzogjenë që ndikojnë në ngritjen e presionit arterial tek të rinjtë, përfshin edhe tabakizmin. Ne kemi konstatuar se 51% të hipertontikëve tonë në moshë të re pinin duhan.

* * *

Në një depistim në masë që kemi bërë në dy shkolla të mesme profesionale kemi konstatuar një përcindje shumë më të vogël hipertontikësh në krahasim me shkollat ushtarake (6,75%) kundër (21,9%) në vitet 1957-58-59. Një gjë e tillë spjegohet me ngarkesën dhe kërkesat normale në shkollat profesionale. Në po këtë konkluzion kanë arritur A. Kappert (1952) dhe Baron (1961), të cilët kanë observuar një numër të madh punëtorësh të rinj të hekurudhave dhe nxënësish të shkollave profesionale. Simbas tyre ngarkimi i programeve dhe kërkesat e tepëruara tek ata që ndiqnin shkollën ka shkaktuar ngritjen e tensionit arterial. Kështu pra, hipertonia neurogjene në moshë të re është një problem me karakter të përgjithshëm dhe ka lidhje me shumë profesione.

Përsa i përket evolucionit të hipertonisë neurogjene tek pacientët tonë, sikundër shihet nga diagrami përkatës, në 9,6% të rasteve me presion sistolik 150-160 dhe mbi 160, si dhe për ata me presion diastolik 90 e më tepër, u muarrën masa mediko-ligjore (shih grafikun Nr. 1).

Ashtu si autorët e huaj, edhe ne i kemi kushtuar një rëndësi të veçantë presionit diastolik për marrjen e masave mediko-ligjore; kështu, në ato raste kur presioni sistolik ka qënë mbi 140 deri 150, por diastoliku nuk kapërcente 80-85, kursantët i kemi konsideruar të aftë.



Të dhëna krahasuese për TA ndërmjet shkollave civile dhe ushtarake

Përcaktimi i një vlere «mesatare» për presionin arterial ka qënë dhe mbetet një problem i vështirë: edhe të dhënat e literaturës nuk ndjekin një vijë unike në këtë drejtim. Shumë mjekë duke u mbështetur në përvojën e tyre personale nuk pranojnë si normale një presion arterial prej 145-90. Wollheim dhe Moeller konsiderojnë si «limit» të presionit 140-90, bile pa specifikuar moshën. Diskutime të tilla u zhvilluan edhe në Simpoziumin e Bernës (1960), ku më në fund si «vlerë mesatare» u pranua presioni 140-90.

Hipertonicët (9,6%) për të cilët u muarrën masa mediko-ligjore i kemi pasur nën mbikqyrje deri në fund të vitit 1962 dhe kemi vënë re se 4,4% e të paaftëve nuk ka patur rregullime funksionale dhe presioni i tyre arterial s'kish lëkundje, bile tek disa, presioni është normalizuar. Vetëm në 5,2% të rasteve hipertonia neurogjene kaloi në sëmundje hipertontike. (Edhe Schölmerich, duke u mbështetur në të dhënat e Harris e bashkëpunëtorë (1953), konstatoi një hipertoni «avërcë» që zgjati vetëm 10 vjet tek 40% e individëve me presion arterial 140-149/90-94; tek 60% të personave me presion 150/95 dhe bile tek 15% të individëve me tension 130-139/80-84).

Rëndësi të madhe u kemi kushtuar masave profilaktike dhe higjienike (rishikimi i programeve mësimore, ulja e ngarkesave të tepëruara, ndrimi i kuadrit mësimor, alternimi më i mirë i mësimëve dhe i stërvitjeve, shtimi i orëve të gjumit etj.); një psikoterapie më të ngrohtë në kohën e ekzaminimeve mjekësore të kontrollit për «aftësi dhe paaftësi». Këto masa e të tjera suallën një ulje të konsiderueshme të këtij morboziteti. (shih grafikun Nr. 2).

(Paraqitur në redaksi më 2/3/64)

BIBLIOGRAFI

- BARON** — Psychosomatische krize in Jugendalter, Artzliche Mitteilungen, 1961, 6.
- BERNARD J. B.** — Revue internationale des services de santé des armées de terre, de mer et d'air 1958, Nr. 1
- CAYLA M.** — Hypertension en milieu scolaire. Bulletin de la Société de Médecine de Paris, Déc. 1956.
- DURING** — Die blutdruckwerte in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Körperbau, Lebensvers Medizin 1958 Nr. 1 Handbuch der Inneren Medizin neunter Band (fünfter Teil) Hypertonie — Hypertonie Wollheim Ernst Moeller Julius Springer Verlag 1960.
- HARTLEBEN H.** — Les tensions artérielles dites «élevées» chez les jeunes gens de 18 à 21 ans. Revue Internationale des services de Santé des Armées de terre, de mer et d'air 1962 — VI — 279-287.
- KAPPERT A.** — Bern der jugendliche Hochdruck, Schweiz. Med. Wschr. 82 — 1952 Nr. 33.
- LANG G. F.** — Gipertoničeskaja boleznj 1950 Medgiz.
- LEVY, WHITE, STROUD and HILLMAN** — Transient hypertension Journal Amer. Assoc. 1945 Nr. 15.
- MJASNIKOV A. L.** — Etiologija i patogeneza gipertoničeskoj boleznji «Terapevt. Arhiv» 1951 V. 23 1. 5
- PAVLLOV I. P.** — Eksperimentalnaja patologija vishej nervnoj dejatelnosti Izbr. proizvedjenija 1949.
- RISER, GLEIZES, LACUPERE et BENAZET** — Hypertension artérielle juvenile Semaine des Hôpitaux 1958 76-77, fq. 2252.
- SCHROEDER H. A.** — International Symposion über essentielle Hypertonie, Sprinsger Verlag 1960.
- SCHROEDER H. A.** — Pathogenesis of hypertension. Amer. J. Med. 10-139-951.
- TAREJEV E. M.** — Gipertoničeskaja boleznj i ateroskleros «Terapevt. Arhiv». 1951, V. 23 b 5.
- UHLENERUCK F.** — «Innere Werhrmedizin» herausgegeben von Handloser, Steinkopf 1944.
- WOLLHEIM und MOELLER** — Handbuch der Inneren Medizin IX/5 Springer 1960 «Hypertonie».
- KARÇIGIAN S. I.** — Trudi V. M. Akademii im. S. M. Kirova V8ll. 101, Leningrad 1961.
- P. SCHOLMERICH** — Klinik der Hochdruckkrankheiten Naunheimer Fortbild. Votr. Bd. 25 1960.

A CLINICO-STATISTICAL STUDY OF NEUROGENEOUS HYPERTENSION IN THE YOUNG

(Summary)

For ten years the author has investigated the etiological factors that may have determined high blood pressure among the students of both the military and civil schools.

He gives particular consideration to the high demand on the students, to the exceedingly heavy program of lessons and exercises. Most of the young hypertonics are of the low type of nervous activity or of types otherwise asthenic (25,1%).

Then the author discusses the complicated problem of the average arterial pressure and points out that even for cases with systolic pressure over 140-150, mm and diastolic pressure under 80-85 mm the medical examination commissions take no measures.

The author gives much importance to the prophylactic and hygienic measures (revision of the programs, simplification of the lessons, better alternation of the lessons with the exercises, more sleeping hours etc.), as well as to a more firm and cordial reception of the students by the commission of medical examination.

DISA TË DHËNA MBI KLINIKËN DHE MJEKIMIN E POLYART- RITIT REUMATOID.

DONIKA SERANI

Udhëheqës shkencor Doc. JOSIF E. ADHAMI
Katedra e Terapisë së Fakultetit

Polyarthriti rheumatoides është një sëmundje infektivoalergjike me leziona të indit lidhor, kryesisht në sistemin e organeve lëvizëse dhe ka cilësinë e gjithë kolagenozave të tjera, prirjen e zhvillimit progresiv deri në ankiloze e leziona trofike në shumë organe e sisteme.

Kuadri klinik mbizotërohet nga dëmtimi i artikulacioneve, i cili krijon individualitetin klinik të kësaj sëmundjeje dhe ndarjen e saj në një grup të veçantë prej formave kolagenoze.

Poliarthriti reumatoid zë vëndin e dytë mbas reumatizmit Bouillaud-Sokolski si përsa i përket gravitetit të kuadrit klinik, ashtu dhe pasojave të tij (ankilozave).

Kjo sëmundje prek më tepër seksin femër, simbas Makarenko I.I. (1959) ka një raport 2:1. Shifra të afërta me të japin Nesterov A.I dhe Sigidin Ja.A (1961). Vihovskij Z.E. (1962), ndërsa punimi i jonë i përbërë nga 31 të sëmurë ka 16 meshkuj dhe 15 femra, d.m.th. një raport gati i barabartë.

Të sëmurët e mjekuar prej nesh kanë qënë në moshën të ndryshme nga 14-70 vjeç, por shumica e tyre i përkasin grupit 16-30 vjeç. Ndën moshën 15 vjeç kemi 1 të sëmurë, 16-20 vjet — 4, 21-30 vjet — 13, 31-40 vjet — 7; 41-50 vjet — 4; 51-60 vjet — 4 dhe 61-70 vjet — 1.

Simbas Vihovski Z.E. (1962), sëmundja fillon në 25% të rasteve në moshën 20-30 vjet, 41% në moshën 31-40 vjet, 30% në moshën 41-50 vjet kurse deri në moshën 20 vjeç, vuajnë 4% e të sëmurëve me poliarthrit reumatoid. Seppa (cituar nga autori i mësipërmë) ka konstatuar se në Finlandë sëmundja fillon në moshën 30-34 vjet. Shumica e autorëve përsa i përket moshës të fillimit të sëmundjes konsiderojnë më të shpeshtë moshën 20-40 vjet. Në rastin tonë 15 të sëmurë i përkasin moshës 21-30 vjet dhe 7 moshës 16-20 vjet, ose duke i ndarë në bazë të grup moshave 22% i përkasin moshës deri 20 vjet, 48% moshës 21-30 vjet, 20% moshës mbi 41 vjet.

Është i njohur roli i infeksioneve fokale në shkaktimin e sëmundjes. Kështu në materialin tonë 14 të sëmurë ose afro gjysma e rasteve paraqitnin infeksione të tilla gjatë kohës kur i u filloi sëmundja për herë të parë. Gjatë shtrimit në klinikë, vatra të tilla infeksioni u konstatuan në 18 veta, ose 58% të tyre. Vëndin e parë e zënë gra-

nulomat dentare që u konstatuan në 13 të sëmurë, pastaj vinë anginat dhe tonsilitet kronike në 10 veta etj.

Rëndësinë e infeksioneve fokale e kanë vënë në dukje Egorova L.I. (1959), nga 135 të sëmurë me poliartrit reumatoid vetëm në 30 nuk ka konstatuar vatra infektive, ndërsa Astapenko M.G. (1959), Nesterov A.I. (1951), Vihovski Z.E. (1962) etj., rëndësi i japin infeksionit streptokoksik të tonsilave.

Simbas klasifikimit klinik të poliartrtit reumatoid të paraqitur nga Nesterov A.I. dhe Sigidin Ja.A. (1961), rastet tona i përkasin: formës kryesisht artikulare 28 veta, formës viscer-artikulare I i sëmurë, kurse asaj të kombinuarës 2 të tjerë.

Nga 28 rastet tona, 4 paraqitnin kuadrin klinik të një poliartriti reumatoid akut dhe simulonin poliartritin reumatizmal të tipit Bouillaud-Sokolski. Për një fillim të tillë flasin edhe Tarejev E.M. (1959), Nesterov A.I. dhe Sigidin Ja.A. (1961), Vihovski Z.E. (1962) etj. të cilët e lidhin me sinovitin akut që paraqitin këta të sëmurë. Një rast i tillë është ai i të sëmurit B.S. vjeç 14 i cili u shtrua në Klinikë më 30/10/1960 me dhimbje të forta në artikulationet e vogla të duarve dhe këmbëve, në talokruralët dhe gjunjët. Sëmundja i filloi me një gjëndje gripale, temperaturë të lartë 39,2 e mbas 10 ditëve dhimbje në artikulationet talokrurale dhe gjunjët; të cilat ishin simetrike; kishin të gjitha shenjat inflamatore dhe e gozhduan pacientin në vënd. Iu fillua kura me salicilat, aspirin, penicilin, për 5-6 ditë, por gjëndja nuk ndryshoi. Temperatura vazhdonte, dhimbjet shtoheshin, gjuri i djathtë u enjt mjaft, patela fluktuonte. Dy ditë më vonë të njëjtat simptoma u çfaqën në gjurin e majtë. Iu fillua kura me tetran deltakorten, aspirine e piramidon. Gjëndja ndryshoi me një herë, fenomenet inflamatore u zhdukën brenda 2-3 ditëve, temperatura u ul. Nga ana e aparatit kardiovaskular, respirator dhe digjestiv nuk paraqiste ndryshime. Ekzaminimi O.R.L.: tonsilitis chronica. Ekzaminimi stomatologjik pa ndryshime. Të dhënat e laboratorit: eritrocite 4.000.000, Hb. 62%, Leukocitet 13.000. Formula: B-0%, E-9%, Shk.4%, N.65%, L.28% M.0%, Eritrosedimentacioni 42 mm/orë. Urina komplet: albumina 0.60 gram për mijë, densiteti 1018, epitele dhe leukocite me shumicë, eritrocite 4-6 për fushë, wasserman negativ. Reaksioni wright në gjak negativ. Prova e formolit negativ. Proteina C-reaktive (+++) R/grafia e gjunjëve: Hapësira intraartikulare e zgjeruar. Osteoporoza e lehtë. Pacienti u mjekua për 84 ditë, në dalje ndiente kërcitje të lehta të gjunjëve.

11 të sëmurë prej formës kryesisht artikulare paraqitnin një dekurs më të ngadalshëm, gjatë të cilit eksudati fibrinoz dëmtonte membranën sinoviale nëpërmjet indit lidhor. Qartë shprehet klinika e kësaj forme nëpërmjet historisë së sëmundjes të paraqitur më poshtë:

E sëmura Z.R. vjeç 35 rrobalarëse, u shtrua në klinikë më 24.4.63 me këto ankesa: dhimbje në artikulationet talokrurale, radiokarpale, falangeale. Sëmundja i ka filluar para 5 vjetësh, me dhimbje në gjithat e duarvet e këmbës së djathtë, gjurit dhe artikulationeve talokrurale, të cilët më vonë u frynë. Mjekimi ambulator pa rezultat. 4 vjet mbas fillimit të sëmundjes shtrohet në spital ku u mjekua për 1 muaj me kortizonikë dhe del e përmirësuar. Më vonë pati riakutizime në artikulationet e sipërmëndura. Objektivisht paraqitej e zbehtë, kishte

karies dentare, gjëndrat limfatike nuk prekeshin, zëmrat pa ndryshime. Në majë ndigjohet një zhurmë sistolike funksionale. Pulsu 80 në minutë. Tensioni arterial 110/80 mm/hg. Në mushkëri respiracioni vezikular. Barku i butë por uterus i prekej 4 gisht mbi sinfizën pubike (gravide 15 javësh). Mëlçia dhe shpretka palpohen 2 cm. në barkun brinjor. Artikulacionet radioskopale, karpofalangeale dhe talokrurale qenë edematoze me deformacione.

R/grafia e artikulacioneve të duarve dhe radiokarpale: vrehet ngushtimi i hapësirave intr-artikulare të karpeve më të theksuara në të majtë në një osteoporozë difuze jo fort të theksuar dhe me deformime të lehta artrozike. O.R.L.: asgjë me rëndësi. Të dhënat e laboratorit: eritrocite 4.000.000, Hb 70%, leukocitet 8.700, formula leukocitare: B 0%, E-4%, Shk-4%, N-48%, L-38%, M-6%, eritrosedimentacioni 35 mm/orë. Proteina C-reaktive (++). Urina pa ndryshime po ashtu dhe E.K.G.

U mjekua me deltakorten, butazolidine dhe dolli nga klinika në gjëndje të mirë.

Formës kryesisht artikulare i përket edhe varianti sub-akut i poliartritisit reumatoidik me mbizotërim të fenomeneve proliferative. Nga këta në materialin tonë kemi patur 8 raste, prej të cilëve po përmëdim të sëmurë N.A. vjeç 20 që u shtrua në klinikë më 18.9.62 me dhimbje në artikulacionet radiokarpale, kubitale, e interfalangeale, dhe gjunjëvet aq sa nuk mund të ngrihej nga shtrati. Sëmundja i kish filluar para 4 vjetësh, që mjekuar për tre muaj në spital dhe që përmirësuar. Kohë mbas kohe është mjekuar ambulatorisht. Herën e fundit dhimbjet ishin të forta në artikulacionet e gjurit, aq sa u detyruar të shtrohet përsëri. Kur e pamë të sëmurën artikulacionet interfalangeale, radiokarpale dhe të gjunjëve qenë edematoze e të deformuar. Gjunjët dhe brylat kishin lëvizje të kufizuara dhe me kërcitje. Brylat nuk shtriheshin më tepër se në një kënd 115° i djathti dhe 140° i majti, ndërsa gjunjët jo më tepër se 120°. Kishte atrofi të muskujve të kërcirit e të parakrahut. R/grafia tregonte osteoporozë të theksuar të kockave artikulare, me ngushtim të hapësirës intraartikulare, me uzuro në sipërfaqen artikulare. E.K.G. pa ndryshime. O.R.L. asgjë me rëndësi. Të dhënat e laboratorit: eritrocite 2.400.000, Hb, 55%, leukocite 6.500, formula: B-0%, E-1%, shk-2%, N-66%, L-30%, M-1%. Eritrosedimentacioni 70 mm/orë. Urina pa ndryshime. Prova e formolit negativ. Proteinë C-reaktive (+++). Prova e Malen-it ++. Gjak për proteina: totale 7,5 gr.%, albuminat, 3,4 gr.%, globulinat 4 gr.%. Koeficienti alb/glob.=0.85%. U mjekua me deltakorten, butazolidinë, transfuzion gjaku dhe shumë vitamina, parafinoterapi, masazh, u përmirësua dhe ecte mjaft mirë, pa shkop, duke vazhduar mjekimin ambulatorisht.

Herë tjetër, poliartriti reumatoid zhvillohet shumë ngadalë me ndryshimet fibrosklerotike në artikulacione. Ne kemi 5 raste të tilla, prej të cilave po përmëdim shkurtimisht të sëmurën M.S. 58 vjeç e cila u shtrua në klinikë më 15.4.63, për dhimbje të gjunjëve dhe fryrje të tyre. E ndjente vehten të sëmurë prej 30 vjetësh. Ishte mjekuar ambulatorisht. Kishte shkuar në Lixhat e Elbasanit dhe plazhin e Durrësit por përmirësimet qenë shumë të pakta.

Objektivisht: afebrile. Në mushkëri respiracion vezikular. Puls aritmetik 60-65 në minutë, tensioni arterial 145/85 mm/Hg. Në zëmër aritmi extrasistolike. Mëlçia, shpretka në kufi. Artikulacionet e gjunjëve edematoze, me lëvizje të kufizuara dhe me kërcitje. R/grafia: vihet re një osteoporozë. Sipërfaqet artikulare të çregullta me ndryshime artrozike. Gjaku: eritrocite 4.000.000, HB-70%, leukocitet 6.000. Formula: B-0%, E-2%, shk-4%, N-60%, L-30%, M-2%. Eritro Sedimentacioni 22 mm/orë. Gjaku për proteina: totale 5,98 gram%, albumina 1,73 gram %, globulina 4,23 gram %. Koeficienti alb/glob=0,407. Proteinat C/reaktive (++). Reaksioni Malen negativ, E.K.G. hipertrofi e ventrikulit të majtë në ekstrasostola ventrikulare. Mbas mjekimit me butazolidinë, deltakorten dhe parafinoterapi gjendja u përmirësua. Në pasqyrën e më poshtme po paraqesim materialin tonë simbas formave klinike.

Pasqyra e klasifikimit të materialit simbas formave klinike.

Grupi	I (kryesisht artikulare)			II	III	
Format- klinike	akute	subakute		Kronike	Forma vis- cero artikulare	Forma e kombinuar
		me fenome- ne eksuda- tive	me fenome- ne prolife- rative			
Nr. i të sëmur- ve	4	11	8	5	1 (kardio- artikulare)	2 (endokarditis reumatika kronike dhe poliartriti reumatoid)

Dihet se poliartriti reumatoid fillon nga artikulacionet e vogla dhe në mënyrë simetrike ngjitet nga poshtë lart. Tek të sëmurët tonë kapja e artikulacioneve ka qënë: 13 të sëmurë në artikulacionet e duarëve radiokarpalet dhe këmbët, 3 në artikulacionet talokrurale, 10 në fëmijët, 3 koksofemorale 2 skapulo-humerale.

Tek shumica e të sëmurëve tanë, sëmundja ka filluar nga artikulacionet metakarpale ose metatarsale, falangeale dhe nga ato të gjunjëve në 23 të sëmurë ose 74% të rasteve, gjë që përpunet me të dhënat e Vihovskit Z.E. (1962). Simetria është vënë re në 22 raste ose 71% të sëmurëve tanë, ndërsa autori i mësipërmë e ka gjetur në 45% të materialit të tij. Deformacione paraqitnin 26 veta ose 84% dhe ankiloza jo të plota (Semiankiloza) 13 të sëmurë ose 42% të rasteve. Këto qënë përqëndruar kryesisht në gjunjët, radiokarpet, falangat e duarve, brylat dhe talokrurale. Përsa i përket ndryshimeve të sistemit kardiovaskular kemi konstatuar miokardioatrofi (1), kardiosklerozë (5) të lidhura me moshën e pacientëve, insuficienca të valvulës mitrale (1) dhe afeksio mitrale në (1) të sëmurë. Gërshetimin e poliartritis reumatoid me reumatizmin e kanë vënë në dukje Nesterov A.I. (1959) që në vitin 1935 dhe e ka quajtur formë ibride të këtyre sëmundjeve. Forma të tilla janë përshkruar edhe nga Tarajev E.M. (1958-59), Nevleva L.V. (1960), Janushkeviç N. I. (1962), Maksimoviç Ja. A. (1963) etj. një pjesë e të cilave janë vërtetuar në autopsi.

Rubens A.—Duval etj. (1963) përshkruajnë një rast ku gjetën granuloma nekrotike në zëmër tek një i sëmurë me poliartrit reumatoid. Këto Beggenstoss et Rosenberg (cituar nga autorët e mësipërmë) e quajnë «Rheumatoid Heart» d.m.th. që në këto raste mund të gjejnë ndryshime specifike edhe në këtë sëmundje por duhen ekzaminime të shumta mikroskopike.

Në të sëmurët me poliartrit reumatoid mund të gjejnë ndryshime të sistemeve dhe organeve të ndryshme. Kemi patur 9 veta me hipertrofi të gjëndrës tiroide (6 me struma gradë e II dhe 3 në gradën e III) nga të cilët 3 me hiperfunksion (tireotoksikozis). Tarejev E.M. (1959) Nesterov A.I. (1961) Konçallovski M.P. (1962) dhe Vihovski Z.E. (1962), kanë patur të dhëna të tilla sidomos ky i fundit ka gjetur në 47% e të sëmurëve, një hipofunksion të kësaj gjëndre të përcaktuar me anën e J—131 reaktiv.

Mëlçinë e gjetëm të zmadhuar në 10 veta, kurse Mjakova L. P. (1959) në 28 nga 109, Smiler L.N. tek 2/3 e të sëmurëve (cituar nga autori i më sipërmë) dhe Makaroviç E.M. (1963) në 12 nga 37. Shpretkka e zmadhuar u konstatua tek 5 të sëmurë, nga të cilët 3 kishin anamneza malarjen, 2 morbus Botkin, kështu që është vështirë të thuash me siguri nëse këto ndryshime i atribuohen edhe poliartritit reumatoid apo vetëm sëmundjeve të mësipërme. Në 6 të sëmurë ne kemi konstatuar gjurma albumine në urinë, ndërsa tek njëri ajo arrinte deri në (0,60% gr.) pa patur elemente të tjera renale. Lezionet renale takohen jo rrallë në artritin reumatoid. Sura V.V. e Makaroviç I.I. më 1959, i gjetën në 48 veta nga 110 prej tyre. Disa herë ato progresojnë duke dhënë insuficiencë renale, amiloidozë renale ose nefrit kronik.

Shpesh poliartriti reumatoid shoqërohet me konjuktivit, episklerikirit, keratokonjuktivit. Vihovski Z.E. (1962) i ka konstatuar në 0.3% të rasteve. Në materialin tonë kemi konstatuar në 2 veta konjuktivit bilateral dhe një blefarit kronik d.m.th. gati 1% e rasteve. Stenstan kerato-konjuktivit të gjen në 10% të të sëmurëve me moshë të re (cituar nga Gunnar - Bostrom). (1963).

Ndryshimet e gjakut të kuq në këto sëmundje nuk janë të dukshme. Në dekurset e zgjatura mund të kemi një anemi hipokrome jo shumë të theksuar dhe Hb 30-32% (Rjabov S.I. e bashkpuntorë 1963).

Nga të dhënat tona vihet në dukje qartë se numuri i eritrociteve, koncentrimi i hemoglobinës dhe indeksi i ngjyimit janë të ulur.

Nga ana e gjakut të bardhë mund të kemi leukocitozë, disa herë arrin 9.000-12.000, por ka dhe leukopeni 5.000-3.000. Shumica e të sëmurëve tanë i kanë patur leukocitet midis 5.000 dhe 10.000 (mm³). Para mjekimit numuri i leukociteve në 3 të sëmurë ishte ndënë 5.000 në 1 mm³, tek 9 ishte 5001-7000, 14 në 7001-10.000 dhe 5 mbi 10.000; ndërsa mbas mjekimit 2 ishin ndënë 5.000, 15 veta në 5001-7000, 10 kishin 7001-10.000 dhe 4 mbi 10.000 leukocite.

Eritrosedimentacioni është zakonisht i rritur dhe në disa raste arin në shifra të larta mbi 60 mm/orë, në periodat e remisionit arrin shifra normale ose ndryshon shumë pak. Këto ndryshime në rastet tona paraqiten para mjekimit 1 i sëmurë ndënë 10 mm/orë, 8 veta në 11-20 mm/orë, 4 kishin 21-30, 9 nga 31-40 mm/orë, 4 me 41-50, 3 me 51-60 dhe mbi 60 mm/orë, 2; ndërsa mbas mjekimit 9 ndënë 10/mm/orë,

8 e kishin 11-20,4 e kishin 21-30,4 me 31-40,4 me 41-50,2 me 51-60 dhe 0 mbi 60 mm/orë.

Siç del nga shifrat e mësipërme në 14 të sëmurë ose 45% të tyre, sedimentacioni vazhdon të jetë mbi 20 mm/orë edhe mbas mjekimit.

Nga 13 të sëmurët me poliartrit reumatoid që u është bërë proteinë C-reaktive u gjet pozitiv në 12, kurse reaksioni Mallen (prova e jodit) në 9 prej tyre. Tokmaçev Ju.K. (1957), Vorobieva A.I. (1957), Zetkov V.M., Smirnova A.M. e Rapoport Zh. Zh. (1962) kanë parë pozitivitetin e proteinës C-reaktive në të sëmurët me reumatizëm dhe artrit reumatoid i cili çfaqet si përgjigje e reaksionit inflamator specifik ose jo ose nga ndryshimet destruktive të indeve. Çfaqja e proteinës C-reaktive dhe zhdukja e saj pasqyron dekursin e procesit patologjik më tepër se sa reaksionet e tjera si eritrosedimentacioni, temperatura etj. Kjo provë del pozitive në të gjitha ato sëmundje që kanë të rritura gamma-globulinat, pra nuk është specifike por rëndësia saj diagnostike na lejon me gjykue drejt për dinamikën e procesit patologjik e gradën e disproteinemisë. Mbas përmirësimit të gjëndjes të të sëmurëve këto dy reaksione zhduken ose paksohet pozitiviteti i tyre (Golberg L.I. 1963). Tokmaçev Ju.K. (1957) ky i fundit ka konstatuar në 100 të sëmurë zhdukjen e proteinës C-reaktive në 13 dhe pakësimin e tij në 46. Tek të sëmurët tanë nga të 12 proteinë C-reaktiva që ishin pozitivë, 5 u negativizuan mbas mjekimit dhe 7 në pozitivitet të ulur, kurse nga 9 të sëmurët që kishin provën e jodit pozitiv, në 6 ajo u negativizua, kurse në 3 u bë pozitiv i lehtë.

Për të sëmurët tanë kemi përdorur një terapi komplekse duke filluar nga preparatet hormonale, pirozolinikë, antimalarikë, transfuzion dhe fizioterapi; sikurse dhe shumë autorë të tjerë Astapenko M. G. (1959) Bahjtengaj Julius (1959), Elisajeva A.M., Egorova L.I. (1959), Krikunov (1961-1963). Nga 31 të sëmurët 4 janë mjekuar vetëm me deltakorten, 3 me butalozidinë, 1 me rezokinë, 12 kanë marrë deltakorten kombinuar me preparate të pirozolidinës, 6 (deltakorten me reopirinë) e 6 deltakorten me butalozitinë, 5 me deltakorten, reopirinë dhe rezokinë; 2 me deltakorten e rezokinë dhe 4 me deltakorten me aspirinë. Doza më e lartë e deltakortenit është 50 mgr. (10 tableta) dhe më e vogla 10 mgr. (ose dy tableta). Afati më i shkurtër i mjekimit është 30 ditë dhe më i gjati 2 vjet. Mjekimi fillonte me dozë mesatare 30 mgr. në ditë dhe gjithmonë uleshë doza duke patur parasysh simptomet objektive, subjektive dhe analizat e laboratorit. Kemi përdorur këtë skemë mjekimi: 5-7 ditë nga 30 mgr. 10-15 ditë nga 20 mgr., 7 ditë nga 15 mgr., 7 ditë nga 10 mgr., dhe 5 ditë nga 5 mgr. Kur uleshin dozat e deltakortenit shtoheshë butalozidina, reopirina, apo rezokina. Kur pacienti kishte deltakortenin me 1 tabletë i jepeshë 10 UI x 2 A.C.T.H. për disa ditë: për të stimuluar suprarenalen.

Kjo skenë ka vetëm një karakter orientonjës mbasi mjekimi është individualizuar simbas rastit.

Reopirina dhe butalozidina jepeshin 0.2x3 në ditë dhe uleshë doza gradualisht nën kontrollin e gjakut e të urinës. Rezokina jepeshë 0.25x1 në ditë duke e rritur në 3 tableta ditën. Si rezultat i mjekimit, temperatura u ul që ditën e dytë të dhënies së deltakortenit në 23 të sëmurë nga 27 të mjekuar me këtë, 4 e kishin temperaturën normale përpara fillimit të terapisë hormonale. Shumica e të sëmurëve

nënveprimin e terapisë lëvizin lirisht anësitë, dhëmbjet ju pakësuan, po ashtu dhe manifestimet lokale.

Edemat në artikulationet filluan të pakësohen dhe të zhduken krejt mbas ditës së tretë në 10 të sëmurë, nga dita e 15 në 18 të sëmurë, njërit nuk ju zhdukën ndërsa dy të fundit nuk paraqitnin ndryshime artikulare.

Tek të sëmurët që kanë patur semiankiloza na u desh të përdorim masazh, parafinë dhe ultraviolet nga 15-20 seanca.

Nga të 12 të sëmurë të mjekuar me deltakorten të kombinuar me preparate të pirozolonit tek 7 efekti ka qënë shumë i mirë, tek 3 i mirë, tek 1 përmirësimet qënë të pakta dhe tek i fundit pa rezultat. Tre të sëmurët që muarën vetëm butazolidinë ishin në fazat e para të sëmundjes, prandaj dhe efekti qe shumë i mirë. Tre nga 5 të sëmurët e mjekuar me deltakorten dhe aspirinë patën shumë efekt, kurse dy pa efekt, megjithë kurat fizioterapeutike. Nga 5 të sëmurët e mjekuar me deltakorten, rezokinë e butazolidinë 1 pati shumë efekt, 2 të mirë, 1 të lehtë dhe i fundit pa asnjë përmirësim. Dy u mjekuan me deltakorten dhe rezokinë, efekti qe shumë i mirë, ata ishin në stadi e mesme pa ankilozë. Katër të sëmurë u mjekuan vetëm me deltakorten, efekti shumë i mirë por sëmundja ishte në fazën më të lehtë. Ndërsa vetëm 1 u mjekua me rezokinë, efekti ka qënë shumë i mirë për mëse një vit e gjysmë. Historia e sëmundjes e kësaj të fundit po paraqitet më poshtë shkurtimisht.

A.L. 35 vjeç shtrohet në klinikë më 3/II/1960 me këto ankesa: dhimbje dhe enjtje në artikulationet radiokarpale, talokrurale dhe gjunjët. Për këtë është mjekuar më 1959 me aspirinë, salicilat dhe deltakorten, efekti ishte i përkohëshëm, mbas 5-6 muaj pati një riakutizim të sëmundjes për të cilën shtrohet. Objektivisht: paraqit duart, artikulationet radiokarpale, talokrurali i djathtë dhe gjunjët edematoz, me temperaturë lokale, pa skuqje, me lëvizje të kufizuara. R/grafia e artikulationeve në fjalë paraqet osteoporozë të dukëshme me hapësirat intraartikulare pak të ngushtuar. U mjekua me rezokinë 2 tableta ditën 15 ditë rrjesht, pastaj me 3 tableta për 15 ditë të tjera, mbas të cilave filloi të ndihet efekti i terapisë, edemat të pakësoheshin, dhimbjet u lehtësuan, artikulationet filluan të lëvizin lirisht. Pacientja shtoi në peshë 3 kg., sedimenti 3 mm/orë, proteinë C-reaktive (+) gjëndje në të cilën ajo del nga spitali. Rezultatet e terapisë të mësipërme u përforcuan nga banjot e diellit duke vazhduar në të njëjtën kohë rezokinë me 2 tableta në ditë gjithësejt 200 tableta, mbas të cilave pati vertigo dhe anoreksi. I u ul doza e rezokinës në 1 tablet, gjithsej 150 tableta të tjera. Mbas përfundimit të kurës e ndiente vehten shumë mirë, gjithashtu analizat ishin normalizuar, sedimentacioni 3 mm/orë, leukocitet 5.600, urina normal. Rezultate të mira me këtë preparat ka pasur Krikunov V.P. (1963) në 30 të sëmurë shumica në forma të lehta. Mekanizmi i veprimit të lëndëve antimalarike të sintezës deri më sot nuk dihet. Shumica e autorëve pranojnë hipotezën e Hejd-it që këto lëndë frenojnë përpunimin e adenzin-fosfatizës nga i cili organizmi plotëson nevojën më të madhe të indeve me acid-adenozin-fosforik (Krikunov V.P. 1961). Autorë të tjerë kanë kombinuar rezokinën me kortikosteroidë dhe efekti ka qënë i dukshëm. Mendohet që në fillim të procesit akut të përdoren preparate hormonale e

pastaj të vazhdohet mjekimi me rezokinë. Ne kemi patur dy raste të tilla, njëra paraqiste një formë të poliartritis reumatoid subakut me fenomene eksudative e tjetra po këtë formë klinike, por predominonin shënjat proliferative. Në rastin e dytë pacientja H.J. 38 vjeç ishte shtruar disa herë në spital, është mjekuar me A.C.T.H., kortizon, më vonë me aspirinë, reopinë e deltakorten nga të cilat ka pasur përmisime të përkohëshme. Gjatë kohës që qe shtruar në klinikën tonë më dt. 8.5.61, paraqiste një status lokalis të tillë: artikulacionet radiokarpale, falangeale të duarve dhe talokrurale edematozë me deformacion, me lëvizje të kufizuara. R/grafia e artikulacioneve: hapësirat intra-artikulare të ngushtuara, vrehen ankilozë në kockat e karpeve dhe osteoporozë e dukëshme. U mjekuan me deltakorten 30 mgr. (prodie) e shoqëruar me penicilinë e vitamina C. Kur filloi të ulet deltakorteni i shtohet rezokina 0.25 x 3 në ditë për 15 ditë. Kjo nuk dha shqetësime, dhimbjet e fenomenet eksudative u zhdukën krejt, lëvizjet artikulare u shtuan por ndiente pak dhimbje koke. E sëmura del nga spitali me sedimentacion 12 mm/orë me proteinë C-reaktive (—) dhe leukocite 6.200. Vazhdoi rezokinën për 1 vit ambulatorisht me nga 1 tabletë. Gjatë kësaj kohe nuk ka pasur riakutizime.

Rezultate të mira kemi patur në mjekimin e 12 të sëmurëve me deltakorten të kombinuar me butazolidinë ose reopinë nga të cilat 7 kishin rezultate shumë të mira, 3 të mira, 1 i kënaqëshëm dhe 1 pa efekt. Tek e sëmura V.B. vjeç 30 me diagnozën klinike poliartritis reumatoides forma eksudative proliferative, shkalla e II-III e demtimit të funksionit artikular qëndroi në klinikë afro 6 muaj. Paraqiste në hyrje: atrofi të muskujve të duarve dhe këmbëve. Artikulacionet radiokarpale të deformuar me edema më tepër i djathti shumë i dhimbëshëm, po kështu artikulacionet interfalangeale dhe gjunjët. R/grafia e artikulacioneve të duarve e gjunjët: Hapësira interartikulare të ngushtuara, sidomos e gjurit të djathtë me artrozë po kështu dhe artikulacionet interfalangeale paraqesin uzura të vogla. Kish osteoporozë të kockave. Ju fillua mjekimi me deltakorten 30 mgr. në ditë gjithësejt 1030 mgr. Kur i u ul doza iu fillua butazolidinë 0.2 x 3 gjëndja filloi të përmirësohet, fenomenet eksudative, dhimbjet dhe lëvizjet u bënë më të lehta, analizat filluan të normalizohen. Ju bë tonsilektomia e cila i dha një riakutizim të procesit që na detyroi të fillojmë përsëri kurën e deltakortenin me butazolidinë të cilën e vazhdoi edhe në shtëpi për një vit e gjysmë me doza të vogla, duke mos patur asnjë fenomen anësor. Këto fakte tregojnë qartë që poliartriti reumatoid duhet mjekuar për një kohë të gjatë.

Nga 31 të sëmurë tanë gjatë mjekimit ju janë hequr tonsilet 11 vetave, ndërsa 17 prej tyre kanë bërë ekstraksione të granulomave dentare dhe mbushje të tyre. Terapia komplekse e aplikuar në rastet tona përmbledh edhe kurat fizioterapeutike (si parafinë, masazh, ultraviolet) të bëra në 17 të sëmurë. Gjatë mjekimit kemi pasur riakutizime në 9 pacientë nga të cilët tre mbas ndërprerjes së deltakortenin, kurse 6 mbas tonsilektomisë dhe ekstraksionit të granulomave, megjithëse gjatë mjekimit kanë marrë antibiotikë. Duke përdorur një terapi komplekse për një kohë relativisht të gjatë tek të sëmurët me poliartrit reumatoid disa herë çfaqen fenomene anësore nga më të thjeshtat deri në më të komplikuarat. Të tilla fenomene janë vënë re

nga shumë autorë të ndryshëm si Beklemishev N.G. (1959), Arllashin V.J. (1959), Kurasheva M.V. (1960), Shnaiber E.B. (1960), Gordon Z. LL. (1961), Lebedev V.N. (1963) dhe Krikunov V.P. (1959-1963). Edhe ne gjatë mjekimit të të sëmurëve tanë kemi vënë re disa nga këto manifestime anësore. Nga deltakorteni: djersë të shumta në 3 të sëmurë, facies lunata në 5, ngritja e tensionit arterial në 3, **ulcus ventriculi** dhe hemoragji tek një pacient që kishte patur një ulcus asimp-tomatik, hiperglicemi në një rast dhe frakturë të kockave në një tjetër. Nga preparatet pirozolidinikë janë çfaqur: tek një i sëmurë: leukope-ni 4.300 në 1 mm^3 dhe ikter hemolitik tek një tjetër i cili kaloi mbas ndërprerjes së kurës dhe fillimit të deltakortenit.

Nga antimalarikët e sintezës u çfaqën vertizhe dhe anoreksi tek dy të sëmurë, leukopeni 4.800, tek një tjetër, por mbas uljes të dozave fenomenet u zhdukën. Këto të dhëna tregojnë se gjatë përdorimit të këtyre preparateve të sëmurët duhet të mbahen ndënë një kontroll të vazhdueshëm si nga pikpamja klinike dhe laboratorike.

KONKLUZIONE

1. Mosha që preket më shpesh nga kjo sëmundje është 16-30 vjet (simbas të dhënave tona 71% të rasteve).

2. Nga infeksionet bukale rolin më të rëndësishëm e lozin gran-ulomat dentare (13 veta), dhe tonsilitet kronike (10 veta).

3. Forma më e shpeshtë e poliartritis reumatoid është ajo që prek kryesisht artikulacionet (simbas materialit tonë 90.3% të raste-ve).

4. Prekja e artikulacioneve në 22 veta ose 71% të rasteve ishte simetrike.

5. Në poliartritis reumatoid leukocitoza gjëndet më shpesh se sa leukopenia (simbas të dhënave tona 61% kundrejt 9.7%).

6. Eritrosedimentacioni, në shumicën dërmojëse të rasteve është i rritur. Në materialin tonë vetëm tek një pacient ose 3.2% të ras-teve ai ishte mbrenda kufijve normalë.

7. Gjatë mjekimit konstatohen se shënjat inflamatore zhduken me një herë mbas fillimit të deltakortenit, por rishfaqen shumë shpejt mbas ndalimit të tij, ndërsa efekti është më i ngadalshëm nga përdorimi i rezokinës, por periodat e remisioinit janë më të gjata.

(Paraqitur në redaksi më 5-4-1964)

BIBLIOGRAFIA

- 1) ASTAPENKO M. G. — Komplekskanala terapia infeksionnogo nje specifi-çeskogo (revmatoidnogo) poliartrita. (Kliničeskaja Med. Nr. 5. 1959 f. 76).
- 2) BÄHTENGAJ JULIUS — Diftienaja terapia progresirujushego poliartritis prednizonom. (Kliničeskaja Med. Nr. 10. 1959 f. 97).
- 3) BEKLENISHEV N. G. — Butadion (obzor literaturni) (Kliničeskaja Med. Nr. 1959 f. 18).
- 4) GOLGERG LL. I. — Diagnostičeskaja Cenost jodoj probi (Lab. delo Nr. 1 1963 f. 22).
- 5) GORDON Z. LL. — Nekotorie Oslozhnennia prilēgenii prednizonom (Klin. Med. Nr. 3 1961 f. 149).

- 6) GUNNAR BOSTROM — Keratite en bandelette au cours dela polyarthrite rhumatoide. (La semaine des hopitaux Nr. 26 1963 f. 1263).
- 7) EGOROVA L. L. — Hormonalnaja terapija i nejkotorie drugie metodi lečenija bolnih revmatoidni artrite (Libr. Reumatoidni artrit 1959) (red. E. M. Tarejev).
- 8) ELISEJEVA A. M. — Blizhashie rezultati gormonoterapi i u bolnih bronhialni asthmoj, revmatiznom i revmatoidnimi artritom. (Sovjetskaja medicina Nr. 2 1962 f. 119).
- 9) MARSHALLIN V. I. — K. Voprosi i rabočnom diestvii butadiona (Klin. Med. Nr. 3 1959 f. 93).
- 10) KALLUŽHENKO R. K. etj. — K. Imunopatologija infekcionnogo nje specifičeskogo poliartrita (Terap. arh. Nr. 5 1963 f. 68).
11. KONČOLLOVSKI M. P. — Izbrannie trugis 1961. f 197 (Red. E. M. Tarejev).
- 12) KRIKUNOV V.P. — Lečenie infekcionnogo nje specifičeskogo revmatoidnogo poliartrita rezohinom (Terapevtičeski Arhiv. Nr. 1 1961 f. 67).
- 13) KRIKUNOV V. P. — Opiti dlitel'naja lečenia infekcionnogo njespecifičeskogo (revmatoidnogo) poliartrita rezohinom (voprosi revmatizm Nr. 2 1963 f. 35).
- 14) KURASKOVA M. V. — Lečenie irigapirino (reopirinom, pirabutalon) bolnih infekcionim njespecifičeskin poliartritom (Klinik Med. 7 1960 f. 137).
- 15) LEBEDEV V. N. — Njekotorie pojavlenija pobočnogo djestvia pirazolidina pri lečenii bohnih revmatoidnim artritom (Klin. med. 1963 Nr. 1 f.112).
- 16) MAKARENKO I. I. — Kliničeskoje varianti tečenija i differencialnij diagnoz revmatoidnogo artrita (Libr. revmatoidni artrit 1959) (red. E. M. Tarejev).
- 17) MAKARoviČA Ja. A. — O sočetanii revmatizmi a infektetrita (Klin. Med. Nr. 3 1963 f. 112).
- 18) NESTEROV A. I. — Očevk izučenia revmatizme i boleznjej sustov 1951 f.52.
- 19) NESTEROV A. I. — Infekcionnij nje specifičeskij poliartrit kak agna iz Osnovnih form kolagenozov v Klinike vnutreni bolieznij (Terap. Arch. Nr. 5 1959 f. 19).
- 20) NESTEROV A. I., SIGIDIN JA. I. — Klinika kollagenozni bolezn 1961 f. 36
- 21) POPOVA G. I. etj. — Osnieshzcinih formah revmatizma i infekcionnogo njespecifičeskogo poliartrita (O tak nazivajemij revmatičeskij angin (Klin. Med. Nr. 8 1960 f. 133).
- 22) RIABOV S. I. etj. — K. Voprosi opatogeneze mallokravija pri revmatoidni artrita (Terap. Arhiv. Nr. 5 1963 f. 82).
- 23) RUBENS — DUVAL A. VILIAM ey/g ect.; — Les granulomes necrotiques du coeur dans le polyarthrite chronique evolutive. (La semaine des hopitaux Nr. 14/3 1963 f. 647).
- 24) SALCEVA M. T. etj. — Značienle reakcii Mallena v, opredelenii aktivnosti revmatizma (voprosi revmat. Nr. 1 1963 f. 16).
- 35) SMIRNOVA A. M etj. — C-Reaktivnogo bellka v krvi u detej bolnih revmatizm (sovjet. med. Nr. 4 1962 f. 53).
- 26) TARAJEV E. M. — Revmatoidnij artrit. 1959.
- 27) TOKMAČEV JU. K. — Ob imunologičeskikh metodah izučenija reaktivnosti bolnih revmatiznionom i infekcionim nje specifičeskim poliartritom (Terapev. arhiv. f. 2 1957 f. 31).

- 28) TROFIMOVA T. M. — Kliničeskoje značenje belkovih osadocnih prob pri revmatizmu i revmatoidnih artrit (Klin. med. Nr. 3 1961 f. 100).
- 29) ŽEMUKOV V. M. — C-Reaktivnoj bellok v krvi bolnih revmatizm. (Sov. med. Nr 2 1962 f. 151).
- 30) VOROBEVA A. I. Opredelnie C. Reaktivnogo bellka pri revmatizm. (Tera-pevticeskij arhiv Nr. 8 1957 f. 31).
- 31) VIHOVSKIJ Z. E. — Revmatičeskie i njerevmatičeskie zabojevanija sustavovi ih sanatornoe kurortnoe lečenje 1962 f. 124.

SOME DATA ABOUT THE CLINICAL PICTURE AND TREATMENT OF POLYARTHRITIS RHEUMATICA

(Summary)

31 case of polyarthritis rheumatica are discussed; 28 (93.3%) of them were purely articular, one was visceral and two had a combined character.

It is noticed that the age group most vulnerable to this affection is between 16 and 30 years (71% of the cases).

From the local inflammatory processes discovered in these cases most frequent were dental granulomata and chronic tonsilitis.

Good therapeutic results have been obtained by combining delta-cortene-butalositidine with deltacortene-resochine. Immediately after beginning the treatment with deltacortene disappear all the inflammatory phenomena, but they reappear soon after interrupting the treatment. With resochine, although the effect is slower, it is more durable.

MBI DISA KARAKTERISTIKA KLINIKO-KURATIVE TË PNEUMONIVE AKUTE NË USHTRI.

HAJRO SHYTI

(Reparti i Terapisë i Spitalit P. Ushtarak. Shefi i repartit Kolonel Th. Papavrami).

Pneumonitë akute përbëjnë një problem të rëndësishëm të terapisë fushore që meriton studim të veçantë periodik. Kjo diktohet nga fakti se ndërsa format klasike të sëmundjes me dekurs të rëndë dhe prognozë të keqe, me përdorimin e antibiotikëve dhe sulfanilamideve, ndeshen shumë rrallë, frekuenca e të sëmurëve me pneumoni abortive, asimptomatike sa vjen po shtohet.

Diagnoza e herëshme e pneumonive akute, ka një rëndësi të madhe praktike për caktimin e terapisë racionale. Ajo mund të konsiderohet e saktë atëhere kur përcaktohen faktorët etiologjikë të sëmundjes, dhe këtë mund ta zgjidhë vetëm ekzaminimi bakteriologjik i sputumit të sëmurit. Në këtë mënyrë analiza bakteriologjike e pneumonive përbën një komponent të rëndësishëm në zgjedhjen e problemit klinik të pneumopative.

Në praktikën e përditëshme mjekësore, veçanërisht në konditat ambulatorë, kur mundësitë e analizës bakteriologjike të pneumonive qoftë për arsye kohe dhe vëndi bëhet e pamundur, mjeku është i detyruar të përcaktojë karakterin e pneumonisë duke u nisur nga të dhënat klinike dhe në këtë bazë të caktojë terapinë racionale.

Materiali që paraqesim mbështetet në analizën e dekursit të sëmundjeve dhe rezultatin e mjekimit të 301 të sëmurëve me pneumoni akute gjatë vitit 1962 në spitalin e përgjithëshëm ushtarak. Ky material ka për qëllim që të japë një informacion të shkurtër mbi disa nga veçoritë e pneumonive akute në ushtri të shikuara në aspektin kliniko-kurativ.

Në 273 raste diagnoza e hyrjes në spitale ka qënë pneumoni akute. Në 1 rast pleuritis eksudativa, në 2 raste angina catarralis, në 4 raste influenza, në 5 raste infiltrat t.b.c. i pulmoneve, dhe në 16 raste pa diagnozë (observacion).

Duke iu përmbajtur klasifikimit kliniko-anatomik të pneumonive, të sëmurët janë ndarë në dy grupe kryesore.

24 raste bëjnë grupin e parë me pneumoni krupoze dhe 257 raste bëjnë grupin e dytë me pneumoni lobulare. 20 raste të tjera bëjnë grupin e të sëmurëve me pleuropneumoni (komplikacione pleurale të inflamacioneve pneumonikë).

17 raste me pneumoni krupoze janë të moshës 18-22 vjeç, 4 raste 30-35 vjeç dhe 3 raste 40-50 vjeç. Ndërsa me pneumoni lobulare 158 raste janë të moshës 18-24 vjeç, 45 raste 25-34 vjeç, 38 raste 35-44 vjeç dhe 16 raste të moshës mbi 45 vjeç. Për rastet me pleuropneumoni, 16 të sëmurë janë të moshës 18-22 vjeç, 3 raste 25-34 vjeç dhe 1 rast 45 vjeç.

Të sëmurët janë paraqitur në spital gjatë vitit në këtë mënyrë:

Në janar	51 raste	Në korrik	17 raste
Në shkurt	41 raste	Në gusht	17 raste
Në mars	46 raste	Në shtator	15 raste
Në prill	32 raste	Në tetor	15 raste
Në maj	35 raste	Në nëndor	1 rast
Në qershor	17 raste	Në dhjetor	14 raste.

Nga kjo rezulton se pneumonitë akute, janë ndeshur kryesisht në muajt e dimrit dhe të pranverës, gjë e cila koinçidon edhe me të dhënat e viteve të tjera statistikore.

Për rastet me pneumoni krupoze, shtrimi i të sëmurëve është bërë në 14 raste 2-3 ditë mbas fillimit të sëmundjes dhe në 10 raste 5-7 ditë mbas fillimit të sëmundjes.

Fillimi i sëmundjes për të gjitha rastet e observuara me pneumoni krupoze, ka qënë i njëherëshëm, me të dridhura, temperaturë, dhimbje në hemitoraksin e prekur, kollë, adinami të përgjithëshme, anoreksi dhe djersë. 9 të sëmurë 3-4 ditë para shtrimit në spital ishin kuruar më penicillinë dhe sulfanilamide, gjë e cila spjegon rastet e paraqitura në stacionar pa temperaturë dhe me gjëndje të përgjithëshme relativisht të mirë.

Ditën e pranimit, 10 raste kanë akuzuar dhimbje në hemitoraksin e prekur, 9 raste kollë, 7 të tjerë ekspetorat nga të cilët 5 me sputum viskoz ngjyrë ndryshku. Temperatura e matur nën axile tregonte në 8 raste mbi 40°C, në 6 raste 39-39.5°C, në 2 raste 38-38.5°C, në dy raste 37.5°C dhe 6 të tjera afebrilë. Ekzaminimi klinik objektiv, ka vënë në dukje në 15 raste alteracion të gjëndjes së përgjithëshme me shënja toksike, dispne, cianozë, takikardi, hiperemi të fytyrës dhe adinami të përgjithëshme. Në 6 të sëmurë është vërejtur herpes labialis. Lokalisht në regionin e dëmtuar në shumicën e rasteve është vënë në dukje submatitet i tonit perkutor, ndërsa me auskultacion janë dëgjuar rale krepitante fine në 15 raste dhe në 3 raste respiracion bronkial. Në 6 raste fenomenet stetoakustike kanë munguar.

Nga ekzaminimi radiologjik në 24 rastet, vatrat pneumonike janë përshkruar si hije homogjene me intensitet uniforme dhe kufi pak a shumë të kjarta. Lokalizimi i vatrave pneumonike të përcaktuara në radioskopit paraqitet në këtë mënyrë: 7 raste me lokalizim në lobin e poshtëm të pulmonit të djathtë, në 4 në lobin e mesmë dhe në 4 të tjerë në lobin e sipërm. Kurse në pulmonin e majtë: 3 raste në lobin e poshtme, 5 raste në fushën e mesme dhe 1 rast në lobin e sipërm.

Në 5 raste është vërejtur interlobit, që të gjitha me lokalizim në pulmonin e djathtë, si komplikacion i pneumonive krupoze.

Eritrosedimentacioni është gjetur i lartë në 17 raste (20-45) mm/në orë në 6 (15-20) mm/në orë, kurse në 1 10 mm/në orë. Leukocitet kanë qënë në 2 raste (15000-20000) në 1 mm³ gjak, në 10 (10000-15000) në 10 të tjerë (5000-10000) dhe në 2 4000-5000.

Pakësimi i leukociteve në (4000-5000) është vrejtur në 2 të sëmurë para aplikimit të terapisë, të cilët paraqitnin një gjëndje të rëndë toksike me temperaturë të lartë, dispne, tek të cilët procesi inflamator i konfirmuar radiologjikisht kishte zaptuar gjithë lobin e sipërm unilaterale të pulmoneve.

Leukopenia gjatë pneumonisë krupoze është fenomen i rrallë dhe shërben si shënjë prognostike e keqe, por edhe këto raste mund të përfundojnë në mënyrë të favorshme (Assman 19). Një fenomen i tillë mund të spjegohet me gjëndjen anergjike të organizmit karshi procesit morboz të pneumonisë krupoze, prandaj në situata të tilla masat e herëshme terapeutike kanë një rëndësi të veçantë për evolucionin e mëtejshëm dhe përfundimin e sëmundjes.

Për shkak të përdorimit të parakohshëm të antibiotikëve, disa pneumopati kalojnë pa etiketë. Në raste të tilla kur figura radiologjike është e sistematizuar mirë dhe ekziston **herpes labialis**, po që se penicilino-terapia ka qënë e parakohshme, meriton të vihet hipoteza për një pneumoni abortive 18. Në rastet tona si pasoi e fillimit të hershëm të terapisë me antibiotikë dhe sulfanilamide, këto forma abortive të pneumonive krupoze janë observuar në 6 të sëmurë. Rastet janë paraqitur në stacionar, disa ditë mbas fillimit të sëmundjes me gjëndje relativisht të mirë, afebrilë dhe pa të dhëna subjektive dhe objektive karakteristike për pneumonitë krupoze. Reperti stetoakustik në këta të sëmurë nuk ka vënë në evidencë ndonjë ndryshim karakteristik. Te 6 të sëmurët para se të shtroheshin në spital janë trajtuar për disa ditë me antibiotikë dhe sulfanilamide në entet shëndetësore të njëjste dhe të reparteve. Në rrethana të tilla, këto raste shpesh herë mund të konfondohen me pneumonitë atipike virusale.

Interpretimi i karakterit jo viral të këtyre 6 rasteve me pneumoni abortive është mbështetur në këto argumenta:

1. Midis të sëmurëve tanë nuk është gjetur asnjë lidhje epidemiologjike. Ata kanë ardhur në stacionar nga reparte të ndryshme dhe në kohë të ndryshme. Kurse siç dihet pneumonitë virusale dallohen shpesh herë për karakterin e tyre epidemik.

2. Fillimi i sëmundjes në 6 rastet tona (duke u mbështetur në anamnezën e të sëmurëve) ka qënë e menjëherëshme me të mberdhitura, dhimbje në hemitoraksin e prekur, temperaturë të lartë, djersë, adinami të përgjithshme dhe humbje të aftësisë për punë. Kurse në pneumonitë atipike fillimi i sëmundjes nuk paraqet ndonjë veçori karakteristike. Ato shpesh fillojnë në mënyrë latente dhe herë të tjera mshihen nën diagnozën e gjendjes gripale ose të katarit bronkial. I sëmurë kërkon ndihmë miekësore disa ditë mbas fillimit të saj.

3. Reperti radiologjik tek 6 të sëmurët tanë kanë dhënë figurën e një hije homogene dense dhe gjysmë dense me konture pak a shumë të kufizuara që nuk ndryshonte pamjen e saj. Ndërsa aspekti radiologjik karakteristik i pneumonive atipike virusale (që paraqitet në formë vijash duke filluar në hilusin e zgjeruar me drejtim në periferi në formën e një figure triangulare me apex nga hilusi që shpesh he-

rë ka pamjen e fshesës ose të krahëve të harabelit, me densitet të dobët jo homogjen dhe kufi të pa kjarra që lehtë ndryshon pamjen e saj) në rastet tona nuk është përshkruar asnjë herë.

4. Tek 6 të sëmurët tanë leukocitet kanë qënë mbi 9000 në 1 mm³ gjak dhe në asnjë rast nuk është konstatuar leukopeni ose monolymfonukleoze. Ndërsa në pneumonitë atipike virusale numri i leukociteve është normal ose shpesh herë i zbritur duke paraqitur një leukopeni me shtim të elementëve monolymfonukleare.

5. Rezolucioni i hijes infiltrative nën veprimin e penicillines dhe sulfanilamideve, për të 6 rastet tona është kryer mesatarisht 10-12 ditë mbas shtrimit në spital dhe 15-20 ditë mbas fillimit të terapisë. Ndërsa në pneumonitë atipike virusale penicilina dhe sulfanilamidet janë pa efekt dhe rezolucioni i hijes pneumonike në kontrollin radiologjik kryhet vetëm mbas disa javësh (5-6 javë e më tepër).

Vendin më të madh të pneumonive akute gjatë vitit 1962 e kanë zënë pneumonitë lobulare që bëjnë gjithsejt 257 raste. Shumica e këtyre të sëmurëve ka patur një periudhë relativisht të gjatë prodromale të sëmundjes. Në mjaft raste sëmundja ka qënë si vazhdim i një infeksioni gripal ose i një katari bronkial që pacientin nuk e ka preokupuar të kërkojë ndihmën mjekësore në kohë. Shumicën e të sëmurëve i ka detyruar që të kërkojnë ndihmën mjekësore kolla e thatë shpesh herë munduese, temperatura me prirje ngritjeje graduale, dhimbja e gjoksit dhe pamundësia e përgjithëshme për të marrë pjesë aktive në stërvitje. 136 të sëmurë janë shtruar në spital 1-5 ditë mbas çfaqjes së shënjave evidente të sëmundies, 72 të sëmurë mbas 6-10 ditësh dhe 49 të tjerë midis 11-20 ditësh mbas fillimit të sëmundjes.

Simptomi subjektiv me konstant në të sëmurët me pneumoni lobulare ka qënë kolla, e cila është ndeshur në 150 të sëmurë. Ajo në fillim ka qënë e thatë dhe më von në 69 raste është shoqëruar me ekspektorat mukopurulent, ndërsa në 6 raste të tiera me sputum hemoragjik. 104 të sëmurë kanë akuzuar në stadin fillestar të sëmundjes, dhimbje gjoksi. Temperatura e ritur në vlefat 38-38.5°C është ndeshur në 78 raste, në 75 të sëmurë ajo ka qënë rreth 37.5°C. Kurse në 104 ajo ka qënë normal. Nga këta 58 të sëmurë kishin filluar mjekimin disa ditë para se të shtroheshin në spitalë.

Ekzaminimi klinik objektiv në 47 të sëmurë ka vënë në dukje submatitet të kuartë të tingullit perkutor në zonën e prekur. Me auskultacion në 135 të sëmurë janë konstatuar rale buloze dhe rale subkrepitante, në 34 raste respiracion bronkial me rale sonore, kurse në 88 rastet e tjera fenomenet stetoakustike nuk kanë qënë të shprehura. Në 22 të sëmurë fenomenet stetoakustike kanë qënë bilaterale.

Ekzaminimi radiologjik ka përshkruar vatra bronkopneumonike në format dhe lokalizimet e veçanta në 244 raste. Simbas të dhënave radiologjike, vatrast pneumonike në 120 të sëmurë kanë patur lokalizim në pulmonin e djathtë, në 109 me lokalizim në pulmonin e majtë dhe në 15 me lokalizim bilateral. Lokalizimi i inflamacionit simbas lobeve për pulmonin e djathtë paraqitet: në lobin e sipërm 10 raste në lobin e mesëm 16 dhe në lobin e poshtëm 94; për pulmonin e majtë: në lobin e sipërm 5 raste, në fushën e mesme 4 dhe në lobin e poshtëm 100.

Hemogrami në 123 të sëmurë ka shënuar shtim të eritrosedimentacionit prej (20-50) mm/në orë, në 51 raste (11-20) mm/në orë, kurse

në 83 rastet e tjera ai ka qënë normal. Leukocitet në 17 raste ishiz (4000-5000) për mm³, në 186 (5000-10000), në 39 (10000-15000) dhe në 14 raste (15000-20000).

Në 48 të sëmurë janë observuar format (ambulatory) asimptomatike të pneumonive lobulare. Të dhënat klinike në këto raste kanë qënë të pakta ose kanë munguar fare dhe diagnoza klinike është mbështetur kryesisht në anamnezën e sëmundjes, në të dhënat subjektive dhe në repertin radiologjik dhe laboratorik. Përgjithësisht këta të sëmurë janë paraqitur në spital në fazën e rezorbimit të vatrave bronkopneumonike dhe të normalizimit të shënjave të tjera klinike paraklinike të sëmundjes. Këto forma janë ndeshur kryesisht në ushtarakët që janë mjekuar para shtrimit në spitale, për disa ditë me sulfanilamide dhe antibiotikë. Këto veçori klinike të pneumonive lobulare mund të spjegohen nga njëra anë me përdorimin e parakohëshëm të terapisë antibakteriale gjë e cila shkakton pakësimin e virulencës së mikrobeve patogjene të rrugëve respiratore, dhe nga ana tjetër me subjektin e moshës së re që paraqet një fizik të shëndoshë, tek të cilët gjendja morboze e pneumonisë përballohet më me lehtësi.

Në 20 të sëmurë janë ndeshur format e komplikuar të pneumonive me pleurezi eksudative të cilat klinikisht janë paraqitur me dhimbje në hemitoraksin e prekur, matitet të tingullit perkutor në bazin e hemitoraksit me kufizim të mobilitetit pulmonar dhe pengim të *fremitus pectoralis*. Në të njëjtin region, mbi kufirin e matitetit perkutor, në 14 raste janë dëgjuar rale subkrepitante. Diagnoza klinike pothuajse në të gjitha rastet është konfirmuar me të dhënat e ekzaminimit radiologjik, ndërsa në 6 rastet e tjera të dyshimta, kur shënjat klinike të inflamacionit pneumonik që shoqëroheshin me pleurezi kanë munguar, diagnoza është mbështetur në punksionin pleural, i cili për rastet tona ka dhënë lëng sero-fibrinoz opaleshent me predominim të celulave polinukleare.

Në analizat e sputumit në pikpamje bakteriologjike për florën koksike patogjene, të bëra në 22 raste me pneumoni lobulare, simbas të dhënave të E. Durakut rezultoi: 5 raste kombinim i streptokokëve hemolitike me stafilokokë patogjenë të kondicionuar, në 3 raste streptokoke hemolitike me stafilokoke patogjene të kondicionuar, në 2 raste streptokoke viridansë me stafilokokë patogjene të kondicionuar, në 3 raste streptokokë viridansë me stafilokokë patogjene të kondicionuar, në 3 raste pneumokoke, në 4 vetëm stafilokokë, në 2 pneumokokë me kombinim me stafilokokë patogjene të kondicionuar të streptokokë anhemolitik.

Shtamave të izoluarat iu janë bërë antibiogramet përkatëse në bazë të të cilave rezultoi:

Penicillina: me veprim shumë të mirë (+ + + +) mbi pneumokokët kurse mbi streptokokët vepron bile dhe më mirë se sa tetrani (+ + + +) ndërsa mbi stafilokokët ka veprim të mesëm në 30% të shtameve (+ +). Vetëm në një rast të streptokokut viridans rezistent karshi të gjithë antibiotikëve penicillina nuk ka vepruar.

Streptomycina: veprim të dobët (+) në tre shtame, kurse nuk vepron fare në shtamet e tjera (gjithsejt 39).

Tetrani: vepron mjaft mirë (+ + + +) mbi pneumokokët, mirë (+ + +) mbi streptokokët, mirë (+ + +) mbi stafilokokët.

Chloranfenikoli: vepron mesatarisht (+) mbi të gjitha shtamet e izoluara: pneumokok, stafilokok, streptokok.

Sulfapyrazoli: shtamet e izoluara janë rezistente ndaj tij.

Në qoftë se e shprehim në përqindje florën e zbuluar (22 analiza) do të kemi:

Stafilokokë pyogene	50%	} 86%
Stafilokokë patogene të kondicionuara	36%	
Streptokokë hemolitikë	36%	} 66%
Streptokokë viridans	22%	
Streptokokë anhemolitikë	8%	
Pneumokokë	22%	

Ekzaminimet virusologjike dhe serologjike të pneumonive nuk janë bërë.

Duke u mbështetur në të dhënat e më sipërme që flasin për variabilitetin e madh të figurës klinike të pneumonive lobulare si dhe në rezultatin e favorshëm të mjekimit me terapinë e zakonshme antibakteriale dhe sulfanilamide, shumica e rasteve me pneumoni lobulare të observuara në spitalin tonë gjatë vitit 1962, mund të konsiderohen si pneumoni gripale sekondare.

Pneumonitë sekondare gjatë gripit zhvillohen një lloj si çdo bronkopneumoni tjetër me ndryshim që gjatë gripit, pneumonia zhvillohet në sfondin e uljes së forcave mbrojtëse të organizmit dhe të ndryshimeve lokale në rrugët respiratore të shkaktuara nga veprimi i virusit gripal (ose i toksinave të tij) (12), duke favorizuar kështu invadimin e florës bakteriale në parenkimin pulmonar që, në shumicën e rasteve, është sensibile karshi antibiotikëve të zakonshëm (17).

Simbas karakterit të mjekimit, të sëmurët me pneumoni krupoze janë ndarë në 2 grupe. Grupi i parë i trajtuar vetëm me sulfanilamide të kombinuarë me penicillinë, grupi i dytë i trajtuar me penicillinë dhe streptomycinë të kombinuar.

Dozat e penicillinës kanë qënë 800.000 un. në 24 orë (të fraksionuara çdo 3 orë). Nga preparatet sulfamidike është përdorur Trisulfamidi me dozën 4 gramë në ditë për një kohë 6-7 ditë. Streptomycina është dhënë 2 x 0.5 gr. në ditë. Me këtë terapi, në 6 të sëmurë temperatura është normalizuar brenda disa orësh mbas fillimit të mjekimit në formë krizis, ndërsa në 11 rastet e tjera ajo ka zbritur ditën e 2-3 në formë litike. Gjëndja e përgjithëshme e të sëmurëve, gradualisht është përmirësuar deri ditën e 2-3. Fenomenet stetoakustike si dhe repti radiologjik janë normalizuar brenda 10-15 ditve. Eritrosedimentacioni dhe leukocitoza janë normalizuar diçka më vonë.

Në pneumonitë lobulare në 72 të sëmurë janë përdorur sulfanilamide, kurse në 91 raste të tjera penicillinë të kombinuar me sulfanilamide. Gjithashtu është përdorur penicillinë e kombinuar me streptomycinë në 32 të sëmurë, streptomycinë në 9 të sëmurë, penicillinë në 21 të sëmurë dhe tetraciklinë në 22 të sëmurë.

Për rastet e pneumonive lobulare të mjekuara me penicillinë të kombinuar me sulfanilamide, temperatura është normalizuar në 70% të rasteve ditën 1-3, në 22% ditën e 4-6 dhe në 8% ditën e 7-10. Fenomenet stetoakustike janë normalizuar në 44% të rasteve ditën e 2-5, në

30% ditën 6-10, në 17% ditën e 11-15 dhe në 9% ditën e 16-20. Reperti radiologjik është normalizuar në 68% të rasteve ditën e 7-10, në 22% ditën e 11-15 dhe në 10% ditën e 16-20. Eritrosedimentacioni normalizuar në 65% të rasteve ditën e 5-10, në 29% ditën e 11-20 dhe në 6% ditën e 21-30. Leukocitoza në 86% të rasteve normalizuar ditën e 5-10, kurse në 14% ditën e 11-20.

Për rastet e mjekuara vetëm me sulfanilamide, temperatura është normalizuar mesatarisht ditën e 2-4, fenomenet stetoakustike janë normalizuar ditën e 4-10. Reperti radiologjik është normalizuar ditën e 7-15. Eritrosedimentacioni dhe leukocitoza janë normalizuar brënda 5-10 ditëve.

Dekursi i sëmundjes për rastet që janë trajtuar me penicillinë veças nuk kanë paraqitur ndonjë veçori në krahasim me grupin e të sëmurëve të trajtuar me penicillinë të kombinuar me sulfanilamide.

Tetraciklinat zakonisht janë përdorur në format rezistente karshi sulfanilamideve dhe penicillinës, kur gjëndja e përgjithëshme e të sëmurit me përdorimin e antibiotikëve të tjerë të zakonshëm nuk ka patur një evolucion në përmirësim. Efikasiteti i veprimit të tetraciklinave është shprehur në normalizimin e temperaturës e cila është arritur mesatarisht ditën e 3-6 mbas fillimit të terapisë. Fenomenet stetoakustike u normalizuan në 8 raste ditën e 2-5, në 7 ditën e 6-10 në 5 ditën e 11-15 dhe në 2 raste ditën e 16-20. Reperti radiologjik u normalizua në 8 raste ditën e 7-10, në 6 ditën e 11-15 dhe në 8 ditën e 6-20. Eritrosedimentacioni dhe leukocitoza janë normalizuar mesatarisht ditën e 10-20.

Përsa i përket streptomycinës, përdorimi, i saj si në pneumonitë krupeze ashtu edhe në pneumonitë lobulare, për rastet tona nuk ka dhënë rezultat.

Përgjithësisht dekursi i pneumonive lobulare ka qënë i favorshëm. Vetëm në raste të veçanta janë vrejtur forma të bronkopneumonive me zgjatje të gjëndjes subfebrile për më shumë se 10 ditë. Zhdukja e fenomeneve stetoakustike në pulmone ka koinçiduar me resorbimin e vatrave pneumonike dhe normalizimin e repertit radiologjik. Ndërsa leukocitoza dhe eritrosedimentacioni janë normalizuar diçka më herët.

Rastet e komplikuar të pneumonive me pleurezi janë trajtuar me të njëjtën mënyrë si dhe pneumonitë e tjera akute dhe dekursi i tyre për të gjitha rastet ka qënë i favorshëm.

Studimi i dekursit klinik të këtyre grupeve siç u tregua më sipër vërteton se efikasitet më të mirë në mjekimin e pneumonive akute për rastet tona ka dhënë terapia e kombinuar me antibiotikë dhe sulfanilamide. Në të njëjtën kohë vlen të theksohet se rezultatet e mjekimit vetëm me sulfanilamide të rasteve që kanë paraqitur temperaturë të lartë me leukocitozë, fenomene stetoakustike pozitive dhe repert radiologjik evident, kanë qënë të mira. Kjo është vrejtur veçanërisht në ushtarakët e moshës së re që kanë paraqitur një konstitucion fizik të zhvilluar mirë.

Të gjitha pneumonitë akute të kuruara në këtë mënyrë kanë përfunduar me shërimin e plotë dhe nuk është vrejtur asnjë rast komplikacioni ose vdekje.

KONKLuzion

1. Pneumonitë akute përbëjnë një përqindje të konsiderueshme të pneumonive jo t.b.c. në ushtri. Numri më i madh i tyre paraqitet në formën e pneumonive lobulare, me një zhvillim prodromal të zgjatur, si vazhdim i një infeksioni gripal ose i një katari të rrugëve respiratore që ndeshet më shpesh në muajt e dimrit dhe të pranverës.

2. Përdorimi i herëshëm i antibiotikëve dhe sulfanilamideve në pneumonitë akute, pakëson shënjat klinike të sëmundjes duke shtuar numrin e formave abortive asimptomatike të tyre. Kjo dikton nevojën e domosdoshme të ekzaminimit rontgenologjik dhe laboratorik të herëshëm për të gjitha rastet e dyshimta të sëmundjes me qëllim diagnostik.

3. Në përqindjen më të madhe të pneumonive akute, terapia e kombinuar me sulfanilamide dhe penicillinë, jep rezultatet më të mira. Kjo është e kondicionuar nga agentët patogenë koket gram pozitive që përbëjnë përqindjen më të madhe të shkaqeve etiologjike të pneumonive në tërësi.

4. Trajtimi me sulfanilamide të pneumonive akute, në subjekt të moshës së re me gjëndje fizike të mirë, që paraqet temperaturë të lartë dhe leukocitozë, përbën një mjet të efektshëm terapeutik i cili duhet të praktikohet në mënyrë racionale.

(Paraqitur në redaksi më 10-I-1964)

BIBLIOGRAFIA

1. ABRİKOSOV A. I., STRUKOV A. I. — Patologičeskaja anatomija vol. II. M. 1955.
2. ERTEMJEV N. M., TURIJANSKAJA I. O. — Sov. med. v. 1962 nr. 8 f. 9.
3. FEDOTOV P. I. — Klin. med. v. 1961 nr. 6, f. 106.
4. GURJAJEVA K. N., KLIMOV I. K. — Sov. med. v. 1960 nr. 10, f. 4.
5. KREDBA V., ONDRACEK I., PROCHASKA J. — Infekčni nemoci. Praha 1955.
6. KASHKIN P. N., ZLATINA K. M., STAVAKAJA B. B., FRIDMAN E. V. — Klin. med. v. 1962 nr. 4, f. 33.
7. KAJZER S. A. — Sov. med. v. 1959 nr. 4, f. 58.
8. KASSIRSKIJ A. I. — Vopros kliniki i terapi ostreh pnevmonii. Në librin Ostreje pnevmonii. Moskë 1961.
9. MOLÇANOV N. S. — Klin. med. v. 1962 nr. 4, f. 9.
10. MOLÇANOV N. S. — Vojenopolevaja terapija. Leningrad 1961.
11. MOLÇANOV N. S. — Leçenie bolneh ostroj pnevmoniej. Në librin Ostreje pnevmonii. Moskë 1961.
12. MOLÇANOV N. S. — Pnevmonija. Në Bolshaja med. enc. vol. 25 f. 119-226 v. 962.
13. MOSKVIÇEVA L. I. — Klin. med. v. 1962 nr. 4, f. 9.
14. Ostreje pnevmonii. Moskë 1948.

15. OJFEBAH M. I., BELJAJEVA N. K. — Sov. med. v. 1960 nr. 3, f. 43.
16. Pnevmonii etiologia patogenesa pat. anat. Leningrad 1958.
17. PECENKA J. — Chripka. Nė Repetitorium praktickeho lekare. Praha 1955.
18. RULLIER R. — Gazette des hopitaux v. 1962, nr. 32, f. 1309.
19. PRUSIK B. — Nė Pathologie a Therapie nemocı vnıtrnich vol. V. Praha 1948.
20. VLADIMIROVA K. F. — Sov. med. v. 1962 nr. 5, f. 86.
21. VLADIMIR PISHUT. — Zakladi rontgenodiagnostiky v internej praxi B. 1954.
22. SCHLIEPHAKE E. — Medizinische poliklinik, Jena 195.
23. SHISHKIN S. E. — Klin. med. v. 1958 nr. 12, f. 75.

SOME CLINICO-THERAPEUTIC FEATURES OF ACUTE PNEUMONIA AMONG THE SOLDIERS.

(Summary)

This article reviews 301 cases of acute pneumonia, observed during the year 1962 in the Tirana Military Hospital.

After analysing the clinical aspects of the cases, the author points out that the abortive and asymptomatic formes of pneumonia are very frequent, and often only the routine X-ray examination discovers them. The author mentions some of the bacteriological findings, as well as the result of antibiotic and sulfonamide therapy.

REZULTATET E MJEKIMIT TË TRIHOMYKOZAVE MË GRIZEOFULVINË

MIHAL CARIDHA

(Katedra e Dermato-venerologjisë — Shef. Doc. K. Kërciku)

Krahas zbulimeve të ndryshme me randësi në degët e tjera të mjekësisë edhe në dermatologji dhe sidomos në dermomykologji, janë arritë suksese të randësishme. Në këtë artikull do të flasim mbi eksperiencën tonë me antibiotikun fungostatik grizeofulvinë, i cili ka hapë një etapë të re në këtë shkencë, në terapinë e trihomykozave.

Grizeofulvina asht nxjerrë për herë të parë dhe asht përshkrue në vitin 1939 nga shkencëtarët englezë A.N. Ockford, H. Raistricks dhe P. Simonart (A.F. Oxford, M. Raistrick, P. Simonart), citue nga Arieviçi (2). Këta e kanë nxjerrë nga mycetet e këpurdhës *Penicillium glaucifulvini*. Në vitin 1946 Brian, Curtis dhe Hemming (cituar nga Arieviçi (2) nxcrën nga myku *penicillium janczewskii*, (*penicillium nigricanis* Thom) një substancë, të cilës i vunë emnin «Curling factor» që domethënë faktorë që i deformon, i përdredh elementët mycetare të këpurdhës, tue veprue në membranën e tyre.

Këtë antibiotik fungostatik, mbasi e provuen dhe dha rezultate të mira në praktikën bujqësore kundër këpurdhave fitopatogenetike (A. Campbell, E. Napier etj. 1951,) cituar nga Arieviçi dhe parazitëve dermatorit në kafshë (J. Gentels, A. Martin, W. Kaplan, L. Ajello etj. 1958), filluen me e përdorë edhe në njerëz.

Në vitin 1950, grizeofulvina u përdor për të parën herë kundra grupit të parazitëve sëmundjepruese në njerëz nga Williams (T. Williams) cituar nga Arieviçi, në Londër, Ril (G. Richl) dhe bashkëpuntorë në Vjenë dhe H. Blank (H. Blank), F.J. Roth me bashkëpuntorë në S.H.B.A.

Grizeofulvina asht një antibiotik fungostatik, flokët, lëkura dhe thonjt, të pasua me parazitë, vazhdojnë me u rritë të shëndoshë, ndërsa parazitët ruajnë virulencën e tyre. Uri J. dhe Bekashi (cituar nga Arieviçi) në vitin 1958 nga varianti origjinal i shtamës *streptomyces flavofulgini*, kanë nxjerrë një preparat me veti funginoide (Flavofulgin). Grizeofulvina prodhohet në formë tabletash nga 0,25 të gramit dhe merret per os. Prodhohet me emna të ndryshme: Grizeofulvin, Fulvin (Angli), Grifulvin, Fulvicin (S.H.B.A.), Likuden (Gjermani) etj.

Celulat e pasuna me kreatinë (flokë, lëkura, thonjt, kanë cilësi me fiksue në vehten e tyre grizeofulvinën, tue formue një lloj bariere përkundrejt parazitëve. Kështu që celulat e reja, të pasuna me grizeofulvin, kur vijnë në vendin e zakonshëm të infektimit, nuk preken

prej parazitëve, por rriten të shëndosha. Për këtë arsye, pjesa proksimale (pjesa e poshtme, e re) e flokut apo e thonjve asht e pas-tërt nga parazitët, kurse në pjesën distale ato gjinden. Për mjekimin e trihomykozave dhe të epidermomykozave asht përcaktue doza rreth 24 mg. (15-55 mg.) për kg. peshë të trupit.

T.T. Tadzhibajev e ka përdorë grizeofulvinën nga 0.25 për 25-45 ditë në këtë mënyrë: për fëmijët 6-10 vjeç për 25-30 ditë, kurse për ma-të rritunit për 45 ditë. H.M. Robinson, R.C. Robinson etj. e kanë përdorë nga 0.25 në ditë për 30 ditë dhe nuk kanë pasun rezultat, kurse shërim të plotë kanë konstatue tue e përdorë nga 0.5 për 4-5 javë. F. Reiss, L. Korunblunt etj. Në fëmijët e kanë përdorun grizeofulvinën nga 0.25 2 herë në ditë, kurse në të mëdhenjt 2 x 0.50 për 45 ditë dhe kanë pasë shërim qind për qind.

Për të shkurtue kohën e mjekimit, dhe njëkohësisht për të evitue toksibetin e preparatit në organizëm, rekomandohet heqja e flokëve çdo 10-15 ditë dhe heqja e thonjve. Për këtë qëllim përdoret gjith-ashtu dhe mjekimi lokal. Fenomenet anësore që kanë konstatue gjatë mjekimit me këtë preparat kanë qënë zakonisht të lehta: çrregu-llime dispeptike, dhimbje koke, dermatite etj. Ndryshimet në gjak dhe në urinë kanë qënë të lehta dhe funksioni i heparit nuk asht dëm-tue.

Në klinikën e dermatologjisë kemi përdorur preparatin englez Grizeofulvin (Grisovin) të firmës Glaxo. Ky preparat ka fillue të përdoret në vëndin tonë që prej vitit 1960 në klinikë dhe ambulatori-rist.

Për mjekimin e të sëmurëve tanë kemi ndjekë këtë metodë: fë-mijve parashkollor (1-6 vjeç u kemi dhanë nga dy tableta në ditë (2x0,25), fëmijve 7-10-11 vjeç tri herë nga një tabletë (3x0,25), fë-mijve 12-16-17 vjeç katër herë nga një tabletë në ditë (4x0,25), kurse më të rriturve 3 herë nga 2 tableta (6x0,25). Në përcaktimin e dozës kemi marrë në konsideratë edhe gjëndjen e përgjithëshme të të së-murit. Fëmijët që kanë qënë të dobët fizikisht, janë mjekue me do-za më të reduktueme dhe anasjelltas. Dozën ditore nuk e kemi mbaj-të konstante deri në mbarim të kurës. Zakonisht mbas 20 ditëve mje-kimi, sasinë e tabletave e kemi reduktue nga 1-2 tableta në ditë, tue u nisë kryesisht nga analizat mikroskopike dhe nga kontrolli klinik, të cilat baheshin çdo 10 ditë. Të sëmurëve mjekimin ua kemi dhanë 10 ditore dhe jo për të gjithë kurën përnjëherësh. Kështu që kemi pasë mundësi me i kontrollue të sëmurët klinikisht, mikroskopikisht si edhe për çrregullime që mund të kenë pasë gjatë mjekimit. Fëmijët me trihofiti dhe favus të kokës kanë heqë flokët në fillim të ku-rës me makinë dhe çdo 10 ditë kanë rrue flokët me brisk (gjithësejt flokët janë heqë 2-3 herë lokalisht, në këta fëmijë nuk asht përdorë-asnjë mjekim lokal, por kanë la kokën me ujë të ngrohët dhe sapun një herë në dy ditë. Të sëmurët me trihofiti kronike në kokë nuk i kanë heqë flokët fare, por i kanë shkurtue sa ma shumë ka qënë e mundun dhe e kanë larë kokën shpesh. Prandaj mjekimi në këto femna të rrituna, ka vazhduem për një kohë më të gjatë. Në dy të së-mura të rrituna me favus të kokës, rezultatit e mjekimit e ke-mi kontrollue edhe me anë të rrezeve të Vudit (Wood). Flokët e dam-tueme me favus, të rrezatueme në dhomë të errët me këto rreze,

ndriçojnë me ngjyrë të verdhë-jeshile. Gjatë mjekimit kemi vërejtur se pjesa e sipërme e infektueme e flokut zvoglohet, ndërsa pjesa e shëndoshë (pjesa e poshtme) vinte tue u zmadhue. Për të shpejtue shërimin e tyne, nën ndriçimin e këtyne rrezeve, me anë të pincave epilatore, janë heqë flokët e infektuem. Të sëmurët me trihofiti të lëkurës, përveç grizeofulvinës, kanë përdorë lokalisht mjekimin me jod dhe me pomad me squfur. Të sëmunët me epidermofiti të sholleve të kambëve kanë bamë edhe mjekim deskumativ-antiparazitar. Të gjithë të sëmurët që kanë pasë të infektuem thojt, ata janë heq edhe pastaj bashkë me grizeofulvinën kanë bamë edhe mjekimin lokal. Në një të sëmurë me favus në kokë, konstatuem edhe thojin e tretë të dorës së djathtë t'infektuem. Me qënë se kjo refuzoi me heq thojin, gjatë mjekimit ai u rrit normalisht i shëndoshë.

Në klinikën e dermatologjisë dhe ambulatorisht grizeofulvinën e kemi përdorë në 72 të sëmurë, që do t'analizojmë në këtë artikull. Këto janë konstatuem nga kontrolli i shkollave, kopshteve dhe çerdheve si dhe nga depistimi familjar i të sëmurëve. Të 72 të sëmurët që kemi mjekue kanë qënë me forma të ndryshme klinike. Meshkuj ishin 34 dhe femna 38. Me trihofiti superficiale të kokës 50 veta (69%), me favus të kokës 7 veta (9.7%), me trihofiti të lëkurës 2 (2.7%), me trihofiti kronike të kokës dhe të lëkurës 7 veta (9.7%) me onychomycosis 5 (6.9%) dhe 1 (1.5%) me trihofiti superficiale të mjekrës. Dy të sëmurë me onychomycosis epidermophytica të kambëve, kanë njëkohësisht edhe epidermofiti hyperkeratotike të sholleve të kambëve. Nji e sëmunë ka pasë trihofiti kronike në kokë dhe në lëkurë si dhe gjithë thojt e duerve dhe të kambëve t'infektuem, kurse një tjetër në kokë, ka pasë t'infektuem një thue të dorës. Dy fëmijë me trihofiti superficiale të kokës, kanë pasë edhe trihofiti të lëkurës.

Simbas moshës dhe seksit të sëmurët po i paraqesim në pasqyrën Nr. 1.

Pasqyra Nr. 1

0-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
4	4	18	16	11	4	—	3	—	1	1	2	1	3	—	3	1	—

Format klinike, moshën, dozën dhe sasinë e ditëve të mjekimit po i japim në pasqyrën Nr. 2 dhe 3.

Pasqyra Nr. 2

Pasqyra Nr.3

Forma klinike	M o s h a t				Ditë mjekimi	20	30	40	50	60	mbi 60
	2-5	7-11	12-16	mbi-17							
Trih. sup/kokës	12	36	3		Trih. e kokës Favus i kok.	7	10	25	7	2	2
Favus i kokës	3	2	—	2				3		2	
Trih. kronike	—	—	—	8							
„ e lëkurës	—	—	—	2							
„ sup. mjekrës	—	—	—	1							
Onychomycosis	1	—	—	2							
Doza ditore	2x0,25	3x0,25	4x0,25	6x0,25							

Sikurse shihet nga statistikat tona, frekuenca e këtyne sëmundjeve parazitare, vihet re më tepër në moshën 5-14 vjeç, tue e konstatue ma shpesh në meshkujt se femna. Në moshat ma të rrituna e kemi konstatue ma shpesh në femna (12) se në meshkuj (3).

Në pasqyrën Nr. 3 kemi sjellë ditët e mjekimit me grizeofulvinë vetëm për fëmijët deri në 15 vjeç me trihofiti dhe favus të kokës. Sasiya ma e madhe e të sëmurëve (25) me trihofiti të kokës janë mjekue për 40 ditë, kurse 13 veta për 30 ditë. Për këtë arsëye mendojmë që mesatarisht mjekimi i trihofitisë superficiale të kokës të vazhdojë 30-45 ditë (35), tue u nisë nga metoda e mjekimit që kemi përdorë.

Trihofitia kronike në të sëmurët tonë asht konstatue vetëm në femna (8) dhe asnji rast në meshkuj. Simbas literaturës kjo formë trihofitie vihet re 10 herë ma shpesh në femna se në meshkuj.

Numri ma i madh i të sëmurëve (28) kanë vazhdue mjekimin për 40 ditë kurse 11 të tjera 30 ditë. Zakonisht këto janë fëmijë që vuejnë me trihofiti ose favus të kokës.

Materialin patologjik e kemi mbjellë në terrenin Saburo, kurse një pjesë edhe me modifikimin e tij të bamun nga L.S. Popov, i cili i ka shtue këtij terreni 1% levomycitin dhe 1 mg/l vitamin B₁. Materiali patologjik ka mbi në 75% epruvetave. Prej këtyne 70,3% kanë mbimë me koloni të fisit *trichophyton*, ndër të cilët 84,2% kanë qenë të species *trichophyton violaceum*, 5,2% *trichophyton gypseum*. Katër koloni kanë mbimë të fisit *Achorion Scholeini* dhe dy me *Achorion gypseum*. Shpesh bashkë me kolonitë e parazitëve, kanë mbimë edhe koloni të hueja (mykum). Në 15% epruvetave kanë mbimë vetëm lloje të ndryshme myknash.

Nga 72 të sëmunë që kemi në analizë, 20 (27,7%) janë fëmijë, të cilët mjekohen për arsëye se kanë pasë recidivë të sëmundjes. Nga depistimi familjar i këtyne fëmijëve rezultoi se në familjen e tyre kishte të sëmurë me trihofiti kronike ose favus. Dy nëna me trihofiti kronike kanë reinfektue nga dy fëmijë të tyre, kurse një tjetër me favus të kokës ka reinfektue 3 fëmijët e saja. Për këtë arsëye mendojmë se ata fëmijë që përsërisin mjekimin me grizeofulvin, nuk mund të konsiderohen si raste recidive, po mendojmë ma tepër se kanë pasë reinfeksion.

Nga ekzaminimi i përsëritun i materialit patologjik gjatë mjekimit, çdo 10 ditë, kemi konstatue mikroskopikisht, se mbas 20 ditësh mjekimi me grizeofulvin vihet re në flokë zonë e pastër nga parazitët. Sporet në pjesën e infektueme bahen ma kompakte, kurse pjesa mycelare e parazitëve ndryshon formë dhe hollohet «Curling factor». Rritien e kolonive nuk e kemi konstatue mbas 25-30 ditë mjekimi. Nga 72 të sëmurët, 67 prej tyre kanë mbarue kurën, kurse të tjerët janë në vazhdim të saj, me qënë se kanë trihofiti kronike ose onyhomykosis. Disa prej të sëmurëve kanë mbi një vit që kanë mbarue kurën, kurse pjesa ma e madhe kanë mbi 5 muej që kanë mbarue kurën dhe nga rikontrolli nuk asht konstatue ndonjë rast me recidiv.

Në qoftë se fëmijët e sëmurë do të mjekohen me rontgenoterapi ose epilina, mjekimi vazhdon 70 ditë, tue përfshi këtu epilinen e flokëve dhe mjekimin me jod dhe pomadë. Flokët mbas kësaj terapie fillojnë me dalë mbas 2-3 muajve. Rezultatet pozitive të mjekimit me rontgenoterapi, simbas literaturës, janë 92%, kurse nga epilina ne kemi pasë

96.40%. Të sëmurët që kemi mjekue me grizeofulvinë kanë pasë shërim 100%. Fëmijët gjatë kohës së mjekimit janë lejuar me frekuentue shkollën, ose institutet fëmimore, megjithëse me rrezik, mbas analizës së parë negative, d.m.th. mbas 20-25 ditë mjekimi. Kjo mund të shkaktonte përhapjen e infeksionit në kolektivat e fëmijëve, por nga kontrolli i tyre mbas 3 muajve, nuk u konstatuen të tjerë t'infektuem. Kështu që epërsia e mjekimit të trihomozozave me grizeofulvinë, konsiston në shkurtimin e kohës së mjekimit, në evitimin e epilimit të flokëve dhe në mos përdorimin e dyllit, kolefoniumit, jodit dhe pomadës. Prindët që kanë fëmijët në kopshte dhe në qerdhe, marrin ma pak ditë pushim, kurse fëmijët e shkollave, humbin ma pak ditë mësimi. Për mjekimin me grizeofulvinë nuk asht nevoja e transportimit dhe e grumbullimit të fëmijve në qendrat e mjekimit.

Nji e sëmurë me qenë se kishte t'infektuem kokën, lëkurën dhe thojt, edhe mbas 3 muaj mjekimi, në pjesën e përparme të thojve, u vunë re shumë ndryshime. Nga ekzaminimi mikroskopik i tyre u gjetën parazitë dhe asht rritë kolonia përkatëse. Lëkura dhe flokët ishin normalizue gjatë kësaj kohe.

Fenomenet anësore që kemi konstatue, kanë qenë dhimbje e lehtë koke dhe një rast me diare. Ndryshimet në gjakun periferik kanë qenë të rralla dhe të lehta. Asht vue re leukocitozë e lehtë, ma rrallë leukopeni si dhe eosinofilozë jo e theksueme. Në urinë nuk janë konstatue ndryshime patologjike.

Konkluzione

1. Grizeofulvina asht nji preparat efikas (fugistik) për mjekimin e trihomozozave.

2. Për shpejtimin e shërimit duhet të hiqen flokët (3-4 herë) dhe të lahet shpesh koka.

3. Materiali patologjik gjatë mjekimit asht i rrezikshëm për infeksion.

4. Grizeofulvina e përdorun simbas skemës së dhanë jep 100% shërim.

5. Trihofitia ktonike e të rritunve, si dhe favusi në të rritunit asht nji burim i rrezikshëm për infeksion dhe reinfeksion, prandaj duhet të bahet depistimi familjar, sidomos në fëmijët e reinfektuem.

6. Në vendin tonë trihofitinë e shkakton ma shpesh *Trichophyton violaceum* (84.20%).

(Paraqitur në redaksi me 4/3/1963)

LITERATURA

1. ADAM, W. — Deutsche Med. 1960. Ed. 86, Nr. 17, 8, 866.

2. ARIEVIÇ A. M. — Vest. der. Ven 1961. 2.

3. HADIDA B., et SCHOUBCE A. — Bull. Soc. Dermat. et syphil. 1961. V. 68
Nr. 3 fq. 558.

4. HERPEY L. S. — Derm. Vaschr, 1960, Ed. 142 Nr. 155, B. 933.

5. KOOP. R. — The Brit. Jour. of Derm. 1963, Nr. 72, 5 p. 169-171.
6. MEARA R. — The Brit. Jour. of Derm. 1963. Nr. 72, 5 p. 169-171.
7. POPOV I. S. dhe MISHQENKA L. I. — Vest. De. Ven. 1962, 10.
8. RIEL G. e bashkëpunorë. — Derm. Vechr. 1960, Ed. 141, 7 p. 161-171.
9. RAISS F., KORUNBAT L. — Vest Der. i Ven. 1961 Nr. 11.
10. ROBINSON H. M. — e bashkëpunorë — Arvh. of. 1960 v. 81 Nr. I, p. 66.
11. TEGZHIBEJEV T. T. — Vest. Der... i der. 1962, Nr. 10.

TREATMENT OF TRICHOMYCOSIS WITH GRISEOFULVIN

(Summary)

72 cases of trichomycosis have been treated with griseofulvine per os. Most of the patients had trichophytie and favus on the head. The scheme of treatment was the following: for children 1-6 years old $2 \times 0,25$; for children 7-10-11 years old $3 \times 0,25$; for the age 12-16 — $4 \times 0,25$, for adults $3 \times 0,50$. The tablets should be taken after meals. The children should cut their hair or shave the head 3-4 times.

For the cases of trichophytia or favus the treatment has lasted about 30-40 days. For the cases of onychomycosis — about 3 months, after removing the finger nails and after a simple lokal treatment.

In 84.2% of the cases of trichophytia the causative agent was *Tr. violaceum*. In the group with *Achorion* only 2 cases had *Achorion Schoenleini* and 2 — *Achorion Gypseum*. The results with our cases were 100 percent successfull.

TË DHANA DHE KONSIDERATA STATISTIKORE MBI VDEKJET NGA NEOPLAZITË SIMBAS MATERIALIT AUTOPSIK TË VITEVE (1957-1963) *

ÇESK BROKU

(Sherbimi i Anatomisë Patologjike të Spitaleve — Tiranë)

Në literaturën tonë mjekësore mungojnë të dhanat statistikore mbi frekuencën e tumoreve në përgjithësi dhe veçanërisht punimet mbi vendin që zajnë ato në mortalitetin e përgjithshëm. Për të mundun me kontribue në këte problem kaq të randësishëm, studiuem protokollet e autopsive të kryeme në shërbimin tonë gjatë viteve 1957-1963.

Statistika e jonë mbështetet mbi 2044 autopsi të kryeme në periudhën e sipërpërmendun. Këto autopsi përfshijnë rastet e vdekjeve të Spitalit të Përgjithshëm Civil të Tiranës, me shërbimet e patologjisë, neuropsikiatrisë, otorinos, okulistikës, infektivit, kirurgji dhe pediatri. Këtu duhet të përmendim se 422 raste autopsije, për kirurgjinë në vitet 1959-63 dhe pediatri në vitin 1959, i përkasin Katedrës së Anatomisë Patologjike të Fakultetit të mjeksisë. Të dhanat statistikore ne i kemi nxjerrun për rastet e fundit nga diagnozat anatomo-patologjike të bashkangjituna në kartelat klinike. Nga ky material i fundit janë grumbullue 80 raste vdekjeje nga neoplazitë. Pra, siç shihet, materiali autopsik që na ka shërbye për punën tonë, ka ardhun nga të gjitha llojet e shërbimeve (me përjashtim të atij obstetrikogjinekologjik) dhe përbahet nga grup-moshash ma të ndryshme, ashtu siç do të vërehet në tabelat përkatëse. Të gjitha këto fakte i japin një farë të drejtë për të presantue një pjesë të vërtetës dhe të mund t'i afrohet frekuencës reale të vdekjeve nga neoplazitë. Ne e kemi të kjartë se punimet statistikore të kësaj natyre, duhet të bahen me një material shumë të gjanë, në mënyrë që të nxirren të dhana sa ma të sakta. Ky punim i ynë le të konsiderohet si tentativë për të mundun me ndihmue në këte problematikë kaq të vështirë.

Në këte punim janë përfshimë vetëm tumoret malinje, me përjashtim të dy rasteve tumorësh jo malinje, por që për arsye të lokalizimit të tyre, kanë determinuëm kuadrin klinik dhe ma së fundi kanë çuem në vdekje. Në statistikë janë përfshimë edhe të gjithë tumoret e sistemit nervor, për të cilët nuk do të zgjatemi mbasi kanë qenë objekt i një punimi të ma parshëm nga ana e jonë. (5).

Në kontrollin e protokoleve u gjetën 304 raste neoplazishë që përfaqësojnë 14,6% të të gjithë rasteve të autopsueme. Një përqindje

*) Ky punim asht realizue me ndihmën teknike të laborantëve Filogjeni Gjylameti dhe Ahmet Pylla.

e tillë asht ma e ultë se disa nga statistikat e hueja që patëm rastin të konsultojmë. Kështu për shembull *Einhalt* cituem nga *Hambach* (2), në kontrollin e bamë në prokuratrat e Bavarisë, përqindjen e vdekjeve vetëm nga karcinomat e jep në 24%, pra edhe tue mos përfshimë të gjithë tumoret malinje.

Me gjithë kërkimin tonë, fatkeqsisht nuk mundem të gjenim në literaturën që kemi në dispozicion, të dhana statistikore nga prokuratrat e ndryshme, për të mundun me bamë një farë krahasimi me materialin tonë. E vetmja statistikë që kemi në dispozicion asht ajo e prosekurës së Jihlaves (Çekoslllovakia). Kjo statistikë na u duk mjaft e përshtatëshme për krahasim, sepse me gjithë veçantinat e këtij spitali, materiali autopsik si edhe shërbimet e ndryshme të këtij spitali i afrohen deri diku materialit dhe shërbimeve tona. Nga të dhanat statistikore të prosekurës së këtij spitali, nga viti 1947-1958, në 3324 autopsi janë gjetur 620 neoplazi me përqindjen përkatëse 18,7%. Kësaj përqindje i afrohet mjaft ajo e jona 14,6%. Përqindja më e naltë e kësaj prosekure mund të shpjegohet qoftë me faktin se i shërben edhe repartit të gjinekologjisë dhe obstetrikës, qoftë edhe nga fakti i specifikës të ndryshme të popullatës se cilës ajo i shërben.

Tue i ndamë simbas seksit kemi: meshkuj 208 raste që janë barazi me 68,4%, dhe femna 96 raste, barazi me rreth 31,5%. Siç vërehet ka një predominim të theksuem të seksit mashkullorë. Ne jemi të mendimit se ky predominim në materialin tonë nuk i përgjigjet realitetit, mbasi na mungojnë të dhanat statistikore të obstetrikës dhe gjinekologjisë të cilat në fakt nuk ekzistojnë (material autopsik).

Pasqyra e maposhtme jep vdekjet nga neoplazitë simbas viteve dhe përqindjen e tyre përkatëse mbi numrin e vdekjeve të kalueme në autopsi.

Viti :	Vdekjet nga neoplazitë	Numri i autopsive	%
1957	37	201	18,4%
1958	26	276	8,6%
1959	33	321	10,2%
1960	43	291	14,7%
1961	44	319	14,4%
1962	58	319	18,1%
1963	53	317	16,7%
Shuma	304	2044	14,6%

Nga të dhanat e ma sipërme nuk mund të nxirren të dhana mbi rritjen apo paksimin e numrit të vdekjeve nga neoplazitë simbas viteve, mbasi nuk dalin në pah tendenca të tilla. Siç shifet kjo përqindja herë shtohet dhe herë paksohet. Viti 1958 asht ai që ka përqindjen ma të ulët. Ne nuk gjejmë të dhana që të mund të shpjegojmë një fakt të tillë, përveç se rastishmënisë, mbasi qoftë numri i autopsive ashtu edhe prejardhja e tyre nga shërbime të ndryshme asht po ai i viteve të tjera.

Tue i ndamë simbas grup-moshave. të ndryshme kemi pasqyrën e maposhtme:

Grupi moshave :	Numri i vdekjeve nga neoplazitë	Numri i autopsive	%
0—11 mujsh	3	538	0,55%
1— 5 vjeç	9	330	2,7%
6—10 »	5	57	8,7%
11—15 »	8	46	17,0%
16—20 »	12	65	18,6%
21—30 »	37	161	22,9%
31—40 »	34	140	24,2%
41—50 »	61	204	29,9%
51—60 »	78	243	32,0%
61—70 »	37	153	24,1%
71—80 »	20	97	20,6%
81—90 »	0	0	0%

Siç del e kuartë nga pasqyra e masipërme përqindja e vdekjeve të shkaktueme nga neoplazitë vjen tue u rritun me moshën, dhe kjo në mënyrë ma të theksueme tue filluem prej grup-moshës 11-15 vjeç dhe tue mbrijtun përqindjen ma të naltë prej 32,0% në grup-moshën 51-60 vjeç.

Po nga pasqyra statistikore e masipërme, del se deri në moshën 20 vjeçe, numri i vdekjeve nga tumoret asht 37 që asht barazi me 6,5% të numrit të përgjithshëm, dhe prej moshës 20-30 vjeç, numri tynë mbrin në 287, barazi me 93,5%, shifra të cilat tregojnë se frekuenca ma e naltë e vdekjeve nga tumoret në përgjithësi asht mbi 21 vjeç (në statistikën tonë), dhe në veçanti grup-mosha 51-60 vjeç me 32,0%.

Lokalizimi i neoplazive simbas organeve:

Tumore të trunit	56
„ të meningeve	4
„ të nervave periferikë	0
„ të suprarenaleve (të gjithë të medulares)	4

Haemoblastozat:

Mieloza	29
Limfadenozia	10
Limfosarkoma	19
Limfogramulomatoza	5
Retotelosarkoma	3
Mieloma	0

Tumore malinjë të lëkurës	9
„ „ „ gojës, hundës, sinuseve	7
„ „ „ larinksit	5
„ „ „ bronkopulmonale	36
„ „ „ tireoides	1
„ „ „ glandula parotis	1
„ „ „ mediastinit	4
„ „ „ ezofagut	5
„ „ „ stomakut	23
„ „ „ heparit	15
„ „ „ rrugëve dhe fshikzës biliare.	9
„ „ „ pankreasit	11
„ „ „ intestinit	15
„ „ „ reneve	2
„ „ „ fshikzës urinare, prostates dhe organeve genitale mashkull.	15
„ „ „ organeve genitale femnore	6
„ „ „ gjandrës mamare	5
„ „ „ kockave	3

Shuma:

304

Nga pasqyra del e kuartë se hemoblastozat me 66 raste dhe përqindjen përkatëse 21,7% predominojnë në statistikën tonë. Me gjithë të dhanat e literaturës se numri i tyre vjen vazhdimisht tue u rritun, ne mendojmë se frekuenca e naltë e tyre si arsye vdekjeje, në statistikën tonë shkaktohet nga fakti se janë grumbulluem dhe hospitalizuem në klinikat tona qoftë për arsye të moshës tyre të re, qoftë edhe për faktin se kanë paraqitur interes studimi të hollësishëm nga ana e disa klinikave. Në rradhë të dytë vinë tumoret cerebrale, me 64 raste dhe përqindjen përkatëse 21.05%. Frekuenca e tyre e naltë mund të shpjegohet qoftë me mortalitetin e tyre të naltë, qoftë me faktin se janë grumbulluem dhe mbajtur deri në fund nga klinika e neurologjisë.

Me njëherë mbas tumoreve cerebrale, vijnë neoplazite bronkopulmonale me 36 raste dhe përqindjen përkatëse 11,8% mbi numrin e përgjithshëm të neoplazive (të gjitha rastet kanë qenë karcinoma të tipave të ndryshme histologjike). Me gjithë që shumë autorë janë të mendimit se numri i tyre rritet vazhdimisht (1,4,6), fatkeqsisht ne nuk kemi statistika të mabarëshme që të mund të nxjerrim ndonji konsideratë të rendit statistikorë mbi to. Në rradhë të katërt vijnë neoplazite e stomakut me 23 raste që janë barazi me 7,5%, mbas tyre ato të heparit, intestinit dhe organeve genitale mashkullore bashkë me fshikzën urinare, me nga 15 raste dhe përqindjen respektive prej 4,9%.

Meriton të vihet në dukje fakti se frekuenca e neoplazive hepatike asht mjaft e naltë dhe se numri ma i madh i tyre asht gjetun në terren cirrotik. Duhet shënuem gjithashtu, se në neoplazjtë e mediastinit, dy raste kanë qenë limfosarkoma të timusit dhe një retotelosarkomë, por që për arsye të lokalizimit të tyre nuk janë llogaritur në hemoblastozat.

Për qëllim thjesht informues na u duk e arsyeshme të japim edhe një pasqyrë të hemoblastozave të ndame simbas grup moshave të përdorura ma sipër.

Mosha:	Mielozja	limfadenozja	limfosarkoma	limfogranul.	Retotel.	Su.
0—11 muj	0	0	0	0	0	0
1—5 5εΔ	3	1	1	0	0	5
6—10 »	0	0	1	0	0	1
11—15 »	3	0	0	0	0	3
16—20 »	4	3	1	2	0	10
21—30 »	12	1	3	1	0	17
31—40 »	3	1	3	1	0	8
41—50 »	1	0	4	1	2	8
51—60 »	1	3	2	0	1	7
61—70 »	0	2	1	0	0	3
71—80 »	2	2	0	0	0	4
Shuma:	29	13	16	5	3	66

Pa patun qëllim të bajmë përgjithësimë në një pasqyrë kaq të vogël të hemoblastozave, do të përmendim se vdekjet ma të shpesh-ta nga këto afeksione kanë ndodhur në grup moshën 21-30 me 17 raste, pastaj në atë grup moshën 16-20 vjeç me 10 raste dhe ato 31-40 dhe 41-50 me respektivisht nga 8 raste.

Statistika jonë modeste mbi tumoret malinje të verifikueme në tavolinën e autopsisë gjatë periudhës së përmendun ma sipër, nuk na lejon që të nxjerrim konkluzione solide, mbasi kjo statistikë mbështet në një numur jo të madh rastesh. Asht e kjartë për të gjithë se një numur i madh personash të prekun nga neoplazitë kur kurimi nuk ka dhanë rezultate të mira, vdesin nëpër shtëpitë e tyre apo në institucionet shëndetësore periferike ku nuk disponojnë statistika prosektoriale, kështu që statistika jonë vuen mjaft në këte drejtim, mbasi numri ma i madh i këtyne personave nuk kalojnë në autopsi. Kështu mund të shpjegohet edhe distribucioni simbas organeve në statistikën tonë, i cili nuk i përgjigjet distribucionit të neoplazive simbas statistikave klinike dhe atij të punktut onkologjik. Nji gja e tillë vërehet edhe në statistikat e materialit biptik që disponon shërbimi ynë ku predominojnë në mënyrë shumë të theksueme ato kutanet. Megjithatë mendojmë se materiali i paraqitur ka një farë shërbimi informativ.

Informacione të tilla kanë randësinë e tyre mbasi ndihmojnë deri diku, në drejtimin profilaktiko-kurativ në fusha të ndryshme të aktivitetit mjeksor. Me gjith kritikë e shumta që mund ti lejojë vehtes nji material i tillë, mund të nxirret një konkluzion i randësisshëm dhe i pamohueshëm se: fatkeqësisht vdekjet nga neoplazitë janë të shumta dhe se nuk qëndrojnë larg përqindjeve që ato zejné në statistikat e prosekturave të hueja. Konsiderata të tjera statistikore do të mund të bahen ma vonë në nji material ma të bollshëm i cili do të mund të krahasohet edhe me statistikat e morbozitetit nga neoplazitë, që pa tjetër do të punohen në të ardhmen nga klinikat tona dhe shërbimi i onkologjisë.

(Paraqitur në redaksi më 5-2-1963)

LITERATURA E KONSULTUEME:

1. BOYD W. — Textbook of pathology. Philadelphia 1961, Page 681-83.
2. HAMBACH R. dhe kol. — Deset let patologickeo-anatomickeho oddeleni KUNZ v Jihlave. Jihlava 1958. Page 23-24.
3. Kolektiv autorësh. (BEDNAR, FINGERLAND, JEDLIČKA). Patologicka Anatomie I. Praha 1963. Page 471.
4. Raportet vjetore të Spitalit Nr. 1, Tiranë vitet 1957-62.
5. RROKU Ç. — Tumoret e sistemit nervor në materialin autopsik të shërbimit të anatomisë patologjike gjatë viteve 1957 — gusht 1962. Buletin i Shkencave Mjekësore. Nr. 1/62. Page 38-43.
6. SKORPIL F. — Obecná a soustavná pathologie novotvaru, Praha 1950. Page 112-115.

FACTS AND STATISTICAL CONSIDERATIONS ON DEATHS FROM NEOPLASMA ACCORDING TO THE AUTOPSY MATERIAL FOR THE YEARS 1957-1963

(Summary)

On the basis of the autopsy material of 2044 cases accumulated during 7 years at the Pathologic service of the Tirana Hospital from the clinics of pediatry, surgery neuropsychiatry, oto-rhino-laryngology, ophthalmology and oncology, the author gives some data of the neoplastic findings registered at autopsy. The neoplastic material, consisting of 304 cases, is divided into absolute numbers for the different years and in percentage for the different years and for the total period of 7 years. He presents also the statistical data of the number, type and localisation of these neoplastic findings in different organs. The author makes the distinction between the sexes and age groups. This work has an informative purpose, but it permits to make an important conclusion, namely, that the place neoplasma occupies as cause of death is very important, and that it is responsible for 14.6% of all the registered deaths of this series.

DISA TË DHËNA NË LIDHJE ME ANALIZËN KIMIKE TË 156 GURËVE TË VIJAVE URINARE NË TË RITUR MBI 15 VJEÇ ⁽¹⁾

FLAMUR NISHANI

Katedra e Kirurgjisë Fakultetit. Shef i katedrës doc. F. Paparisto)

Çështja e analizës kimike të gurëve të aparatit urinar është e vjetër (që më 1810 Wollaston (10). Me këtë problem janë marrë autorë të ndryshëm, për faktin se në mjaft rajone të botës urolitiazat është shumë e përhapur. Analiza kimike, si dhe analiza të tjera më preçize si spektrografi etj. na orientojnë deri diku se në ç'masë urolitiazat është e lidhur me konditat e jetesës: si ushqimi, uji, karakteri i punës, klima, etj.; si dhe deri ku neve mund të influencojmë në metabolizmin e të sëmurit me anë të profilaksisë, të dietoterapisë, etj.

Duhet theksuar qysh në fillim se kur themi predominon kjo apo ajo litiiazë nga pikëpamja kimike, duhet kuptuar se në realitet shumica e gurëve janë kimikisht të përzierë, por që litiiazat predominojnë është ajo e kalkulit ku bëjnë pjesë në klasifikimin kimik. Edhe pjesa tjetër që kimikisht quhet e «pastër», zakonisht përmban elementë të tjerë në sasi shumë të vogël ose në gjurma.

Një pjesë gurësh si organikët, ose prej ksanthine, cystini, etj., janë shumë të rrallë, dhe ne nuk i kemi takuar në materialin tonë. Nga pikëpamja praktike, rëndësi kanë gurët e shpeshtë inorganikë, siç janë oksalatet, fosfatet, uratet, si dhe, megjithëse më rrallë, edhe karbonatet.

Për 3 vjet (1960 deri fillimi i 1963-së) janë analizuar kimikisht rreth 250 gurë të vijave urinare. Rezultatet e rasteve në fëmijë deri 14 vjeç i kemi dhënë në një vend tjetër (8). Objekt i kësaj pune është analiza kimike e 156 gurëve urinarë në të rritur mbi 15 vjeç, të grumbulluar nga 147 të sëmurë të kuruar në klinikën tonë (me përjashtim të fare pak rasteve kalkulesh të grumbulluara nga ambulanca e urologjisë në poliklinikë, të eliminuar vetë nga të sëmurët), nga të cilët 109 janë gurë në meshkuj dhe 47 në femra. Duhet përmendur se në këtë numur nuk përfshihen të gjithë të sëmurët e kuruar në klinikën tonë. Një pjesë e vogël gurësh nuk janë analizuar, mbasi nuk janë ruajtur.

Sipas shumë autorëve, përgjithësisht urolitiazat manifestohet klinikisht në moshën 20-40 vjeç, me maksimum rreth 40 vjeçëve (6,7). Edhe në statistikën tonë shumica e të sëmurëve janë të këtyre moshave, veçse sipas të dhënave tona maksimumi i takon moshës 20-30 vjeç

(1) Analizat janë bërë nga Klement Shteto në laboratorin e Spitalit Nr. 2.

me 55 raste në 147, d.m.th. praktikisht 1/3 e të sëmurëve. Pas dekadës së katërtë kurba fillon të bjerë.

Në statistikën tonë rreth 51% janë nga qyteti dhe pjesa tjetër fshatarë, d.m.th. praktikisht ndarja është pothuaj e njëjlojtë. Po këto të dhëna jep edhe Guersel (7), megjithëse ka autorë të tjerë që flasin për një predominim më të theksuar të qytetarëve (Mates (7)). Në lidhje me klasifikimin këtu kemi hasur vështirësi, për arsye të shpërnguljeve të shumta të popullatës, sidomos nga fshati në qytet, dhe ka qënë i zorshëm përcaktimi i fillimit të sëmundjes. Vështirësi kemi hasur edhe në ndarjen midis punonjës krahu dhe nëpunës ose punonjës mendorë. Megjithatë, në 120 raste që mundëm të klasifikonim 69 janë puntorë krahu dhe 51 nëpunës, ndërsa në statistika të tjera (7) flitet për predominim të punonjësve mendorë.

Si lokalizim gjithësejt kemi patur 116 raste reno-uroteralë, d.m.th. 74,4%. Në rastet që mundëm të përcaktonim nuk ka predominim të ndonjëris anë (44 janë kalkule reno-ureteralë të djathtë dhe 43 janë të majtë). Edhe autorë të tjerë si Rytgaard (7), etj. në statistika shumë më të mëdha e japin njëjloj liti azën si nga ana e majtë ashtu dhe nga e djathta. Kalkulozë bilaterale ne kemi konstatuar në 19 raste d.m.th. 16,3%. Po këto përqindje japin dhe statistika të tjera, si Mates 17,5%. Këtu hyjnë dhe të sëmurë të operuar më parë dhe që të dhënat janë marrë nga anamneza e tyre. Vozikale kemi patur 26 raste (16,6%) dhe këta shumica në moshën mbi 50 vjeç. Në 14 raste lokalizimi nuk ka qënë i mundur me qënë se gurët janë eliminuar spontaneisht nga vetë të sëmurët.

Afro 3/4 e të sëmurëve kanë ardhur tek ne me pyuri. Kjo u afrohet edhe të dhënave të autorëve të tjerë (7).

Në statistikën tonë janë bërë gjithësejt 142 intervenime kirurgjikale, nga të cilat 116 (81,7%) në vijat e sipërme urinare dhe 26 (18,3%) epicystotomi. Të eliminuar vetë nga të sëmurët kemi 14 kalkule. Nga interventet në rrugët e sipërme urinare janë kryer:

Pyelotomi	34	(29,4%)
Ureterotomi	31	(26,7%)
Nefrotomi	25	(21,5%)
Nefropyelotomi	13	(11,2%)
Nefrektomi	7	(6,1%)
Reseksione parciale ren.	6	(5,1%)

Në realitet numri i nefrektomive është më i ngritur, se tre-katër raste nefrektomi kalkuloze nuk janë futur në statistikë, me që kalkulet e tyre nuk janë ruajtur për analizën kimike.

Këtu poshtë japim pasqyrën përmbledhëse të rezultateve të analizës kimike të gurëve të vijave urinare:

Përbërja kimike e gurëve	Kalkule në meshkuj mbi 15 vjeç		Kalkule në femra mbi 15 vjeç		G j i t h ë s e j t
	Numri	%	Numri	%	
1. Oksalate	45	41,2	23	48,9	68 43,5
2. Urate	27	24,8	10	21,2	37 24
3. Fosfate	23	21,1	9	19,3	32 20,5
4. Karbonate	14	12,9	5	10,6	19 12
S h u m a :	109	100	47	100	156 100

Po analizojmë të dhënat tona duke i ndarë gurët në grupe sipas analizës kimike.

Oksalatet: në statistikën tonë prej 156 rastesh oksalatet zënë vendin e parë për nga frekuenca me 68 raste, d.m.th. 43,5%. Edhe shumë autorë të tjerë si W. Boyd (2) me 60% oksalate, Mates-Krizek (7) me 42%, Borgno (1) me 64%, etj. në materialin e tyre, oksalatet i kanë takuar më shpesh. Nga të 68 rastet, 45 janë gurë në meshkuj (66%) dhe 23 janë në femra (34%). Kimikisht të pastër janë takuar 34 gurë, dhe po aq d.m.th. 34 kanë qënë të përzier nga pikëpamja kimike.

Sipas lokalizimit kemi 61 kalkule reno-ureteralë (89,8%) dhe 2 vezikalë (2,8%), kurse në 5 raste lokalizimi nuk është përcaktuar me që gurët janë eliminuar spontaneisht. Në meshkuj kemi 43 kalkule reno-ureterale dhe 2 vezikale, kurse në femra kemi 18 reno-ureterale dhe 5 raste me lokalizim të pa përcaktuar. Në 4 raste kalkuloza ka qënë bilaterale. Lokalizimi nga e majta apo e djathta ka qënë pothuaj njëjloj.

Rreth 60% të të sëmurëve në këtë grup janë diagnostikuar në moshën 20-40 vjeç. Kjo është konstatuar si në meshkuj ashtu dhe në femra.

Në lidhje me litiazën oksalike disa autorë (7) shkruajnë se është më e shpeshtë në punonjësit mendorë. Përkundrazi ne na rezultoi më e shpeshtë në punonjësit e krahut. Për rastet e verifikuara nëpunës kemi patur 22 dhe pothuaj 1/3 më shumë kanë qënë puntorë krahui. Ky raport në të dhënat tona vrehet si në meshkuj ashtu dhe në femra. Përsa i takon shpërndarjes midis qytetit dhe fshatit, në qytetare kjo litiazë është konstatuar në 36 raste, kurse në fshatarë në 28. Kjo përputhet dhe me statistikën e të tjerëve (7), që flasin për predominim të litiazës oksalike sidomos midis qytetarëve.

Në grupin e oksalateve janë kryer këto intervenime: 5 nefrektomi, 15 pyelotomi, 14 nefrotomi, 14 ureterotomi, 6 pyelonefretomi, 5 reseksione renale dhe 2 epicystotomi. Në 5 raste gurët janë eliminuar spontaneisht. Në rastet që mundëm të verifikonim rreth 50% të të sëmurëve kanë patur më tepër se një gur që u është hequr gjatë operacionit. Nga një veshkë ka takuar që të hiqen deri 24 gurë oksalatësh me madhësi të ndryshme.

Për këtë litiazë thuhet se zakonisht është sterile sidomos në fillim, mirëpo më vonë infeksioni instalohet në rrugët urinare duke vështirësuar edhe më tepër mjekimin, kështu që organi dëmtohet rëndë pjesërisht ose tërësisht. Rreth 72% të të sëmurëve tek ne kanë ardhur me pyuri evidente. Autorë të tjerë (7) japin rreth 70% pyuri. Nga ana tjetër me kalimin e kohës litiaza që në fillim mund të jetë thjesht me origjinë oksalatesh, shndrohet në litiaze mikste në radhë të parë me pjesëmarrjen e fosfateve, të cilat zakonisht shoqërohen edhe me infeksionin e rrugëve urinare.

Në të operuarit me litiazë bilaterale tek ne, ka qëlluar në 2 raste të gjenden gurë me përbërje tjetër kimike nga njëra anë dhe tjetër nga ana e kundërt. Rasti i parë është një i sëmurë me litiazë bilaterale që i nxirret nga veshka e djathtë një gurë sa një bajame, i bardhë, i thërmueshëm, me sipërfaqe të çregulltë. Analiza kimike e gurit: fosfate kalciumi dhe magneziumi. Nga veshka e majtë i nxirret një

gur sa një lajthi, i rrumbullakët, me sipërfaqe të mbuluar si me kokriza të vogla si kokra e manit, i fortë dhe i rëndë. Analiza kimike e gurit: oksalate të kalciumit. Rasti i dytë është një i sëmurë tjetër me nefrolitiazë të majtë dhe gur në ureterin e djathtë. Nga veshka i nxirret guri që në analizë kimike është oksalati i kalciumit, me pak karbonatë kalciumi dhe lëndë proteine; kurse guri i hequr nga ureteri në analizën kimike përbëhet më shumë nga urate dhe fare pak karbonate.

Por ajo që është e rrallë, takimi i gurëve më përbërje të ndryshme kimike në po atë veshkë, në materialin tonë është takuar në një rast. I sëmuri me nefrolitiazë të djathtë në maj 1960 operohet tek ne dhe i nxirren 2 kalkule. Njëri gurë sa një qershi, i bardhë, me sipërfaqe të çregulltë, pak i thërmueshëm, në analizën kimike: karbonatë të kalciumit, fosfate të kalciumit dhe të magnezit. Guri tjetër sa një lajthi e vogël dhe i fortë, në analizën kimike oksalate kalciumi me gjurma karbonatesh kalciumi në sipërfaqe.

Uratet: në statistikën tonë ky grup zën vëndin e dytë për nga frekuenca pas oksalateve me 37 raste, d.m.th. 24%. Edhe sipas të dhënave të Mir-Kasimov (6), Matos-Krizek (7), etj. uratet vijjnë në vëndin e dytë për nga frekuenca. Megjithëatë ka autorë si Caporale (5), Boyd (2), etj. që i vënë në radhën e tretë pas oksalateve dhe fosfateve. Nga të 37 rastet, 27 kalkule janë në meshkuj (73%) dhe 10 në femra (27%). Të pastër kimikisht kanë qënë 27 gurë, kurse të përzierë janë takuar 10, d.m.th. në këtë grup shumica e gurëve janë kimikisht të pastër.

Sipas lokalizimit kemi 14 gurë reno-ureteralë d.m.th. 37,9% (7 në femra dhe 7 në meshkuj) dhe 16 vezikalë (43,2%), pothuaj të gjithë në meshkuj me përjashtim të një rasti në femër. Në 7 raste lokalizimi nuk është përcaktuar me që gurët janë eliminuar spontaneisht. Në uratet, megjithëse sipas numrit në statistikë janë sa gjysma e oksalateve, kalkuloza bilaterale është konstatuar në 6 raste. Lokalizimi nga e djathta ka qënë 7 herë dhe nga e majta 2 herë, por shifrat janë të vogla dhe rezultati duket i rastit.

Përsa i takon klasifikimit sipas moshave, uratet ndryshe nga litiazat e tjera takohen shpesh edhe në burra mbi 50-60 vjeç, kryesisht në formë cystolitiazë. Kështu që 10 raste janë konstatuar në moshën mbi 60 vjeç sidomos në të sëmurë me hipertrofi të prostatës. Edhe autorë të tjerë (7) shkruajnë se në hipertrofitë e prostatës shumica e kalkuleve vesikale janë urate. Njëkohësisht edhe në moshën 15-20 vjeç relativisht i kemi takuar më shpesh (7 raste). Mendojmë se kjo lidhet me faktin se është moshë më afër fëmënisë ku uratet sipas të dhënave tona (8), janë litiazat më e shpeshtë në krahasim me grupet e tjera kimike. Ndërsa litiazat e tjera predominojnë me përqindje të madhe në grupet e tyre në moshën 20-40 vjeç.

Në qytetarë janë konstatuar 14 dhe në fshatarë 17 raste. Ndërsa në punonjës krahu 18 dhe në nëpunës 14 raste.

Për litiazën urike janë kryer këto intervencione: 5 pyelotomi, 7 ureterotomi, 1 nefrotomi, 1 pyelonefrotomi dhe 16 epicystotomi. Të eliminuar spontaneisht kemi 7 gurë. Në 7 raste në urate është konstatuar më tepër se një kalkul gjatë interventit. Në një të sëmurë me hy-

pertrofi të prostatës janë nxjerrë 57 gurë me madhësi të ndryshme gjatë operacionit.

Mbi 60% të të sëmurëve me urate kanë ardhur me pyuri të theksuar. Kjo u afrohet dhe statistikave të tjera si p.sh. Mates-Krizek që japin 62,7%.

Një karakteristikë e këtyre kalkuleve sidomos kur përbëhen vetëm ose në pjesën më të madhe nga acid urik, është se janë të tejkalueshëm për rrezet X. Po japim një rast tipik.

E sëmura P.P. vjeç 41, mjekuar në një spital rrethi herë pas here për pyuri dhe hematuri për rreth 2 vjet. Në grafitë e bëra nuk ishte konstatuar asgjë. Edhe në klinikën tonë në radiografi dhe urografi intravenoze kalkul nuk konstatohet. Në cystoskopi vrehen disa gurë në vesikën urinare. Në epicystotomi nxirren 6 gurë sa një arrë e vogël, me sipërfaqe të lëmuar, ovale, të verdhë. Analiza kimike e gurëve: acid urik dhe pak urate sodike dhe amoniakale.

Fosfatet: sipas të dhënave tona fosfatet zënë vendin e tretë për nga frekuenca, pas oksalateve dhe urateve, me 32 raste d.m.th. 20,5%. Gjithashtu në vendin e tretë i vën fosfatet për nga frekuenca Mates në rreth 2.000 rastet e veta. Por në bazë të disa statistikave të tjera këto janë më të shpeshta. Nga të dhënat e «Massachussetts general Hospital» (10) nga viti 1936-1940 jepen 59% fosfate. Prien (3) në 1.000 rastet e veta oksalatet dhe fosfatet i ven në rendin e parë në statistikë. Nga të 32 rastet tona, 23 kalkule d.m.th 72% janë në meshkuj dhe 9 në femra (28%). Të pastër kimikisht kemi patur 7 raste, kurse të përzierë 25. Kështu që në këtë grup, ndryshe nga oksalatët dhe uratet, shumica e gurëve janë të përzierë kimikisht, gjë që sipas shumë autorëve, është një konstatim i zakonshëm në litiazën fosfatike.

Sipas lokalizimit kemi 26 gurë reno-ureteralë (81,2%), nga të cilët 18 në meshkuj e 8 në femra dhe 4 vizikalë (12,6%) në meshkuj, ndërsa në dy rastet e eliminuar spontaneisht lokalizimi nuk është përcaktuar. Edhe në fosfatet nuk kemi konstatuar ndonjë ndryshim për sa i takon lokalizimit nga ana e djathtë apo e majtë (si në oksalatet). Në 6 raste kalkuloza ka qenë bilaterale, me gjithë numrin relativisht të vogël në statistikë (në oksalate në 68 kalkule kemi vetëm 4 bilaterale).

Edhe në këtë grup mosha më e prekur në të rritur është 20-40 vjeç me rreth 55% të rasteve.

Si në qytetarë ashtu dhe në fshatarë vrehet një shpërndarje po thuaj e barabartë e litiazës (16 në fshatarë dhe 17 në qytetarë). Ndërsa janë konstatuar 17 raste në puntorë krahu dhe 13 në nëpunës.

Në këtë grup janë kryer këto intervente: 10 pyelotomi, 4 nefrotomi (midis të cilave 1 nefrostomi definitive), 4 pyelonefrotomi, 2 nefrektomi, 1 reseksion parcial, 6 ureterotomi dhe 3 epicystotomi. Në 2 raste kalkulet janë eliminuar vetë nga të sëmurët. Në 8 raste u konstatua më tepër se një gur në veshkë gjatë interventit, kurse në 17 raste të tjera ka patur vetëm nga një kalkul.

Rreth 80% të të sëmurëve të këtij grupi në urinë kanë patur pus (Mates-Krizek jep 74%). Kështu që sipas të dhënave edhe të au-

torëve të tjerë infeksioni i rrugëve urinare është një nga tiparet më karakteristike të litiazës fosfatike. Kjo duke mbajtur gjallë infeksionin bëhet shkak recidivash të shpeshta dhe për një dekurs nga një herë të rëndë të sëmundjes. Po japim nga materiali ynë një rast tipik.

I sëmuri M.L. vjeç 33, para shumë vjetësh i operuar për kalkul vesikalë. Më 1955 i konstatohet nefrolitiazë bilaterale. Më 1959 në vend tjetër i bëhet nefrolitotomi e majtë. Në shtator 1960 dërgohet urgjent në klinikën tonë me temperaturë 38,50, urina me pus, azotemi 1 gram. Në ekzaminimet tek ne konstatohet se reni i majtë nuk funksionon, kurse reni i djathtë ka hydronefrozë kalkuloze. Në tetor 1960 bëhet pyelonefrotomija e djathtë dhe nxirret një gur koraliform që kishte pjesërisht trajtën e pelvisit dhe të kaliceve renale ku kishte depërtuar, si dhe disa gurë të tjerë. Nga veshka del urinë e turbulltë. Gurët janë të bardhë, me sipërfaqe të çregulltë, të butë dhe të thërmueshëm. Në analizën kimike të gurëve konstatohen fosfate të kalciumit, të magnezit si dhe karbonatë kalciumi. I sëmuri del nga spitali i përmirësuar. Në Jenar 1962 shtrohet përsëri tek ne me gjak azotemi 1,40 gr., me temperaturë të lartë dhe gjëndje të përgjithëshme të rëndë. Në ekzaminimet konstatohet kalkulozë renale dhe ureterale e djathtë. Operohet dhe hiqen 2 gurë nga veshka e djathtë që ishte reduktuar shumë dhe kishte urinë të turbulltë. Njëkohësisht hiqet dhe një gur nga ureteri. Analiza kimike e gurëve: fosfat kalciumi, magneziumi dhe karbonate kalciumi. Del nga spitali i përmirësuar. Në mars 1963 shtrohet rishtas tek ne urgjent me anuri prej 2 ditësh. Gjak azotomi 2 gram. I sëmuri vjell. Gjëndje e rëndë. Në grafi ka prap gurë në veshkën e djathtë. Urgjentisht bëhet nefrotomia e djathtë dhe nxirren disa gurë. Vendoset nefrostomia definitive. Në analizën kimike gurët janë fosfate të kalciumit dhe magnezit. Në maj 1963 i sëmuri del i përmirësuar nga spitali.

Kjo është shkurtimisht historia e këtij të sëmuri të operuar 5 herë, që tregon se ka raste kur kjo lloj litiazë mund të quhet me të vërtetë malinje, sipas autorëve francezë (10).

Karbonatet: me qënë se si numur janë pak, të dhënat e tyre po i japim shkurtazi. Në materialin tonë i kemi takuar në 19 raste, d.m.th. 12%. Nga këta 14 në meshkuj dhe 5 në femra. Sipas lokalizimit kemi 15 reno-ureteralë dhe 4 vesikalë.

Karbonatet zakonisht takohen të kombinuar me përbërje të tjera kimike. Është kalkulozë e rrallë. Kanë formë ovale, me ngjyrë të bardhë ose të verdhë, të fortë.

(Paraqitur në redaksi... më 10/II/1964)

BIBLIOGRAFIA

- 1) BORGNO M.; PEROLINO K. M. — Aspetti chimici e cristallografici delle calcolosi di ossalati di calcio, Minerva Urologica, Torino, Nr. 1, 1962.
- 2) BOYD D. — Textbook of Pathology, Filadelfi, 1961.
- 3) CAMPANACCI D. — Manuale di Patologia Medica (III), Torino, 1961.
- 4) CAMPBELL M. F. — Principles of Urology, Filadelfi, 1957.

- 5) CAPORALE L. — Manuale di Urologia, Torino, 1952.
- 6) KUZMENKO L. — Mocekamenaja bolezn, Kiev, 1960.
- 7) MATES-KRIZEK. — Urolithiaza, Pragë, 1958.
- 8) NISHANI FL. — Mbi analizën kimike të 94 gurëve të rrugëve urinare në fëmijë deri 14 vjeç. Referat me rastin e X vjetorit të Fakultetit të Mjeksisë, Tiranë, 1963 (në shtyp).
- 9) La Presse Medicale, La Lithiase urinaire (Kongresi IV-të mjeksor ndërkombëtar, Evian), Nr. 54, 7 Korrik 1956.
- 10) Traite de Medecine, Maladies des Reins, Paris; 1949.

SOME DATA FROM THE CHEMICAL ANALYSIS OF 156 URINARY
CALCULI FOUND IN PATIENTS OVER 15 YEARS
OF AGE.

(Summary)

The II surgical clinique of Tirana has been collecting urinary calculi for more than 4 years. Only one part of them have been given for chemical analysis. This work presents the results of the chemical analysis of 156 calculi, extracted from patients older than 15 years, 109 (69,8%) were from men and 47 (30.2) from women. 68 (43.5%) consisted of calcium oxalate, 37(24%) — urate, 32(20.5%) — phosphate, 19(12%) — carbonate.

From the point of view of the localisation 116(74.4%) were renoureteral, and of these 61 were oxalate, 26 — phosphate, 14 urate and 15 carbonate; 26(16.6%) were vesical, and of them 2 were oxalate, 4 — phosphate, 16 urate and 4 carbonate. Lastly 14(9%) were eliminated spontaneously, and from them 5 were oxalate, 7 urate, 2 phosphate.

REZULTATET E PËRCAKTIMIT TË CILËSIVE TOKSIGJENE TE 383 SHTAMEVE TE CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE.

HULO HAJDËRI dhe JOLANDA OSMANLLIU
(Laboratori Qendror i Prodhimeve dhe Kërkimeve Mikrobiologjike)

Gjatë vjetëve të fundit sektori i difterisë pranë Laboratorit Qendror të K.P. mikrobiologjike ka studjuar karakteristikat e shtameve të *C. diphtheriae* të izoluar si nga të sëmurët e shtruar në spital për difteri, ashtu dhe të gjetur ndër bacilombartësit e depistuar në rrethet e Tiranës, Shkodrës, Kukësit, Beratit, Gjirokastrës dhe Burrelit, ku gjatë periodës së përmendur, rastet e difterisë janë sinjalizuar në numër më të madh se zakonisht.

Gjatë këtyre dy vjetëve u izoluan gjithësejt 430 shtame, nga të cilat 150 në vitin 1962 dhe 280 gjatë vitit 1963.

Nga këto 430 shtame në 383 u bë, përveç përcaktimit të tipave dhe të cilësive biokimike, edhe përcaktimi i cilësive toksigjene.

Ky artikull merret pikërisht me rezultatet e përcaktimit të cilësive toksigjene, me qëllim që të paraqitet përhapja e shtameve toksigjene, dhe atoksigjene, raporti midis tyre tek të sëmurët dhe bacilombartësit, si dhe të jepet një ide mbi rëndësinë epidemiologjike që mund të ketë ky raport. Njëkohësisht jepet një vlerësim krahasues për metodat e përcaktimit të toksigjenezës *in vivo* dhe *in vitro* që janë përdorur për këtë studim, në mënyrë që këto metoda të përdoren në shkallë më të gjërë në praktikën e përditëshme edhe të laboratoreve të tjera.

Sipas Pappenheimer (7) dhe Muller (6), cilësia që ka një shtam difterik për të prodhuar ekzotoksina nuk është e qendrueshme, por mund të ndryshojë sipas sasisë së hekurit që përmbajnë indet ku ai zhvillohet, sipas fuqisë mbrojtëse fagocitare të organizmit dhe sipas disa faktorëve të tjerë.

Gastinel (5) shpreh mejtimin se një shtam difterik i caktuar ka mundësi të jetë pak toksik dhe shumë virulent, pak virulent dhe shumë toksik, ose të dy këto cilësi mund t'i ketë sëbashku shumë të theksuara ose të dobësuara.

Nga këto mund të kuptohet se cilësia toksigjene që konstatohet tek një shtam me anën e provave laboratorike *in vivo* dhe *in vitro* mund të mos përputhet në mënyrë të plotë me kuadrin klinik që shkakton ky shtam në organizmin e njeriut.

Për një kohë të gjatë ka predominuar idea se bacilet difterike që

nuk janë toksigjen nuk mund të shkaktojnë sëmundje, prandaj nuk lozin asnjë rol në epidemiologjinë e difterisë. Por studimet e bëra nga Ciuca (1), Frobisher (4), Pappenheimer (7) etj. në lidhje me rolin e bakteriofagut në patogenezën e difterisë, e kanë përgënjeshtuar këtë ide dhe kanë determinuar formimin e disa pikëpamjeve të reja mbi rolin që luajnë shtamet atoksigjene në etiologjinë e difterisë.

Po ashtu edhe hipoteza, sipas së cilës bacilet difterike që vendosen në organizmin e bacilombartësit të shëndoshë me kohë humbasin toksicitetin dhe bëhen atoksikë dhe avirulent, sot hidhet posht, sepse nuk i përgjigjet realitetit.

Studimet e fundit në lidhje me drejtimin e cilësive toksigjene të bacileve difterike me ndihmën e bakteriofagëve homologë dhe heterologë në nazo-farinks tregojnë se shtamet atoksigjene mund të bëhen toksigjene dhe se bacilombartësit e shtameve atoksigjene mund të jenë shumë të rrezikshëm për kolektivat dhe familjet e tyre.

Me gjithë se cilësia toksigjene e shtameve difterike mund të pësojë ndryshime nën influencën e disa faktorëve, ajo është një karakteristikë mjaft konstante, prandaj përcaktimi i saj në laboratorët bakteriologjike është i këshillueshëm jo vetëm për karakterizimin dhe identifikimin e shtameve të gjetura, por edhe për të shkjaruar disa çështje të klinikës dhe epidemiologjisë së difterisë.

Metodat e punës që janë përdorur për përcaktimin e cilësive toksigjene të shtameve të difterisë janë:

1. Metoda **in vivo** e Fraser-it (3) me injektim intradermal të kulturave difterike në lëpuj dhe në kavje.

2. Metoda **in vitro** e Elek-ut (2), Ouchterlony dhe Frobisher (6) (E.O.F.), që përdor reaksionin e precipitacionit në gel ndërmjet toksinës dhe antitoksinës difterike.

Fotografitë e figurave 1, 2, dhe 3, tregojnë disa shëmbëlla karakteristike të provave që janë bërë në përcaktimin e cilësive toksigjene të bacileve difterike.

Për këtë punë me të 383 shtamet e studjuar është bërë përcaktimi i cilësive toksigjene **in vivo** si me lëpuj, ashtu dhe me kavje, dhe **in vitro** me metodën Elek.

Provat me lëpuj dhe kavje korespondojnë 100% midis tyre, kurse ndërmjet provës **in vivo** dhe **in vitro** shihet një diferencë e lehtë.

Rezultatet e punës.

Nga 383 shtamet e studjuara 276 rezultojnë toksigjenë si me provat **in vivo**, ashtu dhe me ato **in vitro**.

91 shtame rezultojnë atoksigjene me të dy provat.

16 shtame rezultojnë lehtësisht toksigjene me provën **in vivo** dhe atoksigjene me provën **in vitro**.

Nga të 276 shtamet toksigjene 181 janë izoluar nga të sëmurë me difteri dhe 95 nga bacilombartës.

Nga 91 shtamet atoksigjen 19 janë izoluar prej të sëmurësh dhe 72 prej bacilombartësish.

Nga 16 shtamet toksigjen me provën Fraser dhe atoksigjene me provën Elek 12 janë gjetur në të sëmurë dhe 4 në bacilombartës.

Këto shifra mund të shihen në tabelën që paraqesim posht.

Raporte midis shtameve toksigjene dhe atoksigjene

Tabela I.

Kategori e pacientëve, tek të cilët janë gjetur bacilet	Llojet e shtameve të studiuar			
	Toksigjen me të dy prova	Toksigjen vetëm me Fraser.	Atoksigjen	Gjithësejt
Të sëmurë	181	12	19	212
Bacilombartës	95	4	72	171
Gjithësejt	276	16	91	383

Shtamet e izoluar më shumë se një herë prej të njëjtit individ kanë pasur të njëjtat karakteristika kulturele, biokimike dhe toksigjene, me përjashtim vetëm të një rasti (pacienti E.L.), ku shtami i izoluar herën e parë ishte i tipit intermedius, kurse në izolimin e dytë dhe të tretë ai rezultoi i tipit mitis.

Konkluzione. 1. Për studimin e cilësive toksigjene të *C. diphtheriae* prova Fraser me lëpuj dhe kavje rezultoi shumë e ndijshme dhe i sigurtë. Mjaft e ndijshme dhe e saktë është edhe prova Elek, e cila jep rezultate të afërta me ato të provës Fraser.

2. Shumica e shtameve të izoluar prej të sëmurëve rezultojnë toksigjene (276), por një pjesë (19) dalin atoksigjene, gjë që provon se edhe shtamet atoksigjene mund të lozin rol etiologjik në difterinë.

3. Nga 171 shtamet e izoluar prej bacilombartësve 95 ishin toksigjene, dhe 72 atoksigjene dhe 4 të dyshimta, kështu që tek bacilombartësit, me gjithë se shtamet toksigjene dominojnë, shtamet atoksigjene paraqiten në përpjesëtime mjaft të larta.

(Paraqitur në redaksi më 10-II-64)

LITERATURE

1. CIUCA M. et col. — Archives roumaines de microbiologie. exp. 1959 v. 18 nr. 4
2. ELEK S. D. — British medical journal 1948, v. I. f. 493-496.
3. FRASER D. T. — Amer. J. Public Health — 1937 v. 27 f. 121-124.
4. FROBISHER M. — Amer. Jour. Path. 1951 vol. 21 f. 282-285.
5. GASTINEL P. — Précis de bactériologie médicale 1957, f. 618-649.
6. MULLER, — Symposium of the soc. for General microbiology London 1955. F. 40-56.
7. PAPPENHEIMER A. M. — Ibidem.

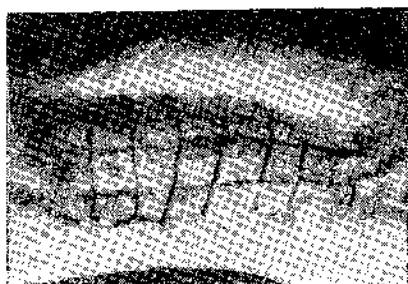


Fig. 1. Testi intradermik ndër ljeput sipas Fraser.

A. Pjesa e majtë e lepurit që pasqyron reaksionet pozitive para injektimit të antitoksinës (serumit).

B. Pjesa e djathtë e lepurit, që pasqyron reaksionet negative pas injektimit të antitoksinës.

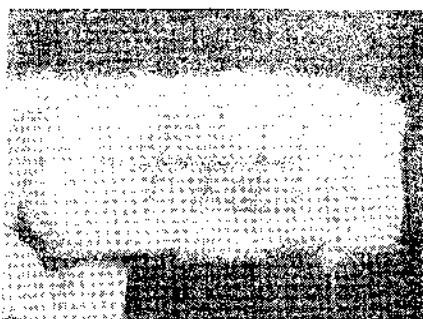
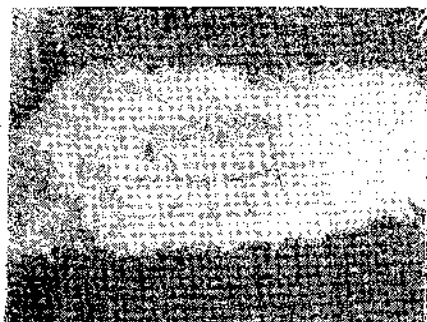


Fig. 2. Testi intradermik ndër kavje sipas Fraser.

A. Pjesa e majtë e kavjes, që pasqyron reaksionet pozitive para injektimit të antitoksinës (serumit).

B. Pjesa e djathtë e kavjas, që pasqyron reaksionet negative pas injektimit të antitoksinës.



Fig. 3. Testi Elek-Ouchterlony-Frobisher (E.O.F.)

1. — Letër filtri e njomur me serum antidifterik pa fenol.
2. — Vijat e precipitimit («mustaqet») që tregojnë toksicitetin e shtamit.
3. — Vijat e kulturës të formuara nga shtamet që studjohen.

DETERMINATION OF THE TOXIGENIC PROPERTIES
OF 383 STRAINS OF C. DIPHTHERIAE

(Summary)

During the years 1962 and 1963 the author has collected strains of *Corynebacterium diphtheriae* from patients of the Tirana hospital and from carriers, discovered partly in Tirana, partly in other cities of Albania.

Besides studying their types and biochemical properties, the author has determined their toxigenic properties using the Fraser method in vivo and the Elek method in vitro.

The results of this work show that both methods are sensitive, and with slight differences, show the same results.

Most of the strains isolated from patients resultet toxigenic, but some of them were not.

From the strains isolated from carriers most were toxigenic, but a considerable number resultet atoxic, as can be seen from the table.

The author concludes that although the determination of the toxigenic properties is not absolutely conclusive for the virulence of a strain of *C. diphtheriae*, it is of much value for the routine work, and should be applied in all the bacteriological laboratories.

VEPRIMI I UJIT MINERAL TË GLINËS MBI GJENDJEN E FRAKSIONEVE PROTEINIKE TË SERUMIT TË GJAKUT TË QENËVE

PËRPARIM TEPELENA

Qëllimi i punimit të paraqitur në këtë artikull ka qënë studimi i influencës së ujit mineral të Glinës (ujë sulfato-kalcik me mineralizim të dobët, i pasur me lëndë organike — përbërja e plotë kimiko-fizike e paraqitur në Buletinin e U.Sh.T. seria e shkencave mjekësore Nr. 2, 1961 — që përdoret në vendin tonë për mjekimin e urolitiazës, pielonefritëve dhe kolecistitëve kronike), mbi metabolizmin e proteinave, konkretisht mbi fraksionet proteinike të gjakut. Nga të dhënat e literaturës rezulton se mbi metabolizmin proteinik influencojnë si lëtrat minerale me përdorim të mbrendëshëm ashtu dhe ato me përdorim të jashtëm. Kështu p.sh. B.D. Zupalov dhe A. Lidskaja (1936) kanë konstatuar në punimet e tyre se nën influencën e disa ujrave minerale të Kaukazit (Kislovodsk—Narman) shpejtohen proceset e oksidimit të proteinave indore. E. Zorkendorfer (1955) u dedikon ujrave minerale sulfuroze një veprim të përgjithshëm stimulues mbi procesin e sintezës së amino-acideve me grup sulfhidrik. Simbas G. Moruzzi (1961), ujrat minerale sulfuroze aktivizojnë fermentet proteinike. Për influencën e ujrave të ndryshme minerale mbi metabolizmin proteinik, flasim dhe punimet e V.V. Jefremov, V.G. Kaçankov (1961), L.J. Dubanashvili (1963) e të tjerë. Në literaturën e konsultuar, ne nuk kemi mundur të gjejmë punime të cilat i kushtohen influencës së ujrave të tipit të Glinës ose të ujrave minerale në përgjithësi mbi raportet e fraksioneve proteinike.

Për të studuar influencën e ujit të Glinës mbi raportet e fraksioneve proteinike është përdorur metoda e elektroforezës në letër. Për këtë, 6 qenëve, objekte të studimit të fraksioneve proteinike të gjakut, u është bërë gjatë dy javëve çdo ditë në kondita esëll (pa ngrënë ushqim) ngarkesë me ujë të zakonshëm (ujë Selite — ujë i pijshëm i Tiranës) në sasi 45 ml. për çdo kg. peshë të kafshës, kurse gjatë dy javëve të tjera, është bërë po në të njëjta kondita dhe sasi, ngarkesë e qenëve me ujë mineral të Glinës.

Gjatë eksperimentit si në dy javët e para ashtu dhe në dy javët e dyta, kafshët kanë qënë në regjim të njëjtë ushqimi dhe temperaturë. Përcaktimi i fraksioneve proteinike të plazmës së gjakut të qenëve është bërë 3 orë mbas ngarkesës me ujë.

Gjithsejt për secilin qen janë bërë tre përcaktime gjatë ngarkesës me ujë të zakonshëm dhe tre përcaktime gjatë ngarkesës me ujë Gline. Një përcaktim është bërë në fillim, një në mes dhe një në fund të eksperimentit për çdo ujë; dy qen të tjerë kanë shërbyer si kontroll për përcaktimin e raporteve të fraksioneve proteinike të gjakut të qenëve.

Përcaktimi i koeficientit të fraksioneve proteinike të plazmës është bërë me aparatën e elektroforezës të markës VOKAM viti 1961. Sistemi buferik ka qënë: natrium bietilbarbituricum 10,3; acidum dietilbarbituricum 1,8 dhe ujë i distiluar 1 litër. Ngjyrimi është bërë simbas Farurer me azokarminë. Zbërthimi i kurbave të elektroforegramave në letër është bërë me ndihmën e densitometrit. Llogaritja e raporteve të fraksioneve proteinike është bërë në bazë të llogaritjes së sipërfaqes së elektroforegramave.

Me qënë se në artikullin e paraqitur, për herë të parë botohet në shtypin tonë mjekësor puniza për kryerjen e të cilave është zbatuar metoda elektroforezës në letër (para këtij punimi metodën e elektroforezës në vendin tonë e ka zbatuar më 1962 Prof. S. Bekteshi në studimet e ndryshme të fraksioneve proteinike, në leishmanjozë, ç'ka është referuar në konferencën shkencore të Fakultetit të Mjekësisë më 1962 por nuk është botuar), e quaj me vend të paraqesim shkurt në këtë artikull principin e elektroforezës.

Principi i elektroforezës konsiston në lëvizjen e pjesëve koloidale proteinike në fushën elektrike. Grimcat koloidale në solucion me ujë nën influencën e rrymës elektrike lëvizin sikurse jonet në drejtimin e caktuar. Drejtimi i lëvizjes të pjesëve proteinike mvaret nga pH i ambientit rrethues. Në ndarjen elektroforetike në ambient bazik proteinat kanë pothuajse të gjitha ngarkesat negative, kështu që shkojnë të gjitha në anode, e kundërta ndodh në ambient acid. Në përdorimin e solucionit bufer me pH = 8,6, albuminat kanë ngarkesë më të madhe ndërsa globulinat më të vogël, për këtë arsye, albuminat bëjnë rrugë më të gjata për në anodë, kurse fraksionet e tjera ndjekin albuminat në largësi. Ndarja e një përbërje proteinike bëhet me një shpejtësi të ndryshme, dhe kjo shpejtësi mvaret nga ngarkesa elektrike e komponenteve. Më shpejt lëvizin grimcat proteinike me ngarkesë elektrike më të madhe, më ngadalë lëvizin ato me ngarkesë elektrike më të vogël, dhe molekulat nuk lëvizin fare (M. Buchner-1962, S.I. Alfonski 1961, e të tjerë). Emërtimi i fraksioneve dhe ndarja e tyre në alfa, beta dhe gama nuk pasqyron ndarjen e trupave në kompaktësinë e tyre kompleksi-ve fiziko-kimike, por i përgjigjet vetëm qëndrimin të tyre në fushën elektrike. Simbas të dhënave të literaturës (M. Buchner - 1962, S.I. Afonski, F.B. Shtraul - 1963, P. Aleksander - 1961), elektroforeza është metodë e saktë për ndarjen dhe karakterizimin e fraksioneve proteinike të serumit të gjakut në klinike dhe në eksperiment.

Rezultatet:

Pasqyra e madhësive mesatare të raporteve me fraksionet proteinike në plazmën e gjakut të qenëve të nxjerra nga studimi:

	Ujë Selite	Ujë Gjitë	Norma e nxjerrë nga 2 qentë pa ngarkesë
Koef Album/Globulin	1,38	1,5	1,56
Albumina	58%	61%	60%
Globulina	42	39	40
	6,8	4,2	5,4
	9	9,3	8,5
	11,7	10,2	11
	15,4	14,3	15

Shifrat që përfaqësojnë madhësitë e raporteve të fraksioneve proteinike të paraqitura në këtë pasqyrë në të tri rastet (pa ngarkesë, me ngarkesë me ujë Gline dhe me ujë Selite) janë brenda kufijve normale të raporteve të fraksioneve proteinike në serumin e gjakut të qenëve. Pra, uji mineral i Glinës, në rast përdorimi të tij të brendshëm në formë ngarkese në sasi 45 ml. për Kg. peshë, nuk shkakton ndryshime të ndieshme në gjendjen e fraksioneve proteinike në serumin e gjakut të qenëve. Sigurisht që kjo nuk do të thotë se uji mineral i Glinës nuk ushtron asnjë influencë mbi metabolizmin proteinik, mbasi ndryshimet e fraksioneve proteinike të nxjerra me metodën elektroforetike nuk shprehin të gjithë kompleksin e ndryshimeve kimiko-fizike të gjakut.

(Paraqitur në redaksi më 10/4/1964)

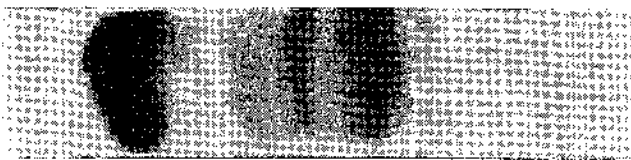
BIBLIOGRAFIA

- 1) AFONSKI S. I. — Biokimija zhivotnih. 1960. ff. 503-514.
- 2) ALEKSANDER P. — Analiticheskie metodi bjellkovij himi. Përkthim nga anglishtja në rusisht. 1963. ff. 152-166.
- 3) BUCHNER M. — Moderne Chemische metode in der klinik. 1961. ff. 374-488.
- 4) DUBANISHVILI L. I. — Vlijanie borzhonskoj min. vodi na sodержanie glukozy v krovi. Voprosi kurortologii. 1963, Nr. 5.
- 5) EFIMOV V. V. — Teoricheskie i eksperimentalnoje izucenje ekisliçjeno vos-tanovljenih procese v organizmje zhivotnih. Nga libri: Voprosi fizioterapi i kurortologii. 1959 ff. 184-193.
- 6) MORUZZI G. — Considerazioni sui trattamenti termali sulfurose delle reumatoidie croniche sulla base dei risultati curativi riscontrati a Tibiano. Minerva Medica. 1961, Nr. 41.
- 7) ZIPALLOV P. D., LIDSKAJA A. J. — Vlijanie min. vodi na endogeni azotisti obmien T K B. I. 1939. V. 14.
- 8) PREDTEÇENSKI A. D. — Laboratornie metodi isledovanja. 1960.
- 9) SHTRAUB F. B. — Biokimia. Përkthyer rusisht nga hungarishtja. 1963.
- 10) ZORKENDORFER E. — L'action mineral sur le système hepatobiliar 1955.

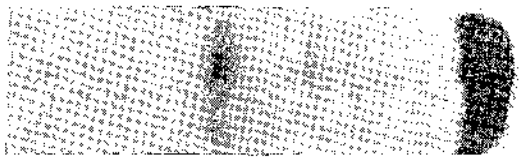
THE EFFECT OF THE MINERAL WATERS OF GLINA ON THE PROTEINIC FRACTIONS OF THE BLOOD SERUM OF DOGS.

(Summary)

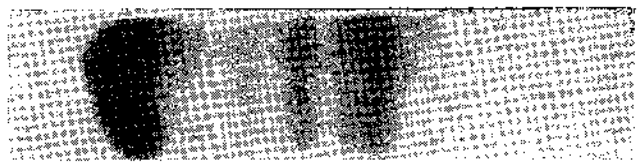
This work studies the influence of the mineral water of Glina (sulpho-calcic water, with poor mineralisation, rich in organic substances, — a detailed description of its composition has been published in the Bulletin of medical sciences, Nr. 1 — 1961), taken per os, on the protein fractions of the blood serum of dogs, estimated by the electrophoresis method on paper. According to the results of these estimations, the Glina water causes no change in the normal relations of the proteinic fractions of the blood serum in dogs.



1



2



3

Elektroforegramat e fraksioneve proteinike: 1) Qen normal pa ngarkesë. 2) Ngarkesë me ujë selite. 3) Ngarkesë me ujë Glíne.

KRIZA KONVULSIVE EPILEPTIKE TË SHKAKTUARA NGA NJË KISTË I SEPTUM PELLUCIDUM

Docent HIQMET DIBRA
(Spitali i Përgj. Ushtarak
Drejtor kolonel S. IMAMI)

Shaban H., vjeç 34, shtrohet me urgjencë më 7.7.1960 në orën 4.30 të mëngjezit, i dërguar nga Durrësi, mbasi gjatë natës, ndërsa flinte, ka patur dy aksese konvulsive të shoqëruara me humbje të ndërgjegjes, kafshim të gjuhës, humbje të urinës e të vjella. (Nr. i kartelës klinike 741/1).

Në hyrje pacienti kishte një pamje të shëndetëshme, nuk u konstatuan ndryshime patologjike në organet e brendëshme; TA 130-85 mm, puls i plotë dhe i rregulltë: 72 në min. Fytyrën e kishte të skuqur, po ashtu edhe trupin (simbas thënieve të shoqëruesit për dy ditë me radhë ai ka qëndruar me orë në diell në plazh), dukej pak i hutuar dhe u përgjigjej me vështirësi pyetjeve. Katër orë pas shtrimit i sëmuri paraqiti dy aksese epileptike të përgjithëshme e të njëpasnjëshme. Ditën e hyrjes nuk ka qënë e mundur t'i merrej anamneza, mbasi pacienti nuk ishte në gjendje. Ataket epileptike, herë të pjesëshme dhe herë të përgjithëshme, u përsëritën gjatë natës dhe kështu 14 orë mbas shtrimit ato u shpeshtuan aq shumë, sa që hyri në **status epilepticus**, gjendje që vazhdoi 96 orë pa ndërprerje, megjithë mjekimet energjike. Disa orë pas fillimit të **status epilepticus** temperatura filloi të ngrihet progresivisht dhe mbas 4 ditësh arriti në 40⁰, pas kësaj u ul progresivisht dhe u normalizua më 18.7.1960. Në mbarim të kësaj gjendjeje i sëmuri pati një bronkopneumoni të rëndë që u likuidua brenda 8 ditëve me terapinë përkatëse.

Antecedentet personale: Më 1947 pacienti ka kaluar tifo abdominalë: veç kësaj, ai nuk mban mend të ketë kaluar ndonjë sëmundje tjetër të rëndësishme dhe pretendon se ka qënë i shëndetshëm. I martuar me dy fëmijë në gjendje të mirë shëndetësore. Nuk mban mend të ketë pasur ndonjë traumë në kokë.

Nga antecedentet familjare e kolaterale asgjë me rëndësi për të shënuar.

Anamneza e sëmundjes aktuale: Shabani tregon se në muajin gusht 1959 iu çfaqën disa dhimbje në dorën e djathtë, të shoqëruara me të mpira, që rrezatoheshin në gjysmën e djathtë të trupit. Më vonë këtyre fenomeneve iu shtuan edhe disa dridhje të lehta, në fillim

në dorë e pastaj në tërë krahun e djathtë. Këto dridhje erdhën duke u shtuar e përforcuar, aq sa pacienti nuk mund t'i bënte «zapt» dhe lëshonte sendet që kishte në dorë sa herë që pësonte të tilla kriza. Këto kriza vazhdonin rreth 30-60 sekonda. Ai thotë se gjatë krizës nuk humbte ndërgjegjen, as nuk kishte çrregullime në të folur. Në fillim krizat qenë të ralla - një herë në javë ose në dhjetë ditë, pastaj erdhën duke u shpeshtuar në çdo 2-3 ditë dhe para tre muajsh u shpeshtuan edhe më tepër dhe kohët e fundit pacienti kishte 1-3 kriza brenda ditës.

Ekzaminimi neurologjik: Pupilet izokorike, reaksioni fotomotor normal; asimetri shumë e lehtë faciale, sidomos kur qesh; plikatura nazo-labiale e djathtë zhduket kur pacienti ngërdheshet; forca muskulare e pakësuar lehtësisht djathtas; tonusi muskular pak i shtuar po në atë anë. Prova e Barré dhe ajo e Mingazzinit — djathtas. Reflekset osteotendinoze më të gjalla djathtas. Nuk vihen në dukje reflekse patologjike. Djathtas ka shenjën Marinescu-Davidovici; në pozicion Romberg ka prirje të rrëzohet djathtas.

Në pikëpamje psihike paraqet bradikinezi dhe bradipsiki.

Të dhenat oftalmologjike të përsëritura disa herë nuk vunë në dukje asgjë me rëndësi. Ekzaminimet serologjike në gjak e në likuor rezultuan normal. Ekzaminimi i likuorit i përsëritur disa herë si dhe gjatë status epilepticus nuk paraqiti ndryshime patologjike përveç një shtimi të lehtë të presionit. Po kështu edhe ekzaminimet e tjera paraklinike rezultuan normale, përveç një shtimi të lehtë të encefalogramisë (30-40 mm.), gjatë status epilepticus. Pneumoencefalografia që iu bë mbas 3 muajsh, simbas interpretimit të radiologëve nuk paraqiste asgjë me rëndësi. Reaksioni i Casonit negativ.

Duke u mbështetur në të dhënat anamnestike e sidomos në ekzaminimin neurologjik u dyshua për një neoformacion cerebral (tumor ose arachnoiditis circumscripita), të lokalizuar në regjionin fronto-parietal të majtë ose në afërsi të ventrikullit të tretë.

Në këto kondita u dërgua jashtë shtetit në klinikën neurokirurgjikale të Berlinit për saktësimin e diagnozës dhe ndërhyrje kirurgjikale. Pacienti qëndroi i shtruar në këtë klinikë qysh prej datës 9.III.1961 deri më 9.V.1961, ku iu bënë të gjitha ekzaminimet sidhe disa ekzaminime plotësuese që nuk mund të bëheshin në vendin tonë.

Nga epikriza që na dërgoi klinika neurokirurgjikale e Berlinit, rezultoi se të gjitha konstatimet klinike e paraklinike të bëra nga ana e jonë përputheshin plotësisht me atë të klinikës gjermane, përveç interpretimit të pneumoencefalogramisë që vuri në dukje një kistë të septum pellucidum (29.3.1961) (shih diapozitivet fig. 1 e 2). Angiografia cerebrale me rrugën e karotidës nuk vuri në dukje asgjë me rëndësi. Vlen të shënohet se EEG tregoi valë të rregullta, të imprenjuara mirë, 9-10 në sekondë; në të gjitha derivacionet rezultuan 3-6 valë në sekondë në regjionin fronto-okcipital dhe precentral parietal djathtas. Gjithashtu rezultuan valë të shkurta uniforme 5-6 në sekondë në regjionin frontal dhe precentral pa ngritje të dukshme të potencialit të po kësaj ane.

Më 21.3.1961, ndërsa ishte i shtruar në klinikën gjermane, pacienti paraqiti atakun e parë jaksonian, të cilat më vonë iu çfaqën

1-2 herë në ditë. Mbas pneumoencefalografisë (29.III.1961), megjithë përdorimin e antikonvulsivantëve, pacienti pati aksese jaksoniane të njëpasnjëshme dhe më 6.IV.1961 ai hyri në status epilepticus. Aksete jaksoniane të alternuara me aksese të përgjithëshme nuk u ndërprejnë nga përdorimi endovenoz i ekzobarbitalit. Prandaj u përdor intubimi, kurarizimi dhe për disa orë narkoza me ekzobarbital për ta nxjerrë nga status epilepticus. Si doli nga kriza u mjekua me Apidon (difenil-fenyl-hydantoin 0,035 Ac Fenyletilbarbiturik 0,035-kafein 0,075, bromurë potasi 0,25). Me këtë mjekim krizat u ndërprejnë, pacienti u qetësua, apetiti iu rikthye, por mbeti gjithmonë bradipsihik e bradikinezik.

Më 9.V.1961 pacienti u kthye në Atdhe me rekomandim që të mjekohet vazhdimisht me anti-convulsivantë.

Konkluzioni i klinikës gjermane: me qënë se kemi të bëjmë me një malformacion kongjenital /kistë të septum pellucidum me epilepsi simptomatike/ nuk këshillohet ndërhyrja kirurgjikale simbas të dhënave të reja të literaturës mjekësore.

Analiza e rastit: Pacienti deri në moshën 34 vjeç ka bërë një jetë të rregulltë; krizat motore jaksoniane që iu çfaqën në dorën e djathtë, në fillim të rralla e më vonë më të shpeshta, nuk e çqetësonin aq shumë. Mirëpo pas një viti, si pasojë e një insolacioni që mund të konsiderohet si shkak shpërthyes, pacienti hyri në status epilepticus që vazhdoi 96 orë. Në shtrim u dyshua menjëherë për një hemorragji subaraknoidale, por të dhënat anamnestike dhe klinike dhe sidomos mungesa e ndryshimeve patologjike në likuorin cerebrospinal, na tërhoqën vemëndjen mbi mundësinë e një neoformacioni cerebral; lokalizimi i tij nuk u bë drejtë për interpretimin e lajthitur të pneumoencefalografisë, megjithëse të gjitha të dhënat flisin për një neoformacion në regjionin fronto-parietal të majtë ose në afërsi të ventrikulit të tretë. Për një gjë të tillë dëshmon edhe EEG e bërë në klinikën gjermane. Në rastin konkret diagnozën e saktësoi pneumoencefalografia e bërë në klinikën berlineze, që vuri në dukje një kistë të septum pellucidum. Figura radiologjike e septum pellucidum është aq karakteristike, sa që mjafton ta shohish një herë për ta dalluar lehtë herë të tjera.

Ne mendojmë se në këtë rast duhej të intervenohej, mbasi mjekimi konservativ është pa perspektivë.

Në literaturën mjekësore gjenden fort pak të dhëna mbi kistet kongjenitale të septum pellucidumit, megjithëse anomalitë e ndryshme të septumit janë përshkruar nga një varg autorësh. Para se të përdorej pneumoencefalografia diagnostikimi i septum pellucidum bëhej postmortem (Pourves-Stewart).

Akademiku rumun A. Kreindler në një monografi prej 500 faqesh mbi «Epilepsinë» i kushton një vend fare të vogël sëmundjeve kongjenitale dhe veseve të zhvillimit të trurit, që shoqërohen me kriza epileptike. Ai thotë se në literaturën mjekësore janë përshkruar raste krizash epileptike tek personat që kanë të pa zhvilluar ose që ju mungon fare septum pellucidum: këta epileptikë kanë njëkohësisht një nystagmus qysh në lindje. Kreindler vet paraqet përshkrimin e një të sëmuri me nystagmus congenital, i cili më vonë pati kriza epileptike, dhe nga ekzaminimi radiologjik rezultoi se i mungonte

septum pellucidum. Ai përshkruan gjithashtu një rast tjetër: nystagmus congenital më epilepsi si dhe syndactili në duar e këmbë; edhe këtë radhë ekzaminimi radiologjik vuri në dukje mungesën e septum pellucidum.

Paulian, Mihalescu dhe Chilian (cituar nga A. Kreindler) më 1942 kanë publikuar 3 raste krizash konvulsive tek persona të cilëve u mungonte septum pellucidum: tek dy krizat konvulsive ishin me karakter të përgjithshëm, ndërsa tek i treti të tipit jaksonian. Më në fund A. Kreindler paraqet observacionin klinik të një të sëmuri 19 vjeçar, i cili për herë të parë pati kriza konvulsive të përgjithëshme pa aura në moshën 12 vjeçare; në fillim krizat ishin relativisht të shpeshta, 2-3 herë në javë, pastaj erdhën duke u rralluar deri sa u pakësuan një herë në 2-3 muaj. Edhe tek ky i sëmurë u vu në dukje një kistë të septum pellucidumit.

Një anomali tjetër e septum pellucidum është kisti ajror, që vihet në dukje me radiografi të thjeshtë të kokës.

Simbas autorëve rumunë konstatimi i një deformacioni (kistë) ose malformacioni i septum pellucidumit është një «zbulim» radiologjik, që vihet në dukje me anë të pneumoencefalografisë gazore. Këto malformacione kongjenitale ose vese të septum pellucidumit (mungesë zhvillimi, kistë ajror ose kistë) sinjalizojnë prania e tyre me anë të konvulsioneve epileptike të tipit Jackson ose të përgjithëshme.

Autorët italianë A. Giannelli, F. Rizzi dhe G. Dragoni përshkruajnë 4 raste kistesh të septum pellucidum të diagnostikuara me anë të pneumoencefalografisë së fraksionuar. Në një rast ata konstatuan formën obstruktive dhe në 3 rastet e tjera formën komunikante. Tre rastet e fundit shoqëroheshin me malformacione kongjenitale të kolonës vertebrale. Këta autorë i kushtojnë rëndësi anës fizio-patologjike dhe embriologjike të malformacioneve në fjalë, simbas tyre prania e malformacioneve kongjenitale duhet të interpretohet si një rregullim i morfogjenezës së disa pikave të bashkimit anterior dhe posterior të embrionit. Frania e këtyre kisteve kongjenitale nuk është e rrezikëshme për jetën, në qoftë se nuk çfaqen faktorë të tjerë të dëmshëm që luajnë rolin shpërthyes të një sindromi hipertensiv endokranik, si, p.sh. intoksikacionet, traumat etj.

G. Lazorthes dhe H. Anduze-Acher në Enciklopedinë Mediko-Kirurgjikale franceze shkruajnë se kistet kongjenitale të septum pellucidum vijnë si pasojë e obliterimit jo të plotë të kavitetit septal primitiv. Këta autorë kanë observuar një rast tek një fëmijë 4 vjeçar, që kishte kriza epileptike dhe që u shërua mbas hapjes të kavitetit kistik në cornu frontalis të ventrikulit lateral.

Dandy (1931), Van Wagenen (1934), Wolf Bauvard (1935), Tonnis (1936) cituar nga Lazorthes, duke përshkruar raste të tilla, thonë se këto kiste janë shumë të vogla dhe nuk japin manifestime klinike; nga një herë ato japin shenja hipertensionie endokranik të shkaktuara nga faktorë të brendshëm e të jashtëm, që manifestohen me konvulsione epileptike të përgjithëshme ose të pjesëshme me deficit motor bilateral. Edhe për këta autorë diagnoza më e sigurt arrihet me anë të radiologjisë dhe mjekimi i vetëm është ndërhyrja kirurgjikale: hapja e kistit nëpërmes corpus callosum ose cornu frontalis.

(Paraqitur në redaksi më 3/3/1964)





- GIANNELLI A. RIGGI F., DRAGONI G. — Note sulle associazioni tra le cisti del setto pellucidum e le malformazioni congenitali. Considerazioni fisiopatologiche e embriologiche. *Rassegna di Neuropsichiatria*, 1961, vol. 15, Nr. 6 pag. 473-493.
- KREINDLER A. — *Neurologia*, vol. II. Editura Medicala Bucuresti 1957.
- KREINDLER A. — *Epilepsia Medgiz* 1960.
- LAZORTHES G., ANDUZE ACHER H. — Kystes et tumeurs du septum lucidum *Encyclopédie Médico-chirurgicale* f. 17355 A10 1961.
- LIHTERMAN L. B. — Kliniko-anatomičeskie varianti opyholjei prozračnoj peregorotki gollovnovo-mozga *Zhurnali Neuropatologii i Psihatrii imeni S. S. Korsakova* 1963, vol. LXIII, Nr. 10, faqe 1486-1491.
- POURVES-STEWART JAMES — *Diagnostique des maladies nerveuses* Editions françaises, Doin, 1939.

CONVULSIVE EPILEPTIC CRISES CAUSED BY A CYST IN SEPTUM PELUCIDUM

(Summary)

A case is described of a cyst in the septum pelucidum in a 34 year old patient, who two years before had a series of convulsive epileptic crises, partial and general. The crises, of Jacksonian nature, rare in the beginning, became gradually more frequent and finally attained the frequency of 1-3 a day. Usually the crises began with a slight pain in the right hand, accompanied by paraesthesia, then the pain was reflected to the right half of the body; later appeared light convulsions on the same side. The crises lasted 30-60 seconds, without loss of consciousness and without troubles of the speech.

After a prolonged exposure to the sun the patient fell into an epileptic state, which lasted 96 hours, and for this reason he was brought to the hospital, where the pneumoencephalographic data helped to put the diagnosis of a cystis in septum pelucidum.

APOPLEKSIA E GJENDRAVE SUPRARENALË — SYNDROMI WATERHOUSE-FRIEDERICHSEN

(KONSIDERACION RRETH PESË RASTEVE ANATOMO-PATOLOGJIKE)

Doc. P. BITRI

(Katedra e Patologjisë së Përgjithëshme)

Apopleksia (hemorragjia) bilaterale e gjëndrave suprarenale, që klinikisht manifestohet me një insuficiencë akute dhe totale të gjëndrave suprarenale, është një syndrom relativisht i rrallë, por që në shumicën e rasteve ka një dekurs fatal.

Kjo insuficiencë akute e gjëndrave suprarenale vihet re në çdo moshë por në mënyrë më të shpeshtë e hasim në të porsalindurit, dhe në fëmijët e vegjël, ku si rregull provokon vdekjen e tyre.

Kur syndromi në fjalë ndodh në të porsalindurit, ai njihet me emnin e sëmundjes së Goldziehor-Gordon (Cavallero), në këto raste ai ka si shkak faktorë të ndryshëm etiologjikë që lidhen me patologjinë e procesit të lindjes siç janë me shpesh: traumatizma, anoksia dhe shoku, faktorë të rendit të përgjithshëm si lindja parakohe, sëmundje të nënës, hypoprotrombinemia e të porsalindurit dhe infeksionet e ndryshme të tyre. (Dument).

Ndërsa syndromi Waterhouse-Friderichsen, ndodh si rregull në fëmijët e moshës së herët dhe të rritur, gjithmonë në kondita të një gjendje septike të provokuar kryesisht nga infeksioni meningokoksik, infeksion i cili kalon nën formën e vetëtimtë në meningjit (Buchner, Skvorceb, Sodeman). Megjithëse njihen raste që ky lloj syndromi të haset edhe në disa infeksione të tjera si p.sh. pneumokokët, stafilokokët, bacili i Pfeffer, etj. ose në kondita të një tromboze bilaterale të venave suprarenale (Labhart). Vitet e fundit janë komunikuar raste të këtij syndromi shkaktuem gjatë terapisë me antikuagulantë si p.sh. dikumaroli (Fragge, Berustejni et Bell). Na e gjejmë me vend të bajmë këtë komunikim mbi syndromin W-Fr. për disa arsye: Sepse në punën tonë anatomo-patologjike e kemi hasun pesë herë në tavolinën e autopsisë repertin karakteristik për syndromin në fjalë, dhe dëshërojmë të nxjerrim disa konsiderata rreth këtij syndromi, patogjeneza dhe trajtimi i të cilit mbeten deri më sot aktuale.

Rastet tona janë ato të hasuna gjatë autopsive të bame në spitalin e Pediatriës (Drejtor Prof. S. Bekteshi). Që të pesë rastet qenë diagnostikuem apo dyshuem nga klinikistat. Fëmijët qenë: katër meshkuj dhe një femër: moshë e tyre; një muajsh, dy muajsh, katër muajsh, një muajsh dhe dhjetë muajsh. Siç shihet është moshë e herët femërore me vulneribile ndaj këtij syndromi. Fëmijët kanë qëndruem shumë pak në spital: tre raste vdiqën brenda gjashtë orëve; një rast mbrenda dymbëdhjetë orëve dhe një rast mbrenda dy ditëve.

Lezioni në gjëndrat suprarenale i hasun në autopsi nuk ka qenë krejtësisht i një lloji për të gjitha rastet:

- në 2 raste apopleksia qe difuze dhe bilaterale.
- në 2 raste qe e pjesëshme bilaterale.
- në 1 rast ajo pati karakter punktiforme dhe jo të njëllojtë për të dy gjëndrat.

Vetëm në një rast sëmundja shkoi nën tabllonë klinike të gripit toksik dhe i sëmuri nuk qëndroi më tepër se 6 orë në klinikë.

Po japim protokollin e shkurtër të autopsisë së njerit nga pesë rastet e studiueme.

Fëmija D.S. Kartela klinike Nr. 1384. Protokollin e autopsisë Nr.9, datë 23 shkurt, 1959. Shtrohet urgjent dhe vdes mbas 3 orëve. Nga ekzaminimi anatomo-patologjik u konstatue: fëmija me konstitution të rregulltë, nutricioni shumë i mirë. Lëkura në të gjithë sipërfaqen e saj manifeston pika apo njolla hiperemike - hemoragjike me forma të ndryshme me ngjyrë të kuqe në vishnje. Mukoza e buzëve cianotike, sklerat të zbehta, konjunktivat hiperemike. Në kavitetet seroze formacione patologjike nuk u gjetën mbi cipat seroze, në mukozat e organeve të brendëshme u gjet një hiperemi difuze. Nyjet limfatike në gjendje të zakonëshme. Në parenkimën pulmonare asgja të veçantë veç një sasi të paktë likuidi spumoz dhe sanguinolent. Gjëndrat suprarenale që të dyja qenë relativisht të fryme, ngjyra e tyre nga jashtë nën kapsulën projektohet vishnje e errët, konsistenca e butë, në premje indi i gjëndrës në mënyrë difuze asht infiltruem apo infarktuem me gjak të errët dhe të kuaguluem. Shtresat e gjëndrës nuk diferencohen. Veshkat dhe vijat e tjera urinare pa veçorina patologjike. Zemra me kavitate lehtësisht të dilatueme. Heparit me dimensione normale, sipërfaqja e limuet, ngjyra e saj e jashtme si edhe ajo e brendëshme kafe e çelët. Vijat biliare ekstrahepatike pa veçorina patologjike. Splina me dimensione pak të zmadhueme, kapsula e tendosur, në premje pulla në ngjyrë vishnje të errët, me folikule të dallueshme, fshihet me lehtësi. Pankreasi pa veçorina. Kraniumi: Vazat e pia mater jashtëzakonisht të kongestiueme, konsistenca e materies trunore e butë. Në premje indi trunor paraqitet me vaza hiperemike, dhe në disa vende me hemoragjina punktiforme. Ventrikulat të lira, ependima e shkëlqyeshme, pleksuset vaskulare pa veçorina makroskopike. Në sinuset venoze të kraniumit u gjend sasi e madhe e gjakut të kuaguluem. Në organet e tjera as gja me randësi. Ekzaminimi mikroskopik i gjëndrës suprarenale vuni në dukje hemoragji dhe infarkt hemoragjik difuz ose fokal të indit medular dhe kortikal të gjëndrës renale. Në disa vatra vihet re kongestioni i thjeshtë i vazave, në disa të tjera destruksion i plotë i indit glandular (**mikrofoto Nr. 1**).

Ekzaminimi histopatologjik i materies trunore dhe i meningjeve: vazat e pia mater të hiperemueme për së tepërmi. Pia mater paraqitet mjaft edematoze dhe me disa infiltrate limfocitare jo shumë të dendura rreth vazave të saj. Në materien trunore bie në sy edema perivaskulare dhe pericekulare (**mikrofoto Nr. 2**). Opservacionet mbi repertin anatomo-patologjik të personave të vdekur nga apopleksia e gjëndrave suprarenale japin të dhanuna jo të njëllojta kliniko-anatomike. Shpesh

herë suprarenalet nuk paraqiten voluminoze dhe rrethë formën e tyre, ato mund të paraqesin të gjitha fazat e infiltracionit hemoragjik e deri në infarktën e plotë hemoragjik të substancës medulare dhe kortikale të gjëndrës ashtu sikurse e venë re në rastin tipik që paraqitet në mikrofoton Nr. 1. Në qoftë se procesi destruktiv ashtë mjaft i përhapun, megjithatë mund të gjinden akoma disa zona të vetme në formë mbeturinash të indit kortikal pranë zonave subkapsulare. Substanca medulare rezulton nekrobiotike jo vetëm në rastin e hemoragjisë difuze, por edhe në rastet kur ajo pati karakter parcial. Substanca kortikale paraqet kuadrin që vihet re në rastet e hiperfiksionit të saj, kur parenkima merr aspekte gjëndro-tubulare, duke manifestu- em megjithatë vatra të gjana distrofike, nekrotike dhe hemoragjike fokale të shoqënueme me reaksione inflamatore. Formacionet trombo- tike u vunë re në disa vaza të vogla ndërmjet kortikales dhe medu- lares. Na nuk mund të konkludojmë se procesi patologjik i apoplek- sisë në rastet tona të ketë filluem me trombozën e vazave në sektorin e sipërmendur.

Thomison et Shapiro përshkruajnë me reperte anatomo-patologji- ke 27 raste të infeksionit meningokok dhe vetëm në katër (4) raste prej tyre lezionet e gjëndrës suprarenale qenë të dobta, ndërsa të gji- tha rastet e tjera të ekzaminueme në tavolinën e autopsisë paraqitnin leziona masive të suprarenaleve. Po këta autorë kanë patun rastin të shtrojnë 146 fëmijë me diagnozë ekzaktë të infeksionit meningokok dhe prej tyre 30 raste u paraqitën me sytmatologji tipike të syn- dromit Waterhouse-Friderichsen. Terapia respektive muji me shpë- tue të sëmurët dhe autorët arritën në konkluzion, në bazë të studime- ve anatomo-patologjike dhe klinike, se jo gjithmonë lezioni në gjë- ndrat suprarenale asht irreversibël, por që shpesh ka mundësi të bëhet restitutio i plotë dhe gjëndra të vijë në gjendjen e saj funksionale. Në materialet tona, vumë re se në dy raste lezioni anatomo-patologjik pati karakter parcial: gjëndra, nga ana makroskopike në këto raste, kryesisht në një pol të gjëndrës (në një rast) dhe në formë infarkti he- moragjik (në rastin tjetër) përfaqësohet me ngjyrë vishnje të errët dhe relativisht kompakte në vatrën e lezionueme nga hemoragjia. Mikro- konishtë lezioni për ato zona asht i njëjlojtë me rastin e paraqitun në mikrofoto.

Në një rast tjetër, lezioni u përfaqësue nga hemoragjia punkti- forme me lokalizim ma tepër subkapsular. Mikroskopikisht u vunë re vatra të vogla inhibicioni hemoragjik të kapsulës, shoqënueme me proce- se distrofike fokale në korteksën e gjëndrës, ndërsa në zonën medulare, hemoragjia nuk u vu re. Bie në sy një gjendje e përgjithëshme vazo- dilatacioni në indin e gjëndrave. Në njërin rast të studiuem prej nesh (fëmija 9 muajsh), vumë re një thymus relativisht të hiperplazuar. Duet të themi se ka një lidhje ndërmjet sindromit W-Fr. dhe gjë- ndjes tymiko-limfatike, megjithëse raportet ndërmjet këtyne dy gjë- ndrave nuk janë akoma të skjarueme mirë. Duke u bazuem në epikri- zat e vdekjes na mujtëm me u informue se sëmundja në të pesë rastet ka fillue pa prit e pa kujtue, ashtu siç përshkruhet nga autorët kla- sikë e shoqënueme në një gjendje hiperpireksie me cianozë dhe dispne intermitente, me purpurs hemoragjike në lëkurë dhe me kolaps cir- kulator.



Foto 1

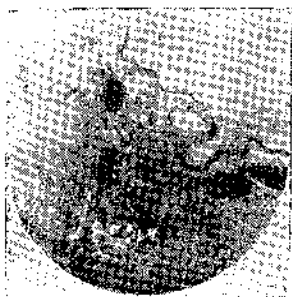


Foto 2



Foto 3

Përgjithësisht shenjat klinike simbas të dhënave bibliografike (Thomison e bashk. Skvorcof, Labehart, Kaufmann), jo gjithmonë janë karakteristike. Nga ato që vihen re më shpesh asht hiperpireksia, pelypnoe dhe çrregullimi i ritmit të respiracionit, cianoza, krizat konvulsive dhe gati si rregull shenjat purpurike mjaft karakteristike për këte afeksion. Shpesh në plan të parë përshkruhen edhe sytomet digestive. Në format akute kolapsi dhe shoku janë sytomet zotnuese. Sot disa autorë kanë marrë rezultate të mira terapeutike tek fëmijët që vëjnë nga sindromi në fjalë. Terapia e fillueme shpejt ka sukses veçanërisht në rastet kur hemoragjia e gjëndrës ka karakter të pjesëshëm.

Nga analiza e shkurtën e numrit të rasteve tona, mendojmë se vlen të sugjerohet që në rastet e hiperpireksive akute me kolaps cirkulator dhe me diatezë hemoragjike të tegumenteve të jashtme, duhet të kujtojmë edhe për sindromin Waterhouse-Friderichsen. Në të tilla raste lehtësojnë diagnostikën, kalkulimi i testeve karakteristike për hiposuprarenalizmin akut që eventualisht shkaktohet nga sindromi në fjalë. Duke pasë parasysh që lezioni anatomopatologjik s'ka gjithmonë karakter difuz dhe total, terapia energjike dhe moderne pakëson numerin e vdekjeve. Nga pesë rastet tona hemoragjia e gjëndrave suprarenale në dy raste pati karakter të pjesëshëm dhe në një rast karakter punktiform.

(Paraqitur në Redaksi më 10/11/1963)

BIBLIOGRAFI

- 1) BUCHNER F. — Spcz. Pathologie 1960 — 408.
- 2) CAVALLERE C. — Anat. Patologica 1956, p. 612.
- 3) DUMENT M. — Presse Medicale, 1959, 67, Nr. 4, f. 126.
- 4) FRAGGE, BERASTEIN et Bell. La se. Hop. 1960 Nr. 82 p. 2454.
- 5) KAUFMANN F. — Trat. Anat. Pat. Spoze. V. I. p. I. p. 947.
- 6) LABEHART A. — Endocrinologia 1960 v. I. p. 403.
- 7) SEDEAMN. W. W. — Fisiopatologia 1960 V. I. p. 271-300.
- 8) SKVORCOF M. A. — Patoll. Anat. Vazhe. Zabol Diet. Vozrasta, Medgiz 1946, f. 276.
- 9) THOMISON J. B. et SHAPIRE J. L. — Min. Med. 1957 Nr. 65-66, p. 2637.

APOPLEXY OF THE SUPRARENAL GLANDS SYNDROME OF WATERHOUSE-FRIEDRICHSEN

(Summary)

The author of this work analyses five cases of the syndrome of Waterhouse-Friedrichsen, found on the section table during the autopsy of children. He analyses from the anatomopathological point of view the findings in the suprarenals, which are not always diffuse and total. He gives the description of the clinical symptoms that have lead the children to their death. He mentions the bibliographic data, and suggests to the clinicians to think about the mentioned syndrome, since the timely application of modern therapy reduces considerably the number, of cases that finish fatally.

ÇISTET HIDATIKE DHE VDEKJET E PAPRITURA

PAVILLO P. PAVLI

(Katedra e Patologjisë Përgjithëshme Shef Doceni PULLUMB BITRI — Sektori i mjekësisë Ligjore).

Çisti hidatik është faza larvale e ekinokokut dhe tek njeriu për-bëhet nga parazitë ekinokok veshikular dhe membrana adventice rrethuese e cila përfaqëson sklerozën lokale të parenkinës të organit të mbartësit në të cilin çisti është zhvilluar. Kutikula (shtresa e jashtme e çistit) sipas G. Lemaire të Algjerit (cituar nga Félix Dévé), luan rolin e një ultrafiltri ndaj molekulave të albuminës, ndërsa lejon të kalojnë në të dyja drejtimet, kristaloidet, peptonet të degjencruara, disa koloide dhe disa lipide. Çistet hidatike mund të fiksohen dhe të zhvillohen në çdo ind dhe organ. Në një organ të vetëm zakonisht, dhe të kombinuara më rrallë, siç është edhe njëri nga rastet që ne përshkruajmë, Organi në të cilin këto çiste vendosen më shpesh është hepari, 74% (Félix Dévé), (3) 75% (J. Proteaux) (6), dhe mbas këtij polmonet 10,1% (Félix Dévé), 15% (J. Proteaux) në Francë. Edhe autorët tanë: F. Shiroka (4), P. Cani (8), B. Elezi (2) kanë konstatuar një lokalizim më të shpeshtë në hepar 64,7%. Po këta autorë (4-8-2) kanë konstatuar një përqindje lokalizimi të çistit në polmone të personave të operuar, relativisht më të lartë (25% F. Shiroka) (55% P. Cani) se ajo e autorëve të huaj (3-6). Lokalizimi i çistit hidatik në një organ të vetëm, ose në dy organe sëbashku, si edhe shpeshtësia më e madhe e këtij lokalizimi në hepar, dhe në polmone, spjegohet lehtë nga mënyra e përhapjes të embrionit eksakant, i cili mbasi arrin në duoden-jejunum lirohet dhe tejkalon mukozën e zorrëve dhe nëpërmjet venës porta kalon në hepar, ku në shumicën e madhe të rasteve ndalet dhe zhvillohet.

Por ka edhe raste që onkosferat prej këtej, nëpërmjet të venës kava hyjnë në zëmrën e djathtë, në polmone, në zëmrën e majtë dhe në organet e tjera të qarkullimit të madh ku mund të vendosen dhe të zhvillohen, në rast se organizmi me fuqitë e tij mbrojtëse nuk i shkatërron këto.

Në shumicën e madhe të rasteve diagnostikimi edhe mjekimi i ekinokokozës bëhet me kohë. Por ka edhe mjaft raste, sidomos në persona me moshë të re, që çisti hidatik zhvillohet në mënyrë të heshtur (latente) pa shënja klinike të rëndësishme, dhe pa shkaktuar çqetësim të rënda, deri në ditën e vdekjes. Në këto raste çisti zbulohet në autopsi të kufomave të atyre personave që vdesin papritur, si shkak i vdekjes, siç janë dy rastet që përshkruajmë, ose zbulohen rastësisht kur-

vdekja i dedikohet një shkaku tjetër sidomos aksidental (6). Vdekja e papritur nga komplikacionet e natyrës ndryshme të çistit hidatik mund të vijë menjëherë, mbrenda pak minutave, rasti i Suz..Ta.. ose shpejtë, mbrenda disa dhjetra minutave, rasti i Ibr.. Hal.. ose dhe disa orëve si rasti që komunikon S. Mborja në Shkodër i observuar nga ai te një i ri që vdes mbrenda 8 orëve nga raptura e çistit të heparit në abdomen. Këto komplikacione të çistit hidatik që çojnë deri në vdekje janë të natyrës funksionale ose dystrofike nga shtypja që (çisti) ushtron me volumin dhe peshën e tij mbi organin në të cilin është fiksuar dhe zhvilluar, të natyrës embolike pulmonare, ose cerebrale nga copra të vogla të çistit të plasur dhe në shumicën e madhe të rasteve këto komplikacione janë të natyrës toksiko-anafilaktike nga derdhja e likidit në kavitet ose në gjak mbas një rapture të çistit, ose nga impregnimi i ngadalshëm i organizmit nëpërmjet paretit të fshikëzës intakto ose pa çarje të dukëshme siç janë edhe të dy rastet që ne përshkruajmë.

Raptura e çistit mund të jetë spontane (një rast të tillë na e komunikoi P. Bitri: një fëmijë konvaleshent nga morbus Botkin vdes papritur. Në autopsi: çist hidatik i trurit i çarë në ventrikulin lateral ose traumatik, por bëhet edhe mbas sforsimesh të vogla muskulare gjatë punës së përditëshme, ose dhe gjatë pushimit ose dhe në gjumë. Në këto raste likidi hidatik derdhet në një kavitet ose në gjak dhe shkakton vdekjen e menjëherëshme, ose të shpejtë.

Por vdekja mund të vijë nga çisti hidatik si rezultat i komplikacioneve të natyrës toksiko-anafilaktike të përmbajtjes së tij, edhe pa rapturë të dukëshme të paretit të tij, ose dhe kur paretit është në realitet intakt, në rrethana pune, pushimi, ose në gjumë siç janë edhe të dy rastet e ekspertuara nga ne.

Dhe në literaturën mjeko-ligjore të huaj (1-3-5-6) të konsultuar nga ne përshkruhen mjaft raste vdekjesh të papritura nga çist hidatik me parete të pa çara në dukje, ose me parete në realitet intakte. Disa nga këto kanë një ngjasi të madhe me rastet tona, prandaj dhe vlen të përmendim. Katër raste të tilla përshkruan Félix Dévé në monografin e tij «Ekinokokoza primitive (3) në kapitullin «Çistet hidatike në mjeksinë ligjore». Këto janë rastet e shënuara me Nr. 4,6,11,12. Në dy nga këto Nr. 6 dhe Nr. 11 çisti i heparit i pa çarë me përmbajtje likide hemoragjik si edhe rasti i jonë i Ibr.. Hal. Rasti i shënuar me Nr. 12 çist të pa çarë të heparit por likid të trubullt të verdhullomë vdekur në krevat, siç është edhe rasti i jonë i Suz... Ta.. Ai i shënuar me Nr. 4 vdekur pa shkak kontuzio me çist intakt të heparit analog me rastin e Suz... Ta.. e cila vdiq pa shkak kontuziv. Gjithashtu Grigorios Katsas (5) përshkroi tre nga të 10 rastet e vdekjeve të papritura me çist hidatik intakt në persona me moshë të re njëri prej të cilëve shënuar me Nr. 1 vdiq papritur mbrenda pak minutave nga çisti hidatik intakt i heparit. Tri ditë më parë kishte patur urtikaria. Ky është i ngjajshëm me atë të Suz.. Ta.. edhe për moshën e re edhe kohën e shkurtrë të ndodhjes së vdekjes.

Këto vdekje të papritura nga çisti intakt kanë rëndësi të madhe jo vetëm mjeko-ligjore por edhe shkencore praktike përsa i përket mekanizmit të vdekjes si edhe për ndihmë që i jepet klinikës për një depistim të herëshëm të këtyre rasteve.

Rasti i I-rë. — Ibr... Hal... punëtor, 24 vjeç, kryer shërbimin ush-tarak liruuar në 1962. Deri në Jenar 1963 gëzonte shëndet të plotë në dukje. Në muajin Shkurt të atij viti filloi të ankoi disa shqetësime si: rëndesi në hipokondrin e djathtë, lodhje, dhimbje koke, tendencë për të vjellë. Mjeku vizitues diagnostikoi: «Hepatit». Ky vazhdoi punën rregullisht pa keqësim të gjëndjes dhe pa agravim të këtyre shënjavave. Më datën 11/3/1963 rreth orës 900 të mëngjesit ndërsa ishte duke pu-nuar në rrugë (hidhte gurë në makinë për t'a ngarkuar) ndjen një dhimbje në hipokondrin e djathtë, keputmëni, zbehje, djersë; ju tha shokëve të tij të punës atje afër: «nuk jam mirë». Këta e transportoj-në me një makinë në spitalin klinik Nr. 2. Kur mbriti në ambulancën e urgjencave, mjeku i rojes i konstatoi vdekjen e Ibr. Hal.. Ora ishte 9.30.

Autopsia me Nr. Prot. 24/12/3/1963. Vuri në dukje: kufomë të rrituri me kostitucion të mirë. Normotip. **Truri:** edematoz, peshon 1500 gram. Meninget e holla me pamje gelatinoze me likid në hapësirën su-baraknoidale. **Mushkritë:** Pika hemoragjike nën pleurën visherale; em-fyzema dhe edem i lehtë i tyre. **Mëlçia e zezë** e zmadhuar, në lobin e djathtë konstatohet çist ekinokoku me madhësinë e kokës të një fetu-si i futur thellë në parenkimë, me një çistë bijë pa çarje të dukëshme të paretit me likid hemoragjik. Në kavitetin peritoneal nuk ka as likid as gjak. Në organet e tjera asnjë lezion. Kqyrja kimiko-ligjore e organe-ve e bërë nga kimisti Gaqo Papadhropulli përjashtoi çdo lloj helmi. Kqyrja histopatologjike e organeve e bërë nga Docent Pullumb Bitri vuri në dukje: «Çist hidatik kllasik të heparit pa skolekse, por me fe-nomene të theksuara reaksioni të parenkimës hepatiche. Shtresa fibroze mjaft e prononcuar por me trashësi jo uniforme. Ndërmjet saj dhe parenkimës vihen re vatra infiltratesh me aspekt granulomatoz të për-bërë nga qeliza kryesisht limfocitare dhe eozinoflike në sektorë të ndryshëm. Vazat e gjakut në spaciunet periportale në gjendje inhi-bicioni plazmatik të paretit dhe të spaciunimit perivaskular. Fibroza sub-kapsulare e heparit është e theksuar. Parenkima në largësi të cistit pa-raqitet në përgjithësi në gjëndje konxhestioni dhe distrofije. Asnjë le-zion në organet e tjera».

Rasti i II-të. — Suz.. Ta.. grua 21 vjeçe, e martuar me fëmijë. Në anamnezën e së kaluarës të largët dhe të arfërt asgjë patologjike me rëndësi. Në muajin Tetor 1962, simbas të dhënave të burrit të saj, një ditë mbasi hëngri drekën ndieu dhimbje koke, të kruar në trup dhe pak të vjella. Kjo gjëndje kaloi shpejt pa ndihmën mjekësore. Prej asaj kohe e deri më datën 27/3/1963 nuk kishte ankuar ndonjë shqetë-sim. Në mbremjen e kësaj date, rreth orës 20⁰⁰, hangri darkën sëbashku me të shoqin. Rreth orës 22.30 shkuan për gjumë. Në orën 1.30 të mën-gjesit duke gdhirë data 28/3/1963 Suz... Ta.. u zgjua papritmas nga gju-mi, e trembur, e axhituar, me ankth dhe dispne. Zgjoi të shoqin duke i thënë: «Nuk jam mirë». Ai si nëpër gjumë nuk pati kohë ta pyeste me hollësi se çfarë ndjente, por vrapoi të lajmërojë mjekun. Kur u kthye në dhomë Suz.. Ta.. kishte vdekur. Edhe mjeku konstatoi vde-kjen.

Autopsia me Nr. Prot. 29 28/3-963. Vuri në dukje kufomë femre me kostitucion skeletrik të mirë. Normotipe, me trofizim të indeve të mirë. **Truri:** i hiperemuar peshon 1250 gram. **Mushkëritë:** emfizematoze dhe me dëme të pakët. Tymusi persiston me peshë 52 gram. **Mëlçija e zezë:** e zmadhuar, në lobin e majtë të saj një çist ekinokoku që futet thellë në parenkimë me madhësinë e një mandarine të madhe me 13 çiste bija sa një kokër qershii me përmbajtje likidi të trubullt të bardhullomë. Paretit i çistit i paçarë në dukje (intakt). Asnjë versament në kavitetin peritoneal. **Shpirtka** e zmadhuar, në polin e poshtëm të saj çist hidatik në pulpë me likid të trubullt të bardhullomë me 15 çiste bija. Edhe paretit i kësaj pa çarje të dukëshme (intakt). Asnjë alteracion në organet e tjera. Kqyrja kimiko-ligjore e organeve e bërë nga kimisti Gaço Papadhpulli përjashtoi prezencën e çdo lloj helmi. Kqyrja histopatologjike e organeve e bërë nga Docent Pullumb Bitri vuri në dukje: **Hepari:** «Konstatohen elemente përbërëse të çistit hidatik, shtresa e granulacionit në hepar është mjaft e theksuar, shumë e pasur me elemente celular limfocitar të përhapur, ose në formë granulomash pak a shumë të kufizuara. Në thellësi së parenkimës vihen re elemente të fibrozës difuze që është e theksuar kryesisht në spaciunet peribulbare. Elementi qelizor parenkimatoz i është nënshtuar komprimimit, ndryshimevet dystrofike dhe nekrobiotike. Vazat e gjakut në spaciunet periportale në gjëndje imbibicioni plazmatik të paretit dhe të spaciunet perivaskular». **Shpirtka:** «Vçq shtresave klasike të çistit dhe ndryshimeve atrofike të pulpes asgjë tjetër për të shënuar. Organet e tjera të mbrendëshme asnjë alteracion».

INTERPRETIMI DHE DISKUTIMI MJEKO-LIGJOR I TË DHËNAVE

Nga të dhënat anatomike dhe histopatologjike të konstatuara në kufomat e Ibr.. Hal.. dhe Suz... Ta.. rezultoi se i vetmi alteracion ishte çisti hidatik i heparit në njërin prej tyre, dhe çisti hidatik i kombinuar hepar-shpirtkë në tjetrin. Kqyrja kimiko-ligjore e organeve në të dy këta, përjashtoi çdo lloj helmi, kështu që ne kemi të drejtë të mendojmë se shkaku i vetëm i vdekjes në këta persona i dedikohet çisteve hidatike me parete të paçara në dukje, ose intakte në realitet, nga aksidente të natyrës toksiko-anafilaktike. Në këto raste, toksiciteti, anafilaksija, dhe alergjia, i dedikohen një toksine hidatike të panjohur akoma të izoluar dhe provuar eksperimentalisht nga G. Lemaire i Algjerit në fillim, dhe nga Pinelli i Sassari me vonë (cituar nga Félix Dévé). Kjo toksinë, ky allergjen i përpunuar nga elementi parazit që është shumë toksik bën një imprenjim të organizmit në mënyrë primare dhe direkt qysh në momentin e parë të fiksimit të tij në këtë ose atë organ, pavarësisht nga çdo çarje e paretit të fshikëzës, ose nga çdo alteracion i vitalitetit të membranës nënë ⁽³⁾. Ky imprenjim mund të bëhet në mënyrë bruske, ose të ngadalëshme, dhe kronike. Kështu krijon një gjëndje ndijeshmënie individuale, që simbas përcaktimit të bërë nga Von Pirquet (cituar nga Félix Dévé), kjo ndijeshmëri karakterizon një gjëndje «permanente alergjie». Kjo alergji hidatike është studjuar kohët e fundit, nga Pinelli, dhe nga autorët urugujanë Jaureguy dhe Soto, Perzz Fontana, dhe Granà cituar nga ⁽³⁾. Kësaj alergjie hidatike të fituar, te njeriu, simbas Granà, i dedikohen çfaqjet klinike si ajo e as-

mës hidatike, urtikaria, edema angioneurotike, provadermike, e të tje-
ra të këtij lloji. Kështu që në këtë organizëm shumë të sensibilizuar
që më parë nga dializa e ngadalëshme precedente e produkteve para-
zitare toksike specifike jo albuminoze, të filtruara nëpërmjet të me-
mbranës intakte, ose dhe nga ndonjë çarje e vogël e padukëshme e saj,
në rrethana dhe në momente të caktuara, në mbartësit e kësaj çiste
zërthen sindromi e choc-k-ut anafilaktik që shkakton vdekjen në
mënyrë të papritur, mbrenda pak minutave, ose mbrenda disa dhjetra
minutave, siç ngjau edhe në të dy rastet e përshkruara nga ne.

Duke marrë parasysh sa u tha më lartë, konkludoj se:

1). Vdekja e papritur e Ibr... Hal... dhe Suz... Ta... ka ardhur si re-
zultat i choc-k-ut anafilaktik që kanë qënë të imprenjuar nga der-
dhje të mëparëshme të sasirave të vogla të likidit hidatik nëpërmjet
të paretit të paçarë në dukje, ose në realitet intakt.

2). Është mirë që këto raste të zhvillimit të çisteve hidatike në
mënyrë të heshtur pa shënja klinike të rëndësishme gjatë jetës në di-
sa persona sidomos të moshës së re, të kihen parasysh nga kolegët, me
qëllim diagnostikimi të herëshëm dhe mjekimi në kohën e duhur (7).

(Paraqitur në Redaksi më 25/II/1964)

BIBLIOGRAFI

- 1) A. COSTEDOAT — «La morte subite» Paris 1935.
- 2) B.ELEZI — «Rezultatet e largëta të mjekimit të ekinokokozës pulmonare»
Tiranë 1964.
- 3) FELIX DEVE — «L'echinococose primitive». Maladie hydatique. Masson et
Cie Editeurs — Paris 1949.
- 4) F. SHIROKA — M. DERVISIII — «Studim statistikor mbi sëmundjen e eki-
nokokut në njerëz dhe në kafshë». Buletini i Institutit shkencor Nr.
3-4 1951.
- 5) G. KATSAS — «Mortes subites ou rapides, par kystes d'echinocoques». Komuni-
kim në Kongresin e VI-të Ndërkombëtar të Hidatidozës. Athine 14-
18 Shtator 1956. Arhivos Internacionales de la Hydatidozis Vol. XVI.
Shtator 1956.
- 6) J. PROTEAU — «Kyste hydatique de rein». Annales de medicine legale. An-
née XLII Nr. 5 — 1962.
- 7) P. PAVLI — «Vdekjet e papritura nga aksidentet nga çiste ekinokoku». Lek-
sion në kursin e kualifikimit të ekspertëve mjeko-ligjor të Republikës.
Dhjetor 1963.
- 8) P. CANI — «Ekinokokoza pulmonare». Komunikim në sesionin shkencor solemn
të fakultetit të mjeksisë — 1962.

HYDATIC CYSTES AND SUDDEN DEATH

(Summary)

*Two cases of sudden death are described in two cases of intact
hydatid cystes of the liver and spleen in two persons of different sexes,
both young. The author considers it of importance that such cases
should be kept in mind in view of an early diagnosis and timely inter-
vention.*

NJË RAST INTOKSIKACIONI ME PUDËR STREPTOCIDI TË BARDHË

Docent BAJRAM PREZA dhe ALEKO VESHO

Në fund të shtatorit të vitit 1962, në spitalin klinik Nr. 1, u shtrua një pacientë me intoksikacion akut me *streptocidum album*, e cila në vënd të sulfat magneziumit, gabimisht mori rreth 25 gr. pudër të streptocidit të bardhë me qëllim laksativ.

Duke u nisur nga fakti që në literaturën tonë mjekësore intoksikacionet akute sulfanilamidike të shoqëruara me fenomene psikotike nuk janë përshkruar si dhe duke patur parasysh që në literaturën botërore fenomenet psikotike të shkaktuar nga sulfanilamidet janë përshkruar mjaft rrallë, mendojmë se rasti që po përshkruajmë paraqet interes.

Pacientja S.G. vjeç 50, me Nr. kartelet 7668/I, shtëpijake, e martuar, u shtrua më datën 28/9/1962 në Spitalin klinik Nr. 1, me diagnozën e hyrjes - intoksikacion me pudër sulfanilamide.

Deri në mëngjezin e datës 28/9/1962, gjëndja e përgjithëshme e pacientes, simbas të dhënave të familjarëve, ishte e mirë. Sëmundja i filloi në mënyrë akute, në fillim me fenomene dispeptike si dhimbje barku, nauzea, të vjella dhe më vonë me lëvizje të pakoordinuara të anësive të sipërme e të poshtme; nuk orientohej në kohë dhe në hapësirë, u përgjigjej me vonesë dhe jo drejt pyetjeve të mjekut si p.sh. ngatërronte adresën e shtëpisë, duke shqiptuar për disa herë rresht numrin e rrugës. Periodikisht qeshte, lëvizte këmbët, duart, të cilat ngadonjëherë merrnin formën e dorës së oshtetrit. Herë mbas here, vinte duart në bark, bënte lëvizje të cilat tregonin se i vinte për të vjellë.

Në ekzaminimin e përgjithshëm vihej re cianozë e buzëve dhe fytyrës. Fytyra ngadonjëherë mirrte pamje të friksuar, gjuha e njozmë, paraqiste zmadhim të gjendrës tiroide të gradës I-rë, II-të. Nga ana e aparatit respirator dhe sistemit kardiovaskular nuk viheshin re ndryshime patologjike. TA: 100/75 mm/Hg. Abdomeni i butë lehtësisht i dhimbshëm, hepari dhe lieni në kufijt e normës.

Në ekzaminimin neurologjik: nervat kranialë pa patologji të dukëshme motiliteti, sfera cerebelare, dhe sensibiliteti të paekzaminueshëm me hollësi për arsye të gjendjes së omnubiluar të pacientes; shënja meningale nuk vihen re, reflekset osteo-tendinoze në të katër anësitë të gjalla, sidomos patelaret dhe akilianet D=S.

Në sajë të mjekimit të shpejtë dhe intensiv me glukozë serum fiziologjik me doza të mëdha, lavazh të stomakut, vitaminë C, B₁, acid ni-

kotlinik, blu të metilenit 1%, 100 cc në venë, gjëndja e pacientes ne po atë ditë filloi të përmirësohej, vetëdija disi të bëhej më e qartë, filloi të orientohet më mirë, përgjigjej më shpejt, por jo gjithëmonë drejt. Fytyra dhe buzët më pak cianotike.

Më 29/9/1962, gjëndja e pacientes është akoma më e mirë, tregon ngjarjen e ditës së mëparëshme, flet më me hollësi për të kaluarën dhe të tashmen e saj, porse gjatë tregimit lodhet shpejt dhe bën pushime të gjata. Disa herë paraqet humor të rritur, eufori, që nuk zgjasin shumë.

Gjatë ekzaminimit dhe bisedimit të saj si dhe observacionet për disa orë, nga një herë vihet re një farë plogështie, përtacie, bën lëvizje të ngadalta dhe nuk zbaton menjëherë urdhërat e mjekut. Pupilat midriatike D=S, paraqet nystagmus bilateral horizontal, nervat e tjerë kranialë pa patologji, sensibiliteti i thellë dhe superficial të ruajtur, refleksat osteo-tendinoze të pranishme D=S, nuk paraqet turbullime afazike, apraktike dhe agnozike, nuk ka turbullime cerebrale dhe meningeale, puls i ritmik mesatarisht i plotë, në pozën Romberg lëkundet. Po më datën 29 pacientja referon për shqetësime të pashpjegueshme, gjumin e ka bërë me ndërprerje dhe ka patur ndjenjë të thoksuar frike, ndërsa gjatë ditës ka patur diarre të shpesh-ta. Objektivisht vazhdon të ketë cianozë të lehtë në buzët dhe thonjtë.

Ju vazhdua e njëjta terapi me sasi të bollëshme lengjesh duke i shtuar me problemat 0.4, gjysmë tabletë në mbremje para gjumit. Gjatë datës 30 pacientja paraqitej në të njëjtën gjëndje neurologjike. Temperatura 38.20-38.50.

Më datën 1/10/1962 ajo ankonte për dobësi të madhe, dhimbje difuze barku, nuk ka apetit, nuk përgjigjet me qef, është e mërzi-tur, temperatura subfebrile. Objektivisht vihet re cianozë e buzëve, në pulmone respiracioni vezikular dëgjohen rale sibilante në hemitoraksin e djathtë; në zëmër tonet e largëta ritmike, TA : 130/90 mm./Hg. Barku i dhimbshëm në palpacion.

Më datën 2/10/1962 gjëndja e pacientes është më e mirë, vazhdon të ankojë për dhimbje abdominale e trupore, ndjen mpirje të trupit, është afebrile. Në krahun e djathtë vihet re një ekimozë.

Më datë 3/10/1962, pacientja është orientuar drejt, flet dhe ushqehet mirë, është më e qetë, ka filluar të ngrihet e të lëvizë nëpër korridor, por vazhdon të ketë dhimbje të lehta barku, temperatura subfebrile, ende ndjen dobësi të përgjithëshme.

Më datën 4/10/1962, gjëndja e pacientes është mjaft e mirë dhe pa ankime, po kjo gjëndje vazhdon të jetë edhe më datën 5 e 6/10/62.

Në ekzaminimin neurologjik, pacientja orientohej drejt, përgjigjet shpejt dhe në mënyrë korekte. Emocionet e ruajtura, kujtesa e mirë për ngjarjet e tanishme dhe të kaluarën.

Ekzaminimet laboratorike: në urinë nuk vihen re elemente patologjike, gjë kjo që flet për mos dëmtimin e sistemit urinar nga preparati. Në analizat e gjakut më datën 28/9/62 vihet re një shtim i lehtë i leukociteve (11600), këto më dt. 29/9/62 zbritën në 10300, ndërsa më 1/10/62 në 3000 leukocite, të cilat më vonë u rritën gradualisht në mënyrë paralele me përmirësimin e gjëndjes së pacientes dhe në dalje ato ishin 6300.

Sasia e hemoglobinës në gjak në ditët e para të intoksikacionit u zvogëlua krahas me zhvillimin e fenomeneve cianotike kështu më dt. 28/9/62, sasia e Hb ishte 85% ndërsa më dt. 29/9/Hb 70% dhe më dt. 4/10/ ajo arriti 78%. Formula leukocitare nuk paraqiste deviacione patologjike nga e majta.

Ndryshime patologjike nga ana e gjakut komplet nuk u vunë re dhe mbas muajit të parë, të dytë e të tretë mbas daljes së pacientes nga spitali.

DISKUTIMI I RASTIT

Siç e thamë dhe në fillim fenomenet psikotike të shkaktuara nga marrja e sulfanilamideve janë përshkruar në literaturë me gjithë serallë herë. Kështu, p.sh. më 1938 Hogan dhe Mc. Nomara; më 1939, Pearson dhe Burnstine, më 1940 Block, Garvin dhe Toller, më 1941, Vasilesku dhe Daniel, Vaugh; më 1942, Bonnet; më 1943 Kinsey Savitsky dhe Weitzen, Tartagnino, më 1944 Boruchowicz, Stuort dhe Collien, Crofton, Diggle; më 1946 Bom, Carrot dhe Charlim, Harvier, Bachet dhe Pestel; më 1950 Fils, Hacke Brown, Thornton dhe Wilson (1940), kanë vënë re se ndërmjet 100 të sëmurëve të mjekuar me sulfanilamide në 7 individë është observuar deliri.

Little më 1942 ka observuar gjithashtu disa të sëmurë tek të cilët u zhvilluan fenomenet psikotike. Ai referon se ka gjetur 13 raste të psikozave të përshkruara në literaturën botërore. Në obervacionin tonë klinik vlen të vihen në dukje disa nga karakteristikat e tij:

1). Pacientes sonë i është zhvilluar kuadri klinik i pasur me fenomene psikotike mbas marrjes së një sasi të madhe të streptocidum album (prej 25 gr.). Në këtë rast dy momente janë të rëndësishme: e para, marrja e dozave të mëdha nga ana e pacientit në një dozë të vetme, dhe e dyta, që sigurisht për arsye të sasisë së madhe të streptocidit, fenomenet psikotike zhvillohen brenda pak kohësh pas marrjes së preparatit. Kurse, p.sh. Danzinger, Ottomberg, kanë përshkruar disa psikoza që u zhvilluan pas marrjes 3-8 gr. sulfanilamidesh dhe simptomet psikotike u çfaqën mbas 4-10 ditë të ndërprerjes së kurës së sulfanilamideve, kurse Higgins shkruan se sa herë që pacienti i tij merrte medikamente, pas 3 ditësh, i përsëriteshin këto fenomene.

Në obervacionin tonë klinik çfaqja e shpejtë brenda 1 ore e simptomave psikotike, ndofta është e kushtëzuar me dozën e madhe të marrë nga pacienti. Kurse në rastet e autorëve të përshkruar më sipër, çfaqja e simptomave psikotike, mbas disa ditësh, probabilitisht duhet të lidhet me faktin, që ata kanë marrë sasi të vogla të preparatit disa ditë me radhë.

2. Në kuadrin klinik psikopatologjik dhe neurologjik të pacientit tonë të bijen në sy një farë polimorfizmi në tabllonë klinike si dhe karakteri deri diku tranzitor i simptomave psikopatologjike. Kështu, p.sh., ndonse zakonisht pacientja paraqitej në një gjendje të omnubiluar, u konstatuan fenomene epizodike, fragmentare, si eksitacioni verbalo-motor, i shoqëruar me logorhea. lëvizje të pakordinuara të anesive ashtu edhe elemente të lehta të depresionit. Njëkohësisht vlen të theksohet që u vunë re simptome stereotipie. Kurse Weitzen ka abservuar një rast dismorfopsie. Pacienti paraqiste

distorsione angulare dhe kurvilineare gjatë të parit. Objektet i duke-shin si imazhe të pasqyrave deformuese. Kishte turbullime perceptivioni të distancës, telopsia dhe mikropsia.

Higgins, nga ana tjetër, na referon një rast afazie edhe agrafie që iu çlaq pacientit tri herë me radhë, sa herë që ai merrte medikamentin. Kurse Barbellion dhe Garibaldi kanë përshkruar një rast me delirium akut dhe me hallucinacione auditive.

3. Nga pikpamja neurologjike kuadri klinik ishte mjaft i varfër, pacienti paraqiste vetëm për disa orë nistagëm horizontal bilateral dhe reflekset osteo-tendinoze në anësitë inferiore të gjalla, si edhe në pozën Romberg lëkundej.

4. Të gjitha fenomenet psikotike të observuara nga pacientja zgjatën pak a shumë rreth 48 orë. Pastaj ato u reduktuan në minimum dhe mbas 3-4 ditësh u zhdukën krejtësisht. Pra nga kjo pikëpamje probabilisht, duhet menduar se kur pacienti fillon e mjekohet shpejt dhe në mënyrë intensive këto fenomene mund të zhduken brënda disa orësh ose 2-3 ditëve të para. Po kështu edhe Ried në observacionin e tij në një vajzë 3 vjeçare që mori 12 tableta (6 gr. sulfanilamide) megjithëse pacientja e vogël humbi vetëdijen, kishte midriazë, nuk ishte e qetë, zhestikulonte, qante, thërriste dikë dhe mbas 3 orësh pati edhe konvulsione, prap se prap mbas 12 orësh filloi të përmirësohej. Edhe në observacionet e Weitzen të përmendura më sipër, vihet re se pas dy ditësh të ndërprerjes së medikamenteve gjithçka u përmirësua.

(Paraqitur në redaksi në 5/III/1964)

BIBLIOGRAFIA

- BARBELLION P., GARIBALDI A. — Gonococque et chimiotherapie traitement superabortif. La Presse medicale, Samedi 18 Juin, 1938, Nr. 49, pp. 960-962.
- BLOCK W. H. — Psychosis precipitated by sulfanilamide (case following use of neoprontosil J.A.M.A. Alabama, avril 1940, 9. 339.
- BOM F. — Delirium acutum after sulfoamide therapy ofersipelas: case associated with hypothalamic and pituitary alterations, with some comments on pathology of acute exogenous psychoses. Acta psychiat. et neurol 1946 21-57-73.
- BONNET G. F. — Action psychosensorielle des sulfamides chez les aviateurs. Presse medicale Oct. 9. 1942 50-612-613.
- BORUCHOWICZ L. — Sulf. psychoses. Lek wojsk Shkurt korrik 1944 35-255-259.
- BROWN THORTON WILSON — Cituar nga Fabrikant O, sulfonamidnih preparat ah ih pobognom djejsvii i mehanizme evo razvitija Kand. Disert. Frunze 1946.
- CARRÔT E., CHARLIN A. — Troubles mentaux e type d'excitation maniaque, accidents de la sulfamidotherapie (apres thiozamide) Bull et mem. Soc. med. d. hop. de Paris 1946, 62 306-309.
- CROFTON J. W. and DIGGLE G. — Confusional psychoses following sulfoguanidine — therapy. Lancet March 18, 1944 1, 367-368.
- DANZINGER L. — Delayed toxic reaction to sulphanilamide Bulletin of the Johns (Hopkins Hospital Vol. LXIII Nr. 1. July 1938, pp. 340-344.
- FABRIKANT S. B. — O sulfanomaidnih preparatah ih pobognom djejsvii i mehanizme evo razvitija. Kand. Disert. Frunze. 1946.
- FILS F. J. — Uber symptomatische psychosen bei sulfonamid-behandlung Nervenarzt Aug. 1950, 21: 363-366.

- GAVRIN C. F. — Peripheral neuropathy and toxic psychosis with convulsions due to sulfamethylthiazole case J.A.M.A. Sept. 1940, 200, 262-264.
- HACKE W. — Eklamptiforme krampe als folge zerebraler sulfonamid intoxication bei septischen aborten und gonorrhoe Ztschr Geburtsch u Gynak. 1950, 134: 84-101.
- HARVIER P., PERRAULT M., dhe PESTEL M. — Psychose a type de manie aiguë consécutive a l'absorption de sulfadiazine. Paris médical Dec. 14, 1946, 36 559-560.
- HOGAN B. W. Mc., NOMARA P. J. — Psychosis precipitated by sulfanilamide U. S. Nov. M. Bull. 1938, Jan. 36 60-71.
- KINSEY R. E. — Psychosis due to sulfonamides. Ann. Int. Med. Nov. 1943, 19, 795-798.
- LITTLE S. C. — Nervous and mental effects of the sulfonamids J.A.M.A. vol. 119, June 6. 1942, Nr. 6. pp. 467-474.
- OTTENBERG R. — Clinical experiences with sulfanilamide therapy with special reference to toxic effects New York States J. Med. Mars 1939, 39: 418-430.
- PEARSON M. M. BURNSTINE M. D. — Psychosis pricipitalted by sulfanilamide Internat Clin. Sept. 1939 3. 246-248.
- PREZÀ B. — Polineuritet sulfanilamidike Tirana 1961.
- SAVITSKY N., WEITZEN H. — Dymorphopsia during cause of therapy J. Nerv. and mental Dis gusht. 1943, 98: 130-132.
- STUART M. M. COLLEN M. F. — Psychoses associated with therapy sulfadiazin review of literature and presentation of 14 cases. Permannente Found. M. Bull. Tetor 1944. 2. 153-164.
- TARTAGLINO F. J. — Psichitic reactions following administration of sulfanilamide. Dis. Nerv. System. Dhjetor 1943 4, 357-363.
- TOILLER R. B. — Psychosis due to sulfanilamide (case) California and West Mcs. Dhjetor 1940, 53: 266-267.
- VASILESCU N. DANIEL C. — Two cases of psychosis produced by sulfanilamide derivatives. Romania med. 1941, 19 28-29.
- WEITZEN H. — Dymorphopsia During the course of sulfanilamide therapy. Arch. Neurol. and Psychiat. Gusht. 1941 48 369-370.

A CASE OF INTOXICATION WITH STREPTOCIDUM ALBUM

(Summary)

A case is described of intoxication with streptocidum album, taken in a single dose of about 25 grams. The case is particularly interesting because of its rich psychotic symptomatology, which developed very quickly — within an hour after taking the drug, and did not last more than 48 hours, after which the symptoms receded to a minimum and disappeared entirely after 3-4 days. This was probably due to the large quantity of the drug taken in a single dose, as well as to the immediate and intensive medical help. The psychopathological and neurological symptoms show a marked polymorphism; the psychopathological manifestations have a rather transitory character. The neurological picture is less rich. The blood count shows a slight increase of the white blood cells, slight changes in the haemoglobin percentage and no changes in the differential count.

SISTEMI KENRAK

«Vestnik akademii Medicinskih nauk korejskoj narodnoј demokratičeskoj Respubliki» 1963, Nr. 5 F. 1-43 1).

Në këtë buletin njoftohet se një grup punonjësish të institutit të kërkimeve shkencore kenrak të R.D.P. të Koresë nënë udhëheqien e Dr. të shkencave biologjike Kim Bon Han, zbuloi një sistem të ri të quajtur kenrak, i cili paraqet në vet vakte një sistem unik anatomo-histologjik që ndryshon për veçorit e tija nga sistemi nervor, i gjakut dhe i limfës. Në atë qarkullon likid mjaft i pasur me acid dezoksiribonukleinik (A.D.N.)

TË DHËNA MORFOLOGJIKE

Sistemi kenrak përbëhet nga trupezat Bonghan, dhe nga duktuset Bonghan (simbas emërit të autorit Corpusculi Bonghan, Ductuli Bonghan). Trupëzat dhe duktuset simbas vendosjes së tyre, ndahen në superficiale dhe profunde. Duktuset lidhin trupëzat superficiale dhe profunde midis tyre.

Trupëzat superficiale vendosen në shtresën retikulare të lëkurës. Kanë formë ovale me diametrin e madh 1-3 mm. Nga jashtë kanë një shtresë muskulature të lëmuar, kurse në brendësi ndodhet një grup qelizash, midis të cilave dhe qeliza kromofile, që mendohet se kanë funksion sekretor (prodhojnë likuidin Bonghan). Në brendësi vrehen gjithashtu fije të indit lidhor, kapilare gjaku dhe elemente nervore. Në pjesën e poshtëme vazhdon me duktusin i cili del në formë unipolare ose pseudounipolare.

Duktuset Bonghan, kalojnë në drejtim të vazave duke krijuar një lidhje të përcaktuar midis organeve të brendëshme dhe trupëzave koresponduese. Një pjesë e duktuseve kalojnë brenda lumenit të vazave të rrethuar nga vetë masa e gjakut apo e limfës. Duktusi në vetvete përbëhet nga një tufë duktulusesh, muri të cilave ndërtohet nga qeliza endoteliale. Duktuset intravazale degëzohen së bashku me vazat dhe përhapen të të gjitha organet dhe ekstremitetet. Duktuset intravazale janë në lidhje me ato ekstravazale. Të parat ndodhen jo vetëm në arterie dhe vena por edhe në zemër, në **ductus thoracicus** si dhe në të gjitha vazat e tjera limfatike.

1) Ky njoftim u bë në konferencën shkencore kushtuar sukseseve të grupit shkencor-kërkimor të KIM BON HAN në Phenian më 30 nëndor 1963.

Trupëzat profunde vendosen në thellësi të organizmit, për rreth organeve të brendshme si dhe brenda apo për rreth vazave të gjakut dhe të limfës. Kanë formë ovale apo boshtore me diametrin e madh 3-7 mm. Në periferi nuk kanë shtresën e muskulaturës së lëmuar. Përbëhen nga qeliza me formë dhe madhësi të ndryshme. Midis qelizave ndodhet një lëndë amorfe bazofile që ka lidhje me prezencën A.D.N.

Qarkullimi në sistemin kenrak është i një tipi të veçantë. Ai sigurohet nga kontraksionet e zëmërës (përsa i përket duktuseve intravazal dhe nga muskulatura e lëmuar e trupzave superficiale (përsa i përket likidit që ndodhet në duktuset ekstravazale).

Shpejtësia e lëvizjes së likidit është shumë më e vogël se sa e gjakut sidomos në duktuset ekstravazale. Drejtimi i lëvizjes është i njëjtë me atë të gjakut.

Simbas studimeve biokimike rezultojnë se liquor Bonghan ka me shumicë acide nukleinike, sidomos acid dezoksiribonukleinik (A.D.N.) 2000 mg⁰%. Acidi ribonukleinik (A.R.N.) ndodhet në sasi më të pakët. Këto acide ndodhen në formë të lirë dhe nuk kanë lidhje me bërthamën apo citoplazmën e qelizave. A.D.N. mund të shikohet në formë granulash brenda lumenit të duktuseve.

TE DHËNA BIOKIMIKE DHE HISTOKIMIKE MBI SISTEMIN KENRAK

Granulacionet kanë reaksion Fëlgen pozitiv. Nga forma ato dallohen mirë nga bërthamat e qelizave epiteliale të murit të duktuseve, si dhe nga leukocitet që ndodhen për rreth. Mbas heqjes së A.D.N. me anën e acidit trikloracetik, granulacionet japin reaksion Fëlgen negativ. Kjo tregon se përmbajtja e duktuseve ka me shumicë A.D.N. dhe qarkullon brenda vet duktuseve.

Autorët tregojnë se studimet biokimike në sistemin Kenrak në radhë të parë u drejtuan në përcaktimin e acideve nukleinike (A.D.N. dhe A.R.N.). Sikurse tregojnë rezultatet, A.D.N. në sistemin kenrak ndodhet më me shumicë se sa në indet e tjera.

Në sajë të studimeve të mësipërme u konkludua se funksioni i sistemit kenrak lidhet ngushtë me acidet nukleinike, veçanërisht me A.D.N. Ky fakt hap një prespektivë të re në studimin e funksionit dhe metabolismit të vet acideve nukleinike.

TE DHËNA EKSPERIMENTALO-FIZIOLOGJIKE MBI SISTEMIN KENRAK

Proçesi i qarkullimit në sistemin Kenrak është studjuar me metodën e matjes së radioaktivitetit, radioautografisë dhe me përdorimin e substancave ngjyronjëse.

Për këtë u fut fosfor 32 ($K_2HP^{32}O_4$ ose $Na_2HP^{32}O_4$ në sasi prej 5-50-100 mikrokryri) në trupzat Bonghan të lëkurës së anës së brendshme të kofshës dhe të paretit abdominal të lepurit, për të parë qarkullimin e likidit në duktuset superficiale Bonghan. Mbas një farë kohe (prej 30 minutash - 6 orë) prenë pjesën e caktuar të lëkurës me trupëza dhe duktuse dhe matën radioaktivitetin. Simbas këtij eksperimenti radioaktiviteti i indit mbi duktusin Bonghan që vjen nga

trupëza ku u fut substanca me atom të shënuar (fosfor 32) rezultoi shumë më i lartë se sa i pjesës tjetër të indit që ndodhet pranë. Për të vërtetuar rezultatet e paraqitura më lart, u kryen dhe eksperimente të tjera. Në bazë të intensivitetit të radioaktivitetit në sektorë të ndryshëm të lëkurës që eksperimentohet, rezultoi që ekzistojnë dukurse Bonghan si njësi strukturale në për të cilat një farë substancë e formuar në trupëzat Bonghan qarkullon në një drejtim të caktuar.

Duke patur parasysh që nga futia e fosforit 32 në trupëzat Bonghan, ai mund të shpërndahet në indet për rreth, u mat radioaktiviteti dhe u konstatua se në indet e tjera që ndodhen në distancë prej trupëzës ku u futën atomet e shënuara që shumë i ulët; pra një sasi e madhe e fosforit 32 të futur qarkullon nëpër duktuset Bonghan.

Këto të dhëna u muarën edhe më ekzakte me metodën e radioautografisë. Vijat e errta të pa ndërprera që dalin në fotografi dallohen rrënjësisht prej drejtimin të vazave të gjakut dhe atyre limfatike në preparatin e lëkurës dhe morfologjikisht korespondojnë me drejtimin e duktuseve Bonghan. Në bazë të këtyre të dhënave eksperimentale është konkluduar që gjurmat në formë njolle në radiografi korespondojnë me vendosjen e trupëzave Bonghan, të cilat duke u lidhur midis tyre me duktuset Bonghan formojnë një rrugë qarkullimi të veçantë.

Për vrojtimin e procesit të qarkullimit me duktuset profunde Bonghan, u studiua dukta e ekstravazal që kalon prej aortës abdominale deri në thellësi të regionit cervikal.

Të njëjtat eksperimente u bënë edhe me trupëzat dhe duktuset profunde dhe rezultoi se në ato qarkullon likid në një drejtim të caktuar.

Autorët për të studjuar qarkullimin e likidit në duktuset intravazale Bonghan, fosforin 32 e futën në dukta e Bonghan intravazal dhe u pa edhe këtu qarkullimi i likidit sikurse u tha më lart për duktuset e tjera.

Si rezultat i punës së tyre eksperimentale u konkludua se nëpër sistemin Kenrak ka qarkullim të likidit Bonghan.

Nga studimi i mëtejshëm që i është bërë sistemit Kenrak u vërtetua se tek ai ka veçanti bioelektrike të caktuara për të cilat publikimi i parë u bë më 18 Gusht 1961.

Për këtë autorët prenë një copë ind me trupëzë Bonghan nga leperi, të cilën e vendosën në një kamer me lagështirë dhe temperaturë 39° C. dhe pastaj duke futur elektroda direkt në trupëza Bonghan konstatuan ndryshimet bioelektrike.

Kjo metodë studimi tregoi se në trupëzën Bonghan ndodhin ndryshime karakteristike të potencialeve elektrike. Ndryshimet bioelektrike në trupëzat Bonghan zhvillohen shumë me ngadalë se sa ndryshimet bioelektrike në nervat dhe muskujt e skeletit.

Ekzistenca e biorrymave në trupëzat e izoluara Bonghan, të pa lidhura me sistemin N.C., rrëzon mekanizmin thjesht neuroreflektor të çfaqjes së tyre.

Njohja e eksitabilitetit të trupëzës Bonghan është problemi kryesor për shpjegimin e funksionit fiziologjik të sistemit kenrak.

Për të studjuar eksitabilitetin e trupëzës janë përdorur ngacmue-

sa të ndryshëm dhe janë marrë ndryshimet elektrike që janë treguesi më i rëndësishëm i eksitabilitetit.

Duke vënë elektrodën në trupëzën Bonghan që ndodhet në copën e lëkurës të vendosur në një kamer me lagështirë dhe temperaturë 39° C. muarën potenciale elektrike dhe vunë re ndryshimet e tyre ndën influencën e pilokarpinës ose acetilkolinës.

Në këto raste u vunë re ndryshime të caktuara në elektrogramën kenrak. Ajo ndryshon edhe ndën influencën e klorurit të potasit, acidit acetik dhe sol. të novokainës që përdoren shpesh herë në gjilperoterapinë medikamentoze.

Faktet e paraqitura tregojnë që trupëzat Bonghan përfaqësojnë një ind me ndjeshmëri të veçantë, që reagojnë ndryshe ndaj faktorëve të jashtëm, të brendshëm dhe në mvartësi me gjëndje funksionale të tyre.

Duke u nisur nga veçantia anatomo-histologjike e lidhjes midis trupëzave Bonghan dhe organeve të brendshme janë bërë eksperimente për të studjuar këtë lidhje reciproke.

Ngë ngacimi i zorës së trashë me sol. fiziologjik të ftohtë dhe të ngrohtë, në mvartësi nga peristaltika e saj ndryshoj edhe elektrograma e marrë në trupëzat Bonghan të anës të jashtëme të kërcirit, dhe anasilltas duke shpuar këto trupëza u fuqizua peristaltika e zorës së trashë.

Noacimi i zorës së hollë nuk paraqet influencë të madhe në ndryshimet elektrike të këtyre trupëzave.

Ndryshimet e potencialit elektrik janë rezultat i veprimtarisë së sistemit kenrak. Elektrograma kenrak oë del direkt prej trupëzës dallohet prej ndryshimeve elektrike që janë marrë deri tani prej lëkurës.

Gjithashtu është vërtetuar që elektrograma kenrak pasqyron edhe gjëndjen e përgjithëshme të organizmit.

Studimi mbi transmetimin e efektit të ngacimit në sistemin kenrak prej një trupëze në tjetrën ka gjithashtu rëndësi shumë të madhe në shpjegimin e funksionit fiziologjik të këtij sistemi.

Për këtë, autorët bënë një sërë eksperimente që shpjegojnë lidhjet reciproke midis trupëzave Bonghan të vendosura në një duktus superficial.

Shpejtësia e transmetimit të efektit të ngacimit arrin afërsisht 3 mm./sek. Pra në sistemin kenrak eksitacioni transmetohet nga një trupëzë Bonghan në tjetrën nëpërmjet duktusit Bonghan, shumë me ngadalë se sa në sistemin nervor. Përcjellshmëria e efektit të ngacimit është e dyanëshme.

Përmbledhja u përgatit për buletin nga: S. Çiço, M. Karagjozi, B. Çako, R. Bregu

TERAPIA ANTIKOAGULANTE NË PRAKTIKËN MJEKËSORË TË PËRDITËSHME

La Presse Médicale 1963, 71, 11, 564-571

Përdorimi i antikoagulantëve, sidomos në rastin e trombozave, është një mjekim i dorës së parë, por duhet treguar kujdes në aplikimin e tyre duke iu përmbajtur metodave të kontrollit biologjik si dhe teknikës shumë delikate që kërkon aplikimi i kësaj metode. Shumë autorë janë të mendimit që ky kontroll në përgjithësi t'u besohet laboratorëve të specializuar.

Para aplikimit të antikoagulantit mjeku duhet të ketë parasysh kundërin-dikacionet eventuale të përgjithëshme, si hemopatitë, aksidentet hemoragjike të mëparëshme si pasojë e çrregullimeve të koagulimit të gjakut, sëmundjen ulceroze, si dhe çdo sëmundje digjestive, që ka shkaktuar hemoragjinë, sklerozat vaskulare të rëndësishme, hipertensioni arterial, uremia, nefritet kronike etj.

Gjithashtu një rol me rëndësi në mjekimin me antikoagulantë lozin disa medikamente me veprim potencializues ose sinergjik (aspirina, derivate e piramidonit, glukokortikoidet, irgaporina, butazolikët etj.) ose me veprim të kundërt, frenues (barbiturikët).

Po të merren masat prekaucionale që u përmendën më lart, antikoagulantët mund të përdoren me sukses: 1) në trombozat venoze, sidomos kur ka rrezik embolie pulmonare; ndërsa po ky mjekim është i panevojshëm në trombozat hemoroidale dhe kanceroze dhe i rrezikshëm në aksidentet venoze-cerebrale dhe në trombozat e sistemit portal; 2) në kardiopatitë valvulare, megjithëse opinionet e autorëve janë të kundërta mbi këtë pikë; përdorimi i antikoagulantëve pakëson rrezikun e embojive post-operatore në rast intervenimi në zemër; 3) në aksidentet iskemike, veçanërisht në infarktin e miokardit në fazën akute dhe subakute; 4) në arteritet obliterante; 5) shumë është diskutuar në se antikoagulantët duhet të përdoren në aksidentet vaskulare të trurit; ndërsa mendimet janë të ndara përsa u përket arteriteve obliterante periferike, sa për aksidentet vaskulare cerebrale çadi tërë autorët janë të një mendje mbi mospërdorimin e antikoagulantëve; bile neurologët francezë kanë propozuar që ky lloj mjekimi të mos përdoret fare në aksidentet në fjalë, mbasi terapia antikoagulante sjell më shumë rreziqe se sa dobira të përkohëshme, duke qënë se është tepër vështirë të përcaktohet natyra e aksidentit vaskular të trurit. Kundërshtarët e përdorimit të terapisë antikoagulante i mbështesin thëniet e tyre në konstatimet anatomo-patologjike.

Edhe në afeksionet autentike, siç janë trombozat e vazeve ekstra-kraniale (karotide apo vertebrale), të mirat e kësaj terapie nuk pranohen prej të gjithë autorëve dhe rezultatet statistikore janë kontradiktore.

Komplikacionet më të zakonëshme të terapisë antikoagulante janë aksidentet hemoragjike, viserale, hematemezat etj. Hemoragjitë mund të çfaqen në tërë territorin, por më tepër në sferën renale dhe cerebrale.

Në mungesë të një hemoragjie të eksteriorizuar, anemia hipokrome është shenjë e një hemoragjie të brendëshme, të shumtën e herëve digjestive. Hematuritë janë aksidentet më të rrezikëshme të terapisë antikoagulante.

Shkurt, mjeku përpara përdorimit të antikoagulantëve duhet të ketë kurdoherë parasysh kundërrindikacionet e sipërtreguara, të thellohet në antecendentet di-gjestive, hepatike, hemopatike, si dhe të informohet mbi mjekimet e bëra më përpara nga pacienti.

(Në numrin 4—1963 të «Revue Neurologique» paraqiten konkluzionet e Simpoziumit të Vienës mbi përdorimin e anti-koagulantëve, nëndor 1962).

TERAPIA E POLIARTRITIT REUMATOID

P. Ravault, J. Maitrepierre e bashk.

La Revue du Praticien 1962, 12, 13, 1371-1426

Me qënë se nuk dihet etiologjia e poliartritis reumatoid, terapia e kësaj sëmundje ka karakter simptomatik, me fjalë të tjera luftohen inflamacionet dhe dhimbjet, dobësia e përgjithëshme, nervoziteti dhe ankthi.

Për format fillestare autorët këshillojnë pushimin relativ, veçanërisht për artikulacionet e prekura; të sëmurit i jepet aspirinë në doza antalgjike dhe anti-inflamatore dhe i përcaktohet një dietë e ekuilibruar me sasira të mjaftueshme proteinash. Më vonë i jepen ato preparate anti-inflamatore që shkaktojnë sa më pak aksidente kolaterale, si p.sh. antimalarikët sintetikë (klorokina dhe derivatet e saj në doza progresive). Në rast se brënda 2-3 muajve nuk vërehen shenja intolerance (çrregullime gastro-intestinale, të pamjes, të sistemit nervor dhe të lëkurës), mjekimi mund të vazhdohet, përndryshe kura duhet ndryshuar.

Në format fillestare edhe krizoterapia (kripërat e arit) jep rezultate të mira (injeksione intramuskulare në doza progresive gjat disa muajve sëbashku me vitamina B12, PP dhe C). Në shenjën e parë të intolerimit dhe të komplikacioneve (eritrodermi, nefrit, agranulocitozë hemorragjike etj.) mjekimi ndërpritet.

Terapia kortizonike është e këshillueshme kur preparatet e tjera nuk kanë dhënë rezultat, me kusht që ajo të mos ndërpritet sepse në rast pezullimi sëmundja vazhdon dekursin e saj. Duke qënë se kjo terapi është e gjatë, duhet të kemi parasysh kundërrindikacionet dhe në fillim t'i japim të sëmurit doza të mëdha për të ndaluar procesin e pastaj të vazhdojmë me doza minimale të efektëshme. Në rast aksidentesh interkorente (infeksione, ndërhyrje kirurgjikale) dozat duhet të shtohen. Terapia kortizonike nuk duhet ndërprerë në asnjë rast menjëherë, mbasi një gjë e tillë mund të shkaktojë aksidente të rënda, bile edhe vdekjen e pacientit. Terapia kortizonike mund të shoqërohet me një mjekim antiflogjistik (aspirina) dhe preparate anabolizuese për të luftuar dekalciifikimin (estrogen dhe endrogen, kalcium dhe vitamina D₂).

Dieta duhet të jetë e ekuilibruar, e pasur me vitamina, stomaku nuk duhet të ngarkohet.

Në format e avancuara dhe në rast invaliditeti të theksuar fenomenet inflamatorë rralë herë janë një simptom i rëndësishëm. Këtu kemi të bëjmë me deformime artikulare që shkaktojnë dhimbje mekanike. Në rast se procesi është në fazën evolutive këshillohet vazhdimi i terapisë kortizonike së bashku me aplikimet lokale dhe aspirinë, mbasi mjekimet e tjera janë të paefektëshme.

Në rast poliartritis akut febril me procese të rënda inflamatorë, si në fazën fillestare ashtu edhe në «poussée», terapia kortikosteroide jepet me doza relativisht të larta, duke e pakësuar dora dorës dhe duke e zëvendësuar eventualisht me antimalarikë sintetikë dhe aspirinë.

R. Desproges — Götteron

La Clinique 1963, 580, 97-101

Çdo i sëmurë që vuan nga një lombalgji me simptomatologji jo të qëndrueshme duhet t'u nënshtrohet ekzaminimeve klinike, radiologjike dhe biologjike, për të përjashtuar afeksionet jo reumatizmale (kancerin vertebral, spondilitin tuberkular, tumoret intrarakidiane) si dhe grupin e sëmundjeve degjenerative ose artrozat me etiologji të ndryshme.

Në radhë të parë autorët këshillojnë pushim absolut në shtrat me këmbët e ngritura; pushimi nuk duhet të zgjatë shumë dhe në rast se në krye të 8 ditëve nuk vërehet ndonjë përmirësim, ekzaminimi radiologjik bëhet i domosdoshëm. Mjekimi më i përshtatshëm është aspirina. Me sukses të madh është përdorur fenilbutazoni (600 mg në ditë); kortikoidet nuk kanë veprim të sigurtë dhe ndërprerja e tyre e parakohëshme shkakton recidiva të shpejta.

Infiltracionet me novokainë në muskujt paravertebrala dhe në daljet e nervave radikulare janë më pak të efektshme se sa anestezitë epidurale. Fizioterapia (diatermi, rreze të shkurta, ultrason) mbetet gjithmonë e efektshme, por paraqet vështirësi aplikimi në fazën akute. Mbas kalimit të fazës akute mjeku duhet të përpiqet të spiegojë shkaktun e lombalgjisë (mekanike, inflamatore, degjenerative).

Mjeku duhet të marrë një anamnezë të hollësishme dhe të vlerësojë drejtë gjendjen psikike të pacientit, mbasi një faktor astenizues prej natyre neuropatike (sinistrozë, gjendje depresive) mund të shkaktojë dhimbje që simulojnë lombalgjinë; pikërisht në këtë rast aplikimi i një terapie intensive për lombalgji e rëndon gjendjen e të sëmurit dhe mund të ketë pasoja të rrezikëshme.

MJEKIMI I ARTERITEVE TË ARTEVE TË POSHTME ME PERFUZIONE INTRAVENOZE SERUMI FIZIOLOGJIK

E. Housset, X. Leduc

La Presse Médicale 1963, 71, 7, 333-336

Të gjithë autorët pranojnë njëzëri se i vetmi mjekim i përshtatshëm dhe me efekt i arteriteve të arteve të poshtëm është shtimi i rrjedhjes së gjakut në artin e prekur. Për këtë qëllim në fillim u përdorën medikamente vazo-dilatatore, mirëpo rezultatet e arritura nuk qenë kurdoherë të kënaqëshme.

Simbas autorëve perfuzionet intravenoze, duke futur sasira të mëdha serumi fiziologjik janë në ditët e sotme mjekimi më me efekt i arteriteve në artet e poshtme. Housset e Leduc kanë arritur rezultate të mira në 123 pacientë duke përdorur një solucion NaCl 9⁰⁰/₀ mesatarisht 2000 ml gjatë tri orëve. Këto perfuzione i kanë përsëritur 10-15 ditë me radhë. Simbas autorëve, në përgjithësi, pacientët e kanë toleruar mirë mjekimin pa incidente kardiake dhe renale atë dhe reaksione në vendin e injeksionit. Kjo metodë nuk duhet të përdoret në rastin e morbus Buergeri.

Ndonëse akoma nuk është sqaruar plotësisht mekanizmi i veprimit të këtij mjekimi, dihet se shtimi i rrjedhjes së gjakut periferik mbetet faktori determinues i mjekimit.

AKSIDENTET E KORTIKOTERAPISË

J. M. Müller

La Presse Médicale 1963, 71, 74, 2253-2260

Në këtë punim autori merret kryesisht me aksidentet që ndodhin nga përdorimi i tepruar i kortizonit dhe derivatëve të sintezës. Pasojat e një abuzimi në përdorimin e kortizonikëve nga një herë mund të arrijnë deri në vdekje.

Për të evituar aksidente të tilla autori këshillon t'u përmbahemi rregullave që vijojnë:

— të mos jepen kortikoidë para se të jetë formuluar një diagnozë e saktë; kortikoidet të jepen vetëm në raste të domosdoshme. Në rast mjekimi të zgjatur duhet t'u përmbahemi dozave minimale të nevojshme. Gjithashtu administrimi i kortikoidëve nuk duhet të bëhet para ekzaminimit të urinës, matjes së tensionit arterial, para se të pyetet i sëmuri mbi antecedentet familiare digjesteve, psikiatrike, diabetike, si dhe para se të jetë bërë ekzaminimi radiologjik i mushkërive.

Gjat mjekimit është e këshillueshme të jepen 1-3 g CIK në ditë, 40-50 mg ACTH çdo dhjetë ditë; nga ana tjetër, është e domosdoshme që çdo 2-3 muaj të kontrollohen rregullisht pesha, tensioni, urina, mushkëritë dhe stomaku. Më në fund mjekimi nuk duhet të ndërpritet menjëherë; në rast infeksionesh, komplikacionesh kirurgjikale ose traumatike, mjekimi jo vetëm që nuk duhet të pezullohet por përkundrazi të përforcohet.

Në ato raste që parashikohet një mjekim i gjatë, është e këshillueshme një dietë e përshtatëshme kundër obesitetit, osteoporozës duke dhënë vitamina D dhe androgen, si dhe neurosedativë kundër pagjumësisë, eksitimit psikik dhe medikamente për të mbrojtur mukozën gastrike.

Si kundërindikacione absolute autori përmend diabetin dhe insufiçencën renale, ndërsa në radhën e kundërindikacioneve thuhet absolute ai përfshin ulcerën, në të cilën kortikoterapia mund të përdoret në raste ekstreme (edhe në këtë rast duhet të merren masa).

Si kundërindikacion relativ autori përmend hipertensionin pa rregullime të theksuara ose rastin e cor-polmonar, me kusht që të respektohet një regjim pa kripë dhe të kontrollohet vazhdimisht zemra. Kortikoidet mund të përdoren nën mbrojtjen aktive të antibiotikëve, si p.sh. në septicemitë, në TEC miliare, ku kortikoterapia jep rezultate të mira.

MJEKIMI MEDIKAL I BRONKOEKTAZISË

E. Orinstein, H. Aubin-Hesse

La Clinique 1963, 534, 359-362

Autorët paraqesin eksperiencën e tyre në mjekimin e dilatimit të bronkeve, duke u mbështetur në parimet që vijojnë:

— penicilina duhet të jetë mjekimi bazë, një inxheksion çdo dy javë me penicilinë retard 600 000 U, sikundër veprohet në reumatizmin artikulare akute. Duke patur parasysh rezultatet e mira të përftuara me penicilinën, autorët këshillojnë që të mos udhëhiqemi nga të dhënat e antibiogramit. Ky inxheksion dyjavor duhet të shoqërohet me antibiotikë dhe bakteriostatikë të zgjedhur ndërmjet gamave të ndryshme të ciklinave. Në këtë mënyrë, simbas mendimit të autorëve, mund të pakësohen rreziqet e rezistencës.

Në disa raste administrimi i dozave të vogla antibiotikësh për një periudhë të zgjatur jep rezultate të mira; kështu, me 4 deri 6 komprime terramicinë katër herë në javë dhe për disa javë me radhë mund të arrihen përfundime të kënaqëshme.

Në përgjithësi autorët nuk këshillojnë kloranfenikolin, përveç se me rezerva të mëdha tek fëmijët.

Si terapi ndihmëse jepen sulfamidet. Gjithashtu mjekimi antibiotik duhet të shoqërohet të shumtën e herës me inxheksione gama-globulinë.

Së fundi autorët vënë në dukje se dilatasi i bronkeve, ndonse është një sëmundje e gjatë e mërzitëshme, duhet të mjekohet me këmbëngulje me mjete modikale për një kohë të gjatë, duke treguar kujdes të veçantë në përdorimin e antibiotikëve për të evituar fenomenet toksike shumë më të rrezikëshme se vetë sëmundja. Nga ana tjetër, ndërhyrja kirurgjikale duhet të përdoret krahë herë, sidomos tek të rriturit.

AKSIDENTET KARDIOVASKULARE GJATË MJEKIMIT ME NEUROLEPTIKË

M. Riser, J. Laboncarie, E. Karkous, J. Dusser

La Semaine des Hopitaux 1963, 39, 10, 341-342

Në ditët e sotme neuroleptikët kanë gjetur një përdorim të gjerë jo vetëm për mjekimin e psikozave të rënda në spitalet psikiatrike, por edhe për mjekimin e gjendjeve psikoneurotike në ambulancat. Kjo lloj kimioterapie që shpesh aplikohet për një kohë të gjatë mund të shkaktojë komplikacione të vërteta. Manifestimet neurologjike reversible tanimë janë të njohura; komplikacionet hepato-tike, digjестive, kutane apo të gjakut janë më të ralla, ndërsa komplikacionet kardiovaskulare, përkundrazi, janë më pak të njohura e më të shpeshta.

Klorpromazina dhe derivatet e saj, duke çtendosur fibrat vazomotorë të enëve periferike, shkaktojnë takikardi dhe hipotension të shoqëruar me vazoplegji periferike. Takikardia është e rregullt, sinusale, pa alterime të EKG; ajo shtohet në pozicion në këmbë dhe pakësohet në pozicionin shtrirë; gjithashtu ajo sjell çrregullime funksionale dhe palpitatione. Kurse derivatet e rauwolfias shkaktojnë përkundrazi bradikardi.

Në përgjithësi neuroleptikët, çrreç imipraminës dhe iproniazidit, shkaktojnë hipotension, intensiteti i të cilit varet nga lloji i neuroleptikut dhe nga tolerimi i pacientit.

Autorët thonë se përdorimi neuroleptikëve tek të kaluarit nga moshë, arteriosklerotikët është shumë delikat, bile jo i këshillueshëm. Hipotensioni në përgjithësi është i moderuar dhe klinikisht çfaqet me çrregullime të tilla si lipotimi, asteni, lodhje, të cilat janë më të theksuara gjatë qëndrimit në këmbë. Në disa raste hipotensioni çfaqet në formë të rëndë bile disa ditë pas ndërprerjes së mjekimit.

Autorët vënë në dukje se reserpina mund të shkaktojë kolapse vlekjeprurëse në sismoterapi dhe nuk lejohet dhënja e saj njëkohësisht me elektroshokun. Gjithashtu autorët tërheqin vemëndjen mbi shpeshhtësinë e aksidenteve tromboembolike periferike si dhe të flebiteve (më 2000 të sëmurë ka pasur 40 raste me flebit dhe periflebit, 6 raste me emboli pulmonare konskutive). Sidomos klorpromazina dhe levompromazina mund të shkaktojnë më shpesh flebite. Këto aksidente çfaqen në përgjithësi herët, ditën e 6-12-të. Si faktor favorizues mund të jenë obeziteti, varicet dhe antecedentet flebitike. Tërë të sëmurët me antecedente flebitike duhet t'i shoqërojnë neuroleptikët me antikoagulantë si masë preventivë.

MBI ÇFAQJEN POST-EMOCIONALE TË ASTMAVE LIDHUR ME ALERGJË TË NDRYSHME SPECIFIKE

A. Jacqueli, A. Graçay, H. Olivo e bashk.

La Semaine des Hopitaux 1963, 37, 1291

Autorët përmendin punimet e tyre të mëparëshme lidhur me shpërthimin e manifestimeve alergjike të ndryshme, veçanërisht të astmave të rënda, si pasojë e një shoku emocional, që trondit funksionet ekuilibruese të sistemit neurovegetativ në nivelin kortiko-diencefalik. Më poshtë ata ngulin këmbë mbi faktin

se ky çrregullim post-emocional shkakton jo vetëm astmën ose ndonjë sindrom tjetër të së njëjtës natyrë (urtikaria, edemën e Quinckes, ekzemë, migrenë), por edhe një sensibilizim specifik të menjëherëshëm që shpërthen sa bijenë kontakt me një ose shumë alergjenë.

Në mbështetje të thënieve të tyre, autorët paraqesin një rast të rëndë astme, të shoqëruar me fenomene të theksuara psikotike, ankhi dhe depresioni, si pasojë e një emocioni të fortë. Simbas tyre, kjo astmë e rëndë bazohet kryesisht në alergji të ndryshme alimentare, të paraprime nga çrregullime digjестive latente, që shoku i fortë emocional i shpërthen në formën e astmës. Në rastin konkret shoku i fortë emocional, vdekja e nënës shumë të dashur dhe sjelljet brutale të bashkëshortit që përfunduan me divorcë, shkaktoi tek një individ të deprimuar shpërthimin e një astme të rëndë, si pasojë e sensibilizimeve të ndryshme të mëparshme, që deri atëhere mbetën të "përgjumura" (në stadin «infra-klinik») ose që lindën aty për aty nën efektin e shokut emocional.

MUNGESA E GRUPIT TË VITAMINAVE B TEK TË SËMURËT ME TUBERKULOZ POLMONAR TË MJEKUAR ME MEDIKAMENTE ANTIBACILARE

Cl. Molina

La Semaine des Hopitaux 1963, 24, 1148

Përdorimi i medikamenteve anti-bacilare si INH (izoniazidet) ose 1314 shkakton tek tuberkolikët avitaminozë.

Autori përshkruan testet e ndryshme që përdoren për të zbuluar avitaminozat, sidomos ato të grupit B (teknikën direkte për të zbuluar vitaminat B6 dhe PP; teknikën indirekte me anë të testit të triptofanit ose të transaminazave për të zbuluar vitaminën B6).

Aksidentet dhe incidentet e kimioterapisë anti-tuberkulare autori i ndan në dy grupe kryesore:

I. — Në grupin e parë avitaminozë është e theksuar dhe shkakton polineuritë, kriza konvulsive, aksidente kutaneo-mukoze;

II. — Në grupin e dytë faktori avitaminozë nuk ka karakter ekskluziv dhe manifestohet me gjinekomasti, aksidente psihike.

Në përgjithësi izoniazidet japin apiridoksinozë (mungesë vitaminash B6) dhe shkaktojnë polineuritë, kriza konvulsive si dhe gjinekomasti. Ndërsa 1314 shkakton më tepër aksidente kutaneo-mukoze si dhe aksidente psihike nga anikotinoza (mungesa e vitaminës PP).

Në të vërtetë, simbas autorit, kimioterapia anti-tuberkulare sjell një mungesë të përgjithëshme vitaminash të grupit B, gjë që vërtetohet nga efikasiteti i vitaminoterapisë.

ULCERA DHE KORTIKOTERAPIA

R. Dupuy, J. Bengualid (Paris)

Revue du Praticien 1963, 71, 9, 963

Dymbëdhjetë vjet mbas daljes dhe përdorimit të kortikoidëve, pavarësisht nga lloji, kohëvazhdimi i aplikimit dhe mënyra e administrimit të tyre (per os, parenterale dhe intra-artikulare), rezultoi se këto medikamente mund të shkaktojnë aksidente digjестive e sidomos të rihapin ose të krijojnë ulcera gastro-duodenale.

Shpesh herë shenjat klinike janë atipike, të pa rëndësishme dhe nga një herë të pandieshme. Ekzaminimi radiologjik nuk vë në dukje deformime perilezionale dhe është faktori dallues nga ulcerat e vërteta.

Ulcerat e shkaktuara nga kortikoterapia në përgjithësi kanë një evolucion të shpejtë me prognozë të favorshëm dhe nuk japin recidiva klinike dhe radiologjike, argumente këto shumë të rëndësishme për t'i dalluar nga ulcerat e vërteta.

Megjithë evolucionin e favorshëm të ulcerave kortizonike duhet treguar kujdes të veçantë në përdorimin e kësaj terapie tek ulcerikët e vjetër, alkalikët dhe gjithë individët e tjerë që mund të pësojnë aksidente digjестive.

Gjatë terapisë hormonale i sëmuri duhet të ndiqet me kujdes në pikëpamje klinike e radiologjike dhe në rast se çfaqet ulcera kura duhet të ndërpritet menjëherë.

HIPERTROFIA E THYMUSIT TEK LAKTANTËT

A. Fontan, P. Verger, J. J. Battin etj.

La Presse Médicale 1963, 71, 27, 1359-1363

Edhe sot e kësaj dite thymusi mbetet një organ enigmatik, funksioni dhe histogenezja e të cilit nuk janë përcaktuar me saktësi.

Hipertrofia e thymusit vërehet shpesh tek laktantët, kështu që ende diskutohet nëse hipertrofia është shkaku i vdekjes së menjëherëshme të laktantit.

Në bazë të studimeve të fundit del se thymusi i zmadhuar nuk do të thotë pa tjetër se laktanti vuan nga një thymus patologjik. Vetëm ekzaminimi radiologjik dhe jo vetëm ballë për ballë e profil, por edhe në mënyrë oblike, mund të vërtetojë qënjen e një thymusi të zmadhuar, figura e së cilës mund të ngatërrohet me hijen kardiovaskulare ose me hijen ganglionare të primo-infeksionit.

Në të vërtetë, në më të shumtën e rasteve zmadhimi i thymusit tolerohet mirë, prandaj nuk nevojiten mjekime (nga ekzaminimet radiologjike masive rezultoi se 5,8% të laktantëve të shtruar në spital për arsye të ndryshme kanë hipertrofi të thymusit). Mirëpo, nga një herë hipertrofia e thymusit shoqërohet me modifikime hematologjike ose shkakton çrregullime funksionale të njëllajta me ato të tumoreve mediatinale. Pikerisht në këto raste nevojiten masa terapeutike aktive: kortikoterapi, radioterapi. Eksereza kirurgjikale përdoret kur çrregullimet funksionale respiratore rrezikojnë jetën e laktantit.

INSUFICIENCAT RENALE AKUTE TË «ANGIOLITIS UREMIGENA»

J. L. Funck-Brentano, J. Ph. Méry, J. Vantelon

Presse Médicale 1963, 20, 1039-1043

Çfaqja e njëkohëshme e një insufiçence renale akute dhe e një angiocolitis të rëndë krijon një situatë semiologjike të veçantë, që Caroli (1943) e ka quajtur «angiocolitis uremigena». Autorët përshkruajnë disa raste dhe dalin me konkluzionet që vijojnë:

1^e Insufiçenca renale akute e angiocolitis uremigen karakterizohet zakonisht me simptomat klinike dhe humorale të një nefropatie funksionale të shoqëruar me gjendje «choc-u». Nga një herë shoqërohet edhe me çrregullime cirkulatore ose humorale, me hipotoni plasmatike dhe dehidratim ekstra-qelizor. Herë të tjera vërehen simptoma të një nefropatie tubulare-intersticiale akute anurike ose të një nefropatie akute hematogjene me mikro-abcese intrarenale.

2^e Angiocolitis uremigen karakterizohet me çfaqjen e saj të vonëshme tek të sëmurët që në të kaluarën kanë patur litiazë biliare dhe kanë paraqitur kriza të shpeshta kolikesh hepatiche; me intensitetin e sindromit infeksioz dhe më në fund me shpeshtësinë dhe gravitetin e shenjave të një insufiçence hepatiche, shpesh të zhvilluar pas një ciroze biliare.

3^e Prognoza e «angiocolitis uremigena» është tepër e rëndë. Ajo nuk është pasojë e insufiçencës renale, por shkaktohet nga graviteti i sindromit infeksioz dhe nga shpeshtësia e graviteti i insufiçencës hepatiche.

4^e Mjekimi me antibiotikë, edhe kur bëhet në rregull, nuk pengon zhvillimin e septicemisë ose përhapjen lokale të infeksionit biliar. Në qdo rast drenazhi kirurgjikal i rrugës biliare është i domosdoshëm. Çasti i intervenimit dhe zgjedhja e teknikës operatore përbëjnë një problem të vështirë, që duhet të zgjidhet shpejtë qysh në ekzaminimin e parë.

5^e Tërë të sëmurët me litiazë biliare të vjetër rrezikojnë një «angiolocolitis uremigene» dhe operacioni është i domosdoshëm sidomos kur litiaza komplikohet me angiolocolitis.

OBTURACIONI BILATERAL I KAROTIDEVE TË BRËNDËSHME

Gastaigne, Lhermitte, Cambier, Gauthier

La Presse Médicale 1963, 71, 757

Obturacioni bilateral i karotideve të brendëshme mund të çfaqet me një simptomatologji të shumëngjyrëshme. Nga një herë shkakton një iskemi akute të rëndë bilaterale, që sjell një sindrom të karakterizuar me evolucion të shpejtë. Herë të tjera manifestimet neurologjike, përkundrazi, kanë karakter tranzitor pa pasoja. Megjithatë, në shumicën e rasteve qarkullimi cerebral i pamjaftueshëm klinikisht manifestohet me episode cerebrale tranzitore, që shkaktojnë më tej çrregullimin e funksioneve cerebrale.

Duke u nisur nga observacionet e tyre klinike, autorët i kushtojnë një rëndësi të veçantë studimit anatomico-patologjik të lokalizimit të lezioneve të ndryshme cerebrale në rast obturacioni mono ose bilateral të karotideve. Kështu, në rast obturacioni të vetëm një karotide, qarkullimi kolateral bëhet nëpërmjet të karotides së anës tjetër, të bazilares të oftalmikut (të po asaj ane; territori që vaditet nga arteria cerebialis anterioris furnizohet me gjak të mjaftueshëm, ndërsa territori që furnizohet nga degëzat e arteries Silvii, e sidomos pjesa sipërfaqësore silviane dhe paritet e shisurës, do të vaditen në sasi të pamjaftueshme: lezionet cerebrale iskemike konstatohen pikërisht në këto zona.

Në ato raste kur obturohen të dy karotidet e brendëshme, arteriet silviane e cerebrale anteriore furnizohen me gjak vetëm nga arteriet komunikante posteriore dhe oftalmike.

Nga ana klinike simptomat fokolare (çfaqja e njëpasnjëshme e aksidenteve iskemike tranzitore herë në njëherë në njërin pjesë të trupit, çfaqja e menjëherëshme e simptomave të qëndrueshme bilaterale, ulja e tensionit në arteriet e retinës, alterimet elektroencefalografike) kanë një rëndësi të veçantë, por duhet të vlerësohen drejtë edhe simptomat psihike. Në fillim simptomat psihike mund të manifestohen vetëm me çrregullimin e ndërgjegjes. Këto simptoma në aksidentet cerebrale arteriosklerotike janë të ralla, ndërsa në rastin e iskemive cerebrale jo embolike ato mund të jenë një tregues i obturimit bilateral të karotideve të brendëshme. Çrregullimet e ndërgjegjes gradualisht mund të pasohen me çrregullime psihike në kompleks siç janë apatia e thellë, indiferenca ndaj ambientit etj., të cilat dëshmojnë për një alterim të thellë të psiqikës që ndryshon nga demenca senile ose nga çrregullimet psiqike të atrofive cerebrale primitive.

NEUROPATITË DIABETIKE

J. Gravelau

Presse Médicale, 1963, 71, 975

Komplicacionet neurologjike të diabetit observohen mesatarisht në 5% të rasteve. Praktikisht kemi të bëjmë me pacientë diabetikë që kanë kaluar moshën 40 vjeçare, me një simptomatologji diabetike që vazhdon prej vjetësh dhe që nuk është mjekuar. Shpesh krahas me çrregullimet neuropatike dhe arteriopative diabetike vërehen edhe nefropatira dhe çrregullime okulare të retinës.

Neuropatitë janë komplikacionet neurologjike më të shpeshta të diabetit. Dallohen sidomos format latente pa simptoma të dukëshme, që mund të zbulohen vetëm me anë të një ekzaminimi të hollësishtëm sistematik: në këto forma para së gjithash zhduken refleksët osteotendinoze, më tepër refleksët akileanë dhe më pak ata patelarë. Shpesh zhduket gjithashtu sensibiliteti vibrator si dhe refleksi pilo-motor. Format sensore të neuropatisë diabetike dallohen me një simptomatologji subjektive, që karakterizohet me parestezi, sidomos të arteve të poshtme, dhe më shpesh me dhimbje të shogëruara me hiperestezi kutane. Këto dhimbje mund të jenë të tipit kauzaljik e shpesh herë me kriza paroksistike gjatë natës. Lokalizimi i këtyre dhimbjeve është i ndryshëm: nevralgji faciale, cerviko-brakiale, interkostale e sidomos krurale; mund të observohet gjithashtu nevralgja e nervit shiatic dhe e nervit femoro-cutaneus. Të gjitha këto forma nevralgjike shërohen vetvetiu brenda disa javëve ose muajve; në disa raste dhimbjet kalojnë nga një regjion në tjetrin. Më rallë dhimbjet përhapen në grupe muskuljsh. Nga format motorike dhe sensitivo-motore, ndonse më të ralla, duhet të kihet parasysh paraliza e nervit krural që çfaqet me një deficit të muskujeve kuadriceps dhe psoas. Mund të vërchet gjithashtu paralizia e nervit peroneus që çfaqet me stepazh. Më e rallë është paraliza e nervit radial, ulnar dhe median. Ndërmjet formave sensitivo-motore difuze, autori përmend një lloj polineuriti toksik dhe formën pseudo-miopatiqe që prek ekstremitetet. Mund të vërehen gjithashtu paraliza e nervave kraniale, sidomos paraliza e nervave okularë (VI, III, IV palë). Më në fund mund të observohen neurite retrobulbare, paralizi të nervit facial dhe trigemini.

Në kuadrin e neuropative diabetike mund të përfshihen edhe çrregullimet trofike (morbus perforans plantaris), osteo-artropatitë diabetike, sindromet viserale, encefalopatitë diabetike, impotenca seksuale etj.

Simbas autorit ndryshimet anatomo-patologjike që shkaktojnë neuropatinë diabetike përfaqësohen nga manifestimet degjenerative aspecificke dhe nga lezionet e «vasa nervorum» të radikseve dhe nervave periferikë.

ALERGJIA NË ETIOLOGJINË E CEFALEVE

A. M. Recordier e bashk.

Il Policlinico 1963, 70, 10, 351-356

Megjithëse qysh prej dyzet vjetësh një varg autorësh kanë pranuar se disa tipe emikranish janë prej origjinë alergjike, edhe sot e kësaj dite rëndësia e faktorit alergjik në shpërthimin e krizave të emikranisë nuk pranohet gjithanësisht.

Autori për tre vjet me radhë ka bërë kërkime të ndryshme për të zbuluar faktorin alergjik tek 70 pacientë me cefale të tipit emikranik (48 me emikrani të vërtet dhe 23 me cefale vazomotorë).

Studimi alergologjik vuri në dukje manifestime të ndryshme të tipit alergjik; kështu, në 13 raste u observuan çrregullime alergjike digjestive, në 6 raste çrregullime të frymëmarrjes dhe tek 8 pacientë manifestime alergjike të shumëanëshme (digjestive, respiratore dhe kutane).

Ky punim paraqet interes të madh mbasi në 60% të rasteve si shkaktar i cefaleve të tipit emikranik ka qenë faktori alergjik. Eliminimi i alergjenit përkatës ose terapia desensibilizuese specifike kanë dhënë rezultate shumë të mira, kështu që autorët ngulin këmbë në faktin se në çdo rast emikranie ose cefaleje vazomotorë duhet të bëhen kërkime sistematike alergologjike.

TERAPIA E TRAUMAVE KRANIO-CEREBRALE

P. Descuns e bashk.

II Policlinico 1963, 70, 7, 236-240

Autorët marrin në shqyrtim mundësitë terapeutike duke u mbështetur në një numur të madh rastesh (1200 ndërhyrje). Simbas tyre prognoza varet kryesisht nga mjekimi fillestar në infermeritë periferike. Në çdo rast, në qendrat e urgjencës duhet filluar pa humbur kohë terapia antibiotike dhe të pastrohen pjesët me qime; gjithashtu i traumatizuari duhet të rianimohet dhe të përdoren sedativë të tipit «fenorgan» ose «mepiridina» në rastet rezistente. Pastaj pacientit dërgohet pa humbur kohë në qendrat e specializuara për ndërhyrje kirurgjikale (nxjerrje e skexhës, kranioplastikë).

Në rastet me koma të thellë autorët këshillojnë anestezinë lokale. Përndryshe duhet të bëhet rianimacioni preoperator dhe pastaj anestezia e përgjithëshme me intubacion endotrakeal.

Gjatë ndërhyrjes kirurgjikale bëhet kranioktomia duke hapur gjerë dura mater për të nxjerrë trupat e huaj, substancën cerebrale të dëmtuar; pastaj kryhet dezinfektimi, mbyllet dura dhe pjesët e buta. Heqja e trupave të huaj, dhe veçanërisht e skexheve kockore është e domosdoshme për profilaksinë e abscesit cerebral; plumbat ose trupat metalikë, veçanërisht po të jenë të vogla, në përgjithësi tolerohen mirë.

Për parandalimin e proceseve trombotike autorët kanë përdorur me rezultate të kënaqëshme terapinë anti-koagulante. Në rast lezionesh të infektuara duhet hequr zona e inflamuar dhe të bëhet drenazhi i formacioneve absesuale.

Mortaliteti gjatë ndërhyrjes kirurgjikale ka qënë 13,3%, ndërsa mortaliteti post-operator 14%. Pasojat e ndërhyrjes janë të shpeshta dhe çfaqen në trajtë rregullimesh motore, afazish, anestezish dhe alterimesh psikike. Epilepsia post-traumatike është vërejtur më rrallë.

HEMATOMAT SUBDURALE KRONIKE

G. Oriensi, E. Casella

II Policlinico 1963, 70, 7, 221-226

Hematoma subdurale kronike është një entitet morbid që haset mjaft shpesh dhe që paraqet një tablo klinike sa të ndryshme aq edhe të gabueshme. Ndërhyrja e menjëherëshme kirurgjikale siguron shërimin e pacientit edhe kur ai është në gjendje shumë të rëndë.

Qysh prej vitit 1958 deri më 1961 autorët kanë patur nën observacion 96 të sëmurë që u trajtuan në mënyrë kirurgjikale; 89 prej tyre u shëruan krejtësisht (92,7%), ndërsa 7 vdiqën për arsye të vija: 4 nga aksidente cerebrale irreversibël, 1 nga koma hiperglicemike tek një diabetik, 1 nga infarkt miokardi dhe 1 nga emboli pulmonare. Në përgjithësi mortaliteti lidhet kryesisht me kolapsin cerebral.

Nga observimi i këtyre rasteve autorët nxjerrin konkluzionet vijuese me karakter diagnostik dhe terapeutik:

1) trauma nuk është një element i domosdoshëm për të dyshuar qënjen e hematomës subdurale kronike;

2) karakteristikat kryesore të sëmundjes janë simptomat e shumta dhe intertali i lirë;

3) sa herë që dyshohet për një hematomë subdurale duhet të përdoret pa tjetër angiografia e karotidës;

4) në rast se angiografia e karotidës del pozitive menjëherë duhet ndërhyrë kirurgjikisht; ndërhyrja e vonuar është shkak i dështimeve.

INFARKTI SPLENIK

Léger, Péquinoŧ e bashk.

La Presse Médicale 1963, 71, 753-759

Infarkti splenik manifestohet me dhimbje në regjionin splenik, të cilin i sëmuri e lokalizon keq, nga një herë në anën e prasmë, kështu që mund të dyshohet për një kolikë renale. Shenjat klinike më të rëndësishme për formulimin e diagnozës janë rritja progresive e shpretkës, temperatura (38-39°). Zakonisht po të mos ketë komplikacione, këto çrregullime zhduken brenda 15 ditëve. Më rëpo kjo simptomatologji nuk paraqitet kurdoherë e njëjlojtë, shpesh ajo ka një aspekt dramatik (dhimbje të forta që përhapen aty për aty në gjithë abdomenin, difezë muskulare, hiperestezi e lëkurës, temperaturë 40°, subokluzion intestinal, pleurit reaktiv të majtë), ndërsa herë të tjera simptomat janë të pakta dhe nuk japin çqetësime.

Në pikëpamje patogjenike infarkti splenik ka qenë konsideruar për një kohë të gjatë si manifestimi i okluzionit të një arterie të shpretkës, shkaktuar nga një sëmundje tjetër, p.sh. endokarditi sub-akut.

Autorët përshkruajnë 5 raste infarkti splenik me një simptomatologji jo të plotë, të karakterizuar me kriza dhimbjesh të lokalizuara në hipokondrin e majtë. Këto raste janë kuptimplote jo vetëm në pikëpamje simptomatologjike, por edhe në pikëpamje patogjenetike: tërë infarktët kanë qenë pasojë e hipertensionit portal (në dy raste u observua tromboza e venës porta).

Autorët dalin me konkluzionin se jo vetëm okluzioni arterial mund të shkaktojë infarktën splenik, por edhe hipertensioni portal jep të njëjtin rezultat. Në disa raste, si p.sh. në trombozat portale nga hemopati, mund të dyshohet për infarkt splenik kur pacienti ka dhimbje, ngritje të temperaturës dhe rritje të volumit të shpretkës.

ELEKTROENCEFALOGRAFIA KLINIKE NË DITËT E SOTMË (Nga Simpoziumi i Parisit)

— Revue Neurologique 1963 103-2 —

Më 5 dhjetor 1962 në Spitalin Salpêtrier të Parisit u mbajt një Simpozium mbi vlerën semiologjike të elektroencefalografisë dhe përdorimit të saj në klinikë.

Ky simpozium i zhvilloi punimet nën drejtimin e A. Remond (Paris) i cili në fjalën e hyrjes vuri në dukje se si gjat këtyre 30 vjetve të fundit elektroencefalografia kishte pësuar ndryshime të shumta, duke u specializuar më tej. Prandaj ajo duhet të konsiderohet si një disiplinë e veçantë dhe t'u besohet specialistëve. të cilët në bashkëpunim të ngushtë me klinikistët do të jenë në gjendje të bëjnë interpretime të drejta.

Në këtë simpozium autorë të ndryshëm trajtuan problemin e përdorimit të elektroencefalografisë (EEG) në fusha të ndryshme të mjekësisë.

EEG në patologji. — P. Loiseau dhe D. Kurtz trajtuan problemin e elektroencefalografisë në patologji. Kështu, në patologjinë respiratore, para se të ndërvenohet në kancerin e bronkeve, EEG na jep mundësi të zbulojmë një metastazë cerebrale pa shenja fokale; po ashtu në insuficiencat respiratore kronike, në një rast mbi dy, me anë të EEG mund të vlerësojmë gjendjen e parenhimës cerebrale; tek tuberkolotikët EEG bën të mundur parënimin e aksidenteve që rrjedhin nga antibioterapia.

Në kardiologji EEG na tregon gjendjen e trurit të hipertonicëve dhe arteriosklerotikëve; gjithashtu me anë të EEG mund të përftojmë të dhëna mbi ndikimin e hipoksisë cerebrale në kardiopatitë kongjenitale.

Në gastroenterologji me anë të EEG mund të zbulohen tumore cerebrale; nga ana tjetër EEG është një mjet i vlefshëm për të vlerësuar prognozën imediate të komave dhe ndihmon në diagnostikimin e tyre etiologjik.

EEG në neurologji. — P. Lecasble, P. Loiseau, H. Rigis dhe D. Samson janë të mendimit se më tepër se në qdo disiplinë tjetër, në neurologji është i domosdoshëm bashkëpunimi midis elektroencefalografistit dhe klinikistit.

EEG duhet të përdoret në afeksionet organike cerebrale si dhe për të zbuluar natyrën organike të disa sindromeve. Ajo është e domosdoshme sidomos në ato sindroma që çfaqen me «kriza» (epilepsi) ose me manifestime paroksizmatike (lejon lokalizimin e lezionit — neoformacionit, aksidentit vaskular), si dhe në sindromat që çfaqen me simptomatologji unilaterale (hemiplegji).

Në praktikë EEG është e nevojshme në cefaleatë dhe në çrregullimet psihike për të vënë në dukje atë që është organike nga ajo që është funksionale.

EEG në neurokirurgji. — M. Dondoy, G. Ariel-Capdevielle, J. Gaches e bashkë ngritën problemin e ndryshimeve të EEG në neurologji dhe neurokirurgji. Elektroencefalografinë në neurologji këta autorë e ndajnë në tre periudha:

Periudha preoperatore: EEG na orienton mbi lokalizimin e lezioneve, gjë që kompletohet me ekzaminimet arteriografike dhe pneumoencefalografike.

Periudha operatore: EEG është e domosdoshme për të bërë ekzerezën e varës epileptike.

Periudha post operatore: EEG përdoret si mjet depistimi i komplikacioneve (recidiva tumoresh, hemoragji, atrofi, cikatrise epileptogjene etj.) dhe jep të dhëna lidhur me prognozën funksionale.

EEG në pediatri. — D. Samson, M. Delange-Walter dhe J. Mises e trajtuat problemin e elektroencefalografisë tek fëmijët e vegjël në tre drejtime të ndryshme:

1) kur EEG jep një trase normal në kohën e gjumit, të zgjimit dhe hiperpnisë;

2) kur EEG jep një trase me anomalji, por gjithmonë brenda kufirit normal;

3) kur EEG tregon anomalji me të vërtetë patologjike në konvulsionet recetive, në disa tumore dhe neoformacione.

Autorët u kushtojnë një rëndësi të veçantë meningoencefalitëve, sidomos atyreve tuberkulare dhe encefaliteve të fëmijëve. Simbas tyre me anë të EEG mund të ndiqet dinamika e afeksioneve cerebrale; aq më tepër se shpesh herë vihen në dukje përmirësime të dukshme nga ana klinike, ndërsa traseja mbetet e alteruar. Në këtë rast EEG përcakton vazhdimin e mjekimit.

EEG në sëmundjet endokrine dhe dismetabolike. — D. Kurtz dhe R. Cloche vunë në dukje se EEG nuk është një mjet i mjaftueshëm për të përcaktuar diagnozën e një afeksioni endokrin ose dismetabolik, pa studjuar njëkohësisht pacientin nga ana klinike, pa bërë teste biologjike dhe dozazhet hormoneale. Megjithatë ekziston një farë lidhje midis evolucionit të sëmundjes dhe modifikimeve të EEG, gjë që është mjaft e vlefshme për mjekimin.

EEG mund të përdoret në: 1) afeksionet endokrine (hipertiroidi primitive ose sekondare; hipertiroidi e fituar ose kongjenitale; insuficiencë lipofizare dhe panhipopituizarizm; endokrinopati genitale; tetaninë latente etj.); 2) afeksionet dismetabolike (diabet dhe hipoglicemi; encefalopati porto-kave; glomerulo-nefritet akute të fëmijës; nefritet kronike të të rriturve).

EEG dhe farmakologjia. — Simbas J. Schneiderit EEG mund të përdoret për të eksploruar një situatë farmako-klinike (kontrolli i narkozës, i kurës me neuroleptikë, për diagnozën dhe prognozën e një intoksikimi etj.).

EEG dhe reanimacioni. — Simbas E. Garin, megjithë vështirësitë teknike (pacienti i agjitur, inkonshient, me kokën e lidhur), EEG ka një rëndësi shumë të madhe për studimin e dinamikës së reagitimit të trurit.

Në përgjithësi, në komat EEG ka vlerë diagnostike për të vënë në dukje si anomalitë fokale dhe specifike, ashtu edhe prognozën. Gjithashtu ajo duhet të përdoret në traumat e kokës, ndoshe interpretimi është i vështirë; EEG ka vlerë prognostike në ndalimet e zorrës siç anesteziat; në çrregullimet endokrine, në reanimacionet artificiale dhe medicale (për të kontrolluar respiracionin artificial në poliomielitet). EEG paraqet interes të madh në qarkullimin artificial mbasi shpesh herë jep sinjalin për të treguar që diçka me rëndësi po ndodh në tru.

EEG në psikiatri. — Simbas P. Chanoit dhe A. Vallée EEG përdoret në psikiatri vetëm prej disa vitesh dhe të dhënat e saj jo vetëm nuk janë të sakta, por edhe shpesh kontradiktore. Megjithatë EEG na jep mundësi të zbulojmë shkaktun organik të çrregullimeve psihike (tumore, vaskulopati, epilepsi) si dhe të kontrollojmë tolerimin e organizmit ndaj disa medikamenteve psikotrope.

Gjithashtu autorët vënë në dukje se shpesh herë një sëmundje psihike kronike e fiksuar shoqërohet me një trase normale e të pandryshueshme.

EEG në mjekësinë Hgjore. — C. Grères dhe Rueff janë të mendimit se, megjithë studimet e shumta në këtë fushë, të dhënat elektroencefalografike nuk japin rezultate të sakta në rast ekspertimi. Trasetë që tregojnë një epilepsi ose traumë të kokës kanë një vlerë relative.

EEG dhe problemet e seleksionimit. — C. Blanc, G. Sousse dhe P. Navaranne vënë në dukje se deri pak kohë më parë EEG u përdor gjerësisht për seleksionimin e personelit punonjës së disa profesione, ku çrregullimet e ndërjegjes kanë rëndësi të dorës së parë (aviatorë, shofera, palombarë etj.). Mirëpo rezultatet kontradiktore të EEG, në vend që ta lehtësonin problemin e seleksionimit, e kanë vështirësuar edhe më tepër. Në përgjithësi, të dhënat e EEG fitojnë vlerë në rast se plotësohen me kërkime të tjera klinike, psikologjike, psikiatrike, fiziologjike.

(Numur i Konsakruar Shoqërisë të Elektroencefalografisë)

NDRYSHIME FIZIOLOGJIKE TË OBSERVUARA TEK EPILEPTIKËT MBAS LOBEKTOMISË TEMPORALE

J. E. Paillas, G. Darcourt, Cl. Righini, A. Héritier

La Presse Médicale 1963, 23, 1169

Në këto pesëmbëdhjetë vjetët e fundit fiziologjia e lobit temporal është studjuar me hollësi dhe janë fituar të dhëna të rëndësishme përsa i përket klinikës dhe patologjisë të epilepsisë psiko-sensore-motore.

Ndryshimet fizio-patologjike të observuara mbas lobektomisë temporale, të bërë për të mjekuar krizat epileptike rebelë, janë studjuar nga autorët në 60 raste (dy prej të cilave për lobektomi temporale bilaterale).

1) Tek 30 pacientë që iu nënshtuan një ekzaminimi oftalmologjik të hollësishtëm, autorët vunë në dukje se në 9 raste kampi viziv ishte normal; tek 21 pacientë u vërejtën deficite hemiopike. Shtrirja e ekzerezës ka lejuar përcaktimin e topografisë së radiacioneve optike në lobin temporal. Fibrat makulare dhe mprehtësia vizive nuk pësuan ndryshime.

2) Alteracionet kokleare nuk janë të theksuara tek 20 të sëmurët e observuar, të cilëve iu bë audiometria vokale dhe tonale. Tek 35 të sëmurët nuk u vërejtën alterime vestibulare edhe në rastin e vertigos të provokuar.

3) Çrregullimet olfaktive dhe gustative kanë qenë të pakta.

4) Studimi i çrregullimeve psihike si në rastin e lobektomisë unilaterale ose bilaterale, ka bërë të mundur nxjerrjen e konkluzioneve që vijojnë:

- ekzereza bilaterale shkakton një deficienë mnemonike dhe intelektuale, ndërsa karakteri dhe sjellja e pacientit ndryshon pjesërisht;
- nga kontrollët psikometrike rezulton se fakultetet intelektuale nuk pësojnë ndryshime në përgjithësi;
- çrregullimet psihike para-operatore në përgjithësi përmirësohen: tek 25 pacientë çrregullimet e karakterit janë përmirësuar mjaft; në 8 raste nuk kanë pësuar ndryshime dhe në 1 rast janë rënduar;
- Sfera seksuale disa herë është përmirësuar (në 16 raste me hiposeksualitet 3 janë përmirësuar). Gjithashtu gjendja depresive që u konstatua tek 14 epileptikë u përmirësua në 4 raste. Viskoziteti mendor nuk ka pësuar ndryshime;
- në 7 raste lobektomie unilaterale (mbi 58) është observuar dobësimi i kujtesës në shkallë të ndryshme; shkak i këtij dobësimi duhet kërkuar më tepër në lezionin e rinencefalit se sa në dëmtimin e neocortexit temporal;

— përmirësimi i karakterit, shërimi apo zhdukja e krizave epileptike si dhe mungesa e çrregullimeve intelektuale mbas operacionit, dëshmojnë gjithashtu për përmirësimin e sjelljes të të sëmurëve në shoqëri.

Megjithë rezervat që çfaqin, autorët vënë në dukje se ndryshimet e vërejtura mbas ekzerczës të lobit temporal tregojnë rëndësinë e lobit temporal në lidhje me sferën emocionale dhe koordinatore. Nga ana tjetër, ata thonë se njeri lob kompenson tjetrin dhe, ndërsa ekzereza unilaterale sjell pak çrregullime, duke përmirësuar bile çrregullimet e çfaqura nga sëmundja, ekzereza bilaterale në të kundërtën shkakton çrregullime të shumta psihike.

MJEKIMI I RAMOLIMENTIT CEREBRAL

Paul Cossa

Le Semaine des Hôpitaux 1963, 35 1246-1249

Në mjekimin e ramolimenteve cerebrale autori udhëhiqet nga këto katër parime:

1) Sa do shpejt që mjeku të ndërhyjë, ai nuk mund të pengojë çfaqjen e obstrukcionit të arteries;

2) Ramolimenti i kuq është shumë më i shpeshtë dhe i rrezikshëm se sa ramolimenti i bardhë, prandaj duhet të merren të gjitha masat e mundura për të penguar shndrimin e një ramolimenti të bardhë në ramoliment të kuq (autori nuk këshillon përdorimin e vazodilatatorëve të fuqishëm, blokatat e ndryshme të simpatikut cervical); sot edhe antikoagulantët nuk këshillohen, veçse për të evituar përsëritjen e aksidenteve embolike në sëmundjet kardiake embolizuese — në stenosis mitrale tek të rinjtë dhe aritmijtë;

3) Në vatrën e embolisë formohet një malasi e indit nervor dhe mjeku ka për detyrë të luftojë pikërisht këtë reaksion edematoz, që shkakton të shumtën e herëve vdekjen ose dëmtton rëndë neuronet;

4) Në këto rrethana mjeku duhet të marrë masa për rivendosjen e ekuilibrit hidroelektrolitik.

Duke u udhëhequr nga këto katër parime, autori shqyrton hollësisht se ku duhet të mbështetet mjekimi: në ramolimentet banale por të sigurta me ose pa koma nuk duhet të përdoren as antikoagulantët, as vazo-dilatatorë të fuqishëm; nuk duhet ndërhyrë në ganglionet simpatike dhe të evitohet arteriografia imediale; ai këshillon perfuzionet venoze me një «koktej litik» për të luftuar edemën; nevojitet gjithashtu rehidratimi i mjaftueshëm për të rivendosur funksionet e diurezës (2.1 — 2.2.00 l); pacientit duhet t'i jepet ushqim qysh në ditën e tretë, të mos jepen purgative të fortë.

Duke u nisur nga të dhënat statistikore personale (118 raste), autori përfundon me këto konkluzione: në 100 të sëmurë 15 shërohen mirë; 30 nuk vdesin por kanë mbeturina neurologjike dhe 40 vdesin.

TUMORET HIPOFIZARE DHE SËMUNDJA CUSHING

L. De Gennes, H. Bricaire, J. Leprat dhe B. Vallée

La Presse Médicale 1963, 18, 903-907

Në literaturën mjekësore njihen pesëdhjetë raste të sëmundjes Cushing të shoqëruara me tumore të eksteriorizuara të hipofizës. Në përgjithësi tumoret e hipofizës nuk kanë një evolucion malinj, veçse në raste të kufizuara (simbas statistikave 3,4% deri 4%). Këto neoformacione mund të zbulohen para se të intervenohet në kortiko-surrenale; zakonisht manifestohen në fillim me një sindrom

lokal (vërehen kryesisht rregullime okulare) ose me një sindrom të veçantë humoral (alkalozë, hipokaliemi). Manifestimi deri diku i shpeshtë i këtyre faktorëve duhet të na shtyjë, simbas autorëve, të kërkojmë sistematikisht shenjat radiologjike dhe oftalmologjike të një tumori të hipofizës në çdo rast të sëmundjes Cushing, të shoqëruar me hiperplazi bilaterale të kortiko-surrenales. Më të shumtën e herëve këto neoformacione janë kromofobe dhe malinjë.

Nga ana tjetër, autorët vënë në dukje se këto neoformacione eksteriorizohen vetëm mbas suprarrenalëktomisë adrenalinojene; melanoderma është manifestimi klinik më i herëshëm në sindromin Cushing.

BRETHANAT E ÇFAQJES SË RAMOLIMENTEVE CEREBRALE ME ORIGINË TROMBOTIKE

D. Mahoudeau — S. Lavitry

La Semaine des Hopitaux 1963, 26, 1237-1244

Autorët me shprehjen rrethana të çfaqjes së ramolimenteve cerebrale prej origjine trombotike kuptojnë faktorët etiologjikë që shkaktojnë trombozën arteriale cerebrale si dhe mënyrën e zhvillimit të simptomatologjisë klinike.

Në këtë punim autorët paraqesin konkluzionet e tyre mbi 250 raste aksidentesh vaskulare cerebrale, shumica e të cilëve janë prej origjine trombotike. Për 34 raste ramolimenti cerebral prej origjine trombotike, të studjuara mirë e të ndjekura, autorët bëjnë vërejtjet që vijojnë përta i përket etiologjisë dhe tablosë klinike të aksidenteve vaskulare cerebrale:

a) mosha ka një rëndësi të dorës së parë, mbasi 60% e ramolimenteve u observuan tek pacientë që kishin kaluar të 70 vjetët; 10% para 60 vjetve; 30% në meshën 60-70 vjeçare. Ramolimentet e çfaqura tek pacientët që nuk kanë mbushur 60 vjetë janë pasojë e trombozës së karotidës së brendëshme.

b) në antecedentet e pacientit janë observuar hipertensioni arterial, sëmundja hipertonike (pak a shumë e gjeneralizuar, me shenja klinike koronariti, aortiti, infarkti i miokardit, arteriti i arteve të poshme ose insufiçenca kardiake), aksidente neurologjike (relativisht jo dramatike, por që lënë rregullime deficitare tranzitore dhe që zhvillohen në etapa të njëpasnjëshme).

c) tabloja klinike karakterizohet në fillim pa prodrome, cefalet janë të ralla (3%); gjithashtu nuk vërehen konvulsione. Sindromi klinik nuk ka ashpërsinë e hemorragjisë cerebrale dhe në rastin e trombozës nuk mund të flitet për një ictus në kuptimin e vërtet të fjalës. Çrregullimet çfaqen progresivisht, në etapa të njëpasnjëshme.

Shenjat neurologjike -- hemiplegjia ose monoplegjia -- çfaqen përpara omnibulacionit ose komës.

AMNEZITË GLOBALE

Jacques Barbizet

La Semaine des Hopitaux 1963, 29, 983-989

Amnezitë globale karakterizohen me pamundësinë për të përfutur kujtime të reja dhe me zhdukjen e pjesëshme ose të plotë të kujtimeve të vjetra. Këto amnezi çfaqen si pasojë e prekjes difuze të trurit dhe shoqërohen zakonisht me atrofizimin e trurit. Simbas autorit pëson ndryshime sistemi i memoracionit hipokampo-mamilar si dhe tërësia e cirkuteve neuronike kortikale dhe subkortikale, që janë mbështetja kryesore e funksioneve cerebrale. Për këtë arsye amnezitë globale janë quajtur edhe amnezi të përziera.

Megjithë larminë e tablove klinike, këto amnezi kanë të përbashkët dy ka-

rakteristikat që vijnë: 1) mungesa e kujtesës dhe pakësimi i theksuar i kujtimeve të kaluara; këto çrregullime nuk kanë të bëjnë vetëm me ngjarjet e jetuara, por edhe me ngjarjet më të zakonshme të jetës familiare: i sëmuri nuk vishet në rregull, nuk mund të vizatojë, të lozë ndonjë instrument muzikal, domino etj. Në përgjithësi pacienti nuk është më i zoli jo vetëm të bëjë ndonjë hap përpara, por harron edhe ato që dinte; 2) çrregullimet e kujtesës shoqërohen me çrregullime të të folurit, të njohjes dhe të praxis-it.

Duke u mbështetur në studimin klinik të kujtimeve në rastin e amnezive globale, autori vihet kundër tezës së Ribot, simbas të cilit kujtimet e fëmijnisë janë ato që zhduken të fundit. Përkundrazi, thotë autori, pacienti mban mend për një kohë më të gjatë kujtimet më të rëndësishme. Lezionet difuze që shkaktohen nga amnezia globale prekin qelizat, ndërpresin circuitet dhe kështu zhduken më lehtë kujtimet më pak të rëndësishme.

Simbas autorit këto janë hipoteza që vlejné për të spieguar zhdukjen e kujtesës gjatë amnezisë globale dhe shërbejnë për të përcaktuar një lidhje midis përmbajtjes psikologjike dhe mbështetjes neuronike.

EFILEPSIA ABDOMINALE TEK FËMIJËT

P. Dagenais-Pérusse, E. Baril, S. Odadahi etj.

Annales de Pédiatrie 1963, 65, 2337—P 553

/Semaine des Hopitaux 49/11/

Diagnoza diferenciale e dhimbjeve abdominale tek fëmijët mbetet një nga problemet që kërkon zgjidhje të drejtë e të shpejtë në praktikën pediatrike. Para se të dalim me diagnozën e epilepsisë abdominale në pediatri duhet të eliminonim të gjitha sëmundjet e tjera abdominale akute dhe subakute ose paroksistike që shkaktojnë dhimbje. Kështu pra, epilepsia abdominale që përfaqëson një entitet klinik tanimë të pranuar gadi nga të gjithë autorët, ka një diagnozë tepër të vështirë që arrihet me anë të eliminimit.

Epilepsia abdominale karakterizohet me dhimbje paroksistike të lokalizuara në regjionin peri-umbilikal, epigastrik në formë krampeh të shoqëruara ose jo me të përziera, të vjella. që efaqen si para ose pas buke. Këto dhimbje efaqen dhe zhduken aty për aty. Dhimbjet mund të shoqërohen me çorientim, somnolencë, lodhje të madhe, cefale dhe gjumë të thellë.

Përveç antecedenteve personale (konvulsione në fëmijni nga piroksia), autorët i kushtojné një rëndësi të vecantë për verifikimin e diagnozës: 1) ekzaminimit elektroencefalografik që jep trasera jo normale kuptimplote, që i përgjigjen klinikës së epilepsisë; 2) ekzaminimit radiologjik të tubit digjestiv, që tregon një shtim të peristaltikës ose një spazmë visheral, e cila vepron si gjemb ngacmues i sistemit nervor central; 3) mjekimit me anti-konvulsivantë, që zhduk simptomatologjinë dhe kështu përfaqëson një test me rëndësi.

NJË RAST MIELITI SI FASOJË VAKSINIMI TË DYTË ANTIRABIK

A. Huguenin, M. Bianchi

La Semaine des Hopitaux 1963, 29, 1000-1004

Megjithëse askush nuk mund të vërë në dyshim të mirat dhe efikasitetin e vaksinimit antirabik, prap se prap duhen patur parasysh aksidentet neuro-paralitime sidomos në rastin e rivaksinimit.

Autorët paraqesin një rast mieliti dorso-lombar që u çfaq tek një grua mbas një vaksinimi të dytë antirabik. Në fazën latente që zgjati 30 ditë u çfaqën ndryshime elektroforetike (hiperalfaqlobulinemi). Kapja me kohë e simptomave prodromale (temperaturë, parestezi, dhimbje shpine ose shenja të lehta meningiale)

kanë një rëndësi të jashtzakonëshme për aplikimin e një terapie shumë të shpejtë dhe efikase. Autorët nënvizojnë rëndësinë e korrikoterapisë me doza të larta për të zhdukur evolucionin ashendent. Antihistaminikët si dhe vitaminat e grupit B kanë një efekt ndihmës të vlefshëm. Autorët kanë përdorur Deltakortizon për os me doza fillestare 80 mg në ditë për 3 ditë, pastaj doza regresive 70, 60, 50, 40 mg. për 3 ditë dhe kur arritën në 30 mg mjekimin e vazhduan për 15 ditë. Këtë mjekim e shoqëruan me antibiotikë, antihistaminikë dhe me vitaminoterapi (B1 100 mg, B6 250 mg, B12 1000 γ); dietë pa kripë, injeksione Klorur potasiumi, dhe çdo javë 50 unitete ACTH.

TERAPIA ANTIKOAGULANTE NË SËMUNDJET CEREBRO-VASKULARE

D. A. Shaw

Il Policlinico 1963, 70, 7, 231

Në literaturën mjekësore mendimet janë të kundërta përsa i përket përdorimit të terapisë antikoagulante në cerebropatitë akute vaskulare. Në përgjithësi, autorët e ndryshëm janë të një mendimi rreth përdorimit të kësaj terapie në embolitë cerebrale, megjithëse ky morbozitet nuk përfshihet në kuptimin e vërtet të fjalës në radhën e sëmundjeve cerebro-vaskulare, por konsiderohet si një sëmundje e artereve cerebrale.

Në bazë të studimeve të bëra rezultojnë se terapia antikoagulante është e vlefshme për mjekimin e ramolimentit cerebral embolik akut dhe të sëmundjeve embolizuese (p.sh. endokarditi reumatik).

Përsa i përket aplikimit të kësaj terapie në ramolimentet cerebrale jo embolike, natyrisht prej origjine trombotike, përveç vështirësisë për ta dalluar me siguri nga një hemorazji cerebrale, kjo terapi nuk jep rezultate. Duke u mbështetur në eksperiencën e vetë (142 raste), autori del me konkluzionin se përdorimi i antikoagulantëve mund të shkaktojë hemorazjira cerebrale.

Disa autorë të tjerë janë të mendimit se antikoagulantët mund të përdoren në ato raste kur deficitin motor është progresiv, si pasojë e një vaskulopatie okluzive cerebrale.

Pothuajse tërë autorët thonë se antikoagulantët duhet të përdoren kur ataket e iskemisë cerebrale janë të përsëritura dhe ristabilizohen shpejt dhe vijnë si pasojë e një insufiçence intermitente të sistemit vertebro-basilar.

Më në fund autori citon Millikanin i cili me anë të antikoagulantëve mund të parandalojë ataket iskemike transitore dhe të pakësojë rrezikun e një ramolimenti cerebral tek pacientët e predispozuar për aksidente të tilla cerebrale.

KLINIKA DHE DIAGNOZA DIFERENCIALE E DISKOZAVE LOMBARE DHE MJEKIMI I TYRE

B. I. Dubnov

Zhurnal Nevropatologji i Psihiatrii imeni S. S. Korsakova 1963, 63, 1, 37

Këto kohët e fundit neuropatologët dhe neurokirurgët i kanë kushtuar një rëndësi të veçantë problemit të diskozave lombare, duke i cilësuar me epitete të ndryshme: lomboiskialgi, radikulit lomboakral etj. Megjithë përparimet e mëdha në këtë fushë e sidomos me ndërhyrjen kirurgjikale në rastin e hernisë së diskeve intervertebrale lombare, mbeten ende shumë probleme për të sqaruar.

Mungesa e një diagnoze të saktë në format e ndryshme të diskozave me dhimbje sakro-lombare bëhet shkak për ndërhyrje të shumta kirurgjikale, shpesh herë të panevojëshme e pa rezultat.

Autori bën analizën e 74 rasteve me diskoza lombare të caktuara për ndër-

Nyrje kirurgjikale, prej të cilave vetëm 24 ia nënshtruan operacionit. Analiza vuri në dukje dy forma diskrozash mjaft të qarta: hernitë dhe protuzionet (shtypja) e diskut. Të gjitha hernitë e diskeve duhet të operohen, mbasi sipas autorit këtu kemi të bëjmë me një indikacion absolut. Kurse në rastin e protuzionit operacioni duhet të kufizohet vetëm në ato raste, kur protuzionet janë të shpeshta, recidivuese dhe persistente. Prandaj lidhur me protuzionet autori këshillon mjekimin konservativ simbas një metode që ka përpunuar ai vetë në bazë të tërheqjes dhe mekanoterapisë.

SINDROMI HIPERSOMNIK (KLASIFIKIMI, KLINIKA, PATOGJENEZA, DHE MJEKIMI)

A. M. Vein, N. L. Grashçenkov

Zhurnali Nevrologji i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova 1963, 63, 2, 225-235

Në praktikën neuropsikiatrike jo rallë takohen forma të ndryshme të çrregullimit të gjumit, që mbizotërojnë tablonë klinike dhe kanë karakter patologjik.

Në këtë artikull autorët përgjithësojnë rezultatet e përfuara nga observimi i 120 të sëmurëve që vuajn nga hipersomnia. Ata propozojnë një klasifikim të ri të hipersomnisë, duke u mbështetur kryesisht në të dhënat klinike. Më shpesh ata kanë vërejtur sindromin narkoleptik dhe më rallë sindromin e gjumit periodik, që shkakton somnolencën në periudhën akute dhe residuale të lezioneve organike në tru. Autorët vënë në dukje se shkaku i çrregullimeve të gjumit duhet të jetë një lezion lokal në regjionin hipotalamo-mezencefalik, gjë që vërtetohet nga prania e simptomave organike dhe e çrregullimeve endokrino-vegjetative.

Pikëpamjet e solme mbi rregullimin e gjumit dhe të zgjimit si dhe mbi hipersomninë mbështeten në rolin që luan në këto procese formacioni retikular i trungut cerebral. Kështuqë manifestimet kryesore të narkolepsisë (aksese gjumi gjatë ditës dhe katelepsia), simbas autorëve, vijnë si pasojë e frenimit dhe ngacmimit që pëson substanca retikulare nga veprimet e ndryshme aktivizuese e qetësuese.

Për mjekimin e hipersomnisë, ata kanë përdorur preparate tipesh të ndryshme (iprazidin, imizinë, tofranif, melipsaminë, grysidinë, precludinë; etj.). Megjithë rezultatet e mira të përfuara me përdorimin e këtyre preparateve mbetet për të zgjidhur problemi terapeutik i gjetjes së një mjeti që ta mbajë më gjatë pacientin në gjendje zgjimi.

LEZIONE TË SISTEMIT NERVOR TË SHKAKTUARA NGA TONSILLET KRONIKE

M. I. Shac-Mshullixe, J. A. Malashkia

Zhurnali Nevropatologji i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 3, 377-380

Për tetë vjet me radhë autorët kanë studiuar sindromat neurologjike që shoqërohen me tonsilite kronike.

Në këtë punim ata paraqesin pikëpamjet e tyre dhe arrijnë në konkluzionin se jo rallë mund të takohet dëmtimi i sistemit nervor gjatë tonsiliteve kronike. Ndër të gjitha sindromet neurologjike më i shpeshtë është sindromi diencefalik. Një gjë e tillë vërtetohet nga simptomatologjia klinike, nga çrregullimi i metabolismit hidrokarbonik, i metabolismit bazal, i termorregullimit, i fraksioneve proteinike, i sasisë së 17-ketosteroideve si dhe i përshkueshmërisë së paretit vaskular.

Provat alergjike të bëra nga autorët janë një dëshmi tjetër që tregojnë lidhjen që ekziston midis lezimeve të sistemit nervor dhe tonsiliteve kronike.

Mungesa e çrregullimeve kardiake dhe artikulare përjashton mundësinë e infeksionit reumatizmal. Simbas autorëve, fakti se njëkohësisht me sëmundjen nervore ekziston edhe një vatër infektioze (siç janë tonsilet kronike) fiton një rëndësi të madhe jo vetëm diagnostike por edhe terapeutike, sepse na lejon të përcaktojmë trajtimin përkatës patogjenik.

GRIPIT SI FAKTOR QË SHKAKTON, ZHVILLON DHE RËNDON AFEKSIONET E SISTEMIT NERVOR

A. F. Makarshenko, A. D. Dinanburg

Zhurnall Nevropatologii i Psikiatrii imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 3, 364-368

Autorët vënë në dukje se gripit luan një rol të dorës së parë dhe të gjithanshëm në zhvillimin dhe rëndimin e disa sëmundjeve të sistemit nervor. Në pikëpamje patogjenetike një gjë e tillë spieget me veprimin deprimues që shkakton virusi gripal në sistemin simpatiko-adrenalik, që shoqërohet me uljen e reaktivitetit të përgjithshëm të organizmit. Dhe kështu krijohen kushte të favorshme për zhvillimin, rëndimin dhe recidivën e sëmundjeve infektioze dhe alergjike të sistemit nervor.

Pikërisht tek ata pacientë që vuajnë nga çrregullime vaskulare ose nga sëmundje nervore me evolucion të ngadalshëm, veprimi i virusit gripal mbi indin nervor ose në regjionet e prekura qysh më parë mund të shkaktojë një zhvillim klinik të shpejtë, rëndimin e gjendjes ose çfaqjen e një procesi të ri (tromboza e vazeve tek arteriosklerotikët). Me fjalë të tjera, shumë sëmundje të sistemit nervor mund të zhvillohen, çfaqen, recidivojnë dhe riaktivizohen nën veprimin e virusit gripal.

Autorët këshillojnë që, krahas masave terapeutike që merren për të luftuar infeksionin gripal, del nevoja e përdorimit të mjeteve që rregullojnë trofikën e tonusin e organeve dhe t'indeve, që përmirësojnë qarkullimin e gjakut dhe kanë efekt desensibilizues.

DËMTIMI I SISTEMIT NERVOR PERIFERIK GJATË GRIPIT

J. S. Martinov

Zhurnall Nevropatologii i Psikiatrii imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 3, 369-378

Dëmtimi i sistemit nervor periferik është një ndër format më të shpeshta të komplikacioneve neurologjike të gripit. Simbas të dhënave të autorit ky lloj komplikacioni përbën 30-35% të të gjitha komplikacioneve neurologjike post-gripale, duke zënë kështu vendin e dytë fill mbas disfunkcioneve vegetative me fenomene astenike.

Në këtë punim autori paraqet rezultatet e përfuara nga studimi i 106 të sëmurëve, të cilët mbas gripit kanë patur komplikacione të sistemit nervor periferik (radikulit gripal, polineurit, nevrit të nervit facial, nevralgji të nervit trigemini, ganglionit, neuromyosit, nevralgji interkostale, pleksit). Tek 34 pacientë diagnoza u vërtetua nga ekzaminimet e ndryshme laboratorike (virusologjike, serologjike, rinocitokopike). Në rastet e tjera diagnoza u përcaktua me anë të të dhënave epidemiologjike dhe klinike.

Në më të shumtën e rasteve dëmtimi i sistemit nervor periferik u shkaktoi nga virusi gripal A —; më rrallë nga virusi B dhe në disa raste të veçanta nga virusi C dhe D.

Dëmtimet e sistemit nervor periferik shkaktoar nga gripa kanë të përbashkët si veçori klinike evolucionin e favorshëm, sidomos në radikulalgjitë, polineuritet, në format sensoriale të polineuritit etj. Por në polineuritet, ganglionet neuritet e nervit facial shërimi mund të mos jetë i plotë. Gjithashtu në polineuritet dhe ganglionet ka raste që i sëmurit pëson kufizimin e aftësisë për punë. Ndërsa në rastin e radikuliteve aftësia për punë e të sëmurit mund të kufizohet vetëm atëherë kur gripa ka kontribuar në çfaqjen dhe rëndimin e ndonjë afeksioni kronik të kolonës vertebrale.

RËNDËSIA E EKZAMINIMEVE OFTALMODINAMOMETRIKE NË INSUFICIENCAT E QARKULLIMIT CEREBRAL

E. Shapiro, I. Svetliçko

Zhurnall Nevropatologii i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 4, 517-525

Autorët i kushtojnë një rëndësi të veçantë studimit të presionit të arteries centrale të retinës në të gjitha rastet kur vërehet një insuficiencë e qarkullimit të gjakut cerebral. Ata i kushtojnë gjithashtu një vemëndje të posaçme studimit të rasteve me çrregullime të qarkullimit në rjetin aortocerebral anterior, që shërben njëkohësisht si furnizues gjaku i retinës dhe i një pjese të rëndësishme të trurit.

Duke u mbështetur në rezultatet e përfuara autorët dalin me konkluzionin se oftalmodinamometria ka një rëndësi të veçantë në rastet e trombozës së karotidës së brendëshme, që çfaqet me ndryshimin e dukshëm të tensionit në arterien centrale të retinës në të dy sytë. Kjo metodë mund të përdoret edhe në trombozat me lokalizim të ndryshëm, bile dhe në ato raste kur tensioni është i barabartë në të dy arteriet centrale të retinës. Në rastin e fundit diagnoza saktësohet me anë të provës së Matasit.

Autorët janë përpjekur të vërtetojnë se gjatë bërjes së kësaj prove, kur tensioni është i barabartë me arteriet centrale të retinës të të dy syve, tensioni ndryshon në vartësi të faktit në se kemi një trombozë të carotidis comunis apo interna ose një trombozë të arteries centrale anteriore apo të mesëm.

Autorët mendojnë se konstatimi i ndryshimit të tensionit në arteret centrale të retinës nuk është një element i mjaftueshëm për të përcaktuar diagnozën e trombozës së karotidës së brendëshme.

Me anë të ekzaminimeve klinike dhe oftalmodinamometrisë autorët arritën të përcaktojnë lokalizimin e trombozës në arterien anonime brakio-cefalike, në karotiden comunis dhe në vet arterien e retinës.

Matja e tensionit në arterien centrale të retinës duhet të shoqërohet pa tjetër me matjen e tensionit arterial në përgjithësi.

SIMPTOMAT OTONEUROLOGJIKE NË HIPOTONINË ARTERIALE

I. U. Kalinovskaja, E. S. Prokhorova

Zhurnall Nevropatologii i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 6, 850-853

Në vjetët e fundit vemëndja e mjekëve është tërhequr nga hipotonia arteriale. Edhe sot e kësaj dite ata nuk kanë një mendim të përbashkët përsa i përket shkaqeve, mekanizmit dhe lindjes së hipotonisë arteriale. Simptomatika neurologjike e hipotonisë arteriale e përshkruar nga autorët të ndryshëm nuk është e plotë. Megjithëse kjo kategori të sëmurësh ankon shpesh për marrje mendsh, otoneurologët nuk i kanë kushtuar vemëndjen e duhur këtij problemi. Autorët e këtij pu-

trimi, duke mos i gjetur të mjaftueshme të dhënat mbi gjendjen e funksionit vestibular të hipotonisë, kanë marrë në studim 67 të sëmurë me hipotoni arteriale me moshë nga 20-40 vjet dhe me një tension maksimal 80-100 mm e minimal 50-60 mm.

Shumica dërmuese e këtyre të sëmurëve ankonte vertigo; në ekzaminimin e hollësishëm të aparatit vestibular nuk u vunë në dukje ndryshime organike. Simptomat vestibulare të observuara janë sidomos shtimi i theksuar i reaksioneve vestibulo-vegetative, që rëndojnë gjendjen subjektive të pacientit: (marrje mendsh, ndjenja e boshllëkut, të përziera, të nxeha, djersë, skuqje ose zbeje të lëkurës, bradikardi ose takikardi, dobësi e përgjithëshme etj.).

Autorët vënë në dukje se shtimi i refleksive vestibulo-vegetative të këta të sëmurë zhduket mbas mjekimit, i cili sjell ngritjen e tensionit arterial. Këto simptoma zhduken gjithashtu me një injeksion subkutan kafeine 0,1 ml 10%. Simbas autorëve këto simptoma janë pasojë e çrregullimeve vegetative të sistemit nervor.

DIAGNOZA E LEZIONEVE HIPOTALAMIKE

N. I. Grashçenkov, B. M. Gekhi, A. D. Soloviova

Zhurnall Nevropatologii i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 8, 1121-1126

Autorët kanë observuar 330 të sëmurë të dërguar për konsultim ose mjekim me diagnozën sindrom diencefalik, mirëpo kjo diagnozë u vërtetua vetëm në 143 raste. Ndërmjet të sëmurëve me diagnozë të gabuar, tek 23% u konstatuan tumore cerebrale, encefalit, sifilis cerebrospinal, mbeturina post-traumatike cerebrale, arteriosklerozë cerebrale, epilepsi. Ndërsa 40% të sëmurëve me diagnozë të gabuar vuanin nga çrregullime të ndryshme funksionale të sistemit nervor dhe në radhë të parë nga neuroza (nevrazeni, histeri, hipokondri etj.), si dhe nga forma të ndryshme çrregullimesh neuro-vegetative.

Duke analizuar shkaqet e diagnozave të gabuara autorët i ndajnë në tre grupe. Në grupin e parë ata përfshijnë mosstudimin e mjaftueshëm të të sëmurëve; në grupin e dytë — vështirësitë që hasen për të bërë diagnozën diferenciale në mes të lezioneve hipotalamike dhe disa sindromave klinike të përafërta, që lindin nga dëmtimi i sistemit nervor në zona të tjera, dhe në grupin e tretë — mosstudimi i mjaftueshëm i kufijve patologjikë të diencefalit nga ana e disa mjekëve.

Për të bërë një diagnozë të saktë të lezioneve hipotalamike, simbas autorëve, duhet të studjohen me hollësi shenjat klinike, patognomonike të lezionit hipotalamik dhe të bëhet diagnoza diferenciale me sindromet analoge që lindin nga sëmundje të ndryshme patologjike (p.sh. uria dhe etja mund të observohen edhe tek të sëmurë me tumor e procese inflamatorë të regjionit hipotalamik, edhe tek të sëmurët me ulcera duodenale si dhe gjatë krizave hipoglicemike të shkaktuara nga insulina).

DIAGNOZA E KORIOMENENGITIT LIMFOCITAR

A. G. Panov, P. I. Remezov, A. I. Shvarev

Zhurnall Nevropatologii i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 10, 1441-1444

Edhe sot e kësaj dite nuk janë studiuar gjithanësisht problemet që kanë të bëjnë me sëmundjet virale që shkaktojnë menengjitin limfocitar. Diagnoza e tyre bëhet vetëm me anë të kërkimeve laboratorike dhe është një diagnozë laboratorike.

Në këtë punim autorët studiojnë vlerën diagnostike të analizave virusologjike dhe serologjike, duke theksuar rëndësinë e përsëritjes së analizave të reaksionit të neutralizimit dhe të fiksimit të komplementit në afate të ndryshme mbas fillimit të sëmundjes.

Diagnoza etiologjike e koriomenengitit limfocitar nuk mund të konsiderohet e vërtetuar në qoftë se reaksionet serologjike nuk e konfirmojnë një gjë të tillë. Gjithashtu diagnoza pozitive nuk mund të mbështetet vetëm në një reaksion serologjik, pa e përsëritur.

Simbas autorëve termi koriomenengitit limfocitar nuk duhet të përdoret për cilësimin e menengiteve seroze akute me etiologji të papërcaktuar. Gjithashtu simbas autorëve nuk është me vend ndarja e menengiteve seroze në primare dhe sekondare.

LIDHJET E EPILEPSISË ME MIGRENËN

V. A. Karlov

Zhurnall Nevropatologji i Psihatrii imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 11, 1643-1650

Shumë autorëve u kishte tërhequr vëmendjen fakti se tek po ai person vëreheshin atake migrenoze si dhe fenomene epileptike. Duke u mbështetur në studimin klinikë-elektroencefalografik të 56 të sëmurëve me epilepsi, autori vuri re se 6 prej tyre paraqeshin aksese migrenoze të shoqëruara me paralizi paroksismale dhe 5 migrena hemiplegjike.

Simptomat që lenë të dyshohet se i sëmuri me aksese migrenoze është epileptik janë gjumi i zgjatuar mbas aksesit, somnambulizmi, efekti i favorshëm i medikamenteve anti-konvulsivantë, prania e rrregullimeve të karakterit të tipit epileptik, si dhe modifikimet elektroencefalografike karakteristike për epilepsinë.

Duke u bazuar në të dhënat e literaturës dhe në studimet e tija, autori del me konkluzionin se ekziston një formë e veçantë epilepsie me aksese migreniforme dhe se midis epilepsisë dhe migrenës ekzistojnë lidhje patogjenike. Prandaj në ato raste kur dyshohet se migrena ka lidhje me epilepsinë, duhet të bëhen të gjitha ekzaminimet për epilepsinë dhe ti jepen pacientit medikamente antikonvulsivante si mjekim prove.

H. Dibra

DISA ÇËSHTJE AKTUALE TË KLINIKËS SË DIABETIT MELLITUS.

HAVIN I. B.

Probleme të endokrinologjisë dhe hormonoterapisë 963, 4, 46.

Kobët e fundit shumë vëmendje po i kushtohet klinikës, komplikacioneve dhe mjekimit të diabetit melitus. Diabetologu Joslin midis faktorëve etiologjikë të kësaj sëmundjeje kryesore vuri adipozitetin dhe njerëzit e shëndoshë si të predispozuar për këtë sëmundje.

Adipoziteti ushtron në organizëm një influencë parasimpatike duke mbajtur yndyrnat në periferi dhe stimulon njëkohësisht ngritjen e prodhimit të insulinës. Fiksimi i tepërt nga hiperinsulinemia i glikogjenit në hepar çon në urinë ndaj karbohidrateve të indeve dhe në ngritjen për këtë, të kërkesës së karbohidrateve që ekziston në aparatit insular i cili forcon akoma më tepër punën e tij. Kjo shpie në dobësimin parakohe të aftësisë insulinoproduuese të aparatit insular dhe në diabet mellitus.

Nga komplikacionet e diabetit, në literaturë një vend me rëndësi i kushtohet aterosklerozës, prandaj ka rëndësi profilaksia dhe mjekimi i saj. Pak është studjuar etiologjia aterosklerotike e diabetit.

Në njerëzit me moshë të kaluar diabeti mund të lindë dhe pa shkaqet e mësipërme. Në këtë moshë zhvillohet sklerozë e enëve të gjendrës pankreatike, ulet

furnizimi i saj me gjak lëndë ushqyese dhe oksigjen kështu dobësohet dhe aftësia insulino-prodhuese e saj.

Mund të lindë diabeti në njerëzit me moshë të kaluar dhe nga përdorimi i tepërt i sheqerit dhe i injeksioneve intravenoze të glukozës që i rekomandojnë mjeficiencë akute të suprarenaleve.

Rol i rëndësishëm në lindjen e diabetit melitus i kushtohet dhe faktorit trashëgues nga ana e Naunyn, por këto janë pikëpamje idealiste. Lindja e sëmundjes nuk mvaret nga trashëgëmia se sa formimi në kohën e sëmundjes së reaksionit të organizmit dhe marrëdhënieve të tij me antigenin.

Aktuale janë dhe gëstjet lidhur me hipo dhe hipergliceminë. Hipoglicemia është simptom i qëndrueshëm i diabetit dhe kondicionohet nga mungesa e insulinës në organizëm. Hipoglicemia është si rezultat i mjekimit intensiv të diabetikut me insulinë. Hiperglicemia flet dhe mbi shkallën e ndryshimeve të proceseve metabolike në organizëm dhe veçanërisht të karbohidrateve. Është e drejtë ajo që thonë shumë autorë se hiperglicemia e zgjatur shkakton tendosjen e funksionit të gjendrës tyreide.

Por në të njëjtën kohë ajo ka dhe anë pozitive. Gjatë insuficiencës në organizëm të insulinës ngritja e koncentrimit të sheqerit në gjak në mënyrë kompensatore ndihmon në asimilimin e mirë nga indet. Kjo shpjegon se pakësimi i glicemisë në gjak shpik në gjendjen hipoglicemike. Hipoglicemia influencon negativisht në organizëm. Varfëria e gjakut në sheqer pasqyrohet në radhë të parë në indin trunor që është bazë dhe burim energjie. Gjithashtu për funksionimin e mirë të zemrës është e nevojshme përmbajtja e mjaftueshme e glikogjenit.

Për këtë arsye për dhënien e insulinës nuk duhet të udhëhiqemi nga glicemia por glikozuria e 24 orëve. Rëndësi ka mjekimi me insulinë i të sçnuarëve me diabet dhe koronarokleroze. 1 — Disa autorë mendojnë se vetë insulina vepron në mënyrë të dëmshme në muskulin e zemrës. Sipas disa të tjerëve dozat masive mund të shkaktojnë gjendjet hipoglicemike në të cilën zemra veçanërisht është e ndjeshme. 2 — Ajo ushtron veprim parasimpatikotrop e cila ndihmon insuficiencën koronare dhe koronarospazmën duke krijuar vatra infarkti. Këtë veprim insulina e tregon vetëm gjatë koncentracioneve të tepërta dhe jo gjatë dozave të matura. Gjatë infarktit të miokardit me hiperglicemi dhe acidozë insulina e tepërt rezikon kornën diabetike.

MBI MYOGLOBINURINË

SHULCEV G. P.

Kliniqeskaja Medicina 1963, 1, 12.

Patologjia klinike e mioglobinës, pigment i muskulit është e njohur pak.

Mioglobina është një hemoglobinë muskulare dhe i përket kromoproteidevet, ndodhet në përbërjen e muskulaturës së bashku me proteinat miozinë, lidhjet fosforike, glikogjen dhe pigmente të tjera. Mioglobina është shumë e afërt me hemoglobinën, por peshat molekulare e tyre është e ndryshme, ndërsa e mioglobinës është 17500, e hemoglobinës është 68.000, prandaj molekula e mioglobinës ka një strukturë më të thjeshtë, kështu që ajo ndahet nga gjaku 5 herë më shpejt se hemoglobina dhe del me urinë. Që të kemi mioglobulinuri, niveli i mioglobinemisë duhet të jetë jo më pak se 17 mg%. Për dallimin e mioglobinës nga hemoglobina ndihmojnë dhe metodat spektriskopike dhe elektroforetike.

Rëndësia fiziologjike e mioglobinës për organizmin konsiston:

1. Ajo merr pjesë në transportin e oksigjenit.
2. Vepron si katalizator intramuskular.
3. Luan rolin e rezervës së oksigjenit në muskuj.

Sasia e mioglobinës mvaret nga lloji i muskulit, moshja, stërvitja muskulare, inervimi etj.

Në kondita normale mund të krijohet nga mioglobina sipas të dhënave të autorëve të ndryshëm deri në 30% pigment biliarë. Shumë autorë tregojnë mbi tok-

sicitetin e mioglobininës gjatë rënies së saj nga muskulli në gjak dhe në inde të tjera.

Patologjia e mioglobininës tek njeriu: Në bazë të të dhënave klinike dhe praktike mund të kemi prishjen e proceseve të metabolizmit të mioglobininës nga disa gjendje patologjike të caktuara. Karakteristike për mioglobininurinë është ngjyra e urinës e kuqe e errët ose e kuqe e zezë. Kemi mioglobininuri sekundare dhe primare. Në primara futet mioglobininuria paralitike ose parosiktike ose idiopatike, etiologjia dhe patogenezja e së cilës akoma nuk është e qartë.

Në sekundaret futen dëmtimet e rënda të muskujve gjatë frakturave ose siç quhet gjatë «Crush sindrom» ose sindromi muskulorrenal (nefroza mioglobininurike).

Mioglobininuri sekundare kemi gjithashtu gjatë ngarkesave të rënda fizike, gjatë maratonës, stërvitjeve sportive. Burski tregoi se urina e zezë gjatë këtyre nuk ka lidhje me hemoglobinën por me mioglobininën dhe quhet «mioglobininuria e hecjes». Gjatë kësaj kemi dëmtimin e veshkave me albuminuri, cilindra hialinë, uljen e diurezës, pakësimin e densitetit, rritja e azotit në gjak, rritje e lehtë e tensionit arterial, në fillim bilirubinuri pasaj urobininuri.

Në djegiet e rënda termike është vënë re urina e zezë. Veprimi i rrymës elektrike të lartë mund të shoqërohet me oliguri, anuri dhe urinë me ngjyrë të zezë. Embolitë, trombozat, obturacionet që çojnë në iskemi akute të muskulaturës shoqërohen me mioglobininuri. Kis dhe Reinbart vrejten një gjë të tillë dhe gjatë infarktit të miokardit. Disa intoksikacione alimentare akute të shkaktuara nga disa peshq të ujrave të caktuara mund të çojnë në mioglobininuri sekundare.

Në kafshë mioglobininuria është vrejtur në kuaj që quhet edhe «urina e zezë». Klinika e kësaj pothuajse ngjjet me atë të njeriut.

MBI ÇESHTJET E BARRËS DHE FETUSIT GJATË MORBUS ADDISON

ZEFIROVA G. S.

Probleme të endokrinologjisë dhe hormonoterapisë 1963, 4, 103.

Në kohën e sotme në literaturë janë përshkruar afro 70 raste të barrës tek të sëmurët me Morbus Addison. Të tërheq vëmendjen përmirësimi i dukshëm i dekursit të sëmundjes tek të sëmurët me Morbus Addison gjatë kohës së barrës dhe pakësimin e kërkesës për terapi hormonale. Këto gjëra kanë gjetur shprehjen me eksperimentet e Knovlton dhe autorë të tjerë që tregojnë hipotezën se krahës përmirësimit të dekursit në kohën e barrës vrehet hipertrofia e kores së suprarenales së fetusit, dhe është konstatuar kjo gjë nga ekzaminimi i gjendrave suprarenales të fëmijëve pas lindjes të vdekur, në nënat e pa mjekuara me morbus Addison.

Disa autorë përmirësimin e gjendjes të të sëmurëve me Morbus Addison gjatë barrës e lidhin me hipertrofinë e kores së suprarenales tek fetusit, të tjerë ia dedikojnë këtë përmirësim cilësisë së placentës që të prodhojë ACTH dhe lidhjes me cilësi gliko dhe mineralokortikoid.

Vëmendje duhet t'i kushtohet të sëmurave gjatë lindjes dhe pas lindjes. Në këtë periudhë kërkesa e organizmit për hormone suprarenales rritet dhe placenta largohet nga organizmi. Me qëllim prevenimi të krizës Addisonike në këtë periudhë duhet bërë një terapi intensive hormonale, futja në ditën e lindjes 300 mg kortizon dhe pas lindjes aplikimi i kortizonit, DOCA-s sipas skemës së mjekimit të krizës Addisonike.

Pra barra dhe lindja gjatë morbus Addison në nivelin e sotëm të zhvillimit të terapisë suprarenales nuk janë të kontraindikuara por duhet një vrejtie e kujdesëshme.

SARKOIDOZA E ORGANEVE TË FRYMËMARRJES

RABUHIN A. E., OLENEVA T. N.

Kliniqeskaja Medicina 1963, 8, 24.

Çështjet e etiologjisë, patogjenezës, klinikës dhe terapisë së Sarkoidozës kanë tërhequr vëmendjen e specialistëve të shumë vendeve.

Nga të dhënat kliniko-statistikore del se kjo sëmundje është në rritje progresive sidomos në SH.B.A., Hollandë, Angli, Japoni etj. Në Bashkimin Sovjetik nga viti 1957-1962 janë konstatuar 78 raste sarkoidoze të organeve të frymëmarrjes.

Studjuarit e sotëm flasin për natyrën tuberkulare të kësaj sëmundjeje. Disa autorë e quajnë këtë sëmundje pseudotuberkuloz. Të dhënat statistikore të kohëve të fundit tregojnë se krabas rritjes së të sëmurëve me sarkoidozë kemi një ulje të tuberkulozit.

Tuberkulozi është një sëmundje që kap moshat e reja, kurse sarkoidoza në këtë kohë takohet më rrallë. Në 1-6% të rasteve mund të takohet kombinim i tuberkulozit me sarkoidozën.

Në 60-80% reaksionet kutane me doza të mëdha të tuberkulinës janë negative, në të njëjtën kohë reaksioni Kveim-Nikerson me antigen sarkoidi është në 80-94% pozitiv në sarkoidozë dhe negativ në tuberkuloz.

Për sarkoidozën është karakteristike mungesa ose shprehja e pakët e nekrozës, ndodhja e celulave gjigande me bërthamë, mungesa e elementëve limfoidë. Në granulomën sarkoidike vrehet kufizimi i mirë i saj nga indet për rreth, prezenca në të e enëve të gjakut dhe tendenca e shprehur për sklerozë dhe hialinozë, e cila në tuberkuloz vrehet rrallë.

Ndryshime kemi dhe përsa i përket mjekimit. Në tuberkuloz është i njohur efekti i lartë i terapisë tuberkulostatike dhe nga aplikimi i hormoneve steroide sjell shpesh akutizim në qoftë se aplikohen pa mjete antibakteriale, ndërsa gjatë sarkoidozës kimioterapia specifike është pa sukses por janë arritur rezultate shumë të mira nga aplikimi i hormonoterapisë.

Disa autorë e konsiderojnë sarkoidozën si një sindron që kondicionohet nga shkaqe të ndryshme: trauma, siliKOza, mikoza, histoplazmoza etj., por duhet të dihet se morbus Ben-Bek-Shauman është e veçantë (suigeneris) një sëmundje sistematike me etiologji akoma të panjohur që karakterizohet me formimin e indit granular në shumë organe në pamjen e celulave epiteloide dhe gjigande pa nekroza kazeoze me devijim të tepërt ndaj fibrozës dhe hialinozës. Lokalizohet në limfonodulat visherale dhe superficiale, miokard, pulmone, hepar, lien, medula ose kuris, sy. Më tepër kemi sarkoidozë të aparatit të frymëmarrjes. Dekursi është: akut; subakut por më shpesh kronik.

Dalohen 3 stade ose forma të sarkoidozës së organeve të frymëmarrjes. Stadi i parë i cili quhet glanduolo-mediastinal ose pregranulomatoz. Në këtë vrehet shërim spontan në 60-90% të rasteve. Stadi i dytë mediastinalo-pulmonar ose granulomatoz. Kjo mund të shërohet spontanisht por më tepër progreson drejt stadi të tretë. Stadi i tretë çfaqet me zhvillimin e sklerozës masive dhe fibroze, mund të përfundojnë në vdekje nga shkaku i insuficiencës kardiovaskulare, vdekjet përbëjnë 8-20% të rasteve.

Autoret studjuan 43 të sëmurë me sarkoidozë në stade të ndryshme, 20 burra dhe 23 gra, të moshës 20-40 vjeç. Në 14% të rasteve kemi kontakt me të sëmurë tuberkularë. Tek shumica sarkoidoza e organeve të frymëmarrjes ishte e shoqëruar me atë të organeve të tjera. Shpesh ka filluar pa u kuptuar dhe është konstatuar nga radiologu, të sëmurët ankohen për dobësi, kollë, dhëmbje toraks, jo rrallë shoqërohen me temperaturë, gjaku i kuq mbetet pa ndryshime, por mund të ketë monocitozë me leukopeni, euzinofili dhe sedimentacioni i rritur. Rritet kalciumi në gjak, ulen albuminat, rriten globulinat. Tek këta të sëmurë bëhet reaksioni Mantoux, biopsia e limfonodulit. Bronkoskopia. Si mjekim është përdorur kortikosteroidë me substanca tuberkulostatike që frenojnë zhvillimin e procesit fibrotik. Kortizoni përdoret në doza 100 deri 75 mgr. në 24 orë, ndërsa prednizoni 30-15 mgr. në 24 orë. Si mjete antituberkulare përdoren streptomicina dhe ftivazidi. U arritën rezultate të mira tek 2/3 e të sëmurëve dhe sidomos në stadin e parë.

NDËRPRERJA E ATAKUT TË ASTMËS BRONKIALE GJATË INFARKTIT TË MIOKARDIT

GLLUHENKIJ T.T. dhe ILCENKO V. E.

Në literaturë takohen përshkrime rastesh të lindjes gjatë astmës bronkiale të gjendjeve të ndryshme «stres», pas të cilave ataket e dispnesë ndërpriten plotësisht ose marrin një karakter më pak intensiv. Kështu Kogan B. B. përshkruan raste ndërprerjesh të atakeve astmatike si rezultat i eksitacionit neuro-psiqik, Holler mbas ndërhyrjeve kirurgjikale etj., kurse Porrisman, Oka etj. studjuan gjendjen funksionale të sistemit hipofizo-suprarenal gjatë infarktit të miokardit. Në këtë aspekt të tërheq vëmendjen kombinimi i astmës bronkiale me infarktën e miokardit.

Më poshtë autorët paraqisin një të sëmurë 57 vjeç që prej 42 vjetësh vuan nga asma bronkiale, por që kohët e fundit ataket e saj i qenë shpeshuar dhe mjekohej ambulatorisht me teofedrinë.

Pa pritmas të sëmurit iu çfaqën dhëmbje në regionin prakordial që iradioheshin në shpatullën dhe dorën e majtë. Të dhënat e anamnezës, E.K.G. dhe analizat flasin për një infarkt miokardi, miokardio sklerozë ateriosklerotike, asma bronkiale, emfizemë pulmonare, insuficiencë kardio-vaskulare grada e II-të.

Që nga momenti i çfaqjes së dhëmbjeve në regionin prakordial ataket astmatike filluan t'i ndërpriten pa i bërë të sëmurit ndonjë mjekim specifik antiastmatik.

Nga analiza e këtij rasti, autorët arrijnë në përfundim se si rezultat i çfaqjes së infarktit të miokardit kemi ndryshime në sistemin hipotalamo-hipofizaro-suprarenal.

Në këto raste shikohet shtimi i veprimtarisë së kores së suprarenaleve; rriten 17 ketosteroidet, pakësohet sasija absolute e euzinofileve, shtohet niveli i uropesinës. Shtimi i ketosteroidëve në qarkullimin e gjakut shpie siç duket në ndërprerjen e atakut të astmës bronkiale.

LEUKOCITET BAZOFILË NË SINDROMIN E ASTMËS BRONKIALE

RICCI M. dhe LOMBARDI V.

Minerva Medica 1961, Vol. 52, Nr. 103, 452

Deri pak vjet përpara dihej pak mbi karakteristikat dhe funksionin e bazofileve që u përshkruan nga Enrich në fund të 1891. Aspekti morfologjik i tyre është i njëjtë me atë të mastocitit dhe ngjyrosen si këta të fundit me ngjyra bazike si anilina. Në sëmundjet që shoqërohen me ngritje të numurit të bazofileve përcaktohet një ekuivalent i lartë histaminik në gjak.

Kërkimet e ndryshme kanë treguar një pakësim të bazofileve në urtikarien akute dhe paralelisht me këtë një pakësim të përmbajtjes histaminike të gjakut dhe euzinopeni.

Kur bazofilet arrijnë në vlefte të larta në rastet e astmës bronkiale ato gjithmonë flasin për format alergjike të saj, ndërsa numuri i tyre është i ulur ose në normë në atë të shkaktuara nga bakteriet.

Mund të themi se vlefetat e larta të leukociteve bazofile janë tregues më specifikë në krahasim me euzinofilet për përcaktimin e astmës dhe sidomos të asaj me natyrë alergjike, e cila mund të stimulohet nga histamina. Këto celula përmbajnë histaminë në kuotën më të lartë se leukocitet e tjera. Më në fund është një mekanizëm kompleks imunokimik që përmban antigen-antikorp dhe që bën një stimul enzimatik të zot për të bërë reaksionin e bazofilisë. Është e vështirë akoma të shpjegosh nivelin e ulët hematik të bazofileve në format e astmës jo alergjike. Në astmën bronkiale niveli i bazofilisë për shumë vjet qëndron i lartë.

M. Vullkaj

Kuadri i psikozës organike që mund të shikohet gjatë komës hepatike, mund të jetë si komplikacion i shumë sëmundjeve të mëlcisë, por vend më të rëndësishëm zënë: cirroza portale dhe post nekrotike, dhe në një pjesë më të vogël: hepatiti viral fulminant, hepatiti alkoolik akut, nekroza hepatike nga medikamentet, nga okluzionet biliare të zgjatura ose neoplazma maligne.

Manifestime klinike janë karakteristike me status paranoid ose maniako depressive, incursion të gjumit, tremor, hiperrefleksi, agnosi, fetor hepaticus. Ndihmon gjithashtu elektricencefalografia ku shihet një rrallim i ritmit bazal nga ritmi normal, alfa sidomos në regionet frontale. Këto gjëra vrehen jo vetëm në komat hepatike por dhe në ureminë, hipoglicemi dhe në çrregullime të metabolizmit cerebral.

Mjekimi i këtyre gjendjeve ku prognoza është mjaft e rëndë, është siç përshkruhet nga Sherlock S. duke pakësuar proteinat nga dieta, aplikimi i glukozës e shoqëruar me vitamina. Krahas këtij mjekimi përdoren dhe antibiotikë sidomos neomycina në doza të fraksionuara, tetraciklinë në doza 2 gr. ditën, acid glutaminik, arginin, kortikoidë, sedativë të tipit barbiturikë. Rëndësi paraqet hemodializa që konsiston në largimin e derivateve amoniakale nga organizmi.

MJEKIMI I SINDROMIT EDEMIJEN TË CIRROZËS HEPATIKE ME POLITIAZID

BONACCI S., DE CARLO M.

Minerva Medica 1962, Vol. 53. Nr. 61-62, 2308

Autorët tregojnë se rezultatet e mjekimit të sindromit edemigjen të cirrozës hepatike me benzotiazid e bëjnë këtë preparat të kufizuar në përdorimin e tij për këlo arsye:

1. Ky medikament pakëson aktivitetin diuretik në terapinë e zgjatur, aktiviteti është maksimal në ditën e parë dhe të dytë të mjekimit, progresivisht bie në ditët e më pastajme dhe kryesisht ditën e IV-V-të të aplikimit.

2. Aplikimi i zgjatur i benzotiazidit çon në shtimin e eliminimit urinar të potasiumit.

Një diuretik idea! mund të jetë ai që zotëron aftësi të ngrejë eliminimin e ujit, klorit, natriumit me urinë por pa modifikuar shumë eliminimin e potasiumit dhe të karbonateve.

Vitet e fundit kanë sintelizuar diuretikë të rinj që bëjnë një eliminim të natriumit, klorit, ujit, pa turbulluar ekullibrin dinamik të komponentëve të tjerë plazmatik, duke përfshirë këtu të potasiumit dhe të rezervës alkaline.

Pregatitja e një preparati të ri, politiazidit, i ka dhënë përgjigje studimit të problemeve të edemave të cirrotikëve. Ky është një derivat i benzotiazidinës.

1. Politiazidi është aktiv në doza mjaft të ulta, 6 gama për kg/peshë.

2. Efekti diuretik është shumë i hershëm pas 10-30 minutash të aplikimit intramuskular ose intravenoz.

3. Efekti diuretik zgjatet për një kohë 12-24 orë pas aplikimit me rrugën për orale.

4. Efekti diuretik është i determinuar nga ngritja e eliminimit të sodiumit dhe të klorit, më pak nga ai i potasiumit.

5. In vitro politiazidi demonstronhet si një substancë inhibitore e anhidrazës karbonike, por veprimi diuretik nuk mvarret nga inhibicioni i kësaj enzime.

6. Politiazidi nuk bën shtimin e eliminimit të bikarbonateve me urinë.

Të gjitha këto anë pozitive të preparatit kanë bërë që ky të përdoret në cirrozat hepatike të tipit Morgagni-Laennec.

Autorët kanë marrë në studim 12 cirrotikë të moshave të ndryshme, në fazë të ndryshme të sëmundjes, por në të gjithë kemi retension hidriko-salin. Kanë matur diurezën para terapisë, gjatë ditëve të aplikimit të preparatit dhe në mbarim të aplikimit të tij. Është aplikuar 1 mgr. politiazid në ditë per os. Vlerësimi diuretik i preparatit është bërë në sajë të eliminimit të ujit, natriumit, klorit, potasiumit dhe karbonateve me urinë. Paralelisht janë matur në gjak koncentracioni i natriumit, klorit, potasiumit dhe rezervës alkaline, në fillim të terapisë në mbarim të tre ditëve të aplikimit.

Pastaj autorët merren me përshkrimin e dy pasqyrave ku tregojnë vlefat e diurezës para dhe mbas terapisë me politiazid.

MBI TERAPINË E EDEMAVE TË HEPATOPATIVË

Modifikime të metabolizmit hidro-salin dhe të kuadrit kortiko-steroid urina në cirrotikët e mjekuar me prednizon, spiro-lakton dhe metopiron).

PUPITA F., De MARTINIS C.

Minerva Medica 1961, vol. 52, Nr. 103, 4557

Vitet e fundit është arritur një përparim i ndjeshëm në studimin e patogenezës dhe terapisë së sindromit edemigjen, megjithëse shumë pika qëndrojnë akoma të errëta.

Tre kanë qënë etapat kryesore të kësaj rruge: 1. Puna e bërë për izolimin e aldosteronit në urinën e pacientit edematoz. 2. Sinteza e saliuiretikëve modernë. 3. Realizimi i përbërjes për të inhibuar biosintezat e aldosteronit ose për të bllokuar veprimin periferik të tij.

Edemat në hepatopatitë dhe veçanërisht në cirrotikët dallohet nga ato të insuficiencës kardiovaskulare dhe nefrotike mbasi këtu kemi modifikime të ekuilibrit hidrik, me daljen e ujit në hapësirat ekstracelulare në teritorin e vena portës. Pra hipertensioni portal paraqet konditën esenciale të formimit të ascitit, por eksperimentet kanë treguar se duke qënë një faktor i konsiderueshëm nuk është determinonjës, këtu kemi manifestime edhe të hipoproteinemisë e cila favorizon shtimin e permeabilitetit kapilar dhe në mënyrë të tillë ascitin.

Kohët e fundit, janë konstatuar modifikime të funksionit renal që realizohen në retension hidro-salin. Tek cirrotikët ascitike paraqitet një pakësim i filtratit glomerular renal, një shtim i riabsorbimit hidrik tubular.

Dozimi i aldosteronit urinar ka lejuar autorët e ndryshëm të pohojnë se tek cirrotikët ascitikë është i shtuar ekskrecioni i aldosteronit në urinë, kërkimet kanë sqaruar se kjo e fundit vjen nga modifikimet e joneve hidrike dhe alteracionet e ekuilibrit elektrolitik.

Pra mund të thëni që në patogenezën e edemave cirrotike lozin rol faktorë të ndryshëm, duke marrë rëndësi sipas rastit në veçanti. Retensioni i ujit dhe i kriprave është rezultat i veprimit simulant i të gjithë faktorëve. Përsa i përket mjekimit në radhë të parë është qëndrimi në shtat dhe dieta rigorozë hiposodike, infuzioni i plazmës, mund të bëjmë edhe paracenteza.

Si mjete të reja medikamentozë mund të futen saliuiretikët. Klorotiazidi përveç anëve pozitive ka dhënë dhe gjendje kritike tek cirrotikët ascitikë, rënie të theksuar potasike duke influencuar kështu negativisht në shkëmbimin e potasiumit, mund të shpejtojë insuficiencën hepaticë kaq sa mund të shpjerë në koma hepaticë. Mekanizmi i këtij të fundit është akoma i paqartë, mendohet nga një shtim i riabsorbimit tubular të bazave amoniakale.

Një medikament tjetër që është përdorur në terapinë e edemave cirrotike është dhe kortizoni. Veprimi i kortizonikëve ndahet në dy faza: një e herëshme dhe një e vonëshme. Tek e para hyn shtimi i filtracionit glomerular renal që favorizon katabolizmin hepatic të aldosteronit duke pakësuar riabsorbimin hidrik tubular.

Veprimi i vonshëm është më i ndërlikuar dhe më i errët dhe qëndron në pakësimin e inkrecionit të aldosteronit dhe eliminim e konsiderueshëm të sasi-

së së sodiumit në urinë. Interesant është fakti që efikasiteti diuretik nuk sjell dezekuilibër elektrolitik. Prednizoni gjithmonë ka veprim mbi shkëmbimin e potasiumit dhe kjo shpjegon efekt pozitiv mbi tonusin e përgjithshëm të të sëmurit.

Kohët e fundit janë gjetur dy medikamente të ndryshme në mjekimin e edemave nga cirrozat, spirolaktoni dhe metopironi.

Spirolaktoni është sintetizuar në vitin 1957, është një substancë që vepron si antagonist periferik i aldosteronit, bllokon veprimin hormonal të aldosteronit, në nivelin e tubulave renale dhe probabilitet në nivelin e gjithë membranave celulare. Tregon një veprim të theksuar mbi edemat me eliminim të theksuar të natriumit që kombinohet me diurezë hidrike. Potasuria nuk influencohet. Nuk janë shënuar deri tash inkoherenca të shkaktuara nga përdorimi i medikamentit. Mund të përdoret edhe në rastet kur kontra-indikohen kortikosteroidët në cirrotikë me hemoragji gastroenterike. Kjo bën që spirolaktoni të jetë një medikament preciz në mjekimin e edemave nga hepatopatia.

Metopironi është një substancë që konsiderohet jo si antagonist sikurse spirolaktoni por si inhibitor i biosintezës të disa hormoneve kortikosteroide duke përfshirë këtu kortikosteronin, aldosteronin etj.

Bllokimi i hormoneve mineralotive lejon mbajtjen e shtimit të ekskrecionit urinar dhe të sodiumit, ekskrecioni potasik është pak i influencuar.

Pastaj autorët tregojnë eksperiencën e tyre në lidhje me studimin e 14 rasteve me cirrozë ascitike, ku u bë mjekimi 3-6 ditë për të studjuar shkëmbimin hidrosalin, elektrofrezën proteinike dhe proteinat, bilirubinën etj. Është matur çdo ditë urina, potasiumi dhe natriumi plazmatik dhe urinar, kloruret, janë përcaktuar 17 ketosteroidet në urinë, aldosteroni në urinë.

8 pacientë janë mjekuar me prednizon (20-30 mg pro die), për një periudhë prej 20 ditësh, 3 me spirolakton (400 mg pro die) për një javë, 3 të tjerët me metopiron (3 gr. pro die), në një rast të vetëm, tek dy të tjerët metopironi u kombinua me prednizon.

Nga aplikimi i prednizonit është konstatuar një shtim i eliminimit të ujit dhe të natriumit, potasemia ka pasë tendencë shtimi duke arritur në koncentracione normale, janë shtuar 17 ketosteroidët.

Nga përdorimi i metopironit vetëm është provokuar një diurezë e bollëshme, ndërsa kombinimi me prednizon ka rregulluar ekuilibrin elektrolitik.

Në mjekimin me spirolakton janë konstatuar rezultate të shkëlqyeshme, eliminim i madh i ujit, i natriumit, ndërsa potasiumi është eliminuar në sasi të pakta. Kuadri elektrolitik është influencuar në mënyrë të favorëshme duke u kthyer në vlerat normale.

SINDROMI I PEUTZ-JEGHERS

BILANCIMI G.

Minerva Medica 1962, Vol. 53, Nr. 81, 3005

Kombinimi i melanozës periorale dhe polipozës së intestinum tenue ka një karakter hereditar, ndërsa sot në bazë të studimeve konsiderohet jo si një kuriozitet i thjeshtë se sa një entitet klinik i përcaktuar mirë.

Melanoza konsiston në çfaqjen e ngadaltë të njollave me ngjyrë brune me dimensione të vogla të vendosura në mukozën endoorale, në hundë, mjekër, palmat e duarve dhe këmbëve lidhur me një shtim të depozitimit të melaninës në shtresën vazale të epidermës. Kjo bën pjesën më karakteristike të sindromit

Polipoza më shpesh lokalizohet në intestinum tenue, por mund të vendoset dhe në pjesë të tjera si intestinum crasum, stomak, rektum, vezikë, ureter. Polipoza është më tepër multiple ose me një pedunkul.

Klinikisht polipoza çfaqet me hemoragji të aparatit gastrointestinal, shënja të invaginacionit ose ileusit. Në rast se hemoragjia është jo e evidente kemi anemia hipokrome që mund të na orientojë në diagnozë po që se do të kombinohet dhe

rme splenomegali dhe gishtat e tamburit. Kjo anemi është rezistente karshi terapisë.

Pra sindromi Peutz-Jeghers manifestohet me një anemi të tipit hipokrom, me lanozë periorale, gjakut okult në faqe, ose të një hemorragjie që mund të provokojë një invaginacion intestinal akut.

INSUFICIENCA AKUTE E KORES SË SUPRARENALES LIDHUR ME PËRDORIMIN E ZGJATUR TË KORTIKOSTEROIDEVE

KUSHKOJ R. O., FOKINA A. A., FILIMONOVA M. V., SVADKOVSKI B. S.

Kliniqeskaja Medicina 1963, 10. 136.

Përdorimi i gjerë i preparateve kortikoidë kohët e fundit ka tërhequr vëmendjen e mjekëve në lidhje me fenomenet anësore të tyre; si rezultat i superdozimit, ose dhe ndërprerjes së menjëherëshme të tyre mund të shpjerë në insuficiencë akute të suprarenaleve.

Kjo insuficiencë akute karakterizohet para së gjithash me një kolaps të rëndë: të sëmurët janë të zbehtë ose cianotikë, çfaqen djersë të ftohta, dhe hemorragji në lëkurë, presioni arterial bie shumë ose nuk përcaktohet. Shpesh është vështirë ta diferencosh këtë gjendje nga apopleksia, meningjiti, meningo-encefaliti, infarkti i miokardit, sëmundjet gastrointestinale akute (abdomen akut), peritonit etj.. Sëmundja ka një dekurs të rufeshëm dhe mund të shpjeri shpejt në vdekje. Gjaku ka leukocitozë (50.000-80.000) me deviacion të formulës nga e majta, shtohet koagulimi i gjakut, azotemi, acidozë, hipoglicemi e konsiderueshme, hiponatremi, hiperkalemi; përmbajtja e hormoneve në gjak dhe urinë ndryshon.

Më poshtë autorët paraqitin rastin e një të sëmurë 60 vjeç, i cili u shtrua urgjent për një shok anafilaktik me dispne të theksuar, konvulsione, temperatura 39,5. Prej 5 vjetësh vuante nga polliartriti dhe pa ndërprerje përdorte prednizonin nga 2-3 tableta në ditë. Gjendja ishte i njëjta e rëndë. Pamvarësisht nga përdorimi i dozave të mëdha të kardio-cinetikëve, kortinës, ACTH, i sëmurë shkoi duke u keqësuar dhe vdiq.

Tu dhënat e anamnezës, përdorimi për një kohë të gjatë i prednizonit, hemorragjitë në lëkurë, gjendja e kolapsit, të dhënat histologjike flasin për një insuficiencë akute të suprarenaleve.

Më poshtë autorët sjellin dhe dy shëmbuj të tjerë që kishin përdorur për një kohë të gjatë substanca kortikosteroide të cilat çuan në insuficiencë akute të suprarenaleve dhe në vdekje.

Mjekimi gjatë insuficiencës akute të suprarenaleve konsiston në terapinë intensive kundër insuficiencës kardio-vaskulare. Përdoren solutione izotonike të klorurit të natriumit (deri 2-3 litra intravena, pika pika) së bashku me 100-200 mg hidrokortizon, gjithashtu glukozë me vitamina «C», intramuskular përdoren doza të mëdha të kortizonit (deri 100-300 mg. përnjëherësh), dezoksikortikosteron acetat (deri 30-40 mg. përnjëherësh). Përveç këtyre mund të përdoret dhe një preparat i vjetër, kortina. Me ngritjen e tensionit arterial dozat e këtyre preparateve ulen. Përmirësimi i gjendjes të të sëmurëve bën që një pjesë e këtyre preparateve të përdoren dhe për os. Përdorimi i ACTH është i padiskutueshëm. Me qëllim që të ndërpritet zhvillimi i insuficiencës së kores së suprarenaleve është e domosdoshme: të ulen gradualisht dozat, përdorimi i ACTH, dieta pa kripë, e pasur me kalcium dhe proteina, kontrolli klinikolaboratorik i të sëmurëve.

MBI MEKANIZMIN E VEPRIMIT TË AKTIVITETIT DIURETIS TË TRIAMTERENIT

RUBEGNI M., RAVENNI G., FORCONI S.

Minerva Medica 1963, Vol. 54, Nr. 75, 2689

Altësia diuretike e 2, 4, 7 triamino-6 fenil-pteridina: SKF 3542 është përshkruar qysh më 1961 nga Wiebelhaus, Weinstock etj.

Po kështu autorë tregojnë se substanca ka një aftësi të ulët antialdosteronike. Me këtë mendim bashkohen dhe autorë të tjerë si Laragh e b.p., Crosley e b.p. Një studim më të thellë kanë bërë Herkeu dhe Seufft të cilët tregojnë për veprimin natriuretik të preparatit në minjt të surenalektomizuar, por edhe për një veprim potaso-retensiv.

Për një aktivitet natriuretik dhe potaso-retensiv të preparatit tek njeriu flasin autorë të ndryshëm si Kruk e b.p., Jocons e b.p., Vesin e Cattian etj.

Nga kërkimet e Baba e bashkëpunorët arrijnë në konkluzione:

1. Veprimi natriuretik vrehet në minjt e surenalektomizuar pa u trajtuar me aldosteron.

2. Veprimi diuretik i triamterenit vjen e shtohet tek njeriu jo vetëm kur ky kombinohet me diuretikët e përgjithshëm (merkuriat dhe tiazidik) por dhe me spirolakton.

Autorët studimet e tyre i kanë në pacientë me dekompensim kardiak dhe në raste me ciroza hepaticë ascitike. Në të gjithë u konstatua aldosteronizmi sekondar. Pacientëve u është marrë ekskrecioni urinar i natriumit dhe potasit si dhe natremia dhe potosemia, mbajtja e sodiumit dhe potasit në likuidin e edemave, ekskrecioni urinar i klorit, diureza hidrike, pesha e trupit, proteinat totale etj.

Në të gjithë rastet është vërejtur një shtim i diurezës, natriurezës dhe një shtim të potasemisë.

Kombinimi i triamterenit me tiazidik dhe preparate merkuriale ka dhënë një shtim të veprimit diuretik dhe retension të potasiumit. Shtimi i ekskrecionit të aldosteronit shihet në pjesën më të madhe të rasteve.

Më poshtë autorët paraqisin në mënyrë grafike rastin e një të sëmurë me cirozë të mjekuar me këtë preparat.

TRIAMTERENI NË TERAPINË E ASCITIT TË CIRROTIKUT

CAIRELLA M., BORELLI P. L.

Minerva Medica 1963, Vol. 54, Nr. 81, 3027

Autorët prej një viti përdorin triamterenin në mjekimin diuretik të cirozave hepaticë.

Puna e tyre përmbledh 15 raste cirozash hepaticë Morgagni-Laennec të moshës 35-59 vjeç që janë paraqitur në klinikë 4-5 vjet mbas çfaqjes së shënja-ve klinike dhe laboratorike të sëmundjes.

Diureza e pacientëve në fillim lëkundej midis shifrave 350-750 cc, kurse mbas mjekimit ajo u rrit në 1200-1500 cc dhe në ndonjë rast deri 2000-2100 cc në 24 orë.

Duke u bazuar në rastet e tyre, autorët konkludojnë se aplikimi i zgjatur i triamterenit vetëm, ose i kombinuar me hidroklortiazid ose spirolakton ka shtuar diurezën, pa modifikime të ekuilibrit elektrolitik. Natremia pas një pakësimi që ka pësuar në fillim më vonë nuk ndryshoi. Potasemia ka qenë në limite normale. Natriuria ka qenë e shtuar, ndërsa potasuria në të gjithë pacientët e ulur.

Veprimi fillon mbas një dite dhe vazhdon për disa ditë. Në rastet rezistente kanë observuar një shtim të diurezës në fillim kurse më vonë ajo filloi të pakësohet. Kombinimi me spirolakton dhe hidroklortiazid shpie në një shtim të diurezës

që mund të mbahet me sukses vetëm me aplikimin e triamterenit. Aplikimi i gjatuar i këtij preparati nuk është shoqëruar me komplikacione.

Ka patur raste që kombinimi i këtyre preparateve nuk ka dhënë efekt të mirë, jo sepse mungon sinergjizmi i veprimit të tyre por nga stadi i avancuar i sëmundjes.

Milto Kostaji

KALITJE FIZIKE E FËMIJE ASMATIKE

TH. B. MC ELHENNOY, M. D. dhe KAY H. PETERSEN PH. D.

JAMA 1963, Vol. 185, Nr. 2/fq. 142-143

Ka më se 3 dekada që mjekët dhe instruktorët e edukatitjes fizike përpiqen të kalisin grupe fëmijësh të posaçëm siç janë edhe asmatikët.

Në janar të vitit 1960, një mjek alergjist dhe një asistent profesor i edukatës fizike bënë një studim në këtë drejtim në 20 fëmijë (3-12 vjeç) që vuanin nga astma bronkiale në forma mesatare dhe të rënda. Gjatë 4 muajve, në takime dy herë në javë, kalitja e këtyre fëmijëve u bë me anë të ushtrimeve për frymëmarrje më të thellë për zhvillimin e forcës, për durueshmëri dhe zotësi në ekzekutimin e lëvizjeve të ndryshme trupore. U tregua një kujdes i veçantë që në çdo fëmijë të krijohej dëshira për të arritur përmirësimë sa më të theksuara në ushtrimet fizike të ndryshme. Për kalitjen fizike u përdorën gjithashtu lojra të ndryshme, në fillim të lehta dhe më vonë, në raste të mundëshme, basket-boll, voley-boll, notim etj.

Rezultatet e këtij studimi ishin inkurajuese si për pacientët e vegjël, për prindët e tyre, ashtu edhe për autorët, meqenëse të gjithë fëmijët treguan pa përjashtim një farë përmirësimi, kush më shumë e kush më pak. Çka i gëzoi autorët më tepër ishte fakti se me anë të një kalitje fizike të tillë, këta fëmijë që deri atëherë kishin qenë vetëm spektatorë të ushtrimeve fizike dhe të lojrave të ndryshme, u bënë pjesëmarrës aktivë të tyre. Kështu p.sh. ishte tipik rasti i një të vogli 8 vjeçar tepër i mbrojtur nga prindërit dhe prandaj gjithnjë i turpshëm, i frikshëm dhe që lodhej në lëvizjet më të lehta, u shndrrua mbas kësaj kalitje në një pjesëmarrës aktiv të lojrave me gara.

Është për t'u nënvizuar sidomos fakti se si rrjedhim i kësaj kalitje, u pa një pakësim afro 30% si në numrin dhe ashpërsinë e atakve asmatike ashtu edhe në nevojën e terapisë simptomatike.

TRAJTIMI KONSERVATIV I FËMIJËVE ME INKONTINENCË FEKALE

DONICA B. SULLIVAN, MD, DAVID D. DICKINSON MD
dhe JAMES L. WILSON MD.

JAMA 1963, Vol. 185, Nr. 2/fq. 142-143

Inkontinenca fekale në fëmijët mbi 3 vjet është një problem që bëhet gjithnjë më i rëndësishëm gjatë rritjes si nga ana psikologjike ashtu edhe nga ana shoqërore. Autorët janë munduar të përpilojnë një metodë për trajtimin e efektshëm të këtyre fëmijëve që paraqesin anomalira anatomike të theksuara, enervime të çrregullta ose çrregullime psikike.

Trajtimi i këtyre rasteve në të kaluarën ka qenë fare i paefektshëm. Shpesh pamundësia e një fëmije të kontrollojë evakuimin çka mund të jetë shoqëruar edhe me pamundësinë e kontrollit të fshikës së ujit, e ka shtytur mjekun që të lejë mbas dore edhe kurimin e anomalive neurologjike ose ortopedike shoqëronjëse.

Në disa raste është përdorur një trajtim drastik me anë të kolostomis duke arsyetuar se kjo mënyrë trajtimi është e vetmja për kontrollimin e inkontinencës fekale.

Për të mjekuar këta fëmijë, pa përdorur mënyrë operative, është e domosdoshme që piksëpari materiali fekal të mbetet i butë në mënyrë që mund të evakuhet me lehtësi dhe së dyti të edukohet pacienti për evakuim të rregullt 1-2 herë në ditë duke mënjeluar kështu përlyerjen e herë pasë herëshme.

Për edukimin e evakuimit të kontrolluar, autorët sugjerojnë përdorimin e dy medikamenteve: dioctyl sodium sulfosuccinate dhe bisacodyl. I pari ka një veprim zbutës dhe bën të mundshëm që masat e forta fekale të depertoehen prej likuideve dhe yndyrnave minerale të ndryshme. Eksperimente në kafshë si dhe vërejtje klinike të përzgjatura kanë treguar se ky medikament nuk ka veti toksike aq e vërtetë sa autorët pohojnë se e kanë përdorur në shërbimet hospitaliere të tyre me dozë 50 mg. për kg/peshë edhe në foshnjë fare të vegjël pa konstatuar ndonjë çrregullim. Ata pohojnë gjithashtu se edhe fëmijët me quadeiplegie post poliomielitik, janë mjekuar me dioctyl sodium sulfosuccinate pa ndonjë rrjedhim anësor.

Bisacodyl-i nga ana tjetër vepron mbi mukozën e kolonit me shtimin e kontraksioneve. Efekti është më i theksuar kur medikamenti vjen në kontakt direkt me mukozën rektale siç ndodh kur jepet në formë supostash.

Simbas autorëve të përmendur, trajtimi klinik i rasteve me inkontinencë fekale përbëhet prej 3 fazash: së pari me anë klizماش si e mjaftueshme dioctyl sodium sulfosuccinate (simbas rastit — përgjithësisht për fëmijë nën 5 vjeç 50 mg dy herë në ditë) dhe së treti përdoren 1 ose 2 suposte rektale. (për fëmijë ndërmjet 5 vjeç 5 mg.) për të provokuar kështu evakuimin në kohën e caktuar çka ngjet zakonisht 15-30 minuta mbas vendosjes së supostes.

Është për të vënë në dukje se në përgjithësi këta fëmijë nuk kanë nevojë për një dietë të veçantë por ushqimi ditor duhet të jetë i gjithanshëm dhe të përmbajë një sasi të mjaftueshme lëngjesh.

NEVOJA PËR CALCIUM

CHRON. OMS.

Korr. 1962, Vol. 16 Nr. 7 f. 273-275.

Duke konstatuar mungesën e kalciumit në ushqime më shpesh se sa mungesën e çdo lënde tjetër ushqimore dhe duke mos patur ndonjë përshkrim shkencor të karencës së tij, OMS-i ngarkoj një grup ekspertësh që të studjohin kërkesat nutritive. Ata arritën në disa përfundime, ndër të cilat po përmendim disa që na u dukën më të rëndësishme.

Kuptohet lehtë se duhet ditur me saktësi sasia e kalciumit që zakonisht konsumon çdo popullatë përpara se t'i japësh kësaj ndonjë dozë suplementare. Të dhënat përkatëse të konsumit të kalciumit nuk janë të kënaqëshme jo vetëm për shkak se statistikat që i përkasin lëndëve ushqimore me përmbajtje të lartë kalciumi si prodhime të qumështit, peshku dhe zarzavatet janë të varfëra por edhe pse në ato nuk paraqiten ndryshimet e mëdha me përmbajtje të kalciumit në mes ushqimesh të ngjashme si për shembull në llojet e ndryshme të perimeve dhe të peshqëve (peshq shumë të vegjël që mund të hahen të tërë, me gjithë kockat ose peshq të mëdhenj).

Për kalkulimin e konsumit të kalciumit, duhen marrë parasysh disa ndryshime që konstatohen në të njëjtin vend, simbas shtresave të popullatës. Klasat e pasura konsumojnë mjaft, kurse fshatarët me të njëjtat të ardhura, marrin më shumë kalcium se sa qytetarët. Këto ndryshime shihen edhe në mes të familjeve dhe sekseve të ndryshme pora fillon moshë e fëmijë. Fiala vjen në disa vende, vajzat e reja dhe gratë marrin më pak kalcium sepse konsumojnë më pak qumësht mbas moshës 12 vjeç.

Simptomat e mungesës së kalciumit në doza më pak se 300 mg. në ditë nuk njihen mirë S. d. m. përsa i përket rolit të mungesës së kalciumit në vonesën e zhvillimit të skeletit. Sidoqë të jetë nga ana teorike, studiozët, duke patur para-

sysh dozën ditore të kalcium-it që nevojitet për ushqim, kanë përcaktuar se për fëmijë në periudhën e ushqimit, ajo nuk duhet të jetë më pak se 400 mg. në ditë. Shenja të kjarra mungese të kalciumit, nuk janë konstatuar tek mashkulli i rritur në asnjë vend të botës. Tek femrat përkundrazi, në vende ku konsumi i kalciumit është i pakët, shtatzanira të përsëritura dhe periudha të përzgjatura në ushqyerjen me gji mund të shoqërohen me osteomalaci, sëmundje kjo që nuk shkaktohet vetëm prej mungesës së kalcium-it. Duket se osteomalacia nuk zhvillohet lehtë kur merret vit. D. në sasi të mjaftueshme edhe në qoftë se konsumi i kalciumit është i pakët.

Mungesa e kalciumit mund të luaj rol në disa sëmundje si në osteopatië e prematurëve, në sindrome të ndryshme si steatorea dhe në disa forma nefropatie kronike me ose pa kalciumi dhe në osteoporozën senile. Është provuar me anë eksperimentesh se dhe heca e kalcium-it në sasi të madhe tek kafshët favorizon jetëgjatësi. Nuk është provuar që të kenë efektë të dëmshme personat që marrin doza shumë të ngritura kalciumi sikurse ndodh në disa fise nomade afrikane që jetojnë pothuaj vetëm me qumësht. Por dihet se një sasi tepër e madhe kalciumi mund të keqësojë disa gjendje patologjike klinike si hiperkalcemian hidiopatiqe të të porsalindurit (në të cilin edhe marrja e kalciumit në sasi normale është toksike), Sarkoidozën dhe Hiper tiroidizmin.

Duke formuluar rekomandimet e veta, grupi i ekspertave ka përcaktuar kërkesat nutritive minimale për kalcium si dozën më të vogël që siguron mirëmbajtjen e shëndetit dhe ekuilibrin e kalciumit me konditë që regjimi alimentar të jetë i kënaqshëm dhe marrja e vitaminës D e mjaftueshme për të rritur nuk është e mundur sot për sot të përcaktohet me shifra, doza minimale. Është mirë të flitet për «racion praktikisht të pranueshëm» duke kuptuar me këtë sasinë që plotëson nevojën nutritive për kalcium të një popullate të caktuar domethënë një sasi e mjaftueshme, e cila, po të paksohet për një kohë të gjatë, shkakton manifestime patologjike. Ky «racion praktikisht i pranueshëm», simbas mejtimit të këtij grupi studjuesh, është prej 400-500 mg. në ditë për të rriturit dhe nuk është provuar në se një sasi më e madhe është e vlefshme për ta. Në shumë vende doza ditore është shumë më e lartë, deri 1500 mg. Asgjë nuk na shtyn të supozojmë mënyrën e ushqimit por gjithashtu nuk ka asnjë provë që të vërtetojë se dozat ditore mbi 1 gram kalciumi në ditë janë fiziologjikisht të vlefshme.

Nëqoftëse kemi të bëjmë me fëmijë të moshës së njomë ose me të rritur, në përcaktimin e dozës, duhen marrë parasysh nevojat e krijuara nga zhvillimi i vazhdueshm i skeletit. Aja janë vlerësuar si më poshtë:

Mosha	Racioni i përditshëm i propozuar
0—12 muaj (pa ushqyerje në gji)	500-600 mg.
1—9 vjeç	400-500 mg.
1—15 »	600-700 mg.
6—19 muaj (pa ushqyerje në gji)	500-600 mg.

Asnjë e dhënë serioze nuk lejon të rekomandohen doza të veçanta për pleq të si dhe për ato që zhvillojnë një aktivitet fizik të dëndur.

IMUNITETI KUNDREJT INFEKSIONIT STAFILOKOKSIK

R. DUBOIS

Bull. Soc. Franc de Dermat Syph. 1963, Nr. 1, fq. 1088-89

Stafilokokët shkaktojnë një larmi procesesh patologjike duke prekur pjesën më të madhe të organeve dhe po bëhen një nga shkaktarët më shqetësues të sëmundjeve bakteriale pikërisht tani që sëmundje të tjera të këtij lloji (bakteriale) po humbasin rëndësinë e tyre. Interes të veçantë paraqesin sidomos aspektet epidemiologjike dhe imunologjike të infeksionit stafilokoksik në të porsalindurit.

Në një seri artikujsh, disa pediatrë pohojnë se kolonizimi i të porsalindurve

(në sallat e fëmijëve) me stafilokok virulentë prevenohet ose pengohet me kontaminimin e hershëm (nazal ose umbilikal) të këtyre të porsalindurve duke i inokuluar me sasira të vogla të një shtame (coagulase pozitiv) të stafilokokut (502 A) që është zgjedhur për këtë qëllim për shkak të sensibilitetit të madh ndaj penicilinës dhe të virulencës së saj të ulët. Jo vetëm që shtama 502 A e atenuar u stabilizua në të porsalindurit e kontaminuar artificialisht por u përhap me anë kontaktesh direkte dhe pati si rezultat kryesor pengimin e përhapjes së shtameve stafilokoksike më virulente.

Testet serologjike e bëjnë të mundshëm identifikimin e shtamës 502 A nga shlamet e tjera stafilokoksike në sallat e fëmijëve dhe vërtetuan mungesën e patogjenitetit të saj.

Megjithëse studime të shumta japin të njejtat përfundime inkurajuese, ende nuk kemi të dhëna të mjaftueshme përsa i përket praktikitetit të metodës në fjalë dhe pasojave patologjike të vonëshme në përdorimin e shtamës 502 A. Sidoqoftë i pa diskutueshëm është konstatimi teorik se prezenca në indet e agjentit bakterial të gjallë por të atenuar, pengon kolonizimin me shtamet e tjera të të njejtë lloj.

Xh. Basha

SINDROMI SANARELLI-SWARTZMAN I SHKAKTUAR NGA VAKSINA TABDT

J. BERNARD, G. GROSSETETE, M. CONTURE, G. PORROT, CL. TOURRETTE.

La Presse Medicale 1963, 29, f. 1467

Kur ndodh vdekje e shpejtë pas një vaksinimi, lindin pa tjetër dyshime, vetëm se këto raste janë të rralla. Duke i studjuar këto raste zbulojmë ose një tarrë, ose një pakujdesi e vaksinuesit.

Autorët përshkruajnë një rast vdekje nga vaksinimi (tabdt). Ata pasi shqyr-tuan shkaqet zbuluan sindromin Sanarelli-Shwartzman i cili ka karakteristika më tepër anatomike se sa klinike.

Rasti i përshkruar është një i ri 22 vjeç, i cili para dy vjetësh ka qenë i vaksinuar për herë të parë me tabdt pa asnjë reaksion ose fenomen alergjik. Pasi u bënë kontrollet e nevojshme dhe ju gjetën në rregull u rivaksinua. Disa orë pas vaksinimit pacienti pëu alkool dhe liqere. Pas 24 orëve të vaksinimit filloi t'i hipij temperatura që gradualisht arrijti 40°C., krahas temperaturës iu zhvillua një ekzantemë eritematoze që i mbuloi të gjithë trupin, më e dendur në ekstremitetet inferiorë, veç kësaj i filloi një kolaps i cili përsistoi me gjithë mjekimet dinamike që u përdorën, pas 6 ditë ai vdiq.

Në autopsi u gjetën hemorragji të vogëla në organet e kavitetit torakal dhe të abdomenit, kjo u vërtetua edhe histologjikisht me edema dhe nekroza.

Roli i vaksinimit është i padiskutueshëm, nga ana e patogjenезës u gjetën elemente të reaksionit imunologjik specifik dhe një shok anafilaktik që afrohet sindromit neurovegetativ të tipit Reyli, por konstatimet nekroskopike nuk pajtohen me këtë hipotezë sepse leziona të tilla i gjejmë më tepër në sindromin Sanarelli-Shwartzman. Sindromi në fjalë ka dy aspekte, atë patologoanatomik që nga ana makroskopike paraqet hemorragji me nekroza visherale të përhapura, kurse nga ana histologjike paraqiste vazoplegji me tromboze fibrinoze. Ndërsa në aspektin klinik paraqet një sindrom malign-toksiinfeksion.

Nga pikpamja specifike rasti duhet konsideruar si shok i shkaktuar nga vak-sina pas rivaksinimit me TABDT pas abuzimit me alkool, duhet pranuar pra se hyri në kuadrin e sindromit Sanarelli-Shwartzman. Nga ana fiziopatogjenike sindromi në fjalë mund të spjegohet si një mekanizëm me natyrë alergjike, si një proces jo specifik ose si një iritim direkt apo reflektor i sistemit neuro vegetativ.

Sidoqoftë aspekti klinik është mjaft monomorf dhe lejon të mendosh se përhapja e lezioneve u bë nga iritimi i sistemit simpatik, prandaj në këtë drejtim duhet të drejtohet terapia.

Kjo sëmundje ekzantematike e ndarë si një entitet nosologjik i veçantë nga Zohorsky prek zakonisht fëmijët e moshës 2-3 vjeç ka një dekurs e prognozë të mirë. Megjithatë shpesh krijon vështirësi djagnostike pamvarësisht se rallë jep komplikacione.

Autorët studjojnë 42 raste me këtë sëmundje dhe japin këto konkluzione.

Nga ana djagnostike rëndësi kanë ndryshimet hematologjike që autorët i konsiderojnë si çelësin e këtij problemi. Ndryshimet konsistojnë në një granulopeni që del në pah pas zhdukjes së egzantomës, zakonisht të tretën e të katërtën ditë, leukocitet pakësohen në 3000-7000 me zbritjen e polinukleareve neurofile në 30-8%. Autorët konstatojnë se leukopenia, e cila zakonisht zhduket pas 2-3 ditësh persistoi deri në 14-19 ditësh. Etiologjia e kësaj leukopenie shpjegohet si një përqëndrim i granulociteve në organet e ndryshme probabilitisht në ato të sistemit ganglionar dhe jo në një aplazi medulare.

Megjithëse sëmundja ka një evolucion të lehtë, klinikisht paraqet në disa raste komplikacione të sistemit nervor si konvulsione hipertoniqe, raste me shenja meningale dhe me likuor të alteruar disa herë. Ka pasë raste edhe me një kuadër encefalitik me hemi ose me monoplegji. Elektroencefalogrami ka paraqitur disa alteracione që zhduken mbas disa ditësh.

Përsa i përket etiologjisë, autorët pranojnë se agjenti është një virus autonom që nuk kanë arritur akoma ta izolojnë. Problemi epidemiologjik është akoma i diskutuarshëm, janë përshkruar nga të tjerë raste epidemie në ambiente familjare ose kolektiva fëmijësh. Infektimi është minimal ose nuk ekziston. Terapia është simptomatike.

LJ. Dhimitri

NDIKIMI I MJEKIMIT ME NEUROLEPTIKË NË FAZAT E PSIKOZAVE ME EVOLUCION PERIODIK

S. G. ZHISLIN

Zhurnal Nevrologii i Psihiatris imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 66-71

Ndikimi i neuroleptikëve në tablonë klinike dhe evolucionin e psikozave është sa i ndërlikuar aq edhe i ndryshëm. Krahas veprimit kryesor të neuroleptikëve (sidomos të grupit të aminazineve), vihet re edhe ndikimi specifik i këtyre preparateve në fazat, ciklet dhe periodicitetin e psikozave. Ky veprim manifestohet kryesisht me çfaqjen më të shpejtë të akseseve dhe fazave, duke sjellë si rrjedhim shkurtimin e intervaleve të lira. Në disa raste autori ka vënë re një farë periodiciteti ritmik në zhvillimin e sëmundjes. Veprimi është më i theksuar sidomos në format periodike të skizofrenisë (cirkulare, oneroide, depressive-paranoide) si dhe në psikozat maniako-depresive.

Autori tërheq gjithashtu vemëndjen mbi ndryshimin e simptomatologjisë së akseseve, që kanë një ngjashmëri klinike me format periodike të skizofrenisë. Nën ndikimin e mjekimit me neuroleptikë ciklet zevëndësojnë njeri tjetrin, kështuqë gjendja depressive zevëndëson gjendjen maniakale. Në shumë raste autori ka konstatuar një afrim të dukshëm midis tablove të skizofrenisë periodike dhe tablove të psikozës maniako-depresive.

Megjithëse pasojat fazore dhe periodike që u përmëndën, neuroleptikët nuk e humbin efektin e tyre kurues në mjekimin e psikozave: simptomatologjia psikopatologjike nuk ka më forcën e mëparëshme, akseset janë më të buta, etj.

Duke pasur parasysh kompleksitetin dhe veprimin kontradiktor të mjekimit neuroleptikë, lidhur me terapinë neuroleptike lindin probleme të reja që kërkojnë studime të mëtejshme. Autori mendon se një vemëndje e veçantë duhet t'i kushtohet problemit të terapisë së vazhdueshme në format periodike të skizofrenisë dhe të psikozave të tjera me karakter periodik e fazor.

DISA VEÇORI TË PERIU DHËS FILLESTARE TË SKIZOFRENISË TEK FËMIJËT NË MOSHË PARASHKOLLORE

L. J. ZHESLLOVA

Zhurnal Nevrologji i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 7, 1029-1034

Diagnostikimi i periudhës fillestare të skizofrenisë tek fëmijët në moshë parashkollore paraqet një varg vështirësish. Pikërisht për këtë arsye autori ka studjuar periudhën fillestare të skizofrenisë tek 40 fëmijë në moshë 3-8 vjeç. Duke u mbështetur në llojin e evolucionit të sëmundjes, autori i ndan të sëmurët në tre grupe: 1) të sëmurë me evolucion katastrofik (18 pacientë); 2) të sëmurë me evolucion remitent (14 pacientë) dhe 3) të sëmurë me evolucion të ngadalshëm (10).

Tek të sëmurët e grupit të parë autori ka zbuluar skizofreni të trashëguar. Sëmundja fillon në moshën 2 ose 3 vjeçare, shpesh pas një sëmundje interkorrente. Para fillimit të sëmundjes tek këta fëmijë vërehet një zhvillim mendor i ngadalshëm (lëvizje motorike të vona, oreks me teka, sfera afektive e ulët, kapsllëk etj.). Në fëmijët e grupit të dytë nuk vihen në dukje tarr hereditare; sëmundja fillon në moshën 5-7 vjeç në mënyrë akute, shpesh herë mbas një psikogjenie. Para çfaqjes së sëmundjes këta fëmijë kanë një zhvillim psikik të parakohëshëm. Ndërsa në grupin e tretë tek prindërit e fëmijve nuk vërehen tarr skizofrenike, por çrregullime të karakterit pak a shumë të veçanta (tipa të mbyllur, fleqmatikë). Sëmundja çfaqet tek fëmijët pa shkak të dukshëm e në mënyrë të heshtur; evolucion i është i ngadalshëm.

Kapja me kohë e shenjave të para të periudhës fillestare të skizofrenisë tek fëmijët në moshë parashkollore ka një rëndësi të madhe jo vetëm përta i përket mjekimit, por sidomos për prognozën.

AFËTESIA PËR PUNË DHE ADAPTIMI SOCIAL I SKIZOFRENËVE TË MJEKUAR NË ADOLESHENÇE DHE FËMIJRI

V. M. BASHINA

Zhurnal Nevrologji i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 7, 1041-1046

Në këtë punim autori paraqet rezultatet e studimit katamnestic (mbas 10-18 vjet) të 148 të sëmurëve, tek të cilët skizofrenia qe çfaqur në moshën 7-16 vjeç. Në çastin e kontrollit shumica dërrmuese e të sëmurëve ishin në moshën 25-30 vjeç. Ndërmjet këtyrë të sëmurëve 43,2 përqind nuk ishin në gjendje për punë; 1/3 e pacientëve në gjendje pune kishin një kualifikim profesional shumë të ulët; 2/3 e pacientëve në gjendje të mirë pune me aftësi profesionale të mjaftueshme, megjithëse paraqisnin çrregullime skizofrenike.

Në fakt 5,83 përqind u gjetën të shëruar; kurse 36,7 përqind me defekte të lehta, 23,3 përqind në gjendje deficitare jo të theksuar dhe 26,7 përqind me deficit të theksuar. Vetëm 3,3 përqind e të sëmurëve kishin vdekur.

Ulja më e theksuar e aftësisë për punë u vërejt tek të sëmurët me skizofreni katatonike, ndërsa janë adaptuar më mirë në punë e shoqëri skizofrenët që kanë pasur forma të thjeshta dhe paranoide. Gjithashtu aftësinë më të mirë për punë e kanë ruajtur të sëmurët me skizofreni periodike.

Pothuajse të gjithë të sëmurët, tek të cilët procesi skizofrenik qe çfaqur në fëmijni, u gjetën të paafte për punë.

V. SHEDIVEC

Zhurnal Nevrologji i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 9, 1304-1307

Autori merr në shqyrtim problemin e artralgjive dhe mialgjive nevrotike, që vërehen kaq shpesh në praktikën e përditëshme mjekësore, duke u mbështetur në të dhënat e përfuara nga studimi i 62 të sëmurëve.

Simbas autorit nocioni reumatizëm «psikogjen» (E. W. Boland, W. P. Corr, 1943), që ka gjetur vend në letërsinë botërore mjekësore, duhet të konsiderohet si i gabuar mbasi në këtë afeksion nuk kemi të bëjmë me një reumatizëm që çfaqet si pasojë e një psikogjenie, por me manifestime neurotike që u përngajnë shenjave reumatizmale.

Artraigjitë dhe mialgjitë që autori ka observuar nuk i ka takuar asnjë herë të veçura, por gjithmonë të përfshira në një kuadër neurotik dhe si një nga manifestimet kryesore të gjendjes neurotike. Në të gjithë të sëmurët që ka marrë në studim, pacientët ankoheshin për simptoma subjektive, dhimbje në artikulatione dhe në muskuj; njëkohësisht çfaqnin eksitabilitet të tepër, ezauriment, dhimbje koke, çrregullime të gjumit, pamundësi për t'u përqëndruar, humor të deprimuar, ndjenjë frike dhe alarmi; tek 70% të të sëmurëve u konstatuan çrregullime në organet e brendëshme, sidomos çrregullime kardiovaskulare dhe gastro-intestinale, dhe gjysma e këtyre pacientëve ankonte njëkohësisht edhe dhimbje.

Për arësyet e përmendura autori propozon që ky sindrom algjik artro-muskular të quhet sindrom i artralgjive dhe mialgjive nevrotike.

Ditagoza duhet të mbështetet në eliminimin e të gjitha shenjave organike, që shkaktojnë dhimbje muskulare dhe artikulare, duke u thelluar në kërkimin e simptomave neurotike. Si kritere kryesore diagnostike autori konsideron dhimbjet lëvizëse, çfaqjen e tyre spontane, pamvarësisht nga lëvizjet që bën i sëmuri. Gjithashtu karakteristike ëshfë çfaqja e njëkohëshme e mialgjiçve dhe artralgjive. Zakonisht dhimbjet janë djegëse nën ndikimin e veprimt psihik.

STUDIM MBI REZULTATET E PUNËS TEK SKIZOFRENËT NË REMISION OSE INTERMISION

S. Z. PASHÇENKOV

Zhurnal Nevrologji i Psihiatrisi imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 9, 1406-1410

Autori i kushton një rëndësi të veçantë ergoterapisë së gjithanëshme, sidomos asaj profesionale, si mjet mjekimi tek skizofrenët në gjendje remisioni ose intermisioni. Autori ka studjuar në kushte pune reaksionet e ndryshme psihike tek 80 individë që kishin pasur një ose shumë aksese skizofrenie; 44 prej tyre paraqitnin forma skizofrenie me evolucion të vazhdueshëm (forma e thjeshtë paranoide, katatonike, pseudonevrotike) dhe 36 forma skizofrenie periodike (forma depressive, depresivo-paranoide, katatoniko-oniroide, cirkulare). Simbas autorit skizofrenët që janë më të përshtatshëm për prodhim janë skizofrenët që paraqesnin forma paranoide ose depressive-paranoide (74 përqind të të gjithë të sëmurëve të observuar).

Nga 80 të sëmurët, 4 u kualifikuan për një kategori më të lartë profesionale; 51 ruajtën profesionin e tyre të mëparshëm, duke vazhduar punën në rregull; 15 përsuan një farë ulje profesionale; 10 humbën aftësitë për profesionin e mëparshëm. Riadaptimi më i mirë në punë e profesion u konstatua tek të sëmurët që vuanin nga forma periodike e skizofrenisë. Simbas të dhënave të autorit, 86 përqind të të sëmurëve me forma periodike të skizofrenisë ruajtën profesionin e tyre të mëparshëm; tek po këta të sëmurë aftësia për punë dhe rendiment në punë

ka qënë i lartë; 77 përqind e këtyreve punonin me normë të plotë, pa qënë nevoja t'u jepet invaliditeti.

Autori përshkruan gjithashtu një varietetet remisioni skizofrenik të karakterizuar me asteni, që ai e quan pseudo-arteriosklerotik, ky varietet dallohet me luhajtje emocionale, me çrregullime të kujtesës e të gjumit.

Simbas autorit individët, që në të kaluarën kanë pasur skizofreni dhe kanë punuar për një kohë të gjatë në prodhim pa çrregullime mendore, mund të konsiderohen praktikisht të shëruar dhe në gjendje të mirë intermisioni. Ndërmjet 80 të sëmurëve të ekzaminuar prej autorit, 11 përqind mund të konsiderohen krejtësisht normale. Për të përmirësuar ndihmën mjekësore të skizofrenëve që punojnë, është e arësyeshme të organizohen dispenseri psikonevrologjike për një grup ndër-marrjesh dhe, kur një gjë e tillë nuk është e mundur, për këta të sëmurë duhet të krijohet një seksion psikiatrik në poliklinikën e ndërmarrjes.

REZULTATET E MJEKIMIT TË SKIZOFRENISË ME METODA TË NDRYSHME

L. D. GUISEN

Zhurnall Nevropatologji i Psikiatrii imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 10, 1563-1569 (63)

Autori paraqet në këtë punim përfundimet e studimit të tij mbi rezultatet që përfitohen me metodat e ndryshme të mjekimit të skizofrenisë, duke u mbështetur në të dhënat statistikore të spitalit psikiatrik Ganushkin të Moskës. Në këtë spital gjatë këtyre vjetve të fundit skizofrenia është mjekuar me aminozinë, me shoket insulinike si dhe me mjekimin e kombinuar aminozinë + insulinë. Autori tregon se të sëmurët e mjekuar me insulinoterapi qysh prej vitit 1956 kanë pasur rezultate më të mira se sa me metodat e tjera, megjithëse insulinoterapia nuk është përdorur gjerësisht në këto kohët e fundit.

Sukseset e arritura me aminozinoterapinë tek më tepër se 8000 të sëmurë i detyrohen në shumicën e rasteve remisioneve, të cilat janë më pak të qëndrueshme se sa remisionet e përfituara me insulinoterapinë. Për të penguar çfaqjen e recidivave, mjekimi me neuroleptikë duhet të vazhdohet edhe në mënyrë ambulatorie e të vazhdueshme. Simbas autorit kombinimi i aminozinës dhe insulinës është mjekimi më i efektshëm, sidomos kur aplikohet qysh në fillim të sëmundjes.

Në ato raste që sëmundja vazhdon prej një kohe të gjatë, rezultatet më të mira u arritën me aminozinoterapinë në mënyrë të vazhdueshme.

PSIKOZAT QË LINDIN MBAS OPERACIONIT TË VESEVE KARDIAKE

V. V. KAVALIOV

Zhurnall Nevropatologji i Psikiatrii imeni S. S. Korsakova
1963, 63, 11, 1688-1694

Në këtë artikull autori parashtron rezultatet e studimit krahasonjës të psikoza të çfaqura mbas operacionit në zemër për vese kardiake të fituara ose kongjenitale. Ndërmjet të operuarve për komisurotomi mitrale autori ka observuar 30 raste me psikoza; ndërsa pas operacionit për vese kardiake kongjenitale ai nuk ka observuar psikoza të dukëshme, me përjashtim të rasteve të ralla kur ndërhyrja kirurgjikale është komplikuar me afeksione të ndryshme (pneumoni, insuficiencë akute të qarkullimit dhe të marrjes frymë), gjatë të cilave janë çfaqur epizode tranzitore psihike, si konfuzioni mental, deliri, etj.

Pas komisurotomisë mitrale për vese kardiake reumatizmale çrregullimet psihike janë më të shpeshta, më të dukëshme dhe me simptoma psihike të ndryshme.

Në këto raste autori ka observuar dy lloje kryesore psikozash: psikozat tranzitore deliro-oniroide dhe deliro-amentive si dhe psikozat të zgjatume, që u përngajnë pak a shumë skizofrenisë. Mbas krahasimit të simptomave klinike të psikozave që çfaqen mbas interventit kirurgjikal për vese kardiake kongjenitale e të fituara me simptomat që takohen në rastin e reumatizmave dhe të psikozave që vijnë si pasojë e lezimeve kardiovaskulare, autori nxjerr konkluzione lidhur me mekanizmat patogjenike të psikozave që çfaqen mbas operacionit në zemër. Kështu, pas operacionit në zemër për vese kardiake kongjenitale çrregullimet psihike vijnë si pasojë e faktorit patogjenik kryesor, që në rastin konkret është hipoksia cirkulatore. Edhe në rastin e komisurotomisë mitrale çfaqja e psikozave tranzitore me delire dhe gjendje konfuzionale shkaktohet nga hipoksia cirkulatore. Psikozat që çfaqen mbas ndërhyrjes kirurgjikale për vese kardiake të fituara lindin nga reaktivimi i neuro-reumatizmit. Qelizat nervore cerebrale të prekura nga reumatizma favorizojnë çfaqjen e psikozave hipoksike, kur njëkohësisht ekziston një insuficiencë cirkulatore dhe respiratore.

H. Dibra

INFLUENCA E DISA FAKTORËVE MEKANIKË NË KONSOLIDIMIN E FRAKTURAVE MEDIALE ADUKTORE (VARUS) TË QAFËS SË FEMORIT

D. KAZAR, E. MANINGER, L. SABO (Budapest)

Ortopedia, Travm. Protez, 1963, Nr. 3, f. 11-18

Materiali i këtij artikulli bazohet në studimin e 1057 pacientëve me frakturë të qafës së femorit, të mjekuar në institutin central të traumatologjisë në Budapest. Prej tyre 842 kishin frakturë mediale aduktore (varus). Autorët në bazë të eksperiencës së tyre të gjerë dhe të analizës së observacioneve klinike, arrijnë në këto konkluzione:

1. Nuk duhet t'i jepet aq rëndësi kendit të Pauwels për zgjedhjen e planit të mjekimit dhe prognozën e frakturave mediale aduktore të qafës së femorit.
2. Është e domosdoshme të synohet për reponim të kujdesshëm. Rëndësi të veçantë ka reponimi në spostimet varus, në pozicionin valgus mbi 150 gradë, në këndin ventral, në distazën dorsale dhe ventrale, në spostimet anësore mbi 5 mm.
3. Është e domosdoshme të evitohet osteosi, teza kraniale dhe ekstreme, mbase në këto pozicione paksohet stabiliteti i fragmenteve oseoze dhe shtohen komplikacionet. Futja e gozhdës nën këndin 45 gradë dhe mbështetja në harkun e Adams sipas të dhënave të autorëve, nuk kanë influencë të dukshme. Osteosinteza ventrale ka influencë pozitive në rezultatet e mjekimit. Është e domosdoshme të evitohet futja tepër e thellë e gozhdës.

KOLEKTOMIA NË VALVULËN E SIGMËS

Dr. BENONE GEORGESKO, Dr. HORIA NIKULESKO

Journal de Chirurgie, 1963, T. 85, N. 6-6, f. 587-594

Në këtë artikull autorët përshkruajnë teknikën e kolektomisë në Valvulën e sigmës, të aplikuar prej tyre gjatë 25 vjetëve në 71 raste.

Valvulat e Sigmës ku ansa ruan aftësitë jetësore ose është e gangrenizuar, paraqesin dy aspekte të ndryshme si nga ana e lezimeve anatomike, mekanizmave të zhvillimit ashtu dhe nga ana e trajtimit kirurgjikal. Kur ansa ruan aftësitë jetësore, rezeksioni i ansës i shoqëruar nga anastomoza në një moment konsiderohet

si teknikë e justifikuar, karakteristikat principale të së cilës janë: a. Të ruhet integriteti i mezosë duke bërë dezinserimin dhe jo rezekimin e saj. Në këtë mënyrë ruhet vaskularizimi i kulteve intestinale.

b. Ansa intestinale të seksionohet në plan perpendikular dhe jo oblik. Prerja oblike kompromenton anastomozën për shkak të vitalitetit më të keq.

c. Anastomoza të bëhet në një plan suturash (së parë) funt me funt. Anastomozat me më shumë plane suturash rezikohen nga iskemia dhe nekroza e pjesës tashme të gjerë të zorrës që përfshihet në planet e suturave.

d. As një fiksion i anastomozës në paret për të evituar rregullimet e vaskularizimit të saj, po për këtë qëllim nuk lihet dren në kavitetin peritoneal.

Kur ansa është gangrenizuar edhe mezokoloni i nënshtrohet mortifikimit, prandaj hemikolonektomia e majtë bëhet së bashku me rezekimin e mezosë në kufi të indeve të shëndosha. Segmentet intestinale, pas këtij rezeksioni të gjerë mbeten larg njëri tjetrit dhe nuk afrohen për t'i anastomozuar. Mobilizimi i colons transversum dhe anastomizimi i saj me rektumin në këtë moment konsiderohet si teknikë disproporcionale me gravitetin e rastit. Praçdaj momenti i parë kufizohet në hemikolonektomi, në mbylljen e të dy kulteve intestinale dhe në vendosjen e një anus mbli cekum. Mbas një muaji bëhet mobilizimi i colons transversum dhe anastomoza e saj me rektumin.

REZEKSIONI ENDOTORACIK I BRINJËS SË PARË NË KIRURGIJË E LEZIONEVE CERVIKO-TORACIKE

J. MATHEY, J. P. BINET et C. MENAGE

Journal de Chirurgie, 1963, T. 85, Nr. 5-6, f. 541-554

Disa tumore mediastinale penetrojnë edhe në indet e qafës. Heqjen e këtyre tumoreve vetëm me rrugë toracike e bën të vështirë dhe të rrezikshëm prezenca e formacioneve të rëndësishme nervo-vaskulare të qafës. Edhe kombinimi i rrugës toracike me atë cervikale nuk e zgjidh problemin mbasi vazat dhe nervat mbeten të fshehura në thellësi nga klavikula dhe muskuli sternocleido-mastoideus. Prerja e brinjës së parë bën të mundur heqjen e tumorit vetëm me incizionin toracik. Rezekcioni i brinjës së parë realizohet gjatë një torakotomie laterale ose posterolaterale.

Indikacionet për këtë teknikë janë të rralla (Autorët paraqesin nëndë raste). Këto indikacione i përkasin kryesisht tumoreve neurogjene tek fëmijët dhe sindromit Pancoast-Tobias.

Tumoret neurogjene të fëmijëve kryesisht sympatoblastomat dhe ganglioneuroblastomat janë malinje, me lokalizim toracik të sipërm ose torakocervikal push-tojnë shumë elementë duke aderuar në plan parietal pa penetruar në to. Duke dhënë mundësinë e egzerezës complete të tumorit, rezekcioni i brinjës së parë, paraqet një interes të madh. Në sindromin Pancoast-Tobias, epitaliomat lokalizohen me kufilë e opeksit dhe penetrojnë në paretin toracik dhe në brendësi, kështu që edhe brinja e parë mund të jetë e interesuar në proces. Prandaj rezekcioni i brinjës së parë në këtë rast bëhet jo vetëm për heqjen e tumorit prej saj por edhe për të krijuar hyrje më të mirë në elementët vazo-nervore të qafës.

Pas heqjes së brinjës së parë nuk ekziston më rreziku venoz. Rreziku principal është ay arterial.

OSTEOTOMIA E MAC MURRAY (TEKNIKA E FIKSIMIT)

R. J. JUDET, R. ROYS-CAMILLA, G. LORD, E. LETOURNEL (Paris)

La Presse Médicale 1963, Tom. 71, N. 11, f. 573

Teknika: Anestezi gjenerale. I sëmurit vihet në tavolinën ortopedike në **decubitus ventral**. Incizioni sipas Langenbeck-Kocher. Dezinserohet pjesa e sipërme e **Vastus lateralis**. Zona transtrohanterike çlirohet me raspator me kujdes në sipërfaqen posteriore, anteriore eksterne dhe interne. Plani i osteotomisë kalon intertrokanterik me drejtim transversal-oblik nga jashtë brenda, nga poshtë lart, në një mënyrë të tillë që ekstremiteti intern arrin në **colum femoris**. Kjo osteotomi realizohet me daltë, me sharrë Gigli ose sharrë elektrike. Fragmenti inferior spostohet medialisht 1,5 deri 2 cm. Në rast se është nevoja, në të njëjtën kohë bëhet edhe derotacion i koshës duke e sjellë patelen në ortopozicion. Mandej fragmentet oseoze fiksohen, me anë të një vidhosje intertrohanterike. Autorët më përpara aplikojnë vidhën e Lippmann-it ose të Lagrange, e cila kalon nga trohanteri i madh në të voglin. Më vonë ata për të siguruar një osteosintezë me solide, filluan të aplikojnë dy vida të tipit Lippmann ose njera vidë e Lippmann e tjetra e Venable, ose dy vida të Venable. Vidat duhet të vendosen paralele me distancë 1,7 deri 2 cm. Vida e sipërme e ka mbështetjen në trohanter minor, ndërsa vida e poshtme në shtresën kortikale të diafizës femorale. **Trajtimi post operator:** 35 ditë në shtrat. Mobilizimi i gjurit fillohet në ditën e 12. Në ditën e 35 i sëmurit lejohet të heci me patericë pa mbështetje të këmbës dhe bën lëvizje pasive të artikulacionit koksofemoral. Sipas kësaj teknike nuk ka nevojë për allçi.

Indikacionet: Osteotomia e Mac Murray jep rezultate të shkëlqyeshme në disa forma të koksatrozës primitive ose në subluksacionin kongenital. Ky operacion duhet konsideruar si një operacion antalgjik dhe jo operacion për të shtuar mobilitetin e artikulacionit sepse në të vërtetë pas tij një pjesë e lëvizjeve humbet.

P. Boga

INTERVENTI I STEINDLER NË BRYLIN PARALITIK

W. BRONDOLO

Minerva Chirurgica V. 1963. Nr. 12, f. 547-550

Autori duke lu referuar 12 rasteve që ka patur në klinikë me paralizë të ekstremitetit superior, mbas poliomielitit, mbas traumës të plexusit brachial dhe paraliza obstetrike, konkludon se teknika e Steindler që është përdorur në këto raste jep rezultate të kënaqëshme. Simbas operacionit të Steindler, muskujt pronator teresë, palmaris longus, fleksor karpi ulnaris dhe flexor karpi radialis, së bashku me epikondilin spostohen 4 cm. më lart dhe fiksohen në humerus, krahu fiksohet në allçi 30-45 ditë, duke e patur brylin në kend të ngusht. Mbas operacionit do fitojmë lëvizjet e brylit. Për artikulacionin scapulohumeral dhe radio-carpal bën arthrodes në pozicion të përshtatshëm.

15 burime liter.

LEZIONET MENINGO-MIELIKE NË MORBUS POTT DHE TRAJTIMI I SPONDILITIT TUBERKULAR I KOMPLIKUAR NGA PARAPLEGJIA

G. MARLANI

Minerva ortopedica, v. 1963, Nr. 1, f. 6-17

Duke shqyrtuar konsideracionet e shumta mbi patogenezën e paraplegjisë në morbus Pott, autori nënvizon, se kemi paraplegji të herëshme dhe të vonëshme. Në bazën e paraplegjisë të vonëshme qëndron një spondilit i avancuar me destruksion të theksuar të kockës, e cila në mënyrë mekanike do komprimojë me-

dulëa, ndërsa në bazën e paraplegjisë të herëshme kryesisht kemi rregullime vaskulare të medullës.

Në ekzaminimin anatomopatologjik të lezioneve medulare në rastin e paraplegjisë, theksohet se paraliza vjen nga një mielit degjenerativ jo specifik, gjë që shkaktohet prej rregullimit vaskular, ose nga një mielit tuberkular.

Mbasi jep karakteristikat klinike të paraplegjisë autori flat për mjekimin kirurgjikal të sajë, metodave të mjekimit konservativ ku futet dhe atrodessa posteriore, e cila gjen aplikim vetëm në rastet e pakjarta tek fëmijët ndën dhjetë vjeç, i kanë zënë vendin metodat kirurgjikale që veprojnë direkt në fokus. Si rrugë më të mirë për hyrje autori, duke u bazuar më 17 rastet e operuar në klinikë, rekomandon atë posteriore nëpërmjet laminektomisë. Nuk indikohet interventi në fokus kur kemi të lezionuem shumë vertebra si billoj.

38 burime literat.

TRANSPOZICIONI I PËRPARSHËM I PERONEUS LONGUS

L. BOCCANERA, L. CANTERI

Min. art. v. 1963, Nr. 1, f. 18-23

Në artikull jepet kontribuli i institutit Rizzoli në transplantimin e musculus peroneus longus, në dorsum pedis, në pjesën e mesme, metatarsin II-të. Për të zëvendësuar kryesisht muskulin tibial të përparshëm dhe ekstensorët e përparshëm që janë paralizuar. Autorët konkludojnë se muskuli i transplantuar nuk bën zëvendësim fiziologjik të tibialit të përparshëm, por bën korrigjimin aktiv të deformimit, pakson stepsazhin gjatë ecjes. Transplantimi i peroneus longus bëhet kryesisht në planovalgus paralyticus ose equinovarus paralyticus.

60 burime literaturë

MBI OSTEO-ONICO DISTROFINË E TRASHËGUAR

G. SCARFI, N. SASSI

Min. Ortopedica, v. 1963, Nr. 1, f. 24-28

Sëmundje e rrallë e trashëguar e përshkruar nga Turner në 1833, karakterizohet nga një distrofi e hipoplazi e thonjve të gishtave të mëdhenj shpesh dhe të treguesve. Thonjt e hollë, të vegjël të zbothtë. Kjo shoqërohet me ndryshime në kocka, kryesisht në artikulacionin e gjurit, ku kemi hipoplazi të Patelës e cila mund të jetë e lëxuar ose mungon krejt, me hipoplazë të kondileve laterale. Në bryl hipoplazi e kondilit dhe kokës radiale me subluxation të sajë. Deri tashit janë përshkruar 20 raste.

11 burime literaturë

MBI KIRURGJINË KORREKTIVE TË ARTICULATIO COXAE ARTROZIKË MBI BAZË DISPLAZIKE

G. REPOSSI — R. TALENTI

Minerva Ortopedica v. 1963, Nr. 1, f. 28-33

Autorët si japin të dhëna anatomofiziologjike të artikulacionit koksofemoral, spjegojnë dhe artrozën e këtij artikulacioni që vjen në bazën e një displazie të vetë artikulacionit.

Për të ashtuqajturat artroza të formës polare superiore, këtu acetabulumit është normal por kemi një destruksion të kartilagos në pjesën e sipërme të çar-

tisë acetabulimit. Pawels i inspiruar nga konceptet mekanike, propozoi osteotominë e varusacionit ose valgizmit, sipas rastit, me anën e të cilave ndryshon këndin e inklinationit cerviko-disfizar. Kështu shtohet sipërfaqja mbështetëse dhe sponstohet presioni nga buza e acetabulumit në qendër. Tërheqja muskulare lirohet. Autorët kanë pasë raste me osteotominë e varusacionit sipas Pawel me rezultat të mirë. Osteotominë e Valgizmit e indikojnë kur ka shumë osteofite në qendër dhe s'duam ta centrojmë kokën.

MBI PËRDORIMIN E PREPARATEVE KIMOTROPTIKE NË DISA AFEKSIONE TË VEÇANTA ORTOPEDIKE DHE TRAUMATOLOGJIKE

C. LONGHI, C. SCIARRETTA, A. CUGINI

M. Ort. v. 1953, Nr. 1, f. 46-49

Autorët kanë përdorur alfachimotropinin lokal në morbus Dupley (kalcifikacione paraartikulare në bursën subakromiale mbas disa infeksionesh lokale të këtij preparati kalcifikacionet u zhdukën gjë që e vërtetojnë dhe në grafi.

MBI REZEKSIONIN OSTEOPLASTIK SEGMENTAR SIPAS PUTTI-JUVARA

C. RICCIARDI, L. RICCHIONI

Minerva Ortopedica V. 1963, Nr. 2, fq. 65-72

Autorët japin historikun e shkurtër të kësaj metode dhe e përshkruajnë teknikën operative. Si bëjnë analizën e rasteve të operuar sipas metodës Putti-Juvara që, konsiston në rezekSION osteoplastik të gjurit, konkludojnë se ky rezekSION, Indikohet dhe jep rezultate të mira në tumorët benignë ose kur ndërhyhet për një frakturë patologjike si rezultat i një procesi benignë në 1/3 superiore të tibies ose 1/3 inferiore të femurit.

34 burime literature

PASTRIMI KIRURGJIKAL I SHOQËRUAR ME MBUSHJE NË TRAJTIMIN ABSCESE BRODIE

P. CANE, S. SGORJI

Minerva Ortop. V. 1963, Nr. 3, f. 116-120

Në artikull konkludohet mbi rezultatet e 25 rasteve me absces Brodie, të trajtuar me kuretazh dhe mbushje me kokë, hemo dhe heteroplastike. Rezultatet e operacionit sipas kësaj metode në 85% të rasteve kanë qenë shumë të mira për shpejtimin e shërimit dhe forcimin e kockës në vendin e operuar.

37 burime

KONTRIBUT NË STUDIMIN E SËMUNDJES TË LEDDERHOSE FIBROMATOSA PLANTARE

A. ANTONUTTI Minerva ortopedica V. 1963, Nr. 4, f. 207-209

Autori paraqet dy raste me fibromatozë plantare, që çfaqet në pjesën mediale të konkavitetit plantar, gjatë tendimit të muskulus flexor hallucis, ka konsistencë të butë dhe pak e dhimbëshme. Për etiopatogenezën nuk është konkluduar me ekzaktësi, mendohet se lozin rol mikrotraumat. Për mjekim kemi interval kirurgjikal.

10 burime literature

A. MINCIONE, R. RUFFONI

M. Ort. V. 1963, Nr. 7, f. 245-248

Autorët tregojnë se mungesa e pjesëshme e harkut sakral në pjesën më të madhe të rasteve është asimptomatike. Por ka raste që shoqërohet me dhimbje të lokalizuara në regionin lumbosacral, disa herë me irradicion në ekstremitetin inferior me fenomene radikulare. Autorët kanë ekzaminuar 10 raste me simptomatologji të tillë të operuar në klinikën ortopedike të Milanos. Operacioni ka konsistuar në sheshimin e buzëve të harkut dhe çlirim i kujdesëshëm i sakusit dural nga indi fibroz dhe çlirimi i radikëve. Në 6 raste autorët kanë patur rezultat të mirë, në 3 raste të mjaftueshme dhe në 2 raste asnjë rezultat.

[BIBLIOTEKË]

9 burime literature

ARTRODEZA TIBIO-TARSALE CENTRALE NË SUBJEKTET NË RRIJTJE

M. DE BENEDETTI, M. CARCIA

Min. Ort. v. 1963, Nr. 5, f. 31-215

Autorët bëjnë një përmbledhje të literaturës mbi artrodezat tibio-tarsale në moshat e reja që janë në rritje.

Artrodeza synon në korigjimin e deformacionit të këmbës, duke vepruar direkt në artikulacion tibio-tarsal dhe arrin një stabilitet definitiv në perioda të hershme. Nga revizionimi i teknikave kirurgjikale më të përdorshme, autorët arrijnë në konkluzion se si metodë më e mirë e artrodozës tek të rinjtë është metoda e Hatt, më pak modifikim. Teknika konsiston në fiksimin central të artikulacionit tibio-tarsal me një rypë kocke 5-6 cm. e gjatë që merret nga pjesa e përparëshme e tibies. Nga observacionet e rasteve është konstatuar se nuk pengohet rritja nga përforacioni central i kartilagos të rritjes. Mbas këtij operacioni i sëmuri ngrihet të eci në gips mbas 15 ditëve. Shërimi komplet mbas tre muajve.

41 burime literature

FRAKTURA E BENNET

A. PEDROCCA, P. L. SILIQUENI

M. Ort. v. 1963, Nr. 6, fq. 279-282

Autorët paraqesin frakturën e Bennet duke dhënë karakteristikat anatomo-fiziologjike të regjionit. Për mjekimin e frakturës mbasi japin një përmbledhje të literaturës mbi metodat kruente dhe jo kruente, autorët propozojnë mjekim jo kruent. Që konsiston në ekstension të gishtit madh në pozicion abduksionit të pjesëshëm dhe opozicioni i lehtë dhe ta mbajmë të ekstensuar deri sa të krijojnë kontakt të mirë. Mbas kontaktit menjëherë allçi duke kapur falangën e parë. Allçia mbetet për 20 ditë Rezultati është i mirë. Kur ka vetëm 15-20% invaliditet.

19 burime liter.

S. ZANOLI

Miner. Ortop. v. 1963, Nr. 9, fq. 384-387

Autori ka eksperimentuar në 48 pacientë me dekubitus me origjina të ndryshme një preparat për përdorim lokal, me bazë gonadotropinë, heparin e neomicinë («Trior moflebina» — Ganassini). Gonadotropina stimulon dhe shpejton zhvillimin e granulacioneve, Heparina pakson viskozitetin e gjakut, favorizon vazodilatacionin kurse neomicina si antibiotik. Rezultatet e mjekimit kanë qenë shumë të mira.

P. Karagjozi

PERDORIMI I ARIT RADIOAKTIV KOLOIDAL NË KARCINOMATOZEN E PLEURËS DHE PERITONEUMIT.

I. I. ÇUPIN

Instituti Central i Radiologjisë. Onkologia 963 Nr. 7, faqe 56-62.

Qëllimi i artikullit është studimi i efektit të Au198 në mjekimin e asciteve dhe pleuriteve që lindin nga tumorët maligne.

Në Institutin e Radiologjisë me ar radioaktiv koloidal janë mjekue 45 të sëmurë, ndër të cilët 34 kishin pleurite nga Ca mammae, Ca pulmonum, lympho-granulomatoza, Ca ovari dhe tumorëve malinjë të lokalizimeve të ndryshme. Gjithashtu u mjekuan dhe 11 të sëmurë me ascit nga Ca ovari Ca kollum uteri, Ca corporis uteri, Ca hepatis, Ca mammae. Origjina tumoroze e asciteve dhe pleuriteve u vërtetua nga ekzaminimet citologjike të eksudatit. Ari radioaktiv koloidal është një substancë efektive palliative për mjekimin e pleuriteve dhe asciteve karcinomatoze. Sasija optimale e injektimit të preparatit Au198 është 50 deri në 100 mc në kavitetin pleural dhe 75-120 në kavitetin abdominal. Efektin e këtij medikamenti autori e ilustron dhe me këtë shembëll:

Sëmundja i filloi me dhimbje në pjesën e poshtëme të barkut. Kishte ascit prej marsit 1962. Në prill 1962 i u bë laparatomia eksplorative. U vu diagnoza Ca ovaris inoperabel, kishte shumë metastaza në omentum dhe peritoneum. Në periudhën postoperatore u mjekua me etimidinë dhe tiosofamid por pa efekt. Më 7 gusht 1962 intraperitoneal ju hodhën 79 cm Au198. Pacientia u përmirësua. Në 27 shtator 1962 i u bë amputacio supravaginal uteri me heqje të adneksve. Në kontrollin e kavitetit abdominal nuk u konstatuan metastaza. Me futjen intrakavitare 70-120 cm Au198 tek të sëmurët nga ana e gjakut vihet re leukopeni, limfopeni dhe rritja e numurit të neutrofileve. Futja intrakavitare e arit radioaktiv koloidal është e kundër indikuar në të sëmurët me ascite dhe pleurite që janë në gjendje terminale dhe kaheksi.

13 burime literature

DIAGNOZA KLINIKO-ROENTGENOLOGJIKE E LYNFOGRANULOMATOSËS

M. S. STARÏKOV

Onkologjia V. 1963, Nr. 10, fq. 58-64.

Në klinikën e Institutit, prej 1960 deri në 1962, u mjekuan 248 të sëmurë me lymphogranulomatozë (127 burra dhe 121 gra). Ndryshme pleuropulmonare u konstatuan në 50 të sëmurë (20%). Më shpesh kjo formë takohet në moshën nga 20-40 vjeç. Forma pleuropulmonare e lymphogranulomatosis u takua më shpesh tek femrat 22% dhe më rrallë tek meshkujt 18%. Shumica e pacientëve ishin

në stadin e tretë, të katërt të sëmundjes, për këtë ankesat që ata paraqitin ishin nga njera anë të lidhura me simptomat pulmonare dhe nga ana tjetër me gjendjen e përgjithshme të rëndë. Në të sëmurët me lymfogramulomatozë pulmonare kur bronku është shkatërruar mund të vihen re qeliza granulare. Nga ana e gjakut konstatohet leukocitoze, lymfopeni, devijimi i neutrofileve nga e majta, reaksioni i precipitacionit të eritrociteve është i shpejtuar në të gjithë pacientët. Ndryshimet roentgenologjike në pulmone gjatë lymfogramulomatozës janë të shumta por më shpesh vihen re proliferimi i indit granulomatoz në pulmone nga nyjet limfatike të radix pulmonum dhe mediastinit, pastaj vatra të shumta ndryshimi, më rrallë noduse të mëdhenj të veçuar dhe infiltrate të ngjashme me pneumoninë. Atelektaza vihet re në më shumë se 25% të të sëmurëve dhe është e lidhur si rregull me komplikacionet e më vonëshme të sëmundjes. Në roentgenodiagnostikën e kësaj sëmundje gabime mund të arrihen deri në 12%, të observacioneve.

37 burime literature

TEMPERATURA INTRAGASTRIKE NË TË SËMURËT ME ULCUS DHE Ca VENTRIKULI

I. V. VAVRIK

Voprosi Onkologii, V. 1963, Nr. 8, fq. 14-17.

Një nga metodat që kohët e fundit me përdorim të gjërë, me qëllim diagnoze të herëshme të Ca ventrikulit dhe për diagnozën diferenciale me sëmundjet e tjera të stomakut, sidomos me ulçerat është matja e temperaturës intragastrike. Matja e temperaturës, me aparat special, u bë në 18 paciente pa patologji në stomak, në 48 me ulcus ventrikuli dhe 55 me Ca ventrikuli. Nga elektrogastrogramat u konstatua se temperatura intragastrike e njerëzve të shëndoshë është 0.65 gradë më e lartë se ajo e trupit, e të sëmurëve me ulcus ventrikuli dhe duodeni 1 gradë më e lartë kurse atyre me kancer 0.8 gradë më e ulët, lëkundjet e temperaturës në pjesët e ndryshme të stomakut janë të pa konsiderueshme. Rritja e temperaturës intragastrike tek ulçerozët mund të jetë nga reaksionet vazale: loja vazomotore e ventrikulit. Lidhje të ngushtë midis lokalizimit të ulçerës dhe lëkundjeve të temperaturës intragastrike ose midis kësaj të fundit dhe aciditetit të stomakut nuk ka. Të sëmurët me anamnezë të shkurtër kanë temperaturë intragastrike më të lartë se ata me anamnezë të gjatë. Me ndihmën e elektrogastrometrisë autori ka diagnostikuar procese maligne të ventrikulit kur të dhënat klinike dhe metodat ndihmëse kanë treguar pak për to.

10 burime literature

KRITERET E INOPERABILITETIT TË KANSERIT PULMONAR

K. B. KRIMOVA, M. A. GLLADKOVA, I. A. MAKSIMOV

Voprosi Onkologii, v. 1963, Nr. 8, faqe 3-11

Letaliteti gjatë torakotomive probatore është 9.1% deri 11.4%, për këtë duke mos ulur rolin e këtyre torakotomive si etapë e fundit e diagnostikimit, në rastet e vështira duhen përdorur dhe çmuar drejtë të gjitha të dhënat kliniko-roentgenologjike. Analizat retrospektive të të dhënave roentgenokirurgjikale të 70 të sëmurëve që u është bërë torakotomia eksplorative lejojnë konkluzionet e mëposhtëme.

Inoperabiliteti i të sëmurëve mund të jetë kryesisht nga dy shkaqe:

a) Rritjes së vet tumorit në trake, vazat magjistrale mediastin, zemër.

b) Metastaza të shumta në linfo glandulat intratorakale ose përhapjes së tyre në organet e mediastinit.

Shkak më i shpeshtë i inoperabilitetit është rritja e tumorit ose dëmtimi i limfoglandulave gjatë vazave të mëdha (33 nga 70 të sëmurë). Vendi e dytë e zënë të sëmurët me rritje të tumorit ose dëmtimi i limfoglandulave trakeale dhe të bronkeve të mëdha (20 të sëmurë). Midis inoperabelve predominojnë të sëmurët me Ca central dhe me lokalizim «të lartë» të tumorit me dëmtim të bronkut kryesor të lobit të sipërm. Nga e djathta shkaku më i shpeshtë i inoperabilitetit është rritja e tumorit në bronkun kryesor deri në bifurkacionin e trakesë, duke kaluar në murin lateral dhe anterior të saj, gjithashtu në vena kava superior dhe vena pulmonalis dextra. Nga e majta inoperabiliteti me shumë varet nga përhapja në aortë. Numri më i madh i metastazave në limfoglandulat ishte nga tumorët e lobit të poshtëm të pulmonit të djathtë dhe lobit të sipërm të të majtit. Veçanërisht të rrezikshme janë metastazat paratrakeale të bifurkacionit dhe të limfoglandulave paraortale.

Çështja mbi operabilitetin e të sëmurëve me Ca pulmonum mund të zgjidhet vetëm pas analizave të kujdesëshme të të dhënave komplekse klinike dhe metodave rontgenologjike,

28 burime literature

MJEKIMI ME ETIMIDINË I FORMAVE TË AVANÇUARA TË Ca PULMONUM

M. I. VEKSLER

Onkologia, V. 1963, Nr. 8, f. 11-13

Etimidina u përdor në 15 të sëmurë me Ca pulmonum, 11 të stadit të tretë dhe 4 të stadit të katërt. Metodika e mjekimit e njëjtë me atë të instruksionit përkatës por ishte individuale dhe mvarëj nga gjendja e përgjithëshme e pacientit, reaksionit që jep preparati, gjaku, urina etj.

Në 5 nga 15 të sëmurët me Ca pulmonum pas mjekimit me etimidinë u vrejt një përmirësim klinik. Në katër prej tyre reaksioni zajaft 6 deri 11 muaj. Mbas 3-4 muajve të mbarimit të mjekimit, 5 vdiqën dhe 4 vazhdonin me dekurs të keq. Etimidina ka fenomene sekondare dhe jep neurit të nervit akustik. Këto fenomene sekondare të preparatit e kufizojnë mundësinë e përdorimit të tija.

6 burime literature

MBI DISPLAZINË FIBROZE TË KOCKAVE

M. A. BERGLEZOV

Voprosi Onkologii v. 1963, Nr 7, f. 63-71

(Instituti central i traumatologjisë dhe ortopedisë)

Problemi mbi displazinë fibroze të kockave është i lidhur ngushtë me osteodistrofitë fibroze nga grupi i të cilave ka dalë si nozologji e veçantë. Displazia fibroze e kockave: morbus Braicev — Lihtenstan ka tabillo patomorfologjike karakteristike.

V. R. Braicev dhe A. V. Rusakov mendojnë se baza e procesit patologjik është displazia e kockës në procesin e zhvillimit të sajë si embrional dhe post-natal. Autorët kanë studjuar 30 të sëmurë me displazi fibroze të kockave, nga të cilët 11 meshkuj, të tjerët femra. Moshë nga 2-50 vjeç. Në 22 të sëmurë u konstatuan forma monooseale, të tjerët polioseale. Më shumë preket regioni metaepifizar.

Ekzaminimi histologjik ju bë 24 pacientëve. Krahas formave tipike të sëmundjes takohen dhe forma të përziera p.sh. me displazinë kartilaginoze, oste-

oblastoklastomën. Në disa raste, në bazën e displazisë fibroze, zhvillohen kista me përmbajtje hemorragjike ose seroze, shkak i formimit të tyre nuk është i qartë deri më sot. Metoda më efektive e mjekimit është ajo kirurgjikale veçanërisht në forma monocoeoze dhe në fazat fillestare të zhvillimit të procesit patolojik.

31 burime literature

ROENTGENOKINEMATOGRAFIA NË STUDIMIN E PNEUMORELIEFIT TË EZOFAGUT NË KANSEK

L. E. KEVSH

Onkologjia v. 1963, Nr. 7, f. 52-56

Autorët kanë bërë 200 ekzaminime roentgenokinematografike të ezofagut duke i vënë vehtes për qëllim të tregojnë vetëm njerin nga avantazhet e metodës dhe pikërisht mundësinë e studimit të pneumoreliefit të ezofagut. Kur pacienti qëndron në këmbë në çdo gjëllitje kalon në ezofag një sasi ajri zakonisht të mjaftueshëm për lindjen e tablosë së pneumoreliefit. Në ato raste kur sasia e ajrit që kalon në ezofag është e pa mjaftueshme i propozohet të sëmurit të pijë dy tre gjëllëna për njëherë. Kalimi i kontrastit në ezofag ndahet në disa faza. Faza e parë është faza e mbushjes së «dëndur» të organit me barium. Me një herë mbas substancës kontraste në ezofag lëviz shtylla e ajrit e cila së bashku me shtresën e hollë të bariumit që mbetet në murin e ezofagut formojnë fazën e dytë e cila është ajo e pneumoreliefit. Faza e tretë është e pakësimit jo të plotë të lumenit të ezofagut, më së fundi faza e pakësimit të plotë të lumenit të ezofagut. Analiza e pneumoreliefit nuk qëndron vetëm në evidencimin e ndryshimeve minimale morfologjike dhe funksionale të ezofagut por dhe në diagnozën diferenciale të tij, bëhet e mundur të përcaktohet shtrirja e tumorit që ka rëndësi si për roentgenologun dhe për kirurgun. Veçanërisht e vështirë është nganjherë të përcaktohen kufijtë e tumorit në të sëmurët që kanë stenozë të theksuar të ezofagut, faza e pneumoreliefit është vendimtarja në këto raste. Studimi i pneumoreliefit ka rëndësi dhe për diagnostikimin e hershëm të recidivave.

Roentgenokinematografia na ndihmon në studimin e gjëndjes së kultit dhe anastomozës së tij me stomakun ose zorrën në rastet operatorë, na ndihmon në diagnozën diferenciale midis ngushtimit cikatricial të anastomozës dhe stenozës nga recidiva e tumorit. Rëndësija e madhe e roentgenokinematografisë qëndron pikërisht në faktin se ajo të jep mundësinë të studjosh ndryshimet patolojike të ezofagut në të gjitha çfaqjet multiforme morfologjike dhe funksionale.

11 burime literature

KOMBINIMI I HORMONO-KIMIOTERAPISË DHE I ROENTGENOTERAPISË NË TË SËMURËT ME Ca MAMMAE TAVANCUAR

L. JU. DIMARSKI, V. M. DILMAN, L. I. ZALESKAJA, M. A. ZIV. E. A. BOGNEBOV, M. V. PAVLLOVA

Instituti onkologjisë A.M.N. Leningrad Onkologjia, 1963, 7, 44-51.

Mjekimi i të sëmurëve me forma infiltrative të Ca mammae me tumore të konsiderueshëm lokale dhe regionale është detyrë e vështirë. Prej vitit 1957-1961 në institutin e onkologjisë A.M.N. Leningrad janë mjekuar 76 të sëmurë me forma infiltrativo-linfangjitive dhe edematoze të Ca mammae që nuk i janë nënshtruar mjekimit të zakonshëm operativ rezor. Grupi i parë i të sëmurëve (34 pacientë nga 29-52 vjeç) ndodheshin në periudhën reprodutive ose në fa-

zën fillestare të klimaksit, pas ovarektomisë bilaterale u bë androgenoterapia dhe glikokortikoidet, me qëllim neutralizimi të efektit estrogen dhe pakësimit të sekretit të surenaleve, pastaj kimioterapia (tio-tef) dhe roentgenoterapia. Ky mjekim në 21 të sëmurë me forma infiltrativo-lymfangitike dha në tre efekt, remision nga 6 deri 36 muaj, kurse në format inflamatore dhe erisipeloidë mjekimi në 13 të sëmurë dha efekt vetëm në tre dhe remisionet ishin nga 3 në 12 muaj. Në grupin e dytë (13 gra) ishin pacientë që gjëndeshin gjithashtu në periudhën reprodutivë dhe në fazat fillestare të klimaksit. U bë mjekimi analogjik veçse në vend të ovarektomisë u bë kastracioni rezor, në të tilla raste nuk përdoren glikokortikoidet. Moshë e pacientëve nga 35-52 vjeç. Rezultatet më të këqija se në të sëmurët që kishin bërë ovarektomi. Grupi i tretë (29 gra) ndodheshin në menopauzë prej 5 e më shumë vjetësh. Moshë prej 55-70 vjeç. Këto paciente u mjekuan me estrogene. Remisioni u konstatua në 21 nga 29 pacientë.

Është e domosdoshme analiza e ndryshimeve në sistemin retikuloendotelial dhe reaktivitetit të indeve në procesin e mjekimit. Kjo është e rëndësishme në veçanti për korigjimin e mjekimit duke përmblodhur atë rezor dhe kimioterapeutik.

26 burime literature
Z. Matathia

EFEKTI TERAPEUTIK I PËRDORIMIT TË HEPARINËS TEK TË SËMURËT ME TROMBOZË TË VENËS CENTRALE TË RETINËS

(Vest, oft. 1963, Nr. 2, faq. 66-71) Liscin.

Autori i artikullit përdori heparinën në 23 të sëmurë me trombozë të venës centrale të retinës. Qëllimi i autorit ishte të përcaktonte efektin e këtij preparati, të përpunonte metodikën e mjekimit dhe dozën e mundëshme. Ai përdori heparinë të firmës Rihter-Hungaria. Preparati u përdor subkutan në 11 raste nga 2 ml. 3 herë në ditë; intra muskularë në 6 raste nga 2 ml. 3 herë në ditë dhe në 4 raste heparina u përdor intravenoz nga 1,5 ml. 2 herë në ditë dhe intramuskular 2 ml. 2 herë në ditë. Mjekimi vazhdoi 10-15 ditë.

Të gjithë të sëmurët përpara mjekimit me heparinë ju nënshtruan vizitës së hollësishme nga terapisti, ju bë analizë e urinës dhe radiografia e pulmoneve. Një rëndësi e veçantë lu kushtua analizës së gjakut ku u përcaktua numri i trombocideve, indeksi i protrombinës, shpejtësia e kuagulimit të gjakut, aktiviteti fibrinolitik etj. Çdo ditë kontrollohej koha e kuagulacionit të gjakut dhe urina për eritrocidet. Në ditën e 7-8 të mjekimit të sëmurëve ju kontrollohej numri i trombocideve.

Në 17 të sëmurë ku ishte e mundur oftalmoskopia u arritën këto rezultate mbas mbarimit të kurës: Në 14 raste u vu re përmirësim i theksuar në tabllon oftalmoskopike (u zvoglua mjaft turbullimi i retinës rreth diskut të nervit optik dhe në regjionin makular; gjithashtu në mënyrë të konsiderueshme u pakësua numri i vatrave hemoragjike), kurse në 3 të tjerët nuk u vu re ndonji përmirësim i dukshëm. Mprehtësia e pamjes nga të 23 të sëmurët në gjashtë rabeti e pa ndryshuar, ndërsa në 15 të tjerë u rrit (në 3 të sëmurë nga 0,01 në 0,05; në 8 të sëmurë nga disa të qinda në 0,2-0,6; në 4 të sëmurë 0,1 - 0,4 në 0,5 - 0,8. Në 2 të sëmurët e tjerë u vu re se mprehtësia e pamjes u ulë mbas mjekimit me heparinë nga 0,01 - 0,02 deri në perceptision dhe projektion luminoz.

Në këtë mënyrë mbas mjekimit u vunë re përmirësime të dukshme në mprehtësinë e pamjes. Përmirësime të dukshme u vunë re dhe në fushën optike.

VEREMENKO K.N., PURIK P. V.

Vest. Oft. 1963, Nr. 1, f. 33-39

I pari që përdori në klinikë fermentet për shërimin e shumë sëmundjeve okulistike ishte Innerfield. Ky autor përdori trepsinën në mjekimin e 538 të sëmurëve të ndryshëm nga të cilët 12 me trombozë të venës centrale të retinës. Tripsina u përdor në sasi 10 ml. e shkërrirë në 100 ml. serum fiziologjik steril intravenoz me shpejtësi jo më shumë se 30 pika në 1 minut. Preparati u përdor në këtë mënyrë, 2 herë në ditë për 3-7 ditë. Në 10 të sëmurë rezultati ishte mjaft i mirë; fusha vizive u zgjerua, edema retinale u ul në mënyrë të theksuar, u normalizua sistemi i qarkullimit të gjakut në vazat retinale.

Më 1953 Hopon e përdori trepsinën në mjekimin e shumë sëmundjeve akute, ku përdorimi i kortizonit nuk dha efekt. Ky autor e përdori trepsinën si intravenoz, ashtu edhe intramuskular, por rezultatet më të mira u arritën nga përdorimi intravenoz.

Okulistët çek Zverak dhe Khma (1958) e përdorën trepsinën intravenoz në 97 të sëmurë. Nga të 40 të sëmurët me trombozë të venës centrale të retinës në 28 (70%) rezultatet e mjekimit ishin mjaft të mira (pati një mbritje të theksuar të mprehtësisë së pamjes, në 6 të sëmurë (15%) u vu re përmirësim i gjendjeve intrabulare (arterioskleroze, trauma, miopia-alta) në 5 u vu re përmirësimi i dukshëm, në 7 përmirësim i vogël, kurse në 3 të sëmurë nuk u vu re asnjë përmirësim. Nga të 18 të sëmurët me iridociklide, 15 prej tyre u shëruan, kurse 3 u përmirësuan.

Liegl (1958) përdori trepsinën në 61 të sëmurë të ndryshëm në formë subkonjunktivale (5 mg. duke shtuar 0,5 ml. Novocain 4%); në odën anteriore (2 mg në 0,2 ml. novocainë 4%); intramuskulare (4 mg. me 4% solucion novocainë) dhe në formë kupe 2-3 herë në ditë nga 20-30' minuta. Rezultatet më të mira autori i pati nga mjekimi, me kupë (venduzë).

Gjatë 4 vjetëve të fundit fermentet proteolitike (në fillim L—kimiotrepsina dhe pastaj trepsina) u përdorën për shkërrirjen e lig. zinnii gjatë ekstraksionit të kataraktit.

Baraker (1958) përdori L — kimiotrepsinën për efekte të zonulolizës në 276 të sëmurë. Në bazë të observimeve klinike ai erdhi në konkluzion që për 2 minuta L — kimiotrepsina shkërrir lig. zinnii dhe kjo lehtëson ekstraksionin në kapsulë të kataraktit. Komplikacionet si ngadalësimin në riformimin e odës anteriore, prolapsi i vitrozit dhe i irisit, keratite të ndryshme etj. autori i spiegon si rezultat i gabimeve teknike gjatë operacionit dhe jo si rezultat i veprimit negativ të fermentit.

Autorë të tjerë si Remky (1958) dhe Walser (1958) vunë në dukje se koha e zonulolizës është në proporcion të drejtë me moshën e të sëmurit (zonuloliza mund të zgjasë nga 2 deri në 10 minuta). Këta autorë theksuan se prolapsi i vitrozit më i theksuar se sa në mënyrën e zakonëshme spiegohet për shkak të çarjes të membranës arteriale të vitrozit të shkaktuar nga përdorimi i fermentit.

Robschneider (1959) gjithashtu ven në dukje se prolapsi i vitrozit dhe ngadalësimi në adaptimin e shpejtë të plagës është rezultat i veprimit të fermentit trepsina. Të dhëna histologjike me përdorimin e mikroskopit elektronik treguan sipas Leig (1960) se fermenti brenda 10-15 minutave shkatërron plotësisht lig. Zinnii, ndërsa indet e tjera të syrit nuk pësojnë leziona.

Në literaturën oftalmologjike ka të dhëna të shumta mbi përdorimin e hialuronidazës (lidaza etj.) për mjekimin e shumë sëmundjeve të ndryshme okulistike. Djudina (1957) me sukses përdori për mjekimin e trakomës përzierje të barabarta etazoli me ronidazëm. Përzierja u përdor në formë pluhuri në sakun konjunktival dhe mbas 5-10 minutave bëhet masazh, Koha e mjekimit u shkurtua në 2-6 muaj. Këto preparate janë përdorur gjerësisht dhe nga autorë të tjerë me rezultate të kënaqëshme.

Prof. D. I. BEREZINSKAJA

Vest. oft. 1963, Nr. 2, f. 3-6

Klinika e profesor Berezinskaia nga fundi i vitit 1959 përpunoi metodën e vetë të operacionit, e cila përmbledhet në rezekcionin e pjesëshëm të sklerës, qepjen edhe invaginimin e saj. Përshkrimi i interventit sipas kësaj klinike është paraqitur i plotë në revistë.

Malbran dhe Dodds (1961) kanë të drejtë kur flasin që para se me folë për efektin e këtij ose atij lloji interventi duhet patur parasysh rastet konkrete (sa i komplikuar është), prandaj autori ynë për të studjuar efikasitetin e interveneteve të ndryshme ka ndarë të sëmurët me ablacione retinale në tre grupe: grupin e parë e përbëjnë të sëmurët me ablacione retinale të pa komplikuar. Këto mund të jenë a) ablacionet e lëvizëshme, të cilat kanë tendencë për ngjitje mbas regjimit të shtratit brenda 5-7 ditëve); b) ablacionet me një perforacion ose me shkëputje të vogla nga ora serrata; c) ablacionet me shumë perforacione të vogla në vendin e degjeneracionit kistoz, i cili çfaqet më shpesh në pjesën superotemporale të fundus okulit; d) ablacionet me perforacioni i cili plotësisht ose gati plotësisht është i mbuluar me kllap, prej të cilit ablacioni duket sikur ka formën fisure, drapëri ose patkoi. Grupin e dytë e përbëjnë ablacionet me komplikacione të rënda (me çkollitje totale ose po thuajse totale të retinës). Në këto raste retina është rigjide dhe nuk vendoset në vend edhe në qoftë se i sëmurë i nënshtrohet për një kohë të gjatë regjimit të shtratit. Kjo ndodh: a) Në ablacionet me çarje kllape të madhe me çvendosje të kllapës në korpusin vitroz; b) ablacione jo të rregullta me buzë të kthyer; c) Në ablacionet me shumë perforacion të vendosura në sektorë të ndryshëm të retinës; d) Në ablacionet që i përkasin syve me miopia alta, me korioretinitë dhe turbullime të vitrozit; e) në rastet e afakisë; f) në rastet recidivante ku më parë është kryer diatermo-koagulacioni i sklerës. Grupin e tretë e përbëjnë të sëmurët me ablacione shumë të rënda. Në këta të sëmurë vihet re: a) stricë të theksuara të retinës së çkollitur, që kanë lindur si rezultat i aderencave në korpusin vitroz mbas perforacioneve të bulbit ose mbas heqjes së trupave të huaj intraokular etj.; b) turbullim i korpusit vitroz, i cili pengon lokalizimin e perforacioneve retinale, pas uveiteve (synekitë posteriore, turbullimi i korpusit vitroz etj.); c) çkëputje të retinës nga ora serrata në teritor të madh etj.

Nga 230 operacione, diatermo koagulacioni i sklerës është kryer në 176 raste. Rezultati pozitiv u arrit në 126 të sëmurë (71,6%) Recidive u dukën në 10 të sëmurë. Në vitet e para diatermo koagulacioni është përdorur në të gjitha rastet pa marrë parasysh vështirësinë e rastit.

Nga 62 të sëmurët e grupit të parë, të cilët ju nënshtruan diatermo koagulacionit demarkus të sklerës me diatermo punkcion të saj, ngjitje e plotë e retinës, u duk në 60 raste. Në dy të sëmurë si rezultat i prishjes së regjimit të shtratit në ditën e 12 dhe të 16 u vu re recidiv i ablacionit të retinës. Nga 66 të sëmurët e grupit të dytë pas diatermo koagulacionit retina u ngjit në 47 raste (71%), ndërsa në 48 të sëmurët e grupit të tretë pas diatermo koagulacionit retina u ngjit vetëm në 19 raste (40%).

Këto të dhëna flasin kjojtë se në rastet jo të komplikuar të ablacioneve retinale mund të kufizohemi vetëm me diatermo koagulacionin e sklerës. Në rastet e vështira dhe shumë të vështira duhet kërkuar rrugë të reja për rezultate më të mira.

Të tilla operacione autori i ynë ka kryer në 54 të sëmurë nga të cilat në 17 raste është bërë rezekcioni lamelar i sklerozës, në 2 raste është kryer futja e sklerës brenda me qepjen e tubës prej polietileni, ndërsa në 35 raste u bë sipas metodës të rekomanduar nga ky autor dhe të përshkruar në fillim (qepja e sklerës dhe invaginimi i saj).

Rezekcioni lamelar i sklerës me qepjen e saj dha rezultat pozitiv në 10 raste nga të 17, retina nuk u ngjit në 4 raste dhe u ngjit pjesërisht në 3 raste. Sipas mendimit të autorit rastet me ngjitje të pjesëshme të retinës duhet quajtur negative, pse ato shpejt kalojnë në ablacion total.

Pas rezekcionit lamelar të sklerës retina u ngrit në 4 raste me shumë perforcion nga 5, mbas recidivave ku më parë ishte bërë diatermo koagulacioni sklerës në 2 raste nga 5, në raste me aderenca në corpusin vitroz u ngjit në 2 raste nga 3, në rastet afake u ngjit në 1 të sëmurë. Në rastet me çvendosje të madhe të retinës ajo nuk u ngjit.

Pas operacionit të qepjes së tubës prej polietileni retina u ngjit në një rast, në tjetrin jo.

Kohët e fundit ky autor në këto raste injekton pak ajër në vitroz disa ditë para operacionit. Si rezultat i ajrit vihet re një çpalosje e retinës, e cila më parë ishte grysur dhe e palosur. Pas kësaj bëhet diatermo-koagulacioni sklerës jo të çkëputur, po i asajë që qëndron në vend, dhe në këtë mënyrë ruhet një pjesë e pamjes periferike.

S. Sinoimeri

XERODERMA PIGMENTOSUM ME NDRYSHIME MALINJE TRAJTUAR ME EXCIZION DHE PLASTIKE.

HSU CHI HO dhe WU PO-KANG

Chin Mod. Jour. 1963, Nr. 2, f. 763-765

Xeroderma pigmentosa shkaktohet nga hypersensibiliteti i lëkurës ndaj rrezeve ultraviolet diellore. Ky hypersensibilitet transmetohet edhe në femini që e tregojnë qysh në moshë të njomë me njolla të verdha ose eritemë posa ekspozohen në diell dhe duken më tepër në kokë, fytyrë, qafë dhe pjesët e zbuluara të anësive. Këto shenja mund të zhduken në dimër dhe në këtë rast mbeten njolla atrofike të depigmentuara, por në rast të zhvillimit të sëmundjes, kjo çfaqet me keratozë dhe ulceracion që shpesh në degjenerim malinje dhe infektim sekondar. Në këta raste, femijët vdesin përpara se të arrijnë moshën e pjekurisë. Në rastet e lehta, mjafton evitimi i ekspozimit në diell duke i mbajtur femijët në shtëpi ose, në rast se është e domosdoshme të dalin jashtë shtëpisë, të përdorin çadra kapela kashte, doreza të gjëra për t'u mbrojtur nga efektet dëmtoese të rrezeve të diellit. Në raste malinje përdoret ekcizimi dhe plastika me lëkurë të shëndoshë si kanë bërë autorët në një vajzë 10 vjeçare që paraqiste qysh në 1960, shndërrim të aerodermës në karcinomë bazocelulare të hundës dhe ulceracion në të dy faqet. Kësaj pacjenteje me prind të shëndoshë por me një motër të vdekur prej ca të hundës, i u çfaqën njolla qysh kur ishte motake, ma vonë pigmentim në moshë tre vjeçare mbas ekspozimit në diell dhe lëkura e pjesëve të zbuluara u bë e thatë dhe me skuama të shumta. Asnjë përmirësim nuk pati me krema të ndryshme. Njollat erdhën gjithnji duke u shtuar dhe ulceracionet në fillim të vogla u zmadhuan dari sa u zhvillua edhe një ca i vërtetuar mikroskopikisht për bazocelulare.

Autorët përshkruajnë se simbas ekcizionit të karcinomes dhe një seri operacionesh të ma vonëshme për të hequr ulceracionet, të gjitha këto të mbuluara me lëkurë të shëndoshë të marrë prej regjionesh të ndryshme (sopraclaviculare, abdominal etj.) pacientja u shërua dhe e tillë qëndroi mbas tre vjetësh që u mbajt nën kontroll.

REZULTATET E PARA TË PËRDORIMIT TË A.E.O.B.

M. DUGOIS dhe L. COLOMB

Bulet. Soc. Franc. de Derm et Syfil 1963, Nr. 1 fq.

Duke qënë se A.E.O.B. ose N_1N_1 anhydrobis (B hydroxyéthyl) biguanide HCL) është përdorur prej kohësh me rezultate të mira në infekcionin gripal të tipit A.B.; autorët e kanë eksperimentuar edhe në 70 raste dermatozash virale dhe pikërisht 16 raste herpes zoster, 15 raste plantares, 7 verrucae vulgaris, 5 aftoze, 2 raste vegetacionesh veneriane, 2 papiloma të fytyrës, 2 urethritis viralis, 1 ba-

lanitis Berdall dhe Baltai dhe në fundi në një rast dermatitis continua Hallopeau. Ky medikament është përdorur prej autorësh në periudha të ndryshme të evolucionit të këtyre rasteve, në gfaqjen e hershme të tyre ose vonë, mbas dështimit të terapisë klinike.

Pacientët me këta raste kanë marrë nga 6 tableta A.B.O.B. (nga 100 mg) në ditë në tre ndarje, për një periudhë 8-15 ditësh me diarre dhe gastralgji janë vërejtur vetëm në një rast në të cilin u pezullua kura. Në një grua që kishte herpes zoster bullosa dhe një hepatitis viralis, medikamenti përkundrazi u pranua mirë.

Përfundimet që kanë patur autorët me përdorimin e A.B.O.B. janë: 1. Për herpes zoster 5 përfundime të mira (në rastet që u diagnostikuan me njëherë, që nuk ishin shtruar dhe nuk ishin trajtuar me medikamente të tjerë), 2 përfundime të mesme, 1 jo i qartë dhe 8 dështime.

2. Për herpes recidivans, në 15 raste: 5 përfundime të mira, 3 të mesme, 5 të dobta dhe 2 dështime.

3. Për herpes acutus në 7 raste të kuruar 2 patën rezultate shumë të mira me shërim të plotë në 3-4 ditë me zhdukje të adenopatisë.

4. Në 5 raste aftose, përfundim shumë i mirë me mungesë recidivash pas 15 muajsh në 1 rast dhe në një tjetër rezultat gjithashtu shumë të mirë me zhdukje të pussë-vet që përsëriteshin zakonisht çdo 10-12 ditë.

5. Verrucae-të si planae, vulgare dhe plantare nuk dhanë përfundime të kënaqshme. Gjithashtu në një rast balanit Berdall dhe Baltai si dhe në 2 raste papilomash të fytyrës dhe të qafës nuk u dukën rezultate të kënaqshme. Përkundrazi rasti i vetëm me acrodermatitis Hallopeau pati përfundim shumë të mirë pse në 12 ditë kurimi me 3 tableta ditën u shërua krejtësisht dhe kjo është shumë interesant pëse në këtë sëmundje nuk ka ndonjë terapi të vlefshme.

Përfundimist A.B.O.B. jep rezultate të mira në herpes zoster kur diagnostikohet shpejt dhe në herpes acutus që paraqitet me poussë të shpeshta.

TRAJTIMI I TRICHOMONIASIS VAGJINALIS ME METRANIDAZOLE

H. C. HESSELTINE, YVES LEFEBVRE

J.A.M.A. 1963/ Nr. 13, fq. 1011-1013

Trichomoniasis vaginalis është një sëmundje e njohur mirë prej dermatologëve dhe gjinokologëve sidomos për vështirësitë e mëdha që paraqet në shërimin e saj të plotë.

Të panumruta janë medikamentet të përdorura për kurimin e kësaj sëmundje — acide, alkaline, lipëra, mjete ngjyrore, antibiotikë të ndryshëm etj. sidomos gjatë 3 dekadëve të fundit. Por në një periudhë rreth 3 vjetësh është konfirmuar në mënyrë të padiskutueshme se sa i efektshëm është metranidazoli në kurimin e kësaj sëmundje siç kanë treguar punimet e Durel dhe Durel e shokë, Watt Watt dhe Jenison, Willcox Jones e shokë dhe të tjerë të cilët pa përjashtim pohojnë karakterin specifik të këtij medikamenti ndaj infektimit Trichomonial.

Autorët paraqesin të dhënat e tyre përsa i përket përdorimit të Metranidazolit (Flagul) si një mjet terapeutik në këtë drejtim. Ata kanë kuruar 300 pacientë prej të cilëve 203 janë shëruar krejtësisht pas një kure të vetme (1 tablet 250 mg. 3 herë ditën gjatë ushqimit për 10 ditë rresht); 11 pacientë u shëruan pas dy kurash të tilla, 5 pas tri kurash dhe 5 të tjerë mbetën si portatore megjithëse të shëruar prej të gjitha simptomave klinike. U mjekuan vetëm ata raste që mbas ekzaminimit laboratorik (përgjithësisht të sekrecionit), rezultuan pozitiv. Ndër burrat u mjekua vetëm një që rezultoi pozitiv.

Me dozat e paltpërmendura autorët nuk konstatuan komplikacione neurologjike ose urinare por vetëm ndryshime të përkohëshme në numrin e ruzave të bardha të gjakut. Të kontërrindikuar e konsideroim autorët përdorimin e kësaj terapie gjatë shtatëzetësisht megjithëse ende nuk ka të dhëna për dëmtime fetale nga Metranidazoli.

HARRY B. BLUMENFELD, M. D., STANLEY K. KAPLAN MD, DAVID,
M. MILLA MD, dhe GLEM M. CLARK ND.

Jama 1963, Nr. 8, f. 667-669.

Në këto vjetët e fundit bëhet gjithënjë më e qartë rëndësia e faktorëve trashigues në lupus erytematosus. Ky pohim gjen mbështetjet në konstatime të lupus erythematosus sistematik në binjakë monozigod. Raste të këtylla të dokumentuara mirë janë përshkruar prej autorësh të ndryshëm si Davis Guttridge (1951), Maggengals dhe Burgesson (1958), von Gruenhagen, Steagall etj. Po kështu edhe autorët përshkruajnë një rast me lupus erythematosus në binjakë neger monozigodid.

Është interesant të nënvizohet se hypergammaglobulinemia, reaksioni pozitiv për sifiliz, crregullime të provave funksionale të heparit dhe prezenca e faktorëve antinukleare janë konstatuar gjithashtu në një numër të mjaftueshëm të familjarëve (asimptomatik) të të sëmurëve që vëjnë prej sëmundjeve kolagjene.

Rastet e përshkruara prej autorëve (që të dyja femra), janë mjekuar kryesisht me prednizolon në doza fillestare të mëdha dhe tashmë në gjendje remisioni. Mbahen njera me një dozë ditore prej 15 mg dhe tjetra me një dozë ditore prej 40 mg.

Simbas autorëve, të dhënat laboratorike të familjarëve të këtyre dy rasteve, lenë të dyshohet për mundësinë e faktorëve gjenetike ose për një prirje familjare në zhvillimin e këtyre sëmundjeve enigmatike.

REZULTATET E VONËSHME TË MJEKIMIT TË QEREVE ME GRISEOFULVINË

CL. HURIEZ, P. AGACHE

Bull. Soc. Franc. de Derm. et Syph. 1963, Nr. 1, f. 70-73

Duke parë rezultatet e ndryshme që shumë autorë kanë dhënë përsa i përket kohës në të cilën shërohen qeret me griseofulvine, posologjisë së kësaj dhe shkaqve të recidivave, autorët kanë studjuar evidencimet e 190 pacientëve me dermatomikoza të shtruar në Klinikën Dermatologjike të Lilla-s, të kuruar me griseofulvine dhe të kontrolluar mbas 6 muajsh shërimi.

Ky grup pacientësh ishte i përbërë prej meshkujsh 58/100, femrash 42/100, me 121 raste mikrosporje (vetëm një *Microsporon Audouini*, të tjerët *Microsporon lanosum*, 60 raste favus dhe 9 *Trichofiti* *Trychophyton violaceum*). U kuruan me dozë mesatare 20 mgr. për kgr. peshë, ndonjë herë më të rrallë, me dozë më të ulët por më shpesh me dozë më të lartë — edhe me 40 mgr. për Kgr. peshë S. d. m. në fëmijët. Zgjatja mesatare e kurimit që 43 ditë dhe mjekimi lokal konsistonte në lyerje me iodë 1% dhe qethje e përjavëshme. Materiali skuama dhe floke) u ekzaminua në llambën Wood mbas të 15-es ditë të kurimit dhe u përsërit më vonë dy herë në javë. U konsideruan të shëruar pacientët, që patën rezultate negative për tri herë rresht.

Shërimi u konstatua në 125 raste, në një kontroll që u bë mbas 6 muajsh.

Efekte anësore: ekzaminime morbilliforme që u zhduk në 48 orë dhe një erupcion bulloz pozitiv me test të grizofulvinës.

Koha e negativizimit (intervall prej dhenies së grizvinës dhe datës të të parit negativizim nga të tre kontrollët e njëpasnjëshme që vërtetojnë shërimin që ma pak se një muaj në 50%, të mikrosporive dhe 34% të favus-ve. Më 15 ditë të tjera shtese, 25% të mikrosporive dhe 50% të favus-ve u negativizuan. Vetëm për një numër të vogël rastesh u desh një zgjatje kurimi mbi 2 muaj.

Duke pranuar se rritja e flokut bëhet nga 0.30 deri 0.35 mm. në ditë, zgjatja mesatare e kurimit prej 33 ditësh korespondon me kohën e rritjes të flokut rihatas.

Shërimi i qereve me grizovervinë duhet bërë të paktën për një muaj, disa herë edhe gjathtë javë. Në 15% të rasteve mjekimi duhet zgjatuar për ma tepër se gjathtë javë.

Sipas këtyre autorëve, me mjekimin me grizovervinë fitohet kohë për favusin që me radio-terapi kërkon një periudhë shërimi ma tepër se 2 muaj, ndërsa për mikrosporine nuk shihet një ndryshim i tillë. Gjithashtu dhe zgjatja e infektimit dhe e izolimit të qereve të tjera (përveç trikofiteve) nuk asht ndryshuar as me qethjen e përjavëshme.

Përsa i përket recidiveve ata kanë qenë 12 në 190 raste (6.3%) nga të cilat 11 shkaktoar nga ambjenti familjar i infektuar. Ata kanë qenë ma të larta në favus (11.7%) se sa në mikrosporite (3.3%).

Recidivat që në (2 raste 7 favus dhe 5 mikrospori) u dukën mbas 6 muajsh, u shëruan me një kurë të re me grizovervinë me posologji të njëjtë dhe në një kohë mesatarisht prej 39 ditësh.

CANDIDOSIS INTRAOCULARIS

P. RIMBAUD, J. A. RIOUX, L. BEULADE

Bull. Soc. Franc. de Derm et Syphil 1963, Nr. 1, fq. 55-56
(KONSIDERATA KLINIKE DHE EKSPERIMENTALE)

Autorët kanë konstatuar rastësisht një kandidozë intraokulare, kanë shfletësuar literaturën përkatëse dhe kanë gjetur vetëm 4 raste pothuaj identike me atë të tyre. Përveç kësaj ata kanë studjuar kandidozën eksperimentale tek lepuri dhe kanë konstatuar se 80% të këtyre kafshëve të inokuluara, paraqitshin qysh të katërtën ose të pestën ditë, lezione okulare që shpesh shërroheshin me amphotericine B.

Duke u nisur nga këto të dhëna, ata nënvizojnë rëndësinë e këtij lokalizimi të veçantë të *Candida albicans*, gjë që shpesh nuk i bie në sy mjekut sidomos gjatë gjendjeve infektive që për një kohë të gjatë janë mjekuar me antibiotikë.

KURIMI I ERYTHRASMA-S ME STEARATE ERYTHROMYCIN

M. CH. GRUPPER

Idem fq. 67-69.

Dhëet se pothuaj të gjitha traktatet e dermatologjisë japin një përshkrim të njëjtë dhe patognomonik të erythrasma-s duke theksuar vështirësitë e venies në dukje të shkaktarit për të cilin herë herë thonë se është *Microsporon minutissimum*, herë herë *Nocardia minutissima* ose *Sporotrichum minutissimum* dhe tash së fundi *Actinomyces minutissimus*. Me gjithë këto pikëpamje, shumica e dermatologëve e konsideronte erythrasma-n si një dermatomikozë dhe si të tillë e kuronte me mjekime antifungike. Mirëpo tash së fundi, studimet e I. Arkany, D. Taplin dhe H. Elank kanë treguar se shkaktari i erythrasma-s është një bacil difteroidë i gjinisë *Coronobacterium*. Këtë, ata e kanë vërtetuar me anë të ekzaminimit direkt, të kulturave me ekzaminimin në mikroskop elektronik dhe me anë të skuamave të erythrasmes. Si rrjedhim të këtyre konstatimeve autorët e përmendur kanë përcaktuar se kjo sëmundje duhet kuruar me erithromicinë. Duke u nisur nga këto të dhëna, M. Ch. Grupper ka kuruar me stearate erythromicinë 25 raste, 21 meshkuj dhe 4 femra me moshë nga 18 në 54 vjeç, me vjeçësi sëmundje nga 3 muaj në 8 vjet dhe me lokalizim të dermatozës në regionin inguinal.

Këto pacientë kanë marrë 2 ose 3 kurë stearat eritromicinë në dozë ditore një gram (5 tableta nga 0.20) për 5 ditë të bashkuar ose jo me vitamin B1 kompleks dhe pa kura lokale. Në fund të kurës së parë 5 ditore, të 7-tën ditë, janë kontrolluar edhe në llambën Viid dhe në rast përqëndrimi lezionesh, iu dha një kurë e dytë pesëditorëshe dhe më rrallë edhe një kurë e tretë prapë pesëditorëshe gjithnjë me stearat eritromicinë.

Përfundimet: 16 raste shëruar mbas një kure. Prej këtyre 3 kanë recidivuar pas 3, 5, 8 javësh përkatësisht dhe janë shëruar pas një kure të dytë 5 ose 10 ditorese me erythromicinë. 7 raste janë shëruar mbas dy kurash. Dy të fundit shëruar mbas 3 kurash.

Përsa i përket efekteve anësore këto janë çfaqur vetëm me diarre po jo në mënyrë të tillë sa që të ndërpritesh kura.

Sh. Basha

SHTIMI I PESHËS NË TË SËMURËT GERIATRIKË

P. C. JOHNSON

Symposium on anabolic therapy. Detroit (USA) March 21

Në një studim mbi 49 gra të sëmura nga pleqëria (geriatri) dhe 16 të shëndoshë por fizikisht të dobët (8 burra 2 gra) Johnson bëri krat asimlin lidhur me veprimin e preparatit protido-anabolik të fenilpropionatit de nadrolon (Duraboline) me atë të dekanoat de nadrolon (decaduraboline). Të 49 të sëmurët u vunë nën një regjim prej 1600 kalori, kurse vullnetarët mvarën 1400 kalori në ditë. Çdo fund jave, me qëllim për të kontrolluar komplikacionet anësore që eventua- list mund të jipte preparati. Në fakt u konstatua se të dy preparatet i përgjigjen ekzigjencave që mund të kërkohen nga një anabolizues. Me një ushqim mesatar (adekuat) veprimi i një injeksioni Duraboline dhe respektikivisht të De- ka-durabolinit rraftoi për të dhënë një ritje në peshë gjatë 1 dhe 3 javëve. Sim- toma sekondare nuk u vunë re, gjithashtu nuk u konstatua asnjë influencë ne- gative në hepar ose mbi shenjat e virilizmit.

MJEKIMI I SËMUNDJEVE MUSKULARE ME STEROIDE ANABOLIKE

(Eksperimente klinike)

HANTCHMANÑ N., MATZELT D. et coll. Dotsch. Med. Weschr. 1962, 87, 2626-2634

Është vështirë të flitet për rezultatet e arritura në mjekimin e sëmundjeve muskulare për arsye se ato shihen rrallë e kanë një karakter të zgjatur. Gjith- ashtu dihet se aftësitë e pakta muskulare që mbeten shkojnë duke u dobësuar vazhdimisht nga qëndrimi i zgjatur i regjimit të shtratit. Gjithashtu ndodh që rezultatet e një mjekimi fshihen nga gjimnastika mjekësore, me një fjalë është vështirë të përcaktohet objektivist aktiviteti muskular. Megjithatë mund të da- llojmë kurdoherë testet më pak objektive nga ato më shumë objektive.

Metodat që kanë dhënë provat e tyre janë ajo e ndarjes së rasteve si mbas gradave të dobësisë muskulare, kohës së dhënë nga disa performanca muskulare, simbas masës së këndeve që mund të formojnë 2 segmentet adjacente të trupit gjatë një sforcjeje muskulare në maksimum, simbas riprodhimit fotografik të lëvizjeve.

Duke patur parasysh të gjitha këto vështirësi u egzaminua dhe u kurua një grup prej 54 të sëmurësh. Nga këta 25 ishin me distrofi muskulare progresi- ve, 11 me miopati primitive (distrophie musculaire du climatère, myosite oculaire ecc. myopati atipike), 10 raste ishin me sklerozë laterale amiotrofike, 2 me atrofi muskulare mielopastike të karakterit familjar dhe 10 miastenit të rënda pseudo- paralitike.

Çdo i sëmurë mer 50 mg. në javë të ckanonit të 19-nortestosteron ose të fenipropionatit të 19-nortesteron injektabel intramuskular. Në disa raste 10 mg. të metilttestosteronit u dhanë për os çdo ditë.

Si rezultat në të gjithë të sëmurët u vu re një shtim në peshë. Në 21 gra u vunë re trashje e zërit, acne vulgaris, hirsutizëm dhe turbullime të menstruacioneve. Në tre djem u pa një zhvillim prekoks i pubertetit. Grjatë kohës së kurimit. Acne zgjati për 1 vit pothuaj, kapaciteti i muskujve distrofike nuk është zvogëluar tek asnjeri nga pacientët e kuruar, kurse në shumicën e rasteve ishte shtuar lehtësisht. Në 28 raste miopatie mbi 36 dhe 19 raste distrofie muskulare hereditare mbi 25. Në miopati më të rënda u panë disa rezultate pozitive. Tek disa të sëmurë që paraqisnin një proces degjenerimi spinal kronik vrejtim turbullime absorbimi intestinal që në fillim s'kishin ndonjë rëndësi të dukëshme patogenike. Kura dhe rezultate në raste me sklerozë laterale amiopatiqe. Të sëmurët që vuanin nga miastenia e rëndë qenë të vetmit që preparati nuk u solli ndonjë përmirësim.

Duke çmuar rezultatet mund të themi se kurimi me anabolizante përbën një përparim në terapi. (Doza normale për një kurë të përgjithëshme proteinash është në funksion të peshës së trupit), prej 5-25 mg. çdo 7-10 ditë për durabolinë dhe 5-25 mg. 3-4 javë për deka-durabolinë.

KAZUISTIKË ANABOLIKE NË PRAKTIKËN KLINIKE

Abritta J. La Semana Medica, 1961, 25.

Autori mjekoi me durabolinë 62 të sëmurë me afeksione të ndryshme. Rezultatet e këtij mjekimi vërtetuan se të gjithë të sëmurët, pamvarësisht nga sëmundja, shtuan në peshë gjatë mjekimit me Phenylpropionat de Nadrolon. Mbas mjekimit të parë me 50 mg. doza anabolizuese ishte 25 mg. në javë në përgjithësi për të irriturit. Fëmijët muarnë 10 mg. në një kohë prej 8 ditësh. Dy fëmijë u prekën nga një anemi ipokrome, kurse një grua 20 vjeçare vuante nga një anemi feriprive. Hemograma paraqiste një përmirësim gjatë kohës së mjekimit me durabolinë. (Përveç durabolinit muarnë preparat hekuri, kështu që nuk mund të nxjerrish përfundimin se durabolina nuk stimulon hematopoezin. Kërkimet e publikuara nga të tjerët vërtetuan se preparati ka efekt hematopoetik, pra mund të konkludojmë se edhe përmirësimi i dedikohet pjesërisht efektit të këtij anabolizanti.

Përveç shtimit në peshë Abritta shënon rezultate të kënaqëshme në të gjithë të sëmurët. Simptoma sekundare u vrejten në fare pakë të sëmurë.

Dërguar për revistën tonë nga

VAZ DIAS INTERNATIONAL N. V. Amsterdam — Hollandë

VLERËSIMI KRITIK I TË DHËNAVE KLINIKE TË LINDIOLIT

H. KOPERA, M. N. G. DUKAS, G. L. YJZEMAN

VAZDIAZ INTERNATIONAL N. V. (Medical publ. relat.) Hollandë

Që nga takimi i dytë evropian i shoqërisë ndërkombëtare të fertilitetit në Bruksel, në mars të vitit 1963, H. Kopera, M. N. G. Dukas dhe G. L. Yjzeman paraqitën një raport të vlerësimit kritik të të dhënave klinike mbi Lyndiolin. Ata analizuan rezultatet e 54 kërkonjëseve në 13 vende (shtete) në 2069 gra të trajtuara gjatë 9496 cikleve.

Rezultatet ishin si më poshtë: Tek çdo grua, duke përdorur preparatin sipas përshkrimit (një kokër në ditë në të pestën dhe në të njëzetë pestën ditë të ciklit dhe nuk u vu re asnjë barrë. Një hemoragji e lehtë vazhdoi në të tretën deri në të pestën ditë pas marrjes së kokrës së fundit dhe zgjati mesatarisht nga tri deri në pesë ditë; humbja e gjakut ishte më e pakët nga menstruacionet normale. Efektet sekondare të trajtuara me Lyndiol janë shumë të rralla, nauzea dhe të vjella gjatë ciklit të parë u vunë re në më pak se 14% të grave që erdhën duke u pakësuar gjatë ciklit të tretë në vazhdim dhe u zhdukën plotësisht gjatë ciklit të katërt. Segmente të lehta dhe hemoragji nga ruptura ndodhën në 1/2 të cikleve. Kjo pra nuk përjashton përdorimin e Lyndiolit. 14% e grave që muamë preparatin ndjenë një shqetsim të lehtë në nivelin e gjirit, një përmirësim i oreksit u pa në 4% të tyre që u shoqërua me një shtim të peshës. (Medical Public Relation).

ANTIBIOTIKU I PARË NË VEPRIM ANTIVIRAL

Les Instantanés Madicaux, dhjetor 1963, Nr. II.

Preparati P-Iodo-2' — Desoxyuridine (IDU) u vërtetua me efekt në mjekimin lokal të keratitit herpetik.

Kjo cilësi u vu në dukje nga H. F. Kaufman dhe bashkëpunëtorët e tij, në kornenë e lepurit të inokuluar nga një familje virulente mbas një traumatizmi. Pikimi i menjëhershëm me një solucion 0,1% të IDU, çdo dy orë, pa ndërprerje, ndalonte zhvillimin e ulçeracionit dentrik në 75% të rasteve, dhe ndalonte në mënyrë të konsiderueshme zmadhimin në raste të tjera. Pikimi i praktikuar 12 gjer në 24 orë mbas inokulimit, zhdukte lezionet dentritike në të gjitha rastet.

Megjithatë, rezultate të mrekullueshme u panë edhe në mjekimin me pikimin pas 48 orëve. Lezione korneale ishin të zhvilluara dhe kishin tendencë zhvillimi me fillim të një iriti në disa raste. Pa përjashtim, shërimi bëhet 48 orë më von. Të njëjtat rezultate u panë edhe te njerëzit.

IDU duket se vepron si një ndalues i sintezës të acidit desoxy-ribonukleik, i nevojshëm për përhapjen e pjesëzave virusale në celulat. Ky veprim u gjet në vitro në kulturat e indeve, por zhduktoj mbas administrimit parenteral nga fakti i një degradimi të shpejtë të IDU në organizmë.

Ky zbulim është me shumë rëndësi jo vetëm në fushën oftalmologjike, por sidomos, pse kemi të bëjmë me të parin mjekim të efektshëm kundra infeksioneve virusale.

MJEKIMI I HERPES CORNEALE ME IDU

Buletin d'encyclopédie Med. chir. Nëntor 1963.

Rezultatet e mjekimit

— Statistika e parë është ajo e Kaufmanit, nga 155 të sëmurë, 76 prej tyre paraqisnin një keratit dentritik.

Ritmi i mjekimit ishte si vijon: Një pikë në çdo orë ditën, dhe një pikë çdo dy orë natën. Autori ka vërejtur qysh në fillim të mjekimit një tendencë drejt një zhvillimi të favorshëm dhe ciklizimit bëhej në përgjithësi në një ose dy ditë. Sipas Kaufman, zhvillimi i sëmundjes bëhet në këtë mënyrë:

— nga e 12-ta në të 24-tën orë ndalim i përhapjes së lezionit, në të njëjtën kohë me përmirësim të shëndajet subjektive;

— nga e 24-a në të 72-tën orë vërehet një shërim i epitelit dhe infiltracioni i stromës pakësohet;

— nga e 7-a ditë, mbi mbeturinat e stromës të lezionit dentritik, ndonjë pikë ngjyrosot akoma në biomikroskop, ahëre kur me sy duken të zhdukura shë-

njat e sëmundjes; është shërimi klinik, porse ka nevojë të vazhdohet akoma mjekimi.

Kjo skemë është e vleftëshme vetëm abere kur është prekur epiteliumi; përkundrazi në qoftëse edhe parenkyma është e prekur, duhet përmendur se evolucioni është më i ngadalshëm dhe që shërimi në vija të përgjithëshme është shumë i zgjatur.

Në Francë, Fontan dhe Cuq kanë patur II shërimet të keratitit metafherpetik ose herpetik në 13 raste që është provuar me dikamentit.

Toxiciteti i dikamentit. Dikamenti nuk duket krejtësisht i padëmshëm dhe përdorimi i tij duhet ndjekur me kujdes. Çdo mjekim që ka një veprim mbi sintezën e A.D.N. në viruset, ka të njëjtin veprim dhe në sintezën e A.D.N. të kornesë normale, përveç asaj, ndonjë aksident duhet të jetë përshkruar këto kohët e fundit, që të bëjnë të besosh që ka në radhë të parë një veprim mbi format e reja të herpesit, ku dikamenti është me shumë efekt dhe i padëmshëm.

F. Kalifa

PËRDORIMI I TRIPSINËS NË RHINOLOGJË

Dr. A. JASHPER

(Vjest. Otorinolaring; v. 1963, Nr. 4, f. 37-38)

Për herë të parë, për mjekimin e sinuiteve me origjinë të ndryshme, u përdor Tripsina, enzimë proteolitike e pankreasit, me veprim optimal n'ambjent të lehtë alkalik e temperaturë 37 gradë C.

Tripsina influencën jashtëzakonisht në indet e nekrotizueme tue zbrëthye molekulat proteinike deri në aminoacide të thjeshta.

Tripsina për herë të parë u përdor nga Batzner (1911) për mjekimin e artritëve t.b.c. të supurueme, ma vonë Pock, Levin Stoigman e Scott e përdorin në ORL në laktantët me poliomyelitis kundër atelektazës pulmonare.

25 mgr. Tripsinë, në temperaturën 37 gradë, hollonjë krejtësisht qelbin e aspiruem me punkcion nga sinuset (në sinuitis) në një pjatë Petri për 50-55 minuta.

Innerfield (1953) vrejti se tripsina e përdorun intravenam jep efekt fibrinolitik dhe antiinflamator. Tripsina nuk influencën aspak në proteinat e celulave të gjalla. Ajo hollon vetëm detritet nekrotike dhe fibrinën. Me anë të dekompozimit të produkteve të metabolizmit mikrobik favorizon detoksikimin, gjithashfu stimulon fagocitozën.

Në 50 të sëmurë me forma akute ose kronike sinuiti, asht ba lavazhi i sinusit maksillar dhe asht introduktue pastaj, tripsinë e llofilizueme. Pa përdorur asnjë mjet tjetër medikamentoz, mbas mbarimit të kurës, janë zhdukë gjithë shenjat subjektive dhe objektive të sëmundjes. Të sëmurët janë observuem deri në 5 muaj mbas mbarimit të kurës. Format që i janë nënshtrur këtij mjekimi nuk përmbledheshin empyema dentare dhe higmeritis chronica atrophica.

MBI MJEKIMIN KOMPLEKS TË TË SËMURËVE ME INFLAMACION AKUT TË VESHIT TË MESËM.

Kand. Shk. Mjek. JU. K. JAROSLLAVCEV

(Vjestn. Otorinolaring. 1963, Nr. 5, f. 58-64)

Shumë autorë (Levenjish, Preobrazhenski, Woodvard) flasin mbi zhvillimin e adezioneve në veshin e mesëm, relativisht shpesh, mbas mjekimit me antibiotikë. Momente favorizuese janë mjekimi jo racional, jo në kohë dhe mos përdorimi i insuflacionit, që favorizojnë qëndrimin e gjatë të eksudatit në kavitetin e veshit të mesëm.

Sot, mjekimi racional i otiteve akute bahet vetëm me shoqërimin e antibiotikëve me preparatet kortizonike. Lokalisht, me efekt të mirë, kortizoni asht përdorë me kohë, në mjekimin e otiteve të mesme kataralë dhe saipingotiteve (Grimaud 1956, Dintenfass 1956, Kluger 1958, Colman 1958). Tue u bazue në cilësinë anti-inflamatore dhe kundër funksioneve fibroblastike, filloi aplikimi dhe në otitis media acuta.

Nga studimi i 100 të sëmurëve në grupe të ndryshme, me mjekime të ndryshme, u bënë konkluzionet e nevojëshme.

Të sëmurët e mjekuem me doza të vogla peniciline, ose me mjekim me intervale të gjata, pa lënë riakutizime menjherë mbas ndalimit të terapisë.

Në ato raste kur krahas antibiotikëve u përdor dhe UVC terapia, vitaminat B₁, prozorina (kundër neuritit koklear) sanacioni i hundës e fytit, rezultatet qenë ma të mira, por përsëri, hipoakusia vazhdoi ma gjatë. Kura mesatare ishte 10-12 ditë.

Vetëm kur krahas mjeteve të ma sipërme u aplikuen edhe preparatet kortizonike (në kavitet nga perforacioni ose me tympanopunkcion) u shkurtue shumë kursi i mjekimit dhe u ristabilizue shpejt funksioni akustik. Ky veprim asht ma evident në rastet subakute ose të zgjatuna.

Në këtë mënyrë, mjekimi racional mund të konsiderohet vetëm me shoqërimin e antibiotikëve me kortison lokalisht, vitamina B₁, insufacion, ndonjherë fizioterapi e sanacion të kaviteteve të hundës dhe fytit. Kortizoni, jo vetëm shkurtton afatin e procesit inflamator, por, normalizon shumë shpejt (për 3-5 ditë) funksionin akustik. N'ans tjetër, kortizoni nuk pengon cikatrizimin e membrana tympani të përforcueme dhe nuk influencon në forcat mbrojtëse të organizmit në zonën e fokusit inflamator. Të sëmurët e ekzaminueme janë observue nga 6 muajt deri në 2 vjet. Nuk ka pasë asnjë recidivë ose çrregullim të funksionit akustik.

3. Fistani

KARAKTERISTIKAT E BASHKËVEPRIMIT TË SISTEMIT TË SINJALEVE NËN INFLUENCËN E SCHIZANTRA-CHINENSIS

V. V. LASTOVECKIJ dhe R. S. ROMAS

Zhurnal Vishej Nervnoj Djejatelnosti imeni I. P. Pavlova 1963,
Tom XIII, botim 4, fq. 604.

Nga studimet e shumë autorëve rezultoi se në gjendje relativisht akute dhe të rënda të procesit të skizofrenisë shkaktohen çrregullime të theksuara të veprimtarisë së lartë nervore duke u dëmtuar në radhë të parë sistemi i dytë i sinjalizimit.

Dëmtime të ngjashme me këto në veprimtarinë e lartë nervore vrehen edhe në nierëzit alkoolikë.

Në literaturë janë botuar të dhëna mbi influencën e fenaminës dhe të kafainës në veprimtarinë e sistemeve të sinjalizimit. Fenamina e rritëksitabilitetin e sistemit të dytë të sinjalizimit në doza të tilla të vogla, të cilat nuk shkaktojnë ndryshime në sistemin e parë të sinjalizimit, doza më të mëdha të fenaminës shpesh në zhvillimin e inhibicionit të bajkufirit në sistemin e dytë të sinjalizimit. Nën influencën e kafainës në shumicën e të sëmurëve nga skizofrenia përmirësohet veprimtaria asociative.

Në këtë punim, u morën në studim 48 të sëmurë nga të cilët 46 burra dhe 2 gra; 32 vuanin nga forma të ndryshme skizofrenie dhe 16 nga alkoolizmi kronik. Në bazë të formave klinike paraqiteshin si më poshtë:

16 veta në formën halucinatoro-paranoide

8 veta në formën katatonike.

8 veta të thjeshtë

3 veta në formë hipokondrike.

Shumica e atyre që vuanin nga alkoolizmi kronik kishin shenja të degradimit të personalitetit, kurse dy prej tyre u shtruan në klinikë me gjëndje pre-delirioze.

Schizandra chinensis iu dha të sëmurëve në formë tinkturash nga 20 pika 3 herë në ditë. Studimet u bënë para përdorimit të *schizandra chinensis* dhe në ditën e 5 dhe të 10 prej fillimit të përdorimit të saj.

Në të sëmurët në eksperiment para së gjithash u studjua mundësia e kriimit të reflektive të kondicionuara. Për këtë, secilit iu paraqit nga një çift figurash gjeometrike të sheshta me qëllim që të krijohej refleksi i kondicionuar kundrejt një shenje të tillë relative të objektit siç është madhësia e tij. Në këtë rast zgjedhja adekuat e figurës përfordhohej me fjalën «po» inadekuat me fjalën «gabim».

Autorët e lartpërmendur arritën në këto rezultate të përgjithshme:

1) Veprimtaria e sistemit të dytë të sinjalizimit dhe bashkëveprimi i tij me sistemin e parë të sinjalizimit në të sëmurët me skizofreni dhe alkoolizëm aktivizohen në mënyrë të theksuar kur përdoret *schizandra chinensis*.

2) Në sfondin e veprimit të *schizandra chinensis* formimi i reflektive të kondicionuara në një ose dy shenja që iu paraqitën të sëmurëve në eksperiment u shpejtua në mënyrë të theksuar, po ashtu u përmirësua verbalizimi i veprimeve të personave të studjuar.

3) *Schizandra chinensis*, në doza prej 15 deri 25 pika 3 herë në ditë, shpejton tek të sëmurët procesin asociativ (shkurton periodën latente të reaksioneve të fjalës) dhe përmirëson cilësinë e asociacionit, që shprehet në rritjen e theksuar të numurit të të ashtuquajturave reaksione të larta verbale në sajë të pak-simit të të ultave.

MBI VEPRIMIN VONUES TË DISA ANTIBIOTIKËVE NË SHËRIMIN E PLAGËVE

G. BROTZU, G. BENAGHI, F. PAPADIA dhe F. SFORZA

Bollettino della societa italiana di biologia sperimentale
1963, vëll. XXXIX, Nr. 6.

Autorët e lartpërmendur, duke u nisur nga observacionet klinike, vunë re se plagët operatore të trajtuara me doza të forta antibiotikësh shpesh herë shërohen më me vonesë. Ata kanë bërë kërkime për të dokumentuar veprimin toksik të antibiotikëve më të zakonshëm mbi proceset e shërimit të plagëve dhe sidomos mbi indet epiteliale dhe lidhore.

Eksperimentet janë kryer në minj të bardhë, duke shkaktuar dy plagë mbi shpinë, në të majtë dhe në të djathtë të **linea mediana**.

Dozat e antibiotikëve janë bërë çdo ditë në rrugë intramuskulare. Çdo antibiotik është përdorur në tre sasi të ndryshme secila mbi një grup prej 5 minjsh duke filluar qysh nga dita e shkaktimit të plagëve.

Dy grupe të tjera minjsh me nga 3 secili, u trajtuan me dozën më të ulët duke filluar respektivisht 10 dhe 20 ditë përpara provokimit të plagëve.

Grupit të kontrollit prej 10 minjsh plagët ju shkaktuan pa u trajtuar me antibiotikë. Në hapësirë të shqyrtimit të të gjitha analizave, autorët kanë arritur në këto rezultate: Shpesh dozat më të larta të antibiotikëve, kanë provokuar degjenerimin dhjamor të mëlcisë dhe degjenerimin e turbullt të veshkave, më rrallë ato kanë qenë letale. Dozat e mesme dhe të ulta nuk kanë shkaktuar asnjë herë dëmtim në organet. Në krahasim me kontrollet; të gjithë antibiotikët kanë shkaktuar në shkallë të ndryshme vonesë në shërimin e plagëve. Shërimi u vonua mesatarisht 4 ditë më tepër nga ato të kontrollit, ndërsa mesatarisht për grupin e kontrollit shërimi bëhej mbas 10 ditëve, për grupin e trajtuar me antibiotikë 10 ditë para shkaktimit të plagëve, mbas 15 ditëve dhe për grupin e trajtuar 20 ditë përpara, mbas 22 ditëve.

M. Karagjozi

EFEKTI I TETRACIKLINAVE NË DHËMBËT

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Janar 1963, Nr. 3, fq. 161.

Rëndësia eksperimentale dhe klinike e antibiotikëve të grupit të tetraciklinave është shtuar kohët e fundit, për faktin e observimeve të bëra në lidhje me depozitimet e kryera në regjionet e kockave normale dhe patologjike. Prezenca e molekulës së tetraciklinës në indin kockor, mund të vihet në dukje me anën e një fluorescence karakteristike të verdhë të errët të dritës ultra violete. Struktura dentare është e aftë që të depozitojë fluoroformin (rrezatimin ultraviolet) në qoftë se jepet gjatë staveve të rritjes së dhëmbëve respektivë. Indi dentar nuk është një mjet i mirë kalimor për elementët mineralë dhe kështu medikamenti mund të mbahet në mënyrë permanente në zonët e dentinës dhe cementit që nuk janë kalcifikuar në kohën e administrimit të antibiotikut. Dhe pikërisht autorët Shwachman dhe të tjerë kanë studjuar depozitimim ireversibël të tetraciklineve në dhëmbët e fëmijëve që janë në periudhën e rritjes. U muarën në studim 50 fëmijë prej moshës 0 deri në 10 vjeç, të cilët kishin përdorur për një kohë të gjatë chlortetracyclinë ose oksytetracyclinë për shkak të proceseve pulmonare. Autorët vunë në dukje njolla dekolonjese në dhëmbët në afërsisht 80% të rasteve të studjuara. Këto dekolonime ishin më të rënda, më të theksuara në fëmijët e moshës më të njomë. Gjithashtu autorët Wallman dhe Hilton kanë përshkruar 50 raste të tjera fëmijësh të moshës tre vjeç. Këtyre fëmijëve për arsye të ndryshme kurative dhe profilaktike u ishte dhënë tetracyclinë gjat javës së parë të jetës. Më vonë në 46 raste u panë dekolonime me gradë të ndryshme në dhëmbët. Njollat ishin me ngjyrë më të verdhë në fëmijët e vegjël, ndërsa në fëmijët më të rritur këto njolla ishin në të verdhë në kafe, për shkak të oksidimit të antibiotikut nën ekspozimin e dritës. Me anën e ekzaminimeve mikroradiografike, është vënë në dukje një reduktim i densitetit mineral nga frenimi i proceseve normale të kalcifikimit si rezultat i depozitimimit të tetracyclinës në dhëmbët. Ky dekalifikim është i lidhur me dozën dhe me kohën e zgjatjes së terapisë me këta antibiotikë. Këto pasoja të antibiotikëve kanë rëndësi klinike sepse dekolonimet e shkaktuara në dhëmbët mund të jenë si shkaqe favorizuese për zhvillimin e karies dhe hipoplazive dentare.

NJË RAST PANKREATITI DHE MENINGITI NGA PËRDORIMI I SULFAMETOZOLIT

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 1963 Nr. 1, f. 36-37

PATER V. D., BERRET M.D. dhe SAMUEL O, THIER M. D. Boston

Autorët kanë përshkruar pankreatitin dhe meningitin si një komplikacion shumë të rrallë të preparateve sulfamidike, kryesisht të sulfametizolit, i përdorur në formë të preparatit tiosulfil. Paraqitet rasti i një pacienti të mjekuar për një absces me preparatet e tetracyclinave dhe me një kurs dhjetëditor sulfametizoli. Është marrë dy gram në ditë. Një javë mbas terapisë u zhvillua dhimbje koke, dobësi, temperaturë. Ekzaminimi objektiv vuri në dukje një limfoadenopatë cervikale dhe një kongjestionim të mukozës faringeale. Pacientja u trajtua me penicilinë për dy ditë dhe doli nga spitali e përmirësuar. Pesë ditë më vonë e sëmurja përdori përsëri dy tableta sulfametizoli, për shkak të një dizurije që u zhvillua, dhe tetë orë mbas marrjes së preparatit u zhvillua një dhimbje e fortë abdominale, rigjditet nukal. Ekzaminimi objektiv vënte në dukje konjunktiva skuqura, tension arterial 66/44 mm/Hg leukocitozë 18.000 me 32% neutrofile. Punctura lumbare jepte një presion prej 130 mm. të shtyllës së ujit me likuid të

pastër dhe pa ngjyrë, me 220 celula — cm^3 , me leukocyte polinukleare. Përmbante 54 mgr. në 100 ml. proteine, bilirubina totale 0,2 mgr në 100 ml. albumina 3,1 mgr — 100 ml., amylaza 136 unitë Russell. Pacientia u trajtua përsëri me penicilinë kloramfenikol, hidrookortizon, mataraminol bitartarat, dhe u përmirësua duke dalë nga spitali. Përsëri mbas një muaji përdori dy tableta sulfametizol nga një dizuri që u përsërit. Mbas një gjysmë ore ju zhvillua kuadri klinik shumë i ngjashëm me rastin e parë. Tensionin arterial ra në 70/0 mm./Mg, leukocitet 21.000. Punktura lumbare shënonte një tension prej 220 mm. të shtyllës së ujit. Likuidi përmbante 300 celula — për kubik të gjitha leukocyte polimorfe nukleare, me një sasi proteinash 6 mg/100 ml. Transaminaza glutamike 73 unitë, bilirubina 0,3 mg/100 ml. amilaze 350 unitë Russel. U mjekua përsëri me hidrookortizon, mataraminol bitartarat dhe mbas katër ditësh del nga spitali e përmirësuar, porse përmirësimi i plotë i saj u bë vetëm mbas 9 muajsh. Autorët venë në dukje se janë përshkruar edhe fenomene të tjera të sulfamideve në formë të encefalitëve, mëliteve ose neuriteve periferikë. Gjithashtu ka qenë përshkruar edhe hepatiti, porse pankreatiti nuk ka qenë përshkruar simbas të dhënave të literaturës.

Kuadrin klinik të dhënë nga përdorimi i sulfamethizolit tek pacientja autorët e shpjegojnë me një pankreatit dhe me një meningit, për shkak të sensibilitetit të rritur tek preparati i përdorur.

FARMAKOLOGJIA E FLORIMYCINËS (Viomycinës)

«ANTIBIOTIKI» 1963, Nr. 10, f. 910-915.

VEIS R. A., STOROZHEV I. A., BEREZINA E. K.

Autorët kanë përshkruar veprimin e antibiotikut në sisteme të ndryshme të organizmit si dhe toksicitetin e tij. Toksiciteti u përcaktua në minjtë me peshë 18 deri 20 gram si edhe toleranca maksimale e antibiotikut me anë rrugësh të ndryshme intravenoze, subkutane dhe intramuskulare. Veprimi i antibiotikut në gjak u përcaktua në lepujt duke përdorur dozat 70 deri 100 mg. për kg. peshë gjatë 15 ditëve. Nga ekzaminimet e bëra në ditën e 6-të, të 11-të dhe të 16-të, nuk u konstatuan ndryshime në formulën e gjakut. Veprimi në tensionin arterial dhe respiracion u studjua në macë të narkotizuara me uretan. Në futjen intravenoze të solucionit 2,5% të antibiotikut të llogaritura me dozat 5 deri në 10 mgr. për kg. peshë, tensioni arterial u ul në mënyrë jo të konsiderueshme, ndërsa respiracioni nuk pati ndryshime nga norma. Dozat e mëdha 50 dhe 100 mgr. për kg. peshë dhanë një ulje të konsiderueshme të tensionit arterial.

Veprimi i antibiotikut në rritjen e kafshëve të reja u eksperimentua në minjtë të vegjël me peshë 8 deri 10 gram për shumë ditë me radhë, duke u krahasuar me një grup kontroll. Nga krahasimet e bëra midis dy grupeve, u konkludua se antibiotiku pengon rritjen e kafshëve. Veprimi në funksionin renal u përcaktua në pesë grupe minjsh, duke injektuar antibiotikun me rrugë intramuskulare me doza 50, 100, dhe 150 mgr. për kg. peshë gjatë 17 ditëve. U bë ekzaminimi i urinës për përmbajtjen e albuminës dhe u vu re se minjtë që kishin përdorur doza 50 dhe 100 mgr paraqisnin albuminë në urinë, ndërsa minjtë me doza 150 mgr. u helmuan dhe ngordhën. Për veprimin dhe eliminimin e antibiotikut, eksperimentët u kryen në minjtë dhe në qentë, të cilët e injektuan preparatin me rrugë intramuskulare, me dozë 50 mgr. për kg. peshë. Prova për gjakun dhe urinën u muarën çdo 30 minuta, një orë, tre orë dhe pesë orë pas injektimit. Rezultoi se antibiotiku doli në gjak pas 5 deri në 6 orësh, ndërsa koncentrimi maksimal arrihet në orën e katërtë, kohë mbas së cilës fillon të bjerë në mënyrë graduale.

Autorët konkluduan se ky preparat nuk influencën në tensionin arterial në doza të vogla, në doza 100 mgr. për kg. peshë shkakton albuminuri si edhe në disa kafshë mund të shkaktojë ndryshime anatomo-patologjike në renet.

L. Gjiybegu