

## MJEKIMI I CIRROZAVE HEPATIKE ME KORTIKOSTEROIDE TË KOMBINUAR OSE JO ME SPIROLAKTON DHE DIURETIKË TIAZINIKË.

DOCENT JOSIF E. ADHAMI

(Katedra e Terapisë së Fakultetit-Shef i katedrës J. E. Adhami)

Me gjithë përparimet e dukshme që janë bërë gjatë këtyre viteve të fundit, cirroza hepatike vazhdon të mbetet sëmundje me prognozë shumë të rëndë, e cila shpejt a vonë shpie drejt zhvillimit të ascitit dhe edemave, drejt çfaqjes së insuficiencës së rëndë të këtij organi, hemo-ragjive di-gjestive ose komës hepatike vdekjeprurëse.

Të nisur nga të dhënat e literaturës dhe të bazuar mbi faktin se cirroza përfaqëson një fazë të avancuar të proceseve inflamatorë ose distrofiqe kronike, të cilat shpesh drejt sklerozës së organit, në ndodhemi përpara një situatë të tillë ku jo vetëm ndalimi ose ngadalësimi i evolu-cionit të procesit cirrotik, por edhe përmirësimi ose stabilizimi klinik, përbëjnë një sukses në mjekimin e kësaj sëmundjeje.

Për këtë qëllim një rol të rëndësishëm lozin preparatet kortikosteroide, përdorimi i të ci-ëve filloi që atëhere kur Cattan R. dhe Vesin P., të bazuar mbi rezultatet që patën nga korti-zoni Zocckler S.J. dhe Hegstrom G.J. (1953), treguan veprimin e delta kortizonit në meta-bolizmin e ujit dhe të natriumit. Ky veprim, simbas Cachin M. e b.p., u konfirmua nga një seri autorësh të tjerë si Bickel, Bariety dhe b. p., Vachon dhe Lambert, Liaquette etj.

Sot është e njohur se nën veprimin e kortizonikëve favorizohet proteinogjeneza, veçanë-rist shtohen albuminat e heparit e të plazmës dhe si rrjedhim rritet presioni onkotik, gjë që pengon çfaqjen e ascitit dhe edemave. Veç kësaj delta-kortizonikët pakësojnë permeabilitetin kapilar, rritin diurezën hidrike dhe natriurinë, duke shtuar filtrimin glomerular dhe duke in-hibuar reabsorbimin tubular të ujit e të natriumit me anën e një veprimi direkt mbi sistemin enzimatik tubular. Si pasojë ulet presioni hidrostatik, rritet volumi i plazmës qarkullonjëse dhe ndofta për këtë arsye, inhibohet sekretimi i aldosteronit. Kortizonikët kanë një veprim antifibroblastik, antiinflamator, stimulojnë proceset e glukoneogenezës, favorizojnë glikogje-nopeksinë hepatike, marrin pjesë në metabolizmin e celulës hepatike dhe zvogëlojnë stazën biliare intrahepatike, duke vepruar mbi procesin inflamator që bllokton kanalën e Herring gjatë daljes nga lobulli.

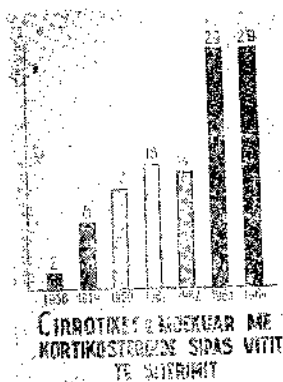
Nga të dhënat e para të literaturës mbi mjekimin e cirrozave me kortikosteroide, vlejsh të përmenden punimet e vitit 1957 të Cattan R. dhe Vesin P., Boulct P. dhe b.p., Cachin M. dhe b. p., De Geanes L. dhe b. p., Lamache A. dhe b. p., etj.

Që atëhere kortizonikët filluan të përdoren më gjërësisht në mjekimin e cirrozave.

Në një punim të vitit 1959, ne kemi vënë në dukje rezultatet e para të mjekimit me delta korten në 8 cirrotikë të dekompenuar të mjekuar në klinikën tonë gjatë viteve 1958 dhe pjesë-rist 1959. Sot do të përpiqemi të japim një pasqyrë të shkurtër mbi mjekimin e 109 rasteve me forma të ndryshme cirrozash hepatike.

Ky material i përket periodes 1958, deri në tetor 1964. Të ndarë sipas vitit të shtrimit në klinikë, kemi:

Viti	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	Shuma
Nr. i rasteve	2	8	12	15	14	29	29	109



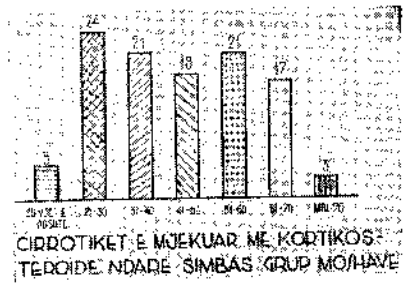
Përsa i përket seksit, 60 ishin meshkuj dhe 49 femra.

Lidhur me moshën e të sëmurëve tanë, mund të themi se ekziston një shpërndarje shumë a pak uniforme që nga 21 deri në 70 vjeç, me një ulje të rasteve në dy ekstremet, d.m.th. 20 vjeç e poshtë dhe mbi 70 vjeç.

Kjo gjë duket qartë në pasqyrën e mëposhtëme:

Moshë	20 e poshtë	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Mbi 70	Shuma
Nr. i rasteve	5	24	21	18	21	17	3	109

Nga 109 rastet, 30 i përkisnin cirrozës atrofike të tipit Laennec të dekompensuar, 18 ishin cirroza splenomegalike të cilat gjatë evolucionit të tyre në mënyrë sekundare kishin shpënë në atrofi të heparit dhe në dekompensim, duke marrë pamjen e formës Laennec. 41 qenë sindrome hepatolienale, prej të cilëve 22 të kompensuar, kurse 19 të dekompensuar, me ascites, por megjithatë hepari ishte akoma i rritur d.m.th. qenë cirroza hepatosplenomegalike. 15 të sëmurë të tjerë vuanin nga Morbus Banti, prej të cilëve 1 në stadin e parë, 2 në të dytin, 9 qenë të dekompensuar dhe i përkisnin stadi të tretë, kurse 3 të fundit qenë dekompensuar mbas splenektomisë.



Dy pacientë paraqitnin një cirrozë hepatomegalike. Njëri prej tyre burrë 56 vjeç nga Fieri, rezultonte se në anamnezë kishte kaluar malarje. Kur u shtrua në klinikë ishte në gjendje të rëndë me ascites, edeme dhe hidrotoraks bilateral. Ekzaminimi i likuidit ascitik tregonte se densiteti ishte 1011, gjë që fliste në favor të transudatit, por mbjellja në terene Löwenstein dhe Sula për B.K. ishte pozitive. Versamenti pleural e kishte peshën specifike 1015, ndërsa mbjellja për B.K. qe negative. Natyrisht që para një rasti të tillë nuk mund të mohohet roli i infeksionit tuberkular mbi heparin, por nga ana tjetër duhet përmendur se ka dhe raste kur asciti i cirrotikëve të infektohet në mënyrë sekundare nga turbekulozi, për shkak të rezistencës së ulët që paraqitnin këta pacientë.

Rasti i dytë qe një grua 51 vjeç, e cila kishte kaluar malarjen dhe para 2 vjeç morbus Botkin.

Në dy të sëmurë të tjerë qe fjala për cirrozë biliare sekundare të çfaqur mbas kolelitomisë. Vlen të përmendet njëri prej tyre Jonuz R. vjeç 28, të cilit gjatë ndërmjetmërisht u konstataste cirroza biliare, por menjëherë mbas saj ra në gjendje të rëndë dhe u çfaq asciti; në gjendje të dekompensuar u transferua nga kirurgjia në klinikën tonë në tetor 1962. Prej këtej del qartë roli që lot narkoza dhe vetë ndërhyrja kirurgjikale në dekompensimin e cirrozave të stabilizuara ose latente. Rasti i fundit i përket sindromit Crueveillier Baumgarten me splenomegali deri afër umbilikut, kurse hepari kishte filluar të atrofizohej dhe nuk prekej lobi i djathtë, ndërsa i majti 3-4 cm. nën *processus xyphoides*. Në regionin epigastrik dukej një qarkullim venoz shumë i theksuar që ngjitej deri mbi *sternum*; sipër tij ndëgjohesh një zhurmë venoze e vazhdueshme dhe prekej një *thvill*.

Duke analizuar të dhënat anamnestike të pacientëve tanë, konstatoam se 48 veta ose 44% të rasteve kishin kaluar malarien, 24 veta ose 22% Morbus Botkin, një prej këtyre të fundit para se të shtrohesh në klinikën tonë qe operuar për një kist ekinokok të madh të heparit. 21

të sëmurë ose 19,26% të rasteve përdornin alkoolin, 8 veta ose afro 7,34% kishin antecedente tuberkulare, 3 kishin tërë splenektomi, 2 kolecistektomi, 1 kishte kaluar brucelezë, një ndodhje në mjekimin e dispanzerisë dermatoveneriane për lues. Një i sëmurë tjetër, nuk kishte të dhëna klinike ose anamnesticë për lues, megjithatë reaksionet serologjike i dilnin pozitive. Por siç dihet, ka raste kur në cirrotikët këto reaksione mund të jenë pozitive, pa qënë i sëmurë i luetic.

Në disa nga këta të sëmurë janë gjetur dy ose më shumë faktorë etiologjikë të kombinuar prandaj është vështirë t'ia atribuosh shkaktimit të cirrozës vetëm njërit prej tyre. Kështu 7 veta kishin kaluar malarie dhe Botkin, 6 malarie, Botkin dhe përdornin alkool. Duke qënë se malarinë e kanë kaluar disa vjet më parë, të krijohet përshtypja sikur cirroza splenomegalike është zhvilluar që në atë kohë, kurse çfaqja e hepatitit viral ka dhënë goditjen e fundit dhe e ka transformuar këtë çrrezë latente në të dekompensuar.

Është e vërtetë se në disa raste mund të mos ketë qënë fjala për *morbus Botkia*, por për ikterin e alarmit të cirrozës, i cili gabimisht është interpretuar si hepatit infeksios. Por nga ana tjetër nuk mund të mohohet dhe fakti, që një pjesë e këtyre hepatiteve zhvillohen pa ikte. Sidoqoftë duke analizuar materialet tona, ne na krijohet përshtypja sikur roli i malarisë në etiologjinë e cirrozave, megjithëse akoma shumë i lartë, ka tendencë për tu ulur, ndërsa ai i hepatitit viral ndodhet në ngritje e sipër, kështu që brenda një kohe relativisht të shkurtër, ne do të ndodhemi para një fakti kur kurbat e këtyre dy sëmundjeve do të kryqëzohen njëra me tjetrën.

Këtë pikëpamje ne e çfaqim mbasi kemi bërë një krahasim midis materialit të sotshëm dhe një punimi tjetër të bërë në klinikën tonë në vitin 1958, ku nga 198 cirrotikë të shtruar në Spitalin Nr. 1 gjatë pesëvjeçarit 1950-1954, konstatoam se nga 89 raste që kishin të dhëna etiologjike në anamnezë, 50 ose 56,2% të rasteve kishin kaluar malarinë, kurse vetëm 8 ose 9% e tyre kishin të dhëna anamnesticë për hepatit infeksios.

Edhe në vëndet e tjera, vitet e fundit vihet re një ngritje e rasteve me M. Botkin në anamnezë.

Për këtë mjafton të kujtojmë se në regjionin e Puglia-s në Itali që është i afërt me vëndin tonë, Albano O. dhe b.p. (1963) nga 103 cirrotikë që kanë studiuar, kanë gjetur një mbizotërim të hepatitit infektiv në anamnezë; kështu 44 pacientë kishin kaluar këtë sëmundje, kurse 26 malarinë.

Sidoqoftë, pesha specifike e malarisë vazhdon të jetë e lartë edhe në disa zona ku valët e hepatitit infeksios janë çfaqur shumë vjet më parë se sa në vëndin tonë. Kështu Mushkin A.S. dhe Peňak E. I. (1959), nga 70 raste cirrozash të shtruar në spitalet e Tashkentit, 25 kishin kaluar malarinë, kurse 20 *morbus Botkin*.

Nga të sëmurët e tjerë të kontigjentit tonë, 6 kishin kaluar malarie dhe përdornin alkool, 2 Botkin dhe pinin alkool, 1 malarie dhe kolecistektomi, 1 malarie dhe lues dhe i fundit malarie tuberkulos dhe brucelezë.

48 veta ose 44% e rasteve, paraqitnin ascit në anamnezë, kurse gjatë shtrimit asciti u konstata në 82 ose 75,2%.

Në 45 të sëmurë qarkullimi kolateral ishte i dukshëm mirë, kurse në 7 raste sasia e likuidit ascitik ishte aq e theksuar sa shkaktonte hernie umbilikale. 33 pacientë ose 30,27% kishin edeme të anësive të poshtme, prej të cilëve një kishte *anasarca*, kurse tjetri edeme të regjionit lumbo-sakral.

29 të sëmurë ose 26,6% të rasteve kishin hidrotoraks uni ose bilateral.

Për hidrotorask flasin edhe Poinso R. dhe Chanas P. (1958).

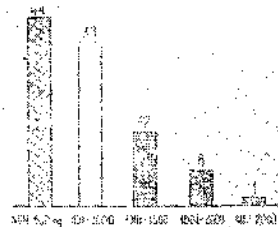
Nga 29 rastet tona, 9 ose 31% e kishin likuidin në të djathtë, 6 ose 20,7% në të majtë, kurse 14 ose afro 48,3% bilateral. Vlen të shënohet se shpesh herë hidrotoraksi nuk vihet në dukje as gjatë ekzaminimit radiologjik. Kështu në 4 nga pacientët tanë skopia e toraksit ishte negative, kurse në autopsi u gjend hidrotoraks bilateral.

30 nga të sëmurët tanë paraqitnin subikter gjatë shtrimit, kurse 9 iker, ndërsa një tjetri ikeri iu çfaq gjatë mjekimit.

Dieta që kemi përdorur në të sëmurët tanë, ka qënë shumë a pak e ekuilibruar duke përmbajtur proteina shtazore në formë gjize të freskët, mishi të zjerrë dhe e deklaruar.

Nga preparatet kortikosteroide kemi përdorur delta kortenin *per os* në 103 të sëmurë, duke e filluar dozatarisht me 40 ose 30 mg/ditën, e duke e ulur gradualisht. Në raste të rralla e kemi zëvëndësuar me ultra kortenol intranaskular ose intravenos. Dozat totale të delta kortenit kanë qënë: ndënjë 500 mg. 44 veta, 501-1000 mg. 38 raste, 1001-1500 mg. 17 të tjerë, 1501-2000 mg. 8 të sëmurë dhe mbi 2000 mg. vetëm një person.

Një pacient është mjekuar vetëm me ACTH, kurse në 40 të tjerë delta korteni është kombinuar



DOZAT TOTALE TË DELTA KORTENIT  
NË 103 CIRROTIKË

me këtë preparat. Nga këta 37 të sëmurë kanë marrë ndënjë 250 U ACTH, gjë që tregoi se në shumicën dërrmuese të rasteve, ky preparat është përdorur me doza të vogla vetëm për të stimuluar suprarenalën, sidomos gjatë uljes së fundit të dozave të delta kortenit. Në 2 të sëmurë sasia e ACTH ka qënë midis 251-500 U, kurse në dy të fundit midis 501 dhe 750 U.

Gjatë përdorimit të preparateve kortikosteroide, kemi kufizuar në dhënie e dozave të vogla në 9 veta, të cilët kanë patur hemoragji digjестive në anamnezën e tyre. Nga këta 3 *hematemesis*, 5 *melen*a dhe 1 të kombinuar: *hematemesis* dhe *melen*a.

Në 43 të sëmurë ose 39,45%, të rasteve, kortikosterapinë e kemi shoqëruar me transfuzione plazme. Kështu 16 veta kanë marrë më pak se 600 cc, 14 të sëmurë midis 601-1200 cc, kurse 13 më tepër se 1200 cc.

Përdorimi i plazmës lufton hipovoleminë që paraqitin këta të sëmurë, veçanërisht në ato forma të dekompensuara ku koeficienti albumina-globulina është ulur shumë. Veprimi i plazmës është i dyfishtë, qoftë direkt duke shtuar masën qarkullonjëse, qoftë indirekt sepse me shtimin e albuminave të gjakut, rritet presioni onkotik dhe likuidet kalojnë nga indet në qarkullim. Vëç kësaj luftimi i hipovolemisë pakëson prodhimin e aldosteronit.

Në 12 pacientë, veçanërisht në raste komplikacionesh hemoragjike, kemi bërë transfuzion gjaku.

Është mirë që në barra, veçanërisht kur kortizonikët përdoren për kohë të gjatë, kohë mbase kohë përveç ACTH-it të bëhet testosteron. Jo vetëm kaqë, por disa autorë sikurse Gironi M. (1956) rekomandojnë përdorimin e dozave të mëdha të propionatit të testosteronit me 100 mg. ditën. Doza të tilla kemi përdorur edhe ne në 13 të sëmurë të këtij kontigjenti me rezultate të kënaqëshme.

Në 20 të sëmurë preparatet hormonele janë kombinuar me klortiazid 1,5 gr. ditën duke e shoqëruar me kalii *chlorati* 3 gr. ditën, mbasi ky preparat mund të çojë nga hipokaliemia e thjeshtë deri në komën elektrolitike. Në 23 raste klortiazidi është zëvendësuar me hidroklortiazid 150 mg/ ditën. Ky ka vetinë që eliminon më pak kaliumin nga organizmi. Të dy këta preparate janë dhënë me ndërprerje 3 ditë po, 4-5 pushim.

Gjatë përdorimit të preparateve tiazinikë duhet kujdes i veçantë, mbasi mund të ngjasin turbullime të amoniogenezës dhe urogjenezës, të cilat shpesh në hiperamoniemi, encefalopati portokavë dhe komë hepatike.

Kombinimi i kortikosteroideve me diuretike tiazinikë, bën që të rritet diureza akoma më tepër dhe favorizon tharjen e shpejtë të versamonteve në kavitetet seroze.

Që në vitin 1963, delta kortenin e kemi shoqëruar me spirolakton «SC 9420» i njohur me emrin aldaktona, në 26 të sëmurë të këtij kontigjenti. Dozat ditore kanë qënë mezatariisht 400-600 mg. pastaj i kemi ulur gradualisht deri në 100 mg. Dozat totale të këtij preparati kanë qënë ndënjë 2 gr. në 3 raste, 2,1 deri 5 gr. në 14 raste, 5, 1-10 gr. në 5 të sëmurë dhe mbi 10 gr. në 4 të tjerë. Kuptohet vetiu se këta të fundit janë përdorur gjatë 2 ose më shumë cikleve të përsëritura.

Nën veprimin e tij diureza e pacientëve rritet shumë, ndonjëherë nga 400-500 cc. që ata eliminonin para mjekimit, arrin në 3-4 litra dhe më shumë, që sa detyrohej ti ulim shumë shpejt dozat e preparatit për të evituar një dezidratim të madh të pacientit, tromboza venoze ose fenomene hiponatriemie. Diureza rritet veçanërisht shumë kur spirolaktoni shoqërohet me diuretike tiazinikë, mbasi veprimi i tij ushtrohet mbi tubulat renale distale dhe vetëm pjesërisht në ato proksimale, ndërsa preparatet tiazinike veprimin kryesor e kanë mbi tubulat proksimale, kurse sekondarin në distale.

Shoqërimi i tiazinikëve me spirolakton ka dhe avantazhin se ndërsa të parit çojnë në hipokaliemi dhe rezik për komë elektrolitike, spirolaktoni krahas diurezës hidrike e natriurike, pakëson eliminimin e K në urinë, prandaj kaliemia normalizohet ose ka tendencë që të rritet.

Ndryshime të tilla kanë konstatuar shumë autorë: Vachon A. e b.p. (1961), Lockwood C.H. (1961), Alibaux-Fernet M. dhe Romani J.D. (1962), De Martinis C. e b.p. (1962), Ghiringhelli L. dhe Comolfi G. (1962), Runcan V. dhe b.p. (1962), Kukes V. G. (1963), Panaitescu Gh. (1963) etj. si dhe punimet e klinikës tonë gjatë këtyre dy vjetëve të fundit.

Krahas terapisë hormonele dhe diuretike, të sëmurëve tanë u janë bërë vitamina C, B1, FP dhe sidomos doza të mëdha të vitaminës B12 500-1000 gamma ditën, metioninë etj.

Preparatet hormonele i kemi bërë nën mbrojtjen e antibiotikëve: penicilinë ose streptomicinë simbas nevojës dhe veçanërisht grupi i tetraciklinave që eliminohen me anën e rrugëve biliare. Indikacionin më të madh këto të fundit e gjejmë në gjendjet prekomatoze, encefalopatië portokavale ose në komat hepatike, sepse atëhere duhet të shkatërrohet flora protozoitike e intestinit, e cila merr pjesë në procesin e amoniogenezës.

Nën veprimin e terapisë së kombinuar, asciti u resorbua në 46 nga 82 rastet, d.m.th. në afro 56,1%, kurse nuk u resorbua në 36 ose 43,9%, por edhe nga këta të fundit në 7 mbeti minimal. Në 2 raste likuidi resorbohet brenda disa ditësh kur përveç delta kortenit e klortiiazidit i shtohet spirolakton, por mbase ndërprerjes së tij riformohet; kjo gjë u përsërit katër herë për secilin. Në njërin prej tyre gjatë kohës që merret spirolakton dhe klortiazid pa deltatëherë për secilin. Në njërin prej tyre gjatë kohës që merret spirolakton dhe klortiazid pa deltatëherë, u çfaq një iktër, i cili është vështirë të thuhet nëse i detyrohet vetë evolucionit të sëmundjes, apo toksicitetit të këtyre preparateve.

Tek një i sëmurë i tretë likuidi u çduk dy herë dhe i rifilloi mbas ndërprerjes së spirofaktorit. Edhe në raste të tjera ne kemi qënë të detyruar të përdorim më tepër se një cikël spirofaktori.

Përsa i përket kohës së resorbimit të likuidit ascitik, nga 46 rastet, në 17 u çduk në më pak se 15 ditë, në 12 të sëmurë midis 16 dhe 30 ditë, në 8 midis 31 dhe 60 ditë, në 4 midis 61 dhe 90, në 2 pacientë mbi 90 ditë, kurse në 3 nuk që përcaktuar me saktësi koha e resorbimit.

Në një numur rastesh, nën veprimin e terapisë hormonale, krahas përmirësimit të gjendjes së përgjithëshme, konstatohen edhe ndryshime përsa i përket dimensioneve të heparit e të lientit. Këto duken më qartë në format anascitike, kryesisht sindromet hepatolienale, mbasi në format ascitike dimensionet e vërlta të këtyre organeve maskohen nga likuidi dhe meteorizmi. Megjithatë ne do të japim një pasqyrë krahasonjëse të dimensioneve para dhe mbas mjekimit.

Nr. 1 cm. që hepari e kalon harkun brinjor para dhe mbas mjekimit.

Hepari në cm.	Nuk preket	Deri 2	2,5-5	5,5-10	Mbi 10	Nuk përcaktohet nga asciti
Gjatë shtrimit Nr. i rasteve	28	9	24	9	1	38
Në Dalje Nr. i rasteve	42	20	35	4		8

Midis këtyre vlen të përmendet rasti i pacientes Kasiani Zh. vjeç 38, e cila paraqiste një cirrozë hepatosplenomegalike të kompensuar me heparin deri në fossa ilica dextra dhe lienin në fossa ilica sinistra. Mbas mjekimit me delta korten hepari u zvogëluar deri në 3 cm., kurse splina deri në 4 cm. Disa muj më vonë pacientja u shtrua prapë me heparin deri në umbilicus e lienin në nivelin e crista ilica sin. Nën veprimin e terapisë hormonale të dy organet u zvogëluar brenda 2 muajsh.

Numuri i cm. që lieni e kalon harkun brinjor para dhe mbas mjekimit.

Lieni në cm.	Nuk preket	Deri 2	2,5-5	5,5-10	Mbi 10	Nuk preket nga asciti	Mbas splenektomisë
Gjatë shtrimit Nr. i rasteve	2	8	26	22	7	41	3
Në dalje Nr. i rasteve	7	18	32	33	8	8	3

Nga 109 të sëmurët e mjekuar prej nesh, gjatë qëndrimit në klinikë vdiqën 12 veta ose 11% e rasteve. Prej këtyre 6 ishin cirroza airofike të tipit Laennec, 5 cirroza splenomegalike të dekompensuara që merrnin karakter të ngjashëm me ato të tipit Laennec dhe një ishte morbus Banti, status post splenectomiam i dekompensuar.

Nga këta 6 veta vdiqën nga koma hepatike: një u shtrua me bronkopneumoni bilaterale ra në komë e nuk doli dot, i dyti mbas një paracenteze evakuatore të nesërmen e kishte ndër-gjegjen të erësuar dhe ditën e III-të ra në komë; i treti 12 ditë mbas ndërprerjes së delta kortenit pati shënjat e encefalopatisë porto-kavë dhe të nesërmen ra në komë. Nga kjo gjendje mundëmta nxjerrim, por pastaj u çfaqën shënja të një insuficiencie hepatike të rëndë me ikter, epistaksis dialeza hemorragjike, iu përsëritën shënjat e encefalopatisë portale dhe vdiq nga koma duke bërë dhe një hematemezë të vogël terminale, por gjatë kësaj kohe nuk merrte delta kortenit. Rasti i katërt paraqiste encefalopati porto-kavë, ra disa herë dhe doli nga gjendja prekomatoze deri sa vdiq, më tepër nga insuficiencia kardiopulmonare që e shoqëronte. Në dy të tjerët koma u zhvillua pa ndonjë veçori dhe nuk vlen të vihet në dukje.

Gjashtë të sëmurët të tjerë patën hemorragji digjестive: hematemezë ose melenë, në të gjithë delta kortenit u ndërpre menjëherë. Në tre prej tyre mbas hemorragjisë u çfaq koma: tek i pari që të nesërmen, tek i dyti 9 ditë mbas ndërprerjes së delta kortenit, kurse tek i treti mbas 2 javësh. Këto janë komat post-hemorragjike të përshkuara nga Cachera, të cilat dhe ne i kemi hasur shpesh herë në klinikën tonë. Ky është shkaku që mbas hemorragjive të cirrotikëve, krahas luftës kuadër hemorragjisë, ne kërkojmë të merren masa për të prevenuar hipe-

ramonieminë dhe pasojën e saj komën hepatike. Për këtë qëllim ndalojmë proteinat, përdorim ambramicinë për të luftuar florën intestinale proteolike dhe acidin glutaminik ose kripërat e tij për të neutralizuar superprodhimin e amoniakut.

Tre të sëmurët e fundit vdiqën nga hemorragjia: njëri iu përsërit ajo 40 ditë pas ndërprerjes së delta kortenit, dy të tjerët vdiqën nga hemorragjia gjatë kohës që merrnin respektivisht 20 dhe 15 mg. delta kortenit, por në autopsi u gjend tek njëri trombozë e *vena lienalis*, kurse tek tjetri trombozë e venave: *porta, linealis* dhe *mesenterica*.

Përveç këtyre 12 rasteve, në klinikën tonë vdiq dhe një pacient tjetër me *morbus Banti*, i cili dy herë u përmirësua nën veprimin e terapisë hormonale, por kur u shtrua për herë të tretë pati *hematemesis* e *melena*. Mbas ndërprerjes së delta kortenit iu çfaqën shënjat e encefalopatisë porto-kavë dhe vdiq nga koma hepatike.

Nga të sëmurët e tjerë dy patën hemorragji digjестive që u ndaluan mbas ndërprerjes së delta kortenit.

8 veta duallën në gjëndje të rëndë me insistimin e tyre ose të familjarëve. Prej këtyre dy qenë në gjëndje prekomatoze. 2 të tjerë muarrëm vesh se vdiqën në shtëpinë e tyre; njëri nga këta gjatë qëndrimit në klinikën tonë kishte shënjat e encefalopatisë porto-kavë.

Një i sëmurë tjetër me encefalopati porto-kavë ishte shtruar në reparti e psikiatrisë, por nën veprimin e terapisë u përmirësua dhe vazhdon të jetë në gjëndje të mirë.

Dy të tjerë, megjithëse u përmirësuan, likuidi nuk u resorbua plotësisht, por me kërkesën e tyre u nxorrën nga klinika për të vazhduar mjekimin në spitalin e qyteit ku ata banonin.

Nga manifestimet anësore të kortizonikëve, duhet përmëndur se 6 veta patën djersë të shumta, *2 facies lunata*; tek një u çfaqën palpitatione, tek një djegje epigastrale dhe dhëmbje që u pasuan nga një hematomezë me rreth 100 cc.

Nga të gjitha këto që thamë, del se nga 109 rastet e mjekuar me kortikosteroide, në 10 ose 9,17% të rasteve u çfaqën hemorragji digjестive. Por me përjashtim të rasti të fundit, në 9 të tjerët është vërtetë të thuhet se ka duhet t'ia atribuojmë delta kortenit dhe sa vetë sëmundjes, mbasi hemorragjitë janë një komplikacion që konstatoheshin edhe para erës së preparateve hormonale.

Lidhur me këtë mjafton të përmendim se Popper H. dhe Schaffner F. duke folur për shkaktet e vdekjes së ciroitikëve kanë grumbulluar nga autorë të ndryshëm 535 raste vdekjeje; në 229 prej tyre shkaku i vdekjes qe koma hepatike, kurse në 163 hematomeza, megjithëse të dhënat janë marrë nga viti 1936 në 1955, d.m.th. para përdorimit të kortikosteroideve në cirrozat.

Sidoqoftë, pikëpamjet e sotëshme janë se me përdorimin e preparateve hormonale është pakësuar përqindja e vdekjeve nga koma hepatike dhe është shtuar ajo nga hemorragjitë e traktit digjektiv.

Përveç rasteve të sipërpërmendura, tek një paciente u detyruam ta ndërpresim delta kortenin mbas disa ditësh, mbasi u çfaq një glikozuri dhe hiperglicemi. Me sa duket delta korteni vuri në dukje një diabet latent. Duke qenë se pacientja tonë kishte një ngjyrë pak të errët të lëkurës, dyshuam se mos kishim të bënim me një hemokromatozë, por ekzaminimet e ndryshme, duke përfshirë dhe biopsinë e lëkurës, flisin kundra saj.

Edhe Zherëbcov L. A. (1963), gjatë mjekimit të 64 ciroitikëve me kortizonikë, konstatoi 3 raste diabeti steroid.

Nga manifestimet anësore të spirolaktonit, përveç disa rasteve që mbas çkarkesës së madhe të likuideve dhe NaCl, paraqitnin lodhje, këputje, *vertigo*, të cilat tek një paciente qenë aqë të theksuara sa u detyruam ti japim djete me kripë, vlen të përmëndet rasti i të sëmurës Biko K. vjeç 36 që iu çfaq një pilozitet i theksuar në fytyrë simbas tipit maskulin. Kishte kaluar Botkin para 8 vjetësh, kurse 3 vjet më vonë iu çfaqën dhëmbje në hipokondrin e djathtë, për të cilat ishte shtruar disa herë në spitalin e Librazhdit. Në janar 1964 u operua për një ekinokok gjigant të mëlçisë. Gjatë ndërhyrjes kirurgjikale u konstata se hepari ishte atrofizuar, kishte rënë vetëm një lamë e hollë, kurse kaviteti peritoneal porsa evakuohej mbushej brenda pak ditësh me një likuid që i përngjiste birës së zezë.

Në një gjëndje të tillë u transferua në klinikën tonë në mars të 1964. Përveç mjekimit me delta kortenit, plazmë, diuretike tiazinikë iu bënë dhe tre cikle të gjatë me spirolakton. Gjatë ciklit të parë iu çfaq piloziteti i fytyrës, i cili vazhdoi të shtohet edhe disa ditë mbas ndërprerjes së spirolaktonit, pastaj u ndalua. 17 ditë më vonë, spirolaktoni iu rifillua me doza më të vogla se më parë 300 mg/ditën, qimet e mjekrës dhe mustaqeve filluan t'i rriten përsëri, megjithëse pacientia pjesërisht i kishte hequr. Përveç këtyre, ditën e VIII-të të ndërprerjes së spirolaktonit në ciklin e parë si dhe gjatë ciklit të tretë, iu çfaqën turbullime psihike: qante, bërtiste, thoshte se do çajë barkun me gërshërë ose thikë, deshte të ikë nga spitali etj. Ndërsa këto turbullimet e fundit është vërtetë të themi në se duhen lidhur me spirolaktonin apo janë manifestime të encefalopatisë portokavale, pilozitetin në ia kemi atribuar këtij preparati që bën pjesë në hormonet androgjene, kështu formula e tij është: 3(3-oxo 7 acetylthio-17-hydroxy-4-androstene-17- $\alpha$ -yl) propionic acid - $\gamma$ - lactone.

Përsa u përket rezultateve të largëta, të sëmurët tanë u observuan nga disa muaj deri 6 vjetë. 20 veta u shtruan përsëri në klinikën tonë; prej këtyre 16 për herë të dytë, kurse 4 për herë të tretë. Një pjesë e këtyre qenë nga ata që likuidi nuk u ishte resorbuar plotësisht; kurse

pjesa tjetër pësoi një recidivë të ascitit. Nga këta një me *morbus Bauri* (*status postsplenectomiam*), siç e kemi përmendur më lart, vdiq nga hemorragjia dhe koma hepatike. Tre dolën nga klinika në gjendje të rëndë, prej të cilëve 2 vdiqën në shtëpi. Tre të tjerët dolën me likuid, një prej të cilëve me minimal, kurse i dyti gjatë qëndrimit në klinikë paraqiti shënjat e encefalopatisë, por pastaj u qetësua. 13 të tjerët dolën në gjendje të mirë, pa likuid ascitit.

Megjithë rezultatet e arritura në mjekimin e cirrozave të heparit, ne nuk kemi mjete për ti shëruar këto definitivisht, prandaj del e qartë rëndësia e madhe që ka profilaksia e kësaj sëmundjeje.

Profilaksia e cirrozave, përveç luftës kundër faktorëve etiologjikë, konsiston në mjekimin sa më të plotë të hepatiteve kronike. Porsa të vihet diagnoza e një hepatiti të tillë, pavarësisht nga etiologjia dhe stadii evolutiv në të cilin gjendet, një nga masat më kryesore të mjekimit patogjenetik e përbën pushimi i të sëmurëve. Simbas të dhënave të Buligescu L. dhe h.p. (1964), disa autorë rekomandojnë pushim të ndërprerë me shtrim në spital 1 muaj çdo 3-4 muaj deri sa të shërohet, kurse të tjerë qetësi absolute 1-2 vjet. Scholm I (1962), ka arritur të shërojë hepatitet kronike hidropigjene vetëm me anën e qetësisë absolute, duke i mbajtur të sëmurët në kondita sanatoriale 16-18 muaj dhe pa asnjë medikament. Për mjekim sanatorial të gjatë është dhe Lupu N. Gh. (1962) etj.

Prej këtej kuptohet përgjegjësia e madhe që mbajnë mjekët kuronjës dhe komisionet e ekspertizës mediko-puntore ose mediko-ushtarake në përcaktimin e aftësisë të këtyre pacientëve.

Të bazuar mbi të gjitha sa thamë, mund të arrijmë në këto konkluzione paraprake.

1) Në anamnezën e të sëmurëve të mjekuar prej nesh me preparate hormonale, vëdim e parë e ze malaria, pastaj vjen hepatiti infektios. Por duke i krahasuar të dhënat e vitit 1950-1954 me ato të sotëshmet, vihet re një ulje e rasteve malarike nga 56,2% në 44% dhe në ngritje e atyre me *morbus Botkin* në anamnezë nga 9% në 22%.

2) Nën veprimin e terapisë hormonale të thjeshtë ose të kombinuar me diuretike tiazinikë ose spirolakton, asciti resorbohet plotësisht në një pjesë të madhe të cirrozave të dekompenzuara (simbas të dhënave tona në 56,1% të rasteve), kurse në të tjerët nuk jep efekt ose rezultatet janë të paqëndrueshme.

3) Kombinimi i preparateve hormonale me diuretike tiazinikë ose spirolakton bën që diureza dhe natriureza të rriten shumë, kështu edemet, hidrotoraksi dhe asciti resorbohen brenda një kohe më të shkurtër.

4) Gjatë përdorimit të preparateve kortizonikë vihet re prirja për tu shtuar numuri i hemorragjive digjестive dhe për tu pakësuar ai i komave hepatike.

5) Ndërsa nga preparatet hormonale, përveç resorbimit të versamenteve, mund të presim dhe një përmirësim të gjithanëshëm të cirrozës, diuretikut kanë vetëm një veprim simptomatik.

6) Midis manifestimeve anësore të spirolaktonit që përkrahohen në literaturën e konsultuar prej nesh, vlen të shtohet edhe një manifestim tjetër: hirsutizmi.

(Paraqitur në redaksi më 25-XI-64).

## BIBLIOGRAFIA

- 1) *Adhami J. E.* Mjekimi i sotshëm i cirrozave hepatike. Dhënë për botim Shëndetësisë Popullore.
- 2) *Adhami J. E., Kostaqi M.* — Mjekimi me delta korten i cirrozave hepatike të dekompenzuara. Shëndetësia Popullore 1959, 6, 6-16
- 3) *Adhami J. E., Kostaqi M., Andoni K., Bukli Dh.* — Cirrozat hepatike në Shqipëri simbas materjalit të spitalit Civil të Tiranës gjatë vjetëve 1950-1954. Shëndetësia Popullore 1958, 3, 44-49.
- 4) *Albano O., Losurdo S., Francavilla A.* — La cirrosi epatica in Puglia Min. Med. 1963, 54, 32, 1142-1147.
- 5) *Albeaux-Fernet M., Romani J. D.* Les oedèmes. Hormonothérapie, antagonistes de l'aldostérone et salidiurétiques. Paris 1962.
- 6) *Bariéty M., Gajdos A., Coury C., Koracevic M.* — Action comparée de la métacortandracine sur la diurèse et le métabolisme du sodium et du potassium chez le sujet normal et au cours de la cirrhose hépatique. Presse méd., 1956, 64, 1699.
- 7) *Boulet P., Mirouze J., Barjon P.* Etude physiologique et indications de la delta cortisone dans le traitement des cirrhoses. Revue internationale d'hépatologie. Paris 1957, 7, 3, 273-287.
- 8) *Buligescu L., Moldovan T., Marinescu N., Jonitã C.* Stadiul actual al tratamentului hepatitelor cronice. Medicina interna 1964, XVI, 9, 1025-1037.

- 9) *Cachera R.* Le coma hépatique, sa physiologie, son traitement par l'acide glutamique.  
La sem. des Hop. 1955,31,1542-1552.
- 10) *Cachin M., Pergola F., Potet F., Levillain R., Leluc R.* Delta cortisone et cirrhoses ascitiques. Etude biologique et histologique., Incidents thérapeutiques.  
La sem. des Hop. 1957,33,54,3168-3174.
- 11) *Cachin M., Pergola F., Slama P., Potet F., Levillain R.* — Le traitement des cirrhoses alcooliques par la delta cortisone.  
Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition. 1957,46,513-535.
- 12) *Cachin M., Pergola F., Slama P., Potet F.* — Le traitement des cirrhoses alcoolique par la métacortandraine.  
La sem. des Hop. 1957, 33, 14, 928.
- 13) *Cattan R., Vesin P.* Etat actuel du traitement des cirrhoses ascitiques par la delta -cortisone. La Sem. des Hop 1957,2,76-79.
- 14) *Cattan R.* — La corticothérapie dans le traitement des cirrhoses alcooliques du foie.  
Académie Nationale de Médecine, Paris. Seance du 3 juin 1958.
- 15) *De Gennes L., Mathieu de Fosé R., Moreau L., Bricaire H., Tournear R., Janson.* La delta-cortison dans le traitement des cirrhoses ascitiques.  
La Presse Med. 1957, 65, 31, 709-712.
- 16) *De Martinis C.* — Un nuovo inibitore della sintesi degli ormoni corticosurrenalic: il 2-metil -1, 2-bis (3-piridil)-1-propanone (S. U. 4885-Metopirone). *Minerva Med.* 1962,53,36,1367.
- 17) *Girolani M.* Le traitement de la cirrhose hépatique par de très hautes doses de propionate de testosterone.  
Médecine et hygiène. Geneve 1957,15,373,422.
- 18) *Ghiringhelli L., Comoli G.* — Osservazioni sull'impiego di un antialdosteronico (aldactone) nella terapia della ritenzione idrica.  
*Minerva Med.* 1962, 53, 45, 1760.
- 19) *Kukes V. G.* — O primenjenji blokatora aldosterona.  
*Kliničeskaja med.* 1963,6,65.
- 20) *Lamache A., Bourel M., Chevrel M., Cormier M., Richier J., Dauleux L., Lecnoir P., P., Frangeul R.* La corticothérapie surrénale au cours des cirrhoses du foie chez les alcooliques. La sem. des Hop. 1957. 33, 27, 1716-1730.
- 21) *Lockwood C. H.* Lo spirolattone nel trattamento delle asciti da cirrosi epatica. *Canad. M.A.J.* 1961, 11, 631. (Marré nga *Minerva Medica* 1962, 45, 53, 1768).
- 22) *Mnushkin A. S., Poliak E. I.* Nekotirie osobennosti ctiologii i kliniki cirozov pečenji.  
*Kliničeskaja med.* 1959. 10, 84.
- 23) *Panaitescu Gh.* Indicații și limite ale tratamentului cu diuretice nemercuriale. *Viața medicală* 1963, X, 11, 721-728.
- 24) *Poinso R., Chanas P.* Les manifestations pleurales des cirrhotiques. *La presse Médicale* 1958, 66, 49, 1106-1108.
- 25) *Popper H., Schaffner F.* Liver: Structure and function.  
Botim italian, Roma 1960.
- 26) *Runcan V., Racoveanu C., Geib R., Popescu T.* Tratatmentul cu spiro lactona în ascitele persistente ale ciroticilor. *Medicina internă* 1962, XIV, 9, 1123-1129.
- 27) *Vachon A., Besset C., Arcadio F., Joud R.* Les spiro lactones dans le traitement des cirrhoses ascitiques (26 observations). *Lion med.* 1961, 19, 1029-1043.
- 28) *Vesin P.* Les oedemes. Nouvelles études biologiques, cliniques et thérapeutiques.  
La sem. des Hop. 1958, 34, 32-33, 1948-1949.
- 29) *Zoeckler S. J., Hegstrom G.J.* Cortisone in decompensated portal cirrhosis. *Gastroenterology* 1953, 24, 30.
- 30) *Zherebcov L.I.* A. Primenjenije prednizolona pri hroničeskih gepatitah i cirozah pečenji.  
*Kliničeskaja medicina* 1962, 11, 98.





## TREATMENT OF CIRRHOSIS HEPATICA WITH CORTICOSTEROID DRUGS.

### (Summary)

A survey is made of 109 cases of liver cirrhosis treated with corticosteroid preparations during the years 1953-1964.

30 of the patients had atrophic decompensated cirrhosis of the Laennec type, 18 — splenomegalic cirrhosis, which during its evolution had caused the atrophy and decompensation of the liver and had become similar to the Laennec form; 19 had decompensated hepato-splenomegalic cirrhosis, 15 were diagnosed as morbus Banti, 2 had hepatomegalic cirrhosis and 1 was a syndrome of Cruchetier-Baumgarten, 2 had secondary biliary cirrhosis. Analysing the case histories of these patients, it can be seen that 43 (44%) had had malaria in their anamnesis, 24 (22%) had had suffered from viral hepatitis, 21 (19,26%) had been addicted to alcohol, 8 (7,34%) had different tubercular processes.

It is pointed out that the part of malaria, although still important, has a marked tendency to diminish, whereas the part viral hepatitis plays in this process is increasing, so much so that within a short time it shall replace that of malaria. The author comes to this conclusion by comparing the present situation with that of the period 1950-1954, when 56,2% of the cirrhosis hepatitis cases could be attributed to malaria and only 9% had a history of viral hepatitis.

44% of the cases had ascitis in their history and 75,2% had ascitis at the time of hospitalisation; 39,27% had oedema, 26,6% hydrothorax on one or both sides.

In 108 cases the hormonal treatment was applied with deltacortene 30-40mg daily; one patient was treated with ACTH only. In 40 cases deltacortene was combined with ACTH, but in most cases ACTH was used only for the stimulation of the suprarenal secretion.

In 43 cases plasma transfusion was used.

In 13 cases the treatment with corticosteroids was combined with testosterone, in 20 with chlorthalid 1,5 g daily, in 23 with hydrochlorthiazid 150mg daily with periodic pauses; in 26 patients — with spirolacton. Together with the hormonal and diuretic therapy were used vitamins C, B, PP, but mostly B<sub>12</sub> 500-1000 gamma daily, some hypotropic substances, as well as antibiotics.

As a consequence of this treatment ascitis disappeared in 56,1% of the cases. During treatment in the clinique died 12 patients; 6 in hepatic coma, 6 from internal haemorrhages. In 3 of these last cases coma hepatica came after the haemorrhages.

One patient with morbus Banti had two remissions, but after the second he fell into coma and died from porto-caval encephalopathy. 8 were released from hospital in a grave state.

Of 109 patients treated with corticosteroids 10 (9,17%) had digestive haemorrhages. In one case the treatment was interrupted, since it was discovered that he had latent diabetes. A woman, 36 years old, showed signs of hirsutism after treatment with spirolacton (3 sicles).

## DISA TË DHËNA KLINIKO-STATISTIKORE MBI DISKOPATITE E MJEKUARA NË SPITALIN E P. USHTARAK

KOL. DOC. HIQMET DIBRA  
(Spitali P. Ushtarak — Shef. KOL. S. IMAMI)

Dhimbjet e «mesit» ose të belit apo dhimbjet lombosakrale, që cilësohen me epitete të ndryshme mjekësorë si lombago, lombalgi, lomboiskialgi, radikulitë lombo-sakrale, raki-  
algi e me ralle diskopati ose *discitis* etj. zënë një vënd me rëndësi në mjekësinë ushtarake.

Simbas të dhënave statistikore të Spitalit Përgjithshëm Ushtarak për periudhën 10 vjeçare 1954-1963, numri i ushtarakeve me leziona të sistemit nervor periferik arrin në 31,1% kundrejt numrit të përgjithshëm 100% të pacientëve të shtruar dhe mjekuar për dëmtime organike të ndryshme të sistemit nervor në përgjithësi. Nga të dhënat e Klinikës së Neurologjisë të Fakultetit Mjekësor, del se sëmundjet e sistemit nervor (S.N.) periferik përbëjnë 18-20% të të gjithë morbozitetit. Një përqindje të tillë 18-20% kanë konstatuar edhe P.M. Saradzhişvili, D.S. Guger-Gric, S.M. Petjelin, D. A. Shamburov, kurse dëmtimet e sistemit nervor periferik nga të dhënat e Spit. P. Ushtarak arrijnë në 31,1%. Është për tu theksuar se autorët e përmendur kanë konstatuar se, 70% të dëmtimeve të sistemit nervor periferik (S.N.P.) e përbëjnë radikulitet lombo-sakrale.

Nga analiza e bërë historisë së sëmundjeve të 260 pacientëve ushtarakë të shtruar në repartin e neurologjisë të Spit. P. Ushtarak gjatë periudhës 1954-1963 për dhimbje lombo-sakrale (radikulitis lombo-sakrale, lombago, lombalgi, lombo-iskialgi ischias etj.), del se 58% të pacientëve të këtij grupi duhet të konsiderohen «diskopatira», mbasi të dhënat anamnesticke dhe klinike flasin për një diagnozë të tillë. Diagnoza e diskopative, siç rekomandon V.V. Staravoiit duhet mbështetur në tablone klinike, ndërsa metodat plotsuese të kërkimit luajnë vetëm një rol ndihmës.

B.A. Dubnov tregon se në analizën e 334 rasteve të shtruar për radikulit lombo-sakral 76% paraqesin shenja klinike të qarta të një diskoze. Ndërsa autore të tjerë (A.K. Shenk, M.I. Kagan, L.S. Kadin, Z.L. Lurie, Mikser, dhe Barr) tregojnë se nga ekzaminimi i pacientëve të dërguar e shtruar për *ischias* del se një pjesë e tyre kanë deformime të ndryshme të vertebraeve e sidomos të disqeve intervertebrale në formë diskoze, osteokondroze, protruzioni diskal, hernie, të cilat duhet të konsiderohen si «diskopatira».

Simbas të dhënave të L. Ectors, de Seze, Forestier, Sicard, etj. nga 77 gjer 93% të rasteve me *ischias* kanë lindur si pasojë e një diskopatie.

Shumë autorë të sotshëm (O. Scaglietti, D.S. Guber Gric, de Seze, T. Alajouanine si dhe neurokirurgët Forestier, J. Guillaume, R. Desportes, S. Gotteron, S.H. Jarmand, M. Maitre etj.) janë të mendimit se do të ishte me sakte që 70-80% të dhimbjeve akute të menjëherëshme lombosakrale që lidhen në përgjithësi me një traume ose sforcim të kolonës vertebrale, të cilësohen si diskopati ose diskoza, mbasi këtu kemi të bëjmë me një patologji të diskut «intervertebral» Ndërsa De Seze, J. Guillaume, R. Desportes Gotteron S. H. Jarmand dhe M. Maitre në një botim të tyre propozojnë termin «sciatique paralysante» (nga këta 100 raste u operuan 38 dhe në 32 prej tyre u konstatua një hernie diskale.

\* \* \*

Ashtu siç rekomandojnë autorët Sicard, Lievre, Levi-Lebar, Ectors, Guber-Gric, etj. për të arritur në diagnozën e diskopatisë, jemi mbështetur në të dhënat klinike e paraklinike që vijojnë:

Faktori traume ose sforcimi fizik i kolonës vertebrale është gjetur në shumicën e rasteve. Nga anamneza rezultoi se 15% e pacientëve kishin patur një traume; 65% ankonin një sforcim fizik (marrje keq e kryqeve, hap i gabuar, duke ngritur një peshë të rëndë, lëvizje e papritur rreshqitje etj.) 12% ankonin të ftohtit dhe lodhjen fizike; 8% e pacientëve dhimbjet e tyre të menjëherëshme nuk i lidhin me asgjë.

Dhimbja lombo-sakrale është shkak që i ka detyruar pacientet të shtrohen në spital. Ajo është në përgjithësi 92% e menjëherëshme dhe e vazhdueshme me rrezatim në njërin nga anësitë

e poshtëme gjatë nervit ischiadigus në 11% të rasteve dhimbja është rrezatuar në të dyja anësitë në 7% dhimbjet kalonin nga njëra këmbë tek tjetra ndërsa në 5% të rasteve dhimbjet mbeten të lokalizuara në «mas» pa asnjë rrezatim, duke dhënë përshtypjen e një lombango.

Në 40% të rasteve çrregullimet e sensibilitetit dualnë në pah në formë parestezish të lehta (impirje të gjunjve, këmbëve). Në diskopatite, hipoestezi të tipit radikular janë simptoma më rëndësi dhe në 1 kemi hasur në 83% të rasteve, ndërsa Guber-Gric po këto simptoma i ka gjetur në 80% të rasteve. Anestezinë në faqen e jashtme të kërcirit dhe të këmbës e kemi takuar në 15% të rasteve.

Çrregullime të sensibilitetit të thellë dhe termik janë takuar në 4% të rasteve sidomos në disa forma të rënda diskopatie. Ne mendojmë se këtu kemi të bëjmë më tepër me çrregullime sensibiliteti të natyrës hysterike, që çfaqet si një mbishtresë funksionale, mbasi një simptom të tillë nuk e kanë observuar autorët të tjerë dhe nuk ka se si të spjegohet nga ana klinike.

Në 95% të rasteve në përkusion është provokuar dhimbje duke shtypur pikat vertebrale në nivelin e L<sub>1</sub>-L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>, ndërsa 70% të tyre ankoniin dhimbje të të gjithë kolonës lombo-sakrale. Në 75% të rasteve pikat e Waleksit ishin të dhimbshme, kurse në 23% kemi konstatuar dhimbje në shtypjen të nervit femoral. Simptomin e Lassegue e kemi gjetur në 85% të rasteve ndërsa, atë të Bonnet në 42%.

Modifikimi i refleksve, sidomos ai i akilian, është një nga shënjat objektive më të rëndësishme. Në 38% të rasteve refleksi akilian ka qenë i dobët, në 15% nuk provokohej fare dhe në 4% i gjallë.

Në diskopatitë rëndësi të madhe ka vënia në dukje e simptomave reflektore-tonike, si tendosja e muskujve ekstensore të shpinës, sidomos gjatë lëvizjeve aktive e pasive. Të tilla simptoma janë hasur në 85% të rasteve, kurse autorët të tjerë po këto simptoma i kanë takuar në 100% të pacienteve (Scagletti, Dubnov, Guber-Gric etj.). Simbas këtyre autorëve pikërisht në këto simptoma duhet të mbështetemi për të vënë diagnozën e diskopatisë.

Tendosja e muskujve ekstensore të shpinës në 20% të rasteve ka shkaktuar një skolioze të lehtë, ndërsa lordozja është takuar vetëm në 4% të pacienteve. Kjo tendosje e muskujve ekstensore të shpinës bën kontrast me atoninë muskulare të muskujve *glutei*, sidomos të anës më të prekur, që në c kemi gjetur shumë të dukëshme në 42% të rasteve.

Karakteristike për diskopatitë është ecja e të sëmurit. Pacientet ecin si të ungrirë, marrin poza antalgjike, duke u përpjekur ta mbajnë kolonën vertebrale të palëvizëshme ose t'u shmangen lëvizjeve që shtojnë dhimbjen. 95% e pacienteve tanë merrnin poza antalgjike, sidomos kur vleshin sapo shtriheshin në shtrat, etj. Këtu vlen të theksohet se gadi 80% e pacienteve, kur i vinin të ecnin në majë të gishtrinjve, e ndjeinin vehten më të lirshëm, sikur u pakësoheshin dhimbjet. Këtij simtom i kemi kushtuar një vëmendje të veçantë dhe bile të sëmurët ishin porositur të ecnin në majë të gishtrinjve, duke i konsideruar këto ushtrime si një metodë kurimi.

Hipotonia muskulare e kofshës në anën e dhimbëshme është hasur në 15% të rasteve, kurse Guber-Grici në 33% të pacienteve dhe Dubnov në 40% të rasteve.

Në diskopatitë me dekurs kronik dhe recidivues takohen atrofi muskulare. Në 15% të rasteve p.sh. në kemi hasur atrofi të muskujve *glutei* në 23% atrofi të muskujve *cruris* dhe 7% atrofi të të gjithë artit.

Më 7.8% të rasteve u gjetën simptoma neurologjike bilaterale por me të theksuara e të dukëshme në anën ku dhimbjet ishin më të forta. Ndërsa V.V. Staravoit simptomat neurologjike bilaterale i ka hasur në 19.6% të pacienteve me hernie diskale mediane në segmentin lomboar.

Këto janë simptomat që vërehen në përgjithësi në diskopatitë, por ato nuk çfaqen gjithmonë në mënyrë të dukëshme e të qartë prandaj del nevoja e kryerjes se ekzaminimeve plotësuese.

Si ekzaminime plotësuese janë përdorur kryesisht ekzaminimet radiologjike, ekzaminimi i likuorit cerebro-spinal, elektro-diagnostiku dhe mielografia. 82% e pacienteve me diskopati i janë shtruar ekzaminimit radiologjik dhe tek 60% të tyre nuk u është konstatuar ndonjë gjë më rëndësi; tek 16% spondilozë, 10% spondilo-artriti ose lomboartriti, 3% spina bifida, 7% sakralizim dhe 4% lomboalimiz. Puntura lombare i është bërë vetëm 60% të pacienteve. Nga këta vetëm 3.9% kishin një disociacion proteino-citologjik të theksuar: mbi 1 gr. 0/00 proteina me 2-7 celula për mm<sup>3</sup>, tek 30% të pacientëve proteina arrinte nga 40-60/00, kurse tek të tjerët likuori cerebro-spinal paraqitej normal në çdo pikëpamje. Prova Stookey — dhe Quickensteidit rezultoi negative në të gjitha rastet.

Elektrodiagnostiku është përdorur këto pesë vjetët e fundit por jo në mënyrë sistematike për këtë arsye nuk mund të japim ndonjë të dhënë statistikore të vlefshme.

Përsa i përket mielografisë, duke përdorur si mjet kontrasti lipiodolin, është zbatuar vetëm në raste të rralla (3.9% të diskopative); aty ku kemi pasur shënja të kjarta për hernie diskale. Vlen të theksohet se edhe pas ristabilizimit të gjendjes, këtyre pacientëve u mbeti një dhimbje në «bish» dhe kjo me siguri si pasojë e një epiduriti të shkaktuar nga lipiodoli.

Sikundër u theksua edhe me lart, vetëm 3.9% të pacientëve me diskopati kanë paraqitur simptoma të dukëshme të një hernie diskale kirurgjikale. Hernia diskale në dy raste është çfaqur mbas një traume (dy ushtarë u traumatizuan në shpinë nga shëmbja e dheut); në katër raste mbas një sforcimi të kolonës vertebrale (që të katër oficerë, dhe që kanë qenë

mjekuar edhe më parë për lombago ose *ischias*). Dhimbja mbas sforcimit është çfaqur menjëherë dhe i ka blokuar pacientët në vënd. Nga të dhënat e V.A. Dubnov rezultoi se në 334 raste të shtruar për radikulit lombo-sakrale 76% paraqesin shënja të qarta të një diskoze; nga këta 94.2% dualën të shëruar ose të përmirësuar, ndërsa nga 5.8% që dolën pa përmirësim vetëm 3.3% u diagnostikuan për hernie discale dhe u nënshtuan operacionit.

Të gjithë pacientët me hernie discale merzin pozicion të detyruar e paraqesin një skolioze të kolonës vertebrale. Në 2 raste pacientët rrinin të «ngritë si qiri», dhimbjet në fillim lokalizoheshin në pjesën lombrare si në lombago, më vonë ato u rrezatuan në formë lombo-kruralje ose lombo-iskialgie bilaterale.

Çfaqjen e hernisë discale e kemi gjetur të lidhur me traumën ose sforcimin fizik, ndërsa Schmorle, Forestier, Thurel, Giroire, De Seze, Scaglietti e lidhin gjithmonë vetëm me sforcimin fizik. Guber-Gric, Dubnov, Osna fillimin e hernisë discale e lidhin në radhë të parë me traumën pastaj me sforcimin fizik e më rrallë me infeksione skute ose pa shkak.

Hernite discale që kemi hasur karakterizohen me një dekurs pak a shumë të zgjatur. Me kalimin e kohës dhimbjet shpërndahen nga regjioni lombo-sakral në trajektin e nervit ischiadikus mbas një periudhe qetësie janë verejtur riakutizimi si pasojë traumash të vogla, sforcimesh fizike ose të ftohurit. Simptomi i Lassegue e Bonnet ka qenë gjithmonë i pranishëm. Pacientët ankoniin dhimbje me të mëcha kur shtriheshin përmbys dhe e ndjenin veten të lehtësuar kur vinin jasteqe nën kokë. Në shtrat atyre ju pëlqente të rrinin me gjunjët e mbledhur në bark mbasi ky pozicion i qetësonte. Likuori cerebro-spinal ka rezultuar gjithmonë me disociacion proteino-citologjik të theksuar (mbi 1 gr. 0/00 proteina me 2-3 celula për mm<sup>3</sup>). Reflektet akiliane të ruajtura, bile të gjalla. Kemi konstatuar një hipotoni muskulare të theksuar të muskuleve *glutei* dhe 2 raste me atrofi muskulare në të dy artet, por më e theksuar në njerën anë.

Në diskopatite, 50% të rasteve, kemi konstatuar një dobësi të dukëshme të muskulit ekstensor të gishtit të madh të këmbës dhe të muskulit *tibialis anterior*. Ky simptom është gjetur gjithmonë në hernite discale. Edhe neurokirurgu Samotokin i klinikës neurokirurgjikale të akademisë mjekësore të Leningradit i jep një rëndësi të madhe këtij simptomi, të cilin e quan «shënja e gishtit të madh të këmbës».

Çrregullimet e sensibilitetit kanë qënë kurdoherë të pranishme, por me të dukëshme në faqen e jashtë të këmbës e të kërcirrit.

Hernite discale duhet të diferencohen nga grupi i diskopative mbasi po ti hedhim një sy letërsisë mjekësore të ditëve tona, shohim se ndërhyrjet kirurgjikale janë bërë rregull për «radikulit diskogjen».

Disa autorë francezë (Alajouanine, Thurel, Giroire Forestier megjithëse 80% të *ischiaive* i konsiderojnë si pasojë e hernisë discale, ndërhyrjen kirurgjikale e rezervojnë vetëm në 8-10% të rasteve.

Dubnov dallon dy forma diskozash, hernite dhe protruzionet e disqeve, dhe se vetëm për hernite duhet të ndërhyet kirurgjikalisht.

Vien të bëhet diagnoza diferenciale e dhimbjeve të regjionit lombo-sakral, që nga ankesat e të sëmurëve dhe nga simptomat u përngjasin diskopative.

Ndër të shtruarit për dhimbje lombo-sakrale «të padurueshme që u çfaqen menjëherë pas një traume (shembje tuneli, aksident automobili), kemi verejtur 4.2% lombalgira «histerike». Këto raste nuk mund të konsiderohen si simulim, mbasi u shëruan me një psikoterapi të thjeshtë. Edhe P. Lance ka konstatuar se 5-6% të dhimbjeve lombosakrale, me shenja subjektive të një diskopatie, ishin të natyrës funksionare si pasojë e një sinistozë histerike.

Spondiliti specifik ose morbus Pott i regjionit lomar mund të simuloje fare mirë një diskopati, sidomos kur dhimbjet dhe rigiditeti çfaqen menjëherë mbas një sforcimi fizik apo traume. Ky gabim diagnostik theksohet edhe më tepër kur reperti radiologjik rezultoi normal ose flet për një spondilo-artrit banal ose ngushtim të hapësirave intervertebrale. 4.2% të rasteve me lombago ose *ischias* që në fillim paraqesin shenjat e një diskopatie, me vonë na rezultuan me spondilit specifik *insipiens*. Një konstatim të tillë ka bërë edhe M. Gaucher në 4% të rasteve të shtruar për *ischias* «diskogjen».

Një vënd me rëndësi ze diagnoza diferenciale e diskopative me të ashtuquajturin «reumativizëm vertebral», që shkakton dhimbje të forta në pjesën lombo-sakrale të kolonës vertebrale. Është fakt se çdo algi vertebrale që nuk sqarohet menjëherë, cilësohet si reumatizëm i kolonës vertebrale. Spondilo-artoza reumatizmale është e shpeshtë, në rrallë takohet spondilo-artiti ankilozant, por këto dy forma të reumatizmit inflamator vertebral përbëjnë një terren të përshatshëm për diskopati, kur mbi të vepron faktori traumatik. 24% e rasteve me dhimbje lombo-sakrale kanë qënë të natyrës reumatizmale.

Një vënd të posaçëm meriton diagnoza diferenciale me dhimbjet që shkaktojnë malformacionet e kolonës vertebrale, si *spina bifida occulta* (3%), sakralizimi (7%), lombalizimi (4%) është karakteristike se dhimbjet e «mesit» të shkaktuara nga malformacionet nuk pushojnë gjatë natës, por përkundrazi shtohen. Shumica e këtij grupi (70%) kanë evokuar traumën si shkaktar të dhimbjeve. Trauma, siç thotë M. Gaucher, mund të luajë një rol të rëndësishëm në shkaktimin e krizave të para të dhi mbëshme.

\* \* \*

Dhimbjet lombo-sakrale, megjithëse janë studjuar qysh prej vjetesh, mekanizmi dhe etiopatogjeneza e tyre u sqarua veçim aty nga viti 1930.

Punimet e Schmorle, M. N. Shapiro, M. N. Kagan, Forestier, De Seze nga viti 1930-1940 i kushtuan një rëndësi të veçantë diskut intervertebral në lidhjen dhe zhvillimin e dhimbjeve lombo-sakrale.

Ndërsa autorë të tjerë (Sicard, Lièvre, Levi-Lebar) i kushtojnë një rëndësi të madhe traumes në lindjen e diskopative dhe e konsiderojnë atë si vendimtarë në hernite diskale. Autorë të tjerë (Falconer, Mac George, Begg, Schenk, Kagan) dhe që përbëjnë shumicën, nuk e mendojnë rolin e traumes, por e konsiderojnë të tepruar.

Ajo që ka më tepër rëndësi sot është spjegimi që i japin disa autorë (J.A./Lurie, J. Kolman, E.V. Schmid, Scaglietti, Gubcr-Gric) etiopatogjenezës të dhimbjeve lombo-sakrale, të cilat në të kaluarën nuk spjegoheshin, Problemi u sqarua në sajë të individualizimit anatomik dhe radiologjik dhe ndërhyrjeve neuro-kirurgjikale në kolonën vertebrale.

Shumica e autorëve konsiderojnë sot si faktor etiologjikë të diskopative proceset degjenerative të indeve të diskut intervertebral degjenerim ky që vjen si pasojë e traumës. Simbas Scagliettit diskopatite degjenerative duhet të konsiderohen si proces atrozik, që prek individet në moshën 30-50 vjeçare. Desporges Gotteron thotë se qysh nga moshë 30-50 vjeç shtohen proceset atrozike, të favorizuara nga një diskopati e vjetër e shkaktuar nga një sforcim i kolonës vertebrale.

Me këtë faktor atrozik mund të spjegojmë shumicën e diskopative tona tek ushtarakët që kishin kaluar moshën 30 vjeç (82% ishin oficerë mbi 30 vjeç dhe 18% ushtarë).

\* \* \*

Përdorimi i termit «diskopati» apo «diskoze» është relativisht i afërt ne mjekësi dhe soi shërben për të cilësuar me të shumtat e dhimbjeve lombo-sakrale, që çfaqen pas një sforcimi apo traume të kolonës vertebrale.

Mendojmë se ky term shënon një hap përpara si nga ana e etiopatologjisë, ashtu dhe nga ajo e masave mjekonjëse.

Megjithëse dhimbjet lombo-sakrale nga paraqitja duken të thjeshta; po të shikohen në mënyrë të gjithanëshme atëhere del në shesh se problemi është më si komplikuar i përsa i përket mjekimit ashtu dhe për masat mediko-legale.

Nga grupi i diskopative duhet të dallohen mirë rastet me herni diskate që kanë nevojë, për ndërhyrje kirurgjikale, ndërsa pjesa dërmuese e diskopative duhet të mjekohet në mënyrë konservative (regjim shtrati absolut, terheqje, fiskulture speciale, fizioterapi etj.)

(Paraqitun në Redaksi më 18.3.1965)

## BIBLIOGRAFIA

1. *Alajowanine Th. et Petrit-Dutaillis.* Le nodule fibro-cartilagineux de la face posterieure des disques intervertebraux. Presse Medicale 1930,98.
2. *Barr I. S.* Intervertebral disk lesions as cause of sciatica. Brit. Med. Jour. 1938, X.
3. *Casteigne P.* Bilan etiologique de l'examen d'un malade atteint de lombalgie et sciatique. Rev. du praticien, 1955, I, 6.
4. *Campbel A.M.G. Thilifs D.G.* Cervical disk lesions with neurological disorder. Differential diagnosis, treatment und prognosis. Britich Medical Journal 1960-5197 481-485
5. *De Sèze et Guillaume I.* Physiopathologie de la sciatique disco-radiculaire commune. Presse Medicale, 1949,25.
6. *De Sèze S. et Merle P.* L'âge de la sciaticus. La Sem. des Hôpitaux de Paris 1949,25.
7. *Desporges-Gotteron R.* Etat actuel du traitement des lambalgies. La Clinique 1963, 580, 97-101.
8. *De Zèeze, Guillaume J.* Sciatique paralysante.
9. *Desporges-Gotteron, R. Jurmand S.H. et Maître M.* La Semaine des Hôpitaux 1957, 45, 1773-1796.
10. *Dubnov B.L.* K klinike i diferencilnoj dignostike pojasničnih diskozov. Zhurnall nevropatologii i psihiatrii im. Korsakova 1963 5, f. 37-42.

11. *Elisejev V.A.* Pojasnično-krestcovie radikuliti, nevriti nevralgii,  
*Popova M.N.* Opiť sovjetskkoj medicini v Velikoj Otječevenoj  
*Rodina E.P.* Vojne 1941-1945 g.g. 1949,26.
12. *Ectors L.* Radiculite du S2 et hernie discale. Acta Neur. et Psych. Belgica, 1950, 52,9.
13. *Falconer A. Mc. George M.* Observations on the cause and mechanism of symptom po-  
*a Begg Ch.* ciation in sciatic and lowback pain. J. Neurol. a Pahychiat. 1948, II,1.
14. *Forestier J.* Le traitement medical de la sciatique.  
Acta physiotherap. et rhumatol. Belgica 1948,3,1.
15. *Forestier J. et Arlet I.* Remarques sur les funiculites étagées. Rev. du rhum 1949, 16, 2,
16. *Gaucher M.* Les spondilites  
La revue du medecin praticien 1961,XI,3537-3541
17. *Gaucher M.* Les douleurs rachidiennes du rhumatisme  
La revue du medecin pratician 1961,XI,3585-3589;
18. *Givroire H.* Nevralgies sciatiques diorigine discale.  
Concours medical. 1957,32
19. *Guber-Gric D. S.* Zabollevanija pojasnično-krestcovovo otdella nervnoj sistemii f. f.  
44-64., 125-134 Medgiz 1961.
20. *Kadin L. S.* Diagnostika i lečenje grizh mespovonočuvovo diska Voprosi Nevrohii-  
rurgii, 1952, 1
21. *Lance P.* Algic rachidienne et medecine psychosomatique  
La Revue du praticien, 1961, XI, N<sup>o</sup>. special. 3496-3535.
22. *Lance P.* Douleurs et malformatins du rachis Ibidem 3609-3617
23. *Lièvre I. A.* Le traitement de la sciatique  
La semaine des hopitoax des hôpitaux de Paris, 1955, 58
24. *Lurje Z. L.* Spornije voprosi kliniki i patogeneza pojasničnokrestcovovo radikulita.  
Voprosi nevrohirurgii, 1957,4
25. *Mixter W.* Rupturē of lumbal intervertebral disk. Ann. Surg. 1934,4.
26. *Osna A. I.* Pojasničnaja diskalgija – Zhurnal Nevrollogii i Psihiat. im. Korsakova,  
1963, 63, I, 31-36.
27. *Saradzhišvili P.. M.* njēkotorije spornije voprosi patogeneza t.n. radukulitov. Izdatelstvo  
Akademij Nauk Gruzinskoj SSR Tbilisi 1960
28. *Scalietti. O.* Stato attuale delle discopatie.  
Progresso Medico 1963, 19, 261
29. *Starovoit V.V;* Dvuhstoronjaja nevrologičeskaja simptomatika pri patollogii pajasni-  
čnih diskovov  
Zhurnal nevropatollogii i psihitrii korsakova 1767-1774
30. *Schmorl G.* Bearbeitet von Jungans H. Die gesunde und kranke Wirbelsaule im  
Röntgenbild und Klinik. 1951.
31. *Sicard A. Lièvre I.* Quelques aspects nouveaux du diagnostique et du traitement de la sci-  
*Ledoux L.* atique  
Concours Medical, 1956, II.
- Shamburov D.A.* Ishias, 1954, Medgiz.
32. *Shamburov D.A.* Spinomozgovaje zhičkost  
Medgiz, 1954.
33. *Štenk A.K.* Lomboiskilgija i ježo ortopedičeskaja osnova v svete sovremenih dan-  
nih. V. sb. Ljumboiskiallgii. Biomedgiz. M. L. 1937.
34. *i Kagan M.N.* Sciaticque tronculaire et sciaticque radulaire.  
*Thurel R.* Rev. Neur. 1949, 71, 10.
- 35.

#### SOME CLINICO-STATISTICAL DATA ON CASES OF DISKOPATHY IN THE MILITARY HOSPITAL OF TIRANA (1954-1963)

##### (Summary)

*The author analyses for a period of ten years (1954-1963) the cases of pain in the lumbo-sacral region, among which an importt anplace take the affections of the vertebral diskax, From 260 case histories (with radiculitis lumbo-sacralis, lumbag lumbo-ischialgia, ischias etc.), 153 (58 percent) should be considered as diskopathy. Only in 15 percent of them the anamnesis contains a traumatic factor; 65 percent had severe pressure on the backbone, 12 percent had cold or fatigue, 8 percent had no apparent cause.*

In all the diskopathic cases the pains began suddenly and were continuous, with irradiations along the ischiadic nerve; in 11 percent of the cases the irradiation of the pain was in both legs; in 7 percent the pain passed from one leg to the other; in 5 percent the pain; remained localized, in the lumbosacral region without any irradiation.

Sensory troubles in the form of light paraesthesia were noted in 40 percent of the cases, hypersesthesia of the radicular type in 85 percent. In 95 percent of the cases the pain could be provoked by percussion of the vertebrae L4, L5 and S1.

The author noted alterations of the achilean reflex in 58 percent of the cases Tonic reflexory symptoms with tension of the extensory muscles of the back were registered in 85 percent of the cases; 20 percent had light scoliosis; 95 percent walked in an antialgic posture; 80 percent relieved their pain by walking on tip-toe, eliminating at the same time the need of the antialgic posture. For this reason the author considers the tip-toe walk as a diagnostic test and as a means of treatment.

In 7.8 percent of the cases the neurologic phenomena were bilateral.

The complementary examinations gave the following results:

a) X-ray examination in 82 percent of the cases; 60 percent had no appreciable changes; 16 percent had spondylosis, 10 percent spondyloarthritis, 3 percent spina bifida, 7 percent sacrolysis, 4 percent lumbolysis.

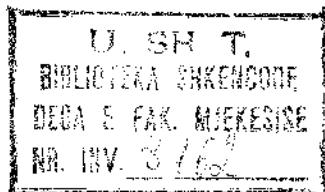
b) Lumbal puncture in 60 percent of the cases; 3.3 percent had protein-cytologic dissociation with proteins over 0.1 percent and cells 2-7 per mm<sup>3</sup>; in 30 percent of the cases the proteins attained 46 percent, whereas in the rest the liquor was normal.

c) Myelography was done in 3.4 percent of the cases which had apparent signs of diskal hernia.

Of the patients that had insupportable pains in the sacro-lumbal region 4.2 percent had hysterical lumbalgia, 4.2 percent a beginning of tubercular spondylitis and 24 percent - vertebral rheumatism.

In the author's opinion the term diskopathy or diskostis is of much help from the etiological, diagnostic and medico-legal viewpoint.

From the group of diskopathy should be distinguished the diskal hernia, which should be subject to neurosurgical intervention; according to the anatomo-pathological data they form 3.9 percent of all the cases of diskopathy.





## MBI TERAPIË NË MJEKIMIN E SKIZOFRENISË

PROF. XHAVIT GJATA

(Klinika e psikjatriisë — shefi i klinikës Xh. Gjata)

Si shumë probleme të tjera të mjekësisë edhe mjekimi i skizofrenisë ka bërë evolucionin e vet. Terapia e vërtetë e kësaj sëmundjeje që bëri revolucion në gjithë kompleksin e saj është terapia aktive e cila ka rreth tri dekada jetë. Edhe ne, që në vitin 1939, kemi filluar të aplikojmë metoda aktive të mjekimit të skizofrenisë, që në atë kohë kemi përdorur përtoterapië me esencë tercbentine, etj. sulfozinën, mofarioterapië, kardiazolterapië. Më vonë sidomos nga viti 1948, filluam aplikimin e insulinoterapiës, somnoterapisë dhe të elektrohokut. Gjashtrë vjetët e fundit vumë në jetë edhe metodat e mjekimit me anën e psikoleptikëve. Gjatë viteve 1939 deri në 1948 mjekimi është bërë me metoda të ndara. Me krijimin e repartiit të psikjatriisë në Spitalin e Tiranës në 1948 dhe veçandërisht me krijimin e klinikës së fakultetit, filjuam të bëjmë një mjekim kompleks të sëmundjeve me skizofreni duke kombinuar njëra mbas tjetrës insulinoshokun, somnoterapië, dhe elektrohokun. Kemi bërë në të njëjtën kohë insulinoterapië me elektrohokun, ose kombinim të këtyre metodave me preparatet e rauwolfia serpentina dhe psikoleptikët.

Nga 370 rastet tonë, 310 janë mjekuar me elektrohok, 108 me insulinë, 108 me rausedil dhe serpezil dhe 172 me neuroleptikë si klorpromazinë, largakul, torazinë, kompazinë, stelazinë. Insulinoterapia është përdorur nga ne në këtë mënyrë: Kura fillohet dy ditët e para me nga dhjetë unitete insulinë në ditë, pastaj bëhen vetëm pesë unitete çdo ditë gjër sa bie në koma. Të sëmurët ndahen në dy grupe: një pjesë e tyre janë mjekuar me gjëndje komatoze të lehta, kurse shumica e pacientëve është lënë në koma të thellë që ka zgjatur nga gjysëm ore gjër dy orë maksimum. Numri i gjëndjeve komatoze për një kurë 45 gjër në 60, dhe më rrallë gjër në 70 seanca. Kemi vënë re se kur kemi përdorur metodën e komave të thella zakonisht kemi patur remisione dhe përmirësime më të theksuarë. Në të sëmurët që kanë paraqitur gjatë terapisë kontraksione muskulare, insulinën e kemi kombinuar me barbituratë, një natë përpara kemi rekomanduar 6 ose 10 centigram luminal, në rastet më të rënda kemi injektuar gr. 0.20 luminal intramuskular. Në shumë raste për qetësinë e këtyre kontraksioneve kemi injektuar edhe adrenalinë ose gjër në 5 ampule vitamina B<sub>1</sub> nga 50 miligram. Për daljen e pacientëve nga gjëndja komatoze në kemi përdorur rrugën nazale, duke hedhur me sondë zakonisht shiroq 200 gr. (sheqer 6 pjesë dhe ujë 4 pjesë); kur pacienti nuk ngrihet kemi bërë 30 cc glukozë 40% intravenë. Kur është vonuar zgjimi janë injektuar gjër 300 cc. glukozë 40%. Gjatë kurës me insulinë është patur parasysh parimi që për çdo unitet insulinë nevojiten 2 ose 3 gr. sheqer dhe kur sasia e insulinës e kalon të 60 unitet, atëherë jepet 1 gr. sheqer për unitet insulinë. Gjatë mjekimit me insulinë përmirësimi i sëmundjes ka ardhur në mënyrë graduale, dhe në mbarim të kurës pacientët kanë qenë shpesh herë në remision të plotë. Si komplikacione më të shpeshta nga insulinoterapia ne kemi patur pneumonija nga aspiracioni i pëshëmës ose i shiroqit. Nga njëherë kur i sëmuri nuk e ka ngrënë plotësisht ushqimin ose kur e ka vjellë, ka ndodhur që të bjerë përsëri në koma mbas 2 gjër më 10 orësh. Mjekimi edhe në këtë rast bëhet me glukozë intravenë 40%. Si gjatë eksperiencës sonë ashtu edhe në literaturë janë vërejtur raste vdekjesh nga koma insulinike. Disa autorë provojnë se për çdo 500 të mjekuar ngjet 1 vdekje. Ende mbetet problematike vdekja nga insulina, shkaku është toksiciteti i preparatit, uja e forcave neurojtëse të organizmit, çësma akute e pa pritje e trurit apo mikrohemorragjitë. Në gjëndjet komatoze insulinike të thella që kanë zgjatur mbi 24 orë, janë aplikuar glukozë 40%, kardiotonikët, antibiutikët magnesium sulfurici 25%, solucion skopolaminë 1%, klorpromazina me injeksion, luminali sub-kutan, vitaminat pp, B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub>, nora-drenalina dhe lobelina. Kolëti e fundit një sukses të madh na ka dhënë në kohën e zgjatur hidrokortizoni intravenoz deri 100 miligram në ditë.

Një vënd të posaçëm në mjekimin e skizofrenisë ka zënë edhe terapia me elektrohok. Në përgjithësi është filluar me 60 volt, dhe rrallë herë është aritur në 120 volt. Të sëmurëve

u kemi bërë gjithësej 12 gjer në 25 seanca. Zakonisht kemi aplikuar në çdo dy ditë një seancë elektrohok. Gjatë këtyr mjekimit kemi takuar shumë rralle këto komplikacione: Disa pacientë kanë patur luksacion të mandibulës, të cilat janë reponuar me një herë; shumë të rrala kanë qënë luksacionet e koksës së humerusit një rast ka qënë me frakturë të baginit, një me frakturë të *coll femoris* dhe një me frakturë të kelenës vertebrale. Në një pacient mbas një seance elektrohok u çfaq homipariza tranzitore për disa orë e shoqëruar me afazi.

Rezultatet e elektrohokut kanë qënë të mira, në mënyrë të veçantë në format katatonike dhe halusinatore paranoide. Ky mjekim brënda saancave të para jep përfundim të mira me remision të plotë por njëjt herë ky remision është tranzitor; pas disa javëve rifillojnë përsëri fenomenet psikotike. Kurse me insulinoterapinë remisioet janë shumë të gjata; një gjë të tillë e kemi konstatuar sidomos atëhere kur ne kombinojmë elektrohokun (12 seanca) dhe pastaj aplikojmë insulinën, ose kur vepërojmë duke përdorur dy herë në javë sistoterapinë gjatë kurës së insulinoterapisë.

Këtu nuk po përmëndim mjekimet me kardiozolterapinë dhe somnoterapi për arsye se në kohën e sotme pothuaj se janë lënë si të pa vlefëshme.

Një vënd të rëndësishëm në mjekimin e skizofrenisë gjatë gjashtë vjetëve të fundit në klinikën tonë ka patur edhe terapia me preparatet e rauvolfia serpentina siç është rezerpina si edhe me derivatet e fenotiazinës siç janë klorpromazina, kompazina, stelazina. Serpazili ose rezerpina janë përdorur duke filluar me 1/4 mgr. dhe doza është rritur gjatë një në 6 mgr. në ditë, doza mesatare ka qënë katër ose pesë miligram pro ditë, dhe kura është vazhduar rreth 100 ditë. Nga një herë gjatë përdorimit të këtyre preparateve kemi parë ulje të tensionit arterial dhe sindromin parkinsonik, këto simptome shduken me ndalimin e medikamentit. Në këtë rast si mjekim: përdorim vitaminat B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, PP, C, kafeinë, strikinë, solucion glukozë 40% dhe dezoksiko-kortikosteron acetat me anë injeksionesh. Disa autorë kanë dhënë gjër 15 mg. rezerpinë në ditë. Pasi mbaron kura themelore në spital, i sëmuri ka vazhduar mjekimin në shtëpinë e tij me dy ose tre mgr. në ditë, kjo qubet kurë mbajtëse (mantëhimenti) e cila vazhdon gjashtë muaj gjer në dy vjetë. Disa autorë e gjejnë të nevojshme që këto preparate të kombinohen me sasira të vogla hipnotikësh. Gjatë mjekimit me derivatet e rauvolfia serpentina nuk këshillohet në as një mënyrë mjekimi me elektrohok. Nga observacionet tona rezultojn se këto preparate vepërojnë në mënyrë pozitive si në format akute ashtu edhe në ato kronike të skizofrenisë. Këto medikamente kanë shpeshit të vogël dhe japin rezultate të mira sidomos kur përdoren dozat mbajtëse për një kohë të gjatë. Po ashtu përdoren me sukses gjatë remisjoneve për të parandaluar racidivat.

Prej vitit 1958 në mënyrë sistematike kemi filluar të mjekojmë të sëmurët skizofrenë me forma akute dhe kronike me klorpromazinë dhe derivate të tjera të fenotiazinës. Skenën që përdorim në klinikë është si vijon: e fillojmë me 25 mgr. me injeksion intrantuskular për një javë kur arrihet në 300 mgr. ose 400 mgr. medikamenti jepet nga goja.

Zakonisht klorpromazina jepet në 3 doza në ditë. Kura vazhdon rreth 100 ditë, dhe pastaj vazhdon për 6 gjer 24 muaj kura e mbajtjes me 75 mgr. gjër 200 mgr. në ditë. Ka autorë që arrijnë edhe 800 mgr. e në tepër klorpromazinë në 24 orë. Kështu p.sh. Koldman thotë se rezultate më të mira ka arritur me dozë maksimale ditore 800 mgr. largaktit të vazhduar për 4 gjer 6 muaj. Autorë të tjerë kurën e mbajtjes e vazhdojnë 900 ditë.

Gjatë mjekimit me neuroleptikë ne kemi parë edhe fenomene anësore, në shumicën dërmues të pacientëve vërehet një eritemë e lekurës në vëndet që i prek dielli, në dy raste kemi patur hepatite toksike me ikter. Kur pacientët nuk kanë qëndruar shtrirë dhe sidomos në fillim të mjekimit kanë çfaqur gjëndje kolapetide, hipotoni të presionit arterial, adinami të rralle, është vënë re vomitus dhe diare. Simptomimë tipik në rastin e dozave të mëdha është sindromi parkinsonik, i cili është një konstatim po i thuar në të gjithë rastet. Sindromin tipik të Delay nuk e kemi konstatuar, ky sindrom konsiston në fillim me palëvizimë, pastaj me sindromin hiperkinetik në qafë, gojë, me vonë çfaqet sindromi hiperkinetik i plotë i ngjashëm me parkinsonizminporse këtu patienti ka nevojë të lëvizë si një automat. Këtyre sindromave u ngjitet sindromi depresiv si edhe ai neurovegjetativ me pëshymë të shumtë, djersë, bradikardi, hipotension, edhe përta i përket numurit të saktë të këtyre fenomeneve kollaterale do të përshkruhet në një studim tjetër të mëvonshëm. Vitet e fundit kemi preferuar kombinimin e psikoleptikëve, duke përfshirë grupin e fenotiazinës dhe të rauvolfia serpentina, me insulinën. Shpesh herë kemi shtuar edhe elektrohokun. Kur është mbaruar një kurë është vazhduar tjetra.

Shumë autorë, sot janë të mendimit se klorpromazina është në gjëndje të spostojë kurat me insulinoshok etj. në mjekimin e skizofrenisë. Kështu p. sh. Cade dhe Herich shkruajnë se mjekimi me klorpromazinë i skizofrenisë është aq efikas sa që nuk ka më nevojë për të përdorur metodat e tjera. Philil përkundrazi mendon se insulinoterapia dhe elektrohoku ku mbeten si kurat më të mira. Tarasov Ju. K. mendon se si insulina edhe klorpromazina japin efekte të ngjashme rreth 50% remisione të thella dhe përmirësime. Po kështu Serajski U. Ja. dhe Galeniko V. E. kanë patur përmirësime të theksuara nga aminazina, Zhilins S.G., Raikin I.G., Tarasov Ju.K. vënë në dukje se mjekimi me aminazinë, jep rezultate të favorëshme në të sëmurët me një dekurs të gjatë dhe të vazhdueshëm skizofrenie. Ashtu si kanë shkruar autorët e ndryshëm edhe ne dalim me të njëjtat konkluzione se forma katatonike e skizofrenisë ka prognozën më të mirë dhe forma simpleks është ajo që ka prognozën më të keqe.

Nga 370 të sëmurët tonë 94 janë me remision, 59 me remision social, 90 me përmirësim, 115 të pa shëruar dhe 12 vdiqën. Nga numri i përgjithshëm i të sëmurëve 103 kanë patur nga një recidivë, 43 me dy recidiva, 23 me tre recidiva dhe 26 mbi katër recidiva. 151 pacientë janë në gjendje terminale (gjëndje pa lëkundje të theksuar, që ka marë stabilitet). Shuma më e madhe e të sëmurëve tonë përbëhet nga forma katatonike me 148 pacientë dhe nga forma halucinatore paranoide me 102 pacientë. Shifrën më të madhe të remisioneve dhe të rëmtioneve sociale e përbëjnë të sëmurët me katatoni, 85 veta në 148, ndërsa forma simpleks e skizofrenisë ka numrin më të lartë, 42 të pa shëruar në 50 pacientë.

a) Simbas eksperiencës sonë rezultoi se kombinimi i insulinës me klorpromazinë të aplikuar njëra mbas mbarimit të tjetrës është mjaft e efektshme me qënë se njëra metodë potencializon veprimin e metodës tjetër.

b) Po të krahasohen të ndara këto 2 metoda mund të themi se janë efikase në të njëjtën mënyrë.

c) Simbas eksperiencës sonë insulinoterapia jep remisione të plota dhe të gjata më të mira në format eskizopinisë me dekurs të zgjatur dhe në format kronike.

ç) Nga njëherë kombinimi i insulinës, psikoleptikëve dhe elektroskokut na ka dhënë rezultate edhe më të mira në rastet persistente, kur metodat e veçuara kanë qënë të pa fuqishme.

d) Në format halucinatore paranoide, hebefrenike dhe katatonike insulina e kombinuar me neuroleptikët ose edhe me elektroskok na ka dhënë remisione totale dhe sociale mjaft të rëndomta.

dh) Efikasiteti i terapisë varet nga zbatimi i përpikët i dozave të përshtatshme p.sh. 300 gjer 400 mgr derivate të fenotiazinës dhe 4 gjer 6 mgr. rezepinë të vazhduara gjer në 100 ditë, dhe pastaj me terapi mbajtëse për 6 gjer 24 muaj, si edhe me 45 gjer 60 seanca gjëndjeje të thellë komatoze lidhur me insulinoterapinë.

(Paraqitur në Redaksi më 5.X.1964)

## BIBLIOGRAFIA

- 1) J. Delay, P. Deniker etj. La presse medical Janar 1959 Nr. 4, Nr. 6 faqe 123-126, faqe 201-203
- 2) J. Laboucaire, O. Lacassin, P. Barres. Annales medico-psychologiques. Janar 1960 faqe 21-46
- 3) J. Piette. Annales medico-psychologiques Maj 1960. faqe 1003.
- 4) J. Piette, A. de Schaeppriever. Annales medico-psychologiques Frur 1961 faqe 380-381.
- 5) E. Evrard. Annales medico-psychologiques Prill 1961 faqe 793-794.
- 6) Follin, Chanoit Pilon, Huchon. Annales medico-psychologiques Maj 1961 faqe 967-983.
- 7) J. Trillot, J. Noyer -- Dhjetor 1961 faqe 990 Annales medico-psychologiques.
- 8) R. Chevalier. Annales Medico-psychologiques. Dhjetor 1961. faqe 1006.

## THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

### (SUMMARY)

This article analyzes 370 cases of schizophrenia treated by different methods:

310 — with electroshock

218 — with insulin shock

108 — with raisedyl and serbasil

172 — with neuroleptics (chlorpromazine, thorasin, compasin, stellostn.),

The conclusions of the author on the results of the treatment are the following:

a) The combination of chlorpromasin and insulin, given alternatively the one after finishing the other, has been satisfactory, since the one drug potentialises the other.

b) The two methods compared separately have approximately the same effect.

c) We have the impression that the treatment with insulin gives more complete and long remissions, especially in chronic and more protracted cases.

d) Sometimes the combination of insulin with psycholeptics and electroshock has given us better results in persistent cases, when isolated methods have had no effect.

e) In the paranoid forms with hallucinations, hebephrenia and catatony insulin combined with neuroleptics and electroshock has given total remissions.

f) The effect of the treatment depends upon the accuracy of the doses that should be combined, for example 300-400 mg phenothiazin derivatives and 4-6 mg reserpine to be continued for 100 days, and after that to follow with a maintenance therapy of 6-24 months with 45-60 sessions of comatous state caused by treatment with insulin

## FLORA MYCETARE E TRIHOMYKOZAVE NË QYTETIN DHE RETHIN E TIRANËS

MIHAL CARIDHA

(Katedra e Dermato - venerologjisë — Shef Prof. K. Kerçiku)

Studimi të myknave në përgjithësi, kohët e fundit, shumë autorë i kanë dhanë randësi të madhe, me qerë se asht vuc re përhapja e tyre, sidomos e epidermofitëve dhe kandidomykozave të lëkurës dhe viscerale nga përdorimi i gjanë i antibiotikeve.

Nji konditë e randësishme për luftimin e trihomykozave (trihofiti, mikrospori dhe favus), asht studimi i florës mycetare. Me anë të studimit zbulohen liset dhe speciet e ndryshme të këpurdhave parazitare, që shkaktajnë këto sëmundje. Asht e ditun, se sëmundjet parazitare të lëkurës shkaktohen nga shumë lloj myknash patogjene. Kuadri klinik që shkaktajnë këta parazitë, asht shpesh i njejtë për speciet e ndryshme. Nga ana tjetër edhe me anë të ekzaminimit mikroskopik nuk mund të bahet diferencimi i tyre. Kjo gja mbrihet duke bamë analizat bakteriologjike. Diagnoza kulturele (etiologjike) e trihomykozave cakton qartë edhe originën humane apo zoofile të tyre, gja që të orienton shpejt për burimin e infeksionit si dhe për masat antiepidemike që duhen marrë.

Studimi shkencor i florës mycetare, ka fillue nga fundi i shekullit të kaluem, themeluesi i të cilit asht R. Sabouraud (1864-1938). Të gjitha vendet e Evropës, ndërmyet tyre dhe ato të Ballka it, njoftin tashma mirë liset dhe speciet e parazitëve që shkaktajnë trihomykozat në vendet e tyre. Njoftimet e para mbi florën mycetare në vendin tonë, janë dhanë në studimin «Dermatomykozat në Shqipni», në vitin 1955 nga prof. K. Kerçiku dhe Doc. Z. Kakariqi, që asht pasue nga dy artikullit tonë. Mendojmë se, edhe për vendin tonë, ka ardhë koha që të bahet nji studim shkencor i florës mycetare. Studimi i florës mycetare të trihomykozave në qytetin dhe rrethin e Tiranës, bashkë me depistimin dhe mjekimin e të sëmundëve, ka fillue në vitin 1960 dhe ka vazhduë deri në qershor të vitit 1964.

Grumbullimi i materialeve patologjike, mbjellja e tij, si dhe diagnostikimi i kolonive janë ba nga ne, në laboratorin mykotik pranë Spitalit Klinik Nr. 2.

Për kultivimin e kolonive të parazitëve, kemi mbjellë flokë të sëmund, skuama dhe thonj, por ma rrallë pus nga elementët profunde të trihofitisë. Materjalin patologjik, para se mo e mbjellë e kemi coptue në copa sa ma të vogla, tue vendos 2-3 pjesë në nji epruvetë, në distancë 2 cm. larg nga njana tjetra. Mbjelljet i kemi ba në terrenin ushqyes agar glukoze Saburo. Që të mos zhvillohen dhe koloni të bakterieve të ndryshme, simbas përpunimit të Popov I. S. dhe Mishchenko L. I. këtij terreni i kemi shtue dhe levomycefinë 0.1% si dhe Vitamin B<sub>1</sub> tue llogarit 1 mg për litër. Për zhvillimin e kolonive, në kohë vere, epruvetat i kemi lanë në temperaturë të dhomës, kurse në dimër i kemi vendosë pjesërisht në termostat dhe nji pjesë tjetër në ambient tjetër të ngrehtë. Kolët e fundit të gjithë materialeve e kemi vendosun në termostat.

Gjatë periudhës në studim, nga të sëmundët e konstatuem në qytetin e Tiranës, mbjelljen e materialit patologjik e kemi marrë prej 338 veta. Prej këtyne, kanë mbimë 211 herë, baras me 62,1%, fise dhe specie të ndryshme të dermatofitëve. Prej 74 mbjelljeve të tjera, ose 21,8% janë zhvillue koloni të reja, kurse 53 herë, baras me 15,16%, nuk ashtë rrit asnji lloj kolonije.

Nga 211 epruveta në të cilat janë zhvillue dermatofitet, 116 herë ose 54,9%, ata kanë qenë të pastërta, kurse 95 herë ose 45% bashkë me ta janë rrit dhe koloni të hueja. Prej 13 të sëmundëve janë zhvillue nga 2 specie të ndryshme dermatofitësh, dhe prej 198 të tjerëve, kanë mbimë nga nji specie. Zhvillimi i kolonive të dermatofitëve asht ba simbas përsëkrimit që e japin shumë autorë (Bruchus dhe Alexander, Pinetti etj.).

Specien ma të shpeshtë që kemi diferencue, ka qenë *Tr. violaceum*. Ajo ka fillue me mbimë zakonisht mbas 5-7 ditëve si asht mbijellë dhe nga fundi i javës së tretë, kolonia e saj asht zhvillue komplet. Ma vonë ose kanë qëndruar për njëfarëkohë (reth dy javë), pa u ndryshue ose shpejt kanë pësue ndryshime polimorfike dhe pleomorfike, tue u mbulue me push të gjatë, të hollë dhe të dendur. Në epruvetat që janë mbajë në ambient të ngrohtë, por jo konstant, kemi konstatue fillimin e mbirjes mbas 10-15 ditë ose ma vonë, mbasi janë mbijellë. Shpesh kolonitë fillestare kanë pas ngjyrë si në të verdhë me një nuancë roz dhe ma vonë asht zhvillue pigmenti i tyre karakteristik, që ka ngjyrë violet, prej ku kolonia ka marrë edhe emain. Intensiteti i ngjyrës së pigmentit, ka ndryshue shumë, tue fillue nga ngjyra violet e zbehtë deri në violet intensive. Shpesh kolonitë që në fillim të mbirjes kanë pas ngjyrë violet të theksueme, e cila ka ardhë gradualisht tue u ba ma intensive dhe kanë marrë nuanca të criët. Kemi vërejtë dhe koloni që, në qendër kishin ngjyrë violet, kurse periferia e tyre kishite ngjyrë të verdhë si dylli. Veçori të tjera të kolonive tona, sikurse ka vërejtë dhe Pinetti, kanë qenë mbulimi i tyre me një velo të hollë prej pluhuri të bardhë, koloni të vogla apo gjigande etj. Kolonitë kanë qenë gjithmonë të ngritura mbi nivelin e terrenit, me kufi të qartë dhe pa degëzime në thellësi të terrenit. Forma e kolonive ka qenë ovale ose e stërgjatun, po shpesh në anët kanë pasë thellime të shumta dhe t'imita, që i ipnin kolonive parjen e liqërëve të bregut të detit. Sipërfaqja e kolonive ka qenë e lëmuet apo me brazde të rralla, por shpesh kemi vërejtë edhe shumë rudha t'imita, të çrregullta dhe zik-zake. Nga ekzaminimi mikroskopik i kolonive të *tr. violaceum*, konstatuam shumë micela të gershtueme në forma lamshesh, të cilat kishin pësue ndryshimet përkatëse, simbas vjetërsisë së kolonive. Mikrokonidie apo aleuri vumë re rallë. Varianti decalvans i kësaj specie, si nga ana makro dhe mikroskopike, ka pas karakteristikat e *tr. violaceum*. Të njëjtat veçori kanë pas dhe kolonitë *tr. glabrum*, vetëm se në to nuk asht zhvillue pigmenti ngjyrë violet.

Kolonitë e *tr. ochraceum*, qe Bodin (cit. Bruhus, Aleksandër e ka qujtë dhe *tr. verrucosum*), kanë fillue me mbimë mbas 7-9 ditëve dhe janë zhvillue komplet mbas 2-3 javësh. Në fillim kolonitë kanë qenë të sheshta, të thata, ngjyrë të bardhë — gri dhe me pak brazda jo të thella. Ma vonë, ata janë zmadhue, kanë marrë formë gjysëm sferë, me sipërfaqe të ashpër, të thatë dhe me brazda të thella që të ipte përshypjen e një verruce vulgare. Mikroskopikisht konstatuam micela të trasha, të segmentueshme si dhe pak klamidospor.

Në materialin tonë, kulturat e *tr. gypseum*, kanë fillue me mbi mbas 3-4 ditëve dhe komplet janë zhvillue nga dita e tetë deri dymbëdhjetë. Kolonitë kanë qenë në formë dhe madhësi të ndryshme, të përbame nga një pluhuri i bardhë, i imët, i ngjashëm me pluhurin e gipsit. Kemi diferencue tipin asteroid dhe të granuleum. Kuadri mikroskopik i tyre, paraqitej me micela të degëzume, dhe me shumë aleuri. Në majën e micelave vumë re disa fiqe të përdredhuna në formë spirali. Konstatuam edhe makrokonidie, që nga forma e tyre, kanë marrë emnin mesure (veretena rusisht, Spindel-gjermanisht). Maja e tyre ishte lehtësisht e mprehte dhe përmbajshin 2-3 celula të gjana.

Kolonitë e *tr. sulfureum*, kanë fillue shpejt me mbimë dhe brenda dy javëve kanë pushtue gjithë terrenin, tue dalë edhe jashtë tij. Ato përbareshin nga një push i hollë, i gjatë, ngjyrë të verdhë si të squfurit. Mikroskopikisht u vumë re fiqe të holla micelare me fryrje anësore dhe terminale, si dheASURE dhe klamidospor terminal. Gjatë fiqeve micelare, kishte dhe konidie të stërgjatuna apo cilindrike.

*Tr. Schönleini* ka fillue me mbimë mbas 6-8 ditëve. Kolonitë e tij kanë tendencë me u rrit ngadalë dhe mos u bamë të mëdha. Kur ishin sa një kokëz gruni, kishin ngjyrë të verdhë si të dyllit. Ma vonë ato bahen të thata, me brazhda, prandaj duken si të rudhosuna. Kulturat e vjetra shpesh janë mbulue me pluhuri të bardhë. Nga ekzaminimi mikroskopik konstatuam micela të septueme, me mikronidie të rralla dhe me degëzime në majë në formë «të brinjëve të drenit të veriut».

Kolonia e mikrosk. *Audouini* ka fillue me mbimë mbas 5-7 ditëve dhe shpejt asht rritë Kolonia e zhvillueme kishte këtë paraqitje: i gjithë terreni asht i mbulue me një shtrësë të bardhë prej pushi mjaft të imët, me një brazhdë së gjati dhe pak së gjani. Ekzaminimi mikroskopik të kësaj kolonie nuk ja kemi ba, me qenë se asht dërgue jashtë shtetit për verifikim.

Kolonitë e micr. *gypseum* kanë fillue me mbimë shpejt dhe për një kohë të shkurtën (10-12 ditë), kanë pushtue gjithë terrenin. Ata kishin ngjyrë rozë të hapërt — krem dhe me pak brazda në qendër. Mikroskopikisht kishin shumë fiqe micelare të gjana, të pasuna me konidie laterale, formë ovale si dheASURE të gjana, të shkurtëna me 6-8 celula në brendësi.

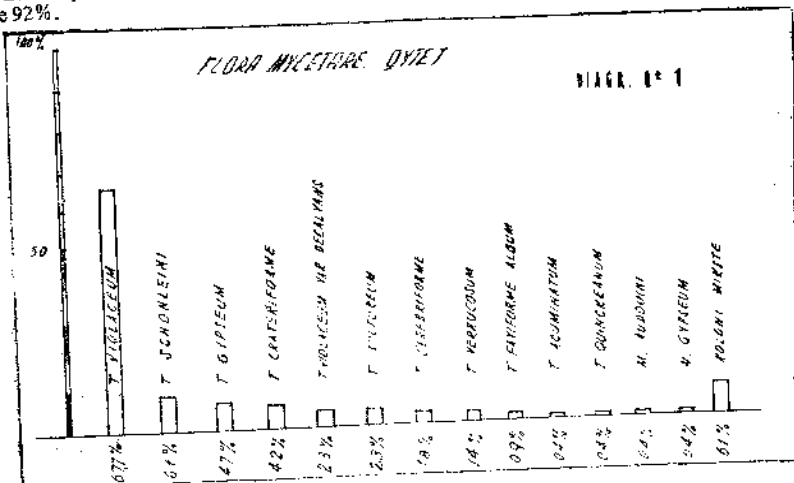
Në pasqyrën Nr. 1 po paraqesim fiset dhe speciet e kôpurdhave parazitare, që kemi diagnostikue në qytetin e Tiranës.

## Flora e dermatofiteve të qytetit të Tiranës, moshat dhe seksi i të sëmuneve

	0-4		5-9		10-14		15-19		20-24		Shuma		tot	Për- qta.
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Tr. violaceum	6	3	54	51	13	12	2	2	—	—	75	68	143	67.7
Tr. viol. decalv.	—	—	3	—	1	1	—	—	—	—	4	1	5	2.3
Tr. crateriforme	—	—	4	—	—	2	—	—	3	—	7	2	9	4.2
Tr. cerebriforme	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	2	2	4	1.8
Tr. acuminatum	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0.4
Tr. gypseum	1	1	3	2	2	1	—	—	—	—	6	4	10	4.7
Tr. verucosum	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	3	3	1.4
Tr. favif. album	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	2	0.9
Tr. sulfureum	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	3	2	5	2.3
Tr. Schonleini	3	2	2	2	1	2	—	1	—	—	6	7	13	6.1
Tr. quinceanum	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	0.4
Micr. Audouinii	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0.4
Micr. gypseum	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0.4
Shuma	10	8	70	60	20	20	2	4	3	1	105	93	198	
											5	8	13	6.1
Kolonite mikste											110	101	211	99.1

Sikurse shifet nga pasqyra, përqindja më e madhe e specieve që kanë shkakuar trihomozozat në qytet, është ajo e *tr. violaceum* me 67.7%. Po të shtojmë dhe përqindjen (2.3%) të variantit decalvans, të cilin Bruhus dhe Aleksander, Pinetti, e konsiderojnë si *tr. violaceum*, atëherë kjo specie përban 70% të të gjithë specieveve.

Në studimin e tyre Prof. K. Kërçiku dhe Doc. Z. Kakarici, këtë specie e kanë kultivuar 90%, nga të sëmunitë e qyteteve dhe rrethëve të ndryshëm, që janë shtruar në spital. Në punën tonë të maparëshme e kemi diferencuar 68,24% dhe 84,2% (Caridha 3,4). Autorët jug-sllavë Grin E. I. dhe Ozegović L. në Serbi dhe Hercegovinë, *tr. violaceum* e kanë konstatuar me 63% kurse në Maqedhoni 48,3%. T. Filkov dhe P. Bocov në rrethin e Bllagojegradskit e kanë diferencuar 92%.



Ndër speciet e randësishme asht edhe tr. Schönleini, të cilin ne e kemi diagnostikue në këtë punë 6.1%, kurse ma parë 5.26% dhe 3% (Caridha 3.4%). Në krahasim me rrethin e Tiranës, në qytet këtë specie e kemi diferencue ma shpesh, sepse gjatë depistimit disa të sëmunë kanë ardhë nga rrethi dhe janë vendosë në qytet. Në republikat e përmenduna të Jugosllavisë, autorët e sipërshenuem e kanë diferencue këtë specie respektivisht 30.65% dhe 11,2%. Autorët bulgarë në rrethin e Kollarovgradskit thone se favusi përban 50% të rasteve me trihomyoza, kurse në Turqi asht konstatue 39%. Në përqindje shumë të ulët kemi diferencue dermatofitet e fisit mikrosporon (0.9%), që tregon se mikrosporia asht shumë pak e përhapun në qytetin e Tiranës. Interesant asht fakti se ky infeksion ka ardhë tue u shtue kohët e fundit në disa vende si p.sh. në Jugosllavi, B.R.S.S. (Moskë) etj. Nga 27% që ishte në fëmijët e shkollave të distriktit të Beogradit mbas luftës së parë, ka arrit në 93% mbas luftës së II-të (Grin, Ozegoviç). Në Maqedhoni këta autorë tr. (micr.) ferrugineum e kanë konstatue 48.3%, kurse micr. Audouini 1%. Ziseman V. E. në Bashkimin Sovjetik (Moskë) ka vërejtë shtimin e të sëmunëve me mikrospori dhe që në vitin 1960 ata përbaishin 73% të gjithë të sëmunëve me mikroza të këkës. Micr. gypseum ne e kemi diferencue vetëm një herë (0.4%) kurse Alteras I. dhe Avram A. në qarkun e Bukureshtit 27%.

Simbas klasifikimit klinik trihomikoza në qytetin e Tiranës, paraqiten në këto raporte: Trihofitia 92,6%, favusi 6,9%, mikrosporia 2,4%.

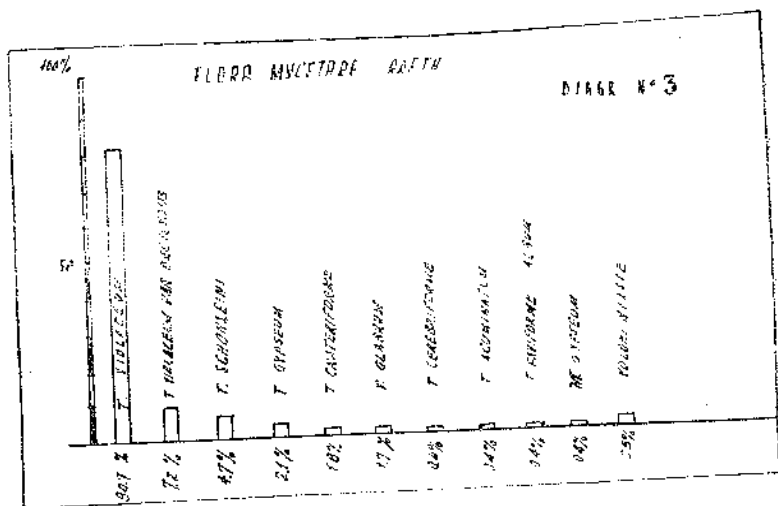
Prej të sëmunëve të zbuluem në rrethin e Tiranës, mbjelljen e materjalit patologjik e kemi aplikue nga 364 veta, prej të cilëve 234 herë, ose 64,2% kanë mbimë koloni të dermatofiteve. Prej 65 të sëmunëve, baras me 17,5% janë zhvillue mykna të huej, kurse prej 65 të tjerëve, nuk asht zhvillue asnjë lloj kolonie. Nga 234 kultivime të dermatofiteve, 164 herë ata kanë qenë të pastërta dhe 70 herë të kombinuem me koloni të myknavë të huej. Në pasqyrën Nr. 2 po paraqesim fiset dhe speciet e diagnostikueme në rrethin e Tiranës.

Pasqyra Nr. 2 dhe diagrama Nr. 3

Flora e dermatofiteve të rrethit të Tiranës, mosha dhe seksi i të sëmunëve

	0-4		5-9		10-14		15-19		25-29		30-34		mbi 35		Shuma	Tot. %		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
Tr. violaceum	3	3	47	55	43	26	2	3	1	2	4	95	94	189	80.7			
Tr. vio. var. dec.			2	1	11	3							13	4	17	7.2		
Tr. crateriforme	1		1			1								2	1	3	1.2	
Tr. cerebriforme				1											1	1	0.4	
Tr. acuminatum					1									1		1	0.4	
Tr. glabrum					2	2								2	2	4	1.7	
Tr. Schönlein			2	4	4									6	4	10	4.2	
Tr. gypseum			2	2		1								2	3	5	2.1	
Tr. fav. album			1											1		1	0.4	
Micr. gypseum					1									1		1	0.4	
Shuma	4	3	55	63	62	33	2	3	1	2	4	4	123	109	232			
															2	1	2	0.8
															125	109	234	99.5

Kolonitë mikste

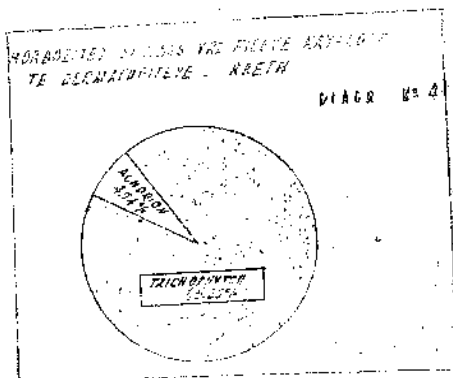


Edhe në Rrethin e Tiranës, specia ma e shpeshtë asht trich. violaceum (80.7%), të cilës po t'i shtojmë edhe variantin e saja decalvans (7.2%) përmban 87.9%. Variantin decalvans që në rrethin e Tiranës e kemi diferencue ma shpesh, e konsiderojmë si të veçantë nga trich. violaceum, për kuadrin klinik që ai shkakton. Bashkë me simptomat e tjera të trihofitisë së kokës, të sëmundët nga asht zhvillue ky variant, kishin edhe vatra atrofike pa flokë, që nuk shkaktohen nga trich. violaceum.

Trich. Schönleini, që ne e kemi diagnostikue në rreth 4.2%, mendojmë të klasifikohet në fisin ahorion, me qenë se kuadrin klinik që ai shkakton asht shumë i ndryshëm nga ai i specieve të fisit trihofiton. Vetëm pesë herë kemi diagnostikue trich. gypsum, që asht barazi me 2.1%, por që në zonat fshatare Chmel dhe Buhvald e kanë konstatue 61.3% të trihofitëve.

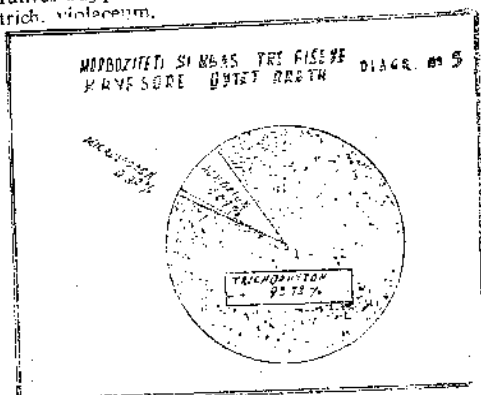
Simbas klasifikimit klinik trihomozozat në rreth paraqiten si vijon: trihofitia 95.25% dhe favusi 4.74%.

Prej materialit të mbledhur nga kafshët me trihofitoze në rreth, kemi diagnostikue vetëm dy specie zoofile: trich. verrucosum dhe sulfureum. Nga një viç i kooperativës bujqësore Fushë Preze asht zhvillue trich. violaceum.



Gjatë periudhës në studim, prej të sëmundëve të konstatuam në qytetin dhe rrethin e Tiranës mbjelljet i kemi aplikue në 702 veta. Prej tyre janë zhvillue 445 koloni të dermatofitëve parazitare, të cilët 430 herë kanë qenë të vetme, kurse 15 herë të tjera kanë mbirë nga dy koloni të specieve të ndryshme.

Edhe si qark, specia ma e shpeshtë që asht zhvillue, ka qenë trich. violaceum, e cila përban 74.60% të të gjitha mbirjeve. Po t'i shtojmë edhe variantin e saj decalvans (4.94%) atëhere kjo specie zen 79.5%. Në vend të dytë vjen trich. Schönleini me 5.16%, pastaj trich. gypsum me 3.37%. Po rjeshtojmë me rradhë speciet e tjera dhe përqindjet e tyre:





Trich. crateriforme 2.09%, Verrucosum 0,67%, Trich. faviforme album 0.67%, Trich. acuminatum 0,44%, micr. gypseum 0,44%, trich. Quinckeanum 0,22% dhe micr. Audouinii 0,22%.

Prej 430 të sëmuneve nga të cilët asht zhvillue nga një spaci, 401 herë, baraz me 93.2% kanë mbimë dermatofite të origjinës humane. Vetëm 29 herë, ose 6.7%, ata kanë qenë me origjinë zoofile, prej të cilëve vendin e parë e zënë trich. gypseum me 3.7%.

Në bazë të klasifikimit klinik, që i ndan trihomykozat në tre grupe, në garkun e Tiranës ato paraqiten si vijon: trihofitia 93.72%, favusi 6.04% dhe mikrosporia 2.22%.

#### Konkluzione

1. Trich. violaceum asht kultivue në qytet 67.7%, në rreth 80.7% dhe në qark 74.6%.  
2. Dermatofitet me origjinë humane i kemi diagnostikue 93.2%, kurse ato me origjinë zoofile 6.7%. Prej zoofileve vendin e parë e zen trich. gypseum me 3.7%. Nga një vijë kemi diferencue një herë trich. violaceum.

3. Kemi zbulue për herë të parë në vendin tonë këto dermatofite: trich. violaceum var. decalvans, trich. glabrum, crateriforme, cerebriforme, acuminatum, gypseum, verrucosum, faviforme album, sulfureum, Quinckeanum, micr. Audouinii dhe gypseum.

(Paraqitur në redaksi më 20/III/65).

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Alexis I. Avram A.* «Gribovaja flora Buharestkoj oblasti» Vest. Der. Ven. Nr. 2, 1961
2. *Bruch C. dhe Alexander A.* «Allgemeine Mykologie» — Në Handbuch der Haut u. geschlechtskrankheiten von Jadassohn, vol. XI, Berlin 1928.
3. *Caridha M.* «Eksperienca e jonë mbi përdorimin e epilnës në Klinikën e Dermatologjisë në të sëmunit me trihomykozë «Bul. U. Sh. T. Ser. Shk. Mjekësore Nr. 2 1960.
4. *Caridha M.* «Rezultatet e mjekimit të trihomykozave me grizofulvin» po atje Nr. 1 1964.
5. *Chmell. Buchwald L.* «Profesionalnije dermatomikozii v sjellskom hozjastve» Vest. Der. Ven. Nr. 2 1962
6. *Filkoj T. Bocov P.* Zbornik trudova, tom. v. f. 110-119, Sofia 1959.
7. *Grin E. I. Ozegoviç L.* «Problemi aktualitë delle dermatomycosi in Jugoslavia» Min. Med. Vol. 50 N. 33 Torino 1959.
8. *Kerçiku K. Kakariçi Z.* «Dermatomikozet në Shqipëri». Bul. Shk. Natyrës N. 3 Tiranë 1955.
9. *Leone R.* «Aspetti micologici, clinici et epidemiologici delle micosi cutanee in Piemonte». Min. Der. vol. 37, N. 2 Torino 1962.
10. *Pinetti P.* «Trichophyton violaceum» monografi. Cagliari 1962.
11. *Popov J. S. Mishçenko L. Y.* «V Metodika k razvitiu cisti kultur ot bakterii». Vest., Der. Ven. N. 10 1962.
12. *Ziserman V. E.* «Izmenenija Gribovoj flori Moskvi za 15 let». Vest. Der. Ven. N. 10 1962.

#### THE MYCETIC FLORA OF DERMATOMYCOSIS IN THE CITY AND DISTRICT OF TIRANA.

#### (SUMMARY)

This work was done during the mass survey and treatment of dermatomycosis in the period 1960-1964. Material from the lesions was inoculated to the glucose-agar medium of Sabouraud, enriched with levomycin 0.1% and vitamin B<sub>1</sub> 1mg per liter.

From the materials from patients of the city of Tirana were isolated 221 cultures. The most frequent type found was Trichophyton violaceum (67.7%), which together with its variant decalvans (2.3%) reached 70% of the cases.

(1961), takohet me shpesh në familje 0-2 vjeç. Me fillim shumë akut, kolle, dispne, cianoze, faringotrakcit gripal; vështirësi në thithje të gjirit. Në autopsi, zona të vogla të kuqe të errëta të dendura të alternuara nga zona të paprekura. Histologjikisht në mushkëri: Lezione në intersticiom, parenkima e trashur dhe e infiltruar me infiltrate limfocitare dhe elemente të qelizave të rendit konxhktiv në evolucion, edemë akute intersticiale dhe hiperemi e paktë të qelizave të rendit konxhktiv në evolucion, edemë akute intersticiale dhe hiperemi e paktë (dozent Biti në materialin tonë), ose septet interalveolare të trashura për së tepërmi, në disa zona me parote infiltruara dendësisht me eritrocite. Alveolet me dimensione të ndryshme me septa të zgjeruara të mbushura me eritrocite. Alveolet me dimensione të ndryshme me septa të çara. Infiltrate të dendura mononukleare peribronkiale (Dr. Çesk Rroku me materialin tonë). Në materialin e Bernard Steinberg histologjikisht ka patur zgjerim edematoz të septeve interalveolare me infiltracion mononukleare dhe edemë peribronkiale, dhe më rrallë, grumbullim në septa e poli dhe mononukleareve, alveole të kolabuar ose iavadi i lumenit alveolar nga likidi i edemës dhe celules eksfoliate.

**Bronkopneumonia:** Sidomos në fëmijët e moshës së gjrit me gjithë se për efekt të anti-biotiko-terapise prognoza e tyre është më e mirë, prap se prap nuk janë rraður shumë për arsye të rrollit të madh që në çfaqjen e kësaj sëmundjeje luajnë faktorët debilitonjës predispozonjës: ushqimi i pa përshatshëm, distrofi, ipoviaminoze veçanërisht rakitizëm dhe sëmundje të ndryshme, grip e tjera dhe ato të vijave të sipërme respiratore rrufë, faringo-trakeobronkiale si dhe faktorët bashkëveprues të rastit të ambientit të jashtëm, stina e dimrit, të ftohtit, komplikacione sekondar të cilëve është dhe vetë bronkopneumonia siç dihet botërisht. Edhe bronkopneumonia në fëmijët e kësaj moshe është oligosimptomatike, temperaturë e paktë, anatomopatologjik i këtyre bronkopneumoneve bakteriale nuk ka pësuar ndryshime substanciale, veç atyre që i takojnë gradës dhe shtrirjes së procesit në këto raste nga të cilat asnjë nuk i ishte nënshtruar antibiotiko-terapisë.

Dy fjalë veças, për një sëmundje që vitet e fundit është veçuar si entitet nosologjik i ri midis pneumopative akute infektive (që ne i kemi konstatuar 9 raste). Këët entitet autorët francezë Bariethy dhe Choubrac, e quajnë «Bronkopneumopati akute dispneizante» ose «Bronkioliti akut sofokant», dhe që në të kaluarën njihesh si një infeksion kataral ose purulent që shtrihesh deri në bronkiollet, kurse tashti dihet se intereson dhe parenkimen pulmonare dhe në mënyrë shumë të përhapur, që prek fëmijët e moshës 0 deri 1 vjeç dhe deri 2 vjeç. Me etiologji virusale (virus sincial), bakterikemikotike, parazitare, dhe simbas B.D. Ackerman, në disa raste nga shkaqet alergjike, «Bronkioliti sofokant» çfaqet në këta fëmijë mbas një ftohje ose mbas një gripit me një kuadër morboz të rëndë që karakterizohet nga dispne me tirazhe, cianoze, dispne të thjesht, aritmi respiratore dhe komprometim serioz të gjëndjes së përgjithëshme, me mortalitet të madh (Bariethy Choubrac).

Në anamnezën e afërtë, shenja predominonjese në rastet e përshkuara nga B.D. Ackerman është kolla dhe po kështu në rastet tona (N. 19/64, N. 17/64, N. 21/63; N. 16/63). Temperaturë febrile e lartë (G. Fanconi) ose dhe e paktë (B.D. Ackerman) ose pa shenja klinike të diktuar siç janë dhe disa nga rastet tona (N. 45/62, Prot. N. 29/64; N. 41/63; N. 66/62).

Repertit stetoakustik simbas këtyre autorëve ekspiracion i zgjatur sibile ekspiratore, rantsoli të hollë ekspirator (B.D. SD Ackerman). Leukocitet në normë, respiracion superficial, lëvizje të fletëve të hundës, cianoze dhe zbehje (G. Fanconi, G. Frontali).

Në disa nga rastet që përshkruamë (45/62, 29/64, 41/63, 2/63) ka patur cianoze dhe konvulsione. Në autopsi: bronket e mëdha të enjtura ose jo, dhe kryesisht atelektazi pulmonare dhe pika të verdha (eksudat) në shtrypshje të bronkiolëve. Bronkiollet respiratore me enjtje të dukshme të mukozës, me reduktim ose mbyllje të lumenit të tyre me eksudat muko-purulent dhe atelektazi të alveoleve komunikonjës Histologjikisht: «Mukoza e deskamuuar, fenomene inflamacioni të tipit proliferativ dhe destruktiv (G. Fanconi si edhe në rastet më Nr. Prot. 19/63 dhe 19/64 të kazuistikës tonë (F. Harito).

Kyrrja rontgenologjike ve në dukje një zmadhim iar (Bariethy dhe Choubrac) me shenim të traumës bronkiale vazale dhe pakesim të tejdukëshmërisë të parenkimes pulmonare (G. Frontali).

Konditat anatomiko-funksionale të përmendura të subjektit, mosha e të tjera, kondita debilitonjese favorizonjese, si dhe ato bashkëvepruese të rastit, janë në bazë të shpeshhtësisë akoma të madhe të morbiditetit të vdekjeve të paritura nga bronkopneumonia, për çfaqjen e secilës nuk mjafton vetëm veprimi i agjentit patogjen veprues, por kryesisht konditat e tjera të subjektit. Gjithashtu ndryshimi i fizionomisë klinike të tyre në kuptimin që këto zhvillojnë një kuadër oligosimptomatik, ose asimptomatik, dhe në mënyrë të heshtur, nuk jep përshytyrje në një gjendjeje të rëndë dhe të rrezikëshme për fëmijën, që në realitet është i tillë, duke hequr kështu mundësinë e një mjekimi të shpejtë dhe të plotë, dhe duke përfunduar në vdekje në mënyrë të papritur.

Dhe në fakt, në shumicën e rasteve që ne përshkruajmë kështu janë zhvilluar si bronkopneumonia, ashtu dhe bronkiolitet akute sofokante. Një pjesë e mirë e këtyre fëmijëve pak kohë para vdekjes ka patur kolle, teshtima dhe mungesë dëshire ose mundësie të kapjes së gjirit, shenja këto që kanë qenë shprehje e procesit patologjik në zhvillim, por që nga prindërit,

dhe në disa raste edhe nga mjeku vizitues janë konsideruar të parëndësishme, dhe jo të denja për observacion më të imtë klinik dhe rontgenologjik që në këto raste do të të ndihmonte shumë për një mjekim më të plotë.

**MATERIALI YNË** Mbi 315 autopsi mjeko-ligjore të bëra nga ne në kufoma të personave të vdekur të të gjithë moshave të të dy gjinjeve, nga shkaqe të ndryshme, 185, baraz me 58,4% i takojnë atyre nga shkaqe të dhunëshme, ndërsa 130 baraz me 41,6% i takojnë vdekjeve të papritura nga procese patologjike.

Nga 130 raste që i takojnë vdekjeve të papritura të të gjitha moshave, të të dyja gjinjeve, dhe nga të gjitha shkaqet, 70 baraz me 53,8% i takojnë fëmijëve. Nga të 70 fëmijët e vdekur papritur, 34 baraz me 48,5% janë meshkuj, ndërsa 36 baraz me 51,5% janë femëra. Kjo e dhënë ndryshon nga ato të literaturës mjeko-ligjore të huaj të konsultuar (R. Cilli, 53,3% meshkuj, Weyrich-Thorn 54,9% meshkuj) ku përcënojnë meshkujt. Rastet tona janë të pakta, që të mund të shprehim mendim qoftë edhe në formë hipoteze. Nga të 70 fëmijët e vdekur papritur, që përfaqësojnë moshat 0-deri 14 vjeç, 53 baraz me 75,7% janë të moshës 0-deri 1 vjeç, dhe nga këta 11 fëmijë baraz me 77,3% janë të moshës 0-deri 4 muaj, të dhëna këto që pajtohen plotësisht me ato të literaturës mjeko-ligjore të huaj të përmendur (Richter 84,8%; Weyrich 75,3%; Pjeczarkowski-Olbrycht 79,2%).

Simbas shkaqeve, përqindja më e madhe në materialin tonë i takon «Pneumopatië akute infektive» raste 52 baraz me 74,2%, dhe prej këtyre, kryesisht bronkopneumonisë me 48 raste baraz me 76,9%. Nga këto 40 raste bronkopneumonisë për të gjitha moshat, 36-90% i takojnë moshës 0-1 vjeç; 3 raste baraz me 7,5%, moshës 2 vjeç dhe një rast baraz me 2,5% moshës 3 vjeç. Bronkiolitëve akute sofokante 9 raste baraz me 17,3% i takojnë moshës 0-deri 1 vjeç të gjitha. Pneumonië intersticiële 2 raste baraz me 3,8% i takojnë moshës 0-1 vjeç dhe një rast trakobronkit akut baraz me 1,9% i takon moshës 0-1 vjeç. Edhe këto të dhëna në përfundim të plotë me ato të autorëve të huaj të përmendur. Ndërsa në kazuishtikën e E. Steinberg dhe C. Raven ka një predominim të «Pneumonië intersticiële». Në kazuishtikën e këtyre autorëve nuk figurojnë veçanërisht «Bronkiolitëve akute sofokante» që në materialin tonë figurojnë me 16,9% mbi shumën e përgjithëshme të të gjitha pneumopatiëve akute infektive. Në fëmijët 0-1 vjeç, moshë më e piekur është ajo 0-deri 4 muaj me 41 raste baraz me 77,3%. Në fëmijët e moshave 2-14 vjeç, në materialin tonë gjithsej 17 raste baraz me 24,6%.

### **PËSHJA SPECIFIKE E VDEKJËVE TË PAPRITURA, ME ATË TË VDEKJËVE NGA TË NJËJTAT SHKAQE DHE NË TË NJËJTËN MOSHË TË DIAGNOSTIKUARA DHE TË MJEKUARA NË QYTETIN E TIRANËS.**

Siç rezultoi nga të dhënat demografike dhe nga të dhënat e Drejtorit të Spitalit Nr. 3 Prof. S. Bekteshi, për të njëjtën periudhë kohë, përqindja e vdekjeve nga të gjitha shkaqet dhe për të gjitha moshat është ulur në mënyrë të ndjeshme në krahasim me vitet e kaluara, po ashtu edhe nga «Pneumopatië akute infektive». Megjithatë përqindja më e madhe e vdekjeve i takon moshës 0-deri 1 vjeç, dhe në këta, asaj 0-deri 4 muaj, dhe shkaqet kryesore i këtyre vdekjeve për stinë e dimër të ditëkohet akoma «Pneumopatië akute infektive». Për vitin 1961, 80% të fëmijëve të vdekur ishin të moshës 0-deri 1 vjet. (60% të tyre 0-deri 4 muaj) dhe përqindja më e madhe nga bronkopneumonia. Në vitin 1962, përqindja ka qenë 79%, për vitin 1963, 71,7%. Dhe në pesëmuajorin e parë të vitit 1964 ka qenë 71,7%.

Gjithashtu të dhënat mjeko-ligjore tonat, edhe përsa i përket stinës së dimërit, pranverës, në të cilën kanë ndodhur vdekjet më të shumta nga «Pneumopatië akute infektive» 82,5% pajtohen plotësisht me ato të klinikës pediatrike dhe të autorëve të huaj. Po të marrim parasysh numurin e madh të fëmijëve të mjekuar për këto sëmundje në spital dhe të shëruar, do të dalë akoma më i qartë dëmi i madh i shkaktuar për mungesë aplikimi të mjekimit të duhur që më siguri do të kufizonte për shtëpinë këtë dëm. Për kufizimin dhe evitimin në të ardhmen të këtyre rasteve mendojmë se duhet bërë një koordinim më i kujdesëshëm i punës për depistimin e herëshëm dhe mjekim racional të këtyre sëmundjeve që zhvillohen me pak shenja klinike dhe në mënyrë të heshtur.

**PËRSHKRIMI I RASTEVE.** Duke qenë natyra dhe qëllimet e këtij studimi jo vetëm mjeko-ligjor, por edhe mjekonjëse profilaktike, mendoj se përshkrimi i një numuri të mirë të këtyre rasteve do të vlejë për të vënë në dukje edhe konditat e shëndetit të momenteve të fundit të jetës që kanë preceduar vdekjen dhe vetë rrethanat e ndodhës së saj në këta fëmijë. Kjo ndihmon të dalë më e qartë dhe se ku duhet të drejtohet vëmendja në të ardhmen për depistimin dhe mjekimin me kohë të këtyre pneumopatiëve akute infektive që zhvillohen edhe me shenja klinike të pakta, edhe në mënyrë të heshtur, deri në momentin e vdekjes ose deri në disa minuta ose dhjetra minuta para që çdo ndihmë është pa efekt.

Në shumicën e rasteve që përshkruajmë, qofshin këto të preceduara nga sëmundje të mëparëshme të diktuara në anamnezën e afërme, ose jo, oligosimptomatike, ose asimptomatike, ka patur disa shenja (kolle, teshtima, vështirësi në kapië të gjirit nga ana e fëmijëve dhe të vjetër), që nuk ishin tjetër veçer se shenja klinike e procesit morbid që zhvillohet mëparësisht nga ana e prindërve të këtyre fëmijëve kryesisht dhe nga ana e mjekut në disa raste, nuk janë

interpretuar drejt si të tilla, por si shenja të parëndësishme. Kështu që nuk janë preokupuar për t'u dhënë ndihmë mjekësore të duhur, dhe si rezultat kanë përfunduar në vdekje të papritur.

Pikërisht në drejtim të interpretimit të drejtë të këtyre shenjave «të parëndësishme» duhet të përcëndrohet vëmendja dhe kujdesi i prindërve dhe i mjekut dhe të merren masat mjekënjësore-profilaktike në kohën e duhur, për kufizimin në të ardhmen të këtyre vdekjeve.

Për lehtësi paraqitjeje të rasteve, i ndamë në dy grupe: 1) Grupi i rasteve pa sëmundje të mëparëshme dhe pa shenja klinike në anamnezën e tyre të afër ose të largët, dhe 2) Grup i rasteve me sëmundje të mëparëshme dhe oligosimptomatike.

### RASTE PA SËMUNDJE TË MËPARËSHME DHE PA SHENJA KLINIKE TË DIKTUARA NË ANAMNEZËN E AFËRT OSE TË LARGËT TË TYRE.

1) *Lily D.* 10 muajsh femer. Nr. i Prot. të autopsisë 57/61: Asnjë sëmundje e mëparëshme në anamnezë, asnjë shenjë klinike sëmundjeje në ditët e fundit të jetës së saj. Në orën 3.00 të mëngjezit të datës 21/8/961 prindërit e gjetën të vdekur në krevatin e saj. Në autopsi: Konsistencë e shtuar e mushkërive, zmadhim i tyre, zona emfizematoze dhe zona të kuqe të errëta, pika hemorragjike nënë pleurën visherale dhe në Tymos. *Histologjikisht* (Dr. Csok Rrok): «Grupe alveolësh të mbushura me likuid koloidal të përzier me eritrocite dhe me elemente mononukleare, afër tyre zona me emfizeme të paktë. Degjencim alveolar i hepatociteve, sidomos në periferi.

2) *Arj. E...* 4 muajsh mashkull Nr. i Prot. të autopsisë 91/63: Pa sëmundje të mëparëshme në anamnezë, pa shenja klinike sëmundjeje ditët e fundit të jetës së tij. Me 16/3/63, rreth orës 9.45 vdiq pa priter në qerdhe. Në dukje: Në trake dhe në bronke sasi mukus, në mushkëri: zona të kuqe të errëta të fundosura, pika hemorragjike nënë pleurën visherale. *Kryja histopatologjike* (Docent Pullumb Bitri) vuri në dukje: «Mushkëritë: Lezione në intersticiume parenkima e trashur dhe e infiltruar me infiltrate limfocitare dhe elementa të qelizave të rendit konjuktiv në evolucion. Edem akte intersticiale, iperemi e moderuar; «*Diagnoza histopatologjike*: «Pneumoni intersticiale».

3) *Fatine S...* femër, 3 muajsh. Nr. Prot. të autopsisë 39/62: Pa sëmundje të mëparëshme në anamnezë, pa shenja klinike sëmundjeje në ditët e fundit të jetës së saj. Rreth orës 4.00 të mëngjezit të datës 28/4/962 disa minuta pasi kish pirë gjirin, pati konvulsione dhe brenda pak minutave vdiq. *Autopsia vuri në dukje*: Kufomë fëmije distrofikë. Në trake dhe në bronke sasi mukus, pika hemorragjike nënë pleurën visherale, në mushkëri zona të kuqe të errëta dhe zona gri ndërmjet tyre. *Histopatologji*: (Dr. F. Harito): Bronket me mukus në lumenin e tyre, edem të mukozës, qeliza të deskuamuara. Alveolet me intersticium shumë të iperemuar në hapësirat e tyre, eksudat me shumë elemente qelizore neutrofil dhe shumë eritrocite». *Diagnoza histopatologjike*: «Bronkopneumoni e tipit serohemoragjik».

Të tilla janë edhe rastet e fëmijëve, *Nat. P.* 8 muajsh me Nr. Prot. të autopsisë 45/62 me «Bronkiolitit akuta mbytëse»; *fëmijës pa emër*, 5 ditësh, me Nr. Prot. i autopsisë 29/64, me «Bronkiolitit akuta mbytëse»; «fëmijës *Arb. C.* 3 javësh me Nr. Prot. të autopsisë 41/63 me «Bronkiolitit akuta mbytës»; *Shkel. Gj.* . 26 ditësh me Nr. Prot. të autopsisë 16/64 me «Bronkopneumoni»; *Leon Ster ...* 1 muajsh me Nr. Prot. të autopsisë 66/62 me «Bronkiolitit akuta» e shumë të tjerë.

### RASTE ME SËMUNDJE TË MËPARËSHME NË ANAMNEZËN, DHE ME SHENJA KLINIKE TË FAKTA TË SËMUNDJES GJATË DITËVE TË FUNDIT TË JETËS SË TYRE.

1) *Shkela, C...* 4 muajsh Nr. Prot. autopsisë 88/62: *Distrofik* prej lindjes: gjithëmonë rekonto, qante, grindesh shpesh; në mbërmbjen e datës 4/11/62 rreth orës 23.00 e ema i dha gjë dhe e vuri në gjumë. Rreth orës 2.00 të mëngjezit të datës 5/2/62 fëmija qante, përpiqesh, grindesh; pati konvulsione dhe brenda pak minutave vdiq. *Autopsia vuri në dukje*: Mushkëritë me konsistencë të përcaktimit të shtuar, ajrosje e pakët, zona të fundosura të errëta; *Histopatologji*: Alveolet pjesërisht të mbushura me masë roze të çelur që përmban sasi të pakët qelizash të mëdha të epitelit alveolar të deskuamuara, konxhestion i tektumeve, bronket dhe bronkiolat paraqesin një zmadhim të qelizave të mukozës që vende vende, marrin pamje spumoze. Epiteli edematoz dhe hiperemik për rreth. Septet e disa alveoleve të rruptuara *Diagnoza histopatologjike*: «Bronkopneumoni».

2) *Sulej. Dr...* 8 muajsh, mashkull, Nr. i Prot. të autopsisë 14/63. Një javë para vdekjes fëmija ka qenë sëmurë me grip, dhe trakeobronkit akut, u vizitua nga mjeku, ju dhënë barnat e duhura, pati një përmirësim në dukje. Në datën 21/2/63 fëmija u keqësua pa pritmas, temperatura fabrike e lartë, mjeku i thirrur e gjeli të vdekur. *Autopsia vuri në dukje*: «Në trake dhe bronke sasi të mjaftueshme mukusi; mushkëritë me konsistencë të shtuar në lobet e poshtëme; *Histopatologji*: «Në alveolet e mushkërive eskudat me karakter të theksuar hemorragjik bronket me epitel edematoz në gjendje ipersekrezioni». *Diagnoza histopatologjike*: «Bronkopneumoni».

3) *Alfred F...* 2 muajsh, mashkull Nr. i Prot. të autopsisë 4/64 fëmijë distrofik.

Një javë para vdekjes pati testinua dhe diate, miras disa ditëve u përmbësua në dukje.

në datën 10/1/64 rreth orës 5.00 të mëngjesit fëmija u keqësua, merrte frymë me zor, i lëviznin fletrat e hundës, kishte temperaturë febrile.

Prindërit menjëherë e transportuan me makinë në spital, Sa mbijeti në ambulancën e pranimit të spitalit vdiq.

*Autopsia vuri në dukje: Mushkëritë:* me konsistencë të shtuar në lobet e poshtëme, me zona të kuqe të errëta (blu), emfizeme në margo, ajrim i pakët, pika hemorragjike nënë pleurën viscerale.

*Kayrja histopatologjike «Dr. Çesk»Rokov vuri në dukje:* «Septet anteraivcolare të trashura së tepërmi në disa zona me parete të infiltruara dendësisht nga elemente mononukleare, vazat interseptale në disa zona të zgjerrura. të mbushura me eritrocite, alveolet me madhësi të ndryshme shumë sepse të çara, grupe alveolesh atelektazike, infiltrate të dendura mononukleare, peribronkiale». *Diagnoza histopatologjike:* «Pneumoni intersteciale».

Si këto që u përshkruan ka dhe mjaft raste të tjera femijësh të vdekur papritur, por që në anamnezën e tyre të afërt ose të largët kanë qenë sëmurë dhe gjer ditët e fundit të jetës së tyre çfaqen simptoma klinike të sëmundjes të pakta, ose të qarta. Të tilla janë rastet e femijëve Min. Kr.: Femer 6 muajsh me Nr. Prot. autopsie 11/63 vdekur nga «Bronkioliti akut mbytës»; Ay i Don. Jon., femer, 20 ditësh Nr. Prot. i autopsisë 1/63 vdekur nga «Bronkopneumonia»; Ay i Hatixh. K.... femer, Nr. Prot. autopsie 46/62: vdekur nga «Bronkopneumoni serohemoragjikë». Sulejman Sp. , mashkull, 8 muajsh Nr. Prot. autopsie 21/63, vdekur nga «Bronkiolitis akuta «serodeskuamative». Shk. Kr..... dy muajsh Nr. Prot. autopsie 31/63 vdekur nga «Bronkopneumonia». Lida. H..... femer, 5 muajsh, Nr. Prot. i autopsisë 16/63 vdekur nga «Pneumoni serohemoragjike». Myrteza L.... mashkull, Nr. Prot. i autopsisë 15/64 vdekur nga «Bronkioliti akut mbytës». Stavri St.... mashkull, 6 muajsh, Nr. i prot. të autopsisë 19/64 vdekur nga «Bronkopneumoni». Shp. Ha..... mashkull, 3 javësh Nr. Prot. i autopsisë 19/64 vdekur nga «Bronkiolitis akut proliferativ deskuamativ». Ilir. K..... mashkull, 2 muajsh, Nr. i prot. autopsisë 31/64 vdekur nga «Bronkopneumonia».

**DISKUTIM MJEKO-LIGJOR.** Nga përshkrimi i rasteve, shifet se në një përqindje të mirë të tyre (39,1%) fëmijët para vdekjes të ndodhur në mënyrë të papritur, nuk kanë çfaqur shenja klinike sëmundjeje, as edhe sëmundje të ndryshme të njohura me anamnezën e tyre të afërt ose të largët. Kurse 60,9% të rasteve, fëmijët, në ditët e fundit të jetës së tyre kanë çfaqur shenja klinike të pakta sëmundjeje, si edhe sëmundje të njohura me anamnezën e tyre të afërt ose të largët (grip, rrufë, trakeit, bronkit akut etj.). Në kazuistikën e R. Gilli kjo përqindje është e ndryshme, 50% të rasteve të përshkuara nga ky autor kanë qenë pa shenja klinike. 25% të tyre kanë patur shenja klinike të pakta. 25% të tyre me shenja klinike të qarta. Gjithashtu vihet në dukje, (në materialin tonë) se përqindja me e madhe e bronkopneumonive 69%, janë çfaqur në fëmijë distrofike, fakt ky i njohur mirë nga klinika, si një nga faktorët predisponues të rëndësishëm për afekcionet bronkopneumoni në fëmijë të moshës së gjurit, dhe të moshës pak më të madhe. Edhe në leteraturën mjeko-ligjore të huaj ky fakt konfirmohet në 58% të rasteve të bronkopneumonive R. Gilli 17. Prandaj, është e nevojshme që organet sanitare dhe organizatat e masave të tërheqin vëmendjen e prindërve të fëmijëve edhe në këtë drejtim, për uljen e morbiditetit dhe mortalitetit nga këto sëmundje. Po ashtu të forcojmë punën në drejtim të depistimit të herëshëm të këtyre rasteve dhe mjekimit racional të tyre.

### KONKLUZIONE TË PËRGJITHËSHME

1. Në qytetin e Tiranës përqindja më e madhe e fëmijëve të vdekur papritur i takon moshës 0-1 vjeç 75,7%, dhe ndër këta 77,3% në moshën 0-4 muaj.

2) Shkaku kryesor i këtyre vdekjeve janë «Pneumoni akute infektive banale» 74,2%, dhe në këto kryesisht «Bronkopneumonia» 76,9% të rasteve «Bronkioliti akut mbytës» me 17,3% të rasteve dhe «Pneumonia intersteciale» 3,8% të rasteve, trakeobronkiti akut 1,9%.

3) Vdekjet më të shumta kanë ndodhur në stinën e dimërit dhe të pranverës 82,5%.

4. Pjesa më e madhe e fëmijëve të vdekur papritur nga këto sëmundje kanë qenë distrofike 69%.

5) Në përqindjen më të madhe të rasteve (60,9%) kuadri klinik ka qenë oligosimptomatik, dhe me sëmundje të mëparëshme në anamnezën e afërt. Në 39,1% të rasteve kuadri klinik ka qenë asimptomatik dhe pa sëmundje të mëparëshme të diktuar në anamnezën e afërt të fëmijëve të vdekur.

(Paraqitur në redaksi me 2/X/1964)

### BIBLIOGRAFI.

- 1) Ackerman B. D. «Bronkiolitet akute». Clinical Pediatrics New-York Vëll. I. Nr. 2, 1962 cituar në «Miorrva Pediatrica vëll, 16 Nr. 5. shkurt, 1964.
- 2) Avdajev M. J. «Mjekësia Ligjore» Botim 1959.
- 3) Bariethy dhe Choubzac «Bronkopneumatitë akute dispneizante» 1961, cituar në «Poliklinic vëll. 70 Nr. 40-44-1963.

- 4) Bour H. «Zhvillimi i ideve dhe fakteve mbi Pneumopati të akute, Tentativë përkufizimi dhe klasifikimi «Revue de praticien. Tome XIV Nr. 10 -Prill, 1964.
- 5) Baklanov e të tjerë «Polmonitet Stafilokoksike» Pediatria, Moskë, Nr. 3-1960.
- 6) Coury C. dhe Safar N. «Pneumopati të akute virale dhe bakterike jo tuberkulare «Revue de Practicien Tom. XIV. Nr. 10 Prill 1964.
- 7) Cattabeni C. M. «Vdekjet e dyshimita në vitin e parë të jetës «Relacion në Kongresin e VII të Nipiologjisë, Romë, Prill 1954.
- 8) Cazzaniga A., Catta-beni C. M. «Mjekësia Ligjore» 1961.
- 9) Costedat A. «Le mort subite» Paris 1935.
- 10) Camps F. Londre «Komunikim shkencor në mbledhjen e III Ndërkombëtare të Mjekësisë Ligjore — Londrë, Prill 1963.
- 11) Domenici F. Mjekësia Ligjore për mjekun praktik «Botim i dytë, 1961.
- 12) Fanconi G. Maltgrin A. «Traktat Pediatrice » Përkthim italisht, 1960.
- 13) Frontali G. «Manual i Pediatrisë», Botim i dytë. Rishitpur -1960.
- 14) Formaggio T. «Mjekësia Ligjore» 1961.
- 15) Gervais M. «Vdekjet e papritura në fëmijët e moshës së gjrit» Annales de medicine legale XLIV — 1963.
- 16) Galy P. Roumagoux J. «Sindromet e natyrës gripale pa dyshime bronkopulmonare deri te bronkop. akute jo kondensante sezonale. «Vdekjet e pa pritura në fëmijë» Botim Salpictri, 1950
- 17) Gilli R. «Mjekësia Ligjore» 1958.
- 18) Maccaggi D. Moschais E. A. «Polmonitet Stafilokoksike dhe komplikacionet e tyre. Një trajtim kirurgjikal i emergjencës» Clinicals Pediatrics New-York vëll. I, 1962, Minerva Pedjatria vol. 16, Nr. 5, 1964.
- 19) Minor C. L. «Pneumonitë si shkak vdekjeje të pa pritura në të porsalindurit dhe në ato të moshës së gjrit «Sudebno-Medicinskaja Ekspertiza, Nr. 3-1962. «Mjekësia Ligjore dhe Gyjësore » Botim i 3-të 1955 -Paris.
- 20) Mitjaeva N.A. «Mjekësia Ligjore» Përkthim shqip -1958.
- 21) Simonin C. «Vdekjet e papritura në fëmijë nga pneumonitë intersteciale».
- 22) Popov M.V. «Vdekjet e papritura në fëmijë dhe Gyjësore » Botim i 3-të 1955 -Paris.
- 23) Stainberg B. «Vdekjet e papritura në fëmijë nga pneumonitë intersteciale».
- 24) Komunikim shkencor në Mbledhjen e III-të Ndërkombëtare të Mjekësisë Ligjore — Londrë — prill 1963.
- 24) Raven C. «Pneumonitë akute intersteciale si shkak vdekje në fëmijët». Komunikim shkencor në Mbledhjen e III-të ndërkombëtare të Mjekësisë Ligjore. Londrë, 1963.
- 25) Rajski N. I. «Mjekësia Ligjore» përkthim shqip, 1958.
- 26) Vanzetti F. «Anatomia Patologjike» 1944.
- 27) Visko G. Fascio P. G. «Polmonitet» Policlinico Vëll. 70 Nr. 40-44, 1963.
- 28) Herder J. «Vdekjet subite në fëmijët nënë 2 vjeç «Komunikim shkencor në Mbledhjen e III-të Ndërkombëtare të Mjekësisë Ligjore, Londrë, 1963.
- 29) P. Pavli. «Vdekjet e papritura në fëmijë» Leksion në Kursin e I-rë të klasifikimit të Mjekësisë Ligjore të Rretheve, Dhjetor, 1963.
- 30) P. Pavli «Vdekjet e papritura në fëmijë» Leksion në Kursin e V-të Tetor, 1963.
- 31) Brelet. La mort subite chez l'enfant (These du Paris, 1906)
- 32) Nobecourt-Boulangier. Pilet. Kongresi i VI-të i pediatrisë i gjuhës franceze.
- 33) Pechere. «Vdekjet e menjëherëshme në fëmijë.: Kongresi i XV-të i mjekësisë ligjore, Paris 1930.

#### SUDDEN DEATH FROM ACUTE LUNG INFECTIONS IN CHILDREN 0-1 YEARS OLD IN TIRANA.

#### (S u m m a r y)

Some medico-legal observations are presented about the causes of death of all the persons that died in Tirana during the period from Jan. 1 1961 to June 30 1964. From them 41.6% had died suddenly from causes unknown until after autopsy. 53.8% were children; 48.5% male and 1.5% female; 75.7% were under 1 year old, 24.3% from 2 to 14 years. From the children under 1 year old 77.3% were under 4 months; the principal causes of death of these children were acute lung infections (in 74.2%), from which «bronchopneumonia» 76.6% «suffocating acute bronchiolitis» 17.3%, «interstitial pneumonia» 3.8%, and «acute tracheobronchitis» 1.9%.

Most of these deaths have occurred during the winter and early spring (82.5). From all the children dead from bronchopneumonia 69% were distrophic. In 39.1% there had been no clinical symptoms of the illness, in 60.9% the symptoms had been very slight.

**NDRYSHIMET E PROTEINAVE TË SERUMIT TË GJAKUT  
NË TË SËMURËT ME CIRROZË HEPATIKE.**

MILTO K. KOSTAQI

(Katedra e Terapisë së Fakultetit — Shef' i katedrës Doc. J. Adhami)

Në këtë punim, kemi marrë në studim 62 të sëmurë, ku janë bërë 313 ekzaminime protei-  
me metodën refraktometrike, me qëllim që të shohim ndryshimet që pësojnë proteinat  
totale, albuminat, globulinat dhe koeficienti albumina/globulina si para ashtu dhe mbas mje-  
kimit.

Si rregull të sëmurëve u bëheshin ekzaminimet proteinike në ditët e para të shtrimit ose para  
mjekimit, një ose disa herë gjatë mjekimit dhe në fund të terapisë ose para daljes nga spitali.  
Kështu kemi patur mundësi të shikojmë ndryshimin e proteinave totale, fraksioneve proteini-  
ke dhe koeficientit albumina/globulina në dinamikë.

Materjali i jonë i ndarë simbas seksit përbëhet nga 48 meshkuj dhe 14 femra, kurse,  
simbas grup moshave kemi:

*Shpërndarja e cirrozave hepatike simbas grup moshave:*

Mosha në vjeç	20—30	31—40	41—50	51—60	61—70	Mbi 70	Shuma
Nr. rasteve	14	16	9	10	10	3	62

Sikurse shihet numuri më i madh i rasteve i takon moshës 31-40 vjeç me 16 raste ose 25,81 %  
pastaj vjen mosha 20-30 vjeç me 14 raste ose 22,58% dhe pastaj ata të moshës 51-60 vjeç dhe  
61-70 vjeç me nga 10 raste secili ose 16,13%.

Simbas stadiit të kompensimit ose të dekompensimit kemi: 48 raste janë të dekompensuar  
ar dhe 14 të kompensuar.

Nga të 62 të sëmurët tanë ekzaminimet proteinike si para dhe mbas mjekimit janë bërë  
komplet vetëm nët 32 raste, kurse 30 të tjerëve nuk u janë përcaktuar para daljes nga spitali,  
por janë bërë ditët e fundit të përdorimit të terapisë.

Si mesatare për përcaktimin e proteinemisë, jemi bazuar në shifrat e përcaktuara nga  
Adhami J. (1963), i cili me të njëjtën metodë, proteinat totale i konsideron me vlefëta kufitare  
7,1—8,0 gr%, albuminat 4,51-5,5 gr%, globulinat 2,51-3,50 gr% dhe koeficientin albumina/  
globulina 1,50-2-49.

Kështu nga të 62 rastet tona 36 veta paraqitnin një hipoproteinemi d.m.th. ndënjë 7,1 gr%,  
16 veta i kishin proteinat normale d.m.th. midis 7,1-8,0 gr%, 16 veta i kishin proteinat nor-  
male d.m.th. midis 7,1—8,0 gr%, kurse 10 të tjerë paraqitnin një hiperproteinemi d.m.th.  
mbi 8,0 gr%. Prej këtyre të fundit, midis 8,1-8,5 gr% ishin 8 raste, kurse mbi 8,5 gr% 2 të  
sëmurë prej të cilëve njëri 10,30 gr%.

Për hipoproteinemi në të sëmurët me cirrozë hepatike flasin shumë autorë. Kështu Gambi-  
gliani Zoccoli A., Franzini C. (1952), thonë se raportit i zakonshëm në rastin e cirrozave hepati-  
ke është një hipoproteinemi totale, me hipoalbuminemi dhe hiperproteinemi.

Bondar Z.A. (1959), i cili ka patur nën observacion 110 të sëmurë me sëmundje kronike  
të heparit, thotë se përmbajtja e proteinave në këta të sëmurë ka tendencë të rritet në 80%  
të rasteve të tij. Kurse gjatë ascitit dhe edemave masive, proteinat totale nuk kalojnë 4-6 gr%.

Kurse Sarrazin A. (1964), tregon se në fazat e para të cirrozave proteinat totale mund  
të jenë normale, po ashtu dhe koeficienti albumina-globulina. Kurse në stadin ascitik shihet  
hipoproteinemi dhe inversion i raportit albumina/globulina.

Në të sëmuret tanë në 10 raste ne konstatuam një hiperproteinemi. Për një gjë të tillë flasin dhe shumë autorë të tjerë. Kështu Fauvert M.M. dhe Hartmann (1957), kanë vënë re në 209 raste me cirozë hepatike një hiperproteinemi pamvarësisht se cila është etiologjia e tyre. Po ashtu dhe Cachin M., Pergola F., Potet R. dhe bashkëpunorët (1957), kanë konstatuar një shtim të proteinave totale në 15 raste me cirozë nga 45 që kishin nën observacion. Tarejev I.E. (1960) në 40 të sëmurë me cirozë hepatike ka konstatuar hiperproteinemi në 7 raste. Kurse Szostak W. e bashkëpunorët (1962), konstatuan hiperproteinemi në 4 nga 28 të sëmurët me cirozë hepatike dhe thonë se hiperproteinemia në këtë sëmundje nuk është një gjë e rrallë. Në të sëmurët e tjerë proteinat ishin në normë. Simbas Gambighiani Zoccoli A., Franzini C., hiperproteinemia vrehet në 40% të rasteve, kurse ne e konstatuam në 24,2%.

Mbas mjekimit me preparate kortikosteroide të kombinuar ose jo me diuretike, d.m.th. para se të sëmuret të dilnin nga klinika, u bënë ekzaminimet refraktometrike të proteinave totale dhe fraksioneve të tyre në 32 të sëmurë.

Gjatë këtyre ekzaminimeve ne konstatuam një pakësim të rasteve me hipoproteinemi dhe rritje të numrit me proteina totale normale.

Po të krahasojmë rezultatet e ekzaminimeve refraktometrike të proteinave totale, vetëm në këta 32 të sëmurë, ku janë përcaktuar si para dhe mbas mjekimit, do të shohim këto ndryshime të cilat ne i kemi shprehur në pasqyrën e më poshtëme:

*Shpërndarja e cirozave hepatike simbas proteinemisë totale para dhe mbas mjekimit.*

Proteinat totale gr%	Ndë në 5,0	5,1—6,0	6,1—7,0	7,1—8,0	8,1—9,0	Mbi 9,0	Shuma
Para mjekimit	1	3	17	8	3	—	32
Mbas mjekimit	1	—	8	17	4	2	32

Nga kjo pasqyrë vihet re një pakësim i rasteve me hipoproteinemi nga 21 para mjekimit, në 9 mbas tij dhe një shtim i atyre me proteina të rritura nga 3 në 6 raste.

Këto ndryshime duken më mirë në një pasqyrë tjetër ku përveç numurit absolut të rasteve shprehet dhe përqindja e tyre.

*Numri dhe përqindja e cirozave hepatike simbas përmbajtjes së proteinave totale para dhe mbas mjekimit.*

Proteina totale gr%	Të ulura		Normale		Të larta		Shuma
	Nr. absolut	%	Nr. absolut	%	Nr. absolut	%	
Para mjekimit	21	65,6	8	25	3	9,4	32
Mbas mjekimit	9	28,1	17	53,1	6	18,8	32

Rastet me proteinemi normale kanë ndryshuar shumë nga 25% para mjekimit në 53,1% mbas terapisë. Kurse rastet me hipoproteinemi zbritën më shumë se gjysma nga 21 para mjekimit ose 65,6% në 9 mbas tij ose baraz me 28,1%. Ata me hiperproteinemi pësuan një rritje nga 3 raste ose 9,4% para mjekimit, u rritën afërsisht në dyfishin d.m.th. në 6 raste ose 18,8% të tyre.

Kjo rritje e rasteve me hiperproteinemi mund të shpjegohet se mbas mjekimit me substanca lipotrope, kortikosteroide të kombinuara ose jo me plazmë, ndërpritet deri në një farë shkalle zhvillimi i procesit të sëmundjes, përmirësohen provat e flokulacionit, shtohet oreksi i të sëmurëve, pakësohen rastet me hipoproteinemi dhe hiperglobulinemi. Këto influencojnë dhe në përmirësimin e treguesave të proteinave totale.



2 — Nga fraksionet proteinike ndryshimin më të madh e pësojnë albuminat, të cilat janë të pakësuara në 90,3%, pastaj vijnë globulinat që janë më të larta se norma në rreth 59,7%.

3 — Koeficienti albumina globulina u gjend i ulur në shumicën dërrmuese të rasteve, në 50 të sëmurë (80,6%).

4 — Mbas mjekimit, krahas përmirësimit të gjendjes të të sëmurit, zhdukjes së edemave dhe ascitit, proteinat totale normalizohen, shtohen rastet me albumina normale, pakësohen globulinat dhe si pasojë e tyre normalizohet koeficienti albumina/globulina.

(Paraqitur në redaksi më 25/XI/64)

### BIBLIOGRAFIA

- 1 - Adhami J. Ndryshimet e proteinave të serumit të gjakut, para dhe mbas mjekimit me preparate antibakteriale dhe kortikosteroide tek të sëmurët me poli-serozite tuberkulare. Buletin i Universitetit Shtetëror të Tiranës. Seria Shkencat mjekësore 1963, 1, 3.
- 2 - Bondar Z.A. Kliniçeskoje znaçenie izmjenjenij bjellkov krovi pri zaboljevanija pečeni. Sovjetskaja medicina 1959, 4, 79.
- 3 - Cachin M., Pergola F., Potet R., Levillain et Laliuc R. Delta cortisone et cirrhoses ascitiques. La semaine des hopitaux 1957, 88, 3168.
- 4 - Darnis F. Les troubles du metabolisme hydro-electrolytique dans les cirrhoses du foie physiopathologie et traitement. Le revue du praticien 1964, IV, 20, 2583.
- 5 - Fauvert M.M. et Hartmann. Les proteines plasmatiques au cours des cirrhoses. La semaine des hopitaux. 1957, 72-73, 2897.
- 6 - Gambighani Zoccoli A., Franzini C. La diagnostica funzionale delle epatopatie. Edizione Minerva Medica 1952.
- 7 - Gembicki M., Magas S., Szymendere J. Rëndësija e ekzaminimit të kuadrit elektroforetik të proteinave të serumit të gjakut gjatë diagnostikimit të cirrozave të heparit. Pol. Arch. Med. Wewniet 1961, 8, 1049. (Marrë nga Refer. zhur 1962, 3, 42).
- 8 - Jean-Pierre Etienne. Les icteres des cirrhoses alcooliques. La revue du praticien 1964, XIV, 20, 2555.
- 9 - Sarrazin A. Rappel classique de l'examen clinique et paraclinique d'un cirrhotique evolution generale et elements du pronostic des cirrhoses. La revue du praticien 1964, XIV, 20, 2 537.
- 10 - Szostak W., Furman L., Maciejewski E. Marskose watrby jake przyczyna podwuznego egolnego pozioma bialka w surowicy. Pol. arch. Med. Wewniet. 1962, 3, 1037.
- 11 - Tarejev I.E. Kliniçeskoje znaçenie proteinogrami pri cirrozah pečeni. Sovjetskaja Medicina 1960, 3, 57.
- 12 - Varley H. Praktiqi kliniqi biokimia. 1960, 314.
- 13 - Wewalka F. Cirrhozat e heparit dhe përmbajtja e proteinave të plazmë. Wien z. inn. Medd. 1961, 3, 85.

### CHANGES IN THE PROTEIN CONTENTS OF BLOOD SERUM IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS HEPATIS

(S u m m a r y)

A study of the blood serum proteins in patients with liver cirrhosis was started since 1958, and 1518 protein determinations were done, using for this purpose the AB refractometer and the Zeiss ultrathermostate.

This work surveys only 62 cases with cirrhosis hepatica and points out the changes undergone by the blood serum proteins in toto, in their different fractions and the albumin/globulin coefficient before and after treatment.

As normal are taken the figures of protein contents given by Josif Adhami: total proteins 7.1-8.0g%, albumin 4.5-3.5g%, globulins 2.5-3.5g%, the albumin/protein coefficient - 1.50-2.49.

Hypoproteinaemia was noted in 25% of the cases observed. Another 35% showed slight hyperproteinaemia.

The most important changes concern the proteinic fractions. Albumin was found low in 90.3% of the cases; globulin was higher than normal in 59.7%. Important changes were observed also in the albumin/globulin coefficient, which was low in 59 cases - 80.6%.

## DISA TË DHËNA STATISTIKORE MBI UROLITIAZEN NË VENDIN TONË.

Kand. Shk. Mjek. PËRPARIM TEPELENA

(Katedra e Patologjisë së Përgjithëshme Shef Doc. P. Bitri)

Studimet klinike dhe eksperimentale të shekullit të fundit kanë treguar se në etiologjinë urolitiazës kanë rëndësi faktorët e ndryshëm me karakter ekzo dhe endogjen. Rëndësi të veçantë në etiologjinë e kësaj sëmundje në vende dhe në kondita të caktuara kanë një seri faktorësh ekzogjenë që dëmtojnë metabolizmin e kriprave, të proteinave dhe të ujit dhe veprimtarinë ekskretuese dhe sekretuese të reneve.

Simbas të dhënave të A.P. Avicin (1963,1964) A. Butt (1936) I.P. Pogorjellko (1960) A.J. Duhanov (1962) etj., kjo sëmundje takohet më tepër në zona të caktuara gjeografike si në Egjipt, në republikat Sovjetike të Azisë së mesme, në Kaukazin Verior, në Brazil, në Siri, në Konën Jugore etj. Simbas këtyre autorëve një shpërndarje e tillë e sëmundjes lejon të mendohet se në etiologjinë e urolitiazës një rëndësi të veçantë duhet të kenë faktorët biogjeofizikë dhe klimatërikë.

Shumë autorë të tjerë si P.O. Eljon (1930) A.J. Mirkosimov (1929) Brod (1937) Mates (1958) K.J. Takirov (1960) H. Fletcher (1961), A.J. Pitel (1964) etj. rëndësi të dorës së parë në prejardhjen e urolitiazës i japin faktorët infektivë, në radhë të parë infeksioneve të rrugëve urinare. Simbas përkrahësve të kësaj teorie infeksionet dhe në radhë të parë pielonefriti si sëmundje më e shpeshtë e reneve dëmtojnë funksionimin normal të aparatit urinar, çregullojnë metabolizmin e ujit, të kriprave, proteinave dhe ekuilibrin acido bazik të ambientit të mbrëndshëm të organizmit, ulin forcën e solucioneve koloidale mbrojtëse, krijojnë kondita të favorëshme për precipitim e kriprave të urinës të cilat në gjendje normale qëndrojnë në formë solucionesh të tretura. Por sa do i madh që të jetë roli i faktorëve infektivë në prejardhjen e urolitiazës, formimi i gurëve urinarë nuk është i lidhur gjithënjë me infeksionin. Për këtë flet fakti se shpesh gurët urinarë kanë karakter aseptik. (G. Homnertston N. Fletcher) simbas N. Fletcher I. Svufi (1961) urolitiazë aseptike takohet në 20-30% të rasteve. Nga ana tjetër rritja e nivelit higjieniko-sanitar në vendet e ndryshme të botës nuk i përgjigjet suksesëve të arritura në profilaksinë dhe mjekimin e kësaj sëmundje (I.V. Davidovski). Shumë autorë si N.N. Jellanski (1950) A.I. Pokrovskaja (1957) M.N. Kovalov (1957) N. Saby (1958) etj. rëndësi të dorës së parë në prejardhjen e urolitiazës i japin shtimit të sasisë së kalçiumit në gjak dhe në urinë në rrugë ekzogjene.

Por disa autorë të tjerë dhe sidomos ata të shkollës Franceze (A.J. Pite) predikojnë se kalçiumi ekzogjen i marrë në sasi të mëdha nuk ka rëndësi në prejardhjen e urolitiazës mbasi organizmi konkretisht renet dhe trakti digjeshiv kanë aftësi të madhe për eliminimin e kalçiumit të tepërt.

Disa autorë si A.P. Avicin, M.P. Pogojelko etj. rëndësi në prejardhjen e urolitiazës i japin temperaturës së ambientit rrethues si faktor që mund të shkaktojë dehidratimin e organizmit, çregullimin e metabolizmit të kriprave dhe proteinave A.T. Avicin (1964) shkruan se gjatë luftës së dytë botnore të ushtarakët e ardhur nga vendet e ftohta që vepruan në zonat me temperaturë të lartë të Azisë dhe Afrikës ka pasur çfaqje të një urolitiazë të shpeshtë.

K.M. Takirovi Z.I. Ikramov etj. i japin shumë rëndësi në prejardhjen e urolitiazës stazës urinare të shkaktuara nga qëndrimi në pozicion shtrirë e cila ndihmon zhvillimin e proceseve inflamatore dhe infektive.

Por nënkuptohet se influenca e faktorëve të ndryshëm etiologjike ekzogjenë të urolitiazës dobësojnë aftësitë fiziologjike dhe forcën e solucioneve mbrojtëse të urinës, në radhë të parë mukopolisahariteve. Natyrisht kjo nuk vepron në mënyrë të izoluar dhe të njëanëshme, por në mvartësinë nga gjendja e reaktivitetit të përgjithshëm të organizmit, sistemit nervor dhe endokrin (A. Pitel T. Danovski J.P. Davidovski N. Fletcher dhe R. Chute S.G. Greheshnikov etj.

Duke patur parasysh se në spitalet tona shtrohen me urolitiazë janë një fenomen i shpeshtë, i vumë si detyrë vehtes të studiojmë gjendjen dhe disa nga momentet etiologjike të kësaj sëmundje në vendin tonë si shpeshësinë e sajë në relacjon me sëmundjet e tjera në rrethet e ndryshme të vendit; me moshën seksin dhe profesionin.

Për këtë qëllim përpunuam historitë e sëmundjeve të të sëmurëve me urolitiazë të opsuar nga ne në stacionin balnear të Glinës gjatë vjeteve (1958-1960) historitë e sëmundjeve të sëmurëve me urolitiazë të mjekuar në spitalin e kirurgjisë të Tiranës 1961-1963, gjithsej 910 raste si dhe kartelat e autopsive të shërbimit anatomomorfologjik të spitalit Nr. 1 të Tiranës të vjetëve 1961-1963, gjithsej 2100 kartella.

Rezultatet e përpunimit të kartellave të të sëmurëve me urolitiazën të mjekuar në stacionin balneologjik të Glinës gjatë viteve 1958-1960 dhe në spitalin kirurgjikal të Tiranës gjatë vjeteve 1961-1963 (gjithsej 910 raste) tregojnë se urolitiazë është e shpeshtë në vendin tonë. (Për vitet 1961-1963) ajo ze vendin e tretë si për morbozitet ashtu dhe për operabilitet ndërmjet sëmundjeve të tjera. Kjo sëmundje në vendin tonë prek në mënyrë të ndjeshme moshën e re femënore (31% e rasteve me urolitiazë janë kuruar në moshën 1 deri 10 vjeç, nga të cilat 22% në moshën 1 deri 5 vjeç dhe 9% në moshën 5 deri 10 vjeç.) Përsa i përket seksit 65% të rasteve kanë qenë meshkuj dhe 35% femra, kurse përsa i përket profesionit nuk u gjindet asnjë regularitet.

Me rëndësi janë të dhënat që dalin nga përpunimi i historive të sëmundjeve lidhur me frekuencën e urolitiazës në rrethet e ndryshme të vendit tonë. Vihet re një frekuencë e lartë e kësaj sëmundje në disa rrethet të vendit tonë: si në atë të Krujës, Burelit dhe pjesës jugore të bregdetit (Sarandës). Kështu p.sh. po të krahasojmë rrethet e tilla si Kruja, Bureli dhe Peshkopiaja që kanë të njëjtin drejtim shërbimi të kualifikuar (kryesisht Tiranën del se nga rrethi i Krujës ka patur 42 raste, nga rethi i Burelit me afërsisht atë popullsi që ka Kruja 31 raste, kurse Peshkopiaja me popullsi shumë më të madhe vetëm 4 raste. Nga qyteti i Sarandës që ka një popullsi shumë më të vogël se rrethi i Peshkopisë dhe të sëmurët përveç qytetit të Tiranës mund të drejtohen për ndihmë të kualifikuar dhe në qendrat e tjera (Vlorë, Gjinokaster) ka pasur 12 raste urolitiazë. Nga fshati Borsh i Sarandës ka patur 7 raste kurse nga qendra e Ndroqit që ka popullsi më të madhe se Borshi, ka patur vetëm një rast. Nga qendra e Petrelës të rrethit të Tiranës që ka një popullsi baraz me 2/3 e asaj të Borshit ka patur asnjë rast.

Nga përpunimi i kartellave të 2100 e autopsive të shërbimit anatomopatologjik të spitalit Nr. 1 të Tiranës për vjetet (1958-1962) rezultoi se ndërmjet të vdekurve nga sëmundje të ndryshme në këtë spital prezenca e gurëve urinar takohet 3.7% të rasteve, 25% e sasisë së këtyre gurëve janë gjetur në moshën 0.1 vjeç, 42% e rasteve në të cilat janë gjetur gurë urine: kanë patur diagnozë klinike pafanattonike dizenteri, dispnc psi dhe sëmundje të tjera të traktit digjektiv, 27% bronchite, bronchopleumoni dhe pleurite, 21% pielonefrite, 10% sëmundje të tjera të ndryshme. 57% e rasteve të autopsive në të cilat janë konstatuar gurë në rrugët urinare kanë qenë meshkuj dhe 43 femra.

## KONKLuzionet e mundëshme paraprahe:

1. Urolitiazë përbën për vendin tonë një sëmundje të shpeshtë që prek në mënyrë të theksuar moshën femënore.
2. Shpërndarje e urolitiazës në zonat e ndryshme të vendit tonë kanë një karakter të theksuar disproporcional.
3. Sëmundjet infektive të traktit digjektiv mund të shikohen si burim i rëndësishëm etiologjik i urolitiazës në vendin tonë.
4. Lidhur me seksin tek ne predominon urolitiazë në burat.

(Paraqitur në redaksi më 5/4/65)

## LITERATURA:

- |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Vicin A.P.<br/>A. Vicin A.P.<br/>Brod J.<br/>Bust A.<br/>Danovski T.<br/>Davidovski I.V.<br/>Dukanov A.J.<br/>Foljan P.O.<br/>Fletcher H.<br/>Grebeshnikov G.S.</p> | <p>Vjesnik akademii medicinskih nauk Nr. 12, 1964<br/>Arhiv patologii Nr. 8, 1964<br/>Kroničeski pielonefrit f. 54-74, 1960<br/>Etiolog factors in renal lithiasis f. 89-95 1956.<br/>Chinikal endocrinology VIII 137-147 1962.<br/>Obshaja patologije čelovjeka f. 167-170 1961.<br/>Urologia dječakovo vozrasta f. 179.-195 1961.<br/>Etiologija endemičeskovë urolitiaz vjesnik kurortol. 2. 930<br/>Essential urologi f. 175-177 1961.<br/>Maçekomenie blezn. Disertacion dikrential 1950.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Hamuarten A.G.*  
*Konovulov M.N.*  
*Mates J.*  
*Mirkosimova N.A.*  
*Jellanski N.N.*  
*Pitel A.J.*  
*Pitel A.J.*  
*Poguroilko I.P.*  
*Saly K.H.*  
*Tahirov K.M.*  
*Chute R.*
- Asepti urolitiazis. Congressus balnologi internat. 65-70 950  
 Etiopatogenecz urolitiazia. Disertacion 1957.  
 Mineralni vodu k lecenie urologičeskovo chorobe. Rozhd.  
 Chirurgji 1956 XXXV-1.  
 Materiali k izučeniu močekamenoi bolezni v Azerbzh. 1928.  
 Novie puti k etiologii i terapii nefrolitiza zhurnali urologia Nr. 2 f. 30-35  
 1937.  
 Osnovi praktičeskoj urologii f. 105-135 1964.  
 Kliničeskaja medicina Nr. 11 1962.  
 Kirurgičeskoj vmeshatejstvo pri kamjah poček i močetočni kov f.  
 21-40 1960.  
 Calculus disease in e single kindne uroll. f. 10 1959.  
 Močekamenaja bolezni u detei u ezkhkistave f. 29-42 1962.  
 Chlinical aspekt of hypërparathyroidism weth special referenva to  
 urologi. Jurnal 36, 159-167 1936.

## THE DISTRIBUTION OF UROLITHIASIS IN ALBANIA

(S u m m a r y)

*The author presents a statistical study of urolithiasis in Albania.*  
*He reviews 910 cases treated in the Tirana State Hospital during the period 1961-1963,*  
*as well as 2100 case histories of all the post mortems done in the hospital during the same period.*  
*From this survey it can be concluded that urolithiasis in Albania is frequent, especially among*  
*children years old, mostly in certain districts like Kruja, Burel and Saranda.*

## DISA TË DHËNA MBI NEFRITET AKUTE NË USHTRI

HAJRO SHYTI

(Spitali Përgj. Ushtarak — Drejtor Kolonel S. Imami)

*Nephritis acuta* (Glomerulonephritis acuta diffusa) është afeksion bilateral i glomeruleve renale që zhvillohet në formë difuze si pasojë e reaksionit të përgjithshëm të organizmit kundër një infeksioni të caktuar. Proceset inflamatore karakterizohen nga ndryshime morfologjike që çojnë në pengesën e rrjedhjes së gjakut në kapilaret glomerulare për shkak të inflamacionit të tyre, edemes dhe proliferimit endotelial të kapilarëve glomerulare.

*Glomerulonephritis acuta diffusa* ka etiologji infektioze-alerjike. Ajo lind në shumicën e rasteve disa ditë mbas kalimit të një inflamacioni faringo-tonsilar, katari të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes ose të një vatre tjetër infektiozo-mikrobiale.

Sëmundja në pikpamje klinike manifestohet me hematuritë, albuminuri, edeme, azotemi të shtuar dhe hipertension arterial.

Objekti i studimit përbëhet nga 30 të sëmurë të mjekuar në spitalin tonë me *glomerulonephritis acuta diffusa* gjatë 5 vjetve të fundit.

Të sëmurët kanë ardhur në spital nga reparte të ndryshme të garnizonit të Tiranës dhe garnizoneve të tjera jashtë Tiranës. Midis tyre nuk është gjetur asnjë lidhje epidemiologjike.

Shtrimi i tyre në spitale është bërë në 18 raste javën e parë të sëmundjes, 5 raste javën e dytë dhe në 7 javën e tretë të sëmundjes.

10 raste i takojnë moshës 18-20 vjeç, 15 moshës 21-25 vjeç dhe 5 moshës 31-35 vjeç. Nga ushtarët në vitin e parë të shërbimit ishin 22 veta, në vitin e dytë 3 dhe në vitin e tretë 1.

Sëmundja është çfaqur:

- në tremujorin e parë 10 raste
- në tremujorin e dytë 2 raste
- në tremujorin e tretë 1 rast
- në tremujorin e katërt 17 raste

Simbas anamnezës 19 të sëmurë 2-3 javë para fillimit të sëmundjes kishin kaluar infeksione faringo-tonsilare dhe katere të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes.

Kuadri klinik është karakterizuar nga një fillim i menjëhershëm i sëmundjes dhe rendim të gjendjes së përgjithshme shëndetësore e cila i ka detyruar të sëmurët të ndërpresin stërvitjen dhe të kërkojnë ndihmën mjeksore.

Çetësimet kryesore që kanë akuzuar të sëmurët ditët e shtrimit në spitale kanë qënë: dispnea në lëvizje të zakonshme e akuzuar nga 14 të sëmurë, 15 raste me rendim në epigastrium dhe në hipocondrin e djathtë 5 prej të cilave kanë patur të vjella dhe një rast me sindrom pseudoapendikular, 10 raste me dhimbje mesi në formë rendimi, kurse 19 të tjerë dhimbje koke.

Në 16 raste fillimi i sëmundjes është shoqëruar me oliguri, në 4 urina ka patur ngjyrë të kuqe. 22 të sëmurë kanë akuzuar anjllje të fytyrës, anësive të poshtme dhe të duarve. Në 10 raste fillimi i sëmundjes ka qënë me temperaturë.

2 të sëmurë janë sjellë në spital në gjendje të rëndë komatoze me kriza konvulsive.

Elkzaminimi klinik objektiv i bërë ditët e para të qëndrimit në spital ka vënë në dukje në 28 të sëmurë edeme të madhësive të ndryshme të lokalizuara në fytyrë dhe në pjesët e ndryshme të trupit. Këta të sëmurë kanë paraqitur një pamje pastoze të fytyrës dhe amje të shtresës subcutane të gjithë pjesëve të trupit. Edemet në prekje ishin të buta, të pa dhimbshme që me ndryshimin e pozicionit të sëmurit ndryshonin lokalizimin e tyre. Lidhur me këtë fakt, të sëmurët zakonisht në anamnezë kanë treguar se në mëngjes fytyrën e kishin më të enjtur se në mbrëmje, ndërsa një pjesë prej tyre kanë treguar se në mbrëmje këmbët iu ajeshin ma tepër ndërsa në mëngjes këtë gjë nuk e vinin re.

Në 12 raste janë gjetur versamente pleurale tek të cilët Rivalta ka rezultuar negativ. 4 të sëmurë kanë patur anasarca.

Të gjithë të sëmurët kanë patur një pamje të zbetë të fytyrës me gjithë që figura eritrocitare nuk është gjetur e ndryshuar.

Tensioni arterial ishte i ritur (Mx 145-190, Min. 90-110 mm Hg.) në 19 raste. Tensioni minimal ka qenë më i qëndrueshëm dhe në vlefita më të ritura në raport me presionin sistolik. Në 11 rastet e tjera tensioni arterial është gjetur normal. Paralel me ritjen e tensionit arterial, në 11 raste kufit e zemrës kanë qenë të zmadhuara kryesisht nga e majta, kurse në 20 raste është konstatuar akcentim i tonit të dytë mbi aorte. Në 14 raste këto fenomene janë shoqëruar me shenja klinike të insuficiencës kardiovaskulare.

Në 7 të sëmurë janë konstatuar fenomene staze në bazat pulmonale, ndërsa në 15 raste të tjera Hepar kalonte kufirin e arkut kostar.

Në fillim sasia e urinës për shumicën e rasteve ka qenë më pak se 1/2 litre në 24 orë. Pesta specifike e urinës ka qenë në limite të normës.

Hematuria e konfirmuar mikroskopikisht është gjetur në të gjitha rastet, nga të cilët në 6 eritrocite të rralla për fushë, në 3 raste 10-20 eritrocite për fushë dhe në 21 shumicë eritrocitësh për fushë.

Albuminuria ka qenë prezent tek të gjithë të sëmurët. Në 22 raste 0.5-4 gr.% o kurse 8 të tjera gjurma. Në 13 raste janë vrejtur cilindra hialine dhe granuloze.

Azotemia ka qenë e ritur në 14 raste nga të cilët në 2 0.41-0.50 gr.% o, në 3 0.51-0.60 gr.% o, në 2 0.61-0.70 gr.% o, në 3 0.71-0.80 gr.% o, në 1 raste 0.91-0.95 gr.% o-. Azotemia është gjetur e ritur pothuajse në të gjitha rastet me insuficiencë kardiovaskulare.

EKG e regjistruar në 5 të sëmurë tregon për të 5 rastet bradikardi sinusale (55-60/min), në 1 rast iskemi e shtrësës subendokardiale, në 1 rast deformim i fazës repolarizuese (sheshim deri negativizim i valëve T në lidhje standard dhe lidhje prekordiale), në 2 raste voltazhi i ulët. Të gjitha këto reperte janë normalizuar mbas përfundimit të mjekimit të sëmurëve.

Në 20 raste citroscedimentacioni ka qenë i rritur (20-70 mm/orë). Kuadri i gjakut nuk ka paraqitur ndonjë veçori.

Kontrolli tonsilar në 6 raste ka konstatuar *Tonsillitis chronica* me rekomandim për tonsilektomi. Në kontrollin stomatologjik, në 5 raste janë gjetur infeksione dentare.

Ekzaminimi i *fundus oculi* vetëm në 2 raste me hipertension arterial të theksuar ka shënuar ngushtim të arterieve retinale ndërsa në të gjitha rastet e tjera reperti okulistik ka qenë normal.

Për të ilustruar rastet e observuara po japim një shëmbëll të mjekuar në spitalin tonë: I sëmuri Th. M. 32 vjeç, 20 dit mbasi kishte kaluar një inflamacion kataral të fytyr, u anjt nga fytyra, duart, këmbët dhe pjesët e tjera të trupit. 2 dit më von u çfaqën dhimbje në bark të lokalizuara në hypokondrin e djathtë dhe në regionin apendikular të shoqëruara me të vjella. Ditët e fundit çdo mëngjes ishte çuar me palpebra të anjtura sa memzi i hapeshin sytë. 4-5 ditët e fundit kishte vënë re që sasia e urinës ishte pakësuar. Ishte detyruar të lironte rypin e mezit dhe rypin e orës së dorës. Cizmet nuk e nxinin. Amjen e fytyrës e kishin vënë re edhe shokët e tij në repart. Për këto shqetësime më 13/7/63 u shtrua në spital.

Pacienti e ndiente veten të dobët, pa fuqi, akuzonte dhimbje koke, dhimbje barku dhe i mbahej fryma.

Në ekzaminimin klinik objektiv i sëmuri paraqiste një pamje pastoze të fytyrës, tegumentet të zbehta. Edeme në pjesët krurale të anësive të poshtme dhe në regionin lumbosakral. Puls i fortë me frekuencë 60/min. Kufiri i majtë i zemrës kalonte reitë 2 cm. vijën medioklaurale. Toni i dytë mbi aorte i akcentuar. TA 150/100 mm Hg. Në bazin e hemitoraksit të djathtë paraqiste 3 gishta matitet me zhdukje të *fremitus pectoralis* dhe të numurit vezikular. Abdomeni i lirë por i dhimbshëm në prekje të thellë në regionin apendikular. Hepar i prekej 2 cm. nënë arkun kostar.

Ekzaminimi paraklinik vuri në dukje këto të dhëna: urina e turbullt, ditët e para me sasi deri 350 cc. në 24 orë me peshë specifike 1022. Sedimenti në urinë përmbante 10-15 eritrocite për fushë, leukocite 4-5 për fushë dhe cilindra hialine dhe granuloze të rralla. Albuminuria 0.76 gr.% o, Azotemia 0.76 gr.% o, Kreatinemia 2.10mg.%. Skopia e toraksit vinte në dukje versament pleural të djathtë deri në i.c. VI. Punksioni pleural nxori likuor me ngjyrë citrike ku reaksioni Rivalta rezultoi negativ. Në EKG paraqiste bradikardi sinusale (me frekuencë 56-60/min) dhe voltazhi të ulët. Ekzaminimi otojatrik dhe stomatologjik nuk i konstatuan ndonjë vatër infektioze. Në të kaluarën pacienti nuk kishte patur asnjë sëmundje.

Qysh ditën e shtrimit në spital ju fillua terapia e zakonshme. Regjimi shtrati. 3 ditët e para pa ushqim maadej diete pa krypë, calcium chlorur, vitamina, penicilin (me qëllim profilaktik).

Brenda 14 ditve të gjitha fenomenet u likuiduan, diureza u rivendos në normë. TA u normalizua, puls i bërë më i shpejtë (75/min); zemëra mbritti në kufit normale, versamenti pleural u resorbua. Hepar i zvogëluar në madhësi normale. Azotemia zbritti në 0.37 gr.% o. Deri në këtë kohë në sedimentin e urinës persistonin 10-12 eritrocite për fushë. Mbas 6 javësh edhe reperti në urinë u normalizua dhe i sëmuri doli nga spitali në gjendje të mirë.

Nga format abortive të nefriteve akute kemi mundur të izolojmë vetëm 2 raste të cilat janë radhitur në grupin e nefriteve të thjeshta të tipit renal me hematuritë të theksuar dhe albuminuri të moderuar.

Diagnoza e nefriteve monosimptomatike është e vështirë. Vetëm prezenca e proteimurisë

dhe e hematurisë së izoluar pa llogaritur anamnezën dhe simptomat ekstrarenale, nuk japin bazë për diagnozën e nefritit akut difuz (6). Këto forma abortive të nefriteve pa rritje të TA dhe pa edeme nuk mund të dallohen nga nefritet insulare. Prandaj udhëheqës për këtë duhet të shërbejë eksperiencia sipas të cilës nefritet difuze lindin mbas infeksionit (forma post infekcioze), kurse nefritet insulare gjatë infeksionit (forma intrainfekcioze) (4,5).

Në 2 rastet tona radhitja e tyre në formën hemoragjike të nefriteve akute difuze është mbështetur në këto të dhëna:

Tek të dy rastet sëmundja filloi me dhimbje të leta në regionin lumbar, dobësi të përgjithshme. Njëri prej tyre kishte vënë re që urinën e bënte të kuqe. Ekzaminimi mikroskopik i sedimentit të urinës konstatoi shumicë eritrocitesh për fushë, 4-5 leukocite, cilindra hialine dhe granuloze të rralla dhe gjurma albuminash. Për këto arsye u shtruan në spital.

Nga anamneza e tyre rezultoi se 2-3 javë përpara të dy të sëmurët kishin kaluar inflamacion të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes për të cilën ishin mjekuar në kondita stacionare.

Ekzaminimi klinik objektiv nuk vinte në dukje ndonjë ndryshim nga norma, me përjashtim të simptomit Pasternacki që ishte letësisht pozitiv në të dy anët. TA normal. Edemet shëndet nuk vunë në dukje ndonjë ndryshim nga norma. Kontrolli radioskopik i pulmoneve ascendente nuk vunë në dukje ndonjë ndryshim nga norma. Kontrolli radioskopik i pulmoneve të shpërndara nuk vunë në dukje ndonjë ndryshim nga norma. Kontrolli radioskopik i stomatologjik nuk zbuloi ndonjë vatrë infekcioze. Kuadri i gjakut ishte normal tek të dy të sëmurët. Eritrosedimentacioni i shtuar 15-25 mm/orë. Flotacioni i urinës për B.K. negativ. Urokultura për bakterie negative. Kurba termometrike normale.

Reperti në urinë persistente i njëjtë me gjurma albumine dhe shumicë eritrocitesh në sediment edhe për disa javë të tjera.

Në këto rrethana të dy rastet u konsideruan si nefrite akute difuze forma hematurike dhe si të tillë u trajtuan deri sa reperti në urinë u normalizua.

Nga komplikacionet e nefriteve akute kemi observuar 2 raste tek të cilët sëmundja është zhvilluar me një dekurs të rëndë me çfaqje të eklampsisë si pasojë e fillimit me vonësë të terapisë dhe të regjimit hospitalier.

Karakteristika të përbashkëta për të dy këta të sëmurë ka qenë oliguria deri anuria e plotë edeme të fytirës dhe të anesive. TA i naltë (sistoliku dhe diastoliku), kriza kloniko-tonike të pjesëve të ndryshme të trupit, të vjella, bradikardi, simptome meningeale, rigiditet të qafës së shtim simetrik i refleksëve osteotendinoze, klonus, verbim i përkohshëm, turbullime akustike të gjendje deliri, albuminuri 3-4 gr. % o. Punksioni lumbar në të dy të sëmurët ka nxjerrë likuor të kthjellë me disociacion albumino-citologjik. Këta dy raste dallonin nga njëri tjetri me faktin se ndërsa njëri që paraqiste edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ekzaminimi klinik vuri në dukje edeme të moderuara azoteminë e kishte 0.60 gr. % o. 0.31 gr. % o kurse tjetri me edeme më të moderuara azoteminë e kishte 6.1.1959 ishte i zbetë, somnolent, me ndërjegje të erësuar. Edeme në fytirë dhe në anësit e poshtme. Anamneza ishte e vështirë të merrej. Shoqëruesi tregonte se prej disa ditësh i sëmuri kishte qenë pa qejf, 2 ditët e fundit ndjeu dhimbje koke të shoqëruara me të vjella dhe kriza epileptiforme.

Ky variabilitet në simptomatologjin klinike të nefriteve akute ndodh për faktin se nefritet nuk zhvillohen si entitete morboze definitive. Ato ndryshojnë nga një moment në tjetrin, prandaj simptomet e ndryshme në historin e sëmundjes (2).

por një moment të caktuar në historin e sëmundjes në kuadrin klinik të nefriteve nuk përfaqësojnë një formë definitive.

Mjekimi i të sëmurëve është filluar me uri të plotë 3 ditë e para. Në format e leta është lejuar 1/2-1 litër leng pemësh në formë komposte për 24 orë. Regjimi shtrati për një kohë mesatare prej 1 muaji. 3 javët e para është përdorur calcium chlorur në doza të mëdha për os. Glucos i.v., vitamina. Penicillina është aplikuar në dozën 800.000 un. në 24 orë për një kohë prej 7-10 ditësh pamvarësisht nga aktiviteti i vatrës infektive. Në raste të veçanta ajo është aplikuar prej një kohe më të gjatë. Mbas regjimit të urisë të sëmurët janë futur në dietën pa krypë me një përmbajtje të këtillë: proteina 60.1 gr., yndyrna 47.7 gr., Karbohidrate 395 gr. gjithësejt 2313 kalori. Mbas zhdukjes së edemeve, normalizimit të TA dhe zhdukjes së shenjave të insuficiencës kardiovaskulare, me gjithë prezençën e albuminurisë reziduale dhe hematurisë mikroskopike, të sëmurëve iu është situar në dietë 4-5 gr. krypë. Në fund të kurës është bërë mjekimi i fokuve nën mbrojtjen e penicilinës.

Dekursi i sëmundjes në përgjithësi ka patur karakter ciklik në të cilën janë dalluar dy periudha kryesore:

Në periudhën e parë (koha e përfshirë ndihet datës së shtrimit në stacionar dhe datës kur i sëmurit është liruar nga edemet, insuficienca kardiovaskulare dhe normalizimi i azotemisë) diureza është shtuar. Të sëmurët kanë eliminuar sasi të madhe urine (2.5-3.5 litra në 24 orë). Edemat janë zhdukur dhe së bashku me to është përfunduar resorbimi i versamentit pleural. Ralet statike në pulmone janë zhdukur. Me zhdukjen e edemeve është normalizuar tensioni arterial. Në të njëjtën kohë janë zhdukur shenjat e insuficiencës kardiovaskulare. Kufit e zemrës janë kthyer në normë. Të sëmurët mbas kësaj periudhe e kanë ndier veten mirë pa dispe dhe pa turbullime të tjera.

Niveli i azotemisë ka filluar të zbrësë qysh me fillimin e diurezës së madhe dhe normalizimi i saj është përfunduar në kohën e zhdukjes së plotë të edemeve, të normalizimit të TA dhe të zhdukjes së shenjave të insuficiencës kardiovaskulare.

Kjo periudhë në rastet tona ka zgjatuar 7-14 ditë. Mbas përfundimit të kësaj periudhe nuk është vërejtur asnjë komplikacion lidhur me rritjen e përsëritur të tensionit arterial ose të insuficiencës kardiovaskulare. Recidivat e edemeve me karakter nefrotik nuk janë ndeshur.

Mbas mbarimit të periudhës së parë ka ndjekur periudha e dytë e dekursit të sëmundjes (koha e përfshirë nga mbarimi i periudhës së parë deri në zhdukjen e të gjithë simptomave klinike dhe paraklinike të sëmundjes). Kjo periudhë në pikpamje klinike është karakterizuar me prezençën e proteinurisë, hematurisë mikroskopike dhe cilindrarisë hialine dhe granuloze në sedimentin e urinës. Me zhdukjen e edemeve dhe normalizimin e TA në 1/3 e rasteve është vënë re që hematuria përkohësisht është shtuar, mandej rishtas ka filluar të pakësohet deri sa në fund të mjekimit ka aritur limitet e normës.

Të sëmurët në këtë periudhë e kanë ndier veten më mirë, dhimbjet e kokës dhe të mezit ja në zhdukur dhe përveç reperitit në urinë të gjitha të dhënat e tjera klinike dhe paraklinike kanë qenë normal.

Zgjatja mesatare e qëndrimit në stacionar i të sëmurëve ka qenë 4-6 javë Brenda kësaj kohe janë zhdukur të gjitha simptomat renale dhe ekstrarenale të sëmundjes.

Mbas daljes nga spitali e ushtarakëve të shërbimit të detyruar, gjendja e tyre shëndetësore nuk është ndjekur nga ana e jonë, për shkak të vend banimit të tyre në zona të ndryshme dhe të largëta.

## KONKLUZION:

1. *Glomerulonephritis acuta diffusa* përbën një nga format e shpeshta të nefropative në ushtri. Nga kjo sëmundje preken kryesisht ushtarakët e vitit të parë të shërbimit të cilët 2-3 javë para fillimit të saj kalojnë një inflamacion faringo-tonsilar ose katar të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes.

2. Nefritet akute të observuara në ushtri në pikpamje klinike i takojnë formës së përzier që karakterizohet me simptome renale dhe ekstrarenale, me hematuria, albuminuri, oliguri, edeme, hipertension arterial, azotemi të shtuar dhe simptome të insuficiencës kardiovaskulare.

Vetëm 6% të rasteve i takojnë nefriteve të tipit të thjeshtë renal me albuminuri dhe hematuria pa simptome ekstrarenale.

Komplikacionet kryesore të nefriteve akute kanë qenë eklampsia e cila është manifestuar me të gjitha simptomat klinike dhe që me mjekimin racional kanë përfunduar në shërim të plotë.

3. Hospitalizimi i hershëm i të sëmurëve si dhe mjekimi kompleks i tyre ka siguruar në të gjitha raset një dekurs të favorshëm që është shprehur me zhdukjen e simptomave renale dhe ekstrarenale brenda një kohe mesatare prej 4-6 javësh.

(Paraqitur në redaksi me 20/12/64)



## LITERATURA

1. *Campanact D., Migone L., Romeo F.* Malatie dei reni e delle vie urinarie. ne Patologie medica, III. f. 1011-1064
2. *Pasteur Vallery-Radot, Pierre Delafontaine.* Precis des maladies des reins. Paris 1959
3. *Tarjejev E.M.* Nefrite. Moskva 1958
4. *Vancura A.* Choroby ledvin a mocovych cest. Pathologie a Therapie nemoci vnitřnich. Pelnar J. Praha 1934
5. *Vancura A.* Morbus Brighti (Nefritidy). Urologie. Klika M. Praha 1950
6. *Vovsi M.S.* Bolezni sistem moceotdelenije. Moskva 1960

## SOME OBSERVATIONS ON ACUTE NEPHRITIS IN THE ARMY.

### (S u m m a r y)

*This work surveys the clinical aspect of 30 cases of acute diffuse glomerulonephritis, observed in the military hospital of Tirana. The patients were all young men, doing their military service, who contracted nephritis after acute attacks of inflammation of the pharynx or tonsils.*

*From the clinical point of view these cases represent mixed forms of nephritis with renal and extrarenal symptoms: haematuria, albuminuria, oliguria, high blood pressure, oedema, which in 50% of the cases were aggravated by heart insufficiency.*

*The author describes briefly the treatment, which in all the cases resulted in the rapid recovery of the patients.*

## STUDIMI DINAMIK I OSHILOGRAFISË NË TË SËMURËT ME ENDARTERITIS OBLITERANS

DOC. FIQIRI BASHA

(Katedra e Anatomihistologjisë — Shef S. Çiço)

Mjekimi kirurgjikal dhe konservativ i endarteritit obliterans kërkon një varg analizash dhe ekzaminimesh fizike, sepse, pa këto shpesh herë është vështirë të përcaktohet grada e obturacionit dhe niveli i tij. Të dhëna më të sigurta mbi çrregullimet funksionale ose morfologjike jep oshilografia.

Oshilografija (ose edhe oshilometria) është një metodë ekzaminimi shumë e thjeshtë dhe gjithmonë e mundshme për t'u aplikuar në çdo vënd dhe prandaj vlen të shfrytëzohet më gjërësisht duke filluar që nga ekzaminimet e para ambulatorë (ku diferencohen sëmundjet vaskulare nga sëmundjet e tjera) dhe deri në ekzaminimet e përsëritura klinike me qëllim që të nxirren në dukje ndryshimet dinamike të mundshme në indeksin oshilator. Për këtë arsye metoda e oshilografisë që përdoret gjërësisht në klinikat kirurgjikale dhe terapeutike, për diagnostikimin e sëmundjeve të vazave dhe të zemrës, mori një rëndësi të veçantë edhe në të sëmurët me endarterit.

Për të regjistruar të dhënat oshilografike, ne kemi përdorur oshilografin «serkin» dhe oshilometrin e tipit «Pachon». Siç dihet oshilograma është amplituda e shkruar që pasqyron madhësinë e valvitet pulsive të murit arterial. Këto valë të regjistruara automatikisht janë të ndryshme dhe varen nga komprimimi që bën mansheta e oshilografit ose e oshilometrit mbi indet dhe murin arterial. Gjatë ekzaminimit duhen marrë parasysh të gjithë faktorët që influencojnë në indeksin oshilator, sikurse elasticiteti i arteries, kalibri i vazës, sistemi nervor, zemëra etj.

Për sa i përket elasticitetit të arteries, ky ulet nga qendra në periferi, ashtu sikurse edhe kapaciteti që mvaret nga kalibri i vazës, dhe vjen duke u zvogëluar distalisht në mënyrë graduale.

Gjatë ekzaminimit duhet marrë parasysh edhe grada e kontraktilitetit të arterieve, tonusi apo spasma etj. Sikurse dihet arteriet e marrin tonusin kryesisht nga nervat vazokonstriktore që ngushtojnë me anën e muskulaturës cirkulare të lëmuar lumenin e arteries (Ll. Fogelson)

Për këtë arsye metoda e oshilografisë së përsëritur që ne kemi aplikuar para dhe mbas provës funksionale me ngarkesë, nxjerr indekse të ndryshme oshilatore që reflektojnë, tonusin normal, gjendjen spastike ose lezionet e thella morfologjike.

Ndryshimet e indeksit oshilator dokumentojnë gjithë dinamizmin e procesit obliteronjës dhe tregojnë njëkohësisht edhe shifrat e presionit maksimal, të mesëm dinamik dhe minimal në arteriet e ekzaminuara. Këto të dhëna plotësojnë ekzaminimin e përgjithshëm të aparatit kardiovaskular. Metoda është ekzakte dhe mjaft e ndjeshme.

Në figurën e paraqitur më poshtë vihen re ndryshime të dukshme në indeksin oshilator ku në regjistrimin e parë amplitudat e vogëla reflektojnë një gjendje spastike të murit arterial, kurse në të dytën indeksi oshilator është pak a shumë normotoniak.

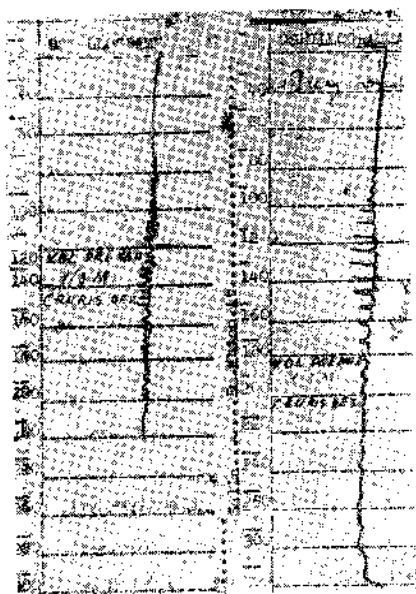


Fig. 1

indeksi oshilator nuk është i njëjlojtë për të dy anësitë, këto ne nuk i kemi marrë parasysh në shumicën e rasteve, ndërsa diferencat e mëdha kanë vërtetuar se janë reflektimi i lezioneve të thella endarterike dhe sëmundjesh të tjera vaskulare.

Në interpretimin e oshilografisë ka rëndësi madhësia e indeksit oshilator. Duke u bazuar në indeksin oshilator të njeriut normal që arrin mesatarisht rreth 20 mm. në kërcirin dhe 2-4 mm. në këmbë, atëhere del shumë demonstrative e bindëse edhe oshilograma e rregjistruar në kërcirin e sëmurë nga endarteriti.

Për të vlerësuar më drejtë gjëndjen funksionale ose morfologjike të arterieve të anësive së lezionuar, ne jemi bazuar edhe në mekanizmin e regjistrimit sepse shpesh herë oshilograma paraqet në disa të sëmurë vetëm një vijë të drejtë, ndërsa gjendja e përgjithshme e tyre është e mirë dhe ata nuk ndjejnë ndonjë çrregullim të madh. Në këto raste ne nuk kemi menduar gjithmonë se vaza është e obliteruar plotësisht por vetëm në një pjesë, sepse siç e ka treguar më vonë edhe ekzaminimi arteriografik, këtu janë zhvilluar kolateralet, me anën e të cilave gjaku kalon në segmentin distal.

Për të gjitha rastet duhet marrë parasysh edhe gjëndja e elasticitetit të kapsulës së aparatit; ku disa kapsula japin amplituda më të mëdha, ndërsa disa të tjera japin valvitje më të vogla. Ne, për këtë qëllim, kemi ekzaminuar sistemin arterial periferik në njerëz praktikisht të shëndoshë dhe këtu indeks që ka qenë në disa aparate më i vogël se 20 mm. në kërci e kemi marrë si bazë për të vlerësuar çrregullimet arteriale në të sëmurët.

Ekzaminimet në të sëmurët u kryen në klinikë dhe në një punkt të tipit dispenserial pranë spitalit Nr. 2. Mansheta e oshilografit vëhet në segmentet më distalë dhe gradualisht kalohe në pjesët më centrale, duke marrë nga një oshilogramë për çdo nivel dhe çdo anësi veçmas.

Kështu u bë e mundur që të ndiqet dinamika e procesit mbrendra një periudhe pak a shumë të gjatë. Amplitudat normale ose patologjike të indekseve oshilografike, na japin edhe të dhëna të vlefshme për të gjykuar mbi gjëndjen funksionale të zemrës, të tensionit arterial dhe të vazave arteriale magjistrale.

Gjatë ekzaminimit i sëmurit rrin ndenjur ose i shtrirë në shtrat dhe aparati vëhet në një nivel me shtratin. Konditë e domosdoshme për të marrë oshilograma të mira është pozicioni horizontal që duhet të mbajë anësia dhe evitimi i çdo lëvizjeje. Për këtë qëllim të sëmurit i propozohet që ta shtrijë këmbët dhe ta lërë fare të lirë. Kjo arrihet më mirë kur i sëmurit i shtrin të dy këmbët. Të gjithë të sëmurët janë ekzaminuar në kondita të barabarta. Ne kemi përdorur si vend matjeje në shumicën e rasteve 1/3 e mesme të kërcirit për të dy anësitë e poshtëme.

Për të diferencuar spazmën e vazave nga lezionet morfologjike oshilogramat janë përsëritur mbas pesë minutash, deri sa u arritën të merren indekse oshilatore konstante. Format

Fig. Nr. 1. Dy oshilogramë të rregjistruara para dhe mbas ngarkesës në 1/3 e mesme të kërcirrit të të sëmurit K.P. ku amplitudat në pozën e parë janë të çrregullta dhe koincidojnë me gjëndjen spastike të arteries, ndërsa në pozën e dytë paraqiten amplituda të rregullta dhe adekuate me gradën e shtypjes së anësive nga mansheta e oshilografit gjë që korespondojnë me një indeks normotoniq.

Pra duke komprimuar murin arterial me manshetën e oshilografit regjistrohet automatikisht edhe ndryshimi në shkallën e presionit arterial. Studimi dhe vlerësimi i gradave të këtyre ndryshimeve, lejon që të zbulohen në kohën e duhur çrregullimet e tonusit të arterieve periferike si edhe grada e zhvillimit të qarkullimit kolateral kompensator të gjakut. Përveç kësaj ekzaminimi oshilografik në të sëmurët me e ndërterit obliterant përpara dhe mbas mjekimit konservativ dhe kirurgjikal, na dha mundësi që të vlerësojmë më drejtë prognozën e mjekimit përkatës.

Për të gjykuar më mirë mbi gjëndjen e murit arterial, ne bëmë oshilogramë bilaterale d.m.th. krahasimin e oshilogramave të marrura nga arteriet periferike, simetrike në nivele të ndryshme. Normalisht arteriet simetrike kanë kalibër të barabartë dhe rregullisht japin pothuajse oshilograma identike. Kur oshilogramat paraqesin asimetri të vogla d.m.th. kur

spastike ose disa momente të caktuara spazme, kanë dhënë indekse oshilatore të ndryshme gjatë tre-katër ekzaminimesh me rradhë.

Autorë të ndryshëm sikurse Troupjanski M.S., Zbykovskaja L. A. Pliotkin F. M. etj. thonë se oshilografija nuk mund ta diferencojë spazmën nga lezionet e thella organike.

Duke u bazuar në të gjithë kompleksin e shënajave klinike të cilat u plotësuan edhe me të dhënat e ekzaminimit fizik dhe laboratorik, të sëmurët u ndanë në grupe që i përkisnin fazave të ndryshme të zhvillimit të procesit. Ne dalluam tri forma dhe tri faza (simbas klasifikimit të Berjovov-Zajcev G.P.) në të cilat u ndanë të sëmurët që ne ekzaminuam, me endarterit obliterant. Në të sëmurët që i përkisnin fazës së parë të zhvillimit të procesit, vihet re djersitje e shtuar, ftohje e pjesëve distale të gjymtyrëve, lodhje këmbësh gjatë sforcimeve fizike, pares-tezi, dhimbje periodike gjymtyrësh, çalim të herëpas herëshëm (claudicatio intermittens), dobësim puls i ose mungesë periodike e tij në art. *dorsalis pedis* ose *tibialis posterior*, zvoglim oshilacionesh arteriale d.m.th. një indeks i vogël oshilografik ose oshilometrik dhe një numur i vogël kapilarësh në një mm. linear të observuara me kapilaroskop.

Në fazën e dytë vërehet djersitje e madhe, ftohje e vazhduarshme, mungesë puls i në arterien *dorsalis pedis* et *tibialis posterior*, zhduken pothuajse fare oshilacionet në pjesët e poshtëme të kërcirit ose indeksi oshilator është i vogël në 1/3 e sipërme të kërcirit, pakësim i madh i numurit të kapilarëve që janë edhe të deformuar dhe të zbehtë, ndryshime trofike lokale etj.

Në fazën e tretë përveç atyre që u përmendën më lart, çfaqen çarje dhe ulçeracione të lëkurës e cila përgjithësisht çahet kurse në disa vende nekrotizohet duke filluar në llozhën e thonjëve, këmba fillon të edematizohet, kapilarët zhduken krejtësisht në pjesët periferike ndërsa amplitudat oshilografike ose oshilometrike paraqesin një vijë të drejtë pa asnjë valvitiç.

Që nga fillimi i vitit 1956 dhe deri në tetor të vitit 1964 u ekzaminuan me oshilograf më shumë se 3000 të sëmurë, që paraqisnin sëmundje vaskulare sikurse Morbus Raynaud dhe syndromat e saj, tromboflebite, varice, syndrome postlebitike, *acroerythrociyanosis*, syndrom Leriche etj. Nga këta u ekzaminuan edhe 287 të sëmurë me endarterit obliterat që janë mjekuar më parë në klinikë dhe diagnostikuar që në punktun dispenserial. Në mes të tyre kishte edhe 8 gra. Mos.  $\bar{x}$  ishte nga 18-60 vj.

Edhe nga studimi i oshilogramave, në shumicën dërmonjëse të rasteve, u gjetën reaksione të njëjta vaskulare karakteristike për fazat dhe gradat e ndryshme të insuficiencës vaskulare. Grupi i të sëmurëve me endarterit obliterat që i përket gradës së parë të insuficiencës vaskulare përbëhet prej 108 vetash d.m.th. 37,6%.

Grupi i të sëmurëve që paraqet një insuficiencë të gradës së dytë, përbëhet prej 90 vetash d.m.th. 31,3%.

Grupi i të sëmurëve me insuficiencë të gradës së tretë, përbëhet prej 89 vetash d.m.th. 31,01%.

Sikurse vihet re edhe në shifrat që u paraqitën më lart, shumica e të sëmurëve (duke përfshirë të dy grupet e fundit sëbashku) paraqiten për ekzaminim dhe mjekim në faza të avancuara të procesit, atëherë kur është vështirë të arrihen rezultate më të mira terapeutike, mbasi vaskularizimi është i pamjaftueshëm, atëherë kur pengojnë ndryshimet trofike për një mjekim të efektshëm dhe indeksi oshilator është një vijë e drejtë, ose vetëm një deri dy milimetra.

Pak më shumë se 1/3 e të sëmurëve janë paraqitur pa ndryshime të theksuara trofike, me puls të dobësuar në arterit magistrale me dhëmbje të ndërprera dhe me indeks oshilator të kënaqësishëm ose mbi 6-8 mm.

Të dhënat oshilografike në të gjitha rastet u janë përgjegjur edhe të dhënave subjektive klinike arteriografike, kapilaroskopike etj.

A.V. Kizelova shkruan me plot të drejtë që kur ekzaminohet i sëmuri ku supozohet ndonjë sëmundje e aparatit kardiovaskular, dhe veçanërisht me endarterit obliterat, oshilografija tanimë duhet të jetë e domosdoshme, meqenëse ndryshimet kryesore të amplitudës oshilografike merren pikërisht kur lezionohen arteriet.

Vështirësi paraqet interpretimi i indeksit oshilator kur lezionohen vazat e imta. Kështu L.A. Zbykovskaja shkruan se në këto raste indeksi oshilator zvogëlohet në 1/3 e poshtëme distale, ndërsa në 1/3 e sipërme të kërcirit ky indeks ruhet. Edhe ne kemi pasur raste të këtij lloji dhe shumica janë mjekuar me sukses pa amputacion. Ne nuk kemi pasur në përgjithësi raste me indeks oshilator të madh mbi 6 mm., që i përgjigjet pak a shumë insuficiencës së gradës së parë të pajisjes me gjak që të ketë përfunduar në amputacion, por gjithmonë kur indeksi oshilator ka qenë me i vogël se 2 mm. ose një vijë e drejtë, kjo ka treguar me saktësi se procesi shkon drejtë amputacionit, në rast se nuk merren masat e duhura terapeutike. Më në fund, kur indeksi oshilator tregon zero ose një vijë të drejtë dhe klinikisht vihen re kjarhtë fenomenet e gangrenës, atëherë këtu masat e mjekimit ndonëse mund ta ulin nivelin e amputacionit ose ta kufizojnë nekrotominë, megjithatë intervenimi për amputacion ose nekrotomi është i pa evituarshëm.

Si ilustrim për këtë që u thanë më lart mund të shërbejnë këto raste të observuar:

I sëmuri S.K. vjeç 47, me profesion punëtor, u shtrua në klinikë me 11/II/1960 me endarterit obliterant, me insuficiencë vaskulare të gradës së dytë, në një fazë akutizimi dhe me çfaqje tromboflebiti migrant. E ka ndërjerë vehten të sëmurë para disa vjetësh kur i u çfaqen

dhimbjet në këmbët por në janar të vitit 1959 filloi të ndjehë dhimbje dhe lodhje të mache në këmbën e majt, ndërsa gishtit i pestë i saj filloi t'i ulçerohet.

*Status praesens:* Mbulosat e lëkurës së gishtave të këmbëve kanë ngjyrë cianotike, kurse lëkura e gishtit të pestë ka ngjyrë të kuqe dhe është ulçeruar. Pulsit mungon në arterien *dorsalis pedis* në të dy anët. Tensioni arterial me sfigmomanometer është 120/60, të njëjtit shifra mund të lexohen edhe në oshilogramën. Tensioni i mesëm dinamik është 100 mm të Hg. Mbas mjekimit pregtator konservativ dhe më vonë mbas sympatektomisë, gjendja e të sëmurit u përmirësua, gjë që u reflektua edhe në zmadhimin e amplitudës oshilografike.

Fig. Nr. 2. Oshilograma e të sëmurit S.K. me endarterit obliterant të formës trombangitike me insuficiencë vasculare të gr. II të fazës trofike. Shifrat tregojnë tensionin arterial në mm. të zhivës. Anash janë paraqitur oshilografitë e të dy këmbëve para operacionit, me indeks të ndryshëm oshilator. Në oshilogramën e mesit indeksi oshilatorë i marrë nga 1/3 e mesme e kërcirit të majtë është diçka më i madh në krahasim me indeksin aty pranë para mjekimit.

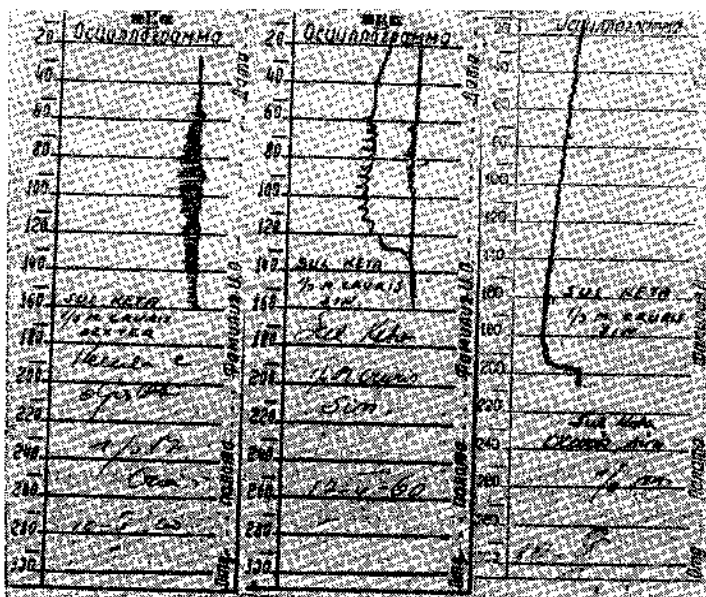


Fig. 2

Shëmbulli i sapopërshkruar i historisë së sëmundjes, vërteton faktin se këtu kemi të bëjmë me leziona të vazave të imta, mbasi në arteriografi trungjet magistrale ishin të kalueshme plotësisht ndonëse kishte alteracione trofike në gishtin e këmbës. Këtu e vërteton më shumë edhe fakti se amplituda oshilografike u zmadhua mbas operacionit gjë që nuk ndodh kur lezionohen vazat magistrale, por vetëm kur këto janë në gjendje spastike.

Ne kemi patur 12 raste të këtilla nga 36 të sëmurë të këtij grupi të ekzaminuar me oshilograf, të cilët janë mjekuar me sukses pa amputacion.

Duke ndjekur rrezultatet e largëta edhe me metodën e ekzaminimit oshilografik, vihet re se të sëmurët e grupit të insuficiencës vasculare të gradës së dytë, janë të predispozuar për alteracione më të thella morfologjike dhe në rradhë të parë ata të formës trombangitike, në rast se nuk i bëhet mjekimi i duhur periodik dhe ai kirurgjikal të cilin e refuzojnë shpesh herë këta të sëmurë.

E tilië është oshilografija e të sëmurit I/K., i cili u shtrua me endarterit obliterant, në një fazë akute me edemë dhe skuqje të këmbës. Indeks oshilator arrin deri në 2 mm. Ekzaminimi arteriografik tregoi ndryshime në 1/3 e poshtëme të arteries *tibialis posterior*. Ekzaminimet e përsëritura oshilografike dhanë të njëjtin indeks oshilator. (Fig. nr. 3)

Fig. Nr. 3 Oshilografija e të sëmurit I.K. me indeks oshilator deri më 2 mm. si përpara ashtu edhe mbas mjekimit.

Format spatike me insuficiencë të gradës së parë dhe të dytë, paraqesin lëvizje dinamike të theksuara dhe kjo vëhet re mirë në oshilogramat që u regjistruan shumë kohë mbas mjekimit.

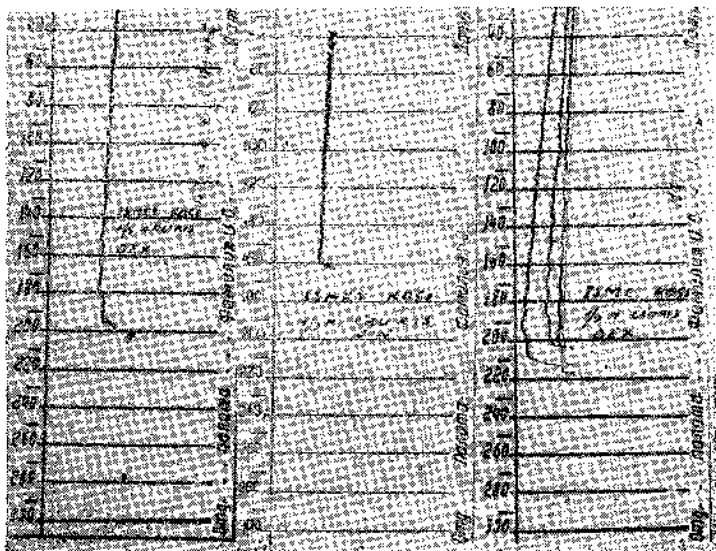


Fig. 3

En.

Për ilustrim po vëmë në dukje oshilogramën e të sëmurit J.Z. i cili u paraqit për mjekim në një gjendje të atillë kur indeksi oshilator jepte vetëm oshilacione të vogla deri në dy-tre mm., ndërsa mbas mjekimit dhe shumë muaj më vonë kur ai u paraqit për kontroll në punktin dispenserial, ekzaminimi oshilografik tregoi një indeks oshilatorë të ngritur deri në 10 mm fig. Nr. 4).

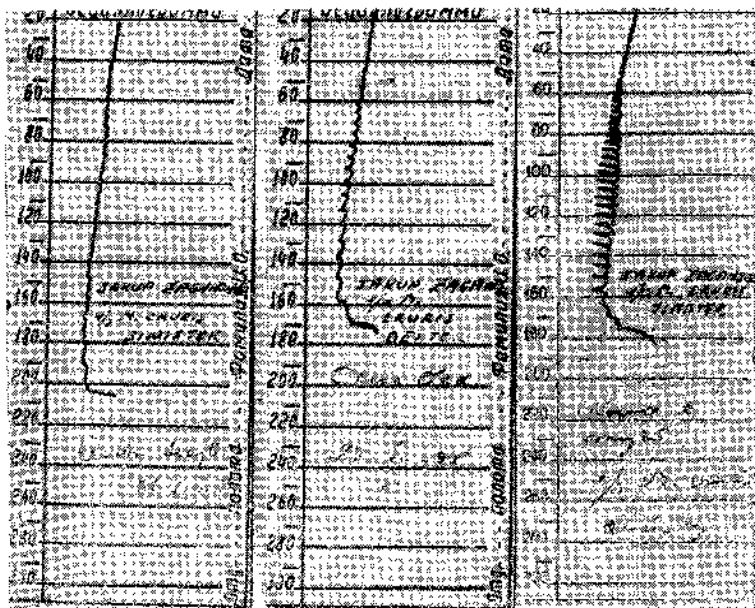


fig. 4

Fig. Nr. 4. Oshilografija e të sëmurit J.Z. me ndryshime të indeksit oshilator të këmbës së majtë. Në dy rregjistrimet e anëshme duken oshilacionet arteriale me amplituda të ndryshme para dhe mbas mjekimit

Disa nga këta të sëmurë të operuar jo vetëm që kanë pasur ndryshime të dukshme objektive dhe subjektive, por edhe indeksi oshilator ka treguar mbas disa javësh një rritje të amplitudës oshilografike. Si shembull mund të vlejë edhe oshilografija e të sëmurit S.J., i cili u shtrua me çfaqje klinike të theksuara dhe me indeks oshilator pothuajse një vijë të drejtë. Mbas mjekimit operativ dhe mbas ekzaminimit oshilografik postoperativ, indeksi oshilator u zmadhua deri në dy mm. zhivë. Fig. Nr. 5.

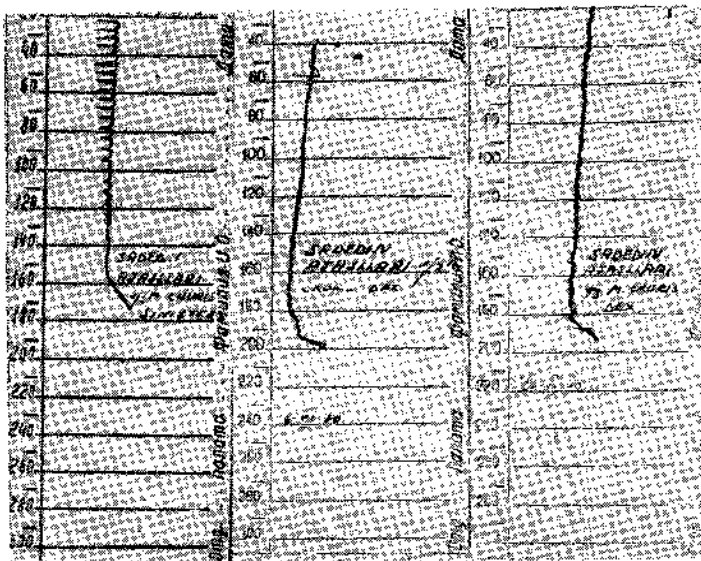


Fig. 5

Fig. Nr. 5. Oshilograma e pacienit S.J. e formës spastike e gradës së II para dhe mbas simpatektomisë.

Ne kemi observuar 13 të sëmurë të tillë, nga 39 që janë ekzaminuar edhe me oshilograf, të cilët i përkisnin formës spastike të gradës së dytë me përmirësime të indeksit oshilator veçanërisht në fazat e më vonëshme postoperative.

Duke studjuar oshilogramat e të sëmurëve të formës spastike të endarteriit me insuficiencë të gradës së parë, rezultoi se amplituda e marrë para mjekimit është shumë më e vogël se sa ajo që u regjistrua mbas mjekimit. Reaksioni ndaj provës fizike është në këta të sëmurë pothuajse gjithmonë normotoni dhe në raste të rralla indeksi oshilator zbret më tepër se 4 mm. Këto lëkundje tregojnë se këtu nuk janë zhvilluar ende ndryshimet morfologjike.

Për të sëmurët e formës sklerotike është karakteristike edhe ulja e indeksit oshilator deri në 0 mm., nga shifra maksimale që mund të arrijë deri në 4 mm. dhe në lëkundje të tjera 2 mm. ose 1 mm. Kjo në oshilogram regjistrohet me zigzack të vogla respektivisht me shifrën dhe si një vijë e drejtë kur indeksi është 0. Mbas mjekimit të duhur konservativ apo kirurgjikal, indeksi oshilator në këta të sëmurë është ngritur. Ne nuk kemi observuar në këto forma të endarteriit asnjë rast kur indeksi të jetë zmadhuar mbas intervenimit operativ.

Ne kemi pasur 61 të sëmurë të këtij lloji që i përkisnin formës sklerotike, të cilët u ndoqën për një periudhë nga 3-7 vjet për të marrë rezultatet e largëta, duke i ekzaminuar edhe me anën e oshilografit ku shumica e tyre u mjekuan me sukses, por pa dhënë asnjë zmadhim të indeksit oshilator. Fig. Nr. 6.

Të sëmurët e ekzaminuar me oshilograf me formë dhe grada të ndryshme:

	Grada I ins.	Gr. II ins.	Gr. III ins.
Spastike	69	39	29
Trombangitike	37	36	16
Sklerotike	2	15	44

Fig. Nr. 6 Oshilograma e të sëmurit H.M. (i formës sklerotike) bilaterale me indeks të vogël oshilator dhe pa ndryshim mbas mjekimit.

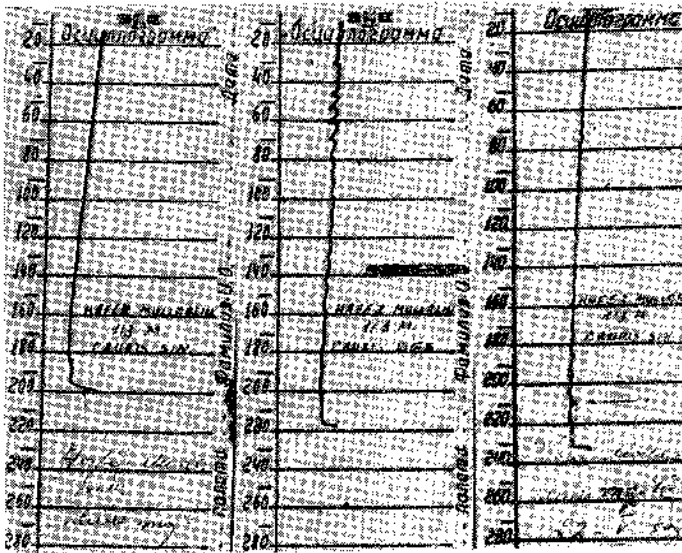


Fig. 6

Mungesa e ndryshimeve në madhësinë e indeksit oshilator në të sëmurët e formës sklerotike, mbas operacionit, shpjegohet edhe me transformimet e mëdha anatomike që kanë ndodhur në muret e vazave periferike nga proceset obliterative në to. Për këtë dëshmojnë edhe arteriografitë të cilat tregojnë ndërprerje të kalueshmërisë së vazave magjistrale si edhe të dhënat mikroskopike që u muarën në anësit e amputuara të disa të sëmurëve në faza të avancuara të sëmundjes.

Këto që u përmendën më lart mbi rezultatet e ekzaminimit oshilografik na lejojnë që të vijmë në këto konkluzione:

1) Rezultatet e ekzaminimit oshilografik në të sëmurët me endarterit tregojnë jo vetëm një indeks oshilator të vogël dhe të ndryshëm ndërmjet anësisë së majtë dhe të djathtë, por mbas mjekimit ai ndryshon në disa të sëmurë të formës spastike dhe trombangitike të gradës së parë dhe të dytë.

2) Indeksi oshilator i të sëmurëve të formës sklerotike, nuk rritet mbas mjekimit konservativ ose kirurgjikal, por mbetet në shumicën e rasteve konstant, ose bie në pakicën e rasteve në shifra të ulta deri në një vijë të drejtë.

3) Ekzaminimet periodike me oshilograf lejojnë që të gjenden ndryshimet dinamike eventuale, të cilat jo vetëm eë verifikojnë diagnozën, por ndihmojnë në përcaktimin e formës, të gradës së pajisjes me gjak për mjekim. Kjo metodë lejon që të vlerësohen drejt edhe rezultatet e largëta të mjekimit.

(Paraqitur në redaksi me 7/11/1964)



## BIBLIOGRAFIA

1. Babicev S. -- Dinamičeskoe izučenje oscilografii u bolnyih s naitralayim stenozom Hirurgija 1960 Nr. 9 feje 81 Med-giz Moskva.
2. Fogelson M.I. — Solezaji Serdca i Sosudov 1951.
3. Pojabin V. — Kompleksnoe lečenie endarterioza i ateroskleroza periferičeskikh sosudov — Hirurgija — 1960, Nr. 9, feje 73 Med-giz Moskva.
4. Zajcev G.P. — Endarterioz — Hirurgija Nr. 10, 1960.

### DYNAMIC OSCILLOGRAPHIC STUDY OF PATIENTS WITH OBLITERATING ENDARTERITIS.

#### (S u m m a r y)

*In this work the author discusses the value of the method of oscillography in the diagnosis of endarteritis obliterans. In the numerous examinations he has made with and without supplementary charge the author has noticed some dynamic changes of the oscillatory index after treatment in the first and second phases of the spastic and thrombangitic forms of the disease. The results of the oscillographic examination showed that in general the oscillatory index is insignificant and ever different in the sick and healthy limbs.*

*In patients with sclerotic processes the index does not increase after therapeutic or surgical treatment and does not indicate the state of the collateral circulation.*

*A great importance is attributed to the value of the oscillatory index, but there are many cases, when the oscillatory movements are considerable and the clinical manifestations show a grave state; these patients have mostly the thrombangitic form of the affection. On the other hand, there are cases when the oscillographic movements are insignificant and the clinical state of the limb is good, without any apparent clinical symptoms that could speak in favor of a profound lesion, these patients have generally the sclerotic form of endarteritis. Both the conservative and surgical methods of treatment give no dynamic change of the oscillographic data.*

*Excluding these cases of the thrombangitio and sclerotic forms, the patients with endarteritis could be divided according to the oscillographic examination in special forms and phases; for example, the patients of the first phase present only slight diminutions of the oscillographic amplitude those of the second phase show pronounced diminutions, while the patients of the third phase present only a straight line.*

## TË DHËNA MBI KURIMIN E 43 INSUFICIENCAVE KARDIAKE ME DIGITOKSINË,

THOMA MELE

(Spitali i Përgjithshëm Ushtarak, drejtor : Sinan Imami)

Vitet e fundit, në letërsinë mjekësore ndërkombëtare janë shumëzuar pikpamjet e reja rreth përdorimit të digitalinës (të njohur qysh nga fundi i shekullit të XVIII-të), nga njëra anë, si *mjet kurativ efikas* kundër insuficiencave kardiake — në kundërshtim me mendimin e dikurshëm mbi toksicitetin e saj të tepëruar — dhe, nga ana tjetër, sidomos si *mjet profilaktik* të sigurt kundër dekompsimeve eventuale të përsëritura [Levine, S.A. (1957), Lang, G.F. (1958), Rothlin, E. dhe Taoschler, M. (1959), Lenci, F. (1959) Pondi F. (1950) Félix, H. dhe Dupré, N. (1962), Chirone, E. (1962) Lerner, I.P. (1962), Slama, R. (1962), Ostapjuk, F.E. (1963) dhe të tjerë].

Sot shprehet bindja se përdorimi i digitalinës në insuficiencat kardiake shënon fillimin e një ere të re në terapinë e kardiopative, erë që muud të krahasohet me atë të insulinës në mjekimin e diabetit dhe me atë të antibiotikëve në luftën kundër sëmundjeve infektive. [Chirone E. (1962)].

Këto njohuri u përpoqme t'i zbatojmë gjatë praktikës sonë terapeutike, dhe në këtë punim paraqitet analiza e 41 insuficiencave të trajtuara me digitalinë, kryesisht gjatë vitit 1963.

### RASTET:

Të sëmurët karakterizohen, si vijon, nga:

— të dhënat anamnestike: a) dëmtime me lëngata reumatizmale 21 veta, b) me pneumokardiosklerozë 14, c) me ves kongenital 2, ç) me etiologji të paqartë 4.

— shkalla e insuficiencës kardiake: të gradës së tretë 14 veta, të gradës së dytë 15, të gradës së parë 12; 2 pacientë me ves kongenital manifestorin insuficiencë kardiake vetëm pas lodhjeje fizike.

— moshë: prej 16-30 vjet 13 veta, prej 30-50 vjet 17, prej 50-70 vjet 5.

— seksi: 36 femra dhe 7 meshkuj.

U konstatua se, në vijim të afeksioneve primare, shënjat e para të insuficiencave kardiake janë çfaqur pas një periudhe që zgjat nga 1-18 vjet.

### METODA E ZBATUAR DHE REZULTATET:

Të sëmurëve u është caktuar në fillim regjim shtrati me pushim të plotë, dietë me vlerë kalorike të ulët, por që ruan sasinë normale të karbohidrateve.

Në kurimin e pacientëve kemi patur parasysh kurdoherë shkallën e dekompsimit, recidivat, gjendjen e subjektit, mjekimin e mëparshëm, funksionalitetin e organeve, sidomos të mushkërive, të veshkave dhe të mëlçisë. Çdo të sëmurë i është aplikuar qysh në krye egzaminimi elektrokardiografik me qëllim që, së pari, të njihet situata kuadri klinik dhe, së dyti, të ndiqet zhvillimi dinamik i sëmundjes dhe kontrolli i terapisë.

Të gjithë të sëmurët janë mjekuar me (digitalinë), njërin nga glukosidet e digitalis purpurea. Pavarësisht nga lashtësia e përdorimit, digitalina, edhe në ditët tona, mbetet mjeti më i fuqishëm dhe më i çmuar në duart e mjekut, bari i pakapërxyeshëm dhe i pazëvendësuarshëm gjer në sot në kurimin e insuficiencave kardiake.

\*) Digitaline Nativelle.

Kohët e fundit janë bërë hapa të mëdha në prodhimin e digitalinës së kristalizuar, kimikisht të pastër, nëpërmjet veçimit kromatografik të glukosideve të ndryshme. Digitalina që kemi përdorur në është e standardizuar në mënyrë të tillë që dihet me përpikëri përmbajtja në miligrame e glukosidit kardiotonik më të përshtatshëm, të përfshirë te solucionin ose te tabletat, të cilat mund të jepen per os apo në rrugë parenterale: gjatë hospitalizimit, të sëmurët janë kuruar, sipas rastit, me rrugën e parë ose të dytën, gjatë një periudhe që ka lëvizur prej 1 gjer në 2 muaj. Kështu bie fjala tek pacientët me dekompenzim të gradës së tretë, trajtimi është nisur në rrugë endovenoze me dozën 0,2 të miligramit, të shoqëruar me solucion 40% glukozë 10 cc. dy herë ditën; kjo ka vazhduar prej 2 gjer më 7 ditë, pas kësaj kohe është kaluar në dhënie per os, e cila ka ndryshuar prej 5-10 pika, që janë baras me 0,1-0,2 të miligramit. Në rastet e tjera, kur marrja është porositur per os, posologjia maksimale pro die nuk e ka kapërxyer 0,5 e miligramit, dhe është paksuar gradualisht gjer në dozën kompenzuese — mbajtëse, e cila u është rekomanduar të sëmurëve në kushtet jashtë spitalit, si mjet profilaktik për evitimin e ridekompensimeve të mundëshme.

Dibët se, në krahasim me glukosidët e digitalis lanata, ato të digitalis purpurea kanë një rrezë veprimi më të gjatë, më të vazhduarshme dhe, si të tilla, janë pra, më me efekt, veçanërisht në rastet e kurës kompenzuese-mbajtëse, se ato të digitalis lanata, të cilat kanë veprim tepër imediat dhe mund të këshillohen — ashtu sikurse kemi vepruar edhe në ndonjë herë — kryesisht në raste ndihme të shpejtë [Chirone, E. (1962), Félix, H. dhe Dupré, N. (1962) e të tjerë].

6 përqind e të sëmurëve kanë pësuar të vjella që mund të interpretohen si shënja intoksikacioni, por kontrolli nuk vërtetoi shënja hiperdigitalizimi në elektrokardiogram, siç janë zgjatja e sistoles elektrike, depresioni i segmentit S-T ose ulja e dhëmbit T. (Fogelson L.I. 1957, Zuckermann R. 1957). Përsa i përket kaliumit, edhe në qoftë se ay del i lartë për mbikondicionin normal, kjo nuk do të thotë se metabolizmi i tij është rregulluar në miokard. Dy të sëmurë, pas prerjes së digitalinës, paraqitën takiaritmi, komplikacion fort i rëndë, që kërkon ndërhyrje urgjente. Kjo na dha të kuptojmë se vjella pati rrjedhur kryesisht nga irritacioni i stomakut për arsye se digitalina që marrë me bark të zbrazët. Këtu kemi të bëjmë, pra, me shumë me një fenomen intolerance, i cili s'mund t'i atribuohet ndonjë efekti toksik të digitalinës. Në rastin konkret duhet pohuar se tek të gjithë pacientët tanë nuk u vu re asnjëherë ndonjë fenomen toksik i vërtetë, i mirëfilltë. Me qëllim prevenirimi të ndonjë çfaqjeje të tillë anësore ne kemi përdorur sidoqoftë solucionin 5% kalium chloratum, 5 herë në ditë nga një lugë gjelle, i cili shërben si antidot kundër hiperdigitalizimit: sipas njoftimeve të letërsisë mjekësore, pirja e këtij solucionit këshillohet qysh në krye të mjekimit dhe thuhet se sa më e rëndë të jetë shkalla e dekompenzimit aq më i nevojshëm është përdorimi i tij i menjëhershëm. Të sëmurëve tanë u është dhënë kalium chloratum, me ndërprerje, dhe duke u patur parasysh kurdoherë diureza e 24 orëve. [Selye, H. (1961), Ostapjuk, F.E. (1963)] Këshillohet gjithashtu, në ndonjë rast me efekt më të mirë, edhe kaliumi glutaminatum Sikorov H. dhe Coverilles -14- Në literaturën përkatëse zihen në gojë efekte toksike, që varen nga lloji i preparatit, nga sensibiliteti individual, nga mbisundimi i ndryshimeve irreversible organike në miokard, nga prishja e balancit të elektroliteve të plazmës së gjakut dhe veçanrisht të ioneve të kaliumit intracelular dhe ekstracelular, por kryesisht, në raste të tilla, dozat të larta glukosidesh digitalit, qoftë edhe për një kohë jo të gjatë.

Për të luftuar edemat janë përdorur preparate diuretike merkuriale ose sulfamidike, sipas indikacionit: chlorthiasidi tri herë në ditë nga 0,5 gr. gjatë 3-4 ditësh ose hydrochlorthiasidi 3 herë në ditë nga 50 miligram, me ndërprerje po aq të gjata, apo metopironi 3 herë në ditë nga 0,5 gr., i përcjellë me 50 miligram chlorthiasid. Pavarësisht nga përdorimi i tyre, në të gjitha rastet është vënë re fazë refraktare, pas një farë kohe.

Si analiza më orientonjese kemi zbatuar ato proteinoprecipitonjëset dhe elektroforezën në letër, të cilat nuk janë specifike, por, të marra në lidhje me dekursin klinik, ndihmojnë në vlerësimin e gjendjes së të sëmurëve dhe në kurimin e tyre të mëtejshëm.

Duke u bazuar në sa u pohua më lart, jemi nisur nga dy kritere: së pari, nga caktimi i elektroliteve në plazmën e gjakut dhe së dyti nga ndryshimi i elektrokardiogramit fillestar dhe të mëvonshëm. Për sa u përket elektroliteve të plazmës së gjakut, ato, në fillim të dekompenzimit nuk paraqitën ndonjë alteracion, por me kalimin e kohës, në statet e mëvonëshme të dekompenzimit, është vënë re një pakësim i ioneve të kaliumit që ka lëvizur midis 13-17 mgr. % tek afro një e treta e numurit të pacientëve.

Në pjesën më të madhe, dekompenzimet tek subjektet e moshës së re (të cilët në rastin tonë janë 10 veta) shoqërohen me gjendje aktive të infektionit reumatizmal, që e bën dhe më të vështirë mjekimin e kësaj kategorije të sëmurësh. Është konstatuar se ndryshimet e gjakut, të rrjedhura nga infektioni, normalizohen relativisht brenda një kohe të shkurtër, ndërsa gjendja aktive e infektionit reumatizmal mund të vazhdojë me muaj. Ky kuadër klinik e ve shpesh mjekun kuronjës në gjumë.

Një kujdes i veçantë i duhet kushtuar periudhës kur i sëmuri zë të kalojë nga regjimi i shtratit në regjimin e lirë. Ky interval kohe tek të sëmurët tanë ka zgjatur 20-30 ditë, me përjashtim të ndonjë rasti të rrallë, që ka vonuar edhe më shumë. Periudha e regjimit të lirë për pacientin ka një rëndësi shumë të madhe, sepse lidhet me stërvitjen graduale të zemrës së cënuar.

Ata të sëmurë që kanë palpitatione dhe marrje të frymës në ecje janë akoma të pakompensuar dhe shpejt mund të dekompensohen pavarësisht nga mjekimi, prandaj për vlerësimin e kësaj periudhe duhet të kihet parasysh gjëndja funksionale e organeve dhe, në radhë të parë, e veshkave dhe e mëlçisë.

Në një të tretën e numurit të të sëmurëve është vërejtur diurezë e reduktuar në fillim, dhe, pas 3-4 ditëve të kurës, diureza është rritur, por pesha specifike e urinës ka mbetur gjithmonë e ulët në shifrat 1012-1015. Në qoftë se pesha specifike e urinës nuk arrin masat normale për një kohë të gjatë, prognoza e kompensimit mbetet e dyshimtë: kjo mund të spjegohet jo vetëm nga ndryshimi që kanë pësuar veshkat gjatë dekompensimit, por edhe nga ndonjë faktor tjetër, siç mund të jetë një nefropati e mëparshme (Tarejev E.M., 1958). Në analizat e urinës sasia e teinurisë, qoftë dhe me doza të vogla, është një shenjë negative për kardiakët. [Majer (1931), spitalit janë dekompensuar përsëri, pas disa javësh. Ky dekompensim, nga njera anë, rëndë të shpjegohet prej ndërprerjes së mjekimit profilaktik me digitalinë ose, gjithashtu, nga ndonjë mbingarkesë tjetër, që mund të ketë rrjedhur nga lodhja fizike, shqetësimi shpirtëror, pagju-nësia ose prishja e dietës.

30% e numurit të të sëmurëve të mjekuar, sidomos ata me stenozë mitrale, kanë paraqitur aritmi, si ekstrasistole, fibrilacion, flutërr në formë permanente dhe paroksismale. Gjatë fazës fillestare të kurës me digitalinë, si pasojë e efektit dromotrop negativ të saj, format takisistolike u transformuan në forma bradisistolike. Tek 2 të sëmurë efekti bradikardik u çfaq disa ditë pas dhënies së digitalinës, dhe të rrahurat e pulsit zbritën nën 60 pa deficit periferik, fenomen që na detyroi ta ndërprisnim përdorimin e digitalinës. Këto të sëmurë, 24 orë pas ndërprerjes së digitalinës, manifestuan takiaritmi në formë paroksismale. Në të dyja rastet u intervenua me lanadozit c — glukosid të digitalis lanata — (2 cc në 20 cc solucion glukozë 40% endovenc) duke u përsëritur ndërhyrja në krye të çdo 6 orëve gjersa të sëmurët e kaluan krizën. Mjekimi i aritmeve në rastet e zakonshme është kryer i kombinuar me digitalinë dhe kinidinë. Skema e terapisë me digitalinë është bërë ashtu si u tha më lart. Kinidina është filluar me posologji të vogla 0,15 pro dosis duke e rritur këtë në ditën e tretë dhe të katërt gjer në 10 pluhura në tilla pro die. Më pas, doza pakësohej gradualisht. Është e ditur se sikurse digitalinacioni na ka detyruar të kufizohemi në dhënien e kinidive. Prania eventuale e këtij komplikacioni më tepër rrezik për tromboemboli.

Si shembëll parashtrijmë rastin e të sëmurës N.H. 44 vjeç, me kartelë klinike Nr. 50, e cila qe shtruar me diagnozë kolikë renale më 26/II/1962.

E sëmurë në hyrje ankonte dhembje në hipokondrin e djathtë dhe në lozhën renale të asaj ane, kishte të vjella me gjak, temperaturë dhe dhembje koke. Nga një egzaminim klinik më i imtë rezultoi se pacientja paraqiste zbehje të fytyrës, lodhje të përgjithëshme dhe mbajtje të frymës.

Në perkusion: kufiri i majtë i zemrës paralel me linjën aksilaris anteriore, në auskultacion: zhurmë presistolike në vatrën mitrale, galop protodiastolik dhe takiaritmi 140 në minutë me deficit periferik të pulsit gjer më 80 në minutë. Në të dy bazat e mushkërive dëgjohet ndonjë rral staze. Heparit dhe lëni brënda çaqeve të normës; e sëmurë nuk kishte edema, kishte një akrocianozë të lehtë. Gjëndra tiroide jo e zmadhuar. Nga anamneza dilte se pacientja kishte vuajtur prej një poliartriti reumatizmal në vitin 1945; 6-7 vjetet e fundit ndjente shqetësim, si marrje të frymës, sidomos pas sforcosh fizike, gjatë të cilave të sëmurën e mbyste një kollë me gjak.

Përveç kësaj, dhembjet pulmonale i kishte prej 7 ditësh. U konkludua se gjendeshin përpara një vesi mitral të kombinuar, me origjinë reumatizmale, të shoqëruar me takiaritmi peripetua.

Të sëmurës i nisëm terapinë me digitalinë tri herë nga 5 pika në ditë, papaverinë 0,03 x 3; eufilinë 0,2 x 3. Pas tri ditësh pacientja zuri të ndjente përmirësim, frekuenca e të rrahurave të zemrës arriti gjer më 95-100 në minutë me deficit të vogël të pulsit periferik. Më 5/III/1963 d.m.th. pas fillimit të kurës me preparate kardiake, e sëmurë u ngrit nga shtrati dhe doli në koridor; në të ocour, ndjeu një dhembje të theksuar në kofshën e djathtë dhe pësoi një mpirje të këmbës. Mjeku i rojës, i thirrur urgjentisht, e vizitoi pacienten dhe konstatoi se ajo vuante nga dhembje të artit të djathtë inferior dhe se nuk mundte ta lëvizte këmbën. Egzaminimi vërtetoi se këmba e djathtë ishte më e ftohtë nga këmba e majtë, se ajo kishte ngjyrë cianotike; *arteria femoralis poplitea* dhe *dorsalis pedis* nuk prekeshin.

U mendua se kishte ndodhur një tromboemboli e arterjes femorale të djathtë. Kjo u konfirmua dhe nga të dhënat e oscilografisë. Iu zbatua kura me heparinë 4 herë 10.000 unitete intravenoze, me solucion novokaine 0,5% 2 x 10 cc, me eufilinë 3 x 0,2, me antibiotike dhe borsë të ngrohta. Gjendja e të sëmurës u përmirësua gradualisht dhe më 7/III/1963, 20 orë pas fillimit të mjekimit, arterja prekej mirë.

Të një numur të sëmurësh ritmi është rregulluar dhe pa përdorimin e kinidinës.

Tek disa pacientë efekti bradikardik shkaktohej shumë shpejt, të rrahurat e pulsit arrinin

në 60 në minutë dhe dhënia e mëtejshme e digitalinës vështirësohej. Në këto raste të sëmurëve ua kemi pakësuar shumë dozën, por asnjëherë nuk ua kemi ndërprerë.

Hepari, siç dihet, luan një rol shumë të madh veçanërisht në qarkullimin e gjakut të vetë zemrës, prandaj gjëndja e këtij organi gjatë dekompensimit është një tregonjës që përcakton në një farë shkalle perspektivën e përmirësimit.

Të mbështetur në faktin që tek të sëmurët, të cilët prapaqitin edema me etiologji të ndryshme, për një kohë të gjatë edhe pas përmirësimit klinik, vihen re ndryshime të metabolizmit, dhe posaçërisht të atij të proteinave, kemi përdorur të dhënat e elektroforezës në letër kryesisht tek pacientët me dekompensime të gradës së tretë. Në të gjitha rastet koeficienti albuminoglobulinë nuk ka kaluar më shumë se 0,5, që shprehet me uljen e fraktionit të albuminave dhe me rritjen e fraktionit të globulinave, sidomos të gama-globulinave (35,6%) dhe, në mënyrë të moderuar, të alfa-globulinave (8,8%) dhe beta-globulinave (16,8%).

Elektroforeza në letër shërben dhe si mjet diagnostikimi diferencial për të caktuar etiologjinë e edemës në ato raste kur dyshohet se etiologjia e saj mund të ketë rrjedhur nga ndonjë organ tjetër përveç zemrës d.m.th. për të ditur kush ka mbisunduar në shkaktimin e edemës. Kemi mjekuar vetëm një pacient, që u shtrua me dekompensim të zemrës, por gjatë hospitalizimit, dekursi klinik ndryshoi dhe lindi ideja se edema tek ai mund të kishte etiologji hepatike, sepse në të vërteitë i sëmurit vuante prej një ciroze të vjetër të hepazit të formës atrofike, nga e cila edhe vdiq. Elektroforeza në rastin konkret fliste më shumë për një hypo dhe disproteinemi prej origjinë kardiakë.

Hypo dhe disproteinemia janë pasqyra që reflektojnë ndryshimet në indet, prandaj egzaminimi i proteinave të plazmës lejon të vlerësohet biotonusi i indeve dhe organeve, reaktiviteti i përgjithshëm i organizmit të të sëmurit dhe, rrjedhimisht, ky është një tregonjës me shumë rëndësi prognostike.

Tek të sëmurët tanë më e vështirë është paraqitur terapia e atyre që kanë pasur dekompensime me etiologji kor pulmonare, sepse infekcioni në mushkëri është mjaft rezistent për shkak të lezimeve në rrjetin e vazave, gjë që vështirëson depërtimin e nevojshëm të antibiotikëve, sado që të rritet doza e tyre në rrugë parenterale. Sipas autorëve të huaj, mjekimi me antibiotikë në formë aerosoli është më i përshtatshëm dhe më efikas, (Lerner I.P. 1963), por ne, nuk e kemi përdorur.

#### KONKLUZIONE:

- 1) Nga 41 të sëmurët me insuficiencë kardiakë me natyrë të ndryshme, nën veprimin e digitzoksinës 30 ose 75% janë kompesuar plotësisht, kurse 11 të sëmurë ose 27% janë përmirësuar.
- 2) Më rezistente kundrejt terapisë janë paraqitur të sëmurët me cor pulmonale.
- 3) 12 të sëmurë ose 30% e rasteve paraqitnin turbullime të ritmit prej këtyre në 10 veta aritmia është zhdukur pa patur nevojë që digitzoksinë të kombinohet me kinidinë ose prokainamid.

(Paraqitur në redaksi me 10/I/65)

#### BIBLIOGRAFIA

- Chirone, E:* La digitale, në Il Policlinico, 1962, 69, 45, 1957.  
*Çervjakovskij, N.A.:* Problema otjoka v klinike vnutrenjih holeznej, Moskë 1964.  
*Félix, N. dhe Dupré,* N: Glucosides totaux de la digitale pourprée, në La semaine des hôpitaux, 1962, 38, 3287.  
*Lang, G.F.:* Boleznji sistemi krvobrashčenja, Moskë 1958.  
*Lenci, F.:* Balans elektrolitov i sohrashčenja miokarda, në Dostizhenjija kardiologii, Moskë 1959, 153.  
*Lerner, I.P.:* Lečenije kroničeskovo legočnovo serca, në Voprosi legočnoj patologii i legočnovo serca, Kiev 1962, 308.  
*Levine, S.A.:* Cardiologia clinica, Torino 1957.  
*Ostapjuk, F.E.:* Efektivnost primenjenja serdečnih gliukosidov v sočetanju s hloristim kalium, në Voprosi serdečnososudistoj patologii, Moskë 1963, 47.  
*Rothlin, E. dhe Taeschler, M.:* O dejstvii serdečnih gliukosidov na obmenveshčestv miokarda, në Dostizhenjija kardiologii, Moskë 1959, 185.  
*Selye, H.:* The chemical prevention of cardiac necroses. New York, s.d.  
*Slama, R.:* Digitalisation et troubles du rythme, në La semaine des hôpitaux, 1962, 38, 1785.

TREATMENT OF 43 HEART CASES WITH DIGITOXIN,  
A GLUCOSID OF DIGITALIS PURPUREA

(S u m m a r y)

*This work analyses the treatment of 43 heart cases with digitoxin «Digitaline Nativelli».*

*The cases : different degrees of cardiovascular insufficiency.*

*The method: the treatment was applied almost exclusively with digitoxin for 15 to 60 days, with different doses that ranged from 0.5 mg to 0.2mg daily, per os or by injection.*

*In some cases the treatment was accompanied with calcium chloratum 5g daily in solution, with the purpose of preventing some toxic side effects, observed in some cases of prolonged administration of digitoxin.*

*The purpose of the treatment was, firstly, to achieve full compensation, secondly, to determine the doses needed for compensation and maintenance.*

*Conclusions: 1. Digitoxin in its compensating-maintenance doses does not cause toxic side effects, as believed previously, but it should be taken under periodical control.*

*2. The observation of the patient during the treatment should be constant.*

*3. The treatment is safer if applied under the control of electrocardiography.*

## DISA TË DHËNA MBI FREKUENCËN E SIMPTOMEVE RADIOLOGJIKE TË ULÇERËS PËLORIKE DHE DUODENALE

LAVDIM H. GJONÇA

(Spitali Përgjithshëm Ushtarak. Kabineti Rëntgendiagnostikës  
Shef'i Kabinetit Major Mjek Ilo Kole)

Sëmundja ulçerozë ze një vënd me rëndësi në sëmundjet e traktit tretës. Diagnoza e përpiktë e saj ka rëndësi praktike. Në këtë drejtim rol me rëndësi luan egzaminimi radiologjik.

Francezi Cruvelé, në tridhjet vjetët e parë të shekullit të kaluar, qe i pari që e përshkroi si sëmundje, dhe për shumë kohë u quajt me emrin e tij. Deri në zbulimin dhe futjen në praktikën mjeksore të rrezeve Rëntgen, konsiderohej shumë e rrallë, por më vonë u morrën të dhëna të plota mbi përhapjen dhe u studjua më imtësisht.

Sëmundja ulçerozë takohet në çdo moshë, por më shpesh prek moshën e rritur. Simbas P.K. Meshnikov-1953, V.N. Grinjevski-1960, 80-86% të rasteve takohet në moshën 20-40 vjeç. Prek njerës të profesioneve të ndryshme, më shumë meshkujt se femrat duke ruajtur afërsisht raportin 9:1.

Një mbështetje e fortë për diagnozën e ulçerës është radiologjia, e cila bazohet në simptomat direkte dhe indirekte. Nisha është simptomi më tipik dhe më i sigurt radiologjik i përshkruar për herë të parë nga H. Haudecke në 1910. Simbas V.A. Fanardxhian - 1951, V.A. Diaçenko - 1956, në kondita spitalore, nisha është gjetur në 70-95% ; në konditat e poliklinikës 45-60%. Nisha zë vënd në pjesë të ndryshme të stomakut dhe të duodenit. Për sa i përket lokalizimit të saj në duoden takohet në 74.4% të rasteve simbas G.T. Grigorjan dhe A.M. Dxhampollag nga këto në murin e përparshëm të tij 32.1% ; në murin e pasëm 51.6% dhe nisha që ju takojnë të dy mureve 16.3%.

Për diagnozën, topikën, evolucionin si dhe për të orientuar radiologët në gjetjen e nishës, kanë rëndësi të madhe deformimet e bulbit si rezultat i retraktimit të tij nga ulçera. Simbas të dhënave të P. Selenicës -1961 simptomi Colé takohet në 27.7%, ai i Hart-it në 30% dhe simptomi Akerund në 20%.

Ndryshimet e reliefit të mukozës së stomakut në ulçerat e pilorit dhe të duodenit, me gjithë se janë morfologjike, simbas mendimit të I.G.Shlifer -1935, I. M. Elazofski - 1945, V.A.Fanardxhian, -1951-64, V.A. Diaçenko- 1956, I.A. Shehter - 1959, kanë karakter të thellë funksional, ato varen nga shumë faktorë dhe nuk kanë karakter të qëndrueshëm.

Të dhënat e literaturës për sa i përket ndryshimeve funksionale janë shumë kontradiktore. I.T. Kurcin - 1953 ka konstatuar 80-85% të rasteve me shtim të tonusit dhe të peristaltikës, evakuacioni normal; Ndërsa S.N. Popova - 1954 të kundërtën, dobsim të tonusit e të peristaltikës në 64% të rasteve me ngadalsim të zbrazjes të stomakut. S. A. Badilkes dhe I.F. Loric kanë konstatuar shtim të sekrecjonit. Funksjoni motor-evakuator simbas I.N. Sosina -1955, O.S. Parhmenko - 1957, V. M. Kogan - 1956, I.M. Gagan - 1959, varet nga tonusi, peristaltika, sekrecjoni, por rolin kryesor e luan pilori; ngacmimi i tij me rrug mekanike, kimike dhe reflektore shpejton ose ngadalson atë.

Ndër simptomet indirekt bëjnë pjesë dhe pilorospazmat dhe lokalizimi i dhimbjes gjat palpacionit mbi duoden; V.A. Fanardxhian dhe G.A. Zedgenidze ju japin një rëndësi të veçantë këtyre simptomeve.

\* \* \*

Për një studim të gjithanshëm të kësaj sëmundje nga ana radiologjike, bëmë studimin e historive të sëmundjeve të ulçerave pilorike dhe duodenale në ushtri të mbështetur në materjalin e spitalit tonë.

Materjali i marrë në studim përbën 507 raste të shtruar me *ulcus pilori* dhe *duodeni*, prej të cilëve 70 janë operuar tek ne dhe diagnoza radiologjike është konfirmuar plotësisht bile në

shumë raste dhe topika e nishës. Materiali i takon viteve 1958-1963 (përfshi) dhe është heterogjen mbasi 112 raste që i takojnë viteve 1958-1960, janë egzaminuar nga mjek radiolog të ndryshëm, ndërsa 325 raste i takojnë viteve 1960-1963 të egzaminuar nga L. Gjonça dhe I. Kole. Në material nuk përfshihen ulçerat e stomakut.

Në repartin e terapisë, të spitalit tonë, sëmundja ulçeroze përbën 4.4% të numurit të përgjithshëm të sëmurëve dhe 6.9% në repartin e kirurgjisë. Në kabinetin e radiologjisë sëmundja ulçeroze përbën 34.2% të personave që egzaminohen traktin e tretjes. (të dhënat tona-1963)

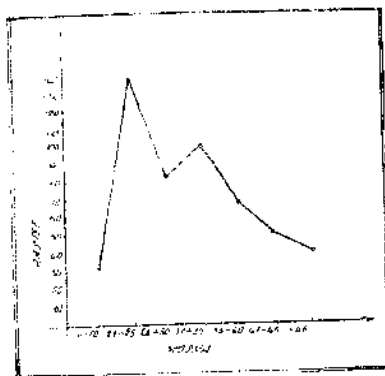
Shpërndarja e rasteve simbas moshës është si më poshtë: Rastet më të shumta 137 i takojnë moshës 21-25 vjeç d.m.th. 27%. Mbas saj vjen moshja 31-35 vjeç me 99 raste ose 19.5% dhe moshja tjetër ka shpërndarjen dhe përqindjen si në pasqyrën dhe grafikon Nr. I. Ashtu si dhe në literaturën e konsultuar, edhe tek ne rastet më të shumta i takojnë moshës deri në 40 vjeç. (82.3%). Duke u mbështetur në të dhënat e anamnezës dhe pjesërisht në përshkrimin radiologjik 22.2% të rasteve janë akute dhe i takojnë moshës së re.

## SHPËRNDARJA E RASTEVE SIMBAS MOSHËS

Pasqyra Nr. 1

Grafiku Nr. 1

mosha	rastet	%
16—20	31	6.1
21—25	137	27.0
26—30	83	16.5
31—35	99	19.5
36—40	67	13.2
41—45	50	9.8
+ 46	40	7.9



Nisha, (fig. I) është gjetur dhe përshkruar në 352 raste; 69.65% të rasteve terapeutik dhe 74.28% të atyre kirurgjikale, nga këto nisha duodenale 308 ose 87.1%; nisha pilorike 26 ose 7.3% dhe nisha postbulbare 18 ose 5.6% (fig. 2).

Për sa i përket lokalizimit bulbar vëndin e parë e zënë nishat e murit të pasëm me 116 ose 37.6% të rasteve, në murin e përparshëm 78 ose 25.5% dhe nisha që ju takojnë të dy mureve 16 ose 5.2%. Në material 98 ose 31.7% e nishave nuk është përcaktuar se ku janë vendosur.

Në material janë përshkruar 8 ose 2.3% të rasteve me nisha në stomak dhe duoden. 12 ose 3.4% të rasteve me nisha dupleks (Kissing-ulcus) një rast ose 0.28% me *ulcus* dhe prolaps të mukozës së stomakut në duoden. Ndërsa nisha me gardh inflamator 13 ose 3.6% të rasteve (fig. 1) dhe nisha radiare 6 ose 1.2% të rasteve.

Simptomi tjetër direkt i sëmundjes ulçeroze, deformimi i bulbit, është takuar në 480 ose 94.6% të rasteve nga këto vetëm 26.4% e tyre nuk është përcaktuar. Si simptom Colé (fig. 5) është përshkruar në 25.8% të deformimeve, me defekt në kurvaturën laterale në 65.5% dhe në atë mediale në 34.5%. Si simptom Hart në aspektin e xhepit ose të pseudodivertikulit është takuar në 24.4% të deformimeve duke pasur 54% në *recessus lateralis* dhe 46% në atë medialis. Simptomi Holtzrecht është përshkruar në 10.9% të deformimeve. Simptomi Akerlund është takuar në 9.5% të deformimeve, *Microbulbus* ose «*phtisisbulbi*» është përshkruar në 3% të deformimeve.

Është vërejtur se ndryshimet e karakterit hipertrofik të reliefit të mukozës së bulbit nga një herë simulojnë simptomën Colé, prandaj duhet përmendur se në vlerësimin real të këij simptomi duhet të kihet parasysh dhe kjo.

Për sa i përket ndryshimeve të reliefit të mukozës stomakut në ulçerat e pilorit dhe të duodenit me plika hipertrofike disa herë rigide, serpingiforme të lokalizuara më shumë në regjionin antral janë përshkruar në material në 58.8% të rasteve. Raste me hipotrofi nuk janë përshkruar. Nuk janë marrë në konsideratë rastet kur aspekti i reliefit është ndryshuar gjat egzaminimit ose në ekzaminimet e përsëritura. Është vërejtur në disa raste tek të sëmurët ulçerikë se megjithëqë radiologjikisht nuk është konkluduar për ulçer dhëmbjet dhe ankesat e tjera të sëmurit vazhdojnë për deri sa të normalizohet aspekti i ndryshimeve të reliefit të mukozës.



Ndër ndryshimet funksionale të stomakut në sëmundjen e ulçerës rëndësi të veçantë ka funksioni motor evakuator i cili varet për veç të tjerave dhe nga ngacimi i pilorit me rrugë kimike mekanike dhe reflektore. Fenomeni i pilorospazmës që ngadalson këtë funksion në material është përshkruar në 37.7% të rasteve, ndërsa mbushje shumë e shpejtë e bulbit, që në porcionin e parë, në 25.8% të rasteve.

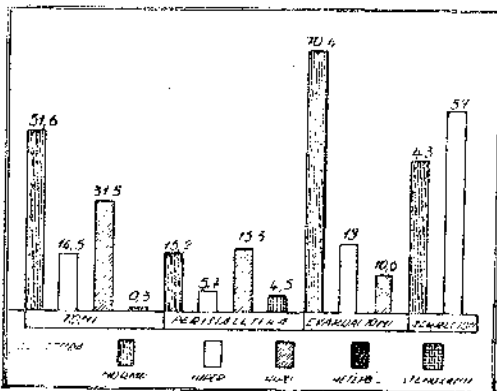
Për sa i përket ndryshimit të tonusit të stomakut janë përshkruar me hipotoni 31.5% të rasteve, hipertonia është vërejtur në 16.5% me karakteristike për moshat e reja. 0.4% e rasteve kanë pasur heterotoni, ndryshim të tonusit gjat egzaminimit dhe në egzaminimet e përsëritura. Normotoni ja është vërejtur në 51.6% të rasteve.

Me gjithë se të dhënat mbi peristaltikën janë simbas përshkrimit aproksimativ të radiologëve dhe jo të kronometruara mund të themi se peristaltik e tipit të ngacmuar është vërejtur në 5.7% të rasteve; e tipit të ngadalsuar (dembela) 15.2%; e tipit të frenuar (superficiale) 15.3% dhe peristaltik të tipit stenozant 4.5%. Peristaltika me valë dhe thelksi normale është vërejtur në 59.3% të rasteve.

Me hipersekrecjon janë përshkruar 57% të rasteve.

Për sa i përket evakuacionit të stomakut, në material me evakuacion normal 70.4%, me evakuacion të shpejtuar 19% dhe me evakuacion të ngadalsuar 10.6% të rasteve. Nga këta të fundit me insufiçenc evakuatore të gradës parë 4.8% të rasteve, të gradës dytë 1.9% dhe me insufiçenc evakuatore të gradës tretë 3.3% të rasteve. Me të dhënat e autorëve të tjerë ka diskordanc të madhe për rastet me insufiçenc evakuatore, kjo mundoj se vjen për faktin që në rastet e avancuara të sëmundjes ulçerose me insufiçenc evakuatore nuk mbahen në spitalin tonë.

Ndryshimet funksionale të stomakut në materialin tonë siç shihen dhe në grafikun Nr. 2, nuk vënë në dukje vagotoninë, por kanë një tendenc të lehtë hipovagotonike me dobësim të ehtë të tonusit dhe të peristaltikës.



Grafiku Nr. 2. Ndryshimet funksionale të stomakut në ulçerat e pilorit dhe duodenit në ushtri.

Ndër ndryshimet funksionale të bulbit duodenit janë përshkruar spazmat ose «inzizuratbulbare» (fig. 9) në 3.7% të rasteve. Zbrazjet e shpejta të bulbit në 25.8% të rasteve. Gjithashtu janë përshkruar raste të retropulsionit (mbushje retrograde) të bulbit dhe bulbostaza. Raste të motilitetit tipit duodenal Kretzfux janë përshkruar në 0.8% të rasteve.

Komplikacionet: Peridudenitet janë takuar në 7.7% të rasteve. Stenozat e pilorit të gradës parë 4.8% të gradës dytë 3.3% dhe të gradës tretë 1.9% të rasteve. Raste të malignizimit, të penetrimit në organet fqinje nuk janë përshkruar në material. Rastet me perforacion nuk u morrën në studim mbasi në kartelat e tyre nuk ishte bërë egzaminimi radiologjik. Nuk i vura vetse detyrë të studjoj në këtë material hemorragjitë nga ulçera.

## KONKLUZION.

1. - Në spitalin tonë rastet më të shumta të ulçerave të pilorit dhe të duodenit takohen në moshën 21-25 vjeç dhe mbas saj në moshën 31-35 vjeç. Më shumë në ushtarët e vitit të dytë dhe në ushtarakët e karrierës. 22.2% të rasteve janë akute dhe i takojnë kryesisht moshës së re.
2. - Simptomi i nishës është konstatuar në 69.65% të rasteve terapeutike dhe në 74.28% të rasteve në kirurgji.
3. - Ndryshimet cikatriciale të ulçerës së pilorit dhe të duodenit janë takuar në 94.6% të rasteve dhe janë shumë të rëndësishme për vënien e diagnozës.
4. - Ndryshimet e relievit të mukozës së stomakut janë të karakterit hipertrofik dhe takohen si të tilla në 58.8% të rasteve.



Fig. 1. Afër bazës së buion, një depo bariumi (nisha e Handecke) me një zonë të lirë për rreth (garth inflamator), en face.



Fig. 2. Në një të tretën e mesme të bulbit, në të dy kurvaturat duken dy depo bariumi. Ulcus duplex (Kissing —ulcus)

5. - Ekuvacë e madhe dhe rjedhimisht, rëndësi të madhe për diagnozën kanë dhe simptomat e «lokalizimit të dhimbjes gjat palpacionit» pilorospazmat dhe zbrazjet e shpejta të budbit.  
 6. - Ndryshimet funksionale të stomakut karakterizohen nga peristaltika e tipit të ngadalsuar, hipertoni në 31.5% të rasteve dhe hipersekrecion në 57% të rasteve.

(Paraqitur në redaksi më 20/III/1965)

—oOo—

#### LITERATURA

1. - *Badlikes S.O.* Jazvjenaja bazeu zhelludka i 12-pjerstnij kishki Medgiz. 1956.
2. - *Bikov K., Kurcin I.I.* Vzaimnoatnoshenia kortiko-visceralno v normi i patologi. Klin. Med. 1961.9
3. - *Djagenko V.A.* Rentgendiagnostika zabolevanii vnutrcnih organov. Medgiz 1956.192-310.
4. - *Grigorjan G.T.* Oqhampollag A. M. cituar nga Fanardxhian Rentgendiagnostika zabolevanii pishavaritelni trakta. ARMGOSISDAT (Erevan) 1964 fage 77.
5. - *Fanardxhian V.A.* Rukovotsvo po rentgendiagnostike Medgiz 1951 T. II 182-307.
6. - *Fanardxhian V.A.* Rentgendiagnostika zabolevanii pishavaritelno trakta ARMGOSI-ZDAT. (Erevan) 1964.
7. - *Grigoryevskii V.N.* Bogatirjev M.F. O jazvenij baljezni mnozhestvjenoj lokalizacii u mushcin malladovo vozrosta. SOV. MED. 1960, 10, 49, 55.
8. - *Kagan I.M.* Seleskaja I.S. Rentgenologjikeskoj djestva izucenja morfina na motorno evakuatorno funkciiju zhelludka. Vopr. Rent. Rad. Medgiz 1958 14-18 X
9. - *Kogan V.N.* K vaprosu ob evakuatornuju funkci zhelludka. Klin. Med. 1956.
10. - *Kurtckin I.T.* cituar nga Parhamenko O.S. ob izmenenija dvigatelnoj funkci zhelludka u balnih jazvenoj bolezni vlijanie bromiste natrii. KLIN. MED. 1957.5.
11. - *Parhamenko O.S.* e njejta vepër si më lart.
12. - *Llazovski I.M.* Funksjonalnaja morfologi zhelludka v norme i patologi IZD. A. M.N. 1947.
13. - *Llorie P.F.* Jazvenij bolezni Medgiz 1958.
14. - *Meshnikov F.K.* Jazvjenaja bazeu po materjallam klinik za pjatnacat let. Klin. Med. 1953 II.
15. - *Popov. S.N.* Kliniko-rentgenologjikeskoj nabludenija nad morfologi i funkci zhelludka i 12-pjerstnoj kishki pri jazvenoj bolezni. Vjes. Rentg. Rad. 1954 I.
16. - *Sosina V.M.* Centralno nervnaja regulacija motorno evakuatorno funkci zhelludka, celloveka. Vap. Rentg. Rad. 1955
17. - *Shehter I.A.* Znacenia rentgenologjikeskoje isledovanie diagnostike gastrita Vep. Rontge. Rad. 1959 T. 10.
18. - *Shlifer I.C.* Reliev slizistoje zhelludka i 12-Pjerstoj kishki Gos. Med. Izd. 1935.
19. - *Selenica P.* Vepriamtarija motorre e traktit tretes dhe e kolecistit në ulcerën e pilorit dhe të deudenit 1961 (Dizertacion për gradën e kandidatit të shkencave mjekesore.)

#### THE OCCURENCE OF X-ray SYMPTOMS OF PILORIC AND DUODENAL ULCER

##### (S u m m a r y)

*From the examination of 507 case histories of piloric and duodenal ulcer in the military hospital archive, the author reviews the frequency of rontgenological symptoms of these diseases.*

*The «aniche» was observed in 69.65% therapeutic cases and 74.28% of surgical cases. After that the author discusses the other symptoms. The bulbus deformations have been met in 94.6% cases, and the changes in the mucos relief of a hypertrophic character have been met in 58.8% of the cases. Among others a case is described of duodenal ulcer, in which there was a prolapsus of the gastric mucosa in the duodenum.*

*The author points out that the localisation of the pain by the patient in the duodenal region is of a particulari diagnostic importance. An equall greate importance have the piloric contractions and the rapid evacuation of the bulbus. The functional changes of these cases, according to the case histories, are characterised by a weakening of the peristaltic, hypotonia, hypersecretion and normal evacuation.*

## MJEKIMET E DERMATOMYKOZAVE ME MJETE POPULLORE NË SHQIPNI

K.S. KERÇIKU

(Katedra e Dermato - Venerologjisë — Shef. Prof. K. S. Kërçiku)

Mjekimet popullore në vendin tonë janë mjaft të vjetra. Disa nga këto përmendën edhe në kohën antike prej Plinit (C.P. Plinius secundus 32 deri 79 të erës tonë.). (15). Albanologu Dr. Nopca i cili asht orvat me i klasifikue mjekimet popullore shqiptare, shprehet se këto janë me prejardhje të ndryshme, ilirjane, romake, bizantine etj. (14). Edhe ne jemi të mendimut se një pjesë e tyre ka ardhë nga jashtë, por ka edhe një pjesë që asht e trashiguar nga kohët e vjetra prej të parve tonë dhe asht zhvillue në kushte e kohë ma të reja. Mjekimet tona popullore janë të shumta dhe interesojnë sëmundjet ma të zakonshme të popullit tonë. Edhe për një sëmundje të vetme ka mjekime të ndryshme, dhe kjo, pas mendimit tonë, deshmon për një zhvillim të pandërpremtë të mjeksisë empirike. Por cila ka qenë piknisja e këtij ose e atij mjekimi, cila ka qenë rruga e zhvillimit të tij, nuk ka mundësi të thuhet. Mund të themi vetëm se origjina dhe zhvillim i këtyre mjekimeve asht ba në kushte konkrete dhe në raste reale, në bazë të shumë provave dhe vrojtimeve gjatë shekujsh. Kështuqë mund të përfundojmë se ata ashtu si kanë mbërritë deri tek ne, janë fryt i shumë gjeneratave.

Detyra e jonë sot konsiston, në grumbullimin shkencor të tyre, ashtu si kanë veprue edhe popujt e tjerë; me i pastrue ato nga disa mjete të njohuna të damshme, nga bestytinitë e mystikat religioze dhe thelbin e pastërt që mbetet, me e studjue në mënyrë të hollësishtme. Në rendin tonë shoqnor, mjeksija popullore bahet objekt studimi i mjeksisë shkencore. Me këtë studim, mjeksija popullore i jep shkencës fitoret e veta, të cilat vihen vazhdimisht në shërbim të popullit. Shumë mjek të huej kanë mujt me përfitue nga mjeksija popullore dhe kanë nxjerrë medikamente me vlerë për terapinë moderne (16).

Mendojmë se, me pasuninë e padiskutueshme të mjeksisë sonë popullore, me fitoret e saj që janë në themel të eksperiencës shumë shekullore, me veçanti të ambientit tonë dhe të popullit tonë, edhe mjeksija jonë shkencore, do të ketë mundësi me veprue e me nxjerrë rezultate të kënaqëshme.

Tani, me shumimin e kuadrit mjeksor, të pasunuem me mjekët e rinj, ka ardhë koha që të interesohemi për ket problem dhe të krijohet bërthama e parë ku të marrin pjesë të gjitha disiplinat e ndryshme të shkencave natyrore.

Këtij qëllimi i shërben, si prove, edhe ky artikull modest, mbi ato mjekime popullore të dermatomykozave, që deri diku, kanë edhe baza shkencore. Mjekimet janë mbledhë nga krahinat e ndryshme të Shqipnisë gjatë ekspeditave të shumta të ndërmaruna mbas çlirimit për luftimin e sëmundjes shoqnore të sifilizit.

\* \* \*

Sëmundjet e ndryshme mycetare kanë ekzistue vazhdimisht në vendin tonë. Fjala qere asht e vjetër dhe ka prejardhje greke antike. Kjo fjalë asht përdorë për të parën herë nga Hypokratit (460-337 para erës tonë), i cili e quen «Kerion», dhe ma vonë Galeni (201-129 para erës tonë) e quan me fjalën «Keria». Me këto fjalë, ata kuptonin vetëm qeren e vërtetë d.m.th. lavusin, sikur e njih edhe populli jonë. (13)

Sëmundjet e tjera mycetare, si mikrosporine dhe trihofitine, empiriket tanë nuk dijnë me i dallue. Këta veçojnë infeksionet superficiale mycetare të kokës (Trichophytia superficialis apleg.) nga ato profundet (Trichophytia profunda-Kerion Celsi), dhe flasin përgjithësisht për qeren e thatë dhe për qeren e njomë. Trihofytine e thellë ata e quajnë, me të drejtë, edhe «Qeria e viçave». Në disa krahina të jugut quhet edhe «kacidhe» d.m.th. qere me vatra të rumbullakta të shumta, si në formë monedhe (kacidhe = monete e vogël).

Për infeksionet mycetare të lëkurës së lëmuet (*Trichophytia cutis glabrae*), përdoren nga populli shumë fjalë të ndryshme simbas krahuave. Ma tëpër ndeshen fjalët: urth, pa-emën dhe bythe-pule. Në disa lokalitete ndigjohen edhe fjalët: pemze (Bica), pa-emën e mijve, brenjë minjsh, ur i tje, hurdhës, urdhja e keqe (Këlcyrë), uraze ose urëz (Gramsh-Pull), pulle-gurje (Kruc), pushta e egrë (Ishëm), pushtije, puçrretije, shpertzize, shpërketije, tesh, teshe, teshes, larze (Guri i Bardhë), trumbullake, rrethe rrethe etj. Disa fjalë kanë preardhje sllave si për shembull lishë, lishanjë etj. Në përgjithësi populli ynë sëmundjet mycetare i quan të udyta dhe i përdor shpesh edhe për sharje si p.sh. «Hik moj teshmadhë (Kavajë),» «Të hangërt tesh», «Të raftë qerja», «Hik more qeros», «Të raftë tenja» etj...

\* \* \*

Mjekimet popullore të dermatomykozave janë të shumta dhe të ndryshme, disa domosdo edhe të pavlefshme. Ngandongjherë empirikët i përcjellin këto mjekime me vargje kabalistike ose me bestytini. Këtu, do të rradhim ma tëpër ato mjekime popullore që na duken ma të randësishmet dhe që kanë vlerë shkencore, pa pretendue se i kemi mbledh të gjitha mënyrat e mjekimit kundër infeksioneve mycetare.

*Për qeren e vërtejë «Tinea vers», favusin*, populli nuk ka ndonji mjekim të mirë, sikurse nuk ka pas asnji shtet tjetër ma përpara se të aplikohet epilimi i flokve të kokës me anën e rrezeve «X» (Sabourand - Noire 1901). Populli ynë, shërimin e favusit e quen të vështirë, ose ma mirë me thanë të pamundun. Disa empirikë, përdorin shkulljen mekanike të flokve të kokës, me me ato të mjeksisë moderne. Për pastrimin e qimeve të holla të kokës ose të lëkurës, d.m.th. të pushtit (lanugo), grate empirike përdorin sheqerin e ziem (akda). Këto e ziejnë sheqerin, e trashin, dhe si t' kenë futun pak lang limoni ose limontozë, i a vendosin në gjendje të vakët kokës së fëmijës dhe, si ia lanë për një kohë deri sa të ftohet, ia heqin. Në këtë masë ngjitse, mbetet gjithë pushi i kokës (Kjo metodë për pastrimin e pushtit të lëkurës përdoret edhe ndër vajza para martesës për ti zbukurue fytyrën). Mbas kësaj procedure, aplikohet katrami i thjeshtë. Simtës profesorëve Dr. Marchionini dhe Gotz-i në Anatoinë e Turqisë, ky lloj mjekimi përdoret gjanësisht nga empirikët për shërimin e qeres (Hans Rieth 1962 18).

*Për qeren e thatë ose të butë (Trichophytia superficialis et profunda capilliti)*, empiriku i mirënjohun i kryeqytetit, Mahmuti i Hasnajt, përdorte një përzjemje katrami me vaj dhe me ve. Ai merre një filxhan me katram, një fülxhan me vaj ulliri dhe një të kuq të vesë. Këto, i ziente, i rrihte mirë dhe pastaj i a aplikonte fëmijës në kokë për shtatë ditë e ma tëpër, deri sa ti binin flokët krejtësisht. Me këtë metodë kërkohet, pra me shkaktue nga vatrat torpide superficiale të kokës, një inflamacion të fortë reaktiv folikular që ka si rjedhim ramjen e flokve, ashtu si pat provue një kohë Buschke dhe Klemm (H. Fuhs 1934 1). Thuhet se kështu rriten faktorët imunobiologjike tek të sëmundët, gja kjo e randësishme për shërimin e tyre. Mbas kësaj procedure, ai këshillonte me i a la kokën fëmijës shpesh herë me ujë fije të ngrohtë dhe sapun. Ky lloj mjekimi asht i ngjashëm me ate të Dr. Judejevit në Moskë, që në kohën e tij bani aq bujë në qarqet mjeksore (G. Miescher 1928 9). Këtu, si antimykotik vepron, ndër të tjera, sikur do ta shpjegojmë ma poshtë, katrami.

Në qytetin e Shkodrës, gratë empirike e përdorin mjaft zhiven, të cilën e shtypin, dhe si e përziejnë me dhjam derri ose yndyre, i a aplikojnë për ditë fëmijës në kokë deri në shërimin e plotë të tij (Metoda e empirikes Age Gurash Nallbani). Zhiva njihet si mjeti ma i vjetër antiparazitarr dhe dëfton në vitro veti fungostatike (Hopkins Weid, dhe Kesten - citue nga H. Rieth), veçanërisht përkundrejt dermatofyteve dhe *Candida albicans* (18).

Në Lezhë e Mirditë nuk njofin ndonji mjekim për qeren, sikurse e pohojnë edhe vetë empirikët, por disa mundohen me e përmirësue dhe me e lehtësue gjendjen e të sëmundit, duke i a ferkue shpesh herë vatrat e sëmundit me raki rrushi të fortë dhe mandej me ja lidh kokën krejtësisht me dhjam derri. Ky lloj mjekimi vlen vetëm për pastrimin e koreve dhe eventualisht për evitimin e infeksioneve pyogene sekundare.

*Për infeksionin mycetar të lëkurës*. - urthin, populli vetë dhe empirikët përdorin disa metoda të thjeshta e të mira popullore, që kanë baza shkencore. Mjetet e aplikue me kanë veti antimykotike dhe si rjedhim e sherojnë praktikisht sëmundjen.

Në veri të Shqipërisë, ma tëpër, asht mjaft e përhapun përdorimi i katramit vegjetal, që nxirret me anën e një distilimi primitiv nga disa drunjt dhe shkurre. Dihet se mjekimet popullore të të gjitha vendeve shtijnë në punë bimë e produkte që ka vendi përkatës. Kështu edhe për katramin ose peshkven që përdoret në këto raste, shënojmë se zona mafoze, e njohun me emrin Dukagjin që shtrihet nga luginat e Drinit dhe arrin deri në Mat, ka qenë e përmendun për produktin e katramit të butë, që shpesh herë e sillnin në skelen e Lezhës qysh në vitin 1570 për eksportim (Starine XII, 197). Ky zanat, ka qenë i përhapun edhe para çlirimit. Fshatarët e veriut nxirrin katrame nga rrënjët e degët e pishës dhe e përdornin zakonisht për lyerjen e qereve dhe për luftimin e rriqave të bagtve. Prodhimi, duhet të ketë qenë mjaft i madh mbasi eksportoheh në Shkup, Monastir dhe në shumë krahuina të vendit tonë. Në Silove e Peshkopi konstatuem, se për këtë distilim, përdornin krahjetën (*Betula verrucosa*), që shtrihet në malet

e veriut (Shiltavec) dhe vazhdon të gjindet me pakicë deri në Shtat të Elbasanit (10). Disa krahina të tjera përdornin për këtë qëllim dëllenjën (*Juniperus oxycedrus*) pishen (*Pinus nigra*), bredhin (*Abies alba*), lajthinë (*Corylus avellana*), thanen (*Cornus mas*), vidhin (*Ulmus campestris*), trandafilin e egër (*Rosa canina*) etj. (12). Siç shifet, një pjesë e popullit përdor edhe drunjt halorë nga të cilët, njihet se nxirret *oleum cadinum* (18). Për këtë qëllim përgatiten shkopinjt prej *Juniperus oxycedrus* ose nga llojet e ndryshme të drunjve dhe i ndezin në njenën majë. Si të ketë marrë flakë shkopi, fillon të dali një lang i hollë i ujshëm së bashku me një pjesë viskoze që fshatarët e mbledhin në një pjatë ose në sëpatën e tyre. Me këtë lang të nxehtë ata lyejnë vatrën mycetare të lëkurës dy deri tri herë në ditë për 3-5 ditë. Ky mjekim primitiv shkaktonte, sikur e konstatueme edhe në vetë në Sllöve, një deskuamin të fortë të lëkurës dhe njëkohësisht pra edhe largimin e parasiteve. Populli i jep një randësi të veçantë faktit që langu i nxjerrë nga drunjt (*Pix liquida*), u aplikohet të sëmurëve në çast, mbasi thonë ata, se shërimi në këtë mënyrë asht ma i shpejtë dhe i sigurtë. Për të dhanë një gjykim mbi këtë, vejmë re se, siç dihet, çdo proces kimik shpejtohet mjaft në gjendje nxehtësie, por deri sot nuk njihon ndryshimet që ndodhin gjatë aplikimit të katramit, mbasi edhe substancat vepruese të tij janë ende të pa përcaktueme mirë. Fakt asht se, me anën e kësaj metode empirike shkaktohet shumë shpejt një deskuamacion i lëkurës të dëshiruar nga ana mjekunjtë, se sa me përdorimin e katramit të ftohtë dhe të distiluem, sikur përdoret në dermatologjinë shkencore. Katramet vegjetale kanë një përzjerje substancash të ndryshme me veprime antimykotike dhe me reaksion acid. Ato kanë benzol, toluol, xylol, naftalinë, saponine, metanol, aceton, fenol, kresol, acid acetik, acid fenilkarboksilik etj. Fundrinda viskoze e katramit ka hidrokarbure parafinike dhe ojeofenike (6). Drunjt halorë nxjerrin një lloj katrami që ka edhe vajna eterike dhe rrëshinë që nuk mund të përfshihen nga drunjt i ahut (*Fagus silvatica* — *oleum fagi*), dhe nga mështekna (*Betula verrucosa* — *oleum rusci*) (18). Në përgjithësi pra, katramet kanë një përzjerje të ndryshueshme (variabel) dhe veprojnë si rrjedhim dhe në mënyrë të ndryshme (Perutz, Siebert dhe Winternitz — citue nga Hans Rieth) (18). Katrami dhe përmbajtje e tjera të tij kanë veti antimykotike, veçanërisht acidet, vajnat eterike, rrëshinat, kresoli, fenoli etj. Përveç kësaj katramet vegjetale kanë edhe veti antiparazitare dhe antieczematose dhe në dermatologjinë japin në formë pastash ose pomadash dhe disa herë të kombinueme me sulfur. Kresoli asht tri herë ma i fortë se fenoli si mjet antiparasitar, por asht ma pak helmues. Fenoli asht një helm i fortë i protoplasmës dhe gjen përdorim në mjekimin e dermatomykozave si solucion Castellani (4% fenol dhe 8% resorcinë) (18). Shkencërisht katrami vegjetal (*Pix liquida*), dhe ai i nxjerrë nga qymyr guri (*Pix lithantracis*) kanë veti antimykotike (H. Rieth). Historikisht dihet se në Apolloninë e vjetër empirikët e përdornin një përzjerje katrami me asfalt për mjekimin e ekzemës ragadiforme të gjive (Plinius sec. XXIV 7 (25) (15). Edhe sulfuri që njihet me kohë si antimykotik, përdoret mjaft nga populli përkundrejt mykozave. Disa herë empirikët e përzjejnë sulfurin me pjesë të barabarta me barut, për të pasë një efekt ma të mirë. Shkencërisht dihet se sulfuri vepron veçanërisht kundër dermofyteve dhe *Candida albicans*.

Mjaft i përhapun asht edhe mjekimi i urthit me hi duhani ose hi thengjilli, të ngjeshun me bështymë. Me këtë lloj pomade, të sëmurët fërkojnë vatrën mycetare dy tre herë në ditë për 5-6 ditë rresht dhe, në Tiranë, asht zakon me e krye këtë lloj mjekimi me shenja mystike dhe me vargje kabalistike, invokacioni etj si p.sh.

Zhele zhele buba zhele  
Mjella dy ara me mel  
Njana mbini dhe njana s'bini  
Në se mbini, i ra hini, e lepini

Në fshatrat e Lushnjës i lyejnë ma parë vatrën mycetare me ajkën e qumështit dhe mandej i fërkojnë me hinin e duhanit. Këtu pra kemi të bajmë me një irritacion lokal dhe me veprimin antimykotik të hinit. Hini përbaht zakonisht prej klorit, prej anhydriteve sulfurike dhe fosforike, prej kalciumit, magneziumit, sodës, potasis, acid salicylikut etj, të cilët kanë në pjesën ma të madhe veti antiparazitare (2).

Në malsinë e veriut pamë të përdoren edhe mjaft bimë qumështore si rryli ose reni (*Euphorbia*) dhe gjakqumështi (*Chelidonium majus*). Gjakqumështi qubet edhe tembla gjaku (*Dukagjin*) edhe bar jodi (*Shirokë*). Nga populli praktikohet për mjekimin e urthit dhe të lytheve (*Verruca vulgaris*). Bima, kur këputet, nxjerr në çast një lang me ngjyrën e portokallit, pak në të kuq si ai i gjakut, prej kab sigurisë duhet të vijë edhe fjala. Malsorët e aplikojnë në vatrë të sëmurte menjherë mbasi ta kanë këput, sepse thonë se vetëm kështu langu i saj ka një shërim të sigurtë.

*Chelidonium majus* ka mjaft alkaloidë si protopine, alokriptopine, kelidonin, kelidoksanline, keliryrine etj. dhe asht mjaft kaustike. Lokalisht shkaktonte shpejt një erytème deri bula në lëkurë. Shkencërisht njihet se ka veti fungostatike. (Alkiewicz e bashkëpunorët — citue nga H. Rieth (18).

Rryli (*Euphorbia*) njihet si bimë helmuesë, qumështi i bardhë i tij ka anhydrite të acidit euforbinik, euforbone, rrëshinë, kauçuk, acid galik, malik, acetik, vajna eterike dhe ndoshta dhe alkaloidë. Në gjendje të njomë si bima ashtu edhe qumështi, përveç kësaj kanë edhe oleine,



Këto përmbajnë anemonel, anemouin, acid anemonik, acid izoanemonik dhe saponine (rranjat dhe shkaktajnë në lëkurë një erytemë, vezikula, ulcera dhe disa herë edhe gangrene. Në mukozat e hundës dhe të syut, shkaktajnë inflamacione të forta kur vijnë në kontakt me të. Njihën shkencërisht si bimë me veprimë fungicide (Madans, Schindler dhe Möbus-citue nga K.W. Kalkoff), veçanërisht veprojnë mbi *oidium lactis* dhe *aspergillus niger* (5).

Nji metodë origjinale kemi ndesh në Bica j dhe Peshkopi tek empirikja e njohtun për mjekimin e sëmundjeve të lëkurës Gjyle Dëdja prej Palamani. Ajo gërvishie sipërfaqen e vatrës së arthit në drejtime të ndryshme me anën e nji maje të gjylpanës dhe mandej, pak larg kandit të vatrës së rrumbullakët mycetare, gërvishie përsëri po në atë mënyrë nji rreth të hollë prej 3-5 mm për të pengue zhvillimin e sëmundjes, që rritet vazhdimisht në periferi. Lokalisht ajo përdorë katramin e nxehtë vegjetal të nxjerrë nga drunjtë halore ose shkurre të ndryshme.

Në Tropojë na tërhoqi vërejtjen nji mjekim i barijve të kësaj krahine. Barinjt, kur infektohen dhe lu çfaqet arthi në lëkurë, i lyejnë vatrat me krypë dhe i lanë të lëpiben me gjuhë nga lopa për disa minuta për 2-3 ditë rresht. Ata janë të sigurtë se shëronen shpejt dhe me siguri. Këtu kemi të bajmë me nji irritacion lokal të lëkurës dhe ndoshta me ndonji veprim të dobët fungostatik të bëshytymës (Rieth, H.). Në jugë të Shqipnisë përdorin gurin e kalit (Cuprum fungostaticum) për shërimin e vatrave mycetare. Fshatarët ma parë e shtypin mirë gurin e kalit dhe me pluhërin e tij si e njomin pak me bëshytymë, i fërkojnë pjesët e infektueme për disa herë deri në shërimin e plotë të tyre, ashtu sikurse veprojnë edhe për shërimin e *leishmaniosis cutis*. Këtu ata e lanë pluhurin mbi plagë të lidhun për disa orë. *Cuprum sulfuricum* përdoret në mjeksi si njet me veti antimykotike për shërimin e sëmundjeve mycetare (18). Disa të tjerë e fërkojnë fort arthun me langun e hadržës (Allius sativum, var. vulgare) që njihet si fungostatik, dhe anti-septik mbasi ka vajna eterike, me nji glykocid të sulfuruem (Alina), që shkaktojnë lokalisht irritacione dhe inflamacione (3). Mjete të tjera empirike antimycetare përdoren me siguri në vendin tonë, por vetë nuk kam pasë mundësi me i mblësh të gjitha, veçanërisht ato të Shqipnisë së jugut. Me interes do të ishte me ditë në të ardhmen në se përdoren në mjekimet e tjera popullore të vendit, bimë dhe ekstrakte drunjsh me veti antimykotike si p.sh. të renës ose krenes (Cochlearis armoracia) të kerpit ose kanpit (Cannabis sativa), të Lotzojes (Convalaria majalis), (Cochlearis armoracia) të kerpit ose kanpit (Cannabis sativa), të Lotzojes (Convalaria majalis), (Cochlearis armoracia) të kerpit ose kanpit (Cannabis sativa), të lule blinit (Artemesia absinthium), të sherbelës (Salvia officinalis), të monaferrave (Rubus fruticosus), të boronicave (Vaccinium myrtillus), të bredhit të zi (Picea excelsa), të vajnave të ndryshme eterike (vaj kanelle, sinapi, lisre, laboti, kikiriku, hidershaje etj) dhe të langjeve të nxjera nga plepat (Populus), katalpa (dru zhukurimi në Tiranë), limonat, portokallat, bizelet, qepët, hurdhat, dommatet, (tomatin dhe tomatidin) etj, që njihen shkencërisht me veti fungostatike dhe fungicide (H. Rieth dhe K.W. Kalkoff) (8,15).

Sot bahen përpjekje të shumtëanëshme me diktuc sa ma tepër substancat antimykotike dhe me i vuc këto në shërimin të popullit, qofshin të nxjerruna nga bimët, drunjt, mineralet ose sekretet e ndryshme. Në ket drejtim njihen si antimykotikë: sulfuri, klori, fluori, bromi, jodi, acid boriku, permanganati, uji i oksigjenue (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>), ozoni (O<sub>3</sub>), zhiva, formaldehidi, alkoolet, katramet, acidet karbonike alifatike, sapojt inverte, fenolet, kresolet, sulfidet dhe diamidinet aromatike, ngjyrat e anilinës, derivatet e cykloheksanit, chinonet, vajnat eterike, sulfamidet, sulfonet, derivatet e chinolinës, të benzimidazolit dhe të acidit izonikotinic, histaminet, antihistaminet, hormonet, sekretet, Vit K, ekstraktet e drunjve të ndryshme, barishtet, frutat, rranjat bimore dhe së fundi antibiotikët e njoftuna sikur asht grizeofulvina, nystadina, trichomycina, amphetericina, actidioni etj. të cilat dhanë nji kontribut të vlefshëm praktik për luftimin e sëmundjeve mycetare (Marrë nga K.W. Kalkoff (5) dhe H. Rieth (18) Wulf (19).

Me këto vërejtje dhe të dhana që nxorrëm nga nji pjesë e mjeksisë popullore të vendit tonë, mendojmë se asht me interes të merren në studim serioz shkencore disa nga këto mjekime.

Në kemi bindjen se pjesa ma e madhe e mjekimeve empirike përkundrejt dermatomykozave kanë veti antimykotike dhe mendojmë se nga ato mjekime mund të nxirren konkluzione shkencore me vlerë praktike.

(Paraqitun në redaksi me 2/III/65).

#### LITERATURA E PËRDORUN:

1. Fuhs H. Durch Pilze bedingte Hautkrankheiten pflanzlicher Aetiologie Ne Die Haut und Geschlechtskrankheiten von L. Arzt und K. Ziehler. Vol. III. Wien 1934.
2. - Guareschi Irillo: Enciclopedia di chimica. Torino U.T.E.T. 1927. (Composizione x chimica del tabaco Vol.XIII).
- 3) Gessner Otto Dr. : Die Gift und Arzneipflanzen von Mitteleuropa. Heidelberg 1931.
- 4) Hegi Gustav Dr.: Illustrierte Flora von Mitteleuropa, München.
- 5) Kalkoff K.W. dhe D. Janke: Mykosen der Haut. Ne Dermatologie und Venerologie-Band II/Teil 2. Stuttgart 1958. von Gotttron u Schönfeld fq 1140-1148.



6. - *Kambo Qefqep Ing.*: Kurs i shkurtër i kimisë organike. Tiranë 1961.
7. - *Kirk E.R.* Otmer: Encyclopdia of chemical technology Interscience. Vol 13. New-York.
8. - *Kosta M.* (udhëheqës Prof. Kol Popa.) Tezë diplome: Disa konsiderata mbi përbërjen kimike dhe vierën praktike të bimës spontane *Asphodelus microcarpus*. (Material i daktilografue).
9. - *Miescher G.* Trichophytien und Epidermophytien. Ne Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten von. J. Jadassohn, Vol. XI Berlin 1928.
10. - *Mitrushi Ilija Ing.*: Drurët dhe shkurret e Shqipnisë. Tiranë 1955.
11. - *Mitrushi Ilija Ing.*: Të dhana mbi përbajjen dhe ekollogjinë e mëshëcknës (betula pendula Roth) në Shqipni. Buletin i Universitetit Shtetnor të Tiranës. Shkenca natyrore Nr. 3 1964.
12. - *Negri G.* Erbario figurato. Milano 1943.
13. - *Neuburger M. u. Julius Pagel.*: Handbuch der Geschichte der Medizin. Jena 1902.
14. - *Nopca Franz Dr.*: Zakonet dhe bestytinitë në Shqipni. Djalëria viti i II-të Nr 11. 1921 Wien.
15. - *Plinius secundus C.* Naturalis historiae. Edidit Carolus Mayhoff Lipsiae inaed, B.G. Teubner. Vol. 1-5 1924
16. - *Petrov B.D.* Geschichte der Medizin. Berlin 1957.
17. - *Popa K.* Bimët mjeksore të vendit tonë, Tiranë 1952
18. - *Rieth Hans.* Die Antimycotica. Ne Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten (Ergänzungswerk von. J. Jadassohn). Vol V/I Bandteil B. Berlin 1962 fq 1172-1317.
19. - *Wulf Karl.* Vitamine. Ne Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten von J. Jadassohn (Ergänzungswerk von J. Jadassohn). Vol. V/I Bandteil A. Berlin 1962 fq. 382-457.
20. - *Zemlinskii S.E.* Bimët mjeksore në Bashkimin Sovjetik. Moskë 1949.

## TRADITIONAL POPULAR METHODS OF TREATMENT OF DERMATOMYCO-SIS IN ALBANIA.

(Summary)

After mentioning briefly the importance of traditional medicine and its origins in Albania, the author speaks of the necessity of collecting the different empiric methods of treatment, using for this purpose the doctors and other specialists of the natural sciences. He mentions also the different names used by the population of different regions for favus, microsporia and trichophytia, as well as for the other mycotic infections of the skin, which names in many cases have a very old history.

After that the author describes the different empiric methods of treatment of dermatomycosis in the country and in the cities. He begins with the local treatment of phlegmatic trichophytia of the head with oil and tar and the method of epilation of lanugo hairs with boiled sugar, which is very similar to that described by professor Marchionini and Gotz for Turkish Anatolia. This method is used also for cleaning the skin of the face of girls before marriage. In favus the empirics use mechanical apilation after cleaning the skin with grape brandy. Different methods are used in the treatment of mycotic lesions of the smooth skin. Widely used is resin extracted from different trees, like *Pinus nigra*, *Betulla verrucosa*, *Abies alba*, *Corylus colurna*, *Cornus mas*, *Ulmus campestris*, *Rosa canina* etc. The vegetal resins were used hot, soon after epilation, and by local application. The most used resins were *oleum cadinum*, *oleum fagi*, *oleum rusci*. The hot resins cause a more rapid desquamation of the skin. In the past the production of these resins was highly developed, and many of them were used as medicines by the population. Besides resins, the empirics used ashes from tobacco plants; from raphorbia, *coledonium majus*, *Asphodelus microcarpus*, *Crataegus monogyna*, *Ruscus aculeatus*, *Juglans nigra*, *Clementis recta*, *Anemone pratensis*, *Anemone nemorosa*, as well as copper sulphate etc.

Each method of treatment is analysed in detail, pointing out the antimycotic activity of the plants, of the extracts from trees and shrubs, of different chemical substances, as well as the secrets of preparations used by the Albanian people for the treatment of mycotic infections, using substances with fungostatic and fungicidal action, which for this reason could have a scientific basis.

Lastly the author describes two original ways of treatment of herpes tonsurans by the population of the northern regions of Albania.

The shepherds of the North apply salt on their skin lesions and then expose them to be licked by the cows. It seems that this method gives satisfactory results. In another region of the North a woman, renowned for her skill in healing skin diseases, uses puncturing with a needle the surface of the mycotic lesion as well as its circumference with the purpose of «limiting the spread of the infection»; then she applies hot pitch on it.

# K U M T E S A

## LEPTOSPIROMBARTSHMËRIA NË KAFSHË (KUAJ), BURIM INFEKSIONI PËR NJERËZIT

Prof. N. DUSHNIKU

(Katedra e sëmundjeve infektive — epidemiologjike — Shef N. Dushniku.)

Nga kërkimet e derisotëshme në vëndin tonë rezultojnë se bartësit e leptospirave të ndryshme të depistuar janë kafshët: lopët, derrat, viçat, dhitë, qingjat dhe miajtë. (2,3,4.)

Nga këto kafshë janë izoluar:

*L. ichterohaemorrhagiae*, *L. grippotyphosa*, *L. sejro*, *L. heb domadis*, *L. autumnalis*, *L. pomonae*, *L. mitis*, *L. australis*, *L. bataviae*, *L. ballum* dhe *L. poi*. (5)

Për të vijuar studimin në lidhje me infeksionin prej leptospirave në kuaj, përveç depistimeve personale, iu drejtova Institutit të Kërkimeve Veterinare të cilët më dërguan 13 kampione gjakrash marë në kuajt nga bashkëpunorët e atij Instituti: M. Dervishi dhe Aledin Ruseti, dhe i dërgova në Institutin e Serumeve dhe vaksinave Dr. I. Cantacuzino në R.P. të Rumanisë. Rezultatet e titrit të serumeve janë si më poshtë:

4 serume 1/100, 8 1/200, 7 1/400, 3 1/800.

Titulli dhe lloji i aglutininave për leptospira, që kanë predominuar në gjakrat e kuajve paraqiten si më poshtë:

*L. pomonae* 1/800, 1/400, 1/400, 1/400, 1/400, 1/200, 1/100

*L. australis* 1/800, 1/400, 1/400, 1/200, 1/100, 1/100

*L. autumnalis* 1/200

*L. ballum* 1/100

*L. poi* 1/400, 1/200, 1/200, 1/200, 1/200

*L. ichterohaemorrhagiae* 1/800

Interesant është se në serumet e kuajve tanë numuri i llojeve të aglutininave për leptospira ka qënë i lëvizshëm nga 1 deri në 4 lloj tipe për çdo kalë duke predominuar më tepër leptospira *pomonae*, *australis*, më pak *autumnalis*, *ballum* dhe *poi*.

Kuajt infektohen zakonisht nëpërmjet plagëve të vogla, veçanërisht në afërsitë e thundrës së këmbës duke gërmuar dheun, nëpërmjet mukozës orale gjatë ushqimit (1) në afërsitë e shtyllave të derrave të cilët paraqesin një përqindje të lartë të infeksionit 37% (5)

Në kuaj infeksioni paraqitet me manifestime të një hepatiti iktërrogjen ose me një irido-ciklit ose në forma të lehta të cilat nuk diagnostikohen. (1)

Autorë të ndryshëm si Gaspardis në Itali (cituar nga 1) ka diagnostikuar prezencën e *L. ichterohemorrhagiae* në kuaj të kafshuar nga qentë, në sa Hensser (cituar nga 1) në Svicër, konstatoi se 95% e kuajve të smurë nga sytë paraqesin aglutininë për leptospirë 1/400 dhe disa të tjerë 1/1000. Në disa të tjerë titulli ishte më pak se 1/400.

Në 66 raste subakut dhe kronik pozitiviteti ishte 100% me titull 1/400.

Aglutinina në këto raste kanë qënë për *L. grippotyphosae*, *L. pomonae*, *L. australis*, *L. sejro*.

Në Amerikë Jager, Gochenour e Wetmore (cituar nga 1) kanë konstatuar prezencën e aglutininave në serumet e kuajve.

Sëmundja paraqitet gjithashtu në Bashkimin Sovjetik (Kuzmin e bashkëpunorët) në sa në Gjernani (Rimpau, Wagener dhe Kath cituar nga 1)

Vlen të theksojmë se të 13 serumet kanë aglutina të ndryshme të leptospirave me tituj të ndryshëm aglutinacioni. Kjo tregon se këta kuaj gjat jetës së tyre kanë psuar infeksione prej

leptospirave disa me forma më të theksuara për një lloji leptospirc ose më tepër, disa në forma më të lehta, disa pak kohë para se tu merresh gjaku, për këtë japin edhe titull të lartë: 1/400, 1/800; disa të tjerë vjete më parë duke dhënë tituj më të ulët 1/100, 1/200 sepse me faktorin kohë aglutininat janë ulur, si rrjedhim edhe titulli është ulur (1).

Ka autorë (6) që pranojnë se titujt nën 1/400, 1/200, 1/100, mund të konsiderohen si të dyshimta.

Përsa i përket mënyrës së përhapjes së infeksionit, si në gjithë kafshët e tjera edhe kuajt eliminojnë leptospirat me anë të urinës.

Njerëzit infektohen duke punuar zbathur në tokë të infektuar nga urina e kafshëve dhe leptospirat hyjnë në organizëm nëpërmjet ulceracioneve që ndodhen në këmbë, nga traumat, ose infektohen me anë të traktit gastrointestinal duke marrë ushqime të infektuara nga urina, ose me anën e ujit të infektuar ose nga kontakti direkt me kafshët e sëmura.

### KONKLUZIONE.

Përvojë mbartësve të leptospirave në kafshë, si derrat, vçat, lopët, delet, dhitë, qingjat dhe minjt, shtojmë si burim infeksioni për njeriun edhe kuajt.

Në serumin e gjakut të 13 kuajve janë konstatuar aglutinina për leptospira/: *Pomona*, *australis*, *ballum*, *poi*, *ictero haemoragiae*.

(Paraqitur në redaksi me 5/3/1965)

### LITERATURA

1. *Austoni. M.* Le leptospirozi. *Minerva Med.* 537 - 544. 1953.
2. *Dushniku. N.* Leptospirozat në Shqipëri. *Shëndetsia Popullore* 5. 1956.
3. *Dushniku N.* Disa të dhëna të leptospirave në kafshë. *Buletini U. SH. T. N° 2, 1958.*
4. *Gjini N.* Kërkimet epidemiologjike të leptospirozave - *Shëndetësia popullore* Nr. 12, 1959.
5. *Dushniku N.* Epidemiologjia e leptospirozave në Shqipëri - «*Shëndetësia Popullore*» Nr. 5, 1962
6. *Mackie. T.J.* dhe *McCartney T.E.* Manuale di batteriologia prattica. UTET - I-1956

### ANIMAL CARRIERS OF LEPTOSPIRAE AND THEIR IMPORTANCE AS SOURCES OF INFECTION TO MAN.

(Summary).

*The animals commonly known to be carriers of leptospirae in our country are pigs, cows, sheep (lambs,) goats and rats. It has been proved that these animals can be carriers of L. icterohaemorrhagiae, L. grippityphosa, L. seiro, L. hebdomadis, L. autumnalis, L. pomona, L. mitis, L. australis, L. bataviae, L. ballum, L. poi.*

*Later it was supposed that the horse could also be carrier of some leptospirae, and to that purpose the author sent 13 samples of horse blod to be examined in the Cantacuzino Institute for serums and vaccins in Roumania.*

*Two gave positive agglutination tests with L. poi at 1:200 titre, two others at 1:100 with L. australis, and so on as can be seen in the accompanying table.*

*It is suggested that horses get infected from pigs; the way of entrance are usually some small lesions the horses have near the hooves or the mouth mucosa, especially when horses are kept near the pig-sties. It is a known fact that the carrier rate of pigs for leptospirae is very high - about 37%.*

*In horses the leptospira infection may present the clinical manifestation of an icterogeneous hepatitis or iridocyclitis.*

## ENCEPHALITIS PERIAXIALIS DIFFUSA SCHILDER

(Një rast anatomo-klinik)

RROKU ÇESK

- Shërbimi i Anatomisë Patologjike të spitaleve — Tiranë

Doc. PREZA BAJRAM

- Katedra e neuropsikiatrisë (Shef Prof. Gjata Xh.)

Encefaliti periaksial difuz i Schilderit bën pjesë në grupin e leukoencefaliteve, afeksione këto, që karakterizohen me praninë e procesit demielinizues primar progresiv me lokalizim në lëndën e bardhë. Ky lokalizim e ka shtyrë Levaditin që ti quaj «leuko-neuroaksite» (5), Boyd W. (2) e klasifikon në grupin e sëmundjeve demielinizuese bashkë me sklerozën multiple, encefalitin akut të diseminuar dhe encefalitin akut hemoragjik nekrotizant. Sipas Merrit H.H. (8) sëmundja e Schilderit është më e njohura dhe më e përhapura midis sklerozave difuze, karakteristikë kryesore e të cilave është humbja difuze e mielinës në hemisferat cerebrale (leuko-distrofia). Në këtë grup a: fut; encefalitin periaksial difuz të Schilderit, encefalitin periaksial koncentrik të Balo, sklerozën cerebrale progresive të Grinfeld (Greenfield), sklerozën cerebrale Pelizaeus-Merzbacher, sklerozën cerebrale Scholz dhe sklerozën cerebrale të Krabbe.

Grinker dhe të tjerë (6) vënë në dukje se klasifikimi i sëmundjeve demielinizuese është jashtëzakonisht i vështirë për arsye të polimorfizmit të madh klinik të tyre; ato mund të ndryshojnë si për sa i përket fillimit, larmisë simptomatike, zhvillimit të remisioneve dhe akutizimeve, ashtu dhe përfundimeve. Kurse, nga ana tjetër, reperti i tyre histopatologjik, paraqitet shpesh uniform.

Qysh në vitin 1939, Ludo van Bogaert dhe de Buscher, cituar nga de Morsier (10), i ndajnë këto sëmundje në tre forma. Kurse Scitelberger, (12) fut në grupin e sëmundjeve demielinizuese gjashtë entitete nosologjike.

Në vitin 1912-1913, Schilder, në dy artikuj, izoloi nga grupi i sklerozave difuze cerebrale, sëmundjen që mban sot emrin e tij dhe e quajti atë «encephalitis periaxialis diffusa» (cituar nga Lereboullet-13)

Kjo sëmundje, në pikëpamje anatomo-patologjike, karakterizohet nga një proces demielinizues i lëndës së bardhë të të dy hemisferave cerebrale, me ruajtje të neuroaksoneve - prandaj quhet leukoencefalit periaksial. Është proces demielinizues primar progresiv, sklerotizues që shtrihet në të dy hemisferat në mënyrë simetrike ose asimetrike dhe që nuk prek koren dhe ruan fibrat arkuate në formë U-je. Kuadri morfologjik, i cili ndryshon edhe sipas stadi të procesit, në fillim karakterizohet nga demielinizim difuz i hemisferave, me ruajtje relative të neuroaksoneve, manifestime të trupzave granulo-dhjamore, infiltrate limfo-monocitare të hapësirave perivaskulare, qeliza granulare, çfaqje të qelizave të mëdha gliale hipertrofike si dhe proliferacion të neuroglies. Sipas Draganescu St. (5), de Morsier-G, Feldmann H. (9), Bednar B. e të tjerë (1), Cumings J. (4), Bouman L. (3), Poser J. (11)

Aspekti makro- dhe mikroskopik ndryshon sipas vjetërsisë të procesit. Në fazën akute ajo paraqet nekroza, material të bollshëm sudanofil. Në fazën subakute, krahas procesit demielinizues, çfaqet dhe procesi reaktiv përkatës me elemente të proliferacionit glial. Në formën kronike vërehen procese proliferative në trajtë pllakash me konsistencë të fortë. Kur hiperplazia e neuroglies nuk arrin të mbushë defektin e krijuar, formohen edhe pseudociste. Gjithashtu janë përshkrue edhe disa forma kalimtare ndërmjet sëmundjes së Schilder-it dhe të sklerozës multiple. Bednar B. dhe të tjerë (1), de Morsier G. (10). Nga ana makroskopike, në raste akute, truri është i zmadhuar, edematoz; në format kronike vihet re forcimi i pjesës më të madhe të trurit, zakonisht i të dy hemisferave.

*Paraqitja e rastit.* - Autopsia nr. 43/63, dt.20.2.63.

Ekzaminimi i jashtëm: kufomë e seksit femër, 32 vjeç, me nutricion të mirë.

Ekzaminimi i brëndshëm: Hapja e kokës: mbulesat e buta, të njoma, rozë, kalva pa ndryshime. Dura mater lehtësisht e tendosur, e hollë, e pastër. Hipofizia në normë. Baza e trurit e pastër. Vazat e bazës të holla, të lëmuara, të buta, të lira. Gjatë heqjes së trurit rrjedh sasi e shtuar likuori cerebrospinal. Hemisferat simetrike, giruset në madhësi dhe konfiguracion të zakonshëm, kortikalja e ruajtur. Ventrikulat në volum të zakonshëm, pendima e ventrikulave lateralë, në pjesën anteriore e ruajtur, në atë posteriore e përfshime në masën e zbutjes cerebrale; përmbajnë likuid cerebrospinal lehtësisht të turbullt. Truri, në lobet frontale në të dy anët dhe në lobet okcipitale po në të dy anët, paraqet zona të mëdha zbutjeje, të gjëra, të cilat praktikisht përfshijnë të gjithë materjen e bardhë; në lobet okcipitale me ngjyrë rozë me nuanca gri dhe të kuqe, në lobet frontale me ngjyrë rozë-gri me pamje gelatinoze (Fig. 1). Zonat e zbutjes janë simetrike, në pamjen e fluturës me krahë të hapura. Në regjionin e ganglioneve bazale të anës së majtë e gjithë struktura e bardhë është e përfshirë në zbutjen e tipit të lartpërmëndur. Pons dhe medulla oblongatat-pa ndryshime. Cerebellum më lobin e djathtë pothuajse krejtësisht e përfshirë nga zbutja, ngjyra rozë-gri, me pamje të gelatinës (Fig. 2). Kortikalja në të gjithë gjërësinë e saj e paprekur nga procesi në fjalë.

Në ekzaminimin makroskopik të organeve të brëndshme nuk u vunë re ndryshime të vlefshme për tu shënuar me përjashtim të atelektazave të gjëra pulmonare bilaterale bazale. Është për tu vënë në dukje autolizimi i thellë i organeve parenkimatoze dhe të muskulaturës me gjithë që autopsia është bërë vetëm rreth 18 orë pas vdekjes, në stinën e dimrit dhe në kondita të mira të ruajtjes së kufomës.

Ekzaminimi histopatologjik. - (Hemat. - Eosin, Sharlah-hematoksilin, Bielschowsky). Co-pa të ndryshme të prelevuara nga lobet frontale dhe okcipitale dhe nga cerebeli.

Në të gjitha pjesët vihet re ruajtja e substancës gri, e cila, paraqet tek-tuk vetëm vaza të zgjëruara, të mbushura me eritrocite. Struktura histologjike e saj e zakonshme e ruajtur. Në zonat e zbutjes vihen re: zona nekrotike me ruajtje të vazave, rreth disa prej të cilave vihen re infiltrate të dendura limfo-monocitare dhe elemente gliale (Fig. 3). Rreth disa vazave të tjera materjal abondant sharlah, i vendosur në qeliza të mëdha të granuluara (Fig. 4). Elemente të mëdha të granuluara sharlah-pozitive gjinden me shumicë në të gjithë preparatim ku në sasi shumë abondaute dhe ku më pak. Ngjyrimi me Bielschowsky ven në dukje ruajtjen e neuroksove (Fig. 5), në zonat me nekroza të dendura, bashkë me rrjetën pericelulare fibrilare. Shumë qeliza glifale në zonat e demielinizimit kanë karakter thjesht spongioz me protoplazmë të bollshme të vakuolizuar (Fig. 6). Në disa zona paritet e vazave paraqiste proliferim fare të lehtë të endotelit; paritet e tyre janë të pluhurosura nga material granular i imtë që ngjyrosen në blu të errët me hematoksilinë. Edhe me ngjyrim të zakonshëm (hematoksilin-eosin) në disa zona vërehet proliferim dhe hiperplazi e astroglieve fibrilare. Vërehen fenomene shumë të shprehura të stazës me mbushje të vazave të zgjëruara me eritrocite.

Në bazë të këtyre të dhënave makro- dhe mikroskopike u vu diagnoza: encefaliti periaksial difuz Schilder në fazën subakute.

Nga ana klinike: Pacientja L.G.J., e martuar, me pesë fëmijë, vjeç 32, shtrohet më 24.1.963 në klinikën e neurologjisë, me nr. kartele 696. Pacientja nuk është në gjëndje të japë të dhëna anamnestike, prandaj ato mblidhen nga i vllai i saj. Sipas tij, shenjat e para të sëmundjes i kanë filluar para tre vjetësh me dhimbje koke të durueshme. Më vonë filloi të ketë ndryshime në sjellje, ishte euforike, por herë-herë qante shpejt, qeshte pa shkak, lëvizte shumë, fliste pa ndërprerje. Ajo ankohej për marrje mendësh dhe gjatë ecjes paraqiste deviacion nga ana e djathtë nuk i duronte fëmijët e saj. Më vonë shprehej me fjalë të papërshtatëshme cinike, bënte shaka pa kripë. Gjatë javëve të fundit kishte filluar të shtonte në peshë, paraqiste turbullime të vetëdijes, defekonte dhe urinonte në mënyrë të pavullnetëshme. Në ekzaminimin e organeve të brëndshme nuk paraqiste ndonjë patologji të dukëshme.

Në momentin e shtrimit paraqiste turbullime të theksuara psikotike dhe neurologjike: vetëdija auto-dhe allopsiqike ishte e alteruar. Paraqeste stereotipi verbale, koprolali, reagonte me të thirrura ndaj çdo lëvizjeje pasive dhe fjale që i thubej, nuk ishte në gjëndje të qëndronte në këmbë. Vihej re ptozë palpebrale e majtë, reflekset korneale të ulura, pupilat, izokorike, reagonin shumë dobët ndaj dritës, parëzë faciale centrale e djathtë. Reflekset osteotendinoze në anësitë e djathta të ulura, po ashtu toni dhe forca muskulare mjaft të reduktuara në të njëjtën anë. Vërehet tendencë për Babinski. Kurse në anësitë e majta *clonus pedis*, hiperrefleksi osteotendinoze, hipertoni muskulare dhe Babinski. Vihen re reflekse të automatizmit oral mjaft të theksuara: refleksi bulldog, refleksi nasolabial dhe palmomental Marinesco-Radovici. Gjatë qëndrimit në klinikë gjendja e saj shkoi vazhdimisht duke u keqësuar, vazhonte të ishte e ekuitar, nuk hante ushqimin, nuk flente mirë, urinonte dhe defekonte në shtat. Ekzaminimet paraklinike: eritrosedimentacioni 49mm/orë, limopeni (12% limfocite) dhe monocitozë (10% monocite). L. csp.: Pandý ++++, alb. gr 2,70<sup>00</sup>/<sub>00</sub>, celula 3/1mm, klorure 7,30<sup>00</sup>/<sub>00</sub>, glukozë 0,700<sup>00</sup>/<sub>00</sub>. Fundus oculi: Papilla pa konture të qarta, nga ana superonazale dhe inferonazale konturet e dekolotuara, me shumë vaze të ngushtuara.

Diagnoza: atrofi fillëtare e papilës së nervit optik. Kraniogramat në dy projeksione-pa patologji. Ditët e fundit gjëndja e saj u rëndua vazhdimisht e më shumë, filloi të ketë temperaturë febrile dhe me 20.2.963 bëri exitus letalis.

Diagnoza klinike: Tumor frontobazal me interesim të diencefalit, të lobit frontal të djathtë me penetrim në lobin frontal të majtë.

Paraqitja anatomo-klinike e këtij rasti po bëhet:

1-se kjo sëmundje nuk është e shpeshtë, prandaj nuk na duket pa vend që të tërheqim vëmendjen e kolegëve mbi këtë entitet nosologjik.

2-se moshë tridhjetedy vjeçare e pacientes sonë nuk është ajo e zakonshme dhe më frekuentja në të cilën takohet kjo sëmundje.

3-se larmija dhe polimorfizmi i simptomatikës nuk lejuan që të vihet diagnoza e saktë klinike.

Medje, në lidhje me diagnozën diferenciale, Merrit shprehet në këtë mënyrë: diagnoza e sëmundjes së Schilder-it mund të jetë jashtëzakonisht e vështirë. Diagnoza diferenciale, sipas këtij autori, duhet të bëhet me dy sëmundje: me sklerozën multiple dhe me tumorin cerebral.

#### BIBLIOGRAFI

- 1 - Bednar B. et alii - Patologicka Anatomie. Praha 1963. Díl II, Čast 2 Ff 1369-1374.
- 2 - Boyd W. - A Textbook of Pathology. Leu & Febiger. Philadelphia 1961. Ff. 1181-1187.
- 3 - Bouman L. - Diffuse sclerosis, encephalitis periaxialis diffusa. Bristol John Wright Sons, Ltd, 1934. Fq 164 (cituar nga Merrit).
- 4 - Cumings J. - Abnormalities of lipid chemistry in cerebral lipidoses and demyelinating conditions. Modern Scientific Aspects of Neurology. 1960. Ef 330-354.
- 5 - Draganescu St. - Morfologia Sistemului Nervos. Editura Medicala, Bucuresti 1957. Ff 339-360.
- 6 - Grinker R.R., Bucy P.C.. - Neurology. 1960. Ff. 947-973.
- 7 - Hanner K. - Specialni neurologie. Praha 1952. Ff 299-302.
- 8 - Merrit H.H. - A Textbook of Neurology. Second edition. Lea & Febiger. 1959. Ff. 649-657.
- 9 - de Morsier G., Feldman H. - Sclerose diffuse et multiple. Un cas anatomoclinique. Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica. 1953. No. 4. Ff 279-297.
- 10 - de Morsier G. - Format «tranzitore» kryesisht hemisferike të sklerozës cerebrale (Schilder) me fillim apoplektiform. Livre jubilaire de Dr Ludó van Bogaert. 1962. Ff 208-214.
- 11 - Poser J. - Diffuse Disseminated Sclerosis in the adult. J. Neuropathology Exper. 1933, 13, 289 (cituar nga Merrit).
- 12 - Seitelberger F. - Histochemistry of demyelinated diseases proper including allergic encephalomyelitis and Pelizaeus-Merzbacher's disease. Modern Scientific Aspects of Neurology. 1960. Ff 146-187.
- 13 - Schilder - Zur Frage der sogenannten diffuser Sklerose (Ueber Encephalitis periaxialis diffusa). Cituar nga Lereboullet in Traité de Médecine. Tome XV. Paris 1949. Ff 987-990.

#### A CASE OF PERIAXIAL ENCEPHALOPATHY OF THE SCHILDER TYPE.

(Summary)

A case is presented of periaxial encephalopathy of the Schilder type in its clinical and morphological aspect. A 32 year old woman with an extremely confused clinical picture. The diagnosis of the clinique was a «brain tumor», but during the autopsy was discovered a symmetrical necrosis of the brain in both hemispheres, which did not interest the grey substance, as well as a large necrotic zone in the right hemisphere of the cerebellum. In some places the necrotic zones had a gelatinous consistency, elsewhere they appeared like bright hard ribbons.

The histological picture shows a necrosis with abundant sudanophil substance and an extensive demyelinating process. Together with the sudanophilic matter there appear some perivascular inflammatory infiltrates and proliferating zones of the glia, which gave the author sufficient ground to diagnose a case of periaxial encephalitis of the Schilder type.

Literature data on the classification of the demyelinating processes are discussed, together with their etiopathogenesis, morphology and clinical picture, which are compared with those of the discussed case. This case is considered a rarity, especially considering the age of the patient.



Fig. 1. Zona të gjana zbutjeje të materies së bardhë të lobeve frontale dhe atyne oksipitale me rruajtje të kortikales.



fig. 2. Lobi djathtë cerebellar me zonë të gjanë nekroze.

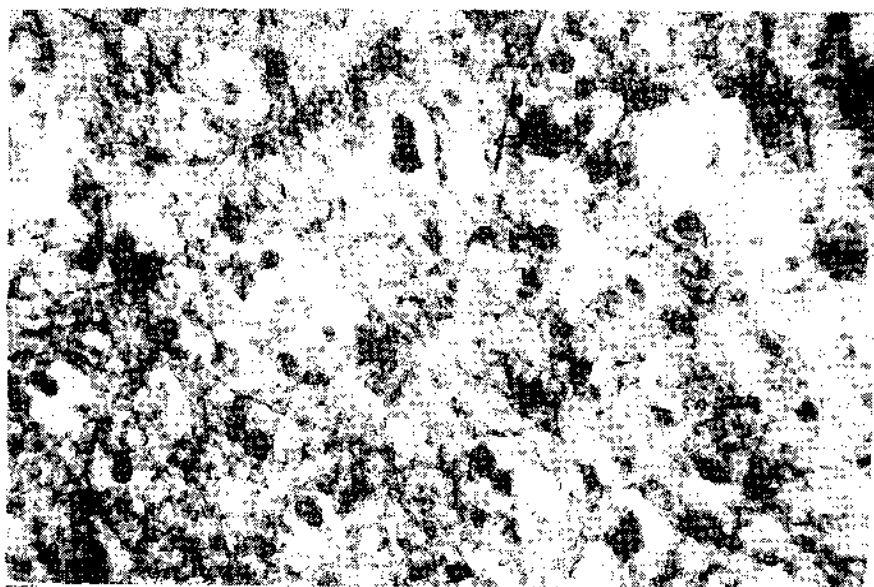


fig. 3. (Ngjyrimi: Bielshovski). Rruejtje e neuroaksoneve në zonat me nekrozë sive, bashkë me rrjetin fibrilar pericellular.

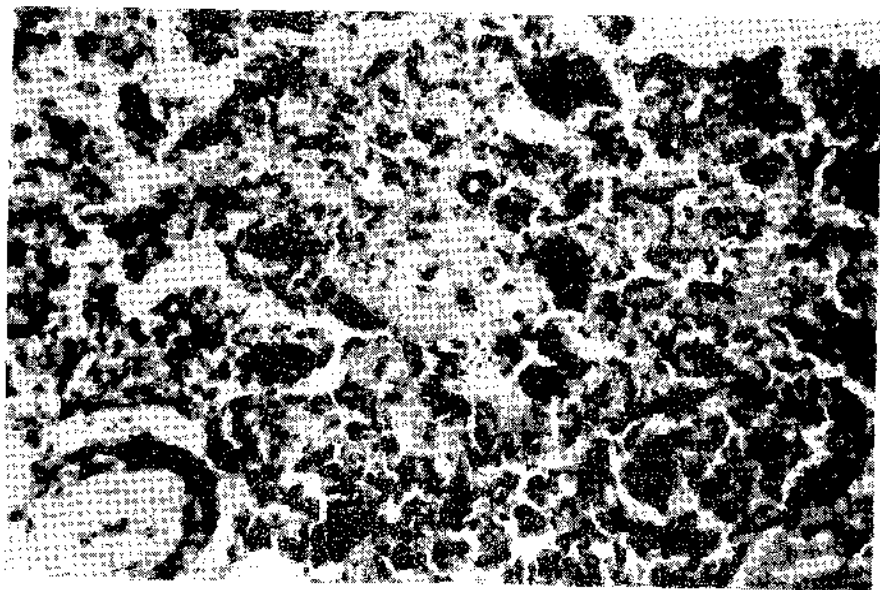
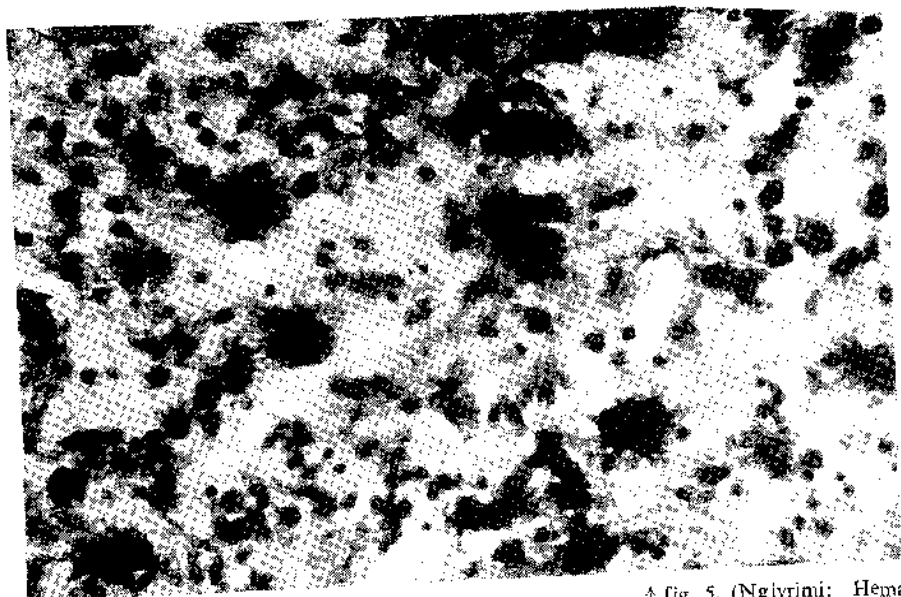


fig. 4. (Ngjyrimi: Sharlah-haematoxylin). Material abundant shorlah pozitiv, në zonat e nekrozës.





↑ fig. 5. (Ngjyrimi: Hemat - Eosin). Hyperplasi dhe proliferacion i astroglieve fibrilare.



← fig. 6. (Ngjyrim: Sharlah-hematoksinin). Rucjtje e strukturës histologjike të kortikales, nën te substanca e bardhë me nekroza të gjana rucjtje të vazave. Rreth vazave infiltrate të denduna limfoplasmocitare dhe clemente gliale.

## DY RASTE ME PYLOROSTENOSIS CONGENITALIS <sup>1)</sup>

FATOS HARITO

(Katedra e patologjisë së përgjithëshme; -  
Shëf i katedrës : Doc. Pullumb Bitri)

Pilorostenozja kongjenitale është një sëmundje e rrallë. Sipas Jacoby ajo përbën 0.4% të autopsive të të porsalinëduarve. Gjatë vitit 1963 ne e kemi takuar dy herë këtë sëmundje dhe mbi këto raste po komunikojmë.

Duhet thënë që në fillim se pilorostenozja dhe pilorospazma janë dy sëmundje të veçanta, me prejardhje dhe morfologji të ndryshme, por me simptomatologji të ngjashme, që nuk duhet të ngatërrohen me njëra tjetrën, sepse mjekimi i tyre është i ndryshëm. Kështu, ndërsa pilorospazma i nënshtrohet trajtimit konservativ, pilorostenozja duhet të trajtohet vetëm me metodë kirurgjikale (6,12,15,18,19,21,22).

Nobecourt P. ndan tre kategori të vështirësisë së kalimit të masave ushqimore prej stomakut në duoden (12):

1. Atrezi kongjenitale, si një vicium zhvillimi fort i rrallë.

2. Stenozë nga hipertrofia muskulare.

3. Stenozë spazmodike (independente nga të gjitha lezionet e mëparëshme).

Pilorostenozja kongjenitale është sëmundje e laktantëve në muajt e parë të jetës. Sëmundja karakterizohet me simptomat e pakalueshmërisë së pjesëshme të pilorit dhe manifestohet me të vjella të papërmbajtëshme dhe rënie të shpejtë progresive të peshës së pacientit, që çon në kaksiksi dhe vdekje.

Përshkrimet e para mbi simptomat e kësaj sëmundjeje i përkasin Armstrong më 1777, i cili tregoi se në një familje tre fëmijë vdiqën nga një «tumor» i veçantë i pilorit (cit; 15,17). Më 1887 Hirschsprung në Copenhagen, studjoi sëmundjen dhe njoftoi mbi karakteristikat anato-patologjike të dy rasteve të tij, në shoqërinë gjermane të mjekëve peditër në Wiesbaden (cit. 12-17).

Sëmundja takohet më shpesh tek meshkujt në raport 80/20 (15), por që ndryshon pak sipas autorëve të ndryshëm. Pilorostenozja takohet në të gjithë popujt, por është vënë re se raca anglo-saksone ka një predispozitë të veçantë në krahasim me racat sllave dhe latine (12).

Mbi etiopatogenezën e pilorostenozës janë dhënë mendime të ndryshme dhe divergjente: Thomson, Wernstedt dhe shumë autorë francezë janë të mendimit se pakalueshmëria pilorike shkaktohet vetëm dhe vetëm prej spazmës nervore, kurse trashja e muskulaturës pilorike është e sekundare (cit. 11). Sipas tyre spazma shkaktohet nga influenza toksike e lipideve jo normale të qumështit të nënës, nga ulçerat e traktit gastrointestinal, në terren të një predispozite neurogjinike etj. Më 1923 Skvorcov M.A., pasi i bëri një analizë embriologjike dhe studim morfologjik pilorostenozës kongjenitale, arriti në bërë një analizë të sëmundjes ka karakter kongjenital. Sëmundja e këtij viciumi sipas tij, i përket fundit të muajit të parë dhe fillimit të muajit të dytë të jetës intrauterine (cit. 15). Kurse Frangkenberger Z. tregon se muskulatura cirkulare e stomakut zhvillohet në mënyrë të dukëshme në muajin e tretë të jetës embrionale (7).

Sot shumica e peditrove dhe e kirurgëve mbrojnë pikëpamjen e prejardhjes kongjenitale të sëmundjes (8,11,17,19,23). Në favor të kësaj teorie flasin rastet me pilorostenozë në autopsitë e fëmijëve të vdekur pak ditë pas lindjes bile të fetuseve shtatë muajshme (shif më poshtë rastin tonë 2.).

Letulle M., i cili ka patur raste me dëmtime inflamatore subakute të paretit pilorik, supozon se pilorostenozja mund të shkaktohet prej një infeksioni në muajt e para të jetës ekstrauterine (10). Ndërsa Cohen dhe Broitbart thonë se prejardhja e pilorostenozës kanë bazë patologjike gastrike (cit. 15). Vitet e fundit dolën punime që bëjnë fjalë për ndryshimet distrofike të nekrobiotike në pleksuse nervore dhe qelizat ganglioze të pilorit (2). Raja A. dhe bashkëpuntorët shprehin mendimin se në patogenezën e pilorostenozës, momenti kryesor është mos

1) Falënderojmë prof. S. Bekteshin për ndihmën e dhënë në konsultimin e materialit.

zhvillimi i fijeve të pleksuseve nervore mienterike si në sëmundjen Favalli-Hüschsprung (14) Herbst tregoi se degjenerimi i fijeve ganglionare, kurse hipertrofia e muskulaturës pilorike kompensatore sekundare (cit. 17). Steinicke-Nielsen konsideron primare dhe kongenitale hipertrofine e pilorit (20).

Termat «Hypertrophia pylori», «*Pylorostenosis hypertrophica*» nuk janë të drejta sepse nuk pasqyrojnë esencën dhe gjenezën e sëmundjes. Termi «Hypertrophia» përdoret zakonisht lidhur me kuptimin e ngarkesës funksionale. Davidovski I.V. thotë: «Në fund të fundit çdo hipertrofi është hipertrofi punëtore» (4). Vezet kongenitale të zhvillimit bëjnë përjashtim nga kuptimi i hipertrofisë (1). Prandaj është më e drejtë që sëmundja të quhet *pylorostenosis congenitalis*.

## PARAQITJA E RASTEVE PERSONALE

*Rasti Nr. 1.* - Nr. i protokollit A.P. 140, datë 20/VII/1963.

Lulëzim L. një muajsh në hyrje, shtrihet në spitalin Nr. 3 me 20/6/63 me temperaturë, të vjella menjëherë pas marrjes së qumështit të nënës. Në spital të vjellat persistonin 1-2 orë pas pírjes. Fëmija vdiq me 20/VII/1963 dhe u përcoll në autopsi me diagnozën «pylorospasmus Atrofia». Gjatë autopsisë u konstatua: Kufoma e gjinisë mashkull me konstitucion të rregullt, nutricion shumë të ulët, shtresa dhjamore subkutane e zhdukur. Lëkura e pastër, e zbehtë, e fishkur. Truri pa ndryshime të rëndësishme. Vijat respiratore dhe pulmonet në normë. Në zemër, ndërmyet dy atriumeve, komunikim nëpërmjet foramen ovale, që mbulohet përgjysëm nga një cipë e hollë gjysëm transparente. Sistemi urogenital pa ndryshime të dukshme. Stomaku me konfiguracion të rregullt, mjaft i zgjeruar, përmban sasi të madhe leng ushqimor me ngjyrë të bardhë. Pilori nga jashtë ka formën e një tubi rigjid me konsistencë mjaft kompakte, gati kartilagjinoze. Mukoza ngjyrë rozë plikat e saj të shprehura mirë, kalimi në kardia i lirë. Kalimi nëpër pilor shumë i ngushtuar, mezi kalon një sonde metalike e hollë. Pilori me parete të trashura që arrijnë 0,6 cm. me konsistencë shumë të fortë. Duodeni, vezika biljare dhe vijat biljare ekstrapatike pa ndryshime. Heparit përmban shumë gjak me ngjyrë të kuqe të errët. Intestini pa ndryshime.

*Studimi histopatologjik.* - *Pars pylorica ventriculi* paraqet trashje të të gjitha shtresave të tij. Mukoza me hipersekrecion të gjëndrave (Mikro-foto Nr. 1). Submukoza mjaft e trashur, e shkrifët, e pasur me bërthama. Muskulatura shumë e trashur, sidomos shtresa e brendëshme cirkulare. Miofibrilet kanë dimensione më të mëdha se në normë. Pjesërisht në to konstatohen vakuole. Nukleuset gjithashtu paraqesin volum të shtuar (Mikro-foto Nr. 1-2). Pulmone, zemër, reze dhe lien asgjë me rëndësi. Heparit manifeston fenomene staze në kapilarët sinusoidale. *Diagnoza anatomopatologjike: Pylorostenosis congenitalis. Gastroectasia. Atrophia. Foramen ovales latens.*

*Rasti Nr. 2.* - Nr. i protokollit A.M. 71, datë 21/XII/1963.

Bebe T. e gjinisë mashkull, Lindi para kohe, me 10/XII/1963 nga një barrë binjake me dekurs të mirë, nga prindër që gëzojnë shëndet të mirë. Pësia e lindjes 1600 gram, shtati 42 cm. Pas pesë orësh dhe 15 minutash në gjendje asfiksije dhe përcillet në morg me diagnozën: «Asphyxia Praematuritas grada e II-të». Gjatë autopsisë u konstatua cianoze e buzëve e gishtave të duarve dhe të këmbëve. Pulmonet ngjyrë të kuqe vishnje me konsistencë të pa ajrosur. Stomaku i zgjeruar, përmban ajër me pak mukus me shkumë. Plikat e tij mezi duken, mukoza rozë e lëmuar, e pastër. Kalimi në duoden i ngushtuar. Pilori i trashur, i fortë me trashësi 3,2 mm. në duoden kalon në formë shkalle. Organet e tjera pa ndryshime me rëndësi.

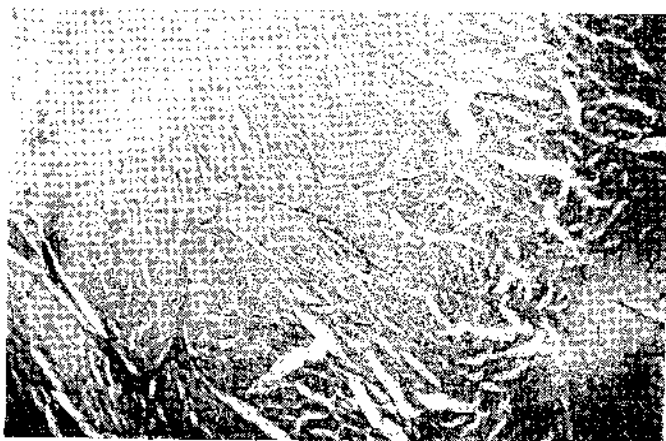
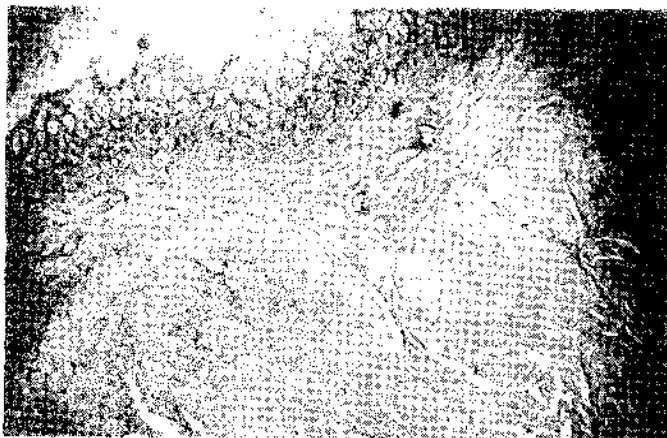
*Studimi histopatologjik.* - : Pilori mjaft i trashur në të gjitha shtresat e tij. Mukoza me gjëndra të zmadhuara. Shtresa cirkulare e muskulaturës pilorike shumë e trashur, miofibrilet dhe nukleuset e tyre të shtuara në volum (mikro-foto Nr. 3). Pulmonet: në to u konstatuan membrana hialinore në bronket e alveola si dhe vatra atelektaze masive. *Diagnoza anatomopatologjike: Sëmundja e membranave hialinore. Asphyxia. Acrociano-sis. Pylorostenosis. Praematuritas.*

Duke patur parasysh se shtresa muskulare e stomakut tek të porsa lindurit është e zhvilluar dobët dhe në pilor nuk i kalon dimensionet 1-2 mm (13), del e qartë se në të dy rastet tona, por sidomos në të parin, trashja e parëtij pilorik është shumë e madhe. Grada e trashjes relative për të gjitha shtresat e stomakut është gati e barabartë, dhe ky fakt, sipas shumë autorëve, flet kundër teorisë spazmatike, sipas sëcilës duhet të hipertrofizohet vetëm shtresa muskulare. Njëkohësisht, ky është një argument në favor të teorisë kongenitale, sepse dihet që patologjia nuk njih shembuj të vesëve të zhvillimit të një shtrese të vetme.

Në favor të teorisë kongenitale flet edhe rasti i pilorostenozës në një fëmijë prematur që vdiq 5 orë pas lindjes nga një sëmundje tjetër (Rasti Nr. 2). Këtu është e pa mundur të spejgohet trashja e pilorit nga pilorospazmat primare, sepse në këtë moshë sistemi nervor është i zhvilluar në mënyrë të pa mjaftueshme për të shkaktuar spazmën (11). Në rastin tonë Nr. 1 u konstatua një atrofi ekstreme. Kjo pajtohet me mendimin se pilorostenozja është një prej faktorëve etiologjik në prejardhjen e hipotrofisë (16).

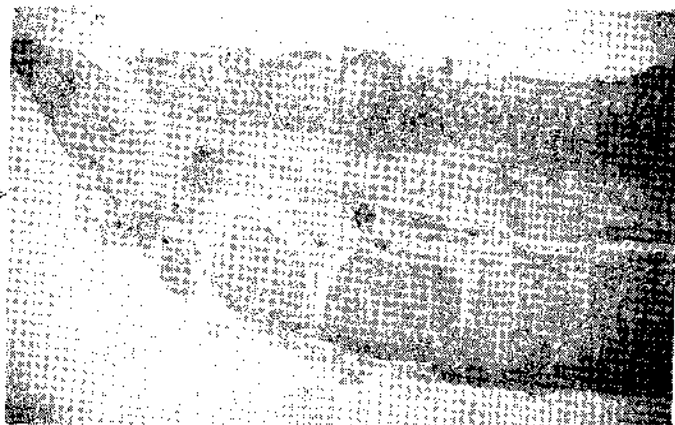
(Paraqitur në redaksi më 5/III/1965)

*Mikrofoto Nr. 1*  
 (ngjyrimi hematoksililine-eozine), glandulat e mukozës në gjendje hipersekrecioni, submukoza e shkriqet. Muskulatura shumë e trashur, fibrat e saj dhe nukleuset me volum të shtuar



*Mikrofoto Nr. 2*  
 (ngjyr. hematoksililine-eozine). Trashje e konsiderueshme e ← shtresës cirkulare të muskulaturës pilorike.

*Mikrofoto Nr. 3* ♂  
 (ngjyr. hematoks. - eozine). Të gjitha shtresat e paretit pilorik paraqiten të trashura por sidomos muskulatura cirkulare. Miofibrilet dukën të zmadhuara.



## BIBLIOGRAFIA

1. *Abrikosov A.I., Strukov A.I.* Patologičeskaja anatomija, Medgiz, 1961, f. 172.
2. *Alarotu H.* Le altérations histopathologiques du plexus myenterique du pylora dans la sténose hypertrophique du pylore des nourrissons. (përmbledhje)  
La presse medicale N. 26, 1957, f. 604.
3. *Bednar B., Fingerland A., Sedlicka V.*: Patologicka anatomie, dil II, cast I, Praha 1963, f. 921.
4. *Davidovski I.V.*: Obsbčaja patologija čellovjeka, Medgiz 1961, f. 264.
5. *Dogliotti G.C.*: Diagnosi precoce in medicina interna vol. 15, 1956, f. 52.
6. *Dulicki S.O.*: Boljeznji rannevo djetskovo vozrasta, 1950, f. 178-181.
7. *Frangkenberger Z.* Embryologie, Praha 1952, f. 144.
8. *Gabaj A.B.*: Pedriatria. N. 11, 1962, f. 44-46.
9. *Gavrillov K.P.*: Osobnnoosti razvitija djetjei perioda novorozhdjenosti, 1951; f. 84-85.
10. *Letulle M.*: Anatomie pathologique, tom II, Paris 1931, f. 144.
11. *Levin A.S.*: Očjerki po pediatrii, Minsk, 1961, f. 106-112.
12. *Nobecourt P.*: Precis de medecine des enfants, Paris, 1942, f. 530-533.
13. *Ostrovskaja I.M.*: Anatomico-fiziologičeskije osobnnoosti djetskovo vozrasta, Moskva 1953, f. 125-131.
14. *Rais A., Curti P., de Almeida A.C. et Fry W.* Le pathogenic de la stenose hypertrophique du pylore chez le nouveau-nè et l'adulte.  
La presse medicale N. 20, 1957; f. 453.
15. *Rozanova N.A.* Vrazhdjonij pilorostenoz u grudnjih djetjei i jevo operativnoje liječenje, Medgiz, 1960.
16. *Rozental A.S.*: Hroničeskije rastrojstva pitania i piščevarenja v ranjem djetskom vozrastje, Moskva 1948, f. 229-240.
17. *Rukovodstvo po patolgičeskij anatomii*, tom IV, kniga 1, Redaktor toma Akad. A.I. Abrikosov, f. 313-315.
18. *Siki H.*: Pathologicka anatomia specialni, Praha 1951, f. 43-44.
19. *Silkin N.I.*: Sliučaj vrazhdjjonnovo pilorostenoz. Pedriatria N. 7, 1959, f. 86.
20. *Steinicke Nielsen O.*: Lesions histologiques de plexus myenterique du pylore dans la sténose pylorique infantile. Etudes sur des prélèvements biopsiques chirurgicaux (përmbledhje)  
La presse medicale N. 30, 1957, f. 694.
21. *Tirone S., Pagliano L., Caprotti G.*: Considerazioni cliniche e statistiche su dieci anni di chirurgia gastrica. Minerva Chirurgica, vol. 18, N. 10, 1963, f. 409.
22. *Ternovskij S.D.*: Hirurgija djetskovo vozrasta. Moskva 1953, f. 271.
23. *Tosovsky V., Vychytil O.*: Ostrije processì v brushnoj pollosti pri vrazhdjjonnih anomaliah u djetjei, Moskva, 1957, f. 27-39.

## TWO CASES OF CONGENITAL PYLOROSTENOSIS.

### (Summary)

After a short survey of the history of this disease, opinions of different authors are given on its etiopathogenesis. After that two personal cases are discussed. Morphologically they present thickening of all the layers of the pyloric wall. This fact may serve as an argument against the spasm theory of pylorostenosis, according to which only the muscular layer should be hypertrophic. The author mentions a case of pylorostenosis in a premature child, which died from the «disease of hyaline membranes» 5 hours after birth. This also speaks in favor of the congenital theory of pylorostenosis. The author accepts the idea that pylorostenosis can be one of the causes of child hypotrophy.

## KONTRIBUT NË STUDIMIN E TË ASHTUQUAJTURIT «SINDROM LYELL» OSE «NEKROLIZA EPIDERMIKE TOKSIKE»

QAZIM CERGA

(Spitali i shtetit Fier—Drejtor Thimi Miftonashi)

M.N.B. vjeç 18, kartela klinike Nr. 679, datë 29/4/1962, kooperativist. Shtrohet në repartin infektiv ditën e pestë të sëmundjes. Sëmundja i ka filluar me të mbërthitura, temperaturë, dhëmbje koke, pamundësi, skuqje të lëkurës që u pasua me çfaqje të makulopapulozave në fytyrë dhe në trup. Kurohet ambulatorisht me bipenicilinë por pa efekt. Gjendja keqësohet çfaqen hemoragjira të vogëla nga goja dhe hunda, fliktena dhe vezikula në fytyrë, trup dhe aneksi si dhe një bulë në qafë dhe në tabanet e këmbëve. Nuk rezultoi që të ketë përdorur ndonjë medikament para se të sëmurëj.

Anamneza epidemike: Në fëmijëri ka kaluar *pertussis*, varicela morbillo dhe prej 8-9 vjetësh vuan nga epilepsia. I jati është me tbc pulmonar.

Në hyrje gjendja ishte impresionuese: Fytyra e mbuluar me vezikula dhe fliktena, të linte përshlypjen e një të kombustionuari. Goja (buzët, xhinxhivat), hunda (naret) ishin të mbuluar me krusta, kurse e tërë lëkura e fytyrës e konxhestionuar, sytë të skieposura dhe sklerat hiperemike. Në gushë si dhe vende vende në kraharor dhe shpinë shihen petekje e sufuzione të vogëla gjaku. Në të gjithë lëkurën e trupit vrchen (me përjashtim të lëkurës së kokës) vezikula polimorfë mbi një lëkurë të konxhestionuar (shif fig. 1.) Në qafë shihet një bulë e madhe plot me likid serocitrinë (shif fig. 2.) Të dy tabanet e këmbëve paraqesin bula të mëdha të mbushura me lëng ngjyrë vjollcë të hapur. Shenja e pickimit pozitiv. Nga ana e aparatit respirator dhe kardiovaskular nuk paraqiste asgjë për tu shënuar.

Barku me formë dhe volum normal, i butë në prekje. Mëlçia dhe shpretkja preken rreth dy centimetra nën harkun brinjor.

Sistemi nervor: Kostiuenca e turbulltë, pyetjeve u përgjigjet me vonesë dhe përtaci. Pupila izokorike, reagojnë mirë, refleksët fotoluminoze normale. Shenja meningale nuk paraqet është febril.

Zhvillimi i sëmundjes dhe terapia: Që në ditën e parë të shtrimit iu aplikua një terapi e kombinuar me 1 gr. streptomycinë dhe 1.200.000 u bipenicilinë gjatë 24 orëve. Gjithashtu pacientit iu aplikua glukozë 40%; vitamina C 5% dhe vitamina B<sub>1</sub> injektabile. Bashkë me këtë terapi iu dha dhe prednizon 200 mgr., vitamina K, vitamina P, kalcii clorati etj.

I sëmuri qëndroi gjithsej në repartin tonë 30 ditë. Dekursi i sëmundjes që i kënaqshëm dhe vetëm ditën e 12 të hospitalizimit pacientit filloi të bjerë lëkura dhe thoi i gjishtit të pestë të këmbës së djathtë. Dy ditë më vonë bie lëkura e të dy këmbëve me gjithë thonjtë e gishtërinjëve.

Analizat: 1) Hemograma 29/4/1962-Hbl. 40%, eritr. 3. 950.000, leukoc. 5.900, neutrofile 49%, euzinofile ska, bazofile ska, limfocite 48%, monocite 3%, erpiksed. 52 mm.

Me 28/5/1962: Hbl 60%, eritrocitet 3.900.000, leukocitet 8.000 neutrofilet 75%, euzinofilet 1%, bazofilet ska, limfocite 26%, monocite 1%, erpiksed. 5 mm.

Urina me 29/4/62: Albumina pozitiv i lehtë, billi. urob. neg. sed. norm. Analizat e urinës me 28/5/62 rezultuan normal. Azotemia me 3/5/62 24 mgr.%, analizat e tjera objektive rezultuan neg. Kurse kultura e likuidit të bulave etj. për arsye objektive nuk qe e mundur të bëhe-shin.

\* \* \*

Vitet e fundit në literaturën mjekësore botërore janë përshkruar raste të nje sindromi të ri që u njojt me emrin «sindromi Lyell ose nekroliza epidermike toksike». Por me sa duket sindromi nuk është edhe aq i ri sepse gjëndet i përshkruar edhe nga Sevil dhe Rusell (9-10) që me

1891 të cilët e kanë pagëzuar me emrin «dermatitis exfoliativa epidermika» dhe e konsideruan këtë sindrom si një sëmundje infektive me etiologji të panjohur.

Në fillim edhe në rastin tonë kështu e pagëzuan. Por duke u nisur nga të dhënat e literaturës së mëvonëshme e pamë më të arsyeshme që ta quanim «sindrom i Lyell» ose «nekroliza epidermike toksike».

Me 1956 Alan Lyell (7), përshkroi këtë sindrom duke e quajtur «nekroliza epidermike toksike» erupsion që përngjan në djegëjen e lëkurës. Sindromi karakterizohet me erupsion që preç lëkurën dhe mukozat. Pacienti paraqet bule të mëdha të prodhuara nga shqitja e epidermit që i japin të sëmurit pamjen e një të djegurit dhe që karakterizohen me një gjendje toksike të rëndë, e cila shpesh mbaron me vdekje.

Përshkrimi i një rasti të ri sjell me vete edhe pikpamje të ndryshme, interpretime dhe afirmime që ndryshojnë nga një autor tek tjetri. Kështu Garnier G. (6) e përmbledh këtë sindrom në penfig akut ose subakut dhe bën një studim të hollësishtëm të kësaj sëmundje duke përmbledhur 30 raste deri në 1962. Me të drejtë Gagliardi B. dhe Ricciardello P.T. (1) pretendojnë se duke u nisur nga emërat e ndryshëm që i kanë dhënë këtij sindromi autorë të ndryshëm, rastet duhet të jenë shumë më tepër se sa ato që takohen me këtë emër dhe, pikërisht këtu lind dhe vështirësia në kërkimet bibliografike. Ky afirmim na duket sa i drejtë po aq dhe me vend dhe mendojmë se raste sindromi «Lyell» pa tjetër do të jenë takuar edhe në vëndin tonë por që me siguri janë pagëzuar me emëra të ndryshëm ashtu siç qe edhe djagnoza jonë në fillim ose siç është rasti i Debré, Lami, Lamotte (3), të cilët e konsiderojnë këtë sindrom të njejtë me rastet e tyre, të përmbledhura më parë nën emërin «eritrodermia buloze me epidermolizë».

Sëmundjet që kanë një kuadër klinik të karakterizuar me erupsione në mukozat dhe lëkurë janë të shumta. Kjo njihet mirë nga të gjithë dhe, nuk është një «zbulim» i ri. Por sindromi «Lyell», paraqet një interes të veçantë dhe ka ngjallur diskutime jo vetëm përsa i përket njohjes së individualitetit të këtij sindromi, por edhe klasifikimit të tij nozografik.

\* \* \*

Në përshkrimin që ka bërë Lyell ka shumë ngjashmëri me atë të bërë nga Sevil dhe Rusell (9-10), të cilët në publikimet e tyre kuadrin klinik të këtij sindromi e kanë futur në grupin e eritrodermive infektive akute të karakterizuara me një zhvillim të ndarë në tre periudha: Periudha e parë është ajo papulo-eritematoze dhe që zgjat nga 3-8 ditë. Periudha e dytë karakterizohet me vazhdimin e proceseve eksudative. Kjo periudhë zgjat nga 3-8 javë, gjatë kësaj kohe vezikulat dhe papulat shkrihen dhe pëlcasin. Periudha e tretë karakterizohet me kthimin gradual në gjendje normale të pamjes së lëkurës.

Autorët përshkruajnë si komplikim në mes të tjerave edhe rënien e thonjve dhe të flokëve. Po ashtu autorët e mësipërm kanë mundur të izolojnë nga vezikulat e të sëmurëve një diplokok i cili nga pikpamja morfologjike është i ngjashëm me stafilokokun e bardhë, ndryshon nga ai në vetitë biokimike.

Fardyce (5), Winfeld (12) kanë publikuar raste të njëjta me ato të Savill-it e Rusell-it, kurse A.I. Pospelov (8) 1905, në botimin e një traktati të sëmundjeve të lëkurës e përmend këtë sindrom dhe e konsideron si një entitet nosologjik të veçantë. Ky sindrom përmendet edhe në botimin e 1955 «Zaraznie bolezni cheloveka» (11), këtu këjo sëmundje konsiderohet si një entitet morboz infektiv i rallë dhe i pa njohur mirë.

Duhet menduar se rastet e publikuara nga Sabill, Rusell, Fardyce, Wienfenld të mos jenë tjetër veç se të ashtuquajturat sindrome «Lyell», por që për një periudhë kohe të gjatë ky sindrom ka marrë emëra të ndryshëm për deri sa më 1956 Alan Lyell e përshkroi dhe e përcaktoi edhe një herë si një entitet nosologjik të veçantë.

Na duket interesant dhe mendojmë se duhet përmendur edhe një çështje tjetër që ka të bëjë me etiopatogjencën e kësaj sëmundjeje. Nga të dhënat statistikore rezultoi se në pjesën më të madhe të rasteve është konstatuar përdorimi i ndonjë medikamenti disa ditë përpara shfaqjes së sëmundjes. Kështu Lyell (7), në dy rastet e përshkruara prej tij, kishte gjetur se pacientët përpara se të sëmureshin kishin përdorur aspirinë dhe fenilbutazon.

Garnier (6) në tridhjetë rastet e përmbledhura nga ai ka konstatuar se pacientët e tij kishin përdorur përpara se të sëmureshin medikamente të ndryshme. Po ashtu ve në dukje dhe De Toni Jr. (4) se në të sëmurët e tij ishin përdorur sulfamide. Në rastin e përshkruar nga Gagliardi B. dhe Ricciardello P.T. (1), fëmija kishte përdorur preparate me përmbajtje sulfamidi etj, medikamente të cilat ishin përdorur edhe me përpara por që nuk kishin dhënë fenomene anësore.

Nga këto del edhe hipoteza që sindromi «Lyell» të jetë një çfaqje jashtëzakonisht e rënd farmakoalergjike. Në këtë drejtim flet edhe observimi i Coricciati e Friggeri (2), të cilët në një rast sindromi «Lyell» me origjinë peniciline arritën të kenë rezultate pozitive në bërjen e intradermoreaksionit. Vlen të përmendet fakti, ashtu si Garnier me të drejtë ve në dukje, që në rastin e sindromit «Lyell» nuk është fjala edhe aq për një intoksikacion të tipit helmues ose të një indiosinkrazie, por duhet menduar që sëmundja të jetë pasojë e një sncsibilizimi të më parshëm.

Interesant na duket edhe supozimi i Debrë e bashkëpunorë (3) të cilët për rastet kur sindromi çfaqet në përdorimin e parë të preparatit, tërheqin vëmendjen dhe orientojnë që shkakun ta kërkojmë tek një disenzimopati kongjenitale që është vërejtur tani afër në rastet e intolerancës individuale kundrejt agjentëve egzogjene.

Para se ta mbyllim problemin e etiopatogenezës, do të ishte gabim të linim në heshtje edhe disa vrejtje dhe konstatime që kanë të bëjnë me karakterin infektiv të këtij sindromi.

Me që këjo sëmundje shkoi duke u studjuar, duallë edhe observime të reja që shpesh herë bien në kundërshtim njera me tjetrën. Kështu p.sh. në rastin e Gagliardi B. e Ricciardello P. T. munden të izolojnë nga likuidi i bulave një stafilokok nga një anë, kurse nga ana tjetër po këta autorë japin një rezultat pozitiv të fiksimit të komplementit për adenovirus nga +1/4 - 1/16 dhe me gjithë këtë, rastin e tyre ata e konsiderojnë si një farë farmakoalergjie dhe, mund të thuhet se pjesa më e madhe e autorëve janë po të këtij mendimi.

Në rastin tonë nuk mundem të arrijmë në asnjë përfundim përsa i përket shkakut të shfaqjes së sindromit «Lyell» sepse i sëmuri ynë nuk rezultoi të kishte përdorur ndonjë medikament përpara se të sëmurëj. Me gjithë atë, duke u nisur nga disa elemente klinike (fikton, vezikula bula), fenomene këto që takohen në mjaft sëmundje të tjera infektive si p.sh. ercepela buloze, penfigus, varicella etj.) nga njëra anë dhe nga ana tjetër nga të dhënat laboratorike (rezultatet e arritura nga autorë të ndryshëm si Savill, Rusell, Gagliardi etj.), na duket më e drejtë që këtë sindrom ta inkuadronim në grupin e sëmundjeve «infektive toksiko-alergjike». Duke lënë më një anë se kujt i takon prioriteti që këtë sindrom ta ketë përshkruar dhe të marrë emrin e tij.

(Paraqitur në redaksi me 5/XI/1964)

#### LITERATURA

- 1) Gagliardi B., Ricciardello P.T. - Miner. Medica 1964, 40, 1616.
- 2) Caricciati L., Friggeri L. - Minerv. Dermat. 1962, 37, 150
- 3) Dobrè R., e coll. Press Medic. 1963, 7, 509
- 4) De Tani Fr. - Minerv. Pediatr. 1962, 14, 1202
- 5) Farlyce - Journ. cut. dis. 1897, 141
- 6) Garmier G. - Press Medic. 1962, 29, 1457
- 7) Lyell A. (Cit. nga Gagliardi B. et coll.) Minerv. Medica. 1964, 40, 1616
- 8) Pospelov A.I. - Rukovodstvo k izuçenju koznih bolezni - 1905, 513
- 9) Savil T. - Brit. Med. Journ. 1891, 2, 1197
- 10) Savil T., Rusell - Brit. Journ. Derm. 1892, 4, 105
- 11) Zhdanova M. et coll. - Zaraznie bolezni celoveka 1955, 631
- 12) Winfeld - Journ. cut. Dis., 1898, 73

#### A CONTRIBUTION TO THE STUDY OF THE SO CALLED «SYNDROME OF LYELL», OR «TOXIC EPIDERMIC NEGROLYSIS».

(Summary)

The case is analysed of a 18 year old boy, recieved in the hospital on the 5th day of illness in a state of emergency : the face, covered with vesicules and phlyctene, gave the impression of a severe burn. The mouth and nose (nares) were covered by dried crusts, the skin of the face was congested, the sclerae - hyperaemic, the eyes - sealed by dried exsudation. On the neck and breast could be seen isolated petechiae. Over the whole surface of the skin (with the exception of the scalp) could be seen numerous small vesicules. Larger vesicules were seen on the neck and the skin of the soles. The pinch symptom was positive. The treatmen began with Bipenicillin, streptomycin, glucose 40%, vitamin C, vit. B<sub>1</sub>, prednison. The patient was released on the 34th day of illness, after desquamation of the skin and fall of the nails o the fingers and toes. It can be concluded that this was a case of the «Syndrome: Lyell».

On the basis of many observations by awerent authors and the available literature, we think that the diagnosis of a syndrome of Lyell is correct. since were not indications of the patient's having used drugs capable of giving intolerance complications.





Fig. 1



Fig. 2

# PËRMBLEDHJE NGA LITERATURA E HUAJ

## TË DHËNA TË LITERATURËS MJEKËSORE MBI RËNDËSINË KLINIKE TË PËRCAKTIMIT TË PEPSINOGENIT NË URINË.

KLEMENT SHTETO

(Laboratori Biokimik Qëndror)

Prej shumë vjetësh prezenca e këtij fermenti në urinë ka tërhequr vëmendjen e autorëve të ndryshëm.

Veprimi proteolitik në urinë është konstatuar që me 1861 nga Brucke (cituar nga 10, 19) me 1887 nga F.A. Vasiljevski (2) dhe më 1890 nga V. Bruner (2) dhe u dyshua qysh atëherë për origjinën gastrike të këtij fermenti. Fermenti u quajt nga M. Mya (2) dhe S. Belfanti uropepsinë (cituar nga 10).

Për një kohë u mendua se ky ferment ndodhej në urinë si përzjerje e pepsinës dhe e pepsinogjenit si p.sh. nga A. Ellinger, H. Scholtz më 1960 (cituar nga 10) Në të vërtetë uropepsina në urinë rezultoi nga autorë të tjerë si W. Sahli me 1895, E. Gottlieb., D.S.Jr. Belfour me 1894, E. Nadean me 1956, W. Peak më 1956 se ndodhet në formën e profermentit «pepsinogjen» (10)

Prezenca e pepsinogjenit në formë profermenti u vërtetua eksperimentalisht nga A. Mirski, i cili duke injektuar pepsinogjenin në rrugë endovenoze shkaktoi eliminimin e tij në urinë (cituar nga 10).

Në se është vetë pepsinogjeni që eliminohet në urinë dhe jo ndonjë ferment tjetër me origjinë ekstragastrike kjo konfirmohet nga fakti se uropepsina në urinë zhduket pas gastrektomisë: N. Henning (cituar nga 9) R., Calcar, A. Frouin, C. Fuld, Matthes, G.R. Bucherova, A.C. Ivy, E. Gottlieb H. Spiro, O. Gregor, K. Takeda, R. Bieling, D.C. Balfour (cituar nga 7) Nga ana tjetër uropepsina çduket në urinë dhe kur kemi sëmundje të stomakut që çojnë në asgjësimin e të gjitha qelizave që prodhojnë pepsinogjen siç janë disa forma të kancrit, gastrik dhe anemija pernicioze. Të këtij mendimi janë edhe autorët C. Podore, H. Janowitz dhe O. Gregor. (7).

Pepsinogjeni siç dihet prodhohet prej celulave principale dhe simbas H. D. Janowitz, P. I. Hollander (cituar nga 10) afro 1% e tij kalon në gjak, kalon në renet dhe eliminohet me anë të urinës.

Kalimi i pepsinogjenit në gjak mendohet se ndodh në stomak nga sasija e inkretuar prej celulave principale kurse sasiya e ekskretuar prej tyre në kavitetin gastrik kthehet në pepsinë nga acidi klorhidrik dhe ushtron veprime proteolitike për tretjen e ushqimeve. Edhe M.N. Langly I. Grober dhe M. Ioeper (cituar nga 7) mendojnë se sasiya e pepsinogjenit ose e pepsinës që shkon në duoden ose në intestin shkatërrohet prej reaksjonit alkalik të këtij ambient.

Metoda që përdoret në shumë vënde është ajo e autorëve P.M. West, F.W. Ellis, B. L. Scott e cila përdor si substrat qumështin e homogjenizuar. Metoda është si vijon:

Merrret 2 ml. urinë e mbledhur prej pacjetnit në një kohë të caktuar dhe i shtohet 0.10 ml. HCl 2n dhe 0.05 ml. metiloranzh 0.2%. Solucioni vihet në banjo Maria 37° për 60' dhe pastaj nga kjo urinë që përmban pepsinogjenin të kthyer në pepsinë me anë të acidit kloridrik, 2n, merret 0.1 ml. i shtohet 0.9 ml. ujë të destiluar, 1.0 ml. pufër acetat me pH 4.6-G.D. Simbir- cjeve përdor 1 ml. pufër (19,20) ndërsa J.F. Greh dhe E.A. Gohnibov vazhdojnë të përdorin nga 1 ml. (8). Nga 1 ml. pufër përdorin edhe O. Kusakcoglu Osman Barlas dhe Jalcin Erketin (1). Më tutje shtohet 0.5 ml. qumësht të homogjenizuar dhe të përzjerë 1:1 me pufër acetat, shtypet sckundometri dhe matet koha deri në precipitimin e Kazeinës nga pepsina. Përmbajtja e pepsinogjenit në urinë jepet me unitete në orë simbas formulës.:

$$U = \frac{1}{10} \frac{V}{vt} \frac{100}{T} \frac{1.32}{T}$$

ku T është koha që duhet për prerjen e qumështit, v volumi i urinës së përdorur për precipitim, V — volumi total i urinës së eliminuar nga pacienti gjatë një kohe të caktuar, t është koha në orë gjatë së cilës është mbledhur kjo urinë dhe 1,32 raportit  $\frac{x}{y}$  në letërën logaritmike i rezultuar nga aktiviteti i solucionit pepsinë në koncentracione të ndryshme.

Në fillim në vend të substratit janë përdorur lende të ndryshme si fibrina nga Bruck (cituar nga 10, 19) F.A. Vasiljevski dhe V. Bruner (cituar nga 10) edestina nga E.D. Iserson më 1914 dhe Gotlieb më 1925 (cituar nga 10) Pas luftës së dytë botërore M.L. Anson cituar nga (10) dhe G.R. Bucher më 1947 kanë propozuar hemoglobinën si substrat duke matur aminoacidin tirozinë që çlirohet gjatë veprimit të fermentit. Metoda u perfektionua më 1952 nga A. Mirsky, më 1956 nga E. S. Hoar dhe I.R. Browning (cituar nga 10) duke u bërë e përshtatësime për të përcaktuar dhe profermentin në plazmë, por metoda e propozuar nuk gjeti përhapje të gjërë për shkak të teknikës së saj të koklavitur. Vetëm më 1952 F. V. Ellis, P.M. West, B.L. Scott arritën të zbulojnë duke përdorur qumështin e homogjenizuar metodën që përdoret sot në shkallë të gjërë dhe në laboratore të vogla pa qenë nevoja për reagente të rrallë dhe pajisje të komplikuar dhe që është mjaft e saktë.

Kufijt e normës, shtrihen zakonisht midis 12-35 unitete në orë (13, 19, 20) në njerëzit e rritur. Në të posaçmërisht pepsinogjeni çfaqet që në ditën e dytë të jetës (17); prej moshës 5 muaj deri në 3 vjeç lëkundet midis 1 dhe 5 unitete simbas Graçevës (cituar nga 6). Simbas Koch dhe Beckman gjatë moshës shkollorë sasia e pepsinogjenit në urinë arrin gradualisht atë të adultit (20). Në vajzat konstatohet një sasi më e vogël se sa në djemt (17).

Të dhenat e literaturës mjekësore trogojnë se në sëmundjen ulceroze veçanërisht në *ulcus duodeni*, vihet re paralelizmi me shtimin e sekresionit të lëngut gastrik dhe shtimi i pepsinogjenit në urinë: C. Podore më 1948, P. Mazure R. Webbe më 1956 (cituar nga 10) H.D. Janowitz, W. Sircus, S. Gray më 1954, M. Howska, Ascher, A. Kamenik (cituar nga 7), A. Mirsky, Broh Kahn (19); I.F. Smirnov e konstaton në 56 raste (22), I.E. Sofjeva në 36 raste (23), V. K. Karnauhov (19); L.F. Smirnov e konstaton në 25 raste (19), G.D. Simbircjeva në 17 prej 29 rasteve në uhor, gjen mezatoren 46 unitete në 25 raste (21), O. Sizov në 25 raste me *ulcus duodeni* (21), O. Gregor gjer mesataren 35,1 unitete në 30 raste me *u. ventriculi* dhe 55 unitete në 10 raste me *u. duodeni* (7).

Në gastritet që kanë tendencë hypersekrecioni të lëngut gastrik shpesh ka dhe një shtim të pepsinogjenit në urinë. Kështu O.E. Sofjeva në 7 paciente me gastrit iperacide ven re se 4 prej tyre kanë mbi 44 unitete në orë (23), I. Smirnov konstaton shpesh me shtimin e pepsinës në lëngun gastrik dhe shtimin e pepsinogjenit në urinë në 68 raste me gastrit kronik dhe 21 raste me rregullime nervoze të stomakut (22).

Në gastritet me tendencë të hyposekrecionit të lëngut gastrik konstatohet një ulje e eliminimit të pepsinogjenit në urinë. O.E. Sofjeva në 9 prej 12 rasteve (23); L.I. Idelson në 20 prej 24 rasteve (10) si dhe autorë të tjerë si K.H. Karnauhov (12), H. Spiro (cituar nga 10). M. Vovsi (24) mendon se mungesa e pepsinogjenit në urinë mund të ndihmojë në diagnostikimin e akilisë.

Në *cancer ventriculi* konstatohet një ulje ose një mungesë e plotë e eliminimit të pepsinogjenit në urinë nga njëft autorë si p.sh.: Arias Vallejo (2) G.D. Simbircjeva në 16 prej 18 rasteve (19), O.G. Sizov në 14 raste (21), V. K. Karnauhov gjen 2-6 unitete në 3 prej 7 rasteve (3). Por rezultatet varen dhe nga shkalla e dëmtimit të celulave principale prej indit tumoral. Kështu autorë të tjerë konstatojnë raste me sasi normale si p.sh. K. Strauss, R. D. Goodman (cituar nga 8) Sofjeva (23); J. Bondarski: në sasi të shtuar (cituar nga 8) ose pa paralelizëm me përbërësit e lëngut gastrik si p.sh.: I. Lorthiori, C. Fossoul më 1957, (cituar nga 19)

Të dhëna të ngjashme në afeksionet e stomakut konstaton edhe D. Kusakoglu (1). Në *anemine pernicioze* konstatohet gjithashtu një ulje e pepsinogjenit në urinë nga E. G. Olmstead, I.S. Hisbeck më 1953, M. Aitken më 1954 (cituar nga 10), nga A. Mirsky, Podore, Broh Kahn (cituar nga 19), nga K.O. Janowitz, M. Levy, F. Hollander G.D. Simbircjeva e konstaton në 15 prej 16 rasteve (19). D.E. Sofjeva gjen 3,5 deri në 11 unitete në dy raste (23). L. Idelson në 3 prej 4 rasteve. Për t'u vënë në dukje është mesatarja 2,01 unitete, në 131 raste të studjuara nga O. Gregor (7).

Në *hemorragji të profuze të stomakut*, ku nuk është i mundur as sondazhi gastrik as ekzaminimi radiologjik, eliminimi i pepsinogjenit është i shtuar në ulcer, normal ose i pakësuar në *cirrhosis hepatis* ose varico esofagiale. A. Batcu (2), S. Gray, N. Keller, C. Weiss (cituar nga 7) O. Gregor gjen në 20 cirostike me hematemezë mesataren 16,9 unitete dhe në një *ulcus hemorragicus* 56 unitete kurse në varricet esofagiale 9,2 unitete në orë (8). Në këtë përfundim arrijnë dhe autorë të tjerë si W. Sircus, H. Spiro (cituar nga 7).

Mbas *rezeksionit të stomakut* mund të ndiqet evolucioni postoperativ nëpërmjet përcaktimit të pepsinogjenit në urinë, sasija e të cilit pakësohet mbas interventit (16) G.D. Simbircjeva gjen se prej 18 rasteve në 10 ulcet në normë ose ndën normë (19). O. Sizov e gjen në 10 raste ndën 10 unitete por ka dhe përjashtime. Karnauhov gjen tre raste mbi 16-45 unitete mbas operimit. Sizov shtimin e pepsinogjenit në urinë mbas operimit e gjen në 15 raste dhe e shpjegon

gon në infektimin e anastomozës duke u krijuar kushte për një absorbim më të madh të fermentit (21).

Është interesant fakti se gjëndrat endokrine sidomos gjëndrat *surrenale* influencojnë menjëherë eliminimin e pepsinogjenit në urinë meqenë se hormonet kortikosteroide dhe ACTH nxisin prodhimin e lëngut gastrik. Në të vërtetë mjekimi me ACTH dhe kortizon ose prodhimi shpesh shprehur me shtimin e eliminimit të pepsinogjenit në urinë: R. Beckman, F. Koch, S.J. Gray, S. Fitz (cituar nga 12) C. Ramsay cituar nga (19); I. Walter; I. Schwartz, M. Siler, Vilaniueva dhe Karnauhov (cituar nga 23) G.D. Simbircejeva e ven re në 15 raste (19) dhe O. E. Sofjeva në 16 nga 22 rastet (23). Pra ndaj M. Cachin, M. Couste, I. T. Freeman (23) rekomandojnë përcaktimin e pepsinogjenit në urinë si test që mund të shërbejë për të parashikuar para kohe me kortikoide në të cilët nuk u ul pepsinogjeni në urinë dhe pas ndërprerjes së mjekimit dhe midis këtyre të treve në njërin u çfaq hematemeza (23). M. Jančić e ven re mbas dhënies së 25 mg. ACTH se pepsinogjeni në urinë shtohet tre herë më shumë në rastet normale dhe 3-8 herë më shumë në rastet me shtim të eliminimit të këtij fermenti në urinë (11).

Disa autorë si p.sh. L.B. Fritz, dhe S. I. Gray (cituar nga 10), I.V. Westfal (cituar nga 7) mendojnë që të vlerësohet ritja e pepsinogjenit në urinë mbas injektimit të ACTH si shënjë e rruajtes së funksionit të gjëndrës surrenale dhe Ascher (cituar nga 7) e vlerëson njëllonji si testin e Thornit dhe ritjen e eliminimit të 17 ketosteroidëve mbas ACTH.

Shumë autorë si M.H. Slesinger, C. M. Lewis, M. Lipkin, Vjerun cituar nga (23) H. Spiro, S. Gray, I.V. Westfal, W. Keiderling (cituar nga 7) vënë në dukje se në morbus Cushing sikur se në mjekimin me A.C.T.H. ekziston paralelisht shtimi i eliminimit të 17 oksikortikosteroidëve dhe të pepsinogjenit në urinë. S. Gray dhe Westfal (cituar nga 8) nga ana tjetër në M. Addison kostatojnë një pakësim paralel të tyre në urinë. Edhe në asmta bronkiale ku supozohet nga B.B.Kogan dhe të tjerë për hypofunksion të gjëndrave surrenale, konstatohet ulje e uropepsinës (cituar nga 5).

Për shkak të shtimit të pepsinogjenit në urinë H. Moçena dhe F. Arrieta në sëmundjen ulceroze supozuan për një lidhje patogjenetike midis një hyperfunksioni të surrenaleve edhe kësaj sëmundjeje por kjo nuk u vërtetua nga fakti se në shumicën e rasteve në ulcer nuk kemi një shtim paralel të oksikortikosteroidëve në urinë krahas me atë të pepsinogjenit siç vejnë në dukje M.H. Slesinger, C.M. Lewis M.Lipkin, Wierum (cituar nga 7).

Nga kjo nënkuptohet se ka dhe faktorë të tjerë veç këtyre hormoneve që shtojnë eliminimin e pepsinogjenit në urinë.

I. Todorov cituar nga (6) ven në dukje se edhe në *diabetes mellitus* konstatohet një shtim i pepsinogjenit në urinë. Shtimi paralel në urinë dhe i hormoneve steroideve do të përbente një argument tjetër në favor të rolit me rëndësi të hyperfunksionit të hipofizës dhe të gjëndrave surrenale në patogjenozën e kësaj sëmundjeje me rëndësi të metabolizmit.

A.J. Frolova ven në dukje shtimin e uropepsinës mbas mjekimit me tiroidinë (3).

K.H. Karnauhov ven re shtimin e pepsinogjenit mesatarisht mbi 55 unitete në orë në *colitis ulcerosae*. Ky shtim theksohet edhe më shumë gjatë periudhës së ekzacerbimit (12). R.J. Zeits referon se në fëmijë me diatezë hemoragjike ka ritje të uropepsinës në akutizim dhe ulje gjatë agravimit (25).

Ulja e eliminimit të pepsinogjenit në urinë është konstatuar edhe në fëmijë me *rachitis*, dhe distrofi (4,6,17).

Në sëmundje të tjera sasija e pepsinogjenit në urinë nuk tejkalon kufijt e normës në përgjithësi, në studimet që janë bërë nga autorë të ndryshëm. D.E. Sofjeva konstaton sasi normale në 15 nga 20 pacientët me *vitium cordis*, reumatizëm, pl. exudativ, infarkt miokardi, kapilariolektikoze pa komplikacione renale (23). G.D. Simbircejeva (19) gjen sasi normale në pacientët me nefrite dhe kolecistite.

Është e këshillueshme që në përcaktimin e pepsinogjenit në urinë të merret parasysh fakti se në pacientë me lezime renale, mund të influencojnë në sasinë e eliminimit të fermentit gjëndra e funksionit ekskretor.

Përcaktimi i pepsinogjenit në urinë ndihmon për qëllime diagnostike. Për këtë mund të përmenden dhe të dhënat e më poshtme:

Ekziston një paralelizëm midis aciditetit gastrik dhe pepsinogjenit në urinë (12,13). (7,12,14). Ekziston një paralelizëm midis aciditetit gastrik dhe pepsinogjenit në urinë (12,13). V.K. Karnauhov e konstaton këtë në 34 prej 37 rasteve (12) dhe L.I. Idelson në 35 prej 45 rasteve (12). Është e natyrshme që ky paralelizëm të jetë më i madh përsa i përket pepsinës sesa përsa i përket aciditetit gastrik sepse pepsinogjeni në urinë rrjedh drejt nga pepsinogjeni i lëngut gastrik me anë të sondës sepse studimi bëhet direkt në përbërësit e lëngut gastrik që është marrë «in situ».

Metoda e përcaktimit të uropepsinës nuk mund të zëvendësojë ekzaminimin e lëngut gastrik (23). Por dhe në ekzaminimin e lëngut gastrik të marrë me anë të sondës ekzistojnë një seri të metash.

Sondazhi gastrik është një manipulacion jo fiziologjik, procedura e sondazhit në

shumë njerës neuror neurolabile shoqërohet me një gjëndje eksitabiliteti të theksuar, me një gjëndje vështirësie në frymëmarrje dhe sensacioni të vjellash të cilat e bëjnë ekzekutimin e tij të pamundur në disa raste. Verië sonda shkakton një eksitim mekanik herë në fundus, herë në pylor dhe në pjesë të tjera të mukozës gastrike duke nxitor herë më pak herë në shumë sekrecjonin e langut gastrik. Sondazhi gastrik nuk mund të bëhet fare në rastet me hematemezë, në gjëndjet e kancerit të stomakut dhe të sëmundjes ulceroze, në aneurizmat e aortës, në sëmundjet e rënda të zëmrës dhe në sëmundjet e tjera të shoqëruara me stenoze të esofagut.

Nga ana tjetër, gjatë sondazhit mund të takojë shpesh herë që të kemi një hiperskrecjon të mukosit ose një refluks të biles dhe të lëngut duodenal alkalik të cilat mund të neutralizojnë acidin klorhidrik dhe të fallsifikojnë rezultatin. L.I. Idelson citon 4 raste që kishin përmbajtje normale të pepsinogjenit në urinë ndërsa në lëngun gastrik anaciditet dhe përsëritja e sondimit tregoi se anaciditeti kishte karakter funksjonal (10).

Sasija e pepsinogjenit në urinë kanë variacione niktmerale dhe post-prandiale - siç vejnë në dukje O. Fodor (12), E. Gottlieb G.R. Bucherova, R. Morten (cituar nga 12) Por këto variacione për të njëjtin individ janë të vogla: G.D. Simbirceva i gjen 1 deri në 5 unitete në ditë (19). Gjëndrat pepsinoprodhuese janë më shumë rezistente kundrejt eksitonjësve ekzogjenë ose endogjenë sesa gjëndrat që prodhojnë acidin klorhidrik (12). Mendohet se oshillacjonet individuale të pepsinogjenit në urinë janë specifike për çdo individ. (18).

Nga të dhënat e literaturës të paraqitura më lart rreth natyrës, origjinës, eskretimit dhe percaktimit të pepsinogjenit në urinë dhe aplikimit të këtij testi në ulcus, gastrite, *aneminë pernicioze*, *status postresectio ventriculi*, gjatë mjekimit me ACTH dhe korriko steroide etj. mund të nxirren këto:

### KONKLUZIONE:

- 1) Përcaktimi i pepsinogjenit në urinë nuk mund të zëvendësojë ekzaminimin e lëngut gastrik të marrun me anë të sondës për diagnozën e *ulcus duodeni* dhe sëmundjeve të tjera të stomakut, me gjithë anët negative që paraqet manipulacioni i sondazhit.
- 2) Përcaktimi i pepsinogjenit në urinë është një test i thjeshtë që mund të kryhet pa qënë nevojja për paisje të komplikuar.
- 3) Ay është një test jo traumatik dhe i lehtë për pacientin.
- 4) Testi mund të përdoret me qëllim orjentonjës në vënd të ekzaminimit të lëngut gastrik të marrun me anë të sondës kur sondazhi nuk mund të ekzekutohet ose është i kundraindikuar.
- 5) Duhet akoma studime të mëtejshme për të gjetur faktorët e ndryshëm veç hormoneve të hipofizës dhe të gjëndrave surenale që çojnë në shimin ose pakësimin e sekrecionit të pepsinogjenit gastrik dhe në eliminimin e tij në urinë.

### LITERATURA

- 1) Barlas O. Kusakcoglu O. - Jalcin E. - Përcaktimi dhe vlera diagnostike e uropepsinogjenit PRESSE MEDICALE faqe 601, Nr. 11, Teme 72, 29 Fruer 1964).
- 2) Batcu A. - Stratu C. - Rascu C. Popescu N. (Studii si cercetari de Biochimie Nr. 3/1963) - Përmbajtja e uropepsinës në pacientët me tireotoksikozë dhe sëmundje të tjera para dhe mbas mjekimit (ARHIV TERAPEUTICESKIJ Nr. 5/1964 faqe 68)
- 3) Frolova A.J. - Mbi metodën e përcaktimit të uropepsinës (LABORATORNOE DJELLO Nr. 5/1963 faqe 42)
- 4) Ganiç O. - Mbi metodën e përcaktimit të uropepsinës në asthma bronkiale (ARHIV TERAPEUTICESKIJ - Nr. 7 1962 faqe 40)
- 5) Gluhenskij T.T. - Melnicki V.B. - Dinamika e ekskretimit të uropepsinës në asthma bronkiale (LABORATORNOE DJELLO Nr. 11/1962 faqe 51)
- 6) Goldscemid V.K. - Margunova A.M. - Niveli i uropepsinës në të posalindurit (LABORATORNOE DJELLO Nr. 11/1962 faqe 51)
- 7) Grecor O. - Mbi uropepsinën (KLINICESKAJA MEDICINA - Nr. 2/1958 faqe 51)
- 8) Grem I.F. - Boghibov E.A. - Mbi modifikimin e metodës së përcaktimit të pepsinogjenit të propozuar nga G. D. Simbirceva (LABORATORNOE DJELLO N 5/1963 faqe 41)
- 9) Meijmeyer L. - Tratat de fiziopatologie faqe 304
- 10) Idelson L.I. - Përcaktimi i uropepsinës në urinë, një nga metodat e diagnozës funksjonale të stomakut (ARHIV TERAPEUTICESKIJ Nr. 2/1958 faqe 52)
- 11) Jançiq M. - Veprimi i ACTH në eliminimin e pepsinës (MED. GLAS. v. 1960 f. 406)

- 12) *Karnauchov V.K.* - Rëndësija klinike e përcaktimit të pepsinogjenit (SOVJECKAJA MEDICINA Nr. 3/1959 faqe 79)  
 - Metoda të analizave biokimike Viti 1964 faqe 192
- 13) *Lempert M.D.* - Enciklopedija e madhe mjeksore - faqe 714 - Vol. 23 - Viti 1961.
- 14) *Leshkina L.* - Uropepsina në fëmijë të moshës shkollë (PEDIATRIJA Nr 7/1962)
- 15) *Mançenko I.* - Ekskretimi i uropepsinogjenit në mjekimin e sëmundjeve ulceroze (KLINICESKAJA MEDICINA Nr. 2/1962 faqe 31)
- 16) *Martinov S.M.* - *Simbirceva G.D.* - Vlerësimi i funksjonit sekretor të stomakut në eliminimin e pepsinës në fëmijë me rahitë (PEDIATRIJA Nr. 4/1962 faqe 58)
- 17) *Okulova E.M.* - *Sultanova L.E.* - Mbi përcaktimin e pepsinogjenit (LAB. DJELLO nr 5/1963 faqe 40)
- 18) *Pjanickij N.P.* - Rëndësija diagnostike e përcaktimit të uropepsinës (KLINICESKAJA MEDICINA nr. 2/1959 faqe 46)
- 19) *Simbirceva G.D.* - Edhe një herë mbi metodën e përcaktimit të uropepsinës (LABORATORNOJE DJELLO Nr. 3/1962)
- 20) *Simbirceva G.D.* - Mbi vlerën diagnostike të dozimit të uropepsinës në sëmundje të stomakut në klinikën kirurgjikale (LAB. DJELLO nr. 11/1962 faqe 45)
- 21) *Sizov O.G.* - Mbi çështjen e vlerësimit të funksjonit pepsinoformonjës të stomakut nëpërmjet përcaktimit të pepsinës në lëngun gastrik dhe të uropepsinës në urinë në disa sëmundje të stomakut (TERAPEUTICESKIJ ARHIV nr/5/1961 faqe 63)
- 22) *Smirnov I.P.* - Rëndësija e përcaktimit të uropepsinës në sëmundjet e stomakut (ARHIV TERAPEUTICESKIJ Nr. 5/1961 faqe 65)
- 23) *Sofieva I.E.* - *Zubyova* - Enciklopedija e madhe mjeksore - faqe 134, vol. 19, viti 1961)
- 24) *Vovsi M - Geeter* - Ekskretimi i uropepsinës në fëmijë që vuajnë nga diateza hemorragjike dhe disa forma të anemive (PEDIATRIJA nr. 2/1962 faqe 18)
- 25) *Zeits R.J.*

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

## EKSPERIMENTE NË KAFSHË MBI ETIOLOGJINË E MIELOPATISË

(Animal experiments on the aetiology myelopathy)

T. LEHOCZKY J. SOS M. HALASY Budapest 1964

Punimi përbëhet prej 216 faqesh dhe ndahet në katër kapituj të mëdhenj. Secili nga këta kapituj ndahet në nënkapituj dhe çdo nën kapitull në fund ka bibliografinë përkatëse. Libri fillon me një hyrje, në të cilën autorët përshkruajnë me hollësi të dhënat e literaturës mbi mielopatinë e njeriut, që nga punimet e para të Leichteim Nonne, Sander, Weil dhe Davison, Baló, Juhasz dhe të tjerë. Ata përshkruajnë tipin fokal të mielopatisë, format marginale, cirkulare ose subpiale të degjeneracioneve në mielopatië njerëzore si edhe format simetrike të degjeneracionit spongioz. Pastaj ndalet me hollësi mbi terminologjinë e mielopatisë.

Po në hyrje autorët përshkruajnë me hollësi të dhënat bibliografike mbi mielopatinë eksperimentale tek kafshët. Kështu p.sh. Wintrobe et al. prodhoi në derrat avitaminozë të kompleksit B dhe si rrjedhim të peridoksinës dhe të acidit pantotenik, duke fituar në të njëjtën kohë demielinizim të nervave periferikë të rrënjëve posteriore dhe të *funiculi posteriores* të palcës kurrizore. Kurse Swnak dhe Adams duke prodhuar avitaminozë B<sub>6</sub> dhe të acidit pantotenik arritën të fitojnë demielinizim komplet të funikujve posteriorë të palcës kurrizore dhe degjenerim të nervave periferikë. Don Hartog, Jager prodhuan në kobejtë lezione të theksuara (piknozis, satelitosis etj.) në brritë anteriore të palcës kurrizore.

Mellamby, Gildea et al. fituan degjeneracion tek qentë nga avitaminoza A. Zimmerman, Gowgill dhe Fox observuan degjeneracione të membranave mielinike dhe të aksoneve si dhe zëvendësim të glias në nervat periferikë gjatë palcës kurrizore dhe sidomos para së gjithash në *funiculi posteriores*, gjatë avitaminozës B<sub>2</sub> tek qentë. Sidomos tek minjtë të dhënat patologjike janë fituar me një polimorfizëm dhe ndryshueshmëri shumë të madhe edhe atëhere kur simptomet klinike ishin mjaft të ngjajshme si p.sh. humbja e peshës, ataksia, paralizat etj.

Në eksperimentet me minjtë duke shkaktuar avitaminozë B<sub>1</sub>, B<sub>3</sub> ose B kompleks dhanë këto rezultate. Në nervat periferikë katër autorë ose nuk gjetën ndryshime neuronike në trunkun cerebral, në trurin e vogël, dhe në palcën kurrizore; tre autorë të tjerë nuk gjetën asgjë. Church nuk gjeti asgjë në nervat periferikë, por gjeti ndryshime në aparatit vestibular. Kurse në palcën kurrizore vetëm Davison dhe Stone kanë observuar prishje të membranës mielinike dhe në disa trakte një strukturë të ngjajshme me atë spongiozen. Por ato i konsiderojnë këto ndryshime të diskutueshme.

Zimmerman prodhoi ndryshime si në nervat periferikë ashtu dhe në palcën kurrizore nëpërmjet avitaminozës A. Einarson dhe Ringstef gjetën degjeneracione spongioze të ngjajshme me ato të mielopatisë, degjeneracion të nervave periferikë dhe degjeneracion të muskujve gjat avitaminozës E. Po ashtu mjaft interesante janë eksperimentet e Ferraro dhe të Lumsden me cianur të potasiumit. Ferraro observoi demielinizim në lëndën e bardhë të trurit dhe në palcën kurrizore në macet dhe majmunët eksperimentale, kurse Lumsden përshkruan degjenerim spongioz dhe demielinizim në lëndën e bardhë të trurit, sidomos në *corpus callosum* të minjve.

Autorët, mbas ekspozimit të të dhënave të literaturës mbi mielopatinë njerëzore dhe atë të kafshëve përshkruan 19 seritë e eksperimenteve të bëra në minjtë e bardhë duke shkaktuar turbullime gastrike ose avitaminozë B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, H, E, duke përdorur substanca neurotoksike siç janë alkooli, tetrakloruri i karbonit, fosfori, sulfamidet. Ato gjithashtu përshkruajnë eksperimentet e tyre dhe ndryshimet përkatëse në *medulla spinalis* e disa herë në organet e brendshme dhe në trurin e madh duke shkaktuar diabet me *alloxan* ose *dihizon* ose me lëndë të tjera metabolike për shembëll me acid antiglutaminik, me tiroksinë me acid diklorofeno-oksiacetik. Ata

gjithashtu në seri të tjera minjsh prodhuan latirizmin eksperimental me anën e *lathyrus odoratus* dhe beta - aminopropionitril.

Në të gjitha këto seri eksperimentesh, autorët i vunë vetes si detyrë kryesore që të studjojnë ndryshimet e shkaktuara nga lëndët e përmendura më sipër në *medulla spinalis* megjithëse ata disa herë s'kanë munguar të studjojnë edhe ndryshimet në organet e brendëshme në cerebrum dhe në cerebellum.

Meqënsë dihet që sistemi gastro-intestinal luan një rol të rëndësishëm në zhvillimin e mielopative dhe të neuropative, autorët eksperimentet e tyre të para i bënë për të vënë në dukje rëndësinë e këtij sistemi në zhvillimin e mielopatisë. Për këtë qëllim ato u ekstriruan dhjetë kafshëve eksperimentale mukozen e stomakut në pesë nga ato u zhvilluan fenomene degjenerim spongioz si dhe degjenerim i motoneuroneve të *medulla spinalis*. Në një grup tjetër eksperimentesh ato dëshën të hedhin dritë në rolin e vitaminave në shkaktimin e lezioneve spinale. Për këtë arsye ata shkaktuan avitaminozë B<sub>1</sub> duke i privuar kafshët eksperimentale nga vitamina B<sub>1</sub> në ushqim, kurse në disa eksperimente të tjera ato fituan hipovitaminozë P e cila duket se luan një rol të rëndësishëm në fosforilizimin e vitaminës B<sub>1</sub> dhe në mënyrë indirekte në avitaminozën B<sub>1</sub>. Në një grup tjetër kafshësh eksperimentale avitaminoza B<sub>1</sub> u kombinua me ekstriracionin e mukozeës gastrike dhe në një tjetër me atë të P-së. Mielopatia u fitua në të gjitha grupet dhe ndryshimet më të theksuara u vunë re në grupin ku ishte bërë ekstriracioni i mukozeës gastrike plus avitaminozë B<sub>1</sub> si dhe në grupin e avitaminozës B<sub>1</sub> + avitaminozës P.

Me këtë grup eksperimentesh, autorët vunë në dukje rolin e madh që loti trakit gastrointestinal si dhe vitamina B<sub>1</sub> dhe fosfori për organizmin.

Roli i vitaminës B<sub>2</sub> u studjua nga autorët nëpërmjet të intoksikacionit me acid monoiodoacetik nga të katërmbëdhjetë kafshët eksperimentale, tek gjashtë u vu në dukje një mielopati e theksuar.

Një grup tjetër eksperimentesh u bë me avitaminoze nga biotina (vitaminë H) Nga 32 kafshët eksperimentale, tek 19 u vunë re ndryshime karakteristike për mielopatinë. Përveç ndryshimeve në *medulla spinalis* u vunë re ndryshime edhe në tërë sistemin nervor qëndror.

Në grupin e avitaminozës E në gjysmën e kafshëve eksperimentale u takuan ndryshime karakteristike për mielopatinë përveç motoneuroneve spinale, në disa raste u gjetën ndryshime edhe në qelizat ganglionare kortikale. Nga 14 minjtë e intoksikuara me alkoool në 6 u vunë re ndryshime të palcës kurrizore kurse qelizat nervore spinale dhe kortikale qenë të degjeneruara në të 13 kafshët eksperimentale.

Në intoksikacionin kronik me tetraklorur të karbonit në dy nga dhjetë kafshët eksperimentale u vunë re mielopati kurse në të gjitha kafshët u vunë re ndryshime të qelizave nervore në palcën kurrizore, korteksin dhe trunkun cerebral. Ai gjithashtu dha ndryshime në organet e brendëshme dhe nekrozë të pankreasit.

Në intoksikacionin me fosfor u vunë re mielopati në gjysmën e kafshëve eksperimentale kurse në çdo rast pati degjenerim të theksuar të qelizave nervore spinale si dhe degjeneracion në organet parenkimatoze më shpesh në hepar.

Intoksikacioni kronik me sulfanilamidë dha ndryshime të theksuara në organet e brendëshme dhe në katër nga njëmbëdhjetë kafshët eksperimentale degjeneracion të palcës kurrizore. Lezione në trurin e madh dhe në trunkun cerebral. Në tre rastet demielinizimi i palcës kurrizore ishte i karakterit spongioz. Përveç këtyre autorët kanë shkaktuar dhe një varg mielopatifish të tjera. P. sh. në katër nga nëndë kafshët eksperimentale të ushqyer me *lathyrus sativus* dhe beta - amino - propio - nitrile e në grupin e parë nuk u gjet degjeneracion spongioz, në tre kafshë nga grupi i dytë, u gjetën leziona degjenerative spongioze, kurse demielinizimi i trakcionit e 35 kafshëve eksperimentale me triortokrezilfosfat, u vu në dukje se ky është një helm jo vetëm për mielinën, por edhe për neuronet. Kështu në katër nga ato u vunë re mielopati, kurse në gjysmën e rasteve degjeneracion i theksuar në neuronet spinale dhe kortikale.

Në gjashtë kafshë eksperimentale dhe dhjetë të tjera u shkaktua diabet eksperimental me aloksan dhe ditizon. Në katër nga 16 kafshët eksperimentale u observuan ndryshime në palcën kurrizore. Në eksperimentet për hipertireoidosis duke dhënë tyroksinë në nëndë kafshë eksperimentale u takua mielopatia në dy raste, kurse ndryshimet në qelizat nervore në shkallë të ndryshme u vunë re në tetë raste.

Shtatë minjve iu dha acidi antiglutaminik, tre nga ato u trajtuan me acid p-nitro-benzoil -glutaminik, kurse katër me acid disulfuror alfa-tiopropionik për të prodhuar deficiencë të acidi glutaminik. Vetëm në dy kafshë të trajtuara me lëndën e fundit u vu re mielopatia.

Në tetë kafshë eksperimentale u dha acidi 2,4-diklorofeno-okso-acetik. Nuk u vunë re fenomene të degjeneracionit spongioz, por vetëm demielinizim evident në traktet posteriore të terale dhe anteriore të palcës kurrizore të dy kafshëve.

Kështu pra autorët me një varg eksperimentesh, duke aplikuar substanca të ndryshme neurotoksike dhe duke shkaktuar avitaminozën u përpoqën që të studjojnë ndryshimet patanatomike dhe të thellohen në mekanizmat patogjenetike si dhe etiologjike të mielopative eksperimentale për të hedhur dritë në këtë mynyrë në mielopatitë ajevçezore.

Në faqen 208 dhe 209 autorët midis të tjerave vejnë në dukje se «për më të shumtën e inter-



vencioneve të përdorura nga ata, dhe pikërisht për ekstirpacionin e mukozës gastrike, deficiencës p - intoksikacionit të acidit mono-jodo acetik, deficiencës së biotinit, intoksikacionit me tetraklorur të karbonit, intoksikacionit p-, intoksikacioni me sulfanilamide, diabetit eksperimental hipertireoidozës eksperimentale, trajtimin me acid antiglutaminik dhe acid diklorofenooksiaetik, na ishim të parët që të shkaktonim sëmundje të *medulla spinalis*. Në të vërtetë së paku përsa i përket intoksikacioneve sulfanilamide, edhe autorë të tjerë përpera tyre kanë arritur të vejnë re në kafshët eksperimentale ndryshime të *medulla spinalis*.

Më në fund, vlen të thkesohet se ky punim është i paraqitur me një gjuhë mjaft të qartë, i ilustruar me klishe të pasura dhe i dokumentuar mjaft mirë. Ai gjithashtu është i argumentuar me të dhëna mjaft të pasura eksperimentale dhe bibliografike. Për të gjitha sa u tha më sipër, kjo monografi është një kontribut i mirë eksperimental në fushën e mielopative, të cilat vazhdojnë ende të kërkojnë spjegime dhe interpretime më të thella për mekanizmat e tyre intime.

Doc. B. Preza

RÉCENSION OF THE BOOK OF T. LEHACZKY M. HALASY  
J. SOS

«*Animal experiments on the etiology of myelopathies*» - Budapest 1964.

*This book, in 216 pages and 4 chapters, presents the data published in the medical literature on the subject of study of the authors and describes the focal type of human myelopathy, the circular meningeal forms of degeneration. After that it describes a voluminous experimental work done by the authors on laboratory animals.*

## RECENSTON

i monografisë «Trichophyton violaceum» (Bodin 1902) të Prof. P. PINETTI, nga shtëpia botonjëse Rasegna Medica, në Cagliari, 1962.

Në veprën e tij Prof. P. Pinetti, që është drejtor i klinikës së dermatologjisë dhe i qendrës së studimeve mykologjike të Universitetit të Cagliari, tregon se është jo vetëm një njohtës i thellë i mikologjisë, por edhe një kërkues në këtë degë të dermatologjisë. Me studimet e tij ai ka mbëritë në disa konkluzione mbi infeksionin parazitarr të lëkurës. Ky libër që ka 348 faqe, është ndam në disa kapituj dhe në shumë nënkapituj, ku trajtohen probleme të ndryshme të infeksionit nga paraziti *trich. violaceum*. Materiali është paraqitë me një gjuhë të kthjelltë dhe të kuptueshme. Libri është i ilustruem me shumë figura të bukura dhe të kjarta, me gjithse janë pa ngjyrë. Për çdo kapitull, autori ka dhënë bibliografinë, e cila është e autorëve të shteteve të Europës perëndimore dhe anglo-amerikane. Bibliografia në përgjithësi është shumë e pasur, gjë që ia ngren edhe më tepër vlerën veprës, por mendojmë se do t'i shtojë vlera akoma më tepër po të ishin konsultuem edhe autorë të vendeve socialiste.

Autori, në këtë veprë me rëndësi të veçantë për mykologjinë, ka bamë një studim të gjithanshëm të *trich. violaceum*, i cili gati në të gjithë botën përmban specien më të shpeshtë të fisit të trihofytoneve. Për më të mirë veprën e tij sa më të plotë, autori nuk është kufizuar vetëm me klinikën, ekzaminimet mikroskopike dhe bakteriologjike të këtij *trich.* por ka prekë edhe problemin e patogenezës, epidemiologjisë dhe të mjekimit.

Në qoft se do t'i vihej si detyrë dermatomykologjisë studimi dhe botimi i të gjitha specieve dhe fiseve të këpuardhave parasitare, në radhë të parë duhej të studjohej kjo specie, të cilën autori e ka kryemë dhe i a ka mbërritur qëllimit më të mirë.

Përsa i përket epidemiologjisë, autori flet për rëndësinë e formave kronike të trihofitit, sidomos të trihofitit kronike të kokës në të rriturit. Me sa duket, ai nuk ka patun rast me vërejtje shumë të sëmuntë me këtë formë, prandaj më tepër rëndësi i ep infektimit të thonjve për përhapjen e këtij infeksioni në fëmijë.

*Trich. violaceum* është izolue për herë të parë nga R. Sabouraud në vitin 1892, në Paris, i cili i dha emrin «Trichophyton à culture violet foncé». V. Mibelli në vitin 1895 e zbuloi në Parmë dhe e quajti «Trichophyton a culture rosso-violeta». E. Bodin e zbuloi në Amerikë në Veriut në 1902 dhe i dha emrin që mban edhe sot «Trichophyton violaceum».

Autori është marrë me studimin e kësaj specie të fisit të trihofytoneve, me qenë se në vendin ku ai punon (Sardegna), ky parazit është konstatohet më shpesh (50%, 1941-1959).

Materiali patologjik i mbjellur në terrenin, Saburo, fillon të mbijë mbas 4-5 ditëve dhe kolonia arrin zhvillimin e sajë të plotë mbas 45-50 ditëve. Në fillim kolonia ka ngjyrë të bardhë gri ose të bardhë-në të verdhë, por shpejt fillon të marrë ngjyrën e kuqe-violet ose si purpur. Ngjyra e kolonive të zhvillueme komplet është violet, prej nga ka marrë edhe emrin, por kjo ngjyrë mund të ketë nuanca të shumta tue fillue prej violet e zhet deri në violet-bojë qelë, violet të errët. Shpesh periferia e kolonisë mund të marrë edhe ngjyrë të bardhë në të verdhë. Në koloni mund të ketë edhe zona pa pigment, të cilat rriten më shumë.

Kolonia ka konsistencë të fortë. Sipërfaqja është e ndame në shumë brazda të thella apo superficiale, të drejta apo me shpesh zig-zage, prandaj ajo paraqitet me protuberanca të vogla ose gyruse të holla. Kultura e reja (5-10 ditë) mikroskopikisht paraqesin mycela të holla, të gjata, të gërshtueme, me majë të rrumbullakët që ngandonjëherë janë të fryme si shkopa e trumpetës. Kolonitë e vjetra kanë mycela me shumë nyje afër njena tjetrës, me madhësi të ndryshme. Mycelat janë zakonisht të shkurtëna, në formë të çrregulltë. Citoplazma e tyre është e granulue me pigment ngjyrë rozë-violet. Sporulimi është i tipit endokonidie, nga formohen mikrokonidiet.

Për zhvillim më të mirë të kolonive është vlerësue temperatura 25-37° (Paldroch H.), Szulmeister thotë se temperatura nën 17 dhe mbi 30° është absolutisht e pa favorshëme për zhvillim.

Ndërmjet *trich. violaceum* dhe disa bakterieve dhe mycetave të tjera, zhvillohen relacione të ndryshme, të cilat stimulojnë apo inhibojnë njena tjetrën. Moszhvillimin e pykokeve të zakonshëm, Uri dhe Poljada e shpjegojnë me prodhimin nga mycetet e një substance antagoniste. Catanei, Falchi thonë se shpesh zhvillohen *micrococcus pyogenes aureus*, i cili inhibon disa dermatofyte. Catanei ka konstatue se kur zhvillohet ky mikrokok, kolonia e *trich. violaceum* rritet më keq, kurse Pinetti dhe Contini kanë dokumentue eksperimentalisht ekzistencën e një antagonizmi midis tyre. Dostrowsky dhe Raubitschek kanë mbjellë afër njena tjetrës kultura të *trich. violaceum* dhe *trich. schoenleinii*, dhe kanë konstatue se i pari ka veprue si anta

gonist në të dytin. *Trich. violaceum* në këtë mënyrë vepron edhe në *epidermophyton floccosum*, *trich. megnini*, *tonsuras* si edhe në atë vetë (Vilanova dhe Casanova Ceppo). Filtratet e *aspergillus clavatus* kanë dhanë efekt fungistatik dhe fungicid në *trich. violaceum* (Loeuenthal), kurse në *trich. tonsurans*, *schonleini*, *mcr. canis* dhe *epid. floccosum* ka aktivitet me modest (Spada). Nga *trich. violaceum* nuk kanë nxjerrur ndonjë substancë me veprim antibiotik.

Përhapjen e *trich. violaceum* autori e lidh me konditat higjieno-sanitare, klimaterike, të ushqimit (mungesa e proteinave dhe e vitaminave) me infeksionin kronik në familje (në thonj apo në kokë), me grumbullimin dhe dendësinë e popullsisë etj. Wanbreuzeghem ka folur për mundësinë se toka asht një rezervuar i madh, nga e cila nisen dhe në të cilën rikëthohen të gjithë dermatofytet. Për këtë arsye ai thot se krahas origjinës humane dhe zoofile mund të jetë edhe një origjinë geofile (toksore) e dermatofyteve. Megjithatë janë izoluar nga toka edhe dermatofyte të tjera, *trich. violaceum* nuk kanë mundun me e kultivue asnjë herë.

Autori sjellë përqindjen e morbozitetit nga *trich. violaceum* në shumë qytete të ndryshme. Po sjell disa prej tyre: Roma 43%., Cagliari 50% (1941-59), Paris 75% (1957)., Lavonio (Belgjikë) 69% (1957) Beograd 95% (1950), Tuzla 62% (1956), Sofia 70% (1928), Bukuresht 80% (1959), 90% (1960), Athinë 77% (1937), 93% (1939).

Zhvillimi i infeksionit në lëkurë ashtë i lidhur me aftësinë keratofile të parazitit, por ky koncept ka fillue mos me i qëndrue zbulimeve të reja. Kufizimi i infeksionit në qelizat e vdekuna apo në ato që kanë pësue ndryshime të mëdha, mund të tregojë se, në mungesë të aftësisë së tyre me reague, ata kanë mundësi dhe gjejnë teren me u zhvillue dhe me u shtue pa u përhap në qeliza më të thella, me aftësi vitale të theksueme. Për këtë arsye flasin jo për keratofili, por për «necrofilii». E lidhim këtë edhe me prezencën e *hydrossiprolines* në qelizat e thella, të gjalla dhe me mungesën e saj në qelizat e vdekuna (Pinetti, Lostia, Scheffer etj.). Autori i librit mendon që nga njena anë parazitët kanë tendencë me penstrue thellë, kurse nga ana tjetër celulat e reja kanë tendencë me u ngjit natë dhe jashtë. Në saje të këtyne dy forcave të kundërta infeksioni qëndron në një vend të caktuem.

Mënyra e infeksionit simbas Kligman A.M.: Faza e I-rë - faza kutane e pastër; faza e dytë - faza folikulare, stadi ekstrapiljar; Faza e III-të - faza folikulare, stadi intrapiljar; Faza e IV-të - faza pilare, stadi i invazionit; Faza e V-të - faza pilare, stadi i artrosporieve; Faza e VI-të - Faza e evolucionit.

Infektohet më shpesh moshë nga 6-10 vjeç, më shumë meshkujt.

Kur autori flet për format klinike, ndaloht edhe në atë formë të trihofitisë që shkaktohet nga *trich. violaceum* varianti decalvans (Castellani, 1913). Kuadri makro dhe mikroskopik i këtij variantit nga ana bakteriologjike është identik me atë të *trich. violaceum* Klinikisht konstatohen rallime definitive të flokëve, cikatrice të vogla të disseminueme, deskuamacioa dhe flokë të këputun në periferi të vatrave që kanë pësoum ndryshime atrofike-cikatriceale. Castellani e ka konstatue shpesh në Hindit tendencën për cikatrizim të trihofitis superficiale të kokës, sikurse edhe Ota në Kinën Qëndrore (1929) Kjo është theksue edhe nga Acton dhe McGurie. Carroscio (Portugali) përshkruan një rast me alopeci totale të kokës të cikatrizueme, e shkaktue me nga *trich. violaceum* tek një fëmë 54 vjeç. Ballabanov dhe Neves sjellin observacione të ngjashme.

Autori konsideron terrenin e Georg, Ajello dhe Gordon ma të mirë për depriminimin e mykave të huej dhe të baktereve. Ky terren përmban: Glukoze 10 gr., Clorur të sodës 5 gr.m, Pepton 5 gr., Agar 20 gr., Ujë të destiluar deri 1.000 cc. Mbas sterilizimit shtohet Penicilini 40 UI/cc, streptomycinë 40 gamma/cc dhe cikloeksimide 0.1 - 0.5 mg./cc.

Infektimi i shkaktuem nga *trich. violaceum* ashtë ma rezistent se infeksionet e tjera nga mjekimi me reze Rontgen. Degoz e bashk. kanë pasë sherim me grizeofulvin 90%. Rezultate analoge kanë referue Desai, Grin., Nikolau. Midana dhe Zina kanë pasë rezultate të shkëlqeshme tue e përdorë nga 20-40 mlg/Kg. për 1-4 muaj., sikurse edhe Rinaldi që e ka përdorun 500-700 mg. në ditë për tre javë.

Grizeofulvina është gjctë në shtresat korneale, ku arrin nga lëvizja e qarkullimit të celuleve epidermale (Gentles e bashk.). Ky autor ka ekstragur ma tepër se gjysmën e sasisë së grizeofulvines të vendosun në flokë (5-6 gamma për 1 gr. flokë), me ujë të nxehtë. Kjo flet për depozitimim e thjeshtë dhe jo për kombinimin e saja kimik në flokë. Grizeofulvina ka veprim mykostatik dhe ndryshimet nga ajo janë reversibël. V

Vepra ka një interesë praktik dhe shkencor për dermatologët tonë, sidomos për mykologët, sepse do të ndihmojë në punën e tyre të përditëshme.

M. Caridha

## RECENSION OF THE MONOGRAPHY OF PROF. P. PINETTI «TRICHOPHYTON VIOLACEUM», PUBLISHED IN CAGLIARI - 1962.

In this monography, of great importance to mycology, the author studies the most frequent species of the agents of trichophytia. He analyses the clinical picture, the microscopic and bacteriological diagnosis the epidemiology and treatment of the affection. In this work the author has realised completely his purpose and has given a very valuable help to student of dermatology

# LAJME NGA SHTYPI I HUAJ

## COR PULMONAL KRONIK NGA EMFIZEMA: SHENIME TË FIZIOPATOLOGJISË DHE TË TERAPISË.

Pino G., Anfossi F., Veronesi G., Martinetti L.  
Minerva Medica 1965, 56,3-4,53.

Me zhvillimin që kanë marrë kërkimet funksionale të sistemit kardiorespirator, kanë bërë që të përcaktohen disa aspekte karakteristike të insuficiencës së këtyre sistemeve.

Autorët thonë se duhet të diferencohet kor pulmonal kronik parenkimal, sekondar, nga kor pulmonal vaskular si rezultat i lezioneve primare të vazave pulmonare.

Kardiopatia pulmonare kronike e cila vjen si konsekuencë e shtimit të rezistencës së fluksit të gjakut në qarkullimin pulmonar, bën që të shtohet puna mekanike në ventrikulin e djathtë dhe si rezultat të hipertrofizohet muri i tij. Kështu shkaktohet një shtim i presionit në arterien pulmonare.

Këto ndryshime shikohen në shumë sëmundje ndërmjet të tjerave në emfizemën pulmonare, fibrozën pulmonare, fibroza intersteciale, bronkiti kronik etj.

Emfizema pulmonare është pneumopatia që të çon më shpesh në kardiopati pulmonare, kështu sipas Sodemann 60%, Spatt e Grayzel 68% Emfizema pulmonare shkakton një insuficiencë respiratore si rezultat i pakësimit të shkëmbimit të oksigjenit dhe gazit karbonik midis alveolit dhe gjakut.

Më poshtë autorët thonë se evolucioni i kor pulmonar bëhet në shkallë të ndryshme, prej të cilave në shkallën e pestë hipertensioni pulmonar është ireversibel.

Terapia e kor pulmonar mund të përmbilidet në:

1 - Terapi antiinfektoze e vijave ajrore: kjo është më kryesorja dhe konsiston në zhdukjen e shkakut që bën një pakësim të ventilacionit pulmonar. Për këtë është i domosdoshëm përdorimi i antibiotikëve të cilët mund të përdoren dhe në formë aerozoli. Përdoret gjithashtu terapia antiflogjistike me kortikosteroide sidomos në ato që shoqërohen me bronkospazma dhe aksesë të rënda të astmës.

2 - Terapi bronkodilatatore: ka efekt mukolitik. Kështu mund të përdoret tritonit që ul tensionin superficial. Kurse substancë më veti bronkospazmolitike është izopropilnoradrenalina.

3 - Terapi respiratore: kjo përmirëson respiracionin alveolar, favorizon oksigjenimin, ndihmon në eliminimin e gazit karbonik, duke evituar acidozën respiratore. Respirimi i oksigjenit me presion inspirator është pjesërisht efikas në emfizemë, dhe kjo lën që të përdoret oksigjeni në koncentracione të ndryshme. Aplikimi i oksigjenit shkakton një shtim imediat të saturimit të hemoglobinës me mundësinë e çlirimit të oksigjenit në inde, përmirëson proceset oksiduese të muskulit kardiak, modifikohet refleksit vazokonstriktor pulmonar nga hipoksia me pakësim të hipertensionit. Ndryshime vihen re dhe në rene, ku nga aplikimi i oksigjenit kemi një diurezë të bollëshme.

Autorët të ndryshëm kanë përdorur preparate si Micoren, Romeflin të cilat tolerohen më mirë kur përdoren gutta-gutt intra vena dhe bëjnë që të mbahet qëndra respiratore nën efektin e stimulacionit për një periudhë më të gjatë.

4 - Terapi e hipertensionit pulmonar dhe e dekompensimit të zemrës: acidi nikotinik influencën në qarkullimin pulmonar. Digitalisi pak modifikime jep mbi ngarkesën e zemrës së djathtë. Salasio nuk pakëson volumin në minutë por përdoret për të pakësuar vizkozitetin e gjakut. Përdoren diuretikët si Diamox, acetazolamidet etj.

Rëndësi në kardiopati të pulmonare ka dhe profilaksia e sëmundjeve të aparatit respirator.

Margarita Vullkaj.

## MBI DISA TREGUES FUNKSIONAL TË GJENDJES SË HEPARIT GJATË INFARKTIT TË MIOKARDIT.

Salimon F. L., Bjellous S. R., Usvatova I. Ja. Kliniqeska  
medicina 1964, 7, 109.

Gjatë infarktit të miokardit linden dëmtime serioze dhe të ndryshme të proceseve të metabolizmit. Heparit si një nga pjesmarësit kryesorë të proceseve të metabolizmit, nuk mund të qëndrojë intakt gjatë këtij procesi.

Në infarktën akutë të miokardit hepari sikurse dhe miokardi dhe veshkat ndodhen në gjendjen e hipoksisë. Selie vrejti gjatë kësaj zhvillimit e nekrozave në hepar. Pilloc, Evans e lidhin dëmtimin e funksionit të heparit gjatë infarktit me faktorin stres. Ndërsa të tjerë e shpjegojnë me insuficiencën kardiovaskulare, me fenomenet e stazës në hepar.

Autorët vrejten 37 të sëmurë me infarkt akutë të miokardit, në moshë nga 30-70 vjeç që nuk vuanin më përparë nga sëmundjet e heparit. Tek të gjithë diagnoza ishte konfirmuar me elektrokardiogram. Tek 31 të sëmurë u ekzaminua bilirubina në gjak dhe urobilina në urinë. Në 10 prej 31 kishte fenomene të insuficiencës kardiake. Krahas ngritjes së temperaturës dhe leukocitezës u vrejti dhe ngritja e bilirubinës dhe urobilinës në urinë. Në ditën e 7 dhe të 9 me uljen e temperaturës dhe zhdukjen e leukocitozës u arrit normalizimi i nivelit të bilirubinës në gjak dhe atëhere kur fenomenet e insuficiencës kardiovaskulare ruheshin.

Në 12 të sëmurë nuk u vrejten fenomene të insuficiencës kardiovaskulare por megjithatë u vrejti rritja e nivelit të bilirubinës dhe urobilinës.

Sipas opinionit të autorëve hiperbilirubinemia mund të shpjegohet jo vetëm me stazën në hepar por shënjat e hiperbilirubinemisë shihen dhe në infarktën e miokardit me fenomene të insuficiencës kardiovaskulare. Nuk përjashtohet dhe mundësia e hemolizës gjatë prezencës së vatrave nekrotike në miokard. Por për mungesën e saj flet sasia normale e retikulociteve. Autorët mendojnë se dëmtimi i funksionit pigmentar të heparit në periudhën akute të infarktit mund të shpjegohet si rezultat i hipoksisë së heparit që zhvillohet në kuadrin e një stresi.

## MJEKIMI I INSUFICIENCËS RENALE AKUTE

Kullakov B. P.

Kliniqeska medicina 1964, 8, 64

Insuficiencia akute renale më shpesh lind si rezultat i dëmtimit të kanaleve dhe indit intersticial renal. Më shpesh insuficiencia renale zhvillohet si rezultat i shokut ose i veprimeve toksike të shkaktuara nga agjentë të ndryshëm. Dekursi klinik insuficiencës akute mund të ndahet në katër periudha.

Periudha fillestare në të cilën çfaqen veçoritë e veprimit të faktorit që shkakton insuficiencën akute (shok, hemolizë, intoksikacion, infeksion etj.)

Periudha e oliguris, anurisë.

Periudha e rivendosjes së diurezës, ku ndodh jo vetëm nxjerrja e tepërt e ujrave por dhe humbja e elektroliteve, në të cilën mund të zhvillohet hipokalemia.

Periudha e shërimit.

Tek të sëmurët me sepsis post abort që shëoqërohen me anuri duhet të aplikohen serume antiaugrenoze, antibiotikë, kryesisht penicilinë. Gjatë hemolizës intravazale që zhvillohet shpejt duhet të bëhet transfuzion i gjakut i cili ndihmon në largimin e shokut, në doza të mëdha 4-5 litra. Gjatë mungesës së hemolizës duhet të bëhen sasira të vogla gjaku për të stabilizuar.

zuar anemone. Në ato raste kur nuk largohen fenomenet e kolapsit rezultat jep aplikimi i nora-drenalinës me glukozë guta gut.

Sipas rasit që çon në insuficiencën renale bëhet lavazhi i stomahut dhe futja e antidotit gjatë helmimit me kripra të metaleve të rënda.

Gjatë insuficiencës renale akute rëndësi ka dëmtimi i sistemit qarkullues renal. Për këtë qëllim duhen aplikuar mjete që përmirësojnë qarkullimin e gjakut. Disa autorë propozojnë dekapsulimin e veshkës së me këtë metodë ulet presioni intrarenal dhe përmirësohet qarkullimi i gjakut. Të tjerë mendojnë futjen e sasive të mëdha të solucioneve kripora me qëllim që të stimulohet diureza nga njera anë dhe të tretet substanca toksike nga ana tjetër. Në kohën e sotme është treguar reziku i kësaj metode në lidhje me zhvillimin e edemës së trurit, pulmos narë etj. Ulja e proteinave të karbotizmit është një prej detyrave në mjekimin e insuficiencës-akute renale, prandaj të sëmurëve u jipen ushqime që nuk përmbajnë proteina.

## KOMPLIKACIONET GJATË MJEKIMIT ME KORTIKOSTEROIDE

Shulcev G. P.

Kliniçeskaja medicina 1964, 8, 145.

Dihet efekti i lartë farmakologjik i kortikosteroideve gjatë shumë formave të sëmundjeve, por krahas me këtë njihen fenomenet anësore, komplikacionet dhe efekti negativ i kësaj terapie. Autori përshkruan shkurt komplikacionet gjatë terapisë së zgjatur me kortikosteroide. Sipas çfaqjeve klinike komplikacionet janë:

1. Reakcioni hipertonic ku maksimalja arrin 150-170 mmHg.
  2. Dëmtimi i qarkullimit kardiovaskular me çfaqjen e dhëmbjeve në regionin e zëmrës, palpitatione, takikardi.
  3. Edema pulmonare akute që kondicionohet nga retensioni i natriumit, i ujit, edema e miokardit.
  4. Dëmtimet gastrointestinale me dhëmbje në regionin epigastrik, hemoragji gastrointestinale, me hepatit që shoqërohen me ikter.
  5. Ndryshimet në kocka në formën e osteoporozës së shprehur të kolonës vertebrale, shtimi i kalciumit në gjak dhe pakësimi i tij në kocka.
  6. Komplikacione infektive si cistite, riakutizime të perikarditeve, pleuriteve etj.
  7. Dëmtime neuropsiqike, psikozat janë akute që shoqërohen me eksitim psikomotor që vazhdon 20-60 ditë dhe zhduket gradualisht.
  8. Sindromi i «heqjes» së preparatit konsiston në reaksionin e organizmit gjatë ndërprerjes së tij ose uljes së dozës. Ka mundësi zhvillimi i atrofisë së suprarenaleve.
  9. Mund të vrehen fenomene dermatitësh.
- Mund të kemi dëmtim të pankreasit në formën e pankreatitit steroid, komplikacione septike etj.

Esenca e komplikacioneve qëndron në hiperkorticismin. Baza e lindjes së këtyre komplikacioneve konsiston në fuqizimin e aktivitetit fiziologjik të preparateve glikokortikoide dhe mine-ralkortikoide.

## EKSPERIENCA E TERAPISË KORTIKOSTEROIDE NË GLOMERULONEFRITE

Ratner M. Ja.

Kliniçeskaja medicina 1964, 8, 26.

Medikamentet e aplikuar deri kohët e fundit në glomerulonefritet kanë dhënë efekte lidhur me disa simptome të sëmundjes, kryesisht mbi hipertoniinë dhe edemat, ndërsa veprimi në procesin e sëmundjes bazë mungonte.

Në vitin 1949 Farnscurd konstatoi se aplikimi i ACTH në doza të mëdha ndihmon në largimin e sindromit nefrotik gjatë glomerulonefriteve. Gjithashtu aplikimi i steroideve sintetikë si prednizonit deksametazoni etj. në doza të larta dhe për një kohë të gjatë siguron sukses të dukëshëm. Në fillim jipen doza ACTH të mëdha 200 mg në ditë ndërsa prednizon 60-80 mg. gjatë 3-4 javëve, pastaj këto preparate aplikohen me cikle tri ditëshe dhe nga 4 ditë pushim. Të tilla cikle vazhdojnë 12-18 muaj.

Bred e bashkëpunorët vrejti se gjatë glomerulonefriteve pa sindrom nefrotik pakësimi i simptomeve urinare nën influencën e terapisë hormonale bëhet me të njëjtën shpejtësi sikurse dhe kur ekziston sindromi nefrotik.

Autori paraqit analizën e rezultateve të mjekimit me kortikosteroide të 180 të sëmurëve, prej tyre 34 me glomerulonefrit akut dhe 146 me glomerulonefrit kronik. Në akutin zgjatja e sëmundjes që nga 3 muaj deri në një vit, në kronikum nga 1 vit deri në 12 vjet. Të sëmurët me nefrit kronik u ndanë në tre grupe: në grupin e parë me sindrom nefrotik, në të dytin në he-

maturi; në të tretin proteinuri i gr. në ditë dhe hematuri. Tek të gjithë të sëmurët funksioni renal ose ishte i padëmtuar ose pak i ulët. Doza mjekuese e prednizolonit ishte 60 mg. në 24 orë për 3 javë. Neerprerja e preparatit është bërë gradualisht gjatë 7-14 ditë. Gjatë këtij mjekimi u aplikuan antibiotikë si tetraciklinë, sintomicinë, oksitetraciklinë, kalii klorati për prevencimin e edemave është përpunuar djera ku kufizohet natriumi.

Terapia kortikosteroide shkaktonte remisione, të cilat shkaktojnë zhdukjen e simptomëve urinare, sindromit nefrotik, ngren koncentrimin e proteinave të gjakut, ngrihet filtracioni glomerular. Ulja e proteinurisë është dhjet herë, e hematurisë 2-3 herë.

Remisioonet si të pjesëshme ashtu dhe të plota janë dhe në glomerulonefritin akut ashtu dhe në atë kronik, veçim se në akutin janë më të larta se në kronikun. Gjithashtu mund të thuhet se terapia kortikosteroide është efektive në të gjitha çfaqjet e sindromit nefotik në një shkallë mesatare, por është pa rezultat në edemat anasarke. Zgjetja e remisioneve mund të lëkundet nga 2 muaj deri në 3 vjet. Këto rezultate janë më efektive gjatë kurseve të përsëritura të terapisë.

Terapia kortikosteroide tek të sëmurët me glomerulonefrit shkaktonte fenomene anësor-negative si shtim në peshë, lodhje, ngritje të apertit, çrregullime të gjumit, hemorragji gastroe-intestinale, ngritje të presionit të gjakut etj.

## INFLUENCA E TONSILEKTOMISË NË GJENDJEN FUNKSIONALE TË SISTE MIT KARDIOVASKULAR

Kirelev J. K. Kliniqeska medicina 1964, 7, 79.

Rëndësia e problemit të tonsilitit kronik kondicionohet kryesisht me dëmtimin e sistemit kardiovaskular. Tonsilektomia si metoda më radikale e mjekimit të të sëmurëve me tonsilit kronik ka marrë një përhapje të gjërë. Autori ka studjuar 104 të sëmurë me tonsilit kronik me moshë nga 19-24 vjeç para operacionit dhe 3-7 ditë pas operacionit, ndërsa 72 të sëmurë për një periudhë të largët mbas tonsilektomisë (2-22 muaj).

U studjua gjithashtu zëmra e sistemit periferik i qarkullimit të gjakut, u përcaktuan shpejtësia e qarkullimit të gjakut, u bë prova funksionale Shiangë, u aplikua EKG., balli stografogrami, rendtgenokimografia, oscilografia etj.

Studimi i gjendjes funksionale të sistemit kardiovaskular në një periudhë të afërt mbas tonsilektomisë tregon për influencën favorizuese të këtij operacioni në aparatit qarkullues.

## INFLUENCA E STROFANTIKËS NË ZGJATJEN E PERIUDHËS SË SISTOLËS

Svjercokova T. S. Kliniqeskaja medicina 1964, 7, 53.

Vitet e fundit kanë çmuar funksionin kontraktues të miokardit me anën e rrugës së për-caktimit të zgjatjes së sistolës, e cila siç dihet përbëhet nga periudha e tendosjes dhe e lëshimit.

Disa autorë kanë konstatuar se në normë zgjatja e periudhave të kontraktimit të zëmërës është e qëndrueshme, ndërsa kufijt e ndryshimit të saj janë të kufizuara. Në kondita patolo-gjike ndryshimet e zgjatjes së periudhës së sistolës varen kryesisht nga faktorë hemodinamikë (vese të zëmërës) ose nga dëmtime primare të miokardit (miokardite, kardioskleroza).

Gjatë mjekimit të insuficiencës kardiovaskulare një aplikim të gjërë ka gjetur strofantina. Mirë është studjuar influenca e saj në proceset biokimike të miokardit — në metabolizmin e fosfatideve, në kërkesën për oksigjen, glukozës, acidit laktik. Influenca e strofantinës në zgja-tjen e periudhës së sistolës ose (mbi funksionin kontraktues të miokardit) është studjuar pak.

Autori ka observuar 20 të sëmurë me insuficiencë kardiovaskulare të gradës së II-të, 8 vuanin nga vese të zëmërës, 7 me pneumoskleroze dhe cor pulmonal, 5 me kardioskleroze difuze. Moshë e të sëmurëve nga 20-59. Me strofantinë u mjekuan 14 të sëmurë, me korglikon 3, digoksinë 3. Dinamika e zgjatjes së periudhave të sistolës u vrejt pas 5-10 minutash pas futjes së strofantinës ndryshimet arritën maksimumin pas 30-45 minuta dhe u ulën pas 1-1,5 orë. Kjo tregon se ve-pririmi i strofantinës zgjat më shumë se një orë e gjysëm.

Tek të sëmurët me pneumoskleroze dhe cor pulmonal ndryshimet e zgjatjes së periudhës së sistolës nën influencën e strofantinës nuk u vrejtën kjo shpjegohet siç duket se insuficienca kardio-vaskulare tek këta të sëmurë shkaktohet nga dobësimi i fuqisë kontraktuese të ventri-kulit të djathtë.

Pastaj autori merret me përshkrimin e një rasti.

Nën influencën e korglikonit dhe digoksinës vrehen ndryshime analogjike por më pak të shprehura sesa gjatë aplikimit të strofantinës.

## MJEKIMI I TË SËMURËVE TË MOSHËS SË KALUAR ME MORBUS HIPERTONICUS (FORMA CEREBRALE) ME HIPOTIAZID DHE RESERPINË

Mankovski N.B., Draçeva Z. N., Vainshtok J. B.  
Kliničeskaja medicina 1965, 1,92

*Morbus hipertonicus* forma cerebrale më shumë takohet tek njerëzit e moshës së kaluar. Mjekimi i tyre është i vështitë se ajo shoqërohet me aterosklerozë. Mjetet e ndryshme vazodilatatore tregojnë pak efekt.

A. L. Miasnikov propozon kombinimin e preparateve hipotiazid, rezepinë, dibazol, nambutal nën emërin «depresin», kjo shpejt ul tensionin arterial dhe në ato raste ku preparatet neuroplegjiqe nuk kanë patur rezultat.

Sipas Morison, Schroeder etj. në moshën mbi 60 vjeç është i kundërvindshëm aplikimi i preparateve ganglioplegjiqe.

Autorët kanë përdorur kombinimin e hipotiazidit me rezepinë gjatë mjekimit të të sëmurëve mbi 60 vjeç. Hipotiazidi u dha në doza të ndërprera 12,5 mg. 1-2 herë në ditë (mëngjes ose mëngjes dhe ditën) Rezepina u fillua me 0.1-0,12 mg. nga një herë ose dy herë në ditë (para gjumit) Së bashku me hipotiazidin jepet kalii klorat ose kalii acetat. Gjatë këtij aplikimi u arrit një efekt diuretik vetëm ditën, u përmirësua gjumi, të sëmurët u mjekuan ambulatorisht, zgjatja e mjekimit nga 3-4 muaj deri në një vit. Nën mbikqyrje autorët kishin 52 të sëmurë me moshë 60-75 vjeç me formë cerebrale të morbus hipertonicus, prej tyre 24 burra dhe 28 gra. Tek 43 stadi i dytë i morbus hipertonicus ndërsa tek 9 stadi i tretë. Në 38 të sëmurë sëmundja zhvillohej sipas formës cerebrale, ndërsa tek 14 cerebrokardiake. Skleroza e enëve cerebrale u vrejti tek të gjithë të sëmurët.

Para mjekimit të sëmurët ankoheshin për dhëmbje koke në regionin fronto-okspital pagjumësi, vertigo dhe nauze, zhurmë në veshë, dhëmbje në regionin e zemrës dhe palpitatione. Nga ana e ekzaminimit të sistemit nervor tek shumica nuk kishte patologji organike, vetëm tek 6 paraliza dhe pareza të ekstremiteteve nga insultet cerebrale të kaluara. Në zemër zgjerim i ventrikulit të majtë dhe akcentim i tonit të dytë, në E.K.G. ndryshime tipike për morbus hipertonicus dhe aterosklerozë. Niveli i tensionit arterial mesatar 204/113 mmHg.

U bë mjekimi gjithashtu në 31 të sëmurë grup kontrolli, me moshë nga 26-58 vjeç, ateroskleroza ishte më pak e shprehur, tensioni arterial 195/118 mmHg.

Efekti hipotensiv tek të sëmurët e moshës së kaluar ishte absolut tek të gjithë. Presioni sistolik u ul rreth 41 mmHG dhe diastoliku 22,3 mmHg. Në gjendje neurologjike nuk u vrejtën ndryshime të dukshme. Tek shumica u zhduk dhëmbja e kokës, u vendos gjumi normal, u pakësua ose u zhdukën vertigot, dhëmbja në zemër dhe palpitationet. Edhe tek grupi i kontrollit u muarën të njëjtat rezultate. Mjekimi tek të dy grupet nuk dha ndonjë komplikacion.

Prandaj kombinimi i hipotiazidit me rezepinë mund të përdoret me sukses në mjekimin e të sëmurëve në formë cerebrale të morbus hipertonicus stadi II-III, në ato raste kur mjetet e tjera nuk japin efekt. Kjo mund të rekomandohet dhe ambulatorisht. Dozat e vogla të hipotiazidit dhe të rezepinës në moshë të kaluar japin të njëjtin efekt me doza dyfishe në moshën e re dhe mesatare.

## LËKUNDJET DITORE TË GJENDJES FUNKSIONALE TË KORTIKOSUPRARENALES TEK TË SËMURËT ME ASTME BRONKIALE.

Alekperov M. A. Tarapevtičeskij Arhiv 1964, 8,90

Autori përcaktoi eliminimin e 17 ketosteroideve dhe 17 oksikortikosteroideve në orë të ndryshme të ditës dhe natës duke e marrë urinën në 4 porcione (mëngjes, paradite, mbasdite dhe natën) Studimi u bë në 37 të sëmurë me astme bronkiale, 16 gra dhe 21 burra, 23 me formë të lehtë dhe 14 me formë të rëndë.



Ekzaminimet treguan se tek gratë në formë të lehtë, përmbajtja e 17 ketosteroidëve lëkundej nga 30-35% në mëngjes, 28,24% para dite, 23,4% mbas dite dhe 16,2% natën. Këto të dhëna tregojnë pakësimin e eliminimit në të gjitha porcionet. Pas mjekimit u vrejt rritja e eliminimit të 17 ketosteroidëve në orët e mëngjesit, paradites dhe mbas dites.

Tek të sëmurët me formë të lehtë vrehet rritja e eliminimit të 17 oksikortikosteroidëve në të gjitha porcionet por më tepër në orët e natës. Pas mjekimit u normalizua eliminimi.

Tek gratë me forma të rënda të astmës bronkiale eliminimi ditë i 17 ketosteroidëve ishte shumë i ulur në porcionin e mëngjesit, para ditës, mbasditës dhe natës. Pas mjekimit në të gjithë të sëmurët u pa rritja e 17 ketosteroidëve në të 4 porcionet. Eliminimi dhe lëkundjet ditore të 17 ketosteroidëve tek burrat me asma bronkiale të formës së lehtë dhe të rënda pak dallohet nga gratë.

Në kohën e akutizimit kemi ulje të eliminimit të 17 ketosteroidëve dhe 17 oksikortikosteroidëve dhe pjesa më e madhe nuk eliminohet në mëngjes si në njerëzit normalë por para dite. Pas mjekimit eliminimi i tyre fillon të normalizohet dhe pak dallohet nga njerëzit normalë. Ndërsa 17 oksikortikosteroidet eliminohen më shumë gjatë akutizimit dhe sidomos në porcionet natës.

Gjatë akutizimeve siç duket korja e surenave ngrë veprimtarin e saj dhe rritja e 17 oksikortikosteroidëve konsiderohet si proces kompensator. Aksesit i dispnecë mobilizon sistemin hipofizosurrenal.

Ngritja e 17 oksikortikosteroidëve mund të lidhet me atë që organizmi ndodhet në gjendjen e mobilizimit të mekanizmeve mbrojtëse duke përfshirë në këtë mënyrë dhe koren surenale. Mbas mjekimit dhe në kohën e remisitit 17 oksikortikosteroidët normalizohen dhe nuk dallohen nga norma.

Tek të sëmurët me astmë bronkiale pra ekziston një regjim ditë i caktuar në krijimin e hormoneve të surenave. Duke i studjuar ato, shohim që lëkundjet janë në orët e ndryshme të ditës. Kjo bën që të përdoret në mënyrë më racionale hormonoterapia.

## STEROIDET ANABOLIKE PROTEINIKE NË MJEKIMIN E INSUFICIENCËS RENALE AKUTE

Novikov Ju. I., Skaçillova N. N. Terapevtičeskij Arhiv 1964, 8,79

Aplikimi i steroidëve anabolike në mjekimin e insuficiencës renale akute paraqet interes se prognoza e kësaj sëmundjeje mvarret nga metabolizmi i proteinave.

Mbi efektin e testosteronit gjatë uremisë eksperimentale i pari ka folur Selye 1940. Blagg dhe Parsons panë uljen e katabolizmit proteinik nën influencën e testosteronit 37% dhe progesteronit 24%.

Disa autorë nuk kanë marrë rezultate pozitive të hormoneve anabolike gjatë insuficiencës akute dhe kronike (Gerber, Cottier).

Autorët përmendin rezultatet e mjekimit me steroide anabolik të 20 të sëmurëve me insuficiencë renale akute që zhvillohet si rezultat i hemotransfuzionit. Është përdorur testosteron propionati dhe prodhimi i tij dianaboli. Të gjithë të sëmurët ishin gra me moshë 22 deri 49 vjeç.

Hormonet u aplikuan në 10 të sëmurë në periudhën oligoanurike në ditën e tretë dhe të pestë të sëmundjes me simptoma të uremisë që rritesh progresivisht. Të sëmurët në këtë periudhë u mbajtën me dietë dhe regjim hidrosalin, gjithësej 1500-1600 kalori, jo më shumë se 26-28 gr. proteina.

U përcaktua urea, elektrolitet në gjak dhe urinë, presioni osmotik, EKG, rezervat alkaline. Testosteronpropionati u aplikua në doza 25 mg.-150 mg. në 24 orë në periudhën e oligoanurisë. Kursi i mjekimit zgjat 5-14 ditë.

Metandrosteroloni në periudhën e oligoanurisë u aplikua në doza 20-30 mg. dhe në poliuri u ul në 10 mg. Në ditët e para ky preparat nuk pati efekt, ndërsa kur u kombinua me progesteron 20-30 mg. pati efekt të dukshëm sidomos në uljen e azotemisë.

Hormonet anabolike u aplikuan tek 6 të sëmurë me insuficiencë akute renale që ishin komplikuar me procese infektive (peritonit, laringit uremik me asfiksi dhe trakeotomi, qelbëzim i plagës etj). Morën testosteron propionat 100-150 mg. dhe 400-500 ml. glukozë 40% në 24 orë kombinuar me insulinë. Njëkohësisht u aplikua dhe hemodializa. Pas mjekimit u shtua oreksi, shtuan në peshë, u përmirësua gjendja e përgjithëshme e pacientëve. U rrit sasia totale e proteinave për llogari të shtimit të albuminave dhe uljes së globulinave e cila u ruajt gjatë gjithë kohës.

Këto steroidet dhanë disa fenomene anësore që shpejt u zhdakën si ulja e timbrit të zërit, hemoragji nga mitra, ndjenjë nxehtësie në fytyrë etj.

Dianaboli nuk është përdorur në doza më të larta se 25-30 mg. në 24 orë me fillimin e periudhës së poliurisë dozat u ulën gradualisht deri në 10 mg. në 24 orë. Këqësimi i funksionit hepatic siç citon Schnack dhe bashkëpunorët, nuk u vrejt.

## MBI FUNKSIONIN E KORTEKSIT SURENAL NË SINDROMIN NEFROTIK

GALEOTTI I

Minerva Medica 1963, 54, 1941

Në sindromin nefrotik ka një shtim të sekrecionit të natriumit. Gjithashtu është parë se tek nefrotikët kemi një shtim të eliminimit të aldosteronit. Aldosteronija varet nga shtimi i retencionit të hormonit të korteksit surenal.

Sot mendohet se hipovolemia stimulon receptorët e vendosur në karotidet dhe prej këndej impulset nervore shkojnë në «sistemin limbik» (gjendrat pineale, komisura posterior), ku çlirohet «adrenoglomerulotrofina», që stimulon zonën glomerulare surenale për prodhimin e aldosteronit. Edemat nefrotike nuk rravren vetëm nga hipo dhe disprotidemia por edhe nga një absorbim i madh i natriumit në nivelin e tubulave renale dhe shkaktoar nga hiperaldosteronizimi.

E. Fjaschi dhe L. Campanacci kanë dozuar aldosteronin në urinë dhe 17 hidrokortikosteroidet e lirë të plazmës dhe ato që eliminohen në urinë, 17 ketosteroidet në urinë, dhe kanë vërejtur se aldesteruria është e shtuar vetëm në sindromin nefrotik pa insuficiencë renale. Në qoftë se ka insuficiencë renale atëherë aldosteroni është normal. Autorët kanë vërejtur që ekuilibri hidrik dhe elektrolitik janë independent nga ekskrecioni i aldosteronit.

Gjithashtu ka një shtim të eliminimit urinar dhe të adiuretinës Ndërsa kemi pakësimin e koncentrimin plazmatik të 17 hidrokortikosteroidëve të lira gjë e cila mund të shpjegohet me pakësimin e aktivitetit sekretor të gjëndrës së korteksit surenal. Në personat me sindrom nefrotik pa insuficiencë surenale kemi një shtim të eliminimit të 17 hidrokortikosteroidëve dhe 17 ketosteroidëve. Në këta të sëmurë kemi një pakësim të sekrecionit të glukokortikoidëve dhe të hormoneve androgenikë. Në sindromin nefrotik ka një disekuilibër të funksionit renal që karakterizohet nga një predominim i mineralkortidëve mbi glukokortikoidet dhe androgenikët.

## ASTMA BRONKIALE DHE IKTERI

Rafes Ju. I. Terapevtičeski Arhiv 1964,9,114

Për shumë vjet me rradhë autori ka vërejtë kombinimin e astmës bronkiale me hepatitin epidemik. Gjatë kësaj ka vënë re influencë të kënaqëshme në dekursin e astmës bronkiale.

Autori përshkruan rastin e një të sëmurë që i u ndërpre në krizat e astmës bronkiale në periudhën e ikterit dhe u zhdrukën plotësisht për 6 vjet pas kalimit të hepatitit epidemik.

Ai përshkruan gjithashtu rastin e një pacienti që vuante prej 30 vjetësh nga astma bronkiale me akseset të shpeshta dhe kur iu bashkua hepatiti epidemik iu zhdrukën gjatë dekursit të tij akseset dhe 3 muaj pas kalimit të hepatitit.

Pra ikteri vepron pozitivisht gjatë astmës bronkiale, paralizon faktorët që vënë në lëvizje mekanizmat që kondicionojnë lindjen e atakeve.

Pastaj autori flet se ikteri dhe më mirë bile tregojnë efekt klinik gjatë të tilla alergjive si astma bronkiale.

Venulet, Kadlubovski flasin mbi veprimin e shprehur desensibilizues të bilës në bazë të eksperimenteve që kanë bërë në kavie. Cilësi antianafilaktike zotron një prej përbërësve kryesorë të bilës acidi kolik dhe acidi dehidrokolik sintetik. Në eksperiment Kadlubovski ka treguar se acidi dehidrokolik ka një veprim shumë më të dobët se bila.

Bila e plotë frenon çfaqjen e shokut histaminik më mirë se derivatet e saj, kështu dhe astmën bronkiale. Pra rëndësi në veprimin e bilës ka jo vetëm acidi kolik por edhe komponentë të tjerë që nuk dihen prej nesh.

Venulet dhe Kadlubovski mendojnë se influenza e ikterit ka genezë hormonale dhe lidhet me funksionin e kores surenale. Mundet që bila forcon funksionin e sureneve dhe sipas tyre hormonet e kores surenale lidhen me bilën dhe me përbërjen kimike. Këta treguan variësinë e sekrecionit surenal me madhësinë e nxjerrjes së tij.

## PATOGENEZA E DHËMBJEVE TË KARAKTERIT STENOKARDIK NË ATAKET E ASTMËS BRONKIALE

Vasiljev P. N., Rovinski V. J. Sovjetskaja medicina 1965, 1, 123

Në disa pacientë me astmë bronkiale dhe kryesisht në atakët e rënda dhe të gjata vrehen dhëmbje në regionin e zemrës ose prapa sternumit dhe nganjëherë me iradim në shpatullën e majtë. Këtë dhëmbje sidomos në persona të moshës së vjetër klinikistët e kanë shikuar si *angina pectoris* të kondicionuar nga faktorë emocionalë dhe lodhje fizike në kohën e astmës bronkiale dhe me refleksin pulm koronar.

Të tilla dhëmbje mund të lidhen me hipoksinë e miokardit si rezultat i hipoksisë së përgjithëshme gjatë dëmtimit të kalushmërisë bronkiale në kohën e gjendjes astmatike. Një prej shkaqeve të hipoksisë së miokardit janë ndryshimet që lindin në arteriet e vetë muskulit kardiak në kohën e atakut astmatik. Këto dhëmbje nganjëherë zhduken shumë pak ose ndërpriten nga nitroglicerina dhe në mirë nga terapia me oksigjen.

Pa marrë parasysh se ajo është vetëm komponent hipoksik alergjik, ndryshimet e muskulit të zemrës tek të sëmurët me asma bronkiale duke shkaktuar ndryshime të arterieve fiton një rëndësi të veçantë.

Margarita Vullkaj.

## STUDIMI I EFEKTIT SPAZMOLITIK TË DIETIFENIT GJATË STENOKARDISË

Levina S.A., Gruzina E. A. Sovjetskaja medicina 1964, 12, 103

Ky preparat ka dhe emra të tjerë si korargil, trimanyl etj. Bën zgjerimin e enëve koronare si në eksperiment tek kafshët ashtu dhe tek zemra e izoluar. Autorët kanë bërë studimin mbi 53 të sëmurë (25 gra dhe 28 burra) në moshë nga 40-70 vjeç. Stenokardia mund të shoqërohet me *morbus hipertonicus* të stadeve të ndryshme, aterosklerozë, infarkt. Tek 18 u konstatua insuficienca kardiovaskulare e gradave të ndryshme. 40 të sëmurë morën preparatin nga 0.025 gr. 3 herë në ditë në tableta, ndërsa të tjerët 0.2% 5 ml. 1 herë në ditë intravenoz.

Tek të gjithë të sëmurët para aplikimit të preparatit persistonin krizat e stenokardisë. Tek shumica kishte ndryshime nga ana e EKG. Pas mjekimit kemi përmirësim të indekseve të EKG. Sidomos nga ana e kompleksit ventrikular, intervalit ST dhe dhëmbit T. Më tepër efekt kanë ndryshimet e EKG, futja intravenoze e preparatit pastaj perorale. Tek 32 pacientë tensioni arterial u ul. U rrit tek shumica e të sëmurëve kapaciteti vital, prova e mbajtjes së frymës. Treguesit e kapilaroskopisë në shumicën e të sëmurëve tregojnë për zgjerim të rrjetës kapilare në membranat mukoze.

(Përmbledhur nga Margarita Vullkaj)

## KLINIKA E ASKARIDOZËS

Llimahina M. A. Kliničeskaja medicina 1965, 2, 16

Sipas klasifikimit të V. P. Podjapolskit në klinikën e askaridozës duhet të dallojmë stadin e migracionit, intestinal dhe stadin e komplikacionit të askaridozës.

Gjatë stadi të parë askaridoza mund të zhvillohet pa simptome, në raste të tjera në pamjen e infiltrateve fokolare pulmonare që shoqërohen me euzinofili, pneumoni dhe bronkite akute, urtikarie. Në rastin e infiltrateve pulmonare ka zakonisht temperaturë subfebrile, ankohen për lodhje, oreks jo të mirë, dhëmbje në gjoks, pak kollë të thatë. Perkusioni dhe auskultacioni jep të dhëna vetëm kur sipërfaqja e infiltratit është e madhe. Në gjak vrehen euzinofili me sedimentacion të rritur. Sputumi përmban shpesh gjak, euzinofile, kristale të Charcot-Layden.

Të sëmurët ankohen për rritje ose pakësim të oreksit, vjellje, nauze, dhëmbje në bark, në epigastër ose rritje kërtfizes, rrallë në cekun, të cilat nuk lidhen me marrjen e ushqimit, në disa vrehet kortipacion ose diare, nganjëherë shoqërohet me temperaturë të lartë 40°. Në raste të veçanta ajo mund të simulojë një apendicit, ulçer duodenale ose ventrikuli dhe sëmundje të tjera.

Shpesh kemi dëmtim të sistemit nervor. Vrehen dhëmbje koke, eksitueshmëri gjum jo i qetë, lodhje e shpejtë, apati, ulje e kujtesës, rënie e aftësisë për punë. Në disa raste mund të zhvillohet gjendje depresive, atake epileptike dhe hysterike, simptomokompleksi Menier, fenomeni meningeale. Tek fëmijët disa herë forma të korea minor. Vrehen ndryshime në *fundus oculi*, anizokoria, ataksi etj. Edhe në këtë fazë mund të kemi fenomen të urtikaries, astmë bronkiale, bronkit astmatik.

Nga ana e sistemit kardiovaskular mund të kemi zmadhimin e zemrës, zhurmë sistolike, tone të shurdhëta, bradikardi, ulje e presionit arterial dhe venoz.

Komplikacionet e stadiit intestinal të askaridozës mund të jenë shumë të rënda dhe të çojnë në vdekje. Komplikacioni më i shpeshtë është ileusi.

Shumë autorë kanë vërejtur askaridozë të heparit dhe të kolecistit, me mungesë të ikterit dhe prezencë të leukocitozës. Në hepar mund të formohen procese purulente ose purulente nekrotike.

Është përshkruar dhe rasti i askaridozës së pankreasit. Nga 64 raste të askaridozës së rrugëve biliare të përshkruara në literaturë në 3 është vërejtur penetrimi në *ductus pankreaticus*. Gjatë askaridozës së pankreasit ka dhëmbje të forta që shoqërohen më kolaps, shpesh ka të vjella.

Janë të njohura rastet e depërtimit të askaridit në rrugët urinare, vaginale, tubin eustakit, në organe e inde të tjera.

### DISTIREOZA NË ASPEKTIN E SOTËM

Nikolajev O.V., Kasavina B.S., Kolçinskaja T.A.  
Kliniçeskaja medicina 1965,2,13

Gjatë studimit të patologjisë së strumës nodulare, endemike ose sporadike dhe proliferimit sekondar ndryshime regresive dhe destruktive, del se prishen proceset e metabolizmit të indit të gjëndrave dhe sinteza e hormoneve të saj.

Janë vërejtur devijime nga norma në fraksionet jo proteinike të gjakut në të sëmurët me sëmundje të gjendrës tiroide dhe sidomos gjatë strumës eutiroidë. Treguesi i aktivitetit të qelizës së gjendrës tiroide sipas De Groot dhe Devis është përmbajtja e sukcindehidrazave. Krahasimit ekzogjen rëndësi ka dhe hormoni tireotrop, niveli i elektrolitëve dhe kompleksi i mikroelementëve në organizëm.

Është e rëndësishme të konstatohet raporti midis ndërtimit morfologjik të sektorëve të ndryshëm të gjendrës dhe kimizmit të saj duke ekzaminuar me anë të metodave biokimike. Rëndësi ka përcaktimi i heksaminave që pasqyrojnë sasinë e përgjithshme të acideve mukopolisaharide.

Gjatë strumës nodulare eutiroidë në të gjithë të sëmurët u vërejt rritje e përmbajtjes së heksaminave deri në 230 mg% nga 100 mg% që është në normë. Studimi i acidit ribonukleik dhe dezoksiribonukleik ka rëndësi të madhe për të përcaktuar aktivitetin funksional të gjendrës dhe proceset proliferative (Mills, Prise).

Ekzaminimet kanë treguar se në stadet e herëshme në përbërje kimike të nyjes strumike kemi rritje të acidit ribonukleik dhe dezoksiribonukleik, ndërsa kolageni dhe mukopolisaharidet në krahasim me normën ndryshojnë. Kolageni ndryshon nga 6-24 mg%.

Në qoftë se struma nodulare do të shikohet si gjendje prekancroze atëherë indikacionet për operacion profilaktik kanë shpjegim patogjenetik.

### DISA ÇESHITJE TË DEKURSIT TË PNEUMONISË KRUPOZE NË VITET E FUNDIT

Rejvkin B.A. Kliniçeskaja medicina 1964,12,22

Morboziteti nga pneumonia dhe format e veçanta të saj gjatë dhjetë vjetëve të fundit ka ndryshuar në mënyrë të dukshme.

Është ulur vëndi që zën pneumonia krupoze në numurin e përgjithshëm të pneumonive nga 36,3% më 1956 në 0,3-0,5% në këto 3 vjetët e fundit (N.S. Molčanov). Ka ndryshuar përbërja e moshës të të sëmurëve me pneumoni krupoze, nëqoftëse më 1949 deri më 1955 më të rinj se 50 vjeç ishin 63,9% 70% vitet e fundit arriti në 44%.

Pneumokoku i tipit të parë haset 1,5 herë më shumë në pneumoninë krupozë, ndërsa letalitë më të madh sjet pneumokoku i tipit të I dhe III Ulla e përqëndrojnë të pneumonisë krupoze me mbizotërim të bronkopneumonisë lidhet me ndryshimin e karakterit të mikroflorës

sidomos të pneumokokut që është më i ndjeshëm ndaj antibiotikëve se sa të tjerët. Aplikimi i terapisë antibakteriale ka ndryshuar kuadrin klinikomorfologjik të sëmundjes dhe shumë herë pneumonia merret si bronkopneumoni.

Në kohën e sotme, gjatë aplikimit të herëshëm të antibakterialeve, pneumonia krupoze paraqet zakonisht karakter segmentar por janë dhe mbeten karakteristike edema mikrobiale, infiltracioni dhe mungesa e ndryshimeve peribronkiale.

Terapia bakteriale dëmton zhvillimin ciklik të sëmundjes, rrit numurin e formave të lehta dhe abortive, ul komplikacionin dhe letalitetin, format e lehta mund të çfaqen vetëm po të fillohet mjekimi 48 orët e para të sëmundjes, ndërsa ato të pa mjekuarat kanë simptomatologji klasike. Kjo terapi çon në shkurtimin e periudhës së temperaturës, rallë takohet rënia kritike, dëmtohet dekursi ciklik i simptomave klasike fizike.

Simptome bazë sot qëndrojnë kollja, dhëmbja në gjoks, fillimi akut, temperatura, kliminimi i gëlbasës, dispneja, rale krepitante, gëlbaza ngjyrë ndryshku, herpes. Dëmtimet hemodinamike shprehën jo në mënyrë të theksuar dhe kanë karakter të përkohshëm. Leukocitoza është jo e shprehur në 30%, kurse leukopenia vrehet në 10%. Në periudhën akute vrehen ndryshime nga ana e heparit, rënia e sheqerit në gjak, ulja e proteinave dhe e albuminave, ngritja e globulinave dhe e fibrinogjenit, rritja e azolit e bilirubinës, mbajtja e klorureve, rritja e urobilinës në urinë, 8 vjetët e fundit letaliteti nuk kalon 0.03-0.058%.

Me mjekimin racional që u bëhet të sëmurëve shërimi i plotë vrehet në 64%, pneumoskleroza në 10,3%, pneumopatia kronike në 25.6%.

## DINAMIKA E C—R. PROTEINAVE TEK TË SËMURËT INFEKTIVË

Bolshun I.I., Bejlinkina E.M. Kliniqeskaja medicina 1965,1,39

Proteina C-R reaktive në serumin e gjakut të njerëzve të shëndoshë mungon. Ajo është e lidhur me lindjen në organizëm të proceseve patologjike që karakterizohen me ndryshime inflamatore dhe destruktive në inde dhe nuk mvaret nga etiologjia e sëmundjes.

C-R proteina çfaqet në ditët e para të sëmundjes, pastaj ulet shpejt, zhduket nga gjaku shumë më shpejt se sa shërimi klinik. Koncentrimi i saj mvaret nga rëndimi i procesit patologjik prandaj përcaktimi i saj në gjak ka rëndësi jo vetëm diagnostike por edhe prognostike.

C-R proteina u zbulua më 1930 nga Tilet dhe Frensis. Nga ana e përbërjes kimike është e ngjashme me albuminat dhe ka cilësinë e antigenit M.C.Carty (1947) e mcri në gjendjen e kristalitë dhe kjo bëri prodhimin e serumit anti C.R.P.

Punime mbi përcaktimin e saj në gjak gjatë sëmundjeve infektive kanë bërë Ash, Havens, etj. Janë pak punime në lidhje me përcaktimin në skarlatinë.

Autorët kanë përcaktuar C.R.P. në serumin e gjakut të 471 të sëmurëve me sëmundje infektive (1560 analiza me metodën Anderson dhe Makart). Të sëmurët ishin me infeksione të ndryshme pneumokoksike, virusale, rikezioza, infeksione kronike etj.

Në periudhën akute të sëmundjes në të gjithë të sëmurët C.R.P. u vrejt me të njëjtën shpeshësi, nga koket 69% pozitiv, infeksionet virusale 63% dhe bacilare 61%. C.R.P. vrehet më tepër tek të sëmurët me formë të rëndë dhe mesatare të sëmundjes, në format e lehta më pak.

Gjatë formave të rënda dhe mesatare të sëmundjes C.R.P. përcaktohet për një kohë më të gjatë se sa në format e lehta.

Autorët kanë vrejtë paralelizëm midis intensitetit të raksionit dhe shifrave të larta të bilirubinës, aktivitetit të aldolazës dhe transaminazës në gjak. Si rregull intensitetit i raksionit vrehet dhe gjatë shpejtimit të sedimentacionit më shumë se 12 mm në orë. Gjatë dekursit kronik të sëmundjes (dizanteri kronike, brucelozë etj). Vrehet raksion negativ, gjatë akuitizimit dhe recidivës përsëri çfaqet C-R- Proteina.

## ELIMINIMI I UROPEPSINËS GJATË MJEKIMIT TË ASTMES BRONKIALE ME HORMONE STEROIDE.

Frenkel G. N. Kliniqeskaja medicina 1964,12,82.

Uropepsina është një ferment proteolitik që formohet në mukozën e stomakut. Sekretioni i saj rregullohet nga sistemi hipofizoadrenalik. Ndryshimet në sasinë e uropepsinës shumë autorë i shpjegojnë me pakësimin e punës së korteksit surenal. Ka punime që lidhin sekretimin e saj me ACTH dhe kortikosteroidet.

Më 1956 Fritz përcaktoi eliminimin e uropepsinës para dhe pas injeksioneve të ACTH dhe rezultatet e marra u gjykan lidhur me funksionin e surrenales. Gjatë kësaj prove shumë autorë kanë vërejtur paralelizëm midis uropepsinës dhe 17 ketosteroidëve.

Përcaktimi i sasisë së uropepsinës së ekskretuar gjatë astmës bronkiale mund të shërbejë si një nga testet për gjykimin e gjendjes funksionale të korteksit surrenal. Sipas B.B. Kogan, eliminimi i 17 ketosteroidëve ulet në kohën e atakut astmatik dhe ngrihet gjatë remisioneve të pas mjekimit me kortikosteroide, megjithëse të fundit frenojnë funksionin e kores surrenale. Ai thekson se ulja e funksionit të kores surrenale gjatë astmës bronkiale lidhet me gjendjen alergjike të organizmit gjatë kësaj sëmundjeje.

Autori ka studjuar 76 të sëmurë me astmë bronkiale në moshë nga 18-72 vjeç, në 51 të sëmurë formë e rëndë, në 10 formë e lehtë dhe në 15 gjendje remisioni.

Në 40 të sëmurë të rëndë nga 51, uropepsina ishte ndënë nivelin normal. Për mjekim u përdorën doza të vogla prednizoloni 5 mg. 3 herë në ditë gjatë 3 ditëve, pastaj 4,5-5 mg dhe pas 3 ditëve 3,5 mg. Në periudhën e atakeve dhe në fund të mjekimit me prednizolon nuk rritet niveli i uropepsinës dhe pas 3-5 ditësh nuk u vërejtën ngritje të qëndrueshme dhe të gjata.

Rëndësi paraqitin pacientët me astma bronkiale dhe patologji gastrike dhe në ato ku gjatë mjekimit kemi fenomene të gastritit. Tek të gjithë këta pacientë u rrit niveli i uropepsinës.

Rëndësia e testit të uropepsinës si tregues i gjendjes funksionale të kores surrenale tek të sëmurët me astma bronkiale mund të jetë vetëm mbas ekzaminimit të hollësishtëm të të sëmurit të gjëndjes së traktit digjektiv. Rritja e uropepsinës në kohën e mjekimit të astmës bronkiale me hormone steroide gjatë mungesës së efektit terapeutik flet për fenomene anësore të kortikosteroideve.

## PIRILENI NË KOMPLEKSIN E MJEKIMIT TË ULKUS VENTRIKULI DHE DUODENI

Kreçetova E.P. Sovjetskaja medicina 1964,12,68

Studimet e shumta kanë treguar efektin e madh të mjekimit të të sëmurëve me *ulcus* me preparate ganglio-blokuese (S.M. Riss, A. R. Lluzhis, Kay etj.)

Mjetet ganglio-blokuese njëkohësisht me ndërprerjen e rymës së impulseve krijojnë kushte të favorëshme për funksionin e atyre organeve të cilët ndodhen nën kontrollin e sistemit vegjetativ.

Autori ka aplikuar në të sëmurë me *ulcus ventrikuli* dhe *duodeni* preparatin e ri sintetik pirilen, pak toksik dhe efektiv në përdorimin parenteral, në 35 të sëmurë (33 burra dhe 2 gra), 3 me *ulcus ventrikuli* dhe 32 me *ulcus duodeni*. Të gjithë të sëmurët më përpara kanë përdorur mjekim kundër ulçerës.

Mjekimi u bë në doza 0,0025 gr. 4 herë në ditë ose 0,005 herë ditën dhe të gjithë merrnin intra venoz 10 ml. 10% natrium bromatit. Kursi i mjekimit 2-4 javë. Gjithësejti kanë marrë në një kurs 0.15-0,3 gr. U përdor dieta e Pevznerit 1-2, në regjim shtrati. Rezultati i mjekimit vlerësohet nga zhdukja e dhëmbjeve dhe e çregullimeve dispeptike, dinamika e dëmtimeve objektive dhe zhdukja e simptomit të nishës.

Pirileni dha një afakat të mirë të qetësisë të dhëmbjes tek shumica e të sëmurëve, në ditën e III dhe të V-të u pakësuan ose u zhdukën çregullimet dispeptike, u arrit ulja e aciditetit të lëngut gastrik dhe me anë të röntgenologjisë u tregua se ndihmon në proceset reparative. Zhdukja e nishës u vu re në 12 të sëmurë nga 20.

Shkakton fenomene anësore si konstipacion, thatësi të gojës pakësim të shikimit. Më tepër vrehen këto në ditët e para të mjekimit dhe zhduken pas 4-5 ditësh. Jep lëkundje të tensionit arterial që shoqërohet me kolaps ortostatik prandaj pas marrjes rekomandohet 45-60 minuta pushim. Kombinimi me brom jep rezultate shumë të mira.

## KLINIKA DHE DIAGNOSTIKIMI I RETIKULOSARKOMATOZËS DHE LIMFOSARKOMATOZËS

Allutova G. I. Sovjetskaja medicina 1964,9,118

Të dhënat statistikore flasin mbi rritjen e mortalitetit nga neoformacionet në sistemin limfatik dhe mieloid (retikulolimfo-sarkomatoza, limfogranulomatoza, mielomatoza etj.)

Diagnozat ambulatorie të këtyre sëmundjeve në asnjë rast nuk ishin vendosur drejt dhe shumica e të sëmurëve mjekoheshin për limfadenitë të nyjave limfatike, gastrit, hepatit, radi-

kulit, reumatizëm dhe sëmundje të tjera, kështu, që të sëmurët drejtoheshin në klinikë në shtet e fundit të sëmundjes.

Zgjatja e jetës në këta të sëmurë lëkundet nga 2-3 muaj deri në 2-2,5 vjet. Sëmundja zakonisht zhvillohet gradualisht dhe pastaj evoluon shpejt.

Autori ka observuar 72 të sëmurë prej vitit 1952-62 prej të cilëve 29 u diagnostikuan për retikulosarkomatozë dhe 43 limfosarkomatozë. Prej këtyre 53 ishin burra dhe 19 gra. Moshë e të sëmurëve ishte prej 2 në 60 vjeç, 18 ishin në moshë deri në 15 vjeç. Në 8 të sëmurë sëmundja filloi në mënyrë akute dhe karakterizohej me dhëmbje në bark, nauze, të vjella, temperaturë. Në 3 të sëmurë dhëmbjet e forta abdominale çuan në laparotomi.

Fillimi akut i sëmundjes nganjëherë vrehet dhe me lokalizimin periferik të sëmundjes. Kështu do të kemi zmadhim të shpejtë dhe dhëmbje të nyjave limfatike periferike të qafës, temperaturë të lartë deri 40°, pastaj këto fenomene qetësohen, nyjet limfatike zvogëlohen dhe të sëmurët e ndjejnë vechen më mirë.

Autori më pashtë tregon se jo gjithmonë limfosarkomatoza dhe sidomos retikulosarkomatoza paraqitet me shënjat lokale të tumorit. Në 11 të sëmurë p.sh. ajo filloi me temperaturë dobësi, marrje mendsh.

Zmadhimi i nyjave limfatike në abdomen shoqërohet me dhëmbje barku, zmadhim të abdomenit, konstipacion, nauze, dhëmbje në dy regionet hipokondrike. Në toraks jep dhëmbje kraharorit, kollë, hemoptoe.

Më shpesh preken nyjet limfatike të qafës, pastaj aksilaret, inguinalet, abdominalet dhe mediastinalet, ato aderojnë në mas tyre në konglomerate të mëkëna, mriten shpejt dhe në palpim janë dolente.

Në traktin gastro intestinalë çfaqen simptoma simbas lokalizimit p.sh. në stomak ose zorrë, ku kuadri klinikor radiologjik të kufizon kancerin. Diagnoza e tyre është e vështirë dhe vendoset vetëm me ndihmën e operacionit dhe ekzaminimeve histologjike.

Në gjak, në shumicën e të sëmurëve, zhvillohet anemi hipokrome ulët hemoglobini, leukocitet normale ose të rritura, neutrofilozë, në një pjesë të të sëmurëve euzinofili (5-13%) Sedimentacioni i rritur 20-71 mm/orë.

Pra diagnoza e retikulozave është e vështirë dhe ajo mund të vendoset vetëm në bazë të punkSIONIT dhe ekzaminimit histologjik.

Mjekimi me Ro/terapi tek të sëmurët që ka patur nën observacion autori ka dhënë efekt të shpejtë terapeutik, romisioni zgjat nga disa muaj deri në 1,5 vjet. Pas 4-5 kurse mjekimi, zhvillohet rezistenca kundrejt rrezeve rontgen. Mjekimi me sarkolizinë nuk ka dhënë rezultate pozitive, kurse kombinimi i saj me Ro/terapi përmirëson gjendjen, kombinimi i Ro/terapisë me endoksan (50 mg 3 herë ditën) forcon veprimin e rrezeve rontgen.

## VEÇORITË E DEKURISIT TË VESËVE REUMATIZMALE NË MOSHË TË KALUAR.

Nestrov V. S., Konopljeva L. F. Kliniqeska medicina 1964, 11, 133

Gjatë dhjetë vjetëve, autorët studjuan të sëmurë me vese reumatizmale me moshë mbi 45 vjeç (prej tyre më shumë se 60 vjeç 40 veta dhe 260 të vdekur në po atë moshë, prej tyre mbi 60 vjeç 102 veta). Simbas të dhënave të literaturës moshë mesatare e jetës në të sëmurët me stenozë mitrale është 40-45 vjeç. Për këtë u morën dy grupe të sëmurësh në njërin bënin pjesë 160 veta dhe në grupin e dytë 80. Në grupin e parë 22 ishin me moshë mbi 60 vjeç, kurse në grupin e dytë nga 80 të sëmurë 20 ishin mbi 60 vjeç.

44% e të sëmurëve nuk dinin mbi sëmundjen e tyre dhe «asnjëherë nuk kishin dhëmbje reumatizmale». Shumë prej tyre bënë punë të rëndë fizike dhe gjysma e grave pothuajse kishin patur nga 3 lindje.

Diagnoza e vesëve reumatizmale të zemrës në moshën e kaluar nuk është e lehtë gjithëmonë. Shpesh ato maskohen nga ateroskleroza, kardioskleroza, enfizema dhe pneumoskleroza. Vështirësi ka kur i sëmurë vjen me insuficienç kardiovaskulare dhe aritmi perpetua.

Sipas autorëve, diagnoza mund të bazohet në disa shënjat klinike prej të cilave më me rëndësi është pulsacioni në regionin epigastrik, konus pulmonar, përcaktimi i akcentit të fonit të dytë në arterien pulmonare. Rëndësi ka kur me anë të auskultacionit nuk mund të përcaktojmë ritmin e galopit ose zhurmës diastolike. Për këtë qëllim përdoret ekzaminimi fonokardiografik.

I rëndësishëm është ekzaminimi me anë të F.K.G. sidomos tek të sëmurët që shoqërohen me morbus hipertonicus, ateroskleroza të shprehur, hipertrofi të ventrikulit të majtë.

Për përcaktimin e aktivitetit të procesit rëndësi ka karakteri i temperaturës, sedimentacioni i rritur, leukocitoza me neutrofilozë, prova pozitive e difenilaminës, ngritja e titrit të antistreptolizinës dhe antihialuronidazës. Pozitiviteti i këtyre indekseve tek të rinj dhe të vjetër janë në shifra të afërta ose të njëjta me përjashtim të sedimentacionit që është më i rritur tek të vjetrit.

Prognosa mund të mvaret: 1 - Nga që procesi reumatizmal aktiv haset më rrallë tek të vjetrit 51% ndërsa tek të rinjtë 80%. 2- Nga mungesa ose sasia e pakët e recidivave. 3 - Nga shpeshësia jo e madhe e hipertonisë pulmonare. 4. - Ngushëtimi në shkallë të dukshme i vrimes venoze të majtë tek të vjetërit.

## GIJENDJA E VESHKAVE DHE METABOLIZMI ELEKTROLITIK

Shulga Ju. D., Belinskaja L. P. Terapevitiçeski Arhiv 1964,8,74

Renet janë rrugë bazë e eliminimit të topicës së natriumit dhe kaliumit. Sipas Birchel, Bricker etj. natriumi lehtë filtrohet në glomerula dhe në sasi të mëdha, duke përbërë 99% të pjesës së filtruar, reabsorbohet në kanale. Në konditat e hiponatremisë reabsorbimi i natriumit rritet dhe eliminimi i tij ndërpritet. Reabsorbimi aktiv i natriumit direkt mvaret nga influenca hormonale dhe neurohormonale.

Në dallim nga natriumi, kaliumi lehtë filtrohet dhe absorbohet plotësisht, pastaj sekretohet në pjesët distale të kanaleve. Në kondita fiziologjike proceset e filtrimit, reabsorbimit dhe eliminimit të kaliumit dhe natriumit i bëjnë ngushtë me balancën hidroelektrolitike të organizmit dhe në masë të caktuar përcaktohet nga influenca hormonale në rene. Por në sëmundjet e ndryshme renale edhe në qoftë se mekanizmat regulatorë neurohormonalë janë të ruajtura, vuan metabolizmi hidroelektrolitik.

Autorët për këtë qëllim studjuan hipertenzin, reabsorbimin dhe eliminimin e natriumit, kaliumit, koncentrimin plazmatik tek të sëmurët me *morbus hypertonicus*, nefrit kronik dhe pielonefrit kronik. U ekzaminuan 77 të sëmurët, me *morbus hipertonicus* 41, me pielonefrit kronik 28 dhe nefritkronik 8. Në të gjithë të sëmurët me pielonefrit u vrejt baciluria, sasinë leukocite, fenomene dizurike etj.

Ujje e koncentracionit renal u vrejt në 17 të sëmurët me pielonefrit.

Madhësia e filtracionit glomerular tek sëmundja e të sëmurëve me *morbus hypertonicus* dhe pielonefrit lëkundej 90-130 ml, ndërsa me nefrit kronik 52-93 ml. Filtrimi, reabsorbimi dhe eliminimi i natriumit dhe kaliumit nga veshkat është i ndryshëm dhe varet nga proceset e ndryshme biologjike.

Në të sëmurët me *morbus hypertonicus* u vrejt përmbajtja normale e natriumit në urinë dhe plazëm. Në fenomenet e nefroskleroza reabsorbimi i natriumit ulet 94-96% ndërsa madhësia e filtrimit ulet, koncentrimi në plazëm rritet dhe eliminimi ditot ulet.

Rezultatet e ekzaminimit të sëmurëve me nefrit kronik tregojnë mbi ujje e filtracionit glomerular, kjo lidhet me zhvillimin e insuficiencës renale dhe pakësimi i filtrimit të natriumit dhe kaliumit. Koncentrimi i tyre në plazëm është i lartë. Eliminimi ditot i elektrolitëve pak ulet, po kështu dhe reabsorbimi.

Më tepër lëkundje të metabolizmit elektrolitik u vrejtën tek të sëmurët me pielonefrit. Përmbajtja e tyre në gjak (natriumi) më e ulët se në nefritin kronik dhe *morbus hypertonicus*. Reabsorbimi i natriumit më i ulët. Gjithashtu dhe eliminimi më i ulët. Koncentrimi i kaliumit në gjak ulet po ashtu dhe reabsorbimi, eliminimi ditot i rritur gjë që pasqyron pakësimin e rezervave elektrolitike. Ulet reabsorbimi i kaliumit dhe natriumit në periudhën e riakutizimit të pielonefritit sidomos tek të sëmurët rëndë dhe me ujje të funksionit koncentruar renal.

Ndryshime të reabsorbimit dhe eliminimit të natriumit dhe kaliumit mvaren nga gjendja e sektorëve të ndryshëm të nefronit. Tek të sëmurët me *morbus hypertonicus* reabsorbimi dhe eliminimi i natriumit dhe kaliumit është i dëmtuar. Në nefritin kronik kur pakësohet masa funksionuese e parcnkimës renale, ulet filtrimi i natriumit dhe i kaliumit, ulet reabsorbimi, ndërsa koncentrimi i tyre në gjak është në nivel të lartë.

Pielonefriti kronik sidomos në akutizim karakterizohet me dëmtim të pjesës së kanalit të nefronit dhe më shumë në pjesën distale. Kështu prishet reabsorbimi dhe eliminimi i elektrolitëve me hiponatremi hiponatriuri, hipokalemi dhe hipokalcuri.

Lëkundjet e metabolizmit të natriumit dhe të kaliumit sidomos tek të sëmurët me nefrit dhe pielonefrit kondicionohen me proceset patologjike në rene. Ndryshimet e reabsorbimit dhe eliminimit janë studjuar në pacientë duke i dhënë dietën e zakonshme.

## INFLUENCA E PREDNIZOLONIT NË AKTIVITETIN KARDIAK GJATË SËMUNDJEVE TË HEPARIT, RENEVE DHE REUMATIZMIT

Andrejev A.I. Kliniqeskaia medici na 1965,1,79.

Deri më sot nuk ka mendime të njëjta mbi influencën e kortikosteroidëve në muskulin kardiak. Sipas të dhënave kliniko-eksperimentale, kortikosteroidet nganjëherë tregojnë influencë negative mbi muskulin kardiak. (J. A. Kasirski, Lutz, Selye etj).



Të 20 të sëmurët nga hepari morën mjekim me prednizolon kombinuar me vitaminë C, B<sub>12</sub>, B<sub>6</sub>, riboflavinë, me antibiotikë dhe dietë, doza e kursit mesatarisht 350 mgr. prednizolon.  
Gjatë terapisë u panë disa ndryshime nga ana e zemrës (palpitacione, aritmi, tonë të shurdhëra, ndryshime në E.K.G.) dhe disa devijime nga ana e bilancit elektrolitik. Tek 10 të sëmurë u vrejt ulje e kaliumit në sasi jo të konsiderueshme.

Midis të sëmurëve 16 ishin me nefrit kronik dhe 4 me nefrit akut.  
U bë mjekimi me prednizolon, 8 të sëmurë që kishin hipertoni kombinuar me rezerpinë. Në fillim u dha 5-10 mg. dhe pas 5-6 ditësh rritej doza deri në 50 mg. për 15 ditë me rradhë. U vonë re ndryshime nga ana e zemrës, në disa raste dhëmbje në formë stenokardie, palpitacione, ndryshime në E.K.G. sidomos të dhëmbit T që flet për fenomene të hipoksisë së miokardit. Në dhjet ditëshin e parë të mjekimit vrehet rritje e kaliumit, natriumi nuk ndryshon.

Të sëmurët me reumatizëm u mjekuan me prednizolon 617 mg. mesatarisht në kurs, kombinuar me salicilat dhe antibiotikë gjatë 4-8 javë u pa një ndikim pozitiv, dhëmbjet në zëmër u zhdukën u zhduk dispneja, në ata që kishin ekstrasistola, u vendos ritmi normal, tek shumica u ndërprënë palpitacionet dhe u vrejt inaktivizimi i procesit reumatizmal për të cilin flet normalizimi i sedimentacionit, temperaturës dhe shkaktimi i intervalit PQ.

Në EKG intervali që ishte nën vijën izoelektrike u ngrit mbi të. Dhëmbi T, nga negativ ose bifazik u bë normal. Bilanci elektrolitik nuk pësoi ndryshime.

Prednizoloni në zëmër ndikon pozitivisht, ndërsa gjatë sëmundjeve të heparit dhe veshkave influencë negative. Por në proceset reumatizmale që rrjedhin bruske me forma recidivuese, gjatë prezencës së miokardiosklerozës dhe shënjave të insuficiencës kardiovaskulare shpesh vrehen reaksione negative të prednizolonit. Fenomenet anësore të tepër tek të sëmurët mesëmundje renale.

Sipas autorëve gjatë mjekimit me prednizolon si rezultat i ngritjes së ndjeshmërisë ndaj katekolaminave nga njëra anë dhe grumbullimi i tyre në miokard nga ana tjetër, krijohen kondita jo të favorshme për miokardin, katekolaminat rritin kërkesën për oksigjen dhe çojnë në hipoksinë e tij gjë që qëndron në bazë të fenomeneve anësore të kortikosteroidëve.

## MBI DISA VARIANTE KLINIKO-PATOLOGOANATOMIKE TË TETANISË GASTRIKE.

Klejn E.G. Sheinis M. I. Kliniqeska medicina 1965,2,58.

Vitet e fundit janë vënë re një numur i madh punimesh dedikuar tetanisë gastrike. Në punimet e tyre autorët kanë paraqitur studimin e tetanisë gastrike nga ana patologoanatomike shoqëruar me të dhënat klinike. Bazë për këtë shërbyen dy raste të tetanisë gastrike me dekurs mortal.

Më poshtë autorët paraqitin hollësisht rastet e studjuara.

Tetania gastrike vrehet më tepër në stenozat e pilorit nga ulçera ose gjatë formave cirkulare stenozante të kancerit pilorik të stomakut dhe në disa raste në kuadrin e gjendjeve psikoneurologjike në mungesë të ndryshimeve anatomike.

Stomaku zakonisht është i zgjeruar dhe disa autorë kanë matur distancën midis kurvatave minor dhe major e cila arrin 45 cm. dhe pesha e stomakut 300-350 gr.

Të dhënat anatopatologjike tregojnë se tetania gastrike nuk lind vetëm gjatë stenozës së dekompensuar të pilorit por dhe gjatë formave të subkompensuara dhe se rëndësi vendimtare në zhvillimin e saj kanë faktorët funksionalë (vjelljet e shpeshta, pilorospazmat dhe dobësimi i përgjithshëm i organizmit). Nga ana anatopatologjike gjatë tetanisë gastrike vrehen fenomenet e një nefroze, me ndryshime distrofike dhe nekrotike në epitelin e kanaleve.

## MBI ANEURIZMAT E ZEMRËS TEK PERSONAT E MOSHËS SË RE

Lebedjeva R.N., Kun I. S. Terapevtičeski Arhiv 1964,9,42.

Vitet e fundit është vënë re se shtohen rastet me infarkt miokardi tek të rinjtë (M.N. Gureviç, Dufan etj). Disa autorë sjellin raste të zhvillimit të aneurizmës tek të rinj pas infarktit të miokardit të kaluar. Nga 67 të sëmurë me aneurizëm të zemrës të vrejtur nga autorët në 11 ajo u vrejt në moshë nga 25-34 vjeç (pas infarktit):

Sipas A.I. Abrikosov dhe LL. M. Rahlin vënd me rëndësi në etiologjinë e infarktit zën spazma funksionale dhe kanë vrejtur tek shumica aterosklerozën e herëshme.

Sipas disa autorëve rol midis faktorëve patogjenetikë që ndihmojnë infarktën në moshë të re është lodhja fizike me lindjen e nekrozave në muskulaturën e zemrës gjatë ateriosklerozës koronare. Sipas Raab në lindjen e insuficiencës akute koronare gjatë lodhjes fizike rëndësi ka ngritja e përmbytjes së katekolaminave, (noradrenalinë, adrenalinë) në gjak që çon në hipoksinë e miokardit.

Në rastet e studjuara nga autori statusi anginoz tipik që shoqërohej me kolaps u vrejt në tre raste. Ndërsa tek të tjerët u vrejt dekursi i lehtë i periudhës akute të infarktës të miokardit.

Diagnoza e aneurizmit në të gjitha rastet ishte vënë në bazë të klinikës dhe metodave speciale të ekzaminimit. Në rontgen njolla aneurizmatike duken në formë fryrje të konturit të ventrikulit të majtë. Me anë të elektro-rontgeno-kimografisë u vunë re pulsacione paradoksale.

Gabimet diagnostike konsistojnë në atë që infarkti i miokardit zhvillohet në moshë të vjetër, mungesa tek këta të sëmurë të periudhës së pre infarktë, mungesa e anamnezës kardiace dekursi i lehtë kliniç i infarktës të miokardit.

## MJEKIMI I ARITMISË PERPETUA.

Černogorov I. A., Terapevtičeski Arhiv., 1964,8,9.

Sinteza dhe ndarja e lëndëve të ndryshme ushqimore dhe transportimi nëpërmjet membrave celulare lidhet me rregullimin e elektrolitëve, më tepër të kaliumit dhe natriumit. Në këtë ambient jonesh rëndësi ka kaliumi. Luan rol kryesor në procesin e eksitimit dhe frenimit veçanërisht të celulës së miokardit duke përcaktuar shkallën e eksitimit të celulës. Antagonist i kaliumit në organizmin e gjallë është natriumi që është një kation i rëndësishëm intercelular.

Lidhjet normale të kaliumit dhe natriumit përcaktojnë funksionin normal celular. Insuficiencia e kaliumit bën ngritjen e eksitabilitetit të celulës ndërsa teprica e tij bën frenimin e celulës muskulare.

Më shumë rëndësi ka mjekimi i aritmisë së përherëshme që është e rrezikëshme për funksionin e zemrës dhe dobëson punën e saj deri në insuficiencë, ose çon në emboli të enëve të organeve ose indeve.

Wenkebach i pari tregoi veprimin e favorëshëm të kinidinës gjatë aritmisë perpetua dhe Frey përpunoi metodën e aplikimit të kinidinës. Më e arësyeshme është përdorimi sipas Bider, Goldberger et j. 4-6-8 gr. në 24 orë.

Nga autorët janë mjekuar 45 raste me kinidinë dhe kanë arritur efekt në 13 persona me doza 0,8-3,2 gr. në 24 orë. Koncentrimi i kinidinës në gjak përcakton dhe efektin e saj. Koncentrimi i saj maksimal arrihet pas 2-3 orës aplikimi dhe gjysma e koncentrimt arrihet pas 8 orë. Ulja e aritmisë shkon paralel me ndryshimin e koncentrimt të kinidinës (Sokolov, Adgard et j.). Prandaj kinidina duhet të aplikohet çdo 2 orë.

Autori ka aplikuar kaliklorat 10%-40 cc 3-4 herë në ditë dhe është zhdukur aritmia perpetua në ditën e parë dhe të tretë (me origjinë pas infarktës). Rezultatet janë arritur në takiaritminë perpetua të mjekuar me kinidinë 2-3 gr. në ditë gjatë dy ditëve.

Prokainamida është më efektive për të ndërprerë paroksizmat e aritmisë perpetua. Intravenoz ajo aplikohet në raste të rralla p.sh. gjatë infarktës të miokardit kur aritmia përpeta keqëson prognozën dhe çon në zhvillimin e insuficiencës kardiovaskulare. Intravenoz aplikohet 0,2-0,5 gr. dhe në qoftë se nuk ka efekt përsëritet pas 20-30 minutash. Përdoret intramuskular 10% 5 cc çdo 4 orë. Kursi i mjekimit 3-18 ditë. Autori ka mjekuar 24 të sëmurë me takiaritmi perpetua dhe në 19 ka marrë rezultate të mira. Në disa raste për ndërprerjen e paroksizmave efekt të mirë ka përdorimi i kaliumit në formë kaliklorati.

Në 26 të sëmurë është studjuar niveli i kaliumit dhe i natriumit dhe është parë se jashtë krizave kaliumi është baraz me 16,9-19 mg, natriumi 308,4-348,4 mg%, në kohën e krizave u rrit kaliumi 20,6 mg% dhe natriumi nuk ndryshoi. Përdoret sot dhe kofermenti kokarboksilaza e cila nga autori u aplikua tek 18 të sëmurë me aritmi perpetua 100-200 mg. intramuskular, rezultati i saj ishte jo fortë i mirë.

(Përmbledhur nga M. Kostaqi)

## NDRYSHIMET ELEKTRO-KARDIO GRAFIKE GJATË HEPATITIT VIRAL

Romano V. Caputo A. Di Stasio G. Manzillo G. Matano F. Squame G.  
«Giornale di Malattie infettive e Parassitarie» 1964, 4, 233

Gjatë hepatitit viral paraqiten raste me dëmtime kardiako që çfaqen me ndryshime elektro-kardio-grafike. Këto raste janë vonë në dukje nga shumtë autorë dhe përqindja e paraqitjes së tyre ndryshon sipas autorit. Lonis ka konstatuar 52% të rasteve, Abendroth 79%, kurse Schenckhen 9%.

Këto ndryshime e.k. grafike janë pothuajse gjithmonë të kalueshme dhe e.k. grama normalizohet në kohë të ndryshme nga çasti i çfaqjes.

Asaj shpjegim i sigurt nuk është dhënë për këtë llojizje patologjike, përveç se në disa raste që ka konstatuar Saphiro. Ky, në raportin histologjik fliste për një myokardit nga lokalizimi i virusit në nivelin e elementeve të tesutit muskular dhe natë specifike. Në fakt ka shumë mendime për interpretimin e tyre. Këto mendime konsistojnë: në paraqitjen anormale të kriprave biliare në parkullim, në një gjendje disproteinemike, në çrregullime metabolike të oksidimit të myokardit ose në një gjendje auto-agresive imunitare (Dekitis, Reichert, Sierung). Nga ana tjetër në disa raste ndryshojnë nga karakteri, mekanizmi patogjenik ashtu dhe nga ana etiologjike.

Autorët e këtij artikulli kanë studjuar raste të tyre për të përcaktuar lidhjen e këtyre ndryshimeve me moshën, me nivelin e disa enzimeve serike dhe me nivelin e bilirubinemisë. Këta autorë kanë studjuar 82 pacienta me hepatit viral me formë ikterike dhe anikterike, gjith'ashtu dhe dy raste me koma hepatike. —

Rezultatet e tyre janë si vijon: 43 raste me e.k. grame normal 2 me ekstrasystole ventrikulare, 1 rast me vonësë konduktim atrio-ventrikular (P.Q. —0,23), 27 me ndryshime të difuzionit intra-ventrikullar dhe 3 raste me zgjatjen e traktit Q.T.

Nga ana e moshës ndryshimet çfaqen më tepër midis 1-10 vjeç (70%), gjith'ashtu paraqiten si në forma ikterike ashtu dhe anikterike, gjë që shpjegon se faktori ikter nuk ka një rol në këto ndryshime, edhe ato elektrolitike nuk kanë luajtur rrol. Autorët në fjalë shprehin mendimin se dëmi që i shkaktohet Myokardit dhe tesutit specifik, ka lidhje me sasinë plasmatike të enzimeve, të situar nga nekroza e epatocyteve. —

## NGJ RAST ME KARCINOMA TË TYROIDES NË NJI FËMIJË TË PORSALINDUR

E. Mearns dhe M. Ross  
«British Medical Journal» 1964/ Vol. 1 Nr. 5377 224.—

Karcinoma të gjendrës tyroide në fëmijë të porsalindur janë të rralla, me gjith'se janë përshkruar disa raste të tilla nga Winship, Hayes etj.

Rastin që përshkruajnë autorët i përket një fëmije të porsalindur, i cili ka lindur në term, me seksin femër, afrikan nga Rodezia; u aplikua seksio se paraqiste placenta previa e cila shkaktoj hemorragji paralindje. Paraqiste gjendrën tyroide shumë të rritur e cila e detyronte fëmijën të mbante qafën në ekstension. Përpjekje reanimonjese rezultuan pa efekt dhe fëmija vdiq.

Nëna e fëmijës ka patur rritjen simetrike të tyroides pa nodule ose shënja hypertyroidismi. Nuk ka patur asaji herë ekspozime radiologjike.

Në autopsi u konstatue se gjendra tyroide ishte shumë e rritur (5,3 cm. përmes lobeve laterale). Në anën e majt të trakesë shihej një tumor i butë i cili shkaktojte okluzionin e saj. Rotull saj tesuti i tyroides kishte ngjyrë jeshile kurse pjesa tjetër ngjyrë mavi. Mushkëritë ishin ajrosan mirë. Anomali të tjera nuk paraqiste.

Nga ana histologjike rezultoi një adeo-karcinomë papilare

Pa mundësija e fëmijës për të qarë në çastin e lindjes dhe paraqitja histologjike e mushkërive shprehëse nga obstrukcioni i trakes i cili pengojë ekspiracionin duke krijuar një enfizemë obstruktive që konsiderohet shkak i vdekjes.

Në teritorin ku jeton nëna e fëmijës ka një strumë epidemike dhe rritja e tyre asht e zakonshme; thuhet se struma ka lidhje me karcinomën e tyre, me gjithëse nga shumë autorë nuk pranohet. Faktor hormonal tyreoido - stimuluës dhe shumë faktorë të tjerë mund të kenë një lidhje për të përcaktuar këtë gjendje.

## MJEKIMI I PORTATORVE TË TIFOS ABDOMINALE ME AMPICILINË

A.B.Christie «British Medical Journal» 1964 VOL. I, nr. 5398, 1609

Efekti i Chloramphenicolit në terapinë e tifos abdominale është një triumf terapeutik në fushën e antibiotikëve, por ky mjekim pas kalimit të periudhës akute, nuk siguron konvaleshencën e lirë nga infeksioni dhe nuk garanton që pacienti të mos bëhet një portator.

Për mjekimin e portatorëve janë përdorur medikamente të ndryshme si penicilino-terapia e bashkuar ose jo me sulfonamide, antibiotike të tjerë të kombinuara ose jo me kortizone, por të gjitha këto kanë rezultuar pa efekt dhe kolecystektomia mbetet, në kohën e antibiotikëve, metoda më e sigurt për zhdikjen e kësaj gjendje.

Autori ka mjekuar 8 raste portatoresh, prej të cilave 7 ishin të sëmurë psiake të shtruar në një spital psikiatrik, për femra dhe me kohën e ospitalizimit prej 7-47 vjet, prej tyre 6 ishin portatorë të vjetër, depistuar prej 7-27 vjet ma parë dhe ishin mjekuar me periudha të ndryshme me penicilinë, streptomicinë, sulfonamide, farazolidone dhe kloramfenikol të kombinuara ose jo me kortizone, por pa patur asnjë efekt. Pacientja e 7-ta ishte ospitalizuar para 36 vjetësh dhe si portatore u verifikua vonë, me 1962.

Pacienti i 8-të punor në kantinën e një shkolle, në kohën e zbulimit të tij si portator, ka patur të sëmurë me tifo abdominale dy pjesarë të familjes së tij dhe një xhenxhe të shkollës ku punonte vetë, por personalisht nuk ka patur asnjë histori tifikë.

Të 8 portatorët janë mjekuar me ampicillinën me doza të larta dhe për një kohë të gjatë, për tre muaj rrjesht me anën orale, me përjashtim të javës së parë, ku ampicillina asht përdorur me anën parenterale.

Medikamenti paraqiti në dy pacjenta efekte toksike të tipit erytematoz, me elemente petekiale, por mjekimi vazhdoi pa ndërprerje.

Rezultatet e kësaj terapie paraqiten në këtë mënyrë:

Të 8 portatorët u negativizuan ditën e tretë dhe 7 prej tyre mbetën vazhdimisht negativ për një vit. Pacienti i 8-të mbeti në fillim për tre muaj negativ, pastaj u bë pozitiv për një muaj; u negativizua prap pas një cikel mjekimi me ampicillinë për t'u rikthyer prap pozitiv. Me një fjalë në këtë pacient mjekimi nuk ka patur efekt.

*Salmonella typhi* asht një parazit intracelular dhe organizmi duhet të jetë për një kohë shumë të gjatë nën influencën e medikamentit; por dozazhi i nevojshëm dhe koha e zgjatjes së terapisë me ampicillinë nuk janë ende të caktuara.

Vazhdimi i terapisë për tre muaj ka dhënë rezultate inkurajuese.

Ampicillina duket se asht një medikament që nuk jep kaq efekt të mirë sa kloramfenikoli në format akute të tifos abdominale, por asht i këshilluarshëm të përdoret si plotësues pas mjekimit me kloramfenikol.

## NJI BARAZIM TERAPIJE MIDIS AMPICILINËS DHE Kloramfenikolit në Paratifo.

R. A. Slet, G. Sansster dhe J. Mc Murdoch  
«British Medical Journal» 1964 Vol. 1, Nr. 5376, 148

Roli i kloramfenikolit është shkryuar këto 10 vjetet e fundit. Ampicillina nuk është përdorur për mjekimin e tifos abdominale në një stil të gjërë për të vlerësuar superioritetin e saj eventual karshi kloramfenikolit.

Për këtë arsye janë aplikuar të dy antibiotikët në një epidemi, që u çfaq pak kohë më parë me paratifo B *phage tipo Tauxon* - në zonën e Edinburgut ku ka patur rreth 200 raste, t'infektuar nga nën produktet e miellit. -

Aktiviteti in vitro edhe në koncentrimet të larta biliare rrefen se ampicillina vjen pas kloramfenikolit. Autorë si Maddock, Trafford, Patel, kanë referuar rezultate të mira në pacjenta me salmonella Typhi, kurse n'infeksione nga salmonella të tjera efektet ndryshojnë.

Barazimi direkt me doza të përdorura dhe me kohën e zgjatjes së terapisë nuk asht e mundur, por ampicillina asht përdorur midis 50 dhe 200 mg/Kg/ditë; doza akoma më të forta kanë dhënë rezultate më të mira. -

Të dy antibiotikët, si kohë zgjatje e kurës Bazë janë përdorur për 14 ditë, me ndryshime simbas rastit, si doza për kloramfenikolin asht dhënë 2 kg. për të rritur dhe 75 mg./Kg për famijët; doza përkatëse për ampicillinën ishte 6 gr. dhe 200 mg/kg. në rast deshtimi të një antibiotiku pas 10 dite, asht zavendësuar me antibiotikun tjetër. -

Janë mjekuar 145 të sëmurë, prej të cilëve: 31 me formë të lehtë, 88 të mesme dhe 13 të rënda, gjith'ashtu 13 portatorë. Moshë e tyre ishte midis 6 dhe 87 vjeç, 91 femra dhe 54 meshkuj. Janë mjekuar me radhë pa seleksionim, 65 raste me kloramfenikol dhe 80 me ampicillinë.

Efekti i ampicillinës ka qënë me i ngadalshëm se sa i kloramfenikolit dhe normalizimi i temperaturës nuk ka qënë shpejt. Mesatarja 3 ditë normalizimi i temperaturës për kloramfenikolin dhe 6 për ampicillinën.

Ndonse nuk ekzistojnë kritere klinike për të patur si bazë për të ç'muar efektin në një barazim midis të dy antibiotikëve për autorët paraqesin këto të dhëna: 1) ampicillina nuk ka dhënë rezultate tek një i sëmurë me 10 ditë terapi, 2 recidiva kliniko-bakteriologjike ndodhën tek një pacient mjekuar me ampicillinën dhe dy me kloramfenikol, 3. recidiva bakteriologjike në 5 raste të mjekuar me kloramfenikol dhe një me ampicillinë, 4. recidiva klinike në një rast mjekuar me kloramfenikol. -

Nga ana e toksicitetit, ampicillina me doza të mëdha mund të shkaktojë sensibilizim të tipit penicilline, me rreziqe të njohur; këto janë paraqitur një herë në 5 raste të mjekuara, paraqitësit, nga përdorimi i kloramfenikolit në raste të rrala shkaktojnë rreziqe si asht aplazia medulare. -

Paraqitja e fenomeneve me sensibilitet kundrejt ampicillinës në mjekim me doza të mëdha asht një pengesë sidomos në raste portatorësh nga ana biljare. Mjekimi me kloramfenikol me cikle ose në mënyrë të vazhdueshme jep një siguri definitive. -

## EMETINA NË TERAPINË E GJENDJEVE SEPTIKE TË RANDA P. DHE V. SYNEK

«British Medical Journal» 1964,1,1550

Emetina, alkaloidi ipekakuanas është e njohur si medikament kundër dysenterisë amebike; gjith'ashtu si ndihmës për mjekimin e alkoolizmit kronik dhe të herpes zoster.

Në 1958, Melchior ka raportuar se ka mjekuar disa raste me gjendje septike të randa; me emetime hydrochlorike, duke e përdorur atë si medikament të vetëm.

Autorët e këtij artikulli e kanë aplikuar këtë medikament në 10 të sëmurë në gjendje septike të randë (të cilët kishin këto karakteristikë; sëmundja e tyre ishte bakteriologjikisht e përcaktuar dhe nuk u nevojiteshë terapija tjetër si p.sh. kirurgjikale; paraqitimin një kuadër klinik septik të randë gjith'ashtu emetina asht aplikuar në pacienta në të cilat pas përdorimit sistematik të antibiotikëve të ndryshëm këto të fundit paraqiteshin pa efekt. -

Si dozë iniciale emetina asht përdorur 2-3 ditë në 30 mg. 3 herë në ditë intramuskulare; pastaj doza ashtë pakuar në 20 mg. prap 3 herë në ditë, kura vazhdon për 10 ditë. Cijatë kësaj terapije nuk asht përdorur asnjë medikament me përmbajtje kimike ose antibiotike. -

Efekti i terapisë çfaqet me zbritjen e temperaturës në të dytën ose në të tretën ditë, duke u normalizuar në të katërtën ditë, gjëndja e përgjithshme përmurëshehet dhe kultura pozitive e gjakut bëhet sterile. -

Duke komentuar këto rezultate të mira autorët shkruajnë se përdorimi i emetinës si agjent anti-mikrobiale ashtë i jashtëzakonshëm; mbassi mjekimi me antibiotikët ashtë një rregull dhe rezultatet e tyre janë të njohura prandaj në një periudhë prej 5 vjetësh kanë patur vetëm 10 raste që plotësonin konditat e lartpërmendura për aplikimin e terapisë me emetinë.

Mjekimi me këtë medikament me doza të mëdha mund të shkaktojë toxicitet çfaqur me vomitus, arytmi, hypotermi; në disa prej këtyre rasteve ka shikaktuar vetëm nause e cilla nuk u ba pengesë për vazhdimin e terapisë. -

Raste të mjekuara me emetinë kanë patur sepsis me origjinën stafilokoksike, streptokoksike, E. Koli, Ps. aerogeni dhe proteus. -

Efektet antimikrobiale e emetinës nuk çfaqet vetëm në entameban histolytike (Vadler, 1912). Tani në fund asht studjuar efekti i saj në stafilokok, në një koncentrim prej 0.0125 mg/ml. emetinës (taza) ka dhënë iahubus në kulturë. -

Efektet antimikrobik direkt asht në studim e sipër.

## PLEURITET ME ORIGINË PANKREATIKE

J. WITZ DHE PH. REYS.

«La Semaine des Hopitaux» 1954, 40, 1638

Pleuritet me origjinë Pankreatike konsiderohen ata që rrjedhin si një komplikacion i një pankreatiti akut ose kronik; përjashtohen rastet me pleurit hemoragjik shkaktuar nga metastazet e një kanceri pankreatik dhe ato sero-fibrinoze tuberkolare që paraqiten gjatë një pankreatiti kronik kahektik.

Gjatë një pankreatiti akut paraqiten komplikacione nga ana e mushkërive si atelektazia ose edeme lokalizuar në regionin hilar ose të bazave, me të shpeshta janë pleuritët nga një ose nga të dy anët me likuid të pakët ose në sasi në këta të fundit likuidi me veprim enzymatik të lart jep fenomene inflamatore dhe shtrihet drejt parenkymës së mushkërive duke kaluar kështu «barrieren» e pleurës.

Zakonisht fenomene pleurale marrin një randësi të dorës së dytë kundrejt atyre abdominale por shpesh dominojnë kuadrin klinik dhe kështu japin një drejtim në diagnozën. Likuidi shumë herë jep shënja të origjinës pankreatike, ashtu i verdhë ose sero-hemoragjik albumina ashtu e rritur dhe ka një shtim të theksuar të eosinofileve. Por ajo që ka një randësi është pozitiviteti i amylazës, i cili paraqitet zakonisht më i lartë se sa në gjak. Kjo shënjë nuk asht gjithmonë e besimit se ka raste ku amylaza në likuid është në shifra normale, gjithashtu paraqitet pozitive në pleuritë me origjinë të ndryshme si në Hodgkin dhe në metastazet të kancerit të tubit digestiv ose bronkial. -

Diagnoza e etiologjisë pankreatike ka një randësi të veçantë pse lidhet me terapinë etiologjike. -

Mekanizmi patogjenik i këtyrë komplikacioni bazohet: në përhapjen hematogjene të enzyemeve pankreatike si dhe me anën e rrugës limfatike, gjithashtu në brerjet që langu pankreatik i shkakton direkt kupolës diafragmatike me gjithëse nuk gjindet asoji herë përforacion i vertetë i diafragmës. -

Terapija me qenë se pleurit asht sekondar, i drejtohet kryesisht pankreatitit me arsenalin e njohun, dieta, anti-enzymatike dhe eventualisht ndërhyrja kirurgjikal. Ka raste që fenomenet pleurale zhduken pa asnjë terapi të veçantë sidomos në raste të një pankreatiti të lehtë por shpesh në terapinë etiologjike duhet të shtojmë dhe një mënyrë tjetër të likuidit me anën e ponksioneve ose me drenazhe. Bashkimi i anti-enzymeve në likuidin pleural mund të japë rezultate të mira me gjithëse ky mjekim kundërshtohet nga shumë autorë. Mësa e fundit për raste të rënda ashtu dekontrollimi kirurgjikal i pleures, për të vituar surinfeksione dhe fistula pleuro-pulmonare.

### ANKETË MBI REZULTATET E TERAPISË SË HEMOKROMATOZËS ME ANËN E HEQJES SË GJAKUT

M. Tutti

«La Semaine des Hopitaux» 1964-17-729»

Efektet e heqjes së gjakut për arsye terapeutike në pacienta me hemokromatoza nuk diskutohet por duhet përcaktuar çfarë rezultate mund të presim prej kësaj metode. -

Autori ka studjuar 76 raste me këtë sëmundje trajtuar me anën e sallasos i aplikuar periodikisht. -

Sasija e gjakut të hequn dhe frekuenca ndryshon simbas autorit që përdor këtë metodë. Conte, aplikon sallaso çdo 5 ditë nga 500 ml. Denis 700 ml. çdo 10 ditë, kurse Caroli 300 ml. çdo javë.

Të sëmuret rezistojnë mjaft në këtë terapi po të marrim parasysh se Woward i ka hequr një pacientin 96 litra gjatë dy vjetve, Davis dhe Arrowsmith 50 litra në 60 javë dhe Lind 35 litra në 5 muaj. -

Gjatë aplikimit të kësaj terapije duhet vëzhguar numuri i globuleve të kuqë dhe dozazhi i protidemisë; por mbi të gjitha duhet të kihet parasysh sasija e emoglobinës të qëndrojnë në 11-12 g. në 100 dhe kështu të jepet mundësia e regenerimit të medullës.

Kur ritmi i sallasos asht i arsyeshëm (500 ml. në javë) rreziku i anemisë asht i rrallë, me gjithë këtë shkaktohet një anemi relative; por qëllimi i kësaj terapije asht të krijohet një anemi duke synuar në një mobilizim të shpejt të hekurit nga depozitimet e tij në organe të ndryshme dhe përdorimi i tij për henopoezën. Hypoprotidemia paraqitet rrallë, në këto raste ka mundësi të korigjohet.

Indikacionet e kësaj terapije janë të gjera me përjashtim të rasteve kur ka dantime kardiale dhe dekompanse cirolike (ciroze bronzi).

Rezultatet e kësaj terapije në fushën klinike vejnë në dukje një përmirësim në veshtrim të zhdukjes së astenis dhe shtimin në peshë, gje që arrijnë në 77% të rasteve, në veshtrim të paksimit të hepatomegalisë në 53, paksimi i pigmentacionit arrin në 47%, kurse ekziston diabeti veprimi i kësaj terapije është i pakët.

Nga ana biologjike kemi një përmirësim në provat hepatoke kur ekziston insuficienca hepatoke; sidoremi paksitet në 50% të rasteve dhe në mënyrë specifike në rastet kur heqja e gjakut asht ma tepër se 30 litra.

Nga ana histologjike me anën e ponsionit – biopsihepatik asht konstatuar një paksim i sidrozës hepatoke i cili arrin në 73% të rasteve kurse skleroza hepatoke mbetet e pandryshuar.

Përsa i përket kohës që duhet zgjatur terapija është vështirë të përcaktohet, si bazë duhet marrë eliminimi të paktën 15 gr. hekur (rreth 30 litra gjak) dhe mvaret kryesisht nga shpejtësija e mobilizimit të hekurit. –

Si konkluzion autori mendon, se sot heqja e gjakut mbetet metoda ma e mirë për mjekimin e hemokromatozes me gjithëse kursi i evolucionit të sëmundjes nuk modifikohet.

(Përmbledhur nga Ll. Dhimitri).

## TRAJTIMI I FRAKTURAVE TË DIAFIZËS HUMERALE ME ALLÇI TË PËRVARUR

G. Rocco Viscontini A. Magistroni  
Min. Ort. 1964, VOL. 15, 285-290.

Autorët japin një përshkrim të literaturës, në mjekimin e frakturave të diafizës humerale me allçi të përvarur sipas Caldwell.

Metoda që është përshkruar nga Caldwell me 1933 dhe e përdorur nga autorët anglosakë son konsiston:

Një bandazh allçie i thjeshtë cirkular që kap ekstremitetin superior nga eksilla deri në dorë duke lënë të lirë pjesën radiale. Parakrahu mbahet në gjysëm pronazion me bryl të fiksuar në 90°.

Një unaze allçie fiksohet në nivelin e byzylykut të dorës ku fiksohet një fasho që kalon në qafë.

Autorët me këtë metodë kanë mjekuar 34 fraktura diafizare të humerusit, prej të cilave 11 në të tretën superiore, 16 në të tretën e mesme, 7 në të tretën inferiore.

Të gjitha rastet kanë pasur rezultat të mirë. Së fundi konkludohet se metoda e mesipërme në krahasim me metodën torakobrakiale ka më shumë avantazhe në një shtet në të shpejtë dhe funksioni mbas mjekimit do të jetë i mirë. Kjo metodë këshillohet të përdoret në të gjitha frakturat e diafizës humerale.

33 burime

## FRAKTURAT NËR FËMIJËT

P.A. Wade Amer J. Surg, 1964, V. 107/3,531-536,

Principet e përgjithëshme në trajtimin e frakturave diferencohen simbas pacienteve që trajtohen, në se janë fëmijë ose të rritur.

Mungesa e observimit ose e mos njohjes të këtyre normave mund të çojë në gabime terapeutike me konsequenca të rënda. Tipat e frakturave si dhe indit kockor i fëmijve janë të ndryshme prej atyre të të rriturve dhe potenciali i rritjes në fëmijë është më i madh. Kështu që dhe një spostim i konsiderueshëm dhe shkurtim i ekstremitetit të frakturuar në fëmijë, mund të korrigjohen nga kallusi që rimodelon kockën, sipas rrethit të saj normal. Edhe angolaci në deri në 20-30° mund të zhdruken, ndërsa deformimi në rotacion të fragmenteve mbetet i pa ndryshueshëm. Për faktin se epifizat janë qendrat e rritjes, dëmtimet e saj si vihen re shpesh në frakturat e brylit bëjnë mjaft përjashtim nga normat e përgjithëshme dhe janë shumë të rrezikëshme. Rastet e mungesës së konsolidimit janë mjaft të rralla në fëmijë, me përjashtim të rasteve kur janë përdorur pllaka ose vida metalike, që tolerohen këq nga kockat e fëmijës. Për këtë ndërhyrja kirurgjikale me fiksacion intern të kockës është i dëmshëm.

## EKSPERIENCA E PARË NË PËRDORIMIN E FERMENTEVE PROTEOLITIKE NË PRAKTIKËN ORTOPEDIKE

I. I. Talko K.N. Veremenko  
Ort. Trav. Protez. Nr. 1964, 11 f. 28-32

Në artikull paraqiten rezultatet e studimit klinik mbi përdorimin e preparateve të trypsinës kristalike dhe kimiotripsinës në 30 të sëmurë me tuberkuloz ostooartikular, të bëra në Institutin e Ortopedis dhe Traumatologjisë në Kiev.



Preparati i tripsinës dhe kimiotripsinës të përgatitura prej K.N. Veremenko janë përdorur në këtë studim, intramuskular. Në studim janë marrë 22 të sëmurë me tuberkuloz të *articulatio cexae* dhe të articulacioneve të tjera; 8 paciente me sëmundje inflamatore akute e kronike të artikulacioneve.

Nga 30 të sëmurë në 27 raste, veprimi i enzimës ishte i favorshëm: antiinflamator, anti-edematoz dhe antialgjik. Në rastet me rigiditet të artikulacioneve si rezultat i lëzimit tuberkular, enzima e kombinuar me fizioterapi dhe gjimnastikë ka ndihmuar në restaurimin e lëvizjeve. Preparati është përdorur çdo ditë nga 5 mg. për 10-15 ditë.

22 burime literature

## FRAKTURA E SKAFOIDES TARSALË

R. Garelli, G. Parenti  
Min. Ortop. 1964, 10 511-516,

Autorët si bëjnë një përshkrim të etiopatogenezës, klinikës dhe mjekimit në frakturën e skafoidës tarsale paraqesin 32 rastet e tyre me frakturën e kësaj kocke.

Për mjekimin e frakturës të skafoides tarsale kur nuk kemi spostim të fragmenteve, aplikohet çizme e shkurtër allçie e modeluar mirë, sidomos në harkun plantar, për një periudhë 20-60 ditë, sipas rëndësisë së lëzimit. Në dy raste frakturë me luksacion autorët kanë përdorur reponim jo kruent me traksion bipojar mbi *os calcaneus* dhe mbi metatarsë sipas Hohler. Në dy raste frakturë kominutive kanë aplikuar artrodezë mediotarsike. Gjashtë muaj mbas mjekimit në 10% të rasteve kanë patur invaliditet. Autorët janë për mjekim kruent vetëm në rastet kur nuk mund të reponohet konservativisht. Në rastet e frakturës të skafoidës që indikohet operacioni pothuaj gjithmonë, bëhet artrodeze mediotarsike për të patur një këmbë të fortë pa dhimbje dhe të vlefshme për funksion.

35 burime literature

## DISA ÇËSHTJE TË MJEKIMIT TË SOTËM KONSERVATIV TË LUKSACIONIT TË FEMORIT NË FËMIJË

Prof. M.N. Gonçarova Ort. Trav. i Protezir 1964, 10,9-14,

Autori në artikull i përmbahet mjekimit të hershëm anatomik dhe funksional të luksacionit të femorit në fëmijë. Kur kanë raste të lehta displazie në fëmijë, përdorin jastëkun e Fraikës, kur fëmija ka displazi të rëndë dhe është mbi 6 muaj përdor për tre muaj imobilizimin me allçi në pozicionin e parë të Lorenz, pastaj po të konstatohet qëndrimi i mirë aplikon aparatën funksionale të Gnevkovskit. Tek fëmijët mbi një vjeç deri në 2-3 vjeç në fillim aplikohet ekstension për 8-12 ditë në peshë deri 2,5-3,5 kg. në çdo këmbë. Ekstensionin vazhdon duke rritur abduksionin në 70-80°, në këtë pozicion koka shpesh reponohet vetë. Mbas reponimit vihet në aparatën e Gnevkovskit. Kur ka tendencë për reluksim aplikojmë allçi në pozicionin e parë të Lorenz për tre muaj pastaj aparatën e Gnevkovskit. Mbi moshën 2-3 vjeç përdoret operacion.

Rezultati i keq i mjekimit mvaret nga: 1) fillimi i vonë i mjekimit mbi 2-3 vjet; 2) reponimi me forcë në një moment; 3) imobilizimi i gjatë në allçi duke mos funksionuar artikulationi

## NJË METODË E TRAJTIMIT TË FRAKTURËS SË DIAFIZËS TIBIALE

R.R. Rix. Surg. Gyn. Obst. 1963, 117/5, 647—650.

Është përshkruar një metodë e reponimit të frakturës së diafizës tibiale pa anestezi. I sëmurë qëndron ndenjtur me këmbë të flectuar mbi kofshën e mvarur. Peshë e këmbës dhe e pjesës distale të kërcirit të frakturës janë të mjaftueshme për me arritje një reponim të mirë të fragmenteve. Në pozicionin e paraqitur për të zhdukur dhimbjen infiltruojmë lokalisht

nevojainë. Vihet allçi poshtë gjurit, duke lejuar ekuinizëm të këmbës me qëllim që të arrijmë një dobësim të theksuar të muskulaturës. Kur këjo allçi ka bërë një fiksim të mirë të fragmenteve, e zgjasim deri në kofshë, duke e mbajtur të sëmurin në këmbë me ekstremitetin e frakturuar të mvarur dhe pesha mbi ekstremitetin tjetër.

Mos konsolidimi me anën e kësaj metode ndodh rrallë dhe kallusi formohet mjaft shpejt.

## RONTGENTERAPIA NË MJEKIMIN E ARTROZËS TË ARTIKULACIONIT SKAPULOOMERALE

G. Reossi Min. Ortop. 1964, Nr. 11, 522-523.

Autori ka paraqitur rezultatet e rëntgenterapisë të bëra në 156 të sëmurë me artrozë të articulacionit scapulo-omerale. Nga aplikimi i rontgenit 62% e të sëmurve kanë patur sherim, 35% përmirësim. Në artikull konkludohet se duke u kombinuar rontgenoterapia me mjekim antiartrik të përgjithshëm, rezultatet do të jenë mjaft të mira. Rontgeni është mirë të aplikohet dhe në regionin cervical pse shpesh shoqërohet me artrosë cervicale.

14 burime literatyrë

## DISA ÇËSHTJE TË MJEKIMIT KIRURGJIKAL TË SYNDACTYLIS NË FËMIJËT.

F. Z. Fazullina Ortop. Trav. Protez. 1964, 11,13-17.

Në artikull është përgjithësuar eksperiencia e mjekimit të syndactylis në fëmijët. Autori ka përshkruar metodat e trajtimit të 46 pacientëve, tek të cilët janë kryer 109 operacione për ndarjen e gishtave nga njëri tjetri.

Në 62 operacione është përdorur plastike e lirë lëkure. Në 24 syndactyli është përdorur plastike lokale e lëkurës e kombinuar në plastike të lirë.

Rezultatet më të mira i ka dhënë kombinimi i plastikës së lirë me atë lokale. Mosha më e preferuar për operacion ka qënë 5-7 vjeç.

33 Burime literatyrë

## METODIKA DHE REZULTATET E LARGËTA TË MJEKIMIT TË TUMOREVE MALINJE TË KOCKAVE ME REZEKSION BIOLOGJIK

A. Gruca, T. Vitvickii dhe G. Leshek - Zapondovska Ort. Trav. Protez. 1964, 9, 51-56

Autorët kanë paraqitur eksperiencën e 64 rasteve me tumore maligne të kockave që i kanë mjekuar me rezekSION biologjik. RezekSIONI biologjik në dallim nga rezekSIONI anatomik i kockës, ruan vazhdushmërinë e kockës duke shkatëruar në të njëjtën kohë sektorin e dëmtuar. Qëllimi i operacionit konsiston në elektrokoagulimin e kockës së dëmtuar. Kocka e nekrotizuar lihet në vënd dhe qëndron si karkas në bazën e së cilës do të formohet kockë e re nga indet e buta për rreth dhe kocka e shëndoshë. Për këtë përdoret aparat me forcë korenti 15-20 a.me dy elektroda aktive (diametër 2-10 mm) Koagulimi fillon nga kufiri i shëndoshë i kockës, duhet të ruajmë indet e buta dhe tufën vazo nerveze. Indi kockor nuk duhet djegur krejtësisht, pse pengon vëprimin e korentit në thellësi. Mbas koagulimit kocka fiksohet me shtift ose auto apo homotransplant dhe imobilizim në allçi rreth 3-6 muaj.

Indikacion për rezekSION biologjik: sarkoma osteogene, kondrosarkomë, fibrosarkomë, sinovioma maligne, osteoklastoma maligne dhe metastaza të izoluar brënda organeve.

Kontraindikacion: Ekzistenca e metastazave, shtrirje e gjerë në indet e buta, prekje e tufës vazonerveze, fraktura patologjike. Rezultatet e kësaj metode nuk kanë qënë me të këqija nga operacionet gjymtojnëse. Për këtë autorët mendojnë se ndodh një reaksion imunobiologjik nga thithja e produkteve të metabolizimit nga indi tumoral i koagulluar, e cila frenon zhvillimin e metastazave ose recidiven lokale.

4 burime literat;

## MBI METODËN E EKSTENSIONIT SKELETIK NË FRAKTURAT E FEMORIT NË FËMIJË

B. V. Domanskii Ort. Trav. i Protez. 1964, 5, 41-43

Për mjekimin e frakturave të femorit në fëmijët deri në tre vjeç preferohet tërheqja sipas Shede. Deri në këtë moshë çvendosjet aksiale ose gjatësore që mund të mos korrigjohen nga ekstensionit sipas Shede, nuk merren parasysh pse mbas 3-6 muaj ato rregullohen vetë. Por për korrigjimin e deviacioneve mbi tre vjeç është e vështirë të bëhet vetë. Prandaj autori në këtë moshë rekomandon ekstensionit skeletik me spic Kirschner sipër epikondylove. Femori me trupin e shtrirë mbahet në kënd 90° Deviacionet aksiale i korrigjojmë me tërheqje anësore. Me këtë metodë janë kuruar 12 fëmijë.

## MJEKIMI KIRURGJIKAL I RUPTURËS TË LIGAMENTIT KRUCIAT TË GJURIT

Prof. L. G. Shkolnikov, I. A. Vitjugov dhe Rostovskaja Ort. Trav. Protez 1964, 5, 16-21.

Autorët propozojnë mjekimin e rupturës së ligamentit cruciat duke e zëvendësuar me pjesën mediale të meniskut kur është rupturuar longitudinalisht. Për këtë hapet një kanal në kondylin lateral, pjesa e brëndëshme e meniskut pritet në *cornu anterior*. Menisku futet në kanal në kondylin së bashku me një transplant kocke. 4-6 javë imobilizim në këndin 140°-150°. Autorët kanë operuar me këtë metodë 27 të sëmurë me rupturë të ligamentit *cruciat anterior*. Vetëm në dy raste kanë pasur rezultat të keq.

19 burime literatya.

## EKSPERIENCË KLINIKE ME NJË PREPARAT TË RI ME BAZË TË PIRAZOLONEPIRAZOLIDINË NË FUSHËN E TRAUMATOLOGJISË

A. Biondi Min. Ortop. 1964, 15, 409-411,

Preparati me bazë pirazolone- Pirazolidin që në shtitje e gjejmë me emrin Tomanol është përdorur me sukses dhe në traumatologji. Autori e ka përdorur në tre grupe të sëmurësh. Grupi i parë prej 35 të sëmurësh 20 prej tyre me gjëndje mbas *haemarthrosis* 11 mbas frakturave të patellës, 4 mbas meniscektomie. Grupi i dytë 20 të sëmurë me forma artrozike të gjurit. Grupi i tretë përbëhet nga 20 raste të sëmurë me lombosciatalgi, 5 raste cervikobrakialgi, 7 raste periartrit të skapulës.

Medikamenti është përdorur një javë intramuskular nga një flakon 2 cm<sup>3</sup> në ditë që përmban 0.48 isopirin, 0.24 fenilbutazon. Javën e dytë vazhdojnë suposte një në ditë.

Nga përdorimi i medikamentit në të sëmurët e mësipërme, u pa një efekt i mirë antiflogistik dhe analgjik.

Preparati ka kontraindikacion vetëm në kardiopatiite e rënda, lezione hepatiche ose renale, ulçerogastroduodenale dhe tendenca për retension hidrik.

## KONSIDERACIONE MBI EPIKONDILITET DHE TRAJTIMI I TYRE

B. M. Santolini S. Furlanetto Min. Ort. 1964, 15, 388-391

Autori si flet për etiopatogenezën e epikondyleve dhe simtomatologjinë që karakterizohet nga dhimbje në faqen anteroeksterne, të bryllit në nivelin e epikondyilit dhe nga njëherë pak mbi të. Dhimbja shkon poshtë në anën dorsale të parakrahut. Shpesh ka insuficiencë funksionale, ndjen dhimbje sidomos gjat ekstensionit të dorës dhe pronosupinacionit. Pamja e bryllit nga

jashtë normale, por kur e shëp me dorë epikondylin ka shumë dhimbje. Për mjekim përdorim qetsi, aplikacione nxehtësie medikamente antiartrike, fizioterapi si ultratinguj, Rontgen, infra-ruzh, fanghioterapi etj. Shpesh aplikojmë dhe imobilizim me alçi.

Nga me efikasitet është rontgenierapia dhe ultratingujt. Me sukses përdoret hidrokortisoni lokal një herë në dy ditë nga 1 cc shpesh e shoqëruar me 2 cc novokainë. Në rastet që kjo terapi s'ka sukses bëhet operacioni dekontacioni parcial i epikondilit ose fashiotomi e thjeshtë.

Autori ka kuruar 29 raste me epikondilite. Në 24 raste ka përdorur me sukses terapinë inkruente dhe në 5 raste terapinë kruente. Rezultatet mjaft të mira. Dy vjet mbas trajtimit asnjë s'ka patur recidiv.

### OSTEOSINTEZA PERKUTANE NË FRAKTURAT KOMINUITIVE TË EPIFISËS DISTALE RADIALE

Miller G. F. Barbieri Min. Ort. 1964, Vol. 15, 318-321.

Autorët tregojnë se është mjaft e vështirë për të mbajtur të reponuar një frakturë kominuitive të ekstremitetit distal të radiusit kjo për karakteristikat e saj anatomike. Ndër metodat më të mira për mjekimin e saj, në artikull preferohet metoda e De Palmas, e cila konsiston në osteosintezën perkutane me spicën e Kirschner. Për këtë bëhet anestesi lokale ose e përgjithëshme. Me tërheqje reponohet fraktura, kur reponimi është i plotë kalohet një spicë Kirschner obliksisht nga ana ulnare 6 gishta transversal sipër procesit stiloid të ulnes me drejtim nga lart poshtë në drejtim të procesit stiloid të radiusit deri sa të arrijë ndën lëkurë. Një spicë tjetër kalohet transversalisht në nivelin e *capitulum ulnae*. Ky mjekim është përdorur me sukses në 24 të sëmurë. Mbas osteosintezës mbahet 30 ditë alçi, pastaj hiqen spicat dhe fiksohet për 20 ditë të tjera në alçi.

Referat në Kongresin 38  
të shoqërisë së ortopedisë  
italiane 19 maj 1963.

### MBI TRAJTIMIN KIRURGJIKAL TË FRAKTURAVE TË FRESKËTA TË PARAKRAHUT ME ANËN E TRANSPLANTIT AUTOPLASTIK

G. A. Lievre V. Salvi P. Bogin Rastel Min. Ort. 1964, V. 15, 342-347

Autorët ndërmjet metodave të mjekimit kirurgjikal në rastin e frakturave të parakrahut, si më të sigurtë preferojnë fiksimin e fragmenteve me kockë të marrë nga tibia. Transplanti meret me gjatësi 8 cm, gjerësi 1.5 cm. është pjesa kortikale me pak spongioz, fiksohet nga jashtë kockës së thyer, duke u lidhur me fije nejloni.

Transplanti siguron fiksimin dhe ka një stimul biologjik në sajë të spongiozës. Allçia mbas 10-12 ditëve ndrohet. Pastaj mbahet dhe dy javë. Autorët me këtë metodë kanë mjekuar me rezultat të mirë 15 raste.

Referatet në kongresin 38  
të shoqërisë ortop. italiane  
19 Maj 1963

### SIRROMI KOMPRESIV I NERVIT MEDIAN TË KANALIT KARPAL NË FRAKTURËN E COLLËS TË KONSOLIDUAR KEQ.

G. F. Manzotti Min. Ortop. 1964 Vol. 15, 351-354,

Sindromi i kompresionit të nervit median në kanalën karpal mund të jetë akut nga një traumë që menjëherë provokon komprimimin ose kronik mbas disa muajsh ose vitesh, siç uodh rrallë dhe në frakturën e COLLËS të konsoliduar keq. Si rezultat i konsolidimit të keq, nervi median mund të komprimohet dhe të lezionohet veçanërisht gjatë fleksionit dhe ekstensionit ndërmjet radiusit të thyer dhe ligamentit karpal transvers. Në simptomat e para të kompresionit kemi para

stezi dolorose të dorës në vendin e inervuar nga mediani dhe në veçanti mbi pulpat e tre gishtave të parë. Më vonë kemi hipoestezi të shoqëruar me një pakësim të lëvizjes së pollicit që vështrëson funksionin e dorës. Më von manifestohet hipotrofia e *eminencias tenaræ*.

Për mjekim me sukses bëhet prerja longitudinale e ligamentit karpal transvers dhe shenjat e kompresionit do të zhduken. Autori ka paraqitur dy raste me këtë, sindrom.

Referat në Kongresin 38  
të Ortopedeve italiane  
19 Maj 1963

## FRAKTURAT E HERËSHME DIAFISARE TË PARAKRAHUT

C. Rinaldi Min. Ort. 1964, Vol. 15, 294-314

Autori ka paraqitur studimin e 291 rasteve me frakturë të parakrahut të mjekuar prej vitit 1949-1962. Mbasi jep të dhëna statistikore, klasifikimin dhe simptomatologjinë, autori ndaleq në mjekimin e rasteve dhe konkludon: frakturat jo të plota të parakrahut, që ndodhin ndër fëmijë kanë gjithmonë prognozë të favorshme pse i nënështrohen plotësisht mjekimit ortopedik duke i mbajtur në allçi për 4-7 javë.

Frakturat komplete të të dyja kockave, qoftë dhe ndër fëmijë, paraqesin gjithmonë një vështirësi mjekimi. Reponimi konservativ i tyre është gjithmonë i pasigurtë dhe shpesh jep sponime sekondare ose callus të vonshëm. Mjaft i vështirë është korigjimi i dislokacionit «ad periphoriam».

Kur nuk kemi rezultat të mirë reponimi konservativ, atëhere bëjmë reponim kirurgjikal. Si metodë me të preferuar për osteosintezë, autori rekomandon fiksimin me tel të Kirschner.

Tema e mbajtur në kongresin 38  
të shoqërisë Piemontese-Ligune-  
Lombarda -19 maj 1963

## MBI FAVORIN E SHOQËRIMIT TË TRANSPLANTIT AUTOPLASTIK ME TELIN E KIRSCHNER NË TRAJTIMIN E FRAKTURAVE TË PARAKRAHUT

F. Agrifoglio F. Rettaglata P. L. Nai Min. Ort. 1964, VOL. 15, 315-317.

Autorët paraqesin vështirësitë e mjekimit të frakturave të të dyja kockave të parakrahut, veçanërisht në të tretën e mesne për mos inserimin e muskujve në këtë pjesë dhe si rezultat i mos ushqyerjes së mirë me gjak.

Me qënë se sipërfaqja e kockave të frakturuara janë të vogla këto mund të largohen shpesh dhe kur i kemi imobilizuar në allçi, si rezultat i lëvizjes së muskujve. Për këtë në shumicën e rasteve mjekimi i frakturave të të dy kockave të parakrahut bëhet kirurgjikal, duke i fiksuar me tel Kirschner.

Teli i Kirschner, si çdo fiksator tjetër metalik, vonon formimin e callusit dhe kështu mund të kalojë në pseudoartroze. Për këtë autorët rekomandojnë që dhe në mjekimin e frakturave të herëshme të parakrahut, si në pseudoartrozën e tyre, të përdoret transplant kocke i marrë nga tibia ose kresta iliake, duke u shoqëruar me telin intramedular, ndërsa transplanti vendoset anash. Rezultatet janë mjaft të mira.

## DIGITUS V VARUS : KORIGJIMI KIRURGJIKAL.

A Minione G. Giambelli Min. Ortop. 1963, v.14, 660-663.

Autorët ekzaminojnë metodat kryesore kirurgjikale të mjekimit të varizmit të gishtit të pestë, si atë të Campbell, Lelievre, Lewin dhe Zanoli-Negri.

Duke u bazuar mbi rezultatet e 17 pacientëve të operuar sipas metodave të ruajtura konkludojnë se metoda më efektive nga ana funksionale dhe estetike është ajo e Zanoli-Negri

të cilën e kanë aplikuar në 9 paciente. Metoda konsiston në kapsulotominë mediale metatarsofalangeale e shoqëruar me tenodesën e ekstensorit të gjatë të gishtit V-të në abdyktorin e të njëjtit gisht.

21 burime literat.

### MBI TRAJTIMIN JO KRUENT TË FRAKTURËS ACETABULUMIT ME LUKSACION CENTRAL TË KOKËS FEMORALE

T. Canpagna Min. Ortop. 1963 V. 14, 646-651

Autorët flasin mbi etiopatogenezën e kësaj frakture dhe diskutojnë për mjekimin kruent dhe jo kruent të saj. Duke paraqitur anët negative të mjekimit kruent si rigiditeti i artikulacionit, artroza deformante nekroza e kokës femorale dhe kalcifikacioni i artikulacionit, rekomandojnë mjekimin jo kruent. Për këtë më e preferuar është ekstensioni skeletik (me narcoze) suprakondylar të femorit me pak abduksion ose në drejtim të qafës femorale. Pastaj allçi koksit për dy muaj.

Duke ju referuar katër rasteve personale, të mjekuar me këtë metodë, ka pasur rezultat të mirë në 3 raste dhe rezultat të keq në një rast.

8 burime literat.

### MBI LEZIONIN E MONTEGGIA

A. Mincione Min. Ort. 1964, Vol. 15, 355-364

Autori përveç studimit të literaturës bazohet edhe në eksperiencën e 23 rasteve me frakturë Monteggia të trajtuar në institutin ortopedik të Milanos. Lezioni i Monteggia që karakterizohet me frakturën e ulnës në 1/3 superiore ose të mesme i shoqëruar me luksacionin e *capitulum radii* akoma sot përbën një problem të vështirë në mjekimin e tij, pse shumë herë mbas një reponimit përfekt anatomik, duke qënë e imobilizuar në allçi do të kemi spostim të fragmenteve të ulnës dhe sekondarisht reluksim të radiusit. Tek fëmijet e vegjël zakonisht mbas një reponimi përfekt konservativ sherimi është i plotë, por tek adultet shpesh kemi recidive. Për këtë rekomandohet primërisht reponim kirurgjikal i ulnës duke i fiksuar me spic metalike intramedulare dhe reponim konservativ të *capitulum radii*. Kur fragmentet e ulnës nuk spostohen, dhe radiusi zakonisht nuk reluksion. Po që se më vonë kemi reluksim të radiusit bëhet reponimi kirurgjikal i tij me plastikën kapsulo - ligamentose. Në frakturat e vjetëra ose reziduale veprohet sipas rastit: në luksacionet e vjetëruar të radiusit bëhet rezeksioni i *capitulum radii*. Nuk rekomandohet rezeksioni i *capitulum radii* në frakturat e freskëta.

Në pseudoartrozen e ulnës bëhet fiksion me spic intramedular i shoqëruar me autotransplant kockor. Në konsolidimet vicioze të ulnës bëhet osteotomi me osteosintezë. Për kalcifikimet periartikulare nuk preferon operacion pse recidivon, por i trajton me fizioterapi.

### NEKREKTOMIA INTRAARTIKULARE ME HOMOTRANSPLANTIM NË GONITIN TUBERKULAR

Prof. G. Kovalenko, E. M. Milovanova dhe A. V. Salcenco  
Ort. trav. i protez. 1964, 9, 14-19

Autorët kanë paraqitur mjekimin me sukses në 37 të sëmurë me gonit tuberkular, duke bërë nekrektomi intraartikulare dhe defektin e kanë zëvendësuar me homotransplant. Këtë e aplikojnë kur është një vatër e kufizuar në kondylet e femorit ose *tibies*. Bëhet rezeksion i kapsulës të dëmtuar sinoviale, hiqet ind i fibroz i dëmtuar dhe bëhet rezeksion koneiform i vatrës tuberkulare. Defekti zëvendësohet me homotransplant në të njëjtën formë dhe me sipërfaqe kartilaginoze. Rezultatet post operatore kanë qënë të mira si nga ana kurative dhe funksionale.

Në artikull vihen në dukje etiopatogeneza e sëmundjes, të përshkruar nga Dupuytren në 1931, tregohet klasifikimi i saj në katër stade sipas Myerding dhe veçanërisht flitet për teorinë patogenetike të Vernon Luck. Autorët për mjekimin e sëmundjes përshkruajnë metodat terapeutike si fizioterapinë, injeksionet lokale me kortizon ose rontgenterapi, të cilat tashti përdoren kryesisht në periudhën postoperative. Në mjekimin kirurgjikal kemi dhe tre grupe ndërhyrjesh:

a) aponevrotomia ; b) aponevrektomia parciale, c) aponevrektomia totale.

Aponevrektomia parciale kryesisht ka punuar Iselin, i cili hoq vetëm pjesën e retraktuar të aponeurozes.

Sol shumica e autorëve rekomandojnë aponevrektomia të totale, autorët tek njëzet pacientët e tyre kanë bërë aponevrektomia të totale sipas metodës Mc. Indoe. Për këtë bëhet një incision transvresal në pjesën palmare të dorës në nivelin e kockave të metakarpeve. Hiqet e gjithë aponeuroza palmare duke filluar nga pjesa e shëndoshë. Kur në proces marrim pjesë falanget, bëhet incision në formë zete në falangën proksimale dhe hiqet pjesa aponeurotike. Lëkura e prerë në formë zete nuk lejon defekt. Lëkura duhet të qepet me kujdes. Fashatura duhet të kontrollohet mbas 48 orëve. Po të ketë hematome të punktojmë. Lëvizjet i fillon shpejt, gishtat mbas 4 ditëve, dorën mbas 2 jave.

28 burime

### PËR MJEKIMIN E EPIKONDYLITVE TË KRAHUT

V. A. Potkin - Posadskii - Ortop. Travm. i protez. 1964, 8, 51-53

Autorët paraqesin eksperiencën e tyre në 41 të sëmurë me epikondylit, të cilët i kanë mjekuar me hidrokortizon - acetat. Për këtë në vëndin me të dhimbshëm të epikondylit, fusin në periost 1 cc, 25 mg. hidrokortison. Për të patur më pak dhimbje tek 13 të sëmurë e kanë shoqëruar 1 cc 2% novokainë, injeksionin e pësërisin po të jetë nevoja mbas 7 deri 15 ditë. Në 11 të sëmurë kanë bërë vetëm 1 (një) injeksion. Në fund autorët konkludojnë se tek asnjë i sëmurë s'ka patur keqësim ose komplikacion. Tek 30 pacientë është arritur shërim i plotë. Në të tjerët përmirësim.

### MJEKIMI OPERATIV I MORBUS SPRENGEL.

V/L. Andrianov. Ortop. Travm. i protes 1964, 5,27-30,

Në artikull paraqitet eksperiencia e mjekimit kirurgjikal të 24 rasteve me morbus Sprengel. Autorët japin shkurtimisht metodat e ndryshme operatore për këtë sëmundje si metoda e Puttit he pastaj përshkruajnë metodën e S.D. Ternovskit që kanë përdorur në 22 raste. Metoda konsiston në prerjen e muskuajve rreth scapulës. Osteotomia e *processus acromialis* në bazë dhe zbritjen e oshtit të skapulës. Pastaj muskuajt e prerë qepen përsëri, muskuli *seratus anterior* qepet në këndin poshtëm të skapules, ndërsa muskuli *trapezous dhe romboid* fiksohen në këndin e sipërmë medial të skapulës. Mbas operacionit allçi torakobrakial me krah të abduktuar në 90° për tre javë. Mbas heqjes së allçisë për 4-6 muaj vazhdohet gjimnastika. Rezultati postoperator ka qënë mjaft i mirë tek 20 paciente që janë observuar 8 muaj deri në 7 vjet mbas operacionit.

### KONSIDERACIONE MBI DISA SINDORME NERVORE NGA PAGET VERTEBRAL

L. Ranieri, G. Cecchieri Min. Ortop. 1964, V. 15 (Nr. 10), 454-460.

Në artikull paraqiten ndryshimet anatopatologjike dhe histologjike që ndodhin në Paget vertebrale dhe qepen me hollësi karakteristikat radiologjike.

Autorët paraqesin tre raste me Paget vertebral prej të cilave dy kanë simptomatologji mono

radikulare që ka simuluar një protrusion diskal. Diskutohet mekanizmi patogenetik i rregullimeve nervore dhe i jepet prioritet më tepër fenomeneve të pakimeningitit që shtrëngojnë formacionet nervore në muret e kanalit vertebral, se kompresionit direkt nga ana e vertebrës së dëmtuar. Rastet e Pagetit vertebral që japin sindrome nervore më tepër lokalizohen në regionin torakal. Rastet e paraqitura janë në kolonën lombare. Për mjekimin e rregullimeve nervore, autorët kanë aplikuar me sukses lamnektominë.

22 burime literatyre

### LOKALIZIMI PRIMAR KLAVIKOLAR I TUMORIT TË EWING

A. Mina. Min. Ortop. 1964, V. 15, 469-474,

Në artikull trajtohet problemi i etiopatogenezës dhe diagnoza diferenciale klinike dhe histologjike që paraqitet mjaft e vështirë në stadi e para. Në përshkrimin e evolucionit, prognozës dhe terapisë, autori rekomandon intervent radikal si amputacionin. Irradiacioni i thjeshtë me Rontgen siç rekomandon kryesisht Schinz jep shpesh recidiva. Kur operohet në fazat e para dhe i bën rezeksion subtotal të kockës e shoqëruar me iradiacion me dozë 3000-4000 r. ka mjaft rezultate të mira. Rasti që paraqitet në artikull është mjaft i rrallë për lokalizimin në klavikul dhe ka filluar menjëherë mbas një kontusioni të shpatullës.

Aspekti klinik i ngjante osteomielitit fistulizant të shpatullës. Rezultat mjaft i mirë klinik e funksional u arrit me rezeksion sub-total të shpatullës i shoqëruar me rontgen terapi.

### LUKSACIONI KOMPLET I TALËSIT

L. De Pouti. A. Sartori Min. Ortnp. 1964, Nr. 10, 467-469

Autorët paraqesin një rast me luksacion komplet antërioekstern të talusit tek një pacient 21 vjeçar. Shumica e autorve për reponimin e një luksacioni të plotë traumatik të talusit rekomandojnë operacion. Në rastin e paraqitur është bërë me sukses reponimi konservativ, duke e kryer shpejt mbas traumes kur s'është formuar edema dhe organizimi i hematomës. Për këtë është bërë kurarizacioni i të sëmurit që të arrihej një relaksion i plotë i muskujve. Për reponim, gjuri flektohet dhe ushtrohet tërheqja mbi kalkaneusin me hipërfleksion plantar dhe shtyhet talusi në hapësirë. Imobilizim 45 ditë, i jepen vasodilatator dhe vitamine C.

14 burime literatya.

(Përmbi. P.Karagjozi.)



## APENDEKTOMITË GJATË NDËRHYRJEVE GJINEKOLOGJIKE UR- GJENTE

R. V. Gorbuncova, F. G. Dehtjar Hirurgia 1964 8, 98-101

Problemi mbi lidhjen e sëmundjeve genitale dhe të appendixit është gjerësisht i njohur. Hartmann i cili në mënyrë sistematike hiqte processus vermiformis gjatë operacioneve gjinekologjike konstaton në 46% të rasteve ndryshime.

Domosdoshmërinë e kontrollimit të appendixit gjatë operacioneve gjentiale autori i ilustron dhe me një shëmbull ku një grua u operua për një cyste ovari dhe vdiq pas 6 ditësh; n'autopsi u gjend peritonitis nga appendicitis gangrenoza perforata.

Autorët kanë grumbulluar materialin e spitalit Nr. 27 të Moskës për 5 vjet e gjysëm (1953-1959).

Gjatë kësaj kohe janë bërë më se 13.000 operacione nga të cilat 462 janë bërë për shkaqe të sëmundjeve akute gjinekologjike, në 333 të sëmurë është bërë në të njëjtën kohë dhe apendektomia.

Në 159 pacienta ishte vënë diagnoza *appendicitis acuta* dhe u bë incizion Vorkovici-Diakonov, në 68 u konstatuan sëmundje gjentiale dhe u kalua në incizion pararektal dekster.

Në rastet e tjera ku diagnoza gjinekologjike nuk kishte dyshime u kalua në incizion Pfannenstili.

Nga analiza që i bëjnë autorët materialit konkludojnë se apendektomia e njëkohëshme në operacionet për sëmundje akutë gjinekologjike nuk keqëson dekursin postoperator, operacioni zgjatet pak, në disa të sëmurë ky operacion është i domosdoshëm. Apendektomia nuk bëhet vetëm në rastet që gjëndja e të sëmurëve është shumë e rëndë ose në kondita të vështira.

Pacienti duhet lajmëruar se i u bë dhe apendektomia.

Literatura 27 burime

## REZULTATET E LARGËTA TË MJEKIMIT KIRURGIKAL TË CANCER INTESTINUM CRASUM

L. D. Ostrovcev. Hirurgia 1964, 8, 55-61

Nga viti 1945-1962 u mjekuan në stacionar 146 të sëmurë me Ca të intestinum crasum. Ndërhyrjes operative radikale i u nënshtruan 101 të sëmurë (69.1%), operacioneve paliative dhe ndërhyrjeve probatore 32, u konsideruan inoperabël pas ekzaminimeve klinike 8 të sëmurë, refuzuan operacionin 5 të sëmurë.

Nga 101 të sëmurë që u operuan në mënyrë radikale vdiqën 12.8%. Autori në artikull jep kohën që kanë jetuar të sëmurët pas ndërhyrjeve kirurgjikale si *hemicolectomia dextra*, *sinistra*, rezekcion segmentar, kolektomi segmentare e tjera.

Pas analizës së materialit arrin në konkluzionet e mëposhtme:

1. Rezultatet e largëta pesëvjeçare të mjekimit të kancerit *intestinum crasum* përbëjnë 60%, 26 nga 42 pacientët e operuar radikalisht rrojnë 5 vjet dhe më shumë.
2. Prezenca e metastazave në lymfoglandulat regionare ul rezultatet e mjekimit. Rezultatet më të këqia i kanë format endofite të kancerit solid dhe tumoret me metastaza në lymfoglandulat regionare. Më e mirë është prognoza e të sëmurëve me forma eksofite të adenokarcinomave.
3. Një nga faktorët kryesorë nga mvaret rezultati i mjekimit është diagnostika e herëshme e sëmundjes ku ka kondita më të mira për kryerjen e operacioneve radikale.

4. Të sëmurët që rrojnë 5 vjet pas operacioneve në më të shumtën e rasteve duhet të konsiderohen të shëruar praktikisht nga *kancer intestinalis crassum*.  
Nga 26 të sëmurë që jetuan 5 vjet e më shumë 2 vdiqën në vitin e shtatë dhe një i sëmurë 11 vjet mbas operacionit.

Literatura 22 burime

## DEFEKTET E ZHVILLIMIT DHE TUMORET E REGJIONIT SAKROKO-CYGEAL TEK FËMIJËT

A. F. Zverev dhe Z. A. Shuvalova. Hirurgia 1964, 6, 62-67

Regjioni sakrocygeal është vënd ku shpesh ka defekte embrionale nga të cilat kemi anomli të zhvillimit dhe tumore. Tumoret e këtij regjioni janë të ndryshëm si nga geneza, struktura histologjike dhe nga dekursi klinik.

Midis 33 fëmijëve që janë shtruar për 20 vjet në klinikën e kirurgjisë infantile në Sverdlovsk kanë qënë me tumore të regjionit sakrocygeal si më poshtë: 1) benigne-kiste unilokulare 2, multi-lokulare 3; kiste epiteliiale-dermoide (1), apendazhe kaudale (1); *diverticulum* (1). 2) Të përçjera, teratoma 18, embrioma tumore organizmoide (1); 3) maligne serkoma (4), adenokarcinoma etj. (2).

Tek fëmijët midis tumoreve të këtij regjioni, më shpesh takohen neoformacionet e përçiera sdomos teratomat dhe më rrallë embriomat. Tumoret mund të jenë me dimensione të ndryshme, ngandonjëherë arrinë dhe sa koka e fëmijës. Konsistenca zakonisht nuk është e njëjtë: në sfondin e masës elastike ose fluktuante mund të palpojmë vënde vënde masë me konsistencë të kërcit ose kockës, gjithashtu dhe forma mund të jetë e ndryshme. Në krahasim me glutealet masa është asimetrike, lëkura mbi të pa ndryshime mund të ketë zgjerim të rrjetit venoz dhe hipertrikoze. Për të vënë diagnozën e saktë na ndihmon ekzaminimi për *rectum* ose rontgenologjik. Funkzioni i ekstremiteteve të poshtme zakonisht është i ruajtur. Me anën e ekzaminimit rontgenologjik duhet të sqarohet në radhë të parë lidhjen e tumorit me kanalën e medullës spinale. Teratomat nuk janë të lidhura me kanalën e medullës spinale, në grafik mund të vëmë re vënde vënde kërc dhe kockë.

Autorët i konsiderojnë teratomat dhe tumorët organizmoide si neoformacione midis atyre benigne dhe maligne. Midis tumoreve maligne më të shpeshta janë sarkomat, më rrallë adenokarcinomat.

Autorët janë me mendimin e F.G. Uglitovit dhe R.A. Mursallovit që «Reziku i operacionit është më i pakët se ai i pritjes»

Nga 31 të sëmurë që u operuan vdiqën 7. Suksesi i ndërhyrjes kirurgjikale mvarret shumë nga pregatitja pre dhe post operatore. Rëndësi të veçantë kanë masat antishok.

Literatura 14 burime

## PRINCIPET E TERAPISË ME A.C.T.H. DHE KORTIKOSTEROIDE NË PREGATITJEN PREOPERATORE DHE NË PERJUDHËN POSTOPERATORE

Docent A. I. Pulatov. Hirurgia 1964, 7, 117-120.

Hormonet hipofizare-surenale në kohën e sotme kanë gjetur një përdorim të madh në praktikën klinike. Pregatitja e të sëmurëve për operacion me A.C.T.H. dhe kortikosteroide ngrë rezistencën e organizimit karshi traumes operatore. Autori ka studjuar në 400 të sëmurë në mënyrë dinamike gjendjen funksionale të korteksit të surenales deri në operacion, me metodat e ndryshme të anestezisë, dhe në periudhën postoperatore. Në lidhje me influencën e këtyre apo otyre preparateve në gjendjen funksionale të korteks surenales pregatitja e të sëmurëve për operacion mund të jetë aktive, ose pasive. Në metodat aktive të pregatitjes preoperatore mund të futen masat që kanë lidhje me ngritjen e aktivitetit funksional të korteks surenales dhe rjedhimisht me mobilizimin e organizmit. Metoda pasive përfaqëson përdorimin vetëm të kortikosteroideve egzogenë kortizon dhe analoget e tij.

Të sëmurët që kanë përdorur për një kohë të gjatë A.C.T.H. dhe kortikosteroide për të mje kuar sëmundjen bazë, duhet të marrin doza plotësuese Kortikosteroidesh për profilaksinë dhe mjekimin e shokut probabel operator. Në mënyrë që të eliminohen fenomenet e pa pelqyeshme të lidhura me marrjen e gjatë të hormoneve kortikosteroide duhet që të sëmurët të marrin preparatet por jo më shumë se 3-4 ditë.

Në djegëjet termike, kur kemi gjendje terminale, niveli i 17 oksikortikosteroidëve në gjakë ngrihet. Sipas mendimit të shumë autorëve në gjëndjet kritike të organizmit kur injektimi i kortikosteroideve nuk jep efekt rezulante të mira jep përdorimi I.V. i A.C.T.H. i cili mund të përdoret në fuzione guta-gut.

Literatura 4 Burime.

## KONVULSIONET GJATË ANESTEZISË

B. G. Zhilis. Hirurgia 1964, 7, 55-60.

Në vitin 1927 Willson konstatoi vdekjen e 4 të sëmurëve nga ataku konvulsivë gjatë nar kozes me eter. Më vonë Rosenov, Tovell etj. përshkruan vdekjen e të sëmurëve nga «kontraksionet e eterit».

Autori ka obseruar 17 të sëmurë me «konvulsione eterike» të cilat u çfaqen gjatë metodave të ndryshme të anestezisë. Ataku fillon papritur ose siç thotë Pinsen pas një fare çregullimi të frymëmarjes e cila më një karakter stertoro, fillon lëvizja fibrilare e qepallave, pas disa sekondash fillon fibrilacioni i muskulaturës së mimikës dhe kalohet në muskulaturën e ekstremiteteve të sipërmë dhe të poshtme. Pas 20-30 sekondash fillojnë konvulsione të përgjithëshme, spazmat tonike zen gjithë trupin dhe vazhdojnë 2-3 minuta, pas disa minuta qetësie ataku fillon përsëri nga e para.

Frymëmarja çregullohet qoftë sikur në trake të ndodhen tubi, pupilat zgjerohen ose kanë formë jo të regullt, presioni arterial ulet. etj. Një anestezist pa eksperiencë mund të ngatërroj fenomenet konvulsive me simptomat e stadi të eksitimit, shtimit i dozës mund të shpjeri në çfaqjen e konvulsioneve të vërteta. Gjatë narkozës me eter konvulsionet vijnë nga superdozimi i eterit dhe eliminimi i tyre bëhet duke ndërprer narkotikun dhe duke dhënë doza të mëdha Oksigjeni.

Të ashtuquajturat konvulsione eterike mund të vijnë nga metodat e ndryshme të anestezisë. Hipoksia e trurit, e cila mund të vij për shkaqe të ndryshme, është shkak i këtyre atakeve.

Gjatë narkozës intratrakeale konvulsionit mund të shfaqen nga bllokada e pulmonit prej futjes së thell të tubit. Fenomene konvulsive u konstatuan dhe në të sëmurët anemikë gjatë administrimit të dozave të mëdha të adrenalines. Konvulsionet që çfaqen nga anestezia lokale zhduken duke injektuar Tiopental Intravenoz.

Literatura 19 BURIME

## REZULTATET E MJEKIMIT TË KOKSITIT TUBERKULAR

F. Lelik Hirurgia 1964, Nr.7, 35-40

Në kohën e sotme, rezultatet e kurimit të tuberkulozit të artikulacioneve janë më të mira. Sipas mendimit të shumë autorëve shkaqet janë: 1) Metodat kirurgjikale dhe konservative nuk janë me antagoniste por plotësojnë njëra tjetrën. 2) Zgjerimi i operacioneve me ndihmën e transfuzioneve, narkozes intratrakeale, profilaksija dhe mjekimi i shokut. 3). Përdorimi i efektshëm i medikamenteve antituberkulare.

Në institutin e autorit nga viti 1955 deri në 1961 janë mjekuar 114 të sëmurë me koksitë t.b. e me moshë nga 5 deri 58 vjeç të gjithëve iu bë një mjekim senatorial. Ndërhyrja kirurgjikale u bë vetëm kur ishte prezenca e t.b.c. lokal dhe shënjat e përgjithëshme të t.b.c. Operacioni bëhej pas zhdukjes së shënjave akute, u operuan 33 të sëmurë.

Autori pasi analizon rastet vjen në konkluzionet e mëpashtëme. Në kohën e sotme koksiti t.b.c. mund të mjekohet pothuaj në të gjitha rastet me ndihmën e një mjekimi kompleks sanatorial, ortopedik, operativ dhe medikamentoz.

Në qoftë se i sëmuri shkonë në kohë në një institucion kurativ special pothuaj gjithmonë arihet që të fitohen lëvizjet e artikulacionit. Për fat të keq nga vështirësia e diagnostikimit ose për shkaqe të tjera, të sëmurët paraqiten me vonesë dhe diagnoza klinike vihet në stadet e vona të sëmundjes, zakonisht vijnë në stadin fibrokaverno, të sëmundjes, në shumicën e rasteve është dëmtuar dhe kartilagua gjë që lejon bërjen vetëm të operacioneve fiksuese. Dhe në proceset destruktive me të rënda pas një mjekimi të mirë, të sëmurët mund të fitojnë lëvizjet. Është e domosdoshme të perfeksionohen metodat e diagnostikimit në mënyrë që mjekimi të filloj në stadet më të herëshme në mënyrë që të mos mbeten të sëmurët invalidë.

## KLINIKA DHE RONTGENDIAGNOSTIKA E TUMOREVE NEUROGEVE TË MEDIASITINIT TEK FËMIJËT

E. A. Stepanov Hirurgia 1964, 6, 27-33

Tumoret neurogene mediastinale tek fëmijët nuk janë të rallë. Ata përbëjnë rreth 29% të tumoreve me karakter neurogen që takohen në mediastinin e të rriturve. Midis të tjerash tumoret neurogene tek fëmijët në krahasim me tumoret e tjera primare të mediastinit të fëmijëve zënë vendin e parë. Sipas të dhënave të autorit, tumoret neurogene zënë më se 50% të të gjithë tumoreve mediastinale të fëmijëve, nga 50 të operuar tek 31 u konstatuan neoformacione të tipit neurogen. Tabela klinike e tumoreve mediastinale neurogene tek fëmijët është shumë e ndryshme dhe pothuajse asnjë herë nuk ka simptoma patognomonike. Ajo në më të shumtën e herës varet jo vetëm nga vendi i lokalizimit por nga moshja e pacientit si dhe nga përbërja patmorfologjike e masës. Simptomat klinike ndahen nga autori në tre grupe: a) Në grupin e parë hyjnë simptomat që vijnë si rezultat i kompresionit të tumorit në organet jetësore të kavitetit torakal. Rëndësi të madhe ka inspeksioni i toraksit i cili mund të vëjë në dukje deformacionin e mureve torakale në regjionin e lokalizimit të tumorit. Prezenca e paketave limfatike të zmadhuara në regjionin supraklavikular duhet ta kujtojë kirurgun për një tumor mediastinal neurogen të malignizuar, shpesh ky është si mptom i vetëm për të cilin fëmijët drejtohen nga prindi të mjeku. b) Në grupin e dytë përmbliken simptomat me karakter neurogen, prezenca e tyre kondicionon me prishjen ose komprimimin e noduseve ose fibrave nervore nga të cilat tumori shpesh herë merr zhvillimin e tij primar. Mund të konstatohen ndryshime të dermografizmit të lidhura me rritjen e spazmave të enëve të gjakut të cilat kondicionohen nga lezionimi i trupave simpatikë. c) Në grupin e tretë bashkohen simptomat që karakterizojnë gjëndjen e përgjithëshme të sëmurit, ato lidhen me inatoksikacionin e organizmit nga vetë tumori ose me prishjen e regularitetit të S.N.C. Nga simptomat e fundit më të shpeshta janë humbja në peshë, dobësi e përgjithëshme, fenomene dispeptik, temperaturë e ngritur etj. Shpesh herë vihet re dhe dekursi pa simptoma i cili vështrëson shumë vënien e diagnozës pa metodat ndihmëse.

Literatura 42 burime.

## PERITONITET AKUTE ME PREJARDHJE JO ARENDIKULARE TE FËMIJËT

S. R. Sll ckaja Hirurgia. 1964, 6, 42-46.

Në klinikën e autorit prej vitit 1946 deri më 1960 u observuan 75 të sëmurë me *peritonitis diffusa purulenta* me prejardhje jo apendikulare. Shkaku i peritoniteve në 6 raste ishte nga inflamacioni i diverticul Mekkeli, në katër raste nga mesadenitis purulenta non specifica, 2 raste nga salpingitis purulenta acuta, 2 raste nga ileus dhe gangrena e zorrës së hollë, përforcioni i ulcerës tifoze në katër raste nefroza lipidike 4 raste, përforcioni i zorrës nga trupi i huaj një rast dhe në 52 raste peritonit nga *diplococcus*.

Peritonitet akute tek fëmijët kalojnë më rëndë dhe janë një komplikacion i rëndë i sëmundjeve akute të kavitetit abdominal.

Shumica e të sëmurëve ishin me peritonit nga diplokoku, kjo sëmundje takohet pothuajse vetëm tek fëmijët, shumica e të sëmurëve ishin nga moshja 3 deri 8 vjeç. Deri në përdorimin e preparateve sulfamilamide dhe antibiotikëve dekursi i kësaj sëmundje kalonte rëndë, letaliteti pothuajse ishte 100%. Sëmundja zakonisht fillon pa pritur në çfaqjen e dhëmbjeve të forta në abdomen, temperaturë të ngritur, të vjella, i sëmuri gjëndet në gjëndje intoksikacioni, i zbehtë, puls i shpeshtë, gjuha e thatë e mbuluar. Abdomeni i kontraktuar dhe i dhëmbëshëm në gjithë regjionet, por më shpesh dhëmbjet lokalizohen në *fossa iliaca dextra*. Diagnoza është e vështirë me gjithë se mund të vihet edhe para operacionit. Në klinikë 19 të sëmurëve i u vu diagnoza *appendicitis acuta*, 20 *appendicitis acuta me peritonitis* dhe 13 peritonit diplokoku. Në kohën e sotme të sëmurët operohen jo vetëm në rastet e dyshimita për *appendicitis acuta* dhe për peritonit por dhe atëhere kur peritoniti nga diplokoku është diagnostikuar dhe para operacionit. Nga 75 të sëmurëve vdiqën 5, njëri nga peritoniti pas *diverticulum Mekkeli* i përforuar, dy me tifo abdominale të sëmurë vdiqën 5, njëri nga peritoniti pas *diverticulum Mekkeli* i përforuar, dy me tifo abdominale nga përforcioni i ulcerës tifoze dhe dy nga peritoniti prej nefrozës lipidike. Nga peritonitit diplokokal klinika nuk pati asnjë vdekje. Pregatitja preoperatorore në të gjitha format e peritonitit ka një rëndësi të madhe. Në klinikë është përpunuar metoda e mëposhtme: Kur pacienti ka

temperaturë të lartë i injektohet 1% solucio piramidoni, intravenoz bëhen antibiotikë, gjak dhe plazmë, çdo dy orë matet temperatura, mbas 2—4 orësh pacienti merret për operacion. Rëndësi të madhe ka perioda postoperatore duke pasur sidomos parasysh masat kundër iletusit paralizik.

Literatura 7 burime.

## DYSPLAZIA FIBROSE KOCKORE TEK FËMIJËT.

Profesor T. F. Gauzhuleviç. Hirurgia 1964 6, 80-83

Prej marsit 1957 deri në nëndor 1962 u observuan 36 të sëmurë nga moshja 3 deri më 6 vjeç me neoformacione të ndryshme kockore, në 5 prej tyre u konstatuan displazi fibroze.

Më shpesh kapen kockat e gjata tubulare, sëmundja zakonisht fillon në metafizë dhe gradualisht shtrihet në diafizë. Dallohen forma monoosale e displazisë fibroze me lokalizimin e procesit patologjik në një kockë në formën e një ose disa vatrave organike dhe forma poliosale me lokalizime në disa kocka. Sëmundja fillon pa u vënë re, të sëmurët zakonisht drejtohen tek mjeku kur ka ndryshime kockore, nga ndonjëherë ankohen për dhëmbje të lehta që kalojnë, jo rrallë ndodhin fraktura patologjike. Gjëndja e përgjithëshme e të sëmurëve nuk ndryshon. Përmbajtja e fosforit dhe kalciumit në serumin e gjakut është në normë. Në urinën mungojnë ndryshimet patologjike tabloja anatomopatologjike karakterizohet me prezencën e indit lidhor në kanalim intramedular; ky s'është ind lidhor i zakonshëm, por ind osteogen, diferencimi i këtij indit nuk është i mundur deri në çfaqjen e strukturës kockore të pjekur.

Indi lidhor i marrë në të njëjtën kockë por në vatra të ndryshme ka strukturë jo të njëjtë.

Tabloja rontgenologjike në të gjitha format e displazisë fibroze karakterizohet nga një polimorfizëm i theksuar. Në kockë dallohen një ose disa vatra të ndritura në formë ovale jo të rregulltë me madhësi të ndryshme që rrethohen nga një zonë sklerotike. Në rastet që ka vetëm një vatrë patologjike diagnoza diferenciale me osteoblastoklastomën, osteoide-osteomën cystin kockor, t.b.c. në kockorë bëhet më e vështirë. Dekursi benignë i sëmundjes nga ndonjëherë bëhet malinjë. Për të vënë diagnozën e sëmundjes duhet një observim dinamik.

Mjekimi i displazisë fibroze është vetëm kirurgjikal, reseksioni i kockave në kufitë e indeve të shëndosha. Indikacione për operacion mund të shërbejnë deformimi i konsiderueshëm i ekstremitetit, vatrave e mëdha ose të shumta, nga ndonjëherë ankimet për dhëmbje, gjithashtu rreziku për fraktura patologjike.

Literatura 9 burime.

## MBI KANCERIT MULTIPLE PRIMAR TË VENTRIKULIT

V. M. Voskaja. Hirurgia 1964, 8, 61-65

Studimi i pamjaftueshëm i kancerit primar multiple i ventriculit, vështirësia diagnostike gjithashtu interesoi për mjekimin dhe prognozën e kësaj forme të sëmundjes e kanë shtyrë autorin të studjojë materialin 10 vjeçar (1953-1961) të institutit të onkologjisë Hergen.

Janë studjuar 117 të sëmurë nga të cilët 55 kishin kancer multiple, 32 polipozë dhe kancer të çfaqur në bazën e polipozës, 10 të sëmurë me *ulcus callosum multiplex* që ka kaluar në kancer, 18 të sëmurë me polipozë dhe me çfaqje proliferimi dhe enterizimi, 1 i sëmurë me kancer sinchron të pjesës abdominale të esofagut dhe kancer kardial të ventriculit dhe 1 i sëmurë me kancer sinchron të ventriculit dhe leiomyomë të ventriculit.

Grupi i të sëmurëve me polipozë dhe me çfaqjen e fenomeneve të proliferacionit dhe enterizimit u fut në artikull mbasi në asnjë nga ekzaminimet e mundëshme nuk u bë i mundur ekskludimi i kancerit deri në kohën e operacionit.

Autori konkludon si më poshtë:

1. Tumoret multiple të ventriculit takohen më shpesh se sa mendohej deri vonë.
2. Simptoma klinike karakteristike që ta dallojnë kancerin multiple nga ai solitar nuk ka.
3. Ekzaminimet rontgenologjike për tumoret multiple të stomakut sipas të dhënave të autorit lejojnë të vendosësh diagnozën e drejtë në 46.1% të rasteve.
4. Polipoza nuk është fond i domosdoshëm për kancerin multiple të ventriculit por shpesh është paraardhës i tij.
5. Me metodat e sotme diagnostike dhe me mjekimin radikal, rezultatet e mjekimit të të sëmurëve me *carcinoma multiplex primar ventriculi* nuk ndryshojnë nga ato të mjekimit të kancerit solidar.

Literatura 11 burime.

## MBI RËNDËSINË E PARIETOGRAFISË SË STOMAKUT NË KLINIKËN KIRURGJIKALE.

L. Sh. Rozenshtrah dhe H. M. Pushkareva. Hirurgia 1964, 8, 65-70.

Pamvarësisht nga rëndësia e madhe e ekzaminimit rontgenologjik me kontrast të ventrikuli, ky i fundit ka një sërë të metash se lejon vetëm studimin e murit të brendshëm të stomakut kurse për sipërfaqen e jashtme dhe trashësinë e mureve të ventrikulit nuk jep asnjë të dhënë. Këto të meta ulin mundësinë e ndihmës që mund të japi radioskopia e stomakut në rastet e tumoreve që infiltrojnë në muret e tija.

Në vitin 1933 shkencëtari japonez Makoto Saito propozoi studimin e mureve të stomakut vetëm me ndihmën e gazit. Kjo metodë (parietografia) gjeti përkrahës mbasi Racchius dhe Procher propozuan studimin me shtresa të stomakut.

Artikulli është shkruar në bazë të 57 observacioneve ku parietografia u bë për qëllime diagnostike në sëmundjet e *corpus, sinus* dhe të regjionit antral të ventrikulit, në 35 u krye interveni kirurgjikal. Më poshtë autori jep teknikën e parietografisë me futjen e dyanëshme të ajrit si në kavitetin peritoneal dhe në stomak. Një rëndësi të madhe merr këtu dhe kombinimi me tomografi. Autorët konkludojnë si më poshtë: 1) Parietografia është e vetmja metodë rontgenologjike që lejon studimin si të sipërfaqes së brendshme ashtu dhe asaj të jashtme të stomakut. 2) Përdorimi i parietografisë për qëllim studimi të gjëndjes së mureve të korpusit, sinusit dhe regjionit antral të ventrikulit nuk është më pak efektiv se studimi i mureve të regjioneve të sipërme të stomakut. 3) Me gjithë se në kondita të zakonshme muret e regjioneve dalëse të stomakut janë më të trasha se muret e korpusit dhe veçanërisht të kubesë gjatë parietografisë këto mure janë të njëjta. 4) Parietografia në shumë raste mund të përcaktojë karakterin e nisheve të mëdha dhe në veçanti të ndihmojë në diagnozën diferenciale midis nisheve ulçeroze dhe kanceroze. 5) Metoda ka rëndësi në diferencial diagnostikën e stenozave të pjesëve dalëse të ventrikulit kur metodat e tjera s'kanë efekt. 6) Parietografia mund të japë një ide në lidhje me gjëndjen e stomakut karshi organeve të tjera, por ajo zakonisht nuk mund të dallojë në se është rritje kanceroze apo aderençë. 7) Parietografia është një metodë e vyer plotësonjese e metodës rontgenologjike të studimit të stomakut

Literatura 8 burime.

## SINDROMI POSTINTUBACION

R. D. Satin dhe D. Dejanov Experimentalnaja Hirurgia i anesteziologia 1964 5, -80-82

Përdorimi i narkozës endotrakeale për shkak të të metave të saj mund të shpjeri në një sërë komplikacionesh me shpesh lidhur me rrugët e sipërme respiratore. Nga këto komplikacione më e rëndë është edemi i kordave vokale. Një komplikacion tjetër i rrezikshëm është çfaqja e granulomave të vonshme postintubatore të cilat duhet pa tjetër të operohen. Këto komplikacione bërjen e trakeotomisë ndeshën vetëm një herë, granulomë postintubatore nuk konstatuan asnjë herë.

Shumë të sëmurë ankohen për ndryshimin e zërit në 2-3 ditë e para pas intubimit. Për të koordinuar lidhjen midis ankesave subjektive dhe ndryshimeve objektive, autorët observuan 200 të sëmurë nga mosha 1 deri më 74 vjeç me sëmundje të ndryshme kirurgjike. Në ankes subjektive u futën dhumbjet në gojë, grykë, gëlltitja e thatë dhe dhëmbja gjatë ngrenies dhe të folurit. Ndryshimet objektive u vunë re gjatë faringoskopisë dhe laringoskopisë indirekte, të rësëmureve që i u bë intubacioni nga hunda ju bë dhe rinoskopia. Të gjithë të sëmurët u ndanën në 4 grupe. Në grupin e parë u futën të sëmurët pa ankesa dhe pa ndryshime në rrugët e sipërme respiratore, në grupin e dytë të sëmurët me ankesa dhe pa ndryshime, në grupin e tretë të sëmurët pa ankesa dhe me ndryshime dhe në grupin e katërt të sëmurët me ankesa dhe me ndryshime objektive. Në grupin e parë ishin 7.5% e pacientëve, në grupin e dytë 60.5%, në grupin e tretë 2% dhe në të katërtin 30%.

Autorët konsiderojnë se ndjenjat subjektive të pacientëve dhe ndryshimet në zë, të cilat zakonisht zhduken pas 48 orëve vijnë si rezultat i dëmtimeve të terminacioneve të nervave periferikë të mukozës dhe nga edema e lehtë e kordave vokale nga intubacioni intratrakeal. Konkludohet se ankesat subjektive të lidhura me dëmtimin e rrugëve të sipërme respiratore dhe me ndryshimin e zërit nuk duhet të konsiderohen si komplikacione të intubacionit intratrakeal por si sindromë postintubacion që konsiston në një shqetësim në grykë dhe me një ndryshim të lehtë të zërit, për eliminimin e tyre s'ka nevojë për masa speciale.

## MJEKIMI KIMIOKIRURGJIKAL I CANCER VENTRICULI

I. V. Koliabjuk, A. V. Tallalajeva, A. N. Nomiya Hirurgia 1964, 8, 3-17

Siç dihet rezultatet e largëta të *Cancer Ventriculi* sidomos të stadit të tretë dhe të katërtë nuk janë të mira, shumica e të sëmurëve vdesin brënda pak vjetve nga metastazat dhe recidivat. Sipas materialeve të institutit onkologjik Herzen, të bazuara në rezultatet e observacioneve të bërë në 449 të sëmurë të operuar radikalisht për *cancer ventriculi*, për 5 vjet e sipër, rezultoi se jetojnë brënda 5 vjetve në gjithë stadet 37.9% e të operuarve, në stadin e parë dhe të dytë 57%, në stadin e tretë 22.5%.

Efektiviteti i operacionit në *cancer ventriculi* është i vogël dhe kryesisht mvaret nga stadi. Në Institut është provuar efektiviteti i një sërë preparateve: tiotef, spirazidinë, ciklofosfan (endoksan) dhe kombinimi i ciklofosfanit me tiotef. Më në fund rezultoi se tiotefi është më pak toksik dhe jep një efekt të mirë klinik.

Mjekimi bëhet duke kombinuar tiotefin intramuskular, intraperitoneal ose për os duke bërë në të njëjtën kohë ciklofosfan intravenoz. Të sëmurët marrin preparatin pre dhe postoperator njëkohësisht dhe gjatë operacionit. Doza ditore 20 mgr, doza totale 300 mgr. Preoperatorë të sëmurët marrin 100-160 mgr. tiotef. Në kohën e operacionit 15 mgr. hidhen në kavitetin abdominal dhe 15 mgr. injektohen në ndonjë nga venat e vogla të mezenterit të zorrës së hollë. Mbas operacionit tiotefi përdoret 20 mgr. në interval një ditë deri në fundin e mjekimit. Dy muaj pas operacionit rekomandohet një përsëritje e kursit të mjekimit prej 130-160 mgr. (pothuaj gjysmën e dozës së parë).

Në rast se konstatojmë recidiva ose metastaza mund të bëhet një kurs i tretë mjekimi me gjysmën e dozës ndën kontrollin e vazhdueshëm të kuadrit të gjakut. Autorët studjuan dhe sensibilitetin e ndryshëm të llojeve të ndryshme istologjike të *cancer ventriculi* karshi preparatit, përveç kësaj grada e regresimit të tumorit mvaret nga doza dhe afati i mjekimit. Autorët konkludojnë se mjekimi kimiokirurgjikal i *cancer ventriculi* me përdorimin e tiotefit mund të rekomandohet në kancer të stadit të tretë si gjatë operacioneve paliative dhe radikale, veçanërisht në kancerin solid dhe adenokarcinomën.

Literatura 13 burime.

## RRUGËT E ZHVILLIMIT DHE KU KA ARRITUR SOT ANESTEZIOLOGJIA

Prof. T. M. Dorbinjan. Hirurgia 1964, 7, 8-12

Përdorimi i miorelaksantëve mund të japi komplikacione të lidhura jo vetëm me influencën e këtyre substancave në organizëm por dhe nga një plan taktik jo i drejtë i përdorimit të tyre.

Autori është dakord me vendimet e simpoziumit të janarit 1963 për anesteziologët, i cili u bë në Moskë. Në të theksohej të mos përdorim kurrë miorelaksantë të tipit depolarizues më shumë se 1000-1200 mgr. deri në këto doza të përdoren në operacionet që zgjasin për një kohë deri në dy orë.

Observacionet klinike të autorit kanë treguar se kur përdoren mbi këto doza disa herë në fund të operacionit çfaqet një dobësi muskulare e theksuar në kartinën e një blloku antidepolarizant.

Kur operacioni duhet të vazhdojë 2 deri në 5 orë është mirë të përdoren miorelaksantë të tipit antidepolarizues - (deri 10 mgr/kg. diplacinë). Përdorimi i miorelaksantit depolarizues për lehtësimin e intubimit kur që në fillim të operacionit dihet se do të përdoren antidepolarizuesit ka një efekt antagonist. Efekti antagonist i tyre pas 3-4 orëve zhduket, në këtë mënyrë mund të flitet për një sinergjizëm të preparateve depolarizues dhe antidepolarizues. Kjo gjë e lejon autorin të rekomandojë narkozën e kombinuar ku lehtësimi i intubimit të bëhet me ndihmën e miorelaksantëve antidepolarizues. Kur operacionet zgjasin më shumë se 5 orë mund të përdoren kuraret depolarizuese në fillim pastaj ato antidepolarizuese, në qoftë se operacioni duhet të vazhdojë akoma përdoren përsëri depolarizuesit. Në disa raste kur operacionet janë shumë traumatike duhet të çfrytëzohet dhe efekti ganglionoblokonjës i miorelaksantëve. Një nga avantazhet më të shkëlqyeshme të miorelaksantëve është narkoza superficiale e cila duhet të shoqërohet me amnezinë retrograde dhe me ruajtjen e autoregularitetit reflektor të organizmit. Në kohën e sotme nuk ekziston një klasifikim preciz i stadeve të narkozës me përdorimin e miorelaksantëve. Klasifikimi i Gredellit për narkozën me eter nuk është i përshtatshëm për narkozën me

mioplogjik bopse nuk përmban një serë veçantish të kësaj të fundit. Artuzio e ndan stadin e parë të narkozës sipas klasifikimit të Gredellit në tre grada: grada e parë shoqërohet me analgezi pa amnezi, grada e dytë analgezi dhe pjesërisht amnezi dhe grada e tretë analgezi dhe amnesi të plotë.

Literatura 4 burime.

### REZULTATET E LARGËTA TË MJEKIMIT KIRURGJIKAL TË CANCER VENTRIKULI NË LIDHJE ME LOKALIZIMIN E TUMORIT DHE RËNDESI NË FINTERVENTIT

A. A. Cel dhe L. M. Sidorenko. Voprosi onkologi 1964, Volum i X-të, Nr. 8

Duke studjuar të dhënat e operacioneve radikale të bëra në institut për *cancer ventriculi* nga viti 1947-1958, autorët u përpoqën të bëjnë analizën krahasonjëse të rezultateve të largëta të gastrektomisë totale dhe resectionit subtotal.

Në këtë periudhë në institut janë bërë 121 gastrektomi totale dhe 435. resectione subtotale të ventriculit.

Për të marrë të dhëna krahasonjëse të sëmurët u ndanë në dy grupe: në të parin u futën 115 të sëmurë që bëjnë resection subtotal dhe në grupin e dytë 70 të sëmurë të cilëve i u bë me sukses gastrectomia totale.

Autorët në tablica të ndryshme japin gradën e shtrirjes së procesit tumoral, formën e rritjes së tumorit, zgjatjen e jetës së të sëmurit që kanë bërë të dyja ndërhyrjet kirurgjikale të më sipërme e tjera.

Si rezultat i analizës së observacioneve vetiake dhe të të dhënave të literaturës autorët konkludojnë se rezultatet e largëta të gastrektomisë (gjithashtu duke përfshiruar atë «të detyruar») janë 1.5 deri më 2 herë më të këqija se rezultatet e resectionit subtotal të kryera në tumore me përhapje të njëjtë.

Gastrectomia totale është e indikuar jo vetëm në përhapjen e madhe të tumorit, kur operacioni është «i detyruar», por dhe në Ca infiltrative që shtrihen në regjionin proksimal të ventriculit të quajtura gastrectomi «të nevojshme».

Gastrectominë totale «të detyruar» në cancer jo rrallë duhet ta konsiderojmë si intervent paliativ.

Duke parë rezultatet e largëta të gastrektomisë totale duhet ta ndajmë këtë të fundit në tre lloje në mvarësi nga çfarë gastrektomie është bërë «e detyruar», «e nevojshme», «me indikacione principiale».

Literatura 27 burime.

### MELANOMA PARA PUBERTETIT

F. Klaudio, G. Laria Minerva Chirurgia 1964, Nr. 21, Volumi 19, 735-739.

Melanoma malinje në prepubertet nuk konsiderohet sot një sëmundje e rrallë. Duke rishqyrtuar statistikën e melanomave të repartit kirurgjikal të institutit të tumoreve të Napolit (127 raste) u gjetën 6 raste me melanomë në fëmijë ndën 12 vjeç.

Në këtë moshë nuk kanë ndodhur akoma ato transformacione endokrine që bëhen shkaktarë të modifikimeve eventuale malinje të një nevusi të pigmentuar. Më poshtë autori raportoi shkurtimisht për 6 rastet me melanomë duke dhënë të dhënat kliniko-terapeutike me esenciale. Ekzaminimin histologjik të bërë në të gjitha rastet ka treguar në katër rastet melanoblastoma dhe në dy rastet melanosarkoma. Lokalizimi në tre raste ishte në anësitë inferiore, në dy raste në kokë dhe një rast në gjenitale eksterne të femrës. Nga të 6 pacientët 4 ishin portatorë të nevuve të cilat kishin pësuar transformacione malinje.

Në një rast u bë rontgenoterapi preoperatore si në metastazat ashtu dhe lokal, më vonë ndërhyrja kirurgjikale, në 4 raste u bë rontgenoterapi postoperatore, në një rast nuk u bë rontgenoterapi postoperatore, në një rast nuk u bë fare rontgenoterapi.

Nga të 6 pacientët e vegjël 4 janë të gjallë dhe gëzojnë shëndet të plotë respektivisht 9,76 vjet dhe 15 muaj pas paraqitjes së parë të mjeku. Dy vdiqën, njëri ishte portator i një melanosarkome të syrit dhe i qyti i një melanoblastome të *labium maior*.



Autorët konkludojnë se nevuset e fëmijëve duhet të konsiderohen si ato të të rriturve me posibilitetin e evolucionit melanomatoz të këtyre të fundit.

Si dhe në të rriturit midis shkaqeve që mund të determinojnë një transformacion malign të nevuseve janë traumat. Agjentët traumaticë mund të japin transformacione maligne të nevuseve të fëmijët pothuaj në një përqindje të njëjtë me të rriturit duke marrë parasysh zgjatjen e shkurtër të jetës së fëmijëve në krahasim me atë të të rriturve.

Mjekim është ablacioni kirurgjikal.

Duke marrë parasysh të dhënat e literaturës sipas autorëve mendimi mbi dekursin benign, të melanomave të fëmijëve duhet modifikuar.

Literatura 21 burime

## PËRDORIMI I MASAZHIT INDIREKT TË ZEMRËS NË PRAKTIKËN KLINIKE

A. S. Ermolov, Ju, Z. Krejolin, I. V. Egorov, O. S. Bocarev, I. S. Kalter  
Hirurgia 1964, 7,36-39.

Ndalimi i menjëhershëm i zemrës bëhet shpesh herë shkak i vdekjes i të sëmurëve me sëmundje të ndryshme kirurgjikale. Në një pjesë të rasteve, kjo mund të vijë si rezultat i një sëmundjeje, kurse ndonjëherë si rezultat i manipulacioneve të ndryshme me qëllim kurativ ose diagnostik. Sipas të dhënave të Milsen ndalimi i menjëhershëm i zemrës në operacion është 1:1000, sipas Dzhudu 1:5000, po këto të dhëna japin dhe Jude, Konwenhovene etj.

Deri kohët e sotme përdorej si metod efektive për rastaurimin e funksjonit kardiak masazhi transtorakal direkt i zemrës i shoqëruar me respiracion artificial (A.N.Bakuljev, V.A. Negovski, Beck.Hosler, F.G.Uglov).

Sot shum autor përdorin «masazhin indirekt të zemrës» ose «masazhin e mbyllur të zemrës». Të metat e masazhit direkt të zemrës janë: 1) Torakotomia është operacion traumatik. 2) Humbja e kohës për bërjen e torakotomis. 3) Mundësija e demtimit të zemrës gjat masazhit direkt.

Përdorimi i masazhit indirekt të zemrës pothuaj ekskludon ato të meta. Sipas observacioneve të autorëve nganjëherë masazhi indirekt e ngre TA jo në shumë se 60-80 mm- dhe në rastet e rënies së theksuar të tonusit të miokardit ky masazh nuk është i efektshëm. Autorët rekomandojnë përdorimin e masazhit të mbyllur në gjendjet agonale, në funksionin e dobët të zemrës në vdekjet klinike që zgjasin jo më shumë se 1-2 minuta. Jepet në artikull teknika e masazhit indirekt të zemrës. Për efektivitetin e masazhit gjykoheh nga ndryshimi i ngjyrës së mukozës dhe lëkurës, ngyshtimi i pupilave, restaurimi i frymëmarrjes dhe veprimtaris reflektore. Autorët kanë përdorur masazhin e mbyllur të zemrës në 8 raste të ndalimit të menjëhershëm të saj dhe ku nga vdekja klinike dëri në momentin e ngjalljes nuk u kalua 1 minutë. Ky lloj masazhi mund të bëhet si në konditat ospitaljere dhe ambulatorë.

Literatura 8 burime.

## SËMUNDJA PORFIRIKE

Profesor B. HA. Brajcev Hirurgjia 1964 7,125-127.

Në praktikën klinike shpesh herë ndodhin raste të sëmundjeve të ralla njohja e të cilave vështirësohet nga mosnjohja e simptomave, kjo gjë shpesh shpesh herë në bërjen e laparatomive të kota.

Forma neuro-intestinale e sëmundjes porfirike është një nga sëmundjet e rralla. Porfirinat egzogene njeriu i marr nga mishi dhe ushqimet bimëore nga intestini ato shkojnë në hepar ku transformohen në koproporfirin dhe dalin me anën e blitës, një pjesë kalon në gjak dhe eliminohet me anën e urinës. Porfirinat endogone formohen si produkte shtesë gjatë biosintezës së hemoglobinës dhe pjesërisht gjatë shkatërrimit të hemoglobinës, mioglobinës dhe tekromit, në organizëm ato ndodhen në formë protoporfirine: komponim pa ngjyrë. Kur ka shumë porfirinogen ky ndën efektin e ditës kthehet në porfirinë e cila i jep urinës një ngjyrë të kuqe. Sëmundja porfirike ka dy forma kongenitale (m.Hunter) dhe akute. Forma akute jep dëmtime neurointestinale. Një rol të rëndësishëm në zhvillimin e formës akute ka alkoolizmi, përdorimi pa kriter i sulfanilamideve, barbiturateve, kontakti me benzinën etilike etj. Sëmundja mund të komplikohet me nefritin

Në kohën e atakut dhëmbjet e forta në abdomen, nauzea, të vjellat etj. mund të simulojnë tablon e një abdomeni akut. Presioni i lart arterjal mund të ngatëroj mjekun për prezencën e feokromocitomës. Prognosa në rastet e lezimeve është e keqe, vdekja vijnë nga paraliza e frymëmarrjes. Në kohën e s otme mjekimi më kortizon e përmirëson prognozën e sëmundjes në qoftëse kjo diagnostikohet herët. Rekomandohet përdorimi i acidit folik, riboflavinës, vitaminës B<sub>12</sub> dhe rezorcines.

Autori e ilustron artikullin duke demonstruar një rast me sëmundje porfirike.

## MBI TAKTIKËN E KIRURGUT GJATË PNEUMOTORAKSIT SPONTAN ME ETIOLOGJI JO TUBERKULARE

V. Li. Maneviç, T. V. Stepanova Hirurgia 1964, 113-119

Në artikull analizohen të dhënat mbi 37 pacientë, 33 burra dhe 4 gra me moshë nga 19 deri në 70 vjeç me pneumotraks spontan ku etiologjia nuk është tuberkulare.

Të 37 të sëmurët deri në zhvillimin e pneumotraksit gëzonin shëndet të plotë; në 33 pneumotraksit u çfaq në qetësi, në disa gjatë gjurit, në 4 çfaqja e sëmundjes mund të lidhet me ngarkesën fizike, kurse një pacienti i u çfaq në kohën e fluturimit 10 kilometra lartësi, vetëm një i sëmurë kishte në anemnezë T.B.C. *pulmonum* të shëruar shumë vjet përpara.

Tabloja klinike e pneumotraksit spontan kondicionohet me kolasp të pulmoneve, ajri hyn në kavitetin pleural duke çvendosur me diastinin në anën e kundërtë, çfaqet sindromi i dhëmbjes prishja e funksionit respirator dhe e veprimtarisë kardiovaskulare.

Në këto raste në toraks çfaqen dhëmbje të forta, dispne, cianozë takikardi. Këto simptoma vijnë befás.

Çfaqja e kësaj apo asaj forme të pneumotraksit mvaret nga madhësia dhe forma e defektit të indit pulmonar, prezenca e aderencave pleurale, nga grada e zhvillimit të ernfizemës.

Shkaku më i shpeshtë i pneumotraksit spontan është çarja e bulave emfizematoze ose i cysteve me ajër pulmonar.

Në kompleksin e masave që merren për shërimin e sëmundjeve hyn dhe futja e gjyjpërës në kavitetin pleural dhe kryerja e respiracionit aktiv ose pasiv.

Në rastet që kjo nuk jep efekt duhet ndërhyrja kirurgjikale. Graviteti i ndërhyrjes kirurgjike duhet të jetë minimale dhe mvaret nga shkalla e ndryshimeve të indit pulmonar. Kistet solitare qepen, në kistet multiple të periferisë bëhet rezeksion periferik; kur dëmtimet janë me të shprehura bëhet lobektomia. Të sëmurët me pneumotraks spontan ku etiologjia është jo tuberkulare, duhet të mjekohen në stacionar në repartët kirurgjikale dhe të jenë vazhdimisht nën kontrollin e kirurgut.

## MBI DIAGNOZËN DIFERENCIALE TË MORBUS BENE-BEK SHAUMAN

M. V. Rogoskina dhe B. M. Zuntov. Hirurgia 1964, 10,126-129

Shumë autorë e quajnë këtë sëmundje sarkoidozë, etiologjia deri tani është e pa njohur. Disa konsiderojnë shkak të sëmundjes tuberkulozin të tjerë pranojnë natyrën virusale, disa e fusin sëmundjen në grupin e patologjisë së sistemit retikuloendotelial me predominimin e lokalizimit në noduset limfatike pulmonare, lëkurë dhe rrallë në organet e tjera.

Bene-Bek-Shauman nga disa autorë ndahet në tre stade. Në stadin e parë të procesit kapen lymfoglandulat e mediastinit sidomos grupi bronkopulmonar, më rrallë ai paratrakeal. Nuk ka simptoma klinike të qarta dhe zbulohet rastësisht gjatë egzaminimeve rontgenologjike. Në këtë stadë sëmundja mund të shërohet vetë.

Në stadin e dytë procesi përhapet në indin pulmonar, rrugët e përhapjes janë hematogene dhe lymfogene. Të sëmurët mund të kenë temperaturë subfebrile, kollë dhëmbje në gjoks, dobësi të përgjithëshme.

Kur përhapja e procesit bëhet me rrugë limfatike kemi një forcim të rrjetit pulmonar në ekzaminimin rontgenologjik, në rastet që përhapja është hematogjene mund t'i ngjajë një tuberkulozi hematogen të diseminuar të pulmonit ose me një silikozë.

Në stadin e tretë çfaqen hije në forma dhe dendësi të ndryshme; çfaqet fibroza intersticiale. Emfizema buloze e shprehur mund të çojë në pneumotraksin spontan.

Në proces meri pjesë dhe pleura mediastinale dhe ajo interlobare, më vonë bëhet ciroza pulmonare dhe vdekja vjen nga insuficienca kardiorespiratore. Para së gjithash duhet bërë diagnoza diferenciale e sarkoidozës me lymfogranulomatozën lymfosarkomatozën, tuberkulozin dhe

me kancerin central pulmonar. Vështirësitë e diagnozës diferenciale lehtësohen kur ka lymfë-glandula nën lëkurë ose lymfoglandula të tjera, biopsia e të cilave jep diagnozën. Autorët japin dhe karakteristikat rontgenologjike të sëmundjes dhe konkludojnë se njohja e mirë e mjekëve me tablon klinikomorfologjike të sëmundjes dhe përdorimi i gjithë metodave diagnostike mund të ndihmojë të vendoset diagnoza e drejtë, saktësisht diagnoza vihet vetëm pasi të bëhet ekzaminimi histologjik.

Literatura 9 burime.

### KOMPLIKACIONET BRONKOPEURALE POSTOPERATORE DHE PROFILAKSIA E TYRE

R. Z. Badretdinov Hirurgia 1964, 10,129-134.

Deri sot në mjekimin kirurgjikal të sëmundjeve pulmonare një nga çështjet që mbelet e pa zgjidhur është profilaksia dhe terapia e komplikacioneve bronkopleurale postoperatore.

Autori ka observuar 778 të sëmurë të cilëve i u bë ndërhyrje radikale nga viti 1956-1961. Komplikacionet postoperatore bronkopleurale u konstatuan në 106 të sëmurë nga të cilat fistula postoperatore në 77 të sëmurë. Prej tyre në 62 u konstatuan fistula të kultit të bronkut, në 15 fistula bronkoalveolare dhe në 29 emfizema pa fistula.

Mosha e të operuarve nga 9 deri 70 vjeç

Nga 778 të sëmurë u operuan 319 për *cancer pulmonum*, 288 lidhur me procese purulente, 171 për sëmundje të tjera.

Nga të sëmurit që u operuan për cancer fistulat postoperatore u konstatuan në 9.3% Autori jep tabela ku krahasohet shpeshësia e fistulave postoperatore lidhur me karakterin e ndërhyrjes kirurgjikale.

Fistulat janë më frekvente gjatë lobektomive dhe bilobektomive inferiore se sa pas ndërhyrjeve analoge në regjionet superiore pulmonare. Sa më e gjatë anamneza e pacientave aq më të shpeshta janë fistulat. Autori mendon se këto të fundit çfaqen tre herë më shpesh në të sëmurët mikroflora e të cilëve nuk është e ndjeshme ose është pak e ndjeshme karshi antibiotikëve. Një nga faktorët që këqeson konditat e regjenerimit dhe që shpie në paqëndrueshmërinë e kultit bronkial është prezenca e ndryshimeve inflamatore-destruktive në muret afër vatrës.

Për profilaksinë e komplikacioneve postoperatore rëndësi të madhe ka përpunimi i teknikës kirurgjikale dhe kryerja e interventit me elegancë, rëndësi ka sidomos përpunimi i elementeve të ilusit pulmonar gjatë kohës së operacionit. Pra analiza e komplikacioneve postoperatore bronkopleurale është aktuale. Aktualiteti diktohet në radhë të parë se këto komplikacione janë të shpeshta dhe në radhë të dytë nuk ka metodë që të garantojë profilaksinë e tyre.

Literatura 28 burime.

## PËRDORIMI I LËKURËS HOMOPLASTIKE TË KONSERVUAR NË BETAPROPRIOLAKTONE PËR MJEKIMIN E KOMBUSTIONEVE.

Janosh Novak. Zoltan Zaborski Hirurgia 1965, 2, 77.

Mundësia autoplatikes është e kufizuar sidomos kur është dëmtuar një pjesë e madhe e lëkurës, kur gjëndja e të sëmurit nuk lejon kryerjen e intervanteve të mëdha kirurgjikale, kur është aplikuar një terapi e gjatë antikoagulante (në rastet e embolisë pulmore ose të trombozes së enëve koronare), gjithashtu dhe në rastet që është kunderindikuar narkoza.

Izolimi i sipërfaqes së plagës behet me ndihmën e fashave të zakonëshme, gjithashtu, me anën e heterotransplateve (Vittells). E meta e këtyre metodave është se nuk i japin një ndihmë aktive proceseve biologjike epitelizuese të organizmit.

Trasplacimi urgjent i lëkurës së donatorit paraqet vështirësi ekonomike dhe organizative. Për djegëjet e mëdha të gradës së III (deri më 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> të sipërfaqes së trupit), gjithashtu dhe me kombinimin e homoplastikës dhe autoplastikës duhen jo më pak se 12-20 donatore, për këtë në repartet kirurgjikale që meren me mjekimin e djegëjeve duhet patjetër të ketë lëkurë homoplastike të konservuar.

Për sterilizimin e lëkurës së marë pa ulur vlerën biologjike, përdoren një ser komponimesh - betapropiolakton, azoiprit, fenol etj, më i miri sipas Le Grippe dhe Brandstela etj. është i pari. Në repartin e traumatologjisë së spitalit qëndror të Budapestit, prej nëndorit 1960, u përdorën lembo homoplastike lekuare të konservuara sipas metodës së dhënë në artikull në djegëje të mëdha (në 16 të sëmurë), gjithashtu dhe për mbulimin e defekteve të lëkurës për shkak të traumave mekanike në tre të sëmurë.

Në të gjithë të sëmurët që në ditët e para u vrejt një përmirësim i dukshëm. Atyre i u shtua apetiti, ra ose u ulë temperatura e trupit, pas 10 ditësh u përmirësuan treguesit e tabelës së gjakut dhe albuminave të sërumit të tij.

Përdorimi i lëkurës homoplastike të konservuar nuk kërkon kondita të veçanta, marja e lëkurës nga trupat nuk ka vështirësi; metodika e sterilizimit dhe e konservimit është e thjeshtë.

Literatura 18 burime

## EKSOSTOZAT MULTIPLE KARTILAGINOZE.

Hirurgia 1965, 2, 113.

Eksostozat multiple takohen rallë prandaj s'janë të qarta të gjitha çështjet.

Në klinikën e autorit prej vitit 1959-1960 u shtruan 6 të sëmurë (4 burra dhe 2 gra) me egzostozë multiple. Moshja e të sëmurëve ishte si më poshtë : nga 5-10 vjeç 2 të sëmurë, nga 11 deri 15 vjeç -2, nga 31-40 vjeç 1, nga 41-50 vjeç 1.

Egzostozat çfaqen që në moshën e vogël, rritja më e madhe e tyre harrin në moshën 12-15 vjeç.

Autori, pasi jep të dhëna nga literatura, harrin në konkluzionet e më poshtëme: 1) Egzostozat multiple janë sëmundje të moshës femipore me ndalimin e rritjes së kockës ndalon dhe rritja e egzostozës dhe çfaqja e egzostozave të reja nuk i vihet re.

2) Egzostozat multiple kartilaginoze vihen re në të gjitha kockat e skeletit, por me shpesh në kockat tubulare.

3) Tabloja klinike e egzostozave multiple është e ndryshme dhe mvaret nga madhësia, lokalizimi i egzostozave dhe grada e kompresionit të organeve dhe indeve fqinje.

4) Egzostozat multiple kartilaginoze duke u rritur në dimensione për një kohë të gjatë shumë rrallë kalojnë në transformime neoplastike të kockës.

5) Përdoret mjekimi kirurgjikal në rastet e egzostozave të mëdha ose të mëdha, ose në ato raste kur e deformatojnë ose komprimojnë organet dhe indet fqinje.

Literatura 11 burime

## PLAGËT KONTUZIVE TË EKSTREMITETEVE DHE MJEKIMI I TYRE.

Hirurgia 1965, 2, 68.

Mjekimi i plagëve kontuzive paraqet vështirësi sepse shpesh komplikohet me nekrozën e indeve fqinje. Mikroflora gjen kondita të mira për tu zhvilluar, çfaqja e inflamacionit purulent zgjat afatet e shërimit. Ky kapitull i traumatologjisë, pavarësisht nga rëndësia praktike, është studjuar pak.

Në artikull janë marrë në analizë 820 persona me plagë kontuzive të pjesëve të ndryshme të trupit, nga ata, me plagë kontuzive të anësive që dhanë një përqindje të madhe qelbëzimi ishin 476 ose 56,4%. Autori në fund të artikullit jep konkluzionet e mëposhteme.

1) Plagët kontuzive të anësive që japin një përqindje të madhe qelbëzimi dhe kërkojnë një mjekim të zgjatur takohen në 51% të numrit të përgjithshëm të plagëve kontuzive, 57,5% e tyre kanë si shkak traumën.

2) Rezultati i mjekimit të plagëve kontuzive të anësive në shumë raste mvarret nga përpunimi primar kirurgjikal i plagëve, lloji i anestezisë dhe përdorimi i antibiotikeve.

3) Me përdorimin e anestezisë intrakockore dhe injektimin intrakockor të antibiotikeve, krijohen kondita të mira për përpunimin primar kirurgjikal të gjërë të plagës dhe për operacionet plastike.

4) Me përdorimin intrakockor të antibiotikeve dhe novokainës në kohën e operacionit dhe në ditët e para pas tij dhe me përdorimin e metodave plastike në 100 të sëmurë me plagë kontuzive multiple të anësive u muar në 86% shërim për *primum* në 14% për *sekundam*. Përqindja e komplikacioneve u ul 3,9 herë.

5) Kur plaga është shëruar për *secundam* në 12% u konstatua nekroza e kufive të lëmbëve dhe vetëm në 2% qelbëzim atje ku mikroflora ishte pak e ndjeshme karshi antibiotikëve.

Literatura 6 burime.

## MBI INFLUENCËN E GLUKOKORTIKOIDEVE NË DEKURSIONIN E PLAGËVE ASEPTIKE OPERATIVE.

Profesor G. M. Sellovjev, O. J. Kutakov. Hirurgia, 1965 2, 91.

Gjatë studimit mikroskopik të një fushe inflamatorë mund të shihen ndryshime eksudative dhe alterative, shkak i tyre nuk është vetëm veprimi i agentit dëmtues mbi indin, që jep inflamacion, por dhe veprimtaria e produkteve të metabolizmit, që bien në fokusin e dëmtuar.

Për të luftuar proceset eksudativo-alternative përdoren shumë metoda dhe medikamente.

Një rëndësi të madhe në praktikën kirurgjikale kohët e fundit ka marrë përdorimi i hormoneve, para së gjithash i glukokortikoidëve që kanë përveç cilësive të tjera dhe një efektivitet të theksuar antiinflamator. Në praktikën klinike shpesh përdoren cilësitë hormonale që të influencojnë mbi fazën produktive të inflamacionit kur predominojnë ndryshimet Fibrozo-sklerotike. Mjekimi me kortikosteroide i plagëve të pastëra operatore është pak i studjuar. Në bazë të të dhënave eksperimentale të disa autoreve që përdorin doza të mëdha të glukokortikosteroidëve, shumë autore nuk i përdorin këto të fundit në mjekimin e plagëve të pastra mbasi mendonin se vonohej regenerimi i plagës.

Mussgnung, Vilain, Perdu mendojnë se hidro-kortizoni dhe analoget e tij forcojnë epiteli-zimin e plagëve që për një kohë të gjatë nuk janë shëruar. Përdorimin e hormoneve steroide e rekomandonte edhe P.A. Kuprajnov që kishin venë re shërimit e shpejtë të plagëve operatore pas përdorimit të kortikoidëve.

Përdorimi në doza jo të mëdha i hidro-kortizon acetatit ndalon zhvillimin e inflamacionit

alterativo-eksudativ dhe duke ndryshuar karakterin e proceseve biokimike në plagë shpjtje në epitelizim të shpejtë. Heqja e shpejt e suturave të lëkurës (në ditën e 2-3) duke përmirësuar vaskularizimin e indeve bëhet shkak për të shpejtuar proceset regenerative të lëkurës.

Literatura 9 burime.

## EKSPERIENCA E MJEKIMIT TË OSTEOMYELITIT.

Kish. Kadani Jozha, Tashnadi Lagjo. Hirurgia 1965, 2. 94.

Në klinikën e II kirurgjikale të universitetit mjekësor të Debrecentit prej vitit 1952-1962 u mjekuan 117 të sëmurë me osteomyelit, prej tyre 30 ishin në fazën akute dhe 87 në ato kronike.

Sa me shpejtë të fillohet mjekimi i sëmundjes aq më e mirë është edhe prognoza. Kur egziston absesi subperiostal dëmtimi i ushqyerjes së kockës luan një rol me rëndësi në dekursin e mëtejshëm të sëmundjes. Në këtë periode përdorimi i antibiotikut nuk mund të prevenojë zhvillimin e procesit lokal.

Koncentrimi i antibiotikut në palcën e kockave në kondita fiziologjike është më i pakët se në organet e tjera të brëndëshme, kjo gjë theksohet në rastin e konditave patologjike.

Shumë autorë pasi marin antibiogramat injektojnë antibiotikun intra muskular, të tjerë intraarterial dhe infiltrojnë indet për reth me antibiotike.

Në rastet e abselit subperiostal autorët kanë përdorur hapjen dhe mjekimin lokal me antibiotikë. Nganjëherë dhe proceset inflamatorë purulente të theksuara të kockës mund të shërohen dhe më një hapje të thjeshtë të vatrës pa përdorimin e interventit kirurgjikal radikal.

Sipas të dhënave të literaturës kalimi i procesit në formën kronike ndodh në 10-45% të rasteve - nga të sëmurët që observuan autorët vetëm 9 kaluan në formën kronike. Shpeshtësia e sëmundjes në kohët e fundit është shtuar, tabloja klinike shpesh na kujton ato që ka qënë para erës së antibiotikeve, kjo është e lidhur me shtimin e shtameve bakteriale rezistente karshi antibiotikëve, prandaj del si detyrë të kërkohen rrugë të reja për kurimin e sëmundjes.

U muarën rezultatet e mëposhtëne të kulturës së mikrobeve: në 71% u izolua *staphylococcus aureus*, në të tjerat *pseudomonas pyocyane* B. *proteus*, B. *collii*, B. *paracollii* dhe flore e përzier.

Në 70% të rasteve u konstatuan rezistencat karshi penicilines, karshi polimiksines në 85% të rasteve, aureomycines në 40%, streptomycine, kloromicetinës, teramicinës, eritromycines në 20-30%.

Duke marrë parasysh recidivet e shpeshta pas operacioneve radikale ata konsiderojnë më të mirë mjekimin konservativ, vetëm në ato raste kur operacioni është i domosdoshëm kryhet interveni kirurgjikal.

Literatura 13 burime.

## MJEKIMI I PLAGËVE DHE DJEGËJEVE ME HEMOPASTE BAKTERIOSTATIKE.

V. P. Sinkevic. Hirurgia 1965, 2, 81-85.

Autori studioi rezultatet e mjekimit të të sëmurëve me plagë të infektuara dhe djegëje me hemopaste bakteriostatike sipas metodës së Profesor M.F.Kamajeva. Baza e preparatit është ekstrati i gjakut të donatoreve, placentar ose umbilikal.

Sipas të dhënave, të Kamajeva, gjaku shërben për ushqimin e indeve si një preparat kompleks biologjik, si stimulator i proceseve regenerative.

Shtimi i antibiotikeve në preparatet e gjakut përmirëson në mënyrë të dukshme efektin terapeutik. Një rëndësi të madhe për proceset regenerative ka prezenca e fibrines në plagë prandaj preparati i shtohet dhe Calcii chlorati. Metodika e përdorimit të medikamentit është e thjeshtë: shtresa gaze vihet një shtresë paste prej 0.5% cm trashësi dhe vihet mbi plagë e cila lidhet.

Autori paraqet rezultatet e mjekimit të 216 të sëmurëve nga të cilët 102 u mjekuan me hemopast bakteriostatik, dhe 114 të tjerë me medikamente të tjera (solucione hipertoniqe : mikrocide, gramicidine, furacilin rivanol, dhe me pomad vishnjevski).

Në plagët që u mjekuan me antiseptikë dhe antibiotikë pa përdorimin e hemopastes faza degjenerativo inflamatorë ishte më e zgjatur.

Disa plagë të infektuara, të mjekuara gjatë me preparate të tjera dhe ku proceset regenerative ishin të ngadërta u shëruan shpejtë pas mjekimit me hemopast. Në mjekimin e ulcërave

trofike mjekimi me hemopast shërben si masë paraprake për mjekimin e mëtejshëm kirurgjikal. Autori konkludon se mjekimi me hemopast i plagëve të infektuara dhe i djegëjeve është efektiv, krijon kondita të mira për regjenerimin e plagës dhe zgjat efektin bakteriostatik të antibiotikeve. Kjo metod mund të rekomandohet gjithashtu me përgatitjen e sipërfaqeve të plagëve për operacione plastike.

Literatura 11 burime.

## MJEKIMI I TË SËMURËVE ME KOMBUSTIONE TË RËNDA.

M. V. Kollokolcev, N. I. Atjasov, S. P. Pahomov, N. A. Ponomareva, Leontiev. Hirurgia 1965, 2, 85.

Prej vitit 1953-1962 në institutin e traumatologjisë dhe ortopedisë të Gorkit u mjekuan 517 të sëmurë me djegëje, në artikull jopen të dhëna mbi mjekimin e 83 të sëmurëve të djegur rëndë.

Të gjithë të sëmurët u paraqitën në stacionar me shok, ata që u paraqitën në ditët e para pas djegëjes, për këtë mjekimi filloj me marjen e masave antishokale.

Prej vitit 1962 u abandonua metoda e përpunimit primar të sipërfaqes së djegur sipas Vilbushевичit për shkak të traumës së madhe dhe inefektivitetit të saj.

Mjekimi i djegëjes fillon pasi i sëmuri të dali nga gjëndja e shokut. Në pavjon ku shpëhet i sëmuri vazhdon terapia anti-shok duke përmblëdhur dhe oksigjenoterapinë, terapinë medikamentoze dhe në radhë të parë përdorimin e fuzioneve.

Në tre ditët e para të sëmurëve me djegëje të rëndë u injektojnë ; kur nuk kanë shënjat e dekompesimit kardiak, gutta-gutte 3-4 lit lengje (250 ml gjakë, 250 ml plazme, i litër poliglukine, 1-2 litra 5% solucion glukoz me koktein shtes që përmban 30-50 ml 0,25% solucion novokanini, 10 ml 33% solucion tyosulfat natrii, 10 ml 10% Solucion natrii bromati, vitamina të grupit B, vitamina C. Autorët një rëndësi shumë të madhe për shërimin e plagës i japin plastikës së lëkurës me ndihmën e transplantateve të marë me dermatom. Zbulimi i dermatomit dhe më vonë i elektrodermatomit hapen një epokë të re në zhvillimin e terapisë komplekse të djegëjeve.

Literatura 6.

## ÇFAQJA E DIABETIT MELITUS SI KOMPLIKACION I PANKREATIT AKUT.

A. A. Zakaraja. Hirurgia 1965, 1, 94.

Shpesh gjatë pankreatiteve akute, sidomos gjatë formave destruktive, vihen re shumë komplikacione ndërmjet të cilave dhe diabeti melitus. Ritja e nivelit të sheqerit në gjak në shumicën e rasteve ka një karakter të përkohëshëm dhe pas qetësimit të fenomeneve akute në pankreas bie në normë. Nganjëher nuk bie në normë dhe kemi zhvillimin e tabllës tipike të diabetit melitus.

Autori ka marrë në studim 574 të sëmurë të shtruar në klinikën e tij dhe që vuanin nga pankreatiti akut. Sheqer në gjak u vu re në 158 të sëmurë, në 25 prej tyre u vu re niveli i lartë.

Sëmundja kalon rëndë. Konstatohet zverdhja e mukozave, lëkurës, cianoza e buzëve dhe e gishtrinjëve. Kanë dhëmbje të forta në abdomen, shpesh ndërojnë pozicion në krevat, nauze, të vjella që nuk e pushojnë dhe që nuk e përmirësojnë gjëndjen e të sëmurit. Vihet re një shpejtësi i pulsit kur temperatura e trupit është ose normale ose subfebrile etj. tritet diastaza në urinë. U vu re glukozuri në 5,9% të të sëmurëve.

Mjekimi konservativ për pankreatit akut u bë në 21 të sëmurë, ai kirurgjikal në 4. Vdiqën dy të sëmurë pamvarësisht nga ndërhyrja kirurgjikale; njeri nga pankreonekroza totale akute me intoksikacion të shprehur, tjetri nga një pankreonekrozë hemoragjike.

Pankreatiti akut te personat që vuajnë nga diabeti kalon me rëndë dhe në një shkallë të lartë keqëson dekursin e mëtejshëm të diabetit melitus (Rossak, Joelson, Rose).

Dihet se treguesit normal të sheqerit në gjak nuk eskludojnë prezencën e dhëmtimeve sekretores të pankreasit. Për të diktuar format e lehta të diabetit melitus dhe veçanërisht gjëndjet prediabetike duhet patjetër të egzaminohet gjaku për sheqer pas ngarkesës me sheqer (prova Shtabtraugotta).

Hiperglicemija dhe glukozurija në diabetin melitus kanë rëndësi prognostike për këtë kryerja e egzaminimeve laboratorike ka rëndësi për përcaktimin e terapisë dhe dietes pas daljes nga spitali.

Rekomandohet që të sëmurët të vijnë në kontroll në mënyrë që të mund të përcaktohen format e tehta të diabetit dhe tu vihet një regjim dyspanserik.

Literatura 20 burime.

## KORTIZONOTERAPIA E DISA SËMUNDJEVE TË APARATIT LOKOMOTOR.

K. V. Vladimirov, Ja. S. Semukov. Hirurgia 1965, 2, 74.

Mjekimi i disa sëmundjeve të aparatit lokomotor, veçanërisht i artrozave deformante, ashtë si vështirë dhe jo gjithmonë i harin qëllimit të duhur. Metodat e mjekimit më të përhapura, fizioterapike dhe balneoterapike, japin një efekt të shkurtët dhe jo të vazhdueshëm. Prej vitit 1961-1962 autorët patën nën mbikqyrje 83 të sëmurë (62 gra dhe 21 burra) me moshë nga 22 deri në 67 vjeç me sëmundje të ndryshme të kockave, muskujve, artikulacioneve, të cilat u mjekuan me kortizon dhe kortizon acetat.

Të gjithë të sëmurëve iu bë një egzaminim i përgjithshëm para mjekimit. Sipas të dhënave të literaturës mjekimi me hormone kortikosteroide është i kundërlindur në *ulcus ventriculi et duodeni*, *tuberkuloz*, *diabeti melitus*, *morbus hipertonicus*, epilepsia, njëkohësisht edhe në gravidancë. Midis të sëmurëve 41 vuanin nga artroza deformante (osteoartrite) të artikulacioneve të ndryshme, të cilat më shumë vështirësi mjekohen dhe bëhen shkak i paafësis në punë.

Dhëmbjet periodike në këtë sëmundje shpesh janë të lidhura me çfaqjen në artikulation ose periartikular të proceseve inflamatore. Hidrokortizoni i injektuar në kavitetin e artikulationit ngadalëson zhvillimin e procesit inflamator. Pas disa injektimeve të hormonit në artikulation dhëmbjet në shumicën e rasteve zhduken ose paksohen shumë, ristabilizohet lëvizja e artikulationit. Mjekimi pas kurës me kortizon, me fisioterapi dhe balneoterapi forcon rezultatet e haritura.

Lidhur me efektin bëhen 1-5 injeksione me një interval 2-3 ditësh. Rezultati më të mirë u harit me përdorimin e hidrokortizonit sesa me kortizon-acetat. Në 1/3 e të sëmurëve pas injektimit të preparatit u çfaqën dhëmbje të cilat u qetësuan pas pak ditësh. Rezultatet e mjekimit u çfaqën pas disa kohe dhe mvaren nga shtrirja edhe thellësia e procesit patologjik në artikulation: sa me të theksuara të jenë dëmtimet aq më vështirë është të harihet efekti i medikamentit.

Në 4 të sëmurë me artroze deformante pas 9-12 muaj u çfaq riakutizimi me dhëmbje të forta, përdorimi i hidrokortizonit dhe efekti u duhur.

Literatura 10 burime.

## ILEUSI AKUT INTESTINAL TE TË SËMURËT NË MOSHË TË KALUAR.

R. M. Nurmuhamedov. Vestnik Hirurgii 1964, 12, 17.

Prej vitit 1954 deri në vitin 1963 në klinikë u mjekuan 356 të sëmurë me ileus akut intestinal, prej të cilave 143 (40,2%) ishin me moshë mbi 50 vjeç. Bura ishin 74 dhe femra 69. Tabloja klinike e të sëmurëve që kanë moshë të kaluar ndryshon nga ajo e atyre me moshë të re.

Shpesh konstipacionit të pleqëve nuk i jep ndonjë rëndësi e madhe nga mjeket se ky është i zakonshëm për ta. Dhëmbjet e forta në abdomen te mosha e re vihet re në 85% te pleqtë në 60% nauzea dhe vjellja në të parët vihen re 75-80% në të dytët në 45%. Konstipacioni te të rinjtë u konstatua në 92% te pleqtë në 98% të rasteve. Simtomi i skljarovit u gjet në 58% simtomi Valja në të 18% simptom, i spitalit të Obuhovit (ampula bosh) 12%, simtomi i Bajerit (abdomoni asimetrik) 20% dhe gotat e Klobjer në 68%, me 52% u konstatua leukocitozë me devijimin e formulës majtas.

Diagnostika vështirësohet mbasi të sëmurët vijnë vonë në stacionar dhe se simptomat klinike nuk janë të shprehura mirë, nga 143 të sëmurë vetëm 15 u drejtuan te mjeku dhe u hospitalizuan në 6 orët e para pas fillimit të sëmundjes dhe 27 në 12 orët e para.

Përqindja e përgjithëshme e letalitietit në *ileus acut* të intestinit ishte 16,3%, te mosha e re 9,8%, te pleqtë 25,9% midis të operuarve 44,6% të paoperuarve 11,4%.

Autori e përfundon artikullin duke nënvizuar të mos priten të gjitha simptomat e sëmundjes dhe të humbitet shumë kohë në metodat konservative. Përcaktimi i diagnozës, metodat konservas



vative dhe përgatitja e të sëmurëve për operacion nuk duhet të zënë më shumë se 1 1/2-2orë. Gjatë kësaj kohe duhet të jetë vendosur dhe çështja mbi indikacionet e operacionit. Qendra e vemendjes në periodën postoperatore duhet të drejtohet te sistemi kordio-vaskularë, sistemi respirator, lufta me intoksikacionin dhe infeksionin.

Duhet pa tjetër të mirën masa për të rregulluar ekulibrin e metabolismit të dëmtuar të albuminave, karbohidrateve dhe bilancin hidrosalin të organizmit.

### PLASTIKA E HERNIEVE TË MËDHA POSTOPERATORE DHE RECIDIVANTE ME RJETË PREJ FIBRASH SINTETIKE.

V. A. Kestin, Vjestnik Hirurgii 1964, 12, 37.

Rezultatet e largëta të operacioneve për hernie, lënë shumë për të dëshruar. Plastika defektit aponeuruzomuskulare u bë me një rjetë kopron polifilik me Nr.2-3.

U operuan gjithsej 211 të sëmurë, midis tyre 140 ishin të moshës së kaluar, te të cilët sig dhëhet reaktiviteti i organizmit është i ulur dhe ndryshimet lokale janë me të evidencuara.

Në artikull jepet teknika operatore e plastikës me kapron të lokalizimeve të ndryshme.

Dekursi postoperator kaoloi mirë, penjtë u hoqën në ditën e 8-11, për disa ditë u përdorën antibiotikë. Plaga u mbyll për priman në 198 të sëmurë, në 13 u konstatua hematome subkutane.

Dihen rezultatet e largëta të 173 të sëmurëve, prej tyre 42 kanë 6 muaj që janë operuar, 33 një vite, 45 dy vjete dhe 53 deri në 45 vjete. Në asnjë rast nuk u konstatua recidiv e hernies. Shumë të sëmurë kryejnë punën e tyre të maparëshme, disa meren dhe me punë fizike.

Autori e rekomandon aloplastikën me kapron kirurgjikal ligaturjal si një metod që prevenon recidivat hernike. Rjeta e kapronit kontribuon në regjenerimin e plagës dhe drejton formimin e cikatrices e cila nuk rritet në mënyrë kaotike por sipas hoxzave të rjetës në gjithë sipërfaqen e saj.

Literatura 2 burime.

### MBI DISA ÇËSHTJE TË ETIOLOGJISË, PATOGENEZËS, DIAGNOSTËKËS DHE MJEKIMIT TË PANKREATIT AKUT.

V. Veliceanko, K. K. Ivanov, E. G. Epshtejn, V. I. Bogdanoviç G. S. Klimov  
Hirurgia 1965, 1, 98.

Në vitet e fundit në literaturën botërore shpesh rihen, probleme mbi etiologjinë dhe patogenezën e pankreatit akut. Egzistojnë një sërë teorish për patogenezën e kësaj sëmundje: teoria infeksioze, vazore, alergjike, neurogene, e «kanalit të përgjithshëm» dhe teoria e hipertensionit intraduktal.

Pasi analizojnë të dhënat e literaturës dhe të tyre autorët japin konkluzionet e mëposhtme.

- 1) Rritja e vazhdueshme e presionit intraduktal te të gjitha kafshët eksperimentale japin zhvillimin e edemes akute pankreatike.

- 2) Mbas lidhjes së venave pankreatike u vu re zhvillimi i edemës akute dhe pankreonekroze e rëndë. Gjysma e kafshëve ngordhën.

- 3) Zhvillimi i infeksionit të përgjithshëm të organizmit nuk shpije në çfaqjen e proceseve purulente të pankreasit. Në qoftë se flora bakteriale bie në gjak në periodën e edemes akutë, atëhere si rregull çfaqet pankreatiti akut purulent.

- 4) Pankreatitin akut duhet ta shikojmë si një proces dinamik. Zhvillimi i këtij procesi patologjik mund të vijë si rezultat i faktorëve të mëposhtëm: a) gjatë sensibilizimit albuminik, ose pas impulseve nervore intensive të vazhdueshme (nga ana e pleksusit solar) që ndryshon tonusin e vazave të pankreasit. Kjo mund të shpjeri në shkëmbim të organit dhe në ndryshimin trofike ose në çfaqjen e stazës dhe të edemes indore intersticiale. b) nga ndryshimet patologjike në sfinkter Oddi (spazma të vazhdueshme, papilit stenozant etj.) që periodikisht ose në mënyrë të vazhdueshme ngren presionin intraduktal dhe atëhere edema intersticiale e indeve mund të vijë si rezultat i kompresionit të kapillarve vazale.

- 5) Diagnostika e hershme e pankreatitit akut ka vështirëse.

- 6) Në shumicën absolute të rasteve të pankreatitit akut një efekt të mirë jep mjekimi konservativ që konsiston në pakësimin e sekrecionit dhe në eliminimin e lengut pankreatik, gjithashtu masat për përmirësimin e qarkullimit të gjakut të pankreasit.

Autorët një rëndësi të madhe i japin përdorimit të kalci kloratit dhe dimedrolit. Të dyja këto medikamente janë mjete desensibilizonjës. Dimedroli është gjithashtu dhe mjete antihistaminik. Në rastin e pankreonekrozave dhe fleqmones së pankreasit është i indikuar operacioni urgjent me përdorimin e metodave të tjera konservative.

Literatura 43 burime.

## MJEKIMI KIRURGJIKAL I KOLECISTITIT AKUT.

A. N. Shabanov. Hirurgia 1965, 2, 53.

Për një kohë të gjatë kirurget janë interesuar për mjekimin e kolecystitit akut. Në kongresin e III të kirurgëve ruse në vitin 1962 P.P. Djakonov rekomandonte heqjen e kolecystes në statet e hershme jo vetëm gjatë sëmundjes por dhe në raste ataku.

Shumë kirurge midis tyre A.T. Lidski dhe B.A.Petrov mendojnë se taktika e mjekimit të kolecystitit akut nuk mund të jetë e njëjtë me atë të apendicitit akut, ata mendojnë se nuk duhet të bëhet ndërhyrje kirurgjikale në të sëmurët me kolecystitit akut gjatë atakut të parë kur dekursi është i kënaqshëm shpesh pas atakut të parë dhëmbjet nuk përsëriten më ose përsëriten pas një afati të gjatë. Gjatë vjeteve të fundit numri i pacientave me këtë sëmundje është shtuar shumë.

Në klinikën e autorit në 11 vjetët e fundit u shtruan 667 të sëmurë me *cholecystitis acuta* nga të cilët u operuan 241, 40, 6% e tyre kishin moshën mbi 60 vjet.

Në 30-60% të rasteve ataket akute shoqërohen me pankreatit deri në zhvillimin e pankreonekrozave. Një komplikacion i rëndë i sëmundjes është nekroza e mureve të vezikës fele me përforacionin e mevonshëm që sjell peritonitin blliar dhe nganjëher formimin e fistulave biliare. Profesor B.A.Petrov i ndan ndërhyrjet kirurgjikale për *cholecystitis* në tri lloje:

a) Operacione ekstreme.  
b) Operacione të hershme të bëra 7-12 ditë pas qetësimit të atakut dhe c) Operacione të nevojshme në rastet e komplikacioneve të rënda të sëmundjes.

Autori mendon se të sëmurët me kolecystitit akut duhet të hospitalizohen në kolecystitet recidivante të akutizuara, sidomos në ata më moshë të kaluar duhet të përdoret ndërhyrja kirurgjikale.

Duhet të përdoren operacionet e hershme pas qetësimit të atakut akut të kolecystitit pa i nxjer të sëmurët nga stacionari.

## MBI SËMUNDJET HEMORAGJIKE ANGIOEMOFILIKE.

G. Manaj - Minerva Medika, 1965, 56, 60.

Në vitin 1926 Willebrand pas një studimi të kujdesëshëm në disa familje fillandeze të ishujve Saland vendosi se karakteristikat e sëmundjes credo-familjare ishin një shtrim i fragilitetit të vazave dhe një zgjatje e kohës së emoragjisë; ndërsa pjastrinat, koha e koagulimit dhe retraksionit të koagulit ishin normale.

Willebrand e konsideronte sëmundjen si një «pseudemofilie» që dallohet nga emofilia që kap vetëm një seks, ka një karakter trashëgues dominant dhe për një ser veçorish të ndryshme të alteracioneve emofilike. Angioemofilia kap gjithë racat, të dyja sekset duke preferuar femrat. Patogjeneza ka si bazë një defekt konstant të dyfishtë zgjatjen e kohës së hemoragjisë dhe alteracione të tromboplastinogenezes. Adeziviteti i piastrinave është i alteruar në angioemofilitë, kështu gjëne shpjegime zgjatja e kohës së homoragjisë në këtë sëmundje.

Më poshtë paraqitet një revizionim kritik i të dhënave aktuale mbi angioemofilinë, jepet eksperiencia personale e autorit, precizime mbi karakteristikat genetike, simptomet, profilaksine dhe terapine e kësaj sëmundje që deri vonë konsiderohet e rallë dhe që po takohet shpesh nga njohja më e mirë e mekanizmit të hemostazës dhe nga perfeksionimi i metodave laboratorike.

Është detyrë informacioni për çdo emofilik, berja e egzaminimeve precize laboratorike që të shtrihen në sa më shumë persona të familjes së të sëmurit dhe të bëhet e qartë se martesat e bërë midis të sëmurëve portatore të anomalive genetike, midis portatoreve dhe midis njerzve të të njëjtit gjak, kur dhe vetëm njëri prej tyre është portator i emofilisë është rezik për brezat e ardhshëm.

Literatura 24 burime.

## MUNDËSITË E TRAJTIMIT KIRURGJIKAL TË CA MAMMAE.

G. Verinezi, Masa, Spitali Santi Antonio e Slagio Aleksandri.  
— Minerva Medika 1965, 156, 127.

Midis tumoreve malinjë të grave Ca colli uteri se hashku me atë mamar janë nga më frekuentet që sjellin vdekjen e të sëmurëve, për këtë del urgjentisht problemi i studimit të trajtimit sëmundje. Për Ca mammae më shumë se për çdo neoformacion tjetër është e qartë se kurë interventi kirurgjikal bëhet sa më shpejt i sëmurit mundt të shërohet definitivisht.

Mjekimi terapeutik ndodhet akoma në fazën kërkimore, mjekimi radioterapik konsiderohet si një mjekim ndihmës si në fazën preoperatorë ashtu dhe në atë posteoperatorë. Statistikat e Atkins dhe Haringan japin në 97% recidiva lokale, pas këtij trajtimi ai shumë rali munde të dominoj për një kohë të gjatë tumorin primar.

Radioterapia jep shumë favore në mjekimin e recidivave, në metastazat lymfoglandulare si lokale dhe në distanc. Trajtimi kirurgjikal i Ca mammae që mbetet kryesori sipas autoreve, përmbledh a) Asportacionin për qëllim diangoze të noduseve mamare (biopsin). b) Intervent radikale të mastektomisë, të kompletuara në svuotimin e kavitetit aksilar omolateral. c) Mamektomit e bëra në subjekte me neoplazi të avancuara të ulçeruara bile dhe me difuzion në distancë d) Reintervente të kryera me qëllim eliminimi të recidivave lokale ose dhe në distancë. Autorët janë për marjen e biopsise extempore dhe kryerjen e menjëhershme të operacionit, ata venë re se janë shtuar shumë interventet kirurgjike për Ca mammae që ze më shumë moshën mbi mesatare.

Në artikull parashtrijnë statistikën e të operuarve në 24 vjet e fundit (1940-1963) në spitalin e Aleksandrisë dhe japin disa konsideracione mbi urgjencën e vendosjes së diagnozës prekokse dhe mbi efikasitetin e tratamentit terapeutik.

Literatura 41 burime,  
(Përmbledhur nga Z. Matathia).

## MJEKIMI I KOMBINUAR I DIABETIT TË SHEQERIT ME PREPARATE SULFANILAMIDIKE DHE ME INSULINE

N. M. Mordkovskaja - Kliniceskaja Endokrinologija 1964, 5,3;

Preparatet sulfanilamidike kanë gjetur përdorim të gjërë në mjekimin e diabetit të sheqerit; por mekanizmi i veprimit të tyre nuk dihet.

Autori ka observuar për 2 vjet 44 pacientë me forma të ndryshme të diabetit. Preparatet sulfanilamidike të tipit BZ-55 u përdorën duke filluar nga 1,5-2,5 gr, në ditë të tipit D-860 nga 3 gr. me paksimin gradual deri në dozën efikase minimale.

Përdorimi i sulfanilamideve në pacientët që kanë marrë insulinë, bëhet pas stabilizimit të sheqerit në gjak, esëll në mëngjes, Efekti fillon në 7-10 ditët e para, pakësohet hiperglicemija dhe glukozurija.

Kura e kombinuar mund të aplikohet edhe në prani të acidozës në anamnezë.

Në qoftë se me insulinën në doza të mëdha paksohet hiperglicemija, me sulfanilamidet e përdorura për këtë qëllim, paksohet doza e insulinës. Në qoftë se sasia e sheqerit në gjakun asëll qëndron në nivel të lartë edhe me aplikimin e dozave të mëdha të insulinës, atëhere indikohet mjekimi i kombinuar me insulinë dhe sulfanilamide. Sulfanilamidet favorizojnë çfrytëzimin më të plotë në organizëm të insulinës endogene ose të ardhur nga jashtë.

Kura e kombinuar është më efikase sepse efekti zgjat për shumë kohë mbasi sulfanilamidet eliminohen ngadale, ato kanë efekte kumulativ në organizëm. Kjo gjë lejon të bëhet mjekimi ciklik. Për çdo 1½-2 muaj kurë me insulinë shtohet sulfanilamidet për 3-4 javë në dozat minimale efikase; 0,25-0,5, gr, në ditë për tipin BZ-55 dhe 1 gr. për D-860. Me këtë rast në intervalet ndërmjet ciklave me terapinë sulfanilamidike jepen doza të vogla të insulinës të cilat paksojnë në mënyrë të theksuar hipergliceminë. Në terapinë e kombinuar paksohen edhe fenomenet anësore të sulfanilamideve që konstatohen në përdorimin e veçuar të tyre, të zgjatur.

16 burime literatura.

## OLEANDOMICINA NË MJEKIMIN E SËMUNDJEVE INFLAMATORE PULMONARE

L. S. Riskina, I. K. Llagert Terapevticeski Arhiv 1964, 12, 102.

Oleandomicina është antibiotik i grupit të majrolidëve dhe preparat efikas kryesisht mbi bakteriet gram-pozitive, mbi disa bakterie gram-negative, viruse të mëdha dhe mbi rikецiet. Oleandomicina vepron aktivisht mbi stafilokokët patogjenë që janë rezistente ndaj shumicës së antibiotikëve.

Autorët përdorën oleandomicin-fosfatën, në mjekimin e pneumonive, në 100 raste, të formave akute ose kronike të riakutizuara, me ndryshime të theksuara në pulmone. Klinikisht, pacientët paraqiteshin me kollë e sputun, dispne me sforçimet fizike, respiracion të vështirësuar, lodhje të theksuar, hipërtermi, ndryshime klinike, rentgenologjike pulmonare, leukocitozë dhe sedimentacionin të shpejtuar.

Preparati u aplikua nga 25.000-500.000 U.V., 4 herë në ditë, për 7-10 ditë. Doza për kurs 2.000.000-7.000.000 U.V., të shëqoruar me terapinë simptomatike.

Rezultatet e mjekimit u nxorën në bazë të paksimit të kollës dhe sputnit, zhdukjes ose paksimit të ndryshimeve fizikale në pulmone, normalizimit të temperaturës, tablosë së gjakut, dhe të dhënave rentgenologjike.

Përdorimi i oleandomicinës infultoncon në sputun, në përmirësimin e dekursit të pneumonisë. Fenomenet anësore, nga përdorimi i preparatit takohen rrallë, si nauzes, emezis, urtikarie etj.

Autorët konkludojnë se preparati oleandomicin-fosfat jep efekt të mirë në mjekimin e pneumonive akute dhe kronike. Përdorimi i saj me dozën nga 250000-500.000 U.V., 4 herë në ditë tolerohet mirë nga pacientët. Në marrjen e 500.000 U.V. oleandomicinës, koncentracioni bakteriostatik në gjak ruhet për 6 orë, po kaq arrin edhe koncentracioni në sputun.

Për evitimin e formimit të oleandomicino-rezistente, preparati duhet të jepet pas përcaktimit të sensibilitetit të mikroflorës së sputumit dhe antibiotiku të mbahet si rezervë.

Literatura 9 burime

## ZHDUKJA E EFEKTIT TOKSIT TË GLUKOZIDEVE KARDIAKE ME UNITIOL

Masljuk V. I. Pogosjan L. A. - Sovjetskaja Medicina 1964, 11,89

Në përdorimin e zgjatur të glukozideve kardiake në të sëmurët me insuficiencë të qarkullimit të gjakut, pa mvarësisht nga marrja e klorur-kaliumit, shpesh lindin fenomene të superdozimit që shprehen me bradikardinë e theksuar dhe ekstrasistolë.

Në klinikën e terapisë të fakultetit, të udhëhequr nga prof. V.N. Vinogradov, me propozimin e F.Z. Meerson u bënë eksperimente lidhur me zhdukjen e efekteve toksike të glukozideve kardiake me anën e përdorimit të unitiolit -donatorit të grupeve sulfhidrike.

Unitioli përdoret për mjekimin e helmimeve akute dhe kronike nga komponimet e arsenikut, zhivës, kromit dhe bismutit. Këto komponente në bashkëveprim me grupet sulfhidrike të fermenteve proteinike dhe i inaktivizojnë ato. Unitioli përmban 2 grupe sulfhidrike të cilat hyjnë në reaksion me nukleuset tiolike, duke formuar me to komplekse jo toksike. Lidhja e toksinave (helmeve) sjell në rigjenerimin e funksioneve të sistemeve fermentative të organizmit.

Unitioli u përdor në 16 pacientë me vese kardiake, kardiosklerozë aterosklerotike, etj. të shoqëruara me insuficiencë të qarkullimit të gjakut.

Gjithë pacientët, krahas glukozideve kardiake, kanë marrë edhe klorur kaliumi nga 1 gr. 4 herë në ditë, ose ky preparat iu injektua intravenoz si solucion 2% nga 20-40 ml. Megjithatë, në këta të sëmurë u çfaq bradikardija e theksuar (me frekuencë 56-42 goditje në minutë) ekstrasistolija e theksuar, bile edhe bigeminija. Në E.K.G. ulet segmenti S-T, negativizohet ose bëhet bifazik dhëmbi T në lidhje standarte dhe torakale.

Efekti toksik u konstatua pas futjes së glukozideve me dozat totale, strofantina 0.00075-0,0075 gr., korglukoni 0.0036, gr. digitalis 2-6 gr.

Solucioni 5% i unitiolit u aplikua intramuskular me dozën e njëhershme 1 ml. në 10 kgr. peshë të pacientit dhe në 2 ditët e para të mjekimit u injektua nga 3 herë në ditë, në 2-3 ditët pasonjëse nga 2 herë në ditë, kurse në 3-4 ditët e fundit nga 1 herë në ditë.

Rezultoi se në shumicën e pacientëve bradikardija dhe ekstrasistolija u zhdukën 2-4 ditë mbas fillimit të mjekimit me unitiol, u normalizua ritmi dhe në E.K.G.u konstatuan ndryshime që tregojnë për paksimin e intoksikacioneve me glukozide.

Fenomenet anësore të unitiolit, në këta pacientë, u manifestuan me retension lëngjesh në organizëm, gje që u korigjua me dhënien e diuretikëve (hipotiazid ose novurit) dhe futjen e një kohëshme në organizëm të klorur ose acetat kaliumit.

Blokimi i grupeve sulfhidrike të fermenteve të membranës miokardiale luan rolin kryesor në mekanizmin e veprimt të glukozideve kardiake. Kështu mund të supozohet se futje e donatorit të grupeve sulfhidrike- unitiolit, sjell në paksimin e sasisë së grupeve sulfhidrike të bllokuara dhe në këtë mënyrë paksohet efekti toksik i glukozideve kardiace.

Përdorimi i më tejshëm i unitiolit për zhdukjen e efektit toksik të glukozideve kardiace duhet të studjohet me kujdes në konditat e klinikës.

Rezulton se donatori i grupeve sulfhidrike-unitioli mund të përdoret në klinikë për zhdukjen e bradikardisë, ekstrasistolës dhe fenomeneve të tjera të kondicionuara nga veprimi toksik i glukozideve kardiace.

( Përmbledhur nga S. Galanxhi )

## MBI MEKANIZMIN E REAKSIONIT EOZINOPENIK GJATË PROVËS SË TORNIT

G. Kudravec, Problemi gematologii i perelivania krove 1962,3,55-59.

Gjatë provës së Tornit ulja e numurit të eozinofileve në 50% dhe me shumë, fillon mbas 4 orë të injektimit të A.C.T.H. Një reaksion i tillë nga ana e eozinofileve në gjakun periferik mund të ndodhë vetëm gjatë funksionimit të mjeftueshëm të gjëndrave suprarenale. Prandaj prova e Tornit përdoret gjerësisht në klinikë si tregues i gjëndjes funksionale të kortesit të suprarenaleve.

Dihet se eozinopenia gjatë injektimit të A.C.T.H. lidhet me rritjen në gjak të kortikosteroidëve (hidrokortizon, kortizon) por mekanizmi i këtij reaksioni mbetet akoma i pa qartë.

Zhdukjen e shpejtë të eozinofileve në gjakun periferik gjatë provës së Tornit, autori e spjegon për këto arsye:

1. Frenimi i maturacionit të eozinofileve në palcën e kockës ose mbajtja e tyre prej palcës së kockës. 2. Lisisi i eozinofileve në gjak ose inde, 3. Kalimi i eozinofileve nga gjaku në inde.

Bibliografia 21 burime.

## SPLENEKTOMIA DHE HORMONOTERAPIA GJATË MORBUS WERLHOF

F. A. Efendijev A. M. Ahundov. M. M. Abdyllojev Problemi gematologii i perelivania krove 1964,3,11-15

Autori studjoi sistemin koagulues dhe aktivitetin fibrinolitik tek 30 paciente me morbus Werlhof dhe simptomokompleksin e Werlhof, 16 pacientë u mjekuan me preparate hormonale (kortizon, prednizolon), kurse 14 të tjerë ju nënështuan splenektomisë. Preparatet hormonale u dhanë në doza mesatare; kortizoni nga 100-150 mg. për 2-4 javë me ulje graduale të dozimit. Remisioni klinik dhe hemoragjik mbas mjekimit hormonal filloi kryesisht tek pacientët me të ashtuquajturin simptomokompleks Werlhof që ishte zhvilluar mbas disa sëmundjeve të tjera (grip, angina infeksione gastrointestinale). Në rastet me morbus Werlhof me dekurs të zgjatur (nga 1-6vjet) terapia hormonale u tregua më pak efektive.

Mjekimi hormonal përveç uljes së përshkushmërisë së kapilareve, me kohë jep edhe ndryshime cilësore tek trombocitet, ata përmirësojnë aftësitë e tyre funksionale për të sekretuar faktorin tromboplastik dhe serotoninën.

Nga 14 pacientë që ju nënështuan splenektomisë, 2 vdiqën nga hemoragjia cerebrale. Tek të tjerët recediva u përsërit vetëm tek 2. Ndryshimi i sistemit koagulues të gjakut mbas splenektomisë, sigurisht që është i lidhur me heqjen e «frenës lenale» gjë që shpie në normalizimin e procesit të formimit të trombociteve dhe në përmirësimin e gjëndjes së tyre funksionale.

Autori mendon se mjekimi i morbus Werlhof patjetër duhet filluar me hormono-terapinë dhe vetëm kur një mjekim i tillë i gjatë është i pasuksesshëm, duhet të kalohet në splenektomi.

Bibliografia 16 burime.

## TROMBOCITOPENIA AKUTE GJATË MORBUS BASEDOW

V. R. Kovalenko Problemi gematologii i perelivania krove 1964,3,55-56

Autori i artikullit paraqet një rast të rrallë të uljes së trombociteve në shifra minimale tek një paciente me strumë *thyreotoxica*.

Pacientja me moshë 40 vjeçe me diagnozën e mësipërme i nënështrohet operacionit të strunektomisë subtotale. Gjatë operacionit kishte hemoragji kapilare. Mbas operacionit hemoragjia vazhdoi nëpërmjet drenazhit dhe suturave. Ju dha vikasol, kalcium, -klorat, xhelatine, por hemo-

ragjia nuk u pakësua. Numri i trombociteve 10.000, indeksi i protrombinës 83,4%. Hematoma subkutane përfshiu gati gjithë qafën. Ju fillua ritina me acid askorbik, kompleksi i vit. B, prednizolon, glukozë, antibiotikë dhe trasnfuzion masash eritrocitare dhe trombocitare. Ditën e 9 mbas operacionit numri i trombociteve filloj të rritet dhe ditën e 10 arriti në 169.000. Koha e hemoragjisë u normalizua. Mbas një viti gjëndja e pacientes paraqitet e mirë. Trombocitet 209.100.

## CITOGENETIKA DHE RËNDËSIA E SAJ E SOTSHME NË PATOLLOGIJË

S. Pavelski Problemi gematologji i perelivanija krovi 1963,11,3-10

Gjatë viteve të fundit me shpejtësi po zhvillohet citogenetika, një nga degët e genetikës, që merret me studimin direkt të kromozomeve me ndihmën e metodave citologjike.

Në vitin 1956 u përcaktua se numri i kromozomeve në qelizë somatike të njeriut të shëndoshë nuk është 48 sikundër mendohej më parë por 46 (Tjio dhe Levan). Ky numur përbëhet nga 22 çifte autosome dhe nga dy heterozome genitale. (Tek gruaja 2 kromozome tek burri kromozomet x dhe y). Çdo qelizë gjentare ka 23 kromozomë (një numur haploid), kurse qeliza somatike normale ka 46 (një numur diploid kurse çdo qelizë somatike normale ka 46 (një numur diploid);

Në gjëndje patologjike, vërehen ndryshime në kromozomet. Mekanizmi i këtyre ndryshimeve akoma nuk është studjuar krejtësisht. Autori çregullimet kromozomale i paraqet në 4 grupe:

1. Ndryshimi i numurit të kompleteve të kromozomeve. 2. Ndryshimi i numurit të kromozomeve-mungesa e një kromozomi ose prezenca e disa kromozomeve suplimentarë. 3. Ndryshimi në strukturën e kromozomeve. 4. Ndryshimet e strukturës dhe numurit të kromozomeve.

Ndryshimet e grupit të parë mund të japin aborte sipas Delharty. Në ndryshimet e grupit të dytë autori përmënd sindromin Ultrich-Turner ku kemi mungesë të një kromozomi genital. Tek këta individë vërehet mos zhvillimi organeve genitale dhe mungesa e shënjave sekondare në periudhën e maturimit. Gjëndrat e tyre genitale ndodhen në gjëndje rudimentare dhe nuk funksionojnë, shtati i vogël. Në sipërfaqen anësore të lëkurës së qafës vërehen palosje të gjëra suplimentare (pterygium colli).

Shumica e përsanave me sindromin Ultrich-Turner kanë vetëm 45 kromozome (kromozomet genitale xo). Janë përshkruar edhe rastet e variantit mashkull të këtij sindromi që ka xy kromozome (Chu)/.

Kromozomi i tepërt x(xxy) klinikisht çfaqet me sindromin Klinefelter, që karakterizohet me hipoplazinë e testikulave dhe atrofinë e kanaleve të spermës, me aspermi, gjinekomasti, prapambetje mendore dhe me rritje të sekretimit të hormoneve gonadotropë.

Ndryshimi i formës së kromozomeve është takuar në qelizat e të sëmurëve me miellolë ukozë kronike, ku kemi ndryshimin e formës të kromozomeve të çiftit 21 (ph- kromozomet). Mungesa e ph- kromozomit në miellolëukozën kronike flet për një dekurs më të mirë të sëmundjes. Ky kromozom patologjik nuk duket gjatë leukozave eozinoflike, leukozave që lidhen me rrezet si dhe në disa variante atipike të miellolëukozës kronike. Ndryshimet e formës së kromozomit të 21 bëjnë të supozosh se këtu ndodhet qëndra ose qëndrat e rregullimit të leukopoezës.

Ndryshimet në të njëjtën kohë të formës dhe numurit të kromozomeve më shpesh takohen në leukozat akute. Ndryshimi i numurit konsiston në shtimin e kromozomeve nga 46 deri 54 bile deri në 97 (sipas vrojtimit të Sandberg). Këto ndryshime shikohen vetëm në qelizat e palcës së kockës dhe të gjakut. Ndryshimet kromozomale nuk shoqërojnë vetëm leukozat. Ndryshimet të tilla kemi edhe në disa raste të makro-globulinemisë gjatë anemisë Adalison- Birmer si edhe në qelizën kanceroze.

Zhvillimi i shpejtë i citogenetikës do të zgjerojë njohuritë tona mbi patologjinë.

Bibliografia : 34 burime.

## NDRYSHIMI I NUMURIT TË LEUKOCITEVE NË GJAKUN E NJERËZVE TË SHËNDOSHË

E. R. Guglin, L. I. Najman Problemi gematologji i perelivanija krovi 1963,7,29-32

Autorët kanë studjuar përmbajtjen e leukociteve në gjakun e 14.758 njerëzve të shëndoshë. Studimet janë bërë nga viti 1958-1961. Në vite të ndryshme shikohen ndryshime në përmbajtjen mesatare të leukociteve. Duke ju referuar N.A.Shulc, Z.A.Sençishçev etj. autorët e artikullit flasin për mvartësinë e përmbajtjes së leukociteve në gjak me ndryshimet ciklike në aktivitetin

e diellit. Cikli diellor zgjat 11 vjet. Maksimumi i aktivitetit të ciklit të fundit fka ndodhur gjatë viteve 1957-1958. Pikërisht në këtë periudhë autorët e cituar kanë parë ritje të rasteve të leukopenisë funksionale. Gjithashtu autorët kanë vënë re se gjatë muajve të verës shihet një ulje relative e leukociteve, kurse gjatë vjeshtës një rritje. Shkaqet e lëkundjeve sezonale të leukociteve janë të pa kjarta.

## MBI PËRMBAJTJEN NORMALE TË LEUKOCITEVE NË GJAKUN E NJERIUT.

L. Geller, V. Suhanova Problemi gematologji i perelivanija krovi 1964, 2, 25-27

Sot përmbajtja normale e leukociteve në gjakun e njeriut është akoma e distukueshme. Ka autorë që sasinë e leukociteve në normë e konsiderojnë 5000-8200 për mm<sup>3</sup> (Vlados.Fajshtejn). Vejtuk, kur leukocitet zbresin nën 5000 e konsideron leukopem dhe shton se leukopenia e kësaj natyre në 2.5% të rasteve. Kosirski, duke cituar edhe autorë të ndryshëm thotë se kufiri më i vogël i leukociteve në normë është 4000 për mm<sup>3</sup>.

Autorët nuk përjashtojnë edhe mundësinë e influencës së ndryshimeve gjeografike. Kufiri maksimal i leukociteve në sajë të studimit të gjakut të 439 njerëzve të shëndoshë rezultoi të ishte jo më shumë se 9000 për mm<sup>3</sup>.

Bibliografia 4 burime

## MBI HEMOGLOBINURIN PARADOKSALE

J. I. Loric Problemi gematologji i perelivanija krovi 1962/6. 52-54

Hemoglobinuria është simptom i gjëndjeve të ndryshme hemolitike që vijnë si rezultat i shkatërrimit të eritrociteve (intravazal), si p.sh. gjatë hemoglobinurisë post-transfuzionale etj... Në të gjitha këto raste hemoglobina del në urinë mbasi kalon një përqindje të caktuar në gjak. (100-125 mgr. %).

Autori tregon dy raste interesante (nënë dhe bir, në moshë 10 muajsh) ku hemoglobina del në urinë pa e kaluar pragun e saj në gjak dhe pa patur shënja të shtimit të hemolizës. Për këtë ai propozon që kjo formë të quhet hemoglobinuri paradoksale. Autori është i mendimit se kjo ngjet nga hemoliza e eritrociteve direkt në renë, në sajë të ndryshimeve neurevazale ose fermentative, ndryshime këto që mund të kenë karakter familjar të trashëgueshëm.

Përmbledhur nga B.Çako

## LIDHJET KLINIKO-BILOGJIKE NË MES TË VIRUS-VE DHE BAKTERËVE NË INFEKSIONET BASHKËEKZISTUESE : VARICELLA-DIFTERITË

G. Laterza Min. Ped. 1965. 1., 41.

Raportet klinike në mes të agentëve patogjenë infektiv, që studiohen me qëllim zbulimi të shkaqeve të patomorfozitet të sëmundjeve infektive, kanë treguar *in vitro* se interferencat (ndërhyrjet) e agjentëve patogjenë në të njëjtin teren, çojnë në ndryshime genetike të cilat, mund të shpjegojnë modifikimet epidemiologjike ose shfaqjen e sindromave të reja. Shumë nga këto fenomene biopatologjike, mund të sqarohen me një studim të vëmendshëm të raporteve biologjike në mes të virus-ve dhe bakterëve dhe të veprimtarisë së tyre specifike, kur kontrollohen në një teren organik. Këta raportote shprehen, nga njera anë, me *interferencën* ose veprimtarinë mbrojtëse që infeksioni i parë len n'organizm dhe nga ana tjetër, me fuqizimin reciprok në kuptimin që bashkimi i dy aktiviteve patogjene përbën një proces simbiotik dhe prandaj të fuqizuar.

Fenomeni i interferencës (që duhet dalluar prej atij të antagonizmit bakterik), mund të studiohet në raportet në mes virus e virus dhe virus e bakterë. Qysh në 1935, Magrassi, duke injektuar në mënyrë të fraksionuar, në trurin dhe nën lëkurë ose në korne të lepurit viruse herpes-i, mundi ta zhdukë herpesin dhe tregoj me këtë interferencën, që sikurse është vërtetuar më vonë, nuk



është një proces imunitar specifik por që bën pjesë në kuadrin e gjerë të imunitetit aspecific dhe që shprehet me çlirimin nga ana e qelizës së infektuar, e një substance që quhet interferone. Kjo substancë është veçuar në 1957 nga Isaac e bashkëpunorë dhe paraqitet si një proteine me peshë molekulare të ulët, është aktive kundrejt të gjithë virusve në mes të të cilëve ato më sensibil janë virus-et e vegjël encefalotatogjen ndërsa, ato të murtagës dhe të herpes simplex, janë më rezistentë.

Interferoni nuk ka hyrë në praktikë për shkak se, duhet përdorur përpara se të çfaqet infeksioni dhe sepse, është vështirë të mblidhet në sasi të tillë, sa që të ndalojë shumëzimin viral.

Këtu duhet të kujtojmë edhe procesin e interferencës të bakteve kundrejt virus-ve, proces që përfitohet *in vivo*, me introduktim të bakteve ose të estrakteve liposakaride të këtyre. Megjithëse këta studime janë ende në fazë eksperimentale, me sa duket, shtimi i rezistencës antivirale i dhënë nga liposakaridet, i detyrohet fenomenëve imunitar aspecificë që shkaktojnë aktivitet mbrojtës dhe me efekt të kufizuar (1 milion herë më pak se interferenca në mes virus-ve - Wagner 1959).

Të shumta janë sëmundjet me fuqi interferenciale në patologjinë infektive; kështu vrehet një ulje reciproke e çfaqjeve të sëmundjes në mes të fruthit e shytave, fruthit i lisë së dhënëve si dhe paksimi, i akseseve të kollës së mirë mbasi pacienti morr edhe linë e dhenve ose fruthin. Gjithashtu është treguar fuqia interferenciale nga infeksioni poliomielitik mbi infeksionin e *coxsalets*-s.

Problemi më i studiuar dhe më i qartë nga ana eksperimentale dhe klinike është ai i lidhjeve sincergjike të fuqizuara në mes të virus-ve dhe bakteve dhe që klinikisht çfaqen me superinfeksionet bakterike gjatë zhvillimit të sëmundjeve nga viruse çka mund të tregohet në mënyrë eksperimentale edhe në kafshë.

Autori, mbasi përshkruan ndarjen e superinfeksioneve në tre grupe prek studimet e shumta në lidhje me infeksionin e përzier të adenovirus-it ose virusit influencial me stafilokokun, infeksionet e përziera të aparatit gastrointestinal dhe përqëndrohet në bashkëekzistencën e infeksioneve varicelle difteri.

Simbas vretjeve të Verznor (Pediatria 1960), infeksioni varicelloz provokon shpesh infeksione difterike akute në portator ose në pacientë me forma të thjeshta rinuti sero-ematik kronik dhe se difteriti, në rast varicelle, qoftë edhe në shdukje, jep shkas zgjatjes së periudhës të eliminimit të bacillve në konvaleshentë. Gjithashtu shfaqja e njëkohësime e të dy infeksioneve, jep një kuadër klinik shumë të rëndë, shpesh vdekje je prurës.

Sëfundi autori përshkruan rastin e një fëmije 4 vjeçare me presencë në të njejtën kohë, manifestimesh infektive nga varicella dhe difteria, i vaksinuar dy vjet përpara për difteri dhe që megjithë kurat e rastit (penicillin streptomycin, sigmamicin, Vit B, B<sub>12</sub>, C, Kortikosteroid, strikinë, oksigjen, emotransfuzion), vdiq mbas tre ditësh qëndrimi në spital.

## VËLLIMI I ZEMRËS SË NËNËS DHE PREMATURITETI.

É. H. Bishop. M. D. Shila, J.A.M.A. 1964 15, 500.

Duke qënë se zhvillimi bile, dhe vetë ekzistenca e fetusit në përgjithësi, mvaret prej integritetit dhe efincencës së sistemit qarkullues matern dhe në mënyrë të veçantë, prej sasisë dhe cilësisë së gjakut të uteru-sit, është llogjike të kërkojen çënime eventuale në sistemin qarkullues si shkak i lindjeve premature. Rahia e shokë, duke punuar në këtë drejtim qysh më 1956, matën postpartum, vëllimin e zemrës matern në një numër të vogël pacientesh dhe gjetën një ngritje të dukshme të lidhjeve premature në gra, që kishin madhësinë e zemrës më të vogël se mesatarja.

Duke u nisur nga këto të dhëna autori ka matur radiologjikisht, vëllimin kardiak, 300 pacienteve gjatë periudhës prenatale dhe përfundimet e nxjerra i ka studiuar në lidhje me frekuencën e lindjeve premature dhe peshën e lindjes. Ai ka konstatuar kështu se fëmijët e grave me vëllim zemre të vogël, janë nën normë me peshë dhe shumë prej tyre prematurë. Nga ana tjetër, fëmijët e grave me vëllim zemre të madh, janë në përgjithësi me një lindje mbi normë dhe rallçerë, prematurë.

## SI LËNIME TË KIRURGJISË INFANTILE.

L. Bussi. Min. Ped. 1964. 16, 26, 992

1) Pankreatiti traumatik në foshnjëri.

Megjithëse kohët e fundit është shkruar shumë mbi lëndimin traumatik të pankreasit, (aq sa, shumë autorë mendojnë që duhet marrë parasysh në diagnozën diferenciale të sindromeve abdomen akuti), kjo gjendje mbetet ende një problem i vështirë përsa i përket diagnozës dhe terapisë.

Duke u bazuar mbi një rast pankreatiti traumatik tek një fëmijë 7 vjeçar, autori përshkruan simptomatologjinë dhe terapinë përkatëse.

Simptomatologjia paraqitet në raport të drejtë me lezionet e pankreasit vetë dhe të organeve të tjerë, si mushkëritë, hepari, shpirtka, zorrët dhe veshkët. Po për shkak të traumas pankreatike, përveç një sindromi të lehtë gastrointestinal, mund të kemi rrupturë të kanaleve me derdhje të amilazit dhe lipasit në indet intersticiale të tij. Kjo shkakton procese autolizi vaskulare e parenkimale dhe nekrozë të indit dhjamor. Në rast traumaish të lehta, pacienti nuk paraqet ndonjë shenjë lezionimi të dukëshëm por, në qoftë se trauma fillestare është e rëndë, shkakton rrupturë të trupit të pankreasit dhe njëkohësisht, eliminimin e lengjeve tretëse me hemorragji masive në indet përfaqar: në këta raste, fëmija është në gjendje të rëndë qysh në fillim dhe në pamundësi të bëhet diagnoza duke u bazuar vetëm në të dhënat klinike. Nga kjo del e domosdoshme të përcaktohet qoftë edhe shpesh herë, amilasa në serum, në çdo fëmijë me trauma abdominale.

Në rastet e dyshimta këshillohet ndërhyrja dhe kura përkatëse.

2) Biopsia perorale e zorrës së hotë në foshnjat.

Në raste diarjeje kronike dhe steatorre, indi i marrë nga goja, përbën një ndihmë diagnostike sepse lejon të kryhen kërkime enzematike për të përcaktuar nëse karenca e disakaridasit është shkaku i diarreas-

Sonda intestinale e Schiner-it e Rubin-it dhe kapsula e Crosby-it, kanë dhënë deri më sot, përfundimet më të mira në këtë drejtim.

E. Kauder dhe T. M. Bayles («Am. J. Dis. Children» 107, 582, 964) e kanë modifikuar këtë strument duke përdorur një sondë gastrike polivinilike që nuk acaron aspak mukozën intestinale të fëmijës. Me këtë mënyrë, autorët kanë ekzaminuar 32 foshnjë me diarre me etiologji të ndryshme dhe në 80% të rasteve, kanë patur reperte biopsie të qarta. Një procedurë e tillë që zgjat mesatarisht tre orë, nuk jep komplikacione (hemorragji, perforacion) në qoftë se kryhet prej dorë të stërvitur. Përqindja e sukseseve është mbi 90%.

## FARMOKOLOGJIA E ANTIBIOTIKËVE NË TË PORSALINDURËT

F. Sereni, L. Perletti, N. Manfredi, A. Marini. Min. Ped. 1964. 16, 755.

Autorët, në 5 të porsalindur 1 ditësh dhe në 6 fëmijë të moshës së gjrit (3-6 muajsh), kanë studiuar mënyrën e absorbimit, të shpërndarjes nëpër inde dhe ekstremitim e antibiotikëve të ndryshëm dhe kanë arridë në këta konkluzione:

Tetraciclina (duke e dhënë për os 7 mgr. kg), u konstatua në plasmën e të porsalindurve me moshë nën 48 orë, në një nivel shumë më të lartë se n'ato mbi tre muaj dhe kjo, për shkak të vlerës shumë të ulët të filtrimit glomerular në ditët e para të jetës. Gjithashtu mund të thuhet edhe për streptomycinën dhe penicillinën megjithëse ky antibiotik i fundit ekskretohet edhe nga tubulat renale në sasi shumë të pakët.

Siç dihet prej shumë pediatrëve, mund të injektojsh në të porsalindurin penicillinë G sodike me intervale shumë më të gjata se sa në të rriturit duke patur po një soj koncentrim të lartë terapeutik të antibiotikut në gjak.

Studime po të këtyre autorëve mbi sasinë e kalimit të antibiotikëve nga shtrati vaskolar në inde (interstitium) kanë vërtetuar vrejtjet e studiozëve të tjerë mbi akumulimin e tetraciklinave në indet e të porsalindurët (përveç sistemit nervor), në sasi më të lartë se sa në të rriturit. Gjithashtu patogenezën e disa efekteve toksike të tetraciklinave (sindrome hipertensive endokranike transitorë dhe inhibim të rritjes së kockave në imaturë), autorët e spjegojnë me dhënie e dozave të larta ose mesatare të këtij antibiotiku në fëmijët e moshës së gjrit ose në imaturë. Këta sindrome nuk lenë dëmtime permanent. Të tilla dëmtime cfaqen përkundrazi në zhvillimin dhe strukturën e dhëmbëve kur antibiotiku i jepet dhe të porsalindurit ose nënë antepartum. Në rastin e fundit, autorët përmëndin edhe efektin teratologjik të antibiotikëve.

Sa më sipër, dhënia e tetraciklinave duhet të jetë e kufizuar në fëmijët dhe, kur është e domosdoshme të jepet, të paksohet doza (4 herë më e pakët se sa ajo e të rriturit, duke marrë si bazë peshën e trupit.)

## DHËNIA E AMINAZINËS NË FËMIJËT ME PERTUSSIS.

A. Shvaltko. Vap. ohr. Mat. i diet. 1964, 9, 78.

Duke gënë se pertussis është një nga sëmundjet më të rënda të fëmijëve dhe duke u nisur nga fakti se efikasiteti i mjeteve terapeutike është i pakët për këtë sëmundje, autori ka marrë përsipër studimin e efektit të aminazinës në fëmijët që vuajnë prej pertussis. Për këtë qëllim ka studjuar 90 fëmijë gjysma e të cilëve me komplikacione inflamatorë të pertussis dhe i ka trajtuar me klorpromazine gjatë javës së parë, të dytë dhe të tretë, mbas fillimit të kollës spasmodike.

Autori pohon se megjithë që fëmijët vuajshin prej një pertussis të rëndë, (48 raste) dhe mesatarisht të rëndë (32 raste) të kuruar me klorpromazine, në injeksione i m.me një dozë 24 orësh nga 0.6 (në solucion novokaine) e deri në 4 cc (simbas moshës) për një periudhë 6-10 e deri 12 ditë, pati rezultate të mira sepse gjëndja e përgjithëshme u përmirësua, me pakësim të kollës të vjelljeve dhe të konvulsioneve dhe njëkohësisht u vrejt shërimi klinik i komplikacioneve inflamatore. Për këto arsye autori rekomandon përdorimin e këtij medikamenti në rastet me pertussis, sidomos në fëmijët e moshës së njomë.

( Përmbledhur nga Xh. Basha.)

## TESTI THJESHTË PËR TË DALLUAR IKTERIN MEKANIK NGA AYT HEPATITIT (M. BOTKIN)

S. Ilca, C. Dodica, Z. Joanovici. Presse med. 1964. 43, 17, 765

Autorët kanë eksperimentuar testin që përshkruajnë më poshtë dhe e kanë gjetur gjithnjë pozitiv, në ikteret e heparit dhe negativ, në 58 raste me Iktere mekanike ndër 59 raste të eksperimentuara gjatë 5 vjetëve. Vetëm në 1 rast të këtyre iktereve të fundit (mekanik) testi rezultoi lehtësisht pozitiv dhe kjo pse pacienti kishte leziona hepatiti kronik.

Autorët kanë vrejtë se në 98.4% të rasteve testi është ekzakt kurse Rothemund e ka konstatuar të tillë në 100% të rasteve.

Prej sa më sipër, ata konkludojnë se testi i tyre është gjithnjë pozitiv, specifik në lezionet parenkimatoze të heparit dhe negativ në ikteret mekanike.

Testi : Në 1 ml. sol. ujqor 0.2% citrat ammonium dhe hekur /III/ brum në lamele, hidhet 0.1 ml. serum gjaku jo i hemolizuar; përziehet së bashku dhe pastaj lehet për 30 minuta. Pastaj kontrollohet qartësia : në ikteret mekanike, përzierja mbetet e qartë ndërsa turbullohet në ikteret me origjinë parenkimatoze aq më shumë, sa më e dendur të jetë prekja e parenkimës. Autorët kanë përdorur ammoniumeisen/ III/ citrate/ braun Lamellen Merch që qëndron pa u prishur për 10 ditë.

## VEPRIMTARIA TERAPEUTIKE ANTIFUNGINE E NJË ANTIBIOTIKU TË RI.

P. Pagna - Min, Derm. 1964. 39, 11, 299.

Në klinikën dermatologjike të Universitetit të Padova-s është eksperimentuar një antibiotik i ri që ka treguar një veprimtari të theksuar antifungine «in vitro» dhe «in vivo». Ky prodhim i ri - lucensomicina - është nxjerrë nga metabolitet e një shtame streptomyces dhe karakterizohet prej përmbajtjes në molekulën e sajë, të një grupi kromofor tetraenik. Ai përfshihet në kategorinë e antibiotikëve polienikë ashtu sikurse edhe anfotecirina A, antimicoina, fungicidina (nistatina) etj.

Autori e ka përdorur këtë preparat të ri në formë pomade (lucensomicina 5000 U; vaselinë anhydre q.s. per 1 gr.) në 32 pacientë (9 të shtuar dhe 23 ambulant), me mykoza të këmbëve, ekzema *marginatum*, *pitiriasis versicolor* dhe *granuloma trichophyticum*.

Autori pohon se pranueshmëria e këtij medikamenti nga organizmi ka qenë e mirë në 29 raste ndërsa në 5 ka patur reaksione të lëkurës me formim bullash.

## AMPICILLINA NË DERMO-VENEREOLOGJI.

G. B. Cottini, C. Lazzaro Min. Derm. 1964. 39, 196

Autorët, mbasi përshkruajnë karakteristikat kimike të ampicillinës, pohojnë se ky antibiotik zhvillon veprimin e tij si kundër mikroorganizmave gram pozitiv, ashtu edhe kundër atyre gram negativ dhe ka anë të mira sepse absorbohet shpejt nga organizmi, qëndron për një kohë relativisht të gjatë në qarkullim, (rreth 6 orë), kalon edhe pengesën ematoencefalike. Përsa i përket sominis-trimit të tijë, rezultatet kanë qënë gjithnjë të mira qoftë duke e dhënë çdo 6 orë, siç është provuar në infeksionet e aparatit urinar e të frymëmarrjes, qoftë çdo orë, siç është konstatuar në proceset infektive të rrugëve urinare, gjithnjë për os dhe nga 500 mgr. çdo herë.

Autorët e kanë kontrolluar efikasitetin e këtij antibiotiku në dermatozat të ndryshme dhe kanë arritur këto përfundime:

*Lues 1* 500 mmgr. ampiciline x 8 orë x 10 ditë :

Në të 20 pacientët (me LI seronegative) dhe në 44 (me LI seropozitive), u vrejt zhdëkja e spiroketës nga sifiloma në një kohë prej 8-12 orësh mbas dhënies së antibiotikut, cikatrizimi nga 14-22 ditë dhe negativizimi serologjik me Nelson Mayer mbas 60 ditësh (përveç një rasti me normalizim 32%).

*Urethritis gonokoksike* 500 mmgr. x 8 orë x 2 ditë – ose x 1 ditë

Në 36 raste pacientësh të trajtuar kështu, sekrecioni u pakësua shumë mbas 24 orësh dhe gonokoku nuk u konstatua. Ndryshimet ishin të dukshme mbas kësaj kohe, edhe në paraqitjen e sekrecionit që ishte katarral dhe me shumë pak filamente të lehta.

Rikontrollet mbas 8 ditësh negative.

*Urethritis bakterika* (jo gonokoksike) - 500 mmgr. x 8 orë x 5 ditë).

Në 22 raste, kontrolli mbas 24-48 orëve rezultoi me zhdëkje të florës bakterike.

*Pyodermitis dhe ekzema mikrobike* 500 mmgr. x 8 orë ose 250 mmgr. x 6 orë x ditë simbas procesit.

Në 42 raste u panë përfundime të mira sidomos kur medikamenti u dha në doza të mëdha.

Përfundimisht autorët pohojnë se në sëmundjet e lartpërmendura ampicilina është e vlefshme për pranimin, lehtësinë e pranimit të saj nga organizmi dhe për veprimtarinë e gjerë që ka.

### KONSIDERATA MBI NJË RAST NEKROLISI EPIDERMIKE TOKSIKE OSE SINDROME LYELL.

B. Gagliardi, P. T. Ricciardello Min. Med. 1964. 55. 40. 19 1616

Sindromi që njihet me emrin e Lyell-it, pse ky e përshkroi për herë të parë, si nekrolizi epidermike toksike: shpërthim që duket si një djegëje e lëkurës, ka shtuc kapitullin i dermatozave bulloze dhe ka dhënë shkas shumë diskutimesh përsa i përket përcaktimit të shenjave dhe klasifikimit të saj.

Sëmundja duket se prek më tepër femërat (2/3 e rasteve), çon në më të shumtën e rasteve në vdekje (49 më 30 raste të Garnier-it dhe 6 në 20 raste të kazistikës pediatrike të përshkruar), dhe në shumicën më të madhe të tyre rezultojnë se përpara shfaqjes së sindromit, pacienti kish marrë ndonjë medikament të cilit edhe vetë Lyell i atribuonte shkakun e nekrolizit. Medikamentet që kishin marrë pacientët ishin, në 2 raste të Lyell-it, aspirina dhe fenil butazoni, në ato të Garnier-it (30), fenofitaleina, antipirina, vaj i kenopodium-it, aktinomicina, penicilina, sulfamidikët, serum i antiskarlatinoz, vakcina antipolio dhe sulfamidet me veprim të vonëshëm. Për këtë arsye, është çfaq ipoteza e një forme shumë të rëndë farmakoalergie. Këtu duhet shtuar se shumë autorë, kanë vënë në dukje se shfaqja e lezioneve në shumë raste është konstatuar jo menjëherë mbas marrjes së medikamentit të pandehur si shkaktar i saj por, mbasi ishte përdorur për një kohë të gjatë dhe me përfundime të kënaqëshme. Për këtë arsye, Garnier mendon se kemi të bëjmë jo më me intoksikim në formë helmimi o idiosinkrazie, por me një proces alergjik sekundar, mbas një sensibilizimi të më parëshëm.

Shfaqja e parë e sindromës përbëhet prej një exantheme morbilliforme o skarlatiniforme por me ngjyrë më të errët, me elemente purpurike dhe më lëkurën që merr nga ndonjëherë, një pamje erytemato-skuamoze. Mukozat preken qysh në fillim : ajo e gojës paraqet enanthemë të ngjashme me atë të skarlatinës; buzët dhe gjuha kanë erozione që mbuloohen shpejt me membranë e kruste; ajo e konjunktivës është e skuqur me sekrecion mukopurulent. Ndonjëherë shihet edhe *Keratitis*. Mukoza vulvare gjithashtu është e skuqur e deskuamuar dhe e dhëmbëshme.

Erytma përhapet menjëherë në të gjithë trupin duke përfshirë edhe shuplakët e duerve dhe shuajtë e këmbëve dhe mbrenda pak ditësh, formohen fliktene karakteristike jo shumë të ndera, dhe me një likid që lëviz mbrenda tyre simbas gravitetit. Shpesh Nikolsky është present. Gjëndja e përgjithëshme e pacientit është e rëndë, me ethe dhe kolaps kështu që ky dekurs mund të çojë në vdekje mbas një kohe të shkurtër por, në qoftë se mund të kapërxehet kjo fazë kritike e sëmundjes, epidermisi zëvendësohet shpejt pa lënë cikatrice. Sipërfaqet e lëkurës që nuk ishin transformuar në bulla, paraqesin pigmentim që vazhdon për një kohë të gjatë, deri 7-8 muaj, mbas fillimit të sëmundjes.

Përveç këtyre shenjave, konstatohet shpesh edhe rënia e thonjëve të duarve dhe të këmbëve, mbas dy muajsh nga çfaqja e sëmundjes por më vonë, ato dalëngadalë, zëvendësohen me thonjë të ri e normale.

Autorët, mbas japin elementet për diagnozën diferenciale me *penfigus acutus febrilis*, *epidermolisis bullosa*, *dermatitis herpetiformis* Duhring, sindromin Stevens-Johnson dhe Fiessenger—Rendu apo *ectodermosis erosiva pluriorificaria*, përshkruajnë rastin e tyre: Fëmë 4 vjeçar që kishte marrë për të pestën herë vaksinë antipolio dhe medikamente të tjera (sulfamide dhe suste bismuti), çfaq mbas 24 orësh elemente tipike të dermatozës së përshkruar dhe që për fat, shpëto nga vdekja, m bas terapisë së përshatësme.

Autorët, mbasi përmendin se studimet e para mbi Sarkojozën janë kryer prej Besnier-it, Boeck-ut dhe Schaumann-it, theksojnë se këtu të fundit i përket merita e zbulimit të riperkusioneve sistemike të sëmundjes. Sarkojoza është një sëmundje sistemike, kronike që nganjëherë, paraqitet me «pousses» akute dhe remisione, me etiologji dhe patogenezë ende të panjohura, me lezionet që vendosen në gjëndrat limfatike, mushkërijtë, eshtrat e kërcinjëve, lëkurë, sy e tjerë. Ato janë të përbëra prej neoformime indesh në formë nyjesh (me infiltrate qëllimore epiteliode), specifike edhe që, nga ana imuno alergjike, paraqesin shpesh Mantoux dhe reaksionet tjera të këtij lloji negativ por që mund të kenë pozitive provën «specifike» të Kveim-it.

Autorët i japin rëndësi faktit se struktura sarkoide mund të haset edhe në gjendje të tjera morboze sikurse ndodh shpesh në lehren tuberkuloide dhe prandaj, vetëm prej saj, (strukturës), nuk mund të formulohet diagnozën e Sarkojozës. Ata vënë në dukje se megjithëqë e përgjithshme ose sistemike, sëmundja mund të paraqitet me lokalizime të veçanta si p.sh.:

Sarkojoze e lëkurës dhe e mukozave,

» e gjëndrave, e kockave (sindrome Perthes - Jungling),

» » hindeve të veçanta si : mushkëri, gjëndra parotide, gjëndra të lotimit, me cënime në sy, në nerva ose në organe të tjerë si hepar, lien, muskuj të miokardit dhe së fundi forma të sarkojozës si sëmundje sistemike me prekje të njëkohshme të shumë organeve sikurse :

a) lëkurë - gjëndra limfatike - falange,

b) gjëndra mediastinike, lëkurë (erythema nodosum),

c) gjuhë e buzë - sindrome Löfgren, Melkerson - Rozenhall

d) sistem nervor - sy - gjëndra të lotimit e të pështymës - Sindrome Heerfordt etj.

Së fundi autorët, mbasi theksojnë se struktura linfoide (qiliza epiteliode, rrallë herë qiliza gjigante Langhans, pa degjenerim kazeoz), nuk është specifik por një element diagnostikimi me rëndësi, paraqesin tre pacientë me elementa tipike papulatuberkula, të vendosura në pjesë të ndryshme të fytyrës.

#### ARITMIA NË SARKOIDOSIS.

J.A.M.A. - 1964, 87, 29 671.

Vjetët e fundit është vënë në dukje gjithnjë e më tepër se sarkoidosis prek zemrën me zmadhim të kësaj, me çfaqje çrregullimesh elektrokardiografike dhe forma të ndryshme aritmie të përkohshme.

Rrahjet premature multifokale janë çrregullimet më të zakonshme të ritmit. Janë përshkruar edhe tekikardi të sinusve, atriale, të nodusve, ventrikulare si dhe shenja e Wenckebach-ut. Disociacion-i atrioventrikular ka qënë gjithashtu një shenjë frekvente dhe shpesh bashkë me të është konstatuar vdekja e menjëherëshme e pacientit.

Megjithëse rastet e përshkuara deri më sot me sarkoidosis të miokardit me kurim të përzgjatur janë të pakta, ia vlen të kërkohen sa më parë shenjat e sipërtreguara për të vendosur një kurë me kortikosteroide duke mos haruar se sarkojoza shkakton hyperkalcemi dhe steroidet hypokalcemi.

#### NDIHMA E MYKOLOGUT NË DIAGNOZËN E ALERGJISË NGA MICE-TËT.

A. Grecn. J.A.M.A. 21 Mars 1964, 187, 12, 28.

Ndihma që mykologu ekspert mund të japë në diagnozën e një alergje nga micetët me anë studimesh të sensibilitetit, është shumë e rëndësishme. Ai, përpara së gjithash, duhet të njohë përmbajtjen micetike të atmosferës së zonës ku gjindet pacienti. Simptomat alergjike të aparatit të frymëmarrjes stinore dhe post-stinore që jo rrallë mendohet se rrjedhin nga t'ashuquajtur faktor X atmosferik, i detyrohen në më të shumtën e rasteve, micetëve.

Por përveç kësaj, një grup i madh këpurdhash patogjenike që përmbledh *trichophyton aspergillus*, *candida*, *coccidioides*, *blastomyces*, *hystoplasma* dhe *cryptococcus* japin çrregullime pulmonare për të cilat përpara mendohesh se shkaktori ishte gjithnjë bacili i Koch-ut. Tashti, me anë testesh specifike që tregojnë sensibilitetin e lëkurës ndaj këtyre këpurdhave, është treguar se edhe këta mund të jenë shkaktoare të çrregullimeve pulmonare prandaj duhet patur gjithnjë parasysh edhe ky faktor.

Micetet allergenike që gjinden n'ajër, japin manifestime në lëkurë dhe në mushkëri, si *asthma bronchialis*, ekzema por edhe *rinitis* e *konjunktivitit* diagnoza e të cilave, në rastet e dyshimita, kryhet mbas një anamneze të kujdesëshme dhe me anë testesh sensibilitei të interpretuara mirë.

Lagështia, presioni barometrik dhe erërat janë faktorë me rëndësi në zhvillimin dhe përhapjen e sporave të miceteve që gjinden në tokë në bimët rreth e rrotull shtëpisë, në pemë si limoni, portokalli etj., në sallam të përpunuar, djathë, bukë, në tekstile, në mobile të mbuluara dhe dyshkë prandaj, mjeku duhet të jetë në dijeni të burimeve të përgjihëshme të miceteve në ambientin e pacientit dhe, kur shpërthen ndonjë formë alergjije, të marrë parasysh edhe faktorin erë. Ai duhet të dyshojë për allergji nga micetet në mënyrë të veçantë kur gjindet përpara një astme ose rinopatie që është keqësuar mbas qëndrimit të pacientit në një vënd të lagët si qylarë, shtëpi të vjetër, në ndonjë vënd ku ruhet bari i thatë ose aty ku rrihet gruri.

Diagnoza e alergisë nga micetet kryhet me anë testesh të veçanta.

(Përmbledhur nga Sh. Basha.)

## U MBROJTËN DY DISERTACIONE

Në sallën e madhe të fakultetit të mjekësisë, në pjesën e dytë të muajit mars, u mbrojt nga kirurgu i ri Besim Elezi disertacioni me temën «Rezultatet e largëta të mjekimit të ekinokokozës pulmonare».

Në auditor, përveç anëtarëve të Këshillit Shkencor të fakultetit, ndodheshin dhe një numur mjekësh pedagogë e studente. Ndodhesh gjithashtu dhe ministri i shëndetsisë shoku Ciril Pistoli etj.

Pasi u lexua dosja personale e disertantit dhe urdhëri i dekanit të fakultetit që lejoi mbrojtjen, disertanti paraqiti shkurtimisht rezultatet e studimit. Ai demonstroi se megjithëqë ekinokoku bën pjesë në grupin e sëmundjeve infektive-parazitare dhe prej jetësh ndodhet i përhapur në vëndin tonë, nuk kish patur mundësi të bëheshin studime serjeze për kufizimin e përhapjes së saj. Një gjë e tillë u bë e mundur vetëm vitet e fundit në klinikën e kirurgjisë ospitaliere të drejtuar nga prof. P.Cani. Autori vuri në dukje divergjencat që egzistojnë midis dy tendencave në literaturën lidhur me rrugët më të mira në mjekimin e të sëmurëve me ekinokok pulmonar. Disertanti vuri në dukje se polemika zhvillohet midis atyre që përkrahin rrugën e operacioneve konservative dhe atyre që përkrahin rezekcionin pulmonar, megjithse të dy tendencat kritikojnë njera tjetrën.

Disertanti i mbështetur në 126 të operuar nga ekinokoku pulmor dhe 11 të pa operuar studjon të gjithë ndryshimet e konstatuara dhe i paraqiti këto me radiografi, bronkografi e skica të ndryshme. Studimi i llojevet të ndryshme të operacioneve të kryera në 126 të sëmurë i dha mundësi të verë në dukje fazat e ndryshme të kirurgjisë së ekinokokut pulmonar në vëndin tonë. Këtu ai jep shpjegime për çdo fazë të operacionit të kryer duke justifikuar dinamikën e nivelit gjithnjë në rritje të shërbimit kirurgjikal tek ne. Ajo që ka munguar në të kaluarën dhe që ka vështirësuar studimin është mungesa e të dhënavë postoperatore. Me kjarhtësi u ekspozua puna e kryer nga autori më të sëmurët për të zbuluar ndryshimet e ndodhura tek ata, për të parë rezultatet e largëta të operacioneve të kryera. Kështu p.sh. ai bëri përcaktimin e

kapacitetit vital, volumin respirator në minut, aspirografinë, radioplanimetrinë, provat e Farkut proven e Shtange, oksihemometrinë etj.

Në rezultatet e arritura nëpërmjet egzaminimeve të kryera, u vunë re shfaqje ose simptome të tilla që në autorët e konsultuar nga disertanti nuk janë konstatuar, ose të paktën nuk përmenden.

Lidhur me klinikën dhe aftësinë për punë të të operuarve nga ekinokokoza pulmonare, autori thotë se do të ishte e njëanëshme dhe e pa mjaftuar pamja vetëm nga ana radiologjike e funksionale. Ai nënvizoi se nevojitet marrja në konsideracion të gjëndjes klinike, sepse ngandonjëherë ndryshimet anatomike nuk reflektohen plotësisht në psiqike dhe në aktivitetin krijonjës të pacientit.

Pasi jep hollësiira mbi simptomet portoperatore të gjetura tek të operuarit, nxjerr konkluzione me një vlerë të mirë teorike e praktike në kirurgjinë e ekinokokut pulmonar

\* \* \*

Gjithashtu në pjesën e dytë të muajit prill mjeku ftiziatër Dhimitër Lito mbrojt disertacionin e tij me teme: «Veçoritë e zhvillimit dhe karakteristikat e tuberkulozit në qytetin e Shkodrës gjatë periudhës 1950-1960».

Tema e paraqitur trajtonte një problem shumë aktual dhe të rëndësishëm për vëndin tonë. Nga statistikat e cituara gjatë mbrojtjes prej autorit doli se tbc ka qënë në të kaluarën një e keqe e madhe shoqërore si nga ana epidemiologjike ashtu dhe ajo kurative. Kështu p.sh. mortaliteti në këtë rreth në periudhën paraçfimit ishte 32.8% kurse në vitet 1958-1960 zbriti në 7%. Është kërjt e kjarhtë se ky ndryshim i madh në drejtëm të uljes së mortalitetit u arrit në sajë të kujdesit të vazhduar të pushtetit popullor si në drejtim kurativ ashtu edhe në atë higjeno-sanitar.

Disertanti e ka studjuar problemin në dy aspekte: Dinamizmi biologjik (organizem-mikrob) dhe dinamizmi shoqëror. Aspektet trajtohen sipas etapave nëpër të cilat kalon

fenomeni tuberkular, kjo sikurse përmendëm, për një periudhë 10 vjeçare në një vend të caktuar në Shkodër. Pra, si duket, problemi mer një karakter lokal, megjithatë kjo nuk do të thotë se nuk ka rëndësi të përgjithëshme. Ai fare mirë mund të merret si pikënisje për studimin e këtij problemi në rrethet e tjera ose në të gjithë Republikën.

Në disertacion bie në sy zhvillimi i tuberkulozit në dy faza: rënie dhe përsëri ngritje të kurbes së infeksionit. Pra, në periudhën dhjetëvjeçare që studjohet, sëmundja bën një terheqje të theksuar në krahasim me gjëndjen alarmante në të cilën ndodhej më parë ky infeksion. Kurse në fazën e dytë infeksioni përsëritet. Këtë fenomen që duket si paradoksal autori e spjegon drejt e në mënyrë bindëse. Nga argumentat që ai sjell janë: Përfundimi i vështërsive të kohës së rindërtimit dhe rritja e luftës antituberkulare, aplikimi i antibakterialeve dhe rritja e vazhduar e nivelit ekonomik dhe

kulturo-sanitar të popullsisë. Disertanti, sqaron me fakte se për 1960 përsëri tuberkulozi fillon të bjerë progresivisht. Këtë disertanti e argumenton si nga ana teorike ashtu edhe ajo praktike. Megjithatë, autori si një specialist i mirë i rrugëve të frymëmarrjes, tërheq vëmëndjen në faktin se me gjithë rezultatet e arritura vigjilenca e organeve të shëndetsisë nuk duhet të bjerë në gjumë.

Materiali i përpunuar për disertacion përbëhet nga 227.567 depistime 29.351 vizita patronazhi, 53.250 reaksione tuberkulinike dhe 27.324 vaksina B.C.G. në 18.752 të sëmurë të shtruar në dispanseri dhe në sanatoriumin e Shkodrës.

Oponentet zyrtare dhe diskutantet vunë në dukje vlerën pozitive të disertacionit, prandaj këshillit shkencor hodhi në votë kërkesën e Dh.Litos, nga numurimi i votave u vertetua se ai e fitonte gradën e kërkuar pasi të aprovohet edhe nga komisioni i lartë i atestimit.

## SESIONI SHKENCOR I STUDENTAVE

Seksioni mjeksor i shoqatës shkencore të studentëve organizoi, si pas traditës, sesionin shkencor të zakonshëm gjatë muajit mars.

Sesioni vazhdoi punimet dy ditë dhe degjoi 10 referate me karakter klinik dhe eksperimental që përfaqësonin punimet më të mira të studentave pjestare të rretheve të ndrysh meshkencore. Në sesionin, veç studentave e mjaft mjekeve ndodheshin zëvendës rektori i Universitetit dhe dekani i fakultetit.

Eksperienca e gjertanishme ka treguar se këto sesione i kanë dhënë një impuls punimeve të pavarura të studentave. Këto punime, jo vetëm që ndihmojnë për sqarimin e disa

problemeve klinike dhe eksperimentale por studentat fitojnë nëpërmjet këtyre punimeve, shprehitë e një punë të mëtejshme të pavarur.

Referatet më të mira u nderuan nga zhuria me cmime. Nga referatet që u çmuan si më të mira muad të përmendim atë të A.Kondilit «Veprimtaria e ujit mineral të Mamurasis mbi sensibilizimin», i Adrian Osmanllit e bashkëpunëtorëve më temën «Të dhënat e grupeve të gjakut në hipertoni, diabet melitik, leukoza dhe veset reumatizmale të zemrës». «Radikuilitet lumbosakrale» të Ram Metoshit etj.

A.RAPO