

## REKOMANDIME PËR AUTORËT

*Redaksia e Buletinit të Universitetit — seria Shkencat Mjekësore, i luten autorëve të kënaç parasysh këto rekomandime të domosdoshme përparrave se të dërgojnë një artikull për botim:*

Paraqitja e artikullit: Artikulli dërgohei në redaksi në dy kopje, me një përmblehdje të shkurtër gjëri në një formë që i nevojitet redaksisë për ta përkthyer në anglisht dhe në autorizim nga këshilli teknik ose drejtoria e institucionit që lejon dotimin e materjalit. Daktilografimi bëhet në dopjo spacio në mënyrë që të kemi mundësi të bëjmë korigjimet dhe ndryshimet eventuale, formati i letrës të jetë standart. Autorët janë i latur që para se ta nisin artikullinë në redaksi, ta korigojnë mirë si përfunduar gabimet e daktileografimit ashtu dhe ato gjuhësore. Autorët janë gjithashu i latur që të shqipërojnë terminologjinë me përfjashtim të atyre termave që nuk ka mundësi ti gjejë në shqip. Bibliografia që vihet në fund të artikullit duhet të përbajë autorët e cituar në tekst, emërat e të cilëve në bibliografinë e radhitur si pas alfabetit duke vënë mbiemrin përparrë, të jenë të nënvizuar. Terminologjia latine duhet të ruaj ortografinë origjinalë dhe të nënvizohet. Shkurtimet të jenë konform rregullave të njoftura. Kështu p.sh. të shkrurat g dhe jo g., ml dhe jo cc ose cm, 2.5 g dhe jo 2 g 5, etj.

Titulli i artikullit duhet të jetë i shkurtër preciz, nën titull vihet eméri i autorit, nën emërin e autorit vihet qendra e punës dhe emëri i drejtuesit të institucionit.

Karakteristikat e artikullit: bëhet një hyrje e shkurtër nga literatura që nuk duhet të kalojë faqen, pastaj ekspozohet materjali personal ose metodika e përdorur, pas këtyre bëhet diskutimi i materjalit. Në diskutim autorë lejohet të bëj krahasime të materjalit të tij me autorët e tjerë bri të të cilëve do të verë numurin renduar në bibliografi të mbyllur në killapa. Në fund të artikullit vihen konkluzionet të cilat duhet të jenë të shkurtëra dhe rezultat logjik i materjalit origjinal.

Për vetë natyrën e profilit të gjërë të revistës tonë, autorët nuk duhet ti ngarkojnë artikujt me diagrame dhe fotografi, ato duhet të jenë minimo-le dhe të pastra, diagramet në letër transparente, vizatimet me bojë kine të zvogëluar për gjysëm të mund të lexohen lirisht.

Gjithashtu autorët janë të latur që pëpunimet e tyre të përmendin autorët shqiptarë në rast se eventuallisht është shkrojtur në shtypin tonë për atë problem.

## TESTI I SELLEK-FRADE ACETAT BAKERI NË SËMUNDJET E MËLCISË<sup>1)</sup>.

ANTONIO SELLEK<sup>2)</sup>, ALEJANDRO DEL FRADE

Provat e turbiditetit dhe të flokulimit, pamvarësishët nga të metat e tyre, kanë një vlerë të konsideruar për djagnozën klinike të sëmundjeve të mëlcisë. Sipas prof. Lemaire (1), ato janë mjaft prezise dhe interpretimi i rezultateve të tyre në përgjithësi nuk krijon ngatëresa dhe konkluzione të gabuara. Popov (3) thotë se këto prova, megjithëse jo specifike, janë të vlefshme për djagnozën e sëmundjeve të mëlcisë pamvarësishët se nuk mund të pranohen si pasqyrë besnikë e funksionit të mëlcisë.

Në mbledhjen e Vte bi-anuale të shoqërisë kubane të patologëve, mbajtur në Havana në dhjetor 1955, si dhe më vonë (1956-57), ne kemi paraqitur një test të ri turbiditeti dhe flokulimi, duke përdorur si të vetmë reagent një solucion acetat bakéri. Në publikime të mëvonëshme ne kemi përshtuar një standart, një metodë kuantitative, si dhe një ultramikrometodë (3, 4, 5, 6).

Ky test ishte më i ndijshëm se reaksioni Takata-Ara dhe i barabartë me testet Hanger dhe MacLagan. Ai u përdor në fillim në një grup 100 vëtash të shëndoshë dhe 1000 të sëmurë jo hepatikë si dhe në disa të sëmurë me gregullime hepatike ku rezultatet ishin të gjitha negative për dy kategorit e para dhe 100% pozitive për të sëmurët me cirrozë dhe hepatit viral, 75% pozitive në të sëmurët me agjenezi të kanaleve biliare.

Gjatë 10 vjetëve (1955-1965), testet janë përdorur në mijëra raste të sëmurësh hepatikë dhe janë botuar artikuj vlerësimi në Shqipëri, Argjentinë, Brazil, Kubë, Kolumbi, Kili, ShBA, Spanjë, Francë, Honduras, Itali, Meksikë, Peru, Rumani dhe Tajlandë.

Studimet shkencore që janë realizuar në shumë vende të botës lidhur me këtë test, pajtohen dhe plotësohen midis tyre. Më poshtë përmënden faktet më të rëndësishme të këtyre botimeve të radhitura kronologjikisht sipas daljes nga shtypi.

Si pas Sanford (7), profesor i patologjisë klinike të universitetit të Minnesota, reakcioni është i vlefshëm dhe meriton të provohet.

Wallenweher shënon se testi është i vlefshëm për arësyen të thjeshtësisë dhe sepse kërkon vetëm një reagent, ai është i vlefshëm për ndjekjen e zhvillimit të rasteve me hepatit viral. Në cirrozin portale rezultatet e tij janë të ngjashme me ato të testit Hanger.

Fraga (9), profesor i Universitetit të Meksikës, ka bërë 1000 prova dhe e konsideron testin jo vetëm të vlefshëm, por edhe të domosdoshëm për

1) Artikull i dërguar nga vetë autorët nëpërmjet Dr. Orest Papadimitrit për ta botuar në revistën tonë.

2) Drejtori i departamentit të laboratorit klinik të spitalit pediatrisk «Pedro Baras Astorga» në Havana, bashkëpuntori është serolog në po atë spital.

klinicistët, ai e gjen atë më të ndijëshëm se reakcionet Takata-Ara, Hanger, MacLagan dhe Kunkel.

Castillo dhe Lopez Fernandez, profesorë të Mjekësisë klinike të Universitetit të Havanës, kanë studjuar testin në raste (50) me cirrozë hepatike të konfirmuar me ekzaminime histologjike, në laparoskopji, në operacione kirurgjikale dhe në autopsi. Në rastet me cirrozë portale dhe post-nekrotike testi ka treguar menjëherë një reakcion intensivisht pozitiv, d.m.th. para se të kenë kaluar 5 minuta. Testi u gjet i vlefshëm edhe në diagnozën diferenciale të rasteve me hemoragji në pjesën e sipërme të traktit digjetiv. Në rastet me sëmundje të ndryshme jo-hepatike testi ka qënë kurtoherë negativ.

Profesor MacLagan (11) në punimin e tij «Testet e flokulimit në funksionet hepatike» përmënd testin Sellek-Frade, dhe në një kryeartikull të rivistës Britanike «The Lancet» (12) në lidhje me studimin e funksioneve hepatike thuhet se «Sellek dhe Frade kanë përpunuar një test të thjeshtë dhe të shpejtë turbiditeti dhe flokulimi, me rezultate që duken shumë të kënaqëshme dhe që krahasohen me atë të testit MacLagan».

Në mbledhjen e XII të Shqatës Italiane të Patologëve mbajtur në Palermo, Faberi dhe Polini (13) deklaruan se ata kishin aplikuar testin në 30 persona normalë dhe në 72 me cregullime hepatike. Ata kanë gjetur një paralelizëm të afërt me testet Takata-Ara, Hanger e MacLagan dhe përfundojnë komunikimin e tyre me rekondim për aplikimin e testit në Itali.

Nguyen-The-Minh (14) (shërbim i prof. Lemaire) në spitalin Saint Antoine (Paris), komunikon se në studimin e tij të 14 rasteve me cirrozë hepatike ai ka gjetur 13 reakcione intensivisht pozitive, dhe intensiteti i tyre korespondon me gravitetin e rasteve sipas vlerësimit klinik. Ai mendon se ky test është më i ndijshtë se testi MacLagan, Gross dhe Hanger. Në 11 raste me cirrozë hepatike me origjinë të papërcaktuara ka gjetur 8 reakcione pozitive. Në 3 rastet negative, ku cirroza nuk ishte e dekompenzuar, mëlcia e zezë nuk ishte hipertrofike. Në 8 raste me hepatit viral është reakcionet ishin pozitive. Reakzioni pozitiv është ose shumë i kuartë ose shumë i dobët dhe negativizohet një javë pas zhdukjes së ikterit. Në hepatitin dhe në cirrozat sensibiliteti i testit është më i lartë se ai i testeve klasike; në 20 raste me ikter prej obstrukzioni u konstatuan këto rezultate: Në 14 raste mo ikter prej obstrukcionit, të shkaktuara nga litiazë, testi ishte negativ në 12. 2 rastet pozitive ishin të komplikuara me angiokolitë. Në 6 raste ikteri neoplastik, reakcion negativ u gjet në 5 raste dhe reakcion lehtësisht pozitiv në një rast. «Si përfundim», shkruan Nguyen-The-Minh, «testi Sellek-Frade është një reakcion i thjeshtë dëhe më i ndijshtë se provat klasike. Ai është specifik për rastet me cirroza, ku jep një reakcion pozitiv të fortë dhe të kuartë. Reakzioni është kuartësisht pozitiv në hepatitet dhe negativ në ikteret prej obstrukcionit. Ai është një element i vlefshëm për diagnozën diferencale të rasteve me etiologji të papërcaktuara, prandaj testi duhet të përdoret gjérësisht për diagnozën e sëmundjeve të mëlcisë».

Castillo, profesor i Fakultetit të mjekësisë të Universitetit të Limës (Peru), ka përdorur testin në 6.000 raste në Spitalin 2 de Mayo dhe komunikon: «Prej vitit 1957, kur doktorët Sellek dhe Frade, nga spitali pediatrisk i Havanës patën mirësinë të më nderojnë me privilegjin e teknikës së tyre, ne kemi përdorur regullisht testin e tyre, në fillim me rezervë që shpjegohet me mungesën e eksperiencës me te, dhe duke e krahasuar me testet e tjera të njoitura, gjer sa në fund arritëm në sigurinë se testi Se-

Sellek-Frade është i mjaftuëshëm vetë për të përcaktuar dëmtimet hepatike në gjërsësi dhe thellësi, sipas shkallës së pjesëmarrjes së mezenhimës në proces. Kjo metodë përmblehdh thjeshtësinë, saktësinë, koston e ulët dhe ekonominë e kohës për kryerjen e tij, si dhe përdorimin e një reagenti që mund të konservohet për një afat të pakufishëm në kushtet e frigoriferit.

Në punën e tij në Departamentin e sëmundjeve nervore dhe mendore të Universitetit të Barit, Cazzato (17) studjon rezultatet e aplikimit të reakcionit në 30 pacientë shizofrenik, ku ai konstaton rezultata me shkalla të ndryshme pozitiviteti në 66.66% të rasteve.

Profesor André Lemaire (18), shef i repartit të Terapisë Klinike të Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Parizit, në një punë të përbashkët me Nguyen-The-Minh, me titull «Les tests de flocculation en les maladies du foie», shprehet kështu: Testi MacLagan timol, Reakzioni me acetat bakéri i Sellek-Frade, Reakzioni koloidal me të kuq-neutral i Ducci.

Celci dhe Trevisan (18), në një punim të kryer në repartin e parë të Mjekësisë Klinike të Universitetit të Buenos Aires (Prof. Egidio S. Mazzei) me titull «Vlesta diagnostike e reakcionit Sellek-Frade në sëmundjet hepatobiliare», ekzaminojnë rezultatet e testit në 259 raste, ku ata kanë gjetur rezultate pozitive në 97.2% të 36 rasteve me hepatit dhe në 98% të 49 rasteve me cirrozë. Në rastet me ikter prej obstrukcioni, të pakomplikuara, rezultatet ishin negative në 100% të rasteve; por në ikteret e komplikuara testi ishte pozitiv në 87.5% të rasteve. Ky, sipas mendimit të tyre, është testi më i vlefshëm për diagnozën diferenciale të ikterit dhe ka cilësitë e nevojëshme për t'u përdorur në hepatologji bashkë me një grup testesh që bëhen për të formuar «hepatogramën».

Solari dhe Zottaro, nga spitali Galliere në Genova (reparti i dytë i mjekësisë klinike) kanë bërë një studim me 100 pacientë, duke provuar testin bashkë me reakcionet Takata-Ara-Domoto, MacLagan, Kunkel dhe Wunderly-Wuhrmann dhe në shumicën e rasteve kanë studjuar edhe faktorët e ndryshëm globulinikë me anën e elektroforezës.

Ata deklarojnë se kanë gjetur testin me acetat bakéri gjithnjë pozitiv në cirrozat dhe hepatitet kronike. Në krahasimin e rezultateve të testit me provat e tjera të instabilitetit koloidal ata nuk kanë gjetur një paralelizëm të rezultateve.

Këta autorë vënë në diktje se në rastet me hepatite kronike me evolucion fibrotik reakzioni është shumë i ndijëshëm dhe jep rezultate pozitive në të gjitha rastet, ku reakcionet e tjera të instabilitetit koloidal nuk kishin dhënë rezultate pozitive.

Solari dhe Bottaro përfundojnë raportin e tyre me këto fjalë: «Ne garantojmë përvlefshëm e reakcionit Sellek-Frade si provë për çregullimin e formulës proteinike dhe vërtetojmë vlefshën e saj për diagnozën dhe progrën e sëmundjeve hepatike; njëkohësisht ne rekomandojmë që ky test të përfshihet në grupin e reakcioneve të labilitetit koloidal».

Galmarini (20) paraqiti përpëra Shoqërisë Argentinase të Gastroenterologjisë (Buenos Aires, 1961) një raport me titull «Vlerësimi i reakcionit turbidometrik me acetat bakéri», ku ai thotë se ka studjuar reakcionin për një periodë prej dy vjetësh dhe ka kryer 1000 prova. Ai vërteton se reakzioni është negativ në njerzit normal, se është 100% pozitiv në hepatitin viral (në periodën e zhvillimit të plotë) dhe 77% pozitiv në cirrozat.

Në ikteret prej obstrukcioneve ai ka gjetur rezultate negative. Reakzioni pozitiv ka lidhje të ngushtë me hipalbumineminë dhe hiper-gamma-globulineminë. Ai e quan atë një test të vlefshëm dhe praktik për përcaktimin e labilitetit të serumit dhe rekomandon përdorimin e tij.

Padolechia, Panaro dhe Majorano (21), nga Instituti i Patologjisë speciale dhe Metodologjisë klinike pranë universitetit të Barit, në artikullin e tyre «Physiopathological investigations relative to the new Sellek-Frade test of colloidal lability», arrjnë në këto konkluzione:

1. Reakcionii Sellek-Frade, si reakcionet e tjera të labilitetit koloidal të serumit, është një test aspecifik, rezultatet pozitive të të cilit i detyrohen shtimit të globulinave të gjakut, veçanërisht të frakcionit gamma-globulinik. 2. Ky test ka një paralelizëm të dukëshëm me reakcionin Wunderly — dhe Takata-Gross. 3. Reakzioni është gjithnjë negativ në personat e shëndoshë. 4. Ai ka një vlefshëm të konsiderueshme për studimin e sëmundjeve të mëlcisë. 5. Në ikteret prej obstrukcionit kalkuloz reakzioni është gjithnjë negativ, prandaj është i dobishëm për të ndjekur zhvillimin e gjëndjeve të ndryshme patologjike. Si përfundim ata shprehin mendimin se testi është i përshtatëshëm për punën rutine të laboratoreve klinike.

Vio (22), në Institutin e kirurgjisë terapeutike dhe klinike të Universitetit të Bologna-s, ka bërë prova në lidhje me testin me acetat bakëri të Sellek-Frade në 84 pacientë me ikter, me qëllim që të studjojë përdorimin e tij praktik për diagnozën diferenciale të iktereve.

Ai gjen reakcionin Sellek-Frade 100% pozitiv në ikteret hepatocelulare dhe 100% negativ në ikteret mekanike, si dhe 100% negativ në ikteret hemolitike.

Testi Jirgl ka qënë pozitiv në 97.8% të rasteve me ikter mekanik, negativ në 91.5% të rasteve me ikter hepatocellular dhe 100% pozitiv në ikteret hemolitike. Këto rezultate, sipas Vio, provojnë se testi Sellek-Frade, i përdorur vetëm, nuk është i mjafthueshëm për diagnozën e disa tipave të ikterit, por se i kombinuar me reakcionin Jirgl vlefta e tij shtohet në mënyrë të konsiderueshme.

Muntoni (23), nga Instituti i Mjekësisë preventive të universitetit të Cagliari-t ka studjuar testin Sellek-Frade në 131 pacientë me sëmundje hepatike dhe ka gjetur rezultate gjithnjë pozitive në rastet me cirrozë dhe sklerozë të shkaktuara nga staza dhe shpesh herë negative në rastet me ikter. Në fillimin e hepatitit viral reakzioni mund të jetë negativ. Në periodat e përmirësimit rezultatet e tija janë një kriter i vlefshëm për diagnozën.

Victoritz (24) nga Hungaria ka studjuar testin në 105 raste me hepatit akut dhe kronik, me cirrozë hepatike, me intoksikacione dhe kolangit, në 59 raste ikteri mekanik, në 18 raste kardiak të dekompensuara; 100 raste me sëmundje të ndryshme, dhe arrin në këto konkluzione: 1. Në hepatitin epidemik akut testi Sellek-Frade dhe reakzioni Mallen jep rezultate pozitive para reakcionit me timol. Përmirësimi konstatohet gjithashtu më mirë me anën e këtyre reakcioneve. Rezultate negative mund të arrihen në një periodë më të hershme. 2. Në raste me cirrozë hepatike kronike testi Sellek-Frade jep rezultate më të sakta se prova me timol. 3. Në raste me leziona hepatike të shkaktuara nga alkolizmi rezultatet bëhen pozitive njëkohësisht me ato të provës me timol. 4. Në rastet me ikter mekanik testet Sellek-Frade, MacLagan dhe Mallen janë kurdoherë negative. Kur ka leziona të parenhimës hepatike ose komplikacione të shkaktuara nga infekzioni, vihen re rezultate pozitive me intensitet të ndryshëm. 5. Në raste me dekompensime kardiakë testi jep rezultate pozitive me intensitet të ndryshëm.

Baldi dhe Ferrara (25), nga Salerno, kanë ekzaminuar 74 pacientë me sëmundje të ndryshme të mëlcisë dhe një grup prej 20 personash të shën-

doshë. Në të gjithë këta persona ata kanë bërë njëkohësisht dhe reakcionet Takata-Ara-Ucko, MacLagan, Kunkel dhe Hanger. Ata konstatojnë se në cirrozat hepatike dhe hepatitet kronikë reaktioni është gjithënë pozitiv. Në hepatitin viral ata gjejnë një përqindje të vogël reakcionesh pozitive, me gjithë se provat e tjera ishin negativa.

Si përfundimisht të studimit të tyre ata deklarojnë se testi Sellek-Frade është një test labiliteti që meriton të përfshihet në grupin e reakcioneve klasike (Hanger, MacLagan) dhe vërnë në dukje paralelizimin e testit me provën Hanger. Thjeshtësia e kryerjes, e preqatitjes dhe mbajtjes së reagentit, e bëjnë këtë reaktion të rekomanduëshëm për çdo laborator.

Papadhimitji (26), në një artikull me titull «Testi me acetat bakëri i Sellek-Frade në hepatitet virale dhe vlerësimi i tij klinik», botuar në Buletinun e Universitetit të Tiranës, arrin në këto konkluzione, pas 303 determinimeve në raste me hepatit viral (29 beninje, 52 mjaft të rënda, 12 të rënda dhe 7 të zgjatura): «1. Testi Sellek-Frade është një reaksion aspecifik i labilitetit koloidal të serumit, i cili shpesh herë pasqyron hipergamaglobulineminë dhe pjesërisht hiperbeta-globulineminë. 2. Ekziston një paralelizëm midis testeve Sellek-Frade, MacLagan dhe Wunderly-Wuhrmann. 3. Ekziston një lidhje direkte midis shpeshtësisë së pozitivitetit të reakcionit me acetat bakëri dhe hepatitit viral. 4. Një numur më i madh reakcionesh pozitive konstatohen në kulmin e procesit dhe një numur më i vogël në periodën e konvaleshencës. 5. Në saje të meritave të tija, të thjeshtësisë së teknikës dhe të vlefshës klinike testi Sellek-Frade mund të përdoret në shkallë të gjërë në spitalet e Shqipërisë, duke e përdorur, midis të tjerave, si një metodë përcaktimi të shkallës së démtimit ose të riparimit të funksioneve hepatike gjatë zhvillimit të hepatitit viral ose të sëmundjeve të tjera të mëlçisë».

Peg dhe Puyol (27), nga Zaragoza (Spanja), në një artikull të paraqitur në Kongresin e pestë ndërkombëtar të Patologjisë mbajtur në Meksikë në 1963, raportojnë se ata kanë përdorur testin në 103 raste me çregullime hepatike, duke krahasuar rezultatet e tij me ato të reakcioneve të tjera që përdoren regullisht në praktikën mjekësore: Cadmium, Weltman, Takata-Ara, MacLagan, Kunkel dhe gamaglobulinë. Ata arrijnë në konkluzionin se prova Sellek-Frade mund të përdoret me garanci të plotë, midis të tjerave edhe për të përcaktuar labilitetin e proteinave të serumit.

Profesor Schaposnik, kryetari i repartit të parë të mjekësisë klinike në universitetin e La Plata-s (Argjentinë) dhe kolegët e kanë studjuar testin ne 110 të sëmurë dhe kanë theksuar sa vijon: 1. Testi i acetatit të bakërit del negativ në njerëz të shëndoshë, 2. ai është pozitiv në shumicën e rastave me cirozë dhe atyre që vuajnë nga hepatit. 3. Në ikterin obstruktiv reaktioni del negativ. 4. Teksti Selek-Frade ka, sëbashku me testet e tjera të flokulimit, një vlerë indirekte të djagnozës në insuficencat hepatike dhe tregon egzistencën e një labiliteti proteinik në gjak. 5. Ai jep vlerën praktike të sensibilitetit të lartë të reaktivit, thjeshtësinë e kryerjes dhe leverdinë e madhe ekonomike.

Pittera, Cassia e Ferlito (29), në Institutin e Patologjisë speciale dhe metodologjisë klinike të universitetit të Cataniës (Sicili) bënë një eksperiment me testin Sellek-Frade në 204 të sëmurë të rëndë (cirroza hepatike, atrofia e verdhë akute, ikteri kolostatik etj.) dhe e krahasuan me testet e tjera të labilitetit serokoloidal (Hanger, MacLagan, Ducci, Close, Mallen etj.) Ata arritën në përfundim se, megjithëqë, u mungonin elementet e përcaktimit të rëndësisë biologjike të këtij testi, panë se reaktioni i acetat bakërit është më i ndjeshëm dhe i lidhur shumë ngushtë me funksionin e mëlçisë.

Lidhur me ndjeshmérin e tij ky test éshëtë shumë specifik në egzaminimin e sémundjeve të mëlcisë së zezë. Testet e tjera kanë një ndjeshmëri shumë të kufizuar dhe nuk janë aq specifikë në egzaminimin e funksioneve të mëlcisë së zezë.

Sellek-Frade (31) kryen njëkohosht testin e acetat bakrit dhe përcaktimin e transaminazave glutamino-oksalacetike dhe glutamino-piruvike në serumin e fémijve të sémurë nga hepatiti dhe konstatuan se rezultatet ishin përgjithësisht të kënaqëshme. Në cirrozt hepatike studimi i këtyre enzimave ishte i parnevojshëm. Transaminaza glutamino-oksalacetike preket nga dëmtimet celulare në organet e tjera si dhe nga sasitë e mëdha të përmibajtjes në tainthin normal, siç trajtohet në punimet e Shinskit, Shagranoff e Cherry (32). Vlera e madhe e këtyre enzimave sidomos asaj piruvike, éshië konstatuar në fillimin e hepatitit viral dhe rezultatet e këtyre koïncidojnë ose jo me testin e acetat bakrit. Me zhvillimin e sémundjeve e ulin shpejt vlerën e tyre. Tek të sémurë që vuanin nga hepatiti viral serioz dhe nekroza hepatike, me shtimin e madh te gama-globulinave ai éshët shumë pozitiv; ndërsa, transaminaza glutamino-piruvike tregon vlefta normale. Në lidhje me këtë testi i acetat bakërit ka avantazhet që vijojnë: thjeshtësin, stabilitetin e reaktivave, kushton pak, preqatitjen e lehtë dhe të shpejtë të reaktivave, testi kryhet në nji kohë të shkurtër dhe kontrolli klinik i saktë jepet brenda disa sekondave.

Testi i acetat bakërit éshëtë më i vlefshëm në diagnozën e sémundjeve hepatike se sa elektroforeza, sepse të dhanat esenciale merren nga ky test në mënyrë të thjeshtë, pa pasur nevojë për metoda të ndërlikuara (Sellek e Frade).

Sellek e Frade kryen në të njejtën kohë testin e acetat bakërit dhe bromsulfataleines në 50 raste, në dukje normale, me qëllimi që të identifikojnë lezionet hepatike dho gjetën konkurence absolute midis dy testeve. Por, siç dihet, testi i bromsulfataleines nuk ka vlerë në diagnozën diferenciale të ikterit dhe tregon rezultate të rreme e anormale në qoftë se insuficiencia hepatocelulare shoqërohet nga çregullime të qarkullimit të gjakut. Në përgjithësi, testi i bromsulfataleines éshët më pak e vlefshëm në hepatologji se sa testi i acetat bakërit. Vlera klinike e tij qëndron vetëm kur nuk ka ikter ose çregullime të qarkullimit të gjakut në mëlgj. Përveç kësaj testi i bromsulfataleinës éshët i papershtatshëm dhe i dëmshëm për jetën e pacientit (reaksione anafilaktike, vdekje e papritur).

### TESTI I ACETAT BAKËRIT

**Reaktivat.** — 1. Solucioni i acetat bakrit preqatitet duke tretur 200 mg (0,2 g) acetat bakéri në 500 ml ujë të bidistiluar. Ky solucion duhet të ruhet në frigorifer. Solucioni vlen për gjithnjë ruan ndjeshmérinë e tij njilloj, dhe jep rezultate të sigurta.

2. Reaktiv i punës preqatitet duke holluar 2,5 ml të solucionit të parë në 100 ml ujë të bidistiluar. Ky reaktiv duhet të preqatitet gjithmonë përpëra përdorimit.

**Procedura.** — Testi éshët shumë i thjesht dhe kryhet duke shtirë në një epruvetë 6 ml solucion të reaktivit që i shtohet 1 ml serum të freskët nga pacienti. Kjo përzierje tundet lehtë dhe rezultati vrehet pas 5 minutash.

Në rast se reaksiioni është negativ, përzierja mbetet transparente ose shfaqet një opaleshencë (e lirë nga flokulat) që nuk duhet të jetë më e lartë se 4 njisi kur krahasohet me standartet e Kingsburgut që përdoren në testin e timolit të MacLagan-it. Në përcaktimet

sasiore, solucionet turbide të klorurit mund të përdoren për vlerësimin e rezultateve nëpërmjet fotokolorimetrit ose spektrofotometrit sipas rekomandimeve të Shark dhe Hoagland në testin e MacLagan-it. Precipitimi në serumet normale nuk ka. Rezultatet nga njëherë janë më të ulta të fëmijët se sa të rriturit. Shkalla e pozitivitetit të reaksioneve shprehët me kryget si vijon:

kryget	+	++	+++	++++
Njësité e turbullirës	4	5-7	8-10	mbi 12

Kur përaierja bëhet për një ditë (18 orë) në temperaturë dhomë dhe reaksiioni është shum pozitiv, atëherë do të ketë precipitim komplet në fundin e epruvetës, kurse pjesa tjetër e lëngut do të jetë e lthjellët. Shkalla mezatare e flokulimit do të paraqitet si ++ dhe +++. Në fëmijët që tek të sëmurrë të rritur që është vështirë të merret sasia e nevojëshme e gjakut e sidomos kur testi nevojitet të përsëritet shumë herë, mund të përdoret një ultramikrometodë: Në një epruvë me madhësi  $3 \times 100$  mm futen 0,6 ml solucion reaktiv të acetat bakrit, shtohet 0,01 ml serum i freskët i marrë nga i sëmuri dhe rezultati shihet një lloj si në reaksiionin standart.

Testi i acetat bakrit nuk has kundërshtime në përdorimin e tij as nga të sëmuret, teknikët laborantë ose mjekët që punojnë në laborator gjersa atë nuk vijnë në kontakt me substancë toksike që përdoren në testet e tjera si bikloruri i zhivës, jodi, kadmiumi etj. Toksiciteti i kadmiut dhe i kombinimeve të tij të thithur ose të kaluar në organizëm njihet mirë sa dhe efektet karcinogenike të tyre (30). (Fot. 1)



## KONKLUZIONET

Rezultatet e këtij testi të ri të labilitetit serokoloidal janë të përdorura në djagnozën dhe prognozën e disa sëmundjeve të mëlcisë, janë paraqitur për herë të parë nga autorët e tij në Kongresin e V-të dy vjeçar të shqërisë së patologëve kubanë (Sociedad Cubana de Medicos Laboratoristas Medicos) të mbledhur në Havana më 1955.

Reaksioni është përdorur gjérësisht dhe të dhënat mbi rezultatet e tyre janë botuar në Shqipëri, Argjentinë, Brazil, Kubë, Kolumbi, Kili, SHBA, Spanjë, Francë, Honduras, Ungari, Itali, Meksikë, Peru, Rumania dhe Tajlandë. Përveç thjeshtësisë, saktësisë dhe kohës së shkurtë në të cilën realizohet ky test, përbën një nga reaksionet më të ndjeshme dhe specifike të labilitetit serokoloidal.

Ky test nuk ka kufizime gjersa reaksioni mund të realizohet me sasi të vogëla serumi si 0,1 ml. Në test duhet të përdoret kurdoherë uj i bidistiluar. Statistikat e shumta kanë treguar ndjeshmerinë e madhe të tij në cirroztat hepatike (96-100%). Testi është kurdoherë pozitiv në sëmundjet e hepatitit viral (100%). Ai jep një ndihmë të mirë për të dalluar shërimin nga kalimi në kronicitizim të sëmundjes.

Shkalla e reaksiionit lidhet me demtimin e celulës së mëlcisë dhe ndryshon si pas evolucionit të rastit me tendencë negativizimi tek ata që reagojnë mirë.

Testi del negativ në të sëmurët që vuajnë nga obstruksioni i përkohshëm biliar. Reaksioni në njerëz të shëndoshë është 100% negativ.

Ky test është më i ndjeshëm se sa reaksiuni klasik i Takata-Ara-s dhe MacLaganit, Wunderly-Wuhrmann etj. Rezultatet e tij janë të përafërtë me ato të testit Hanger.

Testi i acetatit bakërit nuk gjen vështirësi përdorimi as nga të sëmuët, teknikët e aq më pak nga injekët që punojnë në laborator, gjersa ata gjatë realizimit nuk prekin ose nuk aspirojnë substancë toksike që përdoren në testet e tjera si bikloruri i zhivës, jodi, kadmiumi etj. Toksiciteti i kadmiutit dhe kombinimeve të tij të aspiruara ose të ngrëna njihet aq mirë sa dhe efektet kancerogjene të tyre në njerëz (30).

Testi i acetatit të bakërit është shum i vlefshëm për diagnozën dhe prognozën e sëmundjeve të mëlcisë. Ai përmbledh të gjitha tipet e cirrozës, hepatitin viral akut, hepatitin infektiv, hepatitin në mononukleozën infekcioze hepatitit lupik, hepatitin kronik, ikterin e thjeshtë obstruktiv, démtimin biliar si rezultat i obstruksionit biliar ekstrahepatik, démtimin e mëlcisë si pasojë e dietës ose hepatitit, démtimin hepatocelular si pasojë e hemolizës, stazën hepatike, sindromin Banti, agenezën e traktit biliar, hipertiroidizmin etj.

Testi i acetatit të bakërit është shum i vlefshëm për diagnozën e shpejtë diferencale të sindromit hemoragjik të pjesës së sipërme të traktit gastrointestinal. Megjithse rezultatet e acetatit të bakërit janë 100% të njëjtë me ato të testit të bromsulfaleinës në personat e supozuar normalë dhe në njerëz me démtime hepatocelulare por pa ikter, ai nuk ka të metat e testit të dytë si rezultatet pozitive të gjenjeshtërtë që ndodhin nga çrrëgullimet e qarkullimit të gjakut dhe veprimi turbullues i bilirubinës dhe mundësia e reaksiioneve anafilaktike fatale.

Duke marrë parasysh vleftën e testit të acetatit të bakrit, i sugjerohet të gjithë klinicistëve, kirurgëve dhe specialistëve të nijhen me përdorimet

e shumta të tij në diagnozën dhe prognozën e sëmundjeve të mëlcisë. Rezultatet më të mira të këtij testi do i shtyjnë ata ta aplikojnë në praktikën klinike të përditëshme të tyre.

Autorët e këtij artikulli disponojnë një seri raportesh mbi testin Sellek-Frade të acetatit të bakërith të botuara nga shkençtarët e 16 vendeve dhe 20 universiteteve amerikane, evropjane dhe azistike që theksojnë në vija të përgjithështme atë që u tha në këtë artikull.

(*Paragitur në Redaksi më 22-4-1966*)

### BIBLIOGRAFI

1. Lemaire, A. et Nguyen-The-Minh: Les tests de flocculation dans les maladies du foie. *Rev. de Pathologie Generale et de Physiologie*, 60 : 1229, 1960. (Oct. Num. 721)
2. Popper, H. y Shaffner, F: El hígado. Su estructura y función. Editorial Noguer, Barcelona 1962.
3. Sellek, A. y del Frade, A: La nueva prueba turbidimétrica del acetato de cobre como índice de disfunción hepática. *Revista Cubana de Laboratorio Clínico*, 10 : 26, 1956.
4. Sellek, A. y del Frade, A: Seroreacción de turbidez y flocculación del acetato de cobre para el diagnóstico de las hepatopatías. Prueba standard, cuantitativa y ultramicrométodo. Significación clínica. *Revista Cubana de Laboratorio Clínico*. 11 : 58, 1957.
5. Sellek, A. y del Frade, A: Prueba Sellek-Frade para el diagnóstico de las hepatopatías. Electroforesis. Biopsia. Significación clínica. *Revista Cubana de Laboratorio Clínico*. 11 : 102, 1957.
6. Sellek, A. y del Frade, A: Copper acetate turbidity and flocculation test for the diagnosis of disease of the liver. *Gradwohl Laboratory Digest*, 21 : 8, 1957 (July).
7. Sanford, A. H: Liver function test. *Postgraduate Medicine*, 22: A68, 1957.
8. Wollenweber, H. L: New liver function test: copper acetate turbidity. *Current Medical Digest*, 24:64, 1957.
9. Fraga, S. S: La reacción de Sellek-Frade en la investigación del funcionamiento hepático. *El Médico*. 8 : 82, 1958 y *Noticias Clínicas* 16 : 33, 1958, México, D.F.
10. Castillo, P. A. y López Fernández, F: Nuestra experiencia con la prueba de Sellek-Frade en el diagnóstico de las hepatopatías. *Revista Cubana de Laboratorio Clínico*. 11 : 100, 1957 y *Revista de la Confederación Médica Panamericana*. 5 : 279, 1958.
11. MacLagan, N. F: Los tests de fluculación en la función hepática. *El Día Médico* (Buenos Aires), noviembre de 1958, pag. 31.
12. Liver function. Leading articles. *The Lancet*. Londres. pag. 403, 1958.
13. Faberi, M. y Polini, L: La reazione all' acetato di rame di Sellek-Frade confrontata con altre prove di siero-labilità negli epatopazienti. II Lab. en la Diag. Med. 3 : 136, 1958.
14. Nguyen-The-Minh: La reaction au acetate de cuivre de Sellek-Frade. Son utilité dans les affections hépatiques. *La Presse Médicale*, num. 32, 1958, Jun. 25 de 1960.
15. Castillo, F. G: Evaluación de las pruebas de Laboratorio en las enfermedades del hígado. *Revista Cubana de Laboratorio Clínico*, 14 : 99, 1960.
16. Lemaire, A. et Nguyen-The-Minh: Les tests de flocculation dans les maladies du foie. *Rev. de Pathologie Generale et de Physiologie*, 60 : 1229, 1960.
17. Cazzato, G: La reazione all'acetato di rame di Sellek-Frade negli schizofrenici. *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 88 : 849, 1960.
18. Celsi, H. T. y Trevisan, A. B: Valor diagnóstico de la reacción de Sellek-Frade en las afecciones hepatobiliares. *La Prensa Médica Argentina*. XLVIII : 19, 1961.
19. Solari, E. y Bottaro, F: Ricerche su una nuova reazione di labilità colloidale. *Il Laboratorio Nella Diagnosis Medica*, VI: 58, 1961.
20. Galmarini, O. V: Evaluación de la reacción turbidimétrica del acetato de cobre. *La Prensa Médica Argentina*. 49 : 739, 1962.

21. Padolechia, N., Panaro, A. L., Maiorano, C.: Experimentazione clinica e indagini fisiopathologiche sul nuovo test di labilità colloidale di Sellek e Frade. Minerva Médica, 53 : 2855, 1962.
22. Vio, A.: Diagnosi differenziale degli itteri: La proba all'acetato di rame di Sellek-Frade comparata al test di Jirgl. Riv. di Gastroenterologia (Parma), 14 : 59-66, 1962.
23. Muntoni, S.: La reazione di Sellek-Frade nella diagnostica della affezione epatica. Minerva Gastroenterologica, 8 : 148, 1962
24. Vietorisz, K.: Modified Sellek del Frade liver function test. Orvosi Hetilap, 103 : 1904, 1962.
25. Baldi, A. y Ferrara, E.: Igiene e San. Public, 18 : 146, 1932.
26. Papadimitri, O.: The Sellek-Frade (Copper Acetate) test in viral hepatitis. Bull. Univ. Shtet Tirane (Miek), 3 : 66, 1953.
27. Peg, V. y Puyol, J.: Estudio químico clínica de la reacción de Sellek-Frade. Clínica y Laboratorio (Zaragoza, España), XLIX — 285, 1964. Trabajo presentado al V Congreso Internacional de Patología Clínica, México 1963.
28. Schaposhnik, F., Milman, F. y Cacciatore, J.: La prueba del acetato de cobre en la exploración funcional del hígado. Rev. — Orientación Médica, XII: 437, 1963 (Buenos Aires, Argentina).
29. Pittera, A., Cassio, E., Ferlito, S.: Contributo casistico al valore clinico di una nuova prova di sieroflocculazione: la prova all'acetato di rame. Medicina Clínica e Sperimentale XIV: 71, 1964.
30. Toxicity of cadmium. Leading Articles. Lancet, 15 August 1964.
31. Sellek, A. and del Frade, A.: Prueba Sellek-Frade del acetato de cobre y actividad de las transaminasas glutámica oxalacética y pirúvica en sueros de niños con hepatopatias. Revista Cubana de Laboratorio Clínico, 13 : 30, 1959.
32. Chinsky, M., Shmagranoff, G. I. and Sherry, S.: Serum Transaminase Activity. Observation in a Large Group of patients. J. of Lab. and Clinical Med., 47 : 108, 1956.

## REZULTATET E NJË DEPISTIMI TË T.B.C. NË RRETHIN E PESHKOPISË.

DOC. KAND. SHK. MJEK. SH. Ndraqi

(Katedra e terapisë së fakultetit — shef J. E. Adhami)

Rrethi i Peshkopisë, si një zonë malore dhe larg nga qendra, paraqiste mjaft vështirësi për një depistim në masë, por ne e preferuam sepse nga observecionet e rastive të vizitueme ose të shtrueme në Sanatoriumin e Tiranës, Korçës dhe Shkodrës, ashtu dhe nga disa të dhëna të dispanserisë së Peshkopisë, kishim formue mendimin se tuberkulozi në këtë zonë paraqiste disa karakteristika të veçanta. Ne kishim përshtypjen se ai ishte në fazën epidernike (18), sepse kishim pa shumë raste nga Peshkopia me procese të randa T.B.C.; procese me mbizotrim të nekrozës kazeoze, bronkadenite tumoroze kazeoze ose komplekse primarë në fazën infiltrative jo vetëm të fëmijët po edhe të të rriturit; shumë forma tuberkulozi ekstrapulmonare si polylinfadenite kazeoze, spondilite, absese të ftohta të fistulizueme etj.

Gjendja ekonomike dhe ajo higjenosanitare e kësaj zone nuk ishte e ndryshme nga ajo e disa zonave të tjera analoge. Kështu që kishim kriju përshtypjen se T.B.C. po përhapej rishtas në këtë zonë që deri vonë kish qenë si e virgjër. Prandaj depistimi në masë dhe studimi i gjëndjes së T.B.C. në këtë rreth do të kishte një interes të dyfishtë për luftën kundrati si nga pikpamja teorike ashtu edhe nga ajo praktike.

Puna që kishim mendue me ba në këtë rast ishte e gjanë: Çdo njeri që do të paraqitej në vizitë do të regjistrohej e do t'i bante një skedë individuale. Atyre prej 1-10 vjeç do t'i u aplikohet prova e tuberkulinës (R. Mantoux 1 : 1000). Ato prej 10 vjeç e lart do të kalojshin për fluorografi, kurse gjith fëmijët nën 10 vjeç me reaksion mantu pozitiv do të kalojshin në radioskopji.

Ata, që nga ky ekzaminim radiologjik do të rezultojshin të dyshtimitë do tu bajshim ekzaminimet komplementare për të vërtetue sëmundjen.

Njëkohësisht me këtë depistim masiv tuberkulnik e fluorografik do tu bëshin dhe vizita klinike për me zbulue rastet e tuberkulozit ekstrapulmonar.

Kjo punë do të zgjaste rreth dy muaj dhe do të përfshinte një popullatë prej 26.900 vetash të shpërndamë në 4 lokalitete të rrethit të Peshkopisë.

Këto 4 lokalitete ishin ma të randësishmet e rrethit, kishin kryesisht karakter malor dhe një pjesë si Bulqiza ishte e përzieme: një qytet i vogël malor pranë minierës së kromit, rrethuem me disa fshatra nga ku vinin puntorë për me punue në minierë.

## DEPISTIMI FLUOROGRAFIK

Nga kjo popullatë, vetëm ato mbi 10 vjeç duhej me i kalue në fluorografi, d.m.th. 72% e tyre ose 19.362 veta.

Fatkeqësish nga numri i masipërm kanë mujt me kalue vetëm 10.400 veta, d.m.th. 54%. Kjo përqindje e paraqitjes nuk asht e kënaqëshme. Të dhanat e literaturës tregojnë se përqindja e paraqitjes në të tillë raste lëviz prej 40%-98% (Bariety, Coury). Sa ma e naltë të jetë kjo përqindje, së ma e vlefshme e ma frutdhanëse asht puna e depistimit. Prandaj në disa vende asht ba e detyrueshme. Sigurisht në këtë rast përqindja e paraqitjes asht maksimale. Eksperiencia jonë në këtë fushë kërkon që dhe në vëndin tonë të merret një masë e tillë, d.m.th. që paraqitja për depistim radiologjik të bahet e detyrueshme me ligj.

Sidoqoftë në rastin e ekspeditës tonë në rrëthim e Peshkopisë, na intereson me dijtë nëse ajo paraqitje ka qënë e mjaftueshme për me nxjerë rezultate të vlefshme. Na mendojmë se po Mungesat për paraqitje në fluorografi spjegohen nga vështirësitet e terrenit, largësia e qendrës së fluorografimit (duhej I ose dy orë me ecë në kambë), punimet bujqësore në atë kohë dhe në disa raste të rralla neglizhenca ose mos vlerësimi sa duhet i vizitës mjekësore. Megjithë këtë dëshira dhe entuziazmi që tregonte masa e popullit për tu vizitue nga ekipi i ardhur nga kryeqyteti, len me kuptue se përgjithësisht ata qì kanë qënë të dobët ose kanë dyshue se janë të sëmundë nuk i janë shëmangun vizitës.

Pra nga ata qì janë paraqitë në vizitë, nuk duhet të kishim nji përqindje ma të vogël të prekun sesa ata që nuk janë paraqitë, e si pasojë konkluzionet nga të vizituemit sado pjesërisht janë mjaft të vlefshme për me formue nji mendim të përgjithëshëm.

Nga 10.400 flurografi të lexueme, 472 raste ose 4.72% kanë rezultuem të dyshimtë, d.m.th. me hije jo normale, qì kërkonin rikontroll për përcaktim diagnoze. Kjo i afrohet të dhanave të literaturës ku shënohet 3-7% (Baryety e Coury).

Nga 472 raste të dyshimta, janë paraqitë për rikontroll 439 vetë, ose 93% kurse 33 vetë nuk janë paraqitë, d.m.th. 7%. Por në nji rishqyrtim sa ma të imtë të fluorografive të këtyre rasteve të dyshimta që kanë mbetë pa u paraqitë rezulton se shumica e tyne nuk paraqiste lezione të hapuna e në dukje aktive, prandaj mund të neglizhohen.

Nga 10.400 flurografi, 85 vetë ose 0.83% kanë dalë me ndryshime spefike në mushkeni. Nga këto: 68 ose 0.65% ishin me forma pak a shumë aktive (grupi I e grupi II)<sup>1)</sup> dhe 15 forma inaktive (grupi III). Asht për tu shënu se këto 85 raste të zbulueme nuk ishin të njohtun nga dispanseria.

Nga 68 raste të zbulueme rishtazi me forma pak a shumë aktive 42 ose 0.40% ishin grupi i parë sigurisht aktiv dhe 18 raste ose 0.17% ishin forma të hapuna (destruktive), ose bacilshperndarës. Nga këto 7 ose afro 0.067%, ishin forma kavernoze e fibrokavernoze.

1) Në grupin e parë nënkuptojmë format aktive të T.B.C. pulmonare, qofshin këto forma të hapuna ose jo, por që kanë nevojë për mjekim të plotë. Në grupin e dytë nënkuptojmë ato forma që kanë qënë aktive por tash janë në përmirësim, procesi duhet i qëtesuam e në regresion por rekomandohet të vazhdojnë dhe disa raste me antibakteriale dhe të janë në kontroll mjekësor ma të afërt. Përcaktimi i këtij grupi (G. II), në rast depistimi në masë, nuk asht aqë i lehti pa nji kohë observacioni, sepse ai mund të mos meritojë të konsiderohet formë aktive. Kjo do të varet nga gjykimi i mjekut dhe nga eksperiencia e tij. Në rast depistimi të tillë grupi i dytë përmbytedh zakonisht rastet që kanë nevojë të janë në observacion disa muaj dhe pastaj do të vendoset në se do të konsiderohen ose jo forma aktive

Po tē marrim parasysh tē rritunit prej 15 vjeç e nalt, do tē kemi 52 vjetë d.m.th. afro 0.60% me forma aktive (grupi I + grupi II) kurse nē fëmijët e mitun (adoleshentë) prej 10 deri 14 vjeç që kanë kaluem nē fluorograf kemi gjetë 16 vjetë me forma aktive T.B.C. (I + II), tē cilët po t'i krahasojmë me numurin e fëmijëve tē kësaj moshe që kanë kalue nē fluorograf, do tē kemi 1.2% me forma T.B.C. aktive.

Kjo tregon se nē çpërqidje tē lartë asht prekë mosha 10-14 vjeç dhe njikohësish na ban me dijtë se këtu kemi nji përhapje tē freskët tē infekzionit tuberkular ndër fëmijët e mitun.

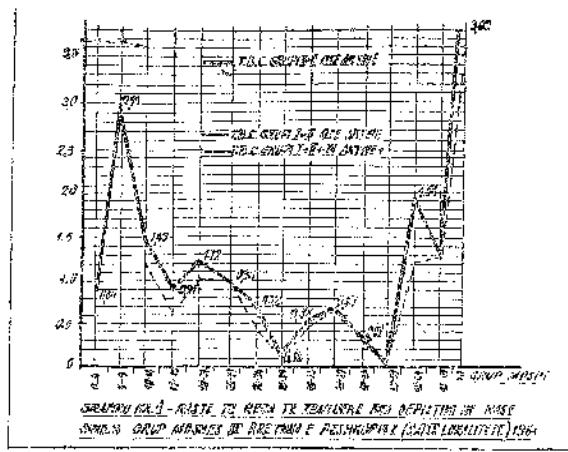
Sikur shifet përqindja e tē prekunve si te tē mitunit ashtu edhe te tē rritunit, duket pak e naltë nē krahasim me disa tē dhana tē literaturës dhe tē dhanat që disponojmë na mbi disa zona tē tjera tē Republikës. P.sh. nē rrëthin e Burrel, nji zonë tjetër fshatare e malore, nē kufi me rrëthin e Peshkopisë por ma afër me Tiranën, na kemi ba nji depistim nē masë analog dhe kemi gjetë gadi tri herë ma pak tē prekun nga T.B.C. Keshtu nē 1963 nga 9000 ekzaminime fluorografike, kemi konstatue 0.20% me forma aktive T.B.C. pulmonar dhe 0.10% me forma tē hapuna. Kurse morboziteti i T.B.C. aktiv për gjithë Republikën nga rastet e denoncuara gjatë vitit 1963 rezulton rrëth 0.27% dhe për vitin 1964 ka zbritë deri 0.21%.

Thamë se na kemi gjetë 0.60% tuberkuloz pulmonar aktiv (grupi I + II) tek tē rritunit mbi 15 vjeç, kurse Bariety e Coury (5) tue marrë mesataren e nji seri auktorësh 98 statistika me 4.500.000 depistime nē tē rritun, shenojnë se kjo përqindje lëviz prej 0.006% deri nē 3.5%, mesatarisht 0.44%. Në fushatën e Skocisë (6) nē vitin 1957-58, ku janë ba tek tē rritunit 1.850.000 fluorografi, janë gjetë 0.23% me T.B.C. aktiv dhe 0.43% me T.B.C. që duhet tē mbaheshin nē observacion. Ndërsa Profesor Asseef (1) nē qytetin e Klinit afër Moskës, nē vitin 1959-60 nē 35.717 tē rritun ka gjetë 0.34% me T.B.C. aktive (gr. I e gr. II) dhe 0.12% me tuberkuloz jo aktiv, kurse nē fshatarët rrëth Klinit ka gjetë 0.54% me t.b.c. aktiv. Në vitin 1961-1963 T. Gokçe (11) nē fushatën e Zeytinburnu, qytet afër Stambollit, raporton se nē 75.900 tē depistuam janë gjetë 2% me t.b.c. aktiv. Në javën e VII Mjekshore Ballkanike (6-14 korrik 1964) Sava Ljubisavjeviç (14) tue paraqitë rezultatet e nji depistimi nē masë nē Sérbi, tregon se nē 617.695 fluorografi tē nji popullate kryesish fshatare, ka gjetë 2.04% t.b.c. pulmonar aktiv.

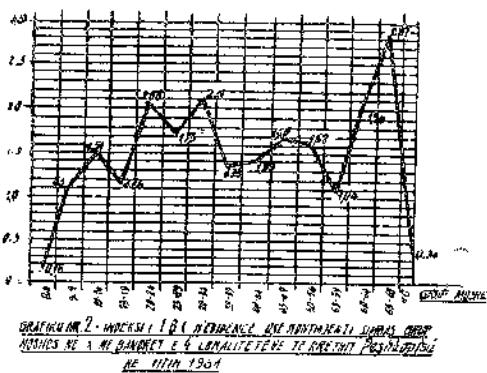
Për T.B.C. aktiv tē gjithë auktorët nuk kanë tē njejtin përcaktim, disa marrim vetëm format e hapuna ose ato me B.K. pozitiv, kurse disa tē tjerë kanë nji kuptim ma tē gjanë për T.B.C. pulmonar aktiv. Me këtë ata përfshijnë tē gjitha format T.B.C. aktiv evolutiv tē hapuna ose jo, me B.K. pozitiv ose negativ (grupi I i nomenklaturës tonë) ashtu dhe ato që duken tē qetësueme, tē mbylluna nē regresion e nē rrugë përmirësimi (grupi II). Kuptimi nē këtë mënyrë i T.B.C. aktiv asht shumë ma i gjanë dhe si konsekuençë % e tē prekunve nē këtë rast asht ma e naltë. Kështu ka ngja dhe me rastet t'ona. Na kemi gjetë te tē rritunit 0.60% nga grupi i I e grupi i II. Po tē hiqen ato tē grüpuit tē II që për ne kanë qënë kryesish raste observacioni, do tē kemi gadi 0.40%. Kurse po tē konsiderohen vetëm format e hapuna, kemi 0.17%. Kështu përqindja e rasteve tona tē tuberkulozit pulmonar tē zbuluem mund tē krahasohen me tē dhanat e literaturës tē naltpërmendun megjithse tē zbulueme me nji zonë ku gjenda e tuberkulozit nuk asht aqë e mirë nē krahasim me zonat e tjera tē vendit tonë.

II. Ndryshimet e perqindjeve për rastet e reja tē zbulueme me fluorograf varen dhe nga numuri i depistimeve tē bame ma parë. Asht provde

tash ma se sa ma tepër të bahan depistime në nji vend të caktuem dhe sa ma shpesh që ato të përsëriten aq ma e vogël do të jetë përqindja e të prekunve që do të zbulohen dhe anasjelltas.



Kështu dhe në rastin tonë, në lokalitete që na vizituemi në ato zona të largëta, nuk ishin ba depistimi radiologjike, prandaj dhe zbulimet tonë nënkuftohet do të ishin në nji % ma të naltë.



Të depistuemi simbas grup-moshës, formës dhe seksit: Studimi i rasteve të reja të depistue me simbas grupmoshës në krahasim me të vizituemt në grupmoshat përkatëse, tue nxjerë përqindjet na tregon gjithçka përhapjen e T.B.C. me përqindje ma ië naltë në moshat e reja deri 25 vjeç dhe në moshat e vjetra mbi 60 vjeç (shif gjrafikun Nr. 1 e Nr. 2). Kjo tregon se ka rastet që të përfshijnë simbas grupmoshës të populatës (Pas/Nr. 3).

Tue studjuet rastet e zbulueme rishtaz me anën e flurografit, simbas formave kemi sa vijon:

*Pasqyrë Nr. 1*

Forma e T.B.C.	Forma aktive dhe inaktive			Nga këto forma aktive I-II			Nga këto forma të hapura			
	M.F.	M.	F.	M.F.	%	M.	F.	M.F.	M.	F.
1. Kompleksi primar	9	4	5	8	12%	3	5	—	—	—
2. Bronkaderiti	32	42	20	24	35%	7	17	—	—	—
3. T.B.C. Disseminata	1	1	—	1	1,47	1	—	1	1	—
4. T.B.C. fokale	16	11	5	11	16,20	7	4	3	2	1
5. T.B.C. Infiltrativa	11	3	8	11	16,32%	3	8	—	1	6
6. T.B.C. Kavernoza e Fibrokavernoza	7	4	3	7	10,3%	4	3	2	4	3
7. T.B.C. Cirrotica	6	4	2	6	8,8%	4	2	—	—	—
8. T.B.C. Pleurite	3	3	1	—	—	—	—	—	—	—
Shuma:	85	61	44	68	100%	39	39	18	8	19
Indeksi ose % me të vizituarët	0,83			0,65	%	0,54	0,30	0,17	0,14	0,20

Nga kjo pasqyrë dhe grafiku Nr. 8 shifet se asht T.B.C. primar që mbizotron d.m.th. kompleksi primar dhe bronkadeniti. Konkrektisht për format aktive 32 raste (8 komplekse primare e 24 bronkadenite ose 47,1% në krahasim me format e tjera).

Pastaj vjen T.B.C. infiltrative dhe ajo fokale me nga 11 raste t.b.c. aktive secili, ose 16,2%; t.b.c. kavernoza e fibrokavernoza me 7 raste ose 10,3%; t.b.c. cirrotik me 6 raste ose afro 9%. Kurse po të marrim nga një anë format destruktive (11 raste) bashkë me kavernoza fibrokavernoza (7 raste) si forma të hapura, do të kemi 18 raste ose 28,35% në krahasim me format e tjera aktive dhe 50 forma të mylluna ose 71,65%.

Përqindja e lartë e formave primare dhe e atyre infiltrative e të hapura tregon se në këto zona t.b.c. asht në fazën epidemike me një përhapje të re me randësi të infeksionit t.b.c.

Nga pasqyra Nr. 1 dhe 2 tue i shikue rastet e konstatueme për herë të parë simbas seksit, shohim se në format aktive mbizotron seksia femër, kurse në format inaktive seksia mashkull.

*Pasqyrë Nr. 2*

Forma aktive	Meshkuj	29	Femra	39
Forma inaktive	>	12	>	5
Shuma	>	41	>	44

Tue i shikue rastet sipas formave e seksit shohim se në t.b.c. primare (kompleks primar — bronkadenite) e të përgjithësi në forma aktive mbizotnojnë femrat, ashtu dhe në t.b.c. infiltrativ; kurse në t.b.c. fokale, fibrokavernoze dhe cirrotike mbizotnojnë meshkujt (shif pasq. nr. 1); ndërsa simbas moshës e seksit (shif pasq. nr. 3) shohim se prej 10-30 mbizotënët seksia femër, prej 30-40 vjeç nuk kemi ndryshime seksia, prej 40 e nalt mbizotënët seksia mashkull. Pra në forma sekondare e terciare e në moshë të kalueme mbizotënët seksia mashkull, në formë primare të reja e në moshë të re predominon seksia femër.

Këto rezultate tregojnë se në femra t.b.c. ka një përhapje ma të re dhe jep ma tepër formë të reja aktive.

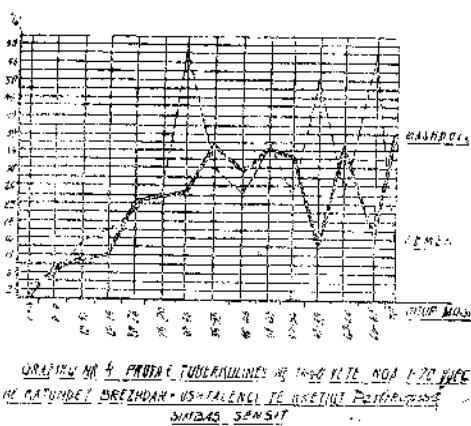
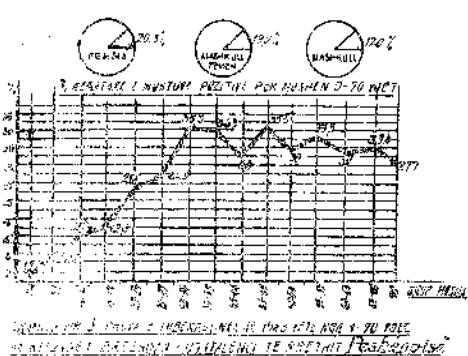
Në fund shohim se në ekzaminimet fluorografike nuq kemi gjetë asnjë rast *Ca* pulmonar, asnjë rast silikoze dhe asnjë rast cisti ekinokok.

## DEFISTIMI TUBERKULINIK.

Prova e tuberkulinës asht aplikue në masë nga 1 vjeç deri 10. Kjo asht ba për dy qëllime: teorik dhe praktik.

I. Teorik. Për të pa përhapjen e infeksionit t.b.c. në këto zona malore sëmbas seksit grup moshës, fshatit ose lkalitetit.

**II. Praktik.** a) Për të seleksionue fëmijët e vegjël nën 10 vjeç që do të kishin nevojë për ekzaminime radiologjike (ato me R. Mantoux pozitive) b) për të caktue kontigjentet që do të kishin nevojë për B.C.G. c) Për të aplikuar eventualisht kimiprofilaksinë: I. Në fëmijët e vegjël nën 10 vjeç me R. Mantoux pozitiv, pa alteracione (ndryshime) patologjike të dukeshme në toraks, 2) Në të rritun me reaksione të forta tuberkulinike. Qëllimeve të naltpërmenduna nuk ua keimi arritë si duhet kryesisht për arsyet mungesës së kuadrit për kontrollin e R. Mantoux-së. Të gjithë ato që paraqiteshin në qëndrën e fluorografit bajshin R. Mantoux 1 : 1000 por shumica e tyne nuk këthehejshin më për me ua lexue. Zakonisht kthehejshin vetëm ato me reaksione të forta tuberkulinike, gjithashtu dhe fëmijët nën 10 vjeç me reaksiون pozitiv që do të kalojshin në radioskopji.



Tue konstatue këto të meta, nuk i morëm parasysh për studim të gjithë këto rezultate tuberkulinike, përvèç dy katundeve të mëdha afër Q. Peshkopisë: Brezhdan dhe Üshtelencë, ku mujtëm me ba vëtë kontrollin e plotë të Mantoux-së mbi 1438 raste. Këto po i përmblehdhim në pasqyrën nr. 4 dhe grafikun Nr. 3.

Tue i studjuje këto rezultate simbas moshës, del se infekzioni t.b.a. shihet progresivisht nga 1 deri 30 vjeç prej 1,57% në grup moshë 1-4 vjeç në 35,3% në grup moshën 30-35 vjeç. Pastaj % vazhdon të mos ngrihet ma tepër dhe të qëndrojë rrëth 30-35% gjë që tregon se në të kalumen infekzioni nuk ka qënë aq i përhapun.

Simbas seksit përqindja ma e naltë e kutipozitivitetit shihet në femra (shif grafikun Nr. 3 e pasq. Nr. 4).

Mesatarisht për gjithë moshat pozitiviteti i R. Mantoux (1:1000) në fëmra ishin 20.30% kurse në meshkuj 17% dhe për dy sekset sëbashku mesatarja ishte afro 19%.

Tue pa reaksiionet tuberkulinike simbas familjeve kemi vue re, se pozitiviteti paraqitej në formë vatrash. Në disa familje p.sh. kemi shumë raste pozitiv dhe në disa të tjera pak ose aspak.

## EKZAMINIMET RADIOSKOPIKE.

Gjatë ekspeditës tonë në rrëthim e Peshkopsisë, përvog ekzaminimeve fluorografike e tuberkulinike, kemi ba 710 R. pulmonare. Nga këto 439 R. Skopi për rastet e dyshimita në fluorograf, 177 përfëmijët nën 10 vjeç me R. Mantoux pozitiv që nuk kanë bamë fluorograf dhe 94 R. Skopi të tjera janë ba në rastet e ndryshme, sidomos aty ku ka pasë dyshime nga ana klinike. P.sh. tek rasti i N. N. që paraqitej i dobët intoksikuem, i zbetë e astenik. Tek ky ndonse në fluorograf nuk ishte dallue gja, bahet një R. Skopi dhe i shihet një Unfadenit latero-trakeal i djathë. Prandaj n. n. nuanë në evidencë të dispanserisë dhe iu vazhduen kurat.

Nga të 177 fëmijët nën 10 vjeç me R. Mantoux pozitiv 38 ose 21.4% kanë paraqitë në R. Skopi ndryshime ganglicopulmonare specifike. Nga këta 38 raste me forma pak e shumë aktive, 20 raste ishin për grupin e I, dhe 18 për grupin e II.

Këta të sëmurë rrjetdhin në mënyrë indirekte nga depistimi tuberkulinik i 1005 fëmijëve nën 10 vjeç, gja që tregon se në këta fëmijë kemi zbuluar 2% të prekun nga t.b.c.

Kjo përqindja asht relativisht e naltë dhe na tregon në një anë ransdësinë e depistimit të kombinuem (tuberkulinik dhe radioskopik) tek fëmijët dha në anën tjetër % e naltë e morbozitet tek fëmijët në rrëthim e Peshkopsisë. Kjo na shtron me rekomandue sa ma parë përdorimin e E.C.G. në këtë zonë dhe shtimin e depistimit tuberkulinik e radiologjik.

Depistimi tuberkulinik teknikisht mund të përdoret edhe nga ndihmës mjekë e infermierë të mësuar. Ky depistim sidomos në fëmijët do të ishte mjaft i vlefshëm për tu vazhdue me u bamë me një plan të caktuar dha në katundet e largët të këtij rrathi. Ata që do të rezultojnë pozitiv, do të dërgohen për kontroll në dispanseri. Kur në një familje gjemjë shumë raste Mantoux pozitiv do të dyshojmë që këtu duhet të jetë si burim ndonjë i prekun randë, dhe përkëtë duhen rikontrollue krejt personat e kësaj familje në radioskopi.

## DEPISTIMI I T.B.C. EKSTRAPULMONARE:

Sipas mundësisë na kemi kërkue me zbulue dhe raste me t.b.c. ekstrapulmonare. Këta i kemi gjetë në mes të 426 vizitave klinike që kemi ba personalisht sa herë që na janë paraqitë, ashtu dhe kur gjatë fluorografit dhe kontrollit të mantoux-ve shihet ndonjë rast që nevojitej vizitat klinike në këtë drejtim.

Në këtë mënyrë na kemi diagnostikuar 29 raste për herë të parë me forma aktive të t.b.c. ekstrapulmonare. Nga këto (shif pasq. Nr. 7) 20 me lin-fadenite, 5 me t.b.c. osteoartikulare, 3 me keratokonjunktivitë specifike dhe një me orkite specifike (Pasq. Nr. 7). Me gjithë se vizitat klinike për depistimin e t.b.c. ekstrapulmonare nuk kanë qënë të plota, rastet e zbulueme nuk kanë qënë të pakta në krahasim me t.b.c. pulmonare.

Shumica e formave t.b.c. ekstrapulmonare asht e dukëshme, e ndlesh-me dhe e kuptueshme, prandaj popullata kërkonte vetë të vizitohesh nga ekipo mjekësor. Pastaj që të gjithë ata që regjistroheshin, kalonin për R. Mantoux e fluorografi, pyeteshin dhe kontrolloheshin nga personeli mjekësor për çdo formë t.b.c. ekstrapulmonare si adenite, osteoartrite etj. Në këtë mënyrë gati të gjitha format e jashtëme të t.b.c. ekstrapulmonare që ishin paraqitur për depistim kishin mundësi të vizitoheshin e të zbuloheshin.

Po të krahasojmë t.b.c. pulmonare me t.b.c. ekstrapulmonare do të kemi:

T.b.c. pulmonare të depistueme 106 raste (68 nga depist. fluorograf. mbi 10 vjeç e 39 nga depistimi tuberk. e R. Skopik nën 10 vjeç) ose 78,5% në krahasim me t.b.c. ekstrapulmonare. Nga këto 106 raste t.b.c. pulmonare 45 ose 40% meshkuj e 61 ose 60% femna.

T.b.c. ekstrapulmonare të depistuem 29 ose 21,50% në krahasim me t.b.c. pulmonare, nga këto 29 raste t.b.c. ekstrapulmonar 11 meshkuj ose 38%, dhe 18 femra ose 62%. Shuma gjithsejt pulmonarë + ekstrapulmonarë 135 ose 100%. Ndërsa për rastet në evidencë të Dispanserisë kemi: t.b.c. pulmonare 436 ose 67,2% në krahasim me t.b.c. ekstrapulmonare, nga këta me t.b.c. pulmonare 245 meshkuj e 191 femra <sup>1)</sup> (pasqyra Nr. 6).

T.b.c. ekstra pulmonare 213 ose 32,80% në krahasim me T.b.c. pulmonare: Nga këto me t.b.c. ekstrapulmonare 86 meshkuj ose 40,4% e 127 femra ose 59,6%. Përqindja e t.b.c. ekstrapulmonare me ato pulmonare, si në ata të depistuem ashtu dhe të njohun asht relativisht ma e naltë në krahasim me qytetin e literaturën dhe simbas seksit në t.b.c. ekstrapulmonare predominon gjithmonë seksii femen. Kjo asht prap karakteristikë që tregon se në këto zona t.b.c. asht akoma në fazën epidemike (L'Eltore 13).

#### PËRPELJE PËR TË GJETË ENDEMICITETIN REAL TË T.B.C. NË 4 LOKALITETET.

Për të dijtë ma mirë gjendjen e endemicitetit tuberkular në këtë zonë ku kishim ba depistime në masë, studjuam dhe kontigjentin e tuberkulozëve të njohut të këtyre lokalitetave që ishin në evidencë të Dispanserisë së Peshkopisë. Kjo do të ndihmonte dispanserinë se ku ajo duhet të orientohesh ma tepër në veprimtarinë e saj në të ardhmen për forcimin e luftës kundra tuberkulozit në këtë rreth. (Pasq. Nr. 5)

Pasqyra nr. 5 tregon gjendjen e t.b.c. në evidencë të Dispanserisë. Në këtë pasqyrë përmbledhëse del se në 4 lokalitetet, Dispanseria e Peshkopisë kishte në evidencë 436 të prekun me forma aktive dhe inaktive t.b.c. pulmonare d.m.th. grupi I plus grupi II plus grupi III dhe 345 vetë me forma aktive d.m.th. gr. I plus gr. II dhe 217 grupi I. Po t'i krahasojmë me format aktive të gjetuna për herë të parë nga depistimi në masë do të kemi:

68 forma nga depistimi fluorografik mbi 10 vjet,  
38 " " " " tuberkulinik plus R. Skopi.

106 gjithësejt (shif pasq. Nr. 8)

Kurse nga kontigjenti i kësaj zone kemi 345 të prekun në forma pak a shumë aktive t.b.c. pulmonare në të gjitha moshat d.m.th. asht zbulue afro 1/3 e kontigjentit t.b.c. të njohut.

Po të krahasojmë vetëm fëmijët nën 10 vjeç të zbuluem rishtas me t.b.c. aktive (gr. I plus gr. II) me ata n'evidencë të dispanserisë do të shohim se numuri i tyne asht gati i barabartë.

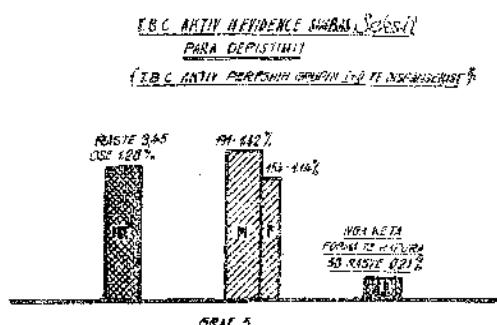
38 ose 47% forma aktive të zbulueme rishtas, 43 ose 53% forma aktive në evidencë të dispanserisë, shuma 81 ose 100%.

Kjo tregon se puna e dispanserisë në zbulimin e fëmijëve të prekun nuk ka qënë e mjaftueshme. Këtu sigurisht kanë ndikuem dhe konditat

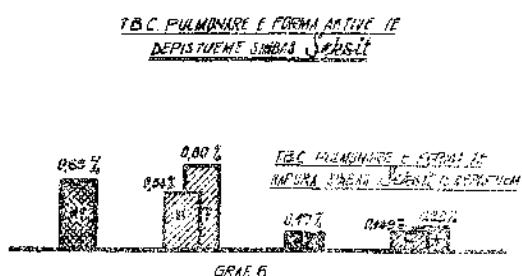
1) Këtu janë marrë parasysh si format aktive dhe inaktive për të ba krahasime në mes të t.b.c. pulmonare dhe ekstrapulmonare.

e vendit, kultura sanitare e popullatës dhe mos ngulja këmbë e dispanserisë për të kryem depistimin.

Po të krahasojmë të rriturit mbi 10 vjeç të depistuam me atë të njohtun do të kemi: Mbi 10 vjeç të depistuam 68 ose 18,1%, mbi 10 vjeç të njohtun 307 ose 81,9%, shuma 375 ose 100%.



GRAF 5



GRAF 6

Nr. 5 e 6). Kjo tregon se duhet shtue depistimi në femra.

Në katër lokalitetet e vizitueme kemi rrëth 7535 fëmijë nën 10 vjeç. Në evidencë të Dispanserisë kemi vetëm 43 fëmijë nën 10 vjeç me t.b.c. aktive gr. I dhe gr. II (ose 0.57%), d.m.th. simbas këtyre të dhanave të Dispanserisë endemiciteti ose kontigjenti i t.b.c. aktive të fëmijëve të njojun do të ishte 0.57%, kurse nga depistimi i johë tuberkulinik e radioskopik janë zbulue dhe 38 raste t.b.c. aktive të pa njohtun në 1865 fëmijë ose 2.03%. Ndërsa po të ishin depistue të gjithë fëmijët (7535 fëmijë) = (1865 plus 5670) e këtyre lokaliteteve do të kishim zbulue dhe rrëth 115 fëmijë të prekun.

Kështu që në kohën e vizitës tonë do të kishim gjithsej një numur fëmijësh me t.b.c. aktive (raste të njouhuna më parë plus raste të reja nën 10 vjeç baraz 43 plus 38 plus 115 baraz 196 ose 2.6%). Pra ky do të ishte afersisht endemiciteti real i fëmijëve nën 10 vjeç i atyne katër lokaliteteve të Peshkopisë.

Po me illogaritje të tillë do të nxirrni dhe endemicitetin e plotë për të gjithë popullatën e këtyre lokaliteteve. Në evidencën e Dispanserisë së Peshkopisë për këto lokalitete figurojnë për të gjitha moshat 345 veta me t.b.c. pak a shumë aktive d.m.th. gr. I e gr. II. Me depistimin në masë të bamë në atë popullatë kemi zbuluar me t.b.c. aktive 38 fëmijë nën 10 vjeç dhe 68 të rritur mbi 10 vjeç (38 edhe 68 baraz 106). Po të vizitoheshin të

Po të krahasojmë grafikun Nr. 1 e Nr. 2 të formave aktive të t.b.c. pulmonare simbas grup moshës së t.b.c. të depistuam rishtas me ato të rasteve në evidencë të dispanserisë, do të shohim se të sëmurët e zbuluam rishtas paraqiten në një numur ma të naltë në grup moshat ekstreme, në pley e fëmijët e vegjël prej 1-10 vjeç dhe mbi 60 vjeç, kurse në t.b.c. e njohtun në evidencë të dispanserisë, vihet re një përqindje ma e madhe e rasteve në moshën 20 deri 35 vjeç. Ndërsa sipas seksit në format aktive të depistuame rishtas mbizotnon seksfemën: 0.80% (dhe përmeshkuj asht 4.54%). Kurse në format e njohtuna në evidencë mbizotnon seksi mashkull (shif graf).

gjithë fëmijët nën 10 vjeç do të gjejshim dhe 115 fëmijë të tjerë të prekur siç thamë ma naltë dhe po të vizitoheshin me florograf të gjithë të rritunit mbi 10 vjeç d.m.th. nga 10400 ose 54% që janë vizitue, tu vizitoshin dhe 8962 vetë ose 46% që kishin mbetë pa u vizitue do të kishim zbulue dhe rrëth 57 vetë me t.b.c. pulmonare pak a shumë aktive.

Kështu që të sëmundët me tuberkuloz pulmonar që afersisht duhen njohtë për endemicitet real në këtë kohë (korrik 1961) do të ishin gjithsejt 345 nga evidenca e Dispanserisë për të gjithë moshat, 38 për fëmijët nën 10 vjeç të zbuluar me anë të depistimit tuberkulinik të 1865 fëmijëve, 115 fëmijë nën 10 vjeç nga përllogaritja e 5675 fëmijëve të mbetur pa depistue, 68 nga të rritunit mbi 10 vjeç nga depistimi i 10400 florografeve, 57 nga të rrituerit mbi 10 vjeç tuc përllogaritun 8302 vetë që nuk kanë kaluar në florograf. Gjithsejt 623, shumë gë do të tregonte endemicitetin e vërtetë. Cati një herë më tepër nga ai i njohtun prej Dispanserisë.

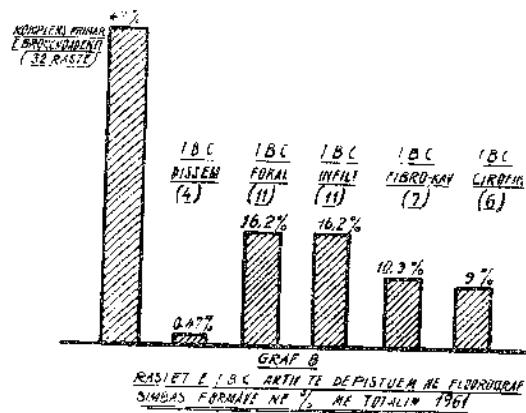
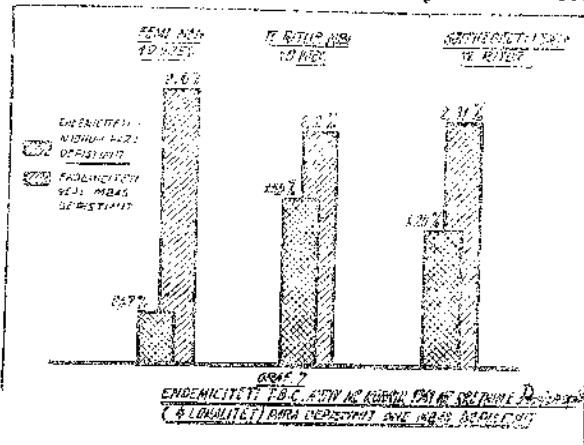
Tuc dijtë popullatën do të kemi dhe indekse përkatëse ose përqindjet e tyne. Konkretnisht në atë kohë, korrik 1961 kur asht ba depistimi në masë duhet të kemi pasë afersisht 2,31% si endemicitet real për të gjitha moshat d.m.th. për rastet e diagnostikuem rishatas bashkë me rastet e njojun ma parë. Për fëmijët me t.b.c. aktiv nën 10 vjeç do të kemi 2,6% dhe për të rritunit mbi 10 vjeç do të kemi 2,20%.

Endemiciteti real i dalun nga llogaritjet e të vizituemve dhe përllogaritjet e atyne që nuk janë paraqitur në vizitë, nuk asht aq egzakt, por na jep një ide të vlefshme mbi gjendjen e tuberkulozit në rrëthin e Peshkopisë.

Në përfundim nga sa thamë më sipër rezulton sa vijon:

Endemiciteti nga të dhanat direkte të Dispanserisë ose endemiciteti jo i plotë

Endemiciteti nga të dhanat e Dispanserisë dhe ato të përllogarituna ose endemiciteti real që afersisht duhet të jetë mbas depistimit:



## Për t.b.c. aktiv pulmonar

1. Te fëmijët nën 10 vjeç 0.57%
2. Te të rritunit mbi 10 vjeç 1.55%
3. Te fëmijët + të rritunit 1.28%

Nga kjo pasqyrë shihet kuartë diferenca nga të dhanat e njohuna prej Dispanserisë me ato të përllogarituna mbas depistimit në masë. Kjo tregon nevojën për me forcue luftën kundër t.b.c. në këtë zonë tue zbulue sa më shumë dhe sa më heret raste të reja për me mujtë me marvë sa ma shpejt mesat kurative e profilaktike.

## Për t.b.c. aktiv pulmonar

- Te fëmijët nën 10 vjeç 2.60%
- Te të rritunit mbi 10 vjeç 2.20%
- Te fëmijët + të rritunit 2.31%

### PERBLEDIJE DHE KONKLUSIONE TË PËRGJITHSHME

1) Nga depistimi fluorografik i 10400 vëtëve janë gjetë 472 raste të dyshimita, ose 4.72%. Nga ekzaminimi i tyne janë diagnostikuar 85 vëtë ose 0.33% me forma aktive e inaktive të t.b.c. pulmonare (grupi I, II, III).

Nga këto 88 ose 0.65% me forma pak a shumë aktive (grupi I plus II) dhe 42 veta ose 0.40% veta me forma sigurisht aktive prej këtyre 18 vëtë ose 0.17% ishin me forma të hapura dhe 7 ose 0.067% forma kavernoze e fibrokavernoze.

Simbaz formës: 47% t.b.c. primar (12% kompleks primar e 35% bronkadenite); 1.47% t.b.c. hematogen i diseminuem; 16,2% t.b.c. infiltrative; 16,2% t.b.c. fokale; 10% t.b.c. kavernoza e fibrokavernoza, qe 9% t.b.c. cirrotike.

Simbas moshës dhe sekstë: Në format postprimare ose terciare e në moshë të kalueme prediminon sekzi mashkull, në format primare infiltrative eksudative e në moshat e reja prediminon sekzi femen.

2) *Ekzaminimi radioskopik* i fëmijëve nën 10 vjeç me Mantoux 1:1000 pozitiv ka zbulue 38 fëmijë me t.b.c. primare aktive (bronkadenite e komplekse primarë) ose rreth 20%. Nga këto më shumë femna se meshkuj. (16 meshkuj e 22 femna).

3) *Depistimi tuberkulinik:* Ka tregue se infeksioni t.b.c. në kete zonë nuk është i përhapun në masë por në formë vattrash. Pozitiviteti i R. Mantoux 1:1000 në grup moshën 0-4 vjeç 1.7%, 5-9 vjeç 5.8%, 10-14 vjeç 10.7% dhe në grupmoshën 15-19 vjeç 12.6%, kurse mbi 30 vjeç rreth 30-35%. Simbas sekstë infeksioni asht ma i naltë në femna mesatarisht 20.2% dhe 17% në meshkuj. Kurse për të dy sekset bashkë mesatarja asht 19%.

4) *Depistimi i t.b.c. ekstrapulmonare:* Ka dhanë 29 raste t.b.c. ose 21.50% në krahasim me rastet e reja t.b.c. pulmonare. Në këto ma shumë femna se meshkuj, respektivisht 62% femna e 38% meshkuj.

5) Tue u bazue në numurin e banorëve të kësaj zone, në numurin e tuberkulozave të njoftun dhe t'atyne të depistuem dhe me llogaritje, kanë dalë indekse të vlefshme dhe orientuese mbi gjëndjen e tuberkulozit në këtë rreth, si për endemicitetin e njoftun nga të dhanat e dispanserisë (kontigjentin) ashtu dhe për endemicitetin real mbas depistimit në masë. Këtu shihet nji diferençë e shënueshme: Endemiciteti real mbas depistimit në masë del gadi dhe nji herë ma i naltë nga ai që njihte Dispanseria, para depistimit.

Tue krahasue grafikun e tuberkulozave të depistuem simbas grupmoshës me atë të tuberkulozit në evidencë të Dispanserisë, del se nuk ka paralelizëm të plotë dhe se kjo diferençë asht ma e theksueme te pleqtë dhe te fëmijët.

6) Nga rezultatet e nxjerruna nga ky depistim nē masē nē rrethin e Feshkopisë shihet se tuberkulozi nē këtë zonë ka nji pérhapje tē re e nē formë vatrash tue paraqitë tiparet e nji tuberkulozi nē fazën epidemike (13). Këtu shihet se këto 4 lokalitete kryesish malore tē këtij rrethi janë nga zona ku gjendja e tuberkulozit asht ma e randë dhe ma pak e njohtun por pér fat tē mirë këtë gjëndje nuk e kemi gjetë nē vendet e tjera që kemi pasë rast me kontrollue p.sh. nē Burrel (0.20% forma aktive).

7) Tue u bazue sa ma nalt duhet forcue lufta kundra t.b.c. nē këtë rreth nē këto drejtime: a) Tue aplikue sa ma shumë B.C.G. te fëmijët e te tē rritunit deri 20 vjet. b) Tue ba sa ma shumë depistime:

1. Tuberkulinik te fëmijët, 2. Radiologjik tek tē rritunit e sidomos te tē vjetërit, te gratë.

c) Tue shtrue dhe izolue sa ma parë tē gjithë rastet e t.b.c. me forma tē hapuna.

d) Tue kërkue me tē gjitha mënyrat që tē vazhdohen me rregull e deri nē fund mjekimi ambulator me antibakteriale nga tē sémurët me t.b.c.

Kështu do tē ndihmohet me pengue hovin e pérhapjes së tuberkulozit nē këtë rreth dhe me lufte me sukses këtë sémundje.

(Paraqitur nē Redaksi më 11/X/1965)

#### BIBLIOGRAFIA

1. D.D. Asselev N.S. Atchouler e F.D. Zavalava. Eksperiencia e fitueme nga ekzaminimi total (depistimi) i populisë qytett Klin. Probleme tē tuberkulozit Nr. 8 faqe 16-23 viti 1960.
2. A. M. Ahmetov. Epidemiologjia e t.b.c. dhc organizimi i Juftës kundra t.b.c. nē RSS Tadzhikistanit. Dizertacion pér gradën e kandidaturës njen udhëheqjen e prof. Massimo (Akad. Shkencave Med. B. S.) Instituti i tuberkulozit 1958.
3. Prof. Sh. A. Alimov. Probleme tē epidemiologjisë regionale tē tuberkulozit n'Uzbekistan, probleme tē tuberkulozit Nr. 9 faqe 8-12 1963.
4. M. Baricet Ch. Coury G. Bounard et J. Resty Depistage radiologique sistematique de la t.b.c. Place actuelle de la Radiotopographie. Le poumon et la cœur Nr. 1 faqe 19-41 1964.
5. M. Baricet et Ch. Coury Le depistage radiologique sistematique des affections du thorax (son principe, ses modalités-, son rendement. Masson et C-u 1962.
6. Et. Bernard Moyens techniques utilisés dans des expériences récentes et limitées pour intensifier la lutte anti tuberculeuse. Revue de tuberculose Nr. 5-6 faqe 535-581 1964.
7. H. J. Bauer Examens radiophotographique des masses, leur rôle et leur importance dans l'avenir, dans la lutte contre les maladies. Bulletin de l'union internationale contre la tuberculose. Faqe 169-201 1962.
8. T. Burikov L. Babadgov Rezultatet e ekzaminimit florografik tē populatës së rrethit tē Sofies (200.206 banorë Repub. popullore Bulgari). Probleme tuberkulozi Nr. 3 faqe 913 viti 1962.
9. Despierres E. et Bomet Rezultates de dépistage radiophotographique systématique de la T.B.C. de 1956-1961 chez les agents S.N.C.F. d'un grande centre ferroviaire. Le poumon et le cœur Tom XIX Nr. 9 Pag. 967-971 1963.
10. Giorgiev. D. Jakshet e L. Stolov Randësija e provës së tuberkulinës dhe e florografisë pér zbulimin e hershëm tē tuberkulozit. Probleme T.B.C. Nr. 1 faqe 42-44 1963.
11. T. Geçke: Regime chimio thérapeutiques, XVII confer. Int. c.t.b.c. Bul. Sh. I.C.T. 1963, f. 260-268.
12. G. L'elteore — D'Agostino B. Mauro — E Reginato. Indagine comparativa sulla reazione alla tuberculina eseguita con i metodi della intradermoreazione nei militari del C.A.R. di Orvieto. Lotta contro la tubercolosi Num. 9-10 f. 727-763 1962.

13. G. L. Eltore Les trois lois épidémiologiques de la tuberculose et leurs applications dans les programmes de la lutte contre la tbc. Bull. de l'OMS Nr. 2 page 53-72 viti 1957.
14. Sava Ljubisavjević Caractéristique épidémiologique de la tbc dans la population rurale de la R.S. de la Serbie, Archive de l'Union médicale Balkanique page 343-360. Nr. 3-4, 1964.
15. L. Lejković A. Kuku K. Petrušanu M. Popović L. Kolarevac P. Bushov Depistimi i tuberkulozit ně një rreth rural. Fiziologija A III Nr. 2 Faqe 36-41 Euca-rest 1954.
16. P. Marconi e G. Galzerano A propos d'une organisation rationnelle de la lutte antituberculeuse. Le poumon et cœur Nr. 5 page 389-502 1957.
17. E. Morelli e G. Daddi Trattato di fisiologia 1951.
18. Messina G. CH. Eksperienči mbi ekzaminimet fluorografike të popullatës. Problemet e tuberkulozit Nr. 1 faqe 3-7 1959.
19. Petersen G. Knudsen J-Wilbek E. Bazat epidemiologjike të zhdukjes së T.B.C. në një vënd të përparuar. Bull. de l'OMS Nr. 1 page 5-50 1959.
20. I. G. Ursov Eksaminimet e depistimet për herë të dytë të popullsisë së Klinit e të rrethit Klin me fluorograf. Probleme tuberkulozi Nr. 8 faqe 3-9 1964.
21. I. P. Zavarščak E. Z. Šorkina Eksperiencia e një ekzaminimi në masë (të popullatës së një lagje të Moskës) Probleme T.B.C. Nr. 8 faqe 12-16 1962.

### (Summary)

#### RESULTS OF A MASS SURVEY IN THE DISTRICT OF PESHKOPIA

A review is made of the state of tuberculosis in the district of Peshkopia after a mass survey conducted in 1961 with the purpose of discovering new and undetected cases and taking the necessary measures to determine the groups of the population that should undergo B.C.G. vaccination and chemoprophylaxis.

Fluorography was made of 10,400 persons over 10 years of age, X-ray examination of 710, and 11,205 Mantoux tests (1 : 1000) of persons of all ages, as well as 482 medical examinations. This work was accompanied by a series of lectures on hygienic and sanitary subjects.

The fluorographic survey revealed 472 suspect cases (4.72% of all examined). In 95 cases (0.83%) the diagnosis was confirmed: they had active or latent forms of lung tuberculosis (group I, II and III); 68 of them (0.66%) had more or less active processes and were designed for further observation (groups I and II); 42 (0.40%) had more pronounced processes and 18 (0.17%) had open lesions.

According to the form of the processes these patients can be divided as follows: primary tuberculosis (primary complex and bronchadenitis) 47%; disseminated tuberculosis 1.47%; infiltrative forms 16.2%; focal process 16.2%; cavernous and fibro-cavernous tuberculosis 10%; cirrhotic tuberculosis 9%.

The age and sex distribution shows that post-primary and tertiary forms in adults predominate among male patients, primary, infiltrative and exsudative forms are prevalent among young female patients.

The X-ray examination of children under 10 years of age with positive Mantoux test revealed 38 cases with primary active tuberculosis (bronchadenitis and primary complex) — about 2%. 16 of them were boys and 22 girls.

Tuberculin test: in all age groups — from 1 to 70 years — the tuberculin test showed that the tubercular infection in this district is not massive, but distributed in separate zones and attains 1.7% for the age group from 0 to 4 years, 12.6% for the age group from 15 to 19 years.

The sex distribution shows that the infection was prevalent among females: for all age groups the test was positive in 19% of the examined 20% female and 17% male.

The examination for extrapulmonary tuberculosis revealed 29 cases, or 21.5% compared with the pulmonary forms. Here also the female sex predominated.

Taking into account the number of the population, the number of known tuberculous patients and the number of newly discovered ones, valuable information was obtained showing the state of the tubercular infection of the region. A marked discrepancy resulted between the number of cases registered in the local dispensary service and the number revealed by the mass survey.

The survey showed that the Peshkopia district has a new form of spread of the tubercular infection dispersed in separate foci over the whole region. This form is not common in other regions investigated later by the author, such as the Burrel district, in which the survey showed that the number of new cases was three times less than in the Peshkopia region.

Pasqyra Nr. 3

Rastet me TBC aktiv në 4 lokalitetet e studjueme  
në rrithin e Peshkopisë simbas moshës e seksit

Rastet me tbc aktivë në evidencë					Nga këto forma të hapura		Rastet me tbc të depistueme					Nga këto forma të hapura		
Moshë	M	F	%	M	F	M	F	%	M	F	%	M	F	M F %
0—1	7	0.16	5	2	—	—	7	0.84	4	3	—	—	—	—
1—4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5—9	36	1.10	21	15	—	—	31	2.67	12	10	—	—	—	—
10—14	44	1.51	22	22	—	—	46	1.49	13	12	—	—	—	—
15—19	31	1.14	15	16	—	—	4	0.91	3	2	—	—	—	—
20—24	47	2.08	21	26	—	—	9	1.22	3	6	—	—	—	—
25—29	35	1.75	17	18	—	—	10	0.98	2	8	—	—	—	—
30—34	33	2.11	15	18	—	—	5	0.72	1	3	—	—	—	—
35—39	19	1.35	10	9	—	—	1	0.12	1	1	—	—	—	—
40—44	13	1.39	9	9	—	—	3	0.47	1	2	—	—	—	—
45—49	19	1.68	10	9	—	—	5	0.67	3	2	—	—	—	—
50—54	14	1.62	9	5	—	—	2	0.31	1	4	—	—	—	—
55—59	9	1.04	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60—64	12	1.94	9	3	—	—	6	1.91	3	3	—	—	—	—
65—69	17	2.87	13	4	—	—	2	1.24	2	1	—	—	—	—
70 e lart.	4	0.34	2	2	—	—	5	3.82	4	1	—	—	—	—
Shuma	345	—	191	154	58	—	106	—	45	61	—	18	—	—

Pasqyra Nr. 4

Rezultatet e R. Mantoux (1 : 1000) në dy katundet Brezhdan dhe Ushtelençë  
të rrithit të Peshkopisë (në 1961)

simbas seksit dhe grup moshës me përqindjet përkatëse

Moshë	Numuri i R. Mauntoux-ve											
	N e g a t i v						P o z i t i v					
	M	F	Shuma	M	F	Shuma	M	%	F	%	Shuma	% e shumës
1—4	9	3	84	177	90	80	170	—	2	2.38	2	1.7
5—9	126	96	222	112	89	201	8	6.33	5	5.2	13	5.8
10—14	97	70	167	89	59	148	9	9.26	9	12.8	18	10.7
15—19	60	51	111	53	42	95	6	10	8	15.7	14	12.6
20—24	53	79	132	37	58	95	12	22.64	16	20.25	28	21.2
25—29	54	53	107	37	40	77	13	24	13	24.7	26	24.3
30—34	49	64	113	36	30	66	12	24.5	28	57	40	35.3
35—39	32	32	64	18	20	38	12	37.5	10	31.25	22	34.3
40—44	35	29	64	26	18	44	11	31.4	7	24.1	18	28.1
45—49	22	23	45	14	15	29	8	36.4	8	35	16	35.5
50—54	30	34	64	20	25	45	10	33.3	9	23.5	19	30.1
55—59	17	22	39	15	11	26	2	12	11	50	13	33.3
60—64	37	37	74	24	28	52	13	35	9	24.3	22	30.1
65—69	14	9	23	11	5	16	2	14	5	55	7	30.4
70	21	15	36	11	12	23	8	38	2	13	10	27.7
Shuma	740	698	1438	593	532	1125	126	17%	142	20.3%	268	18.6%

Pusztayra Nr. 5

KONTIGJENTI I T.B.C. PULMONAR NEVIDENCE IN DISPERSEZII NE QERSHOR 1961) NE 4 LOKALITETE E PESHKOPISE BASHEE ME QYTETTIN E PESHEKEPESE SIMBAS FORMES, FAZES, GRUPIT, MOSHES DIE SEKSTI

DIAGNOZA	Grupi:	0-4 5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70-74												Shuma													
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Compleks primar	I+II III	4	4												1									2	1	3	
Bronko—Adenite	I+II III	5	2 26 14 24 17 13 11 11 12	8	6 2 7	—	4 2 1	1	2	1	1	2	1	1		2								—	—	—	
T. B.C. Disseminata	I+II III	7	3 40 7	7	4 3 4	1	1 2	1	2	1	1	2	1	1		2	1	2	3	1	1	1	1	11	13	26	
	Forma distruk. (Harap)			1	1	2	1		2	2	1	1	2	1		1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	6	
T. B.C. Fokale	I+II III	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	1	1	1		2	3	1	1	2	3	1	1	13	8	21	
T. B.C. Infiltrative	I+II III	1	3 2 4 4 10 7 9 7 5 4 4 5 3 3 1 2 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
T. B.C. Kavernoze e fibro- kav.	I+II f. destr.	1	4 4 1	1	4 3 4	2	1	—	2	6	1	1	1	1		3	2	—	2	1	1	1	1	18	11	30	
T. B.C. Cirotike	I+II III	1	1	1	1	2	—	2	3	1	1	2	1	1		1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	3	
Pleurit Ekstrat	I+II III	1	1	1	1	2	—	2	3	1	1	2	1	1		1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
I+II III	5	2 21 15 22 22 15 16 21 26 17 18 15 18 10 9 9 19 16 3 9 5 7 2 9 3 13 4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
I f. destr.	5	2 3 31 7 9 5 5 2 7 8 6 5 2 4 2 2 2 2 6 4 5 2 8 3 9 3 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
I—II—III	5	2 29 18 33 29 24 21 26 28 24 26 21 23 12 13 14 11 18 3 9 5 7 2 10 3 14 5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

PESQUERA Nr. 6  
KONTIGJENTI T.B.C. EKSTRAPULMONARE (Korrik 1955) NEVIDENCE TE  
DISPANSERISE NE 4 LOKALITETET E RETHIT TE PESQHOSE

TRASTSTE T.B.C. PULMONARE TE DEPISTUARA PER HERE TE PARTE NE 4  
LOCK ALITETE TE PUSHKOPISE SIMBAS FORMES, MOSES E SEISSTI.

PESQUÍA N° 8

# TË DHËNAT ELEKTROKARDIOGRAF'KE NË GRATË E SHËNDOSHA ME BARRË DHE NË ATO ME VES REUMATIZMAL TË ZËMRËS PARA E PAS BARRËS

HYSNI RUSI

(Katedra e Terapisë Hospitaliere Shef. Prof. Fejzi Hoxha)

Ekzaminimi elektrokardiografik, së bashku me metodat e tjera, sot ka fituar rëndësi të madhe për vlerësimin e kardiopative gjatë barrës. Për të evituar interpretimet e gabuara duhet të kihen parasysh mundësitet dhe kufijtë e tij: Nuk jep të dhëna mbi gjendjen funksionale të zemrës, mbi gjendjen e kompensimit dhe të dekompensimit, as jep tō dhëna direkte mbi prekshmërinë e sistemit koronarian, por vetëm mbi gjendjen e miokardit të ushqer nga ky, nuk jep të dhëna mbi etiologjinë e kardiopatisë. Duhet përmëndur gjithashtu se një elektrokardiogramë normale nuk pasqyron një zemër me doemos normale, si dhe një elektrokardiogramë jo normale nuk flet për një zemër me doemos të sëmurë. Duke patur parasysh këto të dhëna negativ, mund të themi se të dhënrat që na jep elektrokardiograma janë kaq të shumta sa që ky ekzaminim është bërë i domosdoshëm për vlerësimin e kardiopative.

Nga studimet e literaturës së huaj, sipas Siliquini, Revelli, Garbagni, aplikimet e para elektrokardiografike në fushën obstetrikale, përfshirë ndryshimet e shkaktuara rga barra, janë bërë më 1919 nga Grau. Në vonë autorë të ndryshëm u interesuan përfshirë argument. U konstatua deviacioni i aksit elektrik nga e majta (Fogelson, Ribkina, Orłowski, Deliepiane, Galland, Mahon, Verdun di Cantogno etj.) që bëhet më evident në tremujorin e tretë të barrës, nje sheshim osc invertim i dhëmbit I në derivacionin e III-të. Këto ndryshime që i detyrohen spostimit të zemrës nga ngritja e diafragmës, zhduken gradualisht në periodën e lehonisë.

Nga autorë të ndryshëm (Scherl-Boyd, Sisto etj.) janë vrejtur në përgjindje të ndryshme dhëmbë Q në derivacionin e III-të, dhëmbë P të invertuara, që në pjesën më të madhe ja kushtojnë pozicionit horizontal të zemrës. Të tjerë kanë vrejtur, me një fazë frekuencë, gjatë barrës dhë fin-djes, gregullime të ritmit si takikardia, ekstrasistola ventrikulare, rallë herë fluter dhe fibrilacion atrial (Bellet, Bianchi, Debiasi etj.) ndoshta nga faktorë psikikë, reflektorë, produkte metabolitike të prodhuara nga barra, anemi etj.

Nga studimi i literaturës së huaj na rezulton se ekzaminimi E.K.G. gjatë barrës tek gratë me sëmundje organike të zemrës, çshtë bërë nga pak autorë: Saikova në gratë me barrë me sëmundje mitrale, në 30% të rasteve vuci re E.K.G. tipik për stenozë mitrale, dekstrogrami i vënë re që në javët e para të barrës mbeti deri në momentin e lindjes. Në raste të veçanta ka konstatuar mbizotërim të ventrikulit të djathë me voltazh të ulur të dhëmbit P. Në shumicën e grave autori konstatoi levogramë.

Ukrainëva në 12 nga të 15 gratë me ves mitral të kombinuar me insuficiencë kardiovaskulare grada II dhe III, krahas përmirësimit të gjendjes pas mjekimit stacionar, konstaloi gjithashtu përmirësimë në EKG-të e bëra

nga fundi i barrës. Devijim të aksit nga e djathët ka ndeshur kryesisht në gratë me ves mitral të kombinuar dhe, kur ky devijim ka qënë i çfarqur mirë, ka qëndruar i tillë edhe pas lindjes (të njëjtën gjë ka konstatuar dhe Novickij). Voltazh të ulur ka gjetur në 9 nga 15 gratë me dekompensim të gradës II dhe III. Shpesh ka gjetur ulje të intervalit ST nën linjën izolektrike në periodën e lindjes dhe fill pas lindjes, që mund të interpretohet si tregues i urisë për oksigjen dhe i proceseve distrofike të miokardit.

Raste sporadike biloqesh kardiakë atrioventrikulare, janë përshkruar rallë herë në persona me ves të zemrës ose pa lezione kardiakë (Hentoif, Kerkovits, Detrehazy, Reboud dhe Mazark etj). Bellet referon se prognoza e këtyre biloqeve varet nga lezioni kryesor i zemrës.

Garbagni, në EKG e bëra në gratë me barrë me ves mitral, zakonisht ka gjetur kuadrin EKG karakteristik të vetë kardiopatisë nga e cila vuante pacientia dhe se ndryshimet që i detyrohen barrës zakonisht ose nuk ishin të dukëshme ose ndërhyrni në mënyrë shumë modeste në repertin e dhënë nga vetë kardiopatia.

Salonna dhe Vicino në gratë me barrë me ves mitral të kompensuar kanë gjetur shpesh herë, në mbarim të barrës, takikardi sinusale me ndryshime të ritmit që nganjëherë mund të jetë nodal. Në gratë që paraqesin dhe dekompensim të zemrës kanë gjetur shpesh herë në mbarim të barrës ndryshime të rënda të miokardit. Në periodën e lehonisë pjesa më e madhe e këtyre EKG u gjet e pandryshuar, vetëm në disa raste u vu re një përmirësim i shënjave të miokardit.

Duke përgjash tuar rastet me simptomatologji kardiakë funksionale të lidhura me gjendjen e barrës dhe, duke marë në konsideratë vetëm ato forma organike të diagnostikuara me siguri, kazuisika tonë përqëndrohet në 80 gra me barrë me ves rematizmal të zemrës të shtruara në klinikë dhe elektrokardiografitë e 15 grave të shëndosha me barrë.

Nga gratë me ves të zemrës kanë genë: Me insuficiencë mitrale 18 gra, ves mitral të kombinuar me predominim të insuficiencës 28, me predominim të stenozës 27, stenozë mitrale e pastër 1 dhe me ves të kombinuar mitro-aortal 6 (pësqyra nr. 1).

Pasq. I

Lloji i vesit	Nr. i të së-murëve	Shkalla e insuficiencës kardio-vaskulare				Aksidentet gravide-kardiakë		
		O—I	II—A	II—B	III	edeme pulm. akute	azme kardi-ake	ifarkt pulmonar
		Numri i të sëmurëve						
Insuficiencë mitrale	18	48	—	—	—	—	—	—
Ves i komb. mitral me predominim insuf.	28	18	10	—	—	—	—	—
Ves i kombinuar mitral predom. stenozës	27	6	13	8	—	2	2	3
Stenoze mitrale	1	—	—	1	—	1	—	1
Ves i komb. mitro—aortal	6	3	2	1	—	1	—	—
Shuma	80	45	25	10	—	4	2	4

Siq shihet nga pasq. I në 45 gra (56.2%) barra u zhvillua pa çrrgullime me rëndësi të qarkullimit të gjakut. Në të sëmurët me insuficiencë

mitrale nuk u vu re as një herë insuficiensë kardio-vaskulare e gradën se II A ose B. Forma të rënda të insuficiencës kardio-vaskulare u vunë të më tepër në veset e kombinuara të mitrales me predeminim të stenozës dhe në radhë të dytë në veset e kombinuara mitro-aortale. Gratë me insuficiensë kardio-vaskulare në përgjithësi ju rëndshtronin mjekinit stacional për një kohë të gjatë. Në këto, me përjashtim të ndonjë rastit të rallë, u arrijtën përmirësimin e konsiderushme qoftë nga ana klinike qoftë ne ekg e mara pas mjekinit (përmirësimin e voltazhit, regullim të ritmit, etj.). Kjo vërtetë edhe një herë rëndësitë e madhe që ka mjekinit stacional i këtyre gravat do të fundit të barri. Në analizën e bërë e ekg-të gravit me bari, më shpesht kemi hasur devijim të aksit të zemrës (pasqyra nr. 2).

Pasqyra 2

Grupi i të egzonominave	gra gjith- së	deviations		Derivacion		Normogram	
		majtas i shkallës	i zemrës	dijathësi i sk- rit zemrës		i zemrës	
				si dbe me Tinerg.	si dbe me Tinerg.	si dbe me Tinerg.	si dbe me Tinerg.
Gra të shendosha me bare	15	11	10	—	—	4	4
Insuficiençë mitrale	18	13	9	—	—	7	6
Insu. dhe stenoze mitrale	23	17	14	9	1	8	5
Stenoze mitrale	27	2	1	16	9	9	5
Ves i kombinuar mitro-aortal	1	—	—	1	1	—	—
	6	3	3	—	—	3	2

Sic shihet nga pasq. 2, devijim nga e majta i aksit elektrik të zemrës është gjetur në shumicën e grave të shëndosha me barrë dhe në ato me insuficiençë mitrale ose me prediminim të kësaj. Devijim nga e djathhta të aksit elektrik, te gratë e shëndosha me barrë, neve nuk kemi konstatuar dhe kjo në kundërshtim me çka është vrejtur nga një sërë autorësh nga fundi i barrës (Vicino, Salonna, etj.), që referojnë se pas një devijimi evident nga e majta në dy tremujorët e parë, vrehet në tremujorin e tretë një tendencë nga e djathhta e aksit elektrik që duket se i detyrohet, sidomos në primiparet, uljes së fundusit të uterit si rjedhim i impenjimit të ekstremitetit cefalik të fetusit ose të pluriparet hipotonisë së murit të përparsëm të abdomenit. Për të dalluar devijimin nga e majta të aksit elektrik që i detyrohet pozicionit transversal të zemrës nga devijimi që i detyrohet kryesisht hipertrofisë së ventrikulit të majtë na ka vlejtur prova me inspirim të thellë që në gratë e shëndosha ve në dukje ndryshimet e aksit. Vëç kësaj qfaqet tek këto gra në derivacionin e III dhëmbi T negativ që sic duket në pasq. 2 në gratë e shëndosha me barrë me aksin elektrik të devjuar nga e majta dhëmbi T<sub>III</sub> është gjetur neg. ose i sheshë d.m.th. se rravarej nga pozicioni i ngritur i zemrës dhe jo nga ipertrofia e ventrikulit të majtë. Pozicionit transversal i duhet kushtuar dhe gjetja e dhëmbit P<sub>m</sub> negativ ose të sheshë që në e kemi gjetur rë katë raste si dho dhëmbi Q<sub>m</sub> që, në mungesë sindromi anginoz, e kemi gjetur në tre raste. Ky dhëmb me ekskusionet respiratore modifikohet si rjedhim i spostimit nalt të diafragmës.

Devijimi i aksit elektrik djathës është ndeshur kryesisht në të së-murat me ves të kombinuar mitral dhe sidomos në ato me imbzotërinë të stenozës dhe në veset e kombinuara mitro-aortale. Sic duket ky devijim i detyrohet hipertrofisë së ventrikulit të djathës. Destrograma që u vrejt

para lindjes u gjet e tillë edhe pas lindjes. Në katër raste ku destrograma para lindjes nuk qe e shprehur mirë u konstatua pas lindjes një devijim drejt normogramës. Përsa i përket pozicionit të zemrës, kemi vrejtur para lindjes pozicion horizontal në 23.5%, të rasteve me insuficiencë mitrale dhe te ato me ves të kombinuar mitral me mbizotërim të insuficiencës, ndërsa pozicion vertikal në 26.4% dhe pozicion normal 50.1%. Pas lindjes te ky grup grash pozicioni horizontal zbriti në 5.8% ndërsa vertikali u ngjitet në 29.1% dhe normali në 61.1%. Siç zhihet në ndryshimin e pozicionit drejt vertikalit mbas barrës ka ndikuar ulja e diafragmës. Në të sëmurat me mbizotërim të stenozës para lindjes është gjelur pozicion horizontal në 4.6%, vertikal në 50.8% dhe normal në 45% të rasteve. Pas lindjes nuk janë vrejtur ndryshime me rëndësi nga ato të paralindjes. Te të sëmurat me ves të kombinuar mitro-aortal u gjet para lindjes pozicion horizontal në 20% të rasteve, vertikal në 40% dhe normal në 40%. Pas lindjes edhe tek këto nuk u vunë re ndryshime të rëndësishme të pozicionit.

Në lidhje me rotacionin e zemrës në gratë me insuficiencë mitrale dhe në ato me ves të kombinuar mitral me mbizotërim të insuficiencës u gjel para lindjes në 44.1% të rasteve rotacion në drejtim kundra akrepave te sahatit dhe në 55.9% rotacion normal. Pas lindjes rotacioni kundra akrepave zbriti në 41.2% ndërsa rotacioni në drejtim të akrepave, që para lindjes nuk u konstatua, u vrejt në 2.9% të rasteve. Në të sëmurët me mbizotërim të stenozës mitrale u vrejt para lindjes rotacion kundra akrepave të sahatit në 45.4%, në drejtim 4.5% dhe normal në 50.1% të rasteve. Pas lindjes përqindje e rotacionit kundra akrepave u zgogëluar në 31.8%, ndërsa ajo e rotacionit në drejtim dhe normal u rrit respektivisht në 13.6% dhe 54.6%. Në të sëmurat me ves të kombinuar mitro-aortal u konstatua para lindjes në 60% rotacion kundra akrepave dhe normal në 40% të rasteve. Kjo përqindje qëndroi dhe pas lindjes. Pra siç shikohet edhe përsa i përket rotacionit të zemrës barra ndikon deri diku në të dhënët ekg nëpërmjet faktorëve mekanikë të shkaktuar nga ajo.

Përsa i përket voltazhit të dhëmbëve të ekg e kemi gjetur të ulur në 10 të sëmura (pasq. 3). Në këtë grup kemi futur ato raste ku madhësija e dhëmbëve R dhe S ishin më të ulta se 6/10 e milivoltit.

*Pasqyra 3*

Grupi i të egzaminuarve	Voltazhi i ulët				Demiti i miokardit					
	I	Tremujori II	III	Puer Per	Pas puer peri	I	Tremujori II	III	Puer Per	Pas puer peri
Insuficience mitrale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Insuf. dhe sten. mitrale	—	—	4	2	1	—	—	—	—	—
Sten. dhe Insuf. mitral	—	—	1	3	1	—	4	9	11	6
Stenoze mitrale	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Ves i komb. mitro-aortal	—	—	1	1	—	—	—	—	3	—

Në 7 nga këto gra voltazhi i ulët u konstatua në tremujorin e tretë, nga këto në tive voltazhi u normalizua në periodën e puerperit, ndërsa në 3 të tjera vazhdoi të qëndrojë i ulët edhe gjatë puerperit bële, në 2 nga këto të fundit edhe disa kohë mbas puerperit. Nga këto të dyja njera ka paraqitur vazhdimi i insuficiencës kardiovaskulare të gradës së II B. Një nga të shtatë pacientët në të cilat voltazhi i ulët u gjet qysh në tremuju-

rin e tretë, vuante nga stenoze mitrale me insuficiencë kardiovaskulare të avancuar dhe aritmji perpetua, kësaj nuk u arrit ti bëhej ekg mbasi vdiq ditën e dytë të lindjes nga trombo-emboli pulmonare.

Në tre nga 10 gratë me voltazh të ulët, është gjetur i tillë fill pas lindjes dhe, nga fundi i puerperit, u normalizua.

Studimi i këtyre grave na shpuri në konkluzionin se ekg me voltazh të ulët flet për ndryshime të miokardit dhe se nga pikpanja prognostike është i pa kënaqshëm. Gati të gjitha gratë e këtij grupi paraqisin një shkallë të avancuar të insuficiencës kardiovaskulare.

Dëmtimi të miokardit kemi gjetur në 17 gra me barrë dhe ves rematizmal të zemrës: një herë në një grua me insuficiencë dhe stenozë mitrale në ditët e para pas lindjes që me avancimin e periodës puerperale u normalizua. Dymbëdhjetë herë në gra me stenozë dhe insuficiencë mitrale; në katër nga këto dëmtimi i miokardit u vu re qyshe në tremujorin e dytë dhe, me përmirësimë të lehta nga terapia stacionare, vazhdoi deri asfir mbarimit të puerperit; në tre nga këto edhe disa javë pas puerperit. Në 5 nga të 12 gratë dëmtimi i miokardit u vu re në tremujorin e tretë, në 4 nga këto zgjati deri në fund të puerperit, ndërsa në njerëz u normalizua në ditët e para të këtij. Në 3 gra dëmtimi i miokardit u vu re fill mbas lindjes, në 2 u përmirësua në ditët e fundit të puerperit, ndërsa në njerëz edhe disa javë mbas këtij. Te gruaja që u paraqit në klinikë me stenozë mitrale dhe insuficiencë kardio-vaskulare të avancuar dëmtimi u vrejt që në kohën e shtrimit (muaji i tetë). Në tre gra me ves të kombinuar mitro-aortat dëmtimi u vu re në ditët e para pas lindjes dhe u normalizua gjatë avancimit të puerperit.

Nga kërkimet tonë ekg na rezulton se ndërsa në kardisket e kompenzuara, berra, lindja dhe puerperi nuk kanë ndikuar në gjendjen e miokardit, përkundravë te ato me subdekompensim dhe dekompensim kanë shkaktuar një theksim të shenjave të vuajtjes së miokardit. Dëmtimi i miokardit është vrejtur në ekg më tepër në vesin e kombinuar të mitralës me predominim të stenozës dhe me insuficiencë kardiovaskulare të avancuar. Në pjesën më të madhe të grave të dekompenzuara ndryshimet më të mëdha ekg janë vënë re menjëherë mbas lindjes, kanë mbetur të tilla për një pjesë të periodës puerperale dhe gradualisht janë zhdukur.

Ndryshime të ritmit kemi pasur në 44 gra kardiopatike.

Pasqyra 4

Grupi i të egzaminuarave	Ndryshime të ritmit dhe perçushmërisë sipas llojit vesit									
	Tak. sinuzale	Extrastolis. Venecku lar	Extrasist. supra ventri	Fibr. hæ. atrial	Fibrilo fluter	Bradikardi sinus.	Blok. atrio ventr. Gril	Blok. fo kal	Blok. inkon. suplet deges	
Insuf. mitrale	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Insuf. dhe sten. mitral	11	2	1	1	1	1	1	2	1	1
Sten. dhe Insuf. mitral	13	6	1	2	1	4	1	1	1	1
Stenoze mitrale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ves mitro—aortal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Shkura	27	8	1	3	1	4	1	3	2	2

Takikardi sinuzale kemi gjetur në 27 gra, ekstrasistole ventrikulare në 8, ekstresistole supraventrikulare në 1, fibrilacion atrial në 3, fibrillo-fluter në 1 dhe bradikardi sinuzale në 4 gra.

Sbaumica e këtyre janë konstatuar gjatë barrës dhe kanë qenë të lidhura më tepër me çlaqjen e përforçimit e insuficencës kardiovaskulare. Të katër rastet me fibrilacion atrial u vrejtën në katër gra që, përvetës vosit të zemrës, kanë paraqitur dhe insuficencë kardiovaskulare të gradës II B. Në tre nga këto u konstatua qysh në fillim të gravidancës. Prej këtyre të trijave, dy e patën edhe mbas barrës, ndërsa njerës, ekg mbas barrës nuk iu arrit ti bëhej sopsë vdiq. Në njerëz fibrillacioni u vu re disa muaj pas lindjes. Fibrillacioni atrial në fushën obstatikale ka rëndësi të madhe rëndësi që qetët në të njejtën kohë me dekompenzimë. Ka prognosë të kësaj përvete të rëndësive të rëndësive që shkaktion (dekompenzimë, emboli, etj.). Në fakt nga të katër gratë me fibrilacion atrial, dy vdiqin nga tromboembolija pulmonare dhe cerebrale. Prognosa nuk është aq e rëndë vetëm në ato raste kur që qetët me atake paroksizmale, me zgjatje të shkurtër dhe me intervale qetësive të gjata si dhe në mungesë të leziove në miokard (Siliquini, Revelli, Garbagni).

Në ekg e grave të shëndosha me barrë, të kontrolluara nga ana e jo-në, nuk kemi vënë re çregullime të ritmit, megjithse këto janë përshtkuar nga shumë autrë të lidhura me theksimin e distorsi të neurovegetative dhe faktorëve të tjerë që mund të veprojnë si stimul, (mekanike, ormonale, metabolitike, etj.).

Çregullime me rëndësi të sistemit specifik të përgushmërisë kardiale nuk kemi hasur në kazuistikën tonë. Në gratë e shëndosha nuk kemi hasur në as një blok blllokut të zemrës. Nga autorë të ndryshëm, megjithëse të ralla, janë përshtkuar te gratë e shëndosha me barrë blllok atrio-ventrikular pa lezion tjetër kardiak. Në kardiopatket e kazuistikës tonë kemi hasur një herë blllok atrio-ventrikular grad I, dy herë bllloqe fokale dhe dy herë bllloqe incomplete të degës. Meqenëse këto janë gjetur si gjatë barrës ashtu dhe larg barrës pa ndryshime, i kemi konsideruar me origjinë reumatizmale. Në kjo gra nuk kemi vrejtur çregullime kardiovaskulare me rëndësi. Nga të dhënat e leteraturës, në rast se përjashtohen rastet në të cilat sindromi i blllokut atrio-ventrikular ishte shprehja e fundit e një dekompenzimi akut të zemrës, në pjesën më të madhe të rasteve prognosa duhet mbajtur si jo e keqe dhe duhet lidhur më tepër me faktorin etiopatogenetik që e ka shkaktuar ose me kardiopatinë organike me të cilën është shoqëruar.

Siq shihet në pasqyrën 5, në gratë e shëndosha me barrë, nuk kemi konstatuar as një herë shenjat e hipertrofisë ventrikulare, natyri i kjo flet në favor të faktorëve mekanikë si shkaktarë të devijimit nga e majta të aksit elektrik te këto gra.

#### Pasqyra nr. 5

Grupi i të egzaminuarve	Hipertrofi ventrikulare				Dhembi P		Demb f	S-T inden linjen	
	Sim	Dex.	Sin-+De- x,	Pa Hipe- rt	Mitrat	Volt. ulci		para lindj	pas lindjës
gra te shëndosha me bare	45	—	—	—	—	—	—	—	—
Insuficience mitrale	12	—	—	6	—	1	—	—	1
Insuf. dhe sten. mitral	8	5	6	9	7	2	—	1	2
Sten. dhe insuf. mitrale	—	13	13	1	19	3	3	6	5
Stenoze mitrale	—	1	—	—	—	—	1	1	—
Ves i kombinuar mi- tro—aortal	2	—	3	1	4	1	—	1	1
Shuma	22	49	22	17	30	7	4	9	8

Hipertrofi tē ventrikulit tē majtē, tē djathjtē ose tē dy ventrikujve, kemi vrejtur në 63 raste dhe korespondojnë me llojin e vesit. Në 17 raste nuk janë parë shenja tē hipertrofisë ventrikulare megjithse tē dhënët e egzaminimit objektiv, radiologjia, etj., vërtetonin diagnozën e vesit tē zemrës. Gati tē gjitha këto raste i përkisnin grupit që duhej tē paraqiste tē dhëna elektrokardiografike pér hipertrofi tē ventrikulit tē majtë. Nga eksperiencja e përditëshme klinike vihet re se jo gjithnjë mundet tē vrehet një raport i qëndrushëm ndërmjet ndryshimeve ekg dhe trashësise tē mundit tē ventrikulit tē majtë. Një elektrokardiogram shumë tē alteruar mund ti korespondojë një hipertrofi e moderuar dhe përkundrazi, vrehen hipertrofi tē theksuara, tē kontrolluara anatomikisht, me ekg gati krejt normal (Fattorusso, Ritter).

Në lidhje me kompleksin QRS në gratë e shëndosha me barrë, nuk kemi konstatuar as edhe ato modifikime tē lehta tē vrejtura nga Garbagni. Edhe në gratë me ves tē zemrës nuk kemi gjetur ndryshime me rëndësi tē kompleksit ventrikular me përjashtim tē uljes së voltazhit pér tē cilin u fol më lart dhe që ka qënë lidhur kryesish me dëmtimin e miokardit. Përsa i përket ndryshimeve tē distancës QRS kanë qenë tē lidhura me hipertrofinë ventrikulare tē shkaktuara nga vesi i zemrës.

Ndryshime tē dhëmbit P, që konsistonin në ndryshime tē madhësisë dhe formës, u hasën më tepër te ato gra me barrë në tē cilat mbizotëron stenoza e mitrales. Në 30 gra u gjet P mitrale. Voltazh tē ulur tē dhëmbit P, në derivacionet e ndryshme, kemi gjetur në 7 gra kardiopatike dhe kjo ulje është vrejtur te ato që paraqisin voltazh tē ulur dhe tē dhëmbëve të tjerë. Me përmirësimin e gjendjes voltazhi u normalizua. Në gratë e shëndosha me barrë kemi gjetur në derivasionin e III katër herë dhëmb P tē sheshëtë ose negativ por, në derivacionet e tjera ka qenë normal.

Në 9 gra kardiopatike, në periudha tē ndryshme tē tremujorit tē tretë kemi parë, në derivacione tē ndryshme, traktin S-T ndën linjën izolektrike. Në periudhën e puerperit pjesa më e madhe gradualisht është normalizuar. Ulja e traktit S-T konsiderohet nga shumica si një tregus i urisë miokardit pér oksigjen dhe i procesevevet distrofike tē miokardit (Verdun Di Cantogno, etj.). Ndryshime tē theksuara si ato që shihen në infarkt tē miokardit nuk kemi vrejtur. Duhet përmendur se frekuanca e koronaropative nuk është e lartë te gratë para menopauzës. Ndoshta gruaja, me ndonjë mekanizëm tē natyrës hormonale, mbrohet nga proceset arteriosklerotike, kështu që, te gratë me moshë tē fekondimit, ndryshimet e koronareve me bazë sklerotike vrehen shumë rallë (Garbagni, etj.). Në klinikën tonë, në tre gra kemi hasur nefropati gravidike me hipertoni dhe edema tē lehtë, albuminuri modeste. Tek këto gra nuk kemi gjetur ndryshime ekg me rëndësi si ato tē përshtkuara nga disa autorë (Siliquini, Revelli, Garbagni). Mos gjetja e ndryshimeve tē rëndësishme elektrokardiografike në rastet tona besoj se i duhet kushtuar formave tē lehta në tē cilat u çfaqën këto. Në njerëz nga këto paciente kemi gjetur voltazh tē ulur tē dhëmbëve dhe në një tjetër ekstrasistole ventrikulare tē rallë. Mbas barrës kto çrrëgullime ekg u normalizuan.

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

Në 11 nga 15 gratë e shëndesha me barrë, observuar nga ne, u gjend një devijim nga e maja i aksit elektrik me dhëmbin T<sub>III</sub> negativ ose të sheshtë. Në 4 nga këto gra u gjend dhëmbi P<sub>III</sub> negativ ose i sheshtë dhe në 3 dhëmbi Q<sub>III</sub>. Në asnjë nga gratë e shëndosha nuk u gjet devijim i aksit nga e djathja.

Në elektrokardiogramat e bëra në gratë me barrë me ves valvolarë shëtë gjetur në përgjithësi kuadri ekg i kardiopatisë nga e cila vuante pacientia.

Në gratë me insuficencë kardiovaskulare të rëndë është gjetur shpesh herë voltazh i ulur i dhëmbëve, në shumë derivacione trakti S-T ndën llinjën izeoelektrike dhe grregullime të ritmit. Kto ndryshime janë gjetur në tremujorin e tretë dhe me njëherë mbas lindjes. Me përmirësimin e kuadrit klinik kjo përmirësohen.

Fibrilasi i atrial, i gjetur nga ne në katër gra me ves kardiak dhe dekompensim, ka rëndësi të madhe në fushën obstetrikale. Ka prognozë të keqe për arsyen e rreziqeve që shkakton. Dy nga të katër gratë e observuara prej nesh vdiqën nga tromboemboli pulmonare dhe cerebrale. Nga këto njera ditën e dytë mbas lindjes dhe tjetra mjaft kohë mbas lindjes.

Grregullime me rëndësi të sistemit specifik të përgushmërisë kardiakë nuk kemi hasur. Ato të paktë që u konstatuan kanë qënë të lidhura me vetë sëmundjen qysht përparrë barrës.

Në tre gra që paraqitnin toksikozaë gravide nuk u vrejtën ndryshime ekg me rëndësi. Ne mendojmë se shkaku është forma e lehtë me të cilën u paraqit kjo sëmundje dhe zgjatja e paktë e saj.

(Paraqitur në redaksi me 15-I-1965)

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

1. Bellet S. Le aritmie cardiache nella clinica. 1955/Fq. 293-301.
2. Bianchi M. Alterazioni cardiache di modificata formazione e diffusione dello stimolo cardiaco in gravidanza.  
Min. Ginec. Nr. 8/1957/317-318.
3. Debiast, E. Il parto nelle cardiopatiche  
Min. Ginec. Nr. 8/1957/277-304.
4. Dellepiane, G. L'attuale orientamento diagnostico e prognostico delle cardiopatie in gravidanza.  
Min. Medica Nr. 32/1957/1393-1397.
5. Dellepiane, G. Il problema fisiopatologico e clinico delle cardiopatie complicanti la gravidanza.  
Min. Medica Nr. 87/1957/3601-3606.
6. Fattorusso, V. — Ritter, O. Atlante di elettrocardiografia 1959/72,138.
7. Fogelson. Kliničeskaja elektrokardiografija. Fq. 140-141.
8. Galland, F. N. Trattamento della gravida cardiopatica.  
Min. Ginec. Nr. 11/1957/485-496.
9. Garbagni, G. L'elettrocardiografia in gravidanza.  
Min. Ginec. Nr. 6/1957/181-192.
10. Garbagni, G. L'esame elettrocardiografico nella valutazione clinica delle cardiopatie in gravidanza.  
Min. Ginec. Nr. 8/1957/328-331.
11. Grau. Citaru nga Siliquini, Revelli, Garbagni.
12. Hentof, R. A. Siliçai rodov pri Javlenjiah pollnoi atrio-ventrikularnoi bllokadi. Kliničeskaja medicina Nr. 1/1962/Fq. 146.
13. Kerkovits, Gj. et Detrehazy, K. Zavartalan szüles pulmonalis stenosis és res-beges pitvarkamrai block jelenlétében.  
Orvosi Hetilap Nr. 6/1959/215-218.

14. Mahon, R. Appareil circulatoire et circulation chez la femme enceinte Nidions classiques et données récentes. La semaine des hôpitaux Nr. 64/1955/3368-3370.
15. Novitskij, A. S. Izmenjenja polozhenja elektriceskoi osi sercza posle rodov pri mitral'nykh porokov sard. Akush. i Ginek. 1965/1/Fq. 32-34.
16. Orłowski, W. Uklad krazenia Vol. I. F. 434-437.
17. Rebard, E., Mazza, Y., Martin-Nestl, P., Fallot, P. Bloc auriculo-ventriculaire et grossesse. Journal de medicina de Lyon 1959/Nr. 951.
18. Zidkino, M. F. Znachenje vektorkardiograma v diagnostike porozhenija miokarda u beremennih zhenshchin stradajushih reumaticeskimi porokami serca. Akush. i Ginek. Nr. 5/1962/41-45.
19. Salikova, V. V. Profilaktika i lecenje serdechno-sosudistoi nedostatochnosti u beremennih s nalicem mitralnoi bolezni. Monog. Kiev 1955.
20. Salonna, L., Vicino, N. L'elettrocardiogramma in donne cardiopatiche gravidate e termine durante il parto, il post partum ed il puerperio. Min. Ginec. Nr. 8/1957/338-339.
21. Scherf -- Beyd. Malattie del cuore e dei vasi. Fq. 528-535.
22. Siligini, F., Bevelli, E., Garbagni, G. L'apparato cardiocircolatorio nello stato puerperale. Monog. 1959.
23. Siligini, F., Garbagni, G. La miocardiopatia ischemica da gestosi. Min. Ginec. Nr. 4/1958/532-535.
24. Sisto, P. Cardiopatie e gravidanza. Fq. 146-150.
25. Ukrainszeva, E. F. Ob elektrokardiograficheskii izmeneniiakh u zhenshhu s porokmi serca vo vremya beremennosti, porodov i v poslrodovom periode. Klik. Medic. Nr. 1/1960/98-103.
26. Verdon Di Cantogno. Manuale di elettrocardiografia clinica. 1959/Fq. 111, 479, 491.
27. Vicino, N., Salonna, L. Modificazioni elettrocardiografiche in donne gravide normali a termine, durante il parto, nel post partum e nel puerperio. Min. Ginec. Nr. 8/1957/Fq. 338.

### *Summary*

#### **ELECTROCARDIOGRAPHIC CHANGES IN HEALTHY PREGNANT WOMEN AND IN WOMEN WITH RHEUMATIC FEVER BEFORE AND AFTER CHILDBIRTH**

Electrocardiographic data before and after childbirth are discussed in 80 women with heart troubles caused by rheumatic fever and in 15 healthy pregnant women.

The ECG of the healthy women showed marked changes during the last three months of pregnancy and consisted mainly the deviation to the left of the electric axis, in the negativisation of  $T_{III}$ , the leveling or inversion of  $P_{III}$  and in the appearance of  $Q_{II}$ . These changes are due mainly to the transversal position of the heart. No signs of ventricular hypertrophy were noted.

The SCG of the women with rheumatic lesions of the heart showed the usual changes of the corresponding heart diseases. More marked changes were observed among women with heart decompensation (lowering of the voltage, the S-T tract under the isoelectric line, rhythm troubles). These changes were intensified during the last three months of pregnancy and immediately after delivery. In most cases, with the advancement of the puerperal period the clinical picture improved, as well as the changes of ECG. Arterial fibrillation, observed in four cases, had a bad prognosis. Two of these women died from lung and brain thrombosis. No serious effects of transmission were noted.

In the cases with toxicosis gravidica and vitium cordis no important changes of the ECG were observed, probably because in all of them the lesions were not severe or of long duration.

## **PËRDORIMI I GLUKOZËS, POTASIT DHE INSULINËS NË MJEKIMIN E INFARKTIT TË MYOKARDIT.**

### **PANDELI ÇINA**

(Spitali Civil Berat, Drejtor: Ll. Muço)

Përdorimi i glukozës, potasit dhe insulinës — i propozuar vite më parë përmjet mjekimin e sëmundjeve të aparatit k. vaskular — gjendet sa vjen e më tepër përkrahës. Kohët e fundit këto barna u përdorën në mjekimin e infarktit të myokardit, takikardisë paroksizmiale dhe aritmive, veçanërisht atëhere kur këto të fundit shoqërojnë kardiosklerozën koronarosklerotike (4, 8, 9, 10, 21).

Në repartin e sëm. brënd. të spitalit tonë administrimin e solucionit të glukozës, potasit dhe insulinës (sol. polarizonjës) në mjekimin e infarktit të myokardit e filluan në tetor 1963. Qysh atëhere dhe deri në janar të vitit në vijim u trajtuan 14 raste, 13 prej të cilëve u pranuan me infarkt të freskët dhe 1 me infarkt të vjetër.

### **METODA DHE REZULTATET:**

U përdor sol. glukoze 5-10% në sasi 500-1000 cc. me KCl 20-40 mEq/l dhe 10-20 ui insulinë në rrugë endovenozë (40-60 pikë/min.), ndërsa *per os* KCl 3 x 0,5 dhe 500-1000 cc sol. glukoze 10% si edhe insulinë 10 ose 2 x 10 ui nënë lëkurë.

Iu shmagëm përdorimit të sol. polarizonjës në rast dëmtimi të funckioneve të veshkave dhe në gjëndje shoku. Ai u përdor në orët ose ditët e para pas infarktit si edhe në një periudhë më të vonëshme të sëmundjes. Solucioni u administrua një ose disa herë gjatë qëndrimit të të sëmurit në spital. Në fillim e përdorëm ekskluzivisht në rrugë endovenozë, por më vonë — për arësyet që do të shpjegojmë më tej -- kaluam në administrimin *per os*.

Në këtë artikull raportohen rezultatet që u fituan në rastet e mjekuara, disa prej të cilave janë përshkruar më poshtë në mënyrë më të hollësishme.

Rasti 1. — Reperti ekgrafik i infarktit subendokardial (fig. 1A) u fitua ditën e dytë të insulit. Një ditë më parë, tre orë pasi u çfaq kuadri klinik i plotë i infarktit të myokardit me dhimbje të forta retrosternale, u zhvillua shoku dhe gjëndja u zotërua vetëm pas përdorimit endovenoz të nor-adrenalinës.

Eshtë për tu shënuar depresioni i ST<sub>in</sub>. T<sub>VF</sub> Ekgrami i dytë (fig. 1B) u bë dy ditë pas përdorimit të sol. polarizonjës *per os* (sol. glukoze 10%)

1000 cc me KCl 40 mEq/l) dhe insulinë 2 x 10 ui nënë lëkurë; aty dallohet një përmirësim i çvendosjes së ST<sub>H-H</sub>, ST<sub>VF</sub> e ST<sub>V4-V6</sub> si edhe pozitivizim i T<sub>H</sub> dhe veçanërisht i T<sub>M</sub> dhe T<sub>VF</sub>.

Në këtë rast ndikimi i sol. polarizonjës ishte i dukshëm, por reperti ekgrafik pas një muaj nuk ishte identik me atë që u përf tua pas administrimit për herë të parë të solucionit. Kjo vërtetton se efekti i solucionit polarizonjës në kurbë ekgrafiko është i padiskutueshëm por nuk është i qëndrueshëm.

Rasti 2. — Reperti ekgrafik i fillimit të infarktit të murit të prapsëm (fig. 2A) u fitua 5 orë pas akcesit të parë të dhimbjeve prekordiale të cilat u qetësuat pas përdorimit të morfinës nënë lëkurë. Një gjysmë ore më pas u çfaq një dhimbje shumë e fortë retrosternale e cila memzi u zotërua pas administrimit të morfinës i. ven. dhe dolantinës i. m. Në ekgramin e bërë katër ditë më vonë (fig. 2B), dhe fili pas përdorimit të sol. polarizonjës per os (sol. glukoze 10% 1000 cc me KCl 1,5 gr.) dhe 2 x 10 ui insulinë nën lëkurë, shquhet vala Perdee në D<sub>II</sub>, D<sub>III</sub> e VF dhe ulje e ST<sub>VL</sub> ST<sub>V4-V6</sub> si edhe prania e Q<sub>II</sub>, Q<sub>III</sub> dhe Q<sub>VF</sub>. Në repertin ekgrafik një ditë më vonë pas administrimit të sol. polarizonjës (fig. 2C) nuk vihet re po thua asnjë ndryshim, por nga ai që u përf tua pas 4 ditësh (fig. 2D) dilte në pah një ulje e ST<sub>H-H</sub>, ST<sub>VF</sub> dhe ngritje deri në nivelin e vijës izo-elektrike të ST<sub>V4-V6</sub>, më parë të deprimuar; gjithashtu dukej një tendencë për negativizim të T<sub>L-L</sub> dhe T<sub>VF</sub>.

Në këtë rast, ku rrjedhja e ndryshimeve ekgrafike të infarktit u ndoq prej fazës më të herëshme të sëmundjes, ndikimi i favorëshëm i sol. polarizonjës në komponentën e démtimit u vu re 4 ditë pas përdorimit të tij. Zor se kjo do të ndodhë po që se ndryshimet ekgrafike do të zhvilloheshin në mënyrë natyrale.

Rasti 3. — Reperti ekgrafik i infarktit u fitua në këtë rast ditën e tre-të të sëmundjes (fig. 3A); po atë ditë u administrua sol. polarizonjës per os (sol. glukoze 10% 200 cc me KCl 0,6) dhe insulinë 10 ui nënë lëkurë. Në ekgramin që u bë 20 orë më vonë (fig. 3B) u vu re ulje e ST<sub>V4-V6</sub> dhe negativizim më i madh i T<sub>V4</sub>.

Sic shihet, megjithëse sasi ja e sol. polarizonjës ishte më e vogël prapë-seprapë ai pati një farë ndikimi në ekgram, ndërsa i sémuri e ndjeu vëten më mirë pas pranimit të tij.

Rasti 4. — I sémuri u pranua në spital 2 orë pas akcesit të dhimbjeve të forta retrosternale, në ekgramin që u fitua në këtë kohë (fig. 4A) shquhen shënjat e fillimit të infarktit. Një ditë më pas ndryshimet ekgrafike u zhvilluan më tej (fig. 4B). Po atë ditë, dhe 19 orë pas insultit, të sémurit iu administrua në rrugë endovenozë sol. polarizonjës (sol. klugoze 10% 1000 cc, KCl 40 mEq/l dhe insulinë 20 ui); në ekgramin që u bë 15 orë pas perfuzionit (fig. 4C) shquhet pozitivizim i T<sub>VF</sub>, të cilat para përdorimit të solucionit ishin negative.

Në këtë rast u vu re një ndikim i drejtëpërdrejtë i sol. polarizonjës në kurbën ekgrafike, gjë që u shpreh me një efekt të dukshëm në komponenten e ishemisë. Duhet nënvizuar fakti që, megjithëse të dy rrugët e futjes së solucionit ishin të efektëshme, rezultati më i mirë u arrijt me anën e rrugës endovenozë dhe kjo në fazën më të herëshme të sëmundjes.

#### PREMISAT TEORIKE:

Përdorimi i insulinës në mjekimin e sëmundjeve të aparatit k. vaskular është futur në terapi prej francezëve në vitin 1927.

Leberit H. (1, 4) i ka kushtuar vemandje ndryshimt të potencialit membranor në celulat e myokardit dhe enëve të gjakut, i cili rravaret nga raporti midis koncentrimeve jonike brenda dhe jashtë celulës dhe veçanërisht nga raporti midis potasit intracelular ( $K_i^+$ ) dhe potasit ekstracelular ( $K_e^+$ ), pra nga  $\frac{K_i}{K_e}$ .

Polarizimi diastolik (në qetësi) i fibrës së myokardit varet kryesisht nga raporti  $\frac{K_i}{K_e}$ , ku  $K_i$  në kushte normale është barazi me 151 mEq/l,

dhe  $K_e$  është barazi me 4,8 mEq/l, pra  $\frac{K_i}{K_e} = 31$  mEq/l. Po të aplikojmë këtu formulën e Nernstit  $E_k = \frac{RT}{F} \log \frac{K_i}{K_e}$  rezulton se rapporti normal i

$\frac{K_i}{K_e}$  kushtëzon ruajtjen e diferençës së potencialit në vlerat normale 92,6 mV (6, 7, 8, 12). Jo ulje e polarizimit diastolik është të ndiqet nga ulja e rapportit  $\frac{K_i}{K_e}$  (8).

Që celula të mund të ruajë funksionin e vetë normal duhet siguruar një çkëmbim i qëndrueshëm midis përbërësve jonikë intra- dhe ekstracelularë (26). Por oklizi i korar /'kut shkaktor grangësime shumë më të madha në çkëmbimet jonike midis këtyre dy ambjanteve (22, 23).

Pas 12 orësh të ligaturës së a. koronare tek qentë koncentracioni i  $K_i^+$  në zonën e infarktituar ulet deri në nivelin e përbajtjes së tij në likuidin ekstracelular (Jennings, Crout, Smetters — cituar pas Selye H. — 12). Varfërimi të zonës së infarktituar në potas kanë konstatuar edhe Herles e Daum (15). Nga pikëpamja bioelektrike kjo gjë shprehet me uljen e polarizimit diastolik të fibrave të myokardit (8). Në zonën e dëmtimit  $K_i^+$  ulet në një shkallë më të madhe se sa në zonën e nekrozës. Salmanovic V. S. (cituar nga Udelnov M. — 22) në infarktin eksperimental gjen një ulje të  $K^+$  në zonën e ishemisë dhe rritjen e koncentrimit të këtij kationi në zonën perifokale.

Ckëmbimi kationik, i cili zhvillohet njëkohësisht me potencialin e vepimit, qilon energjinë që përdoret për punën mekanike (26). Por rivedosja e gradienteve kationikë — dhe në radhë të parë e gradientit — në vlerat e tyre të mëparëshme ka nevojë për punë metabolike, gjë që duke siguruar zërthimin e aktinës dhe myozinës kushtëzon rivendosjen e potencialit të qetësisë (6, 13, 24, 25).

Pas administrimit të glukozës bashkë me insulinën zhvillohet hipokaliemja si pasojë e akumulimit të  $K^+$  brenda në celule (17, 18).

Eshtë provuar në mënyrë eksperimentale se prania e insulinës në gjakun e qarkullimit koronar është e domosdoshme për të siguruar kalimin e glukozës në fibrën e myokardit ku mer pjesë në metabolizmin e celulës dhe përmirëson ndryshimet e strukturës si edhe potencialin biokimik të membranës celulare (11). Meqënëse migracioni i potasit në celulë lidhet ngushtë me asimilimin e glukozës me anën e insulinës krijuhet kësidoj një urë bashkimi midis metabolizmit të celulës dhe çfaqjeve të saj elektrike (8, 11).

Laborit H. (2, 5), i cili e ka propozuar në reanimacion përdorimin e glukozës dhe insulinës pohon se ai është mjeti terapeutik më fiziologjik përderisa vepron si repolarizonjës i indit specifik të zëmrës dhe ushqen

myokardin — me fjalë të tjera favorizon futjen e potasit në celulë dhe nxit fosforilimet oksydonjëse si edhe ngarkesën e ATP.

Në vitin 1969 Thiodet J. e shokë (7) e përdorën glukozën, potasin dhe insulinën për të rikujuar komplikacionet k. vaskulare shkaktuar nga tifua abdominala. Më vonë Sodi-Pallares (8) rikoi në të njëjtën mënyrë infarktin e myokardit. Duke futur, me anën e kësaj metode rikujimi potasio në celulë u synua të ndryshohet gradienti i alteruar -  $\frac{K_i}{K_o}$  dha në të njëjtën lehë u shpresua se mund të përmirësohen mekanizmat energetike të cilat drejtojnë lëvizjet e potasit nëpër membranën.

#### DISKUTIM

Përdorimi i solucionit të glukozës, potasit dhe insulinës — administruar në rrugë endovenoze ose *per os* — në rikujimin e 14 rasteve tonë me infarkt të myokardit u tregua në përgjithësi i dobishëm. Nga pikëpamja elektrokardiografiqe rezultate spektakolare u arritën tek një numur më i vogël syresh.

Para së gjithash solucioni polarizonjës nuk u shkaktoi të sëmurëve ndonjë çqetësim të veçantë, përkundrazi pas administrimit të tij lehtësohen shumë ose çdukjoj krejtësisht dhimbja në *praecordium* dhe të sëmurët e ndjenin vehten më mirë. Në ndonjë rast pati një dobësi të përgjithëshme por ajo ishte kalimtare dhe nuk shkaktonte asgjë për tu preokupuar. Këto vëzhgime përkonjnë plotësisht me ato të autorëve të tjerë (7, 8, 9).

Në kurbën akgrafike administrimi i sol. polarizonjës ndikoi në pjesën më të madhe të rasteve në mënyrë të favorëshme duke përmirësuar në radhë të parë komponentën e ishemisë dhe më pakë atë të dëmtimit.

Sodi-Pallares (8) e shpjegon këtë me një harxhim më të madh të energjisë gjatë procesit të repolarizimit të ciklit elektrik të zëmrës.

U vu re se rezultatet ishin më bindëse kur sol. polarizonjës administrohen në rrugë endavenoze. Megjithatë, në më të shumtën e rasteve, preferuam përdorimin *per os* të solucionit. Duke e quajtur këtë rrugë si më të sigurtë u veprua kështu për shkak të kushteve modeste laboratorike të cilat nuk lejonin përcaktimin e jonogramës dhe sepse kjo mënyrë admjnistrimi e potasit nuk kërkon mbikqyrje intensive kliniko-ekgrafike. Nga ana tjetër iku kushtua gjithmonë kujdes funksioneve të veshkave duke konsideruar se dozat e përdorura prej nesh (Mc Allen jep deri më 10 gr. KCl në ditë i. venam, ndërsa Martin jep deri në 20 gr. KCl në ditë me të njëjtën rrugë — cituar pas Thiodet J. — 7), me një diurezë normale, nuk jepin praktikisht komplikacionin e hyperkaliemisë (20).

Përmirësimi i ndryshimeve ekgrafike nuk ndodhi gjatë apo menjëherë pas administrimit të sol. polarizonjës porse u desh një periudhë prej një deri në disa ditë që të manifestohet në ekgram.

Në fazën e herëshme të sëmundjes u fituan rezultate më të mira nga pikëpamja ekgrafike. Por edhe në rastet kur ato mungonin apo nuk ishin bindëse u vu re një efekt shumë i mirë nga pikëpamja klinike. Kështu p.sh. në dy raste infarkti i komplikuar me insuficiencë k. vaskulare të cilat u trajtuan me sol. polarizonjës në një fazë më të vonëshme të sëmundjes, ndonjëse nuk çquhej ndonjë ndryshim bindës në kurbën ekgrafike pas administrimit të solucionit, u konstatua një përmirësim i dukshëm në gjëndjen e të sëmurëve gjë që shpejt u shpreh me çdukjen e symptomeve të insuficiencës k. vaskulare dhe me daljen e tyre nga gjëndja e rëndë. Në shëm-

bullin e këtyre dy rasteve, duke e gjykuar veprimin e solucionit nga pikëpamja klinike duhet pranuar se një injektim i tillë i ka sjellë dobi celullor së myokardit. Kështu do të supozonim se moscedimi i reperit ekgrafik nuk duhet të përjashtojë përmirësimin e strukturës biokimike të celiulës së myokardit përderisa ky report jo në të gjitha rastet pasqyron në mënyrë besnikë vlerat e përimbajtës së potasit intracelular dhe gradien-

$\frac{K_i}{K_o}$  (Lenzi F. — 26). Nga ana tjetër edhe thellimin e ndryshimeve të

ST dhe T, që ndodh pas administrimit të glukozës, Sotgiu G. (19) e shpjegon me faktin se në indin e shëndoshë rrëth e qark i cili përdor ngarkeshën metabolike gradienti elektrik mer një shprehje më intensive në krahasim me indin e dëmtuar. Për këtë arësyte autorë në fjalë e quan të gjashtë interpretimin e këtyre ndryshimeve si «keqësim» të elektrokardiogramit.

## KONKLUSIONE

Administrimi i sol. polarizonjës në injektimin e infarktit të myokardit, i cili u tregua i dobishëm nga pikëpamja klinike dhe elektrokardiografike duhet një mënyrë injekimi që meriton vëmëndje.

Pas administrimit të sol. polarizonjës jo në të gjitha rastet duhet përzur një përmirësim spektakular i ndryshimeve ekgrafike. Por edhe atëherë kur këto të fundit ndryshojnë pakë ose nuk ndikohen fare nga injekimi vetëm një synopsis i të dhënave të klinikës dhe i reperit elektrokardiografik mund të shërbejë si kriter vlerësimi përsë i përket dobisë së mendikamentit.

Eshtë e qartë se materiali që batohet në këtë kumtesë paraprake nuk mund të lejojë të nxirren përfundime për ti përgjithësuar. Ndërkëq futja e kësaj metode injektive në arsenalin terapeutik të infarktit të myokardit kërkon ende mjaftë eksperiencë.

(Paragjitur në redaksi me 10/II/1966)

## BIBLIOGRAFI

1. — Laborit H. Huguenard P. Echanges ioniques, tonus vasculaire, métabolisme cellulaire. *La presse Méd.* 1956, 26, f. 605-608.
2. — Laborit H. Intérêt majeur du glucose hypertonique en réanimation. *La presse Méd.* 1958, 20, f. 444-445.
3. — Laborit e tjerë. L'action tensionnelle immédiate des solutions hypertoniques glucosées en réanimation n'est pas lié à la seule hyperosmolarité. *La Presse Méd.* 1959, 32, f. 1324-1329.
4. — Laborit H. Le traitement des insuffisances cardiovasculaires et de l'infarctus du myocarde par l'association insuliné glucose hypertonique, sels de potassium. *La Presse Méd.* 1, f. 1.
5. — Laborit H., Letterier F., Brue F. Structure et orientation des voies métaboliques des tissus cardiaques. *La Presse Méd.* 1963, 8, f. 387.
6. — Laborit H. Physiologie humaine cellulaire et organique. Paris 1963.
7. — Thiedet J., Fourrier A., Arreyo F. Complications cardiovasculaires de la fièvre typhoïde et restauration du métabolisme cellulaire. *La Presse Méd.* 1959, 32, f. 1305-1308.
8. — Godi-Fallares e tjerë. Effects of an intravenous Infusion of a Potassium-Glucose-Insulin Solution on the Electrocardiographic Signs of Myocardial Infarction. *Aust. J. Cardiol.* 1962, 2, f. 166.

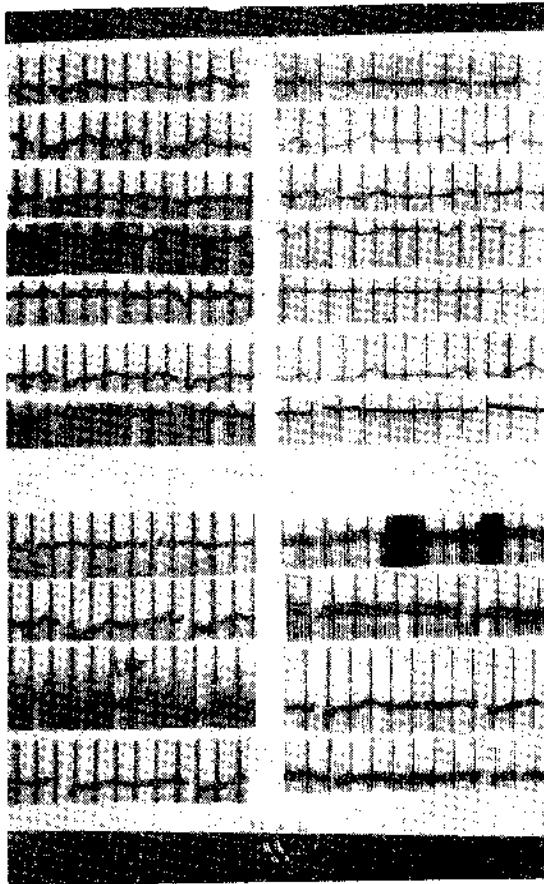
9. — Felgin M., Stiller A. e tjerë. O stosowaniu zmodyfikowanej metody Godi-Poliaresa w leczeniu ciezkich postaci zawalu serca. Wiadomosci lekarskie 1963, 24, f. 1853.
10. — Impiego del glucosio ipertonico, insulina, potassio nel trattamento dell' insufficienza cardiovascolare ed infarto miocardico. Minerva Med. 1963, 47, f. 1773.
11. — Kozlak J., Gibinski K. Rola hormonow w patologii układu krążenia. Kardiologia Polska 1965, 2, f. 161.
12. — Selye H. The chemical prevention of cardiac necroses (pérkh. rus. Moskva, 1961) f. 121 dne 159.
13. — Heffner R. J., Crancke P. F. Electrophysiology of the heart, 1960. (pérkh. rus., Moskva, 1962 f. 337).
14. — Herles die Daum — cituar nga Myasnikov A. nă Gipertonijeskaja bolezn i ateroskleroz. Moskva, 1965, f. 401.
15. — Myasnikov A. Gipertonijeskaja bolezn i ateroskleroz. Moskva, 1965, f. 401-402.
16. — Friedberg Ch. Diseases of the heart. Philadelphia, 1964, f. 1029-1031.
17. — Maguani R., Zucchelli P. Il potassio fisiopatologia e clinica. Torino 1963, f. 63 dne 135-136.
18. — Bollard G. Die konservative Behandlung des akuten Nierenversagens. Medicamentum, 1964, 2, f. 45.
19. — Soigia G. Fisiopatologia e clinica del periodo post infartuale, Roma, 1962, f. 197.
20. — Snively W. D. Deficit clinique en potassium. La Presse Méd. 1955, 51, f. 2939-2933.
21. — Holmann M. Pannel-Diskussion II Weltkongress für Gastroenterologie, Basel, 1963, f. 115.
22. — Udelevov M. Ateroskleroz i tromboz. Moskva, 1964, f. 116.
23. — Brikker V. Narushenie elektrolitovo obmena v norme i patologii. Moskva, 1952, f. 143.
24. — Raab W. Advances in Cardiology, 1959 (pérkh. rus. Moskva 1959) f. 92.
25. — Szent Gyorgy A. Po atje f. 48.
26. — Lenzi F. Po atje f. 173-177.

### *S u m m a r y*

#### **USE OF GLUCOSE, POTASSIUM AND INSULIN IN THE TREATMENT OF INFARCTUS MYOCARDII**

14 cases of infarctus myocardii — 1 recent and one old — were treated with a 10% solution of glucose, with potassium and insulin, given with intravenous injections or per os the first two and with hypodermic injections the third. The electrocardiographic results of four of the cases are given more in detail. The method has resulted to the patients judging from the ECG and the clinical improvement. The ECG showed a marked improvement in the state of the infarctus.

1 A



1 B

Foto 1.

2 A

2 B

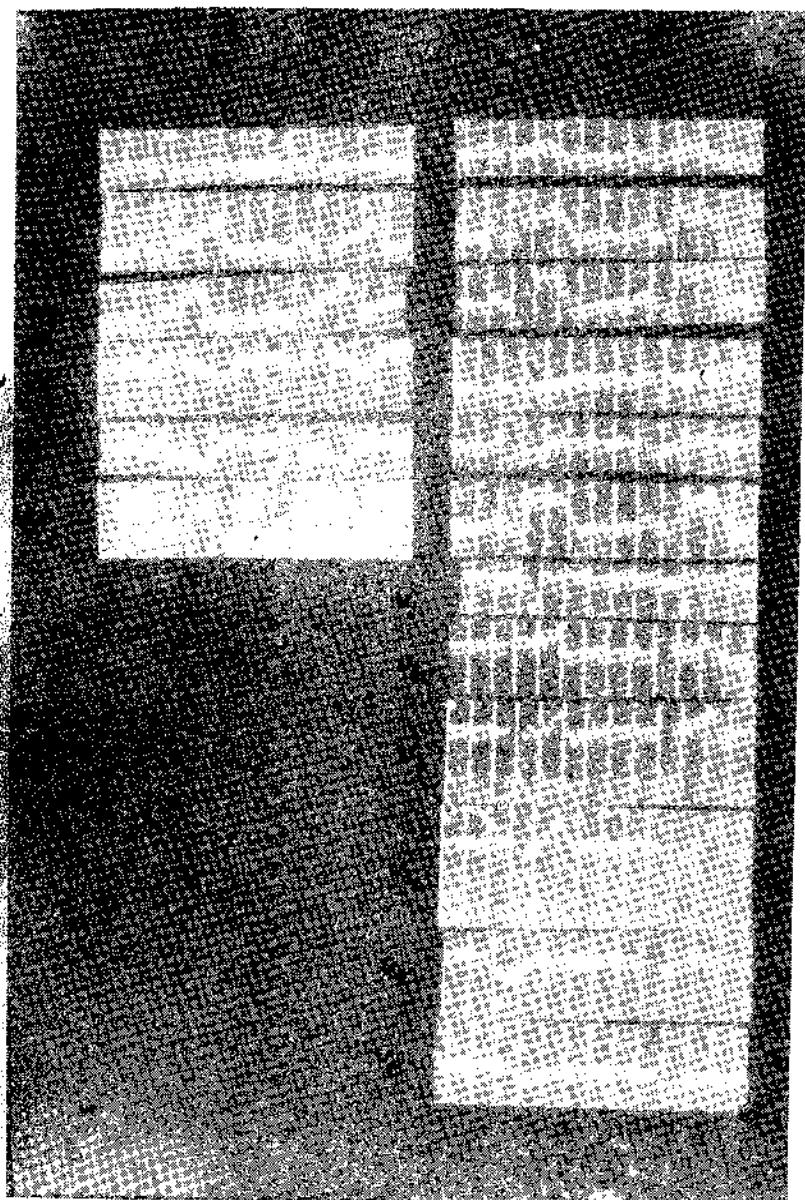
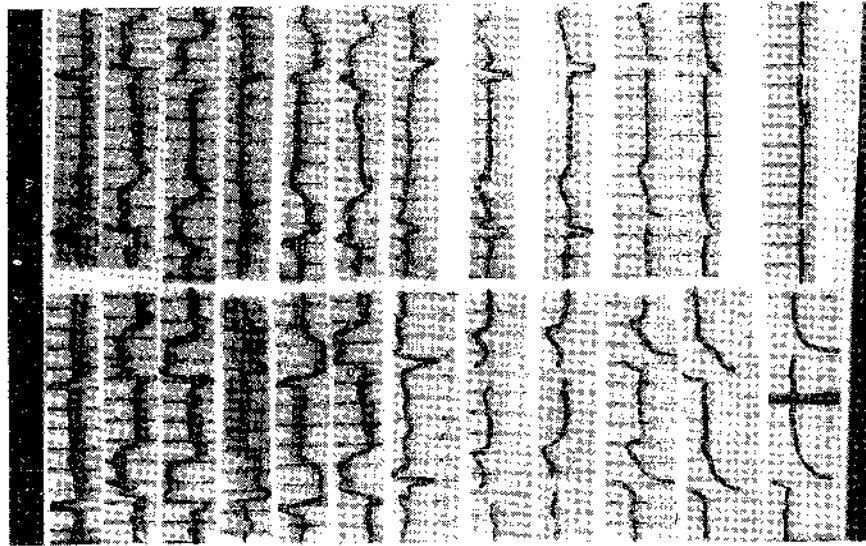


Foto 2.

2 C      2 D



3 A      3 B      3 C      3 D      3 E

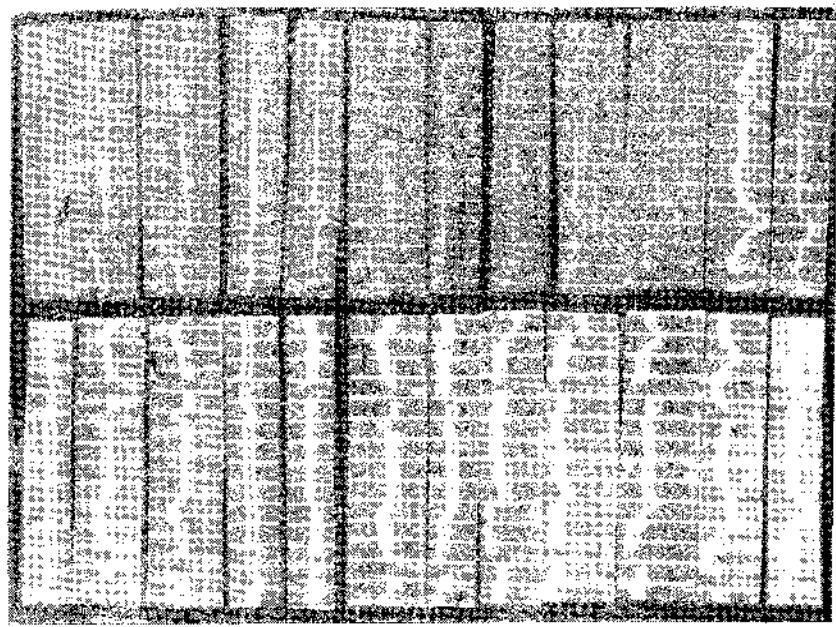


Foto 3  
Foto 4

4 A

4 B

4 C

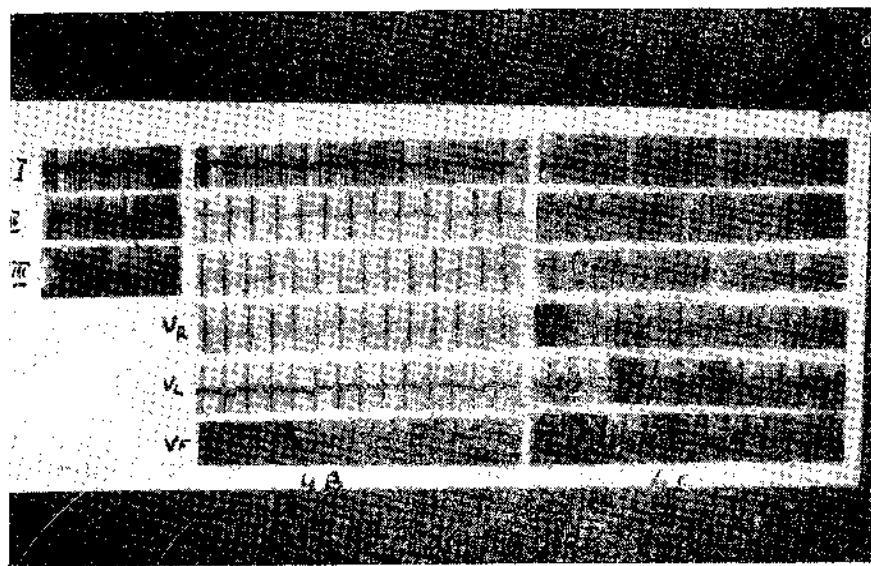


Foto 5.

## SIMPTOMATOLOGJA FILLESTARE NË DISA RASTE NË TUMORET CEREBRALE.

JANI AVRAMI

(Klinika e Neurologjisë Tiranë, Shqipëri Klinikës Doc. B. Preza)

Sympotmet e tumoreve cerebrale në disa raste mund të janë të shumta, në raste të tjera ato mund të janë mjaft të varfira. Në literaturë përshtakuhen raste me tumore cerebrale, të cilat, për një kohë mjaft të gjatë, janë qfaqur vetëm me një simptom.

Zbulimi i hershëm i simptomeve fillestare, gjatë tumoreve cerebrale, është e rëndësishme për diagnostikimin dhe për jetën e të sëmurit.

Në kâtë punim ne i vurnë si detyrë vetvehtes që të përshtakuajmë simptomet fillestare të 78 rasteve me tumore cerebrale, që janë shtruar në klinikën tonë dy vjetet e fundit.

Simptom fillestare	1963	1964	1965	%
Dhimje koke	14	17	15	59%
Të vjella	10	8	12	40%
Stazë papilare	14	19	11	57%
Atake konyulsive	5	3	2	13%
Turbullime psiqike	3	—	2	6.5%
Marrje mëndësh	10	6	4	25%
Zhurmë në veshë	2	3	1	8%
Uljë shikimi	—	—	1	1%
Fenomene parkinsonizmi	—	1	—	1%

Nga kjo pasqyrë del në shesh se procesi tumoral mund të manifestohet në fillim me një simptom të vetëm. Një fenomen të tillë e përshtakuajnë në literaturën mjeksore.

Sympotoni më i shpeshtë, i cili për një kohë të gjatë, mund të mos shqërohet me simptome të tjera të tumorit cerebrali, është cefalea. Simbas Byci ky simpton takohet në 89% të rasteve, ndërsa simbas I. Ja. Rasdolski, cefalea takohet në 86% të rasteve, simbas të dhenave tona ky simpton u vërejt në 59% të tyre (zakonisht një gjë e tillë ndodh në ditët e para të fillimit të procesit neoplazik). Cefalea shpesh herë interpretohet si hermikrani ose si shenjë shqërvuese e një semundjeje funksionale e s.a.n.c. Një gabim i tillë, mund të evitohet vetëm atëherë, kur injekti theilohet në interpretimin dhe në vlerësimin serior të këtij simptonui, duke kërkuar në çdo rast ndihmën e ekzaminimeve laboratorike dhe të observationit të vazhdueshëm edhe nër ato raste, kur terapija medikamentozë nuk ka dhëna rezultatet e dëshëruara.

Po sjellim një shembull nga të sëmurët tonë ku fillimi i tumorit cerebral u manifestua me cefale.

Pacienti R. M. vjeç 27, i cili në anamnezën e vet tregon se: dhimbja e kokës, e ka çetësuar atë që nga mosha 10 vjeçare. Me kalimin e kohës, ndryshonte karakteri, intensiteti dhe përhapja e dhimbjes.

Ato qdo vit e më tepër bëheshin më të fortë, më të shpeshta dhe më të padurueshme, aqë sa në muajin mars të vitit 1964 detyrohet të shtrohet në klinikën tonë. Deri në këtë kohë pacienti ishte vizituar dhe kuruar vazhdimiisht nga mjekë të ndryshëm, por pa rezultate të kënaqëshme. Ekzaminimi objektiv neurologjik i pacienit, nuk jepet të dhëna të qarta, ndërsa rezultatet e ekzaminimeve laboratorike si: l.c.s, ato oftalmologjike dhe të kontrastit, gjithmonë flisnin për ekzistencën e një procesi ekspanativ, por pa lokalizim të qartë. Pacientit pas precizimit të diagnozës iu bë operacioni dhc rezultoi: «ependinoma e ventrikulit të IV-të».

Një tjetër simptom i hershëm është vjellja, të cilin po e ilustrojmë me një rast konkret.

Të vjellat që paraqiste fëmija 11 vjeçar Y. B. një vit rrjesht, interpretohen si të vjella me origjinë gastrointestinale, për të cilat u shtrua dhe u kurua në repartin e pediatrisë të qytetit të Korçës.

Me gjithë kurat e aplikuara dhe kujdesin e personelit mjeksor, gjendja e fëmijës për çdo ditë e më tepër keqësohej.

Më 8.VIII.1961 pacienti filloi të mos dallojë të afërmnit e tij dhe objektet, që e rrëthenin stë. Për këtë gjëllim, ay transferohet pranë klinikës sonë. Nga të dhënat e ekzaminimeve laboratorike dhe atyre klinike, u vu në dukje se shkaktar i të vjellave ishte tumori cerebellar.

Sikundër dihet, të vjillët gjatë tumoreve cerebrale është një nga simptomet më të shpeshta, që takohet po aqë sa dhimbja e kokës dhe staza papilare. Këtë simptom, kaqë të rëndësishëm dhe me vlerë klinike, autorët e ndryshim e fakojnë në një përqindje të ndryshme. Kështu p.sh. Jakobi (Jacobi) e takon atë në 33% të rasteve. Puussep në 90,1%, ndërsa Rasdolski në 800 raste të studjuara prej tij e vërejti në 68% prej tyre, ndërsa ne, e takuam në 40% të tyre.

Nga sa sipër treguan, lind nevoja e domosdoshme që mjeku nuk mjafton vetëm të konstatojë të vjellat, por duhet edhe ti diferencojë ato, duke njohur mirë karakteristikat e vjelljeve me origjinë centrale dhe të atyre të zakonëshme (somatike).

Po ashtu turbullimet psihike takohen jo trallë gjatë tumoreve cerebrale. Kështu p.sh. familjarët e plakut E.C. nëntë muaj përpëra se të shtrohej në spital, u tërroqi vëmendjen ndryshimi i karakterit dhe i personalitetit që ata vunë re tek kryefamiljari i tyre. Ata konstatuan se babaj i tyre nga një njeri aktiv, autoritar dhe i dashur, vunë re një lloj spatiqe, plogështije dhe indiferentizmi. Ay, tregonte i biri: «filloi të rrijë i myllur në dhomën e tij, nuk interesohet për kërkënd dhe për asgjë, u shëmangj bisedave, nuk interesohet më për problemet familjare si më parë, nuk jepet këshilla dhe mendime rrëth këtyre çështjeve si zakonisht dhe e kalonte ditën duke pirë alkool dhe duke e lagur kokën me ujë të ftohtë. Një gjë e tillë i çetësoi për sëtepërmë familjarët e tij, të cilët u drejtuan me një herë tek mjeku, për të marrë ndihmën e nevojshme. Mjeku i atij qyteti, duke parë këto çrrëgullime psihike tek pacienti e shtroi në spital, me diagnozën: «Psychosis senilis». Mbas ekzaminimeve laboratorike dhe klinike, rezultoj, se turbullimet psihike që u vërejtën tek pacienti, nuk ishin të karakterit senil, por të lindura si rezultat i një tu-

mori cerebral. Për këto arsyet pacienti, me një herë dërgohet pranë klinikës sonë, ku mbas 6 ditëve bëri *exitus letalis*.

Reperti anatomopathologjik konfirmoi plotësisht diagnozën e tumorit frontal të hemisferit cerebral të djathë. Gjatë tumoreve cerebrale turbullimet psihike janë të shpeshta dhe mjaft polimorfë. Simbas të dhenave të autorëve të ndryshëm ato takohen në 60-90% të rasteve (Korst, Gozzano, Popov, Preza — Vehbiu). Turbullimet psihike mund të jenë shpesh herë, paralajmërueshet e para tës emundjes. Ato, në fazën e parë të zhvillimit të procesit tumoral, shpesh herë ngatrocnjë mjekun në përcaktimin e një diagnoze të saktë. Në në rastet që patëm në studim, turbullimet psihike si simptome fillestare i kemi takuar në 6,5% të tyre, ndërsa si simptome shqëruëse në 57%.

Shpesh herë këto çtagje psihike interpretohen si simptome të një semundje psihike dhe si të tillë këta të sëmurë gabimisht shtrohen në repartet ose spitalet psikiatrike.

Turbullimet psihike, paraqiten në forma të shumëlojshme dhe mjaft të ndërlikuara. Nga më të shpeshtat e tyre janë: turbullimet e karakterit të humorit, aktivitetit, emocioneve, vendlindjes dhe intelektit, të cilat duke u gërshtuar njëra me tjetrën, na jepin përshtypjen disa herë të një gjendjeje depresive, herë të tjera imitojnë gjendjen hypomanjakale, psikopatinë, skizofreninë etj.

Një simptom tjeter, që takohet gjatë tumoreve cerebrale janë konvulsionet.

Epilepsi e quan semundjen e tij i sëmuri A. P., i cili ishte i shtruar në klinikën tonë më 22.II.1964 me NK = 1328, sepse ashtu ajo manifestohet dhe për një vit rrjesht si e tillë diagnostikohej dhe kurohej. Semundja filloi pa pritur, me mpirje të dorës dhe të këmbës së majtë, atij i dukej sikur këto anësi i përshtkonte rryma elektrike ose sikur ia çponin gjembat. Në fillim, këto kriza ishin mjaft të rralla dhe i vazhdonin disa sekonda deri në një minutë.

Por mbas 3 muajve, ato u shpeshtuan dhe filluan të shqërohen me konvulsione klonike në të njejtat anësi. Mbas 5 muajve, konvulsionet ndryshuan karakterin e tyre lokal, ato muar karakter të përgjithshëm dhe shqëroheshin me humbje të vetëdijës. Kështu pacienti në fillim u mjekua për epilepsi. Por vetëm atëherë kur gjendja e të sëmurit u rëndua, kur ay filloi të ketë të vjella dhe dhimbje të vazhdueshme të kokës, mendimi klinik ndryshoi dhe u përqëndrua drejt një procesi progreduës ekspansiv cerebral. Gjatë qëndrimit të tij në klinikën tonë, tek ay u vunë re atake konvulsive të karakterit jacksonian me manifestime sensitivomotore që përqëndroheshin në anësit e majta. Rezultatet e të dhenave klinike dhe laboratorike, treguan natyrën e procesit irritativ, (tumor regio Rolandik i hemisferit të djathë). Krizat konvulsive Jacksoniane, shpesh herë janë sinjalë fillestare, të cilat flasin për lindjen dhe zhvillimin e procesit neoplazik. Karakteri i tyre mund të jetë i shumëlojshëm dhe mvarret nga lokalizimi i procesit patologjik. Konvulsionet, mund të janë disa herë të karakterit sensitiv dhe më shpesh mund të kenë karakter motor.

Simbas autorëve të ndryshëm, ataket jacksoniane sensitive, shpesh herë konfondohen dhe interpretohen gabimisht si kriza të angina pectoris ose si pasojë vaskulare etj. Ndërsa ataket jacksoniane motore, shpesh konsiderohen si kriza të epilepsisë. Për të eviuar këto gabitac, gjithmonë duhet të orientohemi dhe të bazohemi në rezultatet e elektroenzefalografisë, pneumoencefalografisë dhe të angiografisë cerebrale (Arutjunov, Po-

pov, Filimonov, Gozzano, Valobrav, Savy). Në 78 rastet të studjuara nga ana e janë në këtë simptom fillestare e takuar në 13% të tyre.

Shpesh janë rastet me tumore të këndit ponto-cerebellar dhe i ë trurit të vogël ku fillimi i tyre çfaqet me zhurmë në vesh

Kështu p.sh. pacientja K. Gj., shtruar në klinikën tonë më 30.XI.1964 me NK = 9265, tregon se sëmundja i filloj gradualisht që një vit përpara, me një zhurmë shqetësonjëse në veshin e majt. «Zhurma në vesh në fillim ishte e dobët dhe çfaqeje me intervale, por me kalimin e kohës intensiteti i saj u rrit dhe u bë e vazhdueshme. Zhurma i përmgjiste asaj të gjinkallës ose asaj të ujtit kur bije në zjarr». Më vonë këtë simptomë e shqeruan dhe shënja të tjera, si dhimbja e kokës, të vjellat, të cilat e detyruan të shtrohet në spital. Nga të gjitha ekzaminimet e kërkua, rezultoi, se zhurma në vesh të sémurës i shkaktohej nga neurinoma e këndit ponto-cerebellar të majt, gjë e cila u vërtetua nga rezultatet e operacionit.

Tumoret cerebrale, mund të fillojnë edhe me shënja të tjera si të mrrurit mëndësh, ulja e shikimit, ndryshimi pozicionit të kokës, pasiguri e ecjes, ndryshime të pulsit dhe të tensionit arterial etj. Të gjitha këto simptome përshtohen nga autorë të ndryshëm në forma dhe aspekte të ndryshme, ku në qdo klinikë neurologje takohen në përqindje të ndryshme. Në raste shumë të rralla, janë konstatuar edhe tumore me simptomatikë të heshtur, të cilat janë zbuluar gjatë ekzaminimeve oftalmologjike ku kanë treguar praninë e stazës papilare të nervit optik, ose gjatë ekzaminimeve elektroencefalike ku janë zbuluar disa herë valët bioelektrike patologjike ose gjatë ekzaminimeve të tjera të kontrastit, të cilat kanë treguar prezencën e tumorit cerebral.

## KONKLUSION

1. Simbas të dheneve të literaturës dhe observacioneve tona, simptomet fillestare të tumoreve cerebrale, më shpesh vihen re ato të sindromit hipertensiv endokranik: kështu ne kemi takuar me céfale 59%, të vjella 40%, stazë papilare 57%, atake konvulsive 13%, marije mëndësh 25%, zhurmë në vesh 8%, turbullimë psiqike 6,5%, ulje të shikimit dhe fenomene parkinsonizmi 1% të rasteve.

2. Për të pasur rezultate sa më të shpejta dhe të kënaqëshme për prognozën e të sémurit, është e nevojshme që këto simptome fillestare të studjoherë mënyrë komplekse dhe të verifikohen sa më parë me anën e metodave të kontrastit.

## BIBLIOGRAFI

1. Arutjunov A. I. «Problemi neirokirurgii sbornik trudov» tom. III. V. 1957.
2. Filimonov I. A. (Nervnie bolezni) «Opuholl nervnoi sistemi» 369-404 v. 1955.
3. Gozzano M. Trattato delle malattie nervose «tumori endocranici». f. 344-308. Torino 1959.
4. Korjanskij G. P., Razdolskij I. Ja. «Rukovodstvo po nevrologi» (opuholi nervnoi sistemi) Tom. V medgiz 1961.
5. Korst L. G. «Opuholi temenjnih doljnjih mózga» medicina 1964.
6. Popov N. A. «Vnutriçerepniye opuholi» Medgiz 1961.
7. Preza B. «Semiotika e sémundjeve nervore» sindromi hipertensionit endokranik. F. 386-395 V. 1964.
8. Preza B., Vehbi Y. Buletin i shkencave mjekësore Nr. 2 viti 1964. «Turbullimet psiqike në tumoret cerebrale» F. 30-42.

8. Savy P. *Traité de thérapeutique clinique* «Bases cliniques du traitement des tumeurs cérébrales f. 1830-1854.
9. Paris 1932.
10. Valobra N. *Malattie nervose patologica e clinica* «Tumori endocranici f. 330-455.
11. Torino, 1953.
12. Mađor H. G. *Učebnik nervnih boleznjei* (opuholi golovnovo močga f. 419-438 v. 1948)

### (Summary)

#### INITIAL SYMPTOMATOLOGY IN SOME CASES OF BRAIN TUMORS

From literature data and from the study of 87 cases of brain tumors in our clinic during the two last years, our attention was drawn by a problem, which we find necessary to discuss.

From the studies made in this direction it results that: cerebral tumors can present the following initial symptoms: headache 59%, vomiting 40%, pupillary stase 57%, vertigo 25%, convulsive accesses 13%, psychic troubles 6.5%.

From these data it can be seen that even in cases with clinical picture resembling that of some other disease, doctors should bear in mind the possibility of a brain tumor.

## MJEKIMI I MENINGITEVE PURULENTE

MYFTAR MUÇO

(Katedra e sëmundjeve infektive-epid. Shef. Prof. N. Bushniku)

Duke marrë parasysh pasojat e rënda të meningiteve purulente si vërim, shurdhim etj. duhet të bëhet diagnostikimi dhe mjekimi në kohën e duhur (1, 2, 4, 5, 8, 12).

Letaliteti para seroterapisë arrinte në 70-90% (7, 18), mbas përdorimit të saj në 30-50% (18) dhe në raste të veganta në 15-25% (7), ndërsa para përdorimit të streptocidit 40% (1, 4, 14) dhe mbas tij në 5-10% (7, 18). Sot letaliteti është ulur akoma më shumë si rezultat i përdorimit të penicillines dhe sulfamideve (14).

Sulfamidet në mjekimin e meningiteve epidemike dhe purulente janë përdorur nga autorë të ndryshëm (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.). Kështu p.sh. sulfidina, sulfasoli, sulfadimesina, noreulfasoli jepen në skema të ndryshme nga autorë të ndryshëm deri në normalizimin e likuorit (1, 2, 7, 9, 10). Doza e përgjithështme e sulfadiasinës, sulfatiasolit, sulfasclit arrin në 20-35,0 (9), kurse norsulfasoli në formë të rënda 40-50,0 (13). Temperatura bie ditën e dytë të përdorimit të sulfamideve dhe normalizohet ditën e katërt, shuheshenjat meningiale dhe mbas 5 ditë likuori qartësohet njëkohësisht, shuheshenjat klinike (2, 9, 10).

Në mjekimin e meningitit cerebrospinal epidemik dhe purulent gjërësisht përdoret penicillina (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). Penicillina është përdorë me rrugë intramuskulare ose endovenozë në doza të ndryshme duke e ndarë dozën ditore në 3-4 porcione (2, 3, 4, 9). Në format e rënda doza ditore dyfishohet ose trefishohet (3, 10). Mjekimi me penicillinë vazhdon deri në shuarjen e shenjave klinike dhe në normalizimin e likuorit cerebrospinal (1, 3, 4). Ka autorë që penicillinën e përdorin edhe endolumbar dy tre ditët e para në doza të caktuara (1, 2, 4, 5, 7, 10). Simbas M. Mesinit injektimi endolumbar i penicillinesës është lenë, mbasi përvëç reaksioneve alergjike dhe infeksioneve sekondare sasija që shtiem nuk harrin koncentrimin e deshëruar e mund të sjellë dhe komplikacione të rënda deri në vdekje (15). Nga autorë të ndryshëm rekomandohet kombinimi i penicillinesës me sulfamide (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15). Për disa ky mjekim është bazë në meningitet purulente (12, 15).

Përvëç penicillinesës dhe sulfamideve rekomandohet dhe përdorimi i kortikopreparateve, sidomos në meningokokseminë në doza të caktuara myartësisht nga graviteti i semundjes (8, 15, 16, 17, 18). Ka autorë që kanë përdorë streptomycinë, biomicinë (5), tetraciklinë, terramicinë (2) levonacicinë (8) kloramfenikol me efekt të mirë (11) në maringitin epidemik, në meningitin nga pneumokoku përdoret penicilinë (4) ose eritromicinë, e cila vepron edhe në meningilet streptokokksike (11).

## KATUISTIKA

Studimi i materjalit tonë bazohet në 18 kartela klinike, raste këto të shtruara në klinikën e semundjeve infektive të të rriturve gjatë periudhës 1959-1964, përjashtohet viti 1961 gjatë të cilët nuk kemi pasur raste me meningit të qelbëzuar. Materjali është përpnuar simbas seksit, moshës, ditëve të shtrirnit, formave klinike, ditëve të qëndrimit, simbas grupeve të mjekimit me antibiotikë, 2) me antibiotikë plus sulfamidë, 3) me antibiotikë plus sulfamide plus kortizonikë dhe 4) me antibiotikë plus kortizonikë.

Në klinikën e semundjeve infektive të të rriturve të spitalit civil Nr. 1 janë shtruar gjithësejt gjatë periudhës 1959-1964, 18 të sëmurë me meningit të qelbëzuar.

Nga të 18 rastet kanë qenë burra 5 dhe gra 13, d.m.th. në përqindje respektivisht 27.78%, dhe 72.22%. Simbas moshave: 15-25 vjeç 6 raste, 26-35 vjeç 7 dhe mbi 35 vjeç 5 raste. Simbas vjetëve janë shtruar më 1959 — 3 raste, në 1960 — 5, më, 1962 — 3, në 1963 — 1 dhe më 1964 — 8 raste. Nga qyteti kanë qenë 13 raste edhe nga rrëthi 5.

Diagnoza *meningitis purulenta* është vënë duke u bazuar në anamnëzën e semundjes, kuadrin klinik (shif pasq. Nr. 1).

Pasqyra Nr. 1

Simptomet klinike	Numuri i të sëmurëve të ekzistuar	Numuri i të sëmurëve me simptome përkatëse	përqindje
Fillimi i shpejtë brusk	18	16	88.88
Temperatura e lartë	18	15	83.33
Temperaturë subfebrile	18	3	16.66
Të dridhura	18	14	77.77
Dhimbje koke	18	13	72.22
Të vjella	18	11	61.11
Dhimbje muskulature e mezi	18	10	55.55
Hiperemi e fytyrës	18	13	72.22
Fenomene këtaralc	18	6	33.33
Shenja meningeale	18	17	94.44

Diagnoza klinike u vërtetua edhe nga ana e likuorit cerebro-spinal, i cili rezultoi i turbullit në 15 raste me alteracione karakteristike, në tre raste doli i kjartë si rezultat i fillimit të hershëm të antibiotikëve. Likuori i të sëmurëve në hyrje kishte këto të dhëna mesatare: pandi me 3-4 kryqe, albumina 2.20%, glukoza në të gjitha rastet brenda caqeve normale ose lehtësisht e ulur në krahasim me normën, kloruret në shifra normale, citozë e rritur në të gjithë të sëmurët me predominim të polinukleareve. Përsa i përket të dhënavë të gjakut për çdo të sëmurë leukocitoza ishte e lartë mezatarisht 16500 me neutrofili dhe eritrosedimentacioni të rritur me satarisht 33 mm. në orë. Theksojmë se eritrosedimentacioni ka vazhduar të rritet në krahasim me shifrat fillestare në 10 raste edhe mbas fillimit të mjekimit, me gjithë se leukocitet kanë pasur tendencë të ulen. Përsa i përket shkaktarit etiologjik, mbylljet e likuorit në pesë raste që u bënë rezultuan negativ. Faktoret që kanë ndikuar në rezultatet negative të likuorit kanë qenë fillimi i hershëm i antibiotikëve qysh në shtëpi në tre

raste, mënyra e marrjes së likuorit dhe quarja në laborator bakteriologjik për mbjellje (duke u nisur nga fakti se shkaktari është shumë sensibel në qimbjentin e jashtëm). Të sëmurët janë shtruar: ditën e 1-3-të, katër raste, ditën e 4-5-të gjashtë, ditën e 6-8-të pesë dhe ditën e 9-të e mbi të sëmundjes tre raste.

Rastet simbas rëndësishëm qenë të lehtë 1, të rëndë 6, shumë të rëndë 11, në gjendje subkomatoze 2 dhe në gjendje komatoze 5 raste. Të sëmurët janë trajtuar me antibiotikë të ndryshëm sulfamide dhe kortizonike. Nuk kemi pasur mundësi të krijonim grupin e përdorimit të sulfamidave, me qenë se të sëmurët tonë kanë ardhur në gjendje të rëndë dhe na është dashur të përdorim rrenjëherë antibiotikët. Antibiotikët e ndryshëm që citohen më poshtë në grupet e mjekimit nuk i janë dhënë në mënyrë të njëkohëshe me çdo të sëmuri.

Simbas grupeve të mjekimit të sëmurët i komi ndarë në katër grupe:  
1) Grupi i mjekuar me antibiotikë i përbërë nga katër raste, prej të cilëve një në formë të lehtë, dy të rëndë dhe një shumë të rëndë. Në këtë grup janë përdorur (penicilina, streptomicina, biomicina, kloramfenikoli dhe tetraciklina). Antibiotikët me spektër të gjërë veprimi janë përdorur me rrugën parenterale 4-5 ditët e para me qenë se gjendja e rëndë e të sëmurëve nuk lejonte përdorimin për os në doza të zakonshme, penicilina në doza 1.600.000 deri 2.400.000 unite e fraksionuar. Me përmirësimin e gjendjes së të sëmurëve penicilina është ulur gjer në 400.000 unite në ditë. Mjekimi me antibiotikë ka vazhduar mesatarisht për çdo të sëmure 17 ditë. Përmirësimi i të sëmurëve është shprehur në normalizimin e temperaturës ditën e 3-të të mjekimit, në ndërprerjen e të vjellave ditën e 3-4-të, në zhdukjen e shenjave meningeale ditën e pestë, ndërsa dhimbjet e kokës ditën e 13-të të mjekimit, në një rast dhimbja e kokës ka vazhduar gjer në kohën e daljes. Në këtë grup vdes një i sëmure ditën e pestë të shtrimit. Qëndrimi mezatar për çdo të sëmure 27 ditë.

2) Grupi i mjekuar me antibiotikë e sulfamide përfshin dy raste nga të cilët njeri me formë të rëndë dhe tjetri me formë shumë të rëndë. Në këtë grup janë përdorë streptomicina në dozë të zakonshme, penicilina në doza 1.600.000 — 2.400.000 unite në ditët e para dhe më vonë në doza 400.000 ose 500.000 unitete në ditë. Përdorimi i antibiotikëve ka vazhduar mezatarisht 21 ditë, ndërsa sulfamidet nga tre ditë për sejcilin në doza 5,0 morsulfasol dhe 2,0 sulfapirasol për os. Njeri nga të sëmurët u përmirësua, kurse tjetri vdiq ditën e tretë, të vjellat u ndërprenë ditën e 3-të, shenjat meningeale ditën e 9-të të mjekimit, të sëmuret kanë qëndruar mezatarisht nga 43 ditë.

3) Grupi i mjekuar me antibiotikë plus sulfamide plus kortizonikë përfshin tre raste me forma shumë të rënda. Në këtë grup u përdor penicilina mezatarisht në ditët e para 1.200.000 unite më vonë doza 400.000 unite, streptomicina në doza të zakonshme, sulfamidet (sulfatiazoli 5,0-6,0 në ditë) mezatarisht 6-7 ditë dhe kortizonikë në dy raste ultrakorten 3 ditët e para nga 2 x 25 miligr. në ditë, më vonë deltakorten 5-6 tabletë në ditë për 11-12 ditë duke e ulur dozën gradualisht dhe në një rast ACTH nga 20 unite për dy ditë. Antibiotikët u përdorën mesatarisht për çdo të sëmure 21 ditë. Në këtë grup temperatura ulet mesatarisht ditën e 5-të, të vjellat ndërriten ditën e 2-3-të, shenjat meningeale ditën e 4-5-të dhe dhimbjet e kokës ditën e 7-të të mjekimit. Qëndrimi mesatar për çdo të sëmure ka qenë 40 ditë.

4) Grupi i mjekuar me antibiotikë plus kortizonikë përfshin 9 të sëmure nga të cilët 3 me forma të rënda dhe 6 me forma shumë të rënda.

Në këtë grup u përdorën penicilina në doza 2.400.000-3.200.000 deri 8.000.000 unite në ditë gjatë ditëve të para, në dy raste me rrugë intraveneze me përmirësinë e gjendjes së pacientëve, doza e penicilinës u paksua në 400.000 unite. Penicilina është përdorur mesatarisht për çdo të sëmurë 13-14 ditë; u përdor gjithashtu streptomicina, eritromicina, vulkamicina, tetraciklina, ambromicina në doza të zakonshme për os ose parantërisë simbas gjendjes të sëmurëve për 12 ditë mesatarisht. Përsa i përket kortizonikëve u përdorën prednizoloni, deltakorteni nga 8-8 kokëz në ditë, si edhe ultrakorteni 50 miligramë në ditë për 6-7 ditë mesatarisht. Në këtë grup temperatura normalizohet ditën e 3-4, të vjellat ndërpriten ditën e 3-4-të, shenjat meningiale zhduken ditën e 4-të dhe dhimbjet e kokës ditën e 6-të të injekimit. Qëndrimi mezatar për çdo të sëmurrë 28 ditë.

Përdorimi i penicilinës endolumbale është bërë vetëm në tre të sëmurë, nga një herë ditën e parë të shtrimit kur kemi bërë punkcionin lumbar për qëllime diagnostike, në doza 50.000 unite. Në këto raste është përdorë penicilinë e kristalizuar.

Përveç antibiotikëve, sulfamideve dhe kortizonikëve në të gjitha rastet është përdorë mjekimi për ngritjen e rezistencës, mjekimi simptomatik dhe mjekimi kundra komplikacioneve.

Kriteri që është ndjekur për të nxjerrë të sëmuret nga spitali ka qenë shërimi i plotë klinik i tyre dhe normalizimi i likuirit cerebrospinal.

Vdekjet në 18 raste qenë 22.22%. Autopsia e bërë në tre raste vuri në dukje meningitin e qelbëzuar.

#### DISKUTIM:

Në qoftë se do të krahasojmë rezultatet simbas grupeve të mjekimit, duhet theksuar se më të mira i kemi pasë në grupin e katërt, megjithëse të sëmuret kanë qënë në formë të rënda. Të gjitha indekset e përmirësimit të gjendjes së përgjithëshme si temperatura, të vjellat, shenjat meningiale, dhimbjet e kokës të këtij grupei janë normalizuar më shpejt. Prej këndej del konkluzioni shumë i rëndësishëm në mjekimin e meningiteve purulente, se rezultati i mirë varet nga diagnostikimi dhe shtrimi i hershëm i të sëmureve, si dhe nga mjekimi intensiv dhe në kohën e duhur.

#### KONKLUSIONE

Nga studimi i 18 kartelave klinike me meningit të qelbëzuar nxjerrim këto konkluzione:

- 1) Nga të 18 rastet kanë qënë: forma të lehta 1, forma të rënda 6 dhe forma shumë të rënda 11, në gjendje subkomatoze 2 dhe gjendje komatoze 5 raste.
- 2) Rezultate më të mira të mjekimit u paraqitën në grupin e katërt.
- 3) Rezultati ose suksesi i mjekimit varet nga diagnostikimi dhe shtrimi i hershëm i të sëmureve, si edhe nga fillimi i mjekimit intensiv në kohën e duhur.

(Paraqitur në redaksi më 27-XI-1965)

## BIBLIOGRAFI

1. Billbin A. F. i Bunin K.V. -- Kurs infekcionih boleznij 1956, f. 253-254 «Mjekimi i meningitit cerebro-epidemik».
2. Billbin A. F. Učebnik infekcionih boleznij 1964, f. 270-272 «Mjekimi i meningitit cerebrospinal epidemik».
3. Bunin K. V. Kratkoje rukovodstvo po vazhdnejšim ostrim infekcionim boleznjam 1956, f. 134. «Mjekimi i meningitit cerebro-spinal epidemik».
4. Bunin K. V. Infekzionie bolezni 1961, f. 433, 436-437. «Mjekimi i meningitit cerebrospinal epidemik dne purulent».
5. Danilević M. G. Ostrie detskie infekcii 1960, f. 380-381. «Mjekimi i meningitit cerebro-spinal epidemik».
6. Einführung in die innere Medizin 1960, f. 652. «Mjekimi i meningitit purulent».
7. Ivashenecov G. A., Tushinski M.D., Bashenin V. A., Danilević M. G. Kurs infekcionih boleznij 1961 f. 349-350. «Mjekimi i meningitit cerebrospinal epidemik».
8. Kratki spravočnik врача — Infekzionista 1963, f. 150-153, Bunin K. V. «Mjekimi i meningiteve purulente».
9. Kimioterapija infekcionej boleznij 1958, f. 290-302 Billbin A. F. «Mjekimi i te sémurëve me meningit cerebrospinal epidemik».
10. Lečenije infekcionih bolnih, pjesa e II-të 1953, f. 181-188 Rudnjev G. P. «Mjekimi i te sémurëve me meningit cerebrospinal epidemik».
11. Marianna Messini — Terapia clinica 1960 f. 378-3796. «Mjekimi i meningiteve purulente».
12. Mihejev V. V. Nevzorova T. A. Nervnie i psihicheskie bolezni 1953 f. 182-184. «Mjekimi i meningitit epidemik dne purulent».
13. Minkević I. A. Infekcione bolezni 1954 f. 363-366. «Mjekimi i meningitit cerebrospinal epidemik».
14. Nasov S. D. Učebnik detskih infekcionih boleznij 1961, f. 210-211. «Mjekimi i meningitit cerebrospinal epidemik».
15. Prokazka Jar. Kroo A. C. Sovjetskaja Medicina Nr. 2, 1965, f. 72-76. «Mjekimi i meningiteve purulente».
16. Roversi Manuale medico di diagnostica e terapia III edizione 1964, f. 361-362. «Mjekimi i meningitit noga meningokoku».
17. Trattato di medicina interna 1955, f. 92-99. «Mjekimi i meningitit».
18. Tolentino P. Malattie infettive 1961, f. 217-218. «Prognoza dne terapia e meningitit cerebrospinal».
19. Toporkov F. M. Infekzioni bolezni 1950 f. 318. «Mjekimi i meningitit cerebro-spinal epidemik».

(Summary)

### TREATMENT OF CEREBROSPINAL MENINGITIS

18 cases of purulent meningitis, studied from case histories in the infectious section of the Nr. 1 Tirana Hospital are discussed. From them 5 were men and 13 women over 15 years of age. According to the severity 1 case can be considered light, 6 severe and 11 very severe. According to the treatment received they can be divided as follows: 1) patients treated with antibiotics; 2) patients treated with antibiotics plus sulphonamides; 3) patients treated with antibiotics plus sulphonamides plus cortisones; 4) patients treated with antibiotics plus cortisone. In the author's opinion the best results are obtained in the fourth group.

## VATRA TË ANKILOSTOMOZËS NË FUSHËN E TIRANËS (KOMUNIKIM)

NIKO GJINI, JORGJI ADHAMU, TERASET GAGANI

(Laboratori Qëndror i Prodhimeve dhe Kërkimeve Mikrobiologjike,  
Drejtor Hulo Hadëri.

Në vëndin t'oni janë përshkruar vetëm dy raste me ankilostomoze (N. Dushniku 1956, 1958, diagnoza mikroskopike bërë nga L. Benusi). Të dy këta raste kanë qënë me profesjon bujqë dhe nga fshati Hallias i rrëthit të Tiranës.

Ky fshat është i vendosur në fushën e Tiranës, në veriperëndim të qytetit. Banesat janë të shpërndara nëpër fushë, të veçanta ose në grupe të vegjël. Popullsia merret kryesisht me kultivimin e perimeve. Tokat janë të ulta dhe nën ujë.

Duke u nisur nga këto të dhëna vendosëm të bëjmë një anketë për të sgruar gjëndjen.

Në dhjetor 1960 dhe janar 1961 u kontrolluan për veze helmintash ekskrementet e 221 personave, natyrish duke përfshirë edhe dy familjet në të cilat figuronin rastet e sipërme. Nga ky kontroll në 20 raste u zbuluan veze ankilostomidesh, dmth në 9,05% e të ekzaminuarve. Midis këtyre përfshihen dhe dy rastet e sipërme. U ekzaminuan parazitet e nxjerrë nga 6 vetë mbas dehelmintizimit dhe rezultuan *Ancylostoma duodenale* Dubini.

Me 1964 dhe 1965 u kontrolluan për veze helmintash ekskrementet e popullsisë të fshatit Leknas. Ky ndodhet në afërsi të Halliasit dhe ka të njëjtat karakteristika të terrenit. Popullsia merret kryesisht me bujqësi (kultivimi i perimeve përbën një sektor të rëndësishëm) ose me prodhimin e tullave e tjegullave, në fabrikë ose me dorë, profesjon ky i trashëguar nga brezat e mëparshëm.

U ekzaminuan 1.384 vetë dhe u zbuluan 19 raste me veze ankilostomidesh, ose 1,37% e të ekzaminuarve.

Kështu, në të dy fshatrat u kontrolluan gjithësej 1.605 vetë dhe u zbuluan 39 raste me ankilostomoze.

Të marrë simbas grup-moshave rastet ndahen kështu:

Mosha, vjeç	Raste	Mosha, vjeç	Raste
0 — 5	5	21 — 30	6
6 — 10	6	31 — 50	10
11 — 20	9	51 e larë	3

Të invaduar nga ankilostomide pra gjitmë në gjithë grup-moshat, si në të riturit ashtu në moshat shkolllore e parashkollore. Me moshë më të re kanë qenë dy fëmijë prej 2 1/2 vjeç, me moshë më të madhe një burë 81 vjeç.

Simbas seksit kemi: meshkuj 22, femra 17.

Simbas profesjonit rastet ndahen kështu: bujq (kultivonjës perimesh) 12, punëtorë tullash 8, me moshë të kaluar 1; shtëpijake 1, nxënës 10, fëmijë të moshës parashkollore 7.

Të gjithë rastet e konstatuar përfshihen në 9 familje, 4 prej të cilave në Hallias dhe 5 në Leknas. Tri prej familjeve të Halliasit dhe 4 prej atyre të Leknasit banojnë afër njera tjetrës, kuise dy familjet e tjera (një pér qdo fshat) janë të vendosura dikça më larg per në të nejtën lagje dhe jo në distancë të madhe prej tyre. Kemi të bëjnë pra me dy vatra, njera në fshatin Hallias që përfshin 20 raste në 4 familje që merren me kultivimin e perimeve dhe tjetra në Leknas që përfshin 19 raste në 5 familje që merren me prodhimin e tullave, profesjone të dy këta që e vënë njeriun në kontakt të ngushtë me tokën.

Po të shohim shtrirjen e infeksjonit brenda në familje na rezulton: në tri familje invazioni nga ankilostomide përfshin gjithë pjesëtarët, në dy familje me 6 dhe 7 frysme u zbuluan përkatësisht 5 dhe 6 raste, në dy të tjera me 7 dhe 9 frysme u zbuluan rga 3 raste, në një familje me 7 frysme 2 raste dhe në një me 5 frysme u zbulua vetëm një rast. Pra nga 60 frysme që përbëhen 9 familjet në të cilat ka hyrë infeksioni, në 39 raste ose 65,0% të tyre u zbuluan veze ankilostomidesh. Nga kjo vihet në dukje edhe karakteri familjar i përhapjes të ankilostomozes në këto vatra: mbassi ka hyrë infeksioni në një familje, gjen kondita të përshtatëshme pér tu përhapur brënda saj.

Në rrëthanat konkrete kjo është e kuptueshme: trualli rrëth banesave u gjet i ndyrë me fekale njerëzish. Në këtë truall kontakti i njeriut, sidomos i fëmijëve, me tokën e kontaminuar është i ngushtë. Vetë fakti që përveç të rriturve që merren me kultivimin e perimeve ose prodhimin e tullave ka edhe shumë fëmijë të moshës shkolllore e parashkollore të invaduar nga ankilostomide flet në favor të përhapjes së infeksjonit brënda familjes.

Rastet e sipërme, të zbuluar në të dy fshatrat, ankime të veçanta nuk paraqitnin, përveç ndonjerit që ankohej pér dhimbje jo të rëndësishme në epigastrium, disa paraqitnin një farë zbehje, por shumica ishin të shëndoшhë në dukje, pa ankime.

Nga ana e Laboratorit Qendror të Prodhimeve Mikrobiologjike (N. Gjini, materjale të pabotuara) janë bërë rrëth 14.000 ekzaminime ekskrementesh pér helminta në qytete dhe fshatra në rrëthe të ndryshme, veç këtyre dhe në disa miniera, por raste të tjera me ankilostomidoze nuk janë zbuluar. Raste të tillë nuk janë zbuluar as nga të shtruarit në spitalet e Tiranës (ekzaminimet kryer nga Laboratori i si-përmë).

Nga sa duket pra, ankilostomidoza nuk përbën një problem të rëndësishëm të helminologjisë, sikurse në disa vende të tjera, por megjithatë ka mundësi që të kemi vatra të tjera të kësaj sëmundje edhe në rrëthe të tjera, sidomos në punonjës që profesjoni i tyre i ekspozon më tepër kundrejt infeksjonit, sikurse punëtorë të tullave e tjegullave, kultivonjës të perimeve, minatorë etj. dhe familjet e tyre.

Prandaj duhen bërë kërkime më të imta në këto grupe njerëzish.

(Paraqitur në redaksi më 12-II-66)

## S I E L I O G R A F I

1. N. Dushniku: (1965) Shëndetësia Popullore Nr. 5 ff. 24-25.
2. N. Dushniku: (1958) Shëndetësia Popullore Nr. 3 ff. 37-40.

( S u m m a r y )

### A N K Y L O S T O M O S I S F O C I I N T H E V I C I N I T Y O F T I R A N A

Only two cases of ankylostomiasis have been observed in Albania in the past. Recently two foci of this disease were discovered in the vicinity of Tirana, one among vegetable cultivators the other among brick workers and their families; in all 39 cases. The parasites resulted to be *Ankylostoma duodenale*.

Mass surveys (about 14.000 examinations) conducted in different districts and in some mining centers of the country, as well as many examinations of hospital patients of Tirana revealed no new cases. Nevertheless the authors think that other small foci of the disease may exist in this country.

## SINDROMI CROSTI - GIANOTTI.

(*Acrodermatitis papulosa infantilis*)

MANTHO NAKUÇI

(Spitali Rrethit Durrës, drejtor F. Källigj).

*Acrodermatitis papulosa infantilis* ose *dermatitis populo-eruptiva acro-esposta infantum* ose si njihet sot në literaturën mjeksore Sindromi Crosti-Gianotti është një sëmundje që paraqet interes jo vetëm për dermatologët por edhe për pediatrët, ndoshta edhe për infeksjonistët dhe terapeftët. —

Kjo sëmundje për herë të parë është diagnostikuar në vitin 1953 nga dermatologu i Milano F. Gianotti, i cili më 1955 e quajti atë si një sëmundje *sui generis*. Më vonë Crosti e Gianotti (1965-1960) bënë përshkrimin e sajë më të plotë (3). Sëmundja është bërë e njojur edhe nga punimet e Kalnan, Duperrat e Puissant, Reich, Bojanov, Contini, Braun-Falcc, Rupec etj. (2, 3, 5).

Duke u nisur nga të dhënat e literaturës ne, përqëndruam vëmëndjen në disa të sëmurë që paraqisin nji kuadër klinik të ngjashëm me atë që përshkruhet nga autorët e sipërpërmëndur. Nga ana tjetër, duke u nisur nga rëndësia e problemit dhe nga fakti se në literaturën tonë mjeksore nuk kemi gjetur ndonji publikim mbi sindromin Crosti-Gianotti e pamë të arësishme të paragesim shkurtimisht rastet që kemi diagnostikuar këto dy vjetët e fundit në rrethin e Durrësit.

Crosti e Gianotti këtë lloj dermatiti e kanë vlerësuar si retikulo endotelite (1, 3) me erozjone hematogene papuloide të natyrës infektive, që godet fëmijët, shoqërohet me nji limfopati superficiale sistematike, me pak fenomene të përgjithëshme, e karakterizuar me nji evolucion subakut beginj, dhe mendohet të ketë origjinë virusale (3). Shënjat kryesore janë: 1. — Çfaqje e menjherëshme e ekzantemës. 2. — Kufizimi i ekzantemës në mënyrë absolute simetrike në anësítë. 3. — Ekzantema është e qartë monomorfe. 4. — Poliadenopatia e dukëshme ose e fshehtë (2).

Më shpesh preken fëmijët 9 muaj deri në 10 vjeç dhe rrallë mbi 12 vjeç. Shpesh shoqërohet me rinito-faringite, tonsilite, inflamacione të bronkeve dhe çrrregullimeve gastro-intestinale (2, 3). Elementet që dalin në lëkurë janë papula të vogla sa një thjerrzë (foto 1-2) me ngjyrë të kuqe vishnje, që të jepin përshtypjen e lëkurës së leopardit (2). Nga ndonjëherë elementet ndizen aq tepër sa që Reich (5) flet për një komponent hemorragjik dhe anon ta quaj atë si një purpura Crosti-Gianotti. (5). Mëlcia e zezë preket shpesh me këtë sëmundje. (3). Ajo zmadhohet 2-5 cm. nën harËun e brinjëve. Disa herë shoqërohet me ikter (3). Në serumin e gjakut vihet re rritja e transaminazave, SGOT dhe SGPT.

Të sëmurët me një kuadër klinik të tillë janë konstatuar edhe më parë tek ne, por janë quajtur me emëra të ndryshme si *eritema infeksjocum*, eritemë skarlatiniforme ose dermatite me natyrë të papërcaktuar.

Qysh nga qershori i vittit 1963 e deri në dhjetor të vitit 1965, kemi konstatuar 23 raste me sindrom Crosti-Gianotti. Kuptohet se në kushtet tona objektive nuk kemi pasur mundësinë që në çdo rast të shfrytëzojmë të gjitha testet diagnostike. Më e vështirë ka qënë kjo në fillim kur na mungonte literatura e mjafushme, prandaj për vënien e diagnozës jemi mbështetur kryesisht në kuadrin klinik dhe dekursin e saj. Megjithatë nuk na ka munguar ndihma e anatomo-patologëve tanë, të cilët në ekzaminimet histologjike kanë gjetur ndryshime të tilla që janë interpretuar për sindromin Crosti-Gianotti. Më në fund ne kërkuan ndihmën e vetë autorit profesor A. Crosti, i cili në bazë të ekzaminimit histologjik të biopsisë të dërguar nga ana jonë, konfirmoi plotësisht diagnozën dhe njëkohësisht na orientoi më mirë për këtë problem.

#### PËRSHIKIMI I RASTEVËS:

1. E sëmura E. B. vjeç 3 nga Shijaku. U paraqit për vizitë më datën 7/I/1965. Në bazë të ekzaminimit të përgjithësia u-vu diagnoza sindromi Gianotti-Crosti. Ekzaminimi histologjik me Nr. 3643 i bërë më datën 10/II/1965 nga prof. A. Crosti me ngjyrosje hemat + eozinë, (foto 3-4-5) shihet:

«Hipertekatozë e lehtë ortokeratozike me parakeratoze fokolare. Pjesë pjosë akantoze e lehtë me paraqitje pseudospongioze. Në dermën papillare dhe subpapillare edema të dukeshme. Në vezet e gjakut endotelite limfo-histocitare të qartë me infiltrim perivazal të përhapur. Në disa pika elemente infiltrative linfohistocitare kanë tendencë migrimi në pjesën malpigiane që paraqitet e rrëgullt. Në këtë zonë kufiri dermoepidermitik nuk është i qartë. Proçesi retikuloendotelik rezulton i qartë edhe përsa i përket anëve komunikante të gjakut.

Diagnoza histopatologjike: *Acrodermatitis papulosa Crosti»* Foto 3-4). I sëmuri u ndoq ambullatorisht prandaj analizat kopolmentare nuk ju bënë.

2. E sëmura E. S. vjeç 3 nga Durrësi, shtrohet në spital më datën 29/3/1965 me diagnozë M. Botkin (observacion). Nga anamneza rezultoi se fëmija para 4 muajsh ka kaluar M. Botnik. Gjëndja e përgjithësia e mirë vihat re një subikter, në ekstremitetet shihen disa elemente eritemo-pulcze. Mëlgja e zezë është e zmadhuar 3 cm. nën harkun e brinjëve, shpretkë 2 cm. nën harkun e brinjëve. Analizat Er. 3.780.000, Leuk. 6.400, eritrosend. 7/mm/orë. Formula leukocitare: N 70%, E 3%, B 0%, L 25%, M. 1%, Sh. 1%, Urina: Alb. neg. Bilirubin neg. Urob. pozitiv. Gjaku përpigmente biliare: Wan den Bergh direkte pozitiv i shpejtë, indirekte pozitiv i shpejtë. Bilirubinemia 12.80 mgr%. Mjekohet për *hepatitis viralis* me solucion glukoze vit. B<sub>12</sub>, Sirupus Simplicis dhe vitamina. Më datën 7/4/1965 na thirrën për konsultë në pediatri. Nga ana dermatologjike e sëmura paraqit elemente eritemo-papuloze dhe deskuamative që lokalizohen në ekstremet e poshitëme dhe më pak në krahë dhe në fytyrë. Në regionet inguinale preken linfoglandulat të zmadhuara sa një saçme. Mëlgja e zezë preket 2.5 cm. nën harkun e brinjëve, gjithashu edhe shpretkë. E sëmura 12 ditë më parë ishte paraqitur në poliklinikën e qytetit dhe ishte diagnostikuar nga ne me një kuadër klinik të qartë të sindromit Cros-

tí-Gianotti, por që mbas disa ditëve të sëmureës i ishte qfaqur një subiktor pér të cilin pediatri e kishte shtruar në spital me M. Botkin. Përvetë terapisë së marrë i u shtua tetraciklinë nga goja dhe miksture indiferente si mjekim të jashtëm. Më datën 10/4/1965 elementet erito-populoze janë më të zbeta. Në fytyrë ato janë zhdukur krejt. Në krahët duken gjurmë të tyre. Në këmbë dukej një regres i kuartë i elementeve të lëkurës. Limfoglandulat janë zvogëluar gati sa nuk preken. Mëlgia e zezë dhe shpretka preken një gisht nën harkun e brinjëve. Analizat më datën 17/4/1965: Bilirubinemija 3,2 mg%. Wan Den Bergh direkt pozitiv i lehtë, indirekte pozitiv i lehtë. Kadmiun negativ. Takata Ara negativ. Weltman I-8. Analizat datë 23/4/1965. Wan den Bergh direkt negativ. Indirekte negativ. Bilirubinemia 1,60 mg%. Iktéri eshtë zhdukur krejt. Ekzantema eshtë zhdukur gjithashu krejt. E sëmura del e shëruar mbas një muaj. Në këtë demonstrim vihet re qartë një paralelizëm i theksuar midis elementeve të lëkurës dhe qregullimeve të funksionit të mëlcisë së zezë.

Nga 23 raste që kemi vrejtur gjat kësaj periudhe 4 i kemi shtruar në spital, të tjerët i kemi mjekuar ambulatorish. Mosha më e vogël në rastet tona që preket nga kjo sëmundje eshtë 9 muaj dhe mosha më e madhe 10 vjeç. Sëmundja takohet në çdo stinë të vitit dhe pak më tepër në Pranverë. Nga ata janë: 15 femra dhe 8 meshkuj. Mesatarisht sëmundja u ka zgjatur 2 deri 6 javë. Nga shënjet e përgjithshme janë konstatuar temperaturë subfebrile, qregullime gastro-intestinalë, tonsilitë, bronkite, kruajtje etj. Në 5 të sëmure kemi konstatuar se pranë zjarrit ekzantema intensifikohet, në të ftotë zbehet. Në 7 raste eshtë konstavar shpërthimi i vullëshëm i ekzantemës, në 2 të tjera ekzantema ka filluar nga anësit e sipërmë, kurse në 2 nga regionet gluteale. Në tre raste kemi konstatuar se sëmundja i ka filluar pas vaksinës së lisë. Në një fëmijë 9 muajsh, sëmundja filloi tre ditë mbas vaksinës së lisë. Nuk janë konstatuar ndryshime të rëndësishme në gjakun periferik. Mëlgia e zezë dhe shpretka shpesh herë kanë qenë të rritura. Në tre raste që kemi mundur të kërkojmë transaminazat në serumin e gjakut kanë qënë mjaft të rritura. SGOT nga 250 u/cc deri 420 u/cc, dhe SGPT nga 236 u/cc deri 440 u/cc. Iktéri eshtë konstatuar në tre raste.

Për diagnozën diferenciale kemi patur parasysh si morbus Letterer-Siwe dhe mononukleozën infektive. Për të parën janë karakteristike dekuarsi i rëndë dhe kufizimi i elementeve kryesishët në trup, për të dytën janë karakteristike shenjat e sëmundjes akute infektive, ethet, leukoperişi. (6). Këto shenja kanë munguar tek të sëmuret tonë.

Në mjekimin e të sëmureve jemi nisur nga të dhënët e letetaturës. Në fillim kemi bërë mjekime simptomatike kurse më vonë sëpas Mashkilleisoni kemi përdorur dhe antibiotikë. (4)

Së perfundim mund të nxjerrim këto korkluzione:

- I. Sindromi Crosti-Gianotti takohet edhe në vëndin tonë.
- II. Megjithëse sëmundja në përgjithësi nuk kalon rëndë, vlen të kihet kujdes se shpesh preket mëlgia e zezë.

(Paraqitur në redaksi më 25/IX/1965)



Foto 1.

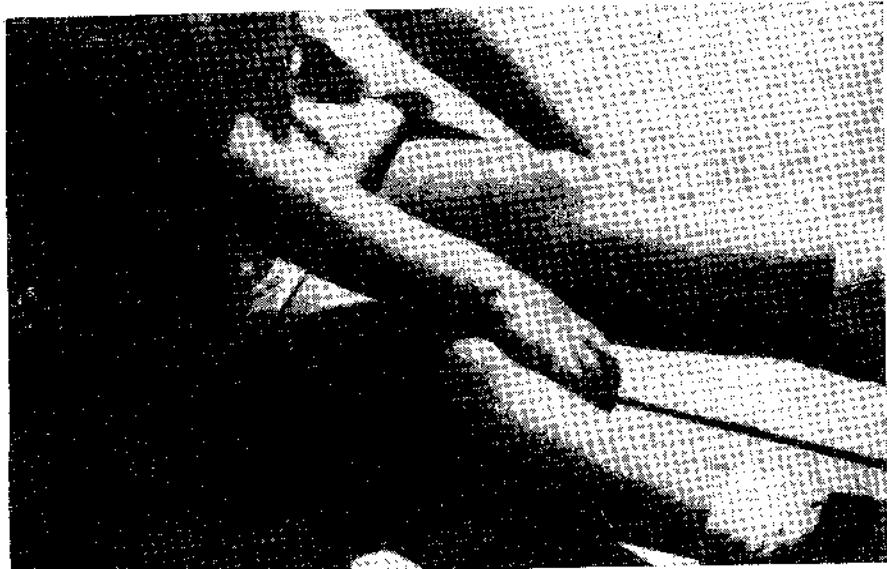


Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Arasijusov V. Ja, Golemba P. I. Nemodermii. 1964 f. 154-155.
2. Bojanov L. Bojanov B. Dimitrova L. Klinika i patogenetik sindroma Gianotti-Crosti. Vest. Derm. i ven. Nr. 2 1968.
3. Crosti A. Gianetti E. Ulteriore Contributo alla Conoscenza dell' acrodermatite papulosa infantile. Giorna. Ital. Derni. 105, 477-504. 1964.
4. Mashkilelsen L. N. Legenie i profil. Kozh. bolezni. 1964 f. 419.
5. Reich, das Gianotti sindroma. Der. Hautarz v 14 Nr. 7 f. 315-318. 1962.
6. Sutton P. Diseases of the Skin 1966, 657, 830.

(Summary)

## THE CROSTI-GIANETTI SYNDROME

(Acrodermatitis papulosa infantilis).

A short review is made of the literature data on the Crosti-Gianetti syndrome. 23 cases have been observed during the period 1963-1965. One of them was confirmed histologically by prof. A. Crosti. The author concludes that the disease exists in Albania. He notes that in two cases the disease was preceded by viral hepatitis. One of them had jaundice even during the development of the Crosti-Gianetti syndrome. In a 9 month old child the eruption appeared three days after the small-pox vaccination. The author points out the need of an early diagnosis of the case, as well as of special care directed mainly to the normal functioning of the liver.

## STUDIM MBI AKTIVITETIN NË SERUM TË TRANSAM NAZAVE GLUTAM NO-OKSALACETIKE DHE GLUTAMINO-PIRUVIKE.

KLEMENT SHTETO — DONIKA HASA — ENIS BULETINI —

Kim. VOJSAVA SINO

(Laboratori Biokimik Qëndror — Drejtor Klement Shteto)

Përaktimit të enzimeve intracelulare në serum, sot u kushtohet një rëndësi e madhe. Gjatë dëmtimit të një indi këto derdhen nji gjak duke shfuar aktivitetin rë serum. Për konstatimin e gjedhës së dëmtimit përdoret në bëckimin klinike përaktimi i aktivitetit serik të enzimeve të ndryshme siç janë: transaminazat glutamino-oksalacetike dhe piruvike, fruktozo-1-fosfat dhe fruktozo-2-fosfat aldolaza, ornitin karbamil transferaza, fosfoheksozoizomeraza, leucin amino-peptidaza, pseudokolinesteraza, glutation reduktaza, kreatinfosfokinaza, laktat-, sorbit-, malat-, glutamat-, izocitrat-, glukozo-6-fosfat dhe dehydrogenazat, etj.

Për sëmundjet e mëlqisë dhe të zëmrës, një rëndësi të dorës së parë ka përaktimi në serum i aktivitetit të transaminazave glutamino oksalacetike dhe glutamino piruvike. Transaminazat janë enzima që çvendosin grupin amin nga një alfa aminoacid tek një alfa ketoacid: transaminaza glutamino oksalacetike katalizon formimin reversibël të acidit glutaminik dhe oksalacetik me anë të kalimit të grüpuit alfa amin të acidit asparaginik në acidin alfa ketoglutarik, kurse transaminaza glutamino piruvike katalizon formimin reverzibël të acidit glutaminik dhe piruvik me anë të kalimit të grüpuit alfa amin të alaninës në acid alfa ketoglutarik. Transaminimi glutamino oksalacetik dhe glutamino piruvik deri sot njihet si transaminimi kryesor në indet e njeriut (36).

Tek njeriu normal aktiviteti i transaminazës oksalacetike në serum (që shkurtimisht shkruhet S.G.O.T.) është sipas Polonowsky-t (25) 10-40 unite. Sipas Pryse Davies dhe Wilkinson (36) 9-32 U, sipas Karmen (5) 8-10 U, sipas Nydick 5-40 U, sipas Wroblewski dhe La Due 5-40 U. (5), përsa i përket aktivitetit të transaminazës glutamino piruvike (ose S.G.P.T.) ky ndryshon midis intervaleve 5-35 sipas Polonowsky-t, 7-26 sipas Davies dhe Wilkinson (5) 5-35 U. Në përgjithësi merret si normë për SGOT 10-40 unite dhe për SGPT 5-35 unite. Tek fëmijët niveli i tyre është pak më i rritur vetëm në të porsalindurit (19).

Në sëmundjet e aparatit kardio-vaskular është vjenë rë rritje e SGOT në *Infarctus myocardii recens* 2-10-15 herë mbi normën. Këjo rritje fillojnë 5-8-12 orë pas infarktit bële edhe përparrë kritës ose qfaqjes së shënjave elektrike arrin maksimumin pas 12-24-36-48 orës dhe normalizohet nga ditë 4-5-6 dhe deri në ditën e 7-të sipas Wroblewsky e La Due, Karmen,

Agrees, Unbreit (citue nga 6) Beathaut (1) Siderenkov (31) Trushinsky (34) Wilkinson (36).

Afeksjonet e tjera kardio-vaskulare si p.sh. insuficiencia koronare kronike, insuficiencia kardiale kronike, infarkt miokardi i cikatrizuar, kriza të stezuo-kardisë, atherosclerosis, myocardiosclerosis nuk jepin rritje të SGOT në qoftë se nuk zhqërohan me lezione nekrotike të miokardit. Në miokarditet, perikarditet, endokarditet me lezione nekrotike të miokardit, rritja e SGOT normalizohet pas periudhës akute sipas Kattus, Wroblewsky dhe La Due, Karmen etj. (citue nga 6). Ngritje të SGOT mund të ketë edhe kur nuk ka lezione nekrotike p.sh. hypoksi (8) takikardi mbi 180 në minutë, emboli pulmonare, shok të zgjatur, hemolizë intravaskulare, cor pulmonale (36). Gjatë mjekimit me lëndë antikoagulante në sëmundjet kardio-vaskulare SGOT dhe SGPT mund të rriten, sepse këto lëndë kanë edhe një veprim hepatotoksik.

Përsa u përket sëmundjeve të mëlcisë, aktiviteti i SGOT dhe i SGPT mund të rritet për tri arësy: a) nga refluksi i enzimave prej bilës në gjak gjatë stazës biliare, të vërtetuar në eksperiment me mylljen e ductus choledocus, megjithëse ka hyperbilirubinemë pa rritje të enzimave në gjak. b) Nga mbiprodhimi funksional i tyre. c) Nga citoliza e shkaktuar prej lëndë toksike dhe nga infeksjonet, siç vërtetohen eksperimentalisht me tetraklorur karboni ose me inokulimin e virusave hepatotrophe nga Wroblewsky dhe La Due në 1955 (6). Rritja e aktivitetit përfshin të dy transaminazat sepse mëlcia është e pasur si në SGOT ashtu edhe në SGPT, dhe ngjet në:

1) Hepatitet infektive kryesisht në Morbus Botkin. Rritja e aktivitetit enzimatik ngjet përparrë çfaqjes së ikterit si edhe në format anikterike, fakt që ka rëndësi për depistimin dhe diagnostikimin e formave pa shenja klinike. (1, 9, 12, 17, 18, 33). Sa më shpejt të bëhet analiza aq më i lartë është niveli i rritjes së aktivitetit. Autorë të ndryshëm kanë vrejtë se këjo rritje mund të jetë deri disa dhjetra herë mbi normën (2, 18, 23, 24, 27, 29, 30, 32, 33, 35).

Përsa i përket raportit SGOT/SGPT që normalisht është një ose pak më shumë, shumica e autorëve si Rabitti, Cagli, Fumagalli, Gondar, Polonowsky, Fauvert dhe Boivin, Darnis dhe Dubrisay, Farina etj, gjejnë vlera më të rritura për SGPT dhe raportin më të vogël se një, kurse pak autorë si Wilkinson, Tarantola, Visman, Manoliu gjejnë SGOT më të rritur. Brauner (4) gjen në morbus Botkin raportin 0,39-0,92. Përsa i përket zhvillimit të më vonëshëm, aktiviteti i rritur i transaminazave zgjat 2-3 javë në format beninje dhe 5-6 javë në format e zakonshme. Zgjatja e mëtejshme flet për tendencë kronicizimi ase tendencë drejt procesit cirrotik (9, 10). Në recidivat aktiviteti rritet përsëri edhe përparrë se të riçfaqen shënjet klinike.

2) Në cirrozat hepatike aktiviteti i transaminazave rritet në periudhën aktive të cirrozes atrofike dhe në cirrozen biliare. (36). Këjo rritje është e moderuar dhe e pa qëndruarshme. Cachin dhe Pergola (10) nxjerrin si rritje mesatare 38 unitete për SGPT dhe 124 unitete për SGOT në 78 raste të studjuara prej tyre. Autorë të tjerë nuk gjejnë më tepër se 100 unitete (9) ase 200 unitete (18). Farina (14) dhe Furnagalli (15) vënë në dukje se në cirrozë nuk ka asnjë paralelizëm midis testeve të labilitetit kolloidal të serumit dhe rritjes së aktivitetit transaminazik.

3) Përsa u përket sëmundjeve të tjera, aktiviteti serik i transaminazave rritet në hepatitet toksike nga tetrakloruri i karbonit, nga klorpromazina, morfina, kodeina, salicilati dhe ulet pas zhdukjes së intoksikimit (36).

Rritet në mononukleozë infektive (150-300 unitete). Ka rritje të mode-ruar në ikter mekanik, në 50% të metastazave hepatike (75-100 unitete), në skizofreni (3), në toksemi, në leucemitë akute, kurse janë gjetur nor-male në leucemitë kronike.

Sipas Popova (28) në sëmundjet e sistemit nervor, aktiviteti transam-i-nazik në serum ka ndryshime të vogla. Në likuidin cerebro-spinal SGOT nga 7-15 unitete që është normalisht, arrin në tumoret 56 unitete dhe në meningomieltet në 28 unitete. Sipas B. Bruyet (7) rritja e aktivitetit të SGOT është 2-10 herë mbi normën në nderhyrjet kirurgjikale që përfshijnë muskujt e strijuar. Rritje të lëhta ka gjithashtu disa orë pas rrezzimit me rrëze X, në infarkte splenike, pulmonare, renale apo intestinale dhe në Ketoacidozë. Rritje të lehtë ka edhe në anemitë megaloblastike dhe fal-ciforme. Sipas Kost (22) në eritremi ka rritje të SGPT deri 90 unitete.

#### METODA E PËRDORUR DHE REZULTATEZ.

Punimi që po paraqesim, ka si qëllim të studjojë përcaktimet e aktivitetit të SGOT dhe SGPT të kryera në laboratorin Biokimik Qëndror në se-rumin e njerëzve praktikisht të shëndoshë që kanë dhuruar gjak në qën-drën e transfuzjonit dhe të të sëmurëve të shtruar në spitalet Nr. 1 dhe Nr. 3 me hepatite virusale (M. Botkin *cirrhosis hepatis* dhe *infarctus myo-cardii* në ditët e para të sëmundjes, kohë në të cilën nuk ka filluar akoma të duket ndikimi i mjekimit. Për të studjuar infarktet recidivues është studjuar edhe dinamika e përcaktimeve.

Si metodë përcaktimi e aktivitetit të SGOT dhe SGPT është përdorur metoda kolorimetrike Reitmann-Frankel S. (1958). Metodat e përdorura më tepër sot janë enzimatike dhe kolorimetrike. Metoda enzimatike ase absor-bimetrike e Karmen-Wroblewsy (1955), acidin oksalacetit të rezultuar për SGOT dhe acidin piruvik të rezultuar për SGPT, i redukton me DPNH res-pektivisht në acid malik dhe në acid laktik në prani të dehydrogenazave përkatëse. Ky proces enzimatik ndiqet me spektrofotometër në 340 mili-mikron. Metoda është e thjeshtë, por kërkon reagenta jo të qëndruarshëm që sintetizohen me vishtirësi. Metoda më e përdorur është ajo kolorimetri-ke e aplikuar për herë të parë nga Tonhazy, White, Unbreit dhe konsiston në matjen e të dy ketoacideve me anë të reakjonit ngjyronjës me dinitro-fenilhydrazinën.

Varjanti Reitmann-Frankel i përdorur prej nesh eviton dekarboksili-min me citrat aniline, nxjerrjen me toluol dhe centrifugimin përparrë foto-metrimit, preferohet nga shumë autorë (13, 16, 20, 21, 26).

Një unitet (që në sajë të metodës kolorimetrike i përgjigjet aktivitetit në një mililitër serum që cliron një mkg. acid piruvik në kushtet e cak-tuera të analizës) është gadi i barabartë me një unitet Karmen të metodës enzimatike që i përgjigjet zvogëlimi prej 0,001 për minutë të densitetit optik nga aktiviteti transaminazik në një millilitër serum gjaku. (5 cit.)

#### DISKUTIMI I REZULTATEVE

Janë bërë përcaktimet e aktivitetit të SGOT dhe SGPT në 40 dhru-ues gjaku, në 157 të sëmurë me morbus Belkin të shtruar gjatë periudhës qershori-gusht 1965; të SGOT në 55 të sëmurë me *cirrhosis hepatis* të shtruar gjatë periudhës janar-shtator 1965; të SGOT në 13 të sëmurë me

*infarctus myocardii recens* të shtruar gjatë periudhës shtator 1964 — shtator 1965.

A) Në të 40 dhuronjësit e gjakut: Në të gjithë niveli i aktivitetit të SGOT përfshihet në mes 10-35 unitete/ml/serum, dhe i SGPT në mes të 8-28 unitete/ml/serum. Këto vlera përfshihen brenda kufive të gjetur nga shumica e autorëve.

B) Në të 157 të sëmuret me *marbus Botkin*. Rezultatet e përcaktimit të aktivitetit të SGOT dhe SGPT në këto të sëmure përmblidhen në pasqyrën e më poshtme:

Pasqyra e aktivitetit të SGOT dhe të SGPT në të sëmuret me m. Botkin

	10—40 unitete		14—200 unitete		201—400 unitete		401—1400 unitete		
	nr. sëmureve	%	nr. sëmureve	%	nr. sëmureve	%	nr. sëmureve	%	
SGOT	8	5.1	66	42.03	55	35.04	28	17.80	I deri 35 herë mbi normën
SGPT	I	0.63	40	25.50	56	34.80	60	39.07	I deri 40 herë mbi normën

Vlerat e paraqitura janë ato të ditëve të para të shtrimit. Më vonë këto vijnë duke zbritur nën efektin e mjekimit dhe gjatë përmirësimit të sëmundjes.

Në përgjithësi vlerat e SGPT janë më të larta se sa të SGOT në akord me autorët Fauvert dhe Boivin, Polonowsky, Darnis dhe Dubrisay, Cachin dhe Pergola, Farina, Rabitti etj. Këto rezultate do të ishin dhe më të larta në qoftëse të sëmureve do tu përcaktohej aktiviteti transaminazik qysh në periudhën preklinike të cilën e kalojnë disa herë përparrë se të shtrohen në spital.

Niveli i SGOT dhe i SGPT shtrihet respektivisht deri 35 dhe 40 herë mbi normën, në akord me autorët Tolentino, Tarontola, Todor, Manoliu, Ponomariova, Rebenok, Borisova, Gondar, Niseviç, Farina, Rabitti.

C) Në të 55 të sëmuret me *Cirrhosis hepatis*. Rezultatet e përcaktimit të aktivitetit të SGOT përmblidhen në pasqyrën e më poshtme:

Pasqyra e përcaktimit të aktivitetit të SGOT në cirrhosis hepatis

	10—40 unitete		14—100 unitete		100—169 unitete		
	nr; sëmureve	%	nr. sëmureve	%	nr. sëmureve	%	
SGOT	14	24.45	26	47,25	15	27.30	

Siq shihet nga pasqyra afro 25% të rasteve janë brenda normës dhe afro 27%, mbi 100 unitete. Niveli më i lartë i gjetur arrin 169 unitete. Pra rritja është e moderuar dhe e paqëndrushme në përpunim me të dhënat e autorëve Fauvert dhe Boivin, Cachin dhe Pergola, Cagli, Gondar etj.

D) Në të 13 të sëmurrët me *infarctus myocardii recens*. Në pasqyrën e më poshtme përmblidhen përcaktimet e aktivitetit të SGOT dhe dinamika e tyre:

Pasqyra e përcaktimit të aktivitetit të SGOT në *Infarctus myocardii recens*

Ditët e përcaktimit të aktivitetit të SGOT pas fillimit të krisës

	I	II	III	IV	V, VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI
A. Z.	—	—	187	93 87	—	—	166	—	—	250	—	—	—	—	—
H. M.	47	—	444	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
N. T.	188	150	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
L. D.	242	—	103	—	—	53	—	33	—	—	—	—	—	34	—
T. B.	110	—	—	66	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Q. G.	—	69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	47	—	41
D. K.	114	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—	—	—
Q. R.	—	—	61	—	59 55	72	—	171	188	222	256	270	308	—	—
E. N.	172	157	125	—	—	55	—	—	—	—	—	28	—	—	—
M. M.	—	282	301	298	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F. P.	144	—	—	—	—	—	—	44	—	37	—	—	—	—	—
H. B.	—	—	67	43	—	—	—	—	—	—	63	—	55	29	—
S. G.	211	—	—	—	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) Siç shihet nga këjo pasqyrë niveli i aktivitetit të SGOT në asnjë rast nuk ka vlera brenda normës nga dita e parë gjëri në ditën e gjashtë, në përputhje me të dhënat e Wroblesky dhe La Due, Karmen, Umbreit, Agrees, Ostrosky, Wilkinson, Berthaut, Siderenkov, Trushinsky.

2) Dy rastet me nivelin më të lartë 301 unitete (M. M.) dhe 308 unitete (Q. R.) përfunduan në exitus.

3) Në dy rastet me ngritje të thekësuar të nivelit të SGOT pas periudhës akute të fillimit ishte fjala për një infarkt të ri (recidivonjës) me dekurs fatal (A. Z. dhe Q. R.)

#### KONKLUSIONE

1) Oshilacionet e aktivitetit të SGPT qysh në fillim të sëmundjes së hepatitit viral kanë një amplitudë më të gjerë dhe më specifike se oshilacionet e aktivitetit të SGOT.

2) Përcaktimi i aktivitetit të SGOT dhe SGPT në dhuronjësit e gjakut vlen për depistimin e hepatitit viral.

3) Përcaktimi i aktivitetit të SGOT në *cirrhosis hepatis* është një test që ndihmon në pasqyrimin e përparimit të sëmundjes, megjithëse rritja është e moderuar dhe e pagendrushme.

4) Aktiviteti i SGOT është i rritur në ditët e para të infarktit të miokardit dhe shërben si test me rëndësi për vendosjen e diagnozës dhe për prognozën e sëmundjes.

(Paraqitur në redaksi më 10/II/1966)

## BIBLIOGRAFI

- 1) Berihaut P. — Les enzymes du serum. «La revue du praticien» 12/1962 f. 120.
- 2) Berisova M. A. — Rendësija klinikodiagnostike e kompleksit të reaksjonave fermentative në të sëmurët me hepatit epidemik «Klin. Medicina» 7/1965 f. 83.
- 3) Bettó B. — ATTIVITA ENZIMATICA E VALORI BILIRUBINICI NELLA diagno-si delle affezioni epatici in soggetti schizofrenici «Minerva Medica» 11/1965 f. 473.
- 4) Brauner Sora E., Mineui, Negheescu V., Hoanca O. — Enzimogramma în hepatite cronice și cirroza ficatului. «Klinicheskaja Medicina» 7/1961 f. 227.
- 5) Brugy P., Delanay A., Meignier-Gauthier. Les transaminases sériques et leur interet clinique. LA PRESSE MEDICALE 90/1958 f. 2201.
- 6) Brugy P., Delanay A., Meignier-Gauthier. Les transaminases sériques et leur interet clinique. LA PRESSE MEDICALE 93/1958 f. 2113.
- 7) Brugy P., Delanay A., Meignier-Gauthier. Les transaminases sériques et leur interet clinique. LA PRESSE MEDICALE 93/1958 f. 2181.
- 8) Bubkovic J. L. Aktiviteti i disa fermenteve të serumit të gjakut në të sëmurë me insuficiencë koronariane kronike «TERAPEUTICESKIJ ARHIV» 9/1962 f. 19.
- 9) Cagli V. — Le attività enzimatiche del siero: Interesse e significato clinico. «Il Policlinico» 27/1965 fage 905.
- 10) Cachin M. et Pergola F. — «Les maladies du foie et des voies biliares» «La revue du praticien» 8/1960 f. 797.
- 11) Darnis F., Dubrissay J. — Consultations journalières en Pathologie hepato-biliaire. «Masson et Comp. Editeurs» Paris 1964 f. 78.
- 12) De Pascale A., Pinazzo G. — Le attività transaminanti seriche nel decorso della epatite virale infantile. «Minerva Pediatrica» Nr. 11, 12/1959 f. 322.
- 13) Elliott W. B. and Bosanilla Harold. — The basis for elevation of SGPT levels in serum stored on clots — «Clinical Chemistry» 1/1965 f. 29.
- 14) Farina D. — Itero epatico e ostruttivo nella pratica quotidiana. «Il Policlinico» 8/1962 f. 273.
- 15) Fumagalli E., Monteverde A. — Le transaminasi nelle affezioni epatiche «Minerva Pediatrica» 11, 12/1959 f. 320.
- 16) Furuno Masuki, Sheena A. — Adaptation of Babson's Method for the determination of SGOT in the clinical laboratory. «Clinical Chemistry» 1/1965 F. 23.
- 17) Fauvert R. et Boivin R. — VALEUR comparée du dosage de quelque activités enzymatiques sériques en pathologie hépatique. «La Presse Medicale» 54/1964 f. 3271.
- 18) Gendar Z. A. — ZHELLTUHI Viti 1965 Fage 58 Shtëp. bot. «Medicina».
- 19) Homolka. — Chemische Diagnostik in Kindersalter. Viti 1961. Shtëpija Vabver Volk Indjedshundt Berlin.
- 20) Idu S. M., Cocianu L., Munteanu M. — Ce metoda sa alagem pentru dozarea GOT si GPT «Medicina interna» 5/1964 f. 633.
- 21) Kapetanaki K. G. — Mbi metodikën e përcaktimit të aktivitetit transaminazik serik — 3 Laboratornoje Djello» 1/1962 f. 92.
- 22) Kest E. A., Kozireva A. L. — Dissi indekse biokimike para dhe pas mjeqimit të erithremisë me fosfor radioaktiv «Laboratornoje Djello» 3/1965 f. 138.
- 23) Manoliu N., Angelescu C., Dangu I., Salsberg N., Mustafa M. — Studimi i sideremis, i aktivitetit transaminazik të serumit dhe e provës me B.S.P. në dg. pozitive dhe diferençiale të hepatitit epidemik «Medicina Interna» 12/1964 f. 1511.
- 24) Nisevici M. I., Smirvindt B. G. — Boleznij Botkina u detej — Shtëp. botonijsë «Medicina» viti 1965/ f. 122-150.
- 25) Polomovsky M. et coll; Biochimie Medicale Tome Troisième. Edit. Masson 1963.
- 26) Peacock A. C., Thomas Byrd L., Mope Sule A. — MEASUREMENT of serum glutamicoxalacetic transaminase «Clinical Chemistry» 4/1965 f. 505.
- 27) Ponomareva O. A. — Rendësija e kolinesterazemis në klinikën e hepatitit epidemik dhe vendi i tij në serin e provave të tjera hepatitike funksjonale. Nga libri «Hepatitis Epidemik» (Shtëpija botonijsë Medicina) 1964 f. 125.
- 28) Popova N. N., Bakovcev P. P., Siabrov N. V. — Transaminazat në gjak dhe në likuidim cerebro spinal në sëmundjet e sistemit nervor «Klinicheskaja medicina» 9/1965.
- 29) Rabitti G., Agnolucci M. T — Della Casa L., Boneti — Repertil enzimologici ed epatobioptici in corso epatite virale «Minerva Medica» 55-57-58/1964 f. 2255.
- 30) Rebenok A. — Rendësija klinike e përcaktimit të fermenteve të gjakut në hepatit viral «Klinicheskaja Medicina» 8/1961 f. 79.

- 31) Sidorenkov M. J. — Rëndësija klinike e përcaktimit të aminoferazës serike në insuficiencën koronare «Sovjetskaja Medicina» 8/1961 f. 63.
- 32) Tarantola D, Visinari G. B. — DETERMINAZIONE DELLE TRANSAMINASI nel bambino sano e nel bambino affetto da epatite con ittero — «Minerva Pediatrica» 12/1959 f. 323.
- 33) Tolentino P. — Malattie infettive. Edizione Minerva Medica 1961 f. 621.
- 34) Trunshinskij Z. K. — Shkaqet e divergjencave në përcaktimin e SGOT. «Laboratorioje Djello» 8/1965 f. 467.
- 35) Tudor V, Nicolau Ch, Gn. Dogaru D, Mihailescu — Aspektet klinike të hepatitit epidemik në të rinjt «Medicina Interna» 3/1965 f. 307.
- 36) Wilkinson J. M. — An introduction to diagnostic enzimology — Baltimore 1952.

### (Summary)

#### A STUDY OF THE ACTIVATION WITH SERUM OF THE GLUTAMIN—OXALATE AND GLUTAMIN—PYRUVIC TRANSAMINASE

The activity has been studied of SGOT and SGPT in 40 blood donors, in 152 patients with viral hepatitis and SGOT in 56 cases of cirrhosis hepatis, as well as in 13 patients with infarctus myocardii recens.

The determination was made with the colorimetric method of Reitmann-Frankel.

From the presented materials it can be seen that the activity of SGOT and SGPT is increased considerably in patients with viral hepatitis. In the cases with cirrhosis hepatis the activity of SGOT was more moderate, while in those with infarctus myocardii it was increased during the first days of the disease and can be used as a diagnostic and prognostic criterion.

## MJEKIMI KIRURGJIKAL I SËMUDJEVE TË GJËNDRËS TIROIDE.

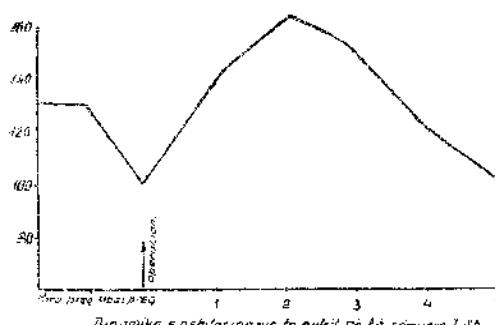
SPIRO DEDJA

(Spitali P. Ushtarak — Drejtor Sinan Imam)

Gjat viteve 1958-1964, në repartin e kirurgjisë të spitalit të P. Ushtarak, janë shtruar 241 të sëmurë me patologji të gjendrës tiroide, nga të cilët 199 janë operuar dhe 42 i janë nënshtruar mjekimit konservativ. Simbas viteve, të sëmurët ndahen në këtë mënyrë:

1958 — 20	nga këta të sëmurë 45 janë femra dhe 196 meshkuj.
1959 — 22	Simbas moshës ndahen:
1960 — 40	Deri në 20 vjeç 20 të sëmurë, nga 20
1961 — 36	deri në 30 vjeç 152 nga 30
1962 — 39	deri në 40 vjeç 30, nga 40
1963 — 30	deri në 50 vjeç 16, nga 50
1964 — 45	deri në 60 vjeç 11, mbi 60 vjeç
Gjithsejt — 241	3 të sëmurë.

Për studimin e një të sëmuri me struma ka rëndësi jo vetëm konstamimi i ndryshimit të madhësisë të këtij organi, por dhe rëndësia që ka ky zbadhim pér këta të sëmurë. Strumat nuk duhen parë si një problem thjesht kirurgjikal, por operacioni duhet të shihet si një moment i mjekimit të këtyre të sëmurëve. Nga ana tjetër, këtu më tepër se kudo ka rëndësi preqatitja medikamentoze ose psiqike preoperatorore me vazhdim gjat operacionit dhe asistенca e plotë pas operacionit. Të gjitha këto momente janë marrë parasysh në kurimin e të sëmu- rëve tanë sidomos me struma tireotoksite, kur preqatitja preoperatorore dhe ndihma pas operacionit kanë rëndësi ja- shëzakonish të madhe.



Për përcaktimin e madhësisë së strumës ne jemi udhëhequr nga klasifikimi i O. B. Nikollejav-it. Mbas këtij klasifikim strumat ndahen në 5 gradë:

Të sëmurët tanë, simbas klasifikimit të Nikollajevit ndahen në këtë mënyrë:

Grada I — II	—	21	të sëmurë
" II	—	20	"
" III	—	145	"
" IV	—	51	"
" V	—	4	"
Gjithsejt	—	241	

Për të përcaktuar takтикën e kurimit, ka rëndësi jo vetëm madhësia e strumës, por dhe karakteri i ndryshimeve në të. Duke patur parasysh këto parime, të sëmurët tonë klinikisht ndahen në këtë mënyrë:

Struma parenkimaloze	—	80	të sëmurë
" mikste	—	60	"
" nodoze	—	55	"
Ciste strumale solitare	—	56	"
Gjithsejt	—	241	

Përpara se të flasim për klinikën e strumave duhet thënë se ato nga pikpamja funksionale ndahen në struma eutireoide, struma hipertireoide dhe struma hipotireoide. Nën rubrikën e distireozave hyjnë struma me shenjat e ndryshimit të funksionit të gjendrës tiroide si në anën e hiper ashtu dhe n'atë të hipofunksionit.

Të sëmurët me struma eutireoide nuk paraqesin ndonjë ankesë. Ata shpesh rastësishët e konstatojnë strumën, paraqiten në spital jo sepse kanë ndonjë ankesë, por sepse nuk ju pëlqen të mbajnë strumën, me pak fjalë ata i shtyn të operohen vetëm kozmetika.

Por ka dhe të sëmurë me struma, sidomos me struma të mëdha, të cilët kanë pengesë në frymëmarrjen, kryesishët kur lodhen, dispne, nga një herë paraqesin disa dhimbje në zemër etj. Këto kanë karakter më tepër funksional se sa organik.

Krejt ndryshe paraqiten rastet e tireotoksikozave. Këta të sëmurë në format e tyre më klasike kanë shqetësimet e mëposhtëme: dhimbje dhe të rahura zemre, dobësi, pagjumi, djersitje, të dridhura duarsh etj. Këta të sëmurë janë mjaft labil, reagojnë me ngacimin më të vogël, qajnjë shpejt. Objektivisht konstatohet struma, ekzofthalmia, takikardia. Mundet që njera nga këto simptome kryesore të mungojë. Gjithashu mundet që në plan të parë të dalin shqetësimë në zemër, në aparatin trotës etj. Nga këto simptoma dalin t'ashtuquajturat forma kardiovaskulare, digjestive, neuropsiqike, hipergenitale, adinamike dhe subfebrile të tireotoksikozave.

Me tireotoksikoza ne kuptojmë sëmundje të të gjithë organizmit të shkaktuar nga démtimi i gjendrës tiroide, si rezultat bëhet helmimi i organizmit me hormonin e prodhuar nga kjo gjendër — tirotoksinë. Tireotoksikozat i ndajmë në primare, kur fenomenet tireotoksike fillojnë shpejt ose ngadal, por njëkohësisht me rritet e gjendrës tiroide, nganjëherë para strumës dhe në sekondaret, kur tireotoksikoza çfaqet në njerës, të cilët më parë vuanin nga struma nodoze. Nën ndikimin e ndonjë traume neuropsiqike ose të ndonjë faktorit tjeter zhvillohen shenjat e tireotoksikozës.

Të gjithë autorët janë dakort kur thorë se kjo sëmundje prek gratë 5-10 herë më shumë se burrat. Sasia më e madhe e rasteve i takon moshës 20-40 vjeç. Simbas Shereshevskit një rëndësi pak e shumë të madhe ka infekzioni i gjendrës tiroide. Çdo infeksion mund të shkaktojë tireolditetin

akut, i cili si rezultat i hiperemisë inflamatore nxit prodhimin e tepertë të tirotoksinës d.m.th. shkakton tireotoksikozën.

Me qenë se në një artikull të tillë nuk mund të analizohen të gjitha aspektet e strumës e në mënyrë të veçantë të tireotoksimozave, ne po kufizohemi me analizën e preoperatitjes preoperatore dhe ndjekjen pas operacionit të tireotoksimozave.

Strumat e thjeshta të formave të ndryshme simbas shumë autorëve (Nikollajev, Dracinskaja etj.) nuk ka nevojë për ndonjë preperatitje speciale preoperatore. Dhe ne në shumicën e rastove, nuk kemi përdorë asnjë medicament para operacionit. Ndryshtimet sado të vogla në sistemin kardiovaskular ose në sistemin nervor, pagjumi si, frikë etj., na kanë detyruar ti nënështojmë të sëmurët preperatitjes me preparate sedative si brom, valeriana, hipnotike-bromural, luminal etj. si dhe me preparatet antitireoidike. Të sëmurët me tireotoksimozën meritojnë një vemandje më të madhe si për injektimin konservativ, ashtu dhe preperatitjen para operacionit. Këtij injekimi i janë nënështruar 90 të sëmurë me grada të ndryshme të tireotoksimozave, nga të cilat janë operuar 9 (6 femra dhe 3 meshkuj).

Në periudhën e hyrjes në spital, metabolizmi bazal ka qenë + 4 deri në + 91.

Në spitalin tonë injekimi konservativ i tireotoksimozave dhe preperatitja preoperatore e tyre është bërë sikurse e rekomandon Shereshcvska. Simbas tij jodi është një preparat mjaf i mirë për tireotoksimozat, por ai nuk vepron në të gjitha rastet. Jodi në disa raste të lehta nuk jep asnjë rezultat, ndërsa në disa raste të rënda jep rezultat mjaf të mirë. Një përhapje të mirë kanë gjetur pilulat e Shereshevskit. Pilulat jipen në kurse 20 ditëshe me pushime nga 10 ditë. Të tilla kurse duhet të bëhen 3-4. Këto mund të bëhen dhe ambulatorisht. Mendojmë se kjo çështje duhet të vendoset në mënyrë individuale, në radhë të parë duhet të udhëhiqemi nga konditat e jetesës të të sëmurit në shëtpi. Ata të sëmurë që nuk janë në gjondje të sigurojnë një qetësi të plotë psiqikë dhe një ushqim të mirë duhet të shtrohen në spital.

Kombinimi i jodit me luminal dhe digitalis jep rezultate të mira në shumë raste. Pamja e jashtëme e të sëmurëve ndryshon, ata e ndjejnë vete të mirë, metabolizmi bazal bie, takikardia paksohet, zhduket tremori dhe djersitja, i sëmuri flen më mirë, shton në peshë etj.

Në qoftë se metiltiuracili përdoret për një kohë të gjatë, atëherë shihet ritje e gjendrës tiroide me një vaskularizim të theksuar, gjë që vështirëson shumë ndërhyrjen kirurgjikale.

Në shtyp vazhdon të diskutohet problemi i anestezisë në strumat dhe vegenërisht në tireotoksimozat. Disa autorë janë kryesisht për narkozën e përgjithëshme, disa të tjerë janë përkrahës të anestezisë lokale, me sol novacaine. Megjithatë, anestezia lokale nuk është në gjendje të përashtojujë momentin psiqik, gjë që e bën shumë mirë narkoza. Por kjo e fundit ka anët e saja negative, nga një anë pengohet kirurgu gjat punës dhe nga ana tjetër vjelljet nga narkoza me cter nuk janë të dëshiruara për të operuarit nga struma.

Përsa i përket strumave të zakonëshme ky problem është zgjidhur në favor të anestezisë lokale me novocainën. Këtë lloj anestezie ne e kemi përvendorur gjérësisht. Shumë autorë mendojnë se narkoza intratrakeale dhe në këtë rast duhet të mendohet si narkozë e së ardhmes. Me gjitha anët pozitive narkoza intratrakeale, sikurse narkoza inhalatore me maskë, pengojnë kirurgun gjat operacionit për të kontrolluar drejtësinë e veprimeve të tij, përsa i përket evitimit të njerit nga komplikacionet më të rënda mbas strumektomisë, sikurse është dëmtimi i nervit *recurens*.

Kohët e fundit filloj të përdoret në shkallë të gjerë anestezia lokale e përforcuar (Petrovski, Çepki). Përdorimi i metodës hibernacionit artificial, është lidhur me emrat e shkencëtarëve francezë Labori dhe Hygenard, të cilët mendojnë se reaksiioni nga një veprim i jashtëm (operacioni!) mund të kalojë jashtë mundësive të fuqive fiziologjike e prandaj duhet të paksoshet dhe kufizohet amplituda e reaksiioneve të organizmit. Sipas tyre duhet të paksoshet aktiviteti i sistemit nervor, dhe endokrin, gjithashtu të paksoshet dhe niveli i metabolizmit celular.

Për të paksuar ose evituar reaksionet patologjike, autorët propozuan që të mënjanohet sistemi vegjetativ dhe vesanërisht pjesa simpatike e tij. Në shkallë të gjerë përdoren derivatet e fenotiazinës: kloropromazina (aminazina), izotiazina, dietizina, prometazina, (diprazina) etj.

Për efekt me një spekter kaq të gjerë veprimi përdoret një përzjerje preparatësh neuroplegjiko që më parë, gjatë kohës dhe mbas operacionit.

Në këtë mënyrë hibernacioni artificial është një metodë farmakologjike që të shpije me ndihmën e mjeteve vegetative-litike në shtypjen e kontrollueme të sistemit nervor vegjetativ dhe në paksimin e funksionit të gjendrave endokrine me qëllim që të vendoset «jeta e ngadalëshme».

Për këtë qëllim përdoren skema të ndryshme, në spitalin tonë përdoret skema e më poshtëme:

Natën para operacionit në orën 21.00 1) Luminal 0,06 x 2, 2) Kloropromazinë 1 amp., 3) Neoantergan 1 amp., 4)

Ditën e operacionit ora 7.30: 1) Luminal 0,06 x 2, 2) Kloropromazinë 1 amp. 3) Neoantergan 1 amp., 30' para operacionit i bëhet solucion pantoponi 1 amp., solucion atropine 1 amp.

Kohët e fundit në vend të kloropromazinës dhe neoanterganit përdoren një preparat më të ri që ka veti neuroplegjike dhe antihistaminiqe më të theksuara. Ky preparat është fenergani. Kështu që skema e përdorur më sipër ndryshohet në këtë mënyrë: Natën para operacionit në orën 21.00 i jepen: 1) Luminal, 0,06 x 2, Fenergan 1 cc. Ditën e operacionit ora 7.30 i jepen përsëri 0,06 x 2 luminal dhe një cc fenergan, 30 minuta para operacionit i bëhen 1 cc solucion pantopon dhe 1 cc solucion atropinë. Më tutje veprohet si në skemën e më sipërme. Të sëmurët e prengititur në këtë mënyrë gjatë natës flenë mirë dhe janë të qetë. Gjatë operacionit janë gjysëm në gjumë, nuk bëjnë asnjë ankesë dhe pyetjeve iu përgjigjen mirë. Periudha pas operacionit kalohet gjithashtu lehtë dhe qetë.

Një metodë e tillë prengitjeje e kemi bërë jo vetëm në strumat tireotoksike, por edhe në strumat e thjeshta të mëdha ose në të sëmurë labil.

Në të gjitha rastet na ka mbetur përshtypja më e mirë. Përsa i përket metodës së operacionit kemi përdorur atë të Nikollajevit duke lidhur vetëm arterien *tireoidea superiore*. Karakteri i operacioneve është ky:

1. Strumeektomia subtotalë	33
2. Rezekzion koneiforme i strumave	73
3. Ekstirpacioni i cisteve me pjesë të indit glandular	59
4. Enukleacioni i cisteve	4
5. Hemistrumektomitë	30
	<hr/>
	Gjithsejt
	199

Strumeektomia subtotalë është përdorur në strumat tireotoksike dhe të degjineraura cistike. Përsa i përket operacionit të enuklacionit, ai konsiderohet si jo radikal dhe ka më shumë përqindje recidivash (Dreginskaja, Nikollajev etj.), prandaj dhe na e kemi përdorur më pak këtë metodë.

Periudha post operatore e të operuarve nga strumat e zakonëshme kation në përgjithësi mirë. Në ditën e tretë dreni ndërsa të 6 suturat. Për ndonjë kurë speciale nuk ka nevojë, krejt ndryshe qëndron puna me të sëmurët tireotoksiqe. Megjithëse përdorimi i neurolegjikeve e ka thjeshtuar mjaft periudhën pas operacionit, prap se prap këto kërkojnë vemandje të madhe në radhë të parë për sistemin kardiovaskulare të tyre. Tek këta të sëmurë shihet e ashtuquajtura «kriza tireotoksiqe» ose «atake tireotoksiqe» zakonisht ditën e dytë mbas operacionit, e cila në formën e saj më të rëndë paraqitet me një shpejtësi pulsi 150-160/min, me temperaturë mbi  $39^{\circ}$  me dispne, aritmi, skuqie në fytyrë, shqetësimë, pagjumësi, tremor etj. Edhe na kemi patur një rast të tillë të cilin po e pëershkrumjë më poshtë:

E sëmura T. SH. vjeç 25, u shtrua më 3/I/1960 me dhimbje koke, dridhje trupi sidomos të duarve, pa gjumi, të rrahuara zemre, struma.

Këto shqetësimë i kanë krijuar qysh para një viti, në fillim bëhej nervoze, pastaj filloj të dobësohet, i filluan ti dridheshin duart, të ketë dhëmbje koke etj. Mbas pak vuri re se kishte struma. Me kalimin e kohës këto shqetësimë u bënë të theksuara, sytë filluan ti shkëqejnin dhe ti dukeshin më të mëdhenj. Duke qenë se simbas saj nuk mund të bënte jetë normalë atëherë kërkoi me insistim të shistrohet në spital.

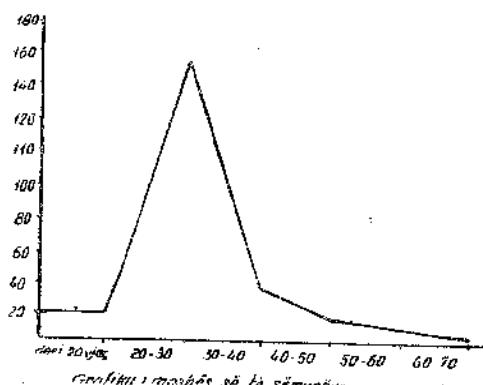
Ndonjë sëmundje me rëndësi nuk ka kaluar. E martuar prej 6 vjetësh, pa fémijë. E gjatë 1.54 cm., pesha 47 kg. me të parë të sëmurën të bie në sy një person që është në frikë e sipër. Ajo rrotullon kokën nga të gjitha anët. Sytë e mëdhenj të sgurëlluar i shkëlqejnë, pyetjeve u përgjigjet menjëherë, ndonse mjaft mirë, pulsi ritmik i plotë 130/min., zemra në kufitë normale me tone të kujta. T.A.130/10 mm Hg. Organet e tjera asgjë për të shënuar.

Gjendja tireoide hipertrofike nodulare, jo e dhimbëshme në palpacion. Zmadhim i gjendrës gr. III-IV, simptomet Mebius-Greffe pozitiv. Nga ekzaminimet e kryera në spitalle del se gjaku dhe urina pa ndonjë veçori. EKG paraqet takardi sinusale, metabolizni bazal plus 57%.

Gjat qëndrimit në spitale u pregatit me pilulat e Shereshevskit, vitamina dhe osmon.

Më 23/III/1961 u mjekua simbas metodës së më sipërme me neurolegjike dhe ju bë operacioni: strumectomi subtotale. Terapia e ditës së parë mbas operacionit ishte: penicilinë + streptomicinë, kardiotonikë, strofantinë me osmon, kloropromazinë, pantopon, neoantergan dhe vit. C. Natën e parë mbas operacionit e sëmura në përgjithësi ishte mirë dhe e qetë me gjithë ndonjëherë bëonte lëvizje të duarve dhe të këmbëve pa ndonjë arsy, kur pyetej përsë e bënte këtë gjë përgjigjet se i digjeshin duart edhe këmbët. Pulsi ritmik, i plotë 140/min., fenomene kompressive nuk ka, është pak cianotike. Ditën e dytë temperatura  $38^{\circ}$ , pulsi i plotë 160/min, por e sëmura vazhdon të jetë e qetë, terapia mbetet e njejtë. Mbas ditës së tretë gjendja e përgjithshme përmirësohet, temperatyrat fillon të bjerë, pulsi vjen duke u ngadalësuar dhe në momentin e daljes nga spitali ishte 80/min.

E sëmura del nga spitali në gjendje mjaft të mirë dhe mbasi nuk banon në Tiranë, nuk mundem ta takonim. Mbas dy vjetësh i shoqi na referoi se ajo e ndjente vehten mjaft mirë dhe fare e qetë, kish shtuar mjaft në peshë, vetëm se sytë i kishte po ashtu si i kishte para operacionit. Ky moment i fundit perputhet me të dhënët e literaturës që thonë se i vetmi simtom i tireotoksikoza mjaft rezistent dhe që zhduket me vështirësi ose që nuk zhduket fare mbas operacionit është ekzoftalmia. Komplikacionet në të gjitha format e ndërrhyrjes kirurgjikale në gjendrën tiroide mund të jenë të ndryshme. Dy komplikacionet më të rënda siç janë dëm-



timi i n. *recurens* dhe hemoragji profuze mbas operacionit ne nuk na ka në ndodhur asnjëherë. Supuracioni i plagës na ka ndodh në pesë të së murë, ndërsa limforene në 16, në një rast kemi pasur psikoze postoperatore.

Përsë i përket recidivave të strumave, këto ndahen në dy llojesh, në recidiva të vërteta, kur recidivohet pjesa e operuar dhe në recidiva të reme kur rritet një nodul strumal i vogël në lobin tjetër, i cili nuk u pagjat operacionit. Nga të operuarit tanë ne nuk kemi parë ndonjë recidive, ka mundësi të jenë paraqitur në institucione të tjera, ndërsa kemi operuar 6 të sëmurë të operuar para 3-4 vjetësh në spitalë të tjera të Republikës, me genëse këto struma recidivante kishin karakter të strumos cistike, duhet menduar se qysh në operacionin e parë është haruar ndonjë nodul i vogël.

Një pjesë e të sëmureve me tireotoksikoza të rënda ngandonjëherë trajtobën si të sëmurë kardiale. Të tillë të sëmurë paraqiten në spitalë me dekompensime kardiale gjë që e drejton mendimin e injekëve në rrugë të shtrimbër. Kështu ishte rasti i të sëmuarës tonë R. D. 55 vjeç që u shtrua me një dekompenzim kardial mjaf rende me T. A. 205/105 dhe me një puls 160/min. me arithmi. Metabolizmi bazal + 40%. Vetëm një studim i gjithë ashëm bëri që vëmendja e jonë të drejtohej në gjendrën tiroide. Mbas strumektomisë subtotalë gjendja e të sëmuarës u përmirësua mjaf T. A. ul në 140/80, pulsi 80 në min. rithmik.

Studimi i veçantë histologjik i strumave të ekstirpuara nuk u bë. Në 48 raste është bërë ekzaminimi histopatologjik dhe rezultuan këto përfundime:

Në 32 raste struma kolloide (në shumicën e tyre mikrofolikulare), në 12 raste cistike (adenomatoze) dhe në 4 parenkimoze. Në 199 operacionet e kryera nuk patëm asnjë vdekje.

## KONKLUSION.

1. Pregatitja preoperatorre e strumave tireotoksite është mjaf i rëndësishëm në vargun e manipulimeve që kryhen në këto raste: pregatitja e mirë para operacionit me pilulat e Shereshevskit normalizon sistemin nervor, kardiovaskular dhe ndryshon metabolizmin bazal në drejtim të normalizimit të tij.

2. Përdorimi i anestezisë lokale të përforcuar me substancë neuro-plegjike, bën që strumektomia subtotalë, nga një operacion mjaf i rëndë, të kalohet relativisht mirë. Krizat tireotoksite, që më parë shpesh përfundonin me vdekje, tani takohen shumë rrallë dhe në forma të lehta.

(*Paraqitur në redaksi me 30-IV-1965*).

## BIBLIOGRAFI

1. Agafanov F. A. — Principli recidivnogo zoba osobenosti operacii princip i ego profilaktika.  
*Hirurgia Nr. 5, 1961, 88-92.*
2. Avetisov S. S. — Voprosu i legeñii tireotoksičeskogo Zoba i karakteristika posleoperacionih oslozhnenii.  
*Hirurgia Nr. 5 1960, 35-40.*
3. Vavrik Zh. M. — Vnutrikapsuljarnaja subtotalnaja reseksija shçitovidnoi zhelezii  
*Hirurgia Nr. 10, 1958, 83-86.*
4. Dracinskaja E. S. — O radikalnom operirovanií uzlovatih Zobov Vest.  
*Hirurgii Nr. 5, 1959, 19-24.*

5. — Vest. Hirurgia Nr. 8, 1957.
6. Petroski B. V. — Klinika i hirurgicheskoe lechenie tirotoksikespogo Zoba Medgiz — 1961 — Moskva.
7. Panomarev I. E. — Hirurgicheskoe lechenie tirotoksikespogo Zoba  
Vest. Hirurgii Nr. 12, 1960, 24-29.
8. Busnengo E. — Cardiopatia tirotoxisca i thyrotoxicosis in cardiotipazienti. Il poliologico Nr. 1-64 Nr. 50 1957, 1963 — 1967.
9. Poleshchuk I. S. — Komplihirovanie obesbolivaniye pri operacijah po povodu tirotoksikespogo Zoba.  
Hirurgia Nr. 7, 1960, 25-38.
10. Kremlev N. N. — Klinika i hirurgicheskoe lechenie endemicheskogo Zoba. Vest. Hirurgii Nr. 6, 1961, 16-22.
11. Krikunovski V. A. — Funktsionalnoj diagnostike i operativnomu lecheniju uzilovatogo endemicheskogo Zoba.  
Hirurgia Nr. 3 1960, 41-46.
12. Kellemeierko M. I. — Blizhaišie i otдалenie rezul'tati hirurgicheskogo lechenija bolnih tirotoksikeskimi zobom.  
Vest hirurgii Nr. 6, 1956, 24-30
13. Meushev A. A. — Opit primenenia neiroplegit predoperacionnoi podgotovke bolnih zobnoi bolezni.  
Vest. Hirurgii Nr. 1, 1962, 105-108.
14. Nikollaev O. V. — Principi predoperacionnoi podgotovki bolnih toksikeskim difuznym Zobom.  
Hirurgii Nr. 7, 1962, 92-95.
15. Nikollaev O. V. — Endemicheski Zob.  
Medgiz 1955 — Moskva.
16. Sergevnin V. V. — K/voprosu hirurgicheskom lechenii Zoba.  
Hirurgii Nr. 10 1958, 75-78.
17. Rjadnov S. M. — K voprosu Obezbolivaniya pri operacijah na shçitovidnoi zheleze.  
Hirurgia Nr. 7, 1960, 29-34.
18. Smirnov N. V. — Izmenenie osnovnogo obmena pod deistviem neiropleagičeskoi Smesi u bolnih toksikeskim Zobov.  
Vest. hirurgii Nr. 6, 1961, 23-27.
19. Shamilev L. A. — K klinike i hirurgicheskemu lecheniju uzlovogo sporadičeskogo Zoba.  
Vest. Hirurgii Nr. 1, 1962, 35-39
20. Trutan N. I. — Hirurgicheskoe lechenie Zabolevanii shçitovidoi Zhelesi.  
Vest Hirurgii Nr. 10, 1960, 59-64.

### (Summary)

#### SURGICAL TREATMENT OF THE DISEASES OF THE THYROID GLAND

An analysis is made of 241 cases of pathological thyroid gland observed in the surgical section of the Military hospital of Tirana during the period 1958-1964; 193 of the cases underwent surgical operations.

In this short work the author discusses the method of preparation of the patients for operation, especially those with goiters and thyrotoxicosis.

In such cases the preparation is realised with sedative, hypnotic and antithyroid drugs. Satisfactory results have been obtained with pills containing iodine, luminal and digitalis.

Special care is given to the problem of anaesthesia.

For simple goiters cases preference is given to local anaesthesia, but for cases with thyrotoxicosis the problem remains unsolved. In all the cases, when the author has found it necessary, he has used local potentiated anaesthesia. The results of this method have been satisfactory: the operation was tolerated well even in the more severe cases.

The nature of the operation: Total strumectomy in 33 cases (16.7%), cuneiform resection of the gland 73 (36.6%), removal of the cysts in the gland tissues 59 (30%); enucleation of the cysts 4 (1.7%), haemistrumectomy 30 (15%). The postoperative period has been satisfactory. There were no relapses and no fatal cases.

## KORIGJIMI I DEFEKTEVE TË LINDUNA NË BUZE. — CHEILOPLASTICA —

STOMATOLOG A. BILALI

(Spitali i Shkodrës — direktor S. Mborja)

«Tek njeriu çdo gja duhet të jetë e bukur: dhe mendimet dhe shpirti dhe fytyra dhe veshja» A. I. Çehov.

Kur për arësyet të ndryshme njeriut i hiqet ndonjena nga mundësia të e përmenduna ma nalt, për kontakt me njerëzit që e rrethojnë, ai e ndjen vehten të gjymtuem dhe inferior ndaj tjerëve. Nji rol të tillë negativ lozin dhe defektet e linduna në buzë kur ato nuk korigohen, ose korigimi i tyne nuk asht ba në rregull. Ka ma shumë se 150 vjetë që problemi i defekteve të linduna në buzë dhe në të gjithë fytyrën asht nji objekt i kërkimeve shkencore nga nji numur i madh specialistësh. Mjekimi i këtyne defekteve sot, deri në një farë mase asht nji çashtje e zgjidhun. Theksojmë se korigimi i defekteve të buzës asht nji operacion delikat dhe preçiz, i cili kërkon nga kirurgu të njohë me imtësi patologjinë e sëmundjes, metoda operative, të ketë nji shije të hollë estetike dhe eksperience personale. Nuk ka nji mendim unik për kohën e ndërhyrjes, për madhësinë e saj si dhe për veçoritë dhe detyrat e metodave të ndryshme kirurgjikale.

Defektet e linduna në buzë e qelli zëjnë nji vend të parë në krahasim me defektet e linduna në pjesë të tjera të trupit të njeriut. Simbas Bogorovit, ato përfaqësojnë 12,8%. Shumë autorë kanë përcaktuam se numuri mesatar i fëmijëve të lindun me defekte të tillë lëviz nga 1/700 deri 1/1500.

Përsa i përket etiologjisë së këtyne defekteve autorët kanë mendime të ndryshme dhe jepin shumë shpjegime. Teoria ma e drejtë si pas mendimit tonë për prej ardhjen e këtyne defekteve asht ajo që mbështetet në veprimin e faktorëve egzogjene dhe endogjene. Roli i trashigimisë duhet të kërkohet deri në nji farë mase tek invalidet, të cilët gërshtojnë në muajt e parë të gravidancës influencën e faktorëve endogjene. Tue pasë parasysh këta faktorë detyra e profilaksisë në sistemin tonë socialist asht që të zhduken të gjithë këta faktorë negativë si domos në hygjenën e barrës në dy muajt e para.

Defektet e linduna sjellin mjaft shrregullime funksionale tek fëmijët, shrregullohet proçesi i thithjes së gjinit dhe ai i kapërdimjes së ushqimit. Inflamacionet në mushkni, rinofarengjitet, tonsilitët si dhe sëmundjet e tjera shpesh herë shoqerojnë këto defekte. Lindja e fëmijëve me defekte të tillë asht nji tragjedi e vërtetë për familjen e tij.

Shumica e autorëve mendojnë se koha me e përshtatëshme për korigjinin e këtyre defekteve asht atëherë kur fëmija ka mbush 3 javë. Veau

mendon se koha më e përshtatëshme asht kur fëmijët kanë mbushë 4 javë. Po kështu mendojnë Ernest, Le Masurier, Nedkov, Pichler etj. tue e percaktue se fëmija duhet të ketë arrijte peshen 5-500 gr. Korigjimi i këtyre defekteve gjer në vitin 1960 asht ba nga klinika e otorinolaringologjisë në Tiranë të drejtueme nga prof. B. Zyma. Duke fillu nga ky vit (1960) edhe në spitalin e rrëthit të Shkodrës filluen të babeshin të tilla korigjime. Gjatë kësaj kohe janë bam 11 operacione korigjimi në moshat nga 2 muaj gjer në 10 vjeç. Me gjithë moshat e rrituna, siç do të shohim më poshtë, korigjimi i defekteve ashtë ba shumë mirë si nga pikpamja funksionale ashtu edhe ajo estetike.

Në të sëmurët tonë defektet kanë qenë si vijon:

Me *cheiloschysis unilateralis simplex* 4 raste, 5 me *cheiloschysis unilateralis*, 1 me *cheiloschysis bilateralis simplex*, 1 me *cheiloschysis bilateralis complicata*. Nga këto raste 4 kishin në qzellë *cheiloschysis palatoschysis*. Asnjeni nga fëmijët nuk trashigonte prej prindërve ose të afërmëve keto lloj defektesh. Prej këtyre 4 ishin vajza dhc 7 djem, 3 nga lokatiteti i Shkodrës, 3 nga qyteti dhe 5 nga rrëthet e veriut. Të gjithë të sëmurëve u asht ba kontrolli paraprak dhe analizat përkatëse.

Po pëershkruejmë dy nga 11 rastet e operuam nga ne:

Rasti i I-rë V. P., vajzë, vjet 7, nga Guri i Zi, shtruese në spital me 11-XII-61 me diagnozë *cheilognatopallatoschysis*, kartela nr. 3056. Me që analizat laboratorike, roengenologjike nuk tregonin ndonjë kontraindikacion, fëmija iu nënshtruese operacionit me datën 14-XII për korigjinimin e defektit si pas djagonozës së mësipërme. Operacioni u krye me sukses, gjendja postopertore kaloi normalisht, ditën e 7 iu hoqën suturat, plaga u sherua për primam, shif foto n. 12 para dhe pas operacionit.

Rasti i dytë: A. S., mashkull, 7 muajsh, lindun në Shkodër e banues në Durrës, u shtruese në spital me 29-X-1963 me diagnozë *cheiloschysis bilateralis simplex*, nr. i karteiles 8010. Mbasi iu bënë të gjitha analizat dhe kontrolli i pediatrit ambulatorisht, po atë ditë iu bë korigjirni i defektit në të dy anët e buzës në një kohe. Ka autorë që nuk rekomandojnë korigjinimin në një etapë, por ne, të mështetur në gjendjen e përgjithëshme të fëmijës shumë të mirë si dhe në mungesën e komunikimit në mes të *vestibulum ores* e *vestibulum nasi* si pas Veau-se e kryem operacionin me sukses. Periudha pas operacionit kaloi pa komplikacione dhe plaga u sherua për primam. Me datën 19-5-1963 fëmija doli nga spitali i shëruem plotësisht; (Shif foton Nr. 3.)

Përsa i përket frekuencës të kësaj sëmundje në qytetin dhe rrëthin tonë, për mungesë të dhëna nuk jemi në gjendje të jepin ndonjë mendim. Mbetet për të ardhmen nji detyrë e jona mbasi të kemi siguruem ndihmën e materniteteve dhe konsultoreve përkatëse. Kurse për kohën e operimit të këtyre defekteve ne mendojmë si me të përshtatëshme kur fëmija të ketë mbushë 2 muaj që gjendja e përgjithëshme të jetë e mirë.

#### KONKLUSION:

1. Defektet e lindura në buzë mund të korigjohen edhe nga ne, mjaftton të njohim metodën e operacionit dhe parapregatitjet përkatëse.
2. Për fëmijët me defekte në buzë dhe që gjendja e përgjithëshme nuk lejon operacionin, duhet ti nënshtronhen një regjimi të caktuar në çerdhë distrofike etj. për ti pregatitë për nji operacion të tillë.

(Paragjitur në Redaksi me 30-I-1966.)

## BIBLIOGRAFI

1. Davidov S. M., Hirurgična Stomatologija, Sofia, 1957, f. 403-423.
2. Dimitrieva V. S., Starobiinski J. M. Voprosi Stomatologii i Čeljuston Licejurgii, Moskva, 1963, f. 87.
3. Dubov M. D., Vrožhdjenie Ras-shtelini Neba, Leningrad, 1960, f. 5
- 4) Evdokimov A. I., Dimitrieva V. S. etj., Vrazhdenie Razshtelini vjerjmezne neba, Moskva, 1964, f. 7, 34.
- 5) Evdokimov A. I., Vasiliev G. A., Hirurgičeskaja Stomatologija, Moskva, 1964.
- 6) Linberg, Planirovanie mestneplastičeskih operacii, Leningrad, 1963, f. 4.
- 7) Margorina E. M., Operativnaja Hirurgija Detsková Vozrasta, Leningrad, 1963.
- 8) Muhić M. V., Posle operacionij period u čeljustno licevoj bolnih, Leningrad, f. 5, 147.
- 9) Kovrakirov V., Vrodeni cepnatini i urodstva na ustnata, Sofia, 1961.
- 10) Nedikov N., Vestanovitelna hirurgija na leceto, Sofia, 1956, f. 15, 120.
- 11) Tomov V., Specjalna Hirurgija, Sofia, 1956, f. 42.
- 12) Velikoreckovo A. N., Spravočnik Hirurgii, Moskva, 1961, tom. I, f. 390.
- 13) Czasopismo Stomatologiczne Miesiecznik, Varshava, 1965, f. 931, 941.

( *S u m m a r y* )

### CHEILOPLASTIC

A number of cases of congenital defects of the lips corrected by surgical intervention are described.

Some typical cases are mentioned, as well as the surgical methods used in them. For the correction of the more simple cases the author used the classical method of Veau, whereas for the more complicated ones — the modified Karvar method.



Foto 1. para operacionit



Foto 2. pas operacionit



Foto 3. para operacionit



Foto 4. pas operacionit

## INTOKSIKACIONI AKSIDENTAL NGA BROMURI I METILIT

— BAJRAM PREZA, YLVI VEHBIU, RAMAZAN KRUJA —

(Katedra e Neure-psihiatrisë — Shef Prof. Xh. Gjata)

Në shekullin tonë përdorimi i Bromurit të Metilit në Industrinë kimike, në ekstintorët e djegëjes dhe në dezinsektimin ka dhënë periodikisht helmatime herë të mëdha dhe të rënda, herë speradike dhe të lehta në shumë vende të botës. Por sidomos gjatë tri dekadave të fundit, është e përshtuar me imtësi simptomatologjija e tij, kurse 10 vjetët e fundit janë bërë studime të rëndësishme elektroencefaleografike dhe janë arritur rezultate të mira në trajtimin kompleks të këtij inteksikimi.

Bromuri i Metilit ose Eteri Metilbromik është një prodhim i halogenizuar i serisë alifatike me formula  $\text{CH}_3\text{Br}$ . Ai është katër herë më i rëndë se ajri. Prandaj ay përhapet në sipërfaqen e dyshemesë dhe është vështirë që të largohet (evakuehet).

Pasi u zbulua më 1884 ay filloj të përdoret gjérësisht:

1) Në fabrikimin e prodhimeve ngjyrosëse, derivate të anilinës dhe të antipirinës, 2) Në industrinë e frigorifereve pér arsyë të velatilitetit të tij të madh, si fikës zjaresh në lokale të ngushtë. Madje vlen të përmendet që ne doftë se rasti i parë i helmatimit u përshkrua në prodhimin e antipirinës, intoksikacionet më të shpeshta ay jep si fikës zjarësh. Prandaj Sabatier e quan atë si «evokatër» i «sëmundjes së ekstintioreve». Më vonë ay filloj të përdoret gjérësisht në bujqësi pér dezinsektizimin dhe pér deratizim. Teksiciteti i tij i lartë lejon të përdoren doza të vogla pér kohë shumë të shkurte. Helmimi mund të ndodhë gjatë mbushjes së enëve të aparateve të përdorur pér dezinsektizim, atëherë kur punitoret nuk ruhen dhe nuk mbajnë maska mbrojtëse.

Valade, në saje të një vargu eksperimentesh në kafshë, arriti në këto përfundime, përsa i përket toksicitetit të tij:

Në koncentracion 5 gr/m<sup>3</sup>

— 10 —

— 15 —

Asnjë turbullim

Turbullime të rënda me ngordhje të ndonjë kafshe.

Turbullime të rënda me ngordhje të të gjitha kafshëve.

Tek njeriu është vështirë të caktohet doza toksike, por Kohn-Abrest referon se janë konstatuar helmatime akute me një dozë më të vogël se 10 Gr/m<sup>3</sup>. Por siç shënon Fabre tek njeriu duhen patur parasysh faktorët individuale predispozues.

Rasti i parë i sigurtë u përshkrue nga Jacquet me 1901. Por që me 1899 Schuller referoi tre raste intoksikacioni tek punitoret kimistë. Ai

përshkroi simptomatologjinë e këtij helmimi, me gjithë se inxhinierët e ndërmarrjes nuk pranuan bromurin e Motilit si faktor etiologjik të atij helmimi. U deshën të kalojnë 10 vjet që Bing, me 1910, të përshkruante dy raste të tjera dhe Zangher një rast. Me 1911 Manetsche referoi një rast, me 1913 Strassman dhe Floret përshkruan raste të reja. Me 1918 Steigert përshkroi një rast me prekje të sistemit nervor të shoqëruar me insuficencë renale akute. Më 1920 Goldsmith dhe Kuhn referuan disa raste të tjera. Kurse po në këtë vit Opermann përshkroi raste të shoqëruara me turbullime psiqike, konvulsione dhe koma. Adlerhermack (1927), Graser dhe Meisener (1928), Teitze (1933), përshkruan nga një rast. Tre vjet më vonë De Mersier dhe Steinmann referuan dy raste. Një studim tepër serioz që ay i Duvoir, Fabre dhe Layani (1937). Po në këtë vit u realizua teza e Bertin.

Të gjitha këto punime të fundit dhanë një kontribut të mirë në studimin klinik, anatomopatologjik, toksikologjik dhe eksperimental të këtij problemi. Më 1941 Roger dhe Hauthen arritën të mbledhin rreth 50 raste në literaturën botërore. Më vonë studimet e Gaultier (1944), të Michaux, Lechevalier dhe Courchet dhe tezat e këtyre dy të fundit (1944-1947), punimet e Dechaume (1948) e përcaktuan mjaft me hollësi kuadrin klinik të këtij helmimi. Me 1953 Rain dhe Smith konstatuan nekrozën e «tubeve kontorte të veshkës». Kurse më 1955 Corcos përshkroi me hollësi turbullimet e fryshtës. Më 1956 Vallade vuri re në eksperiment jo vetëm turbullime nervore, por edhe alteracione hepatorenale. Kohët e fundit Reche, ka filluar të përdori me sukses kortikoterapine, kurse në vitet më të afërme në rastet më të rënda, është aplikuar një trajtim edhe më i persosur duke përdorur trakeotomine dhe aspiracionin e sekrecioneve, që grumbullohen në rrugët e fryshtës, dekonektimin neurovegjetativ, administrimin masiv të kloralit dhe luminalit, antibiotikët, rehidratimin, respiracionin artificial etj.

Intoksikacioni me bromur Metili mund të jetë akut, kur mirret doza të menjëhershme dhe të mëdha, ose kronik kur merren doza të vogla dhe të vazhdueshme. Ay mund të jetë i shkallës së rëndë, të mesme dhe të lehtë. Në rastin e intoksikacioneve të lehta kuadri klinik mund të jetë mjaft i pasur, polimorf dhe i larmë.

Me sa kemi patur mundesi të konsultohemi me kolegë dhe me literaturë, në vendin tonë deri më sot nuk janë botuar raste helmime me bromur Metili. Nga ana tjetër duke ditur se ky përdoret në bujqësi, mendojmë se nuk është pa vend të térheqim vëmendjen e kolegëve tonë mbi këtë helmim duke përshkruar pesë raste të takuara gjatë praktikës sonë dhe të ndodhura aksidentalish (1).

1. — Pacientja U. A. Lindur me 1938, e martuar, gravide (24-25 javësh), e shtruar me 20-XI-1963 dhe doli me 25-XI-1963. Nr. Kartelës 6938/34.

Ajo tregon se pasi hyri në depo për një minut vuri re se një shqes së saj i ra të fikët. Në këtë çast kërkoi t'a ndihmonte, por filloj të ndjente erë të keqe si të D.D.T.-së, i erdhën turbullime në kokë dhe marrje mendësh. Bashkë me një shoqe tjetër, nxori shoqen nga depoja. Kur doli jashtë e ndjente vehten të këputur, i dhimte koka, i priteshin gjunjët, i digjte fyti. Ndjente se i vinte një si afsh i nxehët nga mbrenda. E suallën

(1) Në fillim të Dhjetorit të vitit 1965, njeri prej nesh (Dr. B. Preza), pati rastin të referojë në Spitalin Klinik Nr. i të Tiranës disa raste helmatimi të këtij lloji dhe pak më vonë. Dr. Mit Vokopola në Spitalin Civil të Durrësit (në Janar të vitit 1966) referoi dy raste helmatimi të tillë.

urgjentisht në spital. Pulti 50 të rahura në minut, i plotë ritmik, T. A. 100/65 mm/Hg. Sensibiliteti i ulur në të gjithë organizmin. Hiporefleksi esteotendinoze. Tremor digitorum, dismetri, ulje të përgjithëshme të forcës muskulare. U mjeckua me Sol. Glucosae 40% — 20 cc në venë, sol. Natrii chlorati 10% — 10 cc në venë, vit. C.

Mbas dy ditësh e ndjente vehten disi më mirë, por ende paraqet dhimbje koke, marrje mendësh, dhimbje mezi, mpirje të duarve, pickime dhe djerzitje të gishtërije, të nxehta dhe të ngjethta në anesite. Pulti 70 të rahura në minut, T. A. 110/60 mm/Hg. Hypoestezi distale të anesive, hiporefleksi tendinoze, ataksi statike dhe dinamike, forca muskulare e rediktuar, vazhdon e njejtë terapi.

Mbas katër ditësh, patientja ankohej për marrje mendësh, mpirje të duarve, dhimbje në kyçe, në mes dhe në muskuj, fytin e ndjen të thatë, paraqitet apatike. Hypoestezi në anesitë sirbas tipit distal periferik. Hyporefleksi tendinozë. Ataksi statike dhe dinamike. I u vazhdua i njejtë mjeckim.

Mbas 6 ditësh patientja e ndjen vehten mjaft më mirë dhe më dëshirën e saj del nga spitali. Objektivisht asnjë me rëndësi.

Analizat e gjakut: Gjaku periferik me 20/XI/1963: Eritrocite 3.720.000, leuk. 9400, Neutr. 60, Eoz. 2%, Limf. 30%, Mon. 2%, Shkop. 4.

Me 23/XI/63: Eritr. 4.300.000, Leuk. 8300, Neutr. 76%, Mon. 4%. Limf. 20%, Eozin. 4%. Urina me 21/XI/1963: normal.

2. — Patientja E. K., dat lindje 1931, e martuar, shtruar me 20/XI/1963 me numur kartele 8946/36. Ankesat në hyrje: dhimbje koke, marrje mendësh, të ngjethta në të gjithë trupin, i bëhet koka miza-miza. Këto i u çafqën mbasi qëndroi disa minuta në depon e dezinsektizuar me bromur Metili.

Posa hyri në depo dhe kaloi në shkallët e dyta, ndjeu mornica në fyrë dhe pastaj në të gjithë trupin. Më vonë e nxorën jashtë mbasi e ndjeu vehten keq dhe i ra të fikët. Pas 30 minutash u përmend por e ndjente vehten të turbullt dhe volli disa herë me radhë. Objektivisht u konstatua: Gjendja e përgjithëshme e kënaqëshme, vetëdija auto dhe allopsihike e konservuar. T. A. 190/90 mm/Hg., pulsi 68 të rahura në minut, i plotë, ritmik. Pareze e lehtë e nervit facial të majtë, hypoestezia e majtë, hemihypostezi e majtë, arefleksi kutanoabdominale dhe akiliante, hyperefleksi patelare, ataksi statike dhe dinamike (deviacioni në të majtë), zhurmë në veshin e majtë. U mjeckua me sol. Magnesii sulfurici 25% — 5 cc intravenoz, sol. Natrii chlorati 10% — 10 cc intravenoz, sol vit. B<sub>1</sub>, vit. C.

Pas tri ditësh patientja e ndjen vehten disi më mirë por vazhdon të ankojë për marrje mendësh, dhimbje koke sidomos në tamtha, dhimbje mezi, të muskujve, sidomos në krahët dhe kofshët. Objektivisht paraqet hyporefleksi patelare, arefleksi kutanoabdominale dhe akiliante, ataksi statike dhe dinamike. Vazhdon i njëjti mjeckim.

Pas 6 ditësh nuk paraqet asnjë ankesë, por vazhdon të ketë hyporefleksi patelare, dhe pothuajse arefleksi akiliante. Paraqet ataksi statike dhe dinamike pak të theksuara.

Analizat: Urinat 21/XI/63: reaksion acid, albumina gjurmë, leukocite me shumicë. Gjaku me 20/XI/63: Leuk. 9300, formula normal. Me 20/XI: Leuk. 5500, sed. 6 m/m në orë. Urinat me 21/XI/63: Leukocite 3 për fushë.

3. — Patientja N. L. e datëlindjes 1936, e martuar, u shtrua me 20/XI/63 me kartelë klinike Nr. 8963.

Ajo tregon se mbas 2-3 minutash qëndrimi në depo, i u errën sytë, i u muarën mentë, i erdhë si të fikët dhe u ul për tokë. Memzi i kujtohet

se e ngritën dy veta po nuk mban mend se si e nxorrën jashtë. Po ashtu nuk mban mend që i ishte lutar shoqeve të tjera që të mos e dërgonin në spital. Gjatë rrugës për në spital, volli dhe u lehtësua pak.

Ankesat në çastin e shtrimit në spital: dhimbje të forta koke, marrje mendësh, asteni të përgjithëshme, prerje gjunjësh, rëndim e dhimbje në stomak, tharje fytë. Ndjente të ftotë, sidomos në pjesët distale të anesive, dhimbje mezi, rëndim të kapakëve të syrit dhe i vinte gjum.

Ekzaminimi neurologjik: Ka hypoestezi deri tek bryli në anësit e sipërme dhe deri tek gjunjët në ato të poshtmet. Hyporeflexsi akiliane, tremor digitorum, tremor të lehtë intencional, ulje të forcës muskulare, ataksi statike dhe dinamike. T/A. 100/80 mm/Hg., pulsi 40 të rahura në minut. Tre orë mbas shtrimit i filloj nauzea dhe hypoestezi në formë çorapesh dhe dorezash, i vjen si vilani, ka dhimbje në grykë, e ka të vështirë të pijë ujin. T. A. 120/80 mm/Hg. Pulsi 72 në minutë.

Mbas dy ditësh ankon marrje mendësh, dhimbje mezi, dhimbje në muskujt e kraheve dhe të kofshëve, dhimbje koke. Objektivisht konstatohet hyporeflexsi akiliane, ataksi statike dhe dinamike, T. A. 105/70 mm/Hg. Mbas tri ditësh, pacientja e ndjente vehten mjaft më mirë, ankesa s'ka, pulsi 58 në minutë, T. A. 100/60 mm/Hg. Hyporeflexsi akiliane.

Analizat: Gjak komplet me 20/XI/63: Shkop. 8% të tjerat në normë. Urinat me 20/XI/63: leuk. 2-4 përfushë, disa urate.

Mjekimi: Sol. Glucosae 40% — 20 cc në vene, sol. Vit. C — 5 cc në muskuj, serum fiziologjik — 500 cc subkutan.

4. — Pacientja SH. R., lindur me 1934, e martuar. U shtrua me 20/XI/63, me kartelë klinike Nr. 8937/3.

Ajo tregon se porsa hyri në depo, menjëherë ndjeu një erë të keqe. Mbas disa minutash i u morën mentë, prandaj doli jashtë. Aty filloj të ndihmonte shoqet e tjera të helmuara duke i hipur në makinë. Më vonë filloj punën e saj, por mbas 45 minutash ndjeu marrje mendësh, tharje goje dhe fytë, mpirje në të gjithë trupin, vështirësi në frymëmarrje, të ngjethëta, dhimbje muskulare, dhimbje koke, ju prenë këmbët dhe u rëzua përf tokë. Nuk mban mend si hypi në makinë, por u përmend në rrugë. Në çastin e shtrimit paraqiste hyporeflexsi akiliane, ulje të forcës muskulare, dhimbje të forta koke, të cilat u bënë të padurushme. Pulsi 44 të rrahura në minut, tensioni arterial 65/45 mm/Hg. Njëkohësisht vihen rëlevizje anormale, kontrakSIONE të vogla të tipit mioklonik, sidomos në anësitë e sipërme, që janë më të qarta dhe konstante në tre gishtat e parë të dorës së djathtë. Gjatë rëlevizjeve të vullnetëshme këto rëlevizje bëhen më të dukëshme dhe të mëdha dhe i përngjasin mjaft tremorit volicional postkinetik klasik.

Mjekimi: Sol. Natrii chlorati 10% — 10 cc intravenoz, sol. glucosae 40% — 20 cc, Ultracortenol 20 mgr. në vene, Serum fiziologjik subkutan një litër, oksigjen, vit. C, luminal intramuscular. Mbas terapisë gjendja filloj të përmirësohenet dhe mbas dy orëve të shtrimit T. A. 150/100, më vonë 130/50, pulsi normalizohet 70 të rahura në minut. Rëlevizjet anormale zhduken.

Mbas dy ditësh pacientja paraqet dhimbje koke, marrje mendësh, rëndim në kapakët e syve, thatësi në gojë. Objektivisht ulje të lehtë të sensibilitetit superficial simbas tipit distal periferik, arefleksi akiliane ataksi statike dhe dinamike. Pulsi 66 të rahura në minut. T. A. 110/75 mm/Hg. Mjekimi i njëllojtë.

Analizat: Urinat negativ. Leuc. 4500, Neutr. 60%, Eozin. 2%, Limf. 30%, Mon. 2%, shkop. 4%.

5. — Pacientja T. H., lindur më 1942, beqare, shtruar me 20/XI/63 me numur kartele 8939.

Sillet në spital me vetëdije të errësuar, nuk është e mundur të mirret kontakt me të. Simbas fjalëve të shoqëruesve, në ora 12, mbasi hyri e para në depo, mbas disa minutash i u morrën mentë dhe u rëzua për tokë. Pastaj e arritën shoqet e punës dhe e sollën në spital. Në çastin e paraqites në spital paraqitet e obnubilar, nuk është në gjendje të komunikojë me ambientin e jashi, pupilat anizokorike, vihen re rotullime të bulbeve okulare, kontraksione muskulare. Është e vështirë të shtrihen ekstremitetet, për shkak të kontraksioneve të muskujve të anësive të sipërme. Edhe mbas një ore e gjysëm vazhdon të paraqesë lëvizje anormale në anësitë superiore. Këto paroksisma konvulsive përsëriten me intervale të shkurtra dhe midis tyre vihen re lëvizje të lokalizuara sidomos në tre gishat e para të dorës së djathë. Herë mbas here vihen re lëvizje mioklonike jo të regullta që vazhdojnë për disa minuta në anësit e sipërme. T. A. 110/70 mm/Hg. Pulti 45 të rahura në minut. I fillohet mjekimi me Sol. glucosae 40% — 20 cc në vene, sol. Natrii chlorati 10% — 10 cc. intravenoz. Vit. C., 1 Amp. chlorpromazin 50 mgr., 1 ampule Lepinal 0.2 gr. intramuscular, 1 ampule ultracortenol 20 mgr. intravenoz.

Ora 14.40 pacientes, ndonëse më rallë, i vazhdojnë krizat konvulsive në anësit e sipërme, dhe midis intervaleve, lëvizjet anormale në tre gishat e para të dorës së djathë. Vazhdon të jetë në gjendje torpoze, nxjerr shkumë nga goja, nuk i përgjigjet pyetjeve të mjekëve, fytyra është e kuqe e konxhestionuar, pulsi 45 të rahura në minut. Midis intervaleve ka kontraksione muskulare, paraqet ulje të forcës muskulare, arefleksi akiliiane, T. A. 115/75 mm/Hg.

Pacientes i përsëritet i njejtë mjekim edhe dy herë të tjera me intervale 2 orë duke shtuar serum fiziologjik 1 litër subkutan. Vetëm mbas kësaj terapije intensive arrihet të kontrollohen konvulsionet dhe lëvizjet anormale.

Mbas dy ditësh e sëmura është me vetëdije të kjartë, ankokhet përmarrje mendësh, raskapitje, dhimbje të muskujve, rëndim në stomak, vështirësi në gëlltitje, dhimbje të forta mezi. Objektivisht paraqet ulje të sensibilitetit simbas tipit distal periferik, hyporeflexi patelare, hyporeflexi akiliiane, ataksi statike dhe dinamike, ulje të forcës muskulare, fotofobi. Pulsi 64 të rahura në minut, T. A. 90/60 mm/Hg.

I caktohet terapia e ditëve të mëparshme, por pa Chlorpromazinë dhe Ultracortenol. Pas katër ditësh konstatohet gjendje somnolente, u përgjigjet me pak vështirësi pyetjeve, edeme palpebrae, hypoestezi në pjesën e sipërme të fytyrës, ulje e sensibilitetit simbas tipit distal periferik. Hyporeflexi tendinoze, pasiguri në pozën Romberg, ataksi dinamike, pulsi 86 të rahura në minut, T. A. 100/65 mm/Hg.. I vazhdohet terapia e njëjtë.

Pas një dite, paraqitet përsëri në gjendje obnubilacioni me gjithse mbas dite bëhet disi më e kthjellët, ankesat dhe gjendja objektive paraqiten si ditën e mëparshme. Pas dy ditësh e sëmura paraqitet disi më mirë, gjatë shtypjes së muskujve ndjen dhimbje të forta. Hypoestezi në pjesën e sipërme të fytyrës dhe në dorën e djathë. Hyporeflexi akiliiane, tremor dogitorum.

Të nesërmen pacientja e ndjen vehten më mirë dhe kërkon me insistim që të dalë nga spitali. Ende ekzistojnë zona të veçuara hypoestezie në anësitë inferiore.

Analizat: Gjaku periferik: eritr. 3.850.000, leuk. 9400. Neutr. 61%, Shkop. 11%. Urinat normal. Gjaku periferik dhe urinat e pësëritura mbas dy ditësh paraqiten normale.

## DISKUTIMI I RASTEVE:

Pesë rastet tona mund të futen midis formave akute të helmatimit. Zakonisht format akute fillojnë me prodrome. Prodromet e helmatimit mund të zgjasin me sekonda, me minuta dhe me orë. Në rastet tona këto kanë qënë me minuta. Ato mund të janë të ndryshme, kështu p.sh. në rastet tona, mbas një faze fare të shkurtër latente, tre paciente patën çefale, katër raste patën marrje mendësh dhe marrje këmbësh; 2 raste u paraqitën në gjendje subkomatoze dhe një rast në gjendje lipotimie; 2 raste paraqitën kontrakSIONE muskulare, të theksuara më tepër në anësitetë superiore; 2 patën vjellje. Përsa i përket kuadrit klinik të pacienteve gjatë këtij helmatimi, kryesisht të bien në sy turbullime të karakterit nervor. Një nga shenjet më tipike janë krizat konvulsive, të cilat mund të janë të karakterit të përgjithshëm ose Xheksonian; ato mund të përsëriten aq shpesh sa që pacienti të bjerë në gjendje epileptike. Midis krizave konvulsive mund të çfaqen lëvizje të tre gishtave të parë të dorës së djathëtë dhe ngandonjëherë mund të kemi sindromin e epilepsisë së vazhdushme të Kashevnikovit, të cilën e kanë konstatuar Duvoir, Fabre dhe Layani. Në 2 raste tona ne konstatuam kriza konvulsive të tipit mioklonik, sidomos në anësitetë superiore, dhe që në intervalet midis tyre shoqëroreshin me lëvizje anormale të tre gishtave të parë të dorës së djathtë. Siç referon Micheaux ky është një simptom patognomonik por gjendjet komatoze ose subkomatoze gjatë helmatimit me bromur të Metilit dhe mund të shërbet për të bërrë diagnozën diferenciale me komat me origjinë tjetër, siç janë komat uremike; insulinike, me intoksikacion nga monoksidi i karbonit etj. Po ashtu mjaft shpesh janë pëershkruar turbullime cerebellare. Në këto raste, përvëq vertizheve, vihet re ataksi cerebelare e vërtetë, turbullime të statikës, inkoordinim të lëvizjeve që keqësohen gjatë lëvizjeve të vullnetëshme. Nga një herë janë pëershkruar dismetri e hipometri si edhe nystagmus. Edhe në të sëmurët tonë ne vumë re turbullime cerebelare, madje në 2 prej tyre këto fenomene qenë mjaft të theksuara. Po kështu gjatë këtij helmatimi vihen re turbullime psihike. Këto mund të çfaqen në formë obnubilacioni të pacientit, axhitacioni motor, depresioni mendor, konfuzioni. Në rastet tona këto fenomene janë çfaqur në një person me obnubilacion të shkurtër, një tjetër me lipotimi epizodike dhe në një pacient me obnubilacion, që zgjati për dy ditë.

Reaksionet senseriale: disa autorë kanë pëershkruar hallucinacione vizive fantastike, kriza konfuzionale enrike, gjendje inercije intelektuale dhe melankolie me ide suicidale. Në rastet tona vetëm tek një paciente ne konstatuam apati mjaft të theksuar të shoqëruar me mërzitje dhe depresion.

Disa autorë bëjnë fjalë për turbullime motore deficitare, për dobësi muskulare më shpesh në nivelin e anësive superiore (Jacquet, Mazel dhe Jeanneret) dhe nga një herë në nivelin e të katër anësive (Bing). Në rastet tona, sidomos në dy prej tyre, ne mund të insistojmë se kemi konstatuar dobësi muskulare evidente në të katër anësítë.

Disa autorë flasin për turbullime objektive të sensibilitetit. Duvoir, Fabre dhe Layani bëjnë fjalë për uljen e sensibiliteteve superficiale dñe profonde, në rastet tona ne kemi konstatuar kryesisht turbullime të sensibilitetit superficial simbas tipit distal periferik.

Përvëq dhimbjeve të kokës, që shpesh janë shumë intensive dhe takohen shumë shpesh; disa anëkohen për krampe muskulare dhe për parestëzi doloroze (Cade dhe Mazel). Edhe në rastet tona kemi vënë re dhimbje koke sidomos në njerin prej tyre ka qënë shumë e fortë dhe intensive, por nuk kemi konstatuar krampe muskulare.

Feisinger dhe Gaultier vënë në dukje se gjatë formave akute të këtij intoksikacioni duhet patur kujdes në rastin e fëmijve të porsalindur dhe të fëmijve të vegjël, të cilët janë shumë sensibël edhe kundrejt kontracioneve të vogla të bromurit të Metilit, koncentracione këto që për të riturit shkaktojnë helmatime të shkallës së mesme. Të pesë pacientet e observuara nga neve kanë qenë me mosha madhore duke filluar nga 21 vjeç e sipër, prandaj nuk kemi patur mundësi që të mund të vërejmë se si zhvillohen kuadri klinik në pacientë me mosha shumë të vogla.

#### KONKLUSIONET:

1. Rastet tonë u përkasin helmimeve akute; në përgjithësi të gjendjes së mesme, dhe vetëm në një rast të shkallës së rëndë.

2. Në të gjitha rastet perioda latente ka qenë prej disa sekondash ose disa minutash dhe pastaj është zëvendësuar nga prodromet, që shoqërohen me dhimbje koke, marrje mendësh, tharje fyti, fenomene parestezie, dizestezie dhe nga një herë vjellje.

3. Në dy raste u konstatuan konvulsione në anësit e sipërme dhe në intervalet midis këtyre paroksimave viheshin re lëvizje anormale në tre gishtat e parë të dorës së djathtë. Këto lëvizje anormale konsiderohen si shenja patognomonike të helmimit me bromur të Metilit në rastet komatoze dhe subkomatoze dhe shërben për t'a diferençuar atë nga komat e tjera.

(Praqitur në Redaksi me 15/3/1966)

#### BIBLIOGRAFI

- Alderhermack 1927, cituar nga Dumora Ch.: Contribution à l'étude des intoxications par le bromure de méthyle. These de médecine. Paris, 1954.
- Bertin R.: L'intoxication par le bromure de Methylle. These de médecine. Paris, 1937.
- Bing: Empoisonement par le bromure de Methylle. Schweizerische Rundschau für Medizin, 1910. Cituar nga Dumora Ch.
- Cade et Mazel: Intoxication par le bromure de Methylle. Bul. de la Soc. Med. des Hop. de Paris, 1921.
- Corecos A., Heurtematte J. et Corecos V.: Intoxication mortelle par le bromure de Methylle. Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris, 1955, ff. 1005-1008.
- De Morsier et Steinmann: Epilepsie chronique consecutive à l'intoxication par le bromure de Methylle. Revue Suisse des Acc. de Trav. et des Mal. Prof. 1936, Nr. 2, ff. 149-157.
- Dechaume J., Bourrat L. et Schott B.: Intoxication par le bromure de Methylle. Jour. de Med. de Lyon, 1948.
- Derobert L.: L'intoxication professionnelle par le bromure de Methylle. Le Droit Ouvrière, 1938, ff. 514-520.
- Dumora Ch.: Contribution à l'étude des intoxication par le bromure de Methylle. These. Paris, 1954.
- Duvoir M. et Derobert L.: Etude anatomo-pathologique de l'intoxication par le bromure de Methylle. Arch. Mal. Prof., 1944-45, Nr. 4, f. 149.
- Duvoir M. et Fabre R.: Intoxication et malaise provoqué par le bromure de Methylle. Press. Med. 26 Nov. 1938.
- Duvoir M., Fabre R. et Layant F.: L'intoxication par le bromure de Methylle. Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris, décembre 1937, Nr. 34, f. 1540.
- Fabre R.: Leçons de toxicologie. Vol. 4. Paris, 1933.
- Fischer G.: L'intoxication par le bromure de Methylle, spécialment au cours de son emploi comme extincteur d'incendie. Concours Med., 6 octobre 1949, LXII, f. 365.
- Floret: Bromethylvergiftung. Kling Beitrag 2. — Geweb. Zt. 1915, f. 146.
- Gaultier M.: Intoxication familiale par le bromure de Methylle. Presse Med. 25 janvier 1945, f. 44.
- Glaser E. and Frisch S.: Brominates hydrocarbons. Arch. f. Hyg. 1929, 101, 48.

18. — Goldschmidt E. et Kuhn E.: Intoxication par le bromure de Methyle. Zentralblatt fur Gewerbe Hygiene. 1920, VIII, F. 281.  
 19. — Jaquet J.: Uber bromethylvergiftung. Deutsche Arch. fur Klin. Med. 1901, Nr. 4-5, f. 218.  
 20. — Jeanneret J.: Les intoxications par le bromure de Methyle dans l'industrie. These. Lyon, 1921, Nr. 227.  
 21. — Kohn — Abrest E., Derobert L., Traffert C.: Toxicologie du Bromure de methyle. Presse Med., 21 avril 1945, f. 206.  
 22. — Lechevalier G.: Contribution a l'étude des intoxications par le bromure de Methyle. These. Paris, 1944, Nr. 425.  
 23. — Marchand M.: Intoxications et accidents causes par la manipulation d'appareils extinteurs d'incendie. Rev. Med. Min. de Douai, 1951, ff. 9-11.  
 24. — Mazel P., Bourret J. et Roche L.: Intoxication familiale de cinq personnes au cours d'un desinsectisation par le bromure de Methyle. Trois mort. Arch. Mal. Prof. 1946, f. 38.  
 25. — Michaux L., Courchet A. et Lechevalier G.: Sept observations d'intoxications d'atelier par le bromure de Methyle. Rev. Neurol., septembre-octobre 1944, T. 76, Nr. 9-10, f. 229.  
 26. — Michaux L., Cerey A. et Lechevalier G.: A propos de treize cas d'intoxications par le bromure de Methyle, dans sept collectifs et deux mortels. Arch. Mal. Prof., 1944-45, f. 143.  
 27. — Michaux L. et Courchet J. L.: Les troubles mentaux dans l'intoxication professionnelle par le bromure de Methyle. Ann. Med. Psych., Juillet 1949, T. 2, Nr. 2, ff. 210-214.  
 28. — Oppermann: Zwei gewerbliche Vergiftung dusch methylbromide. Furher's Samml. Vergiftungs. Fullen, Berlin, F.C.W. Vogel, 1933, Bd. IV, L. f. 8.  
 29. — Rain J. et Smith E.: Etude clinique et pathologique de 3 cas d'intoxication par le bromure de Methyle. Brit. Journal of Ind. Med. Londres, 1953, ff. 44-49.  
 30. — Roche L., Colin M., Tommasi M., Lejeune E., Maitre-Pierre et Grandmathe: Intoxication mortelle par le bromure de Methyle. Manifestations renales, pulmonaires, neurologiques. Prolongation du coma a la suite de la thérapeutique. Soc. de Med. Leg. 1958, Nr. 6.  
 31. — Roche L., Normand J. et Genevoux M.: Interet de l'electroencephalogramme au cours d'une intoxication par le bromure de Methyle. Soc. de Med. du Trav. de Lyon. Juin 1956.  
 32. — Roger H. et Hawthorn E.: L'intoxication par le bromure de Methyle. Presse Med., oct.-nov. 1941, XLIX, Nr. 94-95, ff. 1178-1181.  
 33. — Sabatier L.: Les intoxication aigues par le bromure de Methyle en milieu militaire. La «maladie de d'extincteur». Med. d'Usine, juin 1953, Nr. 6, ff. 298-302.  
 34. — Schuller: Intoxication par le bromure de Methyle. Vierfarbigschrift fur Afentl. Gesundheitspflege, 1899, f. 686. Cituar nga Dumora Ch.  
 35. — Tietze A.: Klinische Beobachtungen zur Methylbromid und Tetrachlorhobenstoff vergiftung. Arch. g. Geverbepath. und Gewerbenhydoh. 1933. ff. 733-739. Cituar nga Dumora Ch.

(Summary)

#### ACCIDENTAL INTOXICATIONS WITH METHYLE BROMIDE

The authors have observed 5 cases of acute intoxication with methyle bromide. All these cases were of moderate gravity, with the exception of one case, which can be considered severe. In all the cases the latent period lastet from a few seconds to half an hour, then were followed by prodromal symptoms consisting of headache, vertigo, sensation of dryness in the mouth and pharynx, paraesthesia and disesthesia, weakness and nauses with vomitus in some cases.

The authors describe in detail the symptoms of these 5 cases. In one cases was observed a state of lipothymy, in another — obnibilation lasting two days, in another cases — acute depression. In all the cases there was loss of the reflexes of extention, loss of the sensitivity of the distal periferic type; two cases presented myoclonic convulsions. The intervals between the paroxisms accompanied by abnormal movements of the three first fingers of the right hand. These movements are considered pathognomonic for intoxications with methyle bromide; often they are accompanied by a comatos or subcomatos state and can serve to differentiate these intoxications from other comatos states.

## MBI DY RASTE HELMIMI AKSIDENTAL ME «METIL BROMID»

KAND. SHKENC. MJEKESORE MIT VOKOPOLA

(Spitali Psihiatrik Durrës — Drejtor M. Vokopola)

Me zhvillimin e bujqësisë moderne dhe të degës së mbrojtjes së bimëve industriale dhe ushqimore si duhan, pambuk, dëllënje, gosh etj. filluan të përdoren edhe në vendin tonë insekticide të ndryshme si sulfure karboni, metil bromidi etj. kundër dëmtonjësve të produkteve bujqësore.

Një prej këtyre insekticideve «metil bromidi» me formulë kimike  $\text{CH}_3\text{Br}$ , dhe peshë molekulare 94,95 njihet dhe nën emrat: «metil bromid» dhe brometan. Ky insekticid në temperaturën e dhomës paraqitet si gaz i pangjyrë, kurse në temperaturën rreth  $+ 4^\circ \text{C}$ . kthehet në lëng të pangjyrë. Ka një erë të dobët që të kujton deri diku erën e dikloretanit. Në formë gazoze dhe në koncentrime që përdoret në insekticide ( $40 \text{ gr./m}^3$ ) nuk veprom mbi metalet, ngjyrat dhe indet. Deperton shumë shpejt kudo në ambient të mbyllur dhe largohet me një herë në ajrosjen e lokalit. Degazifikimi i ambientit të mbyllur për 24 orë arrihet mbrenda një ore pas çeljes së portave dhe të dritatave (Popov V. N., Efimov A. Ll. Vashkov V. J.).

Toksiciteti i tij për njerzit dhe kafshët: Paraqitet si narkotik i dobët, dhe helm i fortë nervor. Janë përshkruar raste vdekje të helmimit të njerëzve, pas një koncentrimi të metil bromid-it në ambient të mbyllur në sasi  $30 \text{ mgr.}$  deri  $35 \text{ mg.}$  për litër, po ashtu është vrejtur ngordhja e kobejve pas  $22$  deri  $6$  orësh dhe  $6' - 42''$  në koncentrime  $2$  dhe  $10-50 \text{ mg.}$  për litër të metil bromidit. Koncentrimi i tij toksik është më i vogël se sa koncentrimi në të cilin ndihet era e tij. Koncentrimi i lejueshëm në ajër është  $0.005 \text{ g.}$  për litër.

**Shenjat e helmimit:** Shenjat e intoksikimit edhe në rastet akute shfaqet menjëherë ose pas disa orëve dhe rrallë pas disa ditëve. Simbas gravitetit të tyre këto dallohen në helmime të lehta, të një rëndësije mesatare dhe të rënda.

Në helmimet e lehta vërehet: cefalea, vertigo, nausea, somnolence, apati, dridhje gjymtyrësh dhe dobësi fizike të theksuar.

Në helmimet e një graviteti të mesëm, përvëç shenjave të një helmimi të lehtë vërehen dhe diplopia, disartria, ecja ondulante dhe lateropulsive. Në helmimet e rënda kuadri nosologjik arrin deri në gjendjet komatoze. (Kevorlyan A. A., Sanocki J., Latavjati A. A.).

Në rastet e helmimit gjendja e të sémurit keqësohet ngadal, por edhe më ngadal vjen përmirësimi. Pasojat e intoksikimeve të mesme dhe të rënda, zhduken pas shumë muajsh ose edhe vjetësh.

**Lezonet anatomo-patologjike:** Në intoksikimet e ndryshme, është

vrejtur demielinizim veçanërisht të kornave laterale dhe posteriore të *medulla spinalis*.

Nidhima e parë mjeksore: Largoher me një herë e sa më parë i sëmurai prej ambientit të mbyllur dhe nxirret në ajër. Përdoret me një herë antigazi antidoti i metil bromidit, lahet trupi, i jepen pijo të ngrohta dhe ushqime të pasura me proteina, i krijohen kondita qetësie. (Sosnovik J. Ja).

Kazuistika janë përfshin dy raste që vijojnë:

1. G. N. vjeç 29, lindur dhe banues në Durrës, zooteknik me detyrë pranë Komitetit Ekzekutiv të K. P. të rrëthit, më 8/IX/1965, u paracit në poliklinikën e qytetit sëbashku me një shok pune, të cilat kishin hyrë në magazinën e agroeksportit në Shkozet, dyert dhe dritaret e së cilës para 24 orëve ishin të mbyllur se ka qënë disinfektuar me metil bromid me një koncentrim prej 40 gr. për  $m^3$ , dhe duke pasë pasun aspirue për disa minuta ajrin e ambientit të mbyllur, filloi të ketë cefale, vertigo, nauzea, shije të hidhur dhe dobësi të theksuar fizike. Me që se simptomatologjia paraqiste një kuadër të lehtë helmimi aerogjen prej metil bromid-i, u mbajt në vrejtje ambulatore prej dispanserisë neurologjike të poliklinikës dhe u trajtua me doza të mëdha solucioni hipertonik glukozi dhe vitamina të kompleksit B. Brënda një javë, pas këtij mjekimi, i gjithë kuadri nosologjik u zhduk dhe gjendja e të sëmurit u normalizua duke rifilluar i sëmuri punën e tij të përditëshme.

2. H. Q., vjeç 47, lindur në Kavajë e banues në Durrës, nëpunës në N. SH. Agroeksportit në Durrës, u shtrua pranë spitalit neuropsihiatrik në Durrës, me kartelë klinike Nr. 329/65 datë 29/IX/1965 pas një dobësie të theksuar fizike dhe turbullime të karakterit, me idera ideo-obsesive. Të dhënët e tij anamnestike janë si vijojnë: Në moshën 20 vjeç ka kaluar *hepatitis viralis*. Nuk na u referua që të ketë kaluar ndonjë sëmundje tjetër me rëndësi. Më datën 8/IX/1965 duke çelur dyert dhe dritaret e njerës prej magazinave t'Agroeksportit në Shkozet të disinfektuara ditë para me metil bromid në sasin 40 g. për  $m^3$  dhe duke pas aspirue ajrin e ambientit të mbyllun, ndjeu cefale të theksueme sidomos oksipitale, nause, vertigo dhe humbi ndjenjat për disa minuta, arrësyte për të cilën u shtrua urgjentsi. Gjat qëndrimit të tij në spital i u konstatua dysartri rokiore, diplopi në rrotullimin e globit okular prej  $180^\circ$ , ecje ondulante, ndonjihershë lateropulsio dhe njikohësisht i sëmurrë çfaqte turbullime të karakterit, kështu, b.f. ishte i eksitueshëm dhe kuerilent, krahas kësaj simptomatologjje çfaqte edhe obesione mendimi dhe veprimi. Qëndroi në spital gati rji javë, duke u mjekue me detoksikante dhe vitamina, doli i stabilizuem. Më dt. 29.IX.1965, i sëmuri u paraqitë për vizitim pranë dispensorit psihonevrologjik të Poliklinikës duke u ankue për dobësie fizike dhe frika të ndryshme. U nis përsëri në spitalin nevropsihiatrik të Rrethit, ku i u konstatuan: I sëmuri ankokesh për cefale të fortë oksipitale vertigo dhe nauese. Në ekzaminimin objektiv i sëmuri çfaqte dysartri rrojkore, diplopi në rrotullimin e globit okular deri në  $180^\circ$ , lëvizje nystagmoide orizontale bilaterale me pupila isokorike, isociklike dhe me reagim normal ndaj dritës dhe akomodimit. Nuk kishte lezione të dukëshme të nervave kraniale, reflekset abdominale në të tre kuadranet të pranishëm ato osteotendinoze të patellës dhe t'Ahilit të theksueme per D = S. Nuk çfaqte turbullime sensitive ose sfinkteriane. Kurgja për tu shënuë në organet e ndryshme. T. A. 160/75 mm Hg. Ishte i orientuar riirë në kohë dhë hapësinë, por çfaqte obesione mendimi dhe veprimi dhe ishte kuerilent. U mjekue me doza të mëdha solucioni glukoze hipertonike, vitamina të grüpit B. Iu krijuen kondita optimale qetësie dhe i u përshkrua kategoria e ushqimit me sasina të mjaftueshme proteinash.

Ndërkohë analizat e tij komplementare kan qënun si vijojnë: R. Citochol dhe Kahnn; Neg. R. Skopi toraksit; Neg. Pulmone et Cor. Erythrocitet 4.000.000, leukocitet 7.000, formula N : 69% E. 1% B : 0%, L : 26%, M. 2%, Shk. 2%; Erytrosedimentimi: 12 mm. orë, urina: negativ për elemente patologjike. Provat e mëlcisë kanë qenun negativ për R. Takata-Ara, Kadmiumi dhe Wanderberg direkte dhe indirekte, likuidi cerebrospinal ka qënun krejt i qart, pa presion me R. Pandy: negativ; R. Weichbrodt: negativ albumine: 0.19% glukose: 0.30%, klorure: 7%, celule 0.1 për mm<sup>3</sup>, lloj i celuleve: lymfocite. I sëmuri qëndroi i shtruem rreth 10 ditë dhe doli i stabilizuem. Shëndeti i tij u përmirsoe gradualisht dhe në fillim u zhduk cefalea, vertigo dhe ma vonë idenat obsesive dyzatria e diplopia me ecjen ondulante. I ndjekun prej dispensorit psihonevrologjik të Poliklinikës gjat tre muajve që kan pasue daljen e tij prej spitalit, nuk ka çfaqun ndonji ankin neropsihik ose somatik, kështu që stabilizimi i tij ka qenun i plotë dhe riaftësimi në punë komplet.

#### DISKUTIMI I RASTEVE:

Nga të dy rastet i pari i përket helmimit të lehtë, kurse i dyti helmimit të një graviteti mesatar. Asht për t'u vue në dukje se në kundërshtim me sa njihet deri sot që të dy rastet janë riabilitue mbrënda një kohe fare të shkurtën dhe duke u ndjekun ambulatorisht nuk kan çfaqun ndonji turbullim fizik ose psihik në kohën e mavonshme, kështu që mund të thuhet se përdorimi i maskave, shpejtimi i manovrimit të ajrosjes së ambientit dhe respektimi rigoroz i urdhënesave të Qeverisë mbi «Udhëzimet dhe masat mbrojtëse kundër-helmineve nga lëndet helmonjëse me efekt të fortë» (Botim i 1963), kishin me qënun faktorë decizivë për menjanimin e këtyre helmineve.

Me qe se në literaturën mjeksore, të pakten at që ne kemi parasysh, rraste helmimi me «metil bromid», janë të ralla dhe në vendin tonë figurjnë si «aksident pune», si raste të para, menduan se nuk kishte me qenun i pa vlefshëm, demostrimi i dy rrasteve të ma sipërme në një kohë kur bujqësia jonë asht modernizue dhe shkon para duke përdorur gjithmon preparate insekticide kundër damtonjësve të prodhimeve bujqësore, nga ma të reja dhe ma efikace, të cilat prej një pakujdesie eventuale të përsoselit të ngarkuem me përdorimin e tyre, mund të shkaktojnë intoksikime aerogjene me simptomatologji neropsihike.

(Paraqitur në redaksi më 25/I/1966)

#### BIBLIOGRAFI

1. Urdhëresat e Qeverisë: Eregullat, udhëzimet dhe masat mbrojtëse kundër helmineve nga lëndë helmonjëse me efekt të fortë. Botim i Inst. të Lartë Shtet. të Bujqësisë. Tiranë. 1963.
2. Efimov A. I.: Spravocnik po primeneniju jadov dija borbi s vroditeljami u belenjami rastenij. 1956. f. 228.
3. Kevorkjan A. A.: Professionalnie nejrotoksikozi. 1955. f. 175.
4. Letavet A. A., Kanevskaia A. A.: Promishlenaja toksikologija i klinika profesionalnih zab olevanijah himiceskogo etiologi. 1962.

5. Popov P. V.: Spravočnik po jadokimikatam. 1956. ff. 366-370.
6. Zaneckij J.: Jadni protomishljenic (Enciklopedija e madhe mjekësore). Tomi XXXV, ff. 996-1000) 1964.
7. Sosnovnik J. Ja: Kliničeskaja simptomatika i pervaja pomosh pri professionalnih ostravlenijah, ff. 81, 1955.
8. Vashkov V. J.: Dezinfeksija, dezinseksija i deratizacija, 1956.

( *S u m m a r y* )

**TWO CASES OF INTOXICATION WITH METHYLBROMIDE**

The author describes two cases of accidental intoxication with methyle bromide. The first is a mild case, the second is of moderate severity.

In the second case were noticed dysarthria, diplopia, ondulating walk, retropulsations in some moments, manifestations of troubled character, accitacion. Some manifestations of obsession were noted of the processes of thought and action.

The author concludes by pointing out that these intoxications may happen during everyday life, and that it is necessary to know their clinical picture.

## CIRROZA CRUVEILHIER-BAUMGARTEN.

(*Aplasis totale e venave hepatike*)

Doc. PULLUMB BITRI

(Katedra e Anatomisë Patologjisë — shef. P. Bitri)

Nga sëmundjet e venave hepatike që kanë rëndësi praktike në klinikë dhe që lidhen me leziona anatomike me natyrë të ndryshme në këtë sistem venash, përveç endoflebitit obliterant (Stein H. et Isaacson C.), dhe trombozës në to (Haeffner A., Detrie Ph.), njihet edhe aplazia ose hipoplazia kongenitale e katëre venave që krijon një kuadër kliniko-anatomik të posaçëm të njojur me emrin e sëmundjes Cruveilhier - Baumgarten. (Orsel L. et Coll., Rosenblatt, Lanchou G. et Coll.).

Sëmundja, për të cilën do të flasim në këtë punim, është shumë e rrallë dhe rastet e përshkruara deri më sot në literaturën botërore janë të numuruara (Stein H. et Coll). Na do të paraqesim më poshtë një rast personal të hasur në praktikën tonë anatomo-patologjike.

Sëmundja njihet qysh prej një shekulli, por përshkrimi i saj nuk ka qënë i plotë. Një hap përpara u bë vetëm atëherë kur nga analizat e hollësishme anatomo-patologjike u konstatua se aplazia e venave hepatike shqerohej me persistencën e venave umbilikale. Por i errët mbeti shkaku i persistencës së venës umbilikale, sepse shpjegimet që i bëhen shih këtij komponenti të rëndësishëm në këtë sëmundje nuk qenë të kënaqëshme. Baumgarten (1873-1945) interpretoi rastet e tija si të lidhura me hypoplazinë kongenitale të heparit, që simbas tij ka çuar në persistencën komplete të venës umbilikale, kurse Reinhardt mendoi se duhet të ishte rabbillyja e parakohëshme e *ductus Arantii*, ndoshta mbas një procesi inflamator që detyron venen umbilikale ekzistente gjatë jetës intrauterine, që mban lindjes të zhvillojë komunikimet e sajë në venat epigastrale deri sa të arrijë karakteristikat e saja të më vonëshme që na do të përshkruajmë dhe demostrojmë në rastin tonë. Bastai mendon se persistenca e venes umbilikale trengon që gregullimi i qarkullimit duhet të ndodhi bash në jetën intrauterine përpara obliterimit fiziologjik të kësaj vene në mënyrë që gjaku portal i cili nuk mund të arrijë më zemrën nëpërmjet të venave hepatike në venën kava inferior, devijon në degën e majtë të venës porta dhe prej andej nëpër venën umbilikale e cila ruhet e hapur si dhe nëpër anastomozat e saj të shumta arrin njëlloj qarkullimin e madh. Mirëpo një opinion i tillë ka dy argumenta të kundërtë: nuk është konstatuar një frekuencë e njëkohëshme e persistencës së venës umbilikale si dhe të *ductus Arantii*, nga ana tjetër ekzistojnë raste të sigurta të obliterimit të venave hepatike, por të pa shoqëruara me persistencën e hapur të venës umbilikale (Bastai).

Sëmundja në fjalë njihet në literaturën botërore edhe me emrin «cir-

hosis Cruveilhier-Baumgarten», me gjithë se kuadri anatomo-patologjik nuk ka karakteristikat e një cirroze në kuptimin e vërtet dhe klasik të kësaj terme por më tepër për një sklerozë ose fibrozë sekondare që zhvillohet në mëlçi. E vërteta është se autorët e përmendur nuk bëjnë fjalë për venat hepatike, por që të dy vënë në plan të parë dimensionet e zvogëluara të heparit, persistencën e venës umbilikale dhe zhvillimin e tepertë të qarkullimit venoz mbi paretin abdominal. Kohët e vona leteratura mjekësore mbi këtë argument diferencon sëmundjen Cruveilhier-Baumgarten» nga sindromi «Cruveilhier-Baumgarten». Sëmundja karakterizohet me aplazinë ose oblitterimin e pjesëshme ose totale, të paralindjes, të vëvave hepatike, me hepar relativisht të vogël jo cirrotik, dhe me persistencën e venës umbilikale. Ndërsa sindromi karakterizohet me një hipertoni portale që është konsekuençë e një tromboze të venës porta ose e një cirroze që krijon një qarkullim të pasur kolateral, i cili përfshinë kryesisht venat para-umbilikale. Si rastet e sëmundjes ashtu dhe ato të sindromit janë shumë të rralla duke gjykuar nga ato komunikime të bëra deri më sot në leteraturën mjekësore.

Nga analiza e rasteve të komunikuara, nga pikpamja anatomo-patologjike ato me aplazi të vërtetë dhe të plotë të vëvave hepatike janë jashtë-zakonisht të rralla (Dominici). Bash me një rast të tillë jemi njohur na, dhe është ky objekti i këtij komunikimi:

Bëhet fjalë për një fëmijë të moshës 12 vjeç, i trajtuar për një kohë të gjatë në spitale të ndryshme me diagnozën e cirrozës hepatike dhe së-fundi përfundon në klinikën kirurgjikale ku mbas një interventi për anastomozën spleno-renale vdes nga një insuficencë kardio-respiratore akute. Nga ekzaminimi anatomo-patologjik që ju bë këtij rasti u konstatua: hepari me dimensione nuk është i zvogëluar, ndërsa pesha e tij arrin 1.600 gr. (makrofoto Nr. 1). Nga ana e jashtëme hepari paraqitet me nodozitete të çregullta të dimensioneve të ndryshme që më mirë vihen re në lobin e majtë të tij. Në përgjithësi organi nuk është i deformuar shumë, konsistenza e tij nuk i përngjan asaj të cirrozave të zakonshme. Ngjyra e kapsulës së heparit nuk është homogjene: vihen re zona kafe të errëta, zona hiperemike si dhe zona të një ngjyre më të zbehtë. Përgjithësisht bie në sy një zhvillim i bollshëm i vazave të gjakut në gjithë sipërsfaqen e kapsulës së Glissonit. Të tilla vaza të shumta të zgjeruara vihen re më tepër në vendin e ligamenteve të heparit si dhe në vendin ku inserohet kapsula me diafragmën, kjo e fundit gjithashtu karakterizohet me një zhvillim të bollshëm të vazave kolaterale, kolaterale të zhvilluara mbi sipërsfaqen e heparit (foto Nr. 2): kolaterale të zhvilluara në vëndin e ligamenteve të heparit. Mëlcia lidhet me paretin abdominal anterior me një kordon të trashë relativisht më tepër se një gisht, i cili nga pamja e jashtëme paraqet sasi të mëdha vazash venoze të shtrembëruara dhe në thellësi të tij mbas prerjes vihet re një vazë e gjërë venoze me dimensionin për të futur në të gadi gjithin e vogël të dorës, ky kordon është vena umbilikale persistente dhe e zgjeruar (mikro foto Nr. 3). Në paretin abdominal si nga ana e brendëshme të tij ashtu dhe në thellësi vihen re kolaterale të zhvilluara mirë, të cilat me gjithëse të kolabuara janë të mbushura me sasi të bollëshme gjaku. *Vena cava inferior* kalon në vëndin e saj dhe puthiset me indin hepatik, ajo ka madhësi të zakonshme por në nivelin e parenkimës hepatike nuk merr asnjë degë vene hepatike në lumenin e saj, duke përjashtuar disa bira filiforme që vihen re gjatë trajktoreve së venës *cava inferiore* në vendin ku kjo mbështetet mbi sipërsfaqen e mëlcizë, por që nga ekzaminimi i këtyre bivariate rezulton se ato janë disa gropëza që projektohen në endoteliumin e venës *cava* dho nuk janë vaza që komunikojnë me parankimën hepatike

Mikrofoto Nr. 4: aspekti i përgjithëshëm i *vena cava inferior* dhe makro-Nr. 5: aspekti i veçantë i *vena cava inferior* ku vihen re bira filiforme (talla në lumenin e kësaj vene).

Anomalia e venave hepatike shpie në ndryshime strukturale të mëlçisë zezë, me gjithate lobulet hepatike, ndonse thellësisht të modifikuara, uajnë në zona të ndryshme vendosjen dhe orientimin e trabekulave hepatike rrëth venës qendrore, po ashtu lobulet hepatike ndahen nga hapësira shtate pak a shumë normale, po në pjesën më të madhe struktura e organit është rrënjosht e modifikuar; lobulet hepatike janë të deformuara ose shpërndazhi i tyre mungor krejtësisht, ato orientohen si rrëth venave centrale ashtu dhe rrëth spaciuneve portale (mikrofoto Nr. 6 dizorientimi i lobuleve hepatike). Venat centrale janë të zgjeruara, venat sinusoidale në shumicën e strukturës hepatike janë të zgjeruara për së tepërm kaq sa kanë krijuar ligej që komunikojnë ndërmjet tyre dhe kanë atrofizuar trabekulat hepatikë. Në shumë preparata celulat hepatike i janë nënshtruar distrofisë të shkallëve të ndryshme ose atrofisë së theksuar. Spaciumet periportale janë të zgjeruara me zhvillim të indit fibroz pa fenomene inflamatore të theksuar, dhe në një mënyrë të çrrregullitë, nga ndonjë horë kaqë të bollshme sa që rrëthon lobulet hepatike në mënyrë të përngaçhme me atë të cirrozes «anulare» ose «insulare». Edhe në spaciumet periportale vihet në disa zona një sasi e bollshme vazash gjaku. Në zona të tjera një strukturë hepatike krejtësisht të dizorientuar, ku lobulet hepatike gati nuk konstatohen, bive në sy një zhvillim i vazave në një mënyrë të tillë dhe në një sasi të tillë sa që duke dépërtuar në mëlçinë e zezë hepatike në formë kordonesh të jepet përshtypja se kemi të bëjmë me spaciumet portale krejtësisht vaskulare.

Nga ekzaminimi anatomo patologjik i organeve të tjera dhe ndryshimet e gjetura nuk meritojnë pëershkrim të posaçëm. Duhet të theksojmë se venat e ezofagut janë mjafë të zgjeruara dhe të shtrëmbëruara. Në kohën e autopsisë u gjet një sasi e paktë likuidi ascitik, por simbas pëershkrimit të kartelës klinike, përparrë ndërhyrjes kirurgjikal ky likuid ka qenë i bollshëm. Shpretka që u hoq gjatë ndërhyrjes kirurgjikal, simbas pëershkrimeve ishte relativisht i zmadhuar, por fatkeqësisht nuk i është nënështruar ekzaminimit histologjik.

Eshtë interesant të dihet se shpesh këta të sëmurë me një sistem kilateresh shumë mirë të zhvilluar jetojnë për një kohë të gjatë duke kryer shpesh dhe funksione normale. Vlen të përmendet në këtë drejtim rasti i pëershkruar nga Vanzetti i një gruaje 29 vjeçare që kishte lindur 4 fëmijë (lindje normale) dhe mbas grumbullimit të ascitit dhe të splenomegalisë, vdiq për shkak të hemoragjisë gastro-intestinale të provokuar nga staza portale. Në autopsi qe verifikuar aplazia totale e venave hepatike ashtu si tek rasti ynë. Ky rast tregon qart sikurse dhe shumë të tjerë se çrrëgullimi i qarkullimit mund të kompensohet deri në një ekuilibër i cili mund të mbahet përnjë kohë të gjatë (Corazza R. et coll, Morcozzi G. et coll.).

Rasti i ynë, simbas të dhënave të shkurtëra klinike tregon se fëmija fillon të vuaj me simptome të dukëshme të sëmundjes qysh në moshën e herët, në moshën 3 vjeçare gjendja e tij keqësitet, fillon të duket rritja e abdomenit, dobësia e përgjithëshme, anemja dhe cianoza, e cila filloj të zhvillohet. Nuk përashtohen të episode ikterike, të cilat e kanë rënduar gjëndjen e sëmundjes së lindur. Kolateralet venoze në parentin anterior abdominal kanë qenë mjafë karakteristike për sëmundjen në fjalë tek rasti që na pëershkruejmë.

(Paraqitur në redaksi më 5.II.1966)

## BIBLIOGRAFI

1. Bastai — cituar nga Vanzetti.
2. Cruveilhier — J. — cituar nga Lanchou G. et coll.
3. Corazza R. et coll.: La morfocinesi dell sistema vascolare afferente epatico. Arch. Ital. di anat. e histol. patol. vol. XXXIII Nr. 2, p. 131.
4. Detrie Ph. La presse Med. 1957, Nr. 10, p. 214.
5. Dominici G. — cituar nga Jezequel A. M. et Guy Albot.
6. Haeffner A. et coll. Journal de chirurgie T. 83, Nr. 2, 1962, p. 223.
7. Marcozzi G. et coll. Archivio «De Vecchi» per l'anat. patol. vol. XXIV, fasc. 3, p. 1017.
8. Orsel L. et coll. Ann. d'Anat. Path. 1959, T. 4, Nr. 2, p. 332.
9. Reinhhardt — citue nga Vanzetti.
10. Rosenblatt et coll. — citue nga Orsel L.
11. Jezequel A. N. et Albot G. — Sem. Hop. Paris 1962, Nr. 9/2 p. 550.
12. Kaufmann E. — —Trat. di anat. patol. speciale, 1959 vol. I, P I, p. 475.
13. Stein H. et Isaacson C. Il fegato vol. X, fasc. 1, 1964, p. 113.
14. Dieulafe' R. — Presse Med. 1963 — 71 — Nr. 48, p. 2309.
15. Idem — Presse Med. 1963 — 71 — Nr. 49.
16. Idem — Presse Med. 1963 — 71 — Nr. 50, p. 2401.
17. Vanzetti F. — Tratt. di Anat. Patologica — 1944. V. I. p. 520.
18. Lanchou G. et coll. Archives d'Anat. Pathologique 1961, V. 9, Nr. 2, p. A-99.
19. Reynaud B. etj. coll. Presse Medicale 1964 — 72 Nr. 24, p. 1456.
20. Leger L. et coll. Archives des maladies de l'Appareil Digestif e de la Nutrition. Juin 1963, vol. 52, Nr. 6, p. 609-634.

(Summary)

### CIRRHOSIS OF THE CRUVEILHIER—BAUMGARTEN TYPE

#### (Total aplasia of the hepatic veins)

An analysis is made from the anatomopathological point of view of a case of cirrhosis of the Cruveilhier-Baumgarten type. The disease is rare and must be differentiated from other hepatosplenic syndromes accompanied by portal hypertension.

Total congenital aplasia of the hepatic veins and persistence of the umbilical veins characterise the case of a 12 year old child.

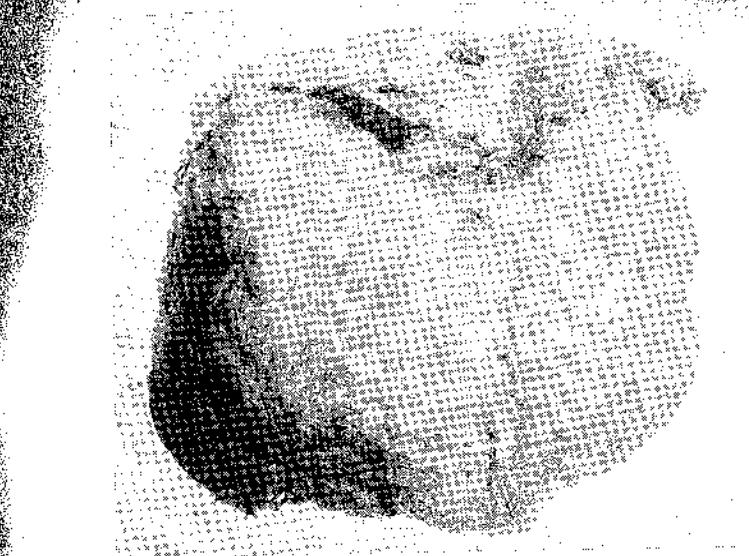


Foto 1.

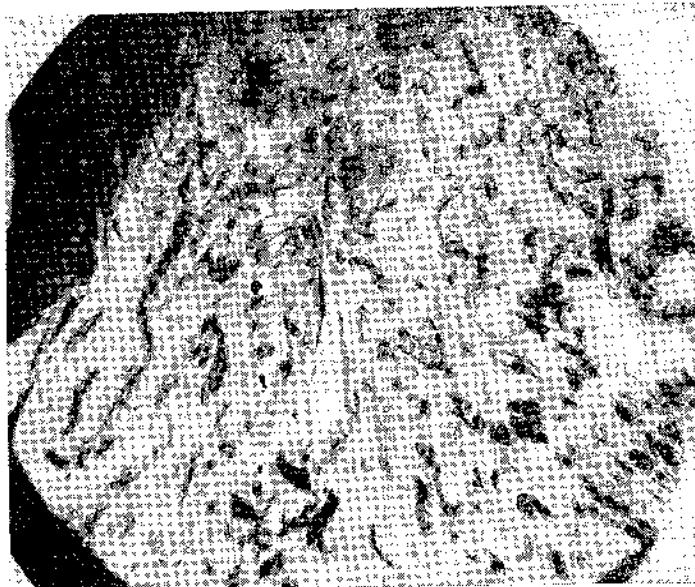


Foto 2.

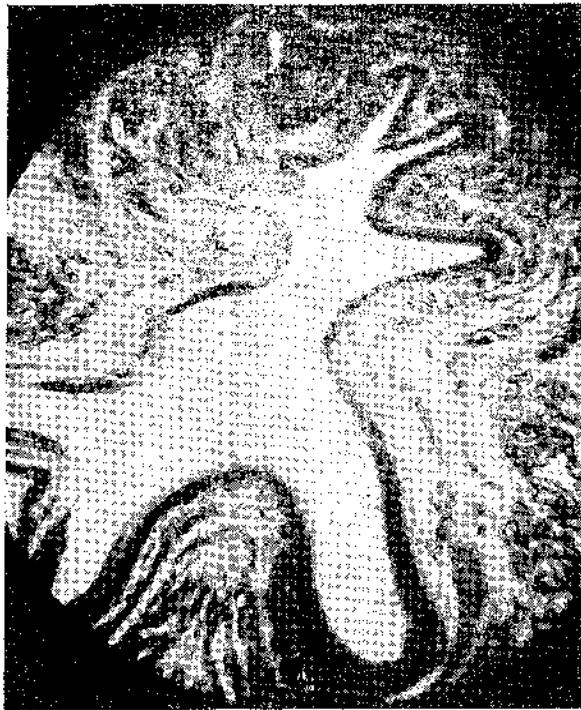


Foto 3.



Foto 4.

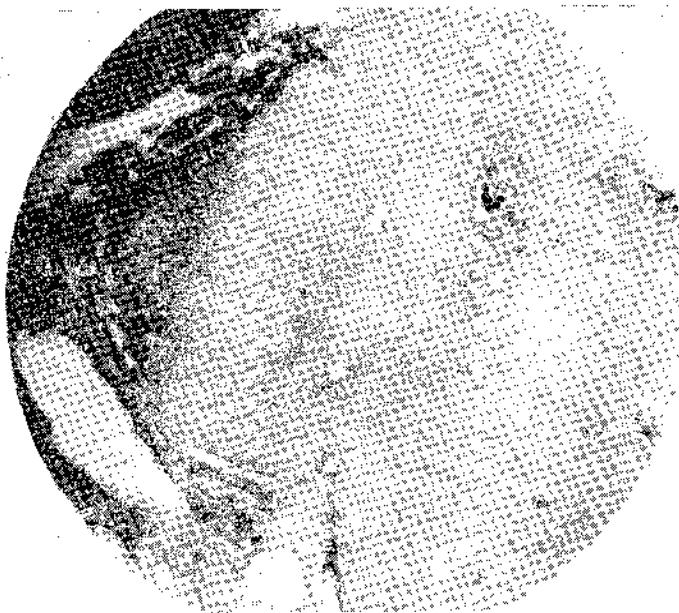


Foto 5.



Foto 6.

## RAST LEUKOZE AKUTE E ÇFAQUR GJATE BARRËS.

Doc. NIKOLLA SHURBANI, ALEKO VESHO

(Katedra e prepodaktikës — chef N. Shurbani)

Kombinimi i leukozës me barrë nuk është aq i rrallë sa mendohet më parë, dhe statistikat, ndosë të ndryshme njera nga tjetra, nga vili në vit e kanë rritur numurin e tyre.

Si shkak i takimit të rrallë të leukozës me barrën disa autorë (Janovski D. N., Akerman V. V., Kasirski I. A.) janë të mendimit se nuk duhet përjashtuar dhe zhvillimi tek shumë nga këta të sëmure të ashtuquajturave infiltrate leukezmike në organet gjenitale të gruas, për pasojë çrrregullohet ovulacione e, jo rrallë zhvillohet dhe amenoreja sekondare. Dihet gjithashu se leukozat mielocite kronike janë më të shpeshta se limfadenozat kronike dhe për arsyen se të parat çfaqen si në mosha më të herëshme, ashtu dhe të vonëshme, ndërsa ato të dytë zhvillohen zakonisht mbas moshës 40 vjeç, atëherë kur ka filluar dhe shuarja e funksionit ovarial.

Të ndryshme janë të dhënat e autorëve përsa i përket ndikimit të barrës në sëmundjen kryesore nga njëra anë, dhe ruajtjes, zhvillimit e përfundimit të saj nga ana tjetër në terrenin e një leukoze akute dhe kronike. Në literaturë pëershkuhen raste leukoze kronike të kombinuar me barrën për të dytën, të tretën, e më tepër herë që kanë përfunduar me lindje krejtësisht normale dhe që nuk kanë ndikuar keq jo vetëm në drejtim të sëmundjes kryesore por dhe në gjendjen shëndetësore të nënës dhe të fëmijës (Kasirski I. A.).

Akerman V. V., në 14 raste me leukozë kronike, të cituara prej tij, në 7 vëtë u ndërmuarr ndërprerja e barrës për arsyen indikacioni vital, një përfundoi në abort dhe 6 të tjera lindën normalisht. Ndërsa mbas lindjes, u vunë re tri riakutizime, në katër u zhvilluan hemoragji të shumta, pesë të tjera mbetën me ankesa të përgjithëshme, ndërsa dy u përmirësuan. Krejt ndryshe qëndron problemi në raste të leukozës akute të kombinuar me barrë. Javorovski L. J. dhe Fonarev G. A., pëershkuajnë tre raste leukoze akute të kombinuar me barrë që përfunduan me lindje krejtësisht normale, me fëmijë të shëndoshë dhe pa komplikacione, por mbas lindjes u vu re riakutizimi i sëmundjes dhe të sëmurat vdiqën disa orë ose ditë mbas lindjes.

Akerman V. V., sipas Kermér D. në 25 raste me leukozë akute të mbledhur prej tij, 2/3 e të sëmureve vdiqën gjatë barrës ose shumë shpejt pas lindjes, e sipas Nisert H., në 30 raste të mbledhura prej tij me leukozë akute, po thuaj se të gjitha nënët vdiqën gjatë 9 muajve të barrës ose pas lindjes si pasojë e kolapsit ose emoragjive të shumta uterine. Përsa u përket fëmijëve, në 9 raste lindja përfundoi me abort ose iu ndërpri. 10 prej tyre

vidq n mbas lindjes ose pak kohë mbas saj, 1) të tjerë mbetën të gjatë  
Autorë si Shneider M. S. e Kostenko O. V. e p rkshim mendimin e Weber  
M., e Stodmeister R., që medulla ossae e f mij e gjetë berr  kompenz  r-  
ganet hemopojetike të dëmtuara të nënës, ndërsa mbas lindjes ajo pusch  
z  vepruari dhe atëherë prishet ekuilibri që egzistonte më parë die kef-  
het në dekompensimin e hematopojez s. Sipas Haris G., të cituar po n ga të  
njëjtët autorë, se asnjë nga të sëmurat me leuksit akute nuk ka jetuar  
më gjatë se tre muaj.

Fjetjes se deri nē qmasē ndikon barra nē laukozōn akute dbe sili duhet tē jelj qändrimi dhe takтика e mijekut lishur me vendimin se kur duhet tē bēhet ndérprerja e parakchëshme e barrës nuk ka receta tē gatëshme. Dihet se ndérprerja e barrës riakutizën sëmundjen dhe është absolutisht e padëshërueshme, vetëm nē raste kur ka indikacion edhe atëherë duhet tē veprohet nē mënyrë individuale duke patur parasysh gjëndjen e përgjithëshme tē sëmurës, zhvillimin e proçesit, tē dhënat laboratorike dhe koha gjatë cilës periudhë është zhvilluar sëmundja, dhe atëherë kur konditat janë tē disfavorëshme e ka indikacion vital, ajo duhet tē ndérpritet shpejt dhe pa humbur kohë. Në literaturë pëershkrohen dhe raste lindjeje normale nje fëmijë krejtësisht tē shëndoshë siç është dbe rasti ynë, tē cilin po e pëershkruajmë më poshtë:

E sëmura N. K., vjeç 26, me profesion bujkeshë, shtrohet në klinikën e propedeutikës më datë 28/I/1963, me kartelë klinike nr. 750 dhe diagozë anemi pernicioze. Në hyrje gjëndja e të sëmurës ishte shumë e rëndë, an-konte dobësi të përgjithshme, lodhje të shpejtë, kishte dispne me palpita-  
cione, marrje mëndsh, të fikët dhe temperaturë. E konsideronit veten të  
sëmurë prej afro 2 muajsh, sëmundja i filloj gradualisht me dobësi, an-  
reksi, lodhje e prerje gjunjësh, marrje mëndsh e të fikët, nuk ishte në  
gjëndje pune, i pëlgente të dergjej në shtrat. Me kalimin e kohës, sa vinte  
dobësohej, po zbehej shumë në fytyrë e në lëkurë dhe po binte në peshe.  
Në antecedentet, kishte kaluar fruthin dhe linë, më vonë ishte zhvilluar  
mirë. Menstruacionet e para në moshën 15 vjeçë të rregullta e fluks nor-  
mal. E martuar, lindur 4 fëmijë të shëndoshë, periudhën e barrës, gjatë  
lindjeve dhe mbas tyre i kishte kaluar mirë dhe pa komplikacione. Kur  
hyri në klinikë ishte shtatzanë në muajin e nëntë, si periudhën e parë të  
barrës dhe atë të dytën e kishte kaluar mirë dhe pa komplikacione. Lë-  
vizjet e fetusit i qenë cfaqur në kohë.

Në ekzaminimin objektiv grua në moshën 25 vjeçë, gjendja e përgjithshëm e rëndë, lëkura dhe mukozat shumë të zbehta, ngjyrë lehtësisht allabastër, me edema të lehta të fytyrës, kryesisht të palpebrave. Sistemi limfatik periferik, palpoheshin vetëm ato të regjionit aksilar të majtë, 2-3 në numur me madhësinë e fasules, të cilat më vonë u rriten deri sa një lajthi të lëvizëshme dhe jo të dhimbëshme. Aparati respirator pa devijacione patologjike; sistemi kardiovaskular tonet të qarta, ritmike me zhurmë sistolike në të gjitha pikat auskulatore, pulsi ritmik 100 në minutë. Ta 110/80 mm Hg. Abdomeni, mbi nivelin e toraksit për arësyte të gravidancës mëlcia dhe shprejtë nuk palpoheshin. Anësítë e poshtëme të lira në shtypje edema të lehta, lëkura pa fenomene të diatezës hemoragjike, pa epistaksis dhe gjingjivoragji, akuzonë dhimbje në shtypje të kockave të gjata dhe të sternumit. Kontrolli gjinekologjik vinte në dukje të gravidancë 38-39 javëshe (I. Gjylbegu). Tonet e fémijës 140 të rrahura në minut ritmike.

Ekzaminiet paraklinike, nē hyrje eritrocite 1.100.000 leukocite 8.300, Hb 20%, v.gj. 0.90, eritrosedimentacioni 80 mm/orë, formula leukocitare

hemocitoblaste 50%, promiellocite 0%, miellocite 0%, të reja 0% shkopinj 20%, segmente 3%, limfocite 18%. Cjak trotrotoote 55.000, retikuloci 1000. Ushna pa ndryshime. Fundus oculi Od — papila normale, afërsisht lura hemoragji punktiforme, Os: asgjë patologjike. Resistencia pulmone min. 0,50 — maksimi 0,30. Provat e mëqisë afërsisht brenda normave. Misiografi: homocitoblaste 70%, shkopinj 10%, segmente 3%, limfocite 14%, R.E 2%, plazmatike 1%, eritroblaste 2%, normoblaste basofile 1%.

E sëmura për arëzje të Lindjes qëndroi në klinikë 12 ditë dhe u mjet me transfuzione gjaku — gjithsejt 1 litër, vitamino-terapi, acid folik dhe gjatë kësaj kohë pati përmirësimin të duksime ndjehej më e forte, kohëj më pak, filloj të ushqehet më mirë, ndryshoi në fytyrë. Ndryshehën e vunë se dhe në drejtim të hemostopojezës, u rritën lëftësishët globulat e kuqe, u uj eritrosedimentacioni dhe u përmirësua lehtësishët formular kalkulator.

Në spitalin gjinekologjik e sëmura mori 900 cc. gjak para Lindjes dhe 300 cc. mbas saj. Lindja u zhvillua në kondita krejtësisht normale, nuk pati humbje gjaku as fenomene të insuficiencës kardiovaskulare. Fëmija lindi gjallë, shëndosh me peshë 2,710 gr., gjatësi 48 cm. (M. Bektishi). Analizat e gjakut mbas daljes nga materniteti eritrocite 2.850.000, leukocite 6.000, eritrosedimentacioni 50 mm 1/orë. Nga ana objektive asgjë më rëndësi.

E sëmura rikthehet përsëri në klinikën tonë në gjendje relativisht të kënaqëshme, dhe kësaj radhe mijekohet me deltokorten, acid folik, vitamino-terapi i cili kombinuar me transfuzione gjaku e plazme. Gjendja e të sëmurtës sëlikoi duke u përmirësuar, numuri i globulave të kuqe nga 1.100.000 që ishin në hyrje, gradualisht u rritën deri në 3.500.000, përqindja e hemoglobinës nga 25% arriti deri në 55%, globulat e bardha për një kohë qëndruan afërsi normës, pastaj filluan të rriten gradualisht deri në 22.000 dhe përsëri i cili bien në shifrat e fillimit, eritrosedimentacioni nga 80 mm 1/orë të bjerë mesatarisht 40-50 mm 1/orë. Formula leukocitare nga *hiatus leucemicus* që ishte në fillim, t'i shtohen format intermediare — hemocitoblaste 32%, miellocite 10%, metamielocite 6%, shkopinj 19%, segmente 18%, limfocite 14%, eozinofile 1%. Përmirësimin pati dhe nga ana klinike, filloj të shjoj lehtësishët në peshë, lëkura dhe mukoza të jenë më pak të zbehta, të mos ketë dispne e palpitacione, të ushqehet mirë dhe sëmundja të kalojë nga një zhvillim akut në subakut. Pra në një gjendje të tillë remisioni e sëmura dolli nga spitali dhe vazhdoi për pesë muaj, por mbas kësaj gjendja keqësohenet dhe e sëmura kthehet përsëri në klinikën tonë në gjendje më të rëndë. Analizat — eritrocite 1.080.000, leukocite 4800, Hb 20%, formula leukocitare — hemocitoblaste 80%, shkopinj 10%, segmente 10%, eritrosedimentacioni 66 mm 1/orë. Përsëri mijekohet me deltokorten (prednison) me doza më të mëdha, transfuzione gjaku 1500 cc. E sëmura qëndroi 7 muaj në klinikë dhe pati përmirësimin të duksime duke bërë këshut një remision të dytë kliniko-hematologjik që zgjati afro 6 muaj, ku pas kësaj risholloj të keqësohenet, t'i bien globulat e kuqe, të irritet eritrosedimentacioni, t'i shtohen gradualisht leukocitet dhe formula leukocitare të marrë përsëri pamjen e *hiatusit leukemik*, t'i rritet temperatura dhe me një gjendje të tillë ajo vazhdoi dhe për dy muaj. E sëmura vdes nga hemoragji cerebrale dhe me fenomene të diatezës hemoragjike në lëkurë, gingivoragji dhe epistaksis.

1. Duke ju referuar rasteve të përshkruara në literaturë, karakteristikë është se e sëmura janë periudhën e fundit të barrës, ndonse në gjendje

që rëndë e kaloi mirë, nuk e çoi atë në lindje para kohe ose kjo të ndërronte përmjet për arësyte indikacioni vital.

2. Lindja u bë në konditë normale, pa komplikacione si hemoragji të shumta, gjendje shoku e të tjera.

3. Si lindja dhe periudha pas lindjes u supozuan mirë nga e sëmura që pa keqësim të vrullshëm të kuadrit klinik e hematologjik.

4. Fëmija lindi shëndoshë dhe gradualisht u zhvillua normal përfro 6 muaj, ku u sëmur nga pertusisë i komplikuar dhe me bronkopneumoni e për pasojë të këtyre vdiq, gjatë autopsisë nuk u gjendën ndryshime leukoziqe të organeve dhe të aparati hemopojetik.

5. Se terapia me kortikosteroide e shoqëruar dhe me transfuzione gjaku tek e sëmura jonë, veproi shumë mirë duke dhënë remisione prej afro 5 muajsh përfyrrët dy herë rreshth dhe pse me barrë ajo jetoj më të pakt se 15 muaj.

Me që është dhe rasti i parë në literaturën tonë mjekësore, ne i luan veftes ta përkruajmë më gjatë, duke e ilustruar dhe me zhembiuj të marrë nga literatura botnore.

(Paraqitur në redaksi më 15-IX-1965)

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

1. Akerman V. V. — Kl. medicina 1960, Nr 1, f. 102.
2. Bernard J. — Maladies du sang et des Organes hematopoietiques 1964, f. 67 e 340.
3. Bernard J. Chavelet F. Jacquillat C. — N. R. Francaise d'hematologie 1964; Nr. 1, f. 125.
4. Bernard J. Chavelet F. Jacquillat C. Bairon M. Statchkov Y. Tanzery J. — N. R. Francaise d'hematologie 1964, Nr. 1, f. 140.
5. Dashtajane G. A. — S. Medicina 1956, Nr. 12, f. 28.
6. Elizarova N. A. Stupnickaja V. M. — Kl. Medicina 1962, Nr. 6, f. 104.
7. Janovski D. N. — Kl. Medicina 1958, Nr. 7, f. 46.
8. Javorofski L. I. Fonarev G. A. — Prob. gemat. i perilivania krovi, 1956, Nr. 6, f. 26.
9. Kasirski L. A. Aleksiev G. A. — Kl. Gematologia 1962, f. 397.
10. Shneider M. S. Kostenko O. V. — T. Arhiv 1959, Nr. 8, f. 25.
11. Wintrobe M. M. — Ematologia clinica vol. II, 1959, f. 1187.

(Summary)

#### CASE OF ACUTE LEUCOSIS DURING PREGNANCY

A case is presented of acute leucosis combined with pregnancy, which despite the severe anaemia and extreme weakness got through childbirth and the puerperal period without serious complications and gave birth to a healthy child. The treatment, consisting mainly of blood transfusion before and after delivery, accompanied with corticosteroids, gave very satisfactory results. The patient had two remissions of 6 months each, and her life was prolonged for over 15 months.

## NJU RAST REANIMACIONI VEGETATIV NJE OPË E GJYSEM MBAS VDEKJES.

RAMIZ HAFIZI

(Spitali i rrethit Shkodër Drejtor S. Mborja)

Me 25 Gusht 1965, u suall në spitalin tonë, në gjëndje vdekje klinike të shkakëtar nga goditja e rrufesë, qytetari R. Q. vjeç 34 kartela klinike Nr. 6797.

Në ekzaminimin e të aksidentuarit u konstatua se pulsi mungonte, po kështu respiracioni dhe të rrahurit e zemrës, pupilat të zgjeruara në maksimum, reflekset nuk provokoheshin.

Në bazë të informatave që mundëm të siguronim aksidenti duhej të kishte ndodhur një orë e gjysmë ma parë.

Megjithëse ndodheshim para një rasti ku kishte kaluar shumë kohë, supozuam se për nji farë periudhe koheje të ketë pasur akoma nji farë veprimtarie jetësore tek ky individ dhe tue u nisur nga kjo vendosëm që të ndërmarrim disa masa për reanimacionin e tij.

Me një herë filluan mesazhimin e jashtëm të zemrës dhe respirasjonin artificial, mandej bëmë intubimin e trakesë dhe respiracionin artificial me ndihmën e aparatit të narkozës tue i dhanun sasi të mjaftushme oksigjeni. Meqenëse nga masazhi i jashtëm nuk po çfaqeshin kontraksione të zemrës, vendosëm të kalojmë në masazhimin e mbrendshëm të saja. Për këtë qëllim u bë torakotomia nga e majta dhe u konstatua se zemra ishte e flashkët e ndaluar në diastol. Mbas disa masazhimeve dhe injektimit në ventrikulin e majtë të 1,0 sol. adrenalini 1,1% dhe transfuzionit të gjakut me presion në venat periferike, filluan të shfaqen në fillim disa fabrilime të pa koordinuara të miokardit, të cilat ma vonë kaluan në kontraksione të plota por të rralla e të dobëta të të gjithë zemrës.

Ne vazhduam të masazhojmë zemrën deri sa më në fund kontraktimet e saja u bënë krejtësisht të plota, rithmike dhe u çfaq një pulsion i mirë i arterieve periferike; ku tensioni arterial u ngrit deri në 120/80 mm. të shtyllës së zhivës. Shënojmë se 30 minuta mbasi ishte filluar masazhi tek i aksidentuarit filloj edhe respiracioni spontan, i cili mbas një ore (aplikuan Lobelini 1,0) u ba i thellë 9-10 në minutë. TUE pasur konstatime të kënaqëshme të muskulaturës së zemrës, si dhe respiration spontan vendosëm të ndalojmë mesazhimet e më tejshme. Plagët operatorë e myllën tue lanë në kavitetin pleural të majtë drena lastiku. Mbas 2 orëve, megjithëse pulsi, tensioni arterial dhe respirationi ishin në limitet e normës, koshienca e të aksidentuarit nuk jepte as nji she-një restaurimi, po kështu reflekset vazhdonin të mos provokoheshin.

Ne vazhduam të aplikojmë transfuzionet e gjakut, dextranit dhe

solucion fiziologjik, oksigjenoterapenë, substanca karditonike atj. Kjo gjendje qëndroi kështu gjatë dy orëve. Ma vonë u çfaqën fenomene të edemës pulmonare, prej tubës trakeale, me ndihmën e aspiratorit — thëthithëm lëng hemoragjik me shkumë në sasi të madhe. Me këtë filloj të dobësohet pulsi, tensioni arterial u ul deri në shifrat minimale, respiracioni me zhurmë superficial. Me gjithë masat terapeutike që ne aplikuan gjendja vazhdoi të keqësohet në mënyrë progresive dhe në orën 22:45 d.m.th. mbas 12 ore e 45 minutash i sëmuri mbaroj.

Botimi i këtij komunitimi menduan se paraqet interes përfaktik se tregon që edhe në raste shumë të abandonuara, sig istite ky i jenë mund të tentohet reanimasiuni. Sigurisht suksesi në këto raste mund të mbrrihet vetëm atëherë kur terapija komplekse reanimatore bëhet në minutat e para mbas aksidentit, mbassi anoksemia e trurit shumë shpejt qon në zhvillimin e ndryshimeve patomorfologjike ireversibile të tij, kështu sikurse ndodhi edhe me të aksidentuarin tonë.

(Paragjitur në Redaksi me 5-1-1966)

(Summary)

A CASE OF VEGETATIVE REANIMATION AN HOUR AND A HALF  
AFTER CLINICAL DEATH

A case is described of clinical death caused by lightning.

Although an hour and a half had passed from the moment of the accident and all the vital function had virtually ceased, reanimation was tried with direct heart massage, and the patient regained the lost vegetative functions. He died 12 hours and 45 minutes later because of the irreversible pathomorphological changes caused to the brain by anoxia.

## NJOFTIME MBI NJË BROSHURË TË VITIT 1899 PREJ JAK DIKËS

Prof KADRI KËRCIKU

(Katedra e Dermato-venerologjisë — shef K. Kërciku)

Për mijekun shkodran Jak Dika ose Dika beu, sikur e quante populli, kemi folë në librin tonë kushtue zhvillimit të shëndetësisë në Shkodër gjatë shekujve XVIII-XX<sup>1</sup>). Kohët e fundit gjetëm në Arkivin Qëndror Historik një letër që Dika beu i drejtonte me 26 janar të vjetit 1899 arhipeshkvit Im Zot Guerinit, nga e cila mësuam mbi preqatitjen nga ana e tij një broshurë me karakter divulgativ populor, për ta botuar dhe për ti ardhur në ndihmë qytetit dhe rrëthit të Shkodrës.

Në librin tonë përkëtë mijek kemi shënue: «nuk kemi të dhana në se ai ka barnë përpjekje për problemet shëndetësore të qytetit». Sot, me këtë letër që kemi në dorë, jemi në gjendje të pchojmë se një veprimitari të tillë ai e ka zhvillue. Dhe, ajo që ka ma randësi asht se kët veprimitari, sikurse e thotë ai shprehim, e ka zhvillue «me dëshirë që, brënda sferës së njobunjive dhe munësive të mia tue u sjell dobi bashkatdhetarëve të mi», dhe, natyrisht, meqenëse letra i drejtohej nji arhipeshkvi, e adjente të nevojëshme të shtojë se ka dëshirë të jetë i dobishëm edhe «përi misionarët», por kuptohet se, me punën e vet, don tu lëshojë në dorë këtyne të fundit nji udhëheqës për ndihmat e shpejta që do të kenë mundësi të jatin në krahinat më të largta që ata shkojnë. Ky kujdes dhe shtrimja që ai mendon të ketë broshura e tij mijekësore, si mbas mëndimit tonë, tregon serjozitetin e dashuninë e këtij mijeku për të vue shkençën në shërbim të popullit të vetë, në gjinin e të cilit sundonte prapambetja dhe mijekësia empirike me rezultate disa herë edhe negative. Ai prandaj, tue u përpjek të vente në shërbim të popullit rezultatet e shkencës mijekësore tregohet edhe në këtë drejtim njeri përparimtar sikurse u tregue edhe në lëvizjet politiko të shoqnisë shqiptare të kohës.

Në këtë broshurë ka grumbullue «njohunitë dhe instrukzionet fillestare rrëth sëmundjeve ma të shpeshta e të zakonëshme si dhe rrëth fatkeqësive që ngjasin ma shpesh, në mënyrë që cilido me vullnet të mirë që do ti lexojë të mund të jetë në gjendje të ndihmojë viktimat» dhe i rreshton këto fatkeqësi: rrëximet, thyerjet, hemoragjitet, plagët e armëve të zjarrit etj. Por me këtë broshurë Dika beu nuk synon vetëm në shërimin e plagëve, sepse ka rreshtue edhe një sërë sëmundjesh nga më të rëndomta e ma demtueset në atë kohë. Prandaj në këtë broshurë veç njobunjive ka theksu dhe mjetet shëruuese për sëmundje të tillë si apopleksia cerebrale, sëmundjet ngjitëse (lia, skarlatina, tuberkulozi etj.). Veç sëmundjeve të më sipërme autori jep shpjegime edhe se si mund të ruhen ata të cilët do të janë detyruem me ndejun pranë të sëmunit.

<sup>1</sup>) Kërciku K., «Zhvillimi i Shëndetësisë në Shkodër gjatë sh. XVIII-XIX, Tiranë, 1962, f. 213.

Kët broshurë, të cilën na nuk kemi mund me e gjet as në dorëshkrim as të botueme, mjeku i squet ia drejton arhipeshkvit, si njeriu i përshtatun i atyne kohnave për ta publikue. Por me sa dihet, nji botim i tillë nuk u ba dhe na nuk jemi në gjendje ti dimë shkaqet, në mos qofshin për tu kërkue në faktin se arhipeshkvi nuk donte të acaronte marrëdhëniet me autoritetet turke të vilajetit që, përballë lëvizjeve shqiptare, shikonin me sy të keq qdo veprimitari që dilte nga kontrolli shtetnor qoftë dhe me një karakter aq humanitar siç qe botimi i broshurës.

Letra që po publikojmë në fakt-simile, duket se asht e shkrueme nga dora e nji sekretari ose nji njeriu që zotëronte nji kaligrafi të përshtatëshme, po nënëshkruhet nga vetë profesor Dika gjithashu me nji kaligrafi që, me sigurinë dhe bukurinë e saj, tregon për një njeri të vullnetshëm.

Në librin tonë kemi thanë: «Për kët mjek thuhet se ka qenë profesor patologjie në Fakultetin e Mjekësisë së Istambollit» dhe se emrin e tij e kemi gjet në librin e profesorëve të patologjisë e farmakologjisë të atij fakulteti. Në fakt letra ndriçon plotësisht edhe këtë problem duke mos lanë asnjë dyshim, sepse Dika firmos në frëngjisht duke përdorun titullin ish profesor.

Shkodër me 26 Janar 1899

*Shkëlqesisë së tij Imzot Guerini Arhipeshkv i Shkodrës. Imzot!*

Me dëshirë që, brenda sferës së njojunive dhe të mundësive të mia, tue u sjell dobi bashkëdhetarëve të mij dhe misjonarëve katolikë që i jam kushtue kultit në diocezet e ndryshme të Shqipërisë Veriore, kemi komilus dhe mbledh në një broshurë, njounitë dhe instrukcionet ma fillestare rreth sëmundjeve ma të zakonëshme dhe rreth fatkeqësive që ngjasin ma lehtësisht, në mënyrë që cilido njeri me vullnet të mirë që do t'i lexoje, të mund të jetë në gjendje ma lehtë të ndihmojë viktimat e rrezimeve, të thyerjeve, të hemoragjive, të plagëve të shkaktuam prej armëve zjarri etj., ose për të lehtësue ata që janë të prekun prej sëmundjeve të paprituna si apopleksia cerebrale, insolacioni etj., ose për të ruejt nga infeksioni i sëmundjeve ngjitime, si lija, skarlatina tuberkulozi etj. ata që janë të predispozuem dhe të gjithë ata që do të janë të defyruem të jetojnë në kontakt me të tilla sëmundje.

Unë po vij, Imzot, t'ia nënështroj aprovimit t'uej kët vepër të vogël dhe t'ia porosis mirësisë s'uej, me shpresë që të mund të jetë për dobi të vërtetë për të gjithë ato që do të duen me i u kushtue veprës së bekueme të ndihmës së njerzisë që vuën.

Kam nderin Imzot të tregohem i shkëlqesisë s'uej.

Diocezan shumë i bindun

*Dr. J. Dika.*

Ish profesor i Fakultetit të mjekësisë të Stambollit.

*(Summary)*

A MEDICAL BOOK WRITTEN IN 1899 BY PROF. JAK DIKA.

The author discusses a letter written by prof. Dika to the archbishop of Shkodra Guarini, in which he asks the archbishop to help print a booklet with medical advice for the treatment of a disease, which was very widespread in Shkodra and its environments at that time.

John C. H. Smith  
1900 - 1901  
1902 - 1903  
1904 - 1905  
1906 - 1907  
1908 - 1909  
1910 - 1911  
1912 - 1913  
1914 - 1915  
1916 - 1917  
1918 - 1919  
1920 - 1921  
1922 - 1923  
1924 - 1925  
1926 - 1927  
1928 - 1929  
1930 - 1931  
1932 - 1933  
1934 - 1935  
1936 - 1937  
1938 - 1939  
1940 - 1941  
1942 - 1943  
1944 - 1945  
1946 - 1947  
1948 - 1949  
1950 - 1951  
1952 - 1953  
1954 - 1955  
1956 - 1957  
1958 - 1959  
1960 - 1961  
1962 - 1963  
1964 - 1965  
1966 - 1967  
1968 - 1969  
1970 - 1971  
1972 - 1973  
1974 - 1975  
1976 - 1977  
1978 - 1979  
1980 - 1981  
1982 - 1983  
1984 - 1985  
1986 - 1987  
1988 - 1989  
1990 - 1991  
1992 - 1993  
1994 - 1995  
1996 - 1997  
1998 - 1999  
2000 - 2001  
2002 - 2003  
2004 - 2005  
2006 - 2007  
2008 - 2009  
2010 - 2011  
2012 - 2013  
2014 - 2015  
2016 - 2017  
2018 - 2019  
2020 - 2021  
2022 - 2023  
2024 - 2025  
2026 - 2027  
2028 - 2029  
2030 - 2031  
2032 - 2033  
2034 - 2035  
2036 - 2037  
2038 - 2039  
2040 - 2041  
2042 - 2043  
2044 - 2045  
2046 - 2047  
2048 - 2049  
2050 - 2051  
2052 - 2053  
2054 - 2055  
2056 - 2057  
2058 - 2059  
2060 - 2061  
2062 - 2063  
2064 - 2065  
2066 - 2067  
2068 - 2069  
2070 - 2071  
2072 - 2073  
2074 - 2075  
2076 - 2077  
2078 - 2079  
2080 - 2081  
2082 - 2083  
2084 - 2085  
2086 - 2087  
2088 - 2089  
2090 - 2091  
2092 - 2093  
2094 - 2095  
2096 - 2097  
2098 - 2099  
2010 - 2011  
2012 - 2013  
2014 - 2015  
2016 - 2017  
2018 - 2019  
2020 - 2021  
2022 - 2023  
2024 - 2025  
2026 - 2027  
2028 - 2029  
2030 - 2031  
2032 - 2033  
2034 - 2035  
2036 - 2037  
2038 - 2039  
2040 - 2041  
2042 - 2043  
2044 - 2045  
2046 - 2047  
2048 - 2049  
2050 - 2051  
2052 - 2053  
2054 - 2055  
2056 - 2057  
2058 - 2059  
2060 - 2061  
2062 - 2063  
2064 - 2065  
2066 - 2067  
2068 - 2069  
2070 - 2071  
2072 - 2073  
2074 - 2075  
2076 - 2077  
2078 - 2079  
2080 - 2081  
2082 - 2083  
2084 - 2085  
2086 - 2087  
2088 - 2089  
2090 - 2091  
2092 - 2093  
2094 - 2095  
2096 - 2097  
2098 - 2099

My dear Dr. Dikès,  
I am very sorry to hear of your accident.  
I hope you will get well soon.  
Please let me know when you can come back.  
I am sending you some books on  
the history of medicine and  
some other books which you may find useful.  
Please let me know if you need any more.  
Yours very truly,  
Dr. J. B. Bokan  
Professor of Medicine  
in the University  
of Constantinople

Factsimile e letrës së Prof. Dikës

## KRITIKË E BIBLIOGRAFI

### **REÇENSION I LIBRIT «MANUAL I KOZMETIKËS».**

**ndën redaksinë e përgjithëshme të Prof. M.A  
Rozentul-it—Moskë 1964.**

Eshtë e kuptuarshme që njerëzit mbasi siguruan nevojat më të thjeshta të jetesës, të jenë përpjekur, qysh prej kohësh më të lashta, të duken sa më mirë e bukur dhe prandaj kanë përdorur lloj lloj kremash e locionesh përflokë e fytyrë (C. J. Caesar «De bello galico» vol. XIV). Me zhvillimin e kimisë, këto kërkesa natyrisht u plotësuan siç na tregon edhe «Manuali i Kozmetikës» që përbëhet prej 337 faqesh të ndara në 7 kapituj të cilët po i analizojmë shkurtimisht veç e vec.

Kapitujt I dhe II që trajtojnë njeri, defektet e kozmetikës dhe masat që duhen marrë përlargimin e tyre dhe tjetri mjetet mjekonjëse që përdoren në praktikën kozmetike, janë të përpunuar prej vet Prof. Rozentul. Në këta kapituj autor i përshkruan në mënyrë përmblehdhëse (aq sa të jenë të kuptushme edhe prej jo specialistëve), defektet e ndryshme të lëku-rës, ndalet pak mbi diagnostikimin, jep në mënyrë të qartë terapinë përsicilën prej tyre dhe kur nuk ka kurë të përshtatëshme, jep këshillat e duhura, kështu që konsulenti mund të gjejë aty menjëherë të gjitha njohuritë që kërkon për sejcilin rast. Kështu fjala vjen kur flet për albinizmin (f. 9), mbasi e përshkruan sëmundjen shkurtimisht pohon se s'ka mje-kim po megjithatë, rekomandon masat që duhen marrë përfshirë mos e aca-ruar më tepër këtë gjendje.

Në kapitullin e parë përshkruhen jo vetëm ato defekte të zakonshme dhe që shkaktojnë mërzitje e shqetësim të vazhdueshëm siç eshtë fjala për *acne vulgaris* por edhe sëmundje të rralla siç eshtë angiokeratoma Mibelli.

Autori nuk kënaqet të bëjë një përshkrim të thatë të defekteve dhe të japë këshillat e rastit, por zgjerohet në përshkrimin e ndonjë teknike operative të vlefshme siç eshtë rasti i ateromave (f. 11) ose kur flet mbi komplikacionet e mjekimeve të zakonshme, siç eshtë fjala për antibiotikët, ndalet hollësisht mbi këshillat praktike dhe masat që duhen marrë për parandalimin e fenomeneve anësore (f. 94-102).

Në kapitullin e dytë përshkruhen të gjithë mjetet që përdoren në praktikën kozmetike duke përmbledhur ato depigmentuese, antipruriginoze, keratolitike qofshin në formë solucionesh, kremash ose pomadash të ndryshme.

Në kapitullin e tretë të përpunuuar prej Prof. Ostrovjerhovit dhe Nazorozoit bëhet fjalë mbi metodat kirurgjike të mjekimit të defekteve kozmetike. Këtu përshkruhen me anë skemash të qarta dhe me fotografji që tregojnë rezultatet përpëra dhe mbas intervenimit, defektet kongenitale

të hundës si *nasus selleiformes*, rudhat e moshës së rritur, rënia e gjijve, shtimi i hindit adepoz të obdomenit etj.

Në kapitullin e katërt të përpunuuar prej Karapetion dhe Rozentui, flitet mbi procedurat kozmetike (vaporizim, maska të ndryshme, masazh dhe procedura fizioterapeutike) mbi efektet e tyre duke i përshtkuar me indikacione dhe teknikën e përshtatëshme.

Në dy kapitujt e parafundit të kozmetikës mjekësore (V-VI) të përpunuuar prej Prof. Rozentulit, flitet me hollësi mbi profilaksinë e defekteve kozmetike dhe jepen këshilla të vlefshme mbi hygienën e lëkurës, gojës, flakëve, mirëmbajtjen e këtyre jo vetëm në të rriturit por edhe në fëmijët për të cilët në kapitullin e VI flitet edhe për rëndësinë e intervenimit kirurgjikal më të përshtatëshme në rast defektesh kozmetike.

Në kapitullin e fundit flitet për fiskulturën, rëndësinë e kësaj përmirëmbajtjen e shëndetit dhe me auë skemash të karta përsikruhen levizjet fizike më të përshtatëshme si për të rritur ashtu edhe për moshaç e re të të dy sekseve.

Në një kapitull të vegantë të përpunuuar prej Prof. Rozentul-it, përsikruhen në radhë alfabetike të gjitha mjetet që përdoren në kozmetikë dekorative dhe që kanë për qëllim të bëjnë më pak të dukëslume defektet e lëkurës së fytyrës, cikatricet etj. ose përkundrazi të bëjnë më të thek-sueshme disa paraqitje të saj.

I analizuejm si me thanë, fluturimthi të gjithë kapitujt që na i kemi lexuar me vrejtje dhe me interesim të veçantë për të dhënë afërsisht një ide të përmirëmbajtjes të këtij «Manuali të kozmetikës».

Libri është i paraqitur me shtyp të bukur, i ilustruar me skema e fotografira të shumta që shpjegojnë përmirëmbajtjen dhe tregojnë se q'rezultate të mira mund të arrihen me aplikimin e drejtë të rregullave dhe normave të kozmetikës.

Ky manual është i vlefshëm për të gjithë punëtorët e shëndetësisë e në radhë të parë, për mjekët të cilëve do t'i u plotësojë bibliotekën personale.

Të gjitha ato që e lexojnë mund të gjejnë aty njojuri shumë të vlefshme për sëmundje të ndryshme për të cilat shpesh herë rekomandoohen kura jo të përshtatëshme dhe natyrisht me rezultate jo të mira.

*K.S.H.M. Shyqri Basha*

(S u m m a r y)

#### A MANUAL ON COSMETICS

The author points out the importance of this manual inviting the doctors to show more interest in its use.

## SHENIME MBI DISA ASPEKTE TË PUNËS NEUROKIRURGIKALE NË KINË

FENG CHUAN YI

*(Spitali i Bashkuar i Pekinit, Akademie Kineze e shkencave mjekësore).*

Para qëllimit, në Kinë kish një numur shumë të vogël kirurgjesh që merreshin me neurokirurgji. Në atë kohë, në vëndin tonë nuk ishte e mundur që mjekët të bëhen shenja neurokirurgë. Kështu që në këtë fushë nuk arritur një përparim fare i vogël, dhe neurokirurgjia konsiderohej si dega më e dobët ndër specialitetet kirurgjikale.

Pas qëllimit, për një periudhë 16-vjeçare, nën udhëheqjen e PKK dhe të kryetarit Mao Ce Dun, në zhvillimin e shkencave mjekësore, edhe neurokirurgjia, në të njëjtën kohë, ka bërë përparime të rëndësishme. Tani, në të gjithë vendin janë hapur spitale të pajisura mirë për punë neurokirurgjikale, sidomos në qytete të mëdha dhe të mesme. Çdo krahinë apo rajon autonom ka sëpaku një qendër spitalore me këtë specialitet. Numri i shtretërve për neurokirurgjinë është rritur në mënyrë të ndijshme. Qysh nga 1953, në ato klinika neurokirurgjikale që kanë mundësi të mjaftueshme, ka filluar specializimi i mjekëve kirurgë për neurokirurgji. Rradhët e këtij specialiteti të ri filluan gradualisht të shihen. Anëtarët e këtyre kolektivave po punojnë me zell për të rritur nivelin e tyre teknik dhe ndërgjegjen e tyre ideologjike, në mënyrë që të sigurojnë një ruajtje më të mirë të shëndetit të popullit dhe të nxisin zhvillimin e punës neurokirurgjikale, për plotsimin e mëtejshëm të nevojave, gjithmonë në rritje të revolucionit dhe ndërtimit.

Vitet e fundit, neurokirurgët tanë kanë arritë një përparim të dukshëm në trajtimin kirurgjikal të traumave kraniocerebrale, të tumoreve cerebrale, sëmundjeve supurative endokranike, disa anomalive kongenitale të sistemit nervor, disa sëmundjeve cerebrovaskulare, sëmundjeve parazitare cerebrale, turbullimeve hiperkinetike, sëmundjeve të nervave kraniale, traumave të medulla spinalis, tumoreve spinalë, traumave të nervave periferikë si dhe të disa sindromeve doloroze.

Eshtë bërë gjithashtu edhe një punë kërkimore përsa u përket këtyre sëmundjeve. Disa klinika kanë shërbime ndihmëse të neuropatologjisë, të neurofiziologjisë, neurobiokimisë, neurooftalmologjisë, neuroradiologjisë, neurootologjisë, në të cilat zhvillohen kërkimet përkatëse klinike dhe shkencore. Në kryeqytetin tonë, Pekin, më 1958 është krijuar një institut neurokirurgjik, i cili zhvillon punën kryesore kërkimore në këtë specjalitet.

Më poshtë po jepim një përshkrim selektiv të shkurtër të përparimit neurokirurgjikal në vëndin tonë përsa u përket traumave kraniocerebrale, tumoreve intrakranialë dhe të disa sëmundjeve neurokirurgjikale.

<sup>1)</sup> Referat i mbajtur në mbledhjen e mjekëve të qytetit të Tiranës.

## TRAUMAT KRANIOCEREBRALE:

Traumat kraniocerebrale janë urgjencat më të zakonëshme dhe shpesh herë të komplikuara. Para qëllimit, neurokirurgët i kishin dhëmë rënësë të madhe trajtimit të studit akut dhe neurokirurgët tanë besojnë se duhet bërë akcent në gravitetin e traumës, si edhe në përjashtimin apo vërtetimin e traumës konkomitante dhe të sëmundjeve të tjera intrakraniale ose sistemike, kështu që çdo rast të merret në studim në mënyrë adekuate, duke u individualizuar.

Në kongresin kirurgjikal kombëtar të VII të Shoqatës mjekësore kineze më 1960, neurokirurgët tanë propozuan që traumat kraniocerebrale akute të ndahen, në bazë të një studimi kliniko-patologjik, në tre grupe dhe pikërisht: të lehta, të mesme dhe të rënda.

1 — Trauma të lehta: këto i përkasin kryesisht komocionit cerebral të thjeshtë, pa fraktura të kafkës. Shumica e këtyre pacientëve paraqet: a — periodë komatoze më pak se 1/2 ore. b — simptome subjektive si dhimbje e lehtë e kokës dhe marrje mendësh. c — rezultate negative nga ekzaminimi neurologjik dhe i likuorit cs.

2 — Trauma të moderuara: I përkasin kryesisht kontuzioneve të lehta cerebrale me ose pa fraktura të lokalizuara kraniale dhe hemoragi subaraknoidale, pa shënja të kompresionit cerebral. Shumica e këtyre pacientëve kanë, a — humbje të vetëdijës për më pak se 12 orë. b — shenja neurologjike të lehta-të pakta; c — ndryshime të lehta të fenomeneve vitale, temperatura, pulsi, respiracioni dhe tensioni arterial.

3 — Trauma të rënda: këto i përkasin kryesisht frakturave të mëdha kraniale dhe kontuzioneve cerebrale, lezionateve të trunkut cerebral ose hemoragjive të mëdha intrakraniale. Shumica e këtyre pacientëve ka: a — Koma të thellë mbi 12 orë, ose riçfaqje të komës pas një intervali lucid. b — shenja të theksuara neurologjike, siç janë paraliza, sindromi i inkarceracionit tentorial të unkusit, rigiditeti decerebrativ etj. c — ndryshime të theksuara të temperaturës, pulsit, respiracionit, tensionit arterial ose turbullime të tjera të sitemit nervor vegetativ.

Përvoja e disa vitove me radhë nëpër tërë vëndin, tregon se klasifikimi i mësipërm nuk është ideal, megjithëse është i përshtatshëm për observacionin klinik të rasteve, për asistencën, për trajtimin specifik dhe për prognostikun. Ai lejon mbajtjen statistikore standarte mbi të dhënat e mbledhura nëpër tërë vëndin.

Sipas një referati të mbajtur në kongresin e tetë kirurgjikal kombëtar të Shoqatës mjekësore Kineze, më 1963, midis 4070 rasteve të traumave kraniocerebrale akute, 16,3% ishin trauma të lehta dhe pa vdekje; 64,8% — trauma të moderuara me 1,4% vdekje; 18,9% ishin traumaa të rënda nga të cilat ishin të operueshme 69,9% ndërsa mortaliteti qe 47,6%. Del mjaft e qartë se traumat e rënda luajnë rolin më të madh në shkaktimin e vdekjeve. Tabelat e dy vitove të fundit të referatit të mësipërm tregojnë se mortaliteti në traumat e rënda zen 39,8% të rasteve. Referatet e tjera jepin përqindje mortaliteti 25-40, për vitet e fundit; kjo i detyrohet mjekimit aktiv të këtyre rasteve. Shumë nga këto trauma janë trajtuar në vëndin ku kanë ndodhur. Neurokirurgët shpesh ikin nga spitalet bazë për të ndihmuar në këtë drejtim, kështu që pacienti nuk ka nevojë për transportim. Në disa qytete është krijuar një rrjetë organizative për preventimin dhe trajtimin e traumave. Kjo është natyrisht, në favor të ruajtjes së shëndetit të popullit.

Nga neurokirurgët merren masa komplekse për trajtimin e traumave

kraniocerebrale. Gjatë viteve të fundit në disa institucionë është arritur një përmirësim i dukshëm në trajtimin e tyre. Kjo ndodh sepse në përpinqemi që: 1 — Ti mbajmë të lira rrugët respiratore në pacientë komatozë, për të evituar anokseminë dhe komplikacionet pulmonare;

2 — Të mbajmë pacientët në observacion rigoroz për të zbuluar sa më parë dhe trajtuar shpejt hematomat intrakraniale.

3 — Të trajtojmë në kohën e duhur komplikacionet

4 — Të marrim masa aktive për të luftuar edemën cerebrale.

5 — Të bëjmë një trajtim të përgjithshëm tonizues të përshtatshëm të pacientit, si i tërë, të shoqëruar me asistencë të kujdesëshme.

Mbajtja e lirë e rrugëve respiratore, në shumë raste varet nga bërtja e trakeostomisë. Pacientët në koma të thellë, ose kur mendohet se do të ketë koma të zgjatur, obstruksion parcial të traktit respirator, trauma koukomitante torakale, ose maksilofaciale që shoqërohen me vështirësi të respiracionit — janë të gjithë kandidatë për trakeostomi të harrësime. Trakeostomia nuk duhet të shtyhet duke pritur sa i sëmuri të böhët cianotik. Aspiracionet e njëherëshme, bile dhe të përsëritura është mirë të bëhen nëpërmjet të trakeostomisë. Kur ky veprim shkakton kollitje, kjo është edhe më mirë. Në të njëjtën kohë ndoshta do të jetë i nevojshëm respiracioni artificial ose të jepet oksigjeni nëpërmjet tubit endotrakeal apo të trakeostomisë.

Në qoftë se do të rrijmë në pritje pasive të zhvillimit të hematomave intrakraniale traumatike, mund të humbasë jeta e pacientit në një kohë relativisht të shkurtër, prandaj duhet të kemi vigilencë shumë të mprehtë. Nga neurokirurgët tanë është grumbulluar eksperiencë e mjaftë për trajimin e hematomave intrakraniale të tipeve dhe lokalizimeve të ndryshme. Pavarësisht nëse hematomë është intracerebrale, subdurale apo epidurale; pavarësisht nga topika e tyre: frontale, okcipitale, në fossa cranii posterior, ose në regionin më të zakonëshëm-temporoparietal, pavarësisht në se është solitare apo multiple, uni-apo bilaterale, çështja kryesore përsa i përket hematomës akute intrakraniale, është identifikimi i hershëm dhe ndërrhyrja kirurgjikale në kohën e duhur. Pas traumës, kur vihen re simptome dhe shenja progreduese, ose kur pacienti nuk ka përmirësim të shenjave fokale pas një periudhe kohe, duhet të dyshohet për një hematomë endokranike.

Duke pritur që të manifestohen të ashtuquajturat shenja dhe simptome klasike, do të shkaktonim më shumë dëm se sa të mirë. Në qoftë se gjëndja e pacientit e lejon, mund të bëhet arteriografia cerebrale si mjet i sigurtë për diagnostikun. Në qoftë se është e nevojëshme mund të bëhet eksplorim urgjent nëpërmjet të trepanacioneve multiple. Koma e thellë dhe rigiditeti decerebrativ nuk janë në mënyrë të domosdoshme kundraindikacione për intervent.

Pasi të bëhet zbranja e hematomës në sipërfaqe të trurit, nëqoftëse shenjat dhe simptomet fillestare nuk përmirësohen dhe zhvillohet sindromi i inkarceracionit të unkusit në tentorium, atëherë mund të kryhet incizion i tentorium cerebelli, në buzën anteriore të tij, për të reduktuar hernien dhe për të qiruar trunkun cerebral nga kompresioni.

Ndonjëherë, në periudhën postoperatorre, mund të përdoret drenazhi i vazhdueshëm i ventrikulit lateral për të ulur presionin e lartë intrakranial. Në raste hematomë intrakraniale me kontuzione kundërgoditje të polit frontal dhe temporal, do të mund të fitojë rezultat më i mirë kur, pas heqjes së hematomës bëhet njëkohësisht dhe ekskizioni i indit cere-

bral tē devitalizuar rrasth hematomës. Ripörtëritja e një hematomë par heqjes së saj është një mundësi që duhet patur parasysh. Për këto arësy kësja kirurgjikale e herëshme është imperative.

Në trajtimin kirurgjikal tē hematomave intrakraniale, rezultate më të mira fitohen në hematomat epidurale, me një morosilit operativ i më shumë se 30%. Në një seri prej 79 rastesh mortaliteti total ishte 27,8%. Në disa klinika, midis 20 rasteve të operuara, mund tē ndodhë një ose dy vdekje. Hematomat subdurale akute shpesh shoqërohen me lare-rokontuzione ekstensive cerebrale dhe një pjesë e konsiderueshme e tyre mund tē janë bilaterale. Prandaj mortaliteti operativ mund tē arrijë rabi 75%. Kjo ndryshon në mënyrë tē ndijshme në hematomat subdurale kronike që kanë mortalitet operativ vetëm 10%.

Hematomat intracerebrale akute shkaktohen kryesisht nga kundërgoditja dhe zhvillohen sidomos në lobet frontotemporale. Mortaliteti operativ mund tē jetë mbi 50%. Shpesh është i vështirë diagnostikimi i hematomave në *fossa cranii posterior*, madje ato edhe mund tē mos diagnostikohen. Shkaku kryesor i tyre është goditja direkte në regionin okcipital, shenjat cerebelare mund tē mungojnë. Sa do që ne tē jemi vigilentë për një trajtim tē shpejtë, hematomat akute dhe subakute të *fossa cranii posterior* jepin përqindje tē lartë mortaliteti.

Afërsi i gjysma e traumave kraniocerebrale tē rënda shoqërohen me hematomë intrakraniale, prandaj trajtimi me sukses i tyre mund tē ngrëjë në mënyrë tē ndieshme rezultatet e injekimit tē tyre.

Në bazë të analizave statistikore, neurokirurgët tanë kanë konstatuar se traumat kraniocerebrale janë tē shpeshta tek fëmijët, por, tē krasusuar me grupin e të rriturve, ato tē tipit tē rëndë janë më pak tē zakonëshme, po kështu edhe mbeturinat e tyre, ndërsa përqindja e mortalitetit është relativisht e ulët. Me fjalë tē tjera, traumat kraniocerebrale janë më pak tē rënda te fëmijët. Neurokirurgët tani janë tē mendimit se kjo varet nga këto faktorë:

1 — *Dura mater* është shumë më adherente me kafkën, ndërsa brazdat vaskulare durale janë tē rrafshita, superficiale, kështu që hemotemat ekstradurale janë më pak tē mundëshme. 2 — Ndryshimet lokale vaskulare kompenzohen dhe stabilizohen më lehtë tek fëmijët se sa tek tē rriturit.

3 — Volumi i spaciut subaraknoidal është relativisht më i madh se sa tek tē rriturit, kështu që një shtresë më e trashë e likuorit mbron sipërfaqjen e jashtme tē trurit.

4 — Kockat kraniale tē fëmijëve janë më fleksibël dhe elastike, surtat ende nuk janë plotësisht tē mybillura, kështu që kanë një aftësi amortizuese dhe kompensuese më tē madhe. Për arësy tē kuriozitetit dhe aktivitetit tē fëmijëve një gabim i vogël mund tē shkaktojë traumë tē lëkës, sidomos kjo ndodh në rrëzime, në akidentet gjatë lojës, në akidentet rrugore-dhe kjo duhet tē tërheqë vëmëndjen.

Hematomat intrakraniale tek tē porsalindurit shpesh janë rrjedhim i traumës së lindjes. Disa karakteristika speciale në hematomat traumatike intrakraniale akute konsistonë në fillim brusk, tē shpejtë tē simtomeve, me ndryshime tē shpejta dhe humbje progresive tē vetëdijes dhe shpesh me ngritje tē presionit intrakranial, me ndryshime tē pupilave, me simptome fokale neurologjike ose dhe me rigiditet decerebrativ. Për tē shpëtue jetën e pacientëve në këto raste, është i nevojshëm syu i mprehtë klinik dhe intervenimi i shpejtë kirurgjikal. Hematomat intrakraniale tē fëmijëve prematurë nuk duhet konsiderue detyrimisht si kontraindikacion për

operacioni në kohë i hematocritës nëpërmjet fortanelës apo suturës korriore mund të jepi rezultatë të mira.

Nuk duhet të lihet pas dore edhe njekimi i traumave të kombinuarë në rastet e traumave kranicerebrale. Një pjesë e patientëve me traumi kranial të rëndë kanë lezione multiple, lezione torakale, abdominale, vertebrale, spinale ose të ekstremiteteve. Këto raste kanë prioritet të rënë në shok, kështu që kujdesi tijesht për trajtimin e dëmtimit kranicerebral mund të kushtojë jetën e patientit. Prandaj të gjitha rastet e traumave kranicerebrale që shoqërohen me shok duhet të dyshojnë për dëmtime konkomitative. Pas konstitutimit të dëmtimeve konkomitative të rëndë, do të ishte e nevojshme të bëhet trajtimi i shpejtë përkatës.

Janë të nevojëshme masa për të luftuar edemën cerebrale. Ato që përdoren zakonisht dhe që konsiderohen si më efikase janë: 1 — kufizimi i lëngjeve tek të rriturit në 2000-2500 ml, të paktën tra ditët e para; 2 — përdorimi i hibernacionit artificial — me mbajtje të temperaturës së trupit në 32-34° C për 3-4 deri 5-6 ditë (mjetet neuroplegjike më të përdorura në neurokirurgji janë përzjeria me klorpromazinë, fenergan dhe petidinë), Kur ka depresion evident të respiracionit, petidina (dolantin-dofosal) duhet të përdoret me kujdes ose të mos përdoret fare. 3 — përdorimi i dehidratuesve diuretikëve të fuqishëm siç janë glukoza hipertonike, urea ose solucione të mentolit të dhëna së bashku ose të alternuara, janë plotësisht të dobishëm. 4 — Gjithashtu të dobishme janë dhe masat e tjera si p.sh. dekompresionet ekstensive subtemporale ose subokcipitale gjatë kranietomive. Hiperventilacioni artificial për korrektimin e anoksemisë ose suboksigjenin janë përdorur ndonjëherë, ndërsa hipotensioni i kontrolluar përdoret rrallë.

Trajimi tonizues i përgjithshëm për patientët në koma të zgjatur konsiston kryesisht në të ushqyerit me sonda nazale, për të mbajtur gjendjen nutritive të nevojëshme, në kujdesin për ruajtjen e balancit të fluideve dhe të elektrolitëve, në prevenimin e infeksioneve (sidomos të pneumonive), në përdorimin e hormoneve (perioda të shkurtërë me kortizon ose kortikosteroidë janë të dobishme edhe për të luftuar edemën cerebrale), si dhe mikrohemotransfuzioni të përsëritura. Përveç kësaj, asistencë e përpiktë është shumë e rëndësishme në prevenimin e komplikacioneve, që kanë tendencë të zhvillohen në pacientë komatozë.

Disa nga të dhënat tona statistikore venë në dukje që mbeturina posttraumatike mund të zhvillohen në 15-20% të patientëve të trajtuar. Këto ndonjëherë i shkaktojnë patientit vuajtje të mëdha dhe humbje të aftësisë për punë. Sidomos kështu ndodh me kontuzionet e truncus cerebri dhe në lezione të tjera ekstensive cerebrale. Trajimi urgjent i organizuar në stadin akut mund të jetë efikas për shpëtimin e jetës së patientit, por në një pjesë të rasteve mbeten residua permanente si rigiditeti decerebrativ, gjendja e dekortikuar, ose shkallë të ndryshme invaliditeti. Ky problem mjaft i vështirë mbetet ende për tu zgjidhë. Disa klinika i kanë kushtuar studime të gjëra mbeturinave të ndryshme. Janë kryer ekzaminime të likuorit cerebrospinal, EEG dhe studime neuroradiologjike. Në disa klinika janë arritur suksese në përdorimin e sedativëve, fizioterapisë gjimnastikës, të bimëve mjekësore kinezë, të akupunkturës etj. Disa raste kanë nevojë për trajtim kirurgjikal, p.sh. cikatricat adhezive meningocerebrale dhe defektet kraniale kanë indikacion për heqjen e cikatriceve dhe për restaurim plastik të kafkës. Materialet që përdoren më shpesh për mylljen e defekteve kockore, përveç transplanteve kockore, janë rëshinat akrilike, metilmakrilat ose plexiglass.

Kranieplastika nuk përdoret vetëm për lehtësimin e simptomeve por edhe për të ruajtur trurin. Nga ana tjetër janë të vlefshëm për pacientin nga ana kosmetike dhe psikologjike.

Vitet e fundit, disa institutet të vëndit tonë kanë filluar studime eksperimentale mbi traumat cerebrale. Janë bërë kërkime duke shkaktuar në eksperiment trauma cerebro-trunkale, duke studiuar efektin e tyre mbi respiracionin, mbi efektin e ureas, sukrozës, sorbitolit, mannitolit, disa bimëve injeksore kineze në luftimin e edemës cerebrale, rrëth hibernacionit artificial, hipotermisë dhe efekteve të tyre në organizëm, si dhe efekti i hipotermisë në trajtimin e traumave kraniocerebrale të rënda. Këto studime rrëth subjekteve që kanë të bëjnë me mekanizmin e traumave kraniocerebrale, janë të rëndësishme. Përveç e mëtejshme të neurokirurgëve tanë në këtë fushë janë gomxha të para të luleve që po gjelin, për studime të ardhëshme, në mënyrë që të realizohen përparime të mëtejshme në trajtimin e traumave kraniocerebrale.

## DISA PROBLEME MEDIKO-PROFESIONALE TË PRODHIMIT DHE PËRDORIMIT TË INSEKTCIDEVE FOSFO-ORGANIKE NË R.P. TË KINES.

Wu Chin-chung, Chen Fu-juei, Wang Wen-yen

Insekticidet fosfo organike u përdoren për herë të parë në fushat e pambukut në vitin 1952-1953, rë është uga provincat e vendit tonë. Në fillim përdorimi i tyre ishte i kufizu i sepse këto preparatë importoheshin. Si rrjedhim i efektit të tyre shumë të mirë preparatët fosfororganike u populuarizuan shpejt midis puntorëve të bujqësisë, kështu që edhe përdorimi i tyre zgjerohej. Në të njejtën kohë me zhvillimin e industrisë dhe agrikulturës në vendin tonë, filluan prodhimet e insekticideve fosfororganike në sasi të mëdha dhe qysm nga viti 1963 në përdorim vetëm preparatët tona, duke siguruar një shtim të konsideruar të prodhimit të pambukut cerealeve dhe frutave për nevojat e popullit. Shtimi i prodhimit dhe përdorimit të insekticideve fosfororganike gjatë këtyre 10 vjetëve është një pasqyrim i pjesëshëm i zhvillimit të shpejtë të industrisë, agrikulturës, teknologjisë dhe shkencës në vendin tonë nën udhëheqjen e P. K. të Kinës dhe Pushtetit Popullor në vijën e përgjithështë të ndërtimit socialist. Është rezultati i përpjekjeve të përbashkëta të puntorëve, fshatarëve, kimistëve sintetike, inxhinjerëve kimistë, shkencëtarëve të agrikulturës të specialitetave të ndryshme, qindra e mijra punonjës në frontet e industrisë dhe bujqësisë të cilët me përpjekjet e tyre të pa kur-syera kontribuan në zhvillimin e mëtejshëm.

Qysm nga dita e përdorimit për herë të parë të insekticideve fosfororganike në fushat e pambukut të vendit tonë, mjekëve dhe punonjësve të shëndetësisë i duallën përballë një seri probleme të reja. Detyra e Jonë është të mbrojmë shëndetin e punëtorëve të industrisë (që e prodhojnë) dhe fshatarëve (që e përdorin), duke siguruar shtimin e prodhimit bujqësor. E para mbi të gjitha, personeli mjekësor e punonjësit e shëndetësisë të fabrikave prodhuese dhe të zonave rurale, mbajnë përgjegjësinë për prevenimin dhe trajtimin e helmimeve profesionale. Për ti shërbyer industrisë dhe bujqësisë, pedagoge të shkollave të ndryshme si fakulteti mjekësor i Shangait, Nu-han, Shen-ju, Hopli etj. zgjedhin pesticidet për tema të tyre shkencore për të punuar në laborator si edhe në fusha gjatë sezoneve të përdorimit të pesticideve, duke zgjidhur probleme aktuale profilaktike dhe terapeutike. Pa dyshim institutet e kërkimeve, problemin e insekticideve e kanë si temë kryesore. Punonjësit e instituteve të kërkimeve të specialitetave të ndryshme shkojnë nëpër fabrika e fshatra ku kontrollojnë dhe studojnë insekticidet. Herë pas here bëjnë propozime konkrete duke u bazuar në të dhënat e tyre, për të përmirësuar konditata hygienike të puntorëve e fshatarëve që merren me prodhimin dhe përdorimin e këtyre.

1) Referat i mbajtur me mjekët e qytetit të Tiranës.

Mandej vëtë masat e gjera të punonjësve me iniciativën dhe krijimtarinë e tyre bëjnë herë pas here propozime të vlefëshme racionalizuese për të përmirësuar prodhimin dhe përdorimin e këtyre insekticidave nën drejtimin dhe ndihmën e udhëheqësave të ndryshëm eksperiencia e grumbulluar, shërben si një burim i pa shterruar për përmirësimin e konditave hygjenike dhe profilaksinë e sëmundjeve profesionale. Në shumë distrikte komune dhe brigada prochimi, gjemë një grumbullim eksperience të vlefëshme për tu mbrojtur nga helmimet. Ma siguri, nga një eksperientë e tillë, personeli tajekësor dhe shëndetësor ka shumë për të mësuar.

### STUDIMET TOKSIKOLOGJIKE

Çdo insekticid i sentifikuar, duhet ti nënështronhet një studim toksolegjik. Të dhënët toksolegjike janë të domosdoshme për seleksionimin e preparateve të reja, si dhe për masat që duhen marë për mbrojtjen nga helmimet kur preparati përdoret në fushë. Vitet e fundit ne kenë grumbulluar një eksperiencë shumë të madhe lidhur me cilësitë toksolegjike të këtyre preparateve në laboratorët tonë. Do përmend disa të dhëna të cilat mund të kenë ndonjë farë interes praktik. Studimet tonë toksolegjike janë sidomes mbi preparatin LD<sub>50</sub>, mbi dozën kuftare (maksimale) për helmatisje, eftitet kumulative dhe terapinë eksperimentale. Pasqyra Nr. 1 tregon rënditjen e disa nga preparatet që ne prodhojmë dhe përdorim përvendin tonë.

Pasqyra nr. 1

Doza orale e LD<sub>50</sub> dhe doza e pragut e disa preparateve  
të fosforit organik (mg/kg)

Preparati	LD <sub>50</sub>			Doza e pragut të kolinesteraza-s		Doza me të cilën avund të ndryshohen reflekset e kodi	
	mbi vogël m	mbi madh mash	mbi madh f.	kufta doza		kufta	doza
Thimet (3911)	4.8	2.8	1.1	mbi madh	0.3	—	—
Parathion (E 605)	22.6	—	—	“ “	0.5	mbi vogël	2.0
AC-3741	10.8	—	—	“ i vogël	2.0	“ ”	3.5
DDVP	136	120	106	“ i madh,	5-3.5	“ madh	7.5
Rogor	126	250	212	“ ”	10.0	“ ”	15.0
Dipterex	605	640	354	“ ”	40.0	“ ”	70.0

Thimet është shumë toksik, mbas këtij është preparati AC-3741, dhe Parathion Rogor dhe D.D.V.P. janë lehtësishët toksike ndërsa Dipterex-i është më pak toksik.

Kavjet pëx femëra janë më të ndjeshme karshi Thimet dhe Dipterex sesa meshkujt. Nuk ka diferençë sekzi në kavjet përsa i përket preparatit Rogor e DDVP. Për përcaktimin e aktivitetit të kolinesterazës është përdorur metoda kolorimetrike e Fleisherit, ndërsa për studimin e aktivitetit të sistemit nervoz është përdorur metoda e reflekseve të kondicionuara. Pragu i dozës për cilen do nga këto dy ndryshime u përcaktua në mënyrën që përvendëm dhe rezultatet janë të shënuara në pasqyrën nr. 1.

Në inhibimin e aktivitetit të kolinesterazës, Thimet-i edhe Parathion-i janë më të fortat, pastaj vjen AC-3741 e pastaj Rogor e Dipterex. LD<sub>50</sub> është gjithashtu mjaft i fortë në inhibimin e aktivitetit të kolinesterazës. Përsa i përket veprimtë mbi sistemin nervoz, disa preparate fosfoorganike

me doza tē vogëla kanë ngjashmëri njera me tjetrën lidhur me zgjatjen e periudhës latente e kohën e veprimit. Ndërsa me doza më të mëdha shkaktojnë inhibicion komplet. Reflekset e kondicionuara nuk janë aspak tē prekura. Siy shihet në posqyrën, përsë i përket veprimtarisë së tyre mbi s.n.c., preparati E605 dhe AC-3741 janë më tē forta, pastaj vijnë DDVP dhe Rogor, ndërsa diptorex-i është më i fortë.

Terapija eksperimentale e aplikuar në laboratorë, shpesh shërben si bazë shkencore në praktikën klinike. Kur një reaktivizues i ri është sintetizuar për kolinesterazën e inhibuar duhet përdorë për herë tē parë në kafshë. Gjatë këtyre 10 vjetëve të fundit, është bërë shumë në këtë drejtim në universitetin e Shangail. Në fakt PAM-i u sintetizua për herë tē parë në vëndin tonë në këtë universitet, ndërsa TME-i dhe disa preparate të tjera të ngjashme me këtë, të përdorura në institutin tonë janë sintetizuar nga punonjeshi e industrije formaceutike të Institucit të Tionsinit.

#### PROBLEMI KRYESORI TË SHËNDELTËRISË LADMUR NË PRODUMIN E INSEKTCIDEVE FOSFOORGANIKE

Në vëndin tonë, ndërmarrje industriale e sëdanas shtëpi fabrikë e vogël ka një fyllim modest të kombinuar me metudat egzistuese dhe moderne të prodhimit të insekticideve.

Por nën drejtimin e udhëheqësive të ndryshëm, në mbështetjen edhe mo pjesmarrjen aktive të masave të gjëra, ndërsa prodhimi shihet mo inovacione teknike edhe mekanizim më të përparuar, ndodh shpesh që konditat higjenike mos të jenë konformë kërkuesave të pushtetit. Natyrishët për një fabrikë që prodhoi insekticide fosfo-organike me toksicitet të lartë, kërkuesat higjenike duhet të jenë qyshe nga fillimi më strikte sesa tek një fabrikë e zakonshme e industrisë kimike. Megjithatë disa mungesa dhe probleme ekzistojnë zakonisht në fillim, duke mos përfashtuar edhe faktorin mungcsë të eksperiencës nga ana e jonë.

Problemi kryesor në fabrikat që prodhojnë insekticide fosfo-organike është mbrojtja e shëndetit të punitoreve nga helmatisja. Në sajë të eksperiencës shumë vjeçare, Shoku CHANG Li-yan ka përbledhur mjaft mire masat preventive të nevojshme ndër këto fabrika si posht vijon:

1. Të bëhet gmos që koncentrimi i substancave toksike në ajër në vendin e punës të jetë në minimum, prandaj të sigurohet hermeticiteti i maqinerisë edhe paisjeve të tjera për të preventuar daljen e substancave toksike në formë gazit ose likidit, manipulimi në distancë edhe kontrolli automatik, ventilimi i mjaftushëm etj.
2. Paketim i mekanizuar i prodhimeve.
3. Furnizimi i plotë i punitoreve me pajime mbrojtëse.
4. Eksamini me periodike.

Përvec kësaj, në vendin tonë masat preventive në çdo ndërmarrje industriale mbështeten në vetë masat e gjëra. Propaganda sanitare duhet të përhapet gjérësisht. Administrata, ekspertët edhe masa duhet të bashkëpunojnë ngusht për të kontrolluar gjëndjen, të paraqesin propozime dhe të shkëmbejnë eksperiencë herë pas here.

Puna për mbrojtjen e shëndetit në fabrikat që prodhojnë insekticide fosfo-organike është e komplikuar dhe e vështirë, sepse zakonisht një fabrikë prodhon preparate të ndryshme të cilat kanë përbërjen e tyre, produktet intermediare edhe proceset e prodhimit specifik, sipas llejit të preparatit të prodhuar. Kështu që në çdo etapë të proceseve prodhuese, lëndët toksike mund të rrezikojnë shëndetin e punitoreve duke shkaktuar helmatisjen akute ose helmatisje kronike.

## PROBLEMI I MBROJTJES SË SHËNDETIT GJATE PËRD. TË INSEKT. FOSFO-ORG. NË FUSHAT.

Gjatë këtyre 10 vjetëve të fundit, janë bërë shumë kontolle në krahina të ndryshme të vëndit dhe u arrit të grumbullohet një përvojë e rënëdësishme. Si rezultat, rastet e helmimeve paksohen qdo vit dhe në bazë të kësaj eksperience, në vitin 1964 Ministria e Bujqësisë dhe e Shëndetësisë botuan rregulloren mbi përdorimin e prep. insekticide fosfo-organike me tokositet të lartë. Kjo rregullore do të udhësheq masat e gjëra të fshatarës së tonë në përdorimin më efikas të insekticideve për të ruajtur rrithjen e prodhimeve bujqësore pa dëmtuar shëndetin e tyre.

Në fushat e pambukut, insekticidet fosfo-organike përdoren për disa muaj me radhë gjatë vitit. Në zonat e përshtatësime spërkatja mund të bëhet me aeroplan, kjo me gjithëse më e kushtuar, është pa dyshim më pak e rrezikshme për shëndetin e njerëzve. Mirë po ky mjet nuk është gjithmonë i përdorshëm në pjesën më të madhe të këtyre fushave, prandaj spërkatja me dorë është më e vlefshme.

Koncentrimi i substancave toksike në ajër gjatë spërkatjes së fushave me pambuk, është pa tjetër më i lartë se sa koncentrimi maksimal i lejuar në ndërmarrjet industriale. Por koha e kontaktit të atyre që spërkasin është e shkurtër. Megjithatë studimet tona kanë vërtetuar se rrezi-ku më i madhi i helmimeve është si rezultat i kontaktit të substancave toksike me çkstremitetet (këmbë, duar) dhe absorbimi i këtyre substancave me anë të lëkurës së zbuluar dhe në kontakt. Gjatë viteve të fundit insekticidet fosfo-organike u përdorën me sukses edhe në fushat e mbjella me cereale. Ndonjëherë kur e lejojnë konditat, spërkatja bëhet me aeroplan, megjithëse sikurse përmëndëm më sipër, kjo është e mundësime shumë rallë. Pra spërkatja me dorë mbetet më e zakonëshmja. Mirë po në spërkatjen e këtyre fushave të mbjella me cereale që (ndryshe nga pambuku) janë bimë të mbjellura dëndur dhe të larta nga 1 1/2-2 metra, spërkatja me dorë rrezikon spërkatësin dhe për këtë u ndalua, u lejuan spërkatjet vetëm në muajt e plantacioneve të cerealeve. Me gjithë këto masa u vërtetuan raste sporadike helmatisjesh, por këto si rjedhim i kontaminimit të sipërfaqeve të ekstremiteteve, veshjeve si dhe për arësyte shkeljes së rregullores mbi përdorimin e këtyre insekticideve.

Më lehtë dhe më pak rrezik helmimesh paraqet spërkatja e vreshta-ve. Rastet e rallia të helmimeve në këto vënde i dedikohen vetëm shkeljes së rregullores ose ndonjë aksidenti.

**Diagnoza dhe terapia.** Në vitet e para të përdorimit të insekticideve fosfoorganike në vendin tonë, kur personeli kishte pak eksperiencë u ndeshën disa vështirësi para helmimeve akute, por u kapërcyen me një herë. Brënda pak vjetëve personeli mjekësor i gjithë krahinave të vendit përvehtësoi njohuritë themelore të diagnozës dhe mjekimit të helmimeve me preparate fosfoorganike. Medikamentet e nevojëshme për pacientë të tillë u shpërndanë në krahinat më të largëta. Ky është një shembull konkret i ndihmës që i jep mjekësia industrisë dhe bujqësisë në vendin tonë.

Në saje të masave preventive, numuri i rasteve me helmime akute nga insekticidet fosfoorganike paksohet nga viti 1964 në vit. Karakteristike është dhe mbizotërimi i formave të lehta 60-70%, formave mesatare shihen 30-40%. Manifestimet klinike të helmimeve me preparate fosfoorganike që përdoren më tepër si Parathion, Sustox, Thimet, Rogor, DDVP dhe Diptherex janë të ngjashme, periudha zgjat 12 orë.

**Manifestimet klinike:** Format e lehta paraqiten me humbje të oreksit, dhimbje koke, marrje mendsh, nauze, dobësi, lodhje, shqetësimë, djerësitje të shumtë. I sëmuri është megjithë atë në gjendje të qëndrojë në trëmbë, aktiviteti i kolinesterazës mund të zbresë nën 70% të vlefshës normale.

**Forma mezatare:** Përveç atyre që thamë më sipër kjo formë mund të ketë salivacion, dhimbje barku, fibrilacion muskular, çregullime në kontraktimin e pupilave, hipertension, turbullime të ndërgjegjes. I sëmuri nuk është në gjendje të qëndrojë në këmbë, aktiviteti i kolinesterazës në gjak zbret nën 50% të vlefshës normale.

**Forma e rëndë:** Përveç simptomave të formës së mesme ata kanë dispne, cianoze, kontraktim i dukshëm i pupilave (miozis) edeme pulmonare, koma, inkontinenca e urinës dhe e feçave. Temperatura e trupit dhe analizat e gjakut; leukocitë shtohen, diagnoza e helmimeve fosfoorganike në përgjithësi nuk është e vështirë.

Marrja me kujdes e anannezës dhe analiza e manifestimeve klinike e bën të sigurtë diagnozën në format e mesme dhe të rënda të helmimit

Në disa raste të formës së lehtë diagnoza bëhet e vështirë kur nuk përcaktojmë dot aktivitetin e kolinesterazës. Rënia e aktivitetit të kolinesterazës mundet të mos shkojë paralel me manifestimet klinike. Kur kjo diskordancë ekziston, marrim për bazë manifestimet klinike si kriter për përcaktimin e diagnozës dhe dozën e medikamentit për kurim. Në verë format e lehta të helmimit duhen diferencuar me gastroenteritet, influencën dhe infeksionet e tjera, për këtë na ndihmon përcaktimet i kolinesterazës, kur kjo e fundit nuk mund të përcaktohet, disa autorë rekoman dojnë përdorimin endovenoz të atropinës (1 mg) ose P.A.M. (0.4 mg). Pacienti me formë të lehtë do të përmirësohet në 10-20 minuta. Ndërsa në sëmundjet e tjera nuk ka efekt.

### Terapija:

Në vitet e fundit në vendin tonë, atropina dhe P.A.M. janë medikamente të përdorura më gjérësisht. Kurse T.M.B.4 dhe reaktinatorët e tjerë të sintetizuar janë akoma në studim.

Mekanizmi i veprimit të atropinës qëndron në blokimin e acetilkolinës të grumbulluar në inde. P.A.M. është sintetizuar në vendin tonë në vitin 1958, dhe është një nga reaktinatorët e kolinesterazës më efikase, veprimi i tij si reaktinator është vërtetuar në mjekimin e helmimeve akute me preparate insekticide fosfo-organike të ndryshme (Parathion, systox, thimet) ai nuk është aq efektiv në helmimet me Pogor dhe Dipterex.

Për format e lehta të helmimit administrimi i njerit prej dy medikamenteve është i mjaftushëm.

Për rastet mëzatare dhënia e njerit prej medikamenteve jep efekt të kënaqëshëm në shumicën e rasteve. Kurse në një numur më të vogël rastesh kombinimi i terapisë është ma i efektëshëm. Rastet e rënda duhen mjuke me dy medikamente dhe me medikamente të tjera symptomatike.

Po jipim tanë dozat e medikamenteve për 3 format e helmimeve.

Në format e lehta atropina jepet 1 mg kurse P.A.M. 0,4 mg.

Në format e mesme atropina (jepet) 2 mg. P.A.M. 0,8 mg.

Në format e rënda atropina (jepet) 3-4 mg, P.A.M. 1,2-1,6 mg.

Atropina administrohet zakonisht me injeksione endovenoze, në format e lehta mund të jopet edhe me injeksione sub kutane. Injektimi endovenoz i P.A.M. duhet bërë ngadalë për të evitar vertigot, ose shqetësimë të tjera. Kur përdoret vetëm atropina në rastet e lehta, doza e dytë duhet 1/2-1 orë pas dozës I.

Një dozë tjetër mund të jepet pas një intervali po që e nevojshme, për format mezatare ky interval është 15-30 minuta. Për P.A.M. doza e II mund të jepet 2 orë pas dozës së I. Kur përdoren dy medikamentet doza e atropinës duhet të jetë më e vogël që të evitohet superdozimi dhe helmatisja. Në format e rënda të helmimeve, në qoftë se dhënia e 1-2 dozave të P.A.M. nuk është e mjaftueshme, mund të injektohet qëdo orë nga 0.4.

Format e rënda me dispne e cianozë duhen mjekuar me O<sub>2</sub> dhe stimulim të respiracionit vëg atropinës dhe F.A.M. Në rast apnoe duhet fillouar menjisherë respiracioni artificial. Kur kanë temperaturë të lartë janë pen antibiotikë dhe medikamente të tjera simptomatike.

Ka dhe reaktinatore të tjerë të kolinesterazës akoma në studim.

T.M.B.<sub>4</sub> u sintetizue në vendin tonë në vitin 1962. Efekti terapeutik është i kënaqëshëm. 1 ampul T.M.B.<sub>4</sub> (0,15 mg) i përgjigjet 0.4 mg të P.A.M., paraqet avantazh pasi përdoret intramuskular dhe endovenoz, efekti zgjat 4 orë. Mjekimi i përgjithëshëm duhet vazduhar me heqjen e rrobave, lëkura sidomos e ekstremiteteve (duart, këmbët) duhet larë me ujë të ngrohet. Kjo është me randësi vitale. Disa herë kur kjo lihet pas doze nga mjeku ose nga infermjeria mbasi janë të prekupuar në dhëni e medikamenteve specifike, mund të japë konsekuenca të rënda.

Në vitet e fundit mjekimi i helmimeve me lëndë fosfo-organike në rastin e vendit tonë ka qenë i kënaqëshëm. Format e lehta dhe të mesme janë mjekuar të gjitha. Pacientët me forma të lehta janë shëruar për 24 orë, kurse me forma të mesme pas 2-3 ditësh. Kurimi i shpejtë i këtyre formave kurdoherë është qmuar prej mësavo dhe kuadrove të komunës popullore.

Shërbimi me ndërgjegje dhe gjith shpirt i kuadrove mjekësore kurdoherë i ka inkurajuar masat e gjëra të fshatarëve dhe i ka frymëzuar ato në ndërtimin socialist të vendit.

## KONKLUSION

Gjatë 10 vjetëve të fundit, në sajë të zhvillimit të shpejtë të industri-së dhe të bujqësisë, në vendin tonë prodhimet dhe përdorimi i insekticideve është rritur nga viti në vit duke ka krijuar një seri problemesh dhe situatash të reja për shërbimet e shëndetësisë. Nën udhëheqjen e Partis Komuniste dhe të Qeverisë popullore të Kinës, punonjësit e mjekësisë dhe të shëndetësisë të vendit tonë, duke u mbështetur në politikën e shërbimit në interes të industrisë dhe të bujqësisë, studojnë nëpërmjet kërkimeve dhe përgjithësimit të eksperiencës, problemot e sëmundjeve dhe dëmave profesionale në lidhje me prodhimin dhe përdorimin e insekticideve organo-fosforike.

Disa nga problemet e rëndësishme dhe urgjente janë zgjidhur, dhe kështu garantojnë mbrojtjen e punitoreve dhe të fshatarëve, por disa të tjera mbeten akoma të pa zgjidhëshme plotësisht. Kështu p.sh. problemi i helmimit kronik mbetet ende i pa kuartë. Nuk është zgjidhur gjithashtu dhe problemi i helmimit me disa preparate që përdoren prej pak kohe p.sh. me Rogor dhe Dipterex. Në të ardhmen do të dalin sigurisht preparate të reja. Për zgjidhjen e problemeve toksikologjike, klinike dhe mediko-profilaktike në lidhje me këto preparate të ardhura do të nevojiten studime të reja dhe punë e re.

## ROLI I CYTOLOGJISË EKSFOLIATIVE NE MIJEKESI.

SKËNDER ÇIÇO

(Katedra e Anatomisë dhe histologjisë Shif S. Çico)

Krahas metodave të tjera të ekzaminimeve klinike, radiologjike dhe laboratorrike, një interes të veçantë paraqet dhe ekzaminimi cytologjik. Me studimin e qelizave të marra nga sipërfaqia e mukozave të ndryshme, të cipave seroze ose nga përbajtja e likideve dhe sekrecioneve të organizmit, merret dega e re e mjekësisë, cytologjia eksfoliativë. Një ekzaminim i tillë cytologjik është p.sh. ekzaminimi i strishiove vaginale, të colli uteri etj.

Cytologjia eksfoliativë lidhet ngushtë me disiplina të tjera si p.sh. me anatominë patologjike, biologjinë, obstetrike-gjinikologjinë (kolpocytologji) dhe onkologjinë. Studimi cytologjik ka ngjallur një interes të veçantë në shumë shkencëtarë duke filluar qyshe nga mezi i shek. 19-të. Walshe (1843) zbuloi disa copza indesh të nxjerra jashtë me anë të pështymës nga një masë tumorale e aparatit të frymëmarrjes. Pouchet (1847) në veprën e tij publikoi elementet qelizore të strishios vaginale. Studimet e tij ishin përqëndruar vetëm në cytologjinë vaginale normale. Një nga publikimet e para lidhur me diagnostikimin e kancerit nëpërmjet cytologjisë eksfoliative i përket Beal-it (1860). Ky zbuloi qelizat kanceroze në pështymën e një të sëmuri me kancer të farinks-it.

Qeliza malinje në strishion e pështymës u vunë re edhe në rastin e karcinomes së mushkërive nga Hampeln (1876-1887), Ménétrier (1886), Betschardt (1895) etj. Metoda e studimit cytologjik është propezuar edhe nga Ehrlich (1891) për qelizat malinje të bronkeve, Looper dhe Binet (1911) studuan qelizat e stomakut (cituar nga vepra e institutit Gustave Roussy, cancerologie, 1962). Studime me karakter cytologjik janë zhvilluar në likidet e ndryshme të organizmit për diagnostikimin e kancerit. Sanders (1864) zbuloi në urinën e të sëmurëve me kancer të lshikës urinare copëza indesh me karakter malinj. Mé von studime cytologjike në urinë janë bërë nga Dickinson. Ferguson (1892) propozon ekzaminimin mikroskopik të sedimentit urinar si rrugë më të mirë (me përjashtim të cystoskopisë) për diagnostikimin e tumoreve të fshikzës urinare. Luecke dhe Klebs (1867) zbuluan qeliza malinje në strishion e preqatitur nga lëngu ascitik në një rast me tumor malinj të ovareve. Quincke (1875 dhe 1882), duke u bazuar në principin e mësipërmë, bëri ekzaminimin në eksudatet dhe transudatet. Shumë shkencëtarë të tjerë me studimin e tyre cytologjik të likideve të ndryshme kanë kontribuar për vendosjen e kritereve më të shëndosha për diagnostikimin e hershëm të kancerit.

Aplikimi i strishiove vaginale në këto vitet e fundit, ka ndihmuar në përmirësimin e njohurive tona mbi endokrinologjinë gjinekologjike dhe ka krijuar mundësinë për një vlerësim më të drejtë të studimit cytohormonal të sferës gjenitale të femrës. Në këtë drejtim, një meritë e madhe në studimin e cytologjisë vaginale i përket Papanikolaut. Papanikolau (GN) batoi punimet e para qysh në vitin 1923. Fatkeqësisht këto punime nuk gjetën mbështetjen dhe vlerësimin e drejtë nga shumë shkencëtarë të tjerrë. Në vitin 1941 Papanikolau (GN) së bashku me Traut (HF) zbuluan dhe përshkruan qeliza atipike që ndryshonin nga qelizat e tjera të shkëputura të traktit genital. Papanikolau (GN) mbas shumë studimesh në vitin 1943 publikoi veprën e tij të parë dhe të madhe që titullohet: «Diagnostikimi i kancerit të uterusit».

Me daljen në drithë të kësaj vepre, diagnostikimi cytologjik i kancerit mori një zhvillim të madh. Më vonë u botuan shumë vepra nga autorë të ndryshëm: Frement, Smith, Graham, Sergen, Troisier, Brauet, Delarue etj. Me anën e strishiove, në uterus mund të zbulohen një seri lezonesh dhe nga ana tjetër mund të bëhet diagnostikimi i hershëm i kancerit. Në kohën e sotme, studime cytologjike kryhen jo vetëm në sekrecionin e utesrusit dhe të vaginës, por edhe në shumë likide dhe sekrecione të tjera të organizmit si p.sh. likidi pleural, perikardial dhe peritoneal, likuori cerebrospinal, likid i formacioneve kistoze, sedimenti urinar, sekrecioni prostatik, i gjëndrës së qumiështit, i hundës, aspiracionet bronkiale, gastrike, duodenale, rektale etj. Kjo tregon se fusha e cytologjisë eksfoliativë është sa e gjërë aq edhe e vështirë.

Zhvillimi i kërkimeve biokimike, hormonologjike, imunologjike mund të sjellin në të ardhshmen të dhëna më të sakta mbi terenin kanceroz si dhe mbi etapat suksesive të jetës së kancerit. Njohuritë e cytologjisë eksfoliativë, për arsyet e vështirësive teknike, në disa organe nuk janë të thelluara mirë. Njohuritë e kancerit të hershëm janë akoma të pjesëshme. I vetmi organ ku janë bërë studime të avancuara është cervixi. Në cerviks mund të merret lehtë si strishio, ashtu dhe biopsia. Studimi paralel (cytologjik dhe histologjik) ndihmojnë në arritjen dhe përcaktimin e drejtë të diagnozës.

Me gjithë sukseset e arritura në lëmin e cytologjisë eksfoliative, ne jemi larg qëllimit final, që është jo vetëm grumbullimi gradual i ekzamimeve në fushën e cytologjisë, por edhe zgjerimi i madhi i njohurive tona lidhur me morfologjinë dhe fiziologjinë e qelizës. Nga pikpamja teknike marrja e strishiove në përgjithësi nuk paraqet vështirësi, ndërsa trajtimi i tabillove cytologjike është mjaf i ndërlidhur dhe kërkon përvëç të tjerave një eksperiencë të domosdoshme praktike dhe një studim kompleks me të dhënat kliniko-morfologjike. Diagnoza cytologjike e pasuron arsenalin diagnostik dhe profilaktik të kancerit. Megjithatë diagnoza cytologjike sot për sot nuk ka arrirë në atë shkallë sa të zevendësojë ekzaminimin histologjik.

Si të gjitha të dhënat e tjera laboratorike edhe të dhënat cytologjike nuk janë të vetmet për përcaktimin e diagnozës. Këto duhet të kombinohen me të gjitha analizat e tjera si dhe me simptomatikën klinike të të sëmurit.

Të dhënat cytologjike e ndihmojnë mjekun në përcaktimin e diagnozës, por asnjë herë këto nuk duhet të meren si vendimtare.

Cytodiagnostika e traktit genital të femrës para së gjithash është një metodë për zbulimin e rasteve të herëshme të kancerit dhe jo si metodë për përcaktimin e diagnozës përfundimtare.

## SII APLIKOMET CYTODIAGNOSTIKA NË PRAKTIKË

Marja, pregatitja, fiksimi dhe ngjyrimi i strishiove të aparatit genital për diagnostikimin e kancerit me disa përashtime të ralla mund të bëhet nga qdo mijek gjatë praktikës së përditësime.

Në kohën e sotme, marrja e strishiove për kontrollin cytologjik të vaginës dhe të cervix-it nuk paraqesin asnjë vështirësi pikërisht për këtë arsyre ato zënë një vend të rëndësishëm në gjinekologji.

Kanceri mund të njihet në vizitat gjinekologjike ambulatore që bëhen për qëllime diagnostike cytohormonale.

Suksesi i diagnozës cytologjike myaret nga një sërë faktorësh. Teknika e marjes dhe e shtrirjes së materialit në lamë (xhami që mban objektin) duhet të bëhet me kujdes kjo nënkuption se materiali i marrë nga sekrecionet e mukozës duhet të jetë i mjaftueshëm dhe në të rijejtën kohë ai duhet të shtrihet në skresa të holla. Etapa e dyte pas marjes së materialit është fiksimi. Me të pregetur strishion nuk e lëmë të thahet por me një herë e fiksojmë në alkol dhe eter është për 15-25 minuta (minimum).

Etapa e tretë është ngjyrimi. Këto të tri procese duhet të kryhen me kujdesin më të madhe mbasi këtu do të bazohet diagnoza cytologjike.

Sot përdoren metoda të ndryshme ngjyrimi si p.sh.: Papanikolau, Magridi dhe Cator, Isaac dhe Wurch 1, 2, Papamiltiades, Pujol, Shorr, Rio-Hortega etj.

Principi i cytodiagnostikës gjinekologjike bazohet në ndryshimet që pëson epiteli vaginal, cervical ose endometrial.

Nga deskuamimi i qelizave epiteliale mund të zbulohet tumori malinj i cili gjatë vizitës gjinekologjike nuk diktohet akoma klinikisht.

Në rastin e tumoreve malinjë, strishua në përgjithësi nuk është e pastërt si në rastet normale, ajo paraqet qeliza atipike. Atipizmi qelizor çfarët në formën, madhësin, në membranën e saj. Ndryshime të theksuara pëson bërrhama, membrana dhe kromatina e saj. Këto ngjyrosen në mënyrë të theksuar. Në qelizë mund të ritet numri i bërrhamave. Këto si dhe ndryshime të tjera duke u studjuar në kompleks e orientojnë mijekun në përcaktimin e drejtë të diagnozës.

Në të gjitha rastet e tumoreve malinje si bazë shërben zbulimi i qelizave kanceroze. Me një metodë analoge mund të zbulojmë edhe karcinomat e stomakut, bronkeve, të traktit urogenital etj.

Interpretimi i strishiove kërkon një përvojë dhe një ushtrim të vazhdueshëm të profesionit në këtë fushë.

S'ka dyshim se për vënien e diagnozës cytologjike duhet një bashkëpunim i ngushtë midis mijekut kurues, cytologut dhe anatomo-patologut. Për të gjitha rastet e dyshimita, e sëmura mbahet në kontroll. Strishiot mund të përsëriten gjatë disa javëve ose disa muajve. Në rast se ekzaminimet cytologjike nuk paraqesin shenja malinjiteti atëhere e sëmura lihet e lirë nga evidencimi.

Nëqoftëse një karcinomë është e dukshme me sy, kontrolli cytologjik është i pa nevojshëm. Në këto raste studimet histologjike e përcaktojnë diagnozën me siguri.

Për të evituar gabimet në vënien e diagnozës cytologjike është e domosdoshme të respektohen me rigorositetin më të madh rregullat e përmendura më lart.

Kështu ne mund të vëmë një diagnozë të gabuar në qoftëse materiali për ekzaminim nuk meret në vendin e dëshiruar dhe kur materiali i strishios thahet para se të fiksohet.

## BIBLIOGRAFI

1. Beal L. S. Examination of sputum from A Case Of Cancer of the Pharynx and the adjacent parts. Archives of medicine, London 22, 44.
2. Betschardt. Erasmus ueber die diagnose maligner lugnetomoren aus dem sputum. Virchow ARCH f. path. anat. 142, 86-100.
3. Bourg R. Gomple (G) — Diagnostik cytologique du cancer genital chez la femme. Vol. I., 348 p., Paris 1954, Masson etcie.
4. Delarue H. et Paillois J. — Valeur de l'étude des sécrétions ronchiques pour le diagnostic des cancer des bronches. Presse med. 1954 62 795-799.
5. Delarue J. et Orcet L. Valeur et indications des méthodes cytologiques (Path. et Biol. 1959, 7, 733-760).
6. Dickinson W. H. — Portions of a cancerous growth passed by the urethra. Tr. path. soc., London, 26, 233-237.
7. Ferguson Frank — The diagnosis of tumors of the bladder by microscopical examination. Proc. N. Y. Path. soc. 71-73.
8. Graham RM Sturgis SH et Coll. A Comparison of the accuracy in diagnosis of the vaginal smear and biopsy in carcinoma of the servix. Am J. obst. and gynec. 1928 55 333-307.
9. Graham RM et Meigs J. V. — The value of the vaginal smear (Am. J. obst and gynec 1949 58 843 850).
10. Hampeln F. Sarcom der lunge St. Peterb. Med. Wchneker, 12, 137-139, New series, vol. 4.
11. Institut Gustave Roussy carcinologie — Les cancers humains: Nature, e evolution, indications therapeutiques, 1962, 168-171.
12. Lucke, A. and E. Klebs — Beitrag zur ovariotomie und zur kennznis der abdominalen chwulste. Virchow Arch f. path. anat., 41,1-15.
13. Monétrier P. — Cancer primitif du poumon, Bull. soc. anat de Paris 61643-647 (4 th. series vol. 11).
14. Papanicolaou G. N. et — The demonstration of malignant cells in vaginal smears and its relation to the diagnosis of carcinoma of the uterus (New York State J. Med. 1943 43 767).
15. Papanicolaou G. N. et — Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear i vol. 47 p. Newyork 1943.
16. Pouchet F. A. Theorie positive de l'ovulation spontanee et de la fécondation des mammifères et de l'espèce humaine.
17. Quinske H. — Über fetthaltige transudate. Hydrops. Chylosus und hydr ops adiposus. Deutsche Arch. F. klin. Med. 16 121-139.
18. Sanders W. R. Cancer of the bladder Edinburgh M. J. 111, 273-274.

## TË DHËNA TË REJA MBI SISTEMIN KENRAK.

Prof. KIM BON HAN

Vjesnik Akademii Kenrak K.N.D.R. 1965, Nr. 2.

Siqë është përmendur edhe në përbledhjen e më parshme, 1) sistemi kenrak përbëhet nga trupëzat, duktuset dhe likidi Bonghan që qarkullon në to. Në materjalin e fundit, të publikuar në një numur special, autori ve në dukje se në bazë të eksperimenteve të shumëllojshme të kryera me aparaturë moderne, u zbuluan formacione të tjera të rëndësishme të këtij sistemi. Kështu p.sh. përvetë duktusve intra dhe ekstravazale, u zbuluan dhe duktuse të tjera që kalojnë në brëndësi të nervave periferik si edhe brënda ventrikujve të trurit dhe të kanalit central të medulës spinale. Prej këtej duktuset depërtojnë në vetë masën e sistemit nervor central.

Një rëndësi të veçantë në svarimin e rolit të sistemit «kenrak» ka ndikimi i qarkullimit të lëngut Bonghan në organet dhe indet e organizmave të gjalla.

Për të svaruar konkretisht këtë problem, autori analizoi përbërjen biokimike të lëngut Bonghan, rrugët e qarkullimit të tij dhe ndikimin e ngacimimit ose të prerjes së duktusve mbi veprimitarinë e indeve të organeve përkatëse. Në lëngun Bonghan përbahen mjaftë proteina dhe një sasi e konsiderueshme karbohidratesh e lipidesh. Gjithashtu të tërheq vëmëndjen edhe fakti se në të ka 25 herë më shumë acid hialuronik se sa në koagulin e gjakut. Analiza tregon se hormone të tillë si adrenalina, noradrenalina, kortikosteroidet etj. gjenden në sasi të madhe. Karakteristike dallonjëse e lëngut Bonghan konsiderohet përbajtja e shumtë e acideve nukleinike dhe sidomos e atij dezoksiribonukleinik (A.D.N.). Svarimi i rolit biologjik të një përbajtje të tillë ka shumë rëndësi për shpjegimin e funksionit të sistemit kenrak.

Duktuset Bonghan zotërojnë aktivitet bioelektrik dhe kryejnë lëvizje mekanike. Ndryshimet elektrike në duktusin Bonghan zhvillohen ngadalë dhe kryesisht korespondojnë me valët e trupzës Bonghan. Lëvizjet e tijt Bonghan janë pa ndërpërje (ciklike longitudinale dhe vibratore transversale). Faktet eksperimentale të përmendura tregojnë se në tuben Bonghan ka kondita të mjaftushme për lëvizjen aktive të lëngut Bonghan.

Të gjitha qelizat e indeve janë të lidhura direkt me sistemin kenrak. Të përmjet tubash terminale fare të holla që hyjnë dhe dalin nga bërthemat celulare.

Me anën e injektimit të fosforit radioaktiv 32 në sektore të ndryshme sistemit «Kenrak» u konstatua si më poshtë vijon:

1) Në numrin 1 (1964) të këtij buletini është dhënë një përbledhje mbi sistemin kenrak. Këtu bëhet fjalë kryesisht për zbulimet e fundit.

1. Lëngu Bonghan duke dale prej indeve drejtohet në trupëzat superficiale Bonghan dhe prej këtej në trupëzat e thella.

2. Lëngu Bonghan pasi del prej trupëzave të thella Bonghan kalon në ato brënda organeve dhe mbrin në qelizat.

Të njëjtat rezultate dhanë edhe eksperimentet me injektimin e substancave ngjyruese. Rrugët e qarkullimit të lëngut Bonghan, ndryshtë nga rrathi i qarkullimit të gjakut nuk janë unitare. Ato duke u lidhur midis tyre formojnë shumë rrugë të qarkullimit të lëngut Bonghan, relativisht të pa mvarur. Po ka mundësi që likidi të kalojë nga njëra rrugë qarkullimi në tjetrën me anën e rrugëve ndërlikëse. Eksperimentet e bëra nga autori kanë vërtetuar se ndryshimet e qarkullimit të lëngut Bonghan ndikojnë mbi funksionin e indeve. Kështu p.sh. ngacmimi i tubit Bonghan ndikon mbi rritmin dhe tkurrjen e zemrës, ndryshon peristaltikën e zorrëve dhe kontraksionin e muskulit të lodhur.

Mbas prerjes së tubit Bonghan shkakëtohet karioliza dhe vdekja e qelizave të indeve që kanë lidhje me të, ndërsa prerja e tubit Bonghan të një nervi periferik shkakton dobësimin e eksitabilitetit të nervit. Është pruvar se ngacmimi i përsëritur i një nervi motor, që ka lidhje me tubin e prerë, shkaketon mbas një kohe të shkurtër ndërprerjen e tkurrjes së muskulit përkatës.

#### STUDIME EMBRIOLOGJIKE DHE KRAHASUESE MBI SISTEMIN «KENRAK»

Sistemi «Kenrak» filogenetikisht zhvillohet shumë heret. Studimet embriologjike janë zhviliuar në embrionin e zogut të pulës. Në embrionin e zogut të pulës (mbasi veza ishte vendosur në ikubator) mbas 7 orësh u çfaqën qelizat e para të duktusve Bonghan, kurse mbas 20-28 orëve ato ishin formuar plotësisht.

Diferencimi dhe zhvillimi i sistemit kenrak kryhet më shpejt sesa ay i enëve të gjakut, i sistemit nervor dhe i organeve të tjera. Sistemi «Kenrak» është mjaft i përhapur, ay gjëndet si në vertebratet ashtu edhe në invertebratët. Është parë gjithashtu edhe tek bimët. Në bazë të materialeve eksperimentale shumë vjeçare, duke u mbështetur veçanërisht në të dhënat e mikroradioautografisë, rezulton se skema e qarkullimit të lëngut Bonghan është e tillë: Qeliza indore — trupëza supërficiale Bonghan — trupëzat e thella Bonghan — trupëzat brënda organeve — trupëzat terminalë Bonghan dhe përsëri në qelizën indore.

Sistemi «Kenrak» dhe teoria sanale. Duke studjuar rolin fiziologjik të sistemit «Kenrak» janë sqaruar edhe shumë procese të rëndësishme që qëndrojnë në bazë të fenomeneve jetësore. Kështu p.sh. u zbulua se në këtë sistem qarkullojnë disa formacione në formë granulash të cilat u quajtën sanale (Bonghan Sanale). Sanalet rriten dhe shndrohen në qeliza. Nga ana e tyre qelizat e organeve të ndryshme, shndrohen në sanale dhe këto të fundit futen në sistemin «Kenrak» dhe fillojnë të qarkullojnë duke notuar në likidin Bonghan. Ky proces që përsëritet në formën e një cikli të pa ndërprerë, është quajtur cikli Bonghan sanalqelize.

Duke studjuar hallkat e këtij cikli autori vuri re se: 1. Të gjithë elementet morfologjikë të organizmave të gjalla vazhdimisht rindërtohen (ripërtërihen). 2. Procesi i vetë rindërtimit merr formën e ciklit Bonghan sanal-qelizë. 3. Rindërtimi i elementeve qëlizore drejtohet nga sistemi «Kenrak».

Këto mendime përfaqësojnë në vetëvehëte teorinë sanale, për vertetë-

min e së cilës autorë ka zhvilluar një serë eksperimentesh. Teoria sanale ngre cështjen e rishikimit të principeve themelore të biologjisë duke përfshirë këtu edhe teorinë qëllizore.

Për studimin e sanaçeve të veçuara u desh që të merrej likid Bonghan nga duktuset e sistemit «Krenk». Kjo u realizua me anë të punksjonit duke përdorur mikromanipulatorin. Sanalet e marra nga kafshët si dhe nga bimët janë të ngjashme njëri me tjetrin. Ato kanë formë sferike ose ovale, me diametër 1-1.5 mikron. Të para me mikroskopin fazokontrast në to dallohet një zonë e errët e vendosur në qëndër (sanalosom Bonghan) si dhe një zonë e qartë e vendosur për rreth saj (sanaoplazmë Bonghan). Sanalet janë vazhdimishit në lëvizje dhe lëvizja e tyre ndryshon nga lëvizja bruaniane. Ato janë të ndishme kështu ndryshimeve të ambientit mrethues. Në temperaturën  $37-38^{\circ}\text{C}$  sanalet lëvizin aktivisht, kurse ndënën temperaturën  $37^{\circ}\text{C}$  lëvizja ngadalohet. Mbi temperaturën  $55^{\circ}\text{C}$  forma e sanalet ndryshon dhe lëvizja ndërpritet. Nga veprimi i acideve, bazave dhe koagulannteve të proteinave, membrana e sanalet shkatërrohet. Në bimët sanalet lëvizin më ngadalë se në kafshët.

Në përbërjen kimike të sanaleve marrin pjesë proteina, acide nukleinike si dhe substancë inorganike (bakër, hekur, magnezium, kalcium, zing, kobalt etj.). Autori jep gjithashtu në pasqyrë përbajtjen e amion-acideve të lira e mononukleotidave të lira si dhe të azotit, kolesterinës dhe karbohidrateve në likidin sanal.

Si kryhet cikli Bonghan sanal-qelizë? Për studimin e shndërimit të sanalit në qelizë, sanali u mbajt në kulturë jashë organizmit. Ambienti ku u vendos sanali kishte një përbërje mjaftë të afërt me atë të likidit Bonghan (në gjak, limfë dhe lëngun, qelizezor sanalet nuk zhvillohen). Pro-çesi i shndërimit të sanalit në qelizë është regjistruar me anë të mikro-fotografimit. Ky proces ndahet në dy fazë: a) Faza e shumëzimit. b) Faza e bashkimit (ngjitjes).

Gjatë shumëzimit vihet re se nga sanali mëmë lindin sanalet bija, kurse gjatë procesit të bashkimit sanalet ngjiten njëri me tjetrin. Në fillim kufiri i ngjitjes është i dallueshëm, kurse më vonë ato shkrihen në një nasë të vëtëmë homogjene. Sanalet e ngjitura njëri me tjetrin vishen menjë të një membrane të hollë (formacion nukleoid) dhe formojnë kështu përthamën e qëllizës. Për rrëth membranës formohet një substancë homogene nga e cila do të lindë citoplazma e qëllizës si edhe membrana e saj.

Nga ana tjetër autori studjoj edhe procesin e kundërt d.m.th. shndrin e qelizës në sanalet (sanalizimi i qelizës). Ky proces shkurtimisht kryhet në këtë mënyrë: Në një moment të caktuar, në bërthamën e qelizës kultivuar, fillojnë të lëvizin disa formacione si pikë. Duke i shtuar lëzjet e tyre, këto formacione zmadhohen dhe shndrohen në sanalet. Mbas shkatërrimit të membranës së bërthamës, sanalet dalin në citoplazmë. Këtu lëvizin më aktivisht dhe bëhen akoma më të mëdha. Britja e sanaaleve akton kenet tendosjen dhe më në fund çarjen e membranës së qelizës. Në mënyrë sanalet dalin si formacione të lira për të formuar përsëri lizioni. Mbas shkatërrimit të qelizës, dallohen vetëm mbeturina të membranës së sësai.

Sanalet dhe ndarja e qëllizës. Qëllizat nuk formohen vetëm me rrugen e ndarjes së saj të zakonshme, por edhe nëpërmjet sanaeve. Autori i ekson se edhe ndarja e zakonshme e qëllizës nuk është gjë tjetër veç një formë e vegantë e ciklit sanal-qëllizë. Gjatë ndarjes së zakonshme qëllizës aktivizohen edhe sanalet. Në fillim ato janë të grumbulluara në ndër të qëllizës, kurse më vonë, duke u ndarë në dy grupe, kalojnë në dy

polet e qëllizës. Në sejçilin poi ato ngjiten duke formuar hërthamëzën si edhe memotrenë e brëthamës. Këtë proces e shqëron më vonë edhe ndarja e qëllizës në nivelin e ekuatorit të saj. Formohen kështu 2 qëllizat bije. Numuri i sanalevë gjatë ndarjes së qëllizave korespondon me numurin e kromozomeve të bërtshamës së qëllizës. Gjithashtu sejçili sanal ka sfersicht po aqë acid dezoksiribonukleinik (A.D.N.) sa edhe një kromozon. Në bazë të këtyre eksperimenteve, autori ngrë problemin e rishikimit të teorisë qëllizore, sipas së cilës qëlliza është njësia morfollogjike dhe funksionale e të gjithë organizmave të gjalla dhe se qëlliza formohet vetëm nga qëlliza. Ndërsa duke u mbështetur në të dhënat e më sipërme rezulton so qëlliza nuk është gjë tjetër veg se një etapë e ndryshimeve ciklike të sanalevës.

*Sanalet dhe procesi i rregjenerimit të indeve të dëmtuarës*: Për të vortëtuar se indet e dëmtimit e rregjeneracionit njerëzor është ciklit kanal-qëllizë, emfati ka zhvilluar një setë eksperimentesh tek leputi.

Lepujve ju shkaktoi dëmtimine mekanike në mëlcinë e zezë. Pas 12 orësh në vëndim e dëmtimit u vu ra hemoragi, granulullim leukocitesh si dhe shënja të tjera të inflamacionit. Mbës 24 orëve vrashoj karitolizë. Qëllizat e dëmtuarëa kishin vdekur plotësisht. Ky fenomen shqërohet me formimin e disa formacioneve bazofile me medhësi 2-4 mikron. Mbës 34 orëve, qfaçshin sanalet në periudhën e bashkimit (ngjitet). Ditën e tretë në skajet e zonës së dëmtuar, u qfaqën shumë bërtshame qëllizash të cilat të kujtojnë hërthamën e qëllizave hepatike. Në ditën e 7 konstatohen shumë qëlliza të reja hepatike të vendosur në zonën e dëmtuar. Mbës këtyre studimeve lidhur me teorinë sanale, autori arrin në këto konkluzione:

1. Vetë ripërtëritja e organizmave të gjalla merr formën e ciklit sanal-qëllizës.
2. Sanalet gjatë procesit të rritjes shndrohen në qëllizë, kurse qëllizat kthehen në sanale.
3. Të gjithë elementët morfollogjikë të organizmave të gjalla rindërhohen (ripërtërihen).
4. Procesi i vetë ripërtëritjes së organizmave të gjalla drejtohet nga sistemi «Kenrak».
5. Në likidin Bonghan ekzistojnë substanca që janë të domosdoshme për rritjen e sanajeve.

Në bazë të të gjithë proceseve jetësore qëndron lëvizja e sanalevës. Studimi i ligjëshmërisë së kësaj lëvizje, përfundon autor, është detyra kryesore për shkencën e biologjisë.

*M. Karagjozi, B. Çako*

# LAJME SHKENCORE NGA SHTYPI I HUAJ

CFAR MUND TE NA JAPË DOZAZNI I KOLINESTERAZAVE NË KLINIKË

M. Lamarche dhe R. Royer. «*La Semaine des Hopitaux*» 1968, 41(11)

Kolinesterazat janë nji familje enzimesh shumë të përhapura tek frymorisht. Janë një klasë proteike qe katalizojnë hidrolizën e acetilkolinës në koline qe në acide acetikë qe ndihojnë në shkatërimin e kënjë ndërmjetës këmik, kështu marrin pjesë në mekanizmin e disa transmetimeve interneurale qe neuro-muskulare. Por përhapja e tyre është madje në organizëm të detyron të mendohet se marrin pjesë qe në të tira funksione, të cilat janë edhe shumë pak të njohura.

Kolinesterazat janë gjithë grupë të dalluara midis tyre nga origjira, përhapja qe roli fizioligjik. Grupi i parë, kolinesterazat e vërteta, i hasin në pjakst rrotrës qe bërendë në erytrocitet. Ky grup përvetë shkotërrim; të acetilkolinës marrin pjesë qe në metabolismin e erytroceteve.

Grupi i dytë ose pseudokolinesterazat janë shumë të përhapura në organizëm dhe kanë mungesë të hidrolizojnë shumë estere të kolinës, bëndo dhin në mënyrë pantreas qe në serum; janë të bashkuara ngushtë me sintezën proteike qe ndjekin fatin e globulinave. Prejendorhet se luajnë nji rol eritro duke furnizuar organizëm me kolinë të mjaftueshme për transformimin e ligideve në fosfatide të nevojshme për jetën celulare. Pake simi i këtij grupi paraqitet në sëmundje kronike te mëdicia qe vepanërisht në cirrotat në fasin e dekompensimit, në astenitë organike qe gjendjet kahelrike. Gjithashu ka paksim në shok traumatik, në degjëje të gjera qe në sëmundje reumatike të shqevra me inflamacion. Në raste intoksikimi me fosfor, aktiviteti i tyre zhduket, ky është një element diagnostik në raste intoksikimi nji element diagnostik midis nefritit qe nefrozë. Shtimi i lehtë paraqitet qe në raste me diabet polineurit etlik ose arsenikal.

Ndryshimi i sasisë së kolinesterazave të vërteta nuk ka asnjë lidhje me turbullimet neurologjike, po ashtu qe në miasteni, kurse në anemini të tipit Biermer dhe sidomos në emoglobinë paroksistike të natës, ndodhin ndryshime të sasisë së tyre.

Si përfundim autorët theksojnë se njohurit tonë janë skoma shumë larg që të skjarkojnë krejtësisht aktivitetin e tyre.

## MBI NJË RAST ME LIMFOSARKOME TE MEDIASTINIT

G. Proveridenza, I. Pompeo, M. Martinelli. «*Giornale di Malattie infettive e parassitarie*» 1965, 2, 80.

Limfosarkoma, diper, se është një neoplazi me origjinë limoide qe paraqet manastësim me simbas vendit ku është lokalizuar, çfaqet në qdo moshë duke përfshirë edhe gjindjet midis 4.6%-6.3% nga të gjithë tumoret e kësaj moshe, në këtë moshë takohen më tepër midis 5-7 vjet dhe nga ana e seksit më tepër tek mëshkujt. Lokalizimet e kësaj sëmundje janë të ndryshme, por statistikat flasin për ato të mediastinit se janë më të shpeshta.

Linfosarkoma në fillim manifestohet në limfonodet të cilët hypertrofizohen dhe pastaj abhkohen me tesutë për qarri duke shkatruar arqitekturën normale të limfonodes. Pas një periudhe që ndryshon midis disa ditëve deri disa muaj, arrin në stadin e invazonit sistematik të organeve me tesut limfold, siç janë medulla e kokësve, shprekta, hepari. Më vonë, në disa raste, arrin fazë e përgjithësuarit e progresit, e cila zgjat pak kohë sepse pacienti vdes shpejt.

Nga ana klinike, kur limfosarkoma lokalizohet në mediastin, i sëmurë ka kollë të thatë që i rezistoj qdo terapije, ka gjithashu fenomene të një kompresioni të kavës si siperme, si cianore, edemë të lehta në palpebrat, nje oktazi të sistemit venoz të

fytyrës, qafës dhe toraksit në pjesën kryesish të sipërme. Këto fenomene shpejt bëhen më të theksuara, dalin pengesa në trake dhe në bronke duke marrë një formë mbytëse alarmante.

Autorët e këtij artikulli përkruajnë një rast me limfosarkoma të mediastinit në një fëmijë 6 vjeçare. Provat biologjike, anameza dhe kuadri radiologjik nuk kanë qenë të qartë për një diagnozë të tillë. U mendua për një neoplazi ose një rast hydatit.

Pacienti u operua dhe biopsia përcaktoi një limfosarkomë.

## VLERËSIMI I REZESKSIONIT TË MËLCISË NË TERAPINË E KARCINOMES PRIMAR HEPATIKE

Hsin Sui-Sheng, Tseng Hsiang-hsi, Wu Hsüu-kun dhe Huang Hsia-chun  
«Chinese Medical Journal» 1965, 4, 248.

Sot besohet që në Ca primare të mëlcisë mjekimi më i mirë është rezekzioni i tij, por ka shumë probleme të pa zgjidhura që kanë lidhjen kryesore si në fustëan e kufiquar në eksplorimin e mëlcisë, gjatë operacionit, ashtu dhe në mundësinë e kufizuar të rezekzionimit të tij. Nga ana tjeter rezultatet e këtij interventi kanë një afat të shkurtër sepse recidivat çfaqen shpejt.

Autorët e këtij artikulli kanë obervuar 153 raste me Ca primare të mëlcisë, ngj 45 prej tyre u bë eksplorimi pas laparatomisë dhe vetëm në 11 u bë rezekzioni. Karcinoma e mëlcisë ndabet zakonisht në tre forma-difuze, nodulare dhe masive. Forma difuze është e rrallë, në formën nodulare lezonet janë të shpërndara në gjithë hepatin. Këto dy forma janë të pa operueshme në formë masive lezonet janë të jokalizuara.

Në praktikën klinike klasifikimi i sipërmë bazohet në obervimin makroskopik të lezonave të sipërfaqes së mëlcisë gjatë operacionit dhe gjyktimi i operatorit bazohet në këto të dhëna. Nga ana kirurgjikale ky klasifikim nuk është i kënaqshëm dhe nga eksperiencia rezulton se forma masive mund të ndahet në dy tipa; në tipin masiv të vetëm dhe në atë të shoqëruar me satelitë të vegjël rrallët masës kryesore. Këta satelitë përfaqojnë metastaza intrahepatike ose vatra karcinomatoze me origjinë multiple. Nga pikpamja e terapisë kirurgjikale këta dy variente paraqesin mënyra vepimi të ndryshme, në raste me metastaza intrahepatike, operimi i harrët mund të arrinë në një mjekim rrënjosor, kurse në karcinomat multi-centrike mjekimi kirurgjikal nuk vlen.

Rezultatet e rasteve ku u aplikua rezekzioni i mëlcisë (gjithsej 11 raste) kanë qenë të pa kënaqshme, pas operacionit të gjitha rastet recidivuan pa mbushur vitin.

## TRAJTIMI I HEMORAGJISE MASIVE AKUTE NË HYPERTONI PORTALE

Kuang Yao-Lin, Lan Hsi-Ch'un, Chu-Jen Wei dhe Ch'en Chih-P'ing  
«Chinese Medical Journal» 1965, 4, 313.

Hemoragjia masive akute prej variceve të esofagut dhe të stomakut është një komplikacion serioz i hypertonisë portale dhe përqindja e vdekjeve ështi e madhe.

Autorët e këtij artikulli referojnë rezultatet e terapisë së aplikuar në 93 raste të mjekuarra prej tyre. Mosha e këtyre pacientave ka qenë midis 17-68 vjeç dhe nga ana e seksit ishin 63 mëshkuj dhe 35 femra, janë shtruar në spital me hemoragi masive në gjendje shoku. Nga ana etiologjike e konfirmuar me 44 raste 35 ishin me schistosomiazë, 7 me cerozë poste-nekrotike, 3 me cerozë Laennec dhe një me cerozë biliaj. Në 29 raste mjekimi konservativ mundi të dominojë hemoragjinë kurse në 69 hemoragjia nuk u ndalue me gjithëse në 30 prej tyre u përdor edhe pitressinë. Të 69 rastet u operuan me legaturën e variceve në fund të stomakut ose me anën e kombinimit të kësaj metode me splenektomi dhe omentopexy retro-peritoneale. Në hemoragjitë post-splenektomike, u përdor rezekzioni i pjesës së fundit të esofagut dhe të fundit të stomakut. Në një rast u përdor shumë spleno-renal.

Rezultatet paraqiten në këtë mënyrë; nga 29 raste të injekuar me rrugë konservative 51.7% kanë vdekur, kurse nga 69 të mjekuarit me rrugë kirurgjikale kanë vdekur 39.1%. Kur funksionet e mëlcisë janë komprometuar shumë dhe insuficiencia hepatike ishte e rëndë, mortaliteti ishte i madh. Kështu në 98 raste, 44 prej tyre kanë patur ikter, ascite ose të dyja së bashku dhe mortaliteti arriti në 61.4%. Në fakt letaliteti i madh ndodh se shumica e të sëmurëve janë paraqitur me vonesë dhe në një gjendje insuficiencie hepatike të rëndë.

Nga metodat e përdorura atë të shuntit spleno-renal autorët e konsiderojnë si më të preferuar, natyrishë kur e lejon gjendja e të sëmurit. Roli i pitressinit në ndalimin e hemoragjisë është minimal, në 30 raste që u përdor, vetëm në një mundi ta ndalonte.

## HEPATOTOKSICITETI I SHIKAKTUAR NGA TETRACIKLINA ME DOZA TË TEPRUARA

L. Wruble, A. Ladman, L. Britt, dhe A. Cummins "JAMA" 1965, Vol. 192, 5, 6.

Përdorimi i tetraciklinës në doza të mëdha kohët e fundit ka shikaktuar aksidente serioze. Schultz ka përshkruar 8 raste letale në femra në moshë të re, nga marrja endovenozë e tetraciklinës me doza të mëdha. Rastet vuanin nga pyelonefriti gjatë barrës. Shikaku i vdekjes ka qenë goditja e mëlcisë duke krijuar lezionin infiltrative të përhapura. Barra dhe infeksioni kanë luajtur një rrol sekondar.

Autorët e këtij artikulli përshkruajnë rastin e një gruaje 56 vjeçare, e cila u shtrua në spital për ileus, u mjekuar me penicilinë dhe tetraciklinë. Gjatë 24 orëve të para mori 5 gr. endovenoz dhe 500 mg. intramuskular, në 72 orë mori dhe 5.4 gr. Pas operacionit u qfaq ikteri i shoqëruar me dhëmbje të forta në kuadratin e sipërmë të djalitë. Provat e mëlcisë rezultuan të komprometuar me shtimin e transaminazave SGOT deri në 510 U. E sëmura ditën e dijetë vdiq.

Në autopsi u gjet mëlcia e rritur e butë dhe me ngjyrë jeshil. Makroskopikisht dukeshin depozitimt dhjamore.

Gjykimi se vdekja është shikaktuar nga tetraciklina bazohet 1) doza ishte tre herë më e madhe se sa recommandohet, 2) dekursi ka qënë i njëjtë me raste të tjera letale të këtij tipi, 3) ngarkimi dhe përhapja dhjamore ka patur të njëjtin karakter me të njekuarit me tetraciklinë si në kafshë dhe në zjerëz, prandaj 4) përfjashtohen arsyet e tjera të depozitimt dhjamore.

Lepper në 1951, për herën e parë, ka përshkruar 7 raste me fenomene disfunksioni hepatik nga përdorimi i gjërë i tetraciklinës verifikuar në autopsi.

Patogjeneza e hepatotoksicitetit nuk është ende e kijart dhe janë shtruar teori të ndryshme.

Në përgjithsi duhet të ushtrohet një kontroll personave të mjekuar me tetraciklinë dhe sidomos kur kemi një rritje të mëlcisë, këto raste duhet tu kontrollohen imtësisht funksionet e këtij organi.

Lluka Dhimitri

## MBI PENICILINO - REZISTENCEN E NEISSERIA GONORRHOEAE DHE TË GERMEVE TË NGJASHME ME GONOKOKET

G. Argenziano Min. Derm. 1965, 49-379.

Autori paraqet një kazuistikë prej 663 rastesh me uretrite gonokokiske nga të cilët 72 (rreth 11%) çfaqen rezistencë ndaj penicilinës dhe prandaj u kuruen me tetraciklinë 150 mgt. qdo 6 orë dhe me përfundime shumë të mira.

Mbasi përshkruen përbërjen kimike dhe vetitë e tetraciklinës, autori ndalet mbi patogjenezin e fenomenit të rezistencës e cila, simbas tij mund të ketë 4 arsyet:

1. Gonokoku mund të ketë fituar një insensibilitet ndaj penicilinës me mekanizma të ndryshme (insensibiliteti i vërtet e një pjesë të popullatës bakteriale, rezistencë e fituar nga dozazhi i ulët i medikamentit, etj.)

- 2) Në sekretin uretral përvet N. Gonorrhoea ndodhen dhe germe të tjera me aftësi inaktivuese të penicilinës.

- 3) Mundësia e ngatrimit të gonokokeve me germe të një soji tjetër bakterik si p.sh. Mimeaz, pseudogonokoke, të cilët nuk janë të ndjeshëm ndaj penicilinës.

- 4) Mundësia e makroorganizmit të inaktivizojë penicillinën për shkak se e ka përdorë shpesh herë këtë të fundit.

Autori mendon se rezistencë e gonokokut favorizohet nga pa përshtatëshmëria (pamjaftueshmëri) e terapisë me penicilline me të cilën janë mjekuar burimet e infeksionit dhe nuk përfashton mundësinë e zhdukjes së veprimit të penicilinës në disa germa për shkak se ky medikament është përdorë shpesh pa ndonjë kriter racional.

## SHPEJTIMI I SHËRIMIT KLINIK TË PLAGËVE ME PREGATITJE TË KARTILAGOS.

J.F. Prudden, I. L. Allen, ibidem f. 362.

Qysm prej vitit 1957 janë kryer studime që kanë treguar se kartilago e kafshës të ndryshme përmban një ose më shumë substancë që shpejtojnë shërimin e plakëve. Është vënë re se kartilago e përpunuar n'acid pepsinë dhe e pluhurosur në

mënyrë të përshtatëshme, shpejton shërimin në një përqindje të mirë të, plagëve abdominale tek minjtë. Pluhuri në fjalë është preqatitur nga materiali i kartilagos së trakesë të viçave, buajve të rritur, peshkagjenve, hardhucave dhe kartaços së gjurit të njeriut. Përveç moshës së kafshës, ka rëndësi edhe madhësia pluhurit, e cila kur është rreth 20 diemetër dhe është preqatitur nga kartilagoja e kafshëve të përshtatëshme, jep një maksimale shërimi.

Studimet histologjike të këtij fenomeni kanë treguar se plagët e mjekuar me kartilago zhvillojnë shpejt një reticulum të hershëm kollagen që proliferon fibroblastesh të dukshëm që nga dita e tretë. Kartilagoja e vendosur në plagë nuk përbën një masë kryesisht acelulare që ndodh në cikatricet e plagëve të parajtuara, por ndihmon në shërimin e tyre dhe stimulon fuqitë natyrore për një shërim më të shpejtë të trupit.

Nëqoftëse ekstraktet saline të kartilagos të kithyer në pluhur injektohen subkutan (nën lëkurë) në një vënd larg plagës ditën e parë mbas operacionit, ato shërohen shpejt ashtu sikurse ndodh me përdorimin lokal, vetëm se efekti i këtyre injekziove pakësohet qdo ditë gjer sa nuk bëjnë më asnjë efekt.

Autori që ka përdorur materialin në klinikë, komunikon se ka patur sukses më mjekumin e plagëve të qdo lloji jo të granuluarë dhe se kur materiali vendoset në inçizimet kirurgjikale të mbyllura për primam nuk shkakton efekte të dëmshme në asnjë rast.

## NJË RAST ARTERIOLITI ALERGIK I LËKURËS I SHOQËRUAR ME GLOMERULONEFRIT

E. Madon, G. Ferrari. *Minerva pediatrica*, 1965, 28, 1509.

Autorët përshtakuajnë rastin e një fëmije 6 vjeç e cila, 20 ditë para shtrimit, kish patur një rinofaringit qe 5 ditë mbas u shfaqën në lëkurën e pjesëve distale të nekrotike e krusta të ngjitura dhe me madhësi nga një thjeresë në një monedhë dy lëkëshe. Dhjetë ditë më vonë fëmijës fu zhvillua glomerulonefriti akut me albuminuri dhe edemie, ipertension jo shumë të theksuar dhe hiperezotemi.

Bippia e një vatre makulo-papuloze tregoi akantoze të epidermit dhe dermit me ndonjë folikul të zgjeruar dhe me enet e holla arteriale që kishin lezonë endoteliale dhe infiltrate linfo-istiocitare.

Mbas terapisë me antibiotike, antiemorragjike dhe ipotensive, lezionet e lëkurës u zhdukën pa lënë shenja, përrpara glomerulonefritit.

Çfaqia e patologjisë së lëkurës mbas nefropatisë i jep shkak autorit të mendojë për një lidhje të përbashkët etiopatologjike dhe prandaj merr në studim, në bazë të të dhënave të literaturës, arteriolitet alergjik të lëkurës nga ana istologjike dhe nga ajo etiologjike e duke u ndaluar njikohësisht edhe mbi patogenezën.

## TREPONEMA PALLADIUM DHE PENICILLINA JAMA 1965, 192, 1, 55 EDITORIAL.

Qysht prej komunikimit të parë në 1943 të kurimit të sifilitit recens me penicillinë. Kjo është vlerësuar si medikamenti i preferuar në kurimin e sifilitit të qdo periudhe e forme.

Mirëpo në 1962 Callart e shokë komunikuan se kishin kuruar me penicilline 9 burra dhe 9 gra me forma të vonëshme sifiliizi dhe se mbes këtij kurimi, kishin vrejtur organizmë në formë spirale që i konsiderojshin treponema.

Këto studime që vinin në dyshim efektin e penicillines kundrejt sifilitit, shtynë në kërkime të tjera, dhe treguan se në 45 pacientë sifilitikë të kuruar rregullisht me penicillinë dhe të rikontrulluar mbas tre muajsh, nuk u vrejtën treponema. Autorët e kërkimeve të dyta, ndërsa pohojnë se pacientët e kërkimeve të më parshëru nuk ishin mbajtur në kontrollin e duhur dhe prandaj mundë të ishin rrinifikuar, vënë në dukje bashkë me vështirësinë e kultivimit të treponemes pamjen jo të lebtë edhe me metodë jo specifikë dhe ngjashmërinë e saj me disa treponema saprofite.

Mos ejetja e treponemave në kërkimet e tyre tregon se penicillina mbetet me-dikamenti i preferuar në kurimin e sifilitit.

# KALKULA RENALE DHE TERAPIA ORALE ME MAGNESIUM.

E.L. Prien. JAMA 1965, IV, 177.

Duke u nisar nga kërkimet e Hemaerstenit mbi efektin shkrirës të magnesiumit ndaj kalkulave, Gerschoff prothoi kaikula oksalat kalcium-i në minj të mbajtur në dietë të verfër me pyridoksinë (Vit. V<sub>B</sub>) që ka e shtyri të mendojë se minjtë e Hemaersten-it kishin marrë ushqim të varfër me pyridoksinë që gjer në atë kohë nuk ishte zbuluar, Gerschoff konstatoi se shtimi i rrujaftueshmë i magnesiumit në dietën e varfër me vit. Bë të minjeve, nuk shkaktoonte gurë. Përsa i përkat hjerëzve që vuajnë prej kalkulave, nuk ka të dhëna pér mungesë vit. Bë. Kalkuloza është mjekuar me magnesium me rezultate jo gjithnjë të mira, ndryshe nga cështë konstatuar në kafshët e eksperimentit. Gerschoff dhe Prien kanë përdorur gjatë 4 vjetëve të fundit 10 mg Vit<sub>B</sub> dhe 4 tablete magnesium pro die në 50 paciente që zakonisht formonin kalkula oksilatesh kalciumi (të paktën 2 në vit). Me këtë trajtim shumica e të sëmurëve e pakësuan formimin e kalkulave duc vetëm disa prej tyre nuk patën ndonjë përmirësim.

Mjekimi me Vit<sub>B</sub> dhe magnesium, sështhë aspak i dëmshëm as i pa pranueshmë dhe kushton fare pak. 4 tablete magnesium (2 x 2 prodie), nuk prodhojnë efekt laksativ.

## LYMFADENITIS NGA TOKSOPLASMOZA

T. C. JONES, H. KEAN, A. C. KIMBALL JAMA 1965, 192, 1; 87.

Kontrolllet e shpeshta me anë testes serologjike dhe festesh të Jëkurës, kanë treguar se në 17-35% të rasteve të studiuara me linfoadenit janë gjetur parazite të toksoplazmozës fondit me gjithëse deri më sot, janë përshkruar gjithësejt me pak se 500 raste të kësaj sëmundie.

Autorët përshkruajnë 6 raste ku diagnoza mund të kishte shpëtuar lehtë po të mos ishin studiuar imitim:

I pari, mashkull 19 vjeç, që në moshën 5 vjeçare tu zhvilluan gjendrat cervikale me lodhje, shqetësimë, ethe dhe të skuqura të Jëkurës. Të gjitha ekzaminimet rezultuan negative përvëq atyre pér antikorpe nga toksoplazma. Paraziti u izolua nga gjendrat e qafës dhe nga ato të sjetullave.

Rasti i dytë ishte i një mijek që deri në moshën 34 vjeç kishte qenë i shëndoshë. Në dhjetor 1963 ay vrejtë disa nga gjendrat cervikale të zmadhura bashkë me një lodhje që nuk kishte ndonjë arsyë të dukeshme. Të gjitha analizat rezultuan negative me përfjashtim të testeve për toksoplazmën që ishin me titra të ngritura.

Rasti i tretë ishte një grua 24 vjeçare që pati zmadhim të gjendrave linfatike në qafë dhe në krahun e majtë, të shoqëruara edhe këto me lodhje e djersitje. Gjendrat e zmadhura më vonë supuruani. Analizat e ndryshme qenë negative por testet serologjike treguan titra të ndryshuar.

Rasti i katërt i përkiste një grua 20 vjeçare, e cila bashkë me gjendrat cervikale dhe të sjetullave pati të zmadhuar edhe shpretkën. Përvëq kësaj, pér dy muaj pati shqetësimë dhe temperaturë intermitente. Të gjitha analizat negative përvëq testeve të ngjyrasjes dhe të fiksimit të komplementit që rezultuan pozitive.

Rasti i pestë qe i një gruaje 36 vjeçare e cila vrejtë zmadhim të gjendrave cervikale të sjetullave, epitrokleare dhe inguinale. Toksoplazma gondii u izolua nga një gjendër cervikale, ndër厮ë të gjitha analizat e tjera ishin negative.

Rasti i gjashtë ishte një mashkull 24 vjeç që bashkë me temperaturë, pati dhimbje në krah dhe vështirësi frymëmarrje. U diagnostikua pér perikardit, iu nënshtrua pericardiotomisë por pér shkak të vazhdimit të simptomatologjisë edhe mbas kurës me kortikosteroidë e terapi shoqëruese, u dyshua pér toksoplazmën. Në një gjendër limfatike u gjentën T. gondii dhe testi Sabin Feldman i doli pozitiv.

Këta 6 raste tregojnë se zmadhimin e gjendrave limfatike, përvëq shkaqeve të njoitura (infektim i ishehtë, sëmundje virale, mononukleozë, limfoma), mund ta japë edhe toksoplazma. Aq më tepër duhet menduar në këtë drejtim kur kemi parasysh se zmadhimi i gjendrave limfatike dhe simptomat që shoqërojnë toksoplazmën mund të jenë të ngjashme me shenjat që jep sejciila prej sëmundjeve të lartpërmendura.

Toksoplazmoza mund të jetë kongenitale dhe e fituar. Kjo formë e fundit, simbas prekjes së organizmit, ndahet në atë linfoadenopatiqë, oftalmike, cerebrospinalë, e ngjashme me tifon dhe miokardikë.

Linfoadenitit nga T. vlerësohet sot si tipi klinik i zakonshëm dhe është konstatuar në 5-8% të rasteve me etiologji të pa njojur.

Lynfadenopatia nga T. është zakonisht e përhapur megjithëse gjendrat cervikale, supraklavikulare dhe subokspitale janë më të dukshëm. Edhe gjendrat linfatike të mesenteriumit mund të preken dhe të shkaktojnë sindrome abdominale.

Megjithëse lymadenopatia është simptomë më i dukshëm i T., gjendrat linfatike mund të mos janë prekur fare por mund të ketë simptoma të ndryshme që një erytème pa të krojtur dne që kalon shpejt, sindrome të ngjashme me atë të tifos së zorrëve, sindrome pulmonare, prekie të mikrokardit, më rrallë të perikardit, si dhe prekje të heparit apo të traktit gastro-intestinal.

Eksaminimet laboratorike më të rëndësishme janë izolimi i parazitit me anë të mokulimit të indit të dysliumit tek mijtë dhe endotifikasi mikroskopik i organizmit prolliferativ ose i cisteve të vërteta, kurse testi indirekt që tregon një infeksion T, është ay i Sabin-Feldmanit.

Në një përqindje të madhe sëmundja shërohet vetveti. Për rastet e tjera është përdorur me sukses pyrimetamina 50 mgr në dozën e parë, 25 mgr. 6 orë më vonë dhe pastaj 25 mgr. prodie per 14 ditë.

## NEUROLOGIA, NEUOKIRURGIA DHE PSIHIATRIA NË KINËN E RE

Chao Yi Cheng. Chin. Med. Journ 1965, 11, 714

Autori pohon se përparrë vitit 1949, vetëm 12 nga 27 institutet mjekësore ekzistuese, kishin katedra të veçanta me kuadro të plota të specialitetave të Neurologjisë, Neurokirurgjisë dhe të Psihiatrisë.

Mbas 1949-sës, si në çdo fushë të mjekësisë edhe në këtë, u bënë përparime të mëdha. Në shumë institute mjekësore, u hapën katedra të posaçme në këto degë, me laboratore të neuropatologjisë, neurobiokimisë, neurofisiologjisë dhe të neuro-radiologjisë. Në 1955 u formua, me inisiativën e shoqatës mjekësore të Kinës, Revista Kineze e Neurologjisë dhe Psihiatrisë dhe në 1960, u hap në Pekin Instituti i Neurokirurgjisë.

Të gjithë kuadrot e mesme dhe të larta që punojnë në sektorët e Neurologjisë si edhe ato të degëve të tjera të mjekësisë, kanë freguar ndërgjegje të lartë në shërbimin e tyre në të gjithë vendin.

Simbas të dhënavë statistikore të katedrës së neuropsihiatrisë të spitalit të Pe-kinit në 1959, shpeshtësia e neurofisiilit zë më të pacientëve neurologjike ka zbritur nga 22.8% në 1.14%. Gjithashtu sëmundje të ndryshme të sistemit nervor si neurasteni, infeksione parazitare, trauma, abcese dhe tumore të ndryshme benigne ose janë paksuar në shpeshtësi ose janë vënë nën mbikqyrje më të mirë. Trajime mendore janë vënë prej kohësh jashtë përdorimit. Në shoqërinë e re, të sëmurët me fundim të këtij trajtimi, ata tashti shërohen më shpejt.

## STIMULIM I RRITJES SË FLOKËVE ME ANË TË APLIKIMIT LOKAL TË ANDROGENEVE

Kristofor M. Papa dhe Albert M. Klingman Janina 1965, 7, 521. —

Rënia e flokëve megjithëse nuk paraqet ndonjë rrezik për jetën, intereson përmes estetikës dhe janë bërë gjithnjë përpjekje përfshirë të gjetur ndonjë mjekim të përshtatëshëm qysh nga kohët e lashta kur egyptianët përdorën kremëra me lloj lloj dhjamesh (të korkodillit, gjarpërit, luanit etj), o deri në kohën e sotëshme me mijte më moderne (diatermi, ultrason etj.).

Sigurisht këtu nuk është fjalë përfshirë aeroata ose rënien e përkohëshme të flokëve, por përfshirë rënien e të gjithë flokëve të kokës, gjë që ndodh sidomos ndër meshkujt, të cilëve, u mbetet vetëm një push i hollë.

Autorët e kanë studiuar zhvillimin e kësaj gjendje morboze, kanë konstatuar se ajo vjen pas një rudhje progresive të follifikulave të flokëve, të cilët dalë bien dhe më vonë çduken fare. Por edhe në këtë gjendje mbeten disa follifikula që me gjithë rudhjen e tyre, kanë qime shumë të holla aq sa mezi duken.

Rënia e përgjithshme e flokëve të kokës vrehet në moshë të rritur, mbas vjetës sëksuale, më tepër në disa raste të caktuarë dhe jo në ato që nuk kanë arritur përfshirë sëksuale qoftë përfshirë insuficencë të gonadeve ose përfshirë kastrim.

Duke u nisur nga këto konstatime dhe për të gjetur ndonjë mundësi të rishfaqes së flokëve të rënë, autorët kanë marrë në studim 41 meshkuj me *alopecia capitis totalis*, që përparr nuik kishin patur ndonjë sëmundje të veshkëve, mëlgisë apo të prostates më moshë prej 21-78 vjeç dhe i ndanë në dy grupe. Në të parin të përbërë prej 21 vjetësh, u aplikua injekimi i përditëshëm me pomade hidrofile 1% testosteron propionate dhe në të dytën të përbërë prej 20 vjetësh, u përdor pomade e thjeshtë hidrofile. 6 vjetë tâ grupit të parë u injekuan për 6 muaj dhe së të tjerët për një vit.

Në 16 pacientë autorët kanë konstatuar dalje të flokëve të gjatë jo të tipit lanugo, më tepër në regjone ku flokët kishin humbur më vonë dhe pikërisht n'ato parietale dhe oksipitale.

Për quajtur këtë injekim një zbulim, autorët mendojnë se kanë gjetur një rrugë për kërkime të reja në këtë drejtim.

S. H. Basha

## VLERA E AUTOPSISE NDËR PREMATURËT

S. H. Kane — Jama 1964, 187, 11, 865.

Thalidomidi i dha një shptyje interesimt për autopsitë e te-porsalindurve qofshin këla të lindur prematurë apo në kohë.

Për të studjuar shkaqet e vdekjeve ndër prematurët, autori ka marrë në studim 2700 raste prematurësh, gjithë vdekje të periudhës perinatale duke i ndarë në dy kategorji, më ata të cilave ishin kryer autopsitë dhe në atë ku autopsitë s'ishtin kryer. Prej tabelash të komplikuara në bazë të të dhënave të këtyre dy kategorive, del se shpeshtësia e malformimeve kongenitale në të porsalindurit tek të cilët u krye ekzaminimi anatomopatologjik, është afersisht dy herë më e madhe se sa ajo e fëmijëve prematurë tek të cilët ky ekzaminim nuk u krye.

Trauma ndër fëmijët e grupit të parë, pothuaj se nuk ekziston si shkak vdekje por ajo (si edhe patologjia pulmonare & infektive), konstatohet si shkak vdekje në përgindje të mirë vetëm atëherë kur ekzaminimet anatomo-patologjike ishin kryer me kujdes të veçantë prej anatomopatologut.

Një vjetje statistikore më rëndësi është fakti se anoksia intrauterine konstatohet me të njejtën shpeshtësi në të dy grupet për arsyen se ajo (anoksia) është rjedhim faktorësh matern.

Si konkluzion praktik nga ky studim është i domosdoshëm për përcaktimin e drejtë të shkakut të vdekjes. Opioni së të dhënët e ekzaminimeve anatomo-patologjike janë të varfëra, nuk i përshtatet të vërtetas.

Konstatimet e vlefshme të autopsive vërtetojnë se shqyrtimet post mortem tek të porsalindurit (s.d.m. premature) duhen kryer prej anatomopatologëve që janë më të vërtetë të interesuar në studime të hollësishme. Vetëm këshiu mund të zbulohen edhe defektit e zhvillimit që mund të janë shkaktuar prej ndonjë medikamenti teratogen.

## SEMUNDJA E ATELEKTAZISE DHE E MEMBRANËS HIALINE PULMONARE NË TË PORSALINDURIT PREMATURE

G. Bucci, Terapia 1965, 373, 116.

Me një herë mbas lindjes mund të gfaqet në të porsalindurit imaturë kuadri klinik i quajtur «sindromi respirator» i karakterizuar me polipnea, tënheqje përbërëndë të toraksit, dispne dhe cianozë të theksuar. Shkaku më i shpeshtë i këtij kuadri është e ashtuquajtura atelektazia dhe membrana hialine pulmonare (a-mip).

Etiopatologjia e a-mip në të porsalindurit, duket se rjedh nga vetë prematuriteti dhe faktorëve që veprojnë në qastin e lindjes, në radhë të parë asfiksia. Rëndësia e këtyre faktorëve është e ndryshme si mbas rasteve por me sa duket, sa më i theksuar të jetë prematuriteti aq më shpejtë veprojnë në shpërthimin e sëmundjes (i-mip) asfiksia dhe vuajtja fetale, të cilat në këtë rast mund të janë dhe të një grade të lehti.

Symptomatologjia klinike çfaqet në tre stade: në të parin (në orët e para të jetës), e vetmja shënjë patologjike mund të jetë frymëmarrja e shpejtuar; në të dytën,

përveç polipneas dhe retrakcionit gjatë fryshtimit (inspiracionit) shihet dispne dhe cianozë, në të tretin frekuencë e fryshtimit paksoshet, ritmi bëhet i parregullt, duket shënja të apnesë, theksohen cianoza dhe mbas oksigenoterapisë, po-thuaj në të 72-të orë të jetës gjithmonë, i sëmuri vdes në kriçë apneje. Në këtë rast egzaminimi radiologjik tregon fushat pulmonare jo të lëkjdilta, të mbuluara me granula që janë të veçuara ose konfluente me madhësi deri i 1 mm.

Në bazë të eksperiencës mbi 88 raste, autorë rëkomandon si profilakti të bëti sindromi, zbrazjen e stomakut dhe dhënie oksigjeni 15%, që në fryshtim e parë.

Përsë i përkert terapisë, është mirë të ruhet temperatura e trupit në 36-37° dhe të vazhdhojë oksigenoterapija me përqindje të lartë. Në këtë mënyrë autorë ka shpëtuar monare. Rëkomandohet gjithashu infuzioni i glukozës dhe albolinizuesash, fryshtim marrja mekanike me presion endotrakeal intermitent dhe aerosolterapi.

## LAMBLIASIS DHE MJEKUMI I SAJ

Izar G. — Terapia 1965, 373, 113.

Sëmundja përhapet sidomos në vëndet e nxehta dhe shpesh shqërohet prej entamoeba histolytica, në këtë rast terapia bëhet dhe më e vështirë. Ajo shkaktohet nga një protozoar që quhet Giardia ose Lamblia (Lamb 1859) që morret me anë të duarve ose zarzavaleve të pa lora të infektuara nga kistat e parazitit. Paraziti, nën vendoset në zorrën e hollë ku jeton përmes osmosisë, kjo shpëjgon dële shkaktun e mun-gesës së lezonave të mukozës intestinale.

Sindromi klinik i shkaktuar prej lamblias mund të jetë shumë i ndryshëm por gjithnjë më i rëndë në fëmijë me enoreksi, dispepsi, etje të fortë, ndryshime të karakterit dhe të zakoneve, nervozizëm ditën në kundërshtim me qetsinë e natës. Edhe gjëndja e përgjithshme është e interesante sepse fëmija është i zbehtë, nje sy të futur, i lodhur dhe nuk shtron në peshë. Klikishi i sëmuri ka dhimbje abdominale subumbilikale, fejet me ngjyrë të verdhë të qarqe dhe rrallë herë me gjak.

Të ralla janë format dizenterike me 10-30 dalje ditën, kurse format eccone-mike dhe nervore që shpijnë kriza të vërteta epileptiforme janë më të shpeshta.

Në të rriturit, klinika shfaqet me sindrome diareike, asteni më të theksuar në mëngjes, nganjëherë, edhe me sindrome enteropatike që i ngjashtin një kuadri të vërtetë kolecistik.

Diagnoza mbështetet në gjetjen e parazitit në fecë (kjo vlen sidomos përmes njohur efektivës së terapisë) ka fazë 5-10 ditoresh që nuk gjenden parazitë, prandaj egzaminimi i fëgjeve duhet përsëritur.

Kurimi më i mirë bëhet me anën e një preparati akridinik (atebrinë, italkinë, likide të bollëshme dhe ushqim të mjafuarshëm me karbohidrate përmes mënjanuar efektit antësore.

Në rast se dyshohet që i sëmuri ka lokalizim duodenal ose hepatobiliar, kura duhet shqëruar me 20-30 gram sulfat magnezit esëllë e cila vepron si kolecistotik- netik dhe në të njëjtën kohë shkakton rilaksim të sfinkterit oddit.

## REZATIMI NË UTERUS

JAMA — EDIT 1965, 192, 5, 410

Raste demitimi të të porsalindurve (mikrocefali) janë vrejtje prej kohësh mbas rezatimit të grave shtatzane (Golstein, Murphy 1929) por lash se fundi është menjduar se të porsa lindurit të eksportuar rezatimit mund të çafqin edhe leukemi.

Duke u nisur nga këto parashtresa, Burron e shokë, Karé inarë në studim një grup fëmijësh të eksportuar rezatimit atomik në Hiroshima dhe Nagasaki. Këta fëmijë që u mbajtën në vrejtje përmës kohës të gjatë treguan se një numri i mire i tyre paraqiste mikrocefali dha zhvillimi meudor të prapambetur. Por përvëç kësaj, mbas një shqyrrimi të gjatë dhe shumë të kujdeseshën të fëmijëve të eksportuar rezatimit në barazim me një grup fëmijësh po të asaj moshe por jo të eksportuar rezatimit, rezultoi se përvëç mikrocefalisë, fëmijët e grupit të parë paraqiteshin edhe defekte zhvillimi fizik dhe kjo ishte më e theksuar kur nënët kishin marrë një rezatim mbi 50 v.

Këta studime tregojnë se efektet damiuesc të rezatimit ekzistojnë edhe kur nuk duken menjherë dhe prandaj rezatimi i grusë shtatzane duhet përdorur vëtëm në raste absolutisht të doemosdoshme.

**TË USHQYERIT Æ PREMATUREVE ME QUMËSHT NËNË JO TË HOLLUAR,  
QYSH NGA ORËT E PARA TË JETËS.**

V. Smallpicce, F. H. Davies «The Lancet» 1965, 11, 1349, Min. Ped. 1965, 17, 1560.

Autorët jepin rezultatet e një studimi të Kryer mbi 111 premature me peshë lindje në mes të 1-2 Kgr. të ushqyer qysht në orët e para të jetës, me anën e një sonde polivenill e futun në stomak nga hundja, me qumësht të holluar në sasi 60 ml/Kg. ditën e parë, 90 ml/Kg. në të dytën, 120 ml/Kg. në të tretën dhe 150 ml/Kg. në të katërtën muaj.

Një e treja e këtyre fëmijëve qfaqi nxjerrje të lehti të ushqimit, tri vjetje në fillim dhe voncsë të nxjerrjes se mekonium-it. Mbës një ekzaminimi të vëmendëshëm të të vegjëlve, qumështi u dha simbas skemës së sipërme. Dicerë nuk u konstatua. Si kontroll u muanë 45 fëmijë me peshë të rajtë (të grupit të parë) të cilët u lannë pa ushqyer deri 4-32 orë mbas lindjes. Bilirubinemia rezultoi shumë më e pakta vonesë dhe glicemja më e lartë (48 mg% kundrejt 31 mg%). Gjithashtu shtimi në peshë dhe nxjerra e meconiumit, u konstatua me shpejtësi më gjithë grupin e parë sesa në të dytin.

Autorët duke u nisur nga konstatimet e tyre (bilirubinemia e ipoglicemine, shë, gjë që pakson qfaqet me karakter neurologjik (displazie, spasticitet) që shifen në fëmijët me peshë të ulët, e shofin të përshtatëshëm aplikimin e një terapije të tillë.

Xh. BASHA

**REAKCJONI I JIRGL**

A. Lemaire, J. Picard, B. Housset, PH. Samair dhe J. Dupuis  
La presse medicale 1963 73, 44, 2467

Krahas testave të ndryshme të studimit të iktereve kolostatikë, kohët e fundit po konfirmohet nga shumë publikime edhe testi i Jirgl. Autorët kanë aplikuar testin e Jirgl në 138 të sëmurë të ndarë në këtë mënyrë:

45 të sëmurë jo ikterik (kontroll)

38 » " me ikter kolostatik intra dhe ekstra hepatic)

55 » " " jo kolostatik.

Tue qenë se shumë pak studime eksperimentale i janë kushtue këtij testi, autorët kanë aplikuar lidhjen e *duesus cholecodus* në qenj. Si metodë studimi është përdorë ajo e propozuar nga Jirgl në 1957. Dihet se Jirgl tue studjuje mukoproteinat e serumit, konstatoj se në rast ikteri kolostatik serumi turbullohej dhe jepte një precipitat në prezencë të reaktivit Folin-Cioccateu. Sipas intensitetit të turbullimit dhe të precipitatit reakcioni konsiderohet pozitiv nga + deri +++. Jirgl në 46 rastet e tija me ikter kolostatik e gjeti pozitiv në 44 d.m.th 95%. Edhe autorë të tjera kanë studjuar testin e Jirgl në ikteret kolostatikë duke u gjetur pozitiv nga 63,6% (Alverno dhe Battaro) deri në 100% (Spallino).

Autorët në 45 të sëmurë jo interikë (kontroll) e gjetën reakcionin e Jirgl negativ në 42 të sëmurë (83,4%) dhe pozitiv në 3 (6,6%); në 38 të sëmurët me ikter kolostatik e gjetën pozitiv në 32 të sëmurë (84,2%) dhe negativ në 5 të sëmurë (15,8%). Reakcioni i Jirgl doli pozitiv 100% në kancer hilar primar ase sekondar, në 73% në kancer të kokës së pankreasit në 77,7% në litiasis të rrugëve biliare, në 2 raste kolostaz intrahepatike.

Në 55 të sëmurë me ikter jo kolostatik e gjetën negativ në 51 dhe pozitiv në 4 të sëmurë.

Autorët nuk kanë gjetë asnjë lidhje absolute në mes të posivitetit të reakcjonit Jirgl dhe rritjes së bilirubinemisë së mukoproteinave të gjakut, fosfatazave alkaline, kolesterolit dhe reakcionit Kunkel-fenol. Në studimin eksperimental autorët konstatuan se, që të kemi reakcionin e Jirgl pozitiv, duhet që kolostaza të intere-

sojë së pakut 2/3 e kolodokut dhe se poziviteti është më pozitiv tek gentë që kishin pësue një ligaturë komplete të kolodokut të shqeruar me kolecistektomi. Autorët, tue u bazue në studimet klinike, elektroforetike dhe kromatografike, mendojnë se reakcioni i Jirgë lidhet me prezencen në serum të lipoproteinave anomale shumë të pasura me fosfolipide.

Burime 5

## DIAGNOSTIKU I CIRROZAVE TEK FËMIJËT La vie medicale, 1964, 45, 273 Michel Alizon (Dijau)

Cirroza hepatike në fëmijët është e rrallë. Kjo rrallësi si edhe evolucioni anatomic i shpejt i dallojnë nga cirrozat e të rriturve. Përsa i përket diagnozës klinike Autori ven në dukje së mund të jetë e lichtë kur paraqiten hemorrhagji digestive, irrikje e volumit të abdomenit (lidhur me ascitin ose hepatomegalinë) por kur fëmija ka crrggullime të vogla digestive, një vonim të zhvillimit fizik (nanismus hepatik) zbulimi i cirrozes është një surprizë.

Ekzaminimi klinik jep të njëjtat të dhëna sikurse tek të rriturit: Mëlgja e fortë, hypertrofike ase atrofike, splenomegali, ascit, hipokratizëm digital, purpura, telen-giktazi stellare. Ekzaminimi biologjik mund të tregojë ekzistencën e një citolizëmbinik, elektroforeza, esterifikimi i kolesterolit. Ndihmë të madhe japos klearenca nozës etiologjike autor i dallon në plan të parë cirrozet me ikter dhe pastaj të tjerat.

**Cirroza me ikter.** Në shumicën e rasteve cirroza është sekondare mbas hepatitit viralsh. Këjo mundë të gjatë pas një hepatiti me virus A me një interval prej 4-7 muajsh dhe që mundë të vrehet tek latanti kur nëna ka kalue hepatitit gjatë gravidancës, ose hepatit nga virus B që evoluon drejt cirrozes. Por hepatiti i nënës mundë të jetë edhe përparrë gravidancës.

Tek latanti mundë të diskutohet edhe toksoplazmoza, malformacionet e rrugëve biliare, kolostaza intrahepatike, sëmundjet hemolitike, agenezia e rrugëve biliare etj.

**Cirroza e tjera.** Autori përmendë kryesisht ato që takohen në fëmijët, siç janë; Mukovishidoza që jep hypertension portal shumë të rendësishëm. Dozini i klorit në djerë ka rënësi të madhe. Fibroangiomytoza biliare kongenitale që mundë të shqerohet me dëmtime renale dhe që jep zakonishë hypertension portal. Jashtëzakonisht rrallë cirroza mund ti detyrohet një sëmundje nga mbingarkesa (Hand-Schuller-Christian, Morbus Hurbert), një tesaurizmoze (cystinosis, morbus Wilson, tyrosinosis) ose një anomalji kongenitale të metabolizmit të sheqernave (galaktozemja kongenitale, intoleranca ndaj fruktozës, glycogenoza).

Në fund autor i përmend disa cirroza të tjera: cirroza kongenitale Debre-Semmelweis, cirroza e Kwashiorkor. Në indet, në Tirol cirroza e fëmijëve janë më frekuente dhe etiologjia e tyre diskutohet, familjare apo karencale?

Disa shkaqë janë të përabshkëta për fëmijën dhe të rriturin si p.sh. intoksikimet, partitozat, angiomytozat familiale, hemokromatozat.

Me përjashtim të ndonjë mundësije terapeutike preventive, nuk mund të preventohet evolucioni fatal i sëmundjes.

## AFTEŠIJA HISTAMINO - MBROJTËSE E SERUMIT

E. Orinstein La revue du praticien 1985, XV, 18, 2479

Me aftësi mbrojtëse të serumit, kuptohet aftësija e disa serumeve njerzish, për të mbrojtur kobejt ndaj veprimit toksik të histaminës. Ky zbulim ka gjetur një aplikim terapeutik në klinikë. Si material për eksperimentin është gjithnjë kafsha e nënshtruar aerosoleve me histaminë.

Kobejt i nënshtrohen tri seancave me aerosole, pastaj u injektohet serumi në studim dhe pas 7 ditësh kobejt u nënshtrohen përsëri aerosoleve me histaminë. Mbrojtja konsiderohet si «reale» atëherë kur kafsha i reziston aerosoleve për një kohë të caktuar. Prova duhet të prësëritet edhe ditën e 7-të 14, të 21-të dhe të 28-të pas injektimit të serumit.

Matja e histamino-protekjonit illogaritet nga një formulë dhe rezultati jepet në koeficiente të proteksjonit. Konsiderohen normale serumet me koeficjentin më të

medu ose parazi me 70. Në 70 flitet për mbrojtje të pjesëshme. Mungesa e morojtjës sillet rrëth shifrave më të ulta se 10.

Duke u nisur nga këto të dhëna mund të klasifikohen serumet në tre kategoritë: 1) Serumë aktive me rezistencë anti-histaminike naturale. Këto janë të pakët (8-10%). 2) Serumë krejtësisht inaktive (të astmatikëve, të atyre me urtikarie, ekzema etj.) 3) Serumë mesatarish osç lehtësisht mbrojtëse. Këto janë kandidatë përmes enzimës etj. Në këtë grup suten serumet e disa njërzve me bronkitë kronikë, enfizemaloz etj.

Testi i mbrojtjes lejon me karakterizue një terren astmatogen, me vlerësue frekvençën e këtij terreni, me kontrolluese rezultatet e trajtimit dhe me zbulues serumet dhe aftësi mbrojtëse shumë të lartë dhe të aftë me riprodhues në njëzit astmatikë etj. Testi i mbrojtjes mund të aplikohet në të gjithë laboratoret pa ndonjë vështirësi.

## DIAGNOZA BIOLOGJIKE E ISHEMIS TË MIOKARDIT

Clareance — M. Agress  
La vie medicale 1965/46/993

Përdorimi i enzimave në diagnozën biologjike të ishemis të miokardit po rritet vazhdëmisht. Për diagnozën e infarktit të myokardit janë studjuar shumë enzima: transaminaza glutamino oksalacetike (GOT), dehydrogenaza laktike (LDH), aldotala (ALD) dehydrogenaza glutamikë (GDH), dehydrogenaza malikë etj.

GOT dhe LDH duket se janë më të vlefshmet. Në 2227 raste infarkt miokardji GOT u rrit në 97% të rasteve. Në 477 raste LDH u rrit në 95% të rasteve. Rritja e GOT në 157 raste të studjuara nga Meyers ishte në 97% të rasteve kurse shenjet elektrike ishin të turbulluara në 61,5%. Dihet se LDH rrit aktivitetin më vonë se GOT. Por këjo gjë ja rëndësi kur i sëmuri paraqitet me vanesë. Megjithatë duhet thelkësuar se këto enzima nuk janë specifike tue qenë se gjenden edhe në organet e tjera. Prandaj mund të mirren rezultate më të mira tue përdorur izoenzimat që kanë një specifikitet më të jartë, siç janë p.sh. izoenzimat e LDH. Këjo enzimë përmban 5 izoenzima: LDH-1, LDH-2, LDH-3, LDH-4, LDH-5. Mërgia ka koncentrim më të madh të LDH-1 dhe është e varfér në LDH-5, kurse zemra nuk përbën LDH-1; kështu mund të dallohen semundjet e zemrës nga të mëqisë tue fraksjonue këto izoenzima. Infarkti i miokardit karakterizohet me rritje të LDH-4 dhe të LDH-5.

Elliot dhe Wilkinson mendojnë se test më i mirë për diagnozën e infarktit të miokardit është alfa-hydroksibutirat dehydrogenaza (HRD). Kontinen dhe Halonen i jepin rëndësi të madhe HBD dhe CPK (creatin fosfo kinaza). CPK nuk rritet në së-studjuar, por asnjëra nuk ka gjetë aplikimin e GOT dhe të LDH. Aktualisht janë izoenzimat që mund të ndihmojnë më tepër sidomos në rastet kur mërcia dhe zemra janë të damtueme njikohsish. Studimet e fundit vertetojnë rëndësin e enzimave në diagnozën diferenciale në mes infarktit të miokardit dhe insuficiencës koronare e pa nekrozë.

Përsa i përket prognozës përgjithësisht duket se ka një raport në mes rëndësisë së infarktit dhe tritjes së aktivitetit enzimatik.

Burime 71

STUDIMI I AKTIVITETIT HYPOFIZO-SARENAL NË CIRROTIKET  
J. Besançon, Cl. Lariéte, A. Nenna, R. Coquet, J. Thiroleix, J. P. Petile,

M. Auperin et Ph. Laudat.

La semaine des hopitaux 1965/56/2293.

Për të studjuar funksionin e aksit hypofizo-surenal, autorët aplikuan provat e kombinuara ACTH me Metopirone në 26 cirrotikë (17 burra dhe 9 gra). Si metodë dozimi e eskrecjonit urinar të 17 K.S. përdorën metodën e Zimermann dhe për 17 OH K.S. reakcionin e Porter e Silber. Në shumicën e cirrotikëve eskrecioni urinar e 17 K.S. dhe 17 OH K.S. ishte i ulur. Shifrat më të ulura korespondojnë me cirroza të të kompensuara. Për testin e Thorn është përdorur metoda me perfuzjon intravenoz (25 U.I. ACTH në 500 ml. serum glucosae 5% për 8 orë). Në shumicën e të së-murëve stimulimi me ACTH nuk ka dhënë veçse një rritje të vogël të vlerave absolute të 17 K.S. dhe të 17 OH. K.S.

Testi me metopyrone u aplikua sipas Liddle: 4 gr. S.U. 4.885 në 24 orë me nga 4 x 1 gram. Për vlerësimin e përgjigjes diencefalo-hypofizare ndaj metopyronit u muarr

parasysh përqindja e rritjes së 17 K. S. dhe 17 OH K. S. urinare. U konsiderua si normale përgjigja me rritje sëpaku tri herë ma tepër. Në 18 pacientë përgjigjet stimulimit me metopyron, kishim të bëjmë me të sëmurë me shenja të dëmtimeve diencfalohypofizare; përkundrazi tek 18 të sëmurët e tjerë cirrotike përgjigjet n'daj metonyronit iragonin një aktivitet hipofizar të lënueshëm. Këto të dhëna tregojnë se antihypofiza dhe kortiko-surenalja rusnjë tek shumica e cirrotikeve një aflesi sekretuese mjaft të mirë.

## KREATIN—FOSFO—KINAZA NË DIAGNOZËN E INFARKTIT TË MIOKARDIT Il pollicinico, 1965, 72, 974.

Autorët kanë krye dozimin e kreatin — fosfo — kinazës në 60 të sëmurë dhe në 10 persona të shëndoshë si kontroll, me qëllim që me vertelue vlerën e kësaj enzime në infarkt të miokardit. Të sëmurët e ekzaminuar ndaheshin në këtë mënyrë:

25 të sëmurë me infarkt miokardi të vertetuar me E.K.G. dhe klinikisht, 15 me stanokardi pa nekrozë të miokardit, 10 me insuficencë cirkulatorë nga kardiopati të ndryshme dhe 10 me hepatit virusale.

Rezultatet e marrura tregojnë se përektimi i kreatin — fosfo — kinazës për diagnozën e infarktit të miokardit, ka vlerë vejet po që kryhet mbrenda një kohë të caktuar oë nuk duhet të kalojë 36 orë pas fillimit të krizës.

Në të gjithë rastet infarkt miokardi në fazën akute ka dalë gjithënjë pozitiv dhe negativ kur s'ka nekrozë të miokardit.

Karakteristikë kryesore e këtij alteracioni biokimik është: organo-specificiteti, rritja e hershme dhe tranzitorë. Rëndësi të madhe diagnostike ky test ka sidomos në orët e para kur edhe shenjet elektrike janë negative, ndërsa pas 36-48 orëve nga fillimi i krizës, vlera e festit ulët shumë. Kështu që pas 36 orëve nuk mund të bazohej vetëm në këtë enzimë për diagnozën e infarktit të miokardit, por duhet të kompletojmë enzimogramën.

Enis Buletini

## KRIZAT EPILEPTIKE SI ÇFAQJE E KRUAVE HIPERTENSIVE CEREBRALE E. S. FROHOROVA

Zhurnall nevrologji i psihiatri, 1965, 65, 10, 1461.

Mendimi i dikurshëm se krizat epileptike nuk takohen kur ngrihet tensioni arterorë kanë përshtuar kriza fokale kortikale ose të përgjithshme tek të sëmurët hipertonike në kohën e krizave në vazat cerebrale. Në patogenezën e këtyre krizave qëndron çregjlli i qarkullimit vazal.

Nga 280 të sëmurë me T. A. të lartë, të komplikuar me kriza cerebrale në 12 (4,6%) kriza vazale cerebrale u çfaq me konvulsione epileptike. Intervali i krizave është i ndryshëm, ato u takuan në mosha dhe sekse të ndryshme, ditën e natën. Krizat u çfaqën në kohën kur T. A. qëndronte në shifra të larta, ato u ndërprenë me uljen e tensionit.

Çfaqjet klinike të konvulsioneve epileptike ishin të ndryshme, kriza të tipit kortsikal, ose kriza me konvulsione të përgjithshme dhe humbje të ndërgjegjës. Tek një i sëmurë me kriza vaskulare cerebrale të rënda u çfaqën në seri kriza epileptike (status epilepticus)... Atë mundën ta ndalonin vetëm me injektim intravenoz 2 ml. 2% sol. papaverhydrochlorike, e cila t' T. A. dhe pas saj u ndërprenë krizat, vegantia e papaverinës qëndron në uljen e T. A. Por rrët volumini e qarkullimit të gjakut në tru, ndërsa preparatet e tjera si eufilina, rezerpina etj. ulin T. A. por njikohësisht shpijnë uljen e volumit të qarkullimit të gjakut në tru, ndërsa preparatet e tjera si eufilina, rezerpina etj. ulin T.A. por njikohësisht shpijnë një uljen e volumit të qarkullimit të gjakut në tru.

Në të gjithë të sëmurët me T. A. që kishin kriza epileptike gjithë krizave vaskullore cerebrale nuk ishin konstatuar më parë kriza dhe EEG nuk kishte dhënë asje për prezencën e epilepsisë tek këtia persona më parë. Shumë autoç mendojnë çfaqja e krizave epileptike tek të sëmurët me hipertoni arteriale të shenjë prognostike e keqe që flet përmes arrilicion c shpejtë të insultit cerebral. Autori, më bezë tek të sëmurët me kriza epileptike të lindura në kohën e çregjillimit akut të qarkullimit të gjakut në tru, përcaktor terapinë. Vetëm përdorimi i shpejtë i preparateve hipertonike cerebrale dhe mund të mbrihet ndërpresa e atakeve epileptike.

**KLINIKE E ÇRREGULLIMIT TË QARKULLIMIT TË GJAKUT NE  
AORTEN ABDOMINALE**

**K. F. KANAREJSKI DHE I.C. KIRILLENKO**

Zhurnal nevrollojji i psihiatri 1965, 65, 19, 1498

Klinika e trombozës dhe rupiurës akute të aortës abdominale është e përhshkruar mirë. Autori e përqëndron studimin e tij në rastet më pak të studjuar në trombozën e aortës abdominale të zhvilluar gradualisht. Pasi përshtkuar të dhënat e autorëve të tjera, përkëto raste autorë përqëndrohet në obervimet e tij. Ai ka vrejtur 19 të sëmurë me zhvillim gradual të stenozës e mantej të trombozës të aortës abdominale. Tek këta të sëmurë u vrejtën dhe çrregullime të qarkullimit të gjakut në tu ose ataku stenokardie e infarkt miokardi.

Observevime e bëra treguan se në trombozën e a. abdominale të zhvilluar ngadal, në plan të parë dalin çrregullimet viscerale, radikulare dhe spinale, të cilat në analogji me trombozën e pjesës ekskraniale të a. carotis interna. Kur dekursi është i keq, çrregullimet bëhen të qëndrueshme. Çrregullimet viscerale janë njëta tipike si ndjenja e presionit, e rënëdimit në bark, dhimbje të papercaktuara në epigastrium të shoqëruara me ajtje barku, me ndalesën e feceve dhe gazrave. Këto çrregullime viscerale nuk shogërohen me çrregullime dispektike. Të dhënat para klinike në këto raste janë të varfëra. Çrregullimet viscerale në trombozën e a. abdominale rrallë ndodhin të izoluar, ato shogërohen me simptoma radikulare e spinale.

Tek të sëmurët e obserbuar nga autorë zakonisht u vrejt luhatje e theksuar e T.A. Autori presupozon që këto luhatje kondicionohen me ndryshimet e furnizimit me gjak të kavum abdominal, si rezultat zhvillohet sindromi i ngacminit të plexus solaris. Trubullimet transitorë të përshkruara më lart zakonisht lidin pa ndonjë shkak të jashtëm dhe shkohen gjatë tensionit fizik ose psikik. Në disa raste ato u zhvilluan pas ndonjë sëmundje infektive.

Duhet theksuar se shkalla e zhvillimit të fenomeneve klinike në trombozën e a. abdominale varet shumë nga zhvillimi i qarkullimit kolateral. Më tej autorë bën përshtrimin e hollësishtëm të disa rasteve që ai ka observeuar dhe jep konkluzionet e nxjerra nga studimet e tij.

Bibliografi 11 burime.

**SCLEROSIS DISSEMINATA DHE RHEUMATIZIMI**  
**S.H. A. ASKAROV**

Zhurnal nevrollojji i psihiatri, 1965, 65/11 1653

Kohët e fundit në shumë punime autorë të ndryshëm e lidhur sklerozën dissemininë me reumatizmin dhe me gjendjet e tjera alergjike si dhe çrregullimin e gjakut në tru.

Autori shpreh mendimin e shkencëtarëve të ndryshëm në lidhje me etiologjinë e sëmundjes. Shumica e autorëve e lidhur zhvillimin e sklerozës së disseminuar me gjendjet alergjike, në veçanti me reumatizmin, por gjithnjë kjo sëmundje ngel një nozologji e veçantë. Disa autorë thonë që lezoninë reumatik të vazave të trurit dhe medulës spinale mund të çafqet si sindrom i sklerozës së disseminuar, si rezultat ndodhni shpesh gabime diagnostike.

Vetë autorë ka mijekuar 7 të sëmurë (4 burra e 3 gra) që vuanin nga reumatizmi dhe tek të cilët njëkëqësish u vrejt kuadri klinik tipik për scleroris disseminata. Mosha e të sëmurëve ndryshonte nga 24 deri 37 vjeç. Diagnosa reumatizm u vu në bazë të anamnezës së lezonave reumatike në zemër dhe rezultateve laboratorike.

Pasi bën përshtrimin e hollësishtëm të disa nga të sëmurët e observeuar prej tij, autorë mbrrin në përfundim se është vështirë që vetëm me 7 raste të nxirret ndonjë konkluzion me rëndësi, por me sa duket, në disa raste mund të lindë kombinimi i sclerosis disseminata me reumatizmin si dy sëmundje të veçanta që shpie në keqësishmin e dekursit të sclerosis disseminata. Në rastet e tjera me dëratimin reumatik të sistemit mevor central (vaskuliti cerebral e spinal me ischemi të pjesëve të veganta të trurit) çafqet sindromi i sklerozës së disseminuar. Autori rekomandon mijekimin antireumatik në të gjitha rastet, kur ka dyshime sado të vogëla për reumatizëm.

Bibliografi 12 burime

RADIKULLITET LUMBO-SAKRALE (FUNKULITET) SEKONDARE  
GJATË PROSTATITIT KRONIK

Zhurnal nervologji i psihiatri 1965, 65, 8, 1191

Me gjithë se radikuliteve lumbo sakarale i janë kushtuar shumë punime, qëshqja e etiologjisë, patogenezës, diagnostikës dhe terapisë ngelët akoma e pa zgjdhur. Në etiologjinë e radikuliteve lumbo-sakrale sekondare nga sëmundjet e organave të pelvis minor është kushtuar rënësive vërtet organeve genitale të grave dhe fare pak inflacionit të organave genitale të burave. Autori ka observuar 128 të sëmurrë me prostat kronik, nga 93% e tyre u vrejt këadri tipik i funikulitit lumbo-sakral. Vëc këtyre tek 72.6% e konstatua sindromi doloroz i shprehur mirë, i pa shqoqruar me çrrregullimë motore dhe sensore dhe vetëm 23 nuk kishin dhimbje e çrrregullime motore.

Në shumë të sëmurrë, veç simptomave tipike për hypertrofisë prostates, janë vrejtur dhe dhimbje me funikulit me lokalizime të ndryshme, por jo tipike për fonikulit, këto dhimbje disa autorë i kanë quajtur neurasteni seksuale, të tjerë i kanë shkuar si dhimbje reflektore, që nisen nga vazat dhe nervat e prostates së inflamuar. Autori mendon se në bazu të lindjes së këtyre dhimbjeve qëndron përhapje e tyre në mënyrë reflektore. Dhimbjet në përgjithësi kishin karakter të ndryshueshmë, sto qetësosheshin periodikisht sidomos në qafësi. Mjekimet e zakonshme neuropatologjike nuk jepnijn efektin e duhur, në të gjitha këto raste tusheja rektale konstatonte ndryshime në prostate.

Autori ka vrejtur objektivisht në këto raste acarim të dhimbjeve kur shtypen pikat përvvertebrale, pikat glutale, simp. Laseg dhe Gara, gati në të gjitha rastet u konstatuan çrrregullime të sensibilitetit. Autori në këto raste rekomandon mjekimin antiinflamator, e antibiotikë me spekter të gjërë, duke bërë më parë antibogramën e sekrecioneve të prostates dhe gjëndrave seminifere, bilokad sekrale me novokaune e streptomycinë si dhe kortikosideroide. Eshët përdorur gjérësisht vit B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub>, etj. Në shumë raste kur atiologjia dhe patogeneza e funikulitit lumbo-sakral është e pa qartë, jashtuar sëmundjet e prostates.

Në kurimin e funikulitit lumbo-sakral sekondar të lindur në sfondin e inflamacionit të prostates dhe gjëndrave seminifere vëmendjen kryesore duhet tja u kushtojmë këtyre të fundit, për të bërë kurën etiopatogenetik.

Bibliografi 12 burime

STATUSI EPILEPTIK DHE PROFILAKSIA E TIJ  
E. V. PADJAKOV

Zhurnal nervologji i psihiatri 1965, 65, 9, 1377

Para përdorimit të luminalit statusi epileptik ishte një çfaqie e zakonshme.

Zhvillimi i mëtejshëm i metodave të mjekimit të epilepsisë pe pakësoi çfaqjen e statusit epileptik, por edhe sot me gjithë përdorimin e preparateve të reja anti-epileptike vrehen raste vdekje.

Për disa vjet autorë ka vrejtur status epileptik tek 40 të sëmurrë, në disa raste të përshtitura. Nën kurë kanë qenë 384 të sëmurrë me epilepsi (199 burra, 185 gr), tek 18 gru u çfaq statusi epileptik, nga ato vdiqën 4, ndërsa nă burat u pa në më e mirë nă burat, ndërsa autorë nă rastin konkret e shpjegon me faktin e përdorimit të aminazinës në skemën e mjekimit tek burrat dha prognozë më të mirë.

Sezoni nă të cilën këdësitet gjendja e të sëmurrëve me epilepsi është pranverë-vjeshtë. Të sëmurrëve me epilepsi mund tu shpeshrohen krizat năndikimin e faktoreve të tjerë (frakturat, dhimbjet e forta akute, rrikatizim i infeksioneve kronike pas vaksinimit etj.). Fra reaksionet imunalerjike të organizmit që ulin tek i sëmuri rezistencën e tij. Nga 23 të sëmurrë që kishin epilepsi vetëm një ishte nă gjendje të mirë shëndetësore nă kohën që paraqiti status.

Me gjithë se këta të sëmurrë mernin preparate antikonvulsive, të cilat jepnijn efekt të mirë para se të pësonin ndonjë sëmundje konkomitante.

Preparatet antikonvulsive ulin pragun e eksitim të qelizave nervore, por nuk e ulin reaktivitetin e përgjithshëm të organizmit, prandaj disa dëmtues suplementare të organizmit mund të jepin status nă këto kondita.

Autori bie një shembull se si veprojnë njëri te tjetë faktorët dëmtues suplementare, që mund të shpieren nă çfaqjen e statusit epileptik nă sfondin e kurimit me preparate antikonvulsive.

Tek nji i sëmure me epilepsi që paraqiste kriza të shpeshta nën udikimin e faktorëve të jashtëm, autori mundi të ndalonte krisat duke i shuar në terapi aminazinë deri në 200 mgm. në ditë. Veprimi i aminazinës në statusun epileptik akoma nuk është përcaktuar.

Simbos eksperiencës së tij autori rekomandon për të prevenuar statusin epileptik në formë të plotë nō qoftë se vëç preparatove të njohura antikonvulsive do të shkonte dhe 75-150 mgm. aminazinë nō ditë (natyrisht duke luftuar për mënjanimin e faktorëve dëmtues, të tjerë që shpajtojnë ardhjen e statusit epileptik. Aminazina ul reaktivitetin e përgjithshëm të organizmit.

Në tri vjetë e fundit autori ka mjekuar të sëmure të rëndë me epilepsi me preparata të përziera antikonvulsive së bashku me aminazinë dhe nō as një rast nuk u pa çfaqeje e statusit epileptik.

#### Bibliografi 16

#### Rezho Kardhashi

### KONSIDERATA MBI 16 RASTE TETANOZI POST SERIK Le Sarda, Andreoni V.

Giornale di Malattie Infettive e Parassitarie, 1964, 16, 12, 723.

Prej 639 rasteve me tetanoz, 61 ishin me formën post serike, ata kishin përdorur 1500 ui të serumit antitetanik. Letaliteti ishte rreth 10% më i madh tek ata që kishin përdorur seroprofilaksinë. Kjo ndodhi se pse lezonet ishin shumë më të gjëra dhe graviteti tetanogen u shtua. Letaliteti më i lart ndodhi tek ata që kishin lezonë të shumta, kurse ata që kishin një lezion të vetëm më pak. Forma të përhapura (të gjeneralizuar) ishin 52 mbi 61, 35 me paroksizma spastike, ndërsa forma të lokalizuara ishin vetëm 9. Zgjatja e periudhës së inkubacionit ka rëndësi për proghozën. Në 28 raste të mjekuara shpejt me serum antitetanik 49% kanë pasur letalitet, kurse në katër të tjerë që serumi iu bë vonë vdiqën 3 prej tyre.

Autorët konkludojnë si përfundim që seroprofilaksia preventon, nō një përqindje të mirë të rasteve, burimin e sëmundjes ose zbut simptomatologjinë, nuk shpreh nō raste të tjera ndonjë efekt mbrojtës.

### KLINIKA DHE TERAPIA E SALMONELLAAVE

Toscane F, ibidem, 1964, 16, 1, 48.

Autori flet për klasifikimin: 1) Forma gastroenterike, 2) Forma septike, të gjene-ralizuar me fokuse parenterale.

1. **Forma gastroenterike**, që zhvillohet nō formë të lehtë, mesatare, të rëndë, tok-sike si dhe forma septike. Diarea mund të fillojë me hemoragji sa që mund të bchët fjalë për një *enterocolitis dissenteriforma*. Në fémijë qafet më shpesh nō formë të rëndë, me dekurs më të gjatë e me inkubacion të shkurtër. Forma infantile nga tok-sikoza e salmonellave të detyron të mendosh për një formë septicemike dhe ralet e hipofonezia në bazat të shiyjnë të mendosh ose të dyshosh për diçka pulmnoare dhe kjo arrin nō një përqindje gati 84%, të rasteve.

2. **Forma fokolare parenterale**: Po thuaj se të gjitha organet janë objekte lokalizimi të mikrobeve. Lokalizimi i salmonellave jasht aparatit digjestiv paraqitet me piogjeni të përgjithshme dbe jep formën supurative akute, me një polimorfizëm të gjérë të kuadrit klinik në shumë organe dhe vënde. Nuk paragjen asnjë karakteristikë dallues me përashtim të diaresë e cila mund të na shijë të orientoheni për një diagnozë egzakte.

a) **Osteomyelitis**: kap kryesisht kockat e gjata dhe mbi të gjitha pjesa proksimale e humerosit dhe sjo distale e femurit, më pak kolona vertebruale së cilës i shkakton deformime të ngjashme me ato të spondilitit tuberkular. Regioni metapifizar prin pak drejt sëmundjes, goditet diafiza dhe më shpesh është e interesuar epifiza, e cila mund të komplikohet me një osteoartrit të qelbzuar. Kap fémijet e moshës së herës së hujave dje kryesisht latantët. Në fémijet ka një zhvillim të shpejtë dhe shkatrim të thelli (intensiv) të kockës. Në fillim lezioni mund të shërohet shpejt e nō mënyrë të plotë.

b) **Meningiti**: Mund të ndodhë si komplikacion i formës septike ose gastroenterike, por zakonisht manifestohet si diçka primitive klinikisht. Këjo sëmundja kap fémijet dhe kryesisht latantët. Në të porsalindurit merr zakonisht një karakter epidemi-

mit. Likuori është i qartë me reaksiون histocitar dhe hiperalbuminozë, progrøza është e rëndë. Rallë prek dhe sistemin nervor qëndror, në këto raste jep kuadrin e encefalopatisë.

c) Apendisiti dhe pseudo apendisiti: Sindromi i apendisitit shihet rrëth 1.6%. Apendisiti i vërtctë shqërohet me leukocitozë neutrofile, mund të gangrenozhet dhe është perforohet. Në psudoappendisitin shihet integriteti i apendiksit në tavolinën e operatoret si dhe një proçes i iliokolitit nga salmonellat, disa herë i shoqëruar ky prej adeniteve mezenterike.

d) Lokalizime të tjera ekstra intestinalë: Veç lokalizimeve që përmendë mund të ndohim p.sh. edhe pneumopati, absese, kolecistite, endo dhe perikardite, parametrite, plieite, pieloonefrite, salpingite, rinofaringite, otite piedermite, hepatite etj.

Terapija: Kloramfenikoli mbetelet më i përdorëshmi dhe më me efekt. Ai jepet per os në doza të zakonëshme 30-50 mgr/kg pro die. Ka një sensibilitet të përgjithshëm prej 60% dhe të pjesëshëm rrëth 23%. Terramicina ka një sensibilitet të përgjithshëm prej 82% të rasteve dhe të pjesëshëm rrëth 12%. Rezultate të mira janë arritur me bashkinin e kloramfenikolit dhe tetraciklinës. Këto jepin rezultate të mira dhe të shpejtë në rast kur një antibiotik i vetëm nuk përmirëson gjendjen.

Bashkimin i neomicinës me bacitracinën jepin gjithashtu një rezultat të dyfishtë përmirësues. Ato janë bakteriostatike dhe bakteriocide, janë gjithashtu lehtësish të absorbuëshme në intestin. Kurse Penicilina ka efekt baktericid kundër gramnegativeve dho grampozitiveve në doza 50-100 mgr/kg pro die 3-4 herë në ditë në rrugën orale. Ky antibiotik është veçanërisht i efektshëm në portatorët e salmonellave të vijave biliare. Paramomicina ka efekt të gjatë bakteriostatik e baktericid mbi enterobakteracet patogjene gramnegative dhe mbi zmebat. Jepet per os 50-100 mgr/kg në ditë të ndarë në doza 3-4 herë në ditë në cikël prej 5-7 ditësh.

## KUADRI I TOKSIKOINFEKSIONEVE ALIMENTARE TË SHKAKTUARA NGA SALMONELLAT

Visuni A., Cenni A. ibidem, 1964, 16, 1, 79.

Shpesh shfaqet me kuadrin tipik të intoksikacioneve alimentare. Inkubacioni bëhet nga 5-12 orë. Dekursi klinik është 5-9 ditë.

Në 18% të rasteve kuadri paraqitet i ngjashëm me tifon ku fillimi shfaqet me një gastroenterit toksik, temperaturë të lartë, diare, të vjella, kurse dhëmbjet e bar-kur janë të pakë ose mungojnë fare. Dekursi zgjatet deri në 30 ditë. Disa raste paraqiten me kolaps dhe dihidratim, të tjerë me soferencë renale, hepatike transzitore.

Diagnoza diferenciale bëhet me intoksikacionin e stafilocokut enterotoksik që paraqitet me kolaps të hershëm dhe me intensitet, por simptomat shduken shpejt. Terapija bëhet me kloramfenikol, polivitamina, ekstrat të kortikosurenaleve dhe në radhë të dytë hypodermoklizma dhe fleboklizma me klorure e glukozë si dhe mjete simptomatike. Brënda 6 ditëve të shërimit klinik bëhet sterilizimi i fejeve.

## STUDIME KLINIKE DHE TERAPEFTIKE TË 123 RASTEVE ME TETANOZ

F. Postiglione, V. Galiero, L. De Tommasis, L. Nappi. ibidem, 1964, 16, 12, 751.

Autorët në të gjitha rastet kanë përdorur terapinë me penicilinë kristale 1.000.000 ui në ditë, miorelaksante, antihistaminikë, klorpromazinë, vitamina, ekstrat kortikal, analeptikë dhe në raste të nevojëshme kardiotonikë. Në 72 raste, kësaj skeme të terapisë iu shtua vetëm serum antitetanik në doza unike. Në momentin e shtrimit këto u bënin në 100 000-200 000 ui (mbasi u bë më parë desensibilizimi si pas Bezredkses) ndërsa në 59 të sëmurë me doza minimum 100.000 ui, dhe një maksimum prej 500.000-700.000 ui.

Në 27 të sëmurë, serumit iu bashkua dhe anatoksinë antitetanike (2 cc në ditën e shtrimit, 4 cc në 7 ditë, 6 cc në 15 ditë). Në 24 të sëmurë të tjerë anatoksinë është shqëruar dhe me prednizon 20-30 mgr pro die. Në këtë mënyrë autorët kanë arrit shërimin në 63.6% duke bashkuar anatoksinën dhe serumin në doza të larta e të fraksionuara, prednizonin e kanë shqëruar me antihistaminikë (për të prevenuar inkonveniente e rëndë të sëmundjes së serumit), për këtë arësyte ata këshillojnë përdorimin e skemës së mësipërme të mëjekimit.

S. Mykçyri.

## TERAPIA E ANGIOMËS PLANE NË APLIKATORE TË JASHTËM TE PËR

G. Veneroni, G. Baggio Robbini. Minerva Chirurgica, 1965, 7, 241.

Terapia e angiomës plane paraqet vështirësi qe metodat e shumta tregojnë përmungesën e një injekimi efikas. Deri sot nga metodat më të përdorura janë krioterapi, koagulacioni dermoabrazioni, metodat sklerotizante, terapi tradicionale radiante me aplikimin e radiumit ose cikle të rongenterapisë.

Të gjitha këto metoda, shpesh shumë të dhëmbëshme, kanë dhënë rezultate të pjesëshme, në vëçanti terapija radiante nuk ka dhënë rezultate të mira kur është përdorur me doza të vogla, dhe ka dhënë lezione të ndryshme (diskromi, iperkromi, atrofi të lëkurës etj.) kur është përdorur me dosa të mëdha. Më poshtë autorët janin karakteristikat fizike të izotopeve radikalitiv të përdorur përkëtë qëllim.

U muanë në studim 42 të sëmurë me moshë nga 3-49 vjeç. Disa prej tyre u mbajtën nën kontroll 4 vjetë pas injekimit. Autorët janë për përdorimin e aplikatorëve të P32 në injekimin e angionave plane, duke theksuar nevojën e një egzaminimi histologjik para fillimit të injekimit.

Literatura 8 burime.

## MBYLLJET INTESTINALE PREKOKSE PAS OPERACIONIT

C. Laceronca, Minerva Chirurgica, 1966, 7, 254.

Autori i ka vënë veftes për detyrë të analizoj në artikull, në bazë të eksperiençës personale, një nga komplikacionet më të shpeshta dhe më të rezikshme: mbylljet intestinale që ndodhen në periudhën fill pas operacionit. Në bazë të etiologjisë këto mbyllje ndahen në tre grupe të mëdha: 1) Myyllje (okluzione), mekaniko të thjeshta, 2) Myyllje mekanike që vijnë si rezultat i një dëmtimi cirkulator, 3) Myyllje funksionale.

Në grupin e parë hyjnë të gjithë mbylljet intestinale postoperatorore që vijnë si rezultat i aderençave. Në grupin e dytë futen të gjitha mbylljet që provokohen nga një strangulim i intestinit. Në grupin e tretë përmblidhen të gjitha mbylljet që e gjejnë shpjegimin në një prishje të dinamikës intestinale nga një flogoze e rëndë e kavitetit peritoneal. Bëjnë përsushtim rastet e rralla të ileusit paralitik që verifikohen disa herë në mungesë të një proçesi inflamator intraperitoneal dhe që vjen nga ndërhyrje që nuk e interesojnë kavitetin abdominal.

Në vazhdim të artikullit jepet anatomia patologjike e të tre grupeve, simptomatalogjia dhe terapia.

Literatura 22 burime.

## DIAGNIZA DHE TERAPIA E HIPERTENSIONIT ARTERIAL NEFRO-VASKULAR.

L. Possati, A. Martelli, A. Pierangolli. Minerva Chirurgica, 1965, 245.

Hipertensioni arterial, që pasohet nga një pakësim i fluksit të gjakut në një ose në të dy veshkat, është tanimë i studjuar dhe i analizuar nga shumë aspekte.

Kërkimet eksperimentale të Janevay, Fahr dhe vëcanërisht të Goldblatt që sqarojnë raportet që egzistojnë midis stenozës së arterjes renale, shtimit të presionit arterial, rjedhimisht izolimi dhe pregetitja sintetike e agjentit vazopresor përgjegjës për spazmën e arterjoleve angiotensina II, e kaluan problemin nga faza eksperimentale në atë klinike.

Shumë hipertensione arteriale e kanë origjinën në një pakësim të fluksit arterial, në njérën ose të dy veshkat, të provokuara në shumicën e rasteve nga një estrukcion imkomplet me prejardhje arterio-sklerotike të arterjes përkatëse. Problemi tanimë i sqartuar nga ana etio-patologjike ka marrë një interes kirurgjikal përkorëgjimin e këtyre lezionateve. Shkaku që provokon një stenozi të arterjes renale është një plakë ateromatike me origjinë nga vetë vaza në 75% të rasteve, por dhe leziona të tjera mund të jepin një pakësim të fluksit arterial. Midis këtyre shkaqeve janë iperplazia fibro-muskulare, aneurizma, fisiula arterio-venoze, kompresioni ose torsioni i arterisë. Në vitet e fundit është sinjalizuar nga shumë autorë mundësia e hypertensionit arterial nga vazat aberante. Braun-Menendez kanë provokuar hypertension arterial duke komprimuar venën renale.

Symptomat janë të lidhura me gjëndjen hipertensive: cefale, çrrëgullime të pamjes, vertigo, dhëmbje të natyrës anginoide, takikardi. Presioni maksimal ndryshon

si pas moshave, por një presion diastolik që është mbi 90 mm Hg duhet të konsiderohet anormal në çdo moshë. Si pas mendimit të autorëve, hipertensioni renal me origjinë vaskulare duhet të ndryshohet kur kemi një gjëndje hipertensive të shfaqur në mënyrë bruske në vjeter të rinj dhe që shoqërohet me modifikime të arterieve retinike të tipit spazmatik; një rëndim i besafishtëm i një hipertensioni kronik; një gjëndje e suggestionuar nga një aktsident vaskular i ri; një hipertension i shpejtë progresiv që në Lindjen e tij; një tronditje e vazhduar që i korespondon anës superiore të abdomenit; një diferençë midis volvurit dhe funksionit të veshkave në një pielografi deshendente.

Studimi i një të sëmurë hipertensiv përfshin egzaminimet klinike dhe laboratorike të shumta si dhe radiologjike, midis të cilave rolin kryesor e lot aortografisë. Trajtimi kirurgjikal mund të jetë demoliçori (nefrektozioni ose rezekziioni i pjesëshëm) ose reparativ ku tentohet përvendosjen vaskulare të veshkës iskemike. Rezultatet kirurgjikale janë më të mira në format e hipertrofisë fibro-muskulare.

Literatura 24 burime

### KIRURGJIA ABDOMINALE URGJENTE TEK PLEQTË

P. De Matteis. Minerva Chirurgica, 1965, 3, 77.

Ndërhyrja kirurgjikale tek pleqtë në kohën e sotme nuk shoqërohet më me frikën e ndodhjeve të pa pritura që paguhën me një numur të madh viktimash. Rëndëganizmit të të sëmurit që është i kaluar nga mosha, i cili nuk vuan vetëm nga sëmundja përvazhduar por dhe nga sëmundje të tjera të lëdhura me moshën, nga disfunkcione të organeve dhe aparateve të ndryshme. Një rëndësi të madhe ka sidomos sistemi kardiovaskular dhe ai respirator, të cilët pësojnë ndryshime me këlimin e moshës.

Autori insiston që dhe në rastet më urgjente ti bëhet të sëmurrat një preqatitje preoperatorre. Në pjesën më të madhe të të sëmurëve është përdorur anestezia e përgjithëshe, sidomos ajo intratrakeale, e cila lejon një ventilacion të mirë dhe jep mundësi të kontrollohen sekrecionet e arborit respirator në mënyrë që të ketë sa më pakë komplikacione bronkopulmonare pas operacionit.

Premeditacioni imediat ka qenç i ndryshëm: te disa u konstatua një efektë i mire i morfinës, te të tjerë sidomos te të sëmurrat që vuanin nga kolcistopati, u vrejkoj kolika të forta të lëdhura me veprimin farmakologjik të saj që mund të provokoj spazma të sfinkter oddi.

Është preferuar gjithmonë atropina në dozë 0.5 mg. Një rëndësi e vegantë duhet ti jepet lëshës kundra shokut dhe deshidratimit, por të ikhet parasysh që mos mbijet ngarkohet organizmi me likide sepse do të ndikojë në funksionin kardiovaskular mund të shpjeri deri në komplikacione shumë serioze siç është edema pulmonar akute. Në kohën e sotme me përpunimin e metodave të ndryshme kirurgjikale me anestezizm moderne, sëmundje të tillë si aterosklerezë, hipertensioni dhe kardopatiqë e ndryshme nuk janë më të rezikshme si më parë përvazhdur.

Dhënia e likuideve në përgjithësi ose i gjakut që fillon që me ardhjen e të sëmurrat në spital, duhet të vazhdojë dhe gjatë operacionit, mbasi koha para operacionit nuk është e mjaftueshme përvazhdur disfunkcionet hidrosaline dhe proteinike. Përvazhdur të njëjtën arsyse dhe në ditët e para pas operacionit, të sëmurrat i jepen likuide, elektrolite, proteina duke pasur vazhdimisht ndihmën e laboratorit përvazhdur. Përvazhdur të njëjtën arsyse dhe në ditët e para pas operacionit, të sëmurrat i jepen zimin e proteinave të gjakut, elektrolitet etj. Përvazhdur të mbajtur një «bilanc të ekilibruar» (urina, fece, të vjella, likide të aspiruara, hemoragji, djersitje etj.)

### HYPOTERMIA E ORGANIT.

G. Meita, I. Fresu, Minerva Chirurgica, 1965, 6, 219.

Eksperiencia e autorëve në fushën e hipotermisë së organit dhe analiza kritike e rezultateve të tyre dhe e të tjerve kanë shpurre në përfundimin e nevojës së një kontrolli në teknikën e ftohjes endoviscerale shumë të ndjeshme. Refresheracioni konsiston në një ulje të temperaturës lokale të stomakut dhe ezofagut që bëhet e mundëshme duke kaluar masë likide të ftohur nëpërmjet skambnjatorëve special elastik që futen në lumenin e të dy organeve.

Në bazë të ligjeve të termodinamikës, për të pasur një shkëmbim teknik midis llikidit të ftohur dhe sipërtiges së brendësime të organit, shtetë e nevojshme që kontakti midis parët të hollë të skambjatorit dhe organit të jetë sa më e ngushtë dhe uniforme për gjithë kohën e trajamentit. Në praktikë duhet të respektohen tre kondite: 1) Mungesa e mbeturinave alimentare dhe e sekresioneve glandulare, 2) Mungesa e bulave të ajrit në brendësin e skambjatorit, 3) një volum adequt i mbushjes së tij.

Autorët propozojnë sondën gastroezofagale të tyre, e cila është në gjendje të ushmisë gastrike dhe gastroezofageale, ipotermi gastrike lokale të moderuar, ipotermi gastrike profunde. Në artikull jepen përfundimisht rastet e skerimit të skambjatorit.

#### Literatura 10 burime

### MBI DIAGNOZËN DHE TERAPINË KIRURGJIKALE TË KANSERIT TË EZOFAGUT

A. Basile-s, Navarra -- G. Rodolico (Catania). Minerva Chirurgica, 1965, 11, 493.

Diagnoza e kanserit të ezofagut rravaret nga një egzaminim i mirë klinik, radiomund të luajnë një rol të rëndësishëm në vërtetimin e sëmundjes. Simptomat e karcinomes së ezofagut variojnë shumë jo vetëm nga stadi i sëmundjes, por dhe nga lokalizimi, tipi anatomic dhe nga raportet e neoplaszës me organet e afërta. Dallohen 5 grupe simptomash kryesore: 1) Simptomat e turbullimeve të kaulushmërisë së ezofagut, disfagia, rigurgitacioni, fryshtim me erë të keqe. 2) Simptoma të refleksave nervoze, dhëmbje, shialore, laktacion, singultus, turbullime dispeptike. 3) Simptomat e lidhura me gjendje e përgjithshme: rënia në poshë, astenia, anemija, temperaturë, kaheksia, disidratazioni. 4) Simptoma të lidhura me komplikacionet: hemoragjia, përfersioni i karcinomes, sindromi i okupimit të mediastinit; invazion i trakes, bronkeve, pleureve, pulmoneve, perikardit, zemrës, vazave të mëdha, medias-tinit, peritoneutit. 5) Shenja fizike.

Disfagia është simptom i shpeshtë për të cilin i sëmuri drejtohen të mjeku. Ky simptom si fillim i sëmundjes çfaqet në 0.90% të rasteve por gjithmonë tregon se sëmundja është e avancuar.

Në shumicën e rasteve të sëmurë drejtohen të mjeku 3 deri në 12 muaj nga fitacionit, të ashtuquajtura «disfagia minore» që mund të pasohet pas disa kohës nga disfagia e vërtet. Eksploracioni radiologjik është një nga më të rëndësishmit përvendosjen e diagnozës së bashku me ezofagoskopinë dhe biopsinë e citodiagnozën,

Një nga egzaminimet që akoma është në fazën fillestare por që ditë përditë ka avantazhet e kësaj metode.

### TRAJTIMI KIRURGJIKAL I KANSERIT TË PJESES CERVIKALE DHE TORAKALE TË EZOFAGUT

G. Fegiz (Roma). Minerva Chirurgica 1965, 11, 494.

Rezultatet e trajmitit kirurgjikal të kanserit të ezofagut nuk janë të mira qoftë përsa i përket mortalitetit operator ashtu edhe për rezultateit e largëta. Vetëm gjatë viteve të fundit janë arritur rezultate optimiste.

Autori ka marë në studim 191 raste me kanser primar të ezofagut dhe 124 raste me kanser ventrikuli që ka invaduar pjesën terminal të ezofagut; në 88 raste të operuar në mënyrë radikale mortaliteti operator ishte 34% (në vitet e fundit 15%). Rojëmbi 5 vjetë 8% e atyre që kishin kanser primar dhe 11,5% e atyre me carcinoma gastrike dhe me lezon të pjesës terminale të ezofagut.

Nga eksperiencia personale e autorit dhe nga të dhënat e literaturës mendon se anë më të mira rezultatet e operacioneve sa më radikale qoftë egzerezat ezofagale, qoftë dhe linfadenektomia. Rezeksioni i kalueshmërisë së kanalit ushqyes pas reseksionit të ezofagut ose ezofagektomisë realizohet nëpërmjet ezofagogastroplastikës ose intratrakeale ose dhe një ezofago ose faringoplastikë më shpesh me kolon extra që në këtë rast pre ose intratorakal.

## TRAJTIMI KIRURGIKAL RADIKAL I KANCERIT TË EZOFAGUT SUBDIAFRAGMATIK

M. Ventura, Minerva Chirurgica, 1965, 11, 493.

Në lidhje me trajtimin e kancerit të ezofagut egzistojnë opionime të ndryshme sidomos për pjesën torakale, kurse përsa i përkat atij të pjesës gastroezofagale të gjithë kirurgët janë unanimitë për rrugën operatorë. Megjithatë ka kontradikta përmjetën e operacionit, a do të aplikohet një operacion i gjërë apo i ngushtë.

Studimi i autorit ka përmjet qëllimit të grumbullojës të dhënët kryesore të metodave të ndryshme të cilat janë krahasuar përmjet gjetur një drejtëm kirurgjikal sa më të drejtë. Nuk mund të merret parasysh trajtimi i esofagut subdiafragmatik pa i bashkëtegjitur dhe ca të pjesës kardiale duke nënkuptuar nën këtë emër zonën e kallimit të ezofagut në stomak.

Ky lloj kanceri është më i shpeshtë në burrat se sa në gratë dhe prek moshën mbi 70 vjeç dhe jep si simptom konstante, ngandonjëherë tardi, disfaginë. Kur tumori ka origjinën e tij në ezofag ka natyrë epidermoide, ndërsa kur është në pjesën gastrike është adenokarcinomë. Shpesh një kancer i kardias iavodon ezofagun se sa e kundërtë. Rruget e përhapjes janë intraparietale (epiteloma malpinghiana), imfonodulet estriniske dhe ajo përmjet kontinuitetit. Meqenëse tumori është i lokalizuar në kufitë e dy segmenteve të tubit digestiv, që i përkasin kavitetetë të ndryshme, më kryqëzim kë rruget linfatike kanë drejtëm të ndryshme megjithëse janë të anastomozuara me njera-tjetër, operacioni ka mundësi, aq më tepër kur tumori në përhapjen e tij mund të kap stacione linfatike proksimale më shumë se sa distale. Rruget e hyrjes përmjet sistemin gastroezofagal janë abdominale, torakike të majta, abdomino-torakike të majta ose të djathta, seicila sipas indikacioneve.

Disave u bëhet asportacioni i gjërë në billeke i tumorit dhe i pjesës organo-linfatike të invaduar, të tjerëve u bëhet rezekzioni i ezofagut 4-5 cm në kufi të indeve të shëndoshas me asportacionin komplet të stomakut me gjithë stacionet linfoglandulare regionale që ekonomi janë të pa prekura nga neoplazma bashkë me shprektën dhe pan-kreasin.

Autori mendon se ezofagogastrorezekzioni, megjithëse është më kundërshtim me rregullat e kirurgjisë onkologjike, sidomos kur shqetëhet me heqjen e kurvaturës minor që është vëndi më i shpeshtë i metastazave linfatike la harrin qëllimit. Nuk mund të thuhet se ky operacion nuk bëhet radikal kur të dhënët statistikore përmjet sëmurët që rojnë mbi 5 vjetë janë më të mira se sa përmjet gastrektomie totale të eleksionit, sidofqtë është biologjia dhe jo kirurgjia ajo që do të thotë fjalën e saj të fundit.

## TERAPIA KIRURGIKALE PALIATIVE E KARCINOMËS SË EZOFAGUT

A. Bariles, G. Letteri, G. N. Romeo Minerva Chirurgica, 1965, 11, 498.

Favorësishët nga rezultatet e arritura vitet e fundit në mjekimin e kancerit të ezofagut në rrugë qirurgjikale, si pas shumicës së statistikave, më se 2/3 e të sëmurëve janë të pa operuarshëm. Në këtë rast kirurgu detyrohet të japë ndihmën e tij.

Qëllimi kryesor i një operacioni paliativ është ky që po përshtaku më poshtë: a) realizimi i mënjanimit permanent të disfagisë, b) zgjatja e jetës, c) heqja e përshtypjes tek i sëmuri se është inkurabël.

Ndërrhyrjet paliative të kancerit inoperabile të ezofagut janë klasifikuar si më poshtë: 1) zgjerim, 2) gastrostomira, 3) intubacione permanente të ezofagut, 4) rezekzioni paliativ, 5) ezofagoplastike që ndahen në segmentare (anastomoza paliativë, subtotalë dhe totale, 6) procedura të kombinuara radio-kirurgjikale, 7) kimioterapi antiblastike.

Indikacionet e terapisë paliative në kancerin e ezofagut ndahen në relative dhe absolute, midis këtyre të fundit hyjnë difuzioni i neoplazisë në organet jetësore, metastaza në distancë, gjendja e përgjithësme e të sëmurit etj.

Autorët pasi ilustrojnë mënyrat e ndryshme operativë, komplikacionet dhe rezultatet, mendojnë se metoda që ka avantazhe më të shumta si nga ana teknike dhe funksionale është ezofagokolonplastika me colon dextra.

Eksperiencia personale e autorëve qëndron në 70 raste me kancer të pa operueshmë të ezofagut, në të cilin është bërë ezofagoplastika subtotalë, anastomoza paliative, 7 rezekzioni paliativë, 19 intubacione ezofagu të përherështme dhe gastrostomira. Mortaliteti operator ishte 7,1%, rezultatet përmjet jetës të mira. Rezultatet më të mira përmjet pjesës së poshtëme të ezofagut i jep esofagoplastika segmentare, po ashtu edhe

për ca të kardias; ndërsa për ca të pjesës së sipërme osë mediale të ezofagut duhet bërë subtotalë ose totale.

Radioterapia dhe kimioterapia mund të shogërojnë ndërryjet e ndryshme kirurgjikale pér të shluar jetën e të sëmurëve. Në qoftë se do të përdoret me vënd injekimi palivit, vendoset kalueshmëria e ezofagut, zgjatet jeta e të sëmarit dhe i jet atij iluzionin e një rrundësie shërimi.

### DIAGNOZA E HERËSHME E ENDARTERITIT OBLITERANT DHE ATEROSKLEROZËS NË KONDITAT E POLIKLINIKËS

Ju. V. Shancer, Hirurgia, 1965, 9, 23.

Shtimi i numurit të të sëmurëve me endarterit obliterant dhe mungesa e një metodë mjekimi radikalë, e bëjnë aktuale vendosjen e djagnozës së herëshme. Kjo gjë ka rënësi sidomos në kushtet e poliklinikës ku shpesh drejtohen të sëmurët me ankimë të formave filletare por gabimisht vihet djagnozë jo e saktë. Nga 156 që paraqet autori (71 me endarterit obliterant dhe 85 me aterosklerozë), në 79 (50,6%) në fillim u vendos djagnozë e gabuar. Shkaku kryesor i gabimit në këtë rast ishte se dhëmbjet nuk ishin karakteristike, nuk qalonin dhe pulsin e kishin në rregull.

Një rënësi të madhe i jep faktorit etiologjik. Tek shumica e të sëmurëve simptomë filletar ishte dhëmbja e ekstremiteteve e cila kishte lokalizime të ndryshme. Të sëmurët çalojnë më shpejt kur vuajnë nga aterosklerozë obliterante se sa kur kanë endarterit.

Rezultatet e palpimit të pulsit nuk duhet të merren si kriterë absolute pér vendosjen e djagnozës. Djagnoza e dëmtimit obliterant të vazave të anësive duhet të vihet në bazë të një studimi kompleks dhe një observacioni dinamik. Një rënësi të madhe ka në këtë rast oshilograma sidomos kur të dhënat janë asimetrike. Djagnoza e herëshme e endarterit obliterant duhet të bëhet në poliklinikë.

### ZGJERIMI VARIKOZ I VENAVE GJATË BARRËS DHE MJEKIMI I SAJ

Doc. Z. Žallega, Hirurgia, 1965, 9, 35.

Të dhënat e literaturës pér mijekimin e zgjerimit varikoz të venave gjatë barrës janë të pakta, ai problem ka një rënësi të madhe sipas të dhënavë të autorit më se 18% e grave me barrë vuajnë nga kjo sëmundje dhe komplikacionet e saj. Në lidhje me këtë problem, autori jep eksperiencën e tij 15 vjeçare nëpërmjet konkluzioneve të mëposhtëm: 1) Ndryshimet që konstatohen në sistemin venoz të gruas me barrë duhet të shihen dhe të kontrollohen vazhdëmisht nga mijku. 2) Një zgjerim jo i theksuar i venave duhet të mijekohet me rrugë konservative. Përdorimi i solucioneve sklerotizuese mund të dëmtojë venat e thella, dhe të jep reaksione alergjike, kurse përdorimi i tyre në pjesën e dytë të barrës shoqërohet zakonishët me një rikanalizim të venës varikoze të sklerotizuar. 3) Venat varikoze të mëdha i nënështrohen mijekimit kirurgjikal (deri në muejin e 8 të barrës). Kjo ndërryrrje pakenon vuajtjet gjatë barrës dhe mënjancen tromboflebitin mbas lindjes. 4) Barra nuk është kontraindikacion pér mijekimin kirurgjikal të zgjerimit varikoz të venave.

### Literatura 9 burime

### MBI DIAGNOZËN DHE MJEKIMIN E INSUFICIENCËS HEPATIKE.

E. L. Galperin, N. M. Sekolina. Hirurgia 1965 Nr. 29 78.

Në artikull janë paraqitur të dhënat e 62 të sëmurëve me insuficiencë hepatike nga viti 1951-1962, prej të cilëve 55 vdiqën, dhe u bë krahastimi i tablos klinike dhe të dhënavë anatomo-patologjike.

Nga të 55 të sëmurët që vdiqën diagnoza e insuficiencës hepatike u vendos në 19 të sëmurë, ndërsa në 14 u konstataua koma ose simptoma të tjera që tregonin një insuficiencë të theksuar hepatike. Më shpeshë këta ishin të sëmurë me cirroze hepatike ose me kancer të organeve të ndryshëm të kavitetit abdominal. Te të sëmurët me kalkulozë biliare, të komplikuar me kolangite, insuficiencia hepatike si rregull nuk u konstatua.

Si pas karakterit të sëmundjes bazë, të gjithë të sëmurët u ndanë në 5 grupe. Në grupin e parë u futën 20 të sëmurë të pa operuar. Në 19 prej tyre u konstatua një ikter i theksuar, që zgjati prej disa ditë deri në disa muaj, në 5 të sëmurë u konstatua ulja e tensionit arterial që shpuri në kolaps. Të sëmurët e operuar u futën në grupin e dytë, në të tretin të sëmurët që vuajnë nga neoformacione të organeve të kavitetit abdominal, në të katërtin ata me ciroze hepatike që në të përfshin u inkluduan të sëmurët të cilët 2-7 vjete përpara kishin bërë anasimoze portokavale për ciroze hepatike me hipertension portal. Diagnostika e prishjes së funksionit hepatik është e vështirë dhe e pa përpunuar mirë.

Një vlerësim i drejtë klinik dhe i të dhënave të laboratorit i lejojnë autorëve të dallojnë format e mëposhtëm të insuficiencës hepatike: 1) Insuficiencia hepatike me predominimin e hipofunksionit të hepatit. 2) Insuficiencia hepatike me predominimin e dëmtimit të veshkave. 3) Insuficiencia hepatike me predominimin e dëmtimeve të S.N.C. Kjo ndarje i lejon mëjekut praktik të bëjë terapinë racionale në bazë të formës së sëmundjes. Për konstallimin e formave të fshehura të sëmundjes bëhet prova e ngarkesë me sheqer të hepatit, rekomandohen njëkohësisht studimet dinamike të pro-sasia e urobilinës në urinë, bilirubinemia, alkolazat dhe transaminazat si dhe provat hepatike.

Më poshtë radhiten skemat e profilaksisë dhe mjezikimit të insuficiencës hepatike në të sëmurët kirurgjikalë. Skema e masave profilaktike të mëlcisë së zezë dhe rrugëve biliare: glukozë 40% — 30 ml. me vitaminë C 5% 2-3 ml intravenam. Vitaminë të grupit B ( $B_1B_6B_{12}$ ). Vikasol intramuskular, A.C.T.H. 10 UI, 2 herë në ditë, lipokainë 0,1-3 herë në ditë, transfuzione gjaku 150-200 gr 2 ditë para operacionit, si pac-indikacionit të sëmurit i bëhet dhe plazma.

Skema e mjezikimit të insuficiencës hepatike: Glukozë 40% — 100 gr me vit. C 5%, 2-3 herë në ditë intravenoz. Në të njëjtën kohë nën lëkurë i bëhen 10 UI insulinë, kampolon 4-6 gr intramuskulare, 2 herë në ditë, vitaminë  $B_1$ ,  $B_6$ ,  $B_{12}$ . Hidrokortizone 25-35 mgr intravenoze në ditë e kombinuar me A.C.T.H. Fuzione me solucione fiziologjike Dioril (duke pësë kontrollin e elektrolitëve të plazmës). Acid glutaminik (100 ml, 10% solucioni në 5% solucion glikozë). Lipokainë 0,1,3 herë në ditë, kolikloride 20% 10 ml në 250 ml solucion fiziologjik, oksigjenoterapi, në acidozë injektohet dhe karbonat natriumi 4% 200 ml intravenoze (pregatitet menjëherë para injektimit, intravenoze 0,25% solucion novokaine, blokadë paranefrale. Hipotazid 0,05-0,1 gr, antibiotikë, medikamente që përmirësojnë gjendjen e sistemit kardiovaskular (kordininë, korglikone etj.), gjatë oligurisë dhe prishjes së bilancit të elektrolitëve, bëhet lavazhi i stomakut dhe i zorrëve.

Terapia komplekse hepatike duhet të fillojë nga momenti i shtrimit të sëmurit dhe të vazhdojë deri në ditën e parë pas operacionit edhe në ato raste kur mungojnë shnjaf klinike të dëmtimit të mëlcisë.

#### Literatura & burime.

Z. Matathia

## NEKROLOGJI

Më 28.V. 1966, mbas një sëmundje të rëndë, u nda nga gjiri ynë Dr. Përparim Tepelena, Zv. Dekan i Fakultetit të Mjekësisë dhe antar i redaksisë së Buletinit të Shkencave Mjekësore. Vdekja e tij e parakohëshme preku jo vetëm familjen, por edhe shokët e tij pedagogë, studentët e gjithë ata që e njihnin.

Dr. P. Tepelena lindi më 4.II.1931 në katundin Mezgoran të rrëthit të Tepelenës. Në vitin 1956 mbaroi me sukses studimet e larta. Po në këtë vit u emrua pedagog në Institutin e lartë Mjekësor në lëndën e fiziologjisë patologjike dhe nga viti 1957 pedagog në Universitetin Shtetëror të Tiranës. Pak më vonë u caktua Zv/Dekan i Fakultetit të Mjekësisë, detyrë të cilën e mbajti deri në ditën e fundit të jetës së tij. Në vitin 1965 imbrojti disertacionin dhe fitoi gradën kandidat i shkencave mjekësore.

Dr. Përparim Tepelena si pedagog kishte fituar zemrat e studentëve, leksionet e tij, të cilat përshkoheshin nga filozofia e materializmit dialektik, i zhvillonte me pasion. Bëri përpjekje të mëdha për hedhjen e bazave të një laboratori eksperimental, bërrthamë e rëndësishme për zhvillimin e mëtejshëm të punës shkencore-mësimore të shkencave fiziopatologjike dhe të lëndëve të tjera të afërtë me të.

I shtyrë nga dëshira e zjarrit për ta lidhur sa më shumë punën e tij me problemet e mëdha të shëndetësisë në vëndin tonë, studjoi me durim të madh disa nga ujrat minerale të vendit tonë dhe në mënyrë të veçantë ujin mineral të Glinës. Studimet e tij në këtë drejtim i kurorëzoi me imbrojtjen e disertacionit «Mbi përdorimin praktik të ujit mineral të Glinës».

Gjatë aktivitetit të tij të shkurtër shkencor, Dr. Tepelena ka shkruar një seri artikuj me karakter eksperimental dhe praktik që i kanë shërbyer mjekësisë sonë të re.

Si Zv/Dekan për anën shkencore ka dhënë një ndihmë efikase për zhvillimin e punës shkencore në fakultetin tonë, për organizimin e sesioneve shkencore dhe të aspiranturës.

Dr. Përparimin e rriti dhe e edukoi Partia. Ai gjithmonë e kombinonte punën e tij si specialist me aktivitetin shoqëror.

Që në shkollën e mesme pranohet si antar partie (1948) dhe më vonë zgjidhet edhe si sekretar i organizatës së partisë. Edhe gjatë jetës studenteske punon me zell për të futur në masat studenteske vijën e partisë. Krahas punës pedagogjike ai zhvilloi një aktivitet të gjérë shoqëror duke qënë edhe në udhëheqie të organizatës së partisë së fakultetit. Për të ishin shumë të shtrenjta mësimet e Partisë, vijën e së cilës ai e imbronte me vendosmëri.

Redaksia e këtij buletini e njeh Dr. Përparimin si një antar të saj të pa lodhur, parimor dhe të pjekur në mendimet e tij.

Dr. P. Tepelena do tē mbahet mend nga kolektivi ynë si njeri i matur dhe i qetë, që i peshonte shumë fjalët e tij. Ai ishte një këshillëtar i mirë si për studentët ashtu edhe për pedagogët. Vdekja e parakohësime shkatërrroi përgjithëmonë dëshirën e tij të zjarrtë për të studjuar problemin e urolitiazës në vendin tonë.

Me vdekjen e tij kolektivi i fakultetit humbi një shok të vlefshëm, studentët një pedagog të mirë e të pjekur, redaksia e buletinit një antar të çmuar.

Kolektivi ynë do ta kujtojë Dr. Fërparimin si njeri shembullor në punë dhe besnik të çështjes së popullit e të Atdheut.

Kujtimi i tij do të ngelet i pashuar në mendjet tonë.