

PATOGENEZA DHE VETITË SEMIOLOGJIKE TË ASISTOLISË NGA SENESÇENCA

PROF. Dr. LASZLO MOSONYI

— Instituti i perfektionimit të mjekëve — Budapest —

Në përgjithësi, librat mbi pediatrinë fillojnë me konstatimin se fëmija i vogël nuk paraqitet si një i rritur në përpjessëtime të vogla dhe se sëmundjet e tyre ndryshojnë nga të njëjtat sindroma, si tek të rriturit, po ashtu edhe tek pleqtë.

Plekëria ka fiziologjinë patologjike të saj, ajo ka disa veçorira, të cilat e bënë të drejtë studimin e problemeve të senescencës, që formojnë një disiplinë të re të quajtur gerontologji.

Shumë fakte spjegojnë domosdoshmérinë e rishikimit të ndryshimeve anatomo-histologjike dhe funksionale të sistemit kardiokaskular, pa-si statistikat e ndryshme mbi mortalitetin e ditëve tona dëshmojnë përritjen konstante të kurbës së mortalitetit të sëmundjeve të aparatit kardiovaskular.

Ndërmjet cilësive më karakteristike të indeve nëmplakje duhet theksuar ulja e aftësisë së tyre regjenerative. Në proceset sklerotike të senescencës në nivelin e bazës cerebrale ndodh më shpesh sekrecioni (megjithëse i përkohëshëm) i tepruar i hormonit thyreotropine (T.S.) i shkaktuar nga stimulimi i hypothalamus «Corticotropic - releasing factor» (CRF), që përfundon në një hyperthyreozë të moderuar. Kështu prasasia e shtuar e thyroksinës dhe e hormoneve të tjera thyroidike do të shkaktonte në vetë vehte shtimin e aftësisë regjenerative, por mungesa e këtij fenomeni vjen si shkak më tepër i një stimuli qëndrорс sa nga mungesa e përgjigjes defektuoze e indit periferik. Ky konstatim është sidomos i vlefshëm përi indet të qojtura nga Bürger(I) «bradytrophes», metabolizimi i të cilave bëhet me anë të difuzionit të shpejtë dhe jo nëpërmjet kapilarëve. Këtu përfshihen kartilagjet, lenta e syrit dhe pareti i vazave; ky i fundit paraqitet si më i rëndësishmi përi temën tonë, përkundrazi indet të ushqyera nëpërmjet kapilarëve (p.sh. testikuli) ruajnë përi një kohë të gjatë aftësinë e tyre regjenerative. Regjenerimi i paretit vaskular bëhet gjithnjë më i vështirë, kur ai pëson ndryshime në sipërfaqe dhe volum. Linzbach mundi të demonstrojë se volumi i arteries femorale rritet gjatë jetës 25 herë, përkëtë arësyte ushqyeshmëria e paretit vaskular pëson ndryshime me kallimin e kohës. Rigjenerimi i dëmtimeve mekanike si dhe biokimike, që paraqitet gjatëmplakjes, bëhet gjithnjë më i vështirë. Sipas Bürger, mendohet se proceset metabolike në aortën e njeriut ngadalësohen, nga depozitimi i kolesterinës, kalçiumit dhe fosforit, pavarësisht nga dëmtimet ateromatoze, që sjellin si pasojë pakësimin e elasticitetit vaskular. Edhe miokardi gjatë jetës paraqet fenomene degjenerative të tipareve të ndryshme. Si pasojë e shtimit të rezistencës së vazave pe-

riferike, muskulatura e ventrikulave të zemrës hipertrofohet deri në moshën rrëth 55 vjeç, më pas çfaqet një atrofi e ngadalëshme fiziologjike. Gjatë këtij procesi vihet re një depozitim pigmentesh dhe zhvillimi i një fibroze të lehtë, që e bën miokardin më të lehtë në të prekur.

Ka të ngjarë që mungesa e aftësisë regjenerative tek pleqtë shkakton degjenerimin fibrotik të fibrave muskulare të dëmtuara nga disa okluzione minimale të vazave. Del e qartë se miokardi mund të mbivengarkohet nga ndryshimet funksionale të çfarëdo vaze periferike, por faktori më kryesor mbetet pa dyshim veshka. Procesi degjenerativ renalet është i njëjtë me atë të miokardit, por veshka zvogëlohet e bëhet më atrofike, ajo është e fortë në të prekur. Funksioni i dobësuar i sistemit vaskular çfaqet në radhë të parë në pakësimin e elasticitetit të vazave. Ky fenomen mundet të zbulohet më lehtë, duke vrejtur shpejtësinë e valës së pulsit.

Në pleqëri edhe tensioni arterial si sistoliku ashtu dhe diastoliku pësojnë ndryshime, por i përbahen gjithnjë disa shifrave, që i quajmë si kufij normalë. Tensioni sistolik dhe diastolik i grave është pak më i lartë se sa tek burrat dhe kjo diferençë midis dy sekseve vihet re mirë sidomos në periudhën klimaterike. Volumi i zemrës tek të moshuarit rritet pothuaj 10%, ndërsa puna e zemrës shtohet 25%. Gjithë kjo provokon hypertrofinë e miokardit, e cila më pas zëvendësohet me një atrofi, sikundër e kemi thënë më lart.

Vlerësimi i EKG është i ndryshëm ndër fëmijt, të rriturit dhe pleqtë. Mund të vrehet jo vetëm një devijim i aksit (vektori R migrion nga përparrë prapa - Unghvary,3) por seksionet PQ,QRS dhe QT zgjaten nga pak. P_1 bëhet bifazik ose izoelektrik, Q_1 thellohet, T_1 shtypet dhe negativi VT_1 ndrohet në pozitiv (Bürger (1).

Të dhënat elektrokardiografike tregojnë ndryshimet e terenit, nga të cilat nuk mund të përcaktohen shkaqet e tyre, si dhe çfaqjet patologjike të sistemit qarkullues tek i rrituri. Disa rrethana të jashtëme - infeksione interkurrente dhe faktorë negativë fizike dhe psiqike kanë rolin e tyre, ashtu sikundër edhe kushtet imunologjike të parafitaura shërbijnë në uljen e reaktivitetit të sistemit nervor.

Për shkak të reaktivitetit të zvogëluar, numëri i sëmundjeve të zemrës reumatizmale në moshën e shkuar është më i vogël dhe, përkëtë, çfaqja e veseve të freskëta të zemrës është minimale. Ky fakt nuk nënveftësohet nga konstatimi i shpeshtë i vegjetacioneve valvulare të reja tek të rriturit, për të cilët shpesh herë vihet diagoza «endokarditi i freskët». Vrejtja e kujdesëshme klinike dhe ekzaminimet plotësuese do të flasin për një organizëm anergjistik, që nuk reagon. Këto fenomene vihen re sidomos pas një pneumonie, një gjendje septike, një enteriti të rrufeshëm, si rezultat i një gjendje septike, bakteriale. Por jeta e këtyre patientëve është tepër e shkurtër, kështu që nuk arrin të zhvillohet një ves kardiak. Nga ana tjeter, proceset septike, në fazën terminale, atakojnë jo vetëm valvulat e zemrës, siç janë p.sh. endokarditet ulceroze, që nuk janë edhe aq të tralla. Një fenomen i tillë kushtëzohet me gjendjen anergjike të organizmit tek të kaluarit nga mosha. Përsë i përket veseve të zemrës «të vjetërvara», duket se ato nuk përparojnë gjithnjë. Kur organizmi nuk është i eksposuar ndaj infeksioneve, lodhjeve fizike dhe psiqike - sikundër është rasti tek gratë e reja të mbajtura mirë - vihen re se disa nga këta patientë nuk çfaqin insuficiencia qarkullimi me gjithë zhurmën e tyre të zemrës mjaft karak-

teristike. Përkundrazi, tek gratë, në të cilat vihen re kriza premenstruale me retencione të likuidit (asthma kardiak, aksese epileptike), çfaqet shpejt dekompenzimi i qarkullimit - asistolia. Në pathogjencën e lezionateve valvulare të një kohe të mëvonëshme, me origjinë luetikë, kryesisht në ditët tona, arteriosklerozë me lokalizime aortike lozin një rol të rëndësishëm. Përcaktimi i diagnozës së insuficiencës aortike si-filitike është mjaft i shpeshtë, megjithëse dëmtimet sifilitike primare janë të rralla. Pikërisht njerëzit e moshës 60-70 vjeç, të cilët janë infektuar nga kjo sëmundje para shumë vjetëve, me kalimin e kohës paraqitin aortite sifilitike me insuficiencë aortike. Lidhur me këtë diagnostik, dua të theksoj se sifilizi nuk përfundon kurri me një ngushtim aortik, prandaj mund të përjashtohet etiologjia luetikë kur konstatohet stenoza e saj. Nuk është vetëm zhurma sistolike dominonjëse, që do të na ndihmojë për përcaktimin e drejtë të diagnostikut të insuficiencës aortike, por edhe simptome të tjera klinike si pulsi, tensioni, pulsacioni i kapilareve, të cilët plotësojnë tablonë klinike të insuficiencës aortike.

Lezonet valvulare aortike tek pleqtë flasin më shpesh për një pathogjenezë arteriosklerotike. Për plotësimin e diagnostikës mund të mbështetemi tek simptomat e tjera klinike të arteriosklerozës periferike (simptomi bronkial, arteriet temporale të forta, claudicatio intermittens, dispraksia intestinale etj.), duke mos harruar proceset patologjike me zhvillim të shpejtë febril, që shoqërohen me lezione të sistemit nervor qëndror. Kjo është shumë e rëndësishme, meqënëse prania e eteve të moderuara, veset aortike dhe sedimentacioni i shtuar i eritrociteve mund të interpretohen si çfaqje të një endocarditis lenta. Duhet përcaktuar mirë diagnoza për tu mënjanuar mjekimi intensiv me antibiotikë, që kërkon endocarditis lenta.

Diagnoza diferenciale e proceseve arteriosklerotike më pak të rrufeshme bëhet në bazë të shenjave stotakustike, sidomos me ndihmën e fonokardiogramës. Mund të zhvillohen dy tone karakteristike: zhurmat fiziologjike sa vete bëhen më të dobta gjër në zhdukjen e plotë, si pasojë e dobësimit të miokardit, nga ana tjetër pllakat e tendosura nga depozitimi kalçik i jashtë zhurmës së mylljes valvulare një tonalitet sonorik, muzikal.

Midis ndryshimeve patologjike të senesqenës, që favorizojnë zhvillimin e një asistolije, roli kryesor u takon lezionateve miodegjenerative, të shkaktuara nga ateroskleroza, nga ushqimi i pakët me proteina dhe elektrolite (insuficiencia energjitike - dinamike e Hegglin), nga dhjamat e tepërtë, ndërkaq të mos liben në harresë format reziduale të infarkteve të zemrës pak a shumë të diagnostikuara. Nga të gjithë këta faktorë etiopathogenetikë të senesqenës, ateroskleroza ze vendin e parë. Ajo lot një rol me rëndësi në pathogjenezën e infarkteve, është një faktor negativ në ushqimin e indeve dhe pengesë për rezorbimin intestinal.

Si pasojë e infarkteve të quajtur «memece» (gjatë të cilave nuk vihet re ndonjë dëmtim elektrokardiografik) zhvillohet më tej senesqenca. Grada e dobësimit të miokardit varet nga vendi i shtrirjes së okluzionit. Nga okluzioni i koronareve mund të vihen re dy forma asistolije akute: njëra me paraqitjen e një krize asthme kardiak, tjetra me dëmtime të përqueshmërisë (blloku i degës, fibrilacioni aurikular me bllok të pjesëshëm). Këta dy lloje janë më të shpeshta tek sklerotikët se sa tek ata me koronaret të një moshe më të vogël. Me përcaktimin e sasisë enzi-

matike në serum, të transaminazave mund të konstatohet mirë se kemi të bëjmë me dëmtimin pak a shumë të përhapur të miokardit.

Nga komplikacionet e infarktit tek të rriturit duhet të përmëndet sidomos evolucioni i aneurizmës ventrikulare. Fuqia e miokardit zvogëlohet gjithashtu edhe nga gjendjet anginoze të zgjatura, të cilat mund të fshehin edhe dëmtime organike të një grade pak a shumë të theksuar (sindromi i ndërmjetëshëm i infarktit) si dhe shpërthimi i një goditje ekstrasistolike; zgjatja e tyre e shton dobësimin e qarkullimit; volumi për minut është dëshirat e shpëtimit nga sipërfwärard failure). Duhet theksuar se jo vetëm ekstrasistolat heterotrope mund të konsiderohen si patologjike dhe se ato shpeshtë kthehen në gjendje fibrilacioni aurikular, por edhe ekstrasistolat e «thjeshtë», që e kanë origjinën nën muskulaturën ventrikulare arteriosklerotike, marrin pjesë në këtë patologji. Pra, më mirë është që këtyre t'u dalësh përpara dhe, ndërkohë, të mjekohen me sedativë, me përzjerje me kinidinë ose prokainamide. Si shkak më të shpeshtë të insuficencës së zemrës, tek të rriturit duhet të konsiderohen infeksionet, sidomos pneumonja etj. Është fakt i pakundërshtueshëm që asistolia e të rriturve vjen më shpeshtë, si pasojë e një infeksioni pulmonar, bille edhe nga një faringitis i lehtë.

Dekompensimi i zemrës do të jetë aqë më i rëndë sa herë të përsëriten infeksionet. Për këtë duhet të përdoren antibiotiket dhe sulfamidiket si kurë profilaktike. Në vendet e Europës qëndrore, në periudhën e «mjegullës» (tetor-prill) rekomandohen për këtë qëllim për çdo ditë 200.000 UI penicilinë ose 1 gr. sulfamide. Në rastet e intolerancës ndaj penicilinës, rekomandohet një antibiotik tjetër me spektër të gjérë. Përvendet më klimë të ngrohtë, siç është p.sh. pjesërisht Shqipëria, kjo periudhë mund të reduktohet për kohën dhjetor, janar dhe shkurt. Infeksionet e vijave respiratore janë më të shpeshta tek ata që pijnë duhan, tek bronkioektaziket dhe tek ata që vuajnë nga sinuziti. Nga përsëritja e tyre, pneumonit stazike dobësojnë në një mënyrë të konsiderueshme fuqinë e miokardit. Zbatimi preventiv i kurës me antibiotikë dhe injekimi radikal i recidivës shërbejnë për të parandaluar krizat e dëmëshme të qarkullimit. Si konsekuençë e trombozave multiple cerebrale tek arterio-sklerotiket mund të vihet re një prirje për kolaps. Evolucioni i ngadalëshëm, gradual, simptomet fokale motorike etj. zbulojnë shpejt karakterin e afeksionit. Tensioni i mjaftucshëm për të siguruar një qarkullim cerebral mund të arrihet nga përdorimi i infuzioneve të Nor-adrelinës, Hypertensinës, megjithëse injekimi me antikoagulantë nuk duhet neglizhuar: infuzion heparine, preparate të Kuminës, që kontrollohen nga përcaktimi i shpeshtë i kohës së protrombinës. Si faktor pathogenetik, hypertensioni i çfarëdo natyre qoftë, tipit renal, endokrinë (Hyperaldosteronisme) luan gjithashtu një rol me rëndësi. Miokardi do të dobësohet shpejt dhe shenja e parë e këtij dobësimi do të jetë fibracioni aurikular. Dekompensimi renal me azotemi të vërtetë do t'u shtohet dëmtimeve të zemrës me pericarditis dhe dëmtim të brendëshëm të qarkullimit të zemrës. Shenjat dhe simptomat klinike të asistolisë nga senesçanca nuk ndryshojnë në parim nga pamja e përgjithësme që vihet re gjatë moshës së rritur. Megjithatë ka disa çaste të zakonëshme, që lcojnë grupimin e tyre nga pikëpamja terapeutike dhe sidomos profilaktike. Të tilla janë:

1. - Humbja e peshës së trupit është në përgjithësi karakteristike e

moshës së kaluar, gjë që spjegohet nga ulja e oreksit për shkak të një arterioskleroze abdominale. Rivendosja e kompensimit zhvillohet shumë më lehtë për shkak të kësaj, por përsa i përket origjinës, qfaqja e dobësimit trupor na le të dyshojmë. Pikërisht për shkak të kësaj vësh-tirësie diagnostike flitet për një formë kahektive të insuficencës kardiake tek ata me moshë të kaluar. Arësy e këtij përcaktimi terminologjik gjindet në faktin se pacienti tashmë i dobësuar nuk ushqitet për shkak të gastritit kongjestiv; mjeku detyrohet të kërkojë gjer në fund një proces maligne ose një T.B.C. në moshë të kaluar. Në të vërtetë kemi të bëjmë me një circulus vicious. Përsa i përket terapisë, pacientët reagojnë mjaft mirë ndaj dozave të vogla me Digitalis, mje-kim që duhet të bëhet në mënyrë sistematike. Për të larguar pasojat e këtij rrathi të dëmëshëm nga ushqyeshëmia, kemi përvojë shumë të mirë nga përdorimi i testosteronit tek burrat si dhe i produktit sintetik anabolizues - Nerobol, Durabolinë, Dianabol etj., tek gratë aterosklerotike. Rekomandojmë një kurë tre javore, e cila duhet të përsëritet dy herë në vit. Doza nuk duhet të tejkalojë caqet oreksigjene, d.m.th. të mos ketë një veprim eksitives seksual. Përgjithësisht mund të jepen 25 mg. për çdo javë. Për rivendosjen e ekuilibrit nutritiv rekomandohet vitamino-terapia (B dhe C).

2. - «Cor pulmonaris»: është një nga format më të shpeshta të asistolisë nga senesçenca, i shkaktuar nga dëmtimi i njëkohëshëm, por i dyanëshëm: dëmtimet miokarditike dhe insuficiencia e qarkullimit të vogël. Shumica e të sëmurëve paraqesin në anamnezën e tyre bronkektazi, asthma bronkiale, silikoze, fibroza-pulmonare ose të paktën forma recidivale të shpeshta bronkitesh kronike.

Në këtë rast, terapia do të përpinqet të përmirësojë në të njëjtën kohë fuqinë e miokardit dhe dilatimin e bronkeve. Gjatë periudhavë pa kriza dhe pa shenja klinike të këtyre afeksioneve kardiopulmonare kronike duhet të zbatohet një kurë profilaktike me theofilinë dhe antibiotike. Enfizema, që vjen si pasojë e sëmundjeve të sipërmëndura, shtohet apo rëndohet akoma më tepër, sidomos pas bronkiteve të përsëritura, gjë që e bën të llogjikëshme dhe të nevojshme përdorimin e mjekimit me antibiotikë dhe atçhere kur në dukje nuk paraqet infeksion.

Gjendja astmatike nuk mund të zgjidhet nëpërmjet preparateve simpatikomimetike të zakonëshme, bile edhe kriza mund të mbetet stabël. Në raste të tillë, insuficiencia e qarkullimit rëndon gjendjen e përgjithëshme, pra dhe detyra e jonë është që të qetësojmë sistemin nervor tepër të eksituar: duhet të ndalohet menjëherë përdorimi i preparatave, që përbajnjë adrenalinë dhe efedrinë, terapia optimale duhet të kon siderohet ajo me teofilinë intravenoze, ampule papaverini dhe barbiturate. Me kortizon dhe ACTH nuk kemi gjithënjë rezultat të favorshëm, por në rast të veçantë, të kërkohet ndihma e tyre nëpërmjet rrugës parenterale. Dekompensimi i «Cor pulmonaris» kërkon njëkohësisht një terapi radikale me glikozide të Digitalis. Përvoja na tregon se derivatet e strofantinës tolerohen më mirë dhe kanë efekte më të shpejtë se sa ato të Digitalis. Megjithatë nuk kemi rezultate të mira me derivatet e Digitalis Lanata (Lanatoside, Cedilanide, Isolanide, Digoxine). Kjo terapi plotësohet me oksigjen, qoftë me inhalacion apo në-përmjet rrugës parenterale. Organizmi lehtësohet shumë duke plotësuar nevojat me oksigjen, duke qëndruar në vende të larta mbi nivelin e detit, nëpër vende të pyllëzuara.

3. - Përsa u përket dëmtimeve morfoloqjike nuk mund të dallojmë fenomenet e dekompensimit të të kaluarve në moshë nga ata më të rinjtë. Megjithatë, konsistenca e mëlcisë paraqitet më e fortë për shkak tertë butë për shkak të hypoproteinemisë. Meqënëse në parim kjo asistoli nuk ndryshon, veçse në pak gjëra nga ajo e moshave të tjera, digitaloterapia dhe ssaluretitet duhet të mos lihen në harresë në mjekimin e asistolisë tek neqtë.

Cirhoza kardiake incipiens kërkon shpeshherë një terapi që të synojë nga ana e mëlcisë, d.m.th. vitamina dhe ekstrakte të mëlcisë së gjallë. Është e vështirë që terapia hormonale të ndalojë mundësinë e zhvillimit të një hyperaldosteronizmi sekondar, të shkaktuar nga një hypovolomi dhe hypoproteinemi, kurse me ndihmën e një mekanizmi «valvule» stabilizohet në një farë niveli, duke mos lejuar shtimin e retensionit të ujit. Kjo «valvula» (escape - nga anglo-saksonët) është e njëjtë me mekanizmin që paraqitet gjatë një hyperaldosteronizmi primar (syndromi i Conn) me ndryshimin se ajo qfaqet aty qysh në fillimin e sëmundjes, meqënëse hypertensioni shoqëron pothuajse gjithënjë dekompensimin e të kaluarve në moshë, ndërsa në sindromin e Conn ajo është e lidhur me sasinë e aldosteronit në gjak.

4. - Për mjekimin e hypertensionit komi dy detyra: të luftojmë kundra encefalopathisë hypertensive, e cila e ka burimin në fenomene të ndryshme vaskulare, që lindin në sistemin nervor qëndror, të cilët mund të përmirësohen me përdorimin intravenoz të theofilinës dhe të zbatimit të shpejtë me infuzion të vazhdueshëm me pika heparine (2 ml. për tre orë). Përdorimi i acidit glutaminik me doza masive (16.24 tabletë në ditë) jep shpesh suksese të pa pritura. Kur oftalmologu konstaton dëmtime të rënda në fundus okuli duhet të ulet në mënyrë radikale niveli i ngritur i tensionit (grada e IV e hypertensiveve). Në këtë rast, përvjojë më të mirë kemi me guanethidine (ismeline), përdorimi i zgjatur i së cilës jep përmirësimë deri në zhdukjen e plotë të fenomeve pathologjike të fundus oculi (njolla gjaku) degjenerim lipoidik, simptomi i vazave në formë «Tel bakri» etj.

5. - Përsa i përket frekuencës së pulsit, mund të ndahen në mënyrë të qartë në disa grupe. Disa arteriosklerotikë janë bradikardikë, si pasojë e sklerozimit të indit specifik të përcueshmërisë intrakardiake. Midis tyre gjejmë me bradikardi të tepëruar 42-48 pulsacione për minut, pa bllok - të tjerat paraqesin kriza me fibrilacione paroksistike aurikulare, karakteristike, sikundë e përmëndëm tek hypertensivët. Grupi i III-të përbëhet nga pacientë, palpitacioni i zemrës i të cilëve është konstant edhe sikur simptomet e tjerë të dekompensimit të mungojnë: Ka shumë që përdorin si stimulues të vazhdueshëm thyreatropinë kundra sklerozimit të vazave të bazës cerebrale. Terapia është e arësyeshme në rast se dallojmë të tre grupet: në të parën kafeina jep rezultate më të mira (edhe dhëmbjet e kokës mund të zhduken). Kriżat e fibrilacionit duhet të mjekohen me futjen intravenoz të Digitalis (4-6 ml. izolanide, Cedilanide ose digoxine), ndërsa palpitacionet me origjinë qëndrore zhduken me përdorimin e sedativeve hypothalamike (barbituratë, Rausedy) ose nën veprimin e një terapie antithyroidike. Këta lloj palpitacione u qojtën shumë kohë më parë syndromi hypercinetic.

6. - Aritmit e asistolive nga senesçanca janë të një pathogeneze të ngjashme me ato të pacientëve me mosha të tjera - me përashtim

të pasojave të një infarkti septal, i cili paraqitet më shpesh tek të kalluarit në moshë. Diagnosa mund të vështirësohet për shkak të çfaqjes në të njëjtën kohë të një aksesi asthme kardiake, i cili mund të maskojë dhëmbjet akute të okluzionit arterial. Mjekimi më i arësyeshëm në këtë rast duhet të jetë, pasi kalohet dobësia akute e ventrikulit të majtë, me marrje të gjakut, injektimi i 2 eg. morfinë dhe 1/8 mg. strofiantinë më zhdukjen e defektit të përcimit intraventrikular me anën e 200 mg. kortisone të ndara në 4 injeksione gjatë 24 orëve. Të nesërmen përsërítit kortikoterapia me 100 mg. dhe ditën tjetër 50 mg. Asnjë nga kundra-indikacionet (ulceri, diabeti mclitus ose hypertensioni) nuk i kundërvihet këtij mjekimi. Në rast takiaritmije të vazhdueshme duhet së pari të ulet frekuencë e pulsit deri sa të arrijë në bradiaritm, që lejon për të mbajtur një qarkullim të kënaqëshëm. Kinidina, faktor regullues tek arrithmikut duhet të përdoret me kujdes tek të kaluarit në moshë. Po ashtu edhe përdorimi i elektroshokut tek të moshuarit duhet pasur kujdes. Kjo provë e regullimit me kinidinë duhet të ndiqet me mjekimin me antikoagulantë (Heparinë) për të parandaluar embole, që mund të lindin nga shkëputja e trombeve, të shkaktuara nga kontraksioni i menjëherëshëm muskular i provokuar nga kinidina.

7. - Insuficiencia kardiake e të moshuarve paraqitet shpesh me pamjen e një angina-pectoris. Për mjekimin e kësaj forme përdoret digitalizimi i shqëruar me derivatet e purinës (Agatheosen) dhe kohët e fundit me inhibuesit e enzimës monoamino oksidazës (Iproniazid) Cortentine, Nuredal). Rezultate të mira edhe për një kohë të gjatë mund të kemi tek burrat me përdorimin e hormonit seksual femëror. Në të njëjtën kohë ky mjekim synon në pakësimin e hypertrofisë së prostataës (si shkaku më i shpeshtë i retensionit urinar, i dhimbjeve nokturne prekordiale) si dhe në zgjerimin e arterieve koronare. Posologjia është si vijon: 50 mg. syntestrinë në 10 injeksione, dy kura në vit.

8. - Gjendja e shokut tek të kaluarit në moshë është më pak reversibile se sa tek të rinjtë, për shkak të ekuilibrit elektrolitik mjafit delikat. Kur ky komplikacion rezikon jetën e pacientit rekomandohen infuzione të vazhdueshme hipertensine (pikat e infuzionit llogariten sipas nevojës për të mbajtur një tension të mirë). Disa herë takohen raste, që paraqesin shpejt një rezistencë ndaj efektit tonik të hypertensiës (sipas gjuhës farmakologjike kemi të bëjmë me një takifilaksi) në këtë rast injektohet 1/3 mg. noradrenaline me infuzion. Për t'u stabilizuari përfundimisht tensioni i lëkundëshëm, duhet filluar një terapi kortizonike: tre ditë rjesht dhënia e kortizonit i jep fund lëkundëshëmrisë së çfaqur.

Duke përfunduar, jemi të mendimit, megjithëse parimet e pathogjenezës dhe terapisë së asistolive të shkaktuar nga senesçanca nuk ndryshojnë me ato të të rinjve, prapë se prapë disa probleme speciale meritojnë një konsideratë të vëmëndëshme dhe të veçantë për të pasur suksese kurative të kënaqëshme.

B I B L I O G R A F I

- 1 — Bürger — Altern und Krankheit, 2e Edition, VEB G. Thieme Verl. Leipzig 1954
- 2 — Linzbach — Virchows Arch. 1943, 311.432.
- 3 — Unghváry, L — Z. Kreislaufforsch. 1949 38.796.
- 4 — Hegglin, R — Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1957.

DISA TË DHËNA MBI ELEKTROENCEFALOGRAFINË NË TUMORET CEREBRALE

B. PREZA

(Shef i katedrës së neuropsikiatrisë Prof. Xh. Gjata)

Vrojtimet e para të të dhënave elektroencefalografike gjatë tumoreve cerebrale i ka bërë Hans Berger qysh më 1929. Delay dhe Verdeaux referojnë se H. Berger më 1931 përshkroi kuadrin tipik elektrik të neoformacioneve cerebrale. Kurse Maleci O. (1952) referon se publikimi i Bergerit i vitit 1933 tërheq vëmëndjen në lidhje me ngadalësimin dhe modifikimin në trajtë dhe në amplitudë të valëve cerebrale, që paraqesin diferençë lateraliteti në tumoret hemisferike. Por, siç theksion më 1949 Baudouin dhe Fischgold, teknika e regjistrimit fronto-okcipitale, e përdorur nga zbuluesi i EEG, nuk ishte e përshtatëshme për kërkimin e topikës.

Dy vjet më vonë, Foerster dhe Altenburger dhe pavarësisht nga ata, një tjetër neurokirurg i madh, Tonnis, treguan një «fakt primordial», që neoformacioni cerebral është në vetëvehte i heshtur elektrikisht. Këta auktorë, duke derivuar drejtpërdrejt nga sipërfaqja cerebrale, vrojtuant gjatë tumoreve cerebrale, mbi tumorin dhe në afërsi të tij, një depresion të theksuar të potencialeve cerebrale dhe ndonjëherë heshtje të plotë elektrike, kurse një vit më vonë, më 1936, Gray Walter, në katër raste tumoresh cerebrale, vuri re valë të ngadalëshme në vendin e tumoreve dhe i quajti ato - valë delta. Një vit më vonë ai arriti të përshkruajë 15 raste tumoresh dhe i diskutoi ato në mënyrë më të plotë dhe të përsosur. Midis tjerash, në afërsi të tumorit ai përshkroi valë delta me kontrast faze. Prej asaj kohe, mund të themi, filloj të pranohet fakti se elektroencefalografia ishte një metodë e dobishme për lokalizimin e tumoreve cerebrale.

Më 1941, këtyre punimeve iu shtuan edhe ato të Scarf dhe Rham, kurse më 1946 ato të G. Grey dhe të V.J. Walter dhe po në këtë vij shumë interesant qe punimi i Puech, Fischgold, Lairy-Bounes dhe Dreyfus Brisac, të cilët dalluan ritëm delta polimorf dhe ritëm delta monomorf, duke përshkruar njëkohësisht rëndësinë topike të këtyre dy elementëve grafike patologjike. Në afës kohë këta auktorë, në semilogjinë elektrike të tumoreve cerebrale, dalluan shtatë elementë: 1) sektori i deltas së izoluar; 2-rritje e lokalizuar e amplitudës së ritmit delta; 3-rrafshim i lokalizuar i ritmit delta; 4- delta e thjeshtë; 5- opozicioni i fazës «në kryq»; 6- abolition i reaksionit të ndalesës; 7- ritmet në distancë.

Prej asaj kohe, punimet në këtë drejtim janë shtuar dhe po janë një kontribut të mirë në studimin elektrik të tumoreve cerebrale. Kështu p.sh. më 1951, Chavany, Arfel-Capdevielle, Guiot dhe Fischgold,

në 1952 David, Fischgold, Lairy - Bounes dhe Talairach, në 1953 Lairy - Bounes dhe Fischgold, në 1957 Floris dhe Maccagnani - studjuan anë të ndryshme elektrike të këtij problemi. Një kontribut i mirë në këtë drejtim është monografia e Maleci-t mbi tumoret cerebrale, i cili ndalet me hollësi në të gjitha elementet grafike patologjike dhe bën një paraqitje kritike të pikëpamjeve të auktorëve të ndryshëm, duke përshtkuar në fund edhe 72 rastet personale. Delay dhe Verdeaux në 1966 paraqesin shkurt, por mjaft mitë, elementet kryesore patologjike, që takohen gjatë tumoreve cerebrale: 1 - ritmi delta monomorf dhe polimorf, që konsiderohen si shenja më e rëndë e dëmtimit cerebral; 2 - paroksizmat e serisë komiciale (majë, majë të ngadalëshme ose komplekset «majë-valë», të thjeshta osc të degraduar); 3 - ritmi theta i ngadalë 4-5c/ i shoqëruar me asimetri të tij; 4 - asimetritë e ritmit alfa, që paraqitet më i varfër dhe i çregullt në anën e lezonit (Bagghi); 5 - mungesa e reaksionit të ndalesës në anën e lezonit (Dreyfus - Brisac).

Gjatë këtyre dy vjetëve të fundit - tetor 1964 - tetor 1966, ne patëm rast të observojmë 70 pacientë si më poshtë vijon: a) tumore supratentoriale - 32, tumore subtentoriale - 16, tumore të vijës mediane-hipofizare - 5, hematoma subdurale kronike traumatike - 1, hematoma nga ruptura e aneurizmës - 1, abscese cerebrale supratentoriale - 2, encefalite - 1, hidrocefali - 1, meningit tbc. basilar e shoqëruar me encefalomalaci masive në hemisferin e majtë - 1, ca. pulmonar me metastaza cerebrale - 7, ca me metastaza në basis crani - 4.

Si kriter i zgjedhjes së këtyre rasteve kanë shërbyer në radhë të parë operacionet në 25 raste brenda ose jashtë shtetit, b - autopsitë në 24 raste, c - biopsitë në 4 raste, kurse rastet e tjera janë verifikuar në shumicën dërmuese me arteriografi cerebrale ose në 2-3 raste me pneumoencefalografi përsa u përket tumoreve supra - ose subtentoriale, kurse në rastet e tumoreve hipofizare jemi bazuar në grafitë e sella turcica dhe në ekzaminimin e fushave vizive.

Përsa u përket kancereve pulmonarc, jemi bazuar në grafitë pulmonare. Përveç këtyre, të gjithë të sëmurët kanë bërë disa herë me radhë ekzaminimet e fundus oculi, fushat vizive dhe mprehtësinë e pamjes. Në një rast jemi ndihmuar nga ekzaminimi otorinolaringologjik si dhe nga projksionet përkatëse të kraniogramave në pozicionet e Stenvers dhe Schuller. Vetkuptohet që ekzaminimi neurologjik ka qënë një kusht i domosdoshëm për studimin e këtyre rasteve.

Në interpretimin e EEG, të marrura në studim në këto 70 raste, duke u bazuar në të dhënat më klasike të literaturës si dhe në eksperiencën e vogël të grumbulluar gjatë këtyre dy vjetëve, si patologjike, kemi konsideruar këto elemente grafike:

- 1 - valët delta monomorfe hipersinkrone në trajtë bufësh, të pasqyruara në dy pjesët anteriore të hemisferave;
- 2 - valë delta monomorfe hipersinkrone pak a shumë të vazhdueshme të pasqyruara në të gjitha derivacionet;
- 3 - valë delta polimorfe 1-3 c/s;
- 4 - valë theta hipersinkrone në trajtë bufësh osc të vazhdueshme, të kufizuara në ndonjë nga regionet;
- 5 - valë theta hipersinkrone 4-5 c/s të reflektuara në dy pjesët anteriore të hemisferave;
- 6 - depresionin e theksuar të potencialeve elektrike ose «heshtjen elektrike» të lokalizuar;
7. - Asimetrinë e ritmit alfa në frekuencë dhe amplitudë;

- 8 - ekzaltilmin e ritmit alfa, majëzimin e tij;
 9 - zhdukjen e ritmit alfa në zëvëndësimin e tij me valë patologjike;
 10 - mungesën e reaksionit të ndalesës;
 11 - mungesën e reaksionit të antraihement-it;
 12 - çfaqjen e potencialeve akute të lokalizuarë;
 13 - çfaqjen e majeve ose majëve të ngadalësuara si edhe e kom-
 seve të tyre;

14 - trasetë disritmike difuze

Regjistrimet EEgrafike janë bërë me aparat elektroencefalograf të firmës Alvar me tetë kanale. Zakonisht, në fillim është bërë montazhi orientues i përdorur në Spitalin e Pitié në Paris, sipas Fischgold e bashkëpunëtore. Në raste kur ky montazh orientues ka dhënë shenja patologjike, janë përdorur tetë montazhe që posedon vetë aparatit që janë ato të shkollës marsejeze të Gastaut. Në çdo të sëmurë janë përdorur në mënyrë sistematike dy metoda aktivizimi: hiperpnea dhe fotostimulimi dhe në raste të vecanta, është përdorur edhe gjumi me barbiturate. Gjithashtu, në ato raste kur ka qënë evident sindromi hipertensiv endokranik, pacientëve iu është bërë dhe dehidratimi me solucione hipertonike ose diuretikë merkuriale.

Në raste të veçanta, kur është menduar për një proces, ose kur është kërkuar ndonjë proces shumë i lokalizuar, janë përdorur edhe montazhe të veçanta për regione të caktuar, të huajtura nga laboratoret e Fischgoldit. Zakonisht të sëmurëve regjistrimet u janë bërë në mënyrë sistematike dhe të herëpasherëshme për të pasur dinamikën e procesit, vetëm në 10 raste ne nuk kemi pasur mundësi të bëjmë më shumë se një regjistrim, për arsy se pacienti ka bërë exitus letalis brenda pak ditëve të qëndrimit në klinikë. Të gjithë pacientëve u janë bërë regjistrime përpara procedurave të tjera, sidomos metodave të kontrastit. Vetëm katër pacientë janë marrur për studim pas operacioneve, për të ndjekur dinamikën e zhvillimit të procesit dhe eventuale litetin e zhvillimit të ndonjë recidive. Nga këto, në të gjitha regjistrimet e bëra, tre pacientë kanë pasur trase normal. Vetëm njeri, në gjendje pas operacionit për tumor cerebral, paraqiste trase të shoqëruar me r. alfa të zhdukur, të zëvëndësuar me potenciale akute dhe valë thota dhe më rrallë valë mikste me regionet anteriore bilaterale; po ashtu në dy regjistrime paraqiste mungesë të reaksionit të ndalesës dhe të «entrainnement-it». Këtij pacienti i qe rekomanduar ekzaminimi periodik, çdo pesë javë. Klinikisht ai paraqiste subatrofi të nn. optici, ataksi statike dhe dinamike, e cila qe e theksuar javët e fundit. Pas disa javësh të daljes nga spitali, pacienti vdiq nga një infeksion interkurrent në qytetin e Fierit. Kështu pra, ashtu siç theksojnë Fischgold, Delay dhe Verdeaux, Vizioli R., elektroencefalografia e bërë në mënyrë sistematike mund të japi të dhëna të vlefshme në rastin e recidivave pas operacioneve, bile ata theksojnë se pas operacioneve në fossa cranii posterior, persistimi ose riçfaqja e disritmisë difuze, siç ndodhi në rastin tonë të katertë, është shenjë e keqe prognostike.

Të dhënat e EEGrafike në pesë rastet e tumoreve hipofizare të observuara nga ne janë këto: një pacient jepte trase me disritmi globale jo të theksuar. Pacienti i dytë jepte trase me potenciale akute, alfa të ekzaltuar, që shtrihet edhe në derivacionet anteriore, asimetri të alfas në amplitudë. R. i «entrainementit» mungonte, r. i ndalesës, i mirë. Klinikisht ky pacient paraqet adenomë hipofizare kromofobe të konstatuar prej vjetësh, ka ambliopi të theksuar në syn e majtë dhe pe-

riodikisht jep shenja hipotalamike. I treti paraqet thjesht trase të rrafshët. I katërti paraqet disritmi të lehtë difuze. Pacienti i pestë gjithashtu paraqet trase me potenciale akute, majë dhe majë - valë si dhe theta difuze 5-6c/s. Traseja duhej konsideruar me disritmi difuze mesatare. Edhe ky pacient klinikisht paraqet adenomë hipofizare të shoqëruar me çregullime hipotalamike.

Si përfundim mund të themi se të dhënat EEgrafike të pesë pacientëve tanë konkordojnë me ato të literaturës, të cilët venë në dukje se gjatë këtyre neoplazmave; trasetë për një farë kohe mund të janë normale dhe më vonë kur fillojnë të komprimohen regionet e afërta, qfagen clementët elektrike patologjike, të cilat nuk janë specifike për një lokalizim të veçantë.

Në katër raste kemi pasur mundësi që të bëjmë regjistrime pacientësh me kancer të nasofaringsit, të shoqëruar me përhapje në basis cranii. Në tre nga këto raste kemi pasur të bëjmë me sindromin Garcin komplekt ose inkomplet. Të dhënat EEgrafike janë këto: 1- disritmi i lehtë difuze pa shenja fokale; 2- trase normal; 3- trase normal; 4- bufë valësh delta hipersinkrone në dy regionet anteriore, që më vonë përhapeshin edhe në dy regionet posteriore. Edhe këto të dhëna, ashtu siç bëhet fjalë edhe në literaturë, nuk ndihmojnë për të dhënë topikë të përcaktuar mirë.

Shtatë nga obseracionet tona që i përkasin kancereve pulmonare me metastaza cerebrale - në gjashëtë kemi pasur të bëjmë me metastaza hemisferike, kurse në një me metastaza në ganglionet bazale dhe cerebellum. Zakonisht, në raste të metastazave solitare, që e mundur të bëhet diagnoza e lateralitetit dhe ajo topike, kurse në tre raste me metastaza multiple, trashtë kanë mundur të jalin lateralitetin ose lokalizimin e njërsë nga metastazat, por nuk kanë mundur të jalin lokalizimin e të gjithave. Edhe auktorë të tjerë nuk kanë patur mundësinë t'i zbulojnë të gjitha metastazat si p.sh. Maleci etj. Vetëm Cuneo dhe bashkëpuntorë kanë arritur të lokalizojnë me mjaft afërsi në një rast të studjuar nga ata katër nga pesë nyjet tumorale të pranishme (sipas citimit të Malucci).

EEG zen një vend të posaçëm sidomos në lokalizimin e tumoreve supratentoriale dhe mund të na orientojë mjaft drejt në rastin e tumoreve subtentoriale, sidomos nëqoftëse do të kemi parasysh kuadrin klinik e të dhënat e kontrastit.

Në klasifikimin e të dhënavë EEgrafike të tumoreve supra dhe subtentoriale, përsa i përket lokalizimit, ne jemi bazuar pjesërisht në atë të Baudouin dhe Fischgold, të cilët dallojnë lokalizim të mirë, kur tumori gjindet krejtësisht në vendin e presupozuar; i pranueshëm kur hapja operatore duhet të zgjerohet disi dhe mospërputhje ose lokalizim i keq, atëherë kur tumori nuk gjindet në vendin e caktuar. Këta auktorë ngrejnë edhe dy eventualitete të tjera: 1- kur lokalizimi kufizohet vetëm në përcaktimin e lateralitetit dhe 2 - kur lokalizimi është i pamundur.

Obseracionet tona, përsa u përket tumoreve supratentorialë dhe infratentorialë, ndahen si më poshtë: 1- tumore supratentorialë:

a) me përputhje të plotë diagnoze: frontalë - 2 - temporale - 2, parietalë - 1, frontotemporo - okcipitale - 5, fronto-rolandik i thellë - 1 temporo-rolando-pariental - 5, fosa alfatoria - 3;

b - me lokalizim të pranushëm: frontale - 1, temporale - 1, fronto-

temporale - 1. parieto-temporo-okcipetale - 2, ventrikli i tretë, corpus callosum e nukleuset bazale - 1,

c - mospërputhje të diagnostikës: okcipetale - 1, fronto-temporo-parietale - 1, parieto-temporo-okcipitale - 1.

Ashtu siç thekson edhe Baudouin dhe Fischgold, zakonisht mospërputhje të diagnostikës konsiston shpesh herë, edhe në rastet tona, në lokalizimin më anterior të tumorit. Numri i përgjithshëm i tumoreve supratentoriale del 32 për arsyen se midis tyre është futur dhe një absces me lokalizim supratentorial.

Tumoret subtentoriale: a - me përputhje diagnostike - 8, me lokalizim të pranueshën - 6, c - me mospërputhje diagnostike - 2.

Siç shihet, gjithashtu në këtë seri tumoresh subtentoriale bëjnë pjesë 16 raste.

Përsu u përket tumoreve subtentoriale, vlen të vihen në dukje disa hollësira: në disa raste, tumoret subtentoriale janë shprehur nga pikëpamja elektrike me disritmi difuze të theksuar, d.m.th. pa shenja elektrike fokulare. Pikërisht për të mundur të bëhet diagnostika topike, ka qënë e domosdoshme që të bëhet një sintezë e të dhënave klinike, arteriografike dhe elektroenzefalografike, që të mund të jepej një diagnostikë e drejtë. Për këtë arsyen, në interpretimin e këtyre elektroenzefalografive ne kemi pasur parasysh shprehjen e Jasper që: «elektroenzefalografia e verbër është nonsens». Ai e konsideron figurën e elektroenzefalografistit si të pa plotë nëqoftëse ai nuk është në radhë të parë njëkohësisht neurolog dhe nëqoftëse elektroenzefalografisti nuk është me të vërtetë ekspert që të dijë se sa më i madh është rendimenti i kësaj metode, kur njihet i sëmuri dhe nëpermjet të studimit të tij të zgjidhen problemet që dalin lidhur me të.

Vetë Gastaut ve në dukje se elektroenzefalografisti është një neurolog, që duhet të dijë të përdorë, përvetës mjetetë të tjera klasike të ekzaminimit neurologjik, edhe elektroenzefalografinë dhe që të dhënat EEGrafike duhet të dijë t'i integrojë me të dhënat klinike dhe t'i interpretojë sipas tyre.

Në përgjithësi, në një pjesë të mirë të tumoreve të fossa cranii posterior, disa auktorë kanë gjetur ose trase normale, ose disritmi difuze, ose elemente patologjike simetrike, kurse në një pjesë tjetër më të vogël - anomali unilaterale. Kështu p.sh. Maleci, nga 18 tumore subtentoriale, në gjashtë raste konstatoi trase normale ose me anomali të lehta (takiritme difuze, disritmi, bufë valësh theta), kurse në 12 raste - valë theta e delta difuze në pesë raste, valë predominuese në regionet okcipitale e parietale në pesë raste, predominuese në parieto-temporale në një rast dhe në regionin frontal - një rast. Gjithashtu ai shton se shpesh ka takuar lateralizim, që nuk i korespondonte anës së dëmtimit kryesor.

Pampiglione, në 240 tumore subtentoriale takoi në 215 trase normale ose me anomali simetrike, kurse në rastet e tjera, anomali unilaterale. Edhe ne, në dy rastet që gabuam, kishim anomali unilaterale, të cilat na bënë që në interpretimin e tyre t'i konsideronim këto valë unilaterale me prejardhje supratentoriale. Gjithashtu vlen të theksohet se në tre nga rastet tona subtentoriale janë konstatuar bufë majesh dhe majë-valësh si dhe komplekse majë-valësh në të gjitha derivacionet në pacientë, që nuk paraqitnë atake konyulsive. Këto të dhëna përpunohen me ato të takuara nga Bickford dhe Baldes. Në të gjitha rastet e tjera janë takuar elementët patologjike të përshtakuara nga

Martin I. dhe Martin F: 14 valë delta me lokalizim infero-posterior (cerebelar); 2 - okcipitale të ngadalëshme që zhduket gjatë hapjes së syve; 3 - ritëm theta bilateral me shkarkesa ritmike; 4 - valë delta hipersinkrone monomorfe bilaterale frontale.

Në punimin tonë kemi futur edhe katër raste, të cilat janë marrë më qëllim diagnoze diferenciale.

1. - Pacienti B.L., i cili nga pikëpamja klinike të linte përshtypjen e një procesi ekspansiv supratentorial i shoqëruar me sindrom hiper-tensiv endokranik, kurse në trase viheshin re disritmi difuze pa shenja të qarta fokulare. Ky pacient u dërgua në Rumani dhe pas ekzaminimeve përkatëse neurokirurgjikale u vërtetua se paraqiste hidrocefali. Mund të themi se EEG orientoi drejt për një proces difuz.

2. - Pacienti G.K., i cili klinikisht paraqiste sindrom afaziko-aprak-tiko-agnozik. Në arteriografi kiske të dhëna të pa karta, EEG bënte sfjalë për një proces të lokalizuar - parieto temporal të majtë. Diagnoza klinike qe: tumor parieto - temporal i majtë. Koha njëvjeçare, gjatë së cilës ai u përmirësua, tregoi se kishim të bënim me trombozë të arte-ries angulare (du pli courbe), degë e a. cerebri media. Si përfundim mund të themi se EEG ndihmoi për topikën, por nuk dha asgjë përi etiologjinë e procesit.

3 - Pacientja T.S., e cila u kurua për disa muaj në tri klinika. Për një kohë, klinikisht u dyshua për encefalit, pastaj për proces ekspan-siv intracerebral dhe më në fund përsëri për encefalit. EEG jepte valë delta dhe theta të tipit mikst në të gjitha derivacionet. Diagnoza kli-nike përfundimtare: encefalit me natyrë të padeterminuar. Diagnoza patanatomike: encefalit me natyrë të padeterminuar. Përfundim: EEG gjithashtu orientoi drejt një procesi difuz cerebral.

4. - Pacienti A.B. diagnoza klinike: tumor fronto-parieto-tempo-ral sin. EEG jepte valë delta mjaft të mëdha 1c/s monomorfe ose mikste në hemisferën e majtë, më evidente në reg. temporo-rolando-pari-etalis sin. Diagnoza autopsike: meningitis basilaris tbc. Encefaloma-lacia fronto-parieto-okcipitalis sin. Përfundim: edhe në këtë observa-cion diagnoza topike është e drejtë, kurse etiologja - e papërcaktuar, me-gjithëse nga pikëpamja anatopathologjike, meqënëse nuk është për-ektauar natyra e malacisë, mund të mendohet se kjo i atribuohet një kaseome masive.

Nga studimi i traseve EEG dhe i diagnozave klinike vihen në dukje se nuk janë të ralla rastet kur EEG ka qënë metodë e vetme diag-nostike që ka dhënë alarmin e parë dhe e ka orientuar drejt një pro-cesi ekspansiv andokranik. Kështu p.sh. pacientja P. që mbahej me patakë konvulsive, jepte një vatër temporale mjaft evidente dhe në autopsi u vërtetua një meningionë e lobit temporal të majtë. Pacientja S. që mbahej në Jackson motor të majtë jepta maje, majë-valë dhe theta në parietalin e djathë. Në operacion u vërtetua një meningiomë pari-etale e djathë. Pacienti T., që mbahej me petit - mal, në EEG jepte një vatër frontale të djathë. Në operacion u vërtetua një astrocytomë e këtij regioni. Pacientja S, që mbahej me epilepsi diencefalike, në EEG jepte një vatër temporale, e cila u vërtetua në arteriografi. Të tillë shëmbulla mund të përmëndim edhe më shumë.

Si përfundim mund të themi se:

1 - EEG në tumoret hipofizare nuk jep alteracione specifike, por

fillon të bëhet patologjike kur interesohen regionet e afërta hipotalamo-meso-diencefalike.

2 - Në sindromin Garcin neoplazik alteracionet EEG janë minimale dho rrallë herë shprehën me bufë valësh delta hipersinkrone ose me disritmi difuze.

3 - Në metastazat solitare cerebrale EEG jep të dhëna të qarta lokalizimi, kurse në metastazat multiple cerebrale ajo mund të japë vetëm lateralitetin, por nuk është në gjendje të ndihmojë për lokalizimin topik të të gjitha nyjeve metastatike.

4 - Në të 32 proceset ekspansive supratentoriale ka dhënë këto rezultata: përputhje të plotë midis diagnozës klinike dhe EEGrafike - në 23 raste; diagnozë të pranueshme në 6 raste dhe mospërputhje në 3 raste.

5 - Në rastin e tumoreve subtentoriale, nga 16 raste, ka përputhje në 8 raste; diagnozë të pranueshme ka në 6 raste dhe divergjencë diagnoze në 2 raste.

6 - Elektroenzefalografia e bërë në mënyrë sistematike është një mjet hulumtimi i dobishëm në bërjen e diagnozës diiferenciale midis proceseve ekspansive endokranike dhe hidrocefalisë, trombozës së vazeve cerebrale, encefalitit dhe inflamacioneve të tjera të trurit.

7 - EEG është një mjet eksplorimi shumë i vlefshëm për diagnostikun e hershëm të tumoreve cerebrale, sidomos kur kuadri klinik është tepër i varfër dhe kur kemi të bëjmë me një monosimptom, siç është migrena, cefalea, ataket konvulsive, petit-mal, lipotimia etj.

8 - EEG e bërë në mënyrë sistematike, në rastet e operuara për tumore cerebrale, ndihmon për zbulimin e hershëm të fillimit të re-cidivave.

Paraqitur në redaksi më 2.II.1967

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

- 1 — **Bagghi B.K., Basset R.C.** — A detailed comparison of EEG localizing signs in sixtyone glioblastomas multiformes and fifty-five meningiomas, clinical. Neurophysiology. 1952, 2, 355-356.
- 2 — **Baudouin H., Fischgold H.** — Localisation des tumeurs cérébrales des hémisphères par l'électroencephalogramme. Etat actuel-possibilités. Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie, 1949, 183, 116-131.
- 3 — **Bickford R.G., Baldes E.E.** — The EEG in tumours of the posterior fosse. J. Lab. and Clin. Med. 1947, 32, 1542-50.
- 4 — **Berger H.** — Ueber des Elektroenkephalogramm des Manschen. Arch. Psych. 1929, 87, 527-570. Cituar nga Maleci O.
- 5 — **Berger H.** — Ueber des Elektroenkephalogramm des Menschen. III Mitteilung. Arch. Psych. 1931, 94, 16-60. Cituar nga Delay et Verdeaux.
- 2 — Buletini i Shkencave Mjekësore I

- 6 — Berger H. — Ueber des elektroenkephalogramm des Menschen. VII Mitteilung. Arch. Psych. 1933, 301-320. Citerat nga Baudouin et Fischgold.
- 7 — Chavany J.A., Arfel — Capdeville G., Guiot G., Fischgold H. — L'EEG dans le diagnostic des gliomes. Incidences therapeutiques. Rev. Neurol. 1951, T. 84, N. 5, 1-8.
- 8 — David M., Fischgold H., Lairy — Boune G.C. et Talairach J. — Diagnostic des gliomes par l'EEG et l'angiographie conjuguees. Presse Med. 1952, N. 5, 81-84.
- 9 — Delay J., Verdeaux G. — Electroencephalographic clinique. Masson Ed. 1966.
- 10 — Floris V., Maccagnani F. — Alterazioni elettroencefalografiche negli angiomi cerebrali. Riv. di Neurologia, 1957, 27, 2, 107-133.
- 11 — Foerster O. et Attenbrugger H. — Elektrobiologische Vergange an der menschlichen Hirnrinde. Deutsche Ztschr. Nervenh. 1935, 135, 277/286.
- 12 — Gastaut — Citerat nga Vizioli R.
- 13 — Lairy — Boune G.C., Fischgold H. — Reactions EEG diffuses aux stimulations psychosensorielles; Interet clinique. EEG, Clinical Neurophysiol. 1953, 3, 343-362.
- 14 — Maleci O. — L'Elettroencefalografia nei tumori cerebrali. Cedam, Padova 1952.
- 15 — Pampiglione G. — The EEG in relation to the clinical diagnosis of posterior fossa tumour. EEG, Clinical Neurophysiol., 1951, 3, 371.
- 16 — Puech P., Fischgold H., Laity — Boune G.C., Dreyfus — Brisac C. — Signes electroencephalographiques des neoformations des hemisphères. Sem. Hop. Paris. 1950, 26, 2612-2622.
- 17 — Scarff J. E., Rahm W. E. — The human electrocorticogramm. Tr. Am. Neurol. 1940, 66, 20.
- 18 — Tönnis — Munch. Kongres, 1937. Ref. Zeitschr. Neurol, 1938, 161, 114.
- 19 — Vizioli R. — Elettroencefalografia. Malattie del Sistems Nervoso. Trattato Ital. di Med. interna. 1964 Ff 354-376.
- 20 — Walter W.G. — Electroencephalogram in cases of cerebral tumour. Proc. Roy. Soc. Med. 1937, 30, 579-598.
- 21 — Walter W.G. — The principles and methods of location. 2 Congress Intern. EEG, Paris 1949, 9-15.
- 22 — Walter W.G. — The location of cerebral tumours by Electroencephalography. Lancet, 1936, 2, 305-308.
- 23 — Walter W.G. — Walter v.j. — Delimitation of subcortical tumours by direct electroencephalography. Lancet 1946, 250, 6-9.

(Summary)

SOME DATA ON ELECTROENCEPHALOGRAPHY IN BRAIN TUMORS

The clinical observations are described of 70 cases of brain expansive growth, on which electroencephalography (EEG) was performed. The registrations were made with an EEG apparatus of the «Alvares» firm with 8 channels. In the beginning only

the orientative montage was used as applied in the «Pitié» hospital of Paris. Later were used the 8 montages possible with this apparatus, as used by the Marseilles school of Gantaut.

The author makes the following conclusions: In the hypophysary tumors the EEG does not present any specific alterations, which appear only when the neighbouring hypothalamo-meso-diencephalic regions become involved in the process. In the Garcis syndrome the EEG alterations are minimal and rarely give delta-hypersynchronous waves or diffuse disrhythmia. In solitary brain metastases the EEG gives clear indications of the localization, whereas in multiple metastases it shows only the lateralization of the process. Of 32 supertentorial expansive processes was observed: complete agreement between the clinical and electroencephalographic diagnosis in 23 cases, acceptable difference in 6 and divergence in 3. Of 16 subtentorial tumors in 8 cases there was complete agreement, in 6 acceptable difference and in 2 complete divergence.

EEG is a highly valuable exploratory method for the early diagnosis of brain tumors, especially when the clinical symptoms are few or single, like migraine, attacks of convulsion, lipothimia etc. EEG, performed systematically in cases operated for brain tumors helps considerably in the early detection of relapses.

NDRYSHIMET ELEKTROKARDIOGRAFIKE NË STADIN E PARË TË SËMUNDJES HIPERTENSIVE

— Hajro Shyti —

(Drejtor i Spitalit P. Ushtarak Dr. Sinan Imam)

Studimi klinik i sëmundjes hipertensive në ushtri përfaqëson një rëndësi të veçantë praktik, sepse ka të bëjë me përcaktimin e gjendjes shëndetësore dhe aftësisë fizike të ushtarakëve për kryerjen e shërbimit nën armë. Një studim i përgjithshëm mbi këtë problem është bërë nga Doc. Hiqmet Dibra gjatë vitit 1953 - 1962 (1). Në punimin e tanishëm janë marrur për bazë ndryshimet e EKG-të regjistruarë në 138 persona, që kanë paraqitur stadin e parë të sëmundjes hipertensive. Ky punim në vetëvehte nuk përfaqëson gjë tjetër veçse vijimin e studimit të bërë nga H. Dibra, duke e parë problemin në aspektin e ndryshimeve elektrokardiografike.

Karakteristikat e përgjithështme të të sëmurëve: Në të gjithë rastet ishin burra, që kryenin shërbimin ushtarak. Mosha e tyre ishte 17-40 vjeç, prej të cilëve:

17-20 vjeç	23 raste
21-25 "	32 raste
26-30 "	33 raste
31-35 "	22 raste
36-40 "	28 raste

Simptomet subjektive të sëmundjes kanë munguar në 36 raste. Tek këta të sëmurë, tensioni arterial është zbuluar rastësisht, gjatë dispensorizimit në komisionet ushtarako - mjekësore.

Ankesat e ndryshme janë paraqitur nga 102 të sëmurë. Gjatë studimit të anamnecës 8 raste kanë paraqitur dobësi të përgjithështme, 23 raste lodhje të shpejtë gjatë stërvitjes, 10 raste djersë të shtuara, 15 raste pagjumësi, 36 raste vertixhe, 60 raste dhimbje koke, 50 raste palpitacione dhe 18 raste çpime në regjionin prekordial. Rreth 80 të sëmurë kanë pasur ankesa me karakter të përzjerë.

Sipas zgjatjes së sëmundjes, rastet paraqiteshin në këtë mënyrë:

0 - 1 vit	76 raste	3 - 5 vjet	17 raste
1 - 2 vjet	8 raste	mbi 5 vjet	10 raste
2 - 3 vjet	11 raste		

Ekzaminimi klinik objektiv ka vënë në dukje zhvillimin fizik të mirë, rritle proporcionale dhe nutricion të regulltë. Para shtrimit në spital, ata kryenin stërvitje të rregullta në repartet ushtarake, 10 raste

kanë paraqitur labilitet vasomotor. Në 20 të sëmürë është vrejtur pulsacion në regjionin e apex cordis. Kufiri i zemrës në 13 raste e kalonte vijën medio-klavikularc. Në 16 raste, tonet e zemrës kanë qënë të shurdhëta. Në 8 raste zhurmë sistolike me karakter funksional në apex. Akcentimi i tonit të dytë mbi aortë ka qënë në 13 raste.

Në 88 raste nuk është konstatuar asnjë pathologji në drejtim të organeve të brondëshme dhe, në veçanti, në drejtim të zemrës. Në këto raste, i vetmi kriter për të gjykuar mbi gradën e zhvillimit të sëmundjes ka qënë niveli TA. Si nivel hipertonik për presionin maksimal është llogaritur vlefta 140 mmHg. e lart dhe për presionin minimal është llogaritur vlefta 90 mmHg. e lart. Matja TA është bërë për ditë në kushte qetësie dhe mesatarja e tre matjave është shënuar në kartelën klinike.

Karakteristikat e TA tek të sëmürët janë gjatë pranimit në spital kanë qënë: Me tension sistolik 140-159 mmHg., 65 raste, 160-179 mmHg. 58 raste, 180 mmHg. e lart 15 raste. Me tensionin diastolik 80-89 mmHg. 75 raste 90 - 99 mmHg. 40 raste, 100 - 109 mmHg. 17 raste dhe 110 mmHg. e lart 6 raste.

Tek të gjithë të sëmürët është vrejtur ulje e tensionit arterial deri në shifrat normale në periudha të ndryshme nga koha e shtrimit në spital pa mjejkime me preparate hipotensive dhe dietë të veçantë. Në 97 raste TA është normalizuar brenda 3 - 5 ditëve, në 30 raste brenda 6 - 10 ditëve dhe në 11 raste TA ka qënë më i qëndrueshëm dhe është normalizuar për dy-tre javë. Tensioni diastolik në 26 raste është karakterizuar nga një stabilitet më i madh, nga të cilët në 18 raste u ul në 5 mmHg., në 4 raste 10 mmHg. në 4 raste 20 mmHg., kurse në 5 raste tensioni diastolik nuk ndryshoi. Nga të dhënat klinike dhe radiologjike, hipertrofia e zemrës ka përbërë një nga simptomat e herëshme të sëmundjes hipertensive, e cila është ndeshur në 25 raste. Me metodat e thjeshta të ekzaminimit nuk është konstatuar ndonjë ndryshim i funksionit renal. Ekzaminimi i aparatit të frysëmarrjes dhe organeve të abdomenit nuk kanë zbuluar ndonjë ndryshim nga norma. Në ekzaminimin e fundus oculi nuk janë vrejtur ndryshime pathologjike.

Në këtë mënyrë, duke u bazuar në të dhënat e mësipërme klinike dhe paraklinike, rastet e marrura në studim kanë paraqitur vetëm prirje për rritjen e tensionit arterial, ku hipertonia ka pasur karakter tranzitor. Si të tillë, në mbështetje me klasifikimin e Mjasnikovit (5) të sëmürët janë radhitur në stadin e parë të smundjes hipertensive.

NDRYSHIMET ELEKTROKARDIOGRAFIKE

Regjistrimet EKG janë bërë në lidhjet standart, në lidhjet unipolare të anëve dhe në lidhjet prekordiale në kushte qetësie, çlodhje fizike dhe ambient të ngrohtë të barabartë për të gjithë të sëmürët.

Në të gjithë rastet është përcaktuar ritmi sinuzal. Bradikardia sinusale (më pak se 60 të rahura në minut) është zbuluar në 53 raste. Tahikardia sinusale (90 të rahura në minut e më tepër) është vrejtur në 8 raste.

Proceset e eksitimit në atriumet kanë qënë të pandryshuara. Forma, drejtimi i dhëmbit P, lartësia dhe zgjatja e tij në EKG nuk kanë paraqitur ndonjë ndryshim nga norma. Koha e përqeshmërisë auriku-loventrikulare, P-R (P-Q) në 11 raste ishte 0,11-0,16 sek. në 101 raste

0,16-0,18 sek. në 22 raste 0,18-0,20 sek. në dy raste 0,20-0,22 sek. dhe në një rast 0,22-0,24 sek.

Ndryshimet më të mëdha EKG janë vrejtur në kompleksin ventrikular. Këto modifikime konsistonë në devijimin e boshtit elektrik të zemrës, në madhësinë e dhëmbit R, në zgjatjen e aktivizimit të ventrikulit të majtë dhe kryesisht në ndryshimet e segmentit S-T dhe të dhëmbit T në lidhjet standart, lidhjet unipolare të anësive dhe në lidhjet prekordiale.

Modifikimet e kompleksit ventrikular janë shprehur në 68 raste, prej të cilave në 19 raste në lidhjet standart, në 26 raste në lidhjet unipolare të anësive dhe në 68 raste në lidhjet prekordiale, kurse në 70 raste kompleksi ventrikular nuk ka paraqitur asnjë ndryshim.

Drejtimi i boshtit elektrik të zemrës, i përcaktuar në mënyrë axonometrike për kompleksin QRS dhe i shprehur në madhësinë e këndit alfa, është paraqitur në këtë mënyrë: Prej 20° deri 70° në 81 raste, prej 0° deri në 20° në 19 raste, prej 50° deri në 0° në 18 raste dhe prej 70° deri në 85° në 20 raste. Boshti elektrik i kompleksit QRS i përcaktuar në mënyrë të përafërt, sipas lidhjeve periferike, në 47 raste ishte intermediare, në 31 raste horizontale, në 34 raste semihorizontale, në 1 rast vertikal dhe në 17 raste semivertikal. Kurse pozicioni anatomik i zemrës në 42 raste ishte intermediar, në 6 raste horizontal, në 30 raste semihorizontal, në 19 raste vertikal dhe në 33 raste semivertikal.

Kompleksi ventrikular në lidhjet unipolare të anësive në krahasim me lidhjet standart tek të gjithë të sëmurët kanë qënë më të vogla. Në 72 raste lidhja aVL ka pasur ngjashmëri me lidhjen I dhe lidhja aV_I me lidhjen III, ndërsa në 66 raste drejtimi i dhëmbëve QRS në aVL dhe aVF ka qënë i ndryshëm respaktivisht me dhëmbët QRS të lidhjeve I dhe III. Këndi midis boshtit elektrik të kompleksit QRS dhe dhëmbit T është paraqitur: prej 0° deri 90° në 26 raste, prej 10° deri 45° në 76 raste, prej 45° deri 60° në 17 raste dhe prej 60° deri në 120° në 14 raste. Në këtë mënyrë në 31 raste këndi midis QRS dhe T është paraqitur i zmadhuar. Në 41 raste boshti i kompleksit QRS ishte me vendosje majtas boshtit të dhëmbit T, gjë që flet për prekjen e miokardit të ventrikulit të majtë (Tarjejev), prej tyre në 14 raste me këndin midis boshtit QRS dhe T të zmadhuar, në 20 raste me këndin normal dhe në 7 raste me këndin e ngushtuar.

Në 5 raste ku dhëmbi T ka qënë bifazik, përcaktimi i boshtit elektrik ka qënë i vështirë.

Në lidhjet standart, dhëmbi Q ka qënë pjesa më pak konstante e kompleksit ventrikular. Ajo ka munguar në 85 raste në lidhjen I, në 67 raste në lidhjen e II dhe në 96 raste në lidhjen e III. Dhëmbi S ka munguar në 60 raste në lidhjen e I, në 50 raste në lidhjen e II dhe në 73 raste në lidhjen e III. Dhëmbi R ka qënë i lartë prej 1-24 mm. (mesatarisht 12 mm.) në lidhjen e II. Thellësia e dhëmbit Q në asnjë rast nuk ka kapërxyer kufirin normal të saj. Kurse dhëmbi S ka qënë prezent më shpesh në lidhjet I dhe II, ndërsa më i thellë në lidhjen e III.

Intervali QRS në 136 raste ka qënë 0,05-0,10 sek. Vleftat më të ulta të zgjatjes të QRS 0,05-0,08 janë ndeshur në 96 raste, kurse vlefta 0,08-0,10 sek. në 40 raste. Zgjatja e dhëmbit Q në asnjë rast nuk ka kapërxyer 0,04 sek.

Bllokada intraventrikulare, e shoqëruar me shkurtimin e intervalit atrioventrikular (fenomeni WPW) është ndeshur në dy raste.

Segmenti S-T në lidhjet standari dhe lidhjet unipolare të anësive në 131 raste ka qënë në vijën izoelektrike. Denivelimi i segmentit S-T me zbritje të tij nën vijën izoelektrike, që nuk i kalon të 0,1 mV është regjistruar në 6 raste, prej të cilave në të 8 rastet në lidhjen II, në 1 rast në lidhjen III dhe në 5 rastet në lidhjen aVF. Në 1 rast depresioni i segmentit S-T ka qënë më i madh se 0,1 mV që është shprehur në lidhjet I,II dhe aVF.

Dhëmbi T në lidhjen I dhe II në 132 raste ka qënë pozitiv, në 3 raste me voltazh të ulët nën 0,1 mV dhe në 3 raste të tjera negative. Ndërsa në lidhjen e III në 28 raste ajo ka qënë negative dhe në 5 raste bifazike. Prej këtyre të fundit 12 raste kishin pozicion horizontal të boshtit elektrik të zemrës. Dhëmbi T ka qënë nën 0,1 mV, në 24 raste në lidhjen aVL dhe në 13 raste aVF. Kurse dhëmbi T negativ është regjistruar në 10 raste në lidhjen aVL dhe në 2 raste në lidhjen aVF.

Zona tranzitorie (RS) ku forma rS kalon në formën qR, në 2 raste është regjistruar në V₁, në 7 raste në V₂, në 18 raste midis V₂-V₃, në 69 raste në V₃, në 28 raste midis V₃-V₄, në 11 raste në V₄ dhe në 3 raste në V₄-V₅. Në 35 raste RV₅-V₆ ka qënë më e madhe ose baraz me 26 mm.

Në 4 raste është shprehur në EKG fillimi i vonuar i defleksionit intrinsikoid në më tepër se 0,01 sek. mbi prekordiumin e majtë.

Ndryshimet e pjesës së fundit të kompleksit ventrikular të EKG në lidhjet prekordiale përbëjnë gjithashtu një çfaqje të regulltë të fazës tranzitorie të sëmundjes hipertensive. Në këto derivacione është gjetur një denivelim inferior i segmentit S-T në 17 raste dhe një sheshim dhe negativizim i dhëmbit T në 31 raste. Në këtë mënyrë RS-T në 11 raste ka qënë i zbritur prej 1.5-3 mm. në lidhjen thorakale të majtë (V₄, V₅, V₆), në 36 raste është vrejtur ngritje e segmentit S-T në V₁-V₂ mbi nivelin izoelektrik në 3 mm dhe më tepër. Ndryshimet e dhëmbit T janë karakterizuar me zbritje të amplitudës së saj nën 0,1 mV. Në lidhjet thorakale të majtë në 14 raste, nën 0,15 deri 0,20 mV, në 13 raste dhe me negativizim të dhëmbit T në 4 raste. Kurse në prekordiumin e djathtë me çfaqje të lartë të dhëmbit T prej 10-12 mm janë paraqitur në 14 raste.

Përdorimi i derivacioneve prekordiale ka premtuar të vihet më kuartë në evidencë një hipertrofi e ventrikulit të majtë. Në V₅ - V₆ dhëmbi R ka qënë baras ose më e madhe 26 mm. në 25 raste. Në këto lidhje në 11 raste janë regjistruar denivelime nën vijën izoelektrike të segmentit S-T prej 1.5-3 mm. Sheshimi i dhëmbit T në 14 raste dhe negativizimi i dhëmbit T në 4 raste. Në lidhjet V₁ dhe V₂ dhëmbi R ka qënë i vogël, kurse dhëmbi S në 12 raste ka qënë 24 mm e më tepër. Shuma e dhëmbit R në V₅ ose V₆ dhe e dhëmbit S në V₁ ose V₂ i ka-lojnë 35 mm në 62 raste.

Defleksioni intrisekoid (kulmi i R) në 4 raste i vonuar në 0,05 sek. e më tepër pas lindjes QRS në lidhjet V₅ - V₆.

Zona e tranzicionit në 27 raste është çvendosur në drejtim nga e majta (trotullim kundra agrepave të orës).

Në vlerësimin e gjendjes funksionale të miokardit, tek të sëmurët me stadin e parë të sëmundjes hipertensive, rëndësi të njohur ka gjatësia e kompleksit QRS-T. Kjo gjatësi ka qënë në kufijt normale me 131 raste, kurse në 7 raste që kanë paraqitur ndryshime të dhëmbit T dhe segmentit S-T, zgjatja e QRS-T ka qënë më e gjatë, prej të cilave në 6 raste rrëth 50% dhe në 1 rast deri 20%.

Diskutim: Gjatë ekzaminimit elektrokardiografik të 138 rasteve me stadin e I të sëmundjes hipertensive, në 60% të rasteve kemi ndeshur në ndryshime të kuadrit EKG. Variabiliteti në deformimin e kurbës EKG për rastet tonë iu përgjigjet edhe të dhënave të auktorëve të tjerë. (8).

Studimet EKG të sëmurëve me stadin fillestar të S.H. përfaqësojnë një interes klinik në kuptimin e zbulimit të ndryshimeve më të herëshme EKG, gjatë S.H. dhe në përcaktimin e gjendjes funksionale të miokardit në stadin fillestar të saj. Të dhënat e literaturës mbi ndryshimet EKG në stadin e parë të sëmundjeve hipertensive janë të pakta dhe në mënyrë të konsiderueshme divergjente. Kështu Gigincjshvilli (1954), duke analizuar EKG e të sëmurëve në stadin e parë të sëmundjeve hipertensive në moshën e re ka vrejtur deri 41% të rasteve prerje të boshtit elektrik nga e majta. Djagilov (1952) ka zbuluar shenja të insuficencës koronare në 42% të rasteve, kurse Shuhtina (1958) nuk ka gjetur ndryshime të rëndësishme elektrokardiografike tek këta të sëmurë. (6)

Sollovjeva V.S. (1959) në punimin e saj mbi ndryshimet EKG në stadin e parë të sëmundjes hipertensive në subjekt të moshës së re i ndan në 5 tipe: I. EKG normal, II tip i majtë i QRS, r i vogël, S i thellë në prekordiumin e djathë me T të naltë (në V₁, V₂ nga një herë dhe në V₃), III. tip normal i QRS me ndryshime të dhëmbit T dhe segmentit RS-T. IV tip i majtë i QRS me ndryshime të dhëmbit T dhe segmentit RS-T. V. ndryshime jo tipike që nuk përfshihen në asnjë nga tipet e mësipërme (8).

Analiza e materialit tonë mbështetet në vlerësimin e kompleksit ventrikular e EKG, mbi gradën e ndryshimeve të kompleksit QRS të segmentit RS-T dhe dhëmbit T në lidhjet standart, unipolare të anësive dhe lidhjeve prekordiale. Duke pasur parasysh kriteret e ndarjes të bëra nga J. Sova (6) na lejojnë që, ndryshimet elektrokardiografike të regjistruara në stadin e parë të sëmundjes hipertensive tek të sëmurët tanë, t'i radhisim në dy tipe kryesore:

I. Tipi fiziologjik i kurbës EKG me kuadër normal të EKG në lidhjet standart, unipolare të anësive dhe thorakale, pavarësisht nga deviacioni i boshtit elektrik, që është ndeshur në 70 raste, prej të cilëve në 55 raste me boshtin elektrik të zemrës normal dhe T_{1,2} pozitive, në 15 raste me prerje të boshtit elektrik nga e majta me T₁ pozitiv dhe T₂ negativ.

II. Tipi i kurbës pathologjike pak i avancuar, që është ndeshur në 68 raste. Këtu kuadri pathologjik i kurbës është i regjistruar në 26 raste në lidhjet unipolare të anësive dhe në 68 raste në lidhjet thorakale. Kurse në lidhjet standarte EKG në 129 raste ka qënë normal dhe në 9 raste pathologjik, pavarësisht nga deviacioni i boshtit elektrik të zemrës. Ndryshimet EKG këtu janë karakterizuar me voltazh të lartë të dhëmbit S në V_{1,2} në 41 raste. Në 41 raste segmenti S-T dhe dhëmbi T ishte me aspekt abnormal në lidhjet V₅, V₆, VL respektivisht VF dhe në lidhjen e I dhe të II (eventualisht në lidhjen e II e III) ku dhëmbi T ishte pozitiv, por i sheshuar deri në 1 mm ose bifide ose lehtësisht negative, kurse segmenti Rs-T në të njëjtën lidhje ishte izoelektrike ose e zbritur deri në 0,5 mm. Në V₁ dhe III dhëmbi T pozitiv i lartë dha segmenti S-T i ngritur mbi vijën izoelektrike. Në 22 raste është gjetur një korelacion midis tipit të majtë EKG në lidhjet torakale dhe hipertrrofisë së ventrikujt të majtë dhe në 15 raste midis tipit të majtë të

EKG në lidhjet standart dhe hipertrofisë së ventrikulit të majtë.

Ndryshimet EKG tek të sëmurët tanë kanë pasur një lidhje të ngushtë me nivelin e tensionit arterial, moshën e të sëmurëve dhe intensitetin e ankesave. Sa më e largët ka qënë anamneza dhe sa më të theksuara kanë qënë të dhënat klinike mbi proçesin e sëmundjes hipertensive aq më të shprehura kanë qënë ndryshimet EKG.

Lidhur me këtë fakt vlen të theksohet se në 6 raste që paraqisin moshën 35-40 vjeç vlerësimi i dhëmbit T negativ në EKG ka qënë i vështirë të interpretohet në se kjo mund t'i atribuohesh mbi ngarkesës së ventrikulit të majtë për shkak të S.H., koronarosklerozës së hërëshme apo të dy faktorëve sëbashku. Për të dhënë një mendim të saktë mbi këtë argument paraqitet nevoja e një studimi më të hollësi-shëm në të ardhmen.

K O N K L U Z I O N

1. - Ndryshimet e kuadrit EKG nga 138 rastet në stadin e I të S.H. janë ndeshur në 49.2% të rasteve, nga të cilët në 6.5% në lidhjet standart, 20.2% në lidhjet unipolare të anësive dhe 49.2% në lidhjet prekordiale.

2. — Nga 63 raste në kuadrin pathologjik të EKG, 61% e tyre paraqesin shenja mbi ngarkesë dhe hipoksie të miokardit të shoqëruar me hipertrofi të ventrikulit të majtë, 30.1% hipertrofi të izoluar të ventrikulit të majtë dhe 7.3% turbullime të sistemit konduktor.

3. — Ekzaminimi i EKG me stadin fillestar të S.H. përfaqëson një informacion të rëndësishëm në përcaktimin e aftësisë fizike për shërbimin ushtarak, prandaj ai duhet të praktikohet gjërësisht dhe me të gjitha lidhjet.

Paraqitur në redaksi më 15.XII.1966

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

- 1 — **Dibra H.** — Studim kliniko-statistikor mbi hipertoninë neurogjene tek të rinjtë. Buletini i U.S.H.T. — Seria Shkencat mjekësore, 1964, 1.
- 2 — **Fattorusse V. -- Ritter O.** — Atlas d'electrocardiographic, Paris 1963.
- 3 — **Herles Frantisek** — Základy elektrokardiografie, Pragë 1954.
- 4 — **Jonas Vratislav** — Specialni kardiologie, Pragë 1962.
- 5 — **Mjasnikov A.L.** — Gipertoniceskaja bolezn Moskë 1954.
- 6 — **Sova J.** — Elektrokardiogram u hypertonicke nemoci. — Thomayerova zbirka, Pragë 1954.
- 7 — **Vaneura A.** — Hypertensivni nemoc, në Pathologie a therapie nemoci vnitřních. Věll. IV, Pragë 1956.
- 8 — **Volenski Z.M., Solovjeva V.S.** — Gipertoniceskaja bolezn u molodih ljudih, Leningrad 1965.

(S u m m a r y)

ELECTROCARDIOGRAPHIC CHANGES IN THE FIRST STAGES OF THE HYPERTONIC DISEASE.

The changes are discussed of the electrocardiograms of 138 male patients aged from 17 to 40 years, who were in the first stage of the hypertonic disease. In 50.98% of the cases the electrocardiographic data were normal and in 49.2% they presented various changes consisting in: 1) signs of hypertrophy of the left ventricle (91.1%); 2) signs of overburden of the left ventricle and hypoxemia of the heart muscle — 61%; 3) disturbances of the transmissive system (7.3%). The signs of overburden of the left ventricle and hypoxemia of the myocardium were always accompanied by hypertrophy of the left ventricle.

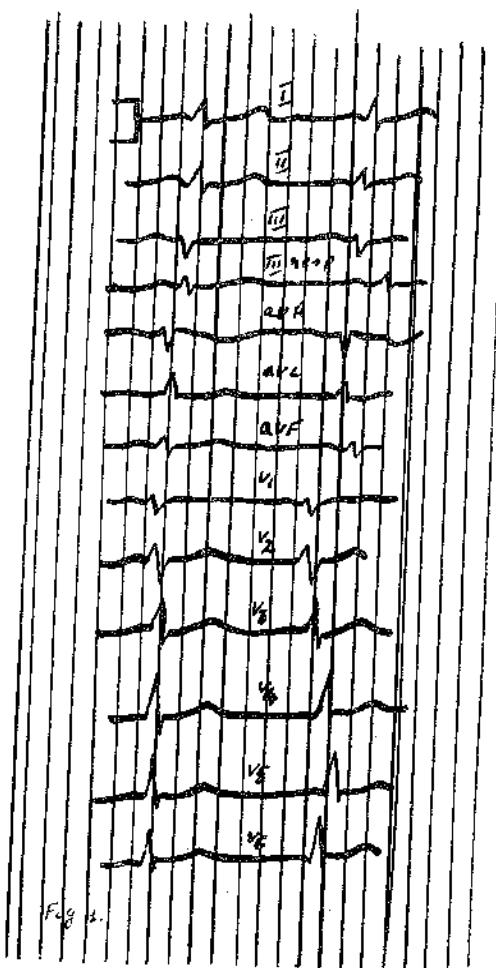


Fig. 1.

I sëmuri H.S. vjeç 23 nuk ankonte asgjë. Në kontrollin vjetor periodik i u gjet TA 150/80 mmHg. prandaj u shtrua në spital në 25-II-963.

EKG: Ritmi sinuzal. Frekuenca 75-86/m. $P-Q=0.16$ sek. $QRS=0.08-0.10$ sek. $QRS-T=0.38$ sek. $R_1=5$ mm. $R_2=5$ mm. $T=3$ mm. $T_2=3$ mm. T_3 e sheshuar. Në lidhjet standardë tip i majtë i QRS. Këndi alfa i boshtit $QRS=-30^\circ$ (Boshti elektrik horizontal), këndi i dhëmbit $T=+30^\circ$. Këndi ndërmjet boshtit QRS dhe $T=60^\circ$. Në lidhjet torakale tip normal i QRS. Në V_1 : $R=1.5$ mm. $S=3.5$ mm. Raporti R/S rreth $1:2$, T e niveluar R/S në $V_2=1$. (Rotullimi i zemrës kundër agrepave të orës.) Në V_6 q dhe s të vogla. $R=6.5$ mm. $T=3.5$ mm. $R/T=rreth 2$. EKG normal .

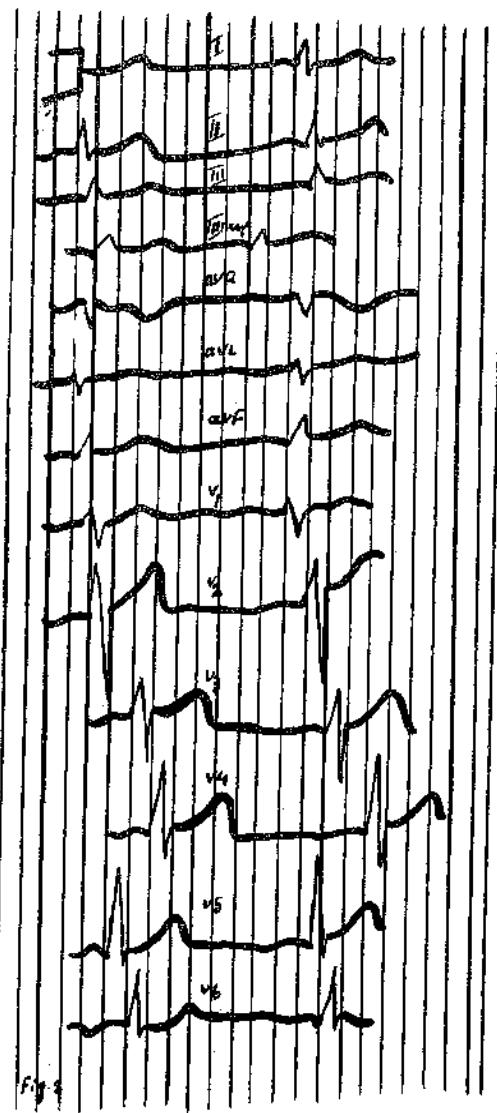


Fig. 2.

I sëmuri R.G. vjeç 21 akuzonte marje mëntsh e dhimbje koke prej disa javësh. TA 160/80. Të dhënat e tjera klinike e paraklinike normal.

EKG: ritmi sinusal. Frekuenca 60-66/m. $P - Q = 0.14$ sek. $QRS = 0.10$ sek. $QRS - T = 0.40$. Këndi alfa i dhëbit $QRS = 55^\circ$, këndi i dhëbit $T = 55^\circ$. $S_{V2} + R_{V4} = 4$ m V. EKG tregon shënjë të hipertrofisë së ventrikulit të majtë.

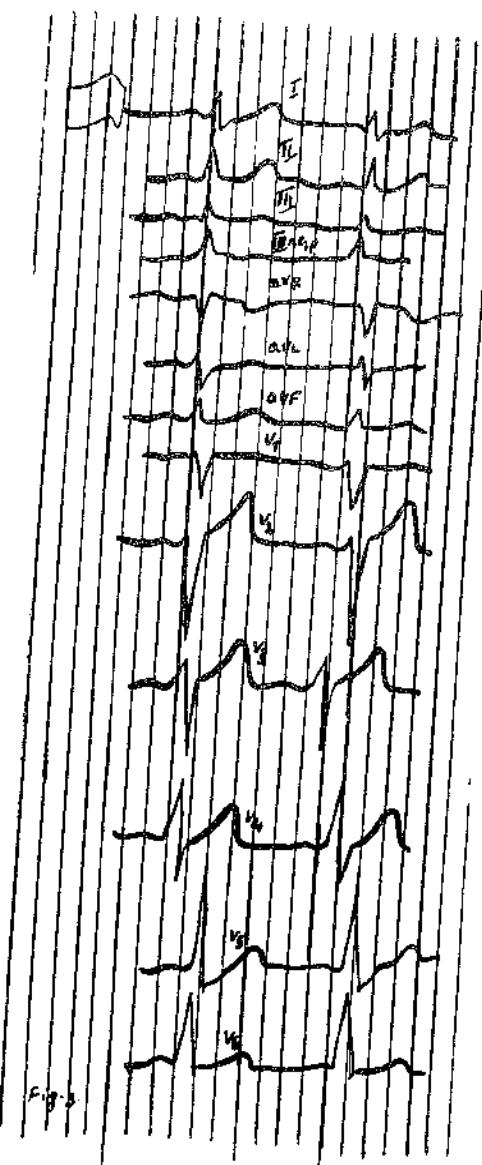


Fig. 3.

Pacienti N.Z.H. vjeç 28 shtruar në 4-V-1965 me marje mëntsh, djersë, therje në zemër. I sëmurë prej viti 1957. Objektivisht paraqiste: TA 170/80 mmHg. e cila mbas 7 ditëve qëndrimi në konditë stacionare zbritinë 140/70 mmHg. EKG: ritmi sinuzal. Frekuencia 75-86/m. P—Q= 0.18 sek. QRS=0.08 sek. QRS-T = 0.34 sek. Në lidhjet torakale tip i majtë i QRS : r i vogël dhe S e thellë në $V_{2,3}$ dhe R e naltë në $V_{4,5,6}$. T e naltë në $V_{2,3}$. Depresion i segmentit RS-T V_5 dhe dhëmbi T i ulur. EKG paraqet hipotrofi të ventrikulit të majtë me shenja mbi ngarkesë të kësaj ane.

NDRYSHIMET E ENZIMAVE NË SERUMIN E TË SËMURËVE ME CIRROZË HEPATIKE

Docent Josif E. Adhami, Milto Kostaqi

(Katedra e Terapisë së Fakultetit. Shef. Doc. J.E. Adhami)

Hepari është një nga organet më të pasur në enzima. Dëmtimi i celulave të tij bën që të lirohet një sasi enzimash, të cilat derdhen në gjak. Përcaktimet e aktivitetit të tyre në serum, vlejnë si teste funksionale të heparit.

Materiali që do të paraqitim iu referohet 107 të sëmureve me cirrozë hepatike të shtruar në klinikën e Terapisë së Fakultetit gjatë vitit 1965 dhe 9 muajve të parë të vitit 1966. Prej këtyre, 72 ose 67,3% të rasteve janë meshkuj dhe 35 ose 32,7% janë femra. Moshën e tyre po e paraqitim në pasqyrën e mëposhtëme:

Moshë e shprehur në vjet	14-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Mbi 70
Nr. i rasteve	5	16	13	29	26	15	3

Prej këtej del se vendin kryesor e zenë moshat 41-60 vjeç me 55 veta ose 51,4% të gjithë rasteve. Përsa i përket profesionit, në vendin e parë qëndrojnë fshatarët me 43 veta ose 40,19% të rasteve, pastaj punëtorët 35 ose 32,71%, nëpunësit 14 ose 13,08%, shtëpijaket 11 ose 10,28% dhe nxënësit 4 ose afro 3,74% të rasteve.

Sipas formës klinike të sémundjes, 34 ishin cirroza atrofike të tipit Laennec të dekompenzuara, 23 cirroza tip Banti prej të cilave 18 të dekompenzuara, 7 sindrome Banti, nga këto 4 të dekompenzuara, 38 cirroza hipertrofike splenomegalike, nga të cilat 9 të dekompenzuara, 4 cirroza biliare sekondare të dekompenzuara dhe një cirrozë alkoolike hipertrofike.

Për gravitetin e të sëmureve tanë flet fakti se 70 veta ose 65,3% të rasteve janë të dekompenzuar, 18 prej të cilëve përfunduan në *exitus letalis*.

Në enzimat e studjuara në këtë punim hyjnë: transaminazat, fosfataza alkaline, aldolaza, fosfoeksoizomeraza, laktodehidrogenaza dhe ornitinkarbamiltransferaza, por numëri i pakët i ekzaminimeve të kësaj të fundit, nuk na lejon që këto rezultate t'i analizojmë në këtë punim. Ekzaminimet i kemi bërë në laboratorin qëndror biokimik, (drejtore K. Shteto).

Transaminazat janë enzima, të cilat, duke vepruar si katalizatorë, lejojnë transferimin drejtpërdrejt të grupeve aminike. Sipas Fauvert R. (1966), këto mund të janë të shumta, por në serumin e gjakut dy përcaktohen lehtësisht: transaminaza glutamin -oksalacetike (SGOT) dhe transaminaza glutamin-piruvike (SGPT). Sipas Polonovski M. dhe b.p. (1963), e para merr pjesë si katalizator në formimin reversibël të acidit glutaminik dhe acidit aksalacetik, duke transferuar grupin alfa amino të acidit aspartik në acidin alfa-ketoglutarik, ndërsa e dyta vepron si katalizatore në formimin reversibël të acidit glutaminik dhe acidit piruvik, duke transferuar grupin alfa amino të alaninës në acidin alfa-ketoglutarik.

Gjatë destruktionsit të celulave hepatike, transaminazat rriten në serumin e gjakut dhe shtimi i tyre është proporcional me përhapjen e he shpejtësinë e instalimit të citolizës. S.G.O.T. gjendet në sasi të madhe edhe në muskujt, veçanërisht në miokard, ku niveli i saj është më i lartë se në hepar, gjendet gjithashtu në renët, pankreas etj. Sipas Fauvert R. (1966), rëndësi më të madhe për heparin ka rritja e S.G.P.T., e cila lirohet më pak se sa S.G.O.T. në nekrozat muskulare dhe veçanërisht në infarktin e miokardit. Prandaj në momentin aktual, dozimi i transaminazave serike, sidomos S.G.P.T., përbën vlerësimin praktik më të mirë për citolizën hepatike.

Rëndësi më të madhe kanë në hepatitet virale, por ndryshime mund të kemi edhe në cirrozat. Sipas Polonovskit, niveli i SGOT nga 2-40 U Karmen/ml. që është normal, arrin në 68-370 U., kurse ai i SGPT nga 5-35 U. Karmen/ml. arrin në 176-440 U. Schneiderbau A. dhe Rettenbacher (1959), duke studjuar 30 të sëmurë me cirrozë, arritën në konkluzionin se aktiviteti i transaminazave në këtë sëmundje rritet rrallë dhe nuk i kalon 300 U. Kurse Wiltink W.F. (1960) thotë se niveli i tyre në cirrozat hepatike nuk i kalon 200 U. Sipas këtij të fundit, aktiviteti i SGOT rritet më shumë se sa ai i SGPT. Lapis J. dhe b.p. (1961) thonë se treguesit më të mirë të ekzistencës së inflamacionit të heparit janë rritja e aktivitetit të S.G.P.T., pastaj S.G.O.T. Loll H. (1961) i jep rëndësi raportit SGPT/SGOT, sipas të cilit i ndan në dy grupe. Ata që e kanë këtë raport më të madh se 0,8, ku hyjnë hepatitet kronike, cirrozat e kompensuara etj. dhe të tjerët ku raporti i aktivitetit të transaminazave është më pak se 0,8. Brauner R. e b.p. (1961), në 12 raste me cirrozë hepatike, ku më shumë e ku më pak, konstatuan rritje të aktivitetit të transaminazave. Kështu në 6 pacientë predominate SGPT, në 4 SGOT, kurse në dy të fundit, aktiviteti i transaminazave ishte i rritur njëloj. Raporti SGOT/SGPT në 8 raste ishte i ulur, kurse në 4 i rritur.

Në materialin tonë, gjatë shtrimit të të sëmurëve në klinikë, transaminaza glutamino oksalacetike është përcaktuar në 93 veta, sipas metodës Reitman - Frankel dhe është gjetur më e rritur se norma në 43 të sëmurë ose 46,2% të rasteve të ekzaminuara. Kurse aktiviteti i transaminazës glutamin piruvike u përcaktua në 61 të sëmurë dhe u gjend më e lartë se norma në 37 pacientë ose 60,6% të rasteve.

Shteto K. e b.p. (1966) në 55 të sëmurë me cirrozë hepatike, kanë gjetur se vetëm në 25% të rasteve SGOT ishte brenda normës, kurse në 75% ishte më e lartë. Përqindjet tona që janë më të vogla ndofte duhen lidhur me faktin, se ne kemi marrur për bazë ekzaminimin e parë të transaminazave të bërë gjatë shtrimit në klinikë, kurse këta

mund të kenë marrur maksimalin, gjë që nuk përcaktohet në punimin e tyre.

Po të analizojmë rastet, të cilët transaminazat i kishin më të larta se norma, do të shohim se numëri më i madh i tyre i kishte nën 100 U. Kështu për SGOT 41-100 U. 25 veta, 101-200 U. - 13, 201-300 U. - 3 dhe mbi 300 U. - 2 të sëmure. Për SGPT 36-100 U. 23 pacientë, 101-200 U. - 11 dhe 201-300 U. - 3 veta.

Me qëllim që të shohim ndryshimet e transaminazave në raport me gjendjen e cirrozës, analizuam veç rastet e kompensuara dhe veç cirrozet e dekompenzuara dhe konstatuan se në format e kompensuara, para mjekimit, niveli i aktivitetit të SGOT ishte më i lartë se norma në 45,16% të rasteve të ekzaminuara, kurse tek format e dekompenzuara ishte më i lartë në 52,23%. Veç kësaj, kërkua të gjejmë se si ndryshon SGOT pas mjekimit me deltakorten, substanca lipotrope dhe vitamina, në të dy këto forma dhe konstatuan një ulje të madhe të aktivitetit të kësaj transaminaze tek të kompensuarit, ku nga 45,16% të rasteve arriti në 31,25%, ndërsa tek të dekompenzuarit nga 53,23% në 47,50%.

Këto ndryshime janë më të theksuara me transaminazën glutaminopiruvike. Kështu, para mjekimit, aktiviteti i saj ishte më i lartë se norma në 57,89% të të kompensuarve dhe 61,90% të të dekompenzuarve, ndërsa nën veprimin e terapisë komplekse, u vu re një ulje e theksuar e aktivitetit të saj. Kështu, pacientët e kompensuar, që e kishin atë më të lartë se norma, nga 57,89% arriten në 12,50%, kurse përqindja e të dekompenzuarve që e kishin SGPT më të lartë se norma u ul shumë pak, nga 61,90% në 58,82%.

Këto vërtetojnë të dhënët e klinikës se rezultatet e mjekimit janë më të mira në cirrotikët e kompensuar, se sa në të dekompenzuarit dhe se mundësitet e frenimit të proceseve citolitike janë më të mëdha tek të parët se sa tek të dytët.

Aldolaza: Sipas Martoni L. (1963), është një enzimë që merr pjesë si katalizatore në formimin e dhe zberthimin reversibël të fruktozo - 1,6 - difosfatit në dihidroksiaceton fosfat dhe gliceraldeid - 3 - fosfat. Shifrat normale, sipas Polonovski M. dhe b.p. (1963), janë deri në 4,5 U. Sibley. Ato rriten 7-20 herë në hepatitet akute, kurse në hepatopatitë kronike janë pothuajse normale, prandaj gjatë këtyre të fundit, rritja flet për një riakutizim të proçesit. Brauner R. dhe b.p. (1961) nga 12 të sëmure me cirrozë hepatike, konstatuan se aktiviteti i aldolazës ishte i rritur vetëm në 4. Edhe Varay A. dhe Masson M. (1964), e kanë gjetur aktivitetin e saj në cirrozet hepatike normale ose pak të rritur, mesatarisht 5,9 U.

Në materialin tonë, para mjekimit janë ekzaminuar 51 raste dhe, sipas metodës Bruns - Sibley, u gjend se aktiviteti i 1,6-difosfofruktoaldolazës është më i lartë se 4,5 U. në 15 veta ose 29,4% të rasteve, kurse pas mjekimit, ekzaminimi i aldolazës është bërë në 14 të sëmure dhe është gjetur më i lartë se norma në 5 ose 35,7% të të ekzaminuarve. Duke i analizuar rastet me aktivitetin e aldolazës më të lartë se norma para mjekimit, 13 të sëmure e kishin 4,6-10 U. Sibley, ndërsa 2 midis 10,1-15 U., kurse pas mjekimit 5 veta midis 4,6-10 U.

Aktiviteti i aldolazës para mjekimit ishte më i lartë se norma në 15,79% të cirrotikëve të kompensuar dhe 40,62% të të dekompenzuarve. Pas mjekimit u ul në 250% të pacientëve të dekompenzuar, kurse përsa

iu përket të kompensuarve, numëri i pakët i rasteve, tek të cilët u bë përcaktimi, nuk na lejon të nxjerrim përqindje.

Fosfataza alkaline: vepron mbi esteret monofosforike si katalizator në procesin e transfosforilizimit dhc në atë të zberthimit hidrolistik. Metoda më e përdorur është ajo e Bodansky dhe shprchet në U. Bodansky. Konsiderohet normal 1,5-4 U. (Polonovski M. e b.p.), por sipas të dhënave të laboratorit biokimik qëndror, ka rezultuar se ndër ne, shifrat normale të përcaktuara mbi një numër dhuruesish të gjakut qëndrojnë midis 1-2,5 U. Bodansky. Po këto shifra jepen edhe në udhëzimin përfotometrin Pulfrich (Arbeitsvorschriften fur das Pulfrich - Photometer. Sammlung. I. Jena 1956). Kjo enzimë rritet më pak në hepatitet infekcioze dhe më shumë në ikteret obturativë.

Sipas Erlinger dhe b.p. (1965), në cirrozat alkoolike, fosfataza alkaline është më e lartë se norma në 39% të rasteve, kurse në ato raste që paraqitin edhe ikter arrin deri në 42,5%.

Brauner R. dhe b.p. (1961), konstatuan se nga 14 raste me hepatit kronik, fosfataza alkaline ishte e rritur në 3 dhe mesatarisht e rritur në 4, ndërsa nga 12 cirrozat hepatike qe e rritur në 4 pacientë, më tepër në 1 prej tyre të shkaktuar nga kolesteroli. Po këta auktorë citojnë punimet e Sherlok dhe Wollsh, sipas të cilëve rritja jo e madhe e fosfatazës në cirrozat dhe hepatitet kronike mund të spjegohet me dëmtimin e celulave hepatike, të cilat nuk janë në gjendje ta absorbojnë fosfatazën nga gjaku në mënyrë të mjaftueshme.

Në të sëmurët tanë gjatë shtrimit në klinikë, përcaktimi i fosfatazës alkaline u bë në 69 raste dhc u konstatua se 35 ose 50,72% e tyre e kishin më të ulët se 2,5 U. Bodansky, ndërsa 34 ose 49,28% më të lartë se norma e laboratorit tonë biokimik. Kurse pas mjekimit, dozimi i tyre u bë në 36 pacientë dhe u konstatua se 12 ose 33,33% e kishin brenda normës, kurse 66,67% më të lartë se 2,5 U. Bodansky. Natyrishët nëqoftëse do të marrim si normë shifrat e dhëna nga Polonovski M. e b.p. (1,5 - 4 U.), përqindja e rastev që e kanë fosfatazën alkaline më të lartë se norma ulet shumë: në 13 raste para mjekimit ose 18,84% dhe në 7 pas tij ose 19,44%. Megjithëse përqindja e rasteve ka dalë më e lartë pas mjekimit, vlen të përmendet se ndërsa shifrat maksimale të fosfatazës gjatë shtrimit në klinikë arrinin deri në 12 U. Bodansky, ato pas mjekimit nuk arrinin as në 8 U.

Edhe me fosfatazën, sikurse dhc me enzimat e tjera, e konsiderojmë të nevojshme të vemë në dukje ndryshimet e nivelit të saj tek cirrotikët e kompensuar dhe të dekompenzuar.

Përcaktimi i aktivitetit të saj para mjekimit u bë në 26 cirrotikë të kompensuar dhe u konstatua se ishte mbi normën në 46,15%, kurse pas mjekimit në 7 u gjend më e lartë në 42,85% të rasteve. Në të dekompenzuarit para mjekimit dozimi i fosfatazës alkaline u bë në 43 raste dhe u gjend më e lartë se norma në 48,84%, kurse pas mjekimit në 29 dhe u gjend e rritur në 69% të rasteve. Prej këtyre përqindjeve duket qartë, se ndërsa në grupin e të kompensuarve pas mjekimit ulet aktiviteti i fosfatazës alkaline, në të dekompenzuarit, megjithë terapinë e bërë, ai shkon duke u rritur. Pa tjetër që në këto të fundit kanë ndikuar rastet që përfunduan me exitus letalis.

Fosfoheksoizomeraza: merr pjesë si katalizator në reaksionet reversibile: glukozë-6-fosfat \leftrightarrow fruktozë-6-fosfat. Sipas Bruns dhe b.p. (cituar nga Martoni L. 1963), aktiviteti i saj shthohet 10 deri në 40 herë

në hepatitet virale, ndërsa në ikteret obstruktive dhe në cirrozat pëson ndryshime të vogla. Branuer R. dhe b.p. (1961), nga 9 raste me hepatit kronik, gjetën se ishte shumë e rritur në 6, më pak e rritur në të tjetër; kurse nga 12 të sëmürë me cirrozë hepatike, qe e rritur në 10, por në 4 prej tyre ishte shumë e rritur. Këto rezultate nuk korrespondojnë me të dhënat tona. Gjatë shtrimit të klinikë, aktiviteti i fosfoheksoizomerazës u përcaktua në 26 cirrotikë sipas metodës Bruns dhe u gjend më i lartë se norma vetëm në 6 të sëmürë ose 23,07% të rasteve të ekzaminuara, kurse pas mjekimit u përcaktua në 12 veta dhe u gjend e rritur vëtëm në 3 pacientë ose 25% të rasteve. Po ta shkojmë sipas fazës evolutive të cirrozës, para mjekimit ajo ishte më e lartë se 10 U. në 42,85% të rasteve të kompensuara dhe 21% të atyre të dekompenzuara, kurse pas mjekimit ishte dozuar vetëm tek një cirrotik i kompensuar, prandaj nuk mund të jepim përqindje, kurse tek të dekompenzuarit, përqindja u ngrit në 25,45%. Interpretimet e bëra për fosfatazën alkaline, mendojmë se janë të vlefshme edhe për fosfoheksoizomerazën.

Laktodehidrogenaza: është enzimë që katalizon dehidrogjenimin e acidit laktik duke formuar acid piruvik, në prezencë të difosfopiridin - nukleotidit. Niveli i saj në serumin e gjakut është midis 200 dhe 680 U. Wroblevski; ose sipas metodës Sevela - Tovarek, që përdoret ndër 'ne, midis 4,4-7,6 mikromol.

Gjatë shtrimit në klinikë, përcaktimi i saj u bë në 27 raste dhe u gjend më i lartë se 7,6 mikromol në 11 ose 40,70% të rasteve të ekzaminuara, kurse pas mjekimit u dozua në 14 të sëmürë dhe u gjend e rritur në 4 ose 28,57% të rasteve. Përsa i përket përcaktimit të Laktodehidrogenazës në cirrotikët e kompensuar, numëri i rasteve është i pakët dhe nuk na lejon të nxjerrim konkluzione, ndërsa tek të dekompenzuarit u bënë 23 ekzaminime para mjekimit dhe u konstatua se në 39,13% ato ishin më të lartë se norma, ndërsa pas mjekimit nga 12 të ekzaminuar, përqindja e rasteve që e kishin më të lartë se 7,6 mikromol zbriti në 25%.

Brauner R. e b.p. e kanë gjetur të rritur në 9 nga 14 raste me hepatit kronik, kurse për 12 cirroza, që ata kishin në studim, thonë se laktodehidrogenaza është normal ose e ulur, gjë që nuk korrespondon me të dhënat tona.

K o n k l u z i o n e

1 - Niveli i aktivitetit të transaminazave në të sëmürët me cirrozë, qofshin të kompensuar ose të dekompenzuar, rallë i kalon 300 U.

2. - Aktiviteti enzimatik i SGPT, sipas të dhënavë tona, është më i lartë se ai i SGOT.

3. - Aktiviteti enzimatik i të dy transaminazave është më i lartë në cirrozat e dekompenzuara se sa në të kompensuarat.

4. - Nën veprimin e terapisë komplekse, niveli i aktivitetit të transaminazave ulet më tepër për format e kompensuara, se sa të dekompenzuarat.

5. - Rritja e aktivitetit enzimatik të aldolazës tek cirrotikët është më e pakët se ajo e transaminazave. Kjo rritje është më e theksuar për format e dekompenzuara se sa tek të kompensuarat.

6. - Fosfataza alkaline rritet në gjysmën e numërit të cirrotikëve. Niveli i saj është pak më i lartë tek të dekompensuarit se sa tek të kompensuarit, por pas injekimit, ndërsa tek këta të fundit ulet pak, tek të dekompensuarit niveli i saj shkon duke u rritur.

7. - Aktiviteti enzimatik i fosfoheksoizomerazës u gjend i rritur në afro 1/4 e rasteve tona, por me ndryshim prej enzimave të tjera, niveli i saj ishte më i lartë se format e kompensuara se sa të dekompensuarat.

8. - L.D.H. rritet më tepër në cirrotikët se sa aldolaza dhe fosfoheksoizomeraza.

Paraqitur në redaksi më 6.XI.1966

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

- 1 — Brauner R., Soru Iu., Negeescu V., Hoanca O. — Enzymogramma pri kroničeskih hepatitah i cirroza pećenji Kliničeskaja medicina 1961, 7, 27.
- 2 — Erlinger S., Ngoc Xuan H., Benhamou J.P., Fauvert R. — Les phosphatas alcalines du serum au cours des maladies du foie. Presse Méd. 1965, 11.
- 3 — Fauvert R. — Exploration fonctionnelle du foie. Në: «Maladies du foie, des voies biliaires du pancréas» të: «René Cachera, Jacques Caroli, René Fauvert» Paris. 1966.
- 4 — Lapis J., Mandat A., Rychlik H., Szymanska H. — O aktywnosci niektórych enzymow w zapaleniu miazszowym watroby. Pol Arch. Med. Wewuet, 1961, 3, 337-347.
- 5 — Loff H. — Über die diagnostische und prognostische Bedeutung der Messung von Enzymaktivitäten im Serum bei Ekrankungen der Leber». Med. Wschr. 1961, 9, 594-601.
- 6 — Martoni L. — Malattie del fegato e delle vie biliari. Edizioni Minerva Medica 1963.
- 7 — Polonovski M., Boulanger P., Macheboeuf M., Roche J. — Biochimie médicale. Masson. Paris 1963. III.
- 8 — Schneiderbau A., Rettenbacher F. — Über das Verhalten den Serum-Transaminasen SGOT und SGPT bei Leberparenchymenkrankungen und beim Verschussikterus. Wien. Med. Wschr. 1959, 26/27, 553-562.
- 9 — Shteto K., Boletini E., Sino V. — Studim mbi aktivitetin në serum të transaminazave glutamino-oksalacetike dhe glutamino-piruvike. Buletini i Universitetit Shtetëror të Tiranës — Seria shkencat mjekësore. 1966, 1, 64-68.
- 10 — Varay A., Masson M. — Enzymogramme restreint dans l'exploration fonctionnelle du foie. Presse Méd. 1964, 72, 46, 2709-2714.
- 11 — Wiltink W. F. — Serumtransaminasen bij leverbeschadiging. Ned. T. Geneesk. 1960, 39, 1871-1873.

(Summary)

CHANGES OF THE BLOOD SERUM ENZYMES IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

The enzymatic changes were studied in the blood serum of 107 patients suffering from different forms of liver cirrhosis, who have been on treatment in the Therapeutic clinic of the Tirana Faculty of Medicine during the year 1965 and the first 9 months of 1966.

The enzymes, which were determined before and after the treatment, included the transaminases, aldolase, phosphohexoisomerase, basic phosphatase and in some

The activity of the transaminases, in compensated and decompensated cases, rarely reached the level of 300 U. The enzymatic activity of SGPT resulted higher than that of SGOT (60.6% as compared to 46.2%). This activity was higher in compensated cases (53.23% for SGOT and 61.90% for SGPT) than in the decompensated forms (45.16 for SGOT and 57.89% for SGPT); after treatment this activity fell in the compensated forms lower than in the decompensated ones.

The increase of the enzymatic activity of aldolase is less pronounced than that of the transaminases (29.4%). This increase is higher in the decompensated forms (40.62%) than in the compensated (15.79%).

Basic phosphatase had increased in about half of the cases. Its level was found lower in the decompensated (48.84%) than in the compensated forms (46.15%), but after treatment it fell little in the compensated forms (42.85%) and continued to mount in the decompensated forms (69%).

Phosphohexoisomerase increased in about 1/4 of the cases, but, in contrast with the other enzymes, its level was found higher in the compensated (42.85%) and lower in the decompensated forms (21%).

Lactodehydrogenase activity in cirrhotic patients was higher (40.70%) than that of aldolase and phosphohexoisomerase.

TË DHËNA TË PROVËS JIRGL NË IKTERET ME KOLOSTAZË DHE PA KOLOSTAZË

Klement Shteto - Donika Hasa - Enis Boletini - Kim. Vojsava Sino -
(Laboratori biokimik Qëndror — Drejtor K. Shteto)

Në praktikën mjekësore, krahas testeve të retensionit biliar, po zbatohet gjithënjë e më tepër edhe testi i Jirgl-it.

Dihet se Vladimir Jirgl më 1957 propozoi një test për të bërë diagnozën diferenciale në mes të iktereve hepato - celulare dhe iktereve mekanikë ose kolostatikë. Duke studjuar 46 të sëmurë me ikter probabilisht obstruktiv, Jirgl vuri re se në përzjerjen e serumeve të tyre me reagentin Folin-Çokallitëu në 95% të tyre prodhohej një turbullirë, që kalonte në flokulim. Kjo turbullirë nuk prodhohej as në serumin e 147 pacientëve me Hepatitis viral, as në 26 rastet me cirrozë dhe as në 8 rastet me ikter hemolitik. Jirgl e provoi gjithashtu në dy seri minjsh me ligaturë të kolodokut dhe vuri re se reaksiioni bëhej pozitiv nga dita e 4-të deri në ditën e 8-të pas ligaturës.

Më vonë në përfundime të ngjashme arritën edhe auktorë të tjera:

		Iktere kolostatike		Iktere jo kolostatike	
Dajkos e bashk. Padolecchia,,	1959	25	raste; 92% pozitiv	29 raste;	90% negativ
Bagno e Baldi	1960	25	„ 95.4 % „	60 „	80 % „
Meoni e Bani	1961	35	„ 88% „	30 „	80% „
Alverno e Bottaro	1961	12	„ 66% „	19 „	74% „
Spallino	1961	44	„ 63.6% „	30 „	73.3% „
Shimooka-Firut	1961	17	„ 100% „	14 „	78.5% „
Penacchio-Straderini	1962	31	„ 87% „	54 „	89% „
Ciabotti	1962	38	„ 90.6% „	54 „	96% „
Varay e Masson	1964	14	„ 50% „	53 „	86% „
Rosenthal-Douyres	1965	18	„ 83% „	30 „	86% „
Lemaire A.e bashk.	1965	7	„ 100% „	47 „	70.2% „
Sellek e bashk.	1964	38	„ 84.2% „	55 „	91% „
		10	„ 100% „	19 „	79% „

Nga të dhënat e mësipërmë shihet se ky rast në shumicën dërmnjëse të rasteve është pozitiv në ikteret mekanikë dhe negativ në ikteret hepatocellularë e në sëmundjet e tjera.

Në ikteret mekanikë mund të kemi rezultate negativë: a) kur ikteri vazhdon për një kohë të gjatë, sepse gjatë kolostazës mund të zhvillohet edhe një dëmtim hepato-cellular, që mund të manifestohet me alteracione të provave funksionale të heparit (2,5,8); b) kur kolostaza nuk është e plotë, siç ndodh p.sh. gjatë obstruksioneve litiazike ose

nga kolangjitet, sipas Fabre, Dajkos etj. (cituar nga 5), sëmundje në të cilat obstrukcioni në disa raste mund të suprimohet. Prandaj rastet më pozitivë janë obstrukcionet neoplazike. Sipas Varay e Masson (cituar nga 7) testi është pozitiv 100% në kacerin e hilusit hepatik dhe 77.7% në cholelithiasis.

Në ikteret hepato-cellulare mund të kemi raste pozitive, sepse mund të instalohet një stazë biliare intrahepatike, sidomos në hepatitet virale të zgjatura (1,2,4,5,7,) si dhe në cirrozën biliare (4) ose në cirrozën e shoqëruar me regjenerim të theksuar (4). Ciabotti në 7 rastet me hepatit viral, që kanë testin pozitiv, në tre prej tyre bën agobiopsinë dhe gjen trombuse biliare në kanalet intrahepatikë.

Në përgjithësi, në sëmundjet e tjera, testi i Jirgl është negativ, sidomos në ikteret hemolitikë, sipas Jirgl, Dajkos e bashkëpunëtorët, Padolecchia, Squillance, Lodi etj. (cituar nga 2), në cirrozat etilikë dhe metaikterikë (2,4) dhe në sëmundje jo hepatikë. Rrallë herë janë konstatuar edhe raste pozitive, si p.sh. në një rast me infarkt miokardi, një me pielit gravidik dhe një flebit kanceroz (4), kurse nga Dajkos etj. është gjetur pozitiv një me leshmanoisis (cituar nga 2) dhe nga Squillace dy hiperbilirubincni konstitucionale (2).

Në njerëzit normalë, rezultatet kanë qenë gjithënjë negative, sipas Sellek, Padolecchia, Squillance (cituar nga 2) dhe auktorëve të tjera.

Mendohet se nuk ka paralelizëm të vazhdueshëm as me bilirubinëmin, as me fosfatazën alkaline ose me teste të tjera, por me gradën e obstrukcionit dhe me shpejtësinë e formimit të tij (2,4,5).

Pas precipitimit të proteinave serike me acidin sulfosalicilik dhe të mukoproteinave me acidin fosfotungstik, mekanizmi i reaksionit të Jirglit konsiston në flokulimin e substancës anormale, që çfaqet në serum gjatë kolostazës. Në fillim u dyshua se kjo substancë ndoshta ishte një mukoproteinë, meqënëse rritet në ikteret mekanikë, por testi i Jirgl del negativ në sëmundjet që kanë rritje të mukoproteinave, siç janë tumoret, hemoblastoza dhe infeksione të tjera dhe kronike. Më vonë u dyshua për seromukoidin e Winzler, që është një alfa₁ glukoproteine, por në rastet me testin e Jirgl pozitiv alfa₁ glukoproteinat janë gjetur të rritura vetëm në 41% të rasteve. Sipas Lemaire e bashk. (4) dy fakte janë me rëndësi: se reaksiioni i Jirgl mund të bëhet pozitiv me anë të bilës dhe negativ në atrofia flava hepatis. Këto tregojnë se kjo lëndë prodhohet nga hepari dhe gjatë kolostazave refluon në gjak.

Bila e freskët e njeriut normal jep një reaksiون Jirgl pozitiv, dhe të bën të besosh se është refluimi i përbërve të bilës, që spjegon pozitivitetin e reaksionit (3). Me anë të elektroforezës, kromatografisë, dhe ultracentrifugimit është gjetur se kjo lëndë është një lipoproteinë anormale e pasur me fosfolipide (2,4) dhe që përmban një glukopeptid përgjegjës për reaksiionin. Testi negativizohet gjatë kolostazës kur ka dëmtimë të theksuara hepato-cellulare, pse ulet sinteza e kësaj substance, ose kur zhduket staza biliare dhe nuk kryhet refluksi i bilës në gjak. Megjithatë mekanizmi i testit nuk është skjuar deri në fund.

M a t e r i a l i i s t u d j u a r

Është bërë përcaktimi i testit sipas teknikës së Jirgl (5,8,9) në 148 pacientë të shtruar në spitalet klinike Nr. 1, 2 dhe Nr. 3 gjatë periudhës

- 12.8.1964 - 23.4.1965 dhe në 10 dhurues gjaku kemi pasur këto rezultatë:
- 1) Iktere kolostatikë 19 raste Testi pozitiv në 18 (94.7%) Testi negativ në 1 (5.3%).
 - 2) Iktere jo kolostatikë 100 raste Testi pozitiv në 6 (6%) Testi negativ në 94 (94%).
 - 3) Sëmundje jo ikterike 29 raste Testi pozitiv në asnjë (0%) - Testi negativ në 29 (100%).
 - 4) Dhurues gjaku 10 raste Testi pozitiv në asnjë (0%) Testi negativ në 10 (100%).

Të dhënrat e pacientëve me iktere kolostatike

V.K. Kartela Nr. 2966 diagnoza: Cholecystitis calculosa-pozitiv ++ (u operua
R.B. kartela Nr. 1266 diagnoza: cholecystitis calculosa-pozitiv ++ (u operua

M.LL.	"	329	"	Cancer pancreatis (caput)	"	++	"
J.M.	"	2686	"	"	"	+++	"
F.L.	"	8139	"	"	"	+++	(nekropsi)
D.K.	"	213	"	"	"	+++	(u operua)
H.L.	"	5474	"	"	"	++	
M.H.	"	5534	"	"	"	++	
A.L.	"	7115	"	"	"	++	(u operua)
D.D.	"	2243	"	"	"	++	
D.H.	"	8034	"	"	"	++	
M.D.	"	2237	"	"	"	++	
R.M.	"	8605	"	Pancreatitis chronica fibrosa riacutisata	"	++++	
L.I.K.	"	1554	"	Atresia kongenitale e rrugëve biliare ekstrahepatike (fëmi 2 javësh)	"	++++	(nekropsi)
H.J.	"	8004	"	Atresia kongenitale e rrugëve biliare ekstrabetike (fëmi 2 muajsh)	"	++	
H.S.	"	5556	"	Ichterus mecanicus	"	++	(operohet)
A.K. kartela Nr. 5556 diagnoza: Ichterus mecanicus-pozitiv ++							
K.P. kartela Nr. 5974 : Cancer hepatitis me pozitiv + + + (ne- kropsi). metastaza							
Z.M. kartela Nr. 1073 > Cancer pancreatis (caput) negativ							

DISKUTIMI I RASTEVE

Sic shihet nga tabela e parë, rastet janë ndarë në katër grupe:

1. - *Ikteret kolostatike.* - Nga 19 rastet me ikter kolostatik, në 18 prej tyre testi i Jirgl-it ka qënë pozitiv (94.7%). Nga tabela e dytë shihet se midis tyre 3 janë me kalkulozë biliare, 10 me cancer capitis pancreatis, 1 me pancreatitis fibrosa riacutisata, 2 janë fëmijë me atrezi të rrugëve biliare ekstrahepatike (kongenitale), njëri dy muajsh i operuar dhe tjetri 2 javësh, 2 me ikter mekanik, ndoshta nga canceri dhe një me cancer hepatis me metastaza.

Në tre raste testi ka qënë shumë pozitiv + + + +, 11 pozitiv i theksuar + + +, në 4 pozitiv + +. Më pozitive kanë qënë ata me cancer pancreatis. Vetëm në një rast testi ka rezultuar negativ (R.M. nr. kartele 1073) me diagnozë cancer pancreatis me metastaza vërtetuar edhe me laparatomji në të cilin provat funksionale të heparit ishin mijافتë alternuara dhe dëshmonin për lezione hepatocelulare difuze; kon-

form me tē dhënat e auktorëve të tjera, që me këtë mund tē spjegohet negativiteti i testit.

Në rastet me iktere kolostatike tē studjuara, përqindja pozitive ishte mjaft e lartë, sipas tē dhënavë tē publikuara nga Jirgl, Dajkos e bashkëpunëlorë, Ragno dhe Baldi, Sellek etj. Spallino, Shimoaka e Firat, Penacchio, Varay e Masson dhe Lemaire e bashk. Në 8 nga pacientët, diagnoza është vërtetuar edhe me laparatomë dhe në tre të tjera me nekropsi. Edhe testit tē Jirgl i përket merita që 8 prej pacientëve tē operoheshin.

2. - *Ikteret jo kolostatike.* - Përfshijnë 98 raste me hepatite virale dhe dy raste me ikter hemolitik. Midis tyre 94 raste kanë testin e Jirgl-it negativ, d.m.th. 94%, konform me tē dhënat e publikuara nga Jirgl, Padolechchia, Ragno e Baldi, Shimoaka dhe Firat, Penacchio, Ciabotti dhe Lemaire e bashk. Nga 6 rastet pozitive, në 3 prej tyre bëhet fjalë për forma tē zgjatura. Dihet se këto forma me evolucion tē zgjatur pajtohen me instalimin e kolostazës intrahepatike, që mund tē bëjë pozitiv testin, mendim i shprehur nga Lemaire e bashk. Cachin, Varay e Masson, Pancchio, Ciabotti.

3. - *Sëmundjet pa ikter.* - Në këto janë përfshirë 4 raste me cirrozë atrofike dhe 25 raste me polyarthritis rheumatica. Në tē gjithë, testi i Jirgl-it është negativ, konform me tē dhënat e auktorëve tē ndryshëm.

4. - *Dhurues tē gjakut.* - Në 10 raste nuk kemi asnjë pozitiv, konform me tē dhënat e literaturës.

K o n k l u z i o n

1. - Testi i Jirgl-it është test i kolostazës. Ai është pozitiv në shumicën dërmonjëse tē iktereve me kolostazë ekstrahepatike.
2. - Ai është negativ në njerëzit e shëndoshë, në cirrozat, në sëmundjet pa ikter dhe në ikteret hemolitike.
3. - Është negativ në shumicën dërmonjëse tē hepatiteve virale, por mund tē bëhet pozitiv kur këto komplikohen me kolostazë intrahepatike.
4. - Është një test i thjeshtë, që lexohet dhe kryhet pa mjete fë komplikuara.

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

- 1 — **Cachin M.** — Les maladies du foie et des voies biliaires. La revue de praticien 1966, 6, 685.
- 2 — **Clabotti A.** — Contributo alla conoscenza e all' applicazione del test di Jirgl. Minerva Medica 1964/12/403.
- 3 — **Housse E., Etienne J.** — Physiopathologie de la cholostase d'origine extrahepatique. Vie médicale 1966/47/437.
- 4 — **Lemaire A., Housset E., Samair P., Aupuis S.** — La réaction de Jirgl. La presse médicale 1965/73/44/2407.
- 5 — **Penacchio L., Straderini G.** — Il test di flocculazione di Jirgl nella diagnosi di icterico da ritenzione. Minerva Medica 1962/6/134.
- 6 — **Rosenthal W., Douvres P.** — The Jirgl test in the Differential Diagnosis of

- Jaundice, A.J. Digestive Diseases 1965/4/300.
- 7 — Rouques L — Le test de Jirgl dans les icteres. La presse médicale 1965: 73/29/1701.
- 8 — Sellek A., — Del Frade A., Perello J. — Valor de la reaccion de Jirgl en el diagnostico de los icteros obstructivos. Revista Cubana de pediatria 1964/136.
- 9 — Tatjana N.U. — Prova e Jirgl në diagnozën diferenciale të iktereve. Laboratornoje Djello 1963/11/5.

(Summary)

THE JIRGL TEST IN JAUNDICE WITH AND WITHOUT CHOLESTASIS

The results are presented of the Jirgl test, performed on 148 patients suffering from viral hepatitis, liver cirrhosis, mechanical jaundice, diseases without jaundice and in 10 blood donors. The test resulted positive in the best part of the cases of extrahepatic cholestasis.

KARAKTERISTIKA TË SHKURTERA KLINIKE TË 363 RASTEVE ME HEPATIT EPIDEMIK

JAHJA PULO

Klinika e sëmundjeve infektive, Shef i klinikës Prof. N. Dushniki

Në materialin tonë paraqitet studimi i 363 histori sëmundjesh të të sëmurëve me hepatit epidemik, të shtruar në klinikën e sëmundjeve infektive gjatë vitit 1965. Të sëmurët i kemi grupuar sipas seksit, moshave dhe shenjave klinike, të cilat kanë predominuar si në periudhën preikterike, ashtu dhe ikterike.

Pasqyra Nr. 1

Seksi dhe moshë e të sëmurëve me hepatit epidemik

Nr. i të sëmurëve	11-15 vjet	16-20 vjet	21-30 vjet	31-40 vjet	41-50 vjet	51-60 vjet	61 vjet e lart
Burra 197	4	26	65	47	25	18	11
Gra 166	3	28	62	35	14	14	100

Nga pasqyra Nr. 1 shihet se numëri i burrave të sëmurë është pak më i lartë nga ai i grave; megjithatë kjo diferençë nuk është shumë e madhe. Në materialin tonë mbizoterojnë të sëmurët e moshave prej 20 - 40 vjeç, të cilët përbëjnë 57.5% të të gjithë të sëmurëvet.

Të 293 persona (85.5%) u gjet forma enterale e sëmundjes, kurse në 70 të tjerë (16.5%) supozohet që të janë të formës parenterale ose hepatitit serik.

Diagnoza e hepatitit parenteral është vënë duke u bazuar në anamnezën, me anën e së cilës tregohet se të sëmurët, në periudhën prej 6-12 muajsh, përpëra se të sëmureshin, kishin bërë injeksione, transfuzione ose ndërhyrje kirurgjikale, roli i të cilëve në përhapjen e hepatitit epidemik (siringeal) sot është i rrijohur mirë. Nga të sëmurët tonë (74.2%) kishin bërë injeksione, (11.5%) vaksina, (9.5%) ndërhyrje kirurgjikale dhe (4.8%) transfuzione. Të sëmurët kanë hyrë në spitale në këto kohë prej fillimit të sëmundjes: në ditën e 1-7 të sëmundjes (44.2%), në ditën 8-11 (35.08%), në ditën e 15-21 (10%) në ditën e 22-28 (4.8%) dhe në ditën e 29 e lart (5.92).

Këto shifra pohojnë se diagnostikimi i hershëm i kësaj sëmundje është i vështirë dhe, si rjedhim, shtrimi i tyre bëhet me vonesë, gjë kjo ka rëndësi si nga ana epidemiologjike, ashtu dhe për vetë zhvillimin

klinik të sëinundjes. Ndonjë ndryshim të kohës së shtrimit të sëmurëve me formë parenterale dhe enterale nuk ka.

Në dekursin e hepatitit epidemik dallojmë tri periudha: periudha preikterike, ikterike dhe kovaleshenca.

Symptomatologjia e periudhës preikterike në pjesën më të madhe karakterizohet me këputje (93.6%), ulje të orcksit (93.4%), dhimbje koke (13.7%), ngritje të temperaturës (5.9%); nga këta 47.6% e të sëmurëve kanë qënë subfebrile, 38.8% febrile dhe në 12.4% temperaturë të lartë. Në 1.1% të rasteve të periudhës preikterike është parë ekzanthema.

Shumica e të sëmurëve në këtë periudhë ka pasur ndonjen e rindimit në harkun kostal, (68.7%) dhe në disa të sëmurë prurit (11.1%). Përpara se të zverdheshin skleret, pothuajse tek të gjithë të sëmurët është parë ngjyrë e errët e urinës dhe çngjyrosja e materieve fekale.

Duke u bazuar në mbizotërimin e këtij apo atij sindromi, e ndamë në dispeptike, gripale dhe artralgjike, të cilat janë forma të periudhës preikterike.

Varianti dispeptik i periudhës preikterike (umbra e oreksit, nauze, të vjella, konstapacioni, dhëmbjet në regjionin epigastrik) janë gjetur në 64.1% të rasteve. Varianti artralgjik (dhimbje në artikulacione pa anjtëje të tyre) u gjet në 23.7%. Ndërsa varianti gripal (faringite, trakeite, u gjet në 3.9% të rasteve. Në 10% të rasteve u paraqit forma e përzjerë. Periudha preikterike ka zgjatur nga 5 ditë në 1 muaj, mesatarisht 10 ditë.

Sipas formës së sëmundjes, të sëmurët i kemi ndarë në tre grupe: forma e lehtë, e mesme dhe e rëndë. Si kriter objektiv për këtë ndarje kemi marrur gradën e bilirubin emise (sipas Bljuger F.A.). Në grupin e formës së lehtë të hepatitit epidemik bëjnë pjesë ata të sëmurë, tek të cilët bilirubinemia nuk i kalon 4.9 mg%. Në grupin me formë të mesme bilirubinemia nuk i kalon më tepër se 9.9 mg% dhe në grupin e formës së rëndë bëjnë pjesë të sëmurët ku bilirubinemia është mbi 10 mg%.

Pasqyra Nr. 2

Forma e sëmundjes

Nr. i t ^h sëmurëve	363	e lehtë	e mesme	e rëndë
Enterale	293	125 (42.67%)	130 (44.3%)	38 (12%)
Parenterale	70	25 (35.76%)	30 (42.82%)	15 (21.42%)

Siq shihet në pasqyrën Nr. 2, forma e lehtë e sëmundjes është parë në 42.67% për formën enterale dhe 35.76% për atë parenterale, forma mesatare në 44.4% dhe forma e rëndë në 12% dhe 21.42% të rasteve.

Symptoma më e shpeshtë e periudhës ikterike, që është takuar në 97.5% të rasteve është ikteri, i cili në 80% të sëmurëve ka zgjatur deri 30 ditë, ndërsa në 18% ka zgjatur 45 ditë dhe vetëm në 2% të rastave mbi 15 ditë. Zmadhimë i komparativës së sëmurëve me rastet

e rritjes së tij ka qënë e ndryshme nga 1-2 cm. deri 3-4 cm. në vartësi nga forma e sëmundjes. Lieni u gjet i zmadhuar në 35% të sëmurrevet, ndërsa pruriti në 10% të sëmurreve në periudhën ikterike. Në këtë periudhë anoreksine kemi gjetur në 60% të rastevet. Dhimbjet në hipokondrin e djathitë, të cilat lokalizoheshin në regjionin hepatik dhe në regjionin e fshikës biliare, në fillim të sëmundjes u panë në 0.8%, të rastevet, dhimbje këto, që të kujtojnë kolecystitin akut, një nga këto raste iu nënshtrua dhe ndërhyrjes kirurgjikale; këto forma i kemi takuar në fillimin e ikterit. Përsa u përket provave të labilitetit koloidal të heparit, analizat biokimike kanë vënë në dukje dëmtime të gradave të ndryshme, duke filluar që nga ato më të lehtat deri në ato më të rëndat. Këto ndryshime sigurisht lidhen me dëmtimet e vet parenkimës hepatike. Leukopenia më pak se 5.000 leukocite në 1 mm³ u pa nö 66.5% të rasteve, përbajtja normale u gjet në 36.2% dhe vetëm në 7.5% leukocitoze (mbi 8000) monocitozo u takua në 20% të sëmurreve. Periudha akute e sëmundjes ka vazduhar deri 45 ditë në 93.2% të të sëmurrevet, ndërsa forma e zgjatur prej 2-6 muaj në 5.8%, kjo formë u vu re shpesh në variantin kolastik të hepatitit epidemik.

DISKUTIM

Në punimet e tyre mbi hepatitin epidemik, kryesisht përsa i përket faktorit etiologjik, auktorë të ndryshëm kanë paraqitur të dhëna jo të njëllojta. Kështu, ndërsa në punimet e Bljugë F.A. (1964), Butjagina A.P. (1962), cituar nga Tarajejev E.M. dhe bashkëpunëtorët e tij, del se vendin kryesor e ze hepatiti epidemik. Kështu Bljuger paraqet 751 persona me hepatiti epidemik, d.m.th. 83.8% dhe në radhë të dytë vjen hepatiti serin në 145 vetë (16.21%), ndërsa nga të dhënat e Dobrina J.R., cituar po prej Tarajejevit, dalin raste pothuaj të barabartë hepatiti epidemik, 941 raste dhe serik 962 raste. Nga të dhënat tona rezulton se vendin kryesor e zen hepatiti epidemik në 83.5% të rastevet, d.m.th. në 293 persona, ndërsa hepatiti serik ze vendin e dytë në 16.5%, d.m.th. në 70 persona.

Përsa i përket kohës së shtrimit në spital, në vartësi nga koha e fillimit të sëmundjes, të dhënat tona korespondojnë me ato të Bljugën F.A., përsa i përket numër të tij shtruarve ditën e 1-2 të sëmundjes, por nuk konkordojnë me numërin e të shtruarvet mbi ditën e 29. Kështu, përqindja e shtrimit për ne në këtë periudhë është 5.33%, Bljuger F.A. 0.3% të gjithë rastet, gjë kjo që sigurisht spjegohet me vështirësitet e diagnostikimit të hershëm të kësaj sëmundje. Shumë auktorë flasin për rritjen e temperaturës në periudhën preikterike. Sipas tyre marrin përqindje të ndryshme: kështu ndërsa Tarajejev E.M. etj. o kanë takuar në 35% të rasteve, Bljuger F.A. në 47% të rasteve; Bondar Z.M. në punimet e saj flet se temperaturën e ka gjetur në 50% të rasteve. Këtë sindrom ne e kemi takuar në 185 vetë (d.m.th. në 5.9%), të cilët kishin matur temperaturën në periudhën preikterike.

Përsa u përket formave të periudhës preikterike duket si në të dhënat e Tarajejevit dhe të bashkëpunëtorëve të tij, Buni'n K.V. dhe Bljuger A.F. vendin kryesor e ze sindromi dispeptik, i cili varion në kufitë prej 60-80%; këtë sindrom ne e kemi takuar në 64.1% të rastevet. Sindromin artralgjik e kemi takuar në 23.7%. Tarajejev E.M.

Bunin 20-30% të rasteve, ndërsa Bljugen në 2.9% të rasteve, Formë gripale në e kemi takuar në 3.9% të rasteve, ndërsa Bljuger në 17% të rasteve.

Përsa i përket dekursit, vendin kryesor në materialin tonë e zen forma e mesme e sëmundjes, e cila është takuar në 44.3% të rasteve për hepatitin epidemik dhe në 42.82% për hepatitin serik, gjithashtu në punimet e Bljugerit kjo formë ze vendin kryesor. Simptomat e periudhës ikterike në të dhënët tona, pothuajse korespondojnë me të dhënët e auktorëve që përmëndëm më lart.

K O N K L U Z I O N

1. - Forma enterale e hepatitit epidemik në materialin tonë u gjet në 83.5% të rasteve, ndërsa ajo parenterale mendohet se është takuar në 16.5%.

2. - Simptomat më të shpeshta të periudhës preikterike janë këputja, (93.6%), ulja e oreksit (93.4%), dhimbjet e hipokondrin e djathë 68.7%.

3. - Varianti diszeptik i periudhës preikterike takohet në 64.1% të rastevet, rheumatizmale (23.7%) dhe ai gripal në 3.2% të rasteve, kurse në 10% të rasteve forma e përzjerë.

4. - Forma e mesme takohet në 44.3% forma e lehtë në 42.6% dhe forma e rëndë në 12% dhe për formën serike respektivisht 42.82%, 36.76% dhe 21.42%.

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

- 1 — Bonder Z.A. — «Zhjellituhi» 1965, 94-108.
- 2 — Bljuger F.A. — Struktura i funkcija pjeceni pri epidemiçeskom hepatit 1964.
- 3 — Bunin K.V. — Diagnostika infekcionin boljeznej 1965, 122-132.
- 4 — Rukovodstvo po vnutrjennum boleznjem, 1965, 147-155.

(Summary)

CLINICAL CHARACTERISTICS OF 363 CASES OF EPIDEMIC HEPATITIS

A brief review is presented of 363 cases of infectious hepatitis, treated in the clinic of infectious diseases in 1965. From the case histories it can be deducted that 83.5% were of enteral and 16.5% of parenteral origin. The main clinical symptoms during the pre-icteric period included malaise in 93.6 of the cases, anorexia in 93.4% and pain in the right hypogastric region in 93.4%. During the same period the dyspeptic type was observed in 64.1%, the rheumatic in 23.7% and the influenzal in 3.2%. About 10% of the patients had mixed forms. Of the cases with enteral form 42.6% were mild, 44.3% were medium and 12.1% were severe cases. Of the patients with parenteral form (serum type) the mild, medium and severe cases were noted in 35.76%, 42.82% and 21.42% respectively.

NDIKIMI I UJIT MINERAL TË GLINËS MBI GASTRITIN ARTIFICIAL TEK QENTË

MUNIR KARAGJOZI

(Katedra e Fiziologjisë Farmakologjisë, — Përgjegjës M. Karagjozi)

Nga studimet e deritanishme dhe nga të dhënrat e shumta praktike rezulton se uji mineral i Glinës ndikon pozitivisht në mjaft procese patologjike, siç janë ato të traktit urinar, gastrointestinal etj. Lidhur me këtë, në të kaluarën janë botuar një seri materialesh kërkimore shkençore dhe është referuar herë pas here në konferencat e kësaj natyre. Të tilla janë disertacioni i kandidatit të shkencave mjekësore P. Tepelena (1963) si dhe një numër artikujsh të publikuar prej nesh në Buletinin e shkencave mjekësore gjatë vjetëve 1962-1965.

Tema që do të trajtojmë në këtë artikull ka të bëjë me ndikimin e këtij uji mbi gastritin c shkaktuar artificialisht tek qentë.

Duke u bazuar në rezultatet e mëparëshme eksperimentale në aspektë të tjera, ne studjuam në të lëjtën kohë dhe efektin antiinflamator të ujit mineral të Glinës, për të cilën flet jo vetëm praktika, por edhe vetë përbërja e tij kimike.

Dihet se në përbërjen e ujit të këtij burimi me mineralizim të dobët përmbahet një sasi e konsiderueshme e kalçiumit, prezenca e të cilët e bën mjaft të ngjashëm me ujrat Krainka e Naftusja në Bashkimin Sovjetik (Aleksandrov 1956; Astashkina 1957, 1961, Migunov 1960), me burimin Contrecceil në Francë (Lutringer 1961) dhe me atë Viktoria në Rumania (Struze 1958).

Për të kuptuar rolin e ujrate të kësaj natyre dhe për të bazuar shkencërisht përdorimin e tyre, para së gjithash duhet njojur me veprimin e kalçiumit në organizmë, koncentrimi dhe gjendja e joneve të të cilët në ujrat minerale ndodhet në një raport të caktuar. Prandaj në përdorimin e brendshëm, ato mund të shkaktojnë çregullimin e ekilibrit jonik, ndryshimin e gjendjes së koloideve dhe të zhvillimit të proceseve metabolike (Rutenberg 1961, Prokopenko 1956).

Në gjakun e njeriut, rapporti normal i joneve kryesore të Na:K:Ca është 100: 1:2. Kur pihet uji mineral, kjo gjendje mund të ndryshojë në njérën ose tjetrën shkallë. Kur përdoret ujë mineral kalçik, siç është p.sh. ai i Glinës, ka rëndësi të veçantë rritja e joneve të Ca në organizmë (në indet dhe në gjak), gjë që shkakton ndryshime në membranat qelizore dhe në koloidet e tyre.

Jonet e Ca shpien në kompaktësimin e membranave qelizore, shtojnë veprimtarinë fagocitare të leukociteve, favorizojnë koagulimin e gjakut. Kriprat neutrale të kalçiumit bashkohen me bazat e tubit digestiv, duke formuar karbonate dhe fosfate të kalçiumit, që nxirren pastaj jashtë me anën e zorrëve. (Sokollov S.N.).

Jonet e kalçiumit veprojnë mbi koloidet e indeve si dehidratiscë. Kjo rrudhosje dhe ky pakësim i ujit në koloidet shoqërohet me shtimin e diurezës. Ca vepron në mënyrë aktive dhe mbi sistemin nervor qendror duke ulur eksitabilitetin e tij.

Ujrat kalçike ndikojnë mjaft edhe mbi traktin digestiv. Ato jo vetëm që e kompaktësojnë mukozën e stomakut dhe të zorrëve, por lidhen dhe klinën. Ca ushtron mbi mukozën e tyre një veprim konstrigjent dhe neutralizon acidet e ulta yndyrote, që formohen gjatë degjestionit. Kur pihen ujra me përbajtje kalçike, shtohet sasia e Ca në gjak; në raport me të pakësitet ajo e NaCl në indet, për shkak të eliminimit të shumtë të tij me urinën dha njëkohësisht rritet funksioni kolagog i heparit (Rutember, 1961). Për këtë të fundit flasin edhe eksperimentet tonë të botuara në Buletinin e shkencave mjekësore 1964, Nr. 2.

Ca ka veprim antinflamator, në bazë të të cilit qëndron kompaktësimi i membranave qelizore. Si pasojë e kësaj, pakësitet depërtimi i likideve nëpërmjet mureve të enëve.

Këto veçori specifike të ujrade kalçike, siç është edhe ai i Glinës, kanë jo vetëm mbështetjen teorike, por edhe atë eksperimentale - praktike. Shumë vrojt me klinike dhe punime kërkimore eksperimentale kanë vërtetuar ndikimin pozitiv të ujrade të kësaj familjeje mbi sëmundje të ndryshme të traktit digestiv dhe atij urinar (Vasilenko dhe Shollohov, 1961).

M e t o d i k a e p u n è s

Ky studim është bërë me katër qen me fistula metalike inoksidabile të stomakut të operuar sipas metodës Basov. Gjatë dy vjetëve të fundit në ta u kryen 97 eksperimente kronike. Në çdo eksperiment është bërë përcaktimi i perjodës latente, i sasisë në cm^3 , ph, i fuqisë tretëse dhe i aciditetit të lëngut gastrik të mbledhur në porcione të veçanta çdo 15 minuta gjatë kohës që kafsha ka qëndruar në stativ. Përveç këtyre, para dhe pas shkaktimit të gastritit janë bërë 4 analiza të gjakut për seicil'n qen. Kushtet eksperimentale kanë qënë të barabarta si për kafshët e eksperimentit ashtu dhe për ata kontroll.

Procedura e punës ka qënë e tillë: në fillim janë bërë eksperimentet për të përcaktuar tipin e sekrecionit gastrik. Për këtë, si eksitant i gjendrave të stomakut u përdor sol. histaminë 1% - 0,2 cc parenteral. Në të gjitha rastet, stomaku ka qënë bosh (rreth 18 orë mbas ngrënies së fundit).

Pastaj është shkaktuar gastrit artificial me ujë në temperaturë 60° dhe në sasi 1/2 litër, duke e hedhur me anën e një sonde nëpërmjet fistulës së vendosur në stomak. Pas dy minutash, uji është zbrazur nga stomaku dhe kemi ndjekur dekursin e procesit inflamator çdo ditë deri në stabilizimin e gjendjes së kafshës. Si tregonjës për këtë kanë qënë analizat e lëngut gastrik bashkë me atë të gjakut në të gjitha drejtimet që u përmëndën më lart dhe gjendja e përgjithëshme e kafshës.

Së fundi janë përsëritur të njëjtat prova me histaminë pas gastritit artificial për t'i konfrontuar me ato të fillimit duke bërë në të njëjtën kohë edhe krahasimin me qentë e kontrollit. Perioda latente e sekrecionit gastrik në provat me histaminë para dhe pas inflamacionit

është matur me kronometër prej momentit të injektimit të histaminës deri në çfaqjen e pikës së parë të lëngut gastrik.

P h i sukusit ëshlë përcaktuar me indikator universal veçmas për seicilin nga 4 porcionet e rnbledhura gjatë një ore, nga të cilat është nxjerrë pastaj mesatarja e përgjithshme e qdo eksperimenti.

Aciditeti i lirë dhe i përgjithshëm është analizuar sipas metodës së njojur me $\text{NaOH } 1/10 \text{ N}$.

Fuqia tretëse (peptike) e lëngut gastrik është përcaktuar sipas metodës Mett, që shprehet në mm. duke u bazuar në sasinë e proteinës së tretur nga të dy ekstremitet e qdo tubi kapilar të mbushur me të bardhën e vezës.

Pas shkaktimit të gastrtit artificial është ndjekur me kujdes dekursi, duke shënuar qdo d.të si ndryshimet lokale ashtu dhe ato të organizmit në tërësi.

Rezultatet e marrura

1 Sasia e sekrecionit të lëngut gastrik në cm^3 për 1 orë nën ndikimin e histaminës.

Të dhënët para shkaktimit të gastrtit artificial tregojnë se mesatarja e sekrecionit të stomakut nën ndikimin e histaminës për qentë eksperimentit është $21, 25 \text{ cm}^3$ dhe $38,6 \text{ cm}^3$ për ata të kontrollit.

Pas gastrtit artificial dy qen u trajtuan me ujë Gline dhe dy të tjerët me ujin e pijshëm të Tiranës (kontroll). Në këtë rast mesatarja e sekrecionit rezulton $30,8 \text{ cm}^3$ për ujin e Glinës dhe $37,5 \text{ cm}^3$ për kontrollin. Po të krahasohen këto të dhëna me ato që kishim para gastrtit del se në rastin e ujit të Glinës ka një farë shtese, ndërsa në ujin kontroll ka pakësim të sekrecionit.

2) $P h i$ lëngut gastrik në eksperimentet para dhe pas shkaktimit të gastrtit.

Mesatarja e nxjerrë nga përcaktimi i $P h$ para shkaktimit të gastrtit për dy qentë e parë del $4,4$, ndërsa për të dytët (të kontrollit) $5,3$.

Pas shkaktimit të gastrtit $P h$ i lëngut të stomakut tek qentë e trajtuar me ujë Gline rezulton mesatarisht $2,7$, ndërsa tek ata të kontrollit $4,5$. Kështu pra, ndërsa në rastin e parë diferenca është $1,7$ më e vogël, në të dytën ajo është $1,2$ më e vogël.

Edhe ky tregonjës flet për gjendje funksionale të ndryshme të mukozës së stomakut.

3) Fuqia tretëse sucus gastricus para dhe pas inflamacionit artificial.-

Aftësia peptike e lëngut gastrik para shkaktimit të gastrtit ka qënë mesatarisht $3,2 \text{ mm}$. për qentë e eksperimentit dhe $4,4 \text{ për}$ ata të kontrollit, kurse pas djegëjes respektivisht $3,1 \text{ mm}$. dhe $3,2 \text{ mm}$. Kjo tregon se fuqia tretëse në qent e trajtuar me ujë Gline nuk pati ndonjë ndryshim të dukshëm (gjithsejt $0,1 \text{ mm}$. më pak), ndërsa tek ata të kontrollit ajo u dobësua mjaft ($1,2 \text{ mm}$.).

4) *Perjoda latente e sekretimit të lengut gastrik para dhe pas shkaktimit të gastritit.*

Perjoda latente është një indeks tjetër që flet sidomos për fazën neuroreflektore të sekrecionit, e cila para gastritit rezulton mesata risht 2,3 minuta për qentë e eksperimentit qhe 3 minuta për ata të shkaktimit.

Pas shkaktimit të gastritit artificial kjo arrin respektivisht 1,6 minuta dhe 4,1 minuta, d.m.th. për rastin e parë u shpejtua relativisht pak: 0,7 të minutës, kurse për të dytën u vonua 1,1 minutë.

5) *Aciditeti i lirë dhe i përgjithshëm para dhe pas shkaktimit të gastritit.*

Përsa i përket aciditetit, të dhënat e analizave tregojnë se në qentë e trajtuar me ujë Gline, pas gastritit ka pasur një farë shtese të lehtë, ndërsa tek ata që u trajtuan me ujin e përgjithshëm të Tiranës (kontroll) përkundrazi ka pasur rënie të theksuar, bile tek njeri nga qentë shpesht herë ka munguar fare. Mendojmë se kjo ka të bëjë përsëri me proceset atrofike, që zhvillohen në mukozën e stomakut tek qentë e kontrollit (sidomos në qelizat që prodhojnë acidin kloridrik).

6) *Analizat e gjakut*

Si çdo studim tjetër edhe analizat e gjakut janë bërë para dhe pas shkaktimit të gastritit. Përsa i përket critrocileve dhe sedimentacionit (të cilat përgjithësisht iriten) rezulton se ndryshimet janë pothuajse të barabarta si për qentë e eksperimentit ashtu dhe për ata të kontrollit. Ndërsa për leukocite të dhënat tregojnë një shtim të ndijshëm tek ata të kontrollit, natyrisht duke i krahasuar gjithmonë me shifrat para shkaktimit të gastritit. Kështu p.sh. nga mesatarja del se rritura për të parët shkon nga 7100 leukocite në 8500, kurse për të dytët nga 7000 në 10900.

7) *Gjendja e përgjithshme e kafshëve.*

Megjithëse kafshëve u mungon sistemi i dytë i sinjalizimit, ne kemi pasur mundësi të nxjerrim konkluzione të vlefëshme mbi gjendjen e përgjithshme të tyre, duke u bazuar në sjelljen e tyre, qondrimin në stativ, reagimin ndaj ushqimit, ndaj qenve të tjera dhe personave që kujdesen për ta, si dhe në shumë vrojtime të tjera objektive. Kështu p.sh. gjë që nuk ndodh kurrë në kushte normale, flet për çregullime dispeptike etj.

Përveç këtyre, një tregues i rëndësishëm në këtë drejtim ka qënë edhe vetë gjendja funksionale e stomakut e sidomos gjatë dy javëve të para pas shkaktimit të gastritit. Nga të dhënat e kësaj natyre, të regjistruara qdo ditë, rezulton se gjendja e përgjithshme, me pak ndryshime, tek të gjitha kafshët ka qënë mjaft e rëndë gjatë gjithë javës së parë: qentë dobësohen, humbasin tepër nō peshç, vrehet enoitalmi e theksuar, bëhen mjaft adinamikë aq sa me vështirësi ngjiten dhe zbresin nga stativi. Të shumtën e kohës rrinë shtrirë duke rënkuar. U prishet refleksi i orientimit, nuk reagojnë ndaj ushqimit, pinë mjaft

ujë me etje tē madhe, si rezultat i dehidratimit tē organizmit. Urinojnë pak, desektojnë me vonesë dhe me melena, kanë vjellje tē shpeshtë dhe sekrecion gastrik me erë tē keqe dhe me përbajtje tē konsiderueshme gjaku, mukusi dhe epiteli.

Pas lavazheve tē përditëshme tē stomakut nëpërmjet fistulës së Basovit, klizmave pastruese me ujin përkatës si dhe duke u dhënë vazhdimishi tē pinë *quantum satis* gjendja gjatë javës së dytë është përm rësuar në mënyrë tē theksuar në tē gjitha drejtimet.

Por këto ndryshime kanë qënë gjithmonë më tē ndijeshme e veçanërisht më tē shpejta në qentë e trajtuar me ujin mineral tē Glinës.

K O N K L U Z I O N

Nga tē gjitha tē dhënët eksperimentale tē lartpërmëndura, duke përbledhur mund tē nxjerim konkluzionin e përgjithshëm paraprak se uji mineral i Glinës ndikon në mënyrë pozitive në procesin inflamator tē stomakut.

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

- 1 — Aleksandrov V.A. — Osnovnie mehanizmi gllavnejshin kurortnih faktorov. Trudi IV nauçnoj sesi i posvyâçenoj 35 letjau Inst. im Seçenova, Moskë 1952.
- 2 — Astashkina A.A. etj. — Mineralnie istoçniki i kurortnie mesta A.N. Respublik — Pjatigorsk B.S. 1957.
- 3 — E. Lutringer. — Obesite plethorique et cure de Contreccerville bilan thérapeutique de 305 cas. Seminaire des hopitaux Paris 1961 faqe 1704-1707.
- 4 — Karagjizi M. — Sekrecioni i lëngut biliar nën ndikimin e ujit mineral tē Glinës B.Sh.M. 1964, Nr. 2 faqe 69-75.
- 5 — Migunov I.A. — Sravnitelnaia ocenka djestvija mineralnih vod «Sojmi» i «Plaskovskaja» na zhollçetdelcnijije. Truskavec 1960. faqe 117-118.
- 6 — Prokopenko V.G. — Problemi eksperimentalnoj kurortologii, Moskë 1958, fq 13.
- 7 — Rutenberg L. A. — Naucnoe obosnovanie primenienia kurortnih faktorov (min. vod) na kurorte «Krainka» Moskë 1961, faqe 5-17.
- 8 — Sokolov S.N. — Zbornik Rabot po mineralnim istoçnikom. (cituar nga Rutengerg).
- 9 — Struze M. — Manual de biologie 1948 (cituar nga P. Tepeleena).
10. — Tepelena P. — Të dhëna mbi veprimin metabolik dhe përdorimin praktik të ujit mineral tē Glinës (disertacion) 1963.
- 11 — Vasilenko F.D. dhe Shollohev S.V. — Osobenosti sekretornoj funkcii zhelludocnih zheljoz zabak pri djejstvii mineralnoj vodi kurorta «Krainba». Izuchenie leç fak kurorta «Krainka». Moskë 1961, faqe 19-32.

(S u m m a r y)

EFFECT OF THE GLINA MINERAL WATER ON ARTIFICIAL GASTRITIS IN DOGS.

The effect of the Glina mineral water on artificial gastritis of dogs was compared with that of water taken from the general water distribution system of the city of Tirana.

For the biological tests were used 4 dogs with artificial fistulae of the stomach, to which during the last 2 years were performed 97 chronic experiments, accompanied by the following determinations of the gastric juice: 1) The latent period of secretion, 2) the quantity, 3) pH determination, 4) determination of the acidity and the power of peptic digestion.

From the experimental data and the observation of the general state and behavior of the animals it results that the Glina mineral water has a beneficial influence on the inflammatory processes of the stomach.

NJË RAST PHYTOBEZOARI NË STOMAK

J. Koliqi, I. Kole, L. Gjonça

— Spitali i përgjithshëm Ushtarak — Drejtëor S. Imami —

Masat bezoare të inkuadruara në trupat e huaj të stomakut përbënë një kapitull të vecantë të patologjisë së tij. Në vetëvehte këto përbënë masa në trajtë lemshi, që formohen në stomak apo intestin nga substanca me natyrë të ndryshme, si mbeturina vegjetale dhe inorganike.

Më 1779, Badaument i pari ka gjetur në autopsi një rast trichobezoar në stomak e një në intestin. Studimi i parë radiologjik i tyre u bë nga Holland, Ramsbottom dhe Barclaj në vitin 1913 (M.E. Meinardi - R. Algranati 1965).

Përsa i përket frekuencës për vetë natyrën e tyre, masat bezoare takohen rallë.

Masat bezoare marrin emrin dhe klasifikohen sipas substancës që i formon ato. Dallojmë këto lloje bezoresh: prichobezoar, phyto-bezoar, tricho-phytobezoar, ortobezoar, konkrecionet.

Nga ana fizike këto karakterizohen nga volumi dhe pesha shumë të ndryshme. Forma e tyre është e ndryshme, disa herë merr formën e stomakut ose cilindrike, konike, sferike, ovale, semilunare etj. Trichobezoaret zakonisht janë unitar, ndërsa Phytobezoaret mund të gjenden më shumë se një (Fanarxhian 1961). Nga pamja, këto masa duken si të errëta, mund të janë kompakte ose sponxhoze të veshura me mukus. Përsa i përket konsistencës janë të buta ose të forta. Trichobezoaret takohen më shumë tek femrat dhe fitobezoaret tek meshkujt e rritur.

Faktin që trichobezoaret takohen më shpesh tek femrat e reja, shuni ë auktorë e lidhin me disa teka që kanë ato për të përtypur flokët e tyre, qimet e leshin e veshjeve, ose disa që përtypin thonjtë, zakone këto, që janë shprehje të një shqetësimi psikonervor dhe degradimi i personalitetit, megjithë që në dukje konsiderohen të shëndoshë nga ana psiqike. Epërsinë e fitobezoareve tek meshkujt e rritur duan ta spjegojnë me kushtet e punës apo të jetesës që predispozon bulemin dhe sidomos tepérimin në ngrënje të disa vegjetelev me përbajtje fibre të madhe (P. Hillemand, M. E. Meinardi, R. Algranati 1964 - 1965).

Patogeneza e masave bezoare është sa e kuptueshme aq edhe e diskutueshme. Trichobezoaret formohen nga gjelltitja e trupave të huaj të patretëshëm nga stomaku duke u futur në sasi të madhe.

Këta vendosen në plikat gastrike, rrëthohen me mukus, nga peristaltika mblidhen dhe rriten duke zënë disa herë gjithë kavitetin e stomakut. Shumë i diskutueshëm është formimi i fitobezoareve. Sipas mendimit të shumë auktorëve, prezanca e acidit kloridrik të holluar

të stomakut është faktor me rëndësi në krijimin e fitobezoareve si dhe martja e frutave me stomak bosh e bluarje të pamjaftueshme, pen-gesat mekanike qofshin fiziologjike, qofshin patologjike.

E. Berzeva e të tjerë e konsiderojnë procesin e formimit të fitobezoareve shumë të shpejtë në krye të 3-4 ditëve dhe në shumicën e rasteve jo gradualisht, por me një herë, si një pasojë e një ngrënie me shumicë.

Lezionet anatomopatologjike, të shkaktuara nga masa bezoare në mukozën e stomakut, përfshin gjithë iritacionet gastrike që nga erozioni, iperplazia e deri tek ulcerizimi i mukozës me gjithë komplikacionet e saj: hemoragji, perforacion dhe kancerizim. Vetë këto masa bëhen shkak i stenozave pilorike apo intestinale. Kur masat bezoare janë të vogla mund të nxirren për goje ose për rektum.

Simptomatologjia e këtyre masave nuk është karakteristike, ajo përmban gjithë gamën e ndryshimeve funksionale dhe organike të stomakut deri tek sindromet hemorragjike, perforacionet apo okstruksionet.

Në palpacion rallë mund të palpohet masa në abdomen dhe kjo më shumë për trichobezoaret. Anamneza e hollësisht me orienton deri diku. Kuadri i zhvillimit të simptomave mund të jetë sub akut ose sub kronik, por gjithmonë i shqetësueshëm për të sëmurin duke simuluar një sërë sëmundjesh të tjera. Ajo që është kryesore dhe vendimtare për diagnozën është ekzaminimi rontgenologjik.

Në ekzaminimin rontgenologjik masat bëhen të dukëshme për hir të radio-opacitetit të tyre të rrethimit nga kontrasti. Ato paraqiten si defekte mbushjeje me strukturë jo uniforme, konture deri diku jo të rregullta, me vija kontrasti, që bille ngjajnë pak, edhe me reliefet patologjik të mukozës. Kanë dimensione të ndryshme, zakonisht mbësh-teten në kurvaturën e madhe ose në antrum, mund të janë të lëvizëshme ose jo.

Diagnoza diferenciale rentgenologjike kryesisht bëhet me tumoret malinje e beninje dhe ka vështirësi të madhe midis polipeve pedunkoloze dhe fitobezoareve të vegjël. Gastroskopia bën diferençimin më të mirë dhe vetë diagnozën.

RASTI YNË

Pacienti H.H., mashkull, i datëlindjes 1937, nga një fshat i Burrelit, u shtrua në spitalin tonë (terapi) datë 22.II.1965 me Nr. kartele 212. Diagnoza e hyrjes dhe ajo paraprake: gastrit kronik i riakutizuar.

Ankonte dhimbje të forta në epigaster me përhapje nga një herë në shpinë, qetësohej pak pas ngrënieve por dhimbja i fillonte me të njëjtin intensitet si ditën dhe natën. Kishte fryrje barku dhe gromsira. E ndjente veten të sëmurrë qysh në gusht 1964: në një ditë të nxchëte kishte ngrënë esell shumë rrush me erë. Pas 3 ditëve pati dhimbje të forta në epigastër, gromsira, thartira, dhe pas një javë urtikare rebele, për të cilën u shtrua dhe u kurua në spitalin e Burrelit. Në nendor të vizit 1964 për shqetësimë gastritike u shtrua po në të njëjtin spital dhe me gjithë mjekimet simptomatike që morri nuk pati ndonjë përmirësim. Rentgenoskopi e traktit tretës nuk rezulton të jetë bërë.

Me që simptomat e lart-përmëndura po bëheshin nga dita në ditë të padurueshme, i sëmuri u shtrua në spitalin tonë. Më 1958 kishte ka-

luar morbus-Botkin. Ekzaminimi klinik objektiv, me përjashtim të një sensibiliteti në palpacion të thellë në regjionin epigastrik dhe një splenomegali të moderuar, nuk ve në dukje ndonjë gjë tjeter.

Haemograma: Eritrocitet 4.200.000 Leukocitet 6.600, Neutrofilet 66, Euzinoflet 2, Limfocite 32. Eritrosedimentacioni 3 mm, për orë. Grupi i gjakut O. Koha e hemoragjisë 2', koha e koagulacionit 5'. Azotemia gr. 0,35%, Glicemja 1,20%, urina asgjë.

Rentgenoskopja e toraksit ve në dukje lobus axesorius venae azygos. Rentgenoskopja e traktit të tretjes: kalueshmëria në ezofag, kardias dhe pilor e lirë. Stomaku hipotonik. Që në porcionin e parë të kontrastit vihet në dukje një masë me madhësi dhe formën e limonit (fig. 1), e lëvizëshme anash dhe lart. Konturet e saj të rregullta. Në kompresion të dozuar vihet re një arkitekturë e veçantë e sipërfaqes e ngjashme shumë pak me aspektin e relievit. Relievi në përgjithësi me plika të theksuara hipertrofke vende-vende jo paralele. Konturet e stomakut të rregullta, mbi të gjuhet mirë peristalitika e tipit të gjallë. Evakacioni, sekrecioni janë normal (fig. 2). Bulbi i duodenit mbushet në kohë, forma, pozicioni, konture të rregullta, duodeni në gjithë gjatësinë e tij pa veçori pathologjike. Zorra e hollë, pas pushimeve mbushet uniformisht, në formën e gjethive të fërit. Colon pas 24 orësh: Masa e kontrastit e grumbulluar më shumë në ampulen rektale, kolona opake shihet në gjithë pjesët e tjera, hastrat, fleksurat normale.

Në skopin e përsëritur të traktit të tretjes, pas disa ditëve u la përshtypja se masa nuk dukej fare. Atéhere i sëmuri u shtri, iu bënë manipulacione në regjionin epigastrik dhe pas disa lëvizjeve të sfrcuar të të sëmurit, u bë e mundur që masa të shihej të zbriste nga forniksi në antrum. Në pozicionin vertical, kjo masë herë pas here palpohet në epigastër në këtë kohë. Diagnoza radio-skopike: phytobezear seu trichobezoar ventriculi.

Për këtë me datën 9.III.1965 pacienti u operua nga Dr. Jul Koliqi me narkozë intratrakeal e potencuar. Laparatomia epigastrike: në kontrollin e stomakut nga jashtë e me palpacion u vu në dukje intraventricolare një masë e lëvizëshme sa një grusht. Bëhet gastrotomia dhe nxirret një trup i huaj si brum i fortë. Nuk shënohet patologji tjeter në stomak dhe regjionin piloro-duodenal. Qepja e stomakut bëhet në tri shtresa e myllje e paretit abdominal. Periudha post-operatore kaloi pa komplikacione dhe i sëmuri dolli i shëruar më 19.III.1965.

Masa e nxjerrë nga stomaku (fig. 4) përbënte një konglomerat imburinash ushqimore me skelet bërt hamë dhe lëkura rrushi me erë (mistëx Hamburgust), amidon dhe fibra mishi. Kishte trajtën e një limoni me peshë 81 gram dhe dimensione 9x5.5x4.5 cm. me gropëza karakteristike në sipërfaqe, ngjyrë jeshile të errët dhe erën e brumit të thartuar. U konkludua për një phytobezoar me bazë bersie rrushi me erë dhe me një dekurs klinik subkronik.

S'pas mendimit tonë, rasti i përshkruar më sipër paraqet interes pasi është rasti i parë që publikohet në literaturën tonë mjekësore dhe se klinika dhe kqyrja objektive përparrë dhe gjatë ditëve të shtrimit nuk ka vënë në dukje ndonjë simptomatologji specifike, gjithashtu mos palpimi i masës me dimensionet e dhëna spjegohet me lëvizshmërinë e sajë shumë të madhe prej antriumit deri në fornix e se përbërtja e masës është nga rrushi me erë e jo si përshkruan literatura zakonisht nga hurma, pjeshkë e të tjera.

BIBLIOGRAPHIA

1. — Бергов Е. — «Бархат. Медицина и консервация». Т. 10. 107. Москва, 1958.
2. — Густерман Г.Б., Гейнор Д.Г. — «The stomach and alimentary canal». Ред. Г. Гейнор. 1953. 680-735.
3. — Ганнушкин Я.А. — «Словарь по анатомии человека и животных». Том 1-2. 1961. Том 3. 1962.
4. — Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the domestic animal». Минчесбург А.Т. — «Anatomical guide to the identification of the wild animal». 1960.
5. — Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the domestic animal». Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the wild animal». 1960.
6. — Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the domestic animal». Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the wild animal». 1960.
7. — Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the domestic animal». Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the wild animal». 1960.
8. — Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the domestic animal». Гильдеманн Г.Д. — «Anatomical guide to the identification of the wild animal». 1960.

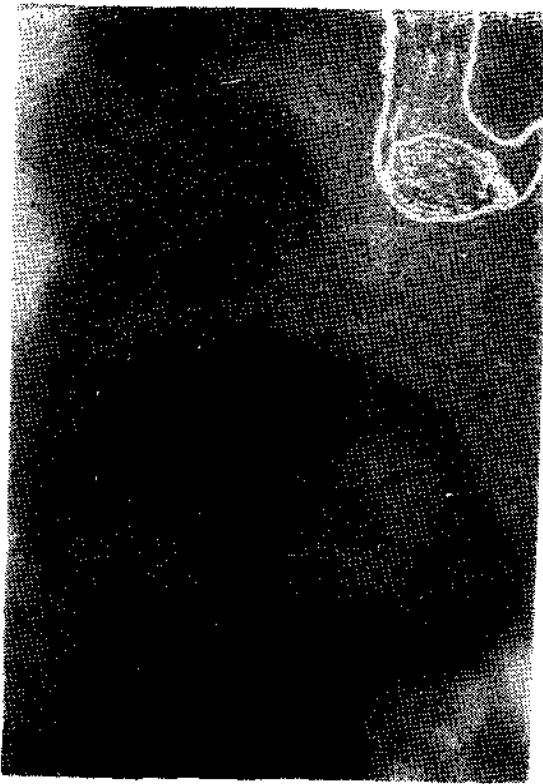


Fig. 1. Masa tumorale në porcionin e parë
të barit, i rrëthuar nga ky.



Fig. 2. — Masa tumorale në Fornix Ventriculi.



Fig. 3. Masa tumorale në antrum ventriculi,
stomaku i mbushur me kontrast.

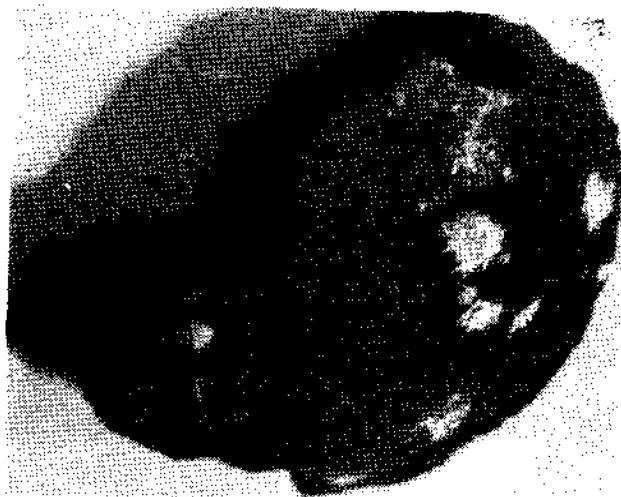


Fig. 4. Phytobezoar i nxjerré nga stomaku
mbas operacionit me peshë 81 gram dhe di-
mensione 9x5x4,50 cm.

KIST KONGJENITAL AERIAN, GJIGANT, SOLITAR I PULMONIT DEX

— ISMAIL NOVA —

Spitali i Rrethit Lushnjë. Drejtor Hilmi Delallisi

Përshkrimet e para anatomike të kistikit aerian janë bërë nga Fontanus më 1638 dhe nga G. Bartholin më 1687. Zbulimi i rrezeve rentgen lejoj një studim më të hollësishëm të kësaj sëmundjeje, pasi me anën e ekzaminimit rentgenologjik mund të konstatohen edhe format klinike të heshtura (10). Ch. Coury më 1958 shprehet se kisti aerian është një formacion intrapulmonar, karakteristika kryesore e të cilit është skjarmi i kufizuar me konture të kjarta cirkulare. Më vonë auktorë të ndryshëm, si P. Galy, J. Delille mundohen të spjegojnë patogjenezën e tij. Një studim më të plotë në këtë drejtim, sidomos tek fëmijët, e ka bërë J. P. Binet më 1962 (2). Një kontribut të rëndësishëm kanë dhënë edhe auktorët si Santy dhe Doufourt, të cilët, në kongresin e XXVI të mjekësisë në Francë të mbajtur më 1947, bënë një klasifikim të plotë të kisteve aeriane (10).

Kistet aeriane solitare hyjnë në kapitullin e pneumopative kistikë, që bashkojnë një grup sëmundje të ndryshme që si karakteristikë të përbashkët kanë paraqitjen e një qeseje me ajër në pulmon (10). Këto mund të jenë të hapura (me ajër) ose të mbyllura (me likid). Kistet solitare i kanë muret të përbërë nga elemente të bronkeve, sipërfaqja e brendëshme e të cilave është e lëmuar, e shkëlqyer, e mbuluar me epiteli cilindrike dhe muçilagjinoze. Në muret e tyre kanë gjithashtu fibra muskulare, fibra elastike, ind-kartilagjinoz; kistat disa herë mund të komunojnë me bronkun. Duke pasur këtë strukturë, ato nuk shtypen dhe epiteli bronkial shkatërrohen me vështirësi nga infeksionet dhe ripërtërihet shumë shpejt. Për këtë arsy, kisti kongjenital nuk mbylli asnjëherë dhe nuk mund të zhduket spontaneisht (P. Renault) (2).

Kistat zhvillohen gjatë jetës intrauterine dhe shkaktohen nga çegullimet që çfaqen në periudha të ndryshme të zhvillimit kongjenital të aparativ respirator. Shpesh ato zhvillohen kur gruaja shtat-zënë pëson sëmundje të ndryshme, sidomos lues dhe t.b.c. Në këtë rast kemi ndryshime në zhvillimin alveolar, duke u formuar kështu një enfizemë e lokalizuar. Krijohet një malformacion, që nuk është gjë tjetër veçse një zgjerim kistik i lumenit të disa bronkeve, në të cilat mungojnë degëzimet distale. Në këtë pjesë të pulmonit mungon zhvillimi i parrenkimit pulmonar.

Kiste të tillë të tipit bronkial mund të paraqiten nga ana radiologjike në dy aspekte të ndryshme: në formë kiste solitare dhe pulmoni polikistik (1).

V. Zhgenti shkruan se kistet aeriane kongjenitale të pulmoneve më

shpesh janë në forma polikistike, ndërsa janë shumë të rralla kistet aeriane solitare (3). Maria Bungetianu përshkruan 44 raste me kiste aeriane pulmonare të shtruar në institutin e ftiziologjisë së Bukureshit, prej të cilëve dy kanë qënë të tipit gjigant (2).

Rasti ynë është fëmija H.C. i moshës 10 muaj, i cili shtrohet në spitalin e Lushnjës më datë 24.I.1966 me diagnozën bronchitis asthmatica me distrofi të gradës së dytë.

Ka lindur në shtëpi në muajin e nentë, binjak (ka një motër). Ushqehet me gjirin e nënës. Asgjë në anamnezën familjare dhe fiziologjike. Nuk ka pasur asnjë sëmundje, po ashtu dhe binjaku. Nëna referon se fëmija deri në muajin e tretë nuk ka ndjerë asnjë shenjë sëmundjeje, më vonë fëmija fillon të ketë kolli, temperaturë dhe çdo ditë vjen duke u dobësuar. Në ditën e shtrimit fëmija është dispnoik, cianotik. Temperaturë nuk ka, me përjashtim të disa ditëve që ka mbi 370.

Në ekzaminimin objektiv konstatohet: lëkura e thatë, indi subkutan mungon (distrofi e gradës së dytë). Thoraksi paraqitet i deformuar në formë gjoks pule, duke pasur një ngritje të brinjëve më të theksuar në anën e djathtë. Në të dy pulmonet dëgjohen rale raumflante - sibilante. Zemra në kufi, me tone të largta, ritmike. Abdomeni i butë, mëlcia e zezë preket dy cm. Jashtë harkut brinjor. Në organet dhe aparatet e tjera asgjë për t'u shënuar. Të dhënët laboratorike: ekzaminimi i gjakut më datë 24.I.1966 shënon: leukocite 12.500, eritrocite 3.840.000, sedimentacioni 28 mm. në orë. Formula leukocitare shënon: N. = 41%, E. = 0%, B. = 0%, L. = 59%, M. = 0%. Më datë 28.I.1966 leukocitet janë 8.900, sedimentacioni 3 mm. në orë. Analiza e urinës negativ. Reaksioni Mantoux dhe Casoni negativ, spuntum për B.K. gjithashtu negativ. Ushqehet me ushqim m'kst (gjirin e nënës + ushqim artificial). Merr antibiotike dhe vitaminoterapi. Me gjithë insistimin tonë, prindërit refuzojnë ndërhyrjen kirurgjikale.

Në ekzaminimin radioskopik dhe radiografik konstatohet një skjarim në formë sferike, gjigante që përfshin pothuajse të gjithë pulmonin e djathtë, i kufizuar mirë nga mure të hollë, me përjashtim të pjesës së poshtëme, ku ato duken pak të trashur. Në projeksion A.P. vrehet spostimi i mediastinit nga ana e shëndoshë. Në pozicionin lateral dallohet më mirë aspekti kistik. Del nga spitali më 25.3.1966 në gjendje të përmirësuar. Rikontrollohet ambulatorisht herë pas here nga ana e jonë, ku shihet se aspekti rengenologjik mbetet i pa ndryshuar, edhe gjendja e përgjithëshme e fëmijës mbetet e kënaqëshme dhe nuk jep asnjë shenjë komplikacioni të kësaj sëmundjeje. Më datë 7.5.1966 i bëhet tomografia në shfresat 6 cm. dhe 8 cm. thelli si ku rezulton i njëti skjarim sferik, me mure të holla; në tomografi vihen më mirë në dukje dimensionet e kistik dhe spostimi i mediastinit. Për shkak të moshës së vogël të fëmijës, bronkografia nuk bëhet.

Diagnoza diferenciale e kisteve aerike shtohet me pneumatoraksin, enfisemen buloze, kavernat gjigante dhe kistet enterogjene. Një aspekt shumë të ngjashëm vrejmë në pneumatoraks spontan; në të dy rastet duken skjarime, brenda të cilëve mungon vizatimi pulmonar. Porse në pneumatoraks duhet pjesa pulmonare e kollobuar dhe konturet nuk dallohen nga të gjitha anët si në kistet aerike. Për diagnozën diferenciale ndihmon edhe klinika. Në rastet me pneumatoraks sëmundja vjen me një herë, në mënyrë shokante, kurse në rastin tonë nëna konstaton shenja të lehta, pa i vënë rëndësi, që vinë gradualisht duke u rënduar. Gjithashtu në rast pneumatoraksi nuk dëgjohen rale, siç këmi në rastin tonë.

Mundet të konfondohet edhe me emfisemën buloze, kavernat, absesin dhe të tjera kavitate me mure të holla. Diferencimi i rastit tonë bëhet duke u ndihmuar nga anamneza dhe klinika. Fëmija nuk ka pasur febrilitet ose subfebrilitet të vazhdueshmë, sedimentacioni dhe reaksioni Mantoux negativ, po ashtu dhe pështyma për B.K. Nuk ka pasur 'kollë' me pus që mund të jepin abseset; gjithashtu nga ana rengenologjike nuk kemi observuar ndryshime siç jepin zakonisht format dhe supuracionet pulmonare.

Nga një herë mukoza gastrike ose e ezofagut mund të futet në parenkimin pulmonar, duke formuar të ashtuquajtura kista gastrogene, të cilat, kur janë solitare dhe me dimensione të mëdha, jepin aspekt të ngjashëm me kistin aerian; vetëm se në këto raste duken nivele hidro-aerike nga sekrecionet intestinale. Për të ekskluduar një kistë gastrogjene, fëmijës iu bë dy dy herë ekzaminimi i tubit digjistiv, ku nuk u konstatua asnjë ndryshim. Mund të mendohet edhe për një agenezi, aplazi ose hipoplazi pulmonare, por këto zakonisht janë të papajtueshme me jetën.

K O N K L U Z I O N

1. - Kistet kongjenitale solitare në përgjithësi janë të rralla, vëçanërisht si në rastin tonë me dimension gjigante, që përfshijnë pothuajse të gjithë pulmonin.

2. - Diagnoza e sigurtë e kistik aerian kongjenitale është e mundëshme vetëm me ekzaminimin radiologjik (radioskopji, radiografi dhe tomografi).

3. - Kistet aerike është vështirë të diferencohen me formacione të tjera pulmonare të ngjashme. Për këtë mund të ndihmojnë të dhënët klinike, laboratorike dhe tomografia, që prezanton diagnozën.

Paraqitur në redaksi më 4.VI.1966

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

- 1 — **Firzu** — Radiodiagnostic clinic. 1965, vol. 2, 70-72.
- 2 — **Julien Marie** — La presse médicale 1957. Les kystoïdes pulmonaires congenitaux du nourrisson.
- 3 — **Legendere** — La presse médicale 1957. Kyste pulmonaire chez un nourrisson.
- 4 — **M. Bungetianu** — Viata medicala. 1965, 16, 1095-1102.
- 5 — **Ombredanne** — La presse médicale, 1962, Kyste congénitale de la fente bronchiale.
- 6 — **P. Breilher** — La presse médicale 1957. Traitement chirurgical des kystes aériens du poumon.
- 7 — **P. Bazemon** — La presse médicale, 1959. Kyste aérien à xasouape chez un nourrisson.

- 8 — **Sergio Adamoli — Igino Petrussa — Minerva medica.** (3 mars 1966), vol. 57, Nr. 18. «La cisti congenita del pomone». Revizione dela letteratura e contributo casistico». 761-769.
- 9 — **Shinz H.R. —** Traité de radioagnostic, vol. III.
- 10 — **V. Zhgenti —** Bolshaja medicinskaja enciklopedia. Pnenumatozi. Vol. 25, 43-46.

(Summary)

A CONGENITAL SOLITARY GIGANTIC AERIAL CYSTIS
OF THE RIGHT LUNG

After a brief description of the history of this variety of aerial cystes of the lung and after some anatomopathological data concerning it, case is presented, rare in our country, describing in detail its rentgenological characteristics.

The diagnosis of congenital aerial cystes can be confirmed only by X-ray examinations (rentgenoscopy, rotgeography, tomography), since the clinical findings are not sufficient to determine their true nature.

On the other hand, the aerial cystes are difficult to differentiate fro manalogous formations of the lungs. The differential diagnosis, besides the clinical and laboratory data, should be based mainly on tomography.

KRITIKË E BIBLIOGRAFI

R E C E N S I O N :

MBI MONOGRAFINË E DOCENT H. DIBRËS

«AFONIA FUNKSIONALE (Histerike) DHE MJEKIMI I SAJ»

Punimi i docent, doktor H. Dibrës: «Afonia funksionale (histerike) dhe mjekimi i saj», botim i Universitetit Shtetëror të Tiranës, 1965 përbëhet prej 194 faqesh, të ndarë në 8 kapituj, përvèç hyrjes. Autori është marrur me këtë problem pér rrëth 20 vjet. Duke punuar në spitalin e përgjithshëm ushtarak, ai ka pasur të bëjë vazhdimit, midis të tjerash, edhe me të sëmurë funksionalë të sistemit nervor. Kështu që përvaja e madhe e tij, njohja e thellë dhe praktike me këtë grup sëmundjesh, ndeshja e vazhdueshme dhe komplekse me çfaqjet më të shumëllojshme dhe të larme të neurozave, nevoja e përditëshme pér të mjekuar dhe zgjidhur një varg problemesh aktuale, e kanë bërë atë një njohës të thellë të këtij problemi aq të rëndësishëm dhe të përhapur në botën e sotëshme.

Dihet se në praktikën e përditëshme neurologjike, sidomos ambulatore, përparrë mjekut neuropsihatër praktik vazhdimit del problemi i neurozave, goftë në aspektin e diagnostikimit të shpejtë dhe të diagnozës diferencale me një varg sëmundjesh të tjera, siç janë sëmundjet organike të sistemit nervor, skleroza diseminata, ose sëmundjet psihike, siç është skizofrenia, ashtu edhe përsa i përket mjekimit të tyre.

Qysh në hyrje ndihet vula e origjinalitetit të këtij punimi, kur autor i shtron pikëpamjet e tij në trajtimin e kësaj çeshtje. Docent H. Dibra nuk e trajton problemin në mënyrë të ngushtë, duke u nisur nga pozitat e një specialisti të thjeshtë, por ai e kap problemin në katër aspekte kryesore, që janë të domosdoshme në epokën tonë të ndërtimit të socializmit dhe të revolucionarizmit të mëtejshëm të vendit 'tonë:

E para - Docent H. Dibra e ka trajtuar problemin, duke u mbësh-tetur në metodën dialektike, në materializmin historik.

E dyta - Ai e ka trajtuar problemin duke u nisur nga pozitat e shëndosha klinike, biologjike dhe fiziologjike, duke mënjanuar dhe kritikuar në mënyrë të ashpër të gjitha prirjet e psikologjizmit, idealizmit dhe freudizmit, të cilat nuk janë të pakta në fushën e neurozave.

E treta - Ai e ka trajtuar problemin duke e konsideruar pacientin jo të shkëputur, por si një antar të shoqërisë njerëzore, që ka të bëjë vazhdimit me ambientin e jashtëm, me ndikimet më të ndryshme të këtij ambienti. Ky aspekt e bën punimin që të lidhet me luftën mediko-sociale dhe me mprojtjen higjenike të masave punonjëse.

E katërtë - Ai e ka trajtuar problemin duke e shikuar njeriun e shëndoshë dhe të sëmurë si një organizëm, si një mikrokozmos, i cili

është i formuar nga ana subjektive shpirtërore, si dhe nga ana objektive, somatike e tij, duke e kuptuar atë si një të tërë të pandashme.

Një vështrim i tillë, në katër aspekte të njeriut, sidomos të pacientit neurotik e bën më aktual punimin, sepse çdo i sëmurë neurotik përvoja e zhvilluar gjatë jetës qfaqet me shumë gama të pasura dhe kë diagnoza paraqet vështirësi të veçanta dhe mjekimi i tyre kërkon durim, këmbëngulje dhe kombinim medikamentesh, psikoterapije dhe besim ndaj mjekut. Gjatë gjithë librit, me të drejtë auktori të len të kuptosh se neurozat janë sëmundje shoqërore dhe se për mjekimin dhe zhdukjen e tyre duhen marrur një varg masash kurativo-profilaktike.

Në kapitullin e parë dhe të dytë, auktori bën një përshkrim të shkurtër mbi neurozat. Auktori i ekspozon pikëpamjet e ndryshme në mënyrë kritike, duke u ndalur në anët negative dhe pozitive të shko llave dhe të auktorëve të ndryshëm. Ai ekspozon drejt pikëpamjet pozitive të shkollës së Pavlovit, kritikon me të drejtë pikëpamjet idealiste dhe reaksionare të Froidit, por sipas mendimit tonë, ai ndalet pak në ekspozimin e froidizmit. Zhvillimi më i gjerë i kësaj teorie do të ndihmonte për të vënë në pah më mirë këtë teori dhe thelbin anti shkencor, reaksionar dhe idealist të sajë. Ai gjithashtu përshkruan lindjen e neurozave në radhët e ushtarëve, duke filluar nga shekulli i XVII dhe deri në luftën e Koresë së Jugut, ku nga 18.000 të shtruar për së mundje të ndryshme në spitalet e ushtrive reaksionare, 45% kishin çregullime psikoneurotike. Me të drejtë ai ve në dukje se në Ushtrinë tonë Popullore rastet e çregullimeve neurotike janë shumë më të pakta se ato të vendeve kapitalistiche dho këtë teori e spjegon me faktin sepse efektivi i ushtrisë sonë është i ndërgjegjëshëm për detyrat e larta që i janë ngarkuar, në sajë të punës shumë të çmuashëm ideopolitike, që zhvillohet nga partia.

Më poshtë auktori ekspozon me hollësi pikëpamjet e auktorëve të ndryshëm, duke filluar nga Hipokrati dhe Galeni dhe deri në kohën e Charcot, Babinski, Pavlov etj. Sipas mendimit tonë, midis auktorëve dhe doktrinave të ndryshme, auktori nuk duhej të kishte lënë pa përmendur krahas me Froidin, Adlerin dhe Jungun dhe një tjeter auktor të psikologjisë së thellë: Riversin, i cili studoi për një kohë të gjatë histerinë midis ushtarëve anglezë dhe që dalloj histerinë civile nga ajo e luftës. Po ashtu nuk duhej të kishte lënë pa përmendur pikëpamjet e mjekësisë psikosomatike mbi histerinë dhe auktorët më të njohur të këtij drejtimi, siç janë Dumboj, Menninger, Aleksandër e të tjere. Po ashtu probabilisht nuk do të ishte pa vend që të kritikoheshin pikëpamjet idealiste të «analizës ekzistencialiste të Frank».

Në kapitullin e tretë, docent H. Dibra përmënd auktorët kryesorë, që janë marrur në mënyrë të veçantë me studimin e afonisë funksionale. Aty këtu auktori polemizon me pikëpamjet e auktorëve të ndryshëm.

Në kapitullin e katertë, auktori merr në studim faktorët etiologjikë, që ndihmojnë në lindjen dhe zhvillimin e afonive funksionale. Ai ndan në tre grupe faktorët etiologjikë:

1. - Faktorët predispozues: Në 10% në të kaluarën e tyre, auktori ka gjetur një komponent psikastenik; në 5.9% nevrasteninë, në 18.6% psikopatinë; në 24.3% manifestime histerike në formë konvulsioni; në 9% çregullime funksionale të zërit, si mutizëm, belbëzim, lembëz; në 27% afoni. Auktori ve në dukje se afonia takohet një lloj si tek femrat ashtu dhe tek meshkujt. Në përgjithësi kjo është një sëmundje e

të riut, por auktori c ka takuar si në moshën 10 vjeçare ashtu dhe në 60 vjeçare.

Sipas tij, faktorët që ndikojnë mbi etiologjinë e predispozicionit janë: 1) Trashëgimia. Në 19.3% të rasteve, më tepër nga ana e nënës auktori ka gjetur në anamnezë çfaqje konvulsionesh histerike, në 15.9% një debilitet të lehtë mendor, në 18.6% tipare psikopatie.

2. - Kushtet materiale të jetësës. Manifestimet neurotike të tipit histerik, sipas auktorit vërehen tek fshatarët, punëtorët, intelektualët.

3. - Ambienti familjar. Auktori ve në dukje se ambienti familjar lot një rol negativ kur nuk arrin të luftojë anët e dobëta, çfaqjet negative dhe të dëmëshme tek njeriu. Ai thotë se në një pjesë të rasteve, pacienti është i rritur në një ambient me manifestime neurotike, me çfaqje histerike tek nëna ose grindje familjare. Në 51.4% të rasteve, auktori ka gjetur manifestime histerike qysh në vogli në gjirin e familjes, të cilat dalin në skenë sa herë që pacienti ndodhet para vështirësish ose ka ndonjë grindje dhe pas traumës psiqike. Mungesa e harmonisë në familje le gjurma negative, sidomos tek ata që kanë procese të dopta nervore.

4. - Ambienti shoqëror. Këtu bëhet fjalë për ruajtjen e bestytnive, paragjykimeve fetare, fantazisë së sëmurë si tek fshatarët etj.

5. - Faktori kulturë. Duke u bazuar në Astore, Padovan, Denssen, Kreindler, Uzunov dhe në përvojën e tij të pasur, auktori ve në dukje se reaksionet histerike çfaqen më tepër tek njerëz me zhvillim të pakët intelektual.

6. - Faktorët somatikë. a) Sëmundje somatike të kaluara. Përveç sëmundjeve të fëminisë, pacientët afonikë kanë patur sëmundje dobësuese: 33.9% infeksione; 10% tifo abdominale; 7.41% malarje kronike; 5.71% hepatit inkekciot; 5.7% komocion cerebral etj. Pra, në një person me procese të dopta nervore, sëmundjet somatike e predispozojnë atë edhe më tepër për reaksione histerike. Auktori thekson se edhe një afektion i lehtë i parëndësishëm shërben si gjëmb ngacmues. Në 50% të afonikëve janë diagnostikuar laringiti ose tonsiliti kronik.

7. - Sëmundjet somatike debilitante, që paraprijnë afoninë funksionale. Ashtu siç mendojnë edhe auktorë të tjera, edhe docent H. Dibra i kushton vëmëndje grapi të shoqëruar me dhimbje, me kollë dhe disa herë me temperaturë. Edhe gripi shërben si astenizues i organizmit dhe i sistemit nervor, duke vepruar edhe si irritues iokal. Të njëjtën gjë vërtetojnë edhe Uzunov, Hakenberg, Grocz, Papenheim, Glas, Roogen, dhe Rhodes, Speidel, Herzog etj. Auktori mendon se këto fenomene afonie postgripale kanë origjinë neurogjene, duke u mbështetur në këto argumente: 1) Laringologët nuk kanë vënë në dukje asnjë lezion që të spjegojë afoninë organike; 2) Anamneza flet qartë se pacientët kanë çfaqur gjendjen neurotike gjatë jetës; 3) Psikoterapia dhe mjekimi me dominantin e dhimbjes zhdukin afoninë; 4) Në 40% të rasteve pacientët kanë pasur disa ditë më parë një afektion gripal; 5) 80% të rasteve pacientëve u është marrur zëri menjëherë, dy-tri ditë pas gjendjes gripale; 6) Pak para afonisë, i sëmuri ka pasur tronditje psiqike; 7) Zgjatja e afonisë me muaj dhe vite nuk spjegohet me faktorin grip. Pastaj auktori spjegon se ka raste me gjendje gripale, që edhe kur kalon infekzioni gripal, afonia mbetet dhe merr karakter funksional. Auktori shtron se kur afonia funksionale mjekohet menjëherë, ajo shërohet shpejt dhe kur neglizohet, ajo bëhet me rezistente ndaj mjezikimit; 8) Sëmundjet somatike të mpleksura me afoninë, që është mbshtresë funksionale. Auktori e ka takuar afoninë në 24.3% të pacien-

tëve me hipertoni të lehtë të shoqëruar me shumë simptome neurovegjetative. Më poshtë auktori flet mbi çfaqjet histerike dhe format e çregullimit të fjalës dhe të zërit si pasojë e traumave kraniocerebrale; 9) Faktorët psikogenjë dhe shpërthytes të afonisë. Auktori ve në dukje tek 68.8% e pacientëve afonia është zhvilluar pas një faktori psikogenjekur pacientët e vuajnë përbrenda hidhërimin e tyre dhe kjo çfaqet me «globus hystericus», që e paraprijnë afoninë.

Sipas mendimit tonë, auktori i ka spjeguar në mënyrë të qartë, bindëse dhe me argumente të bollëshme faktorët predispozues të afonisë funksionale. Çdo faktor ai jo vetëm që e spjegon në mënyrë të qartë, por edhe e illustron me vëzhgime klinike, të vëzhuara nga ai vetë.

Në kapitullin e VI trajtohet patogeneza e çregullimit të zërit. Auktori referon se Charcot, Gllés de la Touret, Grasset mendojnë se çfaqjet histerike si lemtat, belbzë mi dhe afonia kanë si bazë spazmat nervore, kurse auktorët të tjerë si March, Douglas i lidhin këto fenomene me inflamacionin e rrujëve të sipërme të frysëmarrjes. Disa të tretë e spjegojnë patogjencën e afonisë funksionale me atë të emocioneve të forta, kurse të tjerë me dëmitimin e gyrus praecentralis, ose me aneminë cerebrale. Disa të katërt si Davidenkov, Gorizontov i lidhin me reflekxin e kushtëzuar patologjik dhe disa të pestë e konsiderojnë afoninë me natyrë histerike. Duke u bazuar në përvojën - tij të madhe dhe të pasur shumëvjeçare, auktori dallon çfaqjet histerike të kohës dhe të paqes. Ai bën fjalë për çfaqje më të buta të histerisë në kohë paqe, etapë në tjetërën kanë evoluar në sajë të ndërrimit të botëkuptimit të njerëzve, të pikëpamjeve të tyre, në sajë të revolucionit të madh politik, ekonomik dhe ideologjiko-kultural, që ka pësuar vendi ynë. Duke u mbështetur në këto premisa teorike marksiste-leniniste dhe në të dhënat e tija statistikore, auktori vëren se çfaqjet e ndryshme histerike, duke përfshirë dhe afoni, kanë ardhur duke u pakësuar në vitet 1950-1958 dhe në vitin 1958 ato janë përgjysmuar.

Në kapitullin e VII-të auktori bën fjalë për «klinikën dhe çregullimet funksionale të zërit». Ai ndan të gjitha simptomat në tre grupe: Simptomatologjia e përgjithëshme. Në këtë grup ai fut tre nën-grupe simptome: simptome nevrotike, simptome të përgjithëshme klinike dhe vecanërsht neurologjike dhe simptome laringoskopike. Pasi ndalet me hollësi në këtë grupe simptomesh, duke i illustruar me histori sëmundjesh, ai kalon në diagnozën dhe diagnozën diferencale. Në fillim ai ekspozon mendimet e auktorëve të tjerë, që janë përpjekur të paraqesin simptomet më tipike të afonisë, pastaj duke u mbështetur në eksperiençën e tij të pasur, arrin në konkluzionin se diagnostikimi i çregullimeve funksionale të zërit nuk është punë aq e lehtë, ai porosit se për të përcaktuar diagnozën e nevojshme duhet t'u jepet rëndësi të gjitha momenteve, që përmban ekzaminimi komplekt i pacientit, duke filluar nga anamneca sa më e plotë, ekzaminimi objektiv, kuadri klinik neurologjik dhe neurovegjetativ, ekzaminimi laringoskopik si dhe ekzaminimet paraklinike. Midis të tjerash ai ndalet edhe në elektroenzefalografinë. Në këtë kapitull gjithashtu ai bën diagnozën diferencale me çregullimet e tjera të zërit, që takohen siç është p.sh. disfonja spastike, që takohet tek pacientë, që kanë profesion me të folur shumë. Diagnosa diferencale duhet të bëhet me fonasteni, që konsiston në dobësinë e zërit në të folur, në të thirrur e të kenduar, si rje-

dhim i një lodhjeje të tepëruar. Diagnoza diferenciale me fibromatozën e kordave vokale, që çfaqen me afoni, me çregullimin e zërit të shkaktuar nga pareza e nervit rekurens. Auktori i jep rëndësi sidomos diagnostikës diferenciale me difterinë, sidomos ndër fëmijt në fillim të sëmundjes, me çregullimin funksional fiziologjik të zërit në kohën e puhertetit dhe, në mënyrë të veçantë, ai ndalet në diagnozën diferenciale me simulacionin që ka sidomos rëndësi të madhe në ushtri. Auktori tregon dy metoda të pëershkruara nga auktorë të ndryshëm për të diagnostikuar simulimin. Më poshtë ai bën fjalë për vrejtje dhe dekursin e çregullimeve të zërit në formë afonie funksionale. Auktori ka vënë re se në 41.7% të rasteve zëri është fikur menjëherë. Në 50% të rasteve është çfaqur pas disa kohësh që pacienti ka pësuar tronditje, kurse në raste të tjera ai ka vërejtur shuarjen e ngadaltë të zërit, gjë që ka ardhur pas kalimit të një sëmundje somatike. Docent H. Dibra ve në dukje se afonia funksionale duhet mjekuar pa humbur kohë dhe në mënyrë racionale e sistematike. Ai përmënd një observim të tij klinik, ku afonia funksionale vazhdoi për 8 vjet dhe mjaftuan vetëm 5 seanca mjekimi të rregullta që të shërohet plotësisht dhe citon nga literatura një pacient me afoni, që zgjati 18 vjet.

Në kapitullin e VIII, auktori ndalet me hollësi në mjekimin e afonisë funksionale. Ai ekspozon metodat kryesore, që përdorin auktorë të ndryshëm dhe ndalet me hollësi në rolin e madh që luan psikoterapiat. Ai shkruan se pavarësisht nga metoda e mjekimit, që do të përdoret përfundimisht të arritur një efekt të mirë, duhet pasur gjithmonë parasysh këta tre faktorë: mjeku që e zbaton atë, gjendja psikologjike e të sëmurit dhe ambienti ku zhvillohet mjekimi. Mjeku duhet të jetë psikolog i duruar, ai duhet të sillet me takt me të sëmurin, ai duhet të përdorë fjalë të embla, të përshtatëshme, në mënyrë që të krijojë besimin dhe të ngjallë shpresë tek ai përfundimisht të shpejtë dhë të plotë. Këta dy faktorë të zbatuar në një ambient të ngrohtë, të qetë e rrisin edhe më tepër efikacitetin e metodës së mjekimit. Docent H. Dibra tek pacientët e tij ka zbatuar si metodat klasike edhe ato më moderne dhe tmerrë të fund është ndalur në metodën e tij të dominantit të dhimbjes, të cilën e ka përpunuuar dhe përsosur pas zbatimit të gjatë të saj. Kështu ai ka zbatuar në pjesën e jashtëme të grykës galvanizimin, faradizimin, narkozën me eter, më klorur etili, somnoterapinë, sismoterapinë femorale e të tjera, por në fund është ndalur në metodën e tij.

Mjekimi i afonisë funksionale me dominantin e dhimbjes. Auktori metodën e dominantit të dhimbjes e shoqëron me psikoterapinë. Pas kësaj preqatitje injektohet përpara grykës nën lëkurë solucion steril indiferent i përzjerë me protozi të kuq, që auktori e quan rubrum. Në 98% të rasteve ka arritur shërim të plotë. Këtë metodë mjekimi ai e ka zbatuar në 166 të sëmurë me afoni, 94 u mjekuan në spital dhe 74 ambulatorisht. Në spital mjekimi dështoi vetëm në dy raste, ndërsa në ambulancë në 4 raste. Kura bëhet në dy ose tri seanca, gjithsej ka pasur 5 recidiva. I gjithë punimi është shoqëruar me një bibliografi të pasur, që shtrihet nga auktorët më të vjetër, që janë marrur me këtë problem deri në ditët tona. Monografia është paraqitur me një gjuhë të pastër, të quartë dhe të thjeshtë, që lexohet me kënaqësi. Observacionet klinike janë eksponuar me një mënyrë të gjallë, të kuptueshme. Sidomos tre kapitujt e fundit të monografisë përbëjnë pjesën më origjinale dhe të gjallë të punimit, aty jo vetëm që bëhet një pëershkrim klinik dhe një analizë e përgjithëshme e rasteve personale, por një-kohësisht jepen mendime kritike mjaft të vlefëshme dhe të dobishme

për praktikën tonë të përditëshme. Por pjesa më origjinal e tërë punimit është mjekimi me anë të dominantit të dhimbjes, që është metoda e përpunuar dhe e zbatuar nga vetë docent H. Dibra dhe që bazohej në të dhënrat fiziologjike dhe patofiziologjike shkencore. Gjithashtu me rëndësi të madhe praktike dhe shoqërore janë rekomandimet e auktorit në lidhje me masat profilaktike të neurozave në përgjithësi dhe të afonisë funksionale në përgjithësi.

Duke trajtuar një nga çfaqjet e histerisë, që bën pjesë në grupin e neurozave, monografia e docent H. Dibrës merret me një nga problemet aktuale të psikoneurologjisë që ka dhe rëndësi të madhe shoqërore, me problemin e sëmundjeve funksionale të sistemit nervor. Ky punim është i vlefshëm jo vetëm për mjekët neuropsikiatër, por për qdo mjek praktik, që shpesh takohet me neurozat në praktikën e përditëshme, njëkohësisht monografia duhet t'u interesojë edhe mjekëve ushtarakë, psikologëve dhe arsimtarëve tanë, që në një mënyrë ose tjetrën kanë të bëjnë me këto probleme.

Monografia «Aferia funksionale (Histerike) dhe mjekimi i saj» është një kontribut i vlefshëm në mjekësinë tonë shqiptare.

Docent Bajram Preza

REÇENSION I MANUALIT TË Doc. B. PREZËS «SEMIOTIKA E SËMUNDJEVE NERVORE»—1964

Botimi i këtij manuali nga ana e Doc. Bajram Prezës shënon një sukses të madh për mjekësinë e vendit tonë. Botimi i tij është përfundimi i një pune të frutëshme dhe këmbëngulëse të filluar nga auktori qysh në vjetin 1955.

Manuali përban 18 kapituj, të shkruar në 540 faqe. Në kapitullin e parë bëhet fjalë për sensibilitetin dhe patologjinë e tij. Kritikohen teoritë e idealizmit subjektiv dhe agnosticizmit. Më poshtë jepet klasifikimi i sensibilitetit, sipas Hedit, Edingerit, Arienzit, Brokut—D'Antona dhe shkollës sovjetike, në mënyrë të veçantë sipas Sepit. Pasi ndalet me hollësi në llojet e sensibilitetit superficial, auktori përshkruan sensibilitetin e thellë, atë visceralin dhe të komplikuarin. Ndarja në përgjithësi e sensibilitetit në katër nënloje është e drejtë nga ana metodike dhe e vlefëshme nga ana praktike. Me hollësi janë paraqitur të dhënat neurohistologjike dhe neurofiziologjike mbi receptoret e sensibilitetit.

Një vend të rëndësishëm në këtë kapitull ze ekzaminimi i llojeve të ndryshme të sensibilitetit dhe turbullimet e tyre, duke u illustruar me shembuj klinike. I gjithë kapitulli është shkruar në 33 faqe.

Në kapitullin e dytë (gjithsejt 25 faqe) flitet për rëndësinë e procesit të reflektimit, harkun e thjeshtë dhe të komplikuuar reflektor, reflekset e kondicionuara e të pakondicionuara. Pasi analizohet kuptimi fizilogjik i reflekseve, kalohet në përshkrimin e tyre neurologjik dhe të kushteve në të cilat duhet të ekzaminohen reflekset. Në formë të plotë janë paraqitur të gjitha reflekset patologjike.

Në kapitullin e tretë jepet sfera motore, që ze 25 faqe. Në fillim auktori ndalet në fizilogjinë e lëvizjeve dhe llojet e tyre, pastaj kalon në përshkrimin e fushave kryesore motore kortikale dhe, së fundi, analizon traktin piramidal dhe atë parapiramidal. Me hollësi janë paraqruar edhe shenjat e paralizës centrale e periferike, metodat e ekzaminimit të sferës motore, duke u illustruar me një varg fotografish.

Kapitulli i katërt, që i përket ganglioneve bazale, është përshkruar në 16 faqe. Është dhënë me hollësi anatomia e tyre, përshkruhen lidhjet e substancave subtalamike dhe mëncencefalike me medulën spinale. Përmbledhtasi parashtronhet fiziologjia e subkorteksit dhe rrelacionet me korteksin.

Kjartë janë përshkruar sindromet kryesore patologjike ekstrapiramidale.

Në 24 faqet e kapitullit të pestë eksponohet sfera koordinatore. 13 faqe i përkasin anatomisë, histologjisë dhe fiziologjisë së trurit të vogël. Me hollësi janë përshkruar lidhjet aferente dhe eferente të cerebelumit me koren cerebrale, ndërë koren, trunkun cerebral dhe medulën spinale. Në formë të plotë janë dhënë dhe simptomet e lezonave cerebrale, mënyrat e zbulimit të tyre, duke u illustruar edhe me një

seri fotografish. Kapitulli mbyllt me analizën e llojeve të ndryshme të lezionaleve cerebrale.

Kapitulli qëndror në manual, që ze 81 faqe, është ai i nervave kraniale. Për të gjithë nervat kapitale jepet anatomia, shkurtim sht edhe fiziologjia, mënyrat e ekzaminimit të tyre neurologjik dhe simptomet që lind n nga dëmtimi i tyre. Një rëndësi e veçantë i është dhënë përvarg shenjave patologjike, sidomos të sindromit Argyll - Robertson etj. Kapitulli i gjashtë është shoqëruar gjithashtu me një varg fotografish, që tregojnë mënyrat e ekzaminimit të nervave kraniale dhe disa nga simptomat e shumta të dëmtimit të tyre.

Në kapitullin e shtatë, që përbëhen nga 13 faqe, analizohet medulla spinale. Si edhe në kapitujt e tjera edhe këtu në fillim përshkruhet anatomia, pastaj fiziologjia dhe në fund patologjia e dëmtimeve të medulës psinale. Një vend të rëndësishëm ze analiza e sindromit të Broun - Sekarit.

Në nëntë faqet e kapitullit të tetë analizohet trunku cerebral, bërrthamat e tij të shumta dhe traktet, që kalojnë në të, si edhe simptomatologjia, që lind nga dëmtimi i kateve të tij të ndryshme.

Një kapitull krejt i ri është ai i nëndi. Në dhjetë faqe është ekspozuar anatomia, fiziologjia dhe patologjia e subtancia - reticularis.

Kapitulli i dhjetë, që përmban 25 faqe, ka të bëjë me sistemin nervor vegjetativ dhe patologjinë e tij. Me hollësi përshkruhen metodat e ekzaminimit të sistemit nervor vegjetativ, jepen sindromet e lezionaleve të sistemit nervor vegjetativ siças Pol Kosa, sindromet vegjitative bulbare, pontine, mezencefalike dhe diencefalike.

Kapitulli i njëmbëdhjetë (27 faqe) ka të bëjë me anatominë, fiziologjinë dhe patologjinë e cortex cerebri. Krahas të dhënave të shumta mbi anatominë e fizioljinë analizohen në prizmin kritik edhe teoritë ekuipotenciale dhe e lokalizimit të ngushtë. Kjartë është dhënë doktrina e Pavlovit mbi stereotipin dinamik. Hollësishët parashfrohet simptomatologjia e dëmtimit të kores së trurit të madh (baza e diagnozës topike) të lobeve të ndryshme. Në mënyrë të vecantë, auktori ndalet në shenjat patologjike, që lindin nga dëmtimi i hemisferit të majtë, në llojet e agnitive dhe patologjinë e skemës së trupit.

Në 15 faqet e kapitullit të dytëmbëdhjetë përshkruhen furnizimi i trurit me gjak, sindromet kryesore të trombozave të arterieve cerebrale, qarkullimi venoz cerebral dhe patologjia e tij.

Kapitulli i trembëdhjetë (26 faqe gjithsej) përmban sistemin nervor periferik. Nëntë faqe i përkasin vetëm anatomisë së këtij sistemi, ndërsa në pjesën tjetër, në mënyrë të rjedhëshme analizohen simptomat patologjike, që lindi nga dëmtimi i plekseve nervore dhe veçanërisht i disa nervave periferike. Jepet metodika e zbulimit të simptomave, duke u pasqyruar edhe në disa fotografi të sëmurësh.

Në kapitullin e katërtëmbëdhjetë, që përbëhet nga 50 faqe, përshkruhen meningeet dhe likuori cerebrospiral. Në gjashtë faqet e para jepet anatomia dhe fiziologjia e meningeve cerebrale e medulare, kurse faqet e tjera i përkasin likuorit cerebrospinal. Veçanërisht e goditur është pjesa ku përshkruhen ndryshimet në likuor gjatë sëmundjeve të ndryshme të S.N.Q. dhe atij periferik. Një rëndësi e veçantë i është dhënë sindromit të hipertensionit endokranik dhe atij meningealit.

Kapitulli i pesëmbëdhjetë (35 faqe) përmban metodat e ndryshme të ekzaminimit të sistemit nervor (punksioni lumbar e subksipital, pneumoencefalografia, angiografia cerebrale, grafitë e kranit dhe të shtyllës

kurizore). Për të gjitha ekzaminimet e përmendura më sipër jepet teknika e kryerjes së tyre, indacionet, kundraindikacionet, komplikacionet, komentimet e rezultateve që fitohen nga to etj. Kapitulli është pasur me grafi të shumta të kranit, që demostrojnë rezultatet e pneumoenceralografive, mielografive etj.

Një kapitull shumë i rëndësishëm është edhe ai i gjashtëmbëdhjeti (29 faqe gjithsej) ku janë paraqitur metoda e ekzaminimit elektrofiziologjik (elektrodiagnostika, kronaksimetria, elektromiografia, elektroencefalografia, elektroencefaloskopja, elektrokortikografia, elektromyografia, gamaencefalografia, echoencefalografia). Megjithëse një pjesë e ekzaminimeve elektrofiziologjike akoma nuk përdoren në vendin tonë, vënia e tyre në tekstin është me vend, qoftë për kulturën e përgjithshme të mjekut, qoftë edhe për faktin se më vonë ato do të gjejnë përdorim të plotë edhe në klinikat tona.

Në kapitullin e shtatëmbëdhjetë, në 12 faqe, jepen disa njohuri mbi veprimtarinë më të lartë nervore dhe ekzaminimin e saj (metodika verbalomotore dhe eksperimenti asociativ). Kapitulli i fundit është ai i historisë së sëmundjes.

Në fund të librit, në 20 faqe me gërmët e vogla, është dhënë në formë të përbledhur fjalori i termave më të përdorura në neurologji. Manuali mbyllet me bibliografinë prej 610 burimesh.

Para se të bëjmë vlerësimin pozitiv të këtij manuali, e shohim me vend të ndalemi në disa çeshtje, të cilat më tepër do t'i parashtrojmë në formë diskutimi.

1. - Nuk ka asnje dyshim se vlera praktike e këtij manuali është e madhe, por në volumin që ai është paraqitur më tepër i vlen mjekut neurolog, se sa mjekut të përgjithshëm. Dihet se mjekët neuropsihiatër në vendin tonë janë shumë të pakët në krahasim me numërin total të mjekëve. Veç kësaj, edhe për studentët, studimi i neurologjisë, sipas manualit, paraqet një seri vështirësish, meqënjëse janë dhënë në formë të detajuar një mori simptomash patologjike. Ne mendojmë se shkencës sonë mjekësore i duhej në radhë të parë një manual më i vogël, më i përbledhur, që do t'u viente në të njëjtën kohë si studenteve, ashiu edhe mjekëve që punojnë në specialitetë të ndryshme.

2. - Titulli i manualit nuk reflekton në mënyrë të plotë përbajtjen e tij, sepse në libër një vend të rëndësishëm zenë anatomia, histologjia dhe fiziologjia e sistemit nervor. Mirë do të ishte që të flitej pak edhe për embriologjinë e tij.

3. - Të tërheq vemendjen synimi i auktorit për të dhënë hollësira të shumta, disa herë të panevojshme dhe që nuk kanë ndonjë rëndësi të madhe praktike. Të tepërtë janë sinonimet; p.sh. kur flitet për sensibilitetin e thellë, për ndarjen e tij, përmenden kinesthesia, batheesthesia dhe myesthesia, që shprehin pothuajse të njëjtën përbajtje. Me shumë detaje janë dhënë edhe sistemet e Granitit; teoria e tij mbi llojet e qelizave të cornua anteriora medullae spinalis. Në saqen 255, për emërtimin e sistemit nervor vëgjetativ janë dhënë 8 sinonime, që na duken të panevojshme, sepse nuk kanë ndonjë lidhje organike me përbajtjen e të gjithë kapitullit. Me hollësi të panevojshme janë përshkruar disa arterie të vogla të trurit, që nuk kanë ndonjë rëndësi praktike për mjekun, për më tepër se nuk flitet se çfarë patologjje lind nga dëmtimi i tyre.

4. - Nuk ka një proporcione të pranueshëm midis kapitujve të ndryshëm dhe pjesëve të veçanta të të njëjtë kapitull. Në d'sa raste anatomiçë dhe fiziologjisë i janë dhënë shumë faqe. P.sh. në kapitullin e

katërt, ku flitet për ganglionet bazale, 7 nga 17 faqet e të gjithë kaptullit i përkasin vetëm fiziologjisë e anatomisë. E njëjta gjë mund të thuhet edhe për sferën koordinatore, së cilës i kushtohen 13 faqe përfshirë në këto 12 faqet edhe fotografitë e të sëmurëve). Edhe anatomia e nervit optik mund të jepej më shkurt. Pa vend na duket pëershkrimi ak i hollësishëm i fizio'logjisë së sistemit nervor vegjetativ.

Disa kapituj janë shkruar shumë gjërë, në krahasim me të tjerët me gjithë rëndësinë e veçantë që ata mund të kenë. P.sh. për likuorin cerebrospinal janë shkruar 32 faqe, pa futur këtu sindromin hipertensiv endokranial. Për të mund të shkruhej edhe më tepër, sepse ka rëndësi të madhe në klinikën e neurologjisë, por në një manual me 460 faqe (180 faqe nuk kanë lidhje të drejtëpërdrejtë me simptomet organike neurologjike) na duket e tepërtë që 32 faqe t'i përkasin vetëm likuorit. E njëjta gjë duhet thënë edhe për kapitullin e historisë së sëmundjes, që ze rrëth 19 faqe.

5. - Pothuajse në të gjithë kapitujt e manualit, krahas pëershkrimit të hollësishëm të simptomave neurologjike, bëhet një analizë e detajuar edhe e sëmundjeve ku takohen këto simptoma. Kjo nuk na duket e drejtë nga ana metodike, sepse manuali është shkruar për semicët kën e sëmundjeve nervore dhe jo për nozologjitet e veçanta. Një veprim i tillë ka sjellë si pasojë që manuali të dali shumë i ngarkuar dhe në disa rastë i vështirë për t'u përvetësuar. P.sh. në kapitullin e katërt është pëershruar me hollësi klinika e M. Vilsoni, duke përmëndur edhe disa shenja që nuk kanë lidhje me sferën ekstrapiramidale. Kjo vërejtje mund të bëhet edhe për pseudosklrozën Strümpell-Westphal, M. Little, M. Hallerworden dhe Spatz, M. Schilder, M. Balo, toksoplazmazat etj. Edhe pëershkrimi i hollësishëm i mjekimit kirurgjikal të parkinsonizmit është krejtësisht i panevojshëm. Për llojet e shumta të tumoreve cerebellare, ndërtimin, karakterin dhe prognozën e tyre është folur jashtë masës. Gjérë dhe pa vend është ekspozuar klinika e adenomes hipofizare, e M. Icenko-Kushing, e tumoreve supraselare, e epilepsisë diencefalice të Davidenkova-Kulkova dhe të Penfildit.

Manuali i Doc. Bajram Prezës është një vepër me rëndësi të mëdha praktike. Në të janë reflektuar punimet kryesore mbi patologjinë e S.N., që janë botuar deri sot në literaturën botërore. Veprat e kon-sultuara janë të auktorëve sovjetikë, amerikanë, gjermanë, francezë, itali-anë, çekë, finlandezë etj. Manuali është i pari që btohet në vendin tonë jo vetëm për neurologjë, por i marrur në formën e tij të plotë dhe sipas volumit, është i pari për mjekësinë e vendit tonë. Ai do t'u vlefjet shumë neuropatologjeve, psikiatërve, neurokirurgjeve, anatomëve, fiziologjeve, pediatërve dhe mjekëve të specialitetave të tjera. Me anën e tij do të kualifikohen për disa vjet me radhë kuadrot e vjetra dhe të reja të neuropatologjeve dhe psikiatërve.

Në manual është pëershruar shumë bukur dhe me hollësi të madhe simptomatologjia e lezionaleve të sistemit nervor si dhe ana praktike e ekzaminimit neurologjik të të sëmurëve. Bie në sy përpjekja me vend e auktorit për të spjeguar patogjenezin e çdo simptom, si dhe radhitja e drejtë e materialit, duke cilësuar meritat e këtij apo atij auktori në pëershkrimin e simptomave dhe sindromeve të ndryshme neurologjike. Të tërheq vëmëndjen fakti se auktori nuk i reflekton në mënyrë pasive teoritë e ndryshme, por i komenton ato aktivisht, duke bërë vërejtjet dhe ndërhyrjet e nevojshme. Në të janë reflektuar shumë bukur kapituj të rinj të shkencës neurologjike, si substantia reticu-

laris, penumo, myelo dhe angiografia, elektroencefalografia, elektrokortikografia, ehoencefalografia, radioizotopediagnostika, elektroencefaloskopia etj.

Manuali u përgjigjet plotësisht kërkesave të sotme të shkencës dhe të specializimit të kuadrove të reja. Kapitujt janë shkruar me një gjuhë të rjedhëshme, të pastërt, literare dhe të pasur me terminologjinë latine. Vihet re synimi i auktorit për të zëvëndësuar në maksimum me terminologji shqipe emërtimet e ndryshime të bëra në gjuhë të buaj. Lënda është paraqitur e kuptueshme. Ajo përvetësohet me lehtësi. Ndarjet e çdo kapitulli janë me vend dhe të vlefëshme nga ana praktike.

Reflektimi në manual i më se 300 figurave, nga të cilat mbi 100 janë observacione personale, tregon se auktori nuk ka bërë vetëm një punë të madhe për përbledhjen e literaturës botërore mbi problemin që trajton, por ka marrur pjesë aktive në përshkrimin e shumë kapitujve, duke futur në ta edhe eksperiencën personale. Dhe duhet thënë se kjo e fundit bëhet nga ana e tij me mjeshtëri të madhe. Paraqitja e këtij manuali në këtë formë ia ngre edhe më tepër vlerën e punës. Aty përshkruhet jo vetëm simptomatologjia e lezioneve organike të S.N.Q. dhe S.N.P., por edhe fiziologjia, anatomia e histologjia e tyre. Midis tyre ekziston lidhja e ngushtë organike, lidhja e funksionit me strukturën. Ai ka treguar drejt se si prishja e strukturës anatomike shpie në çregullime të funksioneve të sistemit nervor, në lindjen e lezioneve organiko lokale.

Manuali do t'u shërbejë shumë edhe studentëve, sepse teksti i përkthyer i neurologjisë në shumë aspekte është vjetëruar. Vitet e fundit, krahas përparimeve të degëve të ndryshme të mjeckësisë edhe neurologjia ka ecur përpara, ka korruar suksese. Këto zbulime e suksese janë reflektuar më së miri në manualin e Doc. B. Prezës.

Me këtë punim, Doc. B. Preza e ka treguar veten si një punonjës i pjekur shkencor, pedagog i talentuar, metodist i mirë dhe klinicist me eksperiencë të pasur.

Gjatë parashtrimit të materialit, auktori është mbështetur vazhdimi i metodologjinë marksiste-leniniste. Simptomet dhe sindromet janë interpretuar duke u nisur nga doktrina e I. P. Pavlovit mbi nervizmin, mbi teorinë reflektore dhe veprimtarinë e lartë nervore në përgjithësi. Në këtë manual ka gjetur reflektim të gjërë edhe patologjia specifike e vendit tonë. Këtu mjecku gjen të spjeguar mirë çdo problem që do të takojë gjatë ushtrimit të profesionit, lidhur me patologjinë që i përket neurologjisë. Me plotë të drejtë ky manual mund të quhet enciklopedi e vogël e neurologjisë.

Doc. B. Preza në hartimin e këtij teksti ka treguar një kujdes të veçantë. Duke qënë modest, ai sipas rastit shpreh në manual dëshirat e veta për t'u thelluar në problemet e ndryshme të neurologjisë.

Dr. Bajram Prezën e përgëzoj me gjithë shpirt për këtë vepër të madhe që i dha neurologjisë së vendit tonë dhe i uroj suksesë të tjera në të ardhmen.

REFERATE

TUMORET CEREBRALE INTRAKRANIALE*

FENG CH'UAN YI

(Spitali i bashkuar i Pekinit, Akademie kineze e shkencave mjekesore)

Më parë në vendin tonë, tumoret cerebrale endokranike dukeshin se nuk ishin të shpeshta. Kjo gjë i detyrohej kryesisht mungesës së kushteve nga ana e pacientit për të kërkuar mjekim dhe, së dyti, mos vënies së diagnozës nga ana e mjekut.

Pas qëllimit, populli ynë, në rast sëmundje, mundi të ketë kujdesin mjekesor me komoditet, propaganda dhe aktivitetet akademike i kanë shtuar aftësisë për të diagnostikuar tumoret endokranike nga ana e mjekëve në përgjithësi si dhe është rritur në këtë drejtëm mprehtësia, vigjilanca diagnostike.

Prandaj, tani janë të mundëshme diagnozat më të herëshme të tumoreve cerebrale; tani janë më të pëkta pranimi i vonëshëm në spital dhe vonesa përsa i përket trajtimit. Me sukseset e arritura në neurokirurgji, neurologji dhe specialitetet përkatëse në vitet e fundit, në vendin tonë, është rritur përqindja e saktësisë diagnostike në tumoret endokraniale. Me përmirësimet në teknikat anestezike dhe kirurgjikale, mjekimi pre dhe post operator, fusha e trajtimit kirurgjikal është zgjeruar, rezultatet e operacioneve janë përmirësuar dhe është ulur përqindja e mortalitetit. Trajtimi kirurgjikal i tumoreve endokranial po shtrihet tani më jo vetëm në qytetet e mëdha, por edhe në lokalitetet e largëta.

Neurokirurgët tanë janë të mendimit se diagnoza e drejtë e tumoreve endokranike varet si nga ekzaminimi klinik, ashtu dhe nga metodat e hulumtimeve speciale, pa u inklinuar as nga njëra anë, as nga tjetra. Për të vënë diagnozën e herëshme dhe për të bërë mjekimin adekuat do të duhej t'i jepet rëndësia e duhur e bashkëpunimit të ngushëtë të specialiteteve klinike përkatëse dhe të institucioneve të ndryshme mjekesore, kështu që të mund të transferohen me kohë nën kujdesin e reparteve neurokirurgjikale rastet e tumoreve endokraniale. Në përgjithësi metodat për lokalizimin e tumoreve endokraniale janë historia e ekzaminimeve klinike të hollësishme, ekzaminimi neurologjik komplekt, kraniogramet dhe disa ekzamime speciale. Zgjedhja e metodave neuroradiologjike speciale ka rëndësi të posaçme dhe indikacionet përzbatimin e këtyre metodave duhet të janë konformë dhe të veçanta në mënyrë rigorozë.

Në vendin tonë, vitet e fundit, jo vetëm që metodat e ekzaminimit neuroradiologjik janë zbatuar më shumë, por gjithashtu në sajë të përmirësimit të teknikës dhe në sajë të shitimit të përvojës, u shtua përqindja e sukseseve, kryerja aktuale e procedurave është bërë më e sigurtë dhe është rritur përdorimi i tyre në një shkallë më të gjërë. Për ato raste, që nuk kanë shenja fokale dhe që shoqërohen me fondus oculi normal, këto procedura do të ndhmonin më tepër në vënien e diag-

nozës. Angiografia cerebrale kryhet kryesisht nëpërmjet të punksionit perkutan të arteria carotis, meqënëse teknika është relativisht e thjeshtë dhe reaksionet anësore janë të lehta. Në sajë të zhvillimit të rrengnografive në seri, është zbuluar që faza venoze e thellë e arteriognozën e tumoreve supratentoriale të vijës mediane, siç janë ato të regjioni pineal. Teknika e punkturës perkutane të art.-vertebralis, ose neurologjeve tanë. Është fituar përvjohë e mirë në pan-angiografinë cerebrale. Pneumonecefalografia mund të plotësohet me tomografinë - merrje të rezultateve përsa i përket vlerës diagnostike. Tani ka përmirësim të teknikës së pneumonecefalografisë në pacientët me presion intrakranial të rritur.

Në një nga metodat e përsosura veprohet kështu: sasi të vogla ajri injektchen në mënyrë të përsëritur dhe ngadalë, duke hequr pak liquor ose duke mos hequr fare. Një metodë tjeter konsiston në uljen e mëparëshme të presionit intrakranial me anë administrative intravenozë solucionesh hipertonike të urea-s, përparrë se të injektohet ajri. Në këtë mënyrë ka më pak rezik dhe lehtësohen vënia e diagozës së tumorit intrakranial, duke inkluduar dhe ato të fossa cranii posterior. Ventrikulografi pas drenazhit persistent të ventriculus lateralis ose me anë të punksionit të plakës supraorbitalë për të hyrë në ventrikulin lateral është relativisht më e përshtatëshme për rastet urgjente me presion shumë të rritur intrakranial.

Iodoventrikulografia është e zhvilluar në disa institutë. Ajo ka avantazhe më të mëdha në diagozën e tumoreve të strukturave mediane të fossa cranii posterior. Në raste «diagnostike» të vështira, përdorimi i më shumë se një metode speciale, ekzaminimi për të plotësuar njera tjetër do të favorizojë përcaktimin e diagozës.

Vitet e fund të shihet përdorur më gjérësisht EEG si një metodë plotësuese për lokalizimin e tumoreve intrakraniale. Organizimi i ritmit fundamental të EEG dhe përhapja e valëve të ngadalëshme mund të ketë një farë rëndësie prognostike përsa iu përket dimensioneve të rritjes së tumorit dhe shkallës së edemës cerebrale.

Sidoqoftë, duhen pasur parasysh lezionet e rremje, presioni intrakranial i rritur ose hernia cerebrale, për arsyen se të gjitha këto mund të alterojnë EEG. Freqëzioni i lokal zimit të tumoreve supratentoriale luhet 65-85% me anë të EEG. Kjo ka më shumë rëndësi për tumoret lobit temporal dhë më pak për ato të lobit pariental. Në një numër të vogël klinikash kanë filluar të zbatohen gamonecefalografia dhe echo-encefalografia si metodë plotësuese ekzaminimi. Ekzaminimi citologjik i liquorit cerebrospinal ka filluar të ekzaminohet në disa raste si një ndihmë në dozën e tumorit cerebral.

Në bazë të një analize të bërë në një referat në vendin tonë më 1959 në një seri prej 1074 rastesh tumoresh intracerebrale të verifikuar me anë reperti patanatomik gliomet zenë rrëth 1/3 e numërit total (ky numër është më i vogël se sa ato të përshkruara në literaturën e huaj). Midis tyre shumica janë astrocitoma, pastaj vijnë si numër glioblastomat multiforme, ependimomat, medulloblastomat etj. Meningiomat, adenomat hipofizare dhe neurof bromat (pothuajse të gjitha janë neuriroma akustike) përbëjnë rrëth 1/3, ndërsa 1/3, që mbetet, përbëhet nga tipa të tjera patologjikë tumoresh. Hemangiomat janë më tepër angioretikuloma dhe takohen më shpesh subtentorialisht. Tumoret kongnitale janë kryesisht kraniofaringioma dhe takohen më shpesh tek fémijet,

por mund të ndeshen edhe tek të rriturit. Pastaj vijnë cholesteatomat, granulomat janë të gjitha tuberkuloma, të cilat kanë filluar të vërehen më rrallë gjatë viteve të fundit. Nuk janë vrej ur sifiloma (guma). Sëmundjet parazitare intrabraniale nuk janë inkluduar në këto statistika. Tumoret metastazike kanë qënë të tërë karcionoma. Mortaliteti operativ në këto raste ka qënë 21%. Hemangiomat, tumorët kongenitale jepin përqindje më të lartë mortaliteti operativ, ndërsa meningiomat dhe adenomat hipofizare jepin përqindje relativisht të ulët mortaliteti operativ.

Referatet e disa klinikave neukirurgjikale në vendin tonë tregojnë se gjatë viteve të fundit është grumbulluar një përvojë e pasur dhe janë arritur rezultate relativisht të mira në mjekimin kirurgjik të meningiomave, të tumoreve hipofizare dhe të kraniofaringiomave. Meningiomat e vendosura në konveksitetin e hemisferave cerebrale ose në regjionin parasagital në pjesën më të madhe mund të hiqen në mënyrë të plotë, ndërsa ato që vendosen në bazën e trurit, në regjionin paraselar ose në pjesën mediale të kockës sfenoidale është e vështirë të ekstirpoohen plotësisht. Në një grup prej 119 meningiomash të vendosura në regjione të ndryshme, përqindja e mortalitetit operativ ka rënë deri në 8,4% nga 67 patientët, që jetuan pas operacioneve dhe që u ndoqën, 80% ishin në gjendje të kujdeseshin përvanten e tyre dhe u kthyen në punën e tyre të përditëshme. Në tumoret hipofizare mund të ndodhin degjenerime cisticke ose hemoragi dhe të prodrojnë (shkaktojnë) turbullime vizive të menjëherëshme si dhe agravim të simptomeve. Operimi urgjent shpesh do të shpëtojë jetën dhe pamjen e këtyre pacientëve. Rö - therapia e thellë - u bëhet të gjithë atyre që u është kryer ekscizioni parcial i tumoreve hipofizare. Kraniofaringiomat rrallë mund të ekstirpoohen në mënyrë komplete. Nëqoftëse arrihet të hiqet një pjesë e kapsulës bashkë me pjesën më të madhe të tumorit solid (të ngurtë), rezultatet do të janë shumë të mira. Gjithashtu mund të bëhet Rö - therapia e thellë post operative. Një numër i vogël rastesh është mjekuar me anë të aspirimit të përbajtjes së lëngëshme dhe vendosjes së izotopeve radioaktive.

Rezultatet e arritura në këto raste duhen mbikqyrur (observuar), më gjatë. Neurinomat akustike, që u arriti të hiqen plotësisht, mund të zejnë 2/3-3/4 e të gjithë rasteve të këtij tipi. Zakonisht është zbatuar ndërryra nëpërmjet të rrugës infratentoriale unilaterale. Për tumoret gjigantë, sidomos për ato neurinoma akustike, që vendosen në fossa cranii media et posterior janë arritur rezultate të mira në eks-tirpimin komplet nëpërmjet të kombinimit të rrugës supra dhe subtentoriale. Disa raste janë trajtuar me anë operacionesh në dy stade. Disa i janë nënshtruar ekscisionit total të tumorit, pasi qe kryer heqja primare subtotalë e tij. Nervi facial mund të ruhet në 10-20% të rasteve gjatë ekstirpimit të plotë të neurinomave akustike. Diagnostikimi i këtij nervi mund të lehtësohet nëpërmjet stimulimit me elektroda gjatë operimit. Kur nervi facial është lez onuar totalisht, anastomoza akcesore-faciale, hipoglosko-faciale ose freniko-faciale do të jepë një farë shkalle përmirësimi funksional.

Në vitet e fundit, për arsyet të zbatimit më të gjërë të kraniotomive, sidomos kur mendohet se pacienti mund të humbë mjaft gjak, përdorimi më i shpejtë i hipothermisë dhe i anastezisë hipotensive ka dhënë rezultate shumë të mira. Disa tumore intrakraniale, që për arsyet të vendosjes së tyre të veçantë ose furnizimit shumë të pasur me gjak, ishin konsideruar më parë të vështirë përunderuar, tanë në disa kli-

nika operohen me sukses. P.sh. janë arritur rezultate të mira në trajtimin kirurgjik të tumoreve të regjionit epifizar, të disa tumoreve të mëdhenj ventrikularë ose të regjionit të foramen occipitale magnum, po ashtu janë arritur përfundime relativisht të mira dhe të gjata në tumoret e regjionit epifizar, në ventrikulo-cisternostominë (operacioni i Torkildsen-it) të pasura nga Rö - therapi profonde.

Taktikat kirurgjike për gliomat intracerebrale mund të janë tri llojesh:

1. - Një ekscizion i gjërë do të duhej bërë duke përfshirë indin cerebral, që gjindet rreth e përqark tumorit me hedjen e një lobi po të jetë e nevojshme. Kjo do të thotë të ekstirpohet kirurgjikisht në mënyrë aq komplete sa të lejojnë kushtet.

2. - Ekstirpime të përsëritura do të duhesin bërë në rast nevoje sa herë që shëtitë e mundur. Afrimi në regjionin e tumorit duhet të bëhet gjithmonë nëpërmjet të të ashtuquajturave zonave të «heshtura» të trurit, kur shëtitë e mundur, në mënyrë që të dëmtohen sa më pak regjionet e rendësishme funksionale. Duhet të shmangen dëmtimet e vazëve të mëdha.

3. - Mund të kryhet një kraniotomi eksplorative. Pastaj mirret material për biopsi me anë të ekscizionit parcial të tumorit.

Pasi të përcaktohet natyra e tumorit dhe shtrirja e përgjithëshme e tij, bëhet një dekompresion masiv. Pas operacionit, i caktohen pacientit Rö therapi e shoqëruar me Kemioterapi, po të jetë e nevojshme.

Përsa u përket gliomave infiltruese ekstensive dhe rekurrente, disa klinika kanë grumbulluar eksperiencë në kryerjen e himisterktomive. Pasi ekstirpohet me rrugë kirurgjikale vatra primare e karcionomeve, trajtimi intensiv i një metastaze solitare intrakraniale do të japë mundësi përmjekim ose zgjatje të jetës së pacientit. Ka artikuj të veçantë të shkruar nga neurokirurgët e vendit tonë rreth tumoreve të truncus cerebri, tumoreve intrakraniale multiple dhe metastazave ekstrakraniale të gliomave.

Frekuenca e tumoreve të fëmijëve në përgjithësi shëtitë më e ulët në krahasim me atë të rriturve, por tumoret intrakraniale janë ato që hasen më shpesh në fëmini. Analiza e një referati mbi 132 raste tumoresh intrakraniale të fëmijve tregoi se ato zenë 16,8% të të gjithë tumoreve intrakraniale të takuara gjatë të njëjtës periudhë kohe. Numëri më i madh u përkiste gliomave (66%), të dytët vinin tumorej kongenitale (19%).

Shumica dërmuese e tumoreve intrakraniale të fëmijve zhvillohen në regjionin subtentorial dhe në formacionet mediane. Meningiomat, tumoret hipofizare dhe neurinomat akustike rrallë çafaqin ndonjë simptom në fëmini. Tumoret cerebrale në fëmijët zakonisht manifestohen me cefale, vjellje, me ndryshime në fundus oculi dhe kanë prirje që të diagnostikohen keq si meningitis, sëmundje gastrointestinale, ose si gabime të refrakcionit të syve në stadet e herëshme.

Meduloblastomat dhe astrocitomat në moshën fëminore takohen kryesisht në cerebellum.

Meduloblastomat cerebelare kanë prirje të implantohen në rrugët e qarkullimit të liquorit cerebrospinal.

Rö terapia ekstensive post operatore (duke përfshirë medspinalis dhe cauda equina) jep rezultate të kënaqëshme. Prognoza pas ekscizionit të astrocitomës cerebrale shëtë gjithashtu relativisht e mirë.

Në disa institute janë kryer induksione eksperimentale dhe kultura e indit të gliomave, si dhe kërkime të veçorive biokimike të tyre.

CITOLOGJIA VAGINALE GJATË CIKLIT MENSTRUAL DHE NË PERIUDHËN E BARRËS

SKËNDER ÇICO

Katedra e Anatomisë dhe histologjisë

Në kohën e sotme, strishiot vaginalë kanë gjetur një përdorim të gjérë në praktikën obstetrikale - gjinekologjike. Ato mund të merren për dy qëllime: për depistimin e hershëm të kancerit të mitrës, si dhe për studime citohormonale.

Epiteli i vaginës ka cilësi të theksuara rigjenerimi. Ai ripërtërihet në mënyrë të vazhdueshme. Ndryshime më të theksuara epiteli pëson sidomos gjatë ciklit menstrual dhe në periudhën e barrës.

Qelizat epiteliale, që deskuamohen, bien në kavitetin e vaginës. Me studimin e këtyre qelizave merret citologjia - eksfoliativë. Pioneeri i citologjisë eksfoliative, për sferën genitale të gruas, ka qënë Papanikolau. Ai ka kryer shumë studime, si për diagnostikimin e hershëm të koncerit, ashtu edhe për qëllime citohormonale.

Për të kuptuar drejt dhe lehtë trajtimin e këtij problemi, është e nevojshme të nijhemi më parë me ndërtimin histologjik normal të epitilit të vaginës.

Epiteli i vaginës bën pjesë në grupin e epiteleve me shumë shtresa të sheshta. Ai është i përbërë nga katër lloje të ndryshme qelizash. Këto qeliza marrin pjesë në ndërtimin e shtresave të shumta të epitilit. Duke filluar nga thellësia e epitilit, në drejtim të sipërfaqes së tij, ne dallojmë këto lloj qelizash:

1. - *Qeliza bazale*: Formojnë shtresën më të thellë të epitilit. Qelizat bazale kanë formë kubike ose vezake me një madhësi 18-20 mikron. Citoplazama e tyre është bazofile, bërthamën e kanë mjaft të madhe, të pasur me granula të kromatinës dhe vendoset në qendër të saj.

Në raste normale, strishua vaginalë nuk përban qeliza bazale. Ato takohen në rastin e traumatizimit të vaginës, gjatë një procesi inflamator (Colpitis) të saj, në rastin e dobësimit ose të ndërprerjes së plotë të veprimitarës ovariale.

2. - *Qeliza bazale të jashtëme*: Quhen ndryshe edhe qeliza parabazale. Forma e tyre është e rrumbullaktë, ovale ose lehtësisht poligonalë. Kanë një madhësi 15 - 25 mikron. Citoplazma e tyre është bazofile. Bërthamën e kanë të regulltë, mjaft të madhe (8-9 mikron) dhe vendoset në qendër të qelizës.

Qelizat bazale të jashtëme formojnë disa shtresa dhe lidhen midis tyre me anën e urezave interqelizore.

Qelizat bazale të jashtëme çfaqen në strision vaginalë, kur ka mungesë hormonesh, si p.sh. në rastin e amenoresë dhe në menopauzë.

Qelizat bazale të jashtëme, Papanikolua i ndan në dy grupe: në

qeliza bazale të jashëme atrofike dhe në qeliza bazale të jashëme hypertrofike. Këto të fundit më shpesh vijnë nga epitel i ekzokolit.

3. - *Qelizat intermediare* (ndërmjetëse): Në periudhën e barrës këto ndryshojnë formën, prandaj i quajnë dhe ndryshe: qeliza navikulare (Papanikolau). Qelizat intermedare kanë formë të rrumbullaktë ose poligonale. Ato lidhen midis tyre me anën e urezave interqelizore.

Qelizat intermediare janë më të mëdha se qelizat bazale të jashëme. Ato kanë një madhësi 20-40 mikron. Citoplazma e tyre është bazofile e kjartë. Bërthama vendoset në qendër të qelizës ose larg saj, është e rrumbullaktë ose ovale.

Qelizat navikulare janë të zgjatura, kanë formën e varkës ose të guaskës së detit. Citoplazma e këtyre qelizave është e pasur me glikogen. Membrana e qelizës është e dalluar mirë. Bërthamën e kanë të shtypur, të zgjatur në formën e numërit 8 ose si lugë.

Qelizat intermediare formojnë disa shtresa qelizash.

4. - *Qeliza sipërfaqore*: Këto pësojnë ndryshime të theksuara gjatë ciklit menstrual dhe në periudhën e barrës. Qelizat sipërfaqore formojnë shumë shtresa qelizash. Ato kanë formë poligonale të çregulltë, janë tmjaft të mëdha, kanë një madhësi 40 - 60 mikron. Citoplazma e qelizave sipërfaqore, sipas rastit, ngjyroset me lëndë bazike ose me lëndë acide (në blu ose në ngjyrë rose). Citoplazma është e ndritëshme në periudhën folikulinike dhe opake në fazën luteinike. Bërthamën e kanë të vendosur gjithmonë në qendër. Ajo mund të jetë e madhe ose e vogël (piknotike).

Sipas fazës së ciklit menstrual, qelizat sipërfaqore mund të janë të shtrira (té tendosura) dhe të veçuara ose të palosura dhe të vendosura në grupe të mëdha ose të vogla.

Dallojmë katër lloje të ndryshme të qelizave sipërfaqore: a) Qeliza sipërfaqore bazofile me bërthamë të madhe, b) Qeliza sipërfaqore bazofile me bërthamë piknotike, c) Qeliza sipërfaqore acidofile me bërthamë piknotike dhe d) Qeliza sipërfaqore acidofile pa bërthamë.

Në këto qeliza, bërthama është e padukëshme. Kjo dëshmon për një zhvillim anormal të epitelit, i cili shkon drejt një karatinizimi të plotë.

Citoplazma e këtyre qelizave ngjyroset me ngjyrë portokalli.

Qeliza të tillë takohen në rastin e leukoplazisë dhe në prolapsus Colli uteri.

Përveç qelizave të përmëndura më lart, në strishion vaginal mund të gjemjë edhe qeliza endocervikale, endometriale, polinukleare, linfocite, histiocite eritrocite, bakterie të ndryshme, parazite si p.sh. (trichomonas, monilia) bac. Doderleni.

Për studime citohormonale, strishua vaginala duhet të merret nga fornikset leterale të vaginës, për arsyen sepse kjo është zona më e ndjeshme, më receptivë ndaj veprimit të hormonëve ovariale.

Në marrjen e strishios vaginalë duhet të kihen parasysh regullat e mëposhtëme:

1. - Pacientja nuk duhet të ketë patur kontakt seksual të paktën 24 orë para marrjes së strishios.

2. - Të mos ketë bërë ekzaminime gjinekologjike.

3. - Nuk duhet të ketë përdorur medikamenta dhe lëndë disinfektonjëse lokale në vaginë.

4. - Spekulumi gjatë ekzaminimit nuk duhet të jetë i ngrohtë.

Faktorët e mësipërmë dëmtojnë mukozën vaginalë dhe kështu ne nuk jemi në gjendje të krijojmë një mendim të saktë mbi diagnozën

citologjike hormonale. Nga ana tjetër, pacientja duhet pyetur nëse ka përdorur preparate hormonale në periudhën kur i nënshtronhet ekzaminimit citologjik. Mjeku gjinekolog dhe ai i shërbimit citologjik duhet të skjarojnë se çfarë hormone janë përdorur dhe përsa kohë.

Materiali për t'u ekzaminuar merret nga fornikset leterale të vaginalës me anën e një tamponi ose spatule dhe ky shtrihet me kujdes në xhamin mbajtës (lamë) dhe, pa u tharë, fiksohet menjëherë në një enë, që përmban pjesë të barabarta alkooli etilik 96% dhe aether.

Në fiksator strishion e mbajmë 15 minuta deri në një orë, por jo më shumë se 15 ditë. Pas fiksimit, strishion e ngjyrosim. Në kohën sot me përdoren metoda të ndryshme ngjyrimi, si p.sh. ajo e Papanikolaust, Shorr, Rio Hortega, Magenti e Cator, Isaak Wurch Nr. 1, Nr. 2, Papamiltiades, Pujol etj. Në rast se laboratori i citologjisë eksfoliative, që merret me diagnostikimin e strishiove ndodhet në distancë të largët, atëherë strishiot dërgohen me postë.

Në rastin konkret, veprojmë në këtë mënyrë: Pasi e fiksojmë, strishion e nxjerim nga fiksatori, i hedhim 2-3 pika glicerinë të pastër në faqen e xhamit, që përmban objektin dhe, pastaj, e mbulojmë me një xham analog. Të dy xhamet bashkohen, i lidhim dhe i nisim për në qendrën përkatëse të diagnostikimit. Këtu strishion e fiksojmë edhe një herë për 15-20 minuta dhe pastaj e ngjyrosim. Strishua mund të dërgohet edhe e thatë mjafton që atë ta kemi fiksuar.

Tani le të shohim konkretisht se si paraqitet strishua vaginalë gjatë ciklit menstrual.

Në ciklin menstrual dallojmë tre faza:

- I. - Fazën folikulinike (6 - 14 ditë)
- II. - Fazën Folikulino-luetinike (15-28 ditë)
- III. - Fazën Menstruale.

I. - *Faza folikulinike ndahet në:*

1. - Periudhën folikulinike fillestare që shtrihet nga dita 6-7
2. - Periudhën folikulinike të përparuar që shtrihet nga dita 8-11
3. - Periudhën folikulinike terminale që shtrihet nga dita 12 - 14

1. - Në periudhën folikulinike fillestare strishua vaginalë përmban qeliza sipërfaqore bazofile me bërthamë të madhe, ato janë të veçuara dhe me grupe të vogla, të palosura ose të papalosura. Përveç këtyre, gjejmë qeliza intermediare si dhe shumë polinukleare. Qelizat sipërfaqore acidofile me bërthamë piknotike arrijnë 10 - 15%.

2. - Në periudhën folikulinike të përparuar, krahas me ngritjen e veprimit aastrozenik, ndryshojnë dhe qelizat sipërfaqore. Citoplazma e tyre është acidofile (me ngjyrë rozë), kurse bërthama zvogëlohet dhe shndrrohet në bërthamë piknotike me madhësi 5-6 mikron. Qelizat kanë veti që të largohen njera prej tjetërisë (veçohen), citoplazma bëhet më e shkëlqyeshme, konturen e qelizave dallohen më mirë, poliniklearret vinë duke u pakësuar. Pikoza arrin 40%, kurse acidofilia 30%.

3. - Periudha folikulinike terminale quhet ndryshe dhe *periudha preovulatorie*. Në këtë periudhë kemi një ngritje të theksuar të indeksit piknotik dhe acidofilik që në ditën e 14 arrin shifrat: pikoza - 80-85% dhe Acidofilia 70-75%.

Qelizat janë të veçuara njëra nga tjetra; citoplazma e tyre është e shkëlqyeshme dhe përmban granulacione të ngjyrosura mirë. Poly-

nuklearet dhe flora vaginale zhduken. Me një fjalë, strishua është e pastërt.

Një tablo e tillë korespondon plotësisht me strishion e periudhës së avulacionit.

II. - *Faza folikulino - luteinike ndahet në 3 periudha:*

1. - Periudha luteinike e hershme, që shtrihet nga dita 15-17, quhet ndryshe dhe periudha *post ovulatore*. Kjo karakterizohet nga një rënje e shpejtë e aktivitetit folikulinik.

Indeksi piknotik dhe acidofilik mund të qëndrojnë akoma në shifra të larta 70% ose mund të ulet, por qelizat sipërfaqore bazofile dhe acidofile buzët e tyre i kanë të kthyera (të palosura) dhe janë të bashkuara në grupe (aglutinim). Polinuklearet fillojnë të çfagen.

2. - *Periudha folikulino - luteinike* mesatare që shtrihet nga dita e 18 - 23 shoqërohet akomá me një rënje më të theksuar të aktivitetit folikulinik. Piknoza dhe acidofilia arrijnë 20-30%. Në strishio çfagen qeliza sipërfaqore bazofile me bërthamë të madhe, qeliza intermediare. Palosja e qelizave është më e thicksuar. Polinuklearet janë me shumicë.

3. - *Periudha folikulino - luteinike e vonëshme* që shtrihet nga dita 24 - 28, quhet ndryshe dhe periudha premenstruale.

Në këtë periudhë të ciklit kemi grumbuj qelizash sipërfaqore dhe intermediare. Indeksi piknotik dhe acidofilik është më i vogël se 10%. Qelizat janë të palosura dhe të aglutinuara. Nga ana tjeter, në strishio vernë re citolyze, bërthama të çveshura, fragmente cytoplamatike.

III. - *Faza menstruale:*

Në këtë fazë deskuamimi i qelizave rrifet akoma më tepër. Në strishio ne gjejmë plaka të gjëra me qeliza sipërfaqore me bërthamë të madhe, disa prej tyre janë acidofile, qeliza intermediare. Qelizat e veçuara paraqesin shenja të lysis dhe cytoplazma e tyre ka një pamje si shkumë. Në këtë periudhë gjejmë edhe qeliza endometriale, eritrocite. Cikli menstrual rregullohet nga një kordinim procesesh neuroendokrine.

Dihet se në gjysmën e parë të ciklit menstrual në lobin anterior të hypofizës prodhohet gonadotropina A, e cila vepron mbi gjendrën e Ovariumit, dhe ndikon në zhvillimin dhe pjekurinë e folikulave si dhe në sekretimin e hormoneve oestrogene. Në këtë kohë në vaginë bëhet proliferimi i qelizave epiteliale të shtrësës intermediare dhe sipërfaqore dhe deri në ditën e 14 kemi një ngritje të theksuar të indeksit piknotik dhe acidofilik.

Duke filluar nga dita e 14 e ciklit, kur bëhet plasia e folikulit dhe zhvillimin e Corpus luteum dhe në sekretimin e progesteronit. Në këtë periudhë kemi një ngritje të temperaturës deri në 37° (Botella) (2), kurse s'pas Pundel (11) arrin 37,1 - 37,2.

Studimi i citologjisë vaginale në periudhën e barrës ka tërhequr vëmëndjen e shumë auktorëve, si në të kaluarën ashtu dhe në kohën e Sotme: Papanikolau (9) Pundel e Van Meensel (11) Ham E. (3) Zidowskij (13), Abrams (1) Hindman dhe bashkëpunëtorët (14), Mcntalvo L. (6,7,8), Lichtfus C.I.P. së bashku me Pundel J., Robert Gondar (5) si dhe auktorë të tjera.

Sipas Papanikolaut, 40 ditë pas menstruacioneve të fundit, morfo-

logjia celulare e vaginës gradualisht pëson disa ndryshime karakteristike. Strishiot në përgjithësi përbajnjë qeliza navikulare të barrës Pundel dhe Van Meensel kanë vrejtur se gjatë barrës normale indeksi piknotik është më pak se 20%, kurse acidofilia nuk duhet të kalojë shifrën 6%. Megjithatë, auktorët e mësipërme kanë pasur raste kur gjatë 3 muajve të barrës, indeksi piknotik arrinte në 50%, kurse acidofilia deri në 20%. Një fenomen të tillë e kanë konsideruar si një zhvillim normal të barrës dhe mundohen ta spjegojnë me faktin se pavarësisht nga ndërprerja e menstruacioneve, aktiviteti i ciklit ovarial vazhdon akoma.

Montalvo L. thotë se në ditët e para të barrës, citologjia vaginale ka një pamje luteinike, d.m.th. në strishio gjemjë më tepër qeliza intermediare të palosura dhe të vendosura në grupe, qeliza sipërfaqore acidofile me bërrhamë piknotike që arrin në 15-30% leukocite.

Me përparimin e barrës, indeksi piknotik zvogëlohet, qelizat zgjaten, buzët e tyre i kanë të kthyera (të palosura), bërrhamë gjithashtu zgjatet, vendoset jashtë qendrës ose në periferi të qelizës. Citoplazma e qelizave përmban glikogen. Periferia e citoplazmës ngjyrohet më mirë se pjesa tjetër e saj.

Të tillë qeliza lindin në muajin e dytë të barrës dhe Papanikolau i ka quajtur «qeliza navinulare të barrës».

Në mbarim të muajit të tretë të barrës çfagen qeliza intermediare të rrumbullakta me buzë të kthyera dhe me bërrhamë ekscentrike.

Indeksi piknotik lëkundet midis 10-15%. Rritet deskuamimi i qelizave intermediare të cilat janë të grupuara në pllaka të mëdha.

Ashtu sikurse Pundel dhe Van Meensel, në muajin e dytë dhe të tretë të barrës Montalvo ka vrejtur një ngritje tranzitore të indeksit piknotik dhe acidofilik që arrin në 40-50% dhe që nuk zgjat veçse disa ditë.

Montalvo pëershruan një rast të një gruaje me barrë në muajin e gjashtë të saj, ku indeksi piknotik u rrit deri në 50%. Një barrë e tillë megjithatë ka pasur një zhvillim normal, fëmija lindi në terme dhe i gjallë.

Duke filluar nga muaji i tretë i barrës, strishua vaginale paraqet një tabllo uniforme karakteristike; në strishio dominojnë qelizat navikulare, të cilat janë të vendosura në grupe. Indeksi piknotik dhe acidofilik është baraz me 10%.

Në mbarim të barrës, sipas Lichtfus, Pundel J. dhe Robert Gondar, citologjia vaginale paraqet ndryshime të rëndësishme.

Tabulloja citologjike e barrës në termë paraqitet në këtë mënyrë:

Plakat ose grumbujt e qelizave pakësohen në mënyrë të theksuar dhe vendin e tyre e zenë qelizat e veçuara. Këto dominojnë fushën e të pamit në mikroskop. Shumica e tyre janë qeliza sipërfaqore me citoplazme bazofile ose eozinofile. Përveç këtyre, ndodhen dhe qeliza intermediare me bërrhamë të madhe. Qelizat navikulare janë të rralla. Mungojnë qelizat bazale të jashtëme, ruazat e kuqe të gjakut dhe mukosi. Ka bacile të rralla të Doderlein si dhe palynukleare.

Indeksi eozinofilik arrin 2-15%, kurse ai piknotik është më i madh se 10%.

Në rast se barra nuk mbaron në terme, atëherë ajo quhet barrë e zgjatur ose scrotine. Në barrën serotine, citologjia vaginalë merr një pamje tjetër.

Në radhë të parë humbasin karakteret citologjike të barrës. Qelizat navikulare mungojnë. Në strishio bëc menjëherë në sy zhdukja e plakave ose grupeve qelizore. Qelizat janë të veçuara nga njera tjetra. Në barrën e zgjatur deskuamohen qelizat sipërfaqore, intermediare dhe bazale të jashtëme. Këto të fundit mund të janë të veçuara nga njera tjetra. Në barrën e zgjatur deskuamohen qeliza sipërfaqore, intermediare dhe bazale të jashtëme. Këto të fundit mund të janë të veçuara ose në grupe të vogla me 4-8 qeliza.

Disa qeliza intermediare dhe bazale të jashtëme kanë një citoplazmë eozinofilë (acidofile) karakteristike. Numëri i leukociteve rritet. Indeksi acidofilik arrin në 10-12%, kurse ai piknotik është më i madh se 10%.

Në zhvillimin normal të barrës një rol të rëndësishëm luajnë hormonet placentare.

Sic dihet në placente prodhohen këto hormone:

1. - *Gonadotropina korioinike* përfaqëson të vetmin hormon placentar, që prodhohet në sasi të konsiderueshme gjatë barrës.

Ajo prodhohet nga qelizat e Langhans të vileve koriale të placentes qysh në ditët e para të implantimit të vezës.

Gratadotropina korionike arrin prodhimin e saj maksimal në muajin e parë dhe të dytë të barrës dhe fillon të pakësitet në muajin e nëntë.

2. - *Progesteron-i* çafet pas gonadotropinës korioinike dhe prodhohet nga shtresa sinciciale e vileve koriale të placentes. Në ndryshim nga gonadotropina korioinike, grafiku i progesteronit në fund të barrës pëson një ngritje. Sipas Zander (12) (cituar Montalvo) në fund të barrës prodhohet 250 m. gram progesteron në ditë, kurse Pearlman (10) thotë se sasia e progesteronit mund të arrijë në 300 m. gram në ditë.

3. *Oestrogenet*. Mendohet se dhe oestrogenet prodhohen nga shtresa sinciciale e vileve koriale. Sasia e oestrogeneve në javën e 30 është e barabartë me 53%, kurse në mbarim të barrës arrin 60%.

Placenta mendohet se prodhon edhe hormone kortikoide dhe ACTH. Cdo gregullim ose desekuilibrim i këtyre hormoneve sjell pa tjetër edhe ndryshime në tablonë citologjike vaginalë.

Paraqitur në redaksi më 20.XI.1966

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

- 1 — Abrams R.Y. dhe Abrams J. — ACTA cytologica 6, 359, 1962. (cituar Montalvo)
- 2 — Botella J. — Endocrinologia de la mujer 343-344 Editorial Cientifica Medica Barcelona 1961.
- 3 — Ham E. — Acta cytologica 5, 320, 1961.
- 4 — Hindman W. M., Schwaeleberg Rr. A. EFSTATION T.D. — Acta cytologica 6, 365, 1962. (Cituar Montalvo).
- 5 — Lichtfus S. J. P., Pundel J. P., Robert Gondar — Valeur pratique de la cytologie vaginale dans la détermination du terme de la grossesse. Edition Sandoz 1965.
- 6 — Montalvo L. — Citología vaginal. Como metodo pronostico en las alteraciones del embarazo Acta Cytologica 3, 227, 1959.

7. Montalvo L. — Estudio citológico de las atepias epiteliales en el embarazo V. Réunion de ginecologos ESPANOLES. Islas Canarias, abril 1962.
- 8 — Montalvo L. — Citología vaginal, endocervical Y endometrial, hormonal Y maligna 1955 — 167, 1964.
- 9 — Papanicolaou G.N. — Proc. Soc. Exper. Biol. Y. med. 22, 436, 1925. (Cituar Montalvo).
- 10 — Pearlman W.H. — Bioch J. 65; 70, 1957.
- 11 — Pundel J.P. et Van Meensel F.V. — Gestation et cytologie vaginale Maison Edit Paris 1951.
- 12 — Zander J. — Acta cytologica 3, 197, 1959.
- 13 — Zidovsky J. — Acta Cytologica 5, 393, 1961.

(S u m m a r y)

THE VAGINAL CYTOLOGY DURING THE MENSTRUAL AND IN PREGNANCY

The cytohormonal importance is discussed of the examination of the vaginal secretion on microscopic slide preparations.

At first the structure of the normal vaginal epithelium is described, then the morphological changes of the epithelial cells during the folliculinic and luteinic periods of the menstrual cycle.

A table is presented of the vaginal cytology during pregnancy and especially in prolonged pregnancy (serotine pregnancy). Finally a mention is made of the placental hormones which play an important role in the development of normal pregnancy.

DISA TË DHËNA MBI EPIDEMIOLOGJINË E ETHEVE Q. DIAGNOSTIKIMI I SËMUNDJES NË NJERËS

KOÇO PAPAJANI, TATIANA KOLEKA

*Reparti i Virusologjisë pranë Laboratorit Qëndror të Prodhimeve
dhe kërkimeve mikrobiologjike — Drejtor H. Hadëri*

Pas përcaktimit të eteve Q, si njësi nozologjike më vehte, më 1935, kërkimet dhe punët e shumë auktorëve vërtetuan se kjo sëmundje ka një përhapje shumë të gjërë.

Ethja Q është një enzonozë e disa kafshëve të egra, një sëmundje me vatra natyrale, që transmetohet në natyrë nga riqnat Haemaphysalis humerosa dhe Ixodes holoxylus, Ixodes crenulatus, Argas re-fluxus.

Disa lloj riqnash e ruajnë shkaktarin dhe e transmetojnë në brezat pasardhës në mënyrë transovariale, kështu që ata janë jo vetëm transmetonjës, por edhe rezervuar i infeksionit. Riqnat e infektuara e kalojnë shkaktarin në kafshët shtëpijake të trasha, të imta dhe në shpendët gjatë pickimit për t'u ushqyer si dhe me anën e feceve. Në kafshët, sëmundja kalon në formë të lehtë.

Në epidemiologjinë e eteve Q, për njerëzit rëndësi më të madhe kanë kafshët shtëpijake të trasha dhe të imta, të cilat eliminojnë shkaktarin me qumështin, me urinën, fecet, ujrat amniotike dhe placenton. Duhet vënë në dukje se përsa u përket kafshëve shtëpijake, infeksioni zakonisht është më i përhapur në dhentë, dhitë, lopët (në të cilat është izoluar shkaktari), kuajt, gomarët, derrat, ndërsa nga shpendët — pulat, patat, rosat, papagajt.

Rrugët me anë të të cilave infektohet njeriu me ethen Q janë: alimentare, respiratore, të kontaktit dhe me anën e arthropodeve, që thin gjak. Të sëmurët që kanë kaluar ethen Q fitojnë imunitet, i cili vihet në dukje me RLK (reaksioni i lidhjes komplementit), sipas R.V. Riabova dhe të aglutinacionit. Ky imunitet qëndron 1-2 vjet me titër specifik për RLK-ën deri 1 : 8.

Për këtë sëmundje janë të predispozuar njerëzit që merren me kafshë ose shpendë ose ata që merren me përpunimin e lëkurave, të leshit dhe të pambukut të ndohtura nga fekalet ose urina e këtyre kafshëve. Epidemi të ndryshme janë vënë re në fabrikat e leshit dhe të pambukut. Ato janë pëershruar nga Olifant (1949) Zigel (1950), etj.

Nga këta fakte na lindi dyshimi se edhe në Kombinatin e tekstileve Stalin mund të jetë e përhapur kjo sëmundje, prandaj organizuam depistime tek punonjësit e kësaj qendre. Për krahasim morrëm dhe një kontigjent të barabartë punonjësish nga qyteti i Tiranës.

Materiali dhe metoda e punës. — Nga gjaku i marrur nga punonjësit e moshave të ndryshme të Kombinatit të tekstileve Stalin (që punojnë dhe jetojnë atje), si dhe nga punonjësit që pu-

nojnë dhe jetojnë në qytetin e Tiranës, u nxorrën serumet dhe u ruajtën në frigorifer. Për ekzaminim u përdor RLK-ja me metodën e ngrrohtë të Deben me antigen specifik R. Burneti të shtamit Herzerling të marrur nga Varshava. Si kufi minimal i pozitivitetit u caktua nga ne titri 1 : 10. Në tabelën e mëposhtëme kemi nxjerrë rezultatet për punonjësit e Kombinatit të tekstileve Stalin:

Mosha	Të ekzaminuar	Pozitiva	%
Deri në 16 vjeç			
17-25	4		
"	19		
25-40	5		26.2
"	27	4	14.8
mbi 40	50	10	20
Shoma	100	19	19%

Sikundër shihet nga tabela, raste me RLK pozitiv janë zbuluar në gjithë grup-moshat mbi 16 vjeç; ndërsa nën moshën nën 16 vjeç, të cilëve u përkasin vetëm 4 ekzaminime, RLK ka rezultuar negativ. Pozitiviteti më i lartë i përket grup-moshës 17-25 vjeç. Pozitiviteti i përgjithshëm mbrin një shifër të lartë — 19% mbi të ekzaminuarit. Kjo tregon përhapjen e këtij virusi në këtë rajon.

Në ekzaminimet e gjakut të punonjësve të moshave të ndryshme të qytetit të Tiranës dolli një pozitivitet prej 5%, kurse nga ekzaminimet që ka bërë në këtë qytet më 1958 Dr. Brezina ka nxjerrë një pozitivitet prej 8.7%, por mendojmë se shifra e dhënë nga ky auktor për qytetin e Tiranës rezulton më e lartë, sepse kufirin e pozitivitetit ai e kish caktuar në 1 : 4.

Përhapjen e këtij infekzioni në popullatë e kanë përcaktuar shumë auktorë: Takareviç tregon se në një uzinë të Leningradit, u sëmurën 22 veta, pozitiviteti në njerëzit e shëndoshë arrinte në 10.3%. Në Gruzinë në njerëzit e shëndoshë, vratat endemike të infekzionit arrijnë në 29.3%. Kurse sipas Vasiljevës në njerëzit e shëndoshë, në vratat e infekzionit të etheve Q kemi një përqindje të infekzionit prej 16.1. Nëqoftëse shohim pozitivitetin në popullatën e Tiranës, kjo është më e ulët, d.m.th. 5%, kurse në punonjësit e Kombinatit të tekstileve Stalin kemi të bëjmë me një shifër që korespondon me vratat endemike (19%).

Klinika e kësaj sëmundje në njerëzit është e ndryshme. Ajo mund të paraqitet në forma gripale, septike, bronko-pneumonike ose sëmundja mund të kalojë në formë asimptomatike, Dekursi i saj është 4-10 ditë (sipas Rivers) Kjo varet nga mënyra e infekzionit, nga virulencia e shtamit, si dhe nga gjendja e reaksivitetit të organizmit.

Për diagnostimin e ethes Q në të sëmurët është e domosdoshme përsëritja e RLK-së ose reaksiionit të aglutinacionit me R. Burneti, me qëllim që të vrehet zhvillimi dinamik i rritjes së antikorpeve. Për të vërtetuar me saktësi ethen Q gjatë përsëritjeve duhet që titri të rritet 3-4 herë në krahasim me reaksiionin e kryer më parë.

Nga kjo rickettsie, serumi i të sëmurit nuk jep aglutinacion me proteus OX, me grupin tifo e paratifo si dhe me rickettsiet Provaçek dhe Mooseri.

Sic u tha më lart, në vartësi me infekzionin, me virulencën e shtatët dhe reaktivitetin e organizmit, kjo sëmundje paraqitet në formë ndryshme, gjë që e vrejmë edhe në të dy rastet, që po citojmë nga kartelat:

1) I sëmuri S.H., 17 vjeç, numëri i kartelës klinike 132, shtrohet në spitalin e Kombinatit të tekstileve Stalin me diagnozën «pneumonia sinistra» në datën 24.III.1966. E konsideron vehten të sëmure qyshi më 20.III.1966 me këto ankesa: dobësi e përgjithëshme dhe temperaturë. Temperatura vazhdon të spital vetëm deri në datën 24, pas kësaj date ka qënë afebril. Nga të dhënat laboratorike bie në sy leukopenia (5000 leukocitet); analizat e tjera janë negative. Më datën 1.IV.1966 i bëhet RLK dhe del pozitiv 1 : 20; në datën 6.IV.1966, ditë në të cilën pacienti del nga spitali, RLK-ja përsëritet dhe rezulton 1 : 80.

2) E sëmura N.L. 20 vjeç (numëri i kartelës klinike 159) shtrohet në spitalin e Kombinatit me diagnozën «bronchopneumonia sinistra» në bazë të një ekzaminimi rontgenologjik. Ankonte për dhimbje trupi, gjymtyrash, dobësi të përgjithëshme, aonreksi. Gjatë shtimit temperatura deri në dalje ka qënë gjithmonë nën 37°. Në spital qëndron deri në datën 23.IV.1966 dhe i referohet dispanserisë antituberkuolare për arësy se radiologjikisht nuk vrehej përmirësimi i procesit. E sëmura nuk paraqitet në dispanseri; pas pushimit e ndjen veten mirë dhe fillon nga puna. Nga të dhënat laboratorike edhe këtu bie në sy leukopenia (3700 leukocitet); analizat e tjera janë negative. Më datën 18.IV.1966 i bëhet RLK-ja me R. Burneti dhe i del pozitiv 1 : 40; më datën 14.V.1966 përsëritet dhe i del 1 : 1480.

Në të dy rastet e sipërme vrejmë leukopeni dhe kjo leukopeni përputherford me të dhënat e Rivers, Zdradovski etj. Përveç kësaj, të dy rastet paraqiten pa të dhëna të qarta të ekzaminimit fizik, por me fenomeneve që vihen në dukje me ekzaminimin rontgenologjik të mu-shkruive.

Prandaj, në analogji me të dhënat e Zdradovskit, këto dy raste mund t'i inkludojnë në format e etheve Q të verës, që zakonisht paraqiten pa simptoma të qarta, por me fenomene rontgenologjike pulmonare dhe që janë karakteristike për zonat endemike, ku shkaktari merret me rrugën inhalatore.

Paraqitur në redaksi më
10.X.1966

K o n k l u z i o n

1. — Në 100 punëtorë të Kombinatit të tekstileve Stalin, RLK me R. Burneti rezultuan pozitiv 19, kurse në 100 punonjës të qytetit të Tiranës rezultuan 5. —
2. — Diagnostikohen dy raste me ethe Q. Këta paraqiten me simptoma pneumonie dhe bronchopneumonie, por nga zhvillimi klinik i sëmundjes, duhet të konsiderohen si forma të lehta të etheve Q. Për të dy rastet është e përbashkët leukopenia.

Bibliografija

- 1 — R. Brezina, Cilka etj.: «Rickettsiozii i infekcii vizivanie virusa grupa psitakoza, pneumonia mlekopitajushe ve Albanie».
- 2 — O.B. Borojan: «Očerki po virovomu raspostramiene vazhnije zaraznije čelovjeka», 1962.
- 3 — E.G. Babalova: K. Vijavlenie piersie lihoratke K vegruzinskoj SSR (fotokopje).
- 4 — S.M. Kullagin: Epidemiologija lihoratke K (fotokopje).
- 5 — T. Rivers: «Virusni i Rickettsiozni infekcii čelovjeka», 1955, 731-742.
- 6 — K. Rashka: Siruček učast hildodovej epizotologij Q Rickettsiozi. CS. Ep. Mik. Imun. Praha 1956, 5, 246-250.
- 7 — L.D. Vasiljeva : Material po lihoratke K (fotokopje)
- 8 — P.F. Zdradovski: «Učenie o Rickettsia i Rickettsioza», 1953.
9. Zbornik naučni rabot «Rickettsiozni», 1958, 192-220.
- 10 — Zooantropozni Tom XX, Leningrad 1959, 19-89.

SOME DATA ABOUT THE EPIDEMIOLOGY AND DIAGNOSIS OF Q-FEVER (Summary)

A small group of textile workers have been tested for Q-fever infection. For this purpose was used the Debain method of the complement fixation test. The titre 1:10 was taken as the minimal positive reaction. The test was conducted among 100 workers of the Tirana textile combine and 100 citizens of the city of Tirana taken at random as a control group. The results are given in a special table.

Among the textile workers the rate of Q-fever infection was found to be as high as 19%, while in the control group — 5%. Most of the positive cases were pun in the age group from 17 to 25 years.

About the frequency of Q-fever infection in endemic foci different authors give figures ranging from 10 to 29%.

In order to illustrate the clinical and laboratory diagnosis of the disease two cases are presented of patients treated in hospital with diagnosis of pneumonia and bronchopneumonia.

LAJME SHKENCORE NGA SHTYPI I HUAJ

SIMPOZIUMI I MIKOLOGJISË MJEKËSORE

(Résumés des Communications — Symposium Internacional de Mycologie)

(Nrjerrë nga materialet e Dr. I. Alterash -Bukuresht- pjesëmarrës në Simpozium)

Shoqëria franceze e mikologjisë organizoi, më 6, 7 dhe 8 maj 1966 në Monpelier, një Simpozium mbi mikologjinë mjekësore, ku morrën pjesë shkencëtarë nga vende të ndryshëm.

Në Simpozium u diskutuan temat:

- 1) Origjina telurike e dermatophyteve;
- 2) —Epidemiologja e dermatomykozave;
- 3) Alergjië në kandidozat;
- 4) Çështje të ndryshme mbi mikologjinë.

Për temën e parë u paraqitën 50 kumtesa, veçanërisht mbi problemin e tokës si rezervuar i dermatophyteve keratinofile, mbi ndryshimet e florës mictare të tokës në shtete të ndryshëm, mbi aspektet e ndryshme të cilësive patogene të kërpudhave keratinofile për njeriun dhe kafshët.

Tema më aktualë e mikologjisë është problema i tokës si rezervuar i dermatoftiteve patogene pér njerëzit dhe kafshët. Për ditë zbulohen fakte të reja, që flasin për ekzistencën e formave saprofite të dermatoftiteve në tokë, të cilat pér arsyen të ndryshme, bëhen patogene pér njerëzit dhe kafshët, ose gjenden në tokë si forma patogene, që mund të infektojnë njerëzit dhe kafshët me anën e kontaktit të drejtëpërdrejtë.

Nuk është vërtetuar me siguri në se të gjitha këto janë forma saprofite, që kthehen: në patogene, ose forma patogene, që zhvillohen në tokë. Deri më sot ka më shumë fakte në favor të teorisë së parë.

Në Simpozium u theksua se metoda Vanbreuseghem (me disa modifikime të vogla) mbetet më e mira pér izolimin e dermatofiteve nga toka. Midis të tjera rave u paraqitën kumtesa mbi kriterin e klasifikimit dhe identifikimit të llojeve, të reja kërpudhash (Stocdale — Kew) mbi përdorimin e kerafinës së gjarparit, pér izolimin e shpejtë të llojeve të gjinisë gymnoascaceve (Latouche — Leeds).

Disa auktorë folën mbi izolimin e shpeshtë të trikophyton mentagrophytes asteroideus (gypseum, mykzoofil) nga toka, të dermatofiteve keratinomices— microsporum gypseum, trichophyton terrestre, Keratinomyces, microsporum Cochet, trichophyton evolceanui, trichophyton indicum, microsporum nanum, microsporum Vanbreuseghem — geofil.

Coudert (Lyon) vuri në dukje prezencën e microsporum nanum në tokën e qytetit Lyon, si dhe të microsporum canis (dermatophyt zoofil).

Pugh (Nottingham) komunikoi mbi izolimin e këtyre dermatofiteve kerotifofile në disa shpendë që nuk kishin shenja të infeksionit mikotik. Ajelloi dhe bushkëpunëtorët e tij (S.H.B.A.) vunë në dukje se izoluan nga toka (Bolonjë — Itali) disa kërpudha shkaktare të mykozave të thella si Histoplazma kapsulatum, Allescheria Boydii dhe Kryptococcus neoformans.

Evolceanui e Alterash — Bukuresht — komunikuan se kishin izoluar në tokën rutunue disa dermatofite keratinofile si trichophyton mentagrophytes, trichophyton quinqueanum (zoofil), që janë gjetur më rrallë në tokat e shtetëve të tjera.

Trichophyton evolceanu (Evolceanu, Alterash — Rumani, 1963) është izoluar tani në shumë vende të tjera të tokës.

Epidemiologjia e dermatomykozave u bë objekt i një diskutimi shumë të gjatë. Druhet — Paris foli mbi rëndësinë e banjave publike dhe të pishinave në epidemiologjinë e epidermofytisë. Ai ka izoluar po nga këto trichophyton men-tagrophytes interdigitale (Kauffman —wolf) si dhe trichophyton rubrum e epidermophyton floccosum). Një komunikim të pasur në statistikë bëri R. Evolcea-nui mbi ndryshimet që ka pësuar flora micetare në Rumani në 20 vjetët e fun-stitë, sot është zëvëndësuar nga microsporum Oudinii si dermatophyt i shpeshtë antropophil shumë patogen. Mbi të njëjtën temë foli dhe Montero-Gei nga Kos-tarika, Balabanov nga Bulgaria.

Alterash e Kozhakarov kanë izoluar disa dermatofyte (nga llojet zoofile) në kafshët e egra — ujqër, dhelpra, arinj, dhi të egra, — që janë mbartës der-matositesh pa lezione klinike. Po këta auktorë folën mbi etiologjinë e onikomy-kozës në Rumani dhe theksuan predominimin e trichophyton rubrum në këtë lloj sëmundje.

Mikoza e thella. — Sekretari (Instituti Pasteur) dhe Palons kanë izoluar nga një rast mycetome cutane një saprofit banal të tokës dhe ajrit të gjinisë fusa-rium. Destombes — Paris — paraqiti në një studim shumë të bukur mbi 100 raste mycetome, që kishte vrojtuar në Somali, në të cilat shkaktarë etiologjikë ishin përfaqësues të grupit actinomycetes dhe të mykrate të ndryshme. Four-uveria si shkaktar i një rasti mykoze të rëndë. Druje — Paris — paraqiti disa konstatime të reja mbi etiologjinë dhe terapinë e kriptokokozës. Montero-Gei përshtroi klinikën e disa rasteve antipe të sporotrichozës në Kostarika, duke theksuar edhe rolin që luan traumatizmi, kafshimi i minjve dhe pickimi i disa insekteve në transmetimin e infeksionit.

Të ndryshme mikologjike. — Meriton të përmendet komunikimi i Gätz-Essen) mbi granulomen trichophytikë të shkaktuar nga trichophyton verrucosum, rast i rrallë për këtë lloj myku në këtë sëmundje. Bassat me bashkëpunëtorët e tij — Francë — vunë në dukje, se pas një punë shumë vjegare për izolimin e shkaktarit të pitriasis versicolor (Malasesia furfurim) në kulturë të pastër, nuk arritën të bëjnë këtë izolim. Shumë auktorë të tjera theksuan mungesën e një terreni të përshtatëshëm për kultivimin e këtij paraziti. Vanbreuseghem foli për sensibili-tetin ndaj griseofulvinës të dermatophyteve në bazë të antibiogramës dhe arri-tomykozave. Po ky auktor paraqiti një punim interesant mbi ultra-strukturën (Meksikë). Ky i fundit paraqiti një rast micetome me granula të shkaktuara nga nocardia brasiliensis.

Alterash, Dimitriu, Reiter (Rumani) folën mbi provokimin e ndryshimeve gjenetike të dermatophyteve me anën e zbatimit artificial të ADN dhe ARN spe-cifike në kultura, duke shkaktuar ndryshime macro dhe mikroskopike të trichop-hyton mentagrophytes asteroides (gypseum).

Alergjia nga candida — Në Simpozium morrën pjesë një grup alergologësh francez (Ansel, Balmes, Hewit, etj.). U mbajtën mbi 26 kumtesa, në të cilat vu në dukje roli sensibilizator nga candida albicans. U tregua vlera e intrader-moreaksionit me levurine për diagozën dhe mjekimin e infeksioneve të ndryshme të shkaktuara nga candida; veçanërisht u theksua roli sensibilizues i candidës në rrugët e sipërme respiratore.

Minella Papajorgji

IZOFERMENTET E LAKTODEHIDROGENAZËS NË DIAGNOZËN E SËMUNDJEVE TË HEPARIT

Markelov I.M., Antonov V.B., Bellov B.A.
Kliničeskaja medicina 1966, 11, 88.

Siq kanë treguar ekzaminimet e Wieland në çdo organ ka 5 izofermente laktodehidrogenezash, porse aktiviteti i tyre është i ndryshëm. Kështu, në zemër më shumë aktive janë L.D.H.4 dhe L.D.H.5. Në hepar 90% e ka izofermenti L.D.H.1. Gjatë démitimit të indit hepatik në gjak iritet aktiviteti i izofermentit hepatic L.D.H.1.

Auktorët kanë studjuar aktivitetin e izofermenteve në të sëmurët hepatikë. U ekzaminuan 9 të sëmurrë me cholecystit chronic, 7 me hepatit chronic, 12 me hepatit acut dhe 4 ikter hemolitik.

Tek të sëmurrët me hepatit acut ose akutizim të hepatitit kronik u vrejt rritje e izofermentit L.D.H.1.

Hepatiti kronik në stадет е remisionit nuk shoqerohet me ndryshime të duke këshme të izofermentit, vetëm në akutizimin e procesit vrehet rritja e shpejtë e aktivitetit të tij.

Në të sëmurrët me cholecystit chronic nuk u vrejtëndryshime të L.D.H.

Në të sëmurrët me anemi hemolitike u konstatua rritja e L.D.H.3. Metoda e përcaktimit të izofermenteve ka rendësi për të bërë diagnozën diferencale dhe për të vlerësuar proceset metabolike në organet e ndryshme.

Milto Kostaqi

SINDROMI SOLAR I DHËMBJES GJATE ULÇERËS DHE GASTRITIT KRONIK

*Marshallkoviç D.B.
Kliničeskaja medicina 1966, 10, 85.*

Shumica e të sëmurrëve me ulçer dhe gastrit kronik ankohen për dhëmbje në regionin epigastrik, që spjegohen me refleksin viscero-sensor që kondicionon dëmtimin motor dhe sekretor në proçesin inflamator dhe ulceros të membranës mukoze.

Autori ka studjuar 176 të sëmurrë me morbus ulcerosus në fazën e akutizimit të dhëmbjes dhe gjatë palpacionit në epigastër u vrejt në 68,7% dhe 655 të sëmurrë me gastrit kronik gjatë palpacionit në 81,5%. Më shumë ishin të sëmurrë të moshës së re. Në bazë të dhëmbjes në regionin epigastrik qëndron refleksi visceri —susor, por mund të lozë roi dhe gjendja e plexus solar.

Shënja bazë e inflamacionitose e eksitimit të plexus solaris është dhembja në epigastrium e provokuar nga shtypja. Në normë gjatë palpacionit në regionin epigastrik (me plexus solaris) nuk ka dhëmbje.

Roli i plexus solaris në zhvillimin e morbus ulcerosus dhe gastritit kronik tregon prezencën gjatë këtyre sëmundjeve të dëmtimit me karakter funksional vegjetativ jo vetëm në stomak, por edhe në intestin, sistemini cardio-vascular dhe sférën emocionale. Në eksperiment me dëmtimin e izoluar të plexus soiar nuk vrehen gjithëmonë dëmtime organike në membranën mukoze të stomakut. Gjatë rëndësimit kompleks të morbus ulcerosus dhe gastritit kronik zbatohen dhe njëkohësisht kundër neuralgjisë solare si procedura të ngrohta, jonforezë, vitamin B₁, njëte gangliobilokuese etj.

Milto Kostaqi

PROÇESET KOLINERGIKE GJATE SËMUNDJEVE TË SISTEMIT HEPATOBILIAR

*Aniçkov L.I.
Terapevtičeskij arhiv 1966, 10, 72.*

Vendi i krijimit dhe depozitimit të kolinestrazës është hepari, prandaj kuptohet rëndësia e studimit të aktivitetit të këtij fermenti gjatë sëmundjeve të ndryshme të heparit dhe rrugëve biliare.

Eksaminimet u bënë në 84 të sëmurrë (20 burra dhe 64 gra), nga të cilët mekolicistit akut e kronik 50, kolelitiazë, 27.

Diagnoza u bë në bazë të të dhënave klinike, laboratorike, rontgenologjike.

Çregjumet diskinezike u vrejtën në 45 të sëmurrë me kolicistit kronik. Në të sëmurrët me kolicistik kronik pa diskinezit të rrugëve biliare nuk u vrejtën dëmtimo të proçeseve kolinergjik. Gjatë hipotonisë, dhe hipokinezisë në vezika fele u vrejt ulja e lëndëve të ngjashme me acetilkolinën në gjak, ndërsa kolinesteraza e lirë ishte në kufijt e normës. Në akutizimet e kolicistit kronik, që shoqerohen me hipertoni dhe hiperkinizi, u vrejt rritja e lëndëve të ngjashme me acetilkolinën, ndërsa kolinesteraza ishte e ulur.

Në kolicistite akute dhe kolelitiazë gjatë kolikave hepatike u vrejt rritja e

lëndëve të ngjashme me acetilkolinën dhe e kolinesterazës ndërsa në format e rënda, aktiviteti i kolinesterazës është i ulur.

Pas mjekimit kompleks të sëmurëve u vrejt arritje në normë e kolinesterazës dhe e fermenenteve të ngjashme me acetilkolinën.

Milto Kostaqj

DIAGNOZA DIFERENCIALE NË MES KORTIKOSTEROMES DHE MORBUS ICENKO — CUSHING

Kercman V.I, Kalinin A.P.
Kliničeskaja medicina 1966, 6, 90

Kuadri klinik i morbus Iscenko-Cushing (hiperplazisë së surenaleve) dhe njerit prej tumoreve aktívë të kores së suprarenaleve kortikosteromës, ësh-moneve të kores së suprarenaleve dhe në radhë të parë të glukokortikoideve. Nga 95 të sëmurë të operuar, vetëm 25 u diagnostikuani si kortikosteroma.

Për të dy sëmundjet janë karakteristike vendosja e tepëruar e indit adipoz në trung, në bark, këmbët i kanë të holla, fytyra e rrumbullaktë e kuge, rritja e tensionit arterial dhe çregullime të tjera kardiovaskulare, dëmtimi i ciklit menstrual, dëmtimi i metabolizmit të karbohidrateve, zhvillimi i osteoporozës, dobësia muskulare.

Të dhënat e literaturës dhe eksperiencia klinike tregon se zhvillimi i shpejtë e progresiv i sëmundjes dhe hisurtizmi i theksuar është më karakteristik për kortikosteromët se sa për morbus Iscenko-Cushing.

Vrejtja e metastazave në pulmone është karakteristike për kortikostero-mën maligne dhe është një shenjë më e herëshme se oksi suprarenografija. Karakteristike është dje përcaktimi i tumorit të suprarenit me anën e palpacionit dhe qendosja e reneve, por që janë shumë të vonëshme. Rëndësi më të mëdha ka suprarenografija e izoluar ose e kombinuar me pyelografinë. Hypokalemia dhe rritja e 17 ketosteroideve në urinë vrehet më tepër në kortikosteroma. Për diagnozën diferenciale është përdorur dhe prova e deksametazonit e propozuar nga Liddle 1960.

Kohët e fundit përdoret dhe prova me metopiron, i cili gjatë kortikosteromës nuk jep rritje të 17 oksikortikosteroideve në urinë.

Margarita Vullkaj

MJEKIMI I TË SËMUREVE ME ULCUS VENTRICULI ET DUODENI ME LIKUIRIT

Llarcenko — Doron N.T.
Kliničeskaja Medicina 1966, 11, 108

Krahas veprimit spazmolitik, ky preparat ka dhe veprim hormonal mineral-kortikoid dhe në balancin elektrolitik.

U përdor për herë të parë nga Revers. Me këtë preparat u bë mjekimi në 18 të sëmurë me ulcerus ventriculi dhe 42 me ulcerus duodeni. Të sëmurët u ndanë në dy grupe: 1) Ata që përdorën vetëm likuirit dhe dietë; 2) dhe ata që përdorën likuirit, dietë, bromure ose novakain intravenoz dhe vitamina.

Shumica e të sëmurëve ankohej për dhëmbje në regionin epigastrik ose piloroduodenal 1,5-3 orë pas ushqimit, nauze, vjelle, konstipacion. Simptomet rontgenologjike të ulcerës u vrejtën tek të gjithë. Likuiriti, u përdor 100 mg. 3 herë në ditë 30—40 minuta para ushqimit. Kursi i mjekimit në stacionar 21—28 ditë.

Tek shumica e të sëmurëve, qysh në fund të javës së parë dhëmbjet u zhdukën dhe u përmirësua gjendja e përgjithshme. Në mbarim të kurës u vrejt zhdukja e dhëmbjeve gjatë palpacionit, u likuiduan fenomenet dispeptike, u ul aciditeti, u normalizuan proceset reparative të membranës mukoze të stomahut dhe duodenit, të cilat u vrejtën me anë të radiologjisë.

Mjekimi i kombinuar shkurton qëndrimin e pacientit në 20—22 ditë. Fëmijët dy të sémurë në fund të kurës u konstatuan dhëmbje koke, kurse tensionit arterial nuk u konstatuan.

Margarita Vullkaj

EKSTRAKSISTOLAT GJATË INFARKITIT TË MIOKARDIT

Gilmari I.S.

Kliničeskaja medicina 1966, 8, 141.

Infarkti i miokardit në një pjesë të rasteve mund të maskohet me dëmujte për të bërë një diagnozë të saktë duhet të mbështetemi në simptomat plotësues të tij.

Më 1943 Dressler përshtroi rastin kur blloku i degës së majtë të His-it maskoi infarktin e miokardit, i cili çfagej vetëm në kompleksin ekstrasistolitik. Raste të tillë kanë përshtkuar dhe Simonson, Katz etj.

Auktori ka vrejtur një të sémurë, tek i cili gjatë prezencës së infarktit miokardit u përcaktua ritmi idio—ventrikular dhe diagnoza u bë e mundur vetëm në bazë të kompleksit ekstrasistolik.

Bisteni tregoi në eksperiment se së bashku me zonën e infarktit krijohet zona e eksitimit, e cila prodhon ekstrasistola me zhvillimin e kuadrit morfoloqik të infarktit të miokardit. Në autopsi në shumicën e rasteve është parë dëmitimi i septumit interventrikular.

Në bazë të punës eksperimentale dhe vrejtjeve klinike, Bisteni dhe auktorët gjatë prezencës së kompleksit ekstrasistolik QR (QRI, QRS dhe QrS),

Pra në një pjesë të rasteve ekstrasistolat lejojnë të diagnostikohen infarkti akut i miokardit, vatrat post infarkti dhe të përcaktohet lokalizimi i tyre.

Margarita Vullkaj

MBI SHKAQET E DIAGNOZËS SË VONËSHME TË KANCERIT PRIMAR TË PULMONEVE

Shkrob O.S.

Kliničeskaja medicina 1966, 10, 98

Diagnoza e kancerit të mushkërisë shpesh vihet me vonesë, në stadin e III-IV të sémundjes. Në shkaqet e diagnozës së vonëshme shumica e auktorëve venë mos drejtimin me kohë të të sémurit tek mjeku, ndërsa shkaqet kryesor konsiderohen gabimet diagnostike nga ana e mjekëve, mos njohja e sémundjes, mos drejtimi menjëherë për ekzaminim radiologjik, gabimet e diagnozës diferencale etj.

Auktori ka analizuar shkaqet e hospitalizimit të vonëshëm të 500 të sémurëve me cancer pulmonar nga viti 1957—1964, që janë shtruar në klinikë. 80% e tyre u drejtuat tek mjeku në 3 muajt e parë të sémundjes.

U shtruau në spital pas 3 — 6 muaj vetëm 58,2% e të sémurëve.

Nga studimi i shkaqeve del se vetëm 24,5% e rasteve u shtruau në spital me vonesë nga kujdesi i pamjaftueshëm i të sémurëve, 15,2% nga simptomat e errëta dhe 59,5% nga gabimet taktilë e diagnostike të mjekimit. Këtu hyjnë: 1) mjekimi i gjatë simptomatik i të sémurëve pa analizuar ankesat e tij; 2) mos shikimi i drejtë i dinamikës së sémundjes; 3) gabimet e diagnozës diferencale lidhur me vlerësimin e padrejtë të kuadrit rontgenologjik.

Shpesh diagnostikohen si TBC infiltrativ—prodiktiv, si absceces pulmonar ose pneumosklerozë e kufizuar.

Në fund auktori thotë se gjatë ekzaminimit të sémurëve me moshë mbi 40 vjeç duhet të na shkojë mëndja gjithmonë dhe për një kancer pulmonar.

Margarita Vullkaj

MBI HIPERBILIRUBINEMITË ENZIMOPATIKE

*Siergieva I.V., Davidik G.S.
Terapevtačeskij arhiv 1966, 10, 96*

Dihet se derdhja e bilirubinës në gjak, lidhja e saj me acidin glukoronik është një proces fermentativ. Dëmtimi i këtij procesi është edhe etapë shkaktor grumbullimin e bilirubinës në gjak. Gjatë dëmimit të mëkanizmit të derdhjes në gjak dhe lidhjes së saj në gjak grumbullohet bilirubina indirekte (kolemia e Gilbert), ikteri Krigler-Nadzhar, hiperbilirubinemia post hepatake. Nëqoftëse ka patologji të sistemit fermentativ, procesi i nxjerrjes së bilirubinës së konjuguar në ductuset bliare, atëherë në gjak grumbullohet bilirubinë direkte (sindromi Dubin Jonson, sindromi Rotor).

Më 1954 Dubin e Johnson etj. përshtakuin ikterin idiopatik kronik me grumbullimin në gjak të bilirubinës direkte dhe të një pigmenti në hepar.

Më 1948 Rotor e bashkëpunëtorët tregoi ikterin kronik idiopatik pa pigment në hepar. Më 1963 Palcnesar mbledhi 100 raste me sindrom Dubin —Johnson dhe 20 raste me sindrom Rotor. Kjo patologji takohet mjaft rrallë.

Këto dy sindrome kanë shumë gjëra të përbashkëta. Ikteri takohet në qdo moshë për më tepër në fëmijën e rini. Sëmuren njëlloj burrat dhe gratë. Ikteri ka një karakter intermitent, shpeshë është subikter. Në disa raste mund të zhduket, megjithëse përbajtja e bilirubinës në gjak është e lartë. Në periudhën e thiksimit të ikterit, pacientët ankohen pér lodhje, dobësi, nauze, vjellje dhe gressullime gastro-intestinale. Heparri rritet në 50% të rasteve. Gjatë kolecistografsisë lëndë kontraste nuk e mbush ose e mbush pak kolecistin. Prova e ngarkesës së bilirubinës tregon ngadalësim të ekskrecionit. Në gjak rritet bilirubina direkte. Në urinë ka pigmente biliare, ndërsa në Rotor ka një sasi të madhe urobilin. Fenomene të hemolizës nuk ka. Proteinat nuk ndryshojnë. Provat e Tymolit janë normal ose lehtësisht pozitiv. Transaminozat dhe fosfotazat alkaline janë brënëda normës.

Mendohet se sëmundja ka karakter familjar, pa dëmtim të gjendjes së përgjithshme dhe pa ndryshime të provave hepatike. Etiologjia është e panjohur, një dëmtim i izoluar kongenital i funksionit ekskretor lidhur me insuficiencën fermentative.

Prognоза është e mirë. Mjekimi me vitaminë B₆ e prednizolon, nuk jep ndonjë efekt të mirë. Gjatë akutizimeve rekombinacionit vitamina dhe glukozë. Është ndonjë sëmundje që takohet më shpesh se sa diagnostikohet.

Margarita Vulkaj

DEKURSI KLINIK I SËMUNDJES ULÇEROZE NË NJERZIT E KALUAR

NGA MOSHA

Mordvinkina T.N., Llatenina T.S.

Terapevtačeskij arhiv 1966, 11, 39.

Sëmundja ulçeroze në moshën e kaluar paraqet një rezik të konsiderueshëm, pasi tek këta takohen më shpesh komplikacione dhe jep letalitet më të madh se në moshat e reja. Këto komplikacione që në këtë moshë takohen dy herë më shumë në krahasim me moshën e re mund të janë: ulcus penetrans, hemoragjitet, përforacioni dhe malinjizimi.

Auktorët kanë studjuar 52 gra të moshës 60—76 vjeç dhe 43 burra me moshë 60-80 vjeç.

Nga studimet e bëra rezultoi se ulcus ventriculi ishte dy herë më i shpeshtë se i duodenit. Dhëmbjet pas bukës zakonisht mungonin, kurse karakteri sezonal i dhëmbjeve, hemoragjitet gastro-duodenale u takuan në 1/4 e rasteve, aciditeti i rritur u pa vetëm në 18 pacientë. Proteinat ishin brënda normës, kurse provat hepatike të pa alteruara. Në ekzaminimin e traktit digestiv «nisha» u vrejt vetëm në 57 të sëmurë.

Gjatë lokalizimit të ulcerës në ventricul u vrejtën 116 komplikacione, kurse në ato të duodenit vetëm 33. Stenoza e pilorit u vrejt në 22 veta, ulcus penetrans në 6. Por komplikacioni më i shpeshtë është hemoragjia gastro-duode-

nale, që përbën dhe shënjën e parë të sëmundjes, e cila kondicionohet nga skleroza e vazave të ulqerës.

Margarita Vullkaj

PROFILAKTIKA PRIMARE DHE SEKONDARE E REUMATIZMIT

Trahtenberg S.B., Elisejev I.L., Vorobjeva B.A.

Klinicheskaja medicina 1966, 9, 138

Profilaktika primare përmblehdh të sëmurët me akutizime të tonsilliteve kronike, ata me dhëmbje në regionin e zemrës, palpacione ku janë vënë re shurdhime të toneve kardiakë, zhurmë sistolike në apeks. Të dhënat klinike janë vërtetuar me të dhënat fono elektrokardiografike. Është bërë tonsilektomia bilaterale dhe mjekimi konservativ i vatrave.

Sipas të dhënavës të literaturës, metodë efektive e profilaktikës sekondare është zbatimi intramuskular i bilicinës e kombinuar me antireumatizmale (aspirin, piramidon, butadion). Kjo profilaksë është bërë nga auktorët 2 herë në vit mars — prill dhe tetor — nëndor — duke u nisur nga ndikimi i anginave, ferringiteve etj. dhe nga kushtet metereologjike për lindjen e reumatizmit.

Profilaktika u krye në këtë të sëmurë: 1) Tek të sëmurët që kanë kaluar reumokarditis, 2) Tek të sëmurët me ves të zemrës dhe që kanë kaluar atake reumatizmale gjatë 5 vjetëve të fundit; 3) Pa vese të zemrës por me atake reumatizmale të përsëritura gjatë 3 vjetëve; 4) Me vese ose pa vese zemre që kanë kaluar reumatizëm, por me akutizime të vatrave infekcioze streptokokksike.

Kursi profilaktik zgjat 6 javë. Një herë në dy javë bëhet 600.000 U-bilicinë dhe 2 gr. aspirinë në ditë. Në bazë të studimeve del se ka efekt të lartë profilaksia e recidivave të reumatizmit, që zhvillohet dy herë në vit.

Margarita Vullkaj

MBI DISA FORMA ALERGIKE TË ASTMËS BRONKIALE

Adrianova N.V., Akunc V.B., Poroshine Ju. A.

Sovjetskaja Medicina 1966, 9, 16

Takohen dy forma të astmës: jo infekcioze dhe infekciozo-alergjike.

Në etiologjinë e astmës jo infekcioze në të rritur rol kryesor luajnë alergjentët inhalatorë, me anë të ajrit depërtojnë në membranat mukoze dhe kondicionojnë procesin e sensibilizimit dhe më vonë reaksionin antigen antikorp. Kjo e fundit çon në dëmtimin e celulave të murit bronkial, me prodhimin e lëndëve biologjike aktive histaminik, serotoninë. Nga vrapimi i tyre kemi bronkospazëm dhe ndryshime të tjera që shkaktojnë dëmtimin difuz të bronkeve dhe kallueshmërisë së tyre.

Diagnoza specifike e astmës bronkiale përmblidhet në 3 etapa: mbledhja e kujdeseshme e anamnezes alergjike, zhvillimi i testove alergjike kutane dhe testet provokuese alergjike. Anamneza duhet të mirret me kujdes dhe në mënyrë të hollësishëm mbi të gjitha reaksionet alergjike.

Testet kutane janë pa rezik dhe jepin rezultat në diagnozë. Më specifike janë testet provokuese, gjatë të cilave bëhet hyrja natyrale e alergjenit në organizëm. P. sh. në astmën bronkiale rruga inhalatore dhe rezultatet maten me ndihmën e kapacitetit vital.

Nga faktorët etiologjikë pjesën më të madhe e përbën astma nga pluhuri dhe pastaj ajo e vjeshtës dhe pranverës (e stinave).

Metoda më efektive e mjekimit të astmës jo infekcioze është ndërprerja e plotë e kontaktit me alergjenin, por nëqoftëse alergjeni është pluhur i shtëpisë ose i pemëve kjo është e pamundur dhe duhet bërë desensibilizimi specifik, që koniston në futjen në organizëm të dozave rritëse të alergjenit specifik. Kjo bën që i sëmuri të mjekohet për një kohë të gjatë. Kohët e fundit përdoret test sensibilizimi me depo 1-2 injeksione në kurs. Desensibilizimi presezononal jep gjithashu efekt të mirë.

Astma jo infekcioze nuk takohet rrallë dhe është një formë imunologjike e vëgantë e sëmundjes. Desensibilizimi specifik është më efektiv gjatë diagnozës se herësime dhe mungesës së komplikacionit.

Margarita Vullkaj

AKTIVITETI I TRANSAMINAZAVE TEK TË SËMURËT ME COR PULMONAL KRONIK Poçeçujeva G.A.

Kliničeskaja medicina 1966, 11, 84

Për të zgjedhur një terapi të drejtë patogenetike në cor pulmonal kronik, një rëndësi të madh i jepin dhe gjëndjes funksionale të heparit.

Sipas disa autorëve, përcaktimi i aktivitetit të transaminazave në serumin e gjakut është prova më e ndieshme për studimin e gjëndjes funksionale të këmës hepatike.

Puri dhe Vasavada nga 35 të sëmurë me cor pulmonal në 60%, të rasteve kanë vretjur një rritje të aktivitetit të dy transaminazave. SGOT dhe SGPT, që, si pas tyre, kondicionohen me fenomenet stazike në hepar dhe nekrozën qëndrore të lobuleve, në genezën e së cilës luan rol anoksi.

Sipas Refsum, ekziston një lidhje midis shkallës së hipoksemisë dhe hiperfer-saminazave tek të sëmurët me cor pulmonar.

Nën observimin e autorit kanë qenë 90 të sëmurë me sëmundje kronike pulmonale, jo specifike, të komplikuar me cor pulmonar dhe grada të ndryshme të 24–78 vjeç.

Pa insuficiencë kardiovaskulare ishin 22 të sëmurë, insuficiencë kardiovaskulu-lare grada e I–rë, — 32, të gradës së II—të 20 të sëmurë dhe të gradës së III—të 16 të sëmurë.

SGOT në të sëmurët pa insuficiencë kardiovaskulare ishte 29, 5 U, SGPT ishte 16, 3 U. Në gradën e parë SGOT ishte 47, 4 U., SGPT ishte 37, 9 U. Në gradën e dyte SGOT ishte 66, 6 U., SGPT ishte 56 U., kurse në të sëmurët e gradës së tretë SGOT ishte 103, 2, kurse SGPT ishte 82, 2 U.

Mund të thuhet se hiperfermentimi është i rritur si rezultat i rritjes së persteve vrehet prirja e uljes dhe normalizimit të transaminazave në sajë të uljes meabilitetit të membranës celulare nga hipoksia. Pas mjekimit, në shumicën e rastës shkallës së dekompensimit.

Margarita Vullkaj

PËRDORIMI I PAPAVERINËS GJATE STENOKARDISË NË KUSHTET E NDIHMËS SË SHPEJTË Halluasov V.I., Pevezner E.S.

Kliničeskaja medicina 1966, 9, 137

Papaverina është një rritje efektiv vazodilatator. Është konstatuar se përgjenit në gjak, ul tensionin arterial.

Autorët kanë ekzaminuar 207 të sëmurë me kriza akute në regionin e zemrës dhe prapa sternumit, prej të cilëve 69 ishin burra dhe 138 ishin gra. Në 166, dhëmbjet ishte i rritur, kurse në 41 ishte normal.

Tek 12 të sëmurë të grupit të parë, krizat u zhvilluan në kuadrin e një neuroze. Kishin dhëmbje në zemrë, palpitacione, dobësi, pagjumësi, dhëmbje koke etj. Dhëmbjet e zemrës zakonisht nuk iradioheshin.

Në grupin e dyte bënin pjesë 52 të sëmurë, ku dhëmbjet nuk ishin tipike për stenokardi. Dhëmbjet përhapeshin në shpatullën dhe dorën e majtë.

Të sëmurët e grupit të tretë, me 143 raste, anëkoheshin për dhëmbje prekor-nokardi tipike.

Para ndihmës së shpejtë, të sëmurët kishin marrë validol ose nitroglycerinë, por që nuk u kishte dhënë efekt. Të sëmurëve iu dha papaverini hydrochlorici 20% intra venoz me ngadalë 2–6 ml. në vartesi nga grada e krizës. 1–4 minuta pas injektit, të sëmurët kishin dispne, hiperhemë të fytyrës, ndjenjë nxehësie. Këto reaksione varetin nga shpejtësia e injektitit të papaverinës, pasi kur injektohet ngadalë, këto fenomene nuk u konstatuan.

Krizat u ndërprenë pas injektit të papaverinës menjëherë ose pas pesë minutash. Dhëmbjet u zhdukën në 165 të sëmurë, u lehtësuan në 22 dhe nuk u ndërprenë në 20.

Tensioni arterial u kontrolljuar në 95 raste. Në shumicën e tyre tensioni maksimal dhe minimal u ul 10–20 ml. pavarësisht në se u ndërpri ose jo kriza e dhëmbjes në zemër.

Margarita Vullkaj

ROLI I SËMUNDJEVE TË VIJAVE BILIARE NË ZHVILLIMIN E ATEROSKLEROZËS

Llukozh N.V.

Kliničeskaja medicina 1966, 9, 32.

Duke qenë se në patogenezën e aterosklerozës një prej faktorëve është qhe metabolismi i lëndëve, atëherë dhe sëmundjet e vijave biliare, që sjellin dëmtimin e funksionit të heparit, ndikojnë si në metabolizmin e lëndëve, ashtu dhe në aterosklerozën.

Të dhënat e literaturës mbi këtë problem nuk janë të shumta dhe ato pak janë kontradiktore.

Bokin kishte bërë të ditur lidhjen e insuficiencës koronare me sëmundjet e zhvillim të aterosklerozës të koronave. Në bazë të autopsive, Walch konstatoi se sëmundjet e vezikës biliare tek të sëmurët me aterosklerozë takohen dy herë më shpesh se sa tek ata pa aterosklerozë.

Aktori studjoj ndikimin e dëmtimit të rrugëve biliare në zhvillimin e aterosklerozës duke përdorur të dhënat eksperimentale klinike dhe të dhënat e autopsisë.

Studimet klinike u bënë në 63 të sëmurë me kolektivit kronik, 42 me kolelitiazë dhe 120 të shëndoshë. Të dhënat klinike lejojnë të konstatohet se proçesi inflamator jo aktiv, por që jep disfunksion hepatik ose të rrugëve biliare, ndihmon në zhvillimin e aterosklerozës. Kolecistiti kronik dhe kolelitiaza ndihmon në zhvillimin e aterosklerozës. Nga të dhënat e autopsive del se ateroskleriza vihet rëmë shumë në personat që kanë kolelitiazë dhe që mund të spiegohet se ateroskleriza dhe kolelitiazë lidhen me dëmtimin e metabolizmit lipidik. Ndërsa në kalkulozën dhe infeksion nuk janë vrejtur procese aterosklerotike të theksuara.

Margarita Vullkaj

SËMUNDJA SCHOENLEIN — HENOC DHE KOMPLIKACIONET E SAJ KIRURGIKALE

Forafenova Ll. N.

Kliničeskaja medicina 1966, 9, 118

Forma abdominale e sëmundjes, e pëershkuar nga Henok 1874, këto vjetët e fundit takohet më shpesh. Etiologjia akoma është e paqartë, por shumica menjnë për natyrën alergjike të saj.

Nën ndikimin e infeksioneve ose intoksikacioneve dëmtohenet metabolizmi proteinik dhe histaminik, inflamacioni hiperergjik i kapilarëve dhe i vazëve të vogla të lëkurës, artikulacionevet dhe i organeve të brendëshme.

Në literaturën botërore deri në vitin 1932, Seneque e Gosset kanë mbledhur 145 raste me purpura abdominale. Shkaku i sindromit abdominal është hemoragja në parerin intestinal, mezenterium dhe abdomen, që kondicionon dhe kuadrin klinik të purpurës abdominale.

Purpura abdominalis jo vetem që mund të simulojë një appendicit acut, një ileus ose peritonit, por mund të jetë edhe shkaku i vërtetë i një katastrofe abdominale.

Në literaturë janë përshkruar raste të rënda dhe bille letale gjatë komplikacioneve kirurgjikale të purpurës.

Autori ka studjuar gjatë 5 vjetëve 32 raste me Morbus Schoenstein-Henok me moshë prej 4 muaj — 65 vjeç.

Tek shumica e të sëmurëve, sëmundja ka filluar në vjeshtë dhe dimër. Në anamnezë kanë pasur fruth, skarlatinë, inflamacione pulmonare dhe angina të përsëritura, kurse tek një kishte alergji alimantare.

Dhëmbjet e barkut u vrejtën në 18 të sëmurë të lokalizuara më shumë rreth umbilikusit, *fossa iliaca dextra*, nganjëherë kishin të vjella dhe gjak në fejes. Dhëmbjet vazhdojnë nga disa minuta deri në disa ditë. Në 5 të sëmurë u zhvilluan komplikacione kirurgjikale; në 4 invaginacione dhe tek një nekrozë dhe përforacion i zortës.

Nga përshkrimi i rasteve del se laparatomia nuk përjashton mundësinë e komplikacioneve të tjera të mëvonëshme.

Margarita Vulkaj

MBI PATOGJENEZËN E PANKREATITIT KRONIK

Savoshchenko I.S.
Terapevtičeskij arhiv 1966, 5, 47

Shumica e autorëve mendojnë se pankreatiti kronik zhvillohet gjatë distrofisë ushqimore, si p.sh. gjatë pelagrcës, sprue, enteriteve kronike etj. dhe periudha akute e tij shpesh mbetet e panjohur dhe diagnostikohet si kolelitiazë, kolecistit, appendicit etj.

Zhvillimi i pankreatitit kronik është i lidhur me aktivizimin e tripsinogenit në tripsinë në vetë gjendrën dhe kalimi i saj në gjak. Kështu, aktivizimi i fermenteve protolitik dhe veprimi i tyre në indet e organizimit kondicionon mekanizmin bazë të zhvillimit të pankreatitit.

Angiospazma e gjendrës kondicionon ngacminin e qendrave vazomotore dhe spjegon dhëmbjen. Pankreatiti kronik shoqërohet shpesh me dëmtime të duodenit në formë duodenit, duodenostazë etj. dhe roli i duodenit në zhvillimin e pankreatitit kronik spjegoitet me veçoritë funksionale dhe morfolologjike dhe lidhjen e saj të ngushtë me këtë gjendje, me sistemin biliar dhe heparin.

Veprimi proteolitik i tripsinës në gjendrë shoqërohet me aktivizimin e lipazës dhe amilazës, të cilat me veprimin e tyre çojnë në formimin e tokсинave dhe është gjetur rriftje e aktivitetit të tripsinës, amilazës, lipazës gjatë periodave të krisave dhe ulet sasia e inhibitorit të tripsinës. Tek të sëmurët me pankreatitit vizimtë të tripsinës.

Sipas të dhënave të disa auktorëve, tripsina aktivizon protrombinën dhe plazmogenin në plazminë dhe, në bazë të studimeve, është parë një shpejtësim i kohës gullabilitetit të gjakut.

Për spjegimin e mekanizmit të zhvillimit të pankreatitit kronik më e përhapur është teoria e refluksit biliar. Opie 1901, sipas kësaj teorie, spjegon rjedhjen gjendrën e pankreasit dhe aktivizimin e fermentetve proteolitike në gjendrë.

Pra, pankreatiti kronik lidhet me aktivizimin e fermentetve proteolitike në vetë gjendrën e pankreasit dhe mundësinë e penetrimit të tyre në gjak, me prezencën e ndryshimeve trofike në gjendrë në formë ishemicë. Rëndësi kanë sëmundjet e duodenit dhe të rrugëve biliare.

Margarita Vulkaj

PASOJAT E DIURETIKËVE NË METABOLIZMIN MINERAL

*Votçali B.F., Kobakov A.I.
Kliničeskaja medicina 1966, 6, 20*

Diureza e bollshme e shkaktuar nga diuretikët, sidomos të radhës së kloritazidit, kondicionon pas disa ditëve një eliminim të theksuar të kaliumit, mbajtje natriumit dhe të ujit (Orloff — Berliner). Ky ujë përsëri mund të eliminohet me ndihmën e diuretikëve. Një reaksiون i organizmit ndaj veprimit të diuretikëve lidhet me prodhimin e sforuar të aldosteronit.

U ekzaminuan 34 të sëmurë me insuficencë kardiovaskulare në moshë nga 24-70 vjeç (23 burra, 11 gra).

U mat eliminimi i natriumit, kaliumit 1—3 ditë para dhe 3—7 ditë pas marrjes së diuretikëve.

Politiaziti u përdor në 12 të sëmurë nga 4 mg. intramuskular gjithsejt 16 herë. Diureza u rrit në ditën e parë 2 herë dhe u pakësua në ditën e dyte, arriti nivelin e mëparshëm në ditën e 4. Kaliureza u rrit në ditën e dyte dhe të tretë dhe bëhet pas eliminimit të preparatit nga organizmi.

Ditak—u ose Triamtereni u dha në 12 të sëmurë 14 herë gjithsejt 100—200 mg. në ditë, gjatë tre ditëve. Kaliureza u rrit në ditën e dyte dhe të tretë dhe në ditët e para pas ndërprerjes së preparatit ndërsa natriureza më pak e theksuar.

Veprimi i tyre mbi kalumin, natriumin dhe pas eliminimit nga organizmi spjegohej me ndryshimet e metabolizmit mineral, me eliminimin e tepëruar të kaliumit dhe rritjen e raportit kalium Na.

Hipotiazidi u përdor në 10 të sëmurë, gjithsejt 15 herë me doza 75—200 mg. Novuriti në 10 të sëmurë, 14 herë gjithsejt në dozë 0,3-1 ml. i. muskuluar ose i. venoz. Nga novuriti dhe hipotiazidi vrehet një rritje e kaliurezës, që pas dy ditësh arrin nivelin e mëparshëm. Natriureza rritet në ditën e parë, ndërsa pas tre-katër ditësh arrin më poshtë se niveli i mëparshëm. Diuresohenet dherët në ditën e parë 2 herë më tepër dherë pastaj krahas natriurezës pakëtë preparatit. Pra, këto veprojnë jo aq shumë mbi kaliurezën se sa mbi natriurometrit dhe diurezën. Forcimi i kaliurezës vrehet më tepër pas dhënies së politiazidit dhe triamterenit.

Veprimi jo specifik i diuretikëve varë edhe nga sensibiliteti individual i organizmit ndaj humbjes së ujit dhe të kaliumit. Ndryshimi i metabolizmit hidroelektrolitik pas përdorimit të diuretikëve nganjëherë shqërohet me dobësi, etje, marrje mëndsh, nauze, dispne, ekstrasistola.

Margarita Vullkaj

MORBUS WALDENSTRÖM

*Bejer V.A.
I.D. Gorbatov
Kliničeskaja medicina 1966, 9, 110*

Kjo sëmundje u përshkrua për herë të parë më 1948 nga Waldenstrom. Duke u nisur nga dëmtimi i proteinave, ai e quajti pupura makro—globull-nemike. Si njësi zoologjike sot ajo i përkert grupit të retikulozave. Vëgori karakteristike e sëmundjes është rritja e makroglobulinave, që arrin në 600% e sasisë së proteinave. Me makroglobulineminë lidhen të tillë simptome patologjike si diatezat hemoragjike, epistaksis, gingivoragjia, diatezat në lëkurë etj. Trombocitetet janë normale, ndërsa koha e hemoragjisë dhe koagulimit ndryshon. Kjo makroglobulinemi kondicionon sedimentacionin e rritur, reaksiionin e formolit pozitiv dhe krioglobulineminë.

Makroglobulinemia luan röll në patogenezin e dëmtimit të veshkave, që shqërohet me proteinuri të theksuar 10 — 15% dhe mendohet se lidhet me dëmtimin e membranës së glomerulit, si rezultat i veprimit toksik të paraproteinave, që konsiderohen proteina të huaja. Dëmtimet renale nga një herë mund të jenë as të rënda sa që të cojnë në uremi dhe quhet «veshka makroglobulinemike».

Ndryshime vrehen në fundus oculi në formën e «fundus paraproteinemicus».

Makroglobulinat në sasi të vogël vrehen dhe në serumin e të sëmurëve me miellomë, cirrozë, limforetkulosa-komatozë, limfoleukozë tumore etj.

Metoda më e mirë e përcaktimit në gjak e makroglobulinave është ultracentrifugimi i serumit të gjakut. Metodë tjetër është dhe elektroforeza, megjithëse jo fort e saktë. Test i thjeshtë është dhe ai i Sia-s me ujë të distiluar, ku makroglobulinat nuk treten në ujë të distiluar dhe janin precipitat.

Dallohen tre stade të sëmundjes: fillestar, i zhvillimit dhe final ose kahektik. Në fazën e parë mund të vrehet rritja e limfonoduleve cervikale dhe e splinës. Në gjak limfocitozë 40-45%, hiperproteinemi me beta dhe gama globulinemi. Kjo zgjat disa vjet.

Në fazën e dytë vrehet dobësi, humbje në peshë, hemoragji nga hunda, gingivat, zbehje, zmadhim i nyjeve limfatike, hepatosplenomegali. Në gjak anemi hipose normo krome, leuksitoze e moderuar dhe limfocitozë, sedimentacion të rritur. Në punksionin sternal vrehet metaplazi limfoide dhe limforetikularë; në punksionin lencial dhe të nyjeve limfatike vrehet hiperplazi e celulave limfoplazmatike dhe retikulare. Rriten proteinat përmes illogari të globulinave, veçsnërisht makroglobulinat (50-80%). Në këtë stad, vdekja mund të vijë ose nga hemoragjia ose nga infeksionet interkurrente.

Diagnosa është e vështirë dhe duhet differencuar me limfoleukozen, mielomën, retikulozat e ndryshme dhe diatezat hemoragjike. Prognoza nuk është e mire, zgjat 10 - 15 vjet.

Mjekimi është kompleks dhe varet nga stadi i sëmundjes. Në stadin e parë përdoren rikonstituentë, vitamina, kur ka hemoragi koagulantë. Kortikoterapia 15-20 mgri prednizolon në ditë. Në stadin e dytë, përvetë terapisë hormonale përdoret transfuzioni i masës eritrocitare, uretan, sarkolizinë, vitamina. Kur ka komplikacione antibiotikë. Në fazën kahektike, terapia është simptomatike.

Margarita Vullkaj

MJEKIMI I TENDOVAGINITIT KREPITANT ME ANË TË BLLOKADËS NOVOKAIN — PENICILIN

I.D. Gorbatov
Hirurgija 1965, 2, 124.

Auktori ka mjekuar 355 të sëmurë me tendovaginitis krepitans. Nga këta, 134 të sëmurë, që i ka pasur si grup kontrolli, i ka mjekuar me procedura të ngrohta, me novokain — penicilin, sipas A. V. Vishnevskit.

Nga të sëmurët e grupit të parë, koha mesatare e paftësisë përmes punës ka qënë 9,8 ditë. Në muajt e afërtë pas shërimit, tek 15% e të sëmurëve janë vërtetuar recidiva.

Në të sëmurët e grupit të dytë, koha mesatare e paftësisë përmes punës ka qënë 4,3 ditë. Tek 65 të sëmurë, shërimi ka ardhur ditën e I-II pas blokada, ndërsa tek 155 të sëmurë ditën III-VI. Në këtë grup auktori nuk ka vrejtur recidiva.

Tek të sëmurët të mjekuar me blokadë me novokain-penicilin, auktori ka bërë cinamometrin e eksremitetit të shëndoshë dhe të sëmurë dhe ka përcaktuar rre fuqia muskulare e ekstremiteteve superiore të sëmurë dhe të mjekuar me blokada me novokain — penicilin ristabilizohet ditën e III—V. pas zbatimit të blokades së parë.

Në të 122 të sëmurë është nevojitur vetëm një blokada, tek tetë të sëmurë dy blokada dhe vetëm në 18 të sëmurë 3 blokada.

Metodika e blokadas është e thjeshtë: Në hapësirën interfasciale të fases ventrale të 1st, inferiore të parakrahut të sëmurë injektohen 20 ml. sol. novokaini 0,5%, në të cilin kemi hedhur 200.000 U.J. penicilinë.

Auktori konkludon se thjeshiësia e metodikës dhe efikaciteti i lartë mjekues, na bën ne ta rekomandojmë në rrethin e mjekëve të poliklinikave.

Veli Zogu

MBI MJEKIMIN E TETANIS GASTROJENE KLORIPRIVE

*G.A. Izmajllor
Hirurgja — 1965, 6, 21*

Tetania gastrogene kloripriva ënd pas sëmundjeve të ndryshme, që shqërohen me vjellje dhe diarke të theksuar. Më shpesh takohet gjatë stenozës pylorice ex ulcera të dekompenzuar.

Auktori ka vrejtur se nga 562 të sëmurrë të operuar për ulcerus gastro-duodenal, 187 paraqisin stenozë pylorike dhe 7 nga keta me tetani gastrogene.

Tetania gastrogene kondicionohet nga humbja e likidevet të klorit, zhvillohet alkaloza dhe tritet azotit rezidual në gjak. Çrrregullimi i balancit hidro-salin të shpie në prishje të izjonisë dhe izoosmisi, intensiviteti i zberthimit i proteinave, që të shpie në rritjen e azotit rezidual jo proteinik. Nga zberthimi i proteinave shtohet përmbytja e squifurit dhe fosforit në gjak që ky i fundit fazonzon eliminimin e kalçiumit nga organizmi, duke shkaktuar hypokalemji. Vjelljet janë hipokaliemi sidomos në personat diabetikë.

Për mjekimin e tetanis gastrogene ka mendime të ndryshme. R.A. Vjaselev etj. janë të mendimit se në çdo tetani të shprehur duhet intervencuar me shpejtësi.

Auktori është dakord me mendimin e S. M. Bancidze, T. P. Vinogradov etj. sipas të cilëve mjekimi duhet të fillohet me nxjerjen e të sëmurit nga gjëndja e rëndë dhe të intervenohen pas vendosjes së një diagnoze ekzakte. Me rrugë parenterale, auktori u jep të sëmurrëve solucion klorur natriumi 0.85%, 2-5 litra, dozën ditore 20—70 gr. Kundër alkalozës jep sol klorur ammoni 2%, 150—200 të ndarë në dy porcione sëbashku me sol. glukoza 5% dhe sol fiziologjik. Si mjet kundër intoksikacionit dhe për stabilizimin e balancit hidrik përdor sol glukozë 5% 2000 cc dhe sol. glukoza 40% 50—100 cc.

Për korigimin e hypokaliemisë dñe hypokalcemisë jepet sol. calci chlorat 10% deri në 66 cc, sol 0.3% calci chlorat me rrugë parenterale deri në 4-6 gr. në ditë vitamin D. 50.000.

Solucionet shqërohen me vitaminë B. C. Jepen dhe lëndë narkotike e karbidiotone. (Pontapon, bromure, klorahidrat, kamfor etj.). Në një të sëmurrë është vendosur sonda në duoden dhe nëpërmjet saj është bërë ushqyerja e të sëmurrës. Lavazhet gastrike kondraindikohen nga auktori, pasi thellojnë humbjet e klorurevet. Nuk kësillohet dhe përdorimi i hormonevet surenaletet.

Kur humbjet elektroliitike theillohen dhe ballanci hidrosalin e azotik alterohet shumë, tekë këta të sëmurrë çfagen fenomene meningeale e psihike, prandaj të sëmurrë të tillë jo rrallë përfundojnë në repartet e neuropsihiatrisë. Ndondjëherë të sëmurrët me azotemi të shprehur mjekohen për nefrit kronik, ndërsa të sëmurrët me konvulsione përfundojnë në repartet infektive me diagnozën tetanoz.

Zhvillimi i alkalozës bën të kondraindikuar në këta të sëmurrë përdorimin e sulfatit të magneziumit dhe insulinës. 7 të sëmurrët e observuar nga auktori janë shëruar.

Veli Zogu

MJEKIMI I ILEUSIT DINAMIK NGA PERITONITI

*Profesor I.D. Zhitnjuk
Vestnik Hirurgii 1965, 2, 8*

Në mjekimin e peritoniteve akute purulente, lufta kundër infeksionit, në sajë të përdorimit të antibiotikëve, ka marrur një zgjidhje të favorëshme, kurse lufta kundër ileusit paralitik, që komplikon peritonitet purulente në 80-85%, të rastevet që shpesh bëhet shkak i vdekjes, deri më sot akoma nuk ka marrur një zgjidhje të favorëshme.

Mjetet konservative si blokada paranephrale, injektimi endovenoz i solutiove nevë hypertonicë të klorurit të natriumit janë jo efektive në rastin e ileusave paralitike të qëndrueshëm. Enterostomia e suspenduar, sipas Judinit, gjithashu nuk e zgjidh këtë detyrë, pasi ajo evakuon vetëm ansat afër enterostomisë, kurse pjesa tjeter e zorrës mbetet e mbushur me gazra e likide.

Auktori ka përpunuuar një metodikë enterostomie, që siguron evakuacionin

e përbaltjes intestinale në një gjatësi mbi 150 cm.: 40–60 cm. kranialisht nga angulus **ilio-coecalis** bëhet enterotomia, nëpër të cilën futet në drejtëm proksimal, në gjatësi 120–150 cm., një tub gome me diametër 0.7 — 0.8 cm. me 6–8 vrima laterale. Tubi fiksohen me zorrën me një kiset dhe pastaj fiksohen në peritoneumin parietal. Tubi nxirret jashtë nëpërmjet një vrime suplementare në **fossa ileaca dex ose sin.** Fundi i jashtëm i tubit vendoset në një enë. Kur tubi obiurohet atëherë shpëlahet me solucion fiziologjik.

Auktori dallon: a) «Enterostomi primare» kur e vendos qyshtë në fillim gjatë intervenit për peritonitin; b) «enterostomi sekondare të herëshme», kur vendoset tre—katër ditë pas opacionit primar; c) «entrostomi sekondare e vonëshme», kur vendoset pas ditës 7 — 8.

Auktori ka vendosur të tillë enterostemi në 25 të sémurë. Në 4 nga këta ka shëtitë mybillyr vjet—vektiu, kurse në dy shëtitë likuiduar me rrugë operatore. Në 15 të sémurë shëtitë vendosur enterostomi sekondare e herëshme. Një nga këta të sémurë vdiq ditën e 23 nga **colitis ulceroza**, 14 të sémurë të tjerë u shëruan. Në 6 të sémurë shëtitë vendosur enterostomi sekondare e vonuar. Nga këta të sémurë shpëtuan vetëm dy, kurse katër të tjerët vdiqën në ditët e afërtë pas reinervimit nga toksemia.

Auktori konklidon se në format e rënda të poritonitit purulent janë të gjitha të dhënat për zhvillimin e ileusit paralitik, prandaj për profilaksi duhet të vendoset enterostomia primare.

Në rastin e zhvillimit të paralizës intestinale post operatorre, që nuk likuidohet me terapi konservatore, duhet vendosur sa më shpejt enterostomia me fuqje të zorrë të drenazhit të gjatë.

Veli Zogu

MBI TAKTIKËN E KIRURGUT NË MJEKIMIN E TË SËMUREVE ME ILEUS AKUT INTESTINAL, QË NDODHEN NË GJENDJE SHOKU TË RËNDË

*Docent J.M. Dederer
Hirurgia 1965, 6, 42*

Shumë të sémurë me ileus në gjëndje të rëndë nuk operohen dhe këtë mosnjërrhyre kirurgët e justifikojnë me gjëndjen e rëndë të pacientit, tek i cili interventi vetëm do të shpejtonë vdekjen.

Zhvillimi i anesteziallojsisë, i njojurive mbi gjëndjen terminale dhe luftëtë kundër saj dhe progresi i pikëpamjevet mbi patogencën e ileusit akut bëjnë që një taktkë e tillë në kohën e sotme të konsiderohet e padrejtë.

Auktori tërheq vëmëndjen se 4 janë faktorët kryesorë, që shpien në vdekjen e pacientit me ileus.

- 1) Humbja e likideve dhe krypravet.
- 2) Humbja e proteinaveve dhe ndryshimi i përbërjes proteinike të gjakut.
- 3) Pakësimi i volumit cirkulator të gjakut.
- 4) Shoku nga dhimbja.

Në rast se do të normalizejmë ndryshimet e lartpërmëndura mund të shpëtohem i sémuri nga vdekja, porse ky normalizim nuk mundet të arribet në rast se nëqoftëse tek të sémurët me ileus akut intestinal preqatitja energjikë preoperatorore nuk të shpëti në normalizimin e treguesvet të hemodinamikës, ndërrhyra operalore duhet të kryhet sa më shpejt. Kusht i domosdoshëm i suksesit të operacionit është që vazhdimisht të merren masa për stabilizimin e ekuilibrit hidrosalin, kompensim i gjakut dhe i proteinave të homburës, stabilizimin e aktivitetit kardiovaskular dhe të luftohet energjikisht shoku.

Auktori ka intervenuar 12 të sémurë me ileus akut në gjëndje shumë të rëndë preagonale dhe nga këta ka mundur të shpëtojë 4.

Auktori konklidon se të mos intervenosh tek të sémurët me ileus akut do të thotë ta dërgosh atë në vdekje të sigurtë. Prandaj kryerja urgjente e intervenit të sémurë me ileus akut dhe njëkohështë marria e masave komplekse për normalizimin e funksioneve të rëndësishme vitale duhet të bëhen po me atë parim sikurse tek të sémurët në gjëndje agionale apo vdekje klinike të shkaktuar nga traumat mekanike.

Veli Zogu

HIPOTERMIA LOKALE E VESHKËS NË KIRURGJINË E KALKULAVE KORAL DHE KALKULOZËS RENALE

K.T. Ovnatjan, P.S. Sernjak, A.M. Bogomolov, V.V. Suslov
Eksperimentalnaja hirurgija i anesteziollogija 1965, 6, 50

Problemii veshkës së «thatë» është i lidhur ngushtë me studimin e pasoja-vet funksionalc dhe morfollojike që jep ishemia renale. Senip ka përcaktuar se periudhë prej 10–12 minutash jep në vetë–vehte një reakcion azotemik, që zgjat 4–5 ditë. Kur qarkullimi ndërpritet mbi 12 minuta, sjell si pasoje një azotemi të zgjatur dhe të lartë, oliguri dhe humbje të funksionit kocentrues të veshkavet.

Dalohen tre periudha të ishemisë renale: 1) Ishemi e shkurtër (deri në 10 minuta), nuk jep ndryshime funksionale; 2) Ishemi (deri në 30 minuta) që jep ndryshime funksionale reversibile; 3) Ishemi (mbi 30 minuta) jep ndryshime irreversibile.

Nuk ka dyshim se hipotermia lokale prevenon pasojet negative të ishemisë renale. Një gjë e tillë eksperimentalistët është provuar në kafshë nga Senip, Birzeland e bashkëpunorët, Streber e bashkëpunorët etj. Kjo sherben si bazë për kohë të gjatë.

Në vitin 1960, Kerr me bashkëpunorët komunikoi mbi kryerjen e 15 operacioneve në veshkë ndën hipotermi lokale.

Autorët kanë kryer ndër hipotermi lokale rëndë 27 operacione në bazë të kalkulozës renale. Hypotermia është arritur sipas kësaj metode: Bëhet lumbotomia, izolohet dho luksitet veshkës në plagë, matet temperatura e saj, që zakonisht është 37° . Me një klem të butë kapet pedunkulit vazal renal dhe ndërpritet qarkullimi në veshkë. Kjo e fundit mbështillet nga qese cellofani, që përmbarajnë akull steril. Temperatura e veshkës pas 9–12 minutash arrin $23–25^{\circ}$. Temperatura marrës së veshkës bëhet ngadalë, prandaj ftohja suplementare na nevojitet për rrëth dy orë në rast se ftohja filloreste ka qenë 25° . Kur arrihet hypotermia e dëshihet klemi i pedunkulit vazal, vazat që jepin hemorrhagi pulsuese ligjore me ketconit, kurse veshkë sturohet me sutura në formë «U» —je. Ditët e afërtë pas operacionit ka një hemorrhagi që trajtohet në mënyrë konservative.

Autorët konkludojnë se hipotermia lokale renale është një mjet mbrojtës i parekëmës së organit nga dëmtimi dëmtues i ishemisë gjatë ndërprerjes së qarkullimit në veshkë, është metodë e thjeshtë dhe e arritështë. Indikohet në mënyrë këmimin e kalkulozës renale e kalkulavet renal korall.

Veli Zogu

VEPRIMI HYPOGLICEMIK I REZERPINËS

R.M. Fastovskaja
Problemi endokrinologji i gormonoterapii 1966, 2, 36

Në artikull autorët paraqet rezultatet e ndikimit të rezerpинës mbi nivelin e shqepërit në gjak, në thyreotoksikozi. Kjo ka një rëndësi praktike menjësë rezepina përdoret gjërisht për mjekimin e të sëmurëve me thyreotoksikozi dhe se tek ata vërehen shpesh çrrregullime të metabolizmit të karbohidrateve të shkallëve të ndryshme.

Si provë funksionale për devijimet e metabolizmit të karbohidrateve ka shërbeyer kurba glicemike e fituar pas ngarkesës.

Veprimi i rezerpинës studjuar në 64 të sëmurë me thyreotoksikozi me çrrregullime të ndryshme të metabolizmit të karbohidrateve. Të sëmurët u ndanë në dy grupe. Në grupin e parë (21) iu dha vetëm rezerpinë pa preparate të tjera. Tek të gjithë të sëmurët e këtij grupi marrija 8–10 ditore e rezerpinës dha një efekt të caktuar pozitiv: u përmirësua gjëndja e përgjithështme, u pakësua eksitabiliteti motor dhe psiqik, u pakësua takikardia, u ul metabolismi bazal.

Në grupin e dytë me 43 të sëmurë, që kishin çrrregullime të theksuara të metabolizmit të karbohidrateve, u përdor rezepina e kombinuar me dijoditirozinë

dhe merkazolinë. Kurbat glicinike, të marrura para dhe pas mijekimit me rezerpinë, dëshmojnë mbi përmirësimin e metabolizmit të karbohidrateve në shumicën dërmuese të të sëmureve. Kur ka çregullime të pakta të metabolizmit të karbohidrateve, rezerpina i normalizon ato, ndërsa kur ka çregullime të theksuar, rezerpina 'pakëson' këto çregullime, pra përmirëson funksionin e aparatit insular.

Rezerpina, në kombinim me preparatet antitiroide, e fugizon veprimin e tyre. Por, ve në dukje auktori, zgjatja e veprimit të rezerpinës është e vogël, prandaj për të pasur efekt pozitiv duhet të merren dozat mbajtëse të rezerpinës për 3-4 javë.

II burime literature

Gjergj Munga

VARESIA E GLUKOZURISE NGA GJENDJA FUNKSIONALE E VESHKAVE TEK TE SËMURET ME DIABETES MELLITUS

V.V. Cirkov

Problemi endokrinologji i gormonoterapii 1966, 2, 33.

Reabsorbimi i glukozës nga veshkat kryhet me anë e fosforilimit dhe të de-fosforilimit të saj në qelizat e epitelit kanalikular. Kur shihet ngarkesa e filtrimit bimi i glukozës. Por rritja e aktivitetit funksional të sistemeve fermentative është e kufizuar. Në një nivel të caktuar të hiperglicemisë ato bëhen të pamjافتueshme dha qafjet glukozuria. Ky nivel i glicemisë apo pragu renal tek të sëmuret me diabet ndryshon shumë.

Në shumë të sëmure, krahas hiperglicemisë ndodh dhe shtrimi i filtracionit glomerular gjë që e rit ngarkesën e filtrimit të glukozës. Njëkohësisht ritet dhe reabsorbimi i sheqerit në kanalëzat. Prandaj shpesh kur ka hiperglicemi të theksuar, i ulur, pra dhe ngarkesa e filtrimit të glukozës tek ata shihet më ngadalë se sa tek të sëmuret me glomerulosferozë diabetike. Në shumë të sëmure vërehet ulje e reabsorbimit të sheqerit prej kanalëzave renale, gjë që rrit glukozurinë. Riedhimisht, intensiviteti i glukozurisë te diabetikët mund të varet nga niveli i sheqerit një gjak, si dhe nga gjëndja funksionale e veshkave.

Autori ka marë në studim ngarkesën filtrimit (në mgr./min.), reabsorbimin (në mgr./min.) koeficientin e reabsorbimit (në përqindje) dhe ekskrecionin (në mgr./min.) tek 93 të sëmure dhe arin në konkluzionin se çregullimi i reabsorbimit të sheqerit prej kanalëzave renale nuk varet nga seksia i të sëmureve. Në kesa e filtrimit se sa nga gjëndja funksionale e kanalëzave. Autori vë re se tek të sëmuret me formë të rëndë të diabetit me ngarkesë të filtrimit të madhe, sheqeri u reabsorbuar më pak se sa tek të sëmuret me formë të lejtë apo të mesme për reabsorbimin e sheqerit çregullohet në një gradë më të madhe se sa tek të sëmuret me formë të mesme ose të lejtë të diabetit. Prandaj dhe eliminimi i sheqerit me urinën tek të parët paraqitet shumë më i madh.

Mecënësce reabsorbimi i sheqerit çregullohet më tepër në formën e rëndë të diabetit, është e natyrështë me supozohet se al do të çregullohet edhe më tepër në keto-acidoze. Prandaj tek këta të sëmure autorë i gjen një glukozuri të theksuar.

Autori duke u bazuar në të dhënat e veta dhe të autorëve të tjerë thotë se në kohë e acidozës diabetike ndodh një pakësim i filtracionit glomerular pra dhe ngarkesa e filtrimit në acidozë ritet në një shkallë më të pakët se hiperglicemja. Por tek këta të sëmure edhe reabsorbimi është shumë i vogël.

Duke u nisur nga të gjithë këto të dhëna autorë konkluodon se intensiviteti i glukozurisë varet në një shkallë të konsiderueshme nga gjëndja funksionale e kanalëzave renale dhe më pak nga vlera e ngarkesës së filtrimit të glukozës. Veti që graviteti i sëmundjes.

II burime literature

Gjergj Munga

INFLUENCA E ACIDIT ASKORBINIK MBI GJËNDJEN FUNKSIONALE TË KORES SË SURENALEVE TEK TË SËMURËT MË INSUFICIENCË TË QARKULLIMIT TË GJAKUT

P.M. Ljashuk

Problemi endokrinologji i gormonoterapii 1966, 1, 11

Shtresa kortikale e surenaleve zë një nga vëndet e para përmajtjen e acidit askorbinik, duke qënë kështu një depo për këtë vitaminë. Kjo tregon përnjë lidhje të caktuar midis acidit askorbinik dhe funksionit të surenaleve. Përdorimi i dozave masive të acidit askorbinik në disa raste ka shpërët në injektimin e sëmundjes së Adison-it pa kortikosteroide.

Fuqizimi i aktivitetit të surenaleve pas injektimit të ACTH shoqërohet si regull me uljen e përmajtjes së acidit askorbinik në surenalet. Në eksperimentet *in vitro* është vërtetuar pjesëmarja e acidit askorbinik në biosintezën e kortikosteroideve. Presupozohet se kjo vitaminë luajt një rol të rëndësishëm në proçesin e kalimit nga një kortikosteroid në gjakut.

Ka edhe mendime të kundërtë që thonë se vitamina C nuk mer pjesë në në biostintezën e hormoneve steroide.

Autori i ka vënë veftësi si detyrë që të studjojë influencën e ngarkesës me acid askorbinik mbi gjëndjen funksionale të kores së surenaleve tek të sëmurët me reumatizmë me vese kardiakte në fazën inaktive, të shoqëruara me insuficiencë të qarkullimit të gjakut, përdorisa në proçeset e adaptacionit të organizmit gjatë insuficiencës së qarkullimit të gjakut, kortikosteroideve dhe vitaminës C u takon një rol i madh.

Ai ka përcaktuar 17-ketosteroidet (17-KS) në urinë sepse sipas mendimit të shumë autorëve përmajtja e tyre pasqyron në një shkallë të caktuar gjëndjen funksionale të kores së surenaleve (meqëndëse veç steroideve androgene, një pjesë e glukokortikoideve transformohen në organizmë -në hepar- në 17-KS, e në këtë formë eliminohen me anë të urinës).

Përcaktimi i përmajtjes së 17-KS në urinë u bë në 22 të shëndoshës dhe në 85 të sëmurë. Meqëndëse tek të shëndoshët ngarkesa me acid askorbinik (900 mg) për os në tre marje) tregoi se qush në ditën e pestë përmajtja e 17-KS ritet shumë, ngarkesa 5-ditore u përdor për përcaktimin e rezervave funksionale të kores së surenaleve. Të sëmurët gjatë ekzaminimit merrin një sasi minimalë harrash gjë që evitonte mundësinë e ndonjë influence mbi rezultatet e studimit.

Në bazë të të dhënave të mara, autori konkludon se ngopja e organizmit me acid askorbinik influencën pozitivisht mbi gjëndjen funksionale të kores së surenaleve tek të shëndoshët dhe tek të sëmurët në stadiet fillsuare të insuficiencës së qarkullimit të gjakut (grada e I dhe e II-të). Tek ata ritet përmajtje e 17-KS. Gjithashtu prova e ngarkesës me acid askorbinik mund të përdoret krahas metodave të tjera në klinikë, për studimin e rezervave funksionale të kores së surenaleve. Këto studime vërtetojnë plotësisht dhe influencën stimuluese të vitaminës C mbi biosintezën e kortikosteroideve. Autori supozon se ajo shton ose fugizon proçeset fermentative oksido-reduktive që lidhen me biosintezën e kortikosteroideve.

25 burime literature

Gjergj Minga

KLINKA E SINDROMIT TË CONN-it. (Aldosteronizmit primar)

F.M. Egart, V.I. Kercman, Ll. G. Keçker, V.B. Zajratjanc,

Problemi endokrinologji i gormonoterapii 1966, 1, 3

Sindromi i Conn-it shkaktohet ose nga tumori i korteksit të surenaleve, ose (shumë më rafllë) nga hiperplazia. Në të dy rastet ka një prodhim të tëpërt të hormoneve mineralokortikoide, kryesisht të aldosteronit.

Për pasojë do të ketë çregullime serioze të balancit të elektroliteve, të tensionit arterial dhe funksionit të veshkave. Simptomet kryesore do të lindin si rezultat i çregullimit të balancit të elektroliteve dhe eliminimit të theksuar të

kaliumit nga organizmi. Ky eliminim con në pakësimin e rezervave të tij intracelulare dhe në alkalozën hypokaliemike. Janë karakteristike ataket periodike të kontraksioneve në grupe të ndryshëm muskulare, ataket e myastenisë, nikturia ose mungesa e ndjeshmërisë ndaj hormonit antidiurelik dhe ndryshimet e EKG të tipit hypokaliemik.

Laboratori jep krahas hypokaliemisë edhe shtim të eliminimit të magnezit, gjë që shpjegon dobësinë muskulare, parestezitë dhe tetaninë.

Hipernatriemia e moderuar vërhet si një shenje e shpeshtë por jo kompjante, megjithëse sasia e natriumit të metabolatur dhe përbmbajtja e natriumit intracelular, duke glikuar nga të dhënët e biopsisë së muskujve, është e shluar. Si regull, nuk ka edema. Këto të fundit mund të lidhen me mbajtjen intracelulare të natriumit dhe me hiperhydratimin intraaqelizor të kondicionuar nga mungesa e natriumit në hapësirat intercelizore, gjë që pengon mbajtjen e lëngjive në këto hapësira. Ekskrecioni i shuan i kaliumit con në pakësimin e rezervave të tij intraaqelizore dbe në zëvëndësimin e kaliumit brënda qelizës me natrium dbe hidrogen. Insuficiencia e hidrogenit të lirë dbe deficitë i joneve të klorit, të ekskretuar së bashku me kalumin, mund të cojnë në uljen e sekresionit gastrik.

Insuficiencia e kaliumit shkakton ndryshime funksionale dbe më vonë strukturale, të kanalëzave renale. Më karakteristike është ulja e vetisë koncentruuese të veshkave dhe mungesa e ndjeshmërisë ndaj hormonit antidiuretik.

Autori vë në dukje se megjithëq shpesh mund të kemi një tablo klinike tipike, ky sindrom mund të mbetet i padiagnostikuar sepse njihet pak në botën mjekësore. Ai përshkruan hollësishët rastin e një të sëmurë e cila mbeti e pa diagnostikuar për 6 vjet meqjithëse i kishte të gjitha shënjet e sipërme. Ajo ishte trajtuar për poliartrit reumatizmal atipik dbe për formën myodistrofike të sindrograffinë u vu në dyshim për tumor të surenales së majtë dbe të cilin e vërtetoi sisë së përgjithëshme) gjë që tregonte për vërtetësinë e diagnozës.

13 burime literature

Gjergj Minga

MJEKIMI I SËMUNDJES ULÇEROZE ME DEZOKSIKORTIKOSTERON ACETAT (DOKSA)

Z.I. Janushkevičus, I.P. Bashkis, A.K. Shimkus.
Kliničeskaja medicina 1966, 5, 22

Metodat që përdoren sot përmjekimin e sëmundjes ulçeroze janë jo shumë efektive. Preparatet ganglioplegjikë nuk i justifikuan shpresat. Të gjitha këto bëjnë që të kërkohen mjete mjekimi të reja më efektive.

Kohë e fundit theksohet se ndërmjet shumë faktorëve etiologjikë dbe patogjennë të sëmundjes, ka një rëndësi veçanërisht të madhe gjendja funksionale e surenjave. Mendohet që cregullimi horomonali i kores së surenaleve në sëmundjën ulçeroze çfaqet me një sekretim të pamjftueshëm të mineralokortikoidëve dbe me një sekretim të shuar të glukokortikoideve. Ky koncept përputhet me të dhënët eksperimentale dhe klinike mbi zhvillimin e sëmundjes ulçeroze nën influencën e glukokortikoideve, ACTH etj.

Gjatë përdorimit të DOKSA në eksperiment dbe në klinikë ka patur rezultate të mira.

Autori ka mjekuar me DOKSA 43 të sëmurë ulçerozë, në spital dbe ambulatalorë, të të dy sekeve, me mosha të ndryshme. Ulçera ishte diagnostikuar klinikisht bëjë sipas kësaj metodi: jepej për 5 ditë rjesht solucion oleoz 0.5% i DOKSA nga 2 ml. intramuscular, një herë në ditë. Më vonë injektejë e njëjtë sasi por një ditë po e një ditë jo. Kursi i mjekimit ishte 20-25 injeksione. Grupi kontroll përbëhej nga 28 të sëmurë që mjekoheshin me metodat e tjera pa DOKSA.

Tëk të sëmurët që merrin DOKSA gjendja e përgjithëshme u përmirësua qysh javën e parë, Simptomat subjektive u zhdukën plotësisht në shumicën dërmuese të të sëmurëve (40 nga 43). Rentgenoskopitë e përsëritura pas kurës në 32 të sëmurë, vëtëm në 9 prej tyre vërtetuan nishë. Edhe rezultatet e mjekimit ambulator iшин të tilla si në spital.

Efekt shumë i mirë u vu re dhe në të sëmurët me ulçer hemoragjike.

Kontrolli i të sëmurëve edhe $1\frac{1}{2}$ - $2\frac{1}{2}$ vjet pas kurës tregoi se tek një pjesë e të sëmurëve që kishin marë DOKSA, kur u prish dieta dhe regjimi, pati recidiva. Në këto raste u nevojitet përsëritja e kurës.

Fenomene arësore dhe komplikacione autori nuk ka vërejtur. Si kondërindikacione shërbejnë hipertonia e theksuar, gjëndjet alergjike dhe insuficiencia koronare.

Autori konkludon se DOKSA mund të përdoret me sukses edhe në kondita ambulatore. Gjithashu mund të përdoret në një sërë rastesh për mjekimin konservativ të ulçerit hemoragjike si edhe të ulçerës që zhvillohet lidhur me përdorimin e glukokortikoideve. Ka mendime që gjatë çfaqjes së ulçerës hemoragjike të shkaktohet nga glukokortikoidet ndërpërjeve e këtyre të fundit mund të çojë në shok. Por vazhdimi i terapisë së tillë kondicionon progresimin e mëtejshëm të procesit ulçeroz dhe shtimin e hemoragjisë. Është e qartë së në rastë të tillë është mirë të përdoret DOKSA e cila tregon edhe një aktivitet antishok.

10 burime literatura

Gjergj Minga

ATONIA AKUTE E STOMAKUT DHE VEZIKËS URINARE GJATË KOMËS DIABETIKE

V.D. Sokolovskij, N.G. Poljakov, A.G. Nazareviç
Problemi endokrinologji i gormonoterapii 1966, 2, 57

Gjatë acidozës dhe komës diabetike vërehen simptome abdominale si dhimbje barku, vjellje, nganjëherë me gjak, tensionim i muskulaturës së abdomenit, atoni e stomakut etj. Autori përkruan rastin e një kome diabetike të kombinuar me atoni të stomakut dhe të vezikës urinare.

Në fillim i sëmuri u shtrua në repartin e kirurgjisë sepsë ankonte dhimbje barbu me fryrje te regionit epigastral, dobësi të përgjithshme, rënje në peshë, vjellje, anoreksi. Po atë ditë kish analizuar lëngun gastrik dhe kish bërë radioskopinë e traktit gastrointestinal e cila kish vënë në dukje se polusi i poshtëm i stomakut ishte 3 cm. nën vijën biliaku. 16 orë më vonë kontrasti nuk ishte eliminuar dhe niveli i poshtëm i stomakut zbriti 9 cm. nën vijën biliaku. Vëtem pas 41 orëve u zbrazi stomaku. U diagnostikua si stenoze piloro-duodenale me origjinë ulçeroze e studit të IV-të. Nga mjekimet gjendja u përmirësua për pak kohë dë përsëri u keqësua. U çfaq anuria dhe urologu përeaktoi atoni akute të vezikës urinare. Analizat patën treguar për glukozuri dhe acetonuri. I sëmuri ra në gjendje pa ndërgjegje. U vu diagnoza komë diabetike, atoni akute e stomakut dhe vezikës urinare dhe i filloj një mjekim aktiv me insulinë subkutan dhe intravenoz, poliglukinë (1200 ml.) hidrolizat të kazeinës (800 ml.), sol. glukozë 5% (3000 ml.) dhe 40% (40 ml.), strofantinë, vitamina etj. U zbrazi vezika urinare (5.8 litra urinë). Gjendja u përmirësua gradualisht deri sa pacienti dolli në gjendje të mirë nga spitali.

Autori mendon se në shpëtimin e të sëmurit luajti rol, përvetë përdorimit të terapisë komplekse të komës diabetike, poliglukina dhe hidroliza i kazeinës.

Gjergj Minga

SI DHE PSE MPLAKET LËKURA

F. Serri Min. Derm. 1965, 6, 177-184

Procesi i tëmplakurit të lëkurës ndryshon si makro ashtu dhe mikroskopikisht në mes të pjesëve të saj të ekspozuara faktorëve ekologjikë të natyrshëm ose artifisiale (rezatimë djelli i primus, erë, lagështirë, ndryshime të shpejta të temperaturës, mbeturina prodhimesh industriale etj.) dhe atyre që janë të mbuluara dhe të ekspozuara kundrejt këtyre faktorëve.

Është e natyrëshme që përfundimet e studimit të tëmplakurit të lëkurës, përdhjen e ngushtë që kjo ka me trupin mund ti referohen edhe organeve të tjera.

Në një person të kaluar nga mosha, lëkura e tij jo e ekspozuar faktorëve të lart-përmëndur, paraqet ngjyrë të bardhë si e limonit, pakësim qimesh, thatësi dhe pakësim të mbulesë lipidike. In toto, ajo është e holluar, ngritet lehtë pse ka të pakësuara lidhjet me indin subkutan dhe sepsa paraqet rrudha të holla dhe kanale.

Në vratat e ekspozuara në drithë, lëkura ka lidhje me indin subkutan më të pakta dhe prandaj ngritet më me lehtësi, është shumë e thatë dhe me të çara të shumta të shtrësës korneale. Ngjyrën e ka si të portokallit në të kuq, me shurnë rrudha dhe njolla të pigmentuara dhe shpesh me neoformime, disa prej të cilave edhe maligne (verruke senile, cornu cutaneum, epiteliomë bazo e spinocellulare ose e deri melanome). Në qafë shihen herdeqe që duke u kryqëzuar formojnë figura lozangjike në një lëkurë që është shumë e trashur.

Në lëkurën jo të ekspozuar derma paraqitet meceptim të pakët të fibrave kollagene, atrofi të papillave me fibrat elastike, që dallohen mirë, ndërsa në dermën e lëkurës së ekspozuar, fibrat kallogjene janë shumë të copëtuara, papillat shumë të atrofiuara dhe fibrat elastike të padukëshme. Por përvçë këtyre, në lëkurën e ekspozuar ka pakësim të qelizave me ndryshime vëllimi, sidomos të fibroblastëve, që përbëjnë 50-60% të popullatës qelizore të dermës. Ngan ana ultramikroskopike, fibroblastët kanë mitokondra me strukturë klasike dhe reticulum endoplasmaticum në moshën 30-35 vjeçare, ndërsa në moshën e kaluar (80 vjeç) mitokondrat qfaqin anomaliara strukturelle dhe retikulum endoplasmaticum vesikular.

Studimet kimike kanë treguar se vratat e ekspozuara të lëkurës paraqesin një pakësim të enzimave të frysëmarrjes aerobike dhe një shtim të atyre të frysëmarrjes anaerobike. Po këta studime kanë vënë në dukje njëkohësisht dëmin e rëndë që pëson lëkura, e cila i shprehet një rezatimi ultraviolet të tepëruar. Ky rezatim sjell një pleqeri të shpejtë dhe të rëndë. Rezeti ultraviolet janë në sasi më të madhe në vrasdité, sepse atëherë është më e pakët thithja e tyre nga rrypi i ozonit, që gjindet rreth tokës. Megjithatë, shumë nga dëmet, që i shkakton lëkurës ekspozimi i tepëruar i rezeve ultraviolet, mund të eliminohen ose pakësohen me anë të preparateve të ndryshëm të kosmetologjisë.

Sh. Basha

KONSIDERATA MBI PËRFUNDIMET E PËRDORIMIT TË GRISEOFULVINËS NË KURIMIN E QEREVE NË KLINIKËN DERMOSIFILOPATIKE TË CAGLIARI-it

P. Biggio, Min. Derm. 1966, 7, 233-237

Të gjithë kërkimtarët, që janë marrur me studimin e griseofulvinës, janë të një mendimi mbi vlefshmérinë e këtij preparati në luftimin e dermatomikozave, por nuk janë të gjithë të një mendimi përsa i përket posologjisë dhe recidivave që shkakton ky medikament.

Me të dhénat e veta, auktori don të spjegojë mekanizmin e veprimit të griseofulvinës dhe tertiørat arësyet e recidivave dhe të dështimit (në disa raste) të efektshëmrisë të griseovinës.

Në bazë të studimit të të dhënave që paraqet në tabelë të ndryshme del se:

1) Doza optimale e griseofulvinës është 20-30 mgr./kg. peshë prodie ose alternativë për 30-40 ditë rjesht, e shoqëruar me prerje të flokëve çdo javë dhe me injekim lokal me alkoll jode 1-2%.

2) Në format inflamatore (kerion, sycosis, folliculitis), griseovina, jepet si shtojcë dhe më tepër si preventive.

3) Në format deskuamative superficiale, griseovina nuk ka vlerë nëqoftëse nuk shoqërohet me injekimet klasike lokale.

4) Në epidermofitë me lokalizime epidermike të thella dhe në onychomycosat, trajtimi me griseofulvinë edhe me dosa të larta dhe për një kohë të gjatë, nuk jep rezultate më të shpejtë dhe më të mira se sa ata që jep terapija klasike tradicionale. Griseofulvina përbën një shtojcë plotësues të kësaj terapie.

Sh. Basha

EMOTIVITET DHE Ca PULMONUM

Da Kissen. Il Polyclinico, 1966, 39, 1319

Në një studim mbi 930 pacientë, 480 prej të cilëve ishin të prekur prej Ca pulmonum, auktori vrejt se më të prekëshëm ndaj kësaj sëmundje janë ata që i mbajnë në vetevechët emocionet dhe mérzitjet. Sa më tepër kishin mundësi të çfaqshin konfliktet emotive, aq më pak ato ishin të prekur nga Ca pulmonum.

Shkaqe të tjera prekshmërie ndaj kësaj sëmundje janë, sipas auktorit, një fëmini e keqe, pakënaqësia e vazhdueshme në punë, vështirësitet ekonomike etj. Relacionet në mes të emocioneve dhe kimisë së organizmit nuk janë të qarta, por mund të dyshohet se disa persona janë veçanërisht të prekshëm ndaj Ca pulmonum, si psh. ata që kanë pasur fëmini jo të gëzuar, që janë banorë të një qyteti ku ajri është i përshur dhe që pinë duhan.

Sh. Basha

METODË E RE PËR TË LUFTUAR VESIN E DUHANIT

*A. Schmidt
Munch. Med. Woch. 1966, 108, 915*

Një vrejtje e rastit vuri në dukje se diuretikët nuk kishin dëshirë të pijnë duhan. Auktori morri në studim 24 pacientë të shëndoshë, por që pijshin shumë duhan dhe iu dha nga 3 tableta ditën esidrex (idroclorotiazide) duke pakësuar dozën dora dorës që ata pijshin më pak cigare. Vetëm dy nuk ndryshuan aspak nga zakoni i tyre kurse 12 të tjerë, pas 8 javësh e lanë fare duhanin, 10 pijnë vetëm rastësisht dhe gjithënjë më pak se gjysmën e numërit të cigareve, që pijshin përparrë se ti nënshtrohen eksperimentit.

Sh. Basha

MYCOSIS PULMONARIS

C. Demay «Le concours médical» 1966, 88, 4397

Mykozat pulmonare, që janë më të shpeshta se sa mendohet, nuk jepin shenja të veçanta karakteristike, por ato të pathologjisë së mushkërive, si fjala vjen, shenja të një asme bronkiale, të një bronkopatiem emoftoike, të një penumopati obstruktive ose shenja të një tumorit, apo sindromi kompresioni mediastinik. Edhe pamja radiologjike nuk tregon vegzë ndonjë theksim bronko-vaskular ose opacitet lobari të tipit penumatik ose ateletikasik me ndonjë shenjë interesimi splenik ose mediastinik. Edhe dekursi i pneumopatit mikosikës është shumë i ndryshëm sepse mund të jetë akut me vdekje të menjëherëshme ose me shërim spontan, por më shpesh dekursi është subakut, recidivues me përfundim të një insufisencë respirator. Agentët shkaktarë janë më tepër saprofitët natyral të aparatit tretës.

Infektimi bëhet prej kafshës pas traumave «per ingestionem» ose «inhalationem». Prandaj në raste pacientësh me pneumopati atipike që në anamnezë kanë pasur traumë plaqë, që merren me rrahje të grurit ose janë në gjendje të veçanta ulje rezistence (shtatzan lodhje etj.), duhet menduar për origjinën mikotike.

Diagnoza e mycosis pulmonaris bëhet në bazë të: 1) kërkimit të mikroorganizmit në eksploratore; 2) provës së sensibilitetit epidermik me një ekstrat mycetik të dyshuar; 3) bronkoskopi, që mund të tregojë një bronkitë mykotike granuloze ose muho — membranoze dhe, po me anë të kësaj, merret një copë indi për biopsi. Megjithatë, diagnoza e vërtetë është e vështirë: bëhet vetëm me anë të biopsisë dhe vërmur ka leziona bronkiale. Mykozat më të shpeshta janë shkaktuar nga aspergilus, më rrallë aspergillus niger, candida albicans, Heteromyces bovis, Nocardia asteroides, geotrichum candidum, cryptococcus neoformans.

Mycormicosi është një micosi i rrallë, shkaktuar nga parazit të tipit Mycorrhizia e Rhizofrus, që pushtojnë muret e enëve të gjakut dhe shihen kryesisht në

persona diabetikë ose leucemikë, që kanë marrur antibiotikë e kortizonikë për një kohë të gjatë. Diagnoza bëhet histologjikisht ose në autopsia.

Sh. Basha

LUFTA KUNDËR SËMUNDJEVE NGJITËSE NË BOTE

Red. Min. Derm. 1966, 8, 72.

Sipas një raporti të organizatës botërore të shëndetësisë, përfundimet e përpjekjeve për të luftuar sëmundjet ngjitime në botë, janë inkurajuese:

Tuberkulozi është luftuar më mirë për shkak të përmirësimit të cilësisë së vaksinit B.C.G. dhe preqatitjes së këtij në formë të thatë, ashtu siç nevojitet, sidomos në vendet e nxehta. Në drejtim të sukseseve më të mira ka ndikuar gjithashtu edhe organizimi i sistemit të mjekimit dhe në shtëpija të pacientëve.

Për *sifilizin* që tanë po përhapet me hov në shumë vende, mundësia e preqatitjes së shpejtë e një vaksine, që ka qënë i efektshëm në kafshët e eksperimentit, jep shpresë për një luftrim më të mirë të kësaj sëmundje.

Gripi është konstatuar në 965, në formë të lehtë në Europë dhe Australi.

Lepra në 11 milion të sëmurë ka lënë 4 milion invalidë. Rezultatet më të mira në luftrimin e kësaj sëmundje varet nga përfundimet e eksperimenteve që kryhen sot nëpër laboratore dhe që kanë të bëjnë me shumë probleme të kësaj sëmundje.

Fruhë është çfaqur gjatë vitit 1965 me 50.557 raste dhe me 9.735 vdekje më të për Indi e Pakistan dhe në Amerikën e Veriut, ndërsa në Europë është çfaqur vetëm me një rast. O.B.Sh. është duke bërë një fushatë kundër fruthit me vaksinimin e 90.000.000 vëfëve.

Sh. Basha

MBI DISA ÇFAQQE POLISINTOMATIKE TË LIKEN RUBER PLANUS

*M. Depaoli
Min. Derm. 1966, 8*

Pas përshkrimit të tre rasteve me L.r.p. të formave përkatësishë sklero-buloz; vesiko-buloz dhe verruko-buloz, të shoqëruar edhe me ndryshime në thonjtë, auktori bën këto vrejtje:

Forma buloze, që shihet zakonisht në L.r.p. akut ekzantematik mund të vërehet edhe në format kronike, kur kanë çfaqe të reja (poussées éruptives). Në këta raste vërehet eosinofili (çka nuk është e zakonëshme në L.r.p.) dhe një efekt i mirë i arsenikut. Nga ky konstatim i fundit dhe duke ditur se po arseniku është i vlefshëm qoftë në manifestimet buloze, qoftë në ato papuloze të L.r.p., auktori mendon se kemi të bëjmë me dy forma të ndryshme lezonesh, që shkaktohen prej të njëjtë agent, i cili, sipas Dego e shokë, mund të jetë toksiko — dermik ose viral.

Sh. Basha

PËRCAKTI I AKTIVITETIT ALDOLASIK NË EPIDERMIS DHE NË SKUAMAT E PSORIASIS

*O. Barduagni e shokë
Min. Derm. 1966, 8*

Auktorët kanë marrur në studim 13 pacientë të sëmurë me psoriasis për të përcaktuara vlerën e aktivitetit të aldolazës në skuama dhe në lëkurë të shëndoshë, po të këtyre pacientëve.

Aldolasë është një enzimë shumë i përhapur në indet dhe në likidet biologjike dhe tanë së fundi është konstatuar edhe në lëkurë. Ky enzim merr pjesë në procesin

e demolimit anaerobik të glikogjenit, duke katalizuar në mënyrë reversibël ndarjen e fruktozës 1,6 difosfat në dioksilacetanfosfatet dhe 3 fosfo-gliceraleide.

Ma kërkimet e tyre në këtë drejtim, auktorët kanë konstatuar se nuk ka pakësim aldolaze në epidermis të shëndoshë, kurse niveli i saj, në skuamat, është i ngritur.

Nga kjo auktori nxjerr si konkluzion se niveli i ngritur i aldolazës në lëkurë dhe në skuamat e psoriatikëve, pasqyron një aktvititet metabolik më të ngritur.

Sh. Basha

TRIKOMONIASIS UROGENITALE TEK MASHKULLI

M. de Luca, G. Argenziano

Min. Derm. 1966, 9.

Auktorët pasi përvshkruajnë shkurtimisht historinë dhe gjërësisht biologjinë, epidemiologjinë, patogenezin, klinikën, diagnozën dhe terapinë e T.v., arrijnë në këto konkluzione:

Kjo sëmundje duhet konsideruar si veneriane edhe për rëndësinë shqërorë që ka. Ajo zhvillon aktivitetin patogjen jo vetëm në uretë, por përhapet më tej, siç tregojnë komplikacionet që jep: vesikulitis, epididimitis, cistitis, cistopielitis etj.

Diagnoza nuk bëhet vetëm meekzaminimin e thjeshtë, por me njoftjen e të gjitha metodave të kërkuar si dhe të biologjisë dhe morfologjisë së T.V. Kujimi më i efektëshëm deri më sot bëhet me Flagyl.

Sh. Basha

KONTRIBUT KLINIK NË TERAPINË LOKALE TË ULÇERAVE TË LËKURËS ME PANTOTEN CIKATRIZUES

F. Giacometti

Min. Derm. 1966, 9.

Terapia e ulcerave të lëkurës së kërcinjve, me dekursin e tyre gjithënjë të ngadalëshëm, është një problem i vështirë klinik dhe kjo sepse, shërimi që arrihet pas shumë përpjekjesi me përdorimin e lloj lloj mjekimesh, është lidhur ngushtë me faktorë etiopatogenetik kompleks, me karakter anatomic i funksional, qoftë lokal ose të përgjithëshëm, por që ndryshojnë nga një pacient në tjetrin.

Pasi bën një klasifikim të ulgerave të kërcinjve (me etiologji infektive e kapillare, varikoze e post flebitike, arteriale e me deficit arterial ose me etiologji tjetër post traumaticë, *decubitus*, *kombustio*), auktori pohon se dekursin e ngadalëshëm të tyre e favorizojnë sëmundjet shqëruese si ekzema, piodermitet, kapillaritet etj., jep rezultatet e 63 rasteve të mjekuara me pomadë ose shkume Pantoten. Ndër 32 rastet e mjekuara vetëm me pomadë lokalish, e shqëruar natyrisht me mjekime të përgjithëshme të rastit si vitamina, antibiotikë, kardiocinetikë etj., vetëm një pati përfundim negativ, ndërsa 3 patën përmirësim mjart të mirë, 25 të mirë dhe 3 të tjerë të shkëlqyeshëm, ndërsa ndër 24 raste të mjekuar me Pantoten shkumë cikatrizues janë konstatuar 3 përfundime negative, 10 mjart të mira, 15 të mira dhe 6 shumë të mira.

Auktori përfundon duke vënë në dukje vlerën e këtij preparati, që ushtron një proliferim në fund të plagëve dhe një epitelizezim të shpejtë, të lëmuat, uniformë dhe definitiv.

Sh. Basha

**MBI ROLIN E DHEUT NË EPIDEMIOLOGJINË E SËMUNDJEVE
NGA KËRPUDHAT**

*Prof. A.B. Tivozof dhe K.Sh. M. L.A. Macisherskaja
Viest Derm. 1966, 4.*

Duke ndjekur hipotezen dhe metodën e Vanbreugezen mbi jetën saprofite të dermatofitëve në dhë, auktorët morrin 165 mostra dheu në qytetin Baku dhe në zonat ndryshme të Azerbaxhianit. Në 139 mostra (93,9%), ato izoluan microsporon gypseum dhe në 8 (5,4%) keratomycos Ajello. Në mes të keratofitëve të izoluar, nuk u vu re ndonjë preferencë për ndonjë dhë të vegantë (tokë pemishë, zarzavatesh apo tokë e thjeshtë). U izoluan gjithashtu kërpudhat Fusaria dhe Alternaria tenuis. Në një kulturë u vu re njëkohësisht Microsporon gypseum dhe larva të parazitit intestinal Strongyloides intestinalis.

Sh. Basha

**KËRKIME VIROLOGJIKE DHE TË DHËNA KLINIKE NË
SËMUNDJET BULOZE ERUPTIVE TË FËMINISË**

A. Crosti, F. Giannotti, E. Hahn

Min. Ped 1966, 34

Epidermolysis bullosa congenita gravis (tip letal distrofik apo erpetiforme), *dermatitis herpetiformis Duhring*, *erythema polimorfum* dhe *epidermolysis necrotica acuta* (Syndrom Lyell) në fëmijët kanë çfaqje klinike më pak se sa në moshën e rritur. Këto sëmundje çfaqen me bulla subepidermike dhe shoqërohen me trazime të përgjithshme si ethe ndjenjë mosmiregjencë etj.

Sipas eksperiencës së auktorëve, *dermatitis herpetiformis Duhring* çfaqet jo përmë para gjashtë mujobështit të parë të jetës, zgjatet me muaj ose ndonjë vit dhe kalon pa dhënë recidiva; *erythema polimorfolbullosa cutaneo mucosa* çfaqet pas viti të parë të jetës, zgjatet ndonjë javë shërohet dhe mund të recidivojë; *epidermolysis necrotica acuta* (syndrom Lyell), çfaqet rrallë në fëmijët pas të dytit 6 mujob të jetës, gjithnjë në mënyrë spontane (ndryshe nga sa mendohet për moshën e rritur tek e cila çfaqet për arësyte toksike nga medikamenta nuk recidivon dhe, shpesh, çon në vdekje.

Auktorët kanë marrur në studim 6 fëmijë me *dermatitis herpetiformis Duhring*, 6 me *erythema polimorfum* të lëkurës dhe të mukozës, 12me *epidermolysis bullosa congenita* dhe 2 të tjerë me *epidermolysis necrotica* dhe kanë izoluar nga gjaku likidi i bullës dhe nga Liquor c.s. i këtyre, me anë qelizash K.B. dhe B.S. Ci, një virus që nga ana imunologjike dallohet në tipa të ndryshëm: reziston për dy orë në temperaturë 60°C, është pathogen për lepurin, në të cilin prodhon degjenerim makrova-kuolar të qelizave somato-sensitive të gjendrave spinale.

Sh. Basha

P A R O T I T I S

Prof. G. Izar

Minerva Médica 1966, 57, 77, 3095.

Auktori, pasi flet për formën tipike të parotitit, përmënd format abortive, format e zbutura, format e rënda me sindrome pseudotifoide ose septicemike. Parotiti nuk suporohet kurrrë; konvaleshenca është e shkurtër, recidivat janë përjashtime dhe janë takuar 20-26 ditë pas shërimit klinik.

Pastaj auktori bën fjalë për lokalizimet ekstra parotitike:

1) *Orchitis parotidica*: është forma më frekuente në adoleshentët dhe adultët, kurse përpëra pubertetit haset rallë, zakonisht fillon në të 6-8 ditë të sëmundjes. Filimi është i menjëherëshëm. Temperatura ngrihet përsëri deri 40°C. Dhimbyja në testikul është konstante, volumi 2-3 fishohet. Orchitis shërohet pas 8-10 ditësh. Zakonisht sëmuret vetëm një testikul. Si konsekuençë ndodh atrofia e organit, e cila arrin.

progresivisht, maksimumin në 2-6 muaj. Atrofia unilaterale nuk ka konseguencë fizilogjike; orchitis bilateral jep sterilitet ose azoospermji vetëm në 1,5% të rasteve.

2) Si lokalizime të tjera gjenitale përmëndën: urethritis, prostatitis, ovaritis, por steriliteti femëror nga parotiti nuk është demonstruar.

3) *Pancreatitis parotidica* vihet re vetëm në adultët në 4-5% të rasteve. Shërimi vjen 2-10 ditë pas, por ka mundësi të mbetet si pasoje diabeti.

4) Mund të vihet re kuadri i një thyroiditis.

5) Janë vrejtur shenjet e interesimit të Cortico-suprarenaleve dhe të hipofizës.

6) *Meningitis parotidica*: po të illogariten reaksionet e shpeshta meningeale, që shoqërojnë parotitin mund të obshrvohet në 20-30% të rasteve në të 4-7-tën ditë të sëmundjes. Në rastin e një meningjiti të vërtetë, fillimi është brusk. sindromet meningeale janë komplekte. Pastaj auktori pëershruan me hollësi ndryshimet që ndodhin në likuorin cerebrospinal.

7) *Encephalitis parotidica* obervohet rallë, më tepër është fjala për një meningoencephalitis. Ndodhin Coma dhe alteracione vegjetative, që kanë gjithmonë prognozë infaustra.

8) Auktori pëershruan lezonet e nervave craniale: *N. opticus, facialis, aurikularis*.

9) Përveç lokalizimeve të tjera, pëershruan dhe format e miokarditit nga parotiti.

Pastaj auktori bën fjalë për diagnozën diferencale dhe për terapinë e saj dhe të komplikacioneve.

Elmas Lapi

REPERTE TË BIOPSISË INTESTINALE NË NJË RAST SPRUE PËRPARA DHE PAS TRAJTIMIT ME ACID FOLIK

G. Astaldi, R. Penna dhe F. Ceretto

Minerva Medica 1966, 57, 81, 3290

Auktorët pëershruajnë repertet anatomo-mikroskopike të mukozës duodeno-jejunale në një rast me sprue përpara dhe pas trajtimit me acid folik. Përpara trajtimit, ata gjetën atrofinë e vileve intestinale, ndërsa në tunica propria obervuan dilatacion dhe stazë të kapillareve linfatike e sanguine, edemë intersticiale të theksuar dhe plazmoragi; nga një herë infiltracion celular të kufizuar. Epiteli nga një herë ishte normal dhe nga një herë paraqiste fenomene degenerative të gradave të ndryshme. Në disa zona të tjera, epiteli ishte shkëputur nga shtresa bazale.

Reperte të tillë patologjike janë zbuluar tanë së fundi edhe nga Swanson dhe Thomassen (1965) në *Sprue tropica*. Megjithatë nuk është fjala për një zbulim specifik. Auktorët kanë vënë re një repert të tillë edhe në disa raste të hepatitit viral. Pas terapisë me ac. folik (50 mgr. në ditë me rrugë imm. për gjithsej 2 gr.) alteracionet u pakësuan në mënyrë të ndijëshme, por nuk u zhdukën komplet, duke rezistuar sidomos çlaqja e edemës dhe stazës.

Lezonet e obervuar, siq deklarojnë vetë auktorët, nuk duket të janë të një entiteti morbos të përcaktuar e të veçantë, pasi janë hasur në afeksionet e natyrave të ndryshme si *Morbus Coeliacus, steatorrea idiopatica, Enteropathia nga glutina*, sëmundja e Crohn, anemja pernicioze; sëmundje infektive si hepatiti viral, *Colera Asiatica*, enteriti banal etj. Këto na bëjnë të pranojmë që shkaje të ndryshme si p.sh. kongjenitale, karciniale nutricionale, ambientale, flogistike, infektive, parazitare, toksike etj. mund të shpien në alteracione anatomo-mikroskopike të mukozës duodenajojunale.

Në një kazistik të gjërë, nga Portoriko, Sheehy dhe Floch (1964), kanë obervuar se vetëm rreth gjysma e rasteve — dhe në vëçanti në individët e ushqyer mirë para fillimit të sëmundjes — alteracionet zbuten shpejt deri në zhdukje, pas një periode prej tri javë deri në tre muaj trajtimi me acid folik dhe vitamina B₁₂. Përkundrazi në shumë raste të tjera është e nevojshme një terapi intensive dhe e zgjatur për 6-12 muaj para se të arrihen përmirësimë ose regresione të lezionateve intestinale; ndërsa në të tjerë akoma, lezonet e dhëna zgjatin në mënyrë kronike të pandryshuara për vjete.

Elmas Lapi

VIRUSOLOGJIA

*Izolimi post-mortem i virusit nga fëmijët me fruth Kongjenital
F. FEO*

Minerva Medica 1966, 57, 87, 3612

Neonatorët e lindur nga rëna, që kanë qënë të sëmura prej fruthit brenda 3 muajve të parë të gravidancës, paragjen shpesh malformacione kongjenitale. Këto anomali mund t'i detyrohen veprimit të virusit mbi fetusin gjatë periodës dëlikatë të organogjenezës, ose mund të jenë të dorës së dytë nga persistenca e virusit në testet në zhvillim.

Të lindurit me malformacione nga fruthi mund të vazhdojnë të eliminojnë me fëmijët përmes virusit.

W.E. Rawls e boshkëpuntorët kanë bërë studime interesante kërkimore «post mortem» në fëmijë të lindur me malformacione nga fruthi. Nga 10 fëmijë të vdekur me malformacione të fruthit, virusi u izolua në 8 prej tyre; përkundrazi nuk u gjet nëndet e 6 fëmijëve të pa infektuar me fruth, të vdekur në të njëjtën periudhë kohe.

Këto kërkime treguan që fëmijët me malformacione nga fruthi vazhdojnë, në një përqindje të lartë të rasteve, të janë të infektuar me virusin deri në vdekje. Nga momenti i marrjes së infektiimit, qysh nga muajt e parë të formimit të embrionit, mund të konkludohet që agjenti infektiv persiston të paktën 6-9 muaj. Nuk është e njohur sa zgjat kjo persistencë në persona me malformacione, që nuk vdesin me njëherë pas lindjes. Është interesante të përmendet se aukturët nuk kanë gjetur virusin në medula ossea të një personi në moshë 22 vjeçare, që vuante nga malformacione tipike të fruthit.

Në bazë të sa u tha më lart, mund të konkludohet se faktorët që e lejojnë virusin të persistojë nuk janë njohur, ashtu siç nuk është njohur roli eventual i lojtur nga rezistenca celulare.

Elmas Lapi

TRANSPORTIMI I TË SËMUREVE ME AEROPLAN TË LINJËS INDIKACIONE DHE KUFIZIME

G. Dal Fabbre

Minerva Medica 1966, 57, 87, 3573

Auktori, pasi përshtakuani kushtet optimale, që janë krijuar për udhëtimet me aeroplano e linjave të soçme, jep të dhënat e 171 rasteve të tija të mbledhura nga transportimi i të sëmureve gjatë vitit 1965. Duke analizuar rezultatet e punës së tij dhe në përvojën e të tjerëve, auktori arrin në këto konkluzione:

1) Transporti ajror me ajër në presion është mjeti më i përshtatështëm për të sëmurin, qoftë për rrugë të gjatë të mesme apo të shkurtër, sidomos në lartësira të mëdha, ku mungojnë turbullimet atmosferike.

2) -a- Si indikacione përmend: *Pertussis, asthma bronchiale, anaemia normohypocromica, sinusitis chronica.*

-b- Si kundraindikacione përmenden: *Insuficientia cardiaca grave, kriptaz anginoze*

— *Infarctus myocardii*, përparrë të 8-12 javësh.

— Pacientëve, që iu është futur gas si p.sh. pneumotorakset e freskëta, ventriculografi, pneumoperitoneum, pneumoren etj.

— Pacientët me haemoptoe dhe procese purulente të pastabilizuara.

— Hemoragji dhe trombozë cerebrale të freskët.

— Pacientët, që vuajnë nga sëmundje psiqike dhe që nuk dominohen nga medikamenta që tregojnë, duhet të janë të shoqëruar.

— Raste të rënda të *otitis media* me okuluzion të tubit të Eustachit.

— Sëmundjet ngjilëse.

— Gravidanca mbi 32 javë (disa pranojnë deri 36 javë).

— Persona që nuk kanë mbushur muajin, që kanë kaluar poliomiyelitin.

— Persona me tumore të mëdhenj të toraksit etj.

— Raste kirurgjikale të freskëta kur plaga nuk është forcuar etj.

Elmas Lapi

EPIDEMIOLOGJIA DHE PROFILAKSIA E HEPATITIT VIRAL

G. Visce

Il Polyclinico 1966, 73, 31, 1025

Në fillim auktori theksón se megjithëqë po bëhen gati 30 vjet që shumë kërkojnës, të pajisur me mjete dhe durim të madh, përpilen të përcaktojnë në laborator agjentin misterioz të hepatitit, nuk kanë arritur identifikimin e tij plotësisht. Në mungesë të tij dhënavë me rëndësi mbi etiologjinë e hepatitit viral, vlerë të veçantë marrin të dhënët që na jepin observimet epidemiologjike.

Pastaj auktori analizon njohuritë aktuale mbi epidemiologjinë e sëmundjes, nën drithën e rezultateve të studimit të tij anamnestik në 181 të sémurë me hepatit viral.

Trekuencia e rasteve të hepatitit të deklaruuar në botë mund të skematizohet kështu:

- 1) — Vende në të cilat morboziteti i sëmundjes është në ngritje (si p.sh. Italia).
- 2) Vende me morbozitet konstant (p.sh. Hungaria).
- 3) Vende me morbozitet në ulje (p.sh. Danimarka).

Në Itali vihet re një prirje e morbozitetit për të prekur moshën infantile dhe qytetit, kurse në Jugosllavi vihet re një prirje migracioni të frekuencës së lartë, nga regjionet veri-perëndimore të industrializuara në ato jugë-lindore rurale.

Midis faktorëve epidemiologjikë, sipas auktorit, duhet të kenë rëndësi më të madhe, nga një anë kontakti i drejtpërdrejtë midis individëve që bashkëjetojnë, nga ana tjetër përhapja me anë të ushqimeve të infektuara me virusin e hepatitit. Midis hepatiteve nga inokulacioni vetëm një pjesë ka origjinë transfuzionale; një numër i mirë i rasteve duket se rjedhin nga kontakti intra ose ekstra hospitalier, nëpërmjet instrumentave të ndyra me virus. Auktori jep më në fund disa nga masat kryesore të profilaksisë së hepatitit viral dhe theksón se transfuzioni i gjakut është duke u konsideruar si një masë terapeutike e rezikeshme, që duhet zbatuar vetëm në rrethana kur ka rëndësi vitale.

Elmas Lapi

IKTERI NGA NOVOBIOCINA

Luçiano Persice

Il Polyclinico 1966, 73, 48, 1607

Pasi ve në dukje vështirësítë që hasen sot në diagnostikën etiopatogenetike të iktereve dhe pasi analizon arsyet, auktori përshkruan një rast të ikterit prej novobiocinës të observuar personalisht prej tij.

Në ekzaminim merren modalitetet, me anë të të cilave një medikament i tillë provokon nga njëherë sindromin e ikterit, çfaqja e të cilit, sipas kërkimeve të bëra deri tanë, duhet t'i referohet:

- 1) Një pengese të penetrimit të bilirubinës së lirë në hepatocitet.
- 2) Një defekt i glicuronizmit të bilirubinës së lirë, shkaktuar nga inhibicioni i glucuroniltransferazës.
- 3) Një pakësimi të ekskrecionit të bilirubinës së konjuguar nga ana e celulave hepatike.

Auktori në fund illustron karakteristikat klinike dhe biokimike të kësaj forma të rrallë të ikterit nga medikamenti, prograza e së cilës, me përjashtime të rasteve të diskutueshme, rezulton zakonisht e favorëshme.

Elmas Lapi

ASPEKTI ODONTO-STOMATOLOGJIK I STENOZËS AORTIKE SUPRA VALVULARE

*R.M. Frank, M. Levy, — R. Sacres, F. Klein
Revue de Stomatologie, 1966, 67, 4-5 223-232*

Lidhja e anomalive kranjo-faciale dhe kardio-vaskulare është e njojur prej kohësh. Raste të koïncidencës kardio-pathive kongjenitale me anomalitë buko dentare janë studjuar nga Vilensky Bara Cler Regis (1957) dhe nga Monika (1961). Në këto anomali mund të vihen re disa sindroma si gargoilizmë, mongolizmë, displasia chondroectodermike ose sëmundja d'Ellis van Crefeld, sëmundja d'Apert, dysostose mandibulofaciale e Franceschetti etj. Kjo tregon për rolin e rëndësishëm që mund të luajë stomatologu në anomalitë e shumëllojshme të kombinuara me deformacione kraniofaciale. Ky rol mund të luhet kur nuk bëhet një ekzaminim rutinë, por ekzaminim i përgjithshëm sistematik i të sëmurit.

Këto mund të vihen re më tepër në stenozën e aortës. Këtu kemi një facie karakteristike, që është elementi kryesor diagnostik, forma e kokës dhe e fytyrës është ovale, sytë mund të kenë një strabizëm konvergjent, faqet të fryra, nares të drejtuara para dhe të hapura, mjekra e futur brenda. Në artikull skjarohet imtësisht pamja karakteristike e regjionit kranio-facial. Përvec kësaj, në gojë vihet re një mikrodorci e përgjithshëm, por më e theksuar tek kaninat e molaret. Follikulat e dhëmbëve të pjejurisë mungojnë. Ekzaminimi oral del i qartë nga mulazhet, radiografitë dhe, po që e mundur, nga teleorengenografija.

Auktorët spjegojnë imtësisht metodikën e ekzaminimit dhe paragesin raste, ku vihen re koreacioni i kardio-pathive me defektet kranio-faciale dentare, ku shpesh i shtohet një hypercalcemi idiopatike e rëndë me një prishje të metabolizmit fosforocalcik, nefrocalcinozë etj.

Zenei Kokumiri