

SËMUNDOJET NGJITËSE DHE GJENDRAT ENDOKRINE

Prof. Dr. LASZLO MOSONYI

Instituti i perfektionimit të mjekëve — Budapest.

Me sëmundje infektive kuptojmë gjithë ato që shkaktohen nga agentë të gjallë të jashtëm si bakteriet, viruset, rickettsiet — në kuadrin e një procesi lokal ose të përgjithësuar.

Së pari përmëndim gjithë ata faktorë, që qëndrojnë midis sëmundjeve infektive dhe aktivitetit endokrin. Sëmundjet infektive kanë veprim të drejtëpërdrejtë dhe të tertiortë mbi funksionet endokrine. Veprimi i drejtëpërdrejtë është atëhere kur shkaktari vendoset në vetë organin me sekrecion të brendëshëm dhe ndron funksionin e tij nën efektin e inflamacionit ose pasojave të tij që zhvillohen aty. Praktikisht bëhet fjalë për organet endokrine të mëdha: thyreoidea, ovarium, testet dhe eventualisht surenet, ndërsa në të tjerat, meqë janë shumë të vogla, zakonisht nuk lokalizohet ndonjë proces patologjik. Në organet endokrine të mëdha si në thyreoidea, në gonadet dhe në surenë — agenti, që vendoset, ka efekt supurativ, të tillë janë koket, që shkaktojnë thyreoiditis me karakter septik. Si simptomë kryesore vrehet hypothyreosa, e cila është pasojë e këtij procesi, ndërsa në fazën e inflamacionit mund të kemi dhe shenja hipertaksioni. Në thyreoid mund të vendosen dhe virusë, dmth mund të kemi thyreoiditis të formës virale dhe që zhvillohet në kuadrin subakut. Kjo e fundit është më e shpeshtë se sa mendohet dhe duhet të kemi kujdes kur i sëmuri ankon për dhimbje të grykës. Në këto raste, mjeku zakonisht ekzaminon fytin, por ai nuk duhet të lerë mënjanë edhe ekzaminimin e thyreoidës.

Shpesh kur një i sëmurë ankon për dhimbje fytit në gëlltitje, mjeku kërkon të përcaktojë vendin e dhimbjes, si në fyt, në limfoglandulet submandibulare etj. Por nuk duhet harruar se mund të kemi dhe thyreoiditis të izoluar. Zakonisht, në fillim ka një farë hipertaksion tranzitor, që klinikisht çfaqet me dobësi të përgjithëshme, anoreksi, asteni, dhimbje koke etj. Në këtë rast, herë pas here, mund të gjemë hiperfunksion tranzitor, i cili shpejt zhvillohet drejt hypothyreozës, që i konsiderojmë si pasojë e mbeturinave të thyreoiditis nga viruset. Këto procese nuk janë të rralla. Pikërisht për këtë, në rastet me temperaturë subfebrile, me disfagi etj. madje edhe në format më të herëshme të tonsilliteve nuk duhet neglizhuar ekzaminimi i thyreoidës. Aty ku ka mundësi, të bëhen edhe ekzaminimet funksionale.

Në thyreoidë lokalizohen edhe procese infektive të tjera, si p.sh. gumma, e cila mund të ngatërohet me tumoret. Në këtë rast ndihmon edhe mjekimi me penicillin, që jep rezultate të mira në gumma sifilitikë, kurse mbetet pa efekt në tumoret. Pra edhe përdorimi «ex juventibus» i penicillinës ndihmon në diagnozën.

Po në këtë grup përmënden edhe «tuberkulumat» në thyreoide, që nuk janë aq të rralla. Megjithëse T.B.C. në tërësi është në ulje, në moshën e kaluar vrejmë një ngritje të kësaj sëmundje; T.B.C. pulmonar tek pleqtë kap ata që vuajnë nga cor pulmonare, bronkoektazi, prandaj ky afeksion mund të lokalizohet edhe në thyreoide. Ky lloj thyreoiditis ose tuberkuloma në thyreoide mund të japë një kuadër të ngjajshëm me gumma, të zgjatur, me subfebrilitet periodik, me hyperemi dhe me një proces hyperthyreose, që përfundimisht mund të skjarohet me kërkesa histologjike.

Në thyreoide mund të lokalizohen dhe parazitet, kështu p.sh. cysta e ekinokokut. Cystat e ekinokokut në thyreoide jepin kuadër klinik të ngjajshëm me turbekulomat por që eosinofilia na tërheq vëmëndjen në drejtim të ekinokokut.

Grupi tjetër është tuberkulozi i lokalizuar në gonadë. Me T.B.C.-n e ovariumit dhe adnekseve shpesh ndeshet gjinekologu, por edhe internistë në rastet që paraqesin subfebrilitet, dhimbje abdominale, amenorhe, dysmenorhe, sterilitet, kur nuk gjen shenja të një sëmundje me karakter të përgjithësuar, duhet të mendojë edhe në këtë drejtim. Dhimbjet abdominale mund të orientojnë drejt në procesi kronik të heparit, të kolecistit, të pyelonit dhe të vezikës urinare, por nuk duhet lënë pas dore se këto mund të kenë edhe origjinë ovariale. Nga ana tjetër, dysmenorhea dhe, në veçanti steriliteti, duhet të tërheqin vëmëndjen në drejtim të ekzaminimit më të plotë të ovariumit. Në veçanti, në sterilitetin dhe dysmenorhet e grave të reja duhet të kemi parasysh edhe T.B.C. e ovariumit. Po këtë mund të themi edhe për testet, ku afeksioni tuberkular zakonisht është po aq i shpeshtë dha vjen si pasojë e T.B.C. renal e vesikal. Nga parazitet lokalizohet më shpesh në organet gjenitale biliarriazis. Në vendet subtropikale infeksionet parazitare janë të shpeshta në traktin gjenital dhe kjo sjell pasojë të rënda, si myilljen e vijave limfatike (elefantiaza).

Organi i tretë endokrin, që duhet të kemi parasysh janë surenet. Volumi i tyre nuk është i madh, por shpesh mund të jetë vend i proceseve inflamatore. Del pyetja, pse pikërisht në këto vendosen bakteriet? Më vonë do të përmënd dhe mbi raportet imunologjike, por këtu po e theksoj se prania e kortizonit në këtë ind, në sasi të madhe dhe koncentrim të madh shërbën si predispozues i infeksionit. Zhvillimi i bakterieve në substancën e sureneve është më i theksuar se gjetkë, gjë që u dedikohet raporteve imunobiologjike lokale, që krijon koncentrimi i kortizonit në inde.

Përsa i pörket hipofizës gjenden më rrallë si gumma ashtu dhe tuberkuloma, që mund të jetë pasojë e minigigit T.B.C.

Po kështu edhe për parathyreoiden mund të ketë inflamacion të izoluar pas infeksioneve virusale, që qfaqet më tepër me thyreoiditis; në raste të tillë kuadri klinik nuk është akut.

Mendoj të përmënd edhe një organ tjetër — pankreasin. Sistemi endokrin i pankreasit në parim — sipas studimeve të vjetra, është i veçantë, sistemi i ishujve mund të ndahet plotësisht nga funksioni eksokrin, por nuk mund të ndahet nga mundësia e përhapjes hematogene as edhe prej shtrirjes së absedimit, madje sot dihet se janë në lidhje funksionale, që këtu nuk mendoj të zgjatem. Sidoqoftë, pankreasi është një vend i shpeshtë i inflamacionit. Në veçanti përmënd se në shumë diabetikë, midis simptomave tillesfare, vilen në dukje dhimbje abdo-

minale, që lokalizohen në vendin e pankreasit, që shtrihet majtas në zonën Head të majtë dhe që shoqërohet me subfebrilitet.

Në pranikreatitin akut dhë kronik, dhimbjet e ngjajshme me ato prekordiale mund të tërheqin vëmëndjen në këtë drejtim, por nuk duhen neglizhuar ekzaminimet e tjera plotësuese si të diastazës, glicemisë dhe transaminazës, që në rast pozitivitetit, përforcojnë dyshimin tonë. Plikëpamja se pankreatiti mund të zhvillohet vetëm në kuadrin e një nekroze lipoidike, në parimështë e gabuar, sepse pankreasi në asnjë mënyrë nuk mënjanohet nga invaziioni bakterial, si cdo organ tjetër i organizmit. Nga një herë, në të vërtetë, ekziston nekroza lipoidike, simptomat e së cilës me karakter shoku, ndryshojnë nga ato të një sëmundjeje infektive akute të organit, me temperaturë.

Shpesh ne shohim se dhe diabeti fillon me dhimbje abdominale, por tërheqim vëmëndjen se dhe në infeksionet virusale të rrugëve të sipërme të frysma Marrjes ose dhe në mononukleozën infeksioze shpesh zhvillohet pankreatitis pa e diagnostikuar. Ndërryrja me kohë mund të pengojë zhvillimin e mëtejshëm ose kthimin në gjendje kronike.

Përveç këtyre, duhet të dallojmë veprimin e drejtëpërdrejtë të agjentëve infektivë nga ai i tirthortë mbi sistemin endokrin. Këtu përfshihet ndonjë çfaqje endokrine, që pason infekzionin. Këto çfaqje post-infeksioze i ndajmë në dy grupe: organike dhe funksionale. Në grupin organik bëjnë pjesë pasojat inflamatore të bazës së trurit, pas shërimit të proceseve meningeale, atëherë kur shkaktari nuk është i pranishëm, si trashje e cipave të trurit, myallje e vijave limfatike, që i vrejmë në sindromet ncuroendokrine, në kuadrin e diabetit insipid ose në kuadrin e sindromit të diencefalozës me subfebrilitet, takikardi, obezitet, eventualisht dhe me shenjat e **diabetes mellitus**. Të gjitha këto bëjnë pjesë në lezonet organike postinfeksioze. Madje dhe pas shërimit të encefaliteve virusale, substanca e bardhë dhe gri e sistemit nervor mund të pësojë ndryshime organike.

Ndryshimet funksionale janë më të rëndësishme, ato çfaqen në kuadrin e dy grup sëmundjeve; njëra është hyperthyreaza postinfeksioze, tjetra hyperkorticismi postinfeksioz. Pra të dy çfaqjet endokrine janë pasojë funksionale të inflamacionit.

Hyperthyreaza postinfeksioze gjendet më shpesh në të rinjtë, ku zhvillohet tonsilliti, ose ndonjë sëmundje e zgjatur me shenja simpatikotonie si sytë të shndritshëm, tremor i vogël, djersitje, tension labil, takikardi, të sëmurët dobësohen etj. Metabolizmi bazal mund të jetë i rritur $+ 20 - 24\%$ (sipas Krogh). Këta të sëmurë janë qetësuar me sedativë. Kjo hyperthyreozë ka qënë një ngacnim i thyreoides, si pësojë e infekzionit. Lidhur me këtë janë bërë edhe ekzaminime të tjera me mijte moderne: me jodin izotop në përbajtjen e jodit, me proteinat e serumit, me ekzaminimin e kolesterinës dhe vetëm në pak raste mundëm të përcaktonim hyperthyreozën e vërtetë. Është vrejtur se këta të sëmurë më parë janë qetësuar nga hyperthyreaza me medikamente përkatëse, me qëndrim në lartësi etj. Në këta, në të vërtetë infekzioni provokoi një hyperthyreozë postinfeksioze me rritje të jodit të serumit dhe të kritereve të tjera. Përkundrejt kësaj; në pjesën më të madhe u vu në dukje jo hyperthyreozë, por hipometabolizmi dhe në këtë përshtakim mund të marrim edhe një kategori të re — grupin e hipometabolizmit. Dhe kjo, si kategori e re, në esencë, është simpatikotonja, geneza e së cilës bazohet në stimulimin e disa pjesëve të sistemit nervor gjendrave. Këto hipometabolizme post infeksione.

mjaft mirë ndaj sedativave, p.sh. bellloidit, që ndikon shumë mirë mbi tonusin vegetativ. Hipermetabolizmi post infeksioz, si kuadër që ekziston në të vërtetë, shpjeton mirë gjendjen e keqe pas sëmundjeve infektive akute dhe që mund të shërohet me mjekimin përkatës.

Pasoja tjetër post infektive është kortiziemi. Sipas të dhënave të literaturës mbi hyperkorticizmin post infeksioz — respektivisht konceptit të Selye, është një shprehje që karakterizon gjendjen funksionale ondulante të sureneve gjatë sëmundjeve infektive.

Në fillim vrehet një aktivitet i shtuar, respektivisht i reakzionit alarm, më vonë ulet sekrecioni, më vonë pason stadi reparativ, pra sureni e rishiton gjendjen funksionale originale fillestarc. Në këtë veprim pra tërhiqet vëmëndja në fazën e dytë dhe të tretë. Sipas literaturës krijohet një gjendje e tillë që me përcaktimin e eosinofillive (numëri absolut) mund të nxjerrim konkluzione mbi hypofunksionin e korteksit të sureneve. Kjo eosinofili nuk është e njëjtë me atë simptom klinik të vjetër, që Schilling e ka vrejtur në kuadrin e gjakut periferik në shenjat e para të shërimit të sëmundjes. Sipas tij, eosinofilia paragjistë shërim. Në të vërtetë vrejmë eosinofili pas zhvillimit të inflamacioneve. Interpretimi i ri i ve rëndësi korteksit të sureneve dhe vjen se eosinofilia paraqet veprimin e ulur të korteksit të sureneve. Por ky funksion i ulur nuk është moment karakteristik i shërimit.

Eosinopenia e vrejtur në fazën e parë, shëndoshja kushingoide, rritja e glicemisë, rritja e elementinimit të 17 ketosteroideve janë si çfaqje hiperkorticizmi, pra hiperkorticizmë post infeksioz transitor. Këtë hiperkorticizmë post infeksioz e kanë vrejtur në institutet që kurojnë T.B.C. — pra në vende të atilla ku kanë observuar shumë të sëmurë, oë vuamin nga infeksione T.B.C. subakute. Nga observimet e mijë në Shqipëri, ku kam parë shumë brucelzoza, vetëm në një rast kam vrejtur gjendje të tillë kushingoide transitore nga 60-80 raste. E sémura ishte një grua e re dhe e dimë se në gratë e reja çfaqja kushingoide nuk është e rrallë. Shkolla e Ferenc Kovacs ka pëershruar se izoniacidi shikakton ngacmim të drejtëpërdrejtë mbi nukleozet hipotalamike të sistemit nervor qëndror dhe pikërisht për këtë ekziston mundësia e zhvillimit të një gjendje kushingoide. Ekziston dhe një interpretim tjetër: streptomicina dhe më tepër izoniacidi ul përbajtjen e piridoksinës së heparit. Siç dihet piridoksinëa është pjesëtar i kompleksit të vitamininës B (dhe është i nevojshëm që në këtë të zhvillohet procesi i metabolizmit të heparit). Me veprimin e piridoksinës mund të interferojë isoniazidi dhe nuk është e pamundëshme që për shkak të mungesës së piridoksinës të zhvillohet një grregullim i zërthimit të kortizonit dhe të zhvillohet hiperkorticizmi, pa qënë nevoja e stimulimit të korteksit surenal. Ky hiperkorticizmë është thjesht një hiperkotizonizmë dhe paraqet veprimin e kortizonit, që është në gjendje aktive i pa zërthyer, i pa lidhur me proteinat në qarkullim. Nga ana ime theksoj, se menjithëse të dhënat e literaturës nuk mund t'i mohojmë plotësisht, duhet të dimë se nuk ka rëndësi të veçantë, pasi ky sindrom dhe, sipas vetë autorëve, cilësohet si një fenomen transitor, që zëvëndësohet më vonë me gjendjen normale.

Veprimi i kundërtë është kur funksioni dha gjendja e organeve endokrine ndryshon receptivitetin për sëmundje infektive. Në radhë të parë dy grupe hormonesh duhet të marrim parasysh — atë të funksionimit të korteksit surenal dhe atë të gonadeve. Nën veprimin e korteksit surenal sintetizohen shumë hormone, por ne këtu po vemi në dukje

veprimin e glukokortikoideve. Duhet të marrim parasysh veprimin fizilogjik të glukokortikoideve në çfaqjen e sëmundjeve infektive. Në radhë të parë ato kanë efekt glukoneogenetik, pra rritin koncentrimin indor të karbohidrateve; së dyti ndryshojnë karakterin e indit fibrolik dhe gojnë në tretjen e tij; së terti pengojnë aktivitetin e hyaluronidazës, që rrit aftësinë invazive të disa bakterieve; së katërti pengojnë fagocitozën dhe, ajo që është më e rëndësishmja, se shpicn në ndryshime të gjendjes imunobiologjike të organizmit. Escencën patogenetike dhe të përpiktë të këtij ndryshimi imunobiologjik nuk e njohim. Si shpjegim ndoshta mund të marrim reduktimin e volumit të sistemit limfoid dhe, siç e dimë, limfocitet si celulat e tjera monocelulare, celulat plasmatike përgjigjen për prodhimin e imunoglobulinës.

Nëqoftëse volumi i këtij organi ulet, atëherë edhe sasia e imunoglobulinës ulet. Ky është një nga faktoret që ndikon në këtë kohë. Faktor tjetër, që nuk është konkretizuar plotësisht, është veprimi i vetë glukokortikoideve mbi agentët patogenë dhe që rritin virulencën e disa agentëve patogenë. Mekanizmu i kësaj nuk e njohim vetëm me eksaminimin molekular, histologjik ose ultra mikroskopik. Sot mund të përcaktojmë se çfarë ndodh në të vërtetë në brendësinë e viruseve ose celulave, që fagocitojnë virusen.

Si veprim reciprok midis agentëve patogenë dhe gjendjes së organizmit vjen sëmundja. Në gjendje anergjje, veprimi i agentit është i ndryshëm nga ai në gjendje hiperergjike. Nëqoftëse kortizoni ose glukokortikoidet veprojnë mbi të dy, atëherë reflektohet edhe mbi manifestimet e ndryshme të kuadrit klinik. Veprimi edhe mbi agentët është një fakt i dokumentuar me eksperimente në kafshë.

Në kafshë kanë observuar efektin e kortizonit para dhe pas injektimit të kulturave të antraksit. Me grupin kontroll është përcaktuar se nën efektin e kortizonit të dhënë me një herë drejtëpërdrejt para kulturave bakteriale rritet letaliteti i kafshëve. Duket kuartë se gjendja imunobiologjike e kafshës nuk ndryshon në dhëni e njëkohëshme të kulturave dhe kortzonit, por më tepër ndryshon virulencia e agentëve.

Teorikisht rol lot edhe gjendja imunobiologjike e kafshëve.

Kortizoni ka edhe një efekt të drejtëpërdrejtë mbi indet inflamatore, kështu p.sh. nën efektin fibrolitik, antibiotikët, që jepen sëbashku, mbrijinë më mirë në kontakt me bakteriet dhe kështu efekti baktericid i tyre shtohet.

Të gjithë këta faktorë pra tregojnë se dhënia e glukokortikoideve ndihmon organizmin të luftojë infeksionet bakteriale dhe sëmundjet infektive, veçse duhet të zgjidhet koha e përshtatëshme e dhënieve. Nëqoftëse do të marrim përbazë sëmundjet virusale, ku reaksiioni mbrojtës i organizmit formohet ngadalë dhe që nga shumë anë e pengon mbrojtjen e organizmit, mund të themi se në fazën fillestare dhënia e tyre është e kontraindikuar. Por ka raste, për shkak të disa komplikacioneve, mjeku duhet ta peshojë mirë këtë. Kështu p.sh. në herpes cornealis, që kërcënons me perforacion. Këtu bëhet fjalë për herpesin lokal, kur organizmi është i sëmurë në një zonë të vogël, por duhet të kemi parasysh rrezikun e dhënieve së kortikosteroideve, sepse efekti antiinflamator i medikamentit është më i rëndësishëm se sa eventualisht përgjithësimi që mund të jepë, gjë që duhet ta kemi parasysh, por që shpëtimi i syrit në këtë rast është më i rëndësishëm. Një komplikacion tjetër është dhe encefaliti, që mund të jepë pasoja të rënda të mëvonëshme

dhe prandaj përdorimi i kortikosteroideve në këtë rast është i përshtatshëm dhe duhet të fillohet sa më shpejt.

Përveç këtyre, të përmëndim dhe pankreatitin. Prosesi mund të shpjerë në formimin e diabetit. Kështu që mjeku mund të evitojë inflamacionin e pankreasit, përgjithësimin e infeksionit viral dhe komplikacionet e tij me mjekimin e rregulltë. E rëndësishme është ajo që duhet ta peshojmë mirë se sa është rreziku i përgjithësimit të infeksionit dhe sa është rreziku që mund të vijë nga procesi lokal. Këta janë dy faktorë më të rëndësishëm, që duhet t'i kemi parasysh në mjekimin e sëmundjeve infektive me kortizon.

Bakteriet që kanë endotoksinë, siç është grapi i salmonellave, ndërto edhe salmonella typhi, shkaktojnë gjendje toksike. Endotoksinat kanë edhe një efekt që shpien në kollaps, kriojnë një gjendje shoku: rënje e tensionit arterial, anoreksi, çregullime të qarkullimit të gjakut dhe të frymëmarrjes, pra një kuadër klinik jo karakteristik dhe, megjithatë, themi se i sëmuri është në gjendje toksike. Zakonisht të sëmurët në gjendje tifoze janë apatikë dhe me delire. Në këto raste mjekimi me kortikosteroide është një ndihmës i mirë. Ndryshimi imunobiologjik nuk është aq i madh sa të rrezikojë organizmin, përkundrazi kundër endotoksinave ka efekt të mirë. Kjo mund të vërtetohet edhe me rrugë eksperimentale; minjve, të cilëve iu është injektuar endotoksina, që në të njëjtën kohë janë kuruar me kortikosteroide, mund të mbrohen. Këtu nuk bëhet fjalë për agentët infektivë, por vetëm për toksinat, veprimin e të cilave mund ta dobësojmë duke përdorur kortizonikët. Si konkluzion mund të themi se kortikosteroonet ndihmojnë miaft në mjekimin e sëmundjeve të shkaktuara nga endotoksinat, duke pasur parasysh kohën dhe dozën përkatëse. Natyrisht mund të ndodhë dhe perforimi i ndonjë ulteracioni në tifo, që duhet ta kemi kujdes gjalë mjekimit me kortizonikë. Nën efektin e mjekimit me kortizonikë nuk çfagen simptome klinike të shpejta (peritonite).

Pra në bazë të këtyre të dhënavë, në rastin e infeksioneve viruse, duhet të presim atë periodë kur kortizoni nuk prish gjendjen imunobiologjike, kurse në sëmundjet me endotoksinë, kortizoni në përgjithësi është ndihmës i mirë.

Në grupin tjeter radhisim pneumoninë dhe infeksionet e tjera bakteriale. Megjithëse efektet toksike të voçanta të agentëve nuk i njohim, pneumonia toksike është një gjendje shumë e rëndë, që vepron drejtëpërdrejt në zemër. Dihet mirë p.sh. se pas pneumonisë janë të shpeshta insuficiencat e qarkullimit, ku nuk gjejmë bazë anatomo-patologjike, ose nuk vrejmë endokardit, por që dobësimi i miokardit vrehet shpesh pas kalimit të pneumonisë.

Në përgjithësi, në mjekimin e pneumonisë nuk është e nevojshme të japim kortizon, sëmundjen mund ta shërojmë dhe të pengojmë kallimin në gjendje kronike me antibiotikë, nëqoftëse mjekohen në mënyrën përkatëse. Sipas përvojës sime, detyrohem të përmënd se në disa raste mjekimi nuk bëhet në mënyrën më të drejtë.

E rëndësishme është se mjekimi me antibiotikë duhet të vazhdojë deri në zhdukjen e simptomeve aktive të sëmundjes. Rënia e temperaturës nuk është kriter oricntues. Përmënd shëmbullin e një vajze me pielonefrit të rëndë, që u mjekua dhe u bë më mirë në dukje pas dy infeksioneve penicillinë, por pas dy ditësh përsëri u keqësua. Pra mjeku e mjekoi piolestitin vetëm me dy infeksione penicillin, që mund të themi ma t'ë drejtë se ky është një shkrim teknik. Pa kjo re-

flektohet edhe për pneumoninë, nëqoftëse të sëmurit me pneumoni, pasi i kemi bërë një ose dy penicillina, i ulet temperatura dhe për dy ditë është pa temperaturë, nuk mund ta konsiderojmë të shëruar. Mjekimi duhet të zgjatë të paktën një javë dhe pikërisht për këtë ritheksoj rëndësinë e mjekimit të plotë.

Në këto raste, mjekimin me kortizonikë nuk e përdorim si ndihmës të mjekimit me antibiotikë, por për ta nxjerrë të sëmurin nga gjendja e shokut.

Në veçanti, në pleqtë, që nuk janë në gjendje të mirë, në alkollistët, në gratë shtatzëna, në rast pneumonie gjithënjë japid për 1-2 ditë kortikosteroide, në mënyrë që të evitojmë gjendjen e një shoku. Natiqisht mjekimin me antibiotikë duhet ta vazhdojmë më tej, ndërsa kortizonin nuk ka nevojë ta vazhdojmë gjatë, të shumtëri tre ditë, shumë herë dhe dy ditë janë të mjaftueshme dhe nuk ka kontraindikacion as në diabetin, as në ulcerat, as edhe në insuficiencën adrenale.

Grupi tjetër i hormoneve është ai i gonadeve. Çfarë efekti të drejt-përdrejtë kanë hormonet gonade? Dihet se eunukët reagojnë më keq ndaj sëmundjeve, ndaj sensibilizimit allergjik, madje as nefritin Masugi nuk mund ta provokojmë në ta. Anergjitet, hiporergjitet, në përgjithësi, i njohim si hipogonadizmë me fenomenet që shkojnë me të. Prej vjetësh dihet dhe është vrejtur gjérësisht se gratë gjatë menstruacioneve kanë prirje për infeksione. Mjafton të përmëndim *herpes labialis*, që zakonisht vrehet në disa individë gjatë menstruacioneve. Në këtë rast nuk është rritur virulenca e agentit por nën efektin e hormonit oestrogen, terreni ndryshon dhe rritet astësia invazive e virusit, që shkakton *herpes labialis* për arësyte të uljes së rezistencës; follikulina, hormoni oestrogen, krijon një gjendje të atillë në idet, që ul receptivitetin e organizmit ndaj virusave. Këta dy faktorë duhen marrë parasysh.

Sic shihet ekziston një veprim i ngushtë reciprok midis sëmundjeve ngjitime dhe gjendrave endokrine, që duhet të kihet parasysh në praktikën e përditëshme.

Dorëzuar në redaksi më 20.III.1968

S U M M A R Y

INFECTIOUS DISEASES AND ENDOCRINE GLANDS.

In this work the author describes the relations that exist between different infectious diseases on one hand and the functions of the endocrine glands on the other.

He analyses in particular the infectious processes of the thyroid gland, their clinical picture and differential diagnosis, the isolated forms of thyroïditis, syphilitoma and tuberculoma of the thyroid gland, some parasitic infestations like echinococcal cystes of the thyroid gland.

In another group he mentions the localised tuberculosis of the gonads, the ovaria and their adnexes, bilharziosis localised in these glands, the differential diagnosis of these affections.

Other important organs from this point of view are the adrenal glands, which can often be the site of inflammatory processes, whereas the hypophysis is rarely attacked by syphilis or tuberculosis (only in cases of meningitis).

As regards the parathyroid glands, they are mostly attacked by viral infections.

The pancreas can be the site of acute and chronic infections which offer a very characteristic clinical picture.

After that the endocrine manifestations are presented as organic or functional consequences of previous infectious processes. Particular consideration is given to the functional troubles which can be divided into two groups: post-infective hyperthyreosis and post-infective hypercorticism, describing in detail their clinical pictures and their treatment.

On the other hand the state and functions of the endocrine glands are capable of changing the organism's susceptibility to infections.

Two groups of hormones must be given a special attention: the adrenal cortex and the gonads. The author describes the role of cortisone in the treatment of infectious diseases, its indications and contraindications in bacterial and viral infections and in the diseases that can affect the endocrine glands. The gonad secretion has also a direct influence on the infectious diseases.

The author concludes that the reciprocal action between the endocrine glands and the infectious diseases is very important, that in many occasions these factors have a definite influence on the pathological manifestations both of the endocrine and infectious diseases as well as on the whole organism.

Résumé

LES MALADIES CONTAGIEUSES ET LES GLANDES ENDOCRINES

L'auteur traite des rapports existant entre les maladies contagieuses et les glandes endocrines.

Il analyse en particulier:

Les processus infectieux relatifs à la thyroïde, — la clinique et le diagnostic différentiel de la thyroïdite isolée: des gommes syphilitiques, des tuberculomes, des parasites, tels que le kyste échinococcique, etc. dans la glande thyroïde.

Dans un autre groupe il étudie la tuberculose localisée dans les ovaires et les annexes; tandis que en ce qui concerne les parasites, il parle de la bilharziose, avec ses données cliniques et diagnostiques.

Parmi les autres glandes endocrines, l'auteur traite les surrénales, qui peuvent être l'objet de processus inflammatoires alors que dans l'hypophyse on rencontre rarement des gommes syphilitiques ou des tuberculomes comme conséquence de la méningite tuberculeuse.

Les parathyroïdes peuvent être le siège d'inflammations isolées consécutives à des infections virales.

L'auteur traite brièvement la pancréatite aiguë et chronique, avec ses symptômes.

Il fait ensuite mention des phénomènes qui se manifestent dans les glandes endocrines à la suite de l'infection et qui peuvent être organiques ou fonctionnels. L'auteur attache de l'importance aux altérations fonctionnelles, et cite deux groupes de maladies: l'hyperthyroïdose post-infectieuse et l'hypercorticisme post-infectieux. Il décrit en détail leurs données cliniques ainsi que leur traitement. Il traite ensuite des processus inverses, lorsque la fonction et l'état des glandes endocrines modifie la réceptivité à l'égard des maladies infectieuses.

L'auteur décrit les deux groupes d'hormones, dont il faut tenir compte, celui du cortex surrénal et celui des gonades. A propos du cortex surrénal, l'auteur fait une analyse détaillée du rôle de la cortisone dans les maladies infectieuses. du mécanisme de son action, de ses indications et contre-indications, dans les maladies bactériennes et virales.

L'auteur conclut enfin que l'action réciproque des maladies infectieuses et des glandes endocrines est très importante et qu'il convient d'en tenir compte dans la pratique courante.

TË SËMURËT ME DIABETES MELLITUS TË SHTRUAR NË KLINIKAT E TERAPISË NË TIRANË GJATË VJETËVE 1964 - 1965

— Prof. FEJZI Hoxha —

Klinika e Terapisë Hospitaliere. Shef. K. Shk. Mjek. V. Popa

Diabetes Mellitus është një sëmundje e shpeshtë dhe gjithçnjë është duke u shtuar. Sipas statistikave të shumta të autorëve të ndryshëm (Joslin, Deroit), **morbidity i diabetes mellitus arrin në 1.5-2%** të të gjithë popullsisë. Prandaj, në shumë vende të botës është konsideruar si një sëmundje me karakter shoqëror. Diabetologja është bërë sot një degë e specializuar e mjekësisë moderne. Edhe në vendin tonë, rastet e kësaj sëmundje vihen re gjithénjë e më të dendura dhe po të bëhej një depistim sistematik për të zbuluar edhe format e lehta të diabetit, ndoshta shpeshtësia e tij do të ishte shumë më e madhe nga qëmendohej. Organizimi më i mirë i shërbimit ambulator, kompetenca e atyre që merren me studimin dhe mjekimin e kësaj sëmundje dhe, më në fund, depistimi i hershëm dhe sistematik i sëmundjes do të bëjë që në të ardhmen të kemi një ide të plotë të përhapjes së diabetit në vendin tonë. Pa dyshim, ne vemë re tani më shumë raste të diabetit se 15-20 vjet më parë dhe propabilisht si shkak ndërhyr përmirësimi i faktorëve socialë, përmirësimi i ushqimit dhe i jetesës në përgjithësi i popullit tonë.

Në klinikat e terapisë së spitalit të përgjithshëm të Tiranës gjatë vjetëve 1964-1965 janë shtruar për mjekim 102 të sëmurë me diabet. Prej këtyre kanë qënë 44 femra dhe 58 meshkuj. 3 nga këta pacientë janë shtruar nga dy herë brenda vjetit 1964. Një pacient është shtruar dy herë në vitin 1965. Por në statistikat tona këta janë regjistruar vetëm një herë.

Një kartelë është konsideruar e pavlefëshme.

Nga 102 pacientët me diabet, 71 kanë qënë nga Tirana, 5 nga Korça e rrathi saj, 4 nga Shkodra, 4 nga Fieri, 3 nga rrathi i Elbasanit, 3 nga rrathi i Krujës, 2 nga Kavaja, 2 nga Saranda, 1 nga Durrësi, 1 nga Mamurrasi, 1 nga Vlora, 1 nga Tepelena, 1 nga Gjinokastra, 1 nga Përmeti, 1 nga Peshkopja është 1 nga Mirdita.

Të ndarë sipas profesionit ishin: 22 nëpunës, 21 gra shtëpijake, 19 punëtorë, 14 punëtorë bujqësie (duke futur këtu edhe gratë fshatare, sepse edhe ato merren me punë bujqësie), 8 nxënës e studentë, 4 shofërë, 3 arsimtarë, 1 inxhinier, 1 artist, 1 kuxhinier, 1 robaqeprës, 1 fotograf, 1 traktorist, 1 sanitari, 1 veteriner, 1 ushtarak dhe 2 pensionistë, të cilëve nuk iu është shënuar profesioni që kanë pasur para se të dilnin në pension.

Të ndarë sipas moshave, diabeti është çfaqur ndënë moshën 11 vjeç në dy raste (1.96%), ndërmjet moshës 10 dhe 20 vjeç në 3 vete (2.94%), ndërmjet moshës 21 dhe 30 vjeç në 19 vete (18.62%)

»	~	31	»	35	»	7	»	(8.86%)
»	»	36	»	40	»	7	»	(6.86%)
»	»	41	»	50	»	18	»	(17.64%)
»	»	51	»	60	»	26	»	(25.5%)

Mbi moshën 60 vjeç në 20 veta (19.6%).

Megjithëse është vështirë të përcaktohet me përpikmëri mosha e çfaqjes së diabetit, pasi edhe kur është bërë diagnoza, nuk mund të thuhet kur kishte filluar sëmundja me siguri, mund të themi se sipas të dhënavë tonë rezulton se në 31 vete, diabeti është çfaqur në moshë të re ose relativisht të re, ndën 35 vjeç, kurse në shumicën e pacientëve (në 71 vete) sëmundja është çfaqur mbi moshën 35 vjeç dhe më të shumtën mbi moshën 40 vjeç (në 64 pacientë është çfaqur mbi 40 vjeç e lart; 62,75%).

Po të marrim në konsideracion anamnezën e pacientëve, diabeti është çfaqur: në 8 vete një muaj përpara se të shtroheshin pér mjekini në klinikë; në 17 veta ishte çfaqur mbi një muaj deri në një vjet më parë; në 11 vete nga një deri dy vjet më parë; në 15 pacientë mbi dy vjet; në 8 vete diabeti ishte çfaqur para 3 vjetëve; në 8 para 4 vjetëve; në 9 veta para 5 vjetëve; në 8 të tjerë para 6 vjetëve; në 5 pacientë simptomat e sëmundjes kishin filluar dhe diagnoza ishte bërë 7 vjet më parë; në dy pacientë sëmundja ishte çfaqur para 5 vjetëve; në një para 9 vjetëve; në 3 vete 10 vjet më parë; në një para 13 vjetëve; në një para 20 vjetëve, në një para 22 vjetëve; një pacient ishte diabetik prej 27 vjetëve dhe një tjetër prej 35 vjetëve.

Me gjithë përparimet që janë bërë në studimin e kësaj sëmundje, sidomos në këto dhjetë vjetët e fundit, shkaqet etiologjike të diabetit mbeten shumë të panjohura. Është e sigurtë se faktori i predispozicionit ka rëndësi të madhe në çfaqjen e sëmundjes «Trashëgimia pér këtë sëmundje është më tepër një predispozicion; është një trashëgimi përcaktuese pa dyshim shumë kompleks, të cilin mund ta favorizojnë shumë faktorë të tjerë». (J. Vague et G. Godefroy).

Në anamnezën e të sëmurëve vihet re se shumë herë diabeti gjenet në ndonjë nga prindërit ose nga far e fisi i pacientit. Kogan-Jansi e gjen trashëgiminë në $15,5\%$ të të sëmurëve të tij me diabet. Sipas Harvey Knowles, diabeti është gjetur në familjarët e pacientëve në $19-39\%$; në $4-10\%$ nëqoftëse anamneza kufizohet vetëm në prindërit. M. Labbe (Derot) e gjen herenditetin në 23% të rasteve; Von Noorden e Joslin e gjejnë në 25% . Pra siç shihet, interpretimi i përqindjeve varet nga statistikat e ndryshme të cdo autori. Sidqoftë askush nuk e mohon sot rëndësinë e madhe të trashëgimisë në çfaqjen e diabetit. Edhe Pomeranze shkruan se: «cdo njeri që ka në antecedentët e tij një diabetik, është i dyshimit pér diabet». Në pacientëtanë, duke u bazuar vetëm në anamnezën e prindërve, ne e gjejmë trashëgiminë në 9 raste — $8,9\%$. Në numërin e të sëmurëve është gjithnjë vështirë të përcaktohet me siguri përqindja që ze trashëgimia, pasi një nga prindërit mund të ketë vdekur nga sëmundje zemre ose vaskulopati cerebrale, ose sëmundje tjetër që mund të ketë qënë një komplikacion i diabetit; ose edhe nëqoftëse jetojnë prindërit ata mund të mos vij-

nënshtuar ekzaminimeve të kujdesëshme me provat e domosdoshme, për të zbuluar nëqoftëse ndonjë prej tyre, ose far e fisi i afërt i tyre, ka një diabet latent. Mund të ndodhi disa herë që prindërit të kenë vdekur në moshë të re nga ndonjë sémundje tjetër dhe nuk kishin pasur akoma shenjat e dukëshme të diabetit. Më shumë kjo ndodh edhe në kushtet e pacientëve tanë, që shumë prej tyre nuk e dinin nga se u kanë vdekur prindërit 20-25 ose 30 vjet më parë, kur shërbimi mjekësor në vendin tonë ishte i dobët, dhe të sémurët vdisnin pa një diagnozë të saktë.

Përveç trashëgimisë, në çfaqjen e diabetit ndërhyjnë edhe faktorë të tjerë predispozues: faktorët alimentarë e socialë,jeta sedentare; gravidanca, stresset emotive, si dhe faktorët endokrinë në çfaqjen e diabetit. Por një rëndësi të madhe ka sidomos adipoziteti. Ndërmjet të sémurëve tanë, 6 vetë kanë pasur një nga prindërit e tyre obezë; dy pacientë të dy prindërit i kanë pasur obezë — 17 prej pacientëve kanë qënë vëlë obezë para çfaqjes së diabetit. Dihet se në diabetin e të irriturve, sidomos tek të cilët sémundja çfaqet mbi moshiën 40 vjeç, adipoziteti është shkaku kryesor i diabetit. Këtë e kishite vënë re Bouchardat. Joslin e konfirmoi me të dhënat e tij dhe ky autor shkroi fjalët që kanë mbetur të njoitura: «adipoziteti është një rrugë që të çon shpesh herë në diabetes mellitus». Kjo tashmë është një e vërtetë e padiskutueshme. Por edhe faktorë të tjerë predispozues janë konsideruar shkak i çfaqjes së diabetit. Nuk janë të rralla rastet e përshkruara nga autorët e ndryshëm, të çfaqjes së diabetit gjatë ndonjë sémundje infektive ose gjatë konvaleshencës së saj. Ndërmjet pacientëve tanë, në një vajzë 15 vjeçare dhe në një grua 37 vjeç, diabeti u çfaq respektivisht në të parën 3 javë dhe në të dytën 4 javë pas një gripi shumë të rëndë. Kurse, në një pacient tjetër, diabeti u çfaq një muaj pas një bronkopneumonie; gjatë konvaleshencës pacienti mbeti i dobët, lodhej shpejt, pastaj iu çfaqën shenjat e poliurisë, polidipsisë dhe gjithë simptomat e tjera të diabetit; u konfirmua diagnoza e sémundjes nga të dhënat e laboratorit.

Me gjithë rëndësinë që mund të kenë disa herë infeksionet e ndryshme në çfaqjen e diabetit dhe megjithëse disa autorë pranojnë mundësinë e çfaqjes së diabetit nga infeksionet akute (Kogan-Jasni, Geyllan), edhe kur roli i tyre duket i padiskutueshëm në çfaqjen e diabetit, shumë autorë të tjerë mendojnë se infeksione; nuk bëjnë veçse zbulojnë një turbullum metabolik deri atëherë latent (Derot), përveç ndonjë rasti shumë të rrallë, ku faktori infektiv ka shkaktuar diabetin nga një agresion pankreatik. H. Knowles shprehet se nuk ka të dhëna për të menduar që infeksioni mund të shkaktojë diabetin. Sipas këtij autorit, është më e besueshme që infeksionet zbulojnë diabetin ose e rëndojnë gjendjen e tij. Ky është opinioni që pranohet nga shumica e diabetologëve të sotëm.

Në një nga pacientët e shtruar në klinikën tonë në vitin 1965, diabeti u çfaq në mënyrë të besafishme pas një emocioni të madh. Është rasti i një shoferi N.Xh., 36 vjeç, shtruar më 28 gusht 1965, me nr. kartele 6705, duke udhëtuar nga Durrësi në Tiranë, pësoi një aksident dhe një nga pasagjerët që transportonte vdiq. Qysh atë mbrëmje, shoferit iu çfaq një etje e madhe, piu mbi 20 litra ujë dhe urinonte shumë, i thahej gjuha. Ditën tjetër u vizuitua dhe në urinat iu gjet glukozë 6,8gr%, aceton +++, dhe glicemja 3,8 gr/l; u vu në dietë dhe në kurë me insulinë. Nga spitali dolli i ekilibruar, me dietë të caktuar dhe kurën me in-

sulinë. Rëndësia e faktorëve psiko-emotive në keqësimin e evolucionit të diabetit është e njohur dhe e padiskutueshme. Në shumë raste kemi vënë re se emocionet, preokupacionet e mëdha keqësojnë dekursin e sëmundjes, por është vështirë të pranohet që një stress emotiv të shkaktojë një diabet në një njeri normal. Megjithatë, në disa raste të rralla, si në rastin tonë, vihet re një koïncidencë e sigurtë e çfaqjes së diabetit me stress-in emotiv dhe mjeku mbetet në dilemë: mos vallë në këto raste trauma psihike ka rënduar dhe ka vënë në pah një diabet deri atëherë të maskuar? Do i të kishte pasur mundësi të shpreheshim më me siguri sikur pacientit tonë shofer, para se t'i ndodhët aksidenti, t'i ishin bërë provat e diagnostikimit të diabetit. Natyrish, është e pamundur të bëhen këto prova për gjithë popullatën, prandaj edhe nuk mund të luhet në se pacienti ka qënë ose jo më parë diabetik ose prediabetik. Në rastet kur koïncidon çfaqja e diabetit me traumën psihike edhe nëqoftëse pacienti mund të kishte pasur më parë një gjendje prediabetike ose një diabet latent, ne nuk kemi të drejtë të refuzojmë «apriori» faktorin emocional si shkak të diabetit dhe, në këto raste, duhet pranuar qëndrimi i Von Noorden, i cili u shpreh: «duke njohur lëdhjet ndërmjet traumeve psihike dhe diabetit, mjeku përmbrush një detyrë të drejtësisë njerëzore, të cilën nuk ka të drejtë ta refuzojë».

Në dy të sëmurë diabeti u çfaq gjatë kohës që mjekoheshin me terapinë hormonale. Njëra prej tyre ishte një grua 36 vjeç, e cila kish te kaluar peritonite tuberkulare para 4 vjetëve dhe ishte mjekuar me një kurë të zgjatur me prednisone. Dy vjet më parë iu fillua një kurë tjetër me këtë preparat dhe pikërisht gjatë kohës që ishte me këtë terapi, iu çfaqën shenjat klinike të diabetit: poliuria, polidipsia, humbje në peshë, dobësi e theksuar. Prania e glukozës në urinë dhe glicemja e lartë vërtetuan diagnozën. U vu në dietë dhe në terapinë e insulinës. Diabeti mbeti i qëndrueshëm dhe pacientja mbahet endë në kurë me insulinë. Pacientja tjetër ishte një grua e kaluar nga mosha, e cila ishte e shtruar në klinikën e dermatologjisë për një prurit vulgar rebel në kurat. Asaj iu aplikua mjekimi me prednizon nga goja, por pas dy javësh, e sëmura filloi të ndjejë një dobësi të përgjithëshme, të bëhet apatike dhe brenda pak ditëve ra në gjendje komatoze. Në analizat e urinës u gjet glukoza me shumicë dhe aceton +++. Glicemja e saj ishte 7 gr.L. U transferua në një nga klinikat e terapisë dhe doli në gjendje të stabilizuar me dietën e rekomanduar dhe terapinë me insulinë. Është një fakt i njohur se kortikoterapia e rëndon diabetin dhe kjo terapi nuk rekomandohet në këtë sëmundje. Ne kemi vënë re ndonjë rast dhe ka shumë komunikime të autorëve të ndryshëm se terapia hormonale mund të shkaktojë, në disa raste, glukozuri dhe hyperglycemi të moderuar, të cilat normalizohen brenda pak ditëve nga ndërpërja e terapisë; por janë observuar edhe raste të rralla të diabetit të qëndrueshëm: diabeti kortizonik (Bastenie, Langeron). Ka shumë mundësi që dy të sëmurat tona mund të kenë pasur një diabet latent, i cili u rendua dhe u bë evident pas terapisë hormonale; ndryshe nuk ka si të spjegohet që diabeti i këtyre dy pacienteve të paraqitej kaq i rëndë dhe të mbetej i qëndrueshëm.

Midis 44 femitave të statistikës sonë, 13 kanë qënë vajza dhe 31 të martuara ose të vcaja. Prej këtyre, 16 kanë pasur një, dy ose më shumë dështime, përvëç lindjeve normale. Një grua ka dështuar 10 fëmijë. Njëra ka lindur 7 fëmijë me peshë të madhe, prej të cilëve 5 i vdiqën me-

njëherë pas lindjes. Njëra ka lindur dy fëmijë që i vdiqën me një herë pas lindjes dhe tani nuk ka asnjë fëmijë. Tri prej tyre kanë lindur fëmijë, që i kanë dhe nuk kanë pasur asnjë dështim. Për 9 gra nuk kanë pasur shënimë në kartelë nëqoftëse kanë pasur ose jo dështime. Dihet se gravidaçna i ekzagjeron turbullimet e metabolizmit të glucideve dhe mund të zbulojë, tek gruaja e predispozuar prediabetike, një diabet të deklaruar. Gjithashtu është fakt i njohur se tek gratë me diabet ose me prediabet ndodhin shpesh herë dështime, lindje të fëmijëve prematurë, lindje të fëmijëve me peshë të madhe ose vdekje neonatale.

Në gratë që ndodhin këto fenomene, mjeku duhet të kërkojë gjithënjë mundësinë e diabetit ose të një gjendje prediabetike.

Nga anamneza e pacientëve rezulton se: 9 prej tyre kishin pasur pyodermitë të përsëritura dhe rebele në kura, para se t'u bëhej diagnoza e diabetit; një pacient u shtrua me diabet të rëndë, me aceton në urinë dhe paraqiste një abses perianal, 7 pacientë kishin pasur ose vuanin akoma nga ekzema, pesë nga pacientët kanë pasur gengivitis dhe një diabetik u shtrua me abses submandibular pas heqjes së një dhëmballe. Çfaqja e disa sëmundjeve të lëkurës si pruriti, egzema, pyodermitet si dhe gengivitet janë të dendura në diabetikët dhe njihen nga të gjithë mjekët. Një diabetikos iu bë diagnoza nga një dentist, i cili vuri re se ajo kishte një pyore rebele kundrejt kurave që i aplikoheshin.

Në pacientët diabetikë sidomos janë të shpeshta dhe të rëndësishme dëmtimet kardiovaskulare. Ndërmjet pacientëve tanë tensioni arterial u gjet në shifra të larta në 18 vetë, kurse në 84 ishte normal. Më dendur u takuan ndryshimet në zemër: njëri nga pacientët 6 vjet më parë kishte pësuar infarkt të myokardit, tre vuanin nga stenokardia, një vuante nga arrhythmia perpetua, 29 paraqitnin kardioarto-sklerozis, dy vuanin nga insuficiencia kardio-vaskulare, 3 pacientë kishin pësuar hemiparezi (dy prej të cilëve kishin tensionin arterial normal), 8 votëve iu mungonin pulsacionet e arterieve në njérën ose në të dy këmbët, 4 prej të cilëve vuanin nga endarteritis obliterans, 4 të tjere kishin parestezira në këmbët. Tre pacientë kishin gangrena në anësitë e poshtëme. Ndërmjet të sëmurëve me dëmtimet të arterieve është për të theksuar se në njërin u manifestuan më parë shenjat e endarteritit obliterans dhe pas tre muajve u çfaqën simptomat klinike e biokimike të diabetit. Në pacienti që kishte gangrenë të këmbës, simptomat e diabetit iu zbuluan tre ditë pas amputacionit të gishtërinjve të këmbës dhe u transferua nga shërbimi i kirurgjisë në një nga klinikat tonë. Siç shihet pra, pacientët tanë diabetikë kishin dëmtimet të shpeshta të enëve të gjakut, të lokalizuara sidomos në koronaret dhe në arteriet e anësive të poshtëme.

Këto turbullime arteriale janë pothuaj të njëjta me ato që vihen re të zhvillohen në aterosklerozën, prej të cilave është e pamundur të dallohen. Zakonisht diabeti diagnostikohet shumë vjet para se të jenë çfaqur dëmtimet e arterieve. Sipas opinionit të shumë autorëve, në përgjithësi, ka një korelacion ndërmjet zgjatjes së kohës të diabetit dhe këtyre dëmtimeve të arterieve të mëdha, por këto kanë lidhje gjithash tu edhe me moshën e të sëmurëve, me gjithëse mund të zhvillohen edhe në të rinjtë dhe janë më të theksuara se sa në rastet e atyre pa diabet, për moshat korresponduese (Hans Melin). Por nga shumë autorë të tjerë, këto ndryshime të arterieve janë gjetur shumë

shpejt në diabetikët, madje, në një numër të madh rastesh, janë gjetur edhe para çfaqjes së simptomave klinike, para zbulimit të diabetit. Kjo ka bërë që këta autorë të mendojnë se këto nuk janë dëmtimet e kondare të diabetit, ose siç janë quajtur — komplikacione të diabetit, por janë ndryshime primare, nga turbullime metabolike gjenetike, që kanë këta pacientë. Pra si diabeti ashtu dhe dëmtimet vaskulare janë bashkëudhëtarë të të njëjtit proces: të metabolizmit hereditar të dëmtuar në këta të sëmurë.

Tëtë nga pacientët vuanin nga nefropatia dhe 4 vetë kishin kaloze të rrugëve urinare. Një kishte shqetësimë në urinim nga hypertrofia e prostates. Në 84 pacientë nuk u gjetën ndryshime në urinë dhe as në funksionin renal. Nefropatia diabetike është gjetur nga autorët e ndryshëm në një përqindje shumë më të madhe se sa në pacientë tanë.

Sot, shumë studjozë dëmtimet e veshkave i gjejnë pothuaj gjithë-një në diabetikët dhe ngulin këmbë se edhe në ato raste ku pacientët nuk kanë shenja të dukëshme të dëmtimeve renale, në punksion biopsinë e veshkave kanë gjetur, pothuaj gjithmonë, lezione glomerulare të tipit të Kimmelstiel — Vilson (E. Azerad et J. Lubetzki).

Ndërmjet pacientëve tanë, 13 vetë kishin retinitis diabetik — 7 paraqitnin shenja aterosklerotike të tipit Salus-Gunni — 5 kishin katarakte në njërin ose të dy sytë, 3 paraqitnin hypermetropi. Në 62 vetë nuk u gjetën ndryshime në sy. Është për të nënvizuar se në asnjë nga pacientët e rinx nga mosha ndën 35 vjeç nuk u gjetën ndryshime në sy. Edhe dëmtimet në sy autorët e ndryshëm i kanë gjetur shumë më të shpeshta në pacientët e tyre në barazim me ne. Sipas statistikave francezo në më tepër se 70% të diabetikëve zhvillohet gjatë jetës së tyre një retinikë diabetike (J. Royer). Pacientët diabetikë janë të predispozuar edhe për sëmundjet e tjera të syve, por më e shpeshtë është retinopatia, e cila ka një evolucion progresiv dhe të rëndë.

Gjashëtë nga të sëmurët tanë kishin shenja të neuropatisë diabetike. Në dy të tjerë mungonin reflekset tendinozë në anësitë e poshtëme, pa pasur këta asnjë simptom tjetër, asnjë shqetësim subjektiv ose objektiv. Një pacient tjetër kishte paralizi të nervit facial. Një burrë në moshë relativisht të re dhe një grua 31 vjeç vuanin nga impotencia seksuale. Neuropatië e lehta që manifestohen vetëm me zhdukjen e reflekseve tendinoze ose me disa simptoma subjektive në formë paresezie, të dhimbjeve ose të krampeve muskulare në anësitë e poshtëme, sidomos natën, takohen dendur në diabetikët, disa herë edhe në pacientë që nuk kanë anomalira objektive. Këto neuropati nuk varen nga injekimi i mirë ose i keq i diabetit. Neuropatië diabetike konsiderohen si rezultat i dëmtimeve të vasa-vasorum të nervave. Sipas Steinness, neuropatië diabetike nuk kanë lidhje me rëndësinë e diabetit, por në përgjithësi kanë lidhje me zgjatjen e kohës së diabetit, me gjithëse këto mund të takohen edhe në ata që vuajnë prej pak kohe nga diabeti ose në ata që kanë një formë latente ose një prediabet. Knud Lundbaek ndërmjet 157 pacientëve diabetikë të vjetër (tek të cilët diabeti ishte çfaqur mbi 10 vjet më parë) gjeti simptoma subjektive në 58% të rasteve, por vetëm gjysma e tyre paraqiste turbullime të reflekseve tendinoze. Turbullime të rënda, në formën e sensibilitetit të pakësuar taktil, autori, nuk vuri re veçse në 5%. Mulder i ka gjetur neuropatië në 43 pacientë ndërmjet 103 të vizituarve. J. Gravéleau mendon se komplikacionet neurologjike gjinden në rrëth

5% të diabetikëve. Siç shikohet përqindja e neuropative diabetike vlerësohet në mënyra të ndryshme nga autorët, pasi ata bazohen në statistika të ndryshme. Sidoqoftë këto janë të shpeshta dhe duhen kërkuar sistematikisht në çdo të sémurë me diabet. Edhe rastet e imponentës seksuale nuk janë përjashtime në diabetikët, por ato janë shumë herë të përkohëshme. Ato janë më të rënda atëherë kur shqërohen me shenja të tjera të neuropative diabetike.

Ndërmjet pacientëve tanë, dy prej tyre kishin tbc pulmonare fibrokavernoza, 9 paraqitnin proces tuberkular pulmonar të stabilizuar, dy kishin në anamnezën e tyre **pleuritis essudativa** të kaluar disa vjet më parë, një paciente kishte kaluar 4 vjet më parë peritonite tuberkulare.

Një nga pacientet në anamnezën e saj kishte kolecistite kalkoloze, 2 vuanin nga kolecistite kronike, 2 paciente kishin kaluar hepatite infeksioza: njëri 5 vjet dhe tjetri dy vjet më parë se t'u çfagej diabeti. Një paciente, e cila vuante nga diabeti prej 4 vjetësh, më 1965 bëri **mamectomia per ca mamma**. Një paciente paraqiste struma të gradës së dytë dhe një vajzë 26 vjeçë vuante nga thyreotoksikoza. Një paciente vuante nga **otite media cronica** dhe një tjetër nga **otite acuta**.

Ndërmjet të sémurëve tanë, përvëç një pacienti i shtruar për herë të parë me diabet të lehtë, të gjithë patientët e tjerë, të shtruar, kanë qënë në gjendje të rëndë ose shumë të rëndë. Shtatë patientë u shtruan në gjendje komatoze të thelli, 12 në gjendje prekomatoze dhe 5 të tjerë me glicemi të lartë e trupa ketonikë në urinë, por pa manifestuar akoma shenjat klinike të gjendjes prekomatoze. Të sémurët e shtruar në gjendje shumë të rëndë (me koma të thelli, me prekoma ose me trupa ketonike në urinë) ishin rënduar pasi: ose nuk kishin respektuar dietën, ose kishin ndërprerë kurën me iniciativën e tyre, ose për shkakun e të dy këtyre sëbashku. Në një grua, gjendja e acidozës deri në koma ishte shkaktuar pasi nuk dihej se vuante nga diabeti dhe i ishte nënshtruar terapisë me kortikoide për një pruritis vulvar. Pesë nga pacientët, megjithëse mbanin dietën dhe vazhdonin rregullisht kurën e insulinës, u suallën në spital në gjendje koma ose prekomatoze, pas një infeksioni të mjekuar ambulatorisht si: grip i rëndë, pneumoni etj. Jhe gjatë kësaj kohe të sémurët nuk ishin mbajtur në kontroll. Nga të gjithë të sémurët e shtruar vetëm 5 u kuruan dhe u ekuilibruan vetëm me dietë, të gjithë të tjerët u mjekuan me insulinë. Dozat e insulinës që janë përdorur kanë qënë nga 15 U. I. deri 120 U. I. në ditë, sipas rastit. Në të gjithë të sémurët me acidoketozë është përdorur vetëm insulina ordinare, e kombinuar natyrisht me hydratimin e pacienteve, duke pasur parasysh dhe rregullimin e elektrolitoreve, me toniket vaskulare, perfuzionet me glukoze e vitaminoterapi. Pasi janë nxjerrë nga gjendja e rëndë, në shumë pacientë është përdorur insulina me efekt të vonuar. Në 3 pacientë është përdorur në fillim insulina dhe pastaj, pasi është stabilizuar gjendja, është aplikuar terapi me sulfamidiket hipoglicemiantë. Në një pacient, megjithëse insulina bëhej me doza gjithënë progresivisht më të mëdha, diabeti nuk po stabilizohej dhe pacienti vazhdonte të eliminonte me urinat glukozë në sasi të madhe. U vu re se infermierja e bënte insulinën gjithënë më të njëjtin vend dhe pasi u ndryshua vendi i injeksioneve, diabeti u stabilizua shpejt më doza të vogla të insulinës. E përmëndëm këtë fakt pasi ndodh disa herë që kur insulinina tregohet me pak efekt, mendohet se pacienti ka insu-

lino — rezistencë ose dyshohet nga mjekët se nuk respektohet dieta dhe nuk kihet parasysh se shkaku mund të jetë nga që nuk ndrohet qdo ditë vendi i injekzionit të insulinës.

Gjatë kurës me insulinë është vënë re në 7 nga pacientët një hipoglicemi e lehtë, që manifestohej me dobësi të përgjithshme, me pak djersë dhe disa herë me dridhje të lehta të duarve. Në dy pacientët këto manifestime të hidroglicemisë u vunë re 2 herë, në një tri herë dhe në një shumë herë. Në përgjithësi të gjitha këto raste kanë kaluar pa incidente serioze dhe shenjat e hipoglicemisë janë zhdukur shpejt, pas dhënies së sheqerit nga goja. Vetëm në një pacient u vu re një hipoglicemi pak më e rëndë ku glicemia arriti deri 0.50 lit. dhe pacienti pati edhe disa lëvizje konvulzive, por që doli shpejt nga kriza pa dëmtimë pas aplikimit të glukozit intravenoz dhe pastaj sheqerit nga goja.

Në 4 pacientë me gjendje komatoze ose prekomatoze është takuar azotemia e ngritur ndërmjet 0,60 gr/L dhe 0,70 gr/L. Pas nxjerrjes së tyre nga gjendja komatoze dhe pas stabilizimit të diabetit, azotemia u normalizua. Nga analizat e përsçitura të urinës dhe studimit të funksionit renal, rezultoi se pacientët nuk kishin dëmtimë në veshka. Kjo hypje e moderuar e azotemisë ishte ekstra-renale, lidhur propabilisht me des-hydratimin, me turbullimet elektrolitike, si dhe me gjendjen e inanicionit nga gjendja e tyre e rëndë.

Ndërmjet të sëmurëve me gjendje acidozike, 7 ankokeshin për dhimbje abdominale, disa herë tò forta. Ky është një fenomen që vihet re dendur në këto raste, madje, ne kemi pasur disa vjet më parë dy raste, të cilët paraqitnin një abdomen akut. Edhe këto dhimbje abdominale, në rastin e acidoketozës diabetike, duhet të spjegohen, me shumë propabilitet, me dezkuilibrin e rëndë të elektroliteve, që pësojnë këta të sëmurë.

Midis 102 pacientëve të shtruar, megjithëse shumica e tyre ishte në gjendje të rëndë, megjithëse pjesa më e madhe e tyre ishte në moshë të kaluar e me komplikacione kardiovaskulare të shumta, pati vetëm një vdekje, dmth rrëth 1%. Ky rast ishte një grua, 77 vjeçare, nuk respektonte asnijë dietë dhe nuk bënte asnijë terapi. Një javë para vdekjes kaloi një gjendje gripale të rëndë me temperaturë të lartë. Ajo vdiq tri orë pas shtrimit në dhomën e urgjencës të ambulancës së spitalit, me gjithë ndihmën që i dha mjeku i rojes.

Nga gjithë sa më sipër mund të themi se mjekimi i diabetit tek ne, edhe në format e tij më të rënda, gjatë vjetëve 1964-1965 ka qënë i kujdesëshëm dhe korekt. Vrehet një përmirësim i madh në njojjen dhe trajtimin e kësaj sëmundjeje në këto vjetët e fundit nga mjekët tanë. Por duhet treguar akoma kujdes më të madh në studimin e mirë të diabetikëve në klinikat tonë, sidomos në kërkimin sistematik të komplikacioneve të këtyre pacientëve në organet e ndryshme.

Dorëzuar në redaksi më 5.XII. 1967

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

- Aubertin E. et J. Lubetzki: Le syndrome douloureux polymorphe des membres inférieurs dans le diabète.
Le diabète, 1964, 2, 45-59.
- Azerad E. et J. Lubetzki: Relations entre le tableau des lipoprotéines du serum et les complications dégénératives du diabète.
Le Diabète, 1964, 1, 17-23.

3. -- Dérot M.: Diabète et maladies de la Nutrition. Edit. Med. Flammarion, Paris 1962.
4. -- Dérot M., Tchowbreutskij G. et Wajener G.: Les complications vasculaires des diabétiques modérés Inapparents et Potentiels. La vie médicale, 1964, Décembre 45 année.
5. -- Joslin E.: The treatment of Diabetes Mellitus. Philadelphia, Tenth Edition, 1959.
6. -- Knocoles H.: Diabetes by 54 authors Edit by Robert H. Williams, Chapter 27.
7. -- Kogan -- Jasni B. M.: Caharnaja Bolzni. Medgiz, 1957 Moskva.
8. -- Lundbaek Knud: L'angiopathie diabétique. Lancet 1954, 1, 377.
9. -- Lundbaek Knud: Neuropathie angiopathique et Neuropathie métabolique chez les diabétiques. Journées annuelles de Diabétologie de l'Hotel -- Dieu, sixième année 1965.
10. -- Melin H.: Vascular disease in Diabetes. Acta Medica Scandinava. University of Umeå, Sweden, 1964 (Supplementum 423).
11. -- Flura F.: Diabète by 54 authors Edit. by Robert H. Williams, Chapter 41.
12. -- Rayer J.: Rétinopathie Diabétique. Problème de diagnostique et de traitement. Le journal de médecine de Besançon, 1965, 1.
13. -- Vague J. et Godefroy G.: Mécanisme et évolution du Diabète Gras. Le Diabète, 1964, 1, 11-15.

Summary

CASES OF DIABETES IN THE THERAPEUTIC CLINIC OF TIRANA IN 1964-1965.

Cases of diabetes mellitus have grown more frequent during the last 15-20 years, possibly as a result of the improvement of the social conditions, of the food and the living conditions in general. In the therapeutic clinic of the Tirana General Hospital during the years 1964-1965 were admitted 102 patients with diabetes: 58 male and 44 female. According to the age groups they can be divided as follows: 2 under 10 years of age, 3-10 to 20: 19-21 to 30: 7-31 to 35: 7-36 to 40: 64 (60.4%) were over 41.

The family histories showed that 9 cases (8.9%) had diabetic parents. In 6 cases one of the parents was obese, in 2 cases both. 17 patients were obese themselves before diabetes was discovered.

The author describes a severe case, in which the disease began suddenly after a strong emotion: this is the case of a chauffeur, 36 years old, who had a road accident in which one of the passengers was killed. The chauffeur was very much distressed and the same night felt very thirsty and urinated abundantly. The following day he was examined by a doctor and the examination showed: blood sugar 3.8g per liter, urine sugar 6.8% and acetone in the urine (+++). He remained diabetic and had to be put on diet and insulin treatment. Cases when diabetes is aggravated by strong emotion after being kept stable are frequent enough, but it can hardly be admitted that an emotional stress can provoke diabetes in a normal person. Despite the apparent coincidence, in this case it can logically be surmised that the patient had previously had a mild or symptomless form of diabetes, which was dramatically aggravated by the emotional factor.

In two cases diabetes appeared after a prolonged treatment with adrenal hormones; one was being treated for tubercular peritonitis, the other for a severe pruritus of the vulva, in both cases the treatment consisted of hormonal and antibacterial preparations.

Cardiovascular lesions were frequent and severe, especially lesions of the coronary and big lower limb arteries.

8 patients had kidney diseases, 4 had calculosis of the urinary tract.

13 cases had diabetic retinitis, 5 had cataracta in one or both eyes, 6 had diabetic neurosis.

The patients treated in the clinic were mostly severe cases. 7 were admitted in comatos state, 12 in pre-coma, 5 had high blood sugar level and ketonic bodies in the urine, but were conscious.

With the exception of a very aged patient, who was brought in deep coma and collapse and died 3 hours after admission, all the patients were released stabilised after the necessary treatment and were prescribed special maintenance treatments.

Résumé

LES DIABETIQUES HOSPITALISES DANS LES CLINIQUES THERAPEUTIQUES DE TIRANA DANS LES ANNEES 1964-1965

Les cas de diabète sucré sont plus fréquents dans notre pays au cours des 15-20 dernières années. Au cours des années 1964-1965, 102 malades de diabète ont été hospitalisés dans les cliniques thérapeutiques de l'hôpital général de Tirana. 58 d'entre eux étaient des hommes et 44 des femmes. La répartition selon l'âge était la suivante: au dessous de 10 ans: 2 cas; entre 10 et 20 ans: 3 cas; de 21 à 31 ans: 19 cas; de 31 à 35 ans: 7 cas; de 36 à 40 ans: 7 malades. 64 d'entre eux, soit 62,74% étaient d'un âge supérieur à 40 ans.

Dans l'anamnèse l'auteur a trouvé l'hérédité dans 9 cas, soit 8,9%; 6 malades avaient soit leur père soit leur mère atteints d'obésité, 2 patients avaient leurs deux parents obèses; 17 patients étaient eux mêmes obèses avant la manifestation du diabète.

L'auteur rapporte un cas de diabète grave chez qui la maladie s'est manifestée subitement après une forte émotion; il s'agit d'un chauffeur de 36 ans, victime d'un accident au cours duquel un de ses passagers fut tué. Le chauffeur subit un choc violent et, dès le soir même de l'accident, fut pris d'une soif ardente et se mit à uriner abondamment.

Le lendemain on a trouvé une glicémie 3,8 gr./l, glucosurie 6,8 gr. ainsi que de l'acétone +++ dans l'urine. Le malade devint un diabétique chronique stabilisé par la diète et l'insuline.

L'auteur a souvent mis en évidence des cas d'aggravation du diabète, consécutif à de violentes émotions, mais il estime néanmoins difficile d'admettre qu'un stress émotif puisse occasionner le diabète chez un sujet normal. En dépit de la coïncidence notée dans ce cas, on peut admettre que le patient souffrait jusqu'alors d'un diabète occulte, qui s'est manifesté avec des signes cliniques prononcés après l'émotion éprouvée.

L'auteur a trouvé que chez deux parmi ses malades (une péritonite tuberculeuse et un prurit vulvaire) le diabète s'est déclaré à la suite d'un traitement prolongé par les hormones surrenales et des antibactériens.

Des complications cardio-vasculaires graves et fréquentes ont été constatées, principalement aux artères coronaires et aux artères des membres inférieurs.

Huit patients souffraient de néphropathie; quatre avaient des calculs des voies urinaires.

Dans trois cas on a constaté une rétinopathie diabétique; 5 souffraient de cataracte à un œil ou aux deux. 6 patients étaient atteints de neuropathie diabétique. Les patients hospitalisés étaient en général dans un état grave ou très grave. 7 d'entre eux ont été admis en profond état comateux, 12 en état pré-comateux et 5 autres présentaient une glicémie très élevée et avaient des corps cétoniques dans l'urine. Tous sont sortis de l'hôpital avec leur maladie stabilisé avec une diète déterminée et un traitement approprié; à l'exception d'une patiente d'un âge avancé, qui avait été amenée dans un profond état comateux, en état de collapsus, et qui mourut 3 heures après l'hospitalisation.

CILËSITË BIOKIMIKE DHE TOKSIKE TË SHTAMEVE TË C DIPHTERIAE TË VEÇUARA NGA TË SËMURËT DHE MBARTËSIT GJATË PERIUDHËS 1962-1967

BIOLOGI H. HAJDËRI, J. KOÇI, I. LULOÇI, T. VORPSI, I. SARAÇI
 (Laboratori qëndror i prodhimeve dhe kërkimeve mikrobiologjike.
 Drejtore: Biol. Hudo Hajdëri)

Punimi që po paraqitim bën pjesë në kuadrin e planit të çrrënjosjes së difterisë në vendin tonë dhe ka për qëllim studimin e karaktereve biologjike të C. diphtheriae dhe, në mënyrë të veçantë, incidencën dhe cilësitë patogjene të tipave të ndryshëm të bakterit difterik.

Qysh në filim duhet të theksojmë se shprehja «çrrënjosje» (eradicatio -ex radix) nuk duhet të merret në kuptimin etiologjik të fjalës. Në praktikën epidemiologjike, ky term përdoret për uljen në minimum të rasteve të sëmundjes dhe përfshirja e kufizimin në maksimum të qarkullimit të mikrobit shkakëtar.

Etapat e para të luftës për çrrënjosjen e difterisë përfshijnë studimin e karakteristikave të mikrobit difterik dhe studimin e gjendjes imunitare të popullsisë në vendin tonë.

Dihet, se qysh në vitin 1931-1933 Anderson (3) dalloi tre tipa të bakterit difterik: tipat gravis, mitis dhe intermedius, që u quajtën «tipa të patogenitetit». Sipas këtij autori, tipi gravis shkakëton difteri të rendë me letalitet të lartë (13,4%), tipi mitis jep forma të lehta me letalitet të ulët (rreth 2%), kurse tipi intermedius ka patogenitet të ndërmjetëm dhe jep një letalitet prej 8.6%. Përveç veticë patogjene, këta tipa kanë dhe karakteristika të tjera, në sajë të të cilave mund të dallohen njëri prej tjetrit.

Në fillim, shumica e autorëve, si T. D. Robinson (14), S. L. Sapiro (15), M. P. Gluzman (7) dhe shumë të tjera pranuan ndarjen e Andersonit si një nga kriteret për të klasifikuar mikrobet e difterisë dhe, karakteristikat e tipave të ndryshëm, i konsideruan si të qëndrueshme dhe të trashëguashme. Por disa autorë, si A. F. Agafonov (1), kanë vërtetuar se këto karakteristika nuk janë aq të qëndrueshme dhe se ka mundësi që një tip të transformohet në një tjetër, megjithëse këto ndryshime nuk ndodhin shpesh. Nga ana tjetër, është vërtetuar se edhe virulenca është një karakteristikë që mund të ndryshojë nën ndikimin e faktorëve të ndryshëm (nën veprimin e bakteriofagut etj.).

Për punën tonë, ne kemi pranuar pikëpamjen e shumicës së autorëve, e cila na duket më e llogjikëshme dhe që u përgjigjet më mirë fakteve të konstatuara. Sipas kësaj pikëpamjeje:

1) Korinebakterët difterikë mund të ndahen në tre tipe, në bazë të karakteristikave morfollogjike dhe biokimike, të cilat mund të ndryshojnë, por janë miaft të qëndrueshme;

2) Tipi gravis izolohet relativisht më shpesh në format e rënda të difterisë dhe takohet zakonisht në rastet që përfundojnë me vdekje.

3) Tipi mitis mund të gjendet në përqindje njoft të lartë në forma të rënda, por më shpesh në të lehtat.

Studimi i cilësive morfollogjike, biokimike dhe tokiske ka filluar prej nesh në vitin 1961 dho përfundimet e para u botuan në vitin 1962-1964 (10, 11). Për një periudhë prej 5 vjetësh — 1962-1967, nga studimi i shtameve të izoluara, rezulton se tek ne mbizoteron tipi gravis toksigjen.

Më poshtë jepim rezultatet e studimit të shtameve të *C. diphtheriae* në mënyrë të veçantë, ato të përcaktimit të tipave dhe cilësive të tyre patogjene.

Materialet dhe metodat. — Puna jonë përfshin 1381 shtame të izoluara në qytete dhe fshatra gjatë vjetëve të fundit: 452 janë izoluar nga të sémurë difterikë, 280 nga mbartës në vatra epidemike dhe 549 nga depistimet e bëra në grupe të ndryshme të popullsisë (shih tabelën Nr. 1).

T a b e l a Nr. 1

Tabelë përbledhëse e tipave të *C. diphtheriae* sipas vjetëve

Viti	T. Gravis	T. mitis	T. Intermedius
1962	100	42	8
1963	128	55	89
1964	73	37	17
1965	72	43	25
1966	127	88	21
1967	263	152	41
gjithsejt	763	417	201

Për teknikën e identifikimit të llojeve dhe tipave, jemi mbështetur në metodat që rekomandohen nga Topley, Wilson, Wildfur, Gastinel dhe që përfshijnë këto kritere:

1. — Përcaktimi i morfollogjisë mikroskopike;
2. — Përcaktimi i karakteristikave kulturale në terenet: Löeffler, Pope-Lingut, Clauberg, Tinsdal, Gundeltietz, Agar-gjak etj.
3. — Testet biokimike: a) fermentimi i karbohydrateve: glukoza, saharoza, maltoza, levuloza, dekstrina, amidoni, glikogeni.
b) Testet për H_2S dhe hemolizë të eritrociteve të lepurit.
c) Testet e ureazës dhe të fosfatazës.
4. — Përcaktimi i cilësive toksigjene me anën e metodave in vitro (EOF) dhe «in vivo» (Fraser).

Konstatimet. — Nga 1381 shtamet e studjuara

763 (55.25)% janë gravis, nga këto:

311 janë izoluar prej të sémurësh
139 prej mbartësish në vatra epidemike
313 prej depistimesh jashtë vatrave.

417	(30.2%) janë tip mitis, nga këto 81 janë izoluar nga të sëmurët 91 nga mbartësit në vatra epidemike 245 nga depistime jashtë vatrave
201	(14.55%) janë të tipit intermediums nga këto 80 janë nga të sëmurët 50 nga mbartës në vatra 91 nga depistime jashtë vatrave (shih tabelën Nr. 2)

Tabela Nr. 2

NDARJA E TIPAVE SIPAS PREJARDHJES

Tipi	Prej të sëmurësh	Mbartës nga vat- ra epidemike	Mbartës jashtë vatrave	Gjithsejt
Gravis	311	139	313	763
Mitis	81	91	245	417
Interm.	60	50	91	201
Gjithsejt	245	280	649	1381

Sikurse shihet nga këto të dhëna, tipi gravis (55.25%) mbizotëron mbi dy tipat e tjera si në të sëmurët, ashtu që në mbarësit në vatrat dhe jashtë vatrave, pastaj sipas shpeshtësisë vjen tipi **mitis** (30.20%) dhe në fund tipi **intermediums** (14.55%). Të tilla raporte vërehen edhe në të dhënat e shumë vendeve të tjera.

Duhet të theksojmë se depistimet në vatrat epidemike nuk janë kufizuar vetëm në kontaktet e drejtpërdrejta, por kanë përfshirë një rrëth të gjërë kontaktesh si kolektivat e çerdheve, të kopshteve, të klasave të para të shkollës filllore, prandaj përqindja e pozitivitetit nuk është shumë më e lartë nga ajo e depistimeve jashtë vatrave. Në kontaktet e drejtpërdrejta dhe në familjarët e të sëmurëve, përqindja e mbartësve është shumë më e lartë. Kështu p.sh. vatra e të sëmurit S. L., i shtruar në spitalin e pediatrisë, dy muaj pas daljes nga spitali, rezultoi pozitiv me tip gravis toksik; i njëjtë tip u gjet edhe tek i vëllai E. L. Në fshatin Bubq në vatrën e familjes D. u gjetën dy të sëmurë (njëri përfundoi me vdekje) dhe 5 mbartës. Në Krujë në një vatrë H. u gjetën dy mbartës motër e vëlla J. H. dhe I. H. Në Laç, në familjen D. u gjetën tre mbartës; në Thumanë, në familjen K. 3 mbartës etj. Të gjitha shtamet e izoluara nga kontaktet e drejtpërdrejta me të sëmurët rezultuan të tipit gravis toksike.

Megjithëse tipi gravis mbizotëron në përgjithësi si në vatrat epidemike, ashtu që jashtë vatrave (p.sh. në një depistim në Krujë nga 88 shtame të izoluara — 55 ishin gravis toksike, 25 mitis dhe 5 intermediums), në depistimet jashtë vatrave tipi mitis rezulton relativisht i shpeshtë (Rreth 40%) dhe në disa raste mbizotëron, si p.sh. në depistimin e kolektivit të çerdhes dhe të kopshtit në Gramsh u gjetën 12 shtame — të gjitha të tipit mitis. Të tilla raste janë vërejtur edhe në kolektiva, që mund të konsiderohen si vatra epidemike.

Përeaktimi i cilësive toksigjene. — Në bakteret difterike, virulencia është e lidhur ngushtë me cilësinë e prodhimit të ekzotoksinës. Sipas

Frobisher (6) dhe Amiens (2), për bakteret difterike nuk duhet të përdoret termi «virulent», por «toksigjen». Sipas Tasman (16), bacili difterik konsiderohet avirulent, kur ka të gjitha karakteristikat e llojit, por nuk formon toksina. Me fjalë të tjera, një bakter që nuk prodhon ekzotoksina duhet të konsiderohet si avirulent.

Kjo cilësi, që përpjara konsiderohej si e qëndrueshme, shërbente edhe për një lloj klasifikimi dhe mendohej se nga ana epidemiologjike janë të rrezikshëm vetëm mbartësit, që eliminojnë baktere toksigjene. Por më vonë u vërtetua se kjo cilësi ishte më pak e qëndrueshme se sa mendohej dhe se, nën ndikimin e faktorëve të ndryshëm, shtamet atoksi mund të bëhen toksike dhe anasjelltas. Studimet e bëra nga Freeman — (5), Hewitt (12, 13), Groman — (8, 9), Ciucă — (4) etj. vërtetuan se shtamet atoksi mund të transformohen në toksike nën ndikimin e bakteriofagëve homologë dhe heterogjenë me anën e të ashtuquajturit proces të transduksionit ose të transformacionit.

Për përcaktimin e tokositetit të shtameve të *C. diphtheriae* u përdorën paralelisht metoda intradermike në lepuj sipas Fraser dhe testi EOF në teren Elek. U studjuan 998 shtame. Të dy testet dhanë pak a shumë të njëjtat rezultate, të cilat i paraqitim në tabelën Nr. 3.

Tabela Nr. 3

Numëri i shtameve toksike dhe atoksi të tipave gravis, mitis dhe intermedius me prejardhje të ndryshme.

Tipi	Gjithsej		Të sémurët		Mbartës nga vratat		Mbartës jashtë vratave	
	Toksik	Atoksik	Toksik	Atoksik	Toksik	Atoksik	Toksik	Atoksik
Gravis	453	111	201	0	83	40	169	71
Mitis	148	131	46	0	29	52	73	79
Intermed	86	69	29	0	19	30	38	39

Në tabelën Nr. 3 vërehet se në të gjitha tipat mbizotëron varianti toksik, sidomos në tipin gravis.

Tipi gravis toksik mbizotëron si në shtamet e izoluara nga të sémurët, ashtu dhe në ato nga vratat epidemike dhe nga mbartësit jashtë vratave (respektivisht 100%, 75% dhe 80%).

Tipi mitis toksik mbizotëron në të sémurët (100%), por jo në vratat epidemike (31%) dhe në mbartësit jashtë vratave (48%).

Tipi intermedius toksik mbizotëron në të sémurët (100%), por në vratat (38%) dhe në mbartësit jashtë vratave (48%).

Duhet të shënojmë se në 45 raste, që ishin diagnostikuar klinikisht si difteri, u gjetën shtame atoksi të tipave të ndryshëm. Ne mendojmë se në këto raste, diagnoza klinike nuk ka qënë e drejtë dhe se kënni të bëjmë me mbartës të difterisë në të sémurë që kanë sëmundje të tjera. Prandaj në tabelë kemi raportuar si 100% variantet toksike të shtameve, që u izoluan në të sémurët.

Bije në sy përqindja relativisht e lartë e shtameve toksike të tipave mitis dhe intermedius (respektivisht 53% dhe 55%), e cila në shumë vende të tjera është shumë e ulët.

Në shumë vatra nga të sémurët dhe nga kontaktet u izolua i njëjtë

tip, si p.sh. në vatrat e fshatrave Bubq dhe Valias dhe të qyteteve Laç dhe Krujë.

Gjatë vitit të fundit kemi përshtypjen se tipi gravis është më i përhapur dhe tregohet më virulent dhe më agresiv. Në vatrat epidemike, por edhe në një rrëth më të gjërë (në disa raste 23-28%), gjë që përkon me të dhënat e Titovës, e cila ka gjetur në vatra mbartës deri në 30%. Sipas shumë autorëve, ky fenomen është karakteristik për një popullatë që nuk vaksinohet në rregull; në të tilla raste, ngritja e valës epidemike shoqërohet me çvendosjen e tipave mitis dhe intermedius nga tipi gravis. Në një popullatë që imunizohet mirë ndodh e kundërtë: tipi gravis pakësohet dhe zëvëndësohet nga tipat e tjera.

K o n k l u z i o n e

Nga studimi i 1381 shtameve të izoluara nga njerëz të sëmurë dhe nga mbartës prej vatrave epidemike dhe jashtë vatrave gjatë gjashtë vjetëve të fundit (1962-1967) mund të nxjerrim këto konkluzione:

1. — Në vatrat epidemike nga kontaktet e ngushta izolohet zakonisht i njëjtë tip që ka shkaktuar sëmundjen; në kontaktet më të largëta mund të izolohen edhe tipa të tjera; gjatë vitit 1967 në të gjitha vatrat epidemike është gjetur vetëm tipi gravis toksik.
2. — Vërehet se tipi gravis gjatë vitit 1967 (tip «epidemiogjen») tregohet shumë agresiv dhe përhapet shpejt në vatér, ku përqindja e pozitivitetit ka arritur 23 deri 28%.
3. — Në kolektiva jo epidemike janë gjetur të tre tipat, por kudo mbizoteron tipi gravis, i cili paraqitet me përqindje të lartë toksik.

Dorëzuar në redaksi më 28.II.1968

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

1. — Agafanov A. F., Eghereva S.A., Vasilieva N.P.: Zh. Mikrobiolog. Moskë, 1945, Vol. 12 f. 76.
2. — Amiens C.R., J. Path. exp. 1954, Vol. 67, f. 25.
3. — Anderson J. S., Cooper B. K., Happold F.C., Mc Leod J.W.: J. Path. Bact. 1933, Vol. 36, f. 169.
4. — Ciucă M., Saragovi A., Maximescu P., Meitert E., Ieremia T., Calale G.: Arch.Roum.Path.Exp.Microbiol. 1958, vol. 17, f. 613.
5. — Freeman V.L.: J. Bact. 1951, 61, f. 675.
6. — Frobisher M., Adams L., Kubins W.: Proc.Soc.Exp.Biol.(NY) 1945, Vol. 58, f. 330.
7. — Gluzman P.M., Ivanenko P.D., Nerubenko F.F.: Punimet e Inst. Mjeksov «Meçnikov» Ukraina, 1940, Nr. 6, f. 21.
8. — Greman N.B.: F. Bact. 1953, Vol. 66 f. 178.
9. — Gromov N. B.: F. Bact. 1953, Vol. 66 f. 184.
10. — Hajderi H., Jolanda Osmanlli (Koçi): Material i paraqitur në Sesionin shkencor të Fakultetit Mjeksisë, Tiranë, Tetor 1962.
11. — Hajderi H., Jolanda Osmanlli (Koçi): Buletin i Shkencave Mjeksore Tiranë 1964, Nr. 1, f. 68-71.
12. — Hewitt F.L.: J. Genet. Mikrobiolog. 1952, Vol. 7, f. 362.
13. — Hewitt F.L.: Lancet 1952, Vol. 263, f. 272.
14. — Robinson T. D.: J. Path. Bact. 1934, Vol. 39, f. 382.
15. — Sapiro S. L., Barbareva S. M., Tociliana E. S.: Zh. Mikrobiol. Mosk 1938, Vol. 31, Nr. 6, f. 369.
16. — Tasman A., Lausberg H. P.: Bull O.M.S. 1957, Vol. 16 f. 939.

S u m m a r y

BIOCHEMICAL AND TOXIC CHARACTERISTICS OF THE STRAINS OF C. DIPHTHERIAE, ISOLATED FROM PATIENTS AND CARRIERS DURING THE PERIOD 1962-1967

In the fight for the radication of diphtheria in our country it is necessary to study the characteristics of the diphtheria germs and the degree of immunity of the population. A preliminary study if this kind was stardet in 1961.

From the more recent studies has resulted that the rapport among the types gravis, mitis and intermedium is approximatiel 4:2:1 (or 55.25%, 30.20% and 14.55%).

The strains taken for study have been isolated from diphtheria patients, near contacts and mass survey carriers:

Among patients:	gravis	65%	mitis	20%	intermedium	15%
" contacts:	"	50%	"	32%	"	18%
" carriers:	"	42%	"	40%	"	18%

Toxigenic strains, determined according to the Elek and Fraser methods, had the following distribution:

Patients:	toxic	strains	—	100%	atoxic	—	0%
Contacts:	"	"		55%	"		54%
Carriers:	"	"		60%	"		40%

The toxic strains, divided according to the types gravis, mitis and intermedium, were respectively 100%, 75% and 80%.

In 45 cases, diagnosed clinically as diphtheria, were found atoxic strains; for this reason the mentioned cases were considered as carriers suffering from ordinary tonsilitis.

Comparatively many toxic strains were found in the intermedium, group, which does not correspond with the findings of most of the consulted authors.

In epidemic foci from the near contact was isolated the same strain; in 1967 in all the foci were found toxic strains of the gravis type.

The gravis type in 1967 has ben very aggressive and was found in 23 to 28 percent of the near contacts.

Among non-epidemic communities were found all three types but more often the gravis type, of which many strains were toxic.

R é s u m é

LES PROPRIÉTÉS BIOCHIMIQUES ET TOXIQUES DES SOUCHES DE C. DIPHTHERIAE ISOLEES DES MALADES ET DES PORTEURS PENDANT LA PÉRIODE DE 1962-1967

Dans la lutte pour l'éradiation de la diphtérie dans notre pays, il est utile d'étudier les caractéristiques du bacille et le niveau de protection immunitaire de la population. Une telle étude a commencé depuis 1961.

Des sondages ultérieurs ont montré que pendant les quatre derniers années les types gravis, mitis et intermedium se rencontrent dans ces rapports: 4:2:1 (ou 55.25%, 30.2% et 14.55% respectivement).

Les souches étudiées ont été isolées chez des malades diphtériques, chez des personnes qui ont eu contact avec les malades et chez des porteurs de germes. Les différents types, selon la provenance, peuvent être répartis comme suit:

Des malades:	gravis	65%	mitis	25%	intermedium	15%
Des contacts:	"	50%	"	32%	"	18%

Selon la toxicité, déterminée par les méthodes d'Elek et Fraser, les souches se repartissent de la façon suivante:

Des malades :	souches toxiques	100%	atoxiques	0%
Des contacts :	>	>	55 %,	> 45%
Des porteurs :	>	>	100%	> 40%

Les souches toxiques, reparties selon les types *gravis*, *mitis* et *intermedius*, présentent les rapports suivants: 100%, 75%, 80% respectivement.

Chez 45 cas, qui présentaient les symptômes cliniques de la diphtérie, on a isolé des souches atoxiques et on a considéré ces cas comme des porteurs qui avaient des tonsillites d'étiologie non-diphtérique.

Les souches toxiques du type *intermedius*, qui selon les auteurs consultés sont assez rares, chez nous sont relativement nombreux.

Dans les foyers d'infection, on a isolé le même type. En 1967, toutes ces souches se sont montrées toxiques.

Le type *gravis* en 1967 s'est montré très agressif et il s'est propagé vite dans les foyers, où le nombre des porteurs a atteint le 23% à 28% parmi les personnes qui ont été en contact avec les malades.

Dans des milieux non-épidémiques, on a trouvé tous les trois types; plus souvent le type *gravis*, qui a été toxique dans la plupart des cas.

KARAKTERISTIKAT E VIRUSIT TË PAROTITIT TË IZOLUAR NË SHKODËR GJATË EPIDEMISË SË VITIT 1966–1967

(Komunikim paraprak Nr. 1)

KOÇO PAPAJANI, KOL PEPA, ESMA VUCI, MEDIHA MATTI

(Qendra Sanitare Shkodër. Drejtor Sotir Kufo)

Parotiti epidemik, siç dihet, është një sëmundje infektive akute me morbozitet të lartë dhe letalitet të ulët, e cila lokalizohet kryesisht në gjendrat pështymore, por jep komplikacione edhe në disa organe të tjera.

Shkaktari i parotitit epidemik, ose **Myxovirus parotidis** është një virus filtrues. Për parotitin, si sëmundje, ekzistojnë të dhëna qysh nga Hipokrati, 5 shekuj para erës sonë, por prania e virusit në të sëmurët u vërtetua për herë të parë më 1934 nga Johnson dhe Gotpastare. Me anën e inokulimit të pështymës prej të sëmurëve në **ductus Stenoni** të majmunëve, ata arritën të riprodhjnë sëmundjen në këto kafshë. Pas 11 kalimesh nga një majmun në tjetrin, ata inokuluan pështymën e majmunëve në 13 vullnetarë, nga të cilët 6 u sëmurën me kuadrin klinik tipik të parotitit. Virusi u izolua dhe u studjuat gjérësisht më 1945 nga Habel, i cili arriti ta kultivojë në embrione vezësh dhe, më vonë, më 1955 nga Henle dhe Deinhardt, të cilët kultivuan virusin në kulturë qelizash HeLa. Më 1961 Gresser dhe Enders vërtetuan se ky virus shumëzohet mirë në qelizat primare amniotike.

Në vendin tonë në 1966-1967 shpërtheu një epidemi parotiti, e cila u çfaq sëpari në Durrës në maj 1966. Në Shkodër epidemia kaloi në gusht 1966 dhe vazhdoi deri në gusht të 1967; gjatë kësaj kohe u regjistruan në Shkodër 1785 raste të moshave të ndryshme, kryesisht prej 1 deri 16 vjeç.

Laboratori virologjik arriti të izolojë virusin në qytetet Durrës, Tiranë dhe Shkodër dhe studjoi cilësitet e tij dhe karakteristikat e epidemisë së Shkodrës.

Materialet dhe metodat. — Për studimin e përhapjes së epidemisë, të qfaqjeve klinike dhe të komplikacioneve të parotitit u shfrytëzuan regjistrat e poliklinikës, të qendrës sanitare epidemiologjike dhe kartelat klinike të spitalit. Për izolimin e virusit u përdorën embrione vezësh të inkubuara 7-8 ditë, të cilat u inokuluan në qeskën amniotike me material (pështymë) prej të sëmurëve në ditët e para të sëmundjes (sipas metodës së përdorur nga Habel në 1945); materiali infektiv u inokulua edhe në kultura primare të reja fibroblastesh të embrionit të pulës dhe në shtam — kultura «amnion 57».

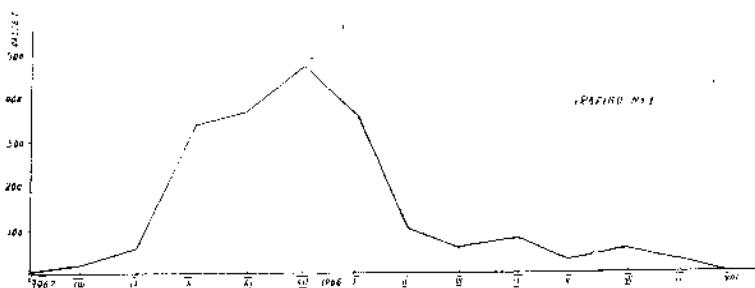
të hemaglutinimil (H.I.T.) sipas metodës Hirst me serume hiperrimune antiparotitis. Në këtë mënyrë u arrit izolimi dhe identifikimi i virusit të parotitit nga materiale prej të sëmurrëve në Tiranë, Durrës dhe Shkodër.

Karakteristikat epidemiologjike të sëmündjes. — Në kohën e sotme, parotiti epidemiik qfaqet më shpesh si sëmundje sporadike, e cila rrallë merr karakter epidemiik (sipas disa autorësh — epidemitë e parotitit vijnë në formë valësh qdo 7-8 vjet — Shublaxe, Rivers etj.) duke përkur kryesisht fëmijët.

Në spitalin e Shkodrës nga vjeti 1959 e deri në 1965 janë shtuar gjithsej 14 raste parotiti — 10 nga qyteti dhe 4 nga fshatrat. Duke njihuar nga gushti i 1966, rastet e parotitit u shtuan ehe, në fund të vjetit, arritën numërin 1183, kurse në korrik të vitit 1967 ato u bënë 1785. Nga këta, 1690 ishin nga qyteti dhe 95 ishin nga fshatrat (sipas Pavellocki 1958 dhe Sharapov 1959, parotiti në qytet në krahasim me atë të fshatit gjendet në raport 2.5 : 1, kurse në epideminië e Shkodrës ky raport ishte 17:1). Në ndarjen e rasteve, sipas seksit nuk vrehet ndonjë ndryshim, sepse meshkuj ishin 51.4% dhe temra 48.6%. Numëri i rasteve të parotitit sipas muajve, mund të shihet në grafikun Nr. 1

Grafiku Nr. 1

Nuniëri i rasteve të parotitit sipas muajve në Shkodër në epideminië 1966-1967



Epidemia ka filluar në gusht 1966, ka arritur maksimumin në muajt nëndor, dhjetor dhe janar, pastaj në shkurt dhe mars 1967 rastet fillojnë të pakësohen edhe epidemia ndërpritet krejtësisht në gusht 1967.

Më 1875 Smolenskij shkruan se epidemitë e parotitit qfaqen më to-pér në dimër — në muajt nëndor — mars. Të tilla observime kanë bërë Rivers dhe Anrews. Pér zgjatjen e epidemive, Rimarov dhe Shublaxe-japin 3-4 muaj, kurse epidemia e Shkodrës pati morbozitetin e saj mak-simal pér më shumë se 5 muaj dhe zgjati një vit.

Parotiti cilësohet nga infekzionistët si sëmundje, që prek kryesisht lëndët e rëndësive të veshit, dho vrellë prek fëmijët në moshën përmes 4 vjeç. Në

epideminë e Ukrainës, më 1957, Pavlovski vuri re se 95.4% e rasteve ishin me moshën nën 15 vjeç dhe 77.6% me moshë 3-9 vjeç.

Në epideminë e Shkodrës rastet sipas moshës ndahen kështu:

0- 1 vjeç	54 raste	(0.28%)
1- 5 "	432 "	(23.6%)
5-10 "	590 "	(33.4%)
11-15 "	464 "	(25.8%)
mbi 16 "	245 "	(14.0%)

Zmadhimi i gjendrave parotide është simptom i duktëshëm i sëmundjes. Në rastet tona ai ka qënë i njëanëshëm në 26%, të rasteve dhc i dyanëshëm në 74%. Sipas Shagerit, zmadhimi i dyanëshëm vërehet në 80% të rasteve. Sipas Figman dhe Zajgemaher në 40.6% dhe si pas Drahli në 42%. Por shumica e autorëve shënojnë se rastet e dyanëshme janë më të shpeshta.

Një komplikacion i rendësishëm i parotitit është orhiti, i cili vërehet më shpesh, në moshën e rritur. Ky komplikacion përmëndet qysh nga Golioni, Hamilton etj. në shekullin e XVIII. Në epideminë e Shkodrës, ky komplikacion u vërejt në 5.7% të rastevc, kryesisht në djemtë e moshës mbi 16 dhe nën 30 vjeç. Zakonisht orhiti është çfaqur 7-8 ditë pas zhdukjes së parotitit, por në disa raste është çfaqur edhe më vonë.

Për shpeshtësinë e orhitit, si komplikacion i parotitit, janë bërë shumë observime nga autorë të ndryshëm; Troicikevi thotë se në epidemitë e ndryshme, orhiti mund të çfaqet në 7.7% e deri në 100% të rastevc. Endersi e ka vërejtur orhitin në 20% të rasteve, Mirashenko në 4.9%. Vernerri thotë se në pacientët me moshë nën 14 vjeç, orhiti është vërejtur në 4.9% dhe pas moshës 14 vjeç në 19% të rasteve. Në epideminë tonë të gjitha rastet me orhite kanë qënë në moshën mbi 16 vjeç. Për kohën e çfaqjes së orhitit, Koher pranon ditën e 6, Reilly ditën e 7-8 dhe Elisejeva ditën e 3-5. Sipas Cen C'jan Tin, kur temperatura nuk bie pas ditës së shtatë dhe pulsi mbitet i shpeshtë, duhet të pritet komplikacioni (observacioni nga mjekësia popullore kinez).

Komplikacione të rralla, të vrejtura gjatë epidemisë së Shkodrës kanë qënë meningo-encefaliti (1 rast), otitis-media, tonsiliti, gastroenteriti etj. Të gjitha këto komplikacione janë çfaqur 2-3 ditë pas normalizimit të temperaturës. Tërheq vëmëndjen fakti se në rreth 70% të rasteve tona, 2-3 ditë pas normalizimit të temperaturës, vërehet një ngritje e dytë e lehtë e saj dhe në ekzaminimin objektiv konstatohet një anginë folikulare. Të tilla komplikacione ka përshtkuar edhe Remarev më 1961. Komplikacionet e sistemit nervor qëndror, sipas Helfaft, Bromberg, Selimov etj, arrijnë prej 0% deri në 55% dhe çfaqen 2 deri në 10 ditë pas zmadhimit të gjendrave parotide. Në të vërtetë rast me meningo-encefalit, që pamë në epideminë tonë, komplikacioni filloj ditën e tretë pas çfaqjes së parotitit.

Konstatimet laboratorike.-

Cilësítë e shtameve të virusit të parotitit të izoluara në qytetet Tirana, Durrës dhe Shkodër

Me anën e inokulimit të pështymës nga të sëmurët, në qeskën amniotike të embrioneve të vezëve u bë e mundur të izolohet virusi i parotitit. Shumica e shtameve u izoluan ditën e parë dhe të dytë, pas

fillimit të sëmundjes, në disa raste u bënë izolime edhe ditën e katërtë dhe të pestë, por jo më vonë. Disa autorë (Andrex) kanë izoluar virusin edhe në ditën e nëntë. Juts dhe Shved kanë izoluar virusin edhe nga urina, por në orvajtjet tona, ne nuk patëm rezultate.

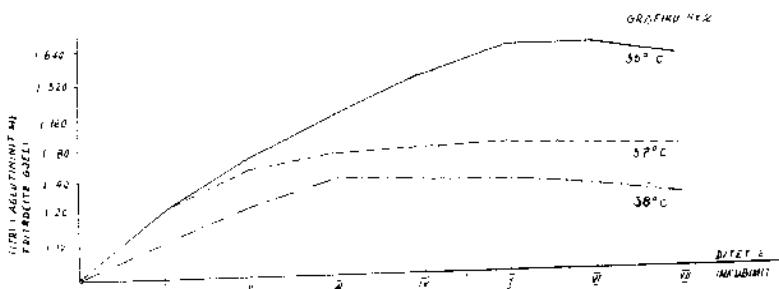
Për të vërtetuar zhvillimin e virusit në likidin amniotik, si indeks përdorëm aglutinimin e eritrociteve të gjelit (fenomen i përshkruar nga Enders dhe Levans më 1945). Në shumicën e rasteve aglutinimi i eritrociteve të gjelit u arrit me titër 1:10 dhe 1:20 në pasazhin e dytë dhe të tretë, por në disa raste duheshin më shumë se 5 pasazhe për të arritur këtë titër. Për të arritur koncentrimë të larta të virusit, u bënë pasazhe të mëtejshme në qeskën amniotike të embrionit të vezës; në pasazhin e 10 u arrit aglutinacioni i eritrociteve të gjelit në titër 1:640, por në pasazhet e mëtejshme, ky titër nuk u rrit më tepër. Një konstatim të tillë përshkruan edhe Shublaxe në 1953-1959.

Identifikimi i virusave të izoluara u bë me serume hiperimune me titër të njojur, duke përdorur reaksiionin e inhibicionit të hemaglutinimit me 4 unitete antigjen.

Në ditë të ndryshme pas inkubimit dhc në temperaturat e ndryshme, inkubimi në embrionet e vezëve u konstatuan koncentrimë të ndryshme të virusit, por koncentrimë më të larta kishte kur inkubimi bëhej në temperaturën 35°C dhe kur kontrolli bëhej ditën e 4, 5, 6 pas inkubimit.

grafiku Nr. 2

Koncentrimet e virusit në embrione vezësh sipas kohës së inkubimit (ditës) dhe sipas temperaturës.



Cilësia që kanë miksoviruset për të aglutinuar eritrocitet e kafshëve të ndryshme dhe të njeriut është përshkruar nga Enders, Rivers, Selimov, Shiblexe etj.

Me shtamet e izoluara prej nesh u bënë prova për të parë aglutinin e eritrociteve të kafshëve të ndryshme. Për krahasim, provat u bënë paralelisht edhe me viruset e gripit A dhe B. Rezultatet e kësaj prova mund të shihen në tabelën që vijon:

Hemaglutinime të krahasuara

Llojet e eritrociteve	Titri i aglut. parotitit	Parotiti	Gripi A ₂	Gripi B
Eritrocite gjeli	1:252	+	+	+
" dashi	1:256	+	-	+
" kavie	1:128	+	+	-
" lepuri	1:64	+	-	-
" njjeriu	1:64	+	+	+
grup O				

Nga tabela rezulton se eritrocitet e gjelit dhe të dashit aglutinojnë më mirë nga virusi i parotitit, se viruset e grupit A dhe B nuk aglutinojnë eritrocitet e dashit dhe të lepurit, por aglutinojnë ato të kafshëve të tjera. Këto fenomene janë konstatuar edhe nga Andrews, Zdradovski etj.

U provua aglutinimi i eritrociteve të ndryshme me shtamat tona të virusit të parotitit në temperaturat e 4°, 23° dhe 37°, por nuk u vu re ndonjë ndryshim në titrin dhe intensitetin e aglutinimit. Sipas Zhdanovit, aglutinimet janë më të theksuara në temperaturë 4°, por këtë gjë nuk e vërteton Kliocka.

Të gjitha shtamet e izoluara në Durrës, Tiranë dhe Shkodër u provuan me reaksiionin e inhibicionit të hemaglutinimit me serum hiperimmun të përgatitur me shtamin e izoluar në Durrës. U vu re se shtamet e izoluara nga të tre qytetet kishin të njëjtin titër, gjë që vërteton se kishin të njëjtën strukturë antigenike dhe se ishin identike (shih tabelën).

Reaksiioni i inhibicionit të hemaglutinimit për qytetet Durrës, Tiranë dhe Shkodër:

Shtamet	Titri i aglutinimit								
	1:20	:40	:80	:160	:320	:640	:1280	:2560	
Durrësi	-	-	-	-	-	-	+	+++	
Tiranë	-	-	-	-	-	-	++	+++	
Shkodra	-	-	-	-	-	-	++	+++	
Gripi A ₂	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	

Shtamet e parotitit, të mbajtur në temperaturë +4°, ruajtën cilësinë infektive dhe aglutinuese për tre muaj e gjysmë (titri 1:640), në temperaturë -30° deri në 6 muaj dhe në temperaturën e dhomës 5-7 ditë. Riversi shkruan se një shtamë parotiti i mbajtur në 4° ruan cilësitetin infektive dhe aglutinuese për dy muaj.

Gjatë punës sonë vumi re se aglutinacioni me eritrocite në koncentrim 0,5% ishte më i shprehur se në koncentrim 1%, prandaj koncentrimi 0,5% na duket më i këshillueshëm për të bërë këto prova, sidomos për të vënë në dukje zhvillimin e virusit kur është në koncentrim të akoma të vogla, dmth në ditët e para pas inokulimit.

Shtamet e izoluara të parotitit u kontrolluan për cilësi infektive edhe me anën e inokulimit të tyre në *camera anterior* të syrit të leputrit dhe të kavjes dhe në testikulat e këtyre kafshëve; inokulimet bë-heshin me koncentrime të ndryshme të virusit. Në sytë e kavjeve, ditën e parë u çfaq një keratit në rastet kur koncentrimi ishte më i lartë dhe më vonë atje ku koncentrimi ishte më i ulët. Në sytë e lepujve nuk u çfaq keratit. Keratiti qëndroi gjatë gjithë kohës së observimit (tre muaj) dhe në gjakun e kafshëve u gjetën antikorpe kundra parotitit. Inokulimet intratestikulare nuk shkaktuan asnjë ndryshim. Fëmijët e tilla ka observuar Shublaxe në vjetin 1960.

U kontrolluan ndryshimet që shkaktojnë shtamet e virusit të parotitit të izoluara prej nesh në kultura indore primare prej fibroblastesh amniotike dhe në shtam kulturë «amnion 57». U konstatua:

A — Se shtamet tona të inokuluara në kultura primare fibroblastesh të embrionit të pulës dhe në shtam kulturën «A 57» dhanë degjenerime të qelizave që filluan pas 48 orësh. Këto degjenerime shkaktohen nga virusi i holluar deri në 10^{-3} (me titër aglutinimi 1 : 320) dhe vazhdoj deri në ditën e pestë pas inokulimit, duke shkaktuar një prishje gati të plotë të qelizave. Themi «gati të plotë», sepse qelizat fibroblaste të embrionit të pulës nuk prisheshin 100%, por deri 80%, ndërsa për shtam-kulturën A 57 kjo prishje arrinte deri në 60-70%. Këto fenomene janë observuar së pari nga Henle më 1954. Sipas Zdrodovskit, shtamet e izoluara nga epidemii të ndryshme shkaktojnë degjenerimin e fibroblasteve, kurse me shtamet e vjetëruara në laboratoret, si ato që përdoren për vaksinën kundra parotitit, ky fenomen nuk konstatohet.

B — kulturat indore të inokuluara me virusin e parotitit u kontrolluan për fenomenin e hemo-adsorbimit, duke u shtuar eritrocite gjeli në suspension 1% në sasi 0,5 ml. për çdo tub kulture, duke i lënë në kontakt për 5-10 minuta dhe duke i shpëlarë pastaj me solucion fizilogjik (3-5 herë). Pas këtij veprimi u vërejt se eritrocitet ishin grumbulluar rrëth qelizave (fenomen i adsorbimit) në formë ishujsh (insulare). Ky fenomen u vërejt më mirë në mikroskop me zmadhim 56 herë, në kultura primare fibroblastesh dhe me eritrocite gjeli. Fenomeni i hemoadsorbimit u shpreh mirë në hollim të virusit me titër 10

(me titër aglutinimi 1 : 320). Ky fenomen u përdor edhe për të kontrolluar titrin e serumeve të ndryshme.

C. — Në kulturë primare fibroblastesh u arrit izolimi i virusit të parotitit nga materialet (pështyma) prej të sëmurëve. Gjithashtu për përcaktimin e indeksit të zhvillimi të virusit u përdor reaksiioni i hemoadsorbimit. Ky fenomen u konstatua në pasazhin e dytë të kulturës, kurse fenomeni i aglutinimit çfaqet në pasazhin e katërtë dhe më vonë. Por me anën e mbjelljes së drejtëpërdrejtë në kultura fibroblastesh nuk u arrit një titër i lartë aglutinimi, sikurse ndodh më anën e mbjelljes së materialeve patologjike në embrion vezësh (në qeskën amniotike).

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

1. — Andrewes Ch.: Virusis of vertebrates 1964, 150-161.
2. — Elisjeva E. F.: Klinika epidemiologji epidemiçeskij paratite. Pediatri 1951, 1-20.
3. — Moslenikova K. K.: Kozhnaja olergiçeskaja poka pri epidemiçeskij paratita. Vepra Virusn 1958, 2, 81-85.
4. — Njedastup F. U.: Vopros ob epidemiçeskim paratite. Pediatri 1952, 6, 53-55.

5. — Kljačko H. S.: Materiali k karakteristike virusi epidemiqeskovo paratita. Zhemri 1953, 12, 50-53.
6. — Kljačko H. S.: Specifičeskaja profilaktika epidemiqeskaja paratita v apres virusologij 1958, 1, 28-33.
7. — Kraus N. S.: La paratite do virus coxachie. Minervo Mediko 1960 51-53, 1379-1381.
8. — Perhina F. Y.: Epidemičeskij paratit nejrovirusni infekcija. Viročeb — Dje-lla 1956, 1, 65-70.
9. — Povollachij J. LL.: Materiali cerologiqeskih isledovanij pri epidemičeskom paratite ZHE.M.I. 1959, 10, 117-123.
10. — Povollachij J. LL.: Virusologiqeskih isledovanija pri epidemičeskij paratite. Vapros virusologij 1960, 1, 61-65.
11. — Rivers T.: Virusni u rikociozhi infekci çellovjeka 1955, 573-580.
12. — Remorov V. N.: Epidemičeskij paratit na vosroslij. Riga 1961.
13. — Selimov M. A.: Epidemičeskij paratit Sov. Motri 1955, 1, 37-40.
14. — Snubladze A. K.: O diagnostike pri epidemičeskij paratite ZHE.M.I. 1953, 10, 75-82.
15. — Snubladze A. K.: O virusi epidemičeskij paratitet ZHE.M.I. 1950 11, 37-45.
16. — Snubladze A. K.: O njekatorij svostva virusa ZHE.M.I. 1953, 1, 48.
17. — Snubladze A. K.: Kurs praktičeskij virusologgi Medgiz 1964.
18. — Vordesanidze E. SH.: Germaglutinacija i reaksio zodjarzhko gemaglutinacia virusom voshodnj cumi ptic epidemiologgi paratita ZHE.M.I. 1954.
19. — Vasiljev K.G.: K karakteristike mestnij shtam virusa epidemičeskovo pa-ratita ZHE.M.I. 1958, 4, 88-89.
20. — Zhdanov V. M.: Virusologija 1966, 362-374 (Medicina).

S u m m a r y

CHARACTERISTICS OF THE VIRUS OF PAROTITIS, ISOLATED IN SHKODËR DURING THE EPIDEMIC OF 1966-1967

An outbreak of mumps, which started in Durrës in 1966, spread over many cities and rural districts of Albania, including Tirana and Shkodër. In Shkodër the epidemic began in August 1966, attained its peak in December and subsided in March-April 1967, counting in all 1785 cases, mostly at the age of 6 to 15 years. Orchitis as complication occurred in 5.7 percent of the cases; other complications were rare.

The virus was isolated by inoculating the saliva of the patients in the amniotic sack of chicken embryos, from which it was passed on amniotic liquid in series. After 2 or 3 passages the virus agglutinated cock erythrocytes at the titre of 1:10-1:20, but after the tenth passage the titre became 1:640.

The identification of the virus was confirmed by the Haemagglutination Inhibition Test (HIT), which reached the titre of 1:2560.

Erythrocytes of different animals (cock, sheep, guinea pig, rabbit and man) were agglutinated at different titres, as shown on table 2, in which are included also the comparative results with the A and B influenza viruses.

Inoculation of the virus in the camera anterior of guinea pigs caused keratitis which persisted more than 3 months. Inoculations in the camera anterior of rabbits and in the testicles of both rabbits and guinea pigs caused no changes.

In cultures of young fibroblastes the virus caused degenerative changes, which began after the second day and affected almost all the cells of the culture on the fifth and sixth day.

The tissue cultures were used for the trial of the haemoabsorption phenomenon with cock erythrocytes; it was positive after a contact of 5-10 minutes.

Résumé

LES CARACTERISTIQUES DU VIRUS DE LA PAROTITE ÉPIDÉMIQUE ISOLE A SHKODËR PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE 1966-1967.

Une épidémie de parotide, partie de Durres en 1966, s'est répandue dans plusieurs villes et villages de l'Albanie, surtout à Tirana et Shkodër. Dans cette dernière ville, l'épidémie s'est déclarée en août 1966. Elle a atteint son maximum en décembre et s'est éteint en mars-avril 1967. Il y en a 1785 cas, dont la majorité de l'âge 6-15 ans.

L'orchite a été observée dans 5,7% des cas; les autres complications ont été rares.

Le virus a été isolé en inoculant la salive des malades dans le sac amniotique des embryons du poulet, puis, après des passages en série dans le liquide amniotique, on a essayé le pouvoir d'agglutination des hématies du coq, qui était du titre 1:10-1:20, après 2-3 passages et de 1:640 les autres passages. L'identification du virus a été faite avec le test d'inhibition de l'agglutination (HIT) qui était positif au titre de 1:2560.

Les hématies de différents animaux (coq, mouton, cobaye, lapin, homme) étaient agglutinées à des titres différents, comme se présente dans la table 2. A titre de comparaison, on a fait la même épreuve avec les virus grippaux A et B.

L'inoculation du virus dans la chambre antérieure de l'oeil des cobayes a causé des kératites qui ont persisté plus de trois mois.

L'inoculation du virus dans le tissus testiculaire du cobaye et du lapin n'a causé aucune altération.

Dans des cultures de jeunes fibroblastes, le virus a causé des altérations dégénératives qui commençaient le deuxième jours et en cinq jours atteignaient presque toutes les cellules.

Avec la culture fibroblastique, on a reproduit le phénomène d'hemo-adsorption qui se faisait apercevoir après un contact de 5-10 minutes.

ATYPITË E SERO-DIAGNOSTIKUT NË INFEKSIONE ME SALMONELLA TYPHI SHAKTUAR NGA KLORAMFENIKOL⁽¹⁾

— LLUKA DHIMITRI —

(Spitali i Rrethit të Durrësit, Drejtor F. Këlliçi)

Zbulimi i substancave kimike me veprim antibakterik, si i sulfamideve dhe më vonë i antibiotikëve, pér një çast bëri të shpresohet se problemi i luftimit të sémundjeve infektive u zgjidh. Por shpejt u vu re se këta preparate nuk ishin pa të meta dhe mjaft autorë kanë referuar fenomene me intensitet dhe frekuencë, që ndryshon nga një preparat në tjetrin; toksicitet, sensibilizim, dëmtim të florës intestinale normale, zhvillim të superinfeksioneve prej mikro-organizmave rezistente dhe, sëfundi, që ka éshtë dhe tema e këtij punimi, ndikimi i disfavorshëm që ushtrohet prej tyre në imunitet.

Më 1937, G. Tresouel, duke studjuar efektet e kemioterapisë në infeksione stafilokoksike të mjekuara me P-aminophenol-sulfamide, konstatoi se ky medikament, pas një infeksioni, ka mundësi të ndryshojet imunitetin e fituar normalisht. Më vonë, N. Pummer habiteshe me frekuencën e rikthimeve në infeksione stafilokoksike të mjekuar me penicillinë. Këto fenomene paraqiten edhe pas terapisë me antibiotikë të tjerë (R. Franz, T. Cook, E. Merrison etj.).

Zbulimi i kloramfenikolit (KAF) dha përdorimi i tij sistematik, sidomos në infeksione nga *Salmonella typhi*, ku ka dhënë rezultate klinike të mira, ka vënë në dukje shumë çrrgullime në fushën imunologjike, të çfaqura me anomali dhe atypi të sero-diagnostikut.

Laport, Betourné etj. (cituar nga 8) kanë konstatuar një veprim pen-gues të KAF në shtimin e sasisë së aglutininave. Autorë të tjerë si Claisse, Cavalotti, De Blasi, Bogdanov, Sosenko (cituar nga 7) kanë verifikuar një zbritje të këtyre aglutininave pas mjekimit me KAF; paralelisht Molaret, Morin, Saczez (referuar nga 3) konstatuan se persistojnë më pak në të mjekuarit me këtë antibiotik se sa ndër ata që janë mjekuar me medikamente simptomatike. Reber dhe Berstein (cituar nga 2) theksojnë veprimitarinë e pafavorëshme të KAF kundrejt antikorpeve mbrojtëse, siç provohet me serumin e konvaleshentëve, i cili nuk ka fuqi të mbrojë minjtë kundra të njëjtës sémundje (të salmonellozës tifike). Nga ana tjetër, autorë si El Rooby, Gohas, Checcacci kanë konstatuar përfundime të kundërtë përsa i përket efektit në formimin e antikorpeve, siç ka raste me hypo ose a-gamma globulinemi.

Shënim 1. — Punimet laboratoriKE janë kryer nga Dr. Koço Floqi në laboratorin Mikrobiologjik — Durrës.

Fari (3) konsideron se ndryshimet imunologjike rjedhin nga efekti i KAF në strukturën e antigjeneve të salmonellave typhi. Një fenomen që paraqitet jo shpesh është se, në disa raste me hemokulturën pozitive serodiagnostiku mbetet pa pritmas negativ. Për shpjegimin e këtij negativiteti abnormal, megjithëse mund të përmëndim një hipotezë, në bazë të së cilës disa persona nuk kanë aftësi të formojnë antikorpe, opioni se KAF ka veprim pengues duket se i përshtatet më tepër realitetit; në këtë rast nuk mund të përjashtohet se antigeni i përdorur nuk i përshtatet tipit të aglutininave; por kur përdoren të gjithë tipat, atëherë ky mendim përjashtohet. Një fenomen i tillë është konstatuar prej kohësh në terapinë e leptospirozave me penicillinë. Disa autorë, midis të cilëve R. Crosnier, kanë shprehur mendimin se ndofta ekziston një fenomen lysis, mekanizmi i së cilës mund të jetë i diskutueshmë ose hipotetik dhe mund të provohet me vështirësi. Është menduar se nga veprimi i KAF ka raste ku mund të shkaktohet një vonesë në formimin e aglutininave, si efekt i pengimit dhe prandaj në disa pacientë aglutinacioni bëhet pozitiv me vonesë. Sefundi, Olivo dhe Bugiardini (cituar nga 2) pranojnë efektin toksik të përgjithshëm të KAF në organizëm. Ky toksicitet mund të shpjegojë zbritjen e sasisë së aglutininave. R. Crosnier referon se në salmonellat me hemokulturën pozitive kur sero diagnostiku është negativ, arësyet janë: se disa persona janë në pamundësi të përpunojnë antikorpe të infeksionit ose vaksinale; se antigenet mund të bëhen atipike ose të papërshtatëshme; se mund të ketë pengim në formimin e aglutininave nga KAF dhe se kortizonikët, kur ato i bashkohen mjekimit me KAF, mund të lozin rol antagonist ose blokues.

Nga sa u tha më lart, veprimi i disfavorshëm në fushën e imunitetit, shkaktuar nga KAF, në disa raste me tifo abdominale, ve në dritë një gjendje paradoksale, që çfaqet me atipi dhe çrrregullime në sero-diagnostikun. Një çrrregullim i tillë vihet re më i theksuar kur përpara. fillimit të kurës me KAF, pacientët janë mjekuar ambulatorisht me antibiotikë të tjerë, sidomos me ata që kanë veprim të gjërrë. Po kjo gjë vihet re edhe kur mjekimi me KAF kombinohet me hormone kortiko-surrenale.

Në një punim tonin (9), ku kemi studjuar nga ana kliniko-terapeutike një numër të sëmurësh me tifo abdominale, kemi konstatuar disa raste me negativitet abnormal të sero-diagnostikut; ndërsa në këtë punim kemi për qëllim të vëmë në dukje çrrregullimet dhe atipitë e sero-diagnostikut. Për këtë arësyet janë studjuar 66 raste me tifo abdominale të seleksionuara me hemokulturën pozitive për salmonella typhi, të shtruar në repartin infektiv të spitalit të Durrësit gjatë vjetëve 1963-1966.

Këtu poshtë përshkruajmë rastet më karakteristike nga variantet e ndryshme të këtyre çrrregullimeve dhe atipive të sero-diagnostikut. që kemi konstatuar:

1. — a) Sero-diagnostiku negativ — na u paraqiten 7 raste — përshkruajmë një prej tyre:

L. D. vjet 13, me Nr. kartele 5698/1963

Hemokultura pozitive	dhe fillimi i terapisë	në të 12-tën ditë
Sero diagnostiku	Titri i O aglutinacionit	Titri i H aglutinacionit
të 14-tën ditë		O

të 22-tën ditë	O	O
të 30-tën ditë	O	O
të 39-tën ditë	O	O

b) Aglutininat të penguar gjatë gjithë evolucionit të terapisë

Kemi pasur dy raste, përshkruajmë njërin prej tyre:

Xh. L. vjeç 18, me Nr. kartele 5215/1963

Hemokultura pozitive dhe fillimi i terapisë në të 8-tën ditë

Sero diagnostiku Titri i O aglutinacionit Titri i H aglutinacionit

të 12-tën ditë	1 : 200	1 : 100
të 20-tën ditë	1 : 200	0
të 33-tën ditë	1 : 100	0

2. — Ka një vonesë në paraqitjen e aglutininave. U paraqit një rast: A. Z. vjeç 14, me Nr. kartele 3264/ 1964
të 15-tën ditë

Hemokultura pozitive dhe fillimi i terapisë në të 7-tën ditë

Sero diagnostiku Titri i O aglutinacionit Titri i H aglutinacionit

të 15-tën ditë	0	0
të 27-tën ditë	0	0
të 36-tën ditë	1 : 400	0
të 47-tën ditë	1 : 400	1 : 200
të 53-tën ditë	1 : 400	0

3. — Paraqitja normale e aglutininave O dhe H me zhdukjen e tyre të shpejtë. U paraqiten dy raste. Përshkruajmë njërin prej tyre.

Z. T. vjeç 9, femër, me numër kartele 5047/1964

Hemokultura pozitive dhe fillimi i terapisë në të 6-tën ditë.

Sero diagnostiku Titri i O aglutinacionit Titri i H aglutinacionit

të 15 ditë	1 : 1600	1 : 800
të 25 ditë	0	0
të 40 ditë	0	0

4. — Paraqitja vetëm e aglutininave H dhe zhdukja e tyre e shpejtë U paraqit një rast, H.C. vjeç 38, me Nr. kartele 1164/1965.

Hemokultura pozitive dhe fillimi i terapisë në të 6-tën ditë

Sero diagnostiku Titri i O aglutinacionit Titri i H aglutinacionit

të 12 ditë	1 : 40	1 : 80
të 20 ditë	1 : 160	1 : 1280
të 35 ditë	1 : 40	0

5. — Kur fillimi i terapisë është i shpejtë, frenimi i aglutininave O është më i theksuar. U paraqiten 3 raste. Përshkruajmë njërin prej tyre: J.M. vjeç 7, me numër kartele 4277/-1967

Hemokultura pozitive dhe fillimi i terapisë në të 6-tën ditë

Sero diagnostiku Titri i O aglutinacionit Titri i H aglutinacionit

të 10 ditë	1 : 160	1 : 160
të 16 ditë	1 : 640	1 : 640

të 22 ditë	1 : 640	1 : 640
të 30 ditë	1 : 320	1 : 320
të 37 ditë	1 : 160	1 : 160
të 45 ditë	1 : 80	1 : 80

6. — Turbullime të theksuara, kur mjekimi me KAF ka filluar pas atij me antibiotikë me veprim të gjërë, ambulatorisht, para shtruarjes në spital. U paraqitën tre raste, pëershkruejmë njërin prej tyre:

P.M. vjeç 17 me Nr. kartele 4332/1964

Hemokultura pozitive dhe fillimi i terapisë në të 10-tën ditë

Sero diagnostiku	Titri i O aglutinacionit	Titri i H aglutinacionit
të 12 ditë	1 : 200	1 : 200
të 20 ditë	1 : 400	1 : 400
të 32 ditë	0	0
të 37 ditë	0	0
të 44 ditë	0	0

7. — Mungesë paraqitje ose paraqitje me titër të vogël i aglutinave vaksinale. U paraqitën dy raste. Pëershkruejmë njërin prej tyre:

V.M. vjeç 25, me Nr. kartele 4003/1966.

Hemokultura pozitive dhe fillimi i terapisë në të 5-tën ditë

Sero diagnostiku	Titri i O aglutinimit	Titri i H aglutinimit
të 10 ditë	1 : 160	1 : 160
të 15 ditë	1 : 160	1 : 320
të 27 ditë	1 : 160	1 : 80
të 35 ditë	0	0

8. — Çrregullime pa variant të theksuar. U paraqiten 5 raste. Përshtkuajmë një prej tyre, atë më karakteristike.

N.V. vjeç 8, me numër kartele 4316/1967

Hemokultura pozitive dhe fillimi i terapisë në të 6 ditë

Sero diagnostiku	Titri i O aglutinimit	Titri i H aglutinimit
të 7 ditë	1 : 80	1 : 160
të 15 ditë	1 : 1280	1 : 1280
të 28 ditë	1 : 160	1 : 160
të 37 ditë	1 : 80	1 : 80
të 47 ditë	1 : 80	1 : 160

Përveç këtyre atipive të konstatuara prej nesh, autorë të tjerë kanë pasur dhe variante të tjera, siç janë: aglutininat e frenuara në fillim, paraqiten pas një rikthimi të sëmundjes, rritja më parë e aglutinave H dhe më vonë të atyre O (Crosnier, Fari); ose zbritja e aglutinave që në fillim të sëmundjes, kurse H mbeten lart (Cernoj), të cilat ne nuk na janë çfaqur.

Ne na janë paraqitur 26 raste me këto atipi dhe me negativitet anomali — 7. Kostic (8) referon atipi 59% dhe negativitet anomali në 11.8%, kurse Kaplan (6) — negativitet anomali 4.4% dhe Laverdan në

5%. Prej autorëve të ndryshëm si Kosic, Crosnier, Uhov, Gohar është vënë re se sa më shpejt fillohet antibioterapia aq më tepër dhe më thellë janë rastet kur qfaqen këto atipi. Kjo shpjegohet nga veprimi i KAF në sasinë e antigeneve, duke ndaluar shumëzimin e bakterieve. Natyrisht me sasinë e vogël të antigeneve përkon përpunimi analog i antikorpeve. Kur antibioterapia fillohet me vonësë, këtyre bakterieve u jetet koha e shumëzimit dhe kështu prodhohen antigenë të njaf-tueshme.

Këtë fenomen e kemi vrejtur dhe neve. Prej rasteve tona me atipi, në 62% është filluar antibioterapia në javën e parë dhe në të 38% — në javën e dytë.

K o n k l u z i o n

1. — Përdorimi i KAF në infekzionin me salmonella typhi shkakton ndryshime imunologjike, që qfaqen me reaksione aglutinacioni atipike. Këto ndryshime paraqiten më tepër në aglutininat O se sa në H aglutininat dhe takohen më shpesh:

- a) Kur antibioterapia fillohet në ditët e para të sëmundjes.
 - b) Kur para mjekimit me KAF është bërë mjekimi ambulatorisht me antibiotikë me spektër të gjërë veprimi.
- 2 — Kombinimi për një kohë të gjatë i terapisë me hormonoterapi kortikosurrenale ka mundësi t'i shtojë këto ndryshime.

Dorëzuar në redaksi më 20. XI. 1967

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

1. — **Bunin K. V.** : Rëndësia e zhvillimit të imunitetit mën aktivitetin e antibterapisë në tifo abdominal. «Sovjetskaja Medicina» 1960, 6, 21.
2. — **Crosnier R.** : Salmonelloses et atypie du sero-diagnostic. La presse médicale». 1962, 53, 2565.
- 2/1. — **Crosnier R.** : Epidemiologie et pathologie générale infectieuse. Paris, 1964, 244.
3. — **Farf A.** : Contribution de l'étude de l'action des antibiotiques sur l'immunité. «Annales de l'Institut Pasteur». Paris T. Nr. 6, monographie, Novembre 1959.
4. — **Fontana A. et col.** : A propos des 130 cas de fièvre pyphoïde traité par chloramphénicol. «Annales de pédiatrie» 1964, 37-38, 1596.
5. — **Grasso E.** : Patomorfosi della febbre tifoidea. «Giornale della malattie infettive e parassitarie». 1965, 6, 369.
6. — **Kaplan M., Bernheim R.** : Etude de 50 cas de fièvre typhoïde. La semaine des hopitaux», 1961, 48, 2035.
7. — **Kokoshina D. M.** : Antibiotiki i imunitet Moskva, 1963.
8. — **Kostie A.** : Les problèmes des fièvres typhoides à sero-diagnostic négatif. «La presse médicale», 1963, 52, 2489.
9. — **Dhimitri Li.** : Karakteristikat e sotme të tifos abdominal dhe terapi akute. Buletini i shkencave mjekësore, 1966, 2, 40.
10. — **Zironi A.** : Isoimmunità, specificità generica dei processi reattivi «Giornale della malattie infettive e parassitarie». 1976, 1, 10.

Summary

ATYPICAL SERODIAGNOSTIC REACTIONS IN INFECTIONS CAUSED BY SALMONELLA TYPHI AND TREATED WITH CHLORAMPHENICOL.

Many authors have observed the influence of the antibiotic treatment on immunity. The author of this work discusses his observations on the influence that chloramphenicol treatment had on the titre of the agglutination reaction of the blood serum of 66 cases of typhoid fever (confirmed by blood culture); of these 39,3% had atypical Widal reactions and in 10,4% the reaction remained negative throughout the course of the disease.

This kind of atypical immunological response can be considered as a biological reality in a microscopic world, in which antibiotics disturb the normal rhythm of life.

Résumé

LES ATYPIES DU SÉRO-DIAGNOSTIC DANS LES INFECTIONS DE SALMONELLA TYPHI PROVOQUÉES PAR LE CHLORAMPHÉNICOL

L'auteur, étudiant l'influence défavorable exercée par les antibiotiques sur l'immunité, cite une série d'auteurs dont les travaux sont particulièrement remarquables dans ce domaine.

Après avoir évoqué les diverses explications généralement données de cette influence il examine les atypies du séro-diagnostic dans les infections de salmonella typhi provoquées spécifiquement par le chloramphénicol.

Il étudie les atypies provoquées dans 66 cas de typhus abdominal à homoculture positive; ces atypies ont atteint 39,3% des cas et la négativité anormale 10,4%.

Pour conclure, il estime que ces troubles immunologiques sont une réalité biologique dans un monde microscopique où les antibiotiques ont déréglé le rythme de la vie.

FREKUENCA E FIBROZËS SË SEPTUMIT INTERVENTRIKULAR NË TË SËMURËT ME HIPERTENSION SIPAS TË DHËNAVE TË ELEKTROKARDIOGRAMËS

— YULI POPA —

AKADEMIA E TERAPISË HOSPITALIERE. SHEF KAND. I SHK. MJEKËSORE V. POPA

Në vjetet 1956 dhe 1960, Burch dhe D. Pasquale kanë përshkruar një sindrom elektrokardiografik të karakterizuar nga mungesa e dhëmit Q në derivacionet I, aVL, V₅ dhe V₆. Duke u bazuar në një material të gjërë nekropsish dhe duke i krahasuar të dhënat mikroskopike me ato të elektrokardiogramave të regjistruara gjatë jetës, këtë sindrom elektrokardiografik autorët e quajnë si shenjë të fibrozës së septumit interventrikular.

Studimi i Burch dhe De Pasquale bazohet në 1184 nekropsi. Në 142 raste (12%), ekzaminimi mikroskopik vuri në dukje fibrozën e septumit interventrikular. Gjatë jetës 83% e të sëmurrëve kishin pasur kriza stenokardie, ndërsa hipertrofia e ventrikulit të majtë u gjet në 60% të rasteve.

Nga të dhënat anatomo- elektrokardiografike të autorëve, rezulton si më poshtë:

Fibroza e septumit në nekropsi	12%
Fibroza e septumit dhe mungesa e dhëmbit Q në derivacionet I, aVL, Vs dhe V6	80%
Fibroza e septumit, por dhëmbi Q është i pranishëm në derivacionet I, aVL, Vs V6	20%
Mungesa e dhëmbit Q në derivacionet I, aVL, Vs dhe V6 por pa fibrozë të septumit në nekropsi	2%

Të njëjta ndryshime u gjetën nga Blomquist etj. në vjetin 1962 në 27 vjetë nga 100 të sëmurrë që vdiqën nga infarkti i miokardit-septal, anterior dhe lateral, të verifikuar në nekropsi. Po këtë autorë kanë kërkuar frekuencën e këtij sindromi elektrokardiografik në njerëzit e «shëndoshë» të të dy sekseve dhe e gjetën në 20% të meshkujve nga 40-59 vjeç. Sipas tyre, frekuanca e këtij sindromi rritet me moshën tek meshkujt dhe zvogëlohet tek femrat.

Mungesa e dhëmbit Q në derivationet e I AVL, V₅ dhe V₆ eshte
Mungesa e dhëmbit Q në derivationet e I AVL, V₅ dhe V₆ eshte

dimin e tyre, Gup etj., në vjetin 1964, ndryshimet elektrokardiografike të fibrozës së septumit i gjejnë vetëm në 0.48% (2 raste) nga 408 fëmijët prej moshës 4 deri në 13 vjeç.

Të dhënët e autorëve të përmëndur më sipër tregojnë se frekuencë e sindromit elektrokardiografik të përshkruar nga Burch dhe De Pasquale rritet me moshën edhe tek njerëzit që klinikisht janë të shëndoshë. Duhet supozuar se fibroza e septumit në këto raste shkakëtohet nga ateroskleriza e koronareve, e cila, sikurse dihet, është një sëmundje që shtohet me moshën. Këtu ndoshta ndërhyjnë edhe faktorë të tjerë etiologjikë, si p.sh. infeksioni reumatizmal, por ne akoma nuk kemi të dhëna mbi frekuencën e këtij sindromi në të sëmurët me kardiopati reumatizmale.

Hipertensioni arterial është një sëmundje që shoqërohet me aterosklerozën e koronareve dhe favorizon zhvillimin më të shpejtë të sajë; në këtë punim komunikohen të dhënët mbi frekuencën e sindromit elektrokardiografik të fibrozës së septumit interventrikular në të sëmurët me hipertension arterial. Për këtë qëllim u studjuan kartelat klinike të 250 të sëmurëve të mjekuar për hipertoni në spitalin klinik Nr. 1 prej vjetëve 1964-1966. Diagnosa klinike e të sëmurëve ka qenë «*morbus hypertonicus*», por nuk përjashtohet mundësia që në disa prej tyre, po të bëhen sheshin ekzaminime më të hollësishme paraklinike, mund të gjindët ndonjë shkak i njohur i sëmundjes. Nga 250 kartelat, që u kontrolluan, vetëm 108 raste u gjetën të vlefshme për studimin tonë, të tjerrat u eliminuan, pasi nuk i kishin elektrokardiogramat të regjistruara në 12 derivacione, ndërsa disa të tjerë paraqisin blok të degës së majtë, ku, sikurse dihet, është vështirë të vlerësohet prania e dhëmbit Q në derivacionet e ventrikulit të majtë.

Mosha e të sëmurëve ndryshonte nga 20 në 86 vjeç; nga këta 55 ishin burra dhe 53 — gra. Që një kompleks ventrikular të ketë mungesë absolute të dhëmbit Q duhet që vija izoelektrike të mos paraqesë asnjë çvendosje negative në derivacionet I, aVL, Vs dhe V6, prandaj ato elektrokardiograma që paraqisin nji dhëmb Q sado të vogël në këto derivacione nuk u futën në sindromin elektrokardiografik të fibrozës septale.

Nga 108 të sëmurët me hipertoni, 27 vetë (25%) kishin mungesë të plotë të dhëmbit Q në derivacionet I, aVL, Vs dhe V6. Sindromi elektrokardiografik i fibrozës septale u gjet më shpesh tek gratë se sa tek burrat — respektivisht 32% (17 gra) dhe 18% (10 burra). Nën moshën 50 vjeç kishte 5 gra dhe vetëm një burrë me mungesën e plotë të dhëmbit Q në derivacionet e përmëndura më sipër.

Qysh nga koha e zbulimit në 27 të sëmurët, vjetërsia e hipertensionit arterial oshilonte nga 1 deri 17 vjet, mesatarisht 4.8 vjet. Kjo është një kohë relativisht e shkurtër për të dhënë ndryshime të koronareve dhe fibrozën septale. Në të vërtetë mosha e hipertonië shpesh herë është më e madhe sa ajo që na jepin të sëmurët nga anamneza dhe nga ana tjetër, në një pjesë të mirë të rasteve ndryshimet atherosklerotike të koronareve mund të zhvillohen më parë dhe në mënyrë të pavarur nga hipertensioni arterial.

Nga të 108 rastet e studjuara, 18 vetë (16.6%) paraqisin kriza stenokardie, ndërsa katër nga këta kishin sindromin e elektrokardiografik të fibrozës septale.

Një korelacion i mirë u gjet ndërmjet ndryshimeve rontgenoskopike të zemrës dhe atyre elektrokardiografike;

Rontgenoskopja	Nr. i të sëmurëve	Sindromi elektrokardiografik	
		Nr. i të sëmurëve	Përqindja
Normal	18	2	11
Hipertrofi e ventrikulit të majtë	46	11	24
Hipertrofi e ventrikulit të majtë dhe sklerozë e aortës	40	12	30
Corbovinum; aorta e dilatuar dhe sklerotike	4	2	50
S h u m a	108	27	25

Këto të dhëna tregojnë se me theksimin e dëmtimeve të zemrës dhe të aortës, të paktën sipas informatave rontgenoskopike, rritet edhe frekuenca e ndryshimeve elektrokardiografike të fibrozës septale.

Një koreacion tjetër që u muarr në konsideratë është ai ndërmjet hipertonisë, insuficiencës kardiake dhe sindromit elektrokardiografik të fibrozës septale. Rezulton se nga 108 të sëmurë, 32 vëtë (29.6%) paraqitnin insuficiencë kardiake të gradave të ndryshme, më tepër të gradës së parë dhe të dytë. Elektrokardiograma, karakteristike për fibrozën septale, u gjet në 9 të sëmurë me insuficiencë kardiake (28% të dekompenuarve).

Duke studjuar lidhjen ndërmjet ndryshimeve elektrokardiografike dhe nivelit të kolesterolit në gjak, rezulton se vlera mesatare e kolesterolmisë për të gjithë hipertonikët e studjuar është 218 mg%, vlera mesatare e kolesterolemisë për të sëmurët, që paraqisin sindromin elektrokardiografik të fibrozës septale është 230 mg%, ndërsa për të sëmurët me hypertension, por pa ndryshime elektrokardiografike, është 214.3 mg%. Nga këto të dhëna shihet një farë koreacioni ndërmjet kolesterolmisë dhe ndryshimeve elektrokardiografike, por këto të dhëna duhen konfirmuar më mirë duke pasur një numër më të madh rastesh.

Konkluzioni kryesor i këtij punimi është se nga 108 të sëmurë me hypertension arterial, në 25% të rasteve (27 vëtë) gjinden ndryshime elektrokardiografike, që karakterizohen nga mungesa e dhëmbit Q në derivacionet I, aVL, V₅ dhe V₆. Këto ndryshime konsiderohen nga Burch, De Pasquale dhe autorët të tjera si shenjë e fibrozës së septunit interventrikular. Të dhënat e mësipërme tregojnë se hypertensioni arterial e rrit frekuencën e këtij sindromi elektrokardiografik, bën që tek femrat të vërehet më herët, më shpesh edhe përparrë moshës 50 vjeçare. Fakti që ky sindrom haset vetëm në 0.48% të fëmijve të shëndoshë dhe në 2% të rasteve kur në nekropsi mungon fibroza e septunit interventrikular, tregon se zbulimi i tij në njerëzit e shëndoshë është i rrallë. Nga ana tjetër, fakti që ky sindrom gjindet më shpesh me rritjen e moshës dhe se ai mungon në 20% të rasteve me fibrozë septale të verifikuar në nekropsi, tregon se mund të ketë edhe shumë njerëz që në fakt kanë fibrozë të septunit, por që nga ana elektrokardiografike nuk mund të zbulohen. Pra, e meta e këtij sindromi, siç duket, nuk qëndron në hiperdiagnozën, por në hipodiagnozën, ai tregon më pak fibrozën e septunit se sa është në të vërtetë. Në këtë drejtim flasin edhe

të dhënat e këtij punimi, ku mungesa e dhëmbit Q në derivacione I, aVL, V₅ dhe V₆ gjindet vetëm në 9 raste nga 32 të sëmurët e dekompençuar. Në hipertoniqët e dekompençuar, ku ndryshimet fibrotike të miokardit janë më të shprehura, do të duhej që ky sindrom të ishte më i shpeshtë. Megjithatë, gjetja e këtij sindromi elektrokardiografik përbën një shenjë të vlefshme për diagnozën e fibrozës së septumit interventrikular, sidomos në ato raste kur mungojnë shenjat e tjera klinike dhe elektrokardiografike të insuficiencës së koronareve.

Dorëzuar më datën 30.I.1968

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

1. — **Burch G. E.:** An electrocardiographic syndrome characterized by absence of the Q. Wave in Leads I, aVL, V₅ and V₆.
Am. heart J. 51, 1956, 487.
2. — **Burch G.E. and De Pasquale N.:** A study at autopsy of the relation of the Q wave i Leads I, aVL, V₅ and V₆ to septal fibrosis.
Am. Heart J. 60, 1960, 336.
3. — **Blomquist G., Blackburn H., Rautahajru P., Simonson E.:** Absent Q waves and coronary heart disease.
Am. Heart J. 63, 1962, 573.
4. — **Gup A.M., Franklin R.B., Hill J.E., Dixon L.M.:** Absence of Q waves in Leads I, aVL, V₅ and V₆ in children.
Am. Heart J. 68: 1964, 596.

S u m m a r y

THE INCIDENCE OF FIBROSIS OF THE INTERVENTRICULAR SEPTUM DISCOVERED ON ELECTROCARDIOGRAMS OF PATIENTS WITH HIGH BLOOD PRESSURE

The electrocardiographic changes of fibrosis of the interventricular septum, as described by Burch and De Pasquale, were studied on 108 patients suffering from arterial hypertension: the age of the patients ranged from 20 to 84 years. Of them 55 were male and 53 female. In 27 cases (25%) the electrocardiogram showed a complete absence of the Q dent with the I, aVL, V₅ and V₆ derivations. The electrocardiographic syndrome of septal fibrosis was more frequent in female patients than in male, respectively 32% (17 women) and 18% (10 men).

Electrocardiographic changes of septal fibrosis were also noticed in 22% of the patients who had stenocardic attacks and in 22% of the cases with heart failure.

The study of the relationship between the blood cholesterol and the electrocardiographic changes showed that the average cholesterol level in patients that had the septal fibrosis electrocardiographic syndrome was 230 mg%, whereas in those with high blood pressure but without electrocardiographic changes it was 214 mg%.

R é s u m é

FREQUENCE DE LA FIBROSE DU SEPTUM INTERVENTRICULAIRE CHEZ HYPERTENDUS D'APRES LES DONNEES ELECTROCARDIOGRAPHIQUES

Les altérations électrocardiographiques de la fibrose du septum interventriculaire, selon les critères définis par Burch et De Pasquale, ont été étudiées par l'auteur sur 108 malades d'hypertension artérielle, âgés de 20 à 86 ans, dont 55 hommes et 53 femmes. Sur 27 malades, soit 25% des cas, l'électrocardiogramme révélait

l'absence totale de la pointe Q dans les dérivations I, aVL V₅ et V₆. Le syndrome électrocardiographique de la fibrose septale a été constaté plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes — respectivement dans 32% (17 femmes et 10 hommes).

Les altérations électrocardiographiques de la fibrose septale ont été constatées chez 22% des malades qui présentaient des crises de sténocardie et dans 28% de ceux souffrant d'insuffisance cardiaque.

Etudiant le rapport existant entre la cholestérolémie et la présence d'altérations électrocardiographiques, on a constaté que la valeur moyenne de la cholestérolémie chez les malades présentant le syndrome E. C. G. de la fibrose septale était de 230 mg.% tandis que des malades hypertendus sans altérations électrocardiographiques la cholestérolémie atteint le chiffre de 214 mg.%.

HALUSINACIONET VIZIVE

— Prof. XHAVIT GJATA —

(Katedra e neuropsihiatrisë. Shef Prof. Xh. Gjata)

Shumë definicione janë dhënë për përcaktimin e halusinacioneve, por asnjë nuk ka arritur që të jepë një shpjegim me kuptim të plotë. Ne na duket mjaft i goditur definicioni i dhënë nga psikiatri frances Eskiroli në shekullin e kaluar. Ky autor ka thënë se një person është në gjendje halusinacioni atëhere kur ai ka bindjen e patundur se percepton me të vërtetë një ndjenjë, ndërsa konkretisht nuk ka asnjë objekt nga jashtë që të vijë të ngacmojë organin e shqizës sé këtij ndijimi.

Halusinacionet i takojmë në një numër të madh sindromesh psikikë, për këtë arësyё këto kanë një rëndësi të madhe në psikiatri. Ka autorë që mendojnë se ekzistonjë halusinacione që rrjedhim nga një çrregullim i organeve të shqisave. Pacienti që ka këto halusinacione ka përshtypjen e gjallë sikur këto ndijime të ekzistonin në realitet. Autorë të tjerë mendojnë se halusinacioni nuk ka asnjë lidhje me organet e shqisave, por është vetëm e vetëm një problem psikologjik, është një çrregullim i gjykimit. Të gjitha halusinacionet nuk janë të njëlllojta. Ka halusinacione ku elementi sensor mbetet fort i vogël, i zbehtë, ndërsa elementi psikik e zotëron skenën, ose e kundërta.

Qysh prej kohëve më të vjetra, të sëmurët psikikë janë konsideruar si njerës që kanë arsyetime të gabuara. Trubullimet psikike si dhe halusinacionet e tyre janë pasojë e pavullnetëshme i një truri, që funksionon në mënyrë jo të drejtë.

Në këtë paraqitje ne do të flasim vetëm për halusinacionet vizive.

Halusinacionet vizive ndahen në disa lloje. Ne na u duk i përshtatshëm klasifikimi i bërë nga H. Baruk, të cilin e kemi adoptuar.

I. — HALUSINOZA VIZIVE SENSORE

Këtu bëhet fjalë për një halusinacion thjesht sensor. Pacienti sheh qartë një send ose një fenomen, që mund të përkruajë formën, kufijtë, ngjyrën etj. Këtë send ose fenomen e ka përpëra syve dhe është i vëtëdijshëm për atë që sheh. Në këtë rast dhe në këto rrëthana nuk mund të bëhet fjalë për ide delirante. Fakte të tillë konstatohen në aura-n epileptike, ku halusinacioni viziv qfaqet befas dhe për një çast shumë të shkurtër menjë herë përpëra se të shpërthejë kriza epileptike. Ky fenomen është një sinjal-simptom, që flet për praninë e një lezioni në lobin oksipital ose në lobin temporal. Halusinacione vizive thjesht sensore takohen edhe në lezionet e kiazma optika dhe në lezionet e vetë

syrit. Në alteracionet e lobit oksipital konstatohen halusinacione me figura, por më shpesh vërrehen halusinacione elementar (fotopsi, fosfena). Në lezionet e lobit temporal vihen re sidomos halusinacione me objekte, njerëz si dhe skena, të cilat jetohen. Huglings Jackson këto skena i quajti me emrin dreamystate (gjendje endërimi). Po ashtu edhe në komprimimet e kiazmës optike mundet të takohen halusinacione vizive. Baruk pëershkruan rastin e një të sëmure me tumor të hipofizës, që shihte figura të vogla njerëzish me ngjyra të ndryshme, që lozni përparrë syve të saj. Claude dhe Vervack kanë pasur një të sëmurë me keratit interstitial luetik, që pati halusinacione vizive. Në fillim këto ishin të thjeshta si ngjyra pa formë, më vonë u vizatuan koka qëniesh të gjalla, që më vonë muarrën formën e plotë të trupit. Pas një kohe filloj të shohë shtëpi, fshatra, panorama me ngjyra. Këto halusinacione luanin sipas lëvizjeve të kokës së pacientit. I sëmuri ishte i vetëdijshëm për natyrën patologjike të këtyre që i dilnin përparrë syve. Elementi sensor në këto raste nuk mundet të vihet në dyshim.

Halusinacione me karakter sensor janë pëershkuar në lezionet e ndryshme të syrit: në keratitet, në çkolutjen e retinës, në glaukomën, në katarakt.

M. Lhermitte i jep një rëndësi të vogël faktorit periferik, irritimit periferik të rrugëve optike (cituar nga Baruk). Ai mendon se për të parë objekte, forma, njerëz etj. duhet të ndërhyjë një element qëndror, një element psihik. Irritimi periferik i rrugëve optike lot rolin e një gjëmbi ngacmues, që nuk mund të mohohet në krijuimin e halusinacioneve, por roli i tij nuk është aq i madh sa elementi psihik.

Ne kemi hasur katër pacientë që kanë paraqitur halusinacione vizive të thjeshta sensore. Tre nga këta shihnin në njërin ose në të dy sytë vija në formë spirali ose me kënde të thyer. Në fundus oculi u konstatuan lezione të lehtë të retinës. I sëmuri i katertë, me moshë të vjetër, shihte anash në syrin e majtë një dritë që i përngjet një ylli. që çkëputet në qiell natën. Kjo dritë zhdukej menjë herë. Ky halusinacion ishte më i qartë në errësirë. Ky fenomen nga okulisti u spjegua si pasojë e aterosklerozës në zonën oksipitale. Të katër pacientët tanë nuk kishin as shenjën më të vogël të turbullimit psihik.

Të sëmurët që paraqitnin halusinacione me karakter sensor janë të qartë, normalë nga ana mendore, nuk janë as në endër dhe as nuk kanë çrrëgullime psihike.

II. HALUSINACIONE ONIROIDE

A. — Halusinacione oniroide të pastërtë

Në endrat patologjike, pacienti shesh imazhe, që lëvizin njësoj si në endrat normale. Shumë karakteristikë janë endrat me halusinacione vizive gjatë helmimeve. Në këto rrethana, të sëmurët janë të dezentruar ashtu si ndodh edhe tek njerëzit normalë kur janë natën në gjumë. Disa të sëmure, si bie fjala në delirium tremens, shohin sende, figura, qënie të gjalla sikur të ishin krejt të vërteta. Këta pacientë endërojnë, duke parë me sy hapur halusinacione vizive, flasin, lëvizin, rendin, tregojnë me gisht shtazët që i ndjekin, pëershkruajnë aspektin, ngjyrën, formën e tyre, përpinqen të vrashin eti. Ka raste më të

buta delirum tremens, ku tē sémurëve u dalin para syve njerëz, që hyjnë c dalin nga shtëpia e tyre, që punojnë, marrin sende; pacientët qëndrojnë si spektatorë.

I sémuri ynë J. K. pati halusinacione oniroide tē pastërt. Ai kallzonte se një ditë kishte dalë pér shëtitje nga ana e malit të Dajtit. Në një çast ai pa një fabrikë, e cila ishte në funksionim (në tē vërtetë nuk ekziston asnjë objekt i tillë). I lindi ideja që nga oxhaku i fabrikës tē dilte tym; me një herë ajo që mendoj u bë realitet, tymi dilte ose ndërpritej sipas dëshirës së tij. Në këtë kohë dy punëtorë duallën nga fabrika, iu avitën pacientit me shumë përhulje e respekt. Ky i përgëzoi e u tha tē kthesheshin në punë. Një ditë tjetër po qëndronte ndenjur nën një pemë, kur iu çfaq pranë tij një breshkë; këtë e mori në duar, e kqyri nga tē gjitha anët pastaj e lëshoi pér tokë; në çast kjo shtazë u zhduk. Një herë tjetër ai pa dy persona, tē cilët hodhën grepat e tyre pér tē zënë peshk. Pacienti në ményrë tē heshtur kërkoi që grepat tē kapnin peshk; nuk vonoi as disa sekonda kur pa se ata nxuarrën nga ujët një peshk tē madh. Meqënëse çdo dëshirë e tij plotësohej aty pér aty, i lindi bindja se ai ishte i pajisur menjë fuqi mbinatyrore. Kur ne vinim në dyshim tē thënët e pacientit, ky duke u betuar pér vërtetësinë e atyre që na kallzonte, na ftonte me këmbëngulje që tē shkonim sëbashku me tē pér tē parë në vend fabrikën etj.

Të sémurët i shohin halusinacionet jo vetëm natën, por edhe gjatë ditës, duke qënë tē zgjuar. Ka raste që ata tē kenë edhe konfabulacione.

Një rast tjetër shumë interesant me halusinacione oniroide tē pastërt ka qënë dhe ai i pacientit Gj. N. Ky një ditë u shqetësua fort në oborin e spitalit. Me shokët e klinikës duallëm pér tē parë se çpo ndodhë. Pacienti i egërsuar, me djersë dhe fytyrën e skuqur, shante me fjalë tē ulëta, sulmonte me duar e këmbë, përpiquej tē qëllonte ose tē kapte një qenie. Më në fund i këputur nga lodhja dhe duke qarë me lotë pse nuk ia arriti qëllimit, u tërhoq. Fasi e muarrëm me tē mirë, e shpumë në shtrat dhe atje na tregoi se ai shihte dy gra tē vëshura me rrobe shumëngjyrëshe, tē cilat e fyenin me fjalë tē rënda. Ky natyrisht iu përgjigjej, shpesh herë ai u orvat që t'i kapë, por na thosh se sa u afrohej gjer dy metro, ato zhdukeshin, pastaj i çfaqeshin përsëri. Pacienti dëgjonte zërat e këtyre dy grave dhe i shëkonte tē gjallëa veprimet, fytyrat e trupin e tyre. Ne e ndoqëm këtë skenë deri në fund. Pacienti na dha përshtypjen se po bënte një duel tē vërtetë me shumë gjallëri kundër kundërshtarësh imagjinarë. Ky i sémurë kish disa javë që ndodhej i shtruar, pra ishte në mjekim e sipër, kështu pra përjashtohej mundësia e intokacionit alkolkik ose e infeksionit.

Një rast i tretë është ai i një djali 5 vjeçar, i cili u zgjua natën i frikësuar në kulm duke bërtitur me tē madhe dhe me sy tē llahtareshme, tē çelur fort, iku nga shtrati i tij dhe u ngjit pas trupit tē së jëmës, duke treguar me gisht një qen tē madh, që e kish sulmuar. Ekzaminimet klinike dhe para klinike nuk vunë në dukje asnjë element patologjik. Pacienti kishte gëzuar dhe gëzon edhe sot shëndet tē mirë.

Rasti i fundit me halusinacione oniroide tē pastërtë është ai i të voglit 8 vjeçar Y. T., tē cilit disa herë në ditë i dukej se i hidhej në fytyrë një mace e tërbuar. Pacienti ikte me vrapi i tmerruar dhe i hipëtë në qafë me vrull çdo njeriu që takonte nga personeli i klinikës, duke thirrur e qarë dhe duke e shtrënguar fort. I vogli vuante nga ekuiva-

lenga epileptike dhe kjo skenë nuk qe tjetër veç se një aura e shoqëruar me elemente prokursive.

Në këta katër shëmbuj, halusinacionet janë të karakterit anroid të pastërtë. Dy pacientët e parë janë mjekuar në klinikë për skizofresë.

B. — Halusinacione oniroide imagjinative

Po jepim disa shëmbuj, ku halusinacionet nuk hyjnë në kuadrin e ëndrave, por më tepër në atë të imagjinatës. Për ilustrimin e këtyre halusinacioneve po jepim tre raste: E sëmura Gj. O. vjeç 70, në vjetët e fundit sa herë që nuk e ka ndjerë trupin mirë, ose kur ka pasur një gjendje gripale me pak temperaturë, si ditën, por më tepër natën, shikon figura njerëzish që ecin, gra të veshura me fustane të shkëlqyer, dhomë ku mbi tavolinë janë të radhitur service prej kristali, drita të bukura shumëngjyrëshe, stiva me dru, ushtara që parakalojnë, parmakë hekuri të lyera me varak, ose e ka parë vehten të veshur me xhybe të qindisur me ar. Këto i sheh edhe kur i ka sytë të hapur, por kur i mbyll sytë, i ka më të qarta. Vetëdijen e ka të ruajtur. Këtu ka kombinim të gjumit të përciptë me gjendjen e zgjuar.

E sëmura e dytë Xh. A. vjeç 75, kur nuk bën rehat natën dhe ndjen dobësi e mungesë appetiti i dalin përpëra syve njerëz të veshur në mënyrë të çuditëshme me mjekra, fytyra të frikëshme, me dy dhëmbë të mëdhenj, të përcmuara që lëvizin, që zhduken e qfaqen përsëri. Pacientja i hap sytë që t'i shua një këto pamje që e ngacmojnë, e trembin, e tromaksin, siç thotë ajo vetë; por ajo vazhdon t'i perceptojë edhe për një kohë të shkurtër. Natën kur fle e le dritën e ndezur, megenëse në dritë këto figura i duken më të zbehëta se sa në errësirë. Këto skena i sheh për dy ose tri ditë, pastaj me normalizimin e gjendjes fizike të saj, zhduken edhe këto. Edhe kjo paciente vetëdijen e ka të konservuar relativisht në këto momente, megenëse këto fenomene i ndodhin në qastin kur menjëherë zgjohet nga gjumi.

Në të dy këta pacientë ekziston sklerozë e gjeneralizuar, tensioni arterial që lëvis nga 150/90 deri në 200/100 me aparat urinar të kompromentuar (verifikuar me ekzaminimet e laboratorit). Halusinacionet ka mundësi të lidhen me një autointoksikacion, i cili ve në provë të rëndë sistemin nervor qëndror me qarkullim defektuoz të gjakut përrësye të arteriopatisë që ekziston.

Rasti i tretë është ai i L.S.Y., vjeç 25 (shtruar më 1966), i cili pas një punë intensive fizike bujqësore tregonte se në mes të ditës i dollit para syve një vajzë me një brez të shkëlqyer në mes. Këtë e quante «peri», dmth që sjell lumtëri ose fatkeqësi dhe që nuk preket me dorë, sepse zhdukjet kur i afrohesh. Klinika dhe analizat e laboratorit nuk vunë asgjë në dukje. Mendojmë se alusinacionet që pati ky pacient, kanë pasur si origjinë lodhjen fizike të tepëruar dhe qëndrimi në diell për kohë të gjatë. Një tjetër pacient F.K. lexonte parrulla në mur, ndërsa nuk kish asgjë të shkruar.

Në këtë kapitull të halusinacioneve oniroide imagjinative bëjnë pjesë edhe halusinacionet liliputi. Pacientët shohin personazhe të vegjël me gjatësi rreth 10 centimetra, ose shtazë, objekte gjithmonë me madhësi shumë të reduktuar. Këto halusinacione janë të shumta, me

ngjyra si në një teatër kukllash, që ecin, rendin, Jozin, punojnë, kanë relief, duken afër, larg dhe japid përshtypjen e realitetit. Me fenomene të tilla në klinikën tonë u mjeckua një vajzë 14 vjeçare nga rrathi i Delvinës. Pacientja shihte njerëz të vegjël sa gishtat e saj të dorës, që e trajtonin keq, që e rihnin. Këta njerëz shumë të vegjël kërcenin rrith dhomës, ose anës shtratit të të sëmurës, ose lozni mbi trupin e saj. Këto halusinacione liliputi mund të takohen në disa sëmundje infektive, në alkolizëm, në intokikacione me kloral, etër, kokainë, kanabis indika, në mos funksionimin renal, hepatik, në uremi, në epilepsi, në lues, në demencat, në keratitet intertial, në tumoret e hipofizës, në psikoza, në çregullimet cerebrale organike. Halusinacionet e këtij lloji mund të observohen edhe në subjektët normalë kur janë të lodhur, në kohën kur fillojnë të dremitin.

III. — HALUSINACIONE SI RJEDHIM I THERMIMIT MENDOR

Në këtë halusinacione, elementi sensori është fort i zvogëluar, për arësy se turbullimet psihike janë të thella. Halusinacioni nuk formon veçse një pjesë të çorganizimit të të gjithë personalitetit. Tek këta pacientë, mendimi copëtohet në fragmente, që ecin seicili për llogarit të vet. Këto mendime të coptuara janë të varura pak a shumë nga halusinacionet vizive, të cilat janë inkoherente. Këto forma halusinacionesh vizive konstatohen në prodromet e skizofrenisë, me disa ide delirante pak a shumë të rënda me disociacion të personalitetit; këto mund të quhen edhe halusinacione skizofrenike, p.sh. pacienti ynë V.P. tregonte se nga njerës, që nuk i njihte, i vinin fjalë pa tinguj, që nuk i ndahejshin, megjithë përpjekjet e tij për t'i evituar. Fjalët i hynin në sytë. Fill në këtë gast, ai ndjente fishkëllim në të dy sytë, të cilët i dilnin jashtë nga orbitet. Për t'u mbrojtur, ai i mbyllte, por më kot. Në këtë kohë atij i lindnin rrahje të forta të zemrës, me dobësi të madhe fizike e marrje mëndsh. Për t'u qetësuar, ai pinte duhan dhe tymin e nxirri nga sytë. Në këtë mënyrë ndalonte lëvizjet e çrrégullta dhe daljen jashtë orbiteve të këtyre të fundit. Njëkohësisht duhani e çliron-te, i qetësonte ankthin, i stabilizonte gjendjen fizike. Personat e panjohur i thoshnin pacientit se këto mundime ia shkaktonin me qëllim që ushqimi të mos i kalonte mirë dhe ta bënin të fliste ato që do t'i thoshin ata. Dhimbjen dhe daljen e syve e spjegonte me kriprat, të cilat në vend që të kalonin në gjak e të shkriheshin në të, ato ngjiteshin në sytë.

L. B. M. një ditë mori një enë me ujë dhe ia hedh mbi trup një të sëmuri. Këtë e spjegoi se ky i fundit ishte tharë dhe kishte nevojë që të vaditej. Ne realitet i sëmuri qëndronte në shtrat, i zbehtë dhe mjaft i dobësuar. Pacientit ky i sëmure i dukej si një bimë që kishte filluar të venitej.

O.B. shihte shokët e tij të hipur në kuaj, që i kalonin përmbi krevatin e tij dhe dilnin nga dritarja. Ai ndjente në disa çastesh erëra gazesh toksike. Në një rast kur mjeku po bënte vizitën e thiri këtë pacient me emër. Zëri i mjekut i tingëlloi fort në veshët, ashtu si ndodh në një faltore ku zëri kumbon tepër, bën jehonë. Në këtë moment atij iu duk sikur mjeku u zvogëlua në trup dhe iu fut në tru me anën e ballit. Pacienti vazhdoi të dëgjojë ende për një kohë zërin e mjekut që sa vinte bëhej më i largët.

S.I.J. thoshte se shihite mendimet e tij të fotografuara. Kur ky mendonte, ia fotografonin idetë dhe menjëherë ia paraqisnin që t'i shikonte si në film.

D.B. thoshte se kishte lindur një fëmijë me krahë zogu, që kishte moshën tre vjeç. Me duart e saj, fëmijës ia kishte bërë sytë blu. Po kjo e sëmurë tregonte gjithashit se një herë ndodhej jashtë shtetit. Për t'u kthyer në Shqipëri rrugën e bëri me anën e detit duke notuar. Gjatë udhëtimit armiqjtë e gjuanin nga ajri; ajo u shpëtonte rreziqeve duke u zhystur në ujë sa herë që sulmohej; thoshte që kishte raste që edhe të fluturonte.

E.H. shihite në muret fytyra, që i dukeshin si tabllo, që nuk lëviznin. Këto figura ishin të njohura, të njerëzve të largët.

E.B.H. shihite nga dritaret e pavionit në kopshtin e spitalit një qenje gjigande me dy dhëmbë të mëdhenj që hapte e mbyllte gjën. Për ta zbutur këtë përbindësh, pacienti e merrte me të mirë, duke i thënë me zë «t'u bëfsha unë».

L.S. shihite dy burra të gjetë, që ishin me shtat të lartë deri në tavani, që nuk i ndaheshin pér asnjë çast. Shpesh herë thoshte se ata vendoseshin në pjesën e pasme të kokës së saj.

N.B. shihite mbi kokën e inferniçreve nga një kurorë me diamante.

M.Dh.P. thoshte se qëndronte lakuriq, duke mbështetur regjionin gluteal të saj mbi fytyrat e disa burrave të zhveshur dhe ata lakuriq. Më vonë mbante në shtrat një jastëk të përputhur me barkun në mënyrë që të fshinte një penis, i cili i kishte mbirë prej pak kohe; përkëtë i vinte shumë turp dhe nuk donte që të merrte vesh njeri.

K.F. shoqëroi një shoqen e tij tek një mami pér vizitë. Pacienti qëndroi jashtë portës së ambulancës. Në një moment, kurioziteti e shtyri që të qelte pak derën pér të parë se çpo ndodhë. Vuri re se vajza kishte lindur një fëmijë. Mamia që duhej të mbante sekretin më të madh, kur pa se pacienti mori vesh këtë ngjarje, pér të mos lënë asnjë shenjë dyshimi pér këtë lindje, e futi përsëri foshnjën në barkun e nënës. Pacienti kur na kallëxonë ngjarjen na bënte edhe pyetjen: «ka njeri që ta mohojë një gjë të tillë kur ma panë vetë sytë e mij?».

B. S. na tregonte se shihite me sy zorrët e tij duke hyrë nga goja e duke kaluar nëpërmes stomakut (halusinacione autoskopike).

Ka të sëmurë me halusinacione të formuara në një terren thërmimi mendor, që thonë se ata nuk shohin drejtpërdrejt sende ose fenomene, porse janë persona të tjerë që ua tregojnë pacientëve në formën e një filmi me ngjyra të ndryshme. P. sh. rasti i S. Y., cituar më lart. Për këtë arësyen ka autorë, që janë të mendimit se halusinacionet vizive nuk janë reale. Ata thonë se i sëmuri nuk i konsideron këto halusinacione si objektive që ia sheh syri, por janë njerëz të tjerë që i paraqesin skena, tabllora, të cilat nuk janë të vërteta dhe që vetë i sëmuri nuk i ndjen, nuk i njeh si të vërteta. H. Claude i identifikon halusinacionet në këto raste me idetë delirante.

Tek këta pacientë ekziston një disosacion i psihikës, një çlurje, në të cilën nuk bëhet fjalë pér halusinacione të vërteta vizive, por pér përshkrime vizive simbolike, të lidhura me idetë delirante të tyre. Në pacientët tanë nuk kemi konstatuar asnjë fenomen histerik, demencë ose proces infektiv ose ndonjë element që të fliste pér lezione cerebrale.

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

1. — Barnk H.: Les hallucinations — Traité de psychiatrie, Tome I 854-411.
2. — Golge J., Marel P., Gaullier H.: Essai sur syndrome hallucinatoire et système neuro-végétatif. Annales médico-psychologiques. Janvier 1961, 129-135.
3. — Mourou P., Tafossian A.: Les illusions visuo-spatiales Etude clinique. L'Encéphale 1963, Nr. 5, 438-480.
4. — Mourou P., Tafossian A.: Les illusions visuo-spatiales. Etude clinique, Nr. 6, 516-573.
5. — Morsier De G.: Le syndrome de Charles Bonnet: hallucinations visuelles des vieillards sans déficience mentale. Annales médico-psychologiques. Décembre 1967, 877-702.
6. — Stenberg E. Y.: Sur la clinique des hallucinations dans les maladies vasculaires. Annales médico-psycologiques. Octobre 1956, 395-396.

(S u m m a r y)

VISUAL HALLUCINATIONS

Visual hallucinations can be encountered in a number of psychic syndromes. The author gives the definition and a classification of the different kinds of hallucinations, dividing them into three large groups: visual sensory hallucinoses, plain or imaginary oniroid hallucinations and hallucinations resulting from mental crumbing. He distinguishes the sensory visual hallucinoses from the delirious ideas and describes the diseases in which they can be observed. He mentions also the organic lesions that cause hallucinatory troubles, excluding the mental disturbances; in these cases the patients are capable of analysing and criticising their troubles and recognise them as resulting from the lesions of their organism. Organic lesions of the retina were discovered in 4 cases.

In order to illustrate the simple and imaginary oniroid hallucinoses the author presents a scheme of the psychic state of 8 patients, who presented the elements of open eye dreaming; they can watch as spectators the scenes they imagine to be seeing or watch them and at the same time take part in them. He explains also the behaviour of 12 patients, in whom the hallucinations result from psychic crumbing. In regard to these hallucinations the author thinks that the patients are not really convinced of seeing the hallucinatory scenes, but have the impression that these scenes are being shown to them by others as paintings or film pictures or that they are symbolic visual descriptions linked with their delirious ideas.

R é s u m é

LES HALLUCINATIONS VISUELLES

Dans cet exposé, l'auteur parle des hallucinations visuelles qu'on rencontre avec beaucoup de fréquence dans un grand nombre de syndromes psychiques.

Après avoir donné une définition sur les hallucinations, il fait leur classification. Il les divise en hallucinoses visuelles sensorielles, en hallucinations oniroïdes francs, en hallucinations oniroïdes imaginatives et en hallucinations qui sont le résultat de la désagrégation mentale. Les hallucinoses visuelles sensorielles, il les distingue des idées délirantes, en mentionnant en même temps les maladies où on les rencontre. Il cite un certain nombre de maladies organiques qui provoquent ces troubles hallucinatoires en excluant les désordres mentaux chez ces sujets; ces derniers ont conscience de leurs troubles et ils reconnaissent qu'ils sont le résultat de lésions qui existent dans leur organisme. Sur

quatre patients on a constaté des lésions de la rétine, ophtalmologiquement. En ce qui concerne les hallucinations oniroïdes francs et imaginatifs, il donne un tableau de l'état psychique de huit de ses malades, où il met en évidence les éléments du rêve éveillé et où les malades assistent en spectateurs devant les scènes qu'ils voient ou bien ils prennent part aux événements qui se déroulent devant eux. En dernier lieu, il décrit la clinique de douze cas qui présentaient des hallucinations comme conséquence d'une désagrégation psychique. Pour ces sortes d'hallucinations, l'auteur est de l'avis des psychiatres qui pensent que les malades ne voient pas en réalité ces hallucinations, mais ils croient que ce sont d'autres personnes qui leur présentent des tableaux, des scènes, des sortes de films, ou bien les hallucinations sont des descriptions visuelles symboliques en rapport avec leurs idées délirantes.

KOMPLIKACIONET KUTANE NGA KLORPROMAZINA

ULVI VEHBIU

(Katedra e Psihiatrisë e neurologjisë. Shef Prof. Xh. Gjata)

Sipas të dhënave të literaturës, klorpromazina është një nga lëndët psikotrope, që jep më shumë komplikacione në lëkurë, në krahasim me preparatet e tjera neuroleptike (3).

Dermatitet e shkaktuara nga ky medikament kanë origjinë alergjike (1-4), ose toksiko-alergjike (6). Ato çfaqen jo vetëm në të sëmuarët, por edhe në personelin mjekësor, sidomos në infermierët, që merrin drejtpërsëdrejtë me shpërndarjen e preparatit.

Në klinikën e psihiatrisë, aminazina ose klorpromazina filloj të përdorej gjérësisht nga fundi i vitit 1957. Me që ky preparat u përdor kryesisht në formë pluhuri per os, u vunë re dermatitet në infermierët, që punonin pa dorëza.

Shenjat e dermatitit u çfaqën në jayën e dytë ose të tretë të kontaktit me këtë medikament. Brenda gjashtë muajve dhanë reaksione alergjike në lëkurë 56% e infermierëve (9 nga 16 vetët). Femrat u dëmtuan shumë më tepër se meshkujt. Midis 11 infermierëve, 8 prej tyre (dmth 82%) dhanë dermatite të formave të ndryshme, kurse nga meshkujt vetëm njëri nga të shtatët çfaqi një formë të lehtë dermatiti. Dëmtimet kutane për herë të parë u vunë re në gratë, sidomos në ato që kishin pasur edhe përpëra manifestime alergjike në lëkurë, ose që ishin dëmtuar nga ekzema. Në dy infermierët e klinikës, që vuanin nga ekzema, dermatiti alergjik i shkaktuar nga aminaza, jo vetëm që u çfaq për herë të parë në to dhe ishte i formës më të rëndë, por krahas tij, u vu re edhe një acarim i miëtejshëm i ekzemës.

Në përgjithësi, acarimi i dermatiteve alergjike u konstatua në muajt e pranverës dhe zbutja e tyre — në dimër, ose zhdukja e tyre e përkohëshme ndodhje kur infermierja shkonte me lejën e zakonëshme. Dekursi i këtyre dermatiteve është me dallgë — ata herë zbuten herë acarohen.

Gjatë vjetëve 1958-1959 dermatitet alergjike tek infermierët ishin të theksuara, sepse aminazina jepej në formë pluhuri. Më vonë, krahas futjes në përdorim të tabletave të klorpromazinës, shenjat klinike të dermatiteve filluan të zbuten, por jo të zhduken plotësisht.

Sot akoma 56% e infermierëve kanë dermatite alergjike, që riaukuzohen çdo herë kur lëkura laget me solucionet e ampuleve të klorpromazinës, ose me ujin e shiringave, që janë përdorur për të injektuar preparatin.

Në përgjithësi, dermatitet kanë filluar në mënyrë akute dhe janë shoqëruar me prishje jo të theksuara të gjumit e nervozizëm të lehtë. Asnjëherë ato nuk kanë qënë aq të rënda sa që të detyronin punon-

njësin të dilte në invaliditet, ose të ndërpriste punën, qoftë edhe për një ditë.

Dermatitet kloropromazinike tek personeli mjekësor për herë të parë janë përshkruar nga Delay (3). Më vonë u analizuan nga Demidova (4) dhe Gombos (5).

Delay i emërtón këto si dermatite profesionale. Sipas tij, këto dermatite lokalizohën më tepër në duar dhe janë të tipit të ekzemës së thatë, ose të shqëruara me sekrecion e prurigo. Gradualisht ajo mund të përhapet në fytyrë, duke u shqëruar me reaksione eritematoze, edematoze dhe prurigo. Në raste të veçanta, mund të takohen ekzema leukoze e fytyrës. Në disa infermierë vihet re urtikarie e përgjithësuar, ose thjesht prurigo e përqëndruar në organet gjenitale dhe këmbët.

Në 9 infermieret tona, dermatiti u lokalizua në tre vende: në sipërsaqen volare të duarve, në mollëzat e faqeve dhe në palpebrat superiore.

1. — Në duart, dermatiti më tepër dëmtoi lëkurën e gjishtrinjve të IV sidomos të falangeve të dyta dñe të para. Në mënyrë të veçantë u prek lëkura e anëve të gjishtrinjve. Shenjet e dermatitit u parqitën dhe në mesin e dorës, por ato ishin më të zbehta.

Këto dermatite u karakterizuan me skujje të lehtë të lëkurës, prurigo të theksuar, tendosje dhe trashje të lëkurës, shkëlqim jo normal të saj. Nganjëherë shqëroheshin edhe me ndjenjën e djegies. Vnde vende vihej re çarje shumë e lehtë e lëkurës, por që nuk shqërohej me sekrecione. Këtë lloj dermatiti e dhanë gjashtë infermiero.

2. — Në tri infermicerë e tjera, dermatitin e gjejmë në palpebrat superiore, pothuajsc me po ato shenja si edhe në duar, por me deskuamacion dhe pa të çara të lëkurës.

3. — Në dy infermiere, që kishin duart të dëmtuara, dermatiti u çfaq edhe në mollëzat e faqeve, duke shkaktuar skuqjen dhe trashjen e lëkurës e më vonë edhe deskuamimin. Edhe këtu, të kruarat zinin një vend të rëndësishëm.

Midis dermatiteve, më i qëndrueshmi është ai që lokalizohet në duar, me që këto të fundit janë në kontakt të vazhdueshëm me preparatin.

Në të sëmurët, dermatitet alergjike nga kloropromazina janë më të rënda. sepse ata u nënshtrohen më shumë rrezeve të diellit se sa personeli shërbyes. Sipas autorëve të ndryshëm (2,10), këto dermatite takohen në 5-17% të të sëmurëve, që e përdorin këtë preparat. Tek gratë janë tri herë më të shpeshta se në burrat (3). Rrezet e diellit ndihmojnë në çfaqjen e këtyre dermatiteve, e sa më shumë të sëmu- rët të qëndrojnë në diell aq më të shpeshta janë dermatitet (5,7,8,11,12). Me këtë spjegohet edhe përqindja e lartë e dermatiteve (67.2%), që gjeti Ivanova (6) në të sëmurët e saj kronikë, të cilët shumicën e kohës e kalonin në kopshë.

Në literaturë janë përshkruar format kryesore të këtyre dermatiteve alergjike (3,4,6,9). Më shpesh takohen fotosensibilizimi ndaj rrefestime makulo-papuloze e temperaturë të lartë, edema e Quincke, reaksionet e tipit urtikaria etj. Nganjëherë, dermatiti, i përqëndruar në fytyrë, merr formën e erizipelës (pseudoerizipela 3,9). Kohët e fundit është përshkruar edhe dekolorimi i pjesëve të lëkurës të eksponuar përkundrejt diellit. Ky fenomen u takua në ata të sëmurë,

që kishin marrë doza të mëdha të klorpromazinës për më tepër se një vit. Në këto raste, lëkura merr ngjyrë gri ose blu, si pasojë e depozitimit të melaninës në dermë (1).

Delay (3) ka përkruar në të sëmurët edhe reaksione të tipit ekzematos, si edhe thjesht prurigo të lokalizuara në organet gjenitale.

Zakonisht dermatitet çfaqen në ato pjesë të lëkurës që janë të rrashura më shumë nga rrezet e diellit, por ato mund të lokalizohen edhe në sipërfaqen mediale të parakrahëve në kërcinjtë, kurris ose gjoks (4). Zakonisht lindin midis javës së tretë dhe të katërtë të mjekimit (3,4,6).

Midis 215 të sëmurëve të mjekuar me aminazinë e klorpromazinë në gjysmën e parë të vitit 1958, ne studjuam 20 veta, që kishin dhënë dermatite alergjike pak a shumë të theksuara.

Nga studimi i këtyre 20 rasteve rezulton se:

1. — Mosha dhe lloji i sëmundjcs nuk luajnë roli në çfaqjen e dermatiteve. 10 nga të sëmurët tanë kishin moshën 20-30 vjeç, kurse 10 të tjerët – 30 – 40 vjeç.

2. — Sa më e madhe që të jetë doza e preparatit, aq më e mundëshme është lindja e dermatiteve. Të sëmurët tanë morrën 300-400 mg. më ditë.

3. — Sa më tepër që i sëmuri të qëndrojnë në diell, aq më të shpeshata e më të rënda janë dermatitet.

4. — Në të sëmurët e dobët fizikisht dhe ata që kishin pasur edhe përparrë reaksione alergjike, dermatitet çfaqeshin më shpejt dhe e kalonin në formë më të rënda.

Dy nga të sëmurët tanë dhanë edema të lokalizuara të tipit Quincke në anën e majtë të fytyrës. Kjo edemë shoqërohej edhe me dhimbje koke. Në ditën e pestë të ndërprerjes së medikamentit, edema u zhduk.

Në tre raste u vrejtën reaksione të përgjithësuara të tipit urtikaria të përqëndruara më tepër në gjoks, kurris, parakrahët dhe kërcinjtë. Këto reaksione u shoqëruan edhe më temperaturë subfebrile. (Kartelat Nr. 1471, 1413, 1601).

Në 15 të sëmurët e tjerë, reaksionet u lokalizuan krycsisht në fytyrë dhe më pak në parakrahët. Në pesë prej tyre u konstatua eritema e lëkurës së démtuar e shoqëruar me prurigo.

Në 7 të sëmurë të tjerë, përvëç eritemës me prurigo, u vërejt edhe edema e lëkurës shoqëruar me dhimbje e ndjenjën e tendosjes. Në dy të sëmurë fenomenet e përmëndura më sipër u shoqëruan edhe me vezikula e hemorragji puntiforme ndënë lëkurë. E sëmura A.K., e shtruar në shkurt 1958 (Nr. i kartelës 1103) dhe e mjekuar me aminazë në mars, dha një dermatit të ngaja shëm me erizipelén. Zbutja e reaksionit, pas ndërprerjes së medikamentit, tregoi se dermatiti ishte shkaktuar nga aminazina. Infeksionisti konkludoi se kishim të bënim vetëm me një pseudoerizipel.

Në fillim, kur ne vumë re skujjen e fytyrës dhe të duarve tek këta të sëmurë, menduam se kishim të bënim vetëm me një djegie të zakonëshme të shkaktuar nga rrezet e djellit. Por mungesa e deskuamacioneve në periudhën e përmirësimit, si dhe tendencia për përsëritje të shpeshta, sado herë që të sëmurët e tepëronin me qëndrimin e tyre në diell, treguan se këto dermatite lidheshin ngushtë me aminazinën.

Për mjekimin e këtyre dermatiteve janë përdorur calci cloraci, ose calci gluconaci në venë, dimetroli per os, adrenalina nën lëkurë etj. Në përgjithësi dermatitet e lehta largoheshin disa ditë pas ndërprerjes së medikamentit. Si masa profilaktike, disa autorë propozojnë që pre-

parati të injektohet sëbashku me 10 cc 0.25% novokainë (4). Për personelin infermier këshillohet mbajtja e syzave dhe e dorezave në ato raste kur dermatitet janë persistente e recidivantë dhe e pengojnë personelin të punojë normalisht.

KONKLUSIONE

1. — Tek personeli që merret me shpërndarjen e aminazinës ose klorpromazinës mund të lindin dermatite alergjike. Në materialin tonë ato u takuan në 56% të personelit infermier, që merreshin me shpërndarjen e klorpromazinës. Këto dermatite prekin më shumë femrat (82% e tyre). Çfaqen më tepër në pranverë e zbuten në dimër. Në përgjithësi, dermatitet janë të lehta dhe lokalizohen në sipërfaqjet volare të duarve, në mollëzat e fageve dhe palpebrat superiore. Ato karakterizohen më skuqje të lëkurës, prurigo të theksuar, tendosje e trashje të saj. Nganjëherë konstatohet çarja e lëkurës në disa vende, deskuamacioni i saj.

2. — Në të sëmurët që mjekohen me aminazinë, klorpromazinë, dermatitet alergjike janë më të shpeshta e më të rënda se sa tek personeli mjekësor. Rrezet e diellit lozin rol sensibilizues në lindjen e këtyre dermatiteve. Mosha dhe nozologjia e sëmundjes nuk luajnë rol në çfaqjen e tyre. Sa më e madhe që të jetë doza e preparatit aq më e madhe është mundësia të lindin këto dermatite.

Në 20 të sëmurët tanë u konstatuan edema të tipit Quincke, reaksione të ngjajshme me urtikarjen të lokalizuara në gjoks, kurris, parakrahët dhe kërcinjtë, eritemë e lëkurës e shoqëruar me prurigo, edemë, ndjenjën e tendosjes e në dy raste edhe me vezikula e hemorragji punktiforme nën lëkurë. Nganjëherë vihen re shenja të pseudoerizipelës.

3. — Për largimin e dermatiteve të lehta ose mesatarisht të theksuara është e nevojshme vetëm ndërprerja e neuroleptikut. Në rastet e rënda duhet përdorur edhe terapia antialergjike. Infermieret, që kanë dermatite nga klorpromazina, duhet që në raste të veçanta të punojnë me dorëza dhe syza. Si masë profilaktike për këto dermatite shërben edhe mos ekspozimi i gjatë në diell i pjesëve të ndryshme të trupit.

Dorëzuar në redaksi më 15.XII.1967

BIBLIOGRAFIA

- Allen J. Enclow, Murray Wexler: Psychiatry in the practice of medicine. London 1966, 214-215.
- Avruckij G.J.: Sovremennie psihotropnie sredstva i ih primenjenie v lechenji i shizofrenii. 1964, 37-38.
- Delay J.; Deniker P.: Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie. 1961, 67-73.
- Demidova L. P.: Zhurnal nevrop. i psih. im Korsakova 1956, 2, 172.
- George M. Gombos and Paul E. Yarden: The American Journal of Psychiatry. 1967, 7, 872-875.
- Ivanova N. N., Shtejn V. V.: Zhurnal nevrop. i psih. im Korsakova. 1963, 3, 440-442.
- Kalamkarjan A. A., Stojanov B. G.: Sovjetskaja medicina 1957, 9, 126.
- Kalamkarjan A.A.: Zhurnal im Korsakova, 1960, 5, 593.
- Nevzorova T.A.: Aminazin v kliničeskoj i ambulatornoj praktike. 1961.
- Noyes and Kolb: Modern clinical Psychiatry. 1962, 656-657.
- Paul H. Hoch: American Handbook of Psychiatry. Tom II 1959, 1542 dhe 1547-1548.
- Smulevici A.B.: Zhurnal im Korsakova. 1960, 5, 585.

Summary

SKIN COMPLICATIONS BY CHLORPROMASINE

Alergic dermatitis has been observed among nurses occupied in the distribution of aminazine and chlorpromazine among the patients. Such cases were observed in 56 percent of the nurses, more often among female nurses (82 percent). The dermatitis is more frequent in spring and recedes in winter; the skin appears red and itching, tense and thick, at times it can desquamate and present small erosions.

Dermatitis is observed also among patients treated with chlorpromazine or aminazine. This dermatitis is more severe than the one observed among the nurses. It can appear in the form of the Quincke oedema, as an urticarial reaction, as an erythema accompanied by punctiform haemorrhages and vesicles, as pseudoerysipelas etc.

The treatment and prophylaxis of these dermatites is discussed.

Résumé

COMPLICATIONS CUTANÉES PROVOQUÉES PAR LA CHLORPROMAZINE

L'auteur analyse les dermatites allergiques auxquelles sont sujets les infirmiers, qui s'occupent pour la distribution d'aminazine ou de chlorpromazine. Selon lui, on les rencontre plus souvent chez les infirmières qui donnent leurs soins aux malades de sexe féminin. Les dermatites se manifestent plus fréquemment au printemps et se calment en hiver. Elles sont légères et se caractérisent par des phénomènes tels que rougeurs, de l'épiderme, prurit, épaississement de la peau et parfois même des desquamations et petites gercures.

Ces dermatites atteignent également les malades soignés par la chlorpromazine et l'aminozine, ces dermatites sont plus fréquentes et plus graves que celles dont sont atteints les infirmiers. Elles se présentent sous forme d'oedème de Quincke, d'urticaire, d'érythème accompagnés de vésicules et d'hémorragies punctiformes sous-cutanées, de pseudo-érysipèle, etc.

L'article décrit enfin le traitement de ces dermatites et leur prophylaxie.

PËRHAPJA E TRIKOMONIAZËS NË QYTETET KRYESORE TË VËNDIT TONË

FERASET GAGANI (LULA)

(Laboratori qëndror i prodhimeve dhe kërkimeve mikrobiologjike Tiranë
— Drejtor Hudo Hajdëri)

Trichomonas vaginalis është një protozoar parazit, që bën pjesë në klasën e flagelateve, në familjen e trichomonadidae.

Për herë të parë **trichomonas vaginalis** u përshkrua në vjetin 1837 nga Donne, i cili e konsideroi si protozoar jo patogjen. Më 1916 Hoehne përshkruan rastin e parë të kolpitit trichomonal tek gratë, të paraqitur me sekrecione të verdha dhe fluska si shkumbë sapuni. Ky autor e konsideron **trichomonas vaginalis** si protozoar patogjen. Me mendimin e Hoehne më vonë bashkohen edhe autorë të tjera, si Wagner dhe Hees, Rodecuit, Schmid dhe Kamniker, Jirovec dhe Peter, Trussel, Plass etj. (Jirovec 1954).

Më 1945, Peter e konsideron trikomonazen si sëmundje seksuale parazitare. Femrat infektohen zakonisht me anën e kontaktit me shumë rrallë me anën e kontaktit me materialin që përmban parazitin, si p.sh. në WC, me anën e ndërrresave ose të sendeve të larjes, peshqirave etj, të ndonjë personi të infektuar, të kontaminuara me sekrecione të freskëta që përbajnjë **trichomonas vaginalis**. Edhe meshkujt infektohen me anën e kontaktit seksual. Këta janë bartës të parazitit. Në shumicën e rasteve, infekzioni në meshkujt kalon pa shenja klinike. Në vajzat e vogla, virgjëra, prepuberale dhe puberale, trikomoniaza mund të shpegohet me anën e perversionit seksual «ante portes», kurse në të porsa lindurat me anën e infeksionit gjatë lindjes.

Përsa i përket marrjes së infeksionit gjatë larjes në det, lumenjt etj. dhe me anën e ushqimeve ose të ujit të pijshëm, sipas opinionit që imbizotëron sot, nuk është e mundur, pasi ky protozoar nuk formon cista dhe, në ambientin e jashtëm, forma vegjetative zhduket shpejt: nën veprimin e drejtperdrejtë të rrezeve të diellit nuk reziston më tepër se 45-60 minuta, kurse në ujë reziston vetëm 30-40 minuta.

Kohët e fundit, në shumë vende të botës, kjo sëmundje po studohet me kujdes, prandaj në literaturë gjemjë shumë studime, që na japin të dhëna mbi shkallën e infeksionit të grupeve të ndryshme, kryesisht në gra. Të marrim si shëmbull disa të dhëna nga autorë të ndryshëm.

Në femra: nga ekzaminimet e bëra në spitalin e gjinekologjisë dhe obstetrikës në Beograd rezulton se 75,08% e pacienteve janë të infek-

tuara me Trichomonas vaginalis, kurse sipas Kosticjt (1957), nga ekzamini met e bëra në një fabrikë ambalazhi, Trichomonas vaginalis u gjet në 2/3 e punëtoreve.

Në Turqi me këtë parazit janë të infektuara 10% e grave të shëndosha.

Sipas Jirovec (1954) në Çekosllovaki trikomoniaza është një nga sëmundjet parazitarë më të përhapura dhe 30-40% e grave që vizitohen në konsultoret gjinekologjike vuajnë prej saj. Robaçeskij (1961) ka gjetur Trichomonas vaginalis në 42% të grave me afeksione gjinekologjike, kurse Stepanovi në 34,7% të tyre (Spirov etj. 1965).

Sipas Trussel (Spirov etj. 1965) në SH.B.A. vuajnë nga Trichomoniaza rrëth 10 milion gra, kurse sipas Wilcor, në Angli rrëth 25% e grave që bëjnë jetë seksuale vuajnë nga trikomoniaza dhe atje ka rrëth 1-3 milion gra në moshën 14-54 vjeçe që vuajnë nga kjo sëmundje (ci tuar nga Caridhra 1962).

Trichomonas vaginalis është gjetur në përqindje të ndryshme edhe në gratë praktikisht të shëndosha. P.sh. Jakovleva gjen Trichomonas vaginalis në 10-15% të kësaj kategorie grash, Stepanov (1957) në 5963 gra të ekzaminuara gjeti 13.9% të infektuara etj.

Në meshkujt Ashavski dhe Shamina (1955) kanë gjetur se 19% e uretriteve jo specifike kanë etiologji trikomoniale; për Leo (1944) kjo përqindje arrin në 36,9 kurse për Porudominskij (1960) në 20-30 përqind (cituar nga Spirov etj. 1965).

Në vendin tonë nuk kemi pasur të dhëna mbi përhapjen e trikomoni azës. Nga sa dimë, deri më 1963 është kryer vetëm një sasi e kufizuar ekzaminimësh në të sëmurë të dyshimitë, nga të cilët janë zbuluar raste trikomoniazë, si në gra ashtu dhe në burra, disa prej të cilëve trajtohen nga M.Caridha (1962).

Detyra për të studjuar përhapjen e trikomoniazës në disa qytete të vendit tonë u muarr përsipër më 1963 nga Laboratori Qëndror P.K. mikrobiologjike.

Është grumbulluar material nga qytetet e Tiranës, Durrësit, Gjirokastër, Shkodrës, Vlorës, Beratit, Korgës, Fierit, Elbasanit dhe Lushnjës. Pjesa kryesore e materialit të studjuar vjen nga konsultoret gjinekologjike, nga gra që janë paraqitur me ankesa gjinekologjike të ndryshme, një pjesë tjeter vjen nga qendra pune, dmth nga femra praktikisht të pasi mjekët kanë dyshuar për trikomoniazë; më në fund një sasi e kufizuar preparatesh është marrur nga burra me uretrite jo gonokoksike, që pa shenja klinike, por që në gratë e tyre ka qënë zbuluar Trichomonas vaginalis.

Në konsultoret e rretheve, materiali është marrur nga mjeku gjinekolog me tampon steril, me këtë është përgatitur preparati, i cili është sultoren e Tiranës dhe qendrat e punës, materiali është marrë nga ana e jonë me të njëjtën mënyrë. Diagnoza është bërë pas ngjyrimit me gjemsa

Materiali që po trajtohet në këtë artikull është mbledhur qysht prej viti 1963 deri në tetor të vitit 1967. Rezultatet e këtyre ekzaminimeve i përmblidhen në tabelat Nr. 1, 2 dhe 3.

Nga tabela Nr. 1 shihen se përqindja më e lartë e pozitivitetit rezulton në Shkodër, pastaj në Tiranë, Korgë, kurse në rrëthet e tjera dhe sidomos në Elbasan dhe Gjirokastër kjo është më e ulët.

Tabela Nr. 1

**Ekzaminime të kryera në konsultoret gjinekologjike
(gra me infeksione gjinekologjike)**

Nr.	Qyteti	Ekzaminime Gjithsej	Pozitive	Përqindja
1	Tiranë	1120	186	16,6
2	Durrës	678	55	8,1
3	Shkodër	424	81	19,1
4	Gjirokastër	198	10	5,0
5	Vlorë	534	49	9,1
6	Berat	500	26	5,2
7	Korçë	138	14	10,1
8	Fier	302	17	5,6
9	Elbasan	102	5	4,9
10	Lushnje	53	5	9,4
Shuma		4049	448	11,1

Nga këto të dhëna, duke i krahasuar me ato të vendeve të huaja, rezulton se shkalla e pozitivitetit për Trichomonas vaginalis në qytetet që përmënden në tabelë është më e ulët se në vendet e tjera për gratë, që vizitohen në konsultoret gjinekologjike.

Në tabelën Nr.2 përmblidhen të dhënat e nxjerra nga ekzaminimi i femrave praktikisht të shëndosha në qendra pune të ndryshme në 5 qytete: Tiranë, Durrës, Gjirokastër, Fier dhe Elbasan.

Ndryshimi në shkallën e infeksionit, që vrehet në kontigjent, përsë i përket Tiranës, ku kjo paraqitet mjaft e lartë, sipas mendimit tonë, rrijedh nga fakti se ekzaminimet janë bërë vetëm në një konvikt dhe në një numur të kufizuar (vetëm 60) dhe se ka mundësi që infekzioni të jetë përhapur edhe me anën e kontaktit me sende të kontaminuara me materiale infektues.

Tabela Nr. 2

**Ekzaminime të bëra në punonjësit e disa qendrave pune
(Femra praktikisht të shëndosha)**

Nr.	Qëndra e punës	Ekzaminime gjithsej	Pozitive	Përqindja
1	Konvikt i komb. lekst. Stalin - Tiranë	60	12	20
2	Ndërmarrje të ndryshme Durrës	275	19	6,8
3	Ndërmarrje të ndryshme Gjirokastër	219	3	1,3
4	Ndërmarrje të ndryshme Fier	214	10	4,6
5	Ndërmarrje të ndryshme Elbasan	384	16	4,6
Shuma		1116	60	5,4

Përveç materialit që u paraqit më sipër, gjatë kësaj kohë janë bërë edhe 697 ekzaminime nga gratë e sëmura të dyshimta për trikomoniazë të dërguara nga klinika dermoveneriane e Tiranës. Prej këtyre, 145 ose 20,8% kanë rezultuar pozitiv për Trichomonas vaginalis. Po me këtë

kriter janë marrë në konsultoren e Vlorës dhe janë dërguar për ekzaminim 71 preparate, prej të cilave 18 ose 25,3% kanë rezultuar pozitive.

Gjatë kësaj kohe, nga klinika dermoveneriane na janë dërguar për paraqitjen shenja klinike, ose pse në gratë e tyre ishte zbuluar Trichomonas vaginalis. Në 17 raste ose 7,5% e tyre u zbulua paraziti,

Në tabelën Nr. 3 jepen rastet me Trichomonas vaginalis sipas grup meshave. Nga kjo tabelë del se përqindja më e lartë është në moshën 26-35 vjeç. Për këtë grup moshe janë bërë 1893 ekzaminime dhe janë zbuluar 224 raste pozitive ose 11,8%.

Tabela Nr. 3

Ndarja sipas grup meshave

Nr.	Grup-mosha vjeç	Ekzaminime	Pozitiv	Përqindja
1	19-25	1537	111	
2	26-35	1895	224	7,2
3	36-45	914	96	11,8
4	46 e lart	169	15	10,5
	Shuma	4515	446	8,8
				9,9

Konkluzione

Nga ekzaminimet e bëra për Trichomonas vaginalis rezulton se:

1. Në 11,1% të grave të vizituara në konsultore gjinekologjike në qytete të ndryshme u zbulua trichomonas vaginalis.
2. Gjithashtu në 5,4% të punonjësve në disa qendra pune u zbulua paraziti (ekzaminime në masë).
3. — Përqindja më e lartë — 11,8 — i përket moshës 26-35 vjeç.

Dorëzuar në redaksi më
20.XII.1967

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

1. — **Caridha M.**: Njoftimi mbi trichomias vaginalis. Buletini i Universitetit Shtetëror të Tiranës — Seria Shkencat mjekësore, 1962, 2, 89.
2. — **Caridha M.**: Trihomonoza e organeve uro-genitale në meshkuj. Botim i Fakultetit të Mjekësisë — «Referate e Kumtesa» 1965, 1, 198.
3. — **Cekić J., Popović D., Jovanović Lj., Stozić N.**: Parasitoses et salmonelloses en Yougoslavie. Archives de l'union médicale balcanique, 1966, 2, 3, 239.
4. — **Jirovec O.**: Parasitologie pro lokare. 1954 Praha.
5. — **Kosturi M.**: Trikomoniala e apparatit uro-genital vulvitet dhe kolpitet trikomonele. Shëndetësia popullore, 1960, 4-5, 18, 37.
6. — **Perudominskij J.**: Negonokokovye yrietriti (sovremennoe Sostojanie Vaprosa). Vestnik Dermatologla-Venerologija, 1960, 12, 34.
7. — **Spirov G., Bončev As., Kirjakov Iv.**: Sëvremeni vaprosi na urogenitalnata trichomonoza. 1965, Sëvremena Medicina XVI, 2, 690-700.

9. — Stepanov L.: Problema trikomoniza v akush erctvie i ginekologii, 1957, vol. V, 107.
9. — Unat E.K.: Les parasitoses et les salmonelloses en Turquie. Archives médicale Balcanique, 1966, 2-3, 229.
10. — Zasulin D.N., Nivikova M.A.: Laboratornie metodi isledovania patogenikprotejshih, 1957. Medgiz Moskva.

Summary

INCIDENCE OF TRICHOMONIASIS IN THE MAIN CITIES OF ALBANIA

A survey was undertaken with the purpose of determining the spread of trichomoniasis in some of the cities of the country among different contingents of people. Material was taken from women who visited the gynaecological consulting center for gynaecological troubles, from healthy women and from men suffering from urethritis or whose wives had been found with trichomonas. The survey includes material collected during four years. In women with supurative diseases of the genital organs trichomonas was found in 11.1%. Among healthy women — in 5.4% in men in 7.5%.

Most of the women who had trichomoniasis were 26-35 years old.

Résumé

LA PROPAGATION DE TRICHOMONIASE DANS LES VILLES PRINCIPALES DE NOTRE PAYS (1963-1967)

L'auteur présente une étude de la maladie de Trichomoniasis propagée dans certaines villes principales de notre pays. L'auteur a fait le prélèvement aux femmes atteintes de maladies gynécologiques, aux femmes saines, aussi qu'aux hommes atteints d'uretrite, ou qui vivent avec des femmes infectées de trichomoniasis.

L'auteur a étudié 4048 cas pendant quatre ans (1963-1967).

Aux femmes souffrant de maladies gynécologiques, l'auteur a constaté que 11,1% avaient le **Trichomoniasis vaginalis**. Aux femmes en apparence saines, ce pourcentage atteint à 5,4%. Aux hommes examinés, le pourcentage de l'infection de Trichomoniasis a été 7,5%.

La plupart des femmes infectées avaient l'âge de 26-35 ans.

TË DHËNAT PARAPRAKE MBI NJË MODIFIKIM TË KURIMIT MEDIKAMENTOS TË MUKOZAVE TË FLOKËVE PAS EPILIMIT ME RENTGEN

SHYQRI BASHA

(Katedra e Dermatologjisë. Shef Prof. Kadri Kërciku)

Ndër tri metodat e kurimit të mykozave të kokës me rentgen, me grisovinë dhe epilinë, ajo e para është sigurisht më e efektëshme sa të tjera, por për ne edhe shumë më e leverdisëshme sepse nuk ka nevojë për sjellje medikamentesh të veçanta nga jashtë.

Aplikimet e rentgenit kanë veprim vetëm epilator dhe jo parasticidë, siç tregon fakti se mbjellja e copëve të flokëve që merren nga regjionet e rrezatuara, jep kultura pozitive parazitesh. Lind kështu nevoja e mjekimit të kokës së rrezatuar me qëllim që të ndalojen infektime të reja nga ana e germeve të izoluar dhe të zhduken ato ekzistuese në shtresat e sipërme të epidermisit.

Dihet se mjekimi me jod fillon pas tri javësh nga mbarimi i rrezatimit dhe zgjat pesë javë, kështu që kurimi i mykozave të kokës zgjat mesatarisht dy muaj. Të gjithë autorët e konsultuar (Aravinski, Radaeli, Evolceanu, Sutton etj.) ndjekin pak a shumë të njëjtën metodë, që kemi përdorur edhe ne deri më sot, dmth e fillojnë kurën antiparazitare tri javë pas mbarimit të rrezatimit dhe pas plotësimit të zhdukjes së flokëve të mbetur me anë të dyllit dhe çamçakëzit në përpjestime 2:1. Por në vend që të presim tri javë rënien e flokëve për të filluar mjekimin antiparazitar, pse mos ta fillojmë këtë menjëherë për të fituar qoftë edhe atë periudhë kohe që kalon prej mbarimit të rrezatimit e deri në rënien e flokëve?

Kjo padishim ka shumë anë të mira: në radhë të parë na lejon të kufizojmë burimin e infeksionit, ta dërgojmë pacientin e vogël më shpejt në shkollë ose në punë kur pacienti është i rritur, ta bëjmë kurimin e qereve më pak traumatik si për pacientin ashtu edhe për prindrit dhe, sëfundit, të mos shpenzojmë qoftë edhe atë pak material medikamentos.

Duke u nisur nga këto parashtresa, kemi marrë në studim 19 fëmijë të moshës 0-15 vjeç (tabela Nr. 1), i kemi shtruar në klinikë përti ndjekur së afërmësi dhe i kemi mjekuar me jod 5% tri herë ditë (joli metaloidici 5, spiritus vini 100.0) dhe qdo dy ditë (një ditë po një ditë jo) u kemi praktikuar larjen e kokës më tepër me qëllim që të largohen ndyrësirat, të cilat e pengojnë veprimin penetrues të jodit (Bastedo).

Tabela Nr. 1

Numëri i rasteve me Trikofiti në raport me meshën dhe seksin

	0 - 4 vjeç	5 - 9 vjeç	10 - 15 vjeç	Shuma
M.	3	7	3	13
F.	-	4	2	6

Totali	3	11	5	=19
--------	---	----	---	-----

Për të vërtetuar prezencën apo jo të infekzionit dhe, rjedhimisht, dobinë e kësaj metode të propozuar, kemi marrë çdo ditë material (skuama dhe flokë) dhe i kemi mbjellë për të parë deri në çfarë ditë pas këtij mjekimi, kulturat rezultojnë pozitive. Përveç kësaj, kemi kryer ekzaminimet mikroskopike jo vetëm në fillim për diagnostikimin e parë, por edhe më vonë, herëpas here dhe medoemos kur kulturat rezultuan krejtësisht negative. Ekzaminimet mikroskopike dhe mbjelljet i kemi vazhduar edhe për një javë pas negativizimit të fundit me qëllim që mos të kishim ndonjë riçfaqe pozitiviteti dhe kur kjo nuk na ndodhi, kemi shënuar ditën e parë të përfundimit negativ si ditën e fundit të mjaftueshme për kurim, siç rezulton në tabelën Nr. 2.

Tabela Nr. 2

Numëri i kulturave të negativizuara gjatë kurimit	
Periudha e negativizimit të kulturave	Nr. i rasteve
1—7 ditë	0
8—14 »	0
15—21 »	4
22—28 »	8
29—36 »	3
37—44 »	2
45—52 »	2

Mbjelljet dhe ekzaminimet mikroskopike kanë qënë negative pas një periudhe minimale prej 16 ditësh deri në një periudhë maksimale prej 52 ditësh me një mesatare ditë kurimi 28.8 sipas llogaritjes së mesatares të ponderuar. (tabela Nr. 2). Kjo nuk do të thotë se të gjithë patientët do t'i shërojmë brenda 28 ditëve sepsë mjekimi duhet të jetë i individualizuar për çdo rast, porse në përgjithësi mesatarja e kohës së shërimit është më e shkurtër se sa përparrë dhe kështu me këtë metodë përfitojmë të gjitha të mirat që ky shkurtim kohe na jep.

Mendojmë se do të ishte mirë që edhe kolegët dermatologë të rretheve të aplikojshin këtë metodë mjekimi të qereve të kokës me një numër patientësh pak a shumë të madh për të na dhënë kështu mundësinë që të kontrollojmë më mirë të dhënat tonë.

Ekzaminimet mikroskopike dhe lëximi i kulturave janë kryer në bashkëpunim me Dr. Mihal Caridhën.

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

1. — Aravinski A. N.: Rukovodstvo po dermatovenerologi. Medgis 1961, Tom. II.
2. — Bastedo W.: Materia Medica, Pharmacology and Therapeutics 1932.
3. — Evoiecanu R. et Bp.: Dermatomicoze 1956.
4. — Radzeli F.: Dermatologia. Vallardi. Milano 1934.
5. — Sutton W.: Dermatology. 1966.

S u m m a r y

PRELIMINARY RESULTS OF A MODIFICATION OF THE TREATMENT OF THE TRICHOMYCOSES THE X-RAY DEPILATION

In order to reduce the time of treatment of trichomycosis the author proposes to begin the application of the antiparasitary treatment (iodine 5 percent in alcohol) immediately after the X-ray depilation, omitting the customary three weeks of waiting for the hair to fall off. This proposal is based on the favorable results obtained by the author on 19 patients, in whom the success of the treatment was confirmed by the microscopic and cultural examinations; the average time for the treatment was 28.8 days.

R é s u m é

DES DONNEES PRELIMINAIRES SUR UNE MODIFICATION DE LA THERAPIE MEDICAMENTEUSE DES TEIGNES APRES DEPILATION RAYONS X

Afin d'abréger la durée de la guérison des trichomycoses, l'auteur propose de commencer à appliquer le traitement antiparasitaire (alcool à 5% d'iode) aussitôt après la dépilation par rayons X, sans attendre que s'écoulent les trois semaines habituellement nécessaires pour la chute des cheveux. L'auteur étaye sa proposition sur les résultats qu'il a obtenu sur 19 patients atteints de trichomycoses. Les traités de cette manière sont soumis à des examens microscopiques et de culture.

La guérison a été obtenue en une période d'une durée moyenne de 28.3 jours.

PËRDORIMI I AZOTIT TË LËNGËSHËM NË DERMATOLOGJI

— MANHO NAKUÇI —

(Spitali civil i rrëthit të Durrësit. Drejtor G. Trebicka)

Vjetët e fundit i kushtohet një vëmëndje e madhe përdorimit të azotit të lëngëshëm në dermatologjinë praktike. Parimi në të cilin mbështetet veprimi mjekues i azotit të lëngëshëm është ftohja e mëdhe që krijohet gjatë avullimit të tij.

Mjekimi me azot të lëngëshëm përbën një hap të ri në zhvillimin e krioterapisë. Allington më 1950, i pari, komunikoi përdorimin e azotit të lëngëshëm në mjekimin e verruceve, hemangiomave, keratozave.

Më 1953 deri më 1961, Duperrat ka bërë 25.000 aplikacione me azot të lëngëshëm. Ai e ka përdorur në verrucae vulgares, verrucae seborroicae, në cheratosis, condylomata acuminata, molluscum contagiosum, angiomat, leukoplakietë, Lihen ruber planus në mukozat, papilomat e organeve genitale; neurodermitis, tatuazhe, acne rosacea, e acne vulgaris etj.

Circ dhe Endres, më 1954, publikuan mjekimin e 100 rasteve me veruce e kondilome akuminate dhe theksuan se kjo metodë është shumë e mirë, e thjeshtë dhe jep rezultate të mira kozmetike. Më 1960, Fletcher-Hall komunikoi rezultatet e përvojës 4-vjeçare të terapisë më azotin e lëngëshëm, që e ka përdorur në verrucet, keloidet, në keratozat seborroike, lupus erythematoses, naevus pigmentosus, hemanigiomet superficiale etj.

Kleine Natrop ka vënë në dukje se azeti i lëngëshëm ka efekt të mirë në terapinë e keratoakantomave, në disa forma të bozaliomave, në acne vulgaris, ephelides dhe në hiperpigmentacionet. M.K. Karapetjan e L.M. Rozentul kanë përdorur azotin e lëngeshëm në mjekimin e verukave vulgare dhe verukave plantare.

Cilësítë fizike të azotit të lëngëshëm. — Azoti (azot = pa jetë, nitrogenum N.) element kimik i grupit të V të sistemit periodik të

Mendelejevit, radha 7, me peshë atomike 14,008, është gaz pa ngjyrë e shijë, që qëndron në molekulë me 2 atome (N_2). Temperatura e vlimit është — 195 °8, kurse pesha specifike e tij është 0,808. Parafiqitet si lëng pa ngjyrë e pa erë. Nuk ndizet dhe nuk shkakton ndonjë eksplozion. Puna me azotin e lëngëshëm nuk paraqet asnjë rrezik. Prodohet në fabrikën e N.I.Sh. oksigjenit Durrës, në azotin e Fierit dhe në qytetin Stalin. Në enë azoti i lëngëshëm është gjithënjë në vlim. Avullon 60 ml. për një orë. Një litër azot mund të përdoret për 30-40 të sëmurë.

Në bazë të veprimit kurativ të azotit të lëngëshëm, si dhe në të gjitha mjetet e krioterapisë, qëndron temperatura e ulët. Disa herë ngrirja shkakton shkatërrime të indeve, disa herë (sipas metodës) vetëm ngushtimin e vazave, uljen e reaksionit inflamator dhe zhduk këshu ekzantemat. Prandaj përdorimi i ftohjes jep rezultate të mira jo vetëm në formacionet berinje, por edhe në sëmundjet organike të lëkurës si dishidroza, neurodermitet, ekzemat etj.

Metodika e punës: — Merret një shufër druri, ose shufër qelqi, apo shufër metalikë dhe në majë të saj përshtjellim një tampon pambuku me trashësinë e lezionit ku do të veprojmë. Tamponi futet në termos (menjëherë ndihet vllimi i lëngut dhe del një tym i bardhë dhe i ftohtë) e vihet mbi vendin që do të mjekojmë. Gjatë aplikimit azoti gjithënjë avullon, duke lëshuar një zhurmë të lehtë sikur zien. Në fillim shkakton një ndjenjë të lehtë dhimbjeje, por menjëherë zhduket për arësyte të anestezisë. Pas 10"-15"-20" vendi zbardhet, lëkura forcohet e bëhet e fortë si guri. Kjo gjendje kalon shpejt. Për 30"-1' lëkura merr përsëri ngjyrën e zakonëshme. Por pas 2-3 minutash rilllon një ndjenjë e lehtë dhimbjeje, që zgjat deri në 30' ose edhe më tepër, por është e durueshme. Pas 8-12 orë rilllon të çfaqet një vezikul, që zhvillohet plotësisht pas 18-20 orë. Pas 3-4 ditësh vezikula rilllon e zvogëlohet, e pas 8-10 ditësh ajo zhduket krejt. Në vezikul ndodhet një lëng (eksudat) seroz ose hemorragjik, disa herë (në kallo) është shumë viskoz ose si brumë. Këto shenja tregojnë për një veprim të plotë e me sukses.

Më vonë krijohet një kruste, e cila bie duke lënë pas saj një lëkurë të pastërt, të butë, të depigmentuar, që për pak ditë merr ngjyrën e zakonëshme të lëkurës.

Mesatarisht një aplikacion mund të zgjatë 10"-15"-20"-50" deri edhe 90". Për një seancë mund të përdoren 2-3 aplikacione nga 20" e midis tyre me nga një interval 2-10". Mund të aplikohen 3-6-8 seanca 1-2 herë në javë.

Në praktikën tonë, shpesh herë kemi përdorur aplikimin e azotit vetëm një herë me nga 15"-20"-40", rrallë dy herë veçanërisht me një interval 1 herë deri në 10 ditë. Për të evituar ndonjë infeksion të mundëshëm, pas hapjes së vezikulave kemi përdorur bojrat e anilinës 10% në alkol ose në ujë.

Rezultatet e punës sonë një vjeçare po i paraqesim në pasqyrën e mëposhtëme:

Të sëmurët e mjekuar me azot të lëngëshëm

Nr.	Diagnosa	Nr. i rasteve		Shuma	Nr. i vatra-vje	Shëruar	Përmirësuar	Pa rezultat
		Ma.	Fem					
1	Verrucae vulgares et planae	22	31	53	239	239	—	—
2	Callus	26	4	30	63	63	—	—
3	Haemangioma et teleangiectasia	6	5	11	20	4	16	—
4	Achrochordon	2	—	2	13	13	—	—
5	Keratoma senile	11	1	12	14	13	1	—
6	Milium colloidalc	1	—	1	6	6	—	—
7	Cystes dermales et atheroma	7	2	9	9	9	—	—
8	Keratoacanthoma	4	—	4	4	4	—	—
9	Cornus cutaneum	2	—	2	4	4	—	—
10	Tatuazhe	1	2	3	4	4	—	—
11	Polip osc vegjetacion cutan	—	3	3	4	4	—	—
12	Botriomycoma	1	1	2	2	1	1	—
13	Koloide eikatriciale	1	—	2	2	1	—	—
14	Koloide spontan	—	1	1	1	1	—	—
15	Acne rosacea	—	1	1	3	3	—	—
16	Nævus verrucosus	1	—	1	1	1	—	—
17	Hypertrichosis	—	1	1	1	—	1	—
18	Neurodermitis	1	—	1	1	1	—	—
19	Lupus erythomatodes	1	1	2	9	1	8	—
20	T B C Cutis, L vulgaris	—	1	1	3	1	2	—
S h u m a		87	55	142	403	373	30	—

Duke marrë të dhënët e literaturës se azoti i lëngëshëm avullon 60 ml. pér një orë, do të thotë se 1000 ml. azoti i lëngëshëm do të avullohen pér 16-17 orë. Nga praktika e jonë nxjerrim se 1 litër azot ne e kemi ruajtur e përdorur rrëth 50 orë, dmth ka avulluar ($1000 : 50$) = 20 ml. pér një orë. Këtë rezultat e arriti duke mos e lënë hapur grykën e termosit, por e mbyllëm me tapën e vet, së cilës i kemi hapur një vrimë shkarkimi 3-5 mm. diametër.

Po japid dy demostroime: 1) I sëmuri M.S. 30 vjeç, punëtor, u paraqit pér ndihmë mjekësore më datën 29.X.1966 sepse vuan nga një kokërr sa një gëshjenjë, që i ka dalë në këndin e hundës para 8 vjetësh. Eshtë operuar dy herë, por prapë i është rritur.

Diagnosa ateroma: Në tre seanca pacientiu aplikua azoti lëng nga 15-20" me një interval 10". Nuk pati asnjë dhimbje. Pas 24 orësh iu bë një fluskë, e cila iu çà dhe iu lirua një lëng seroz. Pas dy ditësh iu krijuar një kore, që pas 15 ditësh i ra dhe ndënë të i dolli një masë e bardhë si gjizë. Pas 25 ditëve, pasi iu aplikua azoti lëng, i sëmuri u shërua plotësisht, duke lenë një eikatricë të lehtë, që nuk bie në sy.

2) I sëmuri M.D. 45 vjeç, arsimtar, vuan nga kallo në gishtrinjtë që i kanë dalë qysht para 30 vjetësh. E pengojnë mjaft në ecje dhe nuk mban dot këpucët. Ato i pret shpesh herë duke iu lënë nga një dritare. Ka përdorur të gjitha barnat antikallo, të prodhua rana vend dhe të importuara, por pa rezultat.

Në 3 seanca iu aplikua azot lëng nga 15" seicila me një interval 10". Në 24 orët e para ndjeu pak dhimbje. Më pas dhimbot iu ulën, fluskat iu çanë dhe mbi to u krijuan kore. Lokalishë përdorëm mjekim solucion blu metileni 1% në alkol. Pas 25 ditësh kallot i ranë dhe i sémuri u shërua plotësisht. Nuk ka asnje difikte, nuk ka asnje shqetë-

Konkluzione

- Azoti i lëngëshëm mund të përdoret për mjekimin e të gjitha neoformacioneve beninje të lëkurës dhe të mukozave.
- Është një metodë e thjeshtë që zëvëndëson fare mirë déborën karbolike dhe termokauterin, sepse është e lehtë në përdorim, më njanon proceset pregatitore të anestezisë lokale me inieksion, nuk len defekte kozmetike në vendin e sëmurë, fitohet mjaft kohë dhe është kcmode si për mjekun dhe për të sémurin.

Dorëzuar në redaksi më 25.I.1963

BIBLIOGRAFIA

- Karapatjan M.K., Rozentul L.M.: Vjest. Derm. I Ven. 1963, 6, 73.
- Krejmin V.M.: Vjest. Derm. I Ven. 1966, 6, 61.
- Mashkilejzon L.N.: Legenie I Prof. Kozh. Bolez, 1964, 121.
- Rozentul M.A. (Red): Spravočnik po Kozmetike M. 1964, 288.
- Skicko A.N.: Vjest Derm. I Ven 1967, 2, 22.
- Stojanov St.: Vjest. Derm. I Ven. 1964, 3, 47.

Summary

THE USE OF LIQUID NITROGEN IN DERMATOLOGY

Liquid nitrogen, supplied by the oxygen factory of Durrës, was used on 142 patients for the treatment of *verrucæ vulgares* or *juveniles*, *callus* etc. The results were satisfactory. A description is given of the method of treatment, as well as the mode of the keeping of the nitrogen.

The nitrogen cure is not a new method, but in this country it was used for the first time and with good results.

Résumé

L'EMPLOI DE L'AZOTE LIQUIDE EN DERMATOLOGIE

L'auteur décrit l'utilisation de l'azote liquide fourni par la fabrique d'oxygène de Durrës, sur 142 malades atteints de *verrucæ vulgares* et *juveniles*, *callus* etc. Les résultats obtenus par l'auteur ont été satisfaisants. L'article comporte une description de la méthode d'emploi et de la méthode de conservation de l'azote.

L'usage de l'azote est bien connu, mais c'est la première fois dans notre pays qu'il est employé avec succès dans ce domaine.



Foto Nr. 1 Ateroma e mjekuar me Azot lëng.



Foto Nr. 2 Ateroma e mjekuar me Azot lëng. Në foto është në çastin e aplikimit. I shëruar plotësisht



Foto Nr. 3 Keratoma: seborhoeicum iniektar me
Foto Nr. 3 Keratoma: sebitis
seborhoeicum
objektiv
para



Foto Nr. 4 Keratoma serillis seborhoeicum iniektar me
azot lang.

HEPATITET KOLANGIOLITIKE

— FAJJA PULG —

(Klinika e sëmundjeve infektive. Shef Prof. N. Dushniku)

Artikulli që po paraqitim është bazuar në studimin e 13 rasteve me hepatit kolangiolitik të mjekuar në klinikën e sëmundjeve infektive. Nga këta të sëmurë, 9 ishin gra dhe 4 burra. Të ndarë sipas moshave: 20-29 vjeç—3 raste, 30-39 vjeç—4 raste, 40-49 vjeç—3 raste dhe mbi 50 vjeç 1 rast. Nga këta 8 janë shtruar në spital ditën e tretë të çfaqjes së ikterit, ndërsa 5 të tjerë ditën e 6 të çfaqjes së ikterit.

Gjatë periudhës prodromie, të gjithë të sëmurët janë ankuar për dhimbje artikulare dhe temperaturë, kurse 7 të sëmurë në këtë periudhë kanë pasur dhe ekzanthemë në ekstremite. Në momentin e shtrimit, tek të gjithë të sëmurët dukej qartë ikteri, në 8 raste të sëmurët kishin prurit, në të gjithë të sëmurët materjet fekale ishin të çngjyrosura. Në 9 raste mëlciqë ishte rrëth 1 cm. nën harkun brinjor, kurse në katër raste dimensionet e saj ishin më të madhenj, rrëth 2-4 cm., ndërsa shpretkën e gjetëm të rritur në pesë raste.

Gjatë qëndrimit në spital, shenjat e mësipërme u bënë më të theksuara, të krojturit ishte mjaft shqetësues. Bilirubinemia ishte më e rritur; megjithatë, gjendja e përgjithëshme e të sëmurëve në krahasim me këto ankesa, ishte e mirë, rënie në peshë nuk kishin. Analizat bio-kimike vinin në dukje këto ndryshime: bilirubinemia në 6 raste ishte mbi 10 mg.%, në 4 raste 15 mg.%, dhc në 3 raste 15 mg.%. Në të gjithë rastet mbizotëronte fraksioni i drejtpërdrejtë i bilirubinës. Provat e labilitetit koloidal në 9 raste i patën të padëmtuar, kurse në 4 raste ato flisnin për dëmtime të lehta. Kolesterolinë e kemi gjetur të rritur nga 270-375 mg.% në 5 raste, prej 230-260 mg.% në 3 raste, ndërsa në dy të tjerë e kemi gjetur në kufitë normale 180-220 mg.%. Fosfataza alkaline në 10 raste ka qënë nga 1.8-5.4 un.; ndërsa në tre raste prej 12-17 un.

Pra siç shihet, të dhënët e mësipërme të këtyre rasteve na jepin tabllonë e një ikteri të natyrës mekanike dhe sidomos ky dyshim u shtua për 4 raste, ndërsa cilët dhe mosha ishte më e kaluar, fenomenet e kolestatazës ishin më të shprehura. Në të njëjtën kohë, gjatë vënieve së diagnozës patëm parasysh dhe variantin kolangiolistik të hepatitit epidemik dhe, për qëllim diagnostikimi, përdorëm në të gjithë të sëmurët mjekimin me deltakortenin 30 mg. për 7 ditë. Ditën e pestë, në 5 të sëmurë bilirubinemia u ul nga 10 mg. në 5 mg. në 4 raste, nga 15 mg. në 8 mg.%, në dy raste nga 20 mg.% në 8 mg.%, në një rast ulja e bilirubinës ishte shumë e ngadalëshme dhe ajo u ul vetëm ditën e 15 nga 18 mg.% në 12 mg.%, në një rast tjeter ikteri persistoi për një kohë të gjatë dhe megjithë përdorimin e kortiko preparateve,

rënia e tij ishte pothuaj e parëndësishme dhe meqë mosha ishte mbi 50 vjeç, u mendua për një ikter mekanik, prandaj iu bë laparotomia, por nuk u vu në dukje ndonjë pengesë mekanike. Në rastet e observuara nga ne, në 6 raste testi i Jirglit ishte pozitiv.

Nga të sëmurët tanë, 11 prej tyre dolën të shëruar nga spitali, nga këta 7 veta pas 60 ditësh, 4 — pas 50 ditësh, një përfundoi në chirosisis bilialis dhe një tjetër, si pasojë e insuficiencës akute hepatike, vdiq.

Po ndalemi në përshkrimin e njërit prej rasteve të paraqitur në klinikë.

I sëmuri S.Q., vjeç 40, me Nr. kartele 2216 hyri në klinikën e sëmundjeve infektive më datën 21.II.1966 me diagnostikën **hepatitis epidemica**. Sëmundja i ka filluar më datën 10.II.1966 me dobësi të përgjithshme, dhimbje artikulacionesh, temperaturë 38°, ekzanthemë në anësitë e poshtëme. Më datën 15.II.1966 urina iu bë e errët, pastaj iu cfaq ikteri në sklerat dhe më vonë të kruajturit. Ditën e 11 të fillimit të sëmundjes dhe ditën e 6 të cfaqjes së ikterit, shtrrohet në spital. Nga ekzaminimi objektiv vihet në dukje: ikteri në sklerat dhe lëkurë, pulsi i plotë rithmik 68', T.A. 135/80 mm/Hg. Hepari prekej 1 cm. nën harkun kostal. Shpreta në kufti normal. Nga analizat e gjakut periferik rezulton: eritrocitet 4.300.000, Hemoglobina 85%, leukocitet 6500, sedimenti 25 mm/orë, neutrofilet 70%, limfocitet 29%, monositet 1%.

Në serumin e gjakut, bilirubinemia 10.2 mg./%, Kunkel 28 U., Maklagan 1.8 Un. Sellek — Frade negativ. Kolesterinemia 300 mg., fosfataza alkaline 12.8 Un., S.G.O.T. 144, S.G.P.T. 230 un.

Ditën e 8 pas hyrjes në spital, ikteri u bë më intensiv, bilirubina arriti 20 mg./%. Më gjithë mjekimin e bërë, ikteri nuk pakësohej, matrjet fekale vazhdorin të ishin të çngjyrosura, urina me ngjyrë të kuqe të errët, të kruajturit vazhdonte. Kjo gjendje vazhdoi deri në ditën e 21.III.1966. Para këtyre të dhënavë, menduan se mos kishim të bënim me ikter të natyrës mekanike, por në të njëjtën kohë, përpërashtuar variantin kolangiolistik të hepatitit epidemik, vendosëm të përdorim delta kortenin 30 mg. në ditë.

Shënojmë se gjendja e të sëmureve ishte e mirë dhe rënie në poshë nuk kishte. Ditën e pestë të fillimit të mjekimit me delta korten, bilirubinemia u ul në mënyrë të theksuar, nga 20 mg./% në 8 mg./%, matrjet fekale filluan të ngjyrosen, urina filloj të kjartësahet dhe në këtë mënyrë pacienti filloj të trajtohet për hepatit epidemik. Ky i sëmurë del nga spitali me bilirubinë 0.95 mg./%, Kunkel 30 un. Maklagan 1.8 un., Sellek — Frade negativ, S.G.O.T. 55 un S.G.P.T. 45 un; Diagnosa e daljes: forma kolangiolitike e hepatitit epidemik.

Diskutim: Dihet se gjatë hepatitit epidemik takojmë edhe atë formë të hepatitit epidemik, të cilin autorë të ndryshëm si Popper, Eppinger, M.E. Semendjejeva e kanë quajtur formë kolangiolitike e hepatitit epidemik (cituar nga Bondar Z.A.). Turner dhe bashkëpunëtorët e tij kanë analizuar 4083 raste të hepatitit epidemik dhe vunë në dukje një grup sëmundjesh me ikter të zgjatur, pa démtime të provave të labilitetit koloidal. Fenomenet e obstruksionit intrahepatik të gradave të ndryshme gjatë hepatitit epidemik takohen në përqindje të ndryshme nga 15-26% të të gjithë rasteve (Steigmann, cituar nga Bondra Z.A. dhe Blugev A.F.).

Këtë formë të hepatitit epidemik gjatë vitit 1966, ne e kemi ta-

kuar në 3.6% të të sëmürëve, të shtruar në klinikën tonë (gjithsej janë shtruar 360 raste).

Kuadri klinik i kësaj forme të hepatitit epidemik është në vartesi nga grada e zgjatjes së obstrukzionit intrahepatik. Tek një pjesë e të sëmürëve, kjo formë e hepatitit epidemik kalon si një hepatit tipik dhe vetëm provat e heparit mund të janë të padëntuara ose pak të dëmtuara. Këtë gjë e kemi vrejtur edhe ne në të sëmürëtanë, Shenjat klinike të periudhës prekterike si temperatura, ertrengjite dhe ekzantema përkijnë si me të dhënat e Bonder Z.A. dhe me ato të Bljunger F.A. etj., po kështu mund të themi dhe për formën me ikter. Shumë autorë si Sherlock, Bondar Z.A., Bljuge F.A.; citojnë si në kulmin e sëmundjes, diferençimi i kësaj forme të hepatitit epidemik prej iktereve mekanikë është mjaft i vështirë dhe, për pasojë, mund që disa të sëmürë ti nënshtronen dhe laparotomisë, nga e cila nuk vihet në dukje pengesë mekanike. Këto dyshime janë më të kolestazës zgjatin për një kohë më të gjatë se dy javë (Stein — cituar nga Semendjejeva M.G. dhe Bljuger F.A.). Këto vështirësi i ketu laparotomia, siç bëmë fjalë edhe në paraqitjen e gjithë materialit.

Autorët e mësipërmë theksojnë se duhet të kihen parasysh, gjatë vënies së diagnozës, dhe analizat biokimike, të cilat na ndihmojnë deri në një farë shkallë për vënien e diagnozës sic janë kolesterina, fosfataza alkaline, bilirubinemia, transaminazat etj., të cilat nuk kanë munguar tu bëhen të sëmürëve tanë. Testi i Jirglit u përcaktua në të gjithë rastet, por vetëm në 6 raste dolli pozitiv dhe me mjekimin e bërë, meqë gjendja e të sëmürit vinte duke u përmirësuar, ky test negativizohej.

Gjatë mjekimit të hepatitit epidemik dhe për qëllim diferençimi, Bondar Z.A. etj. i japid rëndësi përdorimit të kortiko-preparateve me dozë 30-40 mg. në ditë për 5-10 ditë. Përdorimi i këtyre preparateve në hepatitin kolangiolitik shpie në uljen e shpejtë të bilirubinëmisë, të cilën nuk e gjejmë në ikteret mekanike. Të dhënat tona u përgjigjen plotësish këtyre thënieve, megjithëse në ndonjë rast ulja e bilirubinëmisë është shumë e ngadalte. Pavarësisht nga kjo, ky test duket se vlen të përdoret në praktikën mjekësore.

Kjo formë e hepatitit epidemik zgjat shumë, por në pjesën më të madhe të rasteve kalon me shërim, megjithatë nuk janë të pakta rastet, që mund të kemi kalimin në distrofi akute apo në cirozë biliare, gjë që edhe ne e kemi vënë re në rastet tona.

Konkluzion

1. — Gjatë kalimit të hepatitit epidemik kemi takuar dhe formën kolangiolitike, që karakterizohet me ikter të zgjatur, me dëmtimtë ose pa dëmtimtë të provave të labilitetit koloidal dhe në disa raste me ngritje të kolesterinës dhe fosfatazës alkaline dhe me gjendje të mirë të të sëmürit. Këtë formë të hepatitit epidemik mund ta ngatërojmë me ikteret e natyrës mekanike.

2. — Për të diagnostikuar këtë formë të hepatitit epidemik na ndihmon edhe përdorimi i korti-preparatevet, të cilët në dozën 30 mg. për 6-7 ditë shpien në uljen e nivelit të bilirubinëmisë në mëny-

rë të ndijëshme, gjë që nuk e gjejmë në ikteret o natyrës mokanike.

3. — Kjo formë e hepatitit epidemik mund të kalojë në formë të vënda ose mund të përfundojë në cirrosat biliare sekondare.

Dorëzuar në redaksi më
30.III.1968

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

1. — Adrianova N.V.: Kliničeskaja medecina 1965, 5, 36-40.
2. — Bljuger A.F.: Struktura i Funkcija Pječeni pri epidemiceskom hepatitje Izd. Latvijskoj C.C.P. Riga 1964, 46.
3. — Bondar Z.A.: Zhjelltuhi 1965, 110-114.
4. — Semendjajeva M.E.: Sovjetskaja medecina 1961, 5, 52, 59.
5. — Sherlock Sh.: Malattie del fegato e delle vie biliari 412, 418.
6. — Bukovodstvo povnitrjennym boljeznijam 1965, 147. 155.

S u m m a r y

CHOLANGIOLITHIC HEPATITIS.

13 cases are presented of cholangiolithic hepatitis, treated in the infectious clinic. Of these 9 were female and 4 male; 3 were of the 20-29 year age group, 4 were 30-39 years old, 5 were 40-49 and one over 50.

The clinical picture was characterised by a prolonged jaundice with or without pathological functional tests of the liver; in some cases the blood cholesterol and alkaline phosphatase were increased; the general health condition of all the patients was satisfactory.

These forms can be confounded with mechanical jaundice, especially in the cases where cholestasis continues for a comparatively long period and the patients are of an advanced age.

As a method of differentiation the author recommends the administration of deltacortene at the daily dose of 30mg. for 6-7 days; this treatment brings about the gradual diminution of blood bilirubine in the cholangiolithic cases.

Of the 13 cases treated in the clinic, 11 recovered completely, one developed liver cirrhosis and one died from acute liver failure.

R é s u m é

LES HEPATITES COLANGIOLITIQUES

L'auteur a étudié 13 cas d'hépatite colangiolitique soignés dans la clinique des maladies contagieuses. Neuf de ces malades étaient des femmes et quatre des hommes. L'âge variant de la façon suivante: de 20 à 29 ans: 3 cas; de 30 à 39 ans: 4 cas; de 40 à 49 ans: 3 cas; et 50 ans et au-dessus: 1 cas.

Les formes cliniques étaient caractérisées par des icères prolongés, dont les épreuves de la fonction hépatique ont été altérées. Dans certains cas on a constaté une élévation de la cholestérolémie ainsi que de la phosphotase alcaline avec un état satisfaisant des malades.

Ces formes peuvent être confondues avec les icères mécaniques, en particulier lorsque la cholestase persiste longtemps chez des malades d'un certain âge.

Comme méthode de différenciation la plus efficace on pourra avoir recours à l'administration de deltacortène en dose de 30 mg pendant 6-7 jours, ce produit entraînant une baisse progressive de la bilirubinémie dans cette forme d'hépatite.

Sur 13 malades, 11 ont quitté la clinique guéris, un cas a abouti à une cirrhose biliaire et un patient est décédé à la suite d'une insuffisance hépatique aiguë.

TË DHËNA EKSPERIMENTALE TË REJA MBI NDIKIMIN E UJIT MINERAL TË GLINËS NË SEKRECIONIN E LËNGUT BILJAR

— MUNIR KARAGJOZI —

(Katedra e fiziologji — Farmakologjia. Shef M. Karagjazi)

Në përgjithësi ujrat minerale përbajnjë një sasi të madhe substancash të ndryshme kimike. Por ujin mineral nuk duhet ta parafytytë një solucion kimik mjaft të ndërlikuar me sasi konstante jonesh, mikroorganizmash, gazesh, të cilat ndodhen në raporte të përcaktuara.

Nga përbërja kimike, ujrat minerale të burimeve të ndryshme janë të ndryshme, ata kanë veçoritë e veta individuale dhe gjajnë përdorim të gjërë në një seri sëmundjesh.

Përdorimi i ujrave minerale pér qëllime kurative është mjaft i lashtë.

Uji mineral i pijshëm vepron në rrugën nervore, duke filluar qysh nga kaviteti i gojës e deri në zorrë dhe pastaj ngacmimet mbrijnë në S.N.C., si pasojë e të cilave shkaktohen spostime të favorëshme në gjendjen funksionale të aparatit digestiv.

Përveç kësaj, uji mineral deperton ndërynjet mukozës së zorrëve në gjak, me anën e të cilët shpërndahet në të gjithë organizmin dhe ndikon në drejtime të ndryshme mbi organet, indet dhe lëngjet e tij.

Duke u bazuar në sa u tha më sipër dhe në të dhënat e praktikës gjatë një kohe prej më shumëse pesë vjetësh, katedra e jonë ka eksperimentuar në qen ndikimin e ujit minerak të Glinës në disa aspekte të veprimitarisë së traktit digestiv.

Në të kaluarën ky ujë përdorej fare pak pér qëllime kurative dhe në mënyrë emperike dhe të paorganizuar. Vetëm pas çlirimit, me interesimin e vazhdueshëm të pushtetit popullor, u morën një seri masha pér shfrytëzimin e mirë dhe studimin shkencor të këtij burimi, të ngjashëm me atë të Contrexevil në Francë, Krainka e Naftusja në Bashkimin Sovjetik dhe Viktorija në Rumani (Lütringer 1961, Astashkina 1949, 1957, 1961; Struce 1958; P. Tepelema 1963).

Studimet tona janë bërë gjithmonë në mënyrë të vazhdueshme dhe në këto drejtime:

1) Ndikimi i ujit mineral të Glinës në sekrecionin dhe evakuimin e stomakut;

2) Në sekrecionin e lëngut biljar;

3) Mbi gastritet artificiale.

Rezultatet e arritura nga 597 eksperimente të kryera në 16 qen janë bërë të njoitura në botimet tona të mëbarëshme (shih bibliografinë).

Në këtë artikull ne po ekspozojmë të dhënat e fundit mbi ndikimin e ujit mineral të Glinës në sekrecionin e lëngut biljar.

METODIKA E PUNËS

Si test biologjik janë përdorur qen meshkuj me fistula artificiale prej metali të packsidueshëm, të vendosura në **vesica felea**, duke bërë ligaturën e **ductus choledoci**. Megjithë vështirësitë e saj nga ana teknike dhe kujdesin e veçantë që duhet treguar në kafshën gjatë gjithë kohës së operacionit, kjo metodë preferohet nga shumica e autorëve për faktin se bila derdhet jashtë, krejtësisht nëpërmjet fistulës dhe në këtë mënyrë eleminohet mundësia e rënies së saj në duodenin. Në rast të kundërtë mund të krijohen dyshime lidhur me sasinë totale dhe ekzakte të sekrecionit biliar.

Për zhvillimin e procesit të digestionit tek kafshët në kushte sa më fiziologjike, bila e sekretuar u është dhënë atyre bashkë me ushqimin pas çdo eksperimenti.

Eksperimentet janë bërë rrëth tri javë nga dita e operacionit, pas shërimit të plotë të plagës, e cila në të gjitha rastet është mbyllur për primam.

Çdo eksperiment është kryer rrëth 20 orë pas ngrënies së fundit nga ana e kafshës, me qëllim që veprimtaria e traktit digestiv të reduktohet në minimum.

Qenve iu është krijuar refleks që para çdo eksperimenti të urinojnë dhe të defektojnë jashtë. Në këtë mënyrë janë evituar shqetësimet që eventualisht mund të ndodhin kur kafsha qëndron në stativ, në një pozicion të detyruar prej katër orësh. Në përgjithësi, kjo procedurë ka pasur vështirësi 3-4 ditët e para, ndërsa më vonë krijohet një stereotip i qëndrueshëm dhe kafsha shkon vetë në vendin e eksperimentit.

Kushtet e çdo eksperimenti kanë qénë gjithënjë të barabarta si përqentë e punës dhe për atë të kontrollit. Në të gjitha rastet, qentë janë marrë nga shkolla e qenve, duke i zgjedhur të tipit sanguin. Para fillimit të eksperimenteve është përcaktuar tipi i sekrecionit të lëngut biliar për seicilin qen veçanërisht.

Për këtë qëllim janë marrë në studim 4 qen, me të cilët u kryen gjithsejt 300 eksperimente. Seria e parë e eksperimenteve është bërë me ujë Selite (ujësiellësi i Tiranës) për t'iu shmangur fenomenit të «pas veprimit» të ujit mineral.

Uji në sasinë 500 cm^3 dhc me temperaturën 18 ose 37° (sipas se-risë), është hedhur në stomak nëpërmjet sondës. Pastaj me anën e go-te të fiskuar rrëth fistulës është mbledhur në porcionë të veçanta çdo 15 minuta, sasia e lëngut biliar të solvëtar gjatë katër orëve, që kafsha i është nënshtuar eksperimentimit.

Përveç anës sasiiore të sekrecionit, janë analizuar dhe acidet biliare të marrura veçmas për çdo orë si dhe bilirubina totale.

REZULTATET E PERFTUARA

1. — Sasia e lëngut biliar

Nga 50 eksperimente të bëra në këtë drejtim dhe të ndara në seri të veçanta rezulton se mesatarja e përgjithëshe e sekrecionit të lëngut biliar gjatë një ore për ujin mineral të Glinës është 7.37 cm^3 , ndërsa

sa për ujin kontroll është 6.18 cm^3 (Fig. Nr. 1). Siç tregojnë shifrat, kemi pra një diferencë prej 1.24 cm^3 ose 16.8% më shumë në ujin e Glinës, gjë kjo që konfirmohet edhe nga eksperimentet e mëparëshme të bëra prej nesh mbi veprimtarinë kolagoge të këtij uji.

2. — Raporti i sekrecionit të lëngut biliar në temperaturën e ujit 18° dhe 37° .

Duke rritur temperaturën e ujit nga 18 në 37° , pa ndryshuar kushtet e tjera prej 67 eksperimenteve të ndara përsëri në dy seri dhe në po ata qen, rezulton se mesatarja e përgjithësme e sekrecionit të lëngut biliar për ujin mineral të Glinës rritet fare pak 0.6 cm^3 , kurse për ujin kontroll 1.87 cm^3 (Fig. Nr.2)

Raporti i sekrecionit të lëngut biliar gjatë 1 ore nënë reprimin e ujit mineral të Glinës dhe atij kontroll (te Selites) në 1.18° dhe 37° në cm^3 .

Sasia e lëngut biliar të sekretuar gjatë 1 ore nënë reprimin e ujit mineral të Glinës dhe atij kontroll (te Selites) në 1.18° (m^3).

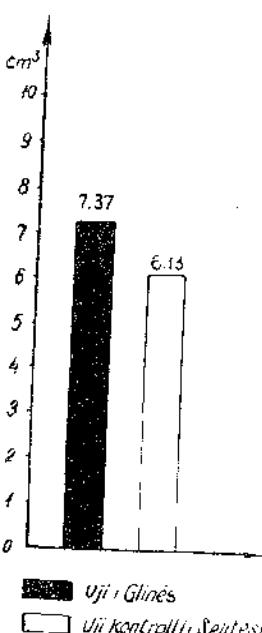


Fig. 1

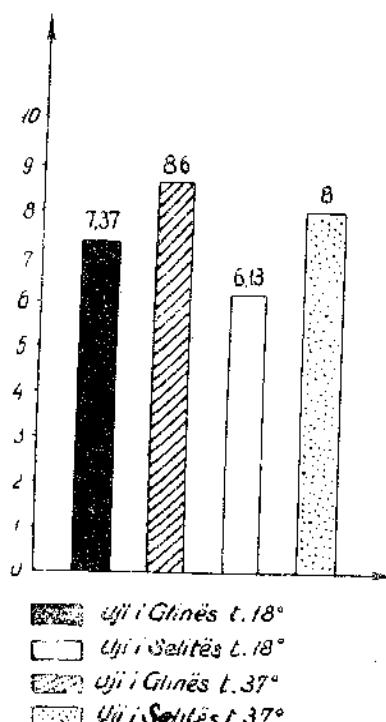


Fig. 2

Ndryshimi i diferencës së sekrecionit në këtë rast na bën të menjmë se efekti kolagog i ujit mineral të Glinës varet më shumë nga veprimi i tij kimik. Prandaj në këto eksperimente, shtesa e krahasuar me të parat është vetëm 6.9% .

Sasia e sekrecionit të lëngut biliar gjatë 15 minutshit të parë në raport me 15 minutshin e dytë. Të dhënrat e nxjerra nga 92 eksperimente tregojnë se mesatarja e përgjithësme e sekrecionit për ujin e Glinës në 15 minutshin e dytë është shumë më e madhe nga ajo e ujit kontroll dhe konkretisht $4,3 \text{ cm}^3$ për ujin mineral, ndërsa $2,6 \text{ cm}^3$ për ujin kontroll (Fig. Nr. 3).

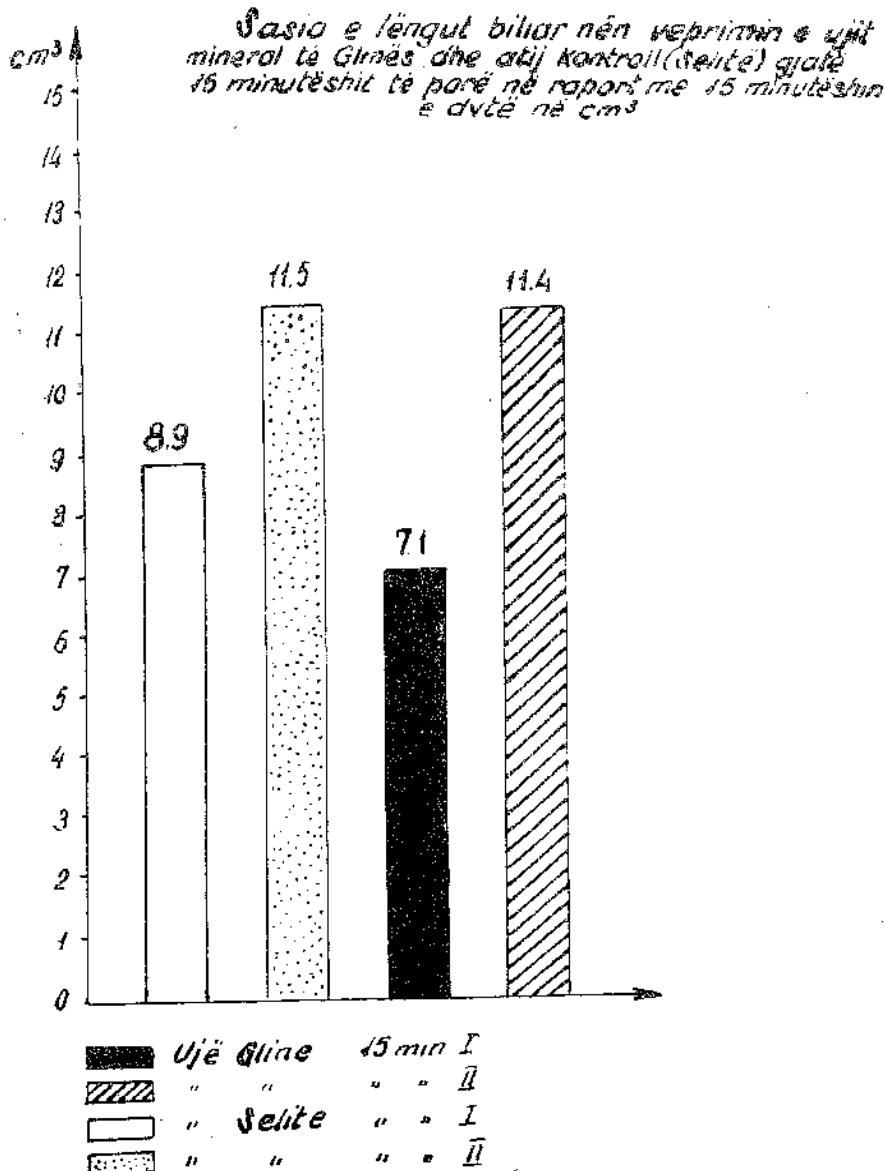


Fig. 3

Pra siç del nga llogaritjet ka një ndryshim prej 39,3% më shumë pér ujin e Glinës.

Kjo vërteton edhe një herë ndikimin e këtij të fundit më tepër në mënyrë kimike, me që sekrecioni është miaft i theksuar në fazën neurohumorale.

4. — Sasia e acideve biliare.

Edhe në këtë drejtim në të gjitha rastet ka një diferençë tē ndijshme tē favor tē ujit mineral pér ç'ka flasin përsëri shifrat e nxjerra nga 91 eksperimente tē ndara si gjithmonë në seri të vecanta. E shprehur në përqindje, kjo diferençë është 31,7% më shumë pér ujin e Glinës.

Ritheksojmë se ky fakt i konstatuar prej nesh pér herën e dytë ka një rëndësi tē vecantë praktike, meqë nëse kriprat e acideve biliare e mbajnë kolesterinën në solucion dhe rritja e koncentracionit tē tyre në sëmundjet inflamatore kronike tē rrugëve biliare shörben si profilaksi kundra sëmundjes së formimit tē gurëve (Gollosaj 1962).

5. — Sasia bilirubinës.

Lidhur me bilirubinën tē dhënat tregojnë se mesatarisht koncentrasi i saj është 5,7% më i pakët pér ujin mineral në krahasim me atë tē kontrollit.

Konkluzione

1. — Nën ndikimin e ujtit mineral tē Glinës shtohet sekrecioni i lëngut biliar. Ky veprim kolagocë është më i theksuar në fazën neurohumorale, gjë që provon se efekti i tij varet kryesisht nga përbërja kimike.

2. — Kur uji merret në temperaturë 37° vrehet një shtesë e pakët në sekrecion në krahasim me temperaturën 18°. Kjo vërteton edhe një herë se ndikimin më të madh uji mineral i Glinës e kryen në mënyrë neurokimike.

3. — Sasia e sekrecionit biliar është miaft e theksuar gjatë 15 minutshit tē dytë dhe më vonë. Kjo afironon përsëri veprimin e tij më të madh në fazën neurokimike.

4. — Përdorimi i ujtit mineral tē Glinës e rrit në mënyrë të konsiderueshme sasinë e acideve biliare, kriprat e të cilave mbajnë kolesterinën në solucion, gjë që ka një rëndësi tē vecantë praktike, lidhur me proceset inflamatore në hepar, në rrugët biliare dhe në vesica felea.

Duhet përmëndur se përbajtja e konsiderueshme e joneve Ca të këtij uji përgjithësisht e rrit efektin e tij antiinflamator pér ç'ka flasin tē dhënat e praktikës dhe eksperimentet e bëra prej nesh më parë.

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

1. — **Astashkina A. A.** : Karakteristikat fiziko-kimike të burimeve minerale të Shqipërisë. Botim i Ministrisë së Shëndetësisë 1949, 50-130.
2. — **Astashkina A. A.**, e b.p. : Mineralnije istočniki i kurort mesta A. N. Respublikii. Pjatigorsk B.I. 1957.
3. — **Astashkina A.A.** etj. : Izuchenje lečebnik faktorov kurorta «Krainka» Moskë, 1961, 95.
4. — **Lutringer E.** : Obesite plethorique et cure de Contreccerville bilan thérapeutique de 305 cas. Semaine des hopitaux. Paris 1961, 1704-1707.
5. — **Karagjozi M.** : Të dhëna eksperimentale mbi veprimin e ujit mineral të Glinës në sekrecionin dhe evakuacionin e stomakut. Buletini i shkençave mjekësore 1962, 2, 4-11.
6. — **Karagjozi M.** : Mbi sekrecionin e lëngut biliar nën influencën e ujit mineral të Glinës (të dhëna paraprake). Buletini i shkençave mjekësore, 1964, 2, 70-75.
7. — **Karagjozi M.** : Ndikimi i ujit mineral të Glinës mbi gastritin artificial tek qentë. Buletini i shkençave mjekësore 1967, 1, 49-53.
8. — **Struce M.** : Manual de balneologie 1958 (cituar nga P. Tepelena).
9. — **Tepelena P.** : Të dhëna mbi veprimin metabolik dhe përdorimin praktik të ujit mineral të Glinës. Tiranë, 1963.

S u m m a r y

NEW EXPERIMENTAL DATA ON THE INFLUENCE OF THE GLINA MINERAL WATER ON THE BILE SECRETION

An experimental work is presented on the influence of the mineral water of Gline on the secretion of bile.

For the biological test were used male dogs, on which were created gall bladder fistulae with a ligation of the choledochus duct.

In all 300 experiments were performed. For the first series was used drinking water from Tirana, for the second mineral water from Gline. In both series the dogs were given 500 ml water at the temperatures of 18° and 37°C. Portions of bile were collected every 15 minutes for a period of 4 hours. Determinations were made of the quantity of bile, its bile salt and bilirubin contents.

The mineral water of Gline has cholagogous properties, which are more pronounced during the neuro-humoral phase of secretion, especially during the second 15 minute period and later. It increases the concentration of bile acids in the bile.

R é s u m é

RÉCENTES DONNÉES EXPÉRIMENTALES RELATIVES À L'EFFET DE L'EAU MINÉRALE DE GLINE SUR LA SÉCRETION BILIAIRE

L'auteur expose les expériences effectuées afin de déterminer l'effet de l'eau minérale de Gline, sur la sécrétion biliaire.

Comme sujets d'expérience on s'est servi de chiens mâles sur la vésicule biliaire desquels avait été créée une fistule artificielle en faisant la ligature avec le cholédoque.

Ces expériences ont porté sur un total de 300 cas. La première série d'entre elles a été effectuée avec de l'eau potable de Selitë (aqueduct de Tirana) alors que la seconde avec l'eau minérale de Glinë. L'eau a été administrée aux deux séries en une quantité de 500 cm³ et à une température de 18° C et de 37° C. Des prélevements de la bile sécrétée ont été effectuées toutes les 15 minutes durant 4 heures. On a déterminé la quantité de bile, la quantité des acides biliaires et la bilirubine.

L'eau minérale de Gline a une action cholagogue plus marquée au cours de la phase neuro-humorale de la sécrétion. A la température de 37° cette eau cause un léger accroissement de la sécrétion, surtout au cours du second quart d'heure et par la suite. Cette eau accroît la quantité des acides biliaires.

KUMTESA

NJË RAST TRANSPLANTIMI TË KOCKËS NGA «OS ILIACA» PAS REZEKSIONIT TË PJESESHËM TË MANDIBULËS

— ABDULLA BILALI —

(Klinika Dentare — Shkodër)

Proçeset e ndryshme pathologjike, të lokalizuara në mandibulë, disa herë, e detyrojnë kirurgun të bëjë rezekcionin e asaj pjese të dëmtuar të kockës. Defekti i krijuar, pas rezekcionit, është një traumë e rëndë për të sëmurin, pasi ai dëmton tërësinë dhe formën e mandibulës. Ggregullon proçesin e përtypjes, kapërdirjet, të folurit, si dhe estetikën e fytyrës. Për plotësimin e këtij defekti kockor, janë përdorur proteza të ndryshme fiksuese, që më vonë u zëvëndësuan me materiale aloplastike.

Në bazë të studimeve klinike morfolgjike dhe rontgenografike, shumë autorë kanë arritur në përfundimin se osteomieliti kronik (traumatik hematogen odontogen) mund të konsiderohet si një «plagë kockore», që nuk shërohet për një kohë të gjatë (T.J. Arjov, J.V. Davidovski, A.V. Smoljankov, D.A. Emitin dhe B.M. Uvarov).

Në këtë mënyrë, ndërhyrjet kirurgjikale, të kryera për të hequr gjithë kockën e nekrotizuar, shpesh herë krijojnë defekte në tërësinë anatomiqe të saj. Për zëvëndësimin dhe shpejtimin e proçesit të konsolidimit të kockës si edhe të shërimit të sëmundjes është përdorur me sukses metoda e transplantimit. Në vitin 1944, Kadbert (cituar nga Kabakov) përdori me sukses transplantimin e copave nga kocka spongioze për plotësimin e defektit në mjekimin e osteomielitit traumatik në mandibul. Gorski (1955) referon mbi 5 raste të plotësimit të boshllëkut kockor të mbetur pas sekuestrektomisë, 4 nga të cilët ishin të sëmurë me osteomielit në mandibul.

Përdorimi i antibiotikëve krijoi mundësinë e kryerjes në një etapë të rezekcionit të kockës së mandibulës dhe të plastikës kockorc, madje edhe në ato raste kur ka komunikim me kavitetin oral. Këtë konfirmojnë edhe eksperimentet e Aleksejeva të kryera në 60 lepuj.

Duke u bazuar në këto të dhëna, ne përdorëm autotransplantimin e kockës nga «os iliaca» në një rast me osteomielit odontogen përzëvëndësimin e defektit të krijuar pas rezekcionit të pjesëshëm të **corpus mandibulae**.

I sémuri R. C., vjeç 37. Ishatar nga rrëthi i Shkodrës, i shtruar në spitalin e qytetit në repartin e kirurgjisë më 24.X.1966 me Nr. kartele 8292 dhe me diagozë: **Osteomielitis chronica corpus mandibulae sinister** (diagozë e pranuar dhe në bazë të analizës histo-patologjike të preparatit). Nga anamneza rezulton se i sémuri vuan nga kjo sémundje qysh nga viti 1962, qysh se kur ka hequr molarin e parë nënofullën e poshtëme në anën e majtë që ka qénë i infektuar. Ka kaluar mjaft kohë dhe vendi ku është hequr dhëmbi nuk është shëruar, prej aty kanë vazhduar të dalin sekrecione purulente. Për këtë arësy, i sémuri ka insistuar të hiqen dhëmbët e tjera afér, gjë që është pranuar edhe nga dentistët. Për këtë gjëndje në vitin 1963 është shtruar në spital, ku i është bërë kyretazhi i plagës dhe klinikisht ka dalë i shëruar. Pas tre vjetësh, i sémuri ka filluar të ndjejë përsëri shqetësimë dhe nga vendi ku ka hequr dhëmbët ka filluar t'i dalë sekpcion purulent. Në këtë kohë, në regionin e kaninit dhe premolarëve nö lëkurë është formuar një edemë sa një kokëre are që më vonë edhe kjo ka supuruar. Megjithë mëkëmët e kryera me antibiotikë (penicillinë, streptomisinë) plaga intra orale dhe ekstra orale nuk është shëruar.

Gjendja lokale: në ekzaminimin ekstra oral shihet asimetri e ftyrës e shkaktuar nga infiltrati në regionin kanin-premolar të margosë majtë dhe mandibulës. Infiltrati i lëvizëshëm dhe i butë, në palpacion ka dhimbje, nga ky infiltrat del sekpcion purulent me erë karakteristike. Lëkura rrëth infiltratit e edematizuar dhe e skuqur.

Ekzaminimi intra oral paraqet: gjuha e lirë dhe e pastër,nofullët kryen lirisht lëvizjet e saj të zakonëshme dhe mylljet me artikulacionin normal. Në regionin premolar dhe molar të parë të majtë të mandibulës shihet mukoza e edematizuar e skuqur dhe gjatë shtypjes del sekpcion purulent. Nga analizat e kryera rezulton se i sémuri nuk paraqiste asnjë patologji të organeve të brendëshme. Ato treguan: Hb—86%, eritrocite—4.420.000, leukocite 6800, sedimenti 10 mm/orë, trombocite 260.780, densiteti i urinës 10.026 etj. Radiografia e **corpus mandibulae** tregon për një proces osteomiolitik të kockës në anën e majtë që përfshin ato nga kanini deri tek mojari i dytë dhe se në margo mandibule ka komunikim me lëkurën, duke rrezikuar kështu për një frakture patologjike të mandibulës. Për këto arësy meniherë të sémurit iu punua një shinë—urë metalike e fiksuar me dhëmbët: dy incizivë dhe kaninin e majtë me molarin e dytë, që më vonë sherbeu për sigurimin e stabilitetit dhe qëtësinë e transplantantit. Skopia e toraksit, E. C. G., konsulta e patologut përforcuan se ndjenja e përgjithëshme ishte e mirë dhe lejonte një ndërhyrje si ajo e rezeksionit të pjesëshëm të mandibulës. Rezekzioni i kockës së dëmtuar nga procesi osteomielitik ishte i domosdoshëm për vetë faktin se ai ishte i përhapur në gjithë tërësinë e kockës nga kanini deri tek molari i dytë dhe që nga margoja e mandibulës deri tek krista alverolare.

Më datën 12.XI.1966, pasi iu bë fiksimi inter-maksilar i mandibulës me maksellen, u krye ndërhyrja kirurgjike në një seancë: rezekzioni i pjesëshëm i trupit të mandibules të majtë dhe transplantiv i kockës nga **os iliaica dextra**.

Nën anestezi lokale me novokainë 0.5% dhe morfinë atropinë iu krye etapa e parë e ndërhyrjes, dmth zgjedhja dhe rezekzioni i kockës nga **os iliaica**: zgjedhja e auto-transplantit për të zëvëndësuar kockën, që do të rezekohej, mbështetej në të dhënët e literaturës dhe në përshtatje të kushteve konkrete të rastit tonë.

Ajo u muarr në madhësi prej 8 cm., dmth dy cm. më e gjatë se sa mendohet defekti, që do të krijohet dhe më kujdes u hedh në solucion të ngrohur fiziologjik në të cilin ishin hedhur 400.00 U.I. penicilinë dhe 0.5 gr. streptomicinë. Në plagën e operuar u hodhën gjithashtu antibiotikë: 400.000 U. penicilinë dhe 0.5 gr. streptomicinë. U bë suturimi shtresë pas shtrese. Pas kësaj u kalua në etapën e dytë, dmth në rezekcionin e kockës së démtuar të mandibulës që u bë nën anestesi mandibulare me novokainë 2% me adrenalinë dhe anestesi infiltrative me novokainë 0.5% me adrenalinë. Pasi u bë incizioni nga regjioni mental deri në angulus mandibule u liruan indet e buta nga kocka dhe me ndihmën e «giglit» u bë prerja e kockës së démtuar. Duke u rrisur nga parimi se gjendja e llozhës do të ndihmojë në gjallërimin e transplantantit, u evitua çdo traumatizim i indeve të buta dhe e mukozës orale. Pas formimit të transplantantit me madhësinë e nevojshme për të plotësuar defektin dhe për të siguruar kontakt të mirë në mes të kockës së mandibulës dhe të transplantantit, u bë osteosinteza me suturë metalike në anën distale të transplantantit me kockën e mandibulës, kurse në anën mediale u bë suturë e periosteve me kot-gut. K'o siguroi një stabilitet absolut të transplantantit. Pas pudrasjes me antibiotikë si më sipër të plagës së operuar, u krye suturimi shtresë pas shtrese të indeve të buta dhe lëkurës, duke lënë një tub gome për dy ditë për të siguruar evakuimin eventual tò sekrecioneve. Giendja e të sémurit, pas operacionit, ishte e kënaqëshme, që u përmirësua edhe në sajë të përdorimit të antibiotikëve, të transfuzionit të gjakut dhe medikamenteve të tjera plotësuese të nevojshme. Plagët u shëruan per primam.

Më 25.XII.1966 nën vijën e incizionit të lëkurës, u çfaq një edemë e vogël, që më vonë fluktuonte prej nga dilte sekrecion seroz. Kultura e këtij sekrecioni nuk dha zhvillim dhe brenda dy javësh u përdorën antibioticë të tjerë (ravamycinë, tetraciklinë etj.). Giendja u përmirësua krejtësisht. Duhet të themi se dy muaj pas ndërhyrjes, fiksimi intermaksillar u lirua dhe i sémuri filloj të ushqehet gradualisht, duke kryer njëvijjet e nöfullës në të gjitha drejtimet. I sémuri doli nga spitali i shëruar më datën 4.II.1967.

Gjatë kohës së qëndrimit në spital dhe dy muaj pas daljes së tij, në gjysmën e buzës së majtë poshtë, i sémuri kishte një parestezi të lehtë dhe devijim të saj, por në sajë të përdorimit të medikamenteve të nevojshme, pas tre muajsh, kjo i kaloi. Pas operacionit, radiografia tregon kontakt të plotë në mes të transplantantit dhe kockës së mandibulës. Në rikontrollet e herëpas herëshme, rezulton se i sémuri e ndjen vehten mirë, ushqehet me lehtësi, duke lëvizur nöfullën normalisht dhe duke e mbyllur atë në artikulacion normal.

Perioda që ka kaluar dhe gjendja shumë e mirë e të sémurit, na lejon të mendojmë për gjallërimin e transplantantit, duke pasur para-sysh ato që thonë shumë autorë. Kocka e transplantuar nuk plotëson mekanikisht defektin kockor, por kryen edhe një rol tjetër të rëndësishëm-si stimulator regjenerues. Ajo hyn në bashkëveprim me llozhën, në të cilën është vendosur, duke iu nënshtruar ambientit të brendëshëm të metabolizmit dhe të ambientit të jashtëm në formë të ngacmimëve funksionale dhe mekanike (V. D. Çaklin).

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

1. — Davidoff S.: Hirurgicna Stomatologija. Sarajevo 1957. 209-276.
2. — Evdokimov A.I., Vasilev G.A.: Hirurgičeskaja Stomatologija. V. 69. 114-124-613.
3. — Jumashov G.R.: Klinicheskaja plastika lieftalitovaniem. Stomatologija. Moskva 1963. 48-49-5.
4. — Kaparov B.O.: Kosmeticheskaia plastika alzhirevskogo. Leningrad 1961.
5. — Nedkov N.: Vestnivarijel'naia hirurgija u detej. SPB 1956. 115-120.
6. — Uvarov V.M.: Ucheniye po lečeniju ekstremal'nym osteotransfuzijom. Leningrad 1955.
7. — Trudi svjetlosti 1960. 10. 10. French: Vortsov. Stomatologija. 1960. 10. 10. 10.
8. — Vortsov. Stomatologija. 10. 10. 10. 10. Leningrad. Moscow 1960. 10.

SUMMARY

A B I O T Y P H A S E O F THE T A M - A F T E R O S T O M A T H I T I S

In case of osteomyelitis of the lower jaw, after the removal of the infected tissue and the formation of a granulation tissue, the bone tissue was replaced by a connective tissue.

The specimen was collected at the second month after the removal of the infected tissue and the formation of a granulation tissue. The histological examination showed that the connective tissue had replaced the bone tissue. The process had continued for a long time, and it was observed that the connective tissue had replaced the bone tissue.

Thus, the connective tissue had replaced the bone tissue, and the process had continued for a long time. The histological examination showed that the connective tissue had replaced the bone tissue. The process had continued for a long time, and it was observed that the connective tissue had replaced the bone tissue.

МЕДИАЛНАЯ ТРАНСФУЗИЯ ПРИ ОСТЕОМЕЛИИ НИЖНЕГО ЗУБА У ДЕТЯЙ

ПРОЦЕСС АБИОТИЧЕСКОЙ ТЕКУЩЕСТВЕННОСТИ

В случае остеомицита нижней челюсти, после удаления инфицированной ткани и формирования грануляционной ткани, костная ткань заменялась соединительной тканью.

Сборный материал был взят на второй месяц после удаления инфицированной ткани и формирования грануляционной ткани. Гистологическое исследование показало, что соединительная ткань заменила костную ткань. Процесс продолжался очень долго, и было отмечено, что соединительная ткань заменила костную ткань.

Таким образом, соединительная ткань заменила костную ткань, и процесс продолжался очень долго. Гистологическое исследование показало, что соединительная ткань заменила костную ткань. Процесс продолжался очень долго, и было отмечено, что соединительная ткань заменила костную ткань.



Fig. 1

I sëmuri pas operacionit levis nofullën dhe e hap në madhësinë normale.



Fig. 2

I sëmuri pas operacionit mbyll gojën në pozicion të artikulacionit normal.

MBI EFEKTIN E DIATERMOKOAGULACIONIT TË SKLERËS NË ABLACIONIN RETINAL

— ANDREA ARONI —

Klinika e okulistikës. Shef. Prof. K. Kristidi

Interesimi i madh i oftalmologëve lidhur me aspektet e shumëlojshme të ablacionit retinal esencial, si dhe të kirurgjisë së tij, është i justifikueshëm po të marrim parasysh përqindjen e madhe të verbimit të shkaktuar nga kjo sëmundje, që, sipas Arruga-s, arrijnë në 20%.

Pikënisje për kirurgjinë e kësaj sëmundjeje ish interpretimi i Leber-it mbi rolin pathogenik të të carave retinale në çkolutjen e retinës. Sot pranohet se mund të çfaqet ablacioni retinal dhe pa të cara të retinës (Potts), por parimi operator i Gonin-it, i nevojës së obturimit të të carave retinale, imbetet një nga parimet më esenciale. Obturimi i të carave retinale bëhet i mundëshëm nga reaksiuni lokal i indeve, i provokuar nga ngacmimë fizike ose kimike të aplikuara gjatë operacionit. Midis tyre, përdorim të gjërë, pothuajse të përgjithshëm, ka gjetur teknika e përdorur për herë të parë nga Weve, i diatermokoagulacionit të sklerës.

Horizontet e kirurgjisë së ablacionit retinal janë zgjeruar shumë, nga aplikimi i parimit të afrit të sklerës në retinën e çkolutur. Rezekzioni total i sklerës nga Lindner, rezekzioni lamelar i sklerës nga Faufique, plombat sklerale nga Custodis, irrethimi i bulbit nga Schepens, të cilit i takon merita më e madhe e formulimit dhe aplikimit më racional të këtij parimi dhe, më në fund, irrethimi i bulbit nga Arruga, rriten në një përqindje të konsiderueshëm rezultatet e shërimit (Wilczek).

Këto metoda kanë gjitet aplikim të gjërë nga autorë të ndryshëm të entuziasmuar, që kufizoinë tepër indikacionet për metodën e diatermokoagulacionit të sklerës. Kjo e fundit është e thjeshtë, nuk e deformon bulbin dhe nuk le pasojë negative të mëvonëshme, siç janë psh. ato të shkaktuara nga materiali plastik i lënë në sy.

Në ato raste që kjo indikohet, gjithmonë është e preferueshme (Pannarale).

Në këtë punë përfshihen observacionet tona klinike, nga përdorimi i metodës së diatermokoagulacionit të sklerës sipas Weve, në 43 raste me ablacion retinal idiopatik. Në materialin tonë bëjnë pjesë forma të ndryshme me çkolutje të retinës; të lehta e të rënda dhe q'ka është interesante, sipas mendimit tonë, të pa sëlekcionuara.

Sipas seksit: 26 janë meshkuj dhe 17 femra

Prei 11-20 vjeç 4 veta

21-30 vjeç	9	»
31-40 »	7	»
41-50 »	10	»
51-60 »	7	»
61-70 »	5	»

Nga këta nxënës janë 5, punëtorë 18, fshatare 9, nëpunës 10 veta.

Sipas anamnezës, koha e kaluar qysh nga çfaqja e simptomave të paratë sëmundjes deri në paraqitjen e pacientëve në klinikë, është si vijon: 10 veta janë paraqitur brenda 5 ditëve, 11 veta brenda dy javëve, 6 veta janë paraqitur pas dy dite katër javëve, 3 veta pas 1-3 muajtë 3 veta pas 3-6 muajtë. 10 veta nuk janë në gjendje të përcaktojnë kohën e fillimit të sëmundjes. Vjetori gjysma e pacientëve tanë janë paraqitur në një kohë të favorëshme për ndërhyrje. Sipas Arruga-s, kur operacioni kryhet me vonesë, ulet përqindja e suksesit në mënyrë të konsiderueshme. E kështu, për vonesën 1-3 muaj duhet llogaritur vetëm 65% të suksesit të bazuar në formën e ablacionit retinal dhe për vonesën prej 3-6 muajtë vetëm 40% të tij. Autori i përmëndur nxjerr këto konkluzione nga rezultatet e mijëra operacioneve për ablacion retinal. Si simptom të parë 21 veta jepin uljen e mprehtësisë së pamjes dhe 12 veta çfaqjen e një perdeje, që me kalimin e ditëve, i afrohej qendrës së pamjes. Disa të tjerë përmëndin çfaqjen e xixave dhe të njollave të errëta para syrit të sémurë.

Në të gjitha rastet tonë, retina e çkolidur kishte formën e një sakut të prominuar thellë në corpus vitreum, që përfshinte një, dy ose tre kujdale. Në të gjitha rastet janë konstatuar të cara retinale me këto forma: Në 16 raste me formën e patkuas, në 8 të fisurës, në 14 raste ato qenë ovale ose të rrumbullakta, në dy raste kemi konstatuar desinsercion të retinës dhe në dy raste një seri të çarash të vogla «en palissade» (Duverger). Numéri i të çarave qe: në 22 veta një e çarë, në 8 veta dy, në 3 veta 3 dhe në 3 veta 4 të çara. Madhësia e të çarave në 14 veta ish më e vogël se 1 DP, në 18 veta mbi 1 DP, në 6 veta mbi 2 DP dhe në 3 veta mbi 3 DP. Dihet se sa më të mëdha janë të çarat, aq më e ulët është përqindja e suksesit.

Përsa i përket lokalizimit të të çarave, mbizoteron kuadrati superotemporal në 29 raste. Ky fakt përmëndet nga shumë autorë (Arruga, Callahan, Duverger, Abramovicz, Shevaled, Schepens, Swiech etj.); por në materialin tonë del në mënyrë më të theksuar. Shumica e ablacioneve retinale, që përfshihen në materialin tonë, 18 veta janë çfaqur në sy me miopi të lartë. Në 16 veta retina paraqiste vatra degjenerative të pigmettuara ose atrofike dhe refraksioni ish emetropik ose ametropik i lehtë. Kemi pasur gjithashut 4 raste ablacioni në sy afak, prej 8 muajtë deri në disa vjet pas ekstraksionit intrakapsular të kataraktit dhe 3 raste pas traumës.

Pas ekzaminimit okulistik të hollësishëm, me njëherë pas shtrimit rë klinikë dhe pas analizave laboratorike, pacientët kanë kaluar një periudhë regjimi shtrati absolut me binocular prej 5-10 ditë. Pas kësaj periudhë janë lokalizuar të çarat retinale me anë të perimetrit. Në një pjesë të madhe rastesh lokalizimi nuk qe i kënaqshëm, për shkak të mungesës së fiksimit të syrit të sémurë. Në një rast, ekzaminimi qe i pamundëshëm, për shkak të nistagmusit të theksuar.

Në lidhje me kryerjen e operacionit, i cili në vija të përgjithëshme ish tipik, do të ndalemi në disa pikat:

1. — Meridiani i së çarës është caktuar në shtratin e operacionit në këtë mënyrë: gjatë oftalmoskopisë indirekte të kryer nga operatori, asistenti afrojnë majën e bisturisë në periferinë korneale, ku koncentrohet drita nga lentja. Operatori sheh të çarën retinale dhe njëkohësisht majën e bisturisë. Kur këto të dyja shihen në të njëjtin meridian, asistenti gërvishet

epitelin korneal në drejtim të limbit. Kjo ngjyrosjet me fluorescein dha sherben përmirësuar përcaktimin e meridianit në sklevë.

2. — Diatermokoagulacioni është kryer me aparatin «Thermoflux Special», duke përdorur si pol aktiv një elektrodë të mbaruar në formë sfere me diametër 2 mm (për koagulacionet superficiale) dhe një tjetër të formuar nga sonda dentistike Miller (për koagulacionet perforative). Reostatin e aparatit e rregullojmë duke u bazuar në efektin e koagulacionit superficial në sklerë. Konsiderojmë si të mirë, efektin e koagulacionit kur sklera në vendin e takimit me elektrodën merr një ngjyrë të lehtë boj hiri të verdhë, duke u tkuar lehtësisht. Ato superficiale oftalmoskopikisht janë të dukeshme si njolla të bardha me diametër rrëth 1/2 D.P. Përmirësimi e reaksionit korioidal, që na u çfaq mjaft herë, në operacionet e mëvonëshme kemi përdorur elektrodën shumë e hollë prej sondës Miller, pa ushtruar presion. Oftalmoskopikisht këto duken si njolla bojë hiri të zbehta me diametër rrëth 1/6 D.P. Mendojmë se koagulacionet të tilla kanë efekt të kënaqëshëm dhe nuk paraqesin rrezik përsyrin.

3. — Kontrolli oftalmoskopik i koagulacioneve ish i pamundëshëm kur nën retinë ka qenë grumbulluar likid. Me përjashtim të pak rasteve, në të cilat koagulacioni superficial qe i dukeshëm oftalmoskopikisht, në të tjerat koagulacionet superficiale rrëth së çarës janë kryer sipas lokalizimit perimetrik dhe janë pasuar nga koagulacione perforative përzbrasjen e likidit, kurse në 25 raste me prominencë të retinës, në fillim kemi kryer koagulacione perforative përmirësimi i mundësies t'i kontrollojmë oftalmoskopikisht. Por edhe këto nuk janë të dukeshme gjithëmonë. Prandaj në pesë raste, maja e sondës Miller me gjatësi 5-6 mm, dhe fund të kthyer, është lënë në bulbë pas koagulacionit. Këto duken mirë por mund të shkakëtojnë djeqëjen e retinës (një pikë e zezë në mes të një zone të bardhë koagulacioni). Nga ana tjetër këto nuk e bllokojnë plotësisht zbrasjen e likidit. Çështja e kontrollit oftalmoskopik të koagulacioneve mbetet e vështirë përmirësimi i realizuar. Shtojmë se koagulacionet superficiale, pas zbrasjes së likidit, vështirësohen nga deformacioni i bulbit dhe nga lagëja e vazhdueshme e sklerës.

4. — Raste me hipotoni të theksuar gjatë operacionit kemi pasur 6. Në pesë raste kemi injektuar ajër në **corpus vitreum** dhe në një liqor cerebrospinal. Në këtë raste fundit, kontrolli oftalmoskopik qe i mirë, por ditën tjetër pas operacionit bulbi u gjend përsëri hipotonik.

Komplikacioni më i shpeshtë postoperator, që u konstatua në 11 veta, qe reaksiuni korioidal me intensitetë të ndryshme. Në rastet më të lehta, është karakterizuar vetëm me turbullim të transparencës së vitrosit, kurse në ato të rëndat është karakterizuar me eksudat të bollëshëm në bulbë dhe fenomene inflamatore të konjunktivës e të palpebrave. Po përshkruajmë reaksiunin korioidal të të sémurës K. L., që u çfaq ditën e dhjetë pas operacionit: Edemë e skuqe e palpebrave, chemosis e fortë e konjunktivës bulbare, injektimi ciliar. Kornea transparente, thellësia e dhomës së përparrëshme pa ndryshim, midriazë. Në corpus vitreum turbullim i dendur, nëpërmes të të cilit vjen një refleks i kuq i dobët nga ana superotemporalë, ku u kryen koagulacionet, kurse në kuadratin inforonazal duket një hije e dendur shumë e errët. Pas disa ditësh, fenomenet inflamatore u ulën. Në oftalmoskop, nëpërmes të një mjegulle të dendur dallohet papila e nervit optik dhe sektori superotemporal, madje edhe disa nga koagulacionet. Kur transparensia e **corpus vitreum** u ristabilizua, sa përmirësimi i kënaqëshme, u konstatua se retina qe e çkolutur kudo, duke formuar një sak në pjesën infero-nazale, që prominonte thellë në

vitros, kurse në pjesën supero-temporale qe e shtrirë në korioidën. Këtë fenomen, të çkolidjet së retinës jashtë sektorit të ndërhyrjes, nuk e kemi gjetur të pëershkuar në literaturë dhe e spjegojmë me reaksion të vonëshëm korioidal masiv nga ana e korioides, ku nuk u bënë koagulacione. Operacioni i bërë qe karakterizuar me një numër mjaft të madh koagulacionesh superficiale, të kontrolluara me ekzaktësi oftalmoskopikisht dhe të shtrira në gjithë hemisferin temporal në formë vije të tërthortë në kufirin e retinës së çkolidur. Në përgjithësi reaksioni korioidal u qsaq në raste ku u kryen shumë koagulacione superficiale.

Për terapi kemi përdorur midriatikë, antibiotikë, solucione hipertonikë, piretoterapi dhe kortizonikë për os. Sipas konstatimit tonë, vetëm këto të fundit ulin shpejt fenomenet inflamatore të jashtëme dhe sqarojnë vitrosin. Përdorimi i tyre me kohë mund të evitojë katastrofën.

Ablacionin korioidal e kemi konstatuar në 6 raste, qysh në ditët e para pas operacionit. Karakterizohet me prominencë, disa herë të theksuar, pa rrudha dhe lëvizje retinale dhe me kontura të qarta. Ndoshita po ti ekzaminonim të gjitha rastet, qysh ditët e para pas operacionit, do ta gjenim më shpesh këtë komplikacion. Dekursi i tij qe beninj; prominencia çdo ditë ulej gjer në zhdukjen e plotë pas disa jave.

Përveç hemoragjive lokale, të vogla retinale, në afërsi të koagulacioneve, që i kemi parë shpesh, në tre raste kemi konstatuar hemorragji në corpus vitreum. Në njërin nga këto, hemorragjia u përsërit pas një muaj, kur gjaku qe resorbuar.

Në një rast është shkaktuar infeksion retinal nga plaga operatore. Tek i sëmuri S. K. ditën e dytë, pas operacionit, pamë vatra retinale të vogla, të rrumbullakta, të bardha në afërsi të fushës operatore. Çdo ditë rritjej diametri dhe shtohej numéri i tyre. Pas disa ditësh vumë re turbullime të kufizuara në **corpus vitreum** afër fushës operatore. Vitrosi u turbullua lehtësisht në mënyrë difuze. Pastaj filloj resorbimi i ngadalëshëm i vatrave, u sqaruva vitrosi. Në vendin e vatrave retinale imbeti pigmentacion i hollë në formë pluhuri. Sigurisht i sëmuri u trajtua qysh në fillim me antibiotikë.

Një komplikacion interesant, që nuk e kemi gjetur në literaturë, kemi observuar në një rast kur u përdor gabimisht rrymë me amperazh shumë të fortë. Në retinë rreth fushës operatore, qysh të nesërmen u vunë re pugmentacione të holla afër njëri tjetrit, që formonin rrathë koncentrikë me qendër vendin e koagulacionit të përmëndur. Ditët e tjera numéri i këtyre rrathëve u shtua, duke iu afruar polit posterior (koagulacioni u bë në sektorin supero-temporal), kurse pigmentacionet më afër fushës operatore bëhen shumë të theksuara e më të gjëra. Pas disa ditësh rrathët e pigmentacionit u shtuan akoma më shumë dhe u formuan nga ana nazale e papilës. Këto të fundit qenë të zbehta dhe larg njëri-tjetrit. Më vonë filloj hollimi i tyre, shkrirja e pigmentit që u bë si pluhur dhe pas një muaj konstatohej një pigmentacion i shtuar i retinës në mënyrë difuze pa formuar, as afërsisht rrathë. Shtojmë se vetë macula lutea nuk u implikua në këtë proces, të paktën oftalmoskopikisht, por mprehtësia e pamjes pas një muaji arriti në 0.1. Muajt e ardhëshëm kjo u rrit gradualisht dhe pas një viti qe 0,8 me koreksion. Sipas mendimit tonë, shkaku i alteracioneve të pëershkuara qe djegëja me dekompozim konsekutiv të një serie qelizash pigmentoze.

Në një nga rastet tona të operuar pa sukses, u zhvillua më vonë glaukomë sekondare. Gjatë ekzaminimit oftalmoskopik nuk u konstatua çkolidja e retinës, ajo qe mbështetur plotësisht në korioiden. Meqënëse

oftalmotonusi nuk ulej me miotikë dhe pacienti ankohej për dhëmbje, u detyruam të kryejmë operacion fistulizant, që dha rezultat të mirë. Ablacioni retinal u çfaq përsëri me të njëjtën formë që ka pasur përparrë operacionit.

Meqëndëse rastet e përvshkuara në materialin tonë janë shumë të ndryshme midis tyre, përsa i përket formës, shkakut, rëndësise është si rrjedhim përsa i përket prognozës, mendojmë se rezultatet e arritura duhet të paradesim veçanërisht për çdo grup, sipas klasifikimit të Arruga-s. Autori i përmëndur merr parasysh aspekte esenciale, të lidhura ngushtë me kryerjen e operacionit, që kondicionojnë suksesin postoperator. Për çdo grup e nëngrup do të përmëndim përqindjen e suksesit postoperator sipas autorit të përmëndur.

1) Retina e çkolitur në gjysmën e sipërme duke formuar sak, me të çara të vogla, ekuatoriale, që reaplifikohet pas regjimit të shtratit. (Sipas Arruga-s shërim në 96 % të rasteve). Në materialin tonë 5 raste: 4 të shëruar dhe një i pashëruar.

2) Si në pikën 1, por që retina nuk reaplifikohet (Arruga 70 %); 3 raste: 1 i shëruar, 2 të pashëruar.

3) Të çara retinale me madhësi 1-3 DP të ndodhura në gjysmën e sipërme.

a) Retina e çkolitur sipër duke formuar sak, që reaplifikohet. (Arruga 90 %); 3 raste — 2 të shëruar, 1 i pashëruar.

b) Si në pikën (a), por që retina nuk reaplifikohet (Arruga 70 %). 7 raste, 4 të shëruar, 3 të pashëruar.

c) Retina e çkolitur duke formuar sak në gjysmën e poshtëme, që nuk reaplifikohet (Arruga 70 %). 1 rast i pashëruar.

ç) Retina e çkolitur duke formuar sak, si në gjysmën e sipërme ashtu dhe në atë të poshtëme, që reaplifikohet (Arruga 90 %). 2 raste të shëruar. d) Si në pikën (c), por që nuk reaplifikohet (Arruga 50 %), 8 raste: 2 të shëruar; 6 të pashëruar.

4) Të çara të mëdha ose të mesme, multiple në gjysmën e sipërme (Arruga 25-30 %). 3 raste, 2 të shëruar, 1 i pashëruar.

5) Të çara të vogla në gjysmën e poshtëme me prominencë të retinës së çkolitur që reaplifikohet (Arruga 90 %). 3 raste të shëruar.

6) Si në pikën 5, por që retina nuk reaplifikohet (Arruga 70 %). 3 raste, 1 i shëruar — 2 të pashëruar.

7) Të çara të mëdha e të mesme në gjysmën e poshtëme (Arruga 35-40 %). 3 raste — 2 të shëruar, 1 i pashëruar.

8) Çkolidje e retinës, duke përfshirë dhe macula lutea, për shkak desinsercioni me gjatësi mëse 1/4 e periferisë së retinës (Arruga 40 %) 2 raste të pashëruar.

Midis rasteve të përmëndura kemi pasur 4 çkolidje të retinës në sy ofakë dhe 1 me nistagmë të theksuar të syrit. Operacioni nuk ka pasur sukses në asnjë nga këta të sëmurë.

KONKLUZION

1. — Gjatë diatermokoagulacionit të sklerës, kirurgu duhet të përijet të bëjë sa më pak koagulacione, në një fushë sa më të ngushtë, duke përdorur rrymë diatermike me intensitet sa më të dobët, por që të ketë efektin e duhur ngacmues në korioiden. Kufizimi i kuagulacioneve është unksion i lokalizimit të mirë të të çarave retinale dhe ky i fundit mund

të jetë i mirë vëtëm kur verifikohet oftalmoskopikisht gjatë operacionit. Detyrë e lehtë kjo kur retina mbështetet në korioiden, por shumë e vështirë kur nën retinë ka, qoftë dhe pak, likid. Për kufizimin e fushës së koagulacionit rekomandojmë kryerjen e koagulacioneve superficiale me sondën dentistike Miller, si elektrodë aktive. Kur retina është e ngritur, koagulacionet perforative lokalizuese, po me këtë sondë, mund të shihen oftalmoskopikisht, por zbrazja e likidit, qoftë dhe e pjesëshme. vështirëson vazhdimin e operacionit.

2. — Nga studimi i dekursit postoperator në raste me reaksion korioidal, del se kortizonikët janë armë e fortë për luftimin e këtij komplikacioni.

3. — Metoda e diathermocoagulacionit të sklerës mund të ketë rezultat të mirë jo vetëm në ablacione të sheshitë ose që reaplikohen, por edhe në ato me prominencë të retinës dhe të çara të miëdha e multiple ose në formë potkoi. Rezultat të mirë kemi konstatuar gjithashut në ablacione retinale të qfaqura në sy me miopi të lartë. Në materialin tonë 18 raste të këtilla janë operuar me sukses.

4. — Rezultati i operacionit në sy afakë, me nystagnus të theksuar, si dhe për shkak e rezinsercioni të retinës, nuk qe i mirë në përgjithësi.

Dorëzuar në redaksi më
20.XII.1967

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

1. — Abramiewicz I.: Chirurgia oka 1952.
2. — Arruga H.: Chirurgie oculaire 1958.
3. — Callahan A.: Surgery of the eye diseases 1963.
4. — Duverger C. et Veltier E.: Thérapeutique chirurgicale ophthalmologique. 1950.
5. — Krasnov M.M.: Sistema hirurgičeskovo lečenija otslojki setčatki. Vjest. oft. 1966, 1.
6. — Marx P., Langlois J., Pinchon S.: Décollements rétinien et hypertonie oculaire. Bull. d. soc. opht. de France 1959, 2.
7. — Pannarale M.: Les possibilités et limites des coagulations simples dans le décollement de la rétine. Problèmes act. opht. Vol. 3.
8. — Pannarale M., Pannarale C.: Tecniche di drenaggio del liquido sottoretinico nella chirurgia del distacco della retina. Bollettino d'oculistica 1965/II.
9. — Potts A.M.: Rhégmatojenous retina detachment. Amer. J. Ophth. 1966/5.
10. — Sédan J.: Décollements traumatiques et myopie Ann. d'ouï. 1959, 3.
11. — Shevaley V. E., Babanina J. D.: Operativnoje lečenije otslojki setčatkoj obolocki 1965.
12. — Wilczek M.: Patogeneza i leczenie odwarzstwienia siatkowki. Klinika Oczna 1963, 3-4.

S u m m a r y

THE EFFECT OF DIATHERMOCOAGULATION OF THE SCLERA IN THE TREATMENT OF RETINAL DETACHMENT

A discussion is presented of 43 cases of idiopathic retinal detachment operated by the method of surface diathermocoagulation of the sclera. Of these 18 were highly myopic, 16 had degenerative changes of the retina, 4 had aphakia and 3 were traumatic cases. In order to insure the ophthalmoscopic control during the operation, the author applied local diathermocoagulation, using for this purpose a dentist's Miller's probe. The surfaces coagulation caused by the probe pro-

voiles a favorable irritation of the choroid without allowing retinal burns, which could provoke an undesirable choroid reaction.

Of the observed post-operative complications, more detailed attention is given to the choroid reaction and the retinal infection. The description is also made of the course of a case of retinal burns caused by a diathermal current of over-strong amperage.

The postoperative results are presented separately for each group according to the Arruga's classification. Complete cure was obtained in 23 cases, which included extensive multiple tears, horse-shoe tears etc. O success was obtained in the cases with aphakia, pronounced nystagmus or desinsertion of the retina.

Résumé

EFFECT DE LA DIATHERMOCOAGULATION EN SURFACE DANS LE TRAITEMENT DE L'ABLATION DE LA RETINE

L'auteur présente 43 cas d'ablation rétinienne idiopathique, opérés d'après la méthode de la diathermocoagulation transclérale en surface. De ce nombre 13 étaient atteints de myopie grave, 16 présentaient des altérations dégénératives de la rétine, 4 avaient des yeux sphâques, 3 avaient subi des traumatismes. Pour s'assurer un bon contrôle ophtalmoscopique durant l'intervention, l'auteur conseille de pratiquer les coagulations perforantes localisantes à l'aide de la sonde dentaire de Miller. Les coagulations en surface pratiquées avec cette sonde causent une irritation favorable de la choroïde sans permettre des brûlures trop fortes, qui menaceraient de provoquer une réaction choroidienne. Des différentes complications post-opératoires, l'auteur décrit en détail la réaction choroidienne et l'infection rétinienne. Il fait ensuite une description détaillée d'un cas de brûlure de la rétine par un courant diathermique d'ampléage trop élevé.

Les résultats de l'opération sont données séparément pour chaque groupe selon la classification d'Arruga. La guérison a été obtenue dans 23 cas, parmi lesquels il y a eu grandes déchirures multiples de la rétine, des déchirures en fer à cheval etc.

L'intervention chirurgicale sur la rétine est restée dans les ablations de la rétine chez les sujets sphâques, avec nystagmus prononcé ou causées par la désinsertion rétinienne.

MBI REZULTATET POST-OPERATORE TË DAKRIOCISTORINOSTOMIVE TË KRYERA NË REPARTIN OKULISTIK TË SPITALIT TË RRETHIT TË KORÇËS

— GJERGJ CEPÀ —

(Spitali i rrethit Korçë. Drejtor Dr. Sokrat Vreto)

Nga viti 1904, kur E. Toti për herën e parë dha metodën e tij të dakriocistorinostomisë, duke krijuar një rrugë të re eliminatore për kallimin e lotit me anën e një dritare të hapur për në hundë, ka kaluar një kohë e gjatë — e ndërkaq është bërë një numër i madh modifikimesh, që kanë sjellë përmirësimin e rezultateve post-operatore.

Mund të themi se operacionet e dakriocistorinostomisë janë të tillë që mjekut i japin satisfaksion. Mundet që edhe pa një qepje preçize e pa një kujdes të posaçëm, loti ta gjejë rrugën e tij eliminatore. Në librin e tij të kirurgjisë okulare (botim i katërt), Meller thotë: «....Edhe atje ku nuk është e mundur të vendoset një suturë midis buzëve të lambove të pasme duhet të paktën të qepen të përparëshmet; rezultati pothuaj është nga hera i mirë. Edhe në rastet kur çdo vendosje suture është e pamundur, rezultati mund të jetë i mirë».

Në vendin tonë, prej 10 vjetësh aplikohet dakriocistorinostemia gjérësisht e kjo si frut i punës së Dr. A. Aronit.

Duke qënë se numri i metodave operatore është i madh, menduan të kontrollojmë punën tonë të kryer. Të nisur nga kjo, muarrëm 100 raste dakriocistorinostomish të operuara në repartin okulistik të spitalit të rrethit të Korçës, prej shtatorit 1965 deri në qershor 1967. Të gjithë pacientëve ju kërkua të paraqiteshin për rikontroll. Për ata që ishin në pamundësi paraqitjeje, të na njofftonin në se janë të kënaqur nga operacioni dhe në se iu loton syri dhe nëse iu loton a iu nxjerr qelb. U rikontrulluan 65 persona, të cilëve iu bë edhe lavazhi i rrugëve lakrimale, ndërsa 20 të tjerë nuk u paraqitën, por dérguan përgjigjet e tyre duke thënë se nuk kishin lotim. Si përfundim nuk mundëm të marrim kontakt vetëm me 15 veta.

Metoda e kryerjes së operacionit është ajo që kryhet në klinikën okulistike të spitalit klinik Nr. 1 Tiranë.

Para fillimit të operacionit, pacientit i bëhet një ampulë vitaminë K. Në kavitetin përkatës të hundës, ku do të kryhet operacioni, vendoset një garzë e njomur me sol, kokainë 4% dhe sol. adrenalinë 1%, më tej bëhet një incizion 1,5 cm. i gjatë në formë pak të përkulur, duke filluar qysh dy mm. sipër ligamentes palpebrale e rreth 5 mm. larg këndit të brëndëshëm të syrit deri në kockë. Pastaj me një raspator pastrohet kocka në zonën rreth *crista lacrymalis anterior* dhe os *lacrymalis* nga indet e buta dhe periosti. Plaga operatore mbahet e hapur

me një zgjerues të komanduar me një vidhë, që është shumë praktik e i nevojshëm, sidomos për të bërë hemostazën. Pastaj me daltë dhe çekan ose me trapanin dentistik hapet një dritare për në hundë me madhësi 1x1 deri 1x1,5 cm. Kocka pritet pas çpimesh që bëhen në punts sferike Nr. 1-3 e pastaj bashkohen me njëra tjetërën me një të tillë cilindrike. Prerja në anën e kurrizit të hundës nuk është perforative. Pas kësaj, kocka shkëputet lehtë me ndihmën e raspatorit ose një mjeti tjetër. Si largohet kocka e pastrohen qelizat e ethmoidales, që shpesh herë ndeshen më prapa, lirohet mukoza e hundës, e cila pothuaj asnjë herë nuk dëmtohet, nëqoftëse kocka e prerë hiqet me kujdes. Pastaj formojmë vetëm një lambo nga mukoza nazale, e cila është e madhe e pritet sipër, prapa dhe poshtë, duke lënë një bazë përparrë për nga kurrizi i hundës. Kjo lambo do të qepet me lambon e përparëshme të krijuar prej incisionit vertikal, që i bëhet qesës së lotit, ndërsa lamboja e pasme osc shkurtohet ose lihet siç është. Qepja e dy lambove do të formojë një mur të përparëshëm, ndërsa ana e pasme e kanalit kuptohet që mbetet për tu shëruar per secundam. Qepja bëhet me ndihmën e dy suturave që kalohen nëpër suturë. Pastaj vendosen tri sutura kutane, që bëjnë adaptimin e plotë të buzëve të plagës. Me këtë, akti operator merr fund. Vendosja e jodit në suturat dhe një pomadë antibiotike në qesen konjuktivale pasohet pastaj nga një fashaturë monokulare. Koha e operacionit zakonisht lëkundet midis 15 dhe 25 minutave. Të nesërmën e operacionit hiqet gazra nga hunda, vazhdohet mjekimi me antibiotikë intramuscular (400.000 UI penicilin) e lokal në qesen konjuktivale në formë pomade. Mbi suturat bëhet lyerja me brilland grun. Pas 6-7 ditësh, si hiqen gjithë suturat, pacienti del prej spitalit, pasi t'i jetë bërë një lavazh prove me sol, oftalmacetini. Cikatricja post operatore zakonishi pothuajse zhduket krejt, nëqoftëse qepja e lëkurës është bërë e rrregulltë.

Pas operacionit mund të kemi **epistaxis**. Në një rast të tillë që na ka ndodhur ne, sasia e gjakut që shumë e pakët e nuk krijonte asnjë nevojë për marje masash.

Në 100 operacionet e kryera, në 7 raste kishim të bënim me **dacryocystitis phlegmonosa** dhe pasi u mjekuan konservativisht e gjendja regresoi, u operuan. Nga këta, është mundëm t'i ekzaminojmë e rezultati post-operator ishte shumë i mirë (sytë nuk lotojnë më). Në 5 raste u operuan pacientë me **dacryocystitis fistulisata**, nga të cilët u kontrolluan 4. Gjithashtu rezultatet ishin shumë të mira. Pjesa tjetër e të operuarve paraqitnin dakriocistite kronike purulente, të cilët kishin nga 6 muaj deri në disa vjet që shqetësonin pacientët.

Gjatë rikontrollit që iu bë pacientëve të operuar, kryem lavazhin e rrugëve lakinale e në tre raste ato na rezultuan të pakalueshme. Kjo shifër përfaqëson 3,53% të pacientëve të ekzaminuar. Pra, me anë të operacionit u arrit shërimi i të sëmurëve në 96,47% të rasteve. Në të tre rastet, ku rrugët e lotit qenë të pakalueshme, kuptohet se syri lotonit. Shkak për këtë që rritja e indit të granulacionit, e cila bllokonte plotësisht rrugën eliminatore.

Edhe sipas të dhënave të literaturës, rezultatet tona janë inkurajuese; kjo duket qartë në krahasimin me rezultatet e klinikave të mirënjohura: si H. Arruga paraqet 95% të rasteve shërime, L. Dupua-Dutemps-96%, H. Gasteiger-95%, Gomez-Marquez-98%, E. M. Ivanova-95.8%, J. G. Kirschmann-90%, E. Kunz-95%, A. Mozen mbi 90%, J. Ohm-81.6%, H. Potiquet-92%, W. Rauh-87 deri 93%, C. H. Sattler-

97%, H. Wewe dhe S. H. Kentgens 97% etj. A. Aroni në 31 raste të dokumentuara në monografinë e tij paragjet shërimë në 98%.

Në pacientët tanë të operuar, diapazoni i moshave është i madh. Më i ri i tyre ishte 11 vjeç dhe më i vjetri 79 vjeç. Pra. mossa edhe tek ne nuk ka qënë një kontraindikacion për kryerjen e operacionit. Kontraindikacionet mund të janë deformime të mëdha kockore në pjesët nazale. Në raste të tillë, që nuk i përkasin praktikës së përditëshme, nevojitet konsulta e mjekut otorinolaringolog. Tek ne të tillë nuk ka pasur, siç nuk ka pasur as raste me ozema, rhinitis caseosa, gumë të hundës ose tuberkuloz të sakusit lakrimal, që janë sëmundje shumë të rralla.

Të ndarë sipas moshës kemi:

Raste	Vjeç
9	11-20
24	21-30
24	31-40
26	41-50
13	51-60
4	mbi 60
Shuma 100	

Pra shpeshtësia më e madhe është midis moshave 20 e 50 vjeç, në të cilat njeriu është më i ekspozuar ndaj ambientit të jashtëm e pluhurit, dheut etj. gjatë orëve të punës. Raste pa sukses kemi pasur vetëm 3: një në moshën 43 vjeç, një në 49 vjeç e një në 65 vjeç.

Pjesa dërmuese e pacientëve-74% janë fshatarë dhe 26% janë qytetarë. Nga numéri i përgjithshëm i pacientëve-75 janë femra dhe 25 janë meshkuj. Të ndarë në profesione: 59 punëtorë bujqësie, 11 punëtorë, 20 shtëpijake dhe 10 nëpunës, duke përfshirë këtu tre ushtarakë, 6 nxënës dhe vetëm 1 nëpunës zyre. Pra, nga të 100 pacientët, 70 prej tyre janë të lidhur me punën prodhuase.

Si përfundim, si shumë autorë të tjera, edhe ne arritëm në konkluzionin se daktaricistitë është një sëmundje që kap kryesisht seksin femër dhe më shumë ata që merren me bujqësi, ku gjatë orëve të punës ka pluhur etj. faktorë këta që ndihmojnë në zhvillimin e infeksioneve kronike purulente të sakusit lakrimal. Veç kësaj duhet të përmëndim se një ndikim i zhvillimit të kësaj sëmundjeje janë dhe kushtet klimaterike. Nga të 100 të sëmurët, 70% janë të rrethit të Korgës dhe 30%, janë të rretheve të Pogradecit. Kolonjës e ndonjë tjetër.

K O N K L U Z I O N

Metoda që kryhet tek ne është e vlefëshme, pasi në 96,47% na ka dhënë rezultate shumë të mira, është një metodë që kryhet lehtë nga ana teknike e brenda 15-25 minutave; nga mjekët e rinj mësohet lehtë, pothuaj nuk ka komplikacione post operatore dhe ajo që është e rendësishme se nuk ka nevojë për asistencë, nëqoftëse plaga haper me një zgjeruese, që rregullohet me anën e një vidhe.

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

1. — Ambes M.: Beitrage zur Wiederherstellung des Tränenabflusses. Oesterreichische ophthalm. Geselach. 4. Jahreshaupt-versammlung. 1959 Velden/ Weerthersee, Kunten. S. 267.
2. — Aroni A.: Një modifikim i operacionit të dacryocystorhinostomisë. Tiranë 1966.
3. — Arruga H.: Ueber eine Verbesserung der Totischen Operation. Klin. Mbl. Augenk., 81/280.
4. — Basterra J.: Vereinfachung der Technik der Dakryocystorhinostomie. Arch. Oftalm. B. Air. 1926. Zitt. Zbl. Ophthalm 17/667.
5. — Callahan A.: Surgery of the Eye Diseases. Charles C Thomas Publisher Springfield — Illinois USA Ed. rus 1963, 131.
6. — Handel O.: Die Behandlung der Stenosen des Tränennasenganges durch ein legen eines Nylonfadens. Oesterreichische Ophthalm. Gesellschaft I. Jahreshauptversamm. Wien 1955. S. 123.
7. — Griffith T.P.: Polithon-rechirurgie zur Traen-errorrhrenoperation. Brit. J. Ophthalm 1963 Zitt. Klin. Mbl. Augenk. Bd. 147, 1965.
8. — Meller I.: Augenärztliche Eingriffe. 4. Auflage J. Springer-Vrlg. S. 29.
9. — Kotorović J.: Zur Methodik der Durchführung der Traenientanai-plombe. Vjesna, oftalm. (russ.) 1961. Zitt. Klin. Mbl. Augenheilk. Bd. I 46/65.
10. — Sachsenweger R.: Canalicularorhinostomie. Klin. Mbl. Augenheilk. Bd. 146 (1965) H. 4, S. 547.
11. — Sawjalew I.: Zur Frage der chirurgischen Behandlung des «unheilbaren» Traenenabflusses. Vjesna, oftalm. (russ.) 1961 Zitt. Klin. Mbl. Augenk. 147 (1965). S. 306.
12. — Schmöger E.: Ophthalmologische Röntgendiagnostik. VEB-CARL Marhold-Verlag 1957;
13. — Sabal E., Slesah H. Ueber eine Modifikation der Dacryocystorhinostomie. Oesterreichische ophthalm. Gesellschaft. I. Jahreshauptversammlung 1955 Wien. S. 125.
14. — Thiel R.: Ophthalmologische Operationslehre. Georg-Thieme-Verlag Leipzig 1945. Lieferung 3 S. 638.
15. — Vučićević M. Ein Beitrag zur operativen Technik der äusseren plastischen Dacryocystorhinostomie. Oesterreichische ophthalm. Gesellschaft 4. Jahreshauptversammlung 1959. S. 180.
16. — Vučićević M.: Ueber die Vorzüge und Erfolge der äusseren plastischen Dacryocystorhinostomie bei der ophthalmologischen Kollaboration. Oesterreichische ophthalm. Gessellschaft. 3. Jahreshauptvers. 1957. S. 67.
17. — Zellatarjeva M. Glasne boljezni. Isdatjetstvo «Bjellarus» Minsk 1964/277.

S u m m a r y

**POST-OPERATIVE RESULTS OF DACRYOCYSTORHINOSTOMY
IN THE OCULISTIC SECTION OF THE KORCA DISTRICT
HOSPITAL**

The description is given of the Dacryocystorhinostomy operation and the results obtained by it during the period from Sept. 1965 to June 1967 in the oculistic section of the Korca Hospital.

The discussion comprises 100 cases. In 65 of them the follow up control was performed by irrigation of the lacrymal ducti; with 20 others contact was established by mail.

The method of operation is a combination of the preparation (elevation) of the nasal flap according to J. Basterra and the suture of the front flaps according to Kunz; the back flaps are left to heal per secundam. The post-operative results were very satisfactory in about 96 percent of the cases.

The method is technically simple. The operation takes 15 to 25 minutes and can easily be learned by the young doctors. If the operation wound can be held open with a screw davaricator, no assistance is needed. The results obtained by the author compare favorably with those of specialists of other countries and the method can be recommended for most of the cases who need dacryocystorhinostomy.

(Résumé)

DES RESULTATS POST-OPERATOIRES DES DACYROCYSTORHINO-STOMIES EFFECTUEES A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOPITAL DU DISTRICT DE KORCE

L'auteur, ayant décrit le principe de la dacryocystorhinostomie, présente les résultats des opérations effectuées de septembre 1965 à juin 1967 à la clinique ophtalmologique du district de Korçë.

L'article analyse 100 cas d'opération. Sur 65 de ces cas, on a procédé à un nouvel examen et au lavage des voies lacrymales, alors que l'état de 20 autres malades a été vérifié par correspondance. L'article décrit la méthode employée pour cette opération, méthode qui constitue elle-même une combinaison de celle de J. Basterra pour l'incision du lambeau nasal, et de celle de Kunz pour la suture des lambeaux antérieurs, alors que la guérison des lambeaux postérieurs est obtenue par secundam. Les résultats post-opératoires ont été excellents dans 98,47 % cent des cas.

La méthode est techniquement aisée. L'opération est terminée au bout de 15 à 25 minutes sans grande difficulté. En maintenant la plaie ouverte au moyen d'un extenseur réglable par vis, on peut pour ainsi dire se passer d'assistance. Après avoir confronté ses propres résultats avec ceux de ses confrères d'autres pays, l'auteur aboutit à la conclusion que cette manière d'effectuer la dacryocystorhinostomie présente de réels avantages.

NJË RAST ATAKIMI HELMUES NGA TRYGON PASTINACA

— APOLLON SH. GJEBREA —

(Spitali i rrëthit Lezhë. Drejtor Ali Sh. Bushati)

Peshqit toksikë, nga pikëpamja mjekësore, ndahen në dy grupe kryesore: **në grupin e parë** hyjnë peshqit helmues, që jasin fenomene toksike me anë të atakimit me organin helmues, që e kanë të vendosur në pjesë të ndryshme të **integumentum commune**. Në grupin e dytë hyjnë peshqit intoksiqes, që jashtë fenomene toksike kur përdoren për ushqim. Ky grup ndahet në peshqit, tek të cilët toksina është një komponent i plazmës së gjakut; dhe në peshqit që janë periodikisht ose gjithmonë toksikë për shkak të helmit të vendosur ndër inde (Phisalix 1922).

Po japim një rast nga kazuistika jonë:

Historia e sëmundjes, me kartelë Nr. 446/146. — Pacienti F.J.B., 18 vjeçar, nxënës-aksionist nga Shkodra, i shtruar në spitalin tonë, më 10 korrik 1966 me diagnozë në hyrje: «*Morbus animalis maritimi non identifica*». Në hyrje ankonte për dhimbje të forta, të vazhdueshme, të kofshës së majtë, dridhje të herëpasherëshme të muskujve të saj, që i shpërndaheshin si valë në të gjithë trupin, rjedhje të vazhdueshme gjaku nga plaga çpuese e shkaktuar nga pickimi i gjallesës së panjohur të detit, pështjellim (nausea), kishte dëshirë për të fjetur, por nuk e merrte gjumi, ishte i shqetësuar dhe ndjente dhimbje koke.

Anamnesis morbi: Rreth orës 11 duke u larë në det, në plazhin e Shëngjinjt, 25 metra larg nga deti, në një thellësi rreth 1.5 metra, ndjeu që rreth trupit i sillej një kafshë uji apo peshk, të cilin nuk e kish parë ndonjëherë më parë. Kishte një këmbë apo bisht pak më të gjatë se trupi dhe trupin si të rrumbullaktë sa një kokë fëmije rreth 5-6 vjeç. E goditi kafshën një herë me dorë dhe një herë me shqelm, pasi ajo i kishte kapur të mbathurat. Pas goditjeve, kafsha e pickoi në pjesën e brëndëshme të kofshës së majtë, në një të tretën e sipërme të saj. I shqetësuar dhe i trembur niset me shpejtësi drejt bregut.

Me një herë sapo pacienti doli mbi nivelin e ujit, në plagën e shkaktuar nga pickimi i peshkut, filloj të ndjejë dhimbje të forta sa kur doli në breg i ra të siköt. E shpunë në ambulancën e piazhit, ku ndihmës mjeku e mjekoi. Por megjithë këtë, dhimbjet dhe shqetësimet po i shtoheshin.

Examen Objectivum Status Praesentis: Në shtëpinë ku u vendos, në çastin e ekzaminimit, pacienti ndodhet i detyruar në pozicion i shtrirë. Gjendja e përgjithëshme nuk është e mirë, është i shqetësuar, lëvis nëpër krevat. Sytë i mban gjysmë të myllura. Nga pamja e fytyrës duket si i përgjumur. Vetëdija e qartë. Konstitucioni fizik normostenik. Lëkura e zbehtë, ndërsa në fytyrë hyperhaemike. Gjuha është e veshur lehtësisht me një cipë të hollë të bardhë. Nga një herë pacienti kryen lëvizje të menjëherëshme të anësive që na kujtojnë «*pavor nocturnus*».

Gjoksi-simetrik me tingull perkutor pulmonar të qartë dhe respiracion vezikular. Zemra-në kufij, me tone të qarta, rithmike me zhurmë sistolike në apex. Puls i mbushur mirë 78 fr. goditjesh në 1 min. Tensioni arterial — 128/65 mm. Hg. R. R. Barku — i butë i trajtueshëm. Mëlgja dhe shpretka nuk preken, Mezo e hypogaster pa ndryshime pathologjike të dukëshme. **Genitalja externa** — po ashtu. Llozhat renale të lira, Pastorn negativ. Reflekset mukoze, kutane dhe tendinoze janë prezente. Paraqet ekzagjerim të patellarëvet, kryesisht majtas. Shenja pathologjike të tjera nuk duket të ketë. Shqisat pa ndryshime të dukëshme, veç ka një strabizmë të lehtë konkomitant konvergjent, për të cilin pacienti thotë se është operuar para disa vjetësh në të dy sytë. Orientimi i mië.

Status Localis: Në një të tretën e sipërme të brendëshme të kolshës së majtë vërehet një plagë punktiforme në formën e gjermës «D» si gjysmë rrëthi, që ka dimensionin gjatësor pesë milimetra. E zmadhuar me lente, kjo plagë paraqet buzën e drejtë të përveshur nga brenda dhe rjedh vazhdimi i gjak të pastër. Zona rrëthi plágës e fryrë rrëth 3 dm². Në këtë pjesë, lëkura paraqet hypoestezi. Shtypja e kësaj zone është shumë e dhimbëshme, sa më afër plágës që ti aplikohet ajo. Shihen me sy dhe ndjehen me dorë fibrilacione të muskulaturës regionale që fillojnë rrëth plágës e përgjithësohen në anësinë tjeter dhe në trup. Lymfonoduset inguinale regionale 1.5 x 2 cm. vërehen të zmadhuara, shumë të dhimbëshme (më parë pacienti i ka parë të zmadhuara më pak dhe të padhimbëshme). Cirkumferencia e kofshës së dëmtuar, në nivelin e plágës, 55 cm., ndërsa e kofshës tjeter, në po atë lartësi, është 47 cm.

Për këtë gjëndje u ndërhy me. 1) Sol. Glucosi 40% 10.0 + Sol. Vitaminini C 5% 2.0 + Ultracortene «H» 20 mlgr. i. v. 2) Sol. Glucosi 40% 10.0 + Sol. Calcii chlorati 10% 10. + Sol. Vitaminini C 5% 2.0 i.v. 3) Inj. Neo-antergani 2.0 i. m: 4) Serum Antiviperinum 10.0 s.c. ex juvantibus. 5) Bipenicillimi 400.000 I. U. i. m. 6) Sol. Analgini 50% 2.0 i. m. 7) Bellasponi dr. 2x1. 8) Lokalisht bandazh steril. 9) Lokalisht borsa të ftohta, 10) Triplex 3 x 20 gtt. per os.

Pacientit iu kryen këto analiza të mundëshme laboratorike, të cilat rezultuan. **Haemogramma**- 4.160.000, leukocite- 11.400, Eritro-sedimentacioni 7 mm/h. Formula L.. N. 74%, E. 2%, B. 0%, L. 23%, M: 1%. Haemoglobina 61%. Glicemija-1. 10%, Azotemia 0.24%. Koha e Hæmor. 1 min., e koagul. 2 min. **Urogramma**-reaks. acid, densiteti 1023, albuminë vel i hollë, sheqer e pigm. bll. negativ. Ekzaminimi mikroskopik-celula epiteliale, kristale të acidit urik, cilindra granuloze 1-3 përfushë dhe leukocite 1-2 përfushë.

Pas aplikimit të terapisë, d.m.th. rrëth dy orë pas aksidentit, gjendja filloj të përmirësuar menjëherë. Temperatura në fossa ax. e matur në orën 1700 shënon 37° C. Në orën 2000 pacienti fjeti. Gjatë gjumit, disa herë pati fenomene të **pavor nocturnus**. Fibrilacionet e muskulaturës pushuan.

Të nesërmen pacienti e ndjente vehten më mirë. Afebril, ndjente më pak dhimbje në vendin e pickimit. Vendi rrëth plágës ishte i skuqur, i fryrë dhe i dhimbëshëm. Dhimbja ekzagjerohej në prekje dhe gjatë lëvizjes si aktive ashtu dhe pasive të anësisë. Zhurma sistolike ishte zhdukur. Hepari prekej pak, i dhimbëshëm në inspiracionin e thcllë. Lymfonoduset inguinale sin. mbeteshin të dhimbëshme, por më të vogla 1.5 x 1.5 cm. Reflekset patellare mbeteshin të ekzagjuara. Të sëmurit iu

aplikua Ser. Antitetanicum 4500 I. U. s. c. dhe për tre pro die: 1) Bipeni-cillinë 400.000 I. U. x 2 i. m. 2) Streptomicini 500:000 I. U. x 2 i. m. 3) Sol Glucosi 40% 10.0 + Sol. Vitaminini C 5% 10.0 + Ultracortene «H» 20 mlgr. i. v. 4) Sol. Glucosi 40% 10.0 + Sol. Calcii chlorati 10% 10.0 + Sol. Vitaminini C 5% 2.0 i. v. 5) Neo-antergani 0.08 x 3 per; os dhe 6) Sol. Camphorae 0; 1.20% 2.0x2 s.c.

Më datën 13.VII.1966 leukocitet ranë në 6.700 dhe eritrosedimenti mbeti 7/mm/h. Ekzaminimi rontgenoskopik i gjoksit më 15.VII.1966 shënon: Cor et Pulmones-negativ. Në ditët e tjera para daljes, pacienti vazhdoi të mjekohet me antibiotikë i.m. dhe Neo-antergen por os. Në dalje nga spitali, diagnoza klinike u përcaktua: «Vulnus punctum venenosum ex anim. marit. non identifica cum phlegmone». Më 19.VII.966 doli në gjendje të mirë me fenomene hypoestezije në rajonin kutan të inervuar nga **nervus femoralis anterior** sin.

Një muaj më vonë, pasi mundëm të konsultojmë literaturën e nivojshme, pacientit i bëmë një ekzaminim në shtëpinë e tij në Shkodër dhe konstatuan se në atë rajon kishte akoma fenomene hypoestezie. U këshillua të vizitohet edhe një herë tek neurologu. Nga fotografitë e peshqëve të ndryshëm helmues, që i treguan në këtë rast, pacienti identifikoj «bisht-miu», **TRYGON PASTINACA Linnaeus**.

Iftiologji. — Specia «bisht-miu», **TRYGON PASTINACA Linnaeus 1758**, i përket gjinisë Trygon, familjes së rajave të armatosura Trygonidae (Dasyatidae), nënrendit të peshqëve rasikë **Batoidei**, rendit të selakëve **Selachiformes**, nënklasës së pllako-velzorëve **Elasmobranchii**, degës Chondrichthyes, klasës së peshqëve **Pisces**, nëntipit të nofullorëve **Gnathostomata**, tipit të kordatëve **Cordata**, sipas klasifikimit zoologjik të peshqëve të pranuar tek ne (9).

Specia është disk në formë rombi me anë të rrumbullakosura, me gjérësi pak më të madhe se gjatësia. Trupi i xhveshur i lëmuar nga një herë në kurris ka formacione të vogla të ngritura dhe dy sytë afér njëri tjetrit. Bishti është me gjatësi të ndryshme, i pajisur me një thumb të fortë. Turirin e ka shumë të shkurtër. Gjatësia e përgjithëshme e species mund të arrijë deri në 2.5 metra, por zakonisht është shumë më e vogël. Pesha maksimale për femrën arrin 22 kgr., ndërsa për mashkullin 18 kgr. Në Mesdhe është i zakonëshëm. Jeton në ujra të ngrohta në thellësi mesatare dhe të vogla. Ushqchet me peshq të vegjël dhe kafshë jo kerbishitore. Shpesh herë zhytet në rrëre dhe le Jashtë vetëm sytë dhë bishtin. Po të shkelet godet me bisht. Pjell në verë 4-6 këlyshë të gjallë. Konsumohet për ushqim në gjendje të freskët dhe të krypur (6,9,10).

Aparati helmues. — Aparati që prodhon dhe inokulon helmin është thumbi, i vendosur në një të tretën e mesme të bishtit. Ky është një appendix kockor mbi pjesën dorsale të bishtit. Ka formën e një thiike me dy teha të dhëmbëzuar deri afér majës së shigjetës. Faqja ventrale e thumbit që është më e sheshtë se ajo dorsale ka dy thellime gjatësore që mbushen nga gjendrat e helmit. I gjithë thumbi mbështillet me një mbulesë shumë të hollë epiteliale, që është edhe më e hollë mbi gjendrat e helmit. Në rast se ky thumb thyhet, rigjenerohet një i ri. Gjendra e helmit përbëhet nga qeliza të mëdha poligonale, në citoplazmën e të cilave ka shumë granula dhe vakuola me madhësi të ndryshme. Vetë thumbi nuk ka ndonjë kanalikul, nëpër të cilën të ekskretohet helmi, pra si pasojë viktimat, që goditen marrin sasi të vogla helmi, në rast se thumbi nuk këputet. Prodhimi i helmit është i tipit holokrin (4,8).

Farmakologjia e helmit. — Helmi i peshqëve të nënrendit Batoidei

quhet Batoidotoxin (8). Në vetëvehte ai paraqet një lëng lehtësishët të turbullt me reaksion neutral. Është mjaft i paqëndrueshëm dhe prishet nga alkoli, eteri, kloroformi, acidet, bazat, klori, permanganati i potasit dhe nga nxehëtësia duke filluar nga +50°C (8).

Sipas Halstead e Mitchell (1963) dhe Piguljevskij (1966), veprimin e helmit të këtyre peshqeve mbi kafshë të ndryshme e kanë përshkruar: Bottard (1889), Coutiere (1899), Porta (1905), Faust (1906), Calmette (1907), Phisalix (1922), Russel e van Harreveld (1954), Russel, Barratt et Fairchild (1957), Russel, Panos, Kang, Warner, Colket (1958).

Këta autorë kanë provuar se helmi i bisht-miut të rrumbullakët Urolophus (Urobatis) halleri i aplikuar i.v. në doza të vogla, pas 20-30 sekondave, maceve u ka shkaktuar ndryshiime në ECG: bradikardi, zgjatje të intervalit P-R, blok atrioventrikular dhe rythme sinusale. Nganjëherë është vërejtur ekstrasistoli ventrikulare. Dylishimi i dozës së helmit ka shkaktuar edhe ndryshimin e dhëmbit të intervalit S-T, që flet për prekje të miokardit. Rritja e mëtejshme e dozës ka shkaktuar ndryshiime të tjera në ECG të tipit të iscemisë së miokardit. Në kafshët më të vogla të laboratorit janë vërejtur ndryshiime të ngjajshme me ato që u përshkruan, si çhe ulje të tensionit arterial deri në ndalimin e plotë të aktivitetit kardiak dhe respirator. Lokalisht dozat e vogla të helmit janin vazodilatacion, që pasohet nga vazokonstriksioni. Sa më e madhe të jetë sasia e helmit aq më tepër pakësohet mundësia e dilatacionit paraprak. Helmi ka disa komponente, haemomryo-neurotrope (4,8).

DISKUTIM

Dëmtimevet nga peshqit, Dérobert u shton edhe ato që shkaktohen nga peshqit elektrikë si dhe kafshimet e peshqeve (1).

Rasti ynë i shkaktuar nga një specie e grupit të parë të peshqeve helmues paraqiti shenja kardiovaskulotropizmi dhe myoneurotropizmi. Graviteti ishte i mesëm për vjetë faktin se edhe individi i species, shkakëtari i dëmtimit, ishte i vogël dhe i ri si dhe goditja qëlloi në anësi. Autorët e konsultuar prej nesh thonë se janë përshkruar raste, që kanë përfunduar me exitus letalis (2, 8, 10), sidomos kur thumbi ka penetruar në gjoks ose në bark. Fenomenet morbase, të shkaktuar nga këto thumbe, nga njëherë mbesin për muaj të tëra. Autorët e mësipërmë këshillojnë përpunimin kirurgjikal të plagës, heqjen e pjesëve të thumbit, që mund të ketë mbetur në plagë, vendosjen e një laku dhe aspiracionin (në rast se dëmtimi ka ndodhur brenda 5-7 minutash), blokada me novokainë, injekzion calcii gluconici, mjekim simptomatik, antibiotikë dhe serum antitetanik (2, 4, 5, 8).

Ne mund të mendojmë se në të tilla raste, përdorimi i kortikosteroidave injektabël dhe i antihistaminikëvet është i dobishëm.

Deri tani mjekim spesifik nuk ka.

Peshkatarët dhe banorët tanë të bregdetit e njohin rrezikun e bisht-miut dhe mbajnë mënd atakime prej tij. Tani, me shtimin e numërit gjithnjë më të madh të punonjësve që kalojnë pushimet e tyre në bregdet dhe me zhvillimin e madh të industriës së peshkimit, në vendin tonë rritet edhe mundësia e atakimeve nga këta lloj peshqish. Notarët nuk duhet ta ngacmojnë bisht-miun kur e dallojnë atë. Peshkatarët duhet të punojnë me kujdes për nxjerrjen e bisht-minjëve nga rjeta dhe t'i vrasin ata

kur i hedhi në kuvertë, për të evitar aksidentet. Gjithashtu duhen përdorur gjemet mikrojtëse për poshkataret, kur ata kalojnë në kuvertën e anjes në të cilën janë hedhur kontigjetet o poshkut të zënë.

Konkluzione

1. — Rastet e atakimeve helmuese nga peshqit në vendin tonë njihen prej kohësh nga populli i zonave bregdetare dhe nga peshkatarët, porse, nga sa kërkuan në literaturën tonë mjekësore, nuk është përshkruar ndonjë rast.

2. — Atakinet e bisht-miut (*Trygon pastinaca*) janë të rrezikshëm dhe paragjen interes për mjekët e përgjithshëm e neurologët.

3. — Duhen studjuar peshqit helmues të grupit të parë, mundësitë e trajimit racional të dëmtimeve që ata shkaktojnë dhe mundësitë e ruajtjes prej atakimeve të tyre.

Personeli mjekësor, kryesisht i zonave bregdetare dhe studentët e mjekësisë duhet të njihen më ihtiofaunën toksike.

Dorëzuar në redaksi më
15. XII. 1967



Trygon pastinaca

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

1. — Derobert L.: *Intoxications et maladies professionnelles*. Masson et Cie Paris, 1954.
2. — Dreisbach R. H.: «Handbook of Poisoning», fourth edition, Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1963, 346.
3. — Ghiretti F. and Rocca E.: Some experiments on ichthyotoxin in «Ven. and Pois. anim. and Nox. Plan of the Pac. Reg.» edit. by Keegan H. L. and Macfarlane W.V., Pergamon Press Ltd-London, 1963, 211.
4. — Holstead W. B. and Mitchell L. R.: A review of the venomous fishes of the Pacific area-in «V. and P. A. and N. P. of the P.R.» ed; by K. H. L. and M.W.V., Pergamon Press Ltd — London, 1963, 181-182-183-200.
5. — «Medicamenta» : Sesta edizione. Vol. II — Milano — 1965.
6. — Nikolskij G. V.: *Castnaja lhtiollogija* Izdatelstvo: Sovjetskaja Nauka — Moskva, 1954, 62.
7. — Pavlovskij E. N.: *Jadovitije ribi* — v «Balsh. Medic. Enciklop. Tom XXXV Medgoz — Moskva, 1964.
8. — Piguljevskij S. V.: «Jadovitije zhivotnjije». Izdatelstvo Medicina — Leningrad, 1966, 211-213-214-215-216.
9. — Peljakov G. D., Filipi N., Basho K. me pjesëmarrjen e Hysenaj A.: «Peshqit e Shqipërisë — Botim i Universitetit Shtetëror të Tiranës — Tiranë, 1958, 33.
10. — Suvorov E. K.: «Osnovi lhtiollogii» Izd. Sov. Nauka — Moskva, 1948, 225-437-438.

S u m m a r y

A POISONOUS ATTACK BY TRYGON PASTINACA

A case is presented of a poisonous attack on the leg of a patient by a kind of fish identified as Trygon pastinaca Linnaeus.

The author describes the lesion caused by the bite. The poison of the fish seems to have a pronounced affinity for the cardiovascular system and the neuromuscular structures. The case was not very severe, because the fish happened to be small and the wound on the limb.

As regards the treatment, the author thinks that satisfactory results can be obtained with corticosteroid and antihistaminic preparations.

R é s u m é

UN CAS D'EMPOISONNEMENT CONSECUITIF PAR UNE ATTAQUE D'UN POISSON DE L'ESPECE TRYGON PASTINACA

L'auteur expose le cas d'un empoissonnement par la piqûre d'un poisson de l'espèce «trygon pastinaca Linnaeus».

L'auteur décrit les dimensions de la plaie toute à la jambe. L'empoisonnement a entraîné des manifestations cardiovasculaires et des phénomènes de myoneurotropisme; elles sont de gravité moyenne car l'empoisonnement a été causé par une espèce de petites dimensions et a porté sur le membre inférieur du patient.

L'auteur décrit le traitement employé dès le début qui suivit l'attaque par le poisson venimeux jusqu'à la complète guérison. Il conclut que dans les cas semblables l'emploi de corticostéroïdes et d'antihistaminiques donne de bons résultats.

MORBUS SCHEUERMANN - MAU

(Një rast klinike --- radiologjik)

— ISMAIL NOVA —

(Spitali i rrëthit të Lushnjës, Drejtor Vasil Kuli)

Morbus Scheuermann-Mau nijhet në letërsinë mjekësore me emërta ndryshëm si **Epifisisis vertebralis**, **Kyphosis juvenilis**, **Kyphosa** e dhembur e adoleshentëve; ndërsa Scheuermann, që e përshkroi i pari më 1921, e quajti **Osteocondritis deformans juvenilis dorsi**, duke o konsideruar nekrozë aseptike epifizare të trupave vertebrale.

Sémundja çfaqet në moshën 12-18 vjeçare, më rrallë më herët, por asnjë herë pasi të ketë mbáruar zhvillimin e skeletit (2) megjithëse janë përshkruar raste edhe në moshën 5-6 vjeç (3).

Në studimin e kësaj sémundjeje, një morritë të madhe ka Schmorl, para të cilit mbi etiopatogeninë dhe anatominë pathologjike të saj, ka pasur mendime të ndryshme.

Sipas Schmorl (2) proçesit i interesojnë disqet torakal të mesëm dhe inferior dhe disqet lombar superior. Sémundja zhvillohet tek adoleshentët që paraqesin «ekspansione të diskut intervertebral, në afersi të nukleusit pulpos, ku pllaka kartilagjinoze është më e hollë, më e thjeshtë». Kur kollona është ngarkuar me punë të rënda ose sporte, krijohen kushitet e hernimit intraspogioz me anë të fisurës së pllakave kartilagjinoze. Në këtë ményrë, disku humbet elasticitetin dhe trupat vertebrale anteriore afrohen, duke pakësuar hapësirën intervertebrale. Meqënëse proçesi zhvillohet në periudhën e rritjes, ndikimi i presioneve, duke u kthyer në pjesën anteriore, rritja e trupave vertebrale, në këtë pjesë, është pakësuar dhe, si pasojë, çfaqet vertebra kuneiforme. Më vonë disku paraqet një infiltracion konjuktivo-vaskular, që shpie në sklerozën e tij dhe në blokimin e segmenteve motore, në kifoz.

Më shpesh sémundja lokalizohet në pjesën torokale të kollonës vertebrale, më rrallë lokalizohet në regionin dorso-lombar dhe lombar.

Disa autorë e klasifikojnë këtë sémundje në kapitullin e osteodistrofive kongenitale juvenile, ndërsa disa të tjerë në osteoartropatitë e panjohura.

Bojçev (1) shprehet se sémundja Scheuermann-Mau është e rrallë. Në rrëthin tonë nga 861 radiografi të bëra prej vjetit 1963-1967 është i pari rast që takohet.

I sémuri Q. Xh. me Nr. kartele 3961/5, nga fshati Hysgjokaj, në moshë 18 vjeç, shtrohet në spitalin tonë më datë 20.XII.1967 me diagno-

zën M. Scheuermann. Sémundja i ka filluar para një viti, në kohën kur pacienti filloj të punojë në ngritjen e trarëve si ndihmës murator. Në fillim ndjente dhimbje kur ngrinte pesha të rënda, më vonë ndjente dhimbje në ecje dhe kur qëndronte ulur. I thanë se ka kurrizin e krusur si përkëtë dhe dhimbjet është vizituar disa herë, ka marrë kura ambulatore, por gjendja nuk ndryshon.

Në ekzaminimin rontgenologjik të kollonës vertebrale **pars dorsalis**, në trupat vertebralë 8-9-10 në radiografinë A-P rezulton ngushtimi i hapësirës intervertebrale, kurse në projeksion L.L. (fig. 1) vihen në dukje vatra osteolitike, sidomos në margot superiore dhe inferiore, duke krijuar kështu konture të çregullta, dhe formë lehtësisht kuneiforme, sidomos në vertebra 8-9 si dhe kyphosis rrumbullake. Në vertebra **cervicalis lombaris** pa ndryshime.

Gjendja e përgjithëshme e të sëmurit ka qënë vazhdimi i mirë, afebril. Në aparatet e tjera asgjë pathologjike. Nga analizat laboratorike rezultoi: urinë negativ, leukocitet 5500, eritrocitet 4.290.000, sedimenti 2 mm/orë. Kalcemia 10,8 mgr %, fosforemia 4,76 mgr %, kalemia 3,73 %, natremia 141 mgr %, R.Mantoux negativ.

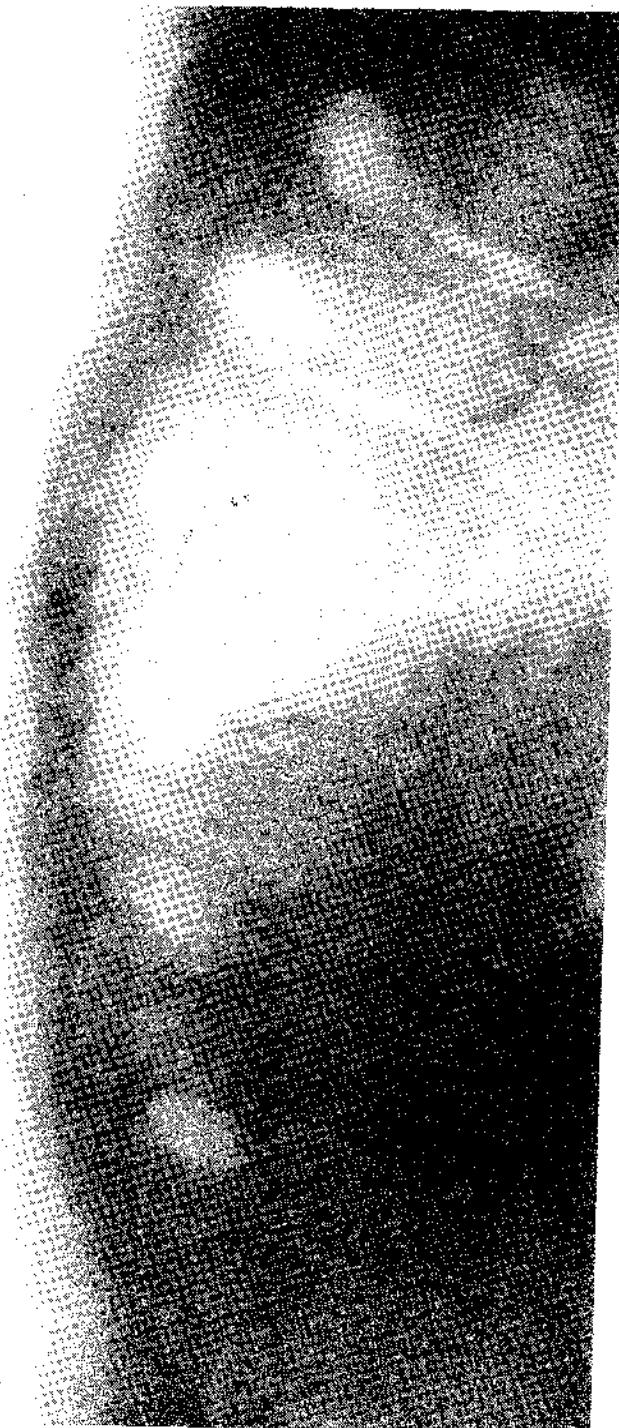
Trajtohet me vitamina terapi, testosteron dhe më vonë oranabol si dhe **calcii gluconici** 10. Më datë 27.I.1968 del nga spitali i përmirësuar, duke u porositur të mos ngrerë pesha të rënda dhe u këshillua të flejë në krevat të fortë prej drase.

Nga ana radiologjike, rastit tonë i është bërë diagnoza diferençiale me spondilaritritin t b c dorsal, meqenëse në vjetin e parë të kësaj sëmundjeje kemi ngushtim të hapësirës intervertebrale, vatra destruktivë dhe kyphosis. Por në spondilaritetin t b c zakonisht preken dy verlebra, paraqet imazhin e absesit të ftohtë dhe klinikisht do të kishte tjetër kuadër me gjendje febrile ose subfebrile, me R.Mantoux pozitiv dhe në antecedentet personale dhe familjare do të kishte pasur procese t b c pulmonare ose ekstra pulmonare.

Dorëzuar në redaksi më
20. IV. 1968

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

1. — Bojcev B.: Ortopedia i traumatologjia. Sofie 1956.
2. — Birzu I.: Radiodiagnostic clinic Vol. II Bucuresti 1965.
3. — Vollkov M.: Bollshaja medicinskaja enciklopedia. Tom. XII Moskva 1958.
4. — Zacepin T. S.: Ortopedi — diëtskova i podrostkovo vozrast.



Morbus scheuermann — Mai

S u m m a r y

MORBUS SCHEUERMANN-MAU.

In the district of Lushnja from 1963 to 1967 were performed 861 X-ray examinations of the spinal column; in one case was diagnosticated the Scheuermann-Mau disease. It affected only the dorsal section and left free the cervical and lumbar vertebrae, but the damaged vertebrae were not completely cuneiform, as described by many authors.

It is recommended that young patients who present pains and deformation of the spinal column should be X-rayed in AP and LL positions, especially in LL, since it shows more clearly the nature of the process. In this way the disease can be discovered early and measures can be taken to prevent the development of pronounced kyphosis.

R é s u m é

LA MALADIE DE SCHEUERMANN -- MAU

(Un cas clinique radiologique)

L'auteur indique que dans le district de Lushnjë, de 1963 à 1967, il a été effectué 861 examens radiologiques de la colonne vertébrale et constaté un cas de maladie de Scheuermann — Mau. Du point de vue radiologique ce cas est des plus communs. La maladie touche la zone dorsale alors que les zones cervicale et lombaire sont intactes. Les vertèbres lésées ne sont cependant pas entièrement cunéiformes, telles que les décrit la littérature spécialisée.

L'auteur conclut qu'il est indiqué de soumettre les jeunes gens présentant des douleurs ou des déformations à la colonne vertébrale à un examen radiologique en position A.P. et L.L. et surtout de cette dernière manière, celle-ci permettant de faire ressortir le processus de façon particulièrement nette. Ainsi la maladie sera plus vite détectée et le jeune patient aura la possibilité de voir réduire cette affection ou d'avoir une cyphose peu marquée.

LAJME SHKENCORE NGA SHTYPI I HUAJ

E ARDHMJA E PERSONAVE TË VAKSINUAR ME B.C.G.

Annales de Pediatrie, 1967, 8, 93-172

Më 4 qershor 1966 nën kryesinë e Prof. Ch. Gernez-Rieux u mbajt një simposium (XV Journée de Pneumo-phtisiologie infantile) me titull «E ardhmja e personave të vaksinuar me B.C.G.».

MBI FUQINE MBROJTËSE TË VAKSINËS B.C.G.

Në simpozium u përmënd data e 24 qershorit 1921, kur për herë të parë në botë, Weill-Hallé aplikoi tek njeriu vaksinën B.C.G. Inokufetin dhe efikacitetin e së cilës Calmetti e kish provuar më parë në kafshë. Sot inokuliteti i B.C.G. nuk mund të kundërshohet prej askujt pse miliona vaksinimesh e kanë vërtetuar, efikaciteti i B.C.G. disave iu duket më pak evident. Megjithëse të dhënat epidemiologjike tregojnë uljen e madhe të morbozitetit në personat e vaksinuar, pak studime i janë përgjigjur pyjetës, që vetë Albert Calmetti ka bërë në vjetin 1920: «Eshtë rëndësishme të dihet në se mund të shpresojmë se imuniteti nga B.C.G. do të ketë fuqi të mjaftueshme dhe të zgjatur për të mbrojtur dhe personat e vaksinuar, por që bashkëjetojnë në familje me një tuberkuloz të hapët».

Referuesit e këtyrë simpoziumi paragjinë studimet e tyre mbi problemin e së ardhmes të fëmijve të vaksinuar, të rikthyer në ambientin infektues. Rezultatet e këtyre studimeve i japin një përgjigje pyjetës së Calmettit.

Sigurisht se, nga studimi i dy grupeve fëmijesh të vaksinuar dhe jo, të vodusur të njëllojtë infektues, do të nxirreshin konkluzione shkencërisht të padiskutueshëm. Në mungesë të një eksperimenti të tillë, problemi u studjuan në një drejtim tjetër, duke ndjekur dy rrugë të kundërta: vëzhgimi për shumë vjet personave të vaksinuar dhe kërkimi i rasteve të pa vaksinuar, midis të rinxje dhe fëmijve tuberkulozë ose të konsideruar si të tillë. Nga të gjithë anketat del e gara se:

— *Në rastin e parë, kërkuesit rrallë kanë konstatuar tuberkulozë në fëmijët e vaksinuar të kontaktit, kurse shumë shpesh në ata të pavaksinuar.*

— *Në rastin e dytë, për çdo 1000 fëmijë tuberkulozë kanë gjetur 3-20 raste të vaksinuar.*

Përputhja e këtyre rezultateve, megjithë drejtimin e kundërt të kërkimit, garanton për saktësinë e konkluzioneve mbi efikacitetin e mirë të B.C.G. edhe në të mënyrë që pas vaksinimit rikthehen në kontakt me të sëmurët infektues. Ky efikacitet nuk përgënjesh trohet nga konstatimi relativist i pak rasteve tuberkulozë të vaksinuarit e vjetër.

Këto pak raste tregojnë vetëm se vaksinimi duhet të bëhet sa më shpejt gjatë jetës, qysht në ditët e para dhe në mënyrë sa më korekte.

Prej këtyre anketave kanë rezultuar dhe sa vijon:

— Edhe në persona të vaksinuar në mënyrë korekte dhe me alergji vaksinave, të vërtetuar dhe të vëzhguar, mund të zhvillohet tuberkulozi. Në grupin e fëmijve të vaksinuar dhe të vëzhguar eshtë konstatuar se tuberkulozi ka prognostikë mirë. Në grupin e dytë të fëmijve tuberkulozë të shtruar, që kanë qënë më parë të vaksinuar, rëndësia e rasteve të tuberkulozit nuk ndryshon nga ajo e fëmijve të pavaksinuar dhe se pleuriti eshtë forma më e zakonësishme në këto raste. Por duhet shënuar se në pak anketa eshtë folur për një kontroll rigoroz të alergjisë prevaksinale.

Izolimi i parë pas vaksinimit rezultoi i domosdoshëm, kurse qështjet e tjera, i nevojë e kontrollit perioristik të alergjisë post-vaksinale, është tashmë vaksinimit, do-

E ARDHMJA E FËMIJVE TË VAKSINUAR ME B.C.G. PAS KTHIMIT NË BURIMIN E INFETKIMIT

Georges-Janet L., Dollfus-Odier E., Klein M.

Në këtë referat studjohet fati i 621 fëmijve të vaksinuar, që rjedhin nga familje ku ekziston të paktën një i sëmurë tuberkuloz, që në 90% të rasteve është një nga prindrit. Këta 621 fëmijë janë vaksinuar qysmë në vjetin e parë të jetës, gati janë bequr nga kontakti fil pas lindjes dhe janë kontrolluar prej 2-12 vjet pas kohës që janë rikthyer në kontakt. Nga 621 fëmijë të vaksinuar nuk u sëmur asnjë gjatë më se 5.000 vjetëve (duke përmbledhur vjetët e ndjekur të 621 fëmijve) observacioni komplksiv, kurse në 660 fëmijë të pavaksinuar villezëri e motra të fëmijve të vaksinuar, gjatë të njëjtës kohë observacioni, janë konstatauar 159 raste infekcionit të parë, nga të cilët 8 me voiningit T.B.C., 3 me T.B.C. pulmonar dhe 43 fëmijë sigurisht kanë qenë të riinfektuar më vonë pas një reçidive të sëmundjes së prindit. Këto riinfektime janë cfarur vetëm në rritje të alergjisë, pa shenja radiologjike-patologjike (ra ljetër se këta fëmijë duhet të mbahen nën vëzhgim për një kohë të gjatë, sepse deri sot nuk ekziston asnjë element që të sigurojë se këto riinfektione të thjefta nuk përfundojnë në një infeksion sëmundjeje). Sipas autorëve, B.C.G. ka dëshën prova të vlerës së saj në mbrojtjen kundër tuberkulozit, kryesisht në moshat e reja dhe për format e rënnda të tuberkulozit. Por megjithë këtë, kjo nuk përmban si një element absolut mbrojtje kundër një tuberkulozi sëmundjeje në raste riinfektimi. Mundësia e riinfektimeve me cfarje pathologjike është i mundur. Ajo parashitet rreth 5% të gjithë tuberkulozëve të mjoħiħur në Francë. Në këta raste ndërhyjnë dy elementë: së pari karakteri mesiv i kontaktit, së dyti karakteri i imunitetit të triljuar nga vaksina, që ndryshon për shkak të shumë faktorëve, por kryesisht të llojit të vaksinës dhe të gjendjes fizioligjike të personit në qastin e vaksinimit. Në praktikë kemi vetëm një element që tregon gjendjen imunitare dhe ky është alergjia tuberkulinike pas vaksinimit, megjithëse paralelizmi ndërmjet zvogëlimit të alergjisë dhe pakësimit të imunitetit nuk është absolut, sot për sot një person jo alergjik duhet të konsiderohet si i pa mbrojtur.

MBROJTJA E FËMIJVE NGA TUBERKULOZI ME ANË TË B.C.G.

Eksperiencia e Strasburgut (1955-1965)
Rohmer P., Burghard G., Jung C., Lemay A.

Autorët raportojnë eksperiencën e tyre mbi 5.197 fëmijë të moshës 0 deri 14 vjeç, të vaksinuar gjatë vjetëve 1955-1965, lindur dhe jetuar në ambiente të infektuara. Në këta fëmijë, gjatë kësaj periudhe, janë konstatuar vetëm dy raste tuberkulozi pulmonar të tipit infekcionit. Megjithë pohimin se mbrojtja me anë të B.C.G. nuk është absolute, ky konstatim tregon qartë rëndësinë e kësaj vaksine, pikërisht se u referohet fëmijve që gjenden në vijën e parë të rezikut përfshirë infektuar dhe që pa u vaksinuar, në një përqindje të madhe, janë të destinuar të bien viktimë të sëmundjes gjatë fëminisë ose rinisë së tyre. Autorët shtojnë se përritjen e efikacitetit të mbrojtjes vaksinale është e nevojëshme që B.C.G. të përsëritet në çdo rast që konstatohet dobësim i reaksionit tuberkulinik.

MORBOZITETI TUBERKULAR NË FËMIJT E VAKSINUAR ME B.C.G. DHE TË RIKTHYER NË AMBIENTIN E INFETKUAR

Neimann N., Senault R., Manciaux M., Stehlin S., Cottinet S., Delavenna F.

Autorët janë përpjekur të përcaktojnë koeficientin e mbrojtjes me anë të B.C.G. në 858 fëmijë të vaksinuar, prej vitit 1954 deri në vitin 1964 dhe të rikthyer në ambientin e tyre familjar të infektuar. Në rreth 90% e rasteve, personi i kontaktit ka qenë një nga prindrit ose të dy sëbashku. Në të njëjtin ambient familial me këta fëmijë, bashkëjetojnë dhe 326 villezëri dhe motra të tyre

të pavaksinuar. Gjatë 10 vjetëve të observationit, deri sa nga këta 326 fëmijë janë infektuar 219 (115 virzazhe të thjeshtë, 70 infeksione të parë, 16 infeksione të para të komplikuara, 9 minalgite, 3 miliare dhe 4 tuberkuloze pulmonare), prej 858 fëmijve të vaksinuar u konstatuan vetëm 9 raste rinfektimi (7 me virzazhe të thjeshtë dhe 2 me shenja klinike të tuberkulozit primar). Pra 1% infektimi dhe 0,36% zhvillimi në një proces tuberkular në të vaksinuarit, kundrejt 66,67% infektimi dhe 31% zhvillimi të një tuberkulozi në të pavaksinuarit, pas kthimit të dy grupeve në ambientin e infektuar. Në këto rrethetë konstatohen një koeficiente e mbrojtjeve rrerë 99%, për fëmijët e vaksinuar të rikthyer në kontakt, kundra një rreziku infektiv që llogaritet në 66,2%, në numruesë të B.C.G. për vlerëzimet e tyre të pavaksinuar.

FATI I FËMIJVE TË VAKSINUAR, TË RIKTHZER NË KONTAKT

Mande R., Filastre C.

Autorët studjojnë dy faktë: së pari, rritjen e thjeshtë të intensitetit të alergjisë postvaksinuale. Në fëmijët e vaksinuar alergjia tuberkulitike me kohë do të bëhet. Kur gjatë kontrollave konstatohet rritje e intensitetit tuberkulinik, kjo tregon rinfektim. Si iritësi të intensitetit prej rinfektimi konsiderohet ato mitje, që kalon normalisht e zakonishtë (është ndryshimeve të alergjisë vaksinale (mbi 10 rru) dhe që është kontrolluar me të njëjtën test dhe metodë tuberkulinizimi gjithmonë. Më këto parime janë vëzhguar 12.641 persona të vaksinuar. Në këtë grup është shënuar rritje e intensitetit në 7% të fëmijve, që jetojnë në kontakt dhe në 2% të fëmijve, që jetojnë në ambient të shëndoshë gjatë periudhës 1952-1953, kurse në vjetët 1954-1965 diferenca ndërmjet dy grupeve është po aq e madhe, por në përqindje më të ulët (4,8% dhe 1,6%). Ky shfim i alergjisë, i pa shogëruar me shenja klinike dhe radiologjike shumë propabilistë është rezultati i një rinfektimi. Së dyti, pranohet se edhe persona të vaksinuar më mënyrë korekte mund të sënvuren nga tuberkulozi. Gjatë 16 vjetëve vëzhgimi në 55.725 të vaksinuar janë konstatuar 38 raste tuberkulozi. Megjithëse prej gjithë fëmijve vetëm 15% jetojnë në ambiente të infektuara, 50% e fëmijve të sëmurë rrjetdhin nga ky grup i kontaktit. Pra morboziteti tek të vaksinuarit është më i lartë në ata që jetojnë në kontakt me të sëmurë T.B.C. se sa në ata që jetojnë në një ambient të shëndoshë respektivisht 23 për 1000 dhe 0,38 për 1000 në 55.725 raste të vaksinuar të observuar nga autorët. Këta autorë kanë konstatuar gjithashut se forma dhe zhvillimi i sëmundjes në të vaksinuarit, që jetojnë në ambiente të infektuara nuk ndryshojnë nga ato të fëmijve, që jetojnë në ambiente të shëndoshë, dhe sëfund, që në shumicën e këtyre rasteve të infeksioneve, T.B.C. u zbulua me anë të rritjes të intensitetit të alergjisë.

FATI I 319 FËMIJVE TË VAKSINUAR ME B.C.G. DHE TË EKSPOZUAR NË KONTAKT FAMILJAR

Gernez-Rieux Ch., Gervois M., Belbecque H.

Autorët i përgjigjen pozitivisht pyjetes së bërë prej vetë Calmettit në se mund të shpresojmë që mbrojtja me anë të vaksinës B.C.G. do të jetë e efektëshme dhe e zgjatur edhe për të vaksinuarit, që jetojnë në ambiente të infektuara. Prej vjetit 1947 deri 1966 kanë bërë një anketë mbi fatin e 1001 fëmijve të eksposuar në kontakt familjar: (319 të vaksinuar, 247 anergjik të pavaksinuar dhe 435 fëmijë alergjikë). Data e marrjes më studim është pikërisht data që u zbulua në familje personi bacilar infektues. Gjatë gjithë periudhës së observationit: në të vaksinuarit janë zbuluar 5 raste tuberkulozi (1,7%), në fëmijët anergjikë 37 raste 15% dhe në fëmijët alergjikë 63 raste (14,5%).

Pra, grada e mbrojtjes me anë të vaksinës B.C.G. në personat e vaksinuar, në krahasim me të pavaksinuarit alergjikë ose anergjikë, është rrerë 88,5%. Një konstatim tjetër me rëndësi është dhe zhvillimi i alergjisë tuberkulinike gjatë kohës së observimit. Pozitiviteti tuberkulinik, të paktën pas 9 vjet observationi ka vazhdhuar të ekzistojë në 67,9% të fëmijve të vaksinuar me sukses, në 85,1% të fëmijve alergjikë spontan, kurse u kthyen në alergjikë 54,5% të fëmijve, të

cilët në fillim kanë qënë anergjikë. Në fund, autorët rekomandojnë vaksinim sa më të shpejtë, qysh në ditët e para të jetës, organizim më të plotë të depistimeve përmijve të kontaktit.

STUDIMI I TUBERKULOSIT TË VREJTUR PAS VAKSINIMIT ME B.C.G. EKSPERIENCA E MONTREUIL (1948-1965)

Fourestier Maw

Deri sa imuniteti nga B.C.G. nuk është absolut duhet të pranohet se mund të sëmuren dhe persona të vaksinuar në mënyrë korekte. Megjithë këtë në të vaksinuarit, mortaliteti tuberkular është shumë më i vogël se sa në të pavaksinuarit, proçeset tuberkulare, që mund të çafqen në të vaksinuarit janë më të pakta, më pak të përhapura më organizmin dhe me «kualitet histologjik» të ndryshëm nga ato që shihen në të pavaksinuarit. Qëllimi i anketës është pikërisht që të vërtë vaksinuar në mënyrë korekte dhe me alergji post-vaksinale të konstatuar, gjatë 18 vjet observacioni (1948-1965) janë zbuluar 35 raste tuberkulozi me karakteristikat që vijojnë:

- 34 të sëmurë u shëruan me mjekimet e zakonëshme;
- Mbizotërojnë lokalizimet pulmonare (80%);

- Mosha mesatare në çastin e vaksinimit 11 vjet, kurse mosha mesatare në çastin e zbulimit rrëth 18 vjet (pra sëmundja është çfaqur 7 vjet pas vaksinimit);

- Në 18 raste, zbulimi i sëmundjes ka qënë i rastit, nga depistimi radiologjik (51%), fillimi i sëmundjes ka qënë i fshehtë, janë sëmurur më shumë femra (21 me 14) dhe, sëfundë, burimi i infeksionit në familje është gjetur 1/3 e rasteve dhe ka qënë masiv dhe i përsëritur.

Në këtë rast, autorët çafqin bindjen e tyre se mënyra më e mirë e vëzhgimit të alergjisë post vaksinale është ajo me anë të kuti-B.C.G. ose B.C.G. test, e aplikuar në muajin e tretë pas vaksinës dhe e përsëritur pas një vjeti dhe pastaj qdo dy tre vjet gjatë moshës së mitur. B.C.G. test shërben jo vetëm përvëzhgimin e alergjisë, por përbën edhe një mikrovaksinim të vërtetë.

STUDIM MBI 75 FËMIJË TË VAKSINUAR DHE JO, QE JETOJNE NË 20 FAMILJE, KU GJENDET NJË I SËMURE BACILAR

Despierres G., Philip H.

Autorët studjojnë fatin e të vaksinuarve me B.C.G. dhe të rikthyer në kontakt. Prej 75 fëmijëve që jetojnë në 20 familje, ku bashkëjeton një i sëmure bacilar, 26 janë të pavaksinuar dhe 49 të vaksinuar. Në të pavaksinuarit janë çfaqur 11 primo-infeksione me shenja radiologjike (42%), kurse në të vaksinuarit vetëm 1 me shenja radiologjike (2.1%), kurse dy të tjera vetëm me rritjen e intensitetit të alergjisë. Provat tuberkulinike, të aplikuara gjatë kohës së observacionit, kanë vënë në dukje se fëmijët e pavaksinuar ose kanë mbetur anergjikë ose kanë rezultuar shumë pozitive në rastin e kundërtë. Kurse në të vaksinuarit janë konstatuar reaksione shumë pozitive në 55% të fëmijëve.

Pra, këta fëmijë janë rriinfektuar dhe kanë shpëtuar nga infeksioni i parë në sajë të B.C.G. Këto riinfektime si normë jo vetëm që nuk janë të rrezikshme, por përkundrazi transformojnë alergjinë relativisht të dobët dhe të përkohëshëm të B.C.G. në alergji më të forte dhe të zgjatur. Autorët janë të mendimit, se sikundër veprohet për qdo rast virazhi të freskët, në të rrijtëm mënyrë duhet të njekohen dhe të vaksinuarit, në të cilët konstatohet një rritje e intensitetit të alergjisë tuberkulinike pas kthimit në kontakt. Përfundimisht, autorët konkludojnë se çafqjet e një infeksioni të parë janë të rralla në të vaksinuarit, megjithëse superinfektimet, që diktohen me anë të një alergjie të forte, janë relativisht të shpeshta në ata.

FATI I TË VAKSINUARVE ME B.C.G. NË LIDHJE ME METODËN E VAKSINIMIT TË PËRDORUR

Edvards R.

Autori krahason dy metodat e vaksinimit: intradermike dhe atë me skartifikime dhe arësyeton preferencën e tij për intradermiken. Sipas autorit, kjo e fundit jep një numër më të madh alergjje post-vaksinale; alergjia qëndron më gjatë, jep një përqindje 10 fsh më të vogël reakzionesh glandulare satelite dhe supuracione, apikohet më lehtësisht dhe, së fundi, ka më pak inkovenientë përvaksinuar (len më pak cikatrice, nuk ka nevojë të fashohet vendi i vaksinës dbe i vaksinuar mund të lahet).

Në diskutimet rreth referateve përfatim e personave të vaksinuar me B.C.G. çfaqin mendimin e tyre:

Meyer A.: Mondon si Fillastre, se duhet treguar kujdes në cilësimin e një hyper-alergjje post-vaksinale, si rast riinfekzioni edhe se kur cilësohet si e tillë, por nuk ka shenja klinike dhe radiologjike, nuk duhet të mjekohet (si rekoman dojnë Despierres G. dhe Philip H.), veç arësyeve të tjera edhe pse në kushte emëtës tuberkular të njëlllojta me ato të Francës, përforsimi i alergjisë post-vaksinale në personat që rikthehen në kontakt, shpejt ose vonë do të ndodhi në pjesën më të madhe të personave të vaksinuar, pra do të duhen të mjekohen të gjithë këta.

Mande R.: Edhe ky është i mendimit se nuk duhen mjekuar personat e vaksinuar, në të cilët tritet intensiteti i alergjisë, por menjfton që të jetë përvjakshuar ekzistencë e një procesi tuberkular ose të një intoksikacioni tuberkular, të mbahen në vëzhgim për një kohë pak a shumë të gjatë, duke marrë temperaturën, peshën dhe duke i bërë një radiografi pulmonare. Këtë mendim e mbështet në faktin se gjendja e personit të vaksinuar që riinfektohet, nuk krasohet me atë të personit jo alergjik, që kalon infektimin e parë. Në të vaksinuarin, riinfekzioni me bacile virulente, në shumicën e rasteve, përfundon në një shumëzim të kufizuar dhe të përkohëshëm të bacileve përfekt të imunitetit tuberkular.

STUDIM MBI 100 OBSERVACIONE NË FËMIJË TË VAKSINUAR ME B.C.G. DHE TË SHTRUAR ME DIAGNOZËN E NJË TUBERKULOZI PRIMAR (1954-1964)

Gerbeaux J., Herbert Jouas J.

Duke studjuar 100 persona të vaksinuar dhe të shtruar në repartin e pediatrisë të spitalit të Troussseau prej vjetit 1954 deri në vjetin 1964, me diagnostë: tuberkulozi primar dhe që në dukje përbëjnë raste dështimi të profilaksisë vaksinale, autorët provojnë se nga këta 100 raste, vetëm 10 mund të konsiderohen si dështime të mbrojtjes vaksinale, kurse 90 rastet e tjera ose nuk kanë qënë raste tuberkulozi (45 fëmijë janë diagnostikuar gabimisht si tuberkulozë duke u mbështetur vetëm në reaksiون pozitiv të tuberkulinës), ose kur u vaksinuan kanë qënë në periudhën pre-alergjike (11 fëmijë), ose pas vaksinës nuk ka qënë vërtetuar krijimi i alergjisë (31 fëmijë), ose alergjia kish zbritur në vlera minimale në kohën e infektilimit (3 raste). Pra 90% e rasteve, që janë konsideruar si dështime të B.C.G. janë shkaktuar nga mungesa e kujdesit në castin e vaksinimit dhe nga moskontrollimi dhe vëzhgimi i alergjisë në muajtë që vjetët e mëvonëshëm.

TUBERKULOZI NË FËMIJËT E VAKSINUAR ME B.C.G.

Gaudier B., Bonte C.

Autorët përmëndin mendimet e kundërshtarëve të B.C.G. nga të cilët disa ekzagjerojnë rëndësinë e reakzioneve lokale dhe të përgjithshëm ose e quajnë të tëpërtë profilaksinë vaksinale në epokën antibakteriale, kurse të tjerë, duke

vënhë në dukje dëshimet, ulin vlerën e B.C.G. Autorët iu përgjigjën: «kur tekuka e vaksinimit është e kujdesëshme janë të rralla reaksiot lokale dhe begjiste të përgjithësuara, se edhe në epokën e antibakterialeve, akoma ekzistojnë raste të rëndë mortale të tuberkulozit, kryesisht neuro-meningeale, se dëshimet e vërteta të B.C.G. janë shumë rralla dhe shumica e rasteve të tuberkulozit post-vaksinal rrejdhin nga një vaksinim jo korekt. Autorët studjuan 838 fëmijë tuberkulozë të shtruar në spitalin Calmette në vjetet 1955-1965. Prej këtyrë grupi, 25 fëmijë kanë qënë të vaksinuar me B.C.G. (30%). Nga këta janë përfashjuar 5 raste, në të cilat nuk u gjend asnjë element që të sigurojë vërtetësinë e vaksinimit dhe 5 të tjerë, në të cilat tuberkulozi primar u qfaq në një kohë më të shkurtër se 3 muaj pas vaksinimit. (Me këtë rast, autorët nënvisojnë se kur vaksina aplikohet gjatë periudhës pre-alergjike, të një infeksioni natyror virulent, nuk ndikon aspak as mbi rëndësinë e progresit as edhe mbi dekursin e sëmundjes). Prej 15 fëmijave që rezultojnë të vaksinuar, në 13 raste nuk mund të vërtetohet, në se në castin e infektimit natyror virulent dhe si rrejdhin të sëmundjes, ka qënë akoma i vlefshëm imuniteti vaksinal, kështu që përfundimisht vëtëm në 2 raste mund të vihet në dyshim efikaciteti i vaksinës. Pra dëshimet e profilaksisë vaksinale janë jashtëzakonisht të rralla.

TRE OBSERVACIONE TUBERKULOZI FILLESTAR NË FËMIJËT E VAKSINUAR ME B.C.G.

Dobrowolski B., Kaplan M.

Për autorët, fakti se midis fëmijve të cilësuar si tuberkulozë, pak fëmijë ka-qënë më parë të vaksinuar dhe nga ana tjetër, si ka treguar Lingren edhe në rastet e gjafjes të tuberkulozit pulmonar, në një person të vaksinuar, procesi specifik ka volum minimal dhe kufizohet vetëm në pulmone, tregojnë qartë efikacitetin e vaksinës. Megjithë këtë autorët pohojnë se edhe në të vaksinuarit, në të cilat është ruajtur e plotë alergjia post-vaksinale deri në castin e infektimit, megjithëse shumë rrallë, mund të gjenden të gjitha format e tuberkulozit, por në shumicën dërmuese të këtyre rasteve është gjetur një kontakt shumë infektues, shuroj i afërtë dhe i përsëritur. Bindjen e tyre mbi efikacitetin e fushësë mbrojtëse të B.C.G. autorët e bazojnë mbi faktin se numri i fëmijave të shtruar në spital për tuberkuloz primar ka shkuar duke u pakësuar përf ekfekt të profilaksisë vaksinale dhe së dyti mbi vrejtjet e grumbulluara në një grup prej 750 fëmijëve me tuberkuloz fillestar. Në këtë grup fëmijësh kanë qënë të vaksinuar vetëm 11. Prej këtyre: 2 u sëmurën në periudhën prealergjike, 3 pas tre-katër vjet nga vaksinimi, në një kohë që kuti-reakzioni ka qënë negativ dhe 4 fëmijë mbetën anergjikë pas vaksinimit, në mënyrë që përfundimisht prej 750 fëmijëve me tuberkuloz fillestar, raste të vaksinuarë dhe me alergji post-vaksinale të plotë në castin e infektimit, janë vetëm 3, që përfaqësojnë 0,4%, e të gjithë rasteve. Pra një përqindje jashtëzakonisht të vogël, që tregon se tuberkulozi është një ngjarje tepër e rrallë në personat e vaksinuar në mënyrë korekte.

FËMIJË TE CILËSUAR SI TUBERKULOZE DHE TE VAKSINUAR MË PARË ME B.C.G.

Couve Ph., Picard D.

Referati ka qëllim të theksojë rëndësinë e mbajtjes së rigorositetit në teknikën e vaksinimit, në kontrollin post-vaksinal në nevojën e rivaksinimit dhe në vlerësimin e testeve tuberkulinikë post-vaksinal. Autorët referojnë: Prej 3385 fëmijëve të moshës 1 deri 6 vjeç, të dërguar gjatë vjetëve 1947-1963 më qendrën e fëmijëve për tuberkulozë fillestarë, 98 kanë qënë më parë të vaksinuar. Nga këta vetëm 55 raste rezultuan me proçesë tuberkulare, por edhe për këta asnjë rast nuk mund të konsiderohet si dëshitim i vërtetuar i vaksinimit, përf arësyse se në të gjitha rastet është konstatuar ose teknikë e keqe në vaksinim, ose mungesë e kontrollit post-vaksinal, ose mos izolimi i fëmijave gjatë periudhës pre-vaksinale dbe prealergjike. Për të njëjtat arësyse nuk mund të konsiderohen si dëshitime të B.C.G. dhe 31 raste mbi 376 fëmijë, të shtruar në sanatoriumin Roc-des-Fix,

që kanë qënë më parë të vaksinuar. Rreth 1000 vajza të moshës 17-24 vjeç, që u pranuan në një shkollë puerikulture të anksuar në gjendrën fiziollogjike infantile Bullion, u shërbyen fëmijve tuberkulozë për vjet vjet, në 18-40% të të cilëve u gjendën bacili, ose frekuentuan laboratore klinike dhe bakteriologjike në repartet e bronkologjisë. Këto kursat janë vaksinuar dhe rivalsinuar në mënyrë korekte dhe të detyrueshëm dhe është kontrolluar vazhdimi i gjendja e alergjisë tuberkulinike. Pra, në 17 vjet vëzhgimi, nuk është konstatuar asnjë rast infektimi në këto 1000 vajza të reja. Kjo eksperiencë tregon qartë vierën e vaksinimit dhe na lejon të mendojmë se dëshrimet e vaksinimit shkakëtohen atëherë kur nuk mbahen me rigorositet normat që bërkoh akti i vaksinimit kontrolli post-vaksinal dhe rivalshëm.

MËNYRA E VEPŘIMIT, KUR LARGIMI NGA KONTAKTI NUK ESHTË I MUNDUR OSE ESHTË I VONESHËM

J. Baruch — Haguenauer

Kur në një vatër depistohet një tuberkuloz, nevoja e izolimit të fëmijve të vaksinuar është e padiskufueshme. Fëmija që do të lindë nga një grua gruive, pasi rë izolohet, fill pas lindjes, duhet të vaksinohet dhe të rikthehet në vatër vetëm pas stabilizimit të gjendjes së nënës. Kur në një familje me fëmijë të pavaksinuar zbulohet një rast tuberkulozi dhe nuk është i mundur as largimi i të sëmurit dhe as i fëmijve, në këto rrethana nuk rekomandohet vaksinimi i fëmijve anergjikë, pas nën maskën e B.C.G. mund të fshihet një tuberkulozë ne periudhën antialergjike. Në këto raste vendoset kemio-prevenicioni me INH dhe kontroll në dëo 15 ditë. Në ato raste kur ka mundësi të largohet fëmija, bëhet provë e tuberkulinës pas dy muajave dhe në rast se fëmija vazhdon të jetë anergjik, ai vaksinohet duke vëzhguar me kujdes zvillimin e alergjisë post-vaksinale. Në ato raste kur nuk ka mundësi izolimi, vendoset menjëherë kemio-prevenicioni dhe pas 3-4 javë bëhet vaksinimi me B.C.G. ionizazido-rezistente. Zbulimi i një reaksiuni të shpejtë lokal mëth ditës së pestë nga vaksinimi, tregon se ky u bë në një periudhë antialergjike. Në këto raste ionizazidi duhet të shoqërohet edhe me antibiotikë të tjera. Virazhi i çfaqur vëtëm pas 5-6 javësh tregon se fëmija ka shpëtuar nga infekzioni natyror.

Në diskutimin rreth efikacitetit të vaksinës dhe në personat e kontaktit ndërhyjnë me vrejtjet e tyre:

Weil J.: Në raste të jashtëzakonëshme ka konstatuar tuberkulozë në persona të vaksinuar dhe përkrah mikro-rëinfektimet me anë të B.C.G. për forcimin e alergjisë post-vaksinale. Rekomandon izolimin e kontaktit dhe vaksinimin me B.C.G. jo vëtëm të fëmijve, por dhe të rriturve anergjikë, që gjenden në ambientin e një të sëmuri të zbuluar rishtas.

Canetti G.: Nuk është dakord me kritikën e referuesve, që i bënë raportit të komitetit ekspert të tuberkulozit të organit botëror të shëndetësisë, që nuk insiston në nevojën e një kontrolli periodik të alergjisë post-vaksinale dhe që lejon të kalojë një kohë të gjatë ndërmjet vaksinimit dhe rivaksinimit. Në fakt raporti rekomandon që për vendet me aq incidencë të fortë tuberkulozi, që janë në rrugë zhvillimi dhe që nuk kanë kushte të mira, vaksina duhet bërë shumë shpejt dhe se cilësia e mirë e vaksinimit mundet të kontrollohet me anë të sondazhevë vëtëm në grupe të kufizuara të të vaksinuarve, kurse rivaksinimi të bëhet rreth moshës 12 deri 15 vjeç. Këto rekomandime i përgjigjen sensit të mirë dhe bazohen në faktin se kur vaksina është e mërc dhe teknika e vaksinimit është korekte krijon një alengji në 90% të rasteve. Njëkohësisht sot besohet se mbrojtja vaksinale vazhdon e pa ndryshuar për 5-10 vjet, gjë që eliminon nevojën e vaksinimit të shpeshtë. Nga ana tjetër, referuesi nuk e konsideron të padrejtë kontrollin imediat, kontrollot periodike të alergjisë nö të gjithë të vaksinuarit si dhe rivaksinimet në ato vende ku ka mundësi të kryhen këlo, por jo që pa këto kushte duhet të mendohet se vaksinimi i B.C.G. do të jepë pa tjetër rezultate të këqia. Canetti nuk është dakord që kjo statistikë e dëshimeve të vaksinimit të hiqen rastet në të cilat nuk është konstatuar fillimi i alergjisë post-vaksinale ose nuk janë bërë kontolle periodike për të konstatuar vazhdimin e saj. Për autorin edhe këto raste hyjnë në dëshitime. Ai kritikon edhe çuditin që shprehet në disa nga komunikimet për çfaqjen e rasteve të tuberkulozit dhe në personat që janë vaksinuar në mënyrë korekte. Kjo habi shprehë mosnjohjen e natyrës dhe të kushtojnë imunititetit tuberkular. Lindgren, në autopsi të personave të vaksinuar dhe jo, të vdekur jo nga tuberkulozi, shumë vjet pas vaks-

sinimit, ka konstatuar edhe më të vaksinuarit vatra pulmonare të një infekzioni tuberkular latent, por këto vatra kanë qënë më të rratia, më të pakta dhe më të vogla në të vaksinuarit dhe të shoqëruera më rratjë me komponentin glandular, se sa në të pavaksinuarit.

Kjo tregon se imuniteti vaksinal nuk mund të pengojë në mënyrë absolute që bacili të mos zërë vend në organizmë. Këto konstatime tregonë se mbrojtja që jep B.C.G. ka kufi, por njëkohësisht kjo mbrojtje është e vërtetë. Mcqënëse vratat tuberkulare latente të të vaksinuarve sterilizohen, me sa duket më shpejt dhe më rrëgullisht se ata të të pa vaksinuarve, për arsye të numërit dhe të përhapjes së tyre më të pakët, ka shumë mundësi që tek të vaksinuarit, përvetës me të riaktivizimit të infeksionit ekzogen, të kemi dhe një ulje të rëndësishme më të shkallës që të dëshëruar që të mos kemi transmetim bacilesh tuberkulozi në të shëndoshët (infeksion ekzogen), vaksinimi me B.C.G. sot për sot prapë do të ishte i vlefshëm, sepse do të pakësonte shpejtësinë e të sëmuarëve tuberkulozë të origjinës endogjene, që mund të prodhoeshin nga mbeturinat e një gjendje epidemiologjike të së kaluarës, do të shërbejë si mbrojtës për një farë kohe akoma pas zhdukjes së çdo infektimi të ri.

Dhimitor Lito

ORGANIZMI I EKZAMINIMIT MASIV PROFILAKTIK PËR TUBERKULÖZ DHE PËRDORIMI I FLUOROGRAFIVE ME KUADER TË MADH PËR MBIKQYRJEN E DINAMIKËS

N. S. Strahev

“Problemi i Tuberkulozit”, 1967, 1, 11-16

Autori tregon se në kushtet e sotme, midis të rriturve dhe adoleshentëve, tuberkulozi zbulohet kryesisht me ekzaminim masiv Rontgenologjik, kështu përgjindja e formave minimale (t b c fokale, infiltrative të lokalizuara, tuberkuloma dhe diseminacione lokale) midis personave që studjuhen shthonë qdo vit. Këto forma rrallë shqërohen me fenomene intoksikacioni, madje më disa raste, ndonëse dinamika radiologjike ndryshon, gjindja e përgjithështme mbetet e mirë, reaksiioni Mantoux i moderuar, eritrosedimentacioni — normal. Aq më tepër se në kushte dispanseriale, analizat e ndryshme si ato serologjike etj. mund të bëhen me vështirësi. Kështuqë dinamika e proceseve tuberkulare do të ndiqet kryesisht me ekzaminimet Rontgenologjike. Ndër këto, ekzaminimi fluografik është metoda më ekonomike. Për ruajtjen e fluorogramave autori i vendos ato në zarfa, të cilat ruhen në kartotekën personale të pacientit.

Për fluorogramat normale: duhet të ruhen në kartotekë të vendosura me indeks alfabetik. Autori propozon ndarjen në 8 grupe:

- 1) Persona me ndryshime tuberkulare jo aktive (kalefiksime, skleroz, indusacione).
- 2) Persona të hequr nga evidenca, por me mundësi recidivash.
- 3) Persona me patologjitorakale jo specifike (inflamacione jo specifike, tumor, insuficiencia kardio-vaskulare etj.).
- 4) Persona me sëmundje profesionale.
- 5) Persona me diabet.
- 6) Persona me reaksiion Mantoux hyperalergjik (mbi 20).
- 7) Persona pa ndryshime në fluorogramë, por që janë në kontakte me pacientë B.K. pozitivë.
- 8) Persona që marrin kemioprofilaksi për të skjaruar aktivitetin e procesit.

Kartoteka e fluorogramave lejon studimin e tyre periodik, kështu përektohen gradë e aktivitetit të procesit, gjithashtu diferencohen rastet e recidivave nga sëmundja e re e lindur në pulmon intakt.

Autori propozon që ekzaminimi masiv fluorografik të bëhet jo më rrallë se një herë në vjet. Në perioda që vihen pa ndryshime në dinamikë të bëhen edhe ekzaminime plotësuese.

Autori mendon se për kushtet e sotme, superinfekzioni ekzogen që patogenët e tuberkulozit pulmonar në të rritur lot rol të parëndësishëm. Zhvillimi i formave aktive të sëmundjes lidhet kryesisht me aktivizimin e vatrave latente të

infekcionit endogjen, që lokalizohet kryesisht në pulmone. Kjo vërteton edhe një herë rolin e fluorografisë në zbulimin e hershëm të proceseve tuberkulare. Kështu p.sh. në ekzaminimin e përsëritur në 24.000 persona me fluorogramë normale u zbuluan vetëm 5 raste me sëmundje. Këta persona mund të ekzaminohen një herë në dy-tre vjet, ata me procese jo aktive duhet të ekzaminohen të paktën një herë në vjet.

Hektor Coçoli

MBI SELEKSIONIMIN E GRUPIT TË III TË PERSONAVE TË EVIDENCUAR NGA DISPANSERIA ANTI-T B C JO AKTIVE GJATË EKZAMINIMIT FLUOROGRAFIK

Sh. A. Tabidze
Problemet e Tuberkulozit, 1967, 5, 18-20.

Mbi arrësimin e zhvillimit të recidivave në persona që kanë kaluar më parë t b c pulmonar flasin shumë autorë (Steinbrück, Mahr, Kalenda, Shebanov, Asejev, Oifebah etj.).

Autori tregon se megjë akoma nuk janë përcaktuar mirë kriteret e aktivizimit të procesit tuberkular mbahan në evidencë si grup i tretë persona me forma aktive ose persona që nuk duhet të janë në evidencë.

Në 1362 raste dyshimi për t b c pulmonar të studjuara me anën e fluorografisë u zbuluan ndryshime tuberkulare në 858 ose (63%), prej tyre 237 (27.6%) ishin në evidencë dispanseriale (159 grupe i I e i II dhe 78 grupe i III).

Për seleksionimin e grupit të III u studjuan 699 raste me gjurma të t b c pulmonar në të kaluarën. Duke i kushtuar rëndësi anamnezës, autor referon psh. se në 4% të rasteve pacientët kishin kaluar grup të zgjatur, ose pneumoni, pas të cilave, për një kohë të gjatë, u mbetej adinami, kolë e thalë etj. 1.6% kishin kaluar t b c pulmonar, por nuk ishin në evidencë. Në 23 persona kishte ndryshime stetoskopike. Kjo tregon edhe se vatrav fokale të përrapura në segmentet superiore japid më shumë recidiva se më lokalizimet e tjera (Neuman).

Në 19 persona (ose 2%) hijet fokale ishin të mëdha ose të grupuara dhe ishin marrë në evidencë si grup i III. Në 9 të rind (1.5%) të moshës 12-16 vjeç, përvëç gjurmave të t b c pulmonar, në të kaluarën u va re reaksiuni i theksuar tuberkulotik. Në këtë grup, autor propozon të merren masa specifike speciale.

Autori tregon se ndryshimet pulmonare me anën e fluorografisë zbulohen më shpesh se në radioskopë (Fomelcov etj.), zbulohen më shumë raste edhe kur mungojnë shenjat e intoksikimit.

Gjithashtu, autor i thekson se vetëm me anën e rontgenogramës është vështirë të caktosh në se procesi fokal çshëtë me karakter eksudativ, fibrotik, kazeoz etj. Gjithashtu mungesa e shenjave fizikale apo të intoksikimit tuberkular nuk e zgjidh çeshtjen, kështu në 107 persona që ishin kaluar në grupin e III në 38.3% u panë procese fokale të kufizuara me ndryshime fibrotike, në 16% pothuaj nuk u panë gjurma të sëmundjes.

Duke përfunduar, autor i thotë se megjë format aktive të t b c pulmonar po pakësohen, duhet t'i kushtohet më shumë kujdes punës profilaktike, gjithashtu t'i kushtohet shumë kujdes edhe personave të zbuluar me procese jo aktive, pa-si ata nuk janë në mbikqyrje dhe procesi tuberkular mund të aktivizohet më lehtë.

Hektor Coçoli

DISA ÇËSHTJE TË MJEKIMIT TË EDEMËS PULMONARE GJATË INFARKTIT TË MIOKARDIT

Zejsko A. P., Ruba M. Ja.
Kardiologja 1968, 2, 27

Një prej komplikacioneve të rënda të infarktit të miokardit është edema pulmonare. Mjekimi i saj duhet të drejtohet në hallkat e pathogjenezës; në forcimin e aftësisë kontraktuese të miokardit (me futjen e gluksozideve kardia-

ke etj.), pakësimin e masës qarkulluese të gjakut (salasa, preparate diuretike), përmirësimin e oksigjenimit të inçeve (oksigenoterapia etj.), pakësimin e punës së kryer nga zemra (injetet ganglioblokuese etj.).

Autorët ekzaminuan 57 të sëmurë me infarkt miokardi të komplikuar me edemë pulmonare. Tek 37 të sëmurë, edema pulmonare u zhvillua në kuadrin mënë, dmth lëndë që me cilësinë e tyre fiziko-kimike ndihmojnë në përhapjen e «shkumës» (eksudacion) . Për këtë përdorin avujt e alkolit. Thithja e oksistancave që pakësojnë «shkumën eksudacionin». Pas thithjes së avujve të alkoolit, efekti mund të arrihet për 10-15 minuta. Kjo është një metodë simptomatike, përmirëson ventilacionin pulmonar.

Në kohë e fundit, për injektimin e edemës pulmonare, aplikohen gjëratësisht mjetet diuretike dhe, në radhë të parë, saliksi që jep efekt të shpejtë diurëtik gjatë injektimit intravenos, 20-60 mg. intravenos. U aplikua në 19 të sëmurë, fenomene anësore nuk u vërejtën.

Tek shumica e të sëmurëve u vërejt efekti diuretik, ndërsa tek 5 të sëmurë, aplikimi i tij nuk pati rezultat të mirë. Efektin e pakët të lasiksit, autozhvillua në kuadrin e një shoku kardiogen, ku aminopresorët nuk bënë rritjen mg. mund të ishte i vogël.

Një metodë e re në injektimin e edemës pulmonare akute është injektimi intravenos i uresë që ka veprim dehidratues. Doza e uresë 1 gr. për kilogram peshë e të sëmurit intravenos me pika e shkrirë në solucion gluikos 5% për 1-1.30 orë.

Për korektimin e ekilibrit acidobazik intravenoz futet bikarbonat i na-triumit. Kjo u aplikua 23 herë në 18 të sëmurë me infarkt miokardi. Kjo ndihmë 20-30 minuta pas injekzionit. Në 4 të sëmurë efekti ishte disi i mirë, kurse në 3 mungoi.

Gjatë disa ditëve pas injekzionit intravenos të uresë është vrejtur rritje e azotit në gjak dhe më e rritur ka qenë kreatinina.

Sipas mendimit të autorëve, aplikimi i uresë tek të sëmurët me edemë pulmonare nga infarkti i miokardit është shumë me efekt. Mekanizmi i veprimit akoma është I pa qartë. Disa ia dedikojnë veprimit diuretik, por ky nuk është vënë re në shumë të sëmurë. Një prej mekanizmave është dhe veprimi inotrop në miokard. Në veprimin e saj mund të mirren parasysh dhe disa momente si: veprimi dehidratues, sidomos në pulmone dhe pakësimi i edemës së trurit dhe, lidhur me këtë, pakësimi i edemës së indit trunor dhe përmirësimi e funksionit të qendravet vazo-motore dhe respiratore.

Margarita Vullkaj

MBI VECORITË E SINDROMIT TË DHIMBES GJATE INSUFICIENCËS KORONARE TEK PERSONAT E MOSHËS SË RE

D. M. Aronov
Kardiolegia 1968, 2, 39

Të dhënat e literaturës mbi infarktin e miokardit tek të rinjtë janë të shumta. (Gertler, White, Castagnet etj.). Për këtë gjë duhet tu kushtohet rënësia të sëmuarëve në përshtatjen e sindromit anginos, dhe E. K. G. në qetësi dhe në mbingarkesën fizike të matur në velloergo-metër. Në mbingarkesën rënësia ka posha, seksti, gjatësia dhe stërvitja.

Dozimi i mbingarkesës në velloergometër u bë në ata të sëmuarë ku sindromi i dhimbjes nuk kishte karakterin tipik të sterokardisë dhe në E.K.G. e zakonëshme nuk janë konstatuar ndryshime nga norma. Pas mbingarkesës fizike do të kemi ndryshime në E.K.G. që konsistonë në çvendosjen poshtë të intervalit S-T dhe inversionin e dhëmbit T.

Insuficienca koronare mund të diagnostikohet në bazë të ankesave të të sëmuarit për dhimbje tipike sterokardie ose në bazë të të dhënavës të E.K.G.

Janë observuar 97 persona që kanë kaluar infarkti miokardi dhe prej tyre

15 me aneurizëm të zemrës pas infarktit të karduar. Tek 60% në bazë shtrihet aterosklerozë koronare.

Në bazë të ankesave, të sëmurët u ndanë:

1) Tek 85 persona u vrejtën dhimbje tipike e stenokardie gjatë efortit dhe ndryshime E.K.G. përfi infarkt anterior.

2) Të sëmurët me dhimbje jo tipike, që i ngjajnë më tepër një neurozë të zemrës me ndryshime të lehta E.K.G.

3) Të sëmurë me dhimbje alipike dhe që diagnoza vihet në bazë të E.K.G.

Në shumicën e rasteve, dhimbijet tek të rinjtë kanë karakter atipik dhe mund të diagnostikohen si neurozë, disteri neurovegjetative, miozit, pleurit etj.

Po që se tek një person i ri konstatohen dhimbje atipike prekondiale, të dhënët e E. K. G. sidomos me mbingarkesë fitojnë një rëndësi të dorës së parë.

Margarita Vullkaj

NDRYSHIMET NË TRAKTIN DIGESTIV GJATË INFARKTIT TË MIOKARDIT

N. P. Karllova, M. F. Gusenkova

Kardiologija 1968, 1, 51.

Shumica e autorëve nënvízojnë se ulceracioni i mukozës së ezofagut, stomakut dhe zorrëve, shqëruar me hemorrhagji dhe perforacion vrehet më tepër tek të sëmurë rëndë, në të cilët infarkti i miokardit komplikohet me shok dhe kolaps. Këto komplikacione takohen rrallë.

Nën mbikqyrjen e autorëve kanë qënë 50 të sëmurë me infarkt miokard i gjithashtu janë analizuar 139 protokolle të autopsive, të vdekur nga infarkt miokardi.

— Komplikacione të tillë si hemorrhagi gastrike, ulceracione të miëdha në kavitetin e gojës dhe parezë e shprehur intestinale u konstatuan vetëm në tre të sëmurë me infarkt miokardi.

Nga 139 autopsi ndryshime në traktin gastrointestinal u gjetën në 22, dimth 15.9%.

Mbi mekanizmin e zhvillimit të ulcerave akute është erozionëve të traktit gastrointestinal ka mendime të ndryshme. Katz dhe Daniljah i jepin rëndësi dëmtimit të funksionit të hipofizës dhe surenaleve që lindin nën ndikimin e stressit gjatë infarktit të miokardit.

Llukomski P.E. e bp. dallojn disa momente pathogenetike: anoksinë e murit të stomakut që lind gjatë dëmtimit të qarkullimit të gjakut në infarktin e miokardit, atherosklerozë e vazavet, dëmtimi i veprimitarës së sistemit nervor, qregullime neurotrofike. Rëndësi të madhe i jepin reaktioni Stress.

Sipas studimit të autorëve, roli i rëndësishëm i përket anoksisë, e cila ul rezistençën e mureve gastrike dhe ndihmon në veprimin e lëngut gastrik. Rritja e aciditetit të lëngut gastrik (si rezultat i Stressit), ndryshimi i veprimitarës së sistemit nervor luajnë rol të madh, megjithëse jo vendimtar. Ndryshimet e gjuhës tek të sëmurët me infarkt miokardi, komplikuar me shok dhe kolaps, lindin si pasojë e qregullimeve qarkulluese, metabolike dhe vegenërisht i azotemisë.

Margarita Vullkaj

SHOKU GJATE INFARKTIT TË MIOKARDIT

P. E. Llukomski, N. A. Gracianski

Kardiologija 1968, 1, 3.

Me përgjashtim të rupturës së zemrës, shoku është komplikacioni më i rëndë gjatë infarktit të miokardit, që shpët më shumë në mortalitet.

Për të luftuar me sukses kundër shkokut, tek të sëmurët me infarkt miokardi, duhet të kuptohet drejt pathogjeneza e tij. Klinicistëve gjithmonë n'ka

interesuar çështja se kush shërben si faktor bazë në lindjen e insuficiencës akute kardiovaskulare: dobësia kardiake apo kolapsi vazal?

Wiggers mendon se insuficiencia e qarkullimit të gjakut gjatë dëmtimit të kalueshmërisë koronare lidhet kryesisht me dobësimin e zemrës.

Fishberg propozon se shkaku i zhvillimit të shokut gjatë infarktit të miozhvillohet vazokonstriksioni i përhapur. Ekzaminimet e një radhë autorësh si Freis e bp., Smith, Gilbert, Vinogradov etj. treguan se tek të sëmurët me infarkt miokardi si dhe në eksperimentet në kafshë, ndryshimet bazë qëndrore hemodinamike janë pakësimi i hedhjes kardiake dhe rënia e presionit arterial. Si rretë dhëna eksperimentale dhe klinike shërbyen si bazë për disa autorë se në zhvillimin e shokut kardiogen gjatë infarktit të miokardit ka rëndësi vetëm insuficiencia akute kardiake, gjendjen e vazove periferike nuk e kanë vlerësuar.

Ngritja e rezistencës periferike është faktor i rëndësisë hëm, që kompenzon rënien e volumit të zemrës dhe presionit të gjakut. Por rezistenza periferike gjatë shokut nuk është e rritur gjithmonë, për këtë fasin të dhëna eksperimentale dhe klinike.

Agress, si dhe autorë të tjera, gjatë studimit të të sëmurëve me infarkt rritje të rezistencës periferike. Kjo urtje nuk është e njëjtë në të gjitha organet, dhe zemra për illogari të ngushtimit të vazavet të organeve abdominale, rremjet irreversibile të lëdhura me hipoksinë.

Faktori i rëndësisë hëm pathogenetik që shpie në vazokonstriksion gjatë shokut është hedhja në gjak e sasive të mëdha e katekolaminave. (Cannon 1923, Richardson 1965).

Lillehei e bëri në vjetët e fundit ka botuar të dhëna interesante mbi pathogenezin e mijekimin e shokut. Sipas tij, spazma përhapet në arteriola dhe vena, gjë që con në mbylljen e llozhës kapilare dhe anoksinë indore. Dëmtimi i metabolismit në inde, zhvillimi i acidozës con në dobësimin e sfinkterevet prekapilar, kur në të njëjtën kohë sfinkteret postkapilare janë në gjendje të kontraktuar, fillon të datë në indet përmes rritjes, volumi i gjakut qarkullues pakësohet. Disa menjëz se ky lloji shoku nuk ka lidhje me shokun koronar.

Freeman, i pari më 1933, propozoi aplikimin e adrenolitikëvet gjatë shokut, Sambhi dhe Lillehei më 1964 propozuan aplikimin e dozave të mëdha të hormonave steroide. Për të rivendosur volumin e gjakut, përdoren likuidet si dekstrani me molekulë të vogel. Në kohët e fundit aplikohen izoproterenol ose izuprel, stimulator adrenergjik i B receptorëvet — glukozidet kardi, veçanërisht steroidë. Noradrenalinë është preparat jo vetëm vazopressor por me veprim inotrop në miokard.

Megjithatë terapia do të aplikohet në përshtatshmëri të rastit konkret që do të mijekohet.

Margarita Vullkaj

TË DHËNA KLINIKO-STATISTIKORE MBI EFEKTIN E SHTRIMIT NË SPITAL TË HIPERTONIKEVE

Campus S., Fabris F., Gagna C., Rappelli A.
Minerva Medica 1968, 59-22, 1239.

Tek të sëmurët me hypertension arterial të shtruar në spital, shpesh herë vërehet një ulje spontane e presionit arterial përpëra se të aplikohet ndonjë mijekim.

Megjithëse ky fenomen ishte konstatuar nga shumë studjonjës (Ayman d., Bock K.D., Dorset Y.D., Freis E.D. etj.) deri sot nuk është bërë një studim sistematik përmes të dhënës problemit një vlerësim të drejtë shkencor.

Autorët kanë ekzaminuar 224 të sëmurë me hypertension arterial të natyrave të ndryshme (esencial, renal, aterosklerotikë). Në bazë të të dhënave të përfituarë del se shtrimi në spital shkakton tek pacienti hipertonik një ulje të ndjshme të presionit arterial, brenda disa kufijve, pavarësisht nga tipi i hypertensionit.

Pënonemi është i dukshëm në ditët e para të shtrimit, pastaj stabilizohet. Ndryshimet tensione interesojnë si presionin sistolic ashtu dhe atë diastolic. Këto varet racione parqesin një zhvillim analog në të dy sektet dhe nuk ndodhen në vartësi të lashtësisë së hipertensionit. Autorët japin shumë shpjegime për uljen spontane të presionit arterial si rezultat i shtrimit në spital.

Pushimi fizik dhe psikik, largimi nga ngacminet dhe emocionet e ambientit ku janë e putojn, raporti që vendoset në mes të injekut dhe pacientit si dhe vetë fakti i pranisë së pacientit në rrijë vend të pretestuar për injeksim dhe shërim janë faktorë pak e shumë të rëndësishëm dhe të ndjejshëm, që ndikojnë pozitivisht në uljen e tensionit arterial.

Higmet Bibra

SIMPTOMATOLOGJIA E ANEURIZMAVE ARTERIALE INTRAKRANIALE

Paillas J.E., Combalbert A., Pellet W.
Revue du praticien 1967, 17, 4075

Cfaqjet klinike të aneurizmave intrakranikë janë mjaft të ndryshme. Simptomatologjia e tyre ndryshon sipas lokalizimit dhe stadiut të evolucionit. Ata mund të ndahen në dy grupe të mëdha:

a) **Cfaqje morboze, si pasojë e rupturës së aneurizmës.** Simptomatologjia në të Willis dhe të carotidës interne pas daljes së saj nga llozha kavernoze, si dhe aneurizmat subtentoriale të arterieve vertebrale dhe të trungut bazilar bëjnë pjesë në grupin e aneurizmave subaraknoidale dhe proksimale. Ruptura e këtyre aneurizmave shkaktor një hemoragji meningiale me simptomatologjinë e saj klinike, që është karakteristike. Aneurizmat distale të vendosura në thellësi të një cirkovolucioni realizojnë kuadriun e një hemorragje cerebrale ose më rrallë atë cerebrale. Ndërsa aneurizmat e vendosura në afersi të arterjes carotis, në pjesën e saj intrakavernoze, mund të pësojnë një rupturë në pellgun venos dhe të shkaktojnë një ekzoftalmi pulsante.

b) **Cfaqje morboze të tipit kompresiv;** kur një aneurizëm zhvillohet në një hapësirë të ngushtë në mes të parëtit kockor dhe nervave kranialë çfagen paraje përdhëna të vlefshme pa qënë nevoja ti drejtoheni angiografisë. Ndërsa në raste të tjera, aneurizmi parafitet me një simptomatologji kortikale dhe realizon një sindromë pseudo-tumorale *fossa cranii posterior*.

Aneurizma e carotis intrakavernoze, sipas lokalizimit, mund të jepë tre sindrome të ndryshme; 1) Në formën posteriore (hyrje e carotis në gjjun kavernoos) kemi nevralgjinë e ganglionit të Gasser me hipostezi të gjysmës së fytyrës, paralizi të të VI-tit të izoluar ose të shoqëruar me paralizi të të III-tit e të IV-tit, me myosis dhe lotim, 2) Në formën e mesme (pjesa horizontale e sfzonit të carotis interna) kemi oftalmoplegji totale dhe ekzoftalmi, ndërsa nervi trigeminus preket fare lehtë në dy degët e para të tij (I-II), 3) Në formën anteriore kemi sindromin e fisurës sfenoidale (oftalmoplegji, nevralgji në territorin e oftalmikut) ose sindromin e apeksit orbital (sindromi i fisurës sfenoidale plus amaurozë progressive që shkaktohet nga atrofia e nervit optik).

Aneurizmat juxta-clinoidei shkaktojnë ambilopi unilaterale me ngushtim nazal të kampit viziv homolateral dhe atrofi optike.

Aneurizmat supra-clinoidei mund të shtypin drejtëpërdrejt nervin optik ose kiazmën, duke simbuluar në këtë mënyrë një tumor supraselar. Disa herë këtij posterior me parezë të okulomotorit të trigeminit, plus hemianopsi laterale homonime.

Aneurizmat distale të vendosura gjatë degëzimeve të arterjes cerebrale media rrallë herë mund të shkaktojnë kriza konvulsive jaksionale, por më të shumtë e rasteve këto aneurizma mbeten "të heshtura" deri në rupturën e tyre.

Aneurizmat vertebral-bazilare mund të çfagen ose me shenjat e një insuficience të qarkullimit vertebral-bazilar (intermitente ose permanente) ose ka të ngjarrë të simulojnë një tumor të *fossa orani posterior*.

Më në fund autorët përmëndin faktin se një aneurizëm intrakranik mund

të qfaqet me aksese migrenoze. Sipas tyre, duhet pasur gjithmonë parasysh se nje ashtuquajtura migrrenë ose emigranti oftalmoplegjike mund të jetë si një manifestim ose pasojë e një aneurizme cerebrale.

Pra, edhe në këto raste të vëganta kur ekzaminimi oftalmoskopik, elektro-enzefalografik dhe encefalografik japon të dhëna të vlefshme për të formuluar një diagnostikë, angiografia mbetet një ekzaminim i domosdoshëm për përcaktimin e aneurizmave cerebrale.

Përsa i përket prognozës, ajo kushtëzohet nga lokalizimi, vëllimi ose madhësia si dhe nga mundësitet operatore.

Prognоза është e rëndë në hemorragjite meningiale ose cerebrale, që vijnë dha ruptura e aneurizmit, sidomos në formë që shoqérohen me koma të herëshme dha të zgjatura dha me deficite të rëndësishme neurologjike; ndërsa prognоза është më e mirë në formë që nuk shoqérohen me humbje të ndërgjegjës dha ku mundësi ndërhyrja kirurgjikale me rezultate të kënaqëshme.

Autorët theksojnë se në vlerësimin e prognozës duhet pasur parasysh gjendja e përgjithësime e pacientit, mosha e tij, kushtet patologjike paraekzistuese ose shoqëruese (arterosklerozë, formimi i hematomeve intracerebrale, spasmë arteriale difuze, që shkakton iskemi me anoksi dhe edemë cerebrale), që janë shumë të rëndësishëm.

Hiqmet Dibra

STUDIM ANGIOGRAFIK DHE HISTOLOGJIK I TUMOREVE CEREBRALE SUPRATENTORIALE

Tenti L., Dessantis L.A., Majeron M.
Minerva Medica 1968, 59, 21, 1165.

Autorët kanë marrë në studim 85 raste me tumore cerebrale supratentoriale, duke bërë angiografinë cerebrale dhe ekzaminime histologjike tek të operuarit.

Nga 85 raste, për 42 raste (49,4%) paraqiten të dhëna angiografike të dukëshme, që flasin për një garkullim cerebral patologjik. Studimi angiografik ka lehtësuar përcaktimin e diagnostikës, lokalizimin dha natyrën histologjike të tumorit.

Autorët pohojnë se angiografia mund të jepë elemente shumë të rëndësishme, sidomos në tumoret cerebrale, që paraqesin një vaskularizim të vëgantë patologjik. Tumoret në 50% të rasteve janë avaskular, por edhe në këto raste angiografia mund të jepë të dhëna të rëndësishme në rrugë të tertiartë, duke u mbështetur në interpretimin e çvendosjes së vazëve normale të trurit për shkak të neoformacionit.

Në këtë mënyrë kemi të dhëna të mjaftueshme për lokalizimin e neoplazmës cerebrale, por jo të mjaftueshme për të dalluar natyrën e saj. Në tumoret vaskular mund të përcaktohen edhe kriteret e ndërhyrjes, madje ka mundësi të parashikohen beninje dhe malinje e neoformacionit.

Për tumoret malinje, ekzaminimi ose të dhënët angiografike kanë këto karakteristika: numri i madh i vazave të porsaformuar, morfologjia e tyre e çregjithësuar, vendosja e tyre e dukëshme rreth e përqark tumorit; fenomenet e rrjetës garkullimin arterial cerebral patologjik.

Përkundrazi tumoret beninje karakterizohen me një zhvillim të ngadalshëm, të plotë dhe më homogen të vazave të neuformuara, me kalibër të rregulltë, të shpërndarë në mënyrë uniforme në masën patologjike.

Përsa i përket përcaktimit të natyrës vaskulare të gdo tipi neoplazik, sipas autorëve, një gjë e tillë arrihet me anë të metodës angiografike. Përsa i përket natyrës histologjike, këto të dhëna angiografike kanë më tepër karakter orientues.

Vaskularizimi i pasur është përgjithësi për një zhvillim të shpejtë të neoplazmës pavarësisht nga tipi histologjik. Natyra e tumorit vaskular duhet të bazohej më tepër në shpejtësinë e zhvillimit të të gjithë kompleksit tumoral, në aspektin infiltrativ dhe ekspansiv të tumorit dhe në lokalizimin e tij se sa mbi sasinë numerike të vazave dha të ndryshimeve morfolologjike. Sipas autorëve, mësisa lloje tumoresh si glioblastoma, meningiomat, tumore këto që paraqesin më shpesh një arkitekturë angiografike mijatt uniforme dhe karakteristike.

Hiqmet Dibra

NEVRALGJA TRIGEMINALE ESENCEALE SI SIMPTOME E ANOMALISE VASKULARE KONGJENITALE ENDOKRANIKE

Cecotto C., Zotti C., Schiavi r.
Minerva Medica 1968, Vol. 59, 6, 213.

Nevralgja trigeminale esenciale është mjaft e shpeshtë, në të vërtetë ajo vertetë ajo është një çfajqe e kushtive morboze të ndryshme, si psh. një tumor i foas crani posterior ose media, një malformacion vaskular, ose një qfarëdo lezion tjetër, që prek rrënjen e prapeshme, ganglionin e Gasser-it ose nukleusin prejardhje intrapontine. Gjithashtu ka mundësi që nevralgja trigeminale esenciale të çfajet si simptomë e një komplikacioni të scleroris dissemnata. Në esenciale, në të cilat simptomatologjia doloroze shkaktohet nga një malformacion vaskular endokranik, në afersi të formacioneve anatomike të nervit të V.

Ata paraqesin pesë raste nevralgjike trigeminale të naturës vaskulare, të diagnostikuara me anë të angjiografisë cerebrale. Ky është një kontribut i ri në përcaktimin e etiologjisë organike të nevralgjisë trigeminale. Më në fund, autorët venë në dukje se shërimi i këtij lloji nevralgjije trigeminale arritet duke eliminuar kirurgjikalisht, pa qenë nevoja për radikotominë posteriore ose gangliotominë e nervit trigemintus.

Hiqmet Dibra

CLAUDICATIO INTERMITTENS TË CLAUDA AQUINA NGA HERNI DISKALE LOMBARE

Zotti G., Vindigni G.
Minerva Medica 1968, 59, 3-4, 79.

Sindromi i «claudicatio intermittens» zakonisht shkaktohet nga një insufishtë vaskulare në artet inferiore. Nga ana tjetër edhe lezonet e medulës spinales të cauda equina mund të jaspin një simptomatologji të përngaçshme me atë të insufisencës vaskulare.

Megjithëse simptomatologjia e claudicatio intermittens shkaktuar nga një herni diskale lombare takohet rrallë, në praktikë është gjithmonë e këshihuara rastet kohore të kohet parasysh.

Autorët paraqesin dy raste me claudicatio intermittens të cauda equina, si posojë e një protruksioni diskal lombar. Pasi kujtojnë rastet analoge të — 1964. Pesarisco e Benedetti — 1964, Evans — 1964, Spanos e Andrew — 1966. Ata diskutojnë hipotezat e ndryshme patogenetike për të shpjeguar këtë sindrom klinik të rrallë.

Autorët janë të mendimit se simptomatologjia e «claudicatio intermittens» shpjegohet me shtypjen mekanike të rrënjes nervore nga disku intervertebral i butë dhe elastik, i cili gjatë ecjes ka prirje të bymehet, duke shkaktuar në këtë mënyrë një çrrregullim të përqueshmërisë nervore të rrënjes që del nga segmenti medular lombar.

Hiqmet Dibra

ANKTHI (anxietas) NË PRAKTIKEN MJEKËSORE TË FËRDITËSHME

A. Morel — Maroger
Presse Médical 1968, 16, 76

Ankthi, kjo udjenjë e vështirë dhe e papërcaktuar për çka mund të ndodhë, është ndoshta simptomë që haset më shpesh në mjekësinë e përditëshme. Qyshtë praninë e ankthit. Shpesh ankthi paragjitet si një çfajqe organike, epigastralj, takikardi, hipertension arterial, polakuatri e dhimbëshme, si dhe me dhimbje të shumë ngjyrëshme, të lokalizuarë në pjesë të ndryshme të organizmit.

Edhe kur ekzaminimet jepin një përfundim negativ për të shpjeguar ank-thin organik, mjeku nuk duhet të arrrijë në një etiologji funksionale, por nga tjetër ai duhet të ketë parasysh se ekzaminimet e shumta mund të janë të dëmëshme për të sëmurin. Ekzaminimet e shumta të panevojshme mund të shkaktojnë tek një neurotik fiksimin e një sindromi ose të një sëmundje ganiike, prej së cilës vështirë se mund të shkëputet. Vlerësimi i sindromit të ose ta nënçmojë. Në raste të tillë këshillohet mjekimi ambulator, pushimi, lar-ka përcaktimi i natyrës së ankthit; neurozë obsesive, depresion, gjendje neurotike akutë, fillimi i një gjendje delirante. Kur hipertensioni arterial shoqë-përgjithësi anksiolitikët duhet të jepen me kujdes, medikamentet e shumta

Hiqmet Dibra

PARALIZI FACIALE PERIFERIKE DHE HEMISPAZMË FACIALE Laplace

La revue du praticien 1967, Tome XVIII, 23

Sot për sot, problemi terapeutik për paralizitë faciale me kohëvazhdim të gjatë përqëndrohet në ndërryjen kirurgjikale. Disa çfaqen për një terapi ritet virale e sidomos në ato post zona. Por duhet patur parasysh se këto terapi nuk janë specifike, pasi nuk kanë bazë etiologjike. Ajo që ka rëndësi dhe është kryesore — është studimi klinik dhe elektrik i evolucionit, megjithëse kriteret elektrike mbi prognozën janë të diskutueshme.

Në sajë të mjekimit dhe të zhvillimit të favorshëm të sëmundjes, në përklinik dhe elektrik është i dukshëm, progra është e mirë. Përndryshe, në rast se gjendja paraqitet stacionare, dimth nervi nuk u përgjigjet eksitimive elektrike, kale. 80% e paralizive «a frigore» shërohen pa pasoja, 15% janë një paralizë të theksuar dhe 4-5% përfundojnë me një hemispazmë faciale.

Hemispazma faciale shërohet me vështirësi të madhe, prandaj mjekimi duhet të përqëndrohet kryesisht në evitimin e fiksimit të saj, duke mos bërë mjekime të tepërtë fizioterapeutike, të cilat shkaktojnë kontrakturë të muskujve faciale.

Hemispazma faciale primitive ndryshon nga hemispazma faciale postparalitike si nga ana klinike ashtu dhe nga ana patogenetike.

Hiqmet Dibra

MJEKU DHE EPILEPTIKU

Semaine des Hopitaux — Semaine Médicale Professionnelle et
Médico-sociale 1967, 2

Në përgjithësi epileptikët përsaqësojnë 3-5 për mijë të popullsisë. Prej këtyre 80% punojnë pa ndonjë ankesë të vegantë, madje në sektorë pune të vështirë, zultate të mira pa patur aksidente. Vëfëkuqtohet se një gjë e tillë ndodh kur epileptikut u përbahen irregullave higjenike, evitojnë lodhjen e tepëruar, emocijet, pijet alkollike etj., si rjedhim kriyat janë të rralla (më pak se një në muaj) dhe çfaqen jashtë periudhës së punës ose gjatë një pune jo të rrezikshme, sepse epileptiku, duke jetuar me frikën e vazhdueshme se mos e zerë kriza dhe bëhet objekt kurioziteti dhe mështë për të tjerët, bën çmos të kontrollojë dhe të përmbarë vehten, ose të ruajë «pragun e vigjilencës».

Nga eksperiencia e autorit del se largimi i epileptikut «të zakonëshëm» nga profesioni dhe dërgimi i tij në një punë tjetër, në më të shumtën e rasteve nuk është një veprim i drejtë, pasi shkakton një deklasim profesional e moral të tij.

Nga ana tjetër, të shumtën e herës epileptikut i shthonen kritat, pesti «pragu i vigjilenosë» pakoshet.

Ambienti ku punon epileptiku duhet të irogojë mirëkuptim nçaj tij, pasi «pragu i éshët» një tip emotiv qe ka një kompleks inferioriteti.

Tanimë dihet qe veprimtarja muskulare dhe cerebrale éshët një antagonist konvulsiv. (Marchand, 1947). Futja e epileptikut në punë, në përgjithësi, éshët një masë terapeutike e efektashme.

Vetëm epileptikët me turbullime psihike të rënda nuk duhet të vihen në punë të irregullta e të vezhdueshme.

Higmet Dibra

KURA E GJUMIT NË ASTME

J.P. Grilliat, G. Manciaux etc.

Annales Médicales de Nancy. 1967, Tome VI, 799.

Astma éshët një sindrom respirator qe karakterizohet me episode dispneike artin deri 15% (tek personat me tendencë depressive anksiotigjene ose histeriforme), se përditëshme. Këto «stress» çfagjen në ambientin familial ose në qendrën e punës, veçanërisht në disa peritudha të jetës (në fëmijni, në periudhën e menopauzës, në castin e daljes në pension, dmth kur burri arrin në 60 vjeçë).

Në kësia rastesh, mjejkut i doli përditështje të përkufizojë etiologjinë psikogjene e këshillueshme në astmat psikogjene dhe mund të bëhet me barbiturate dhëajo nuk mjafton përditështje të zgjidhur anën psikologjike të problemit, veçse e ndihmoj astmatikun të kapërtëzë «situatën e vështirë».

Higmet Dibra

REPATITI VIRAL EPIDEMIK TEK FËMIJËT

D'Oelsnitz M.
Pédiatrie 1967, 22, 903.

Gjatë dy vjetë e gjysëm, autori ka studjuar një numër të madh fëmijesh të prekur nga hepatiti viral epidemik. Ai ve në dukje se sëmundja prek më shpesh tet shkollorë dhe familjare. Autori analizon me hollësi 50 raste, shumica e të cilëve ishin djem; 4/5 e të sëmurrëve lëviznin ndërmjet mooshës 5 e 15 vjeç. Simptomat filloste të hepatitit viral tek fëmijët janë kryesisht crregullime digestive recidiva, të cilat të shumtën e herës vijnë nga mosrespektimi i pushimit rigoroz, i cili éshët elementi kryesor i mjejkimit të kësaj sëmundje. Ky pushim duhet të zgjatë të paktën tri javë. Regjimi i ushqimit duhet të jetë i gjërë, i pasur dhe i ekilibruar.

Mjejkimet e zakonëshme me koleritik dhe hepatoprotektor, sipas autorit, lo-sistematike përdorur kortikoterapinë në mënyrë teshimin e paktësimit të ikterit dhe të përmirësimit të gjendjes së përgjithëshme të pacientit. Por megjithatë, nuk duhet harruar se kortikoterapia nuk përbën një mjet të domosdoshëm mjejkimi dhe nuk na siguron nga recidiva eventuale. Sipas autorit, mjejkimi me kortizonikë duhet të përdoret kur kuadri klinik paratët i rëndë, në mënyrë sistematike dhe në rregull.

KONSIDERATA KLINIKE IMUNOLOGJIKE DHE TERAPEUTIKE MBI TETANOCIN RECIDIVANT

L. Bussi

Minerva Medica 1967, 87, 3753.

Ndërsa vaksinacioni antitetanik përbën një nga masat profilaktike më efikas, vetë tetanozi nuk është një sëmundje që le imunitet: në fakt ka shumë mortale për rjeriu është mjaf inferiore mbi planin antigen nga doza që është e aftë të krijojë një gjendje imunitetit të nevojshëm. Recidiva është e mundur kur episodi i parë i infeksionit tetanik ka qenë trajtuar me serum-anatoksin.

Një shembull recidive tetanozi është përshtuar nga J. Warter e bpr. në një riorë, i cili pati një recidivë tetanozi me distancë 105 ditë nga një episod i parë, bëra, u konfirmua që tetanozi nuk është një infeksion imunizues dhe që sero-anatoksinoterapia, e ashtuquajtur e axituar, dështet insuficiente.

Si konkluzion, autorët janë të mendimt se është e këshillueshme të ndiqet e asocuar me vaksinimin me anatoksin (e preferueshme është anatoksinë e absorbuar mbi gel, të hidroksidit të aluminit në masën e një injekzioni 1 ml, vjet) dhe nga seroterapia (nëqoftë e mundur homolog me doza 1000-5000 U. ose parë të anatoksinës dhe në vendë të tjeraj).

Më në fund, autorët nën viziojnë që ky trajtim specifik pa veprim mbi toksine të cilët mund të jetë gjetëk dhe jo në antitoksinën dhe antibiotikët; është e mundur që anatoksinoterapia masive uë filim, sot për sot në studim, të ofrojë parë të anatoksinës dhe në vendë të tjeraj.

Elmas Lapi

SEPSIS STAFILOCOCICA

Në një repart të ri kirurgjije

P.M. Rountree e Bp.
Brit. Med. J. 1967, 132, 5533

Ndërtimi i një reparti të ri kirurgjikal u ka dhënë mundësi autorëve të studjojnë rolin e faktorëve ambiental me incidentet e sepsis kirurgjikal në pacientë të nënshtruar ndërhyrjeve të tipave të ndryshëm.

Studimi është bërë mbi 1337 pacientë të shtruar në një periodë pak më shumë se dy vjet, 988 prej të cilëve u qenë nënshtruar ndërhyrjeve kirurgjikale.

Shpeshtësia e sepsis prej staphylococcus aureo në plaqët qe 9% në burra dhe 7% në gra. Këto shifra janë të ulëta në krahasim me ato 14% të obervuara më parë në një repart të vjetër.

Elmas Lapi

DIAGNOSTIKIMI PAS 6000 VJETËSH

Kronika dhe korespondencia
Minerva Medica 1967, 87, 1360.

Radiologu Lettozez V. Dermus u është dedikuar disa diagnozave retrospektive. Duke studjuar skeletet e marrura nga gërmimet arkeologjike, ai ka mundur të identifikojë një sërë sëmundjesh, që prekni populatën balltike rrith 6000 vjet më parë. Siç referoi në një konferencë të mbajtur në Institutin e mjekësisë në Riga, studimet e tij e kanë shpërndë në konkluzionin që edhe në persona relativisht të rinj, gjatë periudhës mesolitike, distrofite e aparatit motor ishin të shnaresh.

Përsa u përket lezonave traumatike. Dermus përshtkuarë disa shërbime frakturne këtë lloj tipi pa një trajtim ortopedik, qoftë dhe rudiçmërat.

Elias Lapi

VIROLOGJIA KLINIKE

*Encephalitis prej herpes simplex — trajtuar me Idoxuridinë
dhe decompression externe*

W. J. S. Marshall

Minerva Medica 1968, 3, 320.

Rastet e *encephalitis necrotisant acut prej herpes simplex* të pa trajtuar përfundojnë zakonisht në exitus letalis. Pacientët, që shpëtojnë pas sëmundjes, rëndë cerebrale dhe nga ritja e presionit endokranial. Një lloj përmirësimi është therapeutik dhe kirurgjikal. Vetëm në epokën e fundit janë përdorur agjente antivirale.

Autori përmend trajtinën e një pacienti 13 vjeçar të prekur nga *encephalitis necrosant acuta prej herpes simplex* nëpërmjet përdorimit endovenoz të Idoxuridinës (0.75 gr. në 500 cc. sol Ringer me doza 3 gr. pro die) dhe ndërhyrjet kirurgjikale dekompressiv. Trajtimi u fillua vetëm tre ditë pas çfaqjes së simptomave simplex e intereson gjithë trurin.

Nëqoftëse efektivisht, siç e kanë treguar rezultatet e mëra të marrura nga ky pacient, medikamenti është më gjendje të përmirësojë mortalitetin dhe morbo-cerebrale, që i detyrohen vetë infeksionit dhe shtimit të presionit endokranial. Është e padiskuteshme që në pacientët e trajtuar, shpejtësia e vendosjes së shiroheshin vetëm dekompresionit.

Elias Lapi

NJE METODE RACIONALE E STIMULIMIT TË VEPRIMTARISË SË LINDJES GJATE BARRËS SEROTINE

Prof. J.M. LANDAN dhe I.J. Bekerman

Akushjersiva i Ginekologj 1968, 1, 31.

Ekzistojnë shumë skema të stimulimit medikamentos të lindjes në rastet e barrës serotine. Shumica e autorëve përdorin për stimulimin e lindjes metodën e Shtein së bashku me estrogenët dhe preparate të tjera medikamentoze. Të tjerë e kombinojnë me eterin ose oksigjenoterapinë, ka edhe skema të tjera, kombinime me novokainën ose hialuronidazën, vitaminoterapinë etj.

Authorët Landan dhe Bekerman kanë përdorur me sulses një metodë të re për stimulimin e lindjes në barrën serotine, që konsiston në këto të dhëna: Tre ditët e para gruas i injektohet nën lëkurë 0.5 ml. solucion proserinë 1:1000 (0.1%), nga goja i jetet Hipotiazid 0.025 mgr. dy herë në ditë gjatë 12 orëve. Duke filluar nga dita e katërtë i jetet edo ditë (gjatë 3 ditëve) estradiol ose sinestrol nga 40.000 U. I një herë në 24 orë, me injekzioni në muskul. Injekzionin e fundit të hormonit estrogjen (estradiol ose Sinestrol) e përzgjedh me 1 ml. eter.

Nëqoftëse deri në këtë kohë nuk është stimuluar lindja, atëherë nijë orë pas futjes së injekzionit të fundit me hormon përdorim metodën e Shtein, duke injektuar në venë 10. ml të solucionit 10% të klorurit të kaliumit. Nëqoftëse kundërndikohet përdorimi pituitrinës. Këtë e zëvendësojmë me oksitocin

Qysht nga dita e parë e fillimit të stimulacionit injektojnë qdo dite në muskul vitamin B₁₂ nga 100 MCG dhe vitamin B₁, solucion 6% nga 1 ml. Në kohën kur fillon stimulimi i lindjes, gruas i bëjmë oksigjenoterapi: dy herë në ditë nga 20 minuta, 60% të përzjerjes së oksigjenit me ajrin.

Dihet se një nga shkaqet e vonesës së lindjes është shëtimi i progesteronit në organët pandjshme ndaj hormoneve të lobit posterior të hipofizës. Ndërsa dhënia romuskuale i mitrës eksistohet nga hormonet e lobit posterior të hipofizës.

Përsë i përkët vitaminës B₁, ajo forcon veprimin e acetilkolinës në muskulitutinës dhe të vitaminës B₁₂ përmban kobalt, i cili stimulon veprimin e piforceve të lindjes.

Autorët referojnë se rreth 91% gra të mjekuara me këtë metodë në 98.7% të tyre dha rezultate mjart të mira.

Sezai Braho

DËNTIMET E STOMAKUT NËN VEPRIMIN E REZERPINËS

Prof. L.I. Geler

Klinicëskaja Medicina 1967, 7, 20

Kohët e fundit, si klinicistët ashtu edhe eksperimentatorët kanë vërtitur se reserpina ka një efekt stimulues në sekrecionin gastrik gjatë marrjes së saj me anën e gojës.

Eksperimentalisht është vërtetuar se shëtimi i acidit të lirë klorhidrik të stomakut evidençohet qysht pas 2-6 orëve të para pas marrjes së preparatit. Dista autorët si Kinsler dhe Ford kanë vërtetuar se pas injektoimit të reserpinës në verë, aciditeti shthohet në një shkallë më të lartë se sa nga futja e histaminës ose

Eksperimentalisht është vërtetuar gjithashtu se reserpina ndikon në motomekanizmave periferike pasi vagotonia nuk e zhduk veprimin e reserpinës në motorikën e stomakut. Reserpina i liron gjithashiu katekolaminat dhe serotoninën, të cilat presupozojnë mundësinë e veprimit të tyre në enët e gjakut të stomakut.

Të dhënat anatomo-patologjike kanë vërtetuar se pas përdorimit të reserpinës është vërtetuar një zgjerim i vazove të stomakut me hemoragji të vogla. Praduke u bazuar në këto mekanizma, autorët e ndryshën spjegojnë qrrregullimet dispeptike dhe ulcerat e stomakut, që janë vërtetuar gjatë përdorimit të reserpinës.

Sidoqoftë një pjesë e mekanizmave të shëtitimit të aciditetit të stomakut nga rastet e tiljes së sekrecioneve gastrike.

Sezai Braho

TË DHËNA MBI PËRDORIMIN E TRIAMCINOLONIT NË PNEUMO-PHTISIOLOGJI

P. Lamy, D. Anthoine, G. Rebeix, G. Vaillant dhe E. Mollet
Anales Médicales de Nancy — Tome VI — Octobre 1967

Hemisucinati — 21 i Triamcinolonit është një derivat i ri i kortikoideve injektabël, që merret me rrujan indovenoze. Ai paraqitet në formën e injeksionave të triamcinolonit me strukturën kimike 9α Fluoro — 16α hydroxy-

Pranë e atomit fluor i shton këtij preparati efektin antiinflamator. Autorët e kanë përdorur në 74 të sëmurë nga mosha 17-79 vjeç kryesisht në këto indikacione: Rreth 49 të sëmurë me tuberkulos parenkimatos të freskët, T.B.C. me adenopati mediastinale T.B.C. fibro ulceroz, T.B.C. miliar, T.B.C. laryngeal, adenite

cerrikeale tuberkulare. Në pak raste e kanë përdorur edhe në: morbus Hodgkin Silicosis dhe në sarcoidosis Besnier — Poock — Schaumann.

Tek të gjithë të sëmurët, triamcinolonit është përdorur me rrugë endovenozë me anën e perfuzionit, me një oshilacion dozash nga 20-60 mgr. (0.02-0.06) për një herë. Kurat ka zgjatur nga 5 ditë deri në 50 ditë e më shumë. Doza totale e triamcinolonit ka variuar nga 60-6000 mgr. (0.06-6 gr.) për çdo të sëmure.

Në të gjithë të sëmurët, preparati është shqëruar me antibiotikë të antituberkular ose dha antituberkular të tjera ose me antibiotikë të zakonshëm.

Rezultatet e injekimit kanë qënë shumë të mira në format e freskëta të tuberkulozit, më pleuritet eksudativ etj.

Kështu psh. nga 20 të sëmure me bronkopneumoni tuberkulare në 8 raste rezultate të shkëtayera, në 8 të sëmure dha rezultate të mira, në 4 dha rezultate të moderuara, ndërsa në dy nuk dha rezultat. Po kështu në pleuritet serofibrinoze etj.

Efektet anësore të preparatit janë të njëlllojtja me ato të kortikoideve të tjera, kanë qënë jo shumë të mira.

Autorët përfundojnë me konkluzionin se hemisueinatë i triamcinolonit është dha eksudativ.

Sezai Braho

MJEKIMET E RREZIKËSHME PËR GRATË ME BARRE

Rouques L.

Presse Médical 1968, 75, 13, 667

Autori analizon pasojat e përdorimit të një seri medikamentesh që janë të rrezikëshme dha të dëmshëme për gratë shtatzëna dha ve në dukje rreziqet që sjellin kimioterapija, vaksinimet, radiacionet Jonizuese gjatë periudhës para lindjes dhe në periudhën e lindjes si tek fetusi e fëmija ashtu dha tek nëna.

1) **Mjekimet antiinfektive dhe antiparazitare:** sulfamidet, kalojnë lehtësisht barrierën placentare, por, si duket, nuk kanë ndonjë veprim dëmtues mbi fetusin, me përjashtim të sulfamidikëve me veprim të zgjatur.

Penicilina duhet të përdoret me doza lehtësisht progresive për të mënjanuar reaksionet mbi fetusin në periudhën e avancuar të barrës. Streptomicina nuk dëront fetusin, shurdhimi neonatal është një përjashtim.

Tetraciklinat mund të shkaktojnë nënës dërmilime hepatike mjaff të rënda, sildomos nuk ato raste kur ajo vuani nga një pielonefrit; ato ngadalësojnë rrithjen e koskave të fetusit ose të fëmijës dhe më vonë si pëson një pigmentim të zvendhur të dhëmbëve.

Nuk është provuar mjekimi leukopenik, anemizues aplastik ose leukozik i kloramfenikolit, kur ky përdoret nga gruaja shtatzënë.

Izoniazidi, PAS-i, itionamidi dëruhen shumë mirë nga fetusi dhe përbëjnë kurën më të mirë kundra tuberkulozit të nënës.

Kinina ka veprim abortues dhe helmues vetëm me doza të mëdha, për nën dha për fetusin. Medikamentet helmintike janë mjaff toksikë, sidomos santolina.

2) **Mjekimet me preparate endokrine:** diabeti i pa mjekuar është shkaktari i aborteve të shumta si dha të malformacioneve fetale (1-10%). Insulina kalon nëpërmjet placontës dhe mund të ketë efekt teratogen me doza të mëdha.

Hipoglicemianët e sintezës mund të kenë veprim teratogen me doza të mëdha. Kreatëtësisht i padëmshëm; por progestinet sintetike rrezikojnë maskulinizimin e fetusit fémër duke krijuar një pseudohormafroditizëm; prandaj nuk këshillohet, madje është i dëmshëm aplikimi i kurave progestative, përvëç atyre që janë në bazë progestironi natyral dhe të pastë.

Androgenët (testosteroni) janë absolutisht të kundra indikuar gjatë barrës dhe nuk duhet të përdoren në amenorrhët.

Steroidet kortikosurrenalë janë shkaktarë të malformacioneve kongjenitale të tipit «bzëzet e lepurit», të insuficiencës kardio-vaskulare të të porsalindurit, nëna e të cilët ka vazhduar kura me të tilla medikamente endokrine.

Ekstraktet e gjendrës tirroide nuk duket të janë të rrezikshëm, ndërsa anti-tirrikidët sintetikë mund të provokojnë struma tek fetusi. Jodi radioaktiv nuk duhet të përdoret kurri as gjatë barrës as gjatë periudhës së laktacionit.

3) **Mjekimet e sistemit nervor:** barbituratet durohen mirë, pak më mirë llime jo të rënda të qarkullimit dhe të sekrecionit. Antihemitetikët janë pak të dobishëm në vjelljet gravidike, disa herë madje janë të dëmëshme si ciliçina e dhë derivatek e saj.

4) **Terapija kardiovaskulare:** norodrenalina ka një veprim të pakët vasopresor mbi fetusin, digitalikët arrijnë tek fetusi një koncentrim më të madh janë karakteristike gjatë disa ditëve.

Antikoagulanët (dicumarol, fenilindadion, Warfarina) mund të shkaktojnë vdekjen intrauterine të fetusit ose sindrome hemorragjike neonatale me heparinë, pasi ajo përshton keq placentën dhe efektin e saj është më i shkurtër.

5) **Vitaminat:** Vitamina C mund të sjellin turbullime elektrokardiografike që kavë të kokët të fëmijës dhe të formojë depozitë kalcike në veshkë. Vitamina K hidrosolubël mund të shkaktojë një proces hemolitik, i cili disa herë paraqitet i rëndë.

6) **Djurëtikët:** Amonium Chlorati mund të bëjë që fëmija të lindë në gjendje rrezikshëm përfshirë metaboliqe; djurëtikët që shkaktojnë hipokalemë mund të janë të rrezikshëm përfshirë fetusin (abort, mors in utero).

7) **Citostatikët:** janë shumë teratogenë dhe duhet të hiqen fare nga përdorimi në tre muajt e para të gravidancës. Ata mund të përdoren më vonë, është purinetolbusulfan, vincalucoblastic, por në asnjë mënyrë nuk duhet të shqerojnë ose të kombinohen me njëri tjetrin.

Në periudhën obstruktive, barbituratet e përdorur me doza të zakonëshme nuk janë të dëmëshme, sidomos ata që kanë një veprim të shpejtë siç është përdoren, megjithëse fëmija ndjen pak, ndërsa nëna vazhdon të jetë e përgjulinë mur; vetëm në intoksikimin masiv (në rast orvajtje përvetë-vrasje) i porsa suara të frysëmëmarrjes.

Neuroleptikët në përgjithësi durohen mirë kur përdoren me doza të moderate, prandaj mund të përdoret pa frikë gjatë lindjes; ndërsa preparate të përdoren gjatë lindjes.

Morfina dhe derivatet e saj kalojnë lehtë placentën dhe shkaktojnë aksidente të rënda të frysëmëmarrjes tri orë pas aplikimit tek nëna që lind. Pcitidina dhe palfiumi, megjithëse durohen mirë, mund të janë të dëmëshme, Nalorfina në dozën 1 miligram në venën umbilikale të porsalindurit është një antidot aktiv i morfinës dhe i palfiumit, por nuk duhet të përdoret vetëm pasi veprimi depresiv.

Të gjithë anestezikët e përgjithshëm volatilë mund të shkaktojnë anoksi, disa herë vdekjen, sidomos alatani. Rakianestezia me derivatet e kokainës mund të sjellë tek i porsa linduri irregullime të frysëmëmarrjes, bradicardi, konvulsione, irregullime që disa herë imponojnë eksanguino transfuzioni.

Vaksinimi i gjuas me barrë me mikrobe të ngordhur, me anatoksinë me virus inaktiv duket se suporton mirë; megjithatë nuk këshillohet vaksinimi me anatoksinë difterike e veçanërisht me atë tifike dhe paratifike. Vaksinimi me virus të gjallë është i diskutueshëm. Në rast epidemie nuk duhet të vaksinohen gratë shtatëzëna kundra lisë, gjatë tre muajve të para të barrës, veçanërisht ato që kanë pasur më parë aborte të përsëritura.

Rreziku i rrezeve ionizuese është i provuar; dozat që kalojnë 100 roentgen janë të rrezikshme.

Hiqmet Dibra

PËR NJË KONCEPT TË RI TË KERATOZAVE BUKALE

R. Kuffer e C. Rouchen
Actualité Odontostomatologie Paris, 1967, 79.

Keratoza bukale zakonisht përbledh dy sëmundje — si leukoplakinë dhe lichen plan. Megjithëse lichen plan paraqet shumë forma të ndryshme nga njëra tjetra, leukoplakia nuk mund të përbajë mbi veinte të gjitha format e keratozave, injaftron

të themi se sëmundjet kryesore, që edhe ato duhet të ndahen në vetë vërtete dhe që përmblidhën në leukoplaki janë: keratozat reaktive (endo-ekzogjenc), keratozat toksoke, keratozat infektive, keratozat simptomatike në disa dermatozat, keratozat kongenitale hereditare, keratozat tumorale. Të gjitha këto, pa cilësuar edhe nëndarjet e tjera, nuk është e drejtë të quhen vetëm «leukoplaki». Vetë simptomat e qarta në dukjen në gojë lejojnë të përcaktohenet një nga këto forma të mundëshme. Pas një ekzaminimit kompleks dhe minutëz dhe të një biopsie të padiskutueshme, në shumicën e rastova, do të ndihmojë përvendosjen e një diagnoze të përpiktë, megjithëse proqnoza ka variacione, meqë disa keratozoa kancerifikojnë.

Të përcaktuarit e të gjitha formave të keratozave vetëm me «leukoplaki» tregon të kuptohet në mënyrë klasike pamja e zakonëshme e plakave të bardha nga duhanix, kurse varieteti i keratozave nuk duhet të kamuflohet vetëm me këtë emër. Ajo që thuhet se «leukoplakia» mund të kancerifikohet nuk është se mundet apo nuk mundet të kancerifikohet, porse ato janë forma të ndryshme, të cilat duhet të dallohen përfundimisht drejt terapinë, ose forma e leukoplakisë tek sifilitikët që qafet qartë edhe si një *lichen buccal*, ose leukoplaki e ngjashtme me atë-të qfaqjes në sifilis duke tek njerëz që nuk kanë pasur asnjë herë sifilis, atçhere i mbetet «tymosjes nga duhan», por në disa raste ajo që qafet edhe tek fëmijt e vegjel, që nuk kanë përfunduar, madje dhe kancerifikimi, aty ku nuk duket, nuk del gjithmonë mbi plakën e leukoplakisë, por duket mbi mukozën e shëndoshë.

Të gjitha këto, si dhe të tjera, tregojnë qartë se është koha përvendosje e klasifikim të ri të keratozave bukale, aqë më tepër se një prirje e tillë ka kohë që vihet re.

Autorët e artikullit nuk pretendojnë të bëjnë zgjidhjen përfundimtare të problemit, por janin mendimin e tyre në këtë kontribut, klasifikimi mund të jetë simptomatik, histologjik, etiologjik. Megjithëse klasifikimi etio-nosologjik mund të duket i guximshëm meqë akoma nuk njihen shkaqet e të gjitha gjendjeve.

Artikulli është demonstrativ dhe bindës përvendosje e përshtakuajnë autorët. Në grupet e keratozave jepen menjë të dhëna. Ky shkrim e skaron menjë këtë problem edhe me anë demonstrimesh fotokoloresh dhe mikrofotosh.

Zenel Kokomiri

RAPORTI ETIOLOGJIK NDËRMJET LEUKOPLAKISË, SIFILISIT DHE TË KANCERIT NË KAVITETIN E GOJËS

K. Anastassov & Chpatov

Revue française d'Odonto Stomatologie, 1967, 14.

Nga shumica e autorëve është bërrë e zakonëshme që leukoplakia të konsiderohet si gjendje prekancroze. Për këtë më sistematike është të organizohet puna në përcaktimin e faktorëve etiologjikë të leukoplakisë përfundimtare me kohë gravitetin e prognozës dhe, rjedhimisht, të përcaktohen masat që duhet të merren.

Si shkak kryesor të leukoplakisë, shumë autorë marrin sifilizin. P.sh. Furnier nga 324 të sëmurët konstatoi sifilis në 80% të tyre. Kurse Zeitlenok konstatoi tek të sëmurët me leukoplaki 19.5%, sifilis tertiari dhe Tomas 17%, kurse reaksiioni i Wassermanit u gjend pozitiv tek 27% të sëmurëve me leukoplaki. Diapazoni i kësaj shpeshtësie mbyllt nga autorë Milian, i cili gjeti 80% sifilis tek të sëmurët me leukoplaki.

Këto të dhëna që paraqiten në artikull interpretojnë qartë këtë etiologji të mundëshme të leukoplakisë.

Pjesët e mëposhtëme të artikullit i dedikohen mundësisë së kancerifikimit, të leukoplakisë, ku jepen të dhëna të autorëve të ndryshëm në lidhje me etiologjinë dhe mundësinë e kancerifikimit të leukoplakisë.

Artikulli vazhdon me metodën që kanë ndjekur autorët në depistimin e rasteve me leukoplaki, duke e pasqyruar mirë me statistikë lidhjen e etiologjisë, të leukoplakisë dhe mundësisë së malenjizimit të saj. Nga kjo mund të merret si shërbëll mundësia e organizimit të kontrollit në masë përfundimtare së mundjet e gojës, sidomos në kuadrin e përcaktimit të indeksit të kariesit.

Zenel Kokomiri

CITODIAGNOSTIKA NË PEMPHIGUS BUCCAL

C. Rouchen et al.

Actualités Odontostomatologiques, 1967, 79

Gjatë konstatimit që i bëhet ndonjë bule në mukozën e gojës gjithmonë duhet të mendojmë për pemphigus buccal, pavarësisht se proqnoza mund të jetë e dyshimtë.

Stomatologu dhe dentisti lozin një rol të rëndësishëm në diagnostikimin e menjëherështëm të pemphigus buccal. Dihet se 40% e rasteve të pemphigus buccal rë fazat fillestare dukeq në gojë; dhe këto fenomene në shoqërohen me fenomene kutane më vonë, ose mbeten gjithmonë fenomene të vegantë vështirë në gojë. Kjo bën që i sëmuri vjen dhe këshillohet për ndonjë stomatit të thjeshtë. Është dettyra e këtij të fundit që ta diferencojë. Megjithëse lezonet nuk priten të janë gjithënjë tipike nga shkaku se bulla alterohet në gojë nga macerationi, traumati, zotitmat alimentare, suprainfekzioni. Kështu që pemphigus buccal morret në fillim për një "stomatit".

Nëqoftëse nuk ka mundësi të dallohet klinikisht pemphigus, duhet të bëhet konfirmimi laboratorik, para se të fillohet terapia me kortikosteroidë etj.

Në nivelin e lëkurës, citodiagnostika është rreth e përcaktuar, kurse në gojë sëjoi ka modifikime, të cilat tregohen mjaft qartë në shkrim. Citodiagnostika mund të përcaktonte një diagnozë imediate dhe të lejojë aplikimin e terapisë në mënyrë që të merrë një proqnozë sa më e favorishme për këtë sëmundje shpesh vdekje prurëse.

Në artikull tregohen format klinike, karakteristikat e bulës në gojë, aspekte të formave klinike. Ky artikull paragjet interes edhe përmes njekët dermatologë, sepse tregon lëshin e kësaj sëmundjeje ndërmjet lëkurës dhe mukorës.

Pjesa më e madhe e artikullit tregon si bëhet citologjia, marrja e materialit, trajtimi i tij, ngjyrimi, lëximi i lamës. Në artikull tregohet se është e nevojshme të insistohet që të bëhet analiza e çdo afektioni bulez në gojë. Sipas Trank, citodiagnostika është konfirmimi në përpiktë i pemphigus buccal.

Zenel Kokomiri

SISTEMI HU-1

J. Dausset

La Presse Médicale, 1967, 47, 2371.

Hu-1 ose sistemi i histokompatibilitetit human Nr. 1 është sistemi antigenik kryesor i organizmit, i cili kontrollon përshtatshmërinë indore. Ky sistem për nga përbërja e tij, është më i ndërlidhur se sistemet e tjera antigenike. Ky autor dbe të tjerë, si Van Rood, Iveny, me metoda serologjike, statistikore, genetike, kanë mundur të zbulojnë 14 lloje antigene të këtij sistemi (deri tanj), të cilat për thjeshtësi i kanë emëruar me numrë arabë 1, 2, 3 14

Këta antigene, në vartësi nga antigeni mbizotërues, grupohen në tre seri, që quhen seria Nr 1, Nr. 3, Nr. 7. Antigenet e këtij sistemi nuk janë antigenë specifike për organe të caktuara, por ato gjenden në të gjitha indet e organizmit, gjinden në leukocitët dhe trombocite, ku me ndihmën e testeve të vegantë mund të determinohen. Autori i këtij artikulli ka studjuar këtë sistem në 31 familje, dha ka gjetur shumë kombinime prindërt-fëmijë. Me këtë, autor i shpjegon suksesiun më të madh të transplantimeve të organeve të marrura nga të afërmit e të sëmurit. Ky sistem, që mendohet se do të ketë rëndësi të madhe jo vetëm përshtatshme e problemeve të histokompatibilitetit, por dha problemeve të rëndësishme të onkogenezës, është i pavarur nga sistemet e tjera antigenetike të organizmit si p.sh. AVO: Rh: MNSSs etj.

Autori thotë se për nga forca imunologjike e antigeneve të tij, ky sistem është mbizotërues mbi sistemet e tjera. Njohja e saktë e funksioneve biologjike e këtij sistemi do të lejojë një zgjedhje më të përshtatshme të dhuruesve të organeve dhe do të reduktojë shumë dozat e preparateve imunosupresive.

Studimet vazhdojnë,

Lluka Dhimitri

JETA SHKENCORE NË VENDIN TONË

SESIONI I DYTE SHKENCOR I MJEKEVE TE GJIROKASTRES

Më 22 dhe 23 maj 1968 shoqata e mjekëve të rrethit të Gjirokastrës zhvilloi sesionin e dytë shkencor. Në sesion merrnin pjesë edhe shumë mjekë të ftuar nga rrethet e qytetet e tjera.

Gjatë tri seancave të sesionit u zhvilluan 16 referate me karakter kliniko-statistikor. Ato ishin të një niveli të mirë teoriko-shkencor. Pjesëmarrësit në sesion bënë një sërë pyetjeesh e diskutimesh në drejtim të referateve, që gjallëruan akoma më shumë këtë sesion shkencor.

Skënder Çico

SESION SHKENCOR I MJEKEVE TE KORÇES

Më 17 maj 1968 në qytetin e Korçës u zhvillua ceremonia jubilare e 50-vjetorit të themelimit të spitalit e poliklinikës. Me këtë rast Presidiumi i Kuvendit Popullor dekoroi spital-poliklinikën me urdhërin e «FLAMURIT TË KUQ TË KLASIT TË II», si të parin institucion shëndetësor në vendin tonë, për kontributin që ka dhënë për mbrojtjen e shëndetit të popullit gjatë kësaj perjudhje. Në ceremoni merrnin pjesë kryetari i Komitetit Ekzekutiv të K.P. të rrethit shoku Zenun Shahollari, sekretari i Komitetit të Partisë shoku Marko Xega etj. si dhe shumë mjekë të ftuar nga qytete të tjera të vendit tonë, midis të cilëve: nga Kryeministria — Dr. Ramazan Kruja, nga Ministria e Shëndetësisë — Dr. Anesti Boçka, nga Universiteti Shtetëror i Tiranës — Docent Hiqmet Dibra, nga spitali klinik Nr. 1 dhe 2 — Dr. Drini Ohri dhe Docent Llambi Zicishiti.

Me këtë rast në pallatin e kulturës «Ali Kelmendi» shoqata e mjekëve të rrethit të Korçës organizoi një sesion shkencor dy ditor, në të cilin u mbajtën 14 referate. Shumica e referateve ishin studime kliniko-statistikore të sëmundjeve, që paraqitën interes për rrethin e Korçës. U dha eksperiencia e fituar gjatë mjekimit të tyre, masat profilaktike që duhen marrë e menyrat që duhen ndjekur për trajtimin sa më të drejtë të tyre.

Dr. Koço Lubonja e Dr. Lefter Tiko trajtuat problemet epidemiologjike e terapeutike të hepatitit viral. Dr. Ilia Papakozma trajtoi problemin mbi miringtin tuberkular kuruar në sanatoriumin e Korçës (1946-1967). Sipas specialiteteve të ndryshëm, referate mbajtën Dr. Mitko Fundo, Kandidat i Shkencave mjekësore Dr. Taqi Skëndi, Dr. Jani Shano, Dr. Dhimitër Mitruhi, Dr. Leonidha Ikonomi, Dr. Gjergji Theodhosi, Dr. Vasil Tomço, Dr. Eriko Trebicka, Dr. Gjergji Cepa, Dr. Zhani Poda dhe farmacisti Niko Ballauri.

Gjatë tri seancave nga të pranishmit pati shumë diskutime.

Ky sesion u cilësua si një hap përpara nö thellimin e revolucionit tekniko-shkencor.

Gjergji Cepa